

令和8年度 第1回 知立市地域ケア推進会議



令和8年7月10日(金)
知立市長寿介護課

地域ケア会議の位置づけ

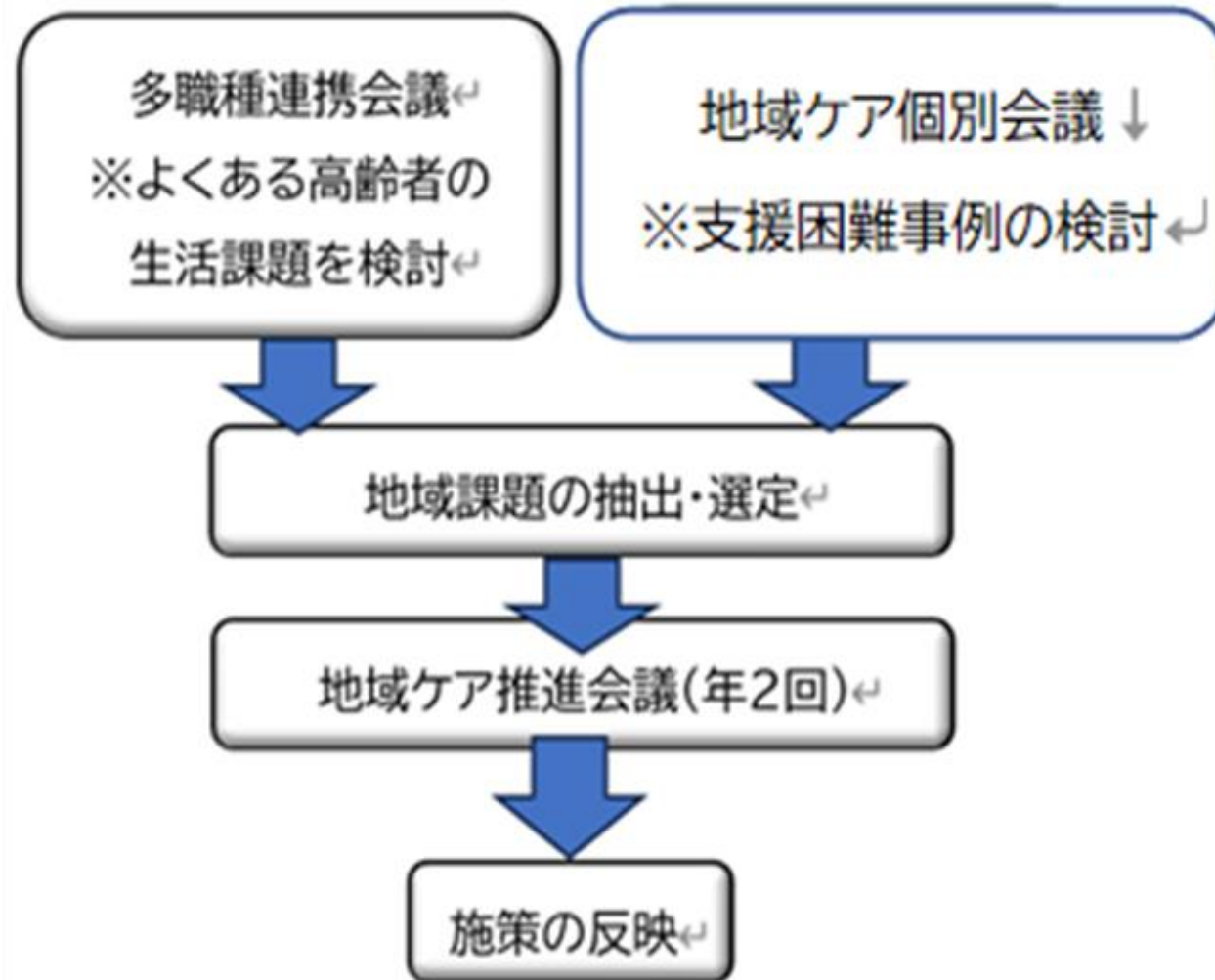


地域ケア会議の位置づけ

【介護保険法第115条の48(会議)】

実施主体	市、地域包括支援センター
目 的	① 支援が必要な被保険者への適切な支援の充実を図る ② 地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制の検討
検討事項	① 高齢者等の健康上及び生活上の解決に資する支援の内容に関する事 ② 地域における介護の提供に携わる人や関係者の連携強化に関する事 ③ 支援対象高齢者等に共通する課題の把握に関する事 ④ 地域における介護の提供に必要な社会資源の改善および開発に関する事 ⑤ 地域における自立した日常生活の支援のために必要な施策および事業に関する事
構 成	介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門家、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体等

地域ケア会議の位置づけ



知立市の人口および高齢化率等の状況

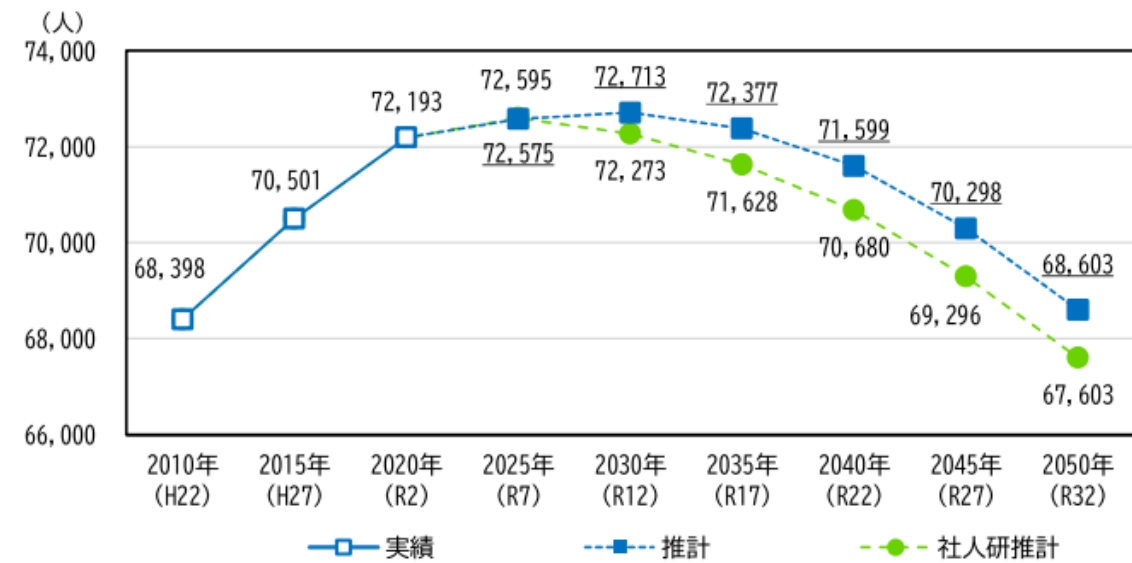


知立市の人口及び高齢化率等の状況について

知立市の状況（R8.4.1現在）

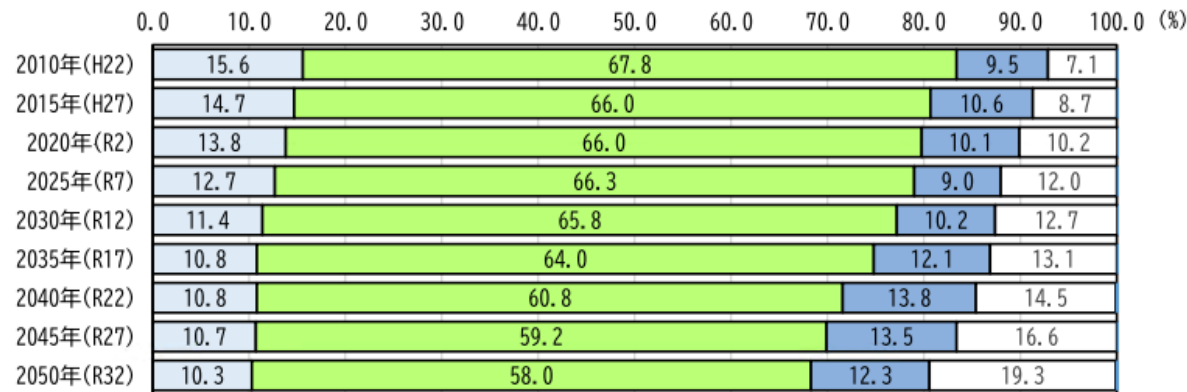
- ・ 人口:72,764人
- ・ 65歳以上人口:15,012人
- ・ 75歳以上人口:8,603人
- ・ 85歳以上人口:2,611人
- ・ 高齢化率:20.6%
- ・ 介護認定率:14.8% 令和7年3月31日時点

■将来推計人口



資料：国勢調査（実績値）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023（令和5）年推計）」（推計値）

■将来推計人口に基づく年齢4区分別人口比



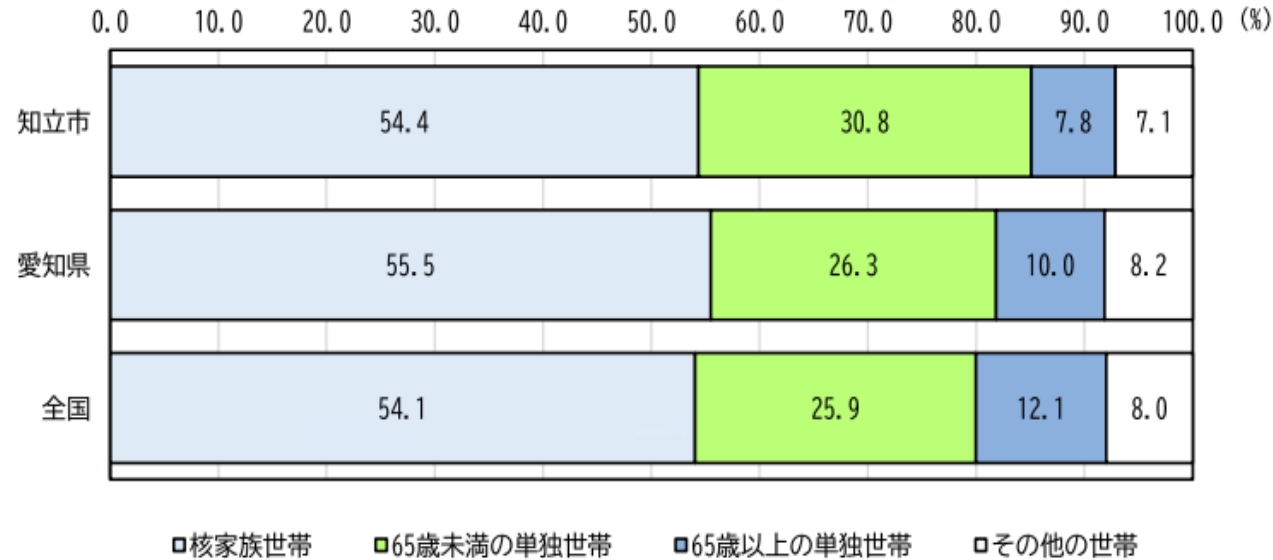
□0~14歳 □15~64歳 ■65~74歳 □75歳以上

資料：国勢調査（実績値）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023（令和5）年推計）」（推計値）

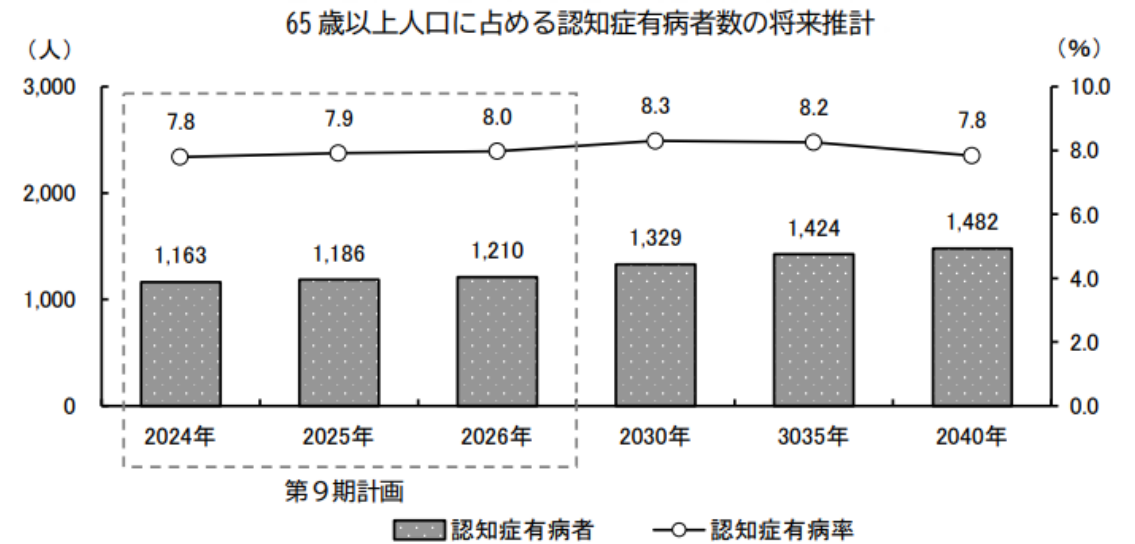
*2025年に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、5人に1人が後期高齢者

*2050年には団塊ジュニア世代が75歳以上の後期高齢者となり、高齢者人口がピークとなる予想。

高齢者の世帯状況について



資料：2020（令和2）年国勢調査



単位：%

項目	平成 12 年	平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年	令和 2 年
一人暮らしの高齢者世帯	15.1	18.0	20.8	23.9	26.3
高齢者夫婦のみ世帯	25.4	27.3	29.1	29.0	29.5
その他の世帯	59.5	54.7	50.1	47.0	44.2

資料：国勢調査

＊世帯主が65歳以上の独居世帯や夫婦のみ世帯の増加

＊認知症の方は、7人に一人。
支援の必要な高齢者が増加することが予測されます。

令和4年度～令和7年度 地域課題と取り組みについて



令和4年度～令和7年度の 地域課題まとめ

- ①孤立予防・つながりづくり
- ②認知症になっても暮らし続けられる地域づくり
- ③介護予防・フレイル予防
- ④情報発信・相談しやすい環境づくり
- ⑤地域の担い手づくり

※取り組み状況は別紙2をご覧ください



前回会議以降の取組の報告 重点取組について



重点取組【①孤立予防・つながりづくり】
～通いの場の拡充～

参加者数・会場数も大幅に増加しています！

令和7年度
21箇所

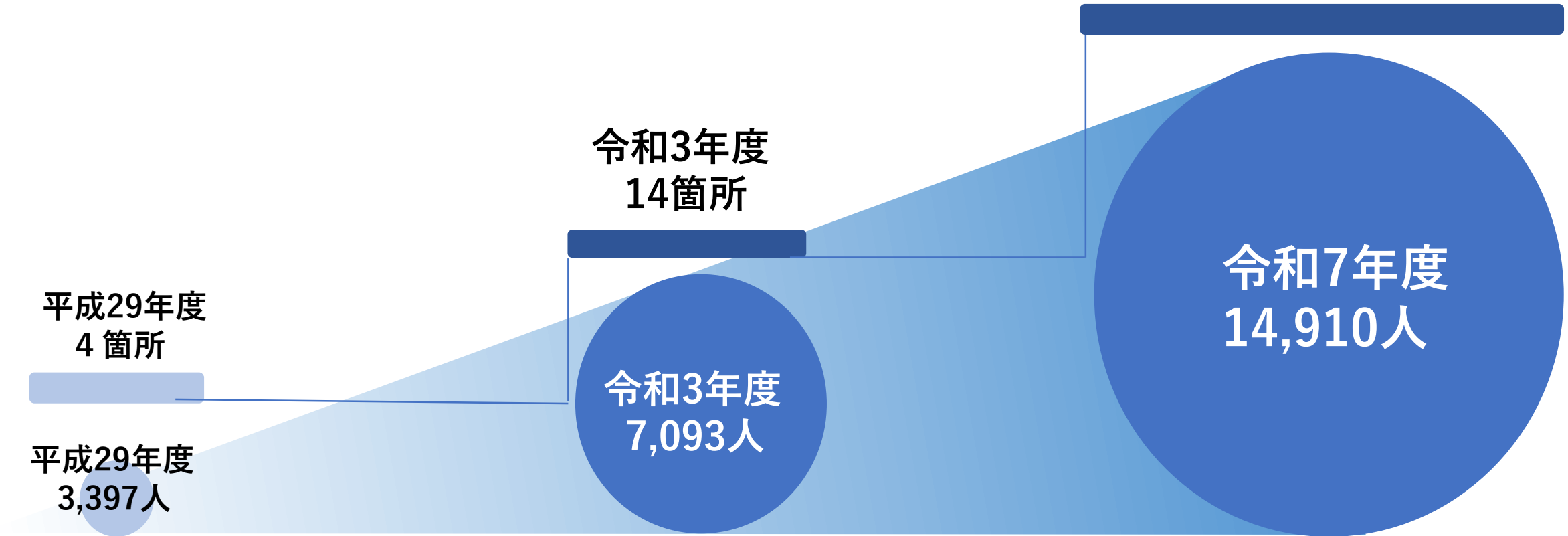
令和3年度
14箇所

平成29年度
4 箇所

令和7年度
14,910人

令和3年度
7,093人

平成29年度
3,397人



重点取組 【①孤立予防・つながりづくり】 ～新たな通いの場の創出～

健康麻雀

- ・住民主体の取り組みの実施
参加者18人（男性:10人、女性:8人）
- ・地域のリーダー育成教室の実施
立ち上げ支援1箇所

【課題】

- ・麻雀前の体操への理解
- ・各地域での担い手の発掘方法

【方向性】

- ・町内役員だけでなく、地域住民の方にも理解いただける方の顔が浮かぶような地域から勧めていく



重点取組 【②認知症になっても暮らし続けられる地域づくり】 ～認知症理解の普及啓発～

認知症啓発図書館イベント

- ・認知症に関する書籍の特集展示
- ・展示コーナーでのグループホームのみなさんの作品展示、折り紙プレゼント
- ・来場者の方との共同作品制作「お花畑をつくろう」
- ・認知症に関する映画上映会(お終活・再春！)
- ・紙芝居読み聞かせ
「ぼくのじいちゃん たこ焼き名人」など

【方向性】

認知症になっても自分らしく、希望をもっていきいきと暮らすことができる地域づくりを発信していく。



重点取組 【②認知症になっても暮らし続けられる地域づくり】 ～認知症理解の普及啓発～



脳の健康度チェック体験会を同時開催

重点取組【③介護予防・フレイル予防】 ～まちかど測定会の事業内容の充実～

まちかど測定会

- ・年に2回(4月、10月)開催 (握力、TUG、CS-30の測定)
- ・参加者(4月:294人、10月:261人 (うち継続者185人)
※新規参加者(4月:106人、10月:76人)
- ・管理栄養士による低栄養予防の健康教育の実施(R7～開始)
- ・測定後の支援状況

TUGまたはCS-30の基準を下回り、かつ、介護の認定がない方に対して、
包括支援センターを紹介して、短期集中リハビリ等の案内を行っている。

【課題】

- ・測定基準値を下回った方へのアプローチ

【方向性】

- ・早期に必要な支援(短期集中等)に繋げる



重点取組【③介護予防・フレイル予防】 ～通所型サービスCの周知・啓発～

やるっぴ短期集中リハビリ

(通所型サービスC) ※資料4

- ・市民向け案内チラシの作成。
- ・リハビリのイメージや参加意欲が引き出すため、卒業生の声を掲載。
- ・要支援認定の更新通知にチラシを封入。窓口説明に活用。
- ・卒業後にまちかどに通い続けられている方（4名）



やるっぴ短期集中リハビリ

送迎あり

「またやりたい!」をサポートする短期集中プログラム

心当たりのある65歳以上の方へ

こんなことはありませんか?

- 最近疲れやすくなった
- 入院で筋力が落ちた
- 歩く速度が遅くなった
- 転ぶことに不安が大きい

サービス内容

通所 28回 + 訪問 2回 = 計 30回の基本 3か月プログラム

- ・体力測定・聞き取りをもとに、リハビリ専門職による個別プログラムを作成
- ・筋力やバランスの運動を行いながら、自宅でもできる体操などを提案
- ・サービス終了後、あなたに合った地域の通いの場へ移行をサポート

通所支援

筋力や体カトレーニング、バランスアップを目指して自宅でも続けられるようアドバイスします。

訪問支援

リハビリ専門職が初期と後期に訪問し、励み・提案をします。

- ・日常生活での動作改善
- ・自宅環境のアドバイス
- ・ホームエクササイズ指導

8割以上の利用者さんの身体機能が維持・改善されました。

【課題】

- ・卒業後に活動量が減少してしまい、体力維持をしていくことが難しい。

【方向性】

- ・セルフケアマネジメント支援の向上

重点取組 【③介護予防・フレイル予防】【④相談しやすい環境づくり】 ～立ち寄り型健康相談～

立ち寄り型健康イベントの実施

実施場所：スギ薬局知立北店、図書館、保健センター

参加者 **158**人

- ・ 体組成計測定などの興味を引く内容を保健センターと企画
- ・ 市の事業に参加していない層へのアプローチが可能。
- ・ 地域包括支援センターや通いの場等などの情報発信の機会にもなっている。

【課題】

- ・ 店舗での立ち寄り型の開催については、買い物目的で来店しているため、参加率が低い。

【方向性】

- ・ 健康への関心が低い方でも興味を持てる企画の検討
- ・ 包括連携協定企業との連携



重点取組【④相談しやすい環境づくり】 ～在宅療養の手引きの作成～

在宅療養手引き

～はじめる前に知っておきたいこと～ ※資料5

- ・知立市在宅医療・介護連携推進協議会にて検討・作成
- ・在宅療養をこれから考える方に対して、在宅療養のイメージ作り、退院に向けた準備などを記載
- ・相談するポイントや多職種役割などを明記。

【方向性】

- ・ケアマネジャー、地域包括支援センター、医療機関生活相談員に配布。ホームページも掲載予定。対象者やご家族の相談時に活用していく。
- ・家族介護教室にて活用していく



重点取組【⑤地域の担い手づくり】 ～知立市ささえあい事業の立ち上げ～

知立市ささえあい事業

- ・サポーター養成講座の定期的な開催と地域単位での個別開催

【課題】

- ・制度の周知
- ・サポーターの地域ごとの偏り

【方向性】

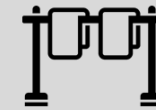
- ・細かい単位での養成講座の実施していく
- ・支援結果を外部へ発信していく
- ・地域の課題や依頼内容以外の困りごととも吸い上げていく



ゴミ出し



郵便物の投函



洗濯や布団干し



室内の掃除



電球・電池交換



植木・花壇の水やり



草取り



買い物代行

令和7年度 多職種連携会議報告及び 地域課題について



令和7年度 多職種連携会議の実績について

多職種連携会議は、個別事例の自立支援「から」学び、自立を促進する要因や地域課題の種を見つける場。

◇運営主体：地域包括支援センター

◇開催：月2回(事前会議、当日会議月各1回)

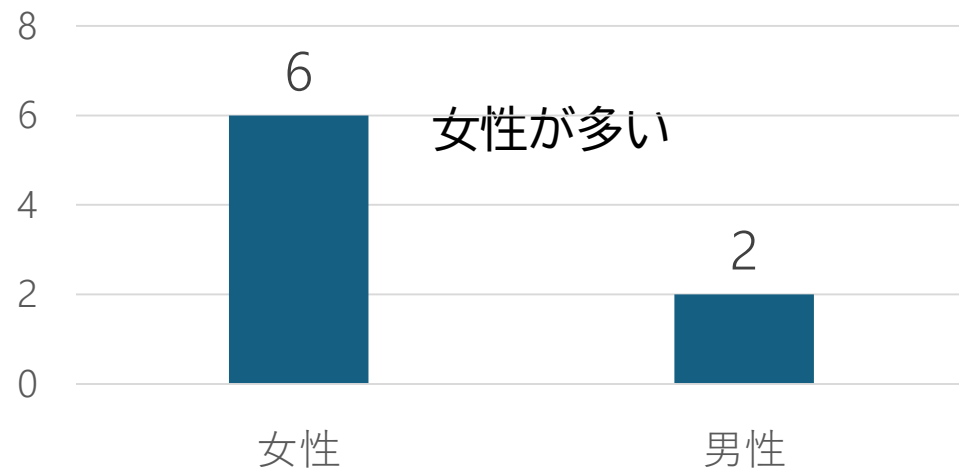
◇主参加者：行政、包括支援センター職員、担当ケアマネジャー、サービス提供事業者、介護福祉士、理学療法士、薬剤師、医療機関、生活コーディネーター

	実施回数	検討事例数
多職種連携会議	4回	8件※

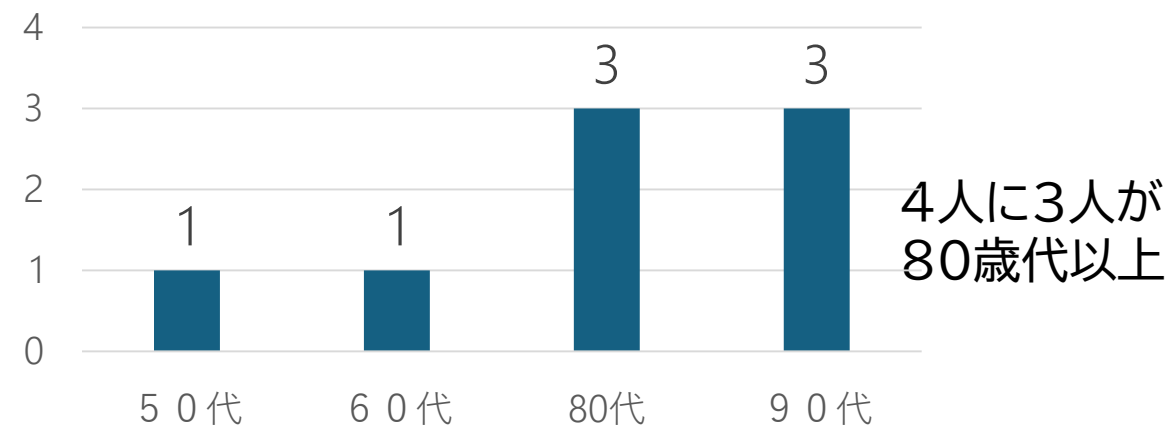
※令和7年12月～令和8年3月に検討した数

多職種連携会議にて検討した事例の内訳(性別・年齢・世帯構成・居住環境)

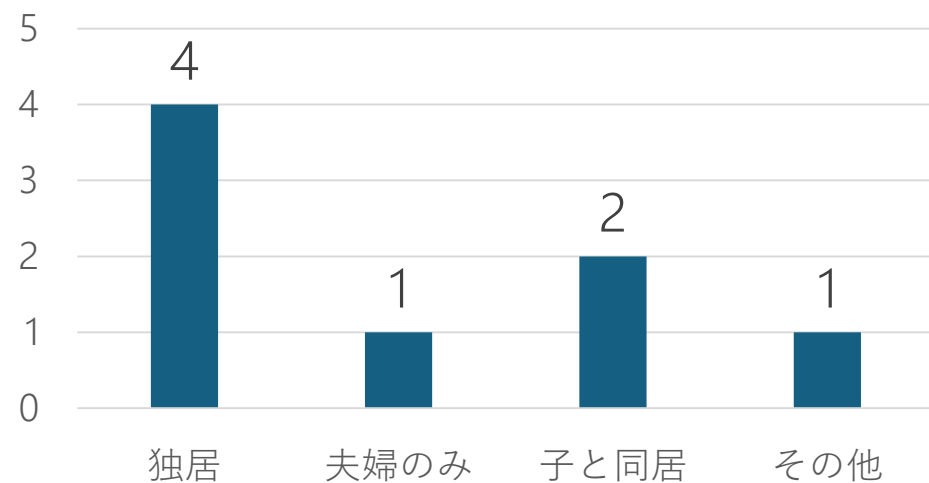
性別



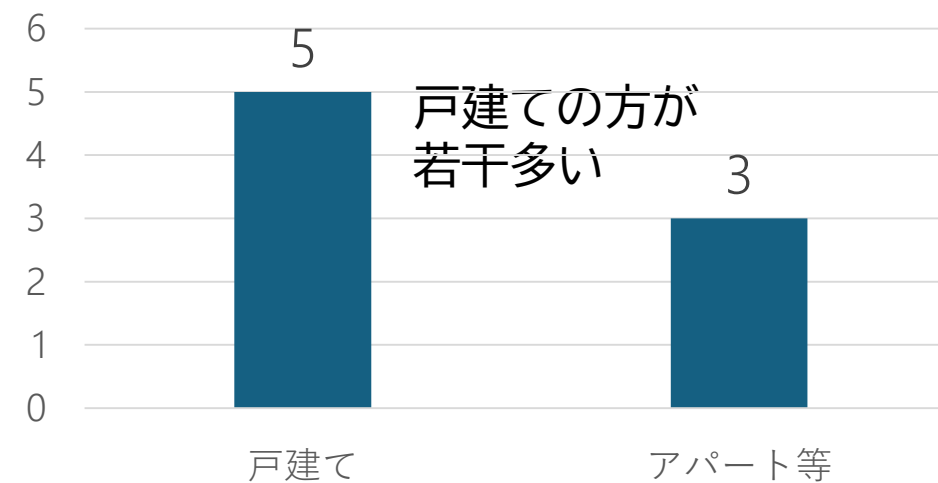
年代別



世帯構成別

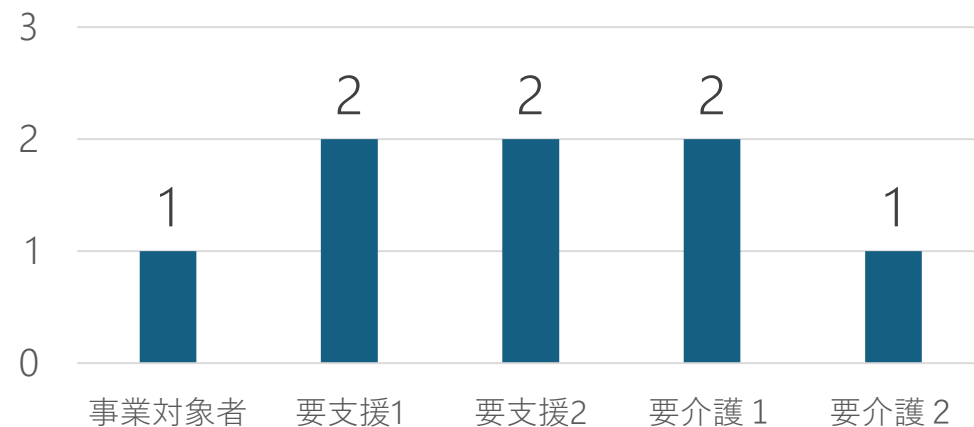


住居環境別

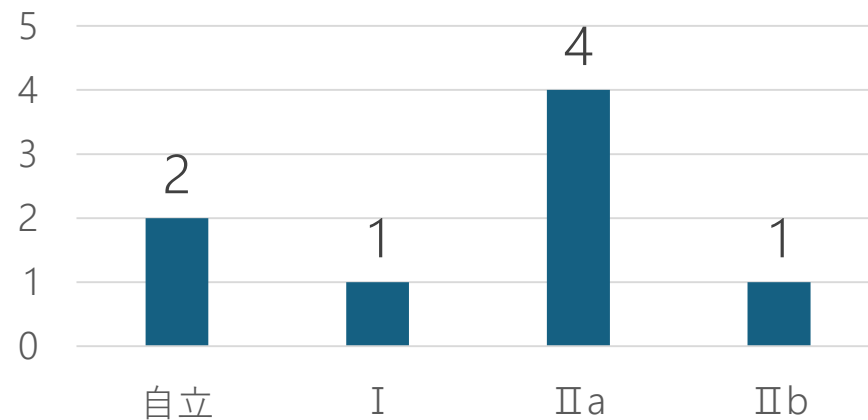


多職種連携会議にて検討した事例の内訳(介護度・主な疾患・認知症日常生活自立度)

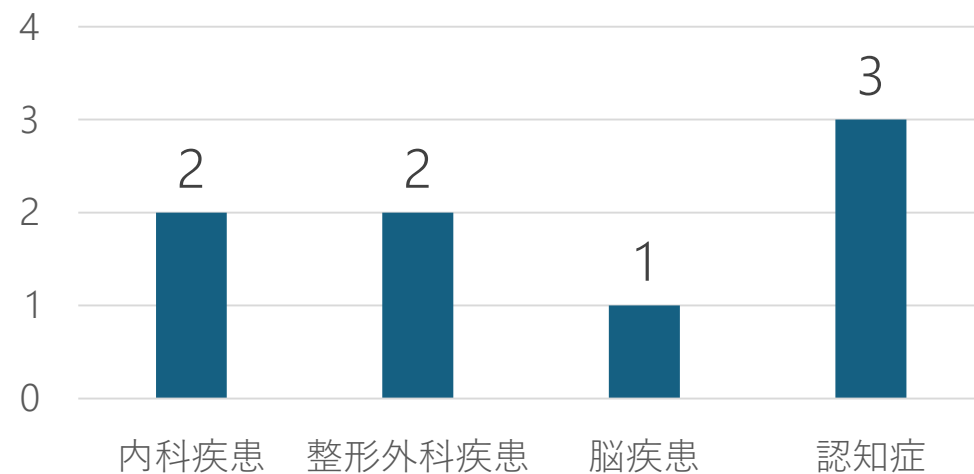
要介護度別



日常生活自立度別



主な疾患別



脳疾患と認知症が多く
全体の半数を占める

周りに迷惑をかけずに自分のことは自分でしたい。だけどいつまでできるか少し心配



個別の事例からみえた 地域の高齢者に共通する生活課題

- ①転入後、外出機会がなくなることによりフレイルや認知機能低下を引き起してしまう。
- ②家族以外の交流がない。日中自宅で一人でテレビや横になって過ごすことが多く活動量や交流の機会が減る。
- ③認知機能低下により、外出の機会が減り、地域とのつながりがなくなってしまふ。

生活課題の検討①

①転入後、外出機会が減少しフレイルや認知機能低下を引き起こしてしまう

<要因・現状>

- ・慣れない場所、顔見知りがないので不安。方言の壁がある。
- ・土地勘がないため、外出しづらい。店、駅、公民館などの場所がわからない。
- ・家族以外に気軽に話せる人や場所、相談できる人がいない。
- ・家族がご本人の状態や認知症予防やフレイル予防、地域資源について理解できていない。
- ・転入してきた時点で、すでに認知機能低下やフレイル状態に近い状態の方がいる。

<現状の支援・課題>

- ・生活支援コーディネーターによる通いの場の紹介や初回同行支援をしている。
- ・相談先や社会資源など地域のことが分かりづらい。
- ・転出入先の包括支援センターと連携しているケースもある。

生活課題の検討②

②家族以外の交流がない。日中自宅で一人でテレビや寝て過ごすことが多く活動量や交流の機会が減っている。

<要因・現状>

- ・好きなことや趣味など、日常の生活で目標にするものがみつからない。
- ・腰痛や膝痛などのちょっとした変調をきっかけに活動量が減る。
- ・つまずきや転倒への不安があり、外出が怖くなる。
- ・色々なことができなくなっていく自分自身への劣等感があり、交流を避ける。
- ・本人、家族が加齢に伴う身体機能の低下することで、どんなリスクがあるかイメージがわいていない。
- ・猛暑日は外出ができない。また、外出できない期間が続くと、再開が難しくなる。

<現状の支援・課題>

- ・社会資源を伝えるのみの支援になってしまっていることがある。
- ・まちかど運動教室に行くことが難しい場合は、サービスC(短期集中リハビリ)やデイサービスの利用につなげているケースがある。

生活課題の検討③

③認知機能低下により地域とのつながりが継続できない。

<要因・現状>

- ・スケジュール管理が本人だけでは難しい。
- ・ミニバスの乗り方が分からない、乗ったことがない。
- ・外出意欲が低下しており気持ちがのらない、あきらめてしまう。
- ・新しい環境に自分の弱みを見せたくないというプライドがあり、交流を避ける。
- ・認知症を周囲に知られたくない。周りに迷惑をかけてしまうかもしれないという不安がある。
- ・家族や地域の方が認知症のことを理解していない。

<現状の支援・課題>

- ・認知症について理解しているオレンジメイト(認知症ボランティア)による傾聴ボランティアやサロンの同行支援をサポートしている方がいるが、支援者側のマンパワー不足。
- ・個別の支援に協力してもらえる支援者の確保や調整役の担い手など支援体制に課題がある。

認知機能低下
の方のケース
検討が多い



**軽度認知症（疑い）の方が、
地域の活動の場に参加・継続できる支援**

高齢者の孤立を防ぐための地域とのつながりづくり

**転倒・骨折予防のための
身体機能の維持・改善に向けた支援の強化**

地域課題を検討する(多職種連携会議)

課題解決に向けて検討したこと・地域課題の検討

検討事項・地域課題

軽度認知症(疑い)の方が地域の活動の場に参加・継続できる支援

目指す姿

- ・認知症の疑いのある方が地域の活動の場に継続して参加できる
- ・自宅で認知機能や活動量の低下を予防できる取り組みができる

ご助言いただきたいこと

- ・認知症の疑いのある方が地域の活動の場に継続して参加できる支援
- ・自宅で認知機能や活動量の低下を予防するためのアプローチ方法

目指す姿を達成させるための取り組みについて、高齢者の実情を踏まえそれぞれのお立場からご助言いただきたい。

※ご助言の頂く際の視点について

めざす姿を達成させるための

- ・地域課題への解決策、方向性について
- ・需要に見合った資源開発の検討について
- ・現在ある社会資源や取り組みに対する工夫や連携等について
など

参考) 多職種連携会議でのご意見

- ・若いころの話を通して、本人の好きなことや意欲を引き出していくことが大切
- ・ご本人が自ら進んで行きたくなるような支援や社会資源があるとよい
- ・スーパーや薬局など、オレンジメイトなどと一緒に数名集まって行くような地域単位での支え合いが広がるといい。
- ・県外出身者同士の集う会があると、本人の参加意欲につながるのではないか
- ・性別、年齢、認知症の有無等に関わらず、気軽に集える地域の交流の場がつかれるといい
- ・バスの乗り案内ができる体制
- ・市民向けに地域の社会資源を伝える講座
- ・転入時にご近所マップなどを渡せるといい

令和7年度 地域ケア個別会議報告 および地域課題について



地域個別ケア会議について

地域ケア個別会議とは

複合的な問題を抱える困難事例等について、関係機関と対応方法を検討し、関係者間で共通認識を図るとともに介護予防や認知症施策等さまざまな施策に関する積極的な意見交換の場とする。

- ◇主 催 : 知立市地域包括支援センター(東部・西部)
- ◇開催頻度 : 隔月1回(案件がない場合は開催しない月もある)
- ◇目 的 : 個別ケース事案の対応について検討(助言・指導・意見交換を行う)
- ◇効 果 : 個別ケースの対応方法の決定、関係者間での共有認識等
- ◇主参加者 : 行政職員、包括支援センター、ケアマネ、民生委員、社会福祉協議会等

令和7年11月～令和8年3月までの 地域ケア個別会議報告

令和7年11月から令和8年3月までの地域ケア個別会議案件

	月	年齢	性別	認定	家族構成	特記事項
ケース1	1月	79歳	女性	なし	同居 (夫・息子)	ADL/IADLともに自立

	課題	支援者(市、包括以外)
ケース1	長男からの暴力 本人うつ病や不眠症あり通院している、夫(要介護2)の介護をしている 生活全体の金銭管理(亡姑・夫の借金あり) 家族間不和 同居再開	次男 社会福祉協議会 金融機関 かかりつけ医

地域ケア個別会議の事例から課題を検討する

課題解決に向けて検討したこと・地域課題の検討

	検討事項・地域課題
ケース 1	・ 過去に2度長男からの暴力あり。 再発防止策を検討する。 ・ 金銭管理について専門職の介入により困窮が改善していくイメージを持つ。

地域ケア個別会議案件から見える傾向

- ・ 本人に対する支援のみならず他家族への支援も必要

地域課題について(地域ケア個別会議)

事案から見える課題

- ・本人の支援のみならず家族仲、経済状況、同居家族の介護や精神疾患など複合的で多岐にわたる支援が求められている

地域課題の取り組み

- ・本人のみならず家族にも寄り添い、家族の負担が軽減するようなサービス等の情報提供をする
- ・支援策が見つからない場合は、地域ケア個別会議等で共有する

地域課題の検討について(地域ケア個別会議)

課題	現状
複合的で多岐にわたる支援 重層的支援	相談窓口が対象者により分かれている 要支援者一人に対してサービスや支援方針を検討していき、 その方針に沿って支援を実行する

目指す姿

- ・高齢者支援をベースとし、重層的支援を行うことのできる体制整備

地域課題の検討について(地域ケア個別会議)

ご助言いただきたいこと

高齢者支援を行っていく中で本人に対しての支援のみでは解決できないケースが困難事例としてあがってくる。

従って、上記のような環境でも高齢者に適切なサービスが受けもらえるような環境づくりがありましたらご助言ください。

※ご助言の頂く際の視点について

めざす姿を達成させるための

- ・地域課題への解決策、方向性について
- ・需要に見合った資源開発の検討について
- ・現在ある社会資源や取り組みに対する工夫や連携等について

など