

平成 30 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業
報告書

平成 31（2019）年 3 月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

目次

第1部 地域支援事業の連動性とは	1
第1章 本事業の対象と課題認識	1
1. 本事業の目的と「地域支援事業」の範囲	1
2. 課題認識－取組の進捗と成果を感じるためには何が必要か	1
第2章 地域支援事業の成果と構成要素	3
1. 目指す成果は何か？	3
2. 地域支援事業の連動性を考えるための前提	4
第3章 地域支援事業の連動性における戦略立案に向けた視点	8
1. 【戦略立案の視点1】社会参加・生活支援・介護予防が相互に連動する	8
2. 【戦略立案の視点2】短期集中サービス（C型）は連動してはじめて成果がでる	11
3. 【戦略立案の視点3】連動的な地域リハ活動支援事業が地域人材育成につながる	13
第4章 戦略をどのように組み立てるのか	15
1. 「個別支援の視点」と「地域全体の視点」を行き来しながら形成される戦略	15
2. 誰が戦略を立案するのか	17
第5章 事例にみる地域支援事業の連動性	20
1. 奈良県生駒市	20
2. 鹿児島県肝付町	23
3. 大阪府寝屋川市	25
第6章 地域共生社会における地域支援事業	27
1. 地域共生社会を見据える	27
2. 石川県能美市の取組	28
第2部 本事業の構成と実施結果	30
第1章 本調査研究事業の実施概要	30
1. 調査の背景と目的	30
2. 本調査研究事業の全体像	31
3. 各調査の概要	32
4. 実施体制	35
第2章 市区町村ヒアリング調査結果	36
1. プレヒアリング調査結果概要	36
2. ヒアリング調査結果	37
第3章 連動性チェックリスト	64
1. 連動性チェックリストの作成概要	64
2. 連動性チェックリスト試行結果	68
第4章 市町村・保険者セミナー	71
1. セミナー実施概要	71
2. 会場アンケート結果	74
資料編	77

第1部 地域支援事業の連動性とは

第1章 本事業の対象と課題認識

1. 本事業の目的と「地域支援事業」の範囲

本事業は、各保険者で取り組まれている地域支援事業について、具体的な成果を得るにはどのように取り組むべきかについての示唆を、いくつかの先進事例をレビューすることで明らかにすることを目的としている。

本事業は、地域支援事業において具体的な成果を得つつある先進的な地域へのヒアリング及び、有識者に対する意見聴取によって、全体を構成している。詳細については、本報告書の第二部を参照されたい。

なお、本事業では、地域支援事業のうち、包括的支援事業に含まれる取組及び介護予防・日常生活支援総合事業を主な対象として議論を行っている。包括的支援事業においては、地域ケア会議推進事業、生活支援体制整備事業、在宅・医療介護連携推進事業、認知症総合支援事業を主な対象として議論している。

2. 課題認識－取組の進捗と成果を感じるためには何が必要か

平成27年度に新しい総合事業が開始されて以来、早期に着手した自治体では、すでに4年が経過しようとしている。この間、厚生労働省から協議体や生活支援コーディネーターの配置が義務付けられるなど、一定の推進策がとられたことや、厚生局や都道府県、中間支援組織による伴走型の支援等が実施されたこともあり、各地域で取り組みの具体的な進捗がみられるようになっている。

一方で、多種多様な取組を実施してみたものの、具体的な成果が数値となって目に見える形で現れず、行き詰まりを感じている自治体があることも事実である。地域ケア会議は立ち上がったものの、会議の運営を定着させるのに時間を要し、ケアマネジャーや地域の専門職の意識には変化が見られないといった声も聞かれる。

さらに、地域の通いの場づくりを進めたが、介護予防や生活支援の資源が増えたといった実感もなく、その成果をどのように評価したらよいのかも明確にならないため、取組の改善について、どういった方向で進めていくべきかが見えないといった課題がみられる。

短期集中予防サービス（C型）を創設したものの、対象者がいないといったことや、プログラム終了後のフォローが行われず、かつての二次予防事業との違いがわからなくなってしまっている地域もあるだろう。

<連動性がないと、どうなるか？>



以下では、こうした課題意識に基づき、どうすれば事業担当者や事業への参加者が取組の「進捗」や「成果」を実感できるのかについて、先進地域の取組の成果をもとに、「連動性」の観点から取り組みのポイントを整理している。

第2章 地域支援事業の成果と構成要素

1. 目指す成果は何か？

(1) ゴール（目標）が設定されなければ成果はみえてこない

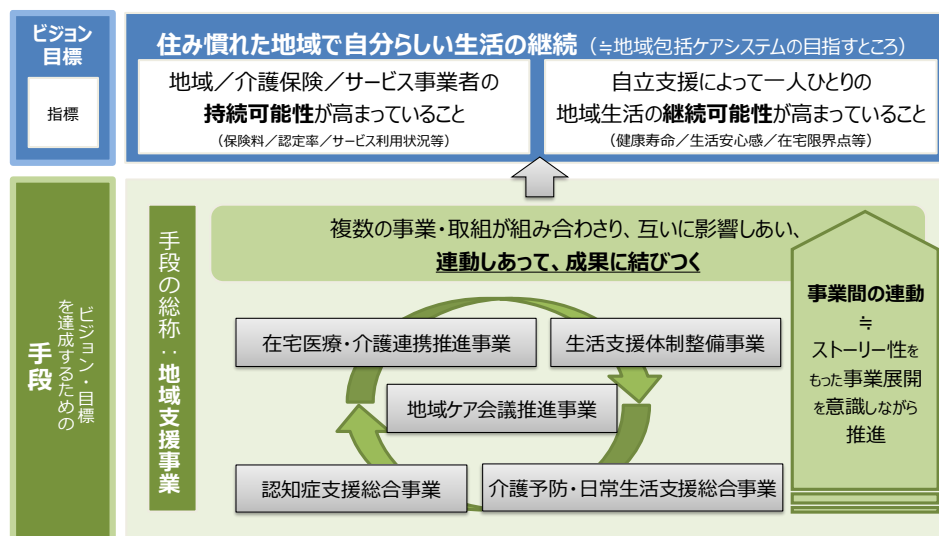
各保険者において、進捗と成果を実感するためには、前提として地域支援事業の「ゴール（目標）」をどのようにとらえているかが重要になる。例えば、単に通いの場の数が増えることを目標として設定するのであれば、通いの場を数えることで、その進捗や成果を実感できるはずである。しかし、地域支援事業の目標は通いの場の数を増やすことではない。本来は、通いの場の数が増えた結果、どのような結果が生じたのかが、本来の「成果」を考える上で重要になる。

(2) 地域支援事業の目標設定

地域包括ケアシステムの目指す具体的な生活像は、「住み慣れた地域でできる限り人生の最終段階まで自分らしい生活を継続できること」とされている。このような理念やビジョンを具体的な目標に落とし込んでいくと、例えば「地域生活の継続可能性をどこまで引き上げられるか」という点が課題となり、在宅限界点や健康寿命など、様々な視点から指標化を試みることができる。

一方で、介護保険・医療保険の保険者としては、住民一人ひとりの地域生活の継続を、限られた資源の中でマネジメントする責務もある。保険財政の持続可能性や、地域資源の持続可能性の観点から取り組みを進めることも、成果として重要な視点である。したがって、効率的で効果的な地域の仕組みを検討していくという地域全体の視点からみた成果も意識した上で、一人ひとりの地域生活の継続可能性を模索していくことになる。地域資源や保険財政の持続可能性の観点からは、要介護認定率や保険料、一人当たりのサービス利用の状況などの指標のモニタリングも必要になるだろう。

＜地域支援事業の「成果」とは何か？＞



・ 矢印の繋がりは、イメージであり、実際には様々な組み合わせ、連動が考えられる。

2. 地域支援事業の連動性を考えるための前提

(1) ケアマネジメントと同様に地域支援事業でも「連携・連動」が必要

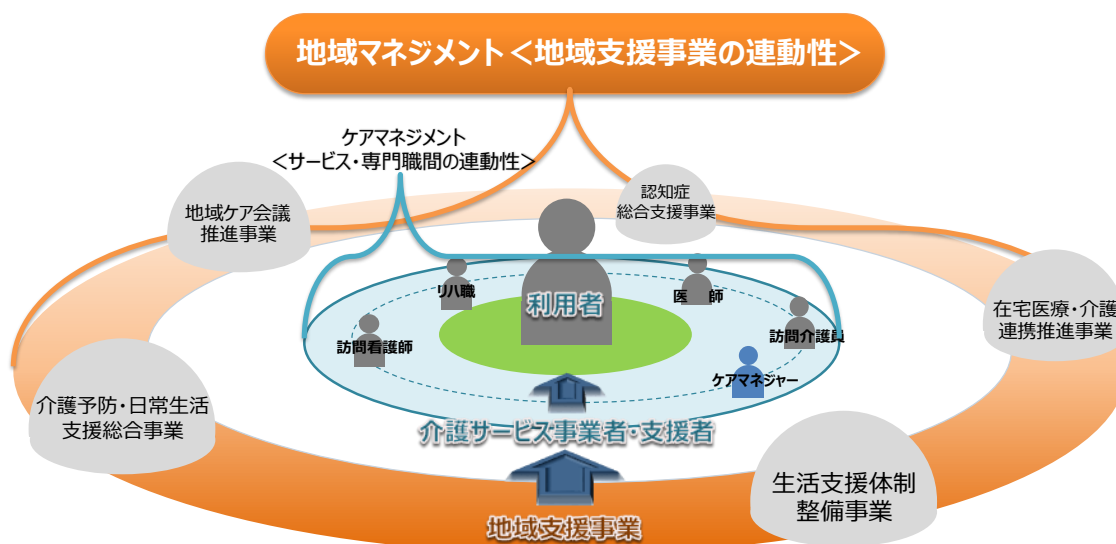
こうした具体的な目標の達成のために用意されている事業が地域支援事業であるが、地域支援事業の取組はそれぞれを単体として実施しても、十分な成果が得られないことが多い。重要になるのは、これらの取組を適切に組み合わせることである。

連動性の考え方は、地域支援事業に特有の考え方ではなく、個別支援であるケアマネジメントでも同様であり、その相似形として地域に当てはめると理解しやすい。

個々の利用者へのケアマネジメントが効果的に自立支援を促すためには、医療職、看護職、リハビリ職、介護職といった地域の様々な専門職が、その利用者において設定されているケアの目標を共有し、適切に情報共有しながら、協働してケアを提供していく必要がある。これが多職種連携である。それぞれの専門職が異なる目標を設定してサービス提供を行っているだけでは本人の生活を支えることはできない。

同様に、地域支援事業も「住み慣れた地域で人生の最終段階まで自分らしく生活する」という目標を共有し、それぞれの事業が、連動（連携）しながら地域の仕組みを構築していく。したがって、各事業はそれぞれの事業目的だけでなく、その地域において設定・共有されている目標の達成に向けて、各事業が連携しながら、事業を推進していく必要があるといえる。本事業では、この事業間の連携のことを「連動性」と呼んでいる。

〈なぜ「連動性」なのか？〉

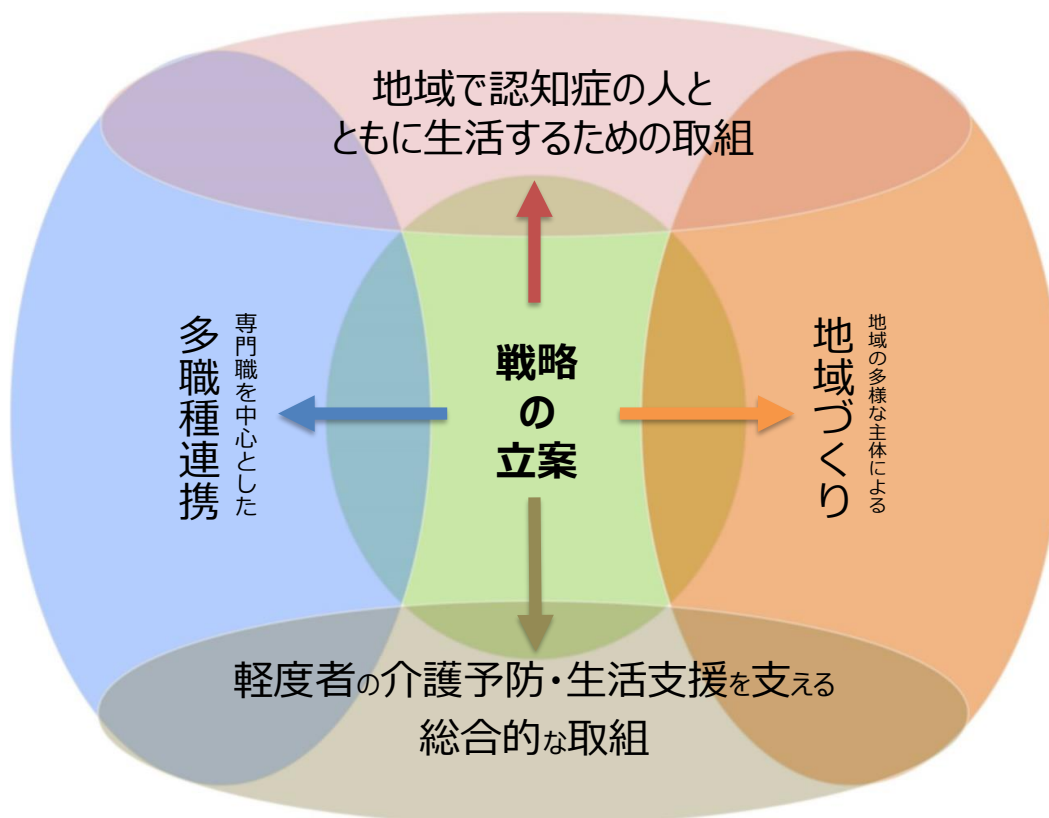


(2) 地域包括ケアシステムの実現に向けて活用する4つの構成要素

「地域支援事業の連動性」は、あくまでも、目標の達成に向けた手段（各事業）の活用の仕方を表現しているに過ぎない。各事業（手段）の目的化が適切でないのと同様に、「各事業間の連動性」もまた目的化してはならないのである。

地域支援事業の成功には、全体の戦略が重要である。この戦略を立案するためには、目標の達成を阻害している原因を理解し、「どうやってゴールに向かっていくのか？」という基本的なストーリー（シナリオ）を書くことが重要だ。ただし、この戦略は、事業を進めながら、その時々修正し、組み立て直していくのが一般的であり、当初から「成功する戦略」を描けるものではない。この戦略を基盤に、地域支援事業に組み込まれた4つの構成要素を意識しながら、人材や財源、アイデアを組み合わせ、その地域にあった取組をデザインして、成果を目指していく。

＜地域支援事業に組み込まれている地域包括ケアシステムの構成要素＞



本事業では、地域包括ケアシステムを推進するために設計された地域支援事業を、4つの構成要素で整理している。うち2つは、主に対象者に着眼した取組群であり、残りの2つは、参加者・関係者に着眼した取組群で整理している。

地域支援事業は、地域包括ケアシステムの構築を目標にしているため、全住民が対象だが、2つの対象者については、特出ししてテーマが設定されている。対象者に着眼した取組群の一つは、「軽度者の介護予防・生活支援を支える総合的な取組」であり、もう一つは、「地域で認

知症の人とともに生活するための取組」である。また、取組の参加者や関係者に着眼した取組としては、「地域の多様な主体による地域づくり（以下、「地域づくり）」と「専門職を中心とした多職種連携（以下、「多職種連携）」の2種類を想定することができる。特に参加者・関係者に着眼した取組のうち、「地域づくり」は、いわゆる地域包括ケアシステムの植木鉢における「土」の部分に該当する取組でもあり、また「多職種連携」は「葉っぱ」部分の連携を促す取組と整理することもできるだろう¹。

これら4つの取組群を適切に組み合わせ、ゴールまでのストーリー、すなわち「戦略」を立案することによって、地域生活を継続するための地域の取組を推進していくことになる。

（3）地域包括ケアシステム構築の4つの構成要素は、地域支援事業の各事業に対応

これらの4つの取組群は、それぞれ地域支援事業の事業名と対応している。「多職種連携」は、「在宅医療・介護連携推進事業」に、「地域づくり」は、「生活支援体制整備事業」に、「地域で認知症の人とともに生活するための取組」は、「認知症総合支援事業」に、そして、「軽度者の介護予防・生活支援を支える総合的な取組」は、「介護予防・日常生活支援総合事業」にそれぞれ対応している。

さらに、各事業における、代表的な取組をこのコンセプト図の中に位置付けていくこともできる。例えば、入退院支援の仕組みづくりや日常の療養支援は、在宅医療・介護連携推進事業の中に位置づけられ、協議体や生活支援サービスの開発といった役割は、生活支援体制整備事業の中核的な取組として位置づけられるだろう。

（4）複数事業に関わる取組として整理する

各事業の具体的な取組やプログラムを位置付けていくと、これら4事業のうちの複数事業に関係する取組が多数あることがわかる。

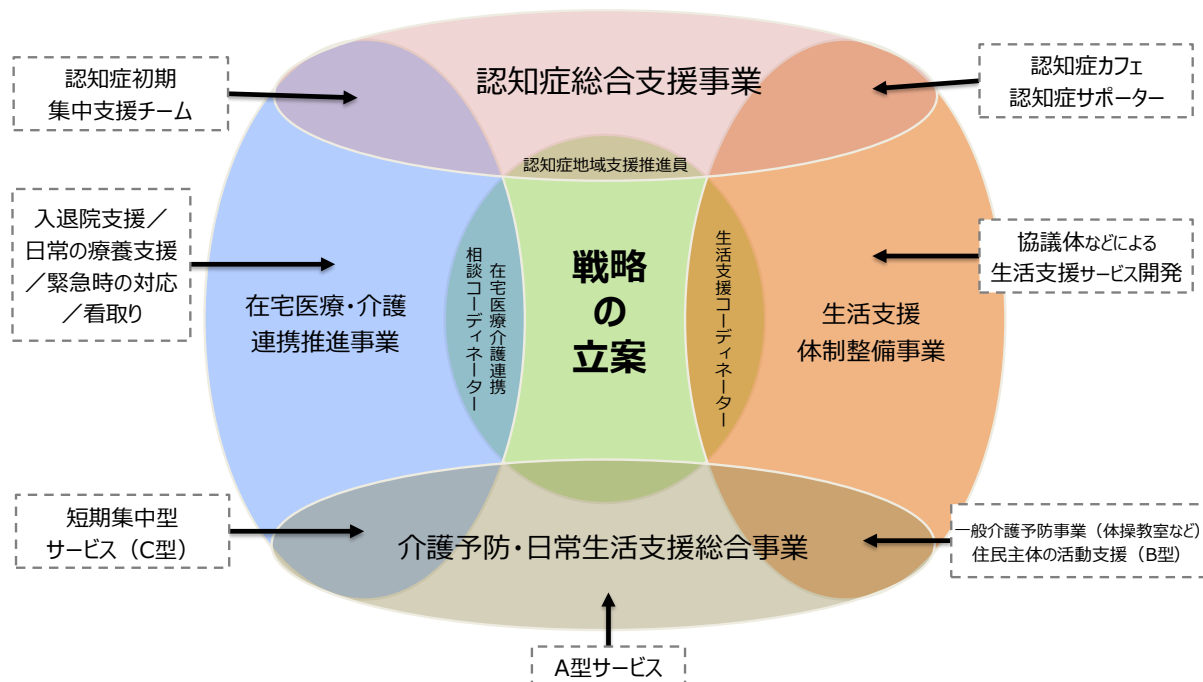
例えば、短期集中予防サービス（C型）は、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービスのメニューの一つであるが、リハビリ職とケアマネジャーの連携に基づいて実施されており、取組の参加者・関係者の視点からみれば、在宅医療・介護連携推進事業の一部と整理できる。

また、一般介護予防事業や住民主体のB型サービスなども、「介護予防・日常生活支援総合事業」のプログラムとして実施されるものの、やはり参加者・関係者の視点からみると、「生活支援体制整備事業」における協議体とも密接であり、地域づくりの一つと整理できる。

さらに、認知症初期集中支援チームは、認知症総合支援事業の取組として理解されるのが一般的であるが、これも、専門職の連携のためのチームという意味で、在宅医療・介護連携推進事業の取組の一形態と整理できる。また、各地域における認知症カフェや認知症サポーター養成講座は、住民の参加による取組という点では生活支援体制整備事業と地続きといえる。

¹ 地域包括ケアの植木鉢は、「地域包括ケア研究会（座長田中滋慶應義塾大学名誉教授）」において田中座長の原案を元に図案化されたコンセプト図である。コンセプト図は、以下の報告書を参照のこと。三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」（地域包括ケア研究会）、平成27年度老人保健健康増進等事業。

＜4つの構成要素を地域支援事業に対応させる＞



このように、地域支援事業の各事業で典型的に実施される各種の取組の多くが、複数の事業に関連性を持っていることは、行政の現場における縦割りがいかに事業の成功の阻害要因になりうるかを示唆しているともいえるだろう。

(5) 各事業のコーディネーターと戦略の立案

また、このコンセプト図は、コーディネーターの立ち位置の重要性も示唆している。地域支援事業の各事業には、生活支援体制整備事業に生活支援コーディネーター、在宅医療・介護連携推進事業においては、在宅医療・介護連携相談コーディネーター、認知症総合支援事業においては、認知症地域支援推進員などコーディネーター職を配置できる。

事業の具体的な推進には、これらのコーディネーター職と各地域の戦略立案者（一般的には行政・保険者）との連携が不可欠である。また、一つの取組が複数の事業に関連することを前提にすれば、例えば、「認知症カフェ」の取組においては、生活支援コーディネーターと認知症地域支援推進員、そして戦略の立案者である、例えば行政職員の3者が密に連携することが不可欠であることをこのコンセプト図は示している。

また、在宅医療・介護連携推進事業の一部の業務を、地域の専門職団体等に業務委託した場合についても、いわゆる委託先への丸投げは、事業の連動性を阻害するもっとも大きな原因であり、継続的に委託元の行政・保険者が、委託先と連携をとることは、当然不可欠である。さらに、必要に応じて、委託先と各種のコーディネーターや地域ケア会議、地域包括支援センターなどとの連携を確保することが委託元の重要な役割といえる。

第3章 地域支援事業の連動性における戦略立案に向けた視点

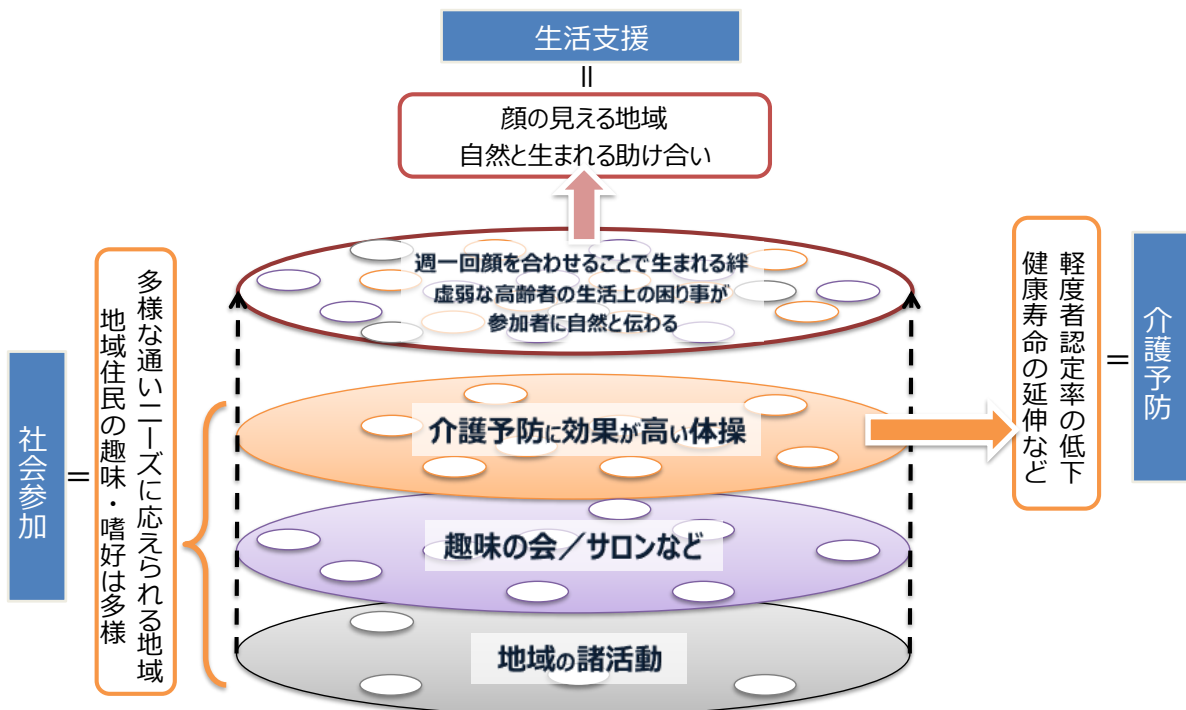
前章で、地域支援事業の取組は、その性質として、複数の事業にまたがるような取組が存在することを指摘した。では、これらの事業が具体的な成果につながっていくためには、どのような戦略（ストーリー）が考えられるのだろうか。

以下では3つの典型的なパターンを解説する。地域支援事業は、地域の実情に合わせて設計される以上、事業間の連動性には、様々な形態があると考えられる。一方で、これまでの事例調査において成果が見られる取組には一定の共通点がある。以下は、有識者の知見や、先進事例の地域における事業担当者へのヒアリングに基づき、現段階で、いずれの地域においても重要と考えられる基本的な連動性の考え方をモデル化して、3つの視点を整理した。

1. 【戦略立案の視点1】社会参加・生活支援・介護予防が相互に連動する

平成27年度の新しい地域支援事業において、重要な点は、「社会参加」「生活支援」「介護予防」を一体的に推進していくという点であった。この考え方をいかにして具体的な地域支援事業の取組に落とし込むかが、成果のみえる地域支援事業に向けて重要になる。

＜社会参加・生活支援・介護予防も連動する＞



(1) 社会参加を通じて生活支援や介護予防の効果が生まれることを期待する

社会参加・生活支援・介護予防の一体的な取組においては、「多様な社会参加の機会を通じて、生活支援に向けた助け合いを生み出し、また介護予防にも資するような取組を期待していく」という姿勢が基本となる。このことは、逆に説明することもできる。「介護予防の効果によって結果的に社会参加ができるような心身状態を作る」とも言え、また「生活支援に取り組むことが結果的に社会参加を促進していく」といったように、双方向的なものといえる。

ただし、社会参加、生活支援、介護予防の連動性は、地域で単一の価値観のもとに、統合的に取り組みを推進するというものとは異なる。社会参加、生活支援、介護予防は、その視点として重複する部分があるものの、完全に3つの要素を満たした地域の活動を目指すことは難しく、また実効性の面でも、現実的ではない。

いずれの地域においても、住民の趣味嗜好は多様であり、常に、住民が同じ考え方をもつことはない。多様な考え方を持つ住民の中で、住民の主体性を重視して地域づくりを進めるのであれば、行政が設計した画一的な取組だけを地域に押し付けても継続性のある取組にはなりえないということが前提である。

実際、地域には、行政が把握していないような自主的な活動が数多く存在している。こうした既存の活動を排除することなく、多様な活動が共存するような形を志向すべきであろう。したがって、地域づくりの戦略は、単一戦略ではなく、複線的・多元的に検討されることが重要である。

その結果、必然的に、複数の取組が同時に展開されるような状況が想定されるため、その際、取組を適切に評価し必要な支援を行うためには、介護予防の担当、生活支援の担当、あるいは生涯教育や市民協働など、地域における多様な社会参加の場に関わる部署が、社会参加・生活支援・介護予防の相互作用を理解した上で連携する、すなわち「多部署連携」が不可欠といえる。

(2) 予防の効果を期待する場合のシナリオ

住民主体の体操教室を展開している場合、体操そのものに効果があることが大前提である。「いきいき百歳体操」など介護予防の効果が実証されているものを選択し、また効果がでる頻度で実施するよう住民に動機づけていくことが重要である。

ただし、実際に成果を得るためには、その参加者に虚弱の高齢者や75歳以上の住民がどの程度含まれているかが一つのポイントとなる。体操教室の展開が軽度認定率の低下につながっている地域は、要支援のボーダーライン上にあるような虚弱高齢者が体操教室に参加していることで成果を出している。

したがって、実際に実施される体操に、心身状態の改善効果があっても、あまりにハードな体操の場合は、虚弱高齢者が参加を敬遠することも懸念され、結果的に、体操がなくても元気に活動している高齢者のみが参加するといったことになってしまう。そうした体操は、民間のスポーツ施設などでも実施されており、一人ひとりの健康づくりの観点では意味があっても、

地域全体における費用対効果（軽度認定率の低減）という点では、大きな効果を期待できない。行政が取り組む以上、虚弱高齢者でも参加できる枠組みを設定することに意味があると考えられる。

（３）通いの場（社会参加）から助け合い（生活支援）が生まれる

８ページの図の通り、地域の多様な通いの場を通じて社会参加が促進されていくと、そのうちの一部の通いの場では、時間とともに助け合いが生まれる場合がある。通いの場の最大の特徴は、「顔なじみの関係」がその場に生まれることである。一週間に一回以上の頻度で実施されるような通いの場では、参加者間に連帯感も生まれやすく、その結果、組織的な活動としてではなくとも、自然発生的に参加者同士で助け合いの活動が始まる場合もある。

少なくとも、こうした週一回の集まりは、地域住民における見守りネットワークとして機能する 경우가多く、介護予防の効果が必ずしも高くなくても、生活支援が生まれることもある。ただし、互助は、参加者一人ひとりの気持ちの動きから生じる結果である以上、互助を生み出すことを最初から目的として住民に働きかけても効果は期待できない。

あくまでも「楽しいから」「やりたいから」といった住民の気持ちをベースに通いの場が作られるのが原則である。その上で、例えば、半年に一回は、地域の高齢者の生活の困りごとなどについて住民に伝える出前講座を行うなど、間接的に行政が動機付けに関わることを通じて、意図しない結果として生活支援や助け合いが生まれるのを待つことが重要である。もちろん、住民側に助け合いの活動を生み出す機運が生まれ、なんらかの支援を行政に求めることがあれば、まさに生活支援体制整備事業や介護予防・生活支援総合事業の出番であり、行政は、住民の主体的な取組を後押しするよう全力で支援することになる。

（４）複数のレイヤーが重なり合って地域を形成する

このように、地域づくりが住民主体を基盤として展開する以上、地域づくり戦略においては、複数のストーリーが並行して動くことを前提としておく必要がある。体操教室の中には、上記に整理したような虚弱高齢者の参加が難しいハードな体操教室が人気を集めることもある。そうした介護予防の観点から効果が低いと思われる活動も、それを選ぶ住民の社会参加にはつながっている。体操はしないが、頻繁に集まる通いの場は、介護予防の観点からは効果が期待できないものの、顔を合わせる機会が多いことで、助け合いが生まれる場合もあり、生活支援や社会参加の観点からは意義が大きい。このように、取組の成果を評価する時にも、社会参加・生活支援・介護予防のすべての要素を満たしているかを見るのではなく、また、逆にいずれか単独の視点で見るのではなく、相互関係や取組の多元性を意識して評価することが重要である。

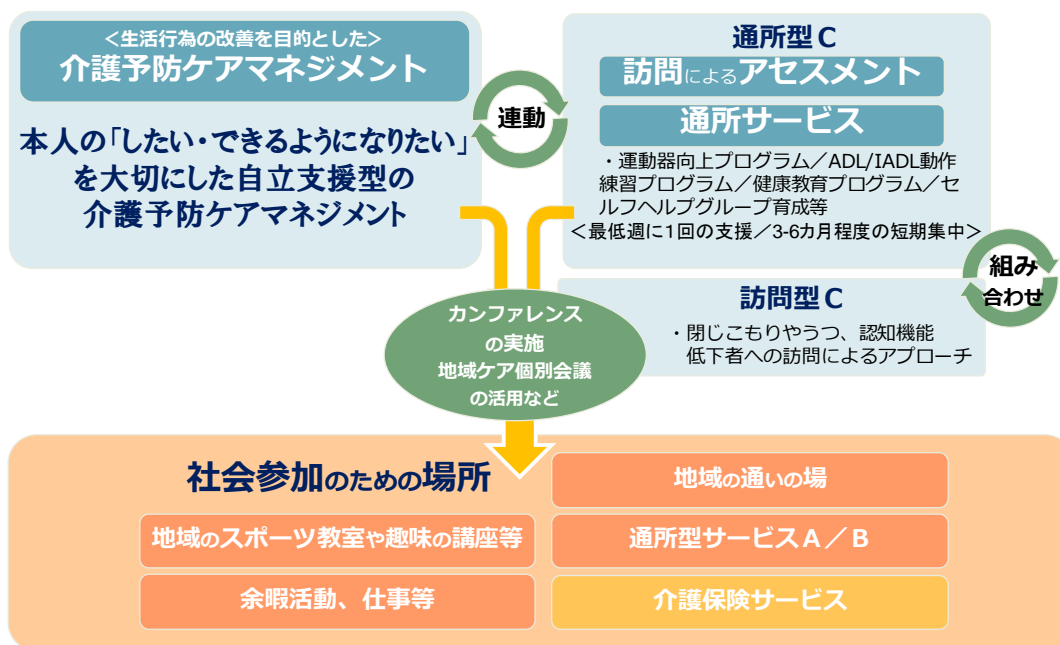
また、確実に介護予防の効果を目指していくためには、体操と効果の関係を「Before-After」のような形態でわかりやすく提示することで、そうした考え方に賛同できる住民の主体的な取組として展開していくことが可能である。

2. 【戦略立案の視点2】短期集中サービス（C型）は連動してはじめて成果がでる

介護予防・日常生活支援総合事業では、介護予防・生活支援サービスとして、従前相当サービス、A型、B型、C型などの取組がモデルとして提示されている。C型は短期集中予防サービスとして位置づけられ、一般的には、専門職による集中的な関わりによって、心身機能の改善を図る取組として整理されている。短期間であっても、リハビリ職等による積極的な介入が行われれば、心身状態が改善することは、いわゆる二次予防事業の頃から実証されている。

ただし、問題となっているのは、プログラムの終了後に、参加者が通う地域の通いの場がなければ、結果的に、短期集中予防サービスで得られた効果を継続することが難しいという点である。

<どのような連動性が期待されているのか？（例示）>



※「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。（通所リハビリテーション注9 留意事項通知[老企第36号 第2の8(12)]より）

出典）三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「新しい総合事業の移行戦略ー地域づくりに向けたロードマップ」（平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

また、プログラムへの参加においては、単にスクリーニングの意味ではなく、プログラムの実効性を高める上でも、アセスメントが不可欠である。短期集中プログラムは、単なる筋力強化プログラムではなく、心身機能の向上を契機とした本人の意欲の向上や動機付けが重要になっている。したがって、それまでの生活や、生活上の可能性を広げるためにも、地域生活における本人の関心や人との関わりなどを含めた本来のアセスメントをどのように実施するのが大きなポイントである。

したがって、プログラム終了後の日常生活へのソフトランディングをどうデザインするのが重要であり、そのため地域における多様な資源の把握は欠かせないものであり、介護予防・日常生活支援総合事業の取組の範囲を越えて、例えば生活支援体制整備事業における通いの場

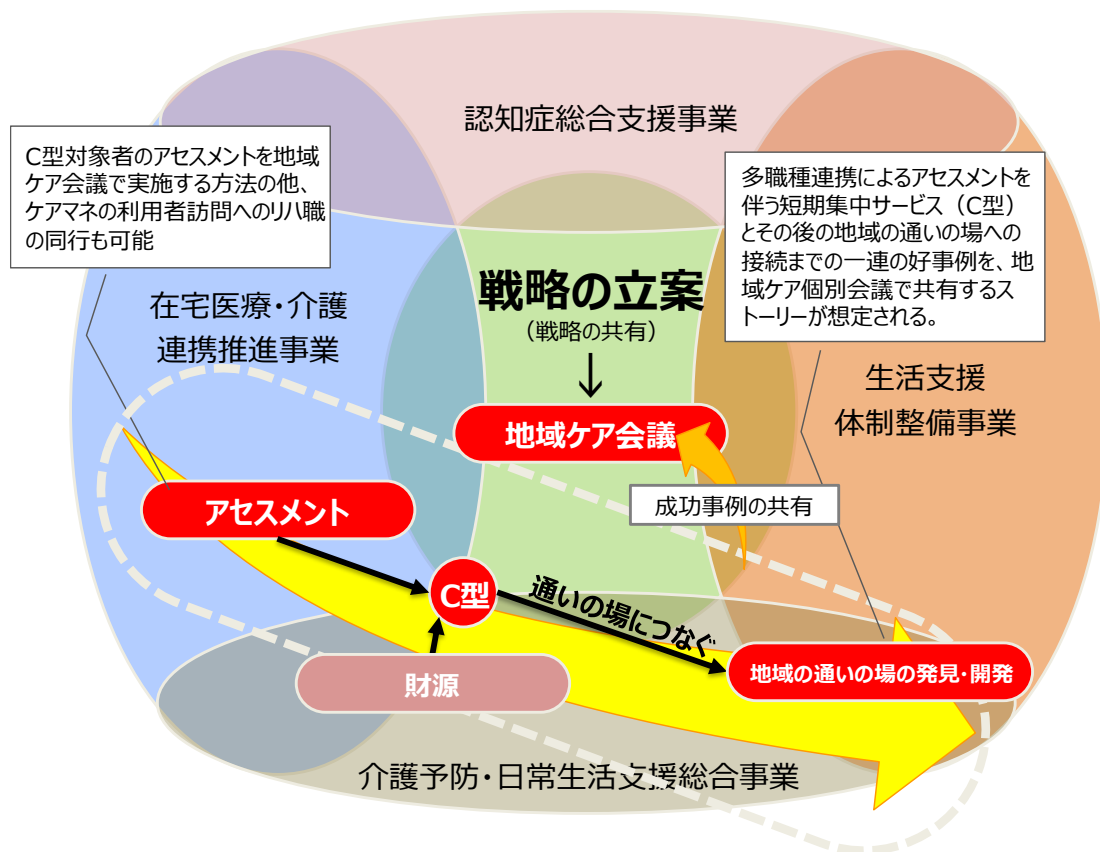
づくりや、生活支援コーディネーターの持つ情報との連動が不可欠である。

短期集中予防サービスは、財源こそ、介護予防・日常生活支援総合事業であるが、心身機能の回復というリハビリテーション機能と、日常生活への復帰に向けた適切なアセスメント、本人の動機づけを意識したケアマネジメント機能など、多職種連携で実現すべき要素が含まれていることから、在宅医療・介護連携推進事業と整理することもできる。

短期集中予防サービスを実施する際に、単に心身機能の回復だけを目的にするのではなく、その後の地域生活を見据えた取組になっていけば、必然的に地域資源の把握が必要になるという意味で、生活支援体制整備事業にもつながっていく取組といえるのである。つまり、「多職種連携」から「地域づくり」につながる両事業の連動性を意識しなければ、実効性の高い短期集中予防サービスを展開することは難しいといえるだろう。

また、短期集中予防サービスにおける「日常生活の回復」というテーマは、ケアマネジメントに共通の課題であることから、ここでの成功事例を地域ケア個別会議で取り上げることで、地域の専門職で日常生活の回復という視点の共有を進めることができるだろう。

<C型は「医療介護連携／地域ケア会議／総合事業／整備事業」の統合ではじめて成果がでる>



3. 【戦略立案の視点3】連動的な地域リハ活動支援事業が地域人材育成につながる

(1) 地域リハビリテーション活動支援事業

戦略立案の視点2では、短期集中予防サービスの効果を高めるための地域づくりへの連動、また、その成功体験を地域に共有・展開するための、地域ケア会議への連動を解説した。この連動性をスムーズかつ一貫性をもって展開するためのツールが、「地域リハビリテーション活動支援事業」である。

地域リハビリテーション活動支援事業は、介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業におけるメニューの一つであり、介護予防や重度化予防などを目的として、地域内の医療機関等に所属するリハビリ職等を派遣するための費用を拠出することができる。対象となるのは、「リハビリテーション職等」とされており、介護予防や重度化予防に資する活動について、看護師や管理栄養士、歯科衛生士などへの支援を行っている事例もある。

国の示している地域リハビリテーション活動支援事業の説明資料には、その活用事例として、通いの場（体操教室）への派遣、地域ケア会議、他の専門職への同行訪問などが典型例として示されており、多くの自治体でこれらのパターンのいずれかが選択されているが、より高い効果を期待するのであれば、これら3つを組み合わせることも検討すべきであろう。

(2) 事業間の連動性のプロセスを専門職自身が追体験できるメリット

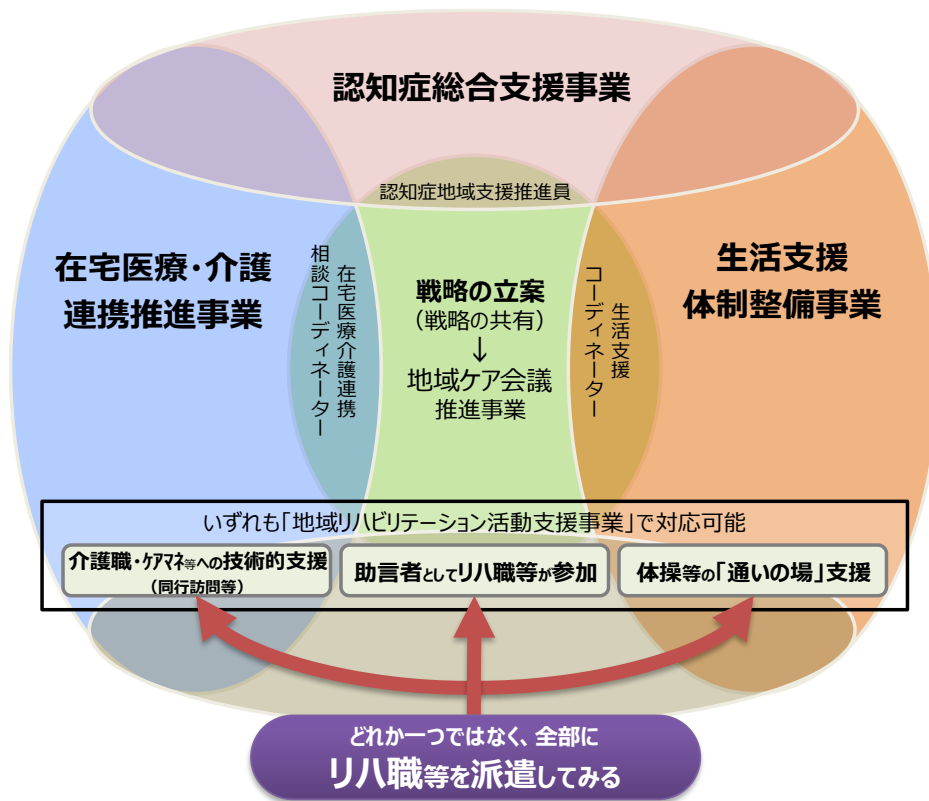
前節で例示した短期集中予防サービスの連動性（在宅医療・介護連携推進事業から介護予防・日常生活支援総合事業を通じて生活支援体制整備事業へつながる流れ）と、地域リハビリテーション活動支援事業の活用事例（14 ページ図参照）を重ね合わせてみると、コンセプト図の上で、両者が一致することがわかる。すなわち、多職種連携に基づく「アセスメント」と体操教室などの地域の「通いの場」への接続、そして、その後の「地域ケア会議」での共有を地域支援事業の連動性として整理したが、同じ連動していく過程を、例えば一人のリハビリ職が追体験することも、地域包括ケアシステムの実践に従事する人材育成の観点から効果的である。

一般的に地域リハビリテーション活動支援事業は、地域ケア会議の助言者や体操教室の支援など、単体の取組にリハビリ職の参加を得るためのツールとして活用されることが多いが、仮に、同一のリハビリ職が、短期集中予防サービスのアセスメントに関わりつつ、通いの場の支援にも参加し、そうした実体験をもとに、地域ケア会議で助言者として活動すれば、そのリハビリ職は、地域支援事業の連動性を追体験していることになる。これにより、リハビリ職を要として事業間を連動させることができる。

このように地域で活躍できる専門職人材を育成することは、地域包括ケアシステムの重要な優先的課題であり、まさに、地域リハビリテーション活動支援事業の活用は、そうした目標に大きく貢献するツールといえるのである。こうした人材育成の観点からの連動性も意識すべき重要なポイントといえる。

もちろん、地域リハビリテーション活動支援事業は一つのツールであり、こうした追体験をリハビリ職に限定する必要はない。地域包括支援センターの職員や行政職員でも、複数の取組に同一の職員や関係者が関わることで、同じような効果が期待できる。実際、こうした視点が意識して、地域包括支援センターの職員が、地域ケア会議にも、通いの場づくりに向けた働きかけにも、参画している地域もある。

＜「地域リハビリテーション活動支援事業」の連動性を高める＞



第4章 戦略をどのように組み立てるのか

ここまで見てきたような、地域支援事業の基本的な戦略は、どのように形成されるのだろうか。すでに触れたように、前章で整理した戦略の視点は、あくまで典型例であり、そのストーリーは地域によって異なる。したがって実際の取組のあり方などは、そのままコピーするのではなく、それぞれの地域の実情や、これまでの取組の経緯や蓄積に基づいて考える以外にはない。そのための戦略はいかにして組み立てられるのだろうか。

1. 「個別支援の視点」と「地域全体の視点」を行き来しながら形成される戦略

いわゆる先進地域においても、行政の担当者は試行錯誤の末に、取組を進捗させており、取組の初期段階から「成功が約束された戦略」を立案できていたわけではない。むしろ、先進地域の戦略といわれるものの多くは、各地域の「試行錯誤の足跡」ともいえる。

ただし、地域支援事業で具体的な成果をあげつつある戦略には、共通した視点がある。それは、「個別支援の視点」と、「地域全体の視点」を行き来して形成されるという点である。

(1) 個別支援の視点＜定性的な情報＞

地域包括支援センターには、介護予防支援や総合相談を通じて蓄積されている個別支援の経験や実績が蓄積されている。また、地域ケア個別会議やケース検討会などを通じて積み上げている個別支援の蓄積もあるだろう。

こうした個別支援から浮かび上がる専門職の現場感覚ともいうべき情報は、地域支援事業に欠かせない情報源であるが、この情報だけでは、客観性に乏しく、またある対象者にとっては有効な情報でも、個別性が高く、普遍化できないという場合もあるだろう。

ただし、地域包括支援センターに配属されている専門職は、日常的にこうした個別支援ケースと接していることから、地域に共通する課題や不足している資源、あるいは多職種間の連携で課題となっている点について、定量的ではないにしても、定性的な情報として把握していることが多い。また、少なくとも、地域において解決しなければならないボトルネックがどこにあるのかを知っているとはいえるだろう。

(2) 地域全体の視点＜定量的な情報＞

一方で、地域全体の改善という点では、客観的な数値をもとにした改善のモニタリングも重要な情報源である。国保データベース（KDB）や保険者が保有するレセプトデータ及び要介護認定データなどは、地域全体の取組の成果指標をモニタリングするのに有効である。また、地域全体で取り組む以上、費用対効果は無視できない。一人当たりの利用量などの分析も欠かせないだろう。

こうした地域全体の定量的な情報の分析は、保険者が施策として戦略を立案する以上、避けて通れないといえる。特に、市町村の規模が大きくなればなるほど、個別支援による定性的な情報は、全体のごく一部の情報となり、全体像を俯瞰することが難しくなる。

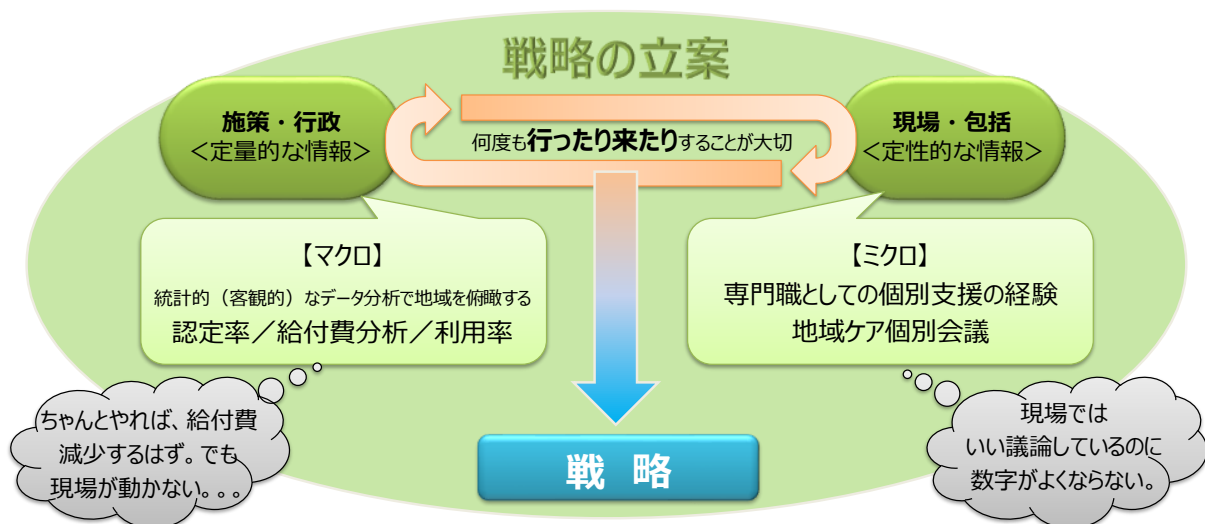
他方で、定量的なデータで示される特徴は、それが単なる特徴なのか、解決すべき課題なのかを示してくれない。多くの場合、定量的なデータが示す姿は、様々な地域の要因が複雑に絡み合った結果として示されているため、その数値だけをコントロールしようとしても、成果を得ることはできない。あるいは、無理に成果を得ようとするれば、様々な副作用が生じ、本来の目的と異なる別の課題を生み出してしまう場合もあるだろう。

(3) 行き来しながら、戦略をブラッシュアップする

したがって、具体的な戦略の立案には、定性的な情報と定量的な情報の双方を行き来しながら進めていく以外にはないだろう。

まずは、個別支援の経験、及びその積み重ねから見えてくる課題意識から着想して、地域課題についての仮説と、その対策を立案していくという流れが考えられる。一方で、そうした着想は、個別性が高い側面もあるため、取組を進めていく中で、施策が地域全体にとって、効果がでているのかといったことを定量的な情報で確認することも必要になる。また、個別にみると意義がある取組であっても、地域全体でみると効果が低ければ、取組の改善が必要なサインでもある。行政職は、常に費用対効果を求められる立場にある以上、地域全体での成果も視野にいれながら、個別の成果を求めていく取組が大切である。

<戦略は、どう生まれるのか？>



(4) 「定性」「定量」の行き来には組織間の連携がカギ

こうした定性的な情報と定量的な情報の行き来を繰り返すためには、市町村の内部での協働も不可欠である。定性的な情報は、地域包括支援センターの職員等が日常業務の積み上げとして把握していることが多いが、一方で、地域のデータ分析などは、介護保険の所管課が保有している場合が多い。そのため、現場を把握している包括とマクロデータで地域全体を把握している行政が、両輪として戦略を立案するのが、一つの理想的なあり方と言える。

また、ヘルス関連のデータについては、国保データベース（KDB）が活用できるが、こうしたデータも地域包括支援センターの持つ経験の積み上げと連動させることで初めて具体的な施策につながっていく。データそのものは、単に地域の状況を客観的に表しているに過ぎないことから、データを活用するには、ベースとなる「なぜ？」という「問い」が不可欠になる。こうした視点は、地域における具体的な支援の経験から抽出されることを前提に、組織間の連動を確保することが重要である。

2. 誰が戦略を立案するのか

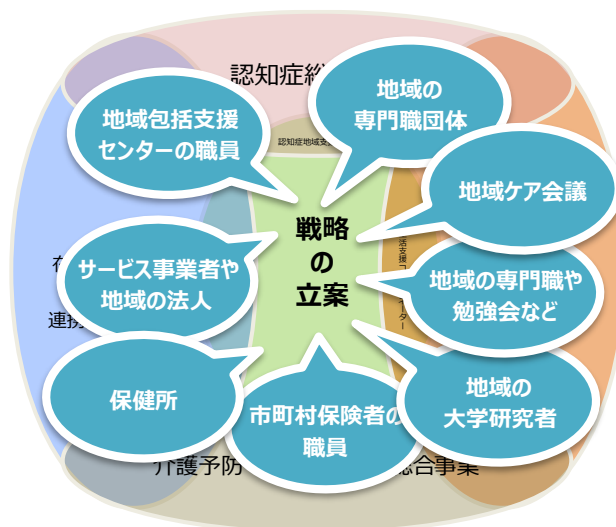
(1) 地域のすべての人に可能性がある

このような「戦略の立案」を誰が担うのかは、それぞれの地域によって異なる。行政が中心となって戦略立案することが一般的であるが、個別支援と地域づくりの二つの機能を兼ね備えている地域包括支援センターが中核となる場合や、介護サービス事業者連絡会などを活用して、行政とサービス事業者の協働で立案される場合もあるだろう。

また、入退院支援などの取組は、広域の医療機関との調整が必要となる場合も多いため、市町村保険者と都道府県、あるいは保健所が協働することもある。

さらにデータ分析やワークショップにおけるファシリテーションなども含め、行政以外の専門家の力を活用した手法として、地域に根差した大学等の研究職、あるいは研究機関との協働もあるだろう。

＜戦略は、誰がする？＞



(2) 地域ケア会議が戦略立案できるのか

現在、各地域において地域ケア会議が実施されている。地域ケア会議には多様な機能が期待されており、地域づくりや資源開発、ネットワークの構築機能だけでなく、地域課題の発見機能や政策形成機能も期待されている。したがって、戦略立案については、地域ケア会議が担うことも想定できる。しかしながら、参加している専門職が地域ケア会議に慣れて、会議を円滑に運用できるようになるまでに、一定の時間を要しているのが実態である。

いわゆる先進的な地域ケア会議を運営しているといわれる自治体でも、地域ケア会議を、地域の専門職とケアの考え方を共有する「学びの場」として位置づける場合が少なくない。とはいえ、地域ケア会議における参加者の議論を通じて、開催者側が地域課題に気づくといった場合ももちろんあり、地域ケア会議が戦略立案においても重要な役割を果たす場合があるが、自律的に戦略を立案するには相当の練度を必要とするだろう。

(3) 小規模自治体の強みを生かす

人口規模の小さい自治体では、地域支援事業の行政担当者が1名しか配置されておらず、また地域支援事業以外の介護保険の運営に関する事務担当も兼務していることが多い。担当者が少ない以上、実施できる取組量にも限度があることから、複数の事業を連動させてデザインしていくスタイルは、小規模自治体としては、有利な手法といえる。

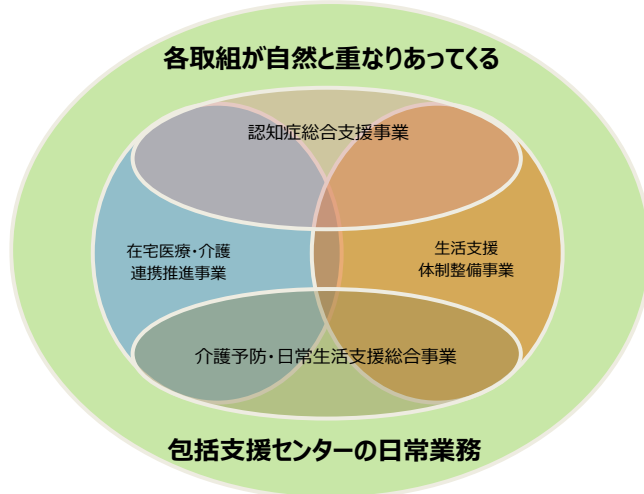
また、地域包括支援センターが1か所だけの地域も多く、こうした地域では、地域関係者の数も限られており、顔の見える関係が特別な取組がなくても成立している場合も少なくない。地域支援事業の多くは、地域の多種多様な関係者との調整や協働によって生まれていることを考えると、その数が限られていることは、有利な面もある。

実際、地域包括支援センターを直営で運営する小規模自治体では、障害や母子など、いわゆる福祉行政に関する相談機関がワンストップとなっている場合も多く、取組を分野や事業で縦割りにするメリットはない。行政内の関係者の数も限られていることから、特に、戦略立案の

<地域ケア会議が戦略立案できるのか？>



<小規模自治体の強みを生かす>



ための会議を開催しなくても、日常業務における相談対応などを積み上げていくことで戦略の立案につながることも少なくないだろう。

第5章 事例にみる地域支援事業の連動性

1. 奈良県生駒市

(1) 連動その1

当初、生駒市は、短期集中予防サービス（C型）の取組で注目されてきた。しかし、地域ケア会議でC型の実績を積み上げる中で、プログラムを終了し元気になった高齢者の「通いの場」の必要性が共有されるようになり、一般介護予防事業を充実することにつながった。その一つである体操教室において住民同士のつながりが生まれ、助け合いが自然発生している。

①地域ケア会議や短期集中介護予防の蓄積から、通いの場の必要性を共有

生駒市では、C型利用者を対象に地域ケア会議を開催することで、サービスの実効性を高める取組としていたが、設定した目標を達成し、短期間に利用を終えていく人が増える中、状態を維持するためにプログラム終了後も自分で継続できる通いの場の必要性を関係者間で共有してきた。そうした課題意識を持ちながら、時間をかけつつ次の発展につなげる方法を関係者で模索した。

地域包括支援センターの職員からの提案で、自治会、民生委員、老人クラブ、包括、市で、他市の通いの場づくりを視察し、思いを共有したことで「身軽・気軽・手軽」に開催できる「いきいき百歳体操」教室の啓発を積極的に進めることとなり、その結果、開催箇所が急激に増加することとなった。

地域ケア会議を通じて高齢者のニーズが多様であることを理解していたこともあり、一般介護予防事業を、前期高齢者には動機付けを、後期高齢者には社会参加、体力の維持など、目的を明確に分け、対象者が選択できるよう計8種類を展開している。

②いきいき百歳体操から住民同士の助け合いが自然発生

いきいき百歳体操の場は、地域の助け合いを生み出している。市が助け合うことを意識的に働きかけているというよりも、定期的な通いの場への参加を通じて、自然発生的に活動の参加者同士で助け合う状況が生まれつつある。欠席者がいると帰りに自宅によって安否確認したり、買い物や通院に困っていれば参加者同士で助けるといった互助による生活支援が生まれている。

(2) 連動その2

①C型による認知症支援等から、認知症の初期段階の適切な支援の必要性を把握

C型の参加者の中には、軽度または初期の認知症と思われるケースが含まれており、地域ケア会議での議論の中で、こうした軽度・初期の認知症の人に対する適切な対応が不十分との認識に至った。一方、医療介護従事者向けのアンケート等では、認知症の人への対応方法に思い

悩んでいるという回答が多く挙げられており、軽度・初期段階の認知症の人への適切な支援の必要性が認識された。

②専門職向けの対応事例集・マニュアルを作成、住民による「認知症支え隊」を発足

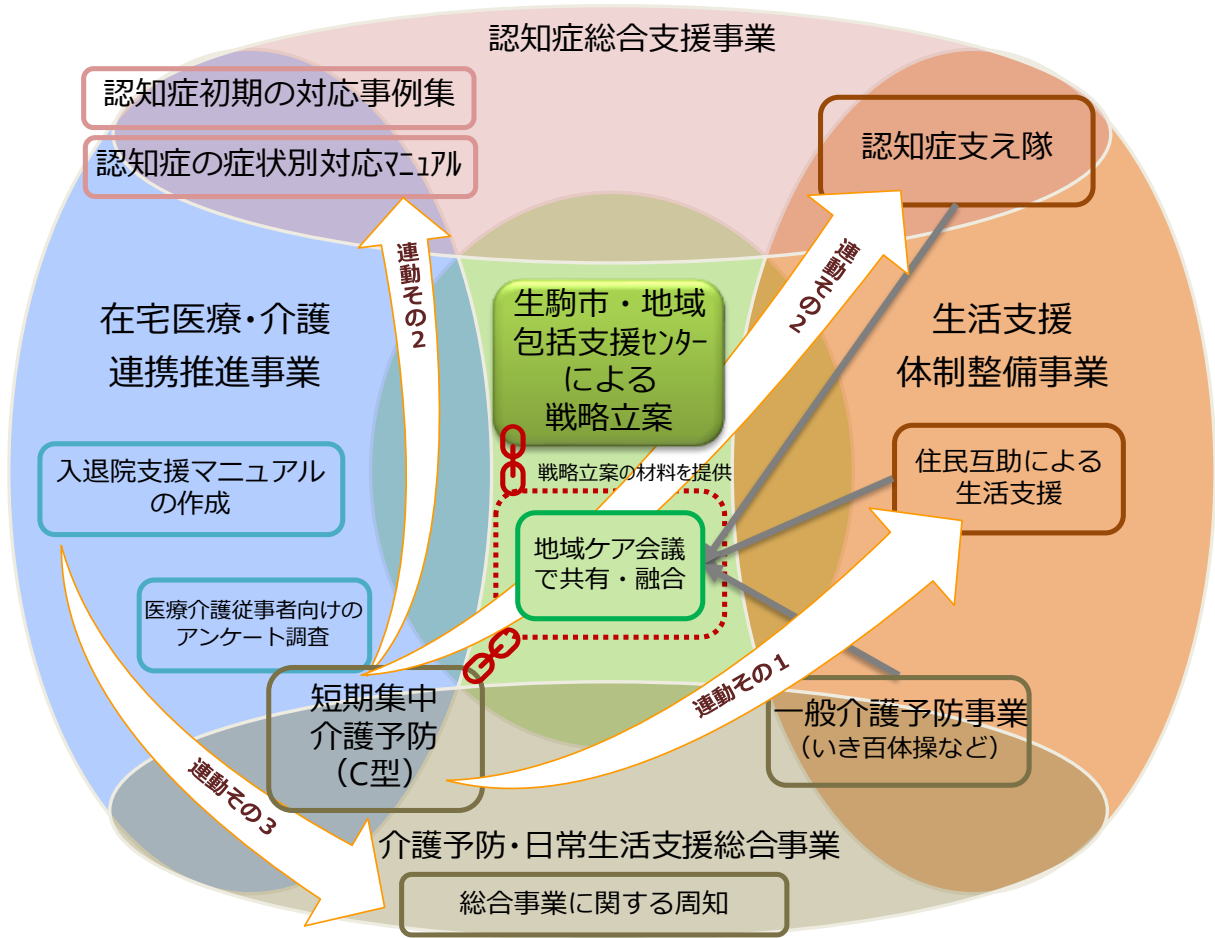
こうした流れを受けて、医療介護連携ネットワーク協議会の中の認知症対策部会で、医療職・介護職向けの認知症初期段階の対応事例集を作成した。また、地域包括支援センターの部会では、認知症の症状別（初期・中期・終末期）の対応マニュアル作成会議を継続的に開催している（介護予防・日常生活支援総合事業から、地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進事業を経て、認知症総合支援事業に連動）。

さらに、地域ケア会議で議論する中で、サロンに行きたい認知症の人を住民レベルで支えられないかとの思いが生まれ、認知症支え隊養成講座開始後、「認知症支え隊」が立ち上がった（介護予防・日常生活支援総合事業から、地域ケア会議を経て、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業に連動）。

（3）連動その3

在宅医療・介護連携推進事業の取組として入退院支援マニュアルを作成するプロセスにおいて、退院患者が利用できる資源として介護予防・日常生活支援総合事業の取組（一般介護予防事業・短期集中C型など）が十分知られていないことが明らかになったため、入退院支援マニュアルの作成プロセスにおいて、医療介護従事者に各種のプログラムについて紹介を行うといった取組を行った。

<奈良県生駒市における地域支援事業の連動性>



2. 鹿児島県肝付町

(1) 連動その1

①住民の話し合いの場で、地域ケア会議などから把握された地域課題をインプット

肝付町では、地域特性や住民の意向に応じて、話し合いの場づくり、通いの場づくり（結いの家）、介護予防の啓発など、多様なアプローチで地域づくりを展開している。

肝付町の取組において重視しているのは地域課題に関する「啓発」である。関心をもった住民に勉強の機会を提供することで、参加者は地域のことが気にかかるようになり、能動的な動き（住民活動）につながると考えている。

住民の話し合いの場の一つとして実施しているのが、6小学校区で開催している地域ネットワーク会議で、地域で起きていることを自分事として考えてもらうきっかけとしている。この会議では、町の地域ケア会議で把握された地域課題をインプットしており、疾病状況や介護保険財政と自分たちの生活を結び付けて考えてもらう働きかけをしている。

②地域づくりにより生まれた住民活動を、地域ケア会議などで地域資源として活用

地域づくりの活動の中で、配食活動や子育て支援などの住民活動が生まれてきており、地域ケア会議などで地域資源として活用されている。

(2) 連動その2

①地域ケア会議で把握された課題が多職種意見交換会を通じて認知症関連の取組に発展

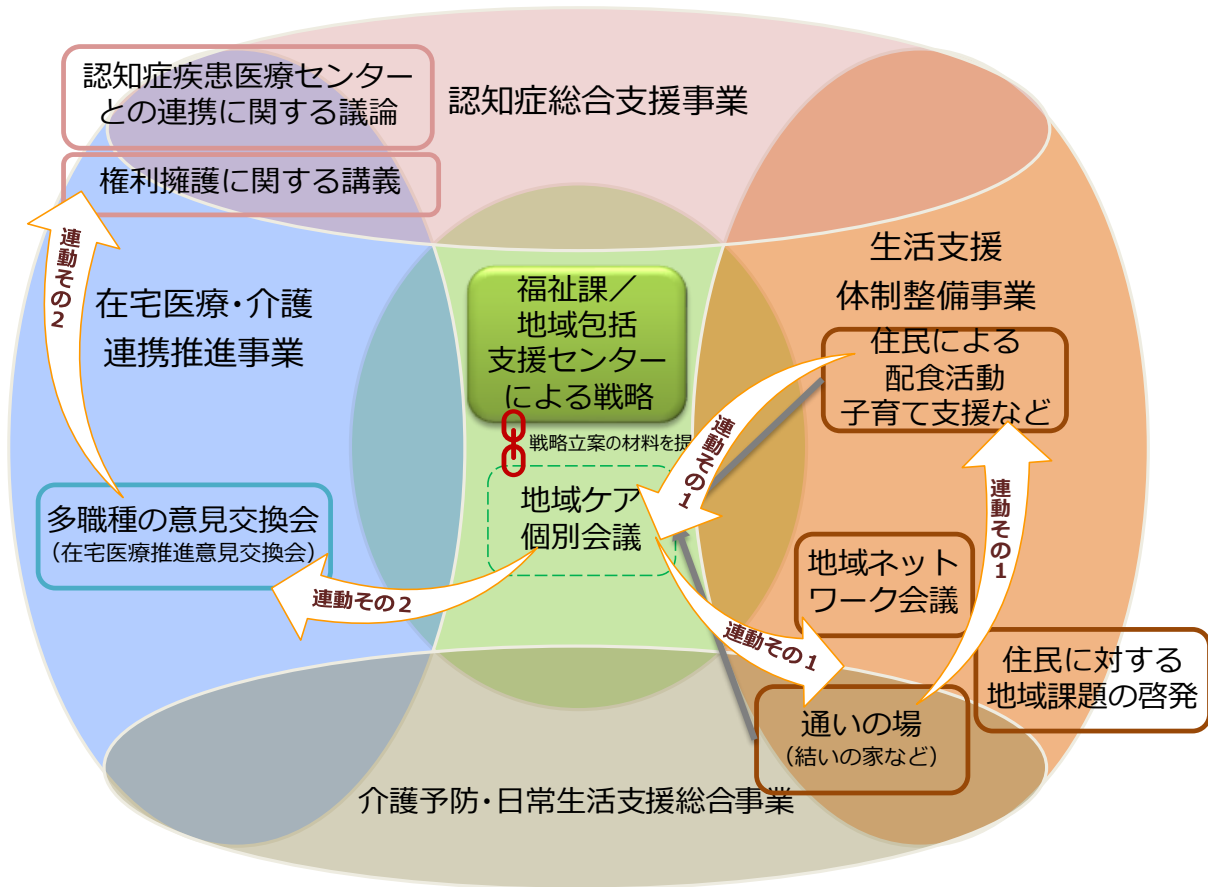
多職種の関係づくりの場である「在宅医療推進意見交換会」の場に対し、地域ケア会議で把握された課題をインプットしている。

地域ケア会議で検討している処遇困難ケースでは単身の人が多いことを意見交換会で紹介したところ、医師から、単身の人への医療提供における課題が指摘され、権利擁護に関する講義や認知症患者医療センターとの連携のあり方に関する議論につながった。

②多職種意見交換会からの問題提起で65歳以下のケース検討を行う地域ケア会議を立ち上げ

「在宅医療推進意見交換会」において、特定健診の担当部門から、第2号被保険者の発症が多いという問題提起があった。それを受けて、第2号被保険者の計画作成や連携に課題があるのではないかという意見が出たことを受けて、新たな地域ケア会議として「65歳以下ケース会議」を立ち上げた。

<鹿児島県肝付町における地域支援事業の連動性>



3. 大阪府寝屋川市

(1) アセスメント機能をあえて地域ケア会議から分離

①アセスメント機能を地域ケア会議で実施

大阪府寝屋川市では、短期集中予防サービス（C型）や従前相当サービスの利用にあたって、地域ケア個別会議を連動させアセスメントに活用してきた。基本的に従前相当サービスやC型を利用する場合は、地域ケア会議でのアセスメントを踏まえて利用するという原則を設定し、自立支援の考え方について地域ケア会議を通じて浸透させ、実際のサービス利用に連動させようと企図していた。いわば、介護予防・日常生活支援総合事業と地域ケア会議を連動させていたともいえる。

しかし、実際には、会議の運営そのものを軌道に乗せるのに時間を要し、そうした十分な機能を果たすことは難しかった。また、現場を見ていない助言者が地域ケア会議で説得力のあるコメントをすることは難しく、更に、地域ケア会議の開催頻度の都合から、会議にかかる段階ではすでにサービス利用が始まっている場合も多く、アセスメント結果から、サービス利用を変更するのも難しいという問題があった。

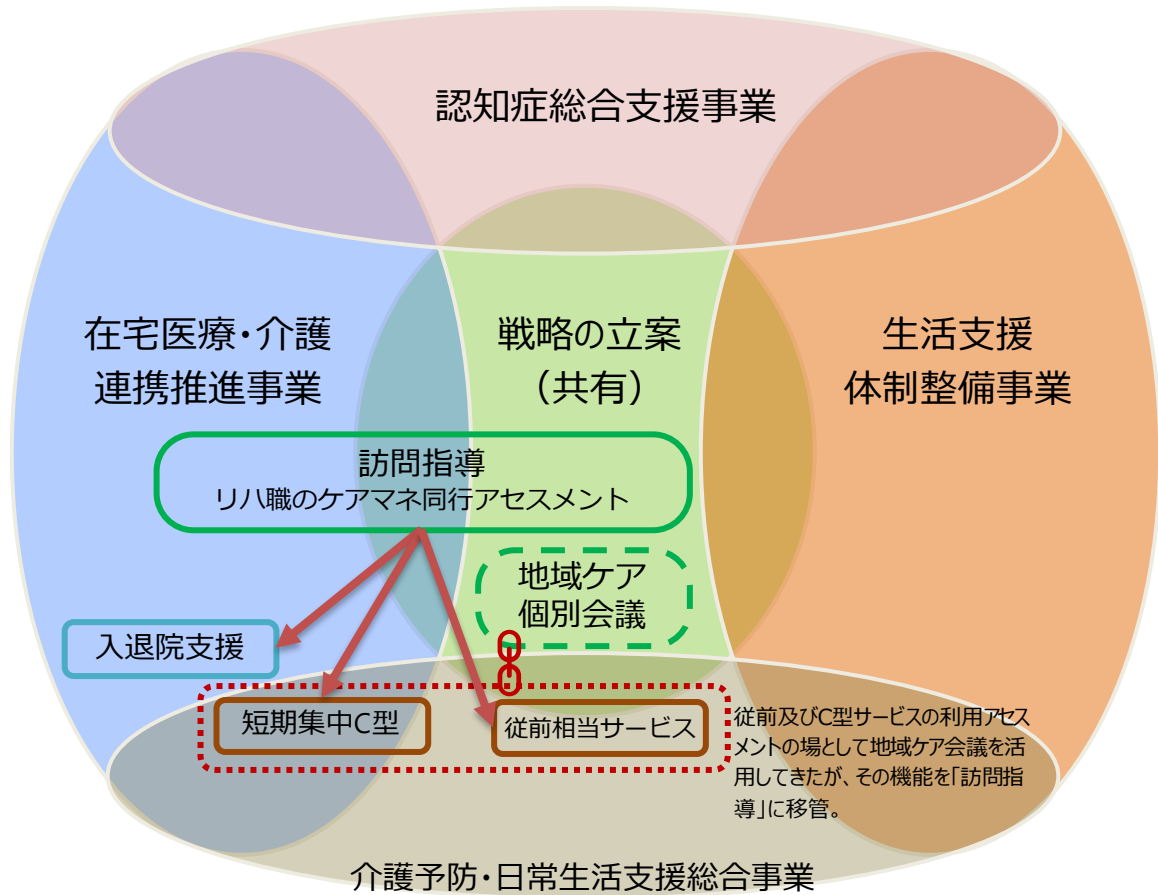
②アセスメント機能を「訪問指導」に移管地域ケア会議で実施

そこで、寝屋川市は、C型のアセスメント機能を、地域ケア会議から一旦分離し、リハビリ職による訪問指導で実施することとした。サービス利用開始前のケアマネジャーによる初回訪問の際に、リハビリ職が同行し、現場で実際の利用者をアセスメントし助言することとした。実際のサービス利用開始前の助言ということもあり、本人や家族も受け入れやすく、リハビリ職が居住環境の改善に向けた助言を行うだけで、そのままサービスを利用しないというケースもあったという。また、費用面では、地域ケア会議に活用していた地域リハビリテーション活動支援事業を、訪問指導の報酬に切り替えることで対応している。

③地域ケア会議の役割

訪問指導の導入により、具体的なサービス利用のアセスメント機能は地域ケア会議から分離されたものの、会議そのものは継続しており、むしろ地域専門職の学びの場として再定義されている。また、今後は、在宅医療・介護連携推進事業の入退院支援の中で、訪問指導が積極的な役割を果たすことも期待されている。

<大阪府寝屋川市における地域支援事業の連動性>



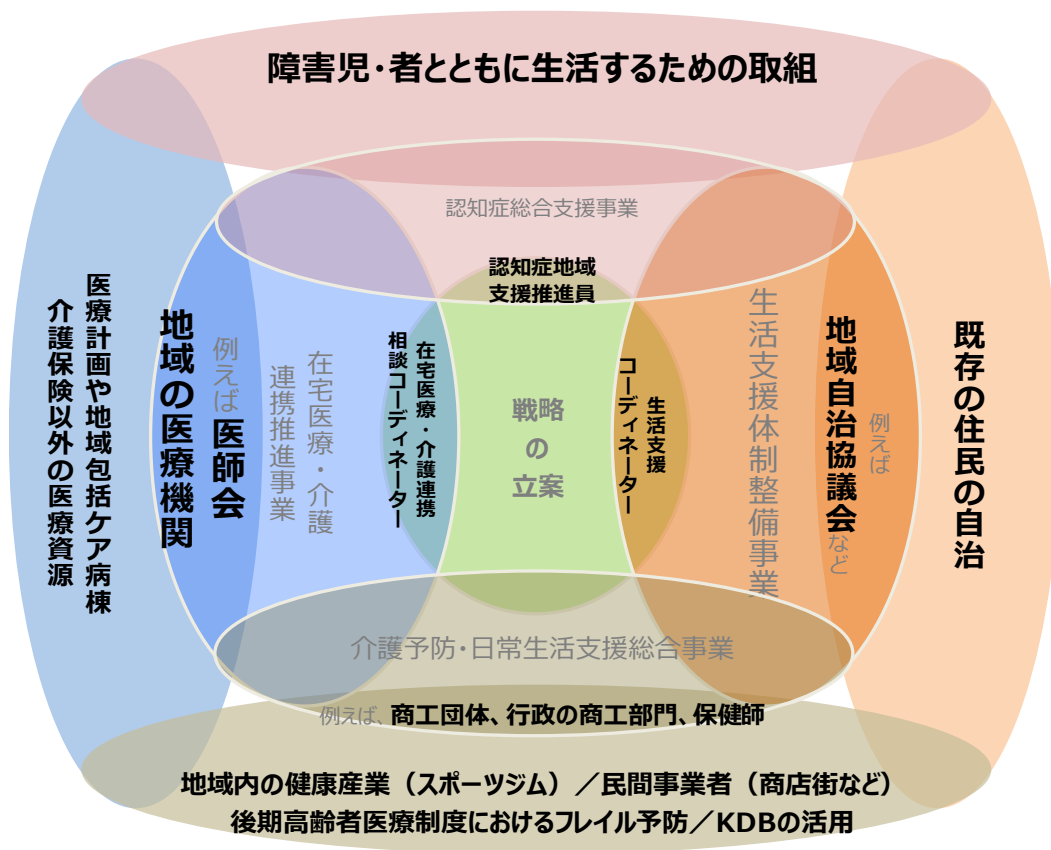
第6章 地域共生社会における地域支援事業

1. 地域共生社会を見据える

現在、国は、2040年の社会を見据え「地域共生社会」に向けた取り組みを推進している。地域共生社会では、対象者は高齢者のみならず、障害のある人や子育て中の人も含め、地域住民のすべてを対象としたいわば社会的包摂を目指した動きである。

現在の地域支援事業の一般介護予防事業も、一定の制約のある中とはいえ、高齢者以外の住民が参加している通いの場づくりも支援対象とするなど、地域共生社会を意識した設計がなされている。

＜地域共生社会を見据えた地域支援事業の姿＞



現在の地域支援事業のコンセプト図は、その内容が基本的には高齢者を中心とした建付けになっているが、それぞれの取組の範囲を拡張すれば、高齢者以外の地域住民を包摂する取組になることが、上図からも理解できる。

そもそも社会参加をはじめとする地域づくりは、高齢者分野に限定した活動の方が特殊であり、一般的には住民自治として、多様な課題を対象として活動している。伝統的な町内会だけでなく、地域自治協議会などのように一定の組織化がなされた住民主体の活動も一部の地域では活発である。

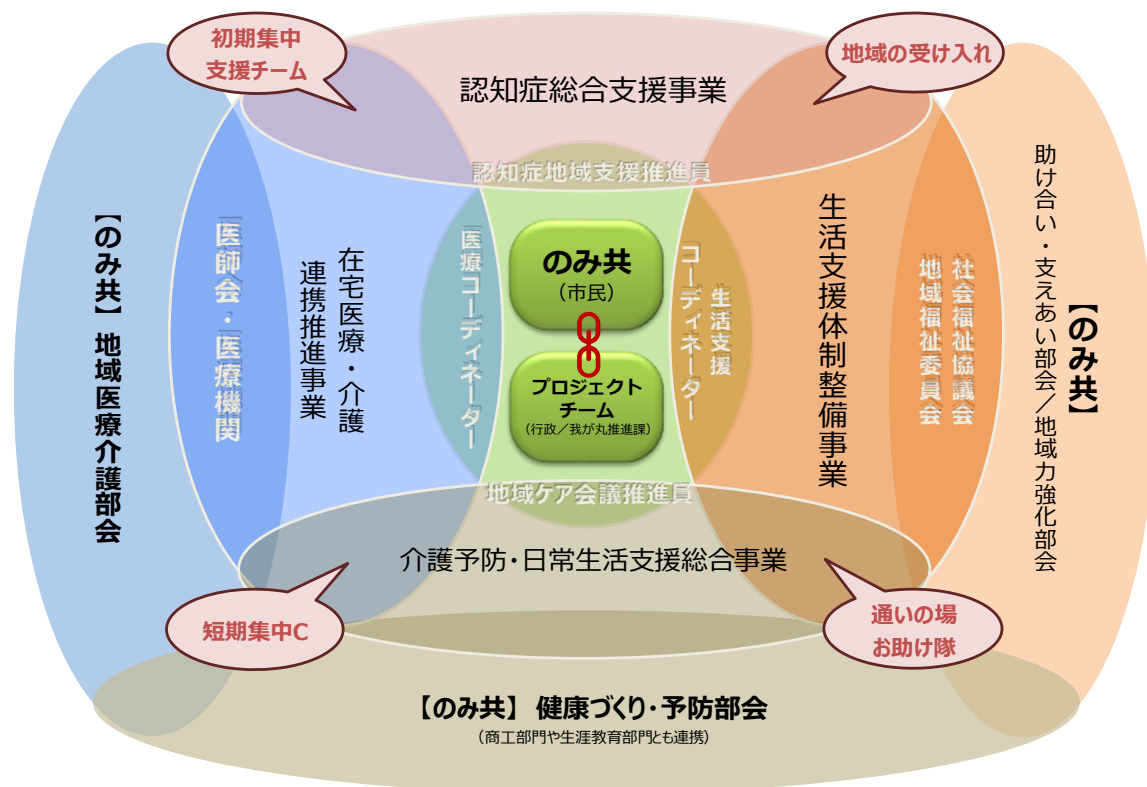
また、在宅医療・介護連携推進事業の範囲は、狭義には、入退院支援や緊急時の対応等の地域支援事業の範囲に収まるが、地域医療構想との関係や地域内においても地域包括ケア病棟等の連携など、介護保険の範囲を越えた連動性が不可欠である。また、介護予防・日常生活支援総合事業の範囲をさらに拡張すれば、スポーツジムなどの健康増進サービスとの連携や民間の商工業者との連動も視野に入ってくる。さらに、介護保険の外にある国民健康保険における保健関連の各種事業や、KDB などとの連携も想定される。

地域支援事業では、認知症の人に対する支援とされているものの、この考え方は、障害児・者とともに地域で暮らす取組とつながっているだろう。今後は、現在の高齢者を中心とした地域支援事業をうまく活用しつつ、全世代・全対象者型の地域の仕組みを作っていくことが必要である。

2. 石川県能美市の取組

石川県能美市は、地域支援事業の枠組みをうまく活用しつつ、取組としては、地域共生社会型の地域づくりにつなげている好事例といえるだろう。能美市では、戦略立案の中核として、「地域包括支援体制推進協議体」、通称「のみ共（とも）」と呼ばれる地域関係者の組織と、行政内に設置された「我が事丸ごと推進課」が戦略立案の中核となりつつ、地域の多種多様な関係者の参加を得た地域ぐるみの取組を進めている。「のみ共」には、地域力強化部会や健康づくり予防部会といった5つの部会が設置されており、これらは、地域支援事業の各事業とも整合した設計になっている。（詳細は、本報告書第2部第2章を参照されたい）

<能美市の取組のコンセプト図>



介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業など、地域支援事業の各種ツールは可能な限り活用しつつも、対象を高齢者に限定せず、地域住民全体を対象とした取組としている点が最大の特徴である。

また、地域の多様な団体と円滑に協働するには、市役所内部の縦割りを地域に持ち出さないことが極めて重要になる。我が事丸ごと推進室が全体調整の事務局機能を果たす一方で、副市長をチーム長としたプロジェクトチームがこうした行政内の協働体制を担保しているといえる。

第2部 本事業の構成と実施結果

第1章 本調査研究事業の実施概要

1. 調査の背景と目的

平成27年度から再編された地域支援事業は、地域包括ケアシステムを各保険者・市町村で具体的に構築していくための基本的なツールであり、地域支援事業の各施策を一体的に展開しながら、地域を包括的に支援していくことが強く求められている。

しかしながら、各自治体では、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業の各事業（在宅・医療介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業など）を個別の事業として理解し、担当者を分けて取り組む傾向がある。

本来、地域包括ケアシステムで支援を受ける住民は、事業ごとに分かれているわけではなく、それぞれの事業が有機的に関連づけられ、一体的な支援体制となっはじめて地域生活の継続性を確保できるものであると考えれば、地域支援事業の連動性は、きわめて重要なコンセプトであるといえる。

たとえば、認知症総合支援事業における地域づくりによる認知症者の支援や認知症初期集中支援事業は、認知症者を支えるための地域資源が発見・活用・育成されている（つまり、生活支援体制整備が進んでいる）環境の中で高い効果を生み出す。また、在宅医療・介護連携推進事業も、地域における生活支援体制の構築が進む中で、より専門職が「専門職にしかできない業務に集中すること」を可能にするといったことが想定される。いわば各事業間に存在する連動性や、ストーリーが重要になる。他方で、国や都道府県の事例集や研修会は、事業ごとの単位でされることが多く、縦割り型の情報提供が、各事業間の有機的な連動性を阻害している側面もあると考えられる。

そこで、本事業では、地域支援事業の各事業（介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業等）等を効果的に連動させて実施している市町村・保険者の手法や実態を調査し、そのノウハウを好事例として示しつつ、「連動性」のコンセプトを理解しやすい形で伝達するための資料・素材を作成し、市町村・保険者に普及させることを目的として実施した。

2. 本調査研究事業の全体像

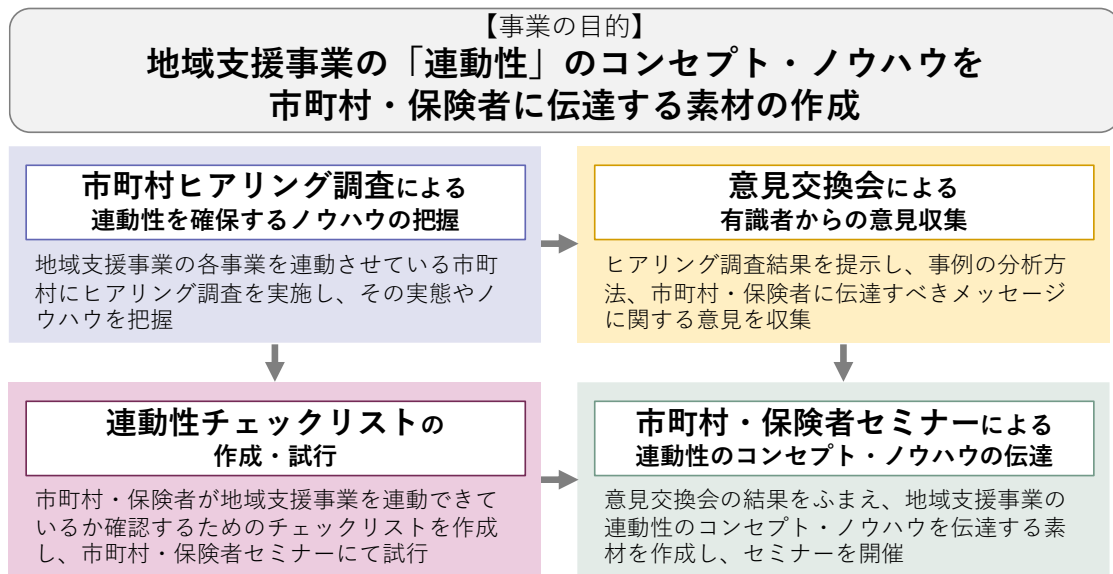
(1) 全体構成

本事業では、地域支援事業を連動させている市町村を対象にヒアリング調査を行い、その実態や、連動性を確保するための職員の意識や取組について把握した。有識者から構成される意見交換会を開催して、ヒアリング調査結果を提示し、各事例の捉え方や、地域支援事業の連動性について市町村・保険者に伝達すべきメッセージに関する意見収集を行った。

これらの結果をふまえ、地域支援事業の連動性のコンセプトやノウハウを伝達するための素材を作成し、市町村・保険者を対象としたセミナーを開催した。

また、ヒアリング調査結果をふまえて、市町村や保険者が、地域支援事業を連動できているか確認するためのチェックリストを作成し、市町村・保険者セミナーの参加者を対象に試行的に実施した。

図表 2-1 全体構成



(2) 実施スケジュール

本事業の実施スケジュールは、以下の通りである。

図表 2-2 実施スケジュール

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
(1)市町村ヒアリング調査										
・対象者の選定										
・調査の実施										
・調査結果のとりまとめ										
(2)連動性チェックリスト										
・チェックリストの作成										
・チェックリストの試行・集計										
(3)意見交換会										
・開催準備										
・開催							★			
・開催後の意見収集										
(4)市町村・保険者セミナー										
・企画										
・開催準備、参加者募集										
・開催										★

3. 各調査の概要

(1) 市町村ヒアリング調査

①目的

地域支援事業を連動させている市町村の実態やその手法を把握するため、地域支援事業の目的を意識しつつ、各事業を効果的に連動させて実施している市町村を対象に、ヒアリング調査を実施した。

②調査対象・調査方法・調査時期

以下の市町村を調査対象として、実施した。

○地域支援事業の各事業（介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業等）を連動させながら（もしくは一体的に）実施している市町村

○地域支援事業とその他の事業（住民自治、生涯学習、商工関係など）を連動させながら（もしくは一体的に）実施している市町村

プレヒアリングとして、3件のヒアリングを実施した後、課題認識や調査内容の再整理を行い、6件のヒアリングを実施した。いずれも訪問による聞き取りにて実施した。

図表 2-3 ヒアリング調査の調査対象・調査時期

調査対象	実施時期
秋田県小坂町*	平成 30 年 8 月 7 日
宮城県大崎市*	平成 30 年 8 月 8 日
横浜市戸塚区*	平成 30 年 8 月 30 日
兵庫県洲本市	平成 30 年 9 月 12 日
富山県南砺市	平成 30 年 10 月 3 日
奈良県生駒市	平成 30 年 11 月 9 日
鹿児島県肝付町	平成 30 年 12 月 7 日
大阪府寝屋川市	平成 30 年 12 月 7 日
石川県能美市	平成 31 年 1 月 9 日

*は、プレヒアリング調査として実施

③調査内容

ヒアリングの調査内容は、以下の通りとした。

図表 2-4 ヒアリング調査の調査内容

各事業の連動性の実態とその効果	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業の各事業間における、地域資源に関する情報共有や活用状況、その効果 ・地域支援事業の各事業間における、課題認識の共有状況、その効果 ・地域支援事業とその他の施策の連動状況、その効果 / 等
連動のための仕掛け	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援コーディネーター、在宅医療・介護連携相談コーディネーター、認知症地域支援推進員の活動状況 ・地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況 / 等
職員体制等	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業の各事業における人員配置の状況(部署・専門職の配置) ・マネジメント方法(主担当の部署・主担当者) ・担当者間の情報共有方法や頻度 / 等

(2) 意見交換会

①目的

ヒアリング調査を実施した各事例のポイントの捉え方、地域支援事業の連動性について市町村・保険者に伝達すべきメッセージについて有識者の意見を収集するため、意見交換会を開催した。

②有識者・オブザーバー

有識者及びオブザーバーは、以下の通りである。

図表 2-5 意見交換会 有識者

氏名	所属・役職名
井勝 昭彦	奈良県 健康福祉部 地域包括ケア推進室 室長
田中 明美	生駒市 福祉健康部次長
柳 尚夫	兵庫県但馬県民局 豊岡健康福祉事務所(豊岡保健所) 所長
吉江 悟	Neighborhood Care 代表理事

(五十音・敬称略)

図表 2-6 意見交換会 オブザーバー

氏名	所属・役職名
石井 義恭	厚生労働省 老健局 総務課 課長補佐

(敬称略)

③開催経過

開催経過は以下の通りであった。

図表 2-7 意見交換会 開催経過

	開催日時	開催場所	議題
第1回	平成30年12月26日 (水)13:30~16:00	TKP ガーデンシティ新大阪 6階カンファレンスルーム6B	○事業概要について(説明) ○地域支援事業における連動性の確保に関するプレゼンテーション資料について
第2回	※各有識者に対し、個別に意見収集を実施		○地域支援事業における連動性の確保に関するプレゼンテーション資料について ○ヒアリング調査結果の事例のまとめ方について

(3) 連動性チェックリストの作成・試行

①目的

市町村・保険者に対し、地域支援事業を連動できているか、そのための仕掛けや体制ができているか、連動性の効果が出ているかを確認できるツールを提供するため、地域支援事業の連動性に関するチェックリストを作成した。

②実施時期・実施方法

平成30年12月~平成31年2月 チェックリストの作成

平成31年3月25日 市町村・保険者セミナー(大阪会場)にて参加者を対象に試行

(4) 市町村・保険者セミナー

①目的

地域支援事業の連動性のコンセプトや連動させるためのノウハウ、仕掛け、体制づくり等について伝達するため、市町村・保険者等を対象としたセミナーを実施した。

②対象者

以下の通り対象者を設定し、参加募集を行った。

- ・市町村等職員、地域ケア会議、生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業
地域支援事業、在宅医療・介護連携推進事業に関わる関係者

地域支援事業の連動性の重要性は、市町村・保険者だけでなく、関係機関や事業所等とも認識の共有を図ることが重要なため、対象者は市町村・保険者の職員に限定せず、誰でも参加可能として広く募集を行った。

③開催時期・場所

平成31年3月20日(水)：東京会場

平成31年3月25日(月)：大阪会場

4. 実施体制

本事業の実施体制は、以下の通りである。

図表 2-8 事業実施体制

氏名	所属・役職
岩名 礼介	三菱UFJリサーチ&コンサルティング 社会政策部 部長
齋木 由利	三菱UFJリサーチ&コンサルティング 経済政策部 副主任研究員
丸山 知美	三菱UFJリサーチ&コンサルティング 経済政策部 研究員

第2章 市区町村ヒアリング調査結果

1. プレヒアリング調査結果概要

プレヒアリング調査からは、以下のような示唆が得られた。

■「連動性」の多様な形

地域支援事業の連動性といっても、各事業の担当者が、共通のイメージを用いて各々の担当業務がどこに位置付けられるのかを理解することで、連動性を確保しようとする事例もあれば、個別の事業を所管せず、地域支援事業の各事業の企画調整やネットワーキングの役割を担う担当課を設けることで連動している事例など、連動性を確保するための取組は多様な形があることが分かった。

人口規模の小さな自治体では、地域支援事業の各担当者が、担当業務や分野に関係なく、日常的に情報共有している事例もみられ、連動性を意識せずとも、自ずと一体的に取り組んでいる場合もあることが分かった。

■「個別支援」を基盤とした連動性の必要性の理解

地域支援事業の担当職員全員が個別ケースの対応に関わりながら、地域支援事業に一体的に取り組んでいる事例や、地域ケア会議を中心にして地域支援事業の各事業の連動性を理解している事例が見られた。個別ケースへの対応では、地域の様々な資源を組み合わせる必要があるため、これのより事業間の連動性の必要性が自ずと理解されているものと推察される。

■生活支援コーディネーター等の連動性の要としての役割

生活支援コーディネーターや地域づくり関係のコーディネーターの、地域ケア会議への参加を図る取組がみられた。これにより、自立支援型のケアマネジメントと地域づくりをどのようにリンクさせるか考えることにつながるとの意見もあげられた。生活支援コーディネーターといった地域支援事業の中で配置されている各コーディネーターが、各事業を連動させる要となりうることが分かった。

■地域支援事業とその他の施策との連動性

一部の事例では、地域支援事業の担当者が地域を訪問する際、住民自治の担当課職員と一緒に訪問していた。生活支援体制整備事業を通じて地域づくりを推進する際、地域に元々ある住民自治組織やその活動を基盤として、検討を進める場合もあると考えられる。そのため、地域支援事業の中だけでなく、その他の施策との連動性を確保しながら取り組んでいる自治体もあると考えられる。

2. ヒアリング調査結果

(1) 兵庫県洲本市

1) 担当課と職員体制

- ・地域支援事業の担当者は、長寿支援係8名（嘱託・臨時含む）、直営の地域包括支援センターは11名体制となっている。長寿支援係8名のうち、1名が第1層生活支援コーディネーター、5名が第2層生活支援コーディネーターを担っている。
- ・長寿支援係は、高齢者福祉サービス、地域支援事業（総合事業、地域ケア会議の一部、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業の一部、生活支援体制整備事業、任意事業）を所掌している。事務職は予算関係などを担当し、専門職は事業を企画するといった役割分担になっている。
- ・長寿支援係8名の中で、地域支援事業の各事業の主担当は一応決まっているが、全員が協力する形で一体的に事業をまわしている。
- ・地域包括支援センターは、直営で1か所となっており、介護予防ケアマネジメント、権利擁護、地域ケア会議の一部（ケアマネジメント支援会議、地域ケア会議の洲本庁舎部会・五色庁舎部会）、認知症総合支援事業の一部（認知症地域推進員、初期集中支援チーム）を担当している。初期集中支援チームには、長寿支援係の職員（兼・第1層と第2層生活支援コーディネーター）が入っているため、情報共有できている。
- ・保健部門は健康増進課の所掌となっており、健康増進課には13名の保健師がいる。
- ・市の職員のリハビリ専門職は、作業療法士2名、理学療法士5名、言語聴覚士1名であるが今後、さらに増員できればと考えている。（介護福祉課、健康増進課、直営国保診療所、児童サポートセンターに所属）

2) 地域ケア会議

①地域ケア会議の全体像

- ・地域ケア会議としては、地域ケア推進会議（市レベル、年1回）、地域ケア会議（医療介護連携部会／年2回、事例検討）、地域ケア会議（リハビリ専門職部会／年6回）、ケアマネジメント支援会議（年4回、事例検討）、自立支援型地域ケア個別会議（年40-45回、事例検討）、地域ケア会議（洲本庁舎部会・五色庁舎部会／各会年12回、事例検討）の6種類ある。
- ・地域ケア会議（洲本庁舎部会・五色庁舎部会）は、月1回のペースで毎回困難事例を1事例、検討している。地域包括支援センターが主催しており（直営包括、洲本庁舎と五色庁舎の窓口が2つある）、在宅介護支援センター、社協、生活支援コーディネーター、民生委員が入って検討している。当該事例についてどのように支援していくかを検討しつつ、ケース検討を通じて地域の課題や取組についても考えている。
- ・地域ケア会議（リハビリ専門職部会）は、元々は総合事業が始まる前に、総合事業においてリハビリ専門職に何ができるか検討するために設置されたものである。この会議を通じて、リハビリ専門職として、いきいき百歳体操（以下、「いき百」）へのサポートの可能性を働き

かけたり、病院のリハビリ職に対し、要介護認定の申請について考えてもらう働きかけ（病院のリハビリ職の勤めで入院患者が要介護認定の申請を出すケースがあったため）を行っていた。総合事業の開始後は、会議の廃止も検討したが、無償でも情報交換のために集まりたいという現場の声を受けて、現在も継続している。

②自立支援型地域ケア個別会議

<地域ケア個別会議の現状>

- 出席者は、司会者（市の理学療法士兼第1層生活支援コーディネーター）、市の職員（担当課である介護福祉課長・課長補佐、長寿支援係・介護保険係、第2層生活支援コーディネーター）、アドバイザー、包括職員（直営1か所、センター長【保健師】、ケアマネジャー、社会福祉士）、検討ケースの担当ケアマネジャー、介護サービス事業者である。
- 全体で3時間、1ケース30分、4～5ケースで検討し、残りの時間で振り返りを行っている。
- 会議でとりあげるケースは、事業者で選定してもらっている。1年目は要支援でデイサービスを利用しているケース、2年目は要支援で訪問介護を利用しているケースを出してもらっていたが、3年目は、特に限定をせず、新規も可として出してもらっている。
- 配布資料は、利用者基本情報（住居環境、経済状況、家族構成、要介護度・自立度、これまでの生活、現状の生活状況、現病歴・既往歴）、基本チェックリスト（追加項目あり）、生活機能評価（ADL、IADL）、介護予防サービス・支援計画表、介護予防メニューアセスメント（通所用）、訪問介護計画書。
- 配布資料のうち、介護サービス事業所の計画書（介護予防メニューアセスメント（通所用）、訪問介護計画書）を除き、すべてケアマネジャーが作成している。
- 生活機能評価（ADL、IADL）では、現在、介助が必要かだけでなく、改善可能性も含めて評価することになっている。現時点と一定期間後の2時点で評価することとなっており、改善やサービスの介入による変化を意識してもらう仕掛けになっている。
- 司会者は、洲本市職員の理学療法士2名と地域包括支援センター所長の計3名が交替制で運用している（主には理学療法士2名が担当）。
- 司会をする時には、ケアマネジャーがどのようなことについて検討したいと考えているか、困っていることやアドバイスして欲しいことを含め、アドバイザーからの意見を整理し、目標設定等、多角的な視点から新たな気づきに繋がるように、意識してサポートしている。
- アドバイザーは、保健師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師。
- アドバイザーの保健師は市の職員（健康増進課）だが、そのほか（リハビリ3職種、管理栄養士）は、職能団体から推薦してもらったり、市から直接依頼している。助言者への報酬は、地域リハビリテーション活動支援事業を活用している。
- 会議への出席は、担当ケアマネジャーがサービス事業者に呼び掛けている。ケアマネジャーが出席してもサービス事業者が出席しない場合もある。

- 自立支援型地域ケア個別会議での議事録は、市の職員がとりまとめ、数か月後にモニタリングシートをケアマネジャーに送付し、その後の状況報告を求めているが、実際の報告は6～7割程度にとどまる。
- 自立支援型地域ケア個別会議に出席したケアマネジャーに、アンケート調査を実施し主任ケアマネジャーに意見を聞いたところ、「一方的にアドバイスを受けるのではなく共に検討したい」「もっとケアマネジャーに寄り添って欲しい」などの意見が出ている。
- 実際には、新規のケースを取り上げるという方法もあるが、全体として、行政と現場の要望のバランスにも配慮し、現在は、ケアマネジャーにケース選定を任せているので、選定されるケースは一様ではない。

<地域ケア個別会議の今後の方向性>

- 会議を通じて、デイサービスを卒業した人や、自宅でお風呂に入れるようになった人など、成功事例を収集しており、それを今後、皆で共有していければと考えている。
- 地域ケア個別会議の初年度は、行政側も保険給付サービスの要否を問いかけていたので「サービス切り」の印象を持たれた部分がある。現在は既存のサービスは既存のものとして、慎重に改善のための議論をしている。こうした背景もあるため、会議では、本当は新規のケースを取り上げたいと考えている。一度サービスが介入してしまうと、そこから卒業してもらうのは、なかなか難しい。ただ、一部のケアマネジャーからは、自立支援の考え方について理解は得られるようになってきている。利用者にとっても、状態が改善すればデイサービスを卒業し、また悪くなったら利用するという形にできれば、従前相当のデイサービスがC型の役割を果たせるのではないかと考えている。
- 自立支援型個別ケア会議のアドバイザーは、いずれは交替していこうと考えている。例えば、病院のリハビリ職であれば、アドバイザーを卒業した後に、病院でのリハビリの内容を振り返ってもらったり、病院を退院した後の患者の生活を考えられるようになってもらえたらと考えている。（地域で活躍できるリハビリ専門職を育てる）

3) 地域支援事業の取組状況、事業間の連動性

①生活支援体制整備事業と総合事業

- 洲本市は、生活支援体制整備事業の開始が県内で一番遅かった。それは、「いき百」の場で、すでに住民の話し合いが自然に行われており、買い物の配送サービス、ごみ出しの助け合い、体操の場に一人で来ることができない人の支援など、助け合いの活動が派生的に生まれており、協議体を新たに設置する必要はないと考えたからである。現在は、「いき百」の場を協議体と捉えている。
- 以前から、「いき百」の場に、市の職員（リハビリ職）が通って住民の声を聴いていたので、その職員2名のうち、1名を第1層の生活支援コーディネーター、もう1名を第2層の生活支援コーディネーターとした。10月からは、第2層生活支援コーディネーターとして管理栄養士を雇用する予定である。

- 「いき百」での住民の話し合いの場には、生活支援コーディネーターが行って、認知症予防健診をしたり、出前講座などを行っている。生活支援コーディネーターが通って、住民と話し合うことで、「いき百」の継続的な支援になっている。
- 総合事業の ABC といった類型を設定していくことが重要とは考えていない。従前相当のデイサービスでも、適切なリハビリで卒業できればそれでよいと考えており、①従前相当のデイサービスを強化することで、要支援者の自立を促すとともに、②「いき百」を通じて通いの場を広げていく、の2本立てで介護予防・重度化予防を進めていこうと考えている。
- 従前相当のデイサービスを強化するため、統一的な利用者のアセスメント表（介護予防メニューアセスメント）を市で作成し、デイサービス・デイケアの事業所で使ってもらっている。事業所のリハビリ職の理解もあり、比較的協力的だと感じている。
- このほか、運動機能を向上し、生活不活発病を予防するための取組として、リハビリ教室と「いき百」を位置づけている。いずれも、誰もが通えるよう、一般介護予防事業として実施している。
- リハビリ教室は、医療的な対応は終了したが、リハビリが必要な人が通えるリハビリサービスである。市の直営で運営しており、対象者は高齢者に限定していない。脳卒中で入院していた人や一般的なフィットネスクラブを利用できない人が通っている。利用料は無料だが、医師の診断書が必要である。要介護認定の申請をしていないが、退院後にリハビリが必要な人が通っている。卒業して、「いき百」につながる人もいれば、利用を継続する人もいる（卒業を前提としていない）。リハビリ職、看護師が配置されており、運動指導をしている。A型とC型の混合タイプと言えるだろう。
- 病院にも、「いき百」やリハビリ教室を知ってもらうため、周知活動をしている。病院に直接訪問することもあれば、地域ケア会議（リハビリ専門職部会）で情報発信することもある。
- 通いの場としては、元気はつらつ教室、地域のサロン、ミニデイサービスがある。ミニデイサービスでは、市内のNPO法人うんぱんまんや住民がボランティアで送迎を行っているが、リハビリ教室では送迎を行わないことで、デイサービスと競合しないよう配慮し、既存事業者が十分なリハビリテーションを提供できる事業所として生き残る道を残している。既存事業者がリハビリ教室と同様の機能を持つようになれば、従前相当サービスでも問題ないと考えている。

②認知症総合支援事業

- 「いき百」で認知症予防健診を行い、その結果に応じて認知症初期集中支援チームの会議にかけるケースもある。必要に応じて、チーム員が訪問し、そこからは病院での診断が介護保険サービスにつないでいる。現在、第1層生活支援コーディネーターであり、リハビリ職である長寿支援係の職員もチーム員として関わっているが、いずれは第2層生活支援コーディネーターのリハビリ職に交替しようと考えている。
- 要支援でも軽度の認知症のケースがあるが、専門医の診断を受けておらず適切な薬が処方さ

れていない場合もある。こうした場合は、初期集中支援チームからケアマネジャーに伝えて、医師に連絡してもらうようにしており、医師にうまく伝わらなければもう一度、初期集中支援チームに戻してもらっている。

③地域支援事業の連動性

- 自立支援型地域ケア個別会議でのケース検討の蓄積から課題を整理し、在宅医療・介護連携の取組につなげていきたい。その方が、現場も何をすればよいかをイメージしやすいのではないかと。
- 在宅医療・介護連携の取組状況としては、保健所と淡路医療センターが組んで入退院支援の仕組みができています。市としては、暮らしの中の在宅医療・介護連携を考えていきたい。ただし取組の内容や進め方について自信が持てないので、外部講師を招くなどして意見を取り入れたいと考えています。
- 自立支援型地域ケア個別会議を中心に、生活支援体制整備事業、総合事業、認知症総合支援事業、在宅医療・介護連携推進事業につながっていると考えています。
- 地域支援事業のうち、一般介護予防事業、生活支援体制整備事業、地域ケア会議は連動しており、在宅医療・介護連携推進事業は、これら3つの事業に少しずつ関わっているイメージを持っています。市の担当課内ではこうした意識を共有しているので、今後は他の課にも伝えていきたい。
- 自立支援型地域ケア個別会議を通じて、地域の特性や課題が見えてきている。例えば、洲本市には漁師町でお風呂を持たない家もあるため、入浴を目的に要介護認定の申請を出してデイサービスを利用するケースもある。また、自立支援においては、運動だけでなく栄養面でのアプローチが必要ということも見えてきたため、10月から管理栄養士の第2層生活支援コーディネーターを雇用することにしました。
- 今日の会議でも、家族の介護で外に出いけない介護者のケースがあり、包括から、介護者に対する支援として、認知症サポーターに訪問してもらってはどうかとのアイデアが出た。
- 自立支援型地域ケア個別会議には、司会者が市の職員（かつ第1層生活支援コーディネーター）であり、市の担当係の職員も出席しているため、会議からみえてきた課題や施策のアイデアは、庁内で柔軟に施策に反映することができている。
- ケア会議の中で地域ケア推進会議を最上位に位置付けており、体制としては、そこを通じて行政施策や事業計画に反映することになっているが、これをどう運営するか悩んでいる。
- 地域包括ケアシステムも地域リハビリテーションも地域支援事業もすべてツールであり、自分の地域の課題に応じて活用すればよいと考えています。制度が地域の課題にあわなければ変えればよいし、必ずしも活用する必要もない。

(2) 富山県南砺市

1) 地域支援事業を進めていく上の体制

①地域包括支援センター

- ・地域包括支援センターは、市直営の1か所の配置であり、地域支援事業のマネジメントは地域包括支援センターが担当している。地域包括支援センターの職員は9名体制だが、(他に臨時職員が7名いるが、ほとんどケアプラン作成要員として配置されている)全員がケアプランを作成しながら、地域支援事業の担当を兼務している。
- ・したがって、体制面でも地域包括支援センターだけで地域支援事業を進めるのは難しく、地域の他機関に協力を求めながら、活動を進めてきた。

②住民資源

- ・自治振興会は31か所(市内全地区に展開)、自治会(町内会のイメージ)は354か所、さらに班長が選任されている。自治振興会と自治会は重複しているところもある。
- ・ボランティアグループは181グループあり、4,586名が登録されている。
- ・老人クラブ等の組織率が全国でトップである富山県内でも、南砺市は老人クラブやボランティアグループの組織率が高い方に入る。もともとの地域資源が豊かな中で、老人クラブに協力を得ながら地域支援事業の活動を進めている。

③行政組織

- ・保健・医療・介護・福祉分野が統合された行政組織として、平成18年度に医療局が創設され、平成24年度には地域包括医療・ケア局、平成28年度には地域包括医療ケア部と変遷してきた。
- ・南砺市民病院、公立南砺中央病院も地域包括医療ケア部の直下に位置づけられている。
- ・井波ホームヘルプステーションについても、市の直営となっている。過去には直営をやめようとしたこともあったが、市の指導の下、リーダー的パイオニアを育成するために、直営として残っている。

④医療提供体制

- ・南砺市には病院が4か所、診療所が24か所ある。24診療所のうち、有床診療所は1か所、在宅支援医療診療所は2か所ある。近隣の地域と比較して訪問診療の件数が多いが、開業医が訪問診療のために地域に出ていってくれている。
- ・開業医の高齢化の問題もあり、特定の医師への負担が集中しないように主治医・副主治医制度が導入されている。8診療所がグループを組んで、在宅医療を支えている。
- ・南砺市とほとんど同じ生活圏である砺波市も南砺市と同じような形で在宅医療が提供されている。

2) 地域ケア会議について

- 在宅医療以外で力を入れていることとしては、地域ケア会議が挙げられる。利用者を支える側（ケアマネジャー・事業者）の意識変革を行うことを目的に行っている。
- 例えば、看取りを行わない方針にしている施設が多いが、利用者の家族は看取りを行ってほしいといったような意識の差が生じている。また、介護者の入院などの緊急時対応のために、ショートステイのベッド確保を依頼しているが、定期的にショートステイを利用する方が増えて、緊急時に利用できない事態が生じているといった課題もある。
- 地域包括ケアシステムを構築する中で、カリスマ性のある人が主導して、関係機関を巻き込んでいくといった方法を地方厚生局から助言されたこともあったが、南砺市にはうまくなじまなかった。あくまでも市と関係機関の立場は同じであるという前提で、市と関係機関が一緒に作っていくという意識をもつようにしている。そのため、地域ケア会議は地域と行政の信頼関係を構築するためのものとして位置付けられており、地域ケア会議に参加すると、市が応援してくれると思ってもらえるように意識している。
- サービス内容を変えるのではなく、サービスの提供体制を変えることに重きを置いている。南砺市では在宅サービスの競争原理が働きにくいいため、利用サービスを変えるというよりは、1つ1つのサービスの質を上げるような働きかけを行っている。そのため、ケアマネジャーというよりも、事業者の意識を変えることができるように進めている。
- 本当は地域ケア会議から課題を上げられるようにしたいが、現時点では、地域ケア会議をうまく回すことに時間を要しており、課題抽出までは、さらに時間が必要と考えている。

3) 地域支援事業の取組状況、事業間の連動性について

①在宅医療・介護連携推進事業

- 平成 11 年に二次医療圏を対象範囲として、保健所の主導で砺波医療圏退院支援ルールを作成した。
- 砺波医療圏退院支援ルールは作成されたものの、その目的が地域の関係者間共有されていないため、手段として使える・使えないという認識に終始してしまっているのが課題である。

②介護予防・日常生活支援総合事業

- 通所型サービス C は 3 か所あり、委託で実施している。C 型のプログラムを終了してからは、公民館で活動しているサロンに終了した参加者をつなげたいが、サロン自体の数が少ないため、なかなか移行できないでいる。
- 事業対象者と要支援者を対象として、市役所の建物内で介護予防運動教室である「すまいるエイジ教室（一般介護予防事業）」を行っている。南砺市民病院から専門職が派遣され、市民への教育、アセスメントを通しての個別指導の場になっている。頻度は週に 1 回で、3 か月で 1 クールとなっている。一般介護予防事業というよりも C 型に近いイメージである。
- 「すまいるエイジ教室」は、地域リハビリテーション活動支援事業と介護予防・日常生活支援総合事業が重なっているようなイメージである。

- ・事業対象者や要支援の人は従来型の通所介護事業所からのサービス提供は難しく、事業者側から利用を断られる経験もあるため、要支援の人には通所 B や通所型 C の利用を勧めるようにしている。

③生活体制整備事業

- ・民生委員の中で地域住民の生活上の課題について議論しており、連絡を受けて一緒に訪問することもある。ただ、まだ地域全体で「共に地域で生活していく」という意識が共有されているという段階にはなっていない。
- ・平成 18 年度からケアネット活動に取り組んでおり、社協のコーディネーターが生活支援コーディネーターを兼ねている。生活支援の母体かつ話し合いの場にもなっている。
- ・砺波地域リハビリテーション広域支援センターと南砺市民病院で、住民を対象に地域リハビリテーションフォーラムを行っている。フォーラムは住民に何かしら活動してほしいというよりも意識啓発の意味合いが強い。
- ・周辺の市町村の中には先進的に生活支援を進めてきた市町村もあり、見守りだけでなく病院の付き添いなどより広い範囲の生活支援を進めてきたが、参加者の負担が大きくなっている地域もあるようだ。南砺市では、服薬の確認程度の負担で取り組んでいく方がよいのではないかと現段階では考えている。

④地域ケア会議と事業の連動性

- ・在宅医療・介護連携と地域ケア会議は連動していると感じるが、生活体制整備事業は地域ケア会議となかなか連動できていない。

(3) 奈良県生駒市

1) 介護予防や地域づくりに関する取組の経緯

- 介護予防と地域ネットワークづくりの取組は、平成 11 年度頃から開始した。
- 当初は、介護予防に取り組む高齢者に対し、保健師が血圧測定を行い、運動の可否を判断する流れを考えていたが、当時約 15,000 人の高齢者に対し保健師がそのように関わるのは現実的ではないと気づき、住民主体で進めていく必要性を学んだ。
- 平成 16 年度のモデル事業「高齢者筋力向上トレーニング事業」に参加したことで、短期集中介護予防のノウハウができ、それが総合事業の C 型につながっている。
- 平成 18 年度に地域包括支援センターが設置され、地域包括支援センターの職員とともに介護予防の重要性を再認識し、予防プランの 9 割を地域包括支援センターが作成し、効率化を図るため、地域包括支援センターのマニュアルと介護予防ケアマネジメントの独自帳票を作成、ケアプラン点検・支援も行った。
- 平成 24 年度からは、国のモデル事業「市町村介護予防強化推進事業」に参加し、自立支援型の地域ケア会議と、通所型事業・訪問型事業・生活支援サービス・通いの場を組み合わせた取組を展開していった。若手保健師育成も視野に訪問型事業を担当することで地域での生活課題を学んでもらう意識もあった。

2) 地域ケア会議と通いの場づくりの連動性

- 現在、地域ケア会議には、地域包括支援センター（委託 6 箇所）、通所型 C の事業所や認知症地域支援推進員が出席しており、病院の理学療法士、第 1 層生活支援コーディネーター、訪問型 C の担当保健師、市の職員が助言を行っている。
- 対象事例は、介護予防・生活支援サービス事業の利用者となっており、基本的には C 型を短期集中で利用し、その後、地域の通いの場やセルフケア、生涯学習系の事業に再参加する流れとなっている。
- 平成 24 年度から地域ケア会議を重ねていく中で、介護予防を通じて元気になった高齢者が通う場が必要ではないかという認識が生まれていった。地域包括支援センターの職員から、他地域の通いの場づくりの取組を視察したいという申し出があったため、自治会や民生委員、老人クラブに声をかけて、地域包括支援センターの全職員、市の介護予防担当職員で、3か所の視察を行った（平成 28 年 2 月頃）。これをきっかけに、自分たちの地域でも取り組んでみたいと、積極的な働きかけを皆で行い、週 1 回のいきいき百歳体操教室が急激に増えていった。
- 現在、一般介護予防事業として、7 種類の運動教室や体操教室などを展開している。工夫しているのは、前期高齢者と後期高齢者を分けた事業体系となっている点である。7 種類展開しているのは、高齢者のニーズは多様であり、前期高齢者には動機付け、後期高齢者には社会参加、体力の維持など目的を明確に分けて実施するようにしたためである。これも地域ケア会議を行う中で気づいたことである。地域ケア会議の中で把握されたニーズをもとに企画した事業もある。

3) 生活支援・助け合いの取組状況

- 平成 24 年度のモデル事業の時は、シルバー人材センターが訪問型サービス B を実施していたが、要支援者に対し非専門職が生活支援を行うのはどうかとの指摘があり、廃止となった。
- その後、平成 26 年度には生活支援を行う住民サポーターを養成したが、マッチングの体制整備が追い付かず、養成だけで終わってしまった。
- 平成 29 年度からは、訪問介護事業所でヘルパー退職者等を雇用してもらう形で、訪問型サービス A を展開している（担い手に対しては、市が研修を実施）。しかし、事業所からは、訪問型サービス A の需要がそもそもあまりないため、担い手を新たに確保するよりも、既存の職員でたまにある訪問型サービス A の申込を受ける体制で十分対応できていると聞いている。需要があまりないのは、短期集中予防の効果が出ていることも 1 つの要因だと考えている。
- 他方、いきいき百歳体操の場を通じて、住民同士が互いの状況を確認し支えあうような活動が自然に生まれている。週 1 回の体操なので、来ない人がいると帰りに自宅に寄って安否を確認し、買い物や通院に困っていれば助けてあげるといった支援が自然と行われている。
- こうした活動に対し、生活支援体制整備事業の中で、モデル地域を設定し必要に応じて補助を出す仕組みをつくっていけば、全地域に広がっていくのではないかと考え、ワークショップ等を展開してきたが、最近では補助の仕組みについては先延ばしする方向にある。
- 補助を活用せず自発的な助け合いで生活支援を行う地域もあり、補助の仕組みが本当に必要かどうか、各地域で考えてもらう必要性を考えている。

4) 地域包括ケア推進における他課との連携

- 12 小学校区を単位として、自治会の連合である市民自治協議会（子どもから高齢者を対象としたまちづくり組織）を立ち上げようとしており、市民活動推進課が担当している。また、都市計画課も地域おこしの事業を所掌している。庁内連携会議で地域包括ケアの協議をしているので、地域への訪問や働きかけなどは、市民活動推進課や都市計画課と連携して行っている。
- 協議体は、第 1 層はすでに立ち上がっており、第 2 層は市民自治協議会の高齢者部会を協議体にしていきたいと考えている。市民自治協議会は、すでに 1 箇所立ち上がっており、3 箇所準備中となっている（自治会は 123 か所、小学校区＝市民自治協議会は 12 か所）。
- 庁内連携会議は平成 26 年度から開催している。副市長をトップとして、年に 2～3 回の頻度で地域包括ケアに関して議論している。現在は地域包括ケア推進課が事務局を務めている。ほぼ全部署の部課長級の職員が出席している。
- 全職員の認知症サポーター養成講座の受講、生涯学習課と地域包括ケア推進課との連携による終活講座等の開催、認知症にやさしい図書館づくり、地域包括支援センターへのまちかど図書設置など、横断的な庁内連携による取組が行われている。そのほか、新規事業を企画する時の、既存事業との重複を確認する場にもなっている。
- また、市民活動推進課が、毎年度、自治会長が集まる市政研修を開催しており、研修のテーマを各課に募集をかけて決めている。地域包括ケア推進課が積極的に応募しており、平成 29

年度はいきいき百歳体操教室や地域力向上に関する説明をした。そのほか、民生委員の定例会や老人クラブ連合会の役員会にも出席するようにしている。

5) 地域ケア会議・C型と認知症支援の連動性

- 地域ケア会議とC型による介護予防では、要介護認定を申請すれば、おそらく要介護1・2となるような認知症の人の支援も行っている。その中で、うつを併発しており、うつ症状が改善されることで、認知症の症状も軽減されてくるような事例が多く出てきた。そこで、認知症の初期段階で適切な支援ができていないために、症状の進行につながっているケースがあるのではないかと考えるようになった。
- 他方で、昨年度、医介連携の取組の一環で、アンケートをとったところ、医療介護従事者から、認知症の人への対応方法が分からないという回答が多く挙げられた。認知症サポーター養成講座も認知症に関する書籍も、大半はBPSDへの対応であり、その前までの対応が重要にも関わらず、それについて学べる書籍は少ない。
- そこで、医療介護連携ネットワーク協議会の中の認知症対策部会（地域包括ケア推進課が事務局）において、今年度、医療職・介護職向けの認知症初期段階の対応事例集を作成している。例えば、「デイサービスに行きましょう」と声をかけても、知らない場所には参加する気になれないが、「おいしいものを食べに行きましょう」と言えば心が動く。楽しかった出来事を写真に撮っておけば、「また、ここに行きましょう」と継続的な通いにつながっていく。
- そのほか、地域包括支援センターに設置している権利擁護部会と主任介護支援専門員部会では、認知症の症状別（初期・中期・終末期）に、本人の思い、家族の対応をふまえて、介護者としてケアしなくてはいけないこと、虐待を予防するためには、この時期にこういう自立度・状態になったら要注意ということを整理して、認知症の症状別対応マニュアルを作成している。
- また、地域ケア会議で、サロンに行きたい認知症の人をサポートするなど、住民レベルで支えたいとの思いから、「認知症支え隊」が立ち上がった。認知症サポーターが普及啓発や早期発見を目的としているのに対し、「認知症支え隊」は認知症の人を支える具体的な活動を行っている。
- そのほか、地域ケア会議をきっかけに、認知症の人を介護する家族を支援する取組も生まれている。例えば、認知症の人を介護している家族同士を、1組対1組で、どちらかの自宅で引き合わせて、思いを共有したり、経験を伝達するような機会を設けている。
- そういうケースが地域の中でいくつか出てくると、住民に働きかけて、認知症カフェの設置につなげている。病院やグループホームで認知症カフェを設置すると勉強会になってしまう傾向があるが、そうした場合は志向していない。
- 困難事例の検討をしている地域ケア個別会議（Ⅱ）の中で、介護技術がないために虐待につながっているケースが多いことに皆が気付いていった。また、老老介護が増えている中で体の向きを変えるだけでも大変なケースが出てきている。そこで、スライディングシートを活用した介護など、楽に介護をできる技術をヘルパーから家族に伝達できるように、ヘルパー

に対する研修を地域包括ケア推進課が行っている。

6) 医介連携・総合事業・地域ケア会議の連動性

- 昨年度、入退院支援マニュアルが作成された。退院後の患者が活用する資源として、総合事業の周知不足があり、医療従事者に向けて、入退院支援マニュアルの作成プロセスにおいて総合事業の説明をした。また、マニュアルの中で、生駒市独自の二次アセスメントツールを紹介したり、「こういう状態像の人は要介護認定の申請をしなくても、基本チェックリストでサービスを利用する方法がある」といった説明をしている。
- 地域ケア会議を、適切なアセスメントの元に行うため、自立支援に必要な情報収集・アセスメントをするための「二次アセスメントツール」を作成した。
- ツールの作成にあたっては、三師会、訪問介護事業所、通所介護事業所、ケアマネジャー、地域包括支援センターによる会議を開催した。ツール作成の会議がきっかけで、定期的に医療と介護が話し合う場が重要だという話になり、現在の医療介護連携ネットワーク協議会（下に、在宅医療推進部会・認知症対策部会がある）が立ち上がった。

7) 地域ケア会議・C型の体制と運営

- 生駒市の地域ケア会議はⅠ～Ⅳの4段階に分かれており、Ⅰのみ、市の地域包括ケア推進課主導で行っている。残りの3つの会議は地域包括支援センターが開催している。
- 軽度者の状態像はある程度パターン化できており、支援のあり方もノウハウができています。地域ケア会議Ⅰでは、そのノウハウを市から各地域包括支援センターに伝達する意味も持っている。今後は、介護保険課が主体で要介護1～2の方を対象とする自立支援型地域ケア会議Ⅰを行っていく予定である。
- 訪問型サービスCは直営で、地域包括ケア推進課の保健師がPTやOTとともに訪問している。通所型サービスCは、事業所に委託している。訪問型C、通所型C、いずれも理学療法士がいなかったため、病院の理学療法士に来てもらっている。訪問型Cは市との直接契約で謝金を支払い、通所型Cは事業所と契約してもらっている。
- 個別の事例に対し、地域ケア会議で多職種で議論し対応していくが、そこで残されていく課題がある。それは、支援者の資質や、連携における課題であったりする。支援者の資質の問題であれば、専門職や事業所向けの研修企画につなげている。ケアマネジャーや地域包括支援センターの資質が向上すれば、サービス担当者会議の質が向上するので、地域ケア会議にあげて議論する必要性がなくなる。
- 残された課題から全てが施策形成に直結するわけではない。課題の1つが専門職の資質の問題であれば研修につなげるし、住民の取組が必要であれば環境づくりや啓発につなげる。施策形成の前にそうした整理が特に必要である。

8) 市の職員体制

- 地域支援事業の大半は、地域包括ケア推進課が担当しており、認知症総合支援事業、在宅医

療介護連携推進事業（2部会のうち、1部会を担当）、介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業、地域ケア会議や地域包括支援センターの統括に加えて高齢者虐待に関することを所掌している。

- 地域支援事業の一部は、他課が担当しているものがあり、医療介護連携ネットワーク協議会の在宅医療推進部会は、地域医療課が事務局を務めている。また、高齢施策課では、成年後見制度利用促進事業や紙おむつ給付、配食サービスなど、任意事業の一部を所掌している。
- 地域包括ケア推進課には14名の職員が配置されており、予防推進係（6名）と包括ケア推進係（6名）、管理職2名となっている。保健師は、予防推進係には3名、包括ケア推進課には1名（ただし現在育休中）配置されている。
- 2つの係の分担は、大まかに、予防推進係では、総合事業、介護予防ケアマネジメント、虐待関係、地域ケア会議、包括ケア推進係では、地域包括支援センターの事務管理を担当しているが、地域支援事業の各事業に双方の係が絡むようになっている。認知症支援・体制整備事業は2つの係が半分ずつ分担している。
- 在宅医療推進部会を地域医療課が担当することで連動性が失われないように、福祉健康部から田中次長が同部会に委員として出席し、逆に認知症対策部会には健康課長が委員として出席している。

9) 今後の展開

- これまで、地域ケア会議とC型の組み合わせにより軽度者への支援を重点的に展開してきたが、ここで培ったノウハウを活用し、下半期は自立支援型地域ケア会議（I）の対象を要介護1・2まで広げて開催する予定である。地域ケア会議で助言をもらう専門職に医師や薬剤師、歯科医師、管理栄養士等を加えるなど、職種を広げて行く予定である。
- 今後は、居宅介護支援事業所にも働きかけて、ケアマネジャーに出てきてもらい、給付対象向けの地域ケア会議を介護保険課主体で展開していく予定である。2SDに関する地域ケア会議では、主任ケアマネジャーや訪問介護事業所のサービス提供責任者へもアプローチを重ね、目的別、参加職種別地域ケア会議を構成し、充実させていく予定である。

(4) 鹿児島県肝付町

1) 人員配置等の状況

- 地域包括支援センターは直営となっており、福祉課の中にある包括支援係が運営している。
- 包括支援係が医介連携事業、介護予防事業、生活支援体制整備事業、認知症支援事業を所管している。
- 生活支援コーディネーターは、第1層に3名（社協、包括、シルバー人材センター）配置されている。3名のうち、社協の生活支援コーディネーターはリーダーとして全体を統括、包括の生活支援コーディネーター（看護師）は行政事業（予防事業等）の実施他課との連携を担当、シルバー人材センターの生活支援コーディネーターは就労に向けた人材育成を担当している。
- 社協の生活支援コーディネーターは、社協だけでなく包括にも席があり、日頃は包括にいるため、包括の生活支援コーディネーターと一緒に働いている。シルバー人材センターにいる生活支援コーディネーターを含めた3人の情報共有は、定例会議で行っている。
- 第2層協議体は、平成31年度に2つの小学校区（波野、内之浦）に計2名配置する予定である。社協の嘱託職員として雇用する予定となっている。
- 2名のうち、その地域にゆかりのある人を主担当にし、そうではない（※もう1つの地域にゆかりがある）もう1名を副担当にする2名体制を考えている。
- 2名体制としているのは、生活支援コーディネーターが孤立しないようにするためである。また、地域のコミュニティの中に入っていくことを考えると、その地域を知っている人だからこそできる支援と他の地域の人だからこそできる支援の両方があるのではないかと考えている。
- 社協の生活支援コーディネーターは、平成22年度の国のモデル事業（地域包括ケアセンター機能強化事業）の時、地域コーディネーターとして活躍していた人で、平成27年度に生活体制整備事業を開始する時に、役割はそのまま名称だけ変更した。
- 社協の生活支援コーディネーターは社協の高山本所にいたが、平成26年1月から包括支援係と兼務するようになった。同じスペースで働くことになり、社協が所管しているフォーマル資源と役場が所管しているフォーマル資源の両方の資源を組み合わせやすくなった。兼務になる前は、社協の生活支援コーディネーターと包括支援係の個々の職員がつながっているという状態だったが、同じ場所で働くことにより、チームとして連携が可能になったと感じている。

2) 地域包括ケアにおける居場所づくりの重要性

- 認知症や看取り等の地域包括ケアに関連するテーマは、将来的には危機感を感じるようになるものの、それまでは関心が薄いテーマが多い。そうしたテーマは、住民に対して①啓発を行う：education（教育）。啓発を行い、興味がわくと、ちゃんと勉強してみたいくなるため、②勉強の場を提供する：chance（機会）。勉強していると、③気にかかるようになる：attend

（気にかかる）という変化があり、そこから能動的に動き出すようになる。

- ・啓発があり、つながると、気にかかるようになり、そこから受動から能動に移る。能動性が生まれたところで補助金を投入したり、多くの機会を与えることで、それが支えあいにつながり、本当のつながりや居場所になる。
- ・肝付町の地域包括ケアにおける最大のキーワードは「居場所づくり」である。多職種連携においても、各職種がフラットに話せる関係性が重要と考えているため、インフォーマル資源を対象とした地域づくりだけでなく、フォーマル資源を対象とした多職種連携においても居場所づくりを積極的に行っている。
- ・地域づくりも多職種連携も切り口が違っただけで、それぞれが思ったことを安心して話すことができるベースキャンプ（居場所）ができれば、取組につながっていくのではないかと考えている。資源が少ない地域だからこそ、居場所が一緒になれば、自ずと同じメンバーで同じ問題を考えるようになるのではないかと考えている。

3) 生活支援体制整備事業

- ・6小学校区の中で、地域活動の拠点となる「結いの家」が設置されているのが、波野地区、内之浦地区、高山地区の3校区である。うち、波野地区には、第2層の協議体として「いったんもめんと結いの会」が立ち上がっている。

①波野地区での拠点「いったんもめんと結いの家」

- ・波野地区には医療・介護・福祉のフォーマルな機関が一切なかったが、他方でサロンなどの集いの場が多かった。サロンの中には介護ボランティアポイント（グループポイント）を活用して活動しているところが多く、多くの人が介護ボランティアポイントに参加していた。
- ・自治会長が地域の将来に危機感を覚え、社協の生活支援コーディネーターに相談したことがきっかけであった。肝付町としても、ちょうど生活体制整備事業が始まり、どこから手を付けようか検討していたところであり、まずは住民を集めた話し合いの場を作ることにした。
- ・社協の生活支援コーディネーターが中心となり、保健師、主任ケアマネジャーの3名で、住民の話し合いの場を作った。平成28年1月から1年かけて、2週間に1回の頻度で話し合いを行い、その間に3回ほどイベントを開催した。話し合いは会議のような固いものではなく、サロンのような感じで緩やかに開催した。
- ・イベントを企画する上で、意識したのは、地域を見直してもらう機会をつくること、地域の困りごとに触れてもらう機会をつくること、地域に対する誇りを持ってもらうこと、皆でやると楽しいと気づいてもらうこと、（学生など）外の人に関心を向けてもらうことに生きがいを感じてもらうことである。
- ・1年間の話し合いを行った後、最終的に地域でやりたいことを自分たちで考えてもらったところ、子育て支援としてお母さんたちにおかずを提供したいとのことだった。生活支援コーディネーターは、そこで初めて補助金を投入することにし、高齢者生きがい活動促進事業を活用した。
- ・地域の空き家を、補助金を活用して皆で改修を行い、「いったんもめんと結いの家」を地域活動の拠点として、「いったんもめんと結いの会」を立ち上げた。これが肝付町の最初の拠点と

なった。「いったんもめんと結いの会」は、現在、第2層の協議体となっている。

- 現在は、女性が主に週1回配食サービスの活動を行い、男性は主に月2回地域クラブとして子ども達と遊ぶ活動を行っている。
- 高齢者は心身の状態が変化しやすいため、入退出自由としており、無理しないことを大事にしている。また何かを決めるときにも必ず皆で決めることにしている。そうした気軽な参加、フラットな関係性を保つことで、結いの家を精神的な「居場所」にしている。
- 「いったんもめんと結いの家」は、地域の話し合いを始めた段階ですでに協議体だったともいえる。どこかの段階で役場が第2層の協議体と認定しただけで、認定する前と後で何か変わったわけではない。

②内之浦地区での拠点「内之浦さかど結いの家」

- シルバー人材センターの理事長が退職後にボランティア活動をしたいという話から、気まぐれ喫茶、暮らしの保健室（相談事業）から始めた。現在は椅子ヨガも行っている。
- 「いったんもめんと結いの家」がある波野地区はサロンが多い地域であるが、内之浦地区はサロンが少ない地域であったため、「内之浦さかど結いの家」は啓発だけではなく、場づくりも目的としている。
- 住民同士の話し合いから始めた波野地区とはアプローチ方法が異なり、まずは拠点を作り、そこで人がつながり直すことで、能動性に結び付けようとしている。
- 肝付町には、6つの小学校区があるが、地域性が大きく異なるため、このように各地域の住民同士の関係性や住民の関心などをみながら、地域ごとにアプローチを変えている。
- 内之浦地区の女性は「いったんもめんと結いの家」の配食サービスの活動に刺激され、自分たちも配食サービスを行おうと、月に1回の勉強会から始めている。配食サービスを始めるにあたって、備品購入のために高齢者生きがい活動促進事業の補助金を投入する予定である。

③高山地区での拠点「新富おじゃんせ結いの家」

- 集会所がなかったため、IT企業のコミュニティスペースを活用し、婦人会の女性達がサロンを設置した。
- 結いの家を、どんな風に使っていくか、話し合いを進めているところである。

④地域づくりの今後の展開

- 波野、内之浦、高山の3拠点の結いの家のロゴを作るデザイン事業を行おうと考えている。ロゴを用いて結いの家の理念を伝えたい。
- 結いの家のマスターが観光ボランティアも行っているため、ロゴを使ったお土産を検討したり、SNSを使って情報発信を行うことで、仲間づくりを行おうとしている。
- 地域の拠点から活動が生まれしてきた場合、総合事業のB型を設計するという可能性はある。総合事業は介護保険係が所管（正確には、事業者指定と給付を所管）しているが、実際には、包括支援係でB型の設計を行い、「政策形成・地域づくり型地域ケア会議」（高齢者福祉協議会を活用）で調整することになると思われる。

- ただし、生活支援コーディネーターが、自立した活動の立ち上げを上手に促しており、補助金を活用する場合も、ランニングコストではなくイニシャルコストのみに投入すれば活動できるように組み立てている。そのため、単発の補助金で対応できており、今のところ、B型を設計する必要性は生じていない。

4) 地域ネットワーク会議と地域ケア会議

①地域ネットワーク会議

- 6小学校区の地域ネットワーク会議は、地域住民が感じている課題を表出させることが目的である。参加者は自治会長、民生委員、ボランティア等の地域住民が中心となっており、一部の地域では介護事業者も参加している。
- 平成30年6月～7月に5小学校区で1回開催し（宮富地域のみ、研修会の形で行った）、地域の良いところ、地域で感じている困りごと、困りごとの解決方法について意見交換を行った。現時点では協議体というよりは、啓発を目的とした場であり、住民を広く集めて、まずは地域で起きていることを自分事として感じてもらう場として立ち上げたところである。年明け頃に2回目を開催しようと考えている。
- 地域ネットワーク会議はワークショップ方式で行い、ファシリテーター役として包括支援係が出席した。
- 波野地区は協議体のメンバー（いったんもめんと結いの会）だけではなく、メンバー以外の人も参加し、最終的に40名以上が参加した。協議体は実際に活動を行っているようなコアなメンバーが集まっているが、地域ネットワーク会議はもう少し対象を広くしている。地域に関心をもってもらうために、話を聞くだけでもよいとし、まずは参加してもらうようにした。
- 現在は啓発や教育の場となっているが、会議を定例化することで、地域ネットワーク会議の場を生かしたいと考える人が出てくればよいと考えている。協議体まではいかなくても、キーパーソンを発見する場にしたい。
- 地域ネットワーク会議は、地域ケア個別会議ではなく、多くの人困っている地域課題に対し、解決するためにはどのようにつながっていくかについて考える場にしたいと考えている。ここでの議論が進んだ結果、地域で個別支援を考える段階に入れば、地区公民館など、より小さな地域の単位で検討していくかもしれない。

②地域ケア個別会議

- 地域ケア個別会議は、A 高齢者福祉サービス利用検討（事務局：介護保険係、運営は包括支援係）、B 処遇困難ケース会議（事務局：包括支援係）、C 65歳以下ケース会議（事務局：包括支援係）、D デスカンファレンス（事務局：包括支援係）の4種類がある。
- Aは軽度者を主な対象として、介護予防・生活支援サービスを中心に個別事例を検討、B～Dは要介護者を主な対象として、フォーマル資源を中心に個別事例を検討する場となっている。
- A 高齢者福祉サービス利用検討に関する個別会議の事務局は介護保険係、運営は包括支援係が行っており、包括支援係とサブセンターの職員は全員参加している。サブセンターや包括

のプラン担当者が作成した総合事業対象者のケアプランの案について、第三者的な視点から、アセスメントで不足している点を指摘し、内容を検討している。

- 対象となるのは、総合事業の生活支援・介護予防サービスもしくはインフォーマル資源を一つでもケアプランに含めているケースである。
- 月1回会議が開催され、新規で最大5件、更新で最大5件、計約10件を検討している。
- 地域ケア個別会議では、各小学校区の地域づくりから生まれた活動も、対象者を支える資源として活用されている。
- 要支援者やチェックリスト該当者のケアプランは、基本的に地域別にサブセンターが担当しているが、難しいケース等は本庁の包括支援系のプラン担当のケアマネジャーが担当するようにしている。

- B 処遇困難ケース会議は、対象者の要介護度は問わない。居宅介護支援事業所（約13事業所）のケアマネジャーから相談があったようなケースを取り上げている。
- 居宅介護支援事業所との定例会議を行っていることもあり、包括とケアマネジャーの距離感が近く、何かあればすぐに相談し合える関係を築けている。

- C 65歳以下ケース会議は、健康増進課、障害福祉係、暮らしサポートセンター、包括支援係が出席しており、介護保険分野に入ってくる生活困窮者、障害者のケース検討を行ったり、各部署で困っていることを話し合っている。ケース検討では、フォーマル資源と、包括支援系の地域づくりから生まれるインフォーマルな資源を組み合わせることで、うまくいくケースがある。
- 地域丸ごとの要素も考慮し、難病や医療的ケア児等も対象にするなど、試験的に少しずつ対象を広げている。
- ケース会議が安心・安全な場でないと、形式的な会議になってしまう。少しずつ参加者を広めており、いつの間にか会議体になっていることが目標である。

- D デスカンファレンスについては、介護職を対象に、うまく看取れなかったケースについて、介護職の心に傷が残らないようにフォローアップする目的で行っている。介護人材の離職を防ぎ定着を促す意味もあり、主任ケアマネジャーの2名で取り組み始めている。

③地域ケア推進会議

- 政策形成・地域づくり型地域ケア会議は在宅医療介護連携分科会という分科会を作っている。在宅医療に関わっているコアなメンバーに関わってもらい、ICTの活用をどうするかについて協議してもらった。

④地域ネットワーク会議と地域ケア会議の連動

- 地域ケア個別会議や政策形成・地域づくり型地域ケア会議で把握された課題を、地域ネットワーク会議の場にインプットしている。
- 例えば、「町の介護保険料がなぜ高いのか」「疾病状況に地域性がある」といった投げかけを、

地域ネットワーク会議で行い、町として置かれている状況と住民の暮らしを結び付けて考えてもらえるように、仕掛けている。

5) 暮らしの保健室と地域づくり

- 岸良小学校区ではへき地診療所が週に1回午前中に開くだけで、常駐している医療職はデイサービスの管理者の看護師のみという状況であった。そうした中で、「地域ケア仲間たちの集い」を開催し、1回目に招へいしたのが秋山正子氏だったということもあり、暮らしの保健室を立ち上げることにした。
- 相談事項を整理して相談できる人はほとんどいないと気づき、その気づきから、入り口になる相談窓口として、介護と看護が連携して相談にのる「暮らしの保健室」を立ち上げ、いつ来てもよいし、いつ帰ってもよいという居場所になっている。
- 認知症地域支援推進員、医療介護推進員、生活支援コーディネーターのうち2名（看護師・介護福祉士）がペアとなり、輪番制で行っている。
- 現在、内之浦（月2回）、岸良（週1回）、宮富（月2回）の3か所となっている。暮らしの保健室に来ることが難しい人に対しては、誰かがつないでくれることで、訪問を行っている。
- 内之浦では、拠点である「内之浦さかど結いの家」に「暮らしの保健室」を設置することで、運動（椅子ヨガ）、お茶（カフェ）、相談（暮らしの保健室）と、地域の拠点に来てもらう多様な仕掛けの一つとなっている。

6) 多職種の意見交換会と地域ケア個別会議

- 以前は、年3回、肝付町単独で保健医療福祉従事者研修会を行っていたが、鹿屋保健所・東串良町に対象を広げ、また研修会の形式を講義＋ワークショップにすることで、現在の「在宅医療推進意見交換会」の形になった。関係づくりを目的に開催しており、現在4年目で120名程度が参加している。
- 最初は事例検討を行っていたが、雰囲気がとても硬かった。そのような中で、他職種が何に困っているかを知りたいといった医師の意見をきっかけに、お互いの職種について知ることから始めた。
- 取り上げられた職種が自身の仕事を説明後、職種別に分かれて、個人では聞けないことを皆で聞くグループワークを行った。1年かけて全職種を回した後、他職種になってロールプレイを行うといったものを企画した結果、ようやく顔の見える関係ができた。
- 年3回開催していき、顔の見える関係ができるのに、3年かかった。今では意見交換会の場が専門職が気兼ねなく話せる場として、居場所になっている。
- 参加者が100名以上になっていることもあり、次のステップに行けそうだと考えている。
- 在宅医療推進意見交換会に対しては、共通言語化できるようなインプットを必ずもっていくようにしている。そのインプットにも、肝付町地域ケア個別会議で集約された課題が活用されている。
- 例えば、地域個別ケア会議のB 処遇困難ケース会議で出た課題をインプットしたことがある。

在宅医療推進意見交換会で、処遇困難ケースの背景として、独居の人が多いという状況を紹介すると、医師からも、遠くにいる子どもと連絡がとれなかったり、身寄りがない等の理由により、独居の人に医療を提供するのに困っているという意見が聞かれた。それがきっかけで、権利擁護に関する講義を行ったり、認知症疾患医療センターから講師を呼んで、センターの活動状況を理解し、どのようにセンターと連携をとればよいかについて考えるロールプレイの取り組みにつながった。

- 逆に、在宅医療推進意見交換会からの問題提起で、地域ケア個別会議の C 65 歳以下ケースが立ち上がったという経緯もある。
- 在宅医療推進意見交換会において、特定健診を担当している部門から、第2号被保険者の発症が多いという問題提起があった。その問題提起から、実は若い人のサービスプラン作成に課題があるのではないかという意見が出たことで、サービスプラン作成に対する支援のために、どのように連携を図ればよいかを考えることになった。それがきっかけとなって、地域ケア個別会議 C 65 歳以下ケース会議が立ち上がった。
- 保険者努力支援制度（財政的インセンティブ）の中に「在宅医療・介護連携」という指標があり、健康増進課の担当が在宅医療・介護連携に参画するように言われている。しかし、健康増進課の担当者は、特定健診等での連携が主で看取り等の事例に関わったことがなく、具体的な事例を踏まえた医療連携をどのようにしたらよいか分からない状態であった。そうした中で、在宅医療推進意見交換会において、県内でも肝付町が第2号被保険者の出現が多いといった問題を共有することで、福祉課と健康増進課で情報交換を行った方がよいという共通認識が生まれ、定期的な情報交換の場で医療・介護関係機関や専門職との連携方法について考えるようになっている。

(5) 大阪府寝屋川市

1) 市役所の体制と取組の概要

- ・在宅医療介護連携推進事業については、高齢介護室内の医療介護連携担当が所掌しており、課長級職員1名と看護師2名、社会福祉士1名の体制で対応している。
- ・在宅医療介護連携推進事業以外の地域支援事業については、高齢介護室の地域支援担当が所掌しており、副係長1名の他10名で対応している。ただし、地域支援担当は、地域包括支援センター（担当4名）や高齢者福祉も所掌している。専門職は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が配置されており、介護予防の取組等を担当している。
- ・平成29年度末までは、地域支援担当がすべての事業を担当していたが、在宅医療・介護連携推進事業の開始に伴い、体制強化を図り、在宅医療・介護連携推進事業は別の担当に分離した。
- ・現在、地域支援事業では、短期集中予防サービス（C型）のモデル事業を研究機関、大学等との協働で推進しており、地域支援担当の職員4名がかかわっている。
- ・地域ケア会議推進事業についても、地域支援担当が対応している。生活支援体制整備事業については、平成28年度から今年度まで外部のNPO法人が有償活動員の養成講座を担当しているが、協議体の本格的な稼働による地域づくりは、平成31年度から取り組むこととなっている。

2) 各事業の進捗状況

- ・地域ケア会議については、平成28年度からエリアや機能ごとに4種類（市・圏域・ネットワーク型・課題解決型）の会議を開催し、平成29年度からはこれに加え、軽度者を対象とした自立支援型地域ケア会議をスタートしている。
- ・A型は、訪問型において従前の7割相当の単価で実施されている。設計としては資格を持たない職員が実施することを想定している。緩和型として設定していることから、12時間の研修による「在宅支援員」も市で養成している。
- ・B型については、訪問型Bを設定しており、いわゆる住民主体の活動として登録している3団体が活動しているが、補助対象となる要件を満たしている団体は1団体のみであるため、その他の団体では、自主的な地域活動として実施されている。
- ・生活支援コーディネーターについては、地域内のNPO法人に、訪問Bの人材の養成機能を委託しており、来年度からは、生活支援コーディネーターを他の団体に委託し、本格的に稼働させることを予定している。
- ・C型については、平成29年度から実施しているが、初年度は6名しか利用者がなかった。地域ケア会議との連動性も低く、個別の事業として実施していたため、十分な利用につながらなかった。

3) 在宅医療・介護連携推進事業

- ・市の事業としては、平成29年度から開始した。

- 医療機関側は、診療報酬上も早期の退院を望んでいる一方で、ケアマネジャー側は、即日等超短期間に在宅復帰に結びつけることは難しい。医療機関側とケアマネジャーの関係性、これまで定期的な意見交換の場などがあってもないため、まずは、定期的な会議の設置を行い、意見交換を進めている。双方の業務や困難となっている背景要因を相互に理解することが一義的には重要であるとの認識にたっている。
- こうした取組をベースに、入退院時のツール作成に結び付けている。三師会を始め、寝屋川市内の多職種の協力を得ながらツールの作成を進め、今月から試行する段階となっている。
- 現状、在宅医療・介護連携推進事業については、立ち上がったばかりであり、関係者間の信頼関係の構築を進めつつ、具体的なツールを作成した段階で、他の事業との連動性は特にない。

4) C型に関する実証実験の実施

- 寝屋川市の取組として、現在、注力している取組のひとつが短期集中予防サービスである。
- 医療経済研究機構、千葉大学などと共同研究としてC型の効果測定を実施しており、RCTを使った実証研究に協力している。すでに実証実験は終了しているものの、介入群（実際にサービス利用したグループ）以外の対象群へのサービス提供が継続して実施されている。
- 昨年度からC型を設置していたものの、利用者は少なかった。今年度、実証実験を契機に参加者を募集したことから、利用者が飛躍的に増加した。
- 寝屋川市では、従前相当のサービス及びC型を利用する場合は、自立支援型地域ケア会議（地域ケア個別会議）で検討してから利用するというルールを定めているため、対象者の状態に応じて適切なサービスを多職種で検討することができている。結果として、相当数の利用者がA型サービスに移行している。

5) 「訪問指導」の導入

- 他方で、利用にあたって、自立支援型地域ケア会議での検討を経る必要があることから、迅速な利用という点では課題を残していた。また、ケアマネジャーの立場から、ケアプラン原案を作成した後の段階で地域ケア会議の検討を経ることから、ケアプランを改変されるという心理的な抵抗感があったことも事実である。
- そこで、来年度からは、C型及び従前相当サービスの利用にあたっては、地域ケア会議での検討を経ずに、リハビリ職による「訪問指導」によって、ケアマネジャーと共同でアセスメントを実施することとした。
- 「訪問指導」は、いわばケアマネジャーとの同行アセスメントであり、ケアマネジメントの初期段階からケアマネジャーにリハビリ職が関わることで、より建設的な助言が可能になることを期待している。ケアマネジメントのアセスメントにおける課題を、訪問指導を通じて解消していくというのが主たる狙いである。

6) 「訪問指導」の効果

- 訪問指導は、すでにC型の実証実験の段階で試行されており、その効果が確認されている。アセスメント段階でのリハビリ職の同行により、手すりなどの居住環境の改善でサービスを

利用しなくても生活が成り立つといったケースもでてくる。

- 利用者の状態に応じ、訪問リハビリテーション等C型以外のサービスを提案することもあるほか、退院時に、アセスメントを実施することで、入退院支援としての機能も果たすことを期待している。
- 自立支援型の地域ケア会議は、介護予防ケアマネジメントの考え方を整理していく上で有効とは考えているが、実際のケースの議論を行うにあたっては、助言者も実際の利用者を見ていくわけではなく、助言には限界があるのも事実である。訪問指導を活用することで、実際に利用者のアセスメントをケアマネジャーとともに行うことが可能になっており、より有効な助言が可能になっている。
- 要介護認定業務では、介護の手間での議論を行っているが、訪問指導によるアセスメントは、いわば改善可能性の視点による評価を行っているという意味もある。

7) 地域ケア会議からの分離と訪問指導

- なお、自立支援型地域ケア会議そのものは、今後も継続的に実施していく。ただし、その役割としては、C型や従前相当サービスのスクリーニングとしての役割は分離させ、訪問指導に移管するとともに、地域におけるケアマネジメントに関する考え方を整理し、協働を推進する場としての本来の役割を重視する方向に移行しつつある。
- 訪問指導は、それ自体は、地域ケア会議とは別種の取組に見えるが、その趣旨は、自立支援の考え方の多職種連携(ケアマネジャーとリハビリ職)を通じた共有という点で同一である。

8) 地域リハビリテーション活動支援事業の活用

- 従来は、リハビリ職が地域ケア会議に助言者として出席することから、その費用を、地域リハビリテーション活動支援事業から拠出していたが、訪問指導の本格導入に伴い、訪問指導の経費も地域リハビリテーション活動支援事業から拠出することとなっている。
- 現状、従前相当サービスの新規利用者に対して訪問指導を実施するとすれば、一か月に60件程度の訪問が可能なら、対応可能と考えている。予算の見積りや実際に訪問指導にあたるリハビリ職の人数などから、実際に対応は可能と考えている。

9) C型の定着に向けた工夫

- 現在、利用者がC型のサービス利用を希望しない場合については、ケアマネジャーが理由書を提出するというルールとしている。このようなルールを作ることで、ケアマネジャーが利用者にC型サービスについて説明する機会を設定している。
- C型の効果や意義については、地域全域で完全に共有されている段階ではなく、今後も考え方の定着に努力が必要な段階であり、市民にリハビリテーションの考え方を共有してもらうとともに、C型の存在を知ってもらうためのツールとして、このルールを導入した。

10) 今後の課題

- 現状の「訪問指導」と「自立支援型地域ケア会議」「C型」を組み合わせた仕組みは、ケアマネジメントの考え方を整理し、効果的な軽度者支援を展開していく上で、有効であると考え

ているが、現場の理解が広がるには、当然、時間が必要であると考えている。

- 事業者にも経営の問題もあり、良い取組だからというだけで、全面的に協力できるわけではない。要支援者のケアマネジメントに関しては、報酬が安価な割に、対応しなければならない事項が多く、事業者としてのメリットが小さい。
- AI を取り入れたケアマネジメントが推進されていく中、ケアマネジャーの役割についての議論もされているが、ケアマネジャーを追い出すような発想は無く、いかに協働し、地域のケア体制の持続可能性を考えていけるかを模索していくべき。経営的な面で、たとえば給付管理していなくても介護予防ケアマネジメントBを積極的に活用していくなどの方法で報酬を認めることも検討していく必要があると考えている。

(6) 石川県能美市

1) 我が事丸ごと推進課の成り立ち

- 以前の地域包括支援センター（直営：1か所）では、認定調査からケアプラン作成・ケアマネジメントまですべてを担っており、地域全体の課題を把握することに十分関わられていなかった。
- 平成 27 年度に地域包括支援センターを委託（3か所）し、基幹機能を市にもつ体制とすることで、地域課題を認識できるようになってきた。
- そうした状況の中、平成 29 年度に福祉課（地域福祉計画を策定する部署。障がい者福祉や生活保護を担当している）が生活困窮者に対する支援の取り組みを強化するために、国の我が事丸ごとのモデル事業を開始した。
- 「我が事・丸ごと」の考え方をみると、地域包括ケアシステムや総合相談・支援体制との関係から福祉課と相談し、モデル事業を共同で実施することとした。
- さらに、市長が我が事丸ごと事業を市の5つの施策方針の中に位置付け、横系プロジェクト（施策検討を行う行政のプロジェクトチーム）を作ることになった。横系プロジェクトが作られたため、関係する複数の部署と一緒に課題や施策を検討するような体制が整っている。副市長がプロジェクトチームのリーダーを担っていることも、庁内全体の動きとなっている要因である。
- 各部署がそれぞれバラバラに動いても、地域共生社会の実現は難しいということで、平成 30 年度に、各部署の連携調整を行う我が事丸ごと推進課（現在の職員は6名）が創設されることになった。
- 我が事丸ごと推進課は、地域支援事業全般や地域づくりを担当するだけでなく、事業間の全体デザインや部署間の連携調整の役割も担っている。全体をみることで、事業間の重複部分やつながりが見えてくる。
- 地域共生社会では高齢者や他の対象者を含めて一体的に取り組むと言われながらも、国からの補助金は対象別に出ている。そのため、高齢者以外の対象者も含めた連携事業については、予算取りに苦労している。
- 他の担当課と連携し、一緒に連携事業の予算を取りにいく流れができたため、健康福祉部内の風通しはよくなったと感じる。

2) 横系をつなぐための関係組織

- 【横系プロジェクトチーム】副市長をトップとし、施策検討を行う行政のプロジェクトチームである。5つの部会があるが、地域力強化部会、助け合い・支え合い部会、相談体制検討部会は月に1回、地域医療・介護部会、健康づくり・予防部会は、2～3か月に1回と、それぞ

れ活動頻度が異なる。

- 【地域包括支援体制推進協議体（通称：のみ共）】地域包括ケアに関連した団体と市民と行政の横系組織である。生活支援体制整備事業の協議体とは別の協議体であり、各関係団体の構成員が委員となっている。

3) 地域ケア会議

<地域ケア会議の全体像>

- 第1層の地域ケア会議は、のみ共（地域包括支援体制推進協議体）、メモリーケア・ネットワーク能美（目的：在宅医療・介護連携、主催：市）、生活支援サービス推進協議体（目的：生活支援体制の充実、主催：社協）が位置づけられる。
- 第2層の地域ケア会議は、課題検討会議として位置づけられており、第1層地域ケア会議や第3層の個別会議等から提案された様々な課題（「ごみ出し」「買い物」「通院」「薬」「認知症対応」「見守り」「緊急時対応」「退院不安：退院時連携」等）について、圏域内の関係者で検討を行っている。医療機関との連携が必要な事項については、メモリーケア・ネットワーク能美で検討するようにしている。
- 第3層の地域ケア会議は、ケアプラン会議、困難事例検討会、ネットワーク会議が位置づけられている（ケアプラン会議や困難事例検討会から、さらにネットワーク会議につながっている）。町会単位の地域福祉委員会で地域課題を解決することを目指し、社協が支援している。
- 検討するケースは、各地域の地域包括支援センターで開催するものと、中央開催で多職種によって検討するものに分けている。

<メモリーケア・ネットワーク能美>

- 認知症対応において、医師会の呼びかけで平成 23 年に多職種が集まるメモリーケア・ネットワーク能美ができた。立ち上げから3年間は、医師会の事業として行っていたが、平成 26 年度からは、認知症施策に加え、在宅医療介護連携施策も検討内容に含めないかと市から提案したことで、現在は市が主導で進めている。
- 立ち上げ当初の参加者は 15 名だったが、現在は 70 名に増えた。
- 課題別に5つの分科会（入退院時連携体制、在宅医療介護の諸々を考える、認知症の対応体制、地域ケア会議プロジェクトチーム、メンバーの研修や市民講座等の企画・開催）があり、約 20 名ずつが各分科会に参加している。毎月定例会議を開催しているが、さらに定例会議とは別に、年に2回事例検討会を開催している。定例会議に参加している介護職はほとんどいないが、事例検討会に参加する介護職は増えており、多職種で意見交換できる場になっている。

4) 各事業の連動性

<介護予防・日常生活支援総合事業と健康づくり・予防部会の連動>

- 横系プロジェクトにおいて、フレイル予防と介護予防を一体的に検討するために、「健康づくり・予防部会」を作ったことが能美市の特徴だといえる。健康推進課以外にもスポーツ推進課（スポーツに関するコーディネーターが配置されており、町内会で運動を一緒に取り組ん

でいる)や商工課(昨年度はJAと一緒に、地元商店にて「減塩」を普及するキャンペーンを行った)が関わっている。

- ・健康づくり・予防部会では元気な高齢者、地域力強化部会では中重度者で生活支援が必要な高齢者を対象にするなど、部会によって対象としている高齢者が異なる。我が事丸ごと推進課があるからこそ、全体をみることができている。

<生活支援体制整備事業>

- ・生活支援サービス推進協議体は、生活支援体制整備事業の第1層として機能している。委員は15名で、自治会団体や民生委員、法人(高齢者・障がい関係)で構成している。
- ・社会福祉協議会は市の単位で設置されているため、各地域のCSWが地区社協の役割を担っており、第3層のような位置づけとなっている。

<地域福祉委員会>

- ・地域福祉委員会は、74町会のうち91委員会設置され、町会長を中心に組織されている。3層的な活動を進めつつも、仕組みづくりも検討しているため、第2層としての役割も担っている。「見守り・助け合い推進委員会」・「ここに寄り添い合う人づくり委員会」は、それぞれ地域の取り組みを住民参画で考える委員会として位置付けられている。
- ・地域福祉委員会の中には、地域福祉委員会の委員がNPO法人を作り、生活支援の活動を進めているという事例も出てきている。

<地域からの認知症対策>

- ・認知症者の徘徊に関する問題提起があったことから、認知症対応に関する活動を地域と医療や介護の専門職が共同で進める動きが出てきている。商工会の女性部が自主的に対象者を把握し、移動販売(生活支援)を始めている。

第3章 連動性チェックリスト

1. 連動性チェックリストの作成概要

(1) チェックリスト作成の目的

市町村・保険者に対し、地域支援事業を連動できているか、そのための仕掛けや体制ができているか、連動性の効果が出ているかを確認できるツールを提供するため、地域支援事業の連動性に関するチェックリストを作成した。

(2) チェックリストの構成

チェックリストの作成にあたっては、地域支援事業の各事業を連動できているか、だけでなく、そのための取組・体制や、連動による効果もあわせて確認することが重要と考え、下記のような構成とした。

- I. 連動性の前提となる戦略立案
- II. 地域支援事業の連動性
- III. 連動のための仕掛けと体制づくり
- IV. 地域支援事業の連動による効果

(3) チェックリスト・回答票

作成したチェックリスト、回答票は、以下のとおりである。

地域支援事業の連動性チェックリスト

下記のチェックリストにおいて、

「個別ケースの支援」とは、地域ケア個別会議、ケアマネジメント、相談業務など、個別ケースに対する相談支援や支援・サービスのコーディネートのことを指しています。

また、各事業の名称は、下記の通り略称で表記しています。

「4事業」：生活支援体制整備事業、介護予防・日常生活支援総合事業、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業

「整備事業」：生活支援体制整備事業

「総合事業」：介護予防・日常生活支援総合事業

「医介連携推進事業」：在宅医療・介護連携推進事業

I. 連動性の前提となる戦略立案

チェック項目① 戦略を立案しているか？



- 「地域全体の定量的な指標^(※1)から見えてくる課題や施策（マクロ）」と「個別ケースの支援から見えてくる地域課題（ミクロ）」の双方を見据えながら、戦略を立案している。

※1：認定率や保険給付額、利用率など地域全体の指標

II. 地域支援事業の連動性

チェック項目② 4事業で見つけた・生まれた地域資源を、個別ケースの支援に活用しているか？



- 住民主体による通いの場や生活支援の活動、民間サービスなどを、個別ケースの支援で活用するよう働きかけている。
- 医介連携推進事業で生まれた専門職のプログラムやサービス、連携パスなどのツールを、個別ケースの支援で活用するよう働きかけている。

チェック項目③ 個別ケースの支援から把握された課題をもとに、4事業に取り組んでいるか？



- 個別ケースの支援の積み上げから、地域ニーズを把握し、整備事業や総合事業に活かしている。
- 個別ケースの支援の積み上げから、認知症支援における課題を把握し、認知症支援のための住民活動や専門職向けの研修、連携パスなどのツール作成などの施策検討に反映している。
- 個別ケースの支援の積み上げから、医療介護連携の課題を把握し、多職種研修、入退院支援・重度化予防・看取りに関する施策検討に反映している。

チェック項目④ 地域支援事業とその他の施策を連動させているか？

<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">● 整備事業を進めるにあたり、地域自治協議会やまちづくり協議会、地域福祉委員会などの住民自治組織に対し支援や働きかけを行ったり、所管している部署と連携している。● 地域に必要な介護予防・生活支援の資源を検討する際、健康増進・生涯学習・商工分野の事業、民間サービス等の資源の洗い出しをしたり、所管している部署と連携している。
-------------------------------------	--

III. 連動のための仕掛けと体制づくり

チェック項目⑤ コーディネーターが「重なりしろ」として機能しているか？

<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">● 各種コーディネーター^(※2)は、自治体が地域支援事業の戦略を立案する場に常に参加している。 <p>※2：生活支援コーディネーター、在宅医療・介護連携相談コーディネーター、認知症地域支援推進員</p>
-------------------------------------	--

チェック項目⑥ 4事業と地域ケア会議の担当者が連動できているか？

<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">● 4事業と地域ケア会議の各担当者が、自分の担当以外の事業の会議に出席したり、現場に同行することがある。
-------------------------------------	--

IV. 地域支援事業の連動による成果

チェック項目⑦ 短期集中予防から通いの場へつなぐ仕組みができているか？

<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">● 短期集中介護予防（C型）の終了後につなぐ地域の通いの場や居場所が、十分に把握・確保されており、実際につなげている。
-------------------------------------	---

チェック項目⑧ 通いの場から、助け合いによる生活支援の活動が生まれているか？

<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">● 住民主体による地域の通いの場から、助け合いによる生活支援の活動が生まれ、それらを把握している。
-------------------------------------	---

チェック項目⑨ ミクロとマクロの両方の視点を持ちリハ職や看護師等が誕生しているか？

<input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">● 体操教室などの地域の通いの場に対する支援、介護職やケアマネジャーに対する技術的支援（同行訪問やケアプランに関する助言など）など、現場支援を行うとともに、行政の戦略立案にも関わっているリハビリ職や看護師等がいる。
-------------------------------------	---

2. 連動性チェックリスト試行結果

作成したチェックリストを、市町村・保険者セミナー（大阪会場）で試行したところ、以下のような結果であった。

（1）回収結果

チェックリストは、セミナーの参加者全員に対し配布した。

チェックリストは、市町村・保険者を対象に作成したものであるが、その他の参加者（関係機関、事業所など）についても配布し、所属する組織の状況について回答するよう依頼した。

回収率は、以下の通りであった。

図表 2-9 チェックリスト回収率

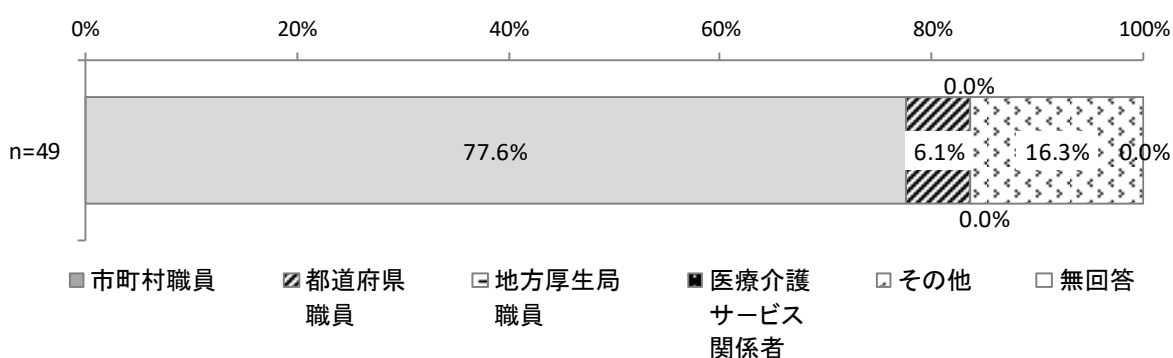
配布数 (参加者数)	回収数	回収率
64 件	49 件	76.6%

（2）集計結果

①回答者の属性

「市町村職員」が最も多く 77.6%であった。

図表 2-10 回答者の属性

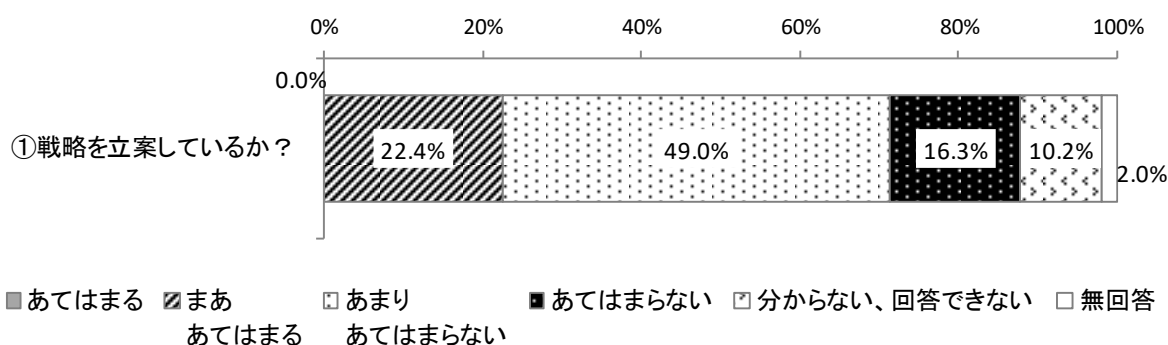


②チェックリストの回答結果

戦略立案については、「あまりあてはまらない」の割合がもっと高く、49.0%であった。

「あてはまる」「まああてはまる」をあわせた割合は、22.4%であった。

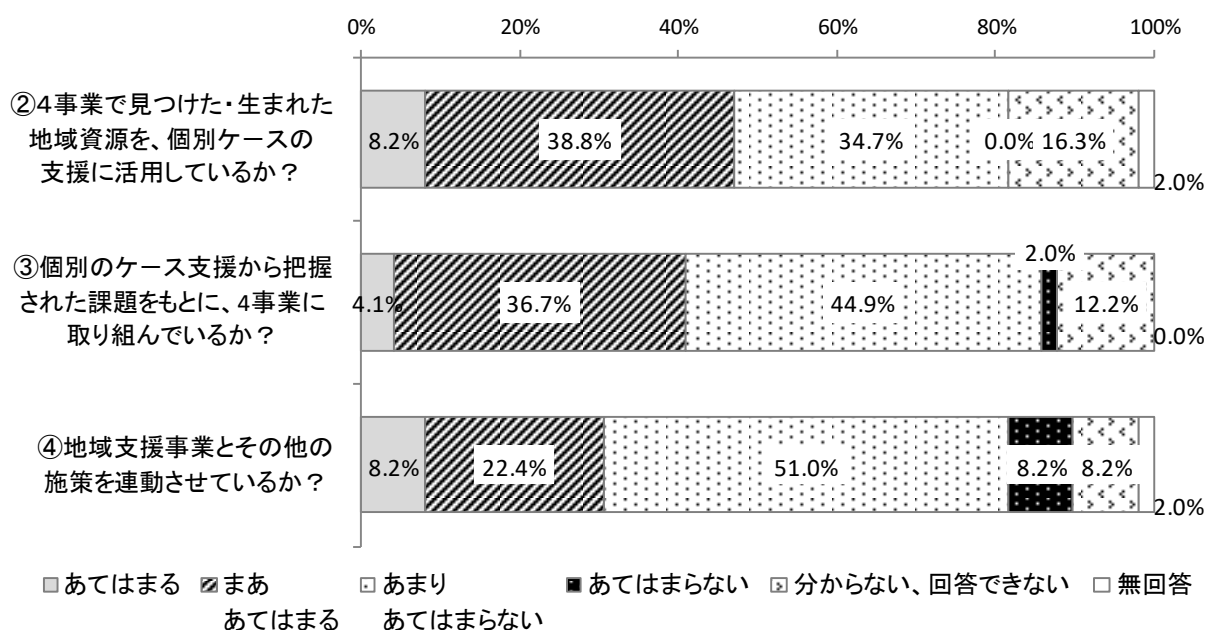
図表 2-11 連動性の前提となる戦略立案(n=49)



地域支援事業の連動状況については、「あてはまる」「まああてはまる」をあわせた割合は、「②4事業で見つけた・生まれた地域資源を、個別ケースの支援に活用しているか？」46.9%、「③個別のケース支援から把握された課題をもとに、4事業に取り組んでいるか？」40.8%、「④地域支援事業とその他の施策を連動させているか？」30.6%であった。

地域支援事業の中で連動している割合が、地域支援事業とその他の施策を連動させている割合よりも、やや高い結果となった。

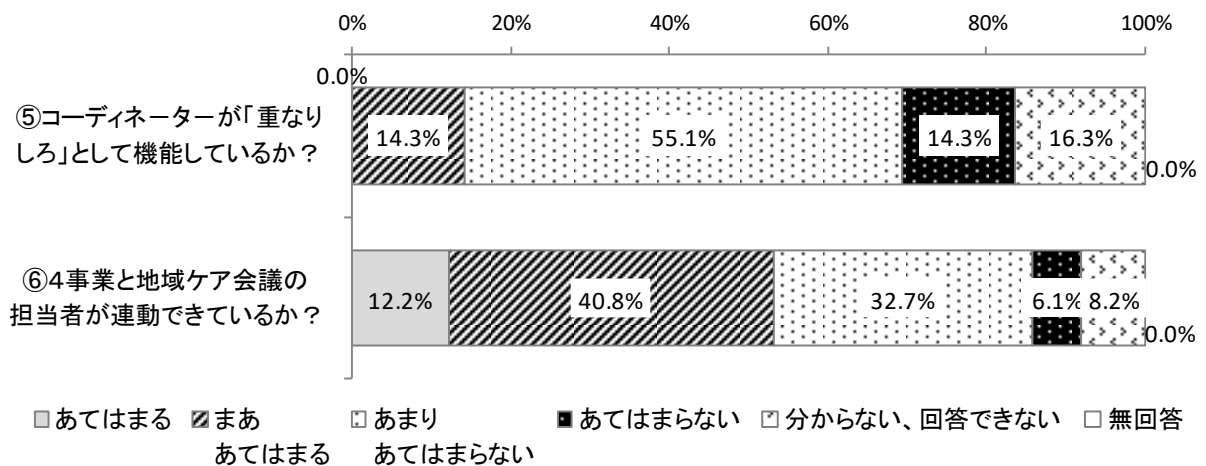
図表 2-12 地域支援事業の連動性(n=49)



連動のための仕掛けと体制づくりについては、「あてはまる」「まああてはまる」をあわせた割合は、「⑤コーディネーターが『重なりしろ』として機能しているか？」14.3%、「⑥4事業と地域ケア会議の担当者が連動できているか？」53.1%であった。

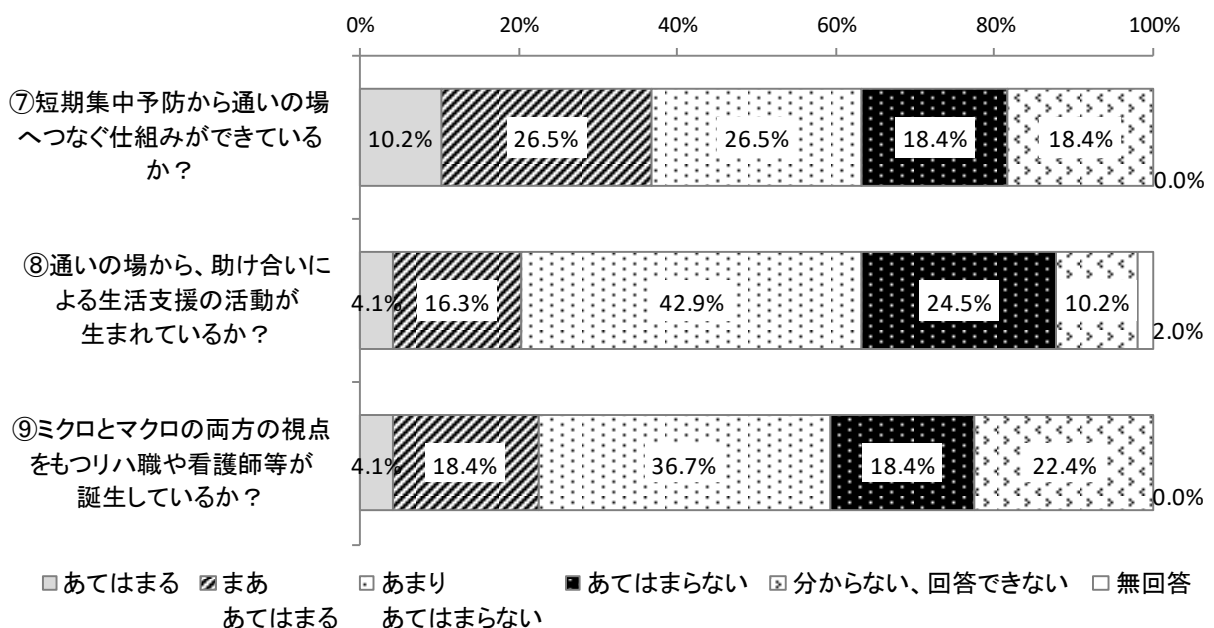
担当者の連動性は約半数の回答者ができているという認識であるのに対し、コーディネーターが「重なりしろ」として機能しているという割合は2割未満にとどまった。

図表 2-13 連動のための仕掛けと体制づくり(n=49)



地域支援事業の連動による効果については、「あてはまる」「まああてはまる」をあわせた割合は、「⑦短期集中予防から通いの場へつなぐ仕組みができているか？」36.7%、「⑧通いの場から、助け合いによる生活支援の活動が生まれているか？」20.4%、「⑨ミクロとマクロの両方の視点をもつリハ職や看護師等が誕生しているか？」22.4%であった。

図表 2-14 地域支援事業の連動による成果(n=49)



第4章 市町村・保険者セミナー

1. セミナー実施概要

(1) 開催日時・場所

東京と大阪の2会場で開催した。

【東京会場】

○開催日時：平成31年3月20日 13:30~16:45

○開催場所：AP市ヶ谷 A会議室（8階）

（東京都千代田区五番町 1-10）

【大阪会場】

○開催日時：平成31年3月25日 13:30~16:45

○開催場所：AP大阪駅前梅田一丁目 APホール（地下2階）

（大阪市北区梅田 1-12-12）

(2) プログラム

図表 2-15 市町村・保険者セミナーのプログラム

開始時間	内 容	講 師
13 : 30	地域支援事業の連動性 (基調報告)	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 社会政策部長 上席主任研究員 岩名 礼介
14 : 30	自治体の実践報告①	【東京・大阪会場】 大阪府寝屋川市 福祉部高齢介護室 瀬戸健太 様
15 : 00	休憩 (15 分)	
15 : 15	自治体の実践報告②	【東京会場】 事務局より実例報告 【大阪会場】 石川県能美市 我が事丸ごと推進課 南由美子 様
15 : 45	トークセッション& 質疑応答	○自治体職員のパネリストの皆様 ○厚生労働省 老健局 総務課 課長補佐 石井義恭氏 (東京会場のみ) ○三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 社会政策部長 上席主任研究員 岩名 礼介
16 : 45	終了	

【東京会場】



【大阪会場】



(3) 申込者数・参加者数

図表 2-16 申込者数・参加者数等

会場	申込者数	参加者数	参加者の内訳
東京会場	78名	67名(43自治体)	市町村職員 50名 都道府県職員 10名 医療介護サービス関係者 3名 その他4名 (NPO法人、厚生労働省職員等)
大阪会場	67名	64名(38自治体)	市町村職員 52名 都道府県職員 6名 地方厚生局職員 1名 医療介護サービス関係者 1名 その他4名 (NPO法人、大学職員等)

2. 会場アンケート結果

(1) 回収結果

アンケートの回収率は、以下の通りであった。

図表 2-17 アンケート回収率

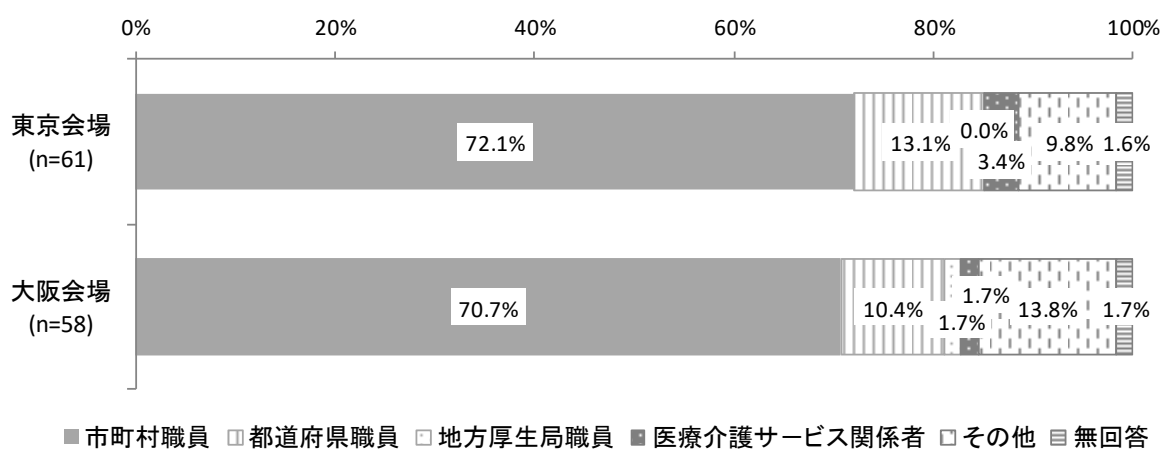
会場	配布数 (参加者数)	回収数	回収率
東京会場	67 件	61 件	91.0%
大阪会場	64 件	58 件	90.6%

(2) 集計結果

①回答者の属性

「市町村職員」が東京会場で72.1%、大阪会場で70.7%と最も多かった。

図表 2-18 回答者の職業

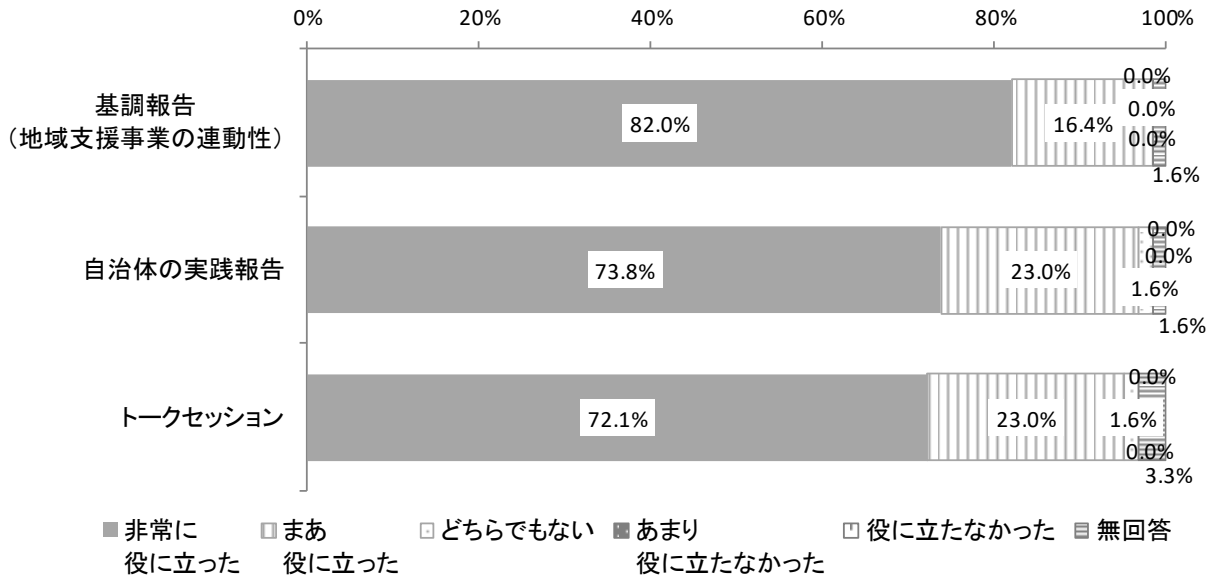


②セミナーに対する評価

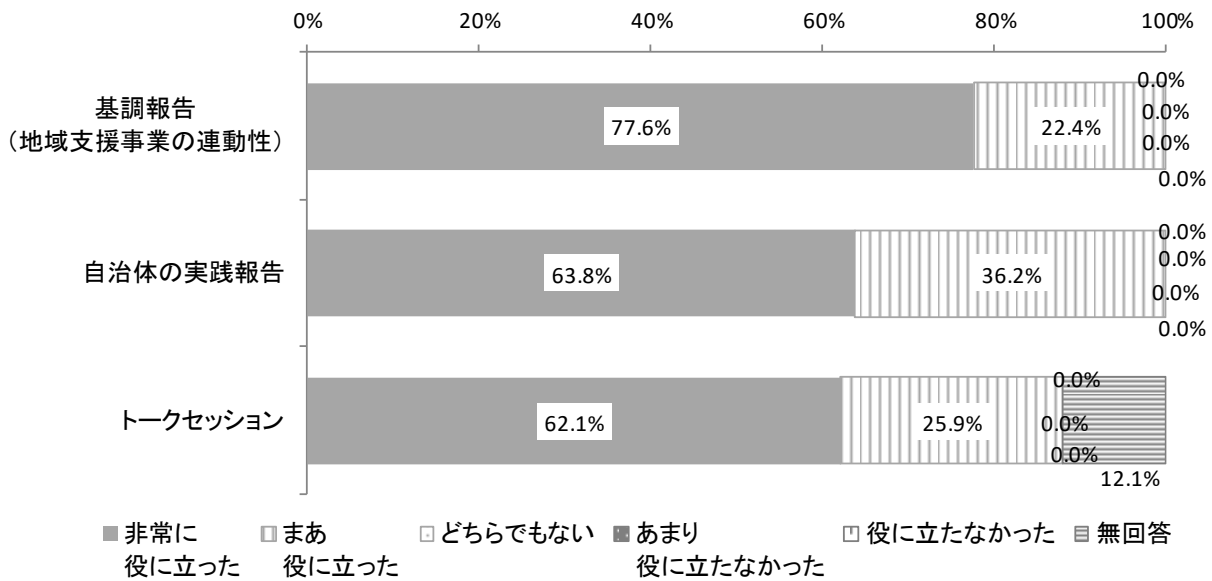
東京会場において、セミナーに対して「非常に役に立った」と回答した人は、基調報告（地域支援事業の連動性）82.0%、自治体の実践報告 73.8%、トークセッション 72.1%であった。

同様に、大阪会場においては、基調報告（地域支援事業の連動性）77.6%、自治体の実践報告 63.8%、トークセッション 62.1%であった。

図表 2-19 【東京会場】市町村・保険者セミナーの評価



図表 2-20 【大阪会場】市町村・保険者セミナーの評価



③セミナー及び地域支援事業に関する意見・感想

主に、以下のような意見・感想が挙げられた。

- 本市の事業も今は繋がっている部分がないか、少しの工夫でそれぞれのピースがはまるのではないかと可能性を感じました。
- 生活支援体制について、行政担当者として活動しています。事業が進まない、そのよう状況で苦しんでいましたが、連動性というキーワードのおかげで救われ、進む道が見えたような気がします。
- まだ、訪問Aもケアマネジャーに十分理解してもらえず、利用してもらえない。短期集中Cなしの通いの場&協議体が先行している。短期集中も始められるかもと期待を抱くことができた。
- 平成28年度から総合事業を始めて、地域支援事業、ケアマネジメント支援会議、生活支援体制整備を一つの係りでおこなってきました。それなりに特徴ある事業としてやってきたつもりですが、今日話を聞くと、もっといろんな展開ができたのではないかと思いが膨らんできます。インセンティブ評価、介護保険事業計画の評価等、ふりまわされている感じでいっぱいです。
- 地域支援事業として言われてしまえばごく当たり前の連携という点について、新しい発見と改めて見直すべき点がたくさん見つかりました。
- もっと意識した仕事の展開を考えないといけないと思いました。役所も縦割り、事業担当もその事業のまわすことに追われて連動性について考えることがなかったです。
- 地域支援事業を戦略的に進めるために市で行っている事業の整理やデータ分析、関係者間の意識の統一が必要だと感じた。
- 地域ケア会議を開催することで精一杯の一年でしたが、今回の研修で位置づけや連動性を高める視点をもって次年度取組みたいです。
- 自分の町は人口規模も少なく職員も少ないので、すべて兼任して大変だと思っていたのですが、連動性のお話を聞いてそれを逆手にとってより、連動を意識してより自立支援など推進していこうと思いました。
- 基調報告はパワーポイントでの説明が効果的でとても分かりやすく、特に「重なりしろ」と「地域包括ケア会議」の役割は納得できた。実践報告では、寝屋川市のC型サービスの内容と流れが自治体で早速活用参考にできることが多々ありとても参考になった。