

地域づくり加速化事業をうけて

隠岐広域連合内 島根県海士町

島根県隠岐郡海士町
海士町役場 健康福祉課



海士町について 1



西ノ島町
(西ノ島)

知夫村
(知夫里島)

海士町
(中ノ島)

どうぜん
島前

どうご
島後

約60km

島根県

■日本海の島根半島沖合約60kmに
浮かぶ隠岐諸島の中の一つ
中ノ島を「海士町」といい
1島1町の小さな島



島根県
1:800,000

0 1 2 3cm
0 10 20 30 km
MAPPO Royalty Free Digital Maps ©NIIJIK



海士町について 2

人口 2,237人（令和5年1月1日現在）
世帯 1,246世帯（令和5年1月1日現在）
65歳以上人口 894人
高齢化率 40.0%
面積 33.52km² 周囲 89.1km

○町内の施設

- ・ 特別養護老人ホーム 1カ所（30人定員）
- ・ 高齢者生活支援ハウス 2カ所（12人と20人定員）

○実施中の総合事業

- ・ 通所サービスA
- ・ 訪問サービスA

支援前

福祉施設の職員が足りない
募集しても集まらない

入所が必要な人が入所できない

地域づくり加速化
事業（プッシュ型
支援）は何をした
らいいの？

地元で最期ま
で暮らすこと
ができないよ
ね

小さな自治体
だから医療・
介護・福祉の
連携がとりや
すいよね

海士町の現状は？

社会資源が少ない

高齢者が本土の施設へ行ってしまう
高齢者が子供達の元へ行ってしまう

職員不足で何ができるのかな？
今が精いっぱい

海士町だけではなく、多くの小規模自治体が悩んでいることが沢山ある。
簡単ではない解決法だと思うが、何かやらなければ先に進まない。
でもどうやって？誰が？・・・結局何も解決できていないのも事実。



1 回目支援（令和4年8月26日金）

○参加者

アドバイザー・厚生労働省老健局・中国四国厚生局
島根県高齢者福祉課・隠岐広域連合
海士町社会福祉協議会・海士町役場健康福祉課

○内容

- ・地域づくり加速化事業の説明
- ・海士町の現状について
- ・意見交換
 - ・健康福祉課の現状
 - ・デイサービスについて
 - ・海士町社協の活動について
（プチボランティア・配食等）
 - ・介護申請の状況（フレイル期の説明）

1 回目支援のあと

地域づくり加速化事業（プッシュ型支援）は何をしたらいいの？という思いは変わらず。

もやもやは残ったまま。
何をするの？

1 回目の支援が終わって

何かできることがないかな？
何をしたらよいのか？

海士町のことを知ってもらう回でした。

社協さんの熱い取組（プチボランティア・デイサービス・配食事業）、地域包括の取組、地区の活動など。

小さな町であるが強みを分かっていた。現場の声を届けられた。

次回は、より多くの方を巻き込んで多くの方の参加ができれば良い。



2 回目支援（令和4年10月20日木）

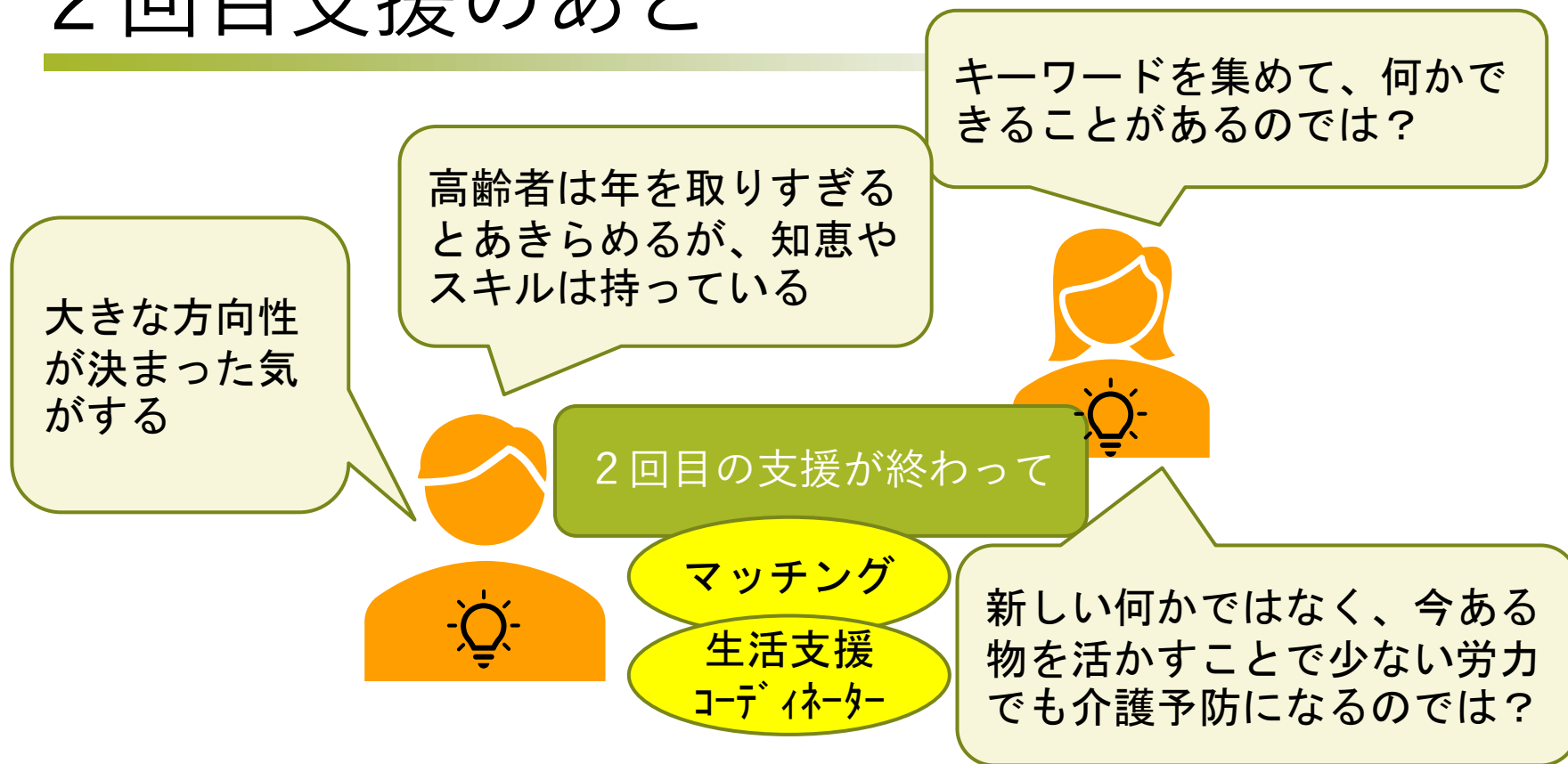
○参加者

アドバイザー・厚生労働省老健局・中国四国厚生局
島根県高齢者福祉課・隠岐広域連合・海士町副町長
海士町半官半X特命担当・海士町役場健康福祉課

○内容

- ・ 今までの振り返り
- ・ 漁や畑をする高齢者について
- ・ 大人の島留学生・島体験生について
- ・ キーワード
- ・ 高齢者と若者のマッチング

2回目支援のあと



2回目は、より多くの参加者をということであったが、参加は少なかった。マッチングというキーワードがでた。ケア会議で出た高齢者の声とヒアリングから見える若者の声を突き合わせたい（マッチング）。そこから見えることの方向性・具体的な仮説・行動を考えていきたい。



3 回目支援（令和5年2月16日木）

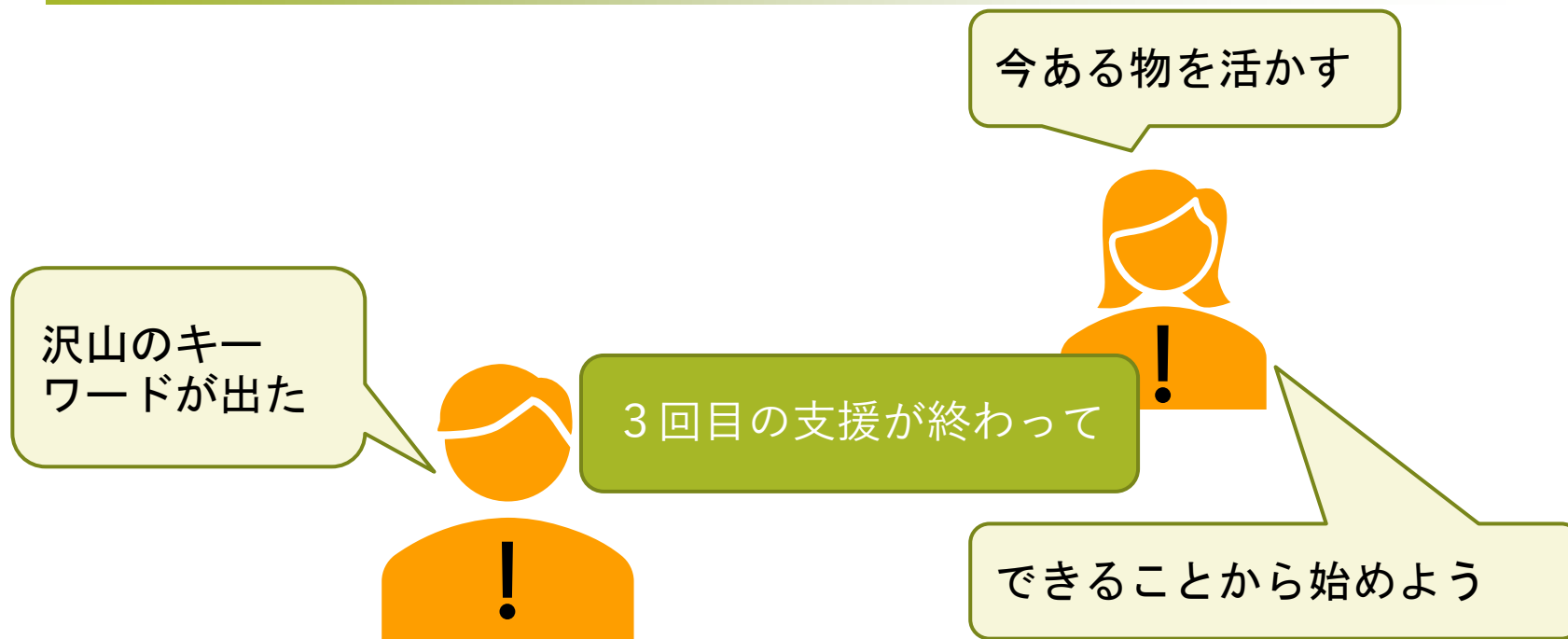
○参加者

アドバイザー・厚生労働省老健局・中国四国厚生局
島根県高齢者福祉課・隠岐保健所・隠岐広域連合
海士町社会福祉協議会・社会福祉法人だんだん
海士町生活サポートセンター・海士町副町長
海士町福祉魅力化特命担当・海士町半官半X特命担当
海士診療所・海士町役場健康福祉課

○内容

- ・ 今までの振り返り
- ・ 3回目までに行ったこと
- ・ 海士町生活サポートセンターについて
- ・ キーワード「生活のリズム」

3 回目支援のあと



では、どんなことを今後やっていくのか？やっていけるのか？具体的な方法を話し合えた回でした。

課題は沢山ですが、町内の限りある人材や資源を活かさない手はないです。今ある「海士町生活サポートセンター」を活かしながら「生活支援コーディネーター」を活用することに至りました。

支援のまとめ

【海士町生活サポートセンター】を活かしながら若者・高齢者のマッチング

若 者

- ・ 困りごと
- ・ できること

マッチング

高齢者

- ・ 困りごと
- ・ できること

- 今あるものを活かす
- ・ サポーターを増やす
- ・ 交流の場として

【海士町生活サポートセンター】を土台に

○ 生活支援コーディネーター配置

リハビリ職員の有効活用

- ・ チェックリストの利用
- ・ 健康相談におけるリハビリ相談

○ 主体的なリハが必要

→ セルフでできることを指導

○ 要支援認定の先送り

みずから楽しく、やりたいことができていく畑仕事や漁を行うことで、意識せずに介護予防ができていく町内の状況→いつまでも続くように

課題が全て解決するわけではないが、今ある物を活かしながら今後も取り組んでいきたいと思います。



最後に

鎌田アドバイザー
藤原アドバイザー
厚労省 岸補佐、田中補佐
中国四国厚生局 植本課長、丸尾係長、羽根係員、吉田係員
島根県 嘉藤企画員、乃木企画員、川岡保健師
隠岐広域連合 井奥係長
海士町社協 片桐事務局長、畑中福祉活動専門員
福来の里 黒田施設長
海士町生活サポートセンター 石塚事務局長
海士町役場の職員
他たくさんの方の携わっていただいた方

大変感謝しております。
また、アドバイザーをはじめとする3回の支援のために来島された方々は、
海士町の自然、文化、人間性が少しでも理解いただけたと思います。
ありがとうございました。



海士町のモットー H23. 8月

便利なものはなくてよい。
生きるために大事なことは
すべてここにある。

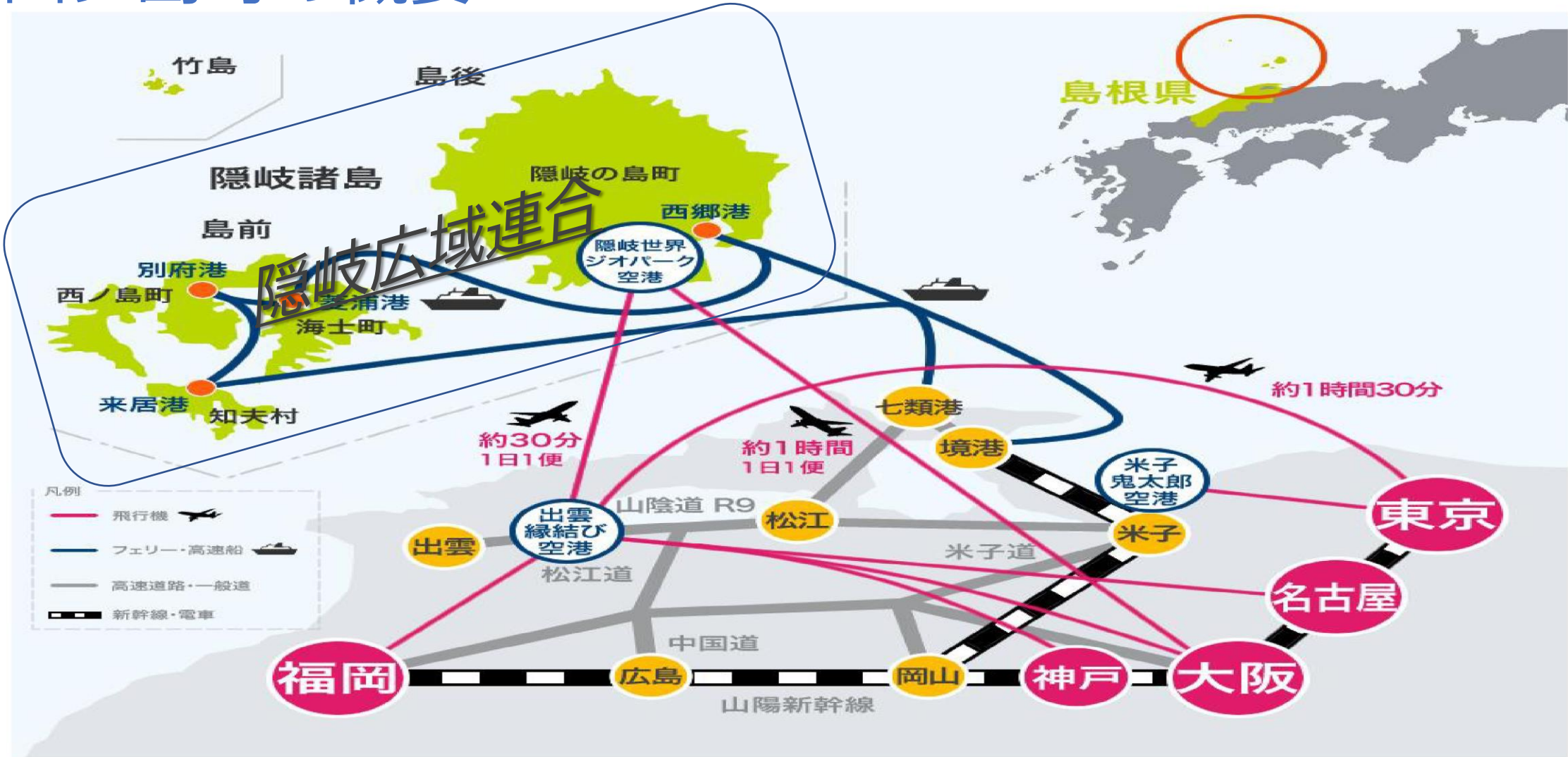
地域づくり加速化事業 報告資料

西ノ島町

健康福祉課 介護保険係 堀江



西ノ島町の概要



西ノ島町の事業所



人口：2,639人
高齢者：1,281人
高齢化率 48.5%
世帯数：1,499戸

令和4年4月末住民基本台帳

地域包括支援センター1カ所



介護予防・日常生活支援総合事業

- ・ 介護予防・生活支援サービス事業
通所・訪問ともに、従前相当サービスが基本



- ・ 一般介護予防事業

健康教室、**会食交流会**、いきいき体操教室
、いきいき健康サロン、
住民主体の通いの場まめな体操



支援を受けることになった経過

- 総合事業費の上限は、事業移行前年度実績に市町村 の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額とされている。特別な事情がある場合は、例外的な個別判断により、上限を超えた交付金の措置が認められている。
- 広域連合の中で上限超過の個別協議を行っていたのは、令和3年までは西ノ島町のみ。
- 事業移行前年度実績での給付費が他の町村と比べて低かった。
- 安易に事業対象者と導かず、あくまで介護認定ベースとして行うことで総合事業を実施することとしたため

上限超過額

年度	上限額	実績額	過不足
平成29年度	14,620,770	13,474,367	1,146,403
平成30年度	13,293,569	18,058,443	△4,764,874
令和元年度	12,914,292	19,526,686	△6,612,394
令和2年度	12,646,438	19,386,990	△6,740,552
令和3年度	12,859,818	18,222,198	△5,362,380
令和4年度見込み	12,733,020	18,594,256	△5,861,236

第1回目支援の内容

- まずは、現状の活動と、課題と思っていることについて知っていただくということで、、、

第1回目支援の内容

通いの場

- 町主催のサロンが7カ所：毎月開催
- 体操教室3カ所：毎月開催
- 住民主体の集いの場：6カ所 開催までの支援が4回、年1回の評価及び結果返しを町が行っている
- 会食交流会(ボランティア主体の集いの場)：6カ所

課題

参加者の固定化、男性参加者が少ない(いない)、メニューの固定化、町主催のサロン、住民主体の通いの場について人員的な負担。新たな通いの場の創設の声もあるが、まずは整理するところから始めたい。

第1回目支援の内容

医療・介護連携施策

- 地域ケア会議月1回(第3火曜日 16時ー17時)オンライン開催
- 地域ケア個別会議(ケース検討会) 月2回(第2、第4木曜日 16時ー17時) オンライン開催
- デイショート連絡会(月1回)
- 担当者会議(随時)
- その他、多職種連携の研修会(R3年度はACPの研修)

課 題

医療・介護連携の主となっているのが、地域ケア個別会議(ケース検討会)であるが、令和3年度にアンケートを実施し、54%が有意義であると回答。43%がどちらとも言えないという結果になった。平成28年は97%が有意義と回答されていることから改善したい。

第1回支援後の振り返り

1	介護予防・日常生活支援総合事業
(1)	訪問型サービス(第1号訪問事業)
ア	訪問介護相当サービス
イ	訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)
ウ	訪問型サービスB(住民主体による支援)
エ	訪問型サービスC(短期集中予防サービス)
オ	訪問型サービスD(移動支援)
カ	その他
(2)	通所型サービス(第1号通所事業)
ア	通所介護相当サービス
イ	通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)
ウ	通所型サービスB(住民主体による支援)
エ	通所型サービスC(短期集中予防サービス)
オ	その他
(3)	その他生活支援サービス(第1号生活支援事業)
ア	栄養改善を目的とした配食
イ	定期的な安否確認及び緊急時の対応
ウ	訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等
エ	その他
(4)	介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)
(5)	審査支払手数料
(6)	高額介護予防サービス費相当事業等
(7)	一般介護予防事業
ア	介護予防把握事業
イ	介護予防普及啓発事業
ウ	地域介護予防活動支援事業
エ	一般介護予防事業評価事業
オ	地域リハビリテーション活動支援事業
2	包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)
(1)	包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)
(2)	任意事業
ア	介護給付等費用適正化事業
イ	家族介護支援事業
ウ	その他の事業
(ア)	成年後見制度利用支援事業
(イ)	福祉用具・住宅改修支援事業
(ウ)	認知症対応型共同生活介護事業所の家賃等助成事業
(エ)	認知症サポーター等養成事業
(オ)	重度のALS患者の入院におけるコミュニケーション支援事業
(カ)	地域自立生活支援事業
3	介護予防・日常生活支援総合事業(社会保険充実分)
(1)	在宅医療・介護連携推進事業
(2)	生活支援体制整備事業
(3)	認知症初期集中支援推進事業
(4)	認知症地域支援・ケア向上事業
(5)	地域ケア会議推進事業
4	包括的支援事業(社会保険充実分)
(1)	在宅医療・介護連携推進事業
(2)	生活支援体制整備事業
(3)	認知症初期集中支援推進事業
(4)	認知症地域支援・ケア向上事業
(5)	地域ケア会議推進事業
5	介護予防・日常生活支援総合事業(社会保険充実分)
(1)	在宅医療・介護連携推進事業
(2)	生活支援体制整備事業
(3)	認知症初期集中支援推進事業
(4)	認知症地域支援・ケア向上事業
(5)	地域ケア会議推進事業

- 地域づくり加速化事業の本質は、地域づくり
- 地域づくり加速化事業 **プッシュ型**の本質は、上限超過している **新たに何かを創設(取組)し、総合事業部分をいかに減らせる(であろう)仕組みづくり(地域づくり)**を行えるかが本質

第2回目支援内容

1部

住民主体の通いの場

- 事業実施のきっかけ、オモイを担当者と病院のリハスタッフからリーダーに向けて改めて発信
- 住民主体の通いの場のリーダーたちのモチベーションをあげる勉強会を鎌田ADを講師として実施



第2回目支援内容

2部

- 短期集中サービスの実施に向けた整理
⇒西ノ島町で考えられる通所Cについて
- この人は、もう一度自分で買い物に行けそうという客観的視点
- 私は、自分で買い物に行きたいという主観的視点
- 環境や身体機能評価より、目標設定をすることが大事
- 通所Cに向けて
⇒国が描いた通所Cを田中室長補佐より説明
- 廃用性の人であればどこでも展開可能
- 目標とするのは、本人がしたい、できるようになりたい生活行為の改善を目標

第2回目支援からのインターバル

- 予算協議
- 隠岐島前病院院長並びに事務局長への説明
⇒了承を得たところでメンバーの選定

町としての『介護予防』についての共有が必要

- そもそも地域支援事業(要支援者)の現状について事業所間での共有を一度もしてないということを知り、これを機に知ってもらうことに。

地域ケア会議のメンバー:隠岐島前病院院長、特養、養護所属長などの代表者などにお声がけ

第3回目支援内容

1部

ハイブリット形式で開催

島前病院の取組及び、そこで見えてきた課題について提起

⇒島前病院のリハ職としてありたい姿と通所サービスC型を照らし合わせた導入からプログラムの流れの説明

行政説明として地域支援事業での新たな取り組みと地域支援事業と向き合っ
て見えてきたものについて説明及び共有



well-beingを西ノ島の日常の中に作っていく

地域支援事業

多様なメニューで自由度も高い

⇒ガラパゴス化しやすい

⇒複雑かつ煩雑となりやすい事業

- 行政だけでは地域支援事業の連動性は作れない。



総合事業を活用した通所Cのプロトタイプ＝パワーアップ教室

- 対象者：介護保険申請前の65歳と要支援1、2
- 対象者の選択に関しては、地域包括支援センター、担当ケアマネ、島前病院リハビリスタッフにて協議を行う。
- 年間受け入れ人数：1クール3名までとし、延べ6名を上限とする（1名卒業した後に1人入校する形をとるとする）。
- 1ヵ月頻度：週2日、月8回まで
- 1クールを3ヵ月とし、6ヵ月まで延長
- 委託料：1回あたり5,000円＋送迎往復940円の5,940円
 - 口腔機能向上加算 1クールにつき1,500円
 - 栄養機能向上加算 1クールにつき1,500円

パワーアップ教室の成功(成果)はどこか？

- 本人の利用料金なし
全額：介護予防・日常生活支援総合事業から財源を充てられる
- 1カ月 95,540円
- 1クール(3カ月)だと、1人あたり286,620円

286,620円×6名=1,719,720円+物品購入で
約2,000,000円の上乗せ

在宅サービス区分支給限度基準額

状態区分	在宅サービス支給限度額(月額)
要支援1	50,320円
要支援2	105,310円

パワーアップ教室の成功(成果)はどこか？

在宅サービス区分支給限度基準額

状態区分	在宅サービス支給限度額(月額)
要支援1	50,320円
要支援2	105,310円

サービスを何も使わずに経過した日数で追うことが正解？

終了後	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	7ヵ月	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月
286,620	236,300	185,980	135,660	85,340	35,020	-15,300	-65,620	-115,940	-166,260	-216,580	-266,900	-317,220
286,620	181,310	76,000	-29,310	-134,620	-239,930	-345,240	-450,550	-555,860	-661,170	-766,480	-871,790	-977,100

めでたし、めでたし

第4回目支援

2月16日 19時半ー21時までZOOMにて開催

- ・支援者

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課 田中室長補佐
岸 室長補佐

中国四国厚生局 丸尾係員、吉田係員

島根県高齢者福祉課 嘉藤企画員

島根県保健環境科学研究所 川岡保健師

(株)日本能率協会 河野主任研究員

第4回目支援

2月16日 19時半ー21時までZOOMにて開催

- ・保険者

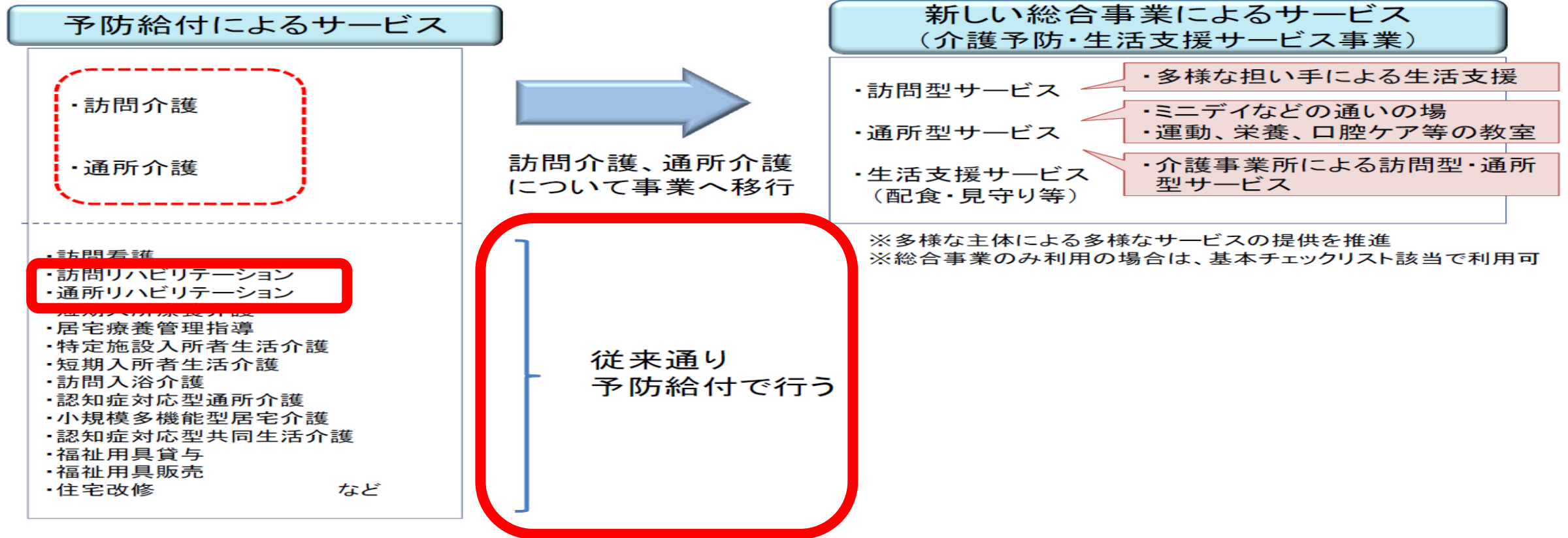
隠岐広域連合 介護保険課 藤野課長、井奥係長
西ノ島町 健康福祉課 富谷課長、堀江

- ・関係機関

隠岐島前病院 リハビリ
地域包括支援センター 濱田OT、間PT
小室保健師

第4回目支援

・上限超過に向けた打開策として



多様な疾患や広い介護度を対象とした通所リハビリについて、**対象者を限定した短期通所リハビリ**の活用を提案

第4回目支援内容

総合事業を活用した通所Cのプロトタイプ＝パワーアップ教室

対象者：介保護険申請前の65歳以上と要支援1、2

利用料：無料

デメリット⇒総合事業への上乗せ **約200万**

予防給付を活用した短期通所C型のプロトタイプ(案)

対象者：認定済みの要支援1、2

利用料：1割～3割負担

デメリット⇒介護認定を受けている必要がある。・利用料の発生・医師の指示が必要

総合事業への事業費を上乗せしなくてもいいということが一番のメリット

第4回目支援内容

※内容は、通所Cをイメージした内容で実施

- ・リハ職
 - ・ケアマネ
 - ・SC
 - ・医師
- 
- ・3カ月という短期
 - ・週2日、送迎あり
 - ・対象者の選定・介入・終結
 - ・プログラム中で専門職が関わる内容で検討
- ・介護保険係
 - ・対象者の管理、及び軌道修正

最大の目的: サービスを受けた利用者が**従前相当サービスを使わないこと**

支援を受けての感想

- 上限超過をしていなければ『したい』を形に、上限超過していれば、現実を。
- 事業を受けたことで地域支援事業と1年を通して向き合えたことが非常に大きかった。
- 地域支援事業についての共有＝『なんとなく大変』を『けっこう大変な自分毎』として感じてくれたことは今後の施策のうえでも非常に大きなこと。
- 離島という立地でありながら島根県担当者によるこまめな伴走でのりきれた！
- 離島についての現状を知ってもらうとともに、西ノ島町の連携体制及びアセスメントはしっかりしているということを知ってもらうことができたことということが一番の成果！！

A large white ship with red stripes is shown from a low angle. Numerous colorful streamers (red, yellow, green, blue, purple) are flying in the air, creating a festive atmosphere. The ship's structure, including railings and windows, is visible. The sky is clear blue.

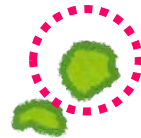
ご清聴ありがとうございました



地域づくり加速化事業 伴走支援をうけて

隠岐の島町地域包括支援センター

隠岐の島町の概況



- 総人口:13,571人(令和4年4月1日現在)
- 高齢化率:41.6%
- 高齢者世帯数:3,181世帯/7,000世帯
 - * 高齢者のみ世帯の割合:45.4%
- 高齢者独居世帯数:2,000世帯
 - * 全世帯に対する独居世帯の割合:28.6%
- 包括支援センター(直営):1箇所
- 日常生活圏域:7箇所

☞ 保険者は「隠岐広域連合」 構成団体のうちの 하나가 隠岐の島町



加速化事業 参加への経緯

令和4年6月に保険者である広域連合から、「加速化事業の対象地として選ばれました。基本的に断れません。」との連絡・・・。

プッシュ型支援に選定されたようです。



8月から開始という、突然の連絡に呆然としたものの、以下のような困り感を感じており、ある意味チャンスなのかも！？と前向きにとらえました。

- 困難ケースが増え対応に追われる毎日。
- 使えるサービスは限られ、介護サービスだけではつなぐ先がない。
- あれもこれも大切だけど、何を優先的に取り組めばいいの？
- 集う場、というけど世話役の高齢化やデイに移行する人が多くなり、継続が難しい。
- 元気な高齢者を増やすには？

1回目支援 ～隠岐の島町の課題と強み～

<課題>

- ・独居世帯は増加し、支える側は減少…
- ・男性、独居の支援困難ケースが増えている。
- ・公的資源は限られている。介護現場の人員不足、確保困難…
- ・通所Cは1箇所あるものの、うまく活用できていない。
- ・地域の活動の場から、一気に介護サービスへ移行する人が増えている。
- ・2035年までに85歳以下の認定者は減少し、給付は下がる見込み。
サービスを増やせばいいわけではない。



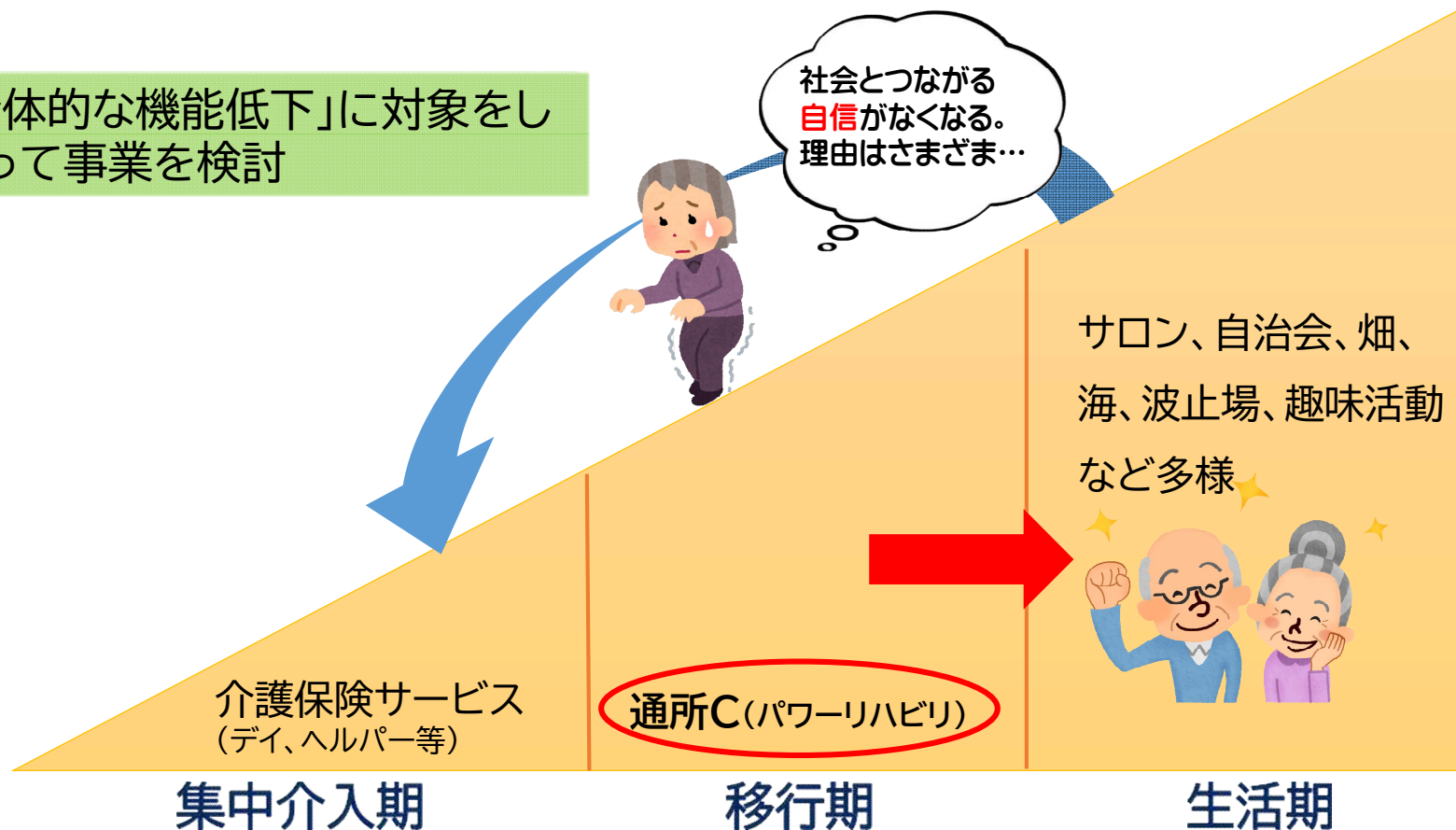
<強み>

- ・隠岐の島町には多様な資源があることを再発見。
男性も海仕事や祭りごとなど集う場がある。どう可視化するかがカギ！
- ・通所C(短期集中予防サービス)がある。
- ・専門職とつながる関係性ができている。

★高齢者が一人で生活できる機能の維持が重要に。

★元気な人を増やす取り組みに力をいれなければ！

「身体的な機能低下」に対象をし
ぼって事業を検討



地域の活動に参加していた方が、何らかの理由でなじめなくなる。

もと居た場所へ戻す、移行期の取り組みがない。

「**自信をとりもどす**」ための取り組みに「**専門職の介入**」を。

1回目支援を終えて

- 当初感じていた課題は、目の前にある私たちの困った感。

1回目支援を受け、町の高齢者がよりよく生活するために取り組むべき課題は何かを考えることができた。



- 元気な人を増やす、自信を取り戻す

取り組みが**通所C**。

- 通所Cのありかた、対象者を整理しよう！
- 要となるアセスメントにリハビリ職の協力を

- 隠岐は広い。元気になれる拠点は各地に必要では…？

- プールやスタジオレッスンにとりくむ事業所への声掛け
- 百歳体操の取り組み

目指す姿	フレイル期にある高齢者が自信をとりもどし、望む生活が続けることができる
テーマ	身体機能が低下した高齢者が、なじみの場所に居続けられるよう、フレイル期のとりくみを強化する
現 状	(本人) ・足腰が弱り、デイサービスへ移行する高齢者が多い ・サロンには居づらいが、デイでは元気な位置づけ(変な自信がつく) ・デイに行きたくない人はでかける先を失う ・新規要介護認定の申請理由は「筋骨格系疾患」が多い (家族・地域) ・デイサービスにつながれば安心、年だから仕方ない (体制整備状況) ・通所A(おたっしやデイ)からもといた場所に帰ることはない ・通所C(パワーリハビリ)1箇所。スタッフ不足で人数に限りあり。リピーターが多い ・さまざまな通いの場はあるが可視化できていない
要 因	・アセスメントができていない ・事業や社会資源について周知不足 ・支援者側の意識 (つなげる先がない…) ・本人、家族の意識 (何かあれば介護保険！)
対 策	・日常生活動作の機能維持、身体機能の向上 ・適切なアセスメントによる具体的な目標設定 ・社会参加のための場所、つながる先の可視化

2回目支援

- 「身体機能の改善」に向けた取り組みを検討
- 通所Cの対象者の選定、本人のなりたい姿へのアセスメントと目標設定が重要
- 対象者の発見、リハ職活躍の場面、どこへつなぎ、どう元の生活に戻るか

- ・対象者の選定をしっかりと。
- ・その人が日常にもどっていくことが重要！

<スポーツクラブ>

- ・退院後、プールやジムに来る方もいるが、対応が難しいと感じることもある
- ・利用している人は笑顔がちがう！
- ・目指すところは同じ。できることを考えたい

<病院リハビリ>

- ・何のために筋力をあげるか、目的が重要。
- ・具体的にどうやるのか
- ・整形疾患退院後のつなぎなどいいかも。



筋骨格系疾患で退院する方がどうやって暮らすのか、目標設定としてリハ職にかかわってもらえたら...

どんな対策をとれば課題の改善、解決できる？

対策	すること	だれが(どこが)
日常生活動作機能の維持・向上のための取り組み	・通所C(パワーリハビリ)を見直そう！ ・スポーツクラブ隠岐での既存の事業でできることを考えよう！ ・百歳体操で動作の改善を！	ふれあい五箇 スポーツクラブ隠岐 包括 在宅保健師等の会 「ぼたんの会」
適切なアセスメントによる具体的な目標設定	アセスメント前の情報収集	包括 …
	アセスメント、評価	リハビリスタッフ
社会参加のための場所、つながる先がある	いまある社会資源の可視化、共有	生活支援コーディネーター(SC)、包括…

3回目支援にむけて ～つながりたい人と対話を重ねる～

通所C事業所

- ・パワリハスタッフを地域の方に頼んでみよう。
- ・リハビリスタッフの介入で本人の変化が見えるとおもしろそう。
- ・卒業後のつなぎ先として、百歳体操ができるクラブ活動を事業所につくりませんか？

スポーツクラブ事業所

- ・ソフトな運動を取り入れ、心のケアや不眠の改善にも取り組んでいる。PRの方法を考えたい。
- ・退院後、来所される人もいる。
リハと連絡票などで繋がれたらいいな。

保健事業担当係の保健師と話し合い

- ・対象者の発見や資源の創出など、保健師間で話し合い。隠岐の島町で住み続けるために予防、疾病管理、重症化予防は引き続き重要！

病院リハビリスタッフ

- ・退院後のつなぎ方について
院内でもすぐにデイへつなぎがち。
隠岐にある資源を知ってもらおう。
- ・動画があると、本人もイメージしやすい！
- ・アセスメント、評価の具体的な方法は…

在宅保健師等の会ぼたんの会

- ・「介護予防の取り組みに協力したい」
- ・地域をよく知っている、先輩保健師だからこそできる取り組みがあると確信！

出向いて話すことで、お互いに知らないことがたくさんあった。事業だけでなく、思いや目指す先も同じ。
こんなことできそう！の提案も。



3回目支援

ここにきて対象者のイメージ
がずれていることが発覚…

アドバイザーのお二人や厚労
省田中さんに軌道修正してい
ただき、急遽グループワーク。
対象者像が違ふと事業が上手
く進まなかったかも…。

対象者の把握

↓
アセスメント

↓
つなげる

サロン、自治会、畑、海、
波止場、しゅみ活動な
ど多様

通所C (パワーリハビリ)

スポーツクラブ隠岐

百歳体操

現行相当
(デイサービス等)

集中介入期

移行期

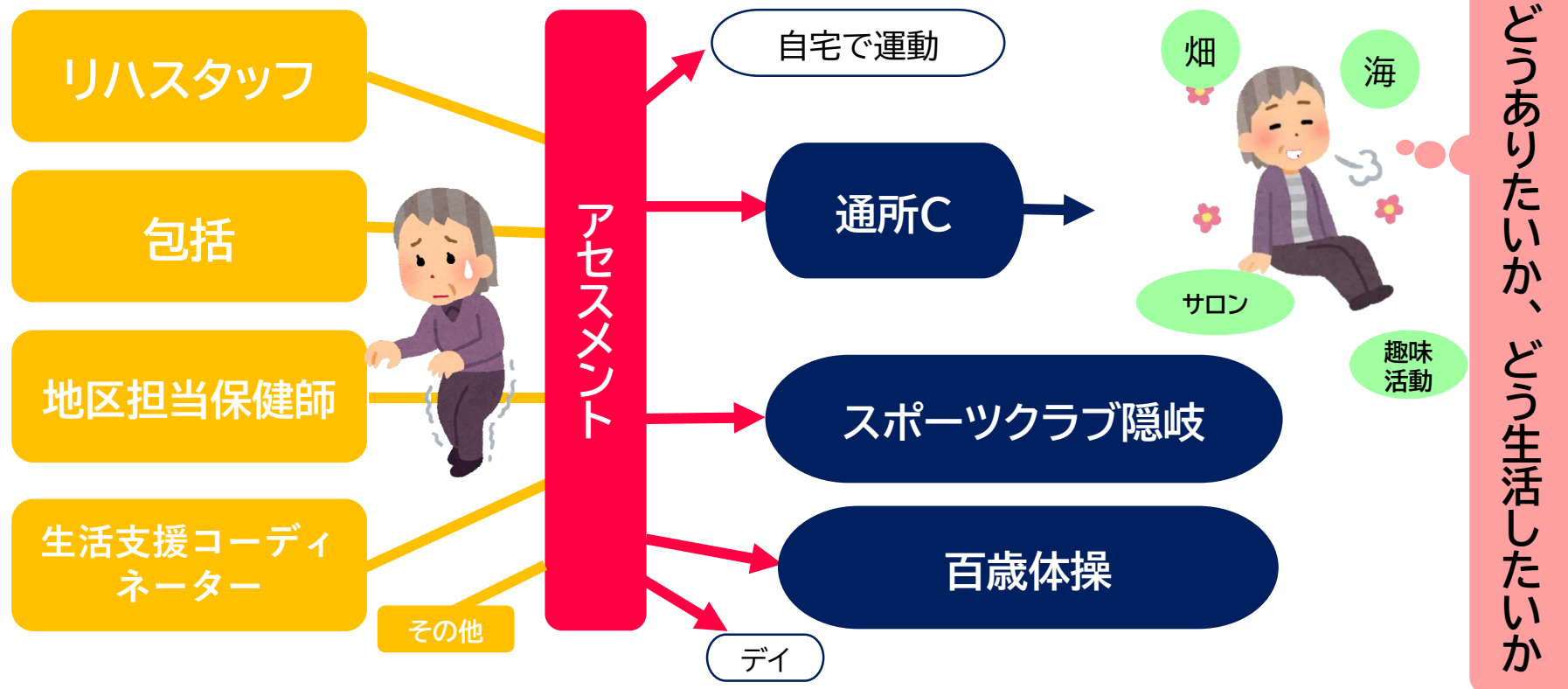
生活期

つながるまで

アセスメント

つながってから

望む場所へ



支援者側の意識を変える

- ・高齢者がどうありたいかの視点。
思いを聞き出すことができているか。
- ・サービスを当てはめるだけでは解決にならない。
アセスメントが重要。
- ・今ある資源や活動を知る。

つながる先の選択肢を増やす

- ・本人の思いが達成できる活動へつなぐ。
- ・つながる先を可視化し、周知する。
- ・つながってからも、本人の目標達成にむけて
支援者が後押し

元気になれる拠点を各地につくりたい まずは今ある事業にプラス

◆通所C

リハビリスタッフの介入で短期集中的に介入
試行的にとりくむ

◆スポーツクラブ隠岐

元気な高齢者を増やすため、今ある事業の
PRと一緒に取り組み、協力してできること
を探っていく

◆百歳体操

生活動作の改善、元気になれる場を地域に。
ぼたんの会の皆さんと一緒に作りたい

なりたい姿をイメージし、近づくために…

**リハビリスタッフの、アセスメントや
目標の設定がカギに！**



支援を受けて

- 課題解決のために、誰とつながり対話することが必要か気づいた。今後も対話を重ね、全体像を共有できるよう展開していきたい。
- 発信する力が足りなかった。住民さんにとって良い情報が伝わるように動画作成など工夫したい。
- 支援者の皆さんに、広い視点でアドバイスをいただき、できないと思っていたことが、できるかも！やってみよう！に変わった。
- 私たちの“意識”が変わり、日々の業務にもいかされた。



～担当者所感～

短期集中的に背中を押していただき、気づけば自分たちで話し合い、つながる先を見つけ、町のために何ができるかを考えている。専門職によるアセスメント、アドバイス、軌道修正…。私たちが通所C(訪問C?)を受けている気分になりました。こんな風に高齢者のやる気を引き出すことができるようやってみます！

住んでよかったが実現できるまちを目指して



貴重な機会をいただきありがとうございました。
ご支援いただきました関係者の皆様に感謝申し上げます。
また是非隠岐へおこしてください！

地域づくり加速化事業

広域保険者における地域支援事業

隠岐広域連合介護保険課

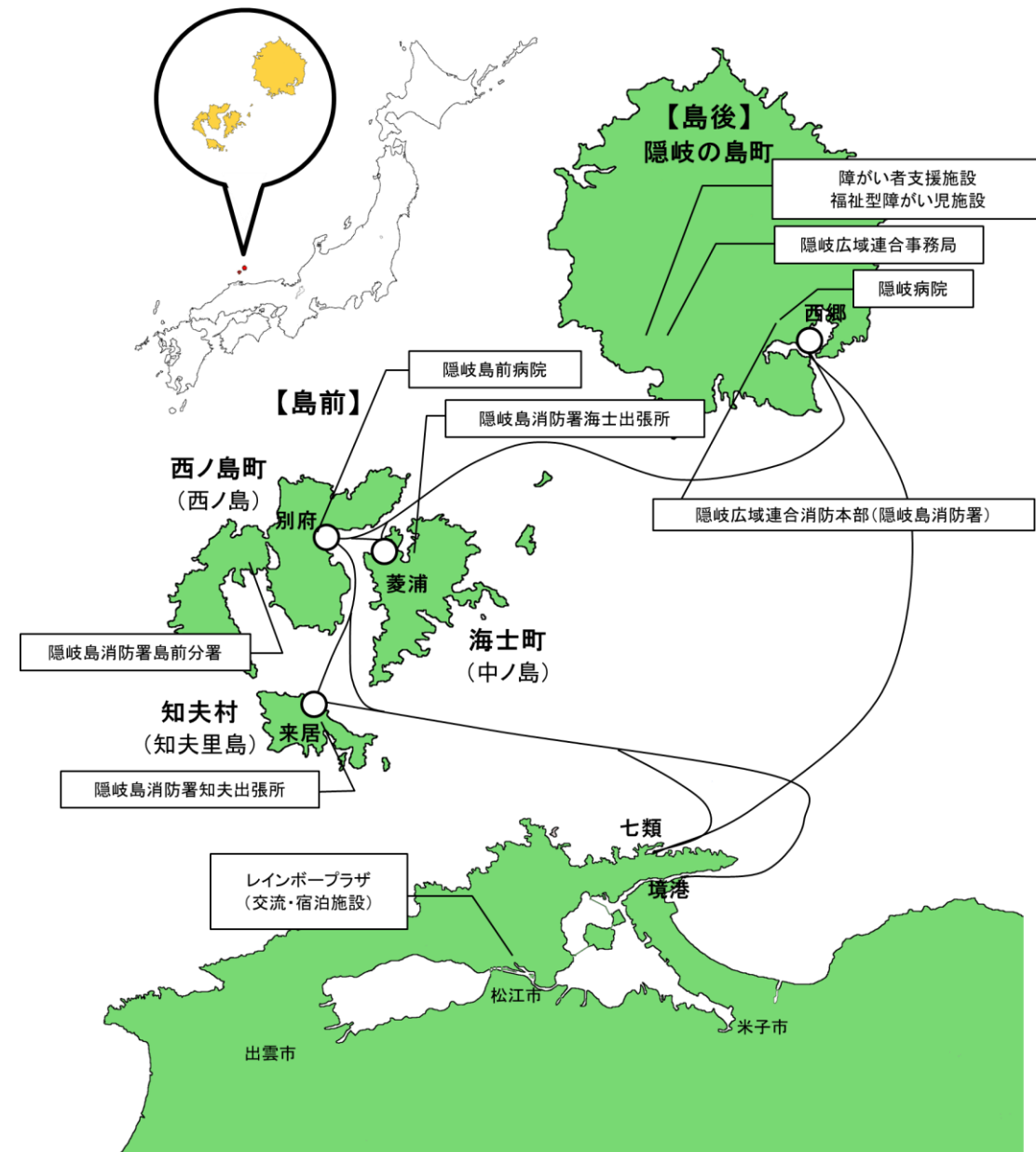


隠岐島の位置

隠岐島は、島根半島北東約40～80kmの日本海上に位置し、4つの有人島と180余りの小島からなる群島であり、全島を大別して島前、島後と称し、島前はその西南に位置し、海士町、西ノ島町、知夫村からなる。

島後は島前の北東約18kmに位置し、全島の70%の面積を占める群島中最大の島で、隠岐の島町からなる。

このように、本土から隔絶した4つの有人島を主島とする群島型離島を形成していることが、本地域の最大の特徴となっている。



隠岐広域連合の概要

隠岐広域連合は、平成11年9月1日に島根県と隠岐島4町村（旧7町村）を構成団体として設立した。

隠岐島においては、広域行政需要の多様化・複雑化、更に離島という条件不利性、また現下の厳しい地方財政悪化等の状況のなかで、実施事業の効率的かつ効果的な施策の展開が求められるところである。

- | | |
|-----------|--|
| 1. 設置根拠 | 地方自治法第284条第1項（地方公共団体の組合） |
| 2. 設置年月日 | 平成11年9月1日 |
| 3. 事務局 | 島根県隠岐郡隠岐の島町都万2016番地 |
| 4. 構成団体 | 島根県・隠岐の島町・海士町・西ノ島町・知夫村
隠岐4町村人口……19,011人(令和5年2月1日現在)
隠岐4町村面積……346.04km ² |
| 5. 主な事務事業 | <ul style="list-style-type: none">① 介護保険の実施に関する事務② 隠岐病院及び隠岐島前病院の設置、管理及び運営③ 消防に関する関係町村の事務④ 障がい者支援施設及び福祉型障がい児入所施設の設置、管理及び運営⑤ ホテル「レインボープラザ」の設置、管理及び運営⑥ 隠岐航路フェリー「おき」及び超高速船「レインボージェット」の設置、管理及び運営 |

ホテル「レインボープラザ」



超高速船「レインボージェット」



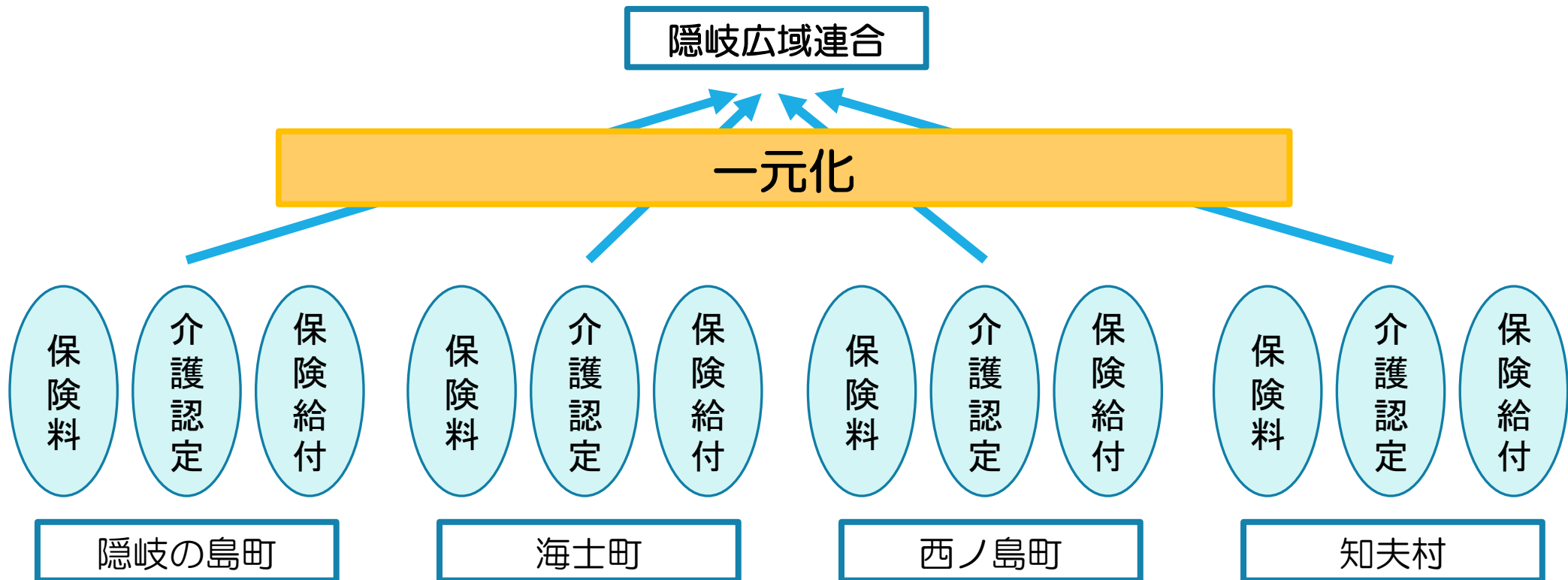
フェリー「おき」



広域連合とは

広域連合とは、都道府県、市町村、特別区が設置することができ、これらの事務で広域にわたり処理することが適当であると認められるものに関し、広域行政を推進することとなっている。

広域連合発足当時は介護保険の3大事務である「保険料」、「介護認定」、「保険給付」に加え、事業計画の策定などが基本的な保険者機能とされており、隠岐圏域においても隠岐広域連合を保険者とすることになった。



地域支援事業の取り組み

自治体業務とされてきた地域づくりを含め、より幅広い業務として「地域支援事業」が設定され、近年は地域ケア会議や、在宅医療・介護連携、介護予防・日常生活支援総合事業など多様な事業や取り組みが組み込まれてきた。

また、インセンティブ交付金も導入され、地域包括ケアシステムの構築が保険者の取り組むべき業務となった。

隠岐広域連合の体制

- ・ 3大事務は隠岐広域連合、地域に携わる事務は構成町村で実施しており、各事務における町村との連携は少ない
- ・ 構成町村の共通課題に向けた検討や制度等の説明、町村で個別に必要なデータの提供等は隠岐広域連合で実施

基本的に町村との事務分担は縦割り体制で、4町村がそれぞれ離れた離島ということもあり、町村との連携も少ない状況で、地域支援事業の困難さを感じていた。

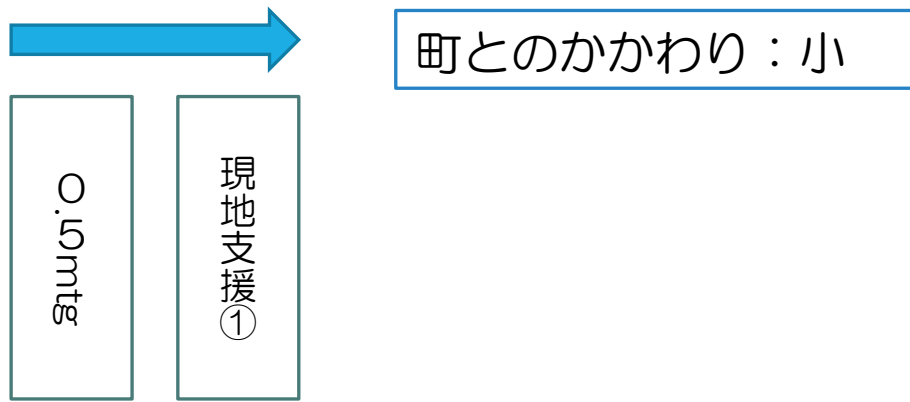
そのような中、上限額超過の問題もあったことからプッシュ型として地域づくり加速化事業の話があり、支援を受けることになった。

支援対象町村

隠岐で最も小規模な自治体である知夫村以外の
隠岐の島町、海士町、西ノ島町の3町で支援を
受けることになった。



1 回目支援



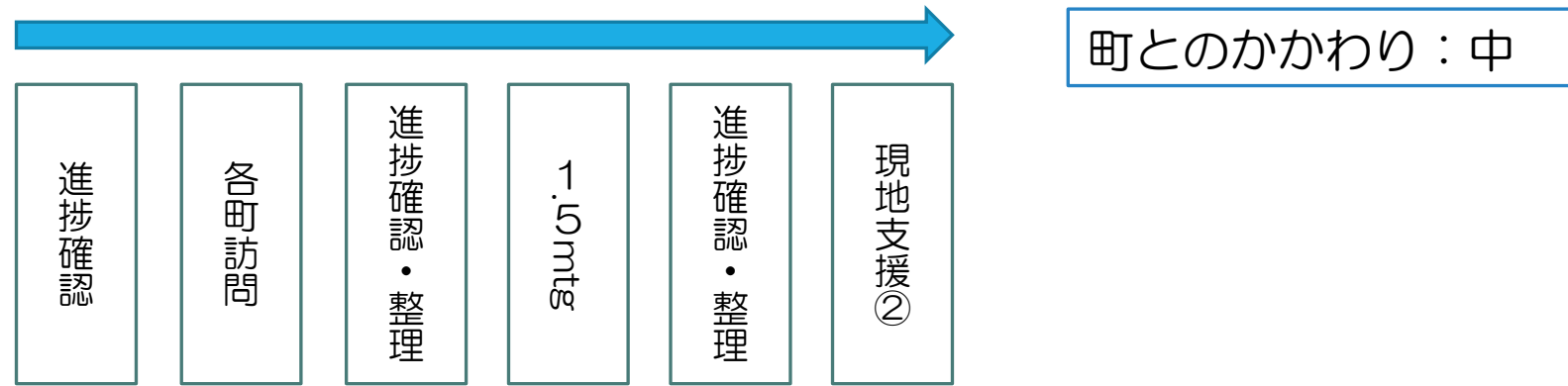
活動内容等

- ・ 広域連合としてこの事業にどのように関わっていけるか不安を抱えた状態で現地支援に参加

1 回目支援を受けて

- ・ 3町の共通課題としてフレイル期のサービスがないことが分かった
- ・ 共通課題に対する捉え方について、3町でばらつきがあった

2回目支援



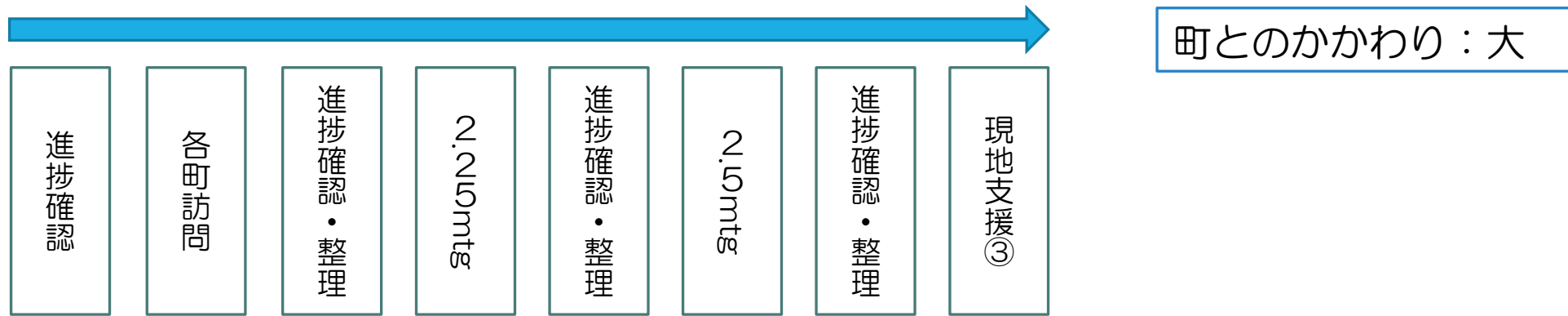
活動内容等

- ・ 島根県に牽引していただきながら、町訪問、電話等で進捗確認・進捗整理

2回目支援を受けて

- ・ 各町において地域の関係者との連携は必要だと感じた
- ・ 構成町村と隠岐広域との連携も必要だと感じた

3回目支援



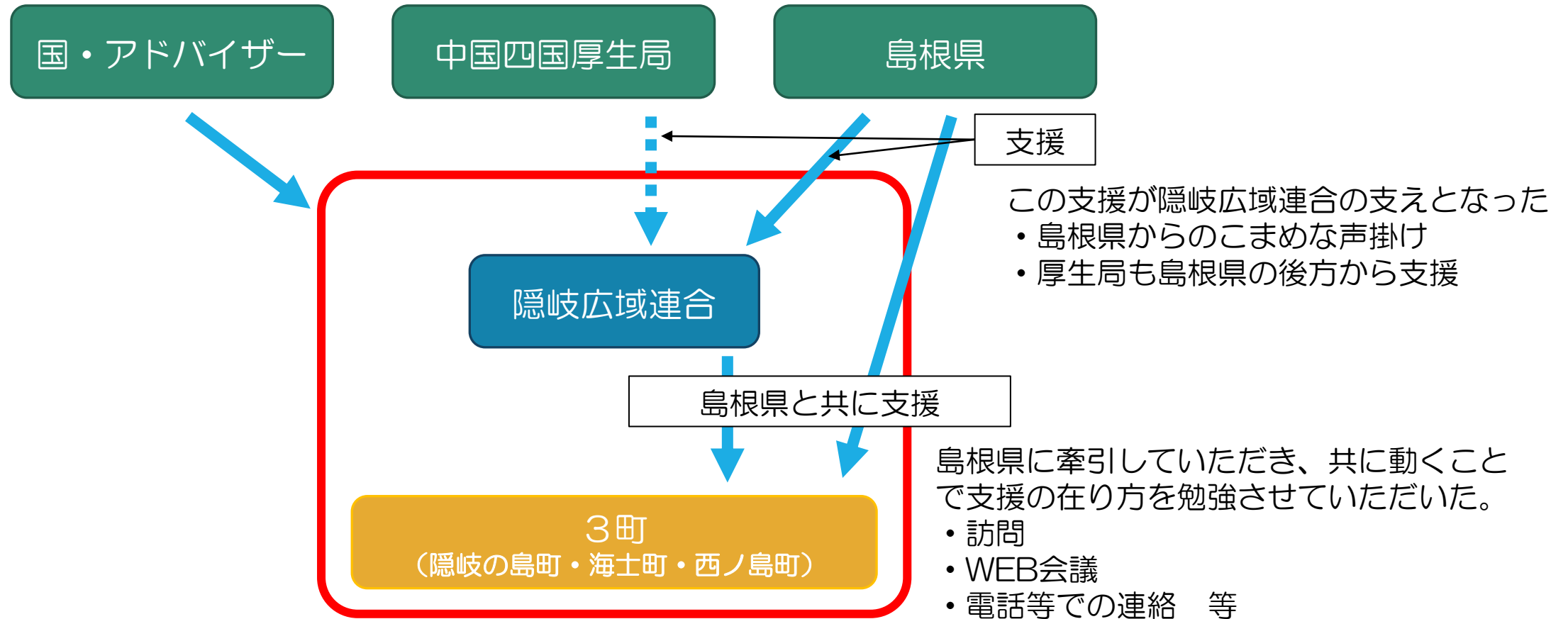
活動内容等

- ・ 島根県に牽引していただきながら、町訪問、電話、Web会議等で進捗確認・進捗整理を実施、また、資料・データ等の提供を実施（進捗状況が遅れている町を重点的に対応）

3回目支援を受けて

- ・ 各町とのかかわりも増えてきて、これまでよりも町村との連帯感を感じた
- ・ 最後に4町村と隠岐広域連合が集まり、それぞれの報告を行い、隠岐全体としての方向性を確認し、隠岐一丸となって共に取り組んでいくことを共通認識できた

支援イメージ図



まとめ

島根県から手厚いサポートを受けながら、本事業を実施した結果、

- 各町の実情を知ることができた
- 各町の個別課題について一緒に考えることで、町村ごとの地域支援事業に向き合えた
- 各町の取り組みの方向性を共有できた

広域保険者として構成町村の共通課題だけでなく、町村ごとの独自課題や取り組みについても対話しながら一緒に考えていくことが大切だと学んだ。

**構成町村と広域保険者が一緒に考えていく形が、
目指すべき姿であると感じた。**

課題

構成町村と連携していくうえで、広域保険者としての課題もある。

- 当広域連合には地域づくりのノウハウがない
- 構成町村の保健師等のような現場経験からの専門的知識が足りない
- もともと3大事務がメイン業務のため、専門職が少なく、地域住民とのつながりも少ない
- 各構成町村が離島という不利性もあり、各町村の実情を把握できていない
- 小さい保険者のため、業務は掛け持ちとなり、地域支援事業に専念できない 等

課題を解決しながら、構成町村との連携体制の構築に取り組んでいく必要がある

今後の取り組み

地域づくりは地域住民の暮らしや生活を支えることであり、地域の実情に応じて取り組まれるものである限り、実施主体はやはり構成町村であるべきと考えるが、だからといって構成町村だけで考えるということではなく、構成町村と隠岐広域連合がしっかりと連携し、地域の方々を巻き込みながら、隠岐圏域の地域づくりを関係者全員で一緒に考え、隠岐全体として取り組んでいきたい。

また、西ノ島町の報告であったとおり、上限額超過の問題もあることから、各町村の取り組みについては費用対効果も踏まえながら、構成町村と一緒に評価・検証することで、各地域になじんだ持続可能な地域づくりに取り組んでいきたい。

ご清聴ありがとうございました

令和4年度老健事業「地域づくり加速化事業」への参画

隠岐広域連合への伴走支援

－介護予防の仕組みづくり－

島根県健康福祉部高齢者福祉課
地域包括ケア推進室



© Shimane Prefectural Government



本日はお話しすること

1. 支援メンバー

.....

2. 支援開始まで

.....

3. 支援期間中

.....

4. まとめ

.....

5. 参考

.....

1 支援メンバー

外部アドバイザー 2 名を中心に支援チームを編成

6-1. アドバイザーの選定と得意分野

- エントリーシートの支援ニーズを踏まえ、アドバイザーの得意分野とマッチングを実施
- 地域づくり加速化事業の運営委員会に諮り、選定市町村とアドバイザーを決定

地域等	所属・役職 等	氏名(敬称略)	得意分野										
			介護予防	通いの場	通所C	訪問C	地域ケア会議	介護予防ケアマネジメント	一体的実施	生活支援体制整備	地域づくり	介護保険全般	その他
近畿	(株)TRAPE 代表取締役兼CEO	鎌田 大啓	○		○	○		○					人材育成
	東近江市健康福祉部 医療政策担当部長 (管理監 兼 新型コロナウイルスワクチン接種推進室長)	夏原 善治 ※							○		○		健康づくり
中国・四国	(公財)広島県地域保健医療推進機構 広島県地域包括ケア推進センター 次長 保健師	藤原 薫 ※		○	○		○	○					
	倉敷市社会福祉協議会地域福祉課 主幹 (第1層生活支援コーディネーター)	松岡 武司	○							○			



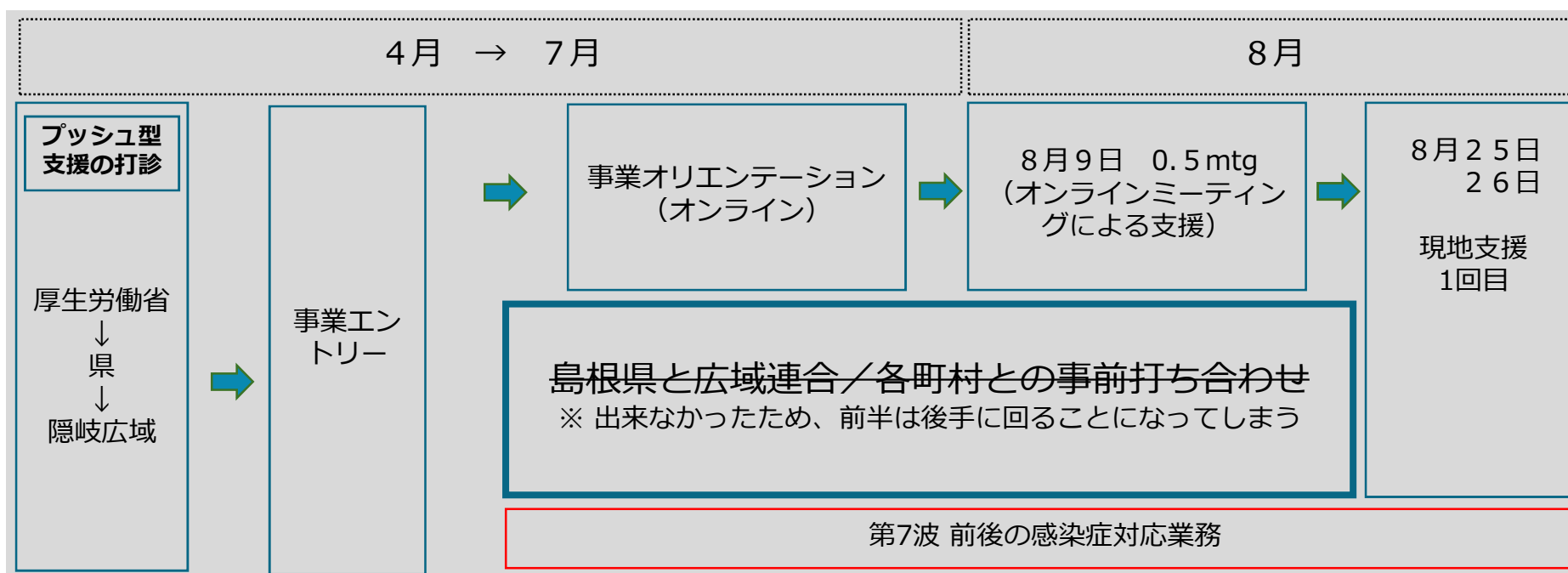
(株)TRAPE 代表取締役兼CEO 鎌田 大啓 氏

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構
広島県地域包括ケア推進センター 次長 藤原 薫 氏

2 支援開始まで

プッシュ型支援として事業参画へ コロナ対応と並行しつつ、当県の強みを活かした支援体制

事業開始から現地支援一回目までの工程



島根県の強み

- ・ 各保健所に地域包括ケア推進スタッフ（ケア室兼務）を配置。
- ・ 市町村の伴走支援や圏域での仕組みづくりのノウハウ。

県組織内キーマンの二人

隠岐保健所 : 川端保健師
隠岐島前保健所 : 乃木保健師

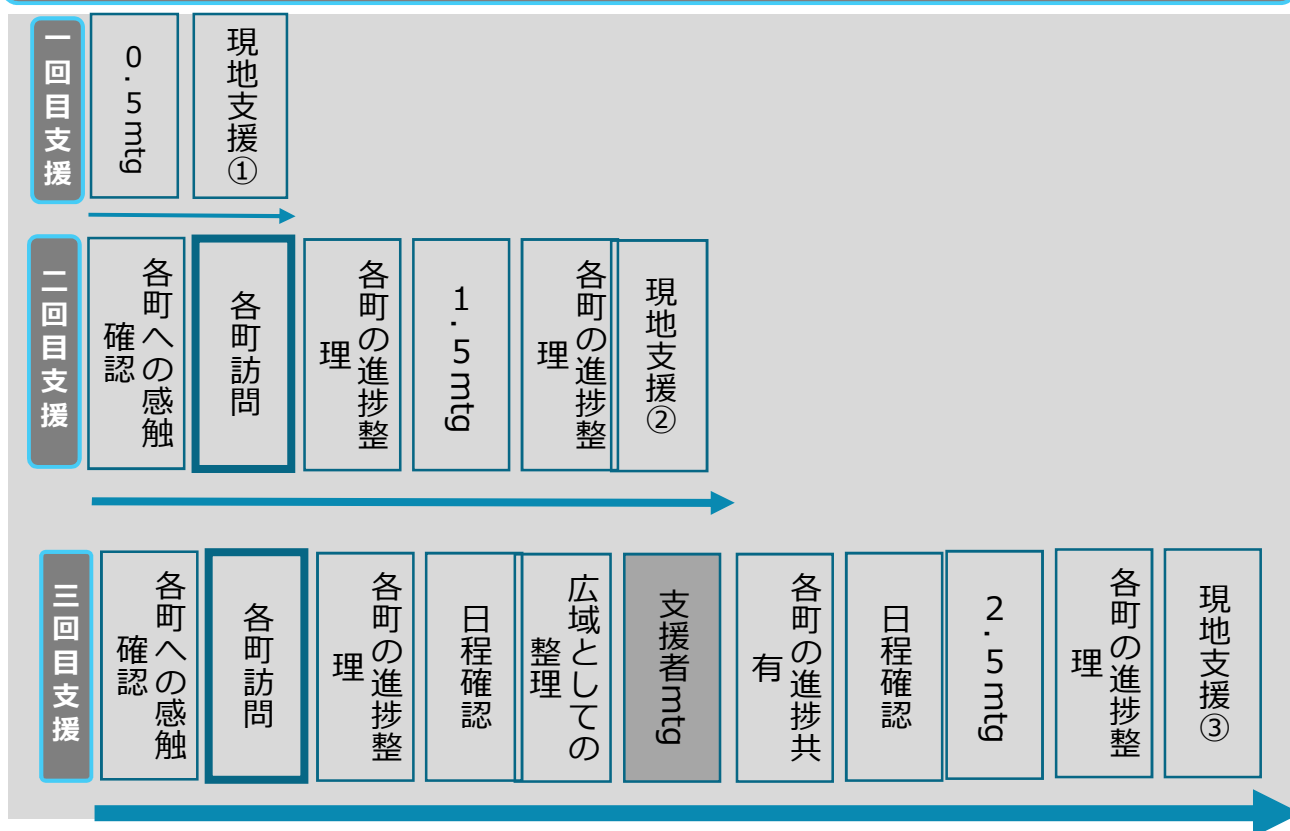


3 支援期間中

1 隠岐広域連合

隠岐圏域のデザインと事業の進捗管理を一緒に考えていく

現地支援①～③におけるフロー



ポイント

① 町や広域連合担当者との連絡

50回程度

② 各町への個別訪問

3町 × 2回ずつ

③ キーマンとの連携

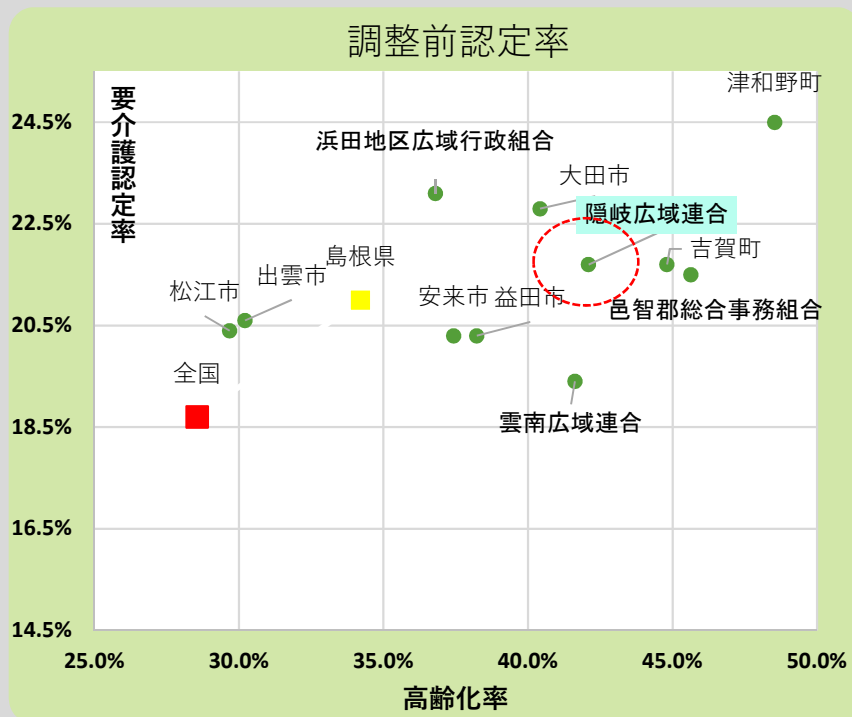


3 支援期間中

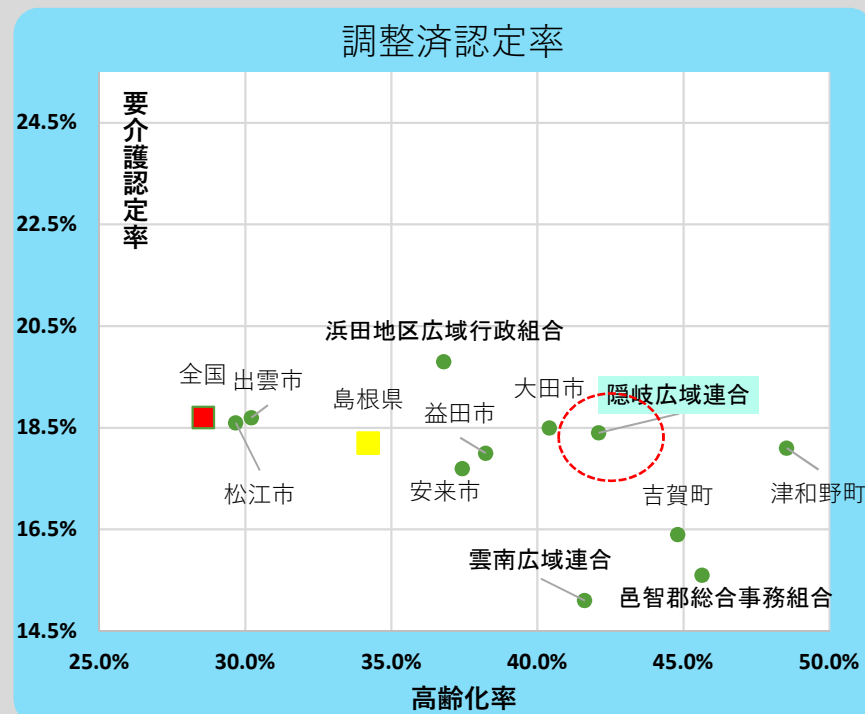
1 隠岐広域連合

令和2年度 島根県の要介護認定率と高齢化率

高齢化の影響も一因となり、認定率は高め



調整済認定率は、県平均とさほど変わらず



出典：令和2年国勢調査、介護保険事業状況報告(年報)より 当課企画G作成

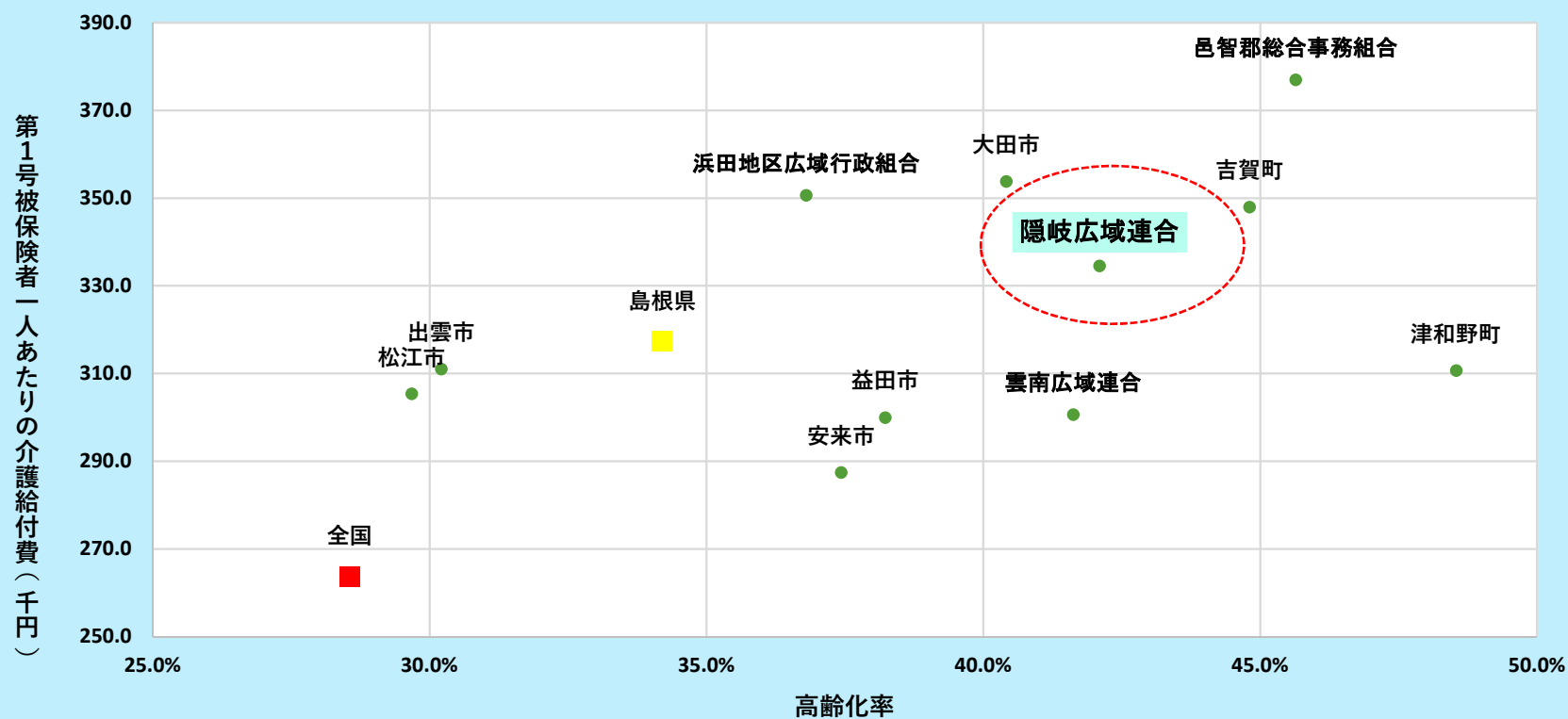
3

支援期間中

1

隠岐広域連合

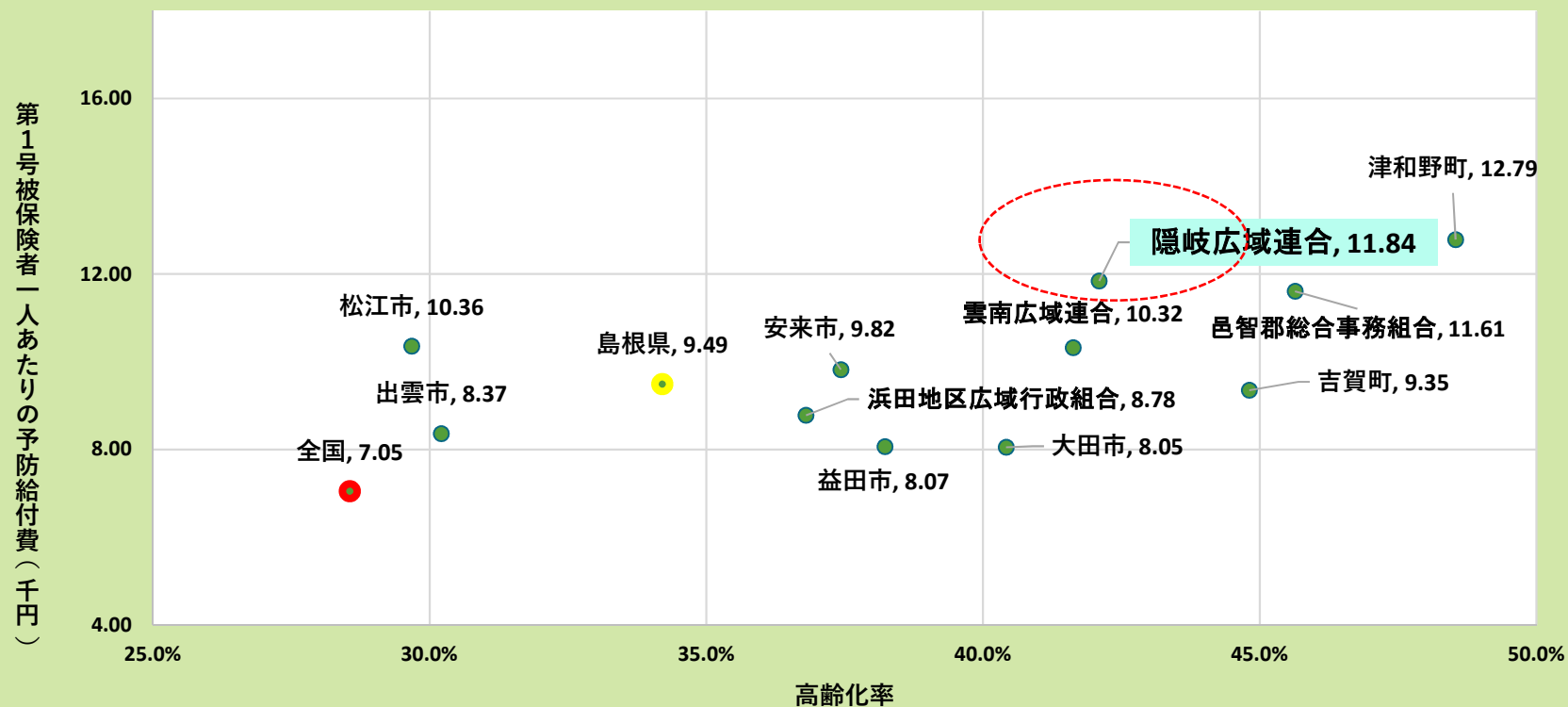
令和2年度 第1号被保険者一人あたりの介護給付費と高齢化率



3 支援期間中

1 隠岐広域連合

令和2年度 第1号被保険者一人あたりの介護予防給付費と高齢化率

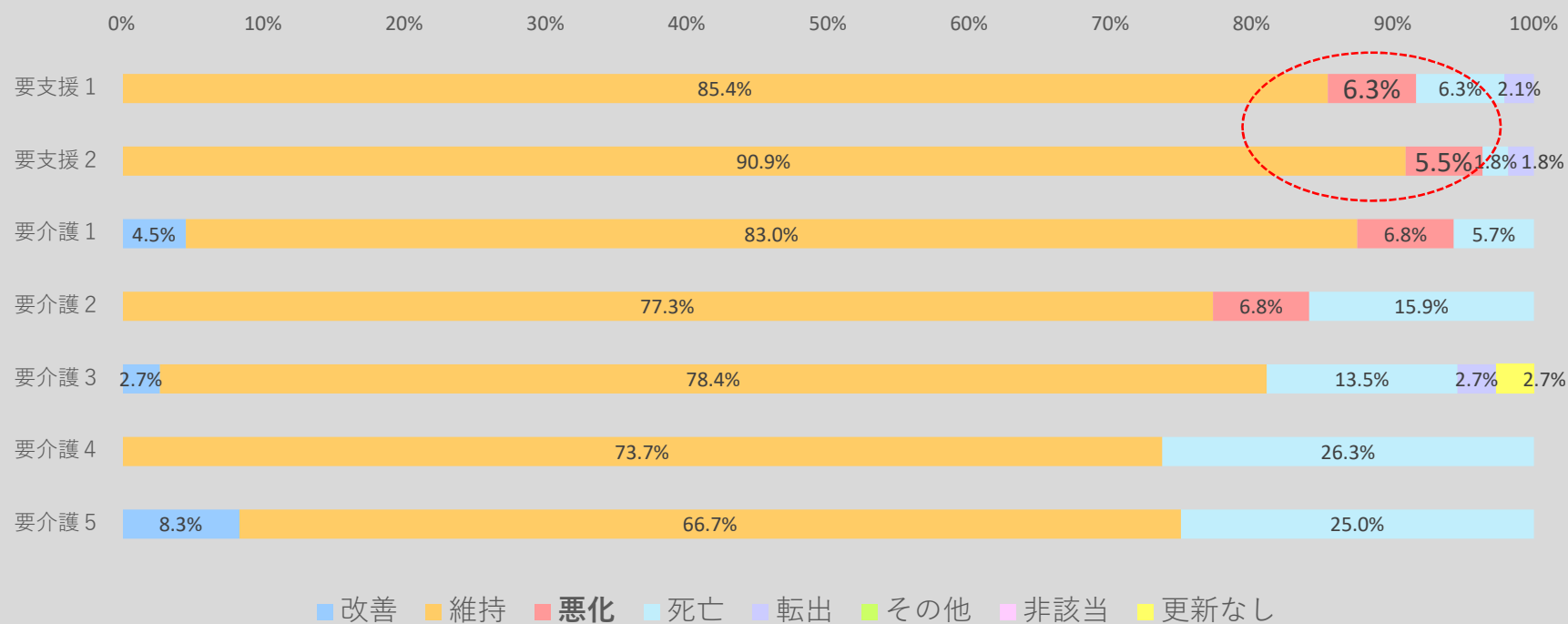


3 支援期間中

1 隠岐広域連合

新規認定者の時系列データ

新規認定者の初年度末の要介護状態（H30新規認定者n=351人）



3

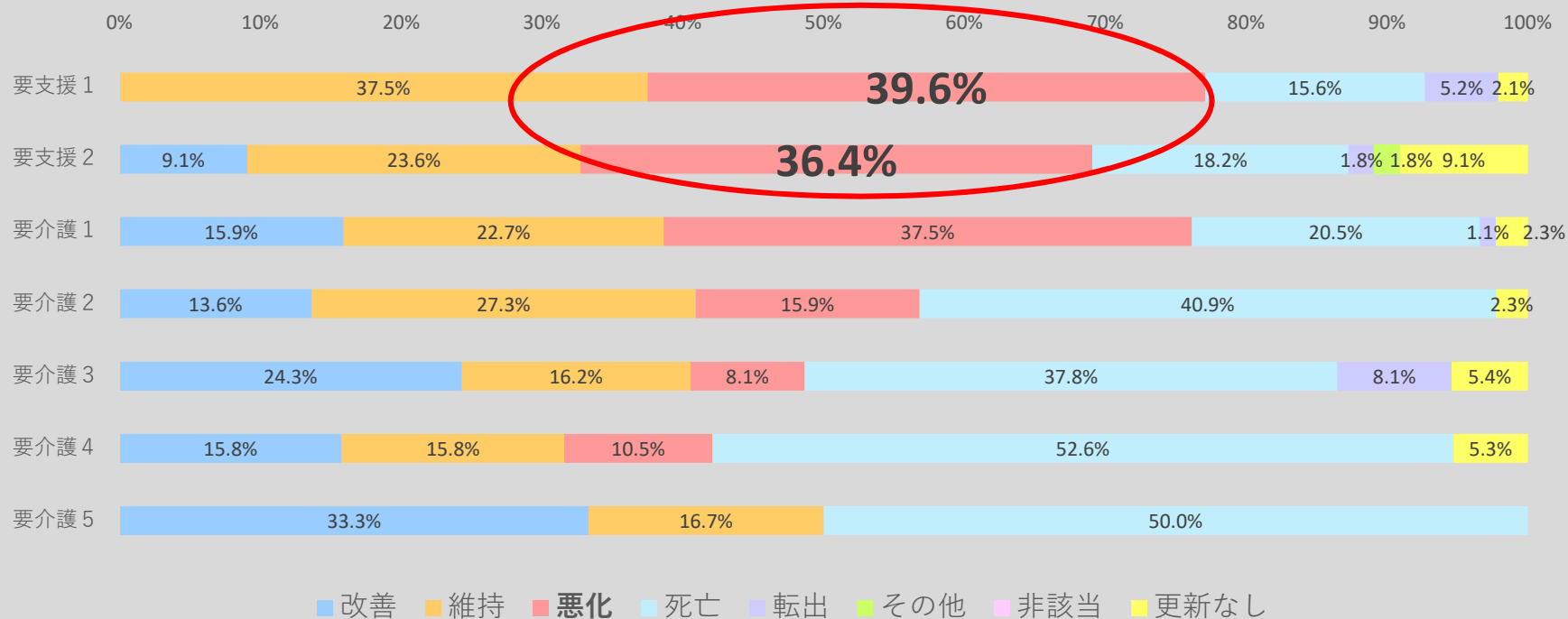
支援期間中

1

隠岐広域連合

新規認定者の時系列データ

新規認定者の2年後の要介護状態（H30新規認定者n=351人）



3 支援期間中

2 西ノ島町（事業開始 → 1回目現地支援）

好事例である「まめな体操」がキーワード

県の視点から見た 1回目現地支援までのフロー

0.5mtgへの参加

西ノ島町の概要把握
(既存資料などの確認)

管轄保健所への状況確認
(電話、メール)

西ノ島町への状況確認
(電話)



議論の方向性

1) 通いの場（まめな体操）

・まめな体操以外にも、すでに住民主体の「多様な場」があることに目を向けていくとよい。

2) 地域ケア会議

・会議の目的を整理し、参加者で共有し直す。

3) フレイル期への専門職介入

・活動期と介護期の間であるフレイル期において、専門職の介入やサービスをどうしていくか。

・フレイル期から元気な頃へ戻ってもらうための「可能性」を見つける。

・介護予防の概念をより具体的に考え、体系的にまとめ、幅広い関係者で共有していく。

8/26(金) 1回目支援の様子



3 支援期間中

2 西ノ島町（1回目現地支援 → 2回目現地支援）

リハビリテーション職が介入する「短期集中サービス」の検討へ

県の視点から見た 2回目現地支援までのフロー

西ノ島町担当者と1回目支援の感触を共有

西ノ島町に訪問し、方向性の整理を検討

厚生局との情報共有

西ノ島町とのオンライン協議

1.5mtgへの参加



議論の方向性

1) 短期集中サービスの実施に向けた整理

- ・費用対効果が見える化できれば。投資というイメージで。
- ・島前病院リハ職で一日当たり何人対応できるかから逆算方式で。
- ・基本チェックリストの活用など。

2) まめな体操や住民サロンでの予防活動の充実

- ・まめな体操やサロンなどに通えなくなった人のフォロー
- ・まめな体操の評価方法

10/20（木）2回目支援の様子

※ハイライト動画



3 支援期間中

2 西ノ島町（2回目支援 → 3回目支援）

関係者との合意形成を大切に、既存の仕組みをブラッシュアップ

県の視点から見た 3回目現地支援までのフロー

西ノ島町
担当者と
2回目支
援の感触
を共有

西ノ島町
に訪問
し、方向
性の整理
を検討

厚生局と
の情報共
有（広
島）

西ノ島町
担当者と
進捗状況
の確認

支援者
mtgへの
参加

隠岐広域
連合との
情報共有

地域支援
事業交付
金協議

2.5mtg
への参加

3回目支援
(新たな参加
者を巻き込
む)

2 / 15（水）三回目支援の様子



隠岐島前病院 間PT



役場 富谷保健師

隠岐保健所 乃木保健師

●短期通所Cのプロトタイプ / ●新規認定者訪問へのリハ職同行 などにむけて
引き続き、多くの人で対話する場が大切であることがわかりました。

3 支援期間中

3 海士町（事業開始 → 1回目現地支援）

デイサービスの利用状況を確認しつつ、フレイルへの対応を模索

県の視点から見た 1回目現地支援までのフロー

0.5mtgへ
の参加

海士町の概
要把握（既
存資料など
の確認）

管轄保健所
への状況確
認（電話、
メール）

海士町への
状況確認
（電話）



議論の方向性

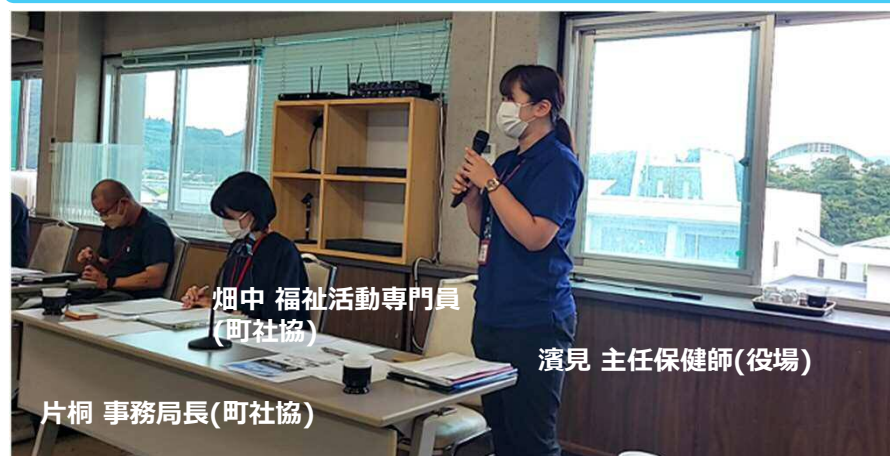
1) フレイル/プレフレイル期への専門職の介入

- ・ デイサービスをより必要な人（介護が必要な人）へ届けるためにはどうしたらよいか。
- ・ 再度アクティブな頃を取り戻してもらうために専門職がどう介入していくか。

2) 町の福祉全体に関連して

- ・ 住民を中心において、「この人をどうするか」をデザインしていくことが大切。その中で福祉に関わる人材の維持についても関係者で話し合えるとよい。

8/26（金）1回目支援の様子



3 支援期間中

3 海士町（1回目現地支援 → 2回目現地支援）

高齢者と若者、お互いの困りごと解決に向けて

県の視点から見た 2回目現地支援までのフロー

海士町担当
者と1回目
支援の感触
を共有

海士町に訪
問し、方向
性の整理を
検討

厚生局との
情報共有

海士町担当
者とメール
等でやりとり

1.5mtgへ
の参加



議論の方向性

1) 高齢者と若い世代とのマッチング

- ・ 半官半X課の根岸保健師を中心に進めていく
- ・ 高齢者の困りごと解決と高齢者が活躍する仕組みづくり
- ・ Iターン者等にヒアリング
(困っていること、出来ることに分けて)
- ・ SCも関わりながら

2) 福祉人材について

- ・ 福祉人材は町全体を巻き込みながら話をする必要がある
- ・ 庁内連携を進めていく必要がある (様々な課がそれぞれに事業展開)

10/20 (木) 2回目支援の様子

※ハイライト動画



3 支援期間中

3 海士町（2回目支援 → 3回目支援）

関係者との合意形成を大切に、既存の仕組みをブラッシュアップ

県の視点から見た 3回目現地支援までのフロー

海士町担
当者と2
回目支援
の感触を
共有

海士町に
訪問し、
方向性の
整理を検
討

厚生局と
の情報共
有（広
島）

海士町担
当者と進
捗状況の
確認

支援者
mtgへの
参加

隠岐広域
連合との
情報共有

2.5mtg
への参加

県、広
域、役場
でのオン
ライン会
議

3回目支援
(新たな参加
者を巻き込
む)

2/15（水）三回目支援の様子



片桐事務局長（町社協）



根岸 半官半X特命担当（役場）
中川IOT（海士診療所）

- 町内事業所へのSC配置 / ●リハ職を中心としたハイリスク高齢者への支援チーム形成 にむけて
引き続き、多くの人で対話する場が大切であることがわかりました。

3 支援期間中

4 隠岐の島町（事業開始 → 1回目現地支援）

既存の仕組みや地域資源を確認しながら、移行期への介入方法を模索

県の視点から見た 1回目現地支援までのフロー

0.5mtgへの参加

隠岐の島町の概要把握
(既存資料などの確認)

管轄保健所への状況確認
(電話、メール)

隠岐の島町への状況確認
(電話)



現地支援本番



議論の整理

議論の方向性

1) 移行期への介入方法を考えていく

- ・多様な場からデイへ移行する人には何かしらのきっかけがある。なぜ自信がなくなるか？
- ・「もう一度、〇〇したい」を実現するための手段の一つとして、たとえば通所C。
- ・移行期における専門職の活かし方

2) 生活期の多様な場について

- ・可視化できなくとも、多様な場があることを知っておくことが大切。

8/25(木) 1回目支援の様子



広江 健康福祉課長(役場)

青田包括C所長(役場)

高村専門幹(役場)

3 支援期間中

4 隠岐の島町（1回目現地支援 → 2回目現地支援）

地域資源をつなぎながら、介護予防の全体像を描いていく

県の視点から見た 2回目現地支援までのフロー

隠岐の島町
担当者と1
回目支援の
感触を共有

隠岐の島町
に訪問し、
方向性の整
理を検討

厚生局との
情報共有

隠岐の島町
担当者と
メール等で
やりとり

1.5mtgへ
の参加



現地支援本番

議論の方向性

10/21（金）2回目支援の様子

※ハイライト動画

1) 具体的な予防サービスの全体像を描く

- ・元の生活にも戻るための目線合わせ
(何をしたいか／していたか 知るプロセス、状態像、疾患を押さえる)
- ・例えば、短期集中サービス対象者を体系的に整理。
- ・プール活用や訪問など、具体的なプロセスを想定して検討。

2) 地域の人材や資源の活用

- ・リハ職介入のタイミングを明確にする。
- ・在宅保健師との連携。
- ・スポーツクラブなど既存施設との連携

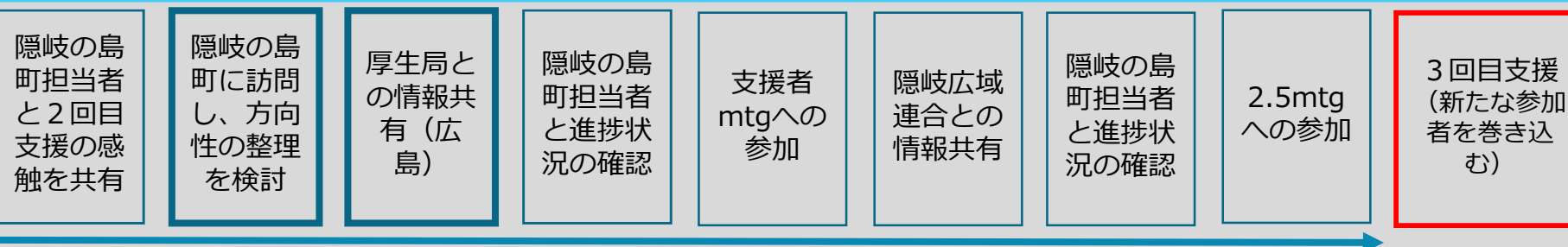


3 支援期間中

4 隠岐の島町（2回目支援 → 3回目支援）

関係者との合意形成を大切に、既存の仕組みをブラッシュアップ

県の視点から見た 3回目現地支援までのフロー



2 / 16（木）三回目支援の様子



- 短期集中サービス・民間プール施設の活用・地域サロン等 既存資源の連動にむけて引き続き、多くの人で対話する場が大切であることがわかりました。

3 支援期間中

5 加速化事業と連動した企画（3回目支援前日）

基調講演に田中明美 補佐 をお招きし、連動した企画で全県に共有

R4年度 島根県地域包括ケアシステム推進事業

地域包括ケアシステム 関係機関連絡会議

—介護予防の視点から考える—

参加無料

日時 令和5年2月14日（火） 13:30～16:30

会場 ホテル白鳥鳳凰の間（松江市千鳥町20）お申込みは裏面
およびオンライン（Zoom）形式 QRコードからどうぞ

対象 医療・介護関係団体等、市町村、介護保険者、保健所
島根県医師会、島根県歯科医師会、島根県薬剤師会、島根県看護協会、島
根県訪問看護ステーション協会、島根県医療ソーシャルワーカー協会、島
根県栄養士会、島根県理学療法士会、島根県作業療法士会、島根県言語聴
覚士会、島根県病院協会、島根県歯科衛生士会、島根県社会福祉士会、島
根県介護福祉士会、島根県精神保健福祉士会、雲南市立病院、仁寿会加藤
病院、益田市医師会病院、島根県介護支援専門員協会、島根県老人保健施
設協会、島根県老人福祉施設協議会、島根県社会福祉協議会、島根県地域
包括支援センター連絡会 等の各団体

内容

- 基調講演
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室 室長補佐 田中 明美 氏
- 取組報告
江津市民生部健康医療対策課 保健師 重田 蒼唯 氏
- 介護予防ケアマネジメント ロールプレイ
田中 明美 氏 × 西ノ島町健康福祉課 保健師 小室 紗也香 氏
- 意見交換
各テーブルおよびZoomブレイクアウトルームにおいて意見交換

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare

介護予防・日常生活支援総合事業等の充実に向けて

2023年2月14日（火）

厚生労働省 老健局
認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室 室長補佐 田中明美

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

介護予防ケアマネジメントについて

令和5年2月14日 島根県研修

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
地域づくり推進室 室長補佐 田中 明美



4 まとめ

次年度へのステップ

第9期介護保険事業計画への落とし込みを見据えて

《隠岐圏域のデザインを描く》

Step1

地域づくり加速化事業

- ・各町での議論を促す
- ・議論の様子を共有
- ・隠岐広域連合への伴走

Step2

デザインした事業の実行

- ・加速化事業でデザインした事業の進捗を確認

Step3

事業の評価

- ・事業効果の検証／継続実施へつなげられるか？



高齢者の
well-beingへ



地域包括ケア推進室＋隠岐保健所地域包括ケア推進スタッフによる継続的な関わりで、保険者や町の良きパートナーに。

しまねっこチャンネル

支援の様子は島根県公式YouTubeで視聴できます
⇒ 「地域づくり加速化事業」で検索



※ 他にも、認知症担当者会議など参考になる動画がたくさんありますので、ぜひご覧ください

《総社市》

地域づくり加速化事業による介護予防・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



総社市役所 保健福祉部 長寿介護課

地域づくり加速化事業

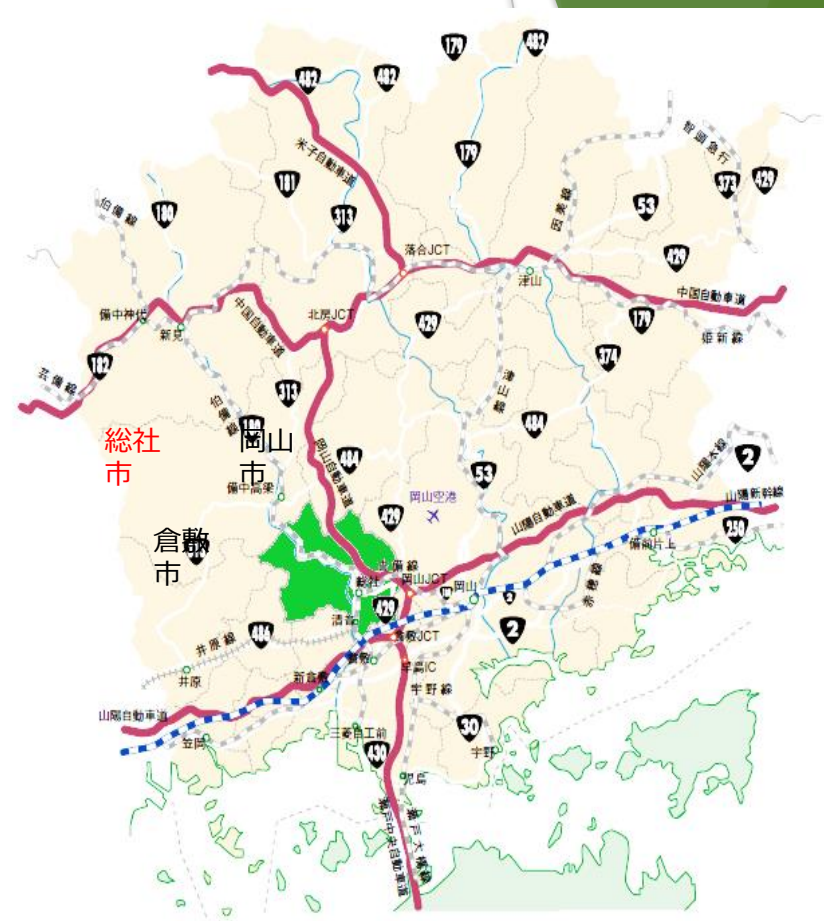
総社市の概要

人口 69,679人 (R4.12月末現在) 
高齢者数 19,916人
高齢化率 28.6%, 認定率 19%

総面積 : 211.9km²

年平均気温 : 16.5℃前後

雨量 : 年間1,000mm前後
(H30.7月豪雨は年間雨量の約1/3の雨量を記録)

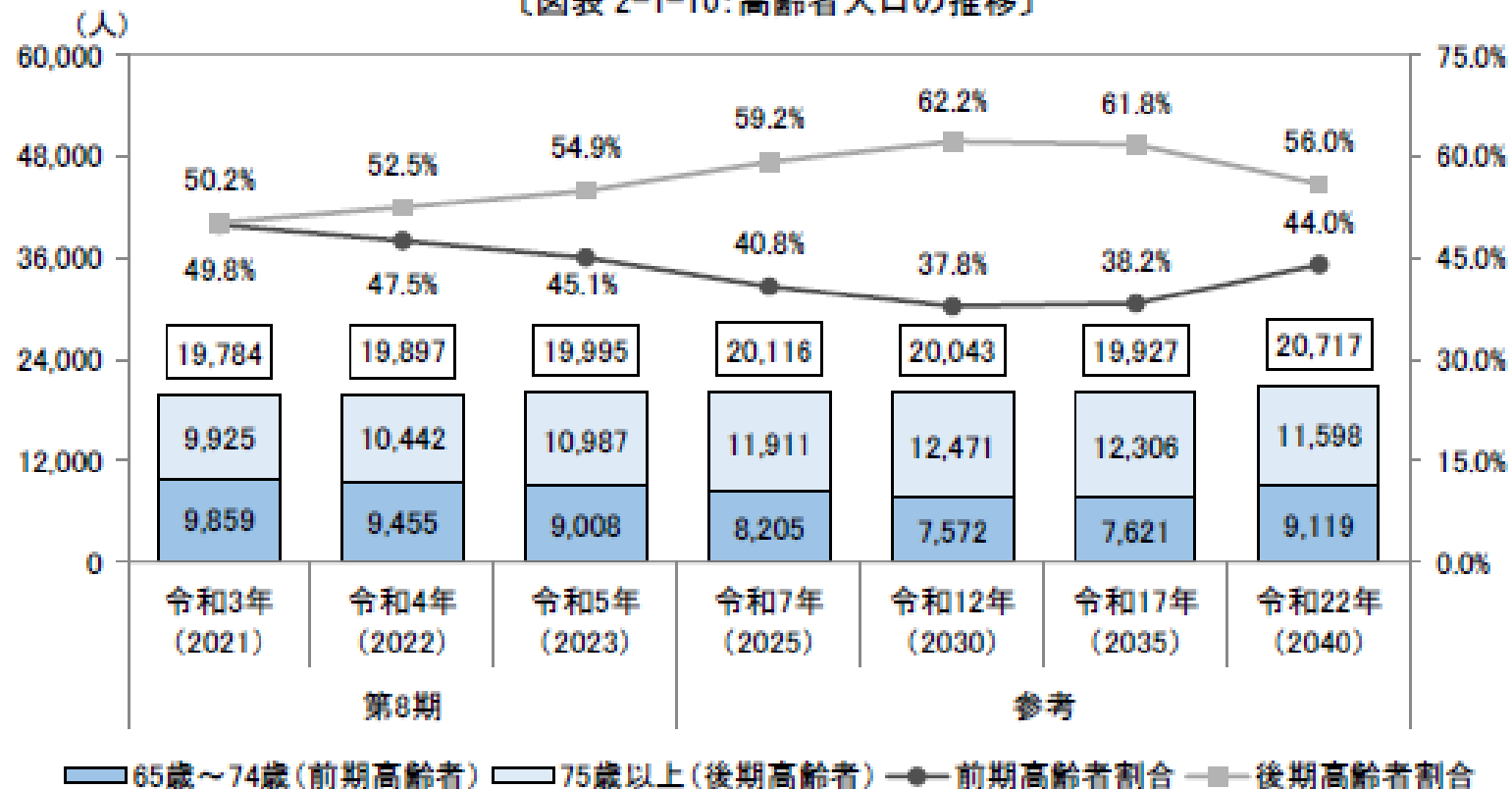


②高齢者人口の推移

高齢者人口の推移をみると、令和 13 年にかけて前期高齢者は減少傾向、後期高齢者は増加傾向となっており、令和5年では前期高齢者が 9,008 人、後期高齢者が 10,987 人となっています。また、令和7年の高齢者人口は 20,116 人、令和 22 年は 20,717 人と、令和7年までは増加し、その後高齢者人口は増減を繰り返し、令和 22 年にピークを迎える見込みとなっています。

高齢者人口に占める前期高齢者と後期高齢者の割合は、令和元年以降は後期高齢者の割合が高くなっています。

〔図表 2-1-10: 高齢者人口の推移〕



※資料：住民基本台帳人口に基づきコーホート変化率法で推計。

通所型サービスCを見直したいと思ったきっかけ

- ▶ ・総合事業についてもっと効果的な捉え方を知りたい
- ▶ ・先進的な他市の取り組みを知りたい
- ▶ ・特に通所型Cの事業内容の見直しと効果的な地域ケア個別会議の開催について助言が欲しい
- ▶ ・可能であれば、地域包括支援センター・各事業所等とも、今一度、介護予防の考え方を共有する機会としたい

総社市の総合事業について

★事業所指定・委託により実施

▶ 総合事業の対象

- ①要支援 1・2
- ②基本チェックリストで事業対象者と判断された方

訪問型サービス

にこにこサポーター
(通称：にこサポ)

類型	現行相当サービス	訪問型サービスB（住民主体）
サービス内容	訪問介護員による、 入浴・排泄・食事等の介助である身体介護 掃除・洗濯等の生活援助 ・現行の予防サービスと同様に、 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分 等について（老計10号）」の範囲内で実施	日常的な家事（掃除（風呂・トイレ・拭き掃除・ 掃除機の使用）・買物・洗濯・簡単な調理・電灯 ・電池の交換・ストーブや扇風機など季節品の出 し入れ等
想定される 実施主体	既存の介護サービス事業者 （既存の介護予防訪問介護事業者）	市で養成した生活支援サポーターで構成される団 体等が実施
サービス対象者	要支援1，2及び事業対象者	要支援1，2及び事業対象者
サービス提供頻 度	週1～2回程度 ・利用者の状態像により利用時間は異なる	週1～2回程度 1回あたり1時間程度を想定
利用者負担額	1割又は2割	1時間まで500円 30分までは300円

通所型サービス

類型	現行相当サービス	通所型サービス A (緩和した基準によるサービス)	通所型サービス C (短期集中)
サービス 内容	入浴・運動・レクリエーションなどの1日タイプのサービスや専門性の高い機能訓練・生活環境評価等のサービス	運動プログラムを中心とした2～3時間程度の短時間サービス ・いきいき百歳体操 ・かみかみ百歳体操等プログラム実施	リハビリテーション専門職が提供する生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等を目的として3ヶ月～6ヶ月の継続訓練（1クールは3ヶ月間全12回、2クールまで継続利用可能）のプログラム
想定される 実施主体	既存の介護サービス事業者 (既存の介護予防通所介護事業者)	既存の介護サービス事業者、 民間のスポーツクラブ等	リハビリテーション専門職を有する介護サービス事業者等の指定事業者
サービス 対象者	要支援1, 2及び事業対象者	要支援1, 2及び事業対象者	要支援1, 2及び事業対象者
サービス 提供頻度	週1～2回程度 利用者の状態像により利用時間は異なる	週1～2回程度 (2～3時間利用/日)	1クール：週1～2回、12週間 2クールまで継続可
利用者 負担額	1割又は2割	1割又は2割	1割又は2割

支援①前

- ▶ H29.4～総合事業スタート，訪問サービスとしては生活支援サポーターによる住民主体訪問サービスを，通所サービスとしては短期集中通所サービス事業（通所型C）を目玉としていた。
- ▶ スタート時，訪問サービスとしては，住民のちょっとした困りごとに対し，住民の力を借りて対応するということにこだわり，通所型サービスに関しては，事業所との情報交換会を複数回開催し，事業所と一緒に，介護予防に資するサービスが提供できる体制の構築をめざした。
- ▶ しかし、総合事業をスタートしてこれまでの間、事業の見直しが必要と思っても、何をどう見直せばよいのかわからず、何も変化せず数年が経過してしまっている。

支援①前

- ▶ 総合事業の利用にあたっては、市内6か所にある地域包括支援センターで開催する地域ケア個別会議でケアマネジメントについて検討している。
- ▶ そこでは、特に通所型サービスCの利用について、【短期間での生活機能の改善もしくは向上の意思を明確に持ち、短期間の訓練後において地域活動の促進が期待でき、自己管理による介護予防への取り組みの継続が期待できる者等】に対して、リハビリテーション専門職による専門的支援を概ね3か月実施されることとしている。
- ▶ 適切な対象者がサービスにつながっているかの評価が不十分
- ▶ 事業所からは「想定より対象者像のADLが低いのではないか」との意見も届いており、利用者数も伸び悩んでいる。
- ▶ 3か月間のサービス利用（最長2クール）であるが、一度介護サービスにつながると卒業後の生活継続が難しい。

支援①0.5次ミーティング

- ▶ ・ 総合事業の理解を地域包括支援センターとしたい
- ▶ ・ そもそもの総合事業スタート時に立ち返った利用につなげたい
- ▶ ・ 通所型サービスCの理解と効果的な利用，そこにつなげるための介護予防ケアマネジメントを学びたい
- ▶ ・ 地域包括支援センターと一緒に，今一度、介護予防ケアマネジメントについて考え方を共有したい
- ▶ ・ お互いの業務の効率化につなげたい



- ▶ ・ まず課題を出し合う
- ▶ ・ みんなで課題の共有をする
- ▶ ・ 優先課題を検討し，（必要なら）解決策を考える
- ▶ ・ 事業所とも共有したい
- ▶ ・ 介護予防ケアマネジメントを推進したい

支援① R4.9.14 9:30～12:00

参加者 AD・厚労省2名・中四国厚生局4名・県7名・包括10名・市4名

- ▶ 自立支援について意見を聞いてみた
 - ▶ ・住み慣れた家で暮らし続ける
 - ▶ ・病気やケアをする前に戻れる
 - ▶ ・本人がしたい生活ができる
 - ▶ ・本人の納得する生活が成り立つ
 - ▶ ・自分でトイレに行ける
- ▶ ・SCさんとのコミュニケーションが不足している
- ▶ ・意見交換の場が無い
- ▶ ・地域包括支援センターの前向きで率直な思いが聞けて良かった。
- ▶ ・全体での意識統一をする機会がなかったことに改めて気づくことができた。



支援② R4.11.16 13:30～15:30

参加者 AD・厚労省1名・中四国厚生局4名・県6名・包括14名・
通所C職員等4名・にこサポ2名・SC2名・市3名

総社市の介護予防事業の考え方を共有

グループワーク「その人らしく明るく元気に暮らせるまちそうじゃ」
そのまちを作るために、何が必要か
もっとこうなっていればよいのに、もっとここと連携したらよいのに

- ▶ 利用者と対象者のすり合わせがしたいとの声が多く聞かれた。
- ▶ 毎年このような会はやってほしい。
- ▶ 事業につなげるものとサービス提供するものが同じ方向性を持つことの大切さがよく伝わったと手ごたえがあった。
- ▶ また、その反面、「何がやりたかったのか分からなかった」との意見もあった。
- ▶ グループワークの中で出たたくさんの意見の重要性と取り組みやすさの整理など、考え方と手法を学んだ。



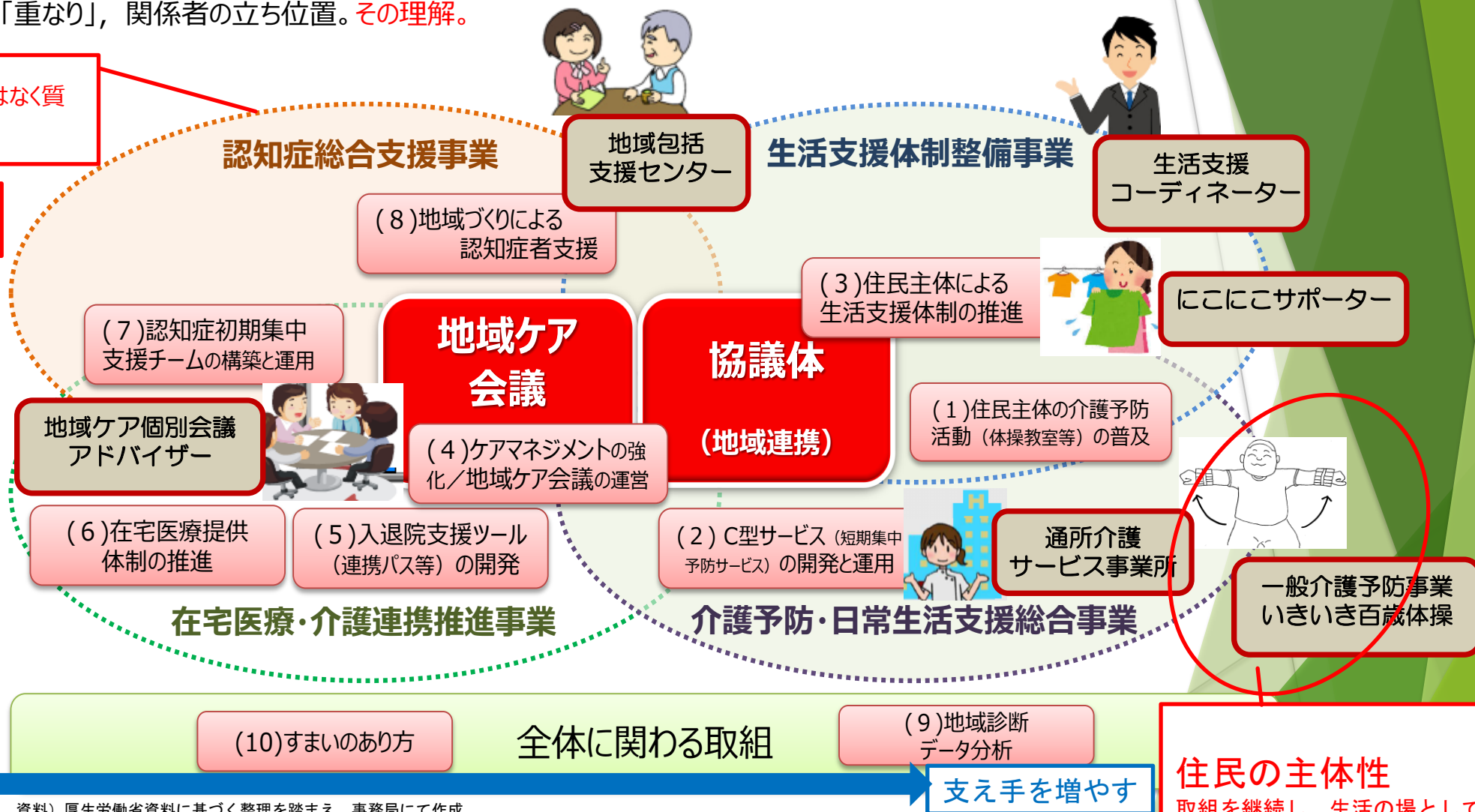
総社市の介護予防事業

◆地域支援事業の「重なり」、関係者の立ち位置。その理解。

地域包括ケアシステムは量ではなく質が大切。つながりが大切。

予測性と一体性が大事

要支援・要介護をへらす



資料）厚生労働省資料に基づく整理を踏まえ、事務局にて作成

図引用：出所）三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方 ～地域の実情に応じた仕組みづくりのために～」

（地域包括ケアシステムの構築を推進するための広域的なアドバイザーのあり方に関する調査研究事業）、平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

支え手を増やす

◆総社市で『住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続ける』『住み慣れた地域でいきいきと暮らせるまちづくり』



通所介護サービス事業所

生活支援コーディネーター

にこにこサポーター

地域包括支援センター

個々に活動しているがそれぞれのつながりを意識する。

地域ケア個別会議アドバイザー

介護給付・介護予防給付

生活支援体制整備事業

地域包括支援センター運営事業
総合相談支援

給食サービス事業

家族介護支援事業

権利擁護事業
成年後見制度利用支援事業

高齢者虐待防止

在宅医療・介護連携推進事業

認知症サポーター等養成事業

認知症初期集中支援推進事業

認知症地域支援・ケア向上事業

一般介護予防事業
いきいき百歳体操・サロン

介護予防普及啓発事業

高齢者住宅等手すり・段差解消支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業

地域ケア会議推進事業

介護予防
ケアマネ
ジメント

生活支援

介護予防

多様な生活支援ニーズに対する支援が、多様な主体から提供される。

相談支援体制が整っている。

介護に取り組む家族の介護負担の軽減が図られている。

高齢者の権利が守られている。

適時・適切な医療・介護が提供でき、在宅医療・介護連携が整っている。

認知症への理解が深まり、支援体制が整っている。

認知症の方も希望すれば、就労する、または、就労を継続することができる。

認知症当事者の思いが尊重され、社会参加できている。

住民が主体的に介護予防と健康づくりに取り組んでいる。

可逆性の高い対象者が適切なサービス利用により、元の生活に戻れている。

介護予防ケアマネジメントに基づいた効果的なサービス利用ができています。

その人らしい
生活の継続

在宅生活の継続

要介護状態になっても、可能な限り、在宅の生活が継続してできる。

その人の望む
生活の継続

住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまち
尊厳が大切にされその有する能力に応じて自立した(自律した)生活ができる。

認知症になっても安心な生活

認知症になっても、希望をもって日常生活を過ごせ、当事者の意見が尊重される。

その人の思いがちゃんと
言える・実現できる

◆自立支援
= 自分らしい暮らしの支援

介護予防・重症化防止

要介護状態となることの予防、要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止ができる。

その人のしてきた
ことの活動・役割の継続支援

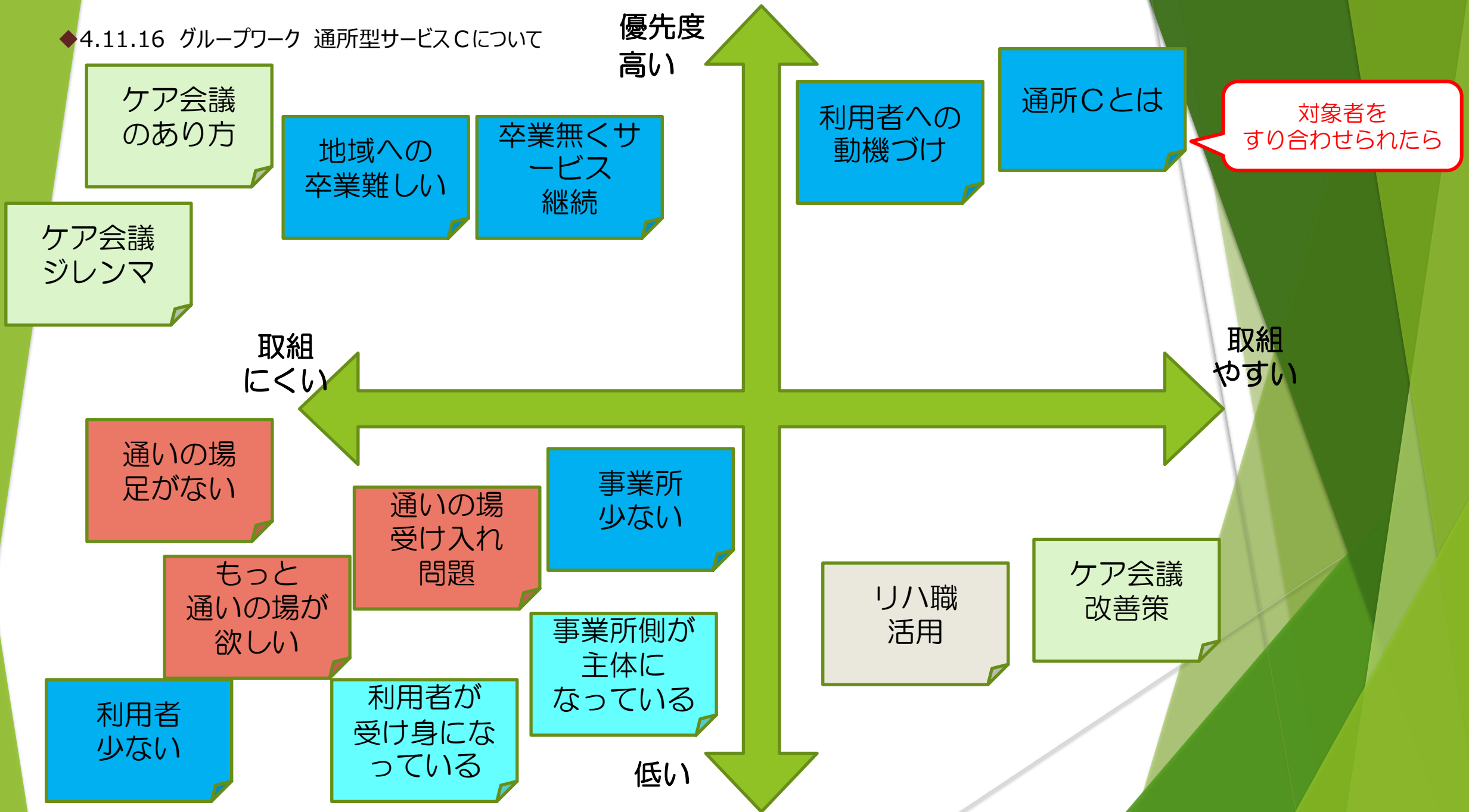
◆「サービスの卒業？」・・・ その人が暮らしていた場所、それに近い生活に帰っていく

支援③ R5.1.23 13：30～15：30

参加者 AD・厚労省1名・中四国厚生局5名・県6名・包括13名・
通所C職員等5名・SC2名・市4名

- ▶ ①介護予防ケアマネジメント
- ▶ ②介護予防
- ▶ ③生活支援 自立支援のために3つが連動することが大事。
- ▶ 目標を具体的に
- ▶ 元気になろうという意欲の源を見極めて実現していくことが重要

◆4.11.16 グループワーク 通所型サービスCについて



R3地域ケア個別会議 短期集中通所サービスC利用予定者報告書より(一部抜粋)

慢性硬膜下血腫後、軽度の麻痺	86歳 女性	外出機会を確保し、できることは自分で行い、自宅で過ごしたい。
腰椎圧迫骨折後、左肩腱板断裂後、人工肩関節置換術後	82歳 女性	がんばって一人暮らしを続けたい。身の回りのことができるようになりたい。
脊椎圧迫骨折後	69歳 女性	日常生活動作をできる限り他者の手を借りることなく行えるようになる。
椎間板ヘルニア・股関節人工関節置換術後	72歳 女性	自分で車を運転して買い物に行ったり出かけたりしたい。リハビリを卒業したい。
悪性リンパ腫 卒業後：コロナ禍 閉じこもり後再利用	72歳 女性	動けるようになったら、もう一度スイミングをはじめたい。
肺がん末期	61歳 男性	外に出られる間は外に出てリハビリを行い、自宅での生活を継続する。
急性膵炎後	79歳 女性	自宅での生活を不安なく過ごせるような体力づくりをしたい。畑で農作業をできる体力をつけたい。
大腸がん・肺がん・肝臓がん、DM、腰部脊柱管狭窄症	80歳 男性	足の筋力をつけて他市にあるお墓に参りたい。
腰痛・恥骨骨折	92歳 女性	一日でも早く骨折前の状態に戻り、入院前の自宅での生活に戻りたい。
後縦靭帯骨化症、心筋梗塞、直腸がん	75歳 女性	以前のように活発に出かけたい。
入院安静後の下肢筋力低下・障がいの方（両下肢機能の著しい障がい）	69歳 男性	せめて日常生活がひとりで困らないように動けるようになりたい。
右大腿骨頸部骨折後	70歳 女性	機能訓練を行い、下肢筋力の向上をめざし、安定した歩行ができるようになる。
右股関節人工関節置換術後	69歳 女性	杖を使用せずに家事を行いたい。
下肢筋力低下・腰痛	85歳 女性	近所への買い物や受診が問題なくでき、家事もスムーズにできるようになる。
腰部脊柱管狭窄症	83歳 女性	JAやふれあいセンターまで自力で行きたい。（自転車に乗って）
RA 右肩骨折後	81歳 女性	もう少し右肩の痛みや動きにくさを軽減できるようにリハビリを継続したい。
右膝関節人工関節置換術後	80歳 女性	娘と二人暮らしのため現在行っている家事の役割を継続したい。
左股関節人工関節置換術後	72歳 女性	以前のように地域の行事に参加したり、友達と出かけたりしたい。
左足趾外傷後・人工透析3/W	73歳 男性	透析が無い日に活動する（畑など）生活習慣に戻る。

こんな人をつなげています

こんな人に利用してほしい

共通理解が必要

脳梗塞で退院したばかりの人
入院をしていて自宅生活に不安がある人
70代くらいの若い人

短時間利用を希望する人
(デイサービスで長い時間過ごすことを好まない人)

本当は現行相当を利用したいが空いていないとき

筋骨格系で骨折後の方
病院で回復期リハビリ後もう少しリハビリをしたら良くなりそうの方
デイサービスで長い時間過ごすことを好まない人
病気になって廃用に落ちた方

現状の能力低下はないがメンタルで自信を失っている人
人工関節置換のオペ後の人
ゴールがある程度見える人
閉じこもりの方



退院直後の人
運動習慣の獲得が必要な人
病気をした後
目標・目的が明確な人 (卒業につなげやすい)
家に閉じこもっている人に少しでも外出してほしい
移動能力に課題があり改善見込みがある方。

卒業が理解できる方
地域の役割があり忙しい人

事業対象者の段階から短期集中のメニューを軽いものとして取り組み、認定を予防する

少し頑張ったら畑などの役割をもう一度できるようになりそう
な方

オペ後のリハをしたい整形の方
人工透析の方で卒業に至った事例もあり
廃用性の方
パーキンソン病の方も利用あり

1日の流れ

9:30 バイタル/トレーニングスタート
9:40 αトレーニング (10分)
9:50 集団体操
10:00 集団体操
10:30 脳活性+ビジョントレーニング
11:00 ひと踏み張りタイム
11:20 嚥下体操
11:30 振り返り



サービス利用後に活動的な生活を継続するために

卒業後もサービスから抜けられない人は自費でのサービスも選択肢として検討いただく、地域サロン、家庭や地域での役割をつなげる、卒業を肯定的に捉えてもらえるように卒業証書を渡してもらう、新しい習慣をつくる、事業所には加算があるが利用者にもメリットがあるとよい（市より商品券やプレゼントなど）。

百歳体操、サロン等を提案するがデイサービスに行きたい人は、移動手段がネックではないか（車がある人がよい）。声掛けしてくれるサロンのお世話役がいるとよい。自主的な運動を指導するがやっていない方が多いので、あとから自主訓練できるよう促せるとよい。卒業者を集める場所があるとよい。

メニューに自主運動の指導を組み入れる。自宅でできればよいが、なかなか一人では続かないかもしれないので、短期集中の事業所に月1回指導に来てもらってはどうか。リハ職のアドバイザー派遣があるが、百歳体操の会場に半年～年1回程度派遣をし、地域の受け皿強化として、百歳体操に魅力を持たせるのはどうか。受け皿として百歳体操が出るが、なぜ増えないのかという話になり、お世話役が高齢になったり疲れ果てて辞めてしまい、後継者がいないとのこと。無償ボランティアでは限界があるので有償にしてはどうか。地域の中心人物でお世話係になりたくない方が多い。地域の世代を超えたつながりが薄いのでつながらない可能性があり、昔ながらの地域の祭りを再び盛り上げてはどうか。

百歳体操というより、地域活動への参加。通いの場やサロン。個々に合った運動メニューを提供してもらう。自宅での役割の継続、趣味や生きがいなどを続けてもらう。地域でアクセスが難しい場所にはバスが来て皆で集まれるよう市より補助があるとよい。



支援を通じて見えてきたこと

- ▶ 普段話をしない事業所の方と普段しない話ができ、事業所の方が求めていることがわかってよい機会だった。
- ▶ 短期集中は難しいと感じる。事業所の方からも卒業を目指したいがそういう方がおらず、結局次につなげていることもあるので、ここで見直しをできるとよい。
- ▶ 3回参加して、今まで感じていた短期集中に対する考えが皆さんと一緒に確認できたことが今日までの気づきとなる。今後どうしていくかは考えなければいけないが、まずそれが確認できてよかった。
- ▶ これまで短期集中Cについて利用もできておらず、個別ケア会議もしている中で利用者像などもあまり考えたこともなかったのが現状。こういった機会を設けていただき勉強ができた。

今後に向けて

- ▶ 関係性の再構築：顔の見える関係性ができた「これで終わりですか？」という発言
- ▶ 考えの共有，共通理解
- ▶ 通所型サービスCの捉えの確認：なぜ総社市にとって大切なのか
- ▶ 総社市の目標達成にはまだ至っていない気がする
- ▶ 短期集中のイメージが湧かないという声もあった
- ▶ もっと具体的なサービスの理解が必要・・・成功事例の共有，事業の見学
- ▶ 今後も市と一緒に考える機会を設定

まだまだ深める必要がある！

最後に

- ▶ 地域の実情を直接事業者とやり取りすることで

北部に送迎してくれるサービスが増えた！！！！

- ▶ 居場所がない・移動手段がない、課題が明確になった！

いきいき百歳体操の課題（お世話役が高齢化・疲れ、後継者がいない）

→改めて住民と話し合う・リハビリテーション専門職の派遣

→卒業者が集まる場の検討：フォロー教室・スポーツジム等との連携

いきいき百歳体操を大切に。

- ▶ 現場の声を活かした介護保険計画が作成へ

：計画が包括・事業者の我がこととなる

自立支援＝自分らしい暮らしの支援

「サービスの卒業？」＝その人が暮らしていた形や

それに近い形に帰っていく

キーワードは「リエイブルメント？」

Re-ablement 再び自分で出来るようにする





地域づくり加速化事業における 『総社市』への伴走支援を通して

～岡山県がしてきたこと～

岡山県保健福祉部 長寿社会課
岡山県備中県民局健康福祉部 健康福祉課



総社市とその仲間たち

アドバイザー
(1人)

このメンバーで
事業を進めました

厚労省
(2人)

総社市
(4人)

岡山県

中国四国
厚生局
(5人)

地域包括
(6箇所)
(14人)

SC
(2人)

事業
所
(4人)

ボラ
ン
テ
ィ
ア
(2人)

個別
ケ
ア
会
議
ア
ド
バ
イ
ザ
ー
(3人)

担当等
職員
(3人)

市町村
支援員
(3人)

備中県民局
(1人)

地域ケア個別会議に、参加してきました！

厚生局も一緒に

1 回目支援で。。。
地域の課題と思われる意見が
こんもり。。。。

現状は??

総社市を
知りたい！

なるほど。。

地域性が
あるなあ

う・・・ん??

どうしたら
いいかなあ

総社市のことを支援者間で共有しなきゃ！

立場で思
いの相違
がある

支援者が
多い

市の目指
したいと
ころは？

厚労省

アドバ
イザー

総社市

厚生局

岡山県

市の思いを
反映して
歩みたい！

支援者間で進捗状況や方向性、
思いの共有（状況整理し資料
作成、メール・追加のオンラ
イン・電話作戦実施）
なかなか難しい行程でした

県庁内でも役割・支援等、多々話し合った

参加者の声をまとめてみました！

2回目支援で。。。。

みんなの声を
反映したい！
次につなげたい！

1G

4G

参加者の声

課題と優先度

市町村支援員が、
カテゴリー化し、
まとめてみました！

総社市へ
提示

ワクワクし、
やりがいも
ありました！

3回目支援
の参考に

総社市と一緒にオンライン参加しました！

総社市に
寄り添って。。。。

3回目支援を
成功させたい！

3回目支援に向けて。。。。

そうそうたる支援者に圧倒されないように、
総社市の思い（気持ち）がしっかりと反映された
会になるように、そばで一緒に考えました。

市の思いが反
映された企画、
打合せに。

ちょっと待って！
シンキングタイム！！

終えて。。。

- 市ともしっかりと話しあいをしたかった。分かち合いたかった。本音で語りたかった。

⇒その中で本当の支援が生まれてくると思う。

- 支援機関、支援者数が多かった。立場が異なれば見える側面が異なり、共有が難しく歩みにくさもあった。支援者の皆様には県の悩みを聴いていただく機会もいただき感謝している。また、一人で悩まず、仲間がいること、相談できたことは心強かった。
- 市の関係機関から前向きな意見が多く聴かれ、お互いに情報交換もでき有意義であった感想なども聴けうれしく思った。

これから。。。

- 市町村の抱えている課題に対して、市町村の声（思い）を大切に、県として、一緒に悩み、考え、歩んでいきたい。
- 市町村としっかりと話をし、状況や課題を整理し、目指す方向に向かっていきたい。県だけでは、そこへの支援が難しいので、専門家のアドバイスをいただきながら進みたい。
- 総社市の支援を通して、アドバイザーや支援者からのアドバイス、学び、気づきも活かして、市町村の横展開につなげたい。

総社市さんへ。。。

- ・野瀬係長、河原さん、渡邊さんが揃っているとホッとしました。
- ・多くの関係者から前向きな意見を得られたことは市にとって貴重な財産だと思います。
- ・参加のみなさまのエネルギーに触れ、元気もいただき、一緒に考えたい、歩みたいと心が動かされ楽しかったです。
- ・今回の取組を通して、市内関係者との繋がりが再構築されたと思います。今後はそれぞれの課題について理解・共有・合意して一步一步改善に向かえるよう応援しています。県もぜひ、その仲間に入れてください。
- ・何でも話せる、相談できる関係でありたいです。今後ともどうぞよろしく願いします。ありがとうございました。

ひとり言 ～こうあったらいいなあ～

R5年度加速化
事業の市町村数
は倍？！

- ★市町村のエントリー内容を
しっかり把握して、スケジュールを
立てて進めるように。目指す方向の確認をしながら進む。
- ★支援者全体で支援を通しての進捗状況等の共有化、役割
分担の明確化。思いの共有。
- ★会議のまとめが見える化できるような工夫。
- ★県の伴走支援もしていただきたい。
- ★市町村や県の職員1人（異動1年目）でもできる事業で
あってほしい。

ご清聴ありがとうございました。

北広島町の介護予防・日常生活支援総合事業 を振り返る



広島県 北広島町役場
地域介護係(北広島町地域包括支援センター)

北広島町の紹介



広島県の北西部である芸北地域のほぼ中央部に位置。中国自動車道のICが2つあり、広島市中心部から、約40分でアクセスが可能。

面積: 646.2km² (町としては中国地方一の広さ)
面積の8割以上が森林地帯

人口: 17,423人 (8,318世帯)

高齢者人口: 6,875人

高齢化率: 39.5% 生活圏域ごとにみると50%を越えている地域が4地域中2地域ある。

(令和5年1月末現在)

神楽や田楽などの
民俗芸能が
盛んです



広くて
人口密度が低い



地域包括ケアシステム

病気になったら…

医療



かかりつけ医・歯科医・薬局

相談業務や
サービスの
コーディネート
を行います。

地域包括支援センター等
ケアマネジャー

医療・介護の
連携

自宅など
住みなれた

住まい



いつまでも元気に暮らすために…

生活支援・介護予防

みんなで支
え合う地域
づくりを
支援します。

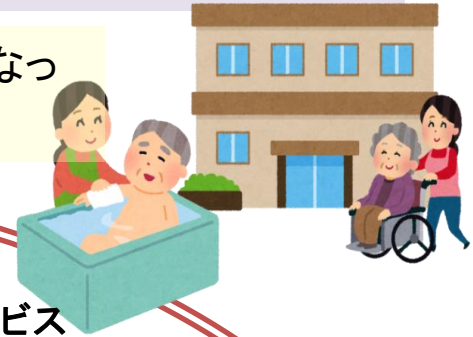


生活支援コーディネーター
認知症地域支援推進員



高齢者学級・自治会・ボランティア・
地区社協・シルバー人材センター・元気づ
くり推進事業・地域の支え合い・助け合い

介護が必要になっ
たら… **介護**



■在宅系サービス

- ・訪問介護・訪問看護・通所介護
- ・ショートステイ
- ・福祉用具 など

■地域密着型サービス

- ・認知症グループホーム
- ・小規模多機能型居宅介護 など

■介護予防サービス

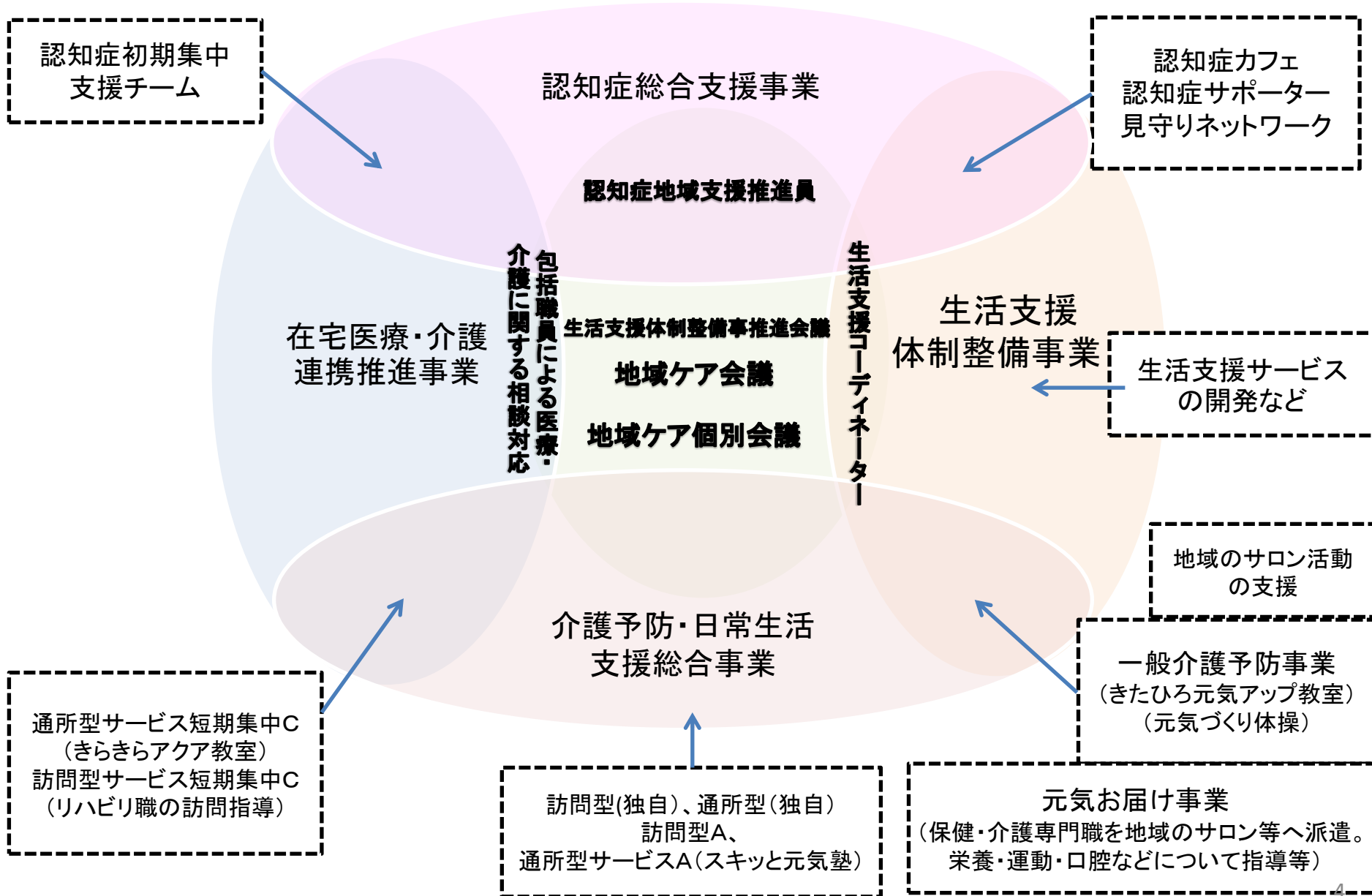


介護者のつどい
家族介護教室
認知症カフェ



認知症サポーター・認知症キッズサ
ポーター

北広島町 介護予防・地域支援事業



地域づくり加速化事業へエントリーした理由

平成28年4月から総合事業を開始。
苦慮しながらも訪問型サービスA事業、訪問型サービスC事業（リハビリ、口腔）、通所型サービスA事業、通所型サービスC事業、生活支援サービス（見守り配食事業）を立ち上げ、実施してきた。

しかし…

第1号被保険者一人あたりの介護給付費は県内で常に上位。
保険者機能強化交付金の得点が伸びない。等
評価が低い結果となっている。

県や保健所からは、頑張っていると評価してもらっているが、目に見えた効果が現れない…



総合事業を中心に事業評価し、事業の見える化についての
評価・助言を期待してエントリーを行った。

第1回目支援 現状と課題の共有

(残念ながらオンラインでの開催)

- ・北広島町の平成28年度からの総合事業などの事業開始の経緯、現状などを説明。



2回目支援の内容の決定

- 町の成果指標を明らかにする。
- 介護予防の全体像を整理する。
- 住民の願いを叶えるために何が必要か話し合う～ケアマネと共に～



第1回目の支援を終えて・・・

- 係内で話し合い、北広島町の成果指標を決定！
「幸せだと感じる人を増やす」
(第8期介護保険事業計画では45.2%)



- 今までは、それぞれが担当事業を進めてきていたが、係の目標を決めることで、同じ方向に向かって進むことができるようになった。
- 係員で話しをすることで、それぞれの思いや、感じている地域課題を確認することができた。

第2回目支援 介護予防体系を作成(念願の現地開催)

- 参加者全員がグループワークで「北広島町介護予防体系(令和4年度)」を協議



- 午後からは町内居宅介護支援事業所のケアマネジャーにも参加してもらい、北広島町の目指す姿について日頃からの気づきや思い、希望などを話し合った。

- 最上位目的、上位目的、下位目的と段階的に決め、それぞれの成果指標やデータ入手方法など具体的に決めていくことで、やるべきことを明確にすることができた。
- アドバイザーが職員の思いを聞き、それに対する助言や意見をいただくことで、新たな気づきや取組が生まれた。
- ケアマネからの意見を聞くことで、実際に必要な事業などを考えることができた。

第2回目の支援を終えて・・・①

ケアマネジャーの声を振り返る

- 通院や受診の際などの付き添い
- 本人の好きなことに取り組める通所サービス（パチンコ、将棋、パソコンなど）
- 介護保険外の話し相手



- 介護保険サービスが都市部よりも少なく、介護保険外のサービスの構築が必要であると感じた。
- 傾聴ボランティアや、通院への付き添いボランティアなど、地域で活躍したい人を募り、マッチングしていくなどの事業が今後必要である。

第2回目の支援を終えて・・・②

- 介護予防体系を完成させるためにアンケートを実施（一般介護予防事業の運動教室）教室の満足度を中心に1月中に教室に対し、配布回収を行った。
 - 介護予防体系を係員で協議
- アンケートを実施することで、参加者の参加目的を確認することができた。同時に成果指標を決めることができた。
 - 介護予防体系に担当者が現状や具体的な成果指標を落とし込んでいくことで、評価をできる環境を整えることができた。

第3回目支援 まとめ（現地開催）

- 数値で北広島町の介護予防の成果を検討
- 参加者全員で「北広島町介護予防体系（令和4年度）」を協議



- 北広島町の介護予防の成果は徐々に出ています。
- 「北広島町介護予防体系」でいただいた助言等を北広島町で協議し、完成させること。

第3回目の支援を終えて・・・

- 介護予防体系を係員で協議し、令和5年度の重点取組を決定！
 - 第9期介護保険事業計画にも重点取組として盛り込んでいく
- 令和5年度に実際に取り組む事を決めることができた。今後は担当者が計画を立て実践していく。
 - 加速化事業の成果として実践する際には、広島県の協力を得ながら進めていきたい。

地域づくり加速化事業を終えて

- 係員の異動もある中で、係員全員で目指す成果指標を検討することができたことはよかった。それに伴い、異動してきた係員も事業立ち上げの経緯や事業の目的など改めて学ぶことができたことも大きな成果だった。
- 今後も係員での協議を実施、介護予防体系作成を続けていくことで、見える化していくことができると感じた。
- 様々な事業を実施していく中で、重点的に取り組む事業を体系で整理することができた。
- 協議する中で他の市町の取組事例を聞くこともでき、参考になることが多かった。

みんなで完成させた「介護予防体系」を実践し、
みんなで評価し、少しずつでも前進していきたい
と思います。



ご支援いただき、本当にありがとうございました。

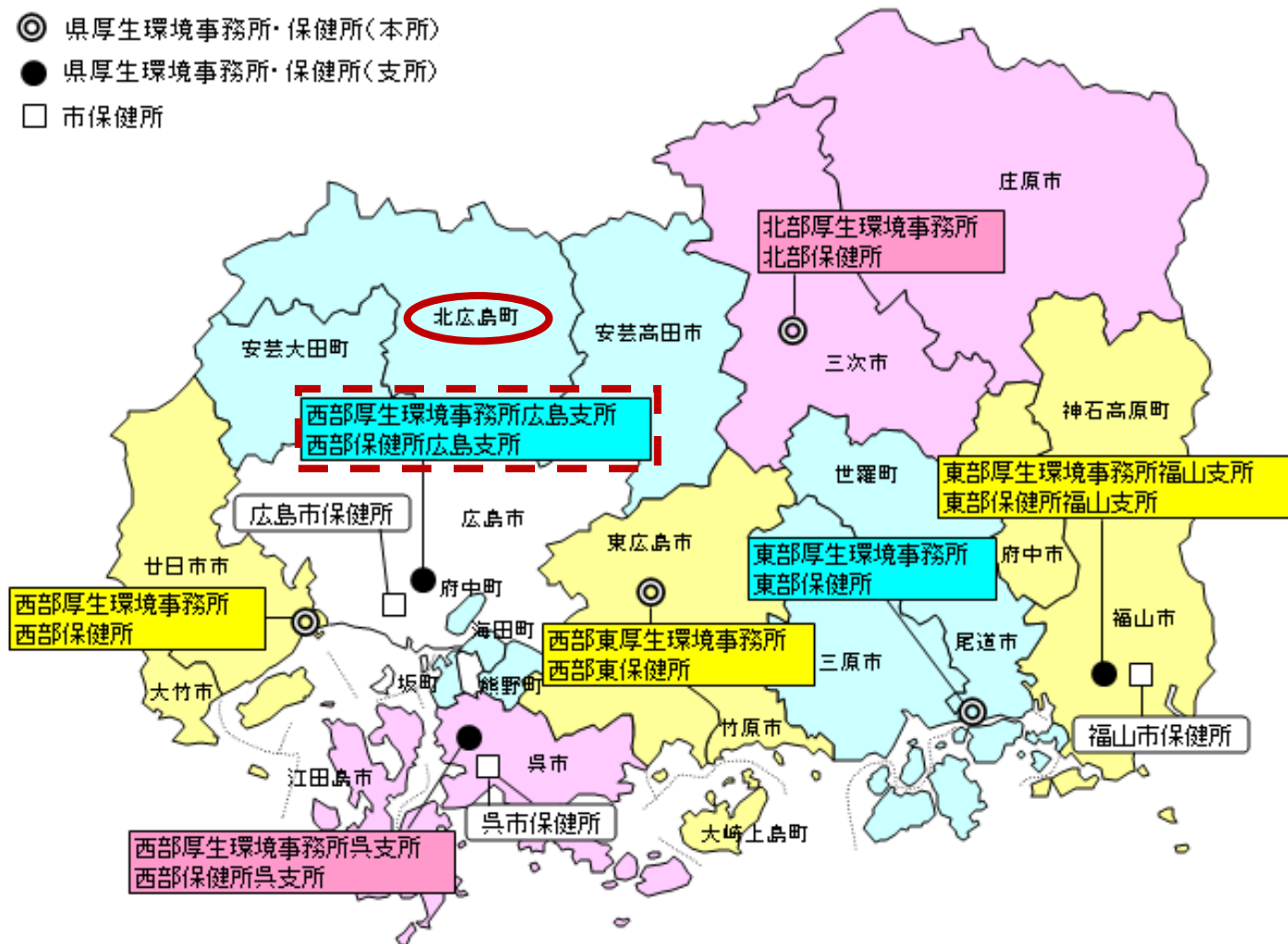
広島県 北広島町支援を 振返って



広島県健康福祉局地域共生社会推進課
地域包括ケア推進グループ



広島県の支援体制



組 織	主な役割
地域共生社会推進課 (本庁)	自立支援型ケアマネ ジメントの普及、生活 支援体制整備、など
健康づくり推進課 (本庁)	健康づくり・介護予防 の推進など
厚生課・保健課 (西部厚生環境事務 所・西部保健所広島 支所)	きめ細かな支援(地域 包括ケア全般)
広島県地域包括ケア 推進センター (県設置)	専門性が高く、かつ注 力すべき課題への対 応に特化した支援

担当アドバイザー

氏名	ご所属・役職	専門分野
松岡 武司	倉敷市社会福祉協議会 地域福祉課 主幹 第1層コーディネーター	生活支援体制整備事業
村井 千賀	石川県立こころの病院 認知症疾患医療センター 副所長	介護予防 通いの場 サービスC(訪問型・通所型) 認知症

北広島町のエントリー・選定を受けて



- ・県内でも熱心に介護予防事業に取り組んでおり、向上心が高いところ。
- ・中山間地域で高齢化が進む中でも、地域住民を大切にするという意識が高い。
- ・熱心に取り組んできたからこそ、躓きや課題を抱えているはず。
- ・アドバイザーの力を借りて、エントリーしてよかったと思えるよう支援をしよう。
- ・町の意向、真のニーズに寄り添った支援を行うため、密に対話をしよう。

1回目支援から3回目支援までの流れ

オリエンテーショ
ン顔合わせ
0. 5mtg
支援者mtg①
支援者mtg②

1回目支援
9/15
ハイブリッド

県支援者mtg
支援者1.25mtg
1.5mtg

2回目支援
11/17
現地参集

2.5mtg

3回目支援
1/31
現地参集

支援に求めることと支援の方向性についての意識合わせ～0. 5mtg～

各事業の連動性を整理したい

総合事業の評価について助言が欲しい

町の今後の方向性を協議したい



・いろんな事業をされており、それぞれに努力しており素晴らしい。

・まずは住民のニーズや地域課題について内部で整理する。

・各事業の目的と成果(住民のニーズを満たしているか、さらにニーズを持つ方が、各事業に参加出来ているか見えるといい。

・関係者間での各活動の共有や共感から連動や連携が生まれることを期待。

1回目は地域の強みやニーズと課題の掘り下げを行い、ゴールは、それらを関係者で共有して、連動性を意識しながら事業実施できることとする。

1回目支援前の支援者ミーティング①②

■主な協議事項

- 事業は目的を果たすための手段。本来の事業の目的を共有する取組が必要。
- 住民のニーズに応えているか整理が必要。(どの対象にどんな支援をして何を改善するか)
地域ケア個別会議や運営協議会などで出てきている課題を整理できないか。
- 行政や専門職との横軸を通す支援も出来ればいい。
- 在宅緩和ケア, ACPの普及・推進やアンケート調査も実施している。その先にまちづくりが広がる流れ。
この取組(事業)はこういう意図でやっているで一連の流れを説明できればいいと思う。



○北広島町の総合事業を評価して、これまでの成果を示し、継続(アップデート)していく
ことが出来るよう支援を行う

第1回支援(令和4年9月15日)

コロナの影響で北広島町と西部保健所広島支所をオンラインで繋いで実施



方法: 現地とオンラインのハイブリット

内容: 自己紹介、現状共有、意見交換

良かったこと: 各事業ごとに現状を共有し、出来ていること、町の強みや注力していることが評価できた。

気がついたこと: 町全体での事業評価を行い、適切な時期に適切な支援が行えているか検証する必要や住民のニーズを把握する必要がある。

支援の方向性についての意識合わせ～1. 25mtg～

県関係者での
分析・考察を
報告

アドバイザーからの助言
①ケアマネの意識の確認
②短期集中Cの使い方
③生活支援してくれそうな
所探し
④まちづくりの目標をたて
評価する



【取り組んでいくことの提案】

- ・住民自身が要介護を防ぐ，維持することの大切さを知る
- ・家族に負担をかけない生活支援，仕組みづくり
- ・独居であっても地域との交流を持てる
- ・在宅を支える支援の充実，特に通所サービス（食の支援）
- ・ケアマネの考えや想いを聞く
- ・ケアマネの意識の向上
- ・町としてどんな町づくりをするか方向性を考える
- ・短期集中Cの機能や内容への意識確認

テーマは絞って支援することになる。この機会に関係者で課題を共有すること，課全体，町全体で考え直す機会や今後取り組んでいくべきことが明確化するように支援する。

支援に求めることと支援の方向性についての意識合わせ～1. 5mtg～

【1回目支援で気づいたこと～北広島町より～】

- ・評価を得たが、給付費が高く、軽度者の在宅サービスの受給率が高いなど成果がでていない
- ・事業が必要な支援内容となっているか検討が必要（訪問Cの目標や達成度が曖昧）
- ・課内での目的の共有が必要
- ・真のニーズを抱えた人がどれくらいサービス利用できているか把握する必要がある
- ・訪問Cの改善度を判定会として包括が共有する必要がある

【意見交換】

AD:“在宅を諦めずに主体的に生活継続する“をかなえるためにどうするかといった視点を。

AD:住民主体の支え合いを入れていく(今ある事を磨く)

○役場に頼る感覚の住民を巻き込むのは難しい

○地域を我が事と考える考えを醸成するにはどうすればいいのか

○介護給付費以外の成果指標も知りたい。

◎次回の2回目支援の内容案

- 1 町の成果指標を明らかにする
- 2 介護予防の全体像を整理する
- 3 住民の願いを叶えるために何が必要か話し合う～ケアマネと共に～

※ケアマネや地域の活動家，関係者の理解を図りながら，進めていく



第2回支援 令和4年11月17日

目指すまちづくりの共有とそのための町の介護予防体系を皆で考えました

方法：現地参集型

内容：自己紹介、グループワーク、意見交換会

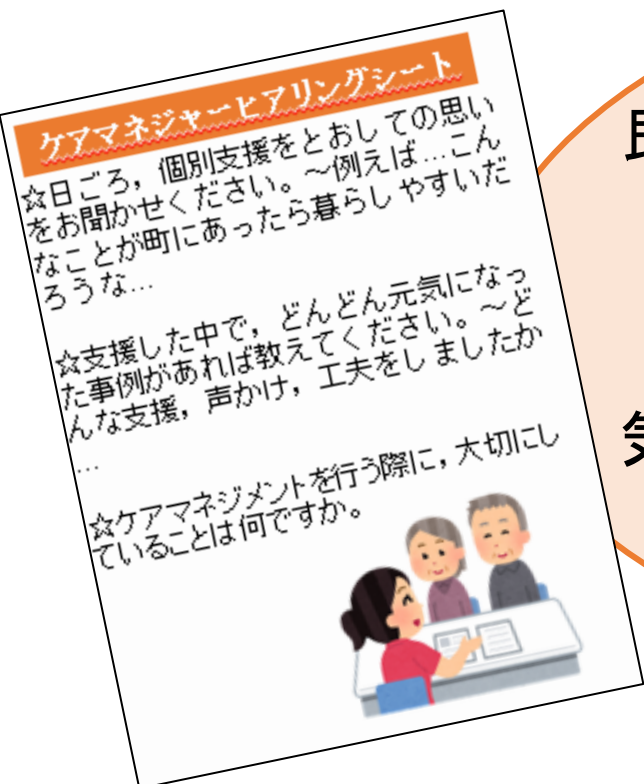


ケアマネから町の高齢者像や暮らしのニーズを教えてもらいました

良かったこと：目指すまちづくり【**幸せだと感じる人を増やす**】を共有できた。

成果指標に意識調査等も視点に加える視線合わせができた。

気がついたこと：元気を取り戻した事例から、年齢や機能低下に関わらず、機能改善の可能性があることがイメージできた。



ケアマネジャーとの意見交換から



本人が好きなことをしてリハビリになる場

通院介助, 院内の付き添い

多様なサービス

人材, ボランティア

インフォーマルな資源(の把握)

介護される側が誰かの役に立つ場

免許返納すると移動が課題→一度で用事がすむ場外出(買物・通院)支援

スマホで外出したい人がわかるシステムができないか

普段からの繋がり
の啓発

話し相手になる
ような見守り

災害時への日常からの備え, つながり

元気が低下しても活躍し, 特技が活かせる場
(高齢者の出番づくり)

介護予防の最上位目的	「幸せだと感じる人を増やす」	成果指標	幸せと感じている人の数（第8期介護保険事業計画 45.2%）	データの入手方法：介護保険事業計画策定時の住民調査
------------	----------------	------	--------------------------------	---------------------------

演習シート

最上位目的「幸せだと感じる人を増やす」

3つの上位目的

1「人とのつながりを啓発・実践していく」

2「短期集中でフレイル予防で元気を取り戻す」

3「認知症地域支援推進員の活動をもっと地域や個人の啓発に広げていく」

上位目的 1	人とのつながりを啓発・実践していく	成果指標		データの入手方法
下位目的 1	サロンを活性化し、人とのつながりの場を提供する	成果指標		データの入手方法
下位目的 2		成果指標		データの入手方法
下位目的 3		成果指標		データの入手方法

上位目的 2	短期集中でフレイル予防で元気を取り戻す	成果指標	
下位目的 1	団塊の世代に向けて、介護やフレイル予防などの動画を配信し、介護予防の普及啓発を図る	成果指標	
下位目的 2		成果指標	
下位目的 3		成果指標	

上位目的 3	認知症地域支援推進員の活動をもっと地域や個人の啓発に広げていく	成果指標	
下位目的 1	家族に対する介護教室の開催し、認知症の理解や対応方法などの啓発を図る	成果指標	データの入手方法
下位目的 2		成果指標	データの入手方法
下位目的 3		成果指標	データの入手方法

元気アップ教室参加者アンケート結果及び介護予防体系の協議～2. 5mtg～

【アンケート結果～北広島町より～】

- ・4圏域23名の教室参加者にアンケート実施。参加者内訳は80代、女性の割合高い。
- ・全体の68%が自家用車を自身で運転し参加。
- ・教室を知ったきっかけは、圏域毎に差があった。(大朝・芸北は人からの紹介、千代田は音声放送やラジオ、豊平は自分で探した方が多い傾向あり)
- ・参加目的としては、症状の緩和や転倒予防などに加え、気分転換や人との交流を楽しみに参加されている方も多い。
- ・参加前後の心身の変化として自覚していることとして最も多いのは、家でも運動するようになった事。気持ちが明るくなった、よく人と話すようになった等、精神的な変化を感じる方も多く、症状の緩和や転倒予防に効果を感じている方も多い。
- ・満足度は満足と答えた人が17名、まあまあ満足と答えた方が1名で、不満足は0名と高い。

【意見交換】

- AD:「他者とのつながり」、「フレイル予防で元気を取り戻す」の両方ともに満足している結果が出ている
- AD:“心が動く”ことが重要で、“また会いたい”、“生活しやすくなった”と実感されていることで参加継続していることが分かる
- AD:地域の居場所になっている
- 通える場所の選択肢を増やしていくことが必要
 - ターゲットを70歳代に広げれば、活動の幅が広がるのでは
 - 活動を諦めずに、活動をどうすれば続けられるかを住民自身が考えることが大事
 - 介護認定の改善率の出し方について教えて欲しい
 - 教室や事業の取組によって認定の抑止力になっているかどうかは、新規申請に至らない件数を、見た方が分かりやすい
 - 幸福度に関する整理についても次回助言願いたい

◎次回の3回目支援の内容案

- 1 町の介護予防体系を実際の業務の中でPDCAを図れるように具体化を進める。
- 2 9期計画策定に向けて、幸福度についての事業や取組との結び付け方を整理する。

第3回支援 令和5年1月31日

方法：現地参集

内容：町からの報告，介護予防体系づくり，意見交換

良かったこと：目指す姿への実現に向けて，介護予防事業を体系化したことで，各事業の目的や他事業との連動性も明らかになり，事業の推進は図られやすくなったと考える

気がついたこと：医療介護連携で取り組むべきこと，住民や専門職への啓発・周知をいかに実施していくか，介護予防の視点をどう地域づくりや住民互助に取り入れていく等，今後の課題

データからみる介護予防の成果

～北広島町で分析を行った結果～

- 新規申請者は減少傾向，認定時の年齢は80～90歳代が多く，90歳以上の認定者でも非該当，要支援1，2に留まっている層があることから，**認定の抑止力になっており，介護予防の成果**といえる。
- 新規申請の中には，医師に勧められ意見書を持参する方がいる実態や65～70歳未満の新規申請者には，がんや脳梗塞患者の方が含まれることから，**医療・介護連携の重要性が明らかになった**。
- 脳梗塞等の予防可能な疾患に対して，保健事業で出来ることがないか**との提案もあった。

介護予防体系づくり

上位目的①人とのつながりを啓発・実践していく。②短期集中でフレイル予防して，元気を取り戻す。③認知症地域支援推進員の活動をもっと地域や個人の啓発に広げていく。についての令和4年度の実践と成果及び令和5年度にどんなことに取り組んだらよいか協議した。

「幸福度」の考察

上位目的の3つとの関係要因とクロス集計を行うことから着手する。



伴走支援を受けてよかったこと・気がついたこと

- アドバイザーの方々をはじめ、厚労省、中国四国厚生局、県地域包括ケア推進センター、西部保健所、広島支所、健康づくり課の協力のもと、市町の求める支援を行うことが出来て、自分自身の学びにもなった。
- 地域包括ケアシステムを充実させるために、介護予防事業について連動性、PDCAサイクルを意識した支援が必要であることへの理解が深まった。
- 庁内連携や課内での共有化や重点施策についての視線合わせを、こうした機会に行うことは良い機会と考え、県は、継続支援が出来るメリットがある。今後も市町伴走支援の形として経験を積み上げていきたい。



北広島町 保健課の皆さま

お疲れ様でした。
引き続きよろしくお願いします。