

# 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 事例集

## 介護保険事業計画の PDCA サイクル



自立支援・介護予防  
・重度化防止の取組



介護サービス基盤整備



介護給付費適正化



# 目次

0. はじめに	1
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	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	9
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	18
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	26
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	38
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	46
(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	55
2) 石川県加賀市：小規模多機能型居宅介護事業所を中心とした地域包括ケアの取り組み	62
(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	72
(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	80
<付録>	
●各自治体の使用ツール、確認・分析項目	86
●介護予防の通いの場の充実 チェックリスト	87

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→目標達成の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す。

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ります。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ました。保険者が、第7期に何を考え、何を実施してきたかを第7期の振り返りとして整理し、第8期では第7期を振り返ってどのように計画を立て、実施しているかということに記載しています。

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、合わせて提示しております。本事例集とチェックリストは、保険者が、これまで取組を振り返って第8期の見直し、そして第9期の策定へとつなげていくための整理として活用いただけますと幸いです。

#### 掲載自治体一覧（令和2年第8期介護保険事業計画策定時）

事例テーマ	自治体	面積 (km <sup>2</sup> )	総人口 (人)	世帯数 (世帯)	高齢化率 (%)	認定者数 (要支援＋ 要介護) (人)	日常生活 圏域数 (圏域)	地域包括 支援センタ ー数 (箇所)
介護保険事業計画全体	東京都練馬区	48.08	741,481	381,192	21.7	34,423	4	25
自立支援・介護予防・ 重度化防止の取組	熊本県天草市	683.2	78,490	36,831	40.3	6,624	16	7
	高知県高知市	309.00	325,909	154,176	29.7	19,909	14	14
	兵庫県淡路市	184.24	43,145	17,494	37.9	3,271	5	1
	千葉県栄町	32.51	20,344	9,131	38.9	873	1	1
	鹿児島県徳之島町	248.02	10,547	4,692	32.1	552	1	1
介護サービス基盤整備	神奈川県横浜市	435.50	3,760,472	1,821,311	24.6	173,220	148	143
	石川県加賀市	305.87	65,511	28,457	34.8	3,452	5	16
	兵庫県宝塚市	101.89	233,397	95,465	27.9	13,494	7	7
介護給付費適正化	大阪府箕面市	47.90	138,572	61,778	25.3	5,514	14	5

# 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

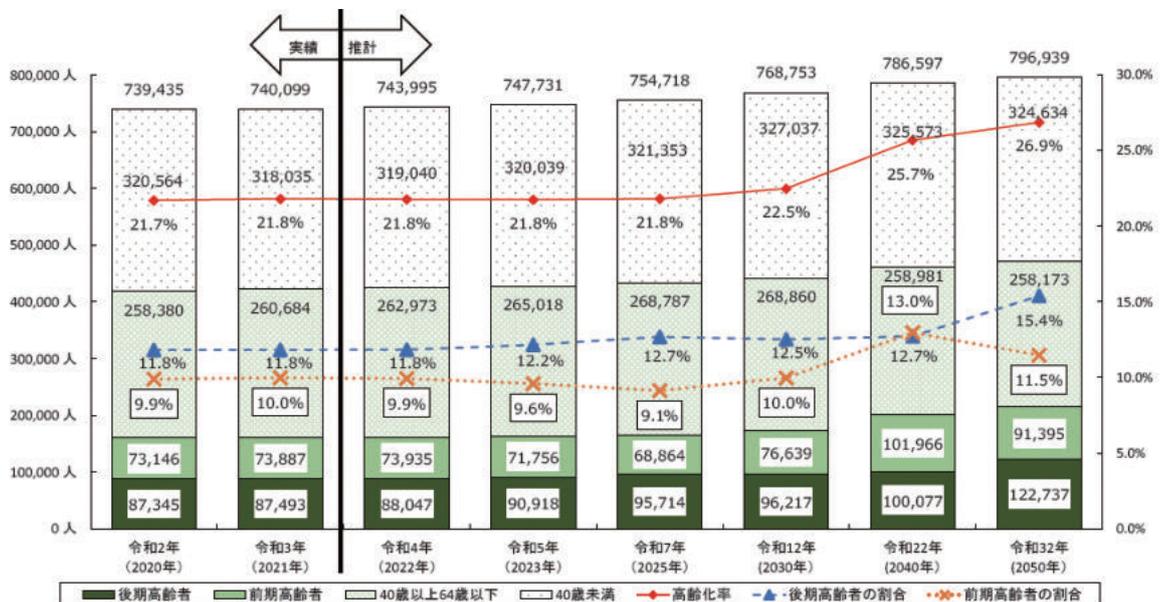
### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：48.08 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：741,481 人（65 歳以上人口：160,901 人）
- ✓ 世帯数：381,192 世帯
- ✓ 高齢化率：21.7%
- ✓ 認定者数（要支援＋要介護）：34,423 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：25,751 人）
- ✓ 日常生活圏域数：4 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：25 箇所（委託）
- ✓ 事業担当者の人数：4 名（計画策定の所管課職員：進捗管理や計画策定を担当）

### 自治体の背景・課題

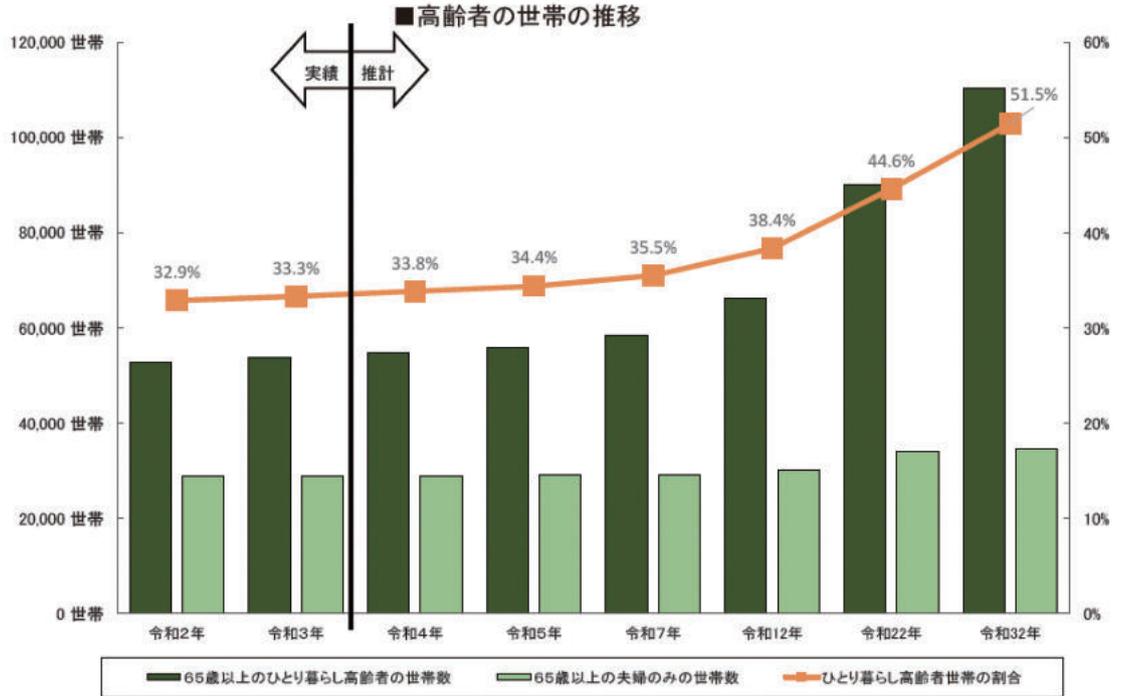
- ✓ 高齢化率の上昇
- ✓ ひとり暮らし高齢者の世帯の増加
- ✓ 第1号被保険者に占める要介護認定者の割合の上昇

#### 【高齢者人口の推移】



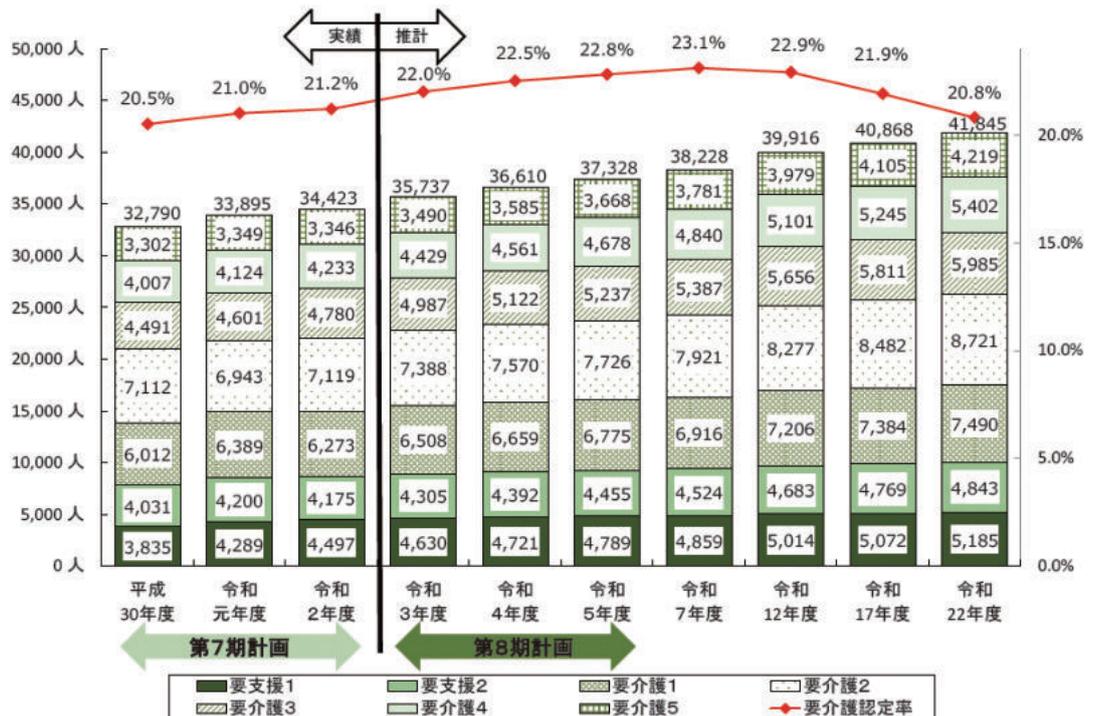
出所) 東京都練馬区「練馬区 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 第8期令和3～5年度」(令和3年3月)

### 【高齢者の世帯の推移】



出所) 東京都練馬区「練馬区 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 第8期令和3～5年度」(令和3年3月)

### 【要介護認定者数の推移】



※ 厚生労働省 地域包括ケア「見える化」システムにより推計

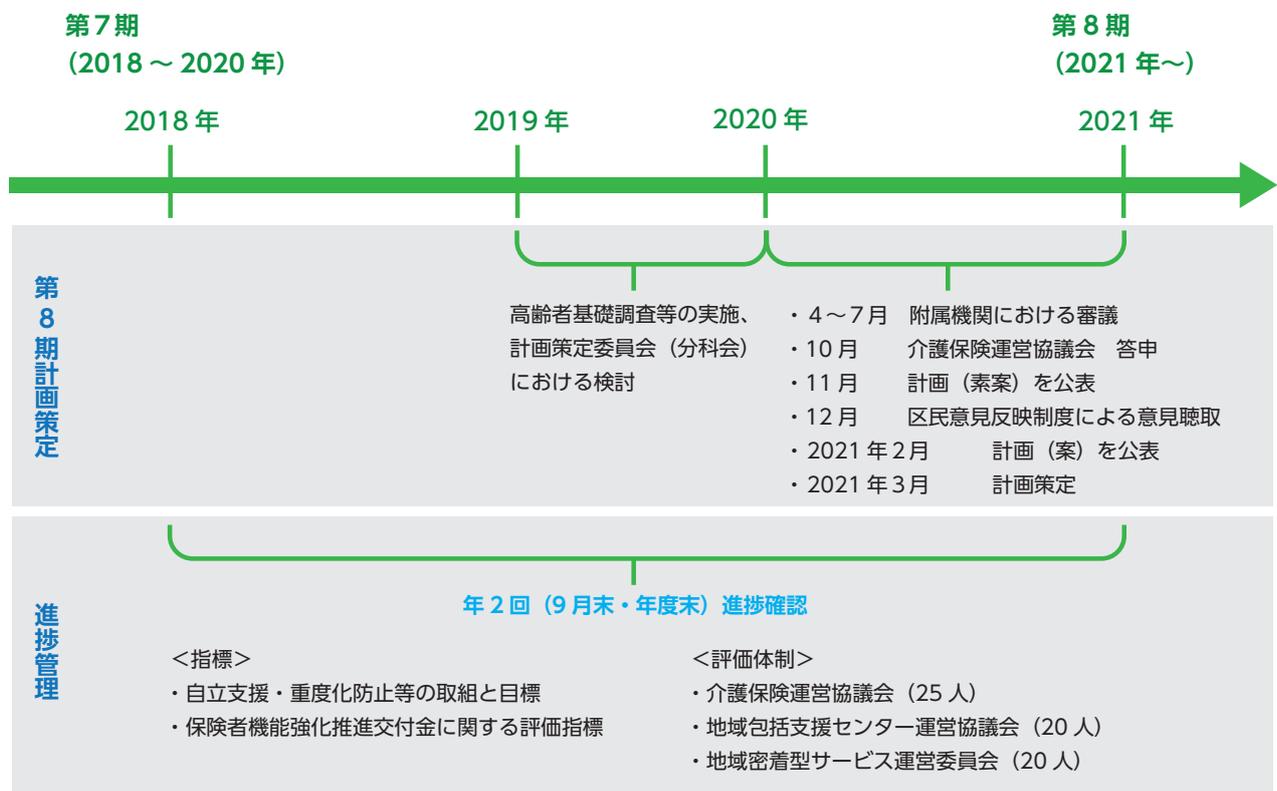
出所) 東京都練馬区「練馬区 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 第8期令和3～5年度」(令和3年3月)

# 1. 介護保険事業計画全体における PDCA サイクルについて

## 地域のビジョン

- ✓ 計画の理念
  - ・高齢者の尊厳を大切にすること
  - ・高齢者の自立と自己決定を尊重すること
  - ・高齢者の社会参加と地域の支え合いを促進すること
- ✓ 計画の目標「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」

## 事業スケジュール



## 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、**庁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

# 1. 介護保険事業計画全体における PDCA サイクルについて

## 第8期計画策定のための PDCA サイクル



## 第8期計画策定のための PDCA サイクルの具体的事例

<p><b>C</b> (Check)</p>	<p><b>1. 第7期取組の振り返り</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>
<p><b>A</b> (Action)</p>	<p><b>1. 第8期計画の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>1. 第8期計画の目標の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・令和2年4～7月 附属機関における審議</li> <li>・令和2年10月 介護保険運営協議会 答申</li> <li>・令和2年11月 計画（素案）を公表</li> <li>・令和2年12月 区民意見反映制度による意見聴取</li> <li>・令和3年2月 計画（案）を公表</li> <li>・令和3年3月 計画策定</li> </ul> </li> <li>・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」</li> </ul>

# 1. 介護保険事業計画全体における PDCA サイクルについて

<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 設定した目標を基に、以下の取組を策定<ul style="list-style-type: none"><li>・ 高齢者保健福祉計画<ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>ii. ひとり暮らし高齢者等を支える地域との協働の推進</li><li>iii. 認知症高齢者への支援の充実</li><li>iv. 在宅生活を支える医療と介護サービス基盤の整備</li><li>v. 介護保険施設等の整備と住まいの確保</li><li>vi. 介護の現場を支える総合的な人材対策の推進</li></ul></li><li>・ 介護保険事業計画<ul style="list-style-type: none"><li>i. 区民参加による介護保険制度の運営</li><li>ii. 給付適正化の推進</li><li>iii. 介護保険料の収納確保</li><li>iv. <b>リハビリテーション提供体制の構築</b> →第 7 期の課題を基に、第 8 期計画で新たに設定</li></ul></li></ul></li></ul>
<p><b>D</b> (Do)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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</li><li>・ 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<ul style="list-style-type: none"><li>・ 次期計画の方向性の検討</li><li>・ 国および都の計画策定に関する情報との連携</li><li>・ 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</li></ul></li></ul>

## 本事業担当者のコメント

### <上手く進めることができた点>

- ・ 体制やスケジュールについては、ある程度、庁内でも今までの経験をもとに流れがつけられているため、その流れの通りに進めることで円滑に進めることができています。
- ・ 同様に、計画策定において他の部署との連携についても円滑に進めることができています。

### <苦労した点>

- ・ 計画策定の検討を進めていく中、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ました。そのため、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して、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、計画に反映しました。

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### (1) 介護予防・自立支援・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

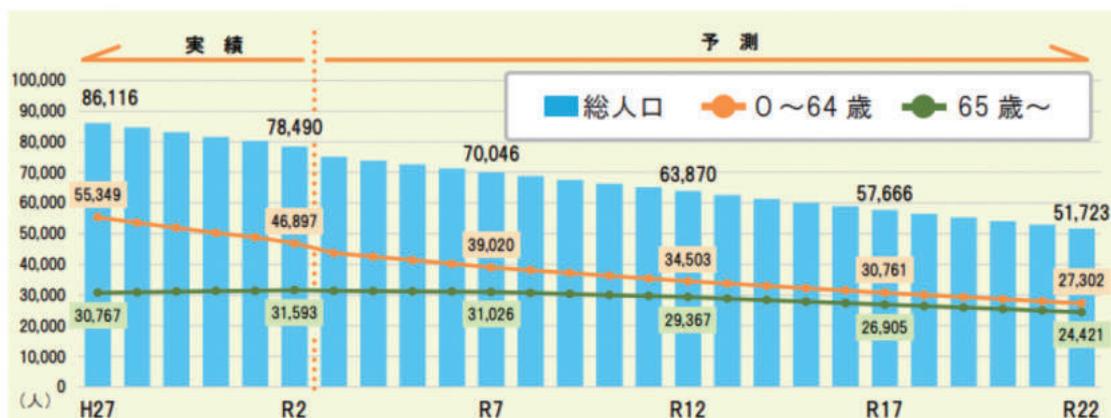
##### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：683.2 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：78,490 人（65 歳以上人口：31,593 人）
- ✓ 世帯数：36,831 世帯
- ✓ 高齢化率：40.3%
- ✓ 認定者数（要支援+要介護）：6,624 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：5,101 人）
- ✓ 日常生活圏域数：16 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：7 箇所（その内 1 箇所はサブセンター）
- ✓ 総合事業開始年月：平成 29 年 3 月
- ✓ 事業担当者の人数：3 人（総合事業担当、一般介護予防担当、介護予防ケアマネジメント担当）
- ✓ 事業の概算費用：約 26,500 千円（通いの場支援 2,500 千円、訪問型サービス C 1,600 千円、通所型サービス C 22,400 千円）

##### 自治体の背景・課題

- ✓ 若い世代の著しい人口減少、高齢化率の上昇
- ✓ 要介護認定者数の増加
- ✓ 介護人材の不足

##### 【年代別人口の推移と予測】



出所) 熊本県天草市「健やか生きいきプラン」(概要版) (令和 3 年 3 月)

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

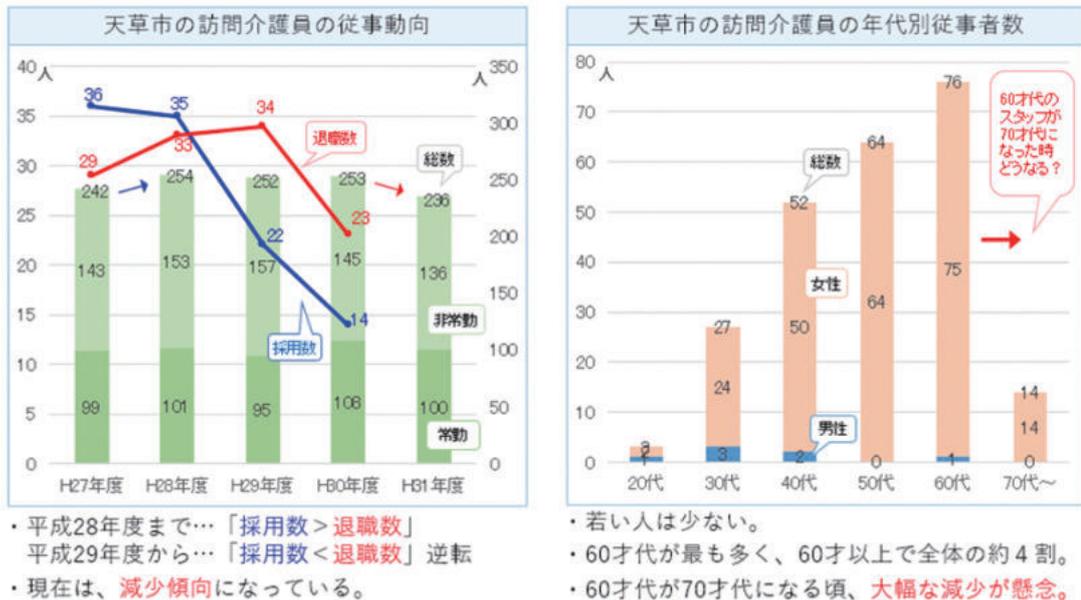
### 【要介護等認定者の推計】



出所 熊本県天草市「健やか生きいきプラン」(概要版)(令和3年3月)

### 【介護人材人口の推移】

人材不足の傾向が最も顕著といわれている訪問介護の従事者調査の結果



出所 熊本県天草市提供資料

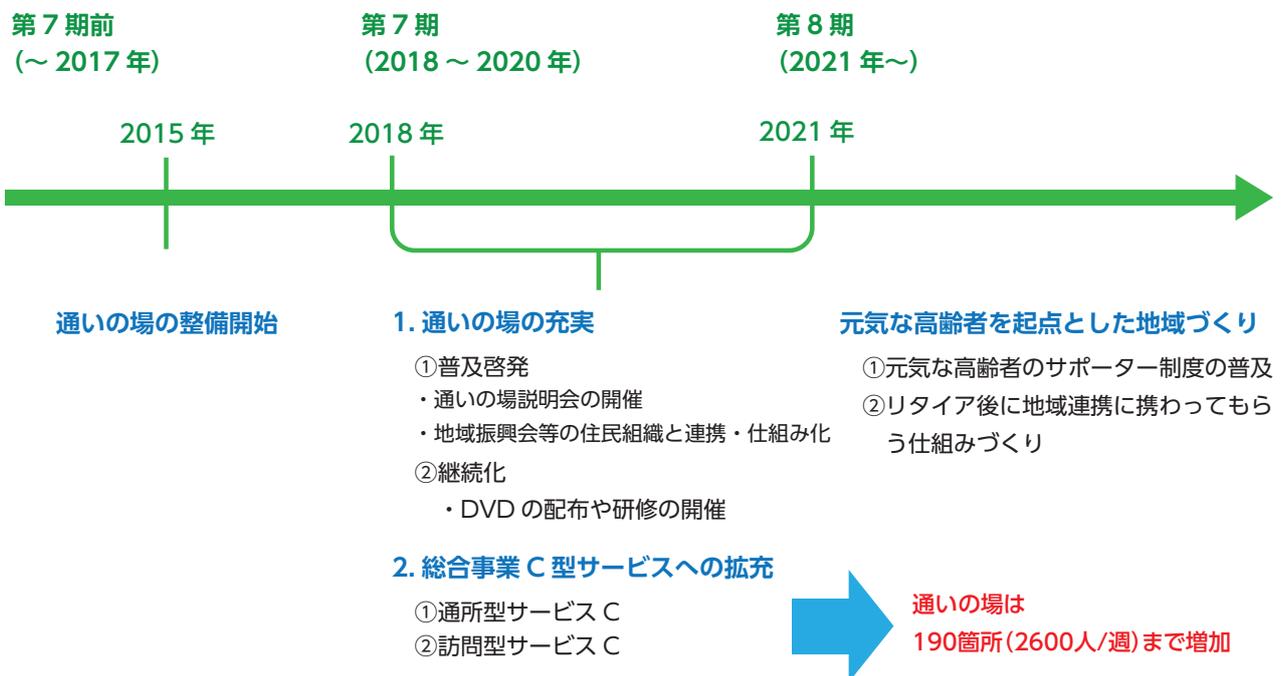
## 地域のビジョン

- ✓ 基本理念「高齢者が健康で生きいきと暮らし、住み慣れた地域で共に支え合い自分らしい生活を営むことができる地域共生社会」
- ✓ 計画の3つの柱
  - ・地域共生社会の実現に向けた体制づくり
  - ・健康で生きいきと暮らせる仕組みづくり
  - ・どんなときも安心して生活ができる地域づくり

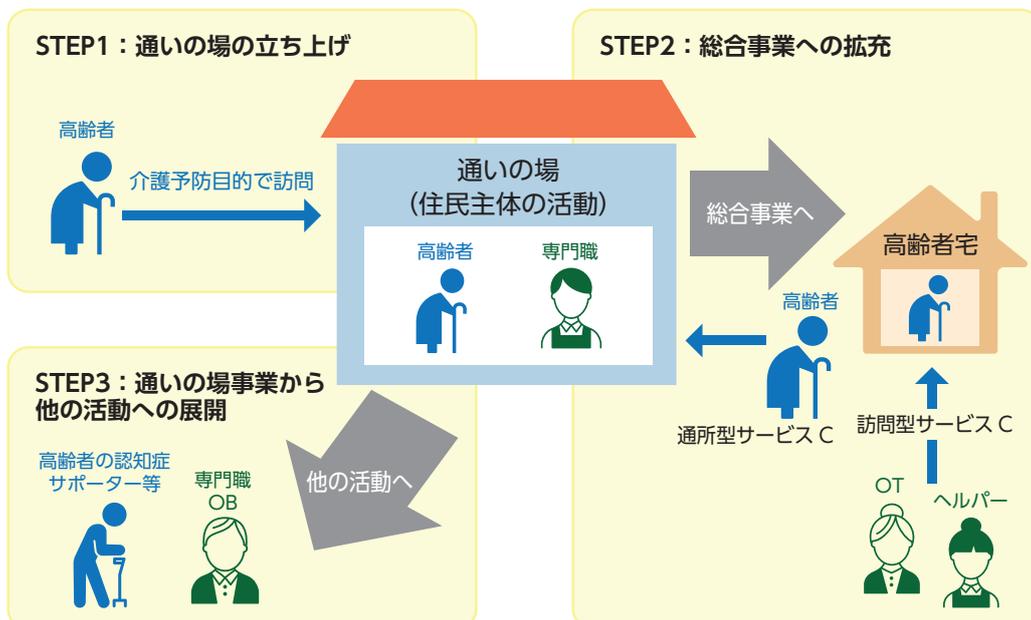
## 地域の理想像や大切にしていること

- ✓ 介護保険事業計画の最終目標
  - ・ サービスが必要な人にサービスが提供できる体制にすること
- ✓ 事業計画の 2 つの柱
  - ・ 介護予防を進め支援が必要な人を減らすこと
  - ・ サービスに頼らない地域支援の体制づくり

## 事業スケジュール



## 事業概要：通いの場を起点とした介護予防への展開



## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 第7期計画の取組

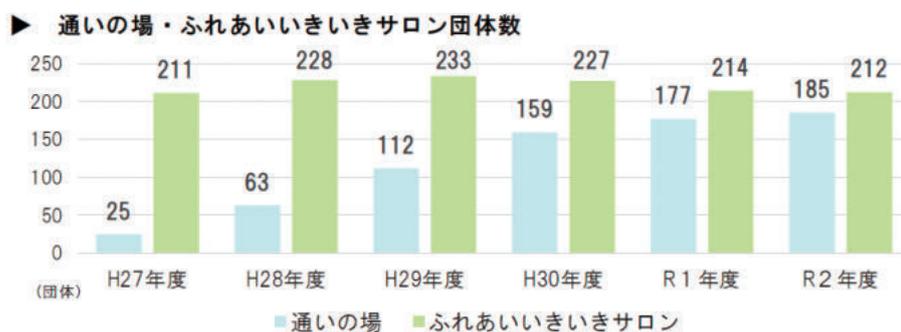
- 高齢者が長期的に継続して介護予防活動に参加するためには、「楽しみ」や「身近で手軽」といった要素をもつ必要がある

- ・ 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】



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

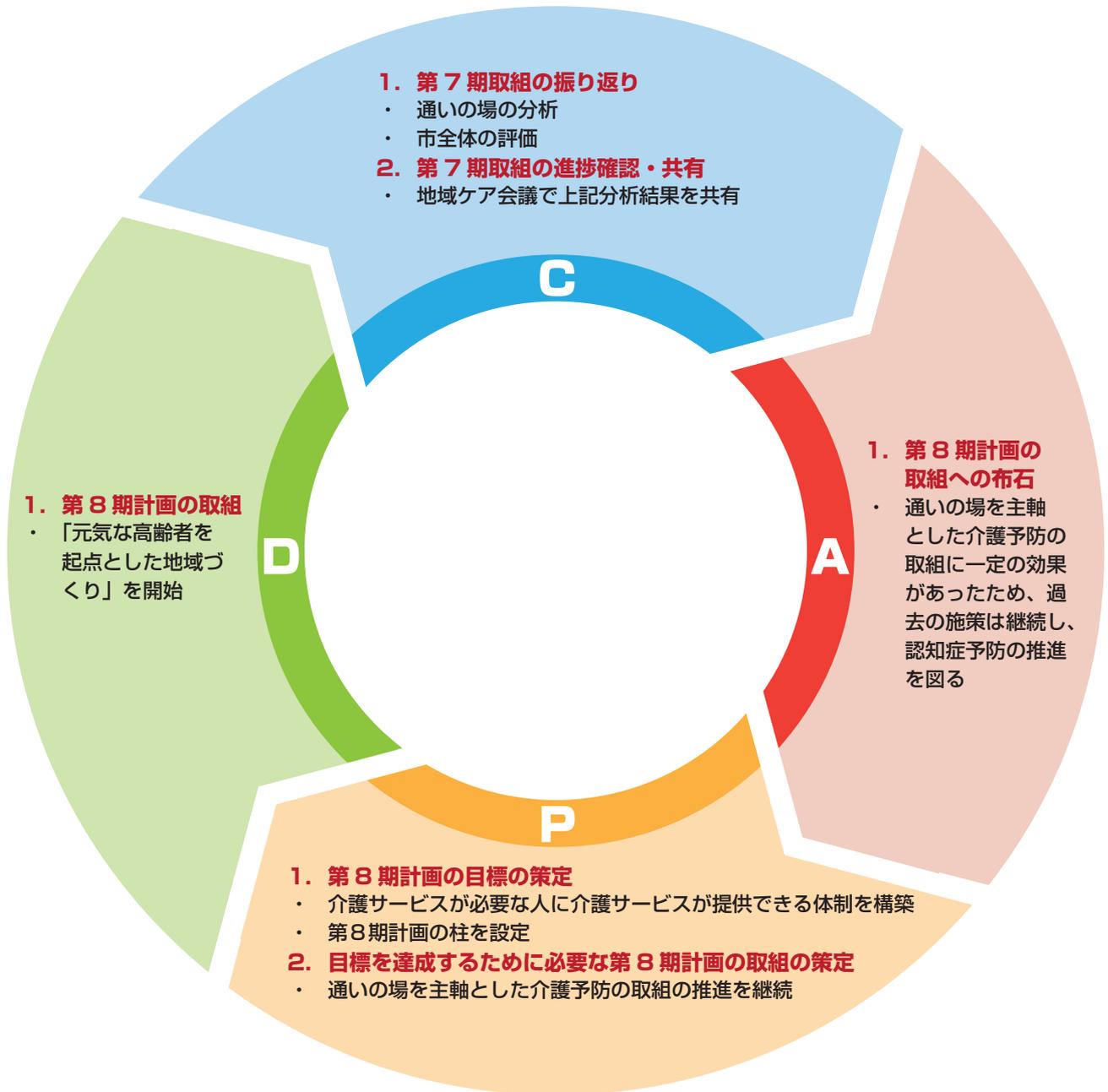
- ① 機能低下が見られる高齢者が慢性的にデイサービスに通う現状があり、地域で通える場がないことから慢性利用にならざるを得ない現状があった。そのことから、通いの場の創出と、そこに繋げるサービスCの組み合わせで通いによる介護予防の展開を立案
- ② 通いの場を主軸とした通所型サービス C についてリハビリテーション職の方に相談したことがきっかけで、事業所（株式会社）と連携して実施
- ③ 通いの場等の地域活動に戻すことを目的としたサービスであるため、必ず半年でサービスは終了
- ④ リハビリテーション職が市内各地の公民館に出向きサービスCを実施する巡業型の事業形態をとることで、リハビリテーション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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 第8期計画策定のための PDCA サイクル



### 第8期計画策定のための PDCA サイクルの具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 第7期取組の振り返り</b>
	<p><b>通いの場の評価</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 通いの場があるから、<b>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</b>、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</li> <li>・ 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）</li> </ul>

# C (Check)

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

- ・ 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
- ・ 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】



※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ったため、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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の目標の策定</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 「介護予防を推進することで支援を要する高齢者が増え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</li> </ul>
<p><b>D</b> (Do)</p>	<p><b>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</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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"> <li>→ 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</li> <li>→ 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</li> <li>→ <b>通いの場を主軸とした介護予防の取組の推進を継続</b></li> </ul> </li> </ul>
<p><b>D</b> (Do)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の取組</b></p>
	<p><b>「元気な高齢者を起点とした地域づくり」を開始</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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"> <li>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うという仕掛けを実施</li> <li>→ 現状、脳トレ等の指導ができる住民を 360 人程度育成</li> </ul> </li> <li>・ 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"> <li>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</li> <li>→ <b>地域ケア会議を起点に、地域ごとで、行政が関与しない関係者の会が独自に立ち上がる</b></li> </ul> </li> <li>・ 定年リタイア後に地域活動に携わってもらう仕組みを検討中。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</li> </ul>

## 本事業担当者のコメント

### <上手く進めることができた点>

- ・ 地域住民の介護予防に対する意識や自主性が高く、きっかけづくりと後方支援で住民主体の性格が強い通いの場を市内各地に生み出していくことができました。
- ・ 公民館に機材を持ち込んでの巡業型の事業形態である通所型サービス C と連動することで、サービス終了後スムーズに地域活動に卒業できるルートが築けました。また、通いの場（一般介護予防）やサービス C の構築にあたっては、それらをケアマネジメントで活用する立場のプランナーにも方向性の意識統一を行うことで、実用的かつ有効的な事業展開が図れるようになりました。

### <苦労した点>

- ・ 一部住民には行政や専門職への依存意識が根強く、介護予防の必要性や高齢化に伴う人材不足の状況などを説明し、住民自主性や自立支援に対する理解を得る取組みに力を入れる必要がありました。
- ・ サービス C は事業を担うリハビリテーション専門職の確保が困難で、理学療法士や作業療法士が所属している法人に、個別に事業説明や受託依頼をする営業活動を行う必要がありました。

### <現在の課題>

- ・ 地域活動や新たなサービスを生み出す支援から継続支援へと、取組みの方向性をシフトしていく必要があります。また、現在の高齢者の世代（70才代後半以降）には通いの場がヒットしたが、次世代の高齢者（60～70才代前半）には、その世代が興味を持つ新しい活動を模索していく必要があります。
- ・ 地域活動とそこに戻すサービスCのサイクルを存続させるためにも受託するリハビリテーション専門職の確保を進めていく必要があります。

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 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

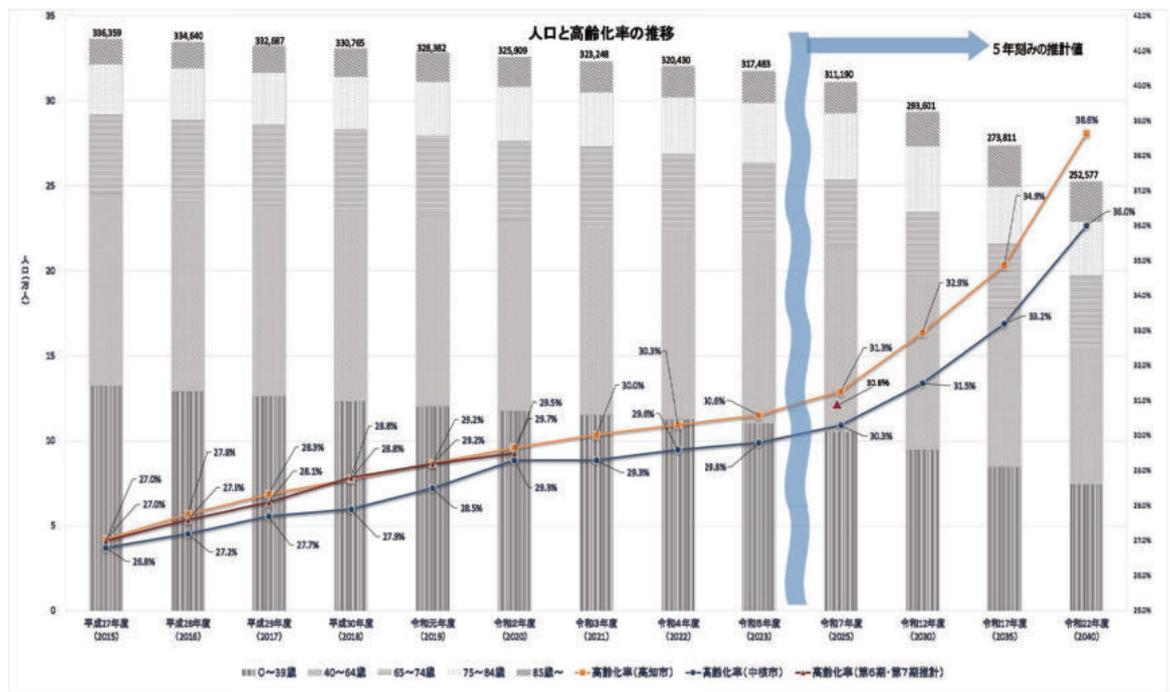
#### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：309.00 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：325,909 人（65 歳以上の人口：96,653 人）
- ✓ 世帯数：154,176 世帯
- ✓ 高齢化率：29.7%
- ✓ 認定者数（要支援+要介護）：19,909 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：14,632 人）
- ✓ 日常生活圏域数：14 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの数：基幹型地域包括支援センター1箇所、地域包括支援センター 14 箇所（令和3年4月1日時点）

#### 自治体の背景・課題

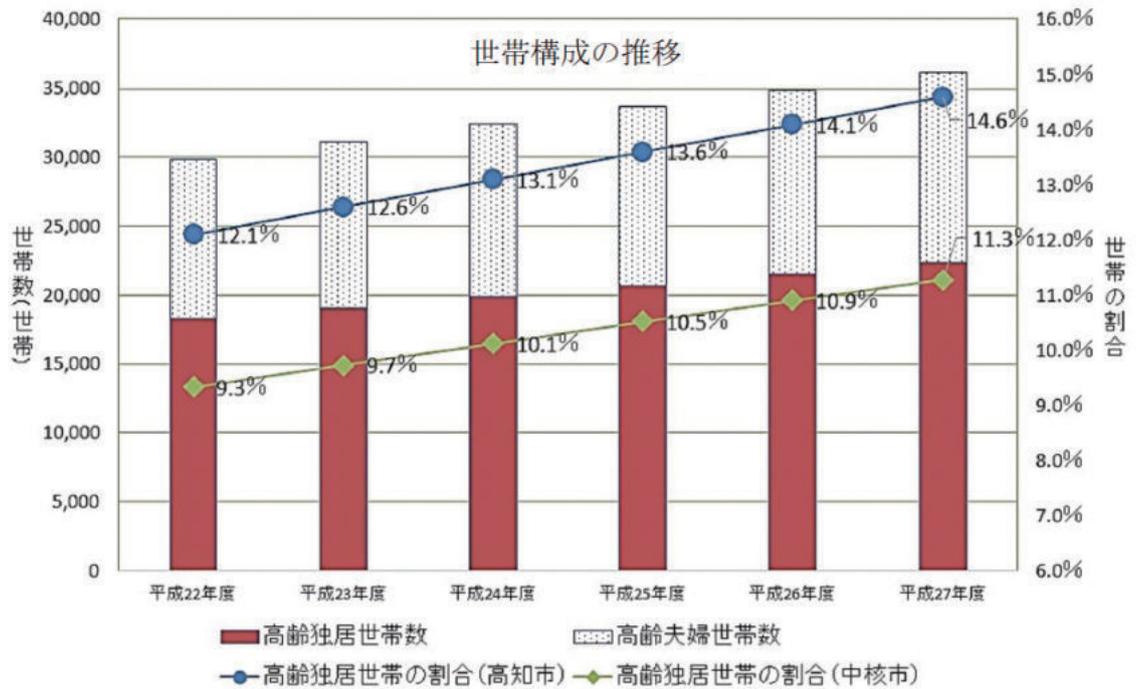
- ✓ 高齢者人口の増加
- ✓ 高齢独居世帯の割合の上昇
- ✓ 認定率が高い水準で推移

#### 【人口と高齢化率の推移】



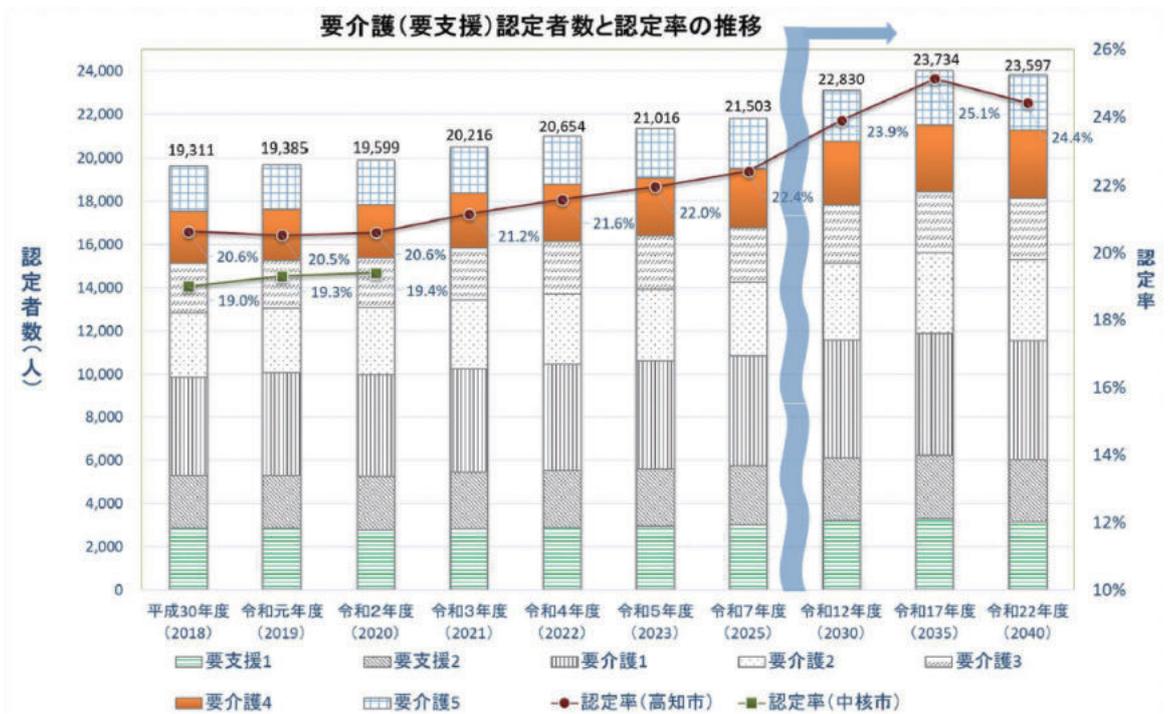
出所) 高知県高知市「高知市 高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」(令和3年3月)

### 【世帯構成の推移】



出所) 高知県高知市「高知市 高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」(令和3年3月)

### 【要介護(要支援)認定者数と認定率の推移】



出所) 高知県高知市「高知市 高齢者保健福祉計画・第8期介護保険事業計画」(令和3年3月)

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

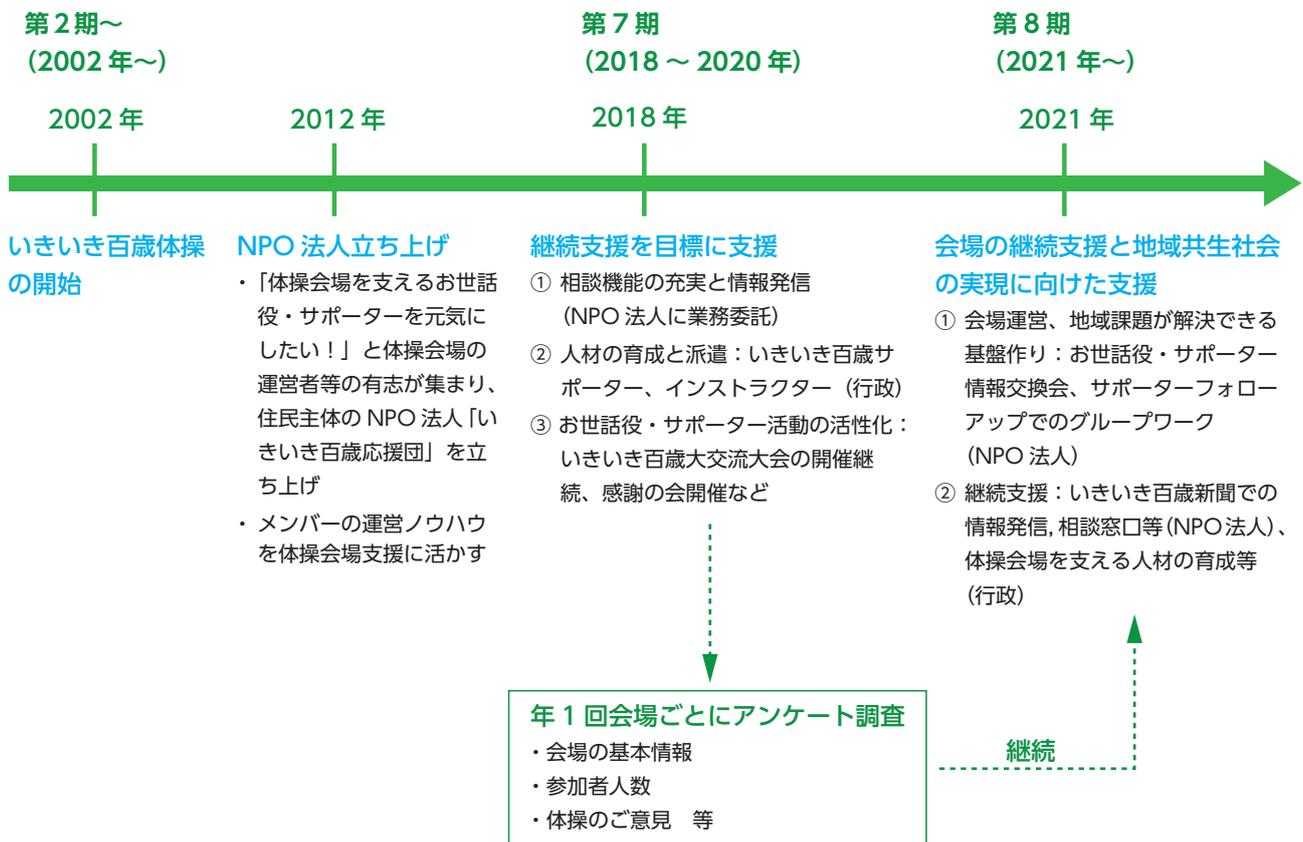
### 地域のビジョン

- ✓ 基本理念「ちいきぐるみの支え合いづくり」
- ✓ 計画目標
  - ・いきいきと暮らし続けられる
  - ・安心して暮らし続けられる
  - ・住み慣れた地域で暮らし続けられる
  - ・介護や看護に従事する人たちが誇りとやりがいを持って働き続けられる
  - ・多様なサービスを効果的に受けられる

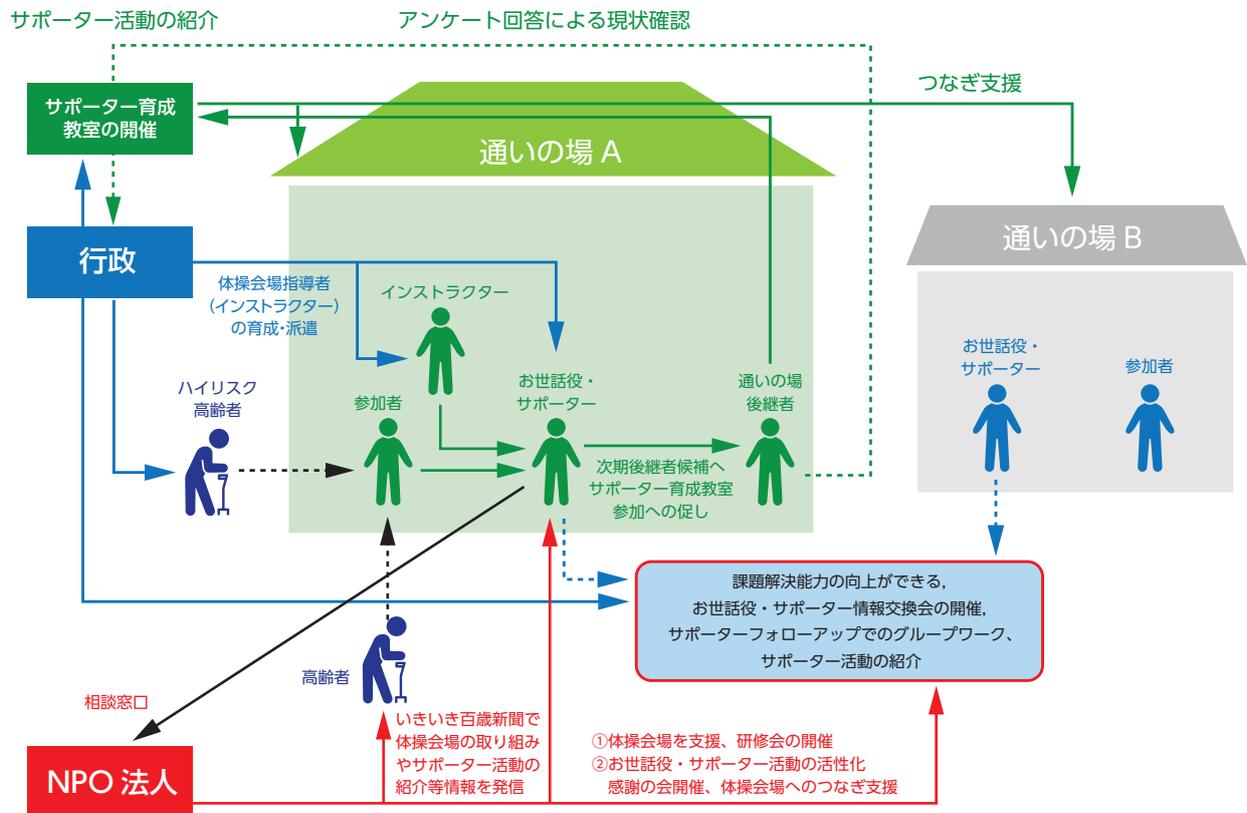
### 地域の理想像や大切にしていること

- ✓ 住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援すること

### 事業スケジュール



## 事業概要：体操会場の活動継続のための現在の仕組み



## 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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### b. いきいき百歳体操の継続・事業拡大に向けた取組

#### (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

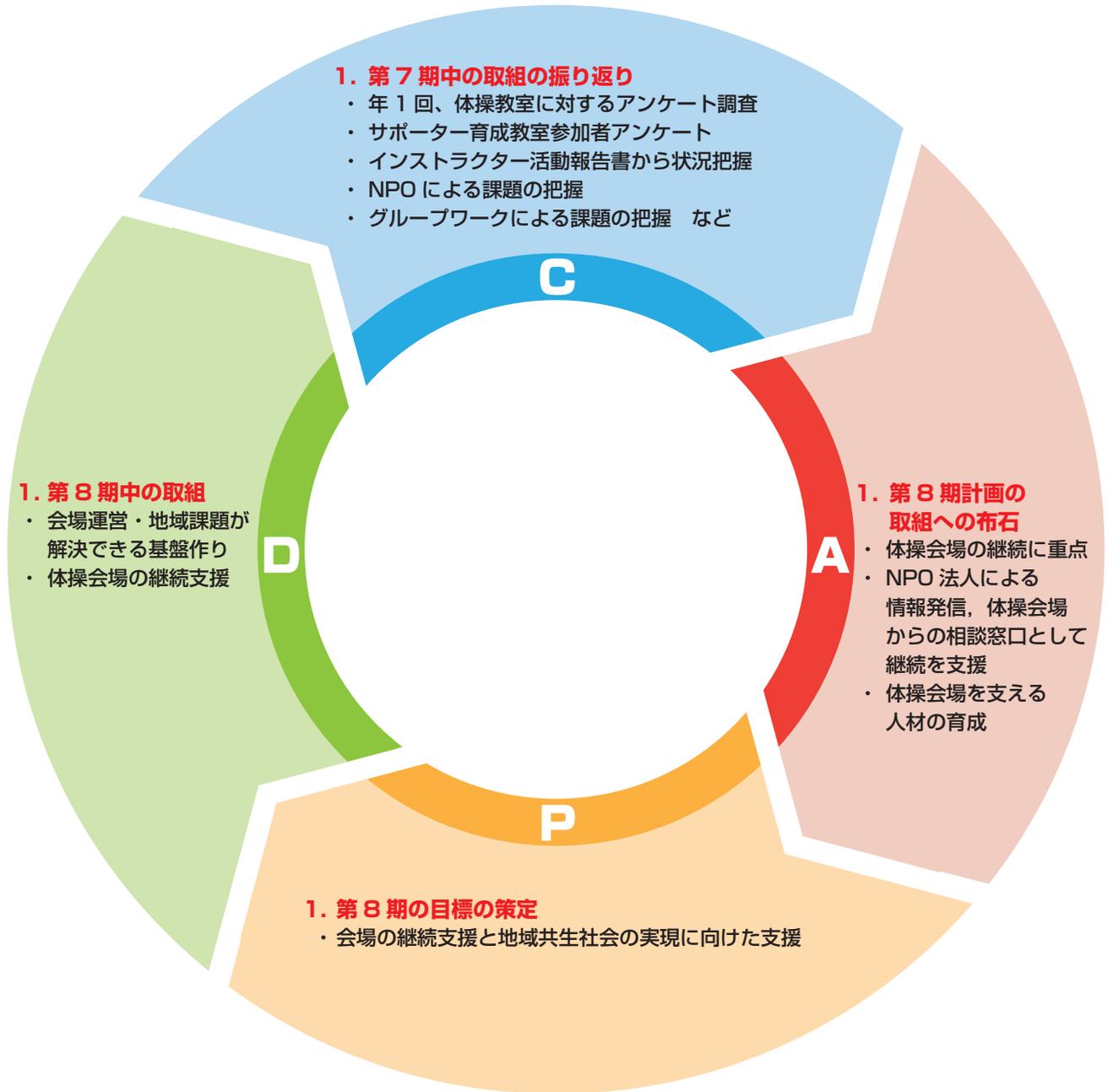
#### (イ) 人材の育成と派遣（行政）

- ・ 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

## いきいき百歳体操の継続のための PDCA サイクル



## いきいき百歳体操の継続のための PDCA サイクルの具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 第 7 期中の取組の進捗管理</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> </ul> <p>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</p> <p>→運営状況を把握することで、継続運営に繋げる</p>

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

<p><b>C</b> (Check)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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"> <li>◇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</li> <li>◇体操会場を支える人材不足</li> <li>◇体操会場情報の共有</li> <li>◇定期訪問による励ましへの期待</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>A</b> (Action)</p>	<p><b>1. 第8期の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・体操会場を支える人材育成</li> </ul>
<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>1. 第8期の目標の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「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</li> <li>① 体操会場の継続支援             <ul style="list-style-type: none"> <li>◇第7期の取組を継続</li> <li>◇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</li> </ul> </li> <li>② 地域共生社会の実現             <ul style="list-style-type: none"> <li>◇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</li> <li>◇高齢者の社会参加の場として、身体機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</li> <li>◇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のかすぐ分かり、見守りができる</li> <li>◇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</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2. 第8期の目標を達成するために必要な取組の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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"> <li>◇会場は<b>徒歩圏内に1か所</b>の設置</li> </ul> </li> </ul>

<b>P</b> (Plan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇参加者数は高齢人口（当時 9 万人）の 1 割（9 千人）を設定</li> <li>◇サポーターを3年間で 360 人育成</li> <li>◇課題を解決できるしくみづくり</li> </ul>
<b>D</b> (Do)	<p><b>1. 第 8 期中の取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 会場運営・地域課題が解決できる基盤作り <ul style="list-style-type: none"> <li>◇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</li> </ul> </li> <li>・ 体操会場の継続に重点 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇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</li> <li>◇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</li> </ul> </li> </ul>

**本事業担当者のコメント**

<p>&lt;上手く進めることができた点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 行政主体ではなく、住民主体で進めることで長続きでき、口コミで参加者が増え、様々な活動へと発展するので、住民を信じて主体的に実施できるよう取り組むと地域づくり等の活動まで広がられます。</li> <li>・ 住民が自分自身の健康づくりを自らが行うという意識を醸成することが重要です。そのためには効果を目に見える形で分かりやすく示すことが重要です。体操に3か月取り組んだ 96 歳の女性が、体操前は歩行時にふらつきがみられていたのに、3 カ月後にはしっかりと小走りできるようになった姿を映像化して示したところ、有効でした。また、住民が簡単に取り組める手法であることも重要です。</li> <li>・ 困ったことはみんな情報共有し、助け合える仕組みを作っていくことで住民自身が課題を解決する能力を身につけることができ、地域課題に対する対応能力がアップします。</li> </ul> <p>&lt;苦労した点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 廃止する会場が発生した時に、廃止になった原因にどのように対応し支援していくか、特に、参加者がいるのに会場が廃止される場合に、どのように代替の会場を設定していくかは大きな課題です。また、体操会場を支える人材を掘り出し、会場へつなげる取り組みを進めることも課題です。</li> </ul>
--

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 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

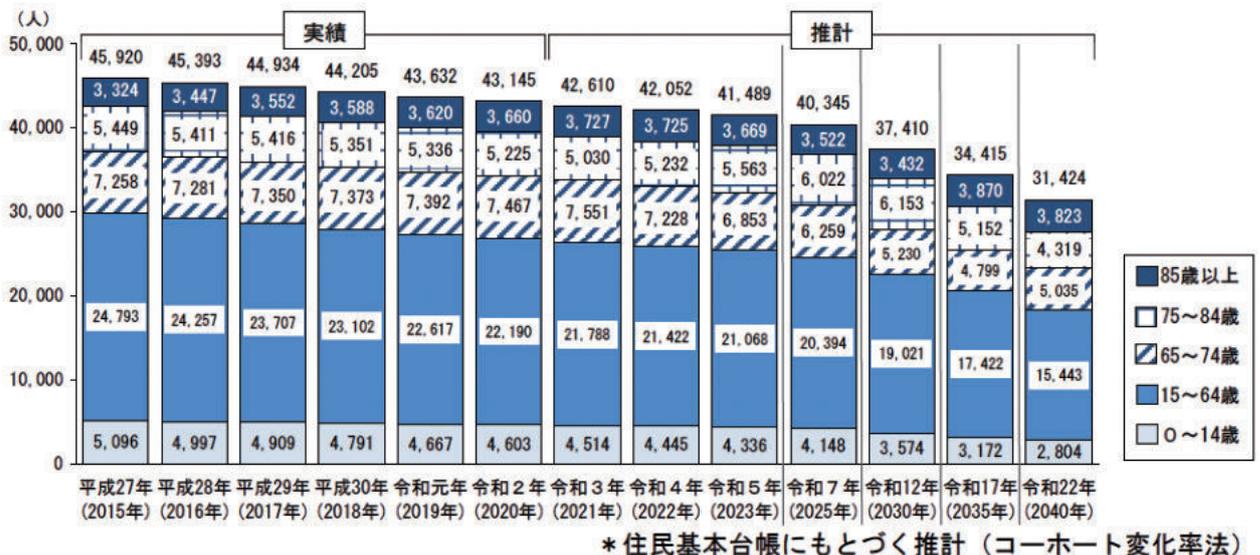
#### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：184.24 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：43,145 人（65 歳以上人口：16,352 人）
- ✓ 世帯数：17,494 世帯
- ✓ 高齢化率：37.9%
- ✓ 認定者数（要支援+要介護）：3,271 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：2,551 人）
- ✓ 日常生活圏域数：5 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：1 箇所（直営）
- ✓ 事業担当者の人数：14 人  
（管理職 1、事務担当 8（保険料 1、総務 1、給付 4、老人福祉 2） 認定調査員 5※非常勤・嘱託職員含）
- ✓ 事業の概算費用：約 53 億円

#### 自治体の背景・課題

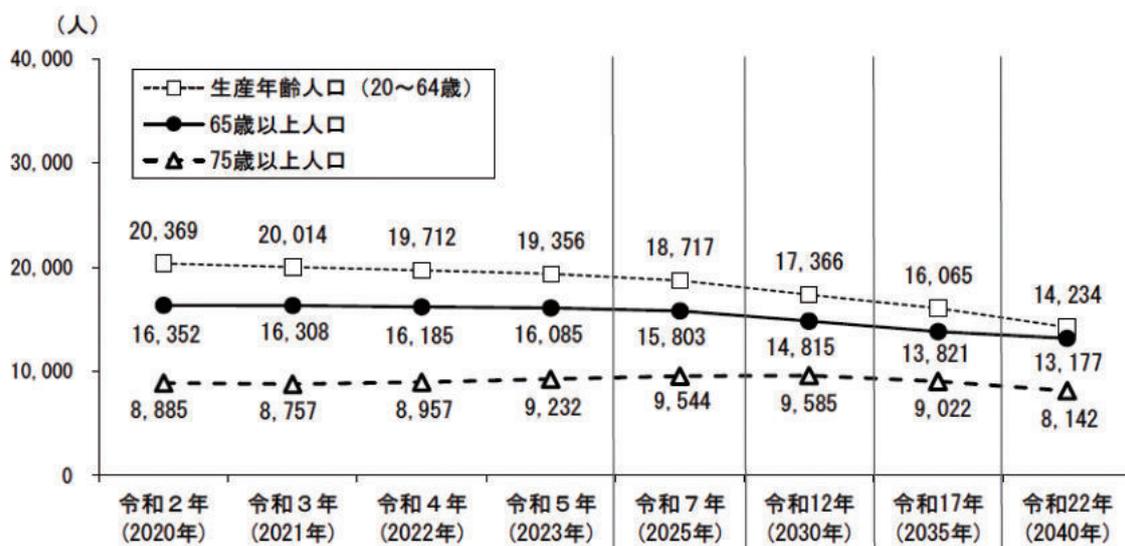
- ✓ 高齢者人口の増加
- ✓ 高齢者を支える現役世代の減少

#### 【人口推移】



出所) 淡路市「高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画」(令和3(2021)年3月)

## 【生産年齢人口と高齢者人口の推移（推計）】



\* 住民基本台帳にもとづく推計（コーホート変化率法）

出所）淡路市「高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画」（令和3(2021)年3月）

## 地域のビジョン

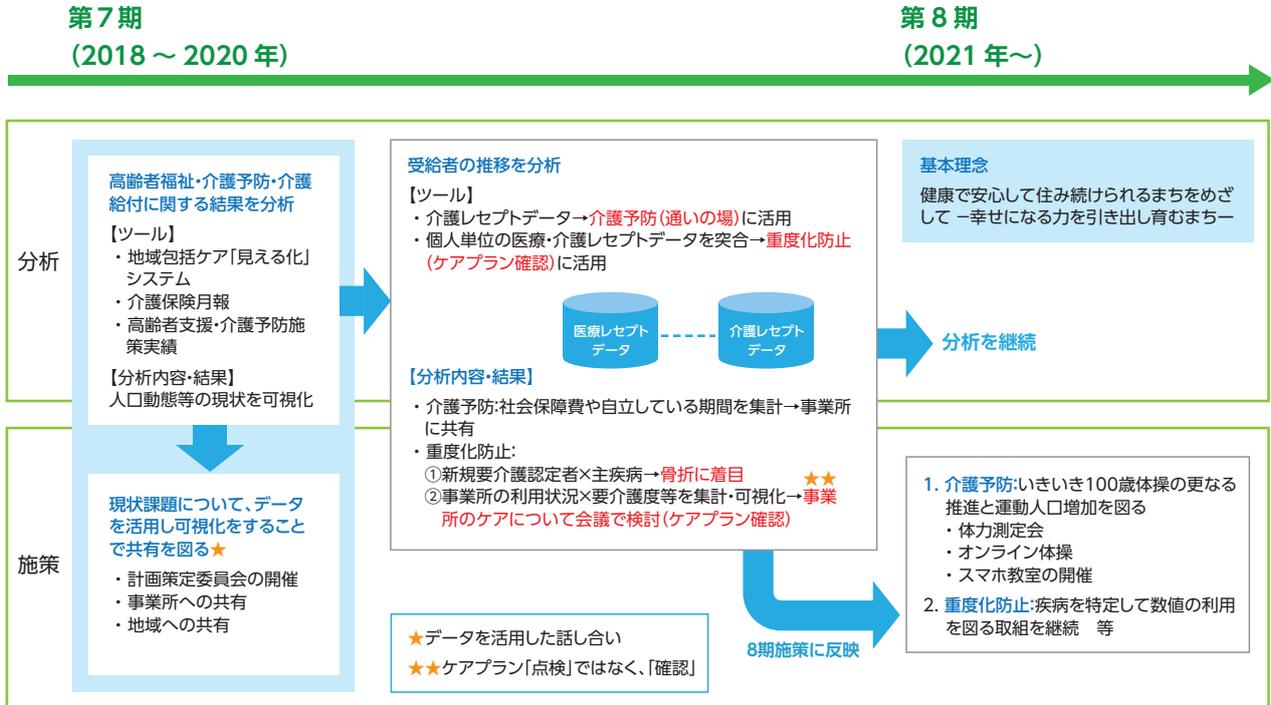
- ✓ 基本理念「健康で安心して住み続けられるまちをめざして—幸せになる力を引き出し育むまち—」
- ✓ 基本目標
  - ・ 受け止めてつなげます より身近な地域包括ケアシステムによる共生社会実現
  - ・ 活躍を支援します 高齢者が活躍できる共助支援体制の整備
  - ・ 幸せな時間を長くします 健康寿命の延伸実現

## 地域の理想像や大切にしていること

- ✓ 自立している期間を長くする
  - ・ 対象者の自立していない時間をいかに短くするか
  - ・ 介護状態の維持期間を、要介護度2以上になる時間をどれだけ短くできるか

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 事業概要



### 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

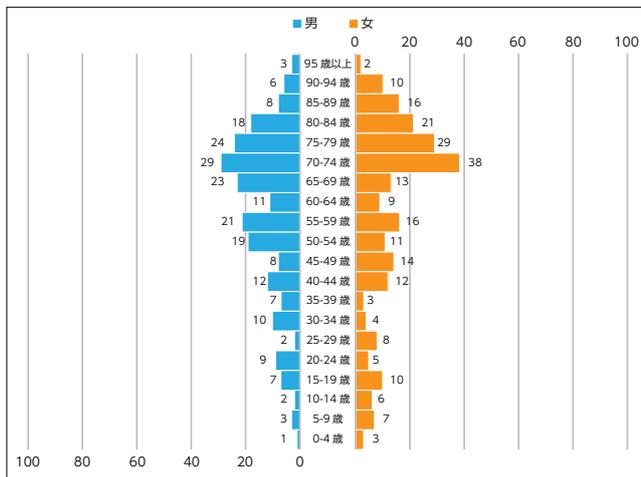
### ③ 地域への共有

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

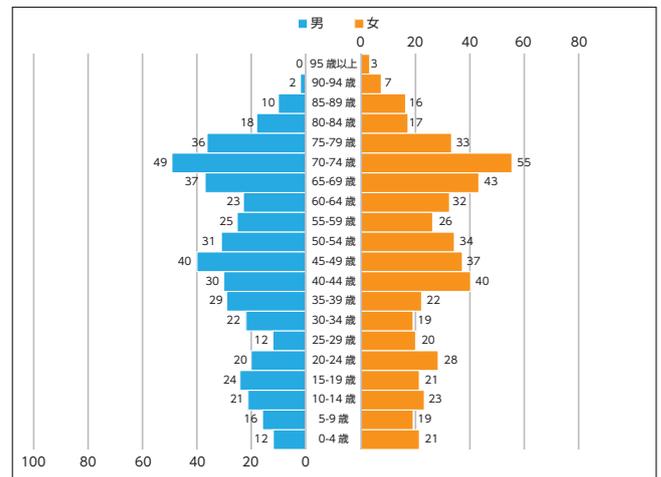
※国土地理院のサイト (<https://maps.gsi.go.jp/>) を活用し、地域の問題（在宅介護者等）を地図上で把握できるようにマッピング

- ・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）

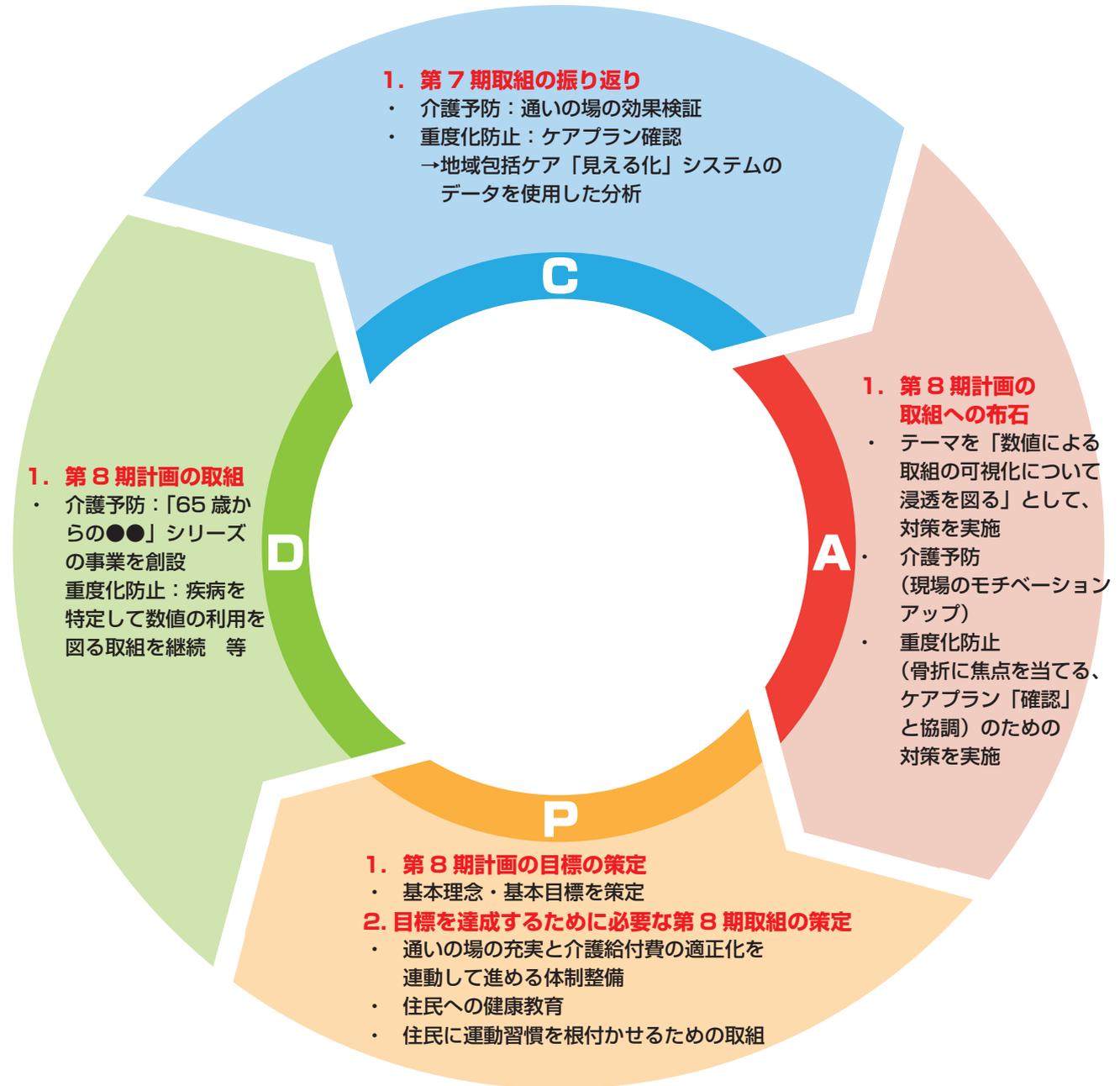
- ・個人単位データを時系列で確認することで、個人を取り巻く状況の変化について把握が可能になる

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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 第8期計画策定のための PDCA サイクル

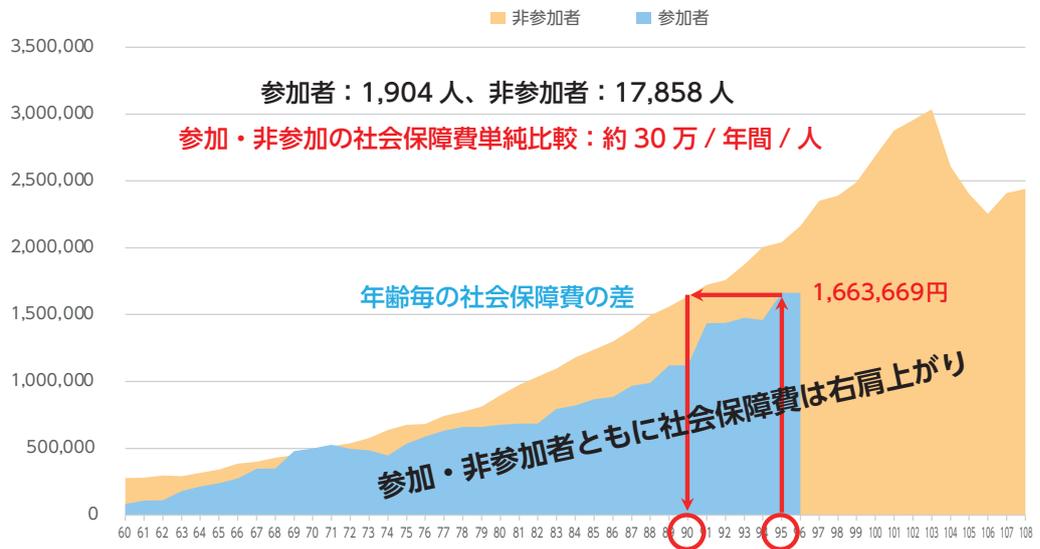


### 第8期計画策定のための PDCA サイクルの具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 第7期取組の振り返り</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>介護予防：通いの場の効果検証</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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               <ul style="list-style-type: none"> <li>i. 体操の参加者と非参加者で、社会保障費の差がある</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

# C (Check)

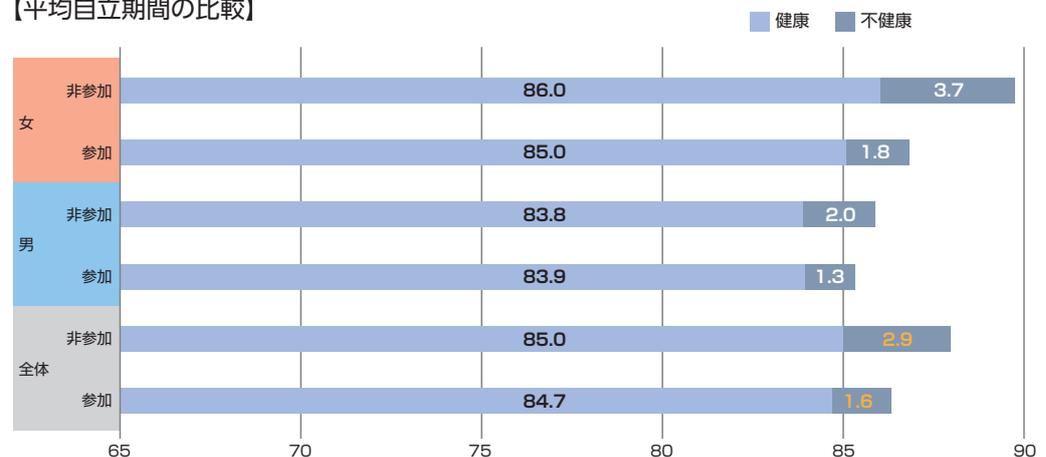
## 【社会保障費の推移】



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

## 2. 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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### C (Check)

【介護度と認定者数】

新規認定者の人数

年度	R2年度の介護度 (R3.310まで 死亡者除く)								合計
	介護度	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
R元年度までの介護度 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

# C (Check)

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

出所) 兵庫県淡路市提供資料

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

<p><b>C</b> (Check)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、<b>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</b></li> </ul>
<p><b>A</b> (Action)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の取組への布石</b></p> <p><b>テーマ「数値による取組の可視化について浸透を図る」</b></p> <p><b>i. 介護予防</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul> <p>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</p> <p>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</p> <p><b>ii. 重度化防止</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>骨折に焦点を当て</b>、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</li> <li>→<b>ケアプラン「点検」ではなく「確認」と強調</b>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</li> <li>・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</li> <li>・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、若年代から運動習慣を根付かせる地域環境の整備が必要</li> </ul>
<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本理念             <ul style="list-style-type: none"> <li>・「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—」</li> </ul> </li> <li>・基本目標             <ul style="list-style-type: none"> <li>・「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」</li> <li>・「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」</li> </ul> </li> <li>・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</li> </ul>

P  
(Plan)

## 2. 目標を達成するために必要な第 8 期取組の策定

- ・ 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

D  
(Do)

## 第 8 期計画の取組

- ・ 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

### i. 介護予防

- ・ 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
- 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]

LINEで話そう。LINEで学ぼう。  
LINEでつなげよう。つながろう。

LINE (ライン) LINE (ライン) LINE (ライン)

聞くに聞けない高齢者のための  
**スマホ教室** 学

今より少しだけ、ちょっとだけ強くなる

「スマホを持っているのに電話だけなんてもったいない! 使い方を知れば知るほど、生活が楽しくなりますよ。」

79歳まで!  
**65歳からの体力測定会**

参加者募集!!

コロナ禍の自粛生活で活動や運動が思ったようにできないけれど、体力状況が気になる方、日々の健康づくりができていないか体力確認をしたい方、体力測定会をご利用ください!

コロナ禍での運動不足に“有酸素運動、ヨガ、筋トレ”

今だけ限定 無料体験

**65歳からの  
オンライン体操!**

参加者募集!!

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、過去の出欠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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

D  
(Do)

### 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

#### 本事業担当者のコメント

##### <上手く進めることができた点>

- ・ 委員会で、データを基にした説明の工夫の結果、①健康取組みの機運を醸成、②保険者を中心に関係者を事業へ巻き込む、③新規イベントの創出に繋がる等、地域の健康づくりの雰囲気向上しました。
- ・ 背景
  - ◇ 外部コンサル会社による検証結果があったため、その結果伝える使命感が強くなり、また自信をもった説明ができるデータが部署内に揃う
- ・ 説明内容の工夫点
  - ◇ 従来の地域包括ケア「見える化」システムの資料に加え、新たな検証結果（地域ごとの結果がわかるよう地図上でマッピングした結果 等）を提示
  - ◇ 介護保険計画の本来の目的（市民の幸せな期間を長くする）を改めて伝達
- ・ 説明方法の工夫
  - ◇ 情報発信のインパクト、事業への共感、健康事業を進めていく地域体制整備という、健康事業を取り組むためのストーリー構成
  - ◇ 関係者へデータ提供をしながら関係者同士の横連携に繋がるよう、介護保険計画の目的を意識してもらうように進める
  - ◇ 会議時、聴く人に応じて話のポイントを変化させた説明ができるように意識

##### <苦労した点>

#### ① 従来の取組みの検証

- ・ 取組み当初は、効果の有無のみが重要で事業のゴールであると考えておりました。しかし、施策の効果検証と合わせ、効果を高める取組みをする必要があることがわかりました。
- ・ そのために、事業運営の関係者会議等でデータ検証を報告し検討する場を作り、全体で考えることが解決に必要であると考えます。
- ・ EBPM（証拠に基づく政策立案）の考えを取り入れ、PDCA サイクルをまわした運営ができる体制を保険者だけでなく関係者とともに整備することが事業運営において大切です。

#### ② 組織内部の情報共有と活用

- ・ 外部コンサル会社から、データ活用と施策改善のためのコーチングを受けながら業務を進めております。
- ・ まず、健康事業の推進のためにデータ活用の基盤整備のため、平成 27 年度分から KDB データの個人別のデータと通いの場（いきいき 100 歳体操参加者出欠、TUG データ）のデータを個人別に紐づけました。
- ・ また、職員のデータ活用推進のため、①データ活用（ピボットテーブル活用）のスキル研修、②現場での気づきや見立てについてデータで可視化することを実施しました。現状、職員全員が難なくデータ活用できる状態には至っていませんが、組織内部でのデータ活用の関心や意識は高くなっております。

### ③ 介護と医療が重なる領域の目標値設定

- ・ 前述の検証結果より、定量的な目標として、2030年「85歳まで介護なし人生、自立していない期間2年」を掲げております。介護予防だけでなく、病気の予防や重症化も関係することから、医療と複合的に事業を実施することが必要です。関係者も増えるため、施策が乱立し、検証項目が増加することが悩ましい点です。
- ・ 焦点をあてて取り組む必要があるため、生活の質（QOL）の維持向上を目的とし、QOLの維持向上は、ADLの維持向上と直接に関係することから、運動人口の増加を主軸とした事業を推進しました。淡路市での介護予防及び重度防止の起点は運動とし、それが生活習慣病などの疾病予防や重症化予防に関係するとし、KPIは運動人口としております。

#### <現在の課題>

- ・ 介護認定の最大要因が認知症と骨折です。運動の効果検証はできましたが、認知症対策での効果検証ができていません。運動を基礎とした介護保険事業を運営するため、今後は、運動を取り入れたコグニサイズに取り組めます。効果のある認知症予防策、認知症進行遅延策を関係者とともに取り組んでいけるように項目を検討し、追加して事業運営を持続できるようにしていきたいと考えています。
- ・ 市民の幸せな時間が長くなるよう、できる力をいかに残していけるか、そのための体制整備を保険者と関係者で構築して持続できる地域づくりを実現し、できることをいつまでも悦びに感じてもらえるよう、自己肯定感のある生き方を支援できる事業運営を進めていきます。

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 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

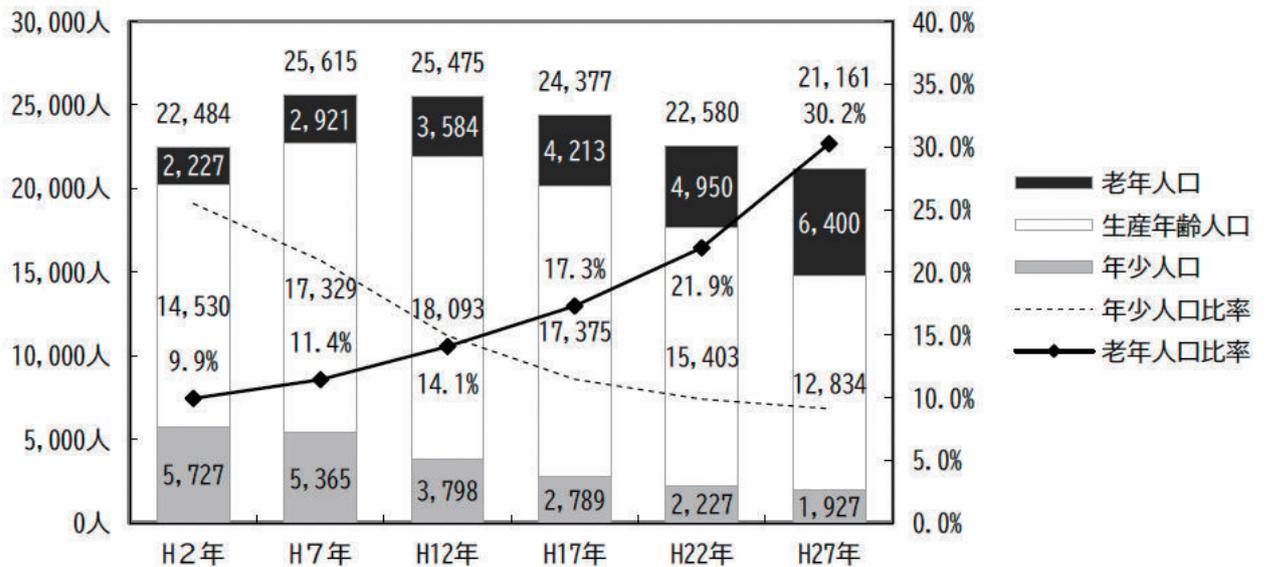
#### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：32.51 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：20,344 人（65 歳以上人口：7,905 人）
- ✓ 世帯数：9,131 世帯
- ✓ 高齢化率：38.9%
- ✓ 認定者数（要支援＋要介護）：873 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：655 人）
- ✓ 日常生活圏域数：1 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：1 箇所

#### 自治体の背景・課題

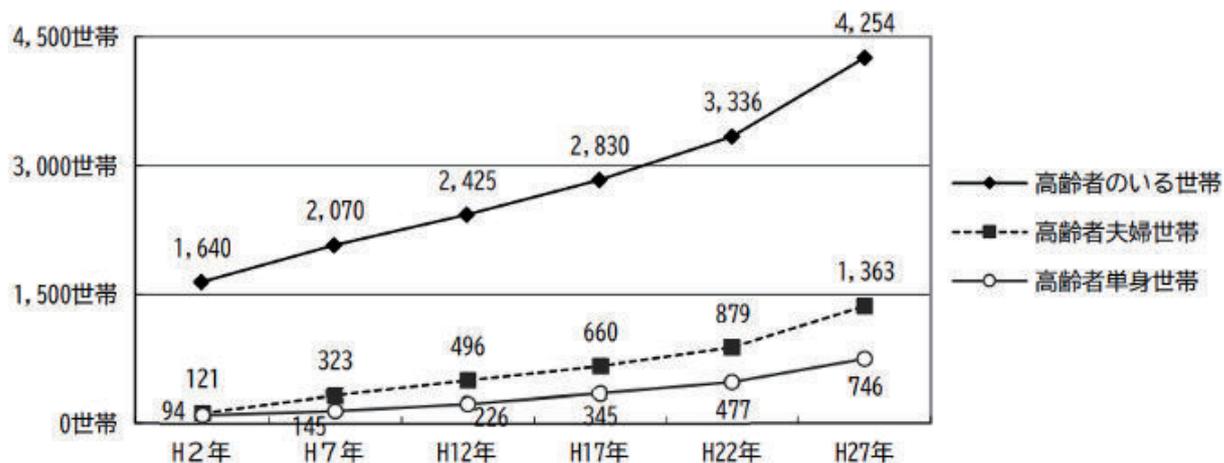
- ✓ 高齢者人口の増加
- ✓ 高齢者世帯の増加

#### 【総人口・年齢 3 区分別人口の推移】



出所) 千葉県栄町「栄町 高齢者保健福祉計画第8期介護保険事業計画」(令和3年3月)

## 【高齢者世帯数の推移】



資料：国勢調査(各年10月1日時点)

出所) 千葉県栄町「栄町 高齢者保健福祉計画第8期介護保険事業計画」(令和3年3月)

## 地域のビジョン

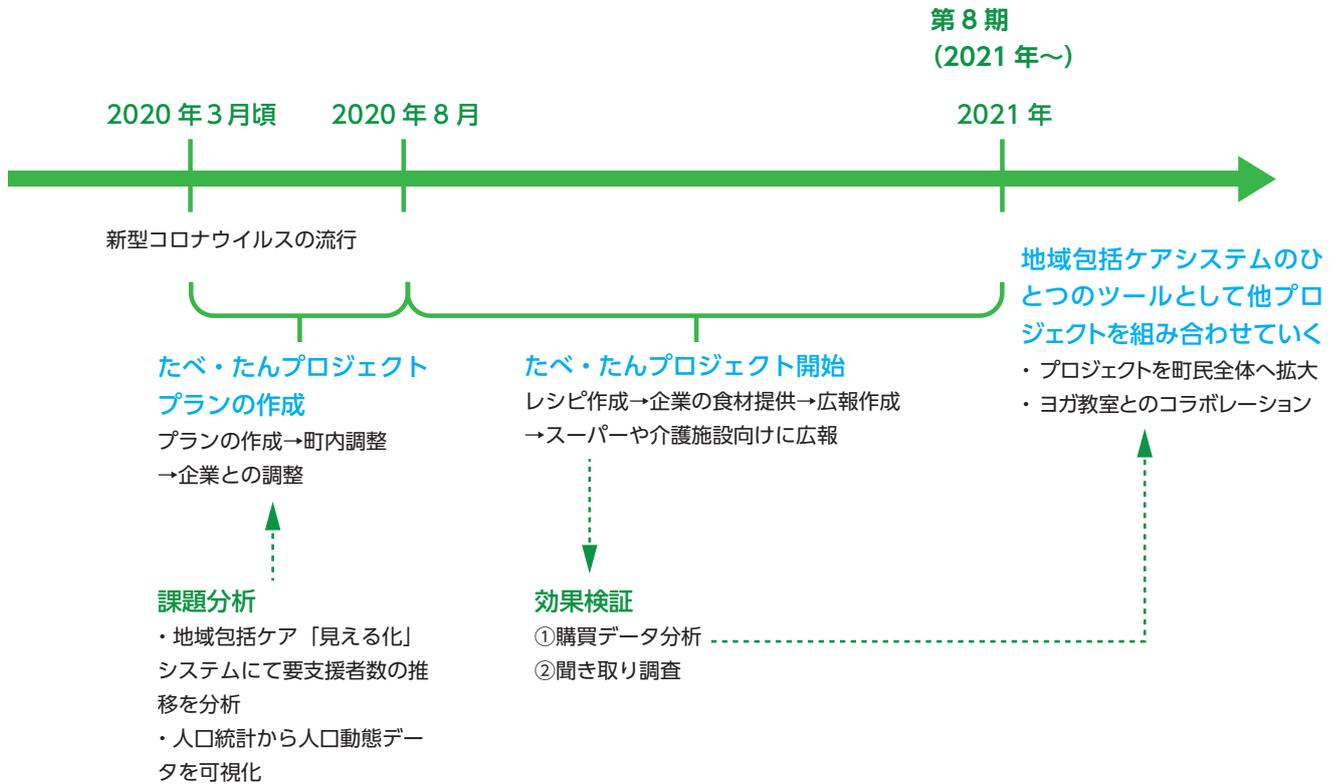
- ✓ 基本理念 「いつまでも・いきいき暮らせるまち・さかえ」
- ✓ 基本目標
  - ・ 生きがいをもって積極的に社会参加できる地域社会
  - ・ 安心して暮らせる地域社会の構築
  - ・ 利用者の需要に応じた介護サービスの提供

## 地域の理想像や大切にしていること

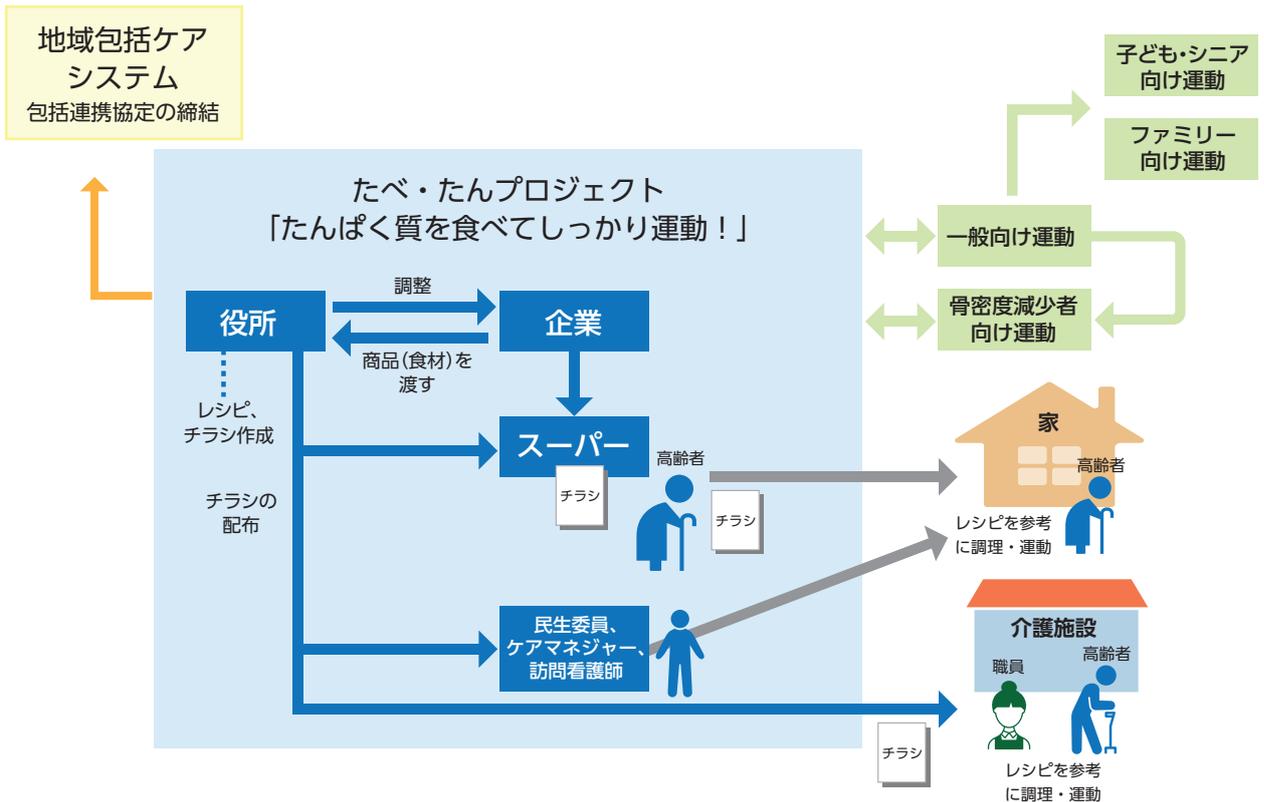
- ✓ 「たべ・たんプロジェクト」をひとつのツール(切り口)とする地域包括ケアシステムの構築
  - ・ 町内の連携を進めて様々な「点」をつないでいく形で「たんぱく質を食べて、しっかり運動!」を進めること

## 2. 個別取組におけるPDCA サイクルについて

### 事業スケジュール



### 事業概要：「たべ・たんプロジェクト」からの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

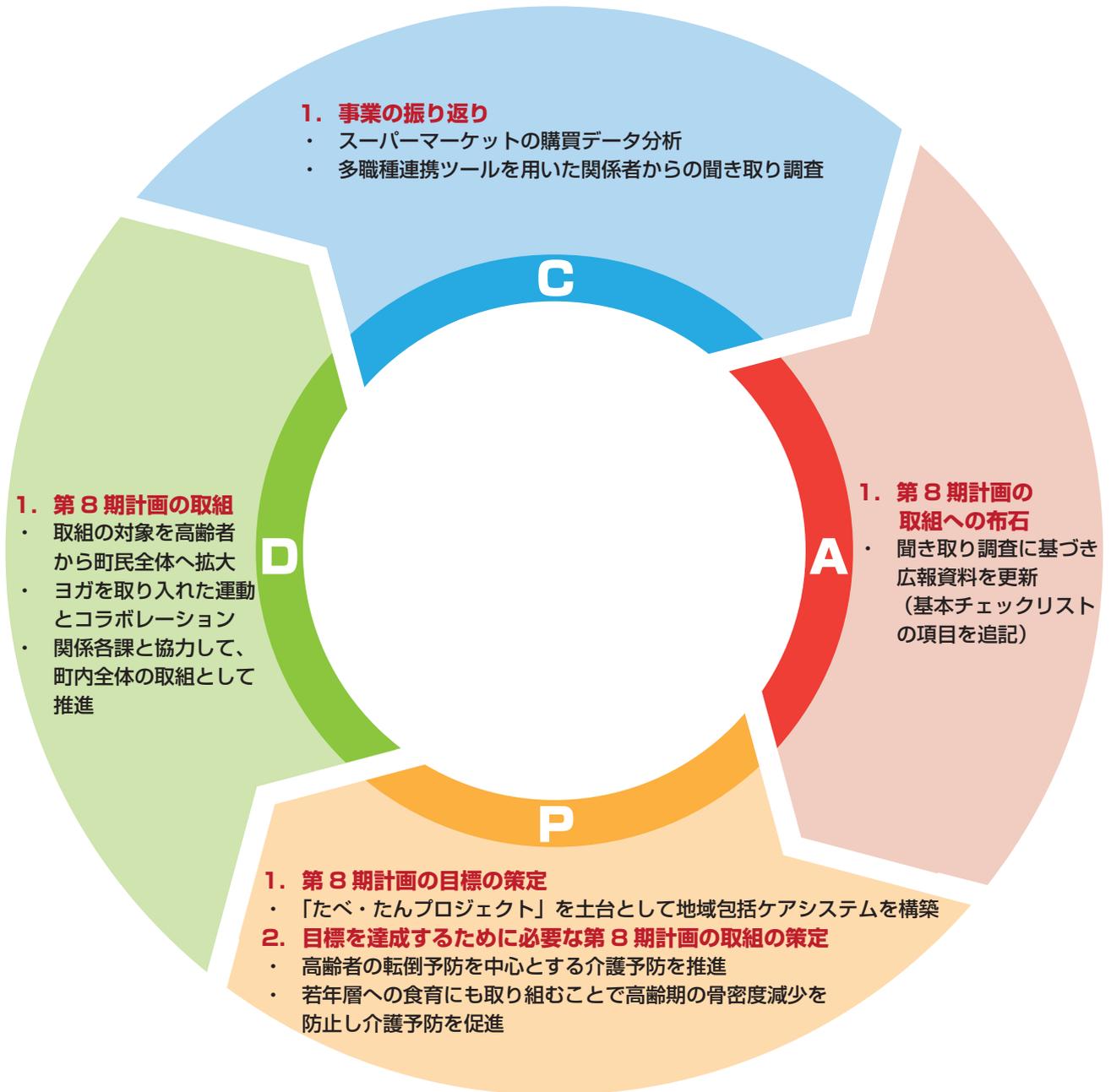
- ① 令和2年5月より、食事に関する取組である「たべ・たんプロジェクト」を企画し、産業課や総務課の了承を得た
- ② その後、健康介護課で取組の全体的な方針「高齢者に対して高たんぱく質の摂取を促し、フレイル予防をめざすこと」を策定
  - ・ 町内関係部署に、工業団地の企業へのアプローチ方法の照会、民生委員へのプロジェクト紹介と広報活動への協力などを依頼
- ③ 令和2年7月より、町内の工業団地内の食品企業等に声掛けし、プロジェクトへ協力を依頼

(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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 第8期計画策定のための PDCA サイクル



### 第8期計画策定のための PDCA サイクルの具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 取組の振り返り</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「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"> <li><b>i. スーパーマーケットの購買データ分析</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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<b>購買データ</b>(前年データ含)を提供して頂き、<b>レシピ掲載商品の売上変化を確認</b></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

<p><b>C</b> (Check)</p>	<p>→たんぱく質摂取に繋がっているかを検証</p> <p>→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</p> <p><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>→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</li> </ul>
<p><b>A</b> (Action)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・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）</li> <li>→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</li> </ul>
<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の目標の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「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</li> </ul> <p><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul> <div data-bbox="438 1489 1428 2027" data-label="Diagram"> </div> <p>出所) 千葉県栄町提供資料</p>

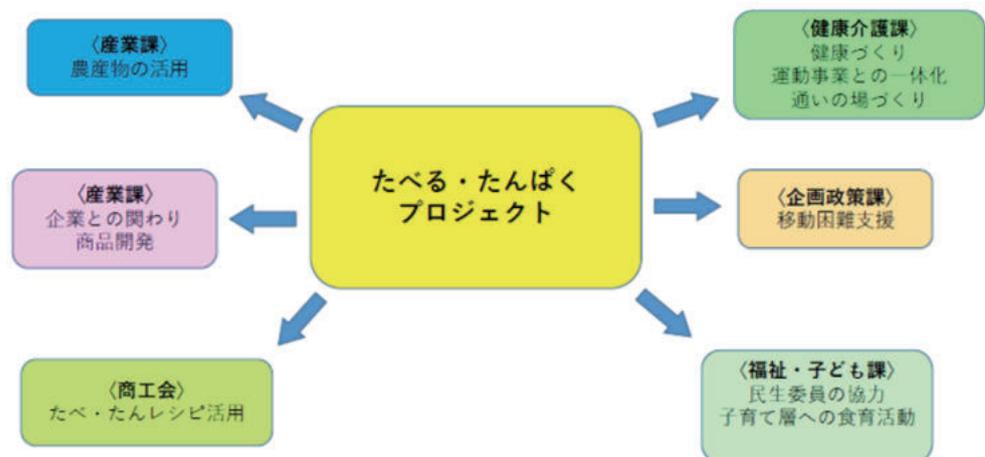
## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

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

#### 本事業担当者のコメント

<上手く進めることができた点・工夫した点>

- ・ 取組を進めるにあたって、以下のような点を工夫しました。
  - ▷ 町職員による調理・撮影（→職員の紹介）
  - ▷ 置きっぱなしでなく、手渡し（届きにくい人へのアプローチ）
  - ▷ 高齢者の来店のもっとも多い時間帯にピンポイントで配布
  - ▷ 1回10日間の短期間の広報の実施（インパクトを高めるために短期間の実施とした）
  - ▷ 調理工程と調理器具の少ない簡単レシピ（→町の管理栄養士）
  - ▷ 売上データによる効果検証
  - ▷ 「各企業の文化の違い」「本社と工場の立場の違い」に注意しながら、企業+企業、企業+医療・介護など、多様な関係者と連携
  - ▷ 食品スーパーは町民誰もが足を運ぶ場所であり、地域の健康を預かる機能を有している。行政にとっても重要であり、広報活動の拠点として活用するとともに、効果検証での協力を依頼

<「報・連・相」を特に心掛けた点>

- ・ 役場内の他セクションにも説明して協力を依頼しています。

▷ 依頼した協力内容の例

- ◇ 工業団地の企業へのアプローチ方法について相談
- ◇ 各企業との協働作業に必要な事項について相談
- ◇ 町広報誌「広報さかえ」にある健康推進班の「健康よろず版」「管理栄養士おすすめレシピ」の紙面使用依頼
- ◇ 町広報誌「広報さかえ」のレイアウト、記事内容等の相談
- ◇ 民生委員への事業紹介と広報活動への協力依頼
- ◇ 町内独居高齢者、高齢者夫婦のみの世帯数の情報提供の依頼
- ◇ 食料品製造業や小売業等の町内に本社、工場のある企業の協力を依頼

▷ 企業との調整を行った例

- ◇ 今まで企業側は、町産業課、企画政策課等と関りはあったが、健康介護課とはありませんでした。そのため初めて事業協力を受けた企業側の中には、疑問を感じる企業もありました。町から協力依頼するにあたり、『運動（筋力アップ等）のためにはたんぱく質摂取が必須』と説明し、協力を得ることが出来ました。
- ◇ ブランド調味料を扱う企業には、『肉類等のたんぱく質摂取を促すために、味付けと彩は大きなポイント』と説明し、協力を得ました。
- ◇ 企業のロゴデザインの使用に慎重な企業もあったが、他社の回答状況を伝えて使用可となりました。
- ◇ レシピの内容について、食材量の表示や焼き具合の表現などで様々な意見があり、その都度、一斉メールで文案をいくつか提示し、電話で意見聴取して、多数決で決めていきました。

<現在の課題>

- ・ コロナ禍において取組を始めたため対面や集合での取組が難しく、個人レベルの変化の分析は今後の課題です。また、今後、医療費等への影響も分析する必要があると考えています。

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 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

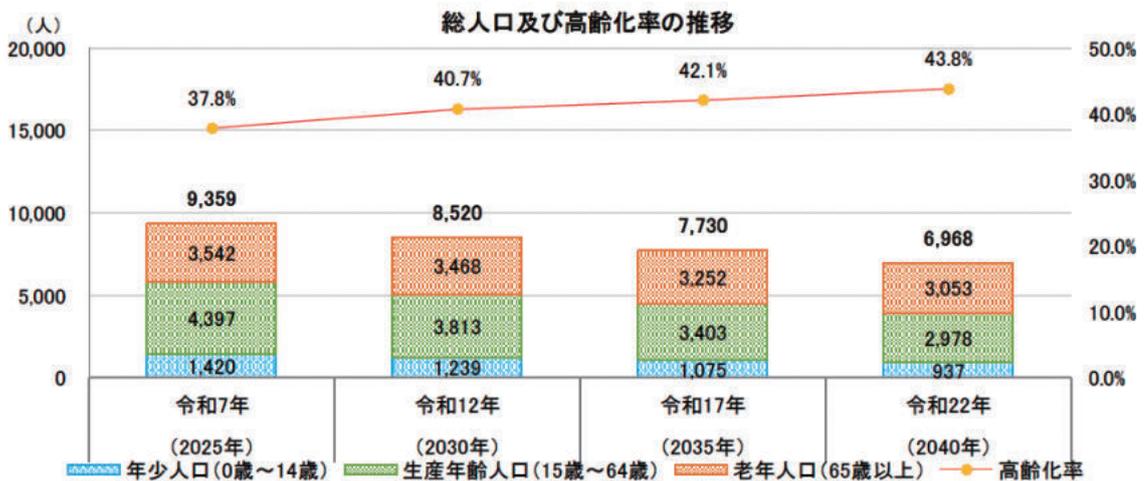
#### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：248.02 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：10,547 人（65 歳以上人口：3,386 人）
- ✓ 世帯数：4,692 世帯
- ✓ 高齢化率：32.1%
- ✓ 認定者数（要支援+要介護）：552 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：474 人）
- ✓ 日常生活圏域数：1 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：1 箇所

#### 自治体の背景・課題

- ✓ 高齢化率の上昇
- ✓ 高齢者単身世帯数の増加
- ✓ 高齢者人口に占める就業者割合の上昇
- ✓ 要介護・要支援者数の増加
- ✓ 後期高齢者の有病率は、心臓病 57.5%、高血圧症 52.0%、筋・骨格系 50.7%と高い
- ✓ 国保事業では、糖尿病や高血圧症など生活習慣病の重症化予防が課題

#### 【総人口及び高齢化率の推移】



（資料：国立社会保障・人口問題研究所 令和2年～令和27年「地域別将来推計人口（平成30年推計）

出所）鹿児島県徳之島町「高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定」（令和3年3月）

### 【世帯数の推移】

		平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年
一般世帯数		4,383	4,200	4,040
高齢者のいる世帯数		2,231	2,201	2,204
	構成比	50.9%	52.4%	54.6%
高齢者単身世帯数		824	864	904
	構成比	18.8%	20.6%	22.4%
高齢者夫婦世帯数		665	605	587
	構成比	15.2%	14.4%	14.5%
高齢者同居世帯数		742	732	713
	構成比	16.9%	17.4%	17.6%

(資料:国勢調査)

出所) 鹿児島県徳之島町「高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定」(令和3年3月)

### 【高齢者の就業状況】

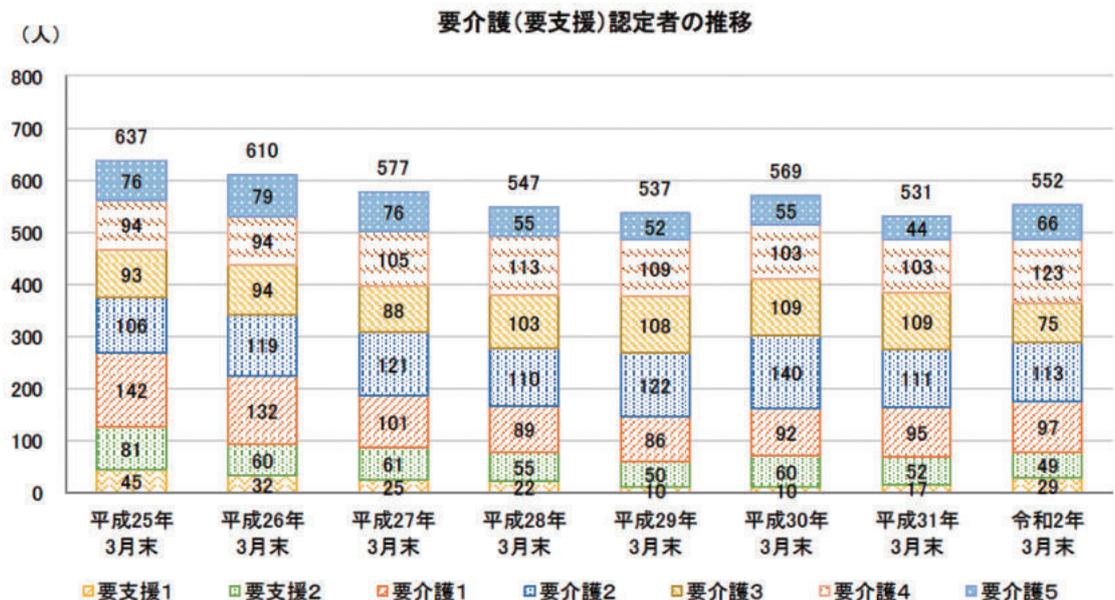
	総就業者数 (A)	65歳以上人口 (B)	65歳以上の就業者数		総就業者に占める高齢者の割合 (C/A)	高齢者人口に占める就業者の割合 (C/B)	
			(C)	65~74歳			75歳以上
平成 22 年	5,203	3,294	673	419	254	12.9%	20.4%
平成 27 年	4,986	3,310	738	505	233	14.8%	22.3%
平成 27 年(県)	753,855	479,734	101,397	76,962	24,435	13.5%	21.1%

(人)

出所) 鹿児島県徳之島町「高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定」(令和3年3月)

(資料:国勢調査)

### 【要介護(要支援)認定者の推移】



(資料:厚生労働省 平成24年度から平成30年度「介護保険事業状況報告(年報)」、令和元年度:「介護保険事業状況報告(3月月報)」、令和2年度:直近の「介護保険事業状況報告(月報)」)

出所) 鹿児島県徳之島町「高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画策定」(令和3年3月)

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

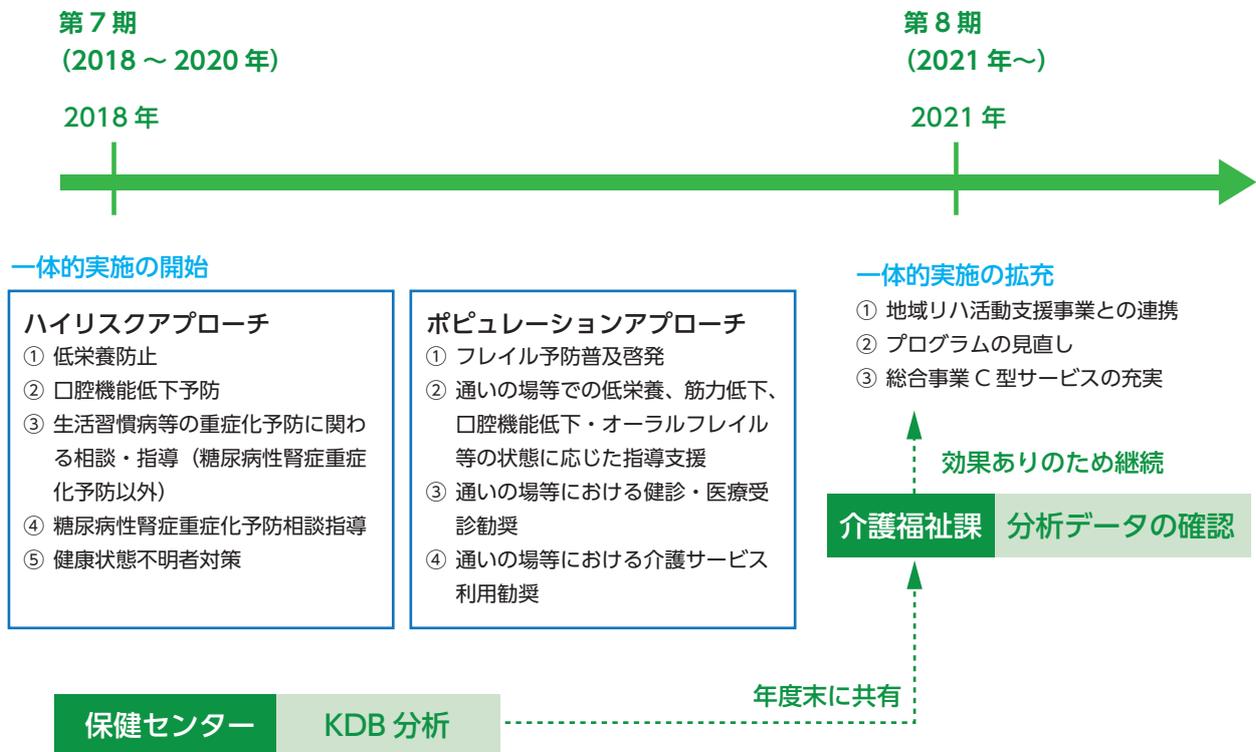
### 地域のビジョン

- ✓ 基本理念「誰もがいきいきと元気に、地域でつながりあい、助けあえる 笑顔と共生のまち」
- ✓ 基本目標
  - ・ 健康長寿で地域に貢献できる元気高齢者のまち
  - ・ 誰もが居場所があり共に支えあうまち
  - ・ 住み慣れた場所で、笑顔で暮らせる共生のまち
  - ・ 自らの選択のもとに、最期まで自分らしく暮らせるまち
  - ・ 介護サービス基盤が充実した自立支援を図るまち

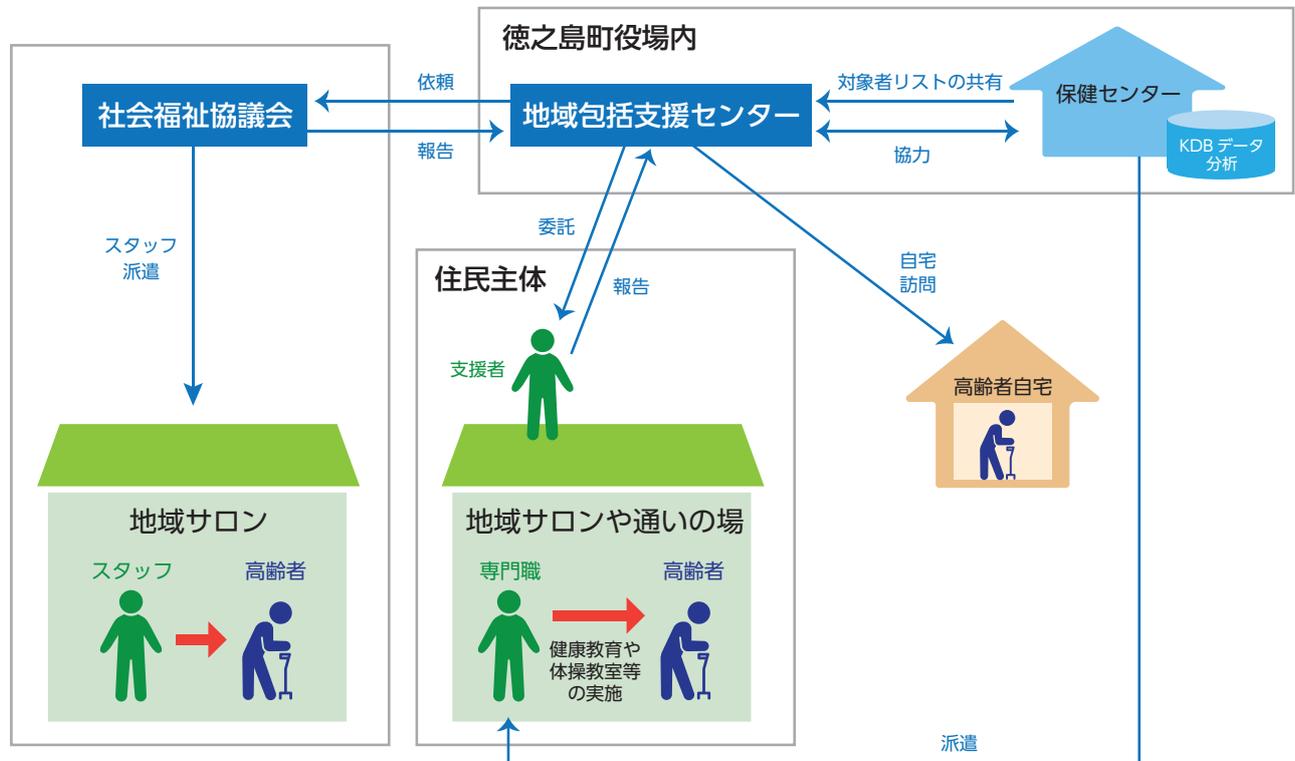
### 地域の理想像や大切にしていること

- ✓ 地域ごと介護予防・支え合い助け合い活動

### 事業スケジュール



## 事業概要：保健事業と予防事業の一体的実施のための協力体制



## 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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

- (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・社会福祉協議会とで連携をはかり、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・社会福祉協議会とで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

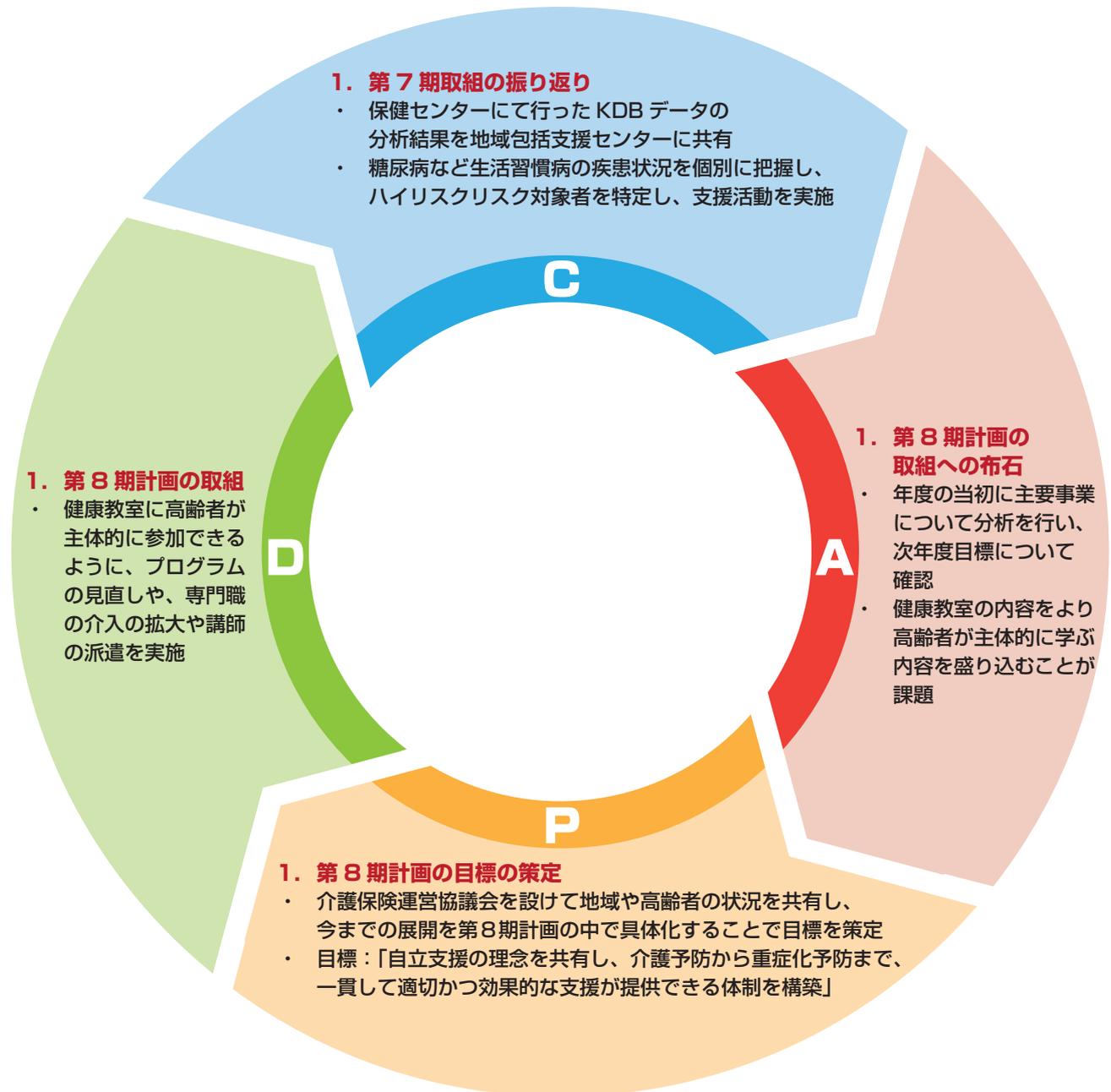
- ① この活動に、保健センターの職員（保健師・管理栄養士・歯科衛生士等の専門職）が参加し、高齢者に対する教育・指導や相談を実施
- ② 参加者の状態や相談内容のなかで介護と関連する内容がある場合は、地域包括支援センターの職員へつなぐ

(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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 第8期計画策定のための PDCA サイクル



### 第8期計画策定のための PDCA サイクルの具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 第7期取組の振り返り</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>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</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>C</b> (Check)</p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <b>KDB データ分析結果の地域包括支援センターへの共有</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li> <b>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</b>  →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</li> </ul> </li> <li> <b>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</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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<b>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</b></li> </ul> </li> </ul>
<p><b>A</b> (Action)</p>	<p><b>1. 第8期計画の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第7期介護保険事業計画の取り組みの評価については、<b>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</b>  →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</li> <li>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</li> </ul>
<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>1. 第8期計画の目標の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>計画の一部である一体化事業については、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</li> <li>「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</li> </ul>

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

P (Plan)	<b>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</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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、<b>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</b></li><li>・ コロナ禍の影響で現在は一時中止しているが、<b>地域リハビリテーション事業も重要課題</b> →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</li><li>・ 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</li></ul>
D (Do)	<b>1. 第 8 期計画の取組</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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、<b>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</b></li></ul>

### 本事業担当者のコメント

#### <上手く進めることができた点>

- ・ 社会福祉協議会との関係は良好であり業務を委託しているが丸投げ状態ではなく地域包括支援センターも一緒になって事業を協働しています。集落でのサロン運営委託なども同様で地域包括支援センターが丸投げにはしていないので効果的な連携体制が成り立っています。
- ・ 保健センターと地域包括支援センターの保健師は保健師連絡会を通して顔馴染みがあります。特に人材確保について課題を共有し、各事業の報告を相互に行って情報共有しています。

#### <苦労した点>

- ・ あまりありませんが、担い手が不足しているサービスがあります。

## (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

##### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

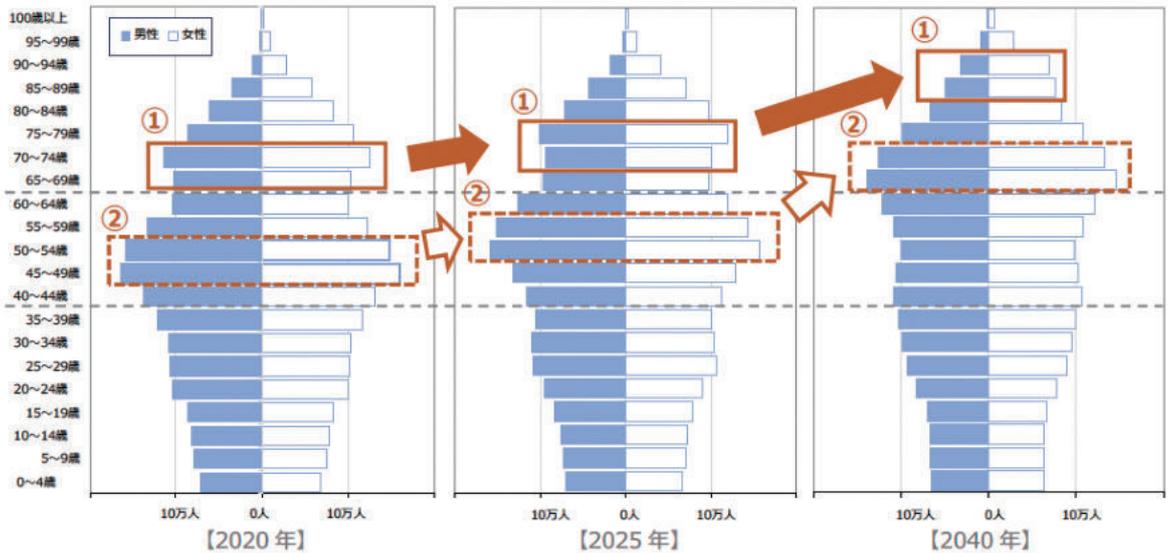
- ✓ 面積：435.50 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：3,760,472 人（65 歳以上人口：925,125 人）
- ✓ 世帯数：1,821,311 世帯
- ✓ 高齢化率：24.6%
- ✓ 認定者数（要支援＋要介護）：173,220 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：123,842 人）
- ✓ 日常生活圏域数：148 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：143 箇所（基幹型・委託など）
- ✓ 本事業担当者の人数：12 人  
(特別養護老人ホーム整備担当 6 人、特定施設整備担当 2 人、地域密着型サービス事業所整備担当 4 人)
- ✓ 事業の概算費用：約 50 億 5 千万円 (R3 年度)
  - ・特別養護老人ホーム 約 46 億円
  - ・地域密着型サービス事業所 約 4 億 5 千万円

##### 自治体の背景・課題

- ✓ 「団塊の世代」及び「団塊ジュニア世代」の高齢化
- ✓ 要支援・要介護認定者数、認知症高齢者数が急増する見込み

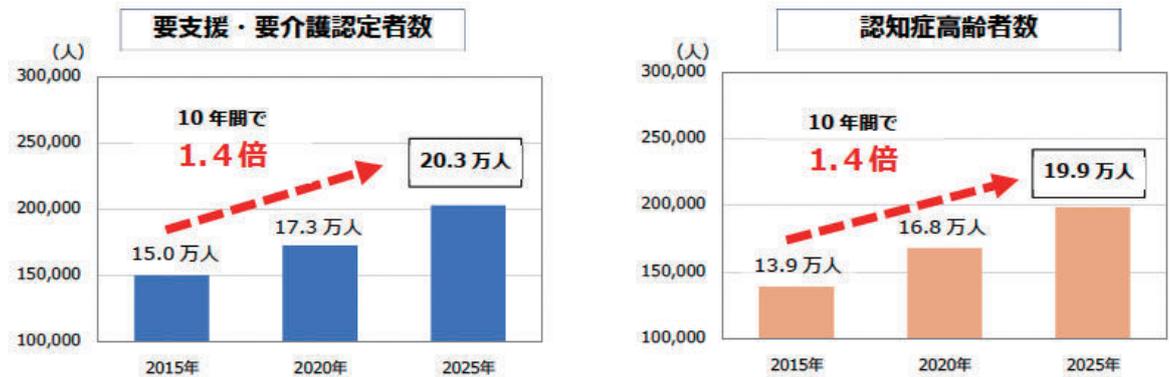
## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

【人口ピラミッドの推移】



出所) 横浜市健康福祉局高齢健康福祉課「よこはま地域包括ケア計画 概要版」(令和3年3月)

【要支援・要介護認定者数、認知症高齢者数】



出所) 横浜市健康福祉局高齢健康福祉課「よこはま地域包括ケア計画 概要版」(令和3年3月)

### 地域のビジョン

- ✓ 2025年の目指す将来像
  - ・ 地域で支え合いながら、介護・医療が必要になっても安心して生活でき、高齢者が自らの意思で自分らしく生きることができる
- ✓ ポイント
  - ・ <地域で支え合い>を実現するための地域づくり
  - ・ <介護・医療が必要になっても安心して生活>するためのサービスの充実
  - ・ <介護・医療が必要になっても安心して生活>するためのサービスの充実
- ✓ 基本目標
  - ・ ポジティブ・エイジング
  - ～誰もが、いつまでも、どんなときも、自分らしくいられる「横浜型地域包括ケアシステム」を社会全体で紡ぐ～

## 地域の理想像や大切にしていること

- ✓ 第8期計画の重点キーワード
  - ・ 特別養護老人ホーム入所までの待機期間
  - ・ 高齢者の住まいの悩みの解消

## 事業スケジュール

第7期

(2018～2020年)

第8期

(2021年～)

	介護老人福祉施設	特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)	認知症対応型生活介護(グループホーム)	小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護
目標	600人/年	700～800人/年	225人/年	16か所/年
施策	1. 新規施設公募の工夫 ・公募方法の工夫 ・施設の偏在緩和への対応 2. 入所者・入居者の申し込みの受付の際の工夫			
課題	土地の確保(一部、人材の確保も課題となっているサービスあり)			
施策	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	—	民有地のマッチング事業の実施	市街化調整区域の活用、民有地のマッチング及び公有地の貸与
達成度	達成	達成	概ね達成	未達成



重点キーワード
「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」
目標
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

## 施設整備量および目標

単位	H30年度 2018年度	R1年度 2019年度	R2年度 2020年度	R3年度 2021年度	R4年度 2022年度	R5年度 2023年度	
<b>介護保険施設(定員)</b>							
特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	人	15,855 (262)	16,401 (546)	16,899 (498)	17,318 (419)	17,956 (638)	18,846 (890)
※うち、地域密着型	人	55 (0)	55 (0)	84 (29)	113 (29)	171 (58)	200 (29)
介護老人保健施設	人	9,571 (0)	9,571 (0)	9,571 (0)	9,571 (0)	9,571 (0)	9,571 (0)
介護医療院/ 介護療養型医療施設	人	362 (0)	272 (△90)	272 (0)	272 (0)	272 (0)	272 (0)
<b>居住系サービス(定員)</b>							
認知症高齢者グループホーム	人	5,583 (281)	5,754 (171)	5,922 (168)	6,147 (225)	6,372 (225)	6,597 (225)
特定施設(有料老人ホーム)	人	14,033 (798)	14,540 (507)	15,302 (762)	15,752 (450)	16,202 (450)	16,652 (450)
※うち、介護専用型	人	4,320 (808)	4,915 (595)	5,677 (762)	6,127 (450)	6,577 (450)	7,027 (450)
※うち、地域密着型	人	12 (0)	12 (0)	12 (0)	12 (0)	12 (0)	12 (0)
※うち、混合型	人	9,701 (△10)	9,613 (△88)	9,613 (0)	9,613 (0)	9,613 (0)	9,613 (0)

※H30,R1年度は実績値、R2年度は実績見込み値、R3～5年度は計画値

※上段：年度末の定員数、下段：年度中の増減

出所) 横浜市健康福祉局高齢健康福祉課「よこはま地域包括ケア計画 概要版」(令和3年3月)

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 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 サイクル



## 第8期計画策定のための PDCA の具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 第7期取組の進捗確認・共有・振り返り</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>各施設ともに共通している課題は土地の確保               <ol style="list-style-type: none"> <li>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）</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> </li> </ul>

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

<p><b>C</b> (Check)</p>	<p>確保することが困難となっており、整備が進みにくい</p> <p>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> <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><b>A</b> (Action)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>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</li> <li>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"> <li>・ 民有地のマッチング事業の実施</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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」</li> <li>・ 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</li> </ul>
<p><b>D</b> (Do)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>ii. 特定施設入居者生活介護：450 人 / 年程度の整備</li> <li>iii. 認知症対応型共同生活介護：225 人 / 年の整備</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>

## 本事業担当者のコメント

### <上手く進めることができた点>

- ・（介護老人福祉施設）7期中の計画である600人/年の整備を達成しました。
- ・（特定施設入居者生活介護）事業者の参入意欲が高くほぼ計画通りに整備することができています。
- ・（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）外部機関と連携した新たな土地限定公募を実施しました。
- ・（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）看護小規模多機能型居宅介護について、一定の条件の下、従来は立地不可であった市街化調整区域への整備を可能としました。

### <苦労した点>

- ・（介護老人福祉施設）土地の確保はあくまでも民間同士の話であるため、市としてコントロールできない部分があります。
- ・（介護老人福祉施設）社会福祉法人の参入意欲は高いが、整備に適した土地が見つかりません。
- ・（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）都心部の地価が高いことによる土地の確保の困難さ等もあり、グループホーム・看護小規模多機能型居宅介護ともに応募件数が伸び悩んでおり、整備計画目標数を達成できていません。

### <現在の課題>

- ・（介護老人福祉施設・特定施設入居者生活介護・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）土砂災害などの自然災害の被害が甚大化する傾向にあります。入居者や介護職員などの安全を確保するために、公募条件の設定の見直しを実施し始めています。

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

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

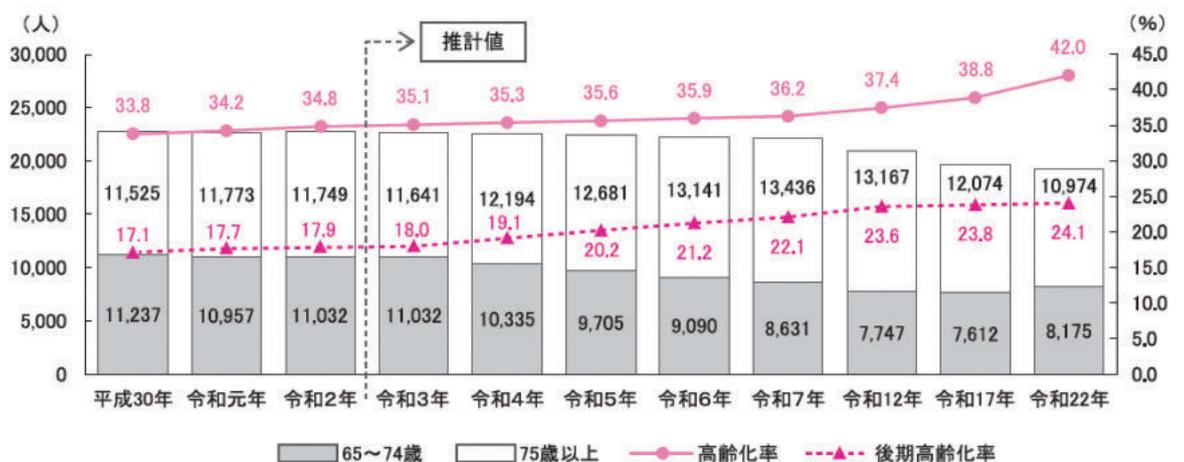
#### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：305.87 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：65,511 人（65 歳以上人口：22,781 人）
- ✓ 世帯数：28,457 人
- ✓ 高齢化率：34.8%
- ✓ 認定者数（要支援+要介護）：3,452 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：2,773 人）
- ✓ 日常生活圏域数：7 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：17 箇所（基幹型1、サブセンター1、ブランチ15）

#### 自治体の背景・課題

- ✓ 高齢化および後期高齢化の進行
- ✓ 高齢者単身世帯や高齢のみ世帯の増加
- ✓ 要支援・要介護認定者の増加

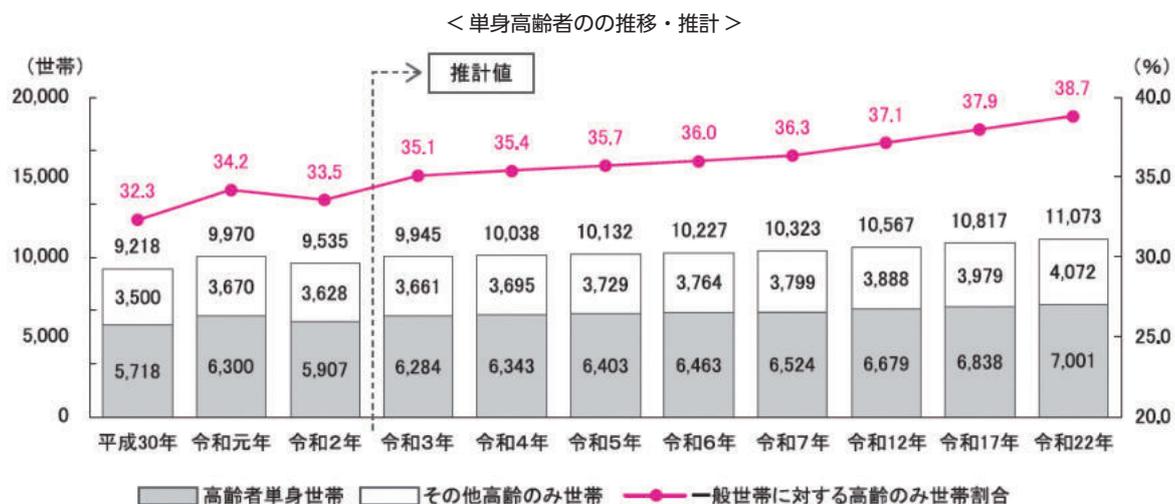
#### 【高齢化率・後期高齢化率の推移・推計】



資料：住民基本台帳（各年 10 月 1 日現在）  
 ※令和3年以降は、コーホート変化率法で推計

出所）石川県加賀市「高齢者お達者プラン」（令和 3 年 4 月）

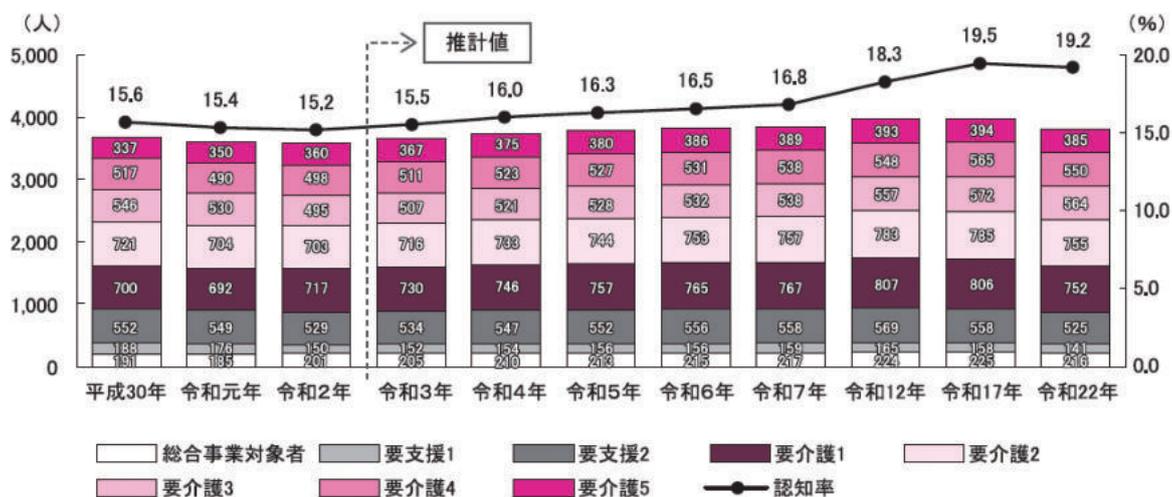
## 【単身高齢者数の推移・推計】



出所) 石川県加賀市「高齢者お達者プラン」(令和3年4月)

資料) 住民基本台帳(各年10月1日現在)

## 【要支援・要介護認定者数及び認定率の推移・推計】



出所) 石川県加賀市「高齢者お達者プラン」(令和3年4月)

## 地域のビジョン

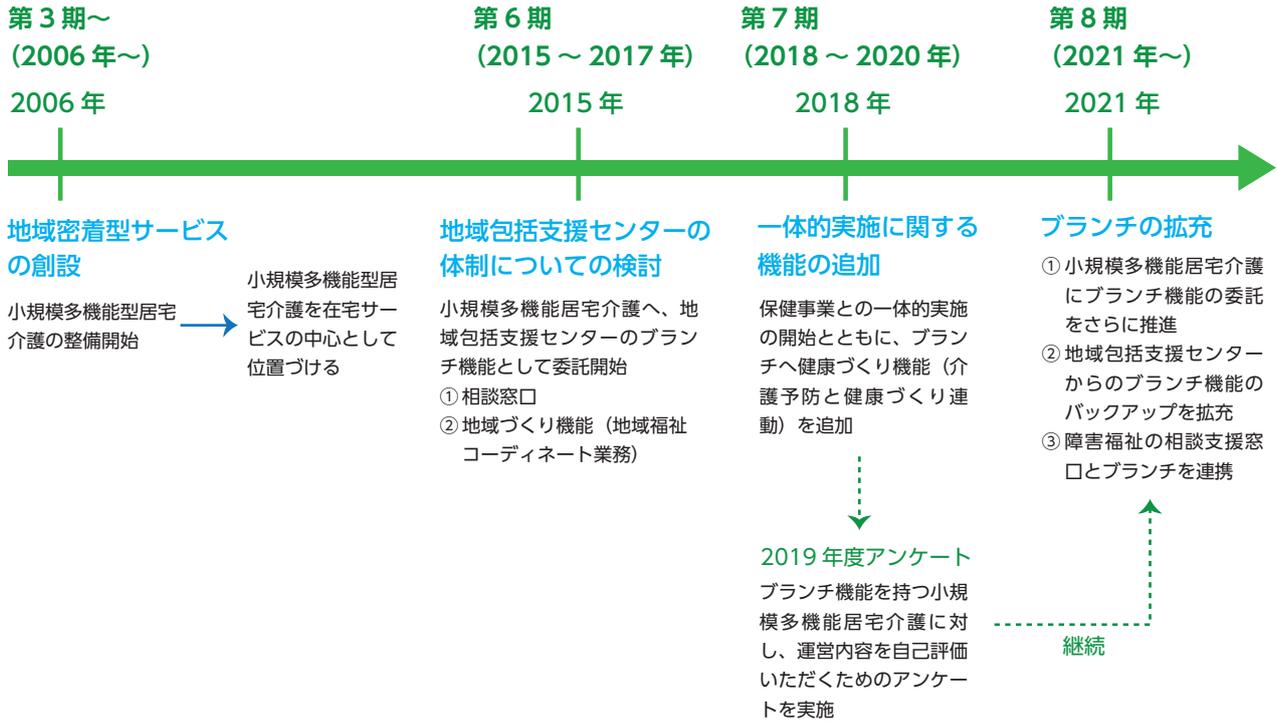
- ✓ 基本理念「高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく、自立した暮らしを継続できる社会を実現する。」
- ✓ 基本目標
  - ・ 本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり・・・その人らしく、自立した
  - ・ 地域で安心して生活し続けることができる体制づくり・・・住み慣れた地域で
  - ・ 地域での支えあいの体制づくり・・・支えあいながら

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

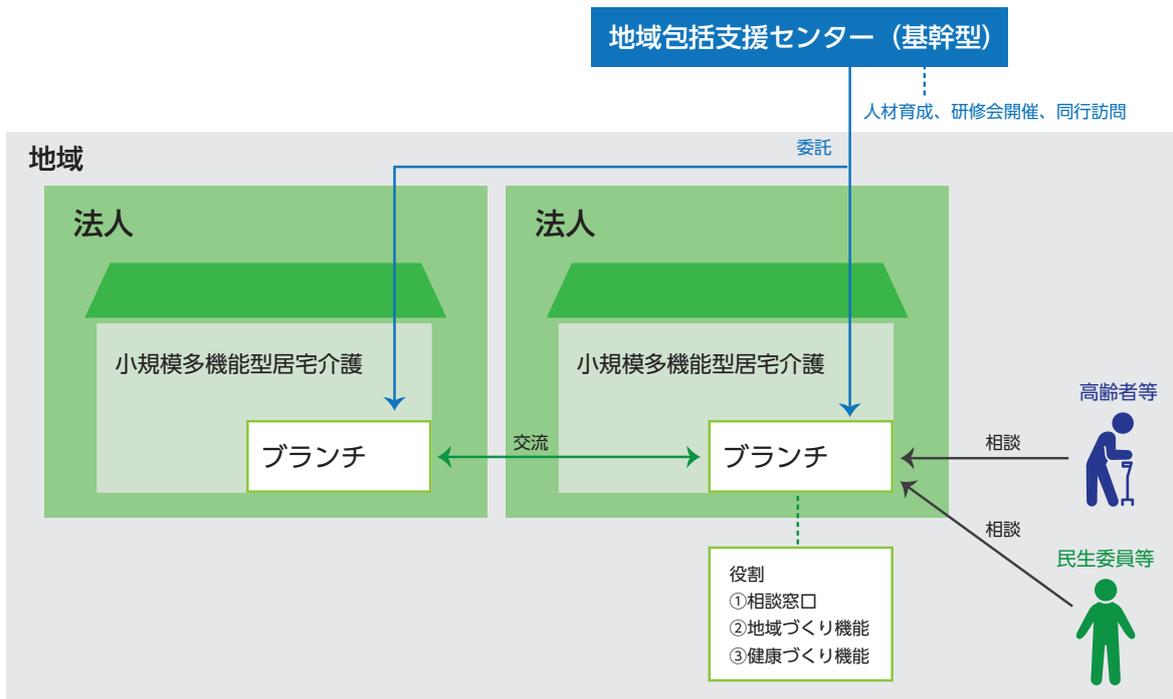
### 地域の理想像や大切にしていること

- ✓ 高齢者が地域で安心して暮らし続けるためには、困ったときにいつでも相談できる体制の充実が大切である

### 事業スケジュール



### 事業概要：小規模多機能型居宅介護事業所への地域包括支援センターランチの委託の詳細



## 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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

- 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、 brunch 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 brunch 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 brunch 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 brunch 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）
- ・ brunch 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 brunch 事業を委託
- ・ 小規模多機能型居宅介護事業所が brunch 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 brunch 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、 brunch 活動を行うため、 brunch 職員の不安も大きかったが、現在は積極的に brunch 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 brunch 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 brunch の質の確保を支援
- ・ brunch の委託にあたり、人材育成のための研修会等に注力
- ▷ brunch 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 brunch 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 brunch の職員を支援

▷ brunch 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 brunch 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

▷ brunch 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 brunch 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、介護事業者協議会側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

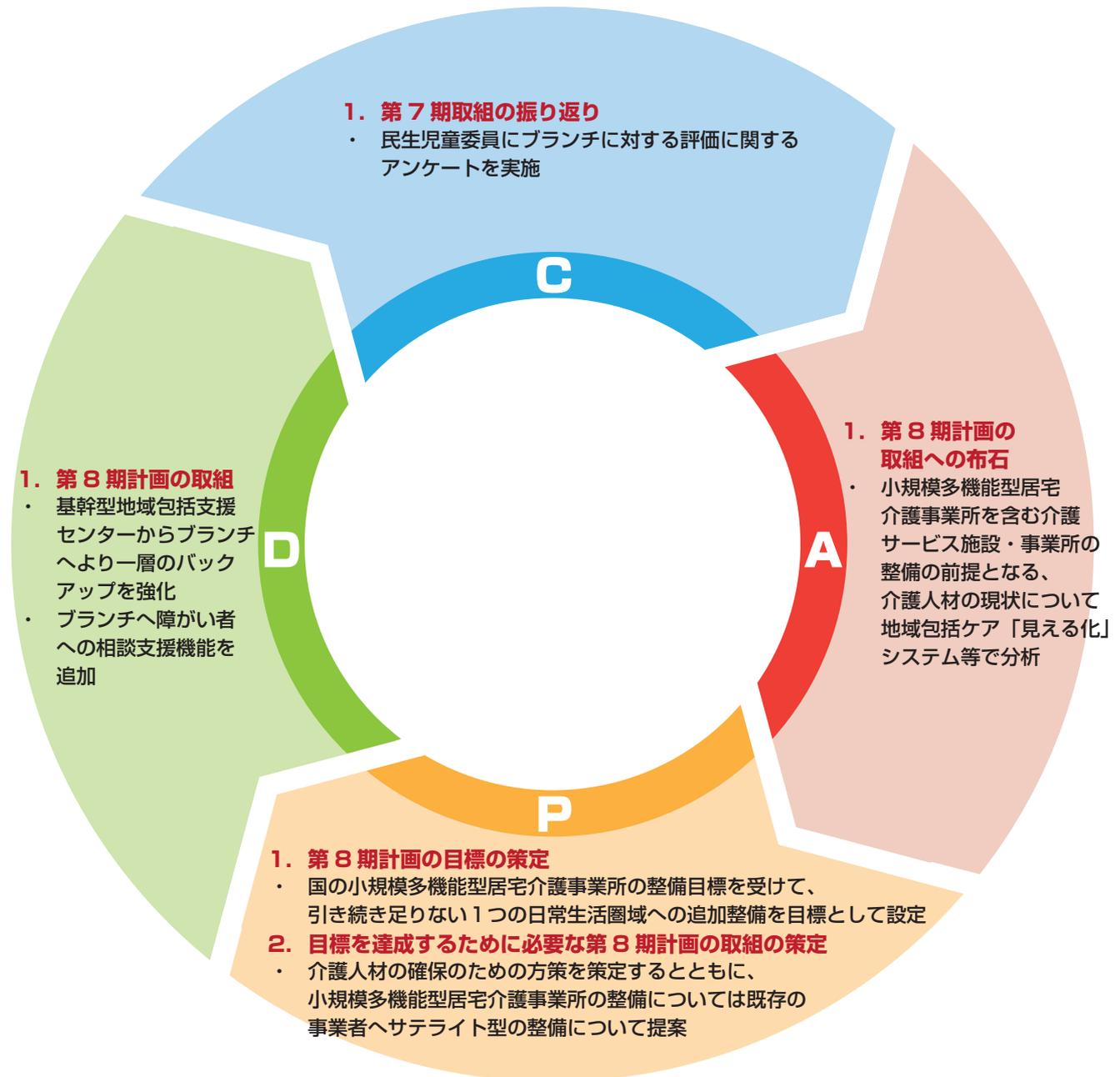
- ① 第7期計画期間中に高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取組が開始されたことを受け、身近な相談窓口として地域の高齢者の状況を把握している brunch の機能として追加

- 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、元気なうちからの疾病予防の取組につなげることを意図

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 第8期計画策定のための PDCA サイクル



### 第8期計画策定のための PDCA サイクルの具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 第7期取組の振り返り</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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7期計画でも人材不足が加速し、介護事業者協議会側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</li> </ul>

<p><b>C</b> (Check)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>▷民生児童委員の 8 割がランチの存在を認知</li> <li>▷民生児童委員の 6 割はランチに相談経験あり</li> <li>▷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」</li> <li>▷ランチに不足していると感じるのは、「医療と介護の連携」</li> </ul> </li> <li>→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</li> </ul>
<p><b>A</b> (Action)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 <ul style="list-style-type: none"> <li>→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</li> <li>→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</li> </ul> </li> <li>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 <ol style="list-style-type: none"> <li>①更なる高齢者の相談対応</li> <li>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</li> <li>③医療と介護の連携体制の構築</li> <li>④相談窓口の更なる周知啓発</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>P</b> (Plan)</p>	<p><b>1. 第 8 期計画の目標の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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 <ul style="list-style-type: none"> <li>→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</li> <li>→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</li> <li>→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</li> </ul> </li> </ul> <p><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

<b>P</b> (Plan)	<p>→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</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 研修受講・資格取得の促進のための助成制度充実</li><li>・ 業務改善の研修会の実施</li></ul> <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、<b>新設よりサテライト型の整備について検討</b>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に提案</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>
<b>D</b> (Do)	<p><b>1. 第 8 期計画の取組</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 第 8 期計画では、<b>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</b>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</li><li>・ 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<b>相談受付機能を追加</b></li></ul>

## 本事業担当者のコメント

### <上手く進めるために>

- ・ ブランチの人材育成と市直営の基幹型地域包括支援センターの人材育成については、共に同じ場面をとおして学ぶ機会とが大切です。同行訪問することで活動内容の経験はできますが、ブランチ職員の地域づくり機能の習得に悩ましさがあります。市直営の基幹型地域包括支援センターの保健師は地域づくりについて教育課程の中で習得していますが、ブランチには保健師がおらず職員にもその経験は乏しいため、個別支援だけでなく個別事例からの課題を整理し、地域を作っていくことを促す仕掛けが必要です。地域づくりについては、市直営の基幹型地域包括支援センターがコーディネートしていく必要があり、責任があると思います。
- ・ 保健師は教育課程の中で、地域づくりなどを学習しており、かつ、全世代の住民と関わりを持つので、地域づくりの視点がありますが、社会福祉士等は教育課程が異なります。様々な職種がチームとなり、個別支援を中心とした地域をどのように行っていくかについては、教育・研修をしっかりと行っていく必要があります。また、地区ごとの住民の考え方や社会資源の状況も異なっており、地区ごとに柔軟に対応していく必要があります。

### <配慮した点>

- ・ 市直営の基幹型地域包括支援センターとしては、ブランチ同士を組織化し連携を強化するため、卓球大会や宿泊付きの研修会などを行うことで、コミュニケーションを活性化しました。ただ、最近2年は、コロナ禍でこのような取組は行われておらず、コロナ禍の状況が収束したら再開したいと考えています。
- ・ ブランチ職員だけでなく、市直営の基幹型地域包括支援センター職員も、共に活動に参加し、学ぶことを大切にしています。
- ・ ブランチ職員 1人1人の強み、弱みも知り、一緒に活動をすることです。

### <課題>

- ・ 人員の配置については課題があり、0.5人分の加配でブランチ職員としての人員配置を委託していますが、小規模多機能型居宅介護事業所としての通常業務もあり、人員のやり繰りが難しい、という意見が出されています。
- ・ 市直営の基幹型地域包括支援センターとしては、小規模多機能型居宅介護事業所の職員体制を十分に把握した上で取組を展開する必要があります。小規模多機能型居宅介護事業所にはブランチの事業責任者を設定してもらうことになっているため、誰が事業責任者であるか、その事業責任者の人柄や知識、各職員の強み・弱みやキャラクターなども把握した上で、協力・連携を進めていく必要があります。

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 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

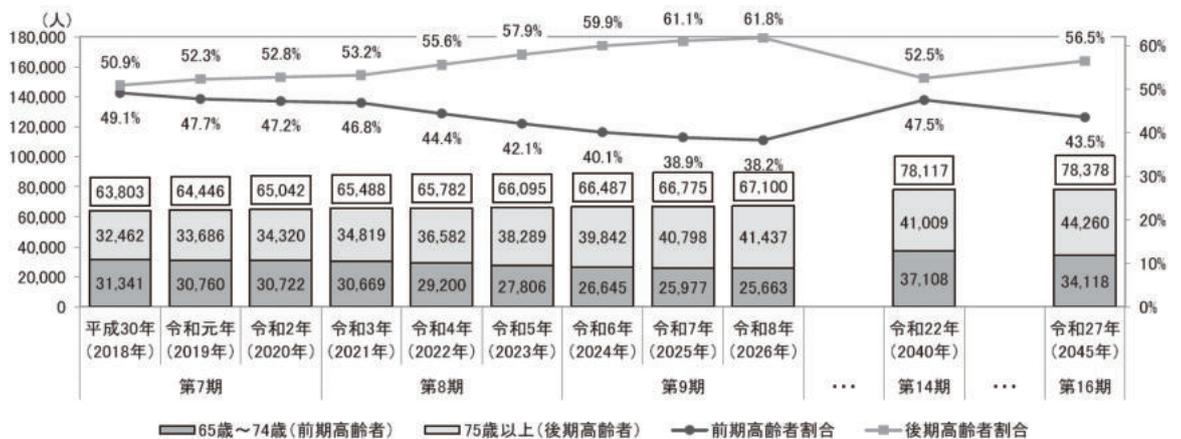
##### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：101.89 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：233,397 人（65 歳以上人口：65,042 人）
- ✓ 世帯数：95,465 世帯
- ✓ 高齢化率：27.9%
- ✓ 認定者数（要支援＋要介護）：13,494 人（要介護認定者数（要介護1～5）：8,962 人）
- ✓ 日常生活圏域数：7 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：7 箇所

##### 自治体の背景・課題

- ✓ 後期高齢者の増加
- ✓ 要支援・要介護認定者数の増加
- ✓ 標準給付費の増加傾向

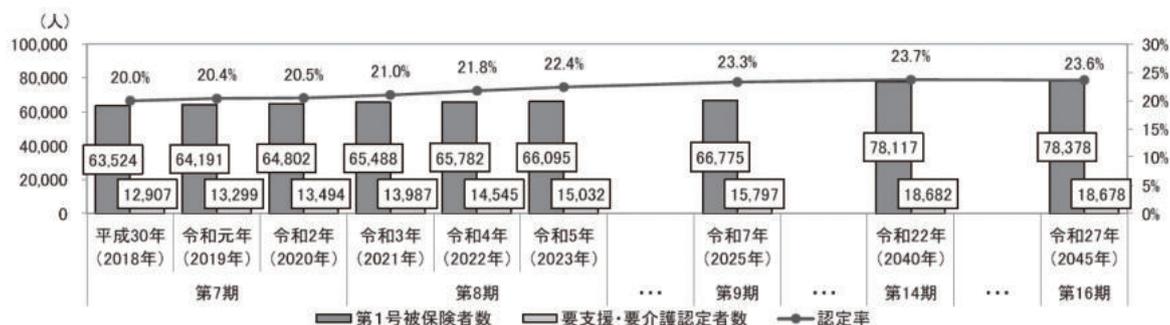
##### 【人口ピラミッドの推移】



※資料：住民基本台帳人口に基づきコーホート変化率法で推計。

出所) 兵庫県宝塚市「宝塚市地域包括ケア推進プラン 概要版」(令和3年(2021年)3月)

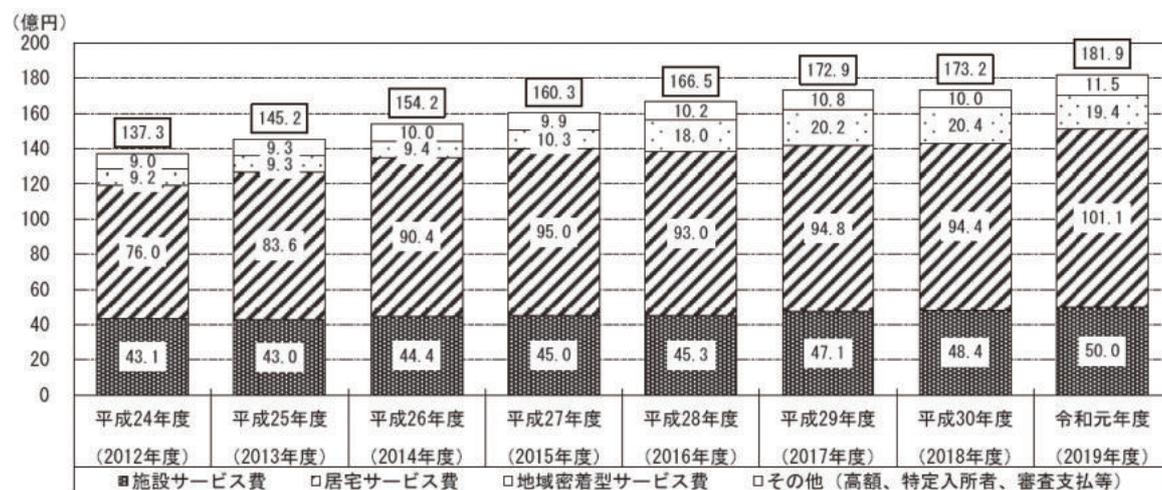
## 【要支援・要介護認定者数の推移】



※資料：将来推計人口及び厚労省「介護保険事業状況報告」令和2年（2020年）9月月報をもとに推計。

出所）兵庫県宝塚市「宝塚市地域包括ケア推進プラン 概要版」（令和3年（2021年）3月）

## 【標準給付費推移】



出所）兵庫県宝塚市「宝塚市地域包括ケア推進プラン 概要版」（令和3年（2021年）3月）

## 地域のビジョン

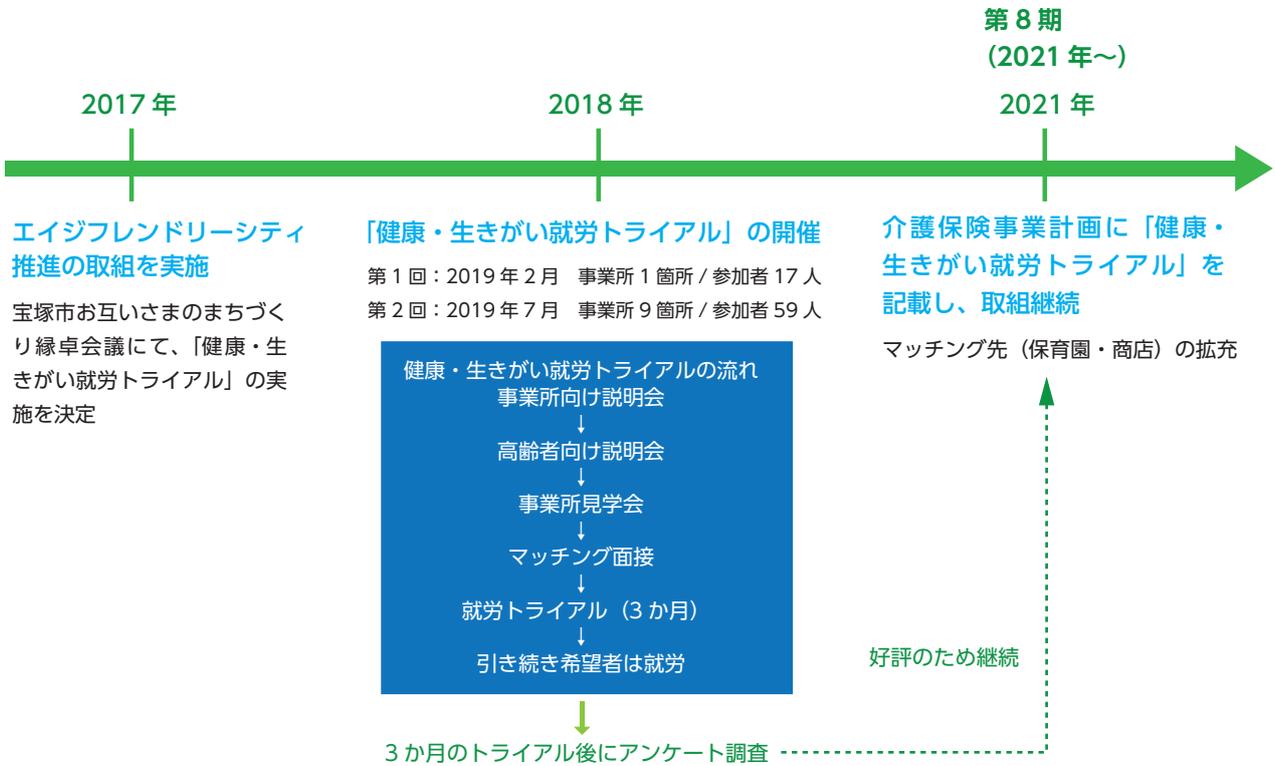
- ✓ 基本理念「健康で、安心して自分らしくいきいきと暮らし続けられるまち宝塚」
- ✓ 基本方針
  - ・自分らしくいきいきと暮らせる高齢者のいきがいづくり
  - ・住み慣れた地域で暮らし続けられる生活支援体制の構築
  - ・介護が必要になっても安心して暮らせるサービスの充実

## 地域の理想像や大切にしていること

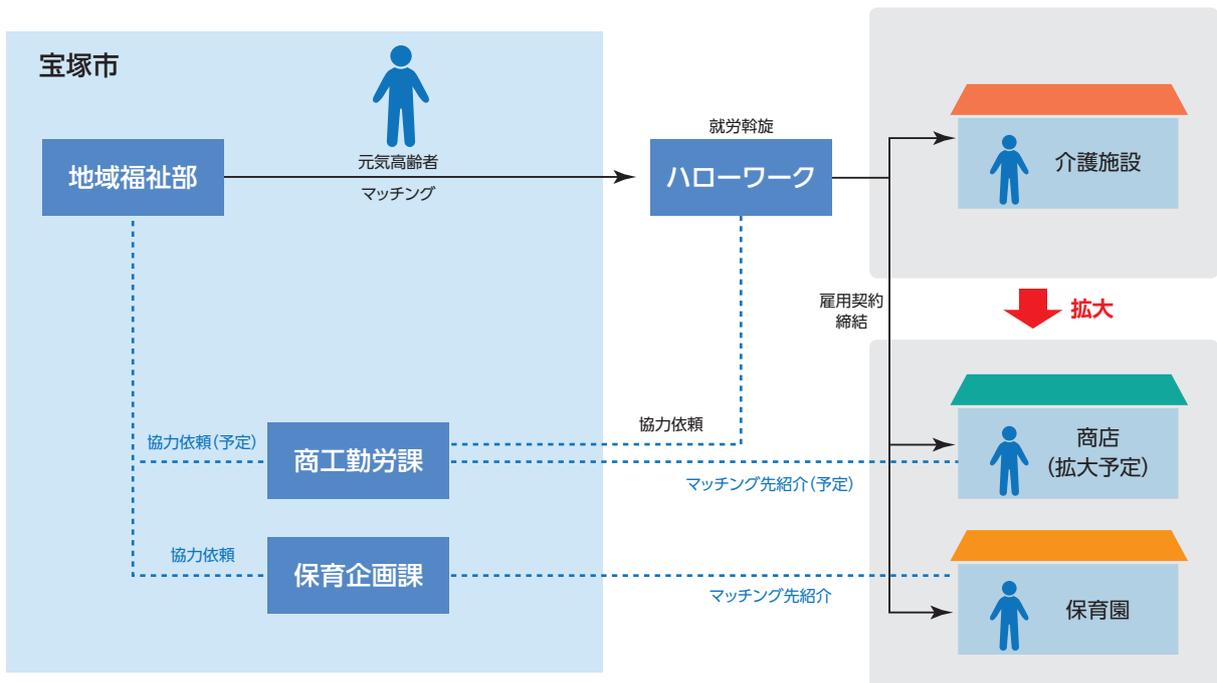
- ✓ 介護予防事業の推進に当たっては、高齢者本人へのアプローチだけでなく、役割の創出・社会参加の実現といった本人を取り巻く環境へのアプローチが重要

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 事業スケジュール



### 事業概要：「健康・生きがい就労トライアル」における地域の協力体制とその拡大



## 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

(イ) 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

- ・ 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

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

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

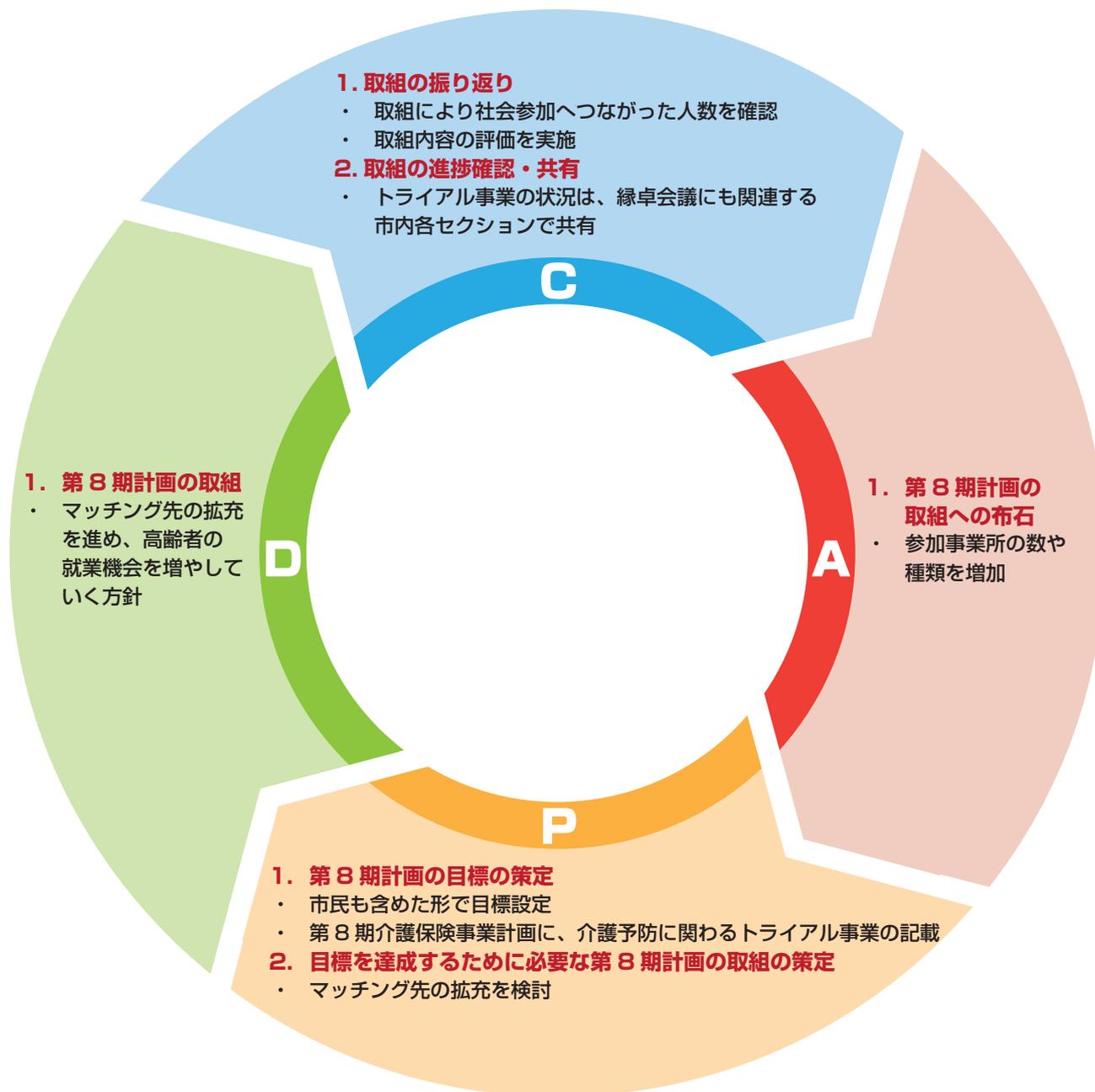
### d. 健康・生きがい就労トライアルの展開

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



## 第8期計画策定のための PDCA サイクルの具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 取組の振り返り</b>
	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） <ul style="list-style-type: none"> <li>第1回 トライアル後就労開始 17 人（受入事業所 1 ヶ所）</li> <li>第2回 トライアル後就労開始 53 人（受入事業所 9 ヶ所）</li> </ul>

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

C (Check)	<p>ii. 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"> <li>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           <ul style="list-style-type: none"> <li>→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</li> </ul> </li> <li>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           <ul style="list-style-type: none"> <li>→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</li> <li>→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</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>2. 取組の進捗確認・共有</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
	<p><b>1. 第8期計画の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> </ul>
A (Action)	<p><b>1. 第8期計画の目標の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>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</li> </ul> </li> <li>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"> <li>トライアル事業は反響が大きく、非常に好評</li> <li>受け入れ先の介護事業所、参加している高齢者に高評価</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>マッチング先の拡充を検討           <ul style="list-style-type: none"> <li>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務課とも連携）</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>1. 第8期計画の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> </ul>
P (Plan)	<p><b>1. 第8期計画の目標の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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"> <li>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</li> </ul> </li> <li>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"> <li>トライアル事業は反響が大きく、非常に好評</li> <li>受け入れ先の介護事業所、参加している高齢者に高評価</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>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</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>マッチング先の拡充を検討           <ul style="list-style-type: none"> <li>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務課とも連携）</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>1. 第8期計画の取組への布石</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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）</li> </ul>

D  
(Do)

## 1. 第8期計画の取組

- ・ 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

### 本事業担当者のコメント

#### <上手く進めることができた点>

- ・ 参加者が行う仕事の切り分けも事業所と市で検討して設定しました。仕事は簡単なもの(食事の配膳、車いすの掃除など)から、徐々に難しい業務を担当するような形としました。
- ・ 単なるボランティアではなく、就労という形で社会的な役割を果たすことができ、報酬ももらえることで、大きな生きがいにつながっているようでした。報酬は事業所と参加者の契約によって設定されます。(報酬の設定については、市は全く関与していません。)

#### <苦労した点>

- ・ ほとんどありません。驚くほど、うまく事業展開できています。

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### (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

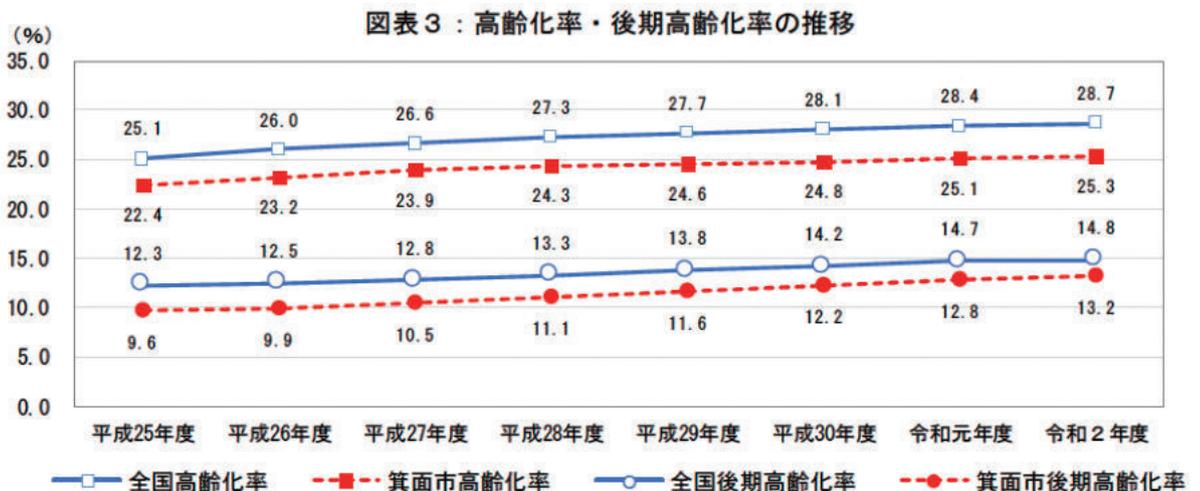
##### 自治体の概要（令和2年第8期介護保険事業計画策定時の状況）

- ✓ 面積：47.90 km<sup>2</sup>
- ✓ 総人口：138,572 人（65 歳以上人口：35,051 人）
- ✓ 世帯数：61,778 世帯
- ✓ 高齢化率：25.3%
- ✓ 認定者数（要支援＋要介護）：5,514 人（要介護認定者数（要介護 1～5）：4,067 人）
- ✓ 日常生活圏域数：14 圏域
- ✓ 地域包括支援センターの設置状況：5 箇所

##### 自治体の背景・課題

- ✓ 後期高齢化の速度が全国より速い
- ✓ 要支援・要介護認定者数が増加傾向
- ✓ 高齢者のみの世帯が増加傾向

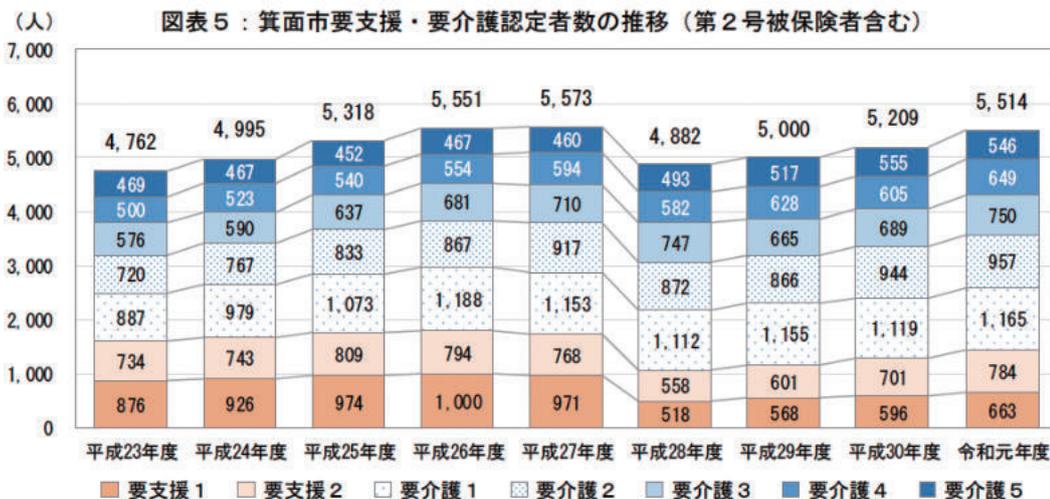
##### 【高齢化・後期高齢化率の推移】



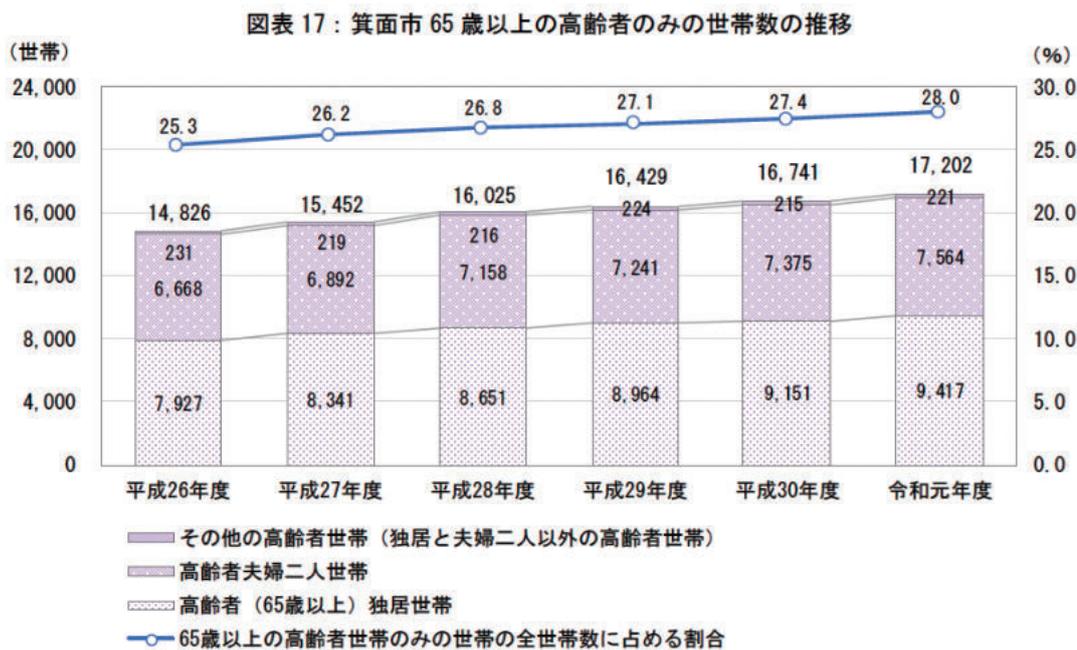
※箕面市は住民基本台帳（各年度9月末）、全国は総務省統計局「人口推計」（各年度10月1日）

出所）大阪府箕面市「第8期 箕面市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」（令和3年（2021年）3月）

【箕面市要支援・要介護認定者数の推移（第2号被保険者含む）】



【箕面市 65 歳以上の高齢者のみの世帯数の推移】



地域のビジョン

- ✓ 基本理念 「ノーマライゼーション社会の実現」
- ✓ 基本目標
  - ・ いきいきとした暮らしの実現
  - ・ 安心な暮らしの実現
  - ・ 支え合う暮らしの実現

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 給付適正化の取組での考え

- ✓ 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こと

### 事業スケジュール

～第6期

第7期  
(2018～2020年)

第8期  
(2021年～)

2018年

2021年

#### 課題

- ・人口規模に対して、高齢者向け住まいが多い
- ・他の地域と比べ、サービス付き高齢者向け住宅の給付費が高い
- ・大阪府の計画でも、サービス付き高齢者向け住宅のケアプラン点検を周知

サービス付き高齢者向け住宅  
(サ高住) のケアプラン点検を開始

年 (ケアプラン 提出を依頼 した年)	対象施設数	ケアプラン 点検実施 件数
2018年	6施設	23件
2019年	4施設	20件
2020年	3施設	19件

ケアプラン点検の対象を  
拡大し、継続

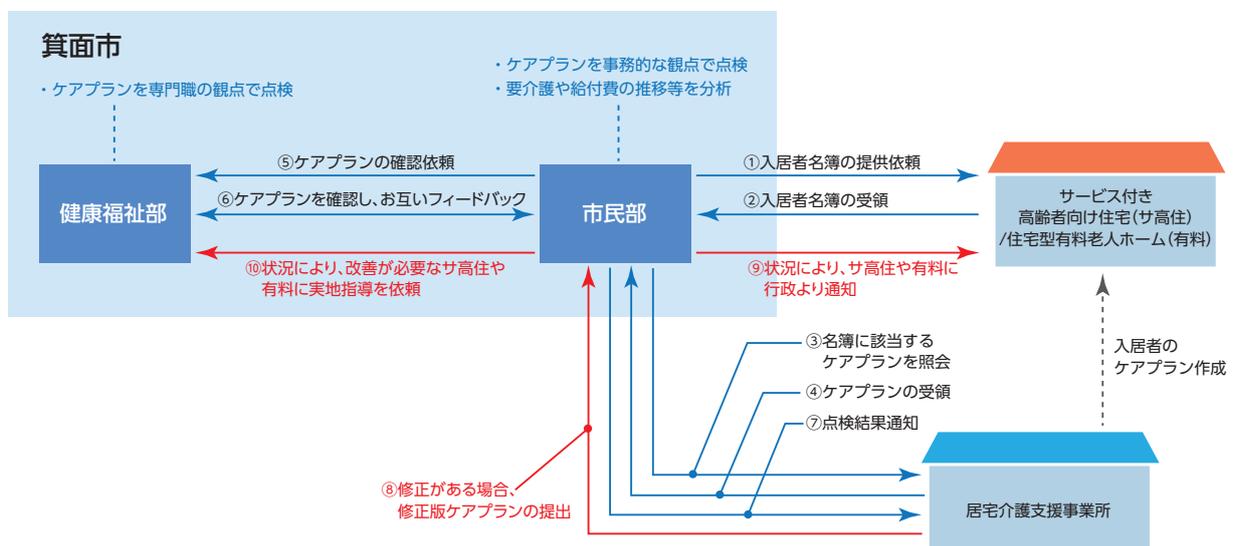
#### 【理由】

- ・住宅型有料老人ホームでも、外部の介護サービスを利用している面では、サービス付き高齢者向け住宅と同じ
- ・令和元年度から令和2年度に、訪問介護の受給者1人あたり給付額が急増

#### 【対象】

- ・新規開設のサービス付き高齢者向け住宅
- ・住宅型有料老人ホーム

### 事業概要：サービス付き高齢者向け住宅および住宅型有料老人ホームへのケアプラン点検およびその他の行政間の連携



## 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

- (ア) 人口規模に対して、高齢者向け住まいが多い
- (イ) 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
- (ウ) 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

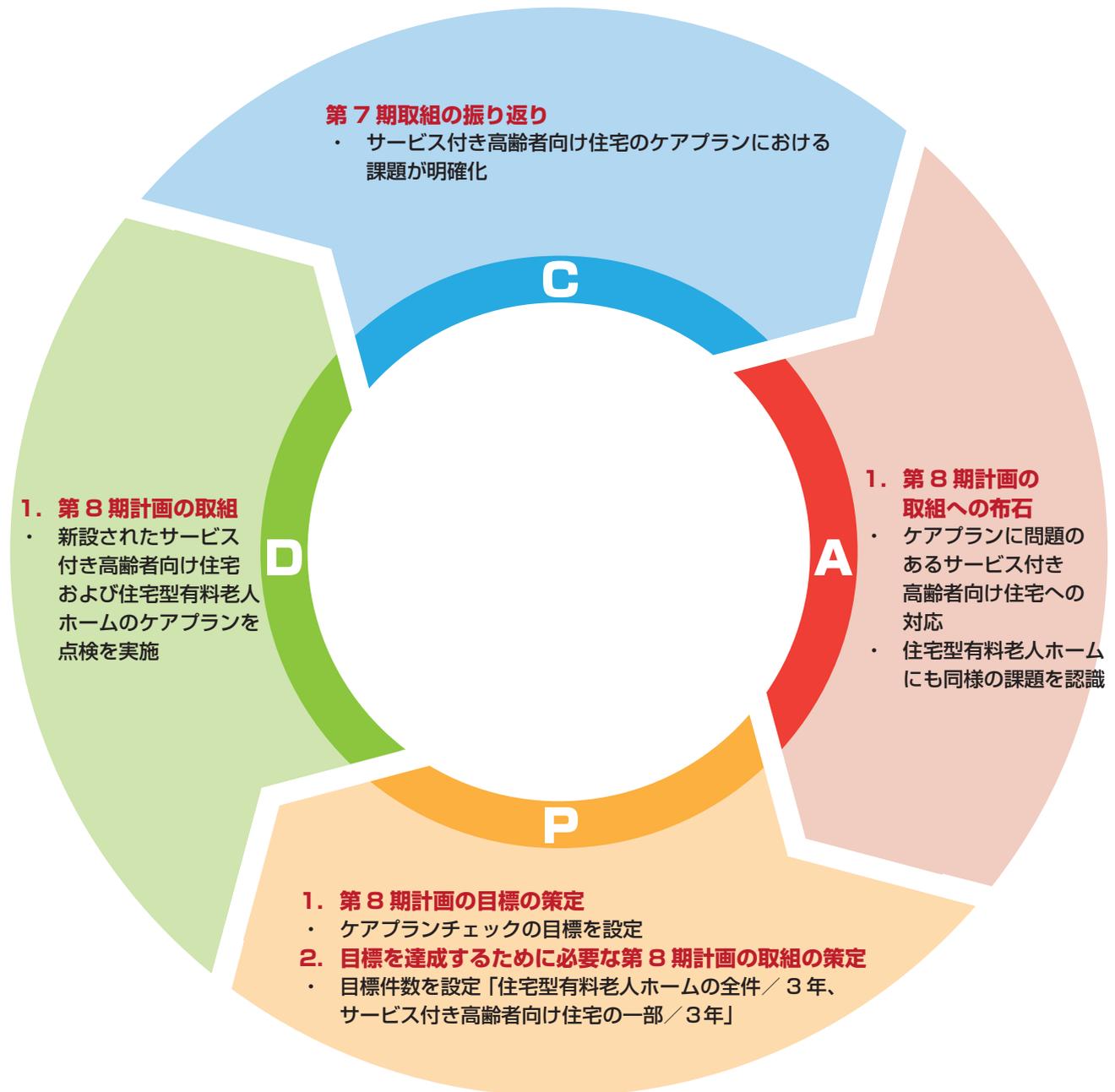
### b. サービス付き高齢者住宅のケアプラン点検の実施

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）

## 2. 個別取組における PDCA サイクルについて

### 第8期計画策定のための PDCA サイクル



### 第8期計画策定のための PDCA サイクルの具体的事例

<b>C</b> (Check)	<b>1. 第7期取組の振り返り</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 限度額いっぱいの利用が多く、区分変更も頻繁</li> <li>✓ 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</li> <li>✓ 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</li> <li>✓ 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</li> </ul> </li> </ul>

<b>C</b> (Check)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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</li> </ul>
<b>A</b> (Action)	<b>1. 第 8 期計画の取組への布石</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇行政よりケアプラン点検実施結果について通知文を发出</li> <li>◇市民部から健康福祉部へ実施指導を依頼→実施指導を実施</li> </ul> </li> <li>・ <b>住宅型有料老人ホームについても、同様の課題を認識</b></li> </ul>
<b>P</b> (Plan)	<b>1. 第 8 期計画の目標の策定</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアプランチェックの目標 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇「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<b>真に必要なサービスの位置づけがされているか</b>確認する。」</li> </ul> </li> </ul>
	<b>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</b>
<b>P</b> (Plan)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標件数 <ul style="list-style-type: none"> <li>◇「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）」</li> </ul> </li> </ul>
<b>D</b> (Do)	<b>1. 第 8 期計画の取組</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアプラン点検の対象を<b>住宅型有料老人ホームにも拡大</b></li> <li>・ 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</li> </ul>

#### 本事業担当者のコメント

<p>&lt;箕面市からの提案&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅は、グループホームや特別養護老人ホームのように、一日単位、月単位の報酬基準とするのはいかがでしょうか。</li> <li>・ 国で回数等の基準を決め、高齢者向け住まいの経営安定を目的とした介護報酬請求を抑制すると良いのではないのでしょうか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 高齢者向け住まいにおいて、起床就寝などの見守りは、高齢者向け住まいのスタッフがするべきことと決める。</li> <li>▷ おむつ交換等以外の訪問介護の保険給付を制限する。</li> <li>▷ 掃除、洗濯等の生活援助において、介護給付の週あたり上限回数を決める。超過する場合は届け出制とする。</li> <li>▷ 高齢者向け住まいで過大に請求される傾向がある訪問看護、居宅療養管理指導にも回数制限を設ける。</li> </ul> </li> </ul>
---

今回ご紹介した自治体で第8期介護保険事業計画の策定時に使用したツールや確認・分析を行った項目を以下にて示します。また、地域包括ケア「見える化」システムや介護保険のレセプトデータ（KDB）、医療保険・介護保険のレセプトの突合データの具体的な活用については、以下の参考資料をご参照ください。

使用ツール	確認・分析項目	確認・分析理由
市独自の将来人口推計	75歳以上人口（被保険者ベース）	・75歳以上人口に占める施設の供給量（定員×利用率）を算出するため
人口統計	前期高齢者と後期高齢者の人口や比率	・人口動態の将来的な変化を把握するため ・計画目標の策定の参考にするため
地域包括ケア「見える化」システム	認定者数状況	・認定状況の確認及び重度化の進行度合いの確認・比較のため ・地域の特徴を把握するため
	被保険者1人あたり1月の費用	・1人当たりのサービスの利用状況の確認・比較のため
	給付月額や受給率	・サービス利用状況の確認および比較のため
	サービス利用回数・日数	・サービス利用状況の確認および比較のため
	介護事業所数や職員数	・全国平均・県平均と比較するため
介護保険のレセプトデータ（KDB）	社会保障費の推移	・通いの場で実施しているいきいき100歳体操の効果検証
	平均自立期間の比較	・通いの場で実施しているいきいき100歳体操の効果検証
	ハイリスク対象者の抽出	・地域の特徴の把握や、個別指導に繋げるため ・保健活動と介護予防の一体的な取組として、ハイリスクアプローチを行うため
	高齢者の介護申請状況	・地域の特徴の把握や、個別指導に繋げるため
	受診している医療内容	・地域の特徴の把握や、個別指導に繋げるため
	サービス種類の利用状況と要介護度（通所介護）	・サービス利用者のサービス種類と利用事業所を確認し、できる力を残すサービス利用を関係者全体で検討するため
医療保険・介護保険のレセプトの突合データ	要介護度と認定者数	・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理由を分析するため
	新規要介護認定者と主疾病	・疾病要因を分析するため
	事業所の利用状況と要介護度	・事業所に可視化した分析結果を共有するため

#### 【参考資料】

→ 地域包括ケア「見える化」システム：

- ・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）  
→ <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000170568.pdf>
- ・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）  
→ <https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000340994.pdf>

→ 介護保険のレセプトデータ（KDB）、医療保険・介護保険のレセプトの突合データ

- ・株式会社三菱総合研究所『介護保険事業計画策定における医療・介護併用ニーズの把握・推計手法等ガイドラインの作成に関する調査研究事業 報告書』（平成28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））  
→ [https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt\\_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H28\\_27\\_v2.pdf](https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H28_27_v2.pdf)
- ・株式会社三菱総合研究所『地域包括ケア「見える化」システムを活用した地域分析と計画への反映方法に関する調査研究事業 報告書』（平成28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））  
→ [https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt\\_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H28\\_18.pdf](https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H28_18.pdf)
- ・厚生労働省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室『令和元年度 電子データブックマニュアル』  
→ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000683714.pdf>

## 2) 介護予防の通いの場の充実 チェックリスト

介護予防・自立支援・重症化防止「介護予防の通いの場の充実」 チェックリスト

【チェックリストの目的】本チェックリストは、各保険者がこれまでの「介護予防の通いの場の充実」のための取組を振り返り、第8期介護保険事業計画の見直しや第9期の介護保険計画の策定の際にご活用いただくための内容を整理したものです。

【使い方】このチェックリストは、通いの場の充実におけるPDCAサイクルの各過程で必要な実施事項を網羅しています。ご自身の自治体の状況と照らし合わせて、必要な事項について実施有無をチェックしてください。

地域としてのビジョン・理想像

PDCAサイクルの手順	#	具体的な実施事項 実施方法（例）	方法・手段	参考 関連項目	自治体記入欄		具体例（兵庫県淡路市の第8期計画策定時から実施時期における現状の場合）
					該当あり	実施済み	
C 効果確認	C-1	前期に設定した地域として目指していたビジョンや理想像を確認した					基本理念・目標「健康、安心、住み続ける」の数値化実施（新規要介護認定者の平均認定年齢）を見える化システムを用いて確認した。
	C-2	前期に地域として目指していたビジョンや理想像に近づくために設定した目標や課題について確認した					新規要介護認定者の平均認定年齢を確認し、元気で活躍して住み続けられることの必要性を改めて確認した。
	C-3	第8期中に実施した通いの場の事業量の進捗管理を行った（プロセス指標）	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（問5 地域での活動について ⑤介護予防のための通いの場（市町村任意の名称）） ・総合事業の実施状況報告 ・保険者機能強化推進交付金の指標、補助金の実績報告等				会議等、参加者数をもとに実施の確認を行った。また、その確認のために以下を実施した。 1. 参加者名簿整理 ①参加者数、参加者年齢、性別 ②出席状況及び体力値（TUG） ：継続期間、中断有無、体力値 2. 実施プログラムの検討（追加） ①しゃきしゃき100歳体操（栄養、口腔） ②かみかみ100歳体操（栄養、口腔） ③握力等測定（体力関連） 3. その他 ①サポーター名簿（名称、所属会場）
	C-3-1	第8期の通いの場の設置箇所数等（ストラクチャー指標）を確認した		P-17-3			※C-3-6の通いの場への参加者数については、コロナ禍により通いの場の実施がないこともあり、評価しづらかった。
	C-3-2	第8期の通いの場の設置箇所数等（ストラクチャー指標）について日常生活圏域別の分布を確認した		P-17-3			
	C-3-3	第8期の通いの場の実施場所・実施内容（プログラム内容を含む）について確認した					
	C-3-4	第8期の通いの場の開催回数・参加人数等を確認した		P-17-4			
	C-3-5	第8期の通いの場の参加者の年齢層について把握した					
	C-3-6	第8期の通いの場への65歳以上の方の参加者数（週一回以上の通いの場への参加者、週一回以上の通いの場への参加者の変化率、月一回以上の通いの場への参加者、月一回以上の通いの場への参加者の変化率）		P-17-5			
	C-3-7	第8期の通いの場のサポーター数やインストラクター数について把握した		P-17-6			
	C-3-8	通いの場の参加者の介護予防活動に関する興味関心について把握した					
	C-4	第8期の通いの場の参加者への影響（アウトカム指標）を確認した			P-17-7		・支援介入時、参加者コミュニケーションとして実施した。 ・通いの場への参加有無による以下の影響を分析した。 ①社会保険費 ②自立期間、自立していない期間の比較 ③会場ごとの体力値平均調査 ④参加頻度による重症化防止分析
	C-4-1	通いの場の参加者の健康状態（体力測定、基本チェックリスト、後期高齢者の質問票、Barthel Indexなど）を分析した			P-17-8		・Timed Up and Go test（TUG）、KDBデータ実合による分析を行った。
	C-4-2	通いの場参加者の「参加する前」と「参加した後」とを比較した	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ・取組参加者への調査				
	C-4-3	地域の通いの場へ「参加した人」と「参加していない人」とを比較した	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ・取組参加者への調査				・いきいき100歳体操の参加者と非参加者の社会保険費や平均自立期間を比較し、以下の結果を確認した。 ・参加者と非参加者間で社会保険費の差がある ・要介護2以上となる人の自立していない期間が、非参加者は2.9年に対し、参加者は1.6年と短い
	C-4-4	通いの場へ「参加した人」と「地域の平均」とを比較した	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ・取組参加者への調査				
	C-4-5	新規要介護認定者数（要支援を含む）について把握した	KDBデータ				・毎年度ごとに新規要介護認定者の疾病要因を分析した。 ・また、分析結果をもとに介護予防推進策を検討し、実施している。
	C-4-6	上記、新規要介護認定者（要支援を含む）の機能低下状況について把握した	KDBデータ				・NDBデータとKDBデータを実合し、新規要介護認定者の主疾病について分析し、以下を把握した。 ・新規要介護認定者の主疾病として多い「骨折」に着目した取組を実施することが重症化防止に有効 ・認知機能の低下による認定者の更新時における重症化要因について分析を行い、重症化防止策を検討した。
	C-5	第8期の通いの場の地域への影響（アウトカム指標）の評価を行った	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査 ・地域調査や情報整理		P-17-9		・地域の要介護認定率の変化について把握した。
	C-5-1	3年前の調査結果と比較し、地域全体の变化（該当する割合の変化）を確認した	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査				・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査より把握した。
	C-5-2	3年前と比較し、調査の回答者の性・年齢階級に大きな違いがなかったか確認した					・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を平均的に実施した。
	C-5-3	上記違いがあった場合、違いを埋めるための調査の追加や、補正・勘案を行った					・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を平均的に実施した。
	C-5-4	通いの場の参加者やサポーター、インストラクター等に対し、活動内容や課題について把握した					・コロナ禍中での通いの場の活動の継続について、世話人やサポーターの考えが様々であったことを把握した。 ・また、コロナ禍の状況下でも影響を受けない介護予防を実施できると良いとも考えた。
C-6	介護予防の問題の解決に近づいているか確認した					・従来の通いの場の新規参加者の伸びの鈍化、参加者の平均年齢の高齢化の課題が把握されたため、新たな若年世代を引き込む予防策を検討した。 ・新たな介護予防として、オンライン体操の活用を開始した。	
C-6-1	介護予防の解決に近づいている場合、指標をさらに伸ばすために改善できるポイントはどこか確認した					・より若い高齢者世代向けに、介護予防のイメージが伝わりやすい施策がない施策を検討した。	
C-6-2	介護予防の解決に近づいている場合、指標の達成目標に無理はなかったか確認した					・介護予防の問題の解決に近づく施策については現在、検討を続けている。	
C-6-3	介護予防の解決に近づいていない場合、そもそも課題が明確に設定されているか確認した						
C-6-4	介護予防の解決に近づいていない場合、そもそも課題の要因は的確に分類されているか確認した						
C-6-5	介護予防の解決に近づいていない場合、そもそも取組が課題の解決に近づくための手段になっているか確認した						
C-7	地域課題について地域ケア会議等の場で議論を行い、その内容を把握した					・画に際するまでも集まれる場の重要性、地域資源の整備の必要性を確認した。	
C-8	上記の検討にあたり、第8期の目標の達成状況について、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					・8～10月頃に委員会を開催し、状況を報告しながら共有を行った。	
A D・C継続	A-1	効果確認の結果を踏まえて事業内容や目標の見直しを行った					・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た。
	A-2	見直しを踏まえて、実践した					
	A-2-1	第8期の計画の結果を受けて、新たな取組について検討し、実施した					・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した。
	A-2-2	通いの場で実施するプログラムの内容の見直しを行った					・プログラムの内容の見直しは行っていないが、令和4年度よりいきいき100歳体操参加者へ個人の体力値や出席状況等のデータのフィードバックを開始した。
	A-2-3	通いの場の設置数の拡充に向けての施策（出張講座等）を検討した					・通いの場の設置数の拡充に向けての施策を従来から実施し、新規開設につながっている。
	A-3	通いの場での介護予防活動を受けて、高齢者の地域活動などその他の取組についても検討を行った					・通いの場の参加者の平均年齢を考慮し、より若い高齢者を地域活動のターゲットとして設定した。

## 2) 介護予防の通いの場の充実 チェックリスト

PDCAサイクルの手順	#	具体的な実施事項 実施方法(例)	方法・手段	参考 関連項目	自治体記入欄		具体例 (兵庫県淡路市の第8期計画策定時から 実施時期における現状の場合)	
					該当 あり	実施済み		
P 保険者としての意思	P-1	地域のビジョン(達成しようとする取組や目標)を設定した					✓ 「幸せな時間を長くします 健康寿命の延伸実現」で設定した。	
	P-2	地域のビジョンを実現するために保険者として取り組むべき自立支援・重度化防止の取組やスケジュール等についての基本方針を設定した					✓ 自立している期間を長くするために以下の視点から検討した。 ・対象者の自立していない時間をいかに短くするか ・介護状態の維持期間を、要介護度2以上になる時間をどれだけ短くできるか	
	P-3	地域のビジョンの実現に向けて、その実現のために必要な手段と長期的な目標について考えた					✓ 目標の設定にあたっては、介護費負担軽減や介護人材確保等のデータの集計結果と、第7期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、合意した。	
	現状把握	P-4	地域の人口動態およびそのなかでの高齢者の現状について把握した					
		P-4-1	地域の高齢化率や年齢構成、要介護認定率等の人口動態について分析した	・見える化システム ・KDBデータ				✓ 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・分析を行った。 ・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
		P-4-2	要介護認定の重症(軽度)変更率について分析する	・KDBデータ ・要介護認定適正化事業業務分析データ				✓ KDBデータを中心に重度化の要因に関する分析を行い、疾病以外にもサービスの利用の仕方に着目し、以下の保険者機能の強化にもつながる対策を実施・検討した。 ・事業所側と自立支援につながるサービスに関する 議論を開始 ・事業所の運営指導に反映し、ケアプラン点検を行う、または要介護認定審査会での委員意見をもらうことを検討
		P-4-3	新規要介護認定者の平均認定年齢について分析する	・KDBデータ ・見える化システム				✓ 見える化システムの指標を確認した。
		P-4-4	高齢者の平均自立期間について分析する	・KDBデータ ・住民データ				✓ 全市民のデータから算出した。
		P-4-5	要介護認定者の身体機能・認知機能の割合を分析する	・見える化システム -E5「認知症リスク高齢者の割合」 -E7「IADLが低い高齢者の割合」				
		P-4-6	地域の高齢者の特徴(高齢者の世帯状況や就労率等)について分析する	・見える化システム -A7-a「高齢者世帯世帯の割合」 -A8-a「高齢者夫婦世帯の割合」				✓ 地域ケア会議での議論を受けて、70歳をターニングポイントとして意識し、70~74歳の全市民4200人に対し、淡路市ウェルカム高齢者活躍アンケートを実施し、以下の傾向を把握した。 ・該当年齢の約3割の高齢者が地域活動への関わりを希望
P-4-7		地域の高齢者の受診率や主な傷病の状況について分析した	・NDBデータ				✓ NDBデータとKDBデータを合算し、新規要介護認定者の主疾病について分析した。 ・新規要介護認定者の主疾病として多い「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	
P-5		上記の人口動態を踏まえて、医療・介護の提供体制の現状について把握した						
P-5-1		介護予防の拠点数や、介護人材については分析した					✓ 介護人材の確保を確認した。	
P-6	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(ニーズ調査)を実施し、分析を行った							
P-6-1	基本チェックリストより脆弱高齢者に関する分析(運動機能の低下、低栄養の傾向、口腔機能の低下、閉じこもり傾向、認知機能の低下)を行った。	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等(問2 からだを動かすことについて、問3 食べることに、問4 毎日の生活について、問6 たすけあいについて)				✓ 第8期介護保険事業計画策定時の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査にて把握した。		
P-6-2	高齢者のIADLに関する分析を行った	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等(問4 毎日の生活について)						
P-6-3	高齢者の転倒リスクに関する分析を行った	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等(問2 からだを動かすことについて)						
P-6-4	地域の社会資源(ボランティア等への参加頻度、たすけあいの状況など)に関する把握を行った	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等(問5 地域での活動について)						
P-6-5	高齢者の地域づくりの場への参加意向(担い手として/参加者として)について把握した	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等(問5 地域での活動について)						
P-6-6	介護予防・日常生活圏域ニーズ調査をもとに、高齢者住民全体の幸福度の向上について分析を行った	・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等(問7 健康について)						
P-7	保険者独自のアンケート調査やヒアリングを実施し、介護予防の現状に関する分析を行った					✓ 以下の2つの独自事業を実施した。 ・令和2年度:新型コロナウイルスにおける高齢者の生活状況調査(65歳以上の市民全員が対象) ・令和3年度:ウェルカム高齢者活躍アンケート(70~74歳の市民全員が対象)		
P-8	地域ケア会議の議論をもとに、介護予防の現状に関する地域の課題の分析を行った					✓ 車に車らずとも集まれる場の重要性等、介護予防へのアクセス手段が課題であることを共有した。		
P-9	上記の検討にあたり、計画作成委員会において介護予防の現状について地域の関係者等との議論を行った					✓ 地域の関係者等に向けて、通いの場の利用率の伸び率の純化や利用者の高齢化の現状を共有し、新たな高齢世代向けの施策の必要性について話し合った。		
取り組むべき課題の設定	P-10	上記より把握された現状をもとに、地域のビジョンと現状のギャップ(=課題)を把握した					✓ 地域のビジョンに近づぐために、元気で活躍して住み続けられることの必要性を改めて確認した。 ✓ また、その実現方法として運動の促進や運動人口の増加が必要であると認識した。	
要因分析	P-11	介護予防の課題の要因を分析するために、課題を構成する要素や要因を具体的に分解した					✓ 高齢者の疾病要因に着目し、毎年分析を行っている。	
対策立案	P-12	介護予防に関する様々な対策案を挙げ、通いの場を含む優先順位を付けた					✓ いま3100歳前後やまちどろみ備前町においては、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した。	
	P-12-1	優先順位の設定のために、「時間と費用」や、「費用と効果」の観点で対策案を整理した					✓ 外部業者への委託により実施した。	
	P-13	設定した地域の目指すべき姿を達成するために、そのために、通いの場をどのように活用していくか、検討した					✓ 毎年、通いの場の確保した役割を毎年、関係者間で再確認した。	
	P-13-1	自立支援・介護予防・重度化防止の取組における通いの場の位置づけを検討した					✓ 通いの場を主に介護予防の位置づけで認識した。	
	P-13-2	通いの場を起点として、他の施策(総合事業サービスC(短期集中予防サービス)等)への展開について検討した					✓ 令和3年度より、総合事業から総合事業のサービスCにつながるよう、関係者で連携フローを構築した。	
	P-14	通いの場の活用について検討した結果をもとに、試行的な実施を行い、更なる検討を行った					✓ 令和3年度より、オンライン体操や体力測定を実施し、試行した。	
	P-14-1	介護予防の実現のために必要な手段について、モデル事業等の試行的な取組を行った						
	P-14-2	モデル事業等の試行的な取組を通じて、対象者やプログラムの内容等の通いの場の活動内容の詳細について検討を行った					✓ 令和3年度の結果を踏まえて、令和4年度より淡路市オンラインフィットネス通いの場の取組を開始した。	
	P-14-3	上記、試行的な取組について高齢者や関係者を対象とした効果検証を行った					✓ 令和3年度のオンライン体操や体力測定に参加者に対してアンケートを実施して問題を把握した。 ・高齢者の参加を継続させる意味で、令和4年度は実施期間を限定する方向で見直し。	
	P-14-4	複数の介護予防のための取り組み間の比較や、費用対効果に関する検討を行った					✓ 複数の比較ではないものの、介護予防の取組の効果に関する検討を行った。 (現状維持のため、特に行っていない)	
	P-15	地域として必要な通いの場の運営・活用の在り方について、検討した						
	P-15-1	地域ケア会議等の場を活用し、地域の事業者等と通いの場の活用の仕方に関する議論を行った						
	P-15-2	通いの場の運営・活用における地域住民の役割について検討を行った						
	P-15-3	役所の関連部署と協議し、通いの場の運営主体や方法、役割分担について議論を行った						
	P-15-4	通いの場における健康チェックや栄養指導・口腔ケア等の実施について検討した					✓ 既に実施している。	
P-15-5	通いの場での健康チェックなどの結果を踏まえて医療機関などによる早期介入(個別支援)につながる仕組みの検討を行った					✓ 既に実施しており、介入支援時に必要な情報提供などを行っている。		

PDCAサイクルの手順	#	具体的な実施事項 実施方法(例)	方法・手段	参考 関連項目	自治体記入欄		具体例(兵庫県淡路市の第8期計画策定時から 実施時期における現状の場合)	
					該当 あり	実施済み		
	P-16	いつ、誰に、どのような方法で介護予防の普及啓発を行うかを検討した					いまいき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した。 ・体力測定会、オンライン体操、スマホ教室を開始	
	P-16-1	地域の中で活用できる既存組織(振興会、商業会等)について検討した						
	P-16-2	上記、検討した既存組織への普及啓発(地区講座での講演や、関連組織との話し合い等)を行った						より若い高齢者世代の参加を促すため、公式LINEを活用した。
	P-17	目指すべき姿に向かっていくかどうかを図る指標を設定した						新規要介護認定の平均年齢を指標として設定した。
	P-17-1	通いの場を含む介護予防・自立支援全体との関係性の中で適切な指標を検討した						
	P-17-2	高齢者の継続的な介護予防・自立支援活動への参加を促すために必要な指標および評価方法について検討した						Timed Up and Go test (TUG)、握力等、生体動作に必要な体力指標を設定した。
	P-17-3	第9期の通いの場の設置個所数等(ストラクチャー指標)の目標値を設定した		C-3-1、C-3-2				設置会場数の目標を設定した。
	P-17-4	第9期の通いの場の開催回数・参加人数等(プロセス指標)の目標値を設定した		C-3-4				新規施策である、オンラインでの運動人口の増加を含めた目標値を設定した。
	P-17-5	第9期の通いの場への65歳以上の参加者数(週一回以上の通いの場への参加率、週一回以上の通いの場への参加率の変化率、月一回以上の通いの場への参加率、月一回以上の通いの場への参加率の変化)		C-3-6				
	P-17-6	第9期の通いの場のサポーター数やインストラクター数の目標値を設定した		C-3-7				設定済み。
	P-17-7	第9期の取組の参加者への影響(アウトカム指標)の目標値を設定した		C-4				従来通り、比較分析を行った。
	P-17-8	通いの場の参加者の健康状態(体力測定、基本チェックリスト、後期高齢者の質問票、Barthel Indexなど)を分析するための項目を設定した		C-4-1				設定済み。
	P-17-9	第9期の取組の地域への影響(アウトカム指標)の目標値を設定した		C-5				社会保険費への影響、自立・非自立期間への影響、参加頻度による影響を毎年、算出している。
	P-18	上記の検討に当たり、計画作成委員会において地域の関係者等との議論を行った						計画作成委員会開催時に行った。
	P-18-1	保険者としての考えを整理し、目的、取り組むべき内容や量、それによって到達する姿などを説明した						
	P-18-2	現場や有識者の意見を聴取し、知恵を借りた						
	P-18-3	計画の進捗管理や作成のプロセスを現場や有識者と共有した						
	D 対策実行	通いの場の立ち上げ	D-1	介護予防・自立支援・重度化防止のための通いの場の立ち上げ時に必要な支援について検討を行い、実施した				
D-1-1			行政が実施する支援内容(最低限のルール)を整理した					整理済み。
D-1-2			役所内や地域内の専門職で通いの場で行うプログラムの内容について検討した					検討した結果をもとに、令和4年度で改めて実施している。
D-1-3			通いの場の運営主体や参加者等への支援を行う有資格者や関連団体の育成を行った					新たなオンライン上での介護予防について検討を予定している。
D-1-4			通いの場の運営主体(サポーター)となる地域住民や既存組織等を対象に研修を行った					毎年、実施している。
D-1-5			地域の専門職の参加のために、専門職団体および所属法人等への説明を行った					実施内容について、サービス事業所や専門職に説明した。
D-1-6			介護予防の関係者(介護サービス施設・事業所を含む)に対して通いの場に関する説明等を行った					
D-1-7			地域の高齢者に対して、通いの場の取組に関する広報・周知等を行った					広報・周知等を実施するとともに、地域住民の間の口コミやつながりを重視している。
D-1-8		通いの場合会場として活用できそうな地域資源の手配を支援した					(支援したいと考えているものの、介護予防へのアクセス手段の問題等よりあまり進められていない)	
通いの場の活動継続		D-2	継続を支援する体制を整えた(出前講座、サポーターの必要性、交流会など)					
	D-2-1	活動継続のための支援を必要としている通いの場の状況について把握した					通いの場からの意見を随時聴取し、問題を把握している。	
D-2-2	状況に応じてオンライン上の活動等の通いの場の代替手段の必要性について検討し、実施した						いまいき100歳体操の対象者とは違う対象について、オンラインフィットネス通いの場の取組を導入した。	

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