

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各 介 護 保 険 関 係 団 体 御 中

← 厚生労働省 老健局振興課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

地域包括ケアシステムの構築に向けた取組事例について

計８７枚（本紙を除く）

Vol.377

平成２６年６月６日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線 3937)
 FAX：03-3505-7894

事 務 連 絡

平成26年6月6日

都 道 府 県
各 指 定 都 市 介護保険主管部（局）御中
中 核 市

厚生労働省老健局振興課

地域包括ケアシステムの構築に向けた取組事例について

平素より、介護保険制度の円滑な実施にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

今般、別添のとおり、地域包括ケアシステムの構築に向けた各市町村の取組事例を取りまとめました。地域包括ケアシステムについては、市町村が中心となって、地域の多様な支える力を集結させ、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていく必要があります。特に高齢者の多様な生活支援や社会参加のニーズに応えていくためには、高齢者が担い手となる支援の充実など、市町村が中心となって支え合いの体制づくりを進めることが必要です。

取組事例を管内市町村や関係団体等に広く周知いただくとともに、好事例も参考にしながら、各自治体で取組を進めていただきますよう、よろしくお願いいたします。

地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例(まとめ)

地域包括ケアシステムについては、市町村が中心となって、地域の多様な支える力を集結させ、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていく必要があります。特に予防給付を見直し、円滑に地域支援事業へ移行していくためには、市町村が中心となって支え合いの体制づくりを進めることが必要です。厚生労働省では、市町村の好事例を取りまとめました。好事例も参考にしながら、各市町村で取組を進めていただきたいと思います。

○市町村介護予防強化推進事業(介護予防モデル事業)に関する事例・.....P2

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/jitsurei.html

【厚生労働省のHP> [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#) > [介護・高齢者福祉](#) > 介護予防 > 5 市町村介護予防強化推進事業】

○介護予防・日常生活支援総合事業に関する事例・.....P20

○介護予防事業に関する事例・.....P28

「地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例」(参考)

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi_02.html

【厚生労働省のHP>> [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#) > [介護・高齢者福祉](#) > [介護予防](#) > 4 地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例】



【出典】平成26年3月 地域包括ケア研究会
「地域包括ケアシステムを構築するための
制度論等に関する調査研究事業報告書」

○生活支援コーディネーターに関する事例・.....P36

「地域における生活支援サービスのコーディネーターの育成に関する調査研究事業 報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000046377.pdf>

【厚生労働省のHP>[政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#) > [介護・高齢者福祉](#) > 地域包括ケアシステム > 5. 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加】

○地域包括ケアシステム構築に関する事例

「事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成
～できること探しの素材集～」.....P55

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf

【厚生労働省のHP> [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#) > [介護・高齢者福祉](#) > 地域包括ケアシステム
> 1. 地域包括ケアシステムの実現に向けて > 地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例】

【日本地図から全国の事例を検索】
をクリックすると、地図から事例の検
索ができます。

<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/>

「過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書」.....P60

<http://www.hit-north.or.jp/houkokusyo/2013tiikihokatsu-shiryo.pdf> 【社団法人北海道総合研究調査会HP】

○地域ケア会議に関する事例(参考)

「地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集～地域の特色を活かした実践のために～」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf

【厚生労働省のHP> [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#) > [介護・高齢者福祉](#) > 地域包括ケアシステム > 3. 地域ケア会議について】

市町村介護予防強化推進事業 (介護予防モデル事業) 事例



http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/jitsurei.html

【厚生労働省のHP>[政策について](#)>[分野別の政策一覧](#)>[福祉・介護](#)
>[介護・高齢者福祉](#)>介護予防>5 市町村介護予防強化推進事業】

市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）の概要

事業の目的

※平成24-25年度の予算事業として実施

要支援者等に必要な予防サービス及び生活支援サービスを明らかにするために、一次予防事業対象者から要介護2までの者であって、ADLが自立又は見守りレベルかつ日常生活行為の支援の必要可能性のある者に対するサービスニーズの把握、必要なサービス（予防サービス及び生活支援サービス）の実施、効果の計測及び課題の整理。

1 年目（平成24年度）モデル市区町村（13市区町村）において、以下の流れにより事業を実施。

Step1 事前評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

Step2 予防サービス及び生活支援サービスの実施

予防サービス（通所と訪問を組み合わせる実施）

通所



訪問

専門職等が対応（委託可）
・二次予防事業 等

専門職等が対応（委託可）
・家事遂行プログラム 等



生活支援サービス

・配食
・見守り
・ごみ出し
・外出支援 等

“卒業”後は、住民運営の“居場所”に移行

体操教室・食事会 等

認知症

この事業で 受けとめきれない
課題を明らかにする。

地域の社会資源や地域住民※を活用して実施

（※老人クラブ、シルバー人材センター、フィットネスクラブ、地域の活動的な高齢者等）

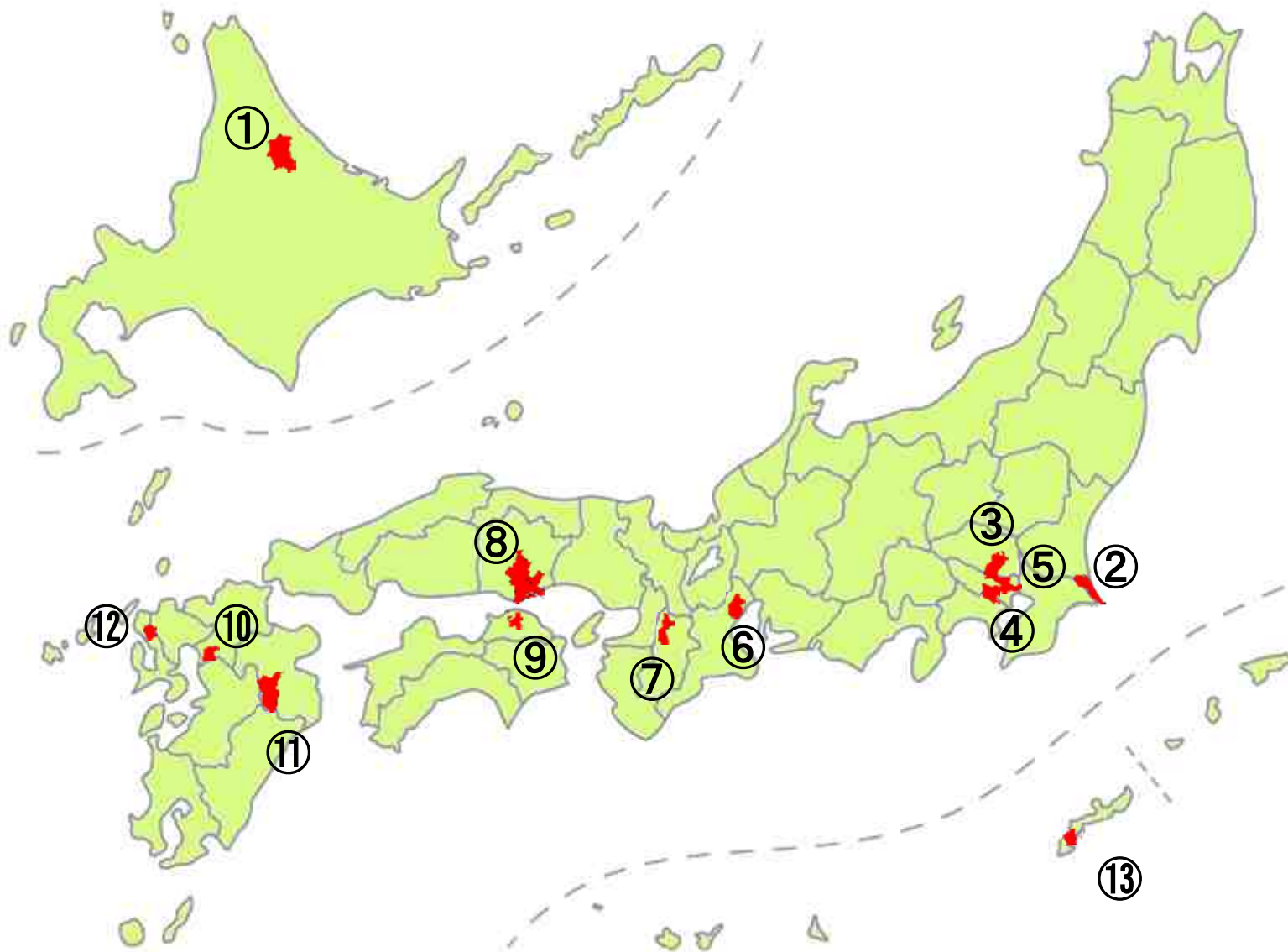
Step3 事後評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

2 年目（平成25年度）

引き続き予防モデル事業を実施。

- ・モデル市町村において実施された事業の内容・結果を厚生労働省に報告。
- ・厚生労働省において、予防サービス及び生活支援サービスの類型化及び好事例の紹介。

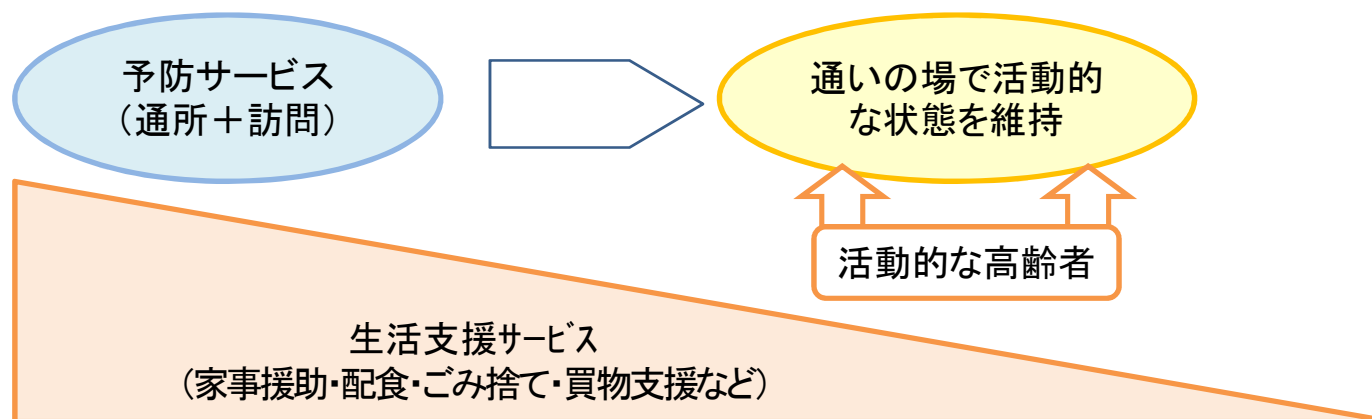
予防モデル事業実施市区町村



①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちょう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

予防モデル事業における要支援者等の自立支援の考え方

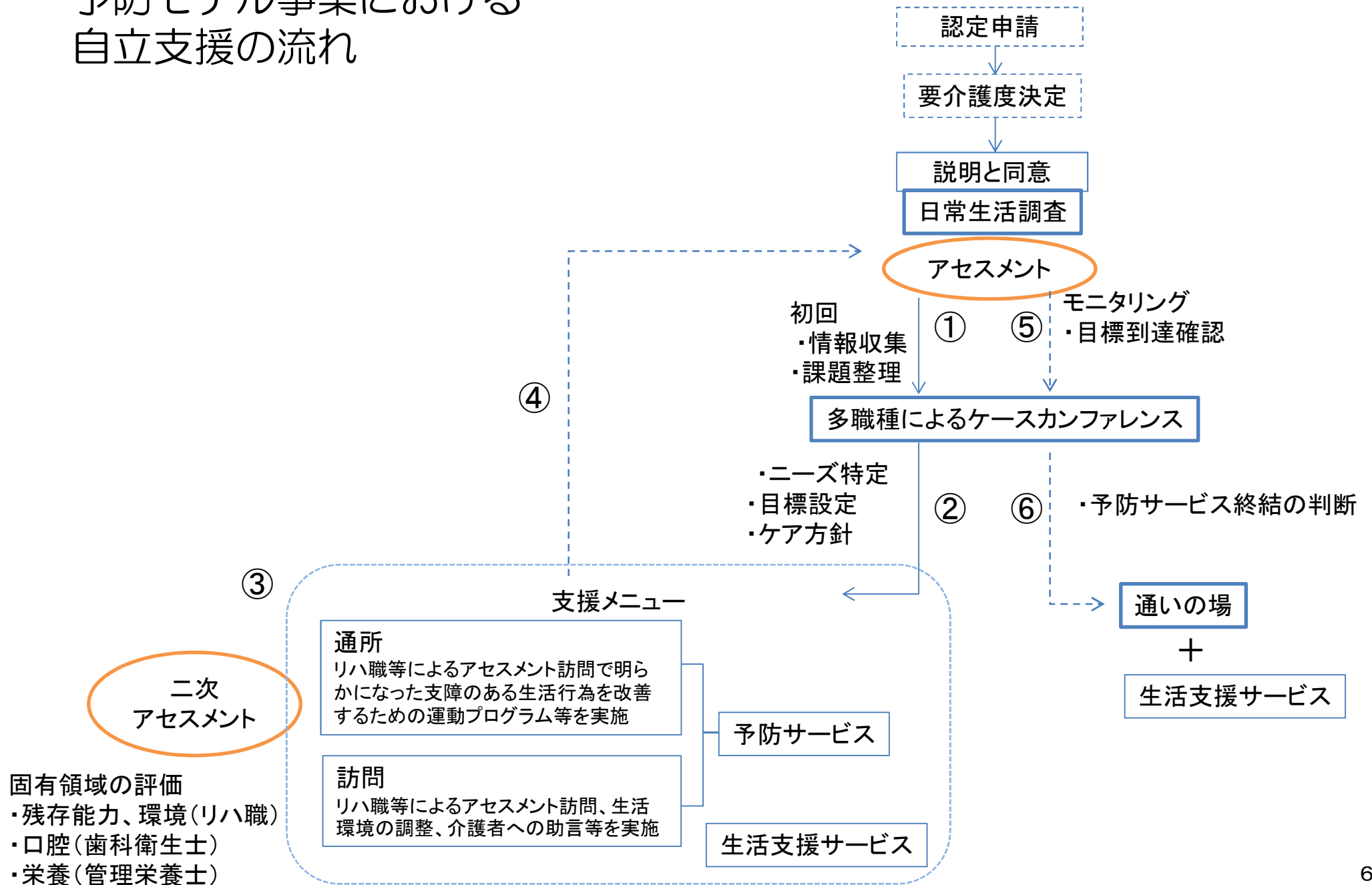
- 要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入（通所と訪問を組み合わせ実施）により、元の生活に戻す（又は可能な限り元の生活に近づける）ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

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

予防モデル事業における 自立支援の流れ



地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

【ここがポイント！】

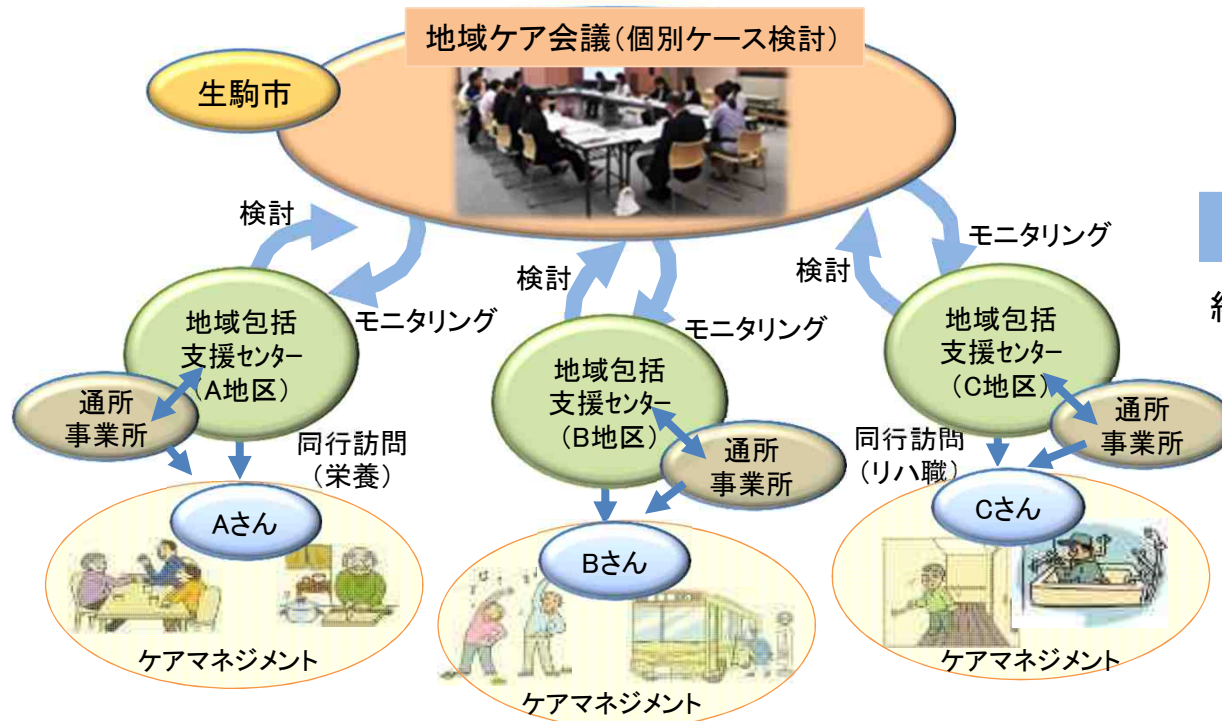
- ① ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
 - ② 1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
 - ③ 疾患別等に体系化して集中議論で効率化
 - ④ 継続(毎月1回)
- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
 - ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
 - ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
 - ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)

生駒市



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円

平成25年4月1日現在



○地域包括支援センター

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
- ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
- ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
- ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

○通所事業所

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 的確な個別プログラムが立てられる
- ・ 通所の“卒業”の意識が定着
- ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

事例 (生駒市)	84歳 男性 高齢世帯(夫)	要支援1 (2012/6/1～2013/5/31)	⇒ 更新せず
	83歳 女性 (妻)	要介護1 (2012/6/1～2013/5/31)	⇒ 要介護1
	要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。		



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

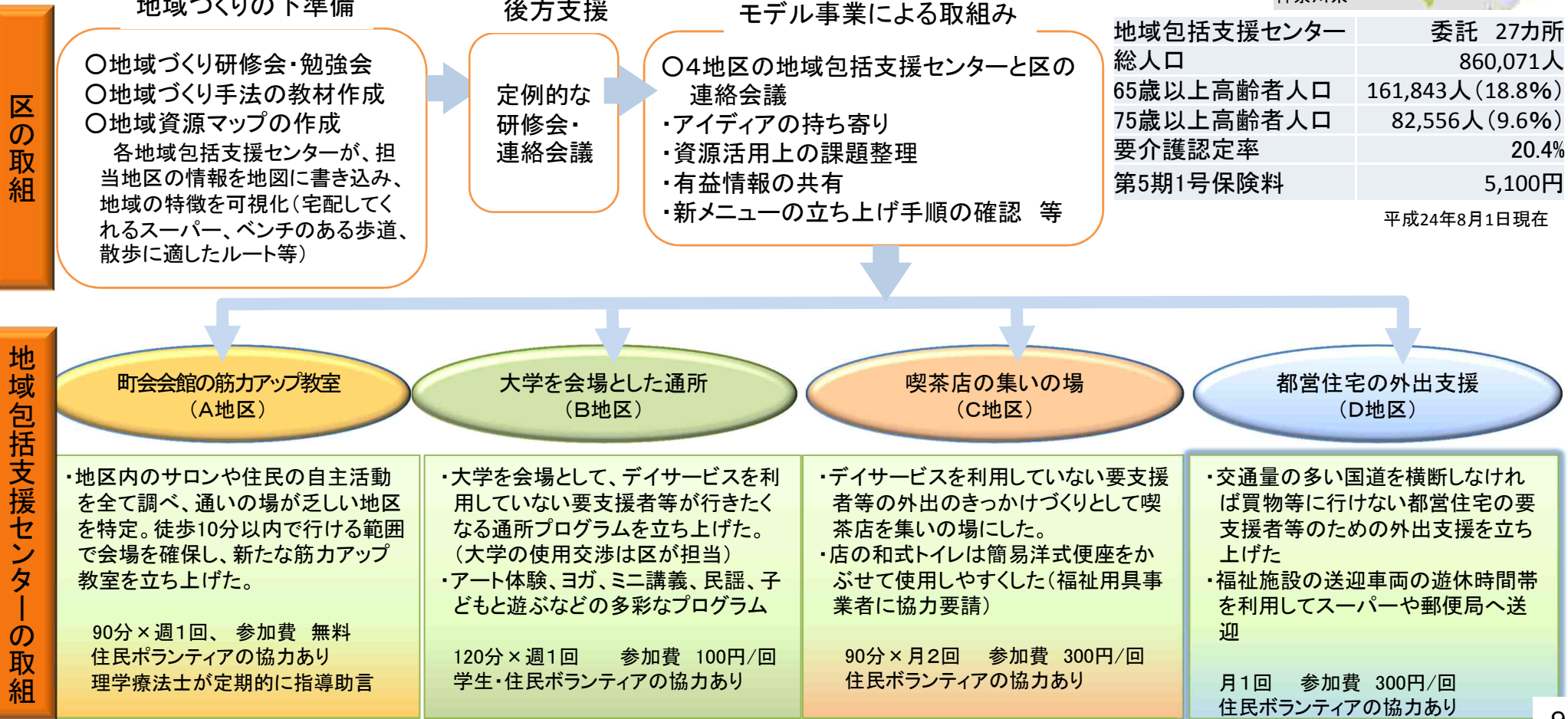
	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域 ケア 会議 による 検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ (週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10) (夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ちが明るくなり、活動的になっている。
リハ職 の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	

地域資源を活用した多様な通いの場の取組例 ～東京都世田谷区～

○世田谷区は、地域包括支援センターとの定期的な連絡会議で現場の問題を共有し、関係機関の調整など必要な行政対応を行いながら、地域包括支援センターの地域づくりをサポート。地域包括支援センター単位で都市部の豊富な地域資源を活用して多様な通いの場の創設や外出支援を実現している。

【ここがポイント！】

- ①区の保健師が、地域包括支援センターと地域で行動を共にして地域づくりのノウハウを伝授
- ②その後、各地域包括支援センターが担当地域の自治組織や住民と会合等を通じて関係づくり



事例 (世田谷区)	77歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/7/26~2013/7/31) ⇒ 更新せず
	要介護認定を受けた経緯： 脊柱管狭窄症で2012年7月に手術を受け、一月後に自宅に戻る



地域包括支援センターの相談



大学の通所(体操プログラム等)



喫茶店の集いでお世話役のボランティア

	【退院後の状況】(2012.8)	【3か月後】(2012.11)	【9か月後】(2013.5)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・しゃがむ動作、長く歩くことが困難 ・買物の荷物を運ぶことが困難 	<ul style="list-style-type: none"> ・近所の外出ができる ・軽い荷物を持って歩くことができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・床の正座ができる ・長く歩けるようになり、近県の旅行ができる
地域包括 支援センターによるケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・住居は、元々バリアフリー化されており問題ない ・家事は自分で可能(買物は、スーパーの宅配を利用) ・友人の支援あり。支援関係を絶たないよう配慮しながら様子を見守ることに。 	①リハ職の訪問アセスメント ②大学の通所(週1回)	ケアマネジメント、リハ職の対応は終結
リハ職の対応	(この時点では、リハ職等の訪問、多職種のケースカンファレンスは準備中)	〈自宅訪問〉 <ul style="list-style-type: none"> ・家の内外の動線を評価 ・安全な動作、体操をアドバイス 〈ケースカンファレンス〉 <ul style="list-style-type: none"> ・ADL、IADLの改善可能性の見通しを提示 	<div style="text-align: center;"> 日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 </div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px;"> 【現在】(2013.10) <ul style="list-style-type: none"> ・喫茶店の集いで、お世話役のボランティア ・趣味の茶道が復活 ・ボウリングサークルに入会 </div>

住民主体の活動による生活支援・介護予防の取り組み例 ～大分県竹田市～

○竹田市は、中高年齢層を対象に暮らしのサポーターの養成を行い、実践の場として「暮らしのサポートセンター」を立ち上げ、生活支援サービスや通いの場の運営を委託。人材養成と実践の場づくりを連動させることにより元気な高齢者が担い手として活躍できる地域づくりを実践している。

【ここがポイント！】

市長をトップに、関係機関と住民が自由に議論できる場を用意

竹田市経済活性化促進協議会
竹田市雇用創造推進プロジェクト会議
(会長：市長)
商工団体、社会福祉協議会、医療機関、地域包括支援センター等

活動拠点
「暮らしのサポートセンター」
(空き店舗利用)

住民互助の活動体「りんどう」
(会員157人、平均年齢74.2歳)

めざすべき姿を議論
(自助互助の機運醸成へ) (毎月2回、約半年)

立ち上げ準備(市) (約1年間)

- 1 暮らしのサポーター養成
- 2 活動拠点の整備・事業委託

活動開始(住民)

(半年後)

活動会員(27人)：生活支援の提供者
協力会員(19人)：寄り合い場の運営
賛助会員(69人)：賛同者
利用会員(42人)：生活支援の利用者



地域包括支援センター	委託1カ所
総人口	24,547人
65歳以上高齢者人口	9,890人(40.2%)
75歳以上高齢者人口	6,285人(25.6%)
要介護認定率	22.6%
第5期保険料	5,500円

平成25年1月末現在

介護予防教室

- ・市の健康運動インストラクター養成研修を修了した住民が「竹田ヘルスフィットネス」を結成
- ・市の委託を受けて介護予防教室を企画実施(暮らしのサポートセンターを会場に体力測定と運動指導)
- ・地区の高齢者サロンで運動指導の出前も実施

指導料 4,000円/人回
インストラクター 50～70歳代

通いの場(寄り合い処)

- ・暮らしのサポートセンターで「寄り合い処」を運営
- ・年代を問わず気軽に立ち寄ることのできる場(手芸・囲碁等の趣味活動、世間話など、過ごし方はさまざま)
- ・木工・陶芸などの手作り品の展示販売

オープン 月～金、9:00～17:00
(コーヒー100円、定食300円)

生活支援サービス

- ・さまざまな生活支援(家事、草取り、植木の水やり、ペットの世話、外出支援、簡単な修理修繕など)
- ・利用者とサービス提供者のいずれも会員登録を行い、会費を支払う(年会費1,000円)

料金(利用券) 30分400円、60分800円
対価 利用料金の75%
(25%は「りんどう」の活動資金に充当)

季節行事・イベント開催

- ・さまざまな年代が楽しめるイベントの企画と実施
- ・住民の交流促進、地域おこし
- ・地域への愛着を育む取組

雪っこカーニバル・歌声喫茶
ミニコンサート・カラオケ大会
チャリティーコンサート・料理教室
クリスマスイベント・しめ縄作り
かるた大会・紅白歌合戦
ヨガ・グランドゴルフ大会 など

事例
(竹田市)

76歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/4/16~2013/4/30) ⇒ 更新せず

要介護認定を受けた経緯：変形性股関節症で2012年1月に人工関節置換術を受け、6月に自宅に戻る



自宅周辺のウォーキングで体力づくり



暮らしのサポートセンターで食事づくり



収穫した野菜を地域の仲間と販売

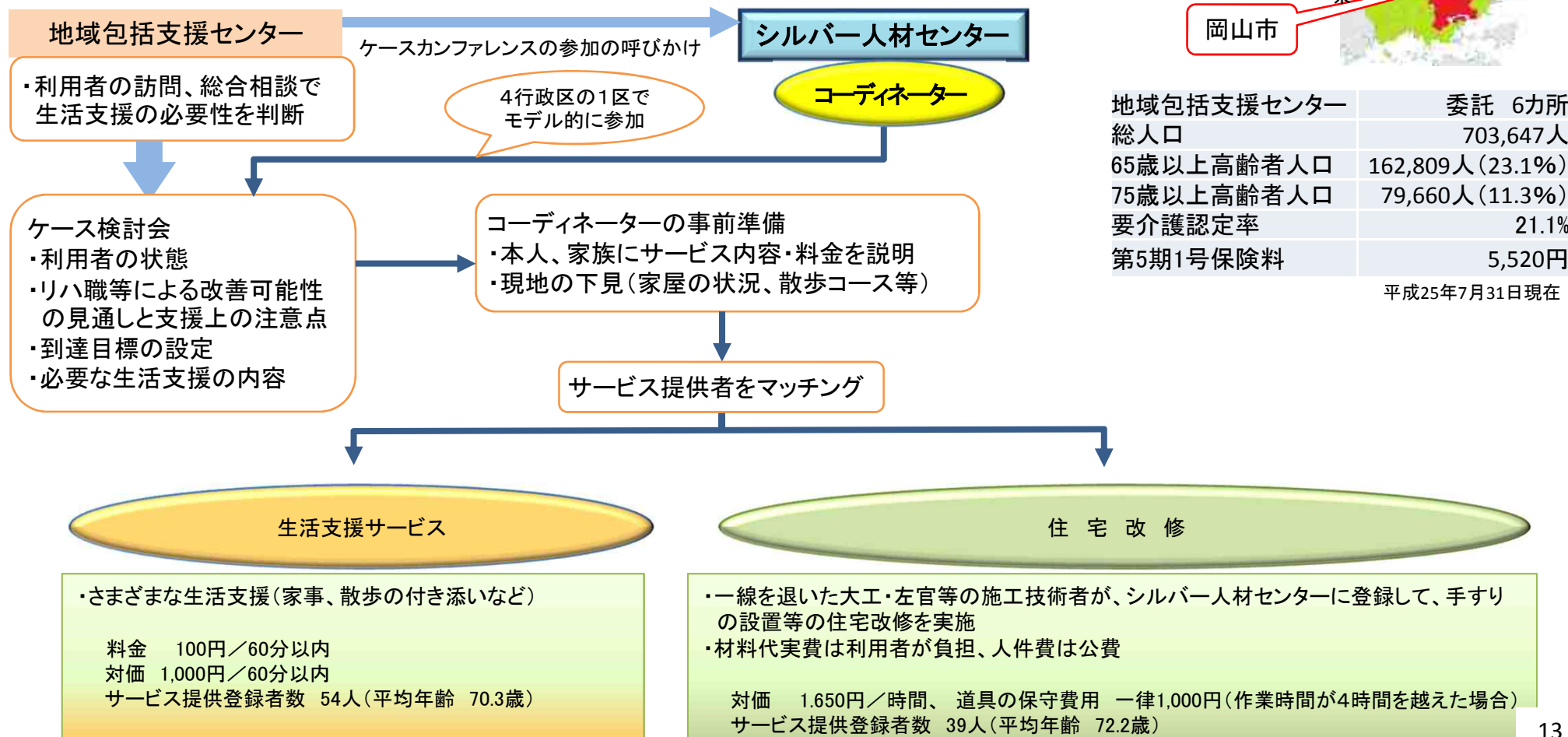
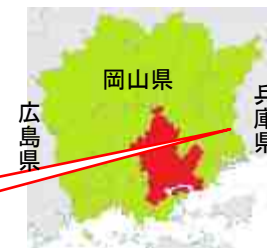
	【退院後の状況】(2012.6)	【6か月後】(2012.12)	【9か月後】(2013.4)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・しゃがむ、床から立ち上がる動作が困難(畑仕事、ふとんの寝起き等) ・重い物の運搬が困難(ゴミ出し、買物の荷物や畑の資材を運ぶ等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・畑に腰をおろして草取りができるようになる ・ゴミや荷物等は小分けして台車で運ぶことができるようになる 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活全般が自分で行える ・野菜づくりが再開 (窓拭きや力の必要な農作業は、「りんどう」の生活支援を利用)
医療	外来リハ(20分×週3回)	外来リハ(20分×週3回)	年内で終了予定
地域包括支援センターによるケアマネジメント	①住宅改修(手すり)・福祉用具購入(シャワーチェア) ②社協の貸し出しベッド(給付外) (この時点では、暮らしのサポートセンターの生活支援は準備中)	①温泉水中運動(週1回) ②ノルディックウォーク(自宅周辺を毎日30分) ③暮らしのサポートセンターで役割づくり(食事づくりのメンバーとして)	ケアマネジメント、リハ職の対応は終結 ↓ 日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。
リハ職の対応	(この時点では、リハ職等の多職種によるケースカンファレンス等は準備中)	〈ケースカンファレンス〉 ・外来リハの病院リハ職が、達成可能な目標設定をアドバイス	【現在】(2013.10) ・収穫した野菜を地域の直売所で販売 ・暮らしのサポートセンターで食事づくりのボランティア活動 ・地域の高齢者サロンで元気になった自分の体験を話したり、体操指導等の世話役を担っている

シルバー人材センターを活用した生活支援の取組例 ～岡山県岡山市～

○岡山市は、シルバー人材センターにコーディネーターを配置して、利用者のニーズとサービス提供者のマッチングやサービス提供内容の調整を行い、生活支援を必要とする高齢者とその担い手となる高齢者の双方が安心してサービスの利用や提供ができるように配慮している。

【ここがポイント！】

- ・シルバー人材センターのコーディネーターが、地域包括支援センターのケース検討会に参加
- ・利用者の状態と到達目標を把握した上で人材をマッチングし、利用者と提供者の双方の安心感と満足度を高めている。



事例
(岡山市)

71歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/8/2~2013/8/31) ⇒ 更新せず
要介護認定を受けた経緯：変形性膝関節症で2012年7月に人工関節置換術を受け、一月後に自宅に戻る



介護予防教室(元気スマイル教室)



歩行ルートの確認



介護予防教室でお世話役のボランティア

	【退院後の状況】(2012.9)	【2か月後】(2012.10)	【6か月後】(2013.2)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・杖歩行。屋外を歩く自信がない。 ・タクシーで通院(唯一の外出) ・家の中の家事はできる ・買物は別居の娘が同行 	<ul style="list-style-type: none"> ・杖歩行 ・屋外歩行は依然として自信がなく、外出はタクシーを利用 ・階段昇降は手すりを使用して2足1段 	<ul style="list-style-type: none"> ・通所の送迎不要(往復、一人で歩いて参加) ・バスで外出(デパートに行く) ・荷物を持って歩くことができる
地域包括 支援センターによる ケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・住居は、元々バリアフリー化されており問題ない ・県外から転入して間もないので知り合いがなく、心細い <p>(この時点では、通所事業は準備中。当面、地域包括支援センターが訪問で相談援助を行った)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ①リハ職の訪問アセスメント ②介護予防教室(週1回×3か月) <ul style="list-style-type: none"> ・運動プログラム ・仲間づくり、役割づくり <p>※自宅と会場は300m程度。最初は送迎で対応</p>	<p>ケアマネジメント、リハ職の対応は終結</p>
リハ職の 対応	<p>(この時点では、リハ職等の訪問、多職種のケースカンファレンスは準備中)</p>	<p>〈訪問アセスメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅周辺の歩行ルートを確認 ・通所の帰りに、リハ職が自宅まで一緒に歩き、自信が持てるように後押し。 	<p>日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。</p> <p>【現在】(2013.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防教室のボランティアとして活動 ・市のボランティア養成講座の受講をはじめる

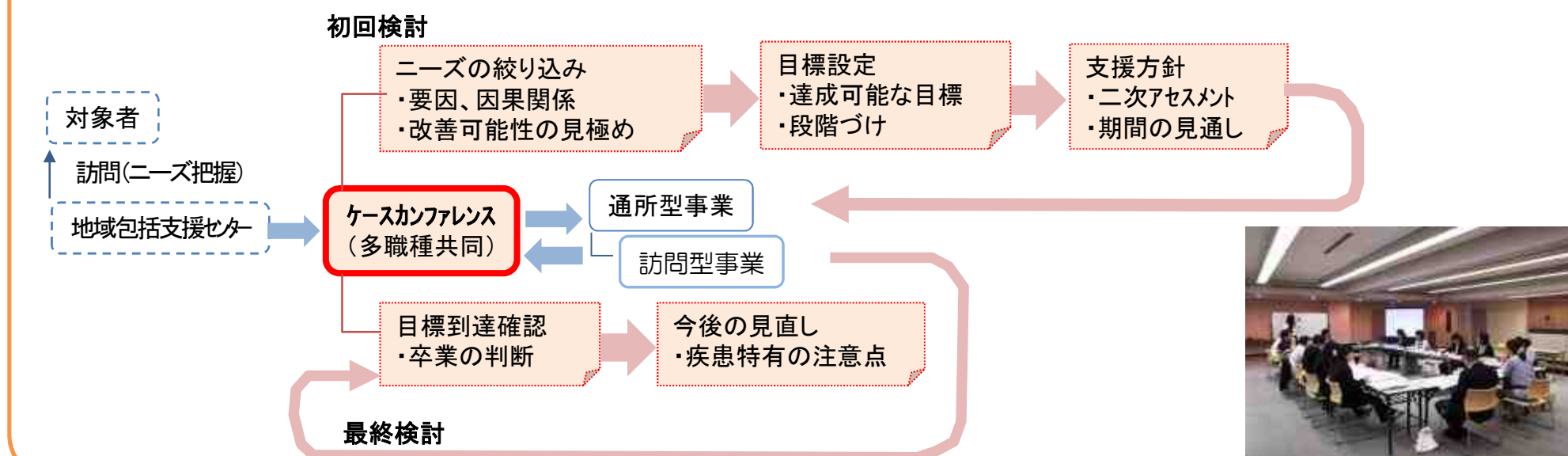
予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割①～ケースカンファレンス～

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割 : 難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職 種 構 成 : 保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数: 3時間程度(1件10～15分程度 × 15～16件)

ケースカンファレンスの実際



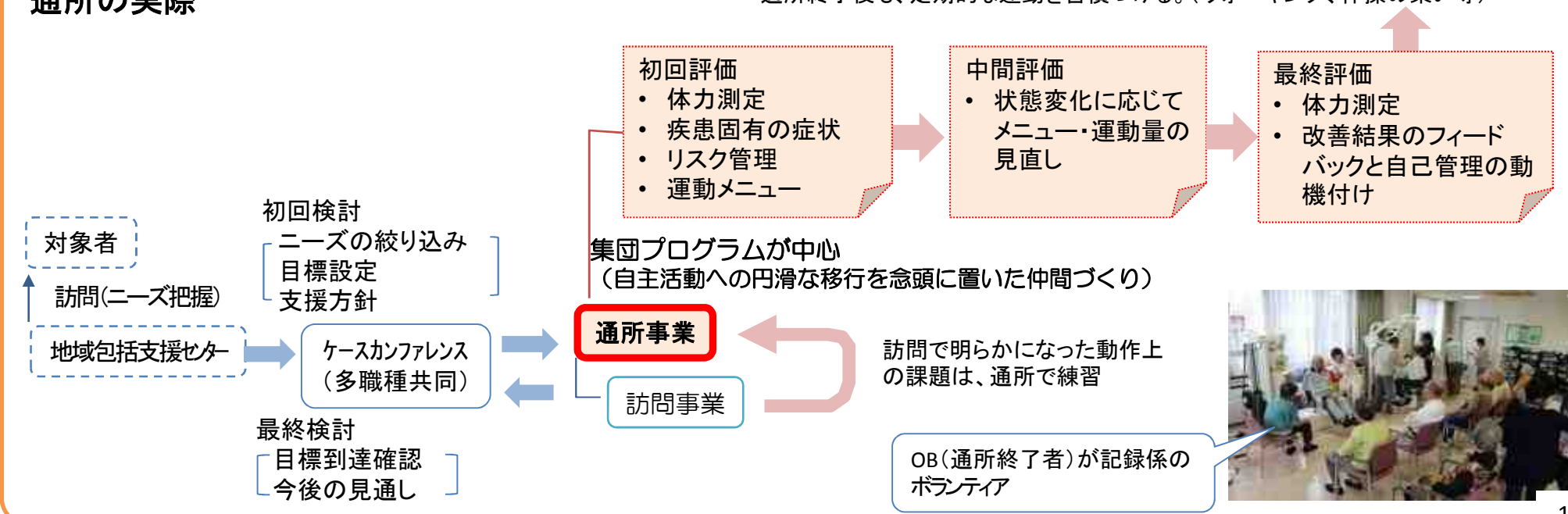
予防モデル事業を通じてみてきたリハ職の役割② ～通所事業～

- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為（風呂のまたぎや荷物を持った歩行など）の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。

- リハ職の役割：機能評価、疾患固有の症状（疼痛・変形等）に配慮した運動プログラムの提示（PT）、興味・関心を引き出す活動種目の選定と導入（OT）、運動指導員・介護職員・ボランティア等へのプログラム実施上の助言、訪問で明らかになった動作上の課題について個別指導
- 職 種 構 成：通所スタッフ（介護職員・運動指導員等） & 理学療法士（作業療法士）
- 対応の頻度：1クール3か月（週2回×12週）の場合 ⇒ 利用者1人につき3回程度の評価（初回・中間・最終）
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認（心疾患等による運動負荷の制限等）

通所の実際

通所終了後も、定期的な運動を習慣づける。（ウォーキング、体操の集い等）



予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割③ ～訪問事業～

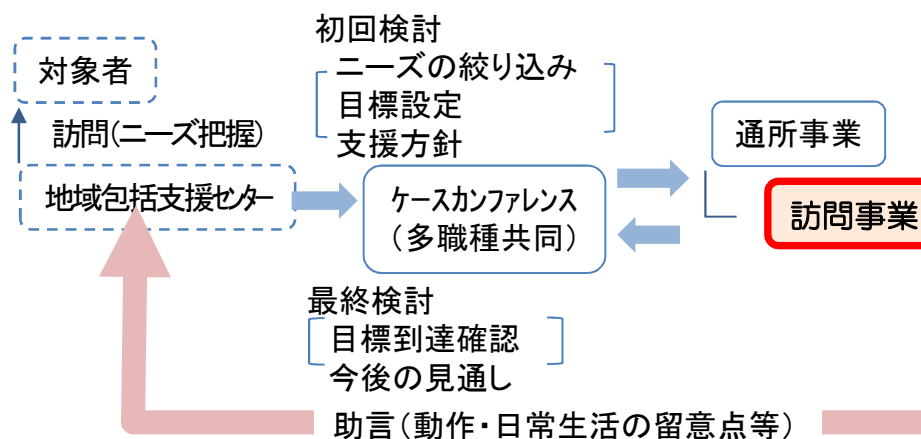
リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

訪問事業の概要

- リハ職の役割 : 生活の場における動作・環境の評価、改善策の提案、本人・家族・地域包括支援センターへの助言
 - 職 種 構 成 : 市町村保健師or地域包括支援センター職員 & 作業療法士 or理学療法士(ケアマネジメントを担う地域包括支援センター等との同行訪問が基本。)
 - 対 応 の 頻 度 : 1回1時間程度、対象者一人につき1～3回程度で終結
- ※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

訪問事業の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



OTの評価と改善提案 1回目

- 神社の参拝が日課だった
＝参拝の復活 [初期目標]
- ・玄関の上がり框が動作の支障
→踏み台設置
- ・自宅周辺に坂が多い
→歩行補助具の変更



初期目標が達成されるまでは、
地域包括等が訪問

2回目

- 外出行動の拡大
＝バスの利用 [最終目標]
- ・バス停までの徒歩移動の確認
→休憩地点の設定
- ・バス利用動作の確認
→乗降、着席・立ち上がり



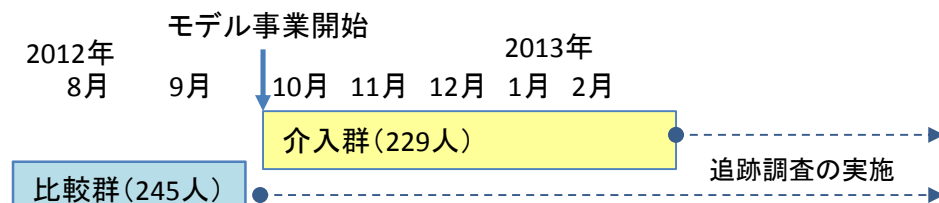
※筋力向上や疼痛緩和等の機能へのはたらきかけはPTが、生活場面の評価と動作の応用はOTが適しており、対象者の状態に応じて選択できることが望ましい。

予防モデル事業における利用者の変化

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

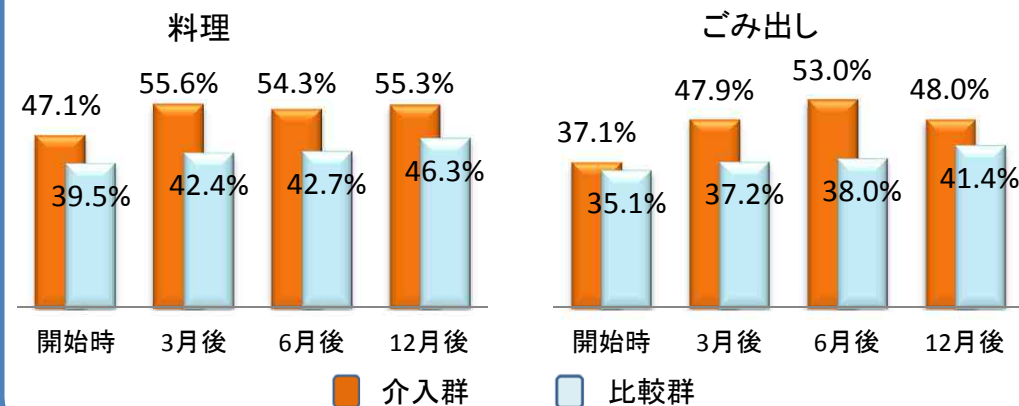
調査方法

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

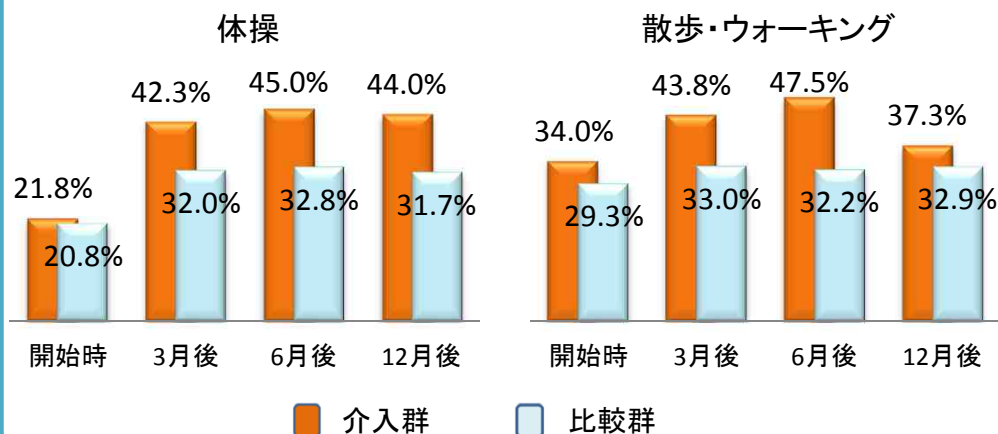


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
 3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。
 6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。
 12ヶ月後評価を実施できたのは、比較群164人、介入群150人であった。

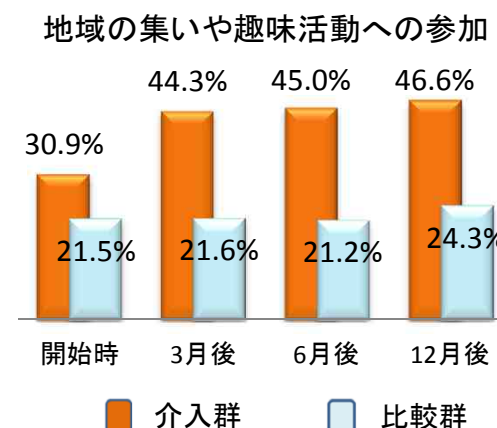
家事：自分で料理やごみ出しをする人の割合は、介入群と比較群であまり差はなかった。



活動：体操をする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



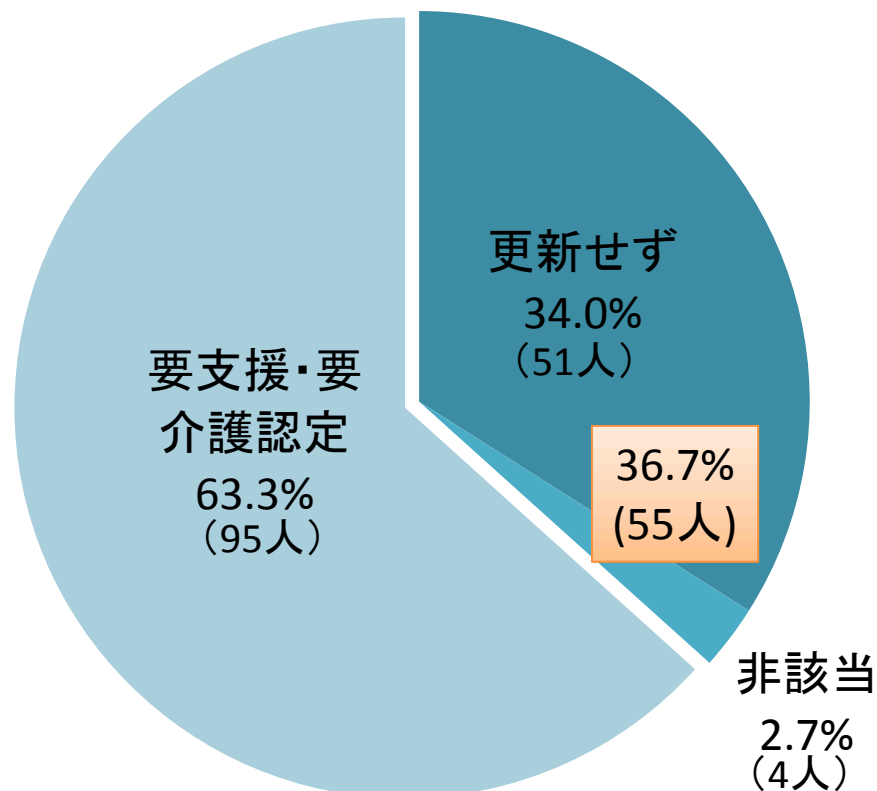
参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。



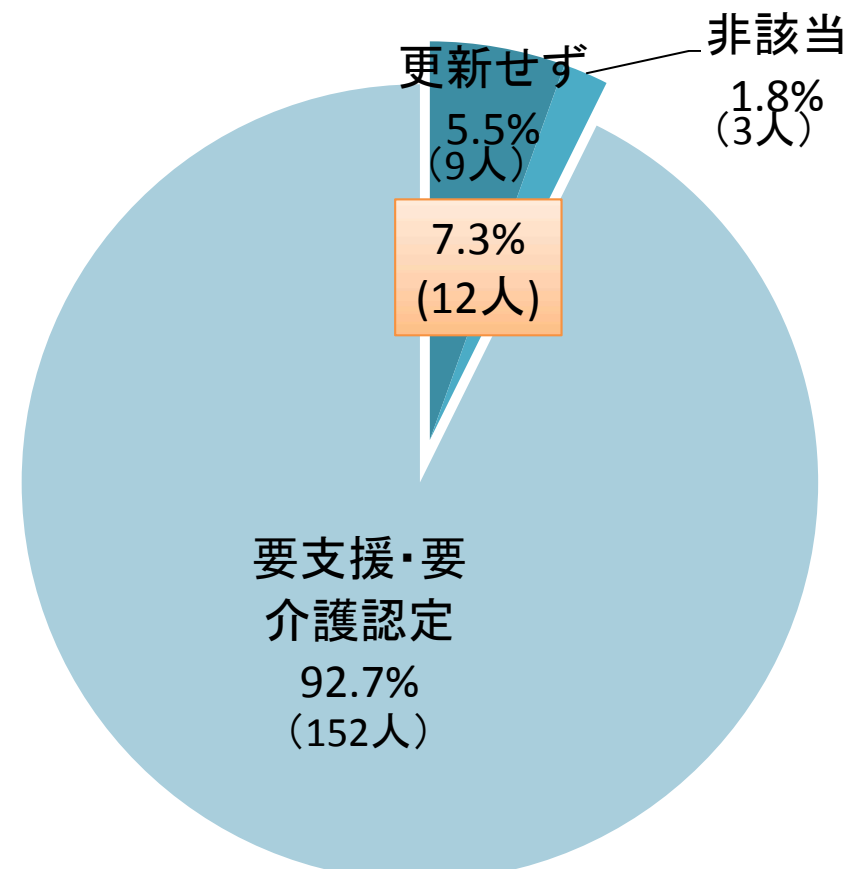
予防モデル事業における1年後の利用者の要介護度

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

介入群(モデル事業の利用者)
150人



比較群(保険給付の利用者)
164人



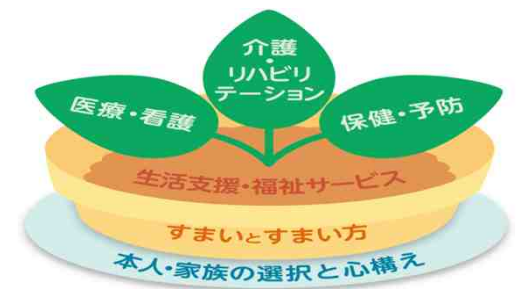
モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、サービス開始後1年間追跡のできた介入群(150人)と比較群(164人)について、1年後の要介護度を集計。

介護予防・日常生活支援総合事業 事例

＜実施保険者数＞

平成24年度 27保険者（広域連合1力所含む）

平成25年度 44保険者（広域連合3力所含む）



介護予防・日常生活支援総合事業(長崎県佐々町)

- 高齢者を含む「介護予防ボランティア養成研修」を受けた地域住民が、①介護予防事業でのボランティアや、
②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 20年度から実施し、24年12月現在45名が登録・活動中。ボランティアの情報交換等のため連絡会も設置。行政担当者等も参加し、町の介護予防の方向性の統一化、個々のケースの切れ目ないケアの実現を図る。

【佐々町の概要】 平成26年1月31日現在

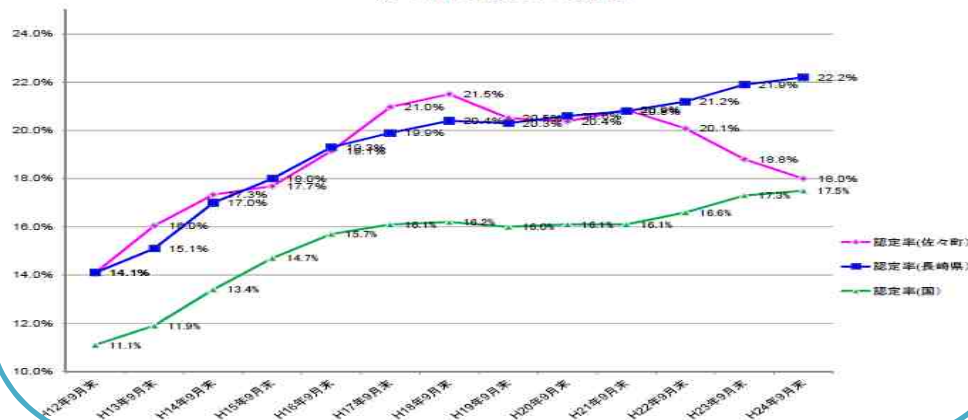
- 地域包括支援センター 直営 1カ所
- 人口: 13,738人
- 高齢者人口: 3,280人
- 高齢化率: 23.8%



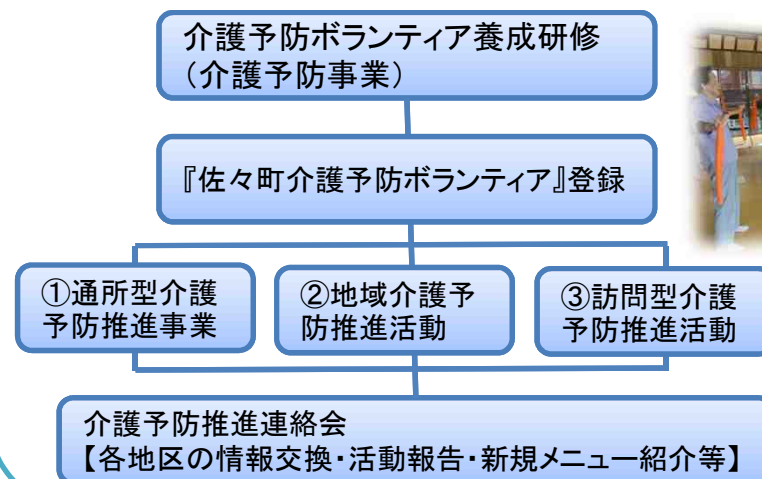
【取組の成果】

- できないことの「お手伝い」ではなく、「できていることの継続」と「改善可能なことを増やす」支援により、高齢者の自立度が向上し認定率が低下している。
- 身近な会場や地域資源を活かした通いの場、参加の場を作り、住民ボランティアが活躍することにより、住民同士の絆が深まった。

佐々町の認定率の推移



佐々町の介護予防ボランティア組織図



多様な通いの場と生活支援の体制づくり

- はつらつ教室、水中運動教室、男性料理教室、身近な会場での介護予防活動など、多様な通いと参加の場づくり
- 介護予防ボランティアの活躍の場と生きがい支援
- シルバー人材センター、介護予防ボランティア等による日常生活上の支援
- 地域デイサービスや地区の介護予防活動の開催により、要支援から改善しても通える場の確保



介護予防・日常生活支援総合事業(山梨県北杜市)

- 直営の地域包括支援センターが中心となって、地域づくりを推進。ニーズ調査の結果も活用し、高齢者の外出や交流が少ないといった地域課題を明確化。関係機関との情報交換を行いつつ、多様な通いの場づくり、ボランティア活動等を促進。
- 介護予防・日常生活支援総合事業では、これまでの取組により生み出された地域の資源等を有効に活用しつつ、①通所型予防サービス、②配食・見守り・安否確認等の生活支援サービスを実施。

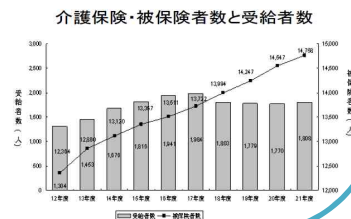
【北杜市の概要】 平成25年10月1日現在

- 地域包括支援センター
直営 1カ所
- 人 口: 48,882人
- 高齢者人口: 15,966人
- 高齢化率: 32.7%



【取組の経緯と成果】

- 北杜市は、平成18年度の地域包括支援センター設置以降、地域づくりによる介護予防の推進と地域力の向上に取り組んでいる。
- 平成22年に住民のニーズ調査を行い、全国との比較により、認知症高齢者が多い傾向にあること、社会参加意欲が低いこと、買い物等外出や交流が少ないこと等、北杜市の特徴や地域課題を明確化
- 介護事業者や関係機関との情報交換を行いながら、地域課題の解決に向けて、地域支援事業を充実強化(多様な通いの場づくり、ボランティア活動の促進、地域ケア会議の取組など)した。
- この結果、介護支援ボランティア登録者の増加や地域で高齢者が気軽に集える場を住民主体で立ち上げる等地域の力で高齢者や家庭介護を支えようという意識向上が図れている。
- このような北杜市独自の取組をH24年度から総合事業に位置づけている。



通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

- 運営(8カ所)
NPO、社協、任意団体、介護事業所
- 内容
会話、創作、体操、事業所の特性を生かした活動等(週1~2回)
- スタッフは1~2名。他ボランティア等
- ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
- 地域の人誰でも気軽に立ち寄れる場所



生活支援サービス(あんしんお届けサービス)

- 内容
 - ・配食+安否確認(緊急連絡を含む)
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異状があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、任意団体、介護事業所(4カ所の事業者が参加)



介護予防事業

- 地域を中心とした自主活動への支援
 - ・いきいき運動教室(骨折・転倒予防のための運動教室)
 - ・筋力元気あっぷ事業(筋力向上トレーニングと運動習慣習得)
 - ・ふれあい広場(体操、レクリエーション、交流会を実施)

介護予防・日常生活支援総合事業(鹿児島県肝付町)

- 人口減少が著しい山間部と町の中心部ではサービスの提供体制に差があり、限界集落に住む高齢者の孤立や認知症の予防・早期発見、介護予防等が町の課題となっていた。
- 課題解決に向けて、医療・介護・福祉等の関係者、老人クラブや住民代表らによる協議会を設置。重度化予防のための早期支援につなげるため、H24年度から総合事業を活用。
- 住民同士の結びつきを活用した住民主体の活動やボランティア育成により、①小地域ごとのサロン運営、介護予防活動、②住民同士の見守り、助け合い等を推進し、介護予防と在宅生活の継続を支援。

【肝付町の概要】 平成25年1月1日現在

- 地域包括支援センター
直営 1カ所
- 人 口: 16, 833人
- 高齢者人口: 6, 295人
- 高齢化率: 37.3%



【取組の経緯と成果】

- 総合事業に取り組む経緯となった肝付町の課題は、従来の二次予防事業では参加者が固定化していたこと、介護申請に至る前の認知症高齢者の支援が不十分であったこと、要支援者の4割がサービスを利用せず更新のみしていたことなどがあった。
- 町の大部分が山地で占められ坂が多く、人口減少が著しい地区では高齢化率が100%近いが、医療機関やサービス事業所がない。
- 住んでいる地域に偏りなく、重度化予防のための早期からの支援が必要と考え、住民代表・医師会・介護事業者・老人クラブ等の関係者からなる「高齢者福祉協議会」にて対応を検討
- 保健師がニーズを把握し、中心部から離れた集落の高齢者に対しては、通信手段による住民同士の見守り支援を導入することとした。
- 生活支援サービスについては、介護事業者のほか民間事業者・NPOなどの参入も募ったことにより、予防サービスの実施事業者が増え、僻地での配食サービスも実現した。
- 住民同士の結びつきを重要視した結果、集落の活性化と高齢者の意欲向上につながり、ボランティア活動が生きがいにもなっている。

予防サービス・生活支援サービス・介護予防事業

- 予防サービス
既存の介護事業者を活用した訪問型・通所型予防サービス
- 生活支援サービス
栄養の改善を目的とした配食サービスと安否確認
- 地域の会場を用いた介護予防の取組
 - ・ 専門職が関与し、レクリエーション、体操などによる機能訓練
 - ・ 地区公民館、集落集会場等における出前介護予防体操講座、学習会の実施

地域介護予防活動支援事業

- 地域住民の自主的な活動を支援
 - ・ 高齢者の社会参加と医療・介護・福祉の連携による介護予防の促進のため、ボランティアを育成
 - ・ 介護予防、サロン運営、見守りなどに取り組む自主活動に補助金を支給(小地域ごと11会場で実施)
 - ・ 町の中心部まで2時間以上かかる限界集落の支援として、32カ所にテレビ電話を設置し、住民同士の見守り・助け合いを支援

介護予防ボランティア
(元気高齢者・一般住民)



見守り
日常会話
挨拶

- ・ 1日2回介護予防体操の配信
- ・ 緊急情報の配信など



安否確認
情報把握

離れた集落に住む高齢者
地域包括支援センター、事業所

介護予防・日常生活支援総合事業(大分県杵築市)①

- 認定申請の相談時に、地域包括支援センター職員が面接しアセスメントを実施(必要があれば訪問)
- 高齢者の状態、ニーズ、有効と思われるサービスなどを総合的に判断して、総合事業を紹介
- 高齢者の選択により総合事業のサービスを利用して、認定申請に至らず過ごしている高齢者が多数
- 多様な通いの場づくり等を通じた介護予防活動の推進により、要介護・要支援状態から改善するケースもある

【杵築市の概要】 平成25年9月末現在

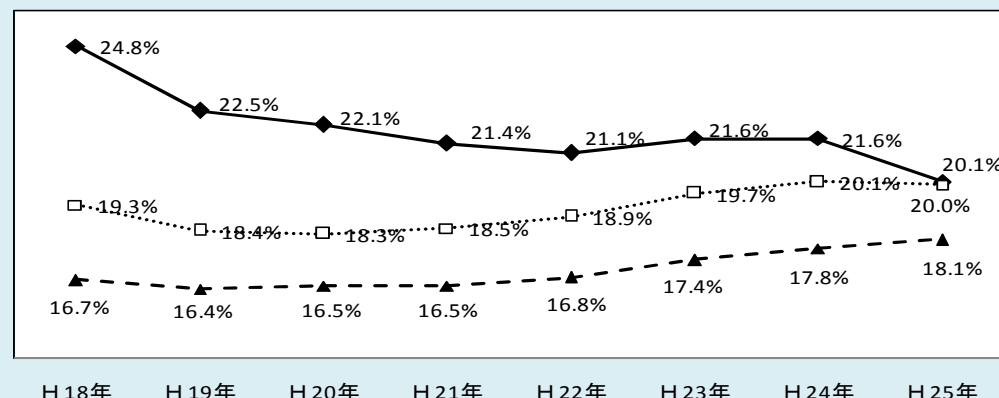
■地域包括支援センター

直営 1カ所
サブセンター 1カ所

■人口 31,224人
■世帯数 13,429人
■高齢者人口 10,256人
■高齢化率 32.9%



【認定率の推移】 —◆— 杵築市 …□… 大分県 -▲- 全国



【これまでの取組等】

- ・杵築市の要介護認定率は、平成18年で24.8%と高く、全国平均の16.7%や大分県平均の19.3%と比較しても突出していた。
- ・地域包括支援センターが創設され、ケアマネジメント支援と介護予防を強化するにあたり、関係者の意識改革やアセスメント能力向上などの人材育成を行い、介護保険制度の理念である自立支援の考え方を徹底して追求
- ・地域ケア会議で、要支援の新規・更新申請者や住宅改修・福祉用具の利用者等に対する支援のあり方を、保険者、地域包括支援センター、ケアマネジャー及び保健・医療等の多職種が一体となって検討し、自立支援に資するケアマネジメントを推進
- ・個別ケースの検討から地域課題を発見し、ニーズ量を把握した上で、例えば要支援から改善した高齢者の受け皿づくりや生活支援の整備など、必要とされる社会資源の整備につなげる。

【事業の概要と効果】

- ・事業の予防サービス(訪問型・通所型)においても介護予防給付のサービス事業所を活用。利用者の状態に合わせたケアマネジメントによって事業か給付か選択
- ・事業における委託単価は給付より低めに設定。利用者は同じ事業者を利用する場合であっても、事業を利用することにより自己負担額が軽減
- ・介護予防拠点を中心に、認知症予防教室、運動教室、高齢者サロン、一般財源による生きがいデイサービスや公民館におけるサークル活動など、多様な通いの場を選択肢として設け、介護予防活動を推進
- ・上記の活動を支える人材として、介護予
- ・地域での自立生活をめざして、3ヶ月ごし、給付から事業へ、事業から住民主体の活動へと移行する人もいる



介護予防・日常生活支援総合事業(大分県杵築市)②

事例

88歳 女性 娘と二人暮らし 二次予防事業対象者(2013/3/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず

87歳までは毎日ウォーキングをしていたが、3ヶ月前に転倒し、転倒の不安から閉じこもりがちになったことが心配であると娘から認定申請の相談があった。申請段階でのアセスメントから判断し、介護予防拠点での総合事業(通所型予防事業)を紹介した。



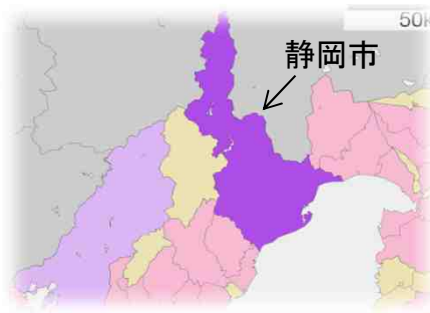
	【1か月】(2013.3)	【2か月後】(2013.4)	【3か月後】(2013.5)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・屋内歩行は自立しているが、屋外は転倒不安から殆ど出歩かない ・家事全般は娘が行う、洗濯物をたたむことが役割 ・簡単な調理はできるが、献立を考えることが億劫 	<ul style="list-style-type: none"> ・屋外歩行もほぼ自立 ・長時間の立位も安定し複雑な調理もできるようになった ・あらかじめスタッフが材料のみを提示し、その日の材料から献立も積極的に提案できるようになった 	<ul style="list-style-type: none"> ・屋外歩行は完全自立 ・畑での軽作業も可能となる ・認知機能も問題なく、以前のように笑顔で他の利用者と談笑することが多くなった <p>【本人談】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安無く歩けるようになり、皆さんと交流することもできて感謝しています
地域包括支援センターによるケアマネジメント等	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒したことをきっかけに、外に出ることが殆ど無くなり、そのためさらに下肢筋力が低下し、生活が不活発となることで認知機能の低下も懸念される 	<ul style="list-style-type: none"> ・通所型予防事業(週1回×3ヶ月)で下肢筋力の維持及び増強のための運動を行う ・自宅において調理を行う ・通所型予防事業の際の調理の献立を考える 	<p>ケアマネジメント及び総合事業終了</p> <p>↓</p> <p>本人の希望により引き続き介護予防拠点にて生きがいサービスを利用</p>
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議でのリハ職の助言に基づき下肢筋力強化のためのトレーニングを開始 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅でできる運動メニューの指導 ・自宅で自分でできる家事は行うよう指導 	<p>【現在】(2014.2)</p> <p>・介護予防拠点にて他の利用者の指導的立場として活躍中</p>

介護予防・日常生活支援総合事業(静岡市)①

- 介護事業者をはじめとする既存事業者を活用することにより、利用者のニーズに対応可能なサービス量を確保
- 適切なケアマネジメントによって、利用者の心身機能の改善をめざしたサービスを提供し、要支援者31名中27名が維持・改善している。
- 地域の身近な場所で住民主体の活動を支援することにより、介護予防と閉じこもり予防につながっている。

【静岡市の概要】 平成25年12月末現在

- 地域包括支援センター
委託 23カ所
- 人口 718,774人
- 世帯数 304,630人
- 高齢者人口 190,714人
- 高齢化率 26.5%



【事業内容】

○訪問型サービス

- ・訪問介護事業者を活用した日常生活上の介護予防支援
- ・直営の専門職による栄養改善、口腔機能向上又は閉じこもり、うつ予防の支援

○通所型サービス

- ・介護事業者及び他の民間事業者による運動機能向上のための通所事業
- ・直営の専門職による転倒予防、栄養改善、口腔機能向上等の事業

○生活支援サービス

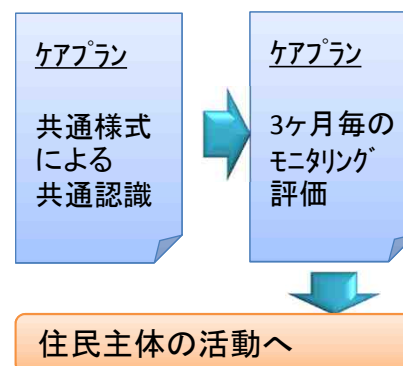
- ・協同組合、株式会社等への委託により、配食を通して安否確認と見守りを実施

○多様な通いの場づくりと住民主体の活動を支援

- ・一般高齢者等を対象に、運動教室、認知症予防講座、介護予防講座等により普及啓発を実施
- ・ボランティアを育成し、自治会館等でのミニデイサービスや体操の会の運営に参加してもらい、住民の互助活動を推進

【取組の工夫点】

- ・事業対象者のアセスメント票やプランの様式を簡略なものに統一し、事務負担を軽減
- ・市と地域包括支援センターが使用方法を徹底し、サービス事業者など関係者の共通認識を図りやすくしている。
- ・3ヶ月をめやすに心身機能の状態を確認し、改善して卒業する方には、地域の体操活動を勧めている。



【事業の効果】

- ・事業費を市独自の基準による単価契約としたことで、予防給付の包括報酬よりも1ヶ月あたりの費用と利用者負担額が低くなった。
- ・事業者にとっても、定員に余裕のある時間帯の有効活用になっている。
- ・委託事業者に対して、「しぞ〜かでん伝体操」を共通の支援メニューに組み込むことにより、事業を卒業したあとの自主活動に移行しやすくなっている。
- ・自治会館や集会所などで普及してきた体操が、市内134カ所で住民の自主的な活動として定着している。

介護予防・日常生活支援総合事業(静岡市)②

通所事業の様子



普及啓発事業の様子



体操の会の様子



参加した高齢者の感想

- 家でぼーっとテレビを見ているよりも楽しい。
- ここに来れば誰かに会える。
- 前は転びやすかったが、転びにくくなった。
- 動きがよくなった。
- 生き生きとしてきた。
- 気づいたら調子が良い。



【84歳女性】最初は体操についていけなくて大変でしたが、何回かやっているうちにだいたい慣れてきました。お友達と一緒に参加して、終わったあとみんなでおしゃべりするのも楽しいですよ。



【72歳女性】ひとつひとつの動きが楽し、ゆっくりした動きで、筋肉がついてきた気がします。長年悩まされていた腰の痛みが取れたのは、でん伝体操のおかげかもしれませんね。



【89歳女性】ふだん使わない筋肉を使うので、鍛えられますね。しこを踏む動作があって、私にはちょっと大変だけれど、無理にならない程度に体操しています。

自治会館等でのミニサービス(S型サービス)の様子



ボランティアによる健康チェック



体操・レクリエーションの様子



体操の合間の休憩
(夏休みなどには学生も参加)

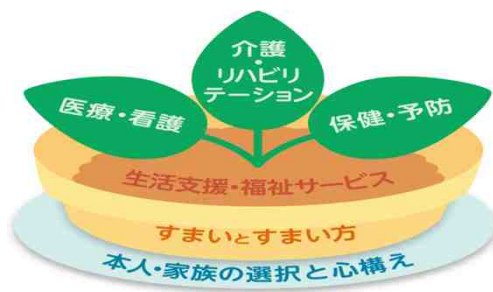


日本公衆衛生協会
第44回衛生教育奨励賞受賞
しぞ〜かでん伝体操

親しみやすさ、実行性の高さが
高く評価され、全国表彰される。



介護予防事業 事例



http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi_02.html

【厚生労働省のHP>> [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#)
> [介護・高齢者福祉](#) > [介護予防](#)】

【介護予防の取組】

①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

- 住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。
- 介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

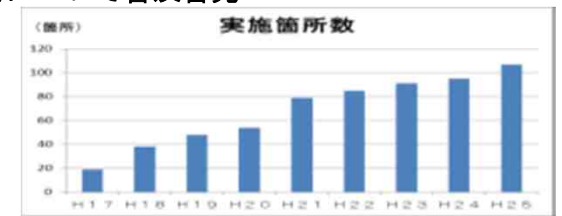
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	3	力所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する

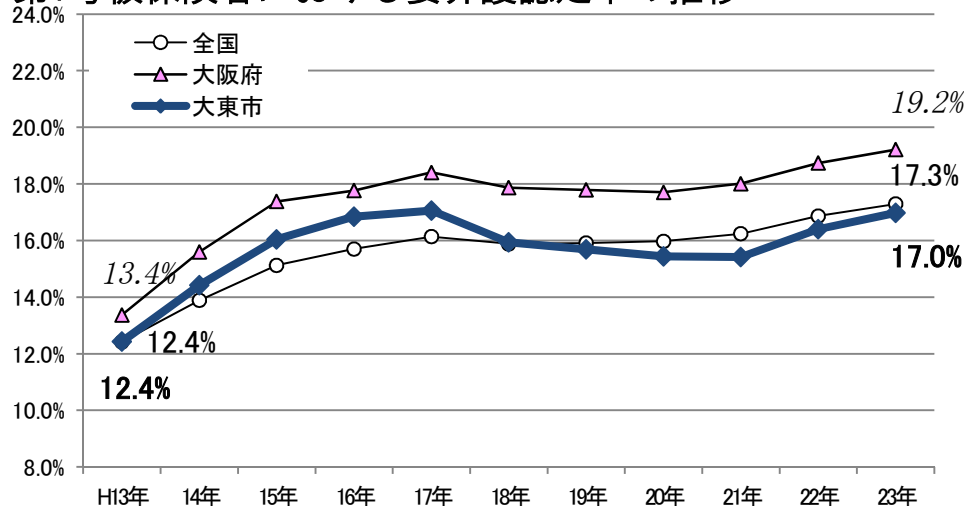


65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合 9.3 %

65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合 2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

元気な高齢者と要支援・要介護認定を受けている高齢者が一緒に行う住民運営の体操の集いが、公民館や個人宅で、毎週1回開催されており、平成25年現在、市内全域に110会場が誕生し、徒歩圏内で参加できるようになっている。

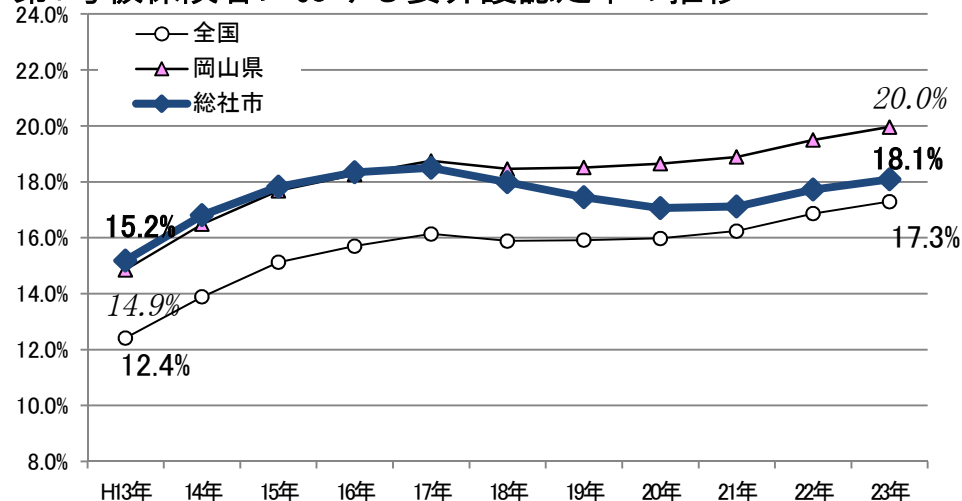
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	6	力所
総人口		66,861	人
65歳以上高齢者人口		16,017	人
		24.0	%
75歳以上高齢者人口		8,226	人
		12.3	%
第5期1号保険料		4,700	円



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

- 〈平成12年〉要介護認定の非該当者の受け皿として、「健康づくりの集い」を介護予防教室として実施。（作業療法士・理学療法士・保健師主導、月1回、17会場）
- 〈平成17年〉小学校区単位で小地域ケア会議を開始。住民・社協・ケアマネ・保険者等の意見交換の場として定着。
- 〈平成20年〉地域包括支援センター（当時直営）が、小地域ケア会議に働きかけ、各地区で週1回の体操の集いが始まる。
- 〈平成24年〉ケーブルテレビ等の各種媒体で市民に広報した結果、100会場まで増える。

H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%



※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い

専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターの3職種が事務局（H24.4より委託）、行政の保健師・理学療法士は一委員として、市内21地区で1～2ヶ月に1回開催される小地域ケア会議に参加し、一緒に地域の課題を話し合う。
- 体操の集いの立ち上げ時には、行政もしくは地域包括支援センターの専門職が体操を具体的に指導。
- 集いの全ての会場で年1回体力測定を実施。随時、利用者の変調について住民から情報が入るので、専門職がアセスメントと助言指導を行う。

③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

町・大学・社会福祉協議会が一体となり住民ボランティアに対して支援し(サロン立ち上げ支援、ボランティア育成、運営支援)、徒歩15分圏内(500m圏内)にサロンを設置。その結果、住民が主体的に参加し社会活動をする場として機能している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援 センター設置数	直営 委託	0 1	力所 力所
総人口		41,927	人
65歳以上高齢者人口		8,711	人
		20.8	%
75歳以上高齢者人口		3,519	人
		8.4	%
第5期1号保険料		4,780	円

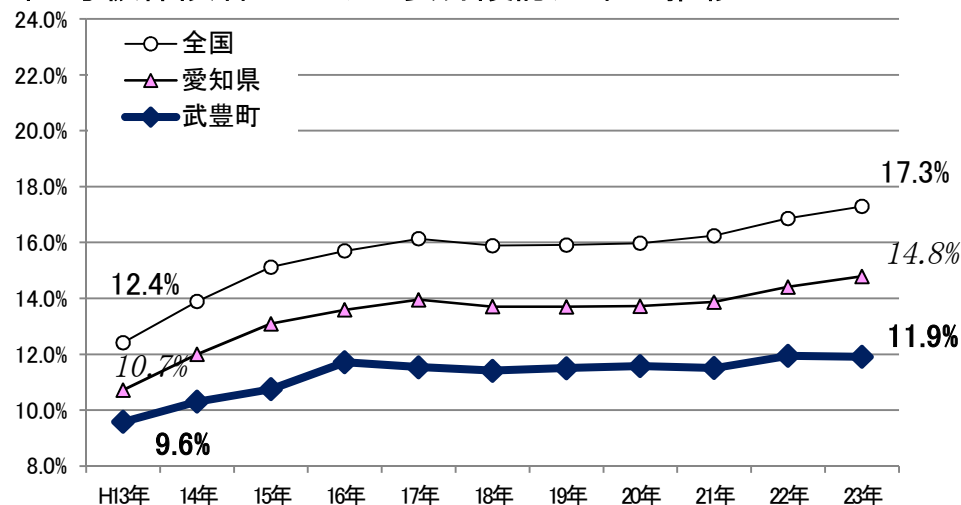


介護予防の取組の変遷

- （平成17年）町・社会福祉協議会（社協）・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「憩いのサロン」の事業計画を開始（H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる）
- （平成18年）ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- （平成19年）3会場から始め、500m圏（徒歩15分で通える圏内）にサロンを設置することを目標に順次増設

65才以上高齢者に占める参加者の割合	9.8 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	1.0 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターは、サロン立ち上げから1年間は、ボランティア運営組織が自立して金銭管理・サロン運営が出来る様に支援
1年経過後は2～3ヶ月に1回の巡回と、各サロン会場の運営者連絡会を開催（隔月）しサポート
- 町の福祉課は、広報と新規会場の立ち上げ支援、健康課（保健師）は各サロンに順次出向き、健康講話・健康相談を実施
- 共同研究協定を結んでいる大学は町と協力して、事業効果検証や体力測定、認知症検査を実施
- 社協は、ボランティア研修や、ボランティアが加入する保険管理、求められた時にボランティアの派遣調整などを実施

④茨城県利根町 ～シルバーリハビリ体操指導士の体操普及活動～

茨城県立健康プラザの主催する講習会を終了した60歳以上の世代の住民ボランティア「シルバーリハビリ体操指導士」が、公民館等で高齢者のための体操教室を立ち上げ、自主活動として運営。町内13箇所で月2～4回、延13,390人が参加しており、地域に定着している。

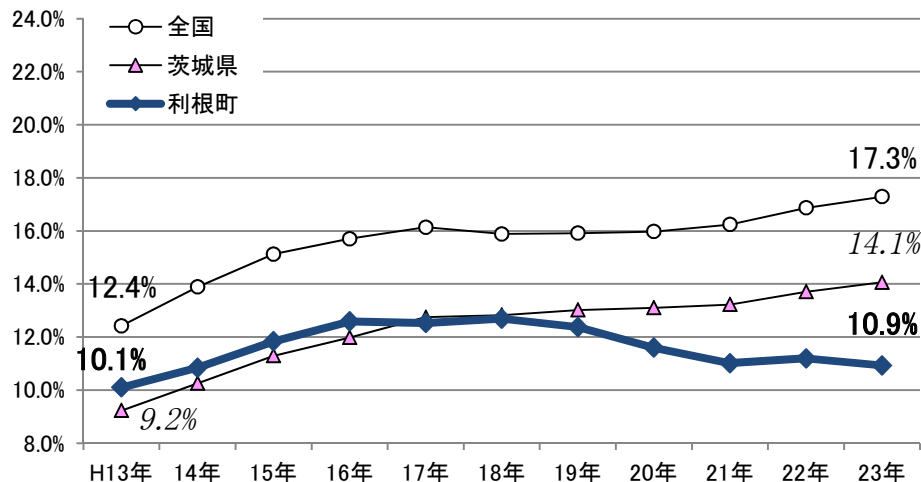
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		17,592	人
65歳以上高齢者人口		5,272	人
		30.0	%
75歳以上高齢者人口		2,009	人
		11.4	%
第5期1号保険料		4,070	円



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

- 平成16年 利根町社会福祉協議会による定年男性のためのボランティア講座と県立健康プラザのシルバーリハビリ体操が結びつき、高齢者のための体操指導者の養成を開始。
- 平成17年 養成された「シルバーリハビリ体操指導士（以下、指導士）」が国保診療所の一室で外来受診者も交えて、地域の高齢者に体操を指導するようになった。
- 平成18年 二次予防事業のサポート役として指導士が参加
- 指導士の活動は、高齢世代が高齢世代を支え合う互助の活動として、町内に定着している。



H24年度 参加実人数	高齢者人口に 占める割合
544人	10.3%

専門職の関与の仕方

- 保健師
指導士の体操教室を、町内に広報。必要な人に体操の参加を勧める。
- 地域包括支援センターの主任ケアマネ・社会福祉士
体操に来れなくなった人に訪問、状況把握
- 国保診療所の医師
診療所の外来受診者に体操への参加を勧め、指導士の活動を後押し

⑤長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

○中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場合で、担い手として活躍している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		13,786	人
65歳以上高齢者人口		3,034	人
		22.0	%
75歳以上高齢者人口		1,626	人
		11.8	%
第5期1号保険料		5,590	円



介護予防の取組の変遷

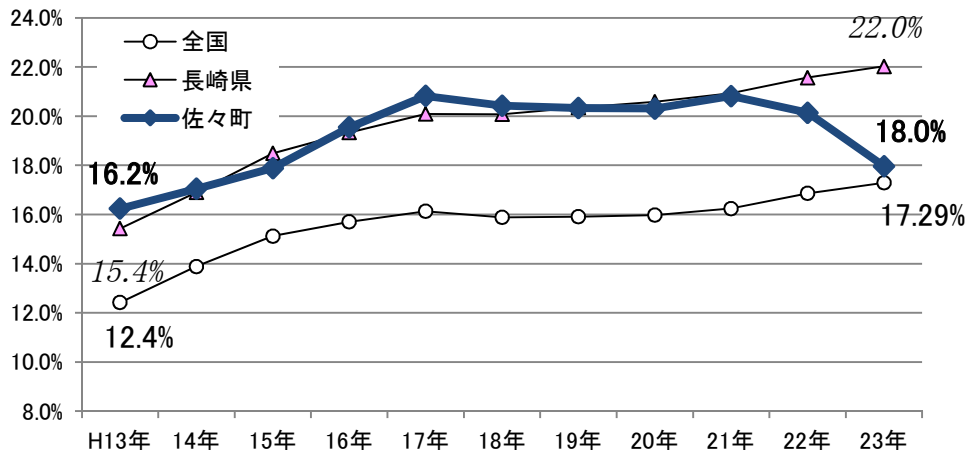
○平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。

○平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組むようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。

○以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移

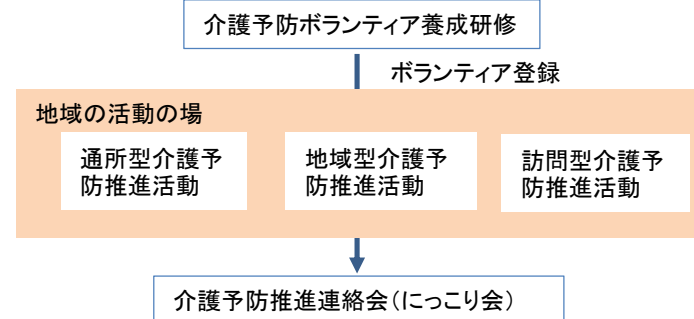


専門職の関与の仕方

○「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施

○月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ（にっこり会）

○住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有



介護予防推進連絡会での実習風景

社会参加と介護予防効果の関係について

スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつリスクが低い傾向がみられる。

調査方法

2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査(一部の自治体は訪問調査)を実施。

112,123人から回答。
(回収率66.3%)

【研究デザインと分析方法】

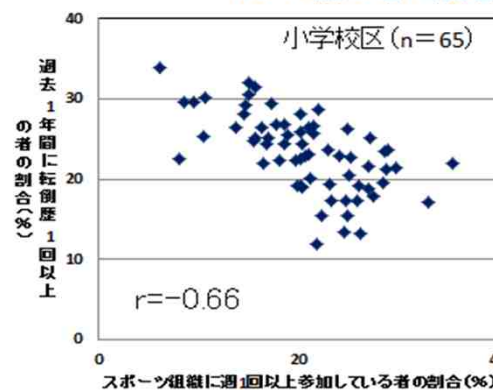
研究デザイン: 横断研究
分析方法: 地域相関分析

JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト



スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことのある前期高齢者が少ない相関が認められた。

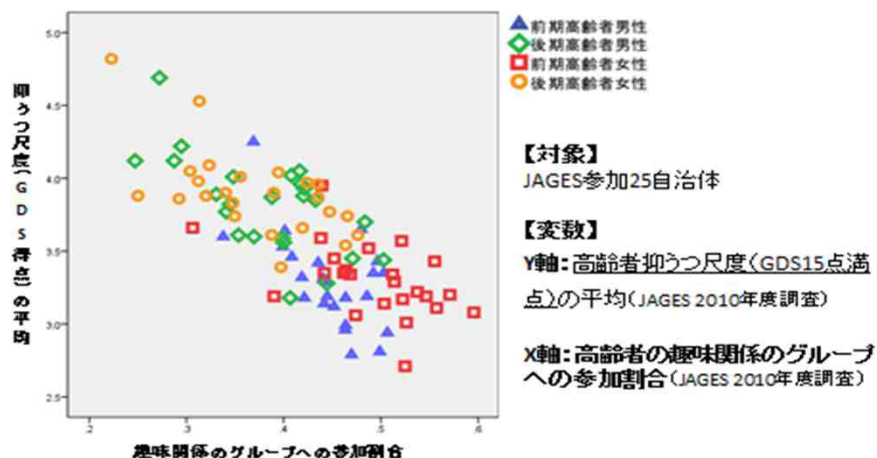
65-74歳の者に限定



6保険者(9自治体)の要介護認定を受けていない人に郵送調査に回答した
29072人(回収率62.4%)

転倒率:
11.8%~33.9%
スポーツ組織参加率が高い小学校区では転倒者の割合が少ない

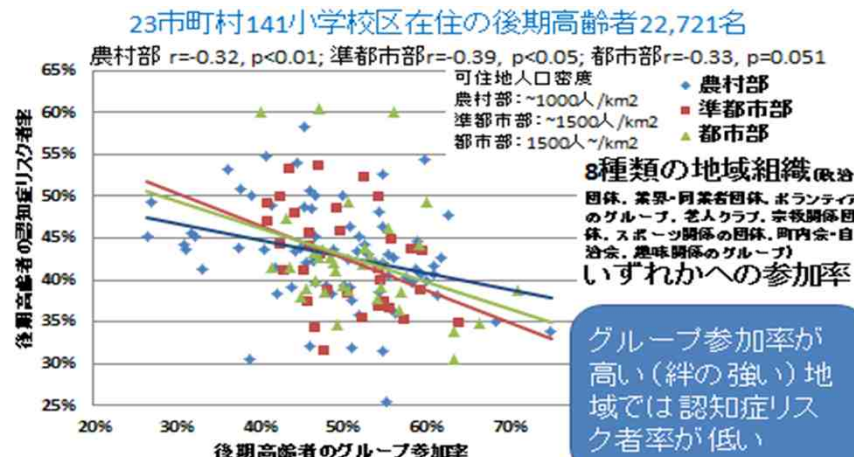
趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。



【対象】
JAGES参加25自治体

【変数】
Y軸: 高齢者抑うつ尺度(GDS15点満点)の平均(JAGES 2010年度調査)
X軸: 高齢者の趣味関係のグループへの参加割合(JAGES 2010年度調査)

ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。



農村部 $r=-0.32, p<0.01$; 準都市部 $r=-0.39, p<0.05$; 都市部 $r=-0.33, p=0.051$
可住地人口密度
農村部: ~1000人/km²
準都市部: ~1500人/km²
都市部: 1500人~ /km²

8種類の地域組織(政治団体、業界・同業者団体、ボランティアのグループ、老人クラブ、宗族関係団体、スポーツ関係の団体、町内会・自治会、趣味関係のグループ)いずれかへの参加率

グループ参加率が高い(絆の強い)地域では認知症リスク者率が低い

(参考)認知機能低下予防と運動について

○運動習慣は認知機能低下を抑制する効果をもたらすと考えられていることから、これまでも介護予防マニュアルの中でウォーキングプログラムを例としてお示しするなどしてきた。

(介護予防マニュアル: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html> (第7章認知機能低下・支援マニュアルP120参照))

○また介護予防事業の中では、地域の実情にあわせて様々な体操教室等が実施されており、このような取組を広げていくため、取組事例としてご紹介してきたところ。

○今般、運動と認知トレーニングを組み合わせることは、MCIの状態からの記憶力向上に有益と考えられることが分かってきたので、例として参考までにご紹介する。

認知症予防に向けた運動プログラム

足踏み



- 1 一定のリズムで足踏みしましょう
- 2 3の倍数は手をたたきましょう

コグニサイズ



- 1 右足前、左足前、右足横、左足横の順にステップします
- 2 3の倍数は手をたたきましょう

マルチステップ



- 1 右足前、左足前、右足横、左足横の順にステップします
- 2 3の倍数は手をたたきましょう

コグニサイズは運動と認知トレーニングを組み合わせた新しい運動方法です。具体的には、足踏みやステップをしながら計算をします。まずは「3」の倍数からはじめましょう。数をかぞえながらステップしますが、「3」の倍数のステップ時には、数をかぞえるのではなく、手を叩くようにしてください。慣れてきたらステップを速く、または大きくしたり、左足からステップをはじめるだけで難しくなりますので挑戦してみましょう。

【国会での独立行政法人国立長寿医療研究センター鈴木所長の発言】

(衆議院厚生労働委員会平成26年5月9日)

「コグニサイズというのは、今まで、認知症予防には運動が非常によいという、特に有酸素運動が有効であるということと言われていたんですけれども、それにさらにコグニション、すなわち頭を使うといったようなことを加えた運動ということになります。

いろいろなタイプの運動があるかと思いますが、例えば、足踏みをしていく中で、三步ごとに一拍手を打つとか、運動プラス頭を使うといったようなことを含めた、そういった予防活動のための運動をコグニサイズというふうに名付けております。」

生活支援コーディネーターに関する事例

「地域における生活支援サービスのコーディネーターの育成に関する調査研究事業 報告書」



<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000046377.pdf>

【厚生労働省のHP>[政策について](#)>[分野別の政策一覧](#)>[福祉・介護](#)>[介護・高齢者福祉](#)>[地域包括ケアシステム](#)>5. 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加】

生活支援・介護予防の基盤整備におけるコーディネーター・協議体の役割

○全国のNP0等の民間団体とも協働し、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）や協議体を活用した基盤整備の方向性を検討中。

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

（１）生活支援コーディネーターの配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

（A）資源開発

- 地域に不足するサービスの創出
- サービスの担い手の養成
- 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など

（B）ネットワーク構築

- 関係者間の情報共有
- サービス提供主体間の連携の体制づくり など

（C）ニーズと取組のマッチング

- 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング
- サービス提供主体の活動ニーズと活用可能な地域資源をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域があり、平成26、27年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
- ② 第2層 小中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開

※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



（２）協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

※1 これらの取組については、平成26年度予算案においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

コーディネート機能及び協議体の構築に関する実践事例（1）

伊賀市社会福祉協議会

NPO法人グループ たすけあいエフロン

コーディネート組織の主な活動エリア		三重県伊賀市	栃木県高根沢町
地域 類型	人口	約10万人	約3万人
	高齢化率(65歳以上)	27.50%	19.60%
	高齢化率(75歳以上)	14.90%	10.60%
地域ニ- ズの把 握	主体	社会福祉士(市社協職員)	－(※具体的な活動は今後進められる予定)
	仕組み	●地区ごとに社会福祉士を配置し、アウトリーチの手法で住民ニ-ズを把握	－(※)
地域 資源の 開発	主体	地域住民(住民自治協議会)	－(※)
	仕組み	●住民参加の住民自治協議会(条例で設置を規定)により、主体的な活動を支援 ●市内の2地域において、住民主体でNPO団体が立ち上げ(ゆいの会、ささゆり) ●一つの地域課題を出発点に段階的に活動が展開(移動⇒居場所づくり)	－(※)
ネットワ- (協議 体)の 拡大	主体	市社協	NPO法人グループ たすけあいエフロン
	仕組み	●発見した個別課題を上層の地区会議やネットワーク会議につなぎ、多様な主体の連携を促進	●高根沢町在宅福祉ネットを立ち上げ、5つの機能(情報・調整・開発・教育・権利擁護)を位置づけ ●積極的なセミナーや勉強会等の開催による連携の仕組みづくり
ネットワーク(協議体)の参画者		●市社協 ●住民自治協議会 ●市民活動支援センター ●地域ケアネットワーク会議、地区ケース会議 等	●地域包括支援センター ●高齢福祉施設(NPO、社福、民間事業者等) ●障害福祉施設(障害児者生活支援センター、NPO、社福) ●行政、議会 ●社協 等

コーディネート機能及び協議体の構築に関する実践事例（2）

北九州市

一般財団法人世田谷トラストまちづくり

コーディネート組織の主な活動エリア		福岡県北九州市	東京都世田谷区
地域 類型	人口	約100万人	約86万人
	高齢化率(65歳以上)	26.20%	19.29%
	高齢化率(75歳以上)	13.20%	9.77%
地域ニ ーズの把 握	主体	北九州市	一般財団法人世田谷トラストまちづくり
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●市内の高齢者の買い物環境について、小学校区別の環境マップの作成や取組の実施状況のヒアリングを実施 ●地域カルテを作成し、買い物困難度を見える化 	—
地域 資源の 開発	主体	地域住民等	地域住民
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●モデル校区(7か所)において、ワークショップ形式により地域住民主体で買い物支援計画を策定(民間のファシリテーターが協力) ●自治会や地区社協主導で買い物困難地域で朝市や移動販売、送迎、宅配等のサービスを実施 ●民間事業者もニーズに合わせたサービスを展開 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域住民の想いを出発点に、民間のまちづくりコーディネーターと協力し、空き家や空き部屋等の遊休地域資源を活用した住民活動(主にサロン(高齢者、子育て、介護者等)を促進 ●住民活動と運営協力者(地域NPOや区民サポーター等)や区補助事業とのマッチング、運営開始後の課題へのフォロー等を行うことで、活動の継続性を支援 <p>※別途、世田谷まちづくりファント事業により、住民主体の活動に対する助成も実施</p>
ネットワ ーク(協 議体)の 拡大	主体	まちづくり協議会、買い物応援ネットワーク(仮称)	ファント助成グループ、地域住民
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●小学校区ごとにまちづくり協議会(自治会、地区社協、老人クラブ、NPO等の地域団体)を設置し、多様な補助事業を統合した「地域総括補助金」を交付 ●平成25年度以降、買い物支援に取り組む主体を中心に意見交換会を開催し、平成26年度以降は「買い物応援ネットワーク(仮称)」を立ち上げ予定 	<ul style="list-style-type: none"> ●住民活動の担い手として、財団が行うトラストまちづくり大学OB回(団塊世代中心)や地区内の学生インターン、ファント助成事業者等が協力 ●サロン活動に地域包括支援センターの職員等も連携
ネットワーク(協議体)の参画者		<ul style="list-style-type: none"> ●北九州市 ●まちづくり協議会(校区ごとに多様な形態) <ul style="list-style-type: none"> ●地区社協 ●NPO、ボランティアグループ ●自治会 ●老人クラブ ●商店街連合会 ●民間事業者等 	<ul style="list-style-type: none"> ●(一財)世田谷トラストまちづくり ●地域住民 ●NPO、ボランティアグループ ●世田谷まちづくりファント ●民間企業 ●地域住民等 ●地域包括支援センター等

コーディネート機能及び協議体の構築に関する実践事例（3）

NPO法人介護者サポートネットワークセンター アラジン

NPO法人ふらっとステーション・ドリーム

コーディネート組織の主な活動エリア		東京都杉並区	神奈川県横浜市
地域 類型	人口	約54万人	約370万人
	高齢化率(65歳以上)	20.10%	22.1%
	高齢化率(75歳以上)	-%	10.2%
地域 ニーズの 把握	主体	介護者の会ネットワーク	NPO法人ふらっとステーション・ドリーム
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●「介護者の会」(※)のリーダー間のネットワークを通じ、首都圏における介護者の会の整備状況のマッピングや必要性、取組の課題等を共有 ※月1回程度のペースで家族介護者等が集う場 ●養成された市民サポーターが介護者のニーズを把握し、地域包括支援センター等につなぐ 	<ul style="list-style-type: none"> ●サロン事業 年齢・障がいの有無を問わず、皆が飲食を共にし、交流する場 ●定期的開講講座 地域の高齢者が抱える不安を解消する手段として、地域住民のニーズに合わせて定期的の開講している。 ●情報相談コーナー 区役所まで足を運ばなくても必要な情報が入手できるコーナー。例えば、高齢者の医療福祉に関する情報提供や、看護師による血圧測定や健康相談などが行われる。
地域 資源の 開発	主体	介護者の会ネットワーク	地域運営協議会
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●杉並区内を中心に、地域包括支援センターとの共同により、会の立ち上げ(区内15か所)と並行して、立ち上げを支援する市民サポーターを養成 ●養成された市民サポーターが中心となって、介護者支援のための中核的な拠点となる新たなNPOや市民グループを立ち上げ ●新たな市民グループ等の活動をきっかけに杉並区以外にも、港区や練馬区、目黒区等にも取組が展開 ●介護者の会以外に「ケアラースカフェ」として、敷居を低くした介護者の居場所づくりが展開(H24.4杉並区) 	<ul style="list-style-type: none"> ●見守りネットセンター・全住民を対象に配布する「安心カード」や、家庭の電力量変化で部屋の緊急性を感知する高齢者に対する見守りシステムの実施に向けた検証などがある
ネットワーク (協議 体)の 拡大	主体	介護者の会ネットワーク	地域住民
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●結成された首都圏の介護者の会のリーダーが集まる「介護者の会ネットワーク会議」を年4回程度開催 	<ul style="list-style-type: none"> ●ふらっとステーション・ドリームに通う常連同士の新たな交友関係が発生
ネットワーク(協議体)の参画者		<ul style="list-style-type: none"> ●NPO法人介護者サポートネットワークセンター アラジン ●介護者の会 ●介護者サポーター ●介護者の会ネットワーク会議 ●地域包括支援センター ●行政 等 	<ul style="list-style-type: none"> ●NPO法人ふらっとステーション・ドリーム ●地域運営協議会 ●地域住民 ●大学 ●行政 ●地域包括支援センター●地元農家、商店など 他

コーディネート機能及び協議体の構築に関する実践事例（４）

NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸

コーディネート組織の主な活動エリア		兵庫県神戸市
地域 類型	人口	約154万人
	高齢化率(65歳以上)	22.7%
	高齢化率(75歳以上)	11.0%
地域 ニーズの把握	主体	NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●神戸市の「NPO法人認証相談窓口」事業を受託し、NPOに関する様々な情報や基礎知識、NPO法人の設立や運営などの相談を受けている。 ●NPOに関する知識提供にとどまらず、活動の実現のため、これまで築いてきたネットワークを活用しながらサポートを行っている。”
地域 資源の 開発	主体	NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●コミュニティビジネス(CB)実践講座・ビジネス手法を用いて地域の課題解決を目指す。事業の企画から起業までを総括的にフォローする短期集中型の研修で、個別相談会も行い、各プランにあった人材・基金・拠点、さらに先進事例や行政担当部署の紹介など、経験豊富な講師陣が実践的なノウハウを提供する。”
ネットワーク (協議 体)の 拡大	主体	NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸
	仕組み	<ul style="list-style-type: none"> ●社会貢献塾・座学や実践を通じて、地域のしごとや活動について総括的に学ぶ研修プログラム・(公財)神戸いきいき勤労財団と協働で前身の講座が2009年度からスタートし、修了生の多くが地域のさまざまな仕事や活動に参画し、居場所づくりや里山保全に取り組むグループも立ち上がっている。修了生と現役受講生の交流もさかん ●つなごう神戸・地域活動や市民活動をする人たちをつなぐホームページ・サイトを通じてNPO等・企業・大学・行政の様々な活動情報を提供し、それに参加・協力・利用したい個人や団体との橋渡しをしている。 ●全県キャンパス事業・兵庫県立大学のプロジェクト『全県キャンパスプログラム』の一環で、様々な企画立案やコーディネート業務を行っている。”
ネットワーク(協議体)の参画者		<ul style="list-style-type: none"> ●NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸 ●(公財)神戸いきいき勤労財団 ●兵庫県立大学 ●NPO ●企業 ●社会福祉協議会 ●行政 他

伊賀市社会福祉協議会

●地域概況

伊賀市は三重県の北西部に位置し、滋賀県、京都府、奈良県と接し、近畿圏、中部圏の2大都市圏の中間に位置し、それぞれ約1時間の距離である。町域は東西約30キロ、南北約40キロ、面積は約558平方キロメートル。地形は、鈴鹿山系、大和高原等に囲まれた盆地で、限られた平地や台地を農地や宅地として利用するほか、近年では丘陵地等を開発、住宅団地なども形成されている。当地域の森林は地域の景観を形成するとともに、水源かん養、水質ろ過等の公益的機能を発揮。このため、自然環境保全に対する住民の関心が高く、多くの地域で自然との共生をめざした活動も展開されている。

●人口 96,767人

●高齢化率

65歳以上 27.5%

75歳以上 14.9%

■基本情報(平成22年現在)

人口	65歳以上			高齢化率	世帯数	一人暮らし	高齢者のみ
		65～74歳	75歳以上				
97,207 人	26,733 人	12,281 人	14,452 人	27.5%	34,915 世帯	3,289 世帯	3,866 世帯

*1人暮らしと高齢者のみ世帯は全世帯数の20.5%

■第一号被保険者の要介護認定の状況(平成23年10月現在)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
認定者数	796	887	1,135	1,110	790	761	653	6,132
割合	13.0%	14.5%	18.5%	18.1%	12.9%	12.4%	10.6%	

～取組の概要～

取組の経緯

(コーディネーター)

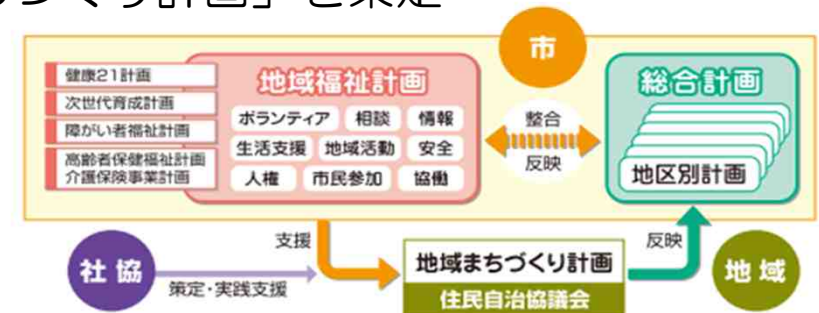
- 伊賀市社会福祉協議会

(背景・地域の課題)

- 住民主体の取組が醸成されやすい地域環境の存在
- 市と社会福祉協議会が一体的に地域福祉計画を策定・推進
- 町村合併の際、合併後の地域のあり方を地域住民が考える「あいしあおう委員会」が始動
- 合併後、自治基本条例において、住民主体の地域課題解決の場として、各地域に「住民自治協議会」設置し、「地域まちづくり計画」を策定

(取組のポイント)

- 市社協のコーディネート
- 市社協の社会福祉士によるニーズ把握と資源開発の仕組みづくり
- 住民主体のNPOを立ち上げ、住民主体による地域資源の開発と展開の拡大



取組に係る財源

H25年度予算1,838万円（住民自治協議会推進経費）

H25年度予算500万円（地域活動支援補助金）

H25年度予算966万円（地域福祉体制づくり費用）

取組の内容

- 市社協が「コーディネート機能」を活かして住民主体の地域づくりを推進
→人財の養成と、その後仕組みを作って回していくことが大切

<具体的な取り組み>

① 社協の社会福祉士によるニーズ把握

- ・市全域を10地区に分け、地区ごとに積極的に地域に働きかける社会福祉士を配置
- ・安心生活創造事業を活用した、社会福祉士による地域への「働きかけ」による地域ニーズ把握の取組（地域課題を知るには、自分たちが地域に入っていないといけないというアウトリーチの考え方から）
- ・発掘した地域課題を、上層の地区会議、地域ケアネットワーク会議につなげ、市の施策にも反映

⇒ 地域ニーズを踏まえた資源開発が行われる仕組みづくり

② 市と社会福祉協議会で推進した「福祉でまちづくり部会」の活動

→ 地域支え合い体制作り事業（助成事業：H23～24年）

- ・市民・住民自治協議会・NPO法人・市の協働により、見守り活動チーム等の人材育成・活動拠点の整備などを支援。また取組事例情報交換会を実施。

◆ 住民主体の活動の立ち上げサポート（市内2地域で住民主体のNPO団体の立ち上げ）

①「地域在宅生活支援ネットゆいの里」（NPO法人）の立ち上げ

- ・地域ニーズを踏まえて、買物バスや福祉有償運送を実施。市内3地区の高齢者や障がい者を対象に、近隣の店舗まで無料で送迎。

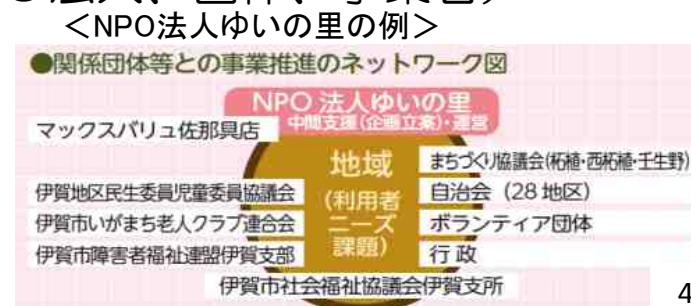
②「ささゆり（NPO法人）諏訪地域支え合いセンター」の立ち上げ

- ・サロンの常設化と改修、地元スタッフによる福祉車両での外出支援、生活支援等の事業を展開

→ 白檜自治会による「白檜：福祉・防災ボランティアセンター“どんぐり”」の立ち上げ 等

形成されたネットワーク（協議体）

- 伊賀市社会福祉協議会
- 住民自治協議会（自治会・区、公募参加住民、NPO法人、団体、事業者）
- 市民活動支援センター
- 地域ケアネットワーク会議やケース会議参加者（住民自治協議会、市民活動支援センター、民生委員児童委員、区長、社協の社会福祉士）



取組の効果

- 従来の社会福祉協議会が中心に展開してきた小地域ネットワーク活動から、住民自治組織を基盤とした新たな地域ケアシステムへ移行
- 小地域単位で開催されているふれあい・いきいきサロンが充実
- 地域特性に応じた福祉有償運送の取組推進
- 住民自治協議会の独自活動事例が拡大

市社協としての今後の展望

- 地域福祉をすすめるコーディネーター役として、事業者の連携支援
- 多様なサービス供給主体が自主的・自発的に連携できるよう、プラットフォームづくりを推進
- 地域活動参加メンバーの定期的な研修機会を充実させ、ネットワークが小地域で有機的に機能するよう支援
- 住民自治協議会の福祉部会、ふれあい・いきいきサロン等の活動支援
- 活動助成団体や資金確保にかかわる情報提供
- ボランティア活動の活発化のため、教室開催、登録促進、需給コーディネート
- 地域包括支援センターと地域福祉との連携強化（来年度から相談の仕組みが大きく変わり、地域包括支援センターの直営が3箇所となり強化される）

福岡県北九州市

●地域概況

- 昭和38年2月に門司、小倉、若松、八幡、戸畑の5市対等合併により発足。地域の個性は今も受け継がれている
- 政令指定都市で最も高い高齢化率 26.2%（H25年3月）
- 人口が減少傾向（高齢化に拍車）
- 単身、高齢者夫婦のみ世帯の増加、斜面地に居住する高齢者など、コミュニティの課題に直面



～取組の概要～

取組の経緯

（企画運営）

- 北九州市

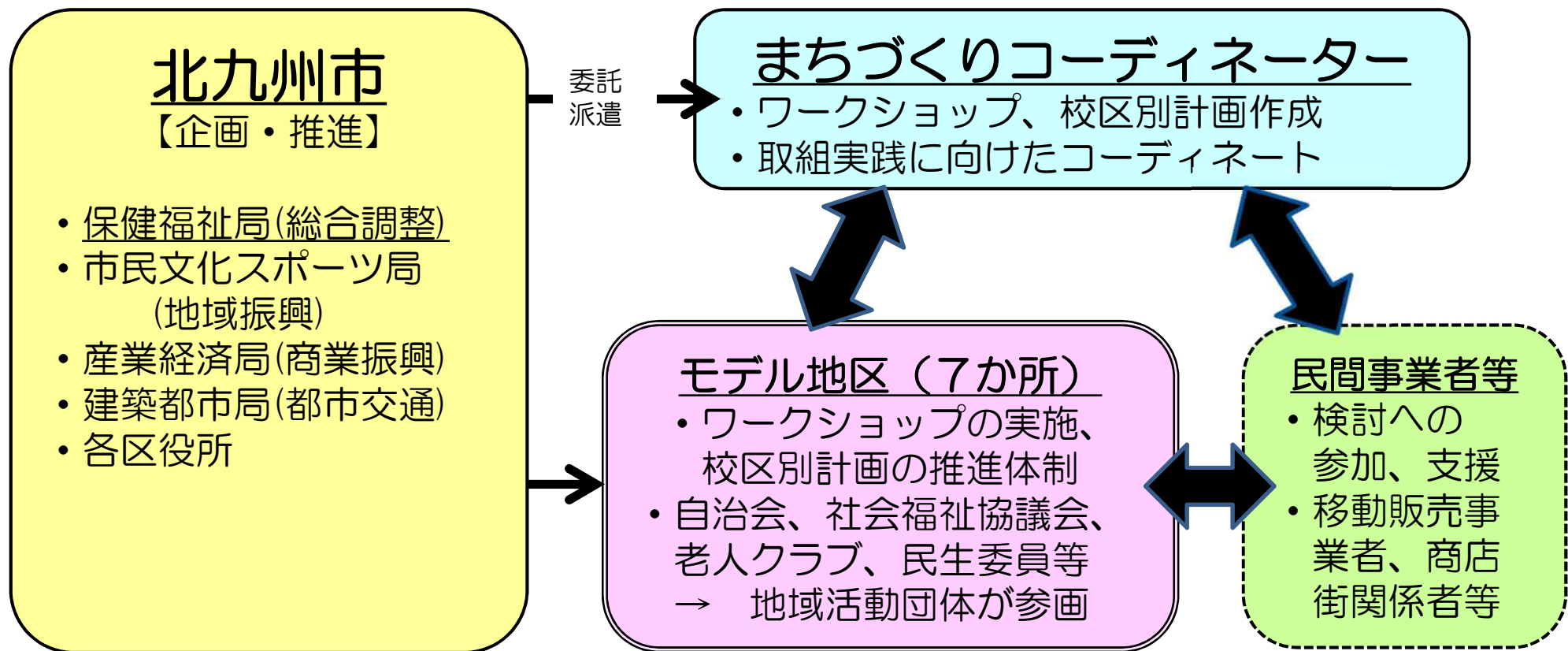
（背景・地域の課題）

- ・ 高齢社会への対応はまちづくりの重要課題
- ・ 高齢化率が地区により異なる。（中には40%を超える地区あり）
- ・ 重点施策として、身近な小学校区を単位とした「地域づくり」を推進
→ 自治会、校区社会福祉協議会、民生委員などの横断的な組織化
（全小学校区に「まちづくり協議会」と地域活動拠点「市民センター」を設置）
- ・ 一部地域において、地域住民が朝市などの活動を自ら立ち上げ、活動を展開
→ 買い物支援とあわせて、高齢者の見守り・地域交流につなげる

（取組のポイント）

- 市内全域を対象に、高齢者の徒歩での買い物環境をイメージ化した「買い物環境マップ」の作成やヒアリング等を通じて、地域ごとの買い物困難度を見える化
- 上記の状況を地域住民や関係事業者と共有し、住民主体で対策のための計画をまとめる仕組みをつくることで、地域協働による買い物支援の推進を図る
- 各地区の独自性ある取組を共有できるネットワーク会議を設置

～買い物支援モデル事業の概要～

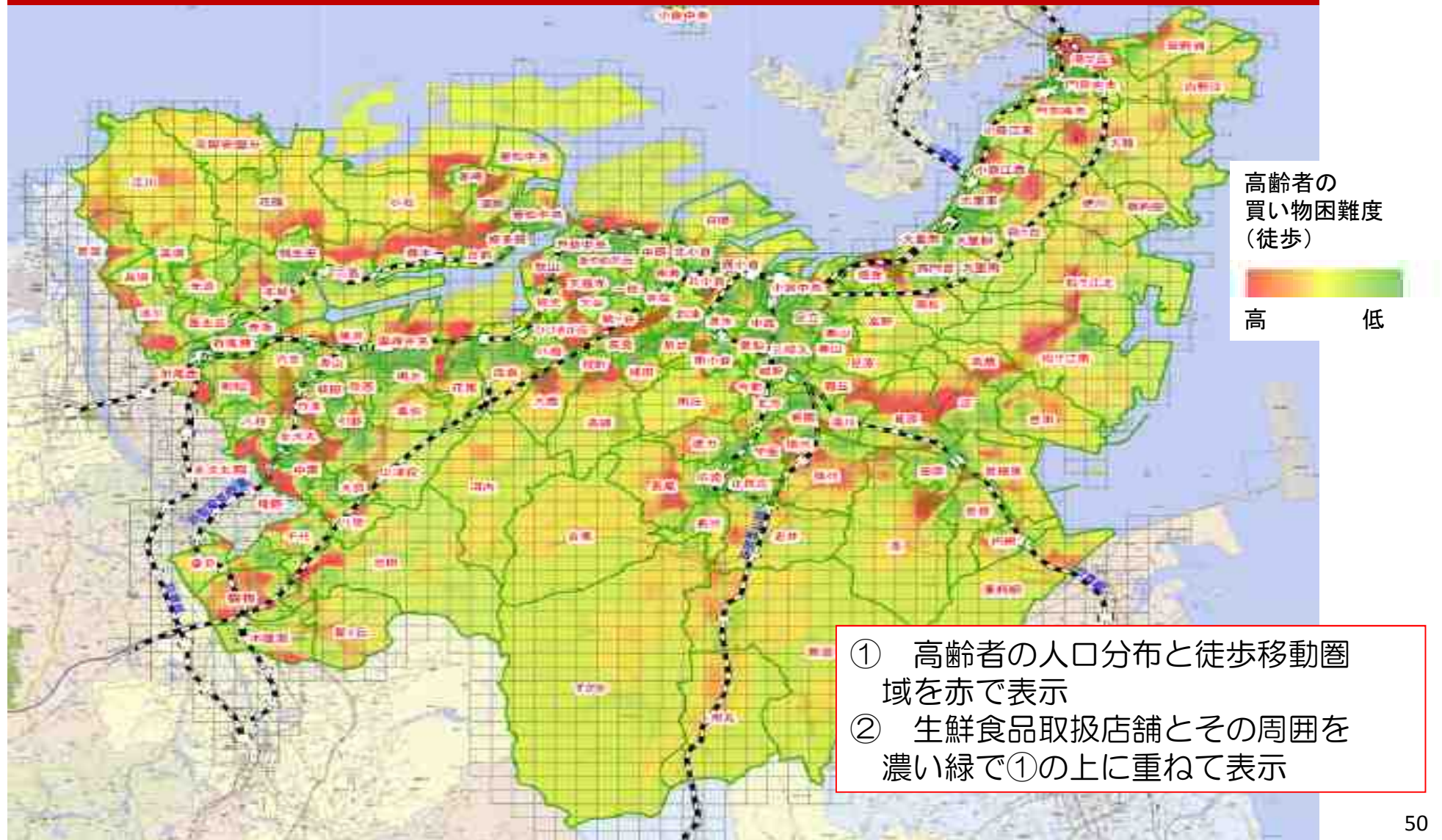


買い物応援ネットワーク会議

買い物支援に携わる民間事業者、地域住民代表、福祉事業者、行政などが参加

北九州市の特徴ある取組（１）

買い物環境マップ



北九州市の特徴ある取組（２）

ワークショップ方式による計画づくり

- 概ね小学校区を単位として、各区にモデル地区（各区１か所、全７か所）を選定、まちづくりコーディネーターと市の担当者をペアで派遣
- 住民参加によるワークショップや高齢者へのアンケート調査を実施
- 地域の意向やコミュニティの現状を踏まえながら、買い物支援に係る地域活動計画を作成



北九州市の特徴ある取組（３）

買い物応援ネットワーク会議の立ち上げ

- 買い物支援に取り組む事業者と地域をつなぐ新たな会議を設置
- 25年度に準備会合を含む2回の会議を開催。いずれの会議も民間事業者、地域住民、福祉関係者、行政など100名以上が参加
- 事例発表、意見交換、活動事例集の配布、展示・交流を実施



取組の内容

（地域資源の開発）

- モデル地区（7か所）において、民間のまちづくりコーディネーターの支援のもと、地域住民が主体となって買い物支援の地域活動計画を作成
- 自治会や地区社会福祉協議会等の横断的な体制のもと、移動販売や高齢者の送迎など、買い物支援の取組を検討
- 民間事業者が地域の計画作成に参加・協力、新たなサービス展開を検討

（ネットワークの拡大）

- 従来はつながることの少ない「地域活動団体」と「商業関係者」が、買い物支援の検討を進める中で相互に交流、新しい協働のネットワークを形成
- 買い物支援の活動を通して住民同士の結び付きを強化。また高齢者の見守りや外出の機会を創出
- コンビニエンスストアやスーパーマーケットなどが社会貢献として買い物支援のネットワークに参加

形成されたネットワーク

- ・自治会、校区社会福祉協議会、民生委員・児童委員、老人クラブ、婦人会等
- ・商店街連合会、コンビニエンスストア、ドラッグストア、その他民間事業者
- ・まちづくりコーディネーター ・福祉事業者 ・福祉関係団体 ・行政等

取組の効果

- 多様な主体の参画による「地域協働」の買い物支援の仕組みの開発
 - ・ 地産地消による朝市の展開
 - ・ 地域活動団体と商店街、特養ホームの協力による高齢者の買い物と送迎
 - ・ 地域のコミュニティスペースの活用
 - ・ 地域住民と商業関係者の共同企画による移動販売
- 買い物支援の活動を通して住民同士の結び付きが強化。高齢者の見守りや外出の機会を創出。貴重なコミュニケーションの場となっている
- コミュニティに精通し、更に買い物支援の実績あるコーディネーターが、地域のつなぎ役・計画のまとめ役としてモデル地区の検討に大きく貢献。生活支援の推進におけるコーディネーターの役割が明確化

今後の展望

- モデル地区へコーディネーターを継続派遣、計画に基づく買い物支援活動の立ち上げを支援
- 買い物応援ネットワーク会議をはじめ、事業者と地域をつなぐ体制の更なる強化



北九州市 買い物応援ネットワーク
シンボルマーク（26年度より配布開始）

地域包括ケアシステム構築に関する事例①

「事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう
「地域包括ケアシステム」事例集成
～できること探しの素材集～」



http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf

【厚生労働省のHP＞[政策について分野別の政策一覧福祉・介護介護・高齢者福祉](#)＞地域包括ケアシステム＞1. 地域包括ケアシステムの実現に向けて】

(参考) 「地域包括ケアシステム事例分析に関する 検討ワーキンググループ」について

【委員】(敬称略)

(委員長)	高橋 紘士	(国際医療福祉大学大学院 教授)
	諏訪 徹	(日本大学文理学部 教授)
	田中 雅子	(日本介護福祉士会 名誉会長)
	立木 孝幸	(岐阜県居宅介護支援事業協議会)
	中澤 伸	(社会福祉法人 いきいき福祉会)
	八田 冷子	(鹿児島県保健福祉部 地域包括ケア担当参事)

【事務局】 株式会社 日本総合研究所 (平成25年度 老人保健健康増進等事業)

【開催スケジュール】

- 第1回:平成25年 9月30日(委員による事例選定結果について 等)
- 第2回:平成25年12月27日(事例選定結果について、ヒアリング調査の結果について 等)
- 第3回:平成26年 1月21日(事例集(案)について 等)
- 第4回:平成26年 3月 3日(事例集(案)について 等)

(参考) 「地域包括ケア事例集」掲載事例について

○ 事例集に掲載する50事例については、国が都道府県を通じて収集した事例(約400事例)等の中から検討ワーキング委員によって評価・選定。

特に注目すべき10事例 (ヒアリング調査を実施)

北海道 当別町	山形県 鶴岡市	福島県 檜葉町	千葉県 浦安市	神奈川県 浦安市	富山県 南砺市	愛知県 名古屋市※	滋賀県 東近江市	福岡県 大牟田市	鹿児島県 肝付町
------------	------------	------------	------------	-------------	------------	--------------	-------------	-------------	-------------

注目すべき事例40事例(自治体に執筆依頼)

北海道 喜茂別町 島牧村 ニセコ村 積丹町	岩手県 宮古市	岩手県 釜石市 大槌町 (釜石保健 医療圏)	宮城県 仙台市	秋田県 秋田市	秋田県 湯沢市	福島県 白河市	茨城県 常総市	茨城県 牛久市※	茨城県 利根町
群馬県 前橋市	群馬県 富岡市	千葉県 柏市	東京都 新宿区※	東京都 豊島区	東京都 立川市※	東京都 武蔵野市	東京都 多摩市	新潟県 長岡市	富山県 高岡市
石川県 津幡町	山梨県 北杜市	山梨県 道志村	岐阜県 東白川村	静岡県 静岡市	静岡県 富士宮市	静岡県 掛川市	愛知県 豊橋市※	愛知県 高浜市	三重県 いなべ市
大阪府 大阪市※	和歌山県 すさみ町	鳥取県 米子市	岡山県 岡山市	高知県 梼原町	長崎県 佐々町	熊本県 玉東町	熊本県 山都町※	鹿児島県 大和村	鹿児島県 龍郷町

※ 生協、農協、社協、市民協が主体となっている事例

(参考)「地域包括ケア事例集」一例 福岡県大牟田市(住民の支え合いによる認知症支援)

キーワード	認知症、人材育成、チーム体制、地域づくり
-------	----------------------

認知症になっても安心して暮らせる市民協働によるネットワークづくり

福岡県 大牟田市

【この事例の特徴】

- 認知症の行動・心理症状が見られた場合でも、在宅生活を継続できている
- 地域住民にも、自主的に見守りを実施するなど、認知症に対する意識の変化が見られている
- 認知症ケアのための人づくり・チームづくり・地域づくりが、長期的視点で段階的に展開されている

(地図を挿入)

《検討WGからの推薦メッセージ》

認知症への取り組みを大きな旗印としつつ、住民相互の助け合いや、安心・安全や地域づくりにつなげている事例です。

地域概要

総人口:	123,109 人	要介護認定者数:	7,646 人
65歳以上人口:	38,341 人(31.1%)	第5期介護保険料:	5,480 円
75歳以上人口:	21,383 人(17.4%)		

実施主体

- ・大牟田市長寿社会推進課
- ・大牟田市介護サービス事業者協議会

取組の背景・課題認識

- ・ 介護保険制度開始当初は、認知症の人へのケアがまだ手探り状態であったため、介護サービス事業者が認知症ケアを体系的に学ぶ機会としての勉強会をスタート。制度運用に当たっては、行政のみの努力では限界があり、行政と事業者、専門職とが協働により進めなくてはならないと考えていた市の担当者が勉強会に参加。「認知症になっても安心して生活できる環境整備」を市全体で進める必要性を認識し、事業者と市で課題認識を共有。
- ・ 平成 13 年に事業者協議会の中に「認知症ケア研究会」(現:認知症ライフサポート研究会)が発足、認知症ケアの質向上に向けて実践的な活動を開始。

取組内容



大牟田市では、左のような全体構想に基づき、認知症ケアを推進している。

詳細は、以下で紹介する。

【地域づくりを推進する人材の養成 ～認知症コーディネーター養成講座】

- ・ 大牟田市と認知症ライフサポート研究会が連携し、認知症ケアに関わる人材育成を開始。「**パーソン・センタード・ケアの理解と理念の確立**」「**権利擁護の徹底理解と日々のアドボカシー**」「**課題分析と適切な医療とケア・生活支援**」「**協働のまちづくりの推進**」が到達目標。
- ・ 2年間 386 時間のカリキュラムで、10 人程度の少人数制。2013 年 6 月時点で、85 名の専門職が修了。上記研修で養成した修了生のうち、**認知症の人や家族を支援する上でスーパーバイズができる者を「認知症コーディネーター」と位置付けている。**



【予算】認知症コーディネーター養成研修等 3,358 千円(平成 25 年度 大牟田市予算)

【チームで支える体制整備 ～地域認知症サポートチーム】

- ・ 認知症ケアに関わる医療と介護の専門職が、個別事例に対しチームとして対応することが必要だと考え、認知症専門医と認知症コーディネーターが主体となり地域認知症サポートチームを結成。地域包括支援センターとも連携しながら、取り組みを進めている。
- ・ サポートチームに相談が入ると、まずは**認知症コーディネーターが地域の支援者と協力しながら、本人や家族に関する情報収集を行い、緊急的な医療やケアの調整・支援等を行う。**また、必要に応じて**チームの医師に相談し、ケアマネジャーや地域包括支援センター等と連絡調整を図る。**
- ・ 行政内に認知症連携担当者を 1 名配置し、チームの運用面を担当している。

大牟田市地域認知症サポートチーム	
メンバー構成	認知症コーディネーター(4名)、認知症専門医(1名)、認知症支援センター医師(1名)、認知症支援センター看護師(2名)、介護士・介護職員(認知症コーディネーター)6名、認知症支援センター(認知症支援センター)1名
役割	認知症の人や家族の悩みを聞き、本人や家族の認知症に関する理解を深め、認知症ケアの推進を図る。 2年間の研修を終えたコーディネーター修了生は、所属事業所内で認知症ケアを実施する。地域に認知症の理解を浸透させるために様々な取り組みを実施。
連携	認知症の人や家族の悩みを聞き、本人や家族の認知症に関する理解を深め、認知症ケアの推進を図る。 2年間の研修を終えたコーディネーター修了生は、所属事業所内で認知症ケアを実施する。地域に認知症の理解を浸透させるために様々な取り組みを実施。

(参考) 全国の「地域包括ケア事例」厚生労働省ホームページへの掲載

- 国が都道府県を通じて収集した約400事例を厚生労働省ホームページに掲載。

<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/>

【厚生労働省のHP>> [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#) > [介護・高齢者福祉](#) > 地域包括ケアシステム
> 1. 地域包括ケアシステムの実現に向けて>日本地図から全国の事例を検索】

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業

地域包括ケアシステムの構築に関する事例集

全国の市区町村で行われている地域包括ケアシステム構築の取組事例を紹介しています。
主に自治体の地域包括ケアシステム構築担当の方々に活用していただくことを目的としています。

キーワードで取組事例を検索できます

Googleカスタム検索

事例集

50自治体の取組や実施上の工夫について、事例集としてご紹介します。
「地域包括ケアシステム」事例集

地図で探したい方はこちら

下記の地図または都道府県名から、ご覧になりたい都道府県をクリックしてください。

北海道・東北地方

北海道 青森県 岩手県 宮城県 秋田県
山形県 福島県

関東地方

茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県
東京都 神奈川県

中部地方

新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県
長野県 岐阜県 静岡県 愛知県

関西地方

三重県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県
奈良県 和歌山県

中国地方

鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県


四国地方

徳島県 香川県 愛媛県 高知県

九州・沖縄地方

福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県
宮崎県 鹿児島県 沖縄県

全国地図から探す



市区町村の人口規模で探したい方はこちら

市区町村の人口規模で事例を探したい場合は、こちらをクリックして下さい。
市区町村の人口規模別一覧

Get ADOBE READER

PDF形式のファイルをご覧いただく場合には、Adobe Readerが必要です。
Adobe Readerをお持ちでない方は、バナーのリンク先からダウンロードしてください。

地域包括ケアシステム構築に関する事例②

「過疎地域における地域包括ケアシステムの
構築に関する調査研究事業報告書」



<http://www.hit-north.or.jp/houkokusyo/2013tiikihokatsu-shiryo.pdf>

【社団法人北海道総合研究調査会HP】

美瑛町

小規模多機能型居宅介護とサテライト機能を活用した 地域包括ケアシステムの構築

●美瑛町の概要

北海道道庁のほぼ中央で、旭川市と富良野市のほぼ中間に位置している。総面積は677.16km²と、東京23区とほぼ同じ広さであり、その70%以上を山林が占めている。「丘のまち」の美しい景観が有名で北海道を代表する観光地である。

●人口 10,714人 (平成25年3月住基)

●75歳以上人口 2,074人

●高齢化率

65歳以上34.3%、75歳以上19.4%

●要介護認定者数 560人

●第5期介護基準額
(大雪地区広域連合)
月額5,100円



美瑛町における地域包括ケアシステムの特徴

街の中心部にサービスが集中し、郊外農村地域で暮らす高齢者のサービス利用に課題

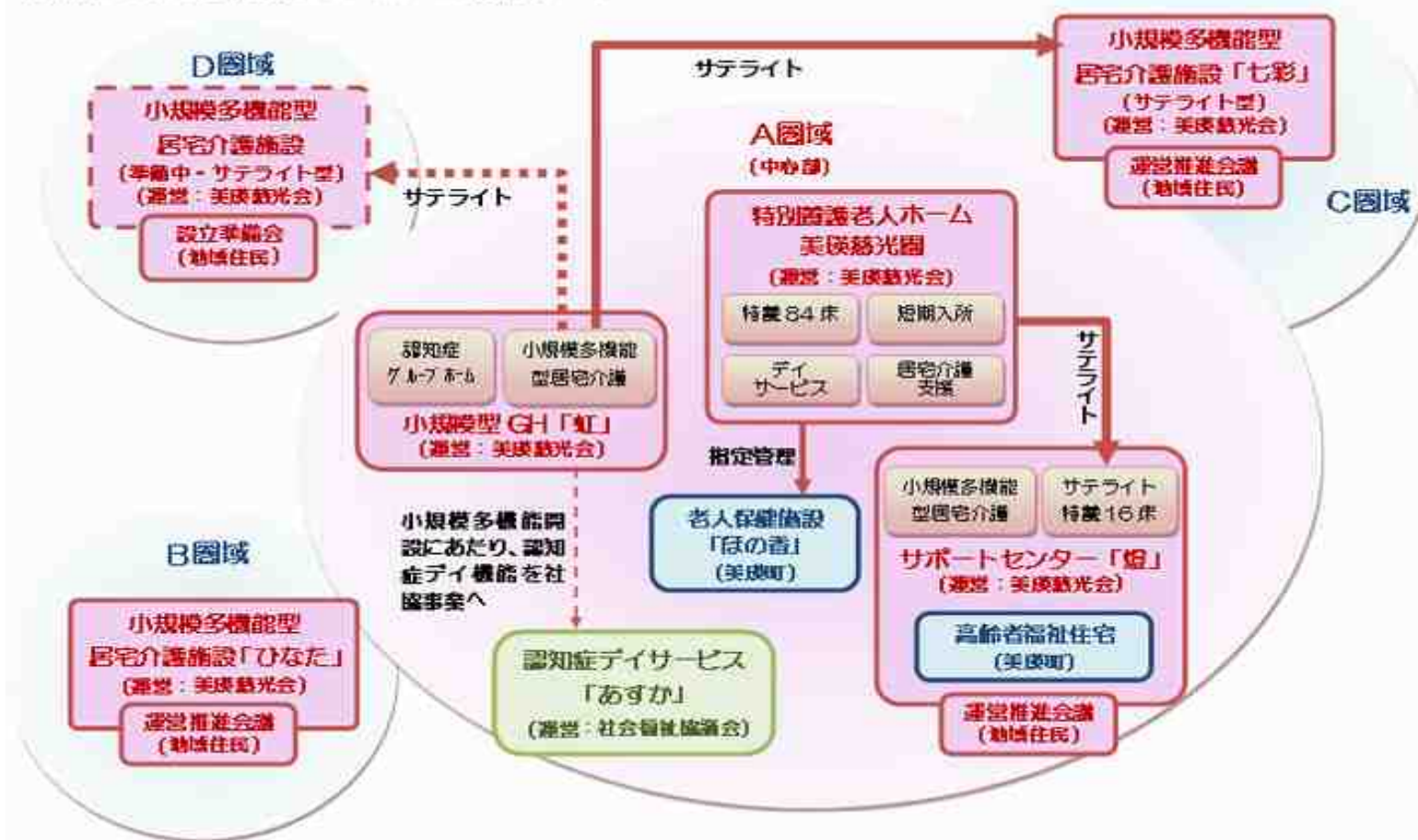


●地域の社会福祉法人(社会福祉法人美瑛慈光会)が積極的に関わり、4つの圏域ごとに小規模多機能型居宅介護を配置

●小規模多機能型居宅介護を「サテライト型」で運営

- 美瑛町で長く高齢者支援に携わる社会福祉法人「美瑛慈光会」が、行政と連携しつつ、A～Dの4つの日常生活圏域に小規模多機能型施設を配置し、運営
- 小規模多機能型施設の配置にあたっては「サテライト」の仕組みを活用して人材確保や運営費にかかる課題をカバー

美瑛町における地域包括ケアシステムの現状イメージ



地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みのポイント

●事業者による先行した調査や取組による地域課題の把握

地域ケア会議による自主的な「高齢者ニーズ調査」により通所系サービスのニーズや交流・活動の場に対するニーズなどを把握

●社会福祉法人（美瑛慈光会）による「宅老所」の取り組み

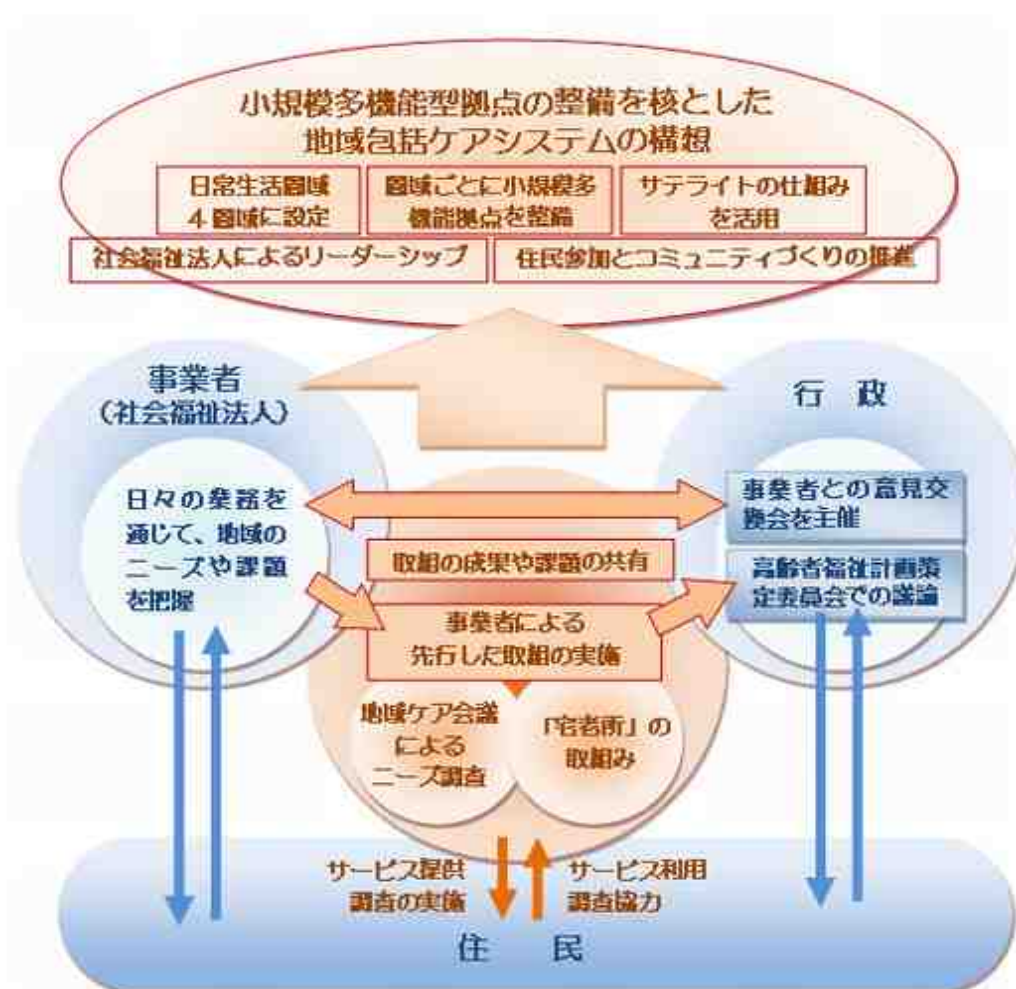
認知症デイ+自主事業による「泊り」サービスの実践から「地域の中に小規模な拠点を置くことによる地域包括ケアの実現」の方向性を導く

●事業者と行政による課題の共有と方針の決定

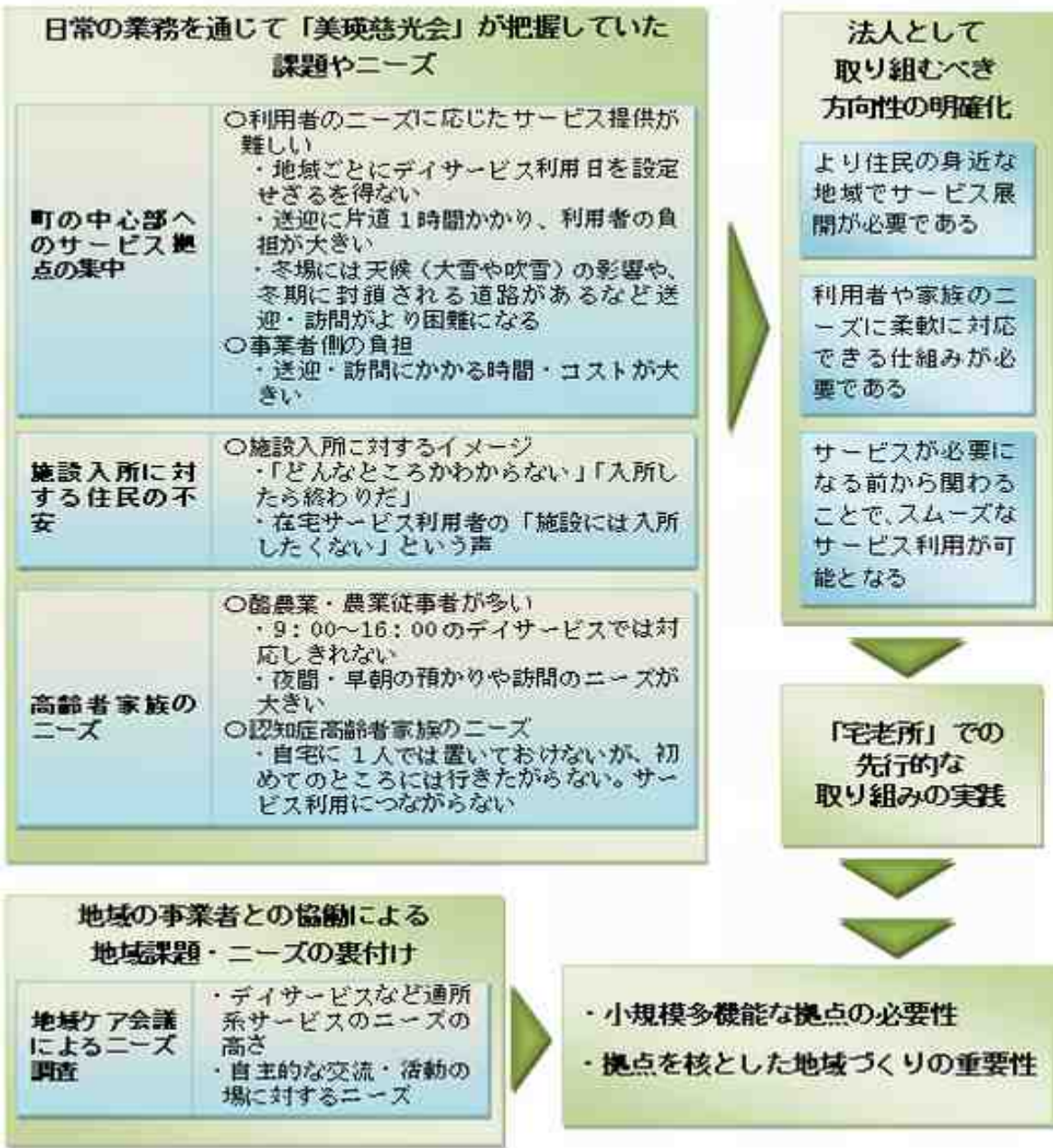
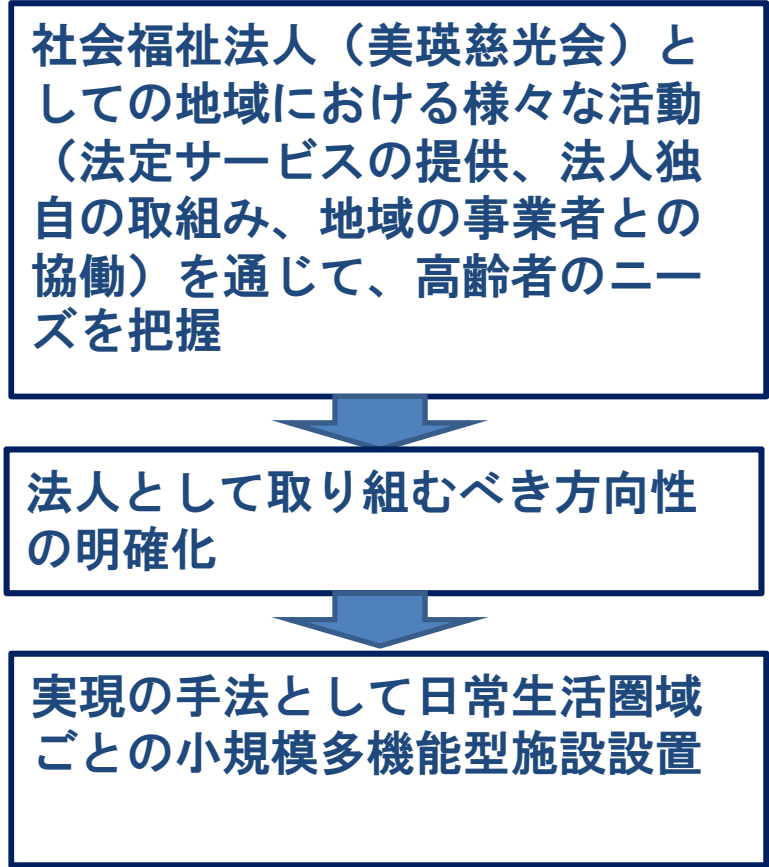
- ・行政と事業者による意見交換会の実施
- ・高齢者保健福祉計画への方針の明記

●小規模多機能居宅介護設置を契機としたコミュニティづくりの推進

- ・設置の2年以上前から住民による「準備会」を立ち上げ、住民・事業者・行政が議論
- ・設置後も住民が主体的に関わり続ける協働の流れをつくりだす



小規模多機能型施設設置に至る 法人としての意思決定のプロセス



住民主体による運営を目指した各圏域における 小規模多機能型居宅介護設置のプロセス

(1) 地域への情報周知と
設立準備会の立ち上げ
(2年前～)

●地域運営の基礎組織である「行政区」への声掛け

- ・農作業など集落ごとの意思決定を行う行政区に対し、最初の情報提供と「今後の進め方の相談」として声かけ。行政ではなく、社会福祉法人（美瑛慈光会）が事務局となり、住民との協議の場を設置
- ・行政との間に社会福祉法人が入ることで、3者が対等な立場で意見交換

(2) 設立準備会を通じ地
域課題の抽出と方針決定
(2年間かけて議論)

●住民ワークショップによる地域課題の洗い出し

- ・KJ法により地域の課題を「すぐにできること」「工夫が必要なこと」「行政による支援が必要なこと」に分類
- ・住民が、地域で暮らし続けるために自分たちができることを意識するきっかけ

(3) 小規模多機能居宅介
護の設置と運営推進協議
会の設立

●「設立準備会」から「運営推進協議会」へ

- ・小規模多機能居宅介護設置に伴い準備会での議論を運営推進協議会に引継ぎ、「すぐにできること」（自分たちができること）の実践へ

(4) 住民・事業者・行政
が協働した運営・活動の
継続

●各圏域ごとの住民主体の取り組みの創造

- ・「運営推進協議会」が中心となり、圏域ごとの特徴ある取り組みの実践の開始

小規模多機能型居宅介護を拠点とした地域づくり

→住民・事業者・行政が協働し実施する運営推進協議会での議論により実現

地域交流スペースを活用した「つどいの場」づくり

準備会で「集いの場」の必要性を訴えた地域住民が中心となり、地域交流スペースを活用して「喫茶店（サロン）」を開催



生活支援ネットワークの構築

小規模多機能型施設の登録者だけでなく、地域の高齢者を対象とした安否確認サービスの創造

「生活支援ネットワーク」：小規模多機能型施設では24時間職員が配置されていることを活かした仕組みをつくる。

1. 会員：地域の高齢者。会員カードに緊急時の連絡先、かかりつけ医などを記載し小規模多機能型施設事業者が保管
2. 協力員：行政区長、民生員、運営推進会議メンバーなど地域住民
3. 運営主体：運営推進協議会
4. 活動：日常の相談、安否確認、緊急時の対応

【具体的な活動例】

- 遠方に暮らす家族が、本人の安否を確認できない場合



取組の成果

①住民・事業者・行政による協働の仕組みの構築

- ・行政と事業者との意見交換会や、高齢者保健福祉計画策定委員会などの場において、事業者と行政が町の地域包括ケアの方向性を共有
- ・事業者が事務局となり、圏域ごとの施設設置のあり方について住民が主体となって検討する場を設置
- ・行政と住民の間に事業者が入ることで、3者が対等な立場で協議を行う場とすることにつながった

②住民による互助の活動を創造する地域づくり

- ・日常生活圏域ごとの小規模多機能施設の設置について、住民による「設立準備会」をたちあげ、2年にわたり施設のあり方を議論
- ・準備会での議論が「地域で暮らし続けるために自分たちができることは何か」を住民一人一人が意識するきっかけとなる
- ・準備会は小規模多機能型施設の運営推進会議に移行。準備会としての活動を土台とし、運営推進会議は施設の運営のみを検討するだけでなく、「地域づくりを検討する組織」としての役割を担う

③小規模多機能型施設の設置による介護サービスの充実

住民、事業者、行政のそれぞれにメリット

- ・住民：地域で暮らし続けるためのサービスの充実
- ・事業者：サテライトの仕組みを活用し人材確保、運営費縮減
- ・行政：町内の介護サービス・生活支援サービスの充実

網走市

住民主体の介護予防事業と 「地域密着・分散型」の施設配置による地域包括ケアの充実

●網走市の概要

北海道の東部に位置し、オホーツク海に面している。東西に32.8km、南北に20.7km、面積は471.00km²となっている。北西部に能取湖、中部に網走湖、東部に濤沸湖があり、それぞれ網走国定公園の一部である。

●人口 38,052人（平成25年3月住基）

●75歳以上人口 4,918人

●高齢化率

65歳以上25.7%、75歳以上12.9%

●要介護認定者数 1,202人

●第5期介護基準額

月額4,710円

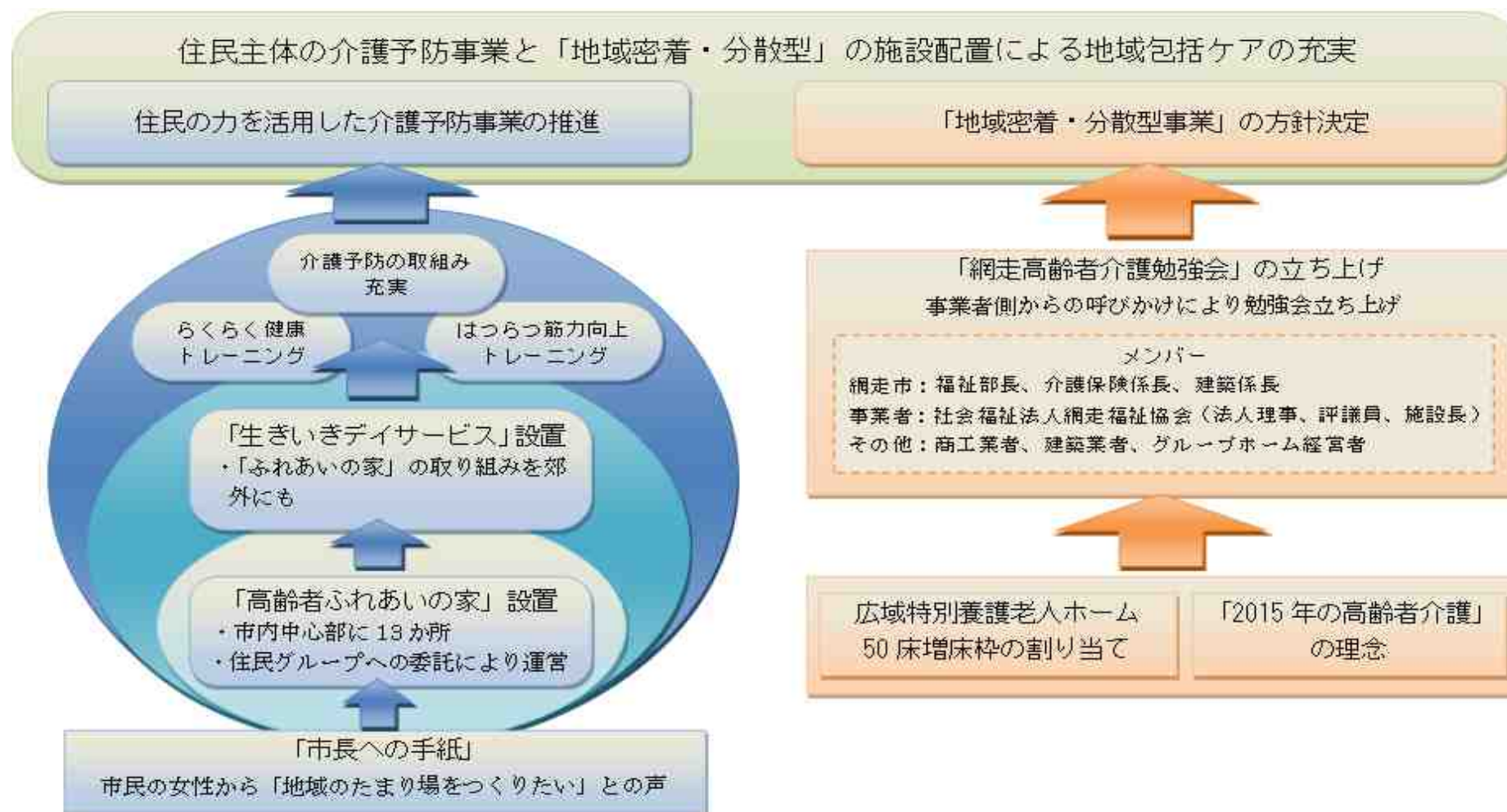


網走市における 地域包括ケアシステムの特徴

●住民のボランティアグループに介護予防事業を委託して、高齢者の介護予防と生きがいをづくりの拠点を運営

●地域の社会福祉法人（網走福祉協会）が積極的に関わり、「地域密着・分散型」を方針として小規模多機能型施設を市内に配置・運営

- 住民からの意見(市長への手紙)をきっかけに、高齢者の生きがいきづくりの拠点を住民主体で運営する仕組みを構築。介護予防事業に位置づけ市内全域で展開。
- 広域特別養護老人ホーム50床増床枠の割り当てをきっかけに、社会福祉法人(網走福祉協会)の呼びかけで行政・事業者が勉強会を開催し、既存の特養に50床を併設して巨大施設を造るのではなく、地域の中に分散させ、地域密着型の施設を設置する方針を決定
- 行政が、住民や事業者からの提案に柔軟に対応し、地域包括ケアシステムにかかる資源や仕組みを開発



地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みのポイント ～住民主体による介護予防事業の実施～

●住民主体による介護予防事業の実施

【高齢者ふれあいの家】

- ・「市長への手紙」(網走市民が市長へ直接意見や要望を伝える仕組み)に寄せられた「地域のたまり場をつくりたい」という声を実現
- ・市街地13箇所で実施。13箇所それぞれについて、市の要件を満たしている住民ボランティアグループが運営を担う
- ・「ふれあいの家」第1号は平成12年1月開設(オピッタの家)
- ・各地域で週1回開催、企画や運営はすべて地域ボランティアによる。軽体操や合唱、朗読、手芸など、地域ごとに工夫を凝らした取り組みを実践

【サテライト型・生きいきデイサービス】

- ・「高齢者ふれあいの家」への参加が難しい郊外農村部の高齢者を対象として、「サテライト型・生きいきデイサービス」を展開
- ・運営は社会福祉法人(網走福祉協会)に委託しているが、それぞれの拠点で住民ボランティアグループを組織し、自主的な運営を行っている。
- ・平成13年スタート。地域により週1回～3回開催。
- ・利用者の送迎や、趣味活動(手芸など)の支援は住民ボランティアが実施。月1回、市の保健師による健康相談

	高齢者ふれあいの家	生きいきデイサービス (サテライト型)
設置地域	市内中心部	郊外の農村地域
設置箇所数	13箇所	3箇所 ・市街地で運営する2箇所の 生きいきデイサービスのサテ ライトとして運営
設置場所	主に地域のコミュニティ センター	コミュニティセンター 消防団の詰所 集落センター(保育園併設) など
介護保険事業 での位置づけ	地域介護予防活動支援事 業	地域支援事業
運営主体	13箇所それぞれについて、 市の要件を満たしている 地域住民グループへ委託	社会福祉法人へ委託 (社会福祉法人網走福祉協 会)
実施主体	市から委託を受けた地域 住民グループ	設置地域の住民ボランティア が主体となって運営 社会福祉法人職員1名とパー ト職員2名が専任でサポート
委託費	1か所あたり月額3万円	年間930万円
参加費	1人1回100円	利用料：1回500円(昼食費 別)
その他	高齢者以外にも、地域住 民が自由に参加できる	住民ボランティアによる送迎 サービスがある 昼食は法人運営の特別養護老 人ホームから配送

住民ボランティア組織による「高齢者ふれあいの家」 立ち上げプロセス

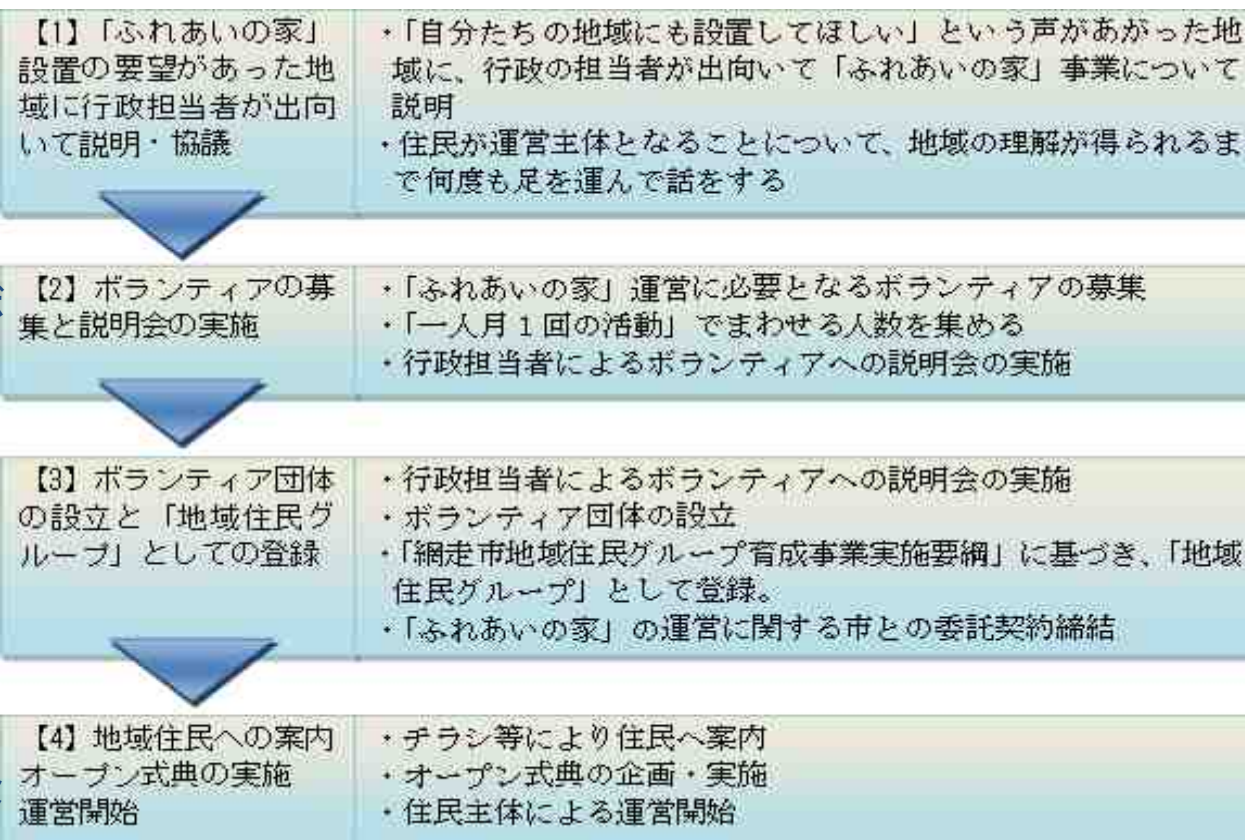
●立ち上げまでは行政が強力にサポート

・住民が主体となって運営することに対し、地域の理解が得られるまで何度も足を運んで話をする

・ボランティアの募集・説明会の開催、ボランティアグループの登録・市との委託契約、地域住民への周知など、立ち上げまでのプロセスは行政が強力にサポート

●運営開始後は住民の主体的な活動を尊重

・住民に運営の裁量権をあたえ、自由な発想による運営を促す



●自由な発想による活動

・拠点ごとにボランティア組織が自由な発想で活動を展開

- 【例】
- ・活動として農作業を実施。収穫した作物で食事を提供
 - ・旅館の1室を借りて活動場所とする
 - ・地域住民による「送迎ボランティアサービス」の実施 など



地域住民による
送迎ボランティアサービス



ニーズに合わせた趣味活動等の実施



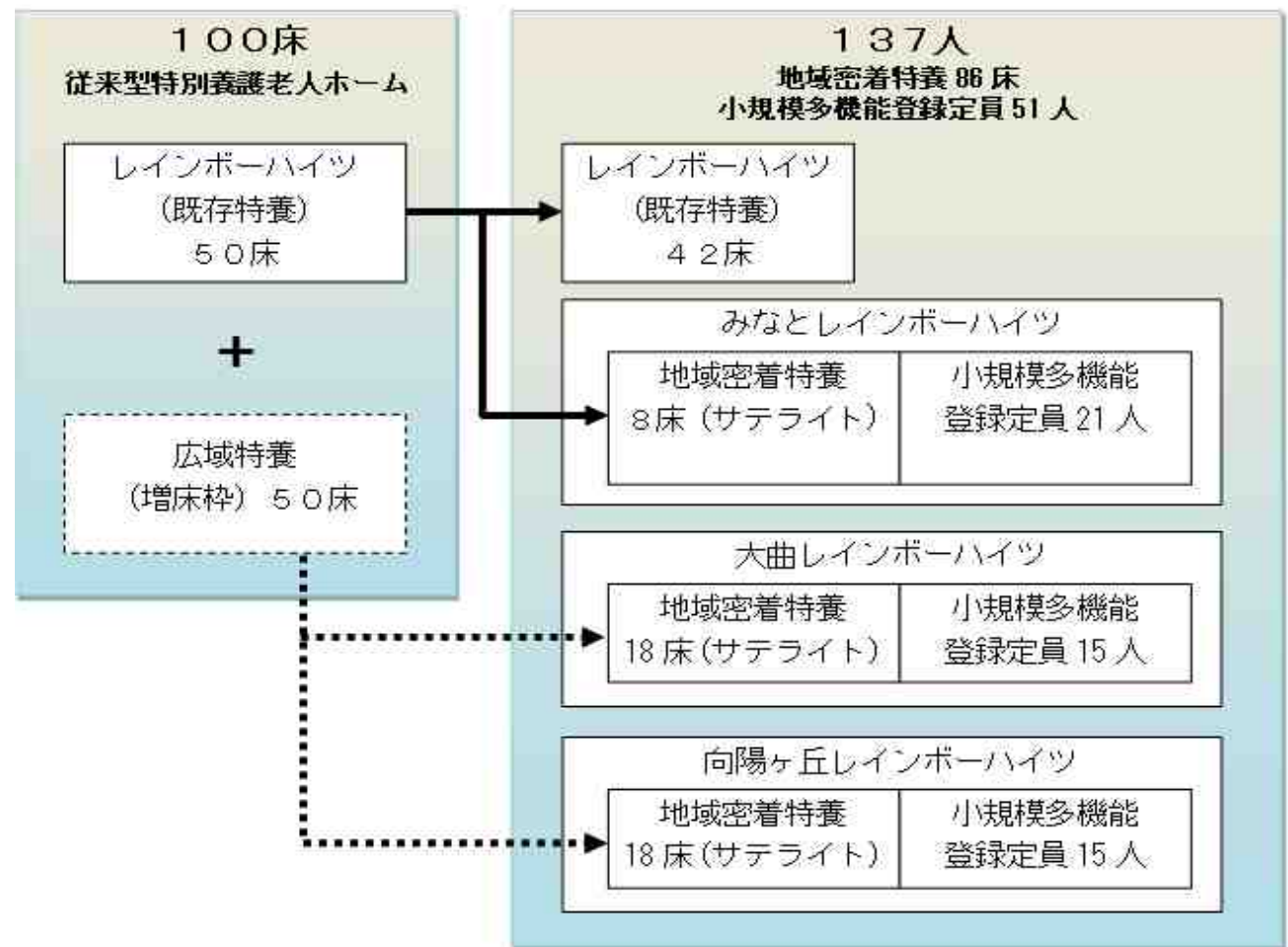
地域包括支援センターや保健師による訪問・健康相談

地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みのポイント ～「地域密着・分散型」の施設配置～

●「地域密着・分散型」の施設配置

・広域型特別養護老人ホームとして割り当てられた50床と、既設の特別養護老人ホーム50床のうち8床をサテライトとして地域に分散させ「地域密着型特別養護老人ホーム」とし、小規模多機能型施設に併設

・郊外の特別養護老人ホームを拡大せず、市街地および住宅街に小規模多機能型施設を配置して、住み慣れた地域で暮らし続ける仕組みを整えた



(1) 網走市に「広域型特別養護老人ホーム」50床の増床枠割り当て

(平成15年5月)

(2) 社会福祉法人（網走福祉協会）の声かけにより「網走高齢者介護勉強会」の立ち上げと議論

(平成15年8月～平成16年7月)

(3) 「地域密着・分散型施設配置」方針の決定と市長への意見書提出

(平成17年12月)

(4) 「小規模多機能」＋「地域密着型特養」の組み合わせによる施設の配置

(平成19年4月～)

●広域型特養増床枠の設置方針についての検討

- ・行政担当者から、既設の特別養護老人ホームを運営していた社会福祉法人（網走福祉協会）に増床枠引き受けの打診
- ・打診を受けた法人は、郊外に設置されている既設特養に50床を増床して巨大化することに疑問を感じ、今後の施設の設置方針について検討することとした

●事業者と行政による施設配置のあり方の議論

- ・社会福祉法人（網走福祉協会）は「2015年の高齢者介護（2003年）」の理念を実現する必要性を感じ、行政担当者・市内事業者に声掛けして勉強会を立ち上げ
- ・メンバーは網走市（福祉部長、介護保険係長、建築係長）、事業者（網走福祉協会、商工業者、建築業者、GH経営者）

●方針の決定と市長への意見書提出

- ・勉強会での議論の結果、50床の増床枠は「地域密着型特養」として、地域に分散させて配置することを決定
- ・議論の結果を市長への意見書として提出

●施設配置の開始

- ・平成19年の「大曲レインボーハイツ」を皮切りに、住宅街の中に「小規模多機能型居宅介護」＋「地域密着型特養」の組み合わせによる施設配置開始。

取組の成果

①住民主体による活動の促進と行政と住民の関係づくり

- ・行政が積極的に事業の必要性や住民が行う意義を説明する中で、住民の信頼を得て、住民と行政の関係づくりが行われた
- ・住民側に裁量権を持たせた取組みを通じて、住民自らが課題に気付き、それに対応するための活動を実践する動きにつながった

②住み慣れた地域での暮らしの継続

- ・市街地から離れた郊外にある特別養護老人ホームではなく、住み慣れた住宅街の中小規模多機能な拠点があることで、地域での暮らしが継続できるようになった
- ・小規模多機能に地域密着型特養が併設されていることで、「通い・泊まり・訪問」のサービスを利用しながら施設に慣れることができ、施設入所に係るリロケーションダメージを軽減する効果が生まれた

【コラム】住民による主体的な活動をつくりだす行政の姿勢

網走市福祉部長である酒井氏は、「福祉部在席歴20年」という、市町村職員としては珍しい経歴の持ち主である。介護保険制度スタート当初から、「今後高齢化が進むと、要介護者が増え給付費が上がり、介護保険料も高くなってしまう。要介護とならないための予防が重要だ」と考えて取り組みを進めてきた。

介護予防の事業を行政が行うのではなく、地域住民主体の活動とすることにより、職員の異動や制度の改正があっても継続できる仕組みとなると考え、「ふれあいの家」の運営の仕組みを整えた。

第1号の「ふれあいの家」（オピッタの家）ができ、地域から「自分たちの地域にもほしい」という声があがると、行政側から地域に向いて事業の説明を行うことを旨としてきた。「説明に行っても、最初は行政批判がほとんど。なぜ自分たちがやらなければならないのかという意見が噴出する」と酒井氏。しかし、そこであきらめずに、何度でも地域に足を運んで説明を続けることで、住民と行政の関係づくりができるという。

酒井氏は、「行政として、なぜ、この事業が必要なのか、なぜ、住民の手で行うことが重要なのかをきちんと説明することで、地域の理解は必ず得られる。」という。

最初の立ち上げまでは行政が強力にサポートするが、運営が始まったのちは「お金は出すが、口は出さない」という姿勢で、住民に裁量権が与えられる。そうすることで、住民側の自由な発想による運営が行われる。

運営開始後の行政の役割は、ついついがんばりすぎてしまう住民に「息の抜き方」「力の抜き方」を教えてあげること。そうすることで、運営が行き詰まることなく継続されていく。

幌加内町

町のリーダーシップによる地域医療体制の充実と 小規模多機能型を活用したサービス空白地帯の解消

●幌加内町の概要

北海道の北部、旭川市の北側に隣接し、南北に長い地形で四方を山に囲まれている。町の総面積は767km²と広大で、北部には表面積が日本最大の人造湖である朱鞠内湖がある。気候は1年を通じて寒暖差が大きく、昭和53年2月には母子里地区においてマイナス41.2℃の日本最低気温を記録するなど、日本有数の寒冷・豪雪地帯である。農業環境は極めて厳しいが、これらの全条件に適しているそばが町の基幹作物となっており、作付面積が3,165ha、生産量も2,050トンを超え、共に日本一である。

●人口 1,659人(平成25年3月住基)

●75歳以上人口 358人

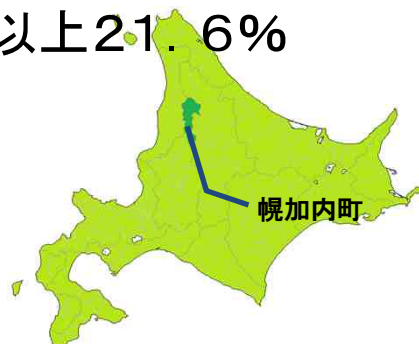
●高齢化率

65歳以上36.9%、75歳以上21.6%

●要介護認定者数 78人

●第5期介護基準額

月額4,300円



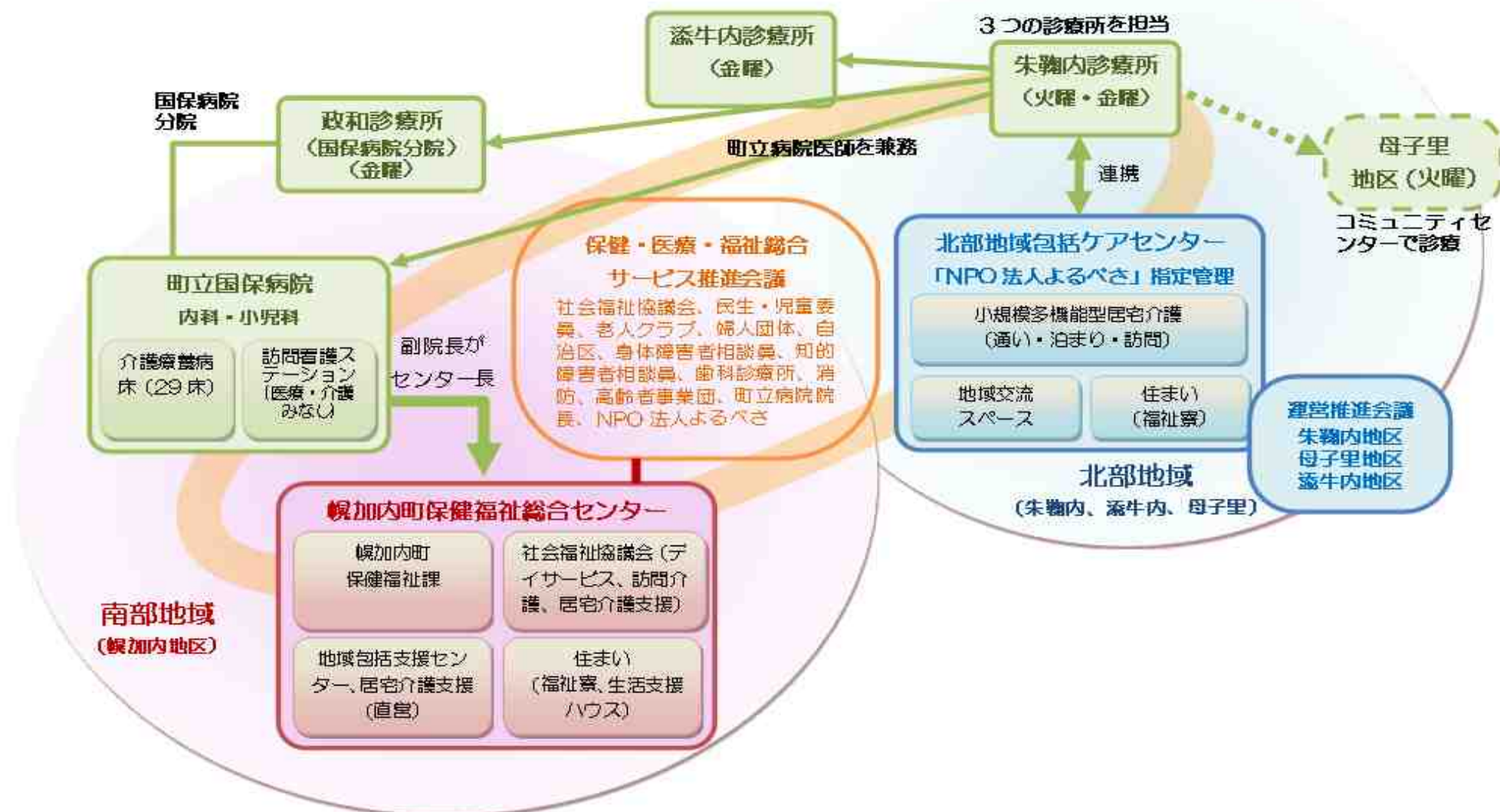
幌加内における 地域包括ケアシステムの特徴

- ・南北に長く広大な町域であり、北部地域がサービス空白地帯となっている
- ・自宅での暮らしが難しくなった高齢者が地域を離れ、町外の施設に入所

●町立国保病院と診療所が連携し、町全体の医療へのアクセスを確保

●北部地域に小規模多機能型居宅介護施設を設置することで、サービス空白地帯を解消

- 北部地域にある朱鞠内診療所の医師が町内の診療所を時間・曜日を決めて巡回。国保病院では医療保険・介護保険の訪問看護サービスを提供。町立国保病院・診療所が連携・協力しながら、町全体の医療へのアクセスを確保
- 役場のある南部地域(幌加内地区)に介護・医療サービスが集中。北部地域に小規模多機能型施設を核とした「北部地域包括ケアセンター」を設置することでサービス空白地帯を解消



地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みのポイント①

●町が主導した地域医療体制の構築

【地域医療に理解のある医師の確保】

- ・平成8年ごろ、隣市の病院につとめる自治医大出身医師に相談して九州地方の大学病院の紹介をうけ、10年間当該大学病院(総合診療部)から医師の派遣を受けることにつながった。
- ・研修医制度の改正後は派遣継続が難しくなったが、現在でも医師の紹介を受けたり、現任医師が夏季休暇中の短期間の医師派遣協力をお願いできる関係が続いている。

【保健・医療・福祉の連携を目指した「幌加内町保健福祉総合センター」の設置】

- ・平成8年に標記センターを開設。保健・福祉と医療の連携が重要であるとの認識から、センター長には町立病院副院長を兼務で置くことを決定。
- ・原則1年に2回「保健・医療・福祉総合サービス推進会議」を持ち、町内の保健・医療・福祉関係機関や自治会、老人クラブ関係者などが一堂に会し、町の保健・医療・福祉施策全体を共通・議論する仕組みを持っている。

【国保病院における介護・医療の「訪問看護サービス」の実施】

- ・平成15年に民間事業者が行っていた訪問看護事業(介護保険)を廃止して、町立病院での訪問看護(医療保険・介護保険)をスタート。
- ・訪問看護にかかる機能を町立病院に集約することで、人材の確保と事業の継続を実現した。

【町立病院と診療所が連携して地域医療体制を構築】

・地域医療に理解のある医師2名(国保病院院長、朱鞠内診療所医師)が密に連携・役割分担し、町内の医療体制を構築している。

	国保病院院長	朱鞠内診療所医師
国保病院	<ul style="list-style-type: none"> ・外来担当(午前4日、午後2日) ・病棟担当 ・救急対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来担当(午前1日、午後2日)
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所の診察日に国保病院の看護師を派遣 	<ul style="list-style-type: none"> ・政和診療所(金曜9時～10時半) ・添牛内診療所(金曜11時～11半) ・朱鞠内診療所(火曜午前・午後、金曜13時半～16時半) ・母子里地区(火曜14時～15時)
往診など	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療、往診(町内全域) 	<ul style="list-style-type: none"> ・主に北部地域の往診を担当
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護(医療・介護)の指示書 	<ul style="list-style-type: none"> ・「北部地域包括ケアセンター」の嘱託医

【幌加内町保健福祉総合センターについて】

・センターには行政の保健福祉課、地域包括支援センター(直営)、社会福祉協議会事務局と社協による通所介護事業所が配置されるとともに、住まい(老人福祉寮・生活支援ハウス)を併設。

・保健・医療・福祉総合サービス推進会議では、町や社協の担当者から事業・活動の進捗報告があるほか、町立病院の今後のあり方など、関係者全員で町の保健・福祉・医療にかかる課題について意見交換し、情報を共有する場となっている。

地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みのポイント②

●北部地域包括ケアセンターの設置によるサービス空白地帯の解消

【小規模多機能型施設の配置】

・既存の老人福祉寮「延寿荘」に、「通い・泊り・訪問」の機能を持つ小規模多機能型施設を配置することで、地域での暮らし継続を実現。

【運営の工夫】

- ・小規模多機能型施設単体ではなく、隣接する福祉寮とあわせた指定管理とすることで運営費の課題をカバー。
- ・福祉寮と小規模多機能施設の職員が一部兼務し、人材確保にかかる課題を解決。

【医療との連携】

・センターの向かいに町立診療所（朱鞠内診療所）があり、週2回の診療を実施。必要があれば夜間でも電話連絡することで対応。

【運営推進会議】

- ・北部の3地域（朱鞠内、添牛内、母子里）において運営推進会議を実施。
- ・民生委員・自治区長が常任メンバーであるほかは、地域住民のだれもが参加できる「地域懇談会」の名称で開催。地域全戸に「地域懇談会のお知らせ」を配布し参加を呼び掛けている。

運営推進会議の様子



（母子里地区）



（朱鞠内地区）

北部地域包括ケアセンターの概要

- ・平成23年4月、朱鞠内地区に北部地域における多機能型サービス拠点として「北部地域包括ケアセンター」を設置
- ・「北部地域包括ケアセンター」の位置する北部地域は「朱鞠内地区」「添牛内地区」「母子里地区」の3地域からなり、町の中心部である南部地域とは約40km、車で1時間の距離。



【概 要】

老人福祉寮「延寿荘」は、昭和63年から朱鞠内地区にあり、サテライトデイサービスが併設されていた。北部地域包括ケアセンターの設置にあたっては、サテライトデイを地域交流スペース転用するとともに、老人福祉寮「延寿荘」に小規模多機能型居宅介護施設を新たに併設した。

【運営に係る特徴と工夫】

①行政との連携

- ・センターを運営する「NPO法人よるべさ」は、北部地域での住民の暮らしを支えることを目的として、住民と行政が協力して設立した経緯がある。
- ・同法人の設立にあたっては、町直営地域包括支援センター職員の保健師が、役場を退職して法人事務局職員となった。

②指定管理による財政的支援

小規模多機能単体での事業収支はマイナスだが、併設された老人福祉寮・地域交流スペースの運営をあわせた指定管理とすること、小規模多機能施設と老人福祉寮の職員が兼務することにより財政的な課題をカバー

③医療機関との連携

センターの向かいに町立朱鞠内診療所があり、週2日（火曜日・金曜日）診療を行っている。診療日に関わらず、また、夜間であっても必要に応じて電話連絡することで医師に相談できる関係がある。

北部地域包括ケアセンター設置のプロセス

(1) 先進地の視察 (平成21年)

●小規模多機能型施設の必要性の認識

- ・美瑛町の小規模多機能型施設の取り組みを視察。
- ・視察参加者は町の地域包括職員、北部添牛内地区の自治区長など
- ・美瑛町のような小規模多機能の取り組みが北部地域にあることで、地域住民の生活を支えられるのではないかと考えるきっかけとなる

(2) 「連絡会」への相談と 調査事業への参加 (平成22年)

●幌加内町における小規模多機能型施設のあり方検討

- ・「全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会」に幌加内町での導入のあり方について相談
- ・同会が厚労省老健事業で実施する調査研究事業にモデル地域として参加してあり方を検討することとなった

(3) モデル事業による住民 ワークショップの実施 (平成22年5月～23年1月)

●住民ワークショップによる地域課題の洗い出し

- ・モデル事業の中で「地域の困りごとを検討する会」として住民ワークショップを実施。
- ・「このままでは地域で暮らし続けることができない」という危機感を住民と共有。
- ・行政・住民・事業者が協力して北部地域の中核拠点をつくることを理念とし、取り組みが進められることとなった

(4) 町としての設置方針の 決定とNPO法人たちあげ (平成23年)

●小規模多機能型施設の設置に向けた具体的取組

- ・北部地域の生活を支えることを目的としてNPO法人「よるべさ」を立ち上げ。同法人が運営を担う。町の地域包括職員の保健師が町を退職し、NPO法人の職員となる
- ・既設の福祉寮「延寿荘」に併設し小規模多機能施設の設置

●「地域の課題把握」から「対応策の検討」まで一気に検討

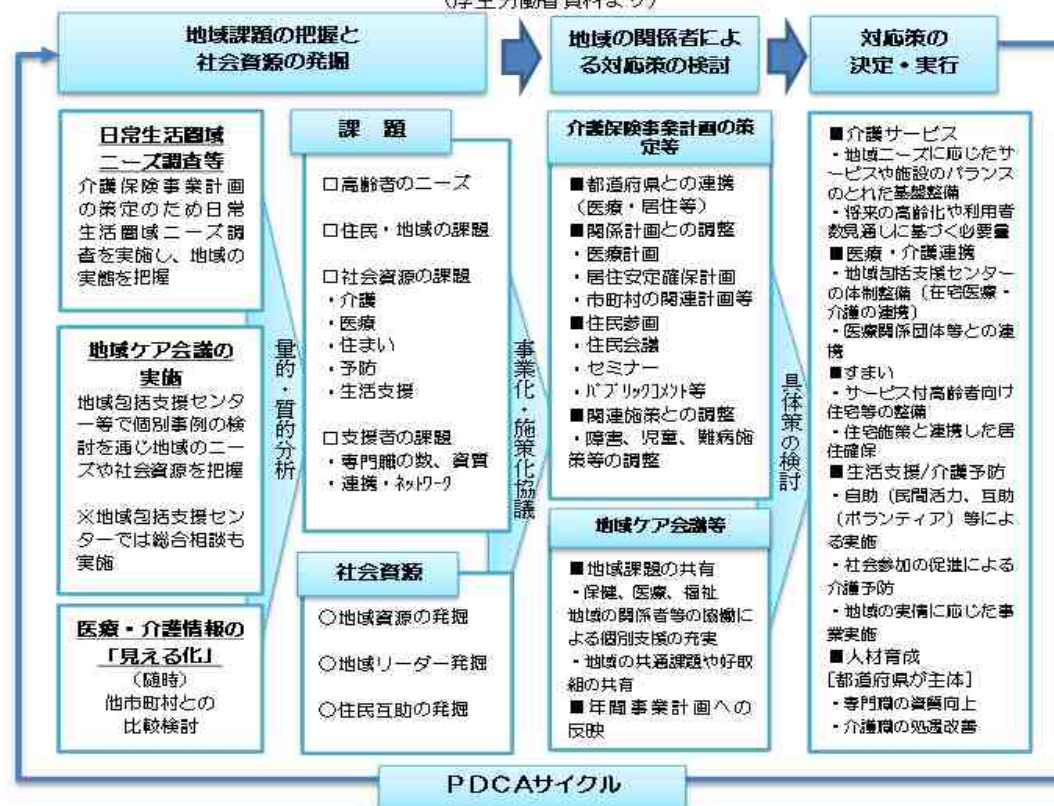
・住民・行政・事業者によるワークショップを行うことで、「地域課題の把握(関係者による共通認識)」から「対応策の検討」までをスムーズに実施

⇒小規模な自治体・集落であり、住民が地域の状況(困っている人や、得意分野のある人の状況など)を詳細に把握している

(地域課題の把握と社会資源の発掘)

⇒そうした地域の状況と、行政・事業者側が持つ情報を互いに共有し、それぞれの立場から「すぐにできること」「工夫すればできること」「予算化しなければならないこと」として分類(対応策の検討)

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)
(厚生労働省資料より)



ワークショップにおける 「地域の課題把握」から「対応策の検討」の事例

(朱鞠内地区のワークショップの事例)

買い物・お店に関する課題

近くに飲食店がない

コンビニがない

ガソリンスタンドがない

地元に店がないので買い物が1日かかり

食料品店

床屋がない

住民が主体となって
集落の住民を対象とした
「買い物についてのアンケート」

住民による「買い物サービス」の
試行
(取次を「延寿荘」で)

行政による
「訪問理美容
サービス」
で対応可能

害虫・害獣

シカが多い
キツネも多い

カメムシ
テントウムシ
駆除

害虫駆除

除草

何人が集まればできる

住民有志による
「カメムシ研究会」たちあげ

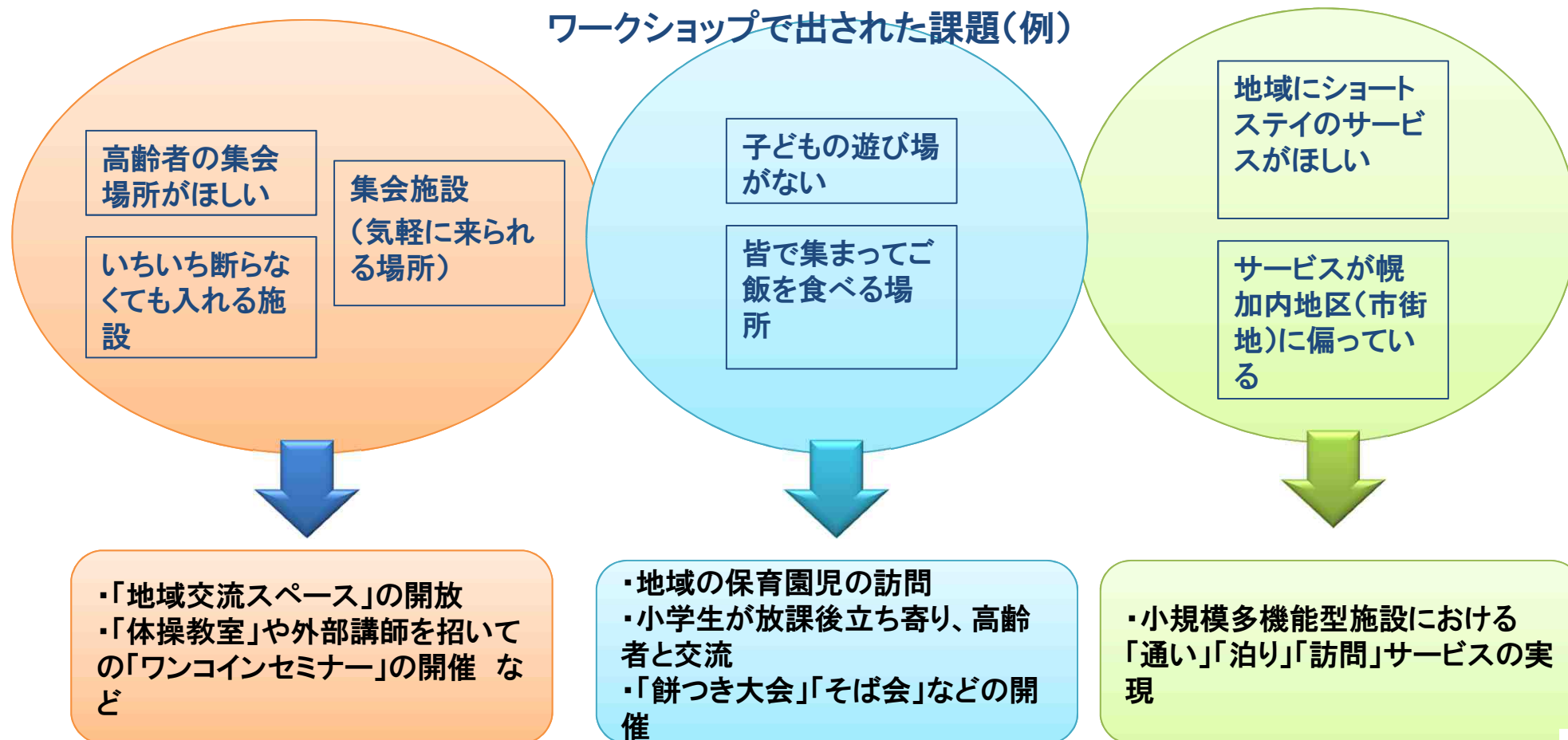
「延寿荘」の壁面のカメムシ駆除
実施

地域で協力すればできる

●北部地域包括ケアセンター設立後の住民の自主的な活動

- ・施設設置前から地域住民と協議の場を持ち課題を共有したことにより、「北部地域包括ケアセンター」が地域課題解決に向けた住民活動の拠点として機能するようになった
- ・ワークショップで出された「地域課題」の一部が、拠点の設置と住民の活動により解決。参加した住民の満足感にもつながる

ワークショップで出された課題(例)



取組の成果

①地域で生活が続けられる医療・介護体制の構築

- ・医師による集落の診療所巡回、国保病院による訪問看護サービスの実施、「保健・医療・福祉総合サービス連携会議」による関係者同士の連携などにより、地域で生活が続けられる医療・介護体制が構築された。
- ・さらに、北部地域に小規模多機能型施設を配置することにより、サービス空白地帯が解消され、認知症や介護が必要になっても地域での暮らしが継続できるようになった

②小規模多機能型施設を核とした地域づくり

- ・小規模多機能型施設の設置に当たり、住民と事業者の協議の場（ワークショップ）を設け、住民が認識している地域の課題や住民同士の助け合い・つながりの実態などを双方が共有した。
- ・運営協議会を固定メンバーとせず地域の誰もが参加できる場とするなど、小規模多機能型施設を核として、住民自らが地域の課題について考える場の提供につながっている