

令和5年度 地域づくり加速化事業の支援を受けて



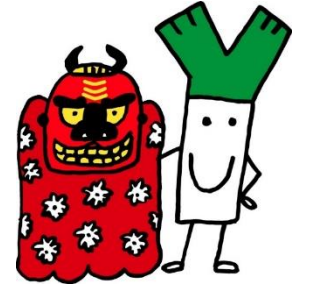
令和6年3月4日

岐南町

福祉部 保険年金課 地域包括支援センター

岐南町の概要

岐南町は、なだらかは平坦地に広がる町で、総面積は7.91km²とコンパクトな町。
県庁所在地の岐阜市、名古屋市にも近く交通の便に恵まれています。



ししまろとねぎっちょ

- 総人口 26,228人
- 65歳以上人口 5,913人
- 75歳以上人口 3,238人(令和5年10月1日 住民基本台帳)
- 高齢化率 22.5%
- 後期高齢化率 51.2% (令和2年 国勢調査)
- 要支援・要介護認定率 18.1%(令和5年 介護保険事業状況報告)
- 地域包括支援センター 直営1か所

○ 高齢化率は年々上昇しているが、国、県と比較すると低い。

○後期高齢化率は、国、県と比較しても同等

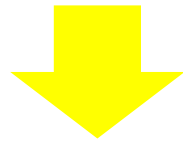
岐南町の通いの場

H29年に、町主催の介護予防教室をきっかけに、住民主体による運動サロンを3か所立ち上げた。
社会福祉協議会が中心となって、ウォーキング、茶話会、スマホの使い方、編み物など、多様な活動を行う
住民主体のサロンが現在、**34か所**ある。



通いの場・介護予防事業の課題

- ・ サロンの参加が、心身の健康状態に及ぶ影響についてもっと踏み込んだ評価が必要。
- ・ サロン参加の離脱者の把握、フォローができていない。
- ・ 地域活動に積極的な住民を、互助の取り組みに活用したい。
- ・ サロンから住民主体のサービスBの形成につなげたい。
- ・ 心身の衰えがあると、安易に介護保険申請、サービス利用となる傾向がある。



○サロン活動の評価・検証をエビデンスに基づき行いたい。

○高齢者の健康課題を把握、分析し、**どのような通いの場を運営していくと効果的なのか、住民の互助の取り組みに上手く生かす方法について考えたい。**

1回目支援（8月17日）の内容

講話「介護予防のトレンド」 朝日大学 中村アドバイザー



○健康になることが目的ではなく、「楽しく活動をしていたら、結果として健康になっていた」を目指す。

○歩くことが多いまちは、認知症のリスク者が少なく、自立した生活を送る人が多い。

○社会とつながりがある人は、認知症のリスクが半減する。

○サロン活動に参加している人ほど、介護の認定率が低く、認知症のリスクも下がる。

○防災と高齢者の暮らしを考えた時、震災により今までのコミュニティから他へ移った場合は、今までのコミュニケーションが途絶えることで認知症のリスクが高まるため、運動を取り入れたコミュニケーション活動を行うと高齢者の心の減災につながる。

○ グループワーク 「岐南町内の社会資源の整理」

①通いの場

②広義の通いの場: スポーツ・生涯学習・農園を活用した取り組み・民間企業・介護保険施設・
有償ボランティア・就労に関する取り組み・多世代が交流する取り組み

③高齢者の活躍できる場

①～③を地図に色分けしマッピングした。



○ グループワーク 発表



○ アフターミーティング



通いの場・高齢者が活躍できる場は
70か所以上もあった！

気づき

- ・庁内で「岐南町の高齢者にどのような暮らしをしてほしいか」という共通認識が必要。
- ・各課の取り組みが 最終的には介護予防につながる可能性がある。例えば、自治会活動、農業、生涯学習、防災活動等が「社会活動」のきっかけとなっているのではないか！
- ・住民と行政が共通認識を持ち、共に取り組むことが必要である。
- ・高齢者が参加できる社会資源の見える化ができた。

課題

- 庁内で「岐南町の高齢者にどのような暮らしをしてほしいか」という共通認識が必要。
⇒庁内の横の連携をはかり、その暮らしを実現するために何が課題か整理する。
- 住民と共通認識をもち、住民を巻きこんで取り組む土台を作る。

2回目支援(10月25日)の内容

○ワーク1 「対象者像を明確にする 元気度分類」 中村アドバイザー

参加者 岐南町チームと支援者チーム

○ワーク2 「総合事業の整理と夢」

～こんな事業があったら…みんなで自由に語り合おう～

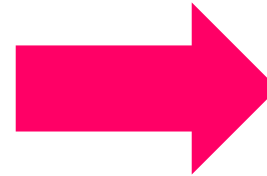


介護予防事業の課題

○窓口相談・アセスメント・介護サービス利用まで



介護保険申請？
チェックリストによる
事業対象者？



どのサービスに
つなげる？

- ・住民は状態が悪化してから相談に来る場合が多い。
サービス利用ありき。
- ・予防するため、元気になるための情報にたどり着けない。

相談
フロー図

本人・家族からの相談

受付シート

基本チェックリスト

介護が必要

介護保険申請

介護保険

該当なし

ほぼ自立

介護に近い状態

一般介護予防事業

介護予防・
日常生活総合事業

要支援1・2
介護予防
サービス

要介護1～5
介護
サービス

サロン・フレイル予防講座・いき
いき大学・健康講座

従前相当サービス
サービスA(基準緩和)



介護予防事業の課題

○要支援者が自立になっていく仕組みの構築が必要

要支援者は、サービス利用によって「維持」できるのが精一杯。介護保険を卒業することはない。卒業後の地域の受け皿や、元気度に応じた社会参加の機会の創出が必要。利用者自身が、介護保険をうまく使い、元気になって介護保険を卒業する意識を高める必要がある。

○介護予防ケアマネジメント 自立支援の目標設定

本人に、「なりたい1年後の姿」の目標を導き出す。
本人の改善意欲を引き出す。
ケアプランへの助言、評価の難しさ。



気づき

できなくなったこと、困っていることを補うために介護保険サービスを利用。
本人の自立支援に沿った支援になっていないことが多い。

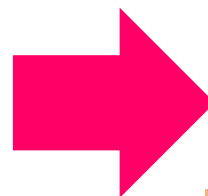
⇒しかし、現在ある資源をうまく生かせば、本人の意思を尊重した支援が可能。

軽度の心身の衰えのある人を、地域で支え、元気になって元の生活に戻す仕組みが必要。
住民と共に地域づくりに取り組む。

【例】



家族の思い
暑い日に畑作業を行うのは危険！
畑仕事をやめさせたい！
デイサービスに行ってほしい。



本人が畑作業の先生となって、
畑をやりたい人と一緒に行く

地域の畑を行うサロンのメンバーと一緒にいること
で見守りができ、安全に畑作業ができる

現在ある資源をうまく生かせば、介護保険サービスだけに頼らなくても
本人の「やりたいこと」が調整できるのではないかな。

気づき

いろいろな人を巻き込んで、岐南町の高齢者を元気にする仕組みを考えること

⇒包括ケア推進連携会議(仮称)を定期的に開催する。

今あるサロンをうまく活用して、介護予防の仕組みとする。

例えば、各サロンに運動を付加させるなど、元気になるサロンを作って強化を図る。

○ワーク2 「総合事業の整理と夢」 ～こんな事業があったら…みんなで自由に語り合おう



3回目支援(1月22日)の内容

○第1部 「次年度に向けた岐南町の課題整理」

- ・「地域づくり加速化事業の概要と事業が期待する市町村の変化」

東海北陸厚生局

- ・岐南町の今年度の取り組みと成果

岐南町

- ・岐南町の強みと課題

中村アドバイザー

参加者

町長・福祉部長

福祉課・健康推進課・子ども安心課・経済環境課・

総務課・生涯教育課の幹部職員と担当者



○第2部 「地域づくり講演会」

・「健康のためにみんなで できること
みんなと創る ちょこフレのお話」

中村アドバイザー

・グループワーク

参加者 59名



健康のために
みんなで できること
**みんなと創る
ちょこフレのお話**
健康長寿のカギは、“人とのつながり”と“ほんの少しのスパイス”
様々な地域の健康長寿の秘訣を わかりやすく・たのしくお伝えします。
明日からのあなたの生活が変わります！

ちょい足しするだけ！
やらないなんて
もったいない

講師
朝日大学 保健医療学部看護学科
公衆衛生看護学 講師
JAGES研究員
中村 廣隆 氏
この講演で
人生を前向きにとらえる
コツ教えます！

とき 令和6年 1 月 22 日[月]
午後1時～3時30分

ところ 中央公民館 講堂
住所: 岐南町八剣7-107
電話: 058-247-1334

問い合わせ・申込先 岐南町役場 保険年金課
地域包括支援センター ☎058-247-1312
パソコン、スマートフォンからは→<https://logoform.jp/form/kUJu/455787>

参加者内訳(重複あり)		人
個別通知対象者	サロンリーダー	7
	民生委員	6
	自治会長	3
	ワークショップ	4
	認知症カフェ	2
	老人クラブ会長	1
個別通知以外	スポーツ推進員	0
	サロン参加者(リーダー以外)	45
	その他(見守り隊1 議員1)	2
	一般	10
参加者合計		59

グループワーク

- 自身が参加しているサロンの紹介
- 講演を聞いた感想と日頃の活動への思い
- どんな活動があるとよいか



役所だけでやるのではなく、
みんなでやる！

外出・交流・笑うこと・大事！

どうしたら、地域の人たちの
意識を変えられるのか



年代に応じた体操
を入れるとよい

地域や人のつながり
は大切

まとめ

- ・庁内で「岐南町の高齢者にどのような暮らしをしてほしいか」という共通認識が必要。
加速化事業によって、町長や幹部職員に、介護予防の推進、地域づくり、町内連携の重要性について理解してもらう機会となり、次年度以降の庁内連携会議を開催する土台となった。
- ・各課の取り組みが 最終的には介護予防につながる可能性がある。例えば、自治会活動、農業、生涯学習、防災活動等が「社会活動」のきっかけとなっているのではないか。若い世代からの健康づくり、社会参加の重要性を意識づけていく地域づくりが重要。

まとめ

- ・軽度の心身の衰えのある人を、地域で支え、元気になって元の生活に戻す仕組みが必要。
- ・現在ある資源をうまく生かせば、介護保険サービスだけに頼らなくても本人の「やりたいこと」が調整できるのではないか。
- ・いろいろな人を巻き込んで、岐南町の高齢者を元気にする仕組みを考えること。住民と行政が共通認識を持ち、共に取り組むことが必要である。

令和5年度 地域づくり加速化事業（フォローアップ型）を受けて



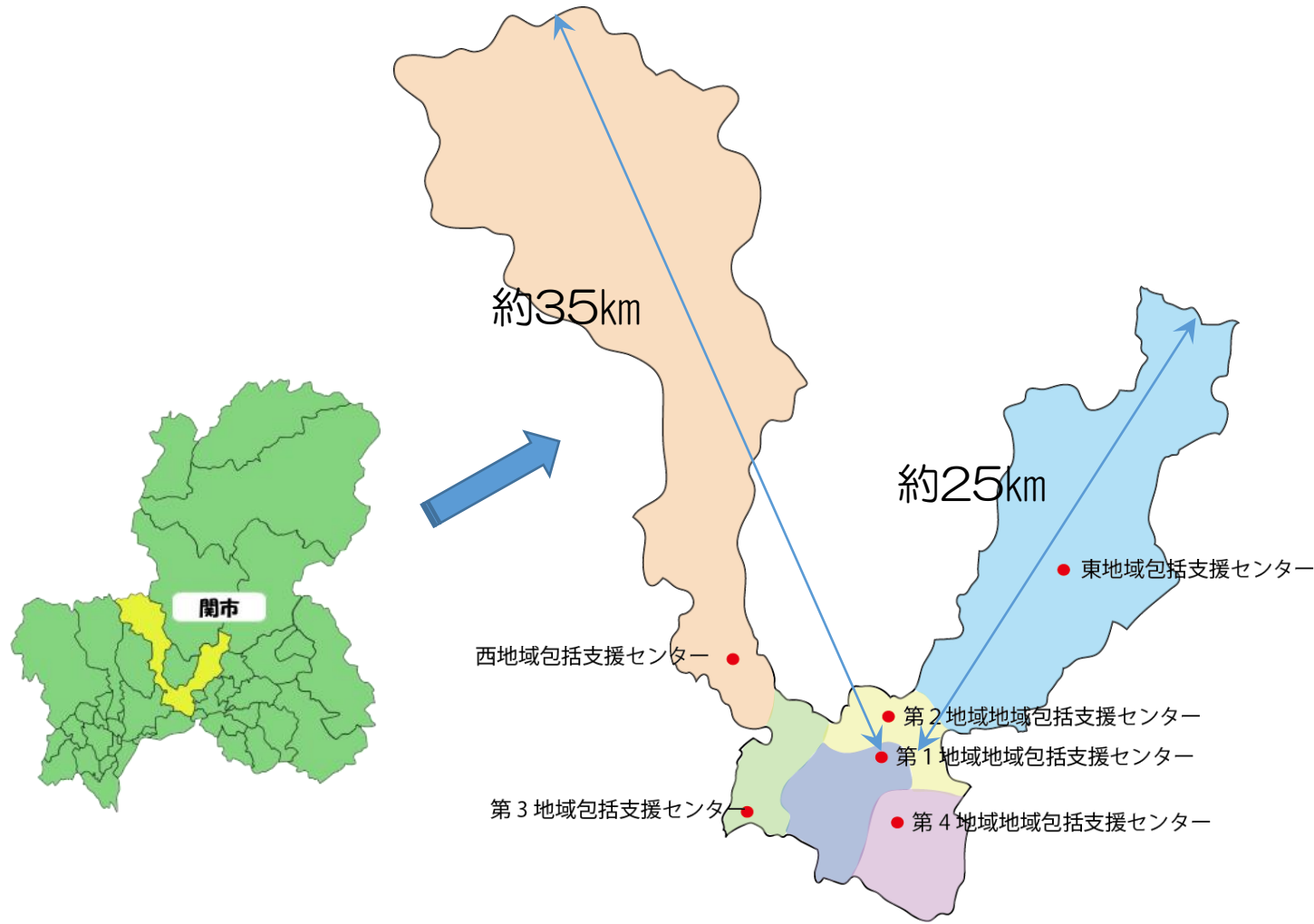
アクティブGメン75とは健康寿命75歳以上を目指す活動に意欲的な元気なシニア



岐阜県関市
健康福祉部高齢福祉課



1 岐阜県関市の概要



総人口：84,819人

65歳以上人口：26,709人

75歳以上人口：14,256人

高齢化率：31.5%

後期高齢化率：16.8%

地域包括支援センター：6か所（委託）

保険料基準月額：5,700円

（令和6年1月1日現在）

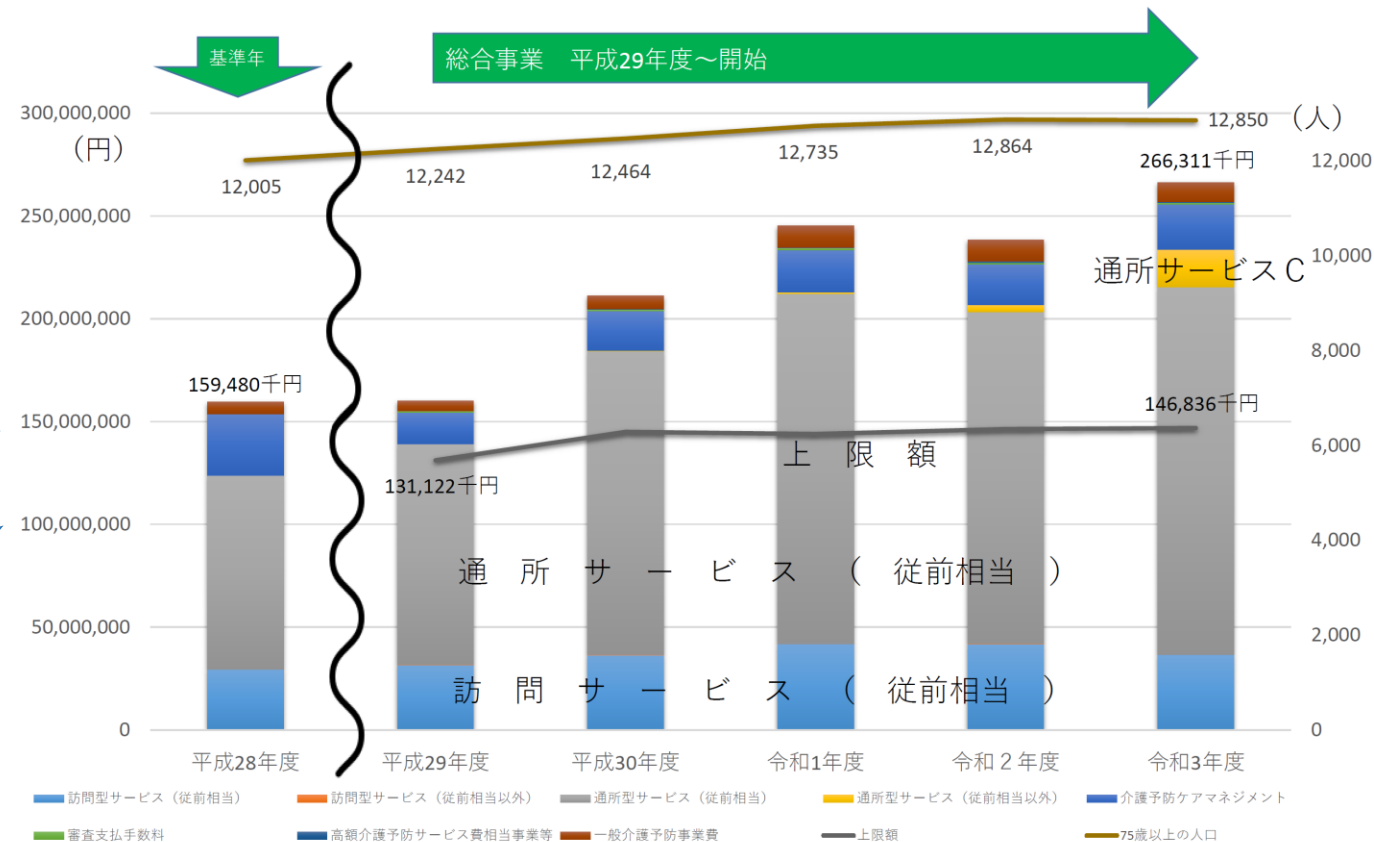
岐阜県の中央部（中濃地方）に位置し、岐阜市に隣接、名古屋市から約40kmの距離にある。
2005年（平成17年）の合併により美濃市を挟むようにV字型の市域になった。



関＊はもみん

2 令和4年度地域づくり加速化事業（プッシュ型）参加の経緯

介護予防・日常生活支援総合事業に移行した当初（平成29年度）から総合事業費の上限額を超過！→毎年個別協議により、上限以上の金額を交付してもらっていた。



令和3年度は超過率が100%弱（上限額の約2倍）。

効果を評価しないまま事業をビルド&ビルド。

通所型サービスCが上限額超過対策として機能していなかった。

従前相当デイサービスの利用が大幅に増加。

3 地域づくり加速化事業を受けて・・・

厚生労働省からのお声かけにより、伴走支援を受けることになったが・・・
正直、その理由も、市の現状もよくわかっていなかった。

上限額超過はわかっていたけど、
個別協議で超過額も交付される。
現行事業の見直しの必要性を感じ
ていなかった。

介護度の重度が減少し、
軽度の支援が増加してい
るから、良い傾向だと
思っていた。

総合事業の移行に向けて事
業の在り方や取り組む方向
性を共有し、引き継ぐこと
ができていなかった。

新規事業を開始するに
あたって、目的や対象
設定を課内で検討
できていなかった。

自立～虚弱者の中から
サービスC対象者を掘
り起こしていた。

令和2年度の支援のと
きに上限額超過の指導
を受けているとは思っ
ていなかった。



4 プッシュ型伴走支援後の取り組み計画①

【上限額超過額（約1億2千万円）の削減対策】

取組項目	算定根拠	算定目標	1年あたりの削減額予定
①新規認定者の中から対象者の見極めを徹底し、 <u>サービスCや通いの場へつなげる</u>	R3年度新規認定者…484人 →従前相当デイサービス利用者349人の内、サービスC・通いの場該当者245人（約7割）	1年目：3割を移行 2年目：5割を移行 3年目：7割を移行	約58,000千円 約97,000千円 約136,000千円
②要支援2（週1回）のデイサービス利用者について、 <u>新たに週1回のサービスコードを追加</u>	R3年度要支援2…686人 内、デイサービス週2回利用218人、週1回利用7人（3%）	週1回利用者 3%移行	約4,000千円
③要支援2（週2回）のデイサービス利用について、状態像から必要性を検討し、 <u>可能な方は週1回利用を促進</u>	R3年度要支援2…686人 内、状態像から週1回のデイサービスへ移行可能な者103人（15%）	週1回利用者 15%移行	約20,000千円
④給付適正化システムの導入により、適正なケアプラン作成の徹底を図る	介護予防費は介護給付費全体の4%	他市の効果額を参考	約2,000千円

プッシュ型伴走支援後の取り組み計画②

目 標	具体的な取り組み
地域包括支援センター機能の強化	○資質向上勉強会（自立支援を促進するケアマネジメント）
認知症高齢者等に対する支援	○加齢性難聴に係る補聴器購入補助
介護予防の推進	○生活機能向上を目指した通所型サービスの運営 ○サービスCを中心とした介護予防事業を展開
給付の適正化	○ケアプラン点検 ○給付適正化システムの活用（R5年度導入予定）
地域福祉の推進（通いの場）	○社会資源を発掘し、地域ごとに整理 ○通いの場の必要性を市民に向け発信 ○通いの場の設置促進（週1回利用できるようにする） ○ボランティアポイントの導入
在宅医療と介護の連携推進	○関係機関と情報共有・事業連携 ○切り口は違っても、同じ方向を向いて事業を展開
就労・地域活動の促進	○シルバー人材センターとの連携 ○アクティブシニア（Gメン75）の活躍促進 ○高齢者ボランティアの活性化
生きがいづくりの促進	○老人クラブの活性化 ○さわやか学級等の充実 ○軽スポーツの促進 ○老人福祉センターの活用（介護予防ルーム）
在宅生活の支援	○生活支援体制の環境づくり



5 地域づくり加速化事業を受けて取り組み始めたこと①

項 目	取り組み内容
介護予防ケアマネジメント	・ 包括職員やケアマネを対象とした介護予防ケアマネジメント研修を2回実施。今後、包括3職種合同の研修会でも介護予防ケアマネジメントをテーマに開催する予定。 ・ 居宅介護支援専門員連絡会にて、介護予防ケアマネジメントについて啓発。
給付適正化	・ 包括職員、居宅介護支援専門員連絡会の役員と関市の現状や取り組みについて協議。 ・ ケアプラン点検の実施。 ・ 給付適正化システム「トリトン」の導入。 ・ 新規要支援認定者のつなぎ先やそこにつながった理由について調査を開始。
通所型サービスC	・ 対象者や内容について、包括職員やケアマネと共有。 ・ 見学会を開催。 ・ PR動画（運動の様子、卒業者のインタビュー）を作成中。 ・ スタッフに管理栄養士・歯科衛生士の指導を受けてもらい、栄養・口腔機能向上の指導プログラムを導入。 ・ 奈良県生駒市への視察を実施（地域ケア会議、パワーアッププラス教室等）。

地域づくり加速化事業を受けて取り組み始めたこと②

項 目	取り組み内容
通いの場	・ 通いの場や認知症カフェ一覧の作成→マッピング作業を実施。 ・ 通いの場の立ち上げについて、市内の薬局と連携。薬剤師会の会議にて市の取り組みをPR。 ・ 自治会連合会にて、通いの場の必要性や会場借用の協力について話した。 ・ 包括主催の介護予防教室（介護予防普及啓発事業）を実施。教室の運営を通して、住民主体の活動につながるよう支援。 ・ 外出支援として、加齢性難聴に対して補聴器の購入補助を開始。
認知症対策	・ 認知症に特化した教室の開催。 ・ 認知症予防のための講師派遣事業を開始。
医療との連携	・ 市内病院の医療相談室に関市の現状について説明。退院調整を担当するスタッフに介護保険の仕組みや介護保険サービスについての研修会を開催。 ・ 医師会在宅医療介護相談センターの会議にて、関市の現状を説明。
生活支援体制整備	・ シルバー人材センターの活用について、包括職員を交え検討。 ・ 買い物支援について、他市町村の取り組みを視察。また、富野・武儀・上之保地区の高齢者サロンにて、ニーズ調査を実施。

6 いろいろと取り組んでみたものの・・・

できることから手あたり次第って感じ…こんなバラバラな取り組みでいいの？

取り組んでみても効果が実感できない…何をもって「効果あり」と判断するの？



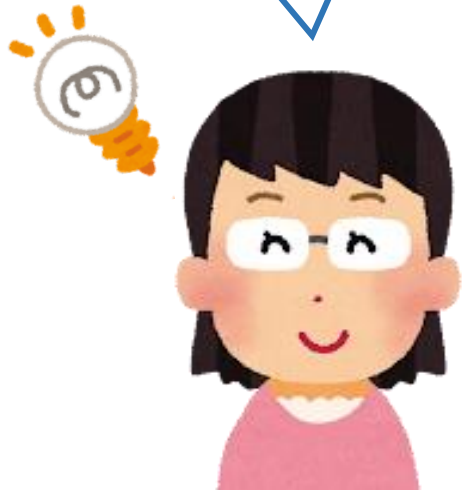
いろいろな機会でも市の現状や方針を説明しているけど…なかなかわかってもらえないな

これまでのやり方や考え方を変えるのって難しい…

取り組みの評価指標はどうしよう…

7 0.5次ミーティングでのアドバイザーからの提案

取り組みが進んだかどうか、進捗管理のためにこんな表を作ってみない？



上位目標①	地域包括支援センターの機能強化			目標値：		
	中位目標①	適正なケアプラン作成（削減対策）		目標値：インフォーマルサービス・セルフケアプランが増える		
		下位目標①	資質向上研修会の実施 3/7、8/7、12月		目標値：研修会の開催回数	
			・ 目標設定やアセスメント、プランが不十分			
	・ スクリーニングシートを作成、活用していく					
	中位目標②	要支援2のデイサービス利用回数を週一回にする（削減対策）		目標：利用者の数を18%増やす		
		下位目標①	新たに週一回のサービスコードを設定し、管理する		目標：サービスコードの追加し、3%増やす	
下位目標②		状態像の再点検を行い、週一回への移行を検討する		目標：15%移行する		
		・ 新規要支援者のつなぎ先やそこに繋がった理由調査				
		・ 給付費適正化システムを活用し、対象者を選出する				
・ 包括職員、ケアマネ協会と協議						
上位目標②	介護予防の推進			目標値：新規申請者で介護予防事業に参加したものの数		
	中位目標①	新規認定者のサービスCや通いの場の利用者を増やす		目標：新規申請者でサービスCや通いの場に繋がった者の数		
		下位目標①	サービスCから通いの場への利用者を増やす		目標：サービスcから通いの場への移行者数 PR動画を作成する	
			・ サービスCの対象者像の支援者間での統一			
			・ 西・東地域の老人福祉センターでの健活のような体操をするなどの取り組みを試行し、検討している			
	・ PR動画を作成する					
下位目標②	新たなプログラムの導入（口腔・栄養）		目標：サービスCや通いの場等への紹介のあった数			
	・ 生駒市への見学					
医療との連携						
・ 退院支援スタッフへの研修会の開催						
・ 医師会への説明						

8 関市介護予防事業アクションプラン

	取り組みの内容			目標値	データの入手方法
最上位目標	自分でできることを増やし、生涯現役のまちを目指す			目標値：介護予防費を介護給付費全体の4% 総合事業費の削減（1年目：60,000千円、2年目：123,000千円、3年目：162,000千円）	給付実績
上位目標①	地域包括支援センターが自立に向けた介護予防ケアマネジメントを実施できる			目標値：従前の通所介護相当サービスの給付費を14%下げる	給付実績
	中位目標①	介護予防ケアマネジメントの意識の醸成を図る		目標値：インフォーマルサービスやセルフケアのプランが増える（100%）	ケアプランチェックシート
		下位目標①	地域包括支援センター職員向けの研修会や事例検討会の内容を充実させる	目標値：資質向上研修会を年2回、事例検討会を年10回開催する	資質向上研修会の開催回数
			具体的取組 ○介護予防ケアマネジメントをテーマにした資質向上研修会を実施する ○地域包括支援センター保健師看護師検討会にて事例検討、マニュアル読み合わせを実施する ●健活支援方針検討会議（開始前会議）にて複数専門職によるプラン作成の実施を検討する ●全包括が集まり、全員でプランの検討を行う機会を設ける		
		下位目標②	定期的に予防プランのチェックや意見交換を実施し、介護予防ケアマネジメント意識の醸成を確認する	目標値：介護予防ケアプランの目標に対象者のなりた姿を入れ込めるようになる（100%） 対象の状態に合わせて自立に向けた支援計画を立てることができるようになる（100%）	ケアプランチェックシート
			具体的取組 ○地域包括支援センター運営指導にて予防プランのチェックや意見交換を実施する（各包括年2回） ●基本チェックリスト裏面チェック表を活用し、対象者のやりたいこと、なりた姿を確認し、プランに反映する		
	中位目標②	適正なケアプランを作成することができる		目標値：要支援2の18%をデイサービス週1回の利用に移行する	給付実績
		下位目標①	地域包括支援センター運営指導やケアプラン点検で予防プランの内容を確認する	目標値：地域包括支援センター運営指導を各包括年2回実施する ケアプラン点検を年6回実施する	包括運営指導及びケアプラン点検の実施回数
			具体的取組 ○地域包括支援センター運営指導を各包括年2回実施する ○介護予防のケアプラン点検を年12回実施する ○新規要支援者のつなぎ先やそこにつながった理由を調査する ●基本チェックリストを年1回チェックできる仕組みを検討する ●給付適正化システムの結果を包括支援センター運営指導に反映する		
		下位目標②	サービスコードを見直し、適正に管理する	目標値：見直したサービスコードを活用し、利用者の3%を週1回の利用に移行する	給付実績
			具体的取組 ●通所介護及び訪問介護のサービスコードの見直しを行う ●サービスコードの見直しについて、包括職員、ケアマネ連絡会に説明する		
		下位目標③	状態像の再点検を行い、デイサービス週2回から週1回への移行を検討する	目標値：本人の状態に応じてデイサービス週2回から週1回に15%移行する	給付実績
			具体的取組 ●給付適正化システムを活用し、デイサービス週2回から週1回への移行対象者を選出する ●対象の状態像を再度アセスメントし、週2回から週1回に移行できそうな人の移行を検討する		

9 アクションプランを作成するうえで意識したこと

- 最上位目標を達成するための上位目標、上位目標を達成するための中位目標、という様に、**取り組みや目標が連動していることを意識。**
- 最上位ー上位ー中位ー下位の連動性を考えつつ・・・**取り組みの効果を評価しやすい（実際に評価できる）目標値を設定。**
- **実行可能な取り組みを挙げる。**すぐに取り掛かれないが今後必要になる取り組みは今後の検討課題として挙げておく。
- **取り組みの実施→目標値の評価→目標・取り組みの修正といったPDCAサイクルで回していく。**
- 優先順位が入れ替わったり、新たな目標や取り組みが出て来たり・・・**市の現状や課題に応じて、内容を修正する。**
- **取り組みの進捗管理だけでなく、事業そのものの理解や事業同士のつながりに気づくきっかけになった。**

10 フォローアップ型伴走支援を終えて・・・

市の現状を把握し、
原因や課題を分析

介護予防ケアマネジメントの
重要性

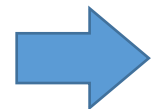
総合事業（特に通所型
サービスC）の理解

課内で話し合い、
市の方針を決定

包括をはじめ、関係機関と
協議することの大切さ

事業を単独で捉えず、
事業同士のつながりを意識

伴走支援を受けて学んだこと ＋ 支援チームの皆さんからのアドバイス

 でき上がったものが「関市介護予防事業アクションプラン」！！

- ①介護予防ケアマネジメントの意識の醸成→対象者がなりたい姿・望む生活を実現するために何が必要か・・・自立支援型プランの作成。
- ②対象者の自立を支援するために・・・通所型サービスCを活用。卒業後はセルフケアの継続、インフォーマルサービスの利用へ。

関係機関と市の方針を共有し、まずはこの2点について優先的・継続的に取り組む！

関市介護予防事業アクションプラン

第9期せき高齢者プラン21基本理念

誰もが健やかに 世代を超えて支え合う地域共生のまち

評価時期：上位目標＝5～10年、中位目標＝3年、下位目標＝1年ごと ※具体的取組：○＝実施中、●＝未実施

	取り組みの内容				目標値	データの入手方法	
最上位目標	自分でできることを増やし、生涯現役のまちを目指す				目標値：介護予防費を介護給付費全体の4% 総合事業費の削減（1年目：60,000千円、2年目：123,000千円、3年目：162,000千円）	給付実績	
上位目標①	地域包括支援センターが自立に向けた介護予防ケアマネジメントを実施できる				目標値：従前の通所介護相当サービスの給付費を14%下げる	給付実績	
	中位目標①	介護予防ケアマネジメントの意識の醸成を図る			目標値：インフォーマルサービスやセルフケアのプランが増える (100%)	ケアプランチェックシート	
		下位目標①	地域包括支援センター職員向けの研修会や事例検討会の 内容を充実させる			目標値：資質向上研修会を 年2回、事例検討会を年10回 開催する	資質向上研修会の開催回数
			具体的取組	○介護予防ケアマネジメントをテーマにした資質向上研修会を実施する ○地域包括支援センター保健師看護師検討会にて事例検討、マニュアル読み合わせを実施する ●健活支援方針検討会議（開始前会議）にて複数専門職によるプラン作成の実施を検討する ●全包括が集まり、全員でプランの検討を行う機会を設ける			
		下位目標②	定期的に予防プランのチェックや意見交換を実施し、介護予防ケアマネジメント意識の醸成を確認する			目標値：介護予防ケアプランの目標に対象者のなりたい姿を入れ込めるようになる（100%） 対象の状態に合わせて自立に向けた支援計画を立てることができるようになる（100%）	ケアプランチェックシート
			具体的取組	○地域包括支援センター運営指導にて予防プランのチェックや意見交換を実施する（各包括年2回） ●基本チェックリスト裏面チェック表を活用し、 対象者のやりたいこと、なりたい姿を確認し、プランに反映する			
	中位目標②	適正なケアプランを作成することができる			目標値：要支援2の18%をデイサービス週1回の利用に移行する	給付実績	
		下位目標①	地域包括支援センター運営指導やケアプラン点検で予防プランの内容を確認する			目標値：地域包括支援センター運営指導を各包括年2回実施する ケアプラン点検を年6回実施する	包括運営指導及びケアプラン点検の実施回数
			具体的取組	○地域包括支援センター運営指導を各包括年2回実施する ○ 介護予防の ケアプラン点検を年 12 回実施する ○新規要支援者のつなぎ先やそこにつながった理由を調査する ●基本チェックリストを年1回チェックできる仕組みを検討する ●給付適正化システムの結果を包括支援センター運営指導に反映する			
		下位目標②	サービスコードを見直し、適正に管理する			目標値：見直したサービスコードを活用し、利用者の3%を週1回の利用に移行する	給付実績
			具体的取組	●通所介護及び訪問介護のサービスコードの見直しを行う ●サービスコードの見直しについて、包括職員、ケアマネ連絡会に説明する			
		下位目標③	状態像の再点検を行い、デイサービス週2回から週1回への移行を検討する			目標値：本人の状態に応じてデイサービス週2回から週1回に15%移行する	給付実績
			具体的取組	●給付適正化システムを活用し、デイサービス週2回から週1回への移行対象者を選出する ●対象の状態像を再度アセスメントし、週2回から週1回に移行できそうな人の移行を検討する			
		自立に向けた介護予防活動を推進する				目標値：新規申請者の7割をサービスCやインフォーマルサービスにつなぐ	給付実績
中位目標①		相談窓口の充実を図る（誰が窓口に出ても同じ対応ができるようになる）			目標値：市職員や包括職員全員がスクリーニングシートやフローチャートを活用し、適切なサービスを紹介することができる	スクリーニングシート活用状況の調査	
		下位目標①	窓口でのスクリーニングシートを活用し、介護予防事業への参加を促す			目標値：相談者全員にスクリーニングシートを使用する	スクリーニングシート活用状況の調査
			具体的取組	●窓口のスクリーニングシート、フローチャートを作成し、 市職員や包括職員にスクリーニングシートの使用方法を説明する ● 介護予防事業のパンフレットを作成し、パンフレットを用いて対象者に説明・案内する ●スクリーニングシートを回収し、結果を分析する（活用した数、サービスを紹介した数、つながった数）			
		下位目標②	早期に対象者を把握するため、他課・他機関との連携の可能性を検討する			目標値：連携について検討した回数	他課・他機関との連携回数
			具体的取組	●保健事業と介護予防の一体的実施、保健センターによる訪問、災害時要支援者名簿、生涯学習講座等、他課との連携を検討する ●社会福祉協議会、民生委員等、他機関との連携を検討する			
中位目標②		新規申請者を通所型サービスCの利用につなぐ			目標値： 要支援新規認定者の うち、3割を通所型サービスCにつなぐ	給付実績	
		下位目標①	サービスCの新規利用者を増やす			目標値：サービスCの新規利用者の増加（119人→160人）	事業実績
			具体的取組	●サービスCの対象者像を支援者間で統一する→対象者見える化シートを活用する ○地域包括支援センター及びケアマネジャーに通所型サービスCの説明会を行う ○PR動画を作成する ●総合事業、一般介護予防事業が説明できる資料（パンフレット）を作成する			
		下位目標②	サービスCを適正に実施する サービスCから通いの場への利用者を増やす			目標値：サービスC卒業時に目標達成できた人の増加 サービスCから通いの場（インフォーマルサービス）やセルフケアにつながった人の増加（58.1%→ %）	事業実績 卒業者の状況調査（包括より）
			具体的取組	○サービスCの対象者像を支援者間で統一する ○健活支援方針検討会議（開始前会議）を開催し、サービスC開始時からインフォーマルサービスやセルフケアにつなぐ支援を意識する（サービスC実施事業者、支援者） ● セルフケアへのつなぎや地域との連動性を意識した指導内容を検討する ●R7年度からの実施に向けて、仕様書の内容（会場、送迎範囲、評価項目、事業所の目標等）を検討する ●西・東地域でサービスCのような教室の開催を試行し、R7年度からのサービスCの実施を検討する			
		下位目標③	医療機関スタッフに総合事業について普及啓発する			目標値：研修後アンケートの理解度（ %） 医療機関からの紹介で地域包括支援センターにつながった相談件数の増加	研修会アンケートの集計 包括からの情報
			具体的取組	○入退院支援スタッフを対象に研修会を開催し、介護保険や総合事業の仕組み、自立支援や介護予防の考え方、地域包括支援センターとの連携について説明する ●研修後にアンケートを取り、参加者の理解度を把握する ●医師会への説明を実施し、総合事業の理解・協力を促す方法を検討する			

上位目標②	中位目標③	地域の介護予防の場の充実を図り、利用につなぐ（SCと連携）		目標値：要支援新規認定者のうち、4割をインフォーマルサービスにつなぐ	給付実績	
		下位目標①	毎回運動に取り組む通いの場を増やす（月2回以上）		目標値：月2回以上の通いの場の増加（21か所→ か所）	包括からの情報
			具体的取組	●地図上で通いの場をマッピングし、どの地域にどれくらいの通いの場を作るのか、開設計画を立てる ○「通いの場」運営のコンサル業務を委託→自治会等に説明 ○地域包括支援センターと連携し、通いの場の運営方法を検討する（介護予防普及啓発事業の活用） ○薬局、喫茶店、地域の社会資源等の活用を検討する		
		下位目標②	通いの場の内容の充実を図る		目標値：専門職の派遣を受けた団体の数	事業実績
			具体的取組	●ロコトレ体操DVD、いきいき百歳体操を活用する ●通いの場への理学療法士、健康運動指導士の派遣を検討する→通いの場の実態把握、運動指導、体力測定を実施 ●通いの場の評価項目や評価方法を検討する		
		下位目標③	ロコトレ講座を実施する		目標値：ロコトレ講座参加者のうち新規参加者の割合の増加（12.2%→ %） ロコトレ講座から自主グループ活動につながった人の増加	事業実績
			具体的取組	○社協、大学、包括と協力し、新規利用者の増加を図る ○卒業後の自主グループ化の支援を検討する		
		下位目標④	住民のニーズに合った認知症施策を実施する		目標値：脳活教室の参加者の増加 認知症カフェ参加者の満足度	事業実績 参加者へのアンケート調査
			具体的取組	○認知症予防に特化した教室「脳活教室」を開催する ○認知症予防のための講師派遣事業を実施する ○認知症カフェやカフェの利用者を増やす ●参加者のニーズや満足度を把握するため、アンケート調査を実施する		
		下位目標⑤	ボランティアの養成を推進する		目標値：養成されたボランティア数（70人→ 人） 養成講座修了者のうち実際に地域で活動しているボランティアの数	事業実績 包括からの情報
	具体的取組		○介護予防サポーター養成講座、認知症サポーターステップアップ講座、アクティブシニアセミナー（生涯現役）の実施 ●包括、社協、生涯現役支援員と連携し、養成講座及びセミナー受講生を地域の活動につなぐ仕組みを検討する ●介護予防サポーター養成講座の内容の見直しを検討する→ロコトレ体操、いきいき百歳体操のサポート、体力測定が実施できるように ●ボランティアポイントの仕組みづくり			
	中位目標④	市民のセルフケア意識の醸成を図る		目標値：主観的健康観 高齢者ニーズ調査で健康のために特に気をつけていることとして「運動する」と回答する人の増加（55.9%→ %）	ニーズ調査の結果	
		下位目標①	介護予防の必要性について住民に普及啓発する		目標値：セルフケアについて啓発した回数	事業実績
			具体的取組	○サービスCのPR動画作成（YouTube登録、アトリウムで再生） ○「通いの場」運営のコンサル業務を委託→セルフケアの重要性を盛り込み、市民に啓発する ●セルフケアの普及啓発について、他課・他機関と検討する		
		下位目標②	セルフケアに取り組む高齢者の増加を図る		目標値：介護予防手帳の配布数	事業実績
			具体的取組	●通所型サービスC、ロコトレ講座、通いの場にて、セルフケアの方法を学ぶ機会を作る ●HPや広報、パンフレット等、元気高齢者の取り組みを紹介する方法を検討する ●介護予防手帳を作成し、セルフケアの普及と実践を図る		
上位目標③	生活支援体制整備事業を推進する			目標値：R5年度中にR6年度以降の市の方針を決定する	方針の決定	
	中位目標①	職員が生活支援体制整備事業の内容を正しく理解する		目標値：意見交換、課内協議で活発に意見を出せるようになる	課内協議での職員の様子	
		下位目標①	生活支援体制整備事業の理解を深める		目標値：研修会（勉強会）を実施する	研修会（勉強会）の実施
			具体的取組	●研修会（勉強会）の受講 ●職員間の意見交換を実施する		
	中位目標②	第2層協議体（第2層SC）を設置する		目標値：第2層協議体の設置場所を決める	第2層の決定	
		下位目標①	第1層・第2層・第3層SCの役割の明確化		目標値：関係職員の誰もがSCの役割を説明できるようになる	課内協議での職員の様子
			具体的取組	●第1層・第2層・第3層SCの役割について課内で協議し、イメージを共有する		
		下位目標②	生活支援体制整備事業（第2層協議体の設置）について課内で協議する		目標値：関市の生活支援体制整備事業のイメージ図を作成する	イメージ図の作成
			具体的取組	●第2層協議体として、社協or包括or地域づくり委員会を想定 ●第2層協議体を設置できるかどうか、ヒアリングを実施する ●各機関の取り組み状況を把握し、今後の連携のあり方を検討する ●事業の委託に向けて、モデル地区、活動内容、目標、評価項目、予算等を検討する ●地域の担い手の掘り起こし方法、育成方法について検討する		

上位目標④	就労・地域活動・生きがいつくりを促進する			目標値：活動に参加している人の増加	ニーズ調査の結果	
	中位目標①	就労・地域活動を促進する		目標値：高齢者ニーズ調査で「ボランティアのグループ」「収入のある仕事」について「参加している」と回答する人の増加 （ボランティア：11.2%→ %）（仕事：28.3%→ %）	ニーズ調査の結果	
		下位目標①	シルバー人材センターとの連携		目標値：シルバー人材センターに登録した人の増加（755人→ 人） 活動実績	シルバー人材センターの事業実績
			具体的取組	○シルバー人材センターと包括をつなぎ、元気高齢者をシルバーに紹介する ○シルバー事業の活用方法を検討する（生活支援体制整備事業との連携）		
		下位目標②	アクティブシニア（Gメン）の活躍促進		目標値：農業・木育・保育セミナーの参加者の増加（23人→ 人） 実際にボランティアとして活動するGメンの増加（28人→ 人）	アクティブシニアセミナーの事業実績 Gメン活動の事業実績
			具体的取組	○農業・木育・保育セミナーの継続開催 ●介護予防事業や通いの場、生活支援のボランティアとしての活動について検討する ○生涯現役プロジェクト会議を年1回開催し、他課・他機関とGメンの活躍の場を検討する		
		中位目標②	生きがいつくりを促進する		目標値：高齢者ニーズ調査で「健康づくり活動や趣味活動」について「参加したい」「参加してもよい」と回答する人の増加 （59.0%→ %）	ニーズ調査の結果
	下位目標①		老人クラブの活性化		目標値：老人クラブの会員数（2,058人→ 人） 趣味活動として登録している団体数及び活動している人数の増加	老人クラブの事業実績
			具体的取組	○包括、社協、生涯現役支援員と連携し、老人クラブの活動につなげる		
	下位目標②		さわやか学級の充実		目標値：さわやか学級に申し込みした人の増加（119人→ 人）	生涯学習課からの情報
			具体的取組	○包括、社協、生涯現役支援員と連携し、さわやか学級の受講につなげる		
	下位目標③		生涯スポーツの促進		目標値：生涯スポーツを実施している団体の増加	スポーツ推進課からの情報
			具体的取組	○包括、社協、生涯現役支援員と連携し、生涯スポーツの推進につなげる		
	下位目標④		福祉センターの活用		目標値：福祉センターを利用した人の増加（29,930人→ 人） 福祉センターで開催される高齢者が参加できるイベントの増加	福祉センターの事業実績
			具体的取組	●わかくさ老人福祉センター：介護予防ルーム（仮）を活用し、体操、運動、趣味活動等、多様な介護予防活動の開催を支援する ○各地域福祉センター：介護予防活動の開催を支援する		

地域づくり加速化事業 市町村のための伴走支援

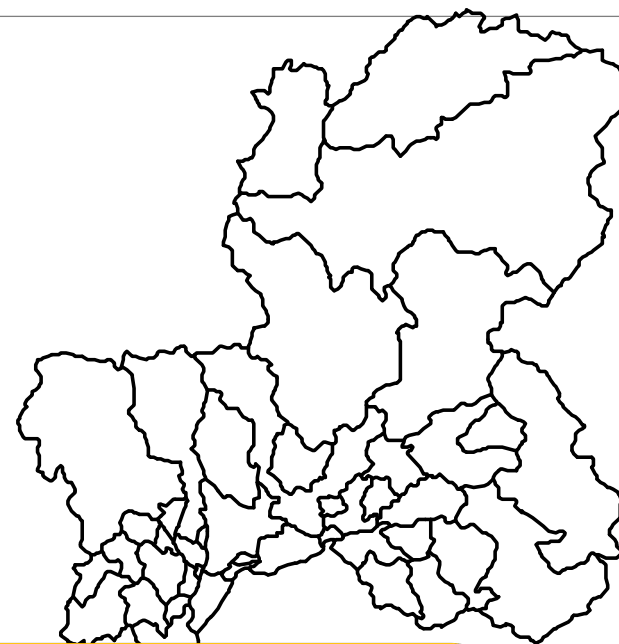
【岐阜県】

令和6年3月4日（月）

岐阜県健康福祉部高齢福祉課

岐阜県の概要(R5.4.1)

- 人口 1, 933, 019人
- 65歳以上人口 592, 916人
- 市町村数 42市町村
- 高齢化率 30. 7%
- 要支援・要介護認定率 18. 1%



全国平均と比べて高齢化率は高く、要支援・要介護率は低い

支援目的

【関市】

新たに上乗せされたサービスCの見直しを行うことで上限超過額を減らすとともに、生涯現役へと繋げる体制づくりを目指す。

→ 昨年の伴走支援から引き続きフォローアップとして支援

【岐南町】

通いの場における活動の評価を行い、より効果的な運営方法、及び住民の互助の取組みに生かす方法をみつきたい。

→ 厚生局主導型の伴走支援へ手上げ

支援内容(関市)

1回目支援(意見交換会)

- ・生駒市視察の報告及び発見した関市の課題について
- ・サービスCへ繋ぐ対象者像の見極め方について

2回目支援(意見交換会)

- ・第9期に向けたアクションプランの作成、内容の検討
- ・介護予防ケアマネジメントの平準化について
- ・通所型サービスC「健活」の運営について



支援内容(岐南町)

1回目支援(意見交換会・グループワーク)

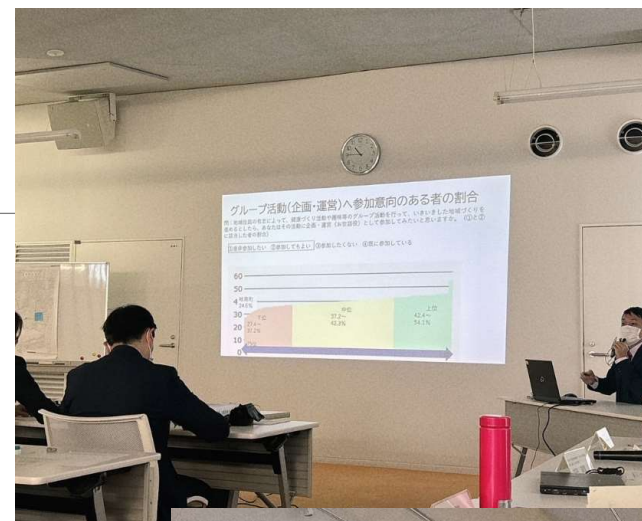
- ・岐南町にある社会資源について(庁内他所属)
- ・目指すビジョンがなにか

2回目支援(意見交換会・グループワーク)

- ・対象者像を明確にするために事例をもとに検討。
- ・社会資源の活用方法について

3回目支援(意見交換会)

- ・岐南町庁舎内他所属との連携強化のための勉強会
- ・住民の方への啓発



支援による気づきや学び

○庁内連携や、関係機関との連携が大切

→他所属との関わりにより新たなアイデアが生まれ、今までとは違う視点で物事をみることができるようになる。取組みの範囲が広がる。



○課題や最終目標を明確にすることでやるべきことがわかる

→目指すものを明確にし、そこに向かって計画を立て、取り組んでいくことで一歩ずつ着実に前へ進んでいくことができる。

今後は・・・

県として、市町村の現状をしっかりと把握し、課題と向き合っていきたいです。

令和5年度 地域づくり加速化事業における取組

静岡県 湖西市 健康福祉部 高齢者福祉課



湖西市について

- 人口 : 57,999人
- 高齢者人口 : 16,706人
- 高齢化率 : 28.8%
※いずれも令和6年1月31日時点

- 要介護認定率 : 13.1%
- 地域包括支援センター : 4か所(委託)
- お達者度 : 男性 19.18(県4位)、女性 22.54(県2位)

※令和5年度発表

お達者度 : 65歳以上の平均自立期間(介護を受けたり病気で寝たきりになったりせず、自立して健康に生活できる期間)



湖西市の現状 1

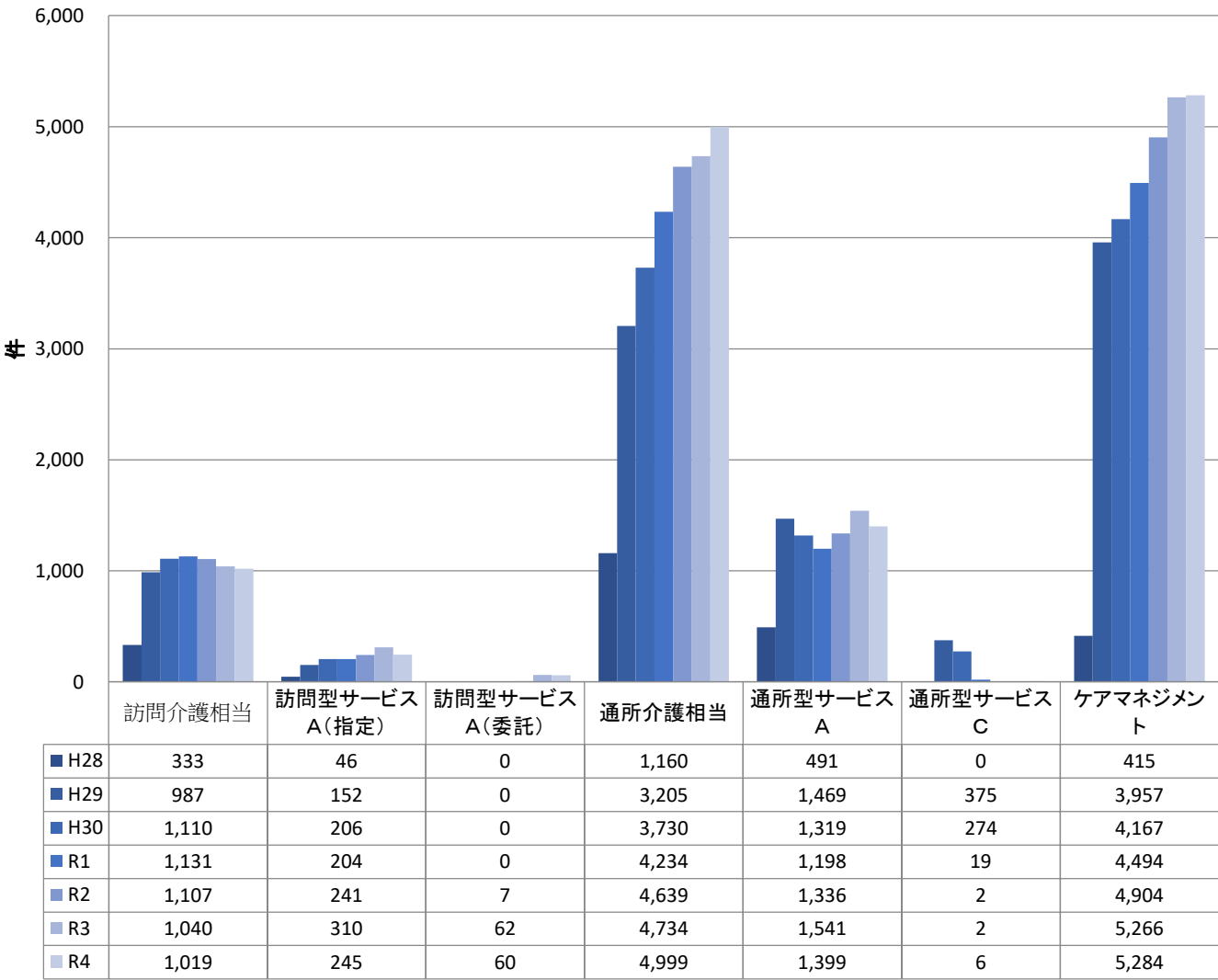
湖西市が提供している介護予防・日常生活支援総合事業サービス

- 訪問サービス
 - 訪問介護相当サービス: 8か所
(市内3か所、市外5か所)
 - 訪問型サービスA: 指定3か所＋委託1か所
- 通所サービス
 - 通所介護相当サービス: 31か所
(市内21か所、市外10か所)
 - 通所型サービスA: 5か所
 - 通所型サービスC: 1か所
- 一般介護予防
 - お達者クラブ
 - シニアスクール
 - はつらつセミナー(認知症・運動・心ゆたか)
 - 脳の健康チェック
 - 老人福祉センター介護予防教室
- 通いの場
 - 寄ってこや
 - 15分体操
 - 居場所: 18か所
 - ふれあい・いきいきサロン: 42か所
 - 健康体操: 36か所
- ボランティア
 - ちいーとサポート



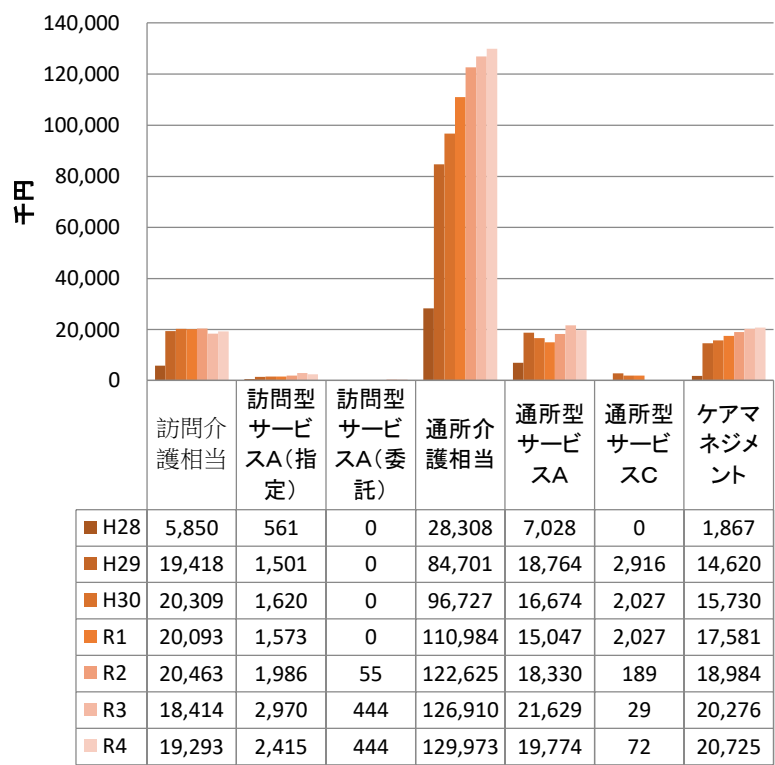
湖西市の現状 2

総合事業 件数推移(述)



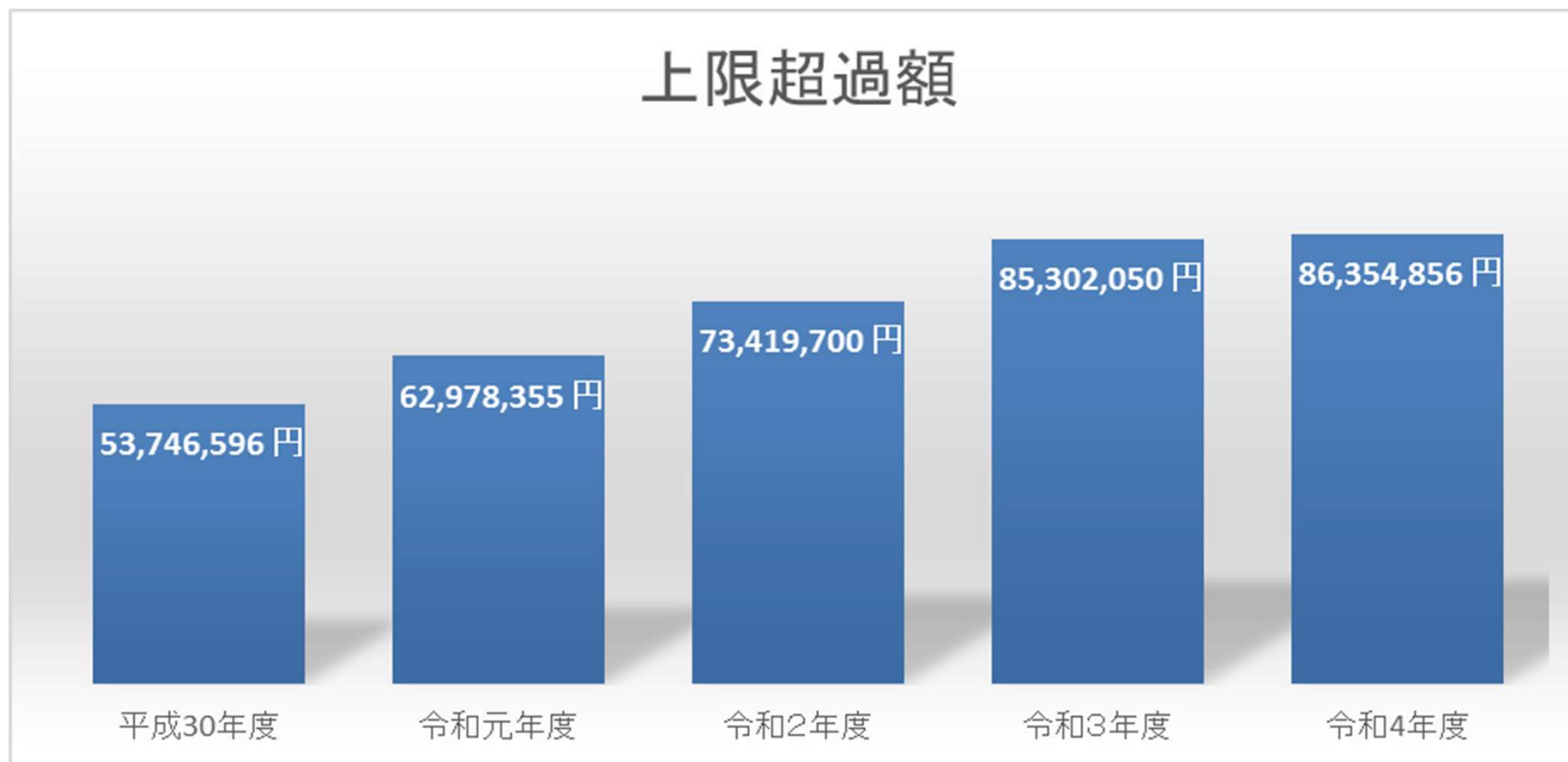
特徴
相当Sが大半を占めている
特に通所型相当S

総合事業 金額推移



湖西市の現状 3

< 介護予防・日常生活支援総合事業 事業費の現状 >

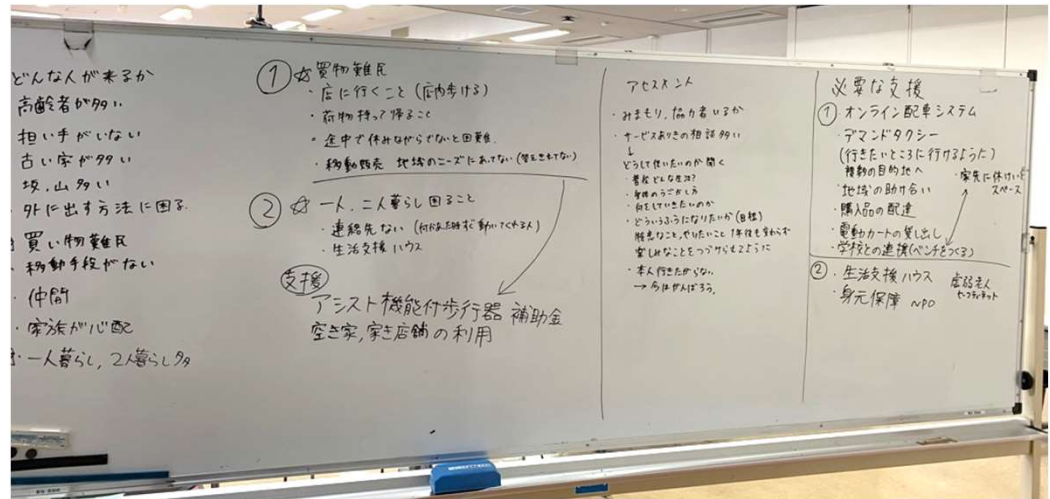
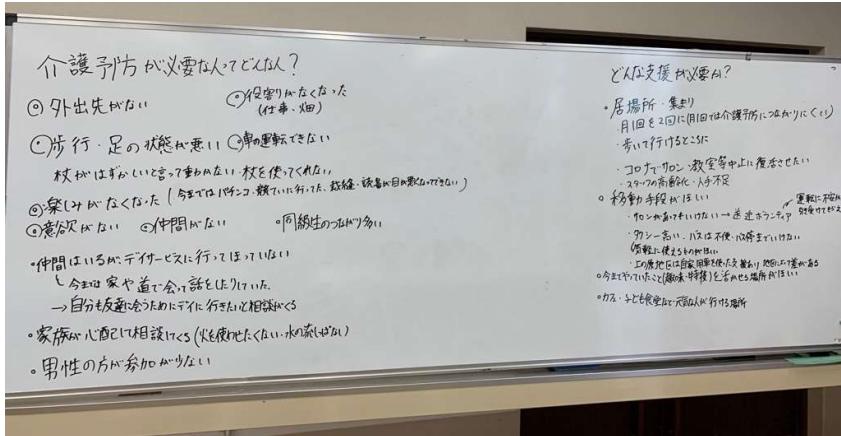


第1回目支援(8月28日)

参加者:地域包括支援センター職員、支援者、湖西市高齢者福祉課 計26名

内容:午前 午後のプログラムの事前打ち合わせ
(支援者・高齢者福祉課のみで実施)

午後 地域包括支援センター職員との意見交換
テーマ「湖西市の5年・10年後を考えた自立支援・重度化防止の姿の検討」



第1回目支援(8月28日)

明らかになった課題

- 各サービスの状態像が示されてなく、利用の希望があれば誰でも利用できる状況になっている。
- 友達がいる・外出ができないなどの理由で専門職の支援が必要でない人が通所介護相当サービスを利用している。
- 自分のことは自分でできる人、独居や高齢者のみの世帯の人が通所介護相当サービスを使っている。
- 事業所数が少ない、実施回数が少ない等の理由で通所介護相当サービス以外の選択肢が少ない。
- 通いの場への移動手段がない。



第1回目支援後の取り組み内容

- 対象者像シートの整理
 - 各サービスの概要、対象者のイメージや目的等を整理した。
- 通いの場の場所を地図に落とし込む
 - サロン・居場所・教室の場所や市内の公共交通機関(コーちゃんバスの路線図、デマンド型タクシーの利用可能区域)を地図に落とし込んだ。
- 他市への対象者像の聞き取り
 - 県内の近隣市町に各サービスの対象者について聞き取りをした。
- 地域包括支援センターへのアンケート調査
 - 地域包括支援センターに従前相当サービスを利用している人がサービスを利用している理由を調査した。
- サービスCの利用状況の聞き取り
 - 地域包括支援センターに今までにサービスCを利用した人について、サービス利用の理由や利用後の状況を聞き取った。



第2回目支援(10月23日) 午前

参加者:通所型サービスC及び通所介護相当サービスの理学療法士、
支援者、湖西市高齢者福祉課 計16名

内容:理学療法士との意見交換
テーマ「サービスCの内容について」

明らかになった課題

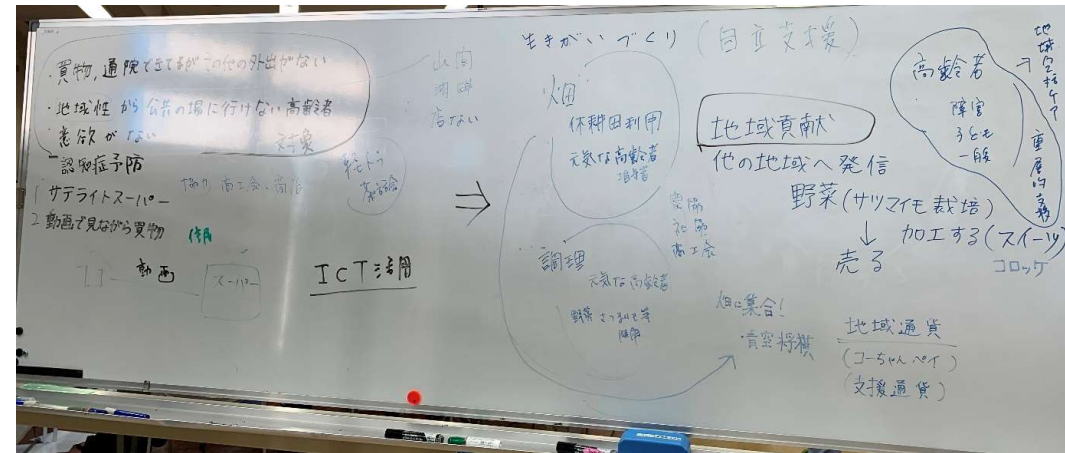
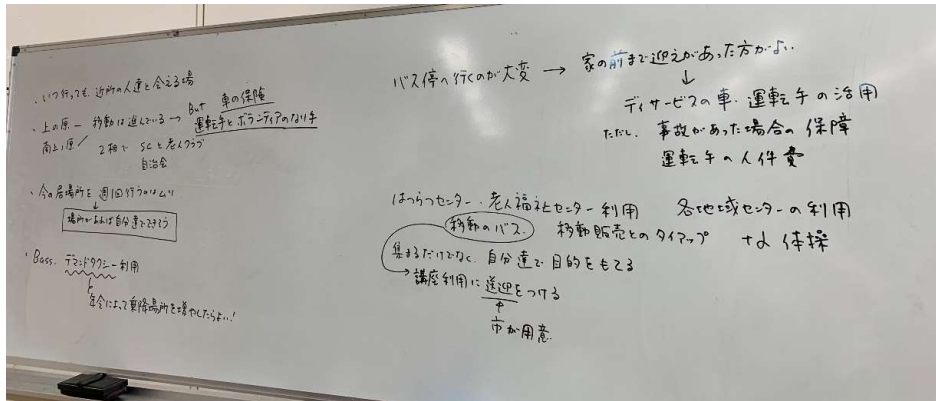
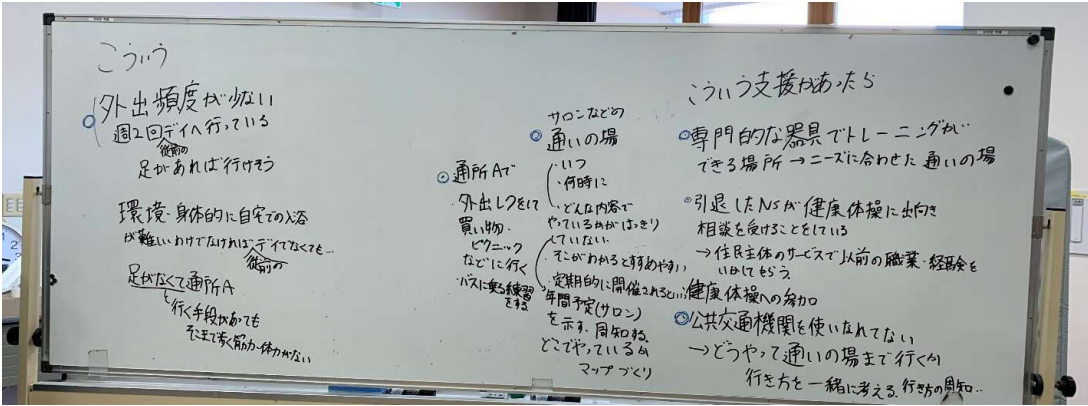
- ケアプランが最初から相当サービスの利用をするために立てられており、アセスメントからのサービスの選択になっていない。そのためサービスCの利用につながらない。
- サービスC卒業後の流れがつかれていない。



第2回目支援(10月23日) 午後

参加者：地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター、支援者、湖西市高齢者福祉課 計31名

内容:地域包括支援センター職員・生活支援コーディネーターとの意見交換
テーマ「地域の中で解決できそうな課題についてどんな支援をしたらよいか」



第2回目支援後の取り組み内容

- 対象者像シートの完成(より具体的な状態を考える)
 - 各サービスの対象者像について疾患や日常生活自立度など具体的な状態像を検討した。
- サービス利用のフロー図の作成
 - 検討した状態像や湖西市独自のチェックリストが運用した場合のサービス利用のフロー図を作成した。
- 湖西市独自のチェックリストの作成
 - 検討した対象者像をもとに基本チェックリストでは把握できない情報を確認できるようなチェックリストの作成をした。

湖西市追加アセスメントシート		
No.	質問項目	回答 状況等
1	外出時の移動手段はありますか	はい いいえ
2	自宅外での移動(歩行等)は自分でできますか	はい いいえ
3	服薬管理はできますか	はい いいえ
4	基本チェックリストNo.18の質問で「はい」と答えた方 その物忘れは自分で対処できますか	はい いいえ
5	調理をしていますか	はい いいえ
6	洗濯をしていますか	はい いいえ
7	身の回りの掃除をしていますか	はい いいえ
8	自宅内での日常生活動作で自分でできますか	はい いいえ
「いいえ」と答えた方 できないことは次のうちどれですか (できないものに○をつけ状況等を記入してください。)		
浴槽へのまたぎ動作		
洗身		
着替え		
爪切り		
排泄		
その他()		
9	身体機能について	
5mの歩行		□つかまらずにできる □何かにつかまればできる □できない
片足立ち		□つかまらずにできる □何かにつかまればできる □できない
転倒		□していない □月1回来満 □月1回以上

湖西市独自のチェックリスト



第2回目支援後の取り組み内容

- サービスA・サービスCを行っている事業所の見学と聞き取り調査
 - サービスA・サービスCの事業所に実際伺い、サービス提供の様子を見学した。
 - サービス内容や受け入れ可能な利用者について聞き取りをした。
- 通いの場や介護予防教室の開催状況調査
 - サロンや教室の現在の開催頻度や受け入れ可能人数を確認した。
- 地域包括支援センターへのアンケート調査
 - 地域包括支援センターで受け持っている総合事業サービスの利用者が困っていることや課題についてアンケート調査を実施した。



第3回目支援(1月11日) 午前

参加者:生活支援コーディネーター、支援者、湖西市高齢者福祉課

計19名

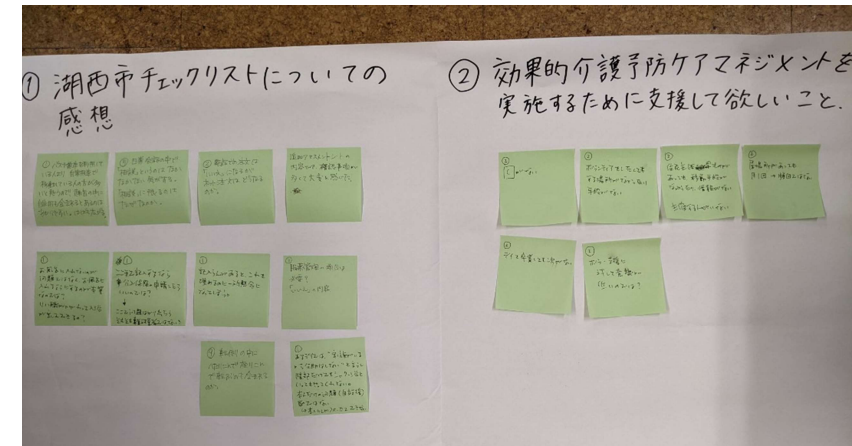
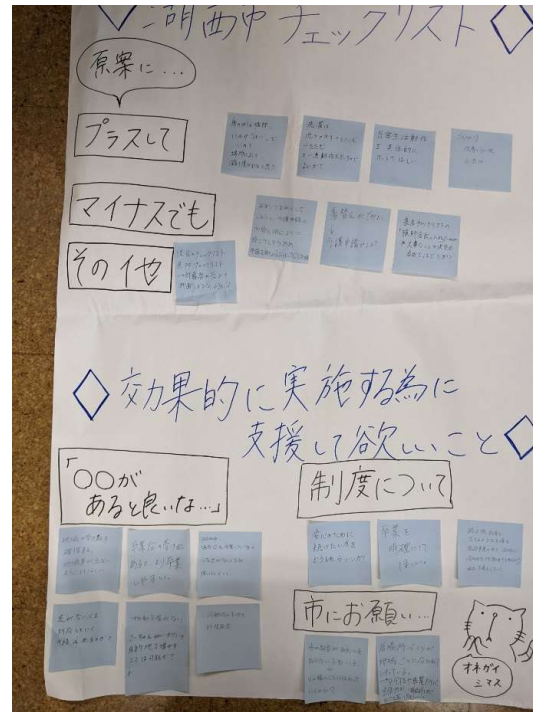
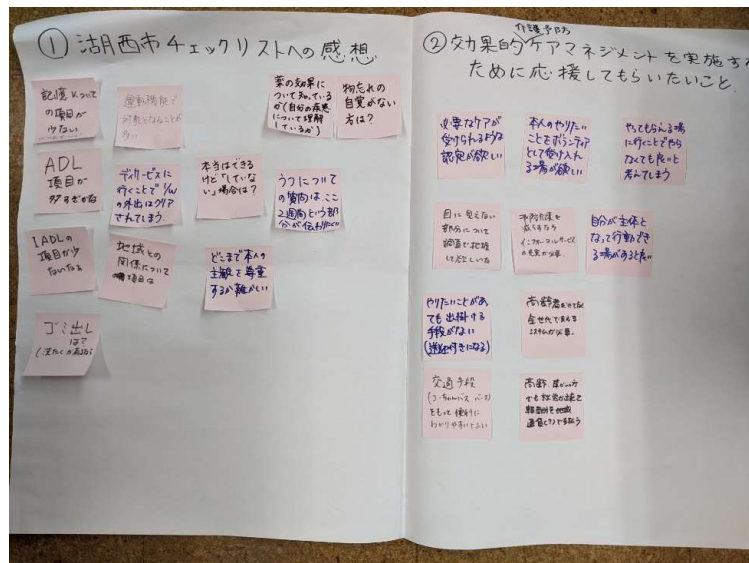
内容:澤アドバイザーから生活支援体制整備事業に関する講義
生活支援コーディネーターとのグループワーク
テーマ「湖西市生活支援体制整備事業の目指す方向について」



第3回目支援(1月11日) 午後

参加者: 地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、
支援者、湖西市高齢者福祉課 計54名

内容: 村井アドバイザーからの介護予防ケアマネジメントについての講義
地域包括支援センター職員・居宅介護支援事業所のケアマネジャーと
チェックリストについての意見交換



今後の取り組みにおける基本方針について

支援を終えての気づき

- 湖西市独自のチェックリストに関して、包括職員やケアマネジャーから質問項目など内容について意見があった。
- 包括職員・ケアマネジャーの中でサービスに関する知識や情報に差があった。
- 対象者像やチェックリストを作成したが従前相当サービス以外のサービスの受け入れ状態が整っていない。

今後の取り組みにおける基本方針について

- 必要な人が必要なサービスを利用できるような体制づくり
 - 各サービスの対象者像を事業所や住民に提示して、共通認識ができるようにする。
 - 3回目支援で得た意見をもとに湖西市独自のチェックリストを完成させ、運用を開始する。
 - 市民に向けて、地域資源の一覧やマップの提供をする。
 - サービスA、サービスCの拡大
- 専門職や事業所への支援
- 移動支援の強化

ご清聴ありがとうございました。





三重県紀北町マスコットキャラクター
キーほくん

令和5年度地域づくり加速化事業 報告会

紀北町の『地域づくり』を 加速していくために

三重県紀北町役場
高齢者・障害者福祉係
主任 五味 正治(保健師)

報告内容

1. 紀北町の概要
2. エントリーの動機・背景
3. 支援内容と支援を通じて得られたこと
4. 今後に向けて



報告内容

1. 紀北町の概要
2. エントリーの動機・背景
3. 支援内容と支援を通じて得られたこと
4. 今後に向けて



世界遺産『紀伊山地の霊場と参詣道(熊野古道)』

紀北町の紹介

世界遺産 熊野古道ツヅラト峠からの景色



渡利
牡蠣



紀北町

奇跡の清流 銚子川



紀北町の概要



●人口 : 13,728人 (前年同月から 357人減)



●世帯数 : 7,411世帯 (前年同月から 131世帯減)

●日常生活圏域: 2圏域 (8地区)

●小学校区 : 13箇所



●高齢化率 : 46.3% (前年同月 0.6%増)

●要介護認定率: 保険者[紀北町+尾鷲市] 23.2%

紀北町 23.8%



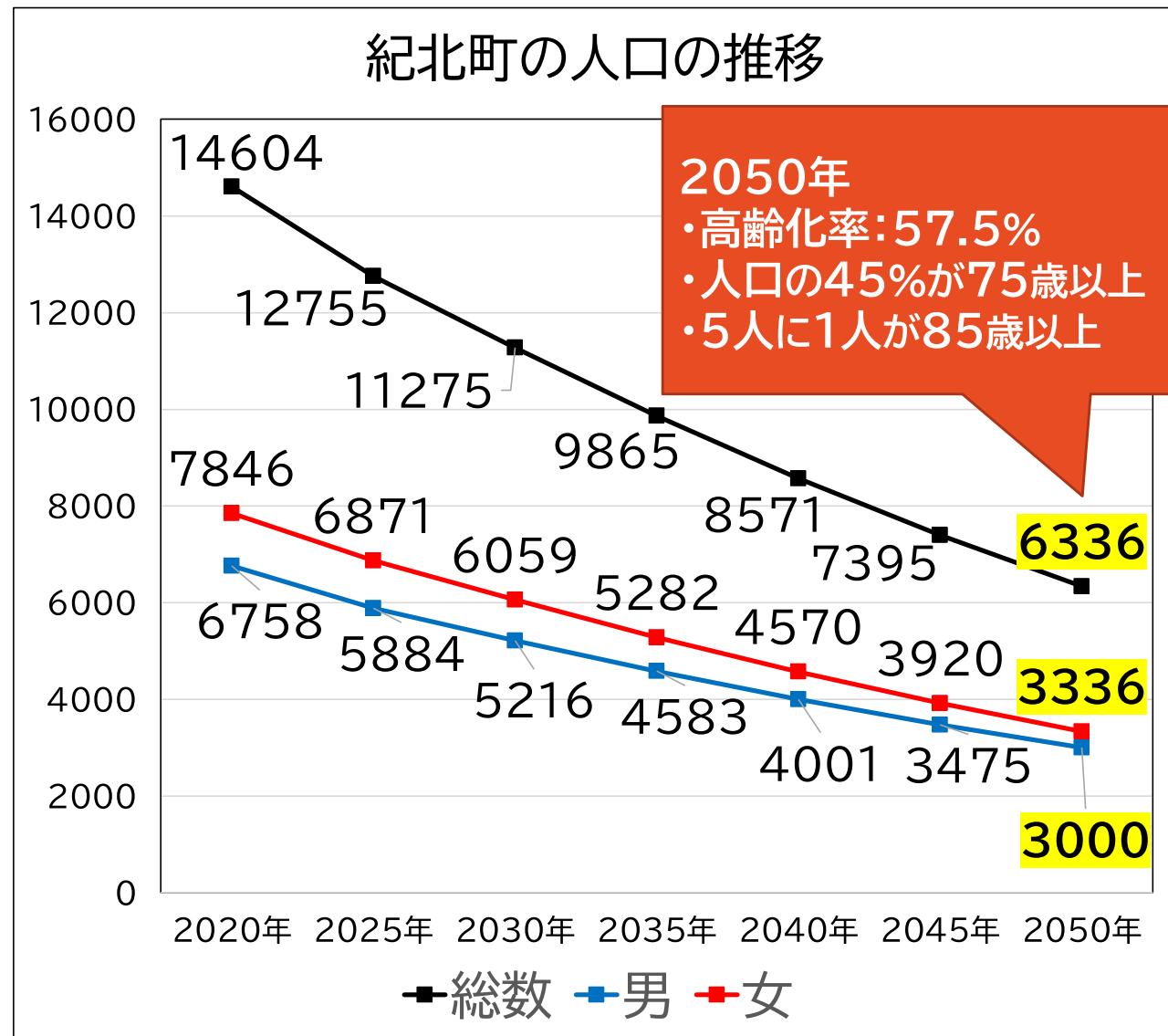
(全国19.3%、三重県19.1%)

要介護認定率が 県内25保険者中2番目に高く、全国では1,571保険者中 81番目に高い

紀北町の概要

【現状】

- 高齢者の単身世帯が3割
- 75歳以上の単身世帯が2割
- 65～74歳の単身世帯、夫婦のみの世帯が2割



単身世帯の状況は令和2年3月末現在。独居高齢者の状況は、令和5年3月末現在

人口推計: 国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」から引用・編集

紀北町の現状

- 地域支援事業の体制が複雑で、それぞれの役割が見えづらく、事業間の連動が図りづらい状況
 - 地域包括支援センターは保険者(広域連合)から社協に委託
 - 一般介護予防事業は広域連合から町に委託。一部の事業を社協に委託
 - 認知症総合支援事業と地域ケア会議推進事業は、広域連合から町に委託。さらに町から包括(社協)に委託
 - 生活支援体制整備事業は、広域連合から町に委託。さらに町から社協に委託
 - 委託している地域支援事業の多くが委託元から方針が示されていない
- 地域に有償ボランティアや助け合いの仕組みが構築されていない
- 介護従事者の不足により、介護需要に対してサービスが追い付かない など

報告内容

1. 紀北町の概要
2. エントリーの動機・背景
3. 支援内容と支援を通じて得られたこと
4. 今後に向けて



エントリーの動機・背景

- 令和3年の厚労労働省職員派遣事業をきっかけに、生活支援体制整備事業が動き出した ➡ 気づいた人から、できることを一つずつ取り組んできた
- 動きだした事業や担当者がある一方、厚労省の支援後も課題を抱えている事業がある
- 担当職員の交代で地域包括ケアシステムに対する認識や理解の差がさらに大きくなっている

課題

- 事業間の連動がとりづらい
- 地域支援事業間で目線合わせができず共通認識ができないことで、うまく進みだした事業でさえ、ブレが生じ、体制づくりが進まない



つまり、

地域包括ケアシステムの構築が進まない



どうなる？

さらなる高齢化と人口減少により、地域の状況が悪化すると

町民が住み慣れた紀北で暮らし続けることが難しくなる



だからどうする？

今こそもう一度、

地域支援事業の担当者や関係機関が、地域包括ケアシステムを正しく学び、

『住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けられる体制づくりに向けた目線合わせ』と『地域包括ケアシステムにおけるそれぞれの役割を再認識』する必要がある



そのための手段として

地域づくり加速化事業を通じて支援を受けたい



エントリーから支援開始まで

- 【令和4年度】 厚生労働省職員派遣事業での学びを踏まえて地域支援事業に取り組み、現状と課題を確認



- 【令和5年3月～令和5年4月】 役場内での課題の共有

(福祉保健課長・副参事・高齢者部門の係長及び担当者・介護予防担当者)



- 【令和5年4月】 地域づくり加速化事業にエントリー



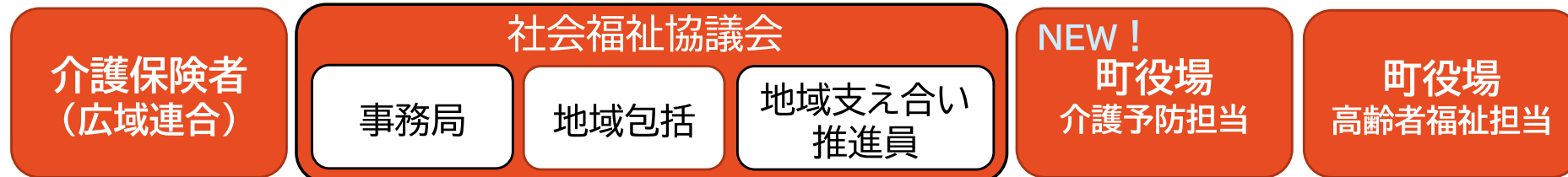
- 【令和5年5月末】 **支援自治体に決定**



厚生局主導型、アドバイザー服部真治さん(医療経済研究機構)



- **地域支援事業担当者への協力依頼** (課長から所属長及び担当者)



支援・調整の流れ

研修会を開催

1回目支援

11月7日

2回目支援

12月25日

3回目支援

2月15日

7月14
日
オリエン
テーショ
ン

9月6日
0.5mtg
アドバイザー
事務局
厚生局
町

11月29日
1.5mtg
アドバイザー
事務局
厚生局
町

2月2日
2.5mtg
アドバイザー
事務局
厚生局
町

支援者とともに支援内容を振り返り、繰り返し検討

報告内容

1. 紀北町の概要
2. エントリーの動機・背景
3. 支援内容と支援を通じて得られたこと
4. 今後に向けて



支援内容(1回目～3回目共通)

午前

・自立支援型地域ケア会議

参加者：広域連合、町(高齢者担当、介護予防担当)
社協(事務局、地域包括、地域支え合い推進員)に加えて
薬剤師、管理栄養士、(主任)介護支援専門員、介護職員、
社会福祉士、理学療法士、訪問看護ステーション看護師、
保健所保健師 ※ ■:2回目からの参加 ■:3回目からの参加



午後

・ロジックモデル

参加者：広域連合、町(高齢者担当、介護予防担当)、
社協(事務局、包括、地域支え合い推進員) ※ 1～3回目共通



模擬自立支援型ケア会議

町役場

介護保険者

福祉保健課長

副参事
(保健師)

高齢者係
主幹

高齢者福祉
担当者
(保健師)

介護予防
担当者
(保健師)

事務
局長

第9期
介護保険計画
担当者

総合事業
担当者

地域包括ケア推進
&在宅医療・
介護連携担当者

看護師

紀北町の高齢者のあるある事例



保健所
保健師

薬剤師

理学
療法士

介護職員

主任介護支援専門員

社会福祉士

主任介護支援専門員

包括

地域支え合い
推進員

社協
事務局長

支援者

管理栄養士

薬剤師

主任介護支援専門員

介護支援専門員

模擬自立支援型ケア会議を体験して

これまで地域包括ケアについて学ぶ機会がなかったので勉強になった

薬剤師としてもこのような会議に参加していきたい

行政や介護保険者と一緒に話し合えるので、これからも参加したい

考え方のプロセスを日々の業務に応用したい

このようなケア会議を紀北でも続けてほしい



専門職



紀北でも自立支援型
地域ケア会議を
実施していきたい



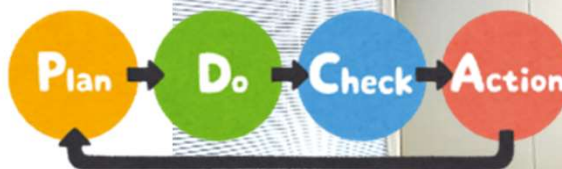
広域連合



地域包括

- 参加した専門職は、自立支援型地域ケア会議を肯定的に受け止め、紀北でも継続して開催していくことを希望していた。
- 地域ケア会議を担当する広域連合と地域包括からも、紀北で自立支援型地域ケア会議を進めていきたいとの意見が出され、来年度の実施に向けて進めていくことになった。

ロジックモデル



【支援内容】

- 1回目: 講義・グループワーク
- 2回目: インパクト(あるべき姿)の設定と1回目のグループワークで出された内容をもとにアクティビティとアウトプットを検討
- 2回目終了後～3回目までに行うこと《宿題》
 - ・ 所属毎(広域連合・町役場・地域包括・SC・社協)にロジックモデルを考え、提出 ➡ 統合
- 3回目: あるべき姿の再確認
 - ・ 事前に考えたロジックモデルをもとに、所属毎の初期アウトカムまでの内容及び評価指標を設定した



インパクト(あるべき姿)

地域で暮らし続けるためにつながり
支え合いのある紀北町



ロジックモデル



地域包括



広域
連合

参加者からは、『難しい』との声も聞かれていたが、ロジックモデルの理解を深めることで、あるべき姿を見据えることと、計画的に進めていくことの必要性に気付いた



町役場



社協事務局
地域支え合い推進員

今年度中に行うこと

紀北で地域支援事業を担当する各機関が

3回目支援で検討した内容を踏まえて、
ロジックモデルを修正する【～3月12日】

町役場が

- ・ 各機関で修正したロジックモデルを統合し、完成させる
- ・ 各機関に共有する 【～今年度中】

紀北で地域支援事業を担当する各機関が

作成したロジックモデルをもとに地域 支援事業に取り組む 【今から】

[illegible]

報告内容

1. 紀北町の概要
2. エントリーの動機・背景
3. 支援内容と支援を通じて得られたこと
4. 今後にむけて



まとめ

地域づくり加速化事業の支援を踏まえて、紀北が取り組むこと



1. 紀北で自立支援型ケア会議を開催していく
2. それぞれの機関・担当者がロジックモデルで示した内容を実践する
3. ロジックモデルでの学びをもとに、今後の介護保険事業計画を内容を、明確かつ実効性のあるものにしていく

地域支援事業の課題に対してどのように取り組むか

限度額超過

限られたお金や資源で、最大限の効果を生むよう事業を進めていくことが大切

紀北の課題

与えられる
地域支援事業
費を有効に活
用できない

- 住民が住み慣れた地域で暮らし続けられる体制が整備されない
- フレイルになっても打ち手がなく、住民がただ弱っていく



このままではいけない

私たちにできることは？

- できないこと、わからないことをそのままにしない
- 町内外を問わず今使える資源や制度を活用する
- みんなで出来ることから1つずつ取り組んでいく
- 今ないものはみんなで考え構築していく

紀北の地域包括ケアシステムを担う方々と、
ともに学び、考えることができました
支援者の皆様、ご支援ありがとうございました



2024.2.15
紀北の地域支援事業担当者と
地域づくり加速化事業支援者

ご清聴ありがとうございました

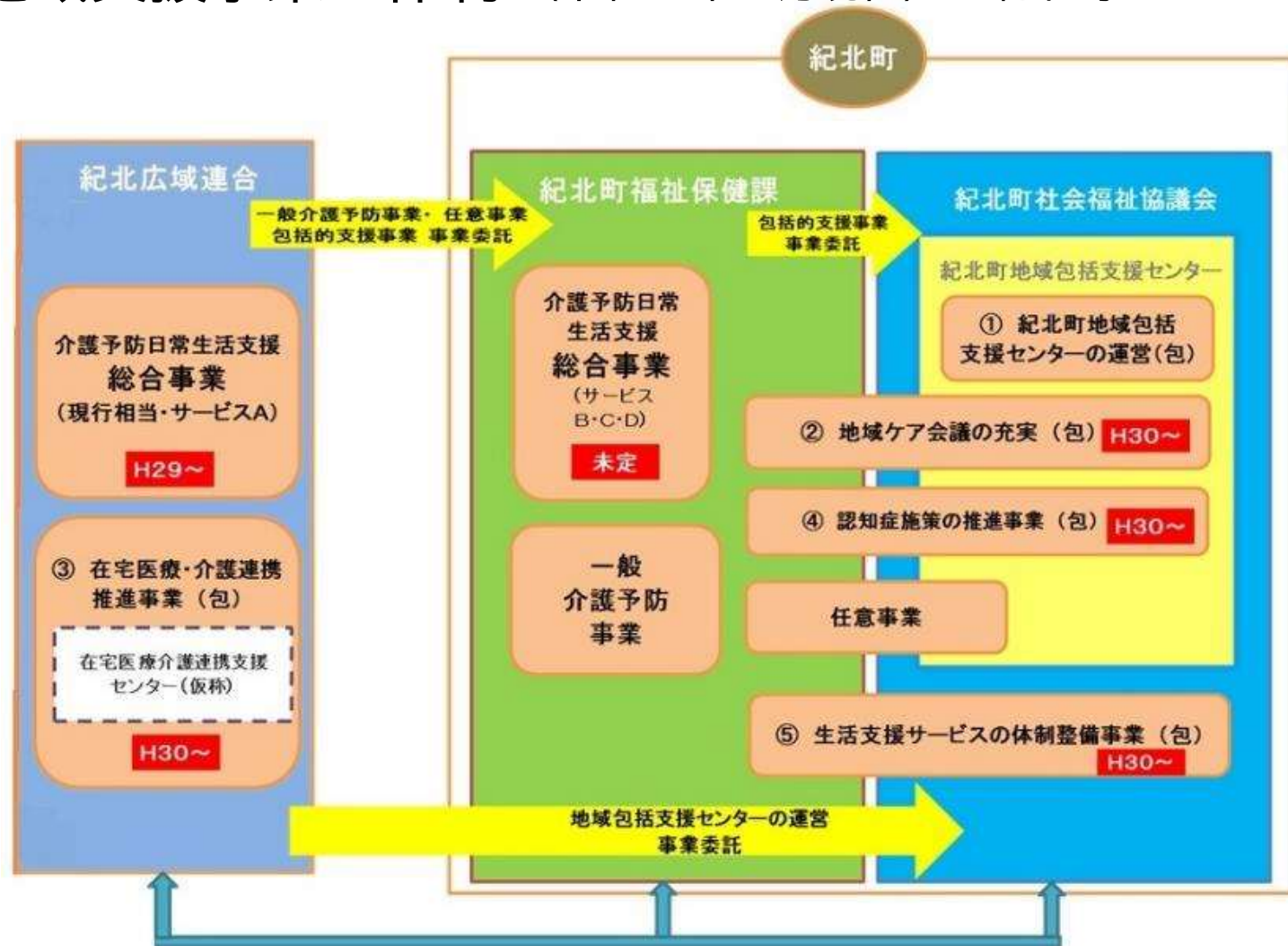
参考資料



参考

紀北広域連合の地域支援事業の体制（令和5年8月現在）※紀北町

- 地域包括支援センターは、
紀北広域連合 から
➡紀北町社会福祉協議会 に委託
- 一般介護予防事業は、
紀北広域連合 から
➡町福祉保健課地域保健係 に委託
- 任意事業は
紀北広域連合 から
➡町福祉保健課高齢者・障害者福祉係 に委託
➡一部事業を
町福祉保健課高齢者・障害者福祉係から
紀北町社会福祉協議会(包括)に委託
- 社会保障充実分は
紀北広域連合 から
➡町福祉保健課高齢者・障害者福祉係 に委託
➡町福祉保健課高齢者・障害者福祉係から
…生活支援体制整備事業は 社協 に
…認知症総合支援事業と
地域ケア会議推進事業は
社協(包括) に委託



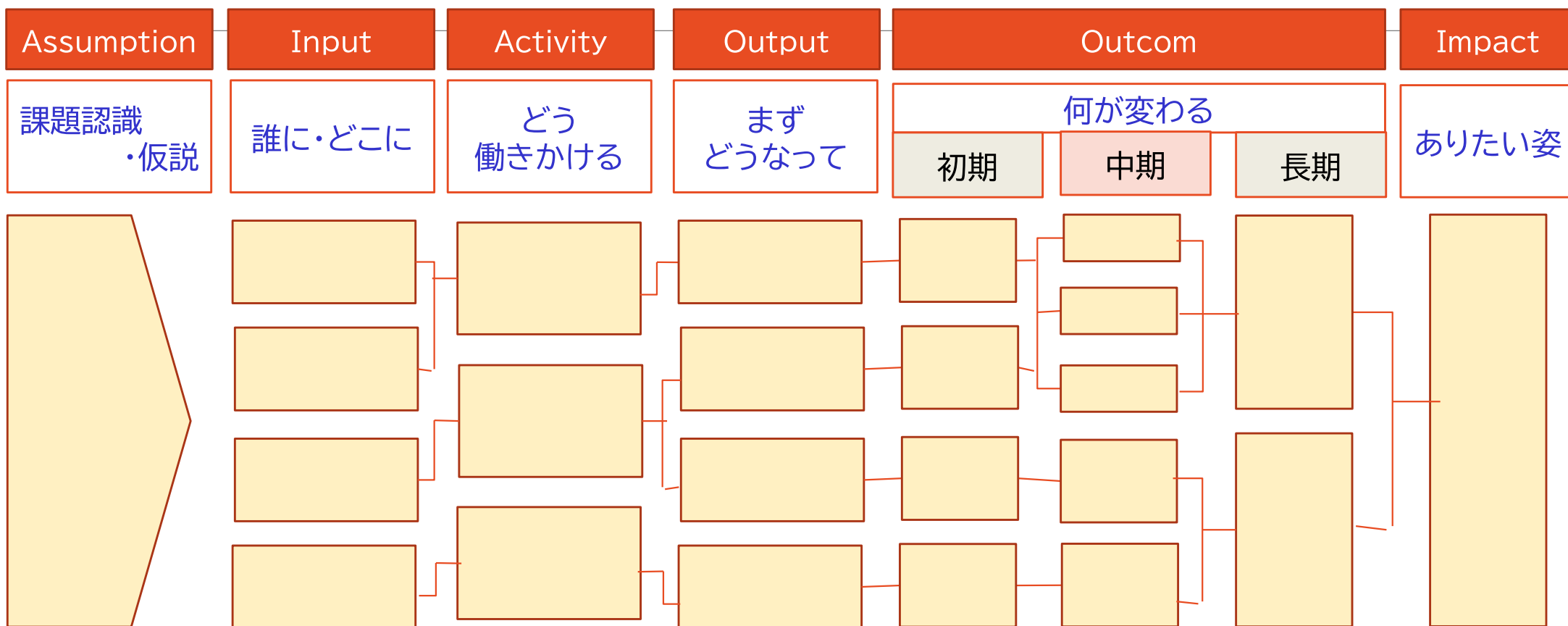
(紀北広域連合からの提供資料[2023.8]を改変)

自立支援型地域ケア会議(模擬)

	1回目支援	2回目支援	3回目支援
午前	① 地域づくり加速化事業について(東海北陸厚生局) ② 紀北町の現状と課題について(町高齢者担当者) ③ 模擬自立支援型地域ケア会議 1)講義(服部アドバイザー) 2)自立支援型地域ケア会議(実践) ※1事例 進行:服部アドバイザー 事例:地域支え合い推進員	① 模擬自立支援型地域ケア会議 1)講義(服部アドバイザー) 2)自立支援型地域ケア会議(実践) ※2事例 進行:服部アドバイザー 事例: 1)地域包括支援センター 1事例 2)地域支え合い推進員 1事例	① 模擬自立支援型地域ケア会議 1)講義(服部アドバイザー) 2)自立支援型地域ケア会議(実践) ※3事例 進行:事例1…服部アドバイザー 事例2…町高齢者担当者※ 事例3…広域連合担当者 事例: 1)地域包括支援センター2事例 2)地域支え合い推進員1事例
午後	① ロジックモデルについて(プチ講義) ② ロジックモデルの作成(グループワーク・所属混合)	① ロジックモデルについて(プチ講義) ② ロジックモデルの作成(所属ごとにグループワーク)	① ロジックモデルについて(プチ講義) ② ロジックモデルの作成(所属ごとにグループワーク)

参考

ロジックモデル



令和 5 年度地域づくり加速化事業 報告会

令和 6 年 3 月 4 日（月）
三重県医療保健部長寿介護課

令和5年度地域づくり加速化事業（紀北町）について【三重県】

①自立支援型地域ケア会議の実践について

- ・ 困難事例ではなく、普段の事例から政策を考えていく。
- ・ 目指す姿は、本当に達成できるものなのかどうか。
- ・ 具体的なニーズが見えれば、政策をイメージできる。

②ロジックモデルについて

●コレクティブインパクト（みんな同じ方向を向いている）

【成功させる5つの条件】

- ① 目指すべき姿や課題、打ち手の共有
- ② 評価システムの共有（ロジックモデル）
- ③ 相互補完できる環境づくり
- ④ 継続的なコミュニケーション
- ⑤ 活動を支える（背骨）組織

●誰が、何を、いつまでに実施するのか具体的に考える。

令和5年度地域づくり加速化事業（紀北町）について【三重県】

- 『紀北町を住みやすい町にしたい』という支援者の思いを県も一緒に考えるという姿勢
- みんな（県も含めて）で考えていくという姿勢

今後の県の取組について

- ・加速化事業等を活用した市町の取組を県内市町に情報提供
- ・引き続き伴走型支援をしていく。
地域包括ケアシステムアドバイザー派遣事業の市町への利用促進

服部先生からの印象に残ったアドバイス

- 意味のある仕事をしよう
- 継続は力なり

R5年度地域づくり加速化事業報告会

厚生局主導：七尾市・岐南町・紀北町
R4年度PUSH型フォローアップ：関市
R5年度PUSH型：湖西市

2024.3.4

東海北陸厚生局

健康福祉部 地域包括ケア推進課

七尾市（R5年度厚生局主導型）

【課題】

・生活支援体制整備について、1層SCは、社会福祉協議会へ委託。2層のSCについては、地域運営組織（地域づくり協議会）へ委託しており、市内15地区の内、9地区の配置は完了。しかし、もともと行われていた公民館活動が主流となっており、生活支援体制整備の推進が図れない。残りの6地区の推進も図りたい。

【課題の深掘・方向性】

・七尾市役所内で、生活支援体制整備の推進の窓口は、高齢者支援課だが、地域づくり協議会への窓口は地域づくり支援課。また、七尾市内の様々な部署から直接地域づくり協議会に事業の依頼が行くことで、業務の負担となっている。地域づくり協議会の実態が十分に見えない。

【1回目支援】

・まずは、庁内連携と規範的統合へ向けて（特に高齢者支援課と地域づくり支援課）地域づくり協議会への連絡状況の把握

【2回目支援】

・地域づくり協議会の状況把握
2地区へモデル的にヒアリング、意見交換

【3回目支援】

・全地区の地域づくり協議会で研修会、意見交換会を企画→震災にてやむなく中止

【成果】

- ・庁内の連携の強化（同じ方向を向く）
- ・地域づくり協議会への個別支援の必要性の認識

【厚生局として感じたこと】

- ・支援者側の意見や方向性が同じとなるよう調整。この加速化でどこまで落とし込めるかを念頭に。
- ・支援と支援の間でも、七尾市庁内の連携を強化し、推進していただけた。地域づくり協議会で生活支援体制整備をどのように推進してもらうか（個別支援方法等）の課題は残ったが、方向性の共有はできた。

岐南町（R5年度厚生局主導型）

【課題】

- ・サロンから住民主体のサービスBの形成につながらない。利用負担金の助成で、利用しやすい状況にあることから、安易に介護保険の申請、サービス利用となる傾向が強い。
- ・サロン参加が心身の健康状態に及ぼす影響についての評価：高齢者の健康課題を把握、分析して、どのような通いの場を運営していくと効果的なのか、住民相互の取組にうまく生かす方法を知りたい。

【課題の深堀・方向性】

- ・町の独自の事業として、要支援・総合事業サービス対象者の負担額助成により、介護サービスを使いやすい状況。高齢化率が低いわりに、認定率が高い。介護予防のしくみはどうか。

【1回目支援】

- ・まずは、通いの場・サロンの資源の見える化及び、庁内連携と規範的統合へ向けて資源マップ、一覧表作成

【2回目支援】

- ・高齢者像に合わせた介護予防の展開が図れているかを確認

【3回目支援】

- ・庁内連携の必要性（幹部への理解）と通いの場・サロンの住民参加による、介護予防の啓発

【成果】

- ・庁内の連携会議の開催、前向きに検討
- ・介護予防への意図的な推進（住民と一緒に）

【厚生局として感じたこと】

- ・岐南町の現状から、介護予防の推進を考えていく方向となったが、何に取り組むか、どんな方策が効果的か迷った部分があった。
- ・最終的には、町全体の介護予防への推進のための庁内連携の構築と、通いの場・サロン全体の住民意識の確認と啓発を実施することができ、住民意識の高さに、今後は楽しみな自治体だと感じた。

紀北町（R5年度厚生局主導型）

【課題】

- ・地域支援事業に対する理解や認識にばらつきがある。組織で、チームで事業を進めるのではなく、個々の裁量でバラバラに事業が実施されている。

【課題の深堀・方向性】

- ・紀北町はR3年度に、生活支援体制整備の事業が進んでいかないことでの手上げがあり、規範的統合へ向けての取組、生活支援体制整備を町全体で考える取組を行った。
- ・生活支援体制整備はやや動き出したが、事業間の連動もなく、紀北広域連合、紀北町、委託先の社会福祉協議会や地域包括支援センターが一つの目標（めざす姿）へ向けての取組ができていない。

地域ケア会議・ロジックモデルを行うことで、地域がめざす姿の実現へ向けての一体となる。

【1回目支援】

午前中は、自立支援型地域ケア会議の講義後AD進行による実践。午後は事業計画のロジックモデル（それぞれの部署別作成）

【2回目支援】

- ・1回目の続き

【3回目支援】

・地域ケア会議は、紀北広域連合や包括支援センターの司会進行。ロジックモデルは、完成へ向けた作業と部署間の共有。

【成果】

- ・自立支援型の地域ケア会議で、地域支援事業の取組の重要性（必要性）と政策形成の方法を認識（取得）できた。
- ・広域連合を交えた紀北町の支援の統一

【厚生局として感じたこと】

- ・かなりハードな内容だったが、アドバイザーがベテランであり、その手腕に乗らせていただいた。三重県とは役割分担しながら取り組んだ。
- ・手上げた担当者だけでなく、参加者全員、学習意識も高く、出された課題をクリアしながら、真摯に取り組まれているのを感じた。

関市（R4年度PUSH型のフォロー、全2回）

【課題】

- ・昨年度加速化事業のPUSH型での参加だったが、今年度はフォローアップとして参加
- ・適正なサービス利用となるように、介護予防ケアマネジメントの研修に力を入れているが、まだ、関係者や住民に十分に浸透しきれていない。

【方向性】

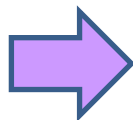
- ・関市は、上限額の減額の計画へ向けて、様々な取組をしている。計画を充実することで、進捗の確認を含め、PDCAサイクルを回すことにつながるため、事業計画の充実へ向けて、支援者側と関市間のディスカッションを主体に行ってはどうか。

【1回目支援】

- ・関市より、事業の実施計画の説明。上位目標、中位目標、下位目標の整合性、優先順位等に向けて作成してもらい、支援者チームより意見出し。

【2回目支援】

- ・1回目の支援を受けて、修正した内容に向けてさらに完成度を高める。
- ・関市の現在の困りごと、疑問点へ向けて意見交換



【成果】

- ・完成した事業計画の内容を、第9期高齢者プラン21に反映
- ・関市の取組の方向性の確認と疑問点等の解消

【厚生局として感じたこと】

- ・充実した事業計画が作成できた。また、ブラッシュアップしていく中で、どんな取組が今後必要なのか、どこで評価していくのかについても考えられていた。昨年度得た知識を基に、関係課内全員で推進していこうとする姿勢が素晴らしかった。