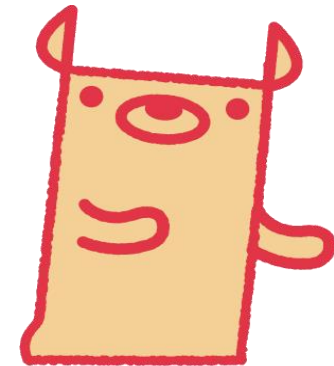


地域づくり加速化事業

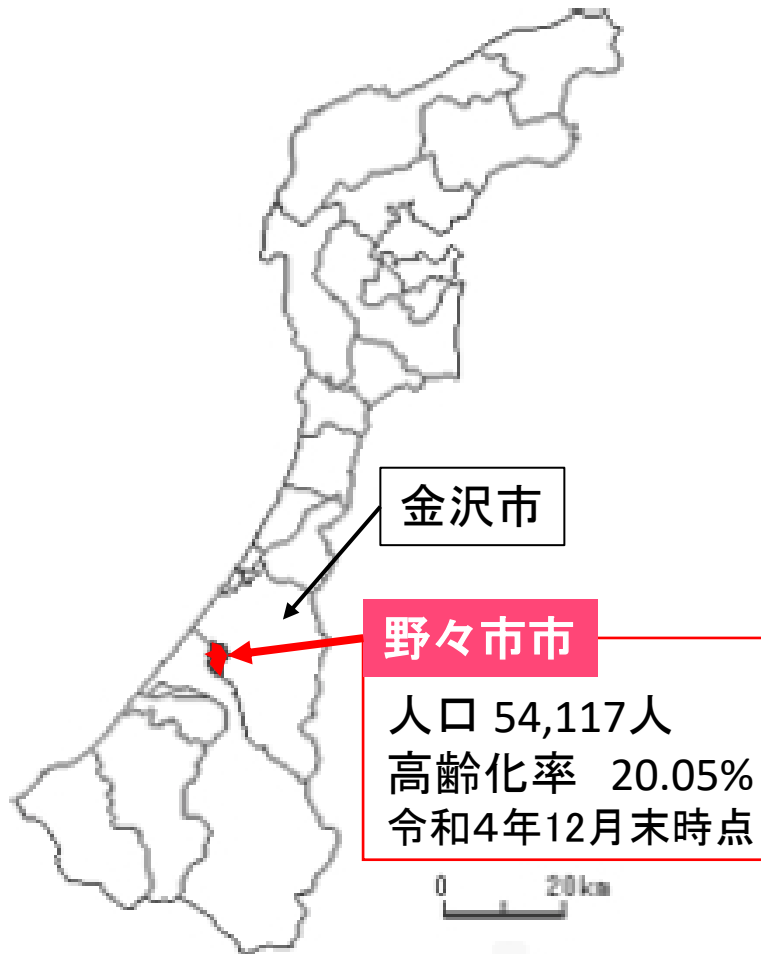
石川県 野々市市 介護長寿課
地域包括ケア推進係



野々市市公式キャラクター
のっテイ

まちの概要

野々市市の位置



野々市市の特徴(令和4年12月末)

- ・65歳以上高齢者人口 10,849人
(うち75歳高齢者人口 5,414人)
- ・要介護認定率: 15.81%
- ・第8期介護保険料: 6,100円
- ・地域包括支援センター: 3か所(委託)
- ・日常生活圏域: 2か所

- ・山、海なしの平坦地
- ・面積狭い(13.56km²)
- ・市内はドラッグストアやコンビニ等の商店などが多い
- ・医療機関数 48か所(うち小児科3 産婦人科3)
- ・介護事業所数

居宅介護支援事業所12	通所介護事業所15
訪問介護事業所21	訪問看護ステーション3
通所リハビリテーション 3	
有料老人ホーム 13	サービス付き高齢者向け住宅 6

エントリーした理由

現状

通所型サービスの利用者は増加傾向。特に従前相当が増加傾向。緩和
利用者の72%が短時間運動特化型サービス利用。
しかし、短期集中通所型サービスCは増えない



専門職が支援し、改善傾向がみられていても高齢者の意向やつなぐところがないとサービスが続いている

「本人のしたい生活」を取り戻すことが出来ている人もいてもサービスが継続されているのではないか。

「本人のしたい生活」を阻害する要因がつかめていないのか、目標が明確ではない。改善の可能性を見立てる視点が不十分なのか

エントリーした理由

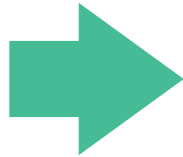
取り組みたいこと

- ・本人のしたい生活を取り戻すとはどのようなことか認識をあわせたい
- ・従前相当の利用ではなく通所型サービスCの利用によって元の生活を取り戻せる人がいるのではないか。通所型サービスCの利用を促したい！

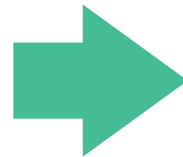
イメージ

このイメージの人を増やしていきたい！

状態悪化



総合事業の通所等
にて訓練



状態回復



元の生活へ



1回目支援の前に

介護予防ケアマネジメントを立案している地域包括支援センターや介護支援専門員から日頃、悩んでいることをアンケート(全11項目)を実施

アンケート回答数 37人

介護予防サービス・支援計画を作成する
中で、悩みや問題

目標を達成しても次の目標の設定ができないままサービス継続している理由は

通所型サービスCの利用が進んでいない理由は

○地域包括支援センター、介護支援専門員アンケートより

- Q1 介護予防・ケアマネジメントの計画を立てる上での困難に思うこと
- ・自立支援に向けたケアマネジメントを立案することが難しい
 - ・高齢者がしたい生活に向けて、目標を具体的に述べることができない
 - ・総合事業の制度が複雑でわかりにくい
 - ・高齢者または家族に総合事業について理解してもらうことが難しい
- Q2 悩みを解決するために取り組んでいる事
- ・地域包括支援センターや居宅介護事業所内の他職員に相談する
- Q3 目標を達成しても次の目標が設定できないまま、継続しているのはなぜ？
- ・本人が今の状態を維持することが目標となり、次の目標が明確にできない
 - ・友人、支援者とのつながりが切れるからと本人がサービスを希望する
 - ・高齢者がしたい生活を具体的に引き出すことができない
 - ・計画立案者として、通所型サービス以外では達成した目標を維持出来なくなる不安がある
- Q4 サービスCの利用が少ない理由は何か
- ・本人・家族が有期限のサービス利用を希望しない
 - ・計画立案者として、3～6か月の期間で改善できる心身の状態像にあるか判断できない
 - ・計画立案者として、はつらつトレーニング事業の効果が予測できないため、進めにくい
- Q5 ケアマネジメント支援会議について
- ・理想的な助言と感じられることが多く、高齢者の実態や暮らしぶりに沿っていないと感じるため

1回目支援

令和4年9月14日 13:30～16:00
市役所にて集合形式で開催

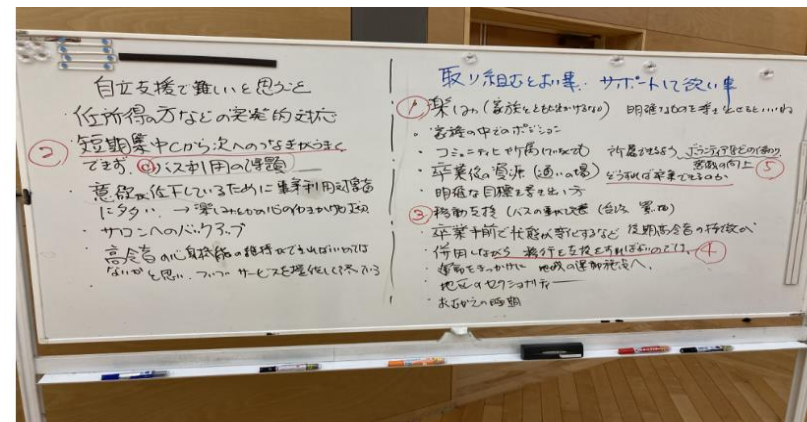
参加者:
介護長寿課2名
地域包括支援センター10名
厚生労働省 2名
北陸厚生局 2名
石川県 2名
アドバイザー 1名
事務局 1名

内容

アンケート調査結果の報告

各地域包括支援センターごとに

- ・自立支援で難しいと感じること
- ・取り組むとよいこと
- ・サポートがあるとよいことをグループワーク



意欲低下している人のモチベーションを上げるのが難しい
本人の楽しみを聞き取るのは難しいな

サービスを使って、維持できればよいとサービス利用が続いていた
通所型サービスCのつなががうまくできないな

1回目支援を受けて

通所型サービスCの対象者がぼんやりしている
通所型サービスCを利用してもとの生活に戻ることが出来ているのか



過去2年間、利用した対象者像やサービス終了後について調査



対象者がぶれている(約半数が介護申請や通所型(従前相当の利用)
サービス卒業後につなぎ先がないから通所型サービスへつなげている
事業の内容はトレーニングするだけになっていない可能性がある

2回目支援

令和4年11月28日 9:30～15:00

市役所にて集合形式で開催

(地域包括支援センターは午前中のみ)

参加者:

介護長寿課2名

地域包括支援センター4名

厚生労働省 2名

北陸厚生局 2名

石川県 2名

アドバイザー 1名

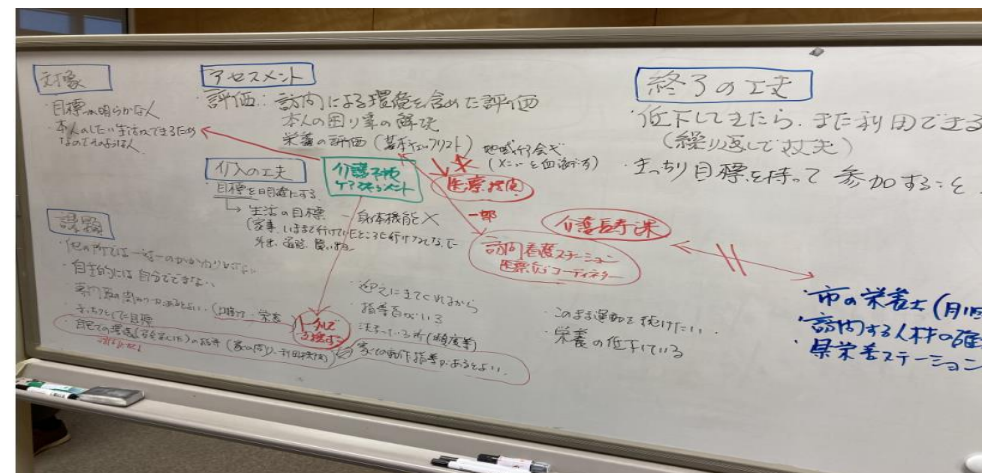
事務局 1名

内容

通所型サービスCのねらい

生駒市の取り組みについて共有

通所型サービスCにどんな人をつなげているか



通所型サービスCの利用で目標が明確でない人を紹介していたかも

足腰が弱っていると聞いて、トレーニングにつなげていた

自宅にリハビリ職が来て指導があるのはいいね
緩和型といきがいセンターの対象者一緒だね

2回目支援を受けて

参加者：
介護長寿課2名
地域包括支援センター10名
講師：
アドバイザー

地域包括支援センターと話し合いの場
介護予防ケアマネジメントについて講義
通所型サービスサービスCについてグループワーク



どんな人が通所型サービスサービスCかの整理

調理をしたいが立位が困難
ふろのまたぎができない

バス停まで行く練習とバスに
乗る練習

退院直後で体力が
低下している

買い物へ行きづらい
ゴミ捨て場までいけない

対象者を地域包括支援センターと整理！
通所型サービスCの対象者を検討
通所型サービスCで課題が解決できる人を増やし
ていくためトレーニングの内容を見直し

通所型サービスC（もう1度やりたいことを実現する事業）

「委託」はつらつトレーニング事業

【現行】

- ・健康ノート
（自分プラン、1週間の活動記録）
- ・万歩計の貸し出しによる活動記録
- ・トレーニング
体力測定
集団でのゴム体操、棒体操
個別でのムービングディスク、
バランスパット、ボール体操
自主トレ：マシン運動
- ・随時、介護予防の講話
- ・利用者同士の目標達成状況等を話し合う
- ・公園に行く



【今後の見直し】

- ・健康ノート
（自分プラン、1週間の活動記録）
- ・万歩計の貸し出しによる記録
- ・トレーニング
体力測定
集団でのゴム体操、棒体操
個別でのムービングディスク、
バランスパット、ボール体操
自主トレ：マシン運動
- ・介護予防に関する啓発活動
- ・月1回は屋外訓練を実施
- ・リハビリ職における同行訪問
- ・利用者同士の目標達成状況等を話し合う

3回目支援

令和5年2月10日 9:30～15:00

市役所にて集合形式で開催

(地域包括支援センターは午前中のみ)

参加者:

介護長寿課3名

地域包括支援センター10名

厚生労働省 2名

北陸厚生局 2名

石川県 2名

アドバイザー 1名

事務局 1名

内容

令和5年度からの通所型サービスC変更点

通所型サービスC利用者のケアプランを使って事例紹介
介護予防の推進に向けて、今後取り組みが必要なこと

地域包括支援センター

- ・基本チェックリストを拾えていないな
- ・地域でつながりのある人はサービスC終了後も地域資源につながりやすいのでは
- ・住民が通所型サービスCを知らないな
- ・通いの場や運動クラブに来なくなった人を把握したいな

- ・終了後、地域資源につなげたいが運動できる場まで行く手段がないな
フィットネスクラブや健康クラブは運動が思ったよりハードについていけないな。
- ・サービスC終了後にサロンにつないでも専門職がいないから市民は不安
- ・受け皿をつくる必要はあるけど担い手がないな

第3回目支援を受けて

通所型サービスCの内容を見直しはしたけど・・・。
従前相当の方がよいとなるかも・・・。

通所型サービスCの対象者を明確にしていく
→それ以外の通所サービスの対象者も見直す必要があるのではないか



みんなが統一した視点をもてるよう
対象者像や基本チェックリストから事業の対象者像を整理

令和5年度版 野々市市の介護予防事業のサービスの対象者と目的

	椿荘	通いの場	いきがいセンター	サービスC	緩和型A	従前相当
認定状況	非該当～誰でも	非該当～要介護1	事業対象者	事業対象者 要支援1・2	事業対象者 要支援1・2	事業対象者 要支援1・2
運動・活動制限	無	無	無	無	無	無OR有
支援による目標	維持	改善・維持	改善・維持	改善	維持	改善・維持・悪化
疾患例			廃用症候群 軽度認知症	骨・関節疾患 廃用症候群 脳血管疾患等	廃用症候群 骨・関節疾患 生活習慣病 軽度認知症	急性期疾患・がん・難病 精神疾患 認知機能低下
基本 チェックリスト	なし	なし	閉じこもり1/2以上または認知機能1/3かつ生活全般10/20以上または運動器3/5または口腔2/3またはうつ2/5のいずれか	運動器3/5以上または生活機能全般10/20以上	運動器3/5以上または生活機能全般10/20以上かつ閉じこもりNO16または認知機能1/3またはうつ2/5以上のいずれか	生活機能全般10/20以上かつ各項目2つ以上該当
対象者像	・60歳以上の市民	・通いの場まで自分 行くことができる	・利用の促しは必要ないが送迎がないと外出できない ・人との交流がない ・通いの場や健康クラブ等へ参加しなくなった	●生活の課題が明らかな人 ・生活動作がうまくできない（入浴のまがきができない、調理で台所に立てないなど） ・目的地まで外出ができない ・退院後で体力低下 ・地域でのつながりがある	・利用の促しと送迎がないと外出できない ・通いの場まではいけませんが運動継続が必要 ・自分では運動することが難しい	・身体介護が必要 ・病状が不安定 ・移動の見守りが必要（転倒リスクが高い） ・環境を改善しても家での入浴を行うことができない ・認知機能が低下し、活動時は見守りや声掛けが必要
目的	・人との交流 ・運動 ・入浴 ・趣味活動等	・人との交流 ・運動	・人との交流 ・認知機能低下 ・閉じこもり予防	・目標を達成し、したい生活（元の生活に戻る）を取り戻す。 ・セルフケアの習得	運動や外出をすることで心身機能の維持	・専門的な支援を受けることで現状の改善、維持 ・入浴・食事支援 ・人との交流
開催頻度及び 専門職の関与		* 週1回から月1回 年1回はリハビリ職関与（希望するサロン）	週1～2回 2か月に1回、リハビリ職関与	週2回 1回以上訪問して、住環境も含めて、指導	週1～2回 専門職の指導がある場合もある	週1～2回 専門職の指導

今後の取り組み

★住民が短期集中通所型サービスCがイメージ出てない

→周知のツールとしてビデオの作成

★総合事業利用対象者の明確化

→現時点のものを作成したものの運営上でどうするかわからない
ケースも出てくることから年に一度は地域包括支援センターと
話し合う場を持ち、対象者を見直していく
総合事業を利用した方が1年後にどうなっているかの追跡

★自立支援に向けたケアマネジメントにおける学習の場

→地域包括支援センター同士で検討する機会がなかったので
どのようにプランニングしていくか研修を実施
どんな人が自立支援に向かったか共有

今後の取り組み

★通所型サービスCにおいてリハ職の訪問を実施

→生活課題解決に向けて訪問がさらに必要であれば次年度以降短期集中訪問型サービスを検討

★いきがいセンターの運営の在り方の見直し

→現在は一日の利用で料金の設定をしていることから短期集中通所型サービスCと接続するにあたり、見直しを図る。
あわせて、運営を担っている社会福祉協議会とも話し合い

★通いの場の空白地帯をなくす

→どこにあるのかマッピング。
介護申請状況やKDBのデータから住民に必要性を伝えていく

★通いの場の運営にあたり、人材を育てることの検討

→「介護予防をともに推進していく人を育てていくために」
地域包括支援センターと次年度に話し合い

支援を通して学んだこと

○市民・地域包括支援センター・介護支援専門員・サービス事業者
の目線合わせ

→自立支援や介護予防について同じ考え方を共有

○各地域包括支援センターとは話をしているが
「みんなで考える・意見を出し合う場」がなかった。

→話し合うことで解決方法が出てくる！
一緒につくっていくことが重要

○事業の対象者があいまい

→地域包括支援センターも迷いながら事業を実施
個別支援を通して、事例を検討して対象者像をみんなで合わせていく

地域づくり加速化事業における 伴走支援の取り組み

石川県



石川県健康福祉部長寿社会課
地域包括ケア推進グループ
課長補佐 辻野賢司

石川県の支援体制

県内の市町

石川県は能登半島が日本海に突出し、海岸線が長く南北に細長い地形で、11市8町の計19市町からなっています。

➡ 能登は高齢化と人口減少が著しく、金沢市近郊は人口が多いなど様々な地域性があり、市町の抱える課題もそれぞれ・・・

県の市町支援

人材育成（研修）

- ・ 地域包括支援センター業務
- ・ 在宅医療・介護連携
- ・ 認知症総合支援
- ・ 生活支援体制整備
- ・ 介護予防事業
などの研修を実施

調査・情報提供

- ・ 市町の取組の情報収集
⇒ 集計データの提供
- ・ 先進取組の紹介
- ・ 市町事業の実地確認

専門家派遣

- ・ 専門アドバイザーの派遣
（大学教授、有識者など）
- ・ 地域リハ専門職の派遣
- ・ 支援チームによる
伴走型支援事業
（R3年度スタート）



能登北部圏域

人口：57,631人
高齢化率：50.3%
後期高齢化率：28.9%

能登中部圏域

人口：113,531人
高齢化率：41.1%
後期高齢化率：22.4%

石川中央圏域

人口：725,842人
高齢化率：27.1%
後期高齢化率：14.2%

野々市市

川北町

能美市

小松市

加賀市

白山市

南加賀圏域

人口：220,823人
高齢化率：30.6%
後期高齢化率：16.8%

石川県の年齢別推計人口
(2022. 10. 1現在)
総人口：1,117,827人
高齢化率：30.5%
後期高齢化率：16.4%

野々市市の伴走支援へ

野々市市は他市町よりも高齢化率が低く、全国トップレベルの住みやすい街として多くの地域資源に恵まれているが・・・

住みよさランキング（東洋経済調査）：野々市市の全国総合順位 1位（2020年）、1位（2021年）、3位（2022年）

申請内容（市の課題）

地域包括支援センターのケアプランでは、サービスを卒業する高齢者がほとんどいない。 ⇒ **総合事業が開始当初から上限額超過**

要望内容

地域包括支援センターが高齢者の自立を目指す介護予防ケアマネジメントを立案できるよう、どのようにアプローチしていけばよいかヒントをもらいたい。

野々市市の伴走支援
エントリー（5月）



厚労省の採択
（7月）



伴走支援スタート（8月）
支援チーム

（厚労省、厚生局、
A D、JMAR、県）

3回の実地支援と
ミーティング



伴走支援での気づきと学び

支援を通じて見えた具体的課題

○ 市と委託地域包括支援センター（3法人）の温度差

3法人でもさらに温度差があり、地域包括ケアに対する考え方の違いもあり、介護予防ケアマネジメントがうまく機能していない。

○ 市民の介護保険に対する考え方

さまざまな地域資源があっても、利用しやすいサービスを継続しがち。
（サービス卒業したら、移動の足がない、体操教室はハード、休憩の場がない・・・）

○ 市社会福祉協議会の体制 など

目指す方向性

3回の実地支援で支援チーム、野々市市、地域包括支援センターとたくさんの意見交換をして、課題や方向性は共有できた

野々市市の今後の取り組みと成果に期待
（県もアフターフォロー）

今回の支援実績を市町担当者研修等で報告
→ 他市町の取り組みの参考に
→ 県の伴走支援の充実に



令和4年度地域づくり加速化事業伴走支援を受けて

～生涯現役のまち関市をめざして～



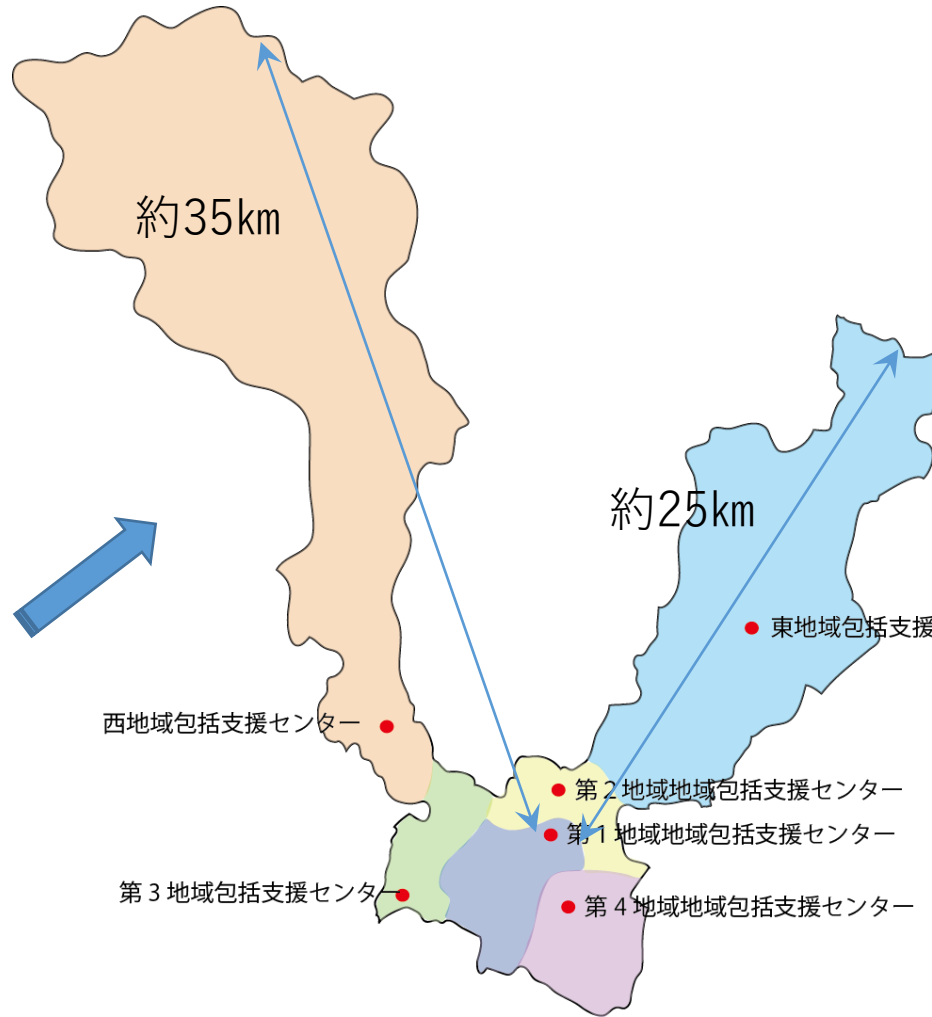
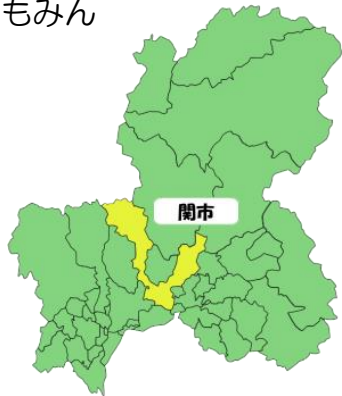
アクティブGメン75とは健康寿命75歳以上を目指す活動に意欲的な元気なシニア



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：85,532人
- 65歳以上人口：26,581人
- 75歳以上人口：13,513人
- 高齢化率：31.1%
- 後期高齢化率：15.7%
- 地域包括支援センター数：6か所（委託）
- 保険料基準月額：5,700円

（令和5年1月1日現在）

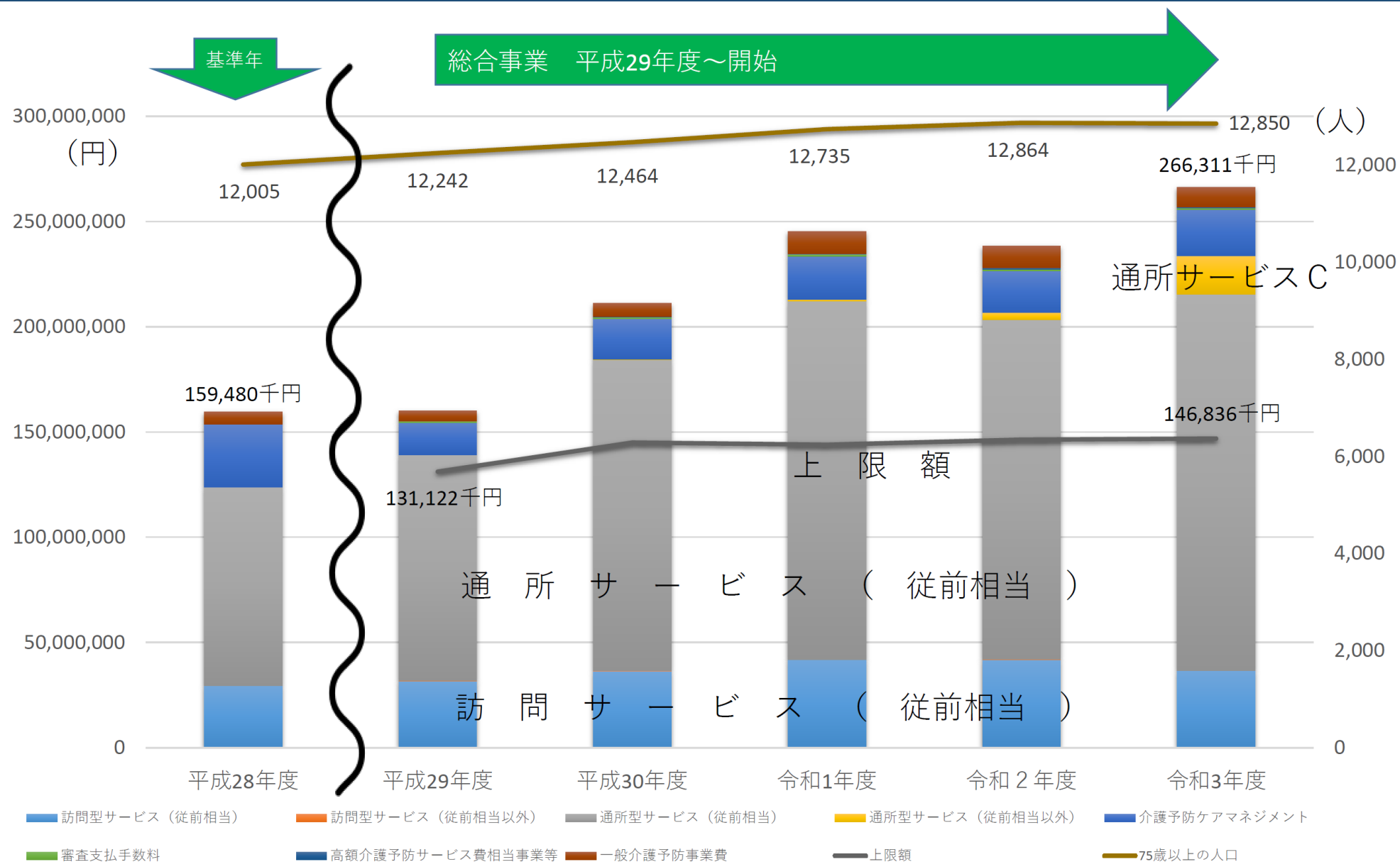
岐阜県の中央部（中濃地方）に位置し、岐阜市に隣接、名古屋市から約40kmの距離にある。
2005年（平成17年）の合併により美濃市を挟むようにV字型の市域になった。

2 関市の介護予防・日常生活支援総合事業と一般介護予防事業

平成27年度	ロコトレ講座開始
平成29年度	介護予防・日常生活支援総合事業へ移行 (従前サービス→緩和型への移行がなかなか進まず)
平成30年度	通いの場への理学療法士、健康運動指導士派遣事業開始
平成31年度	口腔機能向上事業「わっはっは教室」開始 関市ロコトレ体操普及のための機器購入助成金事業開始 短期集中通所型サービスCの検討
令和 2年度	介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働省職員派遣による支援(1回) (短期集中通所型サービスC開始にあたり、サービス内容、利用料、対象者等アドバイスを受けた。)
令和 3年度	短期集中通所型サービスCプロポーザルで事業所を選定 関市住民主体の通いの場事業補助金交付事業開始 短期集中通所型サービスC「健活」開始

※以降短期集中通所型サービスCはサービスCと表記する。

3 介護予防・日常生活支援総合事業費及び上限額の推移（関市）



4 令和3年9月「短期集中通所型サービスC（健活）」スタート！！《新規事業》

☆令和3年9月から短期集中通所型サービスC開始

【内 容】 週2回 2時間／日 原則3か月 送迎30分圏内
【対象者】 事業対象者 要支援1・2

早期予防を目的に日常生活は自立しているが、「膝の痛みが出てきた」「腰痛がある」などの高齢期誰にでもありうる状態像を、掘り起こして健活に送り込んでいた。

《健活実績》

	令和3年度 (9月～3月)	令和4年度 (4月～12月)
利用者数	実人数78人	実人数98人
	延1,468人	延1,788人
事業費	13,218,200円	18,193,312円

サービスCの対象者の選定より、利用者数を増やすこと、卒業判定に重きをおく

3か月間通って 自立と自信を取り戻す！
あなたの健康状態に合わせたチャレンジプログラム！

費用は無料！

「自分らしい生活を取り戻したいあなたへ」

健活

ケンカツ！

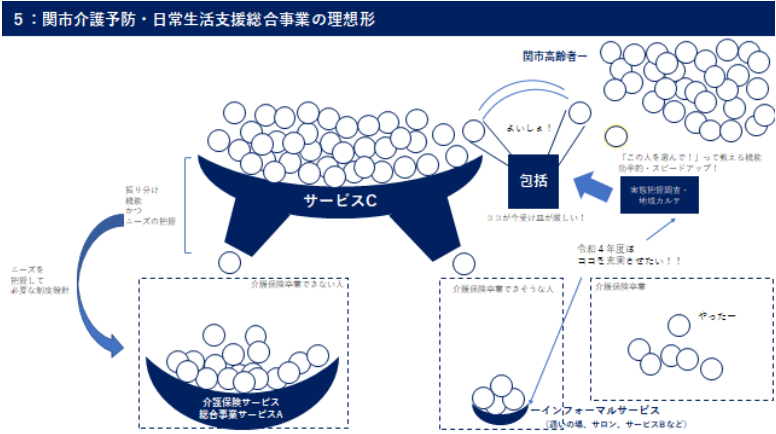
短期集中通所型サービスC

FRIENDS TRAINING STUDY

【場 所】 わかくさプラザ内総合福祉会館2F介護予防センター
【開催日】 火・土曜日、もしくは 金・日曜日（週2回）
【時 間】 2時間/1回（午前・午後、どちらか選択）
午前：9:30～11:30 午後：14:00～16:00
【対象の方】 65歳以上の関市民で①②に該当する方
①要支援1・2と判定された方
②運動機能に衰えを感じる方

お申し込みは地域支援包括支援センターへ！

お問い合わせ 関市健康福祉部高齢社会課 521-5204 関市健康福祉センター1階
TEL: 0575-21-3131（代表） FAX: 0575-21-7748 MAIL: kose@city.yokka.jp



5 0.5mtg (R4.8.10) 及び第1回目支援 (R4.8.22)

支援1回目 AM

- 介護予防・日常生活支援総合事業について説明
- 関市の概要について説明
(地形、人口、高齢化率、介護保険、介護予防の状況等)
- 協議
 - ・上限額を超えている問題について、アセスメント、課題整理
 - ・サービスCの在り方



支援1回目 PM (包括を交えて)

- 介護予防・日常生活支援総合事業について説明
- 関市の概要について説明 (地形、人口、高齢化率、介護保険、介護予防の状況等)
- 協議 (包括を交えて)
 - ・包括からみるサービスCや介護予防の現状について



- ・総合事業について理解することができた。
- ・サービスCは運用次第で上限額超過抑制の鍵となることを気づいた。
- ・包括との協議を深めるきっかけとなった。

6 0.5mtg (R4.8.10) 及び第1回目支援 (R4.8.22) を終えて・・・。

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。

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。

上限額超過対策のための新規事業として健活が機能していなかった。



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。

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。

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。

7 【1回目支援後】から取り組んだこと・取り組むこと

- ☆高齢福祉課・包括窓口で相談者のアセスメント
 - ・健活チラシ、動画等を活用する

◎下線なし	取り組んだこと
下線あり	これから取り組むこと

- ☆退院→介護保険サービスではなく、退院→アセスメント→「健活」へ案内
 - ・医師会、総合病院、整形外科医院へ訪問し、健活の説明

- ☆「健活」終了後の支援
 - ・「通いの場」だけがつなぎ先ではない 社会資源の整理が必要
 - ・家庭での支援

- ☆通いの場でのADL維持をめざして
 - ・通いの場でセルフチェックできる評価項目を作り、活用してもらう

- ☆予防ケアプランの確認、点検
 - ・プランの提出⇒点検
 - ・目標の立て方＝なりたい姿

- ☆関係機関（包括・社協・保健センター・各事業所等）が同じ方向を向いて
 - ・事業展開を図るための情報共有
 - ・「話し合い」が重要であること、情報共有をすること、できていないことのすり合わせが必要であることを痛感

8 第2回目支援（R4.11.2）

支援2回目 AM

- 課題整理に向けたディスカッション
- 1回目支援後の取り組み
- 全体協議
 - ・前日「健活」の視察をして。

支援2回目 PM（包括を交えて）

- 介護予防自立支援のケアマネジメントの考え方
- グループワーク



- ・総合事業の経費内容を見直した。
- ・「サービスC」対象者について共有することが必須。（サービス対象者の見直し）
- ・介護予防自立支援のケアマネジメントについてもう一度基本に立ち返る。（予防プランの見直し）



9 【2回目支援後】から取り組んだこと・取り組むこと

☆介護予防プランの見直し

- ・基本チェックリストの活用
- ・ケアプラン点検に参加
- ・包括やケアマネジャーに対しての予防プラン研修

☆「健活」対象者の見える化

- ・包括と協議を重ね、曖昧だった健活対象者が見える化

☆「健活」を栄養・口腔・生活機能向上のプログラムに変更

- ・「健活」事業所との協議

☆通いの場の充実

- ・送迎がない→ふれあいまちづくり委員会との協議

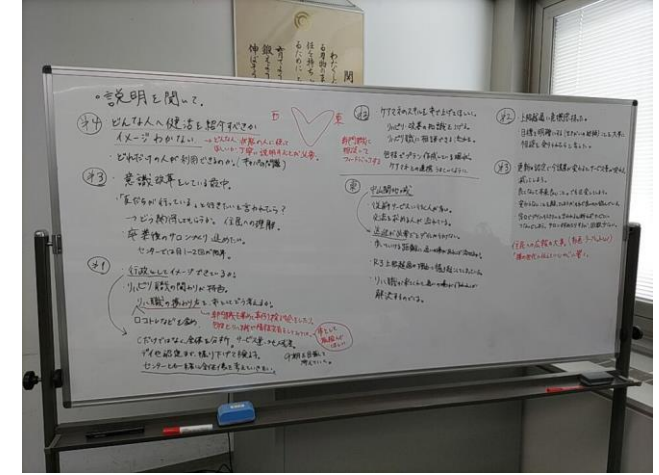
☆社会資源の整理

- ・生活圏域ごとに通いの場、サロン等の情報を整理
- ・足りない社会資源を検討

10 第3回目支援（R5.1.26）

支援3回目 AM（包括を交えて）

- これまでの取り組み
- 全体ディスカッション
- サービスCのイメージ
- アセスメントのロールプレイ



支援3回目 PM

- 関市の総合事業の背景と対策について
- まとめ



- ・3回の支援を受け、取り組むことを整理。進捗が分かるようにする。
- ・「第9期プラン」に向けて、関市が取り組まなければならないことを整理する。

1 1 【3回目支援後】から取り組んだこと・取り組むこと

☆包括プランナーへ事業説明

- ・加速化事業伴走支援に参加していないプランナーに対して事業説明
- ・プランを多く作成しているプランナーに課題に感じていることを聞き取る

☆包括との再協議

- ・6ヶ所の包括に職員が出向き、市の今後の方針について再度説明
- ・包括職員全員から加速化事業を受けた感想、不安なこと、包括としてできること等を聞き取る

☆関市居宅介護支援事業所連絡会へ事業説明

- ・市内の居宅介護支援事業所が加入する連絡会の会長、副会長に対して事業説明
- ・プランや包括に対する意見等を聞き取る

☆生涯現役支援

- ・庁内連携（保健センター、生涯学習課、都市計画課等）、関係機関（老人クラブ、シルバー人材センター、社会福祉協議会、ふれあいまちづくり委員会）と生涯現役活動の推進

☆地域住民への啓発

- ・介護予防に関する意識づけ

☆自治会への周知

- ・通いの場、サロンの再開。公民館の活用依頼

1 2 伴走支援を受けて

情報共有

- ・課内のミーティング
- ・関係機関からの意見聴取・対話
- ・話し合ったことを見える化

確認

- ・国・他市の動向
- ・事業の検証
- ・事業が円滑に進まない要因の追究
- ・課題の具体化

連携

- ・市役所内の他部署
- ・関係機関
- ・自治会
- ・ふれあいまちづくり委員会 等

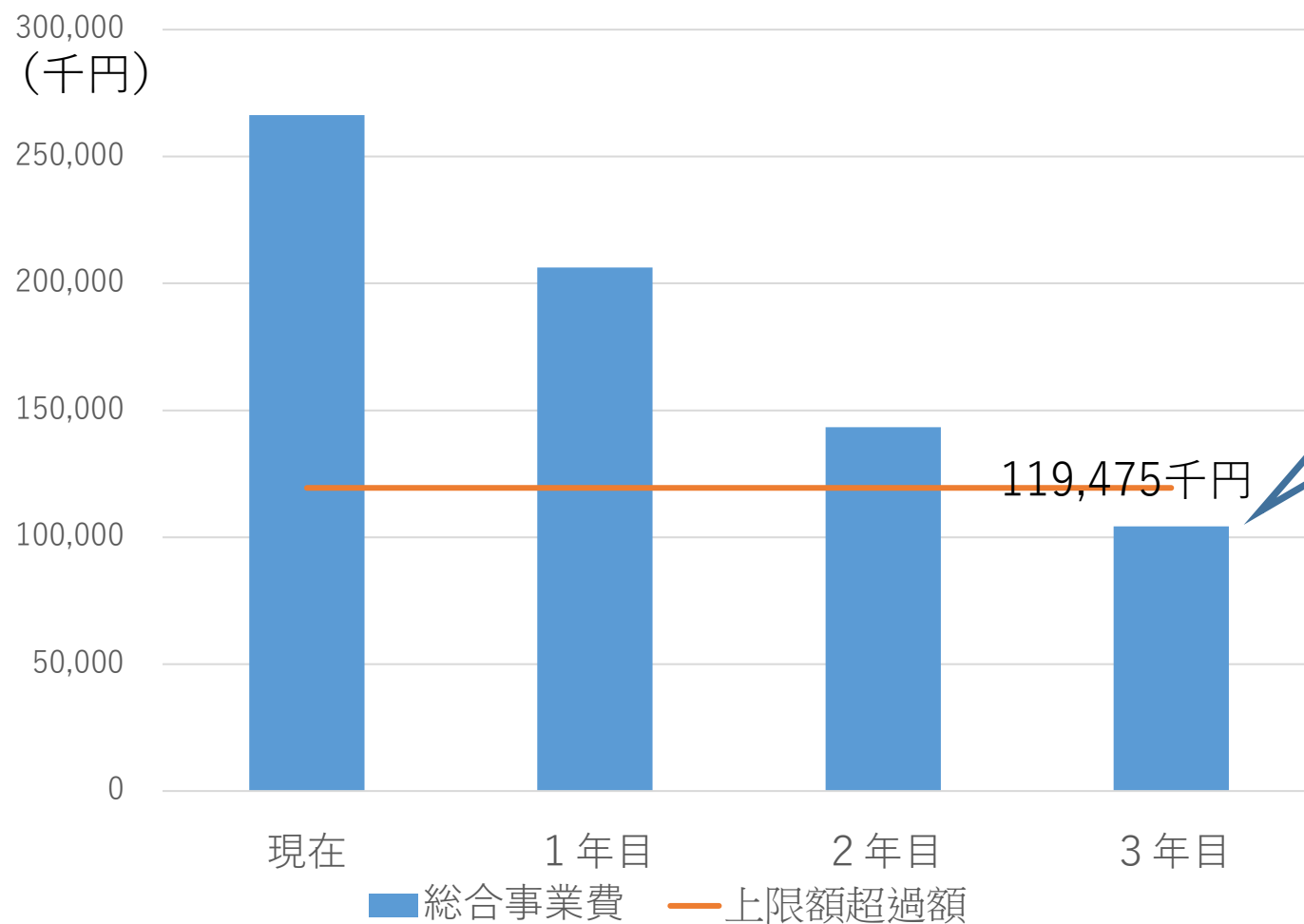


13 これからの取り組み（1）

【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人内、現行相当デイサービス利用者349人、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、デイサービス利用225人、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回のサービス移行可能103人（15%）	週1回利用者 15%移行	約20,000千円
④ <u>給付適正化システムの導入</u> 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

14 これからの取り組み（2）



3年目で上限額超過額
を下回る!!

今後の削減予定

- 1年目 ①+④=60,000千円
- 2年目 ①+②+③+④=123,000千円
- 3年目 ①+②+③+④=162,000千円



14 これからの取り組み（3）

【第9期せき高齢者プラン21の策定に向けて】

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



生涯現役プロジェクト
SEKI

今回の支援を受けて、市の進む方向と取り組みをつなぎ続けていくPDCAサイクルが大切だと改めて感じました。

担当者が変わっても「なぜ取り組んでいるか」の意識をつないでいきます。

ご清聴ありがとうございました。



地域づくり加速化事業 市町村のための伴走支援

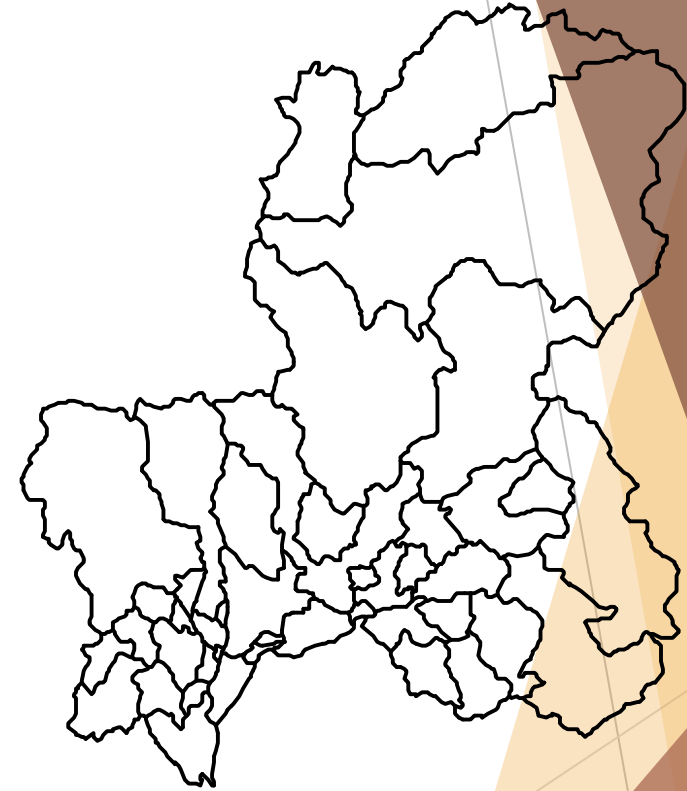
【岐阜県】

令和5年3月3日（金）

岐阜県健康福祉部高齢福祉課

岐阜県の概要 (R4.4.1)

- ▶ 人口 1, 9 4 6, 2 5 3 人
- ▶ 6 5 歳以上人口 5 9 5, 0 5 3 人
- ▶ 市町村数 4 2 市町村
- ▶ 高齢化率 3 0 . 6 %
- ▶ 要支援・要介護認定率 1 7 . 5 %



関市への支援目的

- ▶ 令和2年度に厚生労働省職員派遣事業により助言を受け、令和3年9月よりサービスCを開始したが、なかなか理想通りにサービス実施ができていない。
- ▶ 生涯現役を目指すための今後の体制づくりをしたい。
- ▶ 地域支援事業交付金の上限超過額が県内で一番多い。

→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。

支援内容

1回目支援（意見交換会）

- ・ 関市の現状について
- ・ 地域支援事業交付金上限超過に係るサービスCの見直しについて（対象者の見直し、入口のアセスメント）

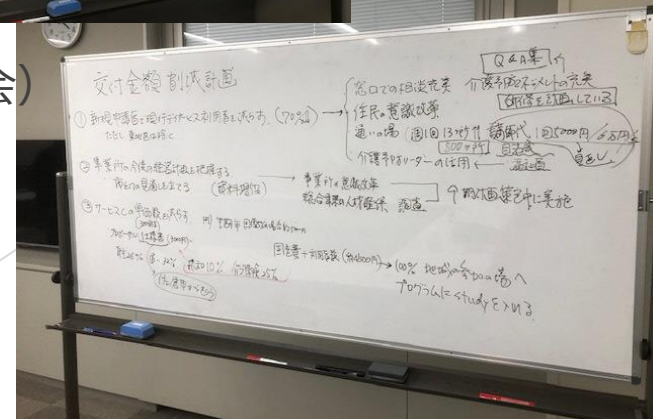
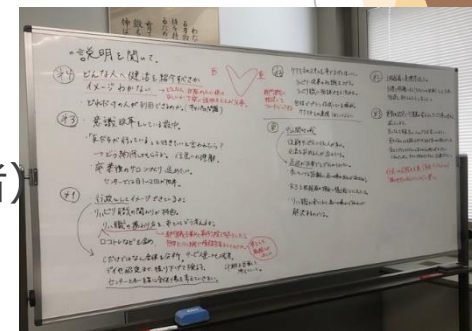
2回目支援（グループワーク、意見交換）

- ・ サービスC（健活）対象者の理解について（地域包括支援センター・事業者）
- ・ 予防プラン作成に関する指導

3回目支援（意見交換会）

- ・ サービスC、ケアプランについて（地域包括支援センター職員を含めた意見交換会）
- ・ 関市の今後の課題について（窓口での相談対応見直し、サービスC仕様書の見直し等）

市町村の現状を知る機会は初めてのため、理解することで精一杯だったが、支援を終えた今、市町村の課題をどう改善すればよいか考えることができるようになった。



支援による気づきや学び

- ▶ 課題を解決するためには、関係者との共通認識が不可欠。
 - そのために、課内をはじめ、多くの話し合いの場を設ける必要がある。
今回の関市支援の中でも地域包括支援センター職員を含む意見交換の中で新たな発見が多くあった。
- ▶ 今まで把握できていなかった市町村の現状を把握するきっかけとなった。
 - 各市町村の状況を把握することで市町村支援のヒントとなり、県全体の向上へと繋がる。
- ▶ 市町村へ出向くことで、事業を実施している現場ではどのような課題があり、どう取り組んでいるのかを知ることができた。





令和4年度 地域づくり加速化事業における取組

静岡県 富士市 福祉部 高齢者支援課



富士市について

富士市

人口 : 249,094人

高齢者人口 : 71,156人

高齢化率 : 28.56%

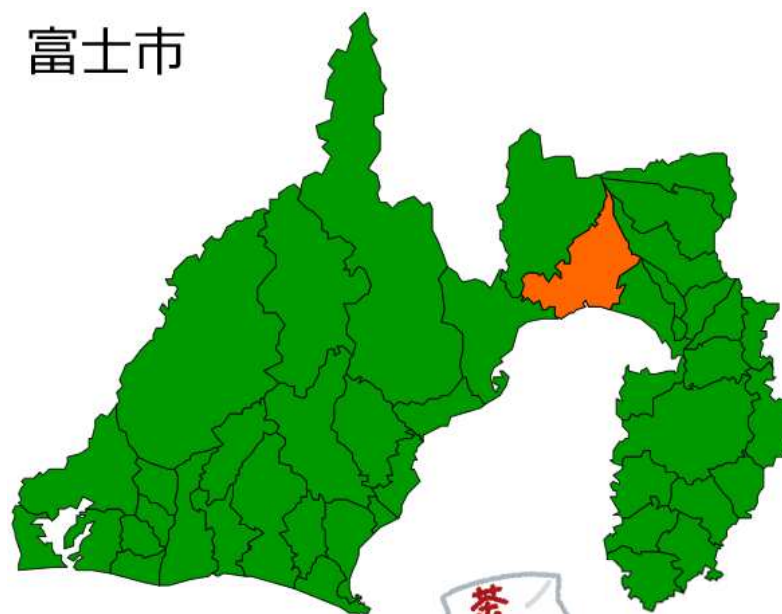
※いずれも令和5年1月1日時点

広がり : 東西23.2km、南北27.1km

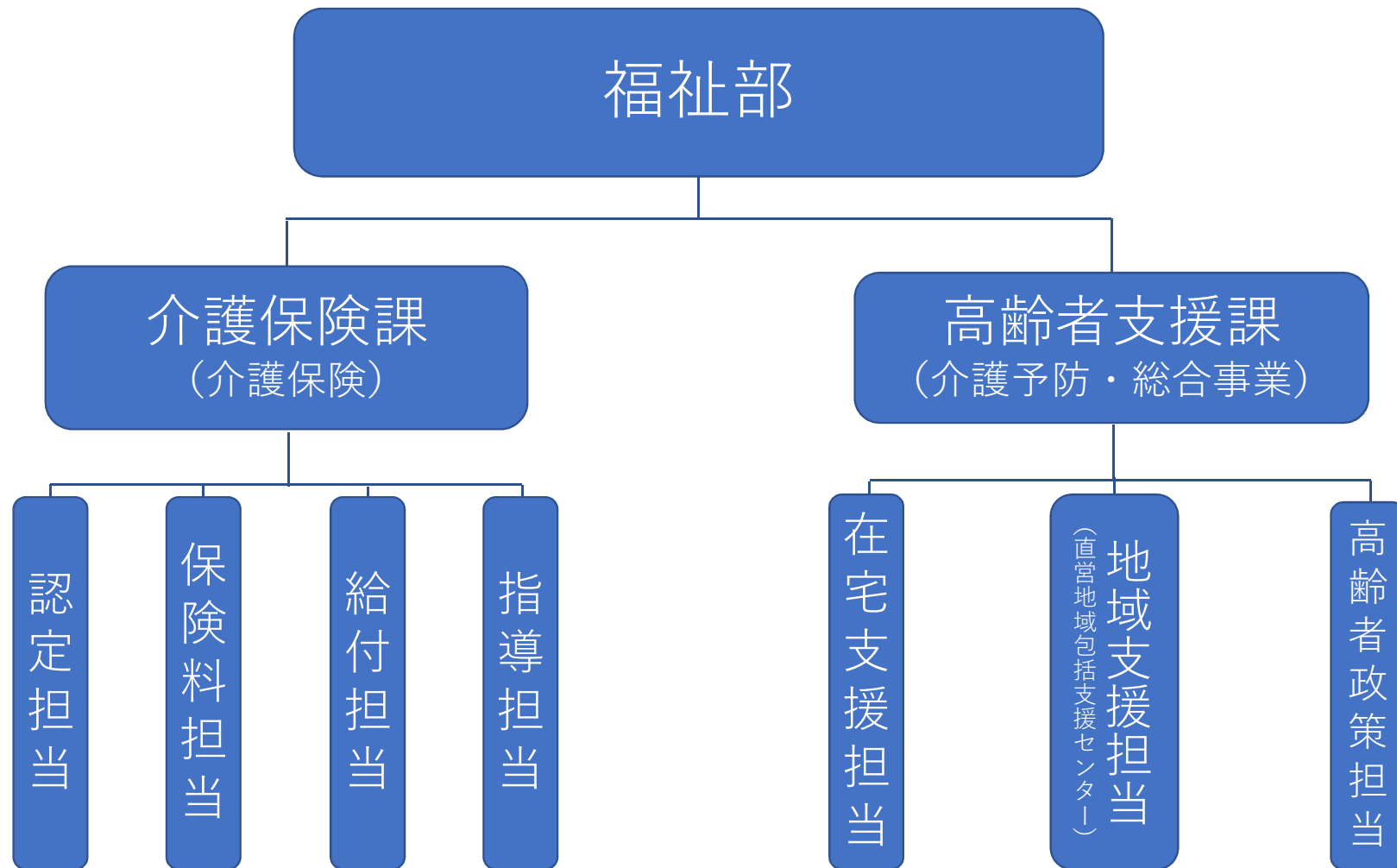
面積 : 244.59km²

高低差 : 約3,680m (海拔0m~3,680m)

ご当地グルメ : お茶、田子の浦しらす、富士つけナポリタン
サイダーかん (学校給食名物) など



富士市の介護保険関連部署の体制



富士市の現状

富士市の提供している介護予防・生活支援サービス事業

通所サービス

通所A（健康づくりデイサービス）
介護予防通所介護相当サービス

訪問サービス

訪問A（健康づくりヘルパー）
介護予防訪問介護相当サービス
訪問C（短期集中型訪問指導）

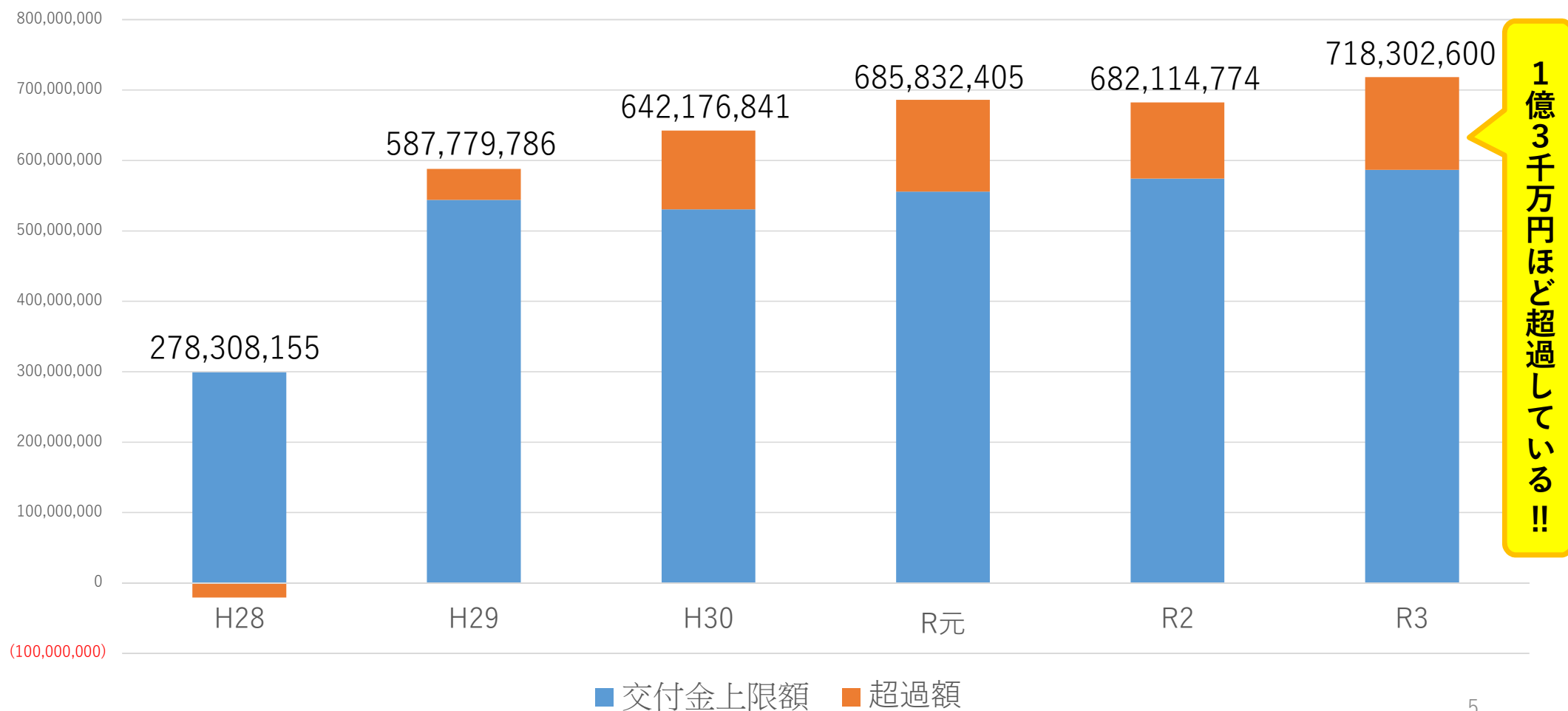
介護予防通所介護相当サービス（相当デイ）の利用者が大幅に増加しており、逆に通所Aの利用が減っている。

⇒事業費の増大の最も大きな原因。

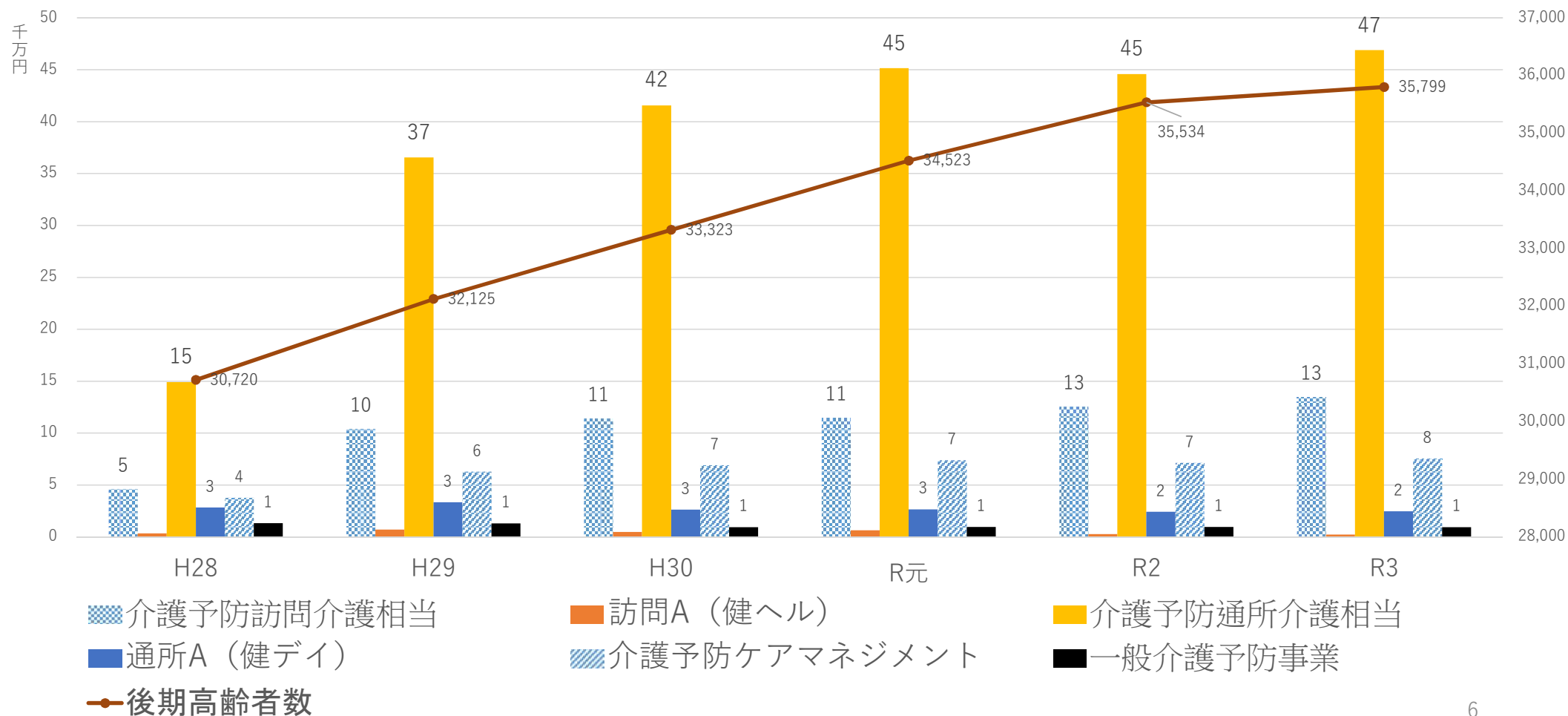
（令和3年度は4億7千万弱、事業費全体の65%）

総合事業対象者の
6割弱が
相当デイを利用

地域支援事業交付金上限額と総合事業決算額



総合事業決算額と後期高齢者数



“地域づくり加速化事業”を活用した理由

- 介護予防・日常生活支援総合事業費は上限額を約1億3000万円超えており、個別協議が認められず、保険料の増額も見込まれる中で、地域支援事業の在り方について喫緊の課題として考え直す必要があるため。
- 総合事業が始まってから、一度も事業の内容について、精査していない状況であるため、まずは現在の事業について事業費が超過している原因や解決策があるかを整理した上で、総合事業の枠組みを考え直すために、アドバイザーに分析のための手法を教えて欲しい。



第1回目支援（8月17日）の内容

参加者：地域包括支援センター長、富士市社会福祉協議会、支援者
高齢者支援課、介護保険課

計24名

内容：午前 田中室長補佐からの講話

（総合事業について全国の状況、他市町村の取組）

午後 講話を踏まえた意見交換

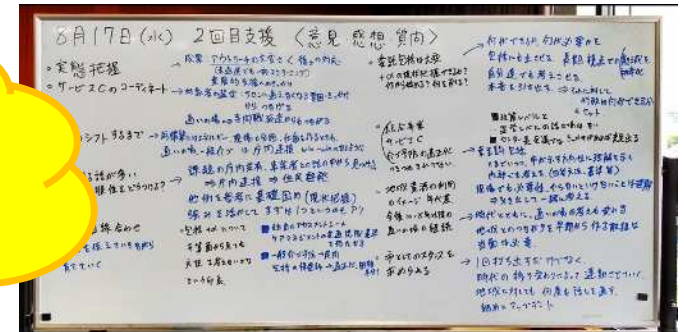
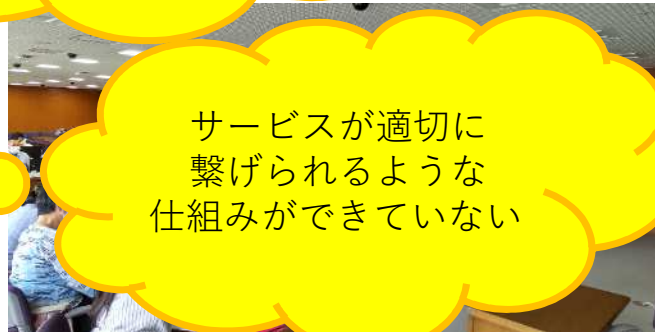
意見交換で見えてきたもの

事業対象者になると
ずっと事業対象者で
いることができる



総合事業の考え方について
各機関ですり合わせが必要

サービスが適切に
繋がられるような
仕組みができていない



第1回目支援を終えて

事業所・ケアマネの
サービス調整の目安
になるような
ガイドラインが必要では？

富士市の現状を伝えて
グループワークで現場から
課題や足りないサービスを
聴いてみよう！

今足りていない
サービスは？
もっとニーズ調査
しなきゃ！

通所A（健デイ）が
もっと魅力的になれば
使う人が増えるのでは？

ガイドラインを作るの
であれば、行政だけで
なく現場の意見を取り
入れよう！



第2回目支援（10月13日）の内容

参加者：地域包括支援センター職員・センター長、市内主任ケアマネジャー
支援者、高齢者支援課、介護保険課 計46名

内容：田中室長補佐からの講話、富士市の現状、グループワーク

意見交換で見えてきたもの

- ・総合事業についての周知が不十分で、それに伴い利用者や支援する立場の方々に理解されていない。
- ・高齢者を把握してからチェックリストをあてると相当サービスが妥当な方が多い。もっと早い段階で把握できれば予防の段階でサービスに繋がられる。
- ・利用者にサービスを「卒業」という概念があまりなく、通うことが目的となっている。
- ・相当デイの中でも半日デイのような、短時間で機能回復を目的としたサービスに需要がある。



第2回目支援を終えて

そもそも本当に運動機能向上を目的としたサービスが求められているのか、**実際にサービスを提供している事業所にインタビューしよう！**



インタビューをするのであれば、**市内全ケアマネや事業所にアンケートを取って**現状サービスの利用状況と意識調査も一緒にしましょう！

半日デイのような運動機能向上を目的としたサービス（健康づくりデイB）を新しく作った方がよいかな？

第2回目支援を終えて



半日デイ実施
事業所へのインタビュー

半日デイ実施事業所へのインタビュー

- 実施方法 : 事業所への訪問見学、担当者からのヒアリング
- 実施期間 : 令和5年1月
- 訪問事業所数 : 市内3事業所
- ヒアリング内容 : 実施内容（プログラム等）、器具の使用、器具の調達、リハビリ専門職の配置、居宅介護支援事業所のケアマネからの利用者紹介、定員いっぱいであるケースの有無、半日デイ利用者の実人数・延べ人数、要支援1・2及び事業対象者の利用人数・利用回数、半日デイの魅力・需要、身体機能回復・生活行為向上によりサービス終了する人はいらのか（いる場合は人数）

第2回目支援を終えて



半日デイ実施
事業所へのインタビュー

インタビューをして分かったこと

- ・利用者に合わせて器具使用を行っている（使用時間、頻度等）
- ・利用者がたくさんおり、定員いっぱいだという事業所もあった
（反面、空きがあるという事業所も）
- ・食事代等がなく金銭面で安い、通う目的がはっきりしている等の理由から人気がある
- ・サービスを利用しているからこそ生活を維持できていると考えているようだ
（週2回が望ましいとのこと）
- ・地域の受け皿がないため、卒業させたくても難しいという事業所もあった
（送迎の問題もある）

など

第2回目支援を終えて



ケアマネ、事業所向け
アンケート

ケアマネジャー、事業所向けアンケートの実施

内 容：ケアマネジャー向けアンケート

ケアプラン数や総合事業のサービス利用者、どのような支援等があったらよいか、
心がけ、地域の資源に関する質問

事業所向けアンケート

提供サービスや利用者数、サービス利用者、事業所の運営、自立支援に繋げるた
めの心がけに関する質問

実施期間：令和4年12月28日～令和5年1月20日まで

回答方法：電子申請、Eメール、ファクス

回答者数：ケアマネ向けアンケート 82人

事業所向けアンケート 37事業所 ※複数サービス提供による重複有₁₄

第2回目支援を終えて



ケアマネ、事業所向け
アンケート

アンケートを行って分かったこと

- ・通所介護相当サービスの利用者数が一番多い
- ・現在利用している相当サービスでなくとも短期集中型のサービスを利用すること等ができれば、状態が改善する方が9～15%いる
- ・送迎や入浴支援があればインフォーマルサービスでも対応可能な方がおり、本人の状態と、通所介護相当サービスの利用を想定した状態像とが、合っていないケースがあるようだ
- ・「卒業」というよりは現状維持を目標にしているという事業所が多い

など

第3回目支援（令和5年2月2日）の内容

参加者：通所 A・生きがいデイ職員、半日デイ（従前相当）職員

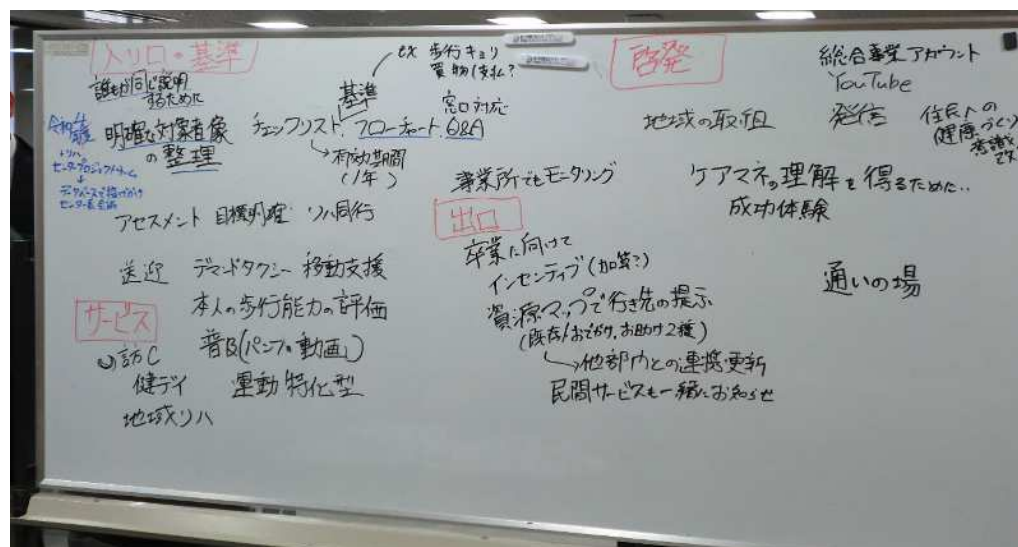
市内主任ケアマネジャー、地域包括支援センター長、リハビリ専門職

支援者、高齢者支援課、介護保険課

計 49 名

内容：午前 田中室長補佐からの講話、富士市の現状、ワークショップ

午後 午前中の振り返り、今後の展開



第3回目支援を終えて

見えてきた課題

【包括職員・ケアマネ】

- ・ 本人や家族の希望で本来通所 A でもいい状態の方を相当デイに通わせる現状がある
- ・ 本人や家族に強く言えない
- ・ 利用者の自立を促す役割をケアマネジャーだけに託されるのは負担が大きい
- ・ 自立支援の視点を取り入れたケアプランになっていない
- ・ 通所 A にリハビリに特化した半日デイがないため、仕方なく相当デイに流している

【本人・家族】

- ・ 自立支援の考え方を持っていない
- ・ サービスを卒業してその先の地域で自立した暮らしのイメージはない
- ・ 家族も本人同様、サービスに繋がったら、卒業ではなく、できるだけ長くデイサービスに通わせてほしい（卒業の視点はない）

【サービス提供事業所】

- ・ 従前相当、緩和型もサービス提供者が自立支援や卒業という概念をもって実施していない
- ・ 本来の当初市が考えていた位置づけの事業展開ができていない

【行政】

- ・ 本来の対象者が事業に乗っていない
- ・ 卒業させる視点がなかった
- ・ 現在の事業だけで足りないサービスもあるかもしれない
- ・ 関係者で目線合わせできてない
- ・ 目指すべき姿を示せていない

第3回目支援を終えて

サービスの入口・基準

状態像の整理
チェックリスト
フローチャート
窓口対応Q & A

啓発

成功体験
地域の取り組み

サービス

訪問C
運動特化型デイ
地域リハ
送迎・移動支援

サービスの出口

資源マップ



プロジェクトチーム
発足

行政職員

地域包括支援センター長

通所A・生きがいデイ職員

半日デイ（従前相当）職員

リハビリ専門職

第3回目支援を終えて

プロジェクトチームの今後の予定

2月16日 幹事会（行政職員）

状態像のたたき台について検討

2月22日 第1回目 プロジェクト会議

状態像のたたき台を提出、意見交換

3月 2日 幹事会（行政職員）

プロジェクト会議で出た意見を基に最終案を作成

3月 第2回目 プロジェクト会議

幹事会での最終案を提出、意見交換

3月末 状態像完成、地域包括支援センターへ周知（適宜）

令和5年度 状態像と現行サービスのリンク、入口問題・出口問題について検討（予定）

令和6年度 新しいサービスについて検討（予定）

令和7年度 新しいサービスについてモデル試行（予定）

⇒第10期介護保険事業計画へ反映



ご清聴、ありがとうございました



令和5年3月2日

富国有徳の理想郷ーしずおか

ふじのくに

令和4年度
地域づくり加速化事業

静岡県の取組と今後の方向性について



静岡県健康福祉部健康増進課

お伝えしたい内容

1 これまでの静岡県に伴走支援の取組について

2 富士市支援の際の県の体制と実施内容

3 今後の市町支援に向けて



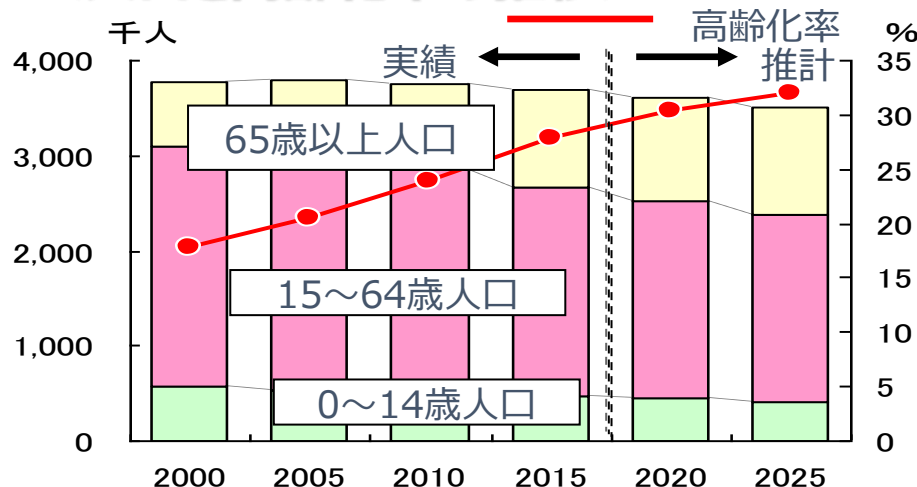
静岡県の概要

<静岡県概要>

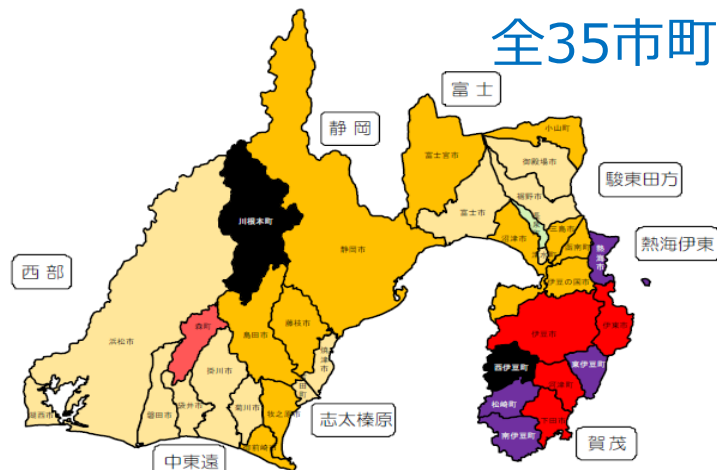
人口 3,644,767人 (2022.4)
 高齢化率 30.2% (2022.4)
 要介護認定率 16.1% (2019)
 健康寿命 男性 73.45歳
 女性 76.58歳 (2019)
※男女ともに全国第5位！



<人口と高齢化率の推移>



<市町別高齢化率 (2022.4時点) >



<令和4年4月1日>

	高齢化率	市町数
	50%超	2
	45%超50%以下	4
	40%超45%以下	4
	35%超40%以下	1
	30%超35%以下	11
	25%超30%以下	12
	20%超25%以下	1
	20%以下	0

これまでの静岡県の伴走支援の取組について

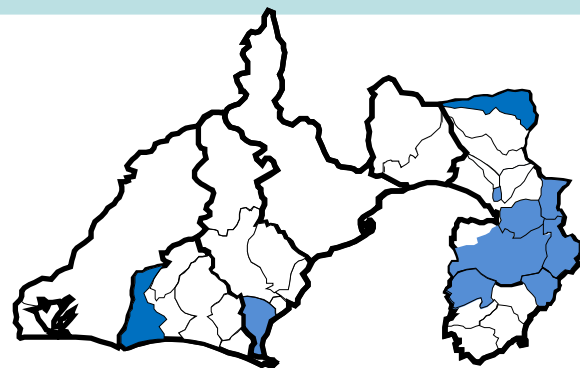
- ① 壮年熟期が活躍するいきいき長寿社会づくり事業
- ② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の促進 市町実施モデル
- ③ 認知症の人や家族を支える体制整備事業

① 壮年熟期が活躍するいきいき長寿社会づくり事業

「ふじのくに型人生区分」における壮年熟期（66～76歳）の方を対象に、継続的な社会参加活動につなげるための知識や技能の習得を目的として、県と市町が連携し、生活支援の担い手等として活躍するためのノウハウを学ぶ「講習・体験会」で実施（R4年度は10市町で実施）

＜令和4年度実施市町＞

実施内容	市町数
移動支援	3市（熱海市、伊豆市、磐田市）
生活支援	3町（東伊豆町、西伊豆町、清水町）
意識醸成	3市（伊東市、伊豆の国市、牧之原市）
ICT活用	1町（小山町）
計	10市町



地域で必要な支え合い活動

- 住民同士の見守り
- ちょっとした生活支援（ゴミ出し、買い物の荷物持ち等）

- ▶ 見守り
- ▶ 家事援助
- ▶ 外出支援



地域社会の 支え手として 社会参加



長寿者の社会参加

- 知識・経験を活かす活動
- 新たにチャレンジする活動

- ▶ 起業・就労
- ▶ ボランティア
- ▶ 地域活動
- ▶ 趣味



【個人の視点】

役割があり、生きがい、やりがいにつながる。

【社会の視点】

安心して暮らしつづけられる地域づくり。

ふじのくに型人生区分

ふじのくに型人生区分

老年	ひやくじゅおきな・ひやくじゅおうな 百寿翁・百寿媼		100歳以上	100歳の長寿を寿(ことほ)ぐ世代
	長	老	88～99歳	米寿(88歳)から白寿(99歳)まで
	中	老	81～87歳	傘寿後から米寿前まで
	初	老	77～80歳	喜寿(77歳)から傘寿(80歳)まで
壮年	壮	年 じゅくき 熟 期	66～76歳	さまざまなことに熟達し、社会で元気に活躍する世代
	壮	年 せいき 盛 期	56～65歳	経験を積み、社会で活躍する世代(中期)
	壮	年 初 期	46～55歳	経験を積み、社会で活躍する世代(前期)
青年	青	年	18～45歳	社会的に成長・発展過程であり、活力みなぎる世代
少年	少	年	6～17歳	小学校就学から選挙権を有するまでの世代
幼年	幼	年	0～5歳	命を授かり、人として発達・発育する世代



背景

- 高齢者の外出は生きがいにつながる。しかし、様々な理由で外出がしづらくなっている人がいる。
- ちょっとした助け合いでその人の生きがいを支えることができる。
- 移動・外出支援に関する目的や制度、令和3年度にモデル実施した錦が丘地区「買い物支援プロジェクト」の取組を広く周知したい。
- セミナーを通じて意識醸成を図り、支え合う地域づくりを目指したい。

令和3年度活動の概要

- 10/15 移動・外出支援セミナー 1日目
受講者 33人
移動サービスに関する講義
(全国移動サービスネットワーク)
- 10/29 移動・外出支援セミナー 2日目
受講者 31人
錦が丘地区「買い物支援プロジェクト」
取組発表
プロジェクト協力者8名が登壇、参加者
との意見交換



プロジェクトに協力した高校生も
参加しました！

アンケート

「自身の地域で同じような取組が必要か」
⇒必要 62% (18/29人)

成果や課題

(成果)

- 「外出」が高齢者の生きがいにつながること、「外出」は目的ではなく手段であることが共通認識となった。
- 買い物+ゴミ出し支援等の対応を具体的に検討する団体の意識啓発につながった。

(課題)

- 地域の仲間や組織を動かすにはどうしたらよいか。
- 興味がある人を実際に活動につなぐ仕組みづくり
- 今は困っていない人に当事者意識を持ってもらう意識啓発

今後の展開

- 支え合い活動の実施を検討している地区へ生活支援コーディネーターが出向いて、住民の啓発やサービスの在り方の検討について支援を行う。
- 錦が丘でのモデル事業は令和4年3月で終了。実施結果を協議体で報告し、今後の活動や他の地域への展開について検討する。
- 必要となるボランティア向けの講座等を開催することで活動を支援する。(訪問型サービス従事者研修や運転ボランティア養成研修など)

背景

- 身近な場所で気軽に集まれる居場所を地域で増やすために実施。
- 健幸アンバサダー・各ボランティア団体やすでに居場所運営スタッフを中心に一般にも広くセミナーの募集を行った。
- 今後の居場所運営の中で、居場所への移動支援も併せて整備が必要であるため、令和2年度運転ボランティア養成講座の募集を実施し、4名の参加があった。

令和3年度活動の概要

セミナー参加者を4地区に分け、模擬居場所を開催。

- 12/6 櫻田・那賀地区 模擬居場所
参加者18名（うち運転ボランティア利用2名）
内容：脳トレ・体操・ゲーム
- 12/7 伏倉地区 模擬居場所
参加者14名
内容：歌・体操・感染予防講座
- 12/11 松崎地区 模擬居場所
参加者20名（大人16名 子ども4名）
内容：ICTアドバイザー派遣（太鼓の達人）
体操・折り紙・かるた
- 12/14 岩地地区 模擬居場所
参加者15名
内容：クリスマス会（歌・ゲーム・体操）



ICTアドバイザー派遣の様子



多世代の交流

成果や課題

（成果）

- 櫻田・那賀地区の移動支援を実施できた。
- 地区での居場所運営についてイメージができ、継続に向けて検討する場となった。（今回実施した4地区のうち3地区は4月以降も継続予定。）
- 参加者からの継続を望む声など意見を拾える場となった。
- ICTアドバイザーを活用し、居場所での催し物検討の幅が広がった。

（課題）

- 居場所の担い手の高齢化。定期的な担い手の育成。
- 居場所を継続するための支援。
- 新しい居場所づくりの必要性

今後の展開

- 令和3年度立ち上げた居場所について継続できるよう住民への周知も含めて支援していく。
- 他地区の居場所同士の情報交換を定期的に行う。
- 新しい居場所づくりと担い手を発掘・育成していく。

背景

- 新型コロナウイルス感染症の影響で高齢者の行動が制限されている
- 新たな社会参加のツールとして、オンラインを活用した新しい居場所の創出を検討
- 地域の体操教室やシニアクラブ代表者等を対象に、高齢者向けの「スマホ教室」を開催
- 町公式LINEやデマンドバスアプリ「MONET」の普及にも期待

令和3年度活動の概要

	教室の開催日			参加者数
	1回目	2回目	3回目	
会場1	10/13	10/20	10/27	21名
会場2	10/15	10/22	10/29	10名
会場3	11/2	11/9	11/16	8名

《各回の内容》

- 1回目：スマホについて、LINEの実践①（メッセージの送受信等）
- 2回目：LINEの実践②（ビデオチャット、友だち登録等）
- 3回目：総復習、町からの情報提供 等



成果や課題

(成果)

- 教室の参加者が、社会参加のツールとしてスマホを積極的に活用できるようになった
 - ✓家族や知人との連絡手段
 - ✓参加者が主体となってLINEグループを作成 等
- 町の公式LINEやデマンドバスの普及につながった

教室後の展開を期待し、地域で活躍しているリーダーの方に参加してもらえよう、募集チラシを活動の場に郵送するなど、募集方法を工夫しました

(課題)

- 参加者ごとにスマホの習熟レベルも異なるため、参加者のレベルに合った支援が必要
- 教室参加者に対し、スマホを活用した社会参加を促進させるような支援が必要

今後の展開

- 中長期的に支援を行うことが重要であるため、今年度の成果や課題を踏まえ、継続的な支援を行っていく。
- また、高齢者のスマホ利用を促進し、引き続き、町公式LINEやオンデマンドバスの利用促進を図っていく。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の促進 市町実施モデル

各市町によって課題が異なるため、各市町が抱える課題が解決できるよう、県・市町が連携し、一体的実施の実現につなげる取組を実施。（R4は2市で実施）

KDBを活用した課題把握・分析

- ・「KDBシステム」や「茶っとうシステム」による地域の健康課題の把握・分析

企画・調整を担う専門職の配置

- ・保健師による事業の企画・立案
- ・庁内連携体制の構築

医療関係団体等との連携・調整

- ・関係団体への協力要請
- ・施策の方向性の共有

ハイリスク・アプローチ

- ・対象者の実態把握・抽出
- ・「KDBシステム」により判明したリスク者への個別のアプローチ



ポピュレーション・アプローチ

- ・地域包括支援センターと連携した受診勧奨の仕組みづくり
- ・ハイリスク者への個別支援の仕組みづくり

市町での保健事業と介護予防の一体的実施の実現へ！！

認知症の人や家族を支える体制整備事業（チームオレンジ・ピアサポート活動）

■事業内容

区分	内 容	令和4年度実績	令和5年度計画
認知症 伴走 支援	県が選定した市町が実施する、支援のニーズ把握・認知症の理解普及・支援体制の構築・支援者の連携や展開等を図るための事業の企画・運営等を支援する	・ 本人ミーティングの開催 （菊川市、湖西市、南伊豆町） ・ キャラバンメイト養成研修の開催 （南伊豆町、松崎町、西伊豆町） ・ ステップアップ講座の開催 （菊川市、富士市） ・ 公共交通機関を活用した広報 （富士市、松崎町）	チームオレンジの設置時期を未定としている市町を中心に5市町程度の支援を継続
その他 支援	チームオレンジを既に設置した市町を含め、フォローアップのための研修会や広報等を実施する	・ 市町のチームオレンジ担当者の意見交換会 ・ 認知症の当事者の地域活動への参加促進のためのフォーラム ・ 市町の認知症サポーター等を対象としたチームオレンジ養成研修 ・ 県が委嘱する静岡県希望大使及びピアパートナーの市町等への派遣	市町全体のフォローアップのための事業を継続 普段は認知症の方と関わるのが少ない層（企業、若年層等）に対しては、SNSの活用や、出張イベントなど、効果的取組を検討し実施する 【拡充】

実施する中で県の担当者の悩み

- ・ 担当ではあるけど、専門知識がなく、不安
- ・ 担当一人あたり複数市町受け持って大変だ



- ・ 業務がたくさんある中で自分から動くと仕事をもっと増えるのでは

支援の際の県の体制

期限後に滑り込み応募
⇒採用されました！



健康増進課 地域支援班長



総合事業担当
健康増進課

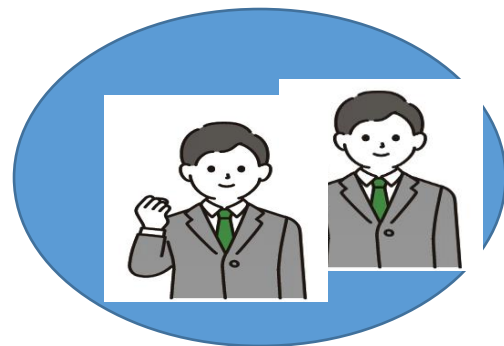


地域支援事業
交付金担当
福祉長寿政策課

担当が気をつけたこと・学び

○一緒に考える、悩む

→個々で分からなくてもお互いの分かる部分を共有すれば意外と進む。



○スケジュール管理と音頭取りは積極的に

→各々担当業務で忙しいため、スケジュール管理は命

○支援チームに早めに相談（気負わない）

→田中補佐を筆頭に困ったら聞く。

他市町の事例や違った視点でのアドバイスをもらえるチャンス



エピソードトークをいくつか

- 担当課総動員 + 関係課も参加
- 現場を知る強力な支援者
- 抱き合わせ大作戦



令和5年度 静岡県の市町伴走支援型の事業

- ① 壮年熟期が活躍するいきいき長寿社会づくり事業
- ② 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の促進 市町実施モデル
- ③ 認知症の人や家族を支える体制整備事業
- ④ 新たな生活様式に対応した健康づくり事業 **New!**

○「ふじのくに むすびば」の利活用促進

○市町伴走型のICTを活用した健康づくり支援

ICTを活用した健康づくりや社会参加等支援
市町における通いの場同士の交流会の開催支援

○ICTを活用した多様な活動の場支援
ICTアドバイザー派遣
伴走型支援の取組事例報告会



「ふじのくに むすびば」の運営

ICTアドバイザー派遣

R3から
実施



オンライン「通いの場」交流会



静岡県健康づくり応援サイト「ふじのくに むすびば」

区分	内 容
目的	新型コロナウイルスの感染拡大により顕在化した、社会活動の自粛に伴う身体・認知機能の低下を防止するため、 <u>新たな生活様式に対応した県民の健康づくりや社会参加を推進する。</u>
開設日	令和3年12月24日
特徴	(1) <u>通いの場・居場所・認知症カフェ等約540か所の活動の場を紹介。</u> 利用者と活動団体が直接つながることができます。掲載団体も随時募集。
	(2) <u>県内46種類のご当地体操やハイキング、ヨガ、減塩レシピなど</u> 健康づくりに役立つ動画コンテンツを発信します。
	(3) <u>ナビゲート機能やオススメ機能などにより、操作が不慣れな方にも、</u> <u>目的の情報に簡単にアクセスできるようサポートします。</u>

健康
劇場



健康の秘訣動画

地域の
すごし場



活動団体を探す

知識の
まなび場



健康情報や取組を調べる

支援の
つなぎ場



サポート団体を探す

企業の
ひろ場



企業の取組を探す





富国有徳の美しい“ふじのくに”



静岡県

Shizuoka Prefecture

ご清聴ありがとうございました。



