

厚生労働省委託事業

令和3年度介護予防活動普及展開事業

# 介護予防の取組強化・推進のための 市町村マニュアル

<別冊 事例集>

2022（令和4）年3月

厚生労働省



## 目 次

### 目次

### 事例一覧

|  |    |
|--|----|
| 事例集  | 1  |
| 北海道京極町                                     | 3  |
| 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した規範的統合                 |    |
| 2. 総合事業のデザインについて                           |    |
| 3. 介護予防ケアマネジメントについて                        |    |
| 4. 短期集中予防サービスについて                          |    |
| 5. 地域ケア会議について                              |    |
| 6. 一般介護予防事業や通いの場について                       |    |
| 7. 地域支援事業における事業間連動について                     |    |
| 奈良県生駒市                                     | 17 |
| 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した規範的統合                 |    |
| 2. 総合事業のデザインについて                           |    |
| 3. 介護予防ケアマネジメントについて                        |    |
| 4. 短期集中予防サービスについて                          |    |
| 5. 地域ケア会議について                              |    |
| 6. 一般介護予防事業や通いの場について                       |    |
| 7. 地域支援事業における事業間連動について                     |    |
| 山口県防府市                                     | 33 |
| 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した規範的統合                 |    |
| 2. 総合事業のデザインについて                           |    |
| 3. 介護予防ケアマネジメントについて                        |    |
| 4. 短期集中予防サービスについて                          |    |
| 5. 地域ケア会議について                              |    |
| 6. 一般介護予防事業や通いの場について                       |    |
| 7. 地域支援事業における事業間連動について                     |    |
| 宮崎県宮崎市                                     | 44 |
| 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した規範的統合                 |    |
| 2. 総合事業のデザインについて                           |    |
| 3. 介護予防ケアマネジメントについて                        |    |
| 4. 短期集中予防サービスについて                          |    |
| 5. 地域ケア会議について                              |    |
| 6. 一般介護予防事業や通いの場について                       |    |
| 7. 地域支援事業における事業間連動について                     |    |
| 大分県  | 58 |
| 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した大分県の市町村支援体制           |    |
| 2. 県が市町村支援で推進する自立支援型ケアマネジメント・サービスのデザインについて |    |
| 3. 地域ケア会議の充実・強化に向けた県の取組について                |    |
| 4. 自立支援型サービスの推進に向けた県の取組について                |    |
| 5. 自立支援型サービスの推進に向けた県の取組について                |    |

## <事例一覧>

| 自治体概要   |   | 概要・特徴   |
|---|---|---|
| 北海道京極町 (⇒P3)  |   | <p>○町と地域包括支援センター、社協に設置された介護予防センターの3者による協力的なコアメンバー体制を構築</p> <p>○実態把握を大切に、そこから見える必要な施策を柔軟に検討・構築</p> <p>○ひとりの住民の寄付から始まった共生型地域福祉拠点づくり</p>           |
| 人口：約 2,923 人<br>面積：約 231 km <sup>2</sup><br>高齢化率：約 35.6%<br>地域包括支援センター数：<br>1 箇所（委託 1 箇所）       | 産業構造：<br>第 1 次産業：21.8%<br>第 2 次産業：19.2%<br>第 3 次産業：58.7%<br>不明：0.3% |   |
| 奈良県生駒市 (⇒P17)   |   | <p>○通所型サービス C は市外医療機関の助けを得ながら構築し、段階を踏んで市内医療機関へと技術継承することで、市内リソースのみで自走可能な体制を構築</p> <p>○市と地域包括支援センターとの連携・協働により、総合事業をデザインし、地域ケア個別会議から地域支援事業の連動へ</p> |
| 人口：11,845 人<br>面積：約 53 km <sup>2</sup><br>高齢化率：約 28.9%<br>地域包括支援センター数：<br>6 箇所（委託 6 箇所）         | 産業構造：<br>第 1 次産業：0.8%<br>第 2 次産業：20.5%<br>第 3 次産業：76.7%<br>不明：1.9%  |   |
| 山口県防府市 (⇒P33)   |   | <p>○面談を中心とした、重層的なアセスメントにより、ひとりひとりの適切なケアマネジメントに取り組む</p> <p>○防府市の総合事業の運用を強力にサポートする独自団体「防府市リハビリテーション専門職協議会」</p>                                    |
| 人口：114,611 人<br>面積：約 189 km <sup>2</sup><br>高齢化率：約 30.7%<br>地域包括支援センター数：<br>5 箇所（委託 4 箇所）       | 産業構造：<br>第 1 次産業：2.5%<br>第 2 次産業：31.4%<br>第 3 次産業：64.3%<br>不明：2.2%  |   |
| 宮崎県宮崎市 (⇒P44)   |   | <p>○県による市町村支援を受け、先進地の取組を共に学ぶことで築き上げていった宮崎市版の自立支援型の介護予防システム</p> <p>○市独自のポストである「自立支援担当」を中心に展開される、市内地域包括支援センターに対する個別訪問により、市と地域包括支援センターの関係性を構築</p>  |
| 人口：400,775 人<br>面積：約 64.4 km <sup>2</sup><br>高齢化率：約 28.8%<br>地域包括支援センター数：<br>19 箇所（委託 19 箇所）    | 産業構造：<br>第 1 次産業：5.2%<br>第 2 次産業：15.4%<br>第 3 次産業：75.5%<br>不明：3.9%  |   |
| 大分県 (⇒P58)  |   | <p>○「自立支援型地域ケア会議」、「自立支援型サービスの推進」、「地域の受け皿・体制づくり」を柱として、平成 24 年度より展開する市町村支援</p> <p>○ICT 活用や独自の加算などを推進し、協力に市町村の取組をバックアップ</p>                        |
| 人口：1,123,852 人<br>面積：約 6,341 km <sup>2</sup><br>高齢化率：約 33.3%<br>地域包括支援センター数：<br>61 箇所（委託 57 箇所） | 産業構造：<br>第 1 次産業：6.9%<br>第 2 次産業：22.3%<br>第 3 次産業：66.5%<br>不明：4.5%  |   |





## 10年後を見据えた、元気高齢者を増やす取組

### 【北海道京極町】

- 人口：2,923人
- 面積：約231km<sup>2</sup>
- 高齢化率：約35.6%
- 地域包括支援センター設置数：1箇所（うち、委託1箇所）

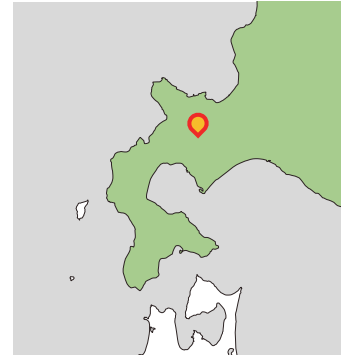
※いずれも令和2年10月時点

- 産業構造（平成27年国勢調査時点）

|             |             |
|-------------|-------------|
| 第1次産業：21.8% | 第2次産業：19.2% |
| 第3次産業：58.7% | 不明：0.3%     |

- 特徴的な地域特性

- ・前期高齢者が町の人口のピーク層であり、10年後に後期高齢者になるタイミングが重要
- ・高齢者夫婦・独居世帯が多く、そのおよそ半数が75歳以上の女性の独居である
- ・道内でも有数の豪雪地域である



## 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した規範的統合

### （1）町と地域包括支援センター、介護予防センターが三位一体となった推進体制を構築

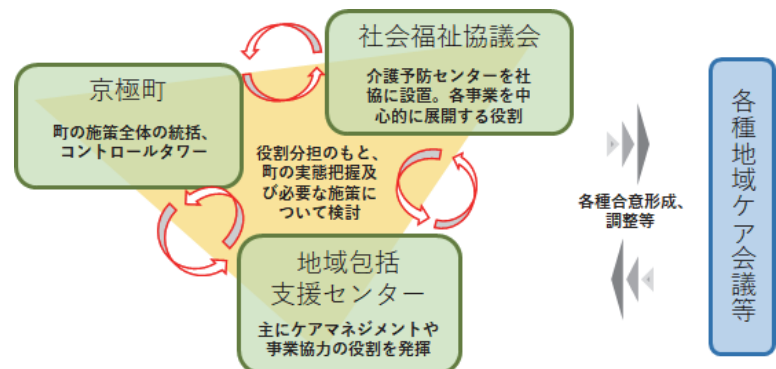
京極町の介護予防システムの各種調整を行う機能は、重層的な組み合わせにより整理されている地域ケア会議等の場で発揮されている。それらの会議体以前に、方向性の骨子を検討したり、日常的な相談の中から各種調整の糸口などを見つけるような中心的なメンバーとして、町と地域包括支援センター、介護予防センターの関係性がポイントとなっている。

徒歩圏内で相互にアクセス可能な立地下にあり、物理的にもコミュニケーションを取りやすいということも大切なポイントである。それぞれの所属の実践者が、日常的にコミュニケーションを図りながら各種事業を展開するのみならず、町の実態把握においてもそれぞれが役割分担をしながら進めていくなど、効果的な連携が実現されている。

目に見える範囲で、すぐに相談しながら日々の実践を行うことを習慣づけており、こうした細かなコミュニケーションの積み重ねにより、目的の共有や意識の統一が日々、少しずつ、かつ着実に進められている。

町の規模が小さいからこそ、少ない資源の中でも濃密な関係を構築することが重要であり、京極町はまさにそうした関係性と体制を構築してきた例であるといえる。

図表1：京極町の介護予防システムに係る役割分担



## (2) ひとりの住民の寄付から始まった地域共生型福祉拠点（きょう・ここ）

京極町の特徴的な地域資源として、ひとりの住民の寄付から始まった共生型拠点である「きょう・ここ」があげられる。

ある町民より、「京極町の未来が幸せであるように、このお金を使ってほしい」と社会福祉協議会に多額の寄付が寄せられ「未来へつなぐ夢基金」を設置。これを活用し、町内の空き家を探し、社協が買い取り、北海道の補助事業等も活用しながらリフォームしたうえで、2017（平成29）年より共生型地域福祉拠点としてオープンしたものである。

当初は社協が運営主体として活動を行っていたが、2019（令和元）年度からは、きょう・この運営のコアとなるメンバーが集まりNPO法人化し、運営を担っている。

主な取組のひとつである「支えあいステーション」は、有償ボランティア等を活用した会員同士の助け合いであり、サービスの適用にならない方に対する生活支援サービスとして、互助の機能を支えている。また、拠点の一室を貸し出すなどして、多様な通いの場も展開されている。

町の取組とは切り離された取組ではあるものの、共生型の地域づくりを目指すという目的に合致している拠点であり、目指すべき京極町の姿の実現に向けた、無くてはならない資源である。

図表2：京極町共生型地域福祉拠点きょう・ここ取組

**きっかけは多額の寄付**

ある京極町民より「京極町の未来が幸せであるように、このお金を使ってほしい」と社会福祉協議会に多額の寄付が寄せられ「未来へつなぐ夢基金」を設置。これまで社協で関わってきた相談ケースから地域課題を明らかにし、2016年、共生型地域福祉拠点事業に着手。人口3,000人弱の町で担い手も少なく不安もあったが、行政（道・町）の理解と後押しが事業を進めるうえで大きな強みとなった。

**住民が創り出した「居場所」と「たすけあい」**

〇コミュニティカフェ（居場所づくり）  
地域食堂、サロン活動など、地域の人々が活動できる場、どんな人も集まり、憩える居場所。

**2017年4月オープン**  
設置主体は、京極町社協当初から、NPO法人への運営移行を目標に掲げる

**特定非営利活動法人きょう・ここが誕生**

・・・ 団体設立にあたって・・・  
2017年4月に開所した「きょう・ここ」の1年間の来場者は延べ4,500人を超えました。地域の人々が自分らしく活動できる場、集い憩える場として、このまちにとって必要な場所になっています。  
これからは、この取り組みをより地域の願いに近いもの、一人一人の思いに寄り添ったものにするために、わたしたち住民が主体となって運営していきます。「支えあいステーション担い手勉強会」や「NPO法人設立勉強会」を経て、多くの仲間が集結し目的達成に向けて歩み始めました。  
(新団体きょう・ここ設立準備委員会)

**住民の理解と参加のために**

話し合い・勉強会（2016年度）

- 近隣・関係者説明会 2回
- 住民作戦会議 4回
- 改修委員会 3回
- 運営勉強会 3回
- 担い手育成研修会 1回

**〇支えあいステーション（助け合い活動）**  
暮らしの中で抱えている困りごとを、会員同士で助け合う有償の生活支援サービス。

**2019年4月から運営をNPO法人きょう・ここに委託(社協は側面的支援に)**

**種別**

| 種別     | 内容  |
|--------|---|
| 正会員    | 総会での議決権を有する。支えあいステーションの「受け手」「担い手」としても利用・活動できる |
| 支えあい会員 | 支えあいステーションの「受け手」「担い手」として利用・活動する個人             |
| 賛助会員   | 活動に賛同し、金銭面で支援をする個人・団体                         |

**まろちゃん食堂**  
「家庭の味で、若い人もお年寄りも笑顔になってほしい！」が始めたきっかけだが、活動を続けることが「自分の生きがい」にもなっている

**軽トラマルシェ**  
(6月、7月)

**ちょこっと体操**  
(毎週月曜日)

**ペンキ塗り**

**お料理お手伝い**

**雑草とり**

**窓ふき**

**2019年4月オープン**  
設置主体は、京極町社協当初から、NPO法人への運営移行を目標に掲げる



## 2. 総合事業のデザインについて

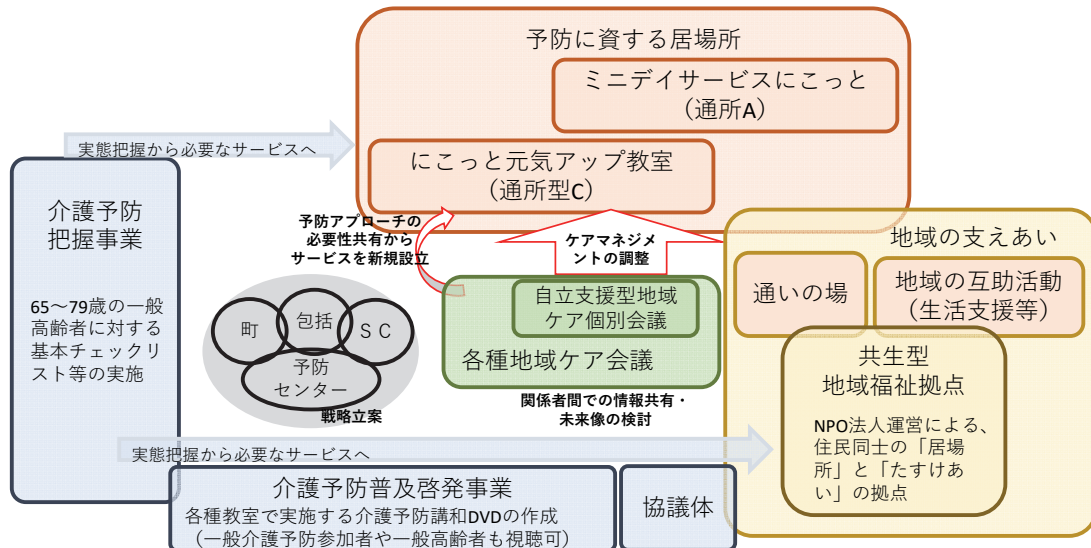
京極町では、社会福祉協議会に介護予防センターを設置し、総合事業を展開。地域支援事業の関係者で構成される各種地域ケア会議において、各種事業の計画進捗状況を確認しながら町の介護予防システムを推進している。

町として大切にしていることは、介護予防把握事業を活用した実態把握である。ハイリスク者の抽出をはじめ、多角的に町のニーズや資源を把握することで、ひとりひとりを適切なサービス等へつなぐこと、あるいは町に必要な施策・取組を構築していくプロセスを重視している。

令和2年度に行った実態把握を踏まえ、町に必要な施策を検討した結果、令和3年度には「にこっと元気アップ教室」（通所型C）を新設。介護予防把握事業、自立支援型地域ケア会議を活用しながら対象者を早期発見し、地域の居場所とも連動しながら、「2030年には元気な後期高齢者が生き生きと活躍している京極町」の実現を見据えた予防活動を展開している。

また、前述の「きょう・ここ」（共生型地域福祉拠点）とも連動しながら、「居場所」と「たすけあい」を広げている。

図表3：京極町の介護予防システムのイメージ



## 3. 介護予防ケアマネジメントについて

京極町では、介護予防把握事業として実施する、基本チェックリストを活用したアンケート調査により、ハイリスク者の抽出を行っている。

その結果を踏まえ、サービスCや通いの場、あるいは住民互助の活動など、ひとりひとりの高齢者の状態像に合うサービス等に適切につなげていく形で介護予防ケアマネジメントを展開している。

町の規模が小さいこともあり、ハイリスクアプローチを個別に丁寧に行うスタイルであっても対応が可能という点は、京極町の特徴のひとつといえる。

ここでは、京極町の特徴でもある独自の事業計画書と、ターゲットを明確にした町民啓発について紹介したい。

## (1) 京極町地域包括支援センター独自の総合事業支援計画書とアセスメントシート

京極町では、町として進めていきたい介護予防活動の方向性を共有し、規範的統合を進めていくためにケアマネジメント力強化に向けた取組を推進している。

具体的には、近隣町と合同で行う「SIOS 研修会」や、近隣市町村からの傍聴参加も可能として実施する「自立支援型地域ケア会議」等を通じ、町内のみならず、京極町も属する後志広域連合全体でケアマネジメント力を醸成していく活動に取り組んでいるところだ。

なかでも、地域包括支援センターが取り組む、町独自の総合事業支援計画書とアセスメントシートの作成が特徴的である。

介護予防ケアマネジメントを展開していくにあたり、関係者・機関間で共有していることは、「柔軟な取組を展開できることが総合事業の魅力である」という意識だ。この意識の共有のもと、常に全国の先進的な取組に目を配り、町で実践できる可能性があるものについてはすぐに取り入れ、試してみる、というプロセスを大切にしている。

サービスの利用者について、京極町独自の計画書を作成するのだが、その計画書とアセスメントシートについては毎年おおよそ1～2回ほど、バージョンアップやフォーマット変更が行われるなど、「どうしたらより良いケアマネジメントが展開できるか」という工夫が繰り返されている。

ともすれば、関係者の負担が増えるような取組であるが、こうした工夫への不平・不満が少ないことも京極町の特徴といえる。その背景には、地域包括支援センターの職員が、関係各位の役割を適切に差配すること、また、工夫した結果どうなったかという成果や課題のフィードバックを徹底的に行っていることがある。

加えて、このような工夫のプロセスは総合事業移行後より継続して行われてきたことから、徐々に、しかし確実に、京極町の関係者・機関間に文化として根付いてきたということもいえる。

図表4：京極町地域包括支援センター独自の総合事業支援計画書とアセスメントシート  
(令和3年度時点)

□ケアマネジメントA(サービス照会月1回・支援会議3か月ごと)

□ケアマネジメントB(サービス照会3か月1回・支援会議6か月ごと)

**京極町総合事業支援計画書**

|  |      |                           |           |                       |                        |      |
|--|------|---------------------------|-----------|-----------------------|------------------------|------|
| 氏名 _____                                 |      | 計画作成 R. . . . (担当者 _____) |           |                       |                        |      |
| 初回・継続                                    | 申請中  | 要支援1                      | 要支援2      | 事業対象者(有効期間 R. . . ~ ) |                        |      |
| 基本チェックリスト結果 (実施日 R. . . )                |      |                           |           |                       |                        |      |
| 運動器の機能向上                                 | 栄養改善 | 口腔機能の向上                   | 閉じこもり予防   | 物忘れ予防                 | うつ予防                   | 多項目  |
| / 5                                      | / 2  | / 3                       | / 2       | / 3                   | / 5                    | / 20 |
| 緊急連絡先:氏名 _____                           |      | (間柄)                      | 電話① _____ | ② _____               |                        |      |
| 主治医:医療機関名 _____                          |      | 医師名 _____                 | 電話 _____  |                       |                        |      |
| ご本人(ご家族)の希望 ※どんな暮らしをめざし、そのためにどんなことに取り組むか |      |                           |           |                       |                        |      |
| 1. _____                                 |      |                           |           |                       |                        |      |
| 2. _____                                 |      |                           |           |                       |                        |      |
| 3. _____                                 |      |                           |           |                       |                        |      |
| アセスメントの結果と担当者からみた課題                      |      |                           |           |                       |                        |      |
| 1. _____                                 |      |                           |           |                       |                        |      |
| 2. _____                                 |      |                           |           |                       |                        |      |
| 3. _____                                 |      |                           |           |                       |                        |      |
| 課題に対する目標と具体策 ※どの事業を利用し、どうなりたいのか          |      |                           |           |                       | 計画期間<br>R. . . ~R. . . |      |
| 1. _____                                 |      |                           |           |                       | ◎・○・△・×                |      |
| 評価                                       |      |                           |           |                       |                        |      |
| 2. _____                                 |      |                           |           |                       | ◎・○・△・×                |      |
| 評価                                       |      |                           |           |                       |                        |      |
| 3. _____                                 |      |                           |           |                       | ◎・○・△・×                |      |
| 事業所の目標 担当: 京極町地域包括支援センター _____           |      |                           |           |                       |                        |      |
| 1. _____                                 |      |                           |           |                       | ◎・○・△・×                |      |
| 評価                                       |      |                           |           |                       |                        |      |
| 2. _____                                 |      |                           |           |                       | ◎・○・△・×                |      |
| 事業所の目標 担当: _____                         |      |                           |           |                       |                        |      |
| 1. _____                                 |      |                           |           |                       | ◎・○・△・×                |      |
| 評価                                       |      |                           |           |                       |                        |      |
| 災害時の計画                                   |      |                           |           |                       |                        |      |
| 1. _____                                 |      |                           |           |                       |                        |      |
| 2. _____                                 |      |                           |           |                       |                        |      |
| <ご本人記入欄> 総合事業支援計画書について同意します。             |      |                           |           |                       |                        |      |
| 令和 ____年 ____月 ____日 氏名 _____            |      |                           |           |                       |                        |      |

▶ 本来行うべき支援が実施できない場合、妥当な支援の実施に向けた方針

R3.4 作成

## あなたの暮らしシート

実施日 令和 年 月 日

※あてはまるものに○をつけて下さい

氏名 \_\_\_\_\_

| 運動・移動について               |                              | 補足・詳細 |
|-------------------------|------------------------------|-------|
| 床からの立ち上がり               | ・できる ・つかまればできる ・できない         |       |
| 家の中の歩行                  | ・できる ・つかまればできる ・杖 ・見守り       |       |
| 外での歩行                   | ・できる ・杖 ・歩行車 ・見守り            |       |
| 片足立ち(1 秒間)              | ・できる ・つかまればできる ・できない         |       |
| 日常生活(家庭生活)について          |                              |       |
| 食事の回数と内容                | ・1日( )回・内容( )                |       |
| 食事の摂取                   | ・自分で食べる・一部介助・全介助( )          |       |
| 水分の摂取 (1 日量)            | ・1ℓ以上 ・600 ml～1ℓ未満 ・600 ml未満 |       |
| 食事の用意                   | ・できる・やればできる・一部できる・できない       |       |
| そうじ                     | ・できる・やればできる・一部できる・できない       |       |
| 整理・物品の管理                | ・できる・やればできる・一部できる・できない       |       |
| せんたく                    | ・できる・やればできる・一部できる・できない       |       |
| ゴミの分別                   | ・できる・やればできる・一部できる・できない       |       |
| ゴミ出し                    | ・できる・やればできる・一部できる・できない       |       |
| 居住環境の心配                 | ・ない・ある( )                    |       |
| 除雪                      | ・できる・一部できる・できない( )           |       |
| 社会参加・対人関係・コミュニケーションについて |                              |       |
| 身内、友人との交友、連絡            | ・ほぼ毎日 ・週数回 ・ほとんどない           |       |
| 続けている趣味・楽しみ             | ・ある( )・ない                    |       |
| 地域や団体の活動参加              | ・ある( )・ない                    |       |
| 7 活動的な生活                | ・送っている・だいたい・まあ・あまり・送っていない    |       |
| 10 より活動的な生活を送るための意思決定は  | ・十分できている・かなり・そこそこ・あまり・まったく   |       |
| 11 より活動的な生活を送るための取り組みは  | ・十分できている・かなり・そこそこ・あまり・まったく   |       |
| 身なりやおしゃれ                | ・気にしている・あまり気にしない・気にしない       |       |
| 一人きりになることへの不安           | ・なし ・たまに不安 ・時々不安 ・常に不安       |       |
| 社会の出来事への関心              | ・ある(テレビで・新聞で)・あまりない・ない       |       |
| 9 健康、生活に役立つ情報を          | ・十分得られている・かなり・そこそこ・あまり・まったく  |       |
| 健康管理について                |                              |       |
| 現在の健康状態                 | ・よい・まあよい・普通・あまりよくない・よくない     |       |
| 服薬管理                    | ・できる・一部できる・できない( )           |       |
| 医者から指導内容                | ・なし・ある( )                    |       |
| 入浴                      | ・自立・一部介助・全介助( )              |       |
| 排尿                      | ・自立・一部介助・全介助( )              |       |
| 排便                      | ・自立・一部介助・全介助( )              |       |
| 夜の睡眠                    | ・眠れる ・眠れないことがある(眠剤無・有 )      |       |
| 口腔の状態                   | ・気にならない・気になる( )              |       |
| 口腔ケア                    | ・できる・やればできる・一部できる・できない       |       |
| 歯科受診                    | ・している( )・していない( )            |       |
| 目の見えかた                  | ・見える・あまり見えない(眼鏡無・有 )         |       |
| 耳の聞こえ                   | ・聞こえる・あまり聞こえない(補聴器無・有 )      |       |
| 物忘れなどについて               |                              |       |
| 物忘れ                     | ・気にならない・気になる( )              |       |
| 行動・心理症状 (BPSD)          | ・なし・気になる( )                  |       |
| その他                     |                              |       |
| 介護の心配                   | ・ない・ある( )                    |       |

|                  |                            |  |  |
|------------------|----------------------------|--|--|
| 災害時の心配           | ・ない・ある(医療・介護・避難・住居・防災無線 )  |  |  |
| 見守り等の支援          | ・ある( )・なし                  |  |  |
| この先のこと           | ・考えている( )・考えていない           |  |  |
| 8 思いや希望を周囲(支援者)に | ・十分伝えられている・かなり・そこそこ・あまり・全く |  |  |
| その他              |                            |  |  |

課題となっているものに✓ 改善の可能性のあるものに○ ↗

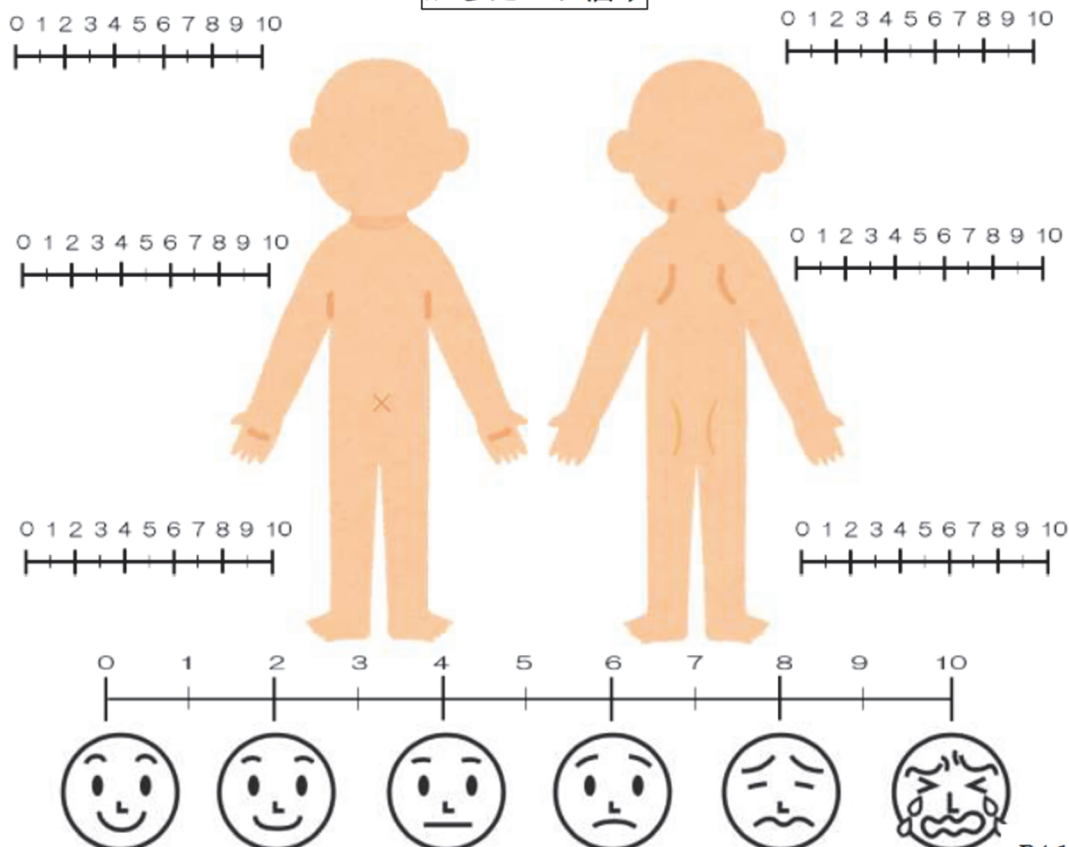
### のぞむ暮らし

|   |  |
|---|--|
| もとはどんな暮らしでしたか？その頃、あなたを支えていたものは何ですか、どなたですか？            |  |
| 今はどんな暮らしですか？なぜ今の暮らしに変わったのですか？失ったものはありますか？             |  |
| これからどんな暮らしをめざしましょうか？そのために今どんなこと取り組めるといいのか一緒に考えてみましょう！ |  |

3つのことを意識してみましょう！

- ①活動量をいかに増やすかという視点で考えてみましょう。(廃用症候群からの脱却・予防)
- ②ご自分にあう参加する処を探してみましょう。見つからない時は参加する場所を新たにつくるお手伝いを私たちもしていきます。参加は介護サービスに限りません。
- ③私たちはあなたの可能性を信じ、支援していきます。

### からだのお悩み



R4.1 作成

## (2) 町民に対する介護予防の必要性の普及啓発

令和3年度から「にこっと元気アップ教室」(通所型C)を新設した京極町であるが、実は従前にもサービスCの取組は行っていた。しかし、利用者が少ないという課題があがっていた。そのため、令和2年度には一旦サービスCの取組を廃止、再構築の後、令和3年度からの取組へとつながっていく。

介護予防把握事業を通じて明らかとなった従前のサービスCの停滞理由として、若い高齢者(主に前期高齢者)の把握が行えていないことがあげられた。

そもそも平成24年度より短期集中的なサービスが必要な層にはアプローチを実施・継続しており、その多くは既にプログラムに結び付いていたことから、いわゆる「呼びかけても反応が得られない層」の意識をいかに変革させるか、という点が課題として浮かび上がってきたのだ。

また、同把握事業の結果からうかがえたこととして、前期高齢者の中にもハイリスクに該当する方が多くいることが判明。町・地域包括支援センター・介護予防センター・SC等が協働し、介護予防の必要性を伝えるための共通説明資料を作成し、それぞれが役割分担をしたうえで、すべてのハイリスク者の元へ訪問説明を実施し、サービス利用等へと結び付けていった。

こうした地道な取組により、少しずつ、しかし着実に、これまでサービスに結び付きづかった前期高齢者の意識が変わりつつある。

## 4. 短期集中予防サービスについて

### (1) 京極町のサービスCの概要・特徴について

従前から運動機能向上あるいは認知症予防教室という形でサービスCを展開してきた京極町であったが、いずれの教室も参加者が減少しており、継続について見直しを行う必要性を感じていた。

そこで、令和2年度は一度すべてのサービスCを撤廃し、介護予防把握事業を通じたハイリスク者の抽出及び必要なサービス体系の見直しを図ることとした。

結果として、「にこっと元気アップ教室」(通所型C)を介護予防センターが主として実施(理学療法士常勤)することとして再編し、令和3年度より取組を再開している。

図表5：にこっと元気アップ教室の概要

| 通所C・社会参加  | 健康講話DVD         | 講師               |
|---|-----------------|------------------|
| にこっと元気アップ教室   | ① 京極町の高齢者の状況    | 介護予防センター理学療法士    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防センター実施(理学療法士常勤)</li> <li>全12回3か月1クールで2クール開催</li> <li>65~79歳ハイリスク者対象</li> <li>利用料 300円 加算有</li> <li>健康講話DVD(30分間)、運動(45分間)</li> <li>生活支援コーディネーターも参加し関係構築</li> </ul> | ② 介護予防の重要性      | 〃                |
|   | ③ 社会参加・地域包括ケアとは | 社協生活支援コーディネーター   |
|   | ④ 体調管理          | 包括支援センター保健師      |
|   | ⑤ 京極町の高齢者の栄養    | 役場管理栄養士          |
|   | ⑥ 栄養バランスの良い食事   | 〃                |
|   | ⑦ 病院のかかり方・薬の飲み方 | 役場医療介護連携コーディネーター |
|   | ⑧ 認知症予防         | 道央佐藤病院認定作業療法士    |
|   | ⑨ オーラルフレイル      | 菊地歯科歯科衛生士        |
|   | ⑩ 上手な歯科のかかり方    | 京極ようてい歯科医師       |
|   | ⑪ かしこいサービスの使い方  | 包括支援センター社会福祉士    |
|   | ⑫ 京極町の社会資源      | 社協生活支援コーディネーター   |

※北海道後期高齢者医療広域連合長寿・健康増進推進事業補助金を活用

## (2) サービスCの構築にあたって苦労した点について

「にこっと元気アップ教室」(通所型C)は、介護予防センターに配置されている理学療法士(1名・専従)が主として担当し、その運営を行っている。

総合事業に移行する数年前より、地域包括支援センターの保健師が主となり、通所C相当の教室を行っていた。まずは町の規模やサービス利用者の想定をし、必要なりハ職の数を算出(=1名で充分であることを確認)。そのうえで、地域包括支援センターの職員の伝手を頼り、医療機関に勤務していた特定のりハ職に助力を得て、町の各種介護予防に係る事業に協力をいただくという形を取った(いわゆる、「一本釣り」ともいえる)。

そのような形で各種事業を実施していたが、平成27年に総合事業に早期移行を行うタイミングで、人材確保に係る助成を得られる算段がついたため、当該りハ職を中心に介護予防センターが社会福祉協議会に設置された。以降、常勤スタッフとして活動に尽力している。

ここでのポイントは、規模の小さな町であるからこそ、そのスタッフの顔もスキルも理解したうえで特定の伝手をたどり声を掛けたこと、また、突然体制に加えるのではなく、一定以上の期間、町の施策にも助力いただいていたことで、町の方針を共有できた状態で加わってもらえたことがあげられる。

## 5. 地域ケア会議について

### (1) 京極町の地域ケア会議の概要・特徴について

京極町の地域ケア会議は個別課題解決から政策形成までの幅広い機能を補完するため、5つの会議体により構成されている。

町で実施されているさまざまな会議体の機能を整理したうえで、毎年毎年、柔軟に形を変えながら、町の現状や課題を整理・解決していくための議論を展開している。

平成29年度より自立支援型の個別会議に着手し、事業対象者から要介護1までの方を対象として、年4回程度の頻度で開催をしていたが、令和3年度は町の方針として新たに力点を置くこととなった「にこっと元気アップ教室」(通所型C)の利用者に対象を絞り、重点的に議論する場として実施されている。

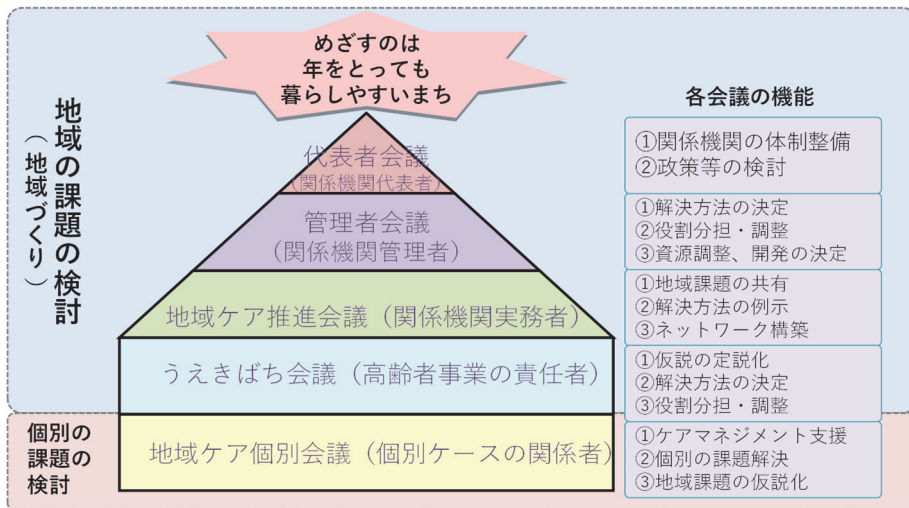
### (2) 地域ケア会議の構築にあたって苦労した点について

#### ① 地域課題の再整理・再発見

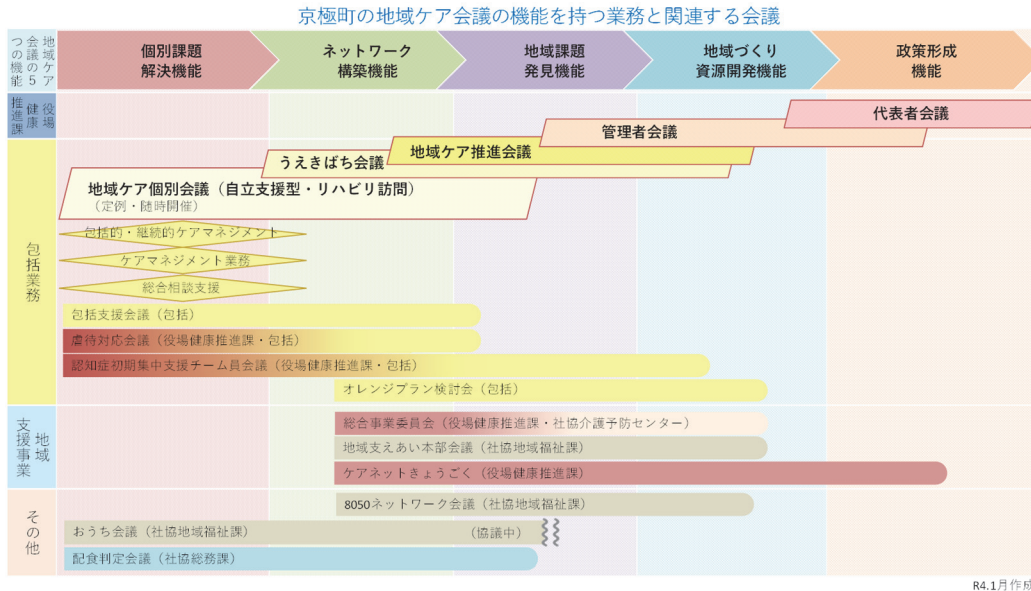
地域ケア会議の取組自体は平成25年度より取り組んできた京極町であるが、長年の課題として、地域課題は見つかるものの、どの課題から解決に向けた動きを行うのか、誰が何を担当するのか、といった、具体的な展開につなげることに苦慮していた。

ついには、積み上げられた地域課題は50を超える状況にあり、課題発見はできても解決の姿勢にシフトできない現状から、そもそも地域ケア会議の取組自体に疑義が上がるような状況に陥っていたのが令和2年度当初であった。

図表6：京極町の5つの地域ケア会議



図表7：京極町地域ケア会議の機能を持つ業務と関連する会議



R4.1月作成

そのような状況から脱するため、町・地域包括支援センター・介護予防センターで役割を分けたうえで、改めて町の現状を再分析したうえで、積みあがった課題を再整理。現在の町の実態を踏まえ、過去に整理した地域課題が現時点においても課題であるか見直した。

なお、この際の役割分担としては、町はニーズ調査を、地域包括支援センターと介護予防センターは町民の定性情報を取りまとめる形で実態把握を深めていっている。

こうした工夫により、優先的に解決に取り組むべき課題が整理できた（直近で取り組むべき施策の明確化）うえ、地域ケア会議での共有を通じて実態把握の重要性を再認識することにもつながった。

そのうえで、地域ケア会議を通じて、町内のさまざまな関係者・機関と協働し、令和3年度以降の具体的な町の取組計画（ロードマップ）の作成へとつなげていった。



## ②町の方向性と合わせて柔軟に会議目的を再設定

従前より自立支援型の個別会議に力を入れていた京極町であるが、新型コロナウイルス感染症の感染状況拡大に伴い、運営上の人員体制が満足に整えられない状況となっていた。

そのような中ではあったが、前述の課題整理により、令和3年度より「にこっと元気アップ教室」（通所型C）を新設するなど、新たな取組にも力を入れていく方向性が固まっていた。

これらのさまざまな状況を踏まえ、これまでは総合事業のサービス等を利用する方を広く対象として行っていた自立支援型地域ケア会議であったが、令和3年度からは一度サービスCの対象者に特化した議論の場として再設計（重点施策にフォーカスを充てたリソースの集中）し、地域包括支援センターが主体となり実施していく運びとしている。

なお、会議機能を最大化するために最低限必要な専門職などの派遣は、町が責任を持って行っており、町として目指す方向性の実現に向けて、現実的に歩みを進められる体制を確保していている。こうした人員調整等の背景には、町と地域包括支援センターの密なコミュニケーション（協議）があったことはいうまでもない。

## 6. 一般介護予防事業や通いの場について

### （1）京極町の一般介護予防事業や通いの場の概要・特徴について

京極町では一般介護予防事業として、「シャキッと会」（週2回、自由参加の運動教室）や「つどいの場」（町内8か所・サポーター25名）、「介護支援ボランティア」（活動24名（登録68名））など、さまざまな取組が展開されている（数値はいずれも2021年度時点）。

ここでは、2020年から続く新型コロナウイルス感染症影響下において、一般介護予防事業や住民主体の通いの場が次々と休止となり、高齢者の閉じこもりやコロナうつ、フレイルなどに対して懸念が増えていたことから、コロナ禍に対応した取組として開始した「元気湧く湧くウォークラリー」、また、コロナ禍以前より行っている取組であるが、「高齢者デマンドタクシー」の取組、また、京極町が介護予防活動の入口として大切にしている介護予防把握事業について紹介する。

### （2）一般介護予防事業や通いの場の構築にあたって苦労した点について


#### ①「元気湧く湧くウォークラリー」の実施

新型コロナウイルス感染症影響下にあった2020（令和2）年当時、介護予防センターでは、感染対策に配慮しつつ、継続して取り組むことのできる運動プログラムを模索していた。

そこで、屋外で自由に歩く取組であれば実施可能ではないかというアイデアから、2020（令和2）年8月より「元気湧く湧くウォークラリー」の取組を開始（冬場は雪の影響で実施できないことから、夏～秋限定の取組として実施）。周知は町内の回覧板を活用することや、もともと通いの場に参加していた方々に個別に案内をする形で進めていった。

結果として、このウォークラリーの取組は好評を博し、翌年度以降も継続的に実施されることとなるほか、屋外活動としてラジオ体操を町内の小学校と協働して行う取組や、あるいは、ウォークラリーをきっかけとして活動を再開した通いの場に参加する方も増加することとなっていた。

図表8：「元気湧く湧くウォークラリー」の経過・概要

| 時期              | 事業                                | 対応策   | 事業内容  |
|-----------------|-----------------------------------|---|---|
| R2.2<br>末～<br>6 | つどいの場、一般介護予防事業休止                  | 運動 DVD やプリントを参加者に配布   | 8月末から11月までの約3か月間<br>町内10か所にシールポイント（つどいの場合会場を含む）<br>もらえる台紙は3枚<br>台紙1枚につきシールが50枚<br>シールは1日2枚まで貼れる<br>車や自転車など歩き以外は対象外<br>台紙を景品と交換<br>1枚でドリンクホルダー・2枚で加えてショルダーバッグ<br>3枚で更に加えて重錘バンド |
| R2.5            | 通所 A 休止                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>フレイル予防のため自宅から施設まで歩き、スタンプをもらう取り組みを開始</li> <li>遠方の利用者はスタッフが自宅近辺を一緒に歩行、セルフリハも宿題に</li> </ul> |   |
| R2.6            | 通所 A 再開                           | 感染対策の徹  |   |
| R2.7            | つどいの場再開を働きかける<br>⇒9か所中再開したのは1か所のみ | コロナ感染予防に配慮した新たな介護予防事業を模索  |   |
| R2.8<br>末       | ウォークラリー開始                         |   |   |

## ②高齢者デマンドタクシーの運行

京極町での地域ケア会議を通じて、過疎地における高齢者の移動手段の確保として立ち上がった取組として「高齢者デマンドタクシー」がある。

通いの場への参加をはじめとして、各種外出を控えがちになることで生活不活発な状態となることを防ぐため、町のタクシー事業者に委託のうえ、移動支援の一環として実施されている取組であり、オールシーズン活用可能な移動手段の確保につながった取組である。

タクシー事業者の営業時間内には限定されるものの、年間を通して利用可能であり、利用者の負担は現在 200 円で、差額は町からタクシー事業者へ助成する形で運用している。

費用としては過疎対策事業債を活用し、一般会計として計上したものになっている。

### 《高齢者デマンドタクシーの概要》

**対象者**：京極町住民基本台帳に登録されている、年齢が 65 歳以上又は 64 歳以下の身体障害者手帳、療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を持つ方で、以下のいずれかに該当する方

- ①交通手段を持たない方
- ②運転免許証を自主返納された方、返納予定の方
- ③日常生活において屋外での移動が困難な方（ご自身で車の乗り降りが可能な方）

**利用範囲**：運行は京極町内のみでの移動で、自宅からの外出先は以下のもの

- ① 医療機関・治療院
  - ② 役場・金融機関（借金・融資・郵便局）
  - ③ 商店等
  - ④ 道南バス各停留所
  - ⑤ 理髪店・美容室
  - ⑥ 共同墓地等
  - ⑦ 公民館
  - ⑧ 福祉センター
  - ⑨ 湧学館
  - ⑩ きょうここ
  - ⑪ 各町内会集会所
  - ⑫ 旧喫茶チェリー
  - ⑬ 慶和園
  - ⑭ 京極温泉
  - ⑮ 総合体育館
  - ⑯ 温水プール
  - ⑰ パークゴルフ場
  - ⑱ ふきだし公園
  - ⑲ 駐在所
  - ⑳ 知人・友人・親族宅
- ※「つどいの場」実施場所を含みます

### ③介護予防把握事業および「くらしのアンケート」の実施

京極町では、地域の現状を洗い出すプロセスを重視し、そのために介護予防把握事業を活用している。具体的には、ハイリスク者の抽出を目的とした基本チェックリストによるアンケート調査があり、それに加えて（基本チェックリストの裏面に追加項目として設置）、「くらしのアンケート」を毎年、町として収集すべき設問を追加し実施している。

アンケート調査は、基本チェックリストの25項目に加え、都度、町が必要と考える項目を「くらしのアンケート」（町・地域包括支援センター・介護予防センター等で協議し追加）して実施するものである。

本調査への回答が得られない方については、町による、郵送での呼びかけ、地域包括支援センターによる電話、訪問など、段階を踏んだ追加アプローチを行い、実態をより詳細に突き止めている。

これら結果を踏まえ、ハイリスクアプローチを行う中で、サービスCや通いの場、あるいは住民互助の活動などに地域包括支援センターが適切につなげていく形でケアマネジメントを展開している。

図表9：京極町令和3年度前期高齢者介護予防把握事業の結果

- 65歳～79歳の方を対象に基本チェックリストと暮らしのアンケートを実施（サービス利用者6人を除く595人）

|    | 発送数  | 回答数  | 回答率   | 未回答数 | 対象除外 |
|----|------|------|-------|------|------|
| 男性 | 286人 | 272人 | 96.8% | 9人   | 5    |
| 女性 | 309人 | 297人 | 98.8% | 4人   | 8    |
| 全体 | 595人 | 569人 | 97.8% | 13人  | 13人※ |

※対象除外者13人の内訳：

- 転出3人、入院5人、入所2人
- いきいきシニア訪問対象者(80歳到来者)3人

#### 未回収者への対応

|     | ハガキ送付 | 電話  | ハガキ送付 | 電話・訪問等 |
|-----|-------|-----|-------|--------|
| 実施数 | 192人  | 15人 | 22人   | 21人    |
| 回収数 | 155人  | 12人 | 4人    | 9人     |

- 未回収者13名内訳：町外滞在1人、回答拒否6人、返送なし6人

令和3年度に実施した実態調査は、町内の65～79歳を対象として実施した。

その背景としては、従前より取り組んできた介護予防活動の参加者層としては後期高齢者（特に80代）が多く、前期高齢者等の参加が伸び悩んでいたことから、この世代の実態を町として把握しきれないという課題があったことにある。

このような課題を踏まえ、町・地域包括支援センター・介護予防センターの3者で協議をし、「介護予防活動の効果が特に現れやすい世代」を65～79歳と設定したうえで、対象者を決定していった。

令和3年度に実施した実態調査の回収率は97.8%。まずは町が対象者に対して調査票を郵送配布したうえで、回収率向上に向けて地域包括支援センターが未回収者等に対し手紙・電話・訪問等を手分けして行っていった。

その役割分担は細かいところでは、通所A利用者による送付物の折りたたみ作業、郵送物ののり付けから、訪問順の調整など、それぞれができることを、できる範囲で、最大限に調整したうえで行うという工夫が行われている。

この取組の背景には、町・地域包括支援センター・介護予防センターの3者が協議する中で、より詳細な町の実態を把握する必要があることを共通認識として持てたことがポイントである。必要性を共有できたうえで、適切な役割分担を行ったことで、高い回収率（＝詳細な実態の把握）の実現につながった例といえる。

#### 《実態把握から得られた効果① ～目的としていたハイリスク者等の実態把握～》

実態把握の結果、65～79歳の町民の中にも、病弱な方が多い、あるいは疾患や生活課題を複合的に抱えている方が想定していた以上にいることが把握できた。

さらには、地区や性別での分析を行った結果、既に支援が必要な状態にあると考えられる方については男性の比率が多いという結果もみられた。

これらの把握内容を踏まえ、通いの場や共生型地域福祉拠点での活動への勧奨、あるいは地域包括支援センターが行う定期訪問、あるいは支援が必要な方は各種サービスにつなぐなど、多様なアプローチの展開へとつながっていった。

#### 《実態把握から得られた効果② ～その他の効果～》

本実態把握は、ハイリスク者の抽出を目的としたものであったが、「くらしのアンケート」を併用したことにより、その他の効果もうまれている。

「普段のくらしで困っている人のお手伝いを行ってもよいと思いますか」についての問いに対して「はい」と答えた方について、基本チェックリスト結果も勘案しながら対象を抽出したうえで、個別にアプローチを展開。その結果として、地域の助け合いの担い手を発掘することができた、という副次的な効果を得ることもつながっている。

## 7. 地域支援事業における事業間連動について

京極町の特徴は、小さな規模の自治体であるからこそ、少ないリソース同士が濃密なコミュニケーションを図り、かつ柔軟な発想のもと、多種多様な取組を実践しているところにある。

そこで重要な姿勢として、ビルドアンドスクラップを前提とし、失敗を恐れずに、常に取組の効果や成果を振り返りながら形を変えていく勇気を持っていることがあげられる。

また、町の規模上、町や地域包括支援センター、介護予防センター等の職員が担う業務の幅も広く、おのずと地域支援事業における各種事業との連動性も図りやすい気質があると考えられる。

加えて、京極町の介護保険事業は町単独ではなく、後志広域連合として実践されることから、町を超えた範囲での連携・取組も従前から取り組まれており、今後も広域連合が一体となった取組の推進を図っていくこととしている。

## ビジョンを実現するしくみをつくり、PDCA サイクルで取組をアップデートした事例 ～規範的統合を軸とした事業の展開～

### 【奈良県生駒市】

- 人口 11,8,455 人
- 面積：約 53 km<sup>2</sup>
- 高齢化率：約 28.9%
- 地域包括支援センター設置数：6 箇所  
(うち、委託6箇所、そのうち1箇所はサブセンターを含む)

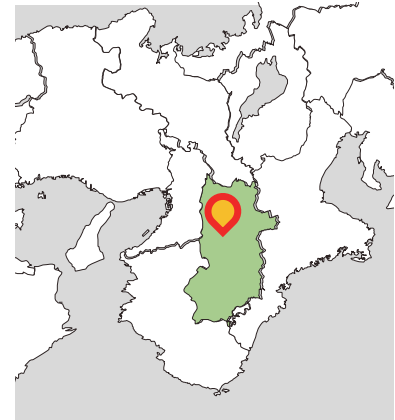
※いずれも令和4年1月時点

- 産業構造（平成27年国勢調査時点）

|             |             |
|-------------|-------------|
| 第1次産業：0.8%  | 第2次産業：20.5% |
| 第3次産業：76.7% | 不明：1.9%     |

- 特徴的な地域特性

- ・坂道が多く、下肢機能等に不調をきたした方は引きこもりになりがちである
- ・高齢者世帯のうち、半数が一人暮らし或いは高齢者夫婦世帯となっている



#### 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した規範的統合

##### (1) 【つながる・知る・うまれる】を大切にしたいコミュニティデザイン

地域包括ケアシステムについて、生駒市に関係する全ての方に理解を促すために「地域を丸ごとよくする仕組みづくり」と言い換えて、住民にも理解しやすい言葉で周知を行いながら、行政だけでは構築できないこの仕組みを行政内部・関係機関・関係者・住民とともに継続して取組を進めている。

その際、留意していることが対話（つながる）を重ね、あるべき姿を共有（知る）し、知恵を出し合い、それぞれができること、協力し合ってできることを整理（うまれる）しながら、生駒市の地域特性に応じた取組を進めていくことであり、この規範的統合なくして、より良い施策の推進は図れないと確信している。

##### (2) 地域包括ケア推進会議（庁内連携会議）

地域包括ケアシステムの構築に向けては、中長期のビジョン（ロードマップ）を掲げ、庁内一丸となって取組を進めていく必要があるため、平成26年度、当時の介護保険課が旗揚げをし、副市長をトップとした部課長級が揃う「地域包括ケア推進会議」を立ち上げた。

連携が必要となると「仕事が増える」と後ろ向きになりがちなところ、連携することによる互いのメリットについて、例を示して伝え、意見交換（対話）を重ねるなかで、少しずつ理解（共有）されるようになり、さまざまな部局から連携案（うまれる）があがるようになった。

縦割り意識から横串を刺すことで効果的・効率的に事業が進むことが共有され、今では「まちづくり」を議論する市長をトップとした新たな会議体が生まれ、地域包括ケア推進会議はその中に含まれるようになっている。

### (3) 関係機関・関係者との連携

#### ①支援の最前線の地域包括支援センターの声を大切に

地域包括支援センターは包括的支援業務や介護予防支援業務をとおして、高齢者支援に何が最も必要かつ重要かを把握しているため、センターのつびやきをはじめ、センターの活動（定量・定性）をとおして、施策へ反映させることに重きをおき、センター会議やセンター長会議、部会を始め、現場の声を吸い上げられる環境を整備してきている。センター職員の高齢者支援にかける熱い思いを元に、生駒市の地域支援事業の構築があると言っても過言ではない。

そうした関係性の構築は、互いの立場を尊重し、忌憚なき意見を交わし合える環境を大切にしてきた生駒市の姿勢にもあり、車の両輪のような理想的な関係性が生駒市の地域包括ケアシステムの構築を後押ししている。

#### ②医療機関や介護保険事業所等との連携

地域包括ケアを促進していくためには医療や介護分野との連携が重要である。そこが強固たるものか、否かでずいぶん市の施策も変容する。

生駒市においては、在宅医療介護連携推進会議を有効活用し、総合事業の構築においては、多様なサービスの利用者像の設定やメニューの考案、基準づくりを始め、介護予防ケアマネジメント点検支援・確認マニュアルの作成など、総合事業の充実発展にも寄与いただいている。

こうしたプロセスに関与いただくことで、対話（つながる）が進み、事業への理解へと発展（共有）し、医療機関や居宅介護支援事業所等からの紹介（うみだす）で通いの場や一般介護予防事業、通所型サービスCに参加が望ましい高齢者を紹介いただけ、安心して事業やサービス利用ができるようになる。

また、関係機関・関係者の理解により、広く総合事業の周知ができる環境も整うため、通所型サービスCの利用者が少ないと悩んでいる自治体には是非、参考にしてもらいたい取組である。

### (4) 住民への周知・啓発、協働者の発掘・育成等

地域包括ケアシステムの構築に関する普及啓発をどのように行うかがポイントだ。

中長期的なビジョンにたって、ホームページ・広報誌・SNS・YouTube・ツイッター・DVD・リーフレット・パンフレット・ポスター・掲示板の活用やフォーラム・講演会・ボランティア養成講座など、さまざまな手法を駆使して、住民に周知・啓発することが重要である。

また、介護予防や認知症施策などに積極的に関与いただける住民を養成・育成していくことも大切であり、そのためには魅力ある事業の発信も必要となる。

生駒市では、高齢者のセルフケアにつながる独自の介護予防手帳を地域包括支援センターや生駒市地区医師会等の協力を得て作成し、通いの場や一般介護予防事業に参加している高齢者に毎年配布している。セルフケアの推進に向け、1年の目標を立て、評価を行っている。他に広く社会参加を促す意味で、令和3年度時点では既に第4版となっている「いきいきライフ 人生の歩き方（65歳から考えたい「介護予防」について）」など、高齢者の社会参加の特集を組み、生きがいや役割を持つことの大切さを伝え続けている。

人材の発掘・育成においては「認知症支え隊養成講座」等を展開し、認知症を正しく知ることにつ

いて対話（つながる）を重ね、当事者の声を聴き、どのようなサポートがあれば認知症の方の白杖になるかを皆で共有（知る）し、初期の認知症の方々の支援（通いの場やサロンへの同行、散歩同行など）につながっている（うみだす）。

こうした行政内部、関係機関・関係者、住民との規範的統合をベースとして、生駒市の事業が構築されてきたことを理解いただいたうえで、各事業をご覧いただければと考える。

## 2. 総合事業のデザインについて

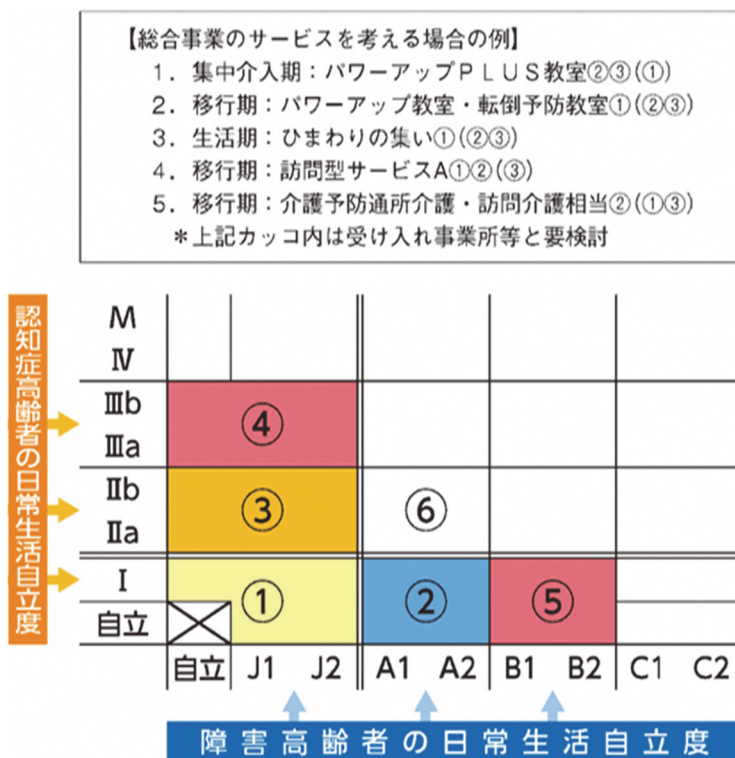
市町村の実情に応じた総合事業をデザインしていくために、第6期介護保健事業計画策定時には、介護保険運営協議会に介護予防検討会を置き、地域包括支援センターが実施している介護予防支援の実態や総合相談等の内容、介護予防把握事業から見える虚弱高齢者の状況等を踏まえ、現状を分析。多様なサービス等のモデル検証を行ったうえで、事業内容や利用者像の基準などを再検討し、図表1・2のような組み立てを行い、早期移行後もアップデートを繰り返している。

また、総合事業移行時には、市内医療機関の医師等に向けて「総合事業に関する研修会」を開催し、通所型サービスCに関するDVD（3教室案内）及び総合事業のパンフレット等を配布している。

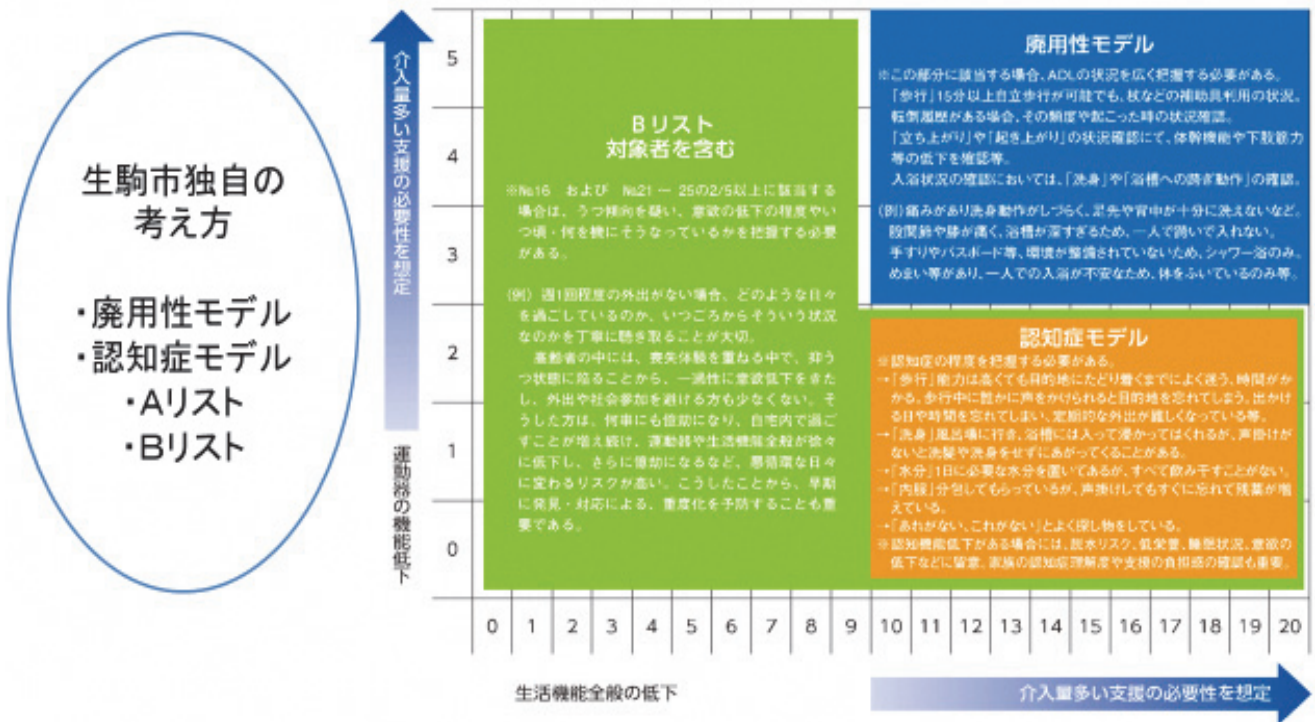
生活期に位置している通所型サービスB（住民主体）については、最高年齢101才の方の参加もあり、多様なサービスのニーズが伺える。

特に図表3の総合事業のデザインは、他の自治体でも元気を回復する取組から維持する取組と事業整理する際のフレームとして活用いただくこともできるのではないだろうか。

図表1：多様なサービス利用時の状態像整理



図表2：基本チェックリストの読み取り方



図表3：総合事業のデザイン





### 3. 介護予防ケアマネジメントについて

#### (1) 平準化に向けた取組について

平成 18 年に地域包括支援センター設置当初から委託と決めていた生駒市においては、センターの介護予防ケアマネジメントの平準化を行うことに力点を置き、介護予防支援や予防給付に関するマニュアルを作成し、地域包括支援センターや介護事業所に配布していた。

新規の予防プランについては、半年ほど、市職員が点検も実施していた。

平成 24 年に市町村介護予防強化推進事業を展開する際に、医療介護従事者とともに作成したスクリーニング表を作成し、同時に「アセスメントに時間がかかる新人職員」や「アセスメント不足」が課題となっていたことを解決するために、図表 4 の生駒市独自の二次アセスメントシートを作成した。

こうしたシートをとともに作成するプロセスこそが大切で、合意形成が図れるとともに、皆が活用しやすいものへとつながっていくのだと思う。

このシートでは、高齢者の水分不足や睡眠薬と排泄と転倒との関係、訪問介護が入る根拠や初期の認知症の方の特性などが把握できるようになっており、自立支援・重度化防止の視点が自ずと身についていく帳票となっている。

図表 4：生駒市版二次アセスメントシート

| 記入日  |     | 平成 年 月 日 |       | 担当   |     | 日常生活自立度 |       | 日常生活について (ADL) |        | ※本人がしていること / していない場合は誰がしているか? |      | 特記事項  |  | いつごろから   |  |  |
|--|-----|----------|-------|------|-----|---------|-------|----------------|--------|-------------------------------|------|---|--|--|--|--|
| 氏名   | 生駒市 | 生年月日     | 年 月 日 | 性別   | 男 女 | 一人暮らし   | 高齢者のみ | その他            | 認知症高齢者 | 家族の状況・意向                      | 1 炊事 | <input type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない | <input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意<br><input type="checkbox"/> ガス (IH) 調理器使用 <input type="checkbox"/> 蓋め<br><input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い | <input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 他 |  |  |
| 住所   | 生駒市 | 電話番号     |       | 電話番号 |     |         |       |                |        |                               | 2 掃除 | <input type="checkbox"/> している<br><input type="checkbox"/> していない | <input type="checkbox"/> 自室のみ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場<br><input type="checkbox"/> 他  | <input type="checkbox"/> 配偶者<br><input type="checkbox"/> 他 |  |  |
| <b>I. 健康状態</b>   |     |          |       |      |     |         |       |                |        |                               |      |   |  |  |  |  |
| 現病や既往歴 医療機関名 受診頻度 服薬状況 (合計 種類) 発症や入院時期<br>1<br>医師リハ: 回/月 マッサージや整骨院 回/月<br>2 お薬手帳を利用していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 3 平常時の血圧: / mmHg<br>部位・程度・頻度・対処 できない・困っていること いつごろから<br>4 痛み<br>5 しびれ<br>6 肉球、痔、魚の刺等のタンパク質をとっていますか <input type="checkbox"/> はい: 日/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他:<br>牛乳・乳製品をとっていますか <input type="checkbox"/> はい: 日/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他:<br>野菜をとっていますか <input type="checkbox"/> はい: 日/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他:<br>1日にとる水分について 総摂取量 <input type="checkbox"/> 500cc未満 <input type="checkbox"/> 500~1000cc <input type="checkbox"/> 1000cc以上<br>内訳: <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 汁物 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 飲料 <input type="checkbox"/> あり ( ) 本/日: ( ) ml / 合 <input type="checkbox"/> なし<br>トイレが間に合わず、失敗することはありますか <input type="checkbox"/> はい ( ハット・リハビリ・未着ワック・なし ) <input type="checkbox"/> いいえ<br>8 排便 昼間 回 / 夜間 回 利尿剤服用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>排便 日に1回 下剤服用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>9 眠れなくなる事/睡眠薬内服 <input type="checkbox"/> あり ( 回/週 使用: ) <input type="checkbox"/> なし<br>10 何でもしっかり寝て食べられますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ:<br>義歯について <input type="checkbox"/> あり: 挿入回数 ( 上・下 ) / 部分入庫 ( 上・下 ) <input type="checkbox"/> なし<br>1日1回以上の歯磨きや義歯の掃除 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 歯科受診 <input type="checkbox"/> あり 回/月 <input type="checkbox"/> なし<br><b>II. ADL</b> 用具や工夫、理由や状態 いつごろから<br>1 起き上がる時の支え <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>2 立ち上がる時の支え <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>3 歩行時の支え 屋内 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>屋外 (15分) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>4 一人で洗身していますか <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない<br>5 一人で浴槽をまたくこと <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない<br>6 運動について医師からの制限 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>7 ほか、医師からの注意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |     |          |       |      |     |         |       |                |        |                               |      |   |  |  |  |  |
| <b>IV. 社会生活・環境</b> いつごろから<br>1 何なしらの役職がありますか(家庭内): 地域:<br>2 現在、地域で参加しているものはありますか <input type="checkbox"/> はい: <input type="checkbox"/> いいえ<br>また、以前参加していたものはありますか <input type="checkbox"/> はい: <input type="checkbox"/> いいえ<br>3 再障したいこと、やってみたいこと等ありますか <input type="checkbox"/> はい: <input type="checkbox"/> いいえ<br>困ったときに助けてくれる人はいますか <input type="checkbox"/> はい: <input type="checkbox"/> いいえ<br>4 家族との交流状況<br>近隣、知人、友人との交流状況<br>自宅や周囲の環境で不自由なところや不安に感じるところ <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 屋内階段や段差<br>5 <input type="checkbox"/> 物干場 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> 敷地内階段や段差 <input type="checkbox"/> 周囲の急坂 <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い<br><input type="checkbox"/> 買物できる場がない <input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> その他:<br><b>V. 認知やうつ・安全などで変わった様子、あてはまるもの</b> いつごろから<br>1 <input type="checkbox"/> いつも「あれがない」「これが無い」と嘆息している 5 <input type="checkbox"/> 誤付けを間違ってしまう<br>2 <input type="checkbox"/> 約束の時間や場所を間違える 6 <input type="checkbox"/> リモコンや携帯電話の操作がわからない<br>3 <input type="checkbox"/> 部屋が片付かなくなってきた 7 <input type="checkbox"/> 化粧や服装、入浴することに無頓着になってきた<br>4 <input type="checkbox"/> 同じ食材がたかさんある 8 <input type="checkbox"/> 「忘れた」ことがわからないことがある<br><b>VI. その他</b><br>1 今後、ご自身はどのようになりたいですか <input type="checkbox"/> 今より元気になりたい <input type="checkbox"/> 今を維持したい <input type="checkbox"/> わからない<br>自身のためにしていること、おがしていること <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br><b>●特記事項</b>   自立度 ~ <特に留意! > <b>●支援者の見立て (9月とする場合)</b> (30日単位)   |     |          |       |      |     |         |       |                |        |                               |      |   |  |  |  |  |
| 機能: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3<br>活動: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>参加: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>交流: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>コメント:  |     |          |       |      |     |         |       |                |        |                               |      |   |  |  |  |  |

図表5：ケアプラン点検支援・確認マニュアル

【生駒市版 自己点検（確認）シート】

・ケアマネジメントの流れを振り返る機会となりますので、確認ポイントに沿って、できている場合は、レ点を、不十分だと思う場合は空欄にしておいてください。レ点をつけられなかった箇所については、なぜ、レ点がつけられなかったかを考えてみましょう。

①インテーク確認シート<sup>6)</sup>

|   | 質 問                              | ☐                        | 確認ポイント   |
|---|----------------------------------|--------------------------|--|
| 1 | 自身のことを十分に説明し、理解を得ていますか？          | <input type="checkbox"/> | ◆利用者、家族に対して、自身がどのような役割を持ち、担当するかを説明している。          |
| 2 | 利用者・家族の話をきちんと受け止めていますか？          | <input type="checkbox"/> | ★利用者・家族の話を傾聴し信頼関係を築くことを優先的に考え、受容的態度で接している。       |
| 3 | 介護保険制度について、きちんと説明し、理解を得ていますか？    | <input type="checkbox"/> | ▼介護保険制度の目的について説明している。                            |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | ▼総合事業について説明している。                                 |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | 事業対象者・要支援認定の違いを説明している。                           |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | ◆介護予防ケアマネジメントの意義と役割について説明している。                   |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | 計画作成者の「機能」と「役割」について説明している。                       |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | アセスメントの方法について説明している。                             |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | サービス担当者会議や地域ケア会議を開く意義について説明し、同意を得ている。            |
| 4 | 必要に応じて介護保険制度以外のサービスについて説明していますか？ | <input type="checkbox"/> | インフォーマルサービスサポートについて説明している。                       |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | ◆必要に応じて、高齢者福祉サービスや障害施策等の説明をしている。                 |
| 5 | 契約に必要な事項等を説明していますか？              | <input type="checkbox"/> | 自らの指定介護予防支援事業所の運営規定の概要を説明している。                   |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | 指定介護予防支援事業所の勤務体制について説明している。                      |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | 秘密保持（個人情報の管理方法）について、個人情報の使用目的や使用範囲、管理方法等を説明している。 |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | 苦情への対応方法について説明している。                              |
| 6 | 説明内容を、利用者・家族は理解され、同意を得ていますか？     | <input type="checkbox"/> | 利用者・家族の理解を得ている。                                  |
|   |                                  | <input type="checkbox"/> | 利用者・家族の同意を得ている。                                  |

<sup>6)</sup> 川崎市介護支援専門員連絡会・川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課「ケアマネジメントツール ～ケアプラン確認マニュアル～【川崎版】」第2版（p.12、2014年10月1日）より一部改変。

平成 26 年には、異動等によって職員の体制が変わっても介護予防ケアマネジメントの質の担保が図れるよう、外部の有識者や奈良県の適正化担当者、医療介護関係者等を交え、ケアマネジメント適正化委員会を設置し、ケアプラン点検支援・確認マニュアルを作成し、毎年、外部の有識者を招き、ケアプラン点検・確認支援を実施している。自己点検後に有識者と面談し、気づきを促す問いを受けながら、見落としていた視点に気づくなど、毎年さまざまな発見がうまれている。点検後には振り返りシートに気づきを記していきながら、次に活かせる形になっている。

## (2) 保険者の窓口対応について

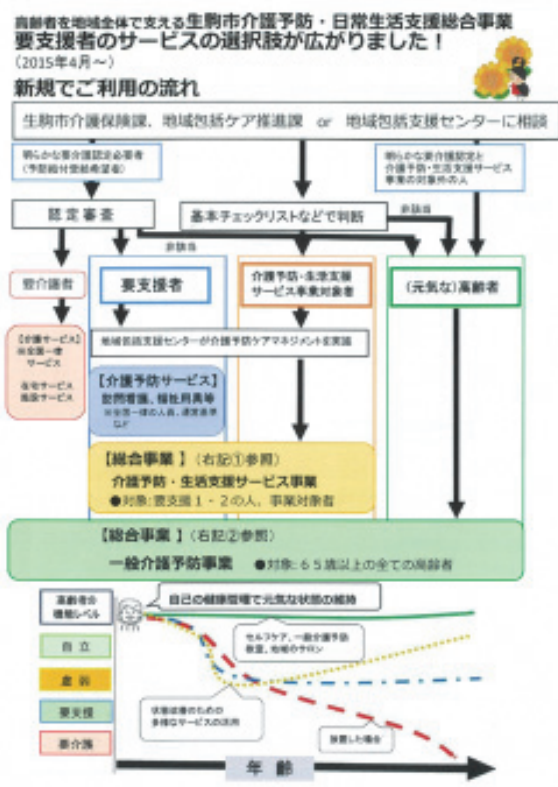
平成 27 年度に早期移行した総合事業について、介護保険課と総合事業担当課である高齢施策課で連携しながら、誰もが窓口対応を適切にできるよう協議（対話）しながら、図表 6 のようなマニュアルを作成し、要支援・要介護認定に来所された方々の主訴や困り事を確認しながら、フローチャートにそって対応していけるようにした。

並行して、地域包括支援センターより異動等で包括業務を担うことになった職員が、ベテラン職員と同様にケアマネジメントが行えるよう、インテーク時に活用できるリーフレットが必要という要望があり、市担当職員と、包括支援センターと市それぞれの保健師から構成される予防部会が中心となり、どのセンターでも同様の対応ができるリーフレット（図表 7）とあわせて Q & A 集を作成し、更新を重ねている。

図表 6：窓口対応マニュアルの作成・相談支援の充実

|          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | <b>相談受付(市役所内・地域包括支援センター内)</b>  |
| <b>2</b> | <p style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;"><b>要支援・要介護認定への申請案内をするかを判断(次の①から⑦のいずれかに該当するか)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 杖をついたり、歩行器を使用しても一人で歩くことができない場合<br/>(車いすに乗っている、寝たきりである)</li> <li>② 認知症の症状により日常生活に支障をきたしている場合<br/>(買う品物を忘れてしまうため、必要な物を一人で購入することができない、料理をする段取りを覚えられないため、料理が一人でできない、洗濯機の操作や掃除の段取りがわからず、家事の遂行ができない等)</li> <li>③ 入浴や体を洗う行為が一人でできないために、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い場合</li> <li>④ 服薬や病気の管理のために訪問看護サービス利用などの目的がある場合</li> <li>⑤ 家族の介護力の問題で、長時間の預かりの場を求めている場合<br/>(不適切な介護や高齢者虐待の疑いなど、定期的に家族との分離として、ショートステイの利用等が必要な場合)</li> <li>⑥ その他(せひとも介護認定を受けたいと窓口で主張される方)</li> </ul> |
| <b>3</b> | <p style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px;"><b>上記①～⑦に該当しない場合は、基本チェックリストの実施を案内する</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 上記①～⑦以外の者に対して、総合事業のリーフレットを元に、要支援・要介護認定の申請を受けなくても、多様なサービスの利用が可能であることを説明。特に自立支援に向けた重度化予防を図る事業に参加できることを説明する。その上で、基本チェックリストに回答いただき、事業対象候補者となり、介護予防ケアマネジメントにおいてサービスや事業が必要と言うことであれば、通常の申請よりスムーズにサービスが利用できることを説明。</li> <li>② 基本チェックリストに該当しなかった場合、一般介護予防事業や通いの場を紹介。</li> </ul>  |

図表7：生駒市における介護予防ケアマネジメントに関する流れ



- ① 介護予防・生活支援サービス事業
- パワーアップPLUS教室(通所型+訪問型)  
マシンを使った筋力増強運動を中心に、身体・動作能力の改善を目指します。また、理学療法士等が家庭を訪問して、運動調整やトレーニング方法を指導します。
  - パワーアップ教室(通所型)  
①運動と②認知改善の3つのプログラムにより、身体機能・動作能力、口腔機能や栄養状態の改善を目指します。
  - 転倒予防教室(通所型)  
転倒を予防する運動や、家屋内の環境調整に関する学習を通じて、転ばないための身体づくりを目指します。
  - ひまわりの集い  
同じこもりがちな高齢者に、レクリエーションや手作りの食事を提供します。
  - 通所型サービスA  
デイサービスセンターで機能訓練を行い、自立支援を受けます。
  - 訪問型サービスA  
ご自宅内の掃除、買い物、調理などの生活支援を行います。
  - 介護予防訪問介護福祉サービス  
デイサービスセンターで、食事、入浴などの生活上の支援や機能訓練を行います。
  - 介護予防訪問介護福祉サービス  
ホームヘルパーが訪問して入浴、食事等の介護や掃除、洗濯等の家事を行います。
- ② 一般介護予防事業
- のびのび教室  
転倒予防のための体操やいすに座ってできる体操を運動指導士が紹介します。
  - 地域型のびのび教室  
近隣の仲間と身体を動かす習慣を作り、元気な地域づくりを目指す体操教室です。
  - わくわく教室  
外出の少ない高齢者や1人暮らしの方に、楽しい時間を過ごしていただいています。
  - 脳の若返り教室  
認知症予防のために、学習サポートの支援を受けながら行います。
  - コグニサイズ教室  
身体を動かしながら頭を使い、脳の活動を活性化して認知症を予防します。
  - いきいき百歳体操  
おもしろを使った筋力運動の体操で、DVDに合わせて運動します。地域の仲間、3人以上と継続的に、筋力アップを目指します。
  - エイジレスエクササイズ教室  
65歳～75歳未満の人を対象とした、有酸素運動と筋力トレーニングを組み合わせたアンチエイジング教室です。

**教室参加者やご家族の声**

**パワーアップPLUS教室**  
→サロン、ひまわりの集い

太ももを骨折して「もう一人で出かけるのはムリ」と思っていたのですが、教室に参加して足の力がついた頃に、リハビリの方が一緒にバスに乗ってくれたので、また出かける自信ができました。  
今は地域のサロンやひまわりの集いに参加したり、バスで買い物に出かけたりしています。主治医には元気になって力がついたね、と驚かれています。  
(80代男性)

**パワーアップ教室**  
→いきいき百歳体操

体操を削って食欲がなくなり、主治医から運動を勧められました。パワーアップ教室に参加して、栄養について教えてもらい、食べることが好きになりました。その後は転倒予防教室に参加し、今は地域のいきいき百歳体操に歩いて参加できるようになりました。  
(70代女性)

**パワーアップ教室**

母が閉じこもりがちなので、デイサービスを利用しようと思いましたが、教室に参加したら、パワーアップ教室を勧められました。  
年齢のこともあり心配しましたが、自分に合った運動ができて、楽しく参加できたようです。  
今では散歩や車の手入れなど、母らしく過ごしてくれているのがとても嬉しいです。  
(90代女性の家族)

**パワーアップPLUS教室**

認知症の身は出かけるのを嫌がるようになり、介護を受ける側だと思っていました。  
しかし、教室に参加するようになってから、お手紙(ポランティア)までできるようになって驚いています。  
本人の表情も明るくなりました。  
(80代女性の家族)

**介護保険制度とは・・・**

高齢者が住み慣れた地域で、尊厳を持って自分らしい暮らしができるよう、社会全体で支えあう仕組みです。

**生駒市は今後どうなる？**

| 2020年度(2020.4.1時点)  | 2025年度(7月介護保険事業費計画より推定) |
|---------------------|-------------------------|
| ●総人口 119,291人       | ●総人口 120,000人           |
| ●65～74歳 17,116人     | ●65～74歳 19,076人         |
| ●75歳以上 16,460人      | ●75歳以上 20,741人(1,281増)  |
| ●要介護認定者数 4,696人     | ●要介護認定者数 6,377人(1,681増) |
| ●全種給付費見込み 約54億      | ●介護給付費 約105億(1,259増)    |
| ●介護保険料 6,200円(基準月額) | ●介護保険料 7,073円(1)        |

生駒市の総合事業は・・・

- 高齢者が自ら介護予防に取り組み、その人らしい自立した生活を続けていけるよう、支援します。
- 新たな担い手の確保や、多様な生活支援のある地域づくりに取り組んでいます。

**介護保険法の理念**

**第1条(目的)**  
この法律は、国に併って生ずる心身の老化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する状態について、これらの者が**要介護状態とし、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に關して必要な事項を定め、もつて国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。**

**第4条第1項(国民の努力及び義務)**  
国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の老化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合において、速んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

#### 4. 短期集中予防サービスについて

##### (1) 生駒市の短期集中予防サービスの特徴について

生駒市の短期集中予防サービスは、図表1にも掲載のある集中介入期のパワーアップPLUS 教室（通所型サービスC+訪問型サービスC+一般介護予防事業の複合型事業）と移行期のパワーアップ教室（通所型サービスC）と移行期の転倒予防教室（通所型サービスC）の3種があり、図表8・9に特徴を示している。

図表8：通所型サービスCの例



- 通所型サービスCについては、3種類
- 状態像に応じて、効果のある事業へご案内
- 通所型サービスCが順調に進むコツ
  - ・適切な対象者の選定
  - ・的確な介護予防ケアマネジメント
  - ・状態に応じた効果的な事業運営
  - ・規範的統合(住民、介護事業所、ケアマネ地域包括支援センター、医療機関等)

**パワーアップPLUS教室は、通所型Cと一般介護予防事業を一体化して実施**

**パワーアップPLUS教室(訪問型)の様子**

訪問の様子



**要支援2、相当者**

**パワーアップPLUS教室(通所型)の様子**

全体の様子



セラバンド運動



マシントレーニング



ステップ運動



**要支援1、相当者**

**パワーアップ教室**



マット運動(筋力)  
バランス・筋コアアップ!



4色マット(バランス)

背・肩・膝・手  
バランス力を高めよう!

**転倒予防教室**



【準備体操】ボールを使ってみんなの名前を覚えよう。



【筋力向上】ゼッパで筋力向上トレーニングの実施



【座学】転倒の生活に大切なことは？学習です。

図表9：通所型サービスCの内容

|      | パワーアップPLUS教室   | パワーアップ教室   | 転倒予防教室  |
|------|--|--|---|
| 内容   | ・通所型サービスC<br>・訪問型サービスC<br>・一般介護予防事業<br>(上記の複合型サービス)<br>※高齢者の運動機器利用 | ・通所型サービスC<br>(運動・口腔・栄養の複合型)<br>※運動は自重が中心の所と<br>高齢者の運動機器使用の所<br>がある | ・通所型サービスC<br>(座学と転倒予防のための運動等)<br>※運動は自重が中心<br>がある |
| 頻度   | 週に2回<br>1回あたり2時間   | 週に1回<br>1回あたり3時間   | 週に1回<br>1回あたり1.5時間                                |
| スタッフ | 理学療法士or作業療法士、運動指導員、介護職員、看護師、ボランティア                                 | 介護予防指導員、歯科衛生士、栄養士、介護職員、ボランティア                                      | 理学療法士、健康運動指導士、ボランティア                              |
| 送迎   | 有  | 有  | 無   |
| 運営   | 委託   | 委託   | 直営  |
| 募集   | 1クール3ヶ月制・教室制で、募集は4月・7月・10月・1月と決まっている。ケアマネジメントによっては、クール内途中エントリーは可能。 |  |   |

生駒市では平成 16 年度から高齢者の筋力向上トレーニング事業、平成 24 年には市町村介護予防強化推進事業という国のモデル事業にて、要介護 2 までを対象とし、検証してきている実績があるため、ノウハウも積み挙げられており、スタッフの異動があっても事業の成果に影響がない土壌がある。住民からは「体力落ちたら通う場所」というように一定数の市民にも認知されている事業である。

介護予防ケアマネジメント時に事業説明しやすいよう DVD を作成し、事業案内だけでなく事業利用後の方がどのように過ごされているかまで見ていただくことで動機付けに役立てている。対象者の選定については、先の総合事業のデザインのところで紹介している図表 1・2 や介護予防ケアマネジメントに示した図表 4 等を活用し、ルールに照らし合わせ、適切な対象を選定している。

特に対象者の選定については、どの程度の状態像の人に対して、どのくらいの事業量を見込むかの試算が必要である。生駒市では、総合事業移行前には、年間 300 人くらいが短期集中予防サービスを利用することが理想的と試算していた。しかし実際には、一般介護予防事業や通いの場が急激に増えたことにより、生活機能の低下者が送迎を必要とする状態像に向かう前に、多様な場に参加できる環境が整い、水際対応で早急に対応しなければならない件数は、安定してきているようである。

令和 2 年度コロナ化において例年より少ない利用者数であったが、成果は図表 10 の通りである。

図表 10：令和 2 年度通所型サービス C の成果

|                  | 実人数  | 卒業     | ※下記3分類は重複あり  |        |       | 多様なサービス | 給付    | 中断    |
|------------------|------|--------|--------------|--------|-------|---------|-------|-------|
|                  |      |        | 一般介護<br>予防事業 | ボランティア | セルフケア |         |       |       |
| パワーアップ<br>PLUS教室 | 70人  | 53人    | 30人          | 1人     | 27人   | 11人     | 2人    | 4人    |
| パワーアップ<br>教室     | 65人  | 47人    | 28人          | 1人     | 21人   | 14人     | 2人    | 2人    |
| 転倒予防教室           | 27人  | 23人    | 14人          | 2人     | 10人   | 4人      | 0人    | 0人    |
| 合計               | 162人 | 123人   | 72人          | 4人     | 58人   | 29人     | 4人    | 6人    |
| 割合(概数)           | 100% | 75.93% | —            | —      | —     | 17.90%  | 2.47% | 3.70% |

※【卒業】は3ヶ月で卒業した人である

※【多様なサービス】は通所型サービスA 通所型サービスBへ参加、もしくは通所型サービスCの継続(残り3ヶ月利用)

※いさいき百歳体操は【一般介護予防事業】に含む。サロン、認知症カフェは【セルフケア】に含む。

※新型コロナウイルス感染拡大に伴う緊急事態宣言によりR2.4から1か月程度C型休止。



**約75%の方が一般介護予防事業やセルフケアへ**

出典：生駒市提供

## (2) 短期集中予防サービスの構築にあたって苦労した点について

### ①リハビリ専門職の確保

市内の介護老人保健施設や医療機関等でリハ職を派遣してくれる先が見当たらなかったため、平成16年度の高齢者筋力向上トレーニング事業（国モデル事業）では、奈良県内の大学に協力をあおいだ。平成24年の市町村介護予防強化推進事業（国モデル事業）でも同様に協力を依頼したが、余力がないと断られた。途方に暮れながらも大学関係者に紹介してもらった県内の回復期病院で、介護予防の取組に実績のある病院と交渉を続けるも、難航。

あきらめず「必ず事業を成功させ、病院の知名度をさらに上げます」を伝え続け、行政内部とも技術に見合った額を謝礼で出せるよう折衝を続け、なんとか病院・担当課・市で合意が図られ、協力いただけることになる。あきらめず、風穴を開ける努力を続けることはエネルギーが必要だが、ことを成し遂げるには重要な行為だと再確認した出来事である。

### ②事業の継承について

長期的に協力いただける約束ではなかったため、どうしたら事業をうまく次の人に継承できるかを考え、運営マニュアルを別途作成できる予算を計上し作成した。次は市内の回復期病院の協力を得て、実践していくことを考えていたため、同一年度に、翌年度から関与いただく予定の病院スタッフを半年間、事業に参画できるよう予算を計上し、実践を交えながら、スキルを身につけて貰うように工夫した。2重に謝礼を支払う根拠として、費用対効果を示す数字等の積算に工夫が必要であった。

### ③リハビリ関係の地域包括ケアの構築

平成26年度まではモデル事業で実施していたので、パワーアップPLUS教室は1教室の運営だったが、平成27年度から全市に拡充することになった。新たに市内の急性期病院にも協力を仰ぐ形をとり、急性期リハのスタッフを通所型サービスCの運営に携わって貰うことを考えた。そうすることで、生駒市内の「急性期リハ・回復期リハ・地域リハ（通所型サービスC）」が連動し、地域包括ケアに関するリハビリの連動性が叶うと考え、猛烈に急性期病院のリハ職確保に努めた。

## 5. 地域ケア会議について

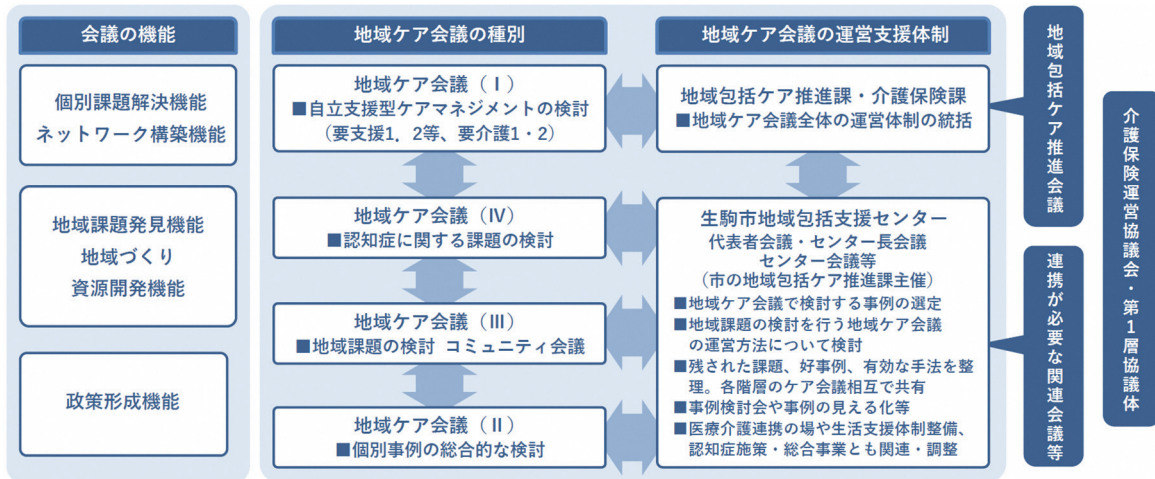
### (1) 地域ケア会議

#### ①概要

生駒市では、地域包括ケアシステムの構築を目指すツールの一つとして地域ケア会議（Ⅰ）～（Ⅳ）をデザインしている。さらに、地域包括ケアシステムを進化・推進させていくために、副市長をトップとした部課長級が集まる地域包括ケア推進会議を設置しており、政策形成機能が果たしやすい環境を整えている。

こうした、課題解決型のしくみを効果的に動かす最大の秘訣は、「高齢者の暮らしがより良くなるために必要なこと」を総合的に考えることであり、地域ケア会議の意義・目的を関係者と共有できていることが大前提となる。この点が生駒市の特徴・強みとなっている。ここでは、地域ケア会議が「会議のための会議」とならないための環境整備上の工夫について取り上げる。

図表 11：奈良県生駒市における地域ケア会議のデザイン



## ②自立支援型地域ケア会議 (I) 実施に向けた規範的統合

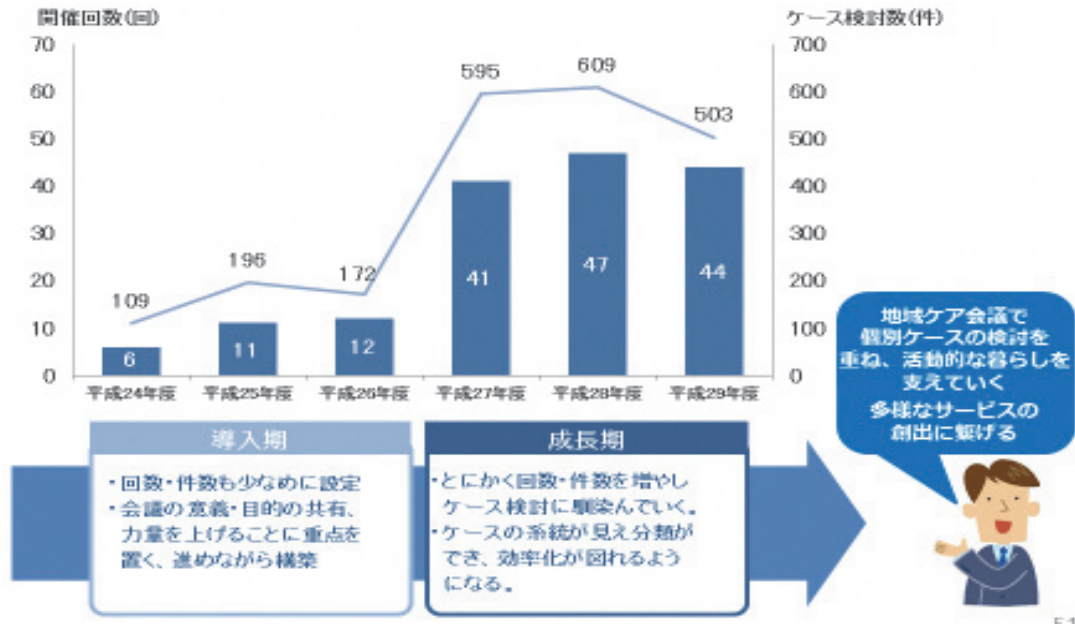
自立支援型の地域ケア会議 (I) は平成24年に立ち上げたが、当初は、モデル事業に参画している一部の者から展開したため、スムーズに進んだ。平成26年度から事業を全市に拡げた際、ケア会議も市全体で展開することとなり、遅れて参加してきた人にとっては、ケアプランを利用者やサービス提供者以外に見られることや多職種に質問や意見されることに違和感を覚える人もいて、空気が重い時期が続いた。何度も「何の為に自立支援型の地域ケア会議を開催するか」について行政と関係者で意見交換の場を設け、その先に何を見いだそうとしているかを話し合うことを重ね、地域ケア会議にとにかく参加を続けてもらうようお願いする中で、少しずつ腹落ちしていったように思う。幸い、介護予防ケアマネジメントに関しては長年、平準化や質の向上に努めてきたため、アセスメント不足というところに集中して議論するということではなく、Aさん、Bさん、Cさんという個々の高齢者の well-being を考えるという理念を共有することができた。決してADLだけに着目することなく、個人の置かれている状況をICFに置き換えた中で俯瞰し、皆で知恵を絞り込み「今あるもので工夫できるものはないか」「少し変化をもたらせることで変わることはないか」という議論を、全員参加型で進められるよう市が責任をもってファシリテートしつづけてきた。地域ケア会議 (I) をとおして新規事業が誕生したり、庁内連携により高齢者の活躍の場が広がったり、空き家の有効活用につながったりと、議論を重ねることでよい方向に変化することが増え、参加する意義が皆にも実感できる場面が年数や回数を重ねることですいぶん増えてきた。

これは、地域ケア会議そのものをデザインできていたからこそ、地域課題を解決する適切なステージへと移行できる土壌もあり、しかるべきところで議論できる仕組みが整備されているからだと思う。

「なんのために？だれのために？」を忘れず、貴重な時間を使うだけのアウトカムは欲しいと思うのは誰も同じだろう。



図表 12：生駒市における地域ケア開銀開催回数及び検討件数の推移



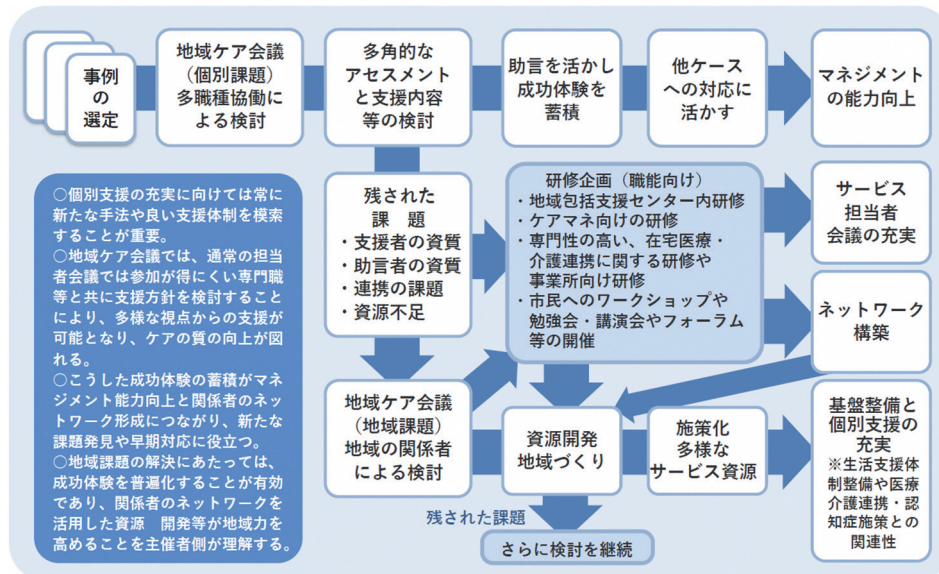
### ③地域ケア会議（Ⅱ）は関係者のスキル向上も担っている

地域ケア会議（Ⅱ）については、平成14年度から実施しているが、ここでは主に支援困難なケースを検討することが多いため、図表13のようにチャートを追いながら、支援者や助言者自身の課題であれば研修を企画するなどして技量をあげていく必要がある。

また、事例の積み重ねにより一定の解決の方向性が見いだせるようになると次は「支援困難事例の見える化事例集」を作成、汎用性をもたらすなどして、支援困難になっている状況を紐解く時間を短縮し、利用者及び家族や支援者の負担軽減に努めることを考えることも大切である。

他には、図表14のような認知症初期対応事例集や認知症症状別時期別対応マニュアルなども地域ケア会議の積み上げをとおして、マニュアルの作成に至っている。

図表 13：生駒市の地域ケア会議の進め方について



図表 14：認知症初期対応事例集



## 6. 一般介護予防事業や通いの場について

### (1) 一般介護予防事業について

#### ①一般介護予防事業のデザインについて

のびのび教室（体操教室「地域型・公民館型」、わくわく教室（機能訓練事業）、脳の若返り教室、コグニサイズ教室、エイジレスエクササイズ、さわやか運動教室（送迎付き一般介護予防教室）をはじめ、数々の一般介護予防事業を直営・委託・講師派遣・住民主体で展開する生駒市。一般介護予防事業の展開では、前期高齢者と後期高齢者に分けた事業展開を行っており、対象の心身の状態像に応じたデザインがここでも活かしている。

前期高齢者には、有期限で生活習慣の改善やセルフケア能力の獲得や仲間作りにつながる事業展開に重きをおき、運動強度も高いものである。後期高齢者には一部の事業を除いては永続的参加で社会参加の場としての意味も持ち合わせている。

#### ②介護予防把握事業について

75 才以上の非認定者に毎年送付している元気度チェック（基本チェックリスト＋ソーシャルキャピタルの要素含む）は、平成 18 年度から継続しているものであり、地域包括支援センター別、生活圈域別、自治会別などさまざまな角度からデータを継続して把握できているため、総合事業のデザインを考えるうえでも役立っている。

市民にも定着をしているため、9 割近くの返信があり、要支援相当者の見分けとしてAリスト（生活機能＋運動器＋1 項目該当）やBリスト（1 項目該当）などスクリーニングし、非該当者には市からは返信なしとしている。未返送者については、アウトリーチを行い、約 1 割に認知症夫婦やセルフネグレクト等の早期発見につながっており、早期に介入できることで絡まった糸をほぐすという困難事例特有の負担もなく、結果、先々の包括支援センターの負担軽減につながっている。

生駒市の認定率の低さには、こうした生活機能低下者を早期発見できる仕組みがあり、地域診断をしたうえで限定した地域に限る予防教室の立ち上げなど効果的な事業を打てる環境があることも一つである。

### ③地域リハビリテーション活動支援事業について

住民主体の通いの場にリハビリ専門職を派遣し、体力測定や元気度チェックを行いながら、生活機能低下者が多いエリアのハザードマップを作成し、住民への介護予防への意識づけを行ったり、通所事業所や訪問介護事業所にリハ職派遣を実施し、自立支援・重度化防止に向けた研修や技術指導などを行いながら、規範的統合を進めている。

## (2) 住民主体の通いの場について

ここでは特に、総合事業移行後、地域ケア会議を核に短期集中予防事業を展開していく中で、趣味の再開やセルフケアに移行する人もいるが、誰かとつながっている方がよい方もいるため、卒業後の居場所の確保が課題となり、身軽・気軽・手軽を掲げ「いきいき100歳体操」の展開を試みる。

### ①最初の失敗

主担当者を決め、啓発等進めて貰うも初年度は2箇所立ち上がるのみで、いっこうに住民主体の通いの場が増えず、やはり週1回の定期開催は、住民への負担が大きいのでは？とあきらめる兆しにあった。

### ②出口戦略での議論からの発展

地域ケア会議（I）で、他市町村と同様に「出口問題」が議論されることが続くも①のような状況から打破する方法が見当たらず、苦しんでいた時期に、センター職員が「いきいき100歳体操の視察をしたい」と訴え、市担当者がその準備を始めていた。その時、どうせなら関係者一同そろって視察したらどうかと提案。結果、センター職員全員、担当課全員、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、自治会・老人クラブ連合会・民生委員など、3回に分かれて視察。それまでは少し他人事だった通いの場づくりが、個々人の中で「我がこと」に展開できた視察であった。同じ景色をみて、同じことを感じて、「面倒だな・・・」の往時から「やれる方法を模索しよう」に変わった。

### ③構築の経緯・工夫

管理職は、自治会や老人会、民生委員など高齢者と関与の深い関係者に住民主体の通いの場の創出への理解を求める働きかけをし、担当は老人クラブ連合会や社会福祉協議会、第1層生活支援コーディネーターとも継続して話し合いの場を持ち、協働で「地域包括ケアに関する研修会」を開催し、その中に実技指導として「いきいき100歳体操」を盛り込んだ。

老人クラブの中でも新地域支援事業に参画をと、全国社会福祉協議会もメールを送っていた時期で、みんなのモチベーションもあがり、あれよ、あれよと開催場所が増えた。あまりの勢いで増えたため、係は立ち上げ支援に向かう時間に追われ、疲弊。生活支援体制整備事業を活用し、係を超えた課としての対応で誰もが研修会を実施できるように工夫することや、社協との連携により地域展開の人材を養成する研修会へとつなげていった。

また、利用実人数が1000人超えを記念して、いきいき百歳体操1000人交流会を企画し、一

堂に虚弱高齢者を集客するため、市内の介護事業所や医療機関に協力を仰ぎ、車や人を出してもらい、総勢 120 名のボランティアスタッフとともに盛大な交流会を開催するに至った。

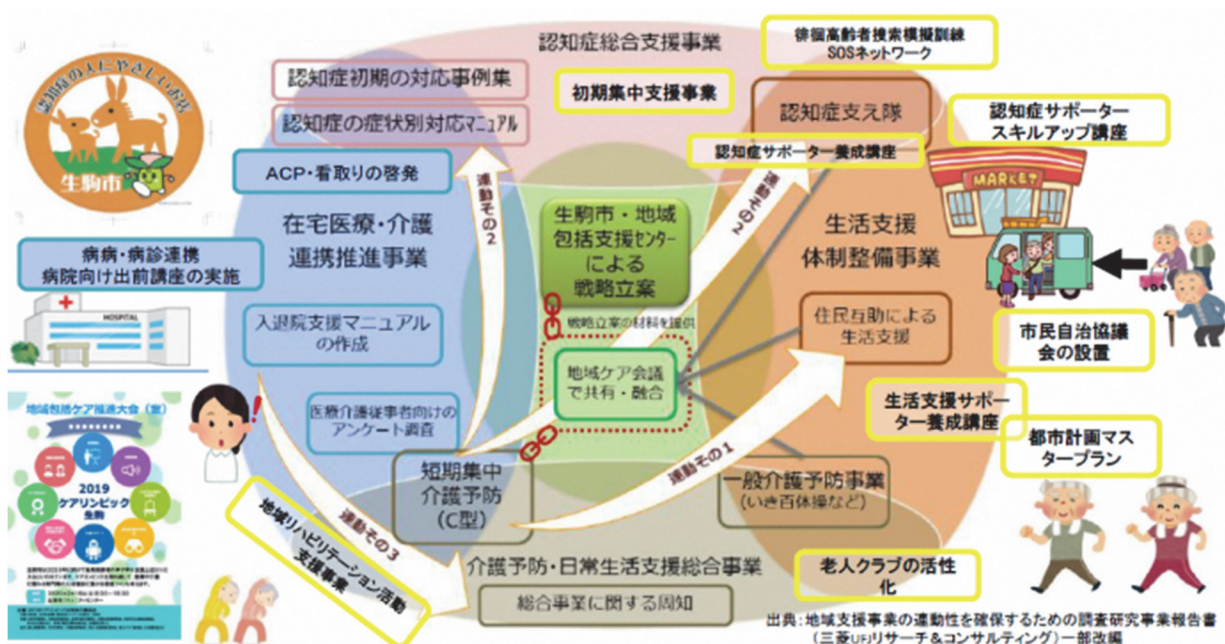
図表 15：いきいき百歳体操 1000 人交流会の様子



## 7. 地域支援事業における事業間連動について

最後に、生駒市においては個別のケア会議を大切に、また、包括支援業務から抽出されるさまざまな地域課題の解決に向け、地域支援事業の中の個々の事業のつながりを意識し、連動性を持たせてきている。それぞれの事業は担当制ではあるが、個々の高齢者は事業で切り離せるものではない。認知症がある高齢者を地域で支えるためには、認知症を正しく理解する地域住民への周知やサポートしてくれる住民の養成や育成、医療や介護従事者に地域の資源を知ってもらうことも必要で、そのためには資源集も必要となる。通いの場も物忘れが始まったから通えなくなるのではなく、認知症になってもその方が望むなら通える場になるような工夫も必要である。そう考えると事業間連動なくして、高齢者を支える仕組みなどできることがないことは理解できると思う。

図表 16：生駒市における各種事業の連動制



## 【山口県防府市】

- 人口：114,611 人
- 面積：約 189 km<sup>2</sup>
- 高齢化率：30.7%
- 地域包括支援センター設置数：5 箇所（うち、委託 4 箇所）

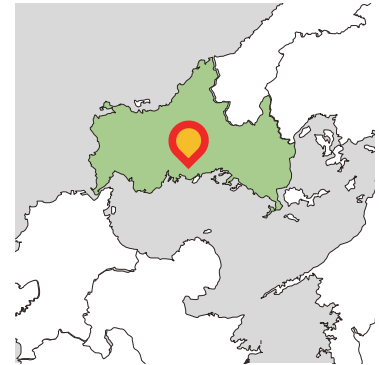
※いずれも令和3年8月時点

- 産業構造（平成 27 年国勢調査時点）

|               |               |
|---------------|---------------|
| 第 1 次産業：2.5%  | 第 2 次産業：31.4% |
| 第 3 次産業：64.3% | 不 明：2.2%      |

- 特徴的な地域特性

- ・軽度の要介護認定者と通所サービスの利用が多い
- ・軽度認定者が悪化する可能性が全国平均より高い
- ・お守り認定が多い



### 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した規範的統合

#### (1) 防府市の介護予防システムを支える独自団体「防府市リハビリテーション専門職協議会」

防府市の介護予防システムの推進体制として、特徴的な連携を図っている関係団体が、市内リハ職により設立された「防府市リハビリテーション専門職協議会」（以下、「リハ協」という。）である。

当初は職能団体の派遣要件を満たしていた個別の協力者であったが、徐々に市との協働関係が深く、そして広くなっていったことから、事業実施等の効率化を図るために平成 31 年 3 月に独自団体としてリハ協を設立した。

市の施策について、その構築段階から中心的な役割を担うとともに、多様なサービス等の実施においても市内関係団体と効果的・効率的な連携を図り、市内の介護予防システムの推進を強力にサポートする、独自の任意団体である。

##### ① 市の事業への関与を通じた意識のすり合わせ

市が平成 29 年度に「住民主体の通いの場支援」を展開しようとした際にリハ職の確保に課題を抱えていたことから、県職能団体の担当者にリハ職の仲介を依頼。県職能団体の市町村事業派遣要件を満たしていた志の高い 10 名程度のリハ職に参加していただけることになり、ここから後々につながる市と市内リハ職の関係性が始まっていった。

その後の平成 30 年より「総合事業サービス開発会議」を立ち上げ、総合事業の再構築を検討していく。市の課題認識として、行政だけでサービス（制度）を作るスキルは無いこと、また、仮にスキルがあっても行政が勝手に準備したサービス（制度）ではうまくいかない、という考えから、これまでに協働の関係にあったリハ職に、この会議のメンバーとして参画いただくこととした。

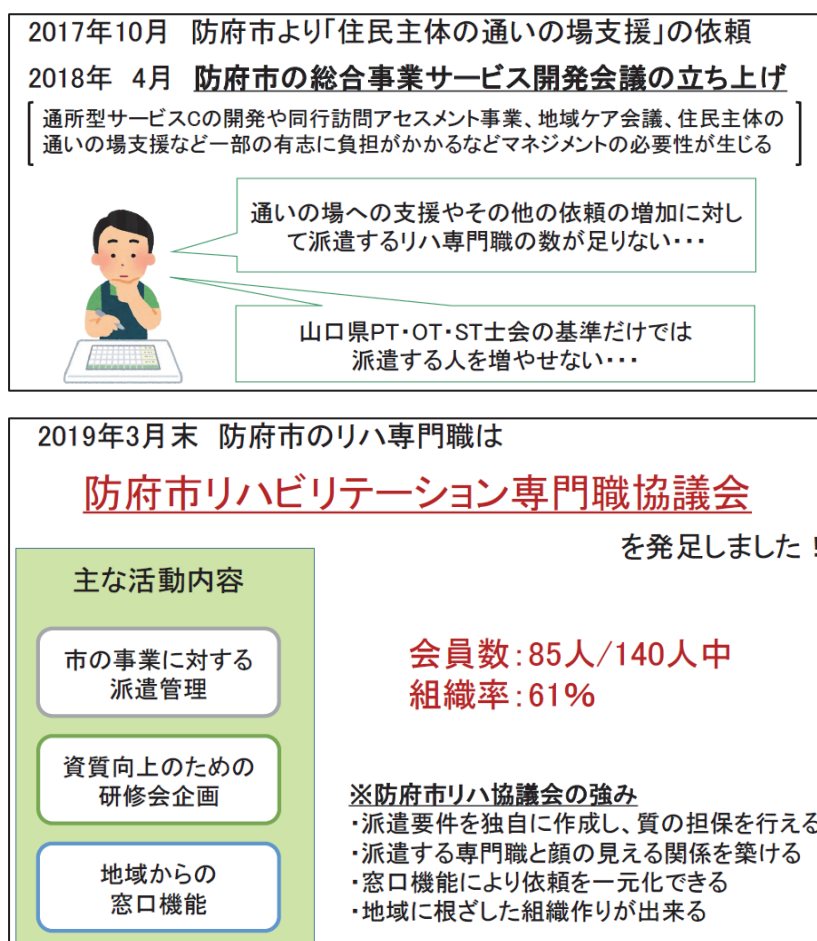
市がリハ職に対し、「わからないこと」に対して「力を貸してほしい」というスタンスで関わるよう留意したことで、対等な立場で、お互いの立ち位置や役割などの理解が促進された。

## ② リハ協の設立

個別のリハ職が再構築後の総合事業に協力するうえで、市と個別のリハ職による業務調整等の事務が煩雑となったこと、その他リハ職の確保や育成等のしくみにも課題が現れたことから、リハ職の中でも中心的なメンバー（平成 29 年当初より参加している 10 名程度のメンバー）たちが協議し、令和元年3月に任意団体を設立することで課題解決・業務効率化を図ることとなっていった。

市と個別のリハ職がやりとりをするのではなく、リハ職の団体を設立し、窓口を一本化することで、調整業務の効率化を図ることで、年間 400 件ほどになる派遣依頼について、市とリハ協事務局のやり取りによる一元的な派遣調整が可能となった。

図表 1：リハ協の設立までの経過、活動内容・組織率（令和3年度現在）



## (2) 介護予防ケアマネジメントをサポートする自立支援コーディネーター

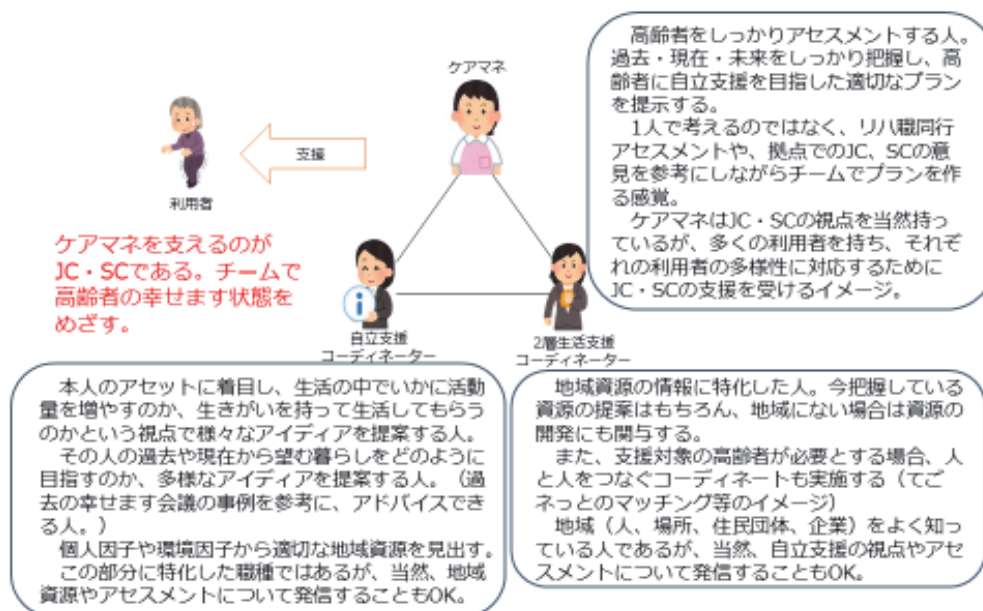
防府市内の各地域包括支援センターには、介護予防ケアマネジメントをサポートする「自立支援コーディネーター」という市独自の専門職を配置している。これは、地域ケア会議推進事業より配置予算を確保して配置したものである。「自立支援の推進」を担当業務とし、地域ケア会議のコーディネーターを務めたり、地域包括支援センターの利用者の自立支援を促進していくためのアドバイス等を担う立場となっている。

設置の背景には、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーだけで全利用者の自立支援・重度

化防止を管理することは負担が大きいことが明らかとなったことがある。

サービスC終了前には、自立支援コーディネーターと主任ケアマネジャー、生活支援コーディネーター、サービスC提供事業所、本人等が集まり、卒業後に向けたサービス調整（通称、「モニタリング会議」）を実施し、卒業後の具体的な支援方策を立案している。

図表2：ケアマネジャー・自立支援コーディネーター（JC）・生活支援コーディネーターの役割分担



## 2. 総合事業のデザインについて

防府市では、元気な高齢者を増やし、かつ、高齢者の社会参加を促進させることを目的として、原則的に新規の要支援認定者及び事業対象者の全数を短期集中につなげていくことを中心とした「能力に応じた自立」と、本人がやりたいことを自ら選べるような地域をつくる「社会参加・互助の推進」のテーマを両立し、総合事業をデザインしている。

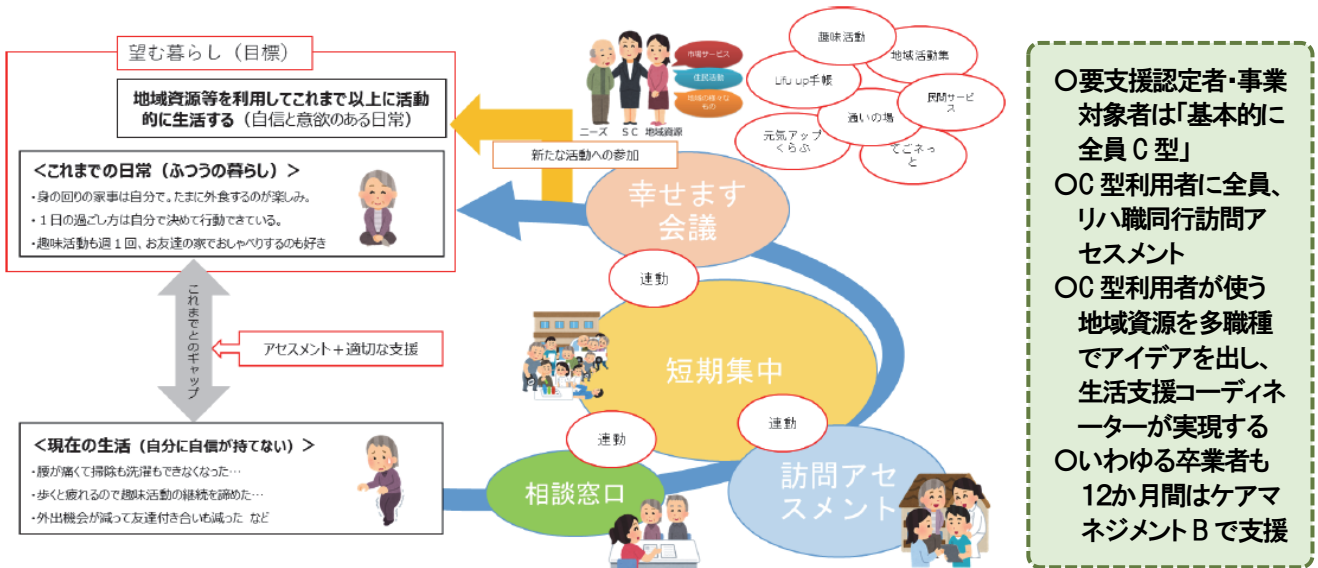
背景として、市では従前より、商業施設での介護予防教室と買い物支援、送迎サービス等を組み合わせ、さまざまな社会資源等により運営される「幸せます健康くらぶ」や、ボランティア活動等のしくみである「ほうふ・てごネっと」等の取組の拡大により、住民主体のサービスや通いの場の活動が盛んであった。しかし、そもそもの市の大きな課題認識であった、「給付費の増大」や「介護人材不足」といった点に対する根本的な解決に十分に結びついていないという疑問を感じたことから、総合事業の全体的な在り方について、平成30年度に「総合事業サービス開発会議」で、令和元年度からは「短期集中サービス検討委員会」を設置し、サービスCを中心とした介護予防システムの再検討・再構築を進めていった。

ここでポイントとして取り上げたいのは、防府市の施策形成に向かう2つの姿勢である。

ひとつは、既に力を入れていた施策のみに集中するのではなく、そもそもの市の課題認識（給付費や介護人材不足）に立ち戻って、現状の取組を振り返ったこと。

もうひとつは、新たな施策を導入する際にはモデル実施を繰り返し、段階を経て本格的な実施へと進めていくというプロセスを踏むという点であり、それが文化的に根付いていることだといえる。

図表3：防府市の地域支援事業・総合事業デザイン



### 3. 介護予防ケアマネジメントについて

高齢者に対する支援は、市の認定係による相談受付から始まる。

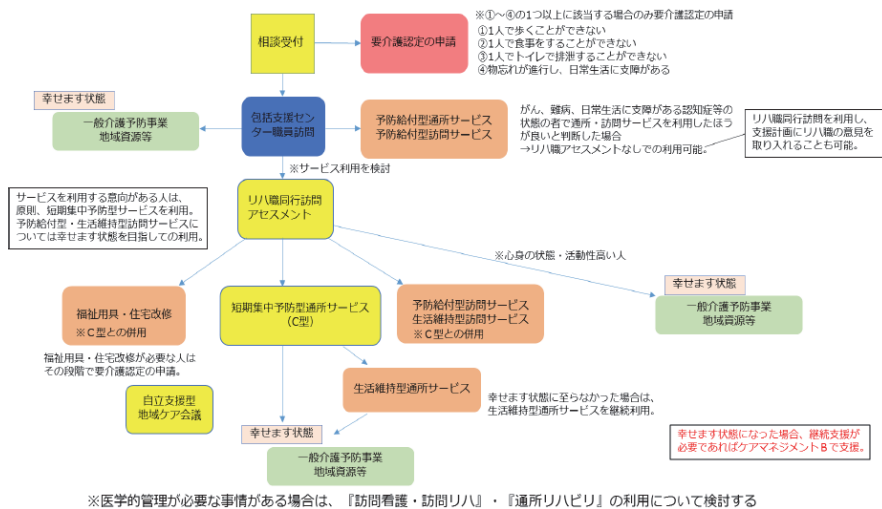
ここで大切にしていることは、「サービスを申請する窓口」ではなく、「困りごとを聞き取る窓口」であることである。関わり始めの段階より、利用者に自立支援を意識していただくことを重要視している。

そのうえで、総合事業利用を必要とする可能性があるとは判断された場合は地域包括支援センターへとつなげていくこととなる。

地域包括支援センターは相談者を訪問し、要介護等認定或いは事業対象者、非該当かのアセスメントを実施。総合事業のサービスの利用を検討する場合は、リハ職とケアマネジャーによる同行訪問アセスメントを実施し、生活の様子や身体の状況をより細かくアセスメントしたうえで、原則的にはサービスCの利用を開始する運びとなる。

サービスCの利用期間中は関係者間でのモニタリングを、利用終了前には卒業判定を行い、サービスC卒業後の適切な居場所やサービス利用へと移行していく。

図表4：介護予防ケアマネジメントのフロー図





#### 4. 短期集中予防サービスについて

##### (1) 防府市の短期集中予防サービスの概要・特徴について

「生活の不安を取り除きます」、「セルフマネジメントを可能にします」、「住み慣れた地域で自分らしい生活を送れるようにします」の3つを目的として提供されるのが、防府市の短期集中型予防通所サービスである。専門職による面談を中心として、栄養・口腔・運動などのプログラムを行っている。

対象者は、新規の要支援認定者及業対象者については、基本的には全用することを想定している。1クー回を基本として実施され、最大2クまで延長可能（諸条件有り）となる。自立支援の考え方を多くの利用理解してもらうこと、また、ひとりりの状態像に応じた適切なサービスなげていくため、サービスCの利用中も含めた継続的なアセスメントをしたいと考えたことから、全数利用本とする対象者設定を行っている。

##### (2) 短期集中型予防通所サービスにあたって苦労した点について

###### ①短期集中型予防通所サービスのモ 実施及び効果検証

平成30年度の「総合事業サービス開発会議」、令和元年度の「短期集中サービス検討委員会」での検討を経て、市と委員をお願いしたりハ職により具体的なサービスの組み立てを行っていく。

初年度から完璧な議論或いはサービス展開などを目指すのではなく、モデル実施を前提にビルドアンドスクラップや軌道修正を繰り返しながら、サービスの運用の前線として関わる関係者の協働により、現場に即した実効性の高いサービスを、スモールステップで構築していった。

加えて、モデル実施の成果は、市が「参加者の状態変化」と「費用面の試算」の両側面から成果分析を実施（図表6）。サービスの本格実施に向けて具体的な成果や効果が可視化できたことに加え、関係者・機関、地域住民、民生委員、自治会等に対して普及啓発を行う際、具体的な成果・効果をしっかりと伝えることができるため、理解を得られやすかったことは大切なポイントだ。

図表5：短期集中型予防通所サービスの概要 び事

### サービス内容



- ・週1回2時間程度
- ・全12回の通所と1回の訪問サービス
- ・送迎付き、利用者負担なし
- ・提供する主なサービス内容

◎**生活の不安を取り除きます**  
アセスメントで突きとめた生活しづらさの原因を取り除き、自信をもって生活できるように支援します。

◎**セルフマネジメントを可能にします**  
一人ひとりに合わせた健康を維持するためのポイントをお伝えし、サービス終了後も身体の状態を維持できるように支援します。

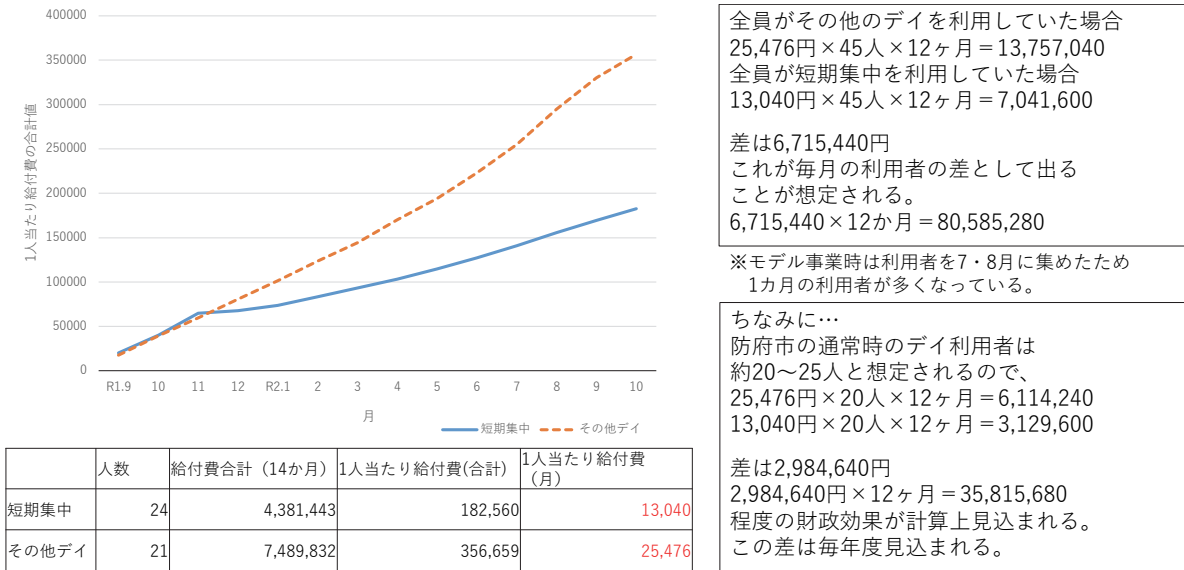
◎**住み慣れた地域で自分らしい生活を送れるようにします**  
通いの場等の地域活動はもちろん、趣味活動やスポーツ、ボランティアや就労等、好きなことを自分で選択し、自信を持って地域で生活できるようにお手伝いします。

専門職との**面談を中心**に上記を実現します。  
通所日以外の、週6日をどう過ごすかを一緒に考えます。



デル

図表6：令和元年度モデル実施時の費用試算



## ②本格運用に向けた技術伝達

令和元年からサービスCのテスト実施を行う一方、本格実施に向けた事業所の募集及び指定条件等の決定を進めていた。募集に当たっては、市内事業所に対し、市として目指す介護予防施策の方向性やサービスCの具体的な目的について、都度説明会を開催するとともに、サービスCへの参加について複数回の意向調査を実施。

実際に市の想いや総合事業サービス検討委員会で議論されたサービス内容を体現するモデル事業所を直に見ることが、新規参入の事業所にとって最大の研修（技術伝達の機会）になるという考えから、最終的に手上げがあった事業所に対しては、モデル事業所のサービス見学会を開催した。

こうした取組により、趣旨や目的を理解した意欲的な事業所が集まったうえで、サービス見学会を通じて、具体的な実施イメージを共有することができていった。

## ③対象者の設定プロセス

新規の要支援認定者及び事業対象者の全数を短期集中型予防通所サービスの対象とするうえで、実際に市内でサービス提供が可能か、「想定対象者の発生数」と、「市内事業所数」に着目した試算が行われた。

具体的には、新規の要支援認定者及び事業対象者で通所型サービスを利用する方の月平均が20～30名程度いたことから、3か月の短期集中型予防通所サービスプログラムを提供する場合は、毎月当たり60～90名の枠を確保する必要があると試算。それに加え、市内の通所型サービス提供資源数（事業所・施設）を勘案し、実際にサービス提供体制が確保可能か検討したうえで、対象者の設定（新規の要支援認定者並びに事業対象者全数が対象）を決定していった。

図表7：短期集中予防型サービスの概要（説明会の際に活用した資料）

|  |  |
|--|--|
| <p>○基本方針</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>単に機能の向上を目的とするものではなく、セルフマネジメント力を向上させ、サービス終了後も維持できるようにする。</li> <li>基本方針（別紙）によりサービスを提供すること。</li> </ul> <p>○利用者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>基本的に新規の要支援者、事業対象者は短期集中予防型通所サービスを利用</li> <li>利用者はリハ職同行訪問を受けること</li> </ul> <p>○利用料</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人負担 無料 事業所 1回650単位</li> </ul> <p>○提供回数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1クール12回+訪問プログラム1回（訪問プログラムは必要に応じて実施）</li> <li>延長することで確実に幸せな状態になることが見込まれる場合は24回まで利用可能。</li> </ul> <p>○個別サービス計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個別サービス計画を作成する際は、リハ職同行訪問の結果を踏まえて作成すること。</li> </ul> | <p>○プログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①社会参加プログラム②IADLプログラム③介護予防教育プログラム④運動機能向上プログラム⑤口腔機能向上・栄養改善プログラム⑥生活行為指導・生活環境や道具の工夫に関する助言⑥その他、リハビリテーションに資する運動等</li> <li>利用者の状態に応じて必要なプログラムを実施。</li> <li>栄養改善プログラムを実施する場合は、2回以上は実施すること。</li> </ul> <p>○従事者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>管理者1名と専従の従事者1人（利用者10人に対して）以上配置。</li> <li>従事者は理学療法士、作業療法士等いわゆるリハ職に限定せず、運動器の機能向上の業務を実施するうえで経験及び専門的な知識を有する者であれば可。</li> <li>基本方針（別紙）を達成できれば可</li> <li>口腔機能向上プログラムの実施時は、専従の言語聴覚士、歯科衛生士または看護職員を1名以上配置。</li> <li>栄養改善プログラムの実施時は専従の従事者を1名配置（管理栄養士に限らない）管理栄養士が実施する場合は加算（1回150単位）</li> </ul> <p>○地域との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業者はリハビリテーション専門職の同行訪問アセスメント事業に協力するよう努めること。</li> </ul> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>基本方針（別紙）</b></p> <p><b>計画的なサービス</b></p> <p>サービスは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行わなければならない。</p> <p><b>利用者視点</b></p> <p>利用者の生活歴や習慣、趣味や性格などの背景に着目し、利用者が日常生活を送るうえで、何を必要としているか、何を求めているのかなどを一緒に考え、利用者の立場に立って、それを理解しながらサービスを提供しなければならない</p> <p><b>強みへの着目</b></p> <p>利用者の問題点ばかりに目を向けず、何ができるのか、どんな才能があるのか等、利用者の強みに目を向け、十分な対話を行わなければならない。</p> | <p><b>基本方針（別紙）</b></p> <p><b>アセットの有効利用</b></p> <p>利用者が有する能力、知識、技術等や利用者を取りまく人、地域資源等、利用者の周囲に存在するあらゆるものが利用者を活性化させる資源（アセット）と考え、それらを活用することを意識し、対話を行わなければならない。</p> <p><b>コミュニティの活用</b></p> <p>利用者の普通の暮らしがコミュニティの中にあるものと考え、利用者のニーズや信念、価値観を大切に、コミュニティへのつながりや役割を担うことを通じて、普通の暮らしができるように心がけなければならない。</p> <p><b>多職種協働</b></p> <p>利用者の目的を達成するために、多職種の協働によりサービスを提供しなければならない。</p> |
|---|--|

図表8：短期集中予防型サービスの実績（令和3年中間時点）

| <p>本格実施後の実績</p> <p>短期集中の利用者数</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1月</th> <th>2月</th> <th>3月</th> <th>4月</th> <th>5月</th> <th>6月</th> <th>7月</th> <th>8月</th> <th>9月</th> <th>10月</th> <th>11月</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>短期集中</td> <td>7</td> <td>18</td> <td>6</td> <td>19</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>17</td> <td>16</td> <td>15</td> <td>20</td> <td>21</td> <td>154</td> </tr> <tr> <td>訪問アセス</td> <td>36</td> <td>43</td> <td>43</td> <td>33</td> <td>6</td> <td>29</td> <td>33</td> <td>38</td> <td>35</td> <td>42</td> <td>38</td> <td>376</td> </tr> </tbody> </table> <p>短期集中の利用終了者数及び改善率</p> <p>合計 50人/82人 (60.9%)</p> <p>※サービス中断者14名含む</p> <p>サービス参加後の中断者14名理由</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症があるがチャレンジ 4人</li> <li>期間中の体調不良・怪我等 8人</li> <li>コロナの関係で利用中止 2人</li> </ul> <p>※11月末時点</p> |    | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月  | 10月 | 11月 | 合計 | 短期集中 | 7 | 18 | 6 | 19 | 7 | 8 | 17 | 16 | 15 | 20 | 21 | 154 | 訪問アセス | 36 | 43 | 43 | 33 | 6 | 29 | 33 | 38 | 35 | 42 | 38 | 376 | <p>卒業できないといけないのか</p> <p>サービス終了者で卒業できなかった人</p> <p><b>32人/82人</b><br/>(39.1%)</p> <p>この32人のとって短期集中サービスを利用したことは無駄だったのか？<br/>⇒「セルフマネジメント」を習ったことで従前よりは悪化リスクは低くなる</p> <p>ここからも成果は出てくる</p> |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|------|---|----|---|----|---|---|----|----|----|----|----|-----|-------|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|-----|---|
|  | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 合計  |    |      |   |    |   |    |   |   |    |    |    |    |    |     |       |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |     |   |
| 短期集中   | 7  | 18 | 6  | 19 | 7  | 8  | 17 | 16 | 15 | 20  | 21  | 154 |    |      |   |    |   |    |   |   |    |    |    |    |    |     |       |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |     |   |
| 訪問アセス  | 36 | 43 | 43 | 33 | 6  | 29 | 33 | 38 | 35 | 42  | 38  | 376 |    |      |   |    |   |    |   |   |    |    |    |    |    |     |       |    |    |    |    |   |    |    |    |    |    |    |     |   |

| <p>窓口変更後の認定率の推移</p> <p>R1.6 19.9% ➡ R2.6 18.5% ➡ R3.6 18.1%</p>   |       |       |            |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |
|---|-------|-------|------------|-------|------|------|-----|------------|------|----|-----------|------|----|---------|----|--|--|------------|------|------|-----|------------|------|-----|-----------|----|--|------------|
| <p>デイサービス利用者の推移</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年月</th> <th>サービス名</th> <th>利用者数</th> <th>サービス費</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">R3.7</td> <td>現行相当</td> <td>754</td> <td>22,185,480</td> </tr> <tr> <td>基準緩和</td> <td>93</td> <td>1,278,570</td> </tr> <tr> <td>短期集中</td> <td>36</td> <td>772,500</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計</td> <td></td> <td>24,236,550</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">R2.7</td> <td>現行相当</td> <td>912</td> <td>25,666,400</td> </tr> <tr> <td>基準緩和</td> <td>101</td> <td>1,336,360</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td>27,002,760</td> </tr> </tbody> </table> | 年月    | サービス名 | 利用者数       | サービス費 | R3.7 | 現行相当 | 754 | 22,185,480 | 基準緩和 | 93 | 1,278,570 | 短期集中 | 36 | 772,500 | 合計 |  |  | 24,236,550 | R2.7 | 現行相当 | 912 | 25,666,400 | 基準緩和 | 101 | 1,336,360 | 合計 |  | 27,002,760 |
| 年月  | サービス名 | 利用者数  | サービス費      |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |
| R3.7  | 現行相当  | 754   | 22,185,480 |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |
|   | 基準緩和  | 93    | 1,278,570  |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |
|   | 短期集中  | 36    | 772,500    |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |
| 合計  |       |       | 24,236,550 |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |
| R2.7  | 現行相当  | 912   | 25,666,400 |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |
|   | 基準緩和  | 101   | 1,336,360  |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |
|   | 合計    |       | 27,002,760 |       |      |      |     |            |      |    |           |      |    |         |    |  |  |            |      |      |     |            |      |     |           |    |  |            |

## 5. 地域ケア会議について

### (1) 防府市の地域ケア会議の概要・特徴について

防府市では、随時開催される個別の困難事例対応型の地域ケア会議に加え、高齢者に「住み慣れた地域でふつうに暮らせる幸せを提供する」ことを目指した、「幸せます会議（自立支援型地域ケア会議）」を定例展開しており、特徴的な会議となっている。

幸せます会議は「専門職として、生活者として提案」することを最も大切にしたい会議であり、専門性の高い提案と生活者視点からの提案の両側面により、ひとりひとりの生活スタイルに即した自立支援の形、また、そのために不足する資源（課題）等を見つけ出していく場である。

### (2) 地域ケア会議の構築にあたって苦労した点について

#### ①開催頻度・参加者の設定および議論の流れ

開催は定例化されており、毎月1回開催（90分程度）。市内の日常生活圏域（4か所）ごとに毎回1事例ずつ持ち寄り、課題検討を実施している。

謝礼等を特に設定はせず、自由参加の勉強会のような形で、好きな会に参加するオープンカンファレンス形式をとっており、市・地域包括支援センター・生活支援コーディネーター・サービスC事業所・リハ職のほか、居宅ケアマネや薬剤師、管理栄養士など、広く参加者を募集している。

1回当たりの参加者数は平均して50名程にも及び、令和3年度時点では新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況もあり、リモート環境での開催とするなどの工夫を凝らしながら運営を継続している。

市のねらいとして、本人の生活を変えるための提案を行うのがサービスCであり、そのための提案力を養う場としての自立支援型地域ケア会議というつながりを意識して、幸せます会議を設置したが、参加者の理解を得ること（積極的な参加）には長らく結びつかなかった。それでも、当初目標からはずれずに、地道に取り組み続けてきたことで、徐々に参加者も増え、前向きな議論が行われる場に育ってきているという。

図表9：幸せます会議の概要

**幸せます会議の目的**

会議の目的は、「高齢者に幸せを提供すること」ですが、そのほかにも次のことを目的に開催します。

- ①多職種間の技術移転と規範的統合  
それぞれの職種の考え方を知り、ゴールの共有します。  
**みんなでレベルアップ!**
- ②ケアマネ支援  
フォーマルサービスだけで軽度者の支援が十分ではないので、いかに地域資源を使うのか、何が地域にあり、何が必要なのかをみんなで考え、支援します。またアセスメント力の向上が見込めます。
- ③地域づくりのアイデア出しと課題把握  
この会議の主役は生活支援コーディネーターです。生活支援体制整備事業の起点であり成果の場です。

**会議で共有することは3つ!**  
事例提出の際の留意事項

- ①元の生活はどんな生活だったのですか?  
自分らしく生活していた頃の普通の暮らしを把握することで対象者を支えていた社会資源を共有する。
- ②今はどんな生活ですか?  
元の生活から「失ったもの」を共有することで、現在の生活に至った「理由」を考える。
- ③どんな暮らしを目指すのですか?  
「目指す暮らし」と「今の生活」の差を埋めるものがサービス  
目指す暮らしを共有しましょう。本当の課題は何ですか?  
それは適切な目標ですか? 高すぎる目標だけでは光は見えません。  
①=③とは限らない。そこがアセスメントの本質。  
②と③の差を埋める方法を①をヒントに考える。

**考えることは3つ!**

- ①なぜそうなったのか?  
現状を正しく分析しよう!  
心身の変化だけが原因なのだろうか?
- ②その人にとってのアセットとは?  
これまで対象者を支えてきたアセット（資源）とは何か。  
対象者を支える可能性があるアセットには何があるのか。
- ③支える方法だけが解決策か?  
自立とは何だろうか?  
その人にとっての幸せ（可能性）を考えよう。

**意識することも3つ!**

- ①活動量を増やすには  
廃用症候群から脱却・予防  
いかに活動量を増やすのかという視点で生活支援の方法を考えましょう。
- ②社会への参加を促すためには  
個人因子や環境因子から適切なアセットを見出そう  
アセット（地域資源とは、介護サービスや介護予防教室・サロンだけではない。  
家族や商店や近所づきあい、自分や誰かの趣味、  
日常生活で出会うすべてのものが資源です。  
地域に課題や必要なアセットがあれば、提案してください。
- ③高齢者の可能性を信じる

**議論の流れ**

- ①事例の紹介  
事例発表者（センター長等）による事例紹介。  
担当ケアマネ、医師、薬剤師、リハ職、サービス提供者等からの補足説明  
（医師・薬剤師は直接の担当ではなく、アセスメント内容からの示唆）
- ②事例に対する質問  
その後に行う提案を踏まえたうえでの質問を心がける。
- ③専門職として、生活者として提案  
提案内容は、専門職としての視点からの提案はもちろん、  
一人の「生活者」としてのアイデアを出していきましょう。  
生活者としてのアイデアに正解不正解はありません。

## ②地域課題の解決に向けた政策形成機能等の発揮

防府市の地域ケア会議の会議体として、いわゆる地域ケア推進会議に当たる会議は設置をしていない。適宜、地域ケア会議以外の会議体等と連携し、地域課題の解決を図っていくようしくみを構成している。

地域ケア会議とそれ以外の会議をつなぐための工夫として、自立支援型地域ケア会議の場に行政の政策担当の主幹ポストを必須参加者として設定するとともに、当該主幹は第1層生活支援コーディネーターを兼ねることを行政内部でルール化するといった、人員配置上の工夫を行っている。

この人員配置により、自立支援型地域ケア会議で議論された地域課題が、政策形成（或いはその前段階としての地域課題を精査する動きなど）に直結する流れを実現している。

## 6. 一般介護予防事業や通いの場について

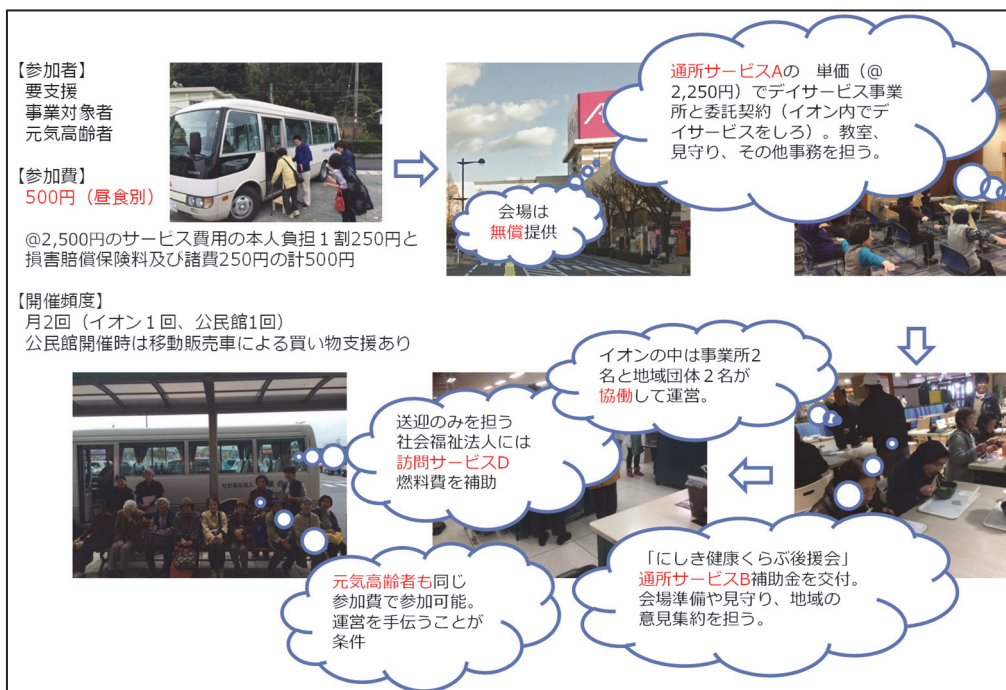
### (1) 防府市の一般介護予防事業や通いの場の概要・特徴について

防府市の通いの場と互助への発展において、特徴的な取組として「幸せます健康くらぶ」があげられる。これは、商業施設での介護予防教室と買い物支援に送迎サービスを加えた、複合的な取組となっており、地域団体や介護事業所、社会福祉法人、企業が協働して運営する取組である。

利用者は、社会福祉法人が提供するバスに乗り、市内の商業施設へと移動する。そこで介護予防教室を実施し、そろって昼食の時間を過ごす。その後は自由行動時間が設けられ、希望する方は商業施設内で買い物をすることもできる。すべてのプログラムが終了すると、バスで帰宅となる。

場所の提供は商業施設より無償提供となっており、バスも無償提供により運行するため、燃料費の実施を訪問Dとして補助する。また、体操教室の運営や自由時間における見守りは介護事業所に委託しており、費用は通所Aとして計上。加えて、地域団体等にこれらの取組の運営補助を依頼し、通所Bとして補助を行うという、複合的なしくみにて運営される取組となっている。

図表 10：幸せます健康くらぶの仕組み



## (2) 一般介護予防事業や通いの場の構築にあたって苦労した点について

### ① 幸せます健康くらぶの立ち上げと住民主体の通いの場への広がり

総合事業への完全移行後、介護予防教室や通いの場を広めていくことについて全国的に機運が高まっていたなか、防府市では移動困難な方に有効な施策として、「移動支援を絡めた設計」で拡充し、かつ、「モデル的な事業を展開し、それを体験することで通いの場の必要性を住民に理解してもらおう」ことを狙いとして、戦略的に展開していくことを考えていた。

起案当初、市は、中山間地域をはじめとした移動に課題を抱える地域の方々に協力を依頼し、パイロットモデルとなる取組を実施したいと考えていたが、なかなか協力を得られる地域が見つからない。

そこで、当初想定していた地域ではなかったが、移動上の課題を抱えている住民が多い別の地域の協力を得ることでモデル実施を行い、事業の形づくりを優先するよう、柔軟に展開方針を変更していった。そして、モデル実施による効果や成果（成功事例）を持ち、もう一度、協力を得られなかった地域を訪問することで、取組の広がりが得られていくこととなる。

ここでヒントとなることは、どのように住民等のモチベーションに訴えかけるかという点である。最初から「通いの場をつくりましょう」と伝えても、そのメリットは伝わらない。取組の意義、あるいは成果や効果をどのように感じてもらえるか、工夫を凝らすことが重要である。

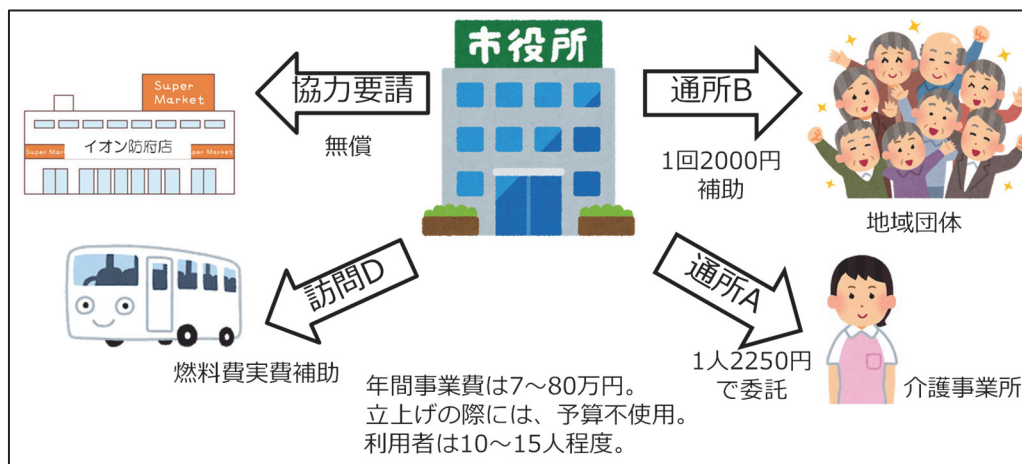
### ② 取組の継続性を担保するための対象者設定

幸せます健康くらぶの対象者は、原則的には要支援認定者と事業対象者としている。

この設定とした背景には、取組の継続性や質の担保を図るためには幸せます健康くらぶに専門職が継続的に関与する必要があるという思いから、通所サービスAの単価でデイサービス事業所と委託契約を結ぶことができるようにしたい、というねらいがある。

結果的に、継続的な専門職（事業所）の関与が得られ、サービスの継続性・質の担保が図られている。

図表 11：幸せます健康くらぶの事業費の関係



## 7. 地域支援事業における事業間連動について

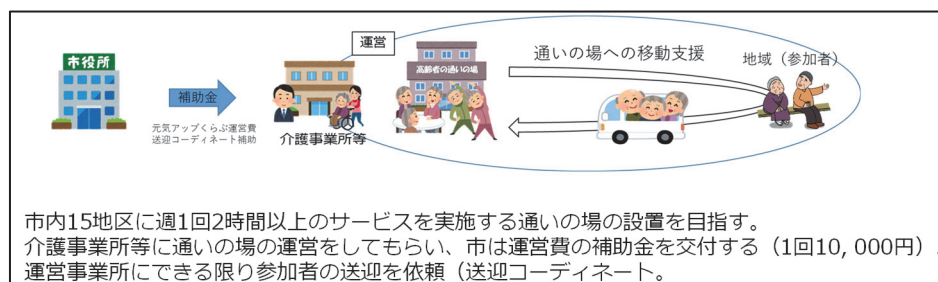
防府市の取組姿勢として、意識を共有している関係者・機関と協働し、常に多角的な視点で取組を振り返り、「元気な高齢者を増やす」・「高齢者の社会参加の促進」のテーマに必要な施策を検討・展開していくことを根本においている。言い換えれば、事業の実施を目的に置くのではなく、大きなテーマを目的として、その実現に必要な手段として、さまざまな事業を活用していく姿勢だ。

以下、多くの事業展開や構想がある中での一例であるが、いくつかの例を示したい。

### 《地域ケア会議から創設された「元気アップくらぶ事業」》

幸せます会議を繰り返すなかで散見された課題から創出された事業が、「元気アップくらぶ事業」である。現場実践からの生の声から、「通いの場に行きたいが、近くに通いの場がなく移動手段もないため行けない」或いは「グループを結成して長年経っているので新しい人が入りづらい」といった通ううえでの課題や、「デイサービスでなくてもいいが、専門職がもう少し関わったほうがいい」という活動の質に対する課題などが共有されたことから、市内事業所に対する通いの場の運営費（送迎コーディネートも含む）の補助を事業化したものである。

図表 12：元気アップくらぶ事業の概要



### 《総合事業の現状の履行段階を踏まえた介護予防把握事業の活用》

防府市では令和3年度現在、介護予防把握事業を実施していない状況にあり、令和4年度より実施することを予定している。

総合事業の再構築に合わせ、把握事業を実施しなかったことには理由がある。サービスCを軸として大きく介護予防システムのサイクルを見直し、それが全市的に動き出したのが令和3年度であり、まずは新たな取組の初年度として市全体の取組の質が担保されることを優先したためである。

市の目標として、「要介護1の認定率を全国レベルにすること」（※令和元年度時点で調整済み認定率 全国3.7% 防府市4.4%）を目指しており、その実現に向けては高齢者本人からの相談からのみ始まる現在のスキームではなく、市からのアウトリーチ型での対象者スクリーニングの必要性があると判断し、総合事業の再構築から1年が経過した令和4年度より実施していく。

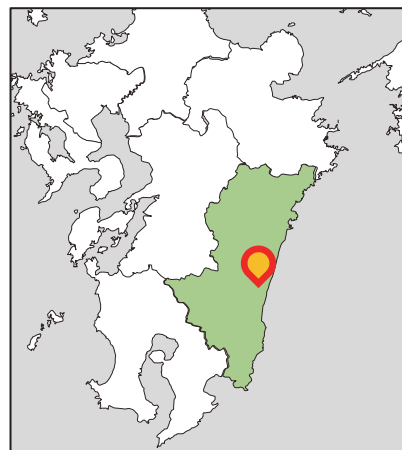
内容としては、毎年、その年度に75歳を迎える方に対し、基本チェックリストを活用した実態把握を行い、リスク該当者ごとにアプローチをかけていくことで、より広い対象者を介護予防システムに結び付け、市としての介護予防効果を高めていきたい考えだ。

## 関係者との対話を大切にしながら市に必要な取組を整理

### 【宮崎県宮崎市】

- 人口：400,775 人
- 面積：約 64.4 km<sup>2</sup>
- 高齢化率：約 28.8%
- 地域包括支援センター設置数：19 箇所（うち、委託 19 箇所）  
※いずれも令和 3 年 10 月時点
- 産業構造（平成 27 年国勢調査時点）

|               |               |
|---------------|---------------|
| 第 1 次産業：5.16% | 第 2 次産業：15.4% |
| 第 3 次産業：75.5% | 不 明：3.9%      |
- 特徴的な地域特性
  - ・全国平均と比較し、軽度認定者の割合が高い



#### 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した規範的統合

##### (1) 市の内部体制・連携

###### ①宮崎市の独自の人員配置である「自立支援担当」

宮崎市には自立支援型の介護予防システムを形成するための役職として「自立支援担当」というポストを担当課に置いている。

これは、平成 29 年当時より宮崎市が自立支援型地域ケア会議に取り組みだしたことを契機に平成 30 年度から設置された役職であり、特定の係に属することなく、自立支援型ケアマネジメントのシステムの構築に向けた総合事業等に専念するポストとして設置されたものである。

介護保険担当課の各係と地域包括支援センターや事業所等をはじめとした地域の関係者との間を往来しながら、必要な施策や助言などを繰り返し、施策の展開に当たっては各種リソース等の采配をするなど、介護予防システム構築のコントロールタワーとしての役割を担っている。

この自立支援担当の活動により、市の各関係担当者が担う役割が集中型から共有型へと変化し、苦労や成功を共有できるような環境が整えられてきた。

結果として、市内の関係者のモチベーションの向上や取組意識の醸成が推進されてきている。

###### ②市担当係におけるスクラムの秘訣～「シンキングタイム」は突然に～

市の介護予防を担当する係が 2 係あり、保健師 2 名と管理栄養士 1 名、理学療法士が 3 名配置されている。行政に専門職がいることで、地域の事業所等からの相談等について悩みを共有しながら解決策を共に探ることはでき、事業所や医療機関、関係団体等との話し合い等においても、行政かつ専門職という立場で対話ができることが強みとなり、関係性の構築や相互理解が深まる効果がうまれている。

宮崎市では、事務職の幅広い視野と事業構築の手腕、それに専門職の専門的視点がちょうどよく



溶け合っていることが、同じ目線で施策を考えるベースになっている。このような関係性が事業や施策展開に様々な視点を生かしている推進力となっている。

事業参加者や地域を支える人たちからのつぶやきの声を拾った時、先送りせず、現場の課題や改善のヒントとして捉え、すぐに係員同士で解決策を話し合う雰囲気がある。改まった会議や打ち合わせの場ではなく、課題に感じていることや思いついたことを何気なく口にした係員の言葉に対し、他の係員も意見を出してくる。突然の「シンキングタイム」が始まる関係性ができている。そこには正解はなく、様々な意見を出し合うことで見えてくるものを「どうすれば出来る？」という視点で対応や事業の展開をしてきた。その過程があるからこそ、職員のみではなく地域のマンパワーとも相互理解できる関係性を築くことができたと言える。

## (2) 地域包括支援センターと市のつながり

宮崎市の介護予防を担当課では、地域課題を常に地域包括支援センターと共有しながら対策を練ること、また、関係者が集まるタイミングでの情報発信や意見交換の機会を逃さないことを大切に日々の業務に当たっており、地域包括支援センターが主催する会議等には職員が出席する姿勢を貫いている。

しかし、改まった会議だけでは聞き取れない意見もある。自立支援型ケアマネジメントのシステム構築に着手して以降、こうした声を聞かなければ、関係者の理解を得ることは困難であるという実感があったことから、まずは市内 19 か所の地域包括支援センターについては個別に訪問することを基本とし、訪問できないときはメールのやり取りやリモートによる意見交換をすることとした。なお、この個別訪問の取組は毎年、継続的に実施しており、宮崎市としても力を入れている取組のひとつである。

個別訪問では、「重度化防止に資するケアマネジメントには何が必要か」などをテーマに意見交換を実施。現場に近い意見を収集するほか、本音で意見を出し合える関係性を構築していった。

この訪問の成果としては、顔の見える関係の深化だけに留まらず、それぞれの地域自治区に応じたオーダーメイドでの施策展開（サービス等の組み合わせ）につながったことがあげられる。

また、訪問を始める前までは、平成 13 年度より市が主体的に展開してきた「健幸運動教室」の取組について、地域包括支援センターが業務の中でその実施の様子を確認したり、あるいは介護予防ケアマネジメントで活用する手段として活用することは少ないという課題があった。

しかし、訪問等を通じた意見交換の繰り返しにより、市が目指す自立支援型のシステムや理念が共有されていき、こうした課題が少しずつ解決に向かってきたことも、大きな成果といえる。

## (3) 宮崎県との関係性

宮崎市における自立支援型の介護予防活動の風土づくり及び宮崎県との協働関係は平成 28 年度からはじまっていく。当時、県の市町村支援プログラムとして先進地の地域ケア会議を共に学ぶ関係が始まった。当該プログラム終了後も、自立支援型のシステム構築についての共通認識を持ち、宮崎市と宮崎県で協力しながら、県内市町村担当者向けの自立支援型ケアマネジメント研修の実施や関係団体との関係性の構築などに取り組んできた。

大切なことは、宮崎市だけで先進地の取組を学ぶのではなく、プログラムを調整している県職員が

ともに学ぶことで同じ考えやビジョンを持てたこと、また、そうした存在が身近なところにいる、という事実がうまれたことである。

新たな施策に取り組む際は、最初は理解者も少なく、担当職員は孤独になりがちである。そうした市職員の身近に県職員がいたこと、そして、県はプログラム等の市町村支援を継続することで、市町村職員や地域包括支援センター、関係団体等の県内・市内の仲間を増やしていったことで、一歩ずつ協力・共有できる仲間が増え、自信やスキルも上がってきた。

現在では、宮崎市以外の市町村にも効果的な取組を展開したいというビジョンが共有でき宮崎市での実践等を踏まえた自立支援型のシステム構築を県内の他市町村に対して横展開を進めたいという県の動きに、宮崎市も協力する体制を取っている。

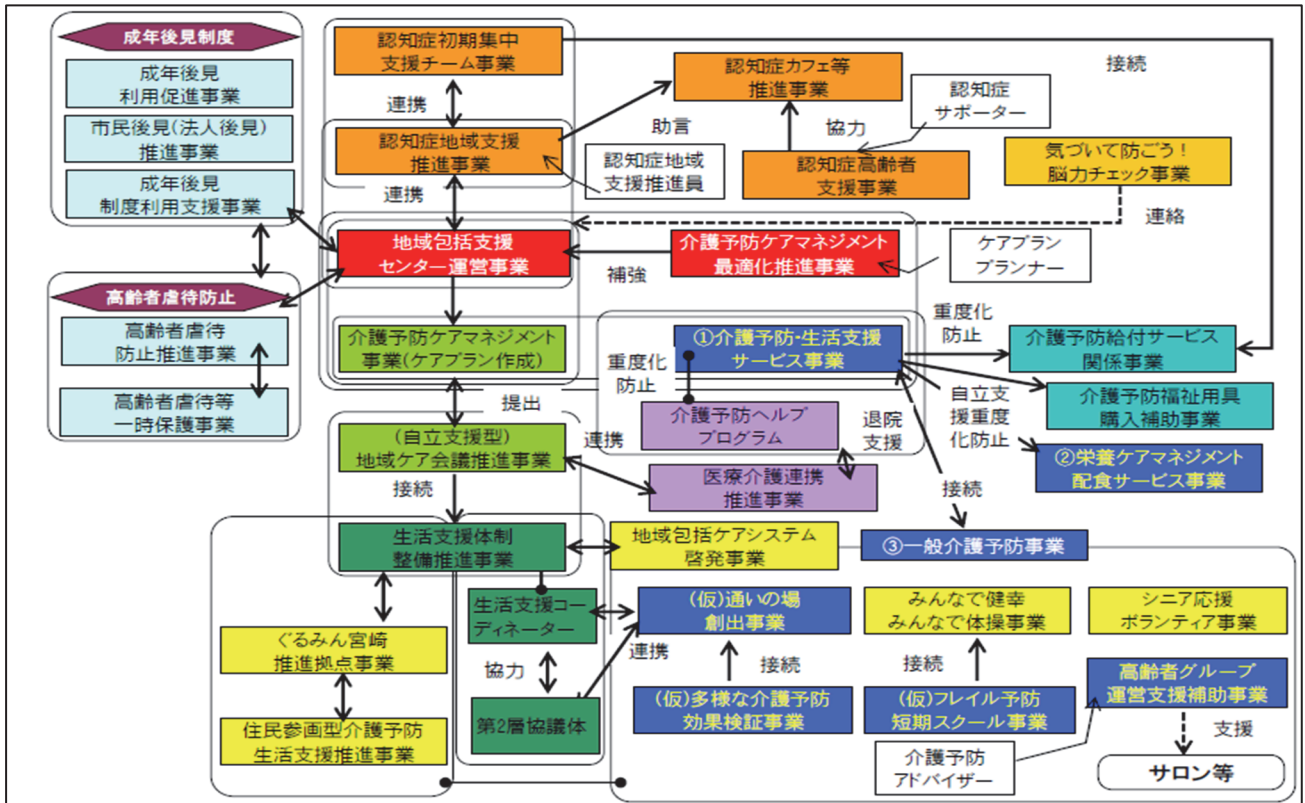
## 2. 総合事業のデザインについて

宮崎市では、地域で受け皿となっている方を支えていくことを大切に、サービスCによる予防効果の向上と一般介護予防事業による重層的な居場所の拡充を進めている。

その全体像は、自立支援型地域ケア会議を核として、サービス事業をはじめ、生活支援体制整備や在宅医療・介護連携、認知症施策等と連動する形となっている。

宮崎市の最大の特徴は、市がトップダウンにて施策・取組を構築するのではなく、地域包括支援センターをはじめ、現場でサービスを提供する、或いは現場の生の声を聞く立場の関係機関とのコミュニケーションを大切に、「市にとって必要な取組」を整理し、事業体系を構築している点である。

図表1：地域包括支援センター業務を中心とした地域支援事業の連動性を考えるための検討図（令和2年度当時）



### 3. 介護予防ケアマネジメントについて

宮崎市では、自立支援・重度化防止を推進するためには、介護予防ケアマネジメントを通じて本人とその生活に関わる家族・介護サービス事業所等が同じ目標を認識して、生活機能の維持・向上を図ることが重要であると考えている。そのために、運動・栄養・口腔・認知症予防の視点を持ったアセスメント、チーム形成能力や、疾患の重症化予防の視点をもって、生活課題を明確にしていく取組を推進している。

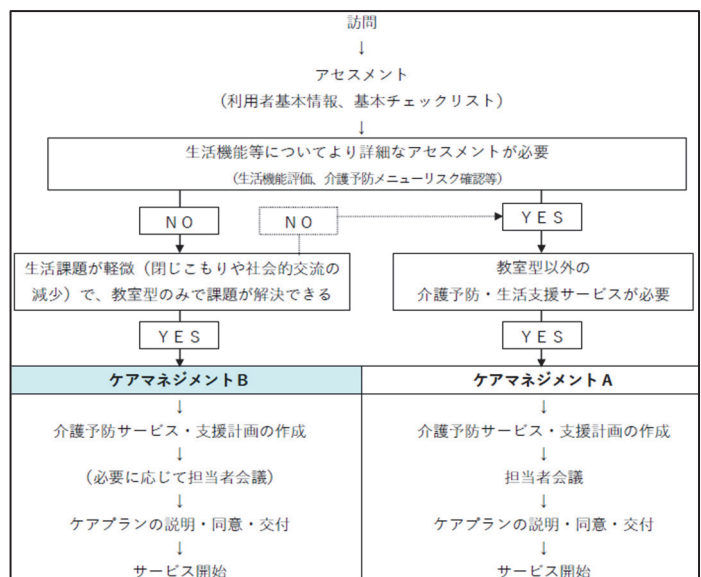
市では、共通の視点でケアマネジメントを実施することで、円滑な地域包括支援センター内のケアプランのブラッシュアップが行え、地域ケア会議も共通の視点で議論ができ、ひいては地域課題の分析につながっていくことを目指している。

加えて、個別ケースのあらゆる状態を明確にすることは、後述する短期集中サービスの構築にもつながっており、必要な方に必要な支援が提供できるよう、介護予防ケアマネジメントと短期集中サービスを両輪で推進している（例えば、退院直後の利用者で通所型サービスCの利用が難しい場合、自宅での生活が継続できるよう訪問型サービスCを検討するなど、状況に応じた適切なサービス設計を行う、など）。

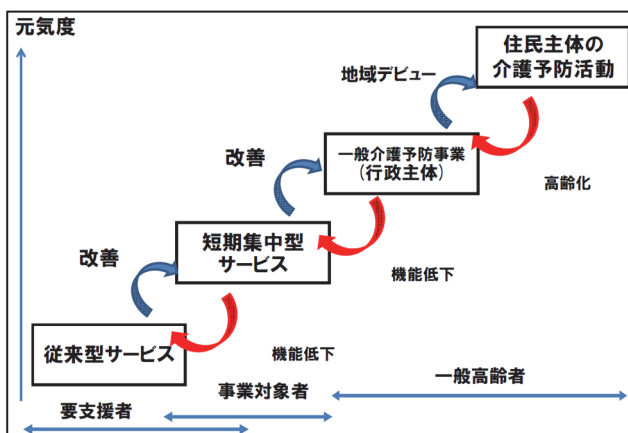
また、状態に応じて、従来型サービス、短期集中型サービス、一般介護予防事業の中で3か月限定の送迎付きの行政主体の取組、住民主体の介護予防活動（通いの場）の4つの段階に分けて移行するイメージをもち、介護予防ケアマネジメント等を通じて判断していく流れとなっている。

令和3年度には、自立支援型ケアマネジメント業務の視点がある程度成就してきたことから、ケアマネジメントBの取組を開始した。

図表2：ケアマネジメントの流れ



図表3：宮崎市の介護予防事業の関係性と身体機能の変化の対応図



| 1. 高齢者の支援の度合いから見た本市の介護予防事業の関係表 |      |                  |                      |                         |
|--------------------------------|------|------------------|----------------------|-------------------------|
| 支援の度合                          | 参加要件 | 制度等              | 大項目<br>事業名等          | 中項目<br>サービス種別等          |
| 多                              | 要認定  | 介護保険<br>(地域支援事業) | 介護給付、予防給付            | 通所型                     |
| 中                              | 要認定  | 介護保険<br>(地域支援事業) | 介護予防                 | 従来通所型、C型サービス<br>教室型、複合型 |
| 少                              | 認定不要 | 行政主催<br>(地域支援事業) | フレイルスクール             | 拠点施設                    |
| 少                              | 認定不要 | 行政主催<br>(地域支援事業) | 健幸運動教室               | 地域型                     |
| 少                              | 認定不要 | 自主活動             | 公民館等自主グループ、民間スポーツクラブ | 拠点型                     |

| 2. 介護予防事業と身体機能の変化の対応図 |                                    |
|-----------------------|------------------------------------|
| 改善                    | 健幸運動教室                             |
| 改善                    | フレイル短期予防スクール<br>(介護保険サービス事業所等)     |
| 改善                    | ケアマネジメント(ケアプラン)の<br>必要な介護予防通所型サービス |

疾患や怪我、生活不活発病等による身体機能低下

#### 4. 短期集中予防サービスについて

##### (1) 宮崎市の短期集中予防サービスの概要・特徴について

宮崎市では、介護予防活動における運動や栄養、口腔、認知症予防の取組は、どのような状態像の方に対しても必要な取組であるという考えから、サービスCにおいても各種取組を包含できるよう、通所型・訪問型を組み合わせた展開をしている。

図表4：宮崎市で実施している短期集中サービス（サービスC）

| プログラム           | 回数   | 専門職                    | 概要  |
|-----------------|--|------------------------|---|
| 運動<br>(通所型・訪問型) | 【通所型】週1～2回程度<br>【訪問】事後評価1回<br>【訪問型】3か月で全6回 | 理学療法士<br>作業療法士         | 例えば、浴槽またぎや近所までの屋外歩行等、生活の困りごとに対し、通所事業所やご自宅で個別のプログラムを実施して改善を目指します。  |
| 栄養<br>(通所型・訪問型) | 【通所型】月1回程度<br>【訪問】プログラム後半<br>【訪問型】月1回程度    | 管理栄養士                  | 持病の悪化や低栄養等、個別の課題を明らかにし、適切な食習慣を身につけ、効果的な運動が実現できるよう、個別のプログラムを実施します。 |
| 口腔<br>(通所型・訪問型) | (通所・訪問) 月1回程度                              | 歯科医師<br>歯科衛生士<br>言語聴覚士 | 口の渇きやむせ等、個別の課題を明らかにし、お口の課題を改善するための個別のプログラムを実施します。                 |
| 介護予防ヘルプ         | (訪問)<br>・補完サービス(上限24回)<br>・服薬援助(上限28日)     | ホームヘルパー                | 心身機能が一時的に低下する退院直後等に、在宅生活が継続できるよう、通常のホームヘルプの上限回数を超えて訪問での支援を行います。   |

【ポイント1】運動・栄養プログラムは、ケアプラン開始前に訪問アセスメントを実施します。

##### 【訪問アセスメント】

理学療法士、作業療法士、管理栄養士が自宅に訪問し、生活上の課題を分析し、自宅内でできる工夫や今必要なことをご提案します。

【ポイント2】プログラム終了後3か月後にフォローアップ訪問があります。

##### (2) 短期集中型予防通所サービスの構築にあたって苦労した点について

###### ① 市内地域包括センターごとの特性に合わせた普及啓発

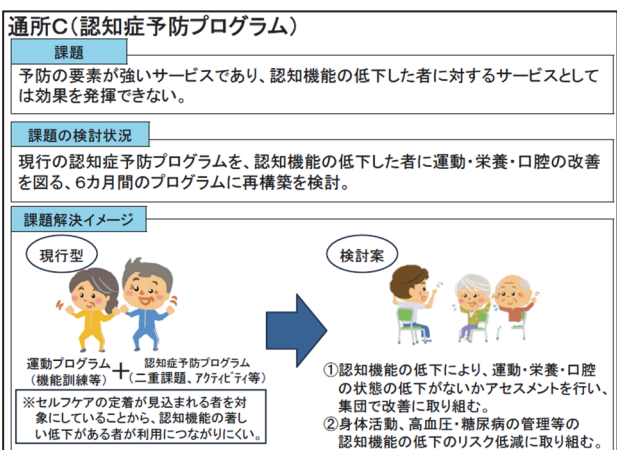
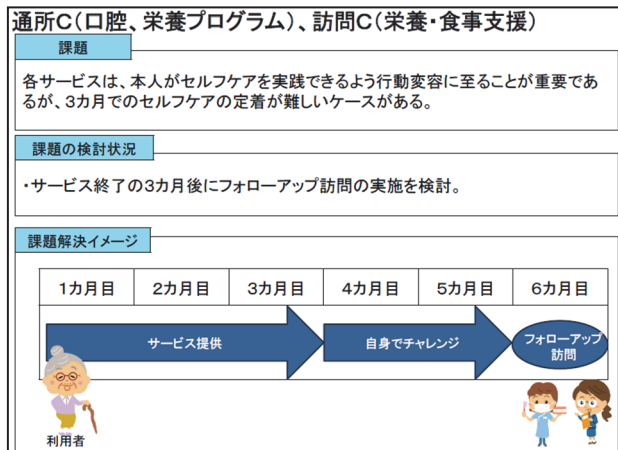
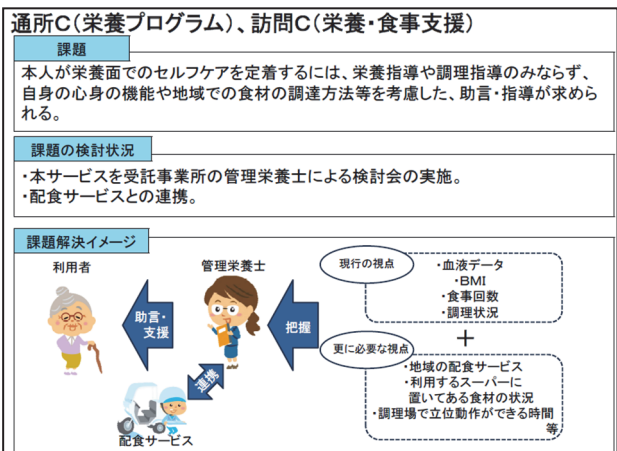
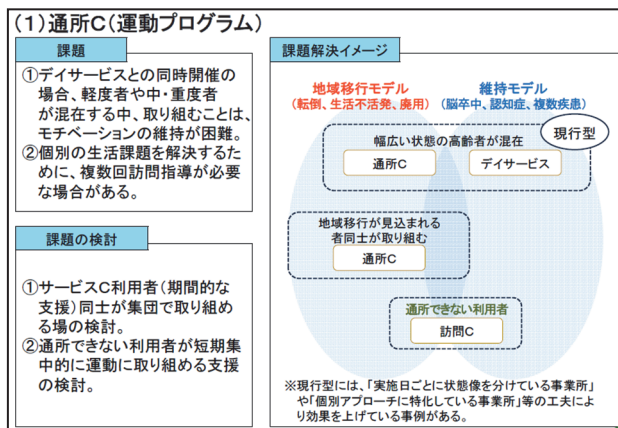
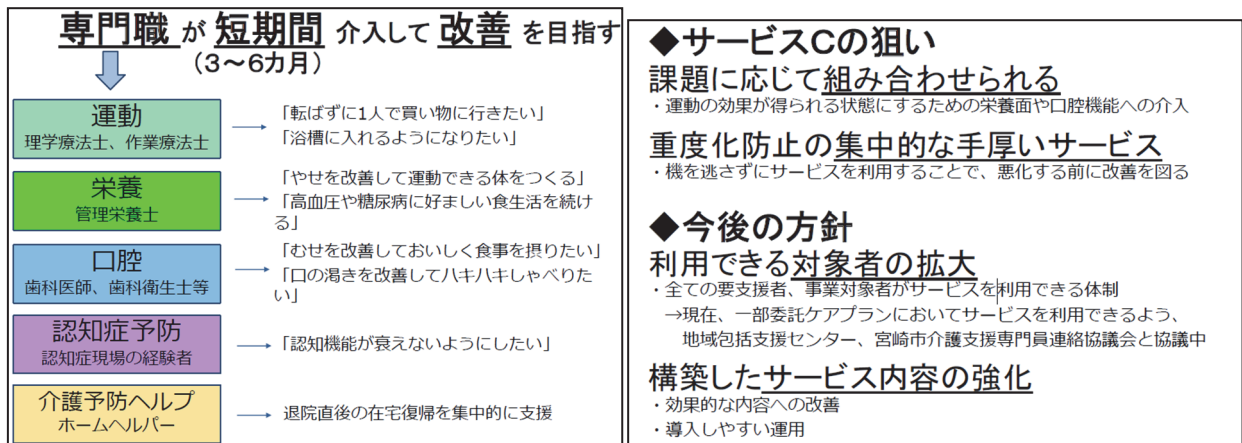
宮崎市では、現状のサービス提供状況や提供主体である事業所、あるいは地域包括支援センター等と定期的に意見交換をしながら、都度の課題に合わせて柔軟にサービスCの形を変えてきている。その想いとしては、「利用者の改善可能性を追求できるサービスを、みんなで作り上げたい」というものがある。

こうした意識を共有するために大切なポイントは普及啓発であるが、宮崎市内の地域包括支援センター数は19か所。簡単に全地域包括支援センターと意識を統一することは容易ではない。

令和3年度よりサービスCの体系を見直した際にもその難しさは現れた。同じ宮崎市内とはいえ、やはり地域包括支援センターごとの特徴や、所管地区の資源量、地域住民の介護予防活動に対する理解度の違いなどに加え、地域をどう良くしていきたいかという想いも様々であり、同じ理解度や考え方の元、均一のクオリティで全市的な展開を図ることには課題を抱えており、それは未だ解決することはない状況にある。

この課題に対しては、自立支援担当をはじめ、市職員が共通の説明資料（図表5）を持ち、足しげく各地域包括支援センターを個別に訪問し、ひとつひとつのセンターに合わせた課題解決・理解促進に奔走し続けている。地道な取組であるが、しかし、確実な取組であり、一歩ずつであるが各地域包括支援センターのサービスCの展開に向けた意欲が統一・醸成されており、利用者数の増加や適切なサービスの利用、或いはサービスの質の担保へとつながっていている。

図表5：市作成のサービス趣旨・目的・変遷等についての資料（一部抜粋）



②医療機関を通じた住民の意識変革に向けた工夫

医療機関からの退院等をきっかけに新規の要支援者となる方も多く、そうした方の中にこそ、サービスCによる機能改善効果が期待できる場合も多い。医療介護連携を促進することで、新規の要支援者をより効果的にサービスCにつなぐことができないかと考えていた。

また、宮崎市が従前より感じていた課題として、新規認定者等の介護保険制度に対する考え方がデイサービスやホームヘルプサービスの利用という意識が強いというものがある。住民に対する介

護予防に係る意識の醸成を図るべく、地道な普及啓発活動は続けてきているものの、こうした意識の変革には時間がかかる。

こうした2つの課題の解決に向けたアイデアとして、まずは医療機関の方々の意識変革を行うというアプローチを取った。具体的には、宮崎市の在宅医療・介護連携推進事業の大部分を担っている宮崎市郡医師会「地域包括ケア推進センター」と繰り返し意見交換を行うことで、医療機関の方々への効果的な普及啓発方法を検討した。その中で、介護保険課が毎年度作成する介護保険パンフレットについて、自立支援や総合事業に関する最新の情報を掲載しているにもかかわらず、医療機関は最新のものを取得していないことが明らかになり、医療機関への一斉配布を実施した。配付する際は、単に郵送するのではなく、「地域包括ケア推進センター」が各医療機関に足を運びながら説明を行った。

さらに「地域包括ケア推進センター」と総合事業に係る理解促進を目的とした研修会を企画。在宅医療に取り組む医師や地域医療連携室の職員、医療機関のリハ専門職等を対象として実施した。そこで丁寧に宮崎市が目指す自立支援型の介護予防システムの姿を伝えたところ、参加した方々の意識が少しずつ変わっていった。

退院後のつながり先のイメージが「デイサービス、ホームヘルプのみ→サービスCもある」と、まずは医療機関の側から変わることによって、退院予定の患者等について地域包括支援センター等と円滑な連携が期待できるようになってきている。

### ③事業所選定

サービスCの事業所は委託として公募し、書類審査のうえ、選定している。

指定ではなく委託のしくみを取った理由としては、サービスC開始当初、事業所の理解等の偏りが課題としてあったことから、委託にすることで、都度の説明や状況確認を繰り返しながら事業を実施することが重要であると考えたためである。

委託（事業所選定）のハードルを高く設定することはない。しかし、いかに自立支援について市や地域包括支援センターと同じ方向性で事業に取り組めるかを確認する観点から、それを提案という形で示してもらい、内容を見たとうえで選定（必要に応じて選定後に個別に面談を実施）するプロセスを大切にしている。

一方で、宮崎市は中核市であり、委託先の数も多く、選定や更新の事務負担はかなり大きいものとなっている。令和3年度現在は、すべての委託先について単年度委託の形を取っているものの、今後の対応としては複数年での委託という形式を検討することを含め、何かしらの効率化を図っていくこととしている。

### ④対象者の考え方、振り分け

サービスCの対象者については、個別ケースのプランを作成する地域包括支援センター等の担当者が、その必要性を感じた方をつなげるという形で、明確な基準は設けていない。そのため、サービスCを経て、早期にケアマネジメントの必要が無くなるような方のみならず、長い期間支援の必要があるような方も含め、幅広い対象がサービスを利用している状況である。

しかし、この幅広い対象であることから、地域包括支援センターがサービスを活用するイメージ

を持ちづらいといった悩みも抱えることとなる。

加えて、地域包括支援センターのスタッフが新任や経験歴の浅い方の場合などは、こういった方をサービスCにつなげるべきか、という点に迷う場合もある。

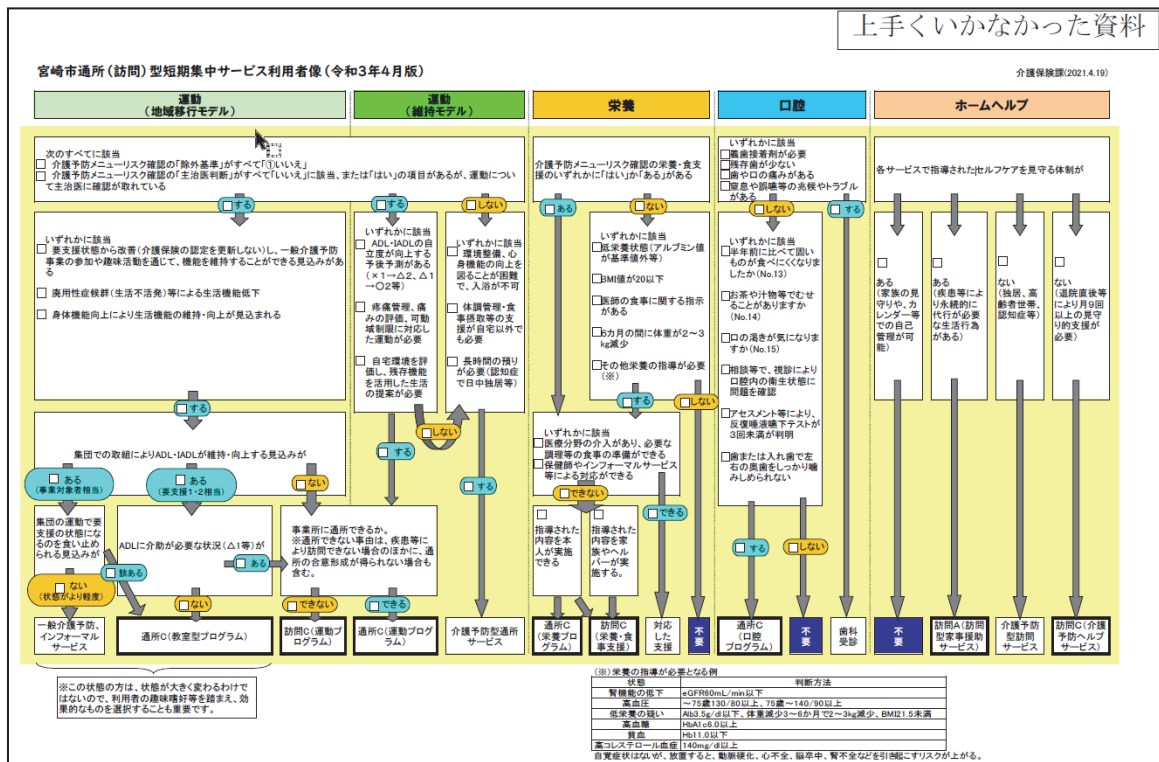
そのため、市では、対象者選定のフロー図作成に着手している。

このフロー図は、事業のコンセプトと地域包括支援センターのアセスメント内容から、平準化してサービス選定が行えるツールのひとつとなることを目的に作成を進めてきたものである。

一旦は運動・栄養・口腔・ホームヘルプのサービスについてフロー図を作成したものの、その後地域包括支援センター等にヒアリングしたところ、うまくイメージが伝わっていなかったことが判明。令和3年度現在、フローの考え方を単にサービス対象者を示すのではなく、地域包括支援センターのアセスメント内容から、運動・栄養・口腔等の課題分析のプロセスをフローで示すことが重要であると考え、まずは、栄養に係るサービスのみであるが、再設計に着手している（図表6）。

また、このほかにもサービスCを必要とする方が、適切につながることができるようなツール開発を積極的に進めているところである。

図表6：サービス利用のフロー図（上段：うまくいかなかった資料、下段：見直した資料）



## 5. 地域ケア会議について

### (1) 宮崎市の地域ケア会議の概要・特徴について

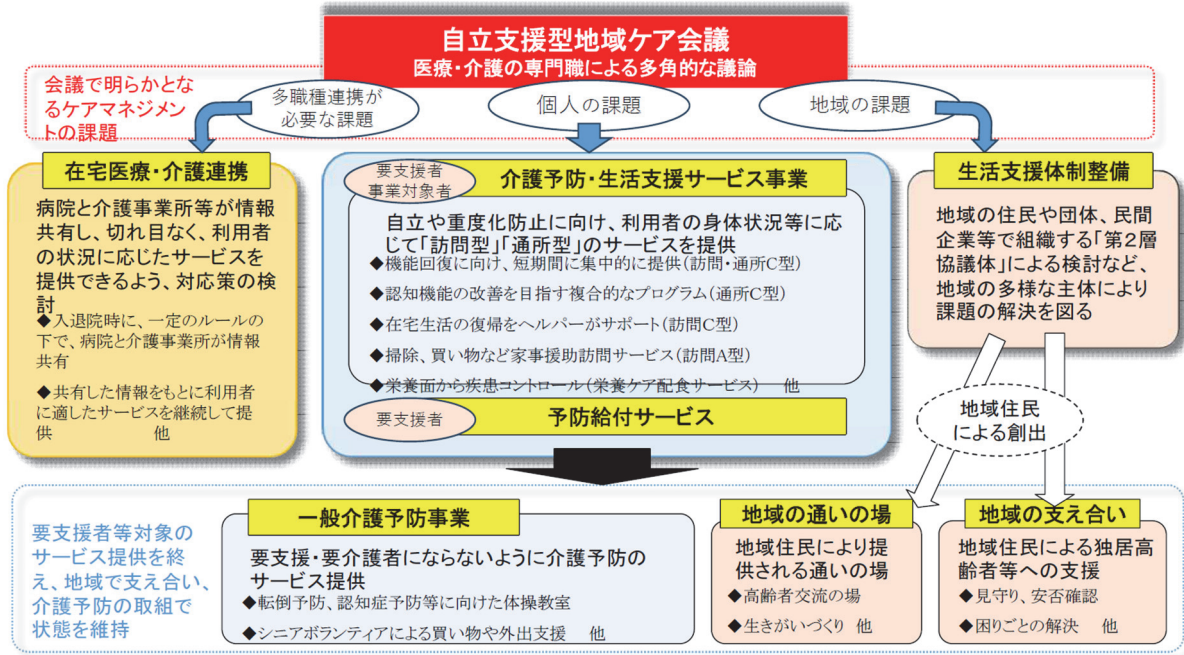
宮崎市では、個別ケースの課題解決ならびに参加者の力量形成に力点をおいた自立支援型地域ケア会議を設置しており、総合事業内の各種事業との連動性を担保しながら取組を推進している。

自立支援型地域ケア会議の参加者は、市、生活支援コーディネーター、地域包括支援センター、市内事業所及び適宜適切な助言者等により構成。市内4ブロックが2ブロックずつに分かれ、月1回実施することが基本となっている。

1回の開催あたり、5事例程度を取り扱い、そのケースは各地域包括支援センター等が検討したいケースを自由に提案する形を取っている。ただし、サービスCの利用者で、3か月（または6か月）を超えて利用したいという場合には、市の担当課に相談するか、あるいは自立支援型地域ケア会議で議論することがルールとなっている。

なお、宮崎市ではいわゆる地域ケア推進会議は設置していない。自立支援型地域ケア会議から見てきた地域課題は、地域包括支援センター管理者会議で意見を伺い、各種運営協議会や計画策定委員会等につなぐ形で政策形成等をするスタイルを取っている。

図表7：宮崎市の地域ケア会議及び各事業の関係性



### (2) 地域ケア会議の構築にあたって苦労した点について

#### ① 県による市町村支援

宮崎県では、平成28年より市町村支援のメニューを立ち上げている。当時、宮崎市も自立支援・重度化防止に取り組む機運が高まっていたことから、宮崎県の支援を受ける運びとなった。

市町村支援がスタートした平成28年は、地域ケア会議等の先進地として、埼玉県内の地域包括支援センターのセンター長が宮崎県に来て継続的に支援するという形ではじまり、翌年度からはその支援に加えて、宮崎県及び宮崎市が先進自治体に伺う形での研修へと変わっていった。なお、研



修の企画や斡旋、その他各種調整は県が担う形であった。

市では、平成 29 年度から市内の 1 つの地域包括支援センターをモデルとして、自立支援型の地域ケア会議やサービス C を開始。その後、第 7 期の計画中に市内全域へと展開する形を取った。

市は、市町村支援等を通じて、県に強く支えられたと実感している。その背景には、県による一方的な学びの押し付けではなく、市と県がともに学び、想いやスキルを向上させながら、仲間として常に隣にいたことが大きい。

## ②地域ケア会議にケースを出してもらうための工夫

自立支援型地域ケア会議を開始した平成 29 年度当初、参加者である地域包括支援センター等から「どのようなケースを会議に提出したらよいかわからない」という声が多く聞かれていた。

この課題解決に向け、市はケースを出す地域包括支援センターや事業所等に対し、はじめのうちにはできるだけ議論がしやすいケース（課題が複合的なものになっていないものなど）をあげてもらおうよう依頼。まずは会議の流れや成果を感じてもらいながら、地域ケア会議の内容や目的の理解、ケースを出しやすいような雰囲気醸成することに注力した。

この積み重ねにより、現在では多くのケースが持ち寄られ、参加者間で検討・議論することのできる場が出来上がってきた。

その一方で、自立支援型地域ケア会議で事例の検討を行うには事業所等の協力が不可欠であり、令和 3 年度現在、なかなか自立支援型地域ケア会議に理解を得られず、ケースを提出していただけない事業所等があることも事実である。

このような課題の解決に向けては、地道に成果を出し続け、自立支援型地域ケア会議に注目してもらえる・賛同してもらえるように、その取組の輪を拡大していく方針だ。こうした視点から、賛同が得られない事業所等に対する働きかけも並走しつつ、積極的に会議に参加（あるいは会議を活用）している事業所等の活躍の機会を増やす働きかけに力点を置いている。

## 6. 一般介護予防事業や通いの場について

### (1) 宮崎市の一般介護予防事業や通いの場の概要・特徴について

宮崎市における一般介護予防事業及び住民主体の通いの場の中心となるのは、平成 13 年から実施している「健幸運動教室」である。

健幸運動教室は、宮崎県立看護大学と共同開発した「宮崎いきいき健幸体操」等を実践する教室であり、令和 3 年度現在、市内 146 か所に広がっている。各教室は、市主催の拠点型・準拠点型、地域の高齢者団体が主催の地域型に分類されている。

地域の高齢者団体により開催される「地域型」の健幸運動教室に対しては、指導員を派遣し、運動指導をするプログラムを用意している。

派遣されるのは、運動指導等を行う「健幸運動指導員」と低体力者の受け入れ体制の強化を図る「健幸サポートナース」であり、「健康運動指導員」は市が養成している。団体により頻度は異なるものの、年間を通じた伴走的な支援を行う体制を取っている。指導員については、当初は運動指導のみを行う形で進められていたが、令和 2 年度からは団体の自主活動の普及啓発や助言を行う役割を明確に位置付け、自主日（指導員の派遣を受けずに自ら活動する日）の活性化等を進めている。

また、自主日の活性化を促進するため、体操 DVD やパンフレット等を配布。今後も様々なツールを開発し、活動支援を行っていくことを予定している。

指導員の派遣を受けやすくするための配慮として、手続きはできるだけ簡素化することに配慮しており、年に一度、「派遣依頼書」を提出するだけで、年間を通じた無償の派遣ができるようしくみづくりを行っていることもポイントだ。

この派遣を通じて、地域住民を受け入れる体制が整った通いの場（団体）には、“地域の通いの場認定証”と“周知用立て看板”を配布し、場の周知力等を高められるよう支援を行っている。

## （２）一般介護予防事業や通いの場の構築にあたって苦労した点について

### ①運動指導をする人材の養成

平成 13 年度以降、健幸運動教室の開催数や会場数が年々増加していく中で、平成 30 年度には市内 130 箇所ほどある健幸運動教室に、すべての教室で年間を通じて、約 75 名の健幸運動指導員と約 85 名の健幸サポートナースを派遣する形で事業を展開していた。

図表 8：健幸運動教室の概要（令和 3 年度）

|      | 拠点型  | 準拠点型   | 地域型  |
|------|--|--|--|
| 主催   | 市（介護保険課）   | 市（介護保険課以外の施設所管課または指定管理者）                     | 地域の高齢者団体                                       |
| 箇所数  | 10   | 7  | 132  |
| 回数   | 1 会場あたり年 40 回程度  | 1 会場あたり年 30 回                                | 令和 5 年度 年 12 回<br>※令和 3 年度から段階的に派遣回数を低減        |
| 実施方法 | 介護保険課にて会場確保  | 施設側で会場を確保したうえでスケジュールを立て、年に一度「派遣依頼書」を介護保険課へ提出 | 団体会場を確保したうえでスケジュールを立て、年に一度「派遣依頼書」を介護保険課へ提出     |
| 講師   | 健幸運動指導員、健幸サポートナースを派遣<br>（教室開催日には指導員およびサポートナースが主体的に運営し、介護保険課職員は会場へ行かずに開催） |  | 健幸運動指導員を派遣<br>（参加人数 8 名以上の会場には健幸サポートナースも併せて派遣） |

その状況の中、係員がほぼ総入れ替えになった平成 31 年度、教室数は 135 箇所を超え、事業に関わる指導員とサポートナースも合わせて 160 名を超え、事業の実施にあたっての連絡調整先が地域の団体代表を含めると 300 箇所ほどに膨れ上がっていた。そのすべてを電話や文書でのやり取りのみで行ってきただけから、スピードの遅さや伝達ミスなど、業務の煩雑さをさらに増大する状況になっていた。

そこで、これまで係内の 4 名の職員で分担して行ってきたやり方を一新し、係員 8 名全員が問い合わせ窓口となり、その対応記録をエクセルデータで管理・共有する方法を導入した。また、令

和2年度からは、新たに健幸運動教室専用のスマートフォンを導入し、健幸運動指導員・健幸サポートナースとの連絡手段はほとんどがスマートフォンのコミュニケーションアプリを活用するなどして、連絡調整が格段にスピードアップしたところであり、この方法は、凶らずも、コロナ禍で事業の実施方法を様々に模索する中で、かつ、急な事業の中止・再開が断続的に発生する中、すでにスマートフォンを活用して情報を共有できる体制となっていたことは大いに助けとなっているところである。

健幸運動指導員と健幸サポートナースは、有償ボランティアとして活動していただいているが、元々主婦であった方や、勤められていた方など様々な経歴を持つ一般市民である。その人材が、「宮崎いきいき健幸体操」を主軸とした運動指導を習得した健幸運動指導員、運動指導の見守りやサポートを行う看護師として健幸サポートナースが、地域の高齢者の介護予防に資する活動として、第一線で活躍している形は、正に、人材に支えられて成り立っている介護予防事業であると言える。

## ②コロナ禍でも健幸運動教室を！～「アミュ×宮崎市 健幸プロジェクト」の実現～

令和2年度は新型コロナウイルス感染症の感染拡大状況により、思うように健幸運動教室の取組が進まない時期であった。感染の波の度に中止期間が断続的にある中で、状況が落ち着いているタイミングでは会場や参加者を分散するなどの感染対策を施して、ほとんどの教室で再開をしていた。

そして、コロナ禍と時期を同じくして、教室全体での傾向として、運動中の見守りやサポートが必要な方が徐々に増えてきている状況が見られるようになってきた。そこで、令和3年1月から、低体力者向けの「ゆるやか教室」をモデル的に実施。市の体育館を活用し、アリーナ部分では通常の運動教室を開催しながら、幅広い層の方を受け入れていくため、同施設内の柔道場を会場に、低体力者向けの流れをアレンジした内容での運動教室を同時開催した。

しかし、同体育館がワクチン接種会場となることになり、同年4月からは隣接する公園での「あおぞら教室」へ切り替えることとなった。開催は天候に左右され、開催状況を周知する方法が現実的に難しく、開催の目印としてのぼり旗を設置。参加者の理解をいただきながら開催を継続してきたが、天候による中止の判断の難しさ（あいまいな天候やぬかるみ等）と夏の暑さ対策の解決は難しさが積み残された課題となっていた。

周辺で、天候に左右されない会場を探すこととし、係内で様々な候補を出し合い、各施設等の情報収集を進めていく中で、駅前にある「大屋根のある広場」を活用できないかというアイデアが出たものの、まずは問合せ先を探すところからであった。庁内で情報収集する中で、JR宮崎シティの管理であること、費用負担が生じることなどを確認したが「一度、話だけでも…」の精神で問合せを行った。

そこで、思いがけないJR宮崎シティからの逆提案が起き、「健幸プロジェクトとして、市と共同開催してはどうか」「開催日に合わせて、割引を実施してはどうか」などの提案がもられたのである。令和3年6月から「アミュ×宮崎市 健幸プロジェクト」としての取組みが実現。大屋根の下で開催できることで、課題が解決でき、また駅前での開催であるからこそその周知効果が見られた。民間事業者との共同開催を契機に、教室開催の方法や視点が広くなり、バスや電車の利便性の

高い会場など多様な場での開催が広がってきている。

図表9：宮崎市のコロナ禍での事業中止や取組

| 年   | 月   | 状況 | 取組み等  |
|-----|-----|----|---|
| R1  | 3月  | 中止 |   |
| R2  | 4月  | 中止 | 宮崎ケーブルテレビ(株)の協力のもと、「宮崎いきいき健幸体操」拡大版(35分間)の放送スタート   |
|     | 5月  | 中止 | 市HPで「宮崎いきいき健幸体操」の動画視聴スタート   |
|     | 6月  |    |   |
|     | 7月  | 中止 |   |
|     | 8月  | 中止 |   |
|     | 9月  |    | 「自宅で運動、通ってお元気チェック」として、「プラス10+家トレ30」の取組みを試験的に導入  |
|     | 10月 |    | <b>「自宅で運動、通ってお元気チェック」とは?</b><br><b>目的</b> いつもと同じ曜日・時間・場所に、いつもどおり通う習慣を継続し、外出や家の外で人と接する機会をこれまでどおり維持することを大きな目的として実施する。<br>まずは会場まで通うことだけでも継続し介護予防に繋げる。<br><b>方法</b> 参加者が来場した順に①健幸運動指導員からの自宅での運動等についてのアドバイス、②看護師のお元気チェックを実施する。 |
|     | 11月 |    |   |
|     | 12月 |    |   |
|     | 1月  | 中止 |   |
| R3  | 2月  | 中止 |   |
|     | 3月  |    |   |
|     | 4月  |    | 中央公園で「あおぞら教室」スタート   |
|     | 5月  | 中止 |   |
|     | 6月  |    | 「あおぞら教室」の開催場所を、中央公園からアミュひろばに変更  |
|     | 7月  |    |   |
|     | 8月  | 中止 |   |
|     | 9月  | 中止 |   |
|     | 10月 |    | R2.9月に実施した「プラス10+家トレ30」を応用して導入  |
|     | 11月 |    |   |
| 12月 |     |    |   |
| 1月  | 中止  |    |   |
| 2月  | 中止  |    |   |
| 3月  |     |    |   |

**「プラス10+家トレ30」とは?**

**目的** ●中止期間中に低下した体力を、できるだけ早く回復させるため。  
 (※教室での運動を補完するものとして、自宅での運動を取り入れる。)

●今後、再び健幸運動教室が中止となっても、運動量を確保し、気持ちが前向きになるよう、個人での運動習慣を定着させるため。

**方法** 教室再開後、初回と2回目の教室で実際にみんなで練習する。

『プラス10+家トレ30』カード

家での運動として、計40分の運動となる  
組合せを提案

→

運動記録用紙

家での実施状況を記録。教室で指導員が  
毎回確認することで、モチベーションUP

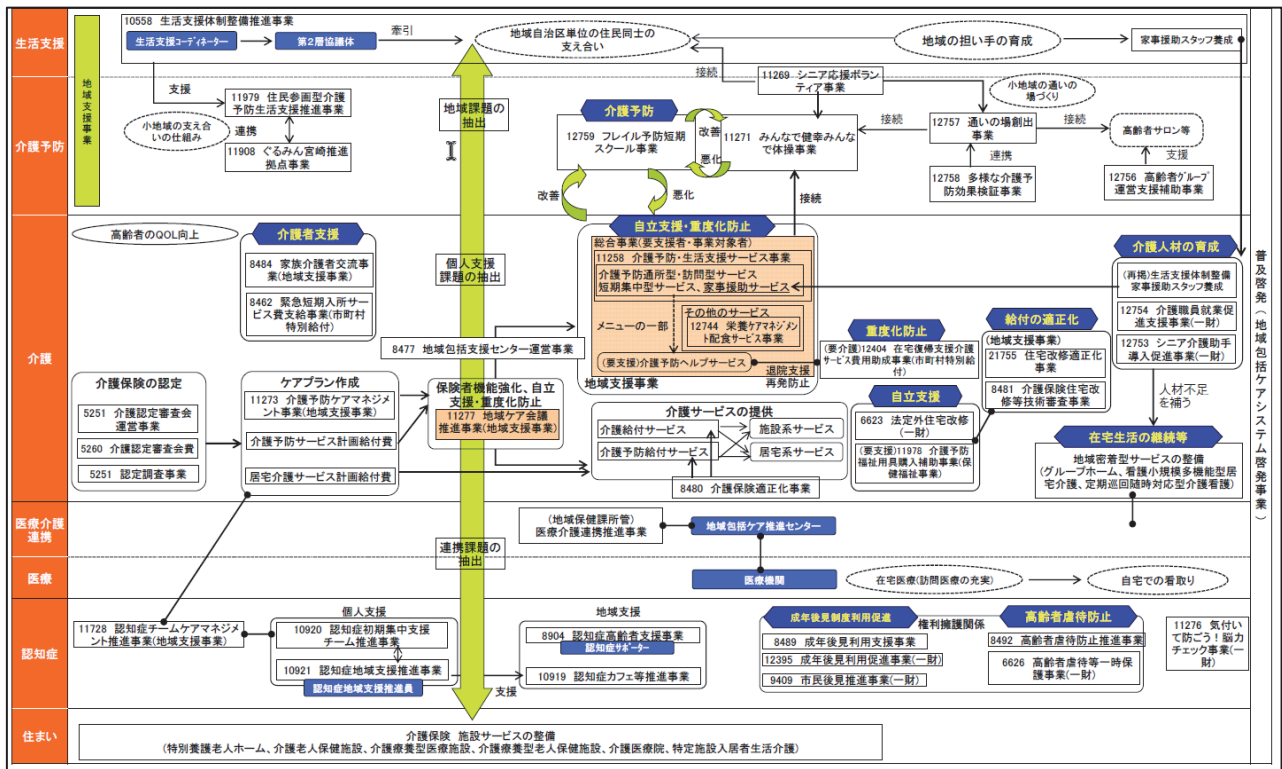
★好評につき、R4も継続予定

## 7. 地域支援事業における事業間連動について

自立支援型のシステムを作り上げていくうえでは、多様な事業が絡み合い、連動しながら取組が推進されていくものであるが、宮崎市ではその連動を可視化することで、庁内外の関係者と事業間連動のイメージを共有していくことに注力している。

作成し、共有しているのは図表10の図である。このようなイメージ図を作成することで、関係者の意識が縦割りの狭いものにならないよう促していくことが容易になるほか、市内部での横連携あるいは予算要求等の際にも大いに役立つ資料となっている。

図表 10：令和3年度 ぐるみん宮崎 7つの分野と宮崎市介護保険事業の関連性（抜粋）の相関図



《参考：運動教室の効果の試算》

「要支援1の方がデイサービスを使った場合の給付費；1人当たり1回3,724円」

「運動教室の参加実人数で割り返した費用：1人当たり435円」

これは、事業評価のために宮崎市が試算した費用である。こうした試算を行うことで、予算要求の際の資料に盛り込むことができる（説明がしやすくなる）ほか、関係者間で「やはりこの取組に力を入れるべきだ」という機運を高めるための資料としても活用ができる。

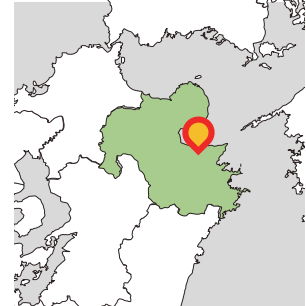
加えて、市内のさまざまな取組の連動性を可視化した資料と合わせて紹介することで、例えば運動教室やサービスCの取組についても、縦割りのひとつの事業の成果・効果ではなく、市としての全体の取組のなかでの位置づけや成果・効果として説明ができるため、自立支援型のシステムに対する理解も得られやすい（説明がしやすい）という効果が得られている。

# 介護予防システムを県内に広げるための重層的かつ包括的な市町村支援

## 【大分県】

- 人口：1,123,852 人
- 面積：約 6,341 km<sup>2</sup>
- 高齢化率：33.3%
- 地域包括支援センター設置数：61 箇所（うち、委託 57 箇所）  
※いずれも令和 2 年 10 月時点
- 産業構造（平成 27 年国勢調査時点）
 

|               |               |
|---------------|---------------|
| 第 1 次産業：6.9%  | 第 2 次産業：22.3% |
| 第 3 次産業：66.5% | 不 明：4.5%      |



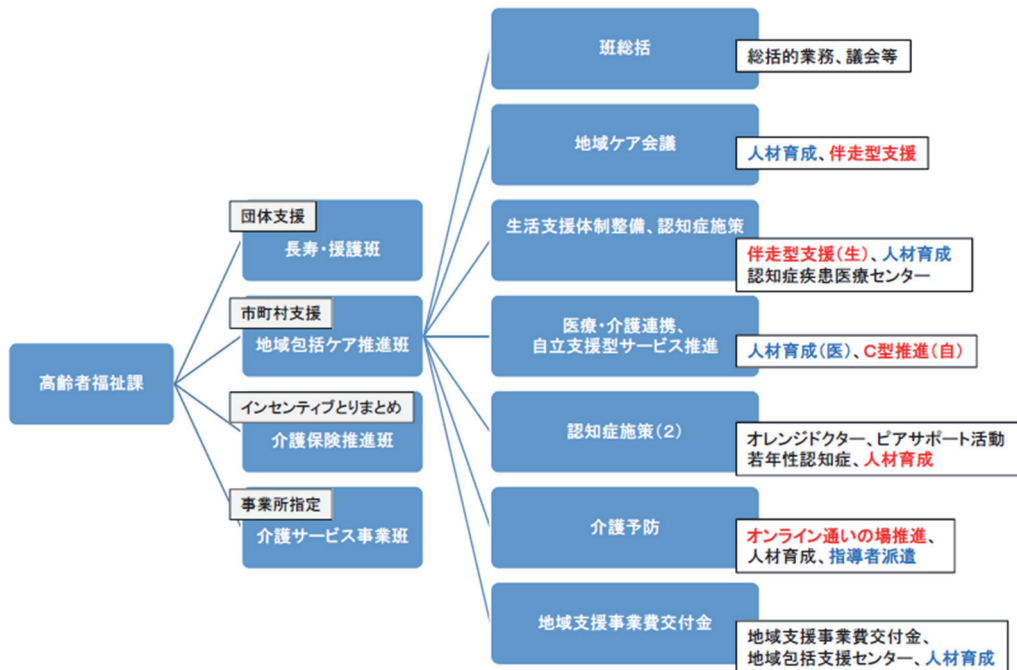
### 1. 地域包括ケアシステムの構築を目指した大分県の市町村支援体制

#### (1) 県の体制

大分県の市町村支援体制は、主に介護保険課の地域包括ケア推進班が担っており、団体支援は長寿・援護班が担うなど、課内各班にて意識統一・役割分担を測りながら取組を推進している。

また、市町村支援においても、地域包括ケア推進班内で役割分担を明確にしておき、「班総括」、「地域ケア会議」、「生活支援体制整備」、「認知症施策」、「医療・介護連携、自立支援型サービス推進」、「介護予防」、「地域支援事業交付金」のそれぞれのテーマに整理したうえで市町村支援を展開している。

図表 1：大分県の高齢介護分野における市町村支援体制



## (2) 県内の関係団体・専門職との連携

県内の専門職の各団体からは、地域ケア会議に係る支援のなかでアドバイザー等の派遣に多大なる尽力を得られている。

県と関係団体・専門職等の関係性の背景には、介護保険制度創設以降、県はさまざまな場面で県内の各専門職団体と連携してきた経緯があり、この市町村支援を立ち上げる際に協力関係がすでであったという。このこと自体も大変な強みといえるが、加えて、市町村支援の開始当初、関係団体・関係職との目線合わせに注力した点が重要なポイントである。

具体的には、地域包括ケアキャラバン活動と称し、県内の専門職とともに地域を回ったり、地域包括ケア推進大会などの普及啓発活動を協働することで、県内の介護予防システムの在り方や構築に向けたモチベーションなどを共有したのである。

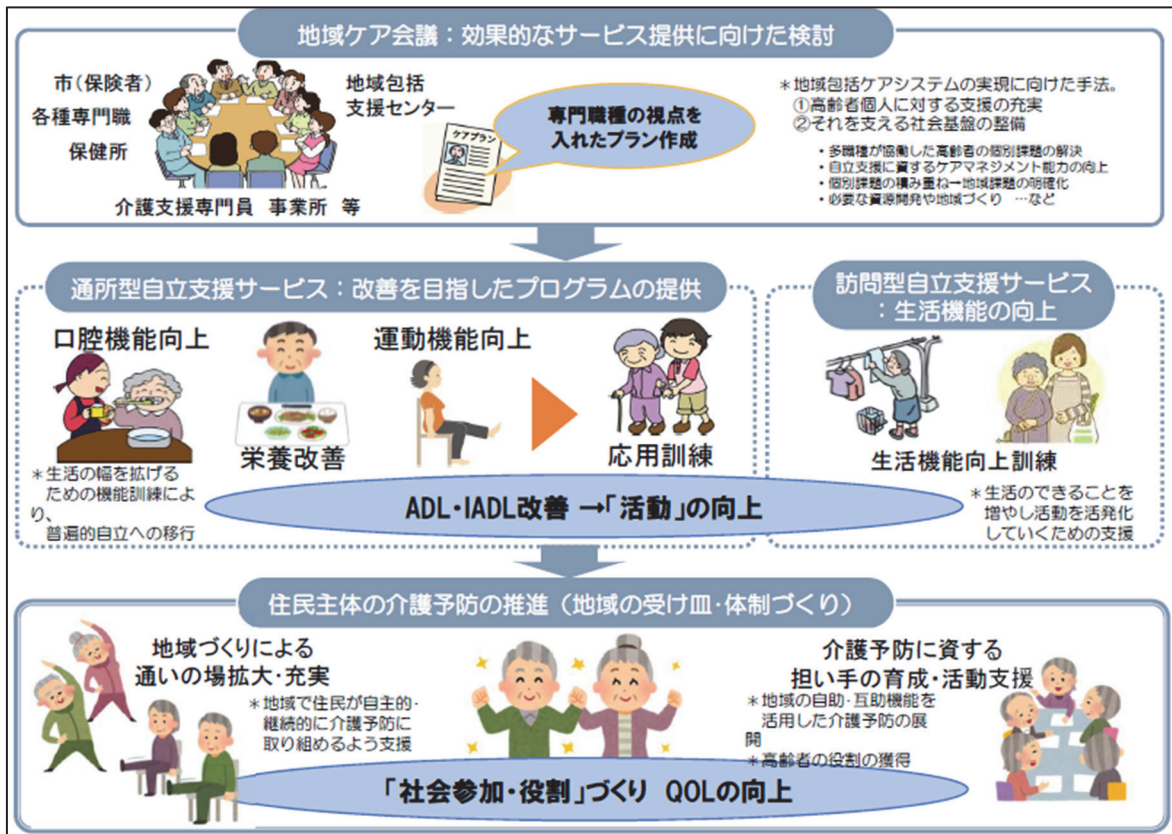
同様に、各専門職団体等についても、はじめに意識統一を図ってから市町村支援を開始。そこで終わるのではなく、その後も県・関係団体・専門職がともに悩みながら、支援方策等の軌道修正を一緒に行う、こうしたプロセスを繰り返すことで、より強固な関係性が築かれてきている。

## 2. 県が市町村支援で推進する自立支援型ケアマネジメント・サービスのデザインについて

大分県では平成24年度より、「自立支援型地域ケア会議」、「自立支援型サービスの推進」、「地域の受け皿・体制づくり」の3つを柱とした市町村の体制整備支援を実施してきた。

この基本的な柱は10年以上変わらず、時節や県内の課題に合わせた支援メニューのリニューアルを繰り返しながら、自立支援型ケアマネジメント・サービスの推進に向けた支援が展開されている。

図表2：大分県が市町村支援で推進する自立支援型ケアマネジメント・サービスの概要



## (1) 県が実施する実態把握調査

大分県では、県内の地域包括支援センターを対象として「介護予防ケアマネジメント実施状況調査」を毎年実施している。これは、県が独自に予算立てを行って実施している調査であり、担当課職員による手作業で集計・分析を行っている。

この調査結果により、要支援者等の原疾患を把握したり、各種取組による予防効果（改善率等）を測ることにつなげている。

調査結果は市町村等に共有・還元しており、こうしたデータがフィードバックされることで、市町村も新たな取組を考える材料になる、あるいはそうした取組のモチベーションが向上していく効果も発揮されている。

## (2) 市町村支援による自立支援型システム整備の変遷

### ①導入期（～平成28年度）

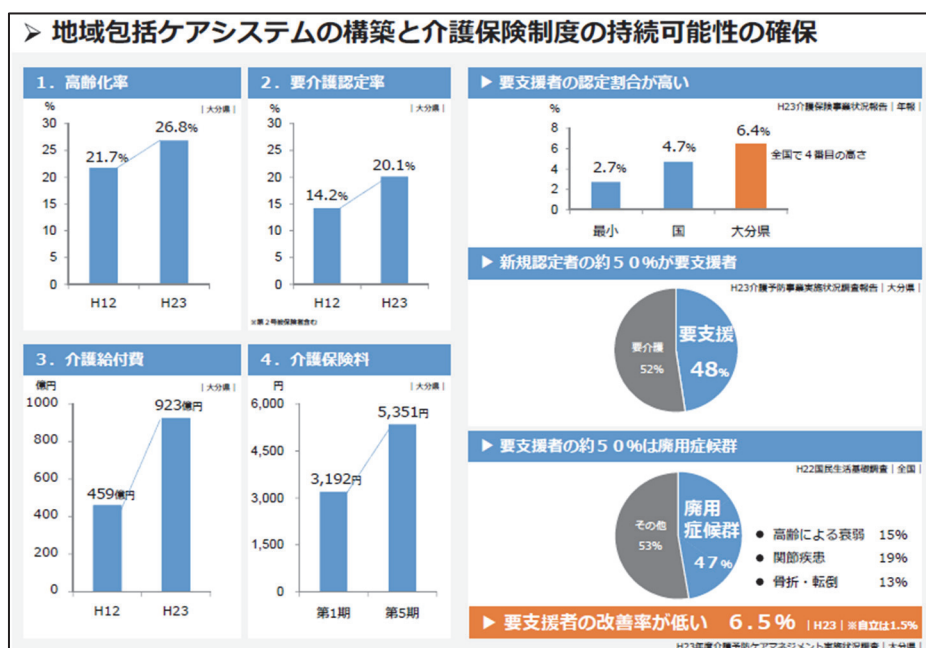
平成23年当時、県内で実施した調査結果等を踏まえ、高齢化の進展に伴う介護給付費や保険料の増加率の高さ（当時、保険料増加は日本一であった）、あるいは全国平均に対し大きく高い認定率などが課題として認識されていた。こうした課題の特徴として、軽度者の認定割合が高いことや、廃用症候群から要支援認定につながる方が多いことがわかってきた。

これらの情報をもとに、廃用症候群を予防する体制を強化することを目的として、自立支援型のシステム整備に着手することを決意。各種市町村支援のメニュー構築を開始。翌平成24年度よりモデル事業を開始している。

自立支援型地域ケア会議の導入支援については、平成25年度には全市町村に展開し、平成26年には全市町村で地域ケア会議が実施されるようになった。

なお、この当時より、「地域ケア会議によるアセスメント」、「改善に向けたサービスを取り入れる視点」、そこから卒業した先の「居場所の整備」なども含め、セットで支援を展開していた。

図表3：地域ケア会議導入の背景



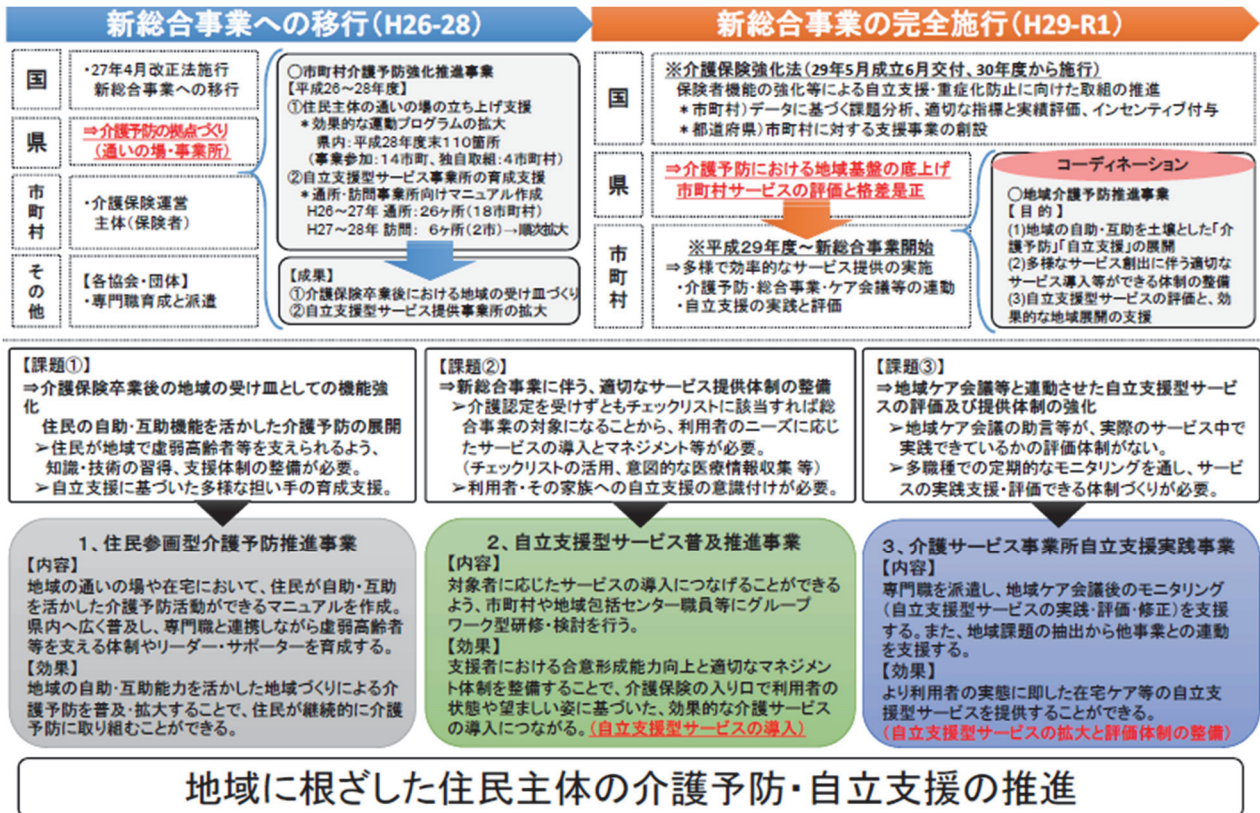


②定着期（平成 29 年度～）

平成 28 年度までの取組は、いわば市町村支援の足掛かりをつくる期間といえる。そして平成 29 年度からは地域に根付かせていく時期になっていく。

このころの課題認識としては、県内全市町村にて地域ケア会議が行われているものの、市町村ごと取組の深度には違いがあることであった。こうした地域格差の是正に向けた取組を推進していくこととなる。地域ケア会議を核として、地域全体で高齢者を支えるしくみづくりとして、元気な人が元気でいられるような通いの場や自立支援型を提供できるサービスを広めていく時期である。

図表 4：これまでの自立支援型サービス推進に向けた取組



### 3. 地域ケア会議の充実・強化に向けた県の取組について

#### (1) 大分県による地域ケア会議の充実・強化に向けた市町村支援の概要・特徴について

大分県では平成24年度より、アドバイザー派遣等を通じた自立支援型地域ケア会議の導入支援を実施してきた。令和3年度現在の全体像としては、地域ケア会議の充実・強化に向けて、「人材確保」、「人材育成」、「課題解決」の3つのレイヤーに分けた取組を展開している。

前提として、専門職や有識者等が多くいるのは、県内でも人口規模の大きい大分市や別府市などである。一方、中山間部などではそうした人材が少なく、取組の推進をサポートするアドバイザーを担う方の確保が難しい状況にある。こうした背景から、県が市町村と専門職団体の間に入り、アドバイザー等の派遣調整を行う「人材確保」を、市町村支援のはじめの一步として設計している。

こうして人をつないだうえで、「人材育成」を進める。内容としては、市町村や地域包括支援センターを対象として、コーディネーターとなる方を養成する「コーディネーター養成研修」、専門職向けの「アドバイザー強化研修」、また、地域ク

ア会議等での検討結果を実践に活かしていくスキルの向上をねらいとした「介護予防職員育成推進事業」などを実施している。

そして、「課題解決」に向けて、経験の長い市町村職員や専門職等を広域支援員として委嘱し、短期で解決できる課題に対して派遣する「広域支援員派遣」、課題の根が深かったり、短期での解決が難しい場合の長期派遣メニューとして「スーパーバイザー派遣」を実施している。

図表5：地域ケア会議の充実・強化に向けた県の取組



#### (2) 地域ケア会議に係る支援の構築における経緯・工夫について

##### ① 地域ケア会議に係る伴走支援

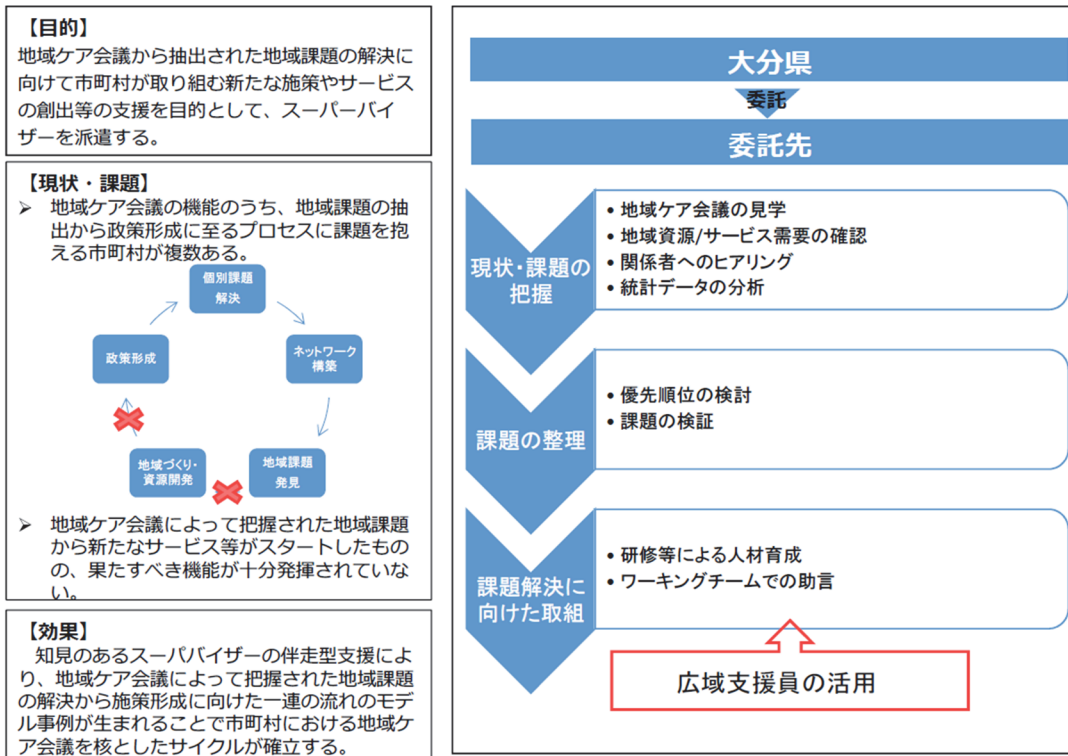
全市町村で地域ケア会議が実施されるようになったのは平成26年である。そこからしばらくもすると、市町村ごとの地域ケア会議の在り方も多様化していき、それぞれに新たな課題なども見られるようになってきた。

この流れを受け、令和元年度に県と市町村支援に係るアドバイザーがともに県内市町村を視察し、実態把握を進めていった。同時に、アドバイザーの助力を得ながら、サービス需要や給付の状況確認、見える化システムを活用した統計分析なども進め、多角的な現状把握に努めた。

ここで把握された課題の代表的なものとしては、「地域課題の抽出・解決」であり、施策形成に向けた流れに課題を抱えているところが多かった。また、「地域ケア会議の形骸化」や、「サービスC等が活用されていない」ことなどが挙げられた。

これらの課題については、県下全域で行ってきた研修やアドバイザー派遣、人材育成などでは解決が困難だと判断。長期的かつ個別的に関わる伴走型の支援が必要だという結論から、令和2年度より伴走型支援を開始した。なお、伴走型の支援の実施に当たっては、同じく県が行っているサービスC等をはじめとした自立支援型サービスの推進事業と連動しながら進めている。

図表6：地域ケア会議を中心とした個別支援（R2～）

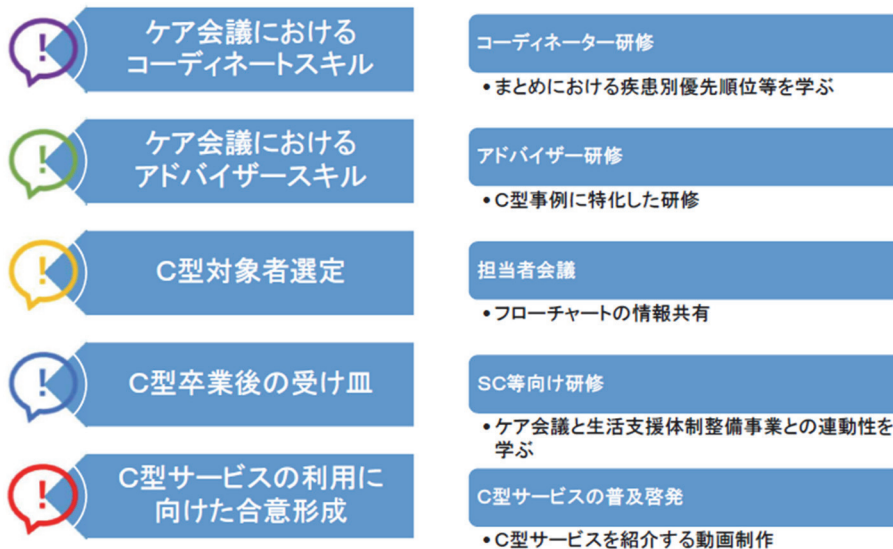


②複数市町村で共通した課題は全市町村を対象とした取組に展開

伴走型支援は令和3年度現在、5市を対象として実施している。エントリー時にはそれぞれ違う課題からスタートしているものの、支援を進めるなかで共通した課題が見えてきた（例えば、自立支援型地域ケア会議における課題整理や検討などのコーディネーション上の課題や、C型サービスの利用に向けた市民向け普及啓発活動の課題など）。

こうした内容については、県内18市町村にも共通する課題ではないかという議論のもと、県全域を支援する目的で解決メニューの事業化・既存事業への組み込みなどを進めている。

図表7：個別支援から全体支援へ（伴走型支援で見えてきた重複課題に対する事業化）



#### 4. 自立支援型サービスの推進に向けた県の取組について

##### (1) 大分県による自立支援型サービスの推進に向けた市町村支援の概要・特徴について

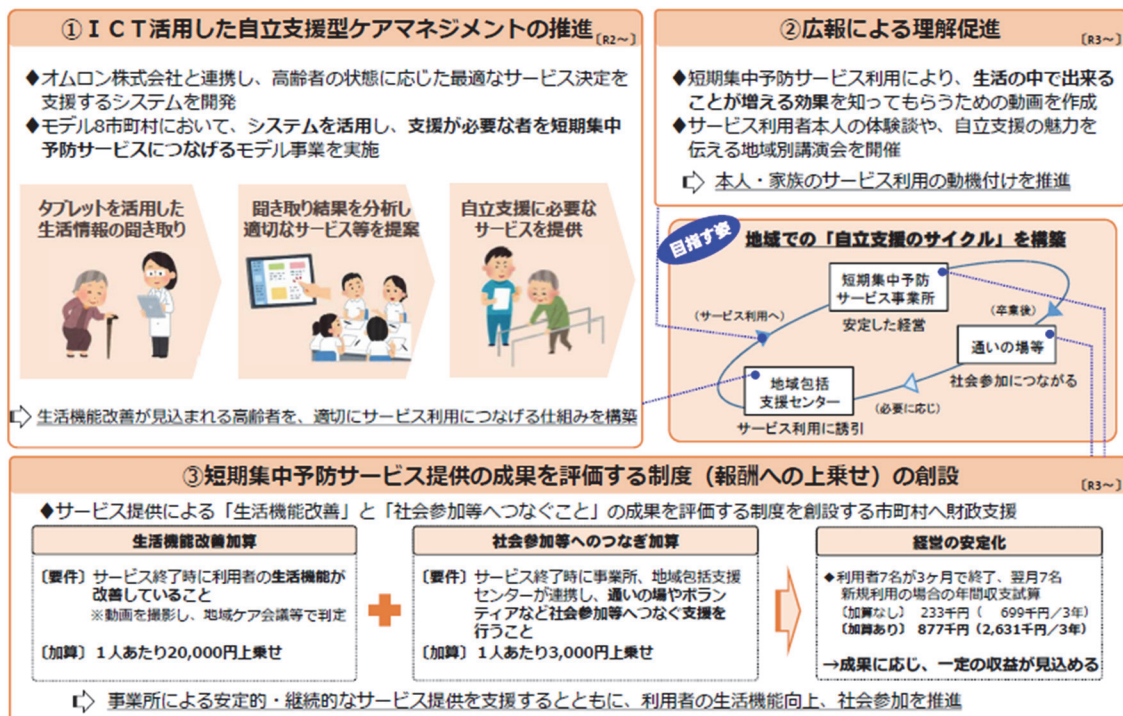
大分県が市町村支援の柱のひとつに掲げる「自立支援型サービスの推進」の取組のなかで、研修等を通じて自立支援型のサービス提供が可能な事業所が増加し、各種ツール（マニュアル等）も整備が進むなど、順調といえる経過をたどってきた。総合事業移行時においても、こうした取組の積み重ねから県内の自立支援型サービスに対する意識は高く、サービスCに着手する自治体も多いといった状況であった。

しかし、実態把握結果と照らし合わせた際、県は違和感を覚える。サービスC利用者終了者のうち約8割の方の状態像が改善しているというデータはある一方で、なかなか卒業事例が出てこない、あるいは改善率の向上などという結果に結びついていないという乖離があったのだ。より詳細に分析したところ、実際は総合事業サービスのうち1割程度しか利用されていなかった事実や、市町村ごとのサービスC活用状況の濃淡が課題として見えてきた。

こうした背景から、県下全域で住民の方に適切にサービスCを利用してもらえるような仕組みづくりの重要性を認識し、県が実施する「自立支援型サービス推進事業」を目玉テーマのひとつとして位置付けた。

実施する取組は3点。ひとつ目は「ICT活用した自立支援型ケアマネジメントの推進」、2つ目は「広報による理解促進」、3つ目は「短期集中予防サービス提供の成果を評価する制度（報酬への上乗せの創設）」である。

図表8：令和3年度 自立支援型サービス推進事業の取組の全体像



## (2) 自立支援型サービスの推進に係る支援の構築における経緯・工夫について

### ①ケアマネジメントの平準化に向けたICT活用

県としては、従前より介護予防ケアマネジメントに係る研修等は数多く実施してきたが、個別課題の要因の抽出（生活機能のアセスメント）について、なかなか思うように県下になじんでいかないもどかしさを感じていた。

課題となっているアセスメントの部分について、これをシステム化し、現場に導入補助を行い、実際に活用してもらおう。これにより、サービスCへ効果的につなげていきたい、というねらいのもと、ICT活用による自立支援型ケアマネジメントの推進に着手。令和2年度より、県・民間企業・アドバイザーが協定を結び、システム開発を開始した。

本システムの主たるユーザーは地域包括支援センター。アセスメントの質の担保・平準化に働きかけ、作成者の力量・経験次第のプランニングとなることを防ぐ効果も見込んでいる。

動き出しの令和2年度においては、ケアマネジメントの質の向上やサービスCの利用者の微増というような確かな効果が確認でき、以降、継続的な開発・リニューアルを進めている。

図表9：ICT活用した自立支援型ケアマネジメントの推進

#### 大分県におけるモデル事業の概要

- ・事業実施にあたり、自立支援型ケアマネジメントを支援するシステムを開発しているオムロン株式会社と連携協定を締結
- ・当該システムは、これまでケアマネの個人能力に委ねられてきた生活機能のアセスメントや合意形成をICTにより技術的に支援すること

で、ケアマネジメントの質の平準化と業務の効率化を図るとともに、短期集中予防サービスの積極的利用へ誘引するもの  
今年度はモデル9市町に対し、システム使用環境整備（タブレット端末等）、事業アドバイザー派遣等を行うとともに、事業効果を検  
証



## ②自立支援に係る県独自の加算

自立支援型サービスを、ひいては自立支援型のシステムを県下に広めていく、大分県の強い意思の表れとして、独自の加算制度創設を紹介する。

サービスCの利用促進を進めるに当たり、県はサービスの質の担保・向上に向けた支援策を検討していた。その背景には、サービスCの利用を増やしたい一方、事業所としてそこに着手する人材が不足することや、金銭的なメリットは大きくはないという事実があった。つまるところ事業所ごとの積極性やスキルにサービスの質が左右されてしまうという課題があったのだ。事実、こうした課題で撤退する事業所が令和2年度に散見されたことも、県の課題認識を強くした。

そこで、「サービスCの採算性の確保と事業の維持」を喫緊の課題とし、大分県独自の加算の創設を計画。有識者等による「自立支援型サービス推進に係る施策検討会」を設置し、内容を組み立て、令和3年度よりスタートしている。

図表 10：自立支援型サービス  
推進に係る施策検討会

|  |
|--|
| <p>【委員】 事業所代表2名、地域包括支援センター代表2名、学識経験者（+市町村）</p> <p>【議論の経過】</p> <p>第1回 日時：令和2年11月18日<br/>議題：短期集中予防サービスのあるべき姿、現状、課題<br/>解決すべき課題解決に向けた施策の方向性について</p> <p>主な意見：県内のC型事業所では、質や利用者数の格差が生じている<br/>年間を通じて利用者の数に波があるというのが事業所運営リスク<br/>入口（アセスメント）の対策、出口（モニタリング）の対策が重要<br/>今回の加算は3年、継続的につく話ではない。そういった意味では、<br/>（行政は）利用者を安定的に確保するところを、一番の継続的<br/>支援として考えないといけない</p> <p>第2回 日時：令和2年12月7日<br/>議題：第1回検討会での議論・意見の整理<br/>加算の要件及び単位数について</p> <p>主な意見：生活機能の向上は、保険者の関与を全体にADLやIADLの改善を要件<br/>加えて、利用前後の動画を撮るようすべき<br/>生活機能維持加算は、提案につながったかの確認までを評価<br/>「つながった」にはセルフケアも含む。大事なことは、本人が望む<br/>生活が維持できているか、ということ</p> |
|--|

図表 11：「加算」の考え方

- ・地域支援事業の中で、市町村が設定可能な加算への支援（ケアマネ向け加算のうち予防給付（介護予防支援）は対象外）
- ・原則的な加算要件は県・市町村・専門家等で令和2度中に検討、補助金交付要綱や留意事項等を市町村へ提示
- ・県から市町村への支援として、上記加算にかかる市町村負担分を県が補助金として支援  
→（当該加算設定に係る市町村一財負担無し）  
（各市町村における予算措置は必要）
- ・市町村への補助は、3年間の時限措置
- ・加算の詳細は、市町村が保険者として判断し設定

<法定負担割合>

加算に係る太枠部分のみを補助

加算は大きく2つ、対象は計3対象で設定。ひとつは「生活機能向上加算」として、事業所の有効なサービスと安定した経営を支援するもの、もうひとつは「生活機能維持支援加算」で、社会参加につなげることを評価するもので、これは対象が事業所と地域包括支援センターとなっている。

令和3年度現在、サービスCを設置している県内16市町村のうち、11市町村が活用。加算を通じて安定した事業所経営の実現、また、地域包括支援センター等も適切に評価されることで、有効・効果的なサービス提供が加速することをねらい、今後も拡大していく予定である。

図表 12：県独自で設定する加算について

|  |
|--|
| <p><b>生活機能向上加算</b></p> <p>○加算要件</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①生活機能評価表又は課題整理総括表による生活機能（ADL,IADL）の改善が確認可能であること</li> <li>②サービス利用開始時及びサービス実施後における生活機能又は身体活動の改善を証する動画を撮影・保管し、保険者等の求めに応じ提示できるようにすること</li> <li>③介護保険から「卒業」すること（本人の自立にとってサービス継続が必須の場合の取り扱いは後述）</li> </ul> <p>○「生活機能改善」加算判定方法（判断の場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議又はカンファレンス等の保険者が参加する会議にて判定</li> </ul> <p>○加算点数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2000点（通所リハビリテーションにおいて設定されている生活行為向上リハ加算と同額）</li> </ul>  |
| <p><b>専門家を含めた検討会での意見</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○身体機能向上については、生活機能改善のためには必ず必要だが、一定の基準設定は困難</li> <li>○その代替として、サービス利用前後の動画による生活機能の変化の記録を行うこと、保険者が入ったカンファレンスにて加算算定を判定する等、保険者の介入の機会を設定することを要件にすべき（この点は、来週中に市町村担当者会議を開催し事務的に詰める予定）。</li> <li>○本人が望む生活に向けて、目指しているゴール達成のため、生活機能をあげることを評価するのがこの加算、という整理とする。</li> </ul>  |
| <p><b>生活機能維持支援加算</b></p> <p>○加算要件</p> <p>短期集中予防サービス終了時に、事業所、包括が連携し下記を実施すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①本人の状態を再度アセスメントし、本人が出来るようになった生活行為や意向を把握</li> <li>②把握した情報をもとに、通いの場やボランティア活動等、生活機能維持につながる選択肢を検討・決定し、本人へ案内し、必要に応じ、実現できるよう支援</li> <li>③介護保険から「卒業」すること（本人の自立にとってサービス継続が必須の場合の取り扱いは例外的に可）</li> <li>④サービス終了後、翌月に包括支援センターがその機能維持方法の実践状況を確認</li> </ul> <p>○「生活機能維持」加算判定方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議又はカンファレンス等の保険者が参加する会議にて上記を検討し、利用者が社会参加やセルフマネジメントに確実に繋がると保険者等が判断した場合に算定</li> </ul> <p>○加算点数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・300点（介護予防ケアマネジメントにておける初回加算と同額）</li> </ul> |
| <p><b>専門家を含めた検討会での意見</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○生活機能向上加算によって向上した生活機能を、出来るだけ長く維持することが出来るよう、サービスの中で支援することを目指しているのがこの加算、と整理。</li> <li>○この加算の目的を果たすためには、終了後の継続的な活動（人によって対象となる「活動」は異なる）が必要で、こうした継続的な活動を促す専門職の行為を評価するべき。</li> <li>○具体的に必要なのは、下記で、①は事業所、②は包括が評価されるべき。</li> <li>①卒業時の専門的アセスメントと生活指導</li> <li>②地域資源の中からつなぎ先を見つけること、一定後の継続的な活動の実施状況の電話確認</li> </ul>   |

## 5. 自立支援型サービスの推進に向けた県の取組について

### (1) 大分県による地域の受け皿・体制づくりに向けた市町村支援の概要・特徴について

大分県が市町村支援の柱のひとつに掲げる「地域の受け皿・体制づくり」に向けては、平成24～25年度に作成した運動機能向上プログラム「めじろん元気アップ体操」の普及をはじめ、「地域の介護予防活動支援マニュアル」の作成、各種大会や表彰等の実施、各種場の立ち上げ支援など、精力的な取組を進めてきた。その結果、大分県内の住民主体の通いの場の設置状況は2,889か所、参加率16.3%（全国1位）と、取組の拡大が実数としても現れている。

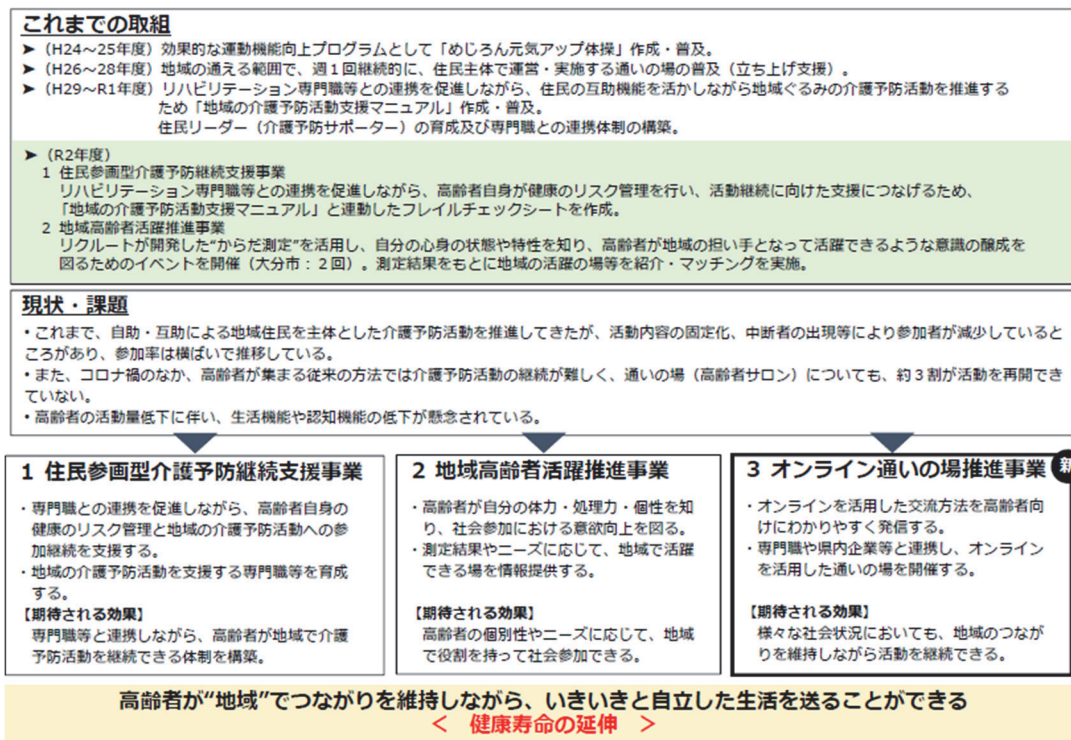
しかし、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、大分県においても他県同様、活動自粛の波が押し寄せてくる。県内市町村も、「高齢者はコロナ禍で不安はあるものの、活動はしたい」という現実にジレンマを抱えていた。

県・市町村・専門職等による意見交換を踏まえ、高齢者がこころとからだの健康を保つための情報発信を強化する「しんけん元気プロジェクト」を立ち上げた。このなかで、緊急事態宣言が明けてから通いの場を再開するための感染対策10か条や心身機能を維持していくための留意点、各種の周知動画等を示していった。

地道にコロナ禍における活動再開・継続の支援に取り組む一方、やはり従前（コロナ禍以前）のような形には戻らないことも事実としてあった。そこで、令和3年度より、新たな活動として「オンライン通いの場推進事業」を立ち上げ、新しい可能性の模索を進めている。

これらの取組は「地域介護予防活動推進事業」として整理されており、専門職の力を借りながら通いの場の質の担保や立ち上げ支援を行う「住民参加型介護予防継続支援事業」、高齢者の社会参加を促進する「地域高齢者活躍推進事業」、そしてコロナ禍における新たな取組として「オンライン通いの場推進事業」により構成される。

図表 13：令和3年度 地域介護予防活動推進事業





(2) 地域の受け皿・体制づくりに係る特徴的な支援である「オンライン通いの場推進事業」

「オンライン通いの場推進事業」は前述の通り、コロナ禍における新たな一手として着手された事業である。

一方で、これまでの積極的な取組により全国 1 位の参加率を誇る通いの場の展開状況ではあるものの、実態としてはその参加率は横ばいの状態が続いていることから、県としては今後の伸びしろに課題を感じていた。加えて、中山間部まで通いの場が広がりきっていないことも、実態把握から明らかになっていた。

そこで、オンラインという新たな手法を積極的に活用し、既存の取組とは異なるアプローチから、さらなる発展を期待する意味も込めて立ち上げたのが、本事業である。

令和 3 年度における取組は 2 つに分かれる。ひとつは「講座・PR」で、オンラインを活用するためのタブレットやスマートフォン利用についての抵抗感を払拭する（ハードルを下げる）取組である。もうひとつは「モデル事業」で、まずは実践をすることをねらったものだ。

令和 3 年度は 5 市 6 団体がモデル実施に参加。実際にオンラインで通いの場を開催し、通いの場単位で体操を実施したり、学生とのコラボレーションによる多世代交流などを実践し、これまでになかった可能性を感じながら試行錯誤を繰り返している。

事業評価は令和 2 年度に県独自で開発した「大分県版フレイルチェックシート」を用いて行うことを予定。令和 4 年度以降の県内横展開に向けて、歩みを進めている。

図表 14：令和 3 年度 オンライン通いの場推進事業



---

---

厚生労働省委託事業 令和3年度介護予防活動普及展開事業

介護予防の取組強化・推進のための  
市町村マニュアル

別冊 事例集

2022（令和4）年3月

厚生労働省

---

---