

令和元年度
大阪府保険者機能強化推進交付金事業
「自立支援・重度化防止に向けた報告書」

—市町村事例から見るこれからの自立支援・重度化防止—

令和2（2020）年3月31日
株式会社ナレッジ・マネジメント・ケア研究所
主任研究員 熊谷芳浩（y.kumagai@kmci.jp）

内容

1. 高齢者福祉政策の方向性.....	1
(1) 介護保険制度改革の方向性	1
(2) 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）について.....	1
(3) 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）に関する評価指標案	2
(4) データからみる社会参加と介護予防の効果.....	3
2. 介護予防・地域づくりに取り組む府内市町村の事例紹介.....	5
(1) 元気高齢者への介護予防・社会参加への促進	5
(2) 虚弱高齢者への専門職との連携による自立支援.....	5
事例1 公民連携による介護予防事業「あ・し・たプロジェクト」（堺市）	6
事例2 住民みんなで元気でまっせ（大東市）	8
事例3 大学との連携等によるポピュレーションアプローチ（熊取町）	10
事例4 「元の生活を取り戻す」訪問指導・通所型サービスC（寝屋川市）	12
事例5 リハビリ専門職によるアセスメント機能の充実（箕面市）	14
事例6 地域の専門職との企画段階からの連携体制の構築（藤井寺市）	16
3. 2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現	18
コラム 健康・生きがい就労トライアル	19
コラム 介護人材確保・育成支援事業（堺市）	20
4. 地域共生社会の実現に向けて	21
コラム 地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業（池田市）	23
コラム 大阪しあわせネットワーク（大阪府社会福祉協議会 社会福祉施設経営者部会）	24
5. 大阪府の取組について	25
6. これからの介護予防事業.....	27
(1) 地域診断による地域包括ケアシステムの推進	27
(2) 地域診断に基づく PDCA サイクルの実施	27
(3) 保健事業と介護予防の一体的実施に向けた国の動き.....	28

はじめに

現在、急速に超高齢化・人口減少が進んでおり、社会、経済、医療、介護など様々な側面において、影響を受けると見込まれております。

特に、大阪府では、単身あるいは夫婦のみの高齢世帯の割合が高く、また、団塊の世代の人口構成比が大きいことから、要介護・支援認定者や認知症高齢者も急増する「都市型高齢化」の進展が見込まれています。

こうした中、平成29年4月から、地域の実情に応じて要支援者等に対して効果的・効率的な支援を実施する「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）」が府内全市町村でスタートしました。

これまで大阪府では、総合事業が府内市町村において効果的に実施されるよう、通いの場の立ち上げ支援や自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの普及・定着等の様々な保険者支援策に取り組んでまいりました。

さらに、平成29年6月に公布された「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」では、市町村及び都道府県が地域課題を分析し、地域の実情に即して、高齢者の自立支援や重度化防止に取り組むこととなり、その取組に対する客観的な指標を設定し、その実績評価に基づき、財政的インセンティブが付与されることとなりました。

高齢者の自立支援や重度化防止の取組は、心身機能の維持・改善だけではなく、生活環境の調整や、地域の中で生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境の調整も含めた、バランスのとれたアプローチが重要です。そのためにはリハビリテーション分野等の専門職や大学、民間企業等の様々な関係者・関係機関と連携し、高齢者の生活全般を支えていかなければいけません。

府内市町村においては、すでに自立支援・重度化防止に取り組まれているところではあります。が、専門職との連携や、通いの場等への社会参加の働きかけをどのように進めていけばよいのか課題に感じている声も聞かれます。

そこで、さらに自立支援・重度化防止の取組を推進する際の参考となるよう、「介護予防や社会参加」「専門職との連携」にポイントを絞った事例をまとめました。

本報告書が府内市町村において、自立支援・重度化防止の取組をより一層推進する際の一助になれば幸いです。

1. 高齢者福祉政策の方向性

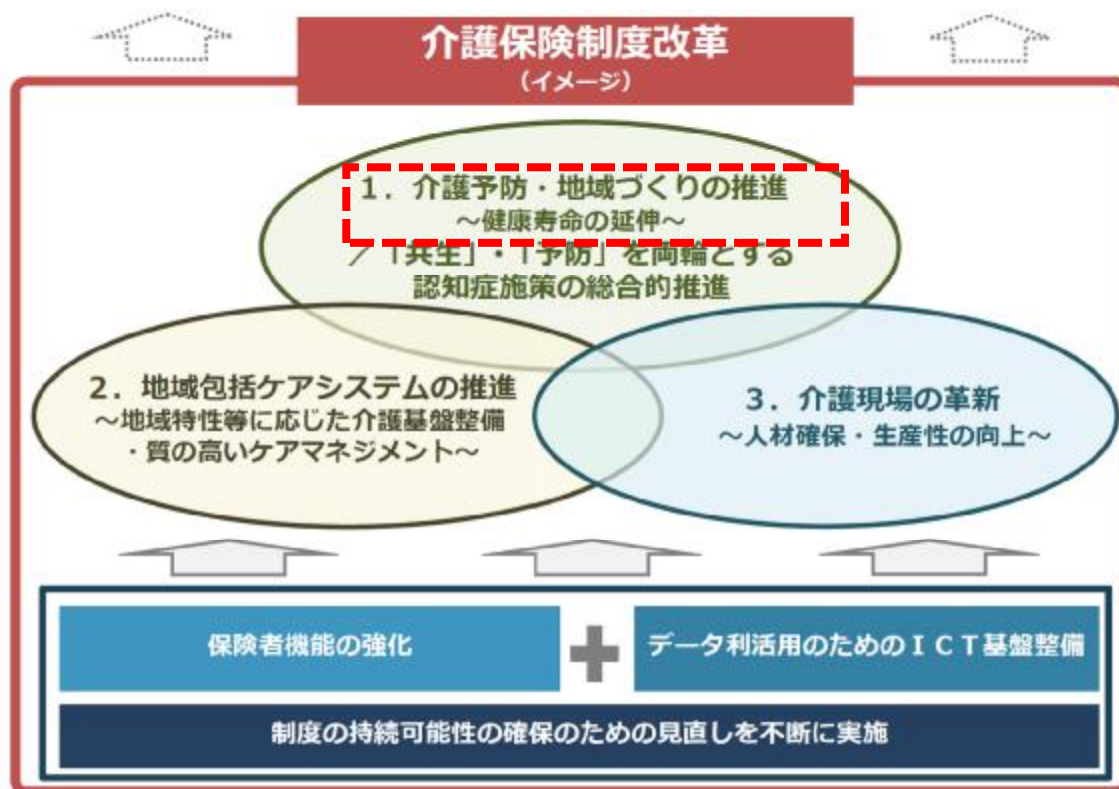
(1) 介護保険制度改革の方向性

令和元年 12 月、社会保障審議会介護保険部会において、介護保険制度改革の目指す方向性を提示。

- ① 介護予防・地域づくりの推進～健康寿命の延伸～ / 「共生」・「予防」を両輪とする認知症施策の総合的推進
- ② 地域包括ケアシステムの推進 ～地域特性等に応じた介護基盤整備・質の高いケアマネジメント～
- ③ 介護現場の革新 ～人材確保・生産性の向上～

今後、制度の持続可能性とともに、高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らし続けられる地域包括ケアシステムの構築のさらなる推進が求められることから、この報告書では、上記①を推進するため、府内市町村における取組事例を紹介する。

地域共生社会の実現と 2040 年への備え



(2) 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）について

○一般介護予防の推進

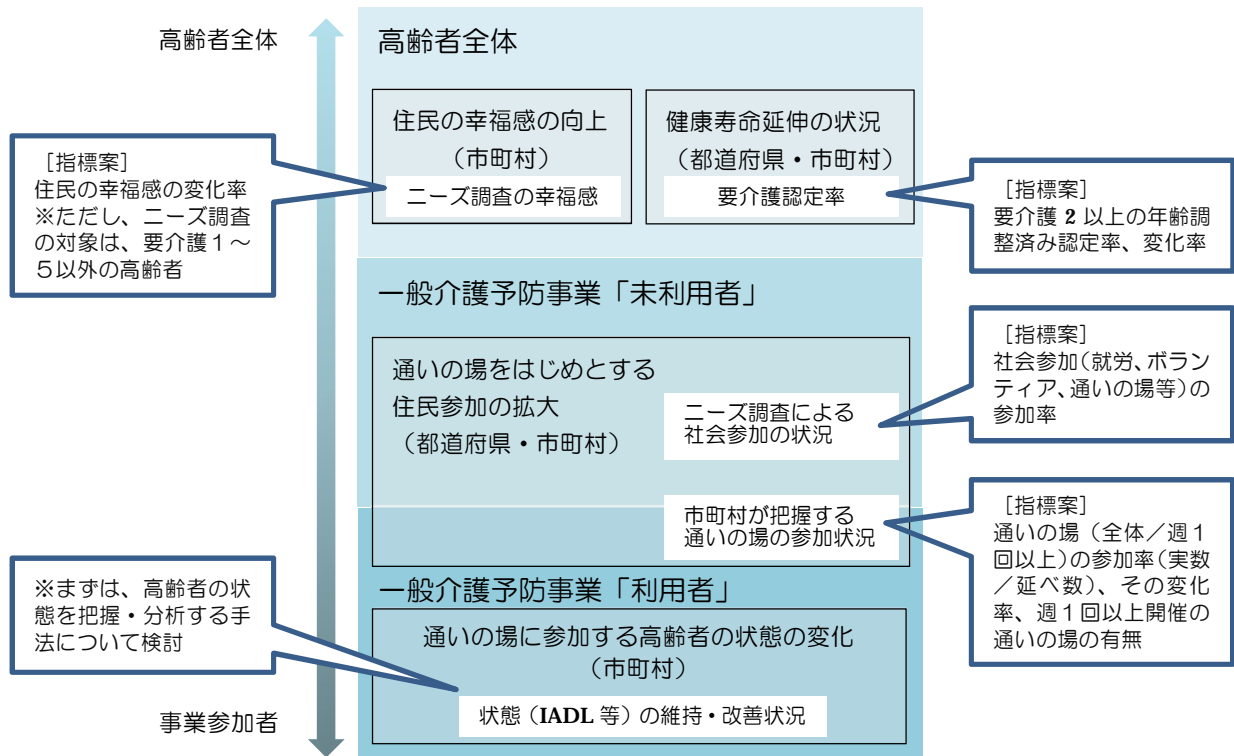
住民主体の通いの場の取組を一層推進することとし、具体的方策として「行政内部、地域の多様な主体との連携」「ポイント等の付与による参加促進」「専門職の関与」「データ活用による PDCA サイクルに沿った取組推進」「通いの場に参加していない高齢者への対応」に取り組んでいくことが求められる。

○介護予防・日常生活支援総合事業

総合事業をより効果的に推進し、地域のつながりを強化するため、「対象者（要介護者）の弾力化」「サービス単価の上限弾力化」がなされた。市町村の裁量の幅が広がり、こうした方向性に対する環境整備が求められる。

(3) 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）に関する評価指標案

一般介護予防事業等に今後求められる機能やPDCAサイクルに沿った更なる推進方策を検討する「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」でも、個々の事業だけでなく、住民の幸福感、健康寿命の延伸（要介護2以上の高齢者の変化）といった高齢者全体への効果が介護予防の指標案として示されている。



■成果を評価する指標

評価対象	評価項目	評価の観点	具体的な指標案
高齢者全体	健康寿命延伸の実現状況 (都道府県・市町村)	・介護予防を含む介護保険事業全体を運営する上での目標である、健康寿命延伸の実現状況の評価 ※毎年の評価に加え、中期的な変化の評価も望ましい	・要介護2以上の年齢調整後認定率、その変化率 ※客観的評価のため、健康寿命の補完的指標を参考
	住民の幸福感の向上 (市町村)	・住民が生きがいのある自分らしい人生を送るといふ介護予防の目的の達成状況の評価する観点から、住民の幸福感を評価	・住民の幸福感を評価 ※ニーズ調査に調査項目あり。具体的な評価方法(変化率の算出方法等)については要精査
一般介護予防事業「利用者」+「未利用者」	通いの場をはじめとする社会参加の拡大 (都道府県・市町村)	・経年比較が可能な方法により通いの場の参加率を測定 ・参加頻度も評価する観点から、延べ数についても評価 ・加えて、従来の通いの場に限らず、就労等を含めた多様な社会参加状況についても評価	・通いの場(全体/週1回以上)の参加率(実数/延べ数)、変化率、週1回以上開催の通いの場の有無 ・社会参加(就労、ボランティア、通いの場等)の状況 ※ニーズ調査の調査項目の見直しを実施
一般介護予防事業「利用者」	通いの場に参加する高齢者の状態の変化	<中長期的な課題> ・通いの場の効果等を評価する観点から、今後、通いの場に参加する高齢者の状態(IADL等)の維持・改善状況の評価することを検討 ・まずは、高齢者の状態を把握・分析する手法について検討 ※分析に当たっては、比較対照群(非参加者との比較)が必要	

(資料) PDCA サイクルに沿った介護予防の推進方策 (R1.10.9 介護保険部会)

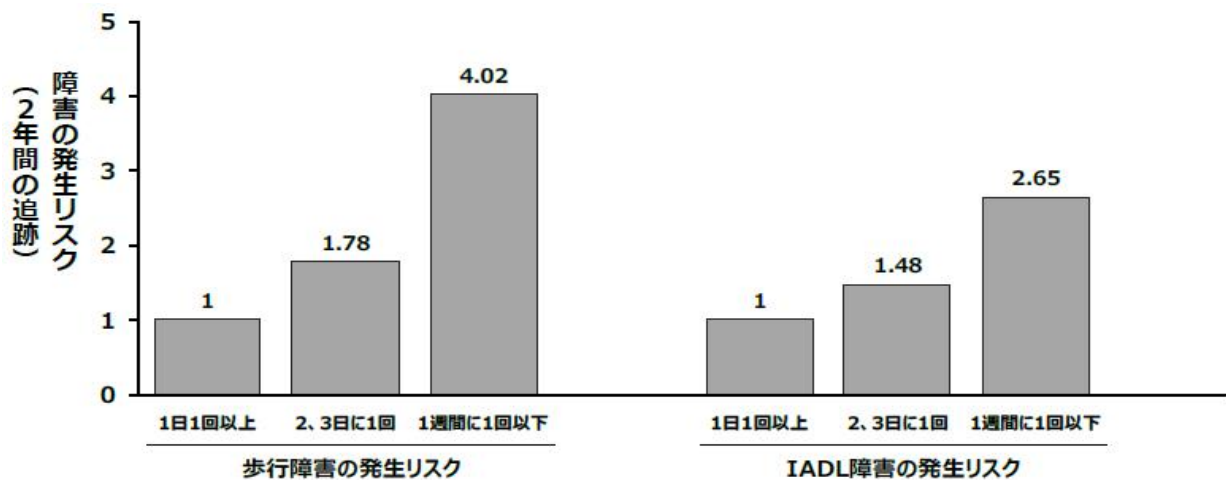
(4) データからみる社会参加と介護予防の効果

次の研究データからも、介護予防は、機能回復訓練などの身体機能へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であることが分かる。

■外出回数（社会参加）とIADL（※）の関係

〇週に1回外出しない高齢者は、毎日外出している者よりも、2年後の歩行障がいやIADL障がい、認知機能障がいが発生しやすい。

※手段的日常生活動作：家事全般・買い物・金銭管理など日常生活を送る上でより複雑で高次な動作



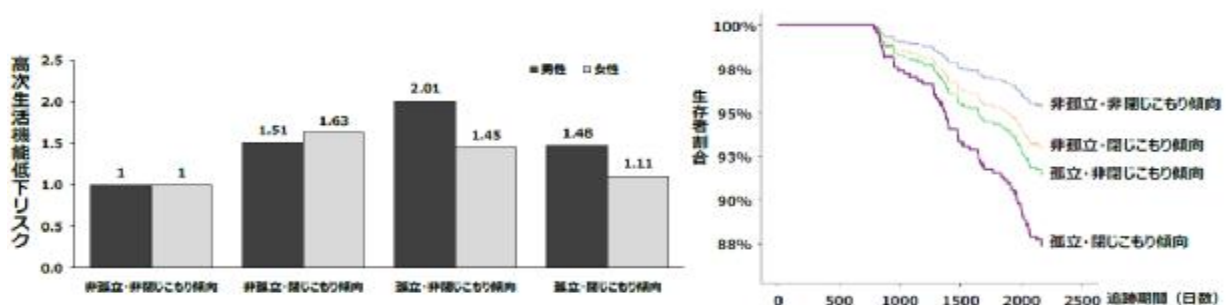
(出典) Fujita K, Fujiwara Y, et al. J Epidemiol. 2006 Nov;16(6):261-270

■社会的孤立や外出頻度と高次生活機能の関係

〇社会的孤立（別居親族や友人・知人との対面・非対面の交流が週1回以下）や外出頻度の低下（1日1回未満）は4年後の高次生活機能（※）低下のリスクとなり、6年後の生存者割合も低い。

（※）手段的(バスや電車での外出など5項目)、知的(新聞などを読んでいるかなど4項目)、社会的(友達の家を訪ねることがあるかなど4項目)ADLの得点合計で評価する。

◇社会的孤立と外出頻度による高次生活機能低下リスク ◇社会的孤立と外出頻度による生存者割合

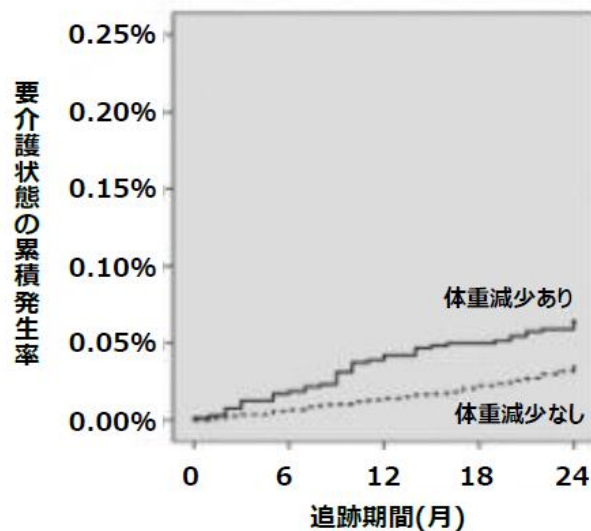


(出典) Fujiwara Y, Nishi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2017 Mar;17(3):500-508. Sakurai R, Yasunaga M, et al. Int Psychogeriatr. 2019 May;31(5):703-711.

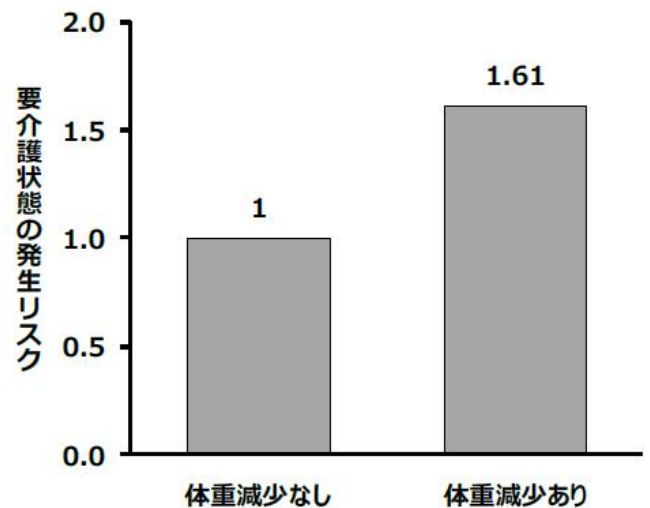
■体重減少と2年後の要介護状態の発生

○体重減少がある者は、体重減少がない者と比べて要介護状態の累積発生率は高く、その発生危険度は1.61倍と有意に高い状況にある。

◇要介護状態の累積発生率



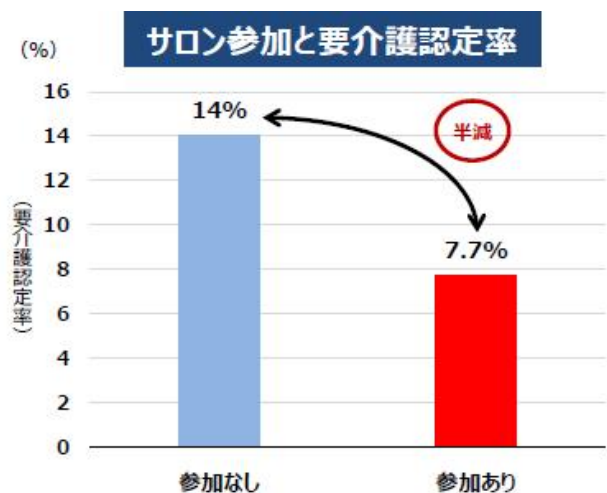
◇要介護状態の発生リスク



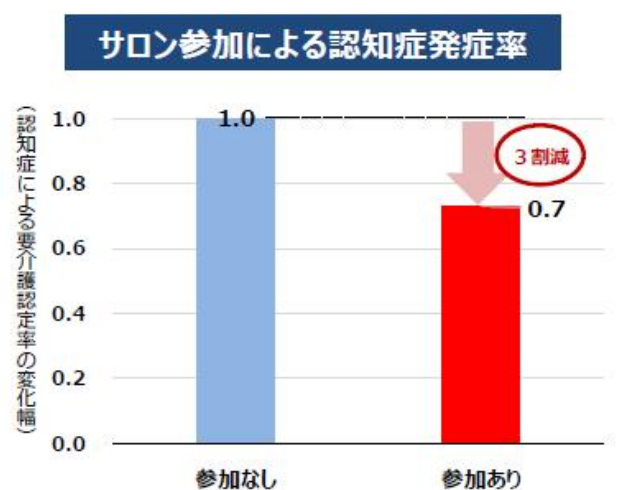
(資料) Makizako H, Shimada H, et al. BMJ Open. 2015 Sep 2;5(9):e008462

(参考) サロン(集いの場)参加による介護・認知症予防の効果

○愛知県武豊町のデータでは、サロン(集いの場)に参加した高齢者は、①要介護認定率が半減、②認知症発症リスクが3割減との結果があった。



・ 65歳以上、2490人を5年間追跡調査 (2007年～2012年)



・ 65歳以上、2593人を7年間追跡調査 (2006年～2013年)

※「参加なし」を1とした場合の比較

(資料) 未来投資会議 (第25回) (平成31年3月20日)

2. 介護予防・地域づくりに取り組む府内市町村の事例紹介

(1) 元気高齢者への介護予防・社会参加の促進

○体操等により自ら介護予防に取り組むことはもちろん、社会参加・社会的役割を持つことが介護予防にもつながる。このことから、高齢者が、これまでの経験や知識を活かし自らの自己実現と地域社会の支え手として社会参加ができるようきっかけづくりと継続を促す仕組みを構築。

○サービス提供者と利用者とは「支える側」と「支えられる側」という画一的な関係性に陥ることなく、高齢者の状態にあった多様な社会参加や、地域住民等が支え合う地域づくりを支援。

ここでは、地域住民や企業、大学と連携した介護予防や社会参加の取組を紹介する。

- | | | |
|------|-----|----------------------------|
| 事例 1 | 堺市 | 公民連携による介護予防事業「あ・し・たプロジェクト」 |
| 事例 2 | 大東市 | 住民みんなで元気でまっせ |
| 事例 3 | 熊取町 | 大学との連携等によるポピュレーションアプローチ |

(2) 虚弱高齢者への専門職との連携による自立支援

○「できない」ことをサービスで補うのではなく、「できる」を増やす、生活課題の解決に向けた適切なアセスメントが実施されるようケアマネジメントの質の向上を目指す。

○介護が必要となる原因の多くが、閉じこもりや生活習慣に起因する生活不活発病であることから、利用者本人の意欲や生きがいに働きかけ、外出頻度をあげる等の行動変容を促す支援が重要。

○利用者の行動変容を促すには、ケアマネジャーの働きかけだけでは困難であり、リハビリ専門職等との連携や、短期集中予防サービスといったサービス提供体制の整備が必要。

○介護保険の理念である「自立」「自立支援」に関して関係者が共通の意識を持つ。

ここでは、多職種連携により状態を改善し、社会参加につなげている取組を紹介する。

- | | | |
|------|------|--------------------------|
| 事例 4 | 寝屋川市 | 「元の生活を取り戻す」訪問指導・通所型サービスC |
| 事例 5 | 箕面市 | リハビリ専門職によるアセスメント機能の充実 |
| 事例 6 | 藤井寺市 | 地域の専門職との連携体制の構築 |

社会とのつながりを失うことがフレイルの最初の入口。
フレイル対策は、医療専門職による介入だけでは限界があり、「社会」との中で実現していくべきもの。



事例1 公民連携による介護予防事業「あ・し・たプロジェクト」(堺市)

面積 149.82 km²

人口 832,199人

高齢化率 28.3% (R1)

高齢者独居世帯 13.2%(H27) 高齢夫婦世帯 11.3%(H27) 調整済み認定率 24.7%(H30)

中学校区数 43 校区 日常生活圏域数 21 圏域 地域包括支援センター数 21 か所(基幹型 7 か所)

取組みのポイント

無関心層を対象とした介護予防への行動変容を促す取組を展開するため、民間のノウハウを活かし事業の成果を第三者機関が評価して実績に応じた対価を支払う PFS (Pay for Success : 成果連動型委託契約) を導入し、令和元年 12 月から実施。

取組のきっかけ

要支援・介護認定率が 22.3% (平成 27 年 9 月時点) と国 18.1%・府 20.9% よりも高く、それはフレイル状態やその予備群がそのまま悪化し、要支援・介護認定につながっているのではと感じていた。このような状況を変えるには、元気高齢者、特に介護予防の活動を行っていない無関心層に対し、活動に自ら取り組む行動変容を促す必要があると考えた。興味・関心が多種多様な元気高齢者を、効果的に介護予防活動に促していくためには民間のコンテンツ (資源・場所・アイデア) が有効と考え、市企画部門と協働し、民間企業との連携手法について検討した。

規範的統合 (ビジョンの共有)

堺市に関わるすべての人に、地域包括ケアシステムの理念だけでなく、「地域包括ケアシステムの中で自分たちはどんなことが出来るのか」などの意識を高めるため、2018 年 10 月に「堺市超高齢社会に対応するための地域包括ケアシステムの推進に関する条例 (堺市地域包括ケアシステム条例)」を制定。条例の中で「市」、「医療介護等関係者」、「市民等」それぞれの役割や責務、市が進める取組等を明記した。

市民に対しては、元気な時から介護予防に取り組むことを明記した。



条例の周知には、一般用と子ども用の2種類のリーフレットを作成。市内の小中学校に配布し、子どもも含む堺市に関わる人すべてが地域包括ケアシステム構築に向け、力を合わせていくことを伝えた。

取組と成果

■「あ・し・たプロジェクト」とは

≫「あるく（身体活動）」「しゃべる（社会活動）」「たべる（食生活）」のフレイル予防に有効な要素を取り入れた「学びのプログラム」や「活躍の場プログラム」を組み合わせ、日常生活の中で継続的に介護予防につながる行動変容を促すプロジェクトである。

≫SIB※の活用可として公募していたが、選定の結果、阪急阪神ホールディングスとグループ会社のライフデザイン阪急阪神がPFSで受託。



■民間コンテンツを活かした新規性の高いイベントの開催

≫これまで市主催のイベントを開催しても、内容の偏りや参加者の固定等が課題であった。PFSにより民間のマーケティングを踏まえたイベントの実施などが期待でき、そのノウハウが市に蓄積される。不採択となった提案の中にも行政では思いつかない企画が多数あった。

■社会参加していない男性高齢者等の無関心層の巻き込み

≫参加者を拡大するための「気づきの場のプログラム」、無関心層を巻き込むため多様な興味関心に対応し、地域課題も踏まえた本格的な「学びの場プログラム」、活動を披露する機会となる「活躍の場プログラム」を組み合わせ、日常生活の中で継続して介護予防につながる行動を促す。終了後も、参加者が地域で活躍し続けることを目指す。本取組について、スマホアプリを活用した日常活動のモニタリングで、参加者が効果を実感し、継続的な活動を支援する。

【各プログラムの主な実施内容】 ※事業の実施期間の3年間で4,000～5,000人の参加を見込んでいる。

プログラム	内容
気づきの場	健康イベント、健康計測、学びの場体験、ウォーキングイベントと健康体操等
学びの場	男・本気のパン教室、男・本気の木工教室、歌劇体験ワークショップ、防災教育インストラクター等
活躍の場	カフェ開催、ステージ披露等

更なる取組

≫令和元年12月～令和3年11月までの2年間実施内容・参加頻度等の結果を基に、将来的な要介護認定遅延について推計し、介護予防効果を検証していく。事業で得られた分析結果を今後の介護予防事業の展開につなげる。（JAGESに委託）

対象	「学びの場」参加者（介入群）	「気づきの場」参加者（介入群）	堺市の一般高齢者（対照群）
回数	開始前・中間・最終	イベント参加時	開始前・中間・最終
項目	アンケート30項目、要介護リスク評価尺度、主観的健康観、社会参加等	アンケート10項目、要介護リスク評価尺度	アンケート30項目、要介護リスク評価尺度、主観的健康観、社会参加等

※追跡調査を実施し、介護保険認定データ等と連動した有効な効果検証を実施する予定

市担当者コメント

○要介護状態ではない高齢者の行動変容を促すことにより、高齢者の生活の質を向上させ、介護給付費の伸びを抑制する。

○早期からのフレイルの予防につなげるため、以下のような工夫を行っている。

- 1) 早期発見・早期対応のための『気づき』により、市民意識や行動変容のためのきっかけづくり
- 2) フレイル予防のための『身体活動』『社会参加』『食生活』という具体的な行動目標の理解
- 3) 従来型の施策ではなく、企業等と連携した新しい知見・手法との融合により、効果的で多様なアイデアやプログラムメニュー等の提供
- 4) データ収集、効果判定、成果検証等の研究と検証を行い、地域性や参加者層分類による分析と社会保障費との紐づけによる経済的効果などの算出

事例2 住民みんなで元気でまっせ（大東市）

面積 18.27 km² 人口 119,326 人 高齢化率 27.5% (R1)
高齢者独居世帯 11.4% (H27) 高齢夫婦世帯 10.5% (H27) 調整済み認定率 19.8% (H30)
中学校区数 8 校区 日常生活圏域数 1 圏域 地域包括支援センター数 1 か所

取組のポイント

- 庁内関係課との規範的統合、ケアマネジャー等への自立支援の意識改革とスキル向上への支援
- 将来の自分のためにやっているという意識付けで、いつまでも通い続けられる「通いの場」創出

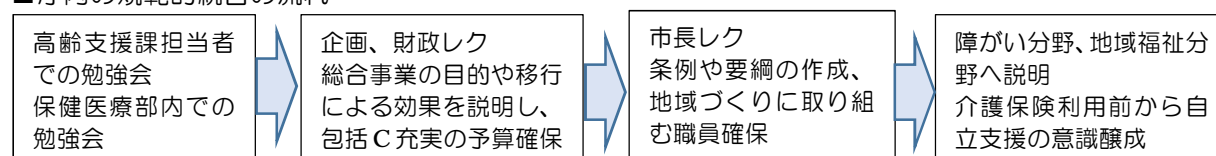
取組のきっかけ

虚弱になっても地元で仲間と一緒に活動が続けられる場を設けたいとの意識から、平成 17 年度に住民主体の通いの場として「大東元気でまっせ体操」を開始。平成 18 年度から全国で介護予防事業（一次・二次）がはじまったが、大東市は、通いの場を元気高齢者と虚弱高齢者が分け隔てなく「身近な場で気軽に仲間と一緒に運動できる場」とし、まちぐるみの介護予防を進めようと考えた。

規範的統合（ビジョンの共有）

平成 28 年 4 月からの総合事業移行に向け、平成 26 年度に市長をはじめとした庁内関係者に、「自立」「自立支援」の理解を徹底的に浸透させていった。

■庁内の規範的統合の流れ



多機関・多職種と規範的統合への取組・・・自立、自立支援の概念を整理

職種によって異なる「自立」「自立支援」の概念を出し合い、違いを確認した上で、一致させる作業が必要と考え、居宅介護支援事業所が参加する事例検討会や技術講習会の場を使って「自立」と「自立支援」の概念を整理した上で、大東市における総合事業の理念を統一した。

大東市の総合事業の方針

減り続けるマンパワーと財源、増え続ける高齢者
これを何とかするためには効率的で効果的な働き方が必要
特に貴重な専門職はより専門性の高いところに集中
それ以外のことは専門職以外が担う**新たな担い手の確保**が必要
支えを必要とする高齢者の増加をくい止める**介護予防を推進**
要支援状態からの自立を目指す**自立支援を促進**

要支援等の予防プランについては、平成 31 年 4 月から居宅介護予防支援事業所への委託をはじめたが、当初 2 か月間は市職員を含む専門職 7 人体制で全プランをチェック。自立支援が一定、浸透してきた同年 6 月以降は、市の専門職を外した 5 人体制でチェックをしている。また、プラン作成は市が指定する研修を受講したケアマネ（認証ケアマネ）に限定し、質の担保を図っている。

取組と成果

■なぜ必要かをわかりやすく伝え、体操への参加を促す取組

≫出前講座では、必ず「健康でやりたいことをやり続ける、行きたいところへ行き続けるための体操」と伝え、体操をせずに虚弱化して「オムツ」になるか、元気なままで介護サービスの自己負担分で「ハワイ」に行くのか、どちらがいいですかと問いかけた。



≫虚弱となった人を体操に誘い出すと、その人が元気になるだけでなく、自分にとってのメリット<介護保険を使う人が減れば月額保険料が安くなる介護保険制度の仕組み>を伝え続けた。

≫市が将来どのような状況になるか高齢者人口、認定率、介護保険料等のデータを分析した結果と、体操に参加した人の体力測定の変化を示したデータを示すことで住民の理解を深めた。

■意欲を高め活動が継続する仕組みづくり

≫介護予防サポーターステップアップ講座（年3回）を開催し、体操に参加したことで虚弱だった人が元気になった事例や活動での工夫や困りごとへの対応等をグループごとに発表し、リーダーやサポーターのスキルアップのほか、モチベーションアップや他グループとの交流につなげている。

■「主体は住民」行政は住民が安心して活動できる側面支援を

≫「病気や骨折、認知症等で活動を続けられるか不安な人がいる」「最近参加者が減ってきた」等の様々な相談内容に応じ、市のリハビリ専門職や包括職員がすぐに訪問し、活動への安心感につなげている。

■住民によるゆるやかな見守り

≫体操だけでなく茶話会や趣味の教室、登下校の見守り等の様々な活動があり、外出の機会が増えるだけでなく、連絡なしで欠席した時は、参加者が帰りに様子をうかがうなど見守りにもつながっている。

■認知症、難病、車椅子・・・、どんな状態になっても通い続けられる「通いの場」づくり

≫虚弱な人が参加できないグループは自分が虚弱になったときに通えなくなる、「いつか自分が」という意識を持つことを住民に繰り返し伝えたことで、元気な高齢者から中重度の高齢者まで一緒に参加することが出来る通いの場となっている。

更なる取組

≫短期集中自立支援型サービスとして、リハビリ専門職が生活機能評価や生活上の工夫、セルフトレーニング等（訪問）により、介護保険サービス終了後も通い続けられる場「大東元気でまっせ体操」（通所）につなげている。また、ケアマネジメント支援として、初回面談時にリハビリ専門職が同行することをルール化（原則3ケースまで）。

≫「大東元気でまっせ体操」などの通いの場への移送サービスを創設

≫ロボット掃除機を訪問介護事業所、生活サポートセンターにレンタルすることで、更なる介護人材の余剰を生み出す。

市担当者のコメント

○市の方針を明確に打ち出すことは難しいことですが、これが無ければ、今の本市の状況は生まれなかったと思います。

○住民、ケアマネジャー、事業所への周知方法、自立支援研修会など、いつでも暖簾分けします。

事例3 大学との連携等によるポピュレーションアプローチ（熊取町）

面積	17.24 km ²	人口	43,592 人	高齢化率	28.4% (R1)
高齢者独居世帯	8.8% (H27)	高齢夫婦世帯	12.5 % (H27)	調整済み認定率	21.2% (H30)
中学校区数	3 校区	日常生活圏域数	1 圏域	地域包括支援センター数	1 か所

取組のポイント

地元の大学と連携した「フレイル予防啓発」「担い手育成」「PDCA サイクル評価」の実施。
町内の65歳以上独居世帯、75歳以上高齢者のみの世帯について、見守りアンケートの実施。返信がない高齢者宅への全戸訪問による状況把握を行い、見守りにつなげる。

取組のきっかけ

平成18年度から介護予防事業がはじまるにあたり、2次予防事業として「ふれあい元気教室」の実施、1次予防事業「くまとりタピオ元気体操（タピオ体操）」を、大阪体育大学監修のもと開発。
平成29年度に、大阪体育大学と連携し、「タピオ体操」にストレッチや筋力トレーニング、口腔体操等を加えた「タピオ体操+（プラス）」にバージョンアップ。「タピオ体操+」を中心に、住民主体の通いの場「タピオステーション」の立ち上げを進めている。

規範的統合（ビジョンの共有）

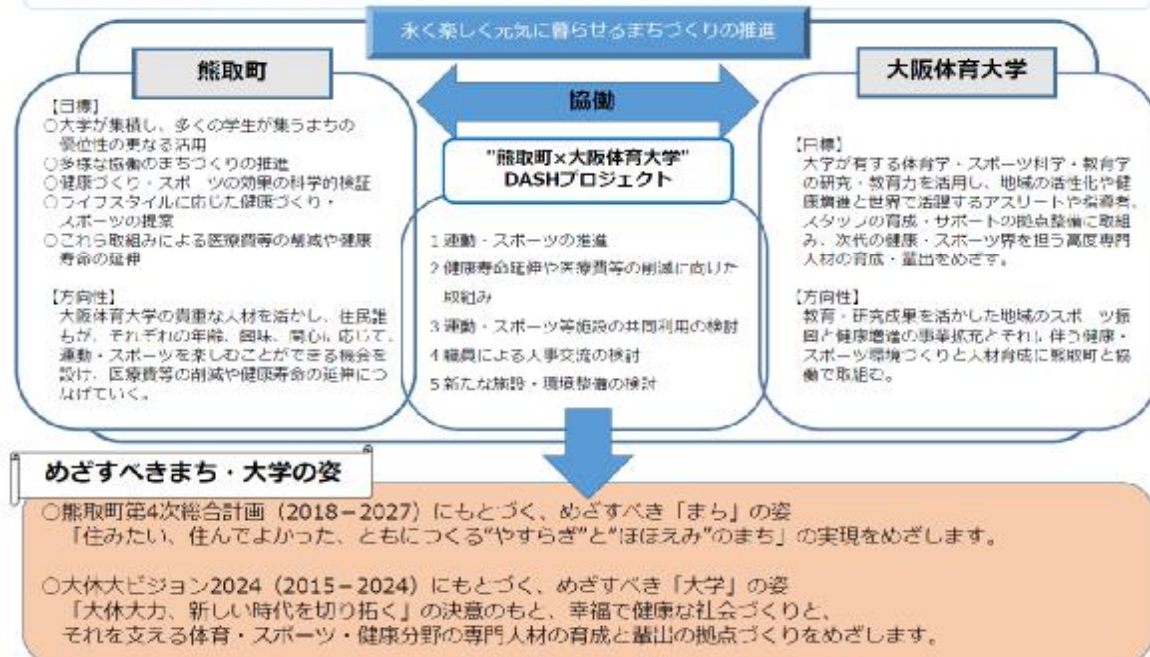
平成16年度に熊取町と大阪体育大学はすでに連携協定を締結していたが、住民の健康増進及び町の活性化を図るため、運動・スポーツを通じて、永く楽しく元気に暮らせるまちづくりの推進を基本方針に、「DASHプロジェクト」として、平成30年3月に新たに連携協定を締結。

“熊取町×大阪体育大学” DASHプロジェクト



基本方針

少子高齢化、人口減少社会の到来をむかえ、熊取町と大阪体育大学は住民の健康増進および町の活性化を図るため、運動・スポーツを通じて、永く楽しく元気に暮らせるまちづくりを協働で推進する。



取組と成果

■「フレイル予防啓発」：めざそう！フレイル“0”のまち熊取

≫タピオステーション立ち上げ支援として、①5人以上の町民、②会場確保、③週1回以上開催の条件を満たせば、2か月間、週1回専門職を派遣。その後も継続支援として専門職を派遣（半年間は1回/月、1年目まで1回/2か月、2年目まで1回/3か月、それ以降は1～2回/年程度の派遣）。
※令和元年12月時点で24地区立ち上げ。



■「担い手の育成」：興味関心に合わせた講座と活躍の場づくり

≫フレイル予防サポーター講座として「頭の体操コース」「筋力・栄養アップコース」「ウォーキング&体力測定ボランティアコース」の3コースを実施。本講座受講者には、大阪体育大学主催の「体力若返り講座」の参加費用の一部（3500円）を補助し、講座の相互受講を促進。

講座修了後は受講者の興味・関心に合わせた以下の①～④のボランティア活動につないでいる。

- ①健康くま隊（健康くまとり探検隊）：ツキイチみんなでウォーキング（月1回、旧跡・名所めぐり）、ふれあいウォーキング（年1回、郊外）等のほか、体力測定会も開催。
- ②食改（熊取町食生活改善推進協議会）：男性料理教室、おやくッキング、手作りみそ教室等の各種教室のほか、タピオステーションでの出前講座（塩分測定と減塩の講義）等。
- ③くまとりタピオ元気体操ひろめ隊：月例練習会、月例サポーター会議、介護予防教室の手伝い、出前講座（希望地区、施設等）、希望地区のタピオステーションのお手伝い。
- ④タピオステーションの運営：タピオステーションの立ち上げや体力測定等のお手伝い。

■「PDCA サイクル評価」：ボランティア養成講座の見直し

≫平成30年度まで「ぴんぴん元気講座」として、健康づくり推進ボランティアを養成していたが、ボランティア登録は年1～2名程度だった。「フレイル予防サポーター講座」として、興味関心に応じてコースを細分化し、活動の場を用意したところ、27名がボランティア参加を希望した。

■見守りが必要な高齢者の把握

≫健康面や生活状況等に関するアンケート（基本チェックリスト、健康観、病気、困りごと、地域活動等）を住民基本台帳により把握した65歳以上独居世帯及び75歳以上のみ世帯に実施。

≫返信なし者について独居世帯のみ全戸訪問。日中留守のところは、健診や予防接種・医療費の状況（KDBデータ）を確認し、それでも状況が把握できない場合は、夜間訪問も実施。アンケートや訪問時の聞き取りにより、見守りが必要な方は包括支援センターへ情報提供。

更なる取組

≫タピオステーションの継続支援として、吉本興業と連携した若手芸人の参画、関西医療大学学生実習、ボランティアの参画のほか、「笑いヨガ」等レクリエーション分野の充実。

≫令和2年度から、現在行っているアンケートの実施方法を介護予防の視点から、1つの小学校区を2つに分けて、75歳以上の高齢者すべてを対象を広げる予定。

町担当者コメント

○高齢者の孤立化防止と介護予防の視点からアンケートで対象者を把握し、その対象者を必要に応じて町の事業（ふれあい元気教室やタピオステーションなど）や見守り対象者として地域包括支援センターへつなげる、「予防」と「高齢者の見守り」を視点としたシステムになっているのが熊取町の特徴だと感じている。

○タピオステーションは行政だけで決してできるものではなく、協力してくれるボランティアの皆さん、地区で活動してくれる住民の皆さんの力がなければ、実現できないもの。これからも住民の方とともに、地域主体の健康なまちづくりに努めていきたいと思う。

事例4 「元の生活を取り戻す」訪問指導・通所型サービスC（寝屋川市）

面積	24.70 km ²	人口	231,302 人	高齢化率	31.4% (R1)
高齢者独居世帯	13.3% (H27)	高齢夫婦世帯	12.9 % (H27)	調整済み認定率	20.6% (H30)
中学校区数	12 校区	日常生活圏域数	6 圏域	地域包括支援センター数	12 か所

取組のポイント

- モデル事業を通じて見えてきた課題を踏まえ、スキームや制度を柔軟に見直し。
- 総合事業サービス利用予定の高齢者宅にケアマネジャーとリハビリ専門職が訪問（訪問指導）し、生活課題の把握と「元の生活の再獲得」を目指した目標を設定。
- 通所型サービスCでは、「セルフマネジメント」を重視。リハビリ専門職は、利用者の生活（機能）への不安を、自信に変える関わり方を意識し、実践。

取組のきっかけ

平成29年4月に総合事業へ移行するにあたり、自立支援の考え方を定着させるため、自立支援型地域ケア会議を始めたが、自立支援型地域ケア会議を開催していく中で参加者から以下の意見が出てきた。

ケア会議の助言がプランに反映されない。

紙資料だけの助言に限界がある。

元気になったかを判断する明確な指標（数値）が必要。

また、自立支援に資するプランは、機能が回復するにつれ自分で出来る家事等が増えるので、それによって生活支援サービスの量が減少していくはずが、サービス量の変化が見られなかった。

このような課題に対応するため、医療経済研究機構【評価研究】及び㈱TRAPE【事業運営サポート】と協定を締結し、平成30年度に通所型サービスCのモデル事業を実施。モデル事業における課題を踏まえて、自立支援型地域ケア会議や通所型サービスCのスキームを見直した。

規範的統合（ビジョンの共有）

高齢者の生活機能を低下させる不必要なサービスを終了させるためには、ケアマネジャー等関係者が「サービス利用は継続が当然」から「終了を前提としたサービス利用」に思考を変える必要があると考え、職種別の研修会を平成28年度から29年度にかけて複数回開催。

- ①地域包括支援センター職員向け研修 6 圏域×6 回+まとめ 計37回
- ②ケアマネジャー・デイサービス・ヘルパー向け自立支援セミナー 計3回
- ③リハビリ専門職向けセミナー 計26回

※リハビリ専門職向けセミナーを繰り返し行ったことで専門職同士の関係性が築かれ、「寝屋川市リハビリテーション連絡会」の発足につながった。

令和元年度から、「寝屋川市リハビリテーション連絡会」メンバーが講師となり、以下の研修会を開催。

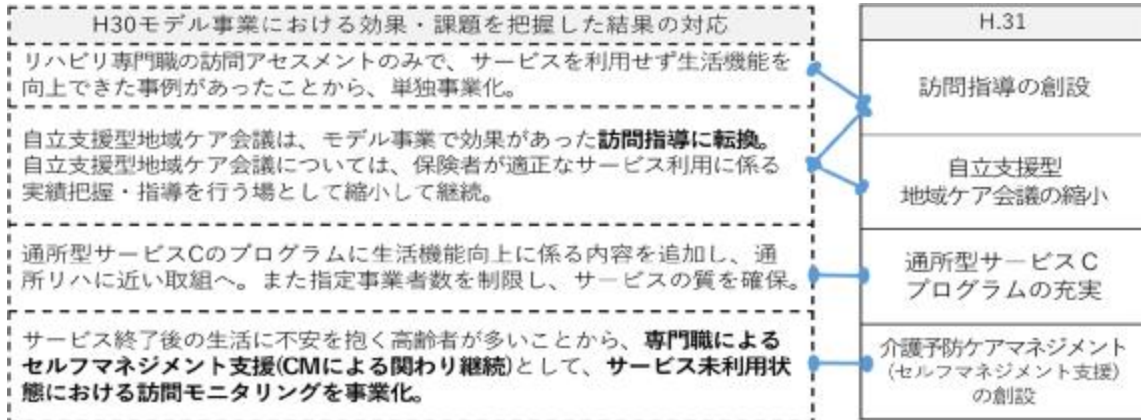
- ①訪問指導研修 6 回×年2 回 計12回
- ②短期集中事業所研修 6 回×年2 回 計12回

また、市民向けの啓発として、通所型サービスC利用者が登壇し、自ら元気になったエピソードを発表する市民向け介護予防講座の開催や、市広報（R1.9月号）で介護予防の特集を組み、広く周知した。

取組と成果

■まずはモデル事業で始め、次の展開につなげる

≫モデル事業で見てきた課題を踏まえ、効果的・効率的に実施する上で必要なスキームや制度の見直しを行った。



■通所型サービス C は、心身機能の改善だけでなく生活の自信につなげる場

≫心身機能の改善には、通所日（週 1 回）に実施している運動プログラムだけでなく、通所日以外の活動量をあげることが有効。そのため、セルフマネジメントシートを活用した「丁寧な面談」により、利用者の日常生活の活動量を上げる意識を醸成していく。

≫サービス終了後は、社会参加につなげるのが必須であるが、受け皿は体操（住民主体の通いの場）だけでなく、買い物等の日常的な活動を促進するもの全てを社会参加と位置づけている。

■通所型サービス C の効果（平成 31 年 4 月～12 月訪問指導実施分）

新規/継続	訪問指導実施件数		訪問指導時提案		利用		短期集中利用後						
	件数	割合	短期集中通所	割合	短期集中通所	割合	サービス終了	終了見込み	継続	計	割合	計	
新規	373	78.5%	225	60.3%	179	48.0%	43	40.2%	22	20.6%	42	39.3%	107
継続	102	21.5%	63	61.8%	47	46.1%	3	8.8%	5	14.7%	26	76.5%	34
合計	475		288	60.6%	226	47.6%	46	32.6%	27	19.1%	68	48.2%	141

≫通所サービス C 利用後の総合事業サービス未利用（見込み含む）率が、継続ケースでは 2 割程度であったのに対し、新規ケースについては 6 割を超えていた。

更なる取組

≫令和元年度より総合事業連絡会を月 1 回（毎月第 4 月曜）開催。総合事業の課題や改善策、地域づくり等について多職種（有志）が集まり検討。

≫自宅からスーパー・病院等地区内施設への移動手段として、「ねやがわ乗り合いワゴン（オンデマンド型、無料）」を 3 地域でモデル実施。（令和元年 12 月実施）

市担当者コメント

○総合事業を通じ、個別事例の中で行政職員が課題等を把握できるようになり、地域づくりのチームとして多職種が連携できるようになってきた。

○医療介護連携や生活支援体制整備との連動が課題で、今後一体的に取り組んでいく。

事例5 リハビリ専門職によるアセスメント機能の充実（箕面市）

面積	47.90 km ²	人口	135,563 人	高齢化率	27.5% (R1)
高齢者独居世帯	10.3% (H27)	高齢夫婦世帯	11.0 % (H27)	調整済み認定率	15.8% (H30)
中学校区数	7 校区	日常生活圏域数	14 圏域	地域包括支援センター数	5 か所

取組のポイント

○行政内のリハビリ専門職（以下、市リハ職）が中心となり、予防的視点や予後予測を踏まえたアセスメントの視点を地域包括支援センター（以下、包括）職員やケアマネジャー（以下、ケアマネ）等関係者に共有するとともに、サービス終了時期をプランに位置付けて自立を支援

取組のきっかけ

平成 12 年（2000 年）度の介護保険制度創設時に訪問指導や住宅改修相談業務、市の訪問看護ステーション業務に従事するため高齢福祉部門に理学療法士 2 名を配置、平成 18 年（2006 年）度より住宅改修の事前申請制度に対応するため、作業療法士 1 名を配置。

住宅改修相談や運動指導などの訪問指導を行っていた理学療法士が、以下の問題点を感じていた。

①必要ないサービスを何年も継続している高齢者や、本来サービス利用が必要だがサービスが利用できていない高齢者が存在

②包括職員やケアマネの作成したプランが予防や予後予測に基づく適切なプランになっていない

平成 27 年（2015 年）度からの総合事業移行に伴い 5 名体制（理学療法士 4 名・作業療法士 1 名）になり、介護給付適正化の観点から、「自立支援型個別会議」を始めようと考えた。

※平成 30 年（2018 年）度より理学療法士 4 名、作業療法士 2 名の 6 名体制となっている。

規範的統合（ビジョンの共有）

第 6 期計画において、「自立に向けたサービス利用の流れ」（図 1）を作成し、総合事業の目的である自立支援と介護予防の考え方についてわかりやすく関係者間で共有できるようにした。

◆箕面市の自立に向けたサービス利用の流れ（図 1）



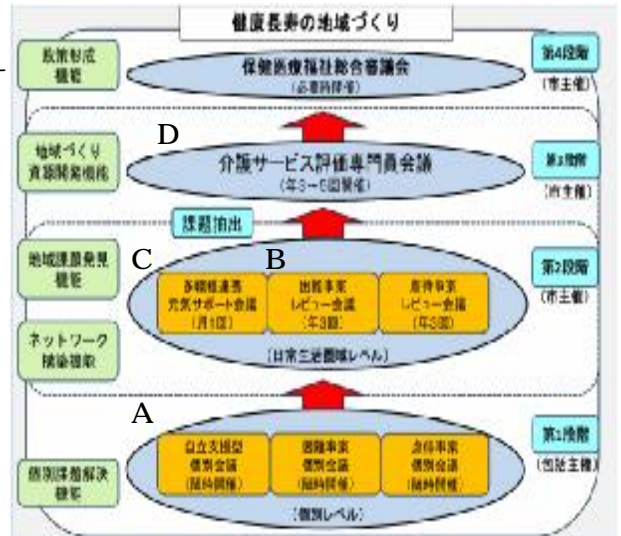
取組と成果

■総合事業移行をチャンスと捉え、自立支援の意識改革

- ≫平成 27 年（2015 年）度から、ケアマネや包括職員の意識を変える「自立支援型個別会議」（図 2、A）を実施。市リハ職と包括職員と一緒に利用者宅を訪問し、本人の状態や生活環境を市リハ職の視点で把握し、必要なサービスの種類や内容等を検討、また、サービス終了時期も明確にプランに位置付けることで、利用者、その家族、医療関係者、介護関係者の意識改革を行った。
- ≫平成 27 年（2015 年）度は市リハ職 4 名が市内全域をカバーし、包括職員と一緒に新規ケース（運動器系疾患）の高齢者宅を全戸訪問した。市リハ職が介入したプランについては、市リハ職がサービスにも訪問し、運動メニューやサービス利用後のフォローまで行った。 (図 2)

■個別ケースを集積し、多職種連携で地域課題抽出へ

- ≫平成 25 年（2012 年）度から、困難ケースを検討する包括主催の地域ケア個別会議の全ケースを、地域包括支援センターと行政で、共有・評価する「地域ケアレビュー会議」（図 2、B）を開催。
- ≫「自立支援型個別会議」での検討ケースのうち、
 - ①一般介護予防事業につながったケース、
 - ②インフォーマルサービスにつながったケース、
 - ③一定期間（3～6か月程度）で目標を達成し、介護保険サービスが不要となったケース、
 - ④何らかの理由で、目標達成できなかったケース
 について、共通する課題や成功の要因を多職種で話し合い、市リハ職がファシリテーターを担い、地域課題や成功事例の取組方法を共有する「多職種連携元気サポート会議」（図 2、C）を開催。



■リハ職訪問の効果を追跡調査

- ≫平成 27 年（2015 年）8～9 月に新規に、総合事業の通所型または訪問型サービス利用を希望した方のうち、自立支援型個別会議で検討を行った 44 名について、2 年後の状態について追跡調査を行った結果、維持・改善の合計で 84.1%であった。

変化項目	改善	維持	重度化
対象者数	20 人	17 人	7 人
割合	45.5%	38.6%	15.9%

更なる取組

- ≫第 7 期計画策定時、介護保険関係部署である「高齢福祉室」、「介護・医療・年金室」、「保健スポーツ室」が連携し、基本方針・目標を策定、「介護サービス評価専門員会議」（図 2、D）で取組の進捗を定期的に共有している。
- ≫自立支援型個別会議により、包括職員やケアマネに自立支援の意識が定着してきたため、平成 28 年（2016 年）度以降は市リハ職による訪問回数を減らした。令和元年（2019 年）度から多職種連携元気サポート会議では要介護者も対象とし、ケアマネ等へ自立支援の考え方の定着をめざしている。
- ≫課室を横断した医療職チームが、市内の前期高齢者 3,000 人に対し基本健康調査を行い、閉じこもりや虚弱高齢者を把握。また、調査結果に基づき健康教室の新事業（血管若返りコース）を新設した。

事例6 地域の専門職との企画段階からの連携体制の構築（藤井寺市）

面積	8.89 km ²	人口	64,370 人	高齢化率	28.4% (R1)
高齢者独居世帯	13.0% (H27)	高齢夫婦世帯	11.6% (H27)	調整済み認定率	20.5% (H30)
中学校区数	3 校区	日常生活圏域数	1 圏域	地域包括支援センター数	1 か所

取組のポイント

○ケアマネジャーがリハビリ専門職又は管理栄養士と一緒に高齢者宅に訪問し、心身状態等を評価（同行訪問事業）することで、①本人の意欲向上と合意形成（家族も含む）、②ケアマネジャーのアセスメント力の向上、③早期介入と適切なサービス利用、を促進。

○事業の企画から地域課題や改善策の検討まで、地域で働く専門職を会議に巻き込む連携体制を構築

取組のきっかけ

要支援1の認定者割合が23.3%（平成27年、全国13.9%、大阪府19.4%）と高く、また、訪問介護の利用が全国に比べ2倍以上であるなど、適正なサービス利用と自立支援の定着が課題であった。平成28年度老健事業「ケアマネジメント適正化推進事業」のモデル市として、同行訪問事業「Let's☆ヨボヨボ予防！事業」を実施。「Let's☆ヨボヨボ予防！事業」は、初回アセスメント時にリハビリ専門職が同行し、その場で助言を行うのでケアプラン変更がなく、ケアマネジャーの負担が少ない上、同行訪問によりサービス導入内容が変更になったなどの実績も確認できたことから、平成29年度から地域リハビリテーション活動支援事業「いきいき笑顔応援プロジェクト」として継続。

規範的統合（ビジョンの共有）

平成28年度モデル事業の実施にあたり、運営委員会（メンバー：高齢介護課（行政）、地域包括支援センター、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士）を月1回開催。委員会のメンバーが多職種の視点で意見を出し合い、計画から実施、評価、改善と、行政と一緒に事業全体のPDCAサイクルをまわすことで、自立支援推進に向けたチームとして各メンバーが主体性をもって参加する形ができた。

運営委員会で協議・検討した事項	
1回目	現状と課題、事業目的の共有 等
2回目	事業計画、アセスメントシート案 等
3回目	広報周知、ケアプラン記載事項、同行訪問手順、研修会の内容、効果測定手法 等
4回目	事業実施要綱、同行訪問の状況、アセスメントシート改善案、アンケート項目 等
5回目	居宅介護支援事業所への委託手順、ケアマネジャーとリハビリ専門職の役割分担 等
6回目	包括Cの介護支援専門員へのアンケート分析、広報誌での住民啓発、地域資源の把握 等
7回目	モニタリング・評価時の同行訪問手順、事業成果、メッツ（METs）や法第4条の啓発 等
8回目	次年度事業案、アセスメントシート改善案、ケアマネジャーへのアンケート案 等

平成29年度以降も、高齢介護課（行政）、地域包括支援センター3職種、ケアマネジャー、理学療法士、作業療法士、管理栄養士の計約15名で構成される「いきいき笑顔応援プロジェクト」運営委員会を月1回開催。同行訪問の事例や事業者へのアンケート等をもとに、多職種で課題を共有し協議しながら、窓口対応改善やマニュアル制作、研修実施、サービス創設等、解決に向けた取組みを企画している。

取組と成果

【取組内容】

いきいき笑顔応援プロジェクト

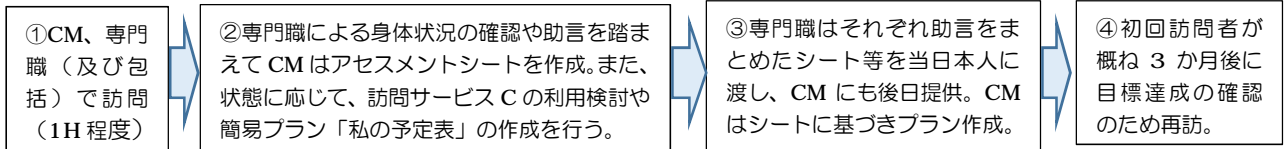
いくつになっても、できることは続けていきたい！という気持ちを応援します



■ケアマネジャーだけでなく地域が見守り、支援につなぐ

≫主治医等の医療職や民生・福祉委員等の高齢者の見守りを担う地域住民など、気づいた人が誰でも申し込みにつなぐことができ（認定の有無問わず、申込制のため）、専門職等の早期介入と連携を促進。

≫支援の流れ



■アセスメントシートで利用者の状態等を共有。訪問で見えた地域課題の抽出も

≫同行訪問での視点を踏まえた「アセスメントシート」をケアプランに添付することをルール化し、利用者の予後予測や機能評価、目標設定等を関係者間で共有。また訪問1件ごとにケアマネと専門職の双方から市へ提出する報告書に、地域に必要な資源や課題に関する記載欄を設け、提案を受けている。

更なる取組

≫令和元年度より、新規申請の要支援1・2で次のいずれかに該当する場合、すべて同行訪問。

①新規でヘルパー利用、②新規で福祉用具のみ利用、③新規でチェックリストの栄養2項目に該当

≫自立支援に取り組む事業者の努力を評価し公表することで、現場で働く人のやりがいにつなげる取組が必要。また、住民が地域活動に参加し楽しむことで、自身の介護予防につながっていくという意識醸成が必要。⇒自立支援を実践する事業所（専門職部門）と活発に活動する自治会や老人クラブ等（住民部門）の取組発表会&表彰制度として、「藤井寺市いきいき笑顔コンテスト」を企画。

市担当者のコメント

○運営委員会で、皆で話し合い、やってみようと思ったことに実際に挑戦しながら進んできた。

○専門職、住民を問わずより多くの人を巻きこんでの意識醸成に、引き続き取り組みたいと思う。

3. 2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

平成30年10月22日「未来投資会議」において、社会保障の持続可能性の確保と合わせて、「多様な就労・社会参加」「健康寿命の延伸」「医療・福祉サービス改革」の検討がなされ、さらにその取組を推進。

「多様な就労・社会参加」

人生100年時代を迎え、働く意欲がある高齢者がその能力を十分に発揮できるよう、高齢者の活躍の場を整備することが介護予防の観点からも重要。高齢者の多様な雇用・就業機会を確保していくには70歳までの就業機会の確保を図りつつ、それぞれの高齢者の特性に応じた活躍のため選択肢を広げる必要がある。包括的支援事業でも「就労活動の普及促進策」が創設され、その環境整備にも取り組んでいくこととなる。

「医療・福祉サービス改革」

2025年以降、現役世代（担い手）の減少が一層進むことが見込まれる中で、「ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革」、「タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進」、「組織マネジメント改革」、「経営の大規模化・協働化」の4つの改革を通じて、生産性の向上を図ることにより、必要かつ適切な医療・福祉サービスが確実に提供される現場を実現させていく。

ここでは、「多様な就労・社会参加」「医療・福祉サービス改革」に関連する2つのコラムを紹介する。

未来投資会議 根本厚生労働大臣提出資料

多様な就労・社会参加	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 働く意欲がある高齢者が、その能力を十分に発揮し、働く人の個々の事情に応じて活躍できるよう、多様な雇用・就業機会を充実 <ul style="list-style-type: none"> ・70歳までの雇用確保を図る上で、複数のメニューを用意し、労使の話し合いの上で個人の選択が効く仕組みを検討 ・成果を重視する評価・報酬体系の構築に向けた環境整備 ・企業のみならず様々な地域の主体による雇用・就業機会を開拓 ▶ 就職氷河期世代の一人ひとりが抱える課題に応じた寄り添い型の就職・キャリア形成支援の強化 特に、長期にわたる無業者への職業的自立に向けた相談支援と生活支援をワンストップで行う体制の整備 ▶ 中途採用に前向きな大企業からなる協議会を開催し、好事例の共有等により社会全体の機運を醸成 ▶ 一人ひとりの多様な働き方に柔軟に対応した年金制度への見直し、私的年金^(※)の拡充の検討 <small>※ 確定給付企業年金（DB）、企業型確定拠出年金（企業型DC）、個人型確定拠出年金（iDeCo(イデコ)）</small>
健康寿命の延伸	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 生活習慣病の発症・重症化予防のため、医療機関と保険者・民間事業者（スポーツクラブ等）等が連携し、医学的管理と運動・栄養等のプログラムを一体的に提供し、住民の行動変容を促す仕組みの構築 ▶ 身近な場所で高齢者が定期的集い、身体を動かす場等の大規模な拡充、介護予防事業と高齢者の保健事業（フレイル対策）との一体実施の推進（インセンティブ措置の強化） ▶ 認知症予防を加えた認知症施策の推進（身体を動かす場等の拡充、予防に資するエビデンスの研究等） ▶ 野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康な食事・食環境（スマート・ミール）の認証制度等の普及支援など、自然に健康になれる環境づくりの推進
医療・福祉サービス改革	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 2040年に向けたロボット・AI等の現場活用に向けた実用化構想の検討 ▶ データヘルス改革に関し、2020年度までの事業の着実な実施と2020年の後の絵姿（全国的な保健医療情報ネットワーク等）、工程表の策定 ▶ 介護・看護・保育等の分野において、介護助手等としてシニア層を活かす方策の検討 ▶ 介護施設における業務フローの分析・仕分けを基に、①介護助手、②介護ロボット（センサーを含む）、③ICTの活用等を組み合わせた業務効率化のモデル事業を今年度中に開始。効果を検証の上、全国に普及

コラム 健康・生きがい就労トライアル

○兵庫県宝塚市は、自分らしくいきいきと暮らせるまち「エイジフレンドリーシティ」の取組のひとつとして、「健康・生きがい就労」を実施。年齢を重ねても生きがいや役割をもって活躍できるような、概ね60～80歳の方を対象とした就労的活動の普及。

○「お試し就労」という形で無理のない範囲で社会参加できる仕組みを、行政と市民協働活動組織が連携して平成31年2月よりスタート。

健康・生きがい就労トライアルの仕組み

- 自分の生活リズム・都合に合わせて、無理せず働き健康の維持増進
- 無理なく働けるプチ就労、週1日、2時間からでも可能な「タイム&ワークシェアリング」
- 人とのつながり、地域課題の解決など地域貢献意義を感じながら働く
- まずは3か月のトライアルでパート契約→3か月後に双方良ければ契約（以降1年更新）
- 実際に働いてみて、（働く方も雇用者も）こんなはずじゃなかった！のミスマッチを回避

健康・生きがい就労トライアル 介護分野



≫事前説明会は、①行政から制度説明、②市民協働活動組織から就労による健康の維持（生活不活発病予防）と社会参加、地域貢献の意義を説明、③介護事業所から介護現場の現状を訴え、協力をお願いする構成。就労であるため説明会にはハローワークも同席し、手続き面で協力。シルバー人材センターにも事前説明を行い、理解を得た。

≫介護事業所と保育園のサポーターとして、令和元年度は計75名の方々が活躍。

受け入れ側の介護事業者は、未経験高齢者が一人でも作業可能なプチ就労の作業を切り出し。

ホールスタッフ 食事の準備、後片付け 配膳準備、配膳、下膳、カートの返却、食室の清掃などです。	入浴補助スタッフ 浴室の入浴準備、後片付け お湯はり、リフト等の準備、入浴衣類の準備、掃除などです。	フロアスタッフ 居室フロアでのサービス 入居者見守り、配茶、タオル・シーツ交換、加圧機の定期清掃などです。
余暇活動サポートスタッフ リハビリ体操やレクリエーションのお手伝い 職員の手伝いが主ですが、ご自分で判断できる入居者の買い物外出の付き添いもあります。	ファシリティスタッフ 車椅子等の点検整備、清掃 消耗品の発注・納品管理等簡単な修理、日曜大工程度の作業です。	受付・入退室管理スタッフ 家族・訪問者等の受付 訪問される方々が長時間よく入退室できるようにします。電話応対、玄関の清掃等もあります。

コラム 介護人材確保・育成支援事業（堺市）

○地域包括ケアシステム構築実現に向けた、主要事業の一つとして人材確保・育成支援のための事業を展開。事業所が業務の効率化により空いた時間で自立支援に取り組むことができれば、介護の仕事のやりがい（魅力）が生まれ、介護人材の定着につながることも期待。

○堺市老人福祉施設部会や教育機関、雇用推進課等との関係機関との連携、他事業との連動を図りつつ、多角的に施策展開。

取組の概要

取組	連携先	内容
表彰制度	—	働きやすく魅力あふれる介護事業所の表彰、自立支援や地域貢献に取り組む介護従事者の表彰
福祉と介護の実践発表会の開催	大学、市老人福祉施設部会	口述発表会、ポスター発表、就職相談会
潜在介護職、女性求職者への啓発	雇用推進課	女性のキャリアブランク解消事業への参画、子育て情報誌への啓発記事掲載、啓発チラシの配布
介護の仕事の授業、就職説明会への参加	高校・大学	学生ボランティア募集、大学出前講座、福祉と介護の実践発表会への勧誘
外国人人材の活用	アセアン交流推進室	介護事業者へ雇用状況の調査、管理職向け研修にて外国人人材活用のマネジメント
研修体制（新任、中堅、管理）の構築	市老人福祉施設部会 介護事業所	管理期 「介護現場の生産性向上」 「外国人人材活用のマネジメント術」（再掲） 中堅期 研修を企画するプロジェクトチームを結成し、新任・中堅期向け「介護の現場活性化研修会」実施
研修会	大阪府理学療法士会	「介護技術講習会」「出前型介護技術講習会～応用編～」の開催
離職防止策	—	ダブルケア相談窓口の設置、支援者向け研修会の開催

市内介護事業所が上記事業に参加した効果

表彰制度	前年度選ばれなかった事業所が、表彰制度への応募をきっかけに意識改革を図り、離職率が大きく減少、人材派遣会社に支払う費用を削減することができた。その経費で介護職員を増やし、余力が生まれたことで、入所者の自立支援へ力を注ぐことができ、要介護度も改善した。
福祉と介護の実践発表会	発表内容に興味を持った事業所が、発表した事業所と連絡をとり情報交換する等、事業所同士の交流が生まれている。学校からは、実習地以外の事業所の取組を知ることができることと好評を得ている。
中堅職員向け研修 課題に応じた研修の企画立案で、現場リーダーの育成	<ul style="list-style-type: none"> ・経験年数 3～10 年の介護従事者による参加型研修会。各自が持ち寄った介護現場の課題をグループワークにより分析し、現場職員向けの研修会を企画、運営する。 ・修了生同士、事業所を超えた横のつながりができた。 ・昨年度の修了生は施設のマネジメントに関与。

4. 地域共生社会の実現に向けて

■これからの地域づくり戦略

今後、高齢化が進むとともに、人手不足の時代が続きます。

そのような中、介護保険も、保険給付頼りではなく、本人の力や住民相互の力も引き出して、介護予防や日常生活支援を進めていくことをもう一つの柱にしていくことが必要となると考えられます。

このことは、高齢介護福祉政策にとどまらない「地域づくり」を進めることとほぼ同義であり、基礎的自治体である市町村にとって、自治体の存立に関わる根源的な役割といえます。

しかし、そこでの自治体の立場は住民に依存されるだけの存在ではなく、むしろ「地域の課題は地域で解決する」との気持ちを持つ住民こそが主体であり、それを応援する立場ではないでしょうか。こうした意識や認識を変えていくことが必要かもしれません。

地域の住民が主体的に進める予防や支え合いの取組は、多様なかたちをとりつつ、相互に関連し合いながら、さらに充実していくことが期待されます。

(2019.03.20 社会保障審議会介護保険部会)

○高齢者は、その有する能力に応じて社会参加等の多様な活躍の場を確保し、生涯現役社会の実現を進めていくことが求められる。

○そのため、自らが介護予防に取り組むことはもちろん、NPO法人や住民ボランティア等による多様な主体による支え合いのサービス創出をすすめていくことが必要。この取組をすすめていくことにより、要支援・要介護認定を受けた際に、状態や支援ニーズに応じたきめ細やかなサービスが提供されるだけでなく、高齢者の活躍の場づくりにもなる。

○このような支え合いによるサービスは、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながりを持ち、地域や社会をつくっていく「地域共生社会」の実現と目的を同じくするものである。

○地域課題を包括的に解決するものが、住民同士がともに支えあう「地域共生社会」であり、住民と行政、その他の関係機関とが連携しながら、支援が必要になっても在宅での生活を継続できるよう支えるのが「地域包括ケアシステム」である。

■地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制の整備

○地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する市町村における包括的な支援体制の構築を推進するため、社会福祉法等が改正され、次の「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を一体的に行う市町村の新たな事業が創設され、令和3年度から段階的に実施する。

3つの支援の一体的な整備

断らない相談	<p>○本人・世帯の属性にかかわらず受け止める相談支援</p> <p>①属性にかかわらず、地域の様々な相談を受け止め、自ら対応する又は関係機関につなぐ機能</p> <p>②世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する機能</p> <p>③継続的につながり続ける支援を中心的に担う機能</p> <p>※②及び③の機能を強化</p>
参加支援 (社会とのつながりや参加の支援)	<p>○本人・世帯の状態に合わせ、地域資源を活かしながら、就労支援、居住支援などを提供することで社会とのつながりを回復する支援。</p> <p>○狭間のニーズに対応できるように既存の地域資源の活用方法を拡充する取組を中心に、既存の人的・物的資源の中で、本人・世帯の状態に合わせた多様な参加支援の提供を行う。</p>
地域づくりに向けた支援	<p>○地域社会からの孤立を防ぐとともに、地域における多世代の交流や多様な活躍の機会と役割を生み出す支援。</p> <p>①住民同士が出会い参加することのできる場や居場所の確保に向けた支援</p> <p>②ケアし支え合う関係性を広げ、交流・参加・学びの機会を生み出すコーディネート機能</p>

ここでは、地域共生社会の実現に向けた取組と支援体制の整備に関連する2つのコラムを紹介する。

※地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案（令和2年3月6日提出）

○改正の背景

地域住民が抱える課題が複雑化・複合化する中で、以下のような課題がある。

- ・従来の属性別の支援体制では、対応が困難。
- ・属性を超えた相談窓口の設置等の包括的な支援体制の構築を行う動きがあるが、各制度の国庫補助金の制度間流用にならないようにするための経費按分に係る事務負担が大きい。

このため、市町村が包括的な支援体制を円滑に構築できるような仕組みを創設することが必要

○改正概要

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、Ⅰ相談支援、Ⅱ参加支援、Ⅲ地域づくりに向けた支援を実施する事業を創設する。事業実施の際には、Ⅰ～Ⅲの支援は全て必須。新たな事業は実施を希望する市町村の手あげに基づく任意事業

新たな事業を実施する市町村に対して、関連事業に係る補助等について一体的な執行を行うことができるよう、交付金を交付する。

コラム 地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業（池田市）

○モデル地域の3小学校区で『まちごと・丸ごとプロジェクト』として福祉ネットワーク会議を開催し、地域での見守り体制や課題発見体制の強化、また団体間の連携促進などを図る。

○包括的支援体制構築事業において、どの機関が窓口となっても他の機関につなげられる「断らない相談」支援を前提に相談支援包括化推進会議を実施している。

まちごと・丸ごとプロジェクト（地域力強化推進事業）

- ① 概要：小学校区単位の世代・分野を超えた住民・地域活動団体がネットワークを組み、行政や関連事業所と連携し、誰もが孤立せず安心して暮らせる地域共生社会実現に取り組む。
 - ② 参加団体：地区福祉委員会、民生委員・児童委員協議会、地域コミュニティ推進協議会、自治会、子ども会、PTA、友愛クラブ、婦人会、自主防災会等の地域活動団体のメンバー、地域の福祉施設・福祉事業所等
 - ③ 目的：地域住民の啓発、地域の見守り体制・課題発見体制の強化、地域活動団体相互の協力と連携体制の推進 等
 - ④ 活動内容：ワークショップで洗い出した地域の困りごとの中からテーマを一つ選び、地域団体や地域の福祉施設・事業所等が集う福祉ネットワーク会議を定期開催し、地域団体の既存の取り組みの発表や、講座などを通じて学びながら、解決に向けて考えていく。
- ≫第2層生活支援コーディネーターは、地域包括支援センター4圏域に配置。住民向けに明確な位置付けは行っていないが、まちごと・丸ごとプロジェクトは第3層的な役割を担っている。



福祉よろず相談窓口

地域の課題を包括的に受け止める場として、各地域の会館等でCSWが相談対応を行い、必要であれば専門の相談支援機関へつなぐ。（全小学校区で月1回開催）

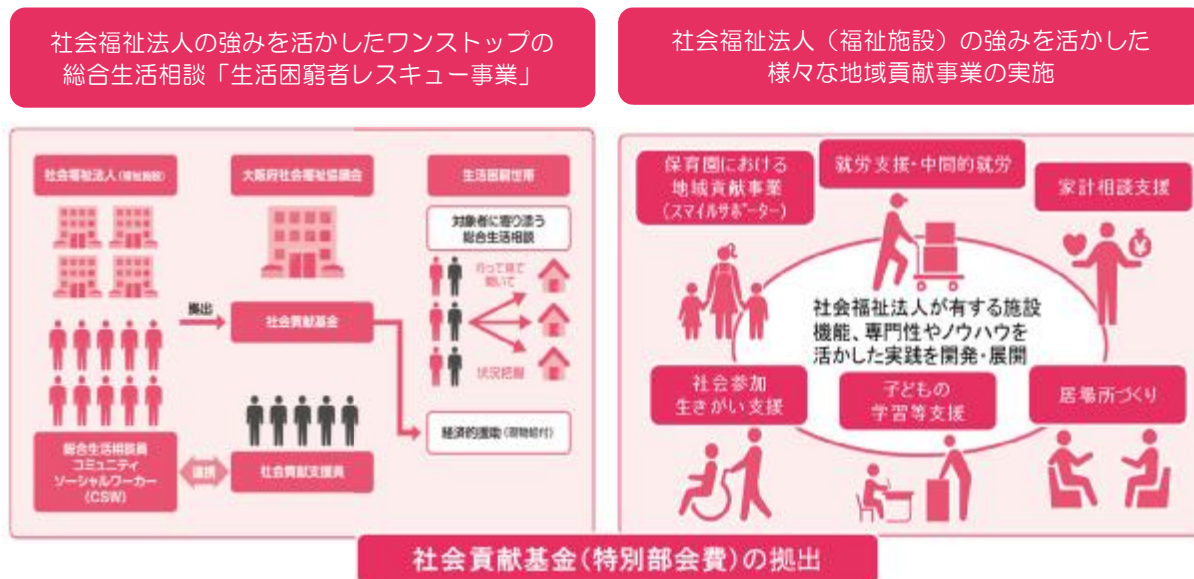
相談支援包括化推進会議（多機関の協働による包括的支援体制構築事業）

- ① 概要：相談支援包括化推進員を配置し、相談支援包括化推進会議を通じて各相談支援機関の横断的な連携体制を構築する。
- ② 参加メンバー：障がい、子育て、教育、医療、高齢、社会福祉貢献事業、CSW、行政（人権、市政、生活困窮）
- ③ 目的：各相談支援機関または団体の業務内容の相互理解、スキル向上、顔の見えるつながりづくり
- ④ 活動の経緯：平成29年11月に市内各相談支援事業所にアンケートを実施。翌年3月に第1回の相談支援包括化推進会議を開催。以降、分野を超えた相談支援機関同士の「顔の見えるつながりづくり」等を目的に、各分野の事業概要の紹介やグループワークでの事例検討を実施。

コラム 大阪しあわせネットワーク（大阪府社会福祉協議会 社会福祉施設経営者部会）

平成27年度より、オール大阪の社会福祉法人による社会貢献事業として、生活困窮など制度の狭間にある様々な生活課題を抱える人々に対して総合生活相談と経済的援助を行う「生活困窮者レスキュー事業」と、社会福祉法人の強みを活かした「地域貢献事業」を展開。また、社会福祉法人と地域（地区福祉委員会や民生委員・児童委員等）のつながりを強化し、地域福祉を具体的にすすめるために市町村ごとに組織化された「地域貢献委員会（施設連絡会）」とも連携を図っている。

大阪しあわせネットワーク事業



生活困窮者レスキュー事業※	地域貢献事業
<p>社会福祉法人（社会福祉施設）に所属する総合生活相談員（コミュニティソーシャルワーカーやスマイルサポーター）と、大阪府社協所属の社会貢献支援員（府内22のエリア内の社会福祉施設に駐在）が連携して行うワンストップの総合生活相談。</p> <p>公的制度やサービス等による支援が受けられず、生命に関わる緊急・窮迫した制度の狭間の生活困窮状況に対して、施設長の決済により、おおむね10万円を限度とした「経済的援助（現物給付）」による支援も実施する。</p>	<p>社会福祉法人（社会福祉施設）が有する機能（福祉専門職員や福祉施設の拠点の活用など）を活かし、よろず相談と各種制度等へのつなぎ、社会参加・生きがい支援、居場所づくり、中間的就労、障がい者等の就労支援、子育て支援、困窮世帯の児童に対する学習支援や子ども食堂の運営など、地域のニーズに応える様々な取り組みを実施し、広く発信している。</p> <p>また、それぞれの特性や強みを活かした実践を開発・展開する。</p>

※生活困窮レスキュー事業では、施設CSWや社会貢献支援員が相談者を訪問し、総合生活相談を行った上で、

- ①経済的援助を行わなければ生命や生活の継続に危険を及ぼす状況であるか、
 - ②他の代替できる手段（行政制度、親類や近隣からの支援等）がないか、
- など、経済的援助の必要性、必要最低限の援助金額を見極めた上で支給決定。

5. 大阪府の取組について

平成27年4月から大阪府内全市町村が介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）へ移行し、これにより市町村は、居場所や体操教室といった「介護予防事業」と「総合事業」を一体的に実施できることとなった。この2つの事業を上手く連動させることで、高齢者が虚弱（フレイル状態）となったとしても、適切なアセスメントと、状態に応じたサービス提供（総合事業）で、心身機能が改善され、その機能を維持（介護予防）することで、高齢者一人ひとり「健康長寿」につなげていくことができる。

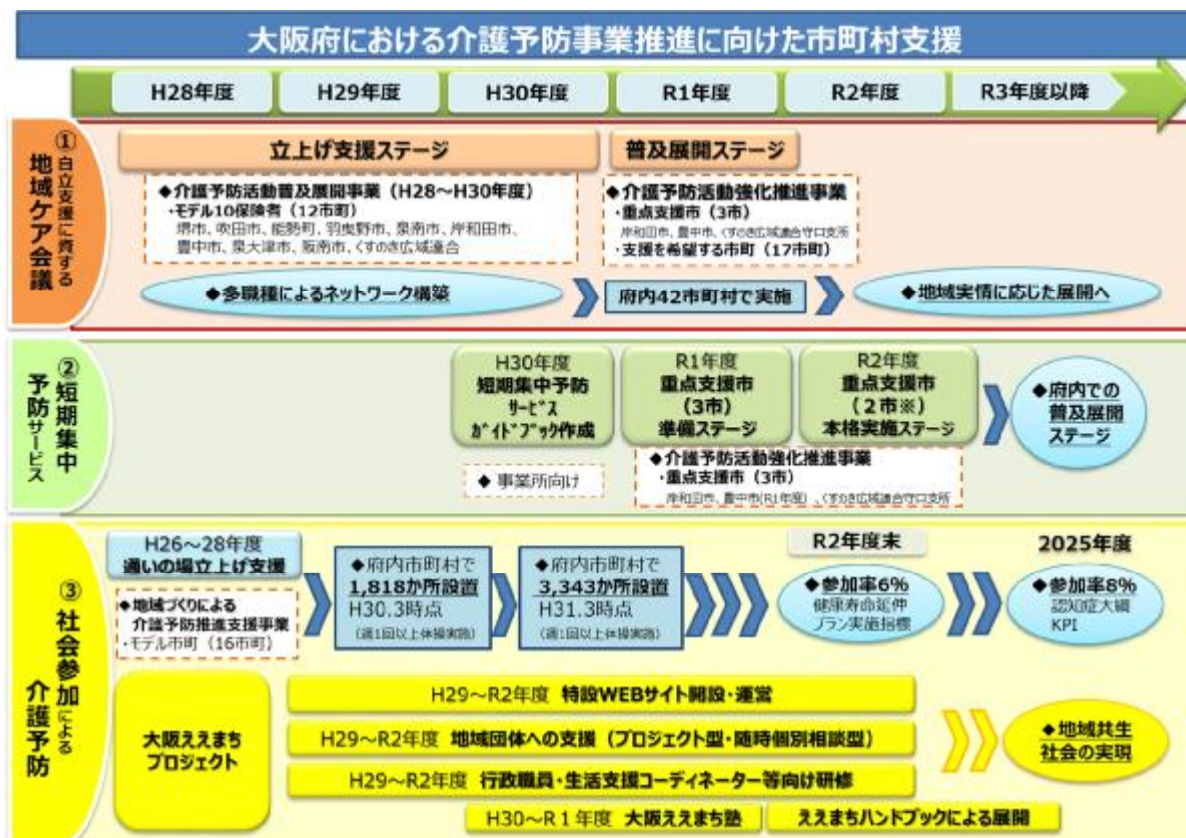
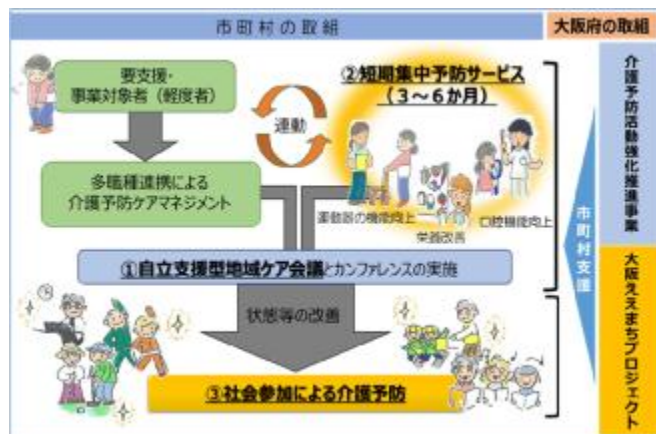
大阪府は、「みんなで支え、地域で元気に暮らす健康長寿」の実現をめざし、「介護予防活動強化推進事業」「大阪ええまちプロジェクト」の2つの事業を柱に、市町村が推進している自立支援・重度化防止の取組を支援してきた。

「介護予防活動強化推進事業」は、リハビリ専門職等の視点を踏まえた介護予防ケアマネジメントの理解促進と、口腔・栄養・運動にバランスよくアプローチすることにより効果的に心身機能を向上させる短期集中予防サービスの手法を府内に展開するため、研修やアドバイザー派遣等を実施。

「大阪ええまちプロジェクト」は、高齢者の介護予防の気運醸成と活躍の場の創出に向け、居場所等高齢者を支える活動を実施しているNPO等地域団体への支援を実施。

○課題：

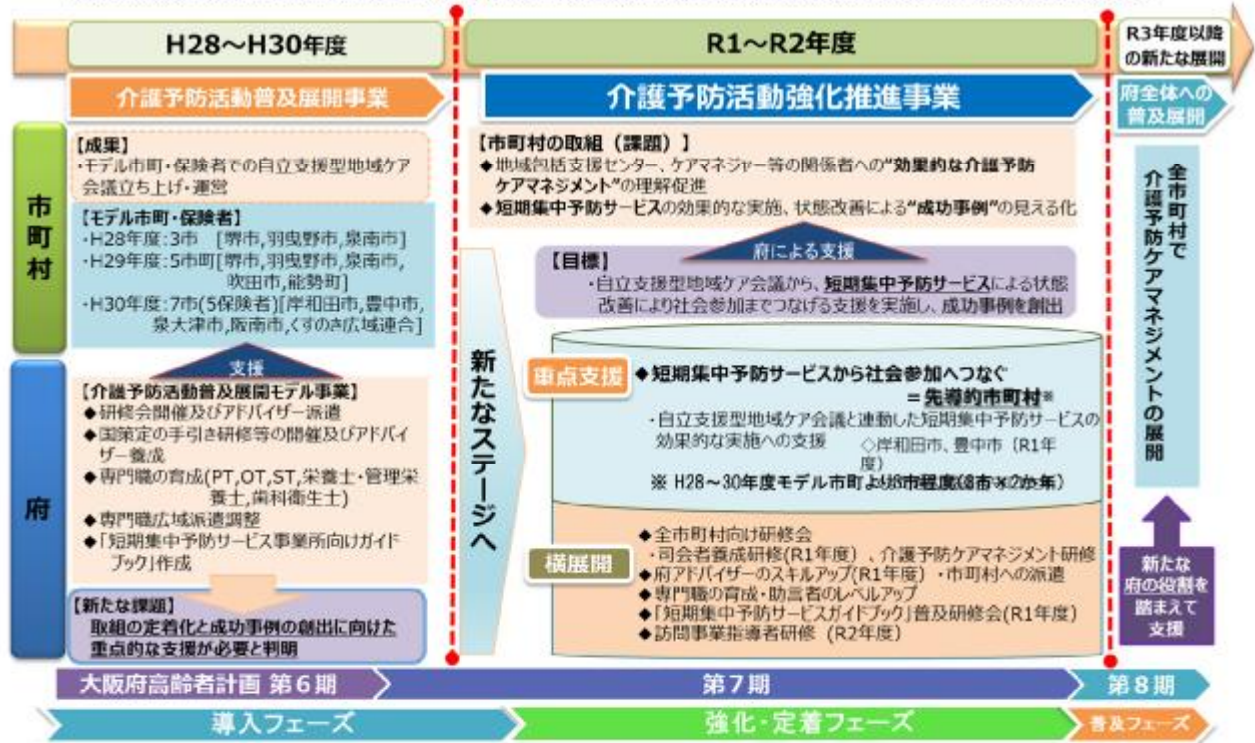
- ・地域包括支援センター、ケアマネジャー等関係者への"効果的な介護予防ケアマネジメント"の理解促進と短期集中予防サービスの効果的な実施による成功事例の見える化
- ・住民主体の多様なサービス創出、担い手の確保等



介護予防活動強化推進事業

～自立支援・重度化防止に向けた市町村支援～

【目的】平成29年度介護保険法改正により、市町村における自立支援・重度化防止等に関する取組に対して、都道府県の支援（保険者支援の強化）が制度化された。これを受け、2016～18年度にモデル事業として実施した「介護予防活動普及展開事業」を通じて得た成果や課題を踏まえ、成功事例の創出に向けた重点支援を行うと共に、モデル市町・保険者における介護予防ケアマネジメントの手法を府内全市町村に普及する。

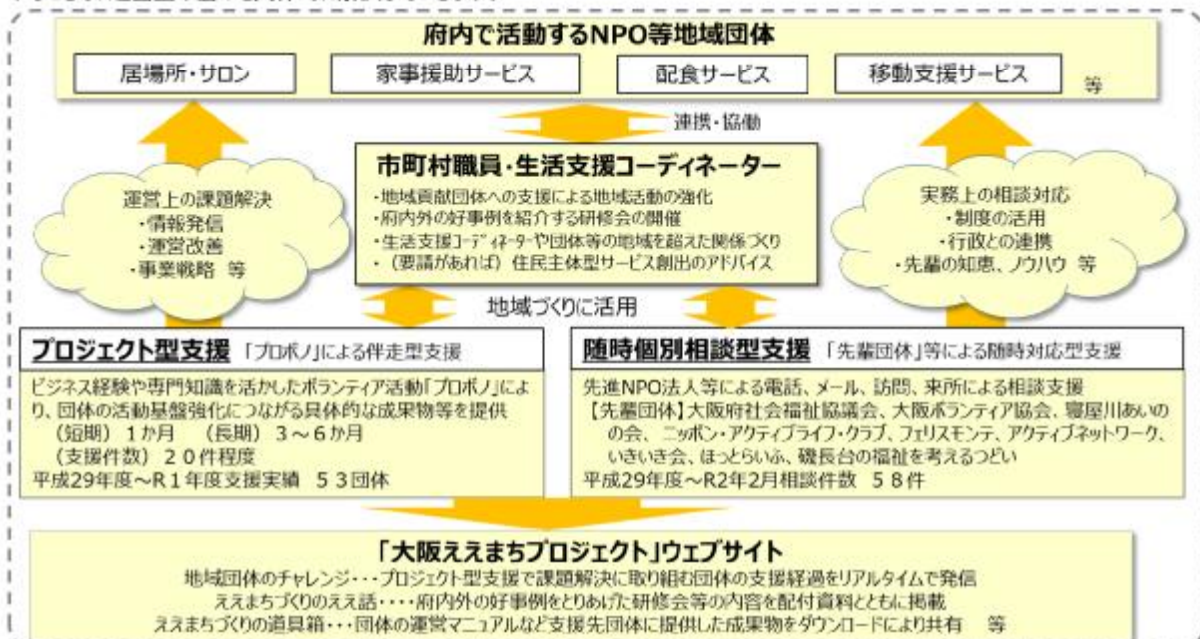


大阪ええまちプロジェクト



大阪ええまち

- 「大阪ええまちプロジェクト」は、若手からシニアまでオール大阪で住民主体（支え合い）による地域包括ケアシステムの構築を目指すプロジェクトです。
- 住民主体で活動する地域団体の課題に応じて、①プロボノ（仕事上で得た知識や経験、技能を社会貢献のため提供するボランティア）を活用した「プロジェクト型支援」や、②府内で活躍する先進NPO法人等（先輩団体）による「随時個別相談型支援」をマッチングすることで、運営上の悩みを具体的に解決していきます。



6. これからの介護予防事業

(1) 地域診断による地域包括ケアシステムの推進

○旧介護予防事業の反省から、介護予防はリスクのある高齢者個人へのアプローチだけでなく、地域全体に働きかけるポピュレーション戦略を重視。

○地域包括ケアシステム構築には、地域ニーズと課題、社会資源を把握して課題の優先度をつけ、その課題解決に役立つどんな資源があるのかを把握するための地域診断が必要。

○地域包括ケアシステム推進には、部署間連携や住民も含めた地域の様々な組織との連携が必要となり、地域診断のデータは共通認識を持つための材料になる。また、地域診断結果を関係者同士で共有することで、地域の課題共有が円滑に進み、連携し進めていく際の目標設定と評価のための貴重なデータとなる。

■地域包括ケアの推進に地域診断が必要な3つの理由

- 取組にかかわる多様な人材や組織同士の課題共有に必要
- 優先順位づけ（重点対象地区や優先すべき課題の選定）に必要
- マネジメント：計画の立案と評価（数値目標の設定と達成度管理）に必要

（資料）介護予防活動のための地域診断データの活用と組織連携ガイド

(2) 地域診断に基づく PDCA サイクルの実施

○対象となる地域について定量的な指標や定性的な観察を通して、地域ごとの問題、特徴を把握することを地域診断という。地域診断は、客観的な根拠に基づいた健康政策、公衆衛生を展開していくうえで最も重要なこととされている。

○地域診断を実施することにより、施策を展開する際の根拠が明確になり、効果的で効率的な事業展開をすることができる。本来、地域診断は施策の流れの一部であり、施策を展開する時には、実態把握→目標選定→計画→実施→評価→改善という PDCA サイクルで進める。

■地域診断の視点

視 点	地域をみるポイント
① 全体俯瞰	データを性別、年齢、地理、地域の区域、社会経済グループごとに細かく分化し、その情報を整理して、健康格差が特に顕著な人口グループと健康問題を特定。併せて、社会的要因について仮説を立ててみる。
② 経年変化	時間の経過とともに変化している地域の健康に関するデータについて、その変化を時系列で比較して、地域の健康課題を特定。併せて、過去の社会環境や施策の有無について仮説を立ててみる。
③ 地域比較	全国平均との格差を比較し、集団の課題を特定して、その要因について仮説を立ててみる。併せて、府の平均や近隣や類似の市町村との比較で、地域的な傾向を特定。

○地域診断により保健・医療・介護・福祉など様々な課題が明らかになれば、分野横断的なアプローチにつながる。

○ニーズ調査や KDB データ等を活用しつつ、多職種協働で包括的な地域診断を作成することにより、その診断結果を活用するための体制が構築される。

(3) 保健事業と介護予防の一体的実施に向けた国の動き

後期高齢者医療広域連合からの市町村委託事業として、通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）と高齢者に対する個別支援（ハイリスクアプローチ）の双方を実施することで、75歳以上の高齢者の健康寿命の延伸を目指す。2024年度までに全市町村で展開。

ここでは、一体的実施のイメージをポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチに分けて紹介していくが、実際は市町村において、地域の実情に応じて進めていくこととなる。

① ポピュレーションアプローチ（例）

○通いの場等の実施団体の要望に応じて「健康教室」「質問票」等のメニューを実施。

○健康教室の出前講座のテーマを「フレイル予防」だけでなく「地域参加・生きがい」など楽しめるメニューとする。併せて通いの場のプログラムを、KDB やニーズ調査に基づく「地域ごとの健康課題」に応じたものになるようアドバイス。

○体力測定、健康教室の個別データを随時蓄積して、保険指導の際に活用。

○「後期高齢者の質問票」は高齢者全員に記入してもらい、個別データとして随時蓄積して活用。

	健康教室（集団）	質問票	体力測定（集団）	健康相談（個別）
通いの場A	月2回	半年1回	—	—
通いの場B	月1回	半年1回	3か月に1回	—
通いの場C	月1回	半年1回	半年1回	月1回
不参加者	—	年1回送付	—	—
上記返信なし	電話もしくは訪問（ハイリスクアプローチも検討必要）			

フレイル該当者の基準を決めて抽出

② ハイリスクアプローチ（例）

	健康状態が不明な人	健診からのフレイル該当者	①からの（口腔）フレイル該当者
ステップ 1	KDBより過去4年間、健診・医療・介護の未利用者抽出	BMI18.5未満かつ過去1年間で体重2kg以上減少の者を抽出	質問票や体力測定等によりフレイル判断
ステップ 2	年齢・世帯構成による絞り込み	KDBより健診・医療情報による絞り込み	KDBより健診・医療情報による状況確認
ステップ 3	質問票、及び個別訪問の案内送付	個別訪問の案内送付	（口腔）フレイルプログラムを案内（電話）
ステップ 4	記載内容より問題ありとみられる者へ電話	かかりつけ医がいる場合はプログラム可否につき医師に相談	かかりつけ医がいる場合はプログラム可否につき（歯科）医師に相談
ステップ 5	アセスメントに応じ個別訪問	フレイルプログラム	（口腔）フレイルプログラム
ステップ 6	状態像に応じて専門職や通いの場に繋ぐ	かかりつけ医にフィードバック	かかりつけ（歯科）医師にフィードバック

→元気を回復した高齢者は社会とのつながりを持ちながら、主体的に介護予防に取り組む。