

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

自己紹介

田中 明美（たなか あけみ）プロフィール

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

[保健師、看護師、精神保健福祉士、介護支援専門員]



- 1995年4月奈良県生駒市役所入職、福祉健康部健康課に配属
- 1999年福祉健康部高齢福祉課
- 2002年福祉健康部福祉支援課、2011年予防推進係長
- 2013年福祉部介護保険課、翌年課長補佐
- 2015年高齢施策課、2016年高齢施策課主幹・地域包括ケア推進室室長兼務
- 2017年福祉健康部地域包括ケア推進課長
- 2018年福祉健康部次長（兼）地域包括ケア推進課課長
- 2019年福祉健康部次長
- 2020年4月から現職

※ 「介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働職員派遣支援事業」
支援先の香川県観音寺市職員によりイラスト作成

もくじ

1. 地域包括ケアシステムの構築について

○地域包括ケアシステムが大切な背景を理解しましょう

2. 総合事業の充実に向けて

○総合事業の現状を捉えて、更なる充実に向けてどんなことができるか、考えてみましょう

3. 令和4年度地域づくり加速化事業について

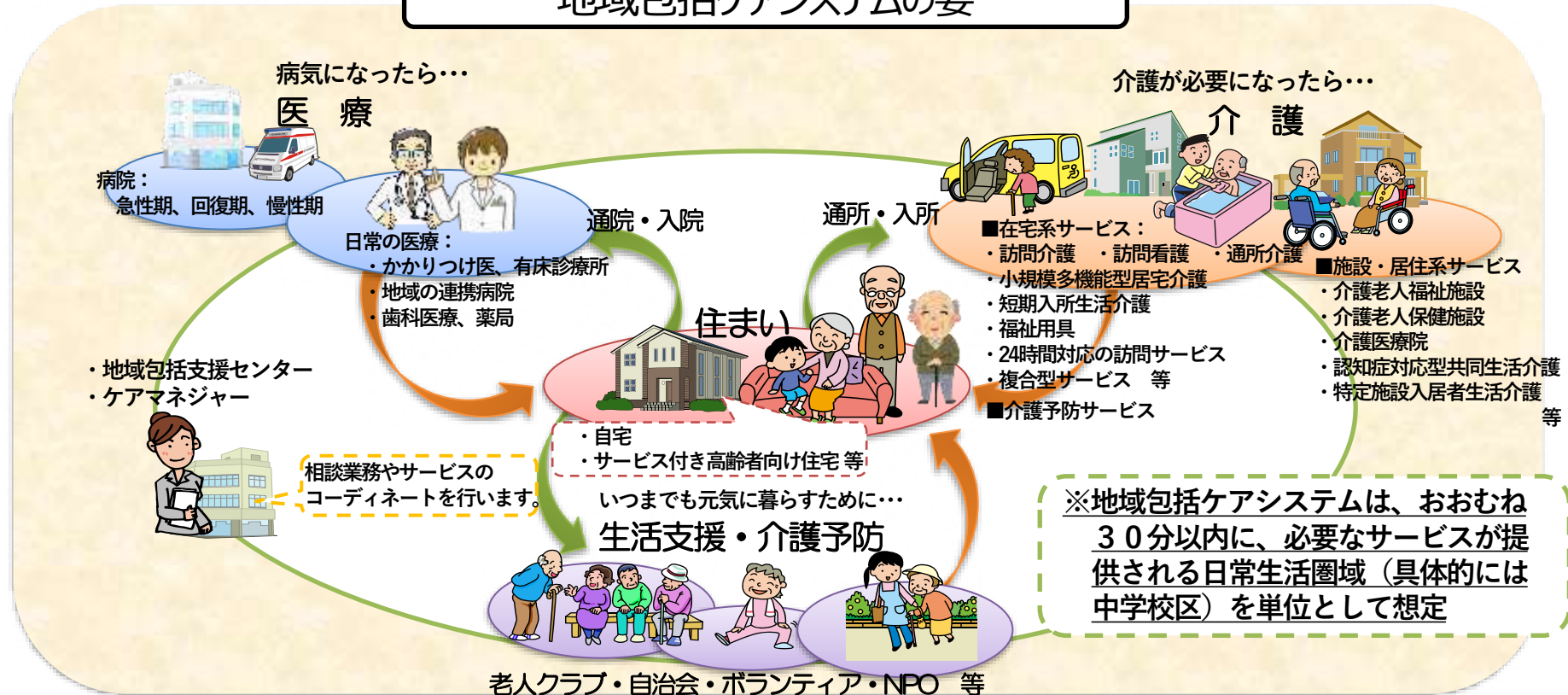
○令和4年度地域づくり加速化事業紹介
島根県内の市町村にも参加
いただいています

1. 地域包括ケアシステムの構築について

地域包括ケアシステムの構築について

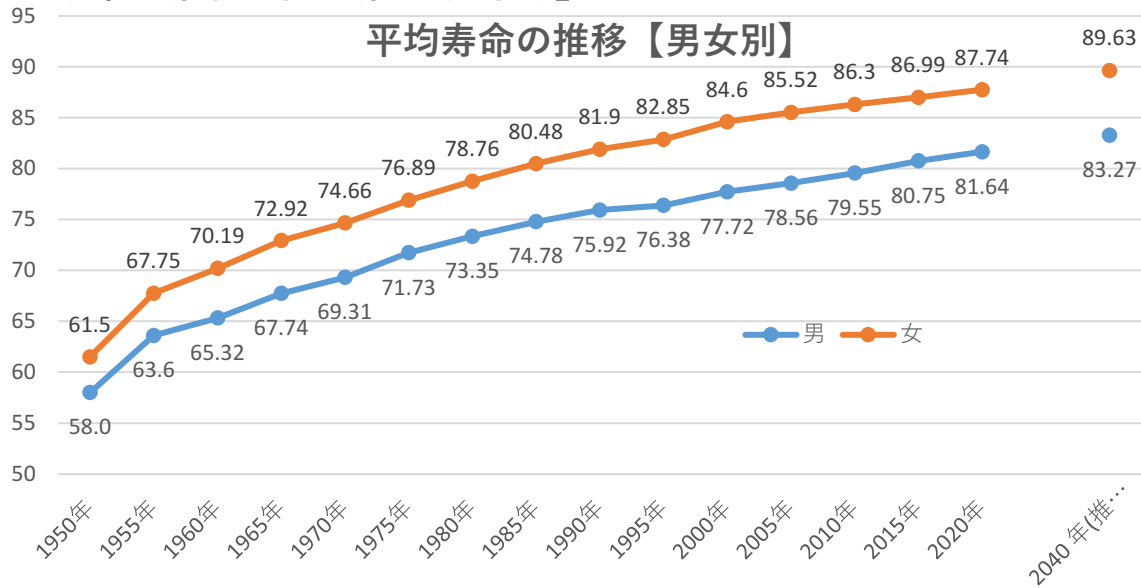
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを、人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築**を実現。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

地域包括ケアシステムの姿



長寿社会の到来と健康寿命の推移

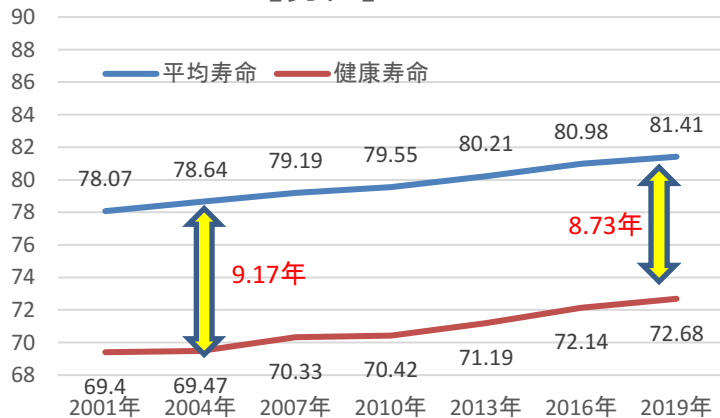
【平均寿命の推移と将来推計(全国)】



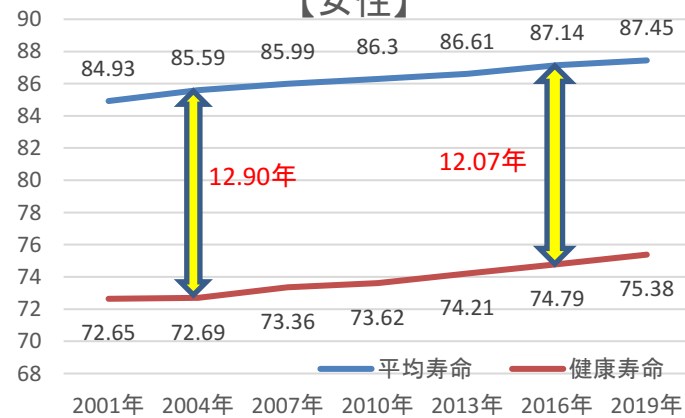
資料:2020年までは厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「令和元年簡易生命表」、2040年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」における出生中位・死亡中位推計。

【健康寿命と平均寿命の推移(全国)】

【男性】



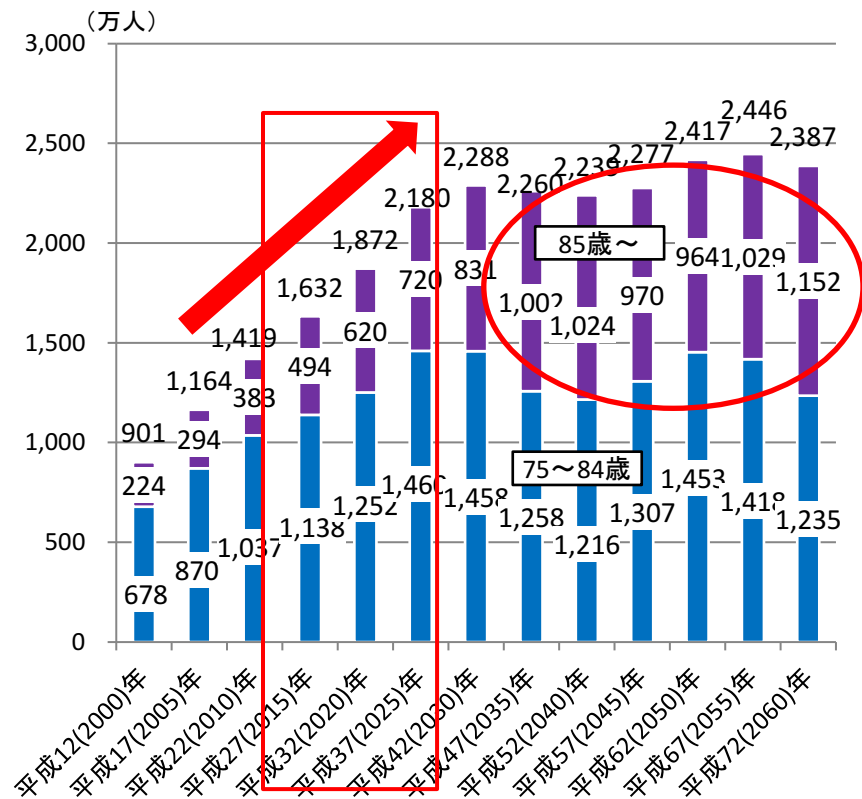
【女性】



資料:平均寿命については、2010年につき厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「完全生命表」、他の年につき「簡易生命表」、健康寿命については厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室「簡易生命表」、「人口動態統計」、厚生労働省政策統括官付参事官付世帯統計室「国民生活基礎調査」、総務省統計局「人口推計」より算出。

75歳以上、85歳以上の人口の推移

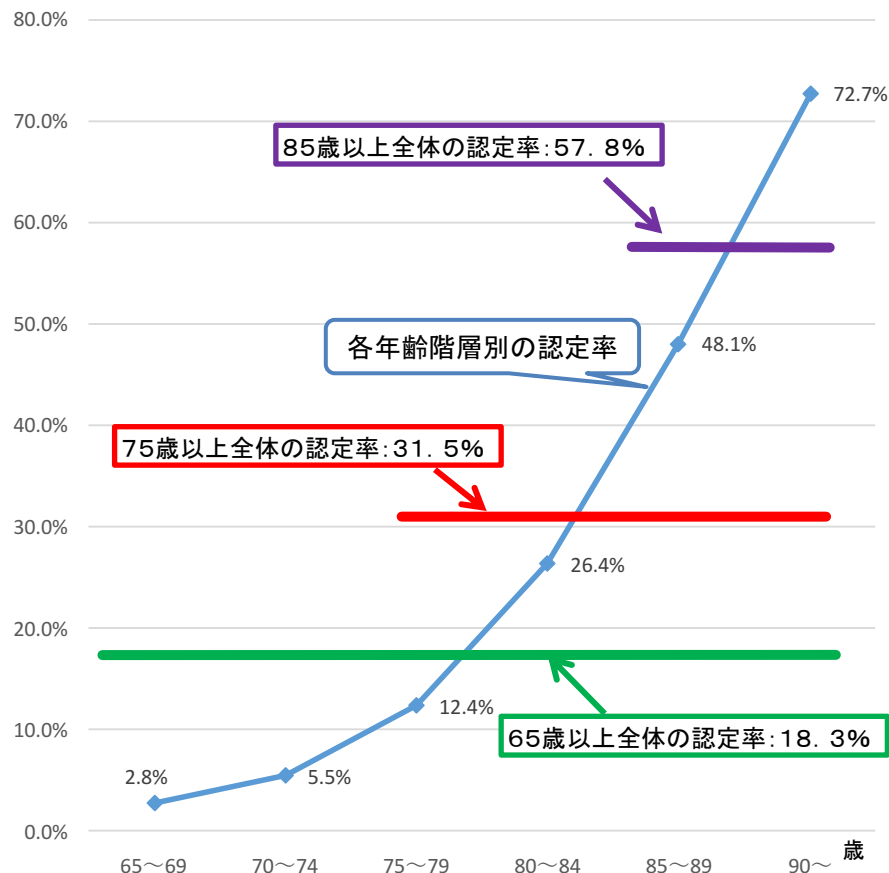
- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間で、急速に増加。
- 85歳以上の人口は、2035年頃まで一貫して増加



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

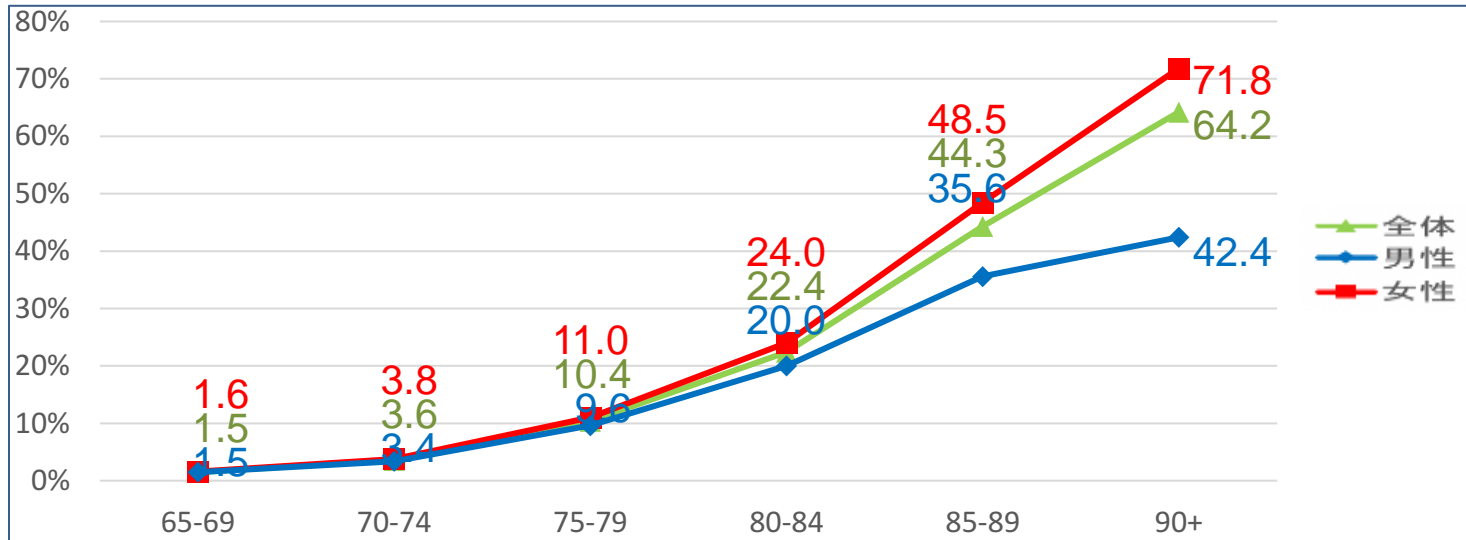
年齢階級別の要介護認定率

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

年齢階級別の認知症有病率について (一万人コホート年齢階級別の認知症有病率)



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果(解析対象 5,073人)
 研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

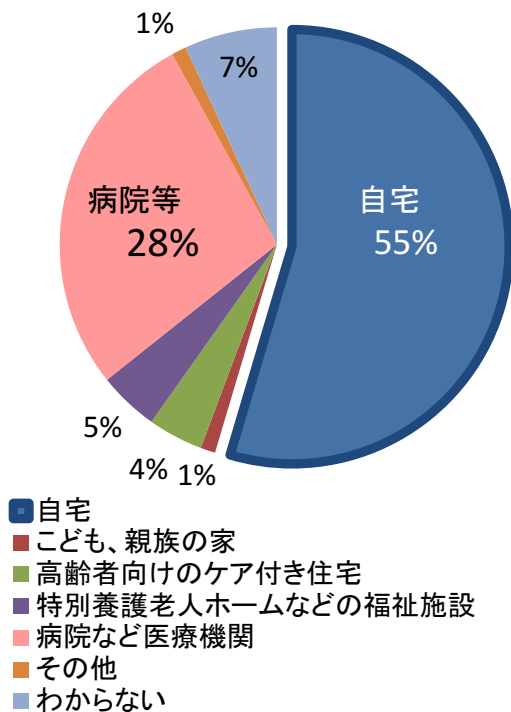
年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

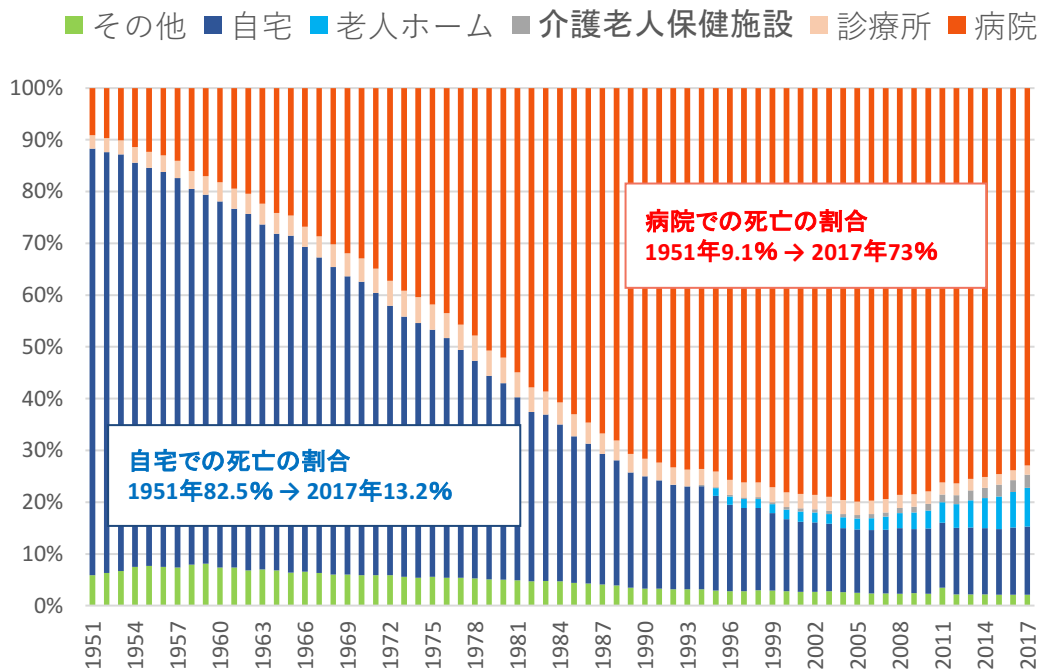
死亡場所の推移

- 国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

最期を迎えたい場所



死亡の場所の推移



出典：24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

出典：平成29年人口動態調査

「地域包括ケアシステム」が求められる理由

- 住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続 (Aging in Place)
- 「生活の質の向上」をサービスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を改善しながら実現するシステムへの『期待』

20世紀 = 「病院の世紀」

パラダイム
転換

21世紀 = 長寿社会
「地域包括ケアの世紀」

複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人の増加

「治す医療」

「病院単独で提供される医療」

長期入院

(病院の中で管理された人生の最期)

施設に收容する福祉

豊富な若年労働力
家族と同居する高齢者

専門職依存型のサービス提供

“支え手”と“受け手”との分離・固定化
(地域コミュニティの衰退)

「治し、支える医療」

「病院を含む地域全体で提供される医療・介護」

時々入院・ほぼ在宅

(自分らしい生活の中での幸福な人生の最期)

地域に展開する介護

希少な若年労働力
一人暮らしの高齢者

地域住民参加型のサービス提供

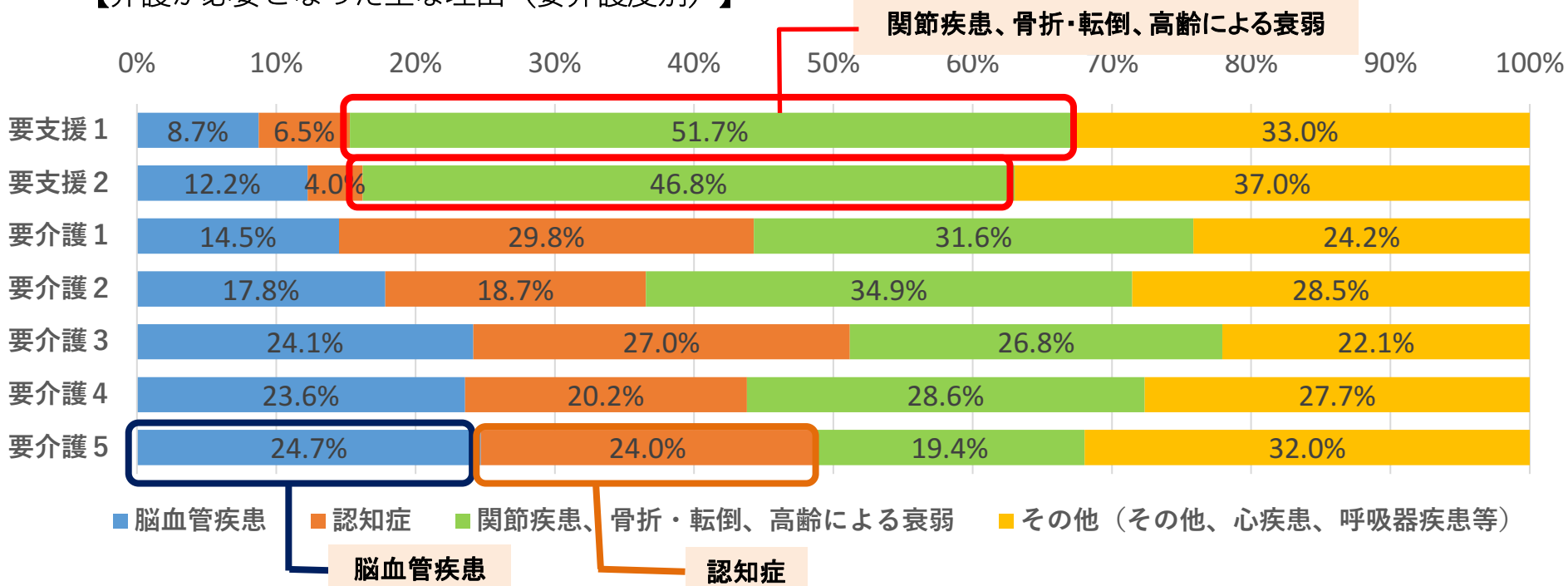
“地域支え合い体制づくり”

介護が必要となる原因

【介護が必要となった主な理由(合計)】

	①認知症	②脳血管疾患(脳卒中)	関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱				その他								
			③高齢による衰弱	④骨折・転倒	⑤関節疾患	⑥その他	⑦心疾患(心臓病)	⑧呼吸器疾患	⑨悪性新生物(がん)	⑩糖尿病	⑪不詳	⑫パーキンソン病	⑬脊髄損傷	⑭視覚・聴覚障害	⑮わからない
構成比	17.6%	16.1%	12.8%	12.5%	10.8%	9.1%	4.5%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	1.5%	1.4%	1.1%
			36.1%				30.2%								

【介護が必要となった主な理由(要介護度別)】



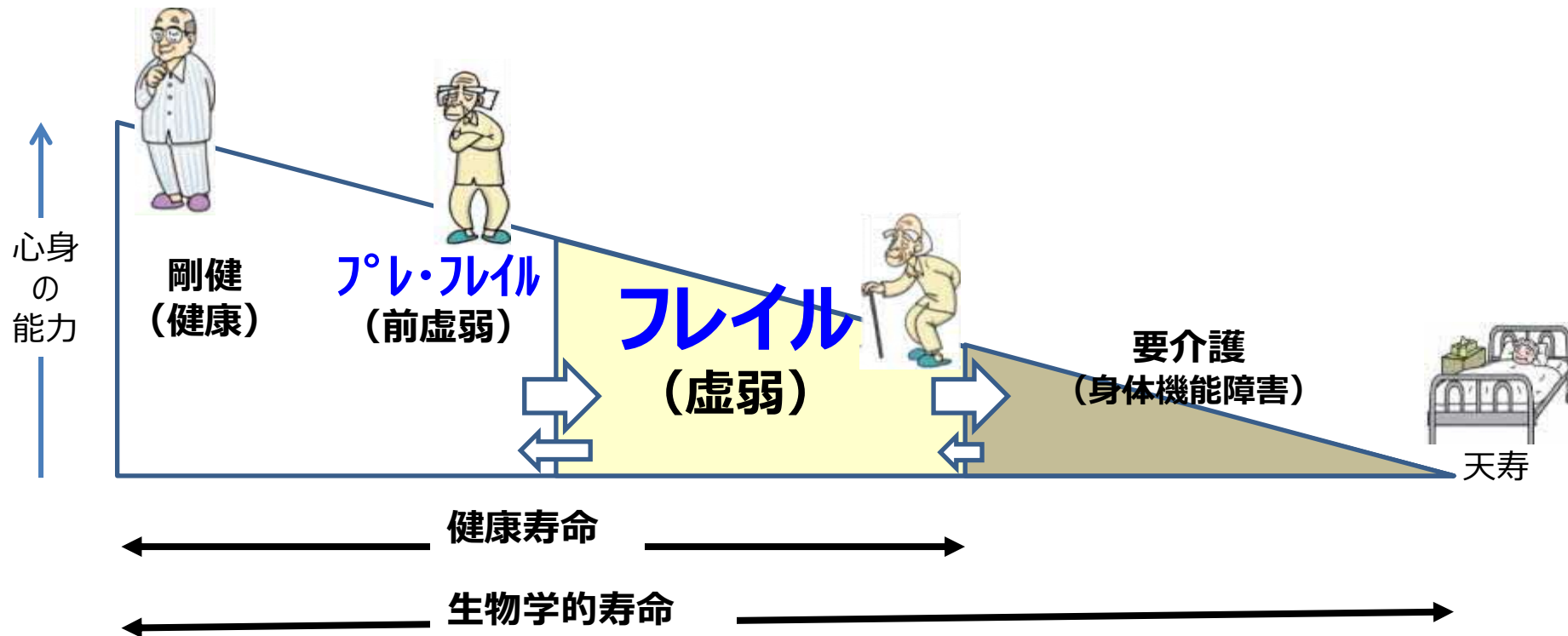
(出典)厚生労働省「令和元年国民生活基礎調査」

虚弱(Frailty)⇒フレイル

フレイルとは、健常な状態と要介護状態(日常生活でサポートが必要な状態)の中間の状態として、**日本老年医学会**が2014年に提唱した。

多くの高齢者は健常な状態から、筋力が衰える「サルコペニア」という状態を経て、さらに生活機能が全般に衰える「フレイル」となり、要介護状態に至る。

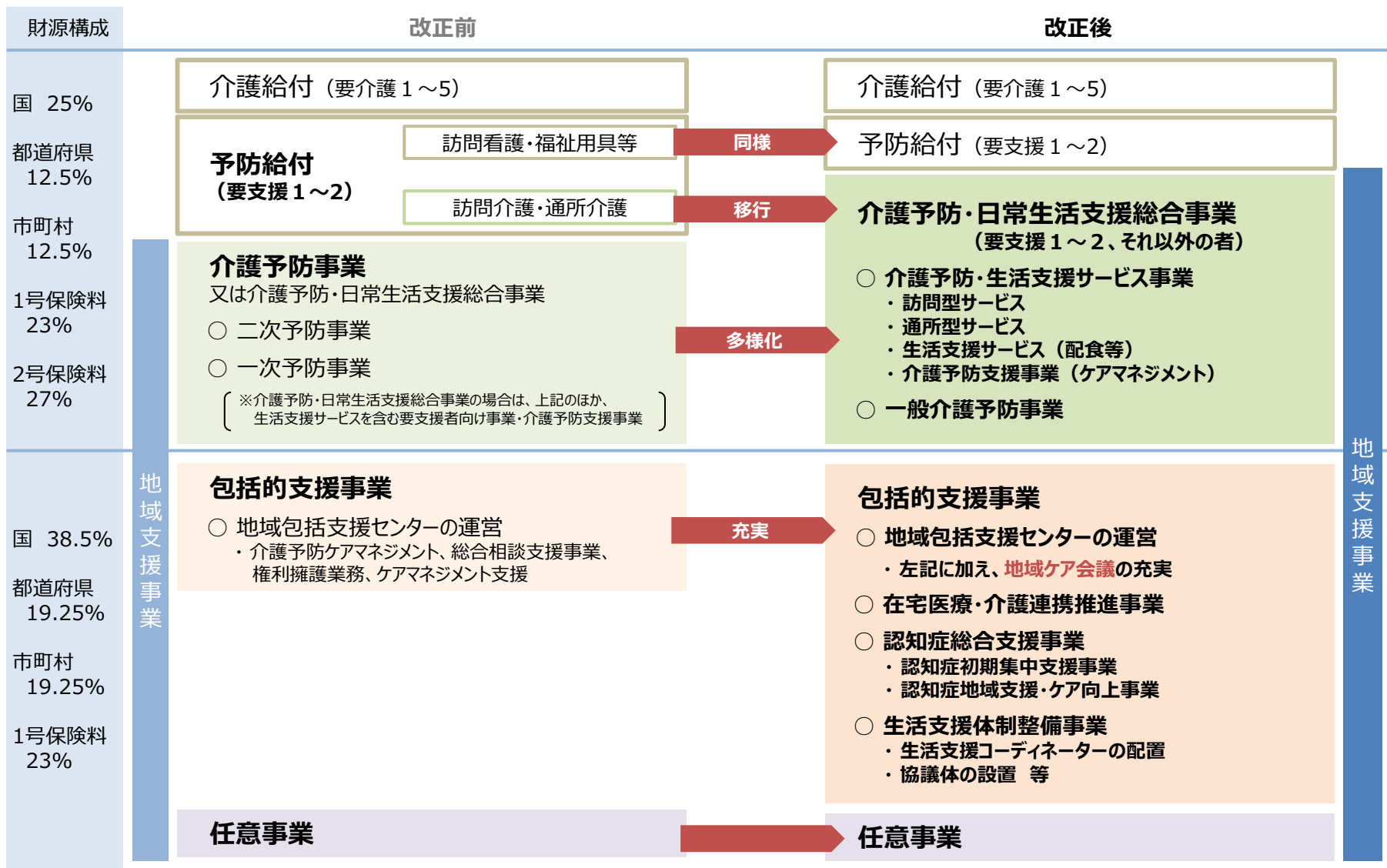
しかし、適切な介入により、様々な機能を**可逆的**に戻せる状態像



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

2. 総合事業の充実に向けて

地域支援事業の見直し：新しい介護予防・日常生活支援総合事業の創設 (2014(平成26)年介護保険法改正)



地域支援事業

介護予防・生活支援サービスの類型(典型的な例)

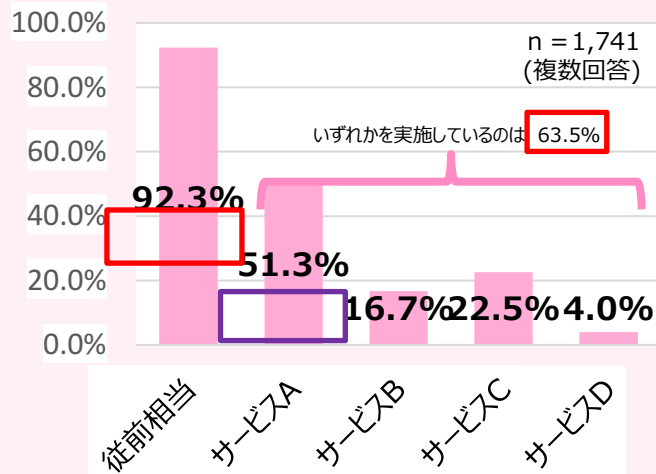
○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

①訪問型サービス		訪問型サービスは、従前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。				
基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス				
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)	
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援	
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース(例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる	
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託		
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		
②通所型サービス		通所型サービスは、従前の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなり、多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。				
基準	従前の通所介護相当	多様なサービス				
サービス種別	①通所介護	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③通所型サービスB (住民主体による支援)	④通所型サービスC (短期集中予防サービス)		
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	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のプログラム		
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施		
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託		
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準		
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		
③その他の生活支援サービス		その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。				

介護予防・日常生活支援総合事業 実施市町村数（令和2年度）

- 介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業の実施市町村数をみると、訪問型サービス・通所型サービスともに、従前相当サービスを実施している市町村がもっとも多かった(1,607市町村(92.3%)・1,611市町村(92.5%))。またその他の生活支援サービスを実施している市町村は392市町村(22.5%)であった。
- 従前相当サービス以外のサービスのいずれかを実施している市町村は、訪問型サービスにあっては1,106市町村(63.5%)、通所型サービスにあっては1,212市町村(69.6%)であった。

訪問型サービス



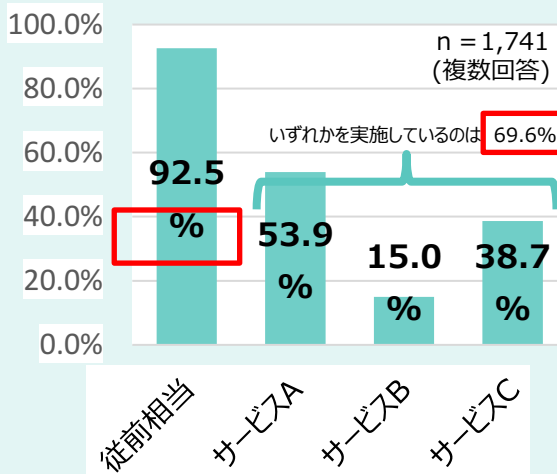
実施市町村数

従前相当	1,607
サービスA	893
サービスB	290
サービスC	392
サービスD	69

左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は605。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,106。

通所型サービス



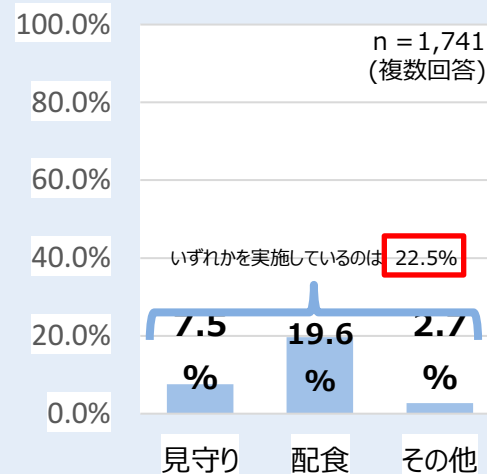
実施市町村数

従前相当	1,611
サービスA	938
サービスB	261
サービスC	673

左記のうち

- 従前相当のみ実施している市町村は509。
- 従前相当以外のいずれかのサービスを実施している市町村は1,212。

その他サービス



実施市町村数

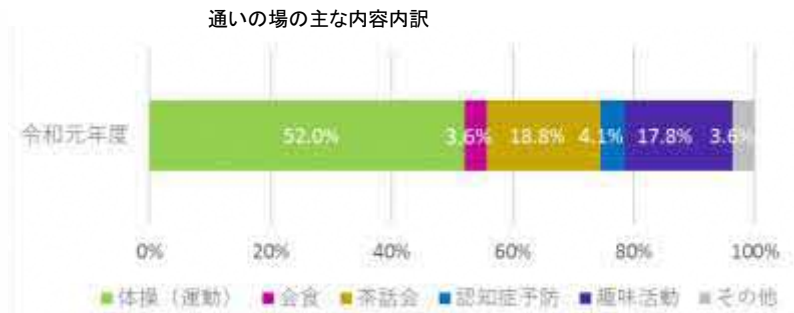
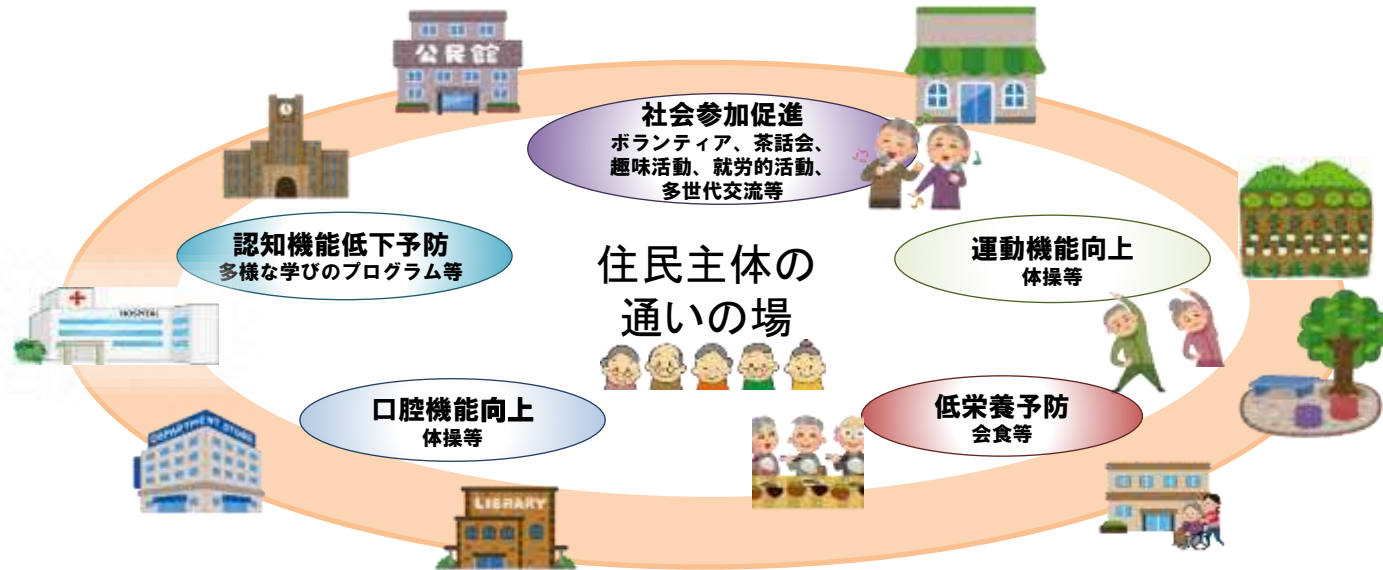
見守り	131
配食	342
その他	47

左記のうち

- いずれも実施していない市町村は1,349。
- いずれかを実施している市町村は392。

住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）

- 住民主体の通いの場の取組について、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、一般介護予防事業の中で推進
- 通いの場の数や参加率は増加・上昇傾向にあり、取組内容としては体操、茶話会、趣味活動の順で多い。



(参考) 事業の位置づけ: 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

○ 一般介護予防事業

- ・ 地域介護予防活動支援事業
- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

【財源構成】

国: 25%、都道府県: 12.5%、市町村12.5%
1号保険料: 23%、2号保険料: 27%

(介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和元年度実施分)に関する調査)

通いの場の類型化について

- 「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ（令和元年12月）」を踏まえ、多様な通いの場の展開を図るため、令和3年8月に「通いの場の類型化について（Ver.1.0）」を公表。
- 先進的な事例等を参考に、「だれが（運営）」「どこで（場所）」「なにを（活動）」の3つの視点から、通いの場の類型化を行い、具体的な事例も紹介。

運営 ※	場所	活動
住民個人(有志・ボランティア等)	個人宅・空き家	体操(運動)
住民団体(自治会、NPO法人等)	公民館・自治会館・集会所	会食
行政(介護予防担当部局)	公園	茶話会
行政(介護予防担当部局以外)	農園	認知症予防
社会福祉協議会	学校・廃校	趣味活動
専門職団体	医療機関の空きスペース	農作業
医療機関(病院、診療所、薬局等)	介護関係施設・事業所の空きスペース	生涯学習
介護関係施設・事業所	店舗の空きスペース・空き店舗	ボランティア活動
民間企業		就労的活動
		多世代交流

※住民以外が運営する場合でも、住民が主体的に取り組むことに留意すること

<「通いの場」の捉え方> 上記の類型化も参考に、

- ① 介護予防に資すると市町村が判断する通いの場であること
- ② 住民が主体的に取り組んでいること
- ③ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援を行っているものに限らないこと
- ④ 月1回以上の活動実績があるもの

なお、類型化で示しているものは例示であり、多様な通いの場の取組が展開されるよう、今後も先進的な事例等を参考に更新予定

「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」を踏まえ、明確化する範囲

通いの場に関する困りごと（例）

令和2年、3年の厚生労働省職員派遣事業で、複数の市町村・地域包括支援センター職員から、このような声を聴きました。



【通いの場の創出・担い手不足について】

- ご当地体操を作ったけれど、実施する箇所が増えず困っている
- サロン運営者の高齢化に伴い、次の担い手不足に悩んでいる
- 行政に頼る住民気質もあり、なかなか住民主体の活動に移行ができず、悩んでいる
- 面積が広大な地域のため、移動の問題が常に浮上し、なかなか歩いて行ける距離に通いの場が創出できず困っている
- 生活支援コーディネーターとの連携が難しく進まない

【通いの場創出に向けた取組例】

- 地域の取組をマッピングしてみたら、住民がいろんな活動を既にしていたため、全くないぽっかり地区のニーズを把握し、そこのエリアにアクセス！
- 生活支援コーディネーターと地域包括支援センターとの連携強化により、地域ケア会議にも参加いただくことでお宝さがしが共有できるようになった！
- 先行市の取組を行政・地域包括支援センター・SC・住民とともに視察に行き、思いを共有できたことで、新たな通いの場創出への気運が高まった
- 生涯学習や商工観光、他の部署とつながることで多様な通いの場の創出に！

奈良県生駒市

75歳以上で要介護、要支援認定を受けていない人を対象に基本チェックリストを実施



	発送数	回答数	未回答数	回答率
男性	5,855	5,251	604	89.7%
女性	6,489	5,864	625	90.4%
全体	12,334	11,115	1,219	90.1%



個別訪問等により、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業への利用勧奨の他、必要に応じて介護保険申請や医療機関の受診勧奨な実施

未返送実態把握事業（地域包括支援センターに委託）

- 75歳以上で高齢者世帯に属する方のうち、未返送の方（75歳から79歳までは夫婦ともに未返送者）
- 80歳以上で単身世帯に属する方のうち、未返送の方（民生委員把握者を除く）

未返送実態把握者数	290
未返送実態把握実人数	290

元気度チェックにより支援の必要な人を絞り込んでいます！
孤独・孤立、セルフネグレクト、高齢者虐待（疑）、認知症高齢者など、未返送者の実態把握から関わりができています。

介護発！
地域づくり・まちづくりへと発展

介護予防把握事業 元気度チェック

介護保険の認定申請をしていない 75歳以上の方に年一回届くアンケート調査です。

結果に関して

- ① 生活機能低下の無い方には返信せず（あらかじめ、該当無しの方には返信しない旨通知、役務費を押さえる！）
- ② Bリスト（生活機能低下の項目1or2項目該当者）には一般介護予防事業等の案内通知（関心高い層はひろう！）
- ③ Aリスト（生活機能全般10/20以上該当＋運動器3/5以上該当＋他項目等、3項目以上の重複者）には介護予防・生活支援サービス事業を積極的に利用勧奨（A4封筒にパンフレット挿入・個別訪問等実施）水際作戦！

未返送者実態把握により、早期にセルフネグレクトや健康課題のある高齢者、8050世帯や高齢者虐待などを発見することができ、早期介入できるメリット！

返信されていない方…

未返送者の実態把握として個別訪問
・健康状態に問題はないか。
・何か、お困りごとはないか
→ 高齢者の実態把握へ



地域包括支援センターがアウトリーチ

居場所・支え合いの場づくり

- 短期集中予防サービスの展開も含めて、元の暮らしを取り戻す施策！
- 後期高齢者の伸び率全国上位5%に位置するため、地域包括ケアの推進を強化するため、副市長をトップとして関係部署を横串でつなぐ庁内の連携体制を構築
- 地域での支え合いの仕組みを強化するため、関係各課協働で「地域づくり・まちづくり」の視点も踏まえた勉強会やワークショップを各地で開催 ⇒ 住民主体・地域運営の【場づくり】のニーズをキャッチ

100のコミュニティづくり

- 徒歩圏内の自治会館や公園などを拠点とし、福祉分野に限らず様々なサービスが自立的に提供され、人的交流が生まれる複合型コミュニティが市内に誕生

介護保険分野にとどまらない高齢者等の生きがいがづくり活躍の場の創出

食育を通じて、市の関係各課との協働！



環境保全課
エコッキング教室



生涯学習課
チャレンジ室



生涯学習課
寿大学



子ども課
おさかな教室



防災安全課やまびこネット
ワーク防災訓練

1年365日、ほぼ食育に関して活動！

- 活動が担い手自身の介護予防！
- 出発は男の料理教室の受講者
- 気づいたら、地域を支える人に変身！

介護予防の普及啓発・通いの場の充実に向けた目線あわせ

通いの場が地域を変える！

戦略を変える

日帰りでも通所に分かれて「いきいき1000人交流会」の会場とみなして開催！
 (原田商店・自由会館・老人クラブ連合会
 ・地域福祉支援センター・市民館・生涯学習センター等) 期しものを履いて、目指す方向を定めて共有・課題も決着！

いきいき百歳体操の軌跡

住民主体・地域運営の【通いの場】が増加

施設名	R元年		R2年度	
	H27年度	H28年度	H27年度	H28年度
福祉の館	6	9	9	9
福祉センター	10	33	25	27
老人クラブ	2	2	6	6
高齢者交流センター	25	40	45	49
福祉の館	1	2	2	2
いきいき百歳体操	1	2	24	26
福祉の館			2	2
福祉の館			4	5
合計	67	83	107	124

R2年度
9
26
5
93
2
89
2
5
合計 235

7半通所付き4
地域型27

現状

H30年度は
いきいき百歳体操1000人交流会
を実施。未開拓地域の开拓を策定！

市民との協働(ワークショップ)

「地域の課題→まちづくりの課題」と捉え、各担当課が開催する「ワークショップ」に関係課が連携

従来のワークショップ

助け合い・支え合いを促めるための意見交換会



各課連携したワークショップ

あすか野ミライ会議



中地区ワークショップ



高齢者の生活を中心にワークショップを開催しても地域全体の課題になると担当課だけでは進行が難しく...

各地域が直面している課題を市役所の各部署も連携・協力し合うことにより市民との協働・協創がさらに発展！
 それぞれの生活圏域に存在する介護事業所やケアマネジャー、包括支援センターや民間企業等も交わることで、さらに地域づくりが加速化できるはず...

100のコミュニティ事業の展開 (R元年～)

政策形成→100のコミュニティ事業の展開

最大の移動・生活支援を市民、事業者、市の協創で実現！

コミュニケーションとゴミステーションを掛け合わせ住民が作成



ゴミの分別



地域交流の場 (宿題する子ども達)



地産地消 (野菜の販売等)



子ども食堂

介護予防ケアマネジメント・地域ケア会議・短期集中予防サービスは連動 (短期集中予防サービス 通所型C + 訪問型Cの様子)

通所型 C



①集団プログラム
筋力増強運動
(マシン・セラバンド)
持久力・バランスアップ
(ステップ運動等)

②個別プログラム
坂道歩行の確認、
セルフケアの提言、
階段昇降の確認の他、
個別課題に沿う支援
※体力測定等実施



訪問型 C



生駒市ではパワー
アップPLUS教室に
通われる方には必ず
訪問型も実施

活動性を上げるため
には、家庭内の環境
整備や近隣の環境を
把握した外出方法の
検討が必要である。

モニタリングの徹底



地域ケア会議 (I)

■自立支援型ケアマネジメントの検討



通所型サービスCの
利用者は地域ケア会議
に
必ずエントリー！

動機付
け

体力・気力向上

社会参加する場
のイメージ作り

初回会議

課題や目標設定、
支援内容について
の妥当性を
多職種で検討！

POINT

自立支援に必要な要素について確認。
本人・家族の強みを活かす支援。
リスク管理の徹底。

中間会議

3ヵ月後の目標に向けてどの程度、
達成できているか？
残りの課題に対して、目標設定
の見直しや具体的な取り組み
内容の是非について検討！

終了会議

目標達成状況の確認！
上手くいったケースは共有！
未達成については、未達成に
なったそのプロセスを振り返り、
今後に生かす。支援の再検討。

POINT

終了した人々の追跡を
地域包括支援センターで展開！

生駒市：総合事業【通所型サービスC】の成果

令和2年度

	実人数	卒業	一般介護予防事業	ボランティア	セルフケア	多様なサービス	給付	中断
パワーアップ PLUS教室	70人	53人	30人	1人	45人	11人	2人	4人
パワーアップ 教室	65人	47人	28人	1人	21人	14人	2人	2人
転倒予防教室	27人	23人	14人	2人	10人	4人	0人	0人
合計	162人	123人	72人	4人	59人	29人	4人	6人
割合	100%	75.93%	-	-	-	17.90%	2.47%	3.70%

【卒業】は3ヶ月で終了した人である。【多様なサービス】は通所型サービスA、通所型サービスBへ参加、もしくは通所型サービスCの継続（残り3ヶ月利用）
いきいき百歳体操は【一般介護予防事業】に含む。サロン、認知症カフェは【セルフケア】に含む。

新型コロナウイルス感染拡大に伴う緊急事態宣言によりR2、4～1か月程度C型休止。

参加者実人数内訳

Aリスト: 22名 Bリスト: 9名 新規要支援認定: 48名
その他総合相談など: 58名 ※25名継続 (3～6ヶ月分)

よくある反応

反感

最初はデイサービスに通いたいののに有期限のサービスをどうして勧めるの？

実感

教室の雰囲気の良いことや通所型サービスCの効果を感じる

共感

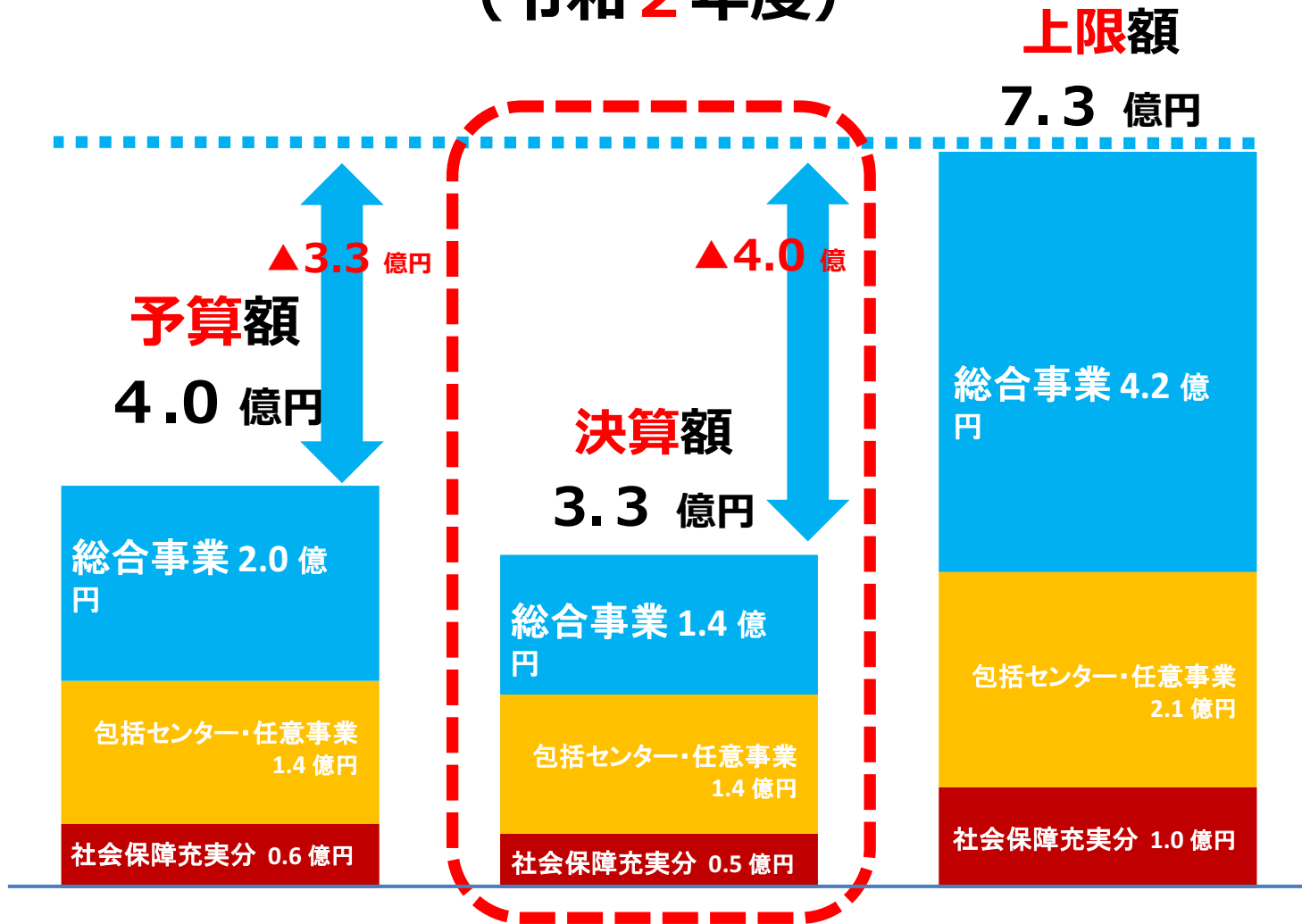
もう年だからとあきらめていたもっとこの取組を知ってもらおう

ボランティアに応援してもらった次は私が応援者になろう！

資料：生駒市提供

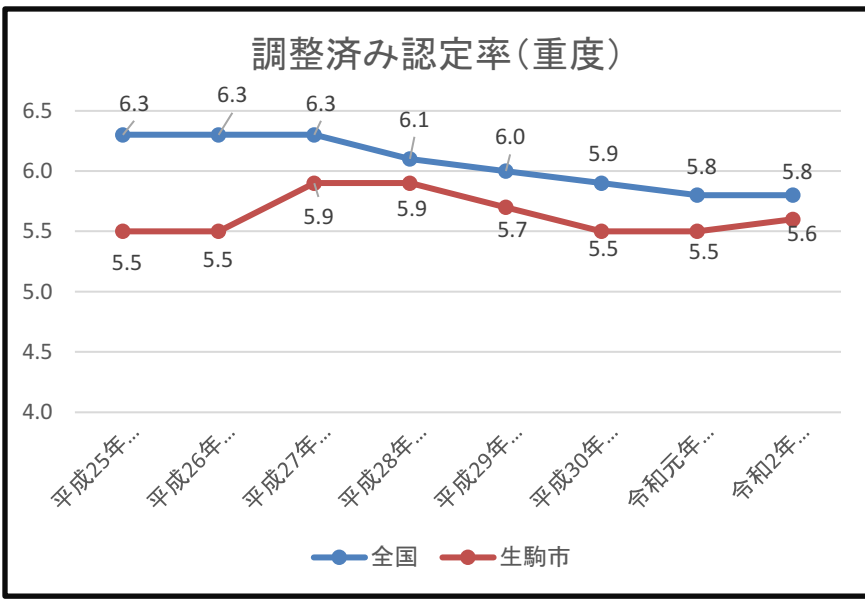
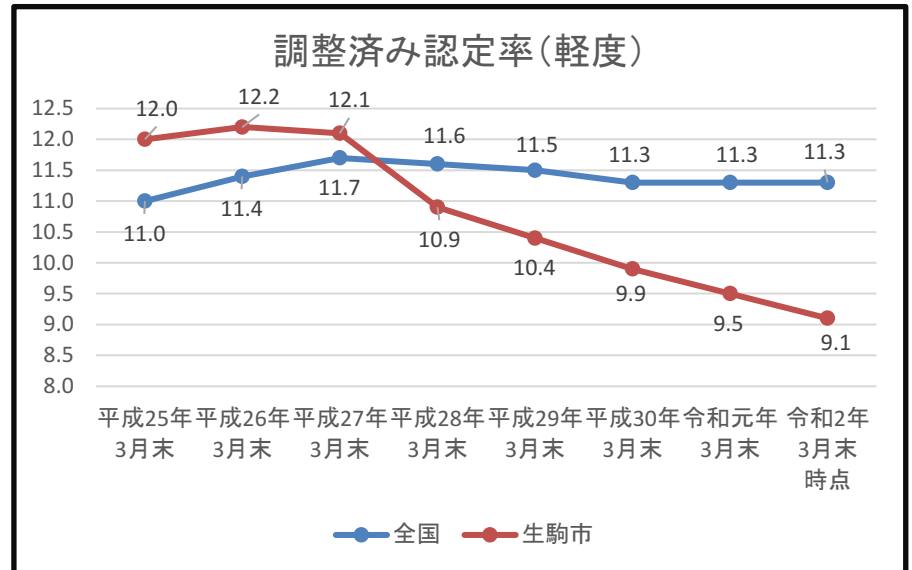
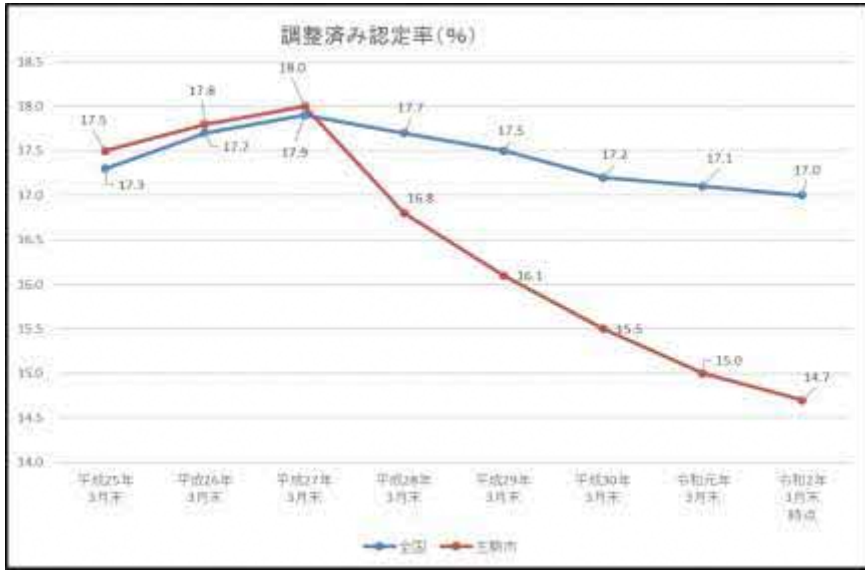
約7.5割の方が一般介護予防事業やセルフケアへ

生駒市における地域支援事業の執行状況 (令和2年度)

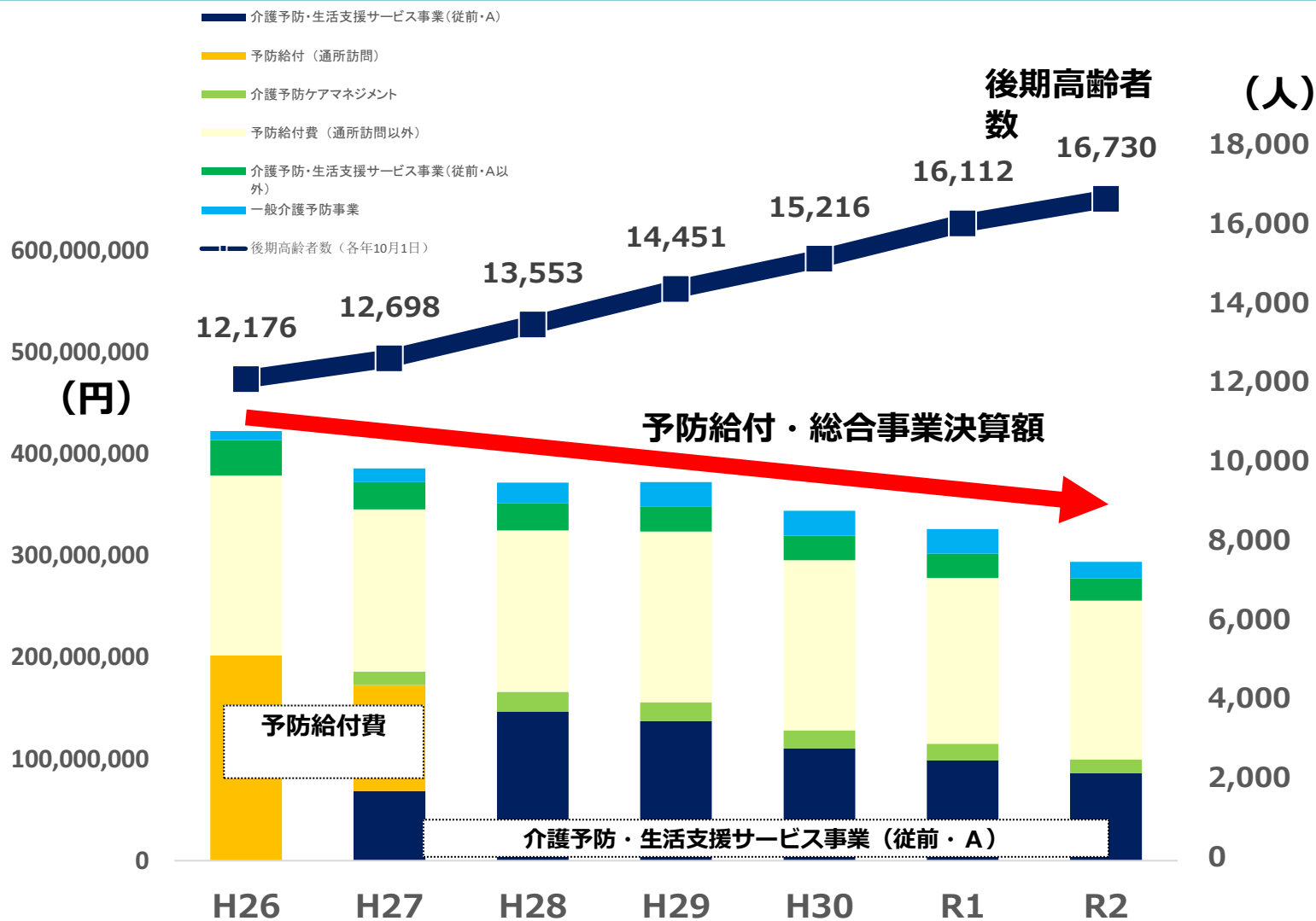


- ・ 総合事業：介護予防・日常生活支援総合事業
- ・ 包括センター・任意事業：包括的支援事業（地域包括支援センター運営費・任意事業）
- ・ 社会保障充実分：包括的支援事業（社会保障充実分※）※生活支援体制整備、医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議

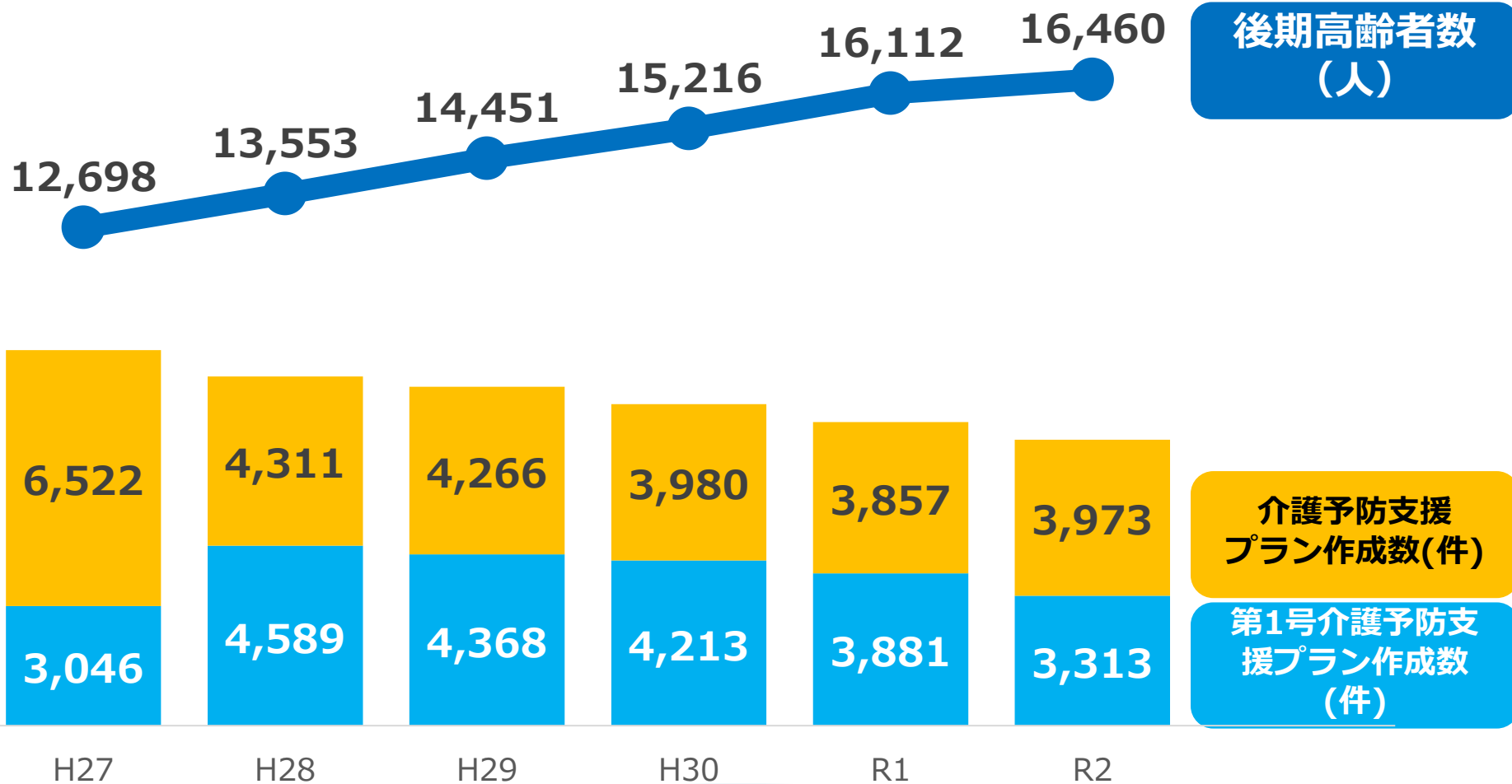
生駒市の現況



予防給付・総合事業決算額と後期高齢者数（生駒市）

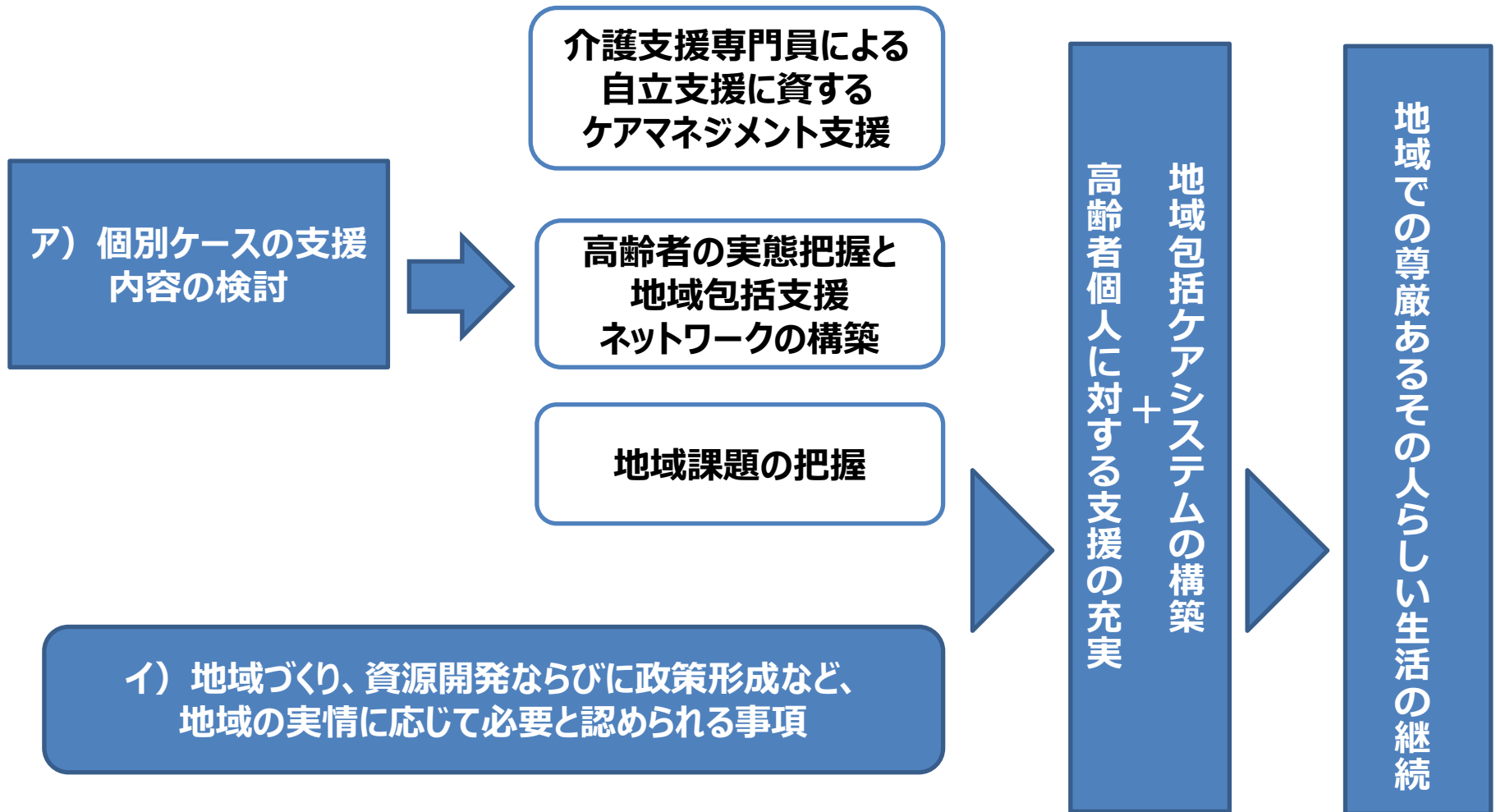


介護予防ケアマネジメント件数と後期高齢者数の推移 (生駒市)



スクリーニング・ケアマネジメント
継続した住民への啓発

地域ケア会議の目的



地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など

地域包括支援センターレベルでの会議(地域ケア個別会議)

- 地域包括支援センターが開催
 - 個別ケース(困難事例等)の支援内容を通じた
 - ①地域支援ネットワークの構築
 - ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
 - ③地域課題の把握 などを行う。
- ※幅広い視点から、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加
 ※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

《主な構成員》

医療・介護の専門職種等

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、
 歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、
 ケアマネジャー、介護サービス事業者 など

地域の支援者

自治会、民生委員、ボランティア、NPOなど

その他必要に応じて参加

個別のケアマネジメント

サービス担当者会議(全てのケースについて、多職種協働により適切なケアプランを検討)

事例提供

支援

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成

介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村レベルの会議(地域ケア推進会議)

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口

郡市区医師会等連携を支援する専門職等

生活支援体制整備

生活支援コーディネーター

協議体

認知症施策

認知症初期集中支援チーム

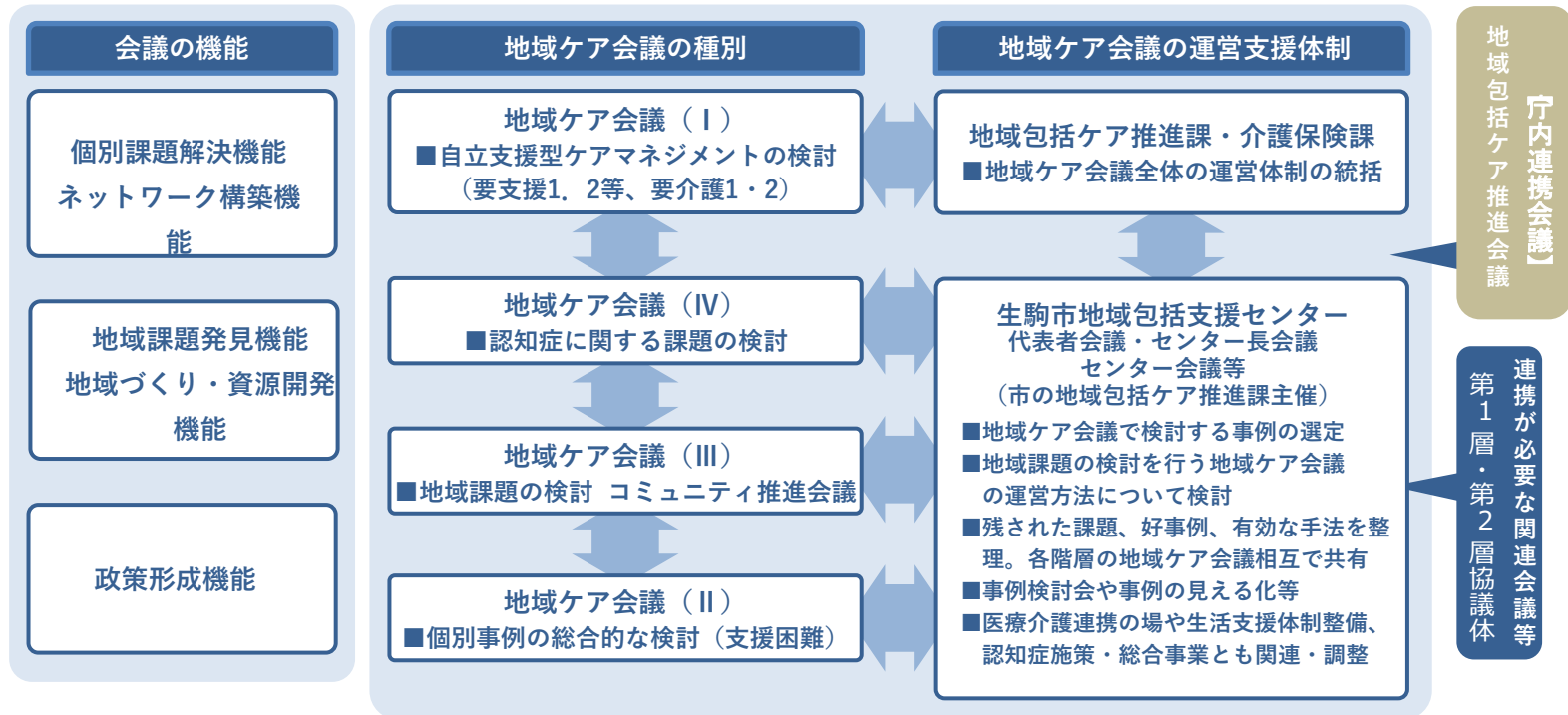
認知症地域支援推進員

・地域包括支援センターの箇所数:5,351ヶ所(センター・ランチ・サブセンター合計7,386ヶ所)(令和3年4月末現在)

・地域ケア会議は、97.9%の市町村(市町村、地域包括支援センター開催含む)で開催(令和2年度末時点)

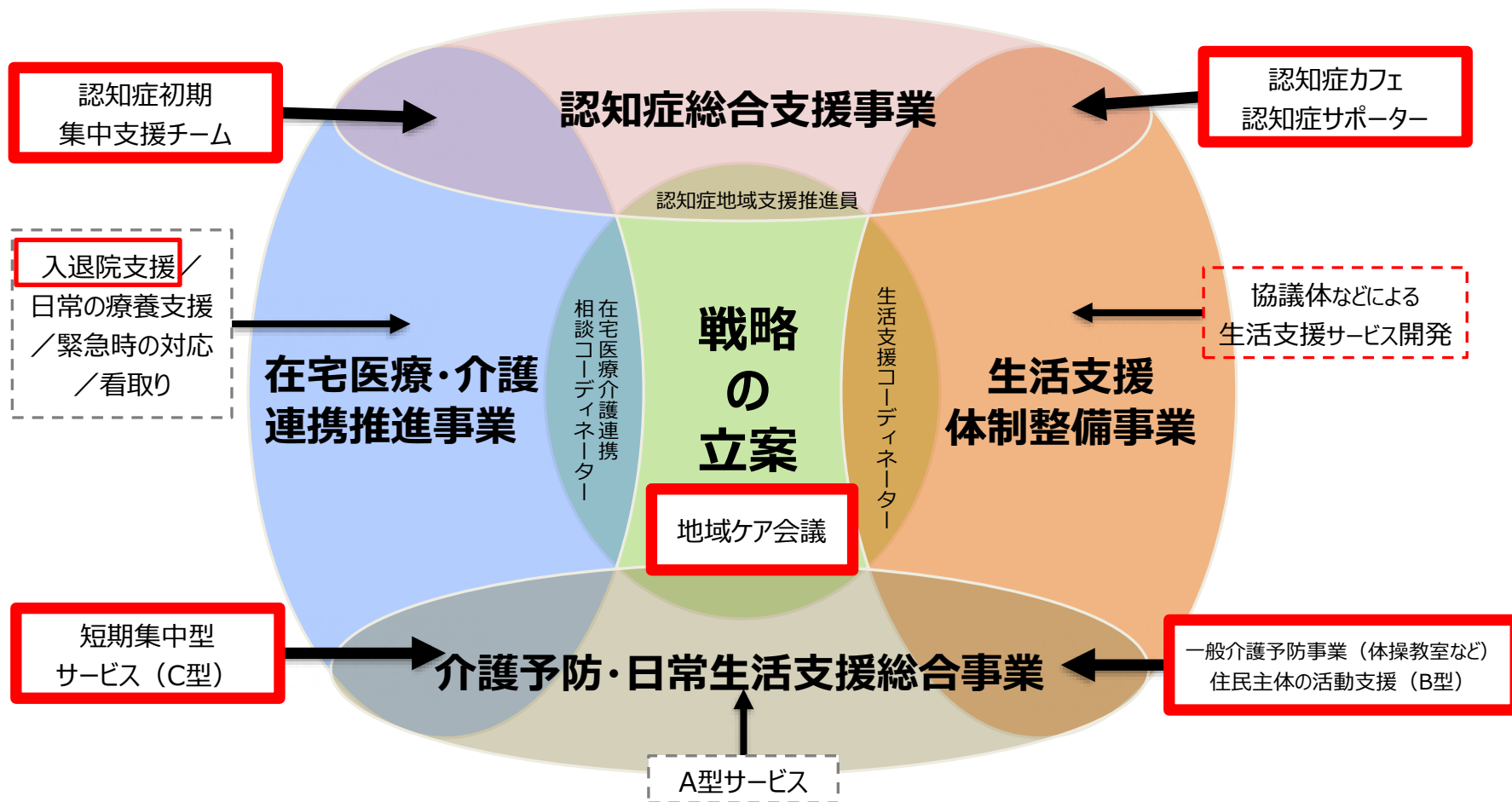
地域ケア個別会議をデザインする ～生駒市の例～

- 生駒市における地域包括ケアシステムの構築に向けた体制整備と高齢者個人に対する支援の充実を目指して、個別のケースの検討の積み上げから見えてきた課題や地域特性から見えてきた課題が積み上がる中で、平成24年度に地域ケア会議を（Ⅰ）～（Ⅳ）に整理し直し、再構築をはかる。
- 平成26年度には、さらに地域包括ケアシステムを進化・推進させていくために、副市長をトップとした部課長級が集まる地域包括ケア推進会議を設置し、政策形成機能が果たしやすい環境整備を行う。
- 市と地域包括支援センターは車の両輪として、地域づくりを促進する中で地域ケア会議は有効なツールであり、事例の積み上げ、庁内連携・他の会議との連動性の中で、医療介護連携や認知症施策、生活支援体制整備や総合事業などの展開が次第に充実し、大きな施策展開として小地域の拠点事業として、地域共生型「100のコミュニティづくり」へと発展。



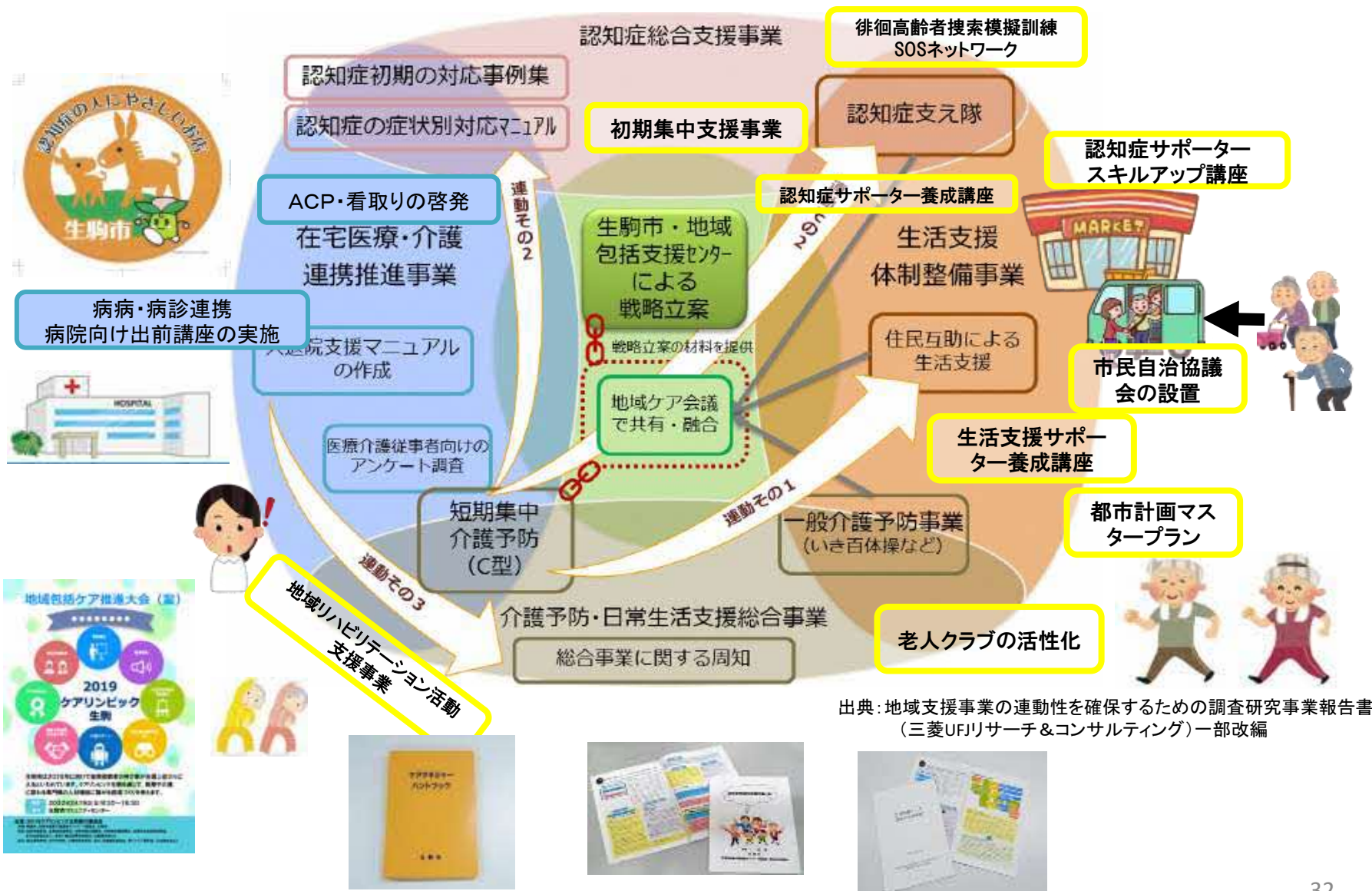
地域支援事業内での連動

～関連のある事業同士をつなげる～



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」
(平成30年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業) を一部改編

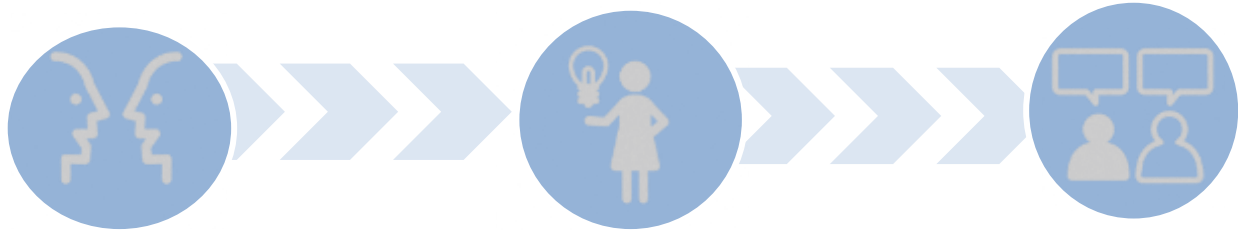
地域包括ケアシステムの構築に必要な地域支援事業の連動性（生駒市の例）



出典：地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）一部改編

3. 令和4年度 地域づくり加速化事業について

地域づくりに必要な視点



つながる
(対話する)

知る
(共有する)

うまれる
(うみだす・育
む)



行政・社会福祉協議会・地域包括支援センター・生活支援コーディネーターや認知症地域支援推進員 等



共に知恵を出し合い協力し合って、進められることがあるはず！

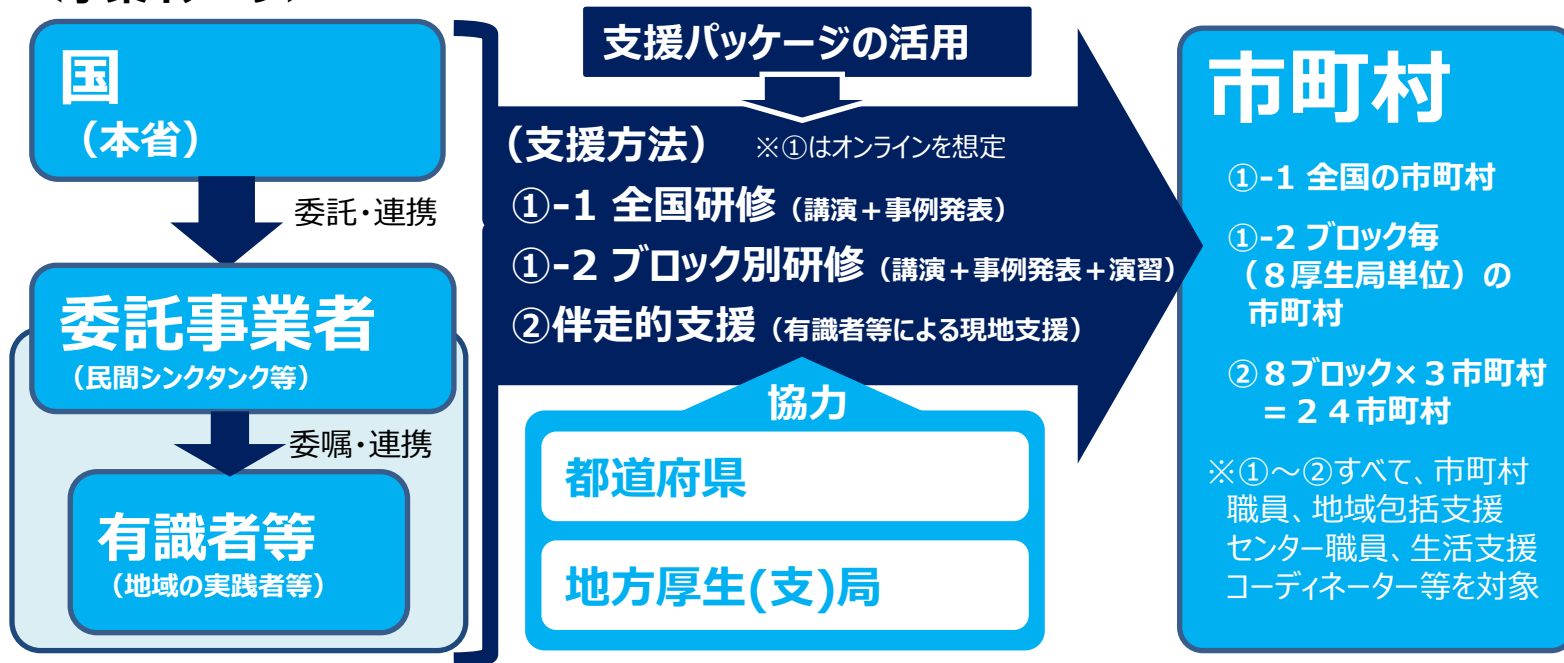
地域づくり加速化事業

(項) 介護保険制度運営推進費 (目) 要介護認定調査委託費 令和4年度予算額 75,000千円 (新規)

事業概要

- 団塊世代（1947～1949年生）が全員75歳以上を迎える2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を図るため、市町村の地域づくり促進のための支援パターンに応じた**支援パッケージを活用**し、**①有識者による市町村向け研修（全国・ブロック別）**や**②個別協議を実施しているなど総合事業の実施に課題を抱える市町村への伴走的支援**の実施等を行うものである。
- 支援の実施にあたっては、地域偏在が起きないように留意するとともに、都道府県及び地方厚生（支）局の担当者も参加することにより、本事業が終了した後も、支援実施のノウハウが継承されていくよう取り組みを進める。

<事業イメージ>



令和4年度 地域づくり加速化事業における伴走支援の実際の流れ



現地支援

- ◆ 目標達成に向け積み残し確認
- ◆ 積み残しの解決の目安を共有
- ◆ 今後の方向性を確認・共有

3回目

現地支援

- ◆ 課題解決に必要な連携先の参加
- ◆ あるべき姿の目線合わせ
- ◆ 課題解決に向けた役割分担等

2回目

準備期間

- ◆ 最終回に向けて、積み残している課題がないか、進捗を確認
- ◆ 予定通り進んでいない場合には、行動の見直し（状況を支援者間で共有・支援方針の再検討）
- ◆ 当初の目標に対する達成度等の確認
- ◆ 3回目の支援内容の検討・協議

現地支援

- ◆ 市町村の現状や課題感を報告
- ◆ あるべき姿の目線合わせ
- ◆ あるべき姿＝現状＝課題の共有
- ◆ 解決すべき優先課題の共有

1回目

準備期間

- ◆ 初回支援時に次回までに実施する内容を固めたものについて、その進捗を確認する
- ◆ 目標が高すぎないか、支援期間内に達成できそうか、確認。必要なら目標設定の修正等
- ◆ 行き詰まりや確認や行動を起こしたことによって、新たな課題が生じてないか確認（承認・助言）
- ◆ 2回目支援内容について、協議（参加メンバー、検討内容、手段（研修・GW・意見交換・視察等）
- ◆ 市と協議した内容を支援者間で共有（修正やアップデートする必要性の有無判断）

準備期間

- ◆ 支援チームとの役割分担・支援方針の共有等（1回目の流れについて、大まかな想定を共有）
- ◆ この分野に経験が浅い都道府県職員等に対して、事前の勉強会等場合によっては展開もあり
- ◆ 支援内容によって、参加する市町村メンバー（課内・関係課・関係機関・関係者・住民・民間等）考慮
- ◆ 伴走支援の意義・目的について、初回に参加するメンバーと共有しておくことを強調（単に出席は×）

1. 保険者として押さえておきたいこと

- 【1】 社会構造の変化（地域づくりが必要な背景）
- 【2】 地域づくりと地域包括ケアシステム、地域支援事業等との関係
- 【3】 介護保険を超えた範囲を含めた、トータルでの地域づくり
- 【4】 柔軟な発想でデザインができること
- 【5】 仕組みづくりや事業構築から入る視点
- 【6】 個別の支援から入る視点
- 【7】 住民・民間等との共創
- 【8】 介護保険を超えた範囲を含めた、トータルでの地域づくり
- 【9】 仕組みや取り組みを構築する・必要なプロセスやリソースを考える
そのコントロールタワーが保険者
- 【10】 市町村内のみで対応不可な事業に対する広域的なバックアップ（都道府県・大学等）

2. 地域アセスメント プロジェクトマネジメント

- 【1】 まちの特性を知る、再確認・振り返る
- 【2】 住民のニーズを把握する（定量・定性）
- 【3】 優先すべき課題や取り組みをイメージする（優先度・難易度）
- 【4】 事業や取り組みをデザインする
- 【5】 事業開始
- 【6】 モニタリング
- 【7】 評価



ジャンプ

ホップ

ステップ

ご清聴ありがとうございました！