

令和4年度 介護予防・日常生活支援総合事業等 の充実のためのアドバイザー派遣に よる伴走支援を受けて

2024年 春
北陸新幹線福井開業！



福井県福井市
福祉部 地域包括ケア推進課



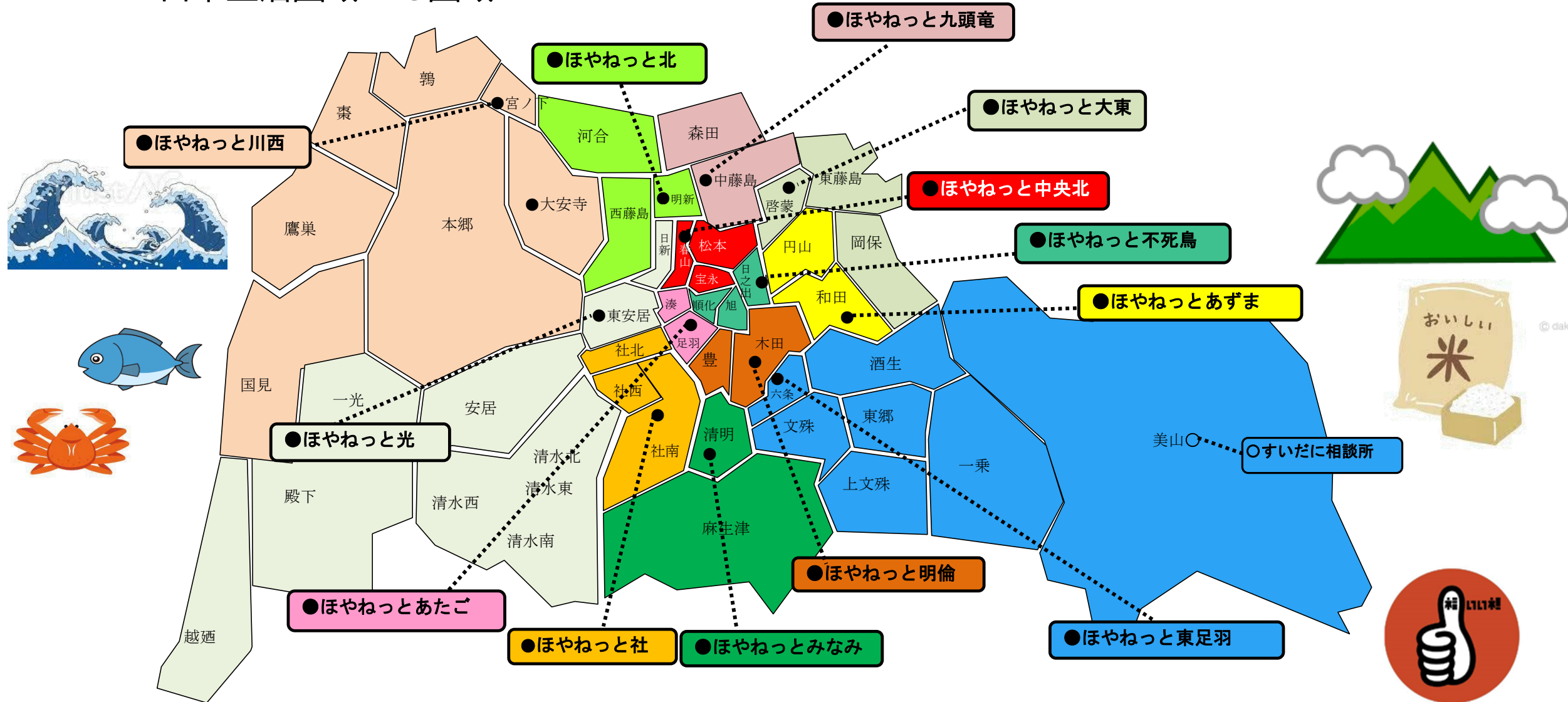
福井市の状況 (令和4年4月1日現在)

- 人口 258,485人
- 高齢者 76,246人(高齢化率 29.5%)
(後期 39,823人、前期 36,423人)
- 要介護認定者数 13,876人(高齢者人口の18.2%)
うち要支援認定者数 3,475人(高齢者人口の4.6%)



●福井市 ほやねっと(地域包括支援センター)一覧

日常生活圏域 13圏域



福井市の総合事業

◆介護予防・日常生活支援サービス事業

- 予防相当サービス(訪問型、通所型)
- 基準緩和型サービス(訪問型A、通所型A)
- 短期集中型サービス(通所型C)

◆一般介護予防事業

- 自治会型デイホーム事業(市社協 委託)・・・49地区で実施
- いきいき長寿よろず茶屋設置事業(住民主体)・・・40か所
- いきいき百歳体操(住民主体)・・・22グループ



福井市の取組（これまで）

- 平成29年度からの新しい総合事業への移行に向けて、地域包括支援センターや専門職と検討を重ね、介護予防に取り組む人の増加を推進
- 時間の経過とともに、判断基準や事業対象者にばらつきがでていた
- 利用者数は増加しているが、比較的元気な人もサービスを利用しているのでは・・・
- 国の地域支援事業交付金の取扱いが厳格化され、本当に必要な人に必要なサービスが提供されなくなるという危機感



課題①事業対象者ってどんな人？

【地域包括支援センターにて】

近所の〇〇さん
が行っている事
業所へ私も行き
たい！

元気だけど、運
動できる場所
に行きたい！



地域住民

基本チェックリストは該当し
ているけど、要支援相当？

でも、「利用できる！」
と思い込んで来てい
るので、断れない……



包括職員

介護予防ケアマネジメントの件数の増加



課題②地域の集いの場の利用が進まない

近くにあるのに、
足が痛くて歩いて
いけない

男性の参加者
が少ないから、
入りづらい...

もの忘れがある
し、迷惑がかかる
から行かない

いつも同じメンバー

新しい人が入っ
てこない

集いの場

地域の高齢者が利用しやすい場所へ



伴走支援で取り組みたいこと（エントリー）

- 基本チェックリストが本人の主観によってしまい、状態像が曖昧。
⇒客観的に判断できるものが欲しい
- 地域の集いの場が、いきいきとした活動の場になり、高齢者が参加できるよう、支援したい



1 回目支援（8/16）

＜参加者＞地域包括支援センター長又は主任介護支援専門員

＜地域包括支援センターとの意見交換＞

フィットネス感
覚の利用が増
えた

でも、人気
があるのは、何
か魅力があ
るってこと？

集いの場のメ
ニューは、高齢
者のニーズに
合っていない？

包括業務を
圧迫！

周辺部では事
業所がなくて、
利用できない

地域のもとも
とのつながり
はある！



**包括も課題感是一緒
味方となる存在ということを確認！**

＜ADの助言、課題整理＞

- 規範的統合
（住民、事業所、包括、行政）
- 介護予防マネジメントの強化
- 地域の課題は地域で解決

**共感者の発掘
⇒コア会議を開催しよう**

1回目支援の後、コア会議を開催

<コア会議の開催>

メンバー：地域包括支援センター、リハビリ職、市社協職員

- 事業対象者の状態像を判断するためのツールを作ろう
 - ⇒ 状態像を明確にする
 - ⇒ 状態像を判断する新たなチェックシートを作成しよう
 - ⇒ 作成に当たっては、リハビリ職の意見をもらおう
- 地域の集いの場を今よりもっと魅力的に
 - ⇒ 介護予防に効果的なメニューをリハビリ職から助言



<効果>

- 身近なところに、たくさんの共感者がいることがわかった！

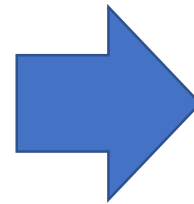


2回目支援（10/3）

＜参加者＞コアメンバー（地域包括支援センター、リハビリ職、市社協）

＜厚労省 田中明美氏より講話＞

- 住民、関係者、行政、みんなで考える
- 行政の地域デザイン
- 事業対象者見極めのツール
- 価値観の多様化に対応
- 介護予防の取組は様々



＜今後の方向性＞

- 状態像の明確化
- 状態像を判断するためのチェックシートの作成
- 事業所に理解してもらうための方法の検討



2回目支援以降の取組が足踏み状態

- 目に見える成果物を作成しなければ・・・という焦り
- コア会議で得られた多くの意見を、状態像やチェックシートにつなげられるよう整理できない

⇒支援チーム（AD、厚生局、県）コアメンバーから連絡

- この事業での成果は、成果物を作ることではない
- 課題に気づき、共有し、解決策にたどり着くまでの過程が大事
- 3回目支援では、成果物に対する助言ではなく、今後につながる、有効な気づきや連携構築も大事なことで・・・という助言
- 課題を一つずつ、解決していこう

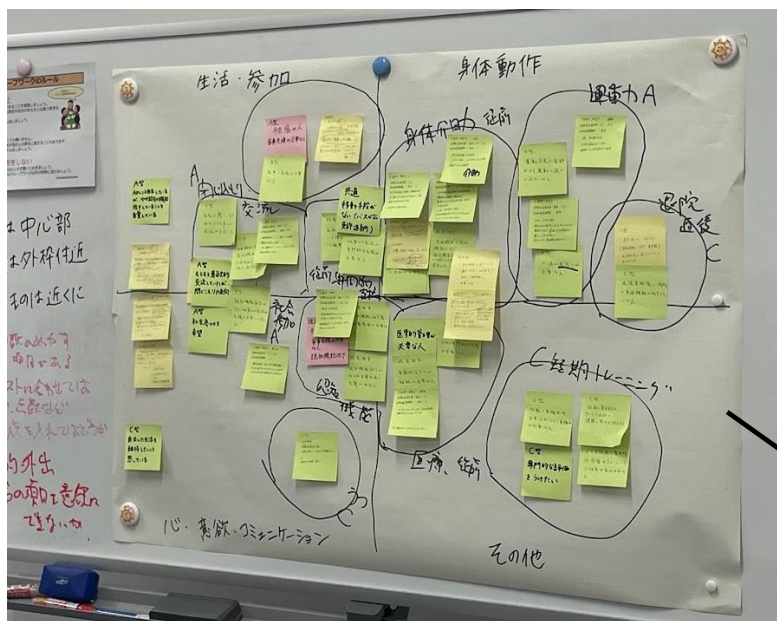


3回目支援（1/10）

＜参加者＞市の包括担当職員、地域包括支援センター

＜市職員との意見交換、市職員＋包括とのGW＞

- ・ 状態像（従前相当、A型、C型）
- ・ シン・アセスメントシートについて
（新たに作成ではなく既存のものを見直すことに）



- ・ 状態像について具体的な内容を聞くことができた。
- ・ シン・アセスメントシートは、今後再検討する。



3回目支援（1/10）

＜参加者＞市の包括担職員・地域包括支援センター

＜山口ADの講話＞

規範的統合について

- 他市町での取組をもとに、規範的統合が育っていった過程を紹介。
- これからも、引き続き検討を。



＜中澤ADの講話＞

共有・合意からの地域づくり

- 自助力・互助力を高める。そのために公助・共助で強化する。
- 地域を把握し(包括の力)、考え方を共有する(住民、事業所、行政)
- ロードマップの作成を。



支援をととしての学び

- 地域包括支援センターが、とても強い味方になることを再確認。
意見や考え方を共有することが大事
- 何歳になっても、介護予防をあきらめないということを、住民、事業所、包括、行政も信じること
- 事業の検討の際には、何を改善するのか、目的や原点をぶれないよう確認すること
- 学びを共有し、地域包括支援センターや関係機関、住民が同じ方向を向いていけるよう、今後の取組に活かしていきたい



地域づくり加速化事業
～介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための
アドバイザー派遣による伴走支援～

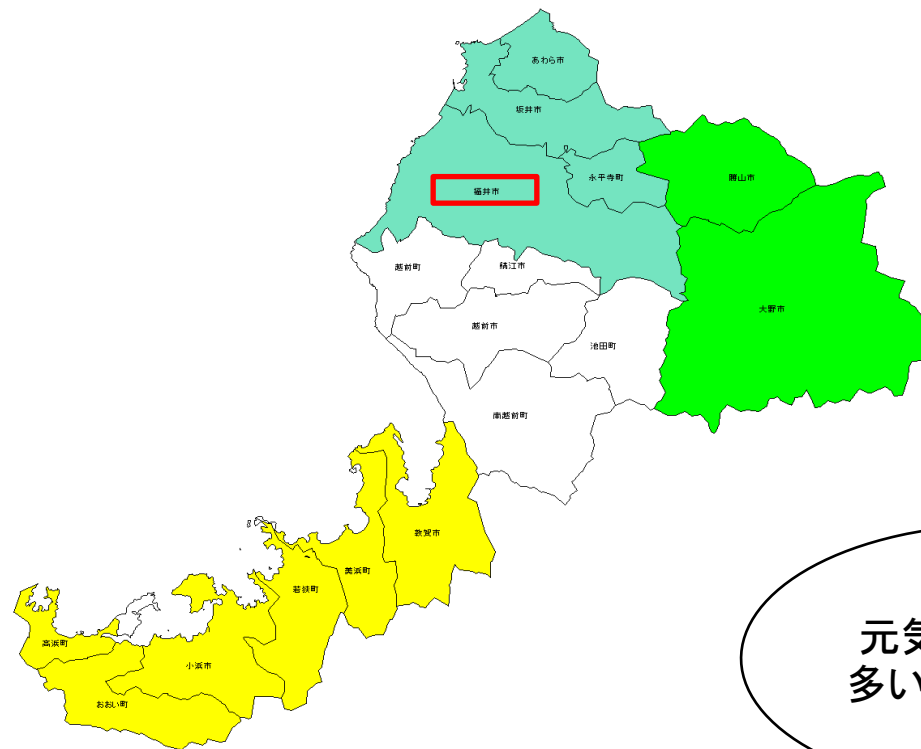
福井県健康福祉部
長寿福祉課



県の概要

- 人口：752,976人 (R4.10.1現在)
- 65歳以上人口：232,706人 (高齢化率：31.3%) (R4.10.1現在)
- 要介護認定者数：41,574人 (要介護認定率：17.5%) (R4.4月末現在)
- 市町数：17市町 (保険者数：16保険者)

国土地理院承認 平14総複 第149号



福井県

○本県の高齢者の特徴

- ・健康寿命 全国13位
- ・高齢者有業率 全国4位
- ・高齢者ボランティア活動比率 全国9位

元気な高齢者が
多いことが特徴！



福井県マスコットキャラクター「はぴりゅう」

本事業参加までの流れ

<福井市の手上げ理由>

総合事業対象者が増加しており、事業費が上限超過の状態。必要な人が適切に利用できるよう、利用者の選定を見直したい。



<県の参加体制（長寿福祉課地域包括ケアG）>

地域包括支援センター・地域ケア会議担当者（保健師）
地域支援事業交付金・生活支援体制整備事業担当者（行政職）

} 2名で参加



○グループの業務

- ・介護予防に関すること
- ・生活支援体制整備推進事業に関すること
- ・認知症施策の推進に関すること
- ・在宅医療の推進に関すること
- ・地域におけるリハビリテーション推進に関すること 等

県担当者としての悩み

- ・市町数は少ないが、市町によって抱えている課題や状況が違う
⇒何から手を付ければ・・・、市町の状況把握も不十分
- ・現場を知らない、専門知識が乏しい
⇒市町担当者の方がその市町には詳しい、県が支援できることって？
- ・市町によっては事業の取組みがあまり進んでいない気がする・・・



①0.5次MTG→第1回目現地支援（8月16日）

○全包括（13うち2欠席）との意見交換会

- ・総合事業をフィットネス感覚で利用する人が多い（事業所のやり方がうまい）
- ・住民にも事業所にも総合事業の「卒業」という考えがない
- ・地区によっては事業所が少なく移動手段がないため、隣接市のサービスを利用せざるを得ない

○意見交換会後の打ち合わせ

- ・課題について市民・包括向けの言葉に変える、総合事業の上限超過という課題を明確化する
- ・行政（市）だけで検討するのではなく、コアメンバーを決めて一緒に考えていく

②1.5次MTG→第2回目現地支援（10月3日）

○コアメンバーの4包括職員、事業所のリハ職、市社協を含めた意見交換会

- ・新たなチェックシートの作成（判断の根拠となるもの、基本チェックリストを補足できるもの）
- ・地域の居場所について（実施内容の変容、整理）

○意見交換会後の打ち合わせ

- ・1回目の支援後、総合事業に有効期間（1年間）を設けることとした（R4.12～）
- ・チェックシートのたたき台の作成（→後に福井市版アセスメントシートの見直しに変更）
- ・コアメンバー以外の包括の意識醸成をどうするか

③2.5次MTG→2.75次MTG→第3回目現地支援（1月10日）

○市職員（各包括担当）との意見交換

- ・包括との連携は全市的な課題、何か手を打たなければならない

○全包括（13）との意見交換

- ・状態像明確化のためのワーキング

○今後の方向性

- ・アセスメントシートの見直し。包括と一緒に使用方法を検討
- ・包括との総合事業対象者の状態像の共有

本事業で得た気づき

- ・市、包括支援C、社協、事業所等、地域のことを考えている人は多くいる
⇒関係者間を結びつけることが大切、同じ場で話し合う！
- ・「なぜこの事業をやるのか」「何のためにやるのか」迷ったらこの基本に立ち返る
- ・地域をデザインすること、そのためには行政と現場の協働が必要
- ・第3者の立場だからこそ果たせる役割がある
⇒第3者がいることで関係者も冷静になる
- ・外部の人間であるからこそ「教えてもらう」という姿勢
- ・ロードマップ作成の重要性
⇒最終的な目標が明確になっても、一気にそこに至ることはできない。
着実に進めるため、成果が見える化するため（＝関係者間のやる気、対外的な説明）にも必要

普段は中々聞くことができない
「現場の声」を直接聞くことができた
貴重な機会でした！



今後の市町支援の際に意識したいこと

- ・「事業の実施」を優先しない（事業ありきではない）
- ・事業ごとの連動を意識する
- ・行政だけでなく、なるべく早い段階から多くの関係者を巻き込む
⇒まずは関係者間の意思疎通・情報共有から！
- ・市町の課題の背景を一緒に考える
- ・県も「現場の声」を聞く機会を持てるようにする
- ・他市町の情報収集と共有

県も一緒に頑張っていきたいです



令和4年度地域づくり加速化事業報告

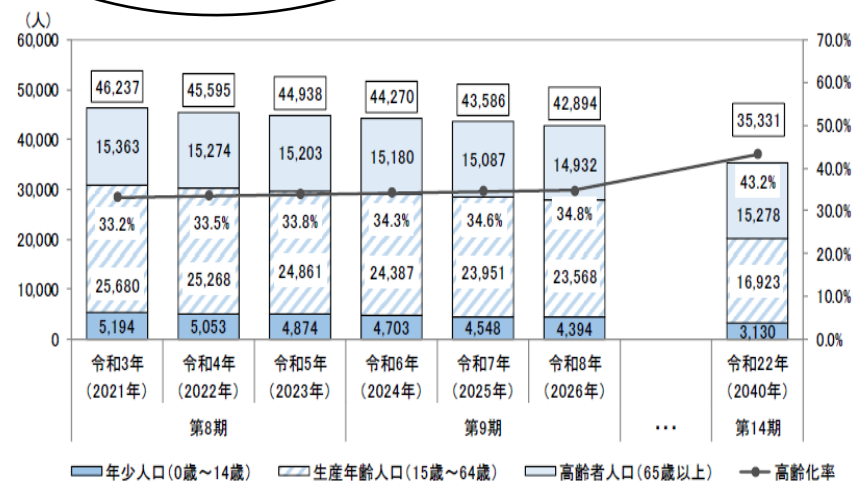
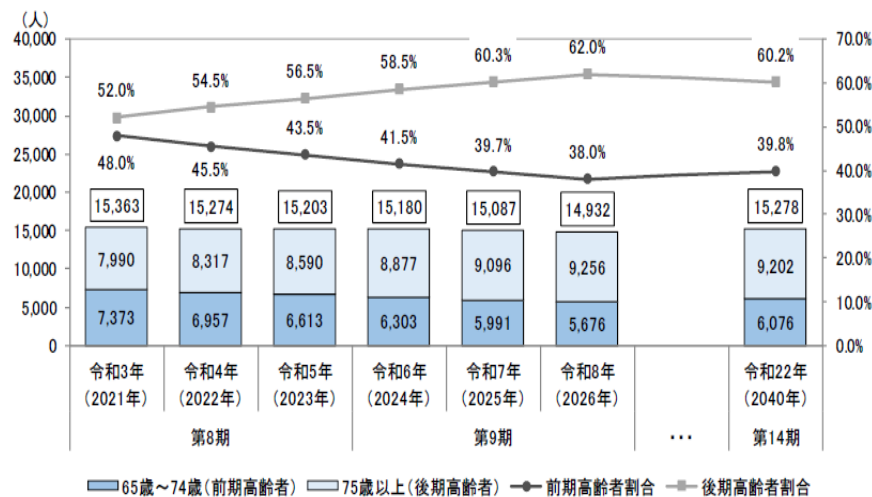
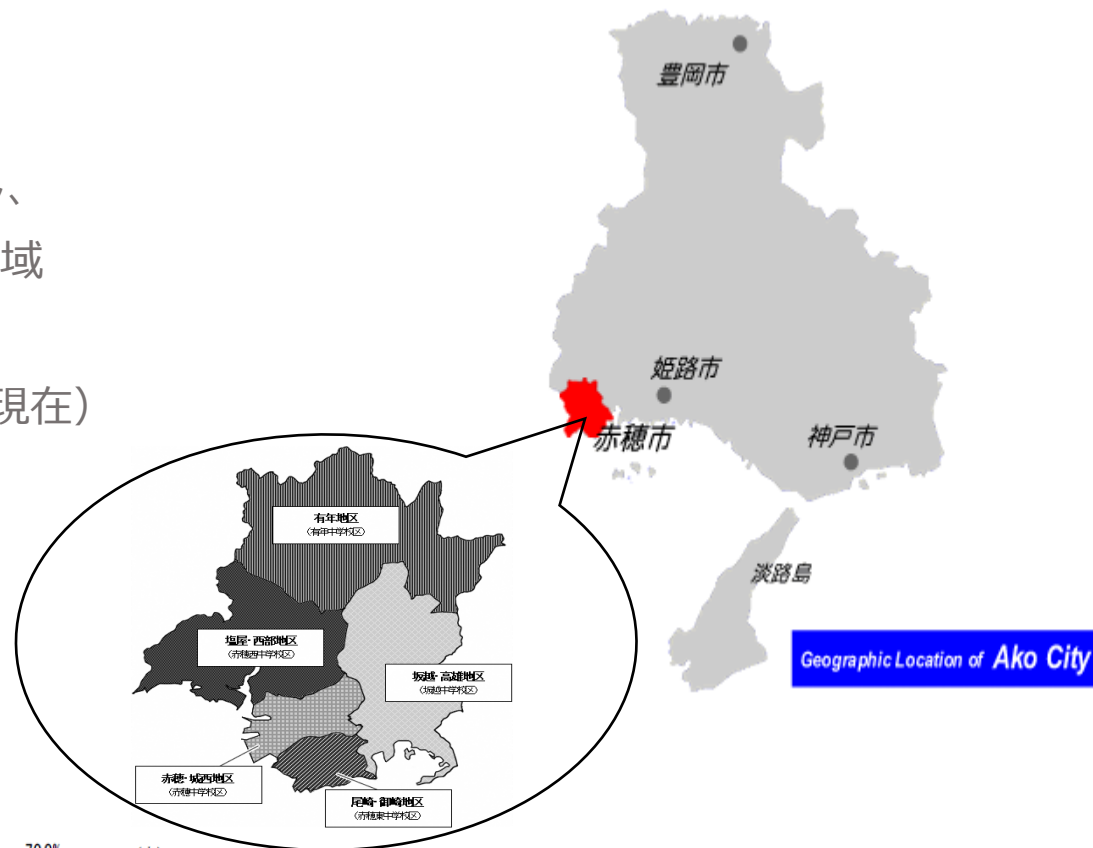


2023年3月2日

赤穂市

赤穂市の概要

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



プログラム参加動機と当初の問題意識

参加の動機

要支援者数の増加と受給率の伸びにより、総合事業のサービス利用者数が増加し、特に介護予防通所型サービス利用に係る給付費の増加が続き、地域支援事業交付金の上限超過が続いているため、適正で安定した事業運営を図りたい

（併せ、生活支援体制整備事業の見直しを図るため、アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムにもエントリー）

課題

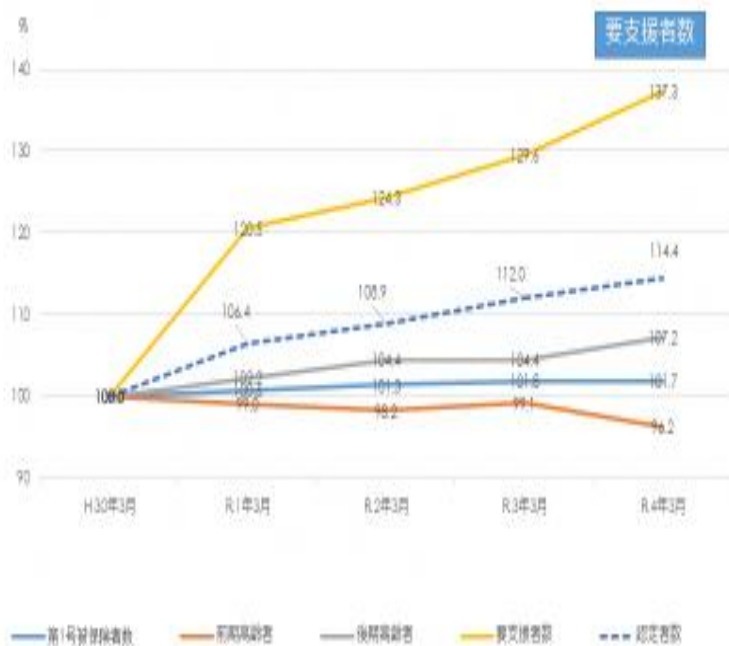
- ①要支援者の増加と受給率の伸びにより、総合事業のサービス利用者数が増加し、特に介護予防通所型サービス利用に係る給付費の増加が続いている
- ②赤穂市の「目指す姿」が明確になっておらず、事業の目指す方向が定まっていない。そのため、生活支援コーディネーターの活動をはじめ、他の地域支援事業（社会保障充実分）との連動ができていない

データから見た赤穂市の現状①

要支援者の急増と、それに伴う全国より多いケアプラン件数

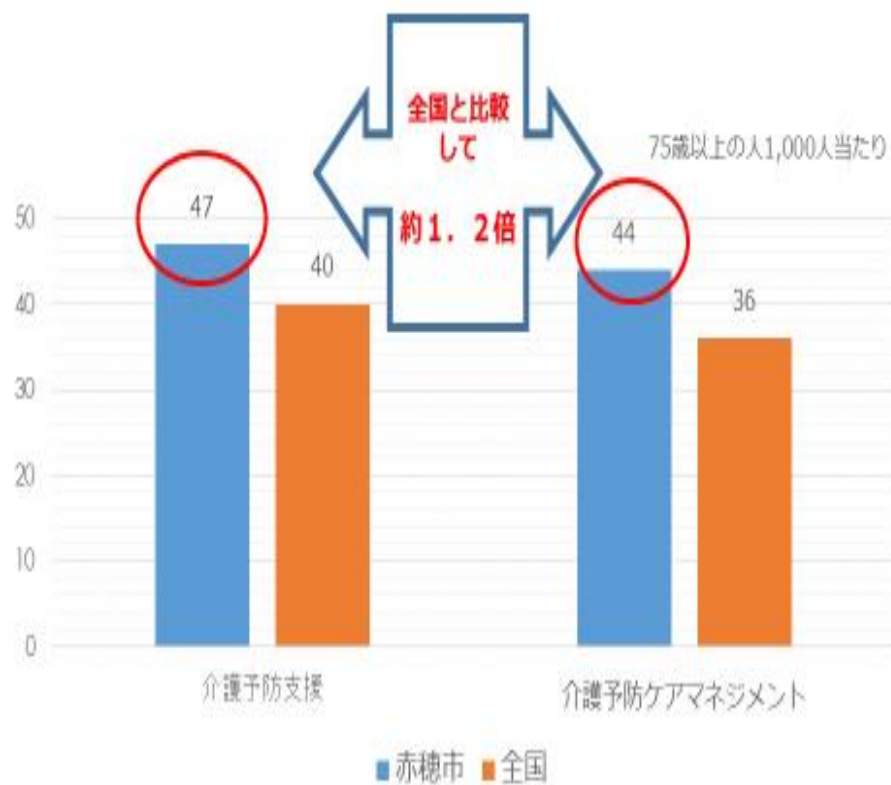
赤穂市の高齢者と認定者数の推移

要支援者数の伸びが突出している



資料：赤穂市医療介護課介護保険係提供

ケアプラン作成件数



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

データから見た赤穂市の現状②

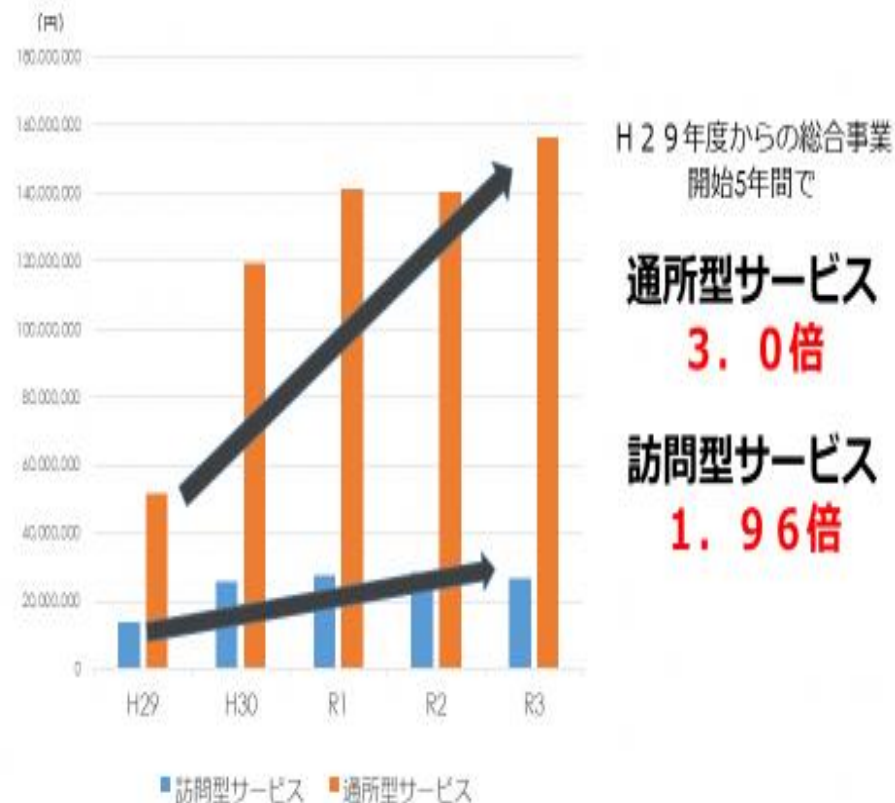
全国の2倍という通所型サービス利用の多さと、それに伴う給付費の著しい伸び

通所型サービス利用者数（実利用者数）



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

要支援者の通所型・訪問型サービス給付費の推移



データから見た赤穂市の現状③

自立できる見込みのある人がサービスを利用している可能性がある

要支援者のサービス利用1年後重度化率の比較

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

要支援1の
83.4%が
要支援1のまま
維持されている

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

要支援1の人の
全国値との比較で
高い維持率

32

要支援者（要支援1維持者）の通所型サービス利用年数

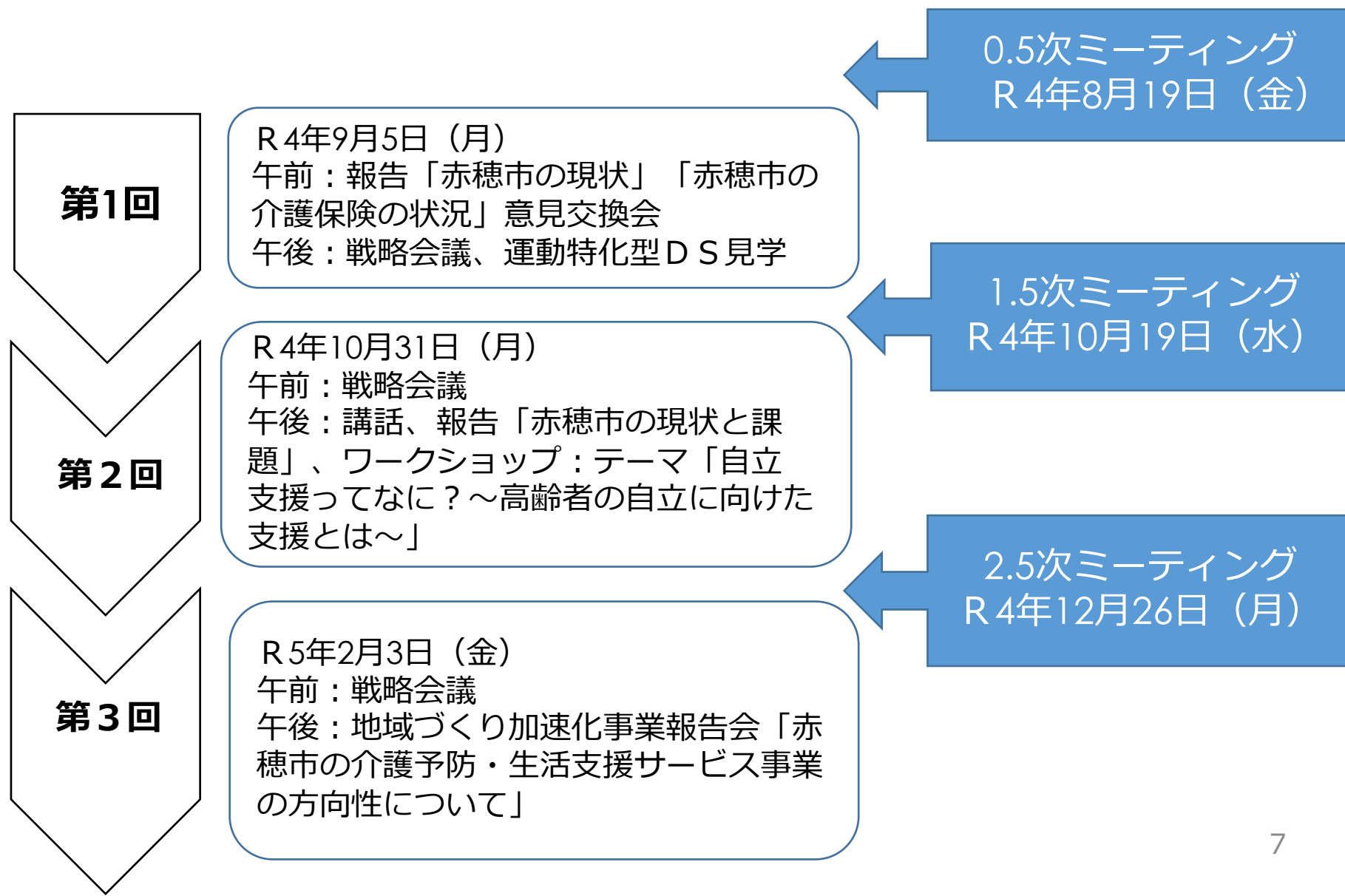
平均36.5か月 最長で100か月の人も

<R3年3月時点 通所型サービス利用155人中>



35

地域づくり加速化事業支援の経過



第1回目支援

0.5次m g

- 運動特化型DSの利用率が6割を占め、継続利用者が多い
- 御用聞きケアプランになっている
- 市民、CM等関係者の自立支援・重度化防止への意識改革が大切という認識
- 総合事業メニューの再構築

【1回目に向けて】

- 加速化事業の説明
- 赤穂市の現状・介護保険の状況を踏まえて意見交換会
- 運動特化型DSの視察

1回目支援

<内容>

- 加速化事業説明
- 赤穂市の現状、介護保険の現状について
- 意見交換

【参加者】

薬剤師会、社協、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所CM、包括、行政（介護保険係、いきがい福祉総務係）
支援チーム：厚労省、近畿厚生局、兵庫県、大阪AD

【意見等】

「赤穂市としての地域づくりのデザインが見えにくい」
「デイサービスやヘルパーは必要のない人にもサービス提供しているのではないか」
「介護予防事業において卒業を念頭においたPDCAサイクルが回せていない」



終了後振り返り その後の取組み

気づき

・元気になるような人の見極めが大切
⇒最初の振り分けが大切
・（心身機能が）落ちてくるのを自発的に早期発見できる仕組みがない
⇒落ちる前からの意識づけが大切、また（地域に）戻れる仕組みを作るのがポイント
・総合事業の正しい使い方できていない
⇒本来の流れに戻す必要あり

キーワード

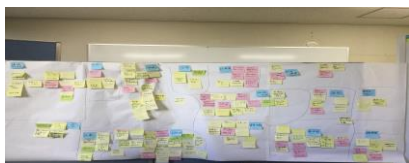
「戻る」
「みんなでつくる」

第2回目支援

1.5次m g

- 関係者からの聞き取りで見えてきたのは「認知症」「フレイル」「（生活）環境」対策と「現状維持できているからOK」のケアマネジメント

ワーク：包括職員、多職種連携研修会で「高齢者の困りごと」を検討



- サービス利用の入口と出口問題

【2回目に向けて】

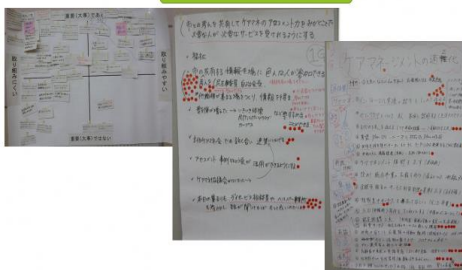
- ケアマジャーと総合事業の方向性の目線合わせが大切
- WSで「高齢者の自立支援とは」を考える

2回目支援

<内容>

赤穂市の現状、大坂AD講話、事業説明をふまえてWS
テーマ：「赤穂市の高齢者が自立した日常生活を送るために何が課題となるか。課題に対しどんな取り組みができるか」

グループワーク発表



【まとめ】

- 市のデザインが大切
- 入口問題として相談時の受付フローの整理が必要
- ケアマネジメント指針が形骸化している

終了後振り返り その後の取組み

気づき

- ・ サービス卒業の受け皿をどうするか、SCの役割再確認
⇒セルフケアの視点が大切、対象者の見極めとして入口でストップをかけたい人の状態像を固めてはどうか
- ・ 指針や（受付から利用までの）フローの要望が多かった
⇒入口と出口問題の両方に取り組む必要がある（ロードマップの作成）

- 目指す高齢者像と方針を明確にする
- 介護予防ケアマネジメントに関するアンケート実施（市内介護保険事業所、居宅介護支援事業所）

「生活のつまづき」を抱えるフレイル状態にある虚弱高齢者像とは



【事例紹介】

Aさん 80歳代 女性 独居

R 2年頃より家の中でつまづくなど足腰の弱まりが気になっていたAさん、近所の知人が運動特化型デイを利用していたため、自分も利用したいと思い、要介護認定を申請し、結果は「非該当」であった。

Aさんはリハビリを希望し、包括職員による基本チェックリストで「運動機能低下」に該当したため、事業対象者としてR 2年7月より緩和型サービスを週1回利用しているが、「デイで運動しているから」と自宅ではほとんど運動せず、また、「転倒が怖いから」と、自転車にも乗らなくなってしまった。



【目指す姿】

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



本人・家族等をはじめ行政、関係者すべての人に知ってほしい

虚弱（フレイル）高齢者の支援には「**リエイブルメント**」の視点が必要

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

何が問題なのか

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



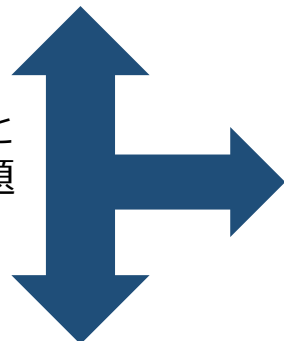
虚弱（フレイル）高齢者にとって、「元の生活を取り戻す」ための支援になっていないサービスを利用しても、生活や活動は変わらない むしろ悪化している場合もある

それはなぜか？

目指す姿

虚弱（フレイル）高齢者が、元の生活を取り戻せるしあわせを喜び合える赤穂市

目指す姿と
の差が課題



課題（取り組むこと）

- 高齢者が虚弱（フレイル）等心身機能の低下を自覚することができていない、分かっているにもかかわらず他人に知られたくない。
- 家族が心身機能の低下を過度に心配し、介護保険サービス利用を希望するケースがある。
- 高齢者が、生活につまづきを感じても相談できる窓口がわからない、また行政もタイムリーに把握することができていない。
- 要支援認定や非該当になったが、サービス利用の希望がなく連絡がない人へアプローチが出来ていない。
- 要支援認定や非該当となり、連絡があっても、相談窓口での対応が「まず、サービスありき」となっており、サービス利用につながらなかった場合、インフォーマルサービス等の提案がなされずそのまま地域に戻されている。
- ケアマネジャーが高齢者本人の虚弱（フレイル）状態からの回復の可能性を適切にケアマネジメントできていない。
- 介護サービス事業者が、総合事業サービス利用の「卒業」を提案できておらず、利用者の抱え込みや利用待ちの状態が生じており、必要な人に必要なサービスが行き届いていない。

つまり

真因（本当の原因）

<行政・地域包括>

- 虚弱（フレイル）高齢者の「元の生活」を取り戻すことができる力があることへの理解不足
 - 介護予防ケアマネジメントに携わる包括職員・ケアマネジャー間での支援方針や意識づけに関し、規範的統合が不十分
- #### <SC>
- 虚弱（フレイル）高齢者の自立支援に関して、目指す高齢者像がSC間で共有されておらず、活動の方向性が定まっていない。

<ケアマネジャー>

介護予防ケアマネジメントに携わる包括・ケアマネジャー間での支援方針や意識づけに関し、規範的統合が不十分

<介護サービス事業者>

- 包括、ケアマネジャー、事業者間での自立支援に向けて目指す高齢者像が共有されていない。

<リハビリ専門職>

- 地域リハビリテーションに関して専門職同士協議する場がない。
- 虚弱（フレイル）高齢者の自立支援に関して、目指す高齢者像が共有できていない。

<地域社会>

デイサービスなど介護サービスを利用するようになると、地域の交流行事にも参加しなくなり、より関係性が希薄になる。そのため、お互いに関心も薄れ、支援を必要とする高齢者がいても気が付かない、または何をしてもいいかわからない。

<本人・家族知人等>

- 虚弱（フレイル）高齢者が、「元の生活に戻る」ことを知らない、または「戻る力があること（回復可能性）」への理解が不十分

現状

- 高齢者が虚弱（フレイル）の状態に気づいていない、また気づいていても、「歳だから」とあきらめていたり、「今はなんとかやっているから」心身機能の低下を何とかしなければと思っていない。
- 高齢者が生活のつまづきを感じていても、相談窓口がわからない、または、入院など身体状況の悪化等状態が悪くなってから相談機関につながっている。
- 支援を必要としている高齢者に対し、必要な支援が届いていない。
- 高齢者の生活のつまづきに気づき、寄り添い、支援する体制が整っていない。
- 相談窓口で、高齢者の困りごとに対し、総合事業サービスを当てはめるか、当てはまらない場合、要支援者を見逃すことが常態化している。
- 要介護認定を受けて、総合事業サービス（通所型・訪問型）を使い始めると、「卒業」する人はほとんどいない。

なぜ

ではどうするか 13

これからの取組み

大切なのは、入口と出口



0次対策

地域の専門職・関係者
との規範的統合
地域住民への啓発



入口対策

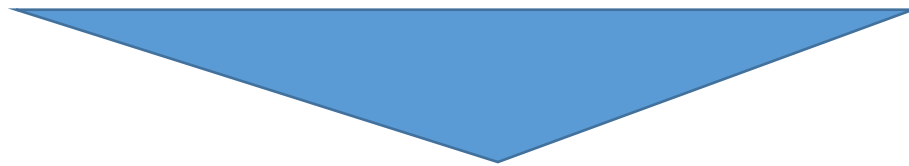
受付窓口フロー見直し
虚弱高齢者の早期把握・早期支援
介護予防ケアマネジメント指針の見直し
「元の生活」を意識したケアマネジメント



出口対策

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

これからの赤穂市の要支援者等への支援方針



自分らしい「これまでの暮らし」を取り戻す
ための**専門的支援**を短期間で

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

第3回目支援

2.5次m g

- 目指す姿と支援方針を明確にして、高齢者に関わる支援者全員が共有する

<ゴール>

赤穂市の方向性の共通理解

= 要支援者等は、介護予防の効果があり、「元の生活に戻る」ということ

【3回目に向けて】

- 赤穂市の要支援者等への支援方針を説明する

参集者：西播磨圏域リハビリ支援センター、赤穂リハネット、介護保険事業所、CM

3回目支援

<内容>

- 地域づくり加速化事業について
- 地域づくり加速化事業における赤穂市の取り組みについて
- 赤穂市の今後の方向性について
- WS（話を聞いてモヤモヤしていること・意見・これから自分たちで取り組めること）



終了後の取り組み

今回、赤穂市の要支援者等への支援方針を地域の専門職・関係者に伝えることができた
（規範的統合が図れた）

しかし

高齢者本人や地域住民を含む関係者に虚弱（フレイル）高齢者の支援には、

「リエイブルメント」の考えを浸透させ、セルフケアも含めた具体的な行動変容にまで結びつけるためには、根気強く取り組んでいく必要がある

まず何から取り組むのか

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

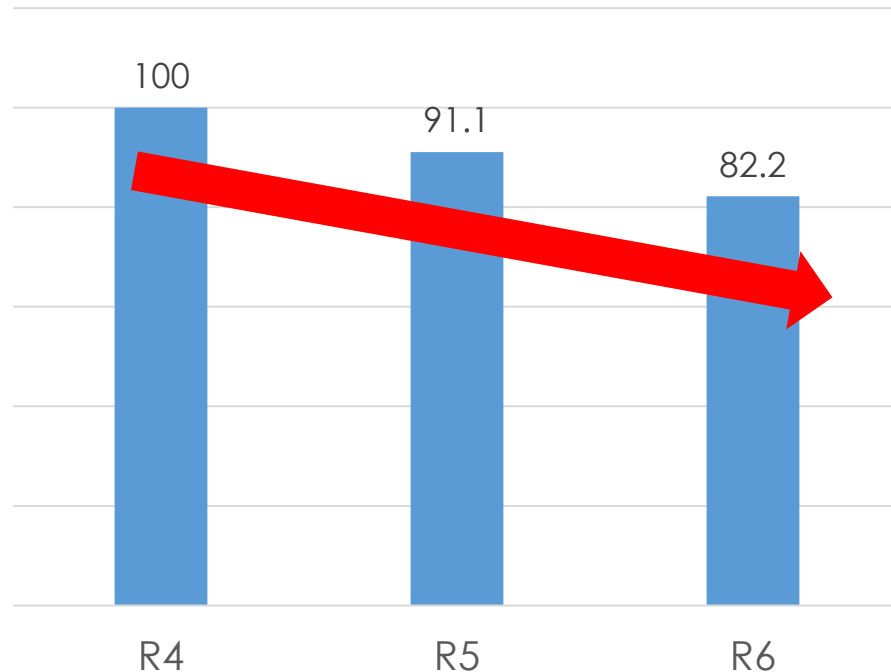
誰に何を働きかける　そして何が変わるのか

いつに	行政・地域包括	生活支援 コーディネーター	リハビ リ 専門職	ケアマネ ジャー	介護サー ビス事業 者	地域社会	家族・本 人
R 5 年2月	① R 5 年2月3日（金）地域づくり加速化事業説明会 虚弱（フレイル）高齢者の自立支援に関して、目指す高齢者像の共有						
	①介護予防ケアマネジメン ト指針の見直し（2月～） 自立支援型地池ケア個別会 議1回/月（4月～） ②受付窓口フローの見直し 及びいき百等活動の場に来 なくなった人のフォロー アップ開始（3月～） ③総合事業C型サービスの 検討（3月～）	虚弱（フレイ ル）高齢者が元 の生活を取り戻 すため必要な支 援を1・2層S C間で検討 地域住民と地域 の困りごとにつ いて話し合い	③総合事業 C型サービ スを検討す る会が設立 される	①介護予防ケ アマネジメン ト指針の見直 し アセスメント の際、本人に 「元の生活」 を聞けるよう になる	生活課題解決 のためのアセ スメントや、 目標達成のため の有期限・ 生活課題解決 型のサービス 提供になる		
	9月 総合事業C型サービスモデル事業	虚弱（フレイ ル）高齢者が元 の生活を取り戻 すため、必要な 資源が可視化さ れる	総合事業開 始に向けて の窓口が設 置され、モ デル事業に スタッフを 派遣できる	虚弱（フレイ ル）高齢者が 元の生活を取り 戻すため、 必要な資源が 可視化される	生活課題が解 決する成功体 験を積み重ね る	④市内全域10カ所の高齢者大学で のフレイル予防啓発及び相談窓口 啓発 広報あこう特集号	
R 6 年4月	総合事業C型サービス開始	生活支援の関 係者とのネット ワーク化がで きる	総合事業C 型事業サー ビス事業依 頼があった 場合、受け られる状況 が整う	自立支援の視 点に基づいた ケアマネジ メントによる 支援が定着	総合事業卒業 に向けて指導 技術が向上す る	フレイル状態 になっている 人に早期に気 づく 必要な時に専 門職に相談で きる	フレイル状態 になっている ことに早期に 気づく 必要な時に専 門職に相談で きる 18

第9期介護保険事業計画に盛り込む内容

専門職による支援（サービス）と地域の資源を活用して高齢者の「普通の暮らし」を支える

介護予防・日常生活支援総合事業費削減率（見込）（%）



自立支援に向けた、適切なアセスメントとケアマネジメントに基づいた支援で、年間約**100人**の虚弱高齢者が「これまでの暮らし」を取り戻せる

○介護予防・生活支援サービス事業

リハビリ専門職によるケアマネジャー同行訪問等地域リハビリテーション活動支援事業（一般介護予防事業）と連動した短期集中予防サービス（サービスC）の導入



○生活支援体制整備事業

目の前の「一人一人の高齢者の暮らしを支える」ための個別的支援を行う生活支援コーディネーターの専任配置

○**ロジック・モデルの活用**による赤穂市の目指す「地域包括ケア」の方向性や施策を地域住民、関係者等に分かりやすく表記

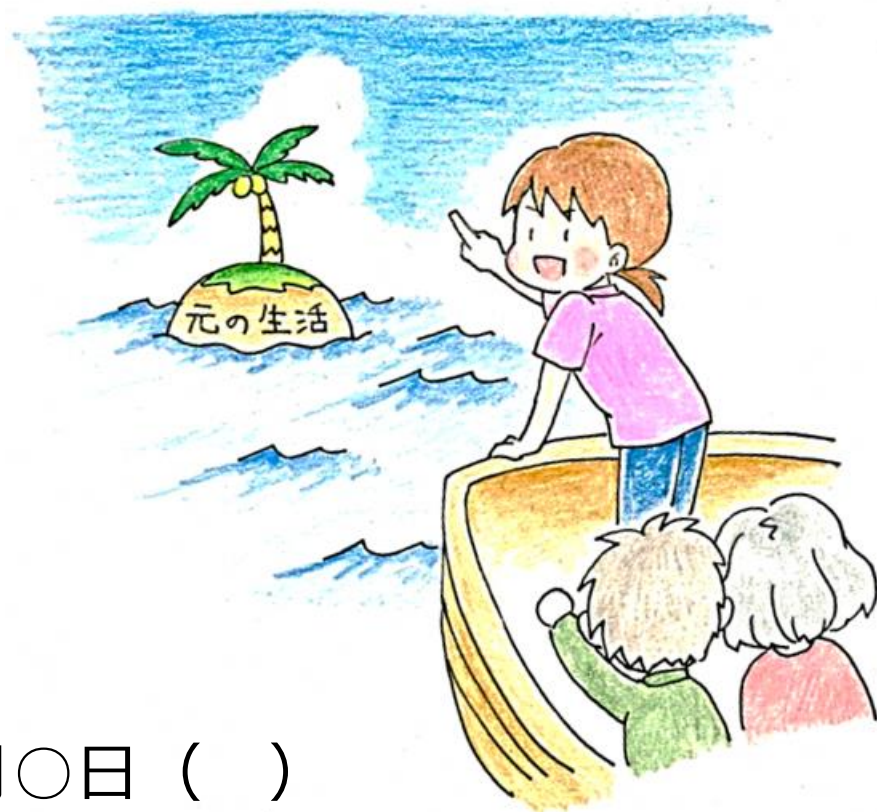
A decorative arrangement on a white surface. In the center is a white rabbit figurine with a red nose and a small floral pattern. To its left is a small white sign with the Japanese text '一心同体' (Icchin Dōtai). To its right is another small white sign with the Japanese text '覚悟' (Kakugo). The arrangement is surrounded by several large, variegated green and white leaves. There are also some small black decorative objects scattered around.

高齢者にとって「元の生活を取り戻す」ことがしあわせにつながる

(参考資料)

地域の専門職・関係者・地域住民
向けの説明資料

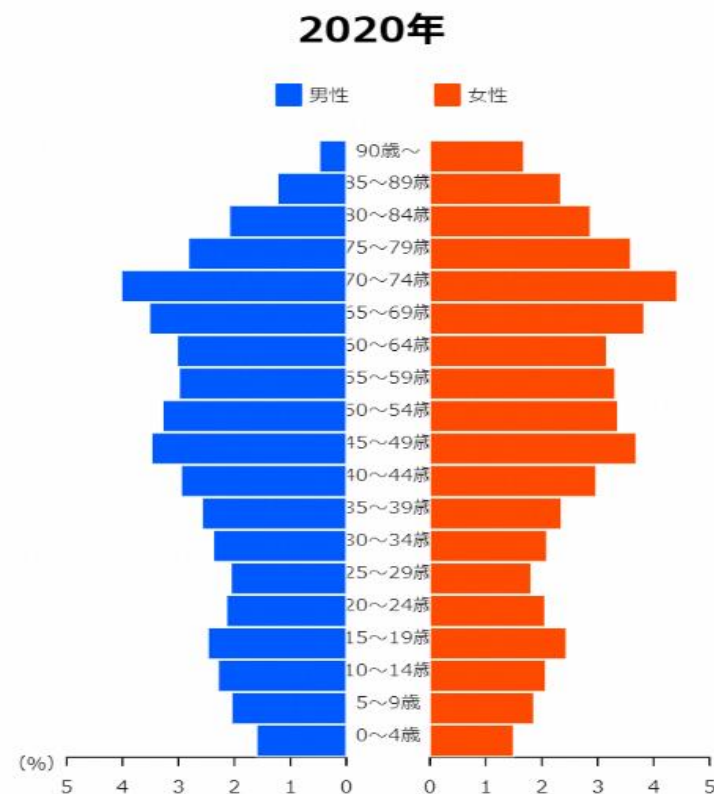
赤穂市の要支援者等（軽度者）への支援の方向性について



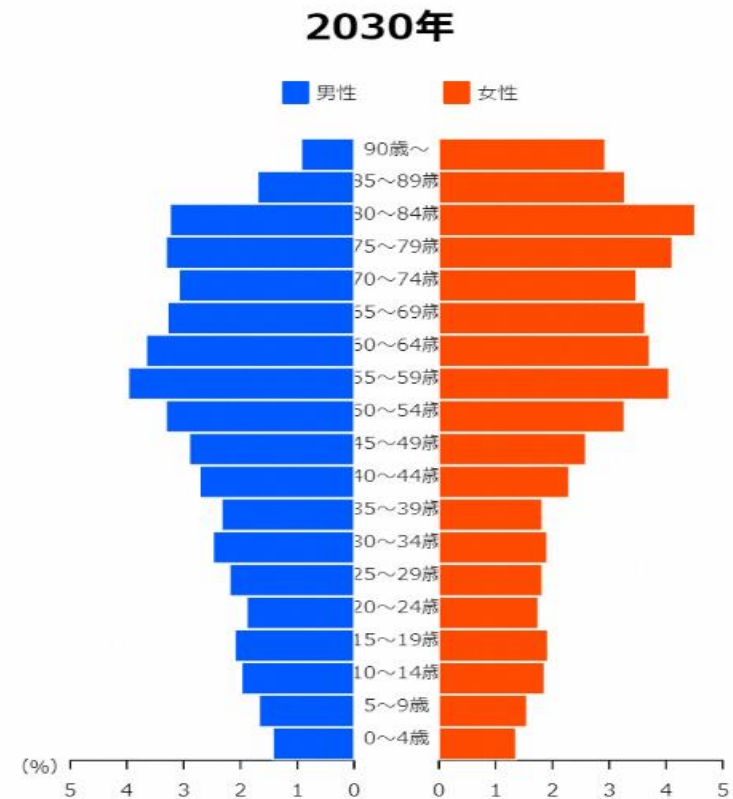
令和5年〇月〇日（ ）
赤穂市

赤穂市の人口ピラミッド

支援が必要な高齢者は増え、支え手は減少する傾向に



老年人口（65歳以上）：15,093人（32.89%）
生産年齢人口（15歳～64歳）：25,047人（54.58%）
年少人口（0歳～14歳）：5,217人（11.37%）

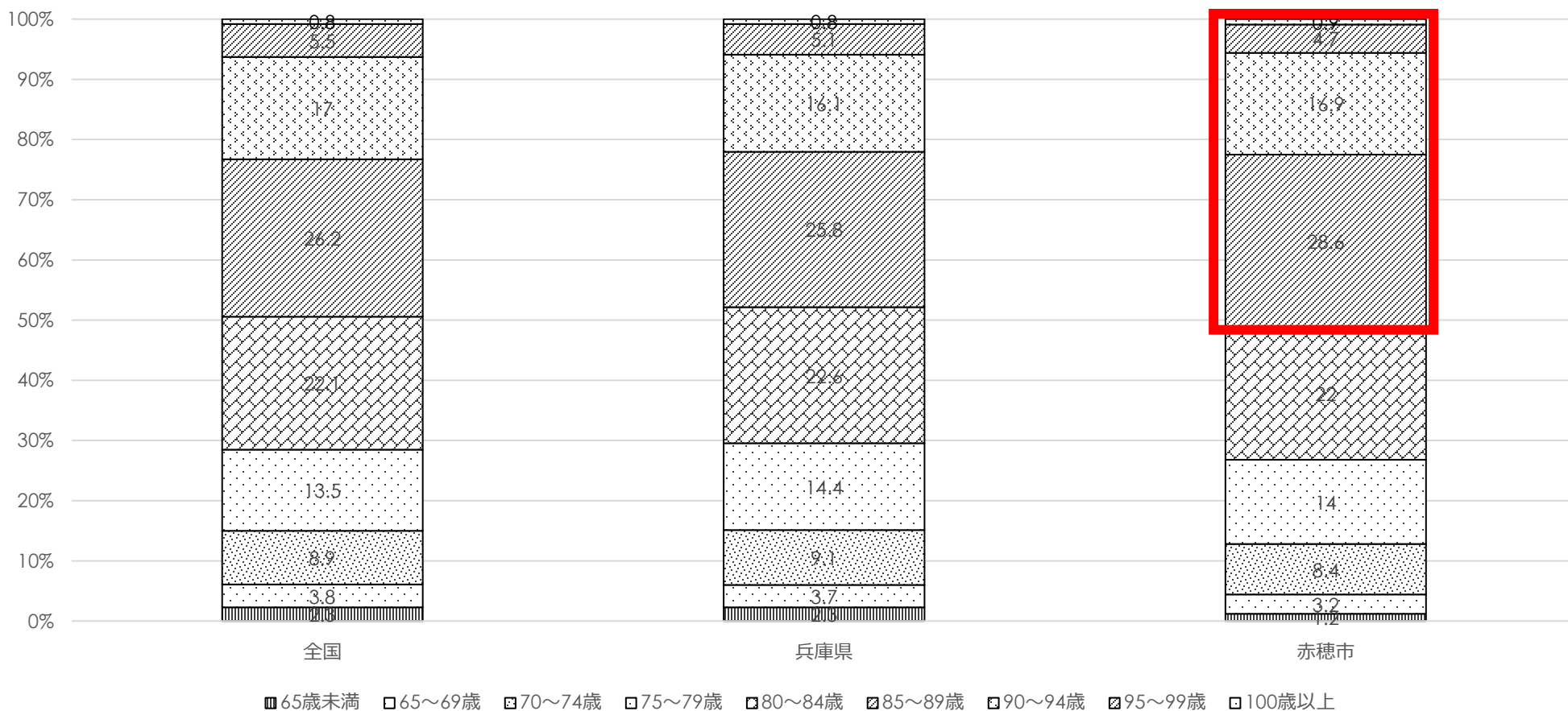


老年人口（65歳以上）：15,394人（37.47%）
生産年齢人口（15歳～64歳）：21,638人（52.67%）
年少人口（0歳～14歳）：4,049人（9.86%）

要介護認定者の年齢階級別分布

全国、県と比較して、より支援が必要となる「85歳以上」の人が多い

要支援・要介護認定者の年齢階級別分布（令和3年）

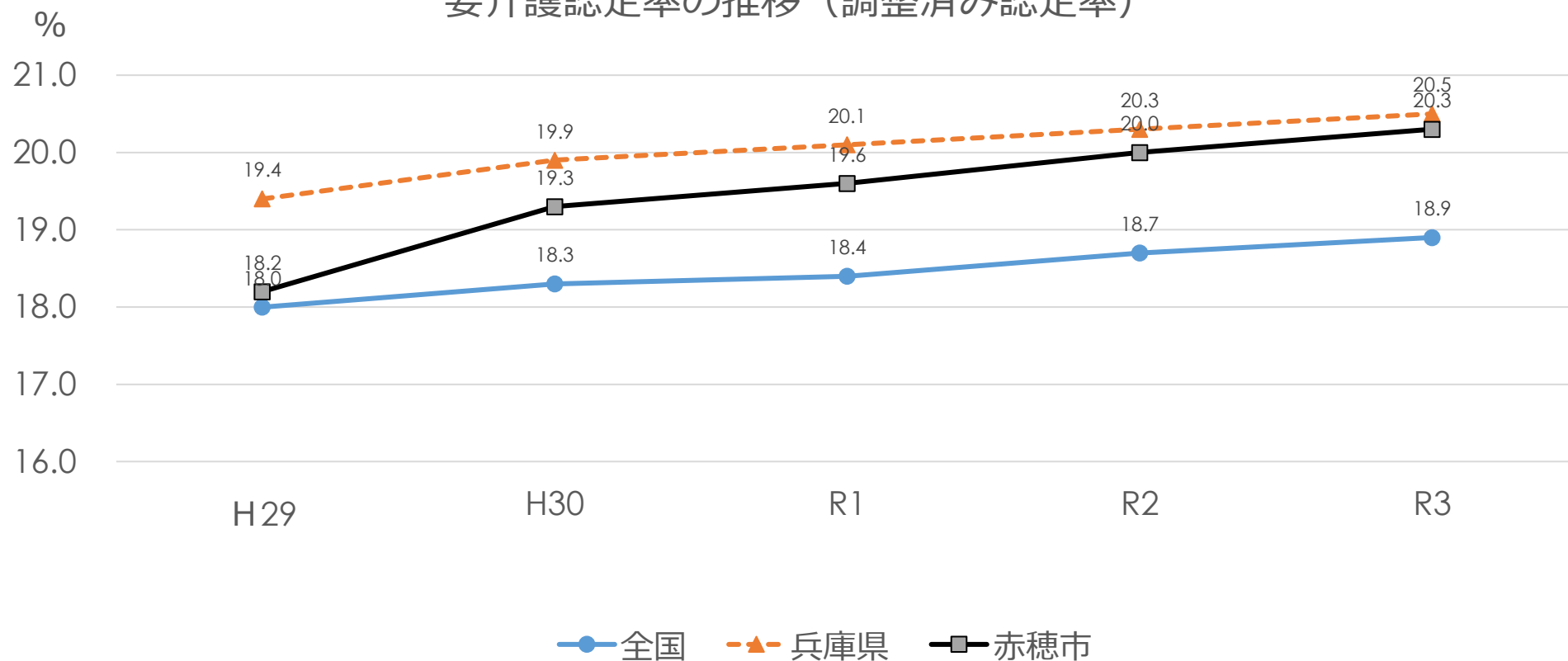


出典：介護保険総合データベース

要介護認定率

兵庫県と比較して低いが、全国より高い

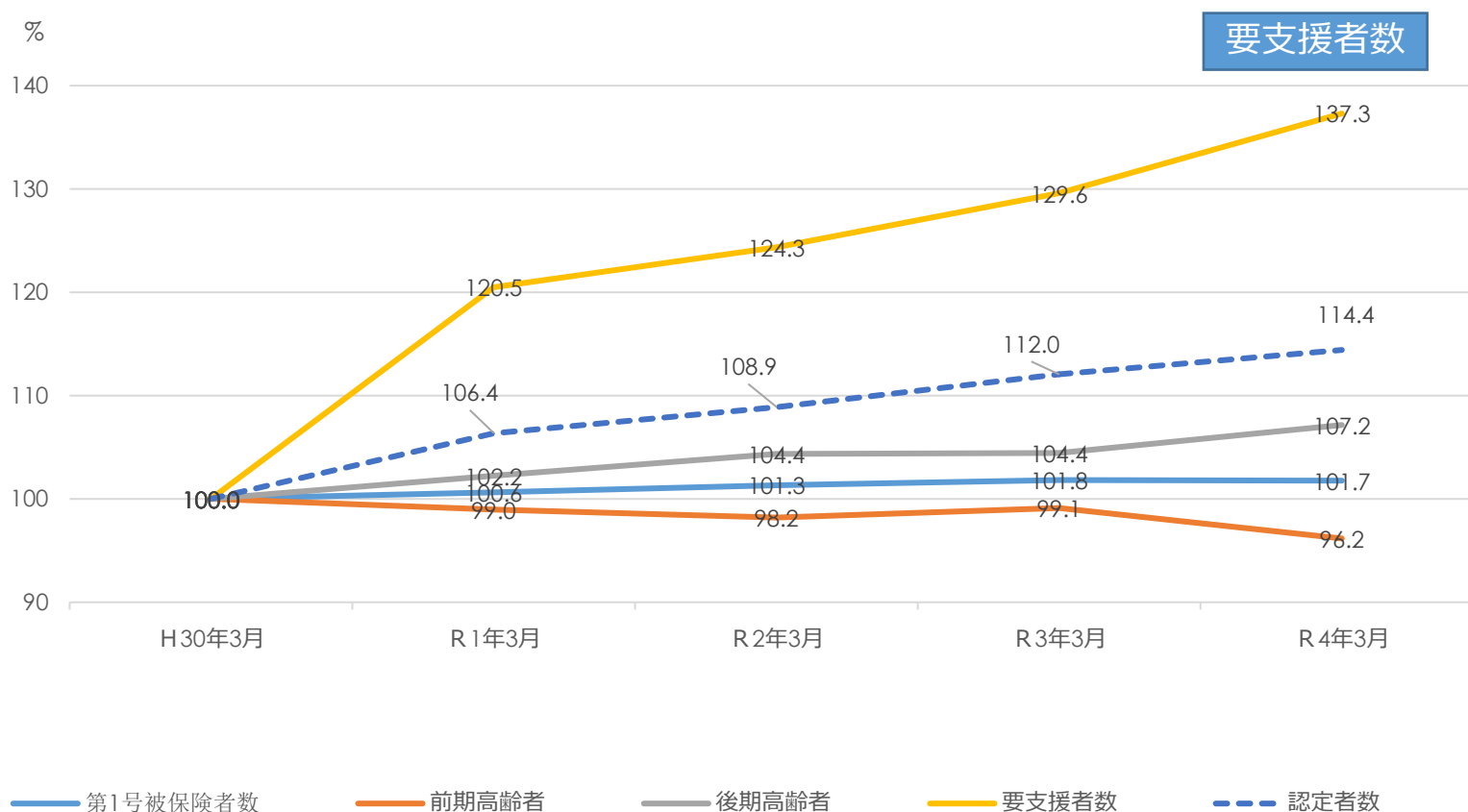
要介護認定率の推移（調整済み認定率）



資料：地域包括ケア「見える化」システム

赤穂市の高齢者と認定者数の推移

要支援者数の伸びが突出している

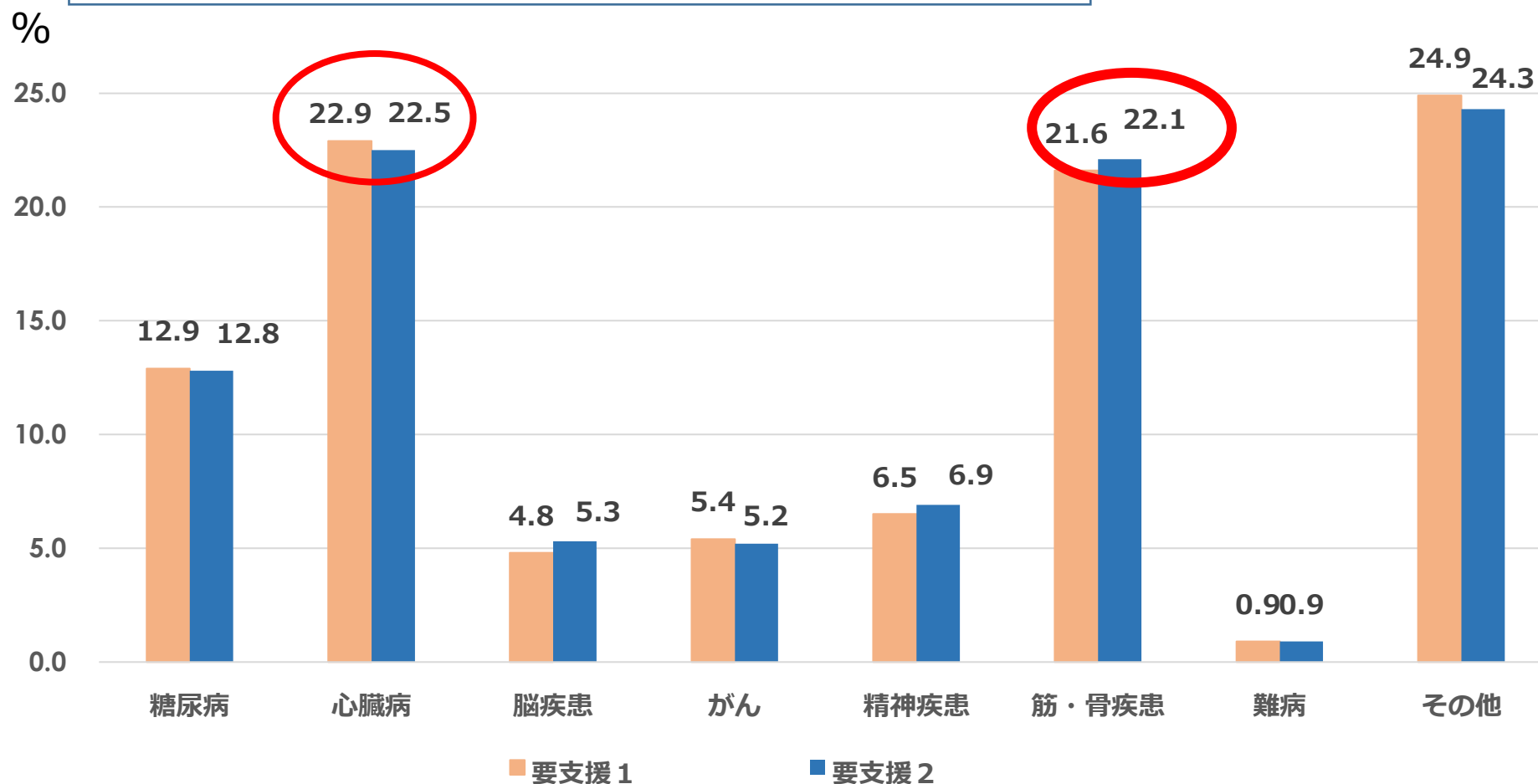


資料：赤穂市医療介護課介護保険係提供

高齢者（要支援者１・２）の有病状況について

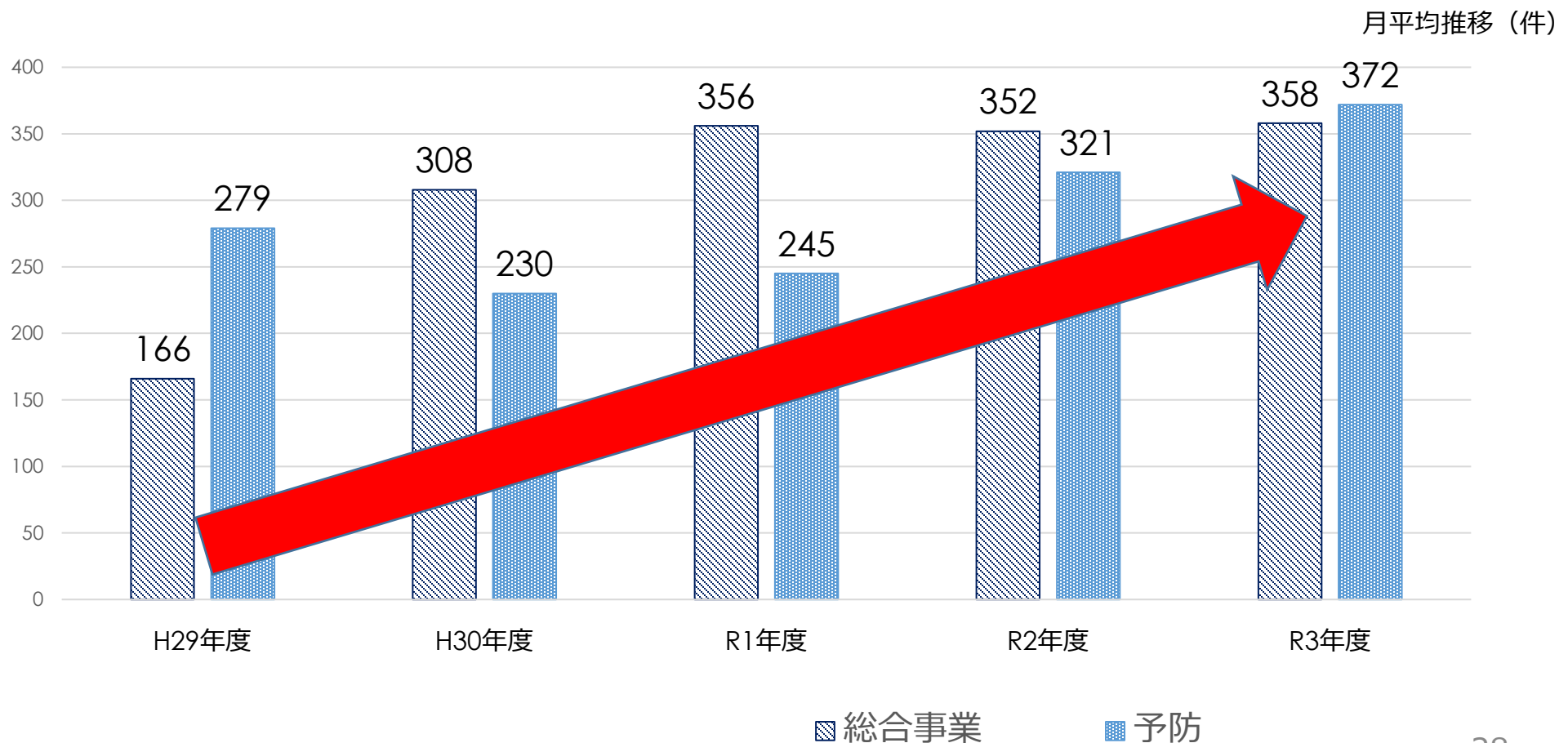
要支援１または要支援２の認定者とも「心臓病」と「筋・骨疾患」に２つの山がみられる

R 3 年度累計

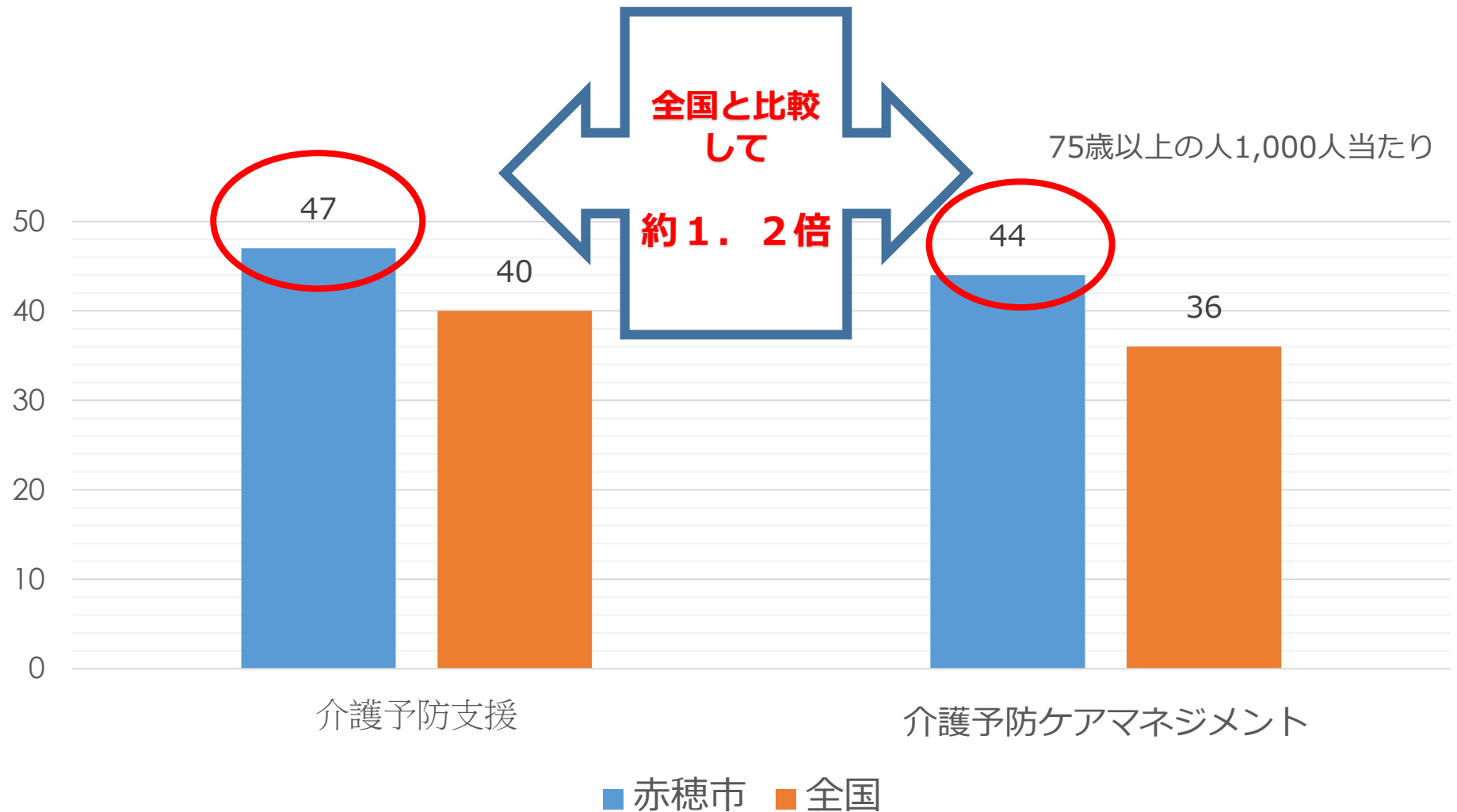


介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについて

ケアプラン作成件数は年々増加している

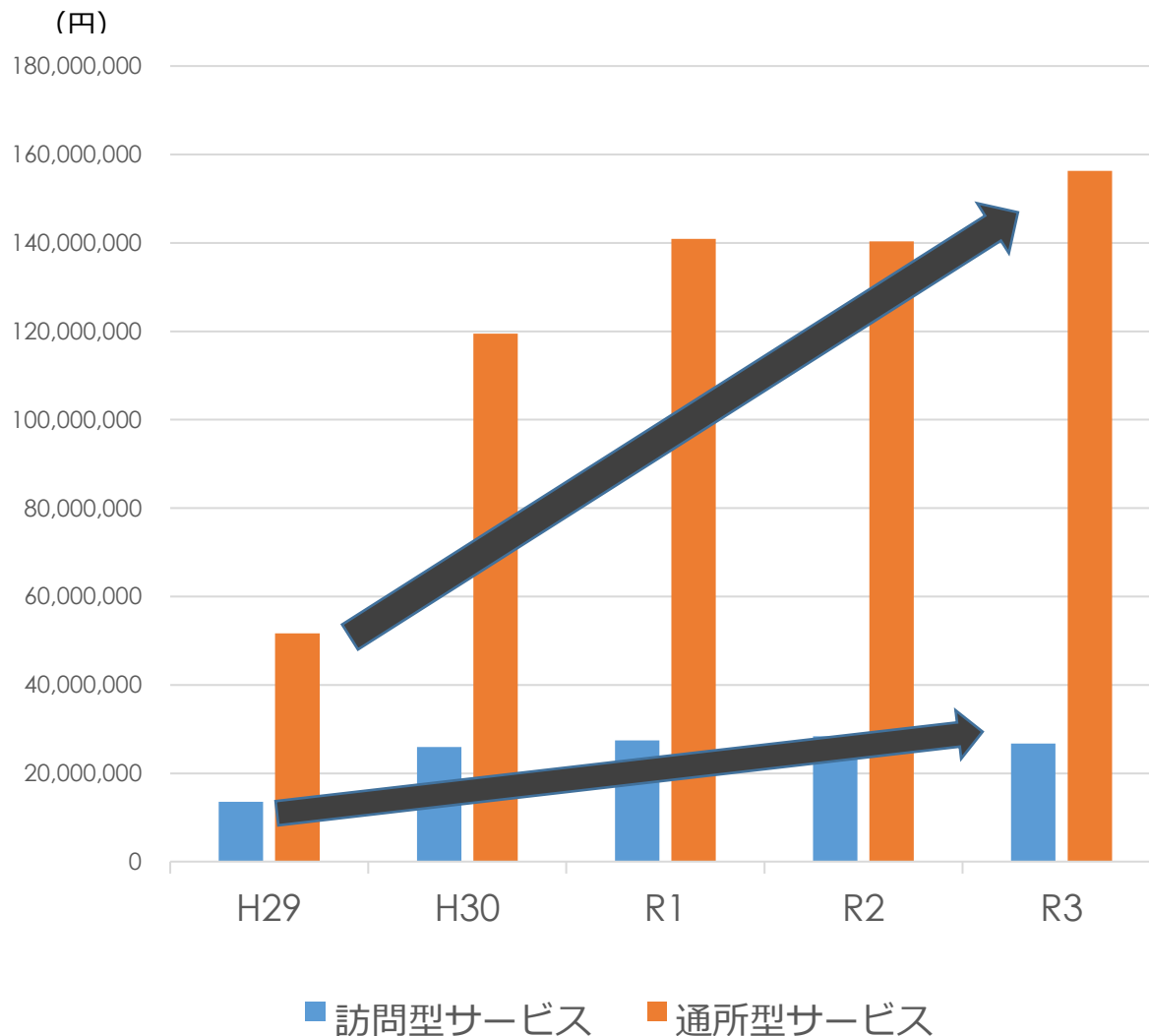


ケアプラン作成件数



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

要支援者の通所型・訪問型サービス給付費の推移

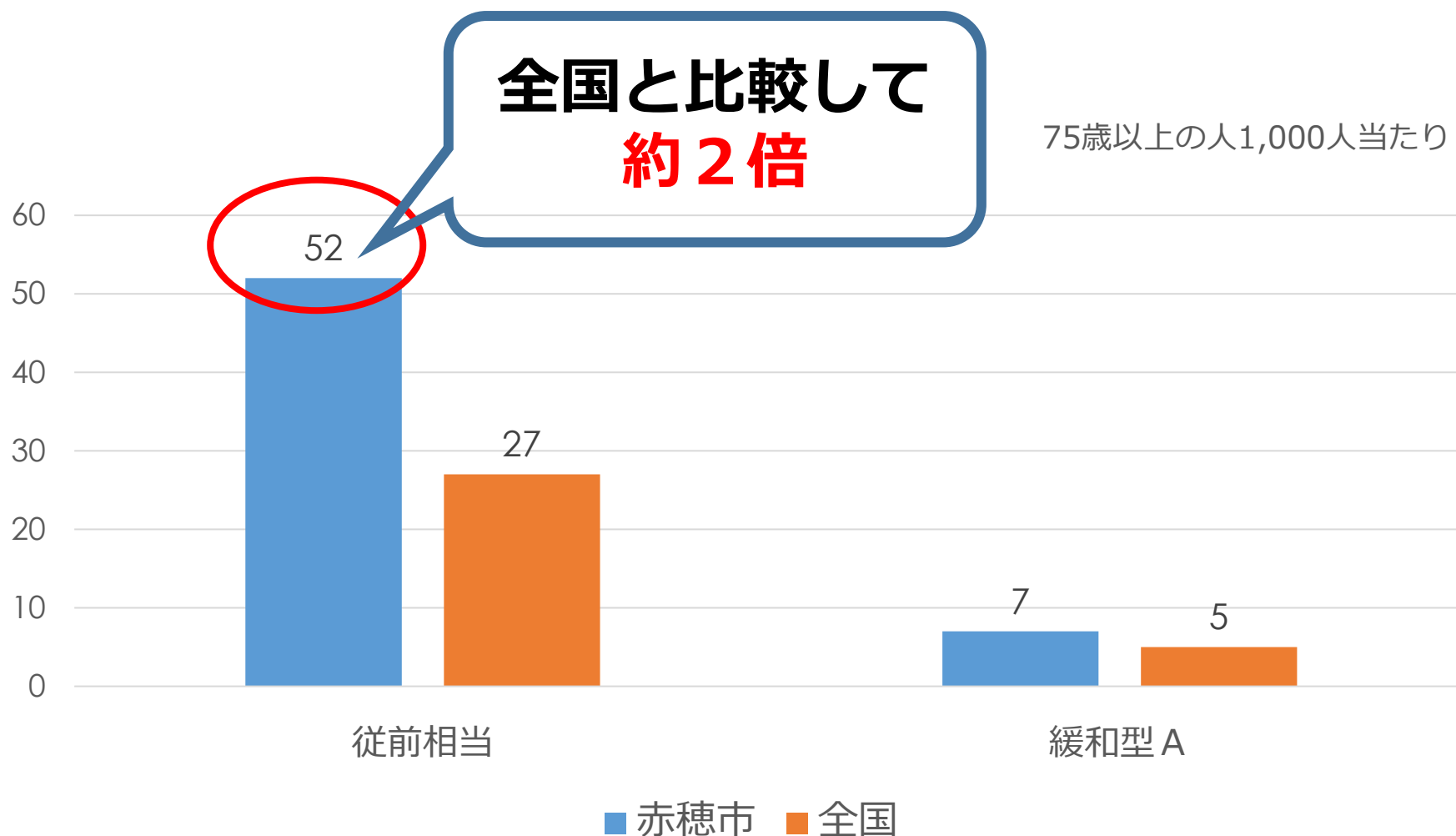


H29年度からの総合事業
開始5年間で

通所型サービス
3.0倍

訪問型サービス
1.96倍

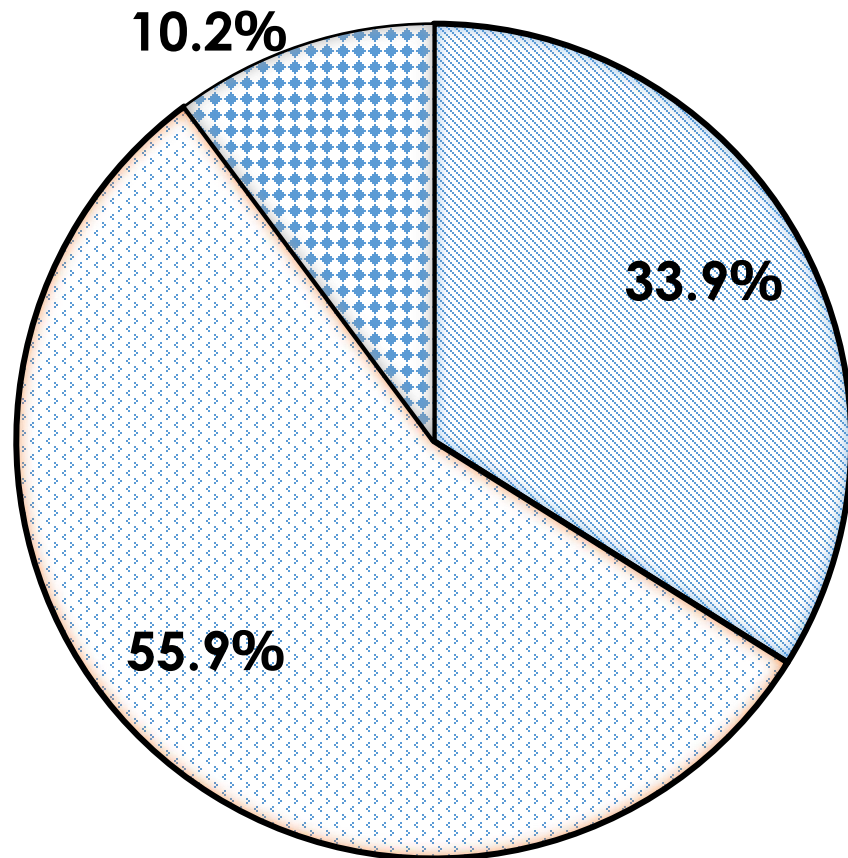
通所型サービス利用者数（実利用者数）



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

総合事業（通所型）サービス利用内訳

R4.3月要支援者等実績



■ 従前相当通所型サービス

■ 運動特化型

■ 緩和型

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

要支援者のサービス利用1年後重度化率の比較

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

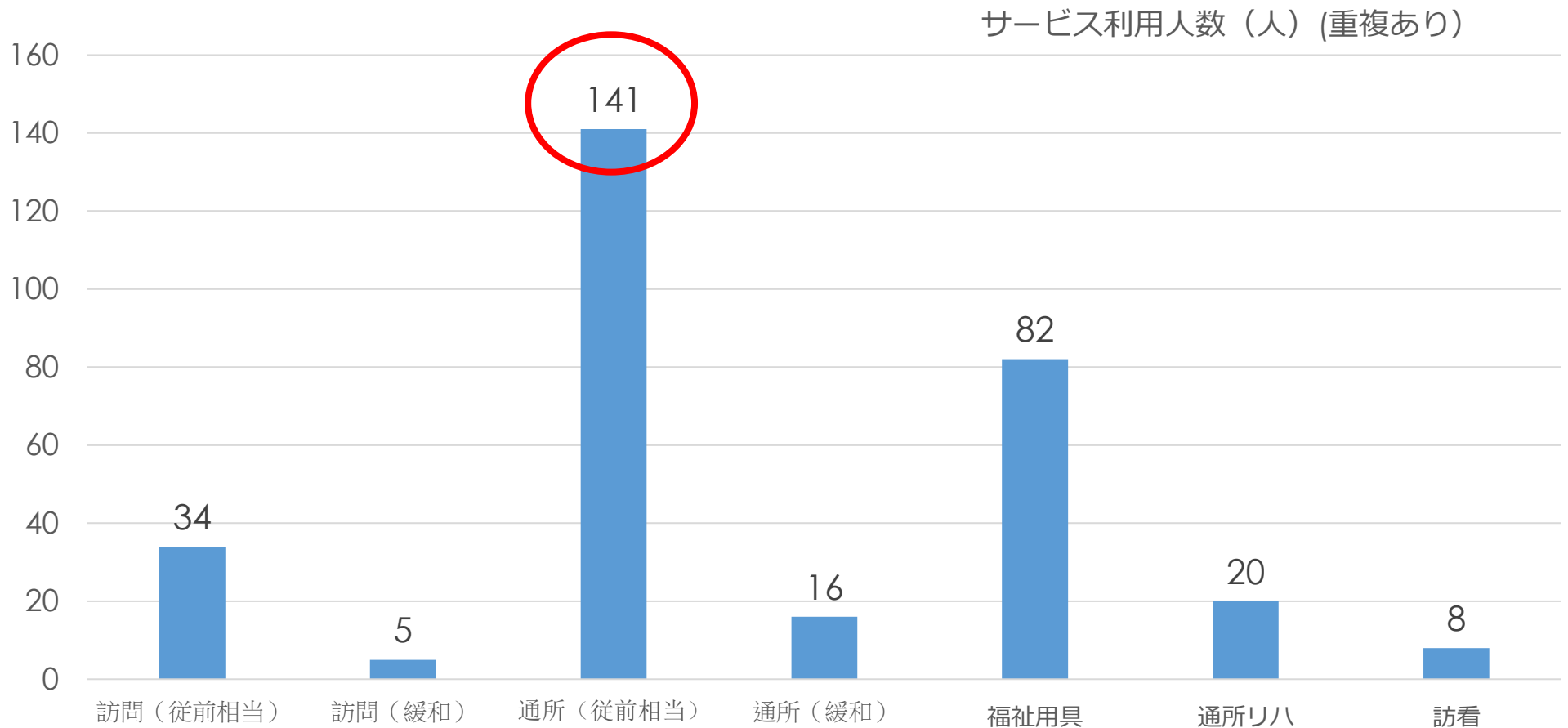
要支援1の
83.4%が
要支援1のまま
維持されている

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

要支援1の人の
全国値との比較で
高い維持率

サービス利用の内訳（要支援 1 維持者）

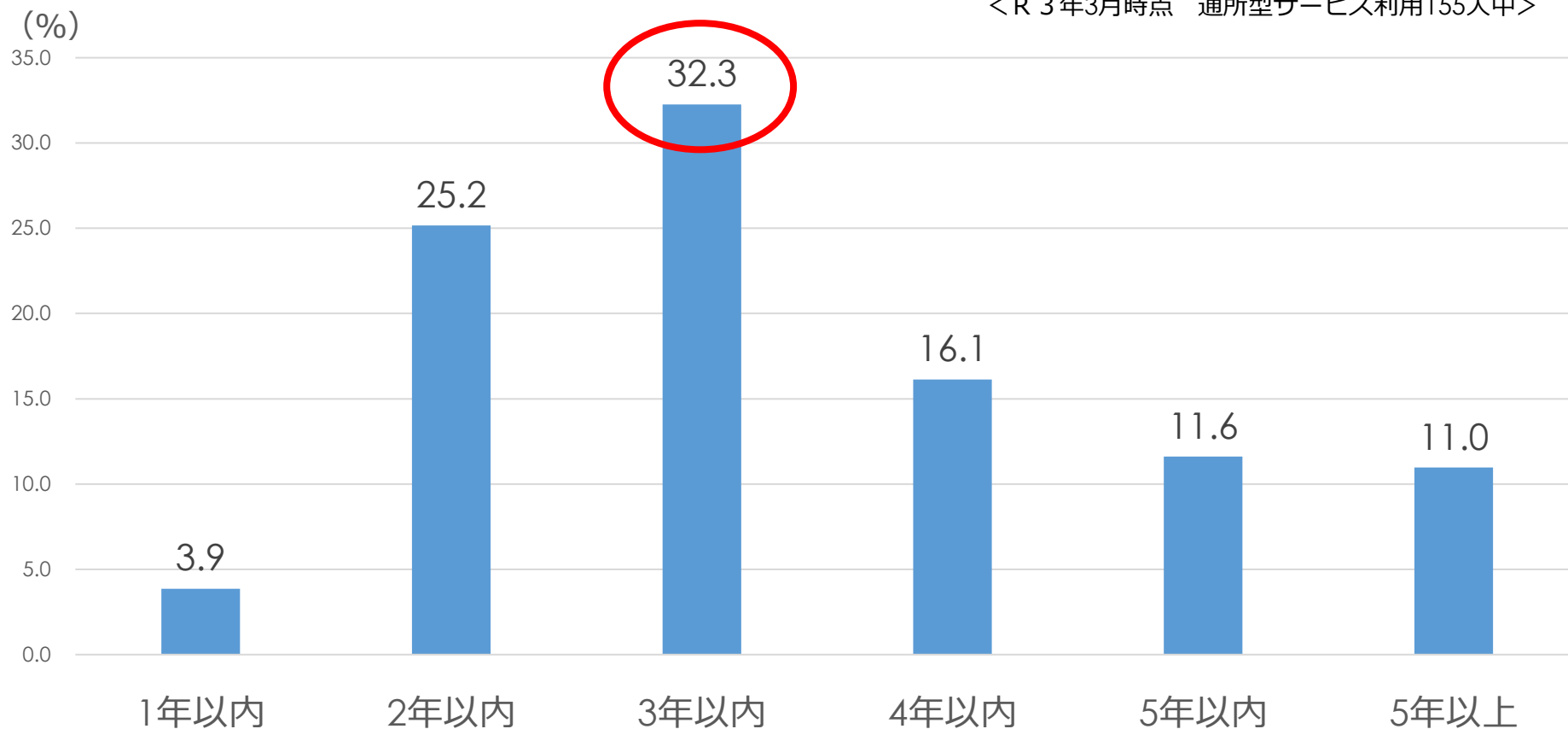
維持者：R2年4月～R3年3月の期間で1年後も要支援1であった者 227人



要支援者（要支援1維持者）の通所型サービス利用年数

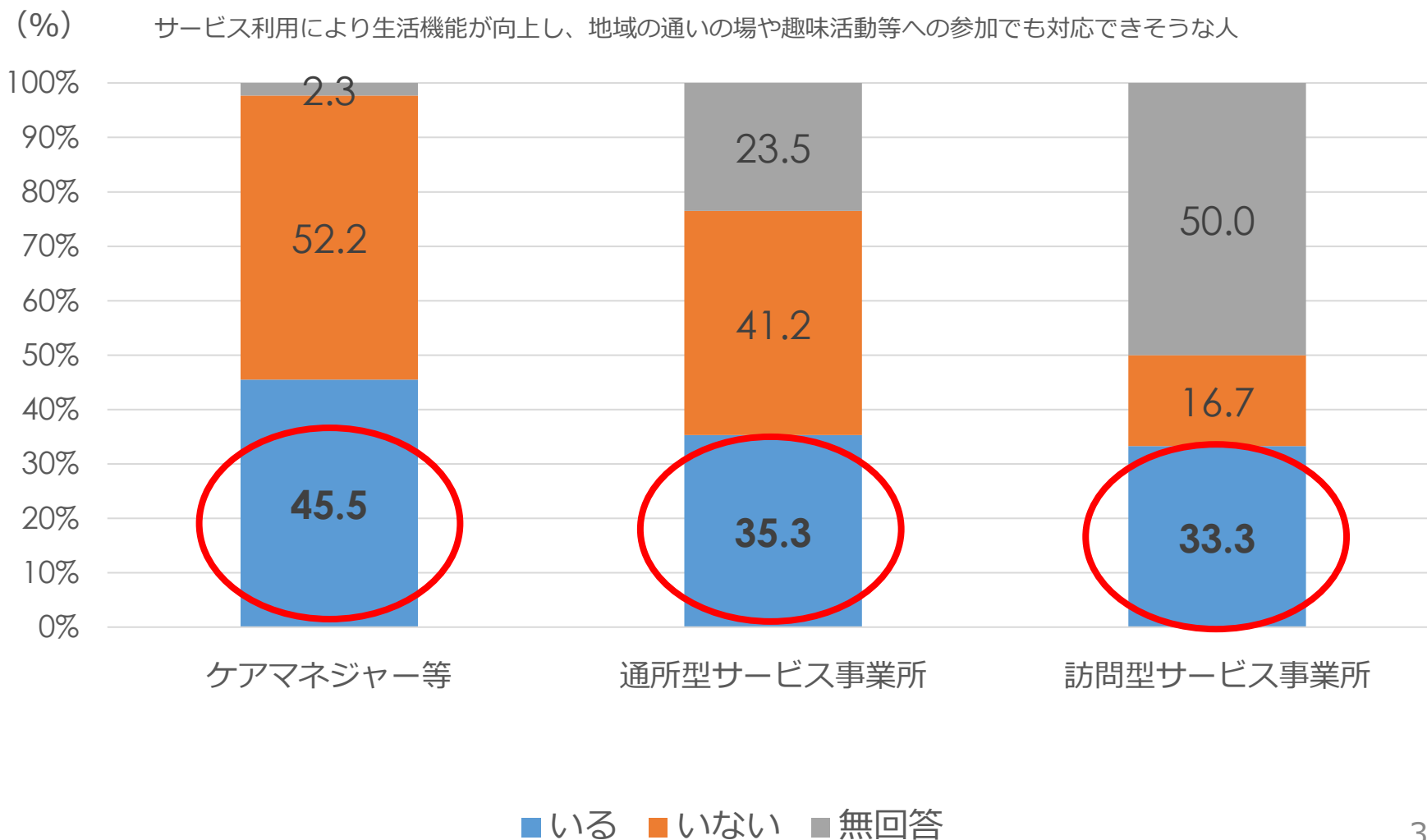
平均36.5か月 最長で100か月の人も

＜R 3年3月時点 通所型サービス利用155人中＞

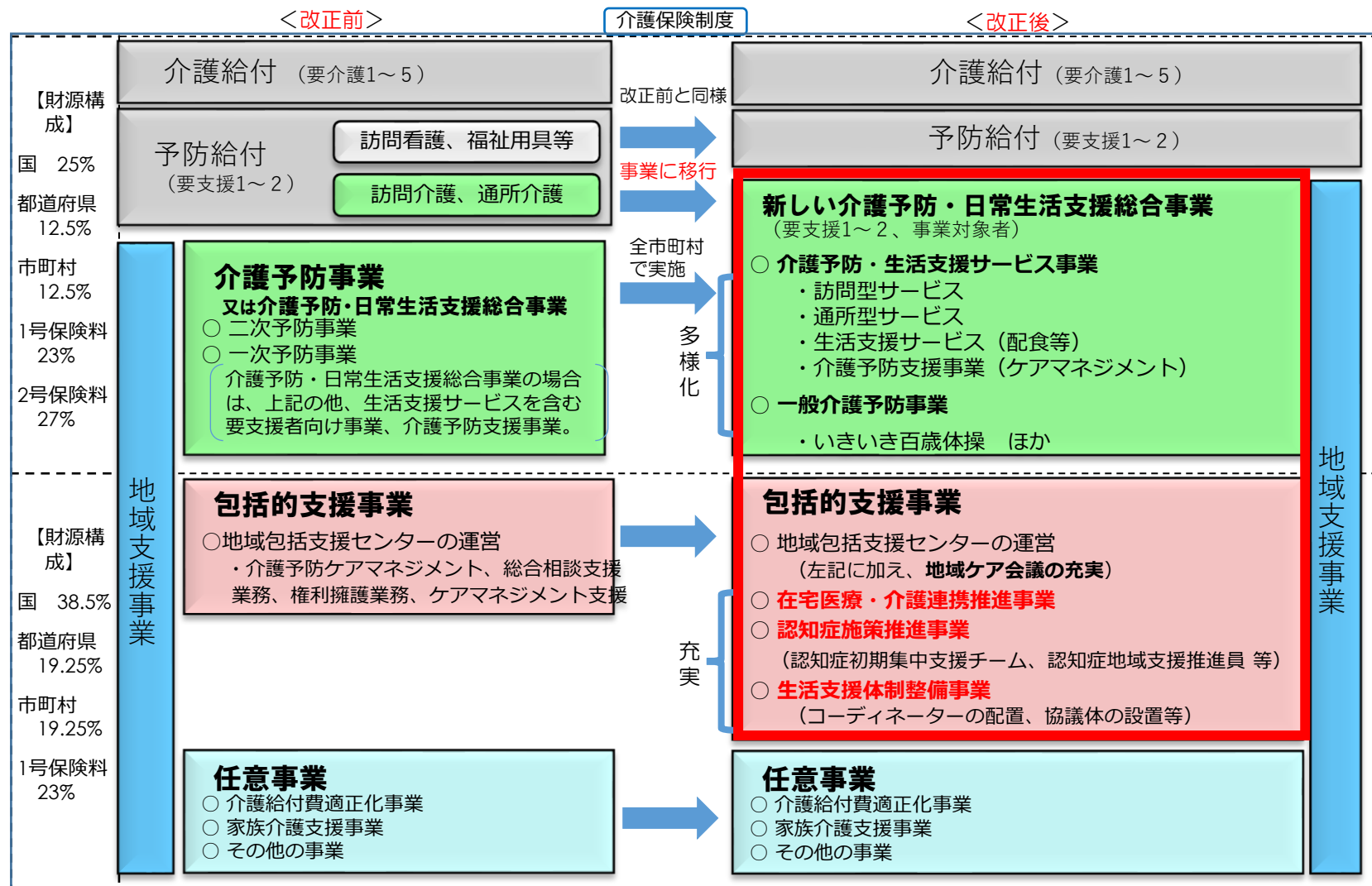


介護予防・生活支援サービス事業についてのアンケート結果より

地域の関係者の**3割以上**が虚弱（フレイル）高齢者の回復可能性を信じている



地域支援事業の全体像



要介護状態の目安と虚弱（フレイル）



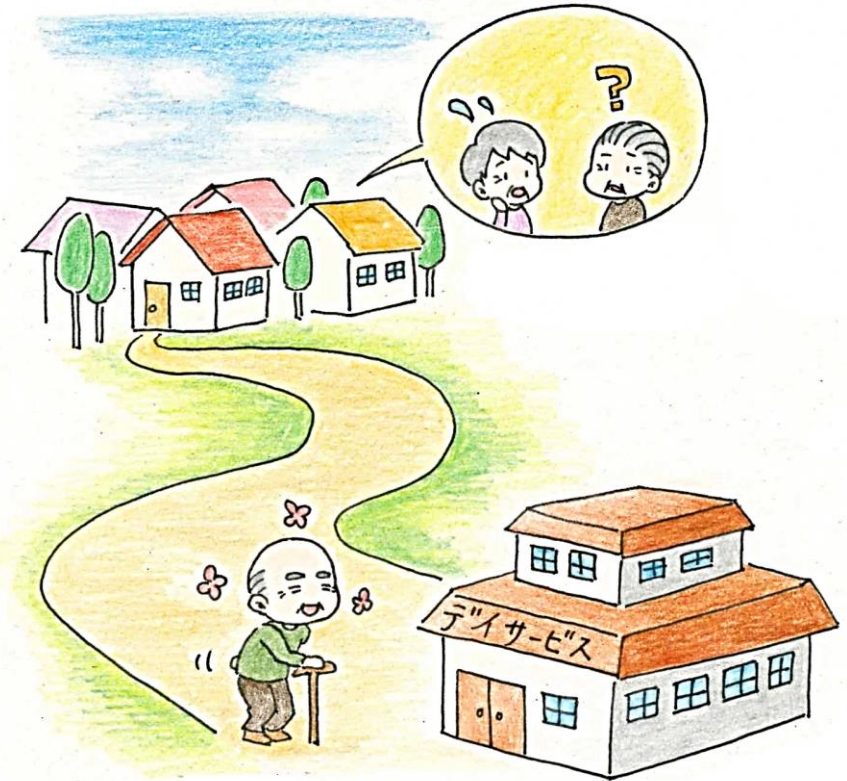
要支援 1

日常生活は、ほぼ自立しているが、
介護予防のための支援や改善が必要

要支援 2

日常生活は、支援が必要だが、リハビリ
などで介護予防できる可能性が高い

虚弱（フレイル）高齢者の支援は、○○しかないの？



本人の望む暮らし「元の生活に戻る」ことをどう支援するのか



【事例紹介】

Aさん 80歳代 女性 独居

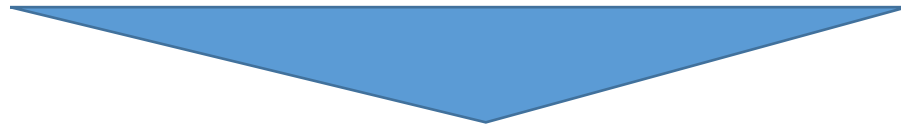
R 2年頃より家の中でつまづくなど足腰の弱まりが気になっていたAさん、近所の知人が運動特化型デイを利用していたため、自分も利用したいと思い、要介護認定を申請し、結果は「非該当」であった。

Aさんはリハビリを希望し、包括職員による基本チェックリストで「運動機能低下」に該当したため、事業対象者としてR 2年7月より緩和型サービスを週1回利用しているが、「デイで運動しているから」と自宅ではほとんど運動せず、また、「転倒が怖いから」と、自転車にも乗らなくなってしまった。

どのように要介護状態になっていくのか



これからの赤穂市の要支援者等への支援方針

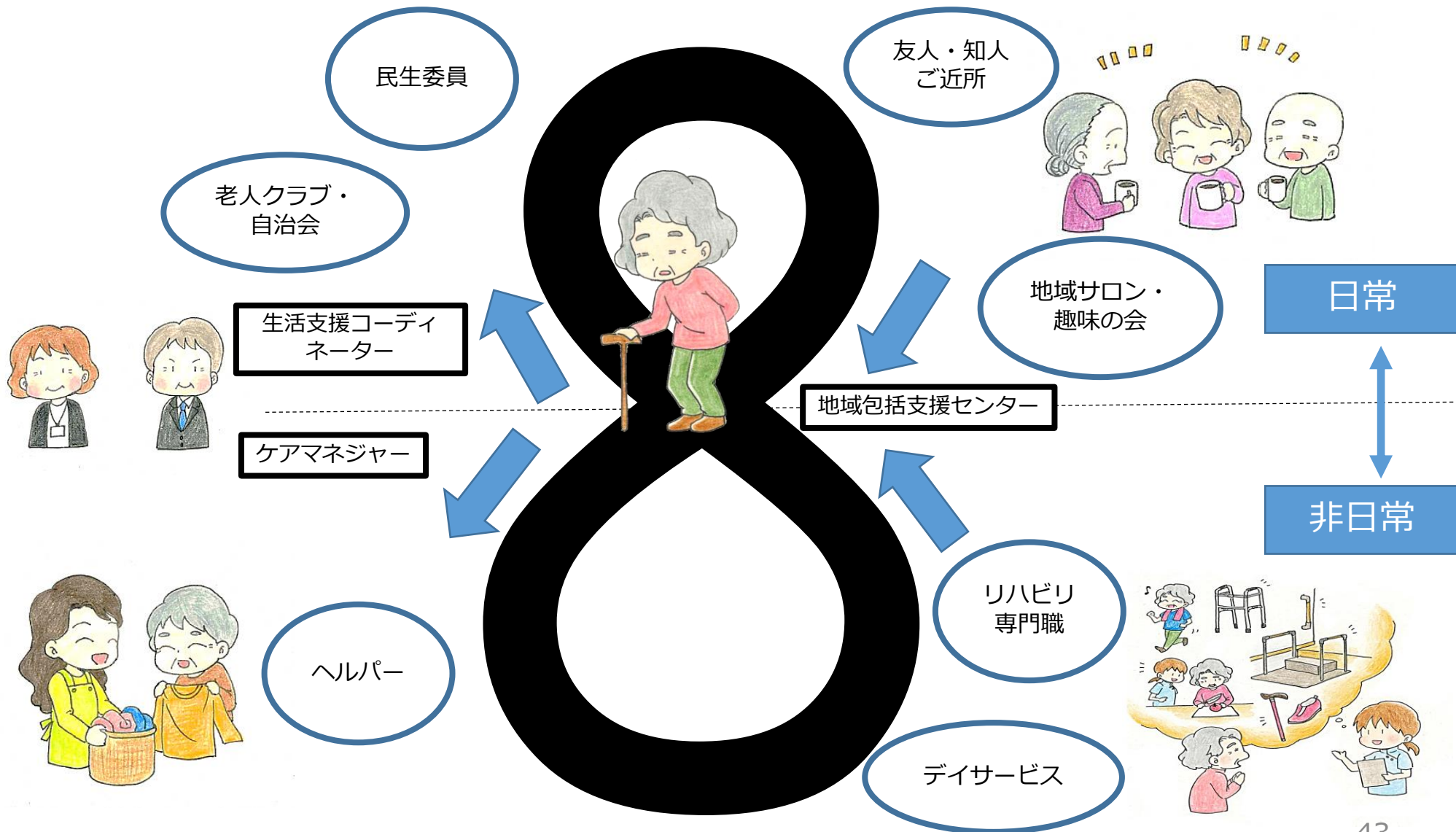


自分らしい「これまでの暮らし」を取り戻す
ための**専門的支援**を短期間で

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

これからの赤穂市の要支援者等への支援（イメージ）

高齢者の「暮らしの困難さ」からの早期回復を目指します その方法は無限大∞



Aさんの支援はこうなる（イメージ） ①から③へ

○生活支援コーディネーターは、活動の場の開発、紹介を担当し、高齢者の生活を支援



いきいき百歳体操・趣味の会

「体力づくりなら、Aさんの地区に、いきいき百歳体操がありますよ、行ってみませんか？」

「以前のように自転車で買い物に行きたい！」
元の生活・望む暮らし



自宅

Aさん

○専門職は、高齢者の自立支援のための目標・有期限の個別支援

「体力も向上しましたね、これなら卒業できそうです」



②

デイサービス等

「一緒に、元の生活を目指しましょう」

①

○ケアマネジャーは、「元の生活」を意識したケアプラン作成

③

生活支援コーディネーター

ケアマネジャー

日常

非日常

これからの取組み

大切なのは、入口と出口



0次対策

地域の専門職・関係者
との規範的統合
地域住民への啓発



入口対策

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



出口対策

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

実行プラン

まず何から

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



高齢者にとって「元の生活を取り戻す」ことがしあわせにつながる

令和4年度地域づくり加速化事業

兵

庫

県

- 介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けて -



兵庫県福祉部高齢政策課
地域包括ケア推進班

兵庫県の概要

兵庫県の姿

- 〔面積〕 8,401km² (全国12位)
〔人口〕 543万8千人 (全国7位)
〔風土〕 日本列島のほぼ中央に位置
瀬戸内側：温暖で降水量少、日本海側：降雪量多
〔隣県〕 東：大阪府、京都府
西：岡山県、鳥取県 南：徳島県

〔県旗〕

波の形をデザインした「兵」
の字を白く抜き、南北を海
に接した県の姿を象徴



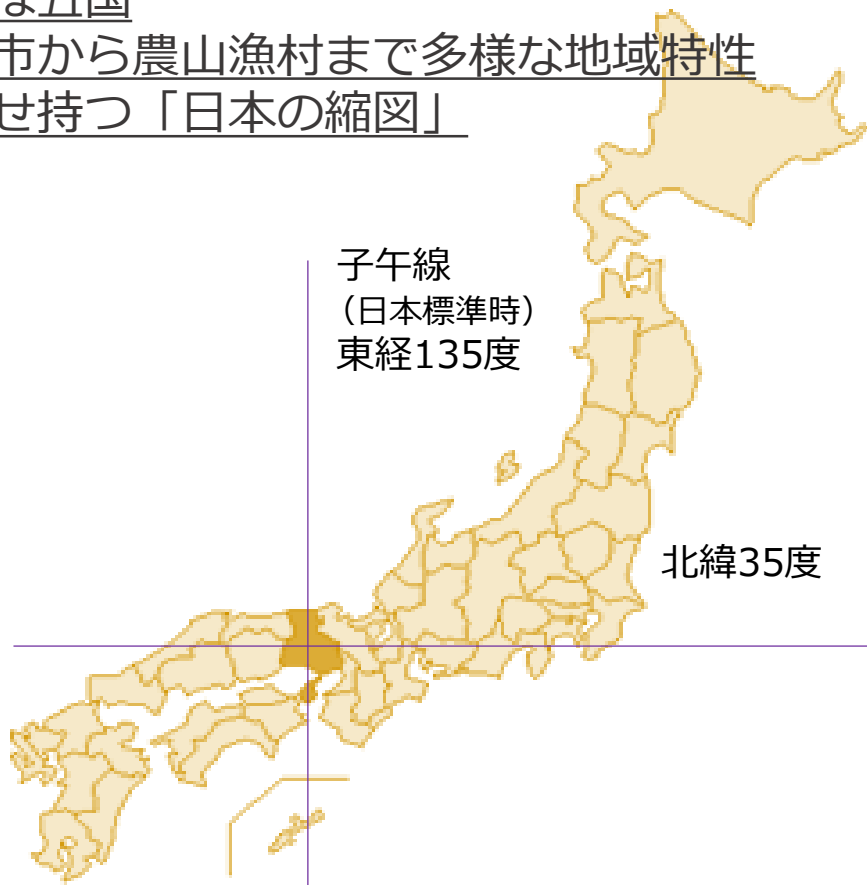
〔兵庫が初めてのもの〕

- ・ コーヒー
神戸の茶商が1878年に販売開始
- ・ 映画
1896年に神戸で日本初の映画公開
- ・ ゴルフ
1903年に日本初のゴルフ場が開設



県マスコット
はばタン

兵庫は五国
大都市から農山漁村まで多様な地域特性
を併せ持つ「日本の縮図」



姫路城



甲子園球場



宝塚歌劇



県花ノジギク



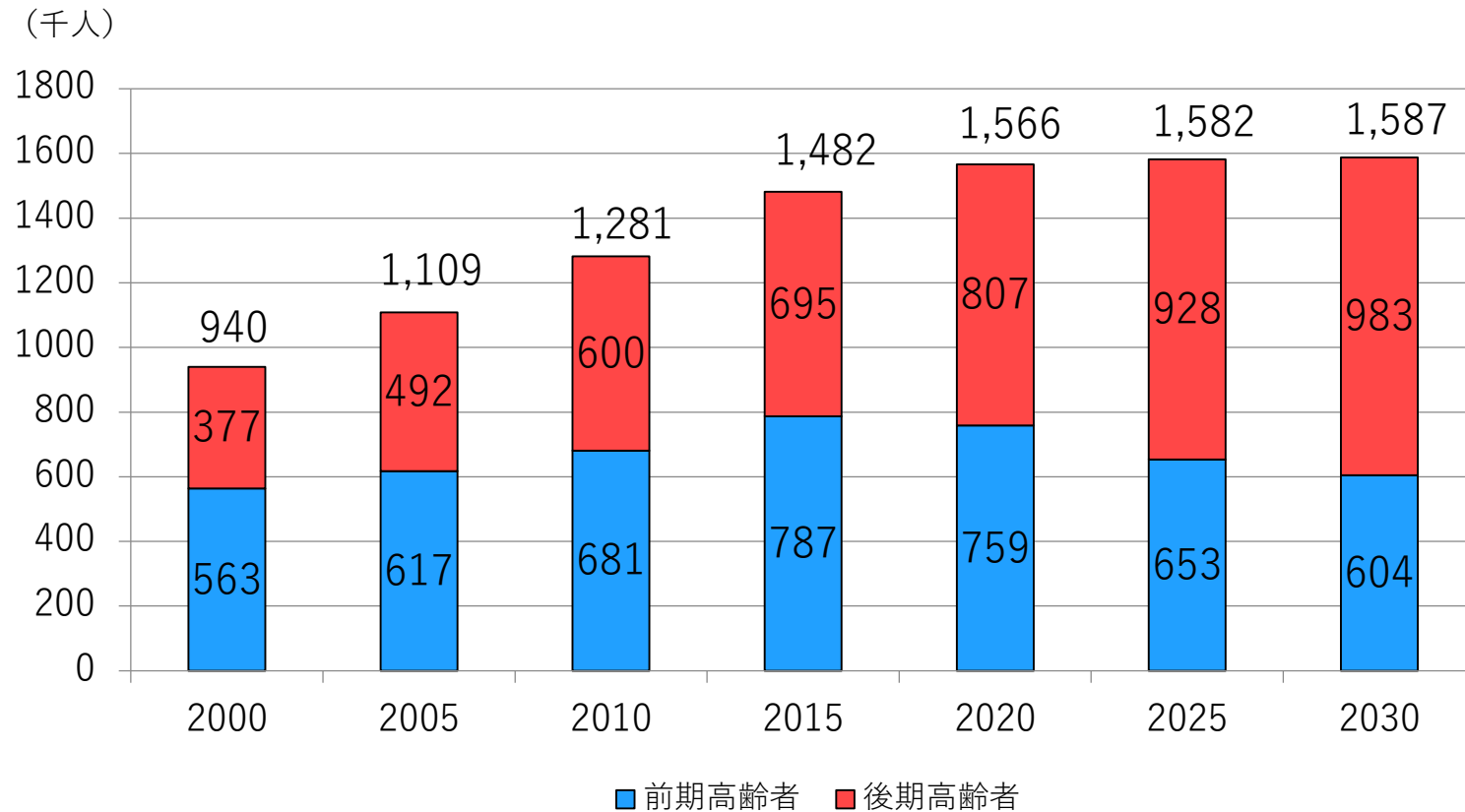
県木クスノキ



県鳥コウノトリ

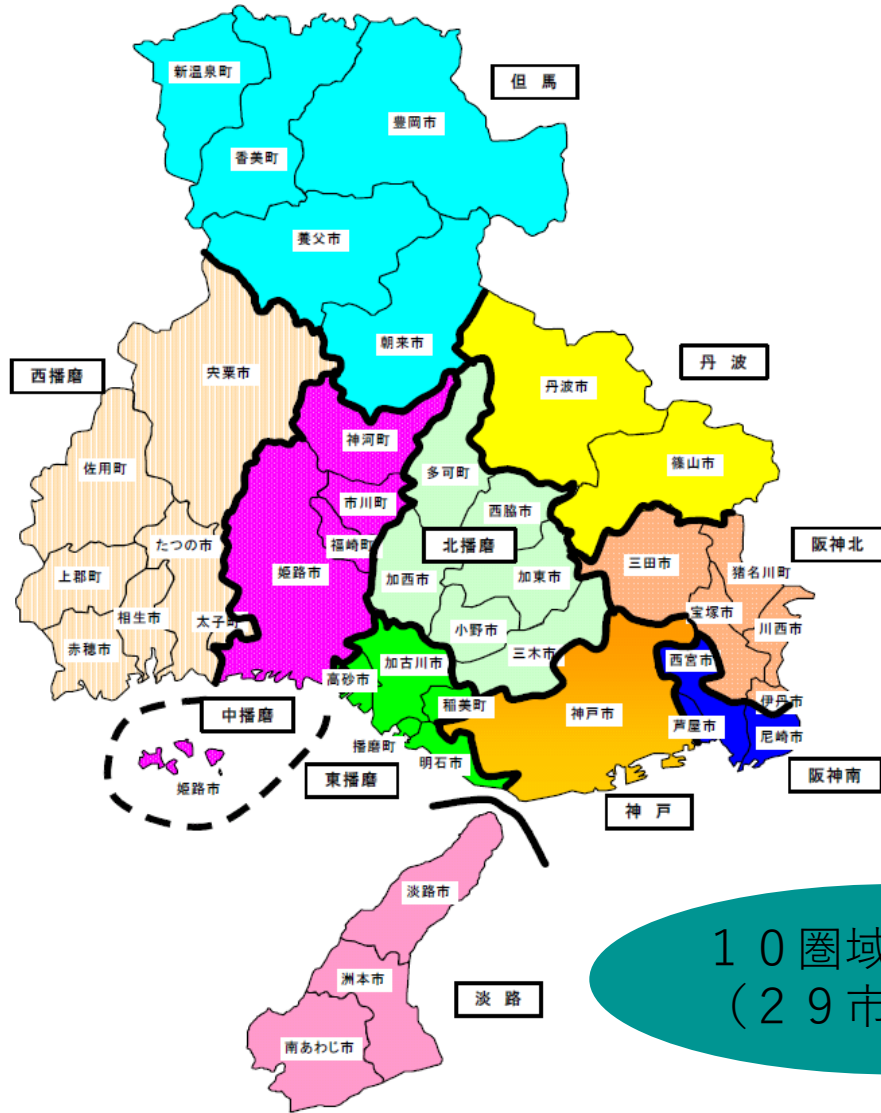
高齢者人口

- 県内の高齢者人口（65歳以上）は、2015年から2030年にかけて10万人増加する見込み
- 65～74歳（前期高齢者）人口は18万人減少。75歳以上（後期高齢者）人口は29万人増加



出典 2015年まで総務省「国勢調査」（2015）、2020年以降は「兵庫県地域創生戦略」（2016）

兵庫県における地域支援事業における市町支援体制 (令和4年度)



高齢政策課 地域包括ケア推進班

市町訪問によるヒアリング

専門職派遣事業
(地域包括支援センター機能強化)

研修・会議

地域リハビリテーション
支援体制推進事業

介護予防・生活支援マッチング事業

など

健康増進課 認知症対策班

認知症施策の推進

健康福祉事務所・但馬長寿の郷

研修・会議

10圏域41市町
(29市12町)

事務職、保健師、管理栄養士が在籍

市町支援における課題

- 各市町の課題を分析しきれていない
- 「兵庫は五国」と表現される地域性の違い
- 他部署との壁（認知症、地域福祉など）
- 異動によりノウハウ蓄積が難しい（全員が現所属 0 ～ 2 年目）
- 市町からの声

「地域ケア会議の課題抽出」「通いの場の再開・継続支援」
「移動の問題」「包括三職種不足」「データ分析」・・・など



地域づくり加速化事業における赤穂市の取組

赤穂市は・・・

地域づくり加速化事業はプッシュ型で選定されたが、
市も取り組みたい思いを持っていた
→地域包括支援センター、医療介護課、社会福祉課が
主要メンバーとして参加



赤穂市が取組んだこと

- ロードマップの作成
- ケアマネジメント指針改定に向けてアンケートの実施
- 地域の関係者との意見交換会
- 地域の関係者に市の方針を示した（引き続き伝えていく）
- 庁内連携体制の構築

など



「自分らしい『これまでの暮らし』を取り戻すための専門的支援を短期間で」

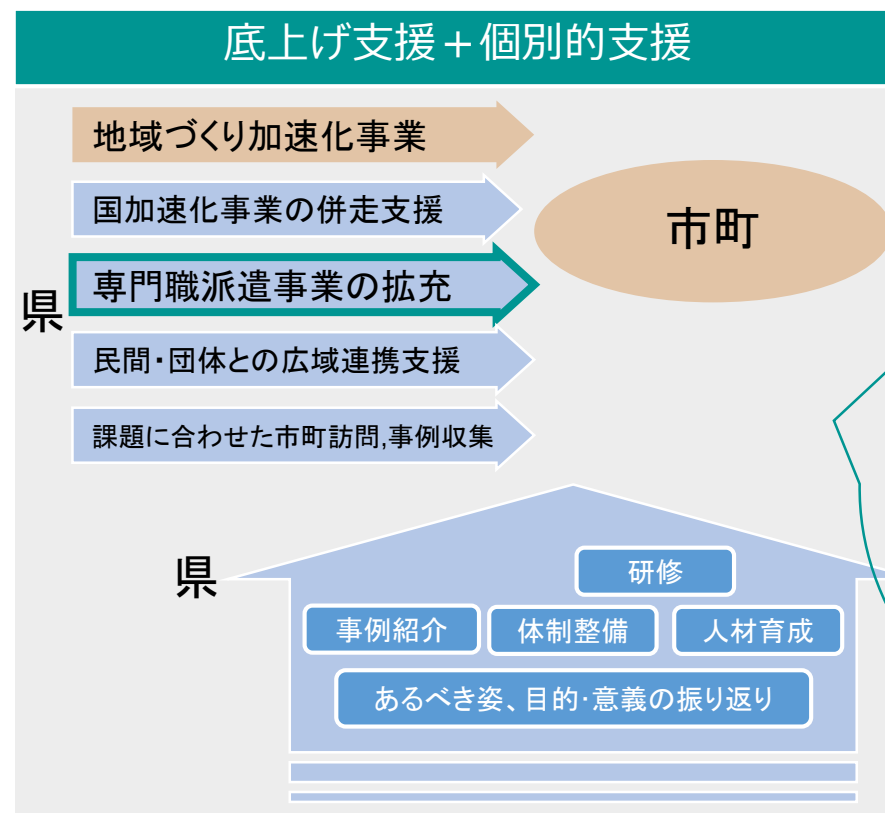
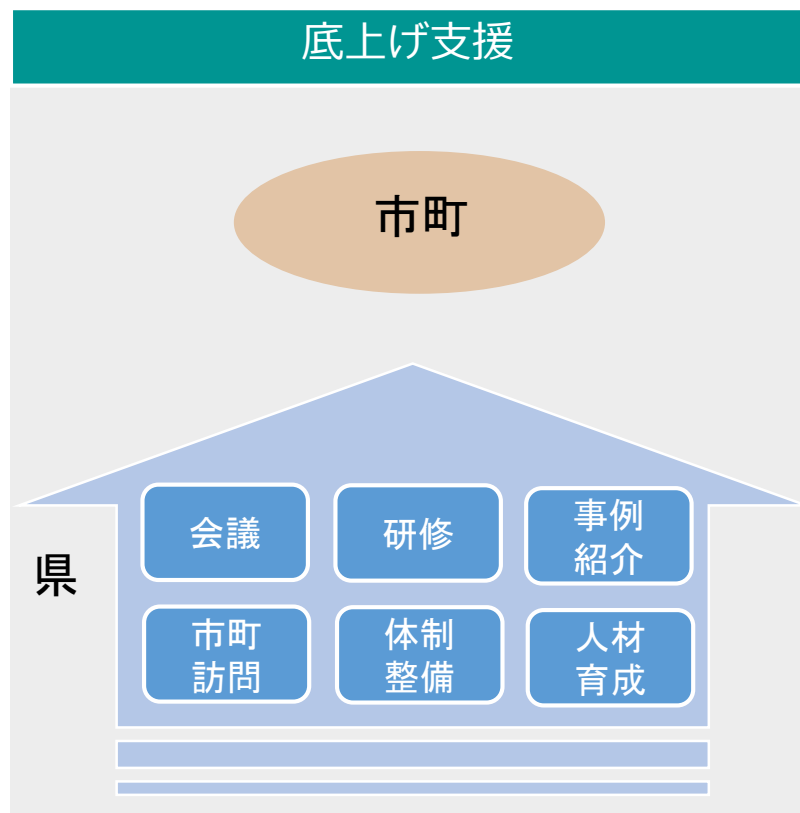
伴走支援から学んだことをもとに 県の市町支援をふり返る

- 市町の状況に応じた個別的な支援が必要
- 「なぜ必要なのか」を県も理解する
- 市町ヒアリングのポイントを見直す
 - 高齢者が自分の暮らし方を選択できているか？
 - 必要な人が必要な支援を受けられているか？
 - サービスがかえって自立を妨げていないか？
 - 地域支援事業体制に持続性はあるか？
 - 庁内連携は？地域の関係者との連携は？ などたくさん
→ 結果だけでなく方法に着目する
- データ分析の活用
- 地域に出る、現場の声を聞く
- 各事業担当者間の連携
- 他部署との情報共有



(今後の展開) 令和5年度の取組

- 市町の実情に応じて取組むため、地域によって取組が前進しにくい場合がある。
- 制度開始から一定年数が経過しており、一律的な研修や会議、ヒアリング、事例提供だけでは、課題を抱える市町の円滑な事業推進に限界がある。
- これまでの「底上げ支援」に加え、**「個別的支援」を拡充**し、市町支援を強化する。



専門職派遣事業の対象を地域支援事業全体に拡大。また、市町の活用を促進するため専門職のリスト化を検討



ご支援いただいたアドバイザー、
厚生労働省本省、近畿厚生局、
積極的に取り組んでいただいた赤穂市のみなさま
ありがとうございました

地域づくり加速化事業報告書

新宮市健康長寿課



基本情報

人口	26,955人（14,485戸）
高齢者数	10,291人（高齢化率 38.2%）
要介護認定率	22.6% ※R4.11末時点
日常生活圏域	2か所（直営包括 1 か所、委託 1 か所）
場所	

奈良県、三重県の県境が接する紀伊半島の東南部に位置し、太平洋に面しています。豊かな水資源と樹木の育成に恵まれた素晴らしい自然環境の中にあります。



←新宮市ツイッターキャラクターめはりさん。新宮市でよく食べられている「めはり寿司」が由来。



←新宮市のソウルフードとも言えるめはり寿司。塩で漬けた高菜でお米をくるんだとても美味しい料理。

新宮市の 観光地など

新宮市には、他にも
観光地やおいしいもの
がたくさんあります
ので、ぜひみなさん
でお越しください。



世界遺産である神倉神社で行われる「御燈祭り（おとうまつり）」は、熊野に春を呼ぶお祭りで全国の火祭りの中でも最も勇壮な祭りのひとつといわれています。



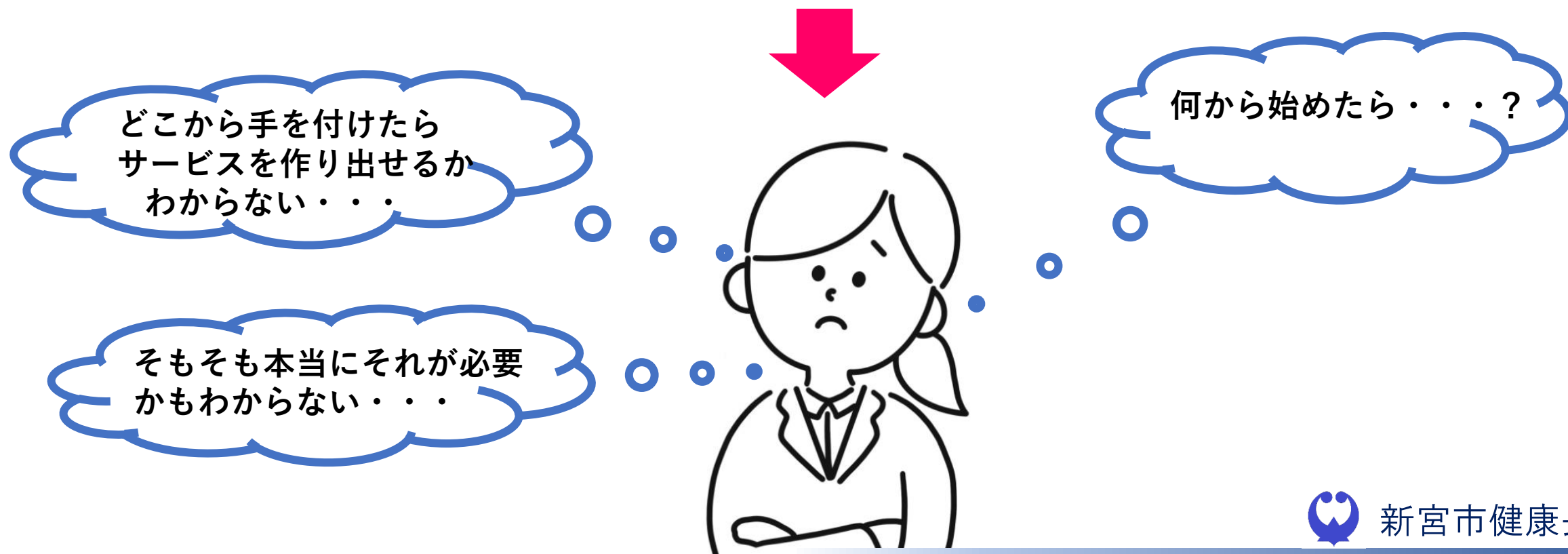
熊野速玉大社は、熊野本宮大社、熊野那智大社とともに熊野三山を構成する大社です。境内には天然記念物に指定される樹齢千年のナギの巨木があります。



紀州地方に古くから保存食として伝わるなれ寿司は、酢を用いずに米と塩で発酵させて、独特のうまみを醸し出しています。



1. 従前相当の予防訪問介護、予防通所介護、基準緩和型訪問介護を実施
2. 地域ケア個別会議で、リハビリのサービスがあればいいなどの意見が挙がっていたとの引継ぎを受ける。



- ・ 藁にも縋る思いで思い切ってエントリー！
- ・ 支援者の皆さんにアドバイスをもらおう！
- ・ 他課や関係各所を巻き込んで皆で考えたい！

始めの一步を踏み出したい！



午前

民生委員さん達との意見交換。→移動支援について早急に必要との意見をもらう。

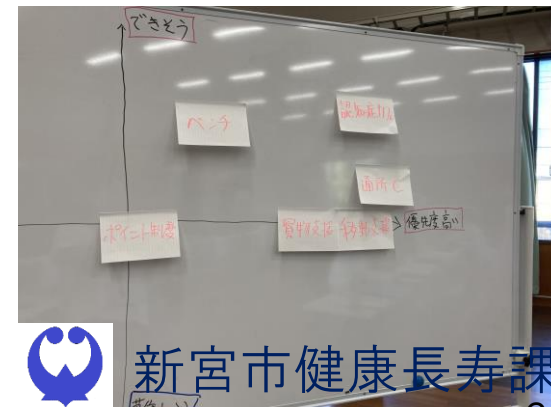
午後

第1回支援会議

→市の現状把握。意見交換。すべきこと、できそうなことを洗い出し、優先順位をつける。

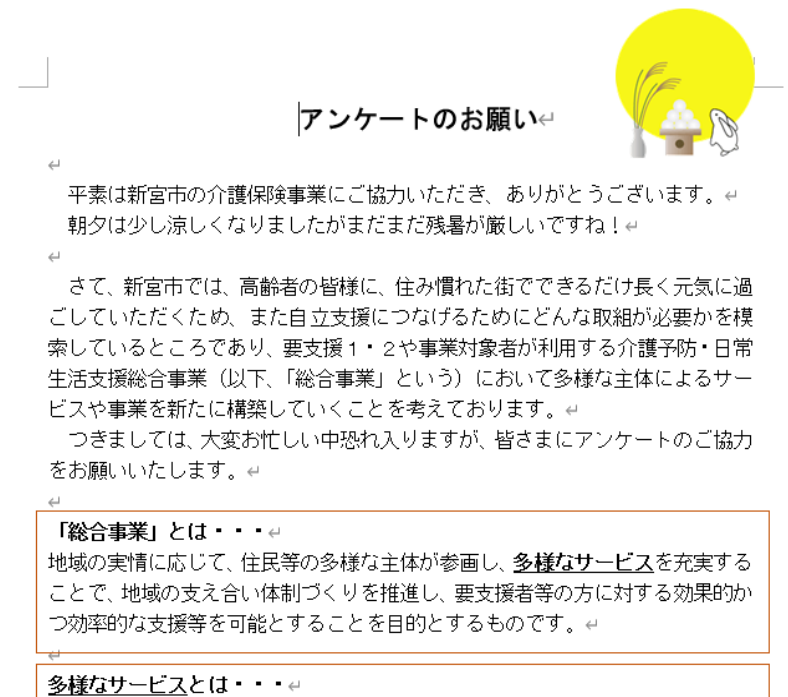


①認知症カフェ ②サービスC ③移動支援



- ・ ニーズを把握するためケアマネ向け（新宮市健康長寿課実施）、サロン参加者向け（新宮市社会福祉協議会実施）にアンケートを実施する。
- ・ アンケート回収後、集計、分析を行う。
→サービスCを開始した場合の効果の試算。
ケアマネの意見を分類分けする。

- サービスCの対象になりそうな利用者が
27人いた。（発見！）
- 移動支援のニーズは高い。
- 認知症カフェのニーズあり。



① アンケートの結果報告。

地域包括支援センターのケアマネにも参加してもらい意見交換。

② 午後会議に向けての戦略会議。

③ 認知症カフェは、現在あるサロンの中で試験的に開催できるか検討していく。

サービスCどうする？
ケアマネさんの意見は？



認知症カフェ
できる？



①サービスCについて新宮市のリハビリ事業所の皆さんに参加してもらい、事業の説明、意見交換。協力できそうなことはないか？

→**人的資源に乏しい地域なので協力は難しい。**直営で考えられないか？同規模の他市町村の取組を参考にしてみても？土日であれば協力できるかも……。もう少し話を詰めてもらえたら……。

委託は難しいのでは……。☹
直営でできる？
ちょっと心折れそう……



②移動支援について交通部局（企画調整課）と意見交換。

→山間部でのデマンドタクシーなどの取り組みを聞く。

（企画調整課と意見交換するのは初めて！）

近畿厚生局から移動支援を行っている市町村の事例についてYouTubeを使って紹介。

→新宮市の実情にあった取り組みを検討することが必要。

担当者だけで考えるのではなく、交通部局、社会福祉協議会、地域の人たちの声を聴くことが大事と気づく。



- ・ **サービスCについて直営でできないのか検討する。**

- ①地域の医療機関にPT派遣の依頼。

- 現在土日も業務に当たっているので、協力は難しいとの返事😞

- ②理学療法士協会にPT派遣の依頼。

- きちんと形が決まらなると返事をするのは難しい。決まってから依頼して欲しい。

- 土日なら協力できるPTもいるかも？

- ③サービスCについて委託するならいくらぐらい？

- ④同じ規模の他市町村の取り組みリサーチ

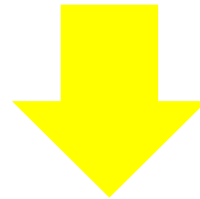
- ・ **認知症カフェを試験的に開催。**

- ・ **移動支援について、企画調整課職員と近畿厚生局の研修を受ける。**



サービスCについて原点に返ってグループワーク

- ①そもそも市としてどう考えている？
- ②対象者像は定まっている？
- ③直営か委託かどうする？



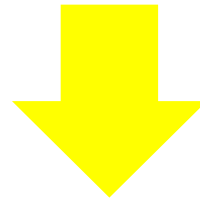
情報共有、ディスカッション不足で皆の考えがバラバラ、合意形成ができていなかった！

新宮市Thinking Time

直営or委託？

人員どうする？費用対効果は？

PTは？・・・



委託で考えて行こう！と考えがまとまる！



①移動支援について協力してくれそうな人たちに参加してもらい、近畿厚生局から他市町村の事例の紹介。意見交換。

→地域の皆さんにとってよりよい、持続可能な事業を作り上げるために、今後も意見交換していきたい意思を伝えることができた！

②認知症カフェについて

→試験的に開催し、状況や雰囲気などの報告。

参加者の皆さんも好印象！



①サービスC

行程表を作成し、何をすべきかを洗い出す。

(すべきこといっぱい！ひとつずつ丁寧にクリアにしていく！)

令和6年度開始目標！

②移動支援

協力してくれそうな人たちと定期的に意見交換できる場を持つ！

関係機関の連携も忘れずに！



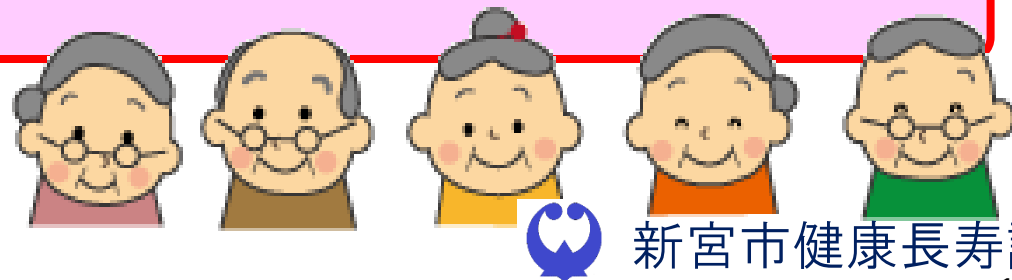
③認知症カフェ

始まったカフェを大切に、今後は他地域にも広げていく！



- ①担当者一人で**机上で考えていても始まらない。**
- ②関係各課、地域住民と、何度も話し合いを重ね**合意形成**していくことが必要。
- ③ただサービスを作れば任務完了ではない。着実に問題をクリアにして、**きちんと土台を作っていかないと始めたところで失敗する。**
- ④**我がことと捉える。**

「高齢になっても安心して暮らせる街にしたい！」という気持ちを忘れず、皆が同じ方向を目指す！



遠方からお越しいただきありがとうございました。
皆様にいただいたアドバイスを基に、少しでも前進していけるように皆で協力してがんばります！
ありがとうございました。

また来てね！



介護予防・日常生活支援総合事業等 の充実のための市町村支援を受けて

和歌山県 白浜町 民生課



白浜町の概要

人口	20,463人
65歳以上人口	7,829人
高齢化率	38.3%
要支援・要介護認定者数 (第一号被保険者)	1,715人
要支援・要介護認定率	21.9%
日常生活圏域	3圏域 (白浜・富田・日置川)
地域包括支援センター	1か所(直営)

※令和4年12月末現在



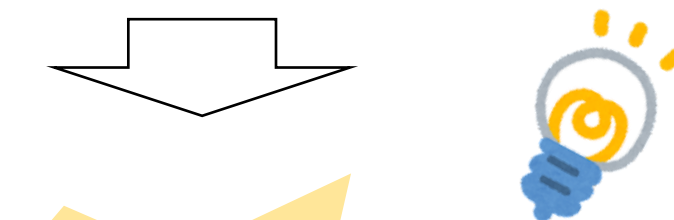
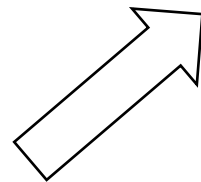
白浜町の現状、事業応募の理由

- ・今後も介護給付費が上昇していく
- ・総合事業ができていない



- ・自立支援・重度化防止を進めて給付費の上昇を抑えたい。
 - ・利用者の選択肢を増やしたい。
- ⇒通所型サービスCが適するのでは。

- ・何をすれば効果がある？
- ・どうやって始めたらいいの？



事業応募

支援（第1回目） 令和4年8月23日

参加者

夏原アドバイザー（東近江市健康福祉部医療政策担当部長）

厚生労働省・近畿厚生局

和歌山県長寿社会課

白浜町民生課（介護保険係・地域包括支援センター）

住民保健課（保健センター）

白浜町社会福祉協議会

当日の内容

○改めて白浜町を知る、課題を洗い出す

白浜町の3つの日常生活圏域（白浜、富田、日置川）

それぞれの課題について

○生活支援体制整備事業・サロン活動等の現状について



第1回目支援での気づき・意見等

どの地区や団体等でも
担い手不足は深刻

既存事業や、観光地・
温泉など魅力的な資源
が多い。

コロナウイルスを理由に中止・休止
している事業について、再開・継続
を考えなくては。

日常生活圏域ごとの違
いを再認識できた

C型サービスは対象者の選定や事業
のやり方などをしっかり詰めておか
ないと、効果が出なかったり、逆効
果になることもある



地域のデータをきちん
と捉えることが重要。

第2回目支援に向けて

・介護予防事業のマッピング

事業やサロンを行っている場所を地図上に落とし込んで抜けている地域はないか検証

・通所型サービスCに適する対象者の洗い出し

本当にニーズ・効果はあるのか、データやケアマネジャーの意見から検証

支援（第2回目） 令和4年11月10日

参加者

夏原アドバイザー（東近江市健康福祉部医療政策担当部長）

厚生労働省・近畿厚生局

和歌山県長寿社会課

白浜町民生課（介護保険係・地域包括支援センター

・ケアマネジャー）

住民保健課（保健センター・医療保険係）

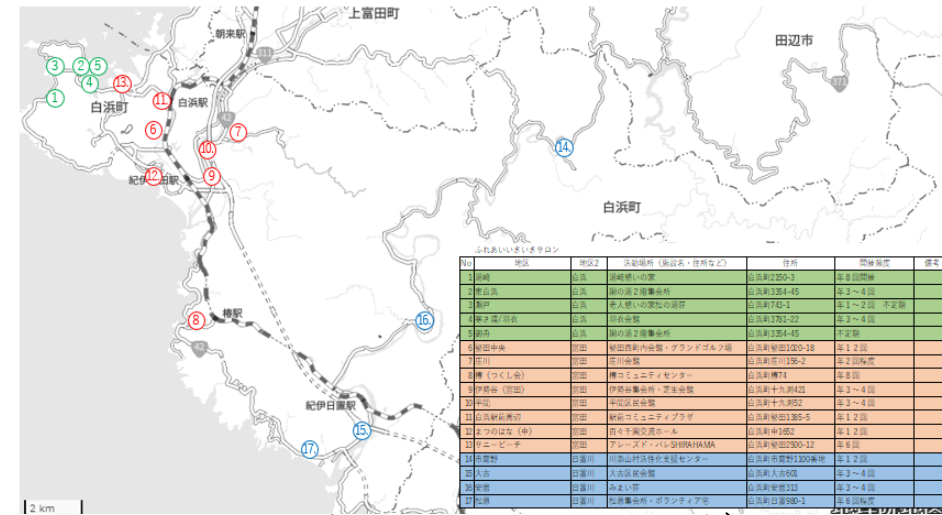
白浜町社会福祉協議会

当日の内容

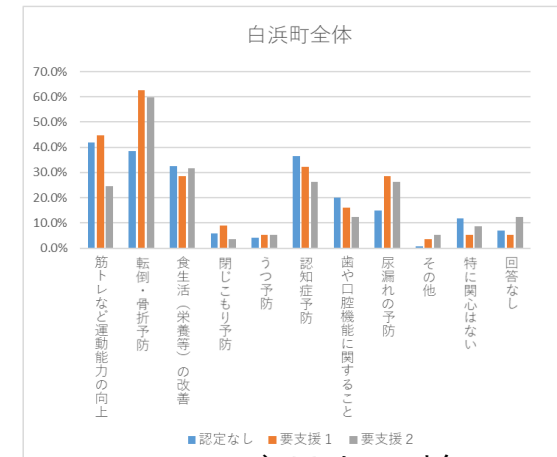
○介護予防事業マップの検証

○通所型サービスCのニーズ検証

- ・地域包括支援センターケアマネジャーの意見
- ・KDBシステムから地域の健康課題を採る
- ・日常生活圏域ニーズ調査より



サロンのマッピング



ニーズ調査の検証

第2回目支援での気づき・意見等

サービスCは単なる短期リハビリだと思っていた

予防事業やサロンは地域的にはバランスよくできているが、内容はどうか？

ケアマネジャーの自立支援に対する意識が高い

C型サービスの目的は生活行為の向上

広報も大切。
利用者の声を聞いてもらうのが効果的。



運動や転倒予防に興味がある人は多い。
介護が必要になるきっかけは、関節の病気や廃用によるものが多い。
C型サービスは効果がある！

第3回目支援に向けて

•先進地の視察

通所型サービスC創設に的を絞って、実際に実施しているところを見させていただく。

•町内事業所への説明

町内のデイケア事業所に通所型サービスCの事業内容の説明と、業務委託の打診

•現行の介護予防事業の再整理

現在の事業は地域的にはバランスよく実施されているが、これから通所型サービスCが加わる前提で、内容や対象者を整理し、体系的に整理したい。

生駒市の通所型サービスCの見学

2種類の教室を見学



パワーアップ教室

- ・器具を使用しないプログラム
- ・運動・栄養・口腔の三種を実施
- ・送迎あり
- ・セラピストの関与はなし
- ・週1回/3か月のクール制
- ・定員15名程度



パワーアップPLUS教室

- ・器具を使用するプログラム
- ・マシン・セラバンドによる筋力増強運動
- ・ステップによるバランス・有酸素運動
- ・セラピストの介入による個別課題運動
- ・送迎あり
- ・週2回/3か月のクール制
- ・定員15名程度

感想・所感等

- ・事業の充実ぶりに圧倒された。
- ・関係者間の意識共有がしっかりできている。
- ・規範的統合の重要性。

- ・器具を使う教室はすぐには難しいが、パワーアップ教室のようなスタイルなら白浜町でもできそう。

支援（第3回目） 令和5年2月9日

参加者

夏原アドバイザー（東近江市健康福祉部医療政策担当部長）

厚生労働省・近畿厚生局

和歌山県長寿社会課

白浜町民生課（介護保険係・地域包括支援センター）

住民保健課（保健センター）

白浜町社会福祉協議会

町内デイケア事業所

当日の内容

- 介護予防事業の体系的な整理
- 通所型サービスCの立ち上げに向けて
 - ・事業所も含めて認識の共有（厚労省・近畿厚生局の講話）
 - ・サービス立ち上げに向けて今後の課題



介護予防事業について話し合い



厚労省・近畿厚生局の講話

第3回目支援での気づき・意見等

介護予防事業の整理をしてみても、内容や対象者を見直していくベースができた。

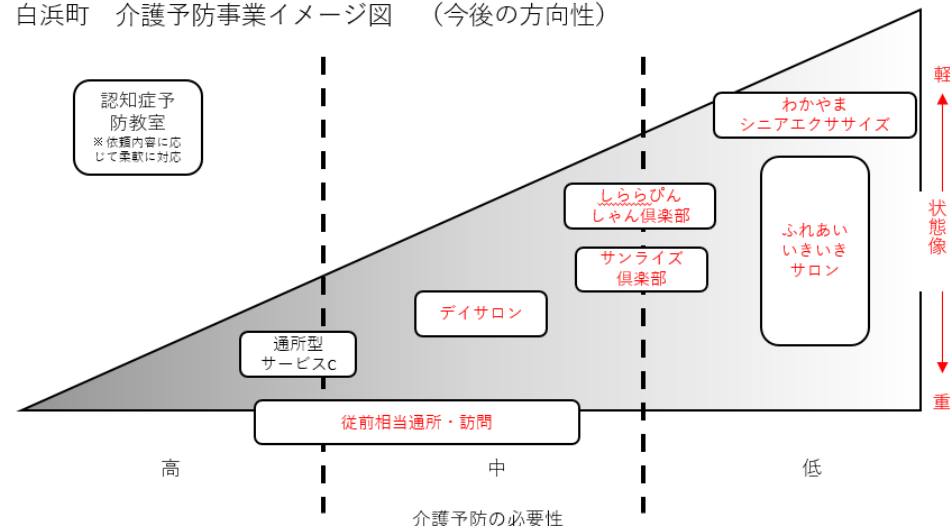
元気な高齢者向けの通いの場等の充実が必要。

C型サービスの立ち上げについては事業所からも前向きな意見をいただけた。

サービスCの適する利用者を事業につなぐには生活支援コーディネーターの役割が重要



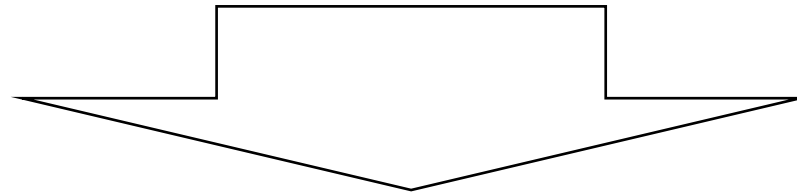
白浜町 介護予防事業イメージ図 (今後の方向性)



サービスの立ち上げに向けて課題ややることは多い。

これからの目標

- ・令和5年度を準備期間として、令和6年度に白浜町の通所型サービスCを開始を目指す。
- ・通所型サービスCの創設に併せて、既存の介護予防事業の内容や対象者を整理する。
- ・コロナの影響などで活動が減ってしまった住民の自主的なサロン等の活性化。



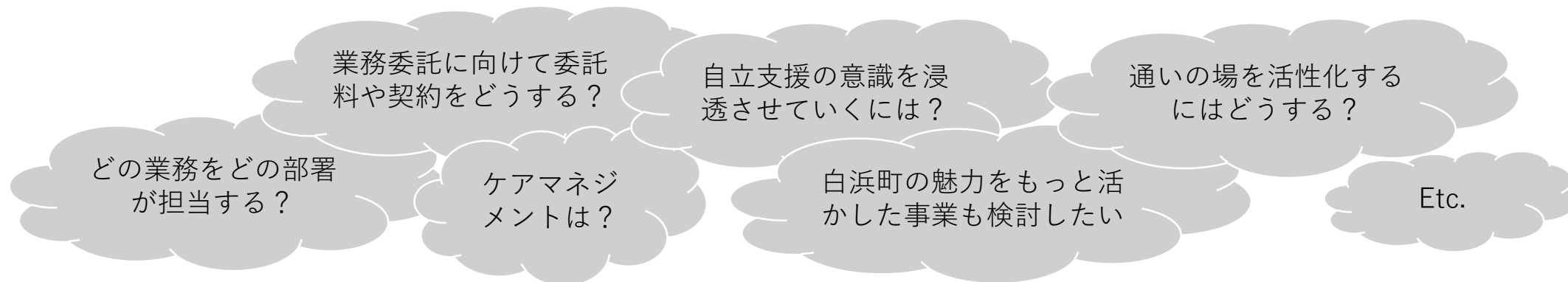
状態像の落ちてしまった高齢者が介護予防事業をステップアップしていったって、元の生活を取り戻し、通いの場やボランティア活動で活躍できるようになる仕組みを作りたい。

支援を振り返って

- ・白浜町で総合事業の多様なサービスが実施できていないという悩みから応募させていただきました。最初はどんなサービスを実施すればよいか、C型サービスがどのようなものなのか、認識や理解が浅い状態でしたが、支援を受ける中で、白浜町の強みや弱みを改めて知り、新しい事業の立ち上げに向けて一歩前進することができました。

- ・介護保険担当や地域包括支援センターだけでなく保健・医療の担当や社会福祉協議会、町内事業所も巻き込んで意見交換をすることもでき、認識・意識の統一、規範的統合に向けたきっかけともなりました。

- ・ 伴走支援は終了になりますが、今後決めていくことや課題がたくさんあります。



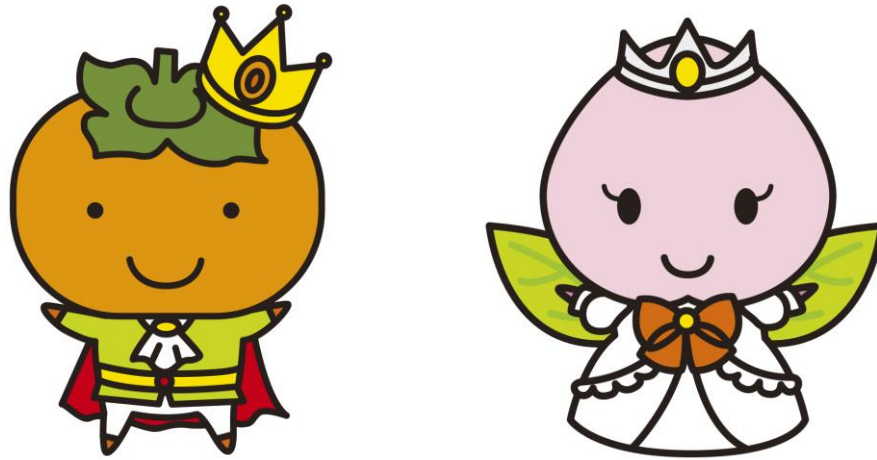
- ・ しかし、伴走支援が進むで課や係の垣根を越えて意見を交換し一緒に考えて事業を進めていく連携ができてきたと感じており、これこそ今回の大きな成果の一つと思っています。
- ・ 今後も関係者同士話し合いを重ね、共通の認識を持ちながら業務を進めていきたいと思っています。



ご清聴ありがとうございました。



地域づくり加速化事業を通じて 介護予防・日常生活支援総合事業の充実にもむけて



かつらぎ町イメージキャラクター
かきおうじ と ももひめ

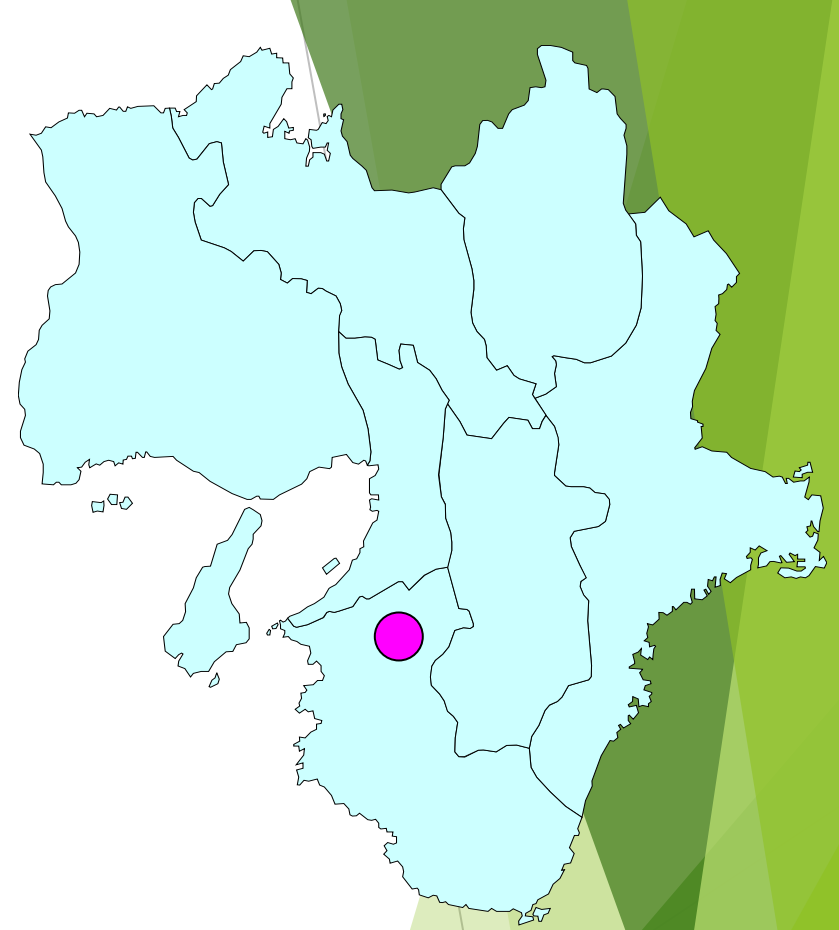
かつらぎ町 健康推進課

和歌山県～かつらぎ町～

- ▶ 和歌山県北東部
- ▶ 豊かな自然と歴史文化
世界遺産とフルーツの
まち



世界遺産丹生都比売神社と串柿の里の風景



- 令和4年3月末
人口 16, 055人
(65歳以上 6, 357人)
高齢化率 39. 6%

エントリーの理由

- ▶ 平成29年度から総合事業を実施しているが原則の上限額を超えて事業実施している。今後、高齢者人口が増えていく中で、上限額の範囲で事業実施をしていきたい。

1 回目支援で見えてきた課題

- ▶ 緩和型サービスはあるが、事業所が少なく、
住民は従前相当サービスを利用する。
- ▶ 地域での通いの場が少なく、事業所が集いの場
となっている。

今後の方針

- ▶ 短期集中サービスを利用してもらいやすいように見直す。
- ▶ C型卒業後の行き先として、地域の集いの場の把握及び増加を図る。

短期集中サービスの拡充

ステップ 1

- ▶ 数値的な傾向と現状がマッチしているのか検証する。
- ▶ 要介護になるまでの現状を行政・地域包括支援センター・生活支援コーディネーターでしっかり把握すること。
- ▶ 「何が課題なのか？」「何をすべきなのか？」の意思統一が必要。

短期集中サービスの拡充

ステップ2

- ▶ 委託事業所を増やすのではなく、現状事業所の受け入れ枠の増加を目指す。
- ▶ 単価契約の見直しと事業所枠の借り上げも検討し採算を見積もる
- ▶ 学校のような入学（利用開始）と卒業（利用終了）が一緒となる体制づくりを事業所とともに検討していく。

短期集中サービスの拡充

ステップ3

- ▶ 住民啓発の広報媒体の充実
- ▶ C型の対象者像のイメージ化
 - ⇒ケアマネジャーに説明会、研修会の実施（プレゼン能力向上）
- ▶ C型へつないでいくためのルートの確立

短期集中サービスの啓発チラシ

短期集中！元気いこら教室
～自信と元気な暮らしを取り戻す～
90日のチャレンジプログラム

以前のように掃除や買い物ができるようにしたい。

もう一度、趣味活動や地域の集まりに行けるようにしたい。

まだまだ自分の役割をもって元気に暮らしたい。

内 容

対象者	事業対象者・要支援1・2
	日常生活での動作改善を考え、元の元気な暮らしを取りもどしたい方
利用期間	90日間（状況により最大90日の延長可）
利用回数	週1回または週2回
利用事業所	リハビリ型デイサービスあじさい（町委託事業）

時間の経過と体力低下のイメージ

	3ヶ月前	現 在	3ヶ月後
自立	普通	不安	元気
要支援			C型サービス利用
要介護			困った 何もしない

何もしないでいると一般的には加齢とともに体力は低下していきます。高齢であっても専門職の指導の下で運動を行えば、体力の改善が図れます。

**リハビリ専門職が個別の課題をよく見て丁寧に指導！
自宅でのトレーニング方法も一緒に考えます！**

仮の写真です。

大丈夫！ 90日で変わります！

利用者の声

Ｔさん
階段が上りやすくなって、買い物にも歩いていけるようになりました。スタッフも皆親切だし、先生と相談しながら優しく指導していただけたので不安はありませんでした。気持ちも明るくなり、利用して良かったと思っています。

Ｈさん
普段できない機械を使って運動は筋肉痛になったりしましたが、腕や足の力がついて洗濯物を干せるようになりました。疲れにくくなり、体力も付きました。みんなと一緒に運動できたのが良かったです。

問い合わせ かつらぎ町地域包括支援センター TEL: 22-2322
居宅介護支援事業所 担当ケアマネジャー

C型の状態像

- ▶ **日常生活自立度** 自立～A 2（プランを立てた人）
- ▶ **認知機能** 自立～Ⅱa
- ▶ **フレイル**
- ▶ **関節系疾患**
- ▶ **生活改善に意欲のある人**
- ▶ **基本チェックリスト**
 - 生活機能10/20以上、運動機能3/5以上、閉じこもり・うつ傾向の方
- ▶ **生活の支障度**
 - 洗濯物が干しづらい、お風呂のまたぎ、立ったまま調理、掃除機をかける
- ▶ **転倒歴**

地域での居場所づくり

ステップ 1

- ▶ 本当に地域に集いの場がないのか、把握しきれていないだけではないか。

地域での居場所づくり

ステップ2

- ▶ 生活支援コーディネーターがサロン参加者に対してアンケートを実施し、魅力的な居場所とは何かを探る。

地域での居場所づくり

ステップ3

- ▶ 地域の集いの場を増やしていくためにサロン代表者の声を聴き、不安に寄り添う。



地域性もあるが「身軽・気軽・手軽」な居場所づくり

C型サービスの充実と居場所を増やすことは 一体的実施。

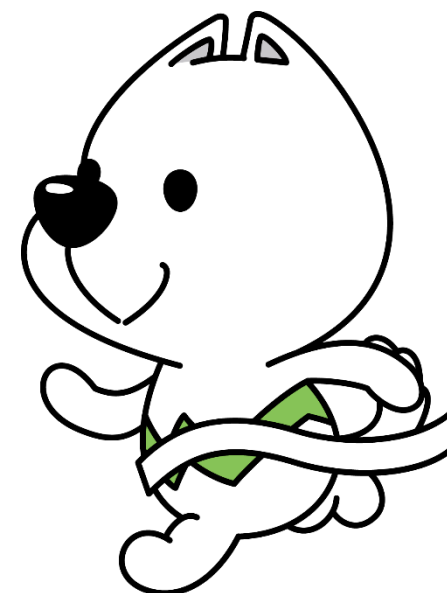


住み慣れた町で、いつまでも元気に！
みんなで支えあえる町を目指して！

ご清聴ありがとうございました。

地域づくり加速化事業 報告会

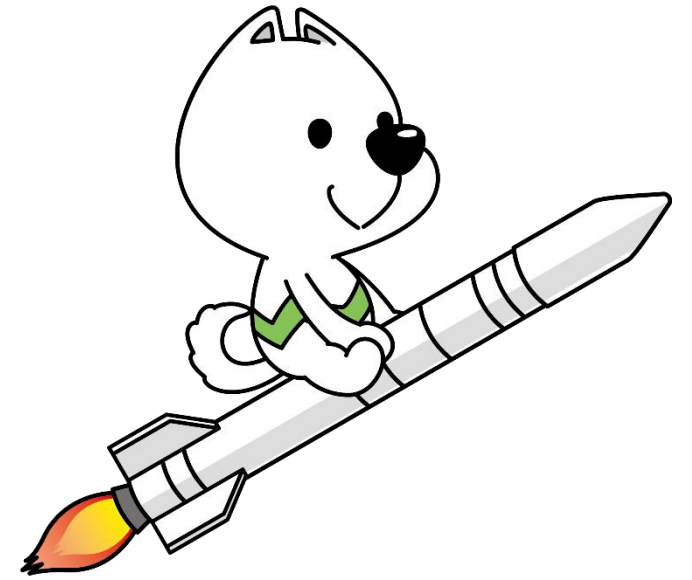
和歌山県福祉保健部福祉保健政策局長寿社会課



和歌山県PRキャラクター「きいちゃん」

伴走支援に係る基本情報

- 1 伴走支援が実施された市町村
 - ・新宮市
 - ・かつらぎ町
 - ・白浜町
- 2 県担当者の支援体制
 - ・総合事業担当者 1名
 - ・自立支援型ケアマネジメント担当者 1名
 - ・班内から別事業担当者 1名（支援先ごとに変更）
→ 5名を伴走支援担当者とし、支援先ごとに3名参加



伴走支援における県の目標

(当初)

- 国の事業なので、県はあくまで国と市町村との間を取り持つ補助的な役割
- 市町は、アドバイザーの助言に従い、取組を進めていく。



アドバイザーによる支援の進め方を勉強し、今後の県の取組に活かす目標

(支援後)

- 県も支援チームの一員であり、積極的に議論に参加し、助言を行っていく役割
- 市町も自ら考え、取組を考えていく。



この支援によって、支援先市町の地域づくりを加速化させていく目標

県が行った伴走支援

- 市町の進捗の確認・共有
- 伴走支援各回の方向性について、市町とすり合わせ
- 他の支援先の議論について、共有した方がよいと思った内容は横展開
- 支援チームからのオーダーに対する取組の支援（難しいオーダーは、代わりにたたき台を作成）
- 支援チームからの助言へのフォロー（助言の意図・理由・背景を読み取って、市町に伝える。）

心掛けたこと

- 市町の担当者の本音を聞く。
担当者が納得して取組を進めなければ、地域づくりは加速化しない。
- 市町に配慮し過ぎない。
不安な点、論理的に不明確な点は、遠慮せずに掘り下げて聞く。
- 伴走支援各回の目標を設定する。
事前に設定した上で各回に参加することが望ましい。



ご当地きいちゃん（新宮市ver）

全体を通じて感じたこと

- C型サービスに対する理解不足
→県として、「C型サービスとは」ということを市町村に理解していただけるよう取り組んでいく必要がある。
- 関係者の温度差
→3回の支援を通じて、全体の士気の高まりを感じられた。
- 県民の自立支援に対する意識の低さ
→県民に対する啓発が必要



ご当地きいちゃん（かつらぎ町ver）

今後について

- 地域づくりや地域包括ケアシステムの構築は、簡単に実現するものではないため、令和4年度支援先に対しては、来年度以降も引き続き支援を行っていく。
- 今回の伴走支援で提供いただいた他県における取組事例やノウハウ等は、県内市町村の支援に活用したい。



ご当地きいちゃん（白浜町ver）

