

令和5年度「地域づくり加速化事業」関東信越ブロック研修会

短期集中予防サービス事業構築のポイント

令和6年1月23日

医療経済研究機構 政策推進部副部長
研究部主席研究員
服部 真治



介護予防・日常生活支援総合事業とは

総合事業の目的

(国) 地域支援事業実施要綱 別記 1「総合事業」より

総合事業では、従来、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護(以下「旧介護予防訪問介護等」という。)により提供されていた専門的なサービスに加え、**生活支援体制整備事業等**により住民主体の支援等の多様なサービス、一般介護予防事業の充実を図り、市町村の独自施策や市場において民間企業により提供される生活支援サービスも活用することにより、**要支援者等の能力を最大限いかしつつ、要支援者等の状態等に応じたサービスが選択できるようにする**ことが重要である。その際、新たに総合事業によるサービスを利用する要支援者等については、住民主体の支援等の多様なサービスの利用が可能となるよう体制を整えた上で、その利用促進を図っていくことが重要である。

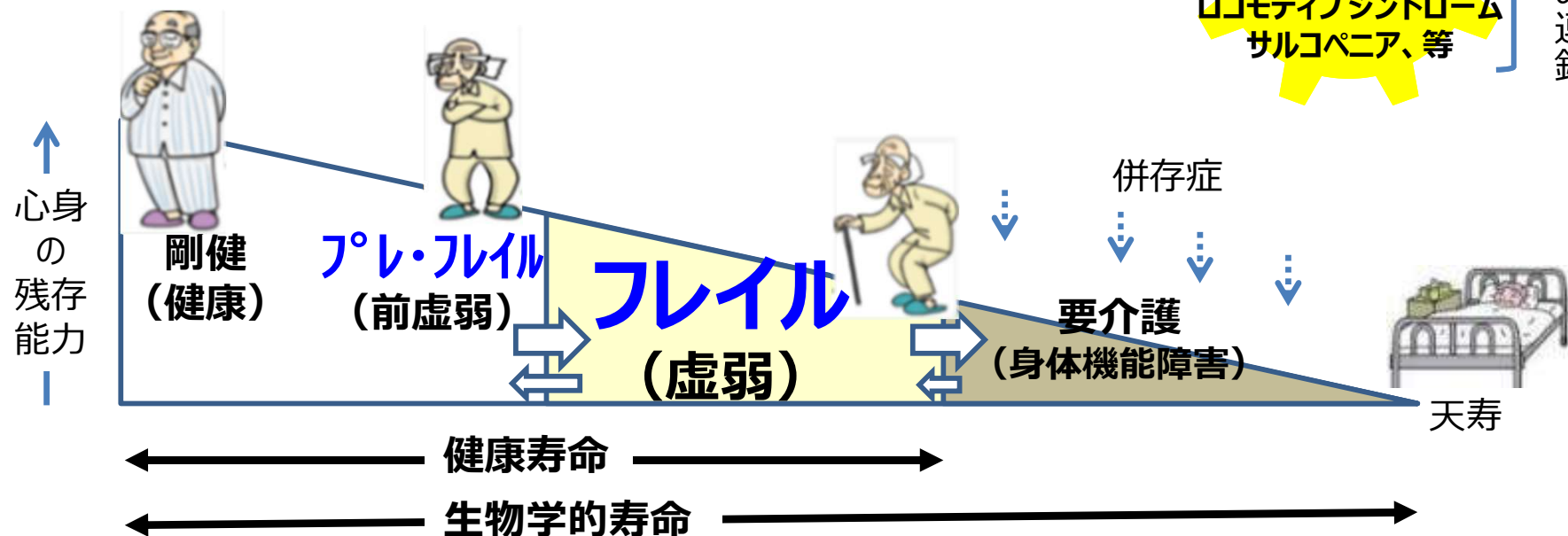
要支援者等の能力を最大限いかす

社会保障審議会介護保険部会 「見直しに関する意見（平成16年7月30日）」

- ・介護保険制度本来の在り方から見れば、軽度者に対するサービスは利用者の要介護度の維持や改善につながることが期待されるが、実態としては、**軽度者の改善率は低く、予防効果を示していない**のではないのか
- ・「かわいそうだから**何でもしてあげるのが良い介護**である」といった考え方が、**かえって本人の能力の実現を妨げ、**いわゆる**廃用症候群**を引き起こしている
- ・「**家事代行型の訪問介護サービスを利用し続ける**ことにより、**能力が次第に低下し、家事不能に陥る**場合もある」

フレイルの特性

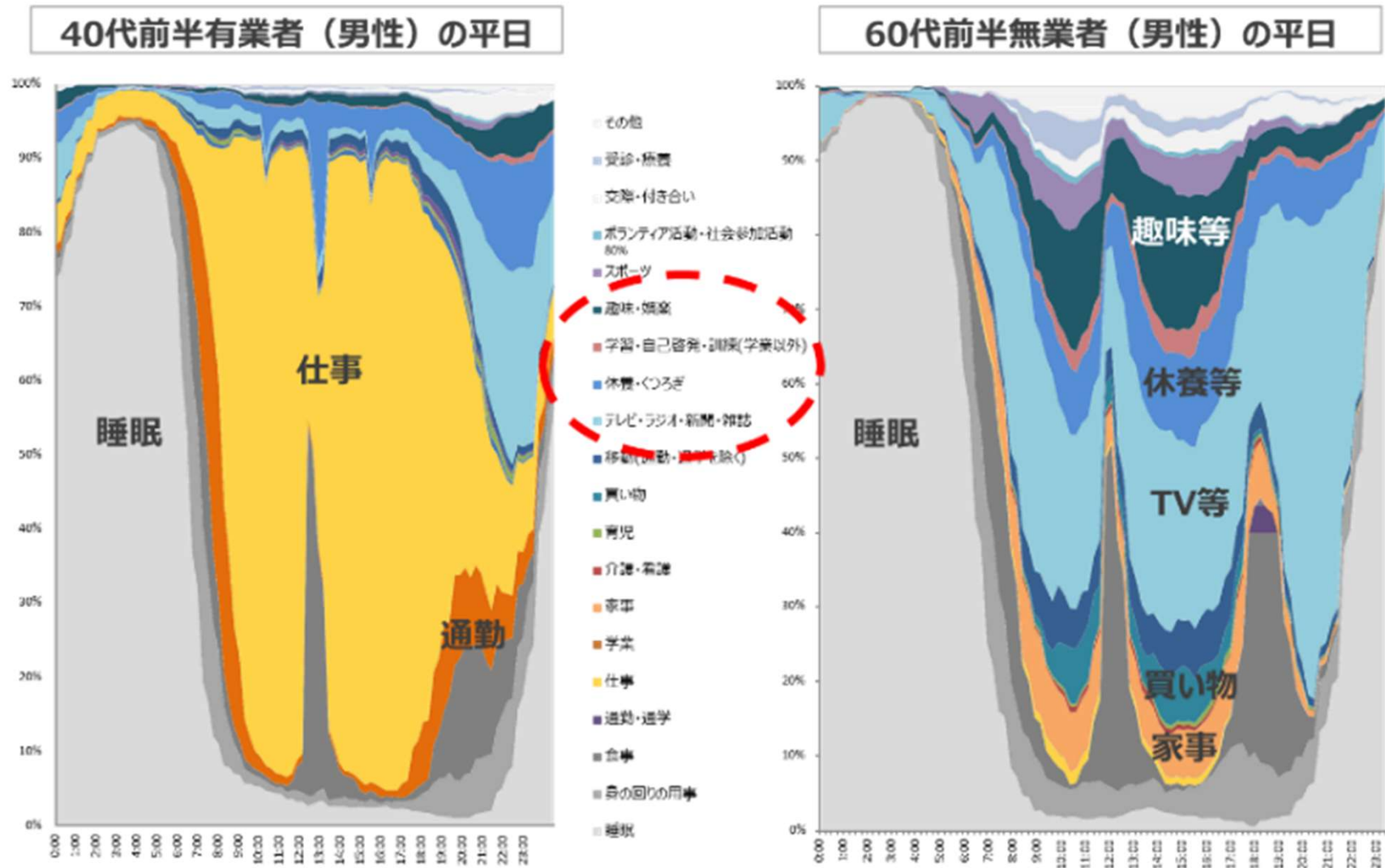
- ① **中間の時期** (⇒健康と要介護の中間)
- ② **多面的** (⇒色々な要素による負の連鎖)
- ③ **可逆性** (⇒様々な機能をまだ戻せる)



(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢 作成 葛谷雅文. 日老医誌 46:279-285, 2009より引用改変)

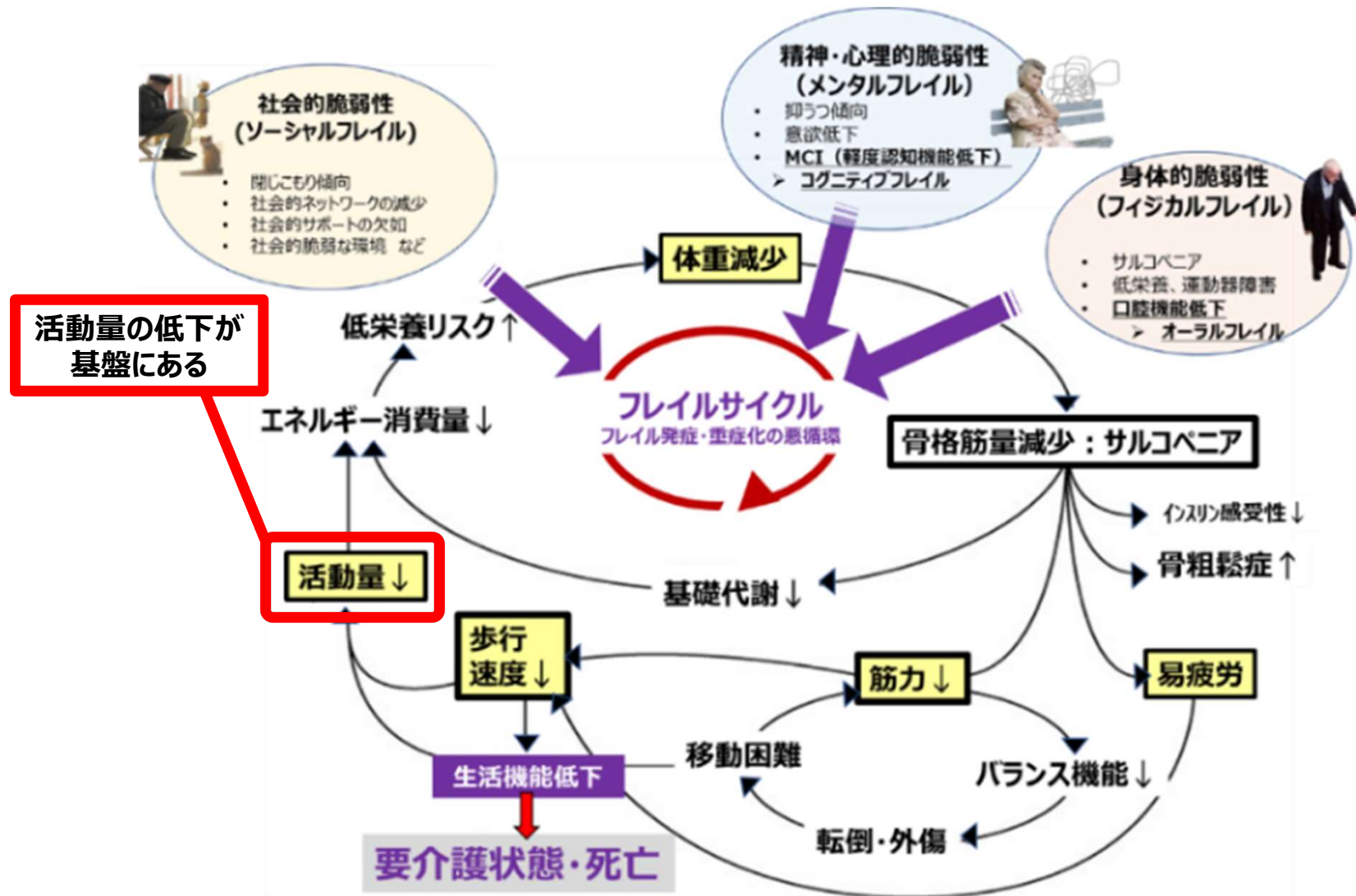
参考：経産省 次官・若手プロジェクト「不安な個人、立ちすくむ国家～モデル無き時代をどう前向きに生き抜くか～」平成29年5月 より

定年退職を境に、日がなテレビを見て過ごしている。



(出典) 2011年 総務省「社会生活基本調査」より経済産業省作成

フレイル発症・重症化の悪循環（フレイルサイクル）



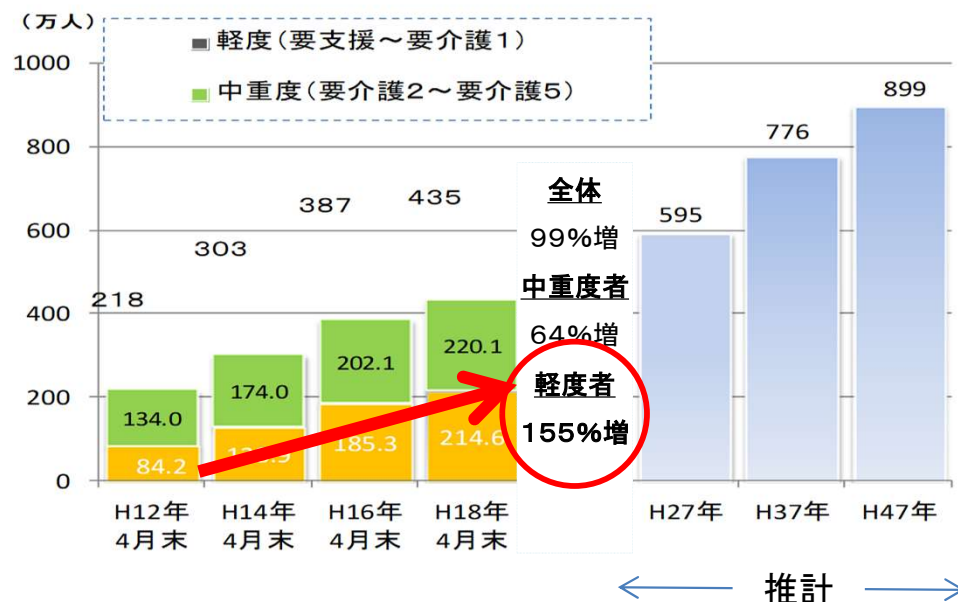
2019年 Medical Science Digest「フレイル・サルコペニアの危険因子とその階層構造」 田中友規、飯島勝矢

介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

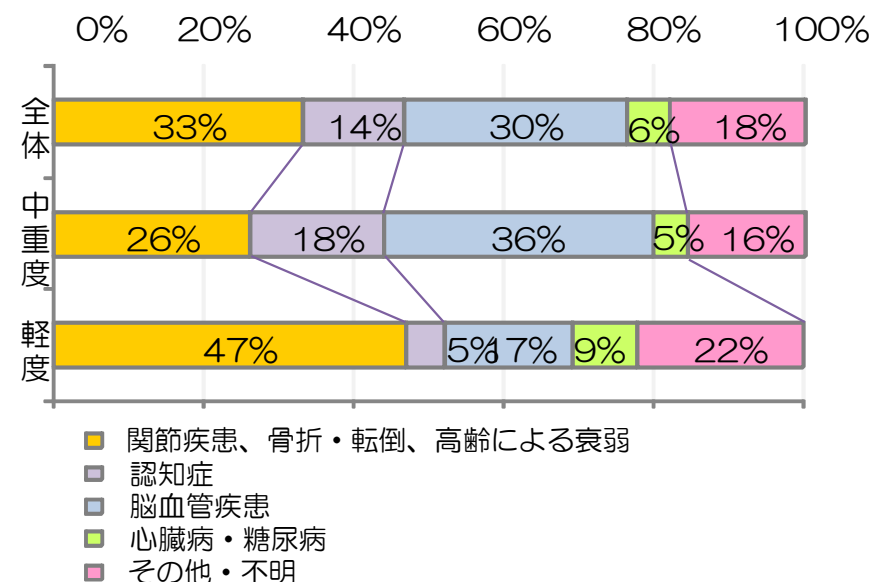
- 要支援・要介護1の認定者（軽度者）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



厚生労働省「平成16年国民生活基礎調査」

介護予防事業
(地域支援事業)

非該当者
(地域包括支援センター)



重度化防止



改善促進

予防給付

要支援者

(地域包括支援センター)



重度化防止



改善促進

介護給付

要介護者

(居宅介護支援事業所)

要支援認定の見直し

介護保険制度における要介護認定制度について

趣旨

- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

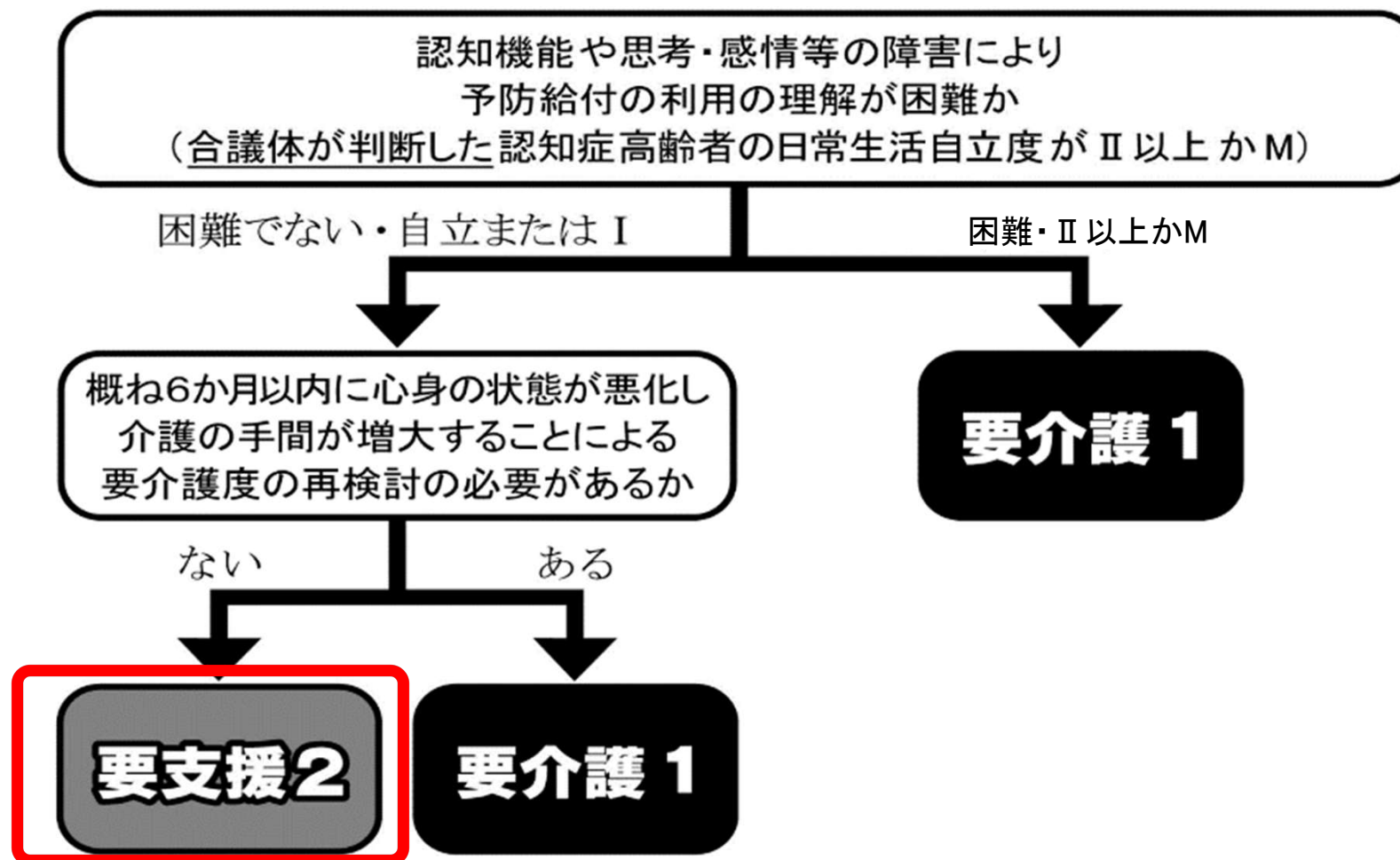
要介護認定の流れ

- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。（一次判定）
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。（二次判定）
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

要介護認定基準時間

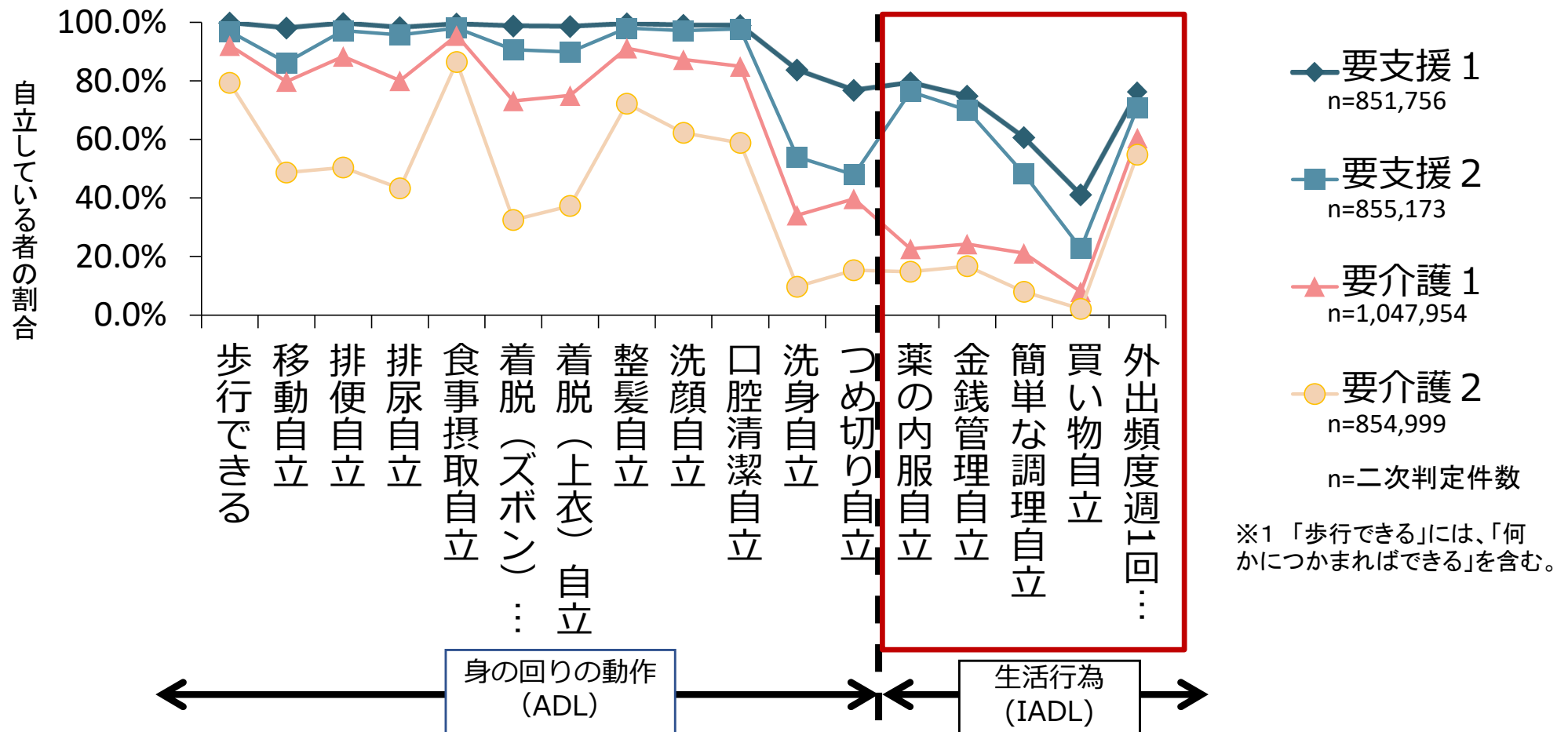
区分	要介護認定等基準時間
非該当	25分未満
要支援1	25分以上32分未満
要支援2・要介護1	32分以上50分未満
要介護2	50分以上70分未満
要介護3	70分以上90分未満
要介護4	90分以上110分未満
要介護5	110分以上

要支援2と要介護1の判定(状態の維持・改善可能性に関する審査判定)



出典：厚生労働省「要介護認定介護認定審査会委員テキスト2009」改訂版

要支援1～要介護2の認定調査結果



✓ 要支援者の大半は、ADLは自立しているが、**買い物などIADLに介助を要する。**

1) 認定支援ネットワーク「平成23年度要介護認定における認定調査結果」

65歳以上の要支援・要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上及びⅡ以上の者の割合

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上の者の割合 (一次判定時)	46.2%	57.6%	92.9%	89.4%	93.3%	94.7%	97.2%	81.9%
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合 (一次判定時)	9.0%	8.8%	74.8%	69.9%	80.9%	84.6%	92.2%	60.1%

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声 奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状起因する問題行動が継続する状態等

(※) 日常生活自立度Ⅱに該当する認知症高齢者については、在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるため、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図るものとされている。

(出典) 介護保険総合データベース。令和4年8月時点のデータから、令和3年4月末における要支援・要介護認定結果を集計したもの。

状態等に応じたサービスが選択できる

社会保障審議会介護保険部会 「見直しに関する意見（平成22年11月30日）」

- ・平成 18 年度より、要支援 1、2 の要支援者には予防給付が提供されているが、**本人の能力をできる限り活用して自立を目指すという制度の趣旨**が必ずしも**徹底されていない**状況も見られる

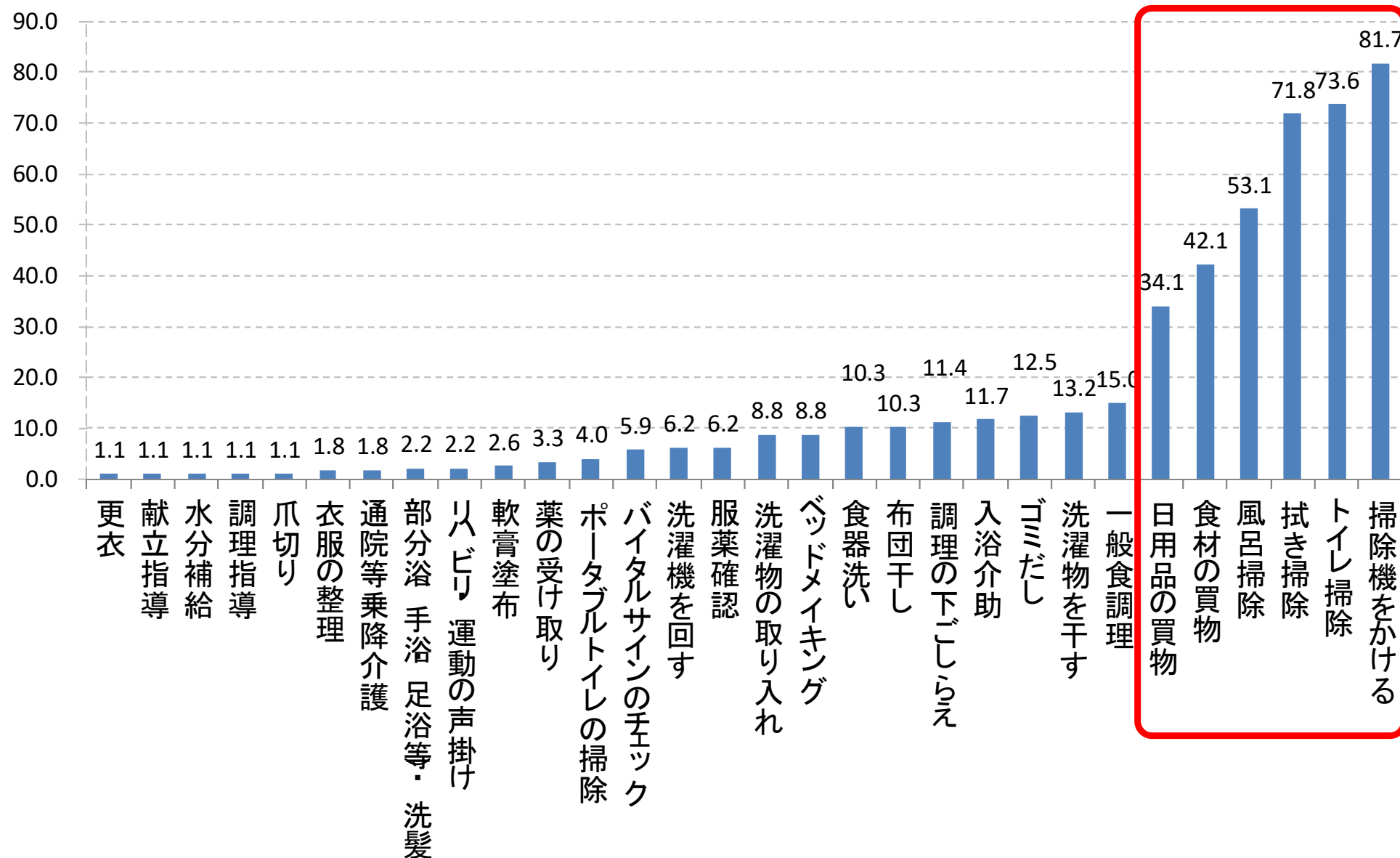
- ・単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。

特に、**要支援 1、2 と非該当を行き来する人については**、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、**予防給付と生活支援サービスを一体化し、**利用者の視点に立って**市町村がサービスをコーディネートすることが効果的**なのではないかと考えられる。このため、**保険者の判断により、サービスを総合化した介護予防・生活支援サービスを地域支援事業に導入し、**配食サービス、在宅の高齢者への特養等の食堂での食事の提供等が効率的に実施されるような仕組みを検討する必要がある。

任意・旧総合事業

総合事業開始前の介護予防訪問介護の利用者に占める 各サービス内容の提供割合（A市の例）

n=273



資料：大和高田市提供資料に基づき三菱UFJリサーチ&コンサルティングがグラフ化 ※集計項目のうち、上位30項目をグラフ化した。
三菱UFJリサーチ&コンサルティング「介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説（概要版）」（平成26年度老人保健事業推進費等補助金）

訪問介護の概要

厚生労働省資料

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者等）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

※「訪問介護員等」

介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう。

※「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）

身 体 介 護 （抜粋）

- 1－0 サービス準備・記録等：サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック／利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック／環境整備／換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等／相談援助、情報収集・提供／サービス提供後の記録等
- 1－1 排泄・食事介助：排泄介助（トイレ利用・ポータブルトイレ利用・おむつ交換）／食事介助／特段の専門的配慮をもって行う調理
- 1－2 清拭・入浴、身体整容：清拭（全身清拭）／部分浴（手浴及び足浴・洗髪）／全身浴／洗面等／身体整容（日常的な行為としての身体整容）／更衣介助
- 1－3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- 1－4 起床及び就寝介助
- 1－5 服薬介助
- 1－6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、A D L 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

生 活 援 助 （抜粋）

- 2－0 サービス準備等：サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック／利用者の安否確認、顔色等のチェック／環境整備／換気、室温・日あたりの調整等／相談援助、情報収集・提供／サービスの提供後の記録等
- 2－1 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ
- 2－2 洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ
- 2－3 ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 2－4 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
- 2－5 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理
- 2－6 買い物・薬の受け取り：日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り

保険給付と地域支援事業の違い

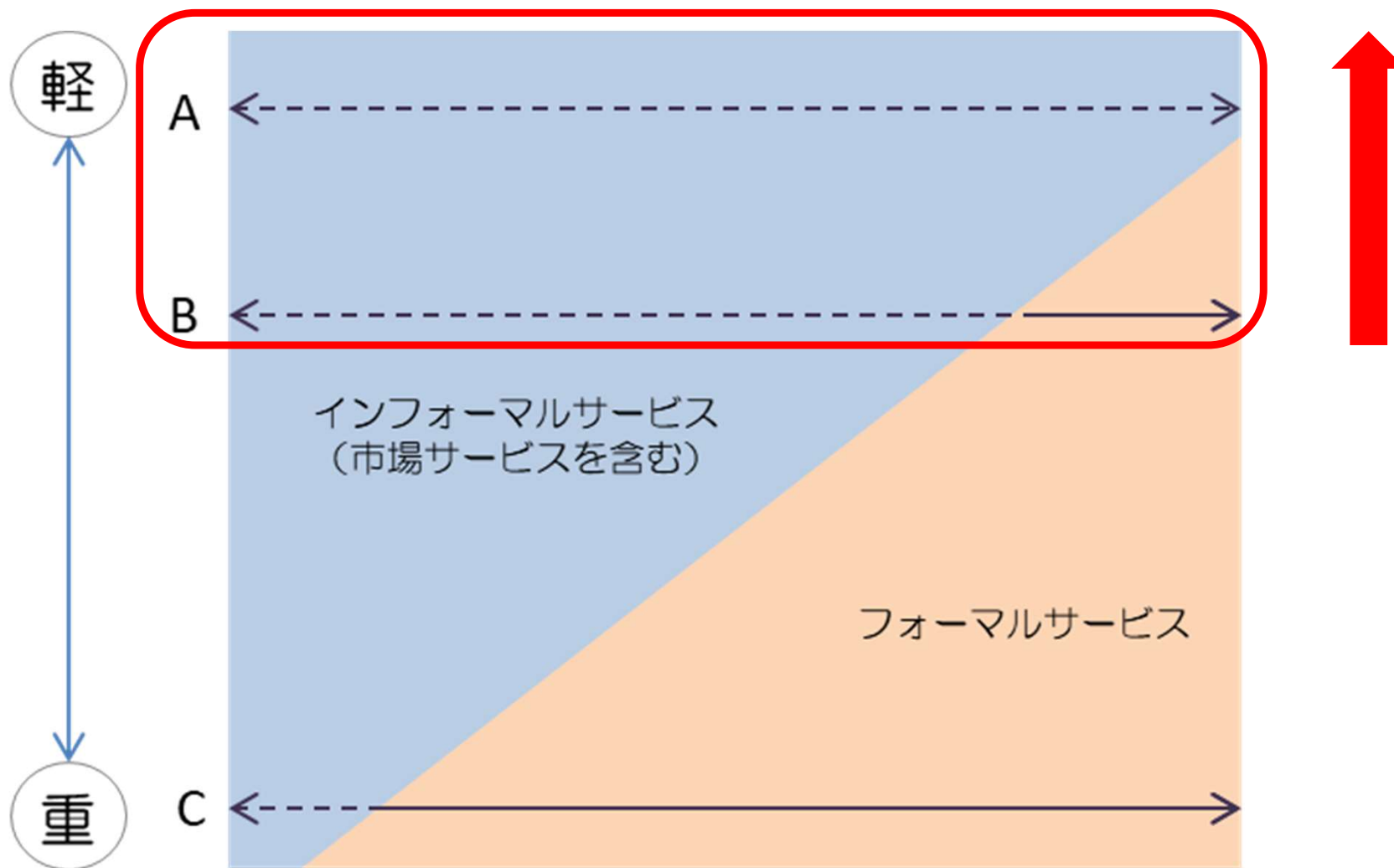
【保険給付】

- 事業者 自由参入（指定）
- 基準 国が決める
- 単価 国が決める
- 量 限度額内で利用者が決める
- 財政 決算主義

【地域支援事業】

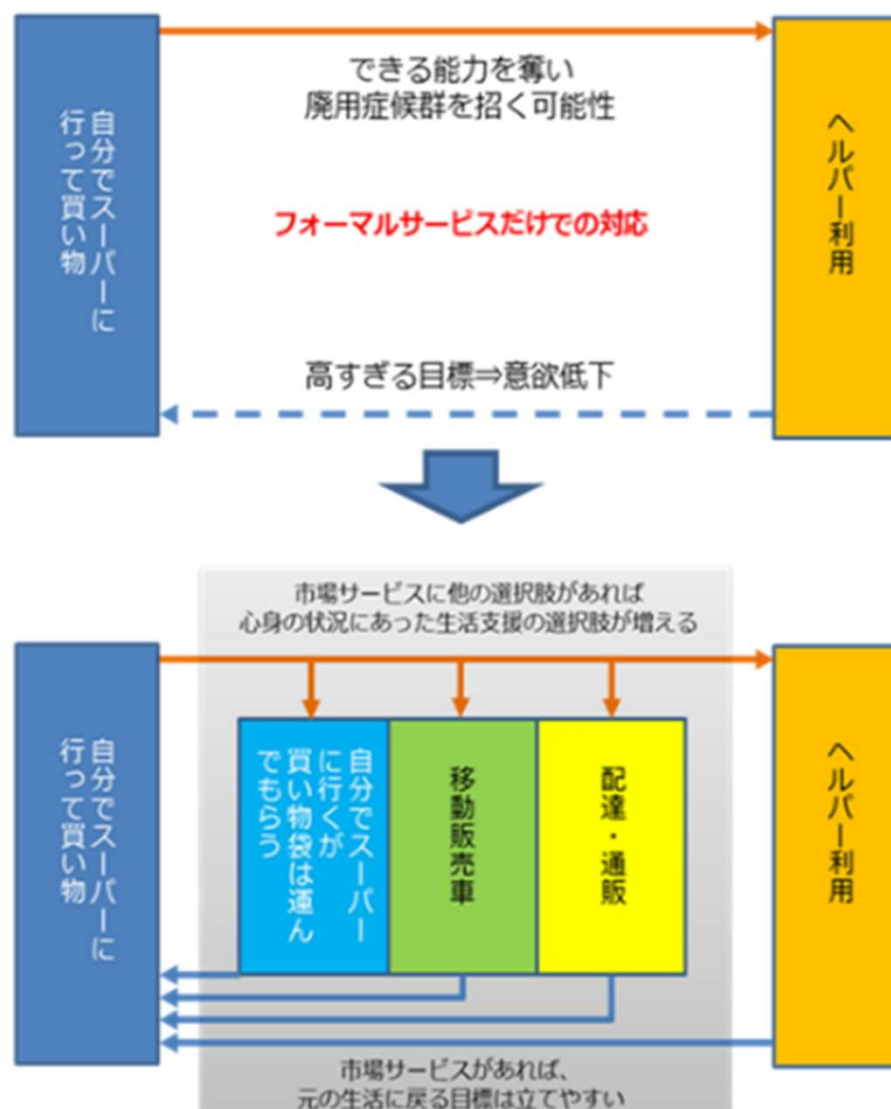
- 事業者 直営、委託、補助
- 基準 市町村が決める
- 単価 市町村が決める
- 量 市町村が決める
- 財政 予算主義

本人の生活を支えるインフォーマルサービス（市場サービスを含む）の活用



出典：日本社会事業大学専門職大学院客員教授（元・厚生労働事務次官、老健局長）蒲原基道氏 作成資料

生活支援・介護予防と市場サービス等の役割

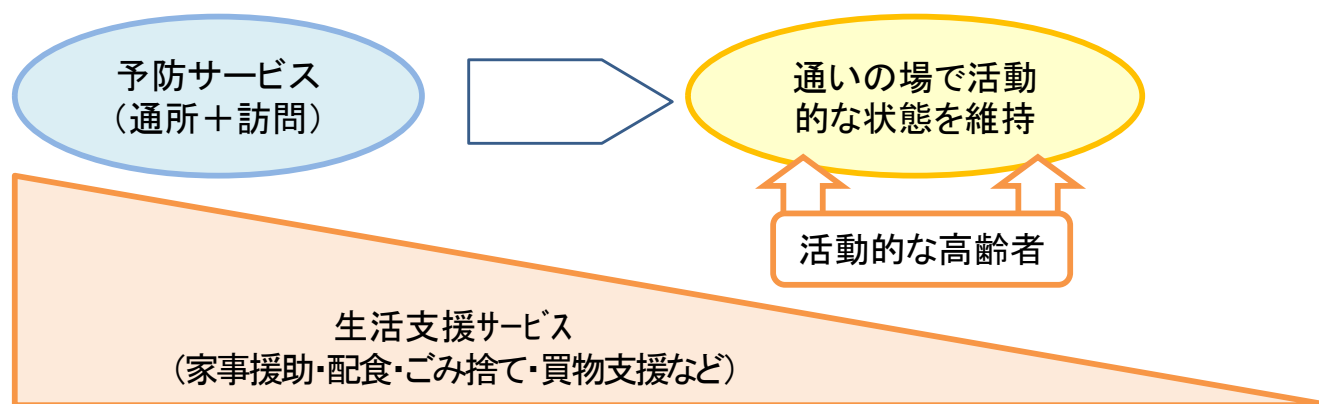


出典：令和2年度老人保健健康増進等事業「自治体と民間企業の協働による都市部における地域づくりの展開に向けた調査研究事業」国際長寿センター

総合事業のモデル

予防モデル事業における要支援者等の自立支援の考え方

- 要支援者等に対し、**一定期間の予防サービスの介入**（通所と訪問を組み合わせ実施）により、**元の生活に戻す（又は可能な限り元の生活に近づける）**ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。

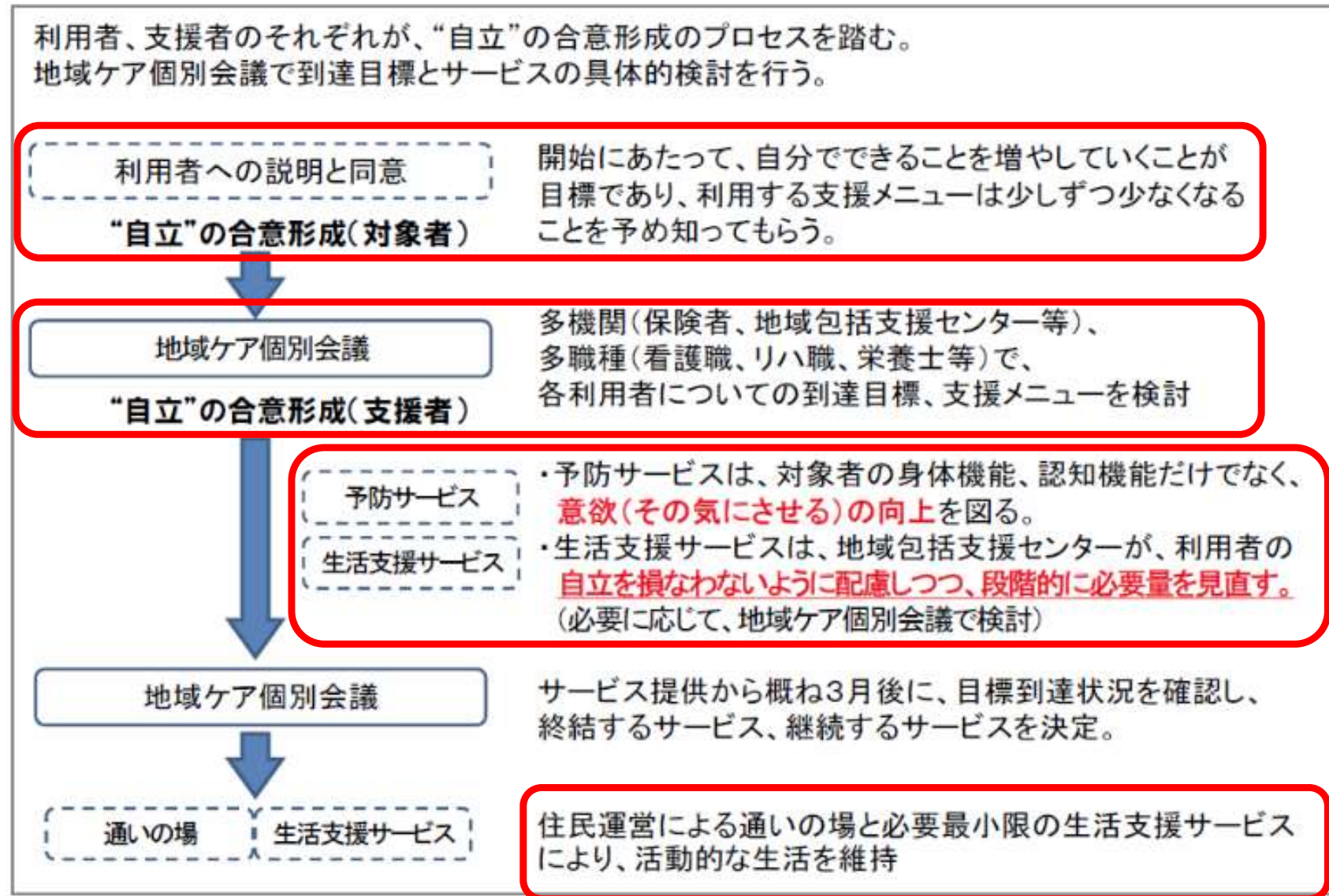


自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

・通所に消極的な閉じこもりがちの対象者は、当初は訪問で対応しながら、徐々に活動範囲を拡大。（用事を作り外出機会を増やす、興味・関心を高め外出の動機付けを行うなど）

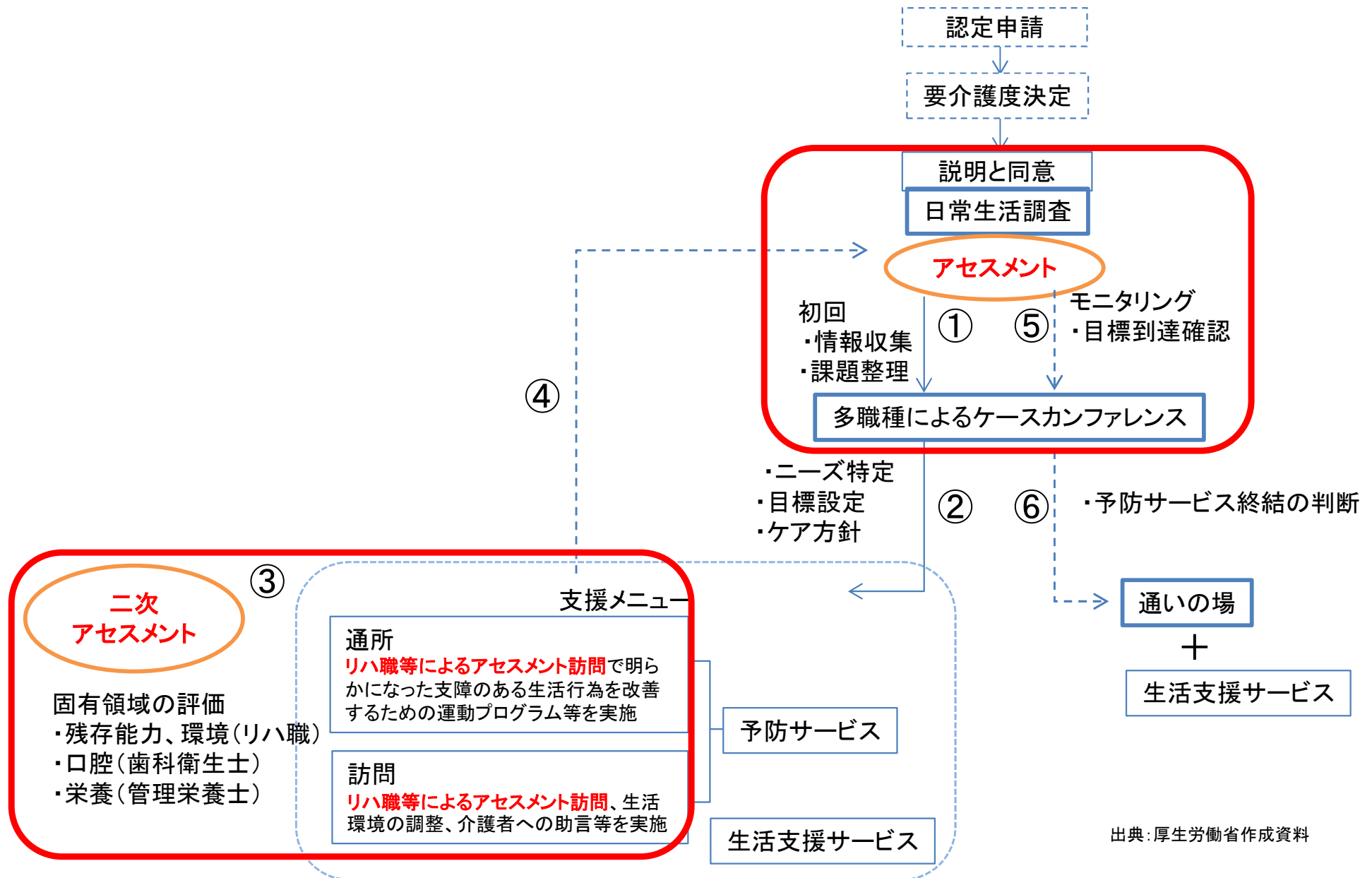
出典：厚生労働省作成資料

自立の合意形成



出典：株式会社日本総合研究所（2014）：平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護サービス事業所による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集」

予防モデル事業における自立支援の流れ



利用者の状態 : 生活の不活発により**下肢機能の低下**が顕著（要支援２）
 利用者の課題 : 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）
 認定期間 : ６ヶ月

ケアマネが立てた目標

清潔の保持に努める
（安全に入浴する）

あいまいな目標
デイに行けば即達成
※代表的な目標例

サービス内容

６ヶ月後評価困難

デイサービスで週２回風呂に入る

問題点

お世話なしには生活できない

デイサービスでは入浴できても
自宅では入浴ができない

見落とし多数！！

× お世話型のケアマネジメント

- ・ 根本的な課題解決になっていない。
- ・ 介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

具体的
６ヶ月後評価可能

６ヶ月後
自分で入浴することができる

ケア会議でのアドバイス（PT・OT・ST・歯科・栄養 等）

- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては？
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては？
- **低栄養では？ BMIは？ 食生活は？**
- 歯・口腔・嚥下の状態は？
- 薬の服用状況は？

サービス内容の見直し

再アセスメント

○ 自立支援型のケアマネジメント

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

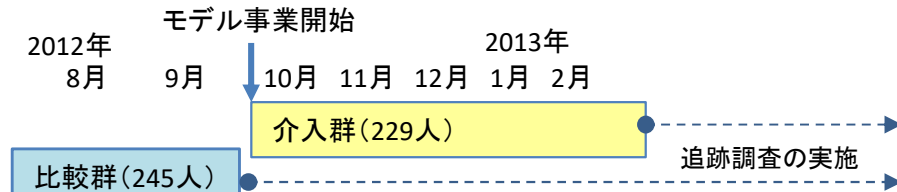
◆ 要介護度の改善 ◆ 自立した生活

予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

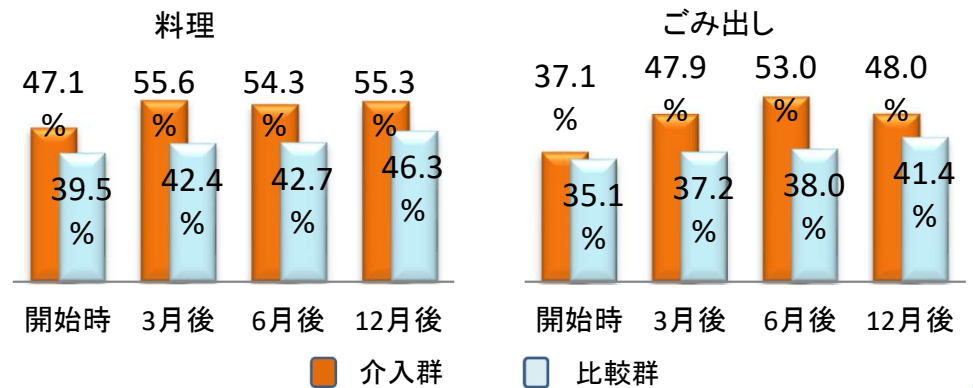
調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

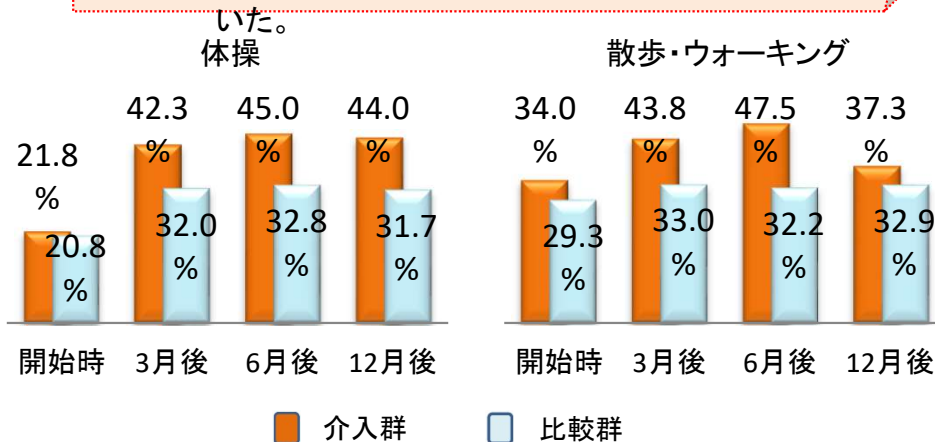


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
 3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。
 6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。
 12ヶ月後評価を実施できたのは、比較群164人、介入群150人であった。

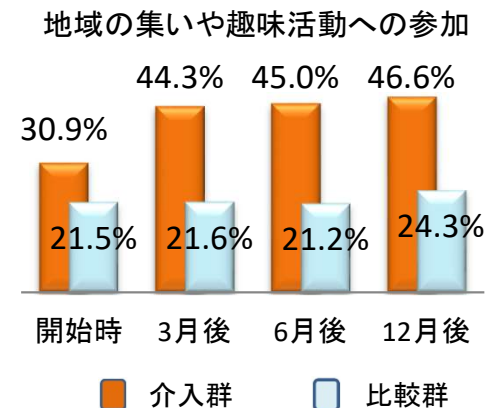
家事：自分で料理やごみ出しをする人の割合は、介入群と比較群であまり差はなかった。



活動：体操をする人の割合が、介入群の方でより高くなっていた。



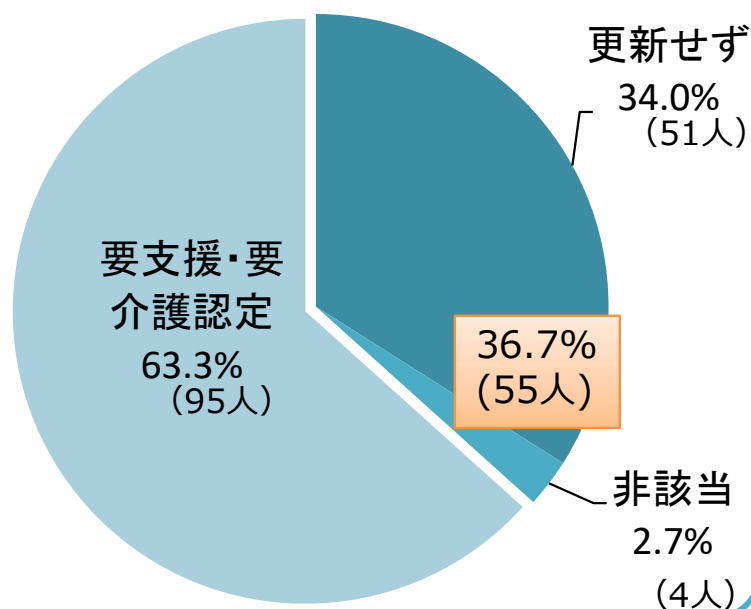
参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていた。



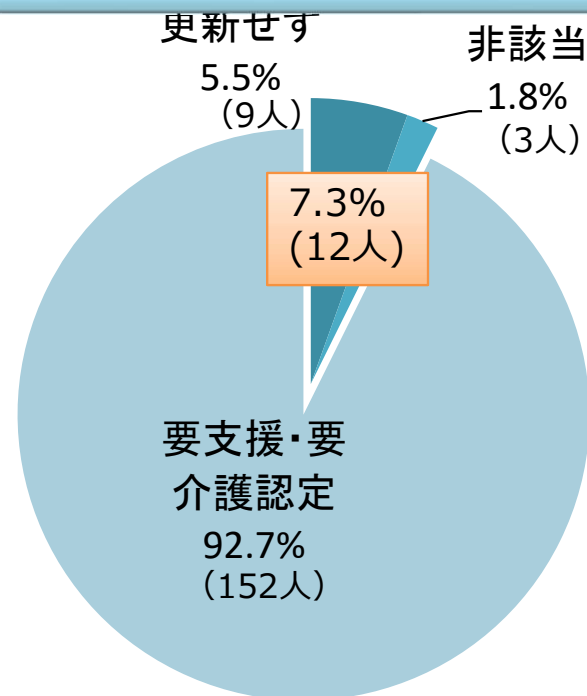
予防モデル事業における1年後の利用者の要介護度

1年後の要介護度については、介入群は比較群と比較して、更新申請を行わなかった者や非該当になった者の割合が高かった。

介入群（モデル事業の利用者）
150人



比較群（保険給付の利用者）
164人



モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、サービス開始後1年間追跡のできた介入群（150人）と比較群（164人）について、1年後の要介護度を集計。

出典：厚生労働省作成資料

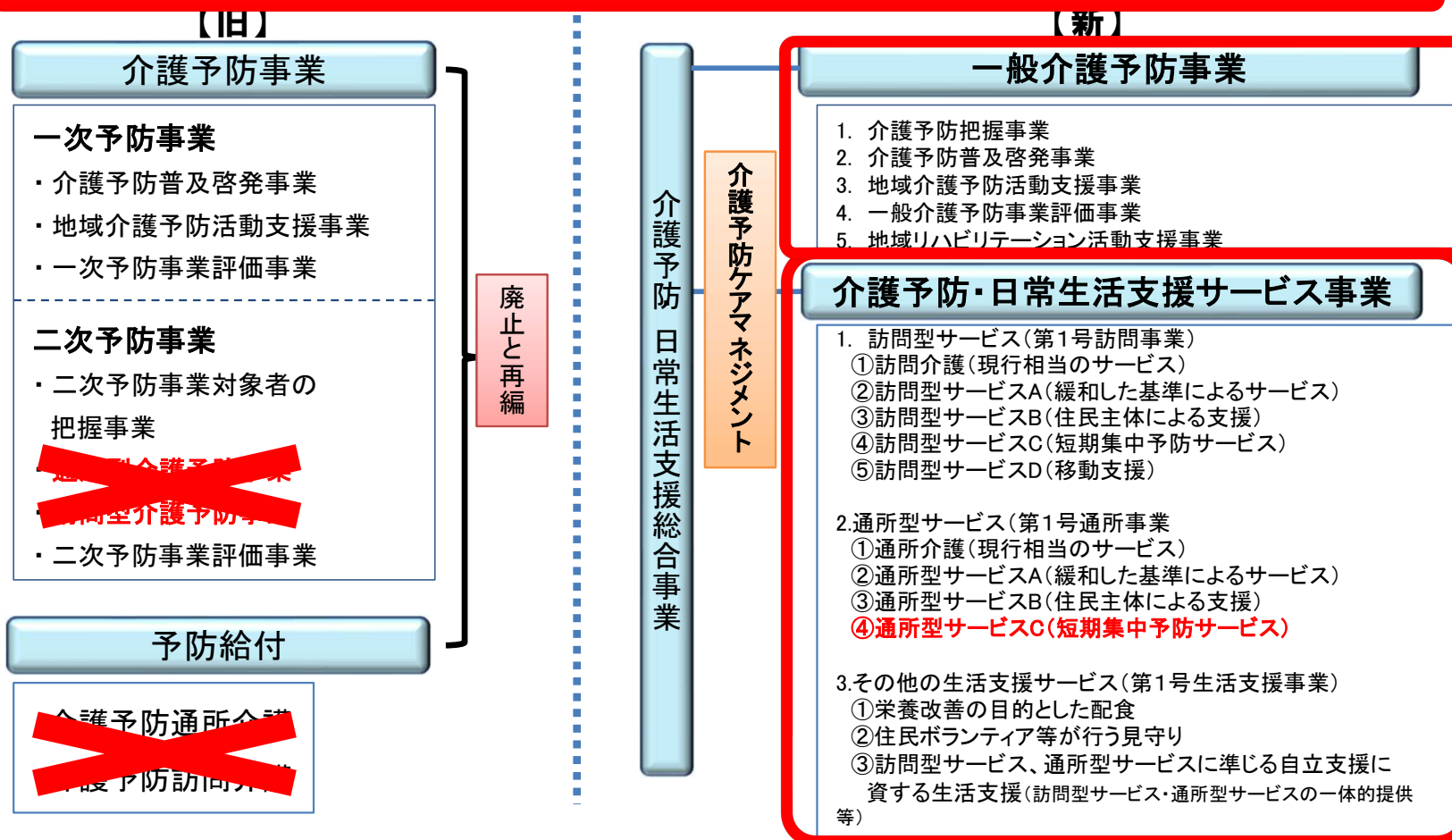
介護予防・日常生活支援総合事業の創設

社会保障審議会介護保険部会 「見直しに関する意見（平成25年12月20日）」

・このような生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進の必要性に応えるためには、**地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている**予防給付のうち、**訪問介護・通所介護について**、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、**地域支援事業の形式に見直すことが必要**である。

平成26年度法改正における介護予防事業の体系（平成29年度までに順次移行）

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直した。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



介護予防の推進

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

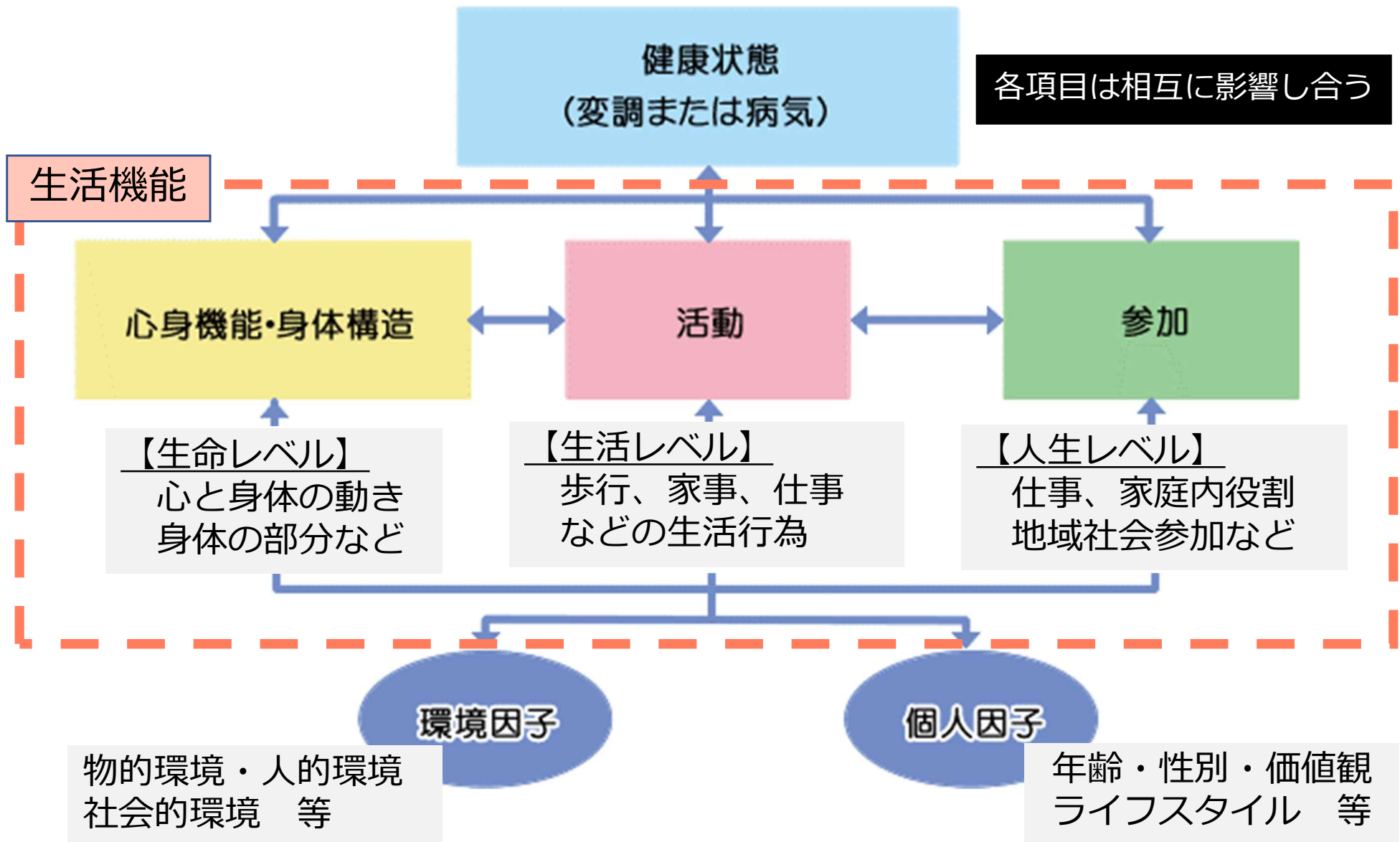
これまでの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

これからの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

ICFについて



指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

(介護予防支援の提供に当たっての留意点)

第三十一条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

一 **単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援すること**によって生活の質の向上を目指すこと。

二 利用者による主体的な取組を支援し、**常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。**

三 **具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。**

四 **利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。**

五 サービス担当者会議等を通じて、**多くの種類の専門職の連携により、**地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、**介護予防に資する取組を積極的に活用すること。**

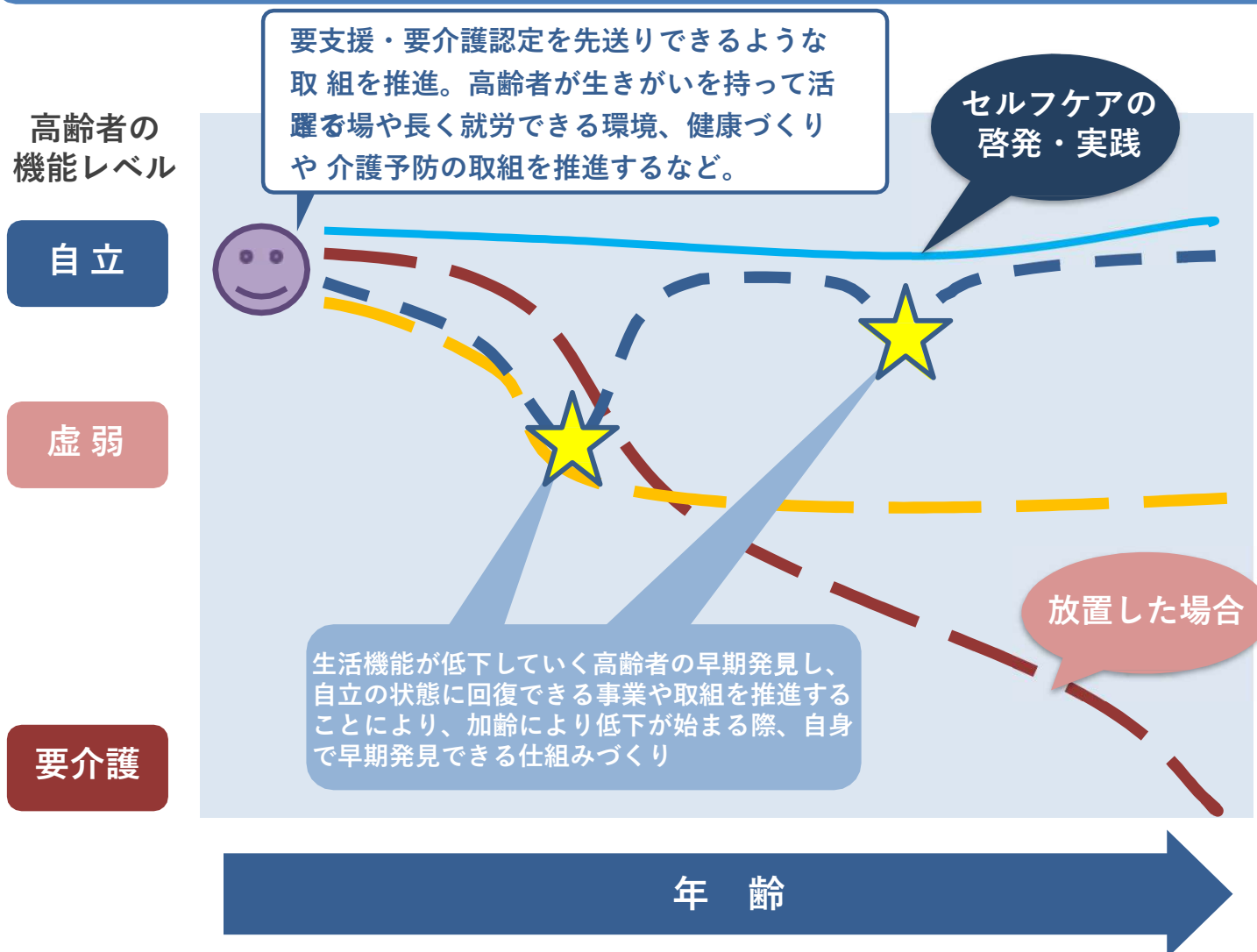
六 地域支援事業(法第百十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。)と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。

七 介護予防サービス計画の策定に当たっては、**利用者の個別性を重視した効果的なもの**とすること。

八 **機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。**

運動からセルフマネジメントへ

高齢者の機能レベルと介護予防の必要性



参照；地域包括支援センター運営マニュアル2訂（平成30年6月一般財団法人長寿社会開発センター）
P239

一部改変

短期集中予防サービスの多角的な支援

口腔へのアプローチ



- ・ 歯科衛生士などが支援
- ・ 口腔状態をチェックシートなどを使って一緒に確認
- ・ 関心度に合わせて自主トレーニングや生活習慣の提案を行う

栄養へのアプローチ



- ・ 管理栄養士などが支援
- ・ アセスメントシートを使って栄養状態を評価
- ・ 食事などの提案を行う

運動機能へのアプローチ



- ・ 掲示物などを確認しながら練習をする
- ・ 持ち帰り資料をもとに自宅で運動をする
- ・ 適宜、利用者が運動をしている様子を見ながらスタッフが支援する

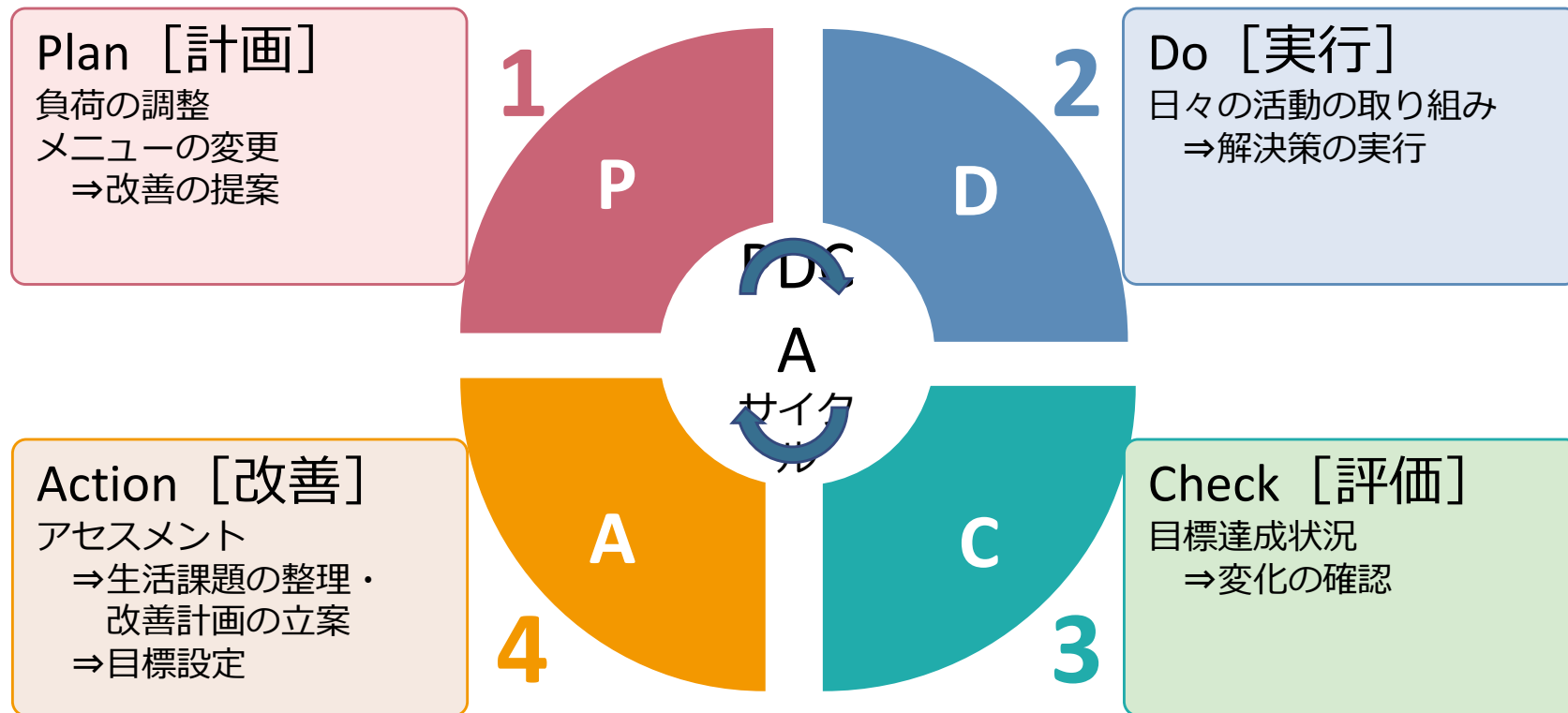
IADLや社会参加へのアプローチ



- ・ 生活支援コーディネーターなどが支援
- ・ 本人の興味や生活歴などをもとに地域資源の情報を提供
- ・ 地域資源を利用できるような支援

✓同時並行に全てのプログラムが進行

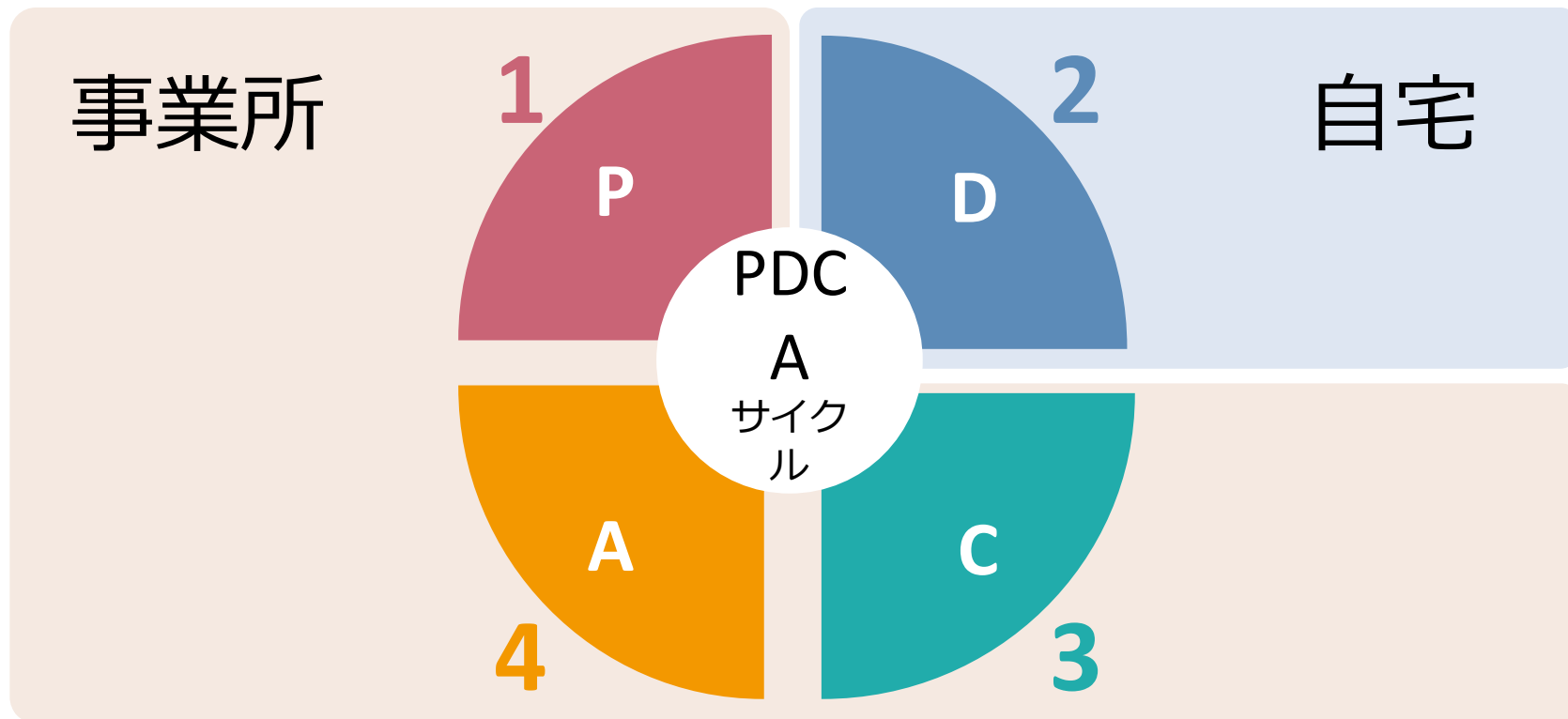
PDCAサイクルの循環



医療法人一祐会 名倉氏資料の一部を修正

✓ 利用者が主体となってPDCAサイクルを回すことができるように一緒に考える
⇒セルフマネジメントを身につけることにつながる

PDCAサイクルの循環



- ✓ 事業所で実施するのはあくまで"Plan、Check、Action"で、"Do"は自宅
- ✓ 自宅で過ごす1週間の生活を立て直す

介護のパラダイムシフト

第2回未来投資会議(平成28年11月10日)における安倍総理の発言



団塊の世代が75歳を迎える2025年は、すぐそこに迫っています。健康寿命を延ばすことが、喫緊の課題です。この『2025年問題』に間に合うように『予防・健康管理』と『**自立支援**』に軸足を置いた**新しい医療・介護システムを2020年までに本格稼働**させていきます。

医療では、データ分析によって個々人の状態に応じた予防や治療が可能になります。ビッグデータや人工知能を最大限活用し、『予防・健康管理』や『遠隔診療』を進め、質の高い医療を実現していきます。

日本の隅々まで質の高い医療サービスが受けられる。高齢者が生き生きと暮らせる。社会保障費が減っていく、ということになるわけでありまして、これらを一気に実現する医療のパラダイムシフトを起こしていかなければいけません。

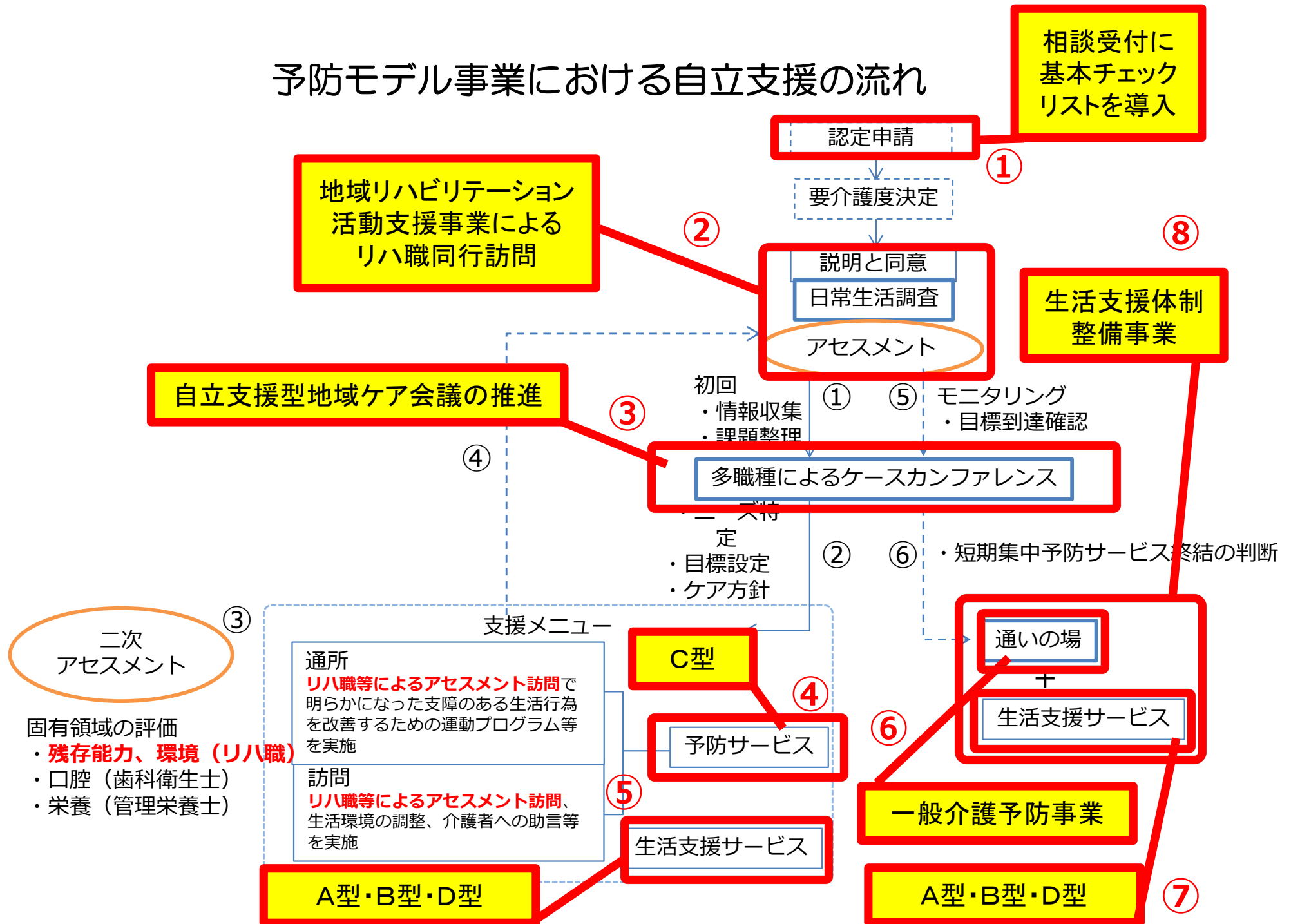
介護でも、パラダイムシフトを起こします。

これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことをお世話することが中心でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。

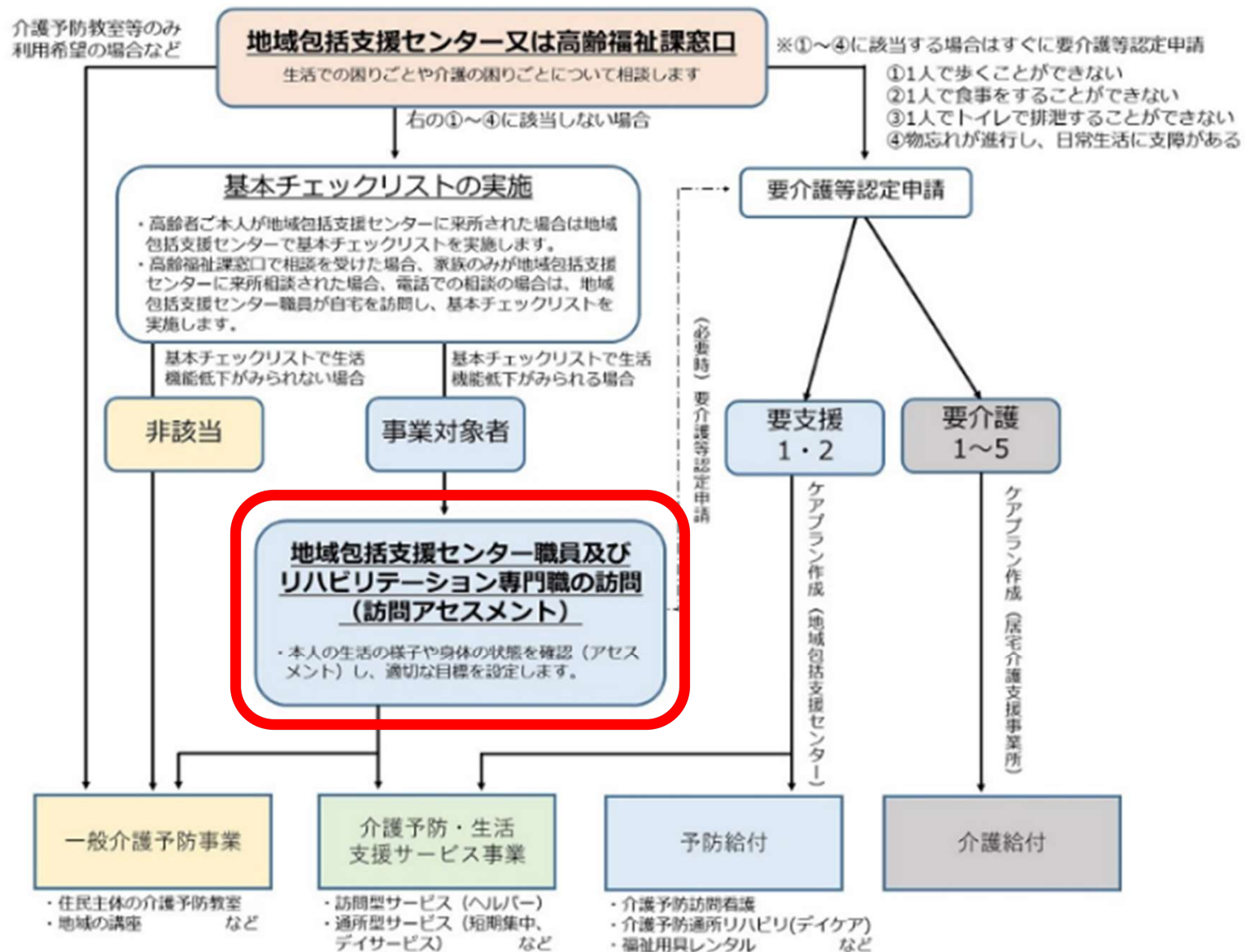
これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足を置きます。

本人が望む限り、**介護が要らない状態までの回復**をできる限り目指していきます。

予防モデル事業における自立支援の流れ



例：山口県防府市の総合事業のフロー



参考：総合事業の充実に向けた工程表

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」の中間整理及び 総合事業の充実に向けた工程表について（報告）

厚生労働省老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」の中間整理について

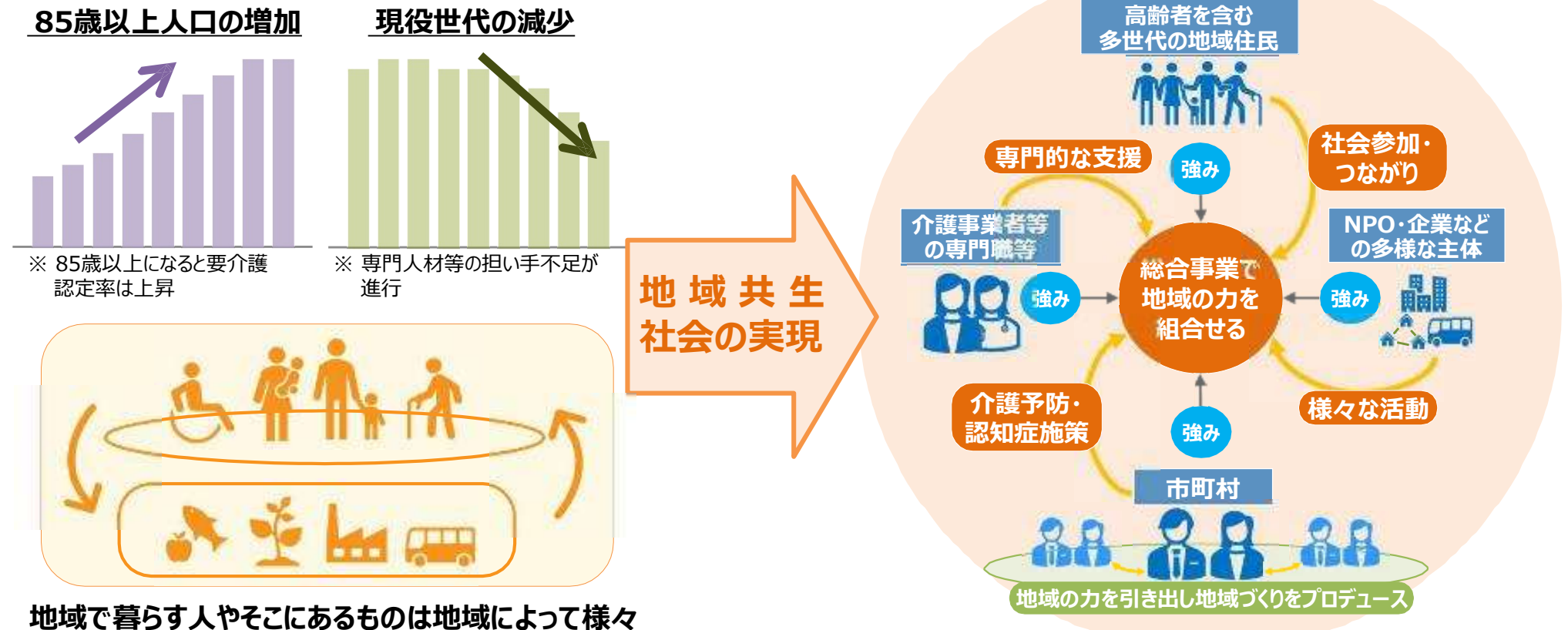
ひと、暮らし、きょういふのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

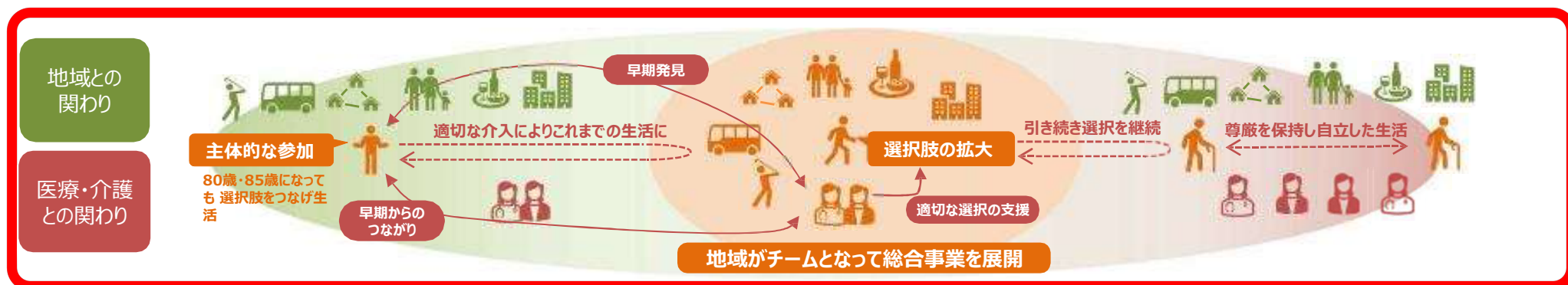
総合事業の充実に向けた基本的な考え方

- 2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。
- こうした中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要。
- 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築する。



高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

総合事業の充実のための対応の方向性

現状	対応の方向性
■ 総合事業のサービス提供主体は、<u>介護保険サービス事業者が主体</u> ① 個々の高齢者の経験・価値観・意欲に応じた地域での日常生活と密接に関わるサービスをデザインしにくい ①' <u>要介護や認知症となると、地域とのつながりから離れてしまう</u> ② <u>事業規模が小さく採算性の観点から、地域の産業や他分野の活動が総合事業のマーケットに入ることが難しい</u> ③ <u>多様な主体によるサービスが地域住民に選ばれない</u> ④ 2025年以降、現役世代は減少し担い手の確保が困難となる一方で、<u>85歳以上高齢者は増加</u>	■ 地域共生社会の実現に向けた基盤として総合事業を地域で活用する視点から<u>多様な主体の参画</u>を促進 ① 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるための<u>アクセス機会と選択肢の拡大</u> ①' <u>要介護や認知症となっても総合事業を選択できる枠組みの充実</u> ② <u>地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充</u> ③ 高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った<u>介護予防ケアマネジメントの手法の展開</u> ④ 総合事業と介護サービスとを一連のものとし、<u>地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり</u>

高齢者一人一人の 介護予防・社会参加・生活支援

- ・後期高齢者の認定率等
- ・主体的な選択による社会参加
- ・自立した地域生活の継続



総合事業により創出される 価値の再確認

地域共生社会の実現

- ・高齢者の地域生活の選択肢の拡大
- ・地域の産業の活性化（≡地域づくり）
- ・地域で必要となる支援の提供体制の確保

総合事業の充実のための具体的な方策

1

高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるためのアクセス機会と選択肢の拡大

■ 高齢者が地域で日常生活をおくるために選択するという視点に立ったサービスの多様なあり方

- ➡ 現行のガイドラインで例示するサービスAとサービスBは“誰が実施主体か”で分類（交付金との関係あり）
- ➡ 予防給付時代のサービス類型を踏襲、一般介護予防事業や他の施策による活動と類似する活動もある
 - ➡ “サービスのコンセプト”を軸とする分類も検討
例）・高齢者が担い手となって活動（就労的活動含む）できるサービス ・高齢者の生活支援を行うサービス
 - ➡ 訪問と通所、一般介護予防事業、保険外サービスなどを組み合わせたサービス・活動モデルを例示
 - ➡ 高齢者の生活と深く関わる移動・外出支援のための住民活動の普及

■ 継続利用要介護者が利用可能なサービスの拡充（認知症施策や就労促進にも寄与）

- ➡ 要介護や認知症となっても地域とのつながりを持ちながら自立した日常生活をおくることのできるよう対象を拡大
 - ➡ 現行の利用対象サービスをサービスAに拡大するとともに、サービスBの補助金ルールを見直し

2

地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充

■ 市町村がアレンジできるよう多様なサービスモデルを提示

- ➡ 支援パッケージを活用し、総合事業の基本的な考え方やポイントを提示
- ➡ 新たな地域づくりの戦略を公表し、具体的なイメージを提示
- ➡ ガイドライン等で総合事業の運営・報酬モデルを提示

■ 地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくなる枠組みの構築

- ➡ 国や都道府県に生活支援体制整備事業プラットフォームを構築し、民間や産業との接続を促進
- ➡ 産業支援体制整備事業の活性化の取組み、民間が担う地域住民の生活支援活動の模範

3

高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防ケアマネジメントの手法の展開

■ 高齢者や家族に多様なサービスを選んでもらうための介護予防ケアマネジメント

- ➡ 多様なサービスの利用対象者モデルを提示
- ➡ 多様なサービスを組み合わせて支援するケアプランモデルを提示
- ➡ 高齢者を社会参加につなげた場合や、孤立する高齢者を地域の生活支援につなげた場合の加算の例示（推奨）
- ➡ 地域のリハ職と連携して介護予防ケアマネジメントを行った場合の加算の例示（推奨）
- ➡ 介護予防ケアマネジメントの様式例に従前相当サービスを選択した場合の理由を記載する欄を追加

■ 総合事業と介護サービスを切れ目なく地域で提供するための計画づくり

- ➡ 評価指標に、専門人材がより専門性を発揮し、必要な支援を提供するための体制を確保する視点を導入

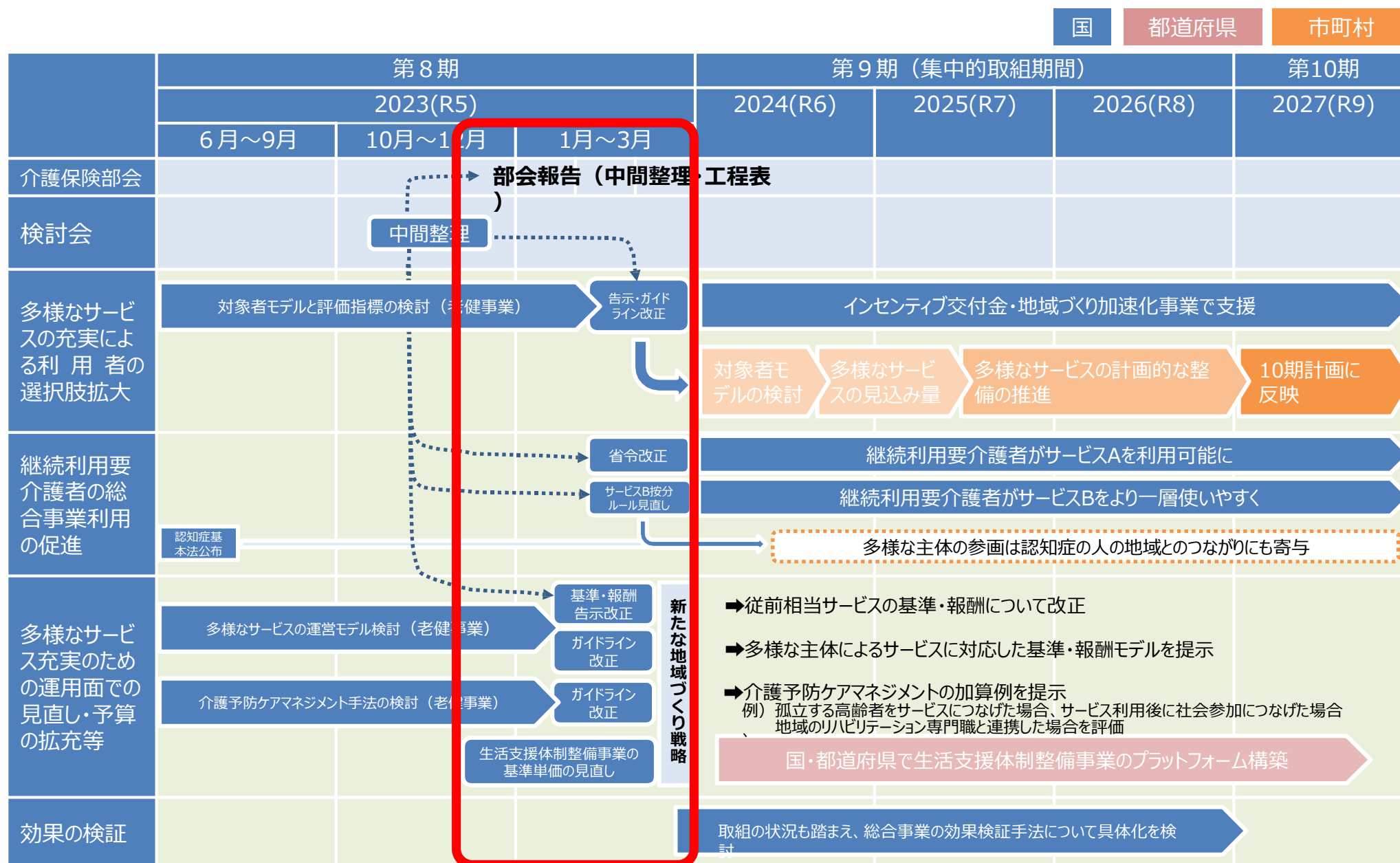
4

地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり

インセンティブ交付金や伴走的支援等を通じて、市町村を支援

第9期介護保険事業計画期間における総合事業の 充実に向けた工程表について

総合事業の充実に向けた工程表





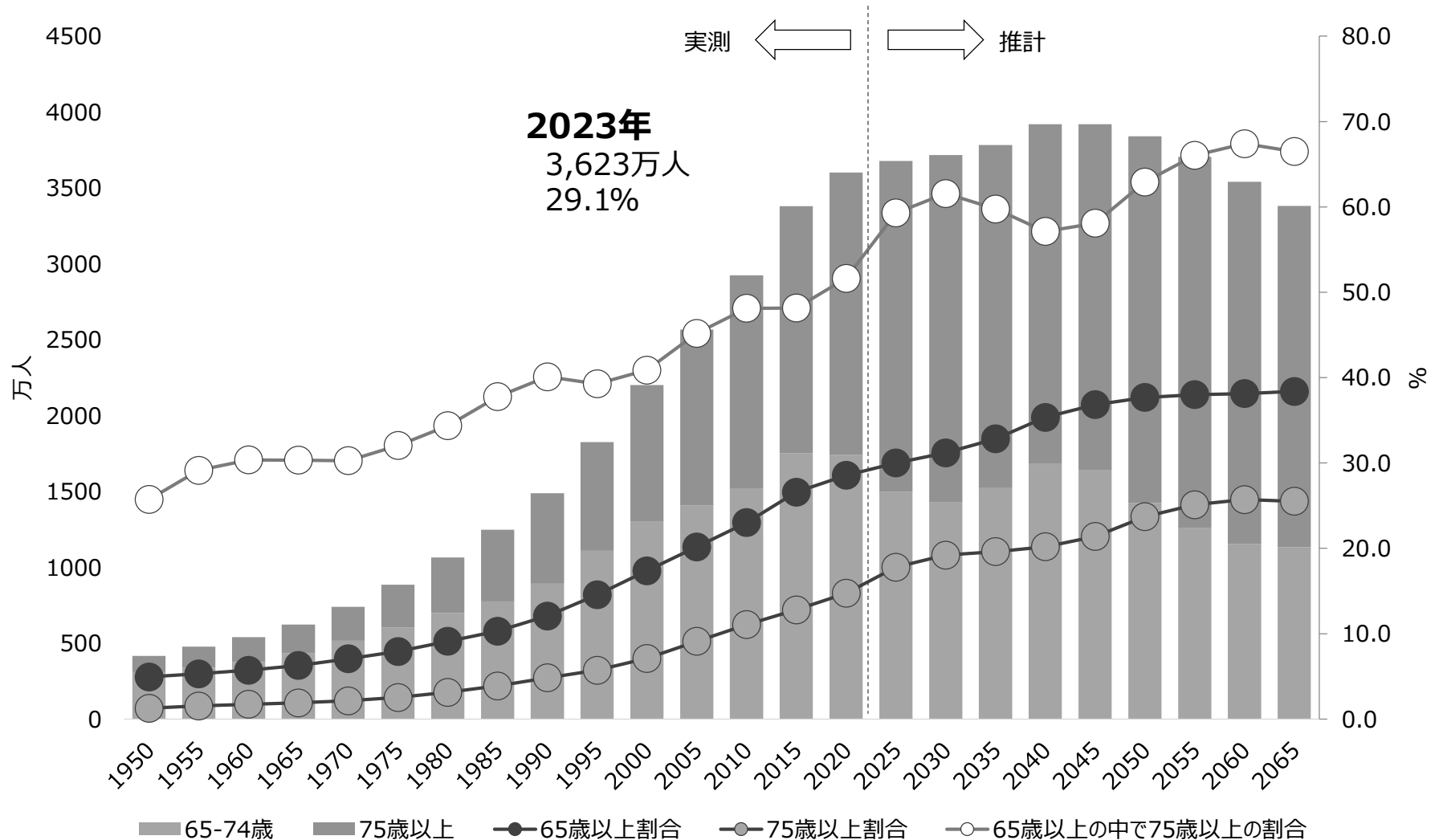
筑波大学
University of Tsukuba

通いの場の展開

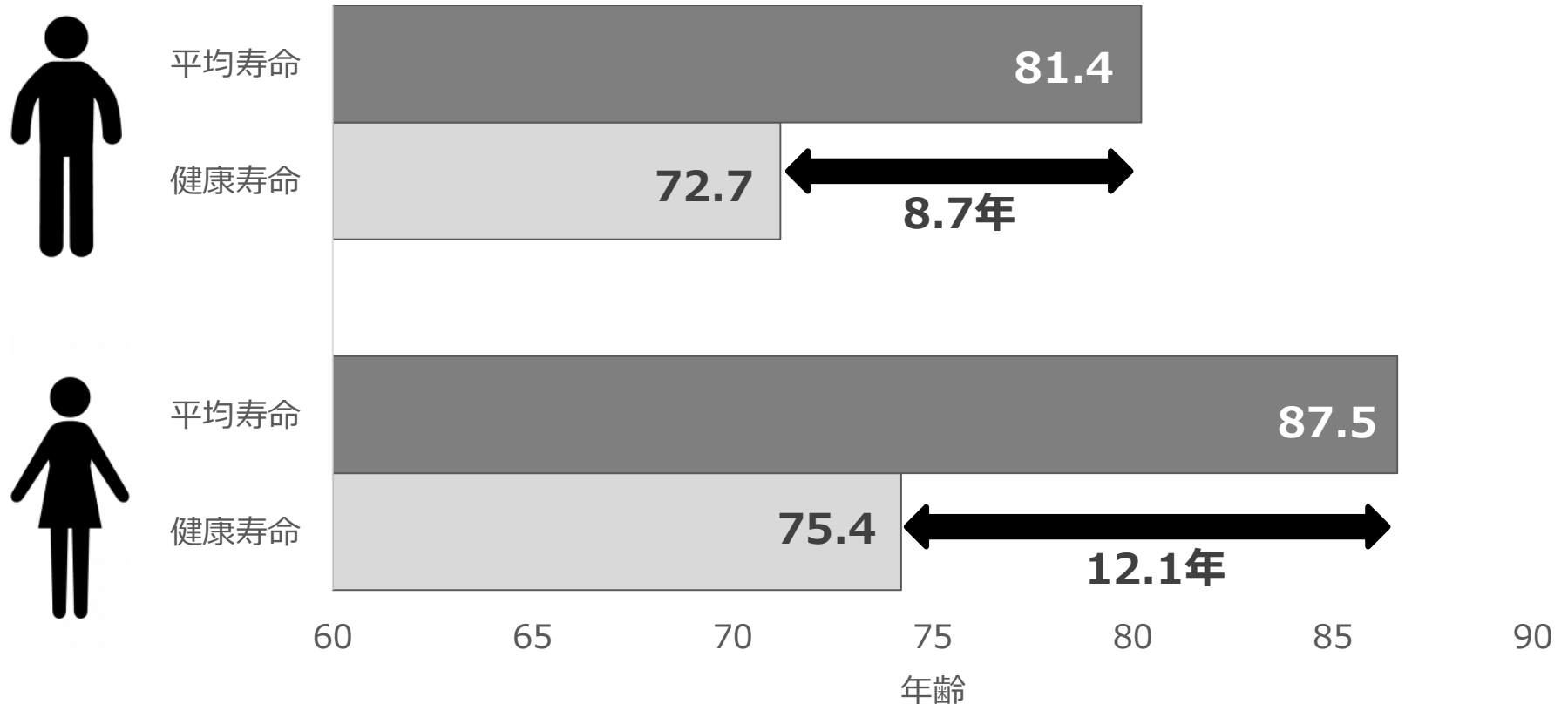
健康寿命延伸に向けた考え方

筑波大学人間系
山田 実

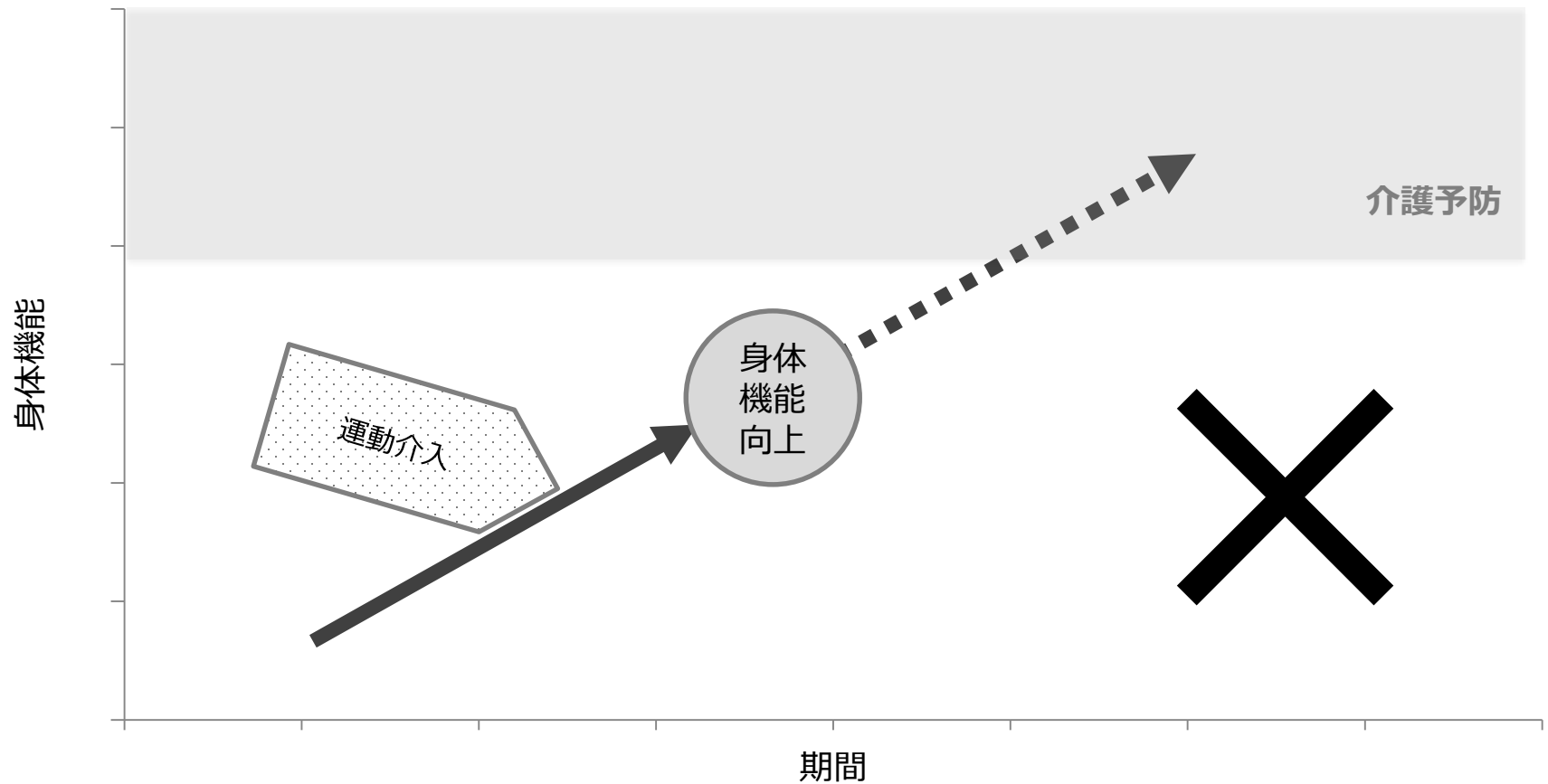
高齢者人口の推移



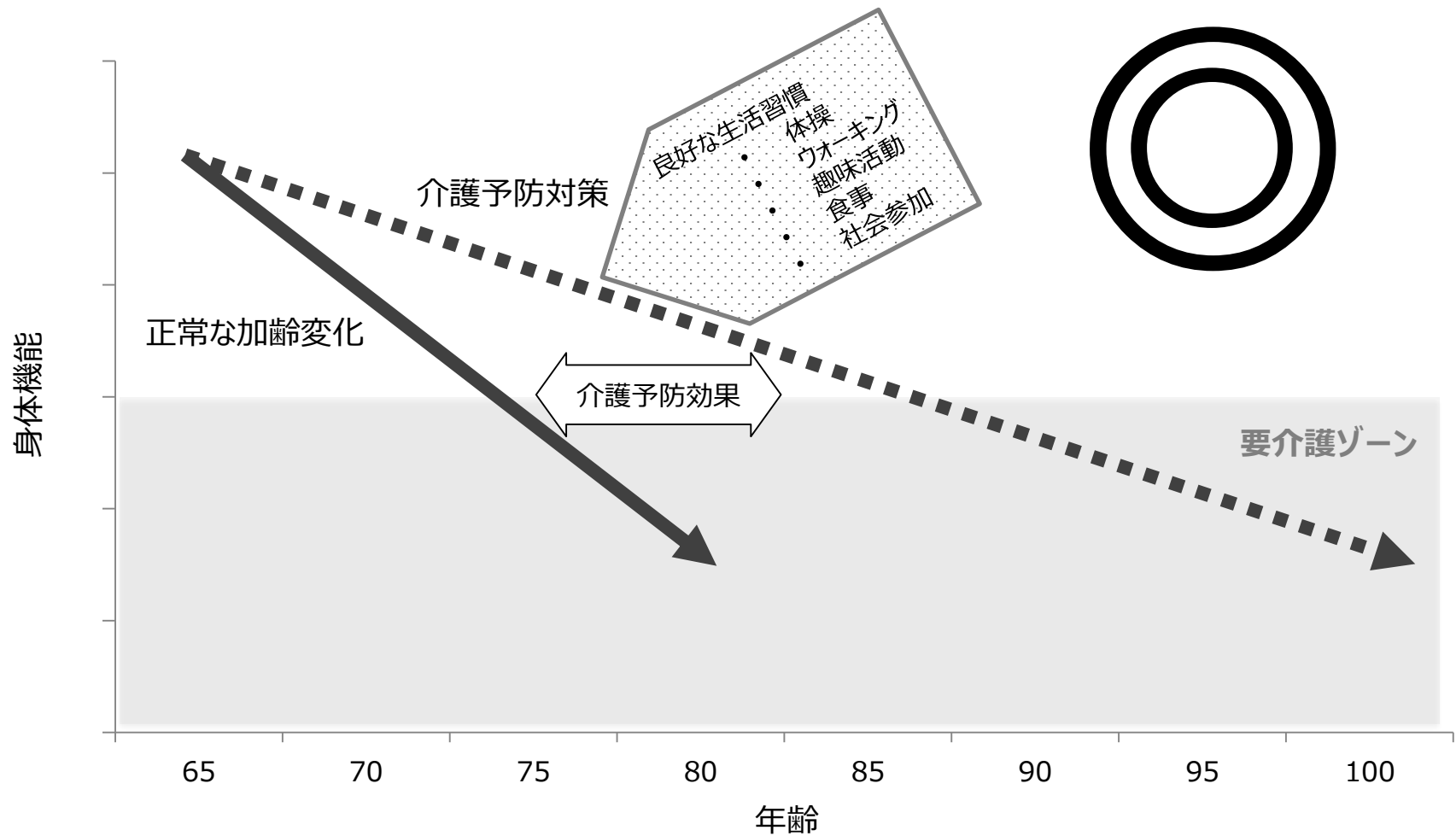
平均寿命と健康寿命（2019）



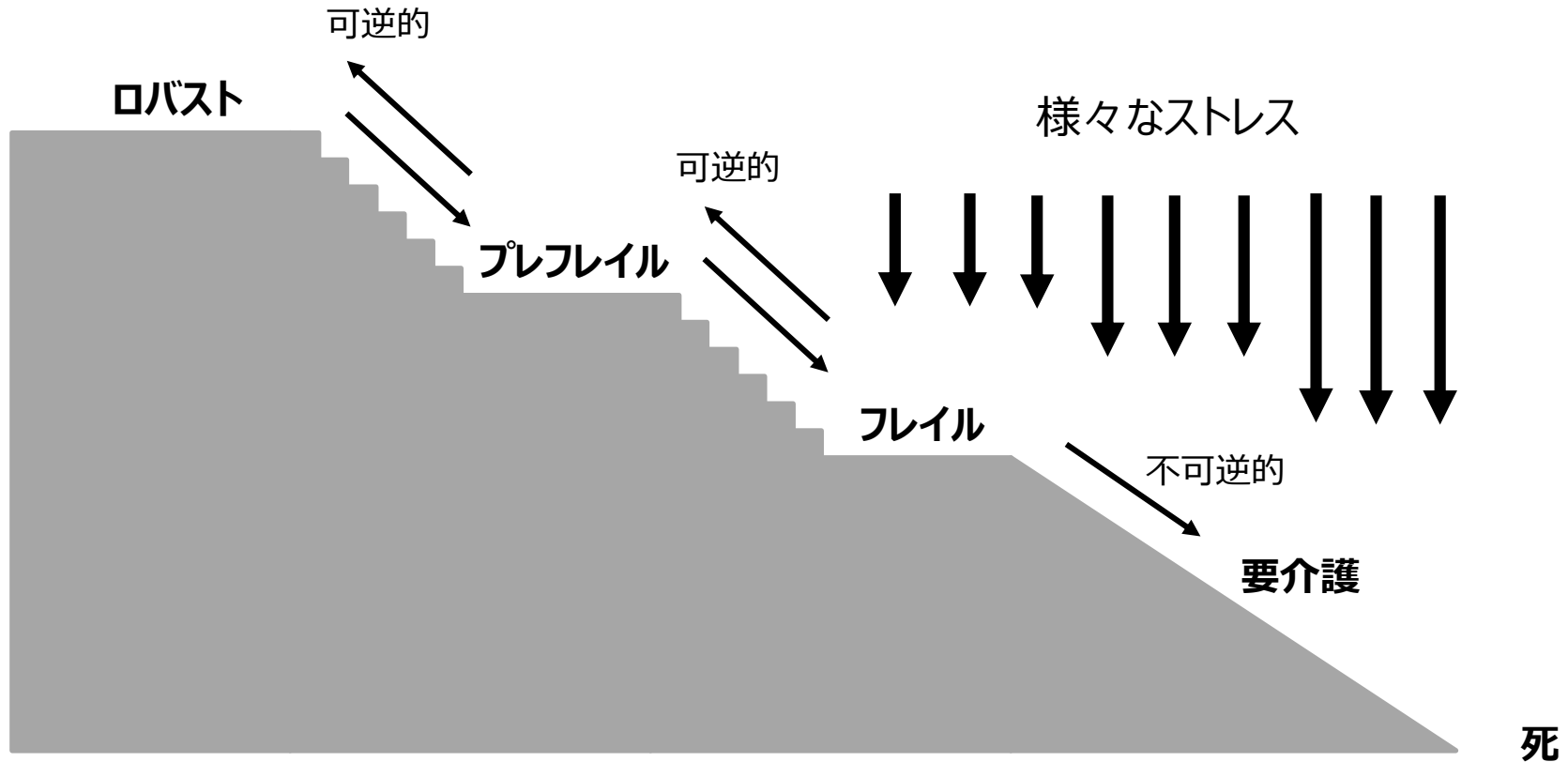
身体機能と介護予防のイメージ



身体機能と介護予防のイメージ



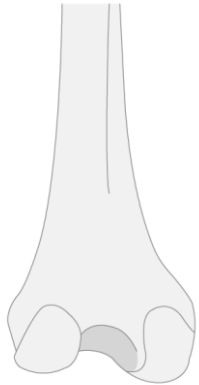
フレイルのイメージ



フレイルの要素

身体的フレイル

骨



骨粗鬆症

軟骨・関節



変形性関節症

筋肉



サルコペニア

ロコモティブシンドローム（ロコモ）

心理・精神的フレイル

脳



認知機能低下・うつ

社会的フレイル

社会



閉じこもり

フレイル

フレイル対策：オート3輪

車体のメンテナンス：
家族・専門職

運転手：高齢者本人

健康

車輪1：社会参加習慣

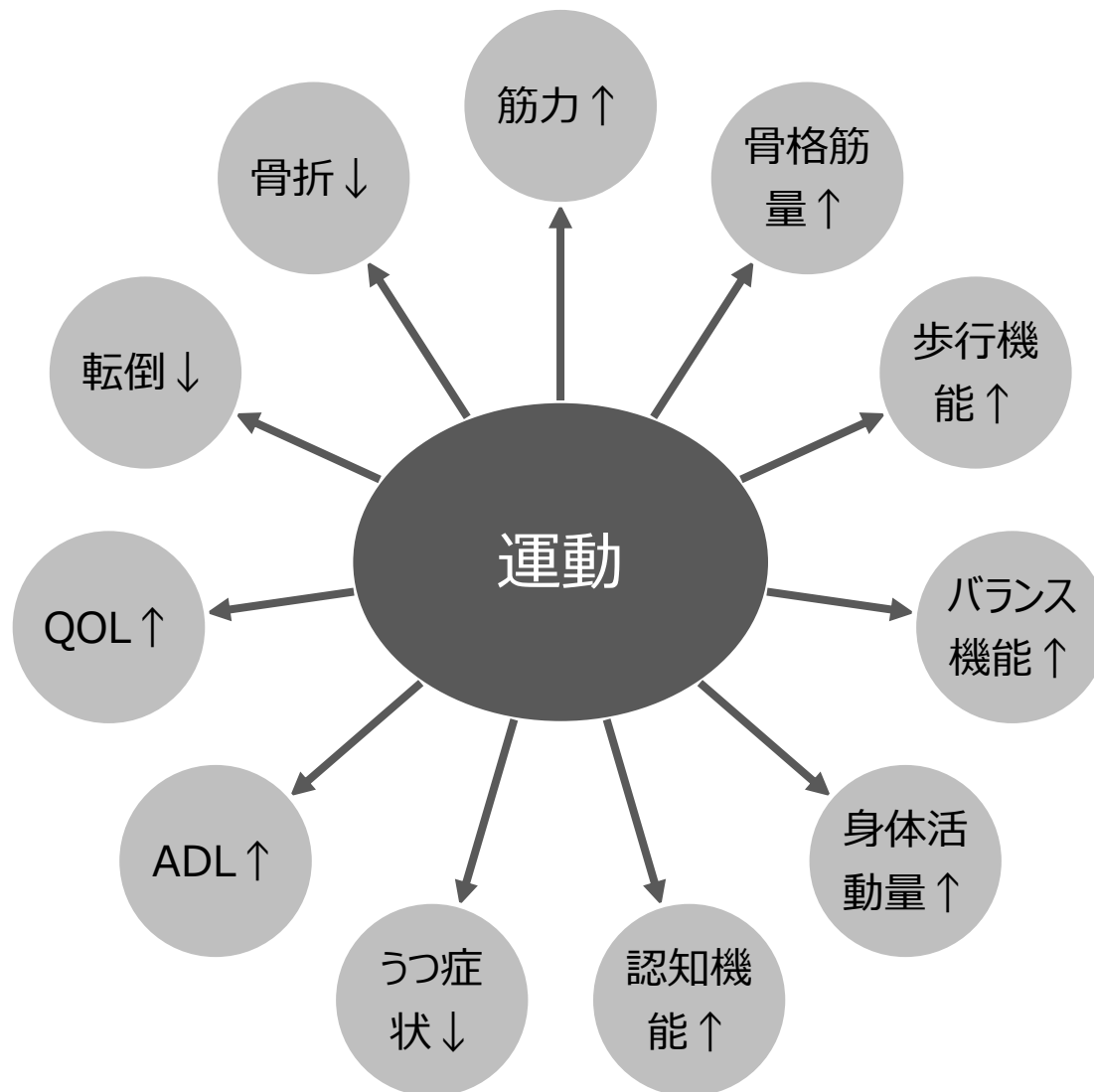
車輪3：良い食習慣

車輪2：運動習慣

不健康要因

傾斜軽減・道路整備：行政関係者・研究者

高齢者に対する運動の効果



介護予防事業：ハイリスク介入



通いの場（運動）

DVD



専門職：運動指導士



参加者：高齢者

Web版集いのひろば

介護予防、フレイル対策の研究者・専門家が作成した動画を配信します。また、皆様のご質問にお答えします（答えられない質問もあります）。

可能であれば、歩数計や携帯電話などで、日々の活動状況が分かるようにしておいてください（必須ではありません）。



研究者



1回／週のメール送信
参加者全員に同じ内容を送信します。
質問への回答、近況報告は全ての参加者が閲覧できるような形で送信します。

- 簡単な挨拶文
- YouTube動画のリンク
- アンケートフォームのリンク
- 前回の質問への回答（抜粋）
- 前回の対象者の近況報告のレポート（抜粋）



高齢者

5-10分程度／回の動画
テーマの例

- フレイルとは
- ウォーキングの方法



アンケート入力
（必須ではありません）

- 動画の感想
- 動画に関する質問
- 介護予防に関する質問
- コメント
- 近況報告



2021年1-3月：試験実施
2021年5月～：本格実施

ご清聴ありがとうございました。

山田 実 RPT PhD

筑波大学人間系（筑波大学大学院 人間総合科学学術院 リハビリテーション科学 学位プログラム）

E-mail: m-yamada@human.tsukuba.ac.jp

HP: <https://www.yamada-lab.tokyo/>

Twitter: https://twitter.com/Tsukuba_Tokyo

Instagram: https://www.instagram.com/tsukuba_tokyo/?hl=ja



@Tsukuba_Tokyo



tsukuba_tokyo

地域づくり加速化事業の支援を受けて



水戸市マスコットキャラクター みとちゃん

令和5年度地域づくり加速化事業ブロック別研修会
令和6年1月23日（火）

茨城県水戸市福祉部高齢福祉課
地域支援センター 海老沢 明子 赤津 雅子

人口 269,196人

後期高齢者人口 39,537人 (14.7%)

日常生活圏域 8圏域

水戸市は、首都・東京から北東へ約100キロメートル、茨城県庁の所在地です。

明治22（1889）年4月に、日本で最初に市制を施行した全国31市の一つです。平成31

（2019）年には市制施行130周年を迎えました。また、平成13（2001）年に特例市に移行し、令和2（2020）年4月1日から中核市となりました。

徳川御三家の一つ、水戸徳川家の城下町として栄えた歴史を持つまちです。



水戸市の地域支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス

通所型サービス

介護予防ケアマネジメント

一般介護予防事業

介護予防普及啓発事業

地域介護予防活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業

包括的支援事業（①以外は消費増税分を財源とした「社会保障充実分」）

①地域包括支援センターの運営

【基幹型十支所8か所（うち7か所委託）】

- 高齢者の総合相談窓口。権利擁護の取り組みやケアマネの支援など

②在宅医療・介護連携推進事業（一部市医師会に委託）

- 地域住民への普及啓発【H28～】
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援、医療・介護関係者の研修など【H30～市医師会に委託】

③生活支援体制整備事業【多様な担い手による新たなサービスの充実】

- 第1層（市全域担当：住民主体による生活支援の担い手養成）【H29～】
- 第2層（日常生活圏域担当）【H30～水戸市社会福祉協議会に委託】

④認知症総合支援事業

- 認知症初期集中支援推進事業【H29年度～】
⇒医療・福祉の専門職及び医師をチームとした初期集中支援の実施
- 認知症地域支援・ケア向上事業【H28年度～】
⇒認知症の人と家族の支援を目的に認知症カフェ等を実施

⑤地域ケア会議推進事業【H27～】

- 支援困難ケース等の検討を通じた地域課題の把握等

任意事業

介護給付等費用適正化事業

家族介護支援事業

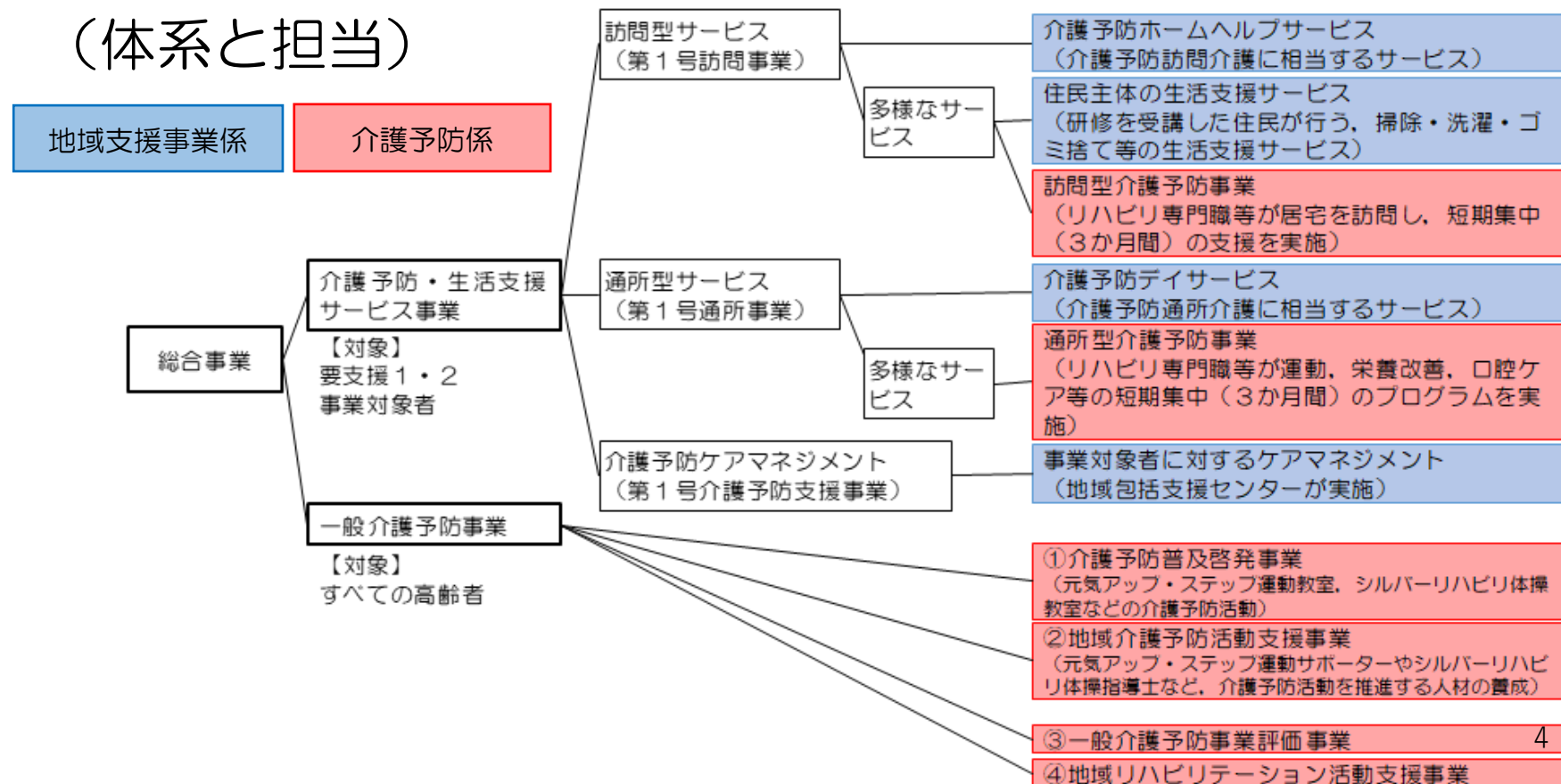
- 認知症高齢者等家族支援位置探索サービス
- 家族介護慰労金
- 家族介護用品支給事業

その他の事業

- 成年後見制度利用支援事業
- 認知症サポーター等養成事業
- 介護相談員派遣事業
- 配食サービス
- 在宅見守り安心システム

水戸市の総合事業

(体系と担当)



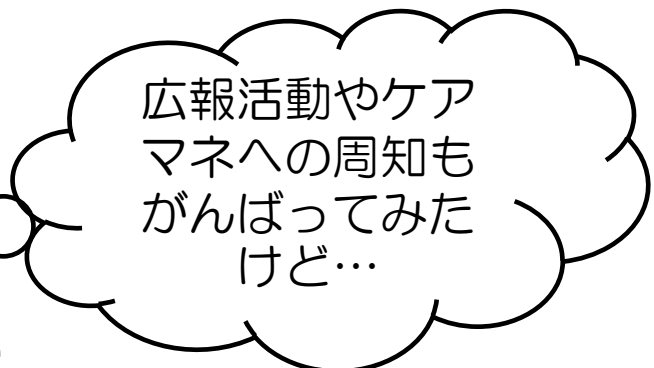
本日の予定

1. エントリーした経緯
2. 0.5mtg
3. 1回目支援
4. 2回目支援
5. 3回目支援
6. 感想



エントリーした経緯

- 短期集中サービスでの悩み
利用者が少ない・集まらない
対象者のミスマッチ…予防サービスがゴール？
- 住民主体の通いの場での悩み
新規の参加者が増えない
会場までの交通手段の問題



広報活動やケア
マネへの周知も
がんばってみた
けど…



もやもや

そんな時に関東信越厚生局から
「アドバイザーがあなたの
のまちに出向きます！」
「こんな悩み、ありません
か？」

あります！

支援チームが寄り添ってくれたら、
もやもやがスッキリするのもかも…

無料

市区町村で地域支援事業を担当する皆様へ！

地域づくり加速化事業 ー令和5年度厚生労働省委託事業ー

厚生局
主導型

アドバイザーがあなたのまちに出向きます！
次の5テーマについて、エントリーを募集します。

こんな悩み、ありませんか？



介護予防
ケアマネジメント

- ☐ 自立支援・重度化防止の考えを定着させたい
- ☐ 継続的なサービス利用が多い



短期集中
予防サービス

- ☐ 利用者が確保できない
- ☐ 卒業後のつなぎ先が見つからない



通いの場

- ☐ メニューがマンネリ化している
- ☐ 新たに人が入りづらい



生活支援体制
整備事業

- ☐ 協議体が形骸化している
- ☐ 生活支援コーディネーターとの連携がよくない



地域ケア会議

- ☐ 開催する目的を共有したい
- ☐ 個別会議から地域課題へ展開したい

その悩み、一緒に考えましょう！

介護予防・日常生活支援総合事業が8年目を迎えました。
それぞれの地域で連携・協働による多様な取組が進んでいる一方、財政面での悩みや
地域住民への説明の仕方、庁内外の連携などのお困りごとを抱えてる担当者も少なく
ありません。

この事業では、そんな市区町村の皆様にアドバイザーが寄り添いサポートします。

このチャンスに
ぜひエントリーを
ご検討ください

- ・ 関東信越厚生局管内の3市区町村にアドバイザーを派遣します
- ・ アドバイザー派遣に関する費用負担はありません
- ・ エントリー方法は別添事務連絡をご覧ください

エントリー期限：令和5年4月21日（金）

問い合わせ先

関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課
TEL 048-740-0793
Eメール ktkousei164@mhlw.go.jp
担当 柏山 岡本

厚生労働省

関東信越厚生局

0.5mtg

水戸市から説明

- 支援してほしい内容
- 水戸市の現状，課題
- 取り組みたいこと
- 担当者として重要と思う考え方や行動
- アドバイザー等へ望むこと

ひととおり説明はしたものの…

目指す姿を明確にできていなかったことに気付く！！

→どこを目指しているのかぼんやりしていた

1回目支援までに

- 目指す姿を明確にする
- 目標に向けての課題を整理する
- 優先順位を付ける
- できることは早速始めてみる

★モヤモヤではなく、ぼんやりしていた？

★モヤモヤは本当の課題なの？

★どこが一番大事なの？

★担当課内での話し合いもできていなかったよね～

★同行アセスメントはやってみたかったし、できそう！

1回目支援 午前

- 加速化事業について（説明：関東信越厚生局）
- 現状，課題，目指す姿（説明：水戸市）
- 自立支援と介護予防・日常生活支援総合事業（講話：AD）
- mtg以降の取組み 同行アセスメント（報告：水戸市）
- 総合事業の全体像の認識の共有，意見交換

【参加メンバー】 下線はコアメンバー

福祉部長，高齢福祉課長，地域支援センター所長
事業担当者，居宅介護予防支援事業所（直営）
高齢者支援センター（包括支援センター）

1回目支援 午前



1回目支援 午前の気付き

- ・総合事業以前の介護予防事業を引きずっていた
- ・総合事業の本質の部分「自立支援」の意識が薄かった
- ・サービスCの課題の要因を申請までさかのぼって考えるという視点がなかった

★なんの疑問も持たずにやっていたけど、水戸市のサービスCは「時代遅れ」だったのか…！

★確かに、「自立支援」には繋がっていなかった…

★ミスマッチは申請時に起こっていたのか！

★これってこのままじゃダメだよねえ

1回目支援 午後

- 通いの場の類型と定義（説明：高齢福祉課）
- 通いの場の情報共有（参加各課）
- 各事業の紹介（参加各課）
- 意見交換（AD支援）

【参加メンバー】 コアメンバー

市民生活課，生涯学習課，（福祉総務課），
（スポーツ課）， 社会福祉協議会

1回目支援 午後



1回目支援 午後の気付き

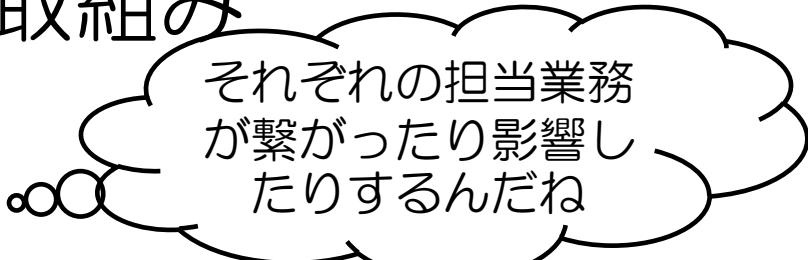
- 通いの場だけでなく社会参加が介護予防につながる
- 何らかの活動をしている高齢者は元気である
- 「通いの場」だけが社会参加ではない

★介護予防部門が把握している事業が全てではない！
★でも、どこまで情報を収集すればいいんだろう
★協力してもらうには、もっと丁寧に説明しないと。そのためには、まず自分の中できちんと整理しないと。上手くできるかなあ…

1回目支援 支援後の取組み

気づきをもとに

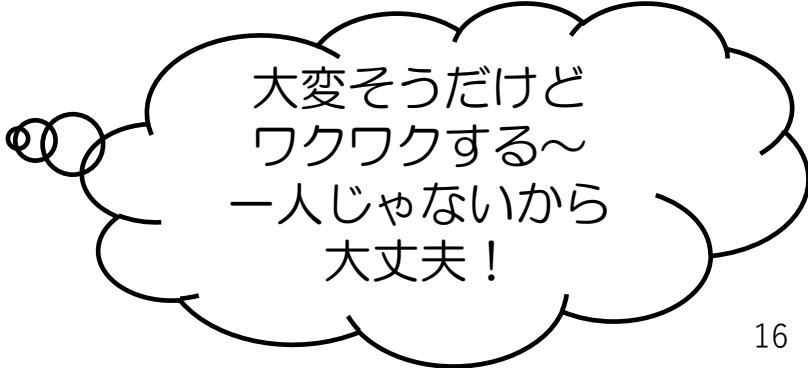
- ・係を超えた話し合いの場
- ・担当事業を担当者レベルで進捗チェック（雑談？）



それぞれの担当業務
が繋がったり影響し
たりするんだね

話し合いを重ねることにより、気づきや目指す方向の共有が図れた！

できることから始めてみよう！
それぞれができることって何？



大変そうだけど
ワクワクする～
一人じゃないから
大丈夫！

1回目支援 支援後の取組み

…ということで

- 高齢者支援センター連絡会議で情報・意識の共有
自立支援と総合事業（ADの支援あり）
窓口でのルールづくり
専門職同行訪問
- 市民の社会参加についての情報収集
通いの場（社会参加）と介護予防について他課へ説明
範囲を広げての情報収集
介護予防・日常生活圏域二エズ調査との検証

2回目支援 午前

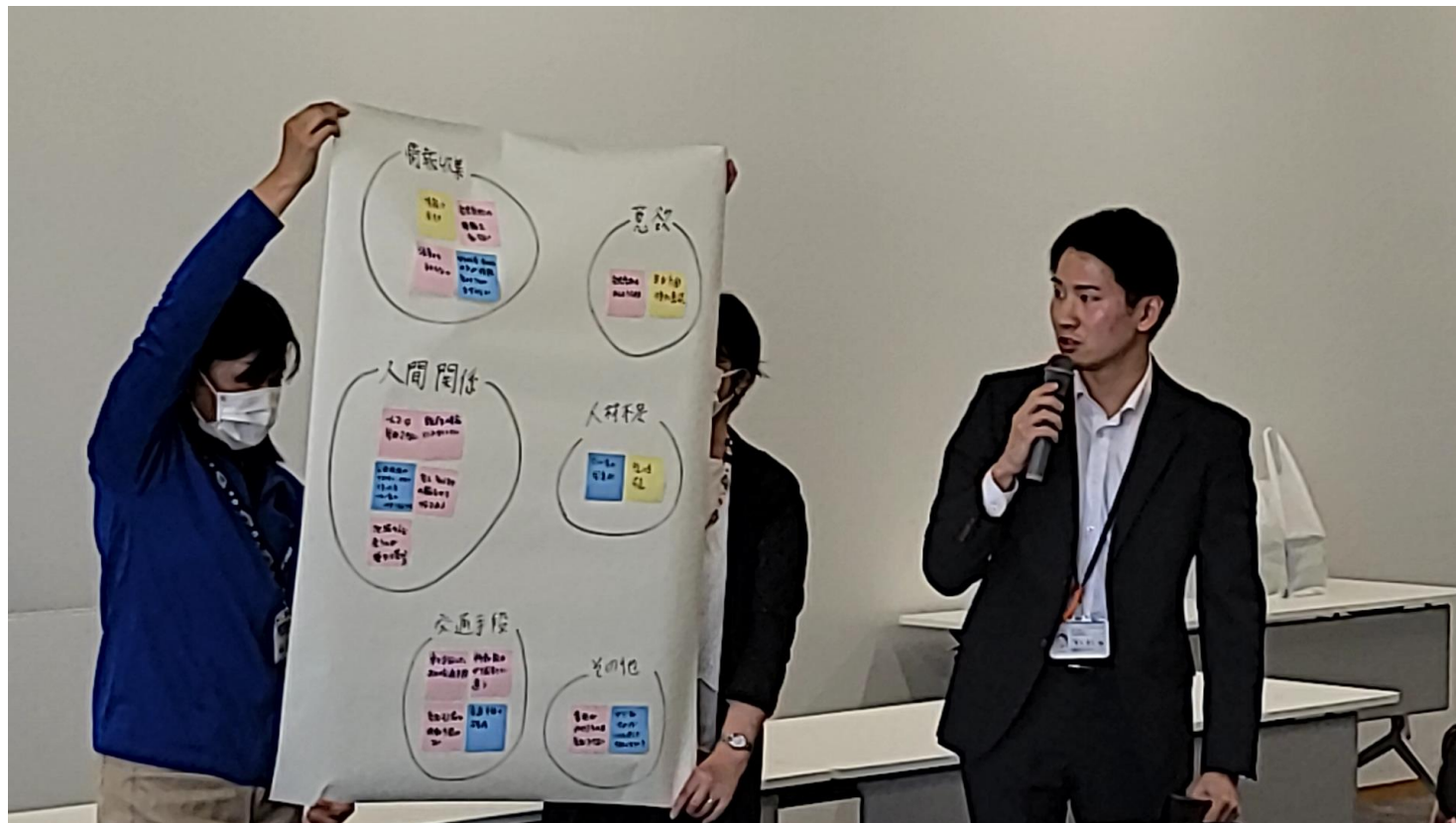
- ・社会参加（通いの場）の情報集約報告，ニーズ調査の結果検証（報告：高齢福祉課）
- ・ニーズ調査の結果における活用等の助言（AD）
- ・他課の取組の現状・課題（説明：参加の関係課）
- ・グループワーク 模擬協議体体験（全員）

【参加メンバー】 コアメンバー
高齢福祉課長補佐，交通政策課，市民生活課，
スポーツ課，地域保健課，生涯学習課，社会福祉
協議会

2回目支援 午前



2回目支援 午前



2回目支援 午後

- 社会参加の捉え方（講話：AD）
- 模擬会議 自立支援型地域ケア会議
地域ケア会議の説明
ケース検討
（全員参加，ファシリテーター：AD）
- 振り返り（支援チーム，コアメンバー）

【参加メンバー】コアメンバー

社会福祉協議会（2層SC），薬剤師，歯科衛生士，
管理栄養士，介護予防支援事業所CM，高齢者支援
センター



総勢
48名！

2回目支援 午後



2回目支援 午後



2回目支援 気づきと支援後の取組み

- ・当初の課題を深掘りしたり，整理したりすることで，新しい課題が見えてきた

→ 新しい課題に対する取組みを考える

本当の課題
はこれだったのかも

- ・事業に参加してからの取組みや支援を振り返り，今後の見通しが立ってきた

→ 共有できるマップを作る

まだまだ話し合いは
必要になるね～

ゴールに向かって，
それぞれができること，
することを可視化して共有

2回目支援 支援後の取組み

- ロードマップの作成
短期集中サービスを軸に

作成したロードマップをもとに。○○

- サービス内容の見直し
- 対象者が見つかる仕組みづくり (相談・申請時のフローなど)
- 関係機関との連携，ワーキンググループ

ちょいちょい話すことで、目標を見失わずにいられる

同じ方向に進んでいく意識が感じられて心強い！

3回目支援（予定）

- 総合事業について（AD講義）
入口（相談窓口）から出口（卒業）まで
セルフマネジメント，リエイブルメント
- 自立支援型地域ケア会議模擬会議
（AD助言）

★ロードマップを進めていく上での不安材料を払拭したい！
★残り1回の支援を有意義に使いたい！

【参加メンバー】 コアメンバー
高齢者支援センター（地域包括支援センター）
介護保険課，リハビリテーション専門職協会など

支援を受けての感想

思い切ってエントリーして本当に良かった！

- 総合事業についての理解が曖昧だったことに気付いた
- 担当する事業だけでなく、ほかの事業とのつながりを意識することができた
- 小さなつながりが次のつながりに広がることを実感できた
- いろんな人を巻き込んでいくのが楽しくなってきた
- ひとりでモヤモヤすることが少なくなった

ご清聴ありがとうございました

日本三名園 偕楽園



みとちゃん



地域づくり加速化事業の支援を受けて

令和6年1月23日（火）

新潟県新発田市高齢福祉課地域包括ケア推進係
星野 哲也



新発田市

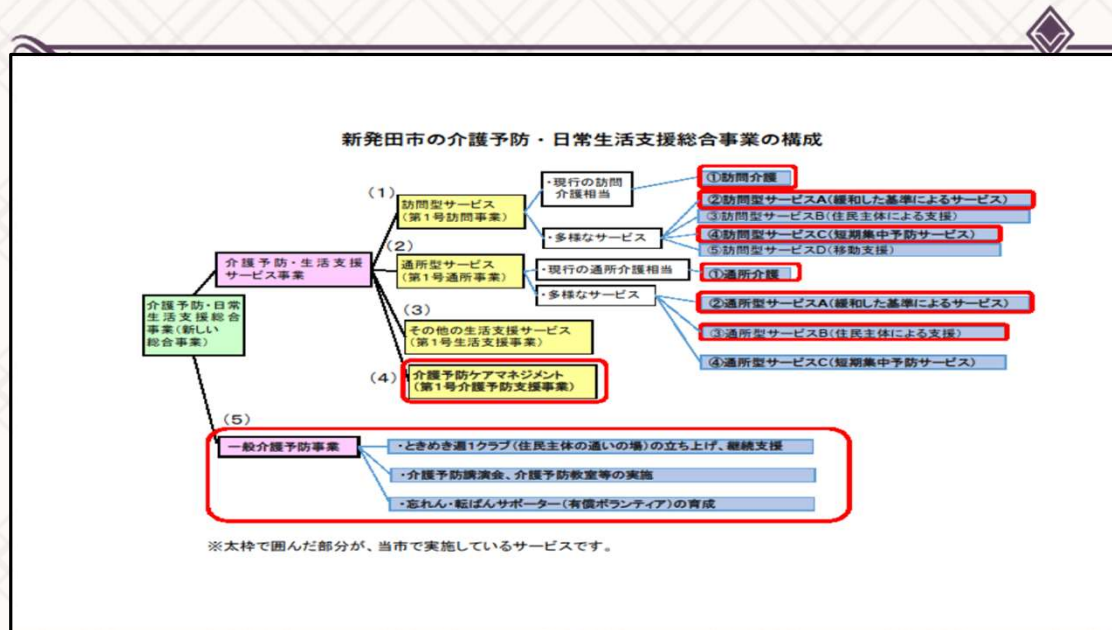
Shibata City

住みよいまち日本一 健康田園文化都市・しばた



江戸時代には10万石の城下町として栄え、
市の中心部は新発田城や軽長屋など今も
その名残を随所に美しき海岸が広がります。その一
方で北西部には豊かな自然景観に恵まれ、東
の山岳地帯に立公園、胎内県内数良質の
磐梯があり、また、県内数良質の
シヒカリの産地でもあります。

短期集中予防事業について



当市の通所サービスC事業は、運動、栄養、口腔に加え、複合型プログラムをモデル事業を経て令和3年度から実施しています。
(現在4事業所で実施)

○通所サービスCの推移（複合型プログラムを含む）

	H29	H30	R1	R2	R3	R4
実人数	40	101	100	87	145	186
延べ人数	378	882	961	745	1,241	1,552

新発田市の介護予防・フレイル対策

《健康推進課の主なフレイル予防に関する事業》

フレイルに気づくきっかけ

アクティブシニア健診

地区組織が主体となったきっかけづくりの場

フレイル予防教室

《高齡福祉課の主な介護予防に関する事業》

フレイルからの脱却・活動量の拡大で社会参加につなげる

短期集中予防サービス
・サービスC事業（通所・訪問）

＊健康寿命のびのび教室
（複合型プログラム）

社会参加・地域で元気に暮らせる

・ときめき週1クラブ
・ボランティア育成・参加
・老人クラブ
・ふれあいルーム
・eスポーツ体験事業
等

・介護予防講演会
・介護予防教室
・生涯元気講座
等

市民全体の健康寿命を延ばす意識を醸成



ときめき週1クラブで
体力の維持

生活支援体制整備事業について

平成28年度から事業を開始し、第1層SCを配置。第1層協議体は、地域ケア推進会議の部会（生活支援体制整備部会）に位置付けて実施しています。

第2層協議体の区域を地域福祉活動計画に合わせて17地区の設置を目指しています。

しかし、現在のところ設置は3地区のみ（うち1地区は休止中）



地域づくり加速化事業に参加した経緯

短期集中予防事業、生活支援体制整備事業の課題解決のために参加

- 短期集中予防事業（通所型サービスC）

- 対象者の把握、利用者の拡大が進まない

- 介護サービスを使いたい利用者への説得が困難

- 卒業後のつなぎ先が少なく、重度化してしまう

- 生活支援体制整備事業

- 2層協議体の設置が進まない（17地区中3地区）

- 住民主体のサービスが未構築

→支援が進むごとに、当市の課題への気づき、目標にも変化が・・・

第1回目支援

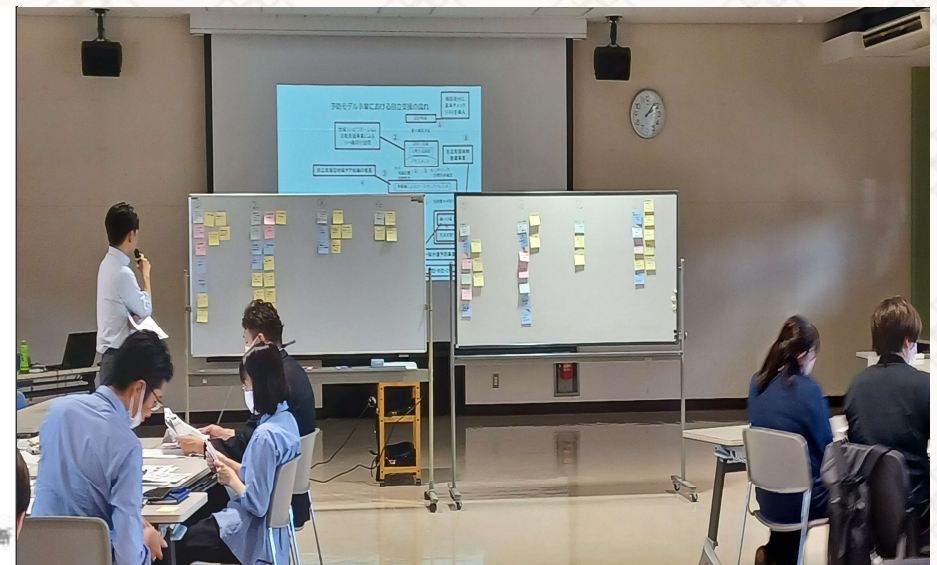
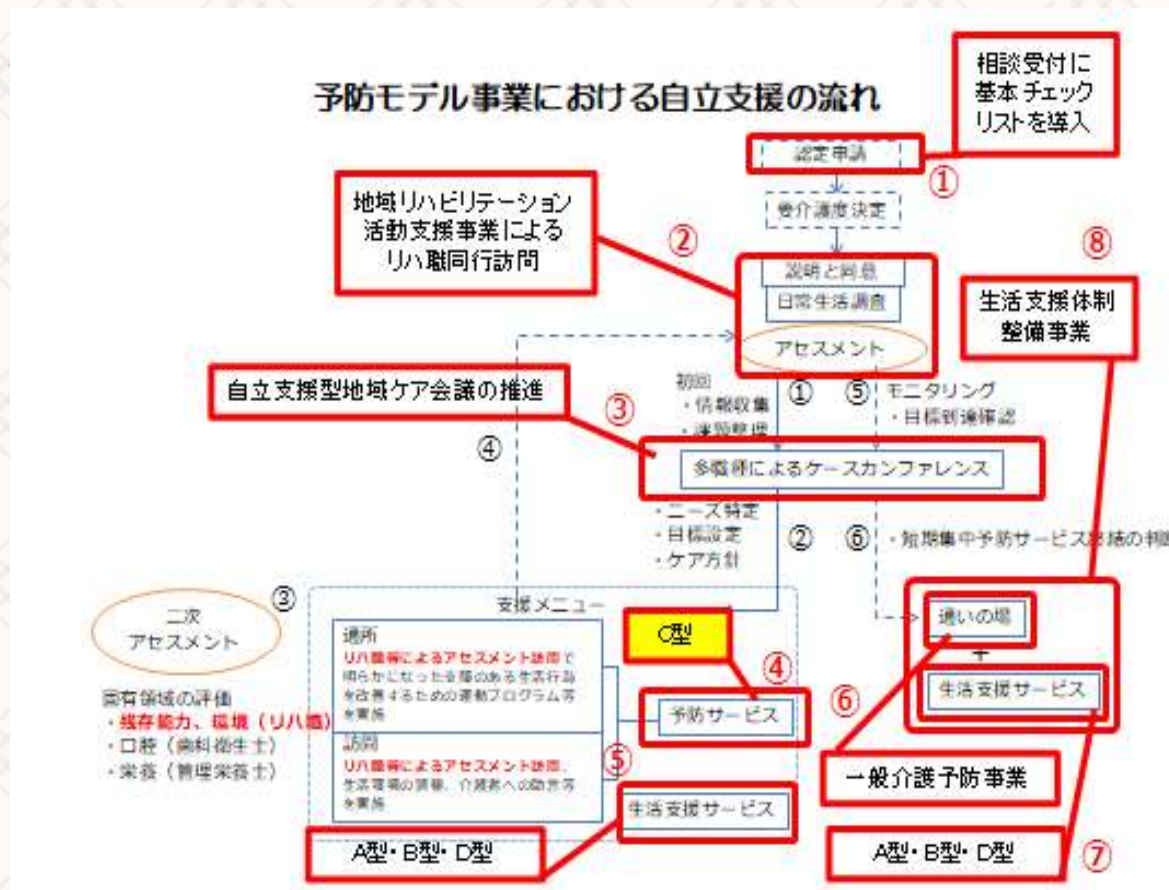
○参加者

高齢福祉課、健康推進課、地域包括支援センター、社会福祉協議会

○内容

- ・地域づくり加速化事業について
- ・市の現状と課題
- ・意見交換
- ・服部AD、鶴山AD講義
- ・ディスカッション
 - 「サービスCの卒業後の課題」（短期集中予防）
 - 「地域（高齢者）のありたい姿とは」

服部ADグループワーク



入口から出口までの各段階の現状や課題について、意見を出してもらいました。

鶴山ADグループワーク



- ①地域にある活動や地域の強み
- ②「目指す地域像」のために足りない活動
- ③どんな取組が必要かをテーマに意見を出し合いました。

鶴山ADグループワーク①

①

キーワード

個性が尊重される!
強制されない
好きなことを続けられる
多様性のある地域

A

見栄っ張りな文化
本当に困らないと助けてと
言えない...

課題

- ① 困っている人を知らない
- ② フレイルや認知症、介護サービスの正しい使い方を知らない
- ③ 包括支援センターが忙しい

打ち手

- ① 効果的な普及啓発を検討 (事例ベースなど...)
- ② "
- ③ 第2層SCをとにかく置く! (包括に配置もありえる...?)

鶴山ADグループワーク②

The image shows a large sheet of paper with many colorful sticky notes attached, organized into a grid-like structure. The notes contain handwritten Japanese text, likely brainstorming ideas for a group project. The paper has a large '1' and '2' written on it, possibly indicating sections or steps. The sticky notes are in various colors including blue, yellow, pink, and green.

Section 1 (Left side):

- ① 鶴山の現状
 - 鶴山にある施設
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
- ② 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
- ③ 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
- ④ 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状

Section 2 (Right side):

- ① 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
- ② 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
- ③ 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
- ④ 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状
 - 鶴山の現状

第1回目支援のふりかえり



- ・ 第1層協議体が協議の場となっていない
（ここが大きな課題だった！）
 - ・ 市の戦略が不足
 - ・ 住民の声を聞くことの重要性
 - ・ C事業と生活支援体制事業の連携
- 場につなげるのではなく、人につなぐ
その人の望む暮らしに近づける

第2回目支援までに取り組んだこと

- ・ 健康推進課との新年度事業打ち合わせ
→健康分野との連携、役割分担
- ・ 複合Cカンファレンスへ第1層SC、担当者の参加
→事業参加者のニーズを深く知る。
- ・ 第1層協議体、第2層協議体の見直しをスタート

第2回目支援

午前の部 - 短期集中予防事業

○参加者-高齢福祉課、健康推進課、地域包括支援センター

○内 容

- ・服部AD講義「短期集中予防サービスと動機付け面談」
- ・ディスカッション（事業の棚卸、効果の確認）

午後の部 - 生活支援体制整備事業

○参加者-高齢福祉課、アクティブ交流センター、健康推進課、
地域包括支援センター、新発田市社会福祉協議会

○内 容

- ・新発田市における庁内・地域連携の重要性について（高齢福祉課）
- ・鶴山AD講義「地域共生社会の実現に向けて
住民主体の地域づくりを共に推進しよう」
- ・グループワーク

服部ADディスカッション

ポピュレーションアプローチの各事業について、
事業効果の確認を行いました。



ポピュレーションアプローチについて

アクティブシニア健診

目的：フレイルを知ってもらう（普及啓発）
フレイル状態の人を把握（ハイリスク把握）

75歳以上の人の25% (4,000人) に提供

25%のうち
転倒 15%
栄養 10.8%
口腔 26.3%

2地区30人に介入

→ 今年度からなので成果はまだ
17地区にどうやって展開していく？
大変そう

低栄養改善

1回目：言方向（栄養指導）
2回目：TELで確認 → 必要に応じて包括（総合事業）へ

20人/

フレイルという言葉
知っている = 57.9%
地域差がある

why?
地域のロコモ
TV、健康教育
保健師さんからPR

通いの場での健康教育

目的：周知のみ

年間50ヶ所 (100回) 行っている！
後期高齢者質問票を配り周知

ときめき週1クラブ

→ 体さうメイン通いの場 (80ヶ所)
後期高齢者質問票を全員に配り
→ 10人/年把握している

医師よう機関 民生委員

目的：周知のみ

～ からつないでくれることも

未把握者への把握訪問

200~300人/年
→ 言方向に状況把握はできている
フレイルに対する効果は...?

受診中断は
足の問題
など
元気な人もいる

感想

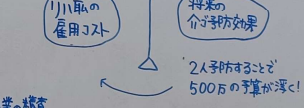
令和5年11月24日 (金)
土地区域づくり協議会②

・周知はしているが、ハイリスク者全員に提供できていない
→ “もう高齢だからこなん” - 自分フレイルだと思っていない
→ 必要性を感じない - よくなると思っていない
説明の仕方？
リハ取組の方が上手にできそう
リハ取組がやっても言葉が通じない
リハ取組がやっても通じないのか...
→ ADL自立
だからそれでは
→ 言葉が通じ
→ ティーチャーが
それで見え

課題

・対象者を見つける
・対象者へのアプローチ (説明、説得)
～ リハ取組どう確保する？

費用対効果



事業の精査

どこをやめるか？

鶴山ADグループワーク



- ①住民の力を引き出すため働きかけ、
支援のために取り組んできたこと
- ②これから一緒に取り組んでいけることは何か
- ③そのために必要なことは

○取り組むこと
2層協議体とボランティアの
マッチング
公民館の高齢者向け講座での
フレイルや健康講座、
小中学校との連携。

○課題や展望
事業ごとには連携できるが、
全体として連携不足。地域に
似たような会議体や講座
事業や政策単位でなく、地域
を単位として活動できないか。

第2回目支援のふりかえり



- ・ 総合事業について、合意形成されないケースがよくある。改善をあきらめている人に対してどう説得すればよいか。
- ・ 連携の重要性は理解しているが、目指す姿が共有できていないのでは。調整役の不在。
- ・ 生活支援については、改めて庁内課等、関係機関の連携と事業の整理、各地域の状況の共有が大切
- ・ 事業ごとには連携できているが、全体としての連携は少し足りない。事業や政策ごとではなく、地域ごとにやったらいいのではないか

第3回目支援について（1）

◎短期集中予防事業

事業者向け研修会として実施

○動機付け面談について

○ディスカッション

- ・ハイリスク者への啓発
- ・要支援者が通所C事業につながらない理由

→事業の入口の改善を目指す

第3回目支援について（2）

◎生活支援体制整備事業

第1層協議体（生活支援体制整備部会）として実施

○講義による協議体の役割の確認

○市の課題、方向性の共有（講義、グループワーク）

→第1層協議体の在り方を見直し、
市の方向性を共有

来年度に向けて

○当市の介護保険事業計画の基本理念

「住み慣れた地域で生きがいをもって暮らし続ける
健康長寿のまち」

→具体的な目標に落とし込む

○通所Cの出口対策

→生活支援体制整備事業との連携強化

○第1層で共有した方向性、課題を地域と共有

→第2層SC、協議体の制度設計

最後に

地域づくり加速化事業を通して、市の方向性や課題を深く考える機会となりました。

市がどう考えるか、どうしたいかを常に尊重して進めていただいたと思います



ご清聴ありがとうございました