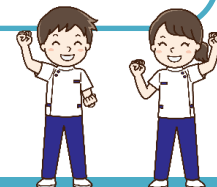


介護予防・日常生活支援総合事業の 多様なサービス創出・立ち上げに関する事例集

目次

1. 事例集の概要	2
2. 立ち上げポイントまとめ	4
3. 事例の詳細	5
【総合事業全般のプロデュース・仕組みづくり】	6
長野県川上村 多様なサービスを行政がプランニングし、住民サポーターを育成・配置	7
熊本県御船町 専門職による短期集中サービスからサロンや介護予防へつなげる循環型介護予防システム	9
【住民主体による介護予防の仕組みづくり】	12
岡山県総社市 効果を実感した住民自身による口コミで、介護予防のための通いの場を拡大	13
山梨県北杜市 通いの場の『立ち上げガイドブック』を作成して住民主体の活動を拡大	15
神奈川県葉山町 地域づくりと介護予防を組み合わせた「貯筋運動」効果で住民参加を拡大	17
長野県伊那市 市主催の介護予防教室を引き継いで活動する多くの自主グループが基盤に	19
長野県上田市 地域のリーダーやサポーターを巻き込み、活躍の場として通所Bを創出	21
茨城県神栖市 通いの場への送迎と買物支援サービスを担う住民ボランティアをNPO法人化	23
山口県防府市 地域の「やってみよう」から、介護予防+買物・移動支援サービスを創出	25
長野県箕輪町 生活支援の担い手を確保・育成するための専門研修を実施	27
【専門職の活用による機能回復の仕組みづくり】	30
愛知県東浦町 “ふだんの気ままな暮らしを続ける”ことをキーワードに効果的なり八を実施	31
新潟県新発田市 運動・栄養・口腔機能改善を複合的に行う通所Cのプログラムを開発	33
長野県飯田市 PTが中心となり、サービス設計、マニュアル等の支援ツールを開発	35
長野県上松町 地域の柔道整復師の専門性を活かして短期集中プログラムを実施	37



1. 事例集の概要

■事例集作成の目的

介護予防・日常生活支援総合事業(要支援認定を受けた被保険者等に対して、訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス等を提供する事業。以下、総合事業という)は、平成26年介護保険法改正により創設され、平成27年度より順次実施、平成29年4月より全ての市町村で実施することになった事業です。

総合事業は、介護予防や生活支援を地域の多様な主体が担うことで、地域のつながりの中で一人ひとりが主体的に介護予防に関わっていくこと、またそれにより、介護専門職がより中重度の介護者の支援等にあたれるようにすることで、自助・互助・共助を基本とする地域包括ケア体制の構築を目指したものです。

このように地域の实情に合わせたサービスを創出するのが総合事業の狙いですが、地域の住民やリハ職などの専門職を巻き込み、継続的に効果的なサービスを実施していくことは簡単ではありません。県内63保険者のうち、平成30年時点で住民主体のサービスBを立ち上げているのは訪問型で9保険者、通所型で17保険者にとどまっています。また、短期集中型Cについても、訪問型18保険者、通所型24保険者となっております。移行がスムーズに進んでいない状況がみられます。

このたび県内外の総合事業の優良な取組をピックアップし、特に立ち上げ時の多様な主体への働きかけ方や、自立・継続していくための支援の仕組みやツールづくりなどにおける工夫点に焦点を当て、県内市町村で多様なサービスを創出する際の参考となるよう事例集として取りまとめました。

総合事業の実施状況(保険者数)

保険者名	事業開始時期			介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況(H30年時点)									その他生活支援サービス
				訪問型サービス					通所型サービス				
	H27年度	H28年度	H29年度	従前相当	A (緩和基準)	B (住民主体)	C (短期集中)	D (移動支援)	従前相当	A (緩和基準)	B (住民主体)	C (短期集中)	
合計	2	18	43	53	52	9	18	10	54	57	17	24	18

ガイドラインの類型から考えるサービスづくりと地域づくり



出典：平成27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 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業「新しい総合事業の移行戦略～地域づくりに向けたロードマップ～」より

■本事例集で対象とする総合事業の範囲

総合事業は、大きく「介護予防」と「生活支援」というサービス種別で分けられるとともに、中心となる提供主体により「専門職」と「住民をはじめとする幅広い地域の担い手」に分けられます。

本事例集では、すでに実施している自治体が多い「従前相当」や「サービスA(緩和基準)」ではなく、①自治体にとって難易度の高いと考えられる住民等の地域の担い手によるサービスB、C、D等の事例や、②介護予防に専門職を活用して効果を上げている事例を中心に取り上げることとします。

本事例集で中心的に取り上げる主なサービス類型

		担い手	
		住民・NPO等の地域の担い手を活用	専門職を効果的に活用
サービス種別	介護予防	通所型 B ①	通所型 C 訪問型 C ② 一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業、地域リハビリテーション活動支援事業)
	生活支援	訪問型 B 訪問型 D その他の生活支援	

■事例の選定と情報収集の方法

事例の選定にあたっては、既存資料や自治体の公表資料等を参考に、全国と長野県内の優良事例をピックアップしました。対象となる自治体に対し、総合事業の立ち上げ経緯や状況を知る担当者にヒアリングを行うとともに、参考データ等の収集を行いました。

参考にした既存資料

	資料・情報元	対象事業
1	「見える化システム」事例集 厚生労働省	全般
2	「これからの地域づくり戦略～集い・互い・知恵を出し合い～3部作(1.0版)」厚生労働省(2019年3月)	全般
3	「総合事業実践事例集」一般社団法人日本作業療法士協会(2018年3月)	サービスC、一般介護予防事業
4	「総合事業などによる住民主体の移動・外出支援～立ち上げに役立つ事例の資料集～」NPO法人全国移動サービスネットワーク(訪問型サービスD等に関する調査研究および創出支援事業)(2018年)	サービスD
5	令和3年度市町村保険者機能強化推進交付金及び介護保険保険者努力支援交付金の集計結果(以下、インセンティブ集計)	全般
6	長野県が取りまとめた総合事業の実施状況	全般
7	長野県が実施したヒアリング調査における他市町村に紹介できる取組	全般

事例選定の視点の例

●全国事例

- ・見える化システムで「総合事業」の事例として紹介されている取組から、今回の事例集の目的・対象範囲等を踏まえ選定
- ・インセンティブ集計での総合事業の得点が上位の自治体
- ・人口50万人以上の大都市は除いた

●県内事例

- ・インセンティブ集計での得点が県内上位
- ・総合事業実施状況により、実績のある保険者がまだ少ない住民主体のサービスB(通所・訪問)や訪問Dを実施している自治体、もしくは、専門職を活用した短期集中Cを含むサービス類型を多様に実施している自治体

2. 立ち上げのポイントまとめ

本事例集より、総合事業の立ち上げからサービス創出、軌道に乗せて継続・発展させるまでのフェーズごとに、ポイントとなる主な取組をまとめました。ここでは総合事業を大きく「①住民主体で行うサービス」と「②専門職を活用するサービス」に分けて整理しています。

なお、行政担当者としてのアドバイス等は各事例の1ページ目の下部にまとめているので合わせてご参照ください。



フロー	取組	①住民主体で行う介護予防・生活支援・移動支援の取組の工夫 (主に通所B・訪問B・訪問D)	②専門職を活用した介護予防の取組の工夫 (主に通所C・訪問C)
立ち上げ前の準備	事業の設計／体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> ● 場当たりのつくるのではなく、地域をアセスメントして必要な事業をつくる ● 老人福祉計画の中に位置づけ、計画的に推進する ● 関係者による時限プロジェクトを立ち上げ、スピーディに事業化する ● 県や国のモデル事業に積極的に参加し、支援を受ける ● 地域にすでにある通いの場などの基盤や人材を活用する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 通いの場や一般介護予防と連動させることで地域の高齢者全体の介護予防を実現 ● 通所Cの役割を明確にし、機能回復に特化したサービスをつくる ● 通所Cの先進事例を視察しサービス設計に反映
サービス創出する	担い手の確保・育成	<ul style="list-style-type: none"> ● 活動の場を探しているやる気のある人や団体を行政がスカウト ● 複数の総合事業やサロンで活躍できるサポーターを養成する ● サポーター養成講座や勉強会で行政の思いや考えを住民に共有する ● 元気高齢者にも運営サポーターとして活躍してもらう ● 地域貢献したいと考えている社会福祉法人とタッグを組む 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域の事業者、リハ職と一緒にサービスを創出 ● 職員にもPTを配置することで、事業者との連携・協働を強化 ● 地域の専門職がイニシアチブをとり、サービスを創出
	プログラムの開発	<ul style="list-style-type: none"> ● ゼロからつくるのではなく、先進事例や効果的な既存のプログラムを活用する ● 運営住民の得意なことを柔軟に取り入れて多様なプログラムをつくる ● 導入時にプログラムのひな形やマニュアルを行政が示し引き継ぐことで、住民の負担を軽減 ● 楽しく参加でき、やる気につながるようなツールや特典を用意する 	<ul style="list-style-type: none"> ● ノウハウのある民間事業者と協働でプログラムを開発 ● 事前にリハ職を派遣し、アセスメントやサービス説明を実施 ● 事前・事中・事後にカンファレンスを実施して手厚くフォロー ● 卒業後に別のサービスや通いの場に丁寧につなげる
軌道に乗せる	サービスの質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ● 有償ボランティアとすることでモチベーションや責任感を高める ● フォローアップ研修、交流会、成果発表会等の機会を設け、スキルアップを図る ● 複数のサービスを組み合わせ実施し、利用者の増加を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ● 事業者が一定水準のサービスを提供するためのマニュアル・ツールを整備 ● 機能回復・改善に応じて加点する評価の仕組みを導入 ● 定期的に事業者を対象とした研修会を実施
	評価検証	<ul style="list-style-type: none"> ● サポーターや参加者に効果を示す数値や画像をフィードバックする ● 住民とともに活動を振り返る機会を定期的につくり、サービスを改善していく 	<ul style="list-style-type: none"> ● 数回に分けて身体機能を測定し、効果を見える化 ● 評価基準、評価会議の方法を共有し、標準化を図る
継続・発展させる	サービスの周知・広報	<ul style="list-style-type: none"> ● 効果を実感できるプログラムにし、参加者の口コミで利用者を広げる ● 各種メディアを積極活用し、PR動画などで周知する ● 住民が自主的に作成した動画を行政のHPに掲載し周知する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者目線でサービス名・プラン名をわかりやすく表現 ● プログラムのビフォー・アフターがわかる広報物を作成 ● 開業医、薬局などにもリーフレットを配置
	サービスの拡大／利用者の確保	<ul style="list-style-type: none"> ● 広く一般住民が参加できる交流会を実施し、裾野を広げる ● 立ち上げ・運営ガイドブックを作成し、担い手となる団体・人を増やす ● 自治会組織・幹部と連携し、運営をサポートしてもらう 	<ul style="list-style-type: none"> ● 最初の相談窓口となる地域包括支援センターが的確に該当者を判断し、短期集中サービスに確実につなげる ● 単価設定・利用者の確保策に自治体として配慮し、事業者が事業を継続しやすいよう支援

3. 事例の詳細

※本文中では、「通所型サービスB」を「通所B」というように短縮して表記している

【総合事業全般のプロデュース・仕組みづくり】

長野県川上村：多様なサービスを行政がプランニングし、住民サポーターを育成・配置

■該当する総合事業

総合事業全般

■地域概況：面積209.6km²／人口4,334人／高齢化率27.5%(後期15.0%)／認定率13.0%／日常生活圏域1箇所

(2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 総合事業を開始するための基盤整備が第一との考えから、「通いの場」の整備と住民育成や意識付けの仕組みづくりから着手
- 総合事業の様々なサービスで活躍できるようにするため、サポーター制度を細分化し、育成を継続的に実施
- 行政が事業を設計し、現場の運営では住民サポーターと協力する官民連携による総合事業推進を実現

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

総合事業の基盤と担い手の仕組みづくりから始め、計画的に数年ですべてのサービスを提供

- 多くの自治体が国の指針に沿って総合事業を始める中、川上村ではまず事業を開始するための基盤整備と、高齢者の自立や住民同士の支え合いの意識付けから始めた。
- 村内には保健・地域医療・福祉・介護を一元化した施設「ヘルシーパーク」があり(平成10年開設)、ここを拠点として、平成27年度、既存のデイサービスを、自立した生活を継続することを目的とした「おたっしやクラブ」として新たに開所した。平成28年度には、住民同士の支え合いの基盤づくりとして「生活・介護支援サポーター」の養成を開始。また、生活支援コーディネーターを住民の中から選出した。
- 平成29年度から「おたっしやクラブ」を通所A、既存の転倒予防教室を通所Cに移行。また、養成したサポーターに活躍してもらう形で訪問A・B・D、翌30年度には通所B(サロン)・訪問Cも開始し、総合事業の全サービスの実施に至っている。
- また、平成30年度から一般介護予防事業を開始。自立への意識付けに向けて、若い世代から始めることが重要と考え、50代から年代別の教室を開始した。
- 令和元年度からは長野県のモデル事業としてフレイル予防に取り組み、一般介護予防にもフレイル予防を取り入れている。今後はさらにフレイル予防を強化するとともに、保健事業と介護予防の一体化に取り組む予定である。
- 総合事業の活動内容は、地域包括支援センターが住民アンケートによって把握した課題をもとに計画しており、予算付けからPDCAの展開まで行っている。そこで実施される各事業の担い手として、サポーターを計画的に育成し、配置している。

● 担当者(地域包括支援センター)のこだわり・思い・アドバイス ●



私たちの役割は何でしょうか？ 自分の足で歩き、目と耳を使い、今ある資源や人材を見つけ出すこと、そしてその資源や人材である点と点をつなげていくこと、またその点と点が届かなければ新しい点を作り出しつなげていくこと、これが私たちの役割ではないかと思っています。そうすることが、地域包括ケア体制を作り上げていくことにつながっていくのではないかと思います。

2. 担い手の確保と動機付けの工夫

目的の異なる複数のサポーターを育成、不可欠な担い手となっている

- 「生活・介護支援サポーター」は令和3年度で6期目を迎え、これまで39名の生活・介護支援サポーターが誕生。養成後は訪問A・B・D (Dは有償運送講習を受講)、通所Aに入ってもらっており、専門職が不足している中、地域に不可欠な担い手となっている。中には、引きこもりの40代男性や50-80問題を抱える男性などに受講を勧めサポーターになるケースもあり、サポーターにとっても社会との接点になっている。
- 「生活・介護支援サポーター」だけでなく、通所Bで活躍する「住民指導士」や、フレイル予防に取り組む「フレイルサポーター」など、目的ごとに様々なサポーターの養成を行っている。すべてのサポーターになっている人もいるなど、重複も多い。サポーターの種類を分けることで役割を明確にし、住民にも目的意識をもって取り組んでもらえると考えている。
- フレイルサポーター以外は有償。フレイルサポーターには交通費の実費のみ支給。有償とはいえ、お小遣い程度のため、あくまでボランティアとしての協力を依頼しており、その意識がなければ長く続かない。

3. 運営継続のための工夫

サポーターのアイデアを活かしつつ、適度なサポートも行う

- 村では介護保険事業計画を策定していくなかで、総合事業のサービス提供に向けて、戦略的に基盤整備を進め、いつどのサービスを整備するかは行政主導で設計してきた。
- 一方、具体的なサービス内容についてはサポーターにも入ってもらい、一緒に作り上げてきた部分も大きい。サポーターのやりたいアイデアを柔軟な形で取り入れつつ、適度に地域包括支援センターでサポートしていく形が理想である。
- サポーターとは一緒に住民の健康を考える機会をなるべく多く持つようにし、また、年一度は反省会のような話し合いを行い、次年度に向けてPDCAを回していく。
- 総合事業により、住民が多様なサービスから選択できるようになったことに大きな意義がある。また、そのサービスを行政とサポーターが一緒につくりあげていくことで、住民との距離が近くなり、行政の大変な部分も理解してもらいやすくなった。そのような関係づくりが総合事業を通じてできている。

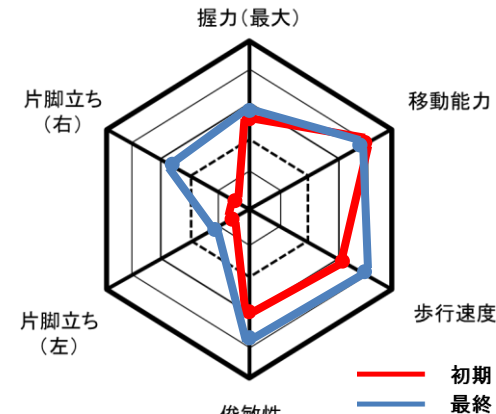
参考資料

総合事業の取組の経緯

	団体種別	
H27年度	通いの場「おたっしゃクラブ」開所	基盤整備
H28年度	住民同士の支え合いの基盤づくりとして、生活・介護支援サポーターを養成(1期生) 住民の中から生活支援コーディネーターを選出	
H29年度	★総合事業スタート 生活・介護支援サポーター養成(2期生) 通所A(おたっしゃクラブ)、通所C(おたっしゃリハビリ)、訪問A、B開始	各サービスの創出
H30年度	総合事業追加 通所B(サロン)、訪問C 生活・介護支援サポーター養成(3期生) 年代別一般介護予防教室(50代・60代・70代) 住民懇談会(8地区)	
R元年度	フレイルチェック(県モデル事業) フレイルサポーター養成(1期生) 年代別介護予防教室の充実(フレイル予防) 生活・介護支援サポーター養成(4期生) 健診でのハイリスク者をピックアップし、年代別介護予防教室に推奨	サービスの拡大・担い手の強化
R2年度	フレイルチェックの開始(健診結果等で介護予防対象者を選定、フレイルチェックに推奨) 生活・介護支援サポーター養成(5期生) 介護予防B型住民指導士養成(1期生)	
R3年度	各地区公民館で介護予防B型住民指導士による体操中心通所型B(サロンの開始) 生活・介護支援サポーター養成(6期生) フレイルサポーター養成(2期生)	

実績データ

おたっしゃリハ(通所C)の効果の例



初期と最終に身体機能を測定し、理学療法士による個別指導、評価を実施。この結果をアドバイスとともに、参加者に配布している。

R3年度 総合事業全サービスの内容(現行相当除く)

団体種別	活動内容	サービス提供者	利用料	延べ利用状況
通所A(おたっしゃクラブ)	基本チェックリスト該当者も利用対象とし、地域交流・社会参加・趣味活動・運動・レクリエーション等を実施	川上村社会福祉協議会 おたっしゃクラブ	1回100円 送迎代250円/食事代500円	3,396人
	お茶のみ・趣味活動など自主的な通いの場(サロン)	世話人(住民)	1回100円 (お茶代)	コロナで開催中止
通所B	公民館での体操などを中心とした自主的な通いの場(サロン)	介護予防B型住民指導士(住民)	無料	383人
	生活機能を改善するための運動器の機能向上等の短期集中予防プログラム。3ヶ月の短期間で10回コース(コロナのため7回)	川上村地域包括支援センター おたっしゃリハビリ	10回コース1,000円	112人
訪問A	定期的な生活援助(掃除、洗濯、調理など)	川上村社会福祉協議会	1回150円	925人
訪問B	日常生活の単発的な困りごと(大掃除、ゴミ出し、草刈りなど)	生活・介護支援サポーター/住民	1回150円	40人
訪問C	栄養・運動・社会参加改善に向けた支援が必要な人を訪問し、改善に向けた支援を行う。短期間(3~6ヵ月程度)	保健師等の専門職	無料	14人
訪問D	村が指定する研修・輸送サービス運転者研修受講者による送迎支援と送迎時の付き添い(買い物、通院介助等)	川上村社会福祉協議会	独居・高齢者世帯 1回150円 家族と同居 1回880円	1,027人
一般介護予防事業	体操を中心とした50~64歳、65歳以上の2教室。 1教室25名前後の参加者で各13回コース(コロナのため10回)	川上村地域包括支援センター	13回コース2,000円	476人

熊本県御船町：専門職による短期集中サービスからサロンや介護予防へつなげる循環型介護予防システム

■該当する総合事業

総合事業全般

■地域概況：面積99.0km²／人口16,303人／高齢化率35.0%(後期17.4%)／

認定率16.3%／日常生活圏域1箇所 (2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は調整済み

■事例のポイント

- ▶ 特定のリスクのある高齢者を対象にするのではなく、**地域全体の高齢者の介護予防という広い視野から、専門職による短期集中プログラムと地域サロンなど住民の通いの場等が連動した「循環型介護予防システム」の仕組みを構築**
- ▶ **住民が担い手となる「介護予防・生活支援サポーター」を毎年養成し、共通の介護予防プログラムを地域で幅広く提供**

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

地域全体の「循環型介護予防システム」の一環として総合事業を展開

- 平成15年度から地域で「介護予防サポーター」を育成、平成18年度からは一般介護予防事業「元気クラブ」「いきいきトレーニング」が始まり、地域のサロン活動にも波及・拡大してきた。
- 平成24年度には、理学療法士、運動指導士等が短期集中的に指導する「元気が出る学校」を開始。「元気が出る学校」の卒業後は「元気クラブ」や「いきいきトレーニング」、地域サロン(実施主体は社協)など地域に多様な受け皿を用意して利用者をつなげていく「循環型介護予防システム」の仕組みをつくってきた。
- 町としてはより多くの人に介護予防教室に参加してもらい、重症化予防をすることを重視。総合事業ありきの発想ではなく、**地域全体の介護予防のために、あらゆる高齢者に向けた「循環型介護予防システム」という大きな仕組みづくりが必要という考え方が背景にある。**
- 平成27年10月の総合事業移行とともに、「元気クラブ」は一般介護予防事業に、「いきいきトレーニング」は通所Aに、「元気が出る学校」は4か月短期集中プログラムの通所Cに位置づけた。
- 現在は、見守りネットワーク事業も兼ねた地域サロンも含めて、地域全体としてつながりのある介護予防事業を展開。

地域のベンチャー企業との協働で仕組みづくり

- これらの仕組みやプログラムは、地域づくりに熱心に取り組んできたベンチャー企業(現・くまもと健康支援研究所)とともにつくってきた経緯がある。介護予防サポーターの養成講座や通所Cのサービス提供も同社に委託する形で実施している。

● 担当者のこだわり・思い・アドバイス ●

介護予防は、特定のリスクのある方に向けて取り組むのではなく、**高齢者ならだれもが参加できるような広い入口をもつこと、歩いて行けるような場所で気軽に参加できることが重要。総合事業は地域サロン活動と合わせて、地域全体の介護予防と考えるといいと思います。**
また、事業所に任せればよいというものではなく、**まず担当職員が熱意をもって、楽しみながらやっていたら、周りがついてきます。**行政は異動が避けられませんが、**専門性の高い分野なので、経験豊富な人をキーマンに置くこともポイントだと感じています。**

2. 担い手の確保と動機付けの工夫

介護予防・生活支援サポーターが400人に。総合事業だけでなくサロン活動にも貢献

- 一般介護予防「元気クラブ」、社協に委託している通所A「いきいきトレーニング」、地域サロンいづれも担い手の中心は住民による「介護予防・生活支援サポーター」である。
- 現在、養成講座を修了した「介護予防・生活支援サポーター」は約400人にまで拡大(令和2年度末現在)し、その活躍により、**多くの高齢者が歩いて行ける公民館での地域サロンでも介護予防プログラムを取り入れられるようになり、結果として認定率の引き下げにつながってきたといえる。**
- 介護予防の基本プログラムは健康運動指導士や理学療法士といった専門職が開発した運動プログラムを提供してもらっているが、**介護予防・生活支援サポーターの趣味や得意なことを自由に取り入れながら、楽しく続けられるようにしている。**
- 介護予防・生活支援サポーターの現任研修などで、参加者が元気になっている成果として数値をフィードバック。皆と一緒に自分も健康になり楽しいというやりがいにつながっていると思われる。
- 「介護予防・生活支援サポーター」は、「見守りネットワーク事業(サロン事業)」とも連動しており、**地域づくり全体の担い手としての役割を持ち、活躍してもらっている。**総合事業では、訪問Bとして「たすくるメイト」という有償ヘルパー事業も実施しており(平成30年度から)、「介護予防・生活支援サポーター」と同様にヘルパーの養成も行っている。

3. 運営継続のための工夫

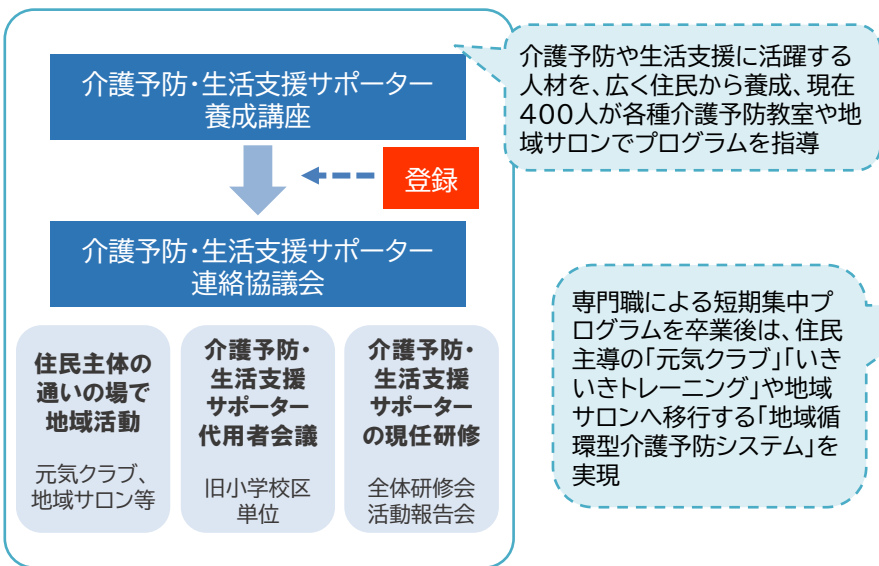
総合事業だけでなく社協と連携しサロン事業も合わせた地域づくりとして推進

- サロン活動は総合事業ではないが、介護予防拠点を拡大するには、**サロン事業と合わせて進めていくことが重要であり、社協との連携は欠かせない。**
- 町では、介護予防拠点整備事業として、**サロンに熱心に取り組んでいる地域には会場となる公民館の段差の解消やトイレの改修などを補助している。**そうすることで区長さんにも関わってもらいながら、地域づくりの一環として総合事業を進めていくことがポイントといえる。

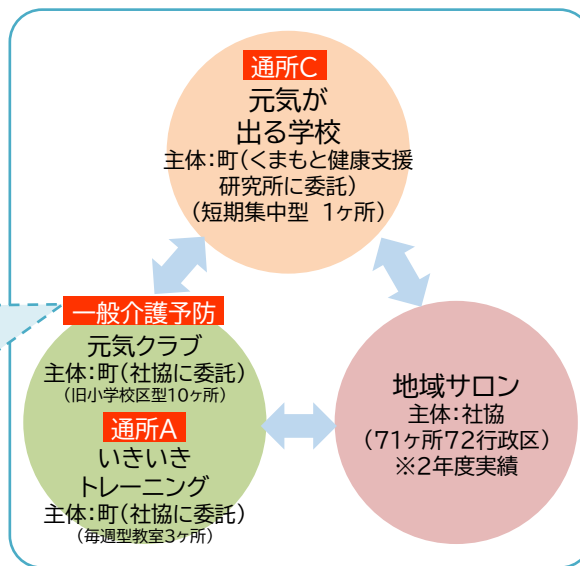


■参考資料

介護予防事業の推進体制



「循環型介護予防」システム

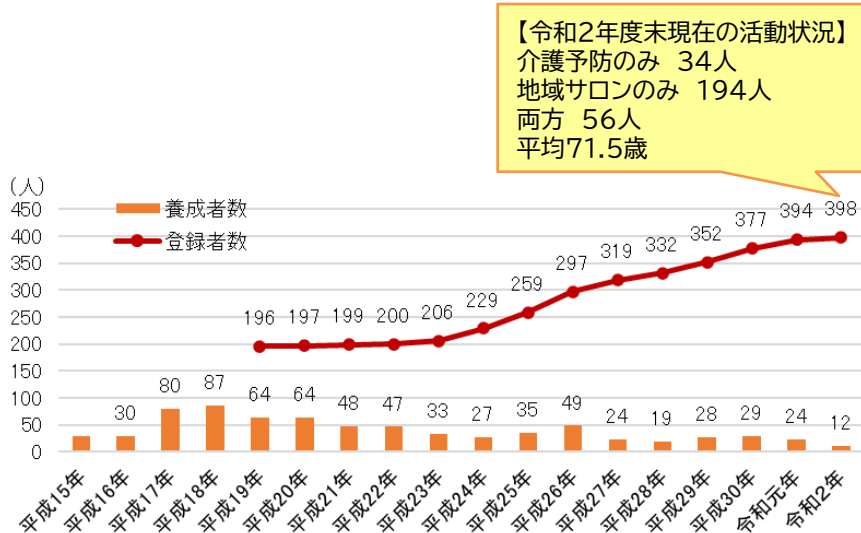


介護予防事業の成果

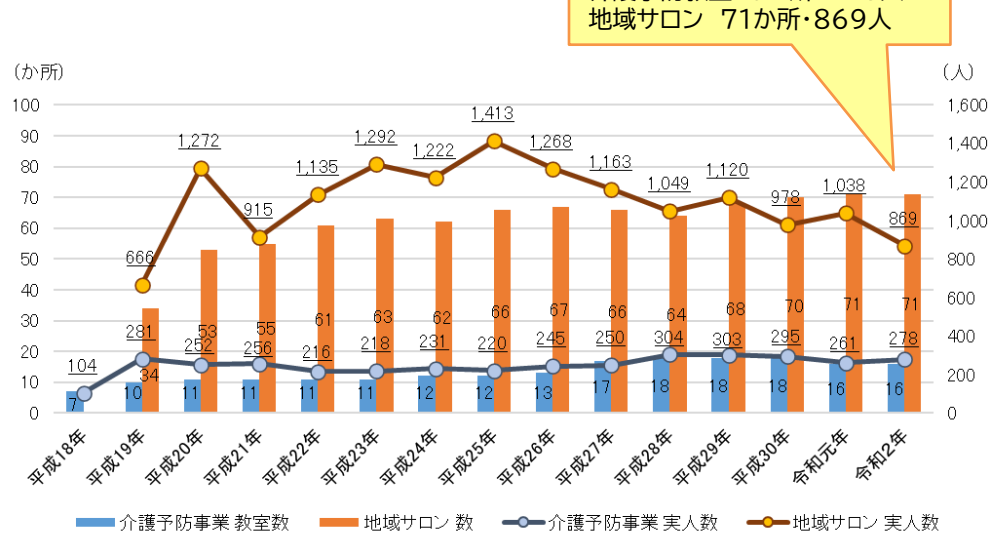
- ▶ 介護予防・生活支援サポーターを養成・組織化し、地域で支える介護予防の推進体制が整備された → 住民主体の多様なサービスが整備された
- ▶ 高齢者や介護予防・生活支援サポーターの参加が増えた
- ▶ 月2回の開催ではあるが、介護予防の生活化(自宅で継続)の割合が高く、維持改善につながっている → 参加者は介護認定を遅らせる効果あり!
- ▶ 元気クラブや地域サロンは地域の見守り・支え合いの社会資源となり、ネットワークづくりの強化につながっている

●実績データ●

介護予防・生活支援サポーター数の推移



介護予防教室と地域サロンの推移



【住民主体による介護予防の仕組みづくり】

岡山県総社市：効果を実感した住民自身による口コミで、介護予防のための通いの場を拡大

■該当する総合事業 **一般介護予防**

■地域概況：面積212.0km²／人口69,030人／高齢化率28.5%(後期14.4%)／
認定率18.7%／日常生活圏域4箇所 (2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 『いきいき百歳体操』を開発した高知市を視察し、平成20年度から市の介護予防事業として実施。通いの場は市内120箇所以上に
- 一般介護予防事業に位置づけているが、要支援・要介護者を中心に体操を実施、元気高齢者はサポーターとして運営に協力
- 1箇所目は市がモデル的に開催し、体操の効果を実感できる内容に工夫。メディアの取材やPR動画も活用して活動拡大

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

地域づくりとの両輪で住民主体の「いきいき百歳体操」を拡大

- 「いきいき百歳体操」を開発した高知市をH19年に視察し、H20年度より市の介護予防にも取り入れることになった。以後10年以上続いており、今では120箇所以上の住民主体の通いの場で「いきいき百歳体操」が行われている(高齢者千人あたり6.7カ所。全国平均3.2カ所の倍以上の水準)。
- 国のモデル事業「地域づくりによる介護予防推進支援事業」に、通いの場づくりのアドバイザーとして参画(H26～28年)。通いの場づくりと同時に住民主体による介護予防活動を広げていった。

参加者に体操の効果を実感させ、口コミで活動を拡大していった

- 1箇所目は市が仕掛けることで、参加者が「いきいき百歳体操」の効果を実感できるよう工夫した。効果を実感した人による口コミや評判で徐々に広まってきた。
- 体操自体は対象を絞らず、一般高齢者から要介護認定者まで広く参加できるようにしており、通所Bではなく一般介護予防事業に位置づけている。
- どの通いの場でも「いきいき百歳体操」を基本として、前後に他の体操や好きなこと(お茶のみ、書道、麻雀など)を組み合わせ、自由にアレンジして楽しく活動している。

● 担当者のこだわり・思い・アドバイス ●

サービスづくりは行政だけではできません。住民と顔の見える関係づくりを心掛け、自分の言葉で伝えることを大事にしています。そうすれば、住民も納得したうえで動き始めてくれます。それまでじっと待つことも大事。必ず一人、二人と応援してくれる人が現れます。恐れず地域に入っていくこと！あえて苦言を言ってもらえそうな人に話を聞くこと！を心がけています。

7万人弱という人口規模は、何かあれば対応できる適度な距離感。いつでも相談できる体制・関係をつくるのが大切です。そのためにも、行政としてはなるべく短期で異動しない人事に配慮していくことも重要だと感じています。



2. 担い手の確保と動機付けの工夫

会議やメディアなどあらゆる機会を活用してPR

- 活動の中心的な担い手は、民生委員やサロンなどをやっている福祉委員が多い。また、元気な参加者にはサポーターとして運営の方に協力してもらうようにしている。
- 担い手を確保するために、サロン代表者会議や愛育委員会会議など、ありとあらゆる場所でPRしたり、出前講座を行ってきた。また、体操の様子をケーブルテレビで取材してもらい、PR動画に活用するなど市では周知にも力を入れている。

あえてお膳立てせず住民が主役になって実施できるよう側面支援

- PTに頼らず住民だけで体操を継続できるようDVDを作成するなど、意識的に住民を主役にするよう努めてきた。
- DVDやCD、ポスターといったソフトは各教室に市から提供するが、場所、椅子、DVDデッキなどは自分たちで調達するようお願いしている。なければならないなりに、持ち寄りや、協力して方法を考えるなど、自分たちで知恵を出し合うようになる。また、あえてお茶は出さず、持参して水分をとってもらうよう意識づけするといった小さな取組が、主体性を育むことにつながっている。
- 総社市では、小地域ケア会議をH17年から実施しており、住民が地域課題を自分事として話し合う素地ができあがっていた。専門職や地域包括の保健師がケア会議を担当しているが、あくまでも黒子となり、つかず離れずの距離で支援を行っている。

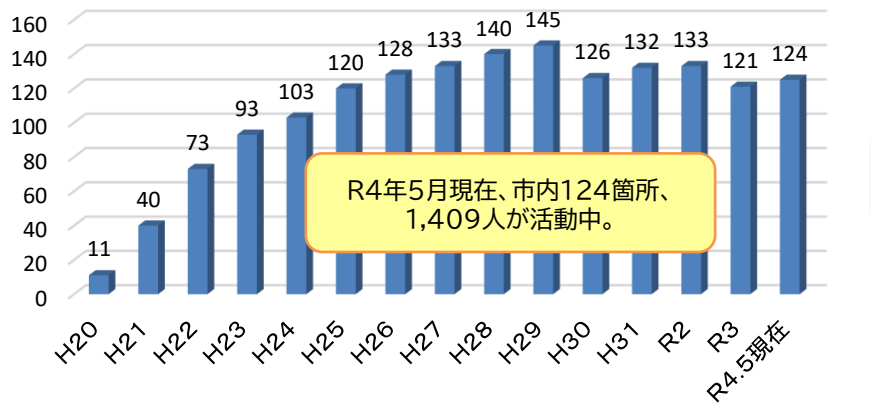
3. 運営継続のための工夫

効果を見える化し、参加者が主体的に取り組めるようにする

- 保健事業と介護予防の一体的実施の一環で、民間会社のサービスを活用し、測定データに基づいて一人ひとりの予防のための体操メニューが診断される「オーダーメイド運動処方プログラム」を採用している。年に1回は体力測定を行い、体操によりどれくらい筋力が付いたかを参加者に伝えている。
- リーダー研修会(年1回)を実施し、フレイル予防について学んでもらっているが、その場がリーダー同士の情報交換の場にもなっている。令和2年度のリーダー研修会では「オーラルフレイル対策」に注目した歯科医師による講演会を実施した。

実績データ

いきいき百歳体操の広がり



R4年5月現在、市内124箇所、1,409人が活動中。

【参考】高齢者千人あたりの「月1回以上の通いの場」の数の比較

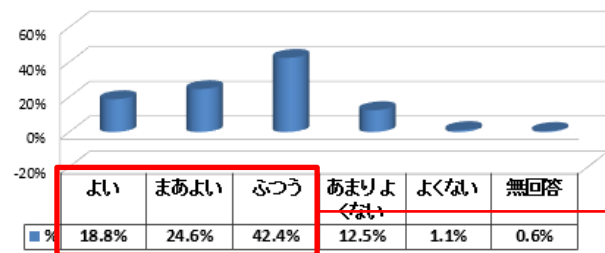
全国	3.22
長野県	3.82
総社市	6.23

出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果」(令和2年度)をもとに算出

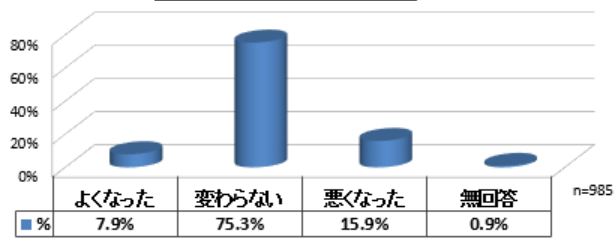
いきいき百歳体操大交流会(平成27年)



現在の健康状態



一年前と比べた健康状態



出典：いきいき百歳体操参加者アンケート(H31年3月)

健康状態が悪くない人の割合

全国※	総社市※	百歳体操参加者
73.2%	75.6%	85.8%

※全国の値は、平成29年12月4日までに「見える化」システムに登録した市区町村の平均
※総社市の値は、平成29年2～3月に実施した総社市介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の値

いきいき百歳体操の参加者における健康状態がよい人は85.8%。全国・市全体と比べて高い割合となっている。

山梨県北杜市：通いの場の『立ち上げガイドブック』を作成して住民主体の活動を拡大

■該当する総合事業

通いの場・通所B

■地域概況：面積602.5km²／人口44,053人／高齢化率40.1%（後期20.6%）

／認定率12.3%／日常生活圏域1箇所（2020年国勢調査、介護保険事業報告より）※認定率は調整済み

■事例のポイント

- ▶ 早期から通いの場を計画的につくる事業を続け、総合事業への移行に伴い、一部のやる気ある活動を通所型Bに位置づけ。活動頻度が高く、より介護予防の色合いが強い通所Bの創出につながるよう、通いの場の拡大に力を入れている
- ▶ 通いの場づくりを促進するため、市で『立ち上げ・運営ガイドブック』を作成・配布。広報効果があり、R3年度は70団体が登録
- ▶ 運営の担い手は介護予防サポートリーダー養成講座で育成。成果発表の場や交流会を設けてモチベーションを維持

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

通いの場づくりから始めて総合事業のスキームを活用、サービスを創出

- 平成20年以前に民間企業の補助金を活用して、公民館カフェ事業に着手。平成25年からは本格的に地域づくり事業として計画的に通いの場づくりを進めてきた。現在では、市内全地区57か所に活動が広がり、そのうちのやる気のある団体に市から声をかけて通所Bとして展開している。市では、活動頻度月4回以上の要件を満たす通所Bを増やすことでより介護予防の効果を高めるとともに、通所C卒業後の受け皿としても定期的に通える自立支援の場に通所Bを活用していきたいと考えている。
- ある程度支援が必要な人にとっては通所Bを利用した方が地域包括の担当が付き、ケアマネジメントを受けられるため、トータルかつ継続的な支援を受けられるメリットがある。

2. 担い手の確保と動機付けの工夫

フォローアップ研修や交流会がやる気や担い手の拡大につながる

- 平成16年度から養成を始めた介護予防サポートリーダーが、通いの場でも担い手として活躍。体操を取り入れた通いの場も増えており、介護予防機能も高まってきている。
- 介護予防サポートリーダーを対象に、毎月フォローアップ研修を実施。通いの場で実践していることを発表してもらったり、先進的な取組の紹介などのプログラムを通してリーダーたちが集まり、一緒に考える場、自分たちが勉強したことを発表する場、ネタを仕入れる場になっており、より良い活動にしようという刺激となっている。
- 広く住民の担い手たちが集まる交流会「笑談会」を年1回実施。多様な参加者が集まり、介護予防に関わる人の裾野を広げる会となっている。民生委員が閉じこもり傾向のある人に声をかけて参加してもらうなど、副次的な効果にもつながっている。

行政からの声かけ、キーマンとなる人との関係づくりが重要

- 通所Bの事業は通常のカフェよりも介護予防の要素が強く、サービスが高度となるため、ヘルパーや社協経験のある人が担い手となっている。こうした人材や活動などの地域資源が少ない地域に対しては行政から積極的に働きかけを行うことも重要。
 - 担い手住民とは、すぐに声をかけあえるような信頼関係を築いている。
- <関係づくりのポイント> :とにかく行政担当者は相談相手になること。相談をいつでも聞くというスタンスが大事／何かあればすぐに現場に駆け付ける。現場をよく見て、人とよく話すことを心がける／リーダーとは友達になる／介護予防の大切さをわかってもらえるように働きかける／関わっている皆が楽しめることが大事。やっている側が楽しいと思えることが長く続けられる秘訣。

3. 運営継続のための工夫

補助金整備とガイドブック作成で停滞気味の活動をテコ入れ

- 介護予防サポートリーダー養成講座に人が集まらないなど、一時期、停滞気味の時期を迎えたが、高齢化に危機感を持っていた市としても介護予防に一層重点的に取り組む必要があることから、「北杜市住民主体型介護サービス事業運営費補助金」の設置や『立ち上げ・運営ガイドブック』の作成を行った。このことより、再び住民の活動が活性化した。

ガイドブックは大きな反響と広報効果につながった

- 通いの場を増やすにはどうすればいいか？を担当者で真剣に考えた結果、補助金だけでなく、市民目線のわかりやすい立ち上げガイドブックが必要だという結論になった。作成にあたっては、介護支援課介護予防担当が中心となり、リハ職や歯科衛生士など幅広い専門職が参加し、通いの場の目的や、介護予防の効果を高める運動、口腔ケア等の重要性について伝えることを重視した。
- 通いの場づくりの先進事例として他自治体から視察の申込があったり、ガイドブックに掲載した団体がマスメディアで紹介されるなど、広報効果につながった。市民からも反響があり、ガイドブックを参考にして新規で立ち上げる団体も増えている。
- ガイドブックを通いの場の担い手である介護予防サポートリーダーが読むことで、日々の活動のモチベーションアップにもつながっている。
- 令和3年度ガイドブック第2版を発行し、コロナ禍でも積極的に支援を続けている。

● 担当者(保健師)のこだわり・思い・アドバイス ●

北杜市では、通いの場づくりを中心的に担っているのが保健師です。保健師は地域に出ていき、住民と触れ合うことでニーズや課題が見えやすい立場にあります。その課題や感じた想いを同じ課内の「事務の人（事務職）」と共有し、保健師が苦手とする予算確保や書類作成などに、同じ方向を向いて取り組んでもらうことがとても重要です。専門職と事務職の意思統一のための話し合いを定期的に課内で持ち、想いの共有を大事にしています。その文化をつないでいけば、担当者に異動があっても事業を継続していくことができます。



神奈川県葉山町：地域づくりと介護予防を組み合わせた「貯筋運動」の効果で住民参加を拡大

■該当する総合事業

通いの場・通所B

■地域概況：面積17.1km²／人口31,665人／高齢化率32.3%（後期18.2%）／
認定率16.5%／日常生活圏域2箇所

（2020年国勢調査、介護保険事業報告より）※認定率は調整済み

■事例のポイント

- お互い様の地域づくり+足腰を中心とした介護予防を組み合わせた「貯筋運動」を展開。立ち上げや評価測定の部分で行政が丁寧に支援し、住民との一体感を醸成
- 大腿四頭筋の筋厚を測定し、超音波画像で見える化。やる気と反響を呼び、参加住民の拡大につながっている

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

地域づくりと介護予防の両輪で住民主体の「貯筋運動」を展開

- 高齢者の健康には足腰の強化が必要と考え、平成27年度に鹿屋体育大学の福永哲夫元学長が考案した「貯筋運動」の講演会を開催したところ、とても反響が大きかったため、介護予防に「貯筋運動」を取り入れることにした。
- 平成28年度の国のモデル事業「地域づくりによる介護予防推進支援事業」に採択され、住民主体の通いの場としてまずは3団体で「貯筋運動」を開始した。このうち2団体は既に社協が取り組むサロン活動を行っており、これまでの活動を尊重しながら、介護予防の意義を理解してもらった上で開始した。
- 総合事業移行後は、社協のサロン補助金（立上げ後3年目まで対象）を受けられなくなった立上げ4年目以降の団体に声をかけ、通所Bに位置づけて補助を行っている。
- このモデル事業への参加により、住民が自主的に集まって運動したり、人とのつながりを作るといったお互い様の地域づくり活動の契機となった。

2. 担い手の確保と動機付け

効果の見える化で住民のやる気が高まり、結果として評判を生むことに

- 「貯筋運動」の効果は大きく、「杖が取れた」「しゃがむのが楽になった」「庭の草刈りが楽になった」等の反響が寄せられた。評判が評判を呼び、実施団体は着々と増加した。
- こうした反響の背景には、大腿四頭筋の筋厚を超音波機器で測定し、その場でデータを渡すことにより効果の見える化を行ったことが大きい。目に見える客観的な指標が、参加者のやりがいと口コミ・評判に確実につながっている。
- 「貯筋運動」の合間にお茶の時間を入れる、脳トレを取り入れるなどの創意工夫を行うなど、住民自身の活動への主体的なかかわり方が増えてきた。
- 「貯筋運動」は運動したら記録する「貯筋通帳」というユニークなツールがあり、無理なく続けられるようになっている。6か月ごとの貯筋通帳に6万円分の残高があれば、500円分の「はやまカード」を贈呈するという特典もつけて励みにしてもらっている。

3. 運営・継続のための支援

振り返り講座やサポーター養成講座などの仕組みで継続を支える

- 行政としては導入時4回の「貯筋運動」の指導、年2回の「振り返り講座」での指導、年2回の筋厚測定を実施することにより、活動を軌道にのせ、継続する支援を行った。
- その後も、行政担当者が地域になるべく出向いて「貯筋運動」を側面支援することで、地域住民との一体感が生まれ、子供と高齢者が集う共生型サロンの創設等、地域に根差した取組にも発展している。
- 「貯筋運動」の会場運営を担うサポーターは年に1回、2日間の新規サポーター養成講座、1日間の継続サポーター養成講座で養成を行っている。

コロナ禍でも活動を停滞させない住民からの自主的な活動提案

- 「貯筋運動」が町内全域で展開されるようになってきた令和2年、新型コロナウイルス感染拡大という事態に直面。地域サロンは休止を余儀なくされ、高齢者の引きこもりが懸念されたが、地域住民が自宅でも「貯筋運動」が出来る動画を自主的に作成したという報告を受けた。
- 町でもコロナ禍での新しい介護予防のあり方を模索していたこともあり、早速葉山町ホームページに掲載し、町民への周知を図った。こうした行政と地域住民の連携プレーは「貯筋運動」の取組を通じて培われた行政と地域のつながりの賜物といえる。
- 自粛している高齢者への安否確認を兼ねて、町長直筆のメッセージを同封した高齢者安否確認アンケートを75歳以上高齢者に送付。そこに「貯筋運動」のパンフレットを同封し、自宅での貯筋運動の普及に努めた。町民からの反応もよく、感謝の手紙も届いている。

● 担当者のこだわり・思い・アドバイス ●

社会福祉協議会と協働して地域福祉活動計画の策定作業に積極的に加わったことが、地域に様々な団体・担い手がいることを実感するキッカケとなり、この体験が大きな財産になりました。総合事業を推進するためには、行政職員が地域と関わりを持ち、ニーズを把握し、地域の様々な団体と協働していくことが欠かせません。社協に全てを任せきりにしないで行政も積極的に関与すること。また、住民の方々に対しては半年に一度は様子を見に行くなど、主体的にやっている活動にうまく寄り添いながら、適度な距離感で日頃から関わりを持つようになっています。



長野県伊那市：市主催の介護予防教室を引き継いで活動する多くの自主グループが基盤に

■該当する総合事業

通所B

■地域概況：面積667.9km²／人口66,125人／高齢化率31.6%(後期17.4%)／
認定率13.8%／日常生活圏域4箇所

(2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 市全域で活動していた50団体ほどの住民の自主グループを母体に、やる気のある団体に声掛けして総合事業の通所Bを創出
- 介護予防サポーター養成制度を活用して、より介護予防教室としての色合いの強い総合事業の中心的な担い手を育成

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

地域に50ほどある住民の自主グループを母体として通所Bを創出

- もともと市が主催していた介護予防教室を自主グループに引き継ぎ、すでに10～15年継続している団体が地域に50ほどあった。
- また、市ではこうした住民主体の活動を支える「いきいきサポーター」(介護予防サポーター)を養成しており、健康運動指導士と連携しながら、主体的に活動を担い、指導も行える住民を育成する取組を行ってきた。
- 総合事業が始まったとき、従来から自主的に活動してきたグループの中から特に意識の高い人材に声をかけ、「生活支援サポーター」になってもらうよう勧誘した。そうした働きかけにより、現在6団体が通所Bに移行し、住民主体の介護予防教室を提供している。
- 通所Bは通所Cの短期集中プログラムを卒業した人の受け皿にもなっている。健康運動指導士が通所Cと通所Bを兼任することで、スムーズな移行や参加者の安心感につながっているといえる。

2. 担い手の確保と動機付けの工夫

サポーター制度を通じ、総合事業としての責任を担えるよう支援

- かつて通いの場であった頃は自分たちで楽しめればそれでよかったが、総合事業として行う場合は責任も伴うため、市が方向づけをしながらサポートする必要がある。そこに「生活支援サポーター」の制度を活用している。
- 現在50ほどある自主グループの活動を維持・拡大することが、通所Bなどの総合事業につながる基盤となり、やる気ある住民確保のカギといえる。自主グループは概ね市全域をカバーしており、いずれは通所Bを行える団体も市域にバランス良く生まれていくことを期待している。
- 総合事業として適切なサービスを創出するには地域のアセスメントに基づき、必要などころに必要なサービスを作ることが重要であり、そのアセスメントの視点を持つことが課題となっている。すでに自主グループの活動で通所Bに近い役割を担っているようなところも多くあるが、かといってアセスメントの視点なく、闇雲に総合事業に組み込むべきでないと考えている。

3. 運営継続のための工夫

団体同士の交流、市との関係性維持のために定期的に交流会を開催

- 各グループの代表者は年に1回集まって会議を開いており、また定期的に自主グループの交流発表会も開いている。ここでのグループ同士の情報交換は、活動の維持やサービスの質の向上につながっている。
- 市では、各グループの教室に顔を出したり、市の保健師や栄養士が出向き、体力測定や健康相談を行っており、一定の距離を保ちつつも、行政と住民のつかず離れずのほどよい関係性を維持している。

高齢化や新型コロナウイルスによる活動縮小への対応

- メンバーの高齢化や新型コロナウイルスによってグループの活動を終えるところもあり、自主活動の継続・継承が課題になっている。また、運動ジムなどの存在が自主グループに取って代わっている側面もあるとみられ、参加者数は減少傾向である。
- 運動メインではないおしゃべりを中心とした活動も増やすなど、住民が引きこもらず、家から出て誰かと楽しく触れ合うことのできる機会を充実させたり、若者世代との交流など、持続可能な取り組み方を市で模索しているところである。

● 担当者(理学療法士)のこだわり・思い・アドバイス ●

事業を通じて、人との出会いやつながりをつくっていくことが大切だと痛感しています。この5年、10年でサポーターになってくれた人から、また新しいサポーターが生まれる、そのつながりを大切にすることで、事業を維持・発展させています。

理学療法士が市に3人いるため、介護予防にじっくり関われるという体制もポイント。異動が少ないことも関係づくりには重要になります。また、サポーターになった後の活動の場があることも重要で、伊那市ではそうした場が数多くあることでサポーターとして活動するモチベーションにつながっていると思います。



参考資料

自主グループ活動の交流発表会



いきいきサポーターとおたっしゃ教室(地域の自主グループ活動)の交流発表会を伊那市高遠町で毎年行っている。

通所Bの活動の様子



通所Bでは血圧測定等の健康チェックと介護予防プログラムを行っている。

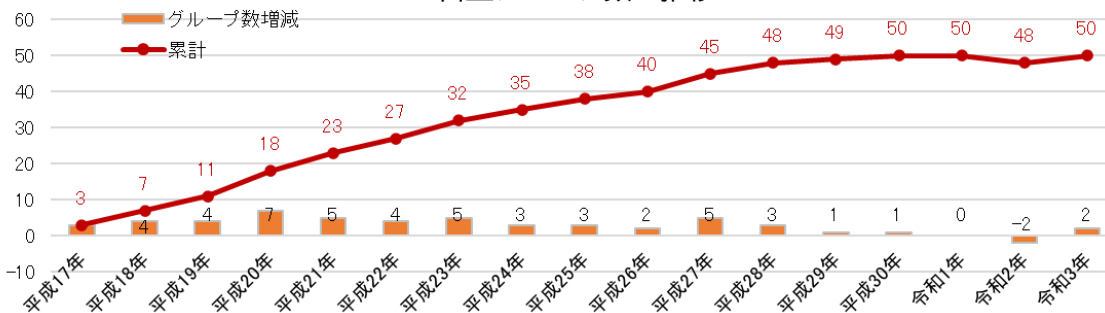


通所型サービスBの実施状況

No	団体名	従事者数(うち有資格者)	対象者数	主な活動内容	利用料	提供日時
1	元気もり杜筋トレ教室	4人(初任者研修終了者3、生活支援サポーター1)	8人	脳トレ・自重筋トレ他	500円/回	毎週木曜日
2	気の里やさしい筋トレ教室	3人(看護師1、初任者研修終了者1)	7人	筋トレ	500円/回	毎週金曜日
3	生活支援「あざみの会」	6人(初任者研修終了者1、生活支援サポーター4)	1人	サロン活動・見守り/送迎	200円/回	第3月曜日
4	さざんかの会	3人(介護福祉士1、初任者研修終了者1、生活支援サポーター1)	1人	サロン活動・見守り/送迎	無料	毎月1回
5	みんなで楽しく歌う会	2人(介護福祉士1、生活支援サポーター1)	1人	サロン活動・見守り/送迎	無料	毎月1回
6	竜西体操教室	3人(初任者研修終了者1、生活支援サポーター1) 他1人	現在0人	体操	500円/回	月3回

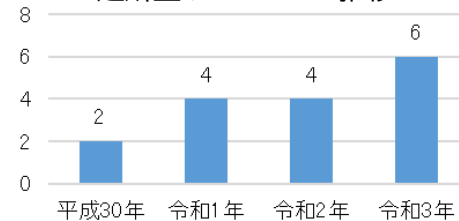
実績データ

自主グループ数の推移



自主グループが年数力所ずつ増え、50箇所に。その中から、通所Bが6団体生まれている

通所型サービスBの推移



長野県上田市：地域のリーダーやサポーターを巻き込み、活躍の場として通所Bを創出

■該当する総合事業

通所B

■地域概況：面積552.0km²／人口154,005人／高齢化率31.0%(後期16.8%)／

認定率17.3%／日常生活圏域10箇所 (2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 課題意識を持ってサロン活動等を自主的に行っている人たちやサポーター養成講座の参加者から“何かしたい”“活動の場が欲しい”と感じている人をスカウトし、通所Bの活動へつなげている
- 運営者だけでなく講師も地域内で調達することで、支え合いや安否確認などの地域づくりにつながっている

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

地域のリーダー的人材や生活支援活動を起点に通所Bを創出

- 民生委員など地域のリーダーやサロン活動、互助的な生活支援などの取組を行ってきた住民に声がけし、通所Bとしての活動を促すことで、住民主体の介護予防の取組を創出してきた。平成30年ごろから声がけを行い、現在3つの団体が活動している。
- 各団体の活動は週1回、2時間程度で、健康運動指導士等による運動プログラムを提供するほか、体力測定や運営メンバーによる自主プログラムを実施している。活動内容は運営メンバーの自主性に任せ、得意分野や趣味活動を活かした企画や月1回のお茶会、プレゼント企画など、楽しみながら続けられる創意工夫を各団体がやっている。
- 講師は市内160箇所で開催している地域リハビリテーション事業の講師で、その地区の住民でもある方々を活用。同じ地域に暮らす講師の方が参加者も親しみや頼りがいを感じるようで、講師も含めた地域のつながりの構築や安否確認の場になっている。

2. 担い手の確保と動機付けの工夫

運営者の得意分野や趣味を活かしたオリジナリティを尊重

- タクシーシェアで買い物をしたり、高齢者の多い団地の自治会活動を担っていたりと、もともと問題意識の高い住民を運営メンバーとしているため、継続しやすい。
- 担い手を見つける場として、介護予防・認知症サポーター養成講座がある。養成講座には地域活動をやってみたいがやり方がわからないといった意欲的な住民が参加しているため、まめに生活支援コーディネーター(SC)が顔を出し、いい人がいればスカウトしている。
- 養成講座の内容も、通所Bの立ち上げという目的を明確にして、設計する。例えば、今後の自発的な活動につながるようあえて地域ごとにテーブルを分けたグループワークを企画し、その場を利用して市の考えをプレゼンしたりしている。

3. 運営継続のための工夫

プログラムの質を高めるため補助金や効果の見える化で支援

- 介護予防のプログラムには専門的なノウハウが求められ、実際に健康運動指導士が指導する回の方が参加者が多い傾向があるなど、人気のバロメーターとなっている。
- 団体には年間40万円を補助しており、主に講師謝金にあてられている。自治会と連携することで、自治会館や自治会保険を活用でき、その分を講師謝金にあてることができる。
- プログラムの効果の見える化が重要で、講師からコメントをもらうとともに、握力などを指標にし、数値で利用者に介護予防の効果伝えるようにしている。

見学の機会や運営者同士の話し合いの場が横のつながりを生む

- 活動団体の見学は自主的に行われている。サロン運営者が見学することで自分たちにもできるかもしれないと興味を示すケースもある。また、見学を通して団体同士がつながる効果もある。

運営者が相談しやすい関係・場づくりと解決を促すスタンスが重要

- 行政として、年度末に各団体の運営者と一緒に振り返る場を設け、数値的な評価検証も行いながら、次年度に向けた目標・方針を検討・共有している。
- 活動が始まった当初は無我夢中だが、2、3年目となると、利用者が増えない、人間関係や資金、企画の内容など運営上の悩みが出てくる。誰がどんなことに悩んでいるかわかるように、相談しやすい関係づくりや場づくりを心がけている。
- ただし、解決するのは当事者というスタンスが大切で、行政やSCは彼らが自分で考え、解決できるよう促す立場でいることが重要である。

● 担当者(生活支援コーディネーター)のこだわり・思い・アドバイス ●

総合事業への移行の際、住民主体のサービスは順調に創出できるのではないかと考えていましたが、実際にやってみると、立ち上げはそれほど生易しいものではなかったです。でも、サービスを一つひとつ時間や愛情をかけて作り上げていくことを通じて、SCとしてとても成長させてもらっています。

生活支援体制整備事業の前からサロンづくり等で地域に入っていて強く感じるのが、活動の効果が実感できると参加者の自信ややる気、主体性につながるということ。効果を見えるようにし、いかに我が事と思ってもらえるかが、サービスづくりのポイントといえます。

参考資料

通所Bの実施状況

団体名	担当包括	自治会	開始	参加人数	運営	頻度	活動内容・特徴	立ち上げの経緯
元気で生きる会	城下	千曲町	R元.6	12~15人	3~4人	週1回 2h程度	健康運動指導士の運動プログラム。R3年度からは、体力測定を実施し、効果を客観的に見える化。教室後に、障がい事業所がパンを販売するなど生活支援とも絡めて実施。	H30年頃より、将来の生活について考えるサロン「縁が輪」活動スタート。エンディングノートの使い方、タクシーシェアで買い物へ行く、専門職の話などを聞くなど活動してきた。中心メンバーの民生委員に通所Bの話を持ち掛け、何度かお試しを実施。参加者アンケートで継続希望の声が多く、補助金申請して活動をスタート。
笑楽っ歩の会	城下	下之条	R2.12	7~8人	6~7人	週1回 2h程度	健康運動指導士の運動プログラム(既存の地域リハ講師)。	令和元年に2つの包括支援センターが協働で、「発掘！生活支援パートナー養成講座」を4回コースで開催。講義や既存団体の活動見学などを行う。講座の参加者で活動意欲のある方たちに声をかけ、立ち上げた。
えがお	塩田	下之郷	R3.4	12~15人	3~4人	週1回 2h程度	月1回保健師かつ健康運動指導士の資格保有者が指導。月2回はスクエアステップ(※)講師によるプログラム。自主プログラムは、運営メンバー中心に手づくりなど企画。	長年、月1回地域リハやジャズ体操を行ってきた。地域での支え合いや通いの場の必要性を感じた住民が、地域リハよりもレベルを下げた体操と、「手づくり」などの自主活動を追加することで毎週集まれるのではと考え、活動スタート。

※スクエアステップ:スポーツ医学や健康体力学、老年体力学を専門とする国立大学法人の教員が連携して開発した、科学的エビデンス(根拠)に基づくエクササイズ

千曲町B型テイサービス 元気で生きる会

B型テイサービスの主旨

1. 上田市がすすめている「介護予防・日常生活支援総合事業」です。
2. 地元の下之条に通いの場所を作り、住民が自主的に運営しています。
3. 1週間の内1回を教室で講師の指導のもと運動・リハビリを行い、次回まで自宅で自分で取り組み介護予防を行っています。
4. いつまでも「元気で生きる」ことを目指して開催されています。

B型テイサービスの内容 講師 小林 明美 先生
(健康運動指導士)

【開場・受付開始】9時30分
【運動・リハビリ開始】10時
●痛みの軽減や予防の体操 ●全身ストレッチ ●筋力強化トレーニングなど
【交流の時間】11時15分
●講師との情報交換 ●次回開催についてのお知らせなど
【サービス終了】11時30分

詳細について

【開催日時】毎週水曜日/午前9時30分~11時30分
※初回参加の時のみ午前9時15分から受付を開始します。
当日に必要により事務手続き(参加者登録、プラン作成など)を行いますので、お間違えのないようお楽しみください。

【開催場所】千曲町集会所

【持ち物】水、麦茶、スポーツ飲料などの飲み物(カフェインなしが望ましい) フェイスタオル

【参加費】利用者負担として1回につき400円
※但し、初回参加時のみ「講師と参加者との連絡ノート」の代金として別途100円をいただきます。

【その他】会場で血圧などの測定は致しませんので、事前にご自身で把握・体調管理の上で参加の判断をお願い致します。

★お問い合わせ先★ 城下地域包括支援センター TEL.22-2360

B型テイサービス下之条健康運動教室 笑楽っ歩の会

B型テイサービスの主旨

1. 上田市がすすめている「介護予防・日常生活支援総合事業」です。
2. 地元の下之条に通いの場所を作り、住民が自主的に運営しています。
3. 1週間に1回の教室で講師の指導のもと運動・リハビリを行ない、次回まで自宅で自身が取り組み介護予防を行います。
4. いつまでも「笑って楽しく歩んでいける」ことを目指して開催しています。

B型テイサービスの内容 【水曜日】健康運動指導士 小林 明美 先生
【金曜日】健康運動指導士 井口 優紀 先生

【開場・受付】13時30分~14時
【運動・リハビリ開始】14時~
●痛みの軽減や予防の体操
●全身ストレッチ ●筋力強化トレーニングなど
【交流の時間】15時~
●講師との情報交換 ●次回開催についてのお知らせなど
【サービス終了】15時30分

その他、詳細について

【開催日時】毎週水曜日 14時~15時30分
※第3金曜日 10時~11時

【開催場所】下之条公民館 大広間

【持ち物】水、麦茶、スポーツ飲料など補給水分(カフェイン無しが望ましい)、フェイスタオル、バスタオル、ヨガマット、粗人ノート(配布したもの)
水曜日は利用者負担として1回300円 ※チケットでも販売します。(5枚綴り1500円)

【参加費】金曜日は無料です。※地域リハビリ「しもんじよの家」様との合同開催のため体調管理については事前にご自身で把握されてからご参加をお願いします。ご不明な点がございましたらお気軽にお問い合わせください。

★お問い合わせ先★ 下之条地域包括支援センター TEL.0268-22-2360

介護予防サポーター養成講座

上田市では、介護予防についての知識を習得し、地域に介護予防活動を普及させる、介護予防サポーターを養成しています。

内容	日時	場所	講師
第1回 介護予防サポーターってどんなひと?	9月29日(水) 13:30から15:00	中央公民館 大会議室	長野県長寿社会開発センター シニア活動推進コーディネーター 下倉亮一氏
第2回 地域を知ろう!	※詳細裏面	※詳細裏面	※詳細裏面
第3回 私たちにできることってなんだろう?	10月27日(水) 13:30から15:00	中央公民館 大会議室	長野県長寿社会開発センター シニア活動推進コーディネーター 下倉亮一氏

- 対象者 地域で自主的に介護予防の活動を実施できる方
過去に介護予防サポーター養成講座に参加されていない方
- 定員 先着30名 ※3回すべて参加できる方
- 申込み開始日 8月23日(月)から
- 参加費 無料
- 持ち物 筆記用具、水分補給用の飲み物、マスク
※常時換気を行っています。調節できる服装でお越しください。
- 申し込み、問い合わせ 上田市役所高齢者介護課 電話 23-5140 (直通)

介護予防に少しでも興味がある方は是非ご参加ください!
少人数で楽しく学びましょう!

市では定期的に介護予防や認知症のサポーター育成講座を行っており、意欲的な人材のスカウトやコーディネートを行い、新たな団体の活動創出を図っている。

もともと生活支援等に意欲的だった地域人材が運営者となり、自主的に活動内容を企画・実施。

茨城県神栖市： 通いの場への送迎と買物支援サービスを担う住民ボランティアをNPO法人化

■該当する総合事業

一般介護予防
(+ 移送・買物支援サービス)

■地域概況:面積146.9km²/人口95,454人/高齢化率23.4%(後期10.4%)/
認定率17.4%/日常生活圏域3箇所

(2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 勉強会に集まった運転ボランティアからやる気あるリーダーを選出し、送迎サービス立ち上げに向けてNPO化
- 道路運送法を踏まえた国との対応や設立事務など、行政が実務面や体制整備をサポートしたことでスピーディにサービスを実現

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

勉強会でボランティアを募集し、リーダーを発掘。生活支援コーディネーターが支援しNPO化

- 平成26年度、地域包括ケアシステム構築の一環で国のモデル事業「高齢者の居場所づくり」に取り組むなかで、居場所づくりとセットで、移動手段を持たない高齢者の送迎サービスを始めた。
- 国のモデル事業が終わった後も、送迎の継続を求める声が聞かれたため、市が運転ボランティアの勉強会を開いて、送迎サービスを引き継げる人材を募集したところ、反応は良く、定年退職後の男性など 25人が集まった。その中から選んだリーダーを中心として、NPO法人「シニアネットワークかみす」を設立、平成27年9月にサービスを開始した。
- 市では平成26年度から配置した相談員(生活支援コーディネーター)をはじめ、地域づくりに熱心な職員を中心に、団体設立からNPO法人化までサポートした。最初の運転勉強会からサービス開始まで半年ほどの短期間でのサービス立ち上げとなり、こうした市の環境づくりが功を奏したといえる。

登録・許可不要の無償運送として運用開始

- 一般高齢者の利用も想定される居場所への送迎は福祉有償運送には該当しないため、道路運送法の登録・許可が不要な運送としての運用をめざして、NPO法人全国移動支援サービスネットワークの協力を得ながら、国との協議を行った。
- 送迎サービスの内容は、車両2台による市内2カ所の居場所への自宅からの送迎と、車両の空き時間を活用した買い物支援サービス。車両はリースしている。
- 利用者は入会金1,000円、年会費1,000円で、ガソリン代の実費のみ負担としている(24円×距離。片道上限300円)。
- 総合事業への移行後は、居場所づくりを一般介護予防事業の通いの場とし、その送迎サービス事業として別途補助を行っている(車両リース代、通信費、保険料、事務経費の一部など)。

2. 担い手の確保と動機付け

関心の高いボランティアを中心にサービス実施主体を形成

- NPO法人の運営会員数は現在20人。高齢者の外出支援、生活支援、居場所づくりが主な活動となっている。
- 最初に、居場所への送迎サービスの重要性についての勉強会を開き、運転ボランティアになってもらえそうな人材を探したことが起点になっている。
- 集まったボランティア候補から、リーダーに適した人材に白羽の矢を立て、市から個別に協力依頼した。リーダーとなった人は、大企業のOBで書類作成にも長けており、その後のNPO法人設立の手続き等でも尽力してもらった。
- 関心の高いメンバーを集めることができたため、やる気あるメンバーが中心になってNPO法人を設立することができた。市でも、法人の立ち上げを伴走支援した。

3. 運営・継続のための支援

サービスを複合的に組み合わせることで利用者を確保する

- 居場所づくりの一般介護予防事業と送迎サービスに加えて、スーパーまで連れて行く買い物支援のサービスも組み合わせ始めたことで、利用者の増加につながった。

運転リスクには講習や安全性の高い車両の導入等で対応

- 事故等のリスクが伴う移送サービスは住民にとって高いハードルとなり、敬遠されがちだが、市が安全講習を実施したり、プレーキアシスト車両を導入するなどできる限りの支援を行っている。
- しかし、高齢化等によって運転ボランティアが減少しており、市では継続して人材確保に取り組んでいるが、リスクが伴う運転ボランティアはハードルが高く、なかなか人材が集まらない。こうした事態を踏まえ、今後は、公共交通整備の中で買い物支援や移動支援を実施していくことも検討しているところである。



● 担当者のこだわり・思い・アドバイス ●

生活支援コーディネーターの配置、市職員に熱心な人がいたことと、運転ボランティアにリーダーにふさわしい住民がいたことで、勉強会後半年という短期間でサービス実現にこぎつけられました。実際に動くのは住民ですが、NPO法人化の支援や移送サービスの法的根拠を踏まえた運用体制づくりなど、市が実務面でサポートしたことも成功要因といえます。

参考資料

NPO法人「シニアネットワークかみす」によるサービス創出までのプロセス

	年月	実施事項	内容と結果
サービス実施	2014年6月【15ヶ月前】	高齢者居場所づくり事業開始	神栖市内2か所で開所（各週3日開所）
体制作り	8月【13ヶ月前】	相談員として市が嘱託職員を採用	居場所のイベント企画運営やNPO立ち上げ支援をサポート
勉強会1	12月【9ヶ月前】	第1回 運転ボラ勉強会	介護支援と移動サービスに関する制度とNPO実践事例（地域住民が参加）
体制作り	2015年2月【7ヶ月前】	NPO法人設立の事前相談	車両を市でリースすると、市職員しか運転できないためNPO法人格を取得することに
勉強会2	2月【7ヶ月前】	第2回 運転ボラ勉強会	（運転ボランティア募集に向けて）介護保険制度、助け合い、神栖の現状について学んだ
勉強会3	3月【6ヶ月前】	第3回 運転ボラ勉強会	NPO立ち上げスケジュール、認証申請書作成
勉強会4	3月【6ヶ月前】	地域づくり協力員勉強会	運転ボランティア募集に向けて）居場所事業、運転ボランティア、NPO
視察1	3月【6ヶ月前】	対価や補助金設定等を関係省庁と調整	設立申請書、定款内容などを固め、並行してガソリン代実費の無償運送のしくみづくり
勉強会5	4月【5ヶ月前】	運転者講習会、NPO法人設立総会	安全運転講習会、及び法人設立総会（その後認証申請）
体制作り	5月【4ヶ月前】	しくみと組織づくり	登記準備、運行や運営のルールづくり、会員募集
体制作り	7月【2ヶ月前】	NPO法人設立認証	7月6日受領。7月10日登記完了（NPO法人記念日）
サービス実施	9月	送迎サービス開始	市長等の出席で運行開始式典実施（メディア取材）。活動開始と同時に介護予防事業の補助金交付も開始
サービス実施	2016年5月【9ヶ月前】	サロンから買い物支援を開始	NPOの利用会員で買い物に不自由な方を対象に、居場所の昼休みに1往復（4人）

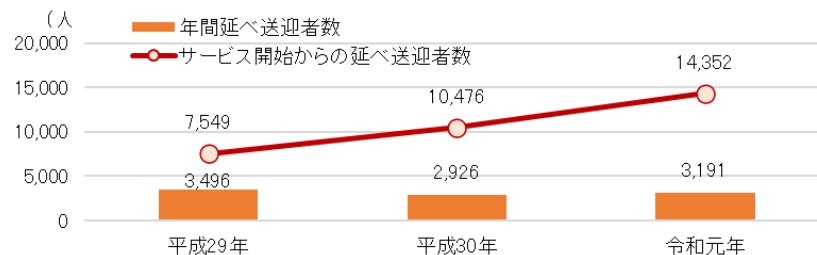
出典：特定非営利活動法人全国移動サービスネットワーク「訪問型サービスDにかかる市町村意向調査および相談・開発支援」報告書（概要版）

市が主催する運転ボランティア勉強会を重ねる中で、ボランティアに関心のある人材が中心となり、相談員や市職員が実務的な支援をしながらNPO法人化とサービス創出が短期間で進められた。

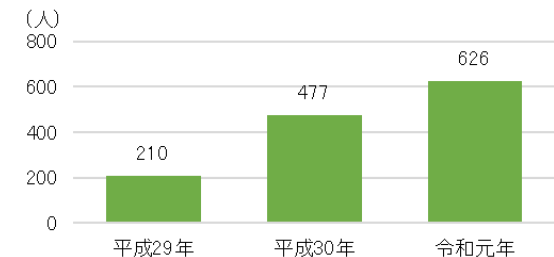


実績データ

送迎サービスの利用者数推移



買物支援サービスの利用者数推移



出典：NPO法人シニアネットワークかみす 事業報告書より作成

山口県防府市：地域の「やってみよう」から、介護予防+買物・移動支援サービスを創出

■該当する総合事業 通所AB・訪問D

■地域概況：面積188.6km²／人口113,979人／高齢化率31.0%（後期16.1%）
／認定率17.5%／日常生活圏域4箇所（2020年国勢調査、介護保険事業報告より）※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 介護予防と買い物（移動）支援を一体的に提供する、通所A+通所B+訪問Dの組み合わせサービスを提供
- 地域ケア会議であがった高齢者の移動支援の課題を起点に、介護事業所、社会福祉法人、民間企業が協働
- いつでも撤退できるくらいの気軽さで、「議論」よりも「お試し」で実施。トライ&エラーでサービスを改善していけばよい

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

移動支援をきっかけに住民を巻き込み、介護予防をパッケージ化する戦略

- 市では、高齢者が歩いて通えるところに介護予防教室を設置したいと考えていたが、教室を増やすにはコスト面で大きなハードルがあった。そこで、行政と事業所の協働による新しいサービスづくりを模索する中、高齢化率50%を越える向島地区の地域ケア会議において、「閉じこもり傾向の高齢者の外出支援」を地域主導でつくりたいという意向が示され、移動支援と介護予防教室を一体化したサービス「幸せます健康くらぶ」を向島地区で試行することになった。
- 平成28年度、地域ケア会議に出席した社会福祉法人や通所サービス連絡協議会、イオン防府店等の協力のもとにまずは「お試し会」を4回実施。参加者の手配、バス乗降場所の設定、運営補助などは地域が主導し、最終的にはサポートする住民団体「向島健康くらぶ後援会」を組織。平成29年度には、総合事業としてサービス提供を開始した。

介護事業者・社会福祉法人・地域住民の協働で実現した複合型サービス

- 「幸せます健康くらぶ」は次の3つのサービスを一体的に提供し、年間事業費は70～80万円程度に抑えている（利用者10～15人の場合）のが特徴。
 - ①通所A：介護予防教室（デイサービス事業所への委託 2,250円/人）
 - ②訪問D：移動支援（社会福祉法人への燃料実費補助）
 - ③通所B：サービス実施支援（住民団体への補助 2,000円/回）
- 月2回実施し、会場はイオンと公民館1回ずつ。イオンには協力を要請し、地域貢献の一環として無償で会場を提供してもらっている。
- 利用料金は500円（昼食代別）で、バス路線より低く設定（あくまでも介護予防事業の位置づけのため、交通事業者等から苦情が出たことはない）。10時からバスが周回し、14時ごろに帰る流れで、最近（コロナ後）の利用者は各回15人程度となっている。

● 担当者（事務職）のこだわり・思い・アドバイス ●

新しいことを立ち上げるのはパワーが要るものですが、「とりあえずやってみて考えよう」というスタンスが重要で、むしろ行政はそうあるべきだと思います。まずテストでやってみて、うまくいきそうなら、後からサービスの枠組みに当てはめていけばよいというくらい柔軟にできたらいいですね。ただし、市が何を考えているかはしっかり表現していかなければならないと思います。意思表示せずに、ただ地域や事業者に頑張ってくださいといっても動きません。市の思いを伝え、一緒に作っていきませんか？と投げかけをすることが大切ではないでしょうか。

2. 担い手の確保と動機付け

意欲のあるメンバーでプロジェクトを組み、迅速に実践へ

- 住民団体は、民児協を中心に自治会役員などやる気のあるメンバーで構成。地域課題を発見するために定期的に地域住民を集めるのは、時間も住民負担もかかってしまう。住民主体で何かやりたいとなったら、意欲的な中心メンバーでプロジェクトを立ち上げ、役目が終わったら解散するという手法をとるのがよい。「幸せます健康くらぶ」もこの手法で地域ケア会議から3カ月で「お試し」実践し、スピーディに軌道に乗せていった。

思いのある事業者に市の考え方をしっかり伝えて協働を引き出す

- 通所Aを担っているデイサービス事業所や、移動支援のための車両と運転手を提供してくれている社会福祉法人はもともと思いのある事業者。市の考え方をしっかりと伝えることで、やりたいことを一緒に実現できた。特に社会福祉法人は制度改革によって、地域貢献が求められていることもあり、協働しやすいタイミングだった。

3. 運営・継続のための支援

成功例が他の地区に波及し、新たなサービスが誕生

- 向島地区での「幸せます健康くらぶ」がモデルとなって、他地区にも同様の試みが広がっている。地域住民側から事業者に話をして、移動支援と連動した介護予防教室を実現するなど同様のサービスや困りごとの解決などが新たなサービスとして誕生している。
- 行政の仕事はやりたいことを示して、「つくる場」を提供すること。そこでは専門職の存在に加えて、ルールに沿いながら地域の事情にあわせて柔軟にサポートできる事務職の存在もキーとなる。
- 住民主体の活動は一過性のイベントではなく、生活に根付いた活動にしていくことが重要。そのためにも一人に負担がかからないような形で運営することがポイントとなる。

■参考資料

サービスづくりのプロセスとポイント(幸せます健康くらぶができるまで)

1

<p>前任者</p> <p>介護予防教室を作って。少なくとも100カ所ね。</p> <p>面倒くさーい</p>	<p>基準緩和型を設定 住民主体サービス 地域包括ケアシステム</p> <p>先行自治体の マネするか</p>
<p>2025年問題、ヤバいな</p> <p>総合事業って 自由な「事業」だな</p> <p>厚労省、思い切ったな。それほど、この問題はヤバいのか。</p>	<p>地域だ、地域だと言うが 地域に新しい役割を これ以上増やすのは 厳しすぎる。</p> <p>安いサービスを設定して、 事業所は成り立つのか？</p>

2

<p>制度に大きな変化がある ときは積極的に動くべき。</p> <p>そのためには、 強いリーダーシップが 必要！</p>	<p>地域だけで何かをするのは大変。 事業所には新しい事業での 舞台・チャンス！</p> <p>協働だな</p>
<p>地域と事業所と協働する事業なら、 彼らの意見を聞いて一緒に事業を 作るという姿勢を見せよう。</p> <p>防府市のやる気を カブーン と見せるか</p>	<p>防府市の制度を 一緒に作りましょう！</p> <p>やりましょう</p> <p>防府市通所サービス連絡協議会</p>

3

<p>「イオンで介護予防教室」 は喜ばれるのではないかな？</p> <p>まず買物支援が必要と思われ る中山間地域に アイデアを話してみよう。</p>	<p>地域に新しい取組を お願いするのは 厳しいな</p> <p>A地区社協</p> <p>B連合自治会</p>
<p>向島にも 閉じこもりの方が いますよ</p> <p>それはいかん！</p> <p>以前から移動支援が したいと考えていた。</p> <p>向島地域ケア会議</p>	<p>介護予防教室と買物支援 を一緒にやりませんか？</p> <p>お安い御用だ</p> <p>地域の役に 立てるなら</p> <p>向島民児協</p> <p>ケア会議に出席した社福法人</p>

4

<p>とりあえず テストしよう</p> <p>反省会！</p> <p>民児協→協議体</p>	<p>うまくいったので 事業化しましょう</p> <p>「意見」</p>
<p>買物支援も形になったし、 介護予防って面白いな！</p> <p>これを機に向島地域に 住民主体の介護予防教室が5つでき、住民主体の訪問型サービスに 進化。バネキング屋食付きの サービスもある。</p>	<p>うちのやってみよう</p> <p>向島の取組みで、 防府市がやる気や やりやすいことが地域に 伝わり、同様のサービス、 介護予防教室、 住民主体の区りと解決 サービスが生まれた。</p> <p>A地区社協</p>

サービス開発の極意

- 「すべき」より「やる気」
- 「議論」より「テスト」
- 行政の柔軟な対応～
ルールはあとで考える
- 住民が決めれば行政の
面倒な手続きが省ける
- 最大の課題は生活支援
コーディネーターの技
量(人材をみつける・人
材を育てる)

(防府市作成資料より抜粋)

長野県箕輪町：生活支援の担い手を確保・育成するための専門研修を実施

■該当する総合事業

訪問B

■地域概況：面積85.9km²／人口24,989人／高齢化率30.7%(後期16.0%)／
認定率13.1%／日常生活圏域1箇所 (2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 地区社協が主体となって住民による訪問Bのニーズ把握やルールづくりを行い、多様な担い手による生活支援サービスを開始
- 行政は地域の取組に寄り添いながら後方支援。行政・町社協・地区社協の連携により持続的な生活支援提供体制を構築している

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

地区社協が中心となってルールを設定。できることからスタート

- 令和元年度から、町内2地区で訪問Bを行っている。
- そのうちのN地区では、行政区の附属組織であった地区社会福祉協議会を平成29年に独立組織として再組織化。高齢化に対応するために地区社協内に支援部会を設置し、全世帯にアンケート調査を行ったところ、「支援を希望する方」が多い一方で、「支援できる方」も地域に一定数いることがわかり、区民の意識の高いうちに取組を始めようと検討を開始した。
- 取組を開始するにあたり、ゴミ出しや雪かきなど、できることからスタートした。並行して全世帯へのアンケート調査を基にマッチングや支援ルール、料金などを、地区社協事務局が町、町社協とともに何度も協議を重ねながら決定。地区社協理事会での承認を経て、訪問Bのサービスとして町に登録し、スタートした。

2. サービスの概要

研修を受けた住民、事業所などさまざまな担い手が支援者として登録

- サービスの担い手はボランティア団体、地区組織(区、地区社協、生活支援推進協議会等の支え合いを行っている組織)、事業所、生活・介護支援サポーターが主となっている。
- サービス従事者は、制度・支援ルール等に関する研修を受講することが条件(受講できない人は受講者からの伝達講習で可。ヘルパー資格保有者や生活介護支援サポーター受講者は受講不要)。
- 支援者が支援実績を記入した用紙に利用者から確認印をもらい、定期的の実績報告書を地区社協事務局に提出。事務局がとりまとめ、町へ提出する仕組み。
- 利用者の自己負担：30分未満 50円以内/30分～60分 100円以内
- サービスの報酬(1回当たり補助単価)：30分未満 450円以内/30分以上900円以内



● 担当者のこだわり・思い・アドバイス ●

総合事業を開始した平成29年度は地域住民主体による「いきいき百歳体操」がスタートしたり、地域のサロンが劇的に増えたりと地域活動が活性化してきた時期であり、この機運を逸さないよう、訪問Bの取組を進めました。
また、行政として地域福祉コーディネーターとともに後方支援しながら、地域が無理せず“できることから”始められるよう心がけています。

3. 担い手確保の仕組み

年1回のアンケートでニーズ・支援者を把握。マッチングに生かしている

- 年1回、全世帯を対象にアンケート調査を実施し、利用希望者には支援希望内容、支援可能者には支援できる内容を聞き取っている。調査結果に基づき、事務局がマッチングを実施する。また、民生児童委員等の訪問等により、希望者を把握できれば紹介してもらい、随時登録を受け付けている。

サポーター養成講座や伝達講習を行い、従事者を確保

- 平成26年度から生活・介護支援サポーター養成講座を年1回実施。累計受講者数は171名となっている。
- 生活・介護支援サポーター以外の従事者は、伝達講習を実施することで確保している。初年度は社協地域福祉コーディネーターが講師として講習会を実施したが、その後は地区社協が伝達講習を行い、これまでに2地区合わせ110人が受講している。

4. 運営継続のための工夫

行政・町社協(地域福祉コーディネーター)・地区社協の三人四脚体制で支援

- サービス内容や実績について、地区社協事務局会議、理事会に町職員、町社協職員が出席し、アンケート結果や実績報告書に基く取組状況を確認している。
- 地区社協と連携しながら、生活・介護支援サポーターのフォローアップ等を行うなど、支援者のやる気を後押ししている。
- また、町社協の地域福祉コーディネーターが支援者に対し伴走支援を行い、生活支援において課題などがあれば地区社協や民生児童委員とともに随時相談対応できる体制となっている。
- サービスを受ける方は地域から孤立したり、経済的に困窮している高齢者が多いが、訪問Bのきめ細かいサービスに対して感謝の声が多く聞かれており、手ごたえを感じている。

■参考資料

◆伝達講習の資料

◆従事者研修のカリキュラム（時間 約60分）

カリキュラム項目(介護職員初任者研修項目)
介護保険制度
活動内容・ルールについて
事故防止・緊急時の対応
個人情報保護
コミュニケーション

「長岡区 生活支援支え合い活動」における 支援する側のこころえ



活動の目的

★区民全員が安心して住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続ける事ができるように「お互いさま」の関係を広げることが目的とします。

そのために

ポイント

安全・快適・自立

① あいさつは正面から。目を見て大きな声でゆっくりと。

相手に伝わるあいさつをすることで、お互いの緊張や不安が和らぎます。耳が聞こえにくかったり目が見えにくい方もいらっしゃるの、目を見て大きな声でゆっくりとあいさつをしましょう。

② いつもここにこ、明るいい笑顔を忘れずに。

人間が一番最初に印象を受けるのは「表情」です。怖い顔をしていると、「頼んじゃいけないかな…」と萎縮してしまうことも。ここにこしている人は自分の味方だと思って安心してくれます◎

③ 話には最後まで耳を傾けよう。想いを受け止め、秘密は守ろう。

話を最後まで聞いてもらえると、「話を聞いてくれた。」「受け止めてくれた。」と安心して、信頼していただけます。また、色々お話をしてくれるということは、信用されている証拠です。身の上話など聞いた内容は心に留めておくようにしましょう。

④ その方のいいところを探しましょう。興味で生活に踏み込まない。

支援をしていると、ついつい色々なことをお手伝いしたくなりますが、相手には出来ること、いいところ、得意なことたくさんあります。それがその人の生きがいややりがいにもなるので、得意なことや出来ることはやってもらうのも大事です。

ただ、興味本位であれこれ聞きすぎると、知らないうちに相手の生活に踏み込んでしまうこともあります。相手のプライバシーは守るようにしましょう。

⑤ 「して欲しい・して欲しくない対応」、自分だったらを考えよう。

自分がされたら嬉しいこと、嫌なことってありますよね。支援をする時、自分だったらどうだろう？を一度考えてみましょう。相手にも同じようにされたら嬉しいことや嫌なことがある、ということに心を寄せて支援をしましょう。

⑥ 自分の健康は自分で守る。決して無理をしないで頼みましょう。

体調がよくない時は、無理をせず別の人にお願ひしましょう。例えば感染症だった場合、相手にうつってしまうこともあるので、十分に注意しましょう。

⑦ 困ったら一人で悩まず、すぐ相談。緊急連絡先も確認しよう。

支援をしていると、どうしてもいいか困ってしまう時があります。そんな時は一人で悩まず、下記の連絡先へ相談しましょう。

気付き、相談、連絡、報告はこちらへ

- 長岡地区社会福祉協議会 会長
氏名 ●●●● ☎ △△-△△
090-△△△
- 長岡地区社会福祉協議会 生活支援部長
氏名 ●●●● ☎ △△-△△
090-△△△



◆生活・介護支援サポーター養成講座の様子

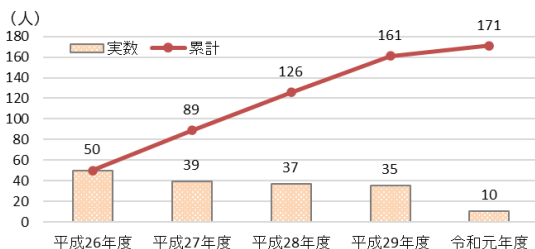


生活・介護支援サポーター養成講座 全10回の内容

	テーマ	内容	担当講師
1	開講式／地域共生社会の実施に向けて	誰もが住み慣れた地域で暮らすために(地域の力と助け合い)	事業者
2	高齢者について	箕輪町の現状と介護保険制度の動向	町地域包括支援センター
3	子育てについて	子育ての現状と子どもとの接し方(つくって遊ぼう)	子育て支援センター
4	認知症について	病気の理解と地域での見守り	事業者
5	傾聴について	上手な話のきき方、受けとめ方を体験してみよう	傾聴ボランティア団体
6	障がいについて	障がいの理解と地域での支え合い	事業者
7	みんなの権利をまもる	権利擁護の理解と必要な支援	上伊那成年後見センター
8	コミュニケーションのと리카た	コミュニケーションのコツと支援者の心がけ	上伊那圏域障がい者総合支援センターきらりあ
9	介護予防事業での体験	いきいき塾、ふれあいサロン等	※介護予防を行っている現地を視察・体験
10	これからの活動に向けて／閉講式	振り返り。今後のやりたい活動を考え、地域で何ができるのかをまとめる	フリージャーナリスト

●実績データ●

生活・介護支援サポーター養成講座受講者数の推移



▶5年間で171人の町民が生活・介護支援サポーター養成講座を受講。令和元年度は新型コロナウイルスの影響で減少。

【専門職の活用による機能回復の仕組みづくり】

愛知県東浦町：“ふだんの気ままな暮らしを続ける”ことをキーワードに効果的なリハを実施

■該当する総合事業 **通所C・訪問C** ■地域概況:面積31.1km²/人口49,596人/高齢化率26.1%(後期13.3%)/認定率18.8%
/日常生活圏域3箇所 (2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は知多北部広域連合の値、調整済み

■事例のポイント

- 通所Cの役割を明確にし、専門職との打合せを重ねながら、機能回復効果が見込めるサービスに特化
- 利用者に対しては、“ふだんの気ままな暮らしを続ける”ことを目的としてアピールし、参加意欲を高めた
- 「元気力向上大作戦」と題し、プランやコースを設定してわかりやすい言葉で表現するなど、利用者目線でサービスを見える化

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

機能回復の効果が見込める実効性あるサービスを専門職と設計

- 総合事業の開始当初はサービスを揃えることばかりに気を取られ、通所CがAやBとあまり差のない内容となってしまった。その反省から、2年目の平成30年は通所Cの目的を明確にし、課題解決できるプログラムにしようと、地域包括支援センター(委託)と庁内関係者で何度も会議を重ね、思いや方向性をすり合わせた。
- さらに各事業所に足を運び、リハ職の方々の協力を得ながら、サービス内容を精査。機能回復・向上に特化した実効性のあるサービスを見込めるサービスをリハ職と一緒に作りあげ、H31年から再スタートした。

事業者との協働を引き出すため、綿密なプランや熱意をしっかりと伝える

- 事業所を巻き込む際には、行政側でしっかりプランニングしたうえで熱意を伝え、目標や方針を共有できるよう努めた。
- また事業所にとっては、利益を見込めなければ続けられないため、単価の設定や安定的に利用者が確保できるよう配慮した。

2. サービスの実施状況・概要

通所・訪問Cと一般介護予防事業の目的に合わせプラン・コース分け

- 介護予防サービス全体を「元気力向上大作戦!!」と題し、弱ってきた方向けには機能回復を目標とした「元気はつらつプラン」、元気高齢者には暮らしを維持するための「すこやかプラン」の2つを用意した。
- 「元気はつらつプラン」は3~6ヶ月の短期集中サービスとして、「もりもりコース」(通所C)、「ぴんぴんコース」(訪問C)の2つのコースを用意。専門職の指導のもと、一人ひとりに合ったプログラムを実施している。一般介護予防として実施している「すこやかプラン」は、介護予防体操やサロン出前講座などを行っている。



● 担当者のこだわり・思い・アドバイス ●

ケアマネさんの説明ではなかなか理解してもらえないリハビリも、専門職に伝えてもらうことでうまくいきます。このように、行政は前に出るのではなく、いろいろな分野で頑張っている主体が得意分野を活かせる場を用意し、サポートするのが行政の役割と考えています。事業者とうまく協力するには、“できないことは、できないと泣きつく”ことと、そのためにも行政の“思い”をしっかりと伝えることが大事です。

3. サービスの質やプログラムの効果を高めるための工夫

利用者の課題に合ったサービスが選べるようわかりやすい表現を工夫

- ただ総合事業という制度に沿ってサービスを用意するだけでは利用者には伝わりにくく、特にリハビリに特化したサービスには抵抗を感じる人も少なくない。できるだけ興味を持ってもらえるよう、わかりやすく親しみやすいネーミングを皆で考えた。
- また介護予防という概念ではなく“ふだんの気ままな暮らしを続ける”といったキーワードを前面に出すとともに、ビフォー・アフター効果がわかるような広報を行っている。
- サービスを選ぶ前にリハ職を派遣し、本人の状態やサービス内容を説明。安心感を持って自分に合ったサービスを始められるようしている。

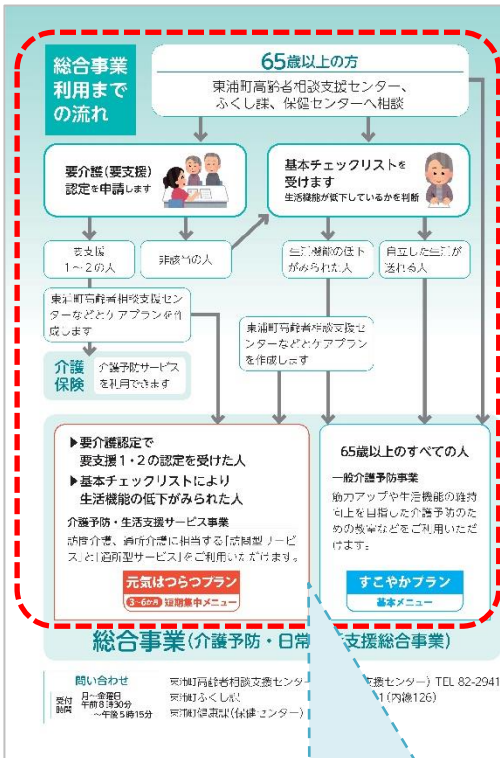
マニュアルとインセンティブで事業所の水準を担保

- 複数の事業所が一定水準でサービスを提供できるよう、マニュアルを定めている。
- 利用者のサービス利用による機能回復・改善があれば加算するといったインセンティブが働くような評価の仕組みを導入し、事業者のモチベーションアップにつながるよう工夫している。

4. 運営継続のための工夫、他サービスへの展開

ケアカンファレンス後、コアメンバーでの話し合いを欠かさない

- 町では、地域包括支援センター(委託)、保健センター、福祉課の3者も参加して自立支援型のケアカンファレンスを実施しているが、その後には必ず3者で話し合い、課題や利用者の状況を共有し、必要なサービス設定につなげている。リハ職の派遣事業もこうした話し合いの中から生まれた。
- 特に地域包括支援センターに要となって動いてもらえるようにすることが大事。地域包括支援センターに総合相談にきた人に対して適切に判断し、総合事業を紹介し、利用者の確保につなげていくような流れがうまくできている。



東浦町介護予防・日常生活支援総合事業

元気力向上大作戦!!

私はこれで元気になりました!

こんな方にオススメ!
足腰が弱ってきた…
何をしてもおっくう…
家事をこなすのが辛い…
体力をつけて、趣味を楽しみたい!

「元気力向上大作戦!!」の流れ

あなたの気ままな暮らしを「この人いいわ!」で盛り上げよう!

ふだんの気ままな暮らしを取り戻すために!
3～6か月で集中的なトレーニング!

元気はつらつプラン
3・6か月 短期集中メニュー

通所 もりもりコース
訪問 ぴんぴんコース

ふだんの気ままな暮らしを維持するために!
3・6か月 短期集中メニュー

すこやかプラン
基本メニュー

「総合事業」という難しい事業名称ではなく、『元気力向上大作戦!!』という親しみやすくイメージしやすいサービス名を押し出している

プラン名を「元気はつらつプラン」「すこやかプラン」、コース名を「もりもりコース」「ぴんぴんコース」とするなど、利用者にわかりやすいネーミングを付け、少しでも興味・関心を持ってもらえるように工夫

制度の説明ではなく、利用者視点で自分がどこに該当するかを診断できるフローチャートで説明し、関心を高める工夫を行っている

機能回復のリハビリだけを前面に出すと敷居が高くなるため、「ふだんの気ままな暮らしを取り戻そう・維持しよう」という誰もがイメージできる目的を設定し、気軽に始めやすい工夫を行っている

あなたに必要なメニューはどれ? あなたの状態に合わせたメニューをオーダーメイド!

取り戻そう! 1年前の自分。手放さない! 気ままな暮らし。

通いの場で「短期間リハビリ専門ケア」
自宅で楽々「短期間リハビリ専門ケア」
栄養改善・口腔ケアから体質改善!

通所 もりもりコース
リハビリの専門職が自宅まで出るトレーニングや、生活上のアドバイスを丁寧にいたします!
利用回数 週1～2回(おおむね3か月)
実施機関
●老人保健施設 相生(東浦町権川)
●パーソナルケアセンター ファロス(東浦町生野)
●竹内整形外科内科クリニック デイケア(阿久比町)
送迎 要相談

訪問 ぴんぴんコース
リハビリの専門職が自宅まで出るトレーニングや、生活上のアドバイスを丁寧にいたします!
利用回数 週1～2回(おおむね3か月)
実施機関
●訪問看護ステーション グラシア
●東ヶ丘訪問看護ステーション

お口と栄養のサポート
お口や栄養の心配事も歯科衛生士や管理栄養士など専門職がサポートします!
利用回数 利用者の状態に合わせて
実施機関 保健センター

ふだんの気ままな暮らしを取り戻すために!
元気はつらつプラン
3・6か月 短期集中メニュー

ふだんの気ままな暮らしを維持するために!
すこやかプラン
基本メニュー

あなたの目的に合った教室をチョイス! 自分スタイルで健康維持!

各種介護予防教室

保健センターで開催
●ゆったり体操教室
●脳トレ教室(送迎あり)
●いきいき100歳体操教室
●ゆっくりウォーキング教室
あいち健康プラザで開催
●元氣アップ教室
●筋力トレーニング教室
各地区で開催
●地区健康相談、講話
●サロン出前講座

仲間と楽しく筋力アップ! 100歳体操でめざせ元気な100歳!
地域で気軽に100歳体操!

身近な場所で介護予防!
住民主体型デイサービス

場所
●サロン・ラソ(地域の緑劇 グリーン・ラソ)
●森岡ふれあいサロン(森岡台自治会集会所)
●石浜ふれあいサロン東(石浜区民館)
●サロン de ショップ(地域の緑劇 ラソ・プラザ)
●ふれあいサロン東ヶ丘(東ヶ丘交流館)

内容 皆で楽しく、レクリエーションや運動、趣味活動などを行います!

日常生活の「ちょっとお手伝い」おすそわけ隊
お願ひできる内容 30分程度で出来る作業(例:ボール交換、ゴミだし、買い物の手ききなど)
料金 無料
問い合わせ 東浦町総合ボランティアセンター
ないなら TEL 0562-51-7697

新潟県新発田市：運動・栄養・口腔機能改善を複合的に行う通所Cのプログラムを開発

■該当する総合事業

通所C

■地域概況：面積533.1km²／人口94,927人／高齢化率32.5%（後期16.6%）／認定率17.5%／日常生活圏域5箇所

（2020年国勢調査、介護保険事業報告より）※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 県の支援で専門的なアドバイスを受けつつ、運動・栄養・口腔機能の改善を複合的に行う先進地のプログラムを市が導入
- アセスメントからの適切な目標設定やカンファレンスでのリスク管理を通じて、一人ひとりのケースに手厚く寄り添い、セルフケアでの活動量を上げ、生活不活発の脱却へつなげる

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

県のモデル事業を活用し、民間の専門的指導を受けながらサービス設計

- かねてから介護予防・自立支援型地域ケア会議で、介護予防の効果を得るにはサービスCが重要との意見があったところに、県が通所Cを強化するモデル事業を募集していたため、手を挙げた。モデル事業は、これまで個別にやっていた運動・栄養・口腔の改善を一体的に行う「複合型」プログラムによって生活全体を見直し、フレイル予防の効果獲得を目指すという主旨。具体的には、実施事業所が大分県の事業所「デイサービス楽」から、1か月のWeb研修・実習という形で、現場での指導やカンファレンス場面での指導を受けた。こうした経緯で立ち上げたのが通所C「複合型プログラム」である。
- もともと二次予防事業から通所型介護予防事業をデイサービス事業所に委託し、引き続き総合事業当初から通所Cの単独プログラムも委託していたこともあり、市からの「複合型プログラム」委託募集にスムーズに答えてもらうことができた。

2. サービスの実施状況・概要

専門職の指導に加え、実施前や途中でカンファレンスを実施

- 通所C「複合型プログラム」は3ヶ月・全12回・各回120分のプログラムで、健康チェック、下肢の運動、体力測定、講話などを行う。管理栄養士、歯科衛生士がそれぞれ月1回指導に入る。また既存プログラムとして、運動、栄養、口腔改善それぞれ単独のプログラムも実施する（単独プログラムは14事業所が、「複合型プログラム」は1事業所が提供している）。
- 実施フローとしては、まず地域包括支援センター（委託）での相談の後、アセスメント、ケアプラン作成を行い、市が必要やプランの妥当性を判断する。その上で、本人・家族・ケアマネ・サービス事業所職員が集まって担当者会議を開き、プログラムに入る。さらに「複合型」の場合は、プログラム実施中にミニ自立支援型地域ケア個別会議として3回カンファレンスを開き、その時点での効果や卒業後の予定を立てるなど、より手厚いフォローとなっている。

● 担当者のこだわり・思い・アドバイス ●

効果的なサービスを設計・運用するには専門的な知見が不可欠です。モデル事業に積極的に手を挙げ、県の伴走支援を受けることもオススメ。その上で、具体的にやるべきことを市が考え、地域包括支援センター、事業所など各担当者に市の考えを伝え、同じ方向を向いて取り組むことが大事です。これまで地域ケア会議で課題を共有し、解決に向け検討し、既存事業の拡充や変更を行ってきました。認定率の上昇が停滞している現状で、今後はさらに他事業との連携を深くし、フレイル予防が市民意識に根付くように取り組んでいきます。

3. サービスの質やプログラムの効果を高めるための工夫

一人ひとりのケースに手厚く寄り添い、利用者のセルフケアにつなげる

- 生活動作全体を改善する「複合型」サービスによって、利用者が日常の活動に目を向け、意識して活動量を増やす（セルフケアができる）ようになることが、効果につながっている。
- できない課題を明らかにし、達成可能な生活行為の目標を立て、定期的なカンファレンスで専門職からやりリスク管理や目標達成の助言を受け、プランナーと役割分担をし、早期に目標達成後、利用終了後の維持できるための環境整備を整えている。利用者の動画を用いることで、専門職からの適切な助言や利用者自身の変化の実感につながっている。

研修を受けることで、質の高いプログラムが提供できる

- 「複合型」プログラムは定められた研修を受けた事業所が実施することで、効果的なプログラムとなっている。事業所内でのOJTを基本としており、市職員も一緒に研修を受けることでプログラムへの理解を深め、他のプログラムにも波及できるようにしている。

4. 運営継続のための工夫、他サービスへの展開

定期的な研修や相談対応で事業所との密な関係を構築

- 年度初めに事業所への研修会を開き、適切なプログラム提供の方法を伝えたり、目的意識を持ってもらうようにしているほか、加えて、定期的に現場の様子を見たり相談に応じたりすることで、事業所との密な関係を築いている。

通所C後は体操を行う「通いの場」につなげて介護予防効果を持続

- 通所Cを卒業した後のステップの一つとして、地域の通いの場を活用したオリジナルの介護予防体操「しばた・ときめき体操」を行う「ときめき週1クラブ」を用意している。この体操も、大学准教授の監修のもと作成した。椅子のない畳の公民館でもでき、道具もいらぬこともあり、通いの場で導入しやすく、市内80か所に広まっている。市の支援として健康運動指導士や理学療法士が団体や個人にサポートに入るなど、通いの場にも専門職のノウハウを取り入れることで効果を高めている。

適正な利用者の把握のため啓発活動に注力

- フレイルの方を早期に把握するため、開業医、薬局などでのリーフレット配置や地域の民生委員への啓発を実施している。また、介護支援専門員や介護事業所への自立支援の考えを機会がある度に啓発している。



通所C「複合型プログラム」のチラシ

新発田市介護予防・生活支援サービス事業
通所型サービスC(短期集中予防サービス)

足腰が弱くなって
散歩や買い物に行けない…

食欲が落ちて体重も
減って、動けなくて
動きたい…

退院したばかりで
筋力が落ちた

むせやすく飲み込み
時間がかかって食べられない…

めざす姿

- ・また散歩を楽しみたい!
- ・買い物に出かけたい!
- ・お茶のみに出かけた!
- ・ごはんをおいしく食べたい!

通所型サービスCを終了後、自身で取り組みを継続し、自分らしい生活をしていきましょう!

<介護予防で機能アップ Aさんの例>

運動器の機能向上プログラム

3か月(全13回)
週1回

ご自宅で支障をきたしている生活動作を確認し、改善に向けた取り組みを指導します。

- ※随カトレーニング
- ※自宅でできる運動の指導
- ※筋力を維持するための栄養講話 等

栄養改善プログラム

6か月(全8回)
初月は2週間ごと、2か月目以降は月1回

低栄養を改善するために、一人ひとりに合った食事のアドバイスをいたします。自宅で簡単にできる調理法などを紹介します。

- ※低栄養の改善や予防法
- ※バランスのよい食事内容のアドバイス
- ※調理方法の紹介 等

口腔機能の向上プログラム

3か月(全8回)
初月は週1回、2か月目以降は月2回

からだの健康はお口の健康から! お口のケアの方法やむせを改善するための体操などを指導します。「食べる」「話す」楽しさを続けられるように支援します。

- ※歯のブラッシング、歯面の清掃方法
- ※お口の体操、唾液腺マッサージ 等

【担当】 新発田市高齢福祉課 介護予防係

運動・栄養・口腔機能の改善を行うプログラムをそれぞれ提供していることに加え、それらを「複合的」に行うプログラムを提供することで生活改善につなげる

通所C「複合型プログラム」の利用の流れ

新発田市介護予防・生活支援サービス事業
サービスC(短期集中予防サービス)利用の流れ

- ①地域包括支援センターへ相談**
できなくなった日常生活での困りごとを確認します。
- ②アセスメント**
「地域包括支援センター」が手続きをすすめます
現在の生活状況、無向や心身の状態確認を行います。
- ③ケアプラン作成**
日常生活課題を明確化し、目標を設定します。利用する事業所を選定し、受け入れ調整を行います。暫定ケアプランを作成します。
- ④利用の申請**
申請に必要な書類を市に提出します。
- ⑤利用決定通知**
市から利用決定通知書が郵送されます。
- ⑥サービス担当者会議の開催**
本人、家族、ケアマネジャー、サービスC事業所職員が集まり、ケアプランの目標やそれぞれの役割を共有します。
- ⑦サービスの利用**
「事業所」が各プログラムを実施します
目標の達成に向けて、各プログラム内容に沿って実施し、ご自宅でのセルフケア※の定着に取り組みます。
※セルフケア=自己管理
自身の健康に目を向けて、「健康づくり」と「介護予防」の取り組みを意識した生活習慣を自分自身で実践できるようになることをいいます。健康管理や運動、食生活、口腔ケアなどを自分自身で取り組めるようになることを目指します。
※通所型サービスC(運動器の機能向上プログラム)では、事前と事後にご自宅へ訪問し、ご自宅の確認をします。
- ⑧事後アセスメント**
プログラム終了後、包括支援センターが目標達成状況等を確認します。

次ステップへ!

終了後、セルフケアの取り組みを継続しましょう。「家庭内の役割の再配」「趣味活動の再開」「地域の集まりへの参加」「ボランティア活動」など新たな目標に向かって、自分らしい生活をしていきましょう!

・とぎめき体操
・お茶のみに出かけた
・地域があれいルーム

事前アセスメント、担当者会議、カンファレンスを手厚く行い、一人ひとりのケースに寄り添ったプログラム提供を実施。事後アセスメントも実施して別のサービスにつなげている

しばたときめき体操(オリジナル)



公民館等でやりやすい独自の介護予防体操を設計、市内80か所の通いの場で実施

「複合型」サービスの場合は、プログラム実施の事前・中間・事後にアセスメント・カンファレンスを行い、さらに手厚い内容となっている

長野県飯田市：PTが中心となり、サービス設計、マニュアル等の支援ツールを開発

■該当する総合事業

通所C

■地域概況：面積658.7km²／人口98,164人／高齢化率33.0%(後期18.4%)／
認定率15.4%／日常生活圏域7箇所

(2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は調整済み

■事例のポイント

- 通所Cの事業の枠組みやサービス水準を市で設計し、事業者向けの実施要領、各種ツールを盛りこんだ**実施マニュアルを整備することにより一定のサービスレベルを保証**
- サービス創出の準備段階から市職員のPTと民間事業者のPTの協力体制で実施。**同業種であるため、連携しやすい**

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

市職員と介護施設PTが協力してサービス創出の準備で協力

- 令和元年度に、市長寿支援課で通所Cの必要性を踏まえ、介護老人保健施設のPTとともに寝屋川市の通所C事業の視察を行い、準備を行った。
- 令和元年度には地域包括とともに、介護老人保健施設で試験的にサービスを2期実施。その内容を元に、令和2年度に公募を行い、4事業所を決定。現在は併せて5事業所により、5地域包括のうち4地域包括で開催している。
- 令和2年度から市職員にもPTを配置したことで、連携を強化した。

2. サービスの実施状況・概要

一年に全12回を2クール実施。サービス利用者の約8割が卒業

- 毎年6月～2月末までの期間に、5事業所により2クール(1クール週1回全12回)実施。
- 全額市の負担であり、利用料はかからない。自社送迎が可能な事業所は人数による固定金額での支払い。タクシーを利用する事業者は市で支払っている。
- 運動、口腔、栄養の指導プログラムを提供。運動は毎回指導、口腔・栄養は、期間中に3回指導するほか自主トレプログラムを提案し、毎日自宅で行った内容を記録してもらい、その内容を見ながら指導を行う。専門職の面接時間以外は、各事業所の特徴を生かし、看護師又は介護士による体操や脳トレ等を実施。
- 利用者数：1会場 定員6名(4名以上の参加で開催) ※3週間前に締め切り、開催の可否を判断。3名の場合は中止とし、次の事業所に振り分ける。
- リハの効果：令和2年度は、50名中39名(78%)がサービスから卒業し、一般介護予防事業へつなげることができた。利用者からは行った運動を継続できるようになった、体を動かすことに自信がついた等の感想がみられる。

3. サービスの質やプログラムの効果を高めるための工夫

実施・評価方法、ツールなどを記載した運営マニュアルで標準化を図る

- 市で運営マニュアルを作成して選定事業者に周知。標準的なプログラム内容を示しているほか、事業で活用できるアセスメントシートなどの様式や名札などのツールを添付し、事業者が一定水準の内容でサービスを実施しやすい支援を行っている。
- モデルとなった介護老人保健施設が年度初めにプログラムを開催して、他の事業所からの視察を受け入れ、専門職に対する説明会を開催した。
- 評価会議のやり方は、マニュアルにも記載しているが、評価会議の様子をビデオ撮影し、各地域包括・事業所に配布して、周知を図った。

市PTが利用者を訪問し、評価した内容を事業者のPTにつなげる

- サービス利用者は、可能な限り、市PTが地域包括職員と同行訪問を行い、選定を行っている。訪問時の評価内容を実施会場のPTに提供することで、利用者像をいち早く把握して効果的なプログラムにつながるよう工夫している

4. 評価の工夫、他サービスへのつなぎ方

サービスを評価する会議を多職種で実施、適切な卒業後の進路を検討

- 1クール全12回のうちの第11回目終了後に、市担当者、サービス事業所の専門職、地域包括担当者、社会福祉協議会地域福祉係地域福祉コーディネーター(生活支援コーディネーター)が出席する評価会議を開催している。
- この会議で、専門職から利用者の評価結果を報告、地域福祉コーディネーターからは当該地区の社会資源を提案し、身体状況等から適切と思われる社会資源(公民館活動や通いの場)やサービス(通所B、一般介護予防事業等)を検討する。最後の第12回目に地域包括担当者が会場を訪れ、利用者に検討結果を伝え、最終的な決定となる。

● 担当者(PT)のこだわり・思い・アドバイス ●

軽度者が介護状態になる手前のところで、適切なサービスを受けることがとても重要ですが、その部分のアセスメントがうまくできていませんでした。令和2年度に市職員にPTを配置したことで、サービス事業所のPTと協力しながら通所型サービスを運営しやすくなりました。PT同士なので話が通じて連携しやすく、また同業者として良い関係づくりができています。

参考資料

実績データ

※E-SAS(イーサス)
(公社)日本理学療法士協会が開発したアセスメントセット。
<https://www.jspt.or.jp/esas/index.html>

1さん 87歳男性のケース

- 1年ほど前にうつを発症し、行動範囲が狭くなって体力が低下し、階段昇降等が困難になった方。
- 「350mほど離れたクリニックまで歩いて通院できる」ことを目標に通所Cプログラムに取り組んだ。
- 肩や腰の痛みもあったため、ストレッチ等も取り入れながら、筋力向上のプログラムを実施。
- 血圧が高い傾向がみられたため、毎日の記録と合わせて血圧も記載するよう指導した。
- 3か月後には、表情が良くなって「気持ちが明るくなった」との感想があり、5,000歩ほど歩けるようになり、目標達成できた。血圧の記録もきちんとつけることができた。
- 終了後は、介護保険サービスの利用はなく、指導された自主トレーニングメニューを実施し、体調を維持できている。

▶プログラムは毎年見直し、改善している
▶開始時の目標をより具体化して地域包括と共有し、プログラム実施の目標もより意識して取り組むようにしたことで、目標達成者が増えている

E-SASの個別評価シート

E-SAS 個別アドバイスシート
イマイチ動機生活度
一歩、特定期

氏名 1さん 性別 男性 年齢 87 才 はじめの測定からおわりまでは【69】日です。

測定日	はじめ	あいだ	おわり
2021/9/28	2021/12/9		2021/12/9
生活のひろがり	56		72 点/120点満点
こぼさない自信	40		40 点/10~40点
入浴動作	10		10 点/10点満点
歩くチカラ	8.3		9.4 秒
休まず歩ける距離	6		6 点/1~8点
人とのつながり	4		15 点/30点満点

はじめに目標とされたこと
① 腰痛が少しでも軽減し起きられ、
 煙草を家族と一緒に行う
② 社会的交流の場に参加する
ご本人は補めた、総合的には達成。

このシートは全国的基準に基づくものです

生活のひろがり

こぼさない自信

入浴動作

歩くチカラ

休まず歩ける距離

人とのつながり

はじめ

あいだ

おわり

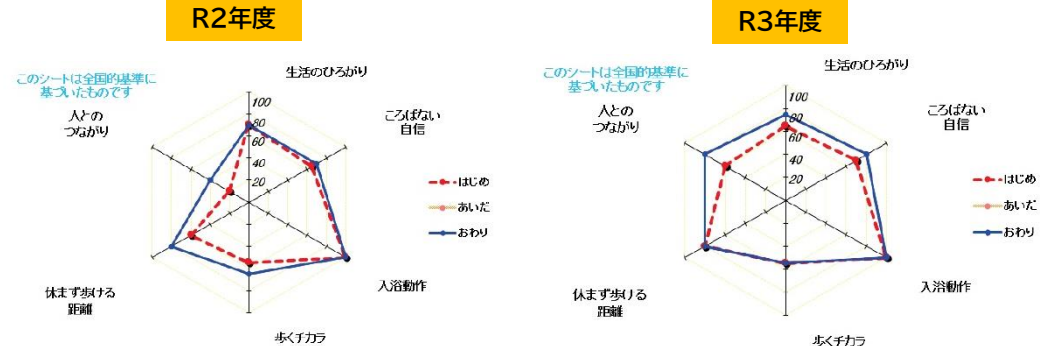
ひとこと

① 人とのつながりが増えて、友達に声かけも出てきましたね。
② 空気に応じがら出てきましたね。
③ 腰痛の程度は同じようです。
④ 10分立ち上がりが早くなり、力がついてきています。
⑤ 引き続き運動の継続をお願いします。

初回10回立ち回り:17.56秒→14.28秒 担当:●●

注:日本理学療法士協会

プログラム開始時と終了時のE-SASスコアの変化(利用者平均)



R2年度よりR3年度の方が終了時のスコアが全体的に大きくなっている

【マニュアルの構成】

- 事前訪問
 - セルフマネジメントシートの活用方法
 - サービス実施の内容
 - ※以下について標準的な内容と詳細例を掲載
 - 1日の流れ
 - アプローチの内容
 - 日程
 - 運動機能アプローチ
 - 口腔機能アプローチ
 - 栄養アプローチ
 - 地域福祉コーディネーターの役割
 - 評価会議
 - 目的、内容
 - 出席者
 - 進め方、検討の仕方、発言ポイントなど
- ★添付書類
- 訪問指導アセスメントシート
 - セルフマネジメントシート
 - 標準的な日程
 - その他ツール(出欠表、名札、ワークシート、申し送り表、ラウンド図、食品チェック表)

訪問指導アセスメントシートや各種ツールのフォーマットをマニュアルに添付

飯田市 | 飯田市介護予防・日常生活支援総合事業 短期集中 通所型サービスC 実施マニュアル 平成30年4月

「自立支援」の自立支援の考え

自立支援とは、一定期間のおおききサービスを受けることにより、自立支援の促進を図ることを目的とする。自立支援の促進とは、自立支援の促進を図ることを目的とする。自立支援の促進とは、自立支援の促進を図ることを目的とする。

【訪問指導アセスメントシート】

氏名 性別 年齢 才

測定日

はじめ

あいだ

おわり

生活のひろがり

こぼさない自信

入浴動作

歩くチカラ

休まず歩ける距離

人とのつながり

長野県上松町：地域の柔道整復師の専門性を活かして短期集中プログラムを実施

■該当する総合事業

通所C

■地域概況：面積168.4km²／人口4,131人／高齢化率42.4%(後期24.3%)／認定率12.4%
／日常生活圏域1箇所

(2020年国勢調査、介護保険事業報告より)※認定率は木曾広域連合の値、調整済み

■事例のポイント

- 町内の整骨院が柔道整復師の職能を生かし、介護予防に協力したいと地域包括支援センターに提案
- 町がアンケート調査で2次予防対象者を選定し、プログラムをスタート。その取組を総合事業の通所Cへ移行した
- 利用者は**ほぼすべての指標が改善**。アセスメントと訪問によって評価し、一般介護予防教室やサロンなどにつないでいる

■立ち上げ・運営における行政支援の特徴・工夫点

1. サービス立ち上げの経緯

整骨院の柔道整復師の提案で始まった介護予防の取組を通所Cに

- 町内の整骨院の院長が柔道整復師であり、職能を生かして地域の介護予防、健康づくりに貢献したいと地域包括支援センターに提案があった。町としても理学療法士などの専門職の確保が困難な状況もあったため、連携することとなった。
- 提案を受けて、町では2次予防対象者をチェックするためのアンケート調査を行い、痛みがあって引きこもりがちの人など対象者を選定して、平成26年6月から介護予防運動教室としてスタート。総合事業への移行後は通所Cに位置づけている。

2. サービスの実施状況・概要

柔道整復師の職能が生かされた効果的なプログラムにより、多くの利用者の痛みが改善。利用者も楽しんで続けている

- 開催期間は6か月。頻度は週1回(月4～5回)、時間は午後1時30分～午後3時の約1時間半。利用料は1回200円。公用車を用いて送迎を行っている(運転は公用車運転業務登録者に依頼)。
- 主なプログラムは、バイタルチェック、準備運動、セラバンド運動、クノンボールを利用した運動、手技・器具を使用した自他動運動からなる。
- 対象者は毎年5～6名。病院から退院してリハビリが必要な人、膝や腰に痛みがあり運動の機会が減っている人、閉じこもりがちで集団になじむことが難しい人などを、後期高齢者健診の受診者、病院や各種教室、地区サロンとの連携などにより把握し、選定している。また、民生児童委員からの情報提供もある。
- プログラムの効果測定は開始日、中間、終了日の3回で評価する。効果としては、痛みの緩和が顕著にみられる。
- 利用者の反応は、「一人ひとり丁寧にみてもらえるからいい」、「少人数なのでなじみやすい」、「自宅で一人では運動も続かないが、教室に来れば運動できるし、先生に診てもらえる安心感がある」といった声が聞かれた。

3. サービスの質やプログラムの効果を高めるための工夫

評価指標の設計は町が行い、測定結果を見ながら柔道整復師の見立てやアドバイスを生かして今後の方針を決定

- 地域包括支援センターがアセスメントを行い、利用者の希望や身体の状態等について整骨院に情報提供し、利用者一人ひとりに合わせた個別指導が行えるようにしている。
- 評価については、厚生労働省の介護予防マニュアルの中の運動器機能向上マニュアルの基準を参考に、町で指標を検討。指標を整骨院と共有し、実際に測定した結果を見ながら、一人ひとりのプログラムをより効果的なものに見直している。
- 効果を高めるためには、利用者が自発性や主体性を持つことも重要。後期高齢者健診の結果による指導の中で、運動の機会等の必要性について話をし、モチベーションを高めるように働きかけている。

4. 評価の工夫、他サービスへのつなぎ方

サービスを評価する会議を多職種で実施、適切な卒業後の進路を検討

- 6か月のプログラム終了後、アセスメントをして訪問を行い、町で行っている介護予防事業や一般の運動教室、サロンなどの通いの場を紹介し、次の場所につなげる支援を行っている。
- 通所Cは、他の教室に比べて運動機能が低下している方(痛みがある等)を対象を絞っており、通所Cを利用することで運動機能の向上を行い、レベルアップしてから次の事業につなぐことができる。
- また、通所Cは少人数で個別指導が中心のため、集団になじみにくい人も通いやすいのが特徴。通所Cを受けることでサービスに慣れて、プログラム終了後に別の事業にスムーズに移行できる人が多い。

● 担当者のこだわり・思い・アドバイス ●

通所Cは少人数で個別的なプログラムが強みです。運動機能の向上はもちろん、**集団になじみにくい閉じこもりがちの方**も参加しやすいことが大きな特徴といえます。6か月の教室終了後、その他のサービスにつながるよう、**その人に合ったきめ細かい支援を心がけています!**



柔道整復師監修のプログラム例



評価の内容

測 定 項 目

1. 握力(右左)
2. 開眼片足立ち(右)
3. 開眼片足立ち(左)
4. Timed up & Go(3m)
5. 5m通常歩行時間
6. 5m最大歩行時間
7. 体重
8. 身長
9. BMI
10. 体幹の柔軟性
11. 脚伸展力
12. 聞き取り・目標の設置・評価など

● 実績データ ●

Y.Tさん 年齢82歳 性別 女

現病歴・既往歴(疾病・障害等)

- 右股関節脱臼 右変形性股関節症(平成7年人工股関節置換術)
- 左変形性股関節症(平成21年6月人工股関節置換術)
- 高血圧 パーキンソン症候群(平成25年発症)

ADLの状況 屋内屋外歩行 杖 階段昇降問題あり

- 口が震える しゃがむ動作ができない 歩幅が狭い 自宅内で靴型装具使用 木曾病院通所リハを不定期利用

介護予防ケアプランの目標(本人)

- 筋力維持と歩幅が大きくなるように意識付けをしてほしい
- 自分から話すことが余りできないのでできるだけ声をかけてもらって会話したい。左右の握力が15Kgになるように頑張りたい。

プログラムの目標

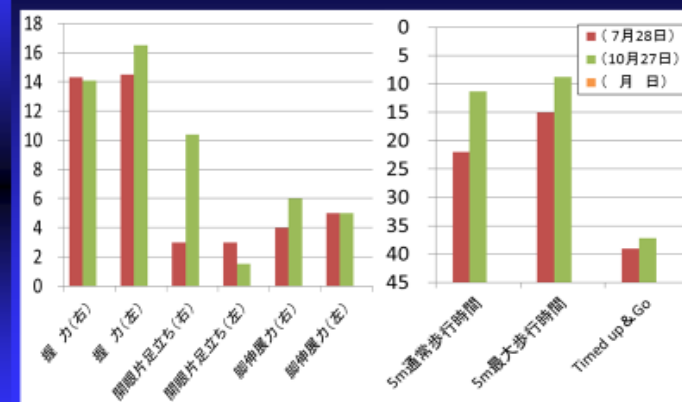
- 初回時の歩行状況や動作を観察すると、無理な運動は避けて穏やかに運動を楽しんでいただくことが良いと判断。測定結果は予想を上回る。ご本人の教室での笑顔を目指。

経 過

- 2回目の教室では声が出ていた。楽しいとの感想を頂いた。

プログラム途中での評価

3か月後、ほぼ全ての項目で開始時を上回る数値を記録



介護予防・日常生活支援総合事業の
多様なサービス創出・立ち上げに関する事例集

令和4年3月
長野県健康福祉部介護支援課