

保険者機能強化推進交付金等 活用事例 (令和4年度版)

都道府県名	頁
愛知県	1
京都府	2
栃木県	3
兵庫県	4
福井県	5

市町村名	頁
富山県射水市	6
広島県三原市	7
東京都江戸川区	8
新潟県柏崎市	9
鹿児島県日置市	10
静岡県吉田町	11
大阪府大東市	12
愛知県豊田市	13
愛知県名古屋市	14
福岡県福岡市	15
宮崎県高原町	16

※各スライド右上の基礎情報の出典

- ・総人口、高齢化率：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」
- ・人口増加率：国勢調査
- ・認定率：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

愛知県 介護保険地域分析支援事業

		最小 / 最大
総人口 (R4.1.1)	7,528,519 人	1,030 / 2,293,437
高齢化率 (R4.1.1)	25.2 %	16.9 / 50.6
人口増加率(H27→R2)	0.8 %	-14.6 / 7.3
認定率(R2年度末)	16.9 %	11.8 / 19.6

背景（課題意識）

令和3年度時点で過半数の保険者が「平常業務が多忙であり、効果的な地域分析を行うことができていない」と回答しており、管内保険者間で地域分析の取組に差が生じていることが確認できたため。

事業内容

①基礎分析資料の作成

保険者が地域課題の解決に向けた施策検討ができるよう、管内保険者の介護保険に係る詳細データを整理の上、介護保険料に与える要因、認定率、介護保険サービスに関する保険者の特徴を分析し、その結果を保険者へ提示する。

②介護保険地域分析研修会の開催

管内保険者の担当職員を対象に、データ等を活用した自らの地域の課題分析及び分析結果を踏まえた施策立案を行うに当たっての基礎的な知識・手段等の修得を目的とした研修会を開催する。

③データ分析・課題抽出・施策提案に係るアドバイザー派遣

愛知県が選定した保険者を対象に、保険者個別の状況を踏まえたデータ分析手法の提示や分析結果から見える施策の方向性について助言を行う、伴走的な支援を実施する。

【支援対象の市町村】

- ①基礎分析資料の作成、②介護保険地域分析研修会：管内全市町村
- ③アドバイザー派遣：手挙げした保険者の中から県が選定

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2021年度 ※継続的な事業として実施
会計等	○保険者機能強化推進交付金 現状分析、実情把握、地域課題分析、実績評価支援事業
事業費(千円)	総事業費:12,244 推進交付金:12,244 支援交付金:0
令和5年度評価指標の分野	I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画

支援実績

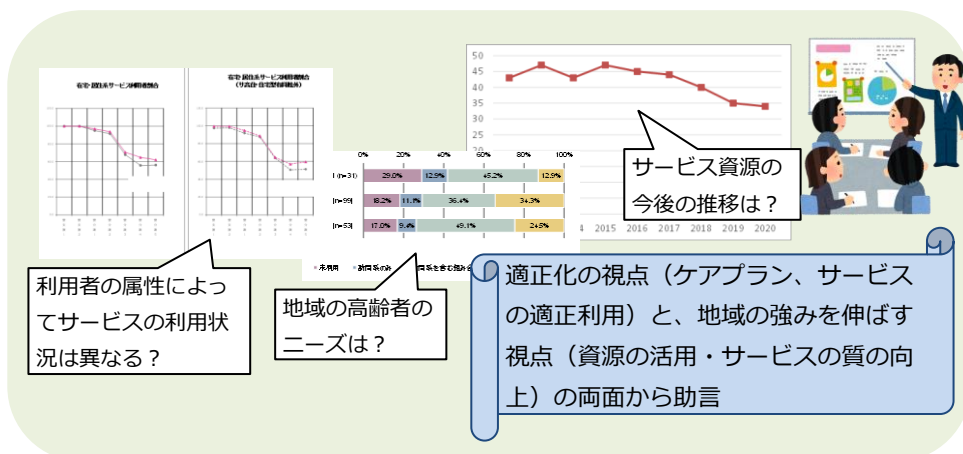
令和4年度は民間事業者への一部委託により実施。

- 令和4年7月：介護保険地域分析研修会の開催
- 令和5年1月：保険者へ基礎分析資料の送付
- 令和4年8月～令和5年2月：4保険者を対象としたアドバイザー派遣(※)

※ アドバイザー派遣には県も伴走的に同行。月1回程度、選定された保険者の役所（場）にて地域課題検討会議（保険者の参加者は介護給付担当・包括支援担当・保健担当もそれぞれ参加することを推奨）を開催し、当該保険者における高齢者や介護保険に係る各種データ等から見える地域の現状を明示するとともに、個別の課題に対する効果的な事例を提示する等、施策立案のためのサポートを実施。

見込んでいる成果と今後の展望

各保険者が、各種データやアンケート調査の結果等から地域の特徴を分析し課題を抽出することができるようになるとともに、地域課題に対応した自立支援・重度化防止等に向けた施策を企画・立案し、第9期介護保険事業計画に記載した上で取組を推進することを目指す。



京都府 地域課題解決型市町村支援事業

		最小 / 最大
総人口 (R4.1.1)	2,511,494 人	1,210 / 1,388,807
高齢化率 (R4.1.1)	29.5 %	24.8 / 52.6
人口増加率(H27→R2)	-1.2 %	-16.4 / 7.0
認定率(R2年度末)	21.5 %	15.0 / 26.6

背景（課題意識）

府で生活支援体制整備に係る研修や、保健所職員による伴走支援などの市町村支援に取り組んでいるが、住民主体のサービス提供が進んでいるとは言えず、市町村における主体的な取組と、まちづくりや地域活動団体等幅広い専門知識を持つアドバイザーの助言を得て、市町村が主体的に地域づくりに取り組めるよう支援していく必要がある。

事業内容

総合事業の充実に係る個別の市町村課題に対し、支援方策の検討及び伴走支援をアドバイザーとともに技術的な支援を行う（住民主体の事業・短期集中サービス等の立ち上げ支援、生活支援コーディネーターの活動支援など）。

【支援対象の市町村】

- ・総合事業の実施に課題感のある市町村

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2021年度 ※継続的な事業として実施
会計等	○介護保険保険者努力支援交付金 介護予防・日常生活支援総合事業を支援する事業 生活支援体制整備事業を支援する事業
事業費（千円）	総事業費:9,851 推進交付金:0 支援交付金:9,851
令和5年度評価指標の分野	I 管内の市町村の介護保険事業に係るデータ分析等を踏まえた地域課題・地域差の把握と支援計画 II (1)地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援 II (2)生活支援体制整備等に係る支援

支援実績

2021年度の実施状況

- ① 福知山市
（到達目標）生活支援コーディネーター（SC）の役割や活動方針の明確化
（結果）SCの役割、活動方針が明確化され、市で策定している「地域支援コーディネーターの手引き」を改訂
- ② 木津川市
（到達目標）総合事業の実施により目指す姿の明確化
（結果）総合事業の見直しに向け、窓口体制の強化、短期集中サービスの見直しなど、今後の対応策を具体的に検討

2022年度の実施状況

- ① 八幡市
（到達目標）生活支援体制整備事業の推進のためのアクションの明確化
（結果）事業推進のため、地域包括支援センターの人員増員等を検討
- ② 京田辺市
（到達目標）総合事業の見直しに向け優先的に取り組む事項と具体的方策を共有、実施すべき事項を明確化
（結果）自立支援・重度化防止の観点から、要支援者への支援の全体像・フロー図を見直し（リハ職の活用、短期集中プログラム活用）
- ③ 大山崎町
（到達目標）生活支援体制整備事業の指針の明確化と委託先との共有
（結果）行政や社協、包括支援センターとの対話を行い、地域の目指すべき姿について検討
- ④ 京丹波町
（到達目標）ケアマネジャー他関係者と総合事業のあり方の認識合わせ
（結果）「地域ケア会議」について、利用者本人の課題を明らかにし、解決策を検討する場に見直しを行った。

見込んでいる成果と今後の展望

市町村の課題に応じて総合事業の充実・見直しを図ることで、市町村が主体的に地域づくりに取り組むとともに、適正な給付や、必要な方にサービス提供を行うことのできる仕組みを構築する。

また、伴走支援の過程を通じ、府による市町村支援のノウハウの蓄積を図る。

栃木県 多世代交流型介護予防プロジェクト事業

		最小 / 最大
総人口 (R4.1.1)	1,942,494 人	10,557 / 519,136
高齢化率 (R4.1.1)	29.3 %	24.2 / 42.9
人口増加率(H27→R2)	-2.1 %	-10.3 / 0.1
認定率(R2年度末)	15.9 %	12.9 / 17.5

背景 (課題意識)

各市町が設置している通いの場等においては、参加者の固定化やフレイル状態に気づかず重度化する高齢者がいる等の課題があり、市町ではその対応に苦慮している。一方、少子高齢化社会においては、子どもの存在は地域の希望であり、個々人の行動変容の大きな原動力ともなっている。

そこで、幅広い年代を対象に介護（フレイル）予防の普及啓発等を実施することにより、若年層も含めた地域全体での介護予防への関心向上を図る。

事業内容

- 高齢者だけの問題という意識や暗いイメージを払拭するような、若い世代も楽しめる「ウィズまごダンス」を開発し、通いの場等での活用を通じて県内へ展開。
- 併せて、通いの場になじみのない人や若い世代にも啓発をするため、キャンペーンの実施や介護（フレイル）予防についての新聞広告、テレビ番組放送及びパンフレット等の作成・配布を実施。

【支援対象の市町村】

- ・管内全市町村

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2020年度 ※継続的な事業として実施
会計等	○介護保険保険者努力支援交付金 介護予防・日常生活支援総合事業を支援する事業
事業費(千円)	総事業費:10,984 推進交付金:0 支援交付金:10,984
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(1)地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援

支援実績

- 【2020年度】 ウィズまごダンスの作成
- 【2021年度】 新聞広告（5回）、写真応募キャンペーン
- 【2022年度】 新聞広告（10回）、写真応募キャンペーン、テレビ番組内コーナー放送（18回）、パンフレット等の作成・配布

見込んでいる成果と今後の展望

- 若い世代からの声かけによる高齢者の介護予防、フレイル予防の推進
- 地域全体で介護予防に関心を持ち、我が事として考えるきっかけづくり
- 介護予防・認知症予防を包含する生活支援体制整備に資する意識の醸成



【テレビ番組】

【新聞広告】

栃木県保健福祉部 高齢対策課 TEL028-623-3148
介護予防の取り組みについて詳しくはこちら 栃木県 介護予防

		最小 / 最大
総人口 (R4.1.1)	5,488,605 人	10,884 / 1,517,627
高齢化率 (R4.1.1)	28.8 %	24.4 / 42.2
人口増加率(H27→R2)	-1.3 %	-11.1 / 3.5
認定率(R2年度末)	20.1 %	14.5 / 23.9

背景（課題意識）

- いつまでも、住み慣れた地域で住まい続けるためには、生活支援体制の整備が欠かせない。更なる高齢化に伴い、これまで以上に日常のゴミ出し、買い物等の生活支援ニーズの増加が見込まれる。
- 一方、元気高齢者が増加し、高齢者が自立を保つための「居場所の多様化」が必要（体操やサロン等、既存の通いの場に参加しない方）。地域の役に立つ活動への参加で、生きがい・役割づくりにもつながり、継続参加による介護予防にも効果を期待。
- 各シルバー人材センターの中には、家事援助サービス、介護予防生活支援事業、介護保険事業など、広く事業展開を行っている団体もあり、介護予防・生活支援サービス事業の担い手として期待。

事業内容

県シルバー人材センター協会に、県の就労的活動支援コーディネーターを配置。その後、就労的活動コーディネーターから、市町シルバー人材センターに対して、市町の介護予防事業等への参入を支援する。また、サービス支援の担い手養成や、先行事例の情報発信、シルバー人材センターと行政担当者との顔つなぎを行う情報交換会を開催する等の事業を実施する。

【支援対象の市町】

- 管内全市町

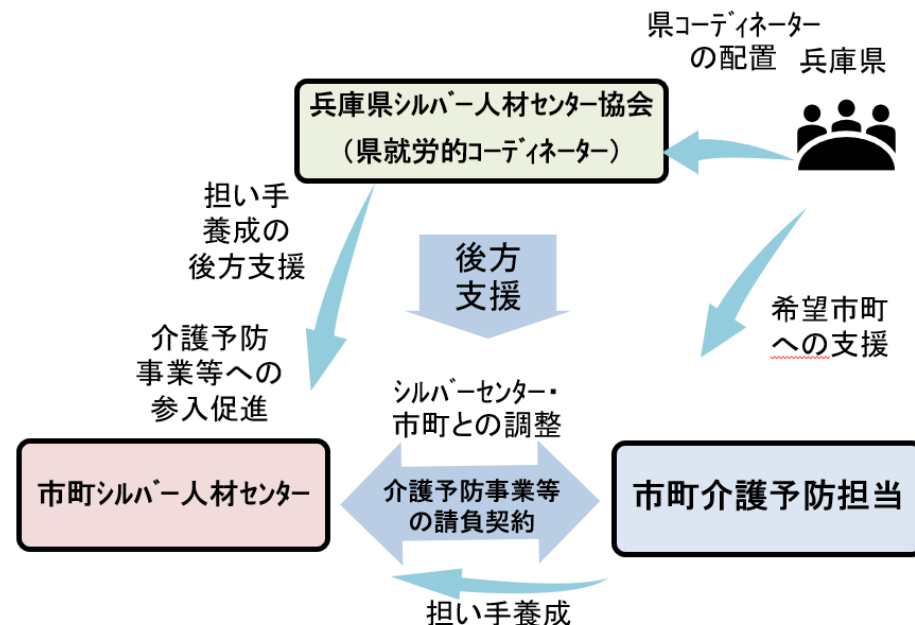
新規/拡充	新規事業
事業開始年度	2023年度
会計等	○介護保険保険者努力支援交付金 介護予防・日常生活支援総合事業を支援する事業
事業費(千円)	総事業費:2,762 推進交付金:0 支援交付金:2,762
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(1)地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援 Ⅱ(2)生活支援体制整備等に係る支援

支援実績

- 各市町、各シルバー人材センターを対象に介護予防事業（総合事業）の参入状況等についてアンケートを実施しニーズを調査
- 希望のあったシルバー人材センターと各市町を対象に市町の「介護予防・生活支援サービス事業」の参画に必要な制度内容や先行事例を学ぶ情報交換会を開催

見込んでいる成果と今後の展望

高齢者の生活支援及び居場所作り等にかかる事業の促進、多様な主体によるサービス事業の推進。



福井県 ふくい型フレイル予防プログラムの推進

		最小 / 最大
総人口 (R4.1.1)	767,561 人	2,397 / 259,642
高齢化率 (R4.1.1)	30.5 %	27.2 / 44.8
人口増加率(H27→R2)	-2.5 %	-8.2 / 0.0
認定率(R2年度末)	17.6 %	15.1 / 20.1

背景 (課題意識)

フレイルチェックにおいて、個人ごとのチェックデータの蓄積がされておらず、前年比較や地域平均比較などのフレイル予防の改善効果が把握できなかったため。

事業内容

県内の学術機関等と連携し、フレイルチェックデータを解析し、個人ごとの経年記録や標準モデルとの比較、予防改善策を提示することで県民にフレイル予防のための行動変容を促す。

【支援対象の市町村】

- 管内全市町村

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2017年度 ※継続的な事業として実施
会計等	○介護保険保険者努力支援交付金 介護予防・日常生活支援総合事業を支援する事業
事業費(千円)	総事業費:3,485 推進交付金:0 支援交付金:3,485
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(1)地域ケア会議、介護予防・日常生活支援総合事業に係る支援



支援実績

●経過

H29：モデル地区でのフレイル予防事業の展開
R1：県内全市町でフレイル予防プログラム導入
R3-4：ふくいフレイルサポーターの会を発足し、サポーター同士の情報交換、交流促進の場を設定
県作業療法士会等と協働しフレイルチェックデータ解析を実施

●フレイルチェック

参加者数
H30：延べ459人
R1：延べ1,119人
R2：延べ1,551人
R3：延べ2,220人
R4：延べ3,044人

見込んでいる成果と今後の展望

本フレイル予防プログラムの目的は、自身の今置かれている健康状態を知り、意識や行動を変えていくことである。令和4年度のデータでは、福井県内の元気高齢者（高齢者数から要介護認定者数を差し引いた人口）のうち8.3%しか状態を確認できておらず、多くのフレイル者、プレフレイル者がフレイルチェックに参加していない状況である。今後も啓蒙活動や参加しやすいシステム作り等をより一層行っていく必要がある。

フレイルチェックのデータ解析については、令和4年度から県作業療法士会に委託し、データ解析チームが発足された。モデル市町においては、個人の生き甲斐や価値観などを計る、県作業療法士会考案の『付加調査』も追加や、個人ごとの経年記録や標準モデルとの比較、データ解析結果を基にした予防改善策の提示、介護認定データとの突合は、令和5年度以降の解析を目標としている。

今後も県作業療法士会等と協働し、市町や参加者個人ごとのデータの蓄積・解析を行い、改善策を個人へフィードバックすることにより、介護予防効果の検証を進めていく。



各市町におけるフレイルチェック継続のため、県内外関係者間の情報交換や交流を促進するとともに、フレイルサポーターの機運を高めて、住民主体のフレイル予防を目指す。

認知機能検診事業

総人口 (R4.1.1)	91,780 人
高齢化率 (R4.1.1)	30.4 %
人口増加率(H27→R2)	-1.7 %
認定率(R2年度末)	17.4 %

背景（課題意識）

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】

- ・ 社会動向

【具体的な課題意識】

認知症の予備群と言われるMCI（軽度認知障害）の方を早期発見し、適切な対応を行うことで、認知症の重症化を予防する体制整備が必要

事業内容

- ・ 市内在住の65歳以上で物忘れに不安のある方を対象に検診を行う。（既に認知症の診断や治療を受けている方及び介護認定を受けている方を除く）
- ・ MCIや認知症の疑いのある方には、地域包括支援センター職員が訪問等を行う。
- ・ 検診機関は、認知症初期集中支援チーム医師が属する6つの医療機関

【事業対象】

高齢者（要支援・要介護認定者・総合事業対象者、認知症の診断を受けている方を除く）

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2020年度 ※継続的な事業として実施
会計等	保健福祉事業
事業費(千円)	総事業費:2,438 推進交付金:2,438 支援交付金:0
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(4)認知症総合支援

見込んでいる成果と今後の展望

成果：MCIや認知症の疑いのある方を継続してフォローしていくことにより、認知症の重症化を予防する。

展望：広く周知し、身近な検診として定着する。

取組実績

【認知機能検診受診結果】

年度	検査内容	検査結果				小計	合計
令和2年度	認知機能テストのみ	異常なし		認知症疑い(※)		136	174
		127		9			
令和2年度	認知機能テスト・MCIスクリーニング検査(※)	異常なし	MCIリスク低	MCIリスク中	MCIリスク高	38	
		36	2	0	0		
令和3年度	認知機能テストのみ	異常なし		認知症疑い(※)		26	58
		20		6			
令和3年度	認知機能テスト・MCIスクリーニング検査(※)	異常なし	MCIリスク低	MCIリスク中	MCIリスク高	32	
		21	4	4	3		
令和4年度	認知機能テストのみ	異常なし		認知症疑い(※)		23	47
		14		9			
令和4年度	認知機能テスト・MCIスクリーニング検査プラス(※)	異常なし	MCIリスク低	MCIリスク中	MCIリスク高	24	
		3	6	5	10		

【地域包括支援センターによる事後支援】 対象者は上記表の(※)の者

令和2年度	令和3年度	令和4年度
47	38	33

認知症・MCIが疑われる段階からの専門職による早期介入により、適切な診断、継続的な受診、適切な介護サービスへの結び付けが可能となっている。

また、受診者や家族にとっては相談先が明確となり、円滑に相談をすることができる。

在宅要援護者仲間づくり育成事業

総人口 (R4.1.1)	90,320 人
高齢化率 (R4.1.1)	35.7 %
人口増加率(H27→R2)	-5.8 %
認定率(R2年度末)	19.2 %

背景（課題意識）

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】

- ・高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
- ・他事業によるニーズの把握
- ・活動への定期的な訪問等によるニーズ・課題の把握

【具体的な課題意識】

高齢者をはじめ乳幼児とその保護者、障害者についても、孤立化する恐れがあるため、地域住民による見守りや助け合いが必要。

事業内容

- ・町内会等住民自治組織や住民ボランティア等と連携し、在宅要援護者を対象としたサロン活動を行う。
- ・サロン活動を通して、在宅要援護者の孤立予防や日ごろの見守りを行う。
- ・災害時及び平常時において、在宅要援護者が援助を必要とする場合、地域住民の助け合いによって、課題解決を図る環境づくりを進める。

【事業対象】

- ・高齢者
- ・住民

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2004年度 ※継続的な事業として実施
会計等	保健福祉事業
事業費(千円)	総事業費:6,512(R4年度) 推進交付金:3,538 支援交付金:2,974
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(6)生活支援体制の整備

取組実績

令和4年度実績

- ・ふれあいいいききサロン 191か所
- ・新規立ち上げ 2か所
- ・延べ開催回数 4,005回
- ・延べ参加者数 34,573人

見込んでいる成果と今後の展望

地域住民の集いの場として機能し、見守り体制の構築につながっている。更なる取組の推進に向けて、担い手の確保、参加者（要支援・要介護認定者）の受入体制の整備が必要。また、集いの場まで出向くことができない参加者の移動支援なども課題となっている。



口腔ケア健診(江戸川歯つつチェック)

総人口 (R4.1.1)	689,739 人
高齢化率 (R4.1.1)	21.4 %
人口増加率(H27→R2)	2.4 %
認定率(R2年度末)	17.9 %

背景 (課題意識)

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】

・他事業によるニーズの把握

【具体的な課題意識】

以前より、口腔機能の維持向上による介護予防の取組としてセミナー等を実施してきた。しかしながら、より医療的な側面から口腔機能の向上に取り組むことにより、介護予防や健康寿命の延伸につながるものが歯科医との協議などにより確認されたことから、高齢者全般を対象とした「口腔機能に特化した健診」とし、併せて歯科医からの助言や健口体操などの指導を行う内容とした。

事業内容

65歳以上の高齢者を対象に、年1回の口腔機能に係る健診を区内歯科医療機関(約180か所)で実施。当初、成人歯科健診対象の65、70歳を除外していたが、経過の連続性を担保するため令和4年度より改めて対象とし、事業拡充を行っている。

【事業対象】

65歳以上の江戸川区民

※65、70歳は、原則として成人歯科健診とともに受診

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2018年度 ※継続的な事業として実施
会計等	地域支援事業 ※健康部関連事業費は別会計
事業費(千円)	事業費:39,713 推進交付金:3,874 支援交付金:0 ※健康部関連事業費は除外
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(5)介護予防/日常生活支援

取組実績

令和3年度実績:

受診者数:6,384件(受診率 4.8%) ※健康部実績も含む

前後期高齢者における受診率割合に大きな差異はない。全体として、受診につながった動機は歯科医による紹介が約8割で、増加傾向にある。

受診後の定期的な通院希望は9割を超え、さらには健口体操を継続的に実施した受診者は約4割となっている。また、本区では75~84歳までの「8020達成率」が56.1%と年々増加していることから、高齢者の口腔機能への意識向上や継続的な取組につながっている。

見込んでいる成果と今後の展望

高齢者全般において、口腔機能の維持向上について継続的に取り組み、意識向上や行動変容を図ることで介護予防や健康寿命の延伸、重度化予防等につなげていく。

一方、ここ数年間の受診率が4~6%で推移しており、口腔機能の維持向上と介護予防、健康寿命の延伸との関連性、さらには取組の重要性について未だ区民の認知が不十分であると思われる。今後、様々な媒体を活用し周知啓発を実施していくとともに、かかりつけ歯科医からのアプローチも強化していくなど、江戸川区歯科医師会とも連携していくことが重要と考える。

本健診を実施している歯科医からも、5割以上の受診者について「口腔機能の維持向上が介護・疾病予防となることを理解し、健康改善に結びついている」といった意見が寄せられている。従って、受診者においては口腔機能の維持向上と介護予防、健康寿命の延伸との関連性や取組の重要性に関する理解、さらには行動変容につながっていると言える。

また、令和2年度の口腔ケア健診データを分析した結果、口腔機能の維持向上のためには健口体操の継続実施、歯が20本以上ある、あるいは20本未満でも義歯などの補綴治療が完了していることが重要であることが確認できた。

以上のことから、新規受診者を獲得することとともに、より多くの区民が継続的に本健診を受診していただくことにより、高齢者全般における口腔機能に関する意識向上と行動変容についてさらに推進していく。

総人口 (R4.1.1)	80,297 人
高齢化率 (R4.1.1)	34.5 %
人口増加率(H27→R2)	-6.1 %
認定率(R2年度末)	20.7 %

背景 (課題意識)

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】

- ・ 高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
- ・ 地域ケア会議等における議論

【具体的な課題意識】

地域ケア会議等において地域課題を検討した結果、住民が地域における介護予防活動や住民同士の支え合い活動の必要性を理解し、具体的な取組につながった。

事業内容

地域高齢者が集い、地域交流を通して筋力や体力の低下や認知症、閉じこもり予防などを実施する。また、住民ボランティア等を育成し、集いの場の支援等を行う。

【事業対象】

高齢者 (要支援・要介護認定者・総合事業対象者を除く)

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2017年度 ※継続的な事業として実施
会計等	地域支援事業
事業費 (千円)	総事業費: 71,200 推進交付金: 12,634 支援交付金: 0
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ (5) 介護予防 / 日常生活支援

取組実績

年度/項目	実施地区数	参加者数 (延べ人数)	支え合い活動実施地区数	くらしのサポーター数 (累計人数)
2017	20	23,708	2	141
2018	20	24,067	5	152
2019	20	21,901	5	152
2020	20	15,180	5	214
2021	21	20,923	8	245
2022	22	22,034	10	261

見込んでいる成果と今後の展望

閉じこもりや介護予防の推進、地域支え合い活動の推進、高齢者の社会参加の促進。

全ての実施地区で通いの場が行われているが、地域支え合い活動の実践には至らない地区もある。また、市内には未実施の地区が一部みられる。このため、地域支え合い活動の啓発や、未実施地区への働きかけを継続して取り組んでいく。

住民主体の介護予防や支え合いの取組に関心が高まり、くらしのサポートセンターが新設されたり、くらしのサポーターによる支え合い活動を開始したりする地区が増えてきた。くらしのサポーターが話し合いを重ねることにより、支え合い意識の共有や活動の進展が図られつつある。



ジャケットで活動に見える化



作品展で活動をPR



手作りカルタを使った困りごとの聞き取り



くらしのサポーター会議

リハビリ職とケアマネ等との同行訪問

総人口 (R4.1.1)	47,452 人
高齢化率 (R4.1.1)	35.3 %
人口増加率(H27→R2)	-4.3 %
認定率(R2年度末)	17.7 %

背景（課題意識）

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】

- ・データ分析結果
- ・総合事業体制づくりに係る話し合い

【具体的な課題意識】

総合事業対象者の状態分析をしたところ、約8割の方は筋力低下や転倒の可能性があり、背景として、関節疾患が最も多かった。また、それにより、掃除や買い物などの家事に課題を抱えている人が多かったこと等から、自立支援を目的に、リハビリ職による専門的な助言をケアマネジメントに活かすこと、総合事業の体制を検討するために必要なこととして事業を開始した。

事業内容

リハビリ専門職とケアマネジャー等が要支援者・総合事業対象者宅へ同行訪問し、両方の視点でみることで、セルフケアや自宅環境の工夫、地域活動への参加、より状態に合ったサービスの選択等への支援を行う。また、ケースを積み重ねることで、総合事業の体制づくりの検討や他の地域支援事業との連動を図る。

【事業対象】

要支援・要介護認定者、総合事業対象者
高齢者（要支援・要介護認定者・総合事業対象者を除く）

新規/拡充	新規事業
事業開始年度	2022年度 ※継続的な事業として実施
会計等	地域支援事業
事業費(千円)	総事業費:580 推進交付金:580 支援交付金:0
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(5)介護予防/日常生活支援

取組実績

令和4年7月より実施。

※地域リハビリテーション広域支援センターの理学療法士に協力依頼。

令和4年度実績：同行訪問31件、相談8件。

★訪問前後に、情報共有、振り返りを必ず実施。

〈対象者の声〉

「自宅にある台やタオルを使った運動を教えてもらい、続けています」

「家事の動作を見てもらい、身体への負担が軽くなる方法を教えてもらえた」

「自信がついて、筋ちゃん広場（通いの場）の参加を再開しました」 など

〈ケアマネジャー等の声〉

「リハビリ専門職と、評価のポイントを一緒に考えることができた」

「対象者へのアドバイスは、他の方への支援に参考になる」 など

見込んでいる成果と今後の展望

個別支援の充実（状態改善、QOLの向上、目標達成）、ケアマネジメントの向上、総合事業事業所への支援、総合事業や他の事業の充実・連動。

リハビリ職の体制、事業への理解、総合事業の体制づくりや他の事業との連動への図り方が課題。

【今後、実施を検討していること】

- ◆ 地域ケア会議で検討された対象者宅への訪問
- ◆ 外来リハビリや通所リハビリの専門職との情報連携
- ◆ 新規認定者（総合事業対象者含む）や通いの場参加中断者への訪問等
- ◆ 改善可能性の見極め
- ◆ 状態改善後の繋ぎ場所の検討 など

総人口 (R4.1.1)	29,230 人
高齢化率 (R4.1.1)	26.0 %
人口増加率(H27→R2)	-0.6 %
認定率(R2年度末)	13.5 %

背景（課題意識）

- 【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】
- ・相談記録の入力時間増加

【具体的な課題意識】

相談記録の入力時間増加。相談件数の増加により記録が後回しになり、処理が遅れてしまっていた。残業が多くなった。

事業内容

包括支援センターにおける相談記録等音声入力システム導入。

【事業対象】

行政・地域包括支援センターの体制整備

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2022年度 ※単年度事業として実施
会計等	地域支援事業
事業費(千円)	総事業費:39,731 推進交付金:1,562 支援交付金:0
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(2)地域包括支援センター・地域ケア会議

取組実績

- ・令和5年3月半ばより使用開始
- ・主に、総合相談、支援経過、個別ケア会議の記録に活用。
- ・利用状況：総合相談の記録は積極的に活用されている。
短い言葉や最初の言葉が反応しづらくやめてしまったり、周囲を気にして利用を戸惑っている様子もある。
- ・効果 残業時間 令和5年4月より5月の方が減少

見込んでいる成果と今後の展望

音声入力システムの導入により、相談記録を端的に・漏れなく入力できるようになり、相談記録の入力時間の削減につながった。実際に職員の残業時間は減少傾向にある。また、相談記録を他の報告書の作成にも活用できるなど、業務の効率化も見込まれる。
 今後は、令和5年6月～7月を利用促進月間として、活用状況アンケート調査や操作方法等の意見交換を通して実態を把握し、更なる活用を進める予定。

【使って良い点

(活用した職員からのコメント)】

- ・長文の入力が早い。病名が正しく出る。
- ・テンプレートを活用すると項目を落とさず入力できる。
- ・入力する文章が決まっていると打つより早い。
- ・文章を端的に記録することができるようになった。
- ・音声入力する声の音量を決められるので周りの環境に合わせて使える。
- ・報告書の入力に役立っている。
- ・記録を書くストレスが軽減。肩こりが軽減した。

テンプレートの例

- ①バイタル
 体温 度
 血圧 / mmHg
 脈拍 回/分
- ②心身の状況
 食事
 排泄
 入浴
 移動
 認知



総人口 (R4.1.1)	118,326 人
高齢化率 (R4.1.1)	27.4 %
人口増加率(H27→R2)	-3.1 %
認定率(R2年度末)	17.6 %

背景（課題意識）

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】

- ・データ分析結果
- ・高齢者の相談窓口や地域包括支援センターの相談事例
- ・地域ケア会議等における議論
- ・社会動向

【具体的な課題意識】

地域包括支援センターの専門職の確保が難しくなる中、窓口対応に専門職を張り付ける余裕が無くなってきていた。新規総合相談は殆どが電話相談。5箇所の窓口への直接面談の頻度や内容を分析した結果、テレビ電話による窓口対応が可能と判断した。

事業内容

地域包括支援センターの5箇所ある相談窓口のうち4箇所をテレビ電話化し、1箇所が集中対応することを目指し、令和4年度は1箇所をテレビ電話化。テレビ電話化することで、将来的には11箇所の窓口に充実させる予定。

【事業対象】

要支援・要介護認定者、総合事業対象者
 高齢者（要支援・要介護認定者、総合事業対象者を除く）
 介護を行っている家族等／住民／医療・介護従事者／医療・介護事業者
 行政・地域包括支援センターの体制整備

新規/拡充	新規事業
事業開始年度	2022年度 ※継続的な事業として実施
会計等	地域支援事業
事業費 (千円)	総事業費:135 推進交付金:135 支援交付金:0
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(2)地域包括支援センター・地域ケア会議 Ⅱ(3)在宅医療・介護連携 Ⅱ(4)認知症総合支援 Ⅱ(5)介護予防／日常生活支援 Ⅱ(6)生活支援体制の整備 Ⅲ(2)介護人材の確保

取組実績

令和3年度にモデル事業として、4箇所ある相談窓口のうち1箇所にテレビ電話を設置し、運用を開始。コロナ禍における非接触の相談対応や、急速に進むデジタル化社会に対応する新たな相談ネットワークの構築など一定の効果が得られたため、令和4年度に新たに1箇所に設置。

窓口にいる事務職員がパソコン操作を行うため、高齢者であっても問題なく相談ができています。また、相談者が難聴等でテレビ電話の対応が難しい場合には訪問に切り替えて対応している。

見込んでいる成果と今後の展望

窓口対応に取られていた4人分の人員がその他の地域包括支援センター業務に従事することにより、様々な事業の充実が図られる。

現在の窓口以外にテレビ電話を設置する施設の協力が必要となることから、テレビ電話に適している施設との協力体制の構築が課題。将来的には母子、生活困窮、障害者など、重層的な相談に対応することを考えている。

テレビ電話化によって、相談窓口の電話・来訪対応を行うために常駐し、館内業務に限られていた専門職が他の業務を行えるようになり、業務の効率化が図られている。

また、5箇所の地域包括支援センターに分散配置されていた専門職が1箇所に集結することによって、効率的な情報共有が促進され、支援のバックアップ体制等が確保されている。

集いの場創出事業

総人口 (R4.1.1)	419,249 人
高齢化率 (R4.1.1)	24.2 %
人口増加率(H27→R2)	-0.1 %
認定率(R2年度末)	14.7 %

背景（課題意識）

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】

- 第8期計画策定に向けた豊田市高齢者等実態調査（令和元年度）

【具体的な課題意識】

- 高齢者の健康増進に資する事業が様々な所属で行われているが、市として「通いの場」としての実態把握があいまいであった。そのため実態把握と情報共有に努めるとともに、参加の促進を行っていく必要があると考えた。

事業内容

市とスポーツ協会が協定を締結し、各地域スポーツクラブで高齢者の自立支援や介護予防重度化防止に資する事業を選出し、その事業数及び実施頻度を基に各地域スポーツクラブへ実施交付金をスポーツ協会を通じ交付する。

【事業対象】

- 参加者のうち65歳以上が過半数を占める
- 月に1度以上の頻度で実施
- 選出する事業は、既存教室、新規教室いずれも可

新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2021年度 ※継続的な事業として実施
会計等	一般会計事業
事業費（千円）	総事業費：2,400（令和4年度） 推進交付金：2,400 支援交付金：0
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ（5）介護予防／日常生活支援

取組実績

- 第8期計画策定のための、部局横断プロジェクトチームでは、保険者機能推進交付金の評価につながる多様な「通いの場」の実態把握の方法について検討。
- 2021年度には、55教室を当該事業に選出し、延べ約2万8,000人が参加。
- 2022年度には、91教室を当該事業に選出し、延べ約3万9,000人が参加。

見込んでいる成果と今後の展望

【見込む成果】

地域スポーツクラブに対する資金支援により、高齢者の社会参加機会を拡大し、自立支援と介護予防・重度化防止につなげる。

【今後の展望】

令和5年度以降、負担上限を引き上げ、インセンティブを高める。

<事業成果>

2021年度からスタートした当該事業については、徐々に対象となる教室数や参加者数が増加しており、市内高齢者の健康増進に寄与する内容となっている。

総人口 (R4.1.1)	2,293,437 人
高齢化率 (R4.1.1)	25.0 %
人口増加率(H27→R2)	1.6 %
認定率(R2年度末)	19.6 %

背景（課題意識）

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】

- ・データ分析結果
- ・社会動向

【具体的な課題意識】

コロナ禍でフレイルの割合が増えたことから、本事業を実施するに至った。

事業内容

- ・フレイル予防と高齢者の見守りに資するスマートフォンアプリケーション「名古屋市フレイル予防&見守りアプリ」を開発し、運用保守を実施するもの。
 - 体操動画、健康コラム、通いの場などフレイル予防に役立つ情報を掲載
 - フレイル予防の活動に応じてポイントが貯まり、買い物等に利用できるポイントに交換可能
 - スマホから得られる日々の健康情報をもとに、健康度合いを判定し、アドバイスを表示
 - 65歳以上のアプリ利用者は、歩数が24時間以上0歩の場合などに、予め登録した家族等にお知らせが届く機能を利用可能
- ・ダウンロードや基本操作などを個別にサポートする会を定期的を開催

【事業対象】

40歳以上の市民

新規/拡充	新規事業
事業開始年度	2022年度 ※継続的な事業として実施
会計等	一般会計事業
事業費(千円)	総事業費:51,074 推進交付金:51,074 支援交付金:0
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(5)介護予防/日常生活支援

取組実績

【アプリ公開日】令和5年2月1日

【利用登録者数】4,252名（令和5年3月31日時点）

（内訳）40～64歳 2,420名 65～74歳 1,253名
75歳以上 579名



見込んでいる成果と今後の展望

成果として、フレイル割合の減少、新規認定発生の抑制および給付費の延びの抑制を見込んでいる。

今後、アプリ利用者1万人を目標に普及啓発を行うとともに、アプリ機能の強化を図る。また、利用者の健康状態に与える効果の検証を進める。

【普及啓発の方法】

- ・各種広報媒体やイベントでの周知
- ・市民向けの操作研修を実施
- ・個別サポート会を開催
- ・操作方法の解説動画を作成



個別サポート会の様子



要介護状態改善等評価事業

総人口 (R4.1.1)	1,568,265 人
高齢化率 (R4.1.1)	22.2 %
人口増加率(H27→R2)	4.8 %
認定率(R2年度末)	20.0 %

背景 (課題意識)

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】
・ 社会動向

【具体的な課題意識】

超高齢社会の進展に伴い、2025年には団塊の世代の全てが、要介護のリスクが高くなる後期高齢者となることから、多くの高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送り、自分らしく生きていけるよう、更なる重度化防止の推進が必要。

事業内容

要介護状態の改善・維持に取り組むチーム（介護事業所や利用者）を評価し、その取組の成果に対して表彰や認証等のインセンティブを付与。

【事業対象】

要介護認定者（在宅高齢者）／介護事業者

取組実績

参加者数：37チーム（延べ125事業所）

評価結果：金賞3チーム、銀賞2チーム、銅賞4チーム、その他28チーム

見込んでいる成果と今後の展望

利用者や介護事業所の重度化防止に対する意識・意欲の向上、介護サービスの質の向上。達成年度の目途については、特に定めていない。
より多くの介護事業所等に事業へ参加してもらうための広報が必要（認知度向上）。

◎金賞チームの取組事例の紹介（一部抜粋）

<改善度> 要介護5 ⇒ 要介護2

<取組みのテーマ> 成功体験を積み重ね、取組みの意欲を持続

<取組みの背景・目標設定>

- ・ 夫婦ともに歩行時の転倒リスクや飲み物を飲む時の誤嚥リスクから、自宅での生活を安全に過ごして行けるか、不安を感じていた。
- ・ 「好きなものを好きなだけ食べられるようになりたい」「妻の介護負担をなくしたい」という目標を設定。

<取組内容>

- ・ 嚥下や運動の難易度を調整し、成功体験を積むことができるよう支援。
- ・ 歩行安定と体力の向上を目的とした個別リハビリと自主トレーニング、自宅での入浴動作の訓練や嚥下機能の訓練を実施。
- ・ 福祉用具を導入した住環境の改善や、感染症を発症した際、かかりつけ医や薬剤師が介入することで、悪化を防止。
- ・ その他、身体状況や健康状態、自宅での活動状況をチームや家族間で共有。

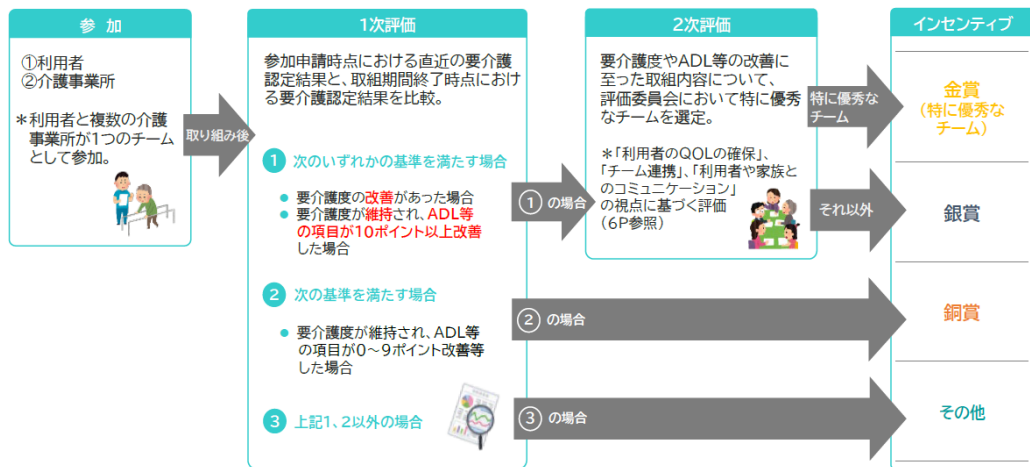
<取組後>

- ・ お餅やクッキーなど、難易度の高い食材を飲み込むまで改善し、家族と同じ外食を楽しめるようになった。家族からは、「血圧などの管理も夫が自分でできるようになり、私の負担が軽くなった」「一緒に食事ができるようになり嬉しい」などの声があった。
- ・ 表情も明るく、前向きな発言も多くなり「もっと良くなって、バスに乗れるようになりたい」と次の目標も提案されている。

※他の取組事例については、下記URL参照。

https://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi/kaigohoken/health/00/osirase/genki-kojo_2.html 15

<評価スキーム>



新規/拡充	既存事業の拡充
事業開始年度	2022年度 ※継続的な事業として実施
会計等	一般会計事業
事業費(千円)	総事業費:8,692 (推進交付金:8,692 支援交付金:0)
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(5)介護予防/日常生活支援

宮崎県高原町 【高齢者の介護予防・生活支援に関する事業／地域住民の普及啓発に関する事業】 減塩モニタリング事業

総人口 (R4.1.1)	9,009 人
高齢化率 (R4.1.1)	41.6 %
人口増加率 (H27→R2)	-7.1 %
認定率 (R2年度末)	15.3 %

背景（課題意識）

【課題意識を持つきっかけ・ニーズ把握の方法】
・データ分析結果

【具体的な課題意識】

データ分析の結果、本町の死因1位は心臓病であり、介護認定を受けている後期高齢者のうち、心臓病有病率が73.9%と非常に高かったことから、生活習慣病、特に高血圧の重症化予防に取り組んだ。

事業内容

○保健指導ツールを活用した指導。
○塩分摂取量簡易測定器による早朝尿に含まれる塩分量から1日の塩分量を測定。

【事業対象】

高齢者（要支援・要介護認定者、総合事業対象者を除く）
住民

新規/拡充	新規事業
事業開始年度	2022年度 ※継続的な事業として実施
会計等	一般会計事業
事業費(千円)	総事業費:344 推進交付金:344 支援交付金:0
令和5年度評価指標の分野	Ⅱ(5)介護予防／日常生活支援

取組実績

初年度であったことから、各種教室に参加している方に事業案内のチラシ「Let's減塩モニタリング」を用いて説明し、測定を希望された5人に2週間実施した。塩分チェックシートの血圧・体重・睡眠時間・塩分摂取量の記載内容を基に管理栄養士による保健指導を行った。

（塩分摂取量の2週間分の平均値）Aさん7.5g/日、Bさん8.7g/日、Cさん8.1g/日、Dさん10g/日、Eさん7.7g/日

見込んでいる成果と今後の展望

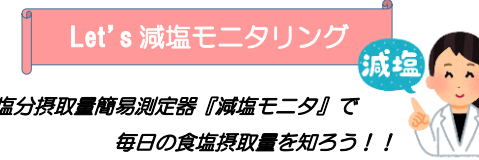
百歳体操や健診後の保健指導において、対象者に「からだの見える化」を行うことで、生活習慣病の見直し・改善等の行動変容を図る。

ご自身で検査値の確認を行うことができるよう保健指導ツールは今後も継続し行っていく。塩分摂取量簡易測定器による塩分量測定については、選定した対象者の中から、希望のあった者に対し実施した。自身と家族の塩分摂取量を知ることにより、減塩行動につながったことから、そのデータを健康教育等に活用し、住民の健康意識の向上に役立てたい。

事業の成果は、測定者の中の4人は高血圧治療者であったことから、塩分摂取量が高値の日には特に食事内容の見直しを行うなど減塩行動につながった。継続した減塩行動になることが今後の課題である。

塩分チェックシート								血圧の
月	日	例 3/20	/	/	/	/	/	/
曜	日	(月)	()	()	()	()	()	()
血	圧	120/70	/	/	/	/	/	/
体	重(kg)	56.4						
睡	眠時間(時間)	8						
塩	分摂取量 (g/日)	9.2						
塩分 (g/日)	14							
	12							
	10							
	8							
	6							
前	日の食事	食パン 白玉焼き うどん 生野菜 サラダ 納豆 アイス						

※早朝尿（朝起きて最初の尿）を全量入れます。夜間尿も足してください。最大で1リットルです。
※できるだけ毎日測定した方が、正確な情報が得られます。



Let's 減塩モニタリング

減塩

**塩分摂取量簡易測定器『減塩モニタ』で
毎日の食塩摂取量を知ろう!!**

2019年国民健康・栄養調査によると、日本人の1日あたりの食塩摂取量は、男性10.9g、女性9.3gであり、国の目標値「1日あたり平均8g」（第二次健康日本21）を上回っています。
宮崎県においても、**男性9g、女性7.5gを目標値**としていますが、県民の7割以上が目標値を超えています（別添リーフレット参照）。

食塩のとりすぎが、血圧の上昇と関連することは明らかであり、**減塩による降圧効果**についても期待されることが証明されています。

今回、**血圧が高めの方を対象に**、塩分摂取量簡易測定器『減塩モニタ』を貸し出します。一定期間、早朝尿による食塩摂取量の測定をしていただいたのち、その結果をもとに、生活習慣の見直しについて考え、今後の健康管理に役立てていこうというものです。

《実施の流れ》

- 塩分摂取量簡易測定器『減塩モニタ』の使用法や記録の仕方について、担当者が説明します。
- 一定期間（今回は2週間を予定）、できれば毎日、最低でも一日おきに、**食塩摂取量・血圧・体重を記録**します（別添記録表参照）。
- 終了後、測定器と記録表を、ほほえみ館に返却します。
- 測定結果をもとに、生活習慣の見直しについて一緒に考え、できることから改善してみましょう。
- 改善後しばらくして、体調の変化や健診結果に変化がないか教えてください（評価のため）。

（文書取扱 ほほえみ館高齢者あんしん係）