

令和3年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

自治体におけるPDCAサイクルの推進に関する
調査研究事業

報 告 書

令和4(2022)年3月

株式会社 三菱総合研究所

目次

I.	事業概要	1
1.	目的	1
2.	事業実施概要	3
2.1	ヒアリング調査の実施	3
2.2	事例集・チェックリストの作成	3
2.3	報告書の作成	3
II.	検討経過	4
1.	介護保険事業計画における PDCA サイクルの現状と課題について	4
2.	検討委員会の概要	7
2.1	検討委員会の設置	7
2.2	検討委員会の開催	8
2.3	検討委員会での検討内容	9
III.	ヒアリング調査の実施	11
1.	調査概要	11
1.1	目的	11
1.2	調査対象・方法	11
2.	調査結果	15
2.1	介護保険事業計画全体における PDCA サイクルについて	15
1)	東京都練馬区：介護保険事業計画全体における PDCA サイクルの推進	15
2.2	個別取組における PDCA サイクルについて	19
(1)	自立支援・介護予防・重度化防止の取組	19
1)	熊本県天草市：通いの場を中心とした介護予防・自立支援関連活動への展開	19
2)	高知県高知市：住民主体の「いきいき・かみかみ百歳体操」の普及と介護予防活動の継続のための取組	24
3)	兵庫県淡路市：医療・介護レセプト突合データ分析を活用した介護予防・重度化防止の取組	28
4)	千葉県栄町：食の「たべ・たんプロジェクト」を通じた地域包括ケアシステムへの展開	36
5)	鹿児島県徳之島町：役場内連携による保健事業と介護予防の一体的実施	40
(2)	介護サービス基盤整備	45
ア)	介護サービス施設・事業所の整備	45
1)	神奈川県横浜市：大都市における介護サービス施設・事業所の追加整備のた	

めの土地確保等の取組.....	45
2) 石川県加賀市：小規模多機能居宅介護事業所を中心とした地域包括ケアの 取り組み	48
イ) 介護人材確保.....	54
1) 兵庫県宝塚市：「健康・生きがい就労トライアル」を通じた高齢者の社会参 加の推進	54
(3) 介護給付費適正化.....	58
1) 大阪府箕面市：サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホームのケア プラン点検による介護給付費適正化.....	58
IV. 事例集・チェックリストの作成.....	60
1. 事例集の作成について.....	60
2. チェックリストの作成について.....	61
V. 事業結果のまとめ・考察.....	66

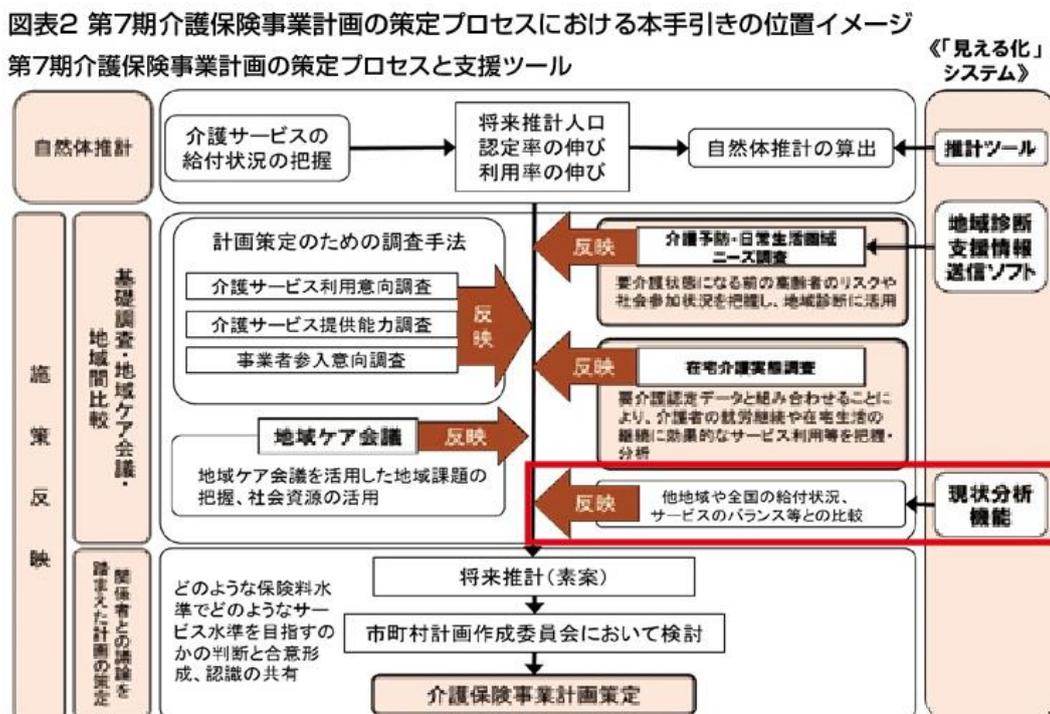
1. 事業概要

1. 目的

高齢化が進展する中において、保険者機能を強化する必要がある、そのためには、保険者においてPDCAサイクルを定着させることが重要となる。厚生労働省では、これまで、「介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」、「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」の普及などを行ってきたが、その普及は進んでおらず、保険者が更に取り組みやすくする必要がある。そこで、本事業は、PDCA サイクル定着の好事例を収集・周知することを目的として実施した。

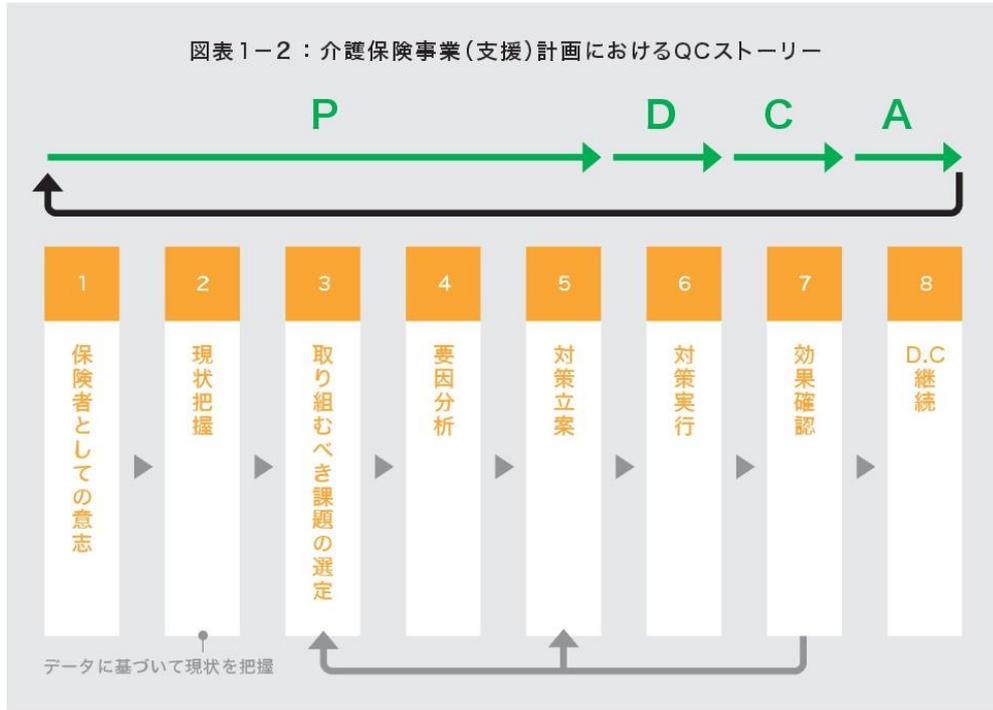
自治体が取り組むべきPDCAサイクルについては、介護保険事業計画のPDCAサイクルおよび介護保険事業計画に中で位置づけられている個別取組のPDCAサイクルの両輪が存在する。その両輪のそれぞれのPDCAサイクルについて、好事例を把握することを目的として実施した。

図表 1 厚生労働省「介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」



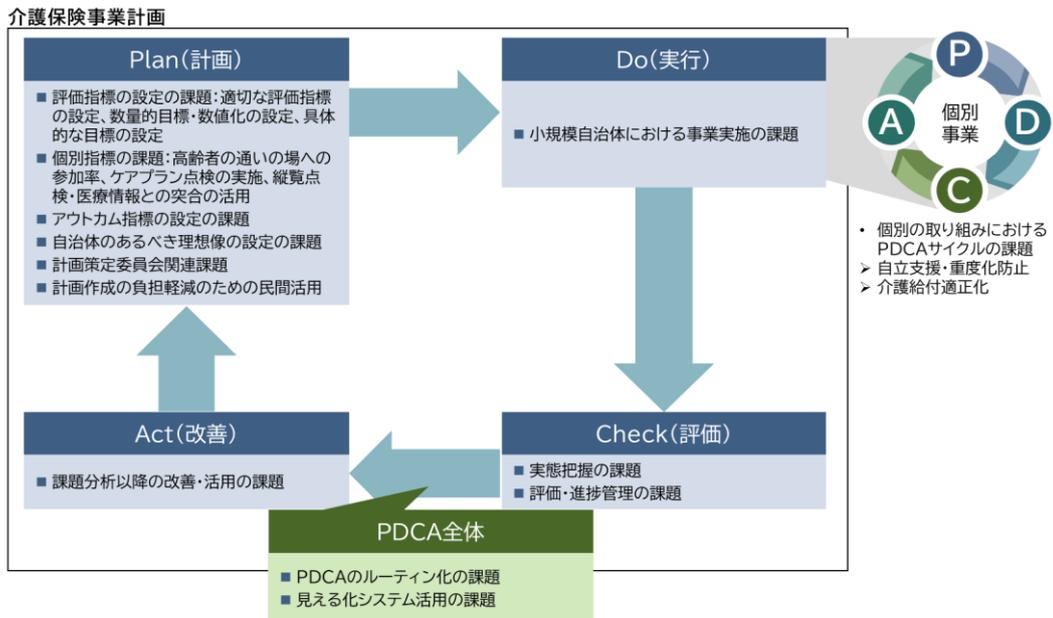
出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険事業（支援）計画策定のための地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」（平成 29 年 6 月 30 日）

図表 2 厚生労働省「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」（平成 30 年 7 月 30 日）

図表 3 介護保険事業計画の PDCA サイクルと個別取組の PDCA サイクル



2. 事業実施概要

2.1 ヒアリング調査の実施

PDCA サイクルの推進において各自治体が参考になるような PDCA サイクル定着の好事例となる自治体を選定し、ヒアリング調査を行った。

また、ヒアリング調査の対象については、過去の事例集や手引き等で紹介されている自治体、厚生労働省より表彰されている自治体、検討委員会の委員または厚生労働省等の推薦の自治体をもとに検討を行い、選定した。

2.2 事例集・チェックリストの作成

第8期介護保険事業計画の策定・運用に際しては、国は地域課題の分析→課題・目標の設定→目標達成ための取組内容の設定→取組内容の効果の把握、分析・評価（PDCA サイクルの運用）を行うことを求めており、各自治体はPDCA サイクルの運用を踏まえて、現在、第8期計画を進めているところである。

一方でPDCA サイクルの策定・運用において実施すべき事項については、地域が目指す姿や個別の目的を踏まえて実施内容の向上や充実を目指す必要がある。本事業では、ヒアリング調査で把握されたPDCA サイクルの推進の好事例について、実施すべき事項の一連の流れについてその目的や考え方等を整理する事例集を作成した。また、多くの保険者で実施している「通いの場」について、検討委員会での議論やヒアリング調査の結果等を踏まえて、PDCA サイクルのチェックリストを作成し、合わせて提示した。

2.3 報告書の作成

また、上記、本事業にて実施したヒアリング調査および事例集・チェックリストの作成、事業結果のまとめ及び考察の内容に関して、事業報告書にて整理した。

II. 検討経過

1. 介護保険事業計画における PDCA サイクルの現状と課題について

介護保険事業計画の PDCA サイクルの現状および課題を把握し、またその課題の原因について考察するため、過年度の調査研究やアンケート調査等のデータより、特に実施率の低い、または点数の低い項目について取りまとめを行った。

- ・ 三菱総合研究所「介護保険事業計画における課題への対応状況に関する調査研究」(令和 2 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業)
- ・ 厚生労働省「計画作成に関する保険者、都道府県アンケート (第 7 期・第 8 期)」※
- ・ 厚生労働省「2021 年度インセンティブ補助金」の市町村結果※
※について厚生労働省より提供を受け、課題の整理に活用した。

取りまとめの結果、現状の課題としては指標設定、上位目標との乖離の確認、検討体制の設置、計画の公表等の地域への周知、定期的な評価・モニタリング、改善案の検討・実践が挙げられ、その課題の原因については、計画作成・実施体制確保や情報提供・教育、行政内の連携体制の構築等が考えられた。

図表 4 介護保険事業計画における PDCA サイクルの現状と課題

介護予防・重度化防止のPDCAサイクルの課題					
	具体的な実施事項	現状 (過年度データ)		考えられる原因 (仮説)	
P	取組の実施により期待される効果を数値的に確認する	第 7 期の介護予防等の取組の地域への影響 (アウトカム指標) の評価を行った	「第 7 期介護保険事業計画「取組と目標」に対する自己評価シート」以外の都道府県独自の項目を用いて自己評価を実施した	2.7%	・ 都道府県側にて独自の項目を設定できていない、共有できていない
			「第 7 期介護保険事業計画「取組と目標」に対する自己評価シート」以外の保険者独自の項目を用いて自己評価を実施した	8.8%	・ 保険者内で自ら独自に必要な項目の必要性について検討できていない、必要性に関する検討方法が分かっていない
	評価を元に地域課題を把握し、課題解決をする物を設定する	地域のビジョンと現状のギャップ (=課題) を把握した	「現状と課題」で上位目標 (理想像) と現状の乖離を確認した	49.2%	・ 上位目標の設定方法が分からない ・ 上位目標が現状と乖離と比較できる形で設定できていない
			乖離を小さくするために何を実現する必要があるか確認した	37.5%	・ 乖離を小さくするために必要な手段について情報が無い

介護予防・重度化防止のPDCAサイクルの課題（続き）

	具体的な実施事項	現状（過年度データ）	考えられる原因（仮説）		
P	分析を元にどのように課題に取り組むか決定する	第8期中の各取組のゴールを設定した	「その他」の取組 18.4%	— (個別取組のため、割愛)	
		第8期中の各取組の対象者を設定した	「具体的な取組」は取組の対象者/参加者を設定した 24.3%		
		第8期中の各取組のゴールに向けて必要な手順を整理した	「茶話会」に関する取組 37.2%		
			「趣味活動」に関する取組 40.0%		
		「その他」の取組 19.1%			
	上記の検討にあたり、計画作成委員会等において地域の関係者等との議論を行った	行政組織内の検討体制を設置	43.7%	・行政組織内の他部署の協力を得ることが難しい ・自治体全体として取り組む意識が足りていない	
		計画作成に当たり協議体の意見を反映させた	28.8%	・協議体の意見をまとめるのが難しい ・協議体の意見を計画へ具体的に反映することが難しい	
		計画作成に当たり協議体の意見を反映させた	28.8%	・協議体の意見をまとめるのが難しい ・協議体の意見を計画へ具体的に反映することが難しい	
	課題が解決したかを確認できるように数値にて目標を設定する	第8期の介護予防等の取組の設置箇所数等（ストラクチャー指標）の目標値を設定した	施設・事業所や拠点等の定員数に関する指標 48.8%	施設・事業所や拠点等の従事者数に関する指標 14.3%	・課題解決と従事者数の関連を整理できていない ・従事者数に関する目標の設定方法について分かっていない ・実施体制の数値化が難しい
			その他、実施体制に関する目標を設定した 8.0%		
第8期の介護予防等の取組の開催回数・参加人数等（プロセス指標）の目標値を設定した		利用率・参加率に関する指標 41.3%	利用率・参加率の把握が難しい		
		その他、実施過程に関する目標 7.2%			
事業を実施した結果効果が出たかどうかを確認を行う		評価結果をホームページ等により公表した	自己評価を実施した全ての年度について、ホームページ等で結果を公表 24.9%	自己評価を実施した一部の年度について、ホームページ等で結果を公表 11.3%	

介護サービス基盤整備のPDCAサイクルの課題				
	具体的な実施事項	現状（過年度データ）	考えられる原因（仮説）	
P	地域のビジョン（施策や事業を通してどのような地域にしたいか）を設定した	第8期：行政組織内の検討体制を設置	43.70%	（介護予防・重度化防止、介護給付費適正化同様）
		第7期：計画作成に当たり協議体の意見を反映させた	28.80%	
		協議体の意見は聞いたが、計画には反映しなかった	3.90%	
	第8期の介護サービス基盤整備の取組の設置箇所数等（ストラクチャー指標）の目標値を設定した	施設・事業所や拠点等の定員数に関する指標 施設・事業所や拠点等の従事者数に関する指標 その他、実施体制に関する目標を設定した	48.8% 14.3% 8.0%	（介護予防・重度化防止同様）
C	整備状況が計画を下回っている場合、計画していた施設サービスとは別のサービスの利用が伸びていないか、代替可能性のあるサービスの計画値と実績値を確認した	分析を踏まえて、改善案を検討改善案を実践	24.8% 2.3%	・改善案の検討までに至っていない ・改善案を実践できる体制の確保が難しい
	介護給付等対象サービスの事業を行う者の確保に関する事等、介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策を定めた			
	介護給付等対象サービスの事業を行う者の確保に関する事等、介護給付等対象サービスの種類ごとの見込量の確保のための方策を定めた			
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護、特定施設などの各種介護サービスについて、中長期的な人口構造や介護ニーズの変化を見据えた的確なサービス量の見込み及び見込量確保のための方策を示した			
	介護給付等対象サービスの事業を行う意向を有する事業者の把握を行った			
	情報の提供を適切に行う等多様な事業者の参入を促進する工夫について検討した			
	人口減少等により介護サービス需要の成熟化が見込まれる地域の場合、都道府県による広域調整を踏まえ、既存施設の有効活用等による効率的な整備について検討した			

介護給付費適正化のPDCAサイクルの課題				
	具体的な実施事項	現状（過年度データ）		考えられる原因（仮説）
P	認定者数やサービスの利用状況について現状把握と分析を行った	認定者数、受給者数、サービスの種類別の給付実績を定期的にモニタリング（点検）し、計画値と実績値との乖離状況とその要因を考察	25.5%	・人員体制等の都合により、定期的にモニタリングを実施することが難しい ・乖離状況の要因の考察までに至っていない
	地域のビジョンと現状のギャップ（＝課題）を把握した	「現状と課題」で上位目標（理想像）と現状の乖離を確認した	49.2%	・上位目標の設定ができていない、または比較できる形で設定されていない
		乖離を小さくするために何を實現する必要があるか確認した	37.5%	・乖離を小さくするのに有効な方法について検討できていない、またはどのような方法があるか分かっていない
	地域のビジョンの實現における第8期中の介護給付費適正化の取組の位置付けを整理した	「その他」の取組	17.4%	— （個別取組のため、割愛）
	上記の検討にあたり、計画作成委員会等において地域の関係者等との議論を行った	第8期：行政組織内の検討体制を設置	43.7%	・行政組織内の他部署の協力を得ることが難しい ・自治体全体として取り組む意識が足りていない
		第7期：計画作成に当たり協議体の意見を反映させた	28.8%	・協議体の意見をまとめるのが難しい ・協議体の意見を計画へ具体的に反映することが難しい
				・行政組織内の他部署の協力を得ることが難しい ・自治体全体として取り組む意識が足りていない

2. 検討委員会の概要

2.1 検討委員会の設置

調査研究の進め方、保険者におけるPDCAサイクル定着の課題および好事例の考え方、収集した好事例の事例分析等について検討を行うため、検討委員会を設置した。以下の学識、都道府県・市町村関係者から検討委員会を構成し、保険者におけるPDCAサイクル定着の課題やあるべき工程を踏まえた好事例の考え方等について検討を行った。

図表 5 検討委員会 委員構成（敬称略・五十音順）

	氏名	ご所属
委員長	川越 雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科兼研究開発センター 教授
委員	近藤 崇	横浜市健康福祉局高齢健康福祉課 計画調整係長
委員	鈴木 朋美	淡路市健康福祉部長寿介護課 課長補佐
委員	松本 雅隆	天草市健康福祉部高齢者支援課地域支援係 係長
委員	和田 洋一	大阪府福祉部高齢介護室介護支援課企画調整グループ 主査
委員	山崎 貴史	富山県厚生部高齢福祉課 介護保険係長

2.2 検討委員会の開催

検討委員会は以下の議題で計 3 回、開催した。検討委員会の実施概要は以下のとおり。

図表 6 検討委員会の実施概要

回	日時	議題
第 1 回	令和 3 年 10 月 25 日 (月) 15:00~17:00	1. 事業計画 (案) について 2. 介護保険事業計画の各分野のあるべき チェックリスト (案) について 3. 具体的に取り上げる個別事業の選定に ついて 4. 介護保険事業計画における PDCA サイ クルの現状と課題について 5. その他
第 2 回	令和 3 年 12 月 16 日 (木) 10:00~12:00	1. 事業計画 (案) について 2. プレヒアリング結果を踏まえた事例の まとめ方 (案) について ・事例集のイメージについて ・個別取組のチェックリストのイメージにつ いて 3. 介護保険事業計画における PDCA サイ クルの好事例の考え方について 4. その他
第 3 回	令和 4 年 3 月 11 日 (金) 10:00~12:00	1. 報告書 (案) について 2. 事例集 (案) について 3. 個別取組のチェックリスト (案) につい て 4. その他

2.3 検討委員会での検討内容

第1～3回検討委員会での検討内容は以下のとおり。

図表 7 検討委員会の検討内容概要

回	ご意見
第1回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 工程表（チェックリスト）について、8期計画全体の工程表作成は難しいと考えられるため、介護保険事業計画の各取組を以下に基づいて分類し、工程表を作成するとともに、ヒアリング調査の対象を選定してはどうか。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 事業マネジメントの自立支援・重度化防止については、個別事業を社会参加型と運動、口腔・栄養系で分類する。 ➤ 介護給付適正化については、ケアプラン点検や事業所への指導助言、LIFEを使ったデータの蓄積・活用を含めると良い。 ➤ 介護サービス基盤整備のうち、人材については地域ごとで整理し、提供体制については規模により問題意識が違うので、規模による整理が必要かもしれない。今後の進め方としては、先進的な自治体を、委員から提示してもらう。 ・ その後、ヒアリング調査を基に工程を分解し整理する。ヒアリング調査の本格的実施に先立ち、委員の自治体を対象にプレヒアリングを行う。
第2回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例集のイメージについて、自治体の参考になるように地域包括ケア「見える化」システムで使用した帳票や図表、分析方法や結果を示すと良い。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ また、PDCA サイクルを輪で表現した図が追加されると分かりやすい。 ➤ 自治体の概要欄等に、事業実績に関する体制や費用面の情報も追加されると良い。事例集の最後に、各自治体が見える化システム等のツールで確認、分析した項目が整理されていると良い。 ➤ コメントとして、取組をして良かったことだけでなく、まだ出ていない点や悩みを記載すると良い。 ・ 工程表のイメージについて、この工程表は事例集と連動し、チェックリストという位置づけになるのではないか。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 財政インセンティブも意識した上で、具体的な工程表にする。焦点を絞った具体的な工程表を作るべきである。通いの場を活用し、介護予防を実現する工程表などの名前にするべきである。まずは、全自治体で実施している通いの場を活用した介護予防に関する工程表をしっかりと作成することを進めていくのが良いのではないか。 ➤ 他の部署との展開や9期以降の展開までつなげることができる工程表にしていく。チェックリストという名称の方が良いかもしれない。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ PDCA サイクルの好事例の考え方について、計画全体の流れは複数自治体挙げ、人口規模を加味して考えてほしい。介護予防 4 箇所（高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を含む）、自立支援・重度化防止 1 箇所、介護サービス基盤整備 1~2 箇所、介護人材確保 1~2 箇所、介護給付適正化 2 箇所が良いのではないかと。10 箇所程度ヒアリングし、事例集に整理してほしい。
第 3 回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 報告書（案）について、本来あるべき PDCA のサイクルと、実際の PDCA のサイクルを比較して、残された課題を述べる必要がある。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 報告書で大切なことは、より良い形で PDCA を回していくにはどうすればよいか、というコメントが重要であり、報告書の考察で言及することが重要である。 ➤ 最後の考察に自治体の「思い」を書く必要がある。その中で、何ができて何ができていないのか、計画を練り直したかという点が重要である。 ・ 事例集（案）について、PDCA の中で保険者の意思に近い点である、介護保険とは本来は何のためにあるのか、個々人がいかに幸せに生きるか、というメッセージを伝えていくことが大切である。 ・ チェックリスト（案）について、事例集と同様に C から始めてはどうか。 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護予防・自立支援・重度化防止とは直接は関係ない高齢化率などの指標は除外する必要がある。目的によって、取るべき項目を種分けしないといけない。 ➤ P の項目に番号を振って、後の DCA のどれに対応するかを示せば、分かりやすくなるのではないかと。 ➤ シナリオやフローが分かるように、チェックリストとは別に、記載例があると良いかもしれない。

III. ヒアリング調査の実施

1. 調査概要

1.1 目的

本事業では、保険者における PDCA サイクルの定着のために、介護保険事業計画および介護保険事業計画上の個別取組の PDCA サイクルの好事例に関するヒアリング調査を行った結果をもとに、事例集を作成した。ヒアリング調査の対象については検討委員会の助言を得ながら、また都道府県からの推薦等により選定し、自治体における実際の事業の進め方や、その過程での考え方や工夫等について伺った。

1.2 調査対象・方法

調査対象の選定に先立ち、特に取り上げるべき介護保険事業計画上の個別取組について、検討委員会での議論を経て、介護保険事業計画の基本的記載事項の分野の「自立支援・介護予防・重度化防止」、「介護サービス基盤整備」、「介護給付費適正化」の観点で、それぞれの取組を行っている市区町村を選定することとした。ヒアリング調査の対象については、過去の事例集や手引き等で紹介されている自治体、厚生労働省より表彰されている自治体、検討委員会の委員または厚生労働省等の推薦の自治体をもとに検討を行い、選定した。

各自治体に対しては基本、オンラインまたは訪問によるヒアリングを行い、東京都練馬区のみ文書での調査を実施した。

図表 8 介護保険事業計画の基本的記載事項と個別取組の整理

分野		個別取組の例
提供体制	介護サービス基盤整備	(1) 介護サービス施設・事業所の整備 ・ 都市部における介護サービス施設・事業所の追加整備のための土地確保等の取組
		(2) 介護人材確保 ・ 地方部における介護サービスの担い手確保のための取組（元気高齢者の活用等を含む）
事業マネジメント	自立支援・重度化防止	(1) 運動機能系の取組 ・ 介護予防の通いの場の充実 ・ リハビリテーション専門職等との連携の推進 ・ 地域包括支援センターの強化
		(2) 口腔栄養系の取組 ・ 口腔機能向上や低栄養防止に係る活動の推進
		(3) 社会参加系の取組 ・ 住民や事業者など地域全体への自立支援・介護予防に関する普及啓発 ・ ボランティア活動や就労的活動による高齢者の社会参加の促進
		(4) 生活習慣改善・生活支援系の取組 ・ 高齢者の保健事業と介護予防の一般的な実施 ・ 多様なサービスである短期集中予防サービスや、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業と連携 ・ 地域ケア会議の多職種連携による取組の推進
	介護給付適正化	・ 介護サービス事業所への指導助言（ケアプラン点検を含む） ・ サ高住を対象としたケアプラン点検 ・ 国保連システム、KDB データ、LIFE 等のデータの利活用の事例

図表 9 ヒアリング対象 概要

ヒアリング区分		ヒアリング対象	事例	選定理由
1. 介護保険事業計画全体における PDCA サイクルについて		1) 東京都練馬区	介護保険事業計画全体における PDCA サイクルの推進	厚生労働省推薦
2. 個別 取組に おける PDCA サ イクル につい て	(1) 自立支援・介護予防・重度化防止の取組	1) 熊本県天草市	通いの場を中心とした介護予防・自立支援関連活動への展開	検討委員会委員自治体
		2) 高知県高知市	住民主体の「いきいき・かみかみ百歳体操」の普及と介護予防活動の継続のための取り組み	厚生労働省「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」
		3) 兵庫県淡路市	医療・介護レセプト突合データ分析を活用した介護予防・重度化防止の取組	検討委員会委員自治体
		4) 千葉県栄町	食の「たべ・たんプロジェクト」を通じた地域包括ケアシステムへの展開	厚生労働省「第 10 回健康寿命をのばそう！アワード（介護予防・高齢者生活支援分野）」表彰事例
		5) 鹿児島県徳之島町	役場内連携による保健事業と介護予防の一体的実施	厚生労働省「【令和 2 年度】高齢者の保健事業と介護予防の一体的

ヒアリング区分		ヒアリング対象	事例	選定理由
				な実施に係る事例集」
(2) 介護サービス基盤整備	(ア) 介護サービス施設・事業所の整備	1) 神奈川県横浜市	大都市における介護サービス施設・事業所の追加整備のための土地確保等の取組	検討委員会委員自治体
		2) 石川県加賀市	小規模多機能居宅介護事業所を中心とした地域包括ケアの取り組み	厚生労働省推薦
	(イ) 介護人材確保	1) 兵庫県宝塚市	「健康・生きがい就労トライアル」を通じた高齢者の社会参加の推進	厚生労働省「第9回健康寿命をのばそう！アワード（介護予防・高齢者生活支援分野）」受賞事例
(3) 介護給付費適正化		1) 大阪府箕面市	サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホームのケアプラン点検による介護給付費適正化	厚生労働省推薦

2. 調査結果

2.1 介護保険事業計画全体における PDCA サイクルについて

1) 東京都練馬区：介護保険事業計画全体における PDCA サイクルの推進

● 第7期・第8期計画の取組

a. 第8期の計画策定

- 第8期計画の策定および進捗管理を行うに当たり、**市内の総合的な調整および情報の共有化を図るため、計画策定委員会を設置**

→計画策定委員会に**3つの分科会を設置**して、施策別に検討

計画策定委員会 (委員構成) 企画部、危機管理室、区民部、産業経済部、 地域文化部、福祉部、高齢施策担当部、健康 部、地域医療担当部、都市整備部	22名 (委員人数)
健康づくり・介護予防等分科会	14名 (委員人数)
在宅療養・認知症施策分科会	12名 (委員人数)
施設整備等分科会	10名 (委員人数)

- 計画策定委員会での検討内容は、介護保険運営協議会、地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員会が、各々の所管事項について審議

介護保険運営協議会 (委員構成) 被保険者、医療保険者の職員、医療従事者、 福祉関係団体の職員または従事者、介護サー ビス事業者の職員、学識経験者	25名 (委員人数)
地域包括支援センター運営協議会・地域密着型 サービス運営委員会 (委員構成) 被保険者、居宅サービス等の利用者等、医療 従事者、保健福祉関係団体の職員または従事 者、居宅サービス事業者職員、学識経験者	20名 (委員人数)

- 審議結果をまとめた介護保険運営協議会からの答申に基づいて計画を作成

b. 第7期計画の目標

- 第7期計画の目標として以下を設定

「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的・継続的に提供される地域包括ケアシステムを確立する」

c. 第7期計画で実施した進捗管理

(ア) 毎年度2回（9月末の中間時点、年度末時点）に計画の進捗を把握

第7期計画策定時の自立支援・重度化防止等の取組と目標の比較を実施し、保険者機能強化推進交付金に関する評価指標を進捗管理に活用（ただし、インセンティブ交付金の費用との比較は実施していない）

- ① 個別事業の進捗管理・目標設定や実績把握については所管課が実施し、担当課（高齢施策担当部高齢社会対策課）で取り纏め
- ② 実績を踏まえた課題と対応策の考察を踏まえ、事業の達成度や進捗を所管課にて評価
→評価は達成度に応じて3段階評価とし、所管課にて自己評価を実施
（A…予定通りまたは概ね予定通り進捗、B…予定より遅滞、C…予定より著しく遅滞）

(イ) 計画期間（3年間）に複数回、施策および事業の達成度について把握・共有するための会議（介護保険運営協議会、地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員会）を開催

→**毎年度施策および事業の達成度の把握**に努め、次年度以降に繋げる

● 第8期計画策定のためのPDCAサイクルの具体的事例

C (Check)	<p>1. 第7期取組の振り返り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 計画担当の職員が地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析（地域分析・検討結果記入シートを活用した分析）を実施 ・ また、インセンティブ交付金の評価指標（主に要介護認定者データ、介護保険給付データ指標）を活用し、国・都・近隣自治体との比較や経年比較等の分析を実施 ・ 全国、東京都、特別区との比較分析により、当区の特徴の把握や現状の問題点を考察
A (Action)	<p>1. 第8期計画の取組への布石</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 全国、東京都、特別区との比較分析結果を基に把握した課題を解決するための具体的な取組の立案については、次期計画策定に向けた検討の中で実施 →具体的には、リハビリテーション提供体制の構築に関する現状・目標・課題について把握し、第8期計画での新設を検討

P (Plan)	1. 第8期計画の目標の策定
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 以下スケジュールで計画策定し、第7期と同様、会議体を設置 ・ 令和元年度 高齢者基礎調査等の実施、計画策定委員会（分科会）における検討 ・ 令和2年4～7月 附属機関における審議 ・ 令和2年10月 介護保険運営協議会 答申 ・ 令和2年11月 計画（素案）を公表 ・ 令和2年12月 区民意見反映制度による意見聴取 ・ 令和3年 2月 計画（案）を公表 ・ 令和3年 3月 計画策定 ・ 第7期の実績をもとにその目標を引き続き取り組むべきと検討した結果、第7期と同じ目標を設定 「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的・継続的に提供される地域包括ケアシステムを確立する」
	2. 目標を達成するために必要な第8期計画の取組の策定
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設定した目標を基に、以下の取組を策定 ・ 高齢者保健福祉計画 <ul style="list-style-type: none"> i. 元気高齢者の活躍と健康づくり・介護予防の一体的な推進 ii. ひとり暮らし高齢者等を支える地域との協働の推進 iii. 認知症高齢者への支援の充実 iv. 在宅生活を支える医療と介護サービス基盤の整備 v. 介護保険施設等の整備と住まいの確保 vi. 介護の現場を支える総合的な人材対策の推進 ・ 介護保険事業計画 <ul style="list-style-type: none"> i. 区民参加による介護保険制度の運営 ii. 給付適正化の推進 iii. 介護保険料の収納確保 iv. リハビリテーション提供体制の構築 →第7期の課題を基に、第8期計画で新たに設定
D (Do)	1. 第8期計画の取組
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第7期と同様の方法で進捗管理を実施 「介護保険運営協議会」、「地域包括支援センター運営協議会」 および「地域密着型サービス運営委員会」は、1年目に2回、2年目に3回、3年目に8回開催 ・ 第8期の進捗管理～第9期計画策定を進めていく上で、以下の点につ

いても検討

- ・ 次期計画の方向性の検討
- ・ 国および都の計画策定に関する情報との連携
- ・ 計画策定にあたっての詳細なデータの収集・分析。具体的には、新型コロナウイルスの影響における認定・給付データ等の変化など

2.2 個別取組における PDCA サイクルについて

(1) 自立支援・介護予防・重度化防止の取組

1) 熊本県天草市：通いの場を中心とした介護予防・自立支援関連活動への展開

● 第7期計画の取組

➤ 高齢者が長期的に継続して介護予防活動に参加するためには、「楽しみ」や「身近で手軽」といった要素をもつ必要がある

- ・ 既に各地域で活動している、「通う」楽しみをもった活動に介護予防的要素を盛り込んだ活動をあわせて実践する
- ・ 効果的かつ継続的な予防活動の場が身近にある必要がある
- ・ **通いの場を主軸とした介護予防の取組を展開**

a. 通いの場の充実

(ア) 既存の地区振興会を活用し、地域への普及啓発を推進

(イ) 介護予防的要素を盛り込み、効果的かつ継続的な活動の場を作るため、**行政主導ではなく、住民主体の通いの場を整備**

- ・ 令和3年11月現在、市内で約190箇所の通いの場を設置、毎週2600人の高齢者が活動

(ウ) 普及啓発のため、通いの場が少ない地域で、1か月間で毎週計4回、地域元気アップ教室を開き、通いの場に関する説明会を実施

- ・ 1年間に12か所、計3年間説明会を実施

(エ) 普及啓発のため、地域講座での講演や地域の要職の方との話し合いを行い、住民の組織化を促進

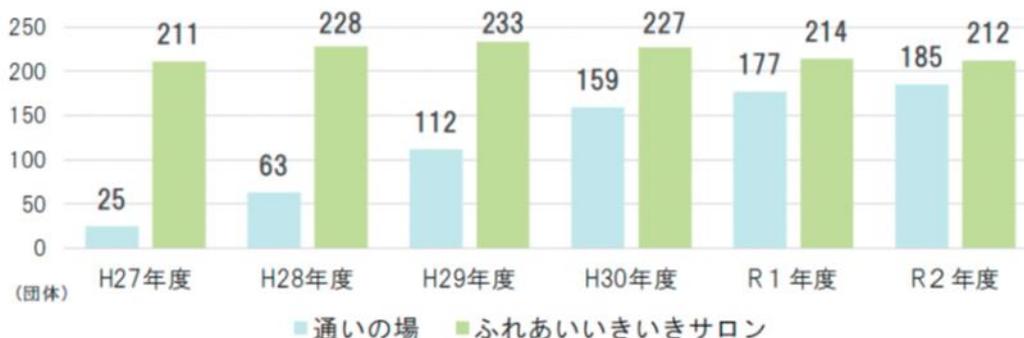
- ・ 通いの場のバックアップに地区振興会等の住民組織が参加

(オ) 継続化のため、行政側は、DVD配布や研修（感染対策等）をすることで基本的な方向性を示しているが、活動内容はそれぞれの通いの場に一任

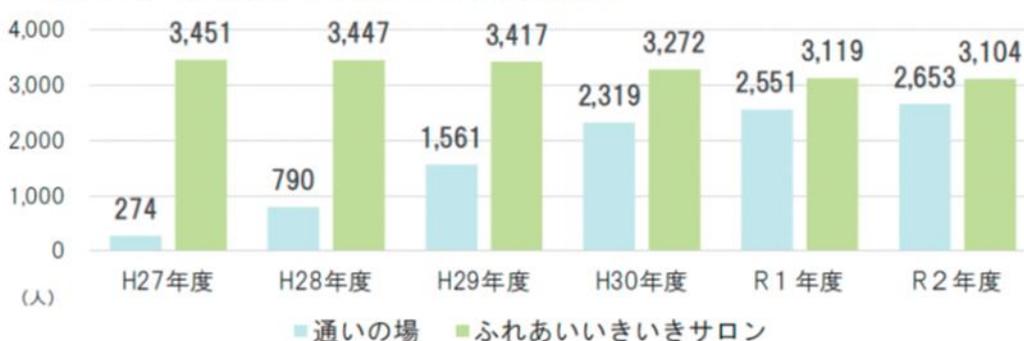
- ・ 会場の施設費等はバックアップしている住民組織のサポートで運営

【通いの場・ふれあいいいききサロン団体数および参加人数】

▶ 通いの場・ふれあいいいききサロン団体数



▶ 通いの場・ふれあいいいききサロン参加人数



出所) 熊本県天草市「健やか生きいきプラン」(令和3年3月)

b. 総合事業C型サービスへの拡充

(ア) 通所型サービスC

- ① 機能低下が見られる高齢者が慢性的にデイサービスに通う現状があり、地域で通える場がないことから慢性利用にならざるを得ない現状があった。そのことから、通いの場の創出と、そこに繋げるサービスCの組み合わせで通いによる介護予防の展開を立案
- ② 通いの場を主軸とした通所型サービスCについてリハビリテーション職の方に相談したことがきっかけで、事業所(株式会社)と連携して実施
- ③ 通いの場等の地域活動に戻すことを目的としたサービスであるため、必ず半年でサービスは終了
- ④ リハビリテーション職が市内各地の公民館に出向きサービスCを実施する巡業型の事業形態をとることで、リハビリテーション職がいない地域でもサービスCが展開できるよう工夫
- ⑤ 地域活動に環境に近い公民館でサービスCを実施することで、卒業者が公民館でそのまま通いの場に参加できるよう工夫
→サービスC利用者の維持改善率は8割程度

(イ)訪問型サービス C

- ① 介護人材が減少しているにも関わらずサービスの慢性利用の現状があり、今後ヘルパー不足が懸念される現状があった（既に利用待機状態の地域も発生）
- ② サービスを必要とする人に必要なサービスを届けることが出来るよう見直しを開始
- ③ 訪問型サービスを利用することで生活を維持するという考え方ではなく、支援を必要とする方が今後自分自身で「できる」ようにするために訪問型サービスを利用するという考え方に支援の方向転換を実施
- ④ 自立支援型のケア会議の中で、作業療法士（OT）と訪問介護員（ホームヘルパー）、介護支援専門員（ケアマネジャー）が、活発な支援方針の協議を行う様子から、このチームをケア会議に留めず、現場で再現しようと自立支援を仕組化
→訪問介護員（ホームヘルパー）を利用される3～6か月の間に、作業療法士（OT）が現場に入り、環境整備動線の確保や道具の位置確認等を提案し、極力、残存能力でできることは高齢者本人が行うようにし、本人に出来ない部分を訪問介護員が行う形で仕組み
- ⑤ 作業療法士会から作業療法士を派遣してもらうため、市から実際に作業療法士が所属する法人にも依頼し、業務の理解を獲得
→熊本県作業療法士会からもサポートあり

● 第8期計画策定のためのPDCAサイクルの具体的事例

<p>C (Check)</p>	<p>1. 第7期取組の振り返り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 通いの場の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・ 通いの場があるから、介護保険やその他の介護予防事業が回っているという考えから、通いの場の継続運営を主眼に置き、利用者個人が評価されていると感じない評価を実施 ・ 通いの場の利用者に対する主観的なアンケート（杖がいなくなった・病院に行く回数が減った等）を取得し、天草市のホームページにて公開 ・ 通いの場のサービスが足りないか否かの評価は、サービス利用者分布と通いの場分布を地図に落とし分析 ・ 市全体の評価 <ul style="list-style-type: none"> ・ 新規の要介護認定者数や要支援から要介護へ移行する人数、その移行した方のどのような機能が低下しているのかを評価
-----------------------------	--

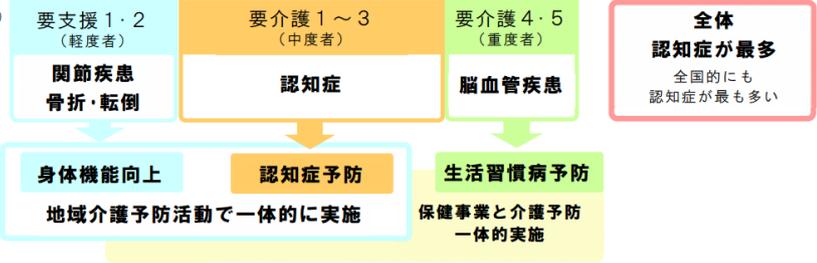
→新規の要介護認定者数が減少に転じ、平成 27 年 2400 人をピークに減少に転じ、平成 30 年には 1800 人程度に減少（24.7%減）し、横ばい状態を維持

- ・ 新規の要介護認定者の主症状や認知症高齢者の日常生活自立度や障害高齢者の日常生活自立度の統計を経年で集計し、グラフ化
- 介護度別で分類したことにより、主傷病の傾向が変化していることを把握

【令和元年度中の新規認定者の主傷病】

	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	認定者全体	市順位	国順位
脳血管疾患	15	23	22	27	14	27	14	142	3	2
心疾患(心臓病)	25	27	17	13	9	10	6	107	5	6
がん	10	23	20	16	11	14	7	101	6	8
呼吸器疾患	15	6	11	3	3	3	3	44	7	7
関節疾患	51	62	26	13	4	4	0	160	2	5
認知症	18	17	121	55	31	16	12	270	1	1
パーキンソン病	3	5	1	1	2	2	0	14	9	10
糖尿病	7	4	7	6	1	3	0	28	8	9
視覚・聴覚障害	2	4	2	1	1	1	0	11	10	12
骨折・転倒	17	43	10	32	11	10	3	126	4	4
神経損傷	1	1	0	0	0	1	1	4	12	11
高齢衰弱	2	0	3	0	1	2	0	8	11	3

(単位：人)



全体
認知症が最多
全国的にも
認知症が最も多い

※国が実施している国民生活基礎調査の項目に合わせて、本市の主傷病を分類

出所) 熊本県天草市「健やか生きいきプラン」(令和3年3月)

2. 第7期取組の進捗確認・共有

- ・ 地域ケア会議にて、前年の課題に対して現状どのように対応が進んでいるのかを整理・可視化したもの(上記の分析結果等)を共有

A (Action)

1. 第8期計画の取組への布石

- ・ 通いの場を主軸とした介護予防の取組に一定の効果があつたため、過去の施策は継続し、認知症予防の推進を図るため、新たに「元気な高齢者を起点とした地域づくり」を念頭に置く

P (Plan)

1. 第8期計画の目標の策定

- ・ 介護サービスが必要な人に介護サービスが提供できる体制を構築
- ・ 「介護予防を推進することで支援を要する高齢者が増えていかないようにすること」、「専門職サービスに地域支援を加えて、支援の幅を広げる地域支援の体制づくり」の2つを、第8期計画の柱に設定

2. 目標を達成するために必要な第8期計画の取組の策定

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者が長期的に継続して介護予防活動に参加するためには、「楽しみ」や「身近で手軽」といった要素をもつ必要がある <ul style="list-style-type: none"> →既に各地域で活動している、「通う」楽しみをもった活動に介護予防的要素を盛り込んだ活動をあわせて実践する →効果的かつ継続的な予防活動の場が身近にある必要がある →通いの場を主軸とした介護予防の取組の推進を継続
D (Do)	1. 第8期計画の取組 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「元気な高齢者を起点とした地域づくり」を開始 <ul style="list-style-type: none"> ・ 元気な高齢者に対し、認知症サポーターを要請 <ul style="list-style-type: none"> サポーターがボランティアポイントで通所型サービスCや通所型サービスAに来ていただき、その場で利用者と仲良くしてもらい、サポーター自身の活動に連れていってもらおうという仕掛けを実施 →現状、脳トレ等の指導ができる住民を360人程度育成 ・ 地域ケア会議では、引き続き高齢者のニーズを探索や、街づくりの仕組みの中でも高齢者の課題を抽出 <ul style="list-style-type: none"> メンバーは、街づくり担当や地区振興会（独自の会議体）、地域課題検討会から参加 →地域ケア会議を起点に、地域ごとに、行政が関与しない関係者の会が独自に立ち上がる ・ 定年リタイア後に地域活動に携わってもらおう仕組みを検討中。リタイア世代が何に興味を示すのかを考え、第二の人生で何かを始める前に、地域に携わっていただけるよう検討中

2) 高知県高知市：住民主体の「いきいき・かみかみ百歳体操」の普及と介護予防活動の継続のための取組

● 第8期計画以前の取組

a. いきいき百歳体操の展開

(ア)いきいき百歳体操の開始

- ・ 2002年、介護予防を高知市高齢者保健福祉計画の重点課題として位置づけ、高齢者が元気になるプログラムとして「いきいき百歳体操」を考案・開始
- ・ 「いきいき百歳体操」の効果を普及啓発し、住民が主体となって実施できるよう支援
- ・ 目標：いきいき百歳体操実施場所20か所、市民ボランティアの育成3年間で200人、健康講座の8割を介護予防の内容にし、普及啓発すること

(イ)住民主体によるNPO法人等の立ち上げ

- ・ 2012年、住民だけで組織する「いきいき百歳大交流大会実行委員会」結成。介護予防の普及啓発、体操会場間の交流、体操参加者のモチベーションアップを目的に年1回1,000人が集まる大会を運営
- ・ 2012年、体操会場のお世話役が中心となり、「NPO法人いきいき百歳応援団」を結成。お世話役や体操会場運営についての相談窓口となり体操会場をサポート、体操会場の様々な活動の情報発信（いきいき百歳新聞の発行）を実施

b. いきいき百歳体操の継続を目標とした取組

(ア)相談機能の充実と情報発信（NPO法人に業務委託）

- ・ 相談窓口を運営。体操会場運営のノウハウを持ったベテランが困りごとへの相談に対応
- ・ いきいき百歳新聞で体操会場の取り組み情報を発信し、研修会を開催する等、住民目線での体操会場の運営を支援
 - いきいき百歳新聞は、概ね年間40～60か所の会場に取材し、記事を作成
 - 記事の中で、会場の運営のヒントになるような情報を掲載するほか、体操に参加して効果のあった高齢者のエピソードや好事例の紹介記事を掲載

(イ)人材の育成と派遣（行政）

- ・ 体操会場を支える住民ボランティア（いきいき百歳サポーター）を育成
- ・ 体操会場指導者（インストラクター）の育成や、インストラクターの体操会場への派遣を実施

(ウ) お世話役・サポーター活動の活性化（実行委員会、NPO法人、行政、体操会場）

- ➦ いきいき百歳大交流大会実行委員会による大会の企画・運営を引き続き実施
- ・ NPO法人による、感謝の会（お世話役・サポーターをねぎらう会）を開催するとともに、体操会場へのつなぎ支援を実施
- ・ 行政による、サポーター活動の紹介や体操会場へのつなぎ支援を実施
- ・ 体操会場からは、次期後継者候補へサポーター育成教室参加への促しにより、体操会場を支える人材を増やす

● 第8期計画策定のためのPDCAサイクルの具体的事例

<p>C (Check)</p>	<p>1. 第7期中の取組の進捗管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 年1回、体操会場の運営者を対象としたアンケート調査を実施 市のホームページで公開している体操会場の情報を更新するために必要なデータ（参加者数等）や体操の効果、困っている点、コロナ禍における活動の状況などを収集 →運営状況を把握することで、継続運営に繋げる ・ その他にも、サポーター育成教室参加者アンケート、インストラクター活動報告書から状況把握、NPO法人による課題の把握、グループワークによる課題の把握などで、体操会場の現状を把握 ・ 最近の体操会場の継続支援と関連して、以下の課題を把握 <ul style="list-style-type: none"> ◇ コロナ禍での体操自粛による、再開時の参加者の減少と身体機能の衰え ◇ 体操会場を支える人材不足 ◇ 体操会場情報の共有 ◇ 定期訪問による励ましへの期待
<p>A (Action)</p>	<p>1. 第8期の取組への布石</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 会場同士、サポーター同士の連携体制を構築し、維持・継続の仕組みを確立することを目指し、事業の継続に重点を置いた取組を継続 ・ NPO法人が取組の情報発信や、会場の継続に向けた支援を実施 ・ 体操会場を支える人材育成
<p>P</p>	<p>1. 第8期の目標の策定</p>

<p>(Plan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「会場の継続支援と地域共生社会の実現に向けた支援」を目標として設定 <p>① 体操会場の継続支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 第7期の取組を継続 ◇ 特に、住民同士の情報共有機会を作り、体操会場運営のノウハウを知ることによって住民自らが課題解決できる、住民力の底上げのための仕組みづくりに注視 <p>② 地域共生社会の実現</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 体操会場に高齢者が集まることで地域の高齢者の見守りや、支えあい、どのような手助けがあれば地域で自立した生活が送れるのかなど、住民が感じている課題をフィードバックし、そのために何ができるのかを考える機会をもつ ◇ 高齢者の社会参加の場として、身体可能が衰えないよう参加することが大事だということをお世話役や、参加者が自覚しているため、高齢者の閉じこもりを防ぎ、会場への誘い出しや連れ出しの活動へと広がる ◇ 人とのつながりができていれば、緊急時にも誰に連絡をすればよいかすぐ分かり、見守りができる ◇ ついでのごみ出しやついでの買い物など、ちょっとした困りごとはご近所さんで対応でき、地域社会の一翼を担えることを期待
	<p>2. 第8期の目標を達成するために必要な取組の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今後も引き続き介護予防の中核として体操を普及・浸透していくための取組目標を以下の通り設定 <ul style="list-style-type: none"> ◇ 会場は徒歩圏内に1か所の設置 ◇ 参加者数は高齢人口（当時9万人）の1割（9千人）を設定 ◇ サポーターを3年間で360人育成 ◇ 課題を解決できるしくみづくり
<p>D (Do)</p>	<p>1. 第8期中の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 会場運営・地域課題が解決できる基盤作り <ul style="list-style-type: none"> ◇ NPO法人・行政共同で実施：課題解決能力の向上ができる、お世話役・サポーター情報交換会の開催、サポーターフォローアップでのグループワーク

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">・ 体操会場の継続に重点<ul style="list-style-type: none">◇ NPO法人：いき百新聞での情報発信、相談窓口等、今までの活動を継続◇ 行政：体操会場を支える人材の育成、体操会場フォローのインストラクター派遣等、今までの活動内容を見直しながら継続 |
|--|---|

3) 兵庫県淡路市：医療・介護レセプト突合データ分析を活用した介護予防・重度化防止の取組

● 第7期計画の取組

a. 現状（第7期時点）の把握と共有

(ア) 地域包括ケア「見える化」システム、介護保険月報、高齢者支援・介護予防施策実績を使用した人口動態等の集計・分析

- 高齢化が進み、要介護高齢者が増えていく結果に危機感を抱く
- 生産人口と高齢者人口が20年以内に同数程度になる見込み

(イ) 現状課題について、**データを活用し可視化をすることで共有を図る**

① 計画策定委員会の開催（年3～4回開催）

② 事業所への共有

地域包括支援センターが、高齢者サービスのテーマで説明

事業所ごとにデータを整理することで、事業所全体の状況把握し、事業所の状況を議論していただくことを支援

- ・ 介護支援専門員（ケアマネジャー）より、事業所の特徴や傾向などについてデータ供出の要望有
例）災害を想定したケアプラン、福祉避難所運営、非常時のサービス調整等

③ 地域への共有

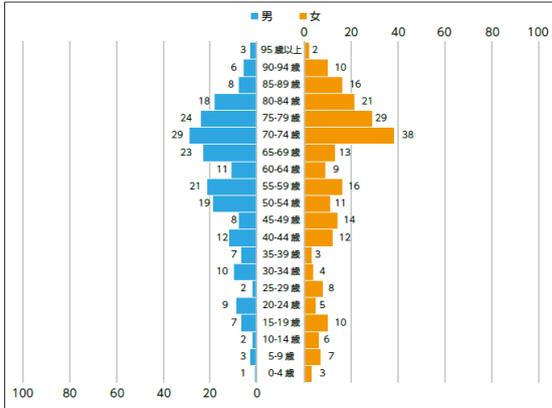
まちづくり協議会、地区民生児童委員会議などでの講話により、健康に興味のある住民に対して、地区の持続可能性がわかる年齢人口構成図、圏域の在宅介護者を地図上にマッピングしたもの（※）を使用し、地域の現状を説明

※ 国土地理院のサイト（<https://maps.gsi.go.jp/>）を活用し、地域の問題（在宅介護者等）を地図上で把握できるようにマッピング

- ・ **地域運営において、地区を超えた助け合い、見守りの必要性があることや少子高齢化が地区によって異なりがあることの理解に繋がる**

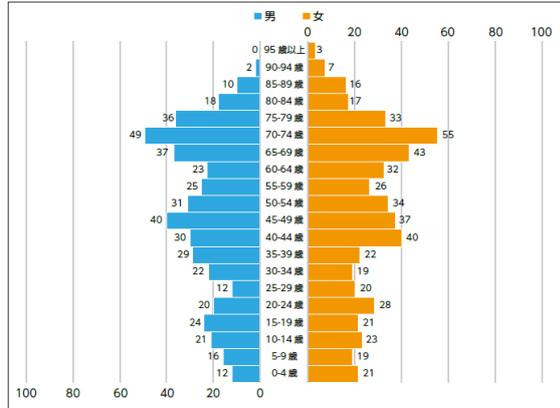
【A 圏域 A 町内会の人口構成】

(少子高齢化が最も進んでいる地区)



【A 圏域 B 町内会の人口構成】

(少子高齢化が最も進んでいない地区)



出所) 兵庫県淡路市提供資料

b. 分析上の課題の特定

分析上の集計結果と施策とのかかわりや、個人を取り巻く状況の変化との紐づけができないことが課題

- ・ 個人の状況を時系列で各数値を確認できるようになることが必要

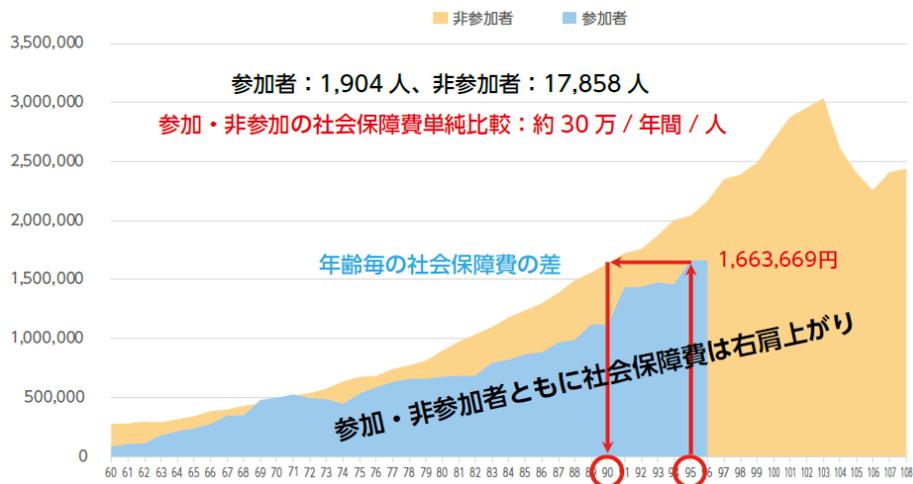
c. 新たな分析を開始

外部からのコンサルティングを受け、KDB データを活用した医療レセプト・介護レセプトデータの個人単位データを試行的に整備（連携）

- ・ **個人単位データを時系列で確認することで、個人を取り巻く状況の変化について把握が可能になる**
 - ① 新規要介護認定者×主疾病→新規要介護認定者の多い「骨折」に着目した**取組を実施することが重度化防止に有効**
 - ② 事業所の利用状況×要介護度等を集計・可視化→**事業所のケアについて会議で検討**

● 第 8 期計画策定のための PDCA の具体的事例

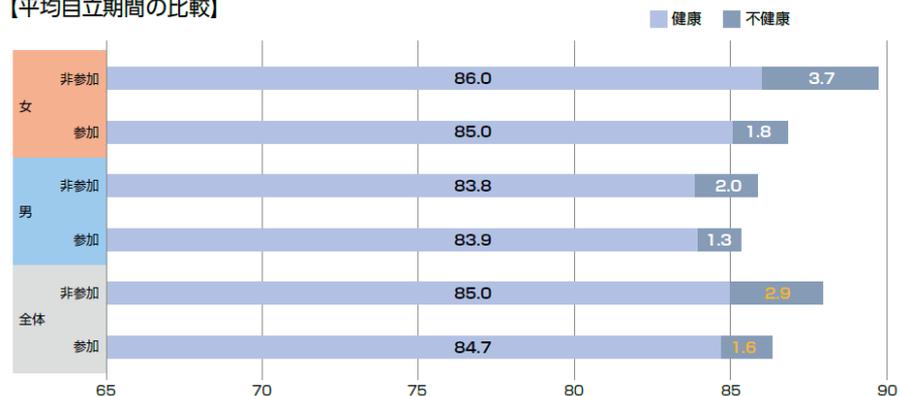
C (Check)	1. 第 7 期取組の振り返り
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防：通いの場の効果検証 <ul style="list-style-type: none"> ・ 通いの場で実施しているいきいき 100 歳体操の効果検証を実施するため、介護レセプトデータより、体操の参加者と非参加者の社会保障費や平均自立期間を比較 <ol style="list-style-type: none"> i. 体操の参加者と非参加者で、社会保障費の差がある 【社会保障費の推移】



出所) 兵庫県淡路市提供資料

- ii. 要介護2以上となる方の自立していない期間が、非参加者に比べ参加者は1/2である(自立していない期間：非参加者2.9年→参加者1.6年)

【平均自立期間の比較】



出所) 兵庫県淡路市提供資料

重度化防止：ケアプラン確認

- ・ 新規要介護認定者数は減少しているが、介護給付費が増加している現状を確認
 - その原因について医療レセプト・介護レセプトの突合データを分析したところ、要介護1から2、要介護2から要介護3に悪化している利用者が多い
 - 上記、分析の結果より、「重度化防止のためには、生きがいと役割を持つことやいかに病気を進行させないかが重要であり、医療と介護の情報連携が必要である」との示唆を得た

【介護度と認定者数】

新規認定者の人数

R元年度までの介護度	年度	R2年度の介護度 (R3.310まで 死亡者除く)							合計
		認定なし	要支援1	要支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	
認定なし	-	63	67	122	58	31	30	9	380
要支援1	不明	140	81	45	23	9	4	0	302
要支援2	不明	29	186	98	33	13	7	0	366
介護1	不明	26	44	318	157	72	24	9	650
介護2	不明	5	16	55	245	162	47	8	538
介護3	不明	0	2	19	54	256	114	36	481
介護4	不明	3	2	8	9	57	67	55	201
介護5	不明	0	0	0	3	4	18	129	154
合計		266	398	665	582	604	311	246	3072

変化がない人の人数
 改善した人の人数 (合計354人)
 悪化した人の人数 (合計997人)

出所) 兵庫県淡路市提供資料

- ・ 地域包括ケア「見える化」システムで確認できる情報を分析し、被保険者の重度化の要因が探れるようなデータ活用環境を整備
→地域包括ケア「見える化」システムの認定者数状況から重度化が進行していることや、費用の増加から1人当たりのサービスの利用が増えていること等を把握

【認定者数の推移】

		令和2年 3月末	令和3年 3月末時点	令和3年 10月末時点
認定者数	(人)	3,201	3,168	3,193
認定者数 (要支援1)	(人)	319	279	285
認定者数 (要支援2)	(人)	398	393	366
認定者数 (要介護1)	(人)	681	660	671
認定者数 (要介護2)	(人)	554	577	588
認定者数 (要介護3)	(人)	579	604	597
認定者数 (要介護4)	(人)	406	416	457
認定者数 (要介護5)	(人)	264	239	229
認定率	(%)	19.8	19.6	19.8
認定率 (兵庫県)	(%)	19.9	20.1	20.4
認定率 (全国)	(%)	18.4	18.7	18.8

出所) 地域包括ケア「見える化」システム (令和4年1月28日取得) を基に淡路市と三菱総合研究所にて作成

→地域包括ケア「見える化」システムのデータを基に被保険者個人の情報を紐づけ、疾病と介護度の推移を可視化することで実際の重度化の要因を分析

【個人の疾病と介護度の推移結果（循環器系の疾患を中心に抜粋）】

対象者	疾患名	要介護度の推移	
		2020年 3月	2021年 3月
A		2	→ 4
	循環器系の疾患	2	4
B		1	→ 4
	感染症および寄生虫症	1	
	眼および付属器の疾患		4
	循環器系の疾患		4
	内分泌, 栄養および代謝疾患	1	
C		3	→ 4
	循環器系の疾患		4
	損傷, 中毒およびその他の外因の影響	3	
D		2	→ 4
	循環器系の疾患	2	4
	精神および行動の障害	2	
E		1	→ 4
	感染症および寄生虫症		4
	筋骨格系および結合組織の疾患	1	4
	循環器系の疾患		4
	内分泌, 栄養および代謝疾患	1	

出所) 兵庫県淡路市提供資料

- 疾病と介護サービスの利用状況の関連について確認するため、主治医意見書から新規認定疾病要因に着目した分析を行い、**疾病要因と新規認定に特化したケアプラン確認を実施**

主な事例として、骨折後、入浴が目的となりデイサービスを利用し始めた方が長期間の利用に繋がりに、機能回復訓練の内容等がマンネリ化し、要介護度が改善していない事例があり、**望ましいデイサービスの利用について検討することが必要**

【令和2年度新規認定疾病要因】

令和2年度新規認定疾病要因	人数(人)	10 変形性腰(脊)椎症	14
1 脳卒中(後遺症)	70	11 その他	54
2 変形性関節症	39	12 脊椎管狭窄症	20
3 認知症	141	13 腎不全	10
4 骨折(術後)	101	14 慢性閉塞性肺疾患	13
5 心疾患	48	15 パーキンソン病	10
6 糖尿病	22	16 頸椎症性脊椎症	2
7 癌(術後)	81	17 筋力低下	3
8 高血圧	44	18 閉塞性動脈硬化症	0
9 関節リウマチ	9	合計	681

出所) 兵庫県淡路市提供資料

	<ul style="list-style-type: none"> 事業所へのフィードバックのため、事業所の利用状況と要介護度の変化を集計・可視化を実施し、目標のあるサービス利用及び自身でできる力を残すサービス提供の体制整備を検討
A (Action)	1. 第8期計画の取組への布石
	<ul style="list-style-type: none"> テーマ「数値による取組の可視化について浸透を図る」 <ul style="list-style-type: none"> i. 介護予防 <ul style="list-style-type: none"> 分析結果を参加市民や関係者に共有することで、いきいき100歳体操が介護予防に重要であることを共通認識として、参加市民のモチベーションアップに繋げる 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を進めるため、生活習慣病重症化予防および心身機能低下防止に関する対策を実施 <ul style="list-style-type: none"> ① ハイリスクアプローチ：低栄養・健康状態不明者・骨粗しょう症要精密者を訪問 ② ポピュレーションアプローチ：骨折予防を含んだフレイル対策、住民健診、いきいき100歳体操会場訪問、健康教育・健康相談（保健師・管理栄養士）など ii. 重度化防止 <ul style="list-style-type: none"> 骨折に焦点を当て、新規要介護認定者の中で骨折が原因で介護サービスを使い始める人のケアプランを確認する流れに移行→ケアプラン「点検」ではなく「確認」と強調し、対象者の身体機能の回復に向けたサービスの利用をしてもらうということを徹底することで、介護支援専門員と関係を維持し、意思疎通を図る 事業所の状況を可視化することで、地域ケア会議内で事業所のケアについての検討を促進し、目標のあるサービスの利用及びできる力を残すサービス提供体制構築 その他、循環器系の疾病による重度化ケースも目立つため、国民健康保険等が実施する健康指導においても介護要因と重度化要因を考慮した健康指導が必要であり、若年世代から運動習慣を根付かせる地域環境の整備が必要
P (Plan)	1. 第8期計画の目標
	<ul style="list-style-type: none"> 基本理念 <ul style="list-style-type: none"> 「健康で安心して住み続けられるまちをめざして—幸せになる力を引き出し育むまち—」

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本目標 <ul style="list-style-type: none"> ・ 「受けとめてつなげます より身近な地域包括ケアシステムによる共生社会実現」 ・ 「活躍を支援します 高齢者が活躍できる共助支援体制の整備」、 「幸せな時間を長くします 健康寿命の延伸実現」 ・ 目標の策定にあたっては、介護給付費適正化や介護人材確保等のデータの集計結果と、第7期中の地域での話し合いの結果として、目標や進め方を提案し、合意
	<p>2. 目標を達成するために必要な第8期取組の策定</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 引き続き通いの場の充実を図るとともに、通いの場の充実と介護給付費の適正化を連動して進める体制整備 →通いの場を含む介護予防・重度化防止による効果目標を設定し、介護給付費の適正化効果を活用して、さらなる予防施策の推進と充実化を図る、循環の仕組みを構築 ・ いきいき100歳体操やまちぐるみ健診会場においては、骨折率の抑制・骨折を含めたフレイル予防を理解する住民が増加することを目標とした健康教育や個別相談を実施 ・ 運動習慣が住民に根付くよう、データの活用や地域環境を整備
<p>D (Do)</p>	<p>1. 第8期計画の取組</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第8期では、介護予防・重度化防止それぞれ以下の取組を実施 <ul style="list-style-type: none"> i. 介護予防 <ul style="list-style-type: none"> ・ いきいき100歳体操の更なる推進と運動人口増加のため、「65歳からの●●」シリーズの事業を創設 <ul style="list-style-type: none"> ① 体力測定会：スポーツ振興課と共同で実施 以降、リハビリテーション事業所からも協力するとの意見や、高齢者も自らの体力の状況を数字で知りたい等の要望が集まり、次年度以降の仕組みづくりを検討中 ② オンライン体操 ③ スマホ教室

ウェルカム高齢化「65歳から」シリーズ（3事業展開）

「65歳からの スマホ教室 ・体力測定 ・オンライン体操」



出所) 兵庫県淡路市提供資料

- ・ いきいき 100 歳体操の参加者が、出席状況や体力状況を確認でき、体力維持や参加継続の励みになるよう、過去の出席状況や体力状況をフィードバックする“●●さんのいき 100 のあゆみ”の配布を予定

会場支援（年 1 回以上）の際に専門職から参加者へ手渡し、現場支援の充実を図る

- ・ 認知症予防のため、地域活動を増加予定

ii. 重度化防止

- ・ 「骨折からの回復体制整備」に焦点を当て検討し、疾病を特定して数値の利用を図る取組を継続
- ・ 介護サービスの利用を数値化することや、保険者と事業所が水平的な連携関係を築くことを目指し進める

4) 千葉県栄町：食の「たべ・たんプロジェクト」を通じた地域包括ケアシステムへの展開

● 第8期計画以前の取組

a. 新型コロナウイルス感染症の流行による影響と健康課題の認識

(ア) 新型コロナウイルス感染症が流行したことから、当初予定していた介護予防事業が中止

① 自宅で実施可能な運動メニューを広報誌に掲載

② 広報誌を読まない町民も多く、情報が十分に届かない状況

(イ) スーパーマーケットで、手軽に食べられるもの（菓子パンなど）を大量に購入する高齢者が散見された

・ 年をとったら粗食がいいと考えている高齢者もあり、**栄養について知識を持ってもらう必要性**を認識

(ウ) **各種データを用いて、町内の課題を分析**

① 地域包括ケア「見える化」システムで要支援者数・要介護者数の推移を分析

② 人口統計から人口動態データ（前期高齢者と後期高齢者の比率の推移など）を可視化

「食」を中心とした高齢者へのアプローチが重要と考え、検討を開始

b. たべ・たんプロジェクトの作成・開始

(ア) たべ・たんプロジェクトプランの作成

① 令和2年5月より、食事に関する取組である「たべ・たんプロジェクト」を企画し、産業課や総務課の了承を得た

② その後、健康介護課で取組の全体的な方針「高齢者に対して高たんぱく質の摂取を促し、フレイル予防をめざすこと」を策定

・ 町内関係部署に、工業団地の企業へのアプローチ方法の照会、民生委員へのプロジェクト紹介と広報活動への協力などを依頼

③ 令和2年7月より、町内の工業団地内の食品企業等に声掛けし、プロジェクトへ協力を依頼

(イ) たべ・たんプロジェクトの開始

① 策定した方針に沿って令和2年8月よりプロジェクトを開始

・ 町職員の管理栄養士がレシピ（協力企業の食材を用いて、工程の簡単なレシピ）を作成

・ 町職員が広報資料（ポスター、チラシなど）を作成

（表面には、レシピに基づいて作成した料理の写真や料理をした町職員の

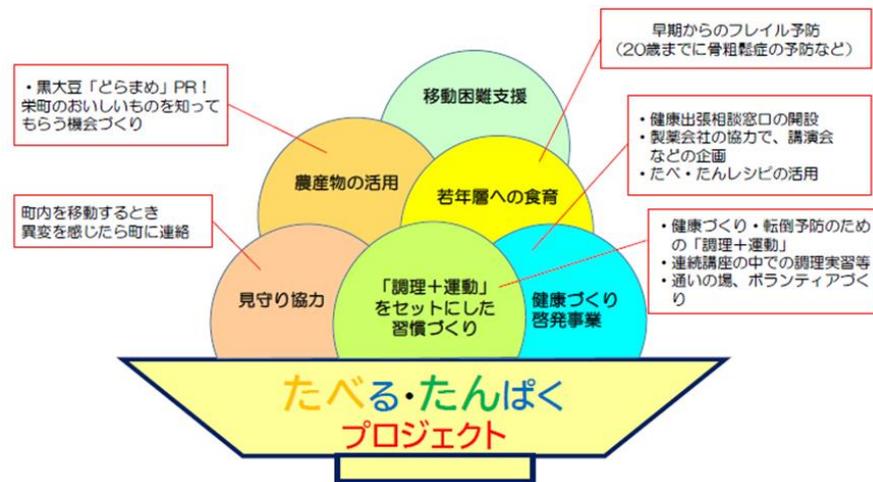
写真を掲載して親しみやすさを打ち出し、裏面にはロコモチャレンジ推進協議会の体操の説明を入れて、食事と運動をセットで推進)

- ・ 広報資料を町内に配布
 - ◇ ケアマネジャーや訪問看護師、民生委員、コンビニエンスストア等に配布
 - 町内の有料老人ホームでは、レシピを活用した調理イベントを実施
 - ◇ スーパーマーケットの前で町職員が直接配布

● 第8期計画策定のためのPDCAサイクルの具体的事例

C (Check)	<p>1. 取組の振り返り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「たべ・たんプロジェクト」の効果を確認するために以下分析を実施 <ul style="list-style-type: none"> i. スーパーマーケットの購買データ分析 <ul style="list-style-type: none"> ・ 協力企業の1つであるスーパーマーケットから、令和2年10月～2月(5か月)の購買データ(前年データ含)を提供して頂き、レシピ掲載商品の売上変化を確認 →たんぱく質摂取に繋がっているかを検証 →竹輪の販売は前年同期比4割増となっており、取組の効果が 出ているのではないかと認識 ii. 多職種連携ツールを用いた関係者からの聞き取り調査 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護の多職種連携ツールを用い、医療・介護関係者から 年1回のご意見聞き取り調査を実施 →食事については取組の効果が見られたが、運動についてはチ ラシ等を通じての活動訴求は限界
A (Action)	<p>1. 第8期計画の取組への布石</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 分析結果より、「たべ・たんプロジェクト」に一定の効果があつたため 取組を継続 ・ 医療・介護の多職種連携ツールを用いた、医療・介護関係者からの聞き 取り調査に基づいて、広報資料を更新(チラシの裏面には「基本チェッ クリスト」の項目を追記) →高齢者自身が自分の状態を把握して、介護予防に取り組めるように工 夫
P (Plan)	<p>1. 第8期計画の目標の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「たべ・たんプロジェクト」をひとつのツール(切り口)として、地域 包括ケアシステムを構築 <p>2. 目標を達成するために必要な第8期計画の取組の策定</p>

- ・ 高齢者の転倒予防を中心とする介護予防を推進するとともに、若年層への食育にも取り組むことで高齢期の骨密度減少を防止し介護予防の促進を進める



出所) 千葉県栄町提供資料

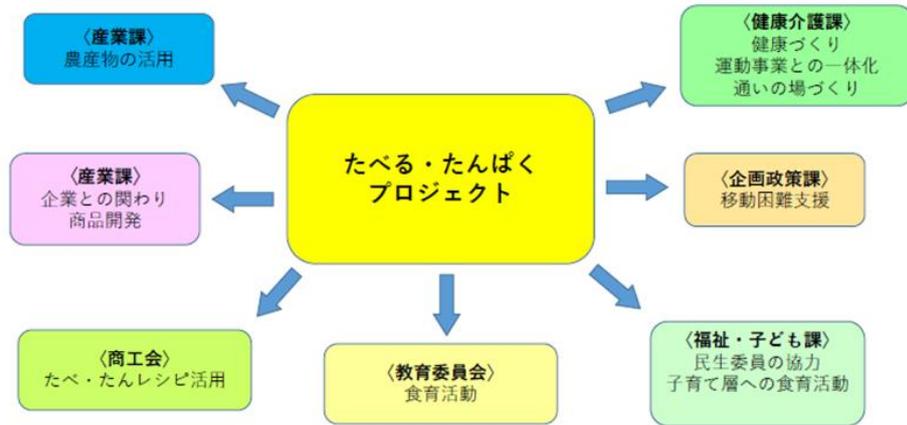
D

(Do)

1. 第8期計画の取組

- ・ 栄養は全ての世代に必要であり、早いうちから取り組むことで介護予防につながることを期待されるため、取組の対象を「**高齢者**」から「**町民全体に拡大**」
- ・ 健康づくりのため、ヨガを取り入れた運動と「たべ・たんプロジェクト」を両輪で展開
町内では、ヨガは男性にも好評であり、幅広い年齢層の町民に参加してもらえるため、ヨガを積極的に実施
- ・ 今後、関係各課との連携を深め、「たべ・たんプロジェクト」を町内全体の取組として推進
(産業課(農産物の活用・企業との関わり・商品開発)、商工会(レシピ活用)、教育委員会(食育活動)、福祉・子ども課(民生委員の協力・子育て層への食育活動)、企画政策課(移動困難支援)、健康介護課(健康づくり・運動事業・通いの場づくり・食育事業)との連携)

たべ・たんプロジェクトの今後



出所) 千葉県栄町提供資料

5) 鹿児島県徳之島町：役場内連携による保健事業と介護予防の一体的実施

● 第8期計画以前の取組

a. 保健事業と予防事業の一体的実施の背景

(ア) 地域の特性としてご近所付き合いや人との交流が活発

- ・ もともと地域性として互助が活発であることに加え、社会福祉協議会が民生委員を中心として構築している見守りネットワークにより、高齢者等を地域で見守り、困りごとがあれば助け合う活動が根付いている

(イ) 地域づくりの中核になるのは地域サロンと通いの場

- ・ 地域包括支援センターと社会福祉協議会が連携し、地域サロン・通いの場を共同で立ち上げ
- ・ 当初は社協職員が地域に出向いてサロン運営を担っていたが、平成24年より、地域住民が主体となって運営するサロンが増加。運営ボランティアの養成研修を重ね、約半数が民生委員や住民の運営ボランティアによる主体的な運営に移行。また、サロン活動以外でも身近な通いの場を住民主体で運営している
- ・ 平成28年度から、通いの場で介護と保健の分野の専門職（保健師・看護師・管理栄養士・歯科衛生士）が健康教育や体操教室（地域サロンの出張出前講座）を実施

(ウ) 高齢者の交流拠点を設置・開設

- ・ 地域交流の拠点として、平成25年に10か所程の地区で公民館や空き家等を改修し、高齢者の交流拠点を整備。住民が運営する通いの場として活用されている。また、市街地の中心地区に空き店舗を改修し、常設型サロンとして開設しボランティアが運営を担っている

(エ) 平成27年度から介護保険の総合事業を活用した地域づくりを推進

健康増進課・介護福祉課・社会福祉協議会と連携をはかり、介護保険の総合事業を実施

b. 保健事業と予防事業の一体的実施の開始

(ア) 令和2年度から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を開始

- ・ 健康増進課・介護福祉課・社会福祉協議会と連携をはかることで効果的に事業を進め、より身近な場所で多くの高齢者が継続的・効果的に介護予防に参加し取り組めることを目指して実施
 - ◇ 住民主体での地域サロンにて、専門職により参加者への健康教育や体操教室等を実施、サロンの運営支援として、必要に応じて社会福祉協議会よりスタッフを派遣
 - ◇ 一般の高齢者に向けては、保健センターと協力し、各地域で専門職による

健康教室、体操教室などを実施（ポピュレーションアプローチ）

◇ ハイリスク対象者については保健センターで対象者を抽出し個別訪問を実施（ハイリスクアプローチ）訪問時の状況を必要に応じて地域包括支援センターへ情報提供

- ・ 社協や地域包括支援センターの職員、看護師等のサロン支援派遣に加え、保健センターの歯科衛生士や管理栄養士等の専門職の協力を得て健康教育を実施
- ◇ 一体的実施については保健センターがスケジュールを組み、重点的に支援する地区や、要望のあった地区に専門職を派遣
- ・ ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの2面で事業展開

(イ) 一体的実施のための保健センターと地域包括支援センター、地域との連携

- ・ 保健センターと地域包括支援センターは、日常的な情報共有・交換、また定期的に事業検討会を実施し介護予防や健康づくりの課題や事業展開について検討を行っている
- ・ 人事異動により、平成30年度まで地域包括支援センター長を務めた統括保健師が、令和元年度より保健センター長として就任し、課を超えた相互協力体制を推進
- ・ 地域サロンの運営には、地域の社会福祉協議会、民生委員、自治会、各種職能団体の連絡会、高齢者クラブ等も協力

c. ハイリスクアプローチの事業展開

(ア) ハイリスクアプローチ（高齢者への個別支援）として、以下の5つを実施

- ① 低栄養防止
- ② 口腔機能低下予防
- ③ 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導
- ④ 糖尿病性腎症重症化予防相談・指導
- ⑤ 健康状態不明者対策

(イ) この中で特に重視しているのは、「③生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導」「④糖尿病性腎症重症化予防相談・指導」「⑤健康状態不明者対策」の3つ

- ・ 生活習慣病などの疾病の悪化や合併症の併発が要介護状態へつながるリスクも高いため、保健センターの個別訪問記録は共通システムに入力し、データ共有を図っている。また、地域包括支援センターでの高齢者実態把握にも役立っている

d. ポピュレーションアプローチの事業展開

(ア) ポピュレーションアプローチ（健康管理に関する集団アプローチ）として、以下の4つを実施

- ① フレイル予防普及啓発
- ② 通いの場等での低栄養、筋力低下、口腔機能低下・オーラルフレイル等の状態に応じた指導支援
- ③ 通いの場等における健診・医療受診勧奨
- ④ 通いの場等における介護サービス利用勧奨

(イ)上記の4つのアプローチを地域サロンや通いの場などで一体的に実施

- ① この活動に、保健センターの職員（保健師・管理栄養士・歯科衛生士等の専門職）が参加し、高齢者に対する教育・指導や相談を実施
- ② 参加者の状態や相談内容のなかで介護と関連する内容がある場合は、地域包括支援センターの職員へつなぐ

(ウ)一体的な実施後の地域包括支援センターによるフォローアップ

- ① 地域サロン参加者の状況や、介護・生活支援の相談があった対象者には地域包括支援センターが個別訪問を行い、生活状況のアセスメントを実施。必要に応じて、生活支援サービスや介護予防・介護サービス利用を勧める

● 第8期計画策定のためのPDCAサイクルの具体的事例

C (Check)	1. 第7期取組の振り返り
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の中で疾患にかかっている高齢者の具体的な状況を把握するため、把握保健センターを中心としたKDBデータ分析 <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健センターより外部委託を通じてKDBデータの分析を実施 ・ 具体的には、ハイリスク対象者の名簿の作成、高齢者の要介護認定申請の状況、高齢者が受けている医療保険上の疾患や治療等に関する内容などを分析・共有 →当町の特徴である、血管疾患や糖尿病を基礎疾患として持つ高齢者の要介護認定申請数が多いことをデータ分析結果から把握 ・ KDBデータ分析結果の地域包括支援センターへの共有 <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターへのKDBデータの分析結果の共有は、県のモデル事業の対象になった令和2年度から開始 ・ 保健センターで行ったデータ分析結果を取りまとめて、年度末に地域包括支援センターへ共有 →この結果をもとに次年度の事業計画や、第8期介護保険事業計画の策定を検討 →地域包括支援センターは、保健センターより共有されたハイリス

	<p>ク対象者名簿をもとに、対象者への支援活動（対象高齢者への訪問や電話による確認、医療関係との連携）を実施 →支援活動の詳細としては、対象者の受診有無、体調や健康状態の把握を行い、うまく受診できていない場合は医療機関へ連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センターにおける地域包括ケア「見える化」システムの活用 <ul style="list-style-type: none"> ・ KDB データの分析の共有が開始される前は、地域包括ケア「見える化」システムを中心として、人口推移の見通しや世帯の状況、前期・後期高齢者の人口の推移、要介護認定率、介護サービス受給率等を把握。また、集落別の集計も実施 →上記の分析結果をもとに地域全体の推移や課題を把握し、不足している介護サービス施設を整備
<p>A (Action)</p>	<p>1. 第8期計画の取組への布石</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第7期介護保険事業計画の取り組みの評価については、年度の当初に主要事業について分析を行い、次年度目標について確認 →事業計画は3カ年計画となっているため、3カ年でどう目標を達成できるかを年度ごとに検討 ・ 第7期中に開始した保健事業と予防事業の一体的事業の関係者の課題としては、健康教室の内容をより高齢者が主体的に学ぶ内容を盛り込むことを反省点として認識
<p>P (Plan)</p>	<p>1. 第8期計画の目標の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目標の策定にあたっては、介護保険運営協議会を開催し、事務局より地域や高齢者の状況を情報共有 ・ 計画の一部である一体化学業については、関係者全員が理解した上で、以下の方向性で検討 →今まで展開してきたことをしっかり第8期介護保険事業計画の中で具体化 →第8期介護保険事業計画への具体的な内容の記載については、保健センターにも支援を依頼 ・ 「自立支援の理念を共有し、介護予防から重症化予防まで、一貫して適切かつ効果的な支援が提供できる体制を構築」することを目標として策定 <p>2. 目標を達成するために必要な第8期計画の取組の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センター側から第8期計画で特に重視したポイントは、自立支援・重度化予防及び介護予防の部分と、一体的事業との連携の部分

	<ul style="list-style-type: none"> ・ コロナ禍の影響で現在は一時中止しているが、地域リハビリテーション事業も重要課題 →医療機関との協力・連携による地域リハビリテーションや通所型サービスCの地域展開の促進を予定 ・ 担い手が不足している介護サービスがあり、特に介護予防については住民主体で実施できるよう、60代から70代の住民の参加を促進する予定
D (Do)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第8期計画の取組 <ul style="list-style-type: none"> ・ 保健事業と予防事業の一体的事業については、健康教室に高齢者が主体的に参加できるように、プログラムの見直しや、専門職の介入の拡大や講師の派遣を実施

(2) 介護サービス基盤整備

ア) 介護サービス施設・事業所の整備

- 1) 神奈川県横浜市：大都市における介護サービス施設・事業所の追加整備のための土地確保等の取組

● 第7期計画の取組

a. 公募の工夫

(ア) 公募方法の工夫

- ① 介護老人福祉施設：市のホームページで公募
整備事業者向けの公募に関する説明会を開催、公募期間を延長
公募開始時に整備を希望する社会福祉法人等にメール配信を実施
年度当初の公募で整備目標数に達しなかった場合は、追加で公募を実施
- ② 認知症対応型生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護：市のホームページで公表後、横浜市内に事業所を運営している事業者に対してメールでも案内
年に1回の市内全域を対象とした公募のほか、未整備圏域に限定した随時公募を年6回実施

(イ) 施設の偏在緩和への対応

- ① 介護老人福祉施設：施設の整備が進んでいる区は公募の際の募集対象外
- ② 特定施設入居者生活介護：公募時、**比較的整備が進んでいない行政区において設置する計画であることを評価**
- ③ 認知症対応型生活介護：1圏域あたりの整備数は原則3か所を上限（整備が進んでいる区は募集対象外）
- ④ 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護：施設の整備が進んでいる区は募集対象外、看護小規模多機能型居宅介護については、各区に最低でも1つ整備予定（なお1圏域あたりの整備数は3か所程度を上限）
1圏域あたりの整備数は原則、小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護合わせて3か所を上限
看護小規模多機能型居宅介護については、各区に最低でも1つ整備予定（整備が進んでいる区は募集対象外）

b. 入所者・入居者の申し込みの受付の際の工夫

- ① 介護老人福祉施設：「高齢者施設・住まいの相談センター」にて入所申し込みを一括受付
また施設のコンシェルジュを配置し、入所申込者の個々の状況に適した案内

● 第 8 期計画策定のための PDCA の具体的事例

<p>C (Check)</p>	<p>1. 第 7 期取組の進捗確認・共有・振り返り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 各施設ともに共通している課題は土地の確保 <ul style="list-style-type: none"> i. 介護老人福祉施設：土地の確保が課題（土砂災害や浸水等の危険がない土地がほとんど無い） ii. 特定施設入居者生活介護：立地によっては介護職員を確保しづらい iii. 認知症対応型共同生活介護：特に都心部における地価の高さにより、整備法人が自ら土地を確保することが困難となっており、整備が進みにくい iv. 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護：参入が低迷している主な理由は、利益率の低さに起因する経営の難しさ等が挙げられている <p>また、整備法人が自ら土地を確保することが困難であるため、整備が進みにくい</p>
<p>A (Action)</p>	<p>1. 第 8 期計画の取組への布石</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 民有地に限りがあり、土砂災害警戒区域や浸水等の恐れがない地域であることなどの条件を満たす必要があり、土地の確保が順調に進まない <ul style="list-style-type: none"> i. 介護老人福祉施設：民有地の確保を優先し、確保できない場合には市有地を有償で貸与 ii. 認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護： <ul style="list-style-type: none"> ・ 民有地のマッチング事業の実施 ・ 原則は民有地への整備を行うが、未整備圏域や介護老人福祉施設等の併設の場合に限り、市有地の有償貸与を検討 ・ 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護については、一定の条件の下に市街化調整区域への整備が可能
<p>P (Plan)</p>	<p>1. 第 8 期計画の目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重点キーワードは「安心して暮らせる住まいの確保」「高齢者の住まいの悩みの解消」 ・ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院・介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護の供給量（定員×利用者）の 75 歳以上人口に占める割合が 7 期末と 8 期末で同等（9.0%）になるように整備
<p>D (Do)</p>	<p>1. 第 8 期計画の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> i. 介護老人福祉施設：450 人程度/年の整備に加え、ショートステイ 150 人分を本入所に転換

	ii. 特定施設入居者生活介護：450 人/年程度の整備
	iii. 認知症対応型共同生活介護：225 人/年の整備
	iv. 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護：16 か所/ 年の整備
	v. その他、介護医療院：医療療養床からの転換や新設に向け検討

2) 石川県加賀市：小規模多機能居宅介護事業所を中心とした地域包括ケアの取り組み

● 第7期計画の取組

a. 小規模多機能型居宅介護事業所を活用した地域包括支援センターのランチ（地区高齢者こころまちセンター）の整備の背景

* 地域包括支援センターランチとは

身近なところで相談を受け付け、地域包括支援センターにつなぐための「窓口」のこと

(ア) 地域における小規模多機能型居宅介護事業所の整備

① 第2期計画までは施設を中心に整備したが、第3期計画からは地域密着型サービスが導入されたことを受け、地域における認知症高齢者のケアの中心として、小規模多機能型居宅介護事業所を整備

・ この方針は第8期計画に至るまで変わることがなく、継続

② 当市では介護施設が多く整備されていることが特徴となっており、要介護度3以上の高齢者の9割近くが入所可能な定員を整備

③ 小規模多機能型居宅介護事業所を利用する主な層としては、最も支援が必要と考えられる要介護1～2の認知症高齢者を想定。ケアマネジャーには、利用者の小規模多機能型居宅介護事業所の利用に当たり、小規模多機能型居宅介護事業所でなければこの高齢者を支え切れないのか、という観点で検討を依頼

④ 小規模多機能型居宅介護事業所は泊まりのサービスも提供しているため、退院直後の要介護者が宿泊しながら支援を受けて回復し、円滑に在宅生活に復帰していくという機能を期待

・ 看護職員が配置されている面でも、退院直後の不安定な時に泊まりができる安心感があり、在宅に戻りやすい環境を提供

(イ) 第6期計画策定過程における小規模多機能型居宅介護事業所へのランチ機能の追加の検討

① 元々市内に1ヶ所のみであった基幹型の地域包括支援センターにおいて、介護予防ケアプランの作成業務の負担が大きくなり、総合相談の件数が増えたことで、第3期計画の途中から将来的な民間委託を見据えた出向などの官民の協力体制を構築

② 第6期計画策定に際して、市内の高齢者のニーズを調査したところ、安心・つながり・自分で選択して決めること、という3つの要素が大きなニーズとして浮上

- ・ そうした3つを支援する機関として小規模多機能型居宅介護事業所の活用に着目し、小規模多機能型居宅介護事業所に地域包括支援センターの役割を一部担ってもらうようなコンセプトを企画
 - ・ 小規模多機能型居宅介護事業所に着目したきっかけは、以下の3つ
 - 市民が市役所を訪問するよりも気兼ねなく相談に行けるよう、地域に地域包括支援センターを作りたい
 - 身体状況が悪化してからではなく、予防の段階から気軽に相談できるような場所を作りたい
 - 地域づくりの担い手の拠点として、小規模多機能型居宅介護事業所に元々の機能の延長線上で地域包括支援センターの役割を担ってもらう
- ③ 第6期計画策定過程で、地域包括支援センターの外部委託に関する議論もあったが、市直営の地域包括支援センターを継続しながら、ランチのバックアップの役割を担うべきとの意見が大勢
- ・ また、公平・中立を保つことと、一つの法人に偏らないようにすべきとの意見あり
 - ・ 小規模多機能型居宅介護支援事業所に地域包括支援センターのランチ機能を委託する取組を開始

(ウ) 第6期計画における小規模多機能型居宅介護事業所へのランチ事業の委託開始

- ① 平成26年度よりモデル事業を開始し、最初は3事業所を選定
- ・ 当初は「相談窓口機能」「地域づくり機能(地域福祉コーディネート機能)」の2つの機能から開始
- 1) 相談窓口機能
- ・ 民生児童委員や高齢者を含む市民からの相談に対応
 - ・ 市役所は土・日・祝休日には閉庁(地域包括支援センターは365日24時間の対応はしている)しているが、小規模多機能型居宅介護事業所は、もともと24時間365日開所しているため、住民は、時間や曜日を気にすることなく相談が可能
 - ・ 民生児童委員とランチの職員は、顔の見える関係を構築
- 2) 地域づくり機能(地域福祉コーディネート機能)
- ・ ランチの活動がきっかけとなり、認知症カフェやラジオ体操、お抹茶カフェなどの地域活動へ展開
- ② 小規模多機能型居宅介護事業所へ地域包括支援センターのランチ事業を委

託

- ・ 小規模多機能型居宅介護事業所がランチとしての看板を掲げ、小規模多機能型居宅介護事業所の職員がランチの業務も兼務
- ・ 当初は、小規模多機能型居宅介護の業務もありながら、ランチ活動を行うため、ランチ職員の不安も大きかったが、現在は積極的にランチとしての機能を担当
- ・ 職員側からは「知識が増えた」「アセスメントの力が向上した」「記録の書き方が向上した」といった反応
- ・ また、市直営の基幹型地域包括支援センターのランチの職員として市民と接することで、市民と話しやすくなり、ネットワークの構築も向上

③ 市直営の基幹型地域包括支援センターが、ランチの質の確保を支援

- ・ ブランチの委託にあたり、人材育成のための研修会等に注力
 - ブランチの業務を行う小規模多機能型居宅介護事業所は、年間を通じて、10～11回の研修（座学と実践の組み合わせ）を受けることを義務化
 - 本ランチの委託について検討を行った高齢者分科会の指摘を受け、研修会には小規模多機能型居宅介護事業所だけでなく居宅介護支援事業所のケアマネジャーや通所介護や介護施設の職員などの多職種が参加
 - 研修会は日常生活圏域ごとにグループを分け、意図的にグループワークを設定
 - グループワークを通じて、同じブロック内の事業所間で連絡が行われることになり、横の連携も推進
- ・ 市直営の基幹型地域包括支援センターの職員がランチの職員を支援
 - ブランチの職員の高齢者宅への訪問に同行し、高齢者に必要なサービス等を一緒に検討
 - 困難事例やトラブルへの対応の時は、基幹型地域包括支援センター担当者がランチ職員と課題整理し、役割分担し、共に対応。その他にも、合同の勉強会などを実施し、共に学びあった
 - ブランチの職員が実態把握のために高齢者宅を訪問した際には、必ず基幹型地域包括支援センターの職員にフィードバックするルールを徹底

b. 第7期計画中の地域包括支援センターのランチの機能の追加

(ア) 小規模多機能型居宅介護事業所の追加整備

- ① 第6期計画では、小規模多機能型居宅介護事業所を3か所整備する予定であったが、1か所整備できず、第7期にも新規整備の目標が未達
 - ・ 第8期計画でも、小規模多機能型居宅介護事業所を1か所整備することを引き続き目標として設定
- ② 小規模多機能型介護事業所を整備することを見送った理由は、介護人材の不足
 - ・ 第7期計画でも人材不足が加速し、介護事業者からの介護サービスの質の低下の懸念等の意見を行政側で考慮し、追加整備を見送り

(イ) 「健康づくり機能（介護予防と健康づくり）」の追加

- ① 第7期計画期間中に高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組が開始されたことを受け、身近な相談窓口として地域の高齢者の状況を把握しているランチの機能として追加
- ② 詳しくは、小規模多機能型居宅介護事業所に従事している看護師がアウトリーチ的に通いの場等に出向き、住民向けに病気や医療の知識を提供
- ③ 元々、高齢者の中には病気に関する知識が乏しいために、重症化してから医療機関をはじめて受診し、そのまま入院してしまうケースが多々あったため、元々うちからの疾病予防の取組につなげることを意図

● 第8期計画策定のためのPDCAサイクルの具体的事例

<p>G (Check)</p>	<p>1. 第7期取組の振り返り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第6期計画では、小規模多機能型居宅介護事業所を3か所整備する予定であったが、1か所整備できず、第7期にも新規整備の目標が未達 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 第7期計画でも人材不足が加速し、介護事業者からの介護サービスの質の低下の懸念等の意見を行政側で考慮し、追加整備を見送り ・ 令和2年度に住民代表として地域包括支援センターの役割、機能について評価するため、民生児童委員へランチに対する評価に関するアンケートを実施 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 民生児童委員の8割がランチの存在を認知 ➢ 民生児童委員の6割はランチに相談経験あり ➢ ランチのよいところは、「問い合わせや相談がしやすい」「親切に話を聞いてくれる」 ➢ ランチに不足していると感じるのは、「医療と介護の連携」
----------------------	---

	→アンケート結果から、今後、更なる「高齢者の相談対応」「地域の高齢者の見守りや住民同士の助け合いのしくみづくり」、「医療と介護の連携体制づくり」機能の強化が必要
A (Action)	1. 第8期計画の取組への布石
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模多機能型居宅介護事業所を含む、介護サービス施設・事業所の整備の前提となる介護人材不足について検討 →地域包括「見える化」システム等を活用し、事業所数の平均を全国や石川県と比較し、石川県全体の平均を少し下回る結果を把握 →こうした推移を高齢者分科会に報告し、討議した上で、第8期計画へ反映 ・ 地域包括支援センターに求められる機能及び強化すべき機能として以下を想定 <ul style="list-style-type: none"> ①更なる高齢者の相談対応 ②地域の高齢者の見守りや住民同士の助け合いのしくみづくり ③医療と介護の連携体制の構築 ④相談窓口の更なる周知啓発 ⑤高齢者だけでなく、年代や属性に関係なく、どの層にも対応した相談窓口機能の充実 ⑥身近な場所（通いの場など）で生活習慣病予防や介護予防の取り組みの充実 ⑦認知症についての相談窓口体制の充実と地域づくりの充実
P (Plan)	1. 第8期計画の目標の策定
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国の示す 2025 年の小規模多機能型居宅介護事業所の整備目標では、人口 1 万人規模の日常生活圏域に対し、2 事業所という指針を提示 →当市でもその考え方を勘案しつつ、2025 年の後期高齢化率から算定した後期高齢者人口 890 人 (5000 人×17.8%) に対して定員 25 名の事業所 1 つを想定 →また、市内の 7 つの日常生活圏域ごとの高齢化率を算定し、定員数を算出 →この結果、山中圏域で 1 事業所分 (25 人定員と仮定) が不足しているため、小規模多機能型居宅介護事業所 1 か所の整備は引き続き必要と決定
	2. 目標を達成するために必要な第8期計画の取組の策定
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模多機能型居宅介護事業所の新規整備と、運営上で共通となる課題は介護人材の確保 →第8期計画では、介護人材不足に対する方策として、以下を策定

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 研修受講・資格取得の促進のための助成制度充実 ・ 業務改善の研修会の実施 <p>・ 小規模多機能型居宅介護事業所の整備については、上記の課題を踏まえ、新設よりサテライト型の整備について検討し、既存の小規模多機能型居宅介護事業所からサテライト型を切り出して運営することを事業者へ提案</p> <p>→小規模多機能型居宅介護支援事業所の運営経験のある法人がサテライト型を運営することで、既に持っている地域内のネットワークや人材育成のノウハウも活かすことができると想定</p>
<p>D (Do)</p>	<p>1. 第8期計画の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第8期計画では、基幹型地域包括支援センターがランチに対して一層のバックアップを追加 →全ての小規模多機能型居宅介護事業所がランチ機能を併設。 ・ また、市の機構改革にあわせ、地域包括支援センターの役割とし、18歳以上の障がい者を含む相談対応も追加され、ランチにおいても、その相談受付機能を追加

イ) 介護人材確保

- 1) 兵庫県宝塚市：「健康・生きがい就労トライアル」を通じた高齢者の社会参加の推進

● 第8期計画以前の取組

a. エイジフレンドリーシティネットワークへの参加

(ア)市が抱える超高齢社会の現状と課題を受けて、「エイジフレンドリーシティ」の考え方に賛同し、平成27年6月「WHO エイジフレンドリーシティ・グローバルネットワーク」への参加表明

※エイジフレンドリーシティは、WHO（世界保健機関）が平成19年（2007年）に世界的な高齢化と都市化に対応するため提唱したプロジェクトであり、高齢者にやさしいまちづくりを推進しようとする取組

- ① 平成29年3月 協働で地域の中などで支えあいながら、誰もが自分にできることを通じて、安心して住み続けることのできる地域づくりである「お互いさまがあふれるまち 宝塚」を基本理念として「エイジフレンドリーシティ宝塚行動計画」を策定
高齢者をはじめ全ての市民の「生活の質＝QOL」向上に向けた取組を開始

b. 地域住民との検討

(ア)平成29年9月、宝塚市おたがいさまのまちづくり縁卓会議を立ち上げ

- ・ 市職員と、公募により集まった市民（30～70代の20名程度）とで構成
- ・ 「居場所」「健康・生きがい就労」「広報・情報」の3つのテーマに分かれて活動

(イ)縁卓会議「健康・生きがい就労」の中で、高齢者が社会活動を行うことによって健康寿命が延びるという研究結果があり、そうした場を作れないかと検討を開始
縁卓会議のメンバー（元介護事業所従事者）より、

「元気な高齢者が気軽に就労を開始できるように3ヶ月のお試し期間を設け、自分に合えばその後も就労を続けられるような「トライアル事業」を開始することで、高齢者の社会参加にも寄与し、介護事業所は人手不足の解消にもつながるのではないか。」と提案

- ① 健康・生きがい就労トライアル事業の実施を決定し、地域づくり事業の一環として事業開始

c. 健康・生きがい就労トライアルの開始

最初の受入先は、事業の発案者が従事する介護事業所の1箇所から開始

(ア)第1回事業（平成31年2月）

- ① 事業参加者を、市の広報誌に記事を掲載して募集
記事内容の工夫として、単に仕事の募集ということではなく「元気な高齢者大募集」のような形で、**明るいイメージを展開**
- ② 平成31年3月、参加希望のある高齢者に向けてトライアル事業の説明会を開催
説明会の定員については、受け入れ先希望の事業所数や会場の規模から勘案して設定
→説明会参加者は35人で、募集は早期の段階で上限に達する
- ③ 受け入れ先の介護事業所の見学
介護事業所は、縁卓会議のメンバーから声掛けいただいた大規模な介護複合施設1箇所
- ④ マッチング面接を実施
市が関わるのは説明会までであり、その後はハローワークから（説明会参加者だけが見ることのできる）求人を出し、介護事業所と就労希望者が直接契約に至る
- ⑤ 就労トライアルの実施
3か月のトライアル期間を置くことで事業参加のハードルが下がる
→17人が勤務

d. 健康・生きがい就労トライアルの展開

第1回が好評だったことを受けて第2回以降の開催を検討し、受入事業所を拡充

(ア)第2回事業（令和元年7月）

- ① 令和元年7月初旬、介護事業所向けの説明会を実施
→11箇所の介護事業所から参加希望
- ② 7月中旬、市民向けの説明会を開催
→説明会参加者は79人
- ③ 介護事業所見学や、面接から就労トライアルを実施
→53人が介護事業所9か所で勤務
→トライアル3か月目には、それ以降本格的に勤務を継続するか確認を実施
→第1・2回目の就労受け入れ先事業所のうち6か所では、現在もトライアル事業で参加した高齢者が勤務を継続

● 第8期計画策定のためのPDCAサイクルの具体的事例

<p>C (Check)</p>	<p>1. 取組の振り返り</p> <p>i. 取組の効果を定量的に評価（取組により社会参加へつながった人数を確認）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第1回 トライアル後就労開始 17人（受入事業所1ヶ所） ・ 第2回 トライアル後就労開始 53人（受入事業所9ヶ所） <p>i. 取組の効果を定性的に評価（取組内容の評価を実施）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3か月のトライアル期間が終了した時点で、受け入れ先の事業所と参加者にアンケート調査を実施 →マイナスの意見はほとんどないため、現状アンケート結果から改善に結び付けた点無し ・ 参加事業所や参加した高齢者よりフィードバックを頂く機会を設置 →参加した高齢者からは、「それまで家にも張り合いのない生活を送っていたが、就労するようになって張り合いが出てきた」「働くことが楽しい」等の意見多数 →市では「介護予防事業の推進に当たっては、高齢者本人へのアプローチだけでなく、役割の創出・社会参加の実現といった本人を取り巻く環境へのアプローチが重要」と考えており、事業を通して、実際に社会参加する高齢者の増加に繋げることができた <p>2. 取組の進捗確認・共有</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ トライアル事業の状況は、縁卓会議にも関連する市内各セクションで共有
<p>A (Action)</p>	<p>1. 第8期計画の取組への布石</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 第1回を実施した結果、トライアル事業が高齢者の社会参加へ寄与することがわかったため、取組を継続・拡充（参加事業所の数や種類を増加）
<p>P (Plan)</p>	<p>1. 第8期計画の目標の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市民も含めた形で介護保険運営協議会を設置して検討 <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険運営協議会のメンバーは、地域福祉課、高齢福祉課、介護保険課の他に、健康推進課、有識者、保健・医療・福祉関係者（三師会、民生児童委員、事業者協会など）、阪神北市民局など ・ 第8期介護保険事業計画に、介護予防に関わるトライアル事業の記載 <ul style="list-style-type: none"> ・ トライアル事業は反響が大きく、非常に好評 ・ 受け入れ先の介護事業所、参加している高齢者に高評価

	<p>2. 目標を達成するために必要な第8期計画の取組の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マッチング先の拡充を検討 <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護事業所や保育園だけでなく、学校や小売商店などへも拡充 (前者については教育委員会、後者については商工勤労課とも連携)
D (Do)	<p>1. 第8期計画の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マッチング先の拡充を進め、高齢者の就業機会を増やしていく方針 ・ 公共職業安定所やシルバー人材センターなどの関係機関・団体と連携し、高齢者のキャリアや意欲に応じた就労ができるように実施

(3) 介護給付費適正化

- 1) 大阪府箕面市：サービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホームのケアプラン点検による介護給付費適正化

● 第7期計画の取組

a. サービス付き高齢者住宅に関する課題の認識

- ・ 人口規模に対して、高齢者向け住まいが多い
- ・ 要介護認定率の増加がなかったにもかかわらず、サービス付き高齢者向け住宅の訪問サービスの給付の伸びが顕著
 - ・ 各種サービスの給付の状況については、地域包括ケア「見える化」システムで確認
- ・ 大阪府でもサービス付き高齢者向け住宅のケアプラン点検が課題

b. サービス付き高齢者住宅のケアプラン点検の実施

サービス付き高齢者向け住宅 13 施設のうち要介護認定ありの方（要支援者含む）のケアプラン点検を開始

(ア) ケアプラン点検については、本当にその給付が必要であるかどうかを詳細に確認（点検の流れは以下の通り）

- ① ケアプラン点検の対象となる施設に入居者名簿の提供を依頼
- ② ケアプラン点検の対象となる施設から入居者名簿を受領
- ③ 名簿の中で要介護認定（要支援含む）に該当する入居者の居宅介護支援事業所へ、ケアプランの提出を依頼
- ④ 該当する入居者のケアプランを受領
- ⑤ 市民部と健康福祉部でケアプランを確認
- ⑥ 市民部の事務職員は事務的な観点でケアプランを確認し（日頃から要介護認定や給付費の推移等を分析）、健康福祉部の保健師、作業療法士、理学療法士は専門職の観点でケアプランを確認
 - ・ それぞれの確認結果は、お互いにフィードバック
- ⑦ 点検結果をとりまとめて居宅介護支援事業所に通知
- ⑧ ケアプランの修正がある場合、該当する居宅介護支援事業所から修正版ケアプランを提出
- ⑨ 状況により、改善が必要なサービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの現地指導を依頼（現地指導の担当セクションは別課）

● 第8期計画策定のためのPDCAサイクルの具体的事例

<p>C (Check)</p>	<p>1. 第7期取組の振り返り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス付き高齢者向け住宅のケアプラン点検の結果、以下の点が明確化 ・ 限度額いっぱいの利用が多く、区分変更も頻繁 ・ 訪問サービスが多く、起床就寝など基本の見守り支援について、介護保険サービスの使用が多い ・ デイサービスなど本人が外部に移動するサービスの利用が乏しい ・ 利用者の意向はきかず、支給限度額までプランが組まれる傾向 ・ 生活援助訪問回数のケアプラン検証は、生活援助の安易な提供の抑止にはなっているが、高齢者向け住まいの身体介護は該当せず、サービス付き高齢者向け住宅では抑制効果が乏しい
<p>A (Action)</p>	<p>1. 第8期計画の取組への布石</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプラン点検から一貫してケアプランに問題があるとされたサービス付き高齢者向け住宅へは、以下の対応を実施 ・ 行政よりケアプラン点検実施結果について通知文を発出 ・ 市民部から健康福祉部へ情報共有、実地指導を依頼 ・ 住宅型有料老人ホームについても、同様の課題を認識
<p>P (Plan)</p>	<p>1. 第8期計画の目標の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランチェックの目標 ・ 「市給付担当部署、地域包括支援センターが中心となり、ケアプランが利用者の自立につながる真に必要なサービスの位置づけがされているか確認する。」 <p>2. 目標を達成するために必要な第8期計画の取組の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 目標件数 ・ 「住宅型有料老人ホームの全件／3年、サービス付き高齢者向け住宅の一部／3年（サービス付き高齢者向け住宅については、第8期計画期間中に新設されたものを対象）」
<p>D (Do)</p>	<p>1. 第8期計画の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプラン点検の対象を住宅型有料老人ホームにも拡大 ・ 第7期と同様の手順で入居者のうち要介護認定ありの方(要支援者含む)のケアプラン全てを点検する予定

IV. 事例集・チェックリストの作成

1. 事例集の作成について

本事業では、保険者における PDCA サイクルの定着のために、介護保険事業計画および介護保険事業計画上の個別取組の PDCA サイクルの好事例に関するヒアリング調査を行った結果をもとに、事例集を作成した。事例集のイメージは以下の通り。

図表 10 事例集イメージ



2. チェックリストの作成について

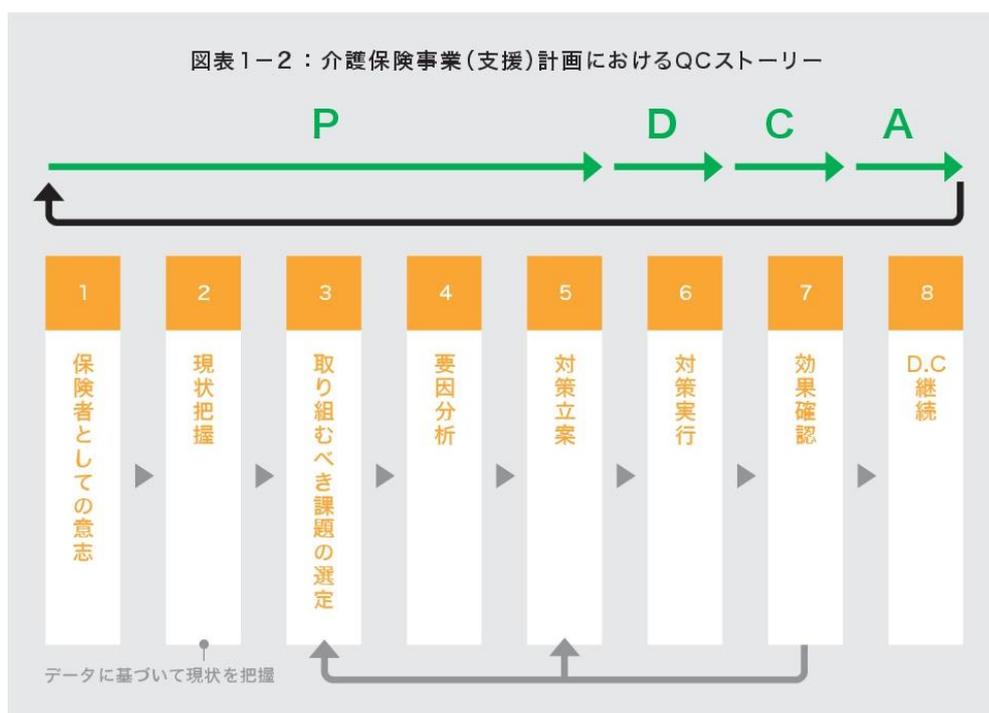
本事業では、上記事例集とともに、多くの保険者で実施している「介護予防の通いの場の充実」について、検討委員会での議論やヒアリング調査の結果等を踏まえて、PDCA サイクルのチェックリストを作成し、合わせて提示した。

チェックリストの作成にあたり、作成単位については検討委員会にて検討を行った。当初は介護保険事業計画全体、または「自立支援・介護予防・重度化防止」「介護サービス基盤整備」「介護給付費適正化」の3分野ごとに作成する方向で検討したが、事務局より作成した案に対し、抽象的であるため、各保険者にて具体的に実施すべき事項を明確に示すべきとの意見が集まった。

その結果、自治体にて実施すべき事項を具体的に記載できるよう、個別取組に絞ったチェックリストを作成することにした。特に、個別取組のなかでも多くの保険者が実施している「介護予防の通いの場の充実」について、検討委員会での議論やヒアリング調査の結果等を踏まえて、PDCA サイクルのチェックリストを作成した。

また、チェックリストの具体的な実施すべき事項については以下の厚生労働省「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」にて示された PDCA サイクルの手順をもとに整理を行った。

図表 11 厚生労働省「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」における QC ストーリー



出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険事業（支援）計画の進捗管理の手引き」
(平成 30 年 7 月 30 日)

図表 12 PDCA サイクルの具体的な進め方

Plan	(1) 地域分析	地域包括ケア「見える化」システム上の指標を用いて、認定率、受給率及び受給者1人あたり給付費等を地域間や時系列で比較し、「地域包括ケア「見える化」システム等を活用した地域分析の手引き」を参照して、地域の課題を把握する。
	(2) 仮説の設定	上記で把握された地域課題について、より詳細に分析できるデータや資料がある場合は、当該課題に対する認識を深めるために利用する。たとえば、要介護認定のデータやレセプトデータ、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、その他保険者独自に行っている市民や事業所向けの調査あるいは他の部署を含め市町村ですでに保有しているデータ等が該当する。データ等を分析する過程で、当該課題の原因となっている可能性がある背景となる状況や実態が推察できた場合は、それらも併記する。
	(3) 仮説の検証	地域ケア会議や事業者団体、専門職の会議等を活用して、地域の関係者による議論を通して仮説を検証する。
	(4) 地域の関係者による具体的な取組や数値目標の決定	<p>取り組むべき地域課題を決定したうえで、具体的な取組や数値目標を決める。</p> <p>実現可能性を高めるため、具体的な取組や数値目標はできるだけ具体的な内容とする。</p> <p>数値は、取組の回数や頻度・規模等といった「実施過程を表した数値（いわゆるプロセス指標）」だけでなく、元気な高齢者の人数や割合等といった「取組の実施により期待される効果・成果を表した数値（いわゆるアウトカム指標）」で設定することも考えられる。</p> <p>また、実施過程を数値で表すにあたっては、会議や研修の回数等といった「取組の投入量を表した数値（いわゆるインプット指標）」だけでなく、会議や研修に参加した人数といった「取組を実施することによって直接発生した成果物・事業量を表した数値（いわゆるアウトプット指標）」で設定することも考えられる。</p> <p>具体的な取組や数値目標の内容については、地域ケア会議等、地域の関係者を交えた合議体で議論したうえ</p>

		で決定し、課題についての認識の共有を図る。
	(5) 評価時点と評価方法の決定	進捗を管理するためには、具体的な取組や数値目標の決定とともに、評価の時点や方法について事前に決めておくことが重要。評価結果や現時点の状況については、随時、自治体内の担当者、都道府県担当者及び地域の関係者と認識の共有を図る。
Do	(1) 実施内容の詳細の設定	計画の期間である3年間における取組や目標のスケジュールと、2025年に向けた展望を踏まえた長期のスケジュールを設定したうえで、具体的な年度ごとのアクションを一覧化する。
	(2) 実施事項の記録	計画的に取組を進める上で、進捗の把握・管理は重要。(1)で作成したスケジュールに付記する形で、実施した事項については印をつける等により、進捗を記録していく。
	(3) 気付いた点や考察結果の記録	取組を進める上で気付いた点は、個人の気付きに留めるのではなく、担当者全体で共有できるように、記録をしていく。会議や研修中に専門職から提供された情報や感想等、設定した数値目標や取組に直接関わるものでなかったとしても、それらが地域課題の深掘りに関連する場合があります。また、取組を進めるうえで有益だったポイントも記録しておく。
Check	(1) 中間見直しの検討	各年度のPDCAサイクルは、年度ごとに締めた実績を活用するPDCAサイクル以外に、予算要求等の事務サイクルを活用するPDCAサイクルがある。この場合、9月末現在の中間地点における実績を参考にして、10月に取組や事業の達成度や進捗を評価し、次年度の取組や事業の改善の必要性を考察する。
	(2) 実績の確認	設定した目標を自己評価しようとするにあたり、適切に実績が把握できるのかどうかを検証する。
	(3) 目標値との比較	実績値を目標値と比較する。このとき、設定した目標の数値や内容が適切であったのかを検証する必要がある。
	(4) 理想像との乖離を比較	取組の実施自体が目的になるようなことがないように、取組の達成状況は、取組の目的に沿って評価される必要がある。 そのために、取組を設定した際に目指した理想像を再

		<p>度確認することが重要。また、取組を設定した際に理想像を想定していなかった場合、この機会を通じて関係者と議論して、理想像を明確にする必要がある。</p>
	<p>(5) 仮評価の実施（達成／未達成の理由（仮説）の考察）</p>	<p>自治体内の担当者による議論を行い、仮評価を行う。達成した場合は、「何が達成できた要因か」、「計画どおりに取組が進捗しているか」、「地域課題の解決までつながっているか」等を確認し、記録する。</p> <p>未達成だった場合は、「何が達成できなかった要因か」、「今後計画どおりに取組を進められそうか」、「地域課題の解決を行うために他の方法がないか」、「取組を行ったことで良かった点はあるか」等を確認し、記録する。</p>
	<p>(6) 地域の関係者による評価の実施（達成／未達成の理由（仮説）の決定）</p>	<p>仮評価、達成／未達成の理由について、地域ケア会議等の合議体で議論したうえで、評価を決定する。</p> <p>また、設定した取組や数値目標について、方針変更の可能性や、新たな取組の検討余地があれば、それらもあわせて議論し、地域の関係者と認識の共有を図る。</p>
	<p>(7) 具体的な取組や数値目標の変更（任意）</p>	<p>(5) や (6) の議論の結果、設定した取組や数値目標の変更・見直しが必要な場合は、当初の地域課題を意識して再設定を行う。その際は、新たな取組や数値目標を決定した後、再度、地域の関係者と認識の共有を図る。</p>
	<p>(8) 評価結果の共有</p>	<p>自治体のHP、広報誌等を通じて地域住民へ評価結果を公表して認識の共有を図るといった積極的な働きかけに取り組む。また、地域包括支援センターやケアマネジャー、事業者への説明会等を通じて、地域の関係者へも評価結果を共有して、取組への協力を募る。</p>
Act	<p>(1) 改善策の立案</p>	<p>取組が順調に進み、取組により目指した理想像に近づいているならば、この取組を続けるか、さらに拡充することを検討する。</p> <p>逆に、取組が順調に進んでいない、あるいは取組自体は順調に進んでいるにもかかわらず、取組により目指した理想像に近づいていないことに気づけば、取組の内容を修正する。</p> <p>目標が未達成の場合は、取組内容の実現性を高めるため、関係者にヒアリングをしたうえで、方法を再検討</p>

		<p>することも考えられる。検討した改善事項案を提示し、今後行う具体的な取組を地域ケア会議等の合議体で議論して決定する。</p> <p>改善事項、及び再設定された目標・取組内容は、自治体のHP、広報誌等を通じて地域住民へ公表し、積極的に認識の共有を図る。</p>
--	--	---

出所) 厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険事業(支援)計画の進捗管理の手引き」
(平成30年7月30日)をもとに作成

V. 事業結果のまとめ・考察

本事業では、保険者における PDCA サイクルの定着のために、介護保険事業計画および介護保険事業計画上の個別取組の PDCA サイクルの好事例に関するヒアリング調査を行った。いずれの自治体においても、保険者としての明確な意思を施策検討の主軸に置いていること、地域の強みや困りごとの把握を入念に行い、関係者とともに考えながら進めていることが共通のポイントとして挙げられた。

1) 介護保険事業計画全体における PDCA サイクルについて

介護保険事業計画の PDCA サイクルに関するヒアリング調査は、東京都練馬区を対象に実施した。第7期計画で実施した進捗管理は主に以下の状況となっている。検討会議は毎年度の開催、計画期間（3年間）に複数回の開催の2種類がある。第7期取組の振り返りでは、地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析、インセンティブ交付金の評価指標の活用、国・都・近隣自治体との比較や経年比較等の分析などを実施している。また、リハビリテーション提供体制の構築に関する現状・目標・課題について把握し、第8期計画で新たな取組を設けている。さらに、新型コロナウイルス感染症の感染が急拡大し、取組内容の再検討を余儀なくされたため、急遽、介護支援専門員および通所系介護サービス事業所を対象に、新型コロナウイルス感染症拡大による影響調査を実施し、計画に反映している。

（進捗管理のための検討会議）

第7期計画で実施した進捗管理は主に以下の状況である。検討会議は毎年度の開催、計画期間（3年間）に複数回の開催の2種類があり、毎年度、計画やアクションのフィードバックを実施している。

■毎年度内に2回（9月末の中間時点、年度末時点）、計画の進捗を把握

第7期計画策定時の自立支援・重度化防止等の取組と目標の比較を実施し、保険者機能強化推進交付金に関する評価指標を進捗管理に活用している。

個別事業の進捗管理・目標設定や実績把握については所管課が実施し、担当課（高齢施策担当部高齢社会対策課）で取りまとめている。

実績を踏まえた課題と対応策の考察を踏まえ、事業の達成度や進捗を所管課にて評価している。評価は達成度に応じた3段階評価である。

■計画期間（3年間）に複数回、施策および事業の達成度について把握・共有するための会議（介護保険運営協議会、地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員会）を開催

毎年度施策および事業の達成度の把握に努め、次年度以降に繋げている。また、人口規模が大きく、連携すべき庁内組織や地域内の関係者が多岐に渡っているが、その中でも「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・

生活支援が一体的・継続的に提供される地域包括ケアシステムを確立する」という目標を共有し、議論する場を体系化し、必要関係者を集めて議論する体制が整っているとともに、特に計画策定委員会における庁内連携に関しては、高齢部門だけでなく関連部署全体を3つの分科会に分け、市全体で地域包括ケアシステムについて議論できる体制を整えている。

2) 個別取組における PDCA サイクルについて

(1) 自立支援・介護予防・重度化防止の取組

自立支援・介護予防・重度化防止の取組について、熊本県天草市、高知県高知市、兵庫県淡路市、千葉県栄町、鹿児島県徳之島町にヒアリング調査を実施した。個別取組の開始時期・定着度や地域の状況も異なっており、保険者の実情に合わせて課題を把握するための方法や体制を構築した上で、PDCA サイクルの中で解決策を検討して実践していた。

熊本県天草市では、様々な地区でサービスが足りなくなってきたため（特にデイサービスとヘルパー）、介護予防を進める中で支援が必要な人を減らすことが必要であった（Check）。そこで、通いの場による介護予防等を期待して注力することになった。通いの場の整備にあたっては住民を主体とし、行政の介入は運営に必要な最低限の支援のみとしている。

そして、通いの場のみで終わらせることなく、OT（作業療法士）協会と協力して、地域の総合事業Cサービス（通所型サービス、訪問型サービス）にも展開していった（Action）。

訪問型サービスの際も環境整備動線の確保や道具の位置確認等を提案し、極力、残存能力でできることは高齢者本人が行うようにし、本人に出来ない部分を訪問介護員が行う仕組みとしている。

また、計画策定に当たっては、要介護認定者の時系列比較や、新規要介護認定者の主症状や認知症高齢者の日常生活自立度の分析を行い、さらに今後は要介護認定者の重度化の要因について分析を行うことで、理想の地域に近づけていくことを目指し、課題・目標・取組・評価・見直しの一連の流れが関連性を持って進められていることが分かった。

高知県高知市では、介護予防のためのご当地体操の取組を行い始めて10年以上経つため、他の地域で課題として多く挙げられている高齢者の参加率向上というよりも、体操会場の活動が長く続いていたためサポーターも高齢化し、後継ぎの課題が大きくなっていた（Check）。そのため、高知県高知市では新たなサポーターの育成を行うとともに、同じくサポーターの経験をもつ NPO 法人によりサポーター支援を行う（Action）サイクルを構築していった。

かなり前から取り組まれているご当地体操を今後も継続していくことを重視し、課題解決方法を検討していく中で、地域の関係者にまかせる、あるいはともに検討を進めることによって、市としての介護予防の取組を進めている。

兵庫県淡路市では、現状課題について、データを活用し可視化をすることで共有を図る中で分析上の集計結果と施策とのかかわりや、個人を取り巻く状況変化との紐づけができないことが課題と認識された(Check)。

そこで、第7期の途中で外部からのコンサルティングを受け、KDB データを活用した医療レセプト・介護レセプトデータの個人単位データを試行的に整備する(Action)ことで、個人データの確認と個人を取り巻く状況の変化が把握できるようになった。その結果、「10年続けていた「いきいき100歳体操」の数値的な介護予防効果」、「新規認定、重度化の要因となる疾病」、「利用者の重度化が進んでいる介護事業所の発見」等も明らかになった。数値として地域のデータを見せることや事業の評価をすることは、事業を運営する現場のモチベーションにもつながっている。

今後の展開としては、「自己肯定感のある生き方や目標を持った高齢者の生き方」を軸としつつ、自立できる時間を長くし、要介護度が高くなる時間を短くすることで、高齢者の幸せな時間を延ばすことを重要な目標としている。

千葉県栄町では、新型コロナが拡大して、当初予定していた介護予防事業が中止となる中で、自宅でできる運動メニューを当町の広報誌に掲載することとなり、簡単な運動メニューを作成して掲載した。しかし、広報誌を読んでいない町民も多く、情報が届いていないと感じていた。そうしたときに、スーパーマーケットで、手軽に食べられるもの(菓子パンなど)を大量に購入する高齢者が多く見られたため、運動の前に、たんぱく質の摂取に着目し、食事面からフレイル予防の取組みを促進することとした(Check)。

そこで、たんぱく質を多くとれる独自の食事レシピを、管理栄養士を含む役場職員を中心に地域の企業とも連携して町民に周知しつつ、米・野菜の生産農家なども包含する「たべ・たんプロジェクト」を展開するサイクル(Action)を構築していった。栄養は全ての世代に必要であり、早いうちから取り組むことで介護予防につながるとの認識のもと、高齢者だけでなく、町民全体へ広げていくことも視野に入っている。

アクション後にスーパーの商品別販売額をチェックして、たんぱく質を多く含む「ちくわ」の販売額が特に増加していることが確認された(指標やデータ等のチェック)。

数字で示される統計的なデータだけでなく、保険者は機会あるごとに住民一人ひとりの姿を見つめて課題を発見し、そこから政策・事業につなげていく観点も重要である。

取組みに際して「課題意識」、「それを踏まえた地域が目指すべき方向性」「本取組の地域へのメリット」の流れが明確に認識され、実行につながっていると考えられた。

鹿児島県徳之島町では、県主導の一体化実証モデル事業(高齢者福祉と介護の一体化)を一昨年開始したことがきっかけで、役場内の連携が促進され、介護への看護師や保健師などの専門職派遣事業等も実施している。

外部との協力は、地域包括支援センターや介護福祉団体が民間団体等と多様な連携を進

めている。連携協力先としては、地域の医療機関、社会福祉協議会、民生委員、町内会、調整連絡会、地域の高齢者クラブなどがある。地域の活動の参加者、実施プログラム、結果や成果などについては毎回、地域包括センターへ報告が上がっているので、活動内容を把握することができる。

(2) 介護基盤整備

ア) 介護サービス施設・事業所の整備

「介護サービス施設・事業所の整備」について神奈川県横浜市、石川県加賀市にヒアリング調査を実施した。施設・事業所の整備については、保険者の規模によって今後の整備状況も異なり、抱えている課題も異なる。大都市の事例としては神奈川県横浜市を、中小都市の事例としては石川県加賀市を対象とした。

神奈川県横浜市では、介護サービス施設・事業所整備のPDCAを展開する上で、基本的に施設整備のための土地の確保が特に大きな課題であった。「土砂災害や浸水等の危険がない土地がほとんど無い」、「地価の高さにより、法人が自ら土地を確保することが困難で整備が進みにくい」といった状況もあった(Check)。

そのため、以下のような対策をサイクルとして講じることとした(Action)。

・介護老人福祉施設では、民有地の確保を優先し、確保できない場合には市有地を有償で貸与する

・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護では、「民有地のマッチング事業の実施」、「原則は民有地への整備を行うが、未整備圏域や介護老人福祉施設等の併設の場合に限り、市有地の有償貸与を検討」、「小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護については、一定の条件の下に市街化調整区域への整備が可能」とした。

石川県加賀市では、施設の追加整備よりは既存の事業所を活用した在宅の高齢者向けの地域づくりが課題となっていた(Check)。施設サービスについては、要介護度3以上の高齢者は9割近くが施設に入ることができる状況となっている。

そのため、既存の地域の在宅の起点になっていた小規模多機能型居宅介護事業所に地域包括支援センターのランチ機能を委託することで、地域づくりおよび地域の限られた人材の有効活用にもつなげるサイクルを講じることとした(Action)。

イ) 介護人材確保

介護人材の不足は全国的な課題になっている状況の中(Check)、兵庫県宝塚市では、人材が足りない介護施設と社会参加したい高齢者を引き合わせることで、介護人材確保と高齢者の社会参加両方を促進してきている。

宝塚市おたがいさまのまちづくり縁卓会議の「健康・生きがい就労」部会の中で、高齢者が社会活動を行うことによって健康寿命が延びるという研究結果をもとに、そうした場を作れないかということで検討を開始したことから始まっている。具体的には「元気な高齢者が気軽に就労を開始できるように3ヶ月のお試し期間を設け、自分に合えばその後も就労を続けられるような「トライアル事業」を実施している(Action)。市が関わるのは説明会までであり、その後はハローワークから(説明会参加者だけが見ることのできる)求人を出し、介護事業所と就労希望者が直接契約に至るようにした。

こうした取組が好評であったこともあり、高齢者の介護施設の就労支援だけでなく、保育所や商店街等での他の就労支援の検討へと広がりながら、高齢者の社会参加も一緒に促す方向へと進んでいる。

(3) 介護給付費適正化

大阪府箕面市では、地域の訪問介護給付費の増加の課題等を受けて、地域のサービス付き高齢者向け住宅と住宅型有料老人ホームのケアプラン点検を行っている。地域の課題を近隣地域と比較の上、仮説をもってケアプラン点検を行い、点検の結果に応じて実地指導等にもつなげて介護給付費適正化に取り組むためのサイクルを構築していった。

ただ、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームのケアプラン点検に関しては、毎日、施設内で高齢者と接する施設職員の方々のほうが介護対象者の担当ケアマネジャーよりも情報量が多く実情に詳しいといった場合もあり、担当ケアマネがケアプランのあり方に対して施設側に強く主張しにくいケースも市で把握している。

こうしたことから、ケアプラン点検を行っても実際の適正化には結び付きにくい側面もあるため、今後の課題として市で認識されている。

3) 介護保険事業計画と個別の取組の関係性について

介護保険事業計画と個別取組の関係性については、まずは試行的な取組を開始した上で、効果検証を行い、その結果、効果が認められたものについては介護保険事業計画の一部として位置づけ、さらに発展させていく流れが、ヒアリング事例からも見られた。介護保険事業計画と個別取組が双方向で影響を与えながら、お互いに充実を図る関係性が望ましいと考えられる。

また、個別の取組は、その課題への対応のみならず、さらに地域の他の課題へ応用するなど、様々な地域包括ケアシステムの起点として発展させ、目指す地域ビジョンを実現していく視点での検討が必要である。検討の際には、地域包括ケア「見える化」システムやKDBシステム等の既存データを活用したり、インセンティブ交付金の評価指標や取組において収集可能な指標等を用いたデータの収集を進めたりすることが現状の課題把握等に重要になる。

今後、継続的に取組を進めていく上で、担当課内や自治体内、外部の関係機関等の調整を

進めて関係構築をすることやそれぞれの機関で介護保険事業や個別の取組に携わる人材の育成を進めていくことが重要である。

ヒアリング事例でも把握できたように、各レベルでの重層的課題に対応した地域独自のPDCAサイクルを継続的に実践していくことが望まれる。

令和3年度 厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
自治体におけるPDCAサイクルの推進に関する調査研究事業
報 告 書

令和4（2022）年3月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 ヘルスケア&ウェルネス本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町2-10-3

TEL 03（6858）0503 FAX 03（5157）2143

不許複製