

平成 29 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

地域包括ケアシステムの構築を推進するための
広域的なアドバイザーのあり方に関する調査研究事業
報告書

平成 30(2018)年 3 月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

－ 目 次 －

第1章 事業実施概要	1
I 事業の背景	1
II 事業の目的.....	1
III 事業の全体像	2
IV 検討会の開催	3
V アンケート調査の実施	3
VI ヒアリング調査の実施.....	4
VII 事業実施体制	5
第2章 地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方	7
第3章 アンケート調査結果.....	39
I 地域支援事業を担当する職員体制（平成30年2月1日時点）	39
II 地域包括ケアシステムに関する取組の進捗、部支援資源の活用状況.....	40
III 都道府県・国による支援に対する期待と課題.....	98
IV 市区町村職員のセミナー等での発表等の状況.....	99
V 今後の職員のセミナー等での発表等に対する考え	101
第4章 ヒアリング調査結果.....	104
I ヒアリング記録	104
資料編	117
<資料①：アンケート調査票>	117
<資料②：ヒアリング、検討会における参考資料>	133

第1章 事業実施概要

I 事業の背景

地域包括ケアシステムは、それぞれの地域の実情に応じたものを、それぞれの市町村をベースに検討していくことを前提としており、市町村は広い裁量範囲の中で、それぞれの地域のニーズを明確に把握した上でのシステム設計を求められている。

しかしながら、従来の高齢者支援行政の多くは、厚生労働省で定められた人員配置と事務手続きにしたがって仕組みを構成する事業が多く、市町村の実情に応じた設計を行うことに不慣れであり、そのことから、各地域での地域包括ケアシステムの構築に時間を要しているといった課題がある。

また、国からは「見える化」システムの提供や事例集の提供など、市町村支援の各種ツールが提供されているものの、これらを十分に活用するノウハウや時間、あるいは知識等の蓄積が十分でないために、支援が活かされていないといった問題もある。

一方で、成功事例のひとつとして取り上げられる「地域づくりによる介護予防推進事業」に見られるように、一定のノウハウを蓄積した人材を、都道府県の枠を超えて市町村に派遣し、支援することで、成果を得ている事業もある。

ただし、こうした事業は、数年単位の事業であり、一定期間が終了すると、自律的な仕組みとして継続することが難しい。また、地域包括ケアシステムの構築に向けて市町村が支援を必要としている分野は多岐にわたっていることから、継続的かつ広範囲のテーマをカバーした広域行政による支援体制を恒常的な仕組みとして設計していくことが求められている。

本事業では、これまでの地域包括ケアシステムに関する支援事業を把握するとともに、他分野も含めた広域アドバイザー制度を調査することで、今後求められる広域行政による地域包括ケアシステムのための支援プログラムの設計に供する提言を行うことを目的とする。

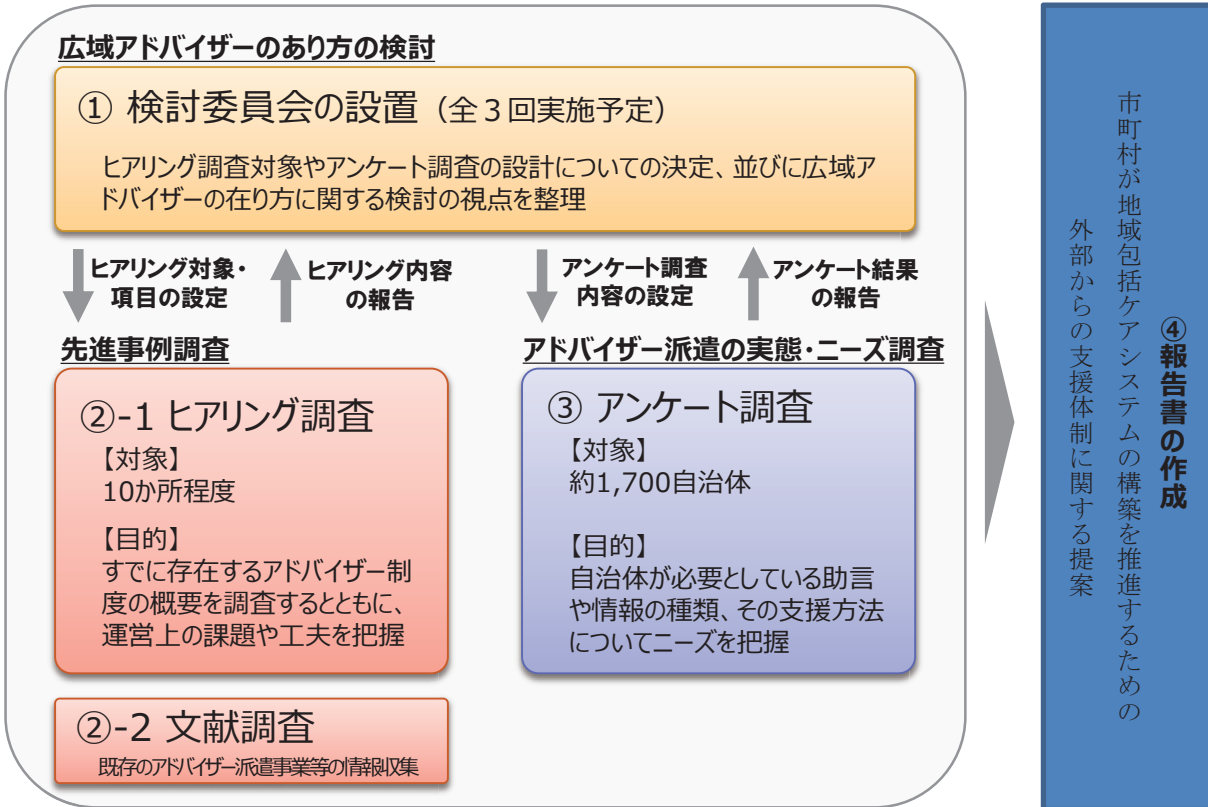
II 事業の目的

地域包括ケアシステムの構築を支援するための広域的な支援体制のあり方について、市町村のニーズを踏まえつつ、他分野のアドバイザー派遣事業の実態を調査し、人材の確保・具体的な活動内容・派遣体制等に関する課題と解決策を整理した報告書を作成し、今後の外部支援資源の積極的な活用とより広域（都道府県等）の市町村支援のあり方について提案を行うことを目的とした。

III 事業の全体像

(1) 全体構成

図表 1-1 事業の全体像



(2) 実施スケジュール

本事業の全体スケジュールは以下の通りである。

図表 1-2 実施スケジュール

	2017年						2018年		
	07月	08月	09月	10月	11月	12月	01月	02月	03月
【実施企画策定、調整】	→								
【検討委員会】		巡回による 委員会開催	→			●			●
【ヒアリング調査】			準備	→			実施		
【アンケート調査】						設計	調査サイト 準備	実施	集計・分析
【報告書作成】							→		

IV 検討会の開催

有識者等による検討会を設置し、地域包括ケアシステムの構築における外部の支援資源のあり方について、都道府県の役割を中心に議論を行った。

■検討会委員（敬称略・五十音順）

※ ◎は検討会座長

氏名	所属
甲斐 慎一郎	宮崎県 長寿介護課医療・介護連携推進室 主幹（地域包括ケア推進）
篠田 浩	大垣市 福祉部 高齢介護課長
服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部 研究員 兼 研究総務部 次長
松田 裕子	国立大学法人 三重大学 副学長(地方創生・サテライト)
◎柳 尚夫	兵庫県但馬県民局 豊岡健康福祉事務所 所長

■検討会実施

第1回検討会	第一回検討会について、日程調整不調のため、事務局が各委員を訪問した上で、意見聴取を行い、検討会に替えた。	
第2回検討会	平成29年12月25日(月) 13:00-15:30	場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター 5階ミーティングルーム5B
第3回検討会	平成30年3月29日(木) 18:30-21:00	場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター 9階ミーティングルーム9B

V アンケート調査の実施

(1) 目的

地域包括ケアシステムの構築を推進するにあたり、必要としている助言や情報の種類、またその支援方法について、ニーズを把握することを目的として実施した。

(2) 調査対象

全国の市区町村 1,741 団体

(3) 実施方法・実施時期

調査は、Web 回答方式で実施した。調査の実施時期は、下記の通りであった。

ログインID・PWの案内（郵送）：平成30年2月5日発送

Webサイトでの回答期間：平成30年2月8日～2月26日

(4) 回答自治体

回収数：584 件

図表 回収率

対象数	有効回答数	有効回答率
1,741 件	584 件	33.5%

図表 人口規模別・回答自治体

人口区分	件数	割合
3万人未満	234	40.1%
3万人以上5万人未満	97	16.6%
5万人以上10万人未満	105	18.0%
10万人以上30万人未満	103	17.6%
30万人以上	45	7.7%
合計	584	100.0%

VI ヒアリング調査の実施

(1) 目的

介護保険／地域包括ケアシステムに関する広域の支援事業について以外の分野における広域的に対応するアドバイザー制度の概要を調査するとともに、その制度の運営上の課題や工夫について把握した。

(2) 調査対象

【地域包括ケアシステムに関する広域の支援】

- 大阪府（大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会他）
- 島根県（島根県教育庁）
- 宮崎県（MICCS：宮崎地域包括ケアシステム）
- 沖縄県（沖縄県地域づくりによる介護予防推進事業他）
- 東京都健康長寿医療センター（東京都介護予防推進センター）
- JAGES（日本老年学的評価研究）
- 「地域づくりによる介護予防推進支援事業」関係者

【他分野におけるアドバイザー制度】

- 内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局（日本版シティマネジャー制度）
- 総務省（地域力アドバイザー）
- 林野庁（地域林政アドバイザー）

※なお、一部のヒアリング対象者においては、希望によりヒアリング記録を未掲載としている。

(3) 調査内容

【他分野におけるアドバイザー制度】

調査テーマ	項目内容
広域的なアドバイザー制度の概要	制度が求められた背景、制度の開始時期、派遣期間アドバイザーの選定・登録方法、派遣対象地域／等
アドバイザー派遣の実績	年度ごとの派遣先・回数、制度運営にかかるコスト／等
運用上の課題や解決方法・工夫	アドバイザーと派遣先のマッチングの方法・課題について、財源の確保について／等
アドバイザー派遣による効果	アドバイザーの派遣前後の派遣先の変化／等

VII 事業実施体制

岩名 礼介	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
阿部 剛志	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社	主任研究員	
喜多下 悠貴	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社	研究員	
窪田 裕幸	三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社	研究員	

第2章 地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方

～地域の実情に応じた仕組みづくりを支援するために～

目次

1. 市町村における外部の支援資源の必要性	1
(1) 広域支援の必要性の背景.....	1
(2) 外部支援資源の対象となる取組テーマと支援内容	3
2. 市町村の取組状況から見る支援ニーズ	6
(1) アンケート調査の結果から見る市町村の状況.....	6
3. 広域的な市町村支援のあり方	14
(1) 戦略策定に対する支援の必要性	14
(2) ノウハウ伝達のための支援	16
(3) 都道府県の市町村の支援に求められる「具体性」と「継続性」	18
(4) チームによる市町村支援	19
(5) 多層的な支援プログラム	22
4. 広域支援を進める際の市町村側の課題	25
(1) 市町村における支援受け入れ態勢の課題	25
(2) 地域包括支援センターの施策への関わり	26
(3) 生活支援コーディネーターのネットワーク化.....	27
【補論】他分野におけるアドバイザー制度	28
(1) 他分野のアドバイザー制度	28
(2) 制度設計における工夫	29
(3) 制度運営における工夫	30

1. 市町村における外部の支援資源の必要性

- 以下は、本事業において実施した市町村を対象としたアンケート調査及びヒアリング調査に加え、有識者による検討会における議論を踏まえ、都道府県を中心とした広域行政による市町村支援のあり方について提言をとりまとめたものである。

(1) 広域支援の必要性の背景

① 「地域マネジメント」への期待

- 社会保障改革プログラム法や医療介護総合確保推進法により、地域包括ケアシステムの構築が国の政策として明確化される中、各市町村¹は地域の実情に応じて主体的に地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが求められている。平成 27 年度の制度改正により、介護予防・日常生活支援総合事業に加え、地域支援事業の「包括的支援事業」が拡充され、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、地域ケア会議推進事業によって、市町村は具体的な地域包括ケアシステムの構築を進めている。
- 近年では、こうした市町村の地域包括ケアシステム構築の進捗に対するマネジメントの過程を「地域マネジメント」という言葉を用いて議論するようになってきている。地域マネジメントは、課題の把握、分析を通じた目標の設定と関係者間での共有を前提に、地域で具体的な取組の計画を立案し、定期的な評価を行いながら、地域包括ケアシステムの構築を推進するものと整理されている。

＜社会保障審議会介護保険部会 介護保険制度の見直しに関する意見（抄）＞

【I 地域包括ケアシステムの深化・推進】

- このような状況を踏まえ、今後は、以下の①から④の取り組みを繰り返し行うこと、すなわち、目標達成に向けた活動を継続的に改善する取組である「地域マネジメント」を推進し、保険者機能を強化していくことが適当である。
 - ① 各保険者において、それぞれの地域の実態把握・課題分析を行う。
 - ② 実態把握・課題分析を踏まえ、地域における共通の目標を設定し、関係者間で共有するとともに、その達成に向けた具体的な計画を作成する。
 - ③ この計画に基づき、地域の介護資源の発掘や基盤整備、多職種連携の推進、効率的なサービス提供も含め、自立支援や介護予防に向けた様々な取り組みを推進する。
 - ④ これら様々な取り組みの実績を評価した上で、計画について必要な見直しを行う。

出所) 社会保障審議会介護保険部会 介護保険制度の見直しに関する意見（平成 28 年 12 月 9 日）

- さらに、国は平成 30 年度から「保険者機能強化推進交付金」の導入を決定しており、その評価項目として、地域支援事業の取組実績が取り上げられている。各市町村の取組の進捗状況には差がみられることから、結果的に「より多く」交付金を受ける保険者と、「より少なく」しか交付金を受けられない保険者が生じることが予想される。また、評価は得点制となっており、評価結果をラン

¹ 本報告書で「市町村」という場合は、基礎自治体である市町村及び特別区、介護保険の保険者たる広域連合を含むものと定義する。

キングのような形で可視化することもできるため、これまで以上に周辺市町村との差に目が向く環境となっており、各保険者にとって大きな関心事となっていくだろう。

② 広域による支援の必要性

- このような状況の中、市町村が円滑に地域包括ケアシステムの構築を進めていくためには、取組をバックアップする支援資源を市町村の外部に求めることも重要な選択肢となっている。特に、平成27年度に地域支援事業の包括的支援事業が拡充されたことにより、地域住民に対するファシリテーション、専門職との仕組みづくり、広報、民間事業者との企画・調整など、事務的な対応や技術職の持つ専門性だけでは対応が難しい業務も急速に増加している。

「<平成28年度 地域包括ケア研究会> 2040 年に向けた挑戦」(抄)

6. 地域マネジメント

(5) 市町村支援のあり方【アドバイザー等の派遣】

- 職員数が少なく、複数の事業を一人で担当している市町村は、取組の検討や設計等を一人で抱え込まざるをえない場合もあり、同僚や関係者と十分な検討を行う時間もなく、近隣市町村の状況を横目でみながら、とりあえず事業を遂行するといった形になりがちである。こうした職員数が限定的な市町村に対しては、都道府県や地方厚生局・支局が施策に関する協議の相手として参加することで、市町村側が考え方を整理する機会になると思われる。
- 近隣市町村その意見交換などについても、一対一よりは、複数の市町村が一堂に会する機会を設けるほうが効果的であろう。また、多くの知識や経験を要する事業を効果的・効率的に展開していくためには、市町村の枠を越えて広域的に支援できるアドバイザー制度等を検討する必要もあるだろう。

出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「<地域包括ケア研究会>2040 年に向けた挑戦」
(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)、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「<地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方> 都道府県はいかにして市町村を支援すべきか」(抄)

3. 市町村支援を推進するための今後の検討事項

(2) 国が中心となって都道府県を支援すべき事項

①アドバイザーの発掘とネットワーク化

- こうした外部人材の活用によるアドバイザーの派遣は、支援対象となる市町村職員だけでなく、協働する都道府県職員のレベルアップに資するだろう。厚生労働省が実施する既存のアドバイザー派遣制度は、一般に分野別、事業単位で登録されているが、地域包括ケアシステムの構築の推進を加速化させるため、より幅広い分野やテーマでアドバイザーの情報を共有するとともに、アドバイザーの派遣の仕組みを分野横断的に構築すべきである。その際、全国的な情報共有は当然のこととして、その人材発掘と活用にあたっては、厚生局が主体となって取り組むことも含め、実施体制を具体的に検討していくべきである。

出所)三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「<地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方> 都道府県はいかにして市町村を支援すべきか」(国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業)、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

- 市町村に求められる多様な役割に対応するため、市町村外部の資源に支援を求めるには、広域的な人的ネットワークも必要になることから、都道府県を含めた広域行政による支援が欠かせない。本事業においては、広域的な外部支援資源として、国、都道府県（保健所を含む）に加え、公的研究機関、大学・大学病院、中間支援組織、コンサルティング会社などを想定した²。

² 他方で、市町村内の介護サービス事業者や医師会などの団体は、それぞれの地域の当事者でもあることから、外部支援資源には含めていない。

(2) 外部支援資源の対象となる取組テーマと支援内容

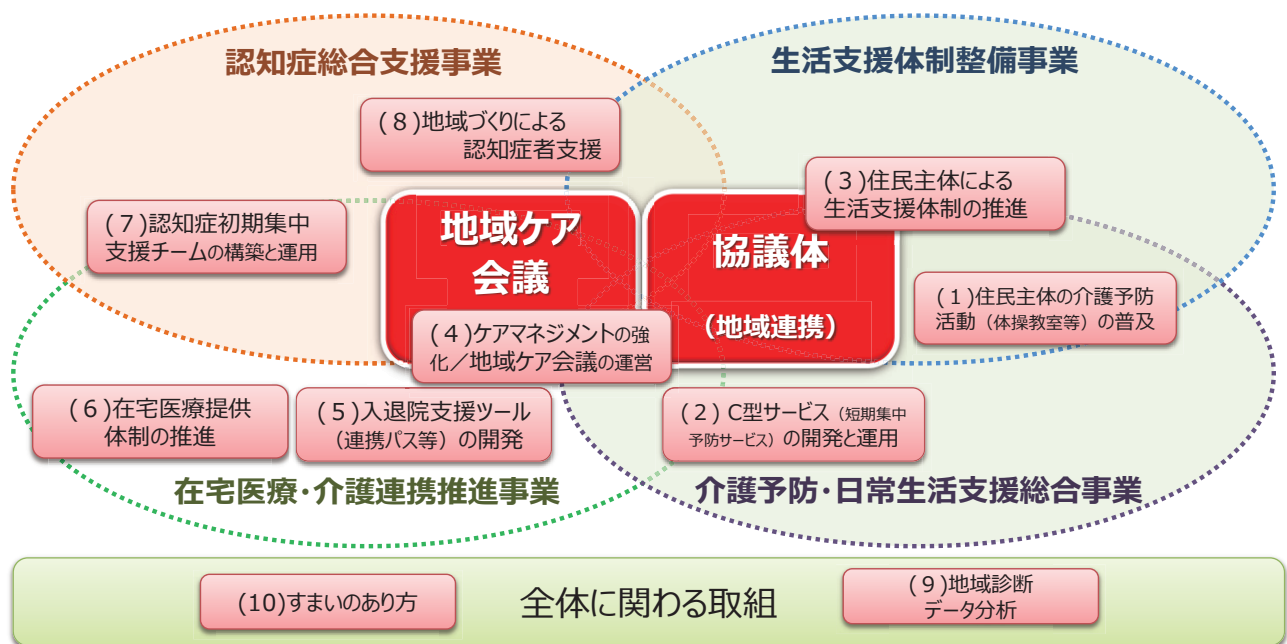
① 市町村の取組テーマ（支援が期待される分野）

- 地域包括ケアシステムの構築にかかる市町村の取組テーマ（都道府県からみれば支援すべき分野）は多岐にわたっており、それぞれの取組の重なり部分もあるため、相互排他的にもれなく整理することは難しいが、本事業においては、次図の10項目に整理して調査を行った。
- 国が提示している地域支援事業の各個別事業の関係性の中に、これら10の取組テーマを整理すると、次図のようになる。生活支援体制整備事業をはじめとする地域支援事業の個別事業はそれぞれ「重なり部分」があり、多くの取組テーマは、これら「重なり部分」に位置付けられる。このことは、10の取組テーマが相互に関連していることを意味している。市町村は、この重なりを意識しながら取組を推進することが重要であり、また都道府県は、この重なり部分を意識できるような支援を市町村に提供していくことが大切になる。

図表 地域包括ケアシステムにおける取組テーマ

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及 (2) C型サービス（短期集中予防サービス）の開発と運用 (3) 住民主体による生活支援体制の推進（協議体・生活支援コーディネーターを含む） (4) ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営 (5) 入退院支援ツール（連携バス等）の開発 (6) 在宅医療提供体制の推進 (7) 認知症初期集中支援チームの構築と運用 (8) 地域づくりによる認知症者支援 (9) 地域診断・データ分析 (10) すまいのあり方 |
|--|

図表 地域包括ケアシステムにおける取組テーマと地域支援事業の関係



資料) 厚生労働省資料に基づく整理を踏まえ、事務局にて作成

② 取組の段階にあった支援内容（方法）

- 市町村に対する支援内容は、各市町村の取組テーマや取組の進捗段階に応じて大きく以下の3つが考えられる。実際の支援にあたっては、複数の機能が組み合わせられて一体的に提供されることもある。
- 第一に、戦略策定のための支援である。地域包括ケアシステムの構築にかかる分野は多岐にわたり、関係者も多く、短期間で成果を得ることは難しいため、目標の設定と、目標に到達するための全体としてのストーリーや手法が必要になる。また、地域資源やニーズの地域差により、とるべき具体的な手法も地域毎に異なるため、外部支援者が、戦略策定の支援を行う場合は、地域の特性を理解した上での関わりが不可欠であり、中長期にわたる定期的な関わりが有効である。地域の実情を把握するために地域の状況に関する各種のデータ分析等の地域アセスメント作業が事前に必要になる。

図表 地域包括ケアシステムにおける支援の種類

支援内容 (方法)	必要となる支援の特徴	支援内容のイメージ	支援の仕組みの実例
戦略策定	<ul style="list-style-type: none"> ● 市町村の取組の具体的な目標やそこに到達するまでの筋道やストーリーを検討するための支援。支援対象の個性を踏まえる必要があるため、支援の定型化が難しい。各種調査や分析、ストーリー建てをする形で支援を実施。 ● 定期的な関わりでの支援も可能であるが、ノウハウ化が難しく、支援者側の量的確保が課題。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域診断・データ分析 ● 取組のロードマップの作成 ● サービスの基盤整備の戦略 ● 介護予防・日常生活支援総合事業 ● 地域の人材確保戦略／等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本版シティアナジェーター制度（内閣官房） ● 地域包括ケア構築ロードマップ策定支援事業（広島県）
ノウハウ伝達	<ul style="list-style-type: none"> ● 取組の完成型があらかじめ決まっており、支援内容は、取組の手順やポイントとしてマニュアル等に整理可能なもの。支援者も一度経験すれば、ある程度の再現性をもつもの。 ● ノウハウの蓄積と集約（マニュアル化）によって横展開がしやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ● いきいき百歳体操 ● 地域ケア会議の運営／等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域づくりによる介護予防推進支援事業（老健局） ● 「介護予防活動普及展開事業」（老健局） ● 要介護認定適正化事業（老健局） ● 日本版シティアナジェーター制度（内閣官房）
関係者調整	<ul style="list-style-type: none"> ● 基本的なノウハウを実際に地域で実行する際に必要となる関係者間の調整を支援するもの。専門的な用語の理解や、専門職との調整、あるいは地域の利害関係者等との調整を行い、地域づくりを進める。 ● 支援対象となる自治体の内部に入り込んで調整を行わない限りは、外部からの支援では限界があるため、長期間の滞在型支援が有効。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療介護連携／多職種連携等における連携バス作成等 ● 地域情報連携に向けてのICTの導入 ● 在宅医療連携 	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本版シティアナジェーター制度（内閣官房）

- 第二に、ノウハウ伝達の支援である。特定の取組や事業の進め方に関する手順書や書式などを提供し、市町村が実施する際の支援を行うものである。特に近年においては、住民主体の体操教室や通いの場がノウハウとして標準化されており、すでに、マニュアルも作成されている³。こうした取

³ 株式会社日本能率協会総合研究所「地域づくりによる介護予防を推進するための手引き【地域展開編】」（平成27年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「地域づくりによる介護予防の取組を推進するための調査研究事業」、平成28年3月、「地域づくりによる介護予防を推進するための手引き【都道府県による市町村支援・総合事業展開編】」（平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「地域づくりによる介護予防の取組を推進するための調査研究事業」、平成29年3月、によって、ノウハウがマニュアル化されている。

組は、一旦、マニュアル化が進むと、他市町村への展開が容易になることから、ノウハウの伝達という点では有効な手段といえる。

- 在宅医療・介護連携推進事業における脳卒中連携パスの作成や、認知症初期集中支援チーム、協議体の運営なども、具体的な取組としてマニュアル化ができる部分があるが、地域資源の状況やそれまでの取組の経緯、地域関係者の調整によって取組方法が大きく左右されることも多いため、ノウハウが確立されていても「どの手法を使い、どのように進めるのか」という戦略策定に比重が置かれることも多い。
- 最後に、関係者間の調整支援である。具体的な取組を推進するにあたり、地域の関係者の間に直接入り込んで、調整を行う支援である。地域包括ケアシステムにおいては、在宅医療・介護連携推進事業において、地域の専門職団体等との調整を行う役回りを担うといったことが考えられる。関係者間の調整は、調整者と関係者の信頼関係が重要な部分であり、外部者が支援をするのは最も難しい部分であり、当事者間の継続的な交渉や調整が必要なが多い。結果的に、外部支援者が市町村の中に出向等の方法で入り込み、当事者として調整に当たる必要があるだろう⁴。

③ 取組テーマと支援内容（方法）の組み合わせ

- 効果的な市町村支援を進めていく上で、取組テーマと適切な支援内容の組み合わせは、重要である。支援内容は、取組テーマによって、また取組の進捗段階によっても選択すべきものが異なる。また、市町村支援は、取組テーマ間の連動性にも配慮する必要があるだろう。先述の通り、取組テーマは相互に重なり部分があるものであり、支援対象となる取組が、他の取組にどのような連動性をもつのかを理解していることは、取組と支援内容の組み合わせと同様に重要である。
- たとえば、「（１）住民主体の介護予防活動の普及」については、「ノウハウ伝達」が想定されやすいものの、住民主体の通いの場を活かす意味でも「（３）Ｃ型サービス（短期集中予防サービス）の開発の運用」や「（４）ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営」と組み合わせた戦略的な計画が不可欠であり、「（９）地域診断・データ分析」も含めた「戦略策定支援」が有効になることもある。

⁴ 他分野では内閣官房の地方創生人材支援制度（旧称：日本版シティマネジャー制度）が、複数年にわたって外部の専門家などを市町村に直接派遣する方法で、現場の調整までを引き受ける包括的な支援を行っているが、地域包括ケアシステムという特殊性の高い業務について長期にわたる外部の支援資源を求めるのは現実的ではないだろう。

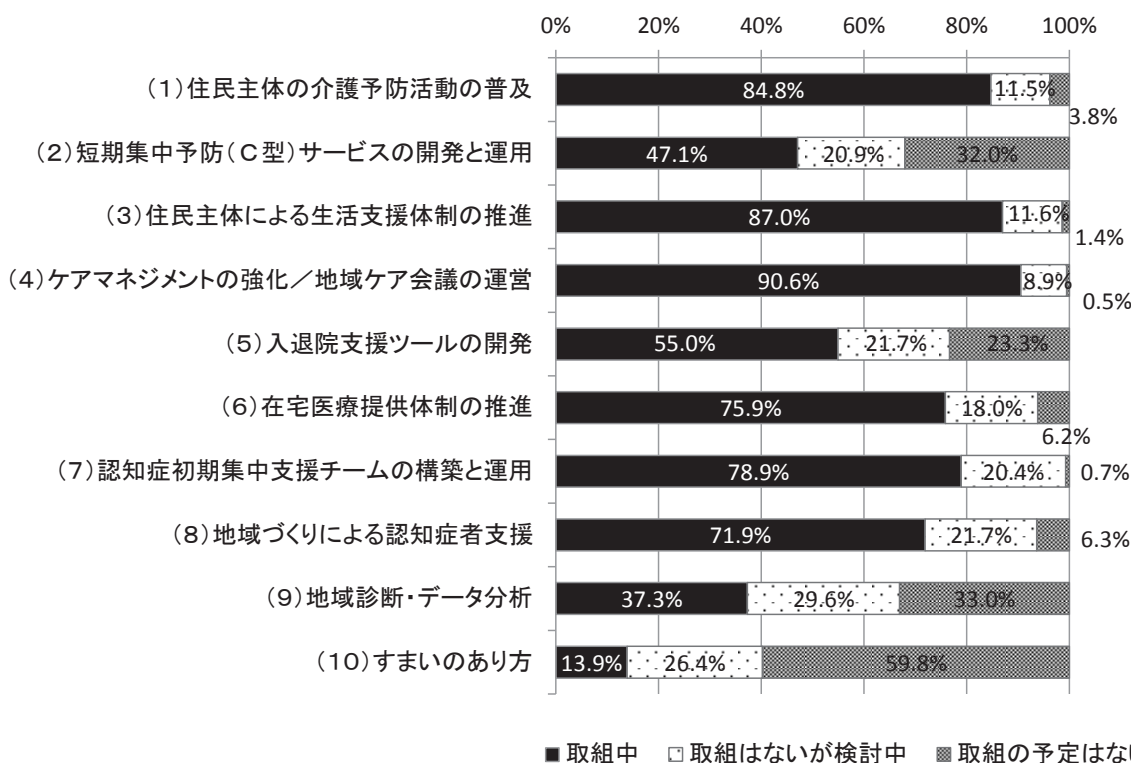
2. 市町村の取組状況から見る支援ニーズ

(1) アンケート調査の結果から見る市町村の状況

① 取組テーマの進捗状況

- 本事業では、市町村を対象としたアンケート調査を実施し、各市町村の地域包括ケアシステム構築に向けた取組の状況、課題を把握するとともに、外部資源の活用状況や今後の活用希望、課題などについて把握した。取組の分野については、前節で整理した地域包括ケアシステムの取組テーマを用いて調査を実施した。本節では、アンケート調査の結果を踏まえ、求められている市町村の支援ニーズを整理する。
- 本調査結果に基づき各分野の取組状況をみると、最も取組中と回答した市町村が多かったのは「ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営」であり、90.6%であった。次いで、「住民主体による生活支援体制の推進（87.0%）」「住民主体の介護予防活動の普及（84.8%）」で比較的高い実施状況が確認できる。逆に、「すまいのあり方（13.9%）」「地域診断・データ分析（37.3%）」「短期集中予防（C型）サービスの開発と運用（47.1%）」「入退院支援ツールの開発（55.0%）」では、取組が低調であった。

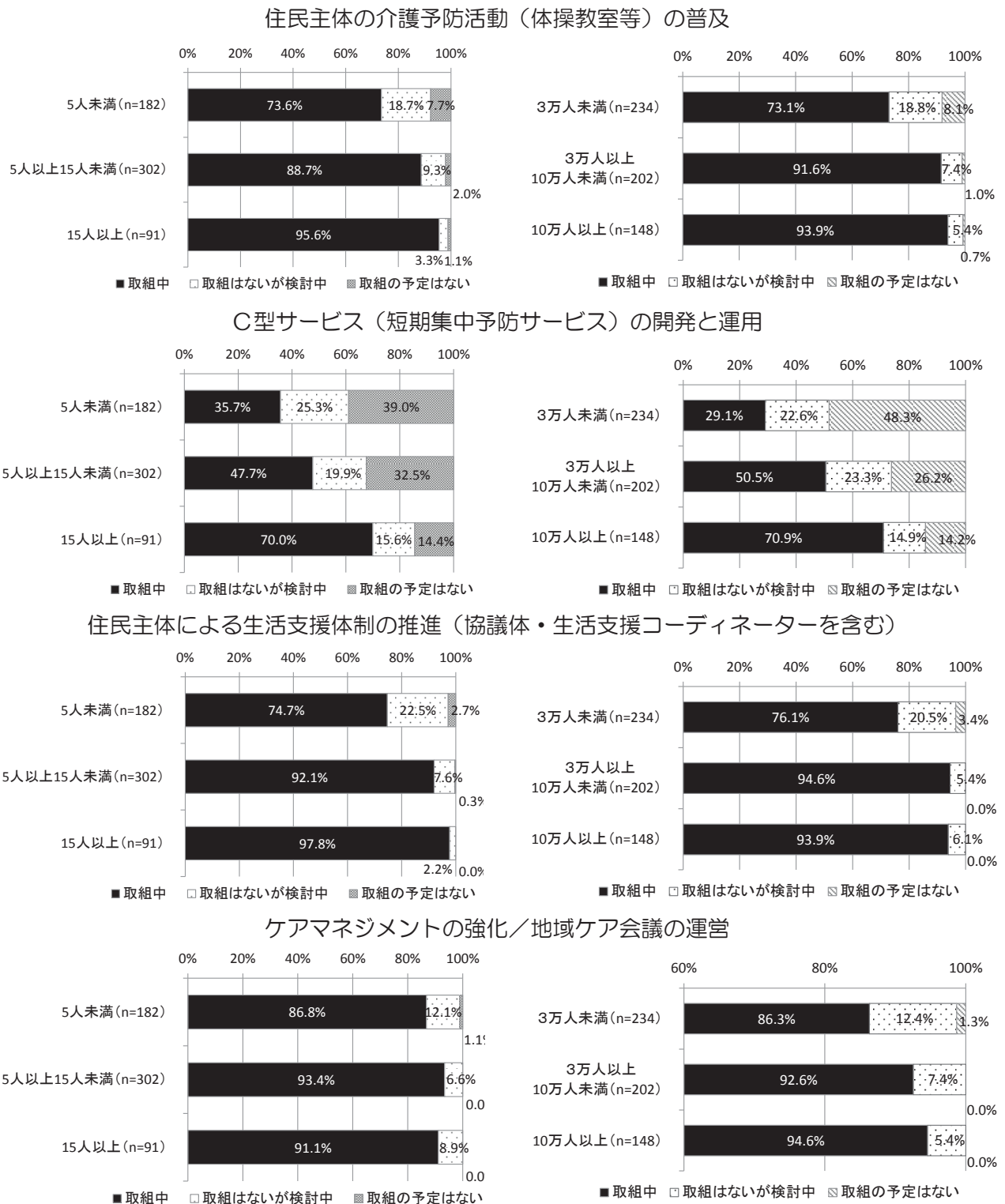
図表 地域包括ケアシステムに関する取組の進捗状況



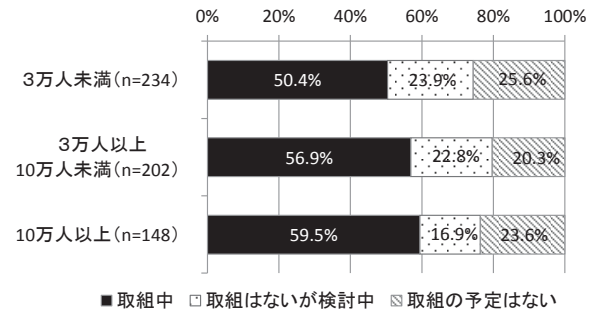
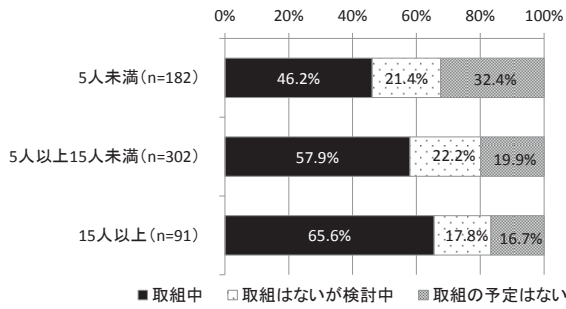
- また、取組の予定がないと回答した市町村でも、「すまいのあり方」では59.8%と高い割合を示した。「地域診断・データ分析（33.0%）」、「短期集中予防（C型）サービスの開発と運用（32.0%）」がこれに続いた。

- こうした傾向については、市町村の規模や地域支援事業を担当する職員数も影響を与えているものと思われ、市町村の規模別、職員数別に結果をみると、全体的に、規模の大きな市町村ほど実施率が高いことがわかる。
- ただし、これらの結果については、「取組中」と回答した自治体の割合であり、各市町村の着手の状況を示しているものであって、後述するように、それぞれの取組が相互に連動性をもって取り組まれているのかについては、判断できない。

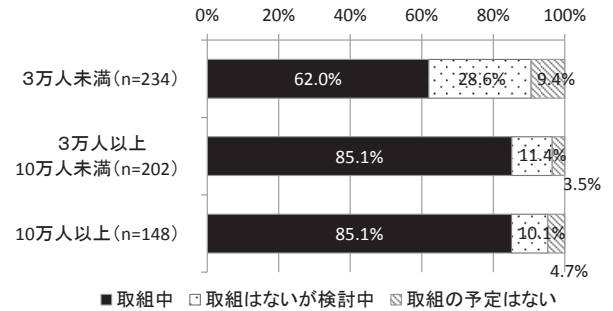
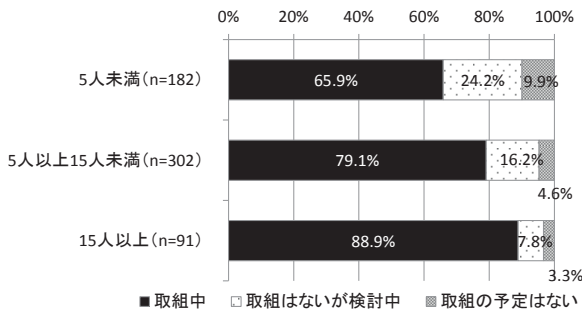
図表 規模別の取組状況（左：地域支援事業に係る職員体制規模、右：人口規模）



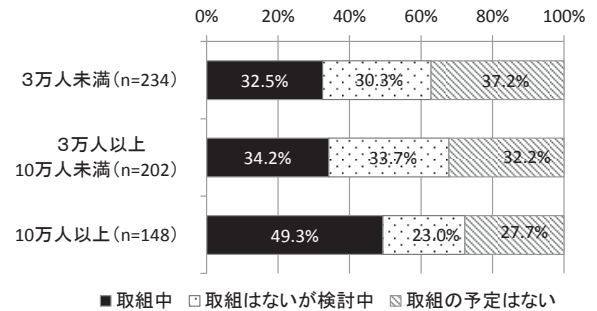
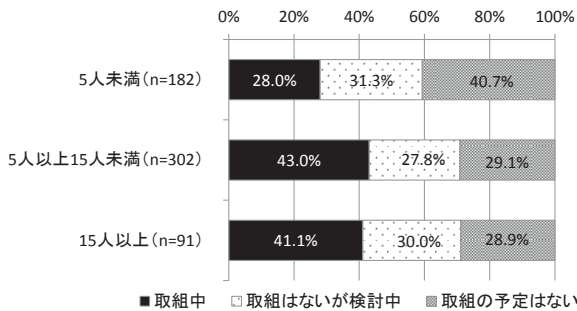
入退院支援ツール（連携パス等）の開発



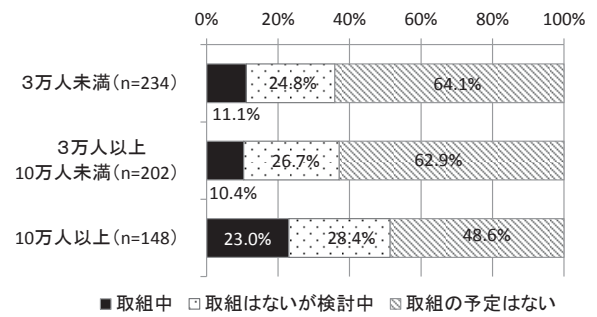
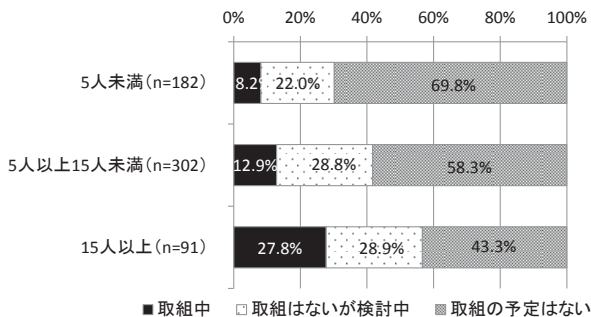
在宅医療提供体制の推進



地域診断・データ分析



すまいのあり方

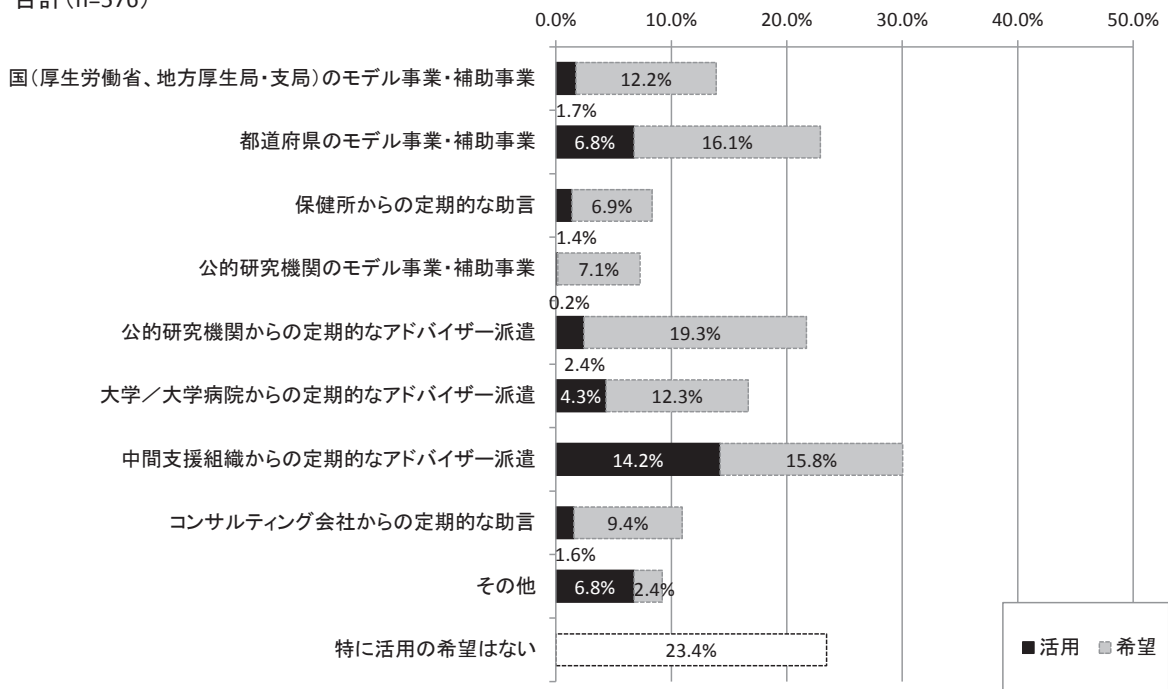


② 外部支援資源の活用状況と期待

- こうした進捗状況に対して、市町村の外部支援資源の活用状況についても把握した。調査では、すでに「取組中」の市町村と、「取組はないが検討中」の市町村の、外部支援資源の活用の実態及び、今後の希望について集計している。すべての取組テーマで共通している外部支援資源はなく、取組テーマごとに期待されている外部支援資源の傾向が異なることがわかる。

- 取組テーマごとに、活用している外部支援資源をみると、住民主体による生活支援体制の推進においては、「中間支援組織からの定期的なアドバイザー」が14.2%で最も多く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業（6.8%）」となっていた。また、今後の活用の希望でみると、「公的研究機関のモデル事業・補助事業」が19.3%、ついで「都道府県のモデル事業・補助事業（16.1%）」、「中間支援組織⁵からの定期的なアドバイザー派遣（15.8%）」となっている。都道府県のモデル事業に中間支援組織のアドバイザーが派遣されている場合もあるものの、これまでの実績と今後への期待をみると、中間支援組織及び都道府県への期待が大きいことがわかる。
- 特に、住民主体による生活支援体制の推進においては、住民に対する動機づけの方法やノウハウを課題と考える市町村が多い。住民主体による生活支援体制整備を支援する中間支援組織においては、実際には多面的な支援を行っており、現地に入って住民に対する動機づけや地域資源の発見の方法などをノウハウとして有している団体もあり、こうした蓄積に対する期待が大きいとみることができるだろう。

(3) 住民主体による生活支援体制の推進における外部支援資源の活用実態と今後の希望
合計(n=576)



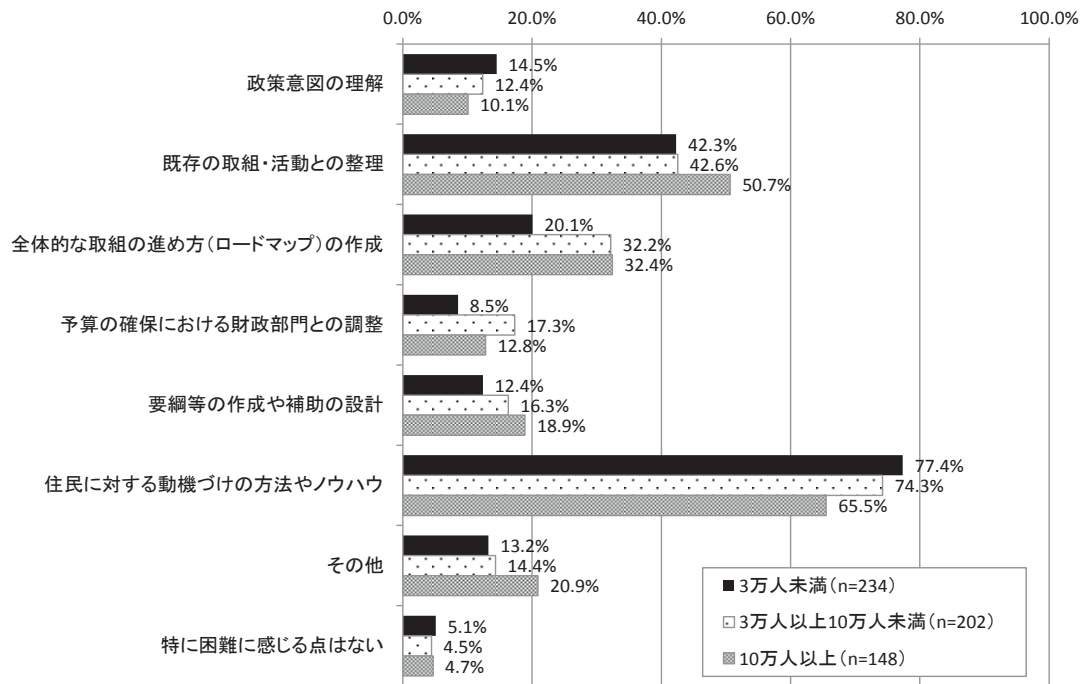
- 在宅医療・介護連携推進事業に関わる取組（「入退院支援ツール（連携パス等）」や「在宅医療提供体制の推進」）については、保健所からの支援が最も活用されており（それぞれ23.2%、13.5%で最も高い）、また今後の活用希望についても保健所との回答が最も多くなっている。また、いずれの取組テーマにおいても、都道府県は活用実態、希望ともに、それぞれで保健所に次いで回答が多かった⁶。

⁵ 中間支援組織の具体的名としては、「公益財団法人さわやか福祉財団」などが挙げられていた。

⁶ 保健所からの助言や支援は都道府県の支援プログラムの中で展開されていることもあるため、保健所からの定期的な助言の中には、都道府県の支援が含まれる場合や、逆に都道府県のモデル事業の中に保健所が参画している可能性は高いといえるだろう。

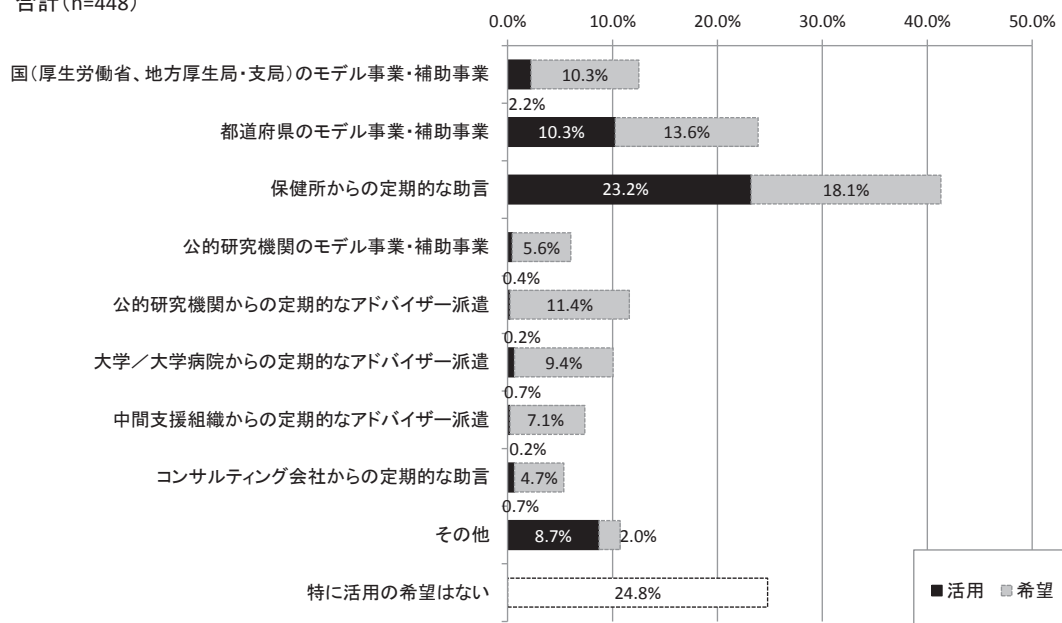
- なお、入退院支援や在宅医療提供体制など、医療資源を含む地域包括ケアシステムの実現においては、医療機関や医師との調整が不可欠である。専門職や団体との調整が大きな課題となっていることとの背景には、国民健康保険の運営以外に実質的に医療行政を持たない市町村が、こうした専門職との直接の調整を不得手にしているということも考えられる。こうした課題に対して同じ医療系の専門職を有する保健所に対する市町村の期待は大きいといえるだろう。

(3) 住民主体による生活支援体制の推進における取組の課題

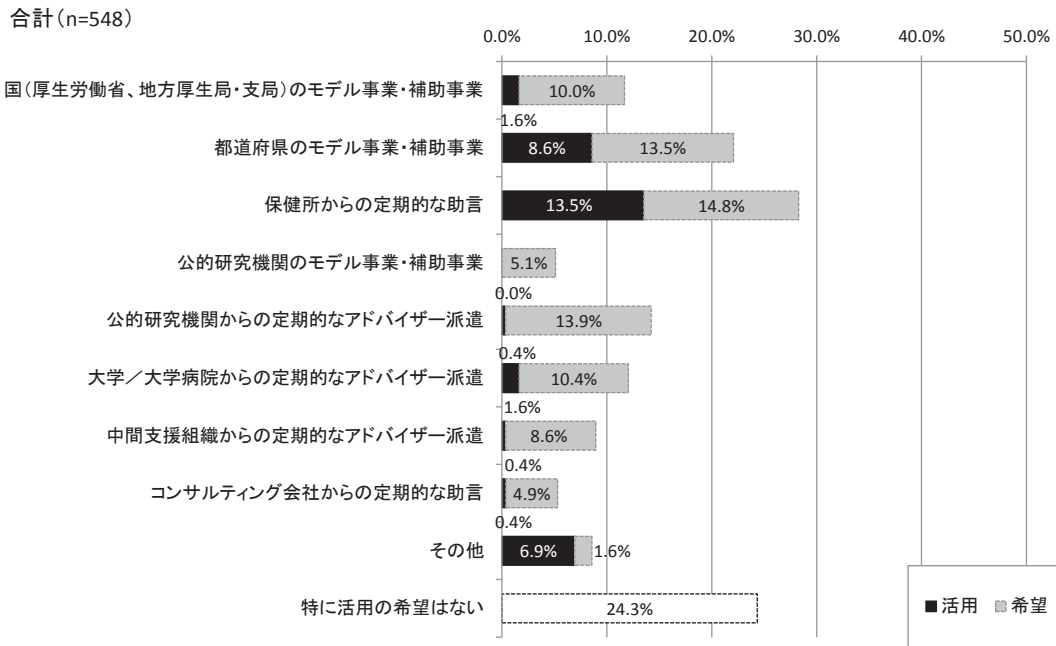


(4) 入退院支援ツール(連携パス等)の開発における外部支援資源の活用実態と今後の希望

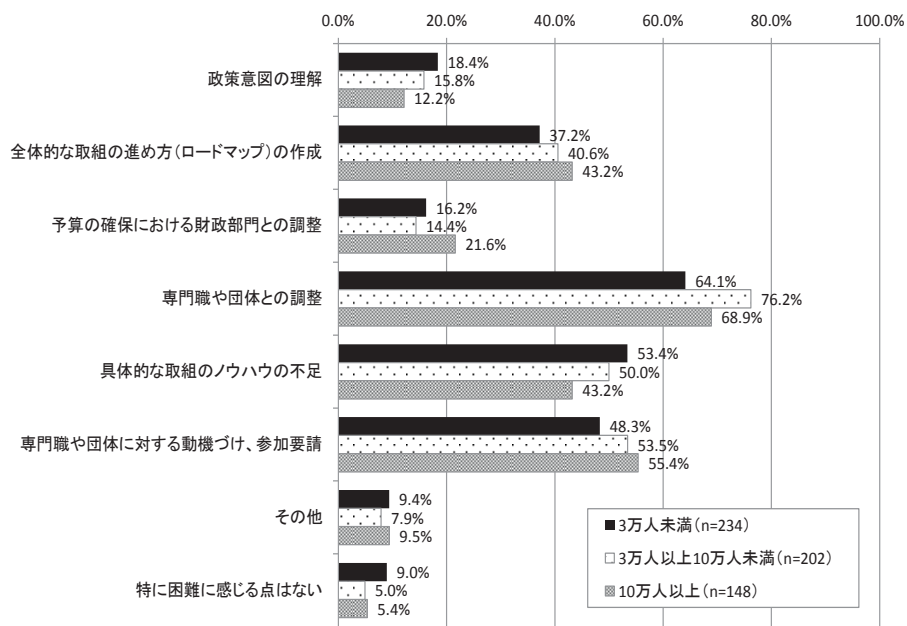
合計(n=448)



(5) 在宅医療提供体制の推進における外部支援資源の活用実態と今後の希望



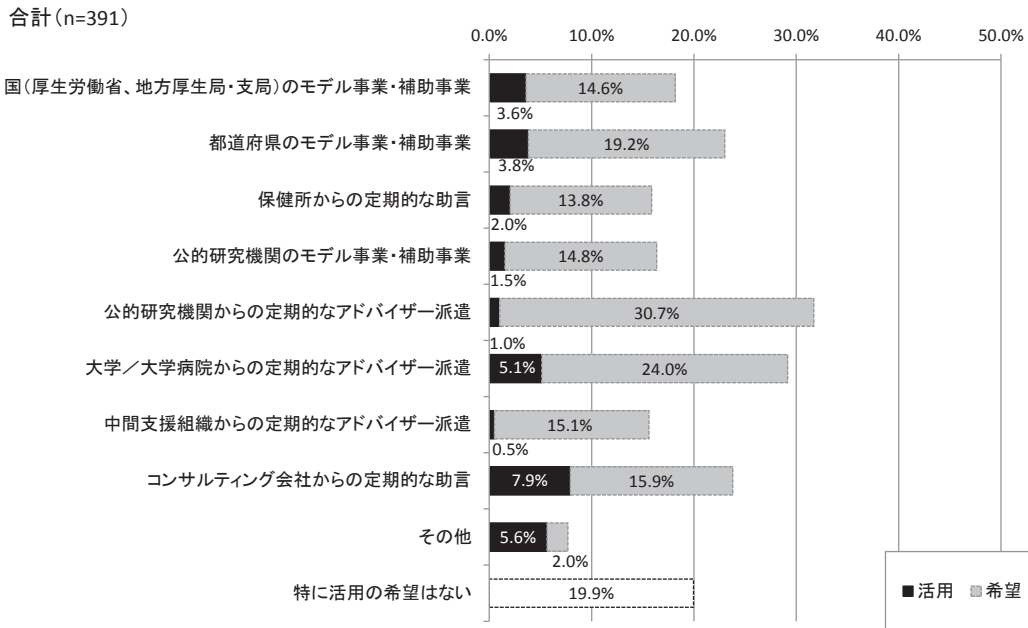
(6) 在宅医療提供体制の推進における取組の課題



- また、市町村における取組割合が低調だった「地域診断・データ分析」については、実際の外部支援資源の活用状況としては「コンサルティング会社からの定期的な助言」が7.9%で最も高かったものの⁷、他の取組テーマに比べ、外部支援資源の活用自体が低調であった。今後の活用希望としては、「公的研究機関」や「大学/大学病院」からの定期的なアドバイザー派遣がそれぞれ30.7%、24.0%で高かった。

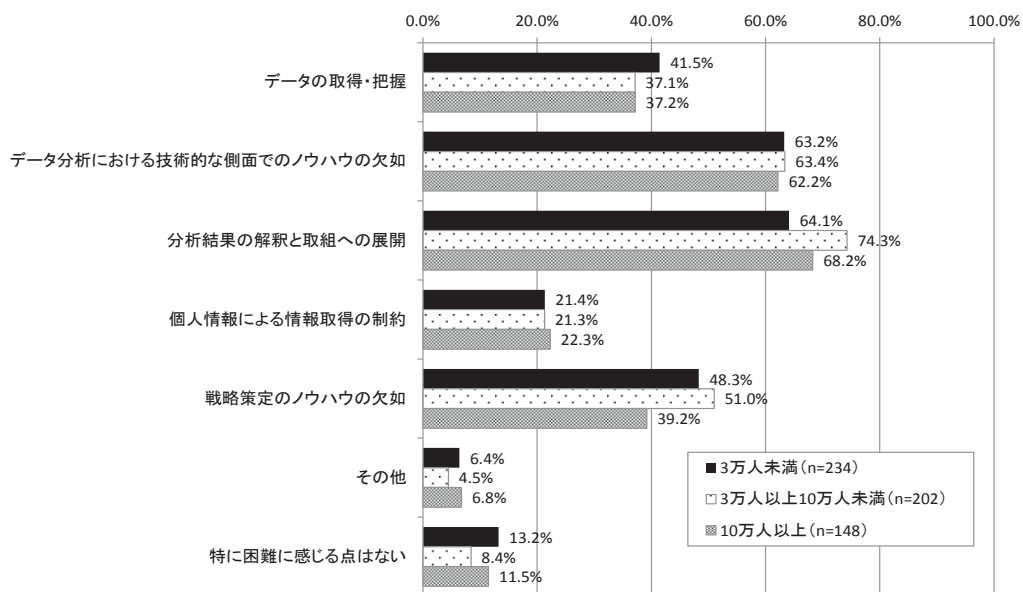
⁷ 調査実施時点は、介護保険事業計画の策定(検討)年度に当たっており、多くの市町村がコンサルティング契約を行っていることが想定されるため、定期的な助言が、恒常的なものかは判断できない点に留意が必要である。

(9) 地域診断・データ分析における外部支援資源の活用実態と今後の希望



- 一方、市町村における「地域診断・データ分析」における課題をみると、「データ分析における技術的な側面でのノウハウの欠如」といった技術面での課題も高い割合となっているものの、それ以上に「分析結果の解釈と取組への展開」が大きな課題となっており、こうした傾向は、市町村の規模に関係なくみられる。「戦略策定のノウハウの欠如」を課題と回答する市町村も約半数に達しており、単にデータを収集し分析するだけでは不十分であることが示されている。

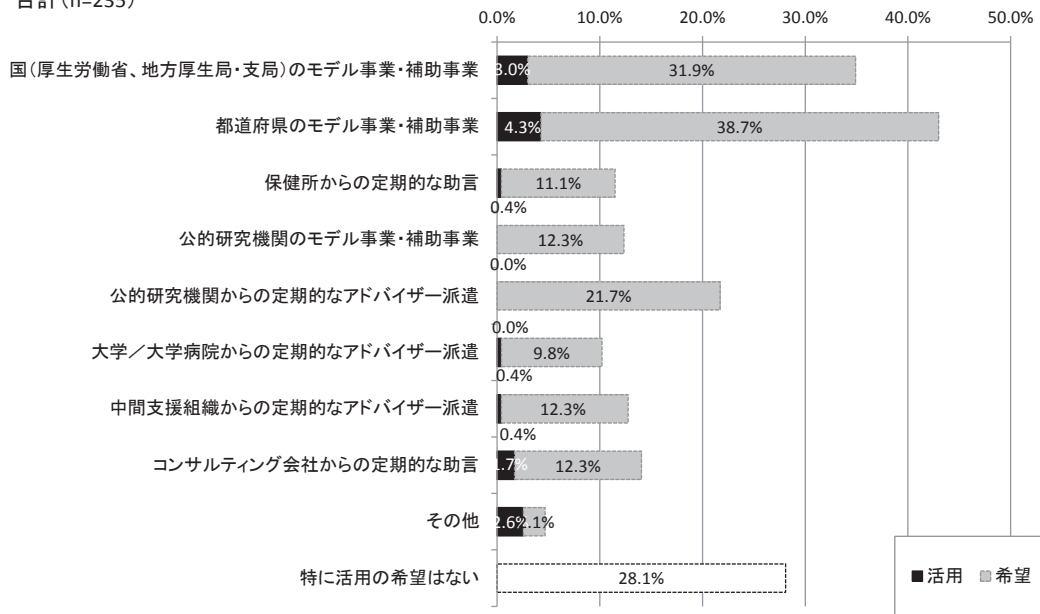
(9) 地域診断・データ分析における取組の課題（人口規模別）



- また、すまいのあり方については、取組がきわめて限定的であり、外部支援資源の活用も低調であったが、今後の活用希望としては、都道府県及び国に対して高い期待が示されている。

(10) すまいのあり方

合計 (n=235)

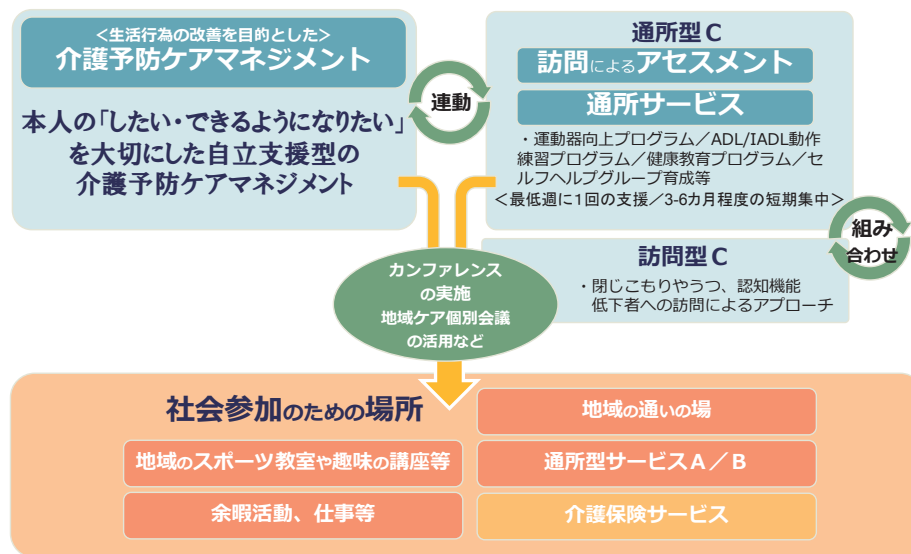


3. 広域的な市町村支援のあり方

(1) 戦略策定に対する支援の必要性

- ① 地域支援事業は、取組間の連携や連動性を求めている
- 市町村の戦略策定支援にあたり、広域行政はどのような視点を持つべきだろうか。地域支援事業は、地域包括ケアシステム構築の中核的な取組の総称とあってよいが、事業としては複数の個別事業に分かれて提示されている。先述の通り、これらの事業を包括性及び連動性を持った取組として実施することが、地域包括ケアシステムの構築につながっていく。いかに縦割りにせず、資源や活動間の連携や連動を意識しつつ、「一体的に」取り組むかが重要である。
- したがって、その構築には、それぞれの取組が相互にどのように関係し、影響を与えあうのかについて、先行きの見通しをもって取り組むことが必要であり、また広域行政の支援も、支援者側にそうした「包括的な視点」「一体的な取組の視点」があるか、支援活動間の連携、連動性、戦略性があるかなどが問われる。

図表 1 介護予防における取組の連動性



資料) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

- ここでいう戦略策定における「連携」・「連動性」は、以下のような状況を想定している。たとえば、軽度者を対象とした介護予防ケアマネジメントでは、個別の取組として、①地域ケア会議、②C型サービス（短期集中型）、③住民主体の通いの場づくりが想定されている。それぞれの取組には、国の事例集などで先進事例として紹介される市町村もあり、多くの先進市町村の取組を参考にしている。しかしそうした先進市町村においても、単一の取組だけで軽度者に対する介護予防ケアマネジメントを充実させてきたわけではなく、複合的なアプローチによって、取組の効果を向上させている。
- たとえば、生駒市は、短期集中型サービス（通所型C）である「パワーアッププラス」の成果が先進事例として頻繁に紹介されているが、生駒市の成功は、「パワーアッププラス」に関わっている

専門職が実際に地域ケア会議にも参加しているなど、地域ケア会議との連動性が担保されており、会議の内容もパワーアッププラスでの支援内容も、実際の利用者の状況に即したものとなっているところに要因がある。また、生駒市が短期集中型サービス以降の通いの場づくりについても、積極的な取組を進めているのは、先に示した図のような取組の連携や連動性を強く意識しているからである。

- 認知症総合支援事業についても、主に専門職によって構成される認知症初期集中支援チームと、地域における認知症患者への理解といった地域づくりの取組が連動することが重要であり、単に仕組みとしての認知症ケアパスや支援チームが形成されても、認知症患者と共生する土壌が形成されていなければ、有効な取組にはならない。認知症サポーターや認知症カフェといった取組も単体ではなく、全体としての戦略的な関係性を示すことが重要だろう。
 - こうした「連携」や「連動性」の意味するところは、「課題を明確にした上で、目標に向かっていく際の筋道を明らかにすること」と説明できるだろう。つまり、地域課題の明確化と地域状況・資源の把握といった客観的な状況把握（地域のアセスメント）を行い、これを具体的な取組につなげていく過程が不可欠といえる。
 - 本調査では、地域包括ケアシステムにおける10の取組テーマの中で、「すまいのあり方」に次いで取組中の市町村が少なかったのは「地域診断・データ分析」であり、またその具体的な課題としては「分析結果の解釈と取組への展開」があげられている。これまでノウハウ伝達を中心に展開してきた「ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営」や「住民主体の介護予防活動」の進展が先行している中で、これら個別の取組を十分に生かすための戦略策定に向けた取組が市町村において十分に行われているかについては留意すべきである。
- ② ケアマネジメントにアセスメントが重要なと同様、広域支援も市町村アセスメントが不可欠
- 戦略性を意識した市町村支援は、ケアマネジメントの考え方と類似性も高い。ケアマネジメントにおいては、利用者の「したい」「こうありたい」といった最終的な目標設定を十分に共有し、利用者の生活歴や生活環境、人間関係を踏まえて、目標の実現に向けた支援の方法を検討していくものであり、決して、「どういったサービスを使いたいか」といった手段に着眼した観点では検討すべきものではない。利用者のデマンド（要望）だけで判断するのではなく、なぜそういった要望がでてくるのかも見極めつつ、それぞれの状況にあったニーズ（必要）への対応として、どういった支援を提供していくかが重要である。
 - 広域行政による市町村支援もこの点では同様であり、都道府県にとっての「利用者」である市町村の目指している目標を共有しつつ、その目標の達成に必要な支援を、取組段階に応じて提供していくことになる。したがって、研修やモデル事業、会議の開催そのものを目的化することは避けなければならない。市町村の状態や目標の設定については、市町村自身も十分に言語化していない、あるいは認識していない場合も少なくない。ケアマネジメントの手法と同様に、広域行政による支援は「いきなり支援」ではなく、十分なアセスメントを行うことが必要であり、アセスメントに基づいた、それぞれの市町村のニーズにあった支援を提供していくことが重要である。

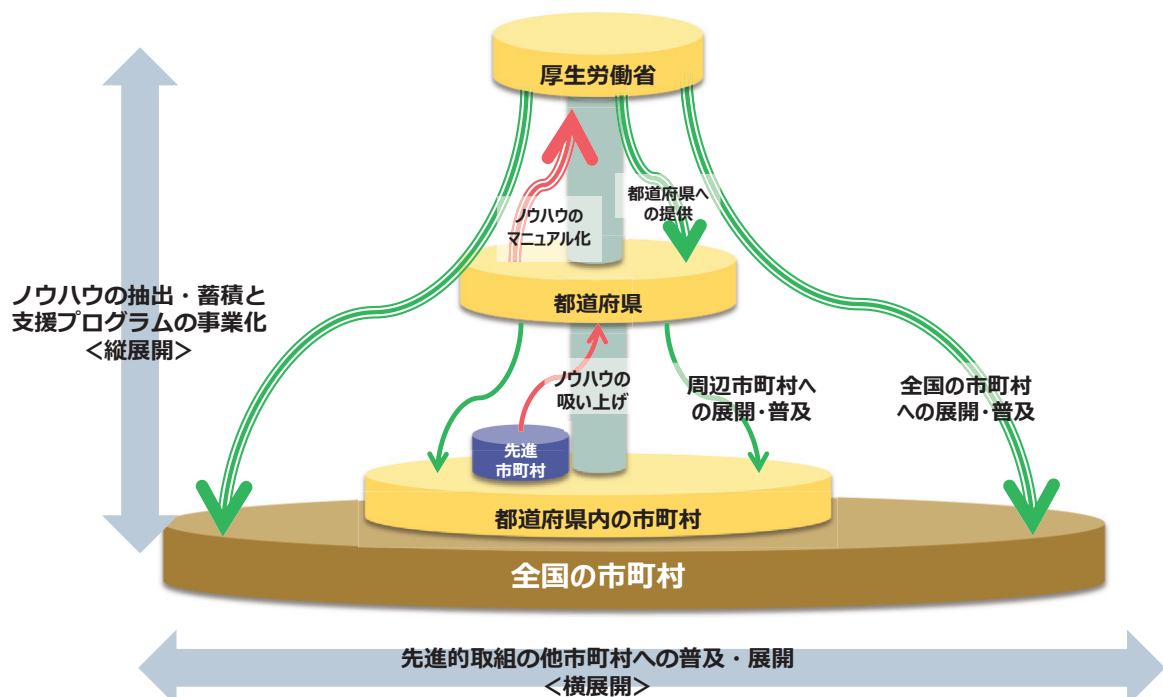
- また、市町村の支援ニーズのアセスメントが十分に行われれば、それぞれの地域が目指すゴールに向けた道筋が明確になっていく。こうした戦略性（連動性）をもった市町村支援を検討することが都道府県にとって、最も強く求められているのではないだろうか。

	ケアマネジメント	市町村支援
支援対象	利用者	市町村
目指すもの	利用者の「したい」「こうありたい」	市町村・住民の目指す「こうありたい」
目指してはいけないもの	サービス利用自体が目的化すること	研修や事業、会議が目的化すること
そうならないために必要なこと	その人のこれまでの生活や環境、経験を踏まえた目標設定	その地域のこれまでの取組や地域資源、実情を踏まえた目標設定
支援の方法	各サービスや支援者が連動性をもって包括的に支援	各事業や支援者が連動性をもって包括的に支援

(2) ノウハウ伝達のための支援

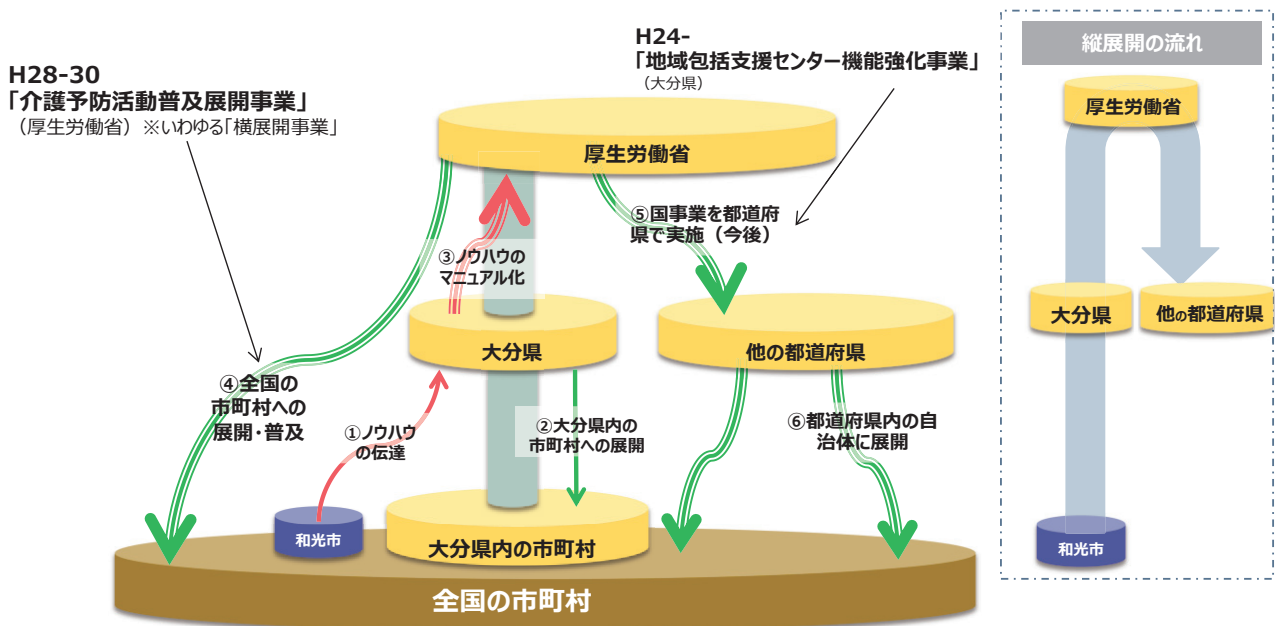
- ① 取組のマニュアル化（縦展開）による他市町村への普及（横展開）
- 地域包括ケアシステムの先進事例は、国の事例集等によって多くの地域に伝達されてきたが、そうした先進事例だけでは、他市町村の普及に限界があることから、数年前より、厚生労働省は先進地域のノウハウを整理分析するとともに、できる限りノウハウの一般化・マニュアル化（縦展開）を進め、他の地域への取組の普及・展開（横展開）を試みてきた。

○ 図表 2 縦展開・横展開のイメージ



- 具体的には、厚生労働省老健局が平成 26 年度～28 年度にかけて実施した「地域づくりによる介護予防事業」（住民主体の体操教室の横展開事業）や平成 28 年度～30 年度にわたって実施されている「介護予防活動普及展開事業（いわゆる地域ケア会議の横展開事業）」などでも見られる手法である。住民主体の介護予防活動（体操教室）や地域ケア会議については、こうした「横展開事業」に参加した多くの市町村に普及していった。実際、本調査でも、「ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営」や「住民主体による介護予防活動」は 10 の取組テーマの中で最も取組中の市町村が多い分野となっていることも確認された。
- こうした縦展開・横展開の手法は、マニュアル化ができるような取組テーマでは有効である。都道府県が市町村支援を検討する際も、都道府県内の先行事例を参考に、そのノウハウを整理すれば他の地域への普及を支援することが可能だ。ただし、取組テーマによってはこうしたマニュアル化に適さないものもあるため、見極めが重要である。

図表 3 地域ケア会議の横展開事業の展開イメージ



- 特に、「戦略策定」「ノウハウ伝達」「関係者調整」といった支援内容で考えた時、縦展開・横展開は「ノウハウ伝達」には大きな効果をもたらすと思われるが、「戦略策定」や「関係者調整」といった支援には適しているとはいえない。「戦略策定」は、地域の資源や課題を可能な限り客観化した上で、筋道を作っていく過程であり、それぞれの地域の状況によって考え方や取組の手順は大きく変わるものである。
- また、「関係者調整」については、市町村職員にとっては、特に専門職との調整が大きな課題となる。入退院支援の取組や在宅医療の体制整備などは、医療従事者との調整も多く、また専門用語などの壁もあり市町村職員が困難を感じる取組である。今回の調査でも、市町村が希望する外部支援資源としては、「保健所」が最も多い回答となっており、また取組の課題としても、「専門職や団

体との調整」が最も回答割合が高かったことから、専門分野におけるコミュニケーションも含めた関係者調整への支援が期待されていることがうかがわれる。

② 何を「縦展開」するかが、効果的な「横展開」においてはカギ

- 一定のノウハウをマニュアル化して横展開事業として普及させていく際に、最も注意すべき点は「何をマニュアル化するか」ということである。たとえば、地域ケア会議の他市町村への展開を検討する際に、単純に会議の運営方法だけをマニュアル化しても、最終的には地域のケアのあり方の改善は期待できない。そもそも、地域ケア会議は、それぞれの地域の抱えている課題や関係者の問題認識、これまでのケアマネジメントに関する取組の蓄積等によっても、期待される機能が異なる。地域ケア会議は、その地域におけるケアマネジメントの考え方の規範的統合（基本的な考え方の統一）という側面もあり、成功している地域では、「ケアマネジャーの視点、着眼点等を大きく転換させていく場」としての役割が大きい。したがって「なんのための会議なのか」という視点を欠いたまま、会議の方法だけをマニュアル化してしまうと、目指す方向が見えないまま、参加者が個別ケースをルーティンとして議論するだけになり、出口を見失うといったことも考えられる。
- また、介護予防に向けた通いの場づくりについても、先述の通り、単に住民主体のための通いの場づくりを進めるだけでは、予防効果の高い取組を実現することは難しい。通いの場は虚弱予備軍の高齢者にとっては、惹きつける要素も多く、自発的な参加者が取組の進展とともに増えていくが、すでに虚弱の高齢者にとっては、歩行による移動の制約から参加が困難であり、地域の通いの場に自らの力で出てくるだけの心身能力を回復させるための仕掛け（短期集中型 C 類型等）も不可欠になる。
- 厚生労働省の「地域づくりによる介護予防普及事業」でも、こうした取組間の連動の重要性を指摘しており、「後期高齢者の多い地域では、虚弱高齢者を短期的に元気にしても、介入が終われば元通りに戻ってしまうことから、地域に短期集中型だけあっても、長期的成果は得られない。従って、短期介入型の支援を効果的に実施するためにも「地域づくりの介護予防の活動」はどの地域においても必須な活動である。その認識の上で、短期集中型支援の対象者を誰にするのか、短期の支援が終わった後、地域型の介護予防活動にどうつなげていくのか等の課題を検討しておく必要がある⁸」と、C 型（短期集中型）、住民主体の介護予防活動、介護予防ケアマネジメント・地域ケア会議の運営の連動の重要性を指摘している。

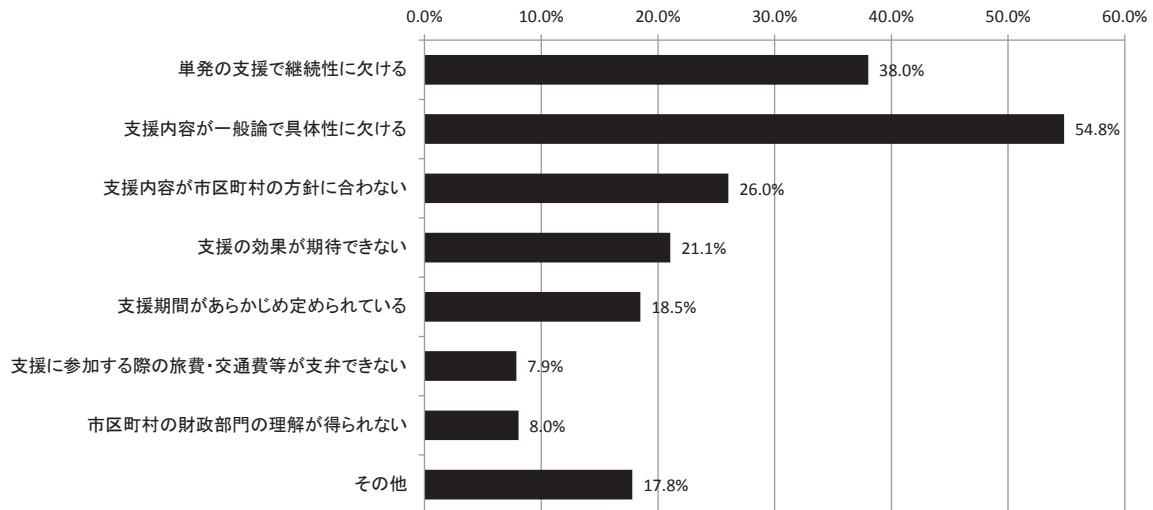
(3) 都道府県の市町村の支援に求められる「具体性」と「継続性」

- また、アンケートの結果をみると、都道府県による支援の課題として、「支援内容が一般論で具体性に欠ける」との声が多く（54.8%）、また「単発の支援で継続性がない（38.0%）」ことについても指摘がみられる。「具体性」「継続性」が都道府県による市町村支援として重視されていると考えてよいだろう。

⁸ 柳尚夫、「はじめに」、『地域づくりによる介護予防を推進するための手引き【地域展開編】』（平成 27 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「地域づくりによる介護予防の取組を推進するための調査研究事業」、株式会社日本能率協会総合研究所、平成 28 年 3 月

- 支援の内容が具体性を欠けば、現場の取組は進捗しないであろうし、取組の方向性もなく単発の研修会だけが繰り返されれば、市町村は取組の筋道をつけるためのヒントも得られないまま、立ち尽くすことになってしまうだろう。都道府県が実施する研修会については、特定分野の有識者を招いて実施するだけでなく、研修後のフォローアップや研修の連続性やストーリー性を持ったプログラム作成も求められるだろう。

図表 4 都道府県による支援に対する課題 (n=584)



(4) チームによる市町村支援

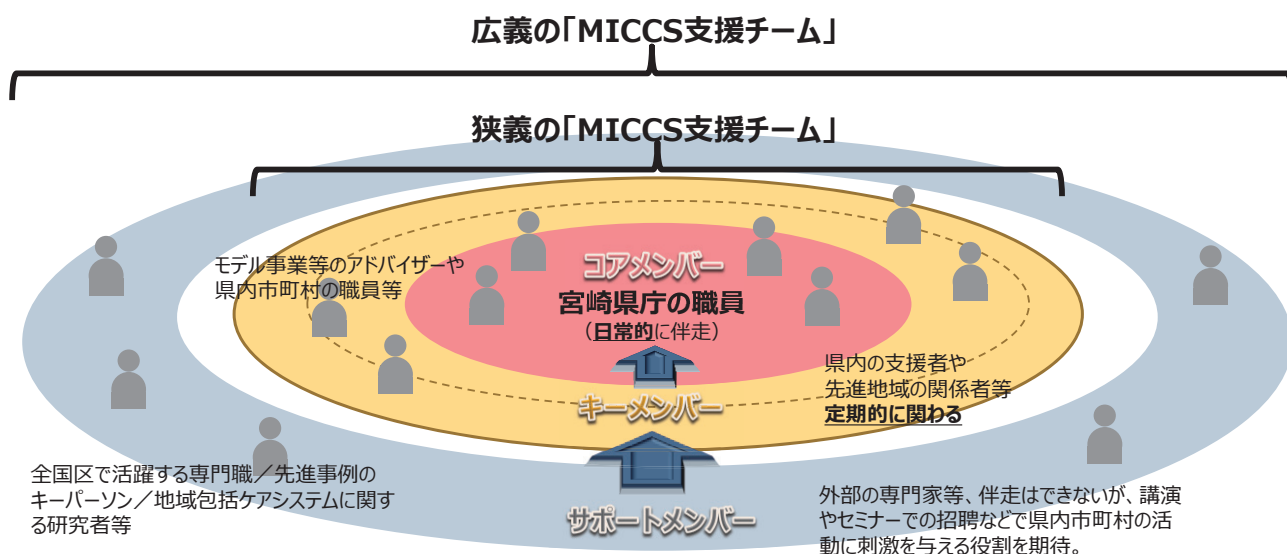
① 都道府県をベースとした市町村支援チームの構築〈宮崎県の取組〉

- 都道府県の市町村支援にあたっては、外部支援資源を組み合わせたチーム組成も有効な手法である。都道府県も市町村と同様に、地域包括ケアシステムの専門知識を有している職員だけで構成されているわけではない。したがって、都道府県もまた外部の支援資源と協働して市町村を支援していくことが重要である。また市町村は、市町村外の人材とネットワークがない場合もあるため、都道府県が外部支援資源をコーディネートするといった役割も期待されている。
- 宮崎県では、県としての地域包括ケアシステムの構築を「MICCS（ミックス）」（宮崎地域包括ケアシステム：Miyazaki Integrated Community based Care System）として提示している。MICCSを支援するチーム（MICCS支援チーム）は、県庁職員をコアメンバーとして組成し、県内外の資源資源を活用して組成している。MICCS支援チームは、日常的に市町村に伴走し、日々の困りごとや悩みを受け止めるコアメンバーに加え、県内外で先行して取組を進める市町村の職員（キーメンバー）による定期的なモニタリングや助言などで構成されている。キーメンバーは、具体的で専門的な技術を、それぞれの市町村の実情にあった形で提供していくという意味で、中間支援機能を発揮するメンバーとして期待される。さらに、外部の支援資源を活用して先行する市町村

職員が、近隣市町村を支援するといった形でキーメンバーとして参加するといったことも行われている。

- さらに、こうした狭義の MICCS 支援チームに加えて、県外の地域包括ケアシステムの専門家、有識者を招聘したセミナーやシンポジウムを通じて、県全体の活動の活性化やさらなる人的ネットワークの拡張を進めている。これらのサポートメンバーの関わりは、定期的なものというよりも、県内の活動の進捗や課題にあわせて、適切な人材を選定し、そのタイミングにあった研修会や勉強会を企画している。取組のマンネリ化や行き詰まりに対して外から空気をいれるような役割も期待されている。

図表 5 宮崎県における MICCS 支援チームのコンセプト

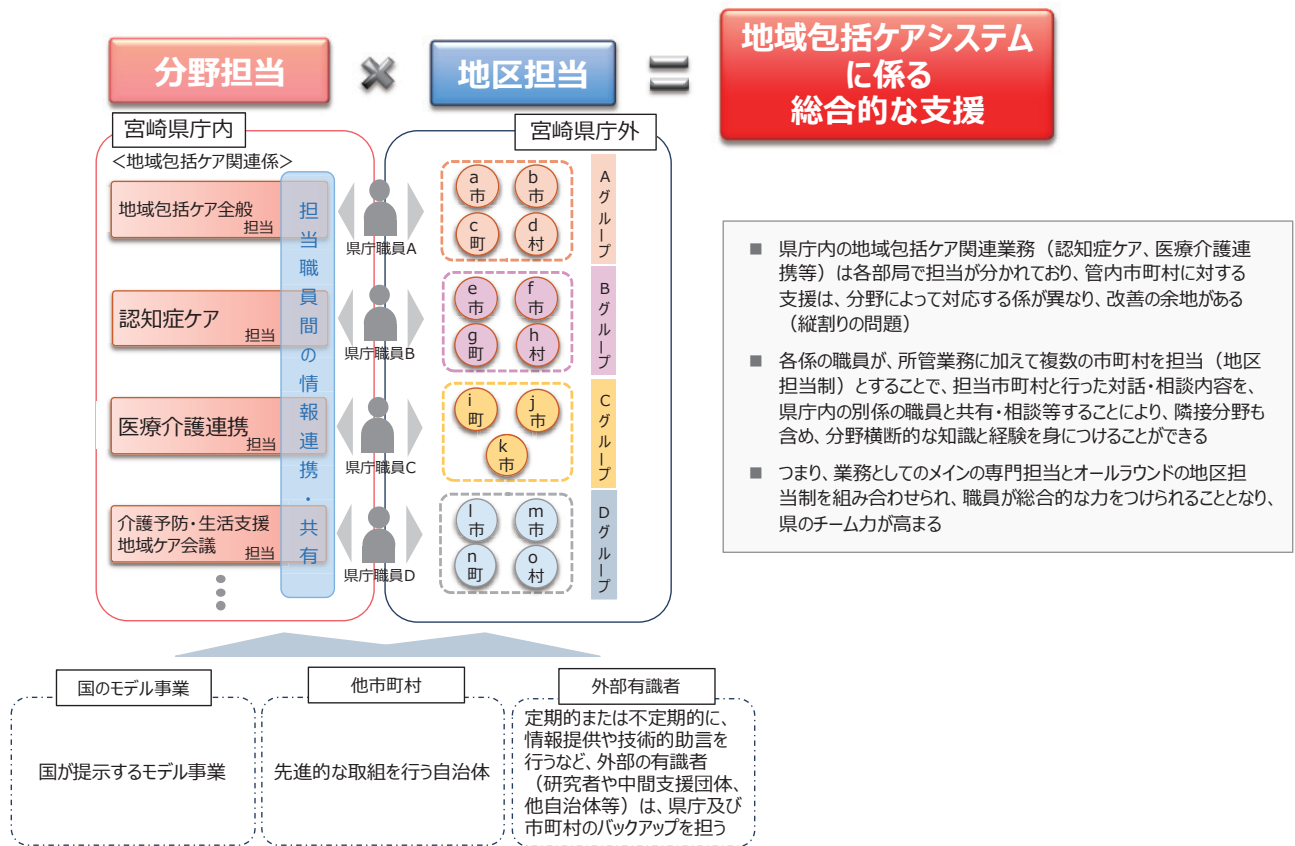


② 分野と地区を組み合わせた「たすき掛けチーム編成」〈宮崎県・島根県の取組〉

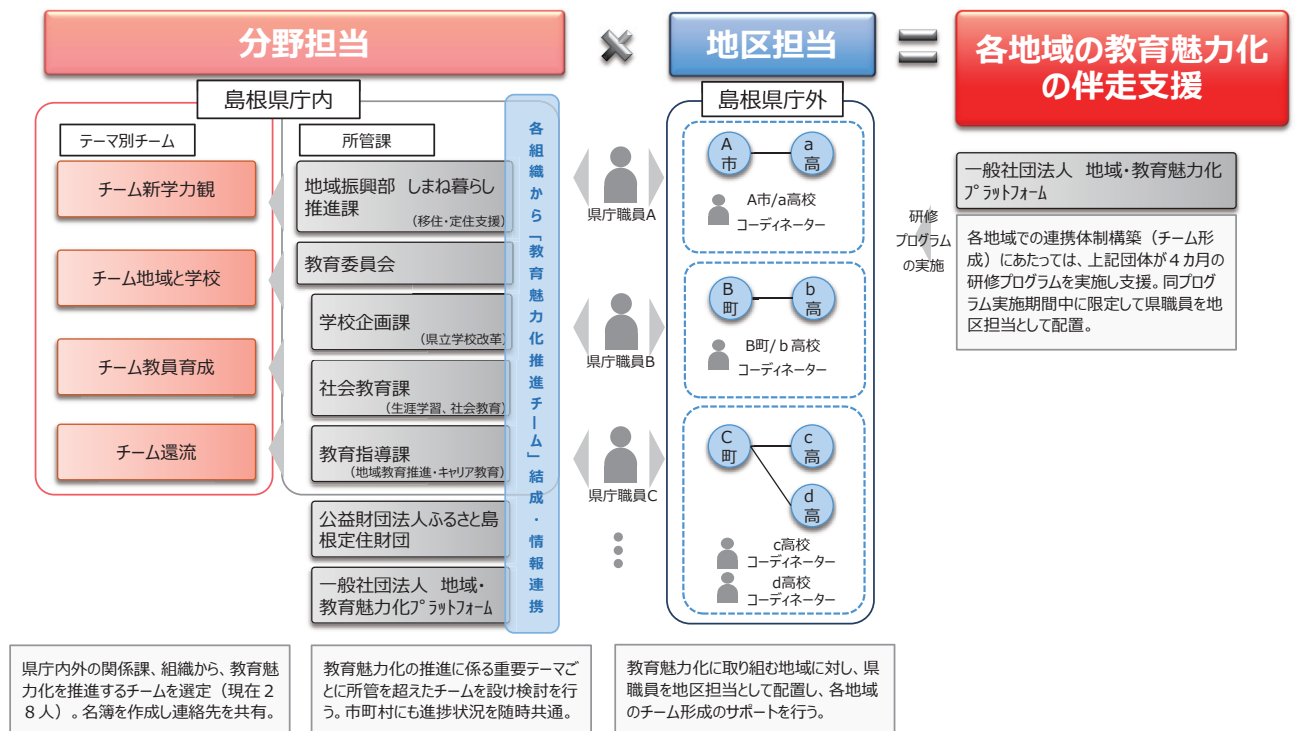
- さらに宮崎県庁では、地域支援事業を担当する職員 4 名が、在宅医療・介護連携、生活支援体制整備、地域ケア会議といった地域支援事業の各事業を担当しつつ、同時に県内 26 の市町村を 4 グループに分けた上でそれぞれグループを担当する体制をとっている。県の担当者は、専門分野としての事業を担当しつつも、地区担当を受け持つため、市町村からの分野を越えた相談や質問に対応していく中で、地域支援事業及び地域包括ケアシステムに関する総合的な知見を得る機会を得ているという。
- こうしたいわゆる「たすき掛けチーム編成」は、コアメンバーだけではなく、県内外から定期的にアドバイスを提供するキーメンバーの参加による MICCS 支援チームにおいても意識されている。MICCS 支援チームでは、定期的に県庁のコアメンバーと県内外の支援者による意見交換会を開催しているが、この会議も、地域支援事業の分野別に開催するのではなく、分野横断的な会議として開催している。
- 地域支援事業は、複数の異なる事業を組み合わせることで推進することが前提とされており、事業間に連動性があることから、個別の事業と隣接する事業の間の「重なり部分」を意識した取組が不可欠で

ある。こうした事業間の情報共有や知見・取組事例の共有を通じて、連動性の高い支援を意識している点が、宮崎県における「たすき掛け支援チーム」の特徴といえる。

図表 6 宮崎県における MICCS 支援チームの「たすき掛けチーム編成」



図表 7 島根県における教育魅力化支援チームの「たすき掛けチーム編成」

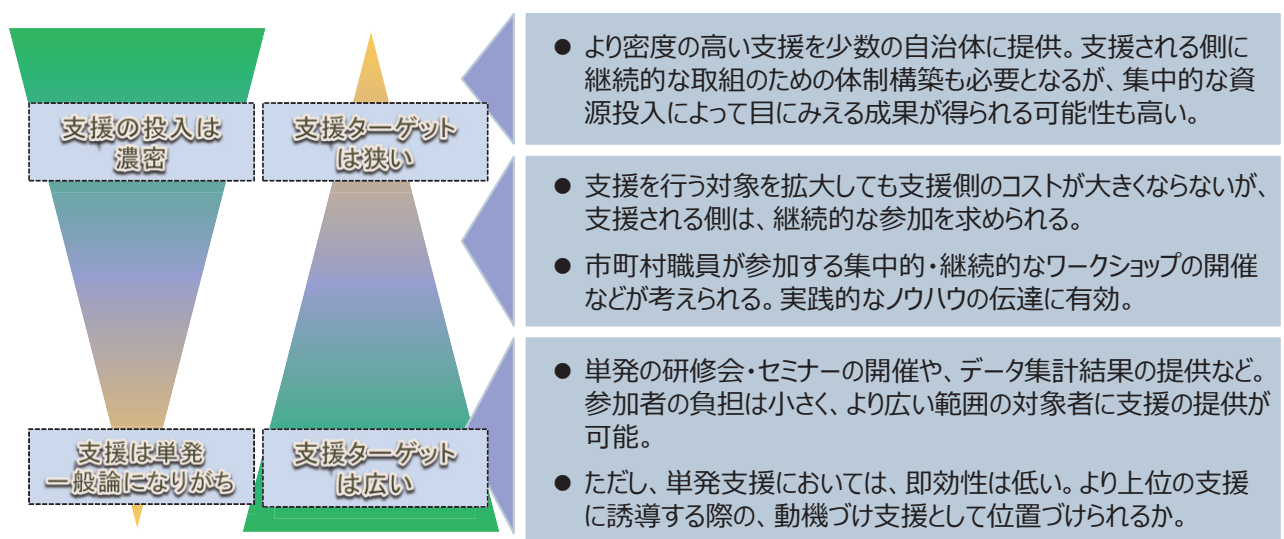


- 同様の取組は、他分野であるが、島根県教育庁にもみられる。島根県では、公立高校の教育魅力化の取組において、いわゆる「チームによる支援」と「たすき掛けチーム編成」を組み合わせた支援チームによって、公立高校の魅力の向上に取り組んでいる。現場では、県庁職員、公立高校が立地する市町村の職員、高校の教員、外部のコーディネーターがチームを構成して、魅力化に向けた取組を検討している。県庁の職員は、県庁内では教育庁内でのそれぞれの担当部署に所属しているものの、県庁外では、それぞれの地区の高校に対する支援チームに加わっている。

(5) 多層的な支援プログラム

- 広域的な市町村支援の先行事例から得られる知見として「多層的な支援プログラム」の設計が考えられる。都道府県や国の市町村支援のプログラムを検討する際には、市町村にできる限り広く支援が及び、全体の底上げになるようなプログラムの検討を意識することが多いだろう。しかし、市町村の取組の進捗は、テーマ毎に異なるだけでなく、取組の経緯や地域資源の多寡によっても異なるうえに、市町村側の実施体制の強弱によっても、外部資源に求める支援の内容は異なってくる。担当者が1人しかいない小規模の市町村に対して大量の外部支援資源を投入しても消化不良を起こしてしまうだろう。
- また、支援する側も、すべての市町村に対して、同じ量の資源を投入して支援することは困難である。したがって、広域行政が提案する支援プログラムは、支援内容の濃淡をつけつつ、また対象となる市町村の数も適宜調整しながら、多層的な支援プログラムを設計することが重要である。次図のように、支援内容は濃密であるが、支援対象となる市町村数が限られるような直接的な支援を設定しつつ、他方で支援内容は、一般化されたノウハウや情報提供に留まるが、より多くの市町村に届く支援プログラムを組み合わせるといったことが想定される。こうした多層性をもった設計の提示は、市町村にとっても都道府県が実施する支援の全体像を理解する上で分かりやすく有効である。

図表 8 多層的な支援のイメージと特徴

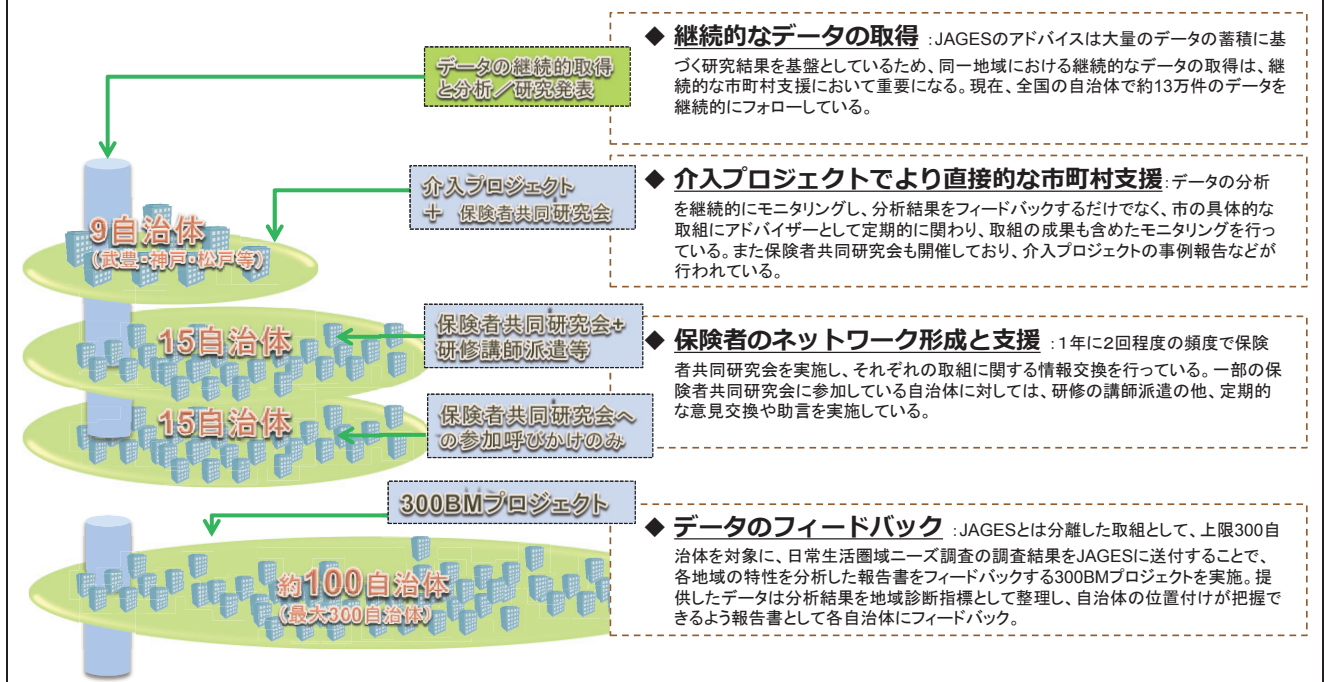


- ここでは、ともに、広域による市町村支援プログラムを展開する日本老年学評価研究（JAGES）、及び厚生労働省が実施する要介護認定適正化事業を例に、多層化した支援について整理する。

【日本老年学的評価研究（JAGES）】

- 日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study：JAGES）は、主に地域づくりを通じた介護予防を推進するため、科学的なデータ解析を通じた市町村への助言を行っている。介護予防に関連するデータの提供を市町村に依頼し、フィードバックする以外に、支援側の体制や支援ニーズにあわせて異なる複数の支援プログラムを提示している。9つの保険者に対しては、データ分析のフィードバックのみならず、具体的な介入プロジェクトをそれぞれの地域で支援し、定期的な助言を提供するといった取組が行われている。受け入れ側の市町村も単にデータを受け取るだけでなく介入プロジェクトに取り組む必要があるため、担当となる職員の配置も必要となる。
- こうした濃密な支援とは別に、約30の保険者は、介入プロジェクトは実施しないものの、データの提供と分析結果のフィードバックに加え、年に1～2回開催される保険者共同研究会に参加し、参加保険者間での意見交換のみを行う市町村から、JAGESからの研修講師の派遣などを依頼するといった形で支援を受けている市町村まである。
- JAGESが調査を受託実施するものとは別に、通称「300BM（ベンチマーク）プロジェクト」と呼ばれるものにも取り組んでいる。JAGES参加市町村を含め約100市町村から、自治体が実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査のデータ提供を受けてJAGESが分析を行い、分析結果を保険者にフィードバックするものである。300BMプロジェクトの参加市町村間比較をした分析結果をまとめた報告書を返却しているものの、アドバイザーによる定期的な助言や意見交換は、プログラムに含まれていない。

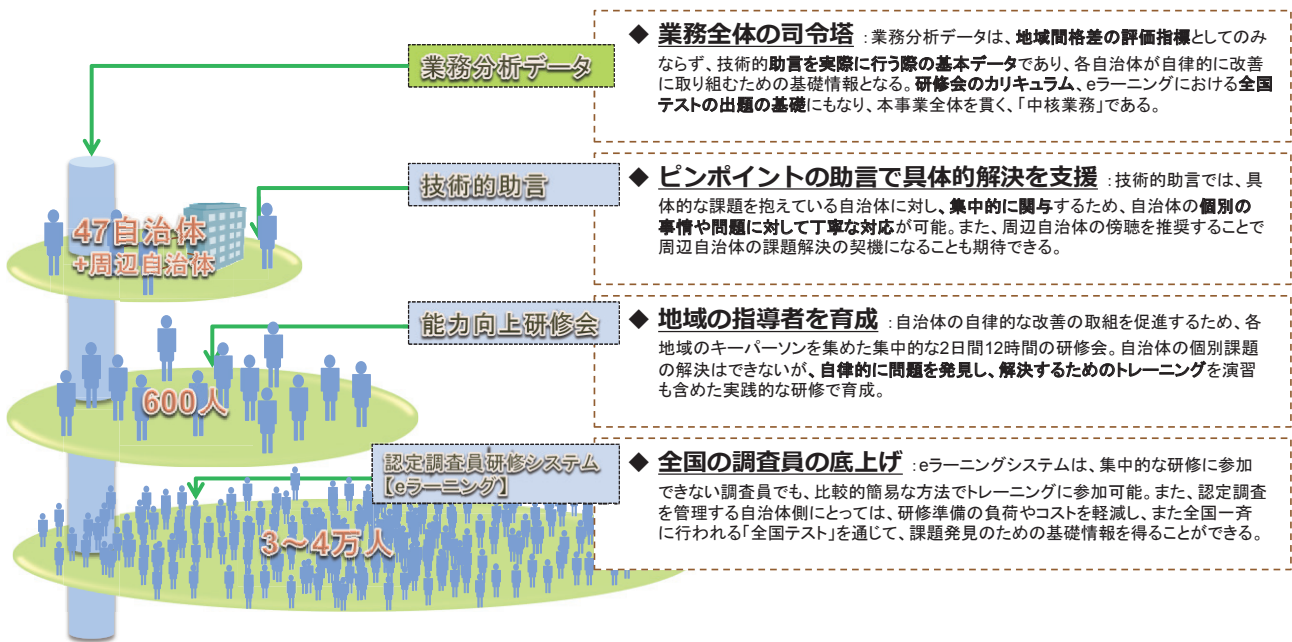
【日本老年学的評価研究（JAGES）による市町村支援プログラムの構造】



【要介護認定適正化事業】

- また、厚生労働省が運営する要介護認定適正化事業では、全国の保険者が運営する介護認定審査会の運営や認定調査の標準化を推進するために保険者を支援するプログラムとして実施されている。要介護認定適正化事業では、毎年47の介護認定審査会に対し認定調査及び介護認定審査会の運営を専門とする認定適正化専門員が直接訪問し、介護認定審査会を傍聴、要介護認定に関するデータ分析等を通じて個別性の高い技術的助言を提供するといった方法をとっている（技術的助言事業）。
- 技術的助言事業は、保険者を訪問する事業であり、受け入れ側の準備や関係者の同意も必要となることから、保険者が参加するにはハードルが高い。技術的助言事業に対して、職員レベルで参加できる取組として、能力向上研修会が設定されている。全日程2日間の集中研修を通じて、指導的な立場にある職員の育成を目指すものである。
- さらに、簡便に関わることができるプログラムとして、全市町村の認定調査員が参加可能なeラーニングシステムも用意されている。eラーニングシステムは、認定調査の基本的な理解を確認するための問題集と年に一回実施される「全国テスト」で構成されており、全国どこからでも参加可能となっている。また具体的な技術的支援は得られないものの、全国テストの集計結果を通じて、それぞれの市町村の調査員の課題を把握することができるようになっている。

【要介護認定適正化事業における市町村支援プログラムの構造】



4. 広域支援を進める際の市町村側の課題

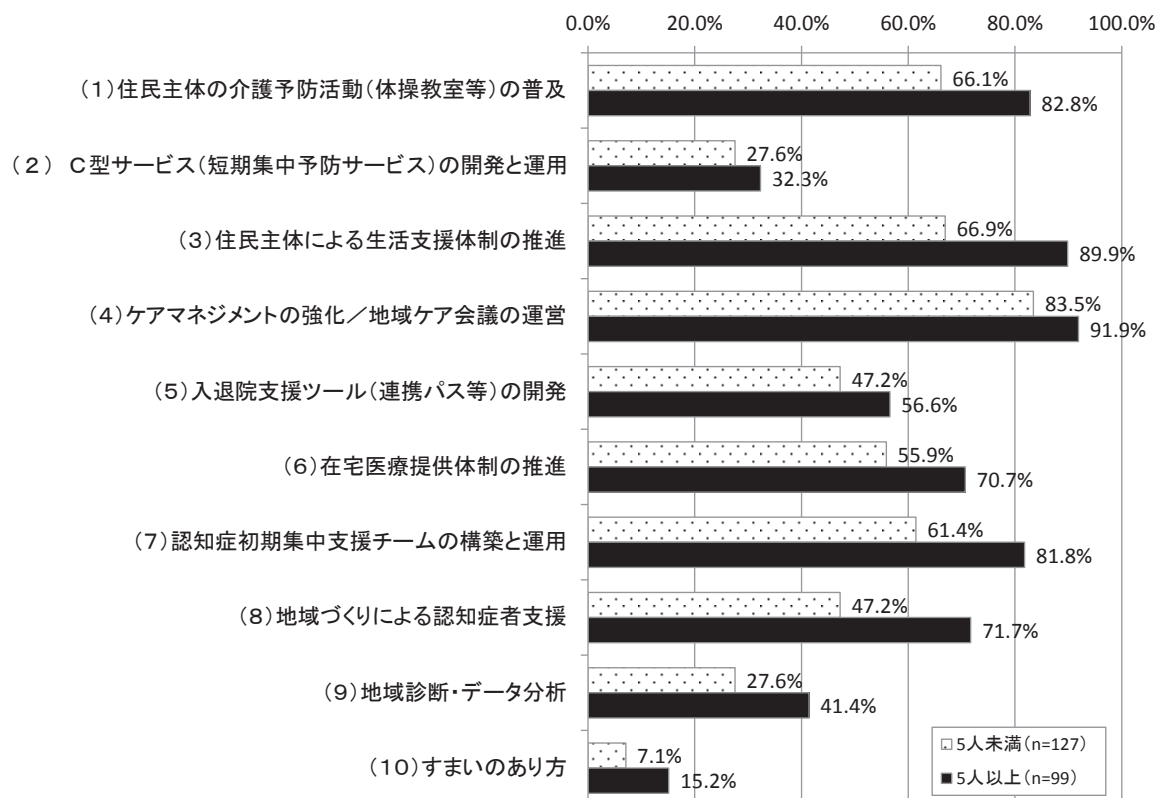
- ここまで、地域包括ケアシステムを推進するにあたって、市町村外部の支援資源をいかにして活用するかという観点から、その手法や課題を整理してきた。他方で、こうした外部支援資源を有効に活用するためには、各市町村における支援の受け入れ態勢の整備も、外部資源による支援の実効性の高める上で重要である。

(1) 市町村における支援受け入れ態勢の課題

① 取組に向けた人員体制強化の必要性

- 今回のアンケートでは、地域包括ケアシステムの取組における市町村の着手状況を尋ねているため、具体的な進捗については把握できていないものの、全体的な傾向として、小規模市町村、あるいは職員体制が小さいほど、取組の着手が遅れていることがわかる。こうした問題は、単に取組のノウハウや外部からの支援資源の活用が少ないことに起因しているというよりは、担当業務に対して、十分な人員配置がされていないことに起因していると思われる。今回の調査においても、人口3万人以上の市町村では、職員数の多寡による取組の着手状況に大きな差はみられなかったものの、人口3万人未満の市町村においては、地域支援事業の担当職員数の多寡と取組の着手状況に有意な差が確認されている。

図表 1 人口3万人未満の市町村における取組テーマ毎に「取組中」と回答した市町村の割合



- 新しい地域支援事業においては、消費税増税による社会保障充実分が充当されており、その財源の性質からも恒久的な財政措置が取られている。また包括的支援事業には、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員をはじめ、医療介護連携を推進するためのコーディネーターの配置も想定されており、こうした新規の人材を配置することで、市町村または地域包括支援センターの人員体制を強化する意図がある。しかしながら、こうした財源措置を確実な人員配置につなげられず、委託した場合も、委託先に「丸投げ」状態となってしまう、市町村のチームとして機能していないケースも散見される。各市町村においては、地域支援事業で確保された財源を有効に活用し、市町村のチームを最大限拡張する努力をすべきであろう。

② 中核となる職員の配置が不可欠

- 地域包括ケアシステムの構築は、地域の専門職・専門職団体や、医療・介護事業者、住民組織、また民間企業なども含め、多種多様な関係者との共同作業で進められていく。したがって、取組に関わる中核的な職員は、こうした多種多様な関係者との信頼関係の下で業務を担当することが望ましく、一定期間の継続的な担当が不可欠となる。一般的に市町村や都道府県の担当者は数年単位で人事異動していくが、中核を担う職員については、5年以上の期間を一か所で経験する、あるいは関連部署を職員の年次に応じて10年ほどかけて経験していくといった人事ローテーションを行っていくことが不可欠であろう。
- また、地域包括ケアシステムは、狭義には、市町村の高齢者支援・介護保険の担当課が担う業務として認識されているものの、広義には、スーパーマーケットや商店街を含む、衣食住を支える多種多様な商業・産業の振興策とも地続きの分野であるし、社会参加の文脈では、町内会・自治会、学校なども含めた民生一般と密接である。地域包括ケアシステムの構築を効果的に推進するには、狭義の担当課以外の部署が、協力的であることも重要であり、こうした部門間の連続性・連動性に配慮した人事を検討することも、首長をはじめとする市町村の幹部の大きなテーマといえる。

(2) 地域包括支援センターの施策への関わり

- こうした市町村の人員体制の弱さを補う上で、地域包括支援センターに対する期待は小さくない。地域包括支援センターは、専門職で構成され、かつ現場により近い場所で地域ニーズ把握をできるという意味において、「地域の実情を最もよく把握している拠点」といえる。この拠点を十分に活用することがまずは大前提として検討すべきであろう。
- 地域包括支援センターの運営にあたっては、市町村が直営で運営する場合と、他団体等に委託する場合があるが、こうした施策策定機能は、直営と委託の違いで生じるものではなく、地域マネジメントの当事者として主体性（施策の企画や運営の主体としての認識）があるかどうかのポイントになる。委託の場合であっても、市町村役場との人事交流や、定期的な企画会議の場が設けられていれば、委託先の地域包括支援センターが施策検討機能を持つこともできるだろう。他方で、単なる業務委託の形で、本庁の施策検討機能と切り離してしまえば、地域包括支援センター機能を十分に活用することはできないといった問題もある。

(3) 生活支援コーディネーターのネットワーク化

- 生活支援コーディネーターは、地域づくりの要であり、これらの人材をどのように育成するかは、生活支援体制整備事業や介護予防・日常生活支援総合事業などの地域づくりの成否を握っているといつてよい。しかしながら、生活支援コーディネーターの育成についての具体的なノウハウを持つ市町村は極めて限られており、都道府県単位、またはより広域での支援体制の構築は不可欠である。
- 特に、地域づくりが進んでいく過程において、各地域の生活支援コーディネーターに必要なノウハウや情報は、地域づくりの進捗に応じて、経年で変化していく。その時々地域のニーズに応じた支援が必要となることから、研修プログラムを市町村で検討することは容易ではなく、都道府県が多様な研修カリキュラムを準備することが望ましいだろう。
- また、各市町村に配置される生活支援コーディネーターは都市規模が小さくなるほど少人数の配置となるため孤立しやすい。相談や情報交換の相手がない状況では、生活支援コーディネーターの活動が停滞することも懸念される。生活支援コーディネーターをネットワーク化し、定期的に意見交換できる場を都道府県主導で提供していくことが重要である。

【補論】他分野におけるアドバイザー制度

- 本事業では、ヒアリング調査や文献調査により、他分野におけるアドバイザー制度についても把握している。ここでは、広域的な支援体制のあり方の補論として、「地方創生人材支援制度」「地域力創造アドバイザー」「地域林政アドバイザー」といった、3つの他分野におけるアドバイザー制度の概要をまとめるとともに、それらの制度設計や運営の工夫について記す。

(1) 他分野のアドバイザー制度

① 地方創生人材支援制度

- 内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局が、地方創生の主要施策の一つである「人材支援」の具体策として平成27年度から運用している制度である。地方創生に積極的に取り組む市町村に対し、意欲と能力のある人材（国家公務員、大学研究者、民間人材等）を、市町村長の補佐役として派遣し、地方創生総合戦略の策定や実行を推進する。
- 派遣形態は派遣者と派遣先市町村が相対で調整・決定するが、原則として常勤職員は2年、非常勤職員は1～2年としており、派遣人材の人件費は派遣先の市町村が負担する。平成27年度以来、50～70名/年程度の派遣実績を重ねており、平成30年度も継続予定である。

② 地域力創造アドバイザー

- 総務省自治行政局地域力創造グループが平成20年から運用している制度であり、地域力を高めようとする市町村が、地域活性化に関する知見等を有する外部専門家を招へいする経費を支援するものである。
- 制度適用の条件として、各年度内に延べ10日以上又は5回以上現地を訪問し、最大で3年間の派遣期間が設定されている。派遣人材の人件費（事業予算）は、特別交付税措置（民間専門家等の場合上限560万円/年、先進自治体職員の場合上限240万円/年）の対象となっている。制度発足から10年を経過しているが、アドバイザーの登録は300名を越え、派遣実績（事業活用実績）は近年70名/年程度で推移している。

③ 地域林政アドバイザー

- 林野庁森林整備部計画課が平成29年度から運用を開始した制度であり、林業技術者の活用により市町村の森林・林業行政（① 伐採や造林等の指導・監督、② 森林経営計画の認定、③ 市町村有林の経営計画の作成等）の体制づくりを支援する制度である。
- 森林・林業に関する一定の資格を有する者等を、市町村が嘱託職員等として雇用（常勤・非常勤、または、技術者が在籍する法人に業務委託）し、その人件費は、特別交付税措置（措置率0.7（上限350万円））の対象となっている。

(2) 制度設計における工夫

① 市町村の自主性・独自性を担保した制度設計・運営

- 「地方創生人材支援制度」「地域力創造アドバイザー」「地域林政アドバイザー」のいずれの制度も国が派遣者の業務内容・範囲等を決めた枠組みに市町村が応募する形ではなく、市町村の自主的な事業計画に基づく人材ニーズに沿った派遣が可能となるよう、業務内容・範囲等の柔軟性が高い点に共通性が見られる。
- また、派遣先市町村と派遣者のマッチングに関する国の関与は、派遣候補者のリスト化のみに留まるケースから、各市町村に適合性の高い派遣候補者の紹介まで行うケースまで、関与の強弱は見られる。ただし、いずれも最終的な選択・契約は市町村が意思決定している。

② 市町村の自主財源に基づく「計画的・継続的な取組」を対象とした設計

- いずれの制度も「国の事業予算ありき」での取組を対象としておらず、市町村での事業企画立案、自主財源による予算化を前提に、その事業に対して、各制度を適用させる設計となっている。
- 具体的には、地方創生人材支援制度は国による財政措置は講じられていないほか、地域力創造アドバイザーと地域林政アドバイザー制度では、その人件費にかかる予算が特別交付税の対象として措置されるため、事業実施段階での経費支出（人件費の支払）は自主財源で措置する必要がある。
- こうした枠組みは、前年度に事業計画立案が要請されるため、市町村の計画的・継続的な取組に対象が絞られる性質を持つほか、年度当初から計画的に派遣者が稼働できる点において、事業採択後に稼働する補助事業等に比べて効果的であると考えられる。

③ 複数年・高頻度での関与を前提とした制度設計

- 派遣者の委嘱期間としては、派遣者による「企画立案→予算化→事業実施」が可能となるよう複数年を見越した設計が基本となっている。地域力創造アドバイザーでは最大3カ年の適用を前提としているほか、地方創生人材支援制度は常勤職員で原則2年と設計されている。
- また、いずれの制度においても、常勤・非常勤としての派遣が可能であるが、非常勤の場合は、一定頻度以上で派遣先市町村における活動を要請している例もある。

(3) 制度運営における工夫

① 派遣先となる市町村のスクリーニング

- 派遣者による成果の発現のためには、派遣者自身の能力が重要であることに加え、派遣先市町村の受入環境が整っているかどうかも重要である。具体的には、「近々首長交代が見込まれる」、「議会と首長の政策方針に大きな不一致がある」といった例があげられ、こうした環境では派遣者が孤立しやすく、円滑かつ効果的な活動が阻害されるリスクもあるため、制度運営者としては予め派遣先の業務上の環境を把握するなどにより、リスクを抑制することが求められる。

② 地域の人的ネットワークを活かしたアドバイザーの発掘・提案

- いずれの制度も「全国の派遣者×全国の市町村」のマッチングが理論的には可能であるが、「初対面同志」のマッチングだけで効果的な人材派遣が可能となる訳ではない。既存制度でも、市町村と既知の人材が派遣されるケース、馴染みのある各都道府県内の人材を志向するケース、他市町村での実績・評判を踏まえて市町村側が特定希望するケースなどもあり、派遣候補者と派遣先市町村が予め相互に接触することなどを可能とすることで、より効果的なマッチングが図られる可能性がある。

③ 研修・報告会による知見の共有

- 地方創生人材支援制度、地域林政アドバイザー制度では、アドバイザー・派遣者への事前研修（前者は2泊3日程度、後者は4泊5日程度）を実施し、国の政策概要や市町村機構の説明など、アドバイザー・派遣者が活躍する上で必要となる知見を提供している。また、地方創生人材支援制度では、概ね四半期ごとに報告会を開催しており、派遣者同志のネットワーク化や悩みの相談・共有できる環境を整えている。

④ 若手の人材育成への効果期待

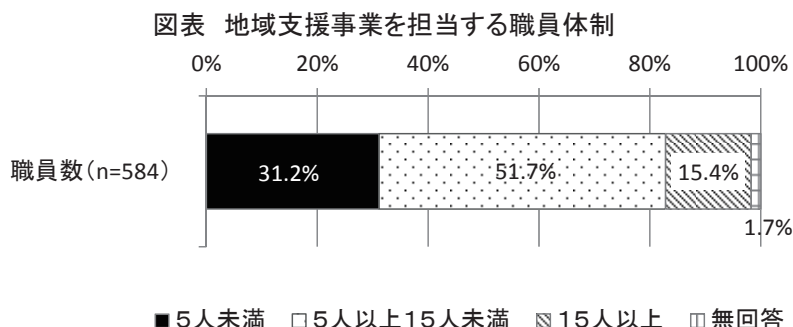
- 地方創生人材支援制度、地域林政アドバイザー制度では、アドバイザー・派遣者が市町村職員の肩書き・立場で職務に従事することを原則としている。結果として、市町村職員が派遣者の仕事を脇目で見られることになるため、市町村職員の特に関し若手職員には、仕事の仕方やスタンス・考え方などの面で学ぶこと、刺激を受けることが多く、若手の人材育成にも効果が期待できる。

第3章 アンケート調査結果

I 地域支援事業を担当する職員体制（平成30年2月1日時点）

（1）地域支援事業を担当する職員体制

地域支援事業を担当する職員体制について聞いたところ、「5人未満」が31.2%、「5人以上15人未満」が51.7%、15人以上が15.4%となっている。



※職員数：一般行政職＋技術職＋基幹型地域包括支援センター職員の人数（以下同様）

【職員数のカウント方法】

（一般行政職員、技術職（保健師、看護師、社会福祉士、理学療法士等）

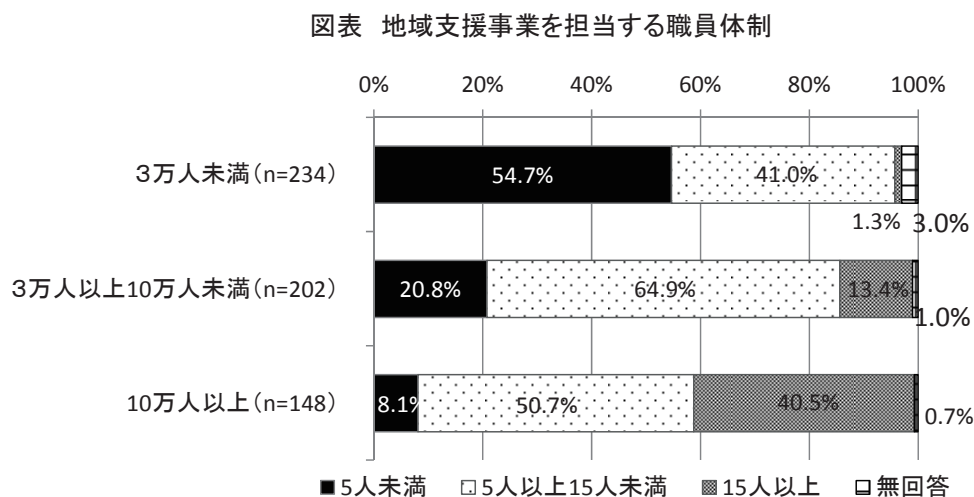
- ・保険料徴収、給付管理、要介護認定、事業計画等の別の係と兼務している場合は、おおまかに概算で按分し、地域支援事業担当分に限定した人数

（基幹型地域包括支援センター職員）

- ・介護予防ケアマネジメント・介護予防支援に従事する常勤換算分を引いた人数

（2）人口規模別の職員数

地域支援事業を担当する職員体制を、人口規模別に見たところ、人口規模が大きくなるほど、「15人以上」の割合が高くなっている。反対に、人口規模が大きくなるほど、「5人未満」の割合が低くなっている。



II 地域包括ケアシステムに関する取組の進捗、部支援資源の活用状況

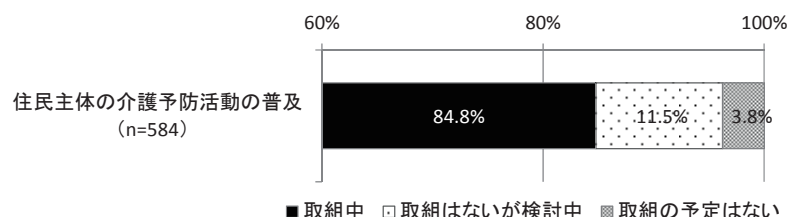
(1) 単純集計結果

①住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は 84.8%となっている。

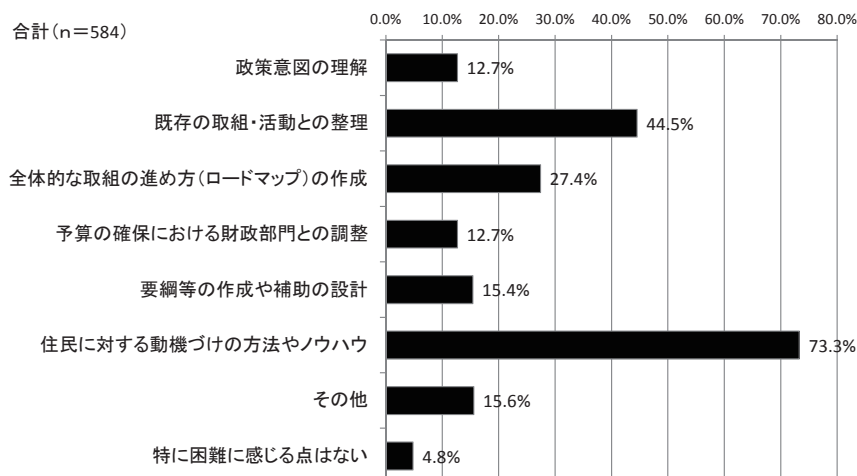
図表 取組の進捗状況



b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「住民に対する動機づけの方法やノウハウ」が 73.3%と最も高く、次いで「既存の取組・活動との整理」が 44.5%、「全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成」が 27.4%となっている。「その他」では、「担い手の育成、確保」「会場の確保」などの回答が多く挙げられた。

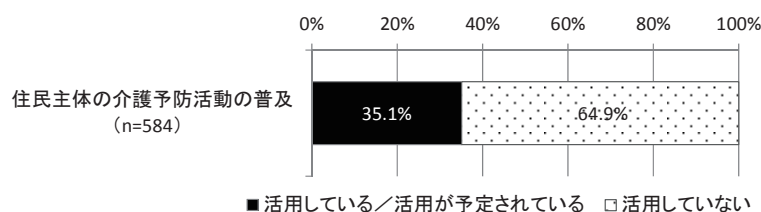
図表 取組において困難を感じる点



c) 外部の支援資源の活用状況

外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が 35.1%、「活用していない」が 64.9%であった。

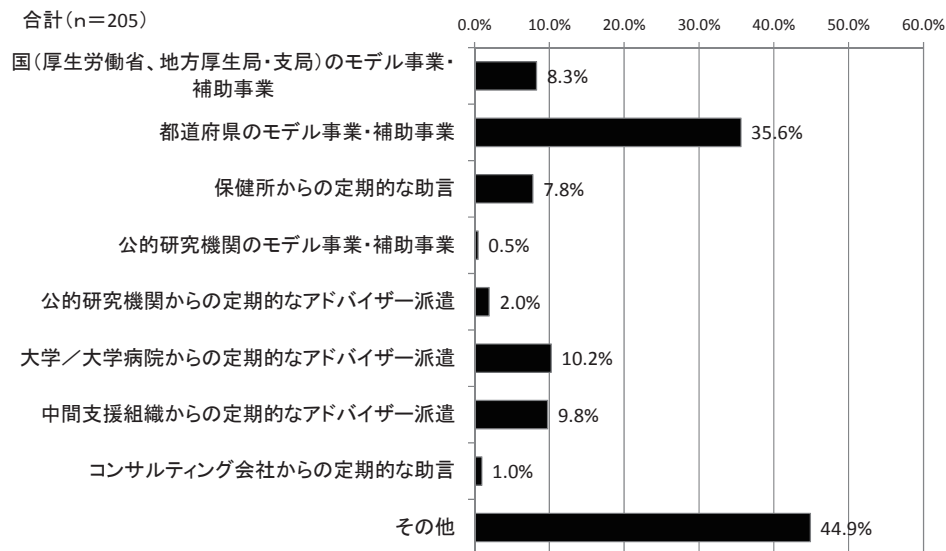
図表 外部の支援資源の活用状況



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「その他」が44.9%と最も高く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業」が35.6%、「大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣」が10.2%となっている。「その他」では、「リハビリテーション専門職、団体」が半数以上占めている他、「サービス事業者」なども挙がっていた。

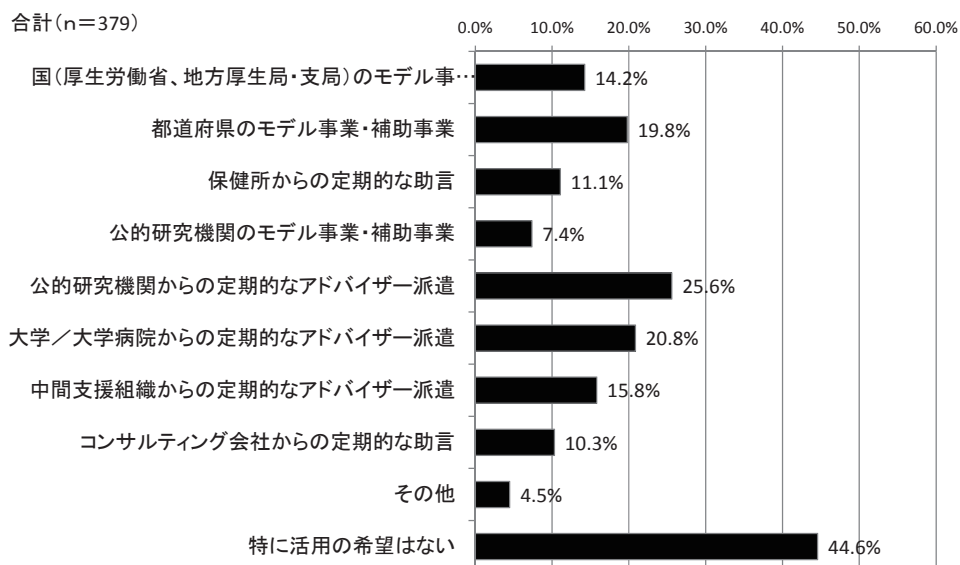
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が44.6%と最も高く、次いで「公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣」が25.6%、「大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣」が20.8%となっている。

図表 今後、活用を希望する外部の支援資源

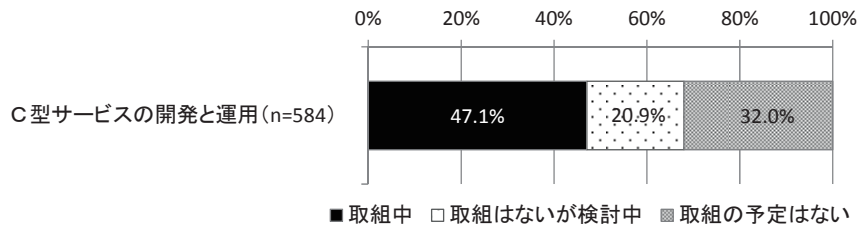


② C型サービス（短期集中予防サービス）の開発と運用

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は 47.1%となっている。

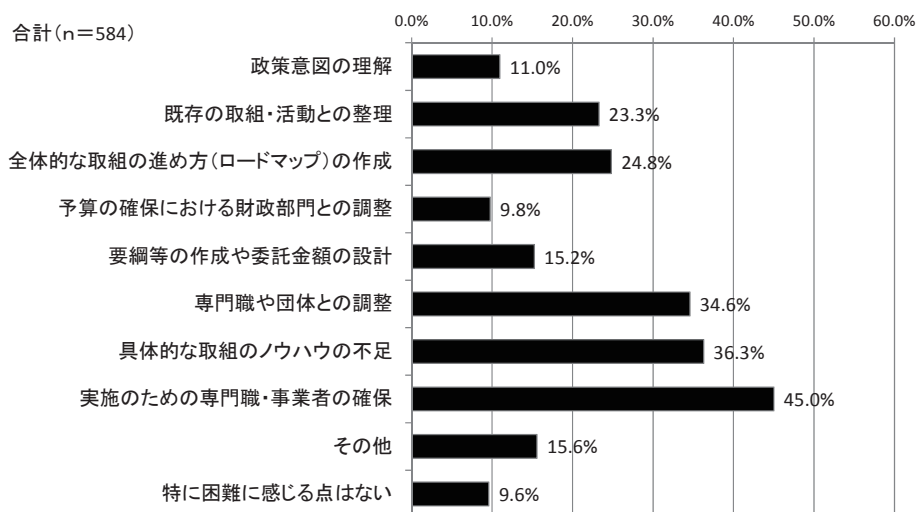
図表 取組の進捗状況



b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「実施のための専門職・事業者の確保」が 45.0%と最も高く、次いで「具体的な取組のノウハウの不足」が 36.3%、「専門職や団体との調整」が 34.6%となっている。「その他」では、「対象者の把握、確保」といった回答が3分の1を超えている他、「サービスの周知」「卒業後の受け皿」などの回答も挙がっていた。

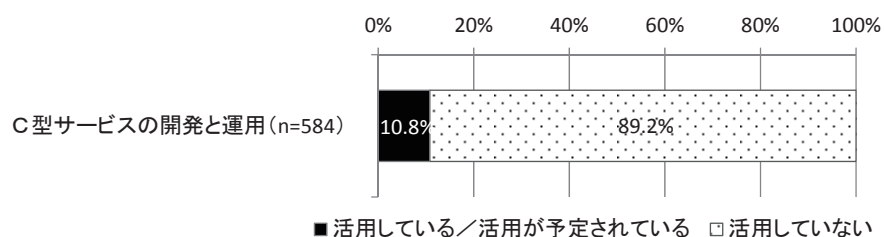
図表 取組において困難を感じる点



c) 外部の支援資源の活用状況

外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が 10.8%、「活用していない」が 89.2%であった。

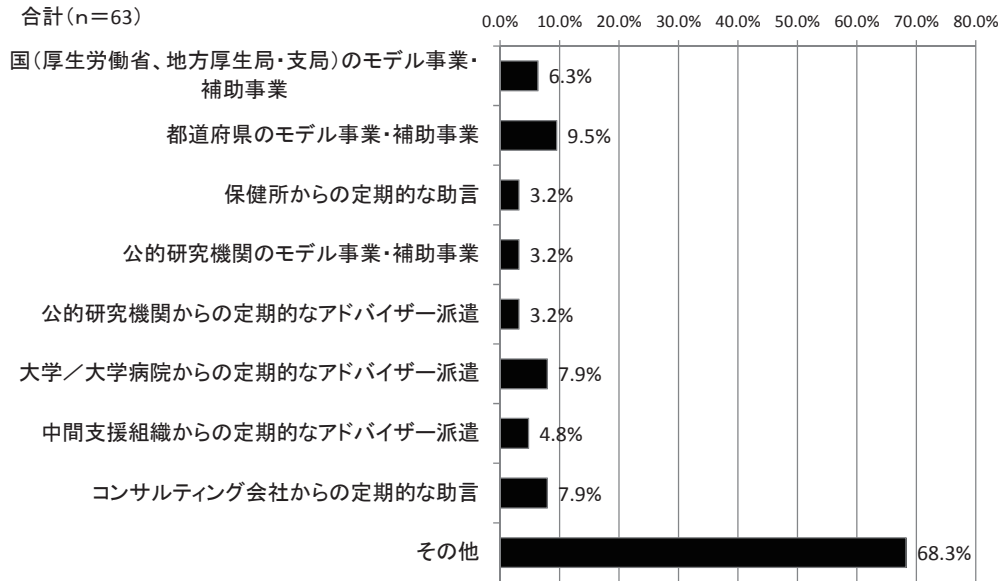
図表 外部の支援資源の活用状況



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「その他」が68.3%と最も高く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業」が9.5%、「コンサルティング会社からの定期的な助言」「大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣」が7.9%となっている。「その他」では、「リハビリテーション専門職、団体」が約3分の1を占めている他、「サービス事業者」なども挙がっていた。

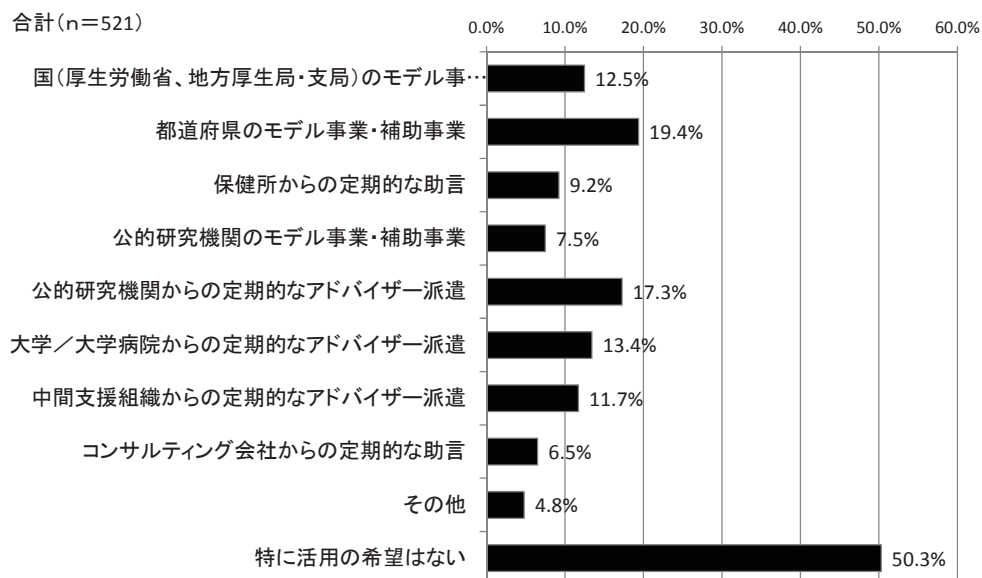
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が50.3%と最も高く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業」が19.4%、「公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣」が17.3%となっている。

図表 今後、活用を希望する外部の支援資源

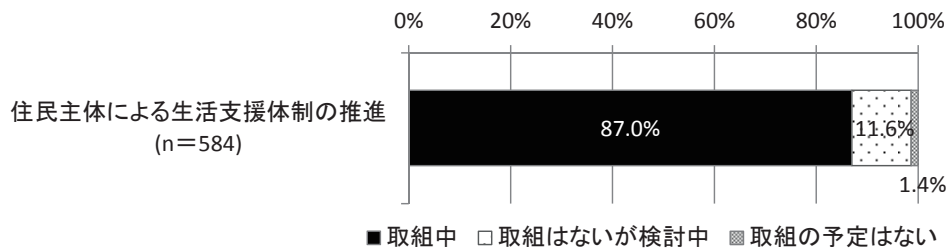


③住民主体による生活支援体制の推進（協議体・生活支援コーディネーターを含む）

a) 取組の進捗状況（平成28年度と平成29年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は87.0%となっている。

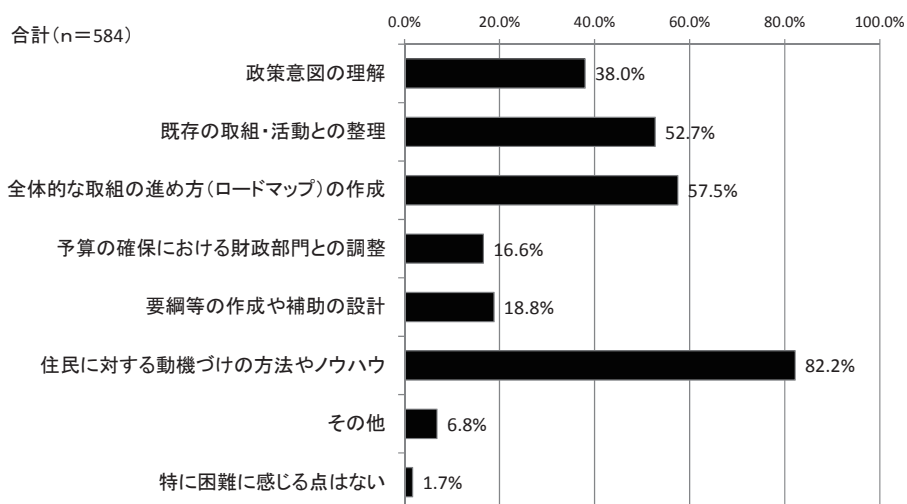
図表 取組の進捗状況



b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「住民に対する動機づけの方法やノウハウ」が82.2%と最も高く、次いで「全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成」が57.5%、「既存の取組・活動との整理」が52.7%となっている。

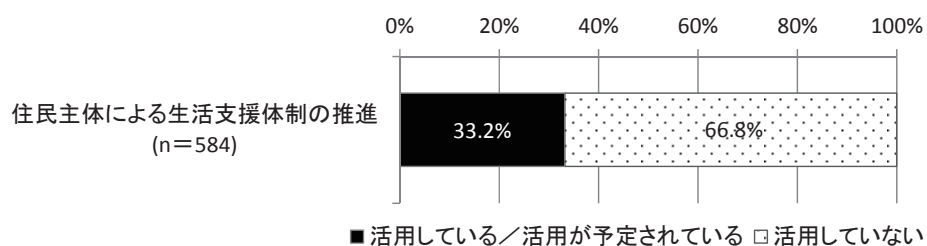
図表 取組において困難を感じる点



c) 外部の支援資源の活用状況

外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が33.2%、「活用していない」が66.8%であった。

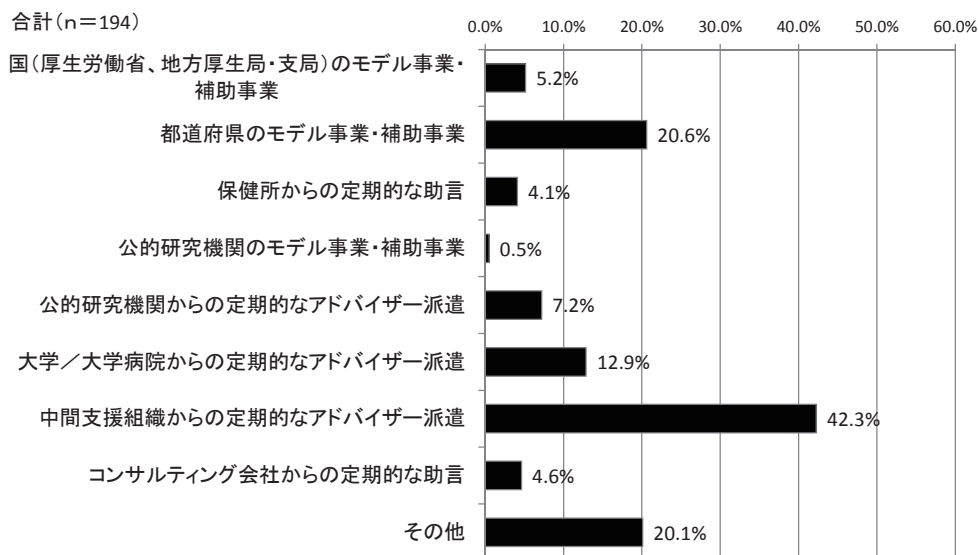
図表 外部の支援資源の活用状況



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「中間支援組織からの敵的なアドバイザー派遣」が42.3%と最も高く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業」が20.6%、「その他」が20.1%となっている。「その他」では、「社会福祉協議会」が約3分の1を占める他、「学識経験者」などの回答が挙がっていた。

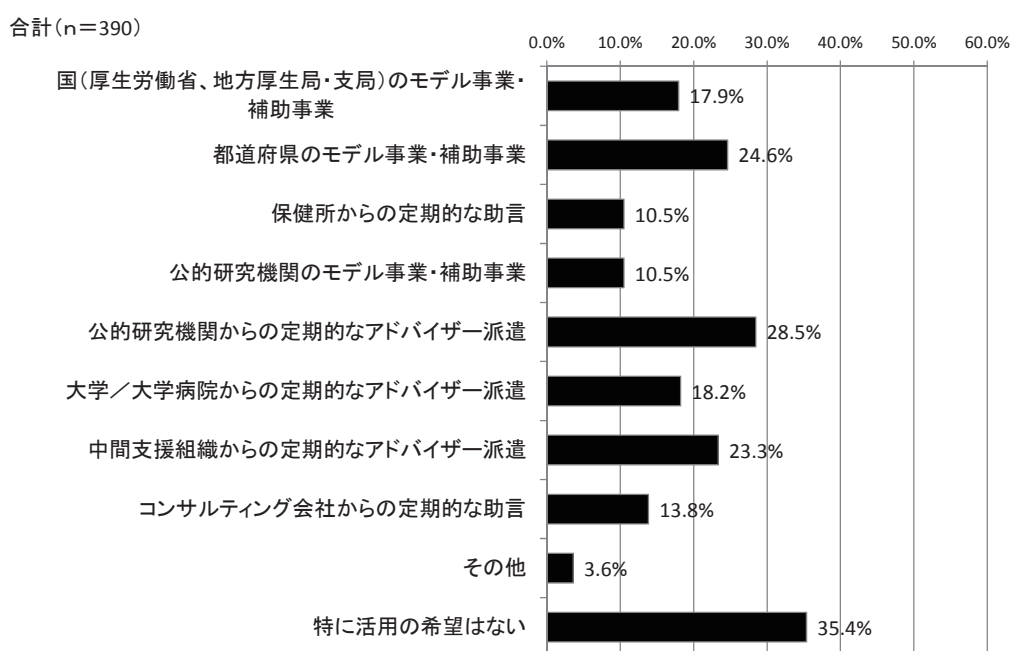
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が35.4%と最も高く、次いで「公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣」が28.5%、「都道府県のモデル事業・補助事業」が24.6%となっている。

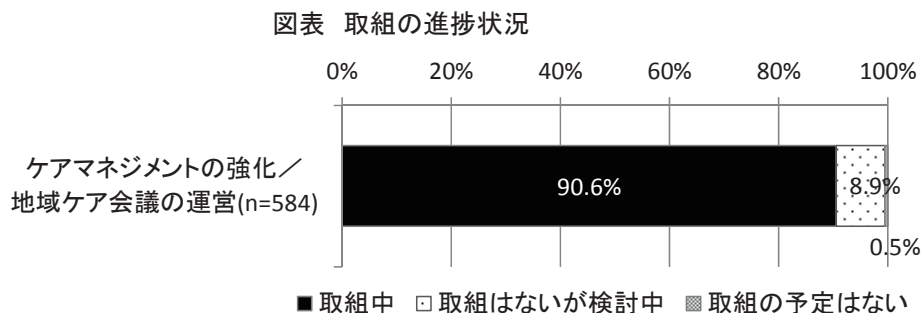
図表 今後、活用を希望する外部の支援資源



④ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営

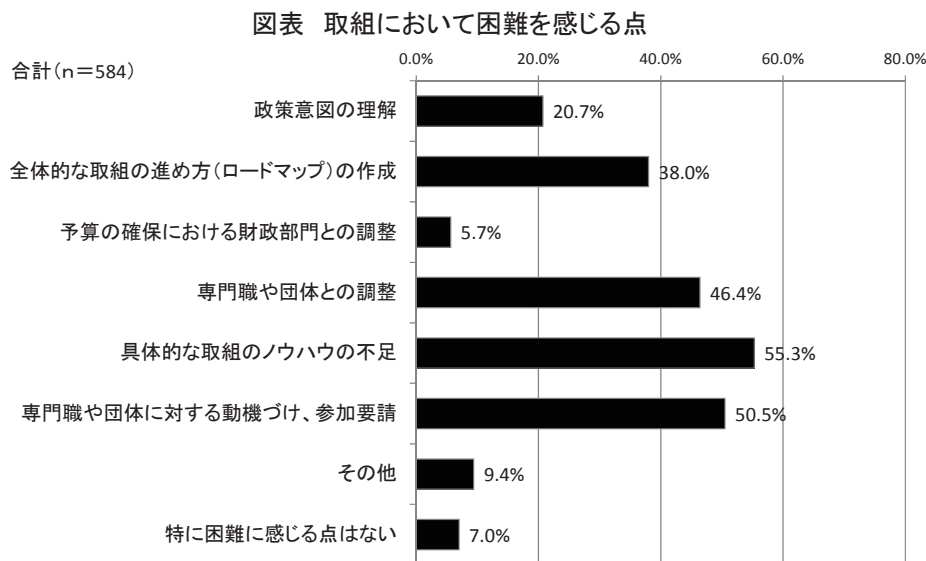
a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は 90.6%となっている。



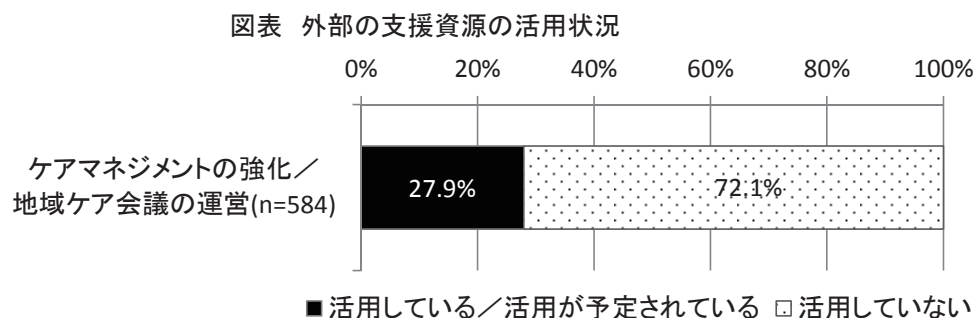
b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「具体的な取組のノウハウの不足」が 55.3%と最も高く、次いで「専門職や団体に対する動機づけ、参加要請」が 50.5%、「専門職や団体との調整」が 46.4%となっている。「その他」では、「人員不足」「業務負担の増」などの回答が挙がっていた。



c) 外部の支援資源の活用状況

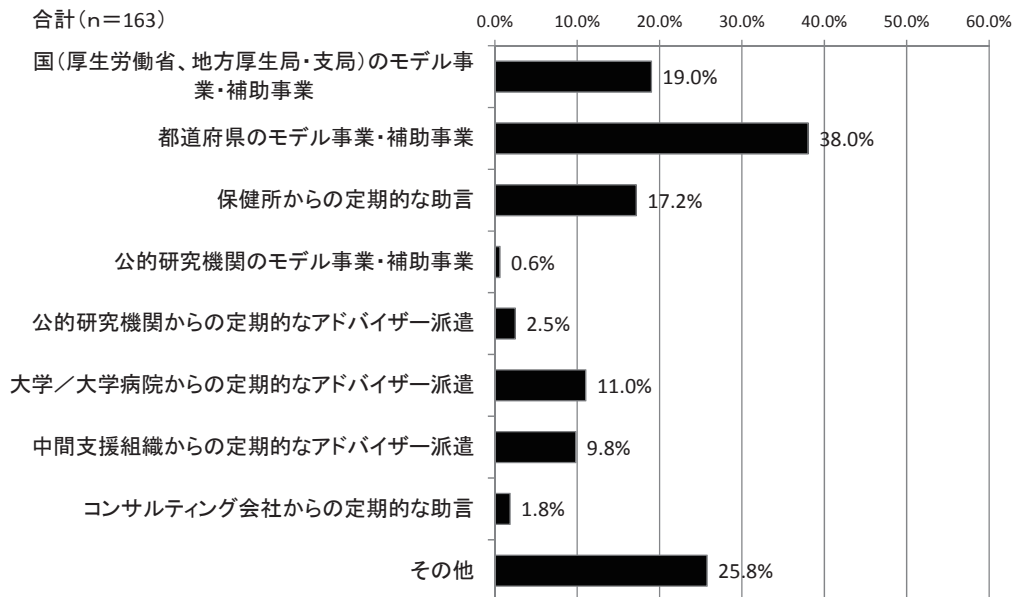
外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が 27.9%、「活用していない」が 72.1%であった。



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「都道府県のモデル事業・補助事業」が38.0%と最も高く、次いで「その他」が25.8%、「国のモデル事業・補助事業」が19.0%となっている。「その他」では、「リハビリテーション専門職、団体」などの回答が挙がっていた。

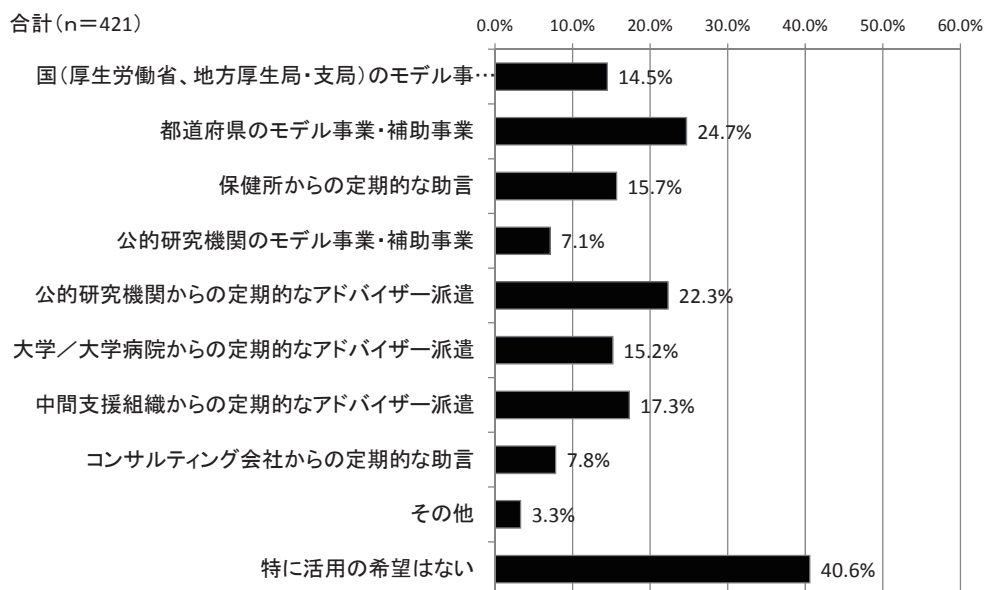
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が40.6%と最も高く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業」が24.7%、「公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣」が22.3%となっている。

図表 今後、活用を希望する外部の支援資源

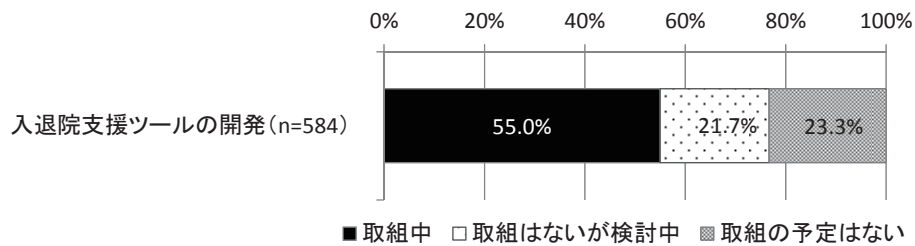


⑤入退院支援ツール（連携パス等）の開発

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は 55.0%となっている。

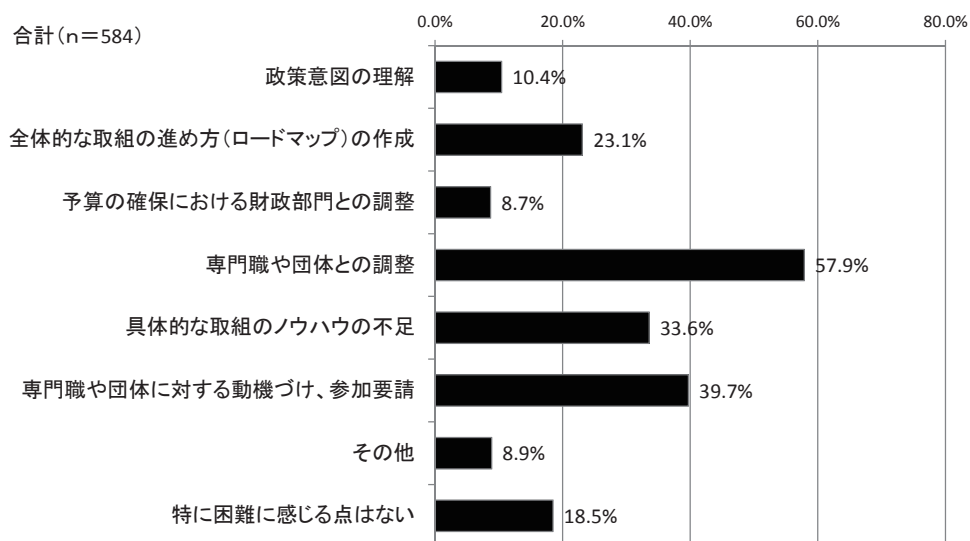
図表 取組の進捗状況



b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「専門職や団体との調整」が 57.9%と最も高く、次いで「専門職や団体に対する動機づけ、参加要請」が 39.7%、「具体的な取組のノウハウの不足」が 33.6%となっている。

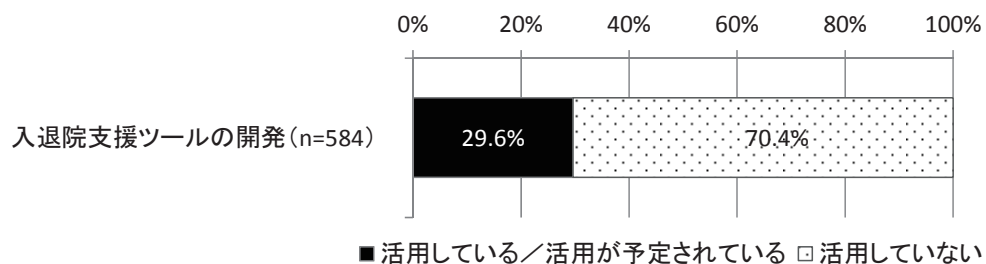
図表 取組において困難を感じる点



c) 外部の支援資源の活用状況

外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が 29.6%、「活用していない」が 70.4%であった。

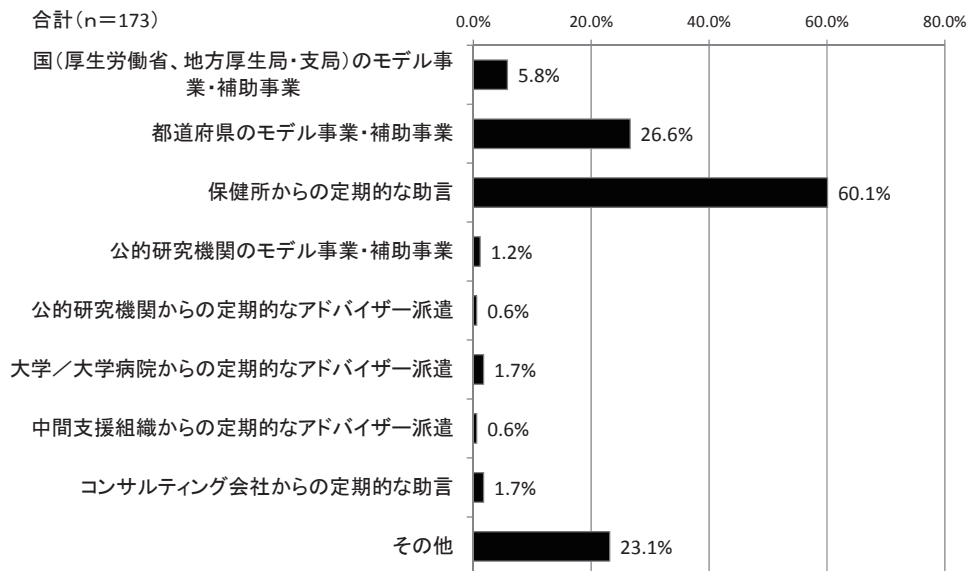
図表 外部の支援資源の活用状況



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「保健所からの定期的な助言」が60.1%と最も高く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業」が26.6%、「その他」が23.1%となっている。「その他」では、「医師会」などの回答が挙がっていた。

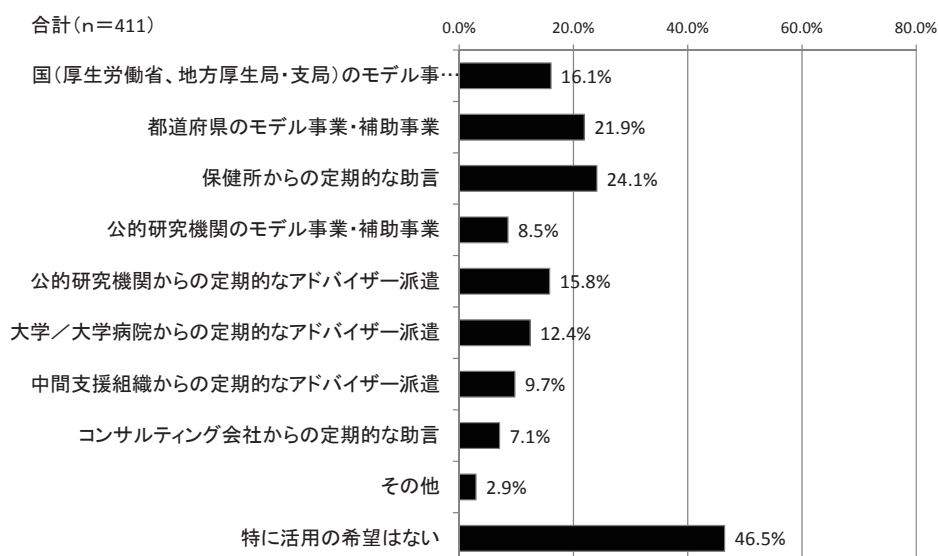
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が46.5%と最も高く、次いで「保健所からの定期的な助言」が24.1%、「都道府県のモデル事業・補助事業」が21.9%となっている。

図表 今後、活用を希望する外部の支援資源

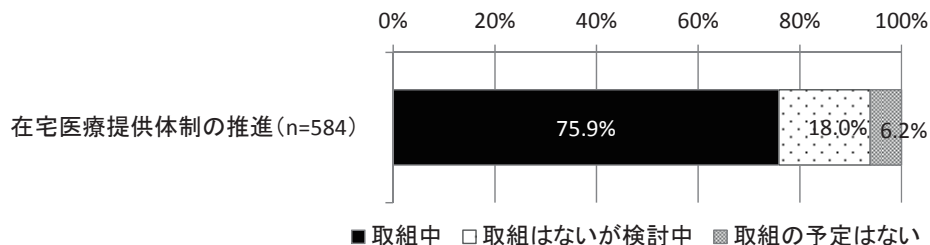


⑥在宅医療提供体制の推進

a) 取組の進捗状況（平成28年度と平成29年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は75.9%となっている。

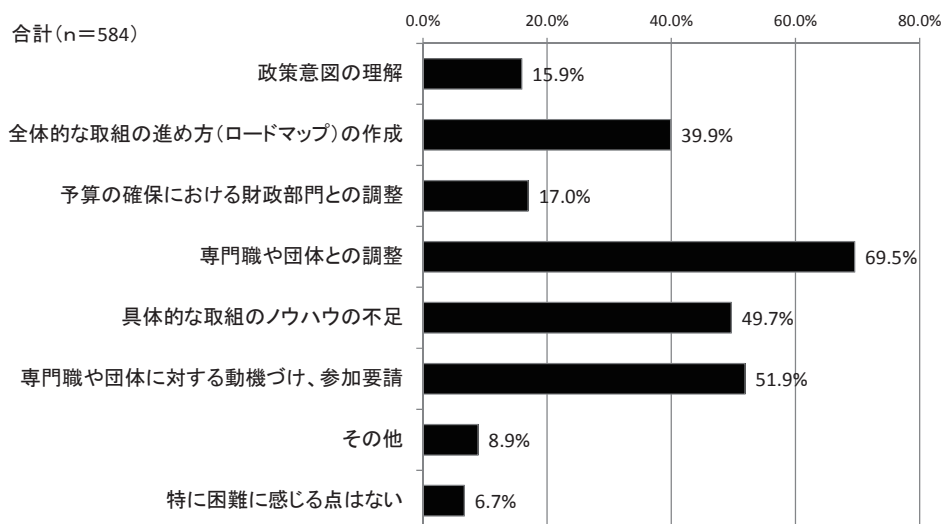
図表 取組の進捗状況



b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「専門職や団体との調整」が69.5%と最も高く、次いで「専門職や団体に対する動機づけ、参加要請」が54.9%、「具体的な取組のノウハウの不足」が49.7%となっている。

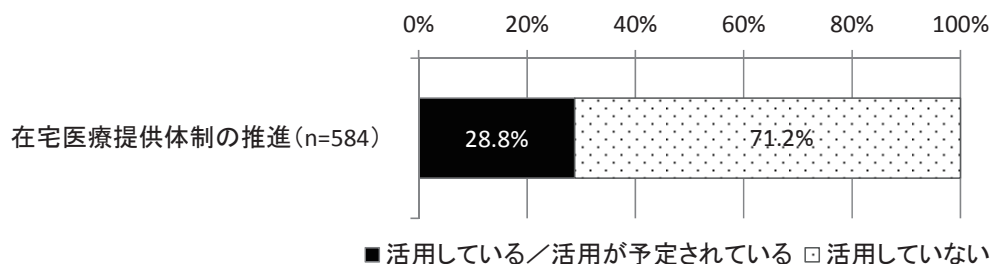
図表 取組において困難を感じる点



c) 外部の支援資源の活用状況

外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が28.8%、「活用していない」が71.2%であった。

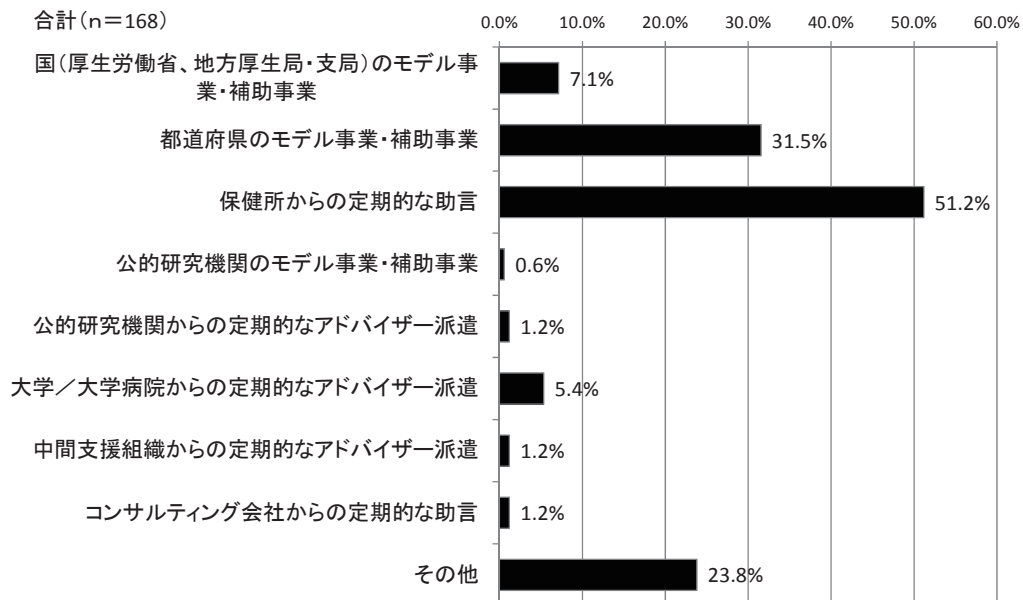
図表 外部の支援資源の活用状況



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「保健所からの定期的な助言」が51.2%と最も高く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業」が31.5%、「その他」が23.8%となっている。「その他」では、「医師会」などの回答が挙がっていた。

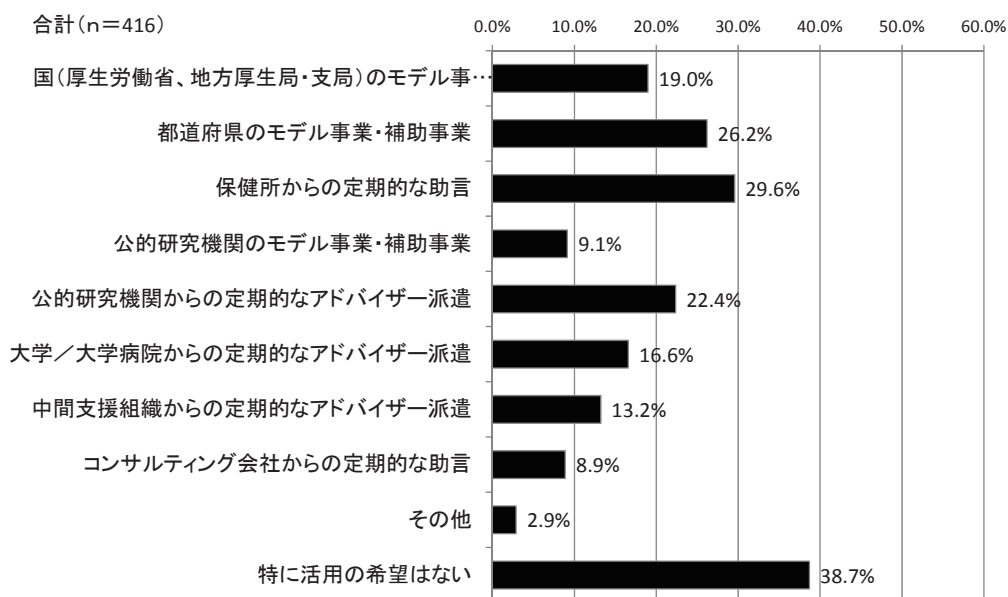
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が38.7%と最も高く、次いで「保健所からの定期的な助言」が29.6%、「都道府県のモデル事業・補助事業」が26.2%となっている。

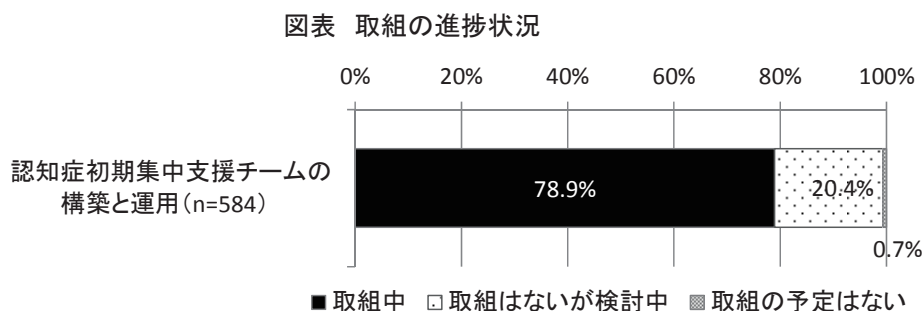
図表 今後、活用を希望する外部の支援資源



⑦認知症初期集中支援チームの構築と運用

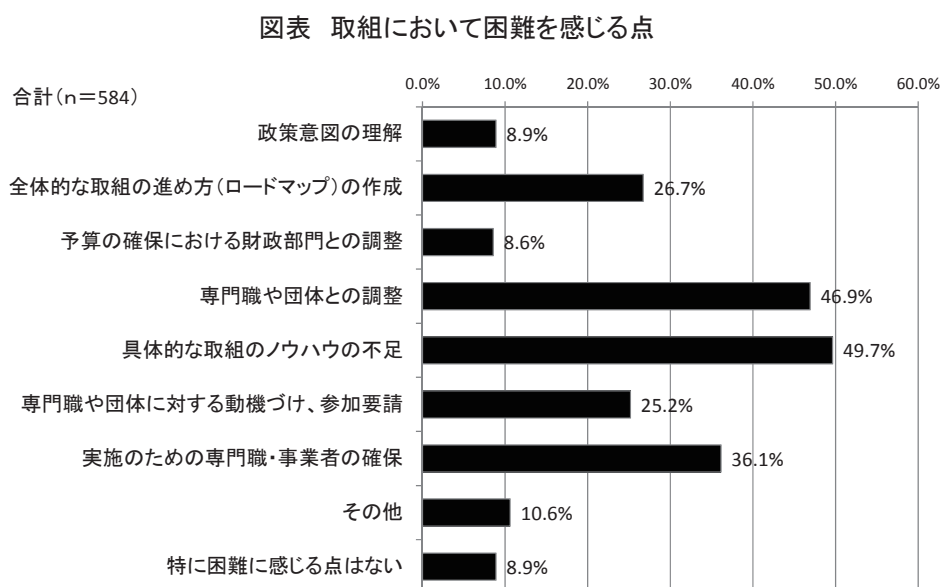
a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は 78.9%となっている。



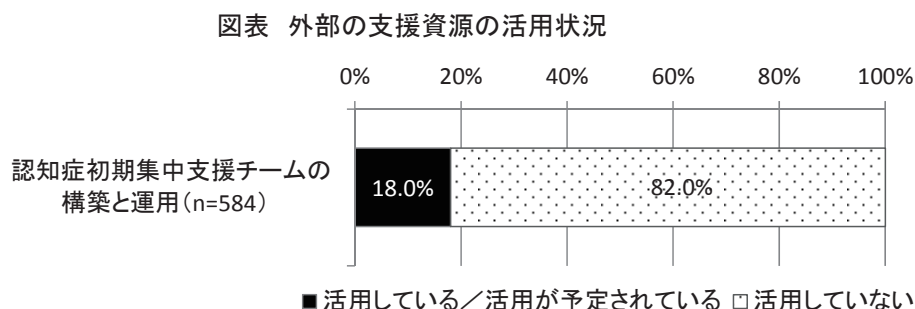
b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「具体的な取組のノウハウの不足」が 49.7%と最も高く、次いで「専門職や団体との調整」が 46.9%、「実施のための専門職・事業者の確保」が 36.1%となっている。



c) 外部の支援資源の活用状況

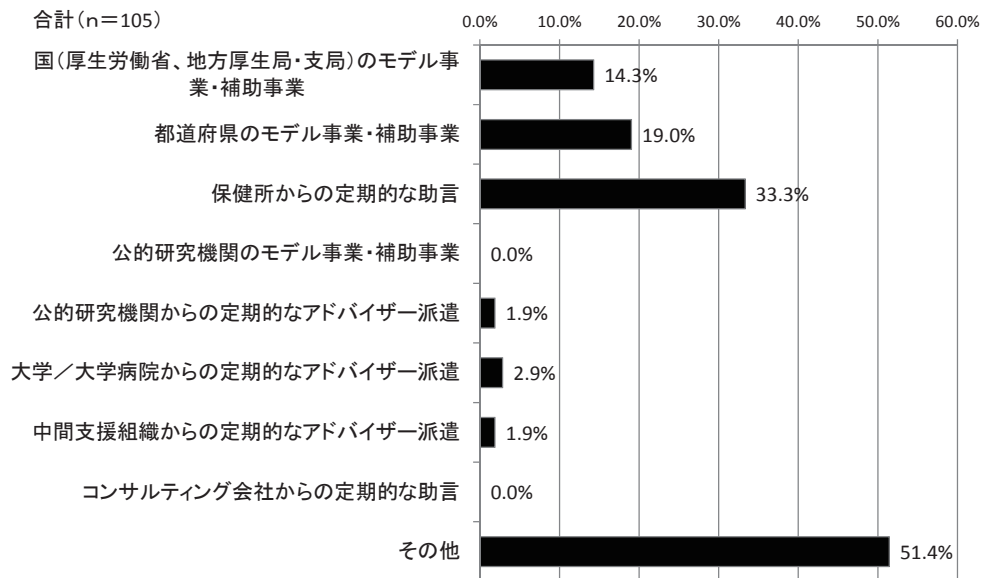
外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が 18.0%、「活用していない」が 82.0%であった。



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「その他」が51.4%と最も高く、次いで「保健所からの定期的な助言」が33.3%、「都道府県のモデル事業・補助事業」が19.0%となっている。「その他」では、「認知症疾患医療センター、医療機関」が約4割を占めていた。

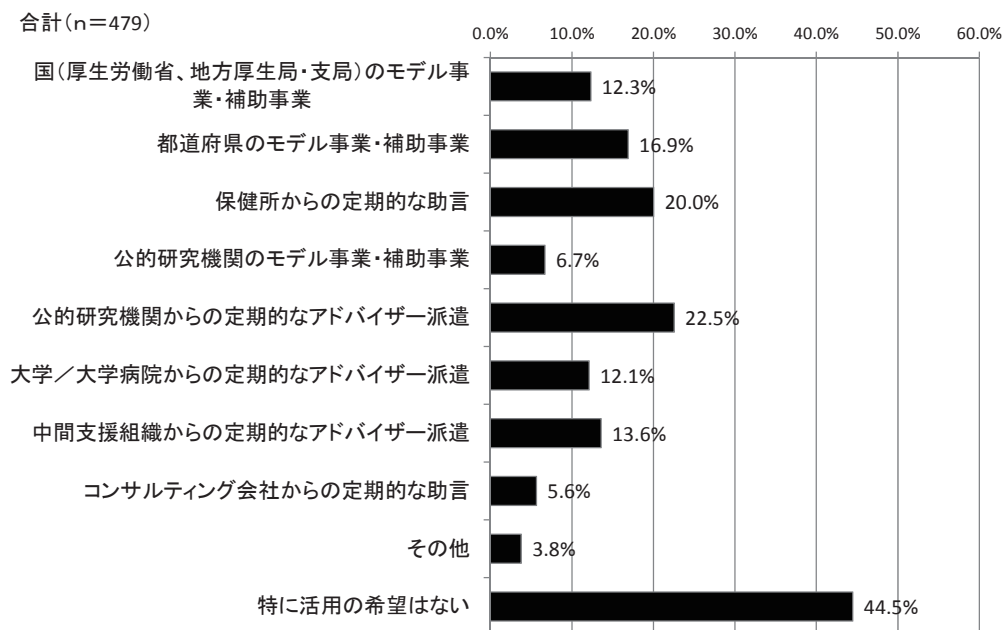
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が44.5%と最も高く、次いで「公的機関からの定期的なアドバイザー派遣」が22.5%、「保健所からの定期的な助言」が20.0%となっている。

図表 今後、活用を希望する外部の支援資源

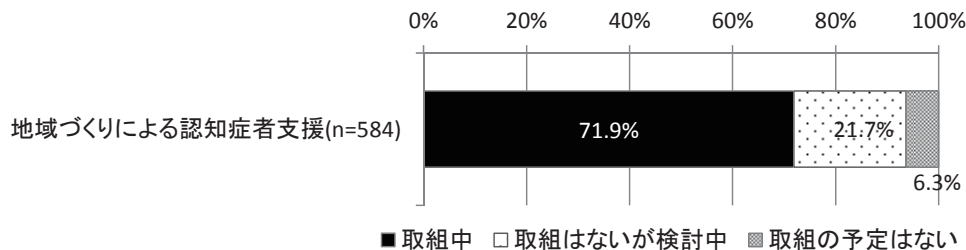


⑧地域づくりによる認知症者支援

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は 71.9%となっている。

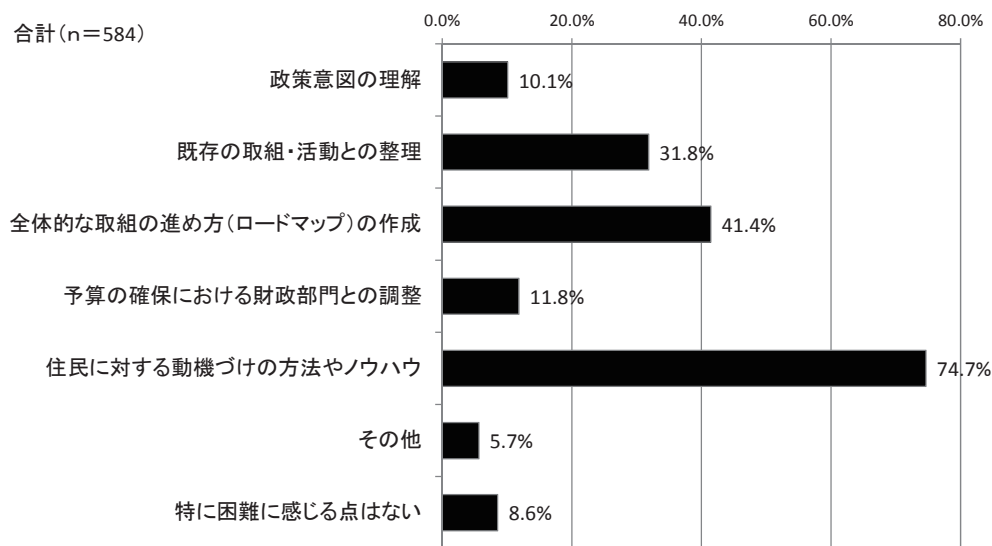
図表 取組の進捗状況



b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「住民に対する動機づけの方法やノウハウ」が 74.7%と最も高く、次いで「全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成」が 41.4%、「既存の取組・活動との整理」が 31.8%となっている。

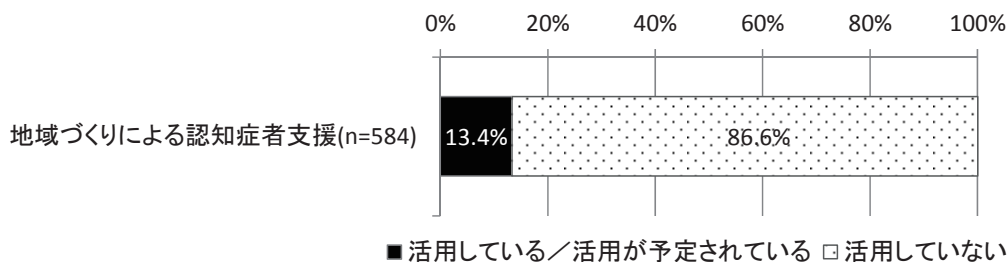
図表 取組において困難を感じる点



c) 外部の支援資源の活用状況

外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が 13.4%、「活用していない」が 86.6%であった。

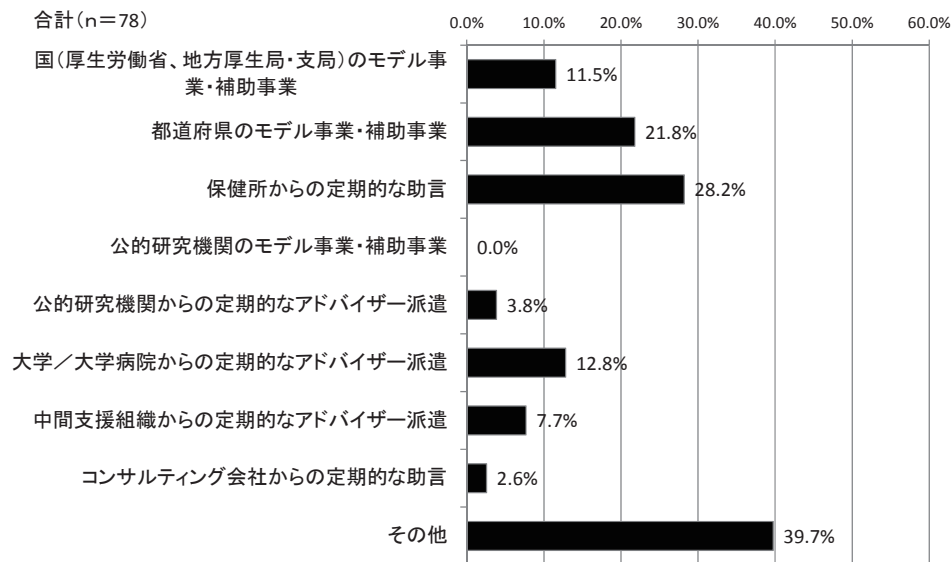
図表 外部の支援資源の活用状況



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「その他」が39.7%と最も高く、次いで「保健所からの定期的な助言」が28.2%、「都道府県のモデル事業・補助事業」が21.8%となっている。「その他」では、「認知症疾患医療センター」などが挙がっていた。

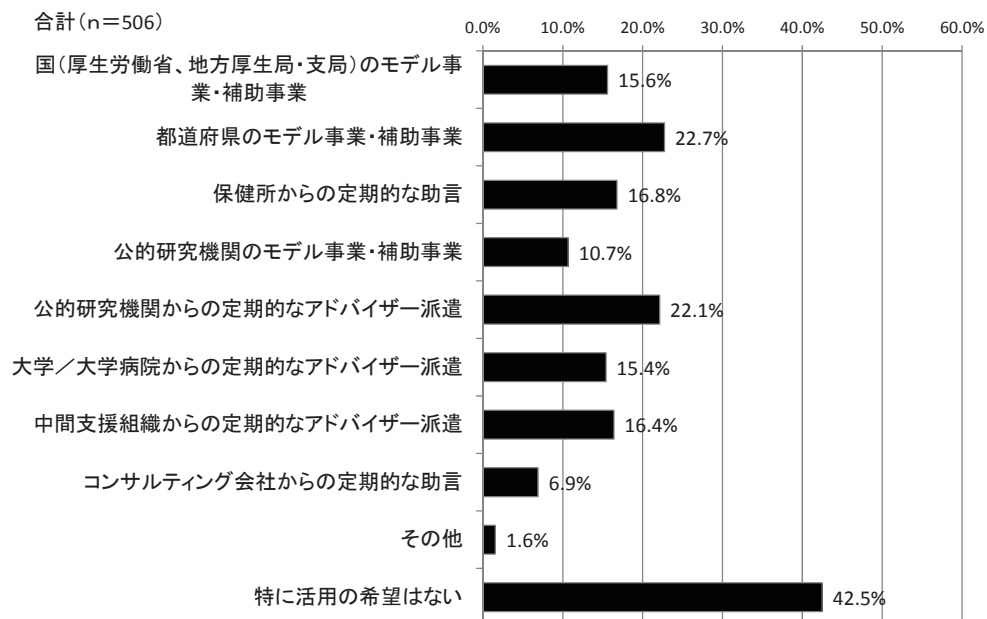
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が42.5%と最も高く、次いで「公的機関からの定期的なアドバイザー派遣」が22.1%、「都道府県のモデル事業・補助事業」が22.7%となっている。

図表 今後、活用を希望する外部の支援資源

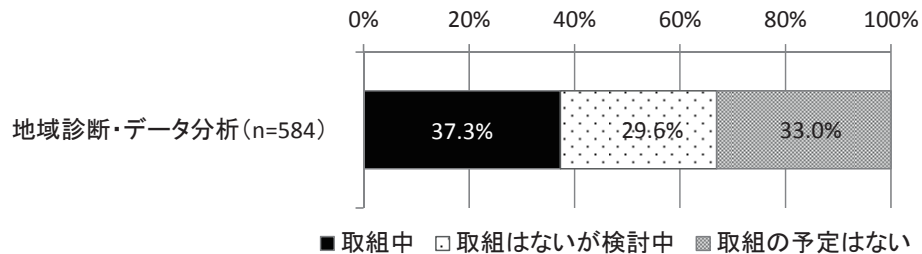


⑨地域診断・データ分析

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は 37.3%となっている。

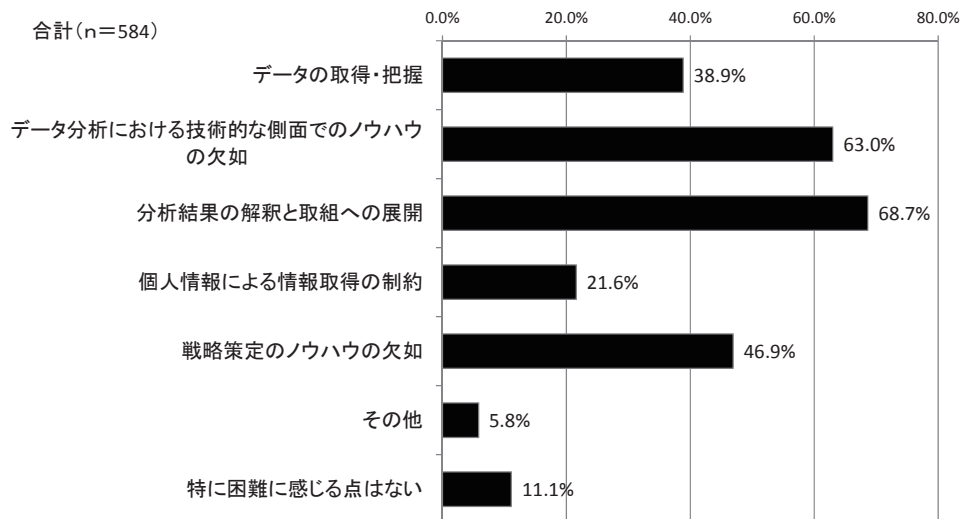
図表 取組の進捗状況



b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「分析結果の解釈と取組への展開」が 68.7%と最も高く、次いで「データ分析における技術的な側面でのノウハウの欠如」が 63.0%、「戦略策定のノウハウの欠如」が 46.9%となっている。

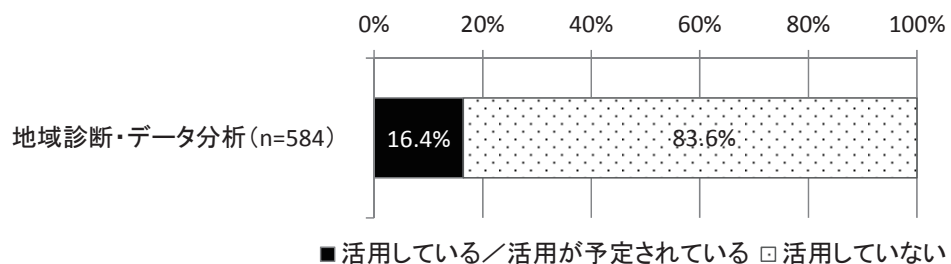
図表 取組において困難を感じる点



c) 外部の支援資源の活用状況

外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が 16.4%、「活用していない」が 83.6%であった。

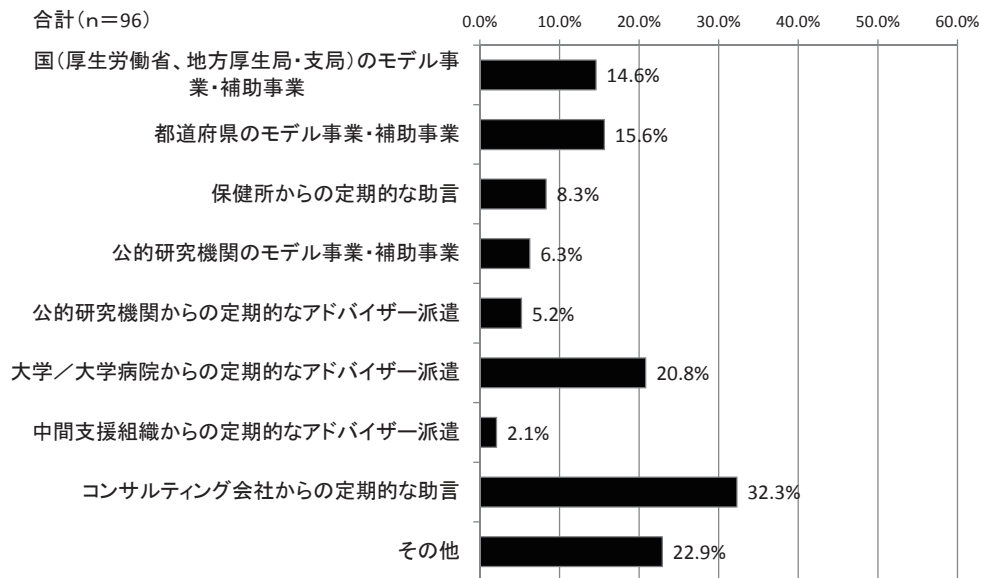
図表 外部の支援資源の活用状況



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「コンサルティング会社からの定期的な助言」が32.3%と最も高く、次いで「その他」が22.9%、「大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣」が20.8%となっている。「その他」では、「大学」などの回答が挙がっていた。

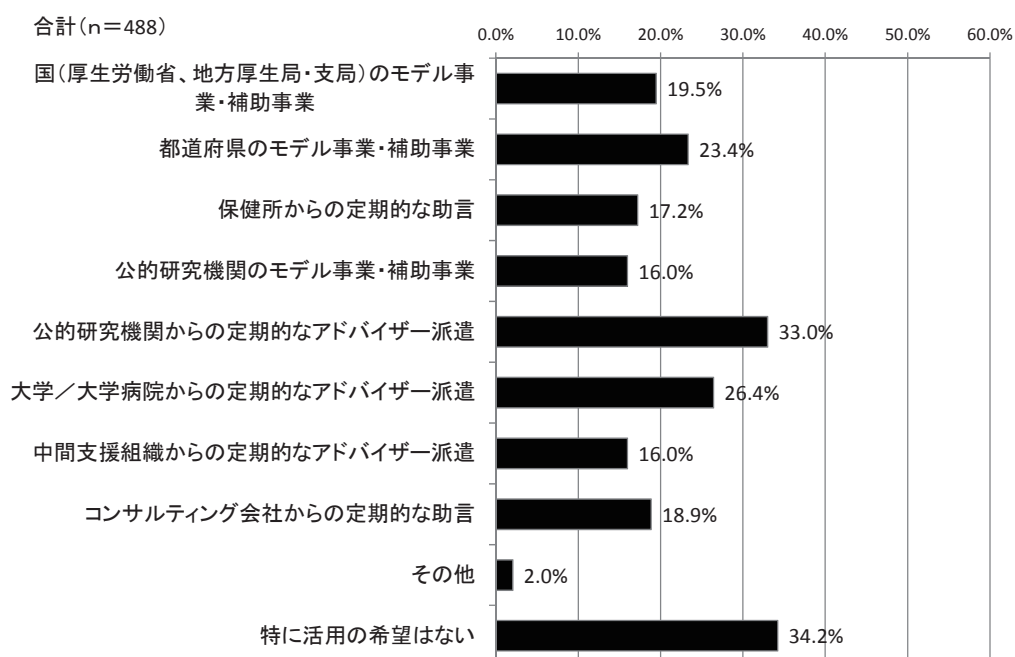
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が34.2%と最も高く、次いで「公的機関からの定期的なアドバイザー派遣」が33.0%、「大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣」が26.4%となっている。

図表 今後、活用を希望する外部の支援資源

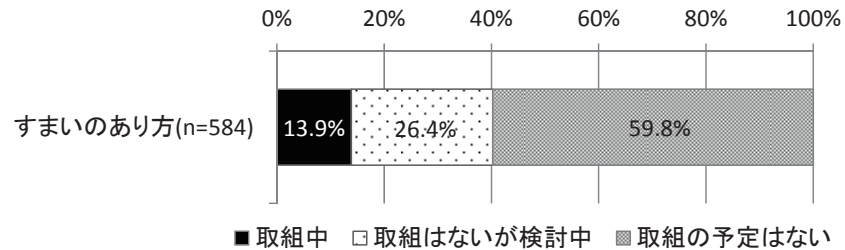


⑩すまいのあり方

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況）

取組の進捗状況について聞いたところ、「取組中」は 13.9%となっている。

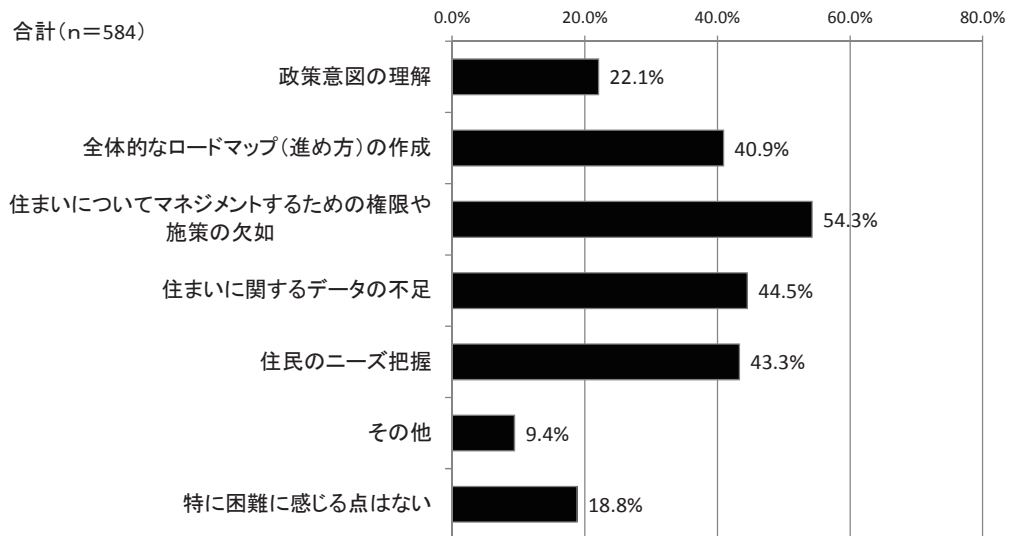
図表 取組の進捗状況



b) 取組において困難を感じる点

取組において困難を感じる点について聞いたところ、「住まいについてマネジメントするための権限や施策の欠如」が 54.3%と最も高く、次いで「住まいに関するデータの不足」が 44.5%、「住民のニーズ把握」が 43.3%となっている。

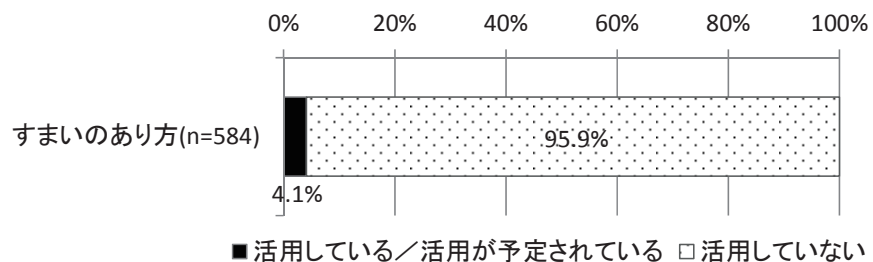
図表 取組において困難を感じる点



c) 外部の支援資源の活用状況

外部の支援資源の活用状況について聞いたところ、「活用している／活用が予定されている」が 4.1%、「活用していない」が 95.9%であった。

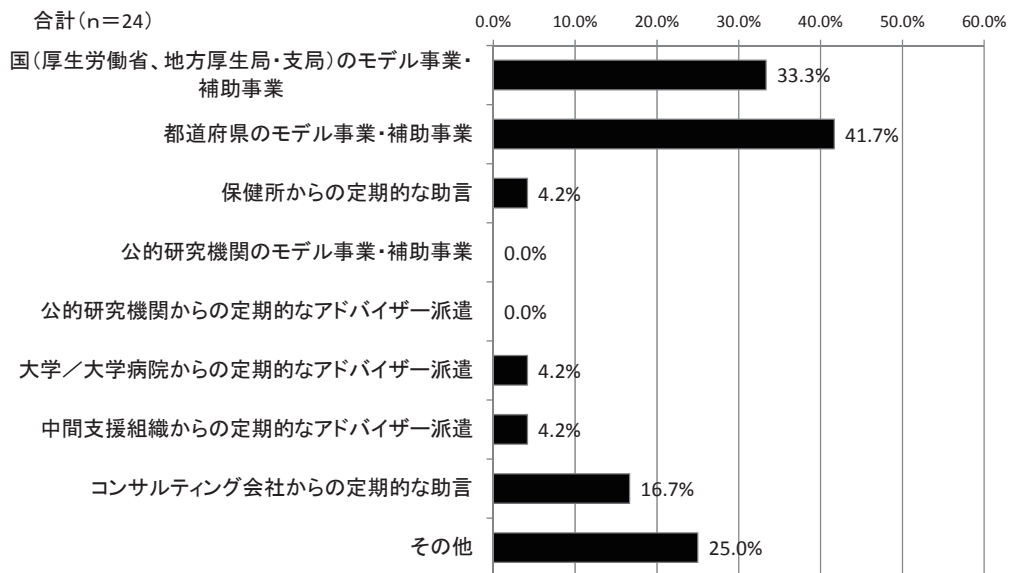
図表 外部の支援資源の活用状況



C)-① 活用している外部の支援資源

活用している外部の支援資源について聞いたところ「都道府県のモデル事業・補助事業」が41.7%と最も高く、次いで「国のモデル事業・補助事業」が33.3%、「その他」が25.0%となっている。

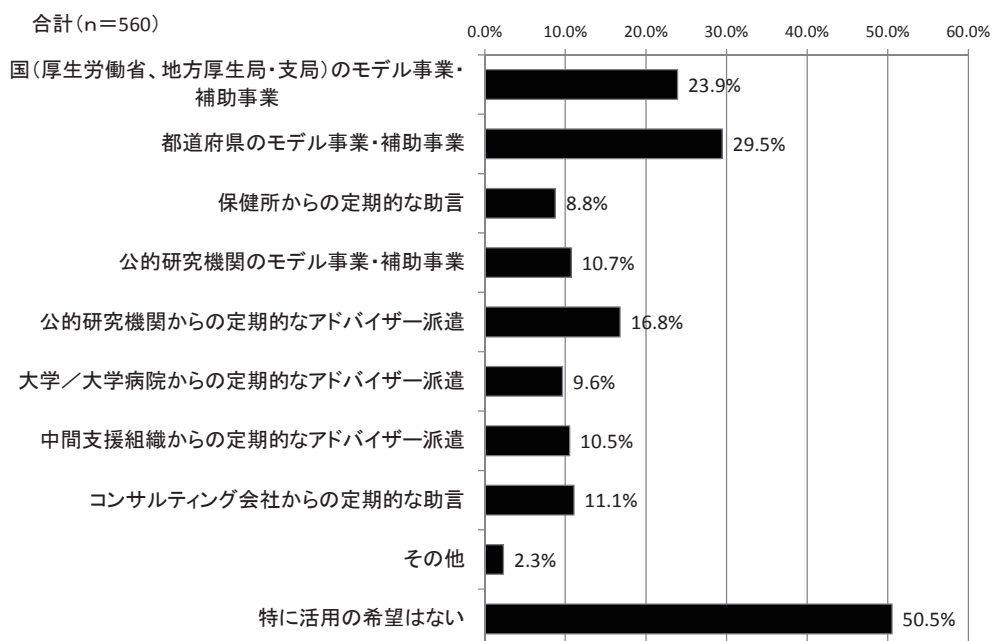
図表 活用している外部の支援資源



C)-② 今後、活用を希望する外部の支援資源

今後、活用している外部の支援資源について聞いたところ「特に活用の希望はない」が50.5%と最も高く、次いで「都道府県のモデル事業・補助事業」が29.5%、「国のモデル事業・補助事業」が23.9%となっている。

図表 今後、活用を希望する外部の支援資源



(2) 取組の進捗状況

①テーマ間比較

【取組中】

「取組中」の割合が最も高いテーマは、「(4) ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営」(90.6%)であり、次いで「(3) 住民主体による生活支援体制の推進」(87.0%)、「(1) 住民主体の介護予防活動の普及」(84.8%)となっている。

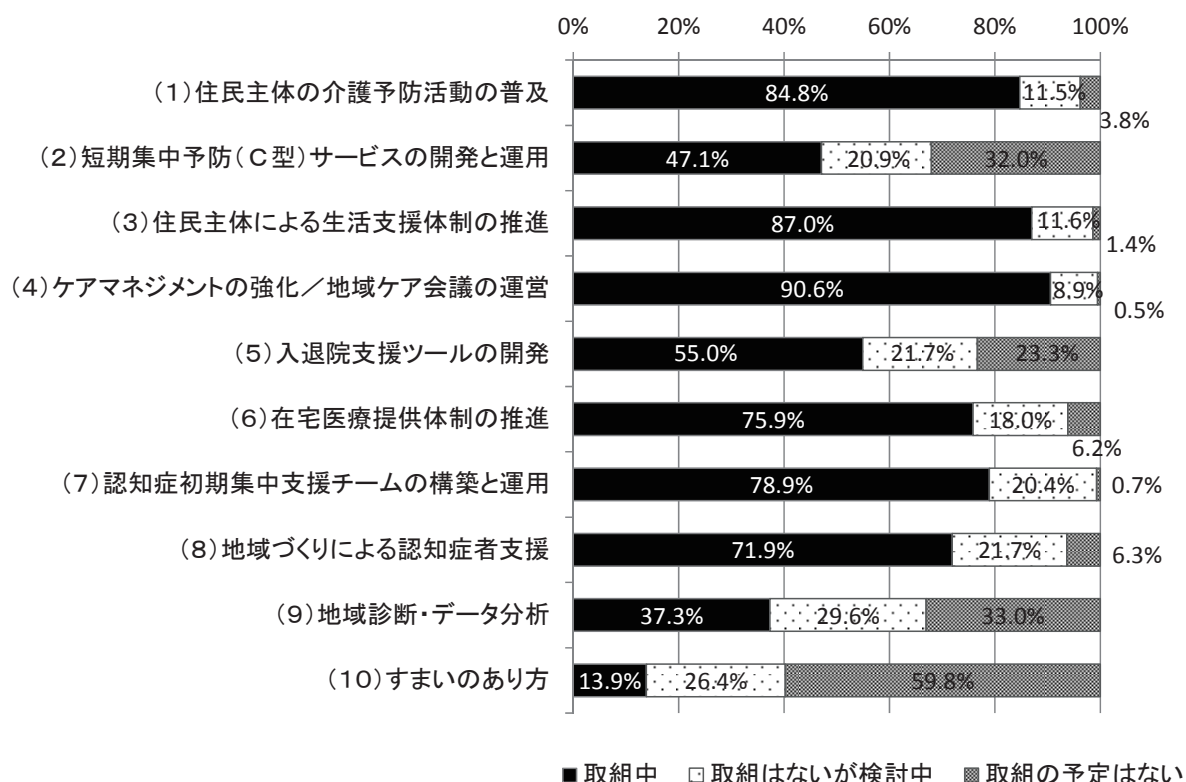
【「取組中」＋「取組はないが検討中」】

「取組中」と「取組はないが検討中」の合計割合が最も高いテーマは、「(4) ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営」(99.5%)であり、次いで「(7) 認知症初期集中支援チームの構築と運用」(99.3%)、「(3) 住民主体による生活支援体制の推進」(98.6%)となっている。

【取組の予定はない】

「取組の予定はない」の割合が最も高いテーマは「(10) すまいのあり方」(13.9%)であり、次いで「(9) 地域診断・データ分析」(37.3%)、「(2) 短期集中予防(C型)サービスの開発と運用」(47.1%)となっている。実施した。

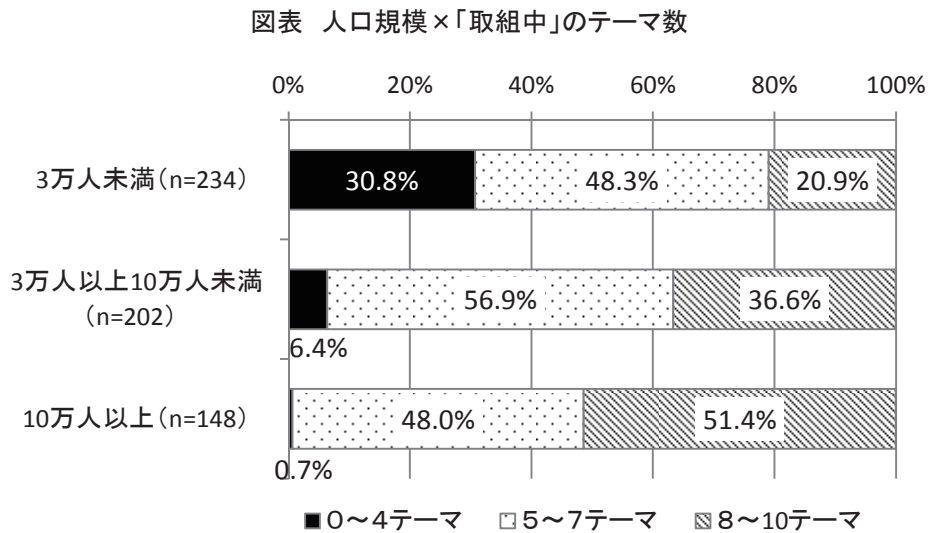
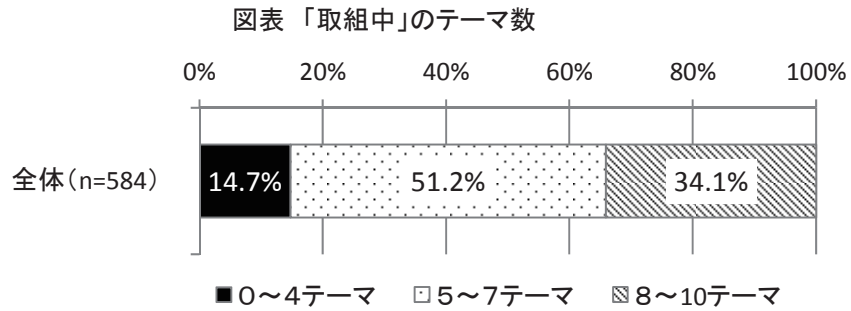
図表 地域包括ケアシステムに関する取組の進捗状況



②各市区町村の「取組中」のテーマ数

各市区町村の「取組中」のテーマ数を見たところ、「5～7テーマ」が51.2%と最も高く、次いで「8～10テーマ」が34.1%、「0～4テーマ」が14.7%となっている。

市区町村の規模（人口）別に、「取組中」のテーマ数を見たところ、人口規模が大きい市区町村ほど、「8～10テーマ」の割合が高くなっている。反対に、人口規模が大きい市区町村ほど、「0～4テーマ」の割合は低くなっている。

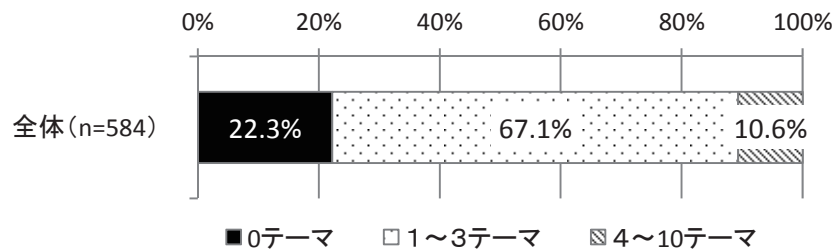


③各市区町村の「取組の予定はない」のテーマ数

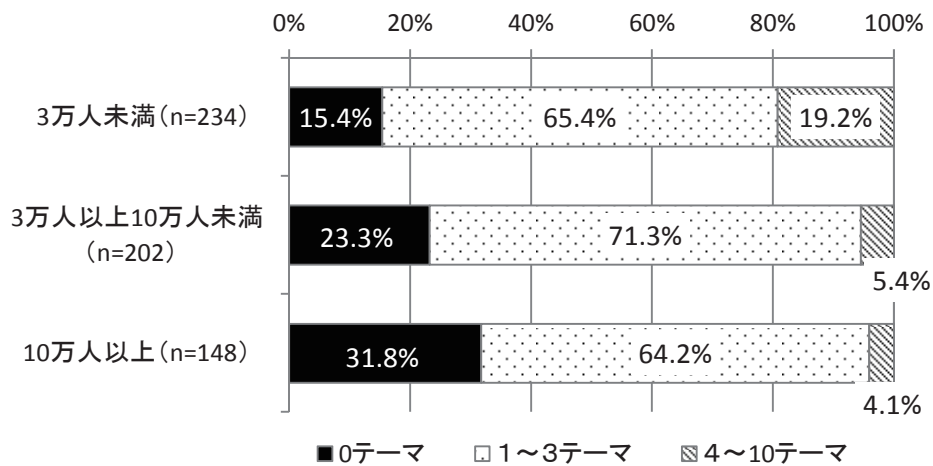
各市区町村の「取組の予定はない」のテーマ数を見たところ、「1～3テーマ」が67.1%と最も高く、次いで「0テーマ」が22.3%、「4～10テーマ」が10.6%となっている。

市区町村の規模（人口）別に、「取組の予定はない」のテーマ数を見たところ、人口規模が大きい市区町村ほど、「0テーマ」の割合が高くなっている。反対に、人口規模が大きい市区町村ほど、「4～10テーマ」の割合は低くなっている。

図表 「取組の予定はない」のテーマ数



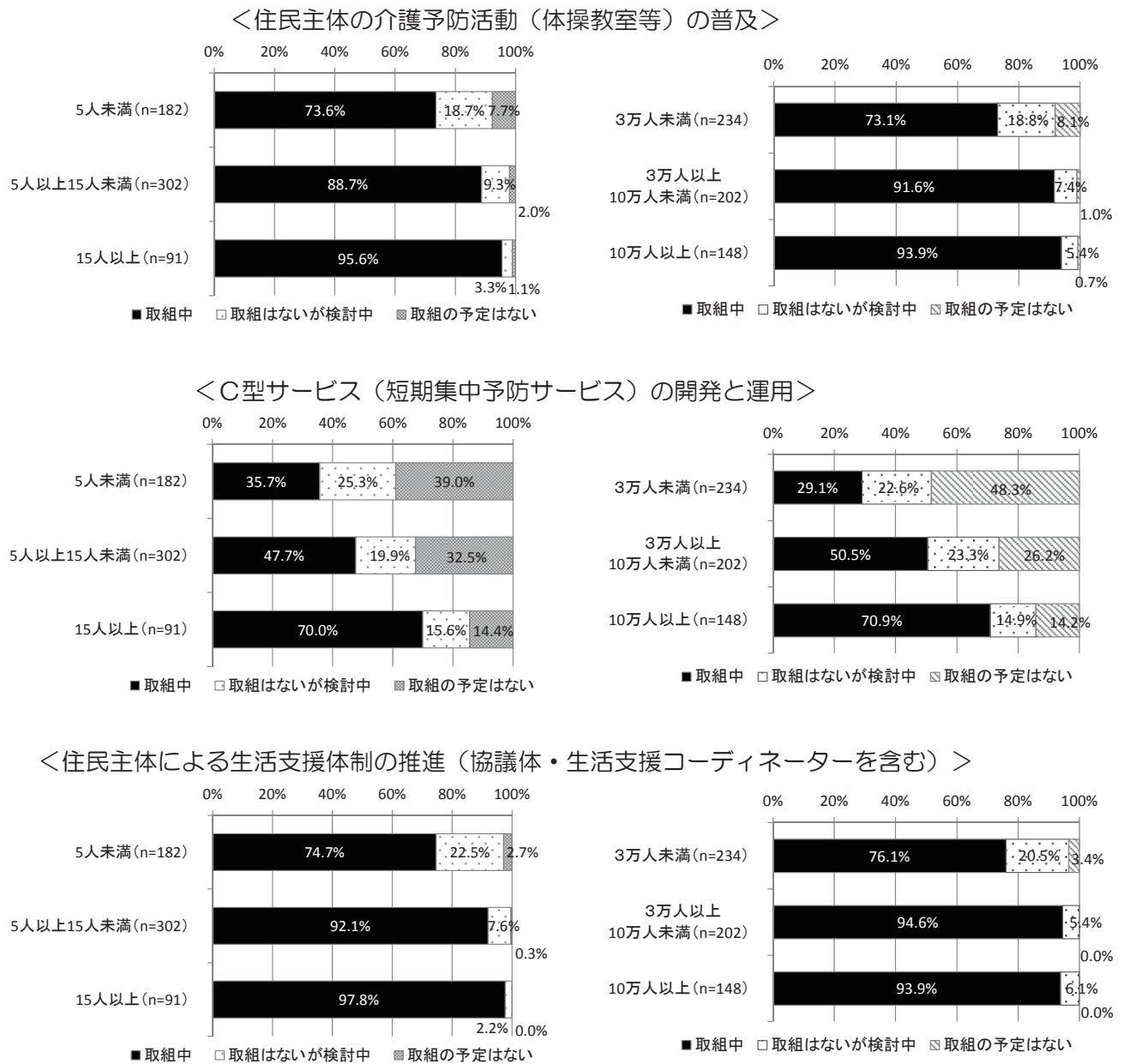
図表 人口規模×「取組の予定はない」のテーマ数



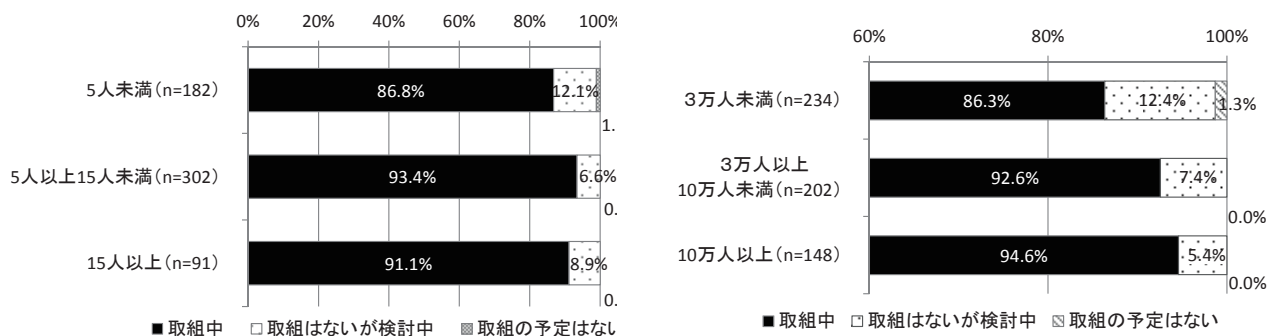
④市区町村の規模別

市区町村規模別の取組の進捗状況を地域支援事業に係る職員規模、人口規模別に各テーマの取組進捗状況を見てみると、職員規模では「ケアマネジメントの強化/地域ケア会議の運営」「地域診断・データ分析」、人口規模では「住民主体による生活支援体制の推進」「在宅医療提供体制の推進」「住まいのあり方」を除く全てのテーマにおいて規模が大きくなるほど、「取組中」の割合が高くなっている。

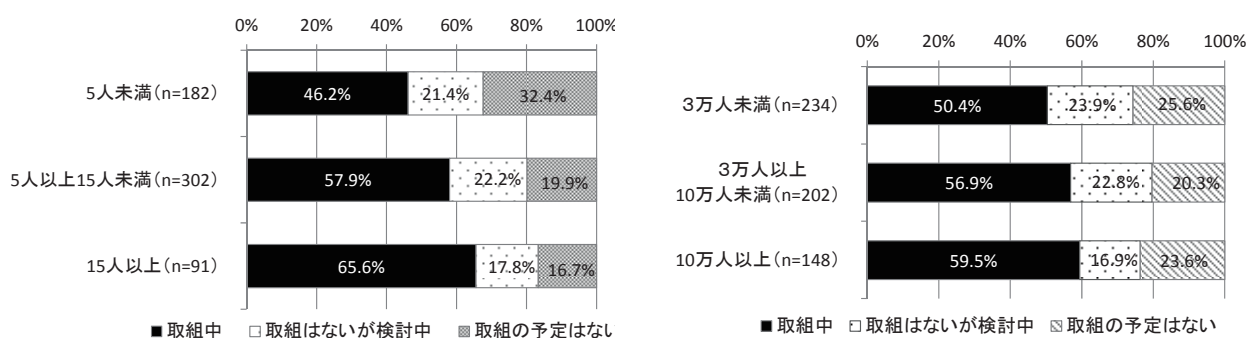
図表 市区町村規模別の取組の進捗状況
(左：地域支援事業に係る職員体制規模、右：人口規模)



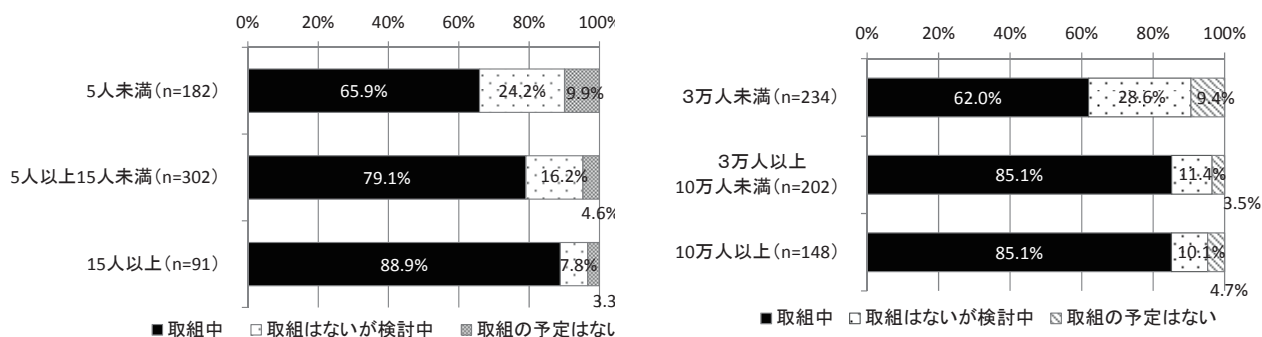
<ケアマネジメントの強化/地域ケア会議の運営>



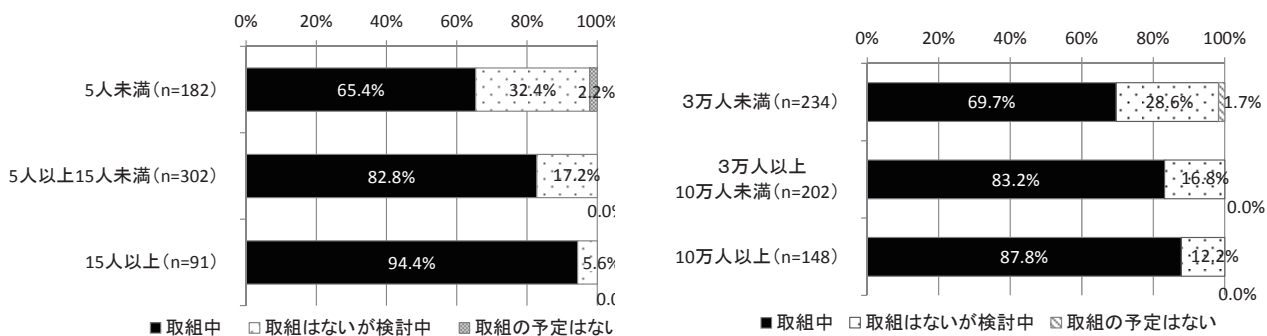
<入退院支援ツール（連携パス等）の開発>



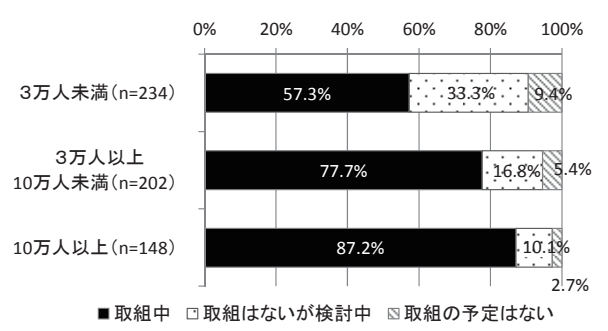
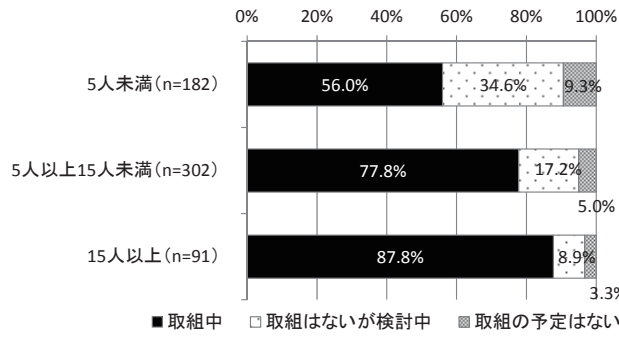
<在宅医療提供体制の推進>



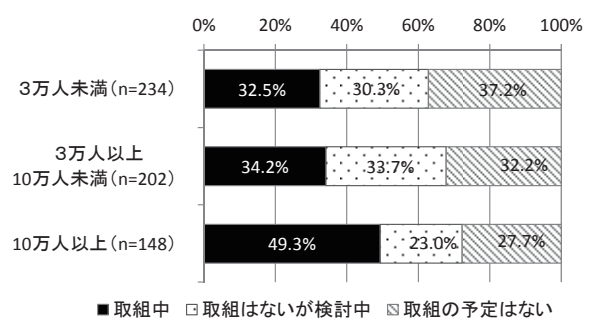
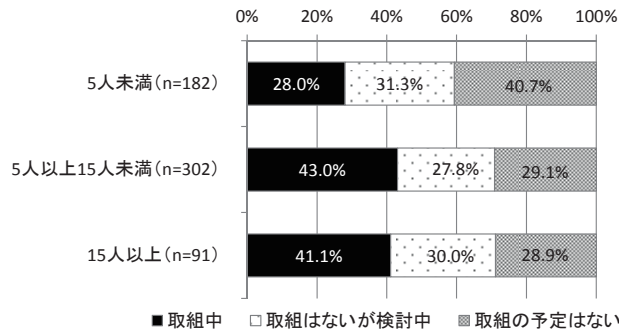
<認知症初期集中支援チームの構築と運用>



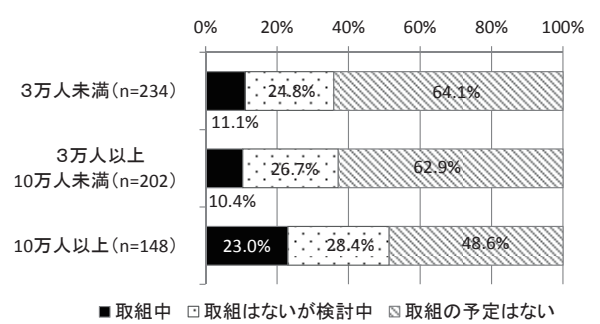
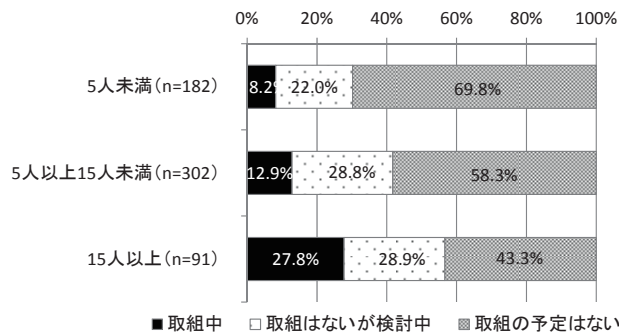
<地域づくりによる認知症者支援>



<地域診断・データ分析>



<すまいのあり方>



⑤市区町村の人口規模・職員規模別

図表 市区町村の人口規模×職員規模×取組の進捗状況

＜住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及＞

3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	171 73.1%	44 18.8%	19 8.1%
	5人未満	127 100.0%	84 66.1%	29 22.8%	14 11.0%
	5人以上	99 100.0%	82 82.8%	13 13.1%	4 4.0%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	185 91.6%	15 7.4%	2 1.0%
	5人未満	42 100.0%	38 90.5%	4 9.5%	0 0.0%
	5人以上	158 100.0%	145 91.8%	11 7.0%	2 1.3%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	139 93.9%	8 5.4%	1 0.7%
	5人未満	12 100.0%	11 91.7%	1 8.3%	0 0.0%
	5人以上	135 100.0%	127 94.1%	7 5.2%	1 0.7%

＜C型サービス（短期集中予防サービス）の開発と運用＞

3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	68 29.1%	53 22.6%	113 48.3%
	5人未満	127 100.0%	35 27.6%	33 26.0%	59 46.5%
	5人以上	99 100.0%	32 32.3%	17 17.2%	50 50.5%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	102 50.5%	47 23.3%	53 26.2%
	5人未満	42 100.0%	21 50.0%	10 23.8%	11 26.2%
	5人以上	158 100.0%	80 50.6%	37 23.4%	41 25.9%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	105 70.9%	22 14.9%	21 14.2%
	5人未満	12 100.0%	9 75.0%	2 16.7%	1 8.3%
	5人以上	135 100.0%	95 70.4%	20 14.8%	20 14.8%

＜住民主体による生活支援体制の推進＞

3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	178 76.1%	48 20.5%	8 3.4%
	5人未満	127 100.0%	85 66.9%	37 29.1%	5 3.9%
	5人以上	99 100.0%	89 89.9%	9 9.1%	1 1.0%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	191 94.6%	11 5.4%	0 0.0%
	5人未満	42 100.0%	41 97.6%	1 2.4%	0 0.0%
	5人以上	158 100.0%	148 93.7%	10 6.3%	0 0.0%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	139 93.9%	9 6.1%	21 14.2%
	5人未満	12 100.0%	9 75.0%	3 25.0%	0 0.0%
	5人以上	135 100.0%	129 95.6%	6 4.4%	0 0.0%

＜ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営＞

3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	202 86.3%	29 12.4%	3 1.3%
	5人未満	127 100.0%	106 83.5%	19 15.0%	2 1.6%
	5人以上	99 100.0%	91 91.9%	8 8.1%	0 0.0%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	187 92.6%	15 7.4%	0 0.0%
	5人未満	42 100.0%	39 92.9%	3 7.1%	0 0.0%
	5人以上	158 100.0%	146 92.4%	12 7.6%	0 0.0%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	140 94.6%	8 5.4%	0 0.0%
	5人未満	12 100.0%	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	5人以上	135 100.0%	127 94.1%	8 5.9%	0 0.0%

＜入退院支援ツール（連携パス等）の開発＞

人口規模によらず、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	118 50.4%	56 23.9%	60 25.6%
	5人未満	127 100.0%	60 47.2%	26 20.5%	41 32.3%
	5人以上	99 100.0%	56 56.6%	26 26.3%	17 17.2%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	115 56.9%	46 22.8%	41 20.3%
	5人未満	42 100.0%	18 42.9%	11 26.2%	13 31.0%
	5人以上	158 100.0%	96 60.8%	34 21.5%	28 17.7%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	88 59.5%	25 16.9%	35 23.6%
	5人未満	12 100.0%	6 50.0%	1 8.3%	5 41.7%
	5人以上	135 100.0%	82 60.7%	23 17.0%	30 22.2%

＜在宅医療提供体制の推進＞

3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	145 62.0%	67 28.6%	22 9.4%
	5人未満	127 100.0%	71 55.9%	40 31.5%	16 12.6%
	5人以上	99 100.0%	70 70.7%	23 23.2%	6 6.1%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	172 85.1%	23 11.4%	7 3.5%
	5人未満	42 100.0%	36 85.7%	4 9.5%	2 4.8%
	5人以上	158 100.0%	135 85.4%	19 12.0%	4 2.5%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	126 85.1%	15 10.1%	7 4.7%
	5人未満	12 100.0%	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	5人以上	135 100.0%	114 84.4%	14 10.4%	7 5.2%

＜認知症初期集中支援チームの構築と運用＞

人口規模によらず、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	163 69.7%	67 28.6%	4 1.7%
	5人未満	127 100.0%	78 61.4%	45 35.4%	4 3.1%
	5人以上	99 100.0%	81 81.8%	18 18.2%	0 0.0%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	168 83.2%	34 16.8%	0 0.0%
	5人未満	42 100.0%	32 76.2%	10 23.8%	0 0.0%
	5人以上	158 100.0%	134 84.8%	24 15.2%	0 0.0%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	130 87.8%	18 12.2%	0 0.0%
	5人未満	12 100.0%	9 75.0%	3 25.0%	0 0.0%
	5人以上	135 100.0%	120 88.9%	15 11.1%	0 0.0%

＜地域づくりによる認知症者支援＞

3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	134 57.3%	78 33.3%	22 9.4%
	5人未満	127 100.0%	60 47.2%	54 42.5%	13 10.2%
	5人以上	99 100.0%	71 71.7%	21 21.2%	7 7.1%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	157 77.7%	34 16.8%	11 5.4%
	5人未満	42 100.0%	32 76.2%	8 19.0%	2 4.8%
	5人以上	158 100.0%	124 78.5%	25 15.8%	9 5.7%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	129 87.2%	15 10.1%	4 2.7%
	5人未満	12 100.0%	9 75.0%	1 8.3%	2 16.7%
	5人以上	135 100.0%	119 88.1%	14 10.4%	2 1.5%

＜地域診断・データ分析＞

3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	76 32.5%	71 30.3%	87 37.2%
	5人未満	127 100.0%	35 27.6%	40 31.5%	52 40.9%
	5人以上	99 100.0%	41 41.4%	28 28.3%	30 30.3%

■人口：3万人以上 10万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	69 34.2%	68 33.7%	65 32.2%
	5人未満	42 100.0%	11 26.2%	15 35.7%	16 38.1%
	5人以上	158 100.0%	58 36.7%	51 32.3%	49 31.0%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	73 49.3%	34 23.0%	41 27.7%
	5人未満	12 100.0%	5 41.7%	2 16.7%	5 41.7%
	5人以上	135 100.0%	68 50.4%	32 23.7%	35 25.9%

＜すまいのあり方＞

3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。

■人口：3万人未満

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	234 100.0%	26 11.1%	58 24.8%	150 64.1%
	5人未満	127 100.0%	9 7.1%	30 23.6%	88 69.3%
	5人以上	99 100.0%	15 15.2%	28 28.3%	56 56.6%

■人口：3万人以上 10万人未満

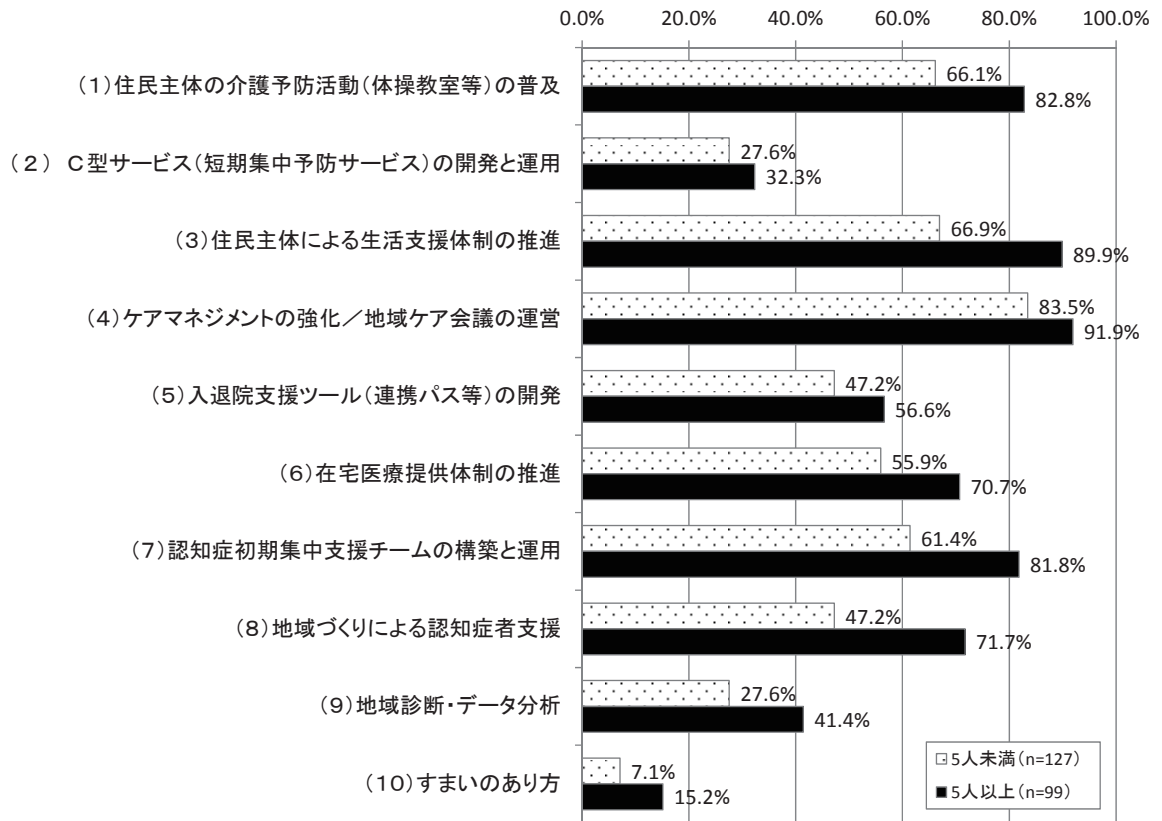
		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	202 100.0%	21 10.4%	54 26.7%	127 62.9%
	5人未満	42 100.0%	5 11.9%	8 19.0%	29 69.0%
	5人以上	158 100.0%	15 9.5%	45 28.5%	98 62.0%

■人口：10万人以上

		住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及			
		合計	取組中	取組はない が検討中	取組の予 定はない
職員数	全体	148 100.0%	34 23.0%	42 28.4%	72 48.6%
	5人未満	12 100.0%	0 0.0%	2 16.7%	10 83.3%
	5人以上	135 100.0%	34 25.2%	40 29.6%	61 45.2%

＜人口3万人未満の市町村における取組テーマ毎に「取組中」と回答した自治体の割合＞

全てのテーマにおいて、3万人未満の市区町村では、職員5人未満の方が5人以上よりも「取組中」の割合が高くなっている。



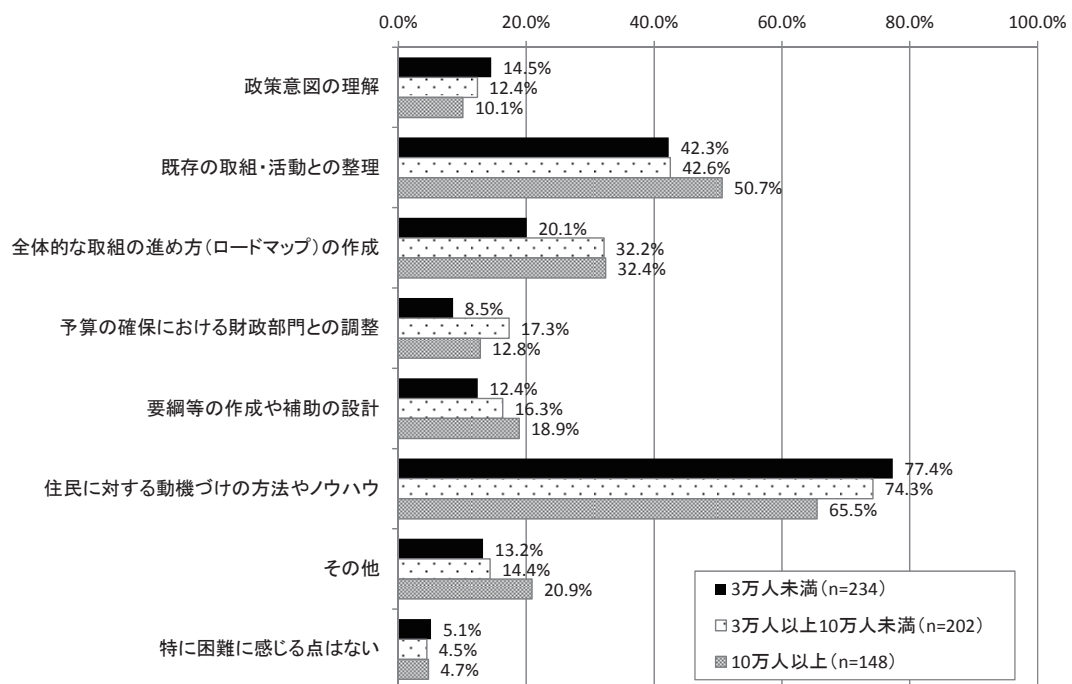
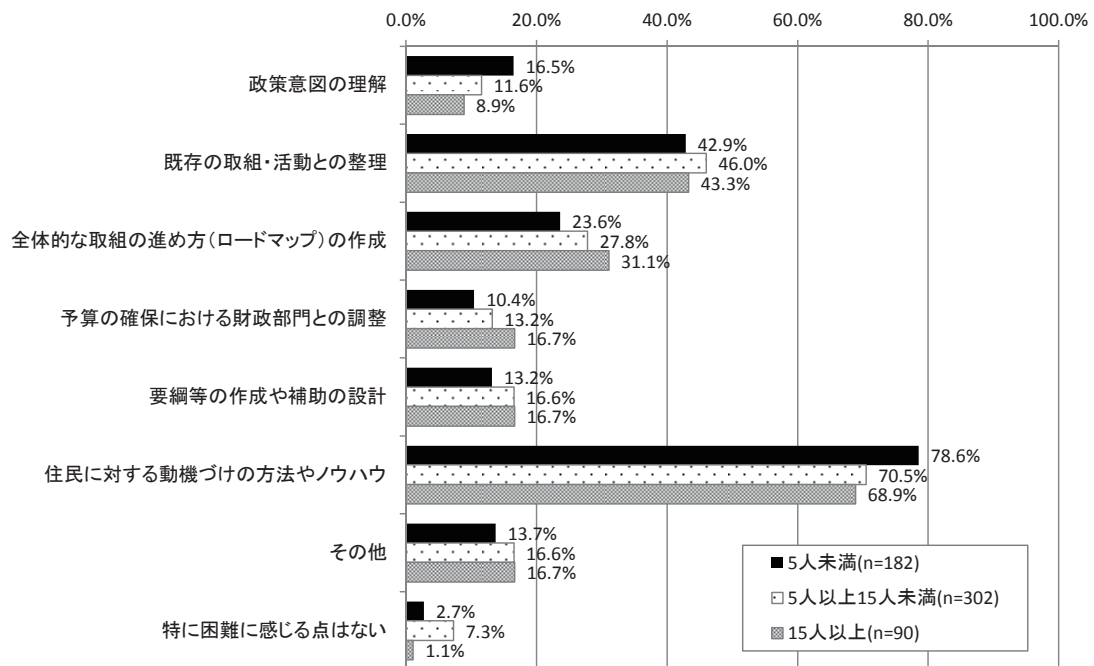
(3) 取組において困難を感じる点

①市区町村の規模別

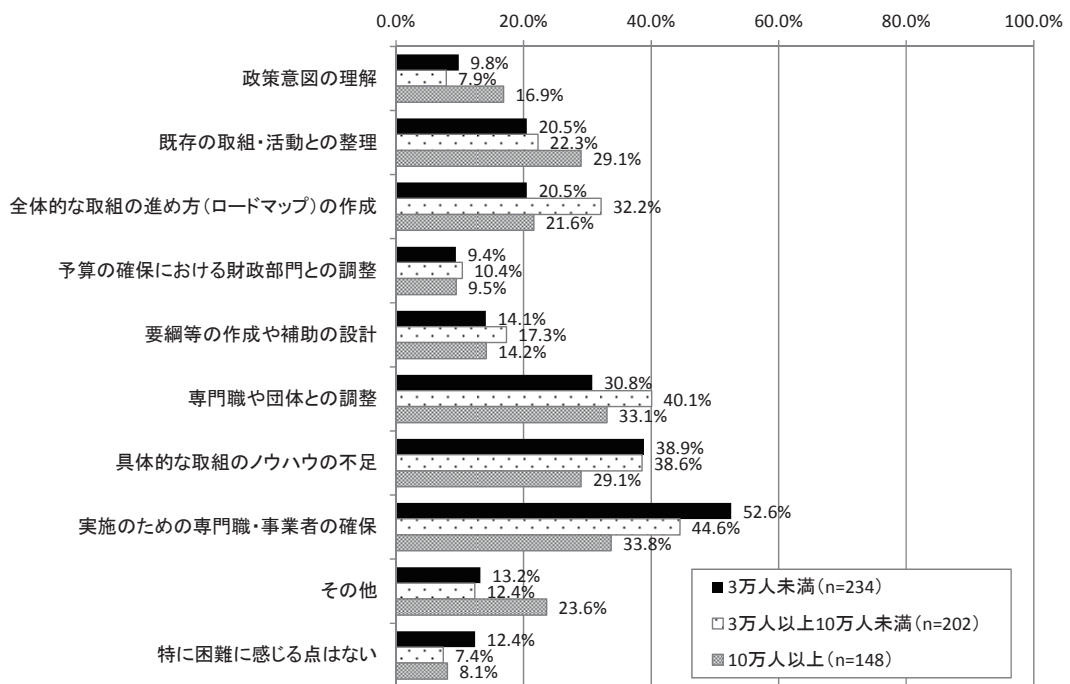
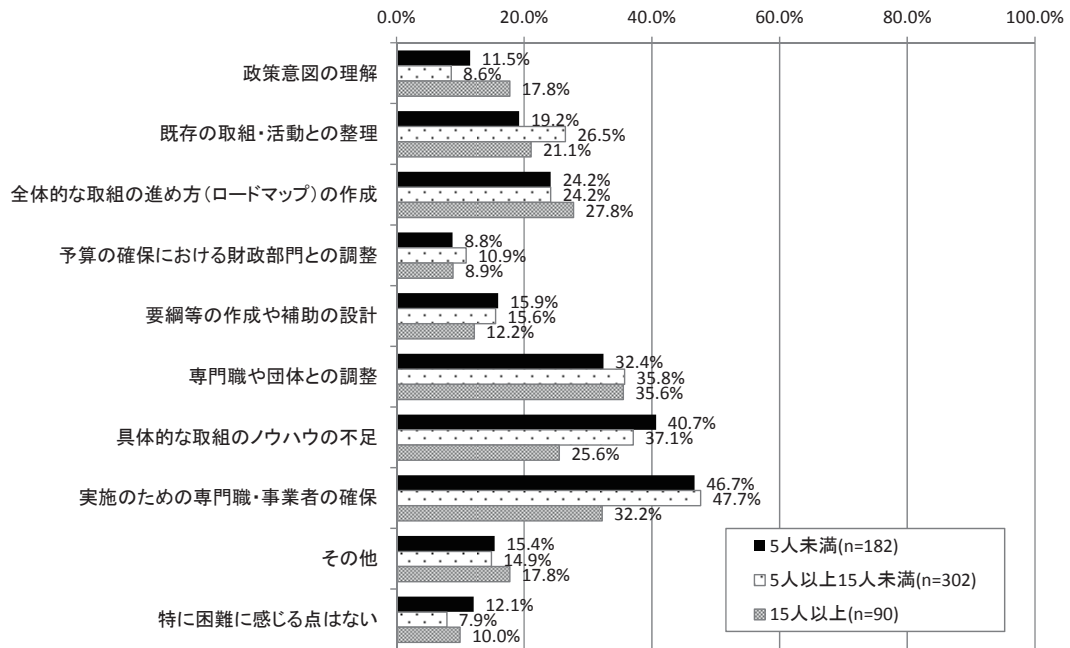
取組において困難を感じる点を地域支援事業に係る職員規模、人口規模別に見たところ、職員規模や人口規模によって大きな違いは見られなかった。

図表 取組において困難を感じる点(上:地域支援事業に係る職員規模、下:人口規模)

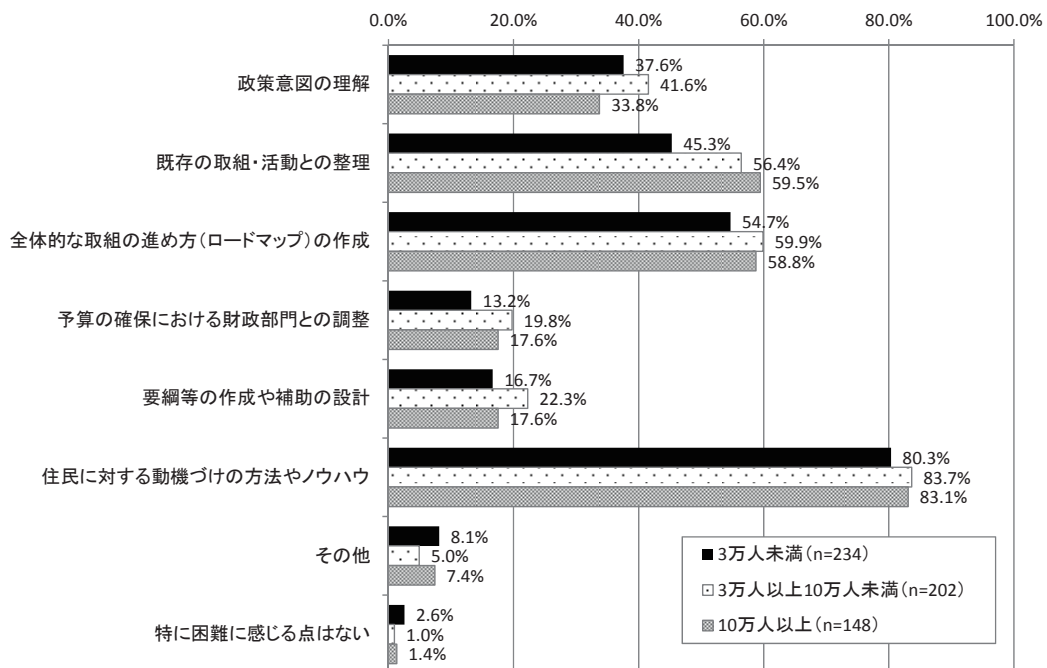
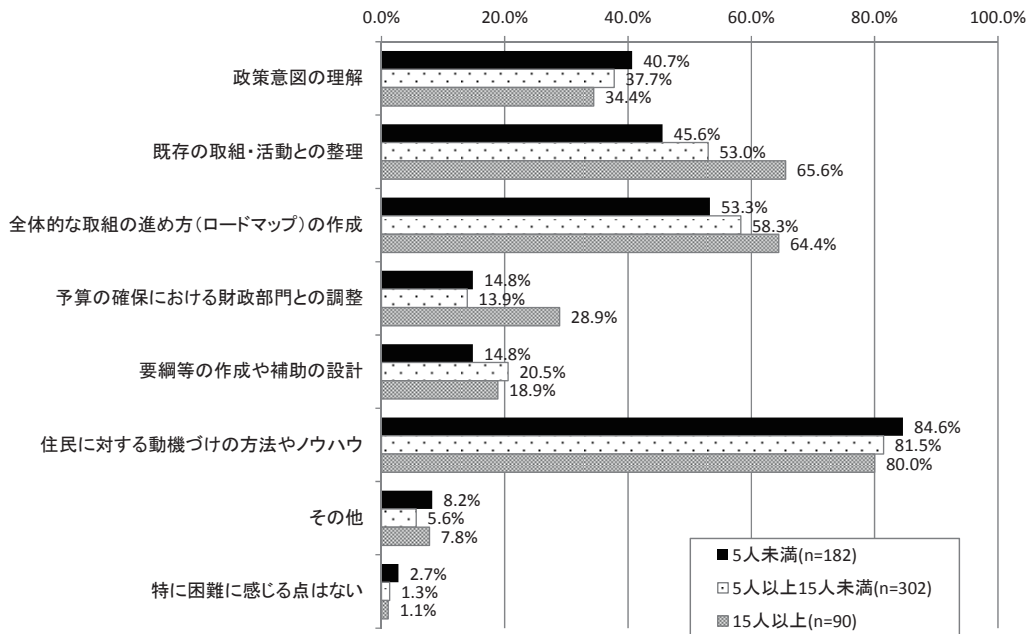
＜住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及＞



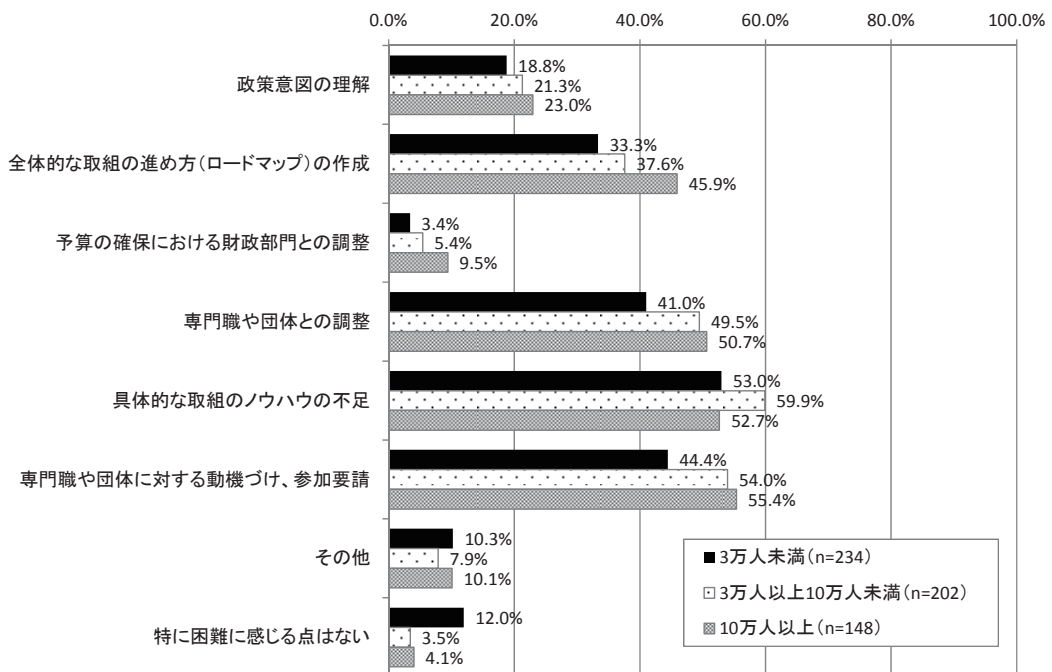
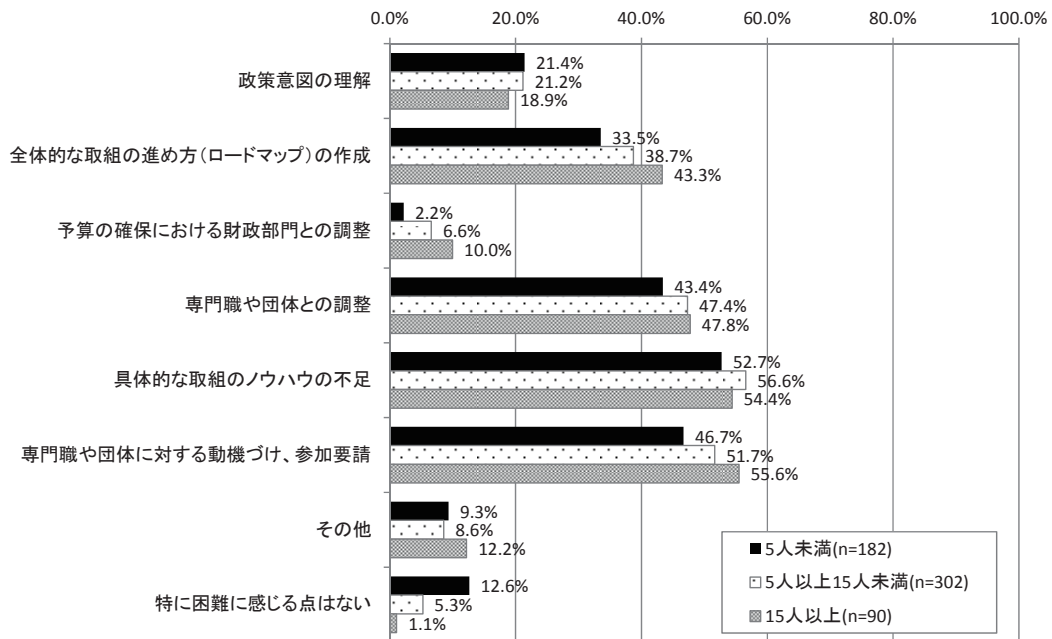
<C型サービス（短期集中予防サービス）の開発と運用>



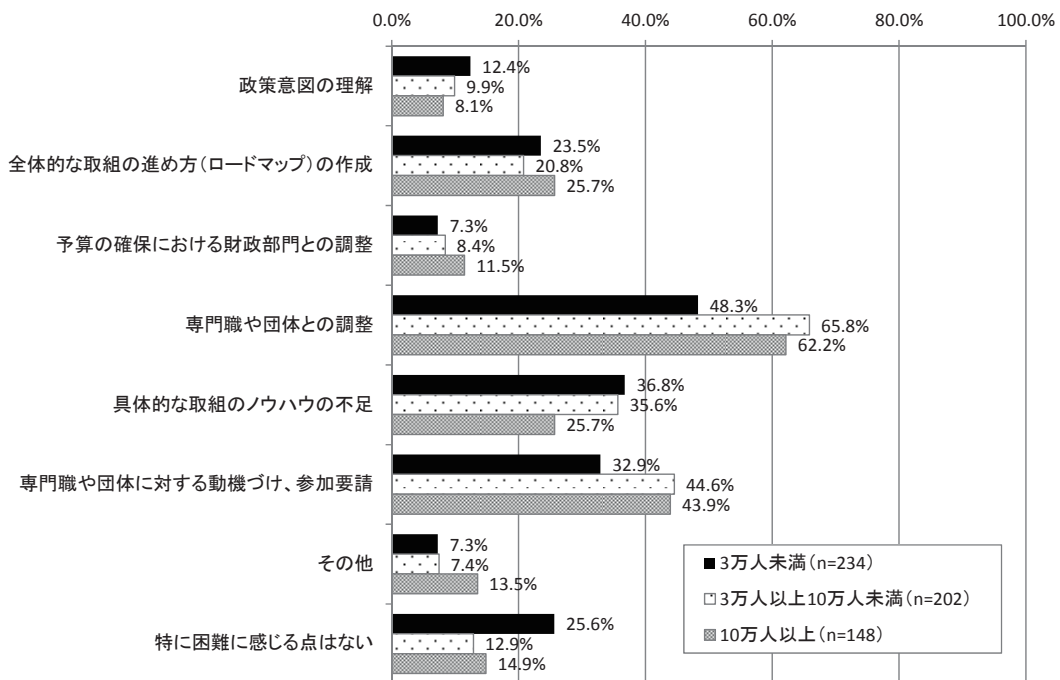
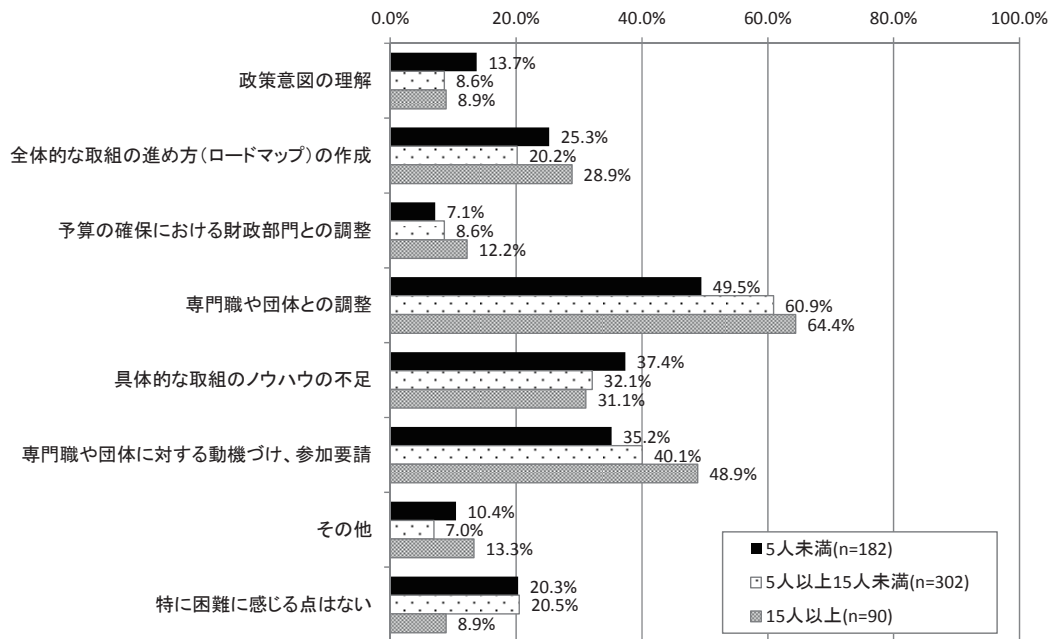
<住民主体による生活支援体制の推進（協議体・生活支援コーディネーターを含む）>



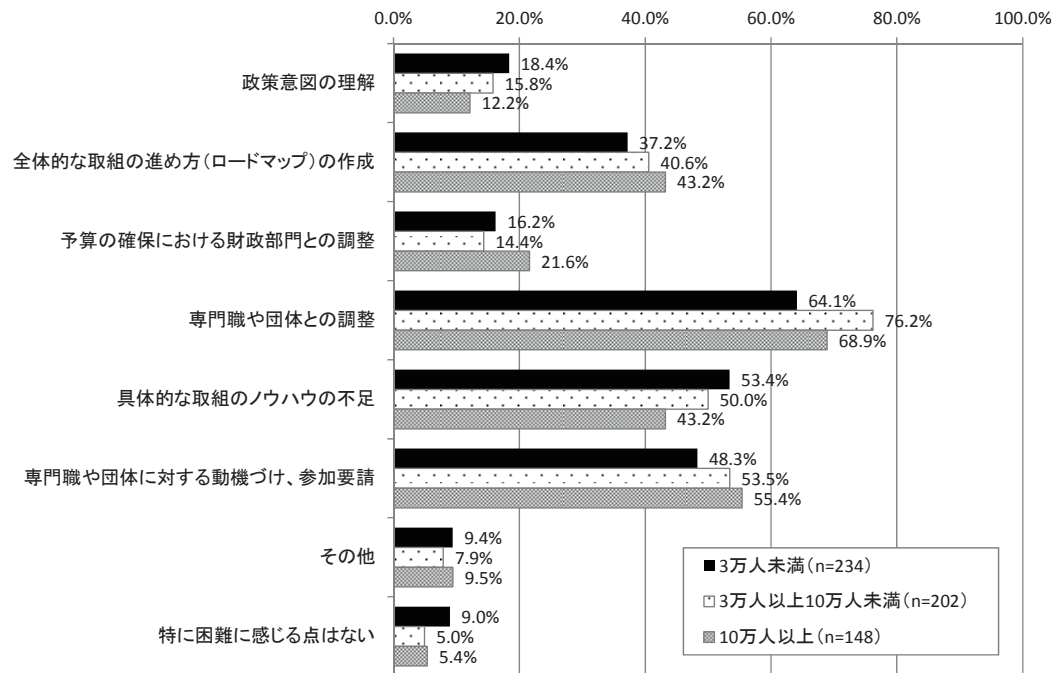
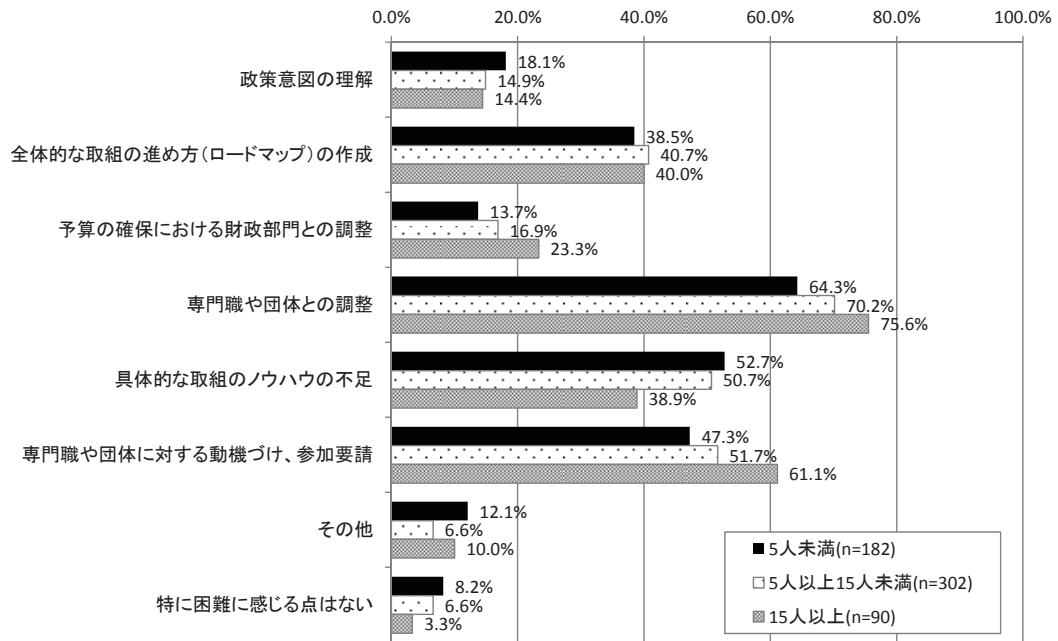
＜ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営＞



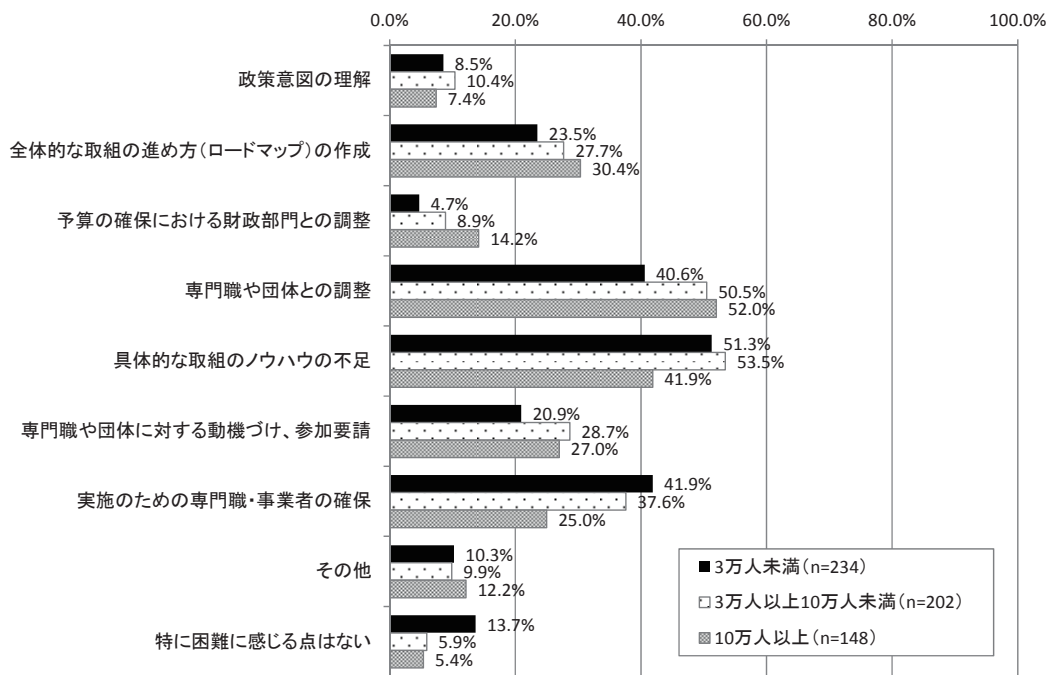
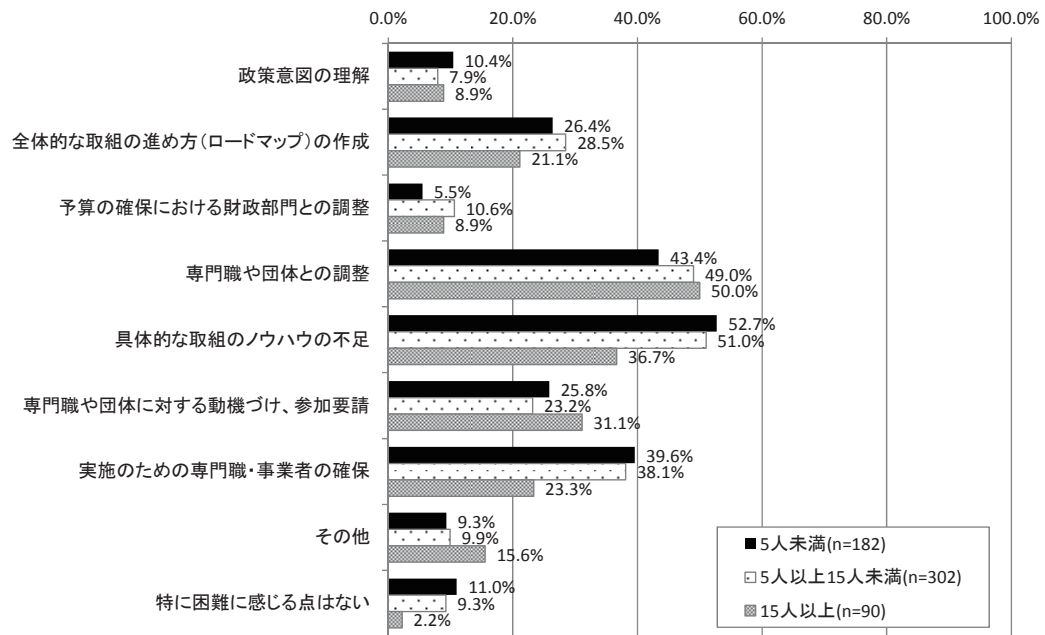
＜入退院支援ツール（連携パス等）の開発＞



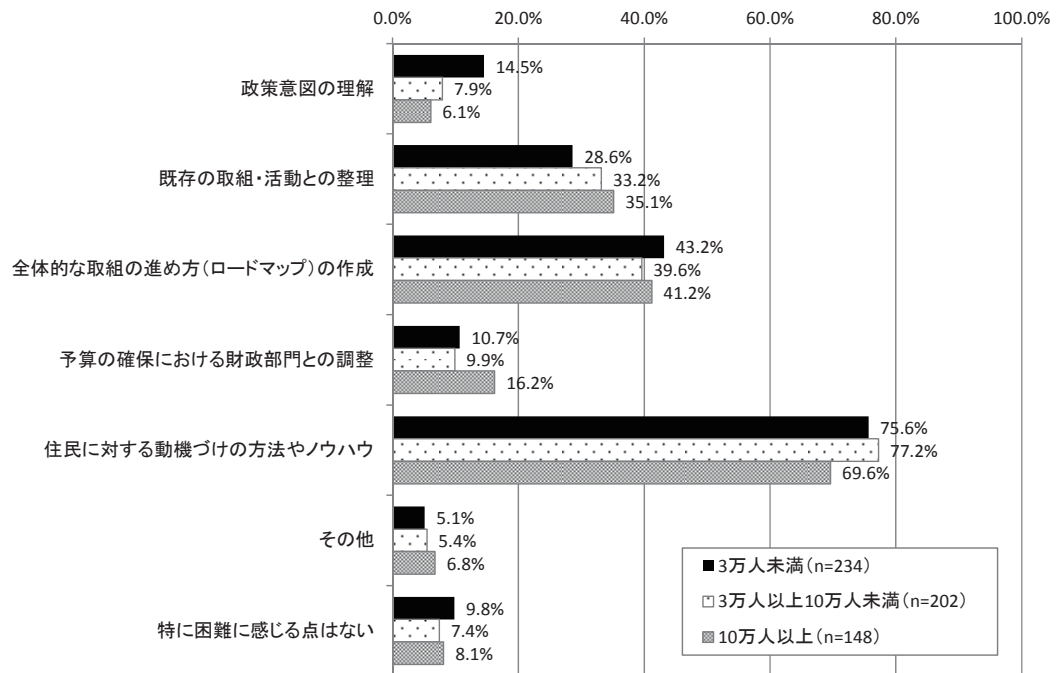
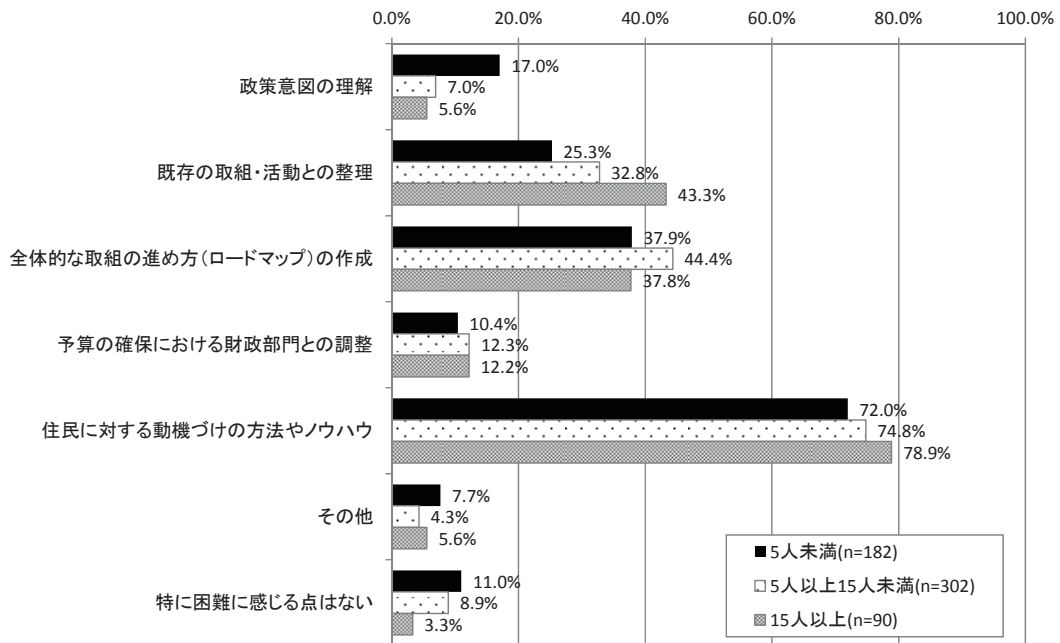
＜在宅医療提供体制の推進＞



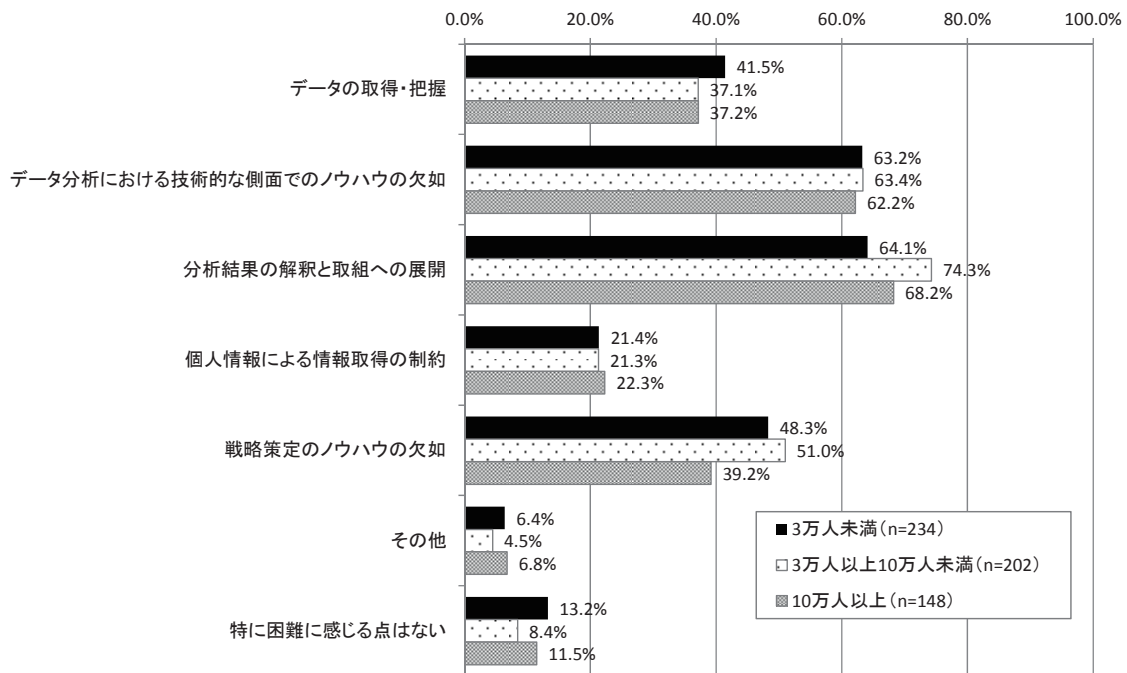
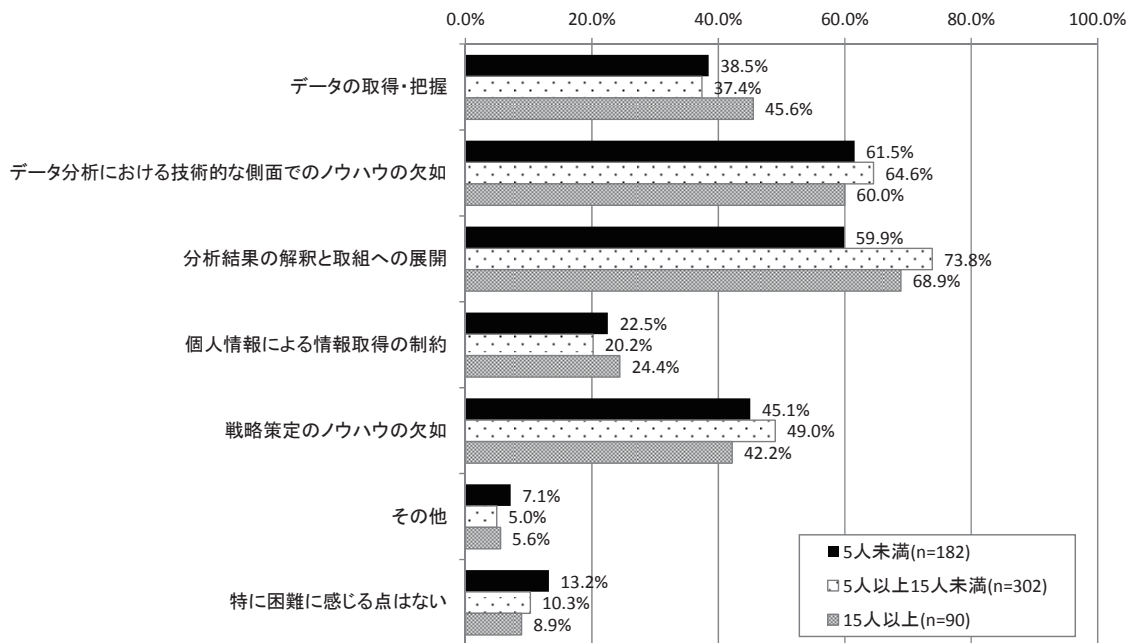
＜認知症初期集中支援チームの構築と運用＞



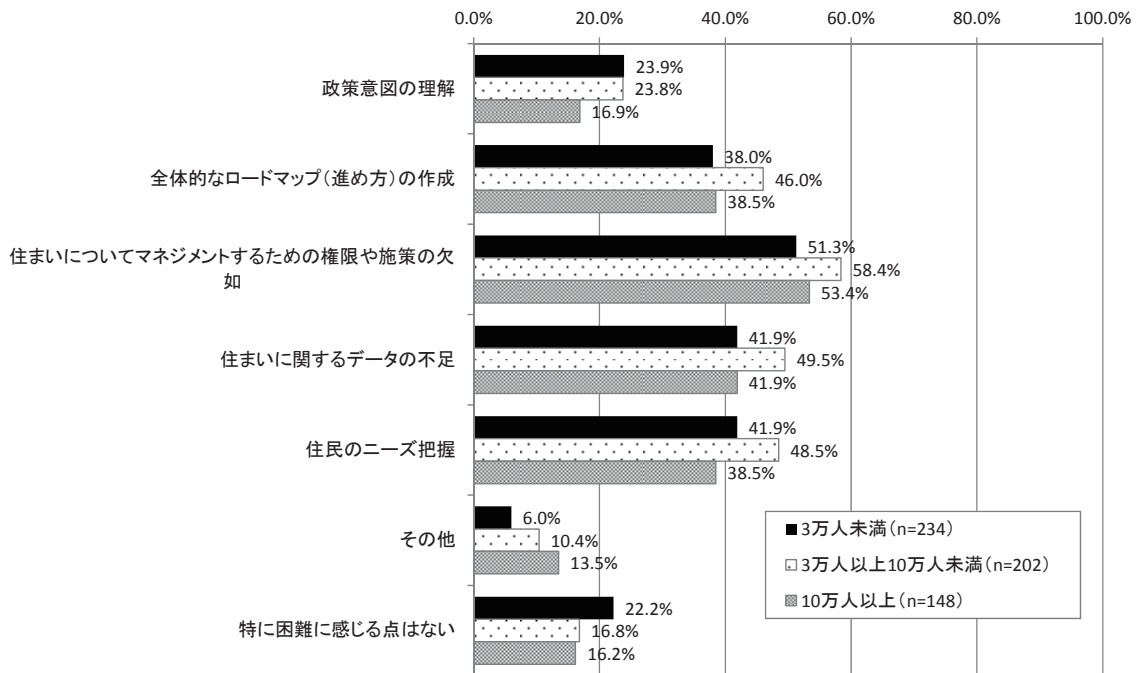
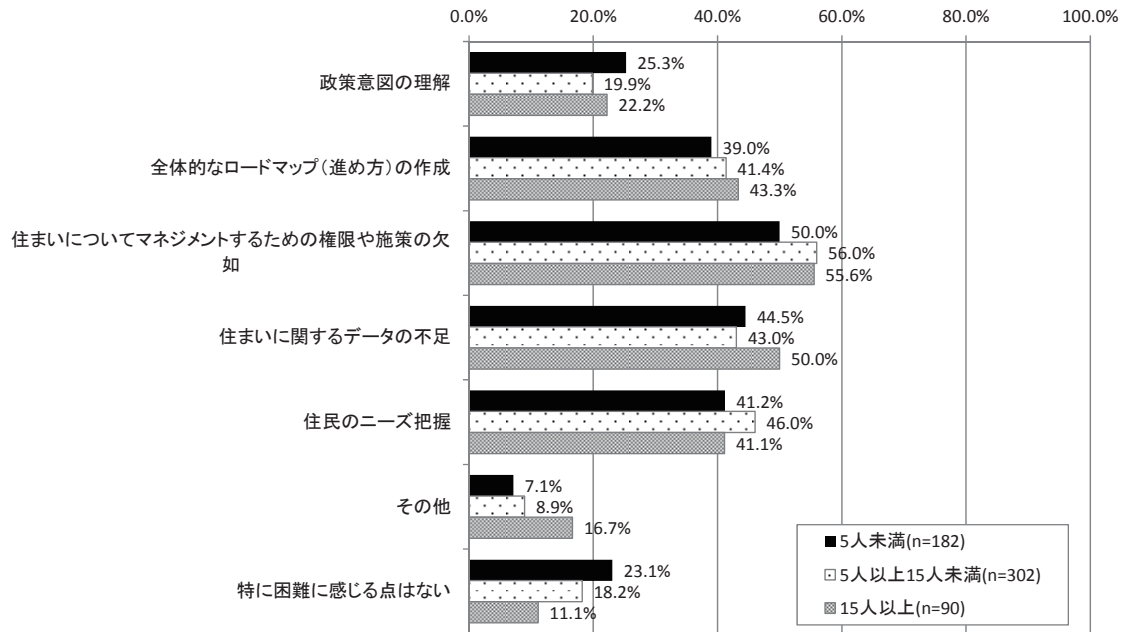
<地域づくりによる認知症者支援>



<地域診断・データ分析>



〈すまいのあり方〉



(4) 活用・希望する外部支援資源

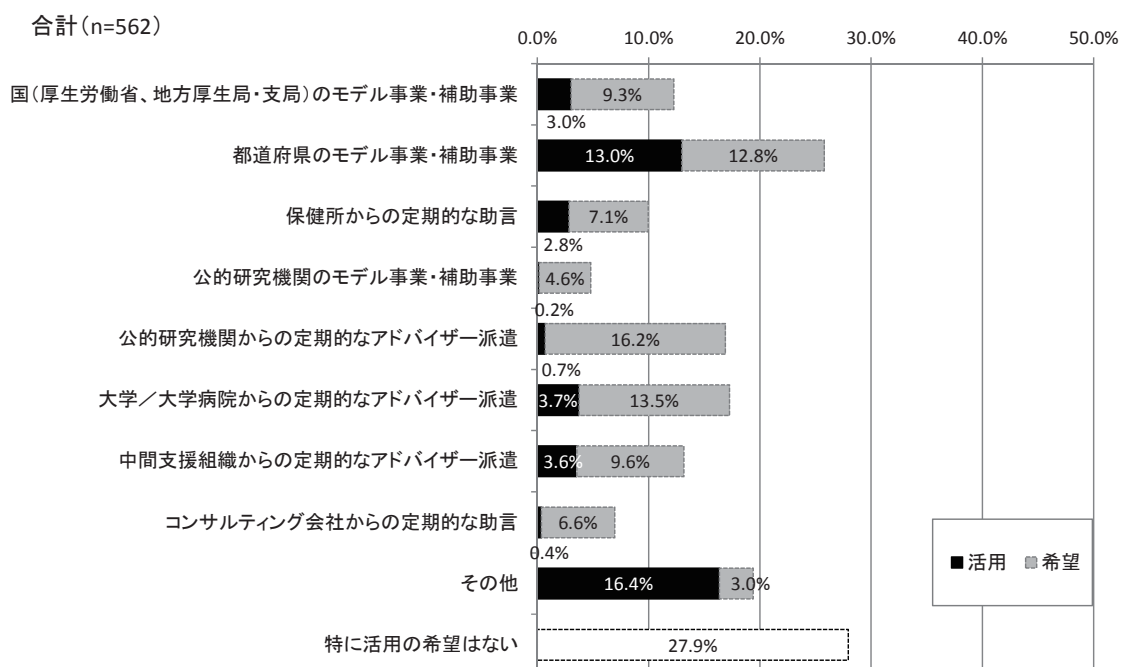
①テーマ別に見た市区町村が活用・希望する外部支援資源

住民主体による生活支援体制の推進については、「中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣」のニーズが高くなっている。

入退院支援ツール（連携パス等）の開発については、「保健所からの定期的な助言」のニーズが高くなっている。

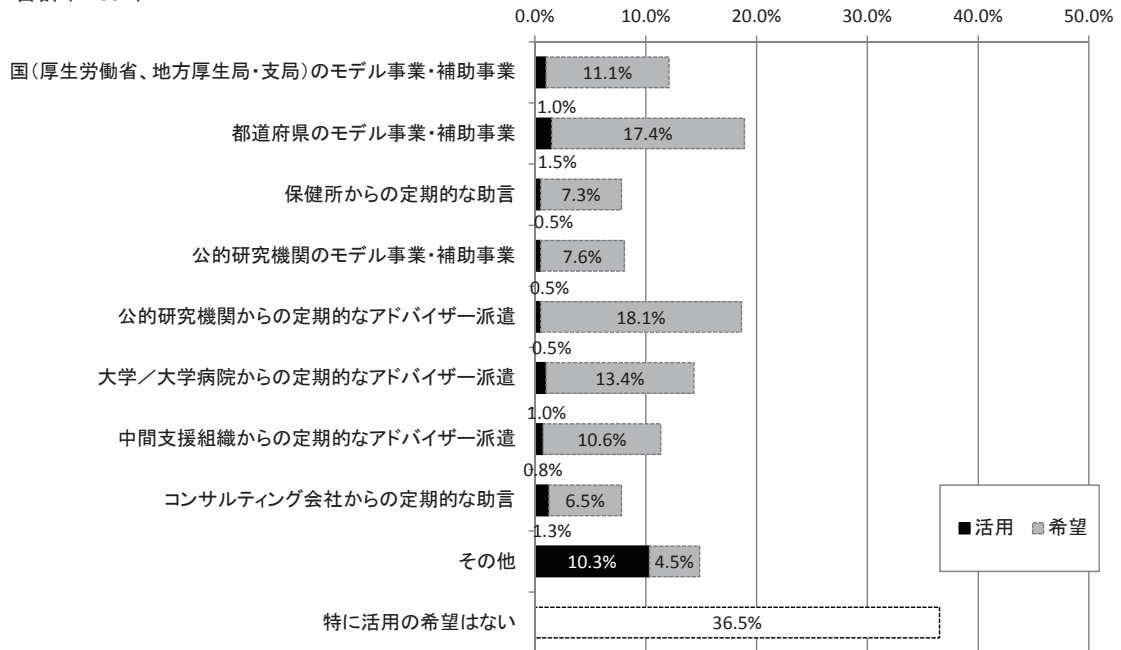
地域診断・データ分析については、「公的研究機関の定期的なアドバイザー派遣」「大学／大学院からの定期的なアドバイザー派遣」のニーズが高くなっている。

図表 テーマ別に見た市区町村が活用・希望する外部支援資源
 <住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及>



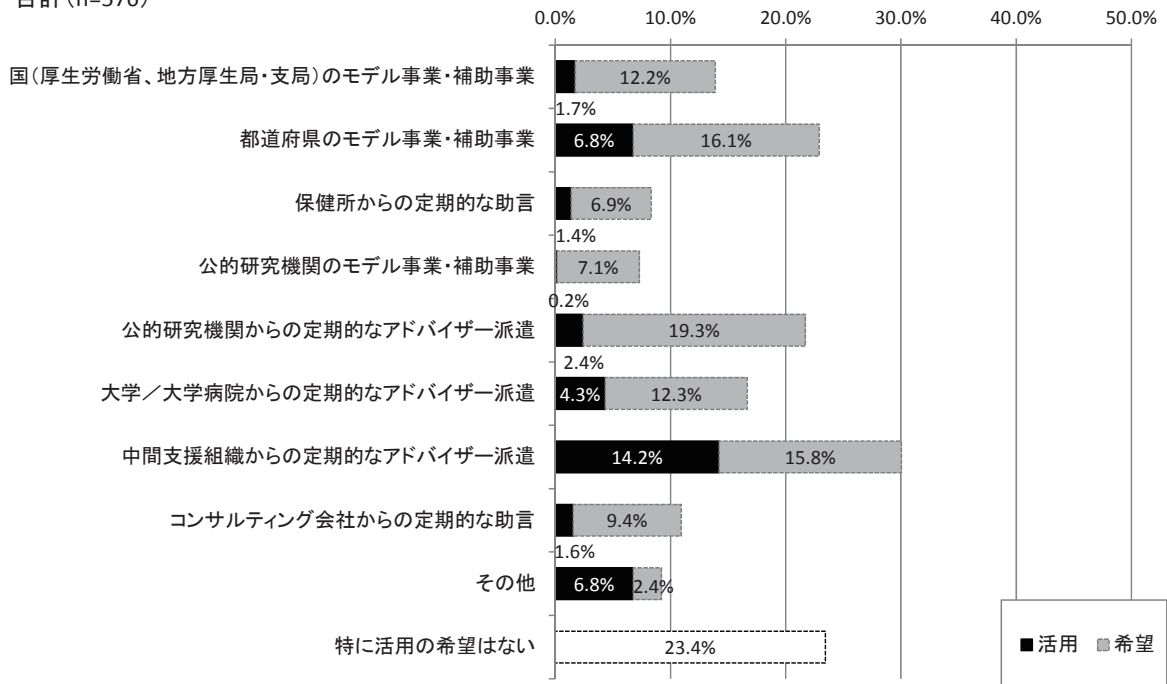
< C型サービス（短期集中予防サービス）の開発と運用 >

合計 (n=397)



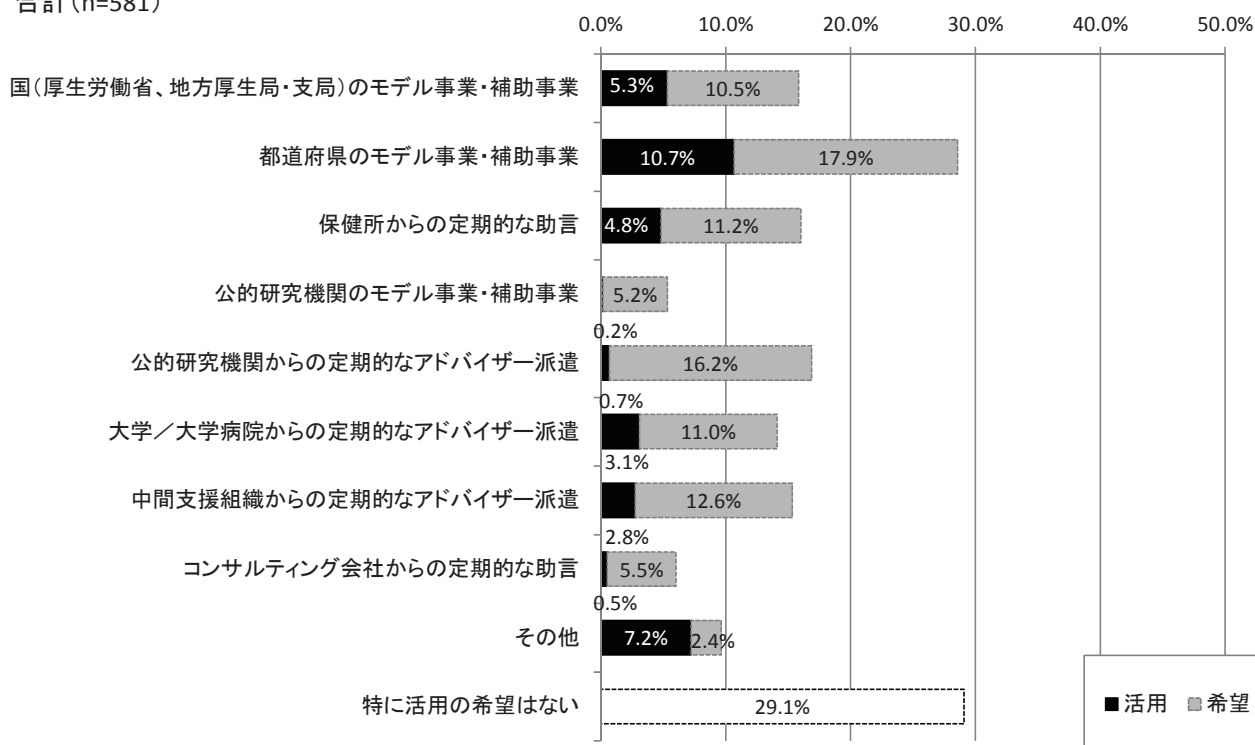
< 住民主体による生活支援体制の推進 >

合計 (n=576)



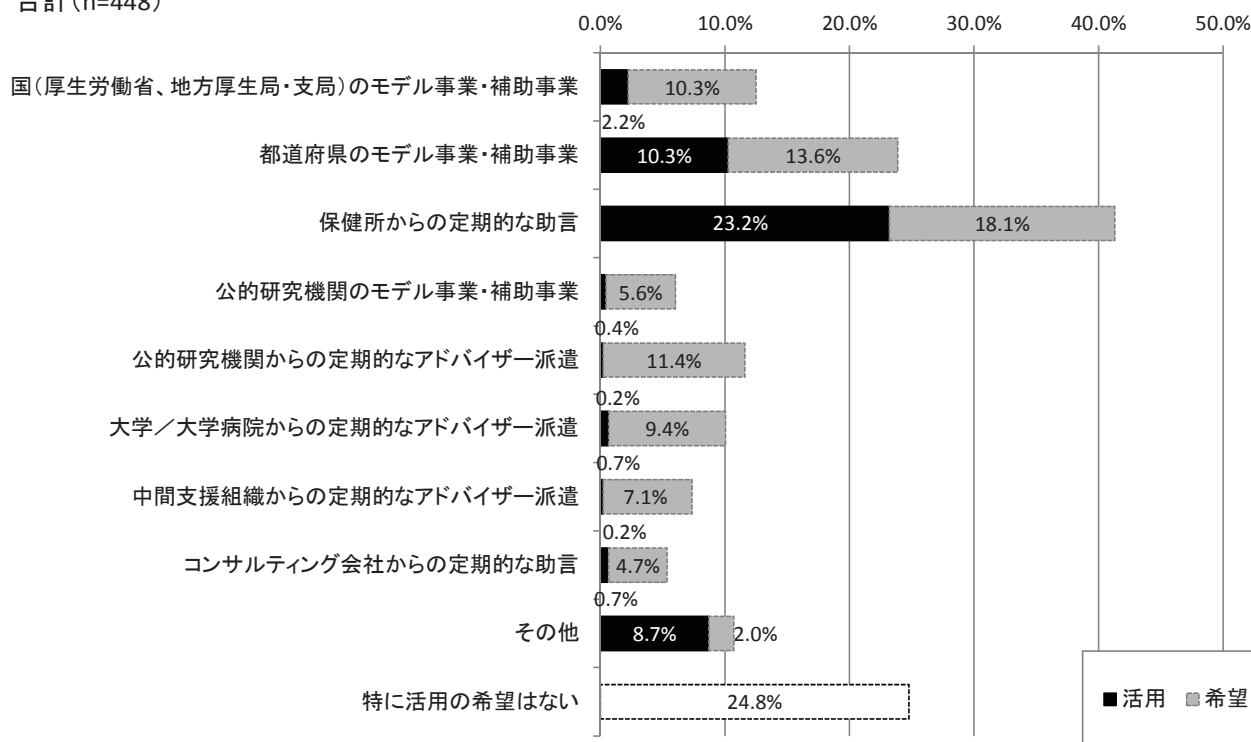
<ケアマネジメントの強化/地域ケア会議の運営>

合計(n=581)



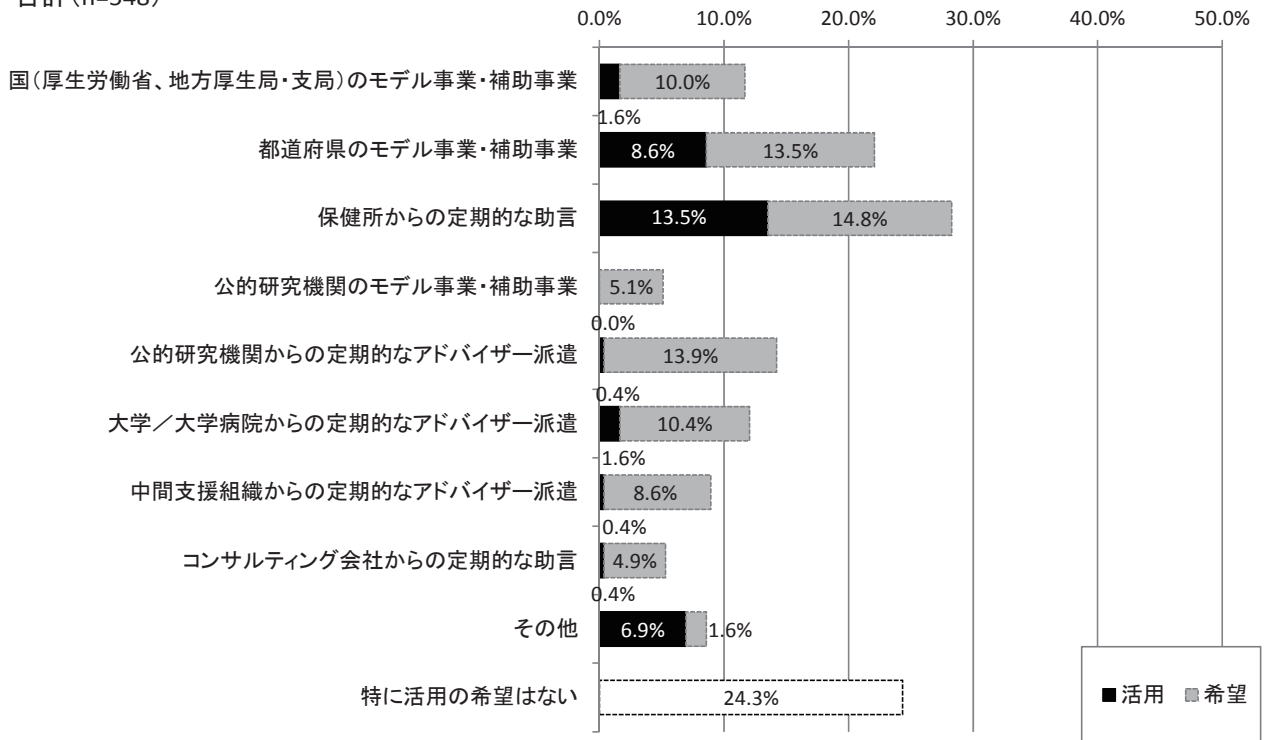
<入退院支援ツール（連携パス等）の開発>

合計(n=448)



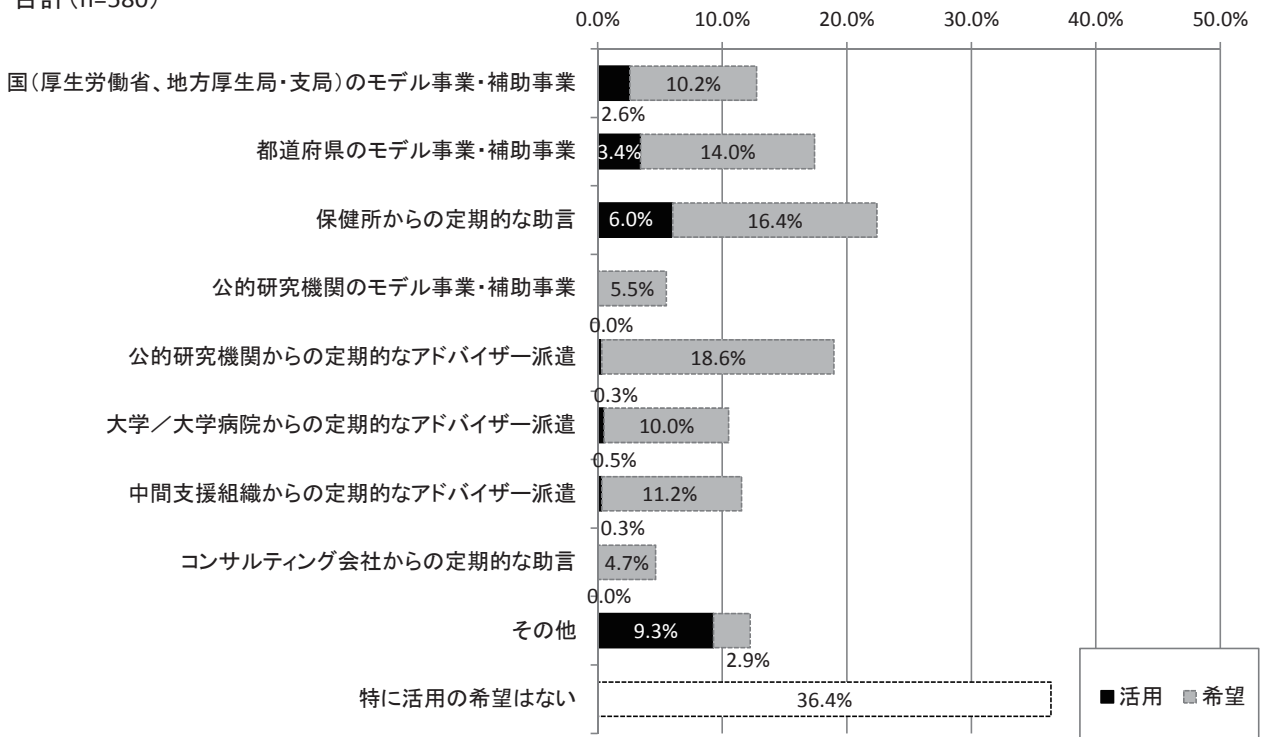
<在宅医療提供体制の推進>

合計(n=548)



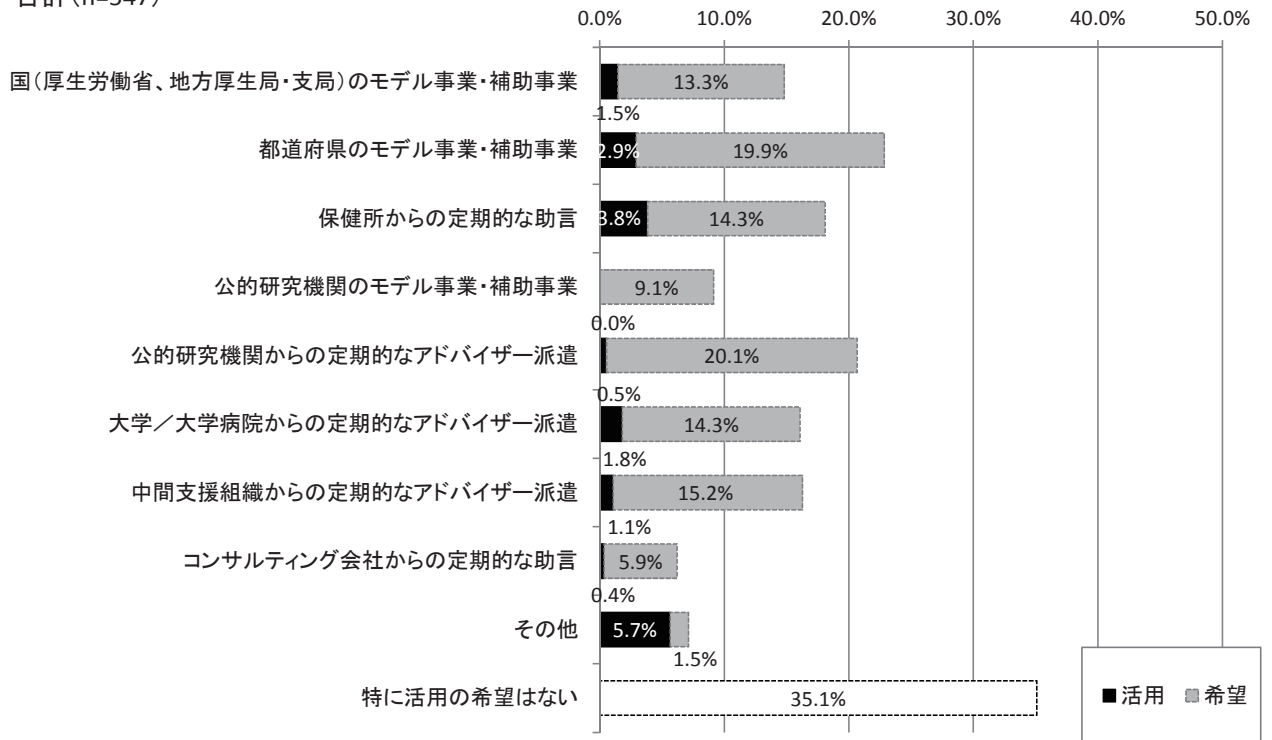
<認知症初期集中支援チームの構築と運用>

合計(n=580)



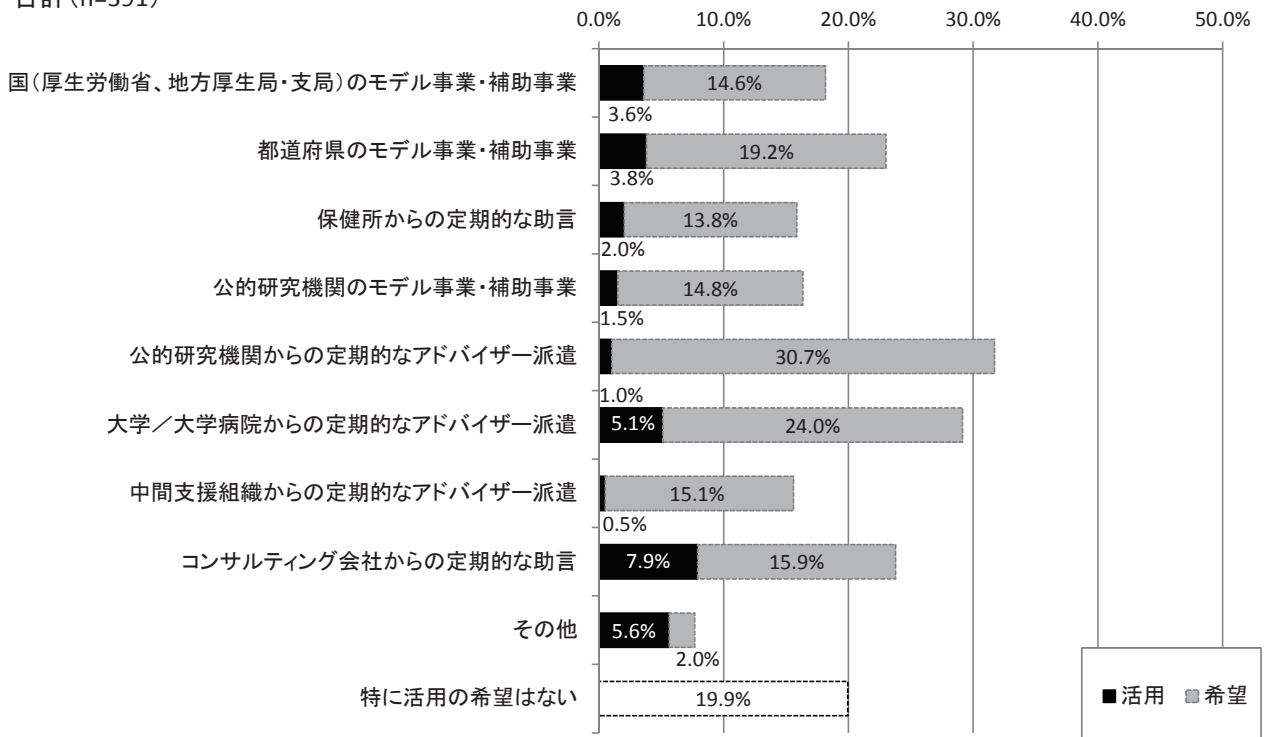
<地域づくりによる認知症者支援>

合計(n=547)



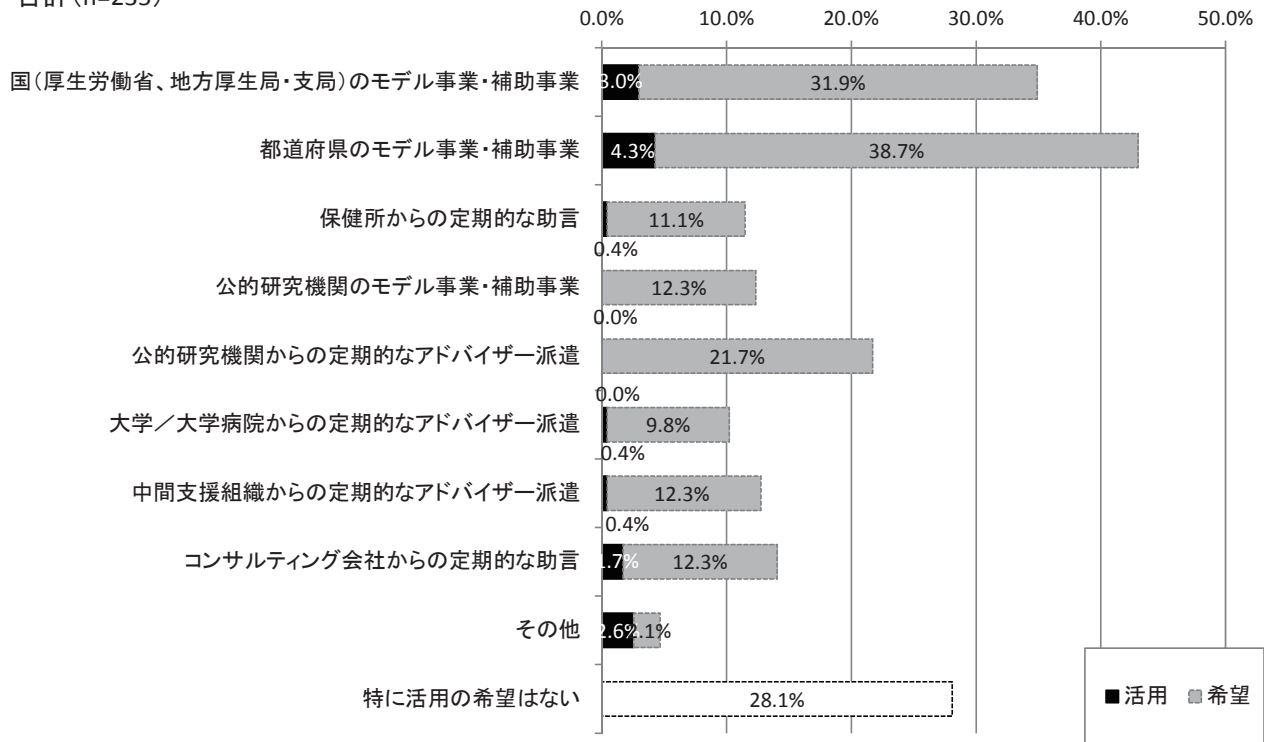
<地域診断・データ分析>

合計(n=391)



＜すまいのあり方＞

合計(n=235)



②外部支援資源別に見た市区町村が活用・希望しているテーマ

国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業においては、「すまいのあり方」のニーズ（活用・希望の合計）が高くなっている。

都道府県のモデル事業・補助事業においても、「すまいのあり方」のニーズが高くなっている。保健所からの定期的な助言においては、「入退院支援ツールの開発」や「在宅医療提供体制の推進」のニーズが高くなっている。

公的研究機関のモデル事業・補助事業においては、すべてのテーマでニーズの割合が10%未満となっている。

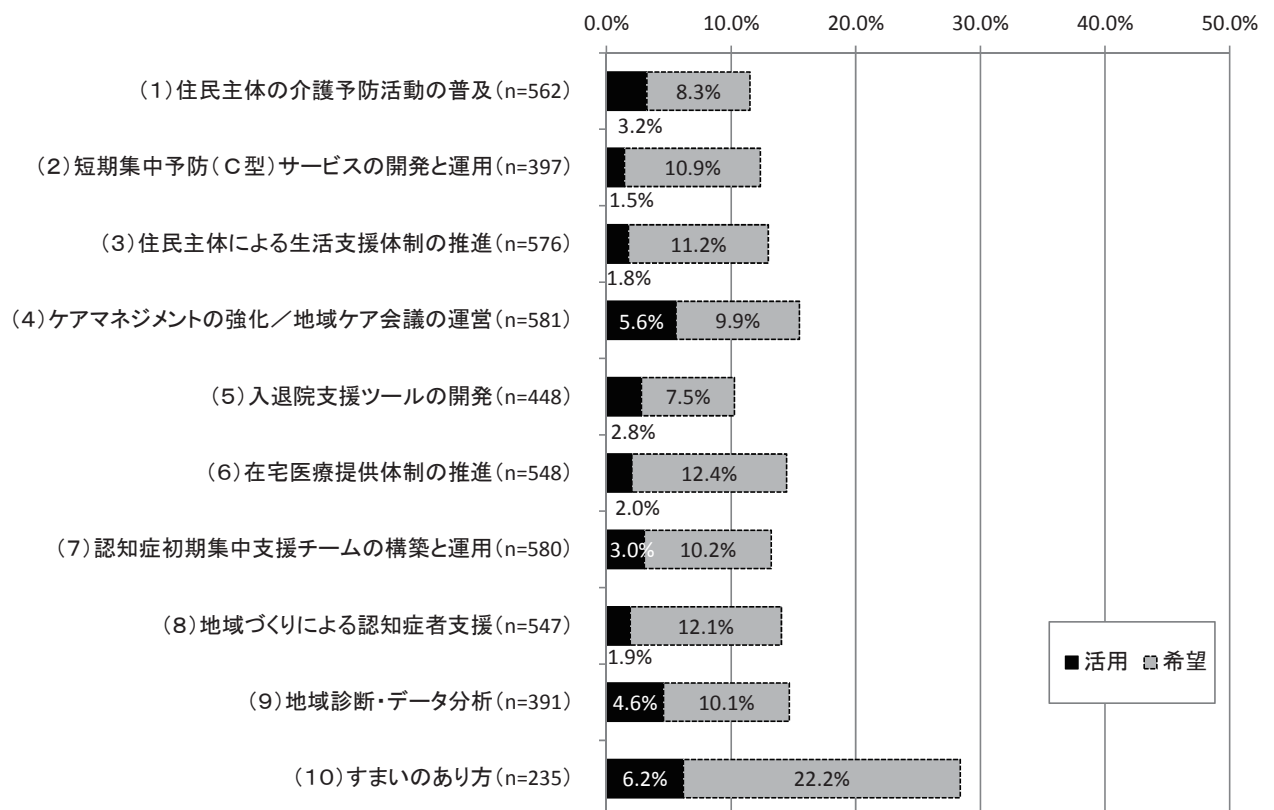
公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣においては、「地域診断・データ分析」や「住民主体による生活支援体制の推進」が高くなっている。

大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣においては、「地域診断・データ分析」が高くなっている。

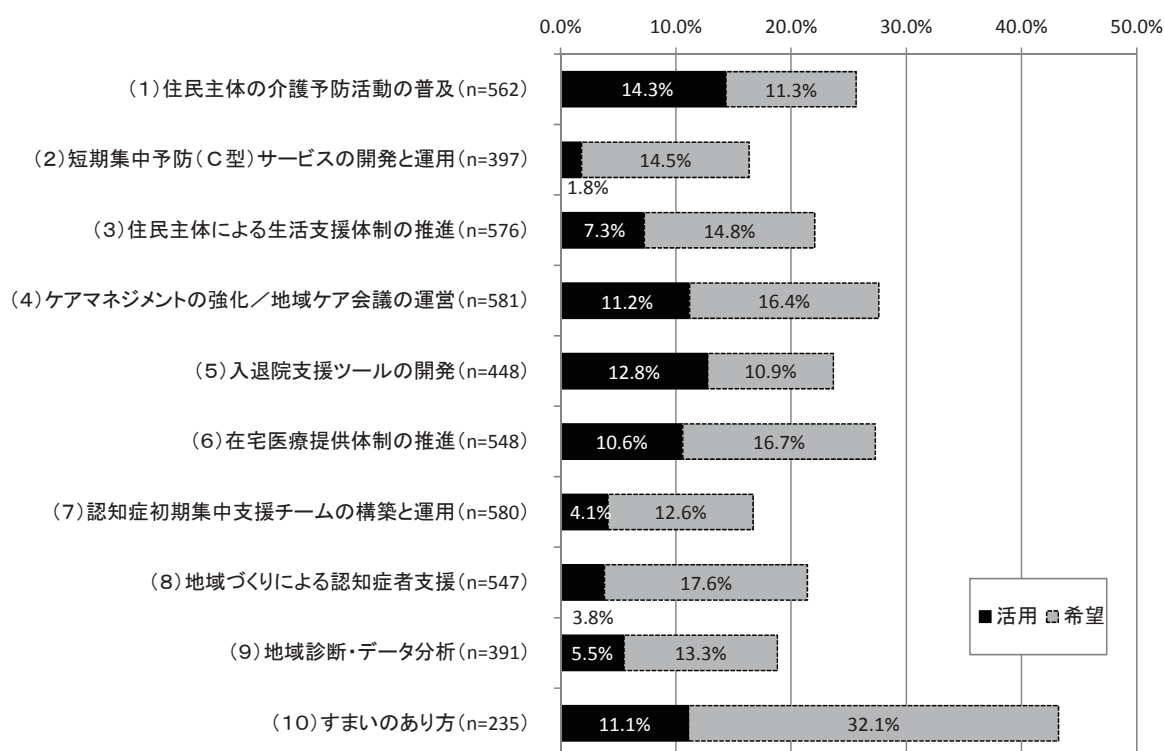
中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣においては、「住民主体による生活支援体制の推進」が高くなっている。

コンサルティング会社からの定期的な助言においては、「地域診断・データ分析」が高くなっている。

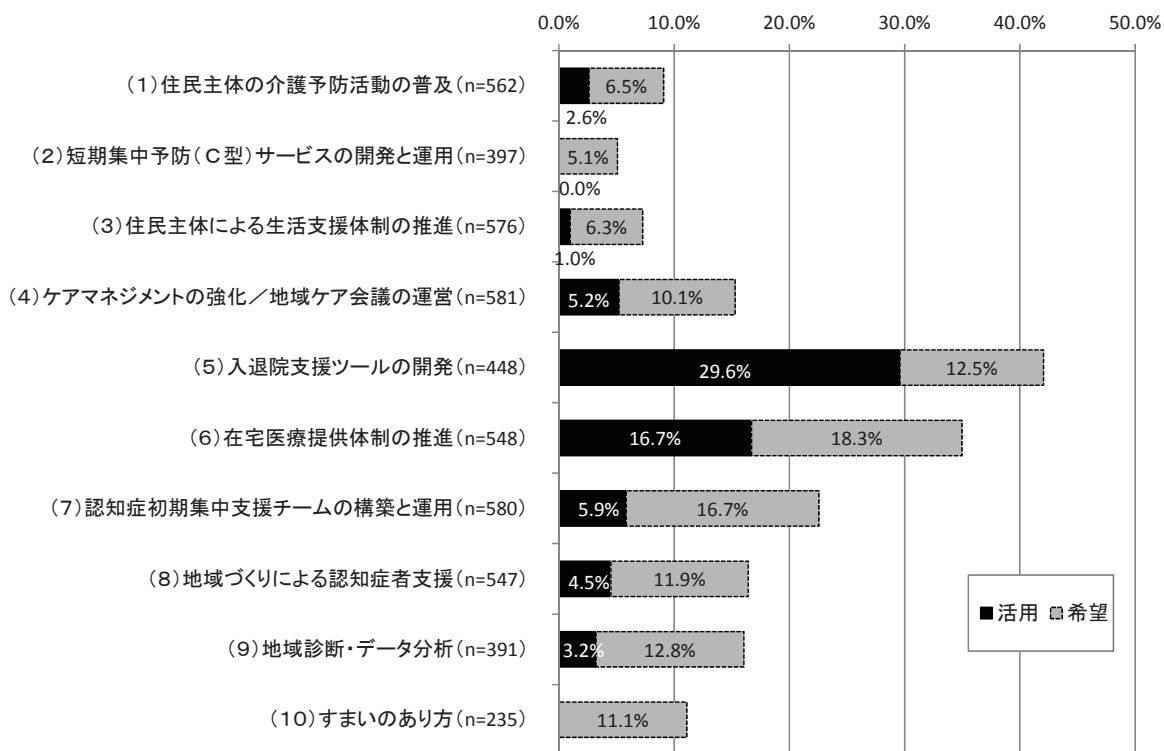
図表 外部支援資源別に見た市区町村が活用・希望しているテーマ
 <国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業>



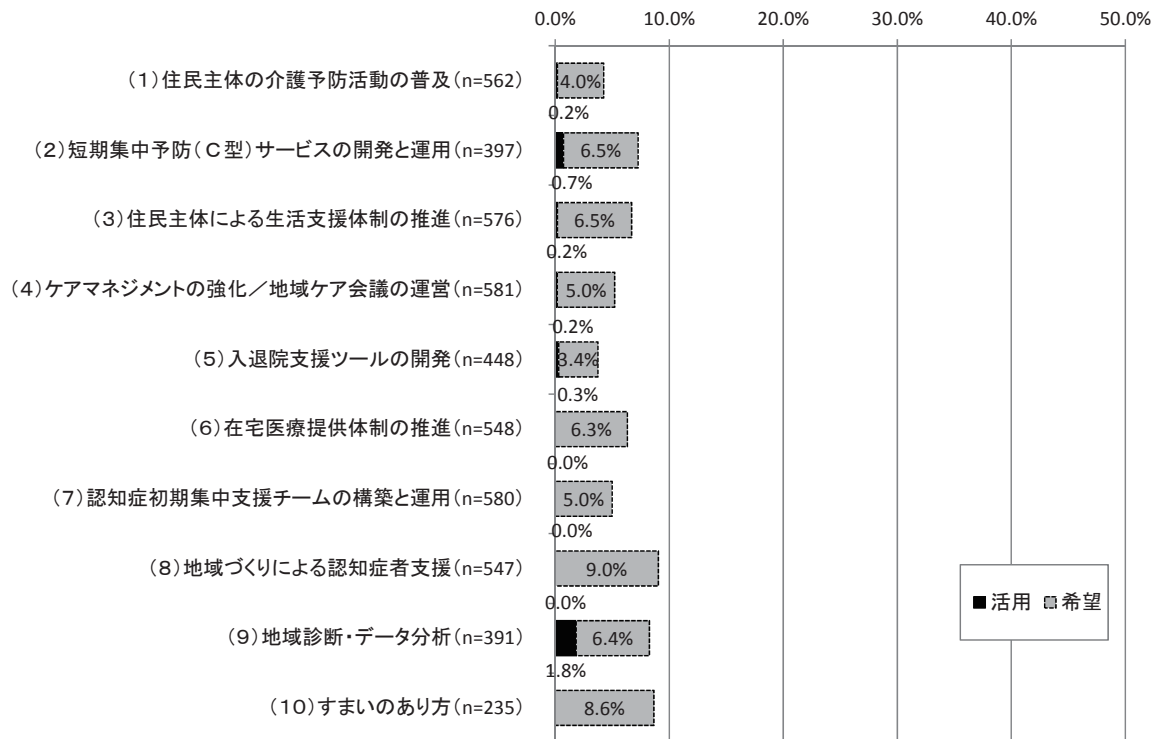
<都道府県のモデル事業・補助事業>



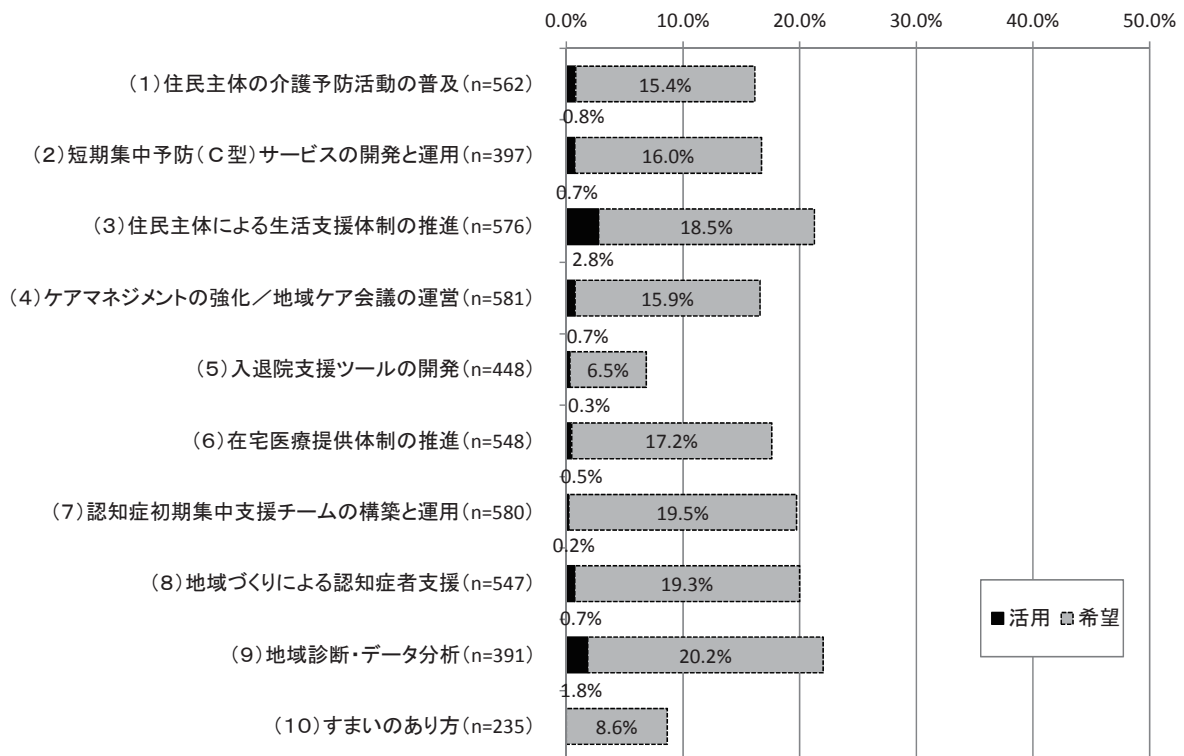
<保健所からの定期的な助言>



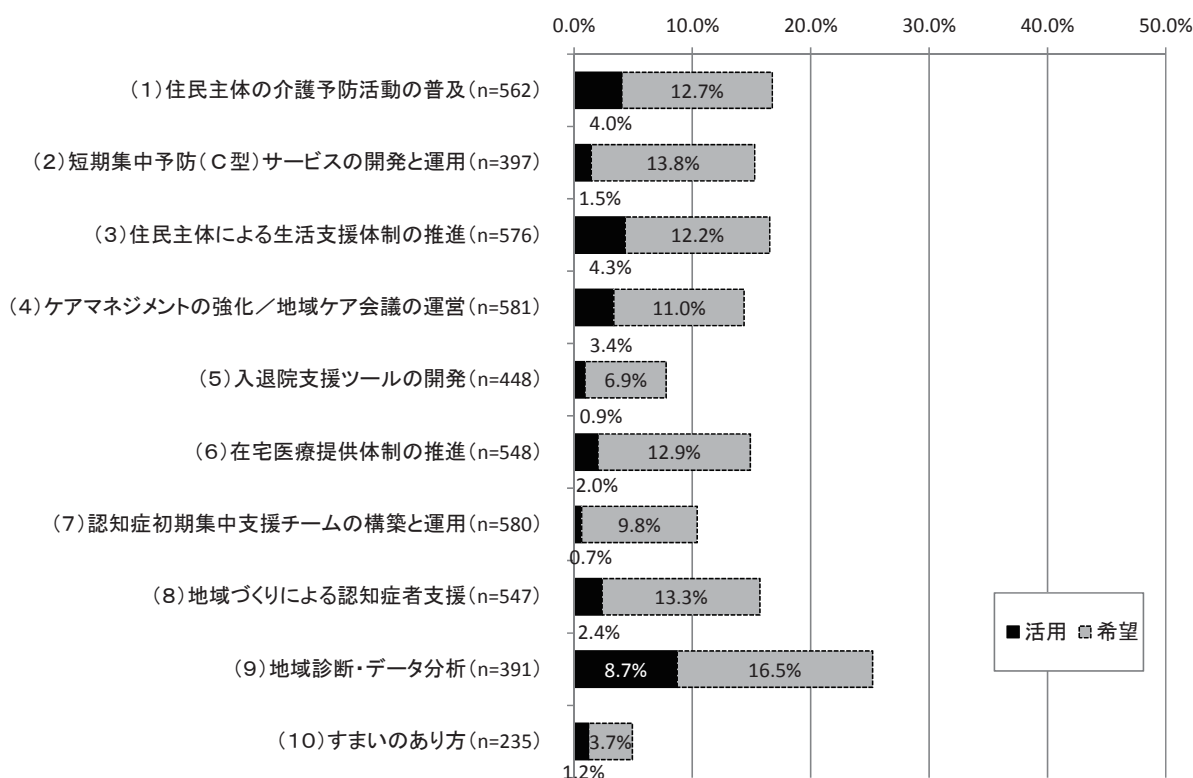
＜公的研究機関のモデル事業・補助事業＞



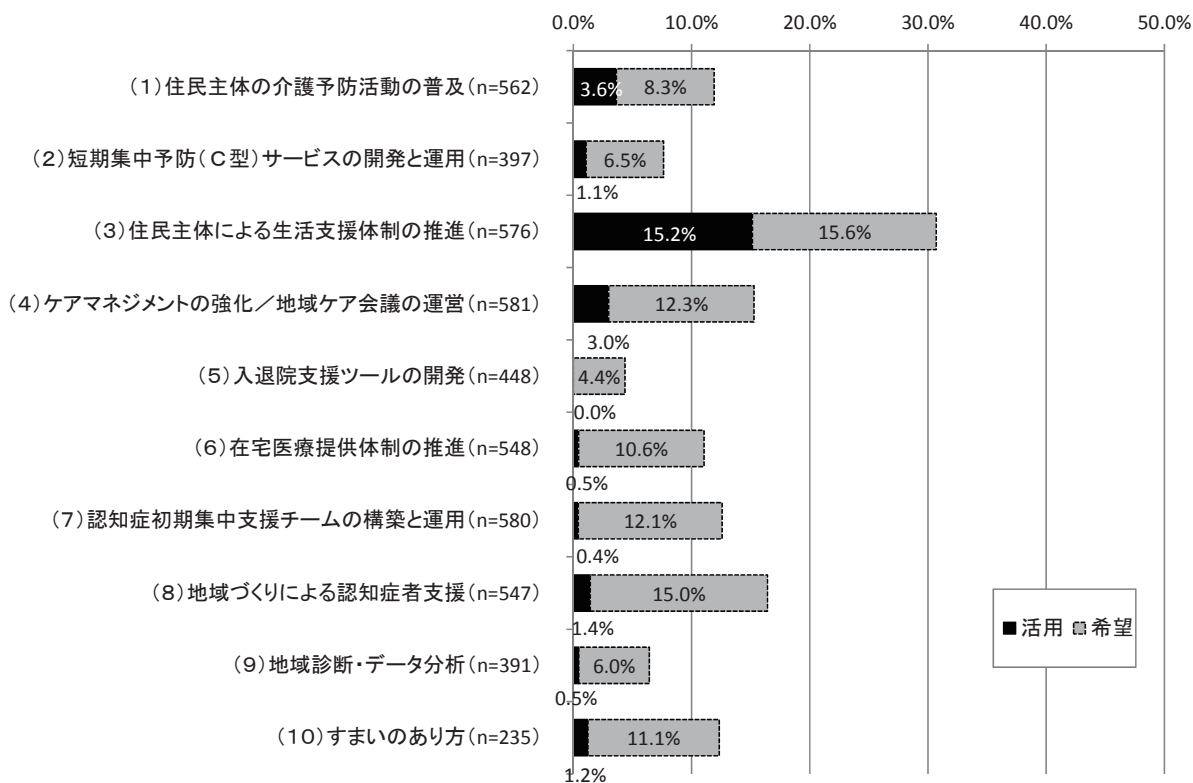
＜公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣＞



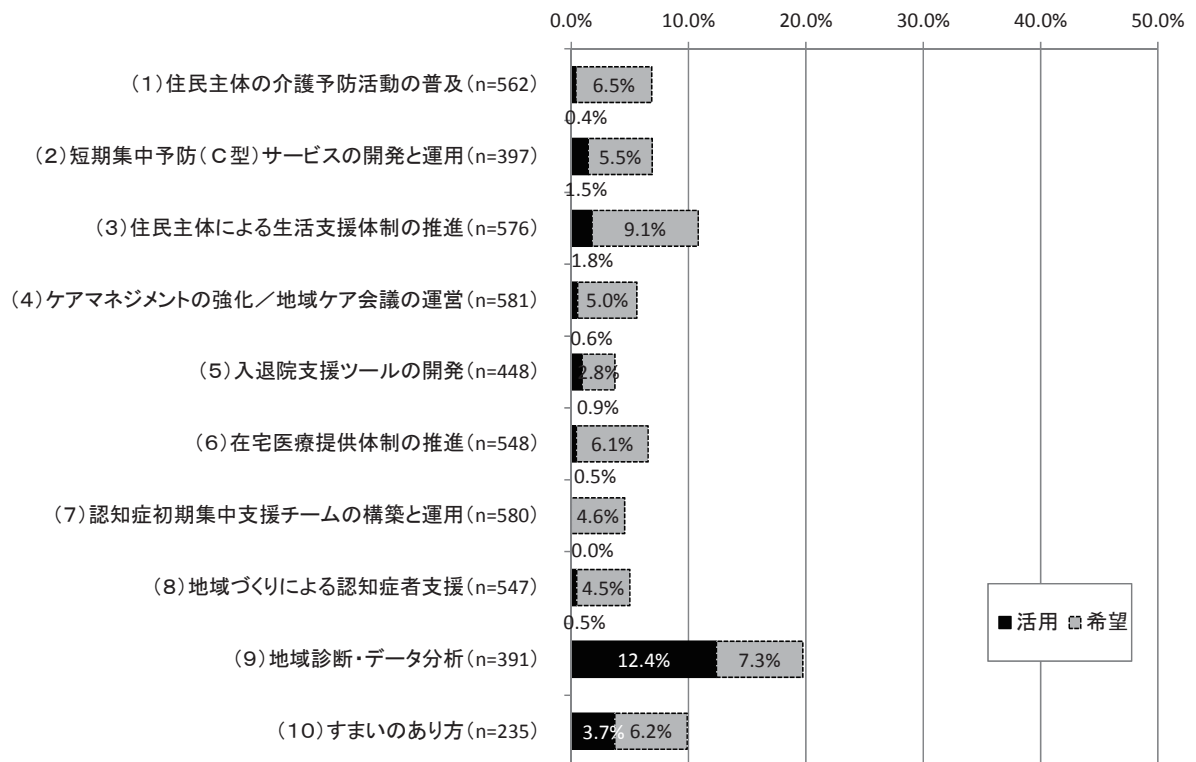
＜大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣＞



＜中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣＞



<コンサルティング会社からの定期的な助言>

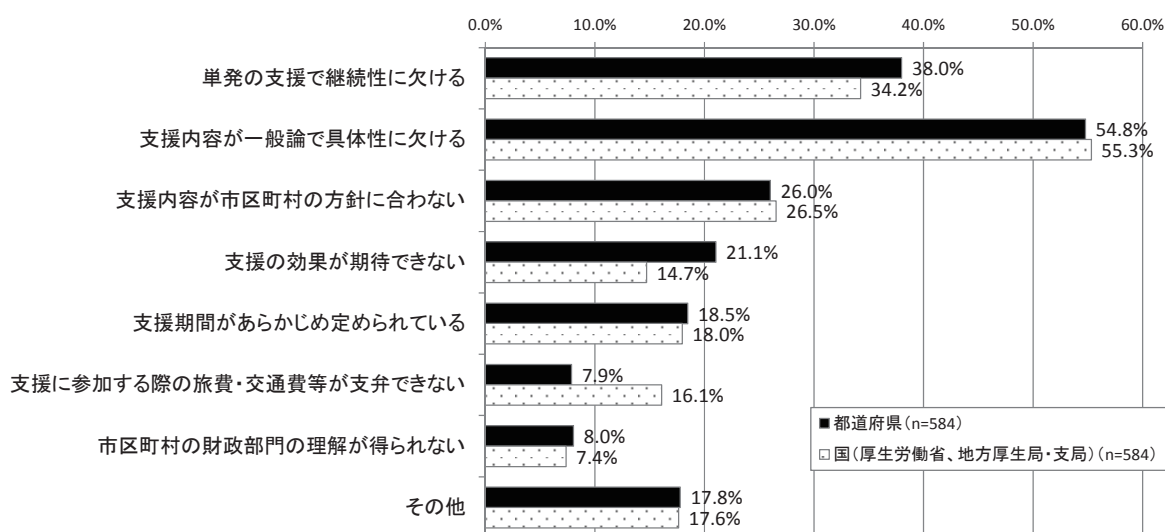


III 都道府県・国による支援に対する期待と課題

都道府県、国による支援に対する課題についてきいたところ、都道府県、国ともに「支援内容が一般論で具体性に欠ける」が最も高く、次いで「単発の支援で継続性に欠ける」、「支援内容が市区町村の方針に合わない」となっている。

また、「支援に効果が期待できない」については、国（21.1%）よりも都道府県（14.7%）の方が高かった。「支援に参加する際の旅費・交通費等が支弁できない」については、都道府県（7.9%）よりも国（16.1%）の方が高かった。

図表 都道府県・国による支援に対する課題



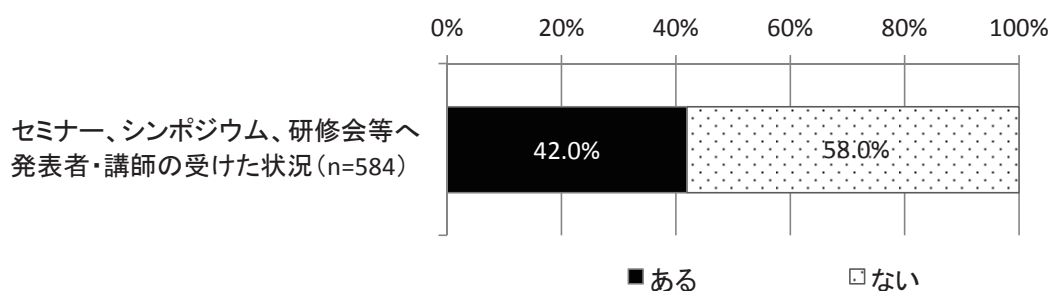
IV 市区町村職員のセミナー等での発表等の状況

(1) 過去2年間（平成28年度と平成29年度）における、セミナー等での発表状況

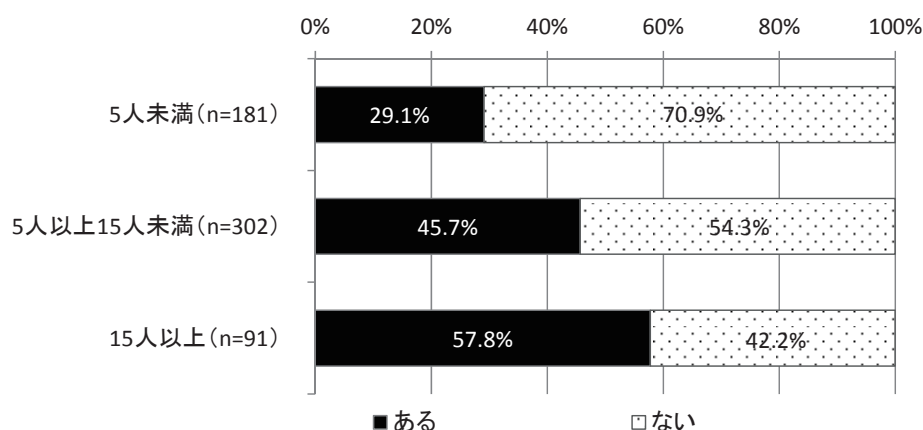
過去2年間における、市区町村職員のセミナー、シンポジウム、研修会等での発表状況についてきいたところ、「ある」が42.0%であった。

規模別（地域支援事業の職員、人口）に市区町村職員のセミナー、シンポジウム、研修会等へ発表状況をみたと、規模が大きくなるほど、「ある」の割合が高くなっていった。

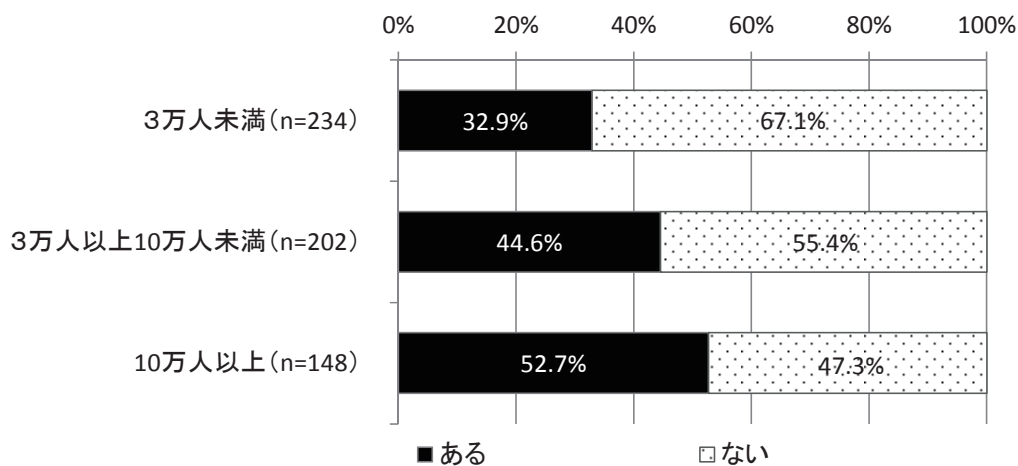
図表 過去2年間における、市区町村職員のセミナー等での発表状況



図表 職員規模×過去2年間における、市区町村職員のセミナー等での発表状況



図表 人口規模×過去2年間における、市区町村職員のセミナー等での発表状況

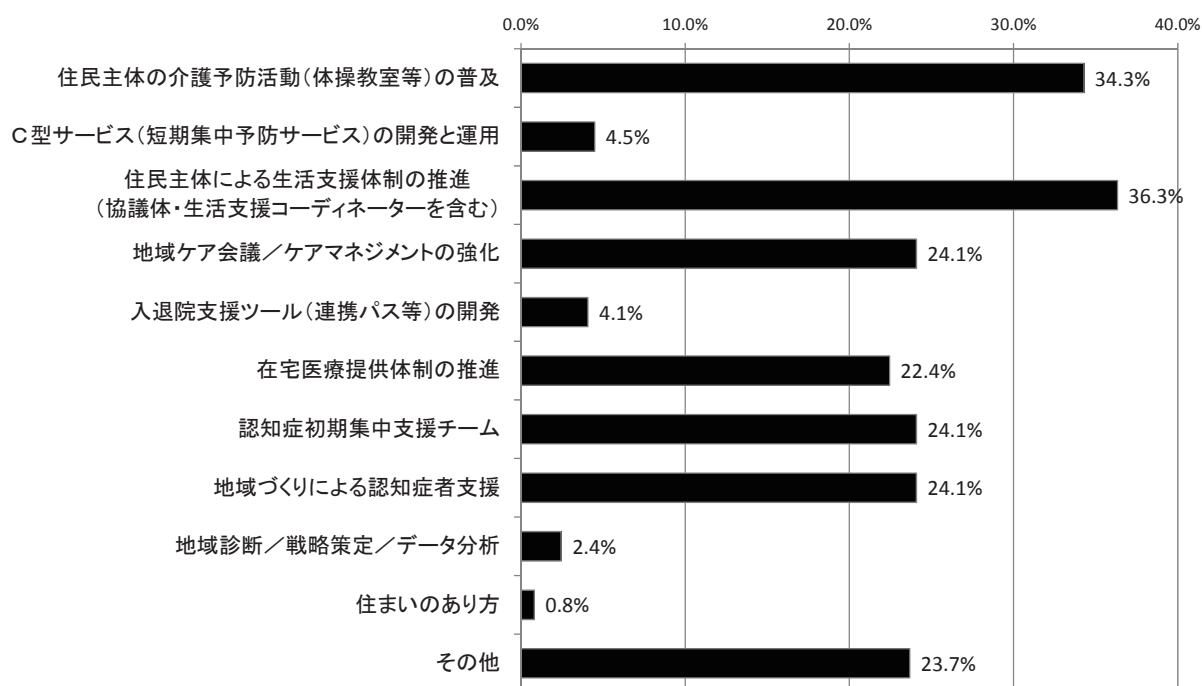


(2) 市区町村職員がセミナー等で発表したテーマと地域

(発表したテーマ)

市区町村職員が受けたセミナー、シンポジウム、研修会等のテーマは、「住民主体による生活支援体制の推進」が36.3%と最も高く、次いで「住民主体の介護予防活動の普及」が34.3%、「地域ケア会議／ケアマネジメントの強化」「認知症初期集中支援チーム」「地域づくりによる認知症者支援」が24.1%となっている。

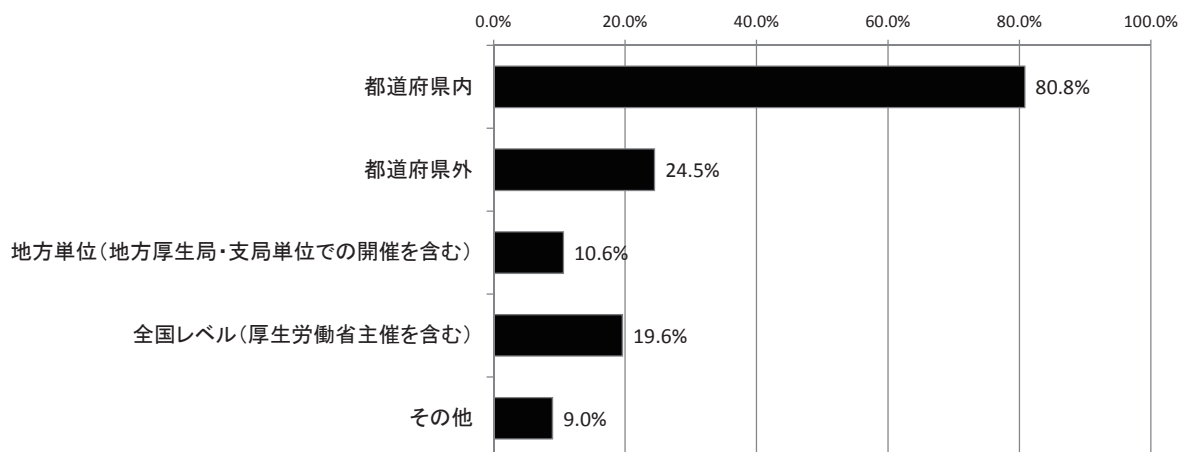
図表 市区町村職員がセミナー、シンポジウム、研修会等で発表したテーマ(n=245)



(発表した地域)

市区町村職員が受けたセミナー、シンポジウム、研修会等の地域は、「都道府県内」が80.8%と最も高く、次いで「都道府県外」が24.5%、「全国レベル(厚生労働省主催含む)」が19.6%となっている。

図表 市区町村職員がセミナー、シンポジウム、研修会等で発表した地域(n=245)



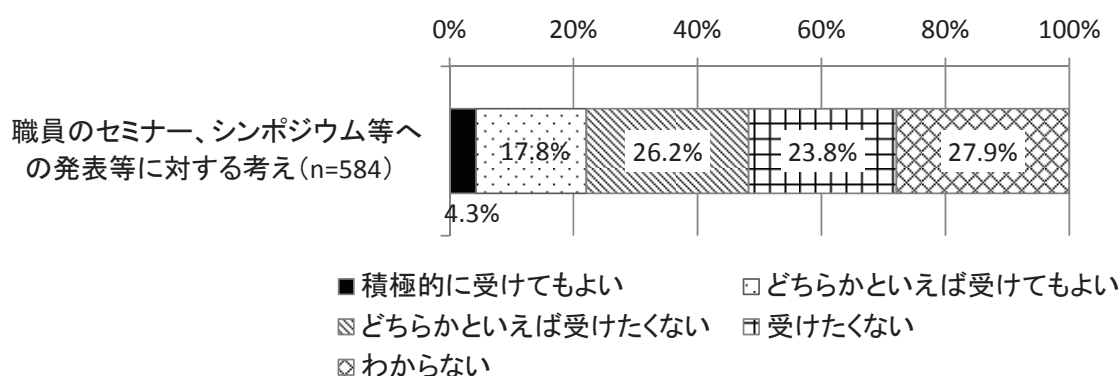
V 今後の職員のセミナー等での発表等に対する考え

(1) 今後、厚生労働省や都道府県等に他市区町村におけるセミナー等への発表等を求められた場合に対する考え

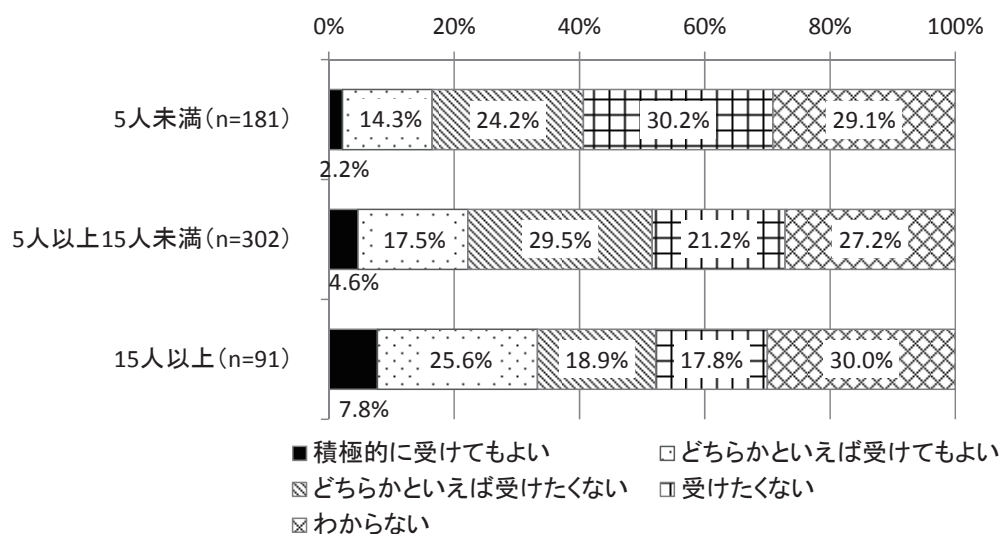
今後、厚生労働省や都道府県等に市区町村の職員を他市区町村においてセミナー、シンポジウム、研修会等への発表等することを求められた場合に対する考えについてきいたところ、「積極的に受けてもよい」と「どちらかといえば受けてもよい」の合計は22.1%であった。一方で、「どちらかといえば受けたくない」と「受けたくない」の合計は50.0%であった。

職員規模別に、セミナー等への発表等を求められた場合に対する考えについて見たところ、「積極的に受けてもよい」、「どちらかといえば受けてもよい」の割合が高くなっている。人口規模別に見たところ、10万人以上の市区町村では10万人未満の市区町村と比較して「積極的に受けてもよい」、「どちらかといえば受けてもよい」の割合が高くなっている。

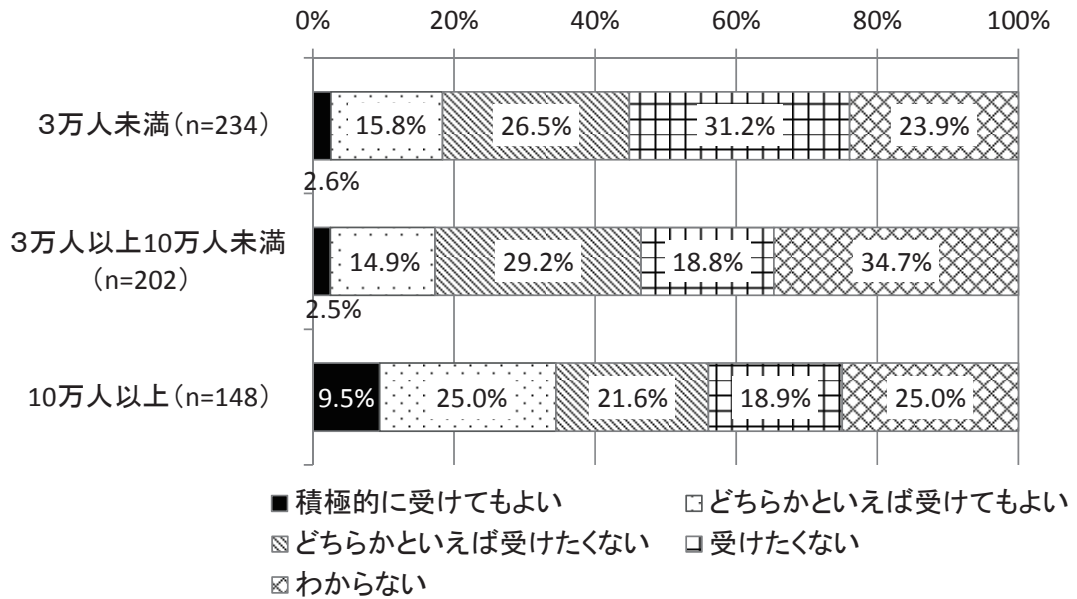
図表 今後、厚生労働省や都道府県等に他市区町村におけるセミナー等への発表等を求められた場合に対する考え



図表 職員規模×セミナー等への発表等を求められた場合に対する考え



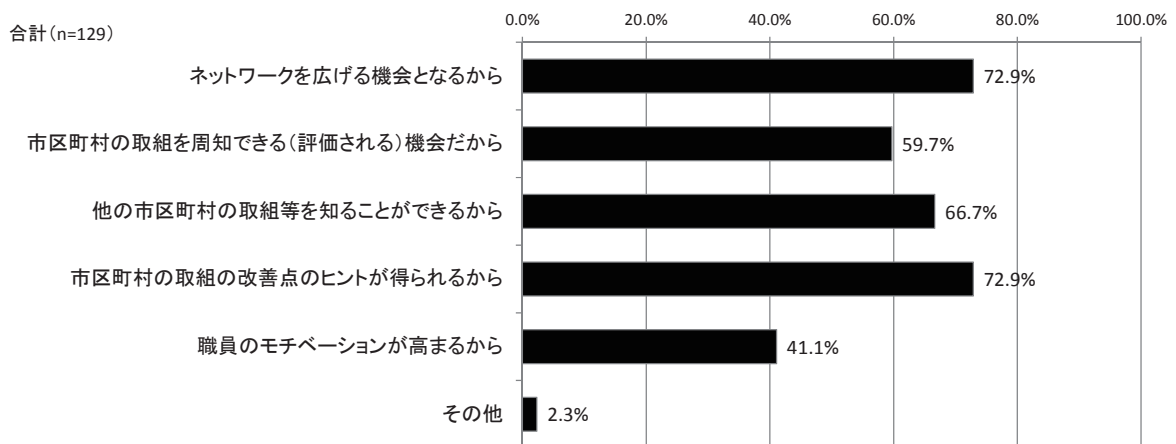
図表 人口規模×セミナー等への発表等を求められた場合に対する考え



① 今後、他市区町村においてセミナー等への発表等を受けてもよいと考える理由

今後、厚生労働省や都道府県等から他市区町村におけるセミナー、シンポジウム等への発表等することを求められた場合に、受けてもよいと考える理由についてきいたところ、「ネットワークを広げる機会となるから」「市区町村の取組の改善のヒントが得られるから」が72.9%と最も高く、次いで「他の市区町村の取組等を知ることができるから」が66.7%となっている。

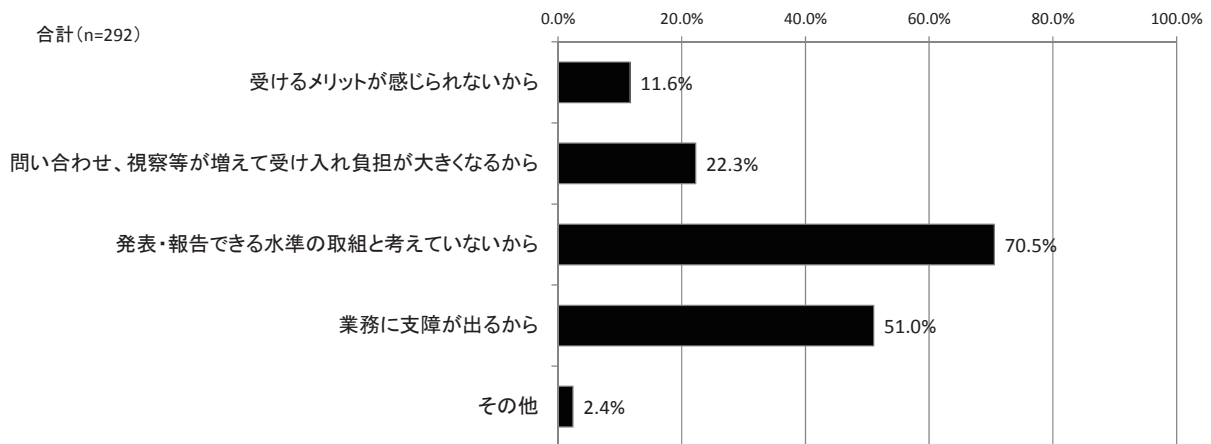
図表 今後、他市区町村にけるセミナー等への発表等を「受けてもよい」と考える理由



② 今後、他市区町村においてセミナー等への発表等を受けたくないとする理由

今後、厚生労働省や都道府県等に市区町村の職員を他市区町村においてセミナー、シンポジウム等への発表等を受けたくないとする理由についてきいたところ、「発表・報告できる水準の取組と考えていないから」が70.5%と最も高く、次いで「業務に支障が出るから」が51.0%、「問い合わせ、視察等が増えて受け入れ負担が大きくなるから」が22.3%となっている。

図表 今後、他市区町村におけるセミナー等への発表等を「受けたくない」と考える理由



第4章 ヒアリング調査結果

I ヒアリング記録

(1) 大阪府

日時：12月7日（木）17:30～19:00

場所：大阪府庁別館

先方：菱谷文彦氏（高齢介護室介護支援課）

（⇒菱谷氏 →聞き手）

1. 市町村支援の実績

（大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会）

⇒平成28年3月の厚生労働省発表により、大阪府は被保険者1人あたりの介護費と認定率がワースト1位（平成26年度）であったことを踏まえ、大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会を立ち上げた。その検討の中で、被保険者1人あたり介護費が高いのは、1人ひとりが多くサービスを利用しているからというわけではなく、男女ともに全年齢階級で認定率がワースト1位となるなど、認定者数自体が多いことが原因と分かった。

（地域ケア会議の強化）

⇒要介護度のうち、特に高かったのは要支援1、2であった。他方、介護費の支出をみると、在宅中心の利用実態であったが、訪問介護の利用割合がきわめて高くなっていた。また、高齢者数で割り返した訪問介護事業者数などが多いことなども指摘された。こうした中、要支援1、2の半数がいわゆるフレイル由来であることや、軽度者が生活援助サービスを多く利用する実態を踏まえると、ケアマネジメントのあり方に課題はないだろうか、という結論に至った。

⇒ケアマネジメントの基本となるアセスメントの見直しや多職種連携を推し進めていくためには、地域ケア会議のあり方を見直していくことが有効と考えた。このため、国のモデル事業である介護予防普及展開事業にいち早く手を上げ、府内市町村に呼びかけたところ、堺市をはじめとする5市が参加した。

⇒来年度は、短期集中型（C型サービス）のマニュアルを作成する予定である。

（入退院支援）

⇒軽度者対策だけではなく、重度化防止をいかにして推進していくかも課題。重度化の契機となる入退院に際し、円滑な在宅復帰と疾患の再発防止等を図るためには、退院前カンファレンスにおいてケアマネジャーがケアプランを発表できるよう、関係者の連携・準備等が必要になる。このため、川越雅弘教授と宇都宮宏子氏にメンバーになってもらって、今年度は、入退院支援のマニュアルを作成した。来年度は、マニュアルを普及させるための研修等を実施予定。

（大阪ええまちプロジェクト）

⇒地域ケア会議によりアセスメントが見直され、元気になる高齢者も出てくる中で、介護給付サービスからの出

口（受け皿）も必要になる。また、総合事業の実施に当たって、各市町村では、住民主体型の B 型サービス（訪問サービス、通所サービス、移動支援など）が広がらなかった。府としてできる広域的支援とは何かを考え、地域活動を中間組織的に支援する「大阪ええまちプロジェクト」を立ち上げ、ノウハウを府域で共有していくこと等を考え、サービスグラントや府内 NPO 等の協力を得ることとした。

（高齢者住まいの質の向上に関する検討会）

⇒住民票の住所とサービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホームの住所地が一致する 11,000 件の被保険者のデータの分析を行ったところ、生活保護を受給している方の割合が高くなるというデータ特性はあるものの、要介護 3 以上では特別養護老人ホーム入所者よりも利用額が高く、区分支給限度額の約 9 割ものサービスを利用していることが分かった。

⇒こうした結果を踏まえ、「介護保険事業計画を策定する上では、特別養護老人ホームを新設しなければ保険料を抑制できると考えるのは正しくない。特定施設や看護小規模多機能等の整備を考えたり、高齢者住まいにおけるサービス利用を行政が点検する必要があるのではないか。」と市町村に伝えた。

⇒一方で、いかなるサービス利用を不適切と考えるかなどは判断が難しいところもあるので、現在、高齢者住まいの質の向上に関する検討会を立ち上げて、チェックリストを作っている。

（大阪府介護・福祉人材確保等専門部会）

⇒介護人材不足への対応のため、大阪府介護・福祉人材確保等専門部会を立ち上げ、「戦略」をとりまとめた。この中で、在留資格「介護」を目指す留学生を円滑に受け入れるためのガイドラインなどを作成した。

（市町村ワーキング）

⇒従来から市町村ワーキングが存在しており、テーマごとに担当者が集まり意見交換を実施している。

2. 外部リソースの活用

⇒高齢介護室介護支援課の職員数は、約 40 名。外部のリソースとして、「ええまちプロジェクト」では NPO であるサービスグラントを中間支援組織的に活用している。また、入退院支援については、川越雅弘教授や宇都宮宏子氏を、認定率の分析に端を発した専門部会には、筒井孝子教授を招聘するなど、それぞれの分野の第一人者を招へいし、最新の知見に触れられるようにするよう心がけている。

3. 支援の多層化

⇒新たな施策の方向性を打ち出す際には、有識者からなる検討会を設置し、そこに市町村にも入ってもらっている。市町村の意見も踏まえながら、検討会で方向性をとりまとめれば、その方向性を具体化するモデル事業の予算を獲得し、市町村に声がけをしている。また、テーマごとに、市町村ワーキングを設置し、行政関係者だけで議論をすることも多い。

⇒府内の 43 市町村を、府との関係性で 3 段階に分けると、①協力的な市町村、②まあまあ協力的な市町村、③音沙汰の無い市町村の別に分かれるが、①、②の割合が増えてきたと感じている。

(2) 島根県

日時：12月6日（水）9時30分～10時30分

場所：島根県教育庁

先方：寺本 直史氏（島根県教育庁教育指導課 地域教育推進室 地域教育スタッフ 企画員）

1. 庁内体制の基本的な情報について

（体制導入の経緯と概要）

- ・県教育庁では、隠岐島前高校における高校魅力化の事例などをもとに、セクターを超えた協働による地域教育の魅力化を全県的に展開することを目指し、市町村に対する交付金事業を実施している。市町村の発意のもと、平成29年度は県内9市町村が交付金を活用した事業に取り組んでいる。
- ・各市町村における教育魅力化の取組は、セクターを超えた関係者でチームを構成し取り組むことを前提としており、島根県に拠点を置いて民間の立場から教育魅力化の取組みを全国に広げていく取組みを進めている一般社団法人地域・教育魅力化プラットフォームが企画、運営したチーム形成のための4か月間のプログラムにも参加しチームシップを高めてきた。
- ・上記事業の執行に合わせ、市町村に協働を求めるのであればまずは県自身がその姿を見せていくことが必要との認識から、県庁の中でも「教育魅力化推進チーム」を立ち上げ、セクターを超えた協働を目指している。チームは地域振興部しまね暮らし推進課（定住支援G、中山間地域S）、教育委員会（学校企画課、社会教育課、教育指導課）、公益財団法人ふるさと島根定住財団（UIターン推進課、ジョブカフェ事業課）、一般社団法人地域・教育魅力化プラットフォームの職員、計24名からなる。各職員はそれぞれの部署、組織に在籍しながら、同時に「教育魅力化推進チーム」の一員として、業務の一部に位置付けながら活動を行っている。
- ・「教育魅力化推進チーム」は、以下の4つの検討テーマに分かれて、全県的に共通する魅力化の推進に係るテーマの検討を行っている。

検討テーマ：

「新たな学力観に基づく学力育成の方策を検討する“チーム新学力観”」「学校現場と地域において魅力化を強かに推進するための新たな制度・仕組みを検討する“チーム地域と学校”」「教育の魅力化を推進できるこれからの教員に求められる資質能力をどのように育てていくかを検討する“チーム教員育成”」「人の流れを生み出す方策を検討する“チーム環流”」

- ・さらに、「教育魅力化推進チーム」の中から7名程をピックアップし、上述の地域・教育魅力化プラットフォームによる4か月間のチーム形成プログラムに参画し、市町村におけるチーム作りの伴走者として現場から学ぶ取組みを実践した。

2. 体制構築による効果

- ・元々県と市町村の関係性が比較的フラットであったということや、隠岐島前高校の事例が身近にあったというポテンシャルがありながら、近年市町村に権限が委譲され、県組織も本庁に機能が集約される傾向にある中、県職員が現場の実情に触れる機会が徐々に少なくなることで生じてしまった距離感を縮め、協働の在り方を互いに認識できる機会を得ることができた。
- ・県と市町村が一体感を持って取り組むには、個人間の信頼関係をいかに気づかという点がポイントとなる。そう

した中、県職員が現場に入って市町村職員等と共に汗をかくという構図そのものが信頼関係構築に多大な効果をもたらしていることがわかってきた。

3. 運用上の課題や解決方法・工夫

(市町村におけるチームづくりの課題)

- ・市町村および高校における協働のチーム作りについては、何度も繰り返しチーム作りのための場を設けることが必要である。教員には、通常と異なることをしてはいけないのではないか、といった雰囲気も存在し、教員から見ると、魅力化の取組は普段の業務とは別物であると考えられている場合もある。チーム形成のためのプログラムに、校長、教頭が来ている地域は、このような状況で教員に対して関わってもらうことを頼めないというパターンもあり、課題と考えている。
- ・高校の校長には大きな権限があるが、それゆえに校長が変わってしまうことで学校の雰囲気や取り組みがガラッと変わってしまうという声を何度も聞く。地域で継続的に教育の魅力化を進めていくにあたり、教員人事制度が今のままでよいのかという点には一定の問題意識を持っている。

(県の支援体制に係る課題)

- ・今後、県庁職員等における市町村の伴走支援の体制をどうしていくかは検討中である。指導主事又は、県内5地域にある教育事務所に配置されている指導主事や社会教育主事にも伴走してもらったほうがよいのでは、という意見もある。伴走者には、学力育成担当、高校教育籍、義務教育籍など多様な指導主事に関わってもらうことでバリエーションを出していきたい。
- ・市町村において魅力化のチーム形成ができ、取り組みが軌道に乗った自治体のペースに、県がついていけるかという点が課題である。意思決定において県のスピード感や当事者意識の希薄さがボトルネックとなってしまうかねない場合もあり、その場合、組織のあり方から検討する必要性がある。

(3) 宮崎県

日時：11月10日（金）10:30～12:30

場所：宮崎駅

先方：甲斐 慎一郎氏（地域包括ケア全般）

 與那嶺 佑樹氏（地域包括ケア推進担当（地域ケア会議・介護予防・生活支援担当））

 山下 智代氏（地域包括ケア推進担当（医療介護連携担当））

 大岩根 綾氏（地域包括ケア推進担当（認知症ケア担当））

（⇒宮崎県 →聞き手）

1. 地区担当制

(分担状況)

⇒現在は、職員4名（①地域包括ケア全般、②認知症ケア担当、③医療介護連携担当、④地域ケア会議・介護予防・生活支援担当）で宮崎県内の26市町村を分担している。特に、エリアで分担しているわけではなく、経験の浅い職員から希望する市町村を選択している。

⇒九州内の他県では、認知症に最低でも3人は配置している。例えば、熊本県では、専属チームがあり、7人配置されている。宮崎県は他県より少ない中、対応している。

(地区担当制による効果)

- 地区担当は、振興局の役割に近いが、振興局の場合は、3か月に1回集まり会議を行うといった関係となるため、市町村とつながりにくくなる。日頃から、地区担当制といった、市町村にとって身近な存在であることで、県と市町村がつながりやすくなっている。
- ⇒地域包括ケア関連部署 1年目の担当でも、市町村の相談内容を受けることによって勉強になる。
- ⇒県職員の誰が担当するかを市町村に伝えることで、テーマにかかわらず質問や相談を受けるようになっている。地区担当が答えきれない場合は、分野担当等、部内の職員に相談して回答するようにしている。また、医療的な内容等、専門性の高い質問については、保健師等の専門職の担当が直接回答することもある。
- ⇒市町村が委託している地域包括支援センターや社会福祉協議会から、事業内容についてではなく、困りごとなどについて県の担当が直接相談を受けることもある。
- 事業の中身に対する問い合わせから、日々の運用に対する質問に変わってきたということ。
- ⇒県が研修会の開催を重ねる中で、地域包括支援センターの職員の顔と名前を分かるようになってきた。地域包括支援センターの職員は、市町村の担当に話しづらいことも県の地区担当ならば話せるようになっている。
- 一般的に、地域包括支援センターや社会福祉協議会が県の担当者に直接相談することはあまりない。地区担当制としたメリットでもある。
- ⇒地域包括支援センターや社会福祉協議会から市町村の担当に話しづらい内容について相談を受けた場合は、市町村に対しては頭ごなしに否定するのではなく、「市町村の職員も地域包括支援センターが熱心に取り組んでいることは分かっていると思うが」という言い方で、対応するようにしている。そうすることによって、市町村側も、県が間に入ってくれていると感じている。
- ⇒地区担当したことにより愛着が湧き、親身になって支援をするが、市町村の担当があまり熱心ではないと、モチベーションが低下することもある。

(具体的な助言内容)

- ⇒小規模の市町村は、担当者が1人であり、抱えている業務が多岐にわたり膨大である。地域ケア会議も、いきなり和光市モデルを実施することはできない。既存の業務の整理等を行い、できることから始めてもらうようにしている。
- ⇒例えば、地域ケア会議において多職種が不足している場合は、県に設置している「広域支援員」を活用してはどうかなどと助言している。また、他市町村で行われた勉強会の情報を伝え、効果的な勉強会の開催を促している。その他、約200名の高齢者の現況の2時間半読み上げ続けるといった非効率な事務作業については、実際に困っている高齢者の生活課題をどう解決するかといった議論にシフトチェンジするよう助言したこともある。
- そのような助言は、外部から派遣されたアドバイザー等ではできない内容である。
- ⇒法令等で定められた業務については、分野担当が所管しなければ非効率であるため、全ての相談ごとについて、地区担当が受けるわけではない。地区担当は、比較的漠然とした内容について対応するようにしている。業務の比率としては、分野担当部分の方が大きい。
- 介護保険事業計画には、県が行っている支援内容を反映できているのか。
- ⇒市町村に対するヒアリングの際、こうした方が良いといった助言はするが、記載内容については、各市町村に任

せている。

→県がコミットしているのに、各市町村の取組が漠然とした内容しか記載できていないのは勿体ない。

⇒市町村の担当は、取りあえず計画を作成することが目的となっていたが、地区担当から具体的な内容を記載してはどうかと助言し、気付かせることで、記載内容が変わったこともある。

⇒県は、市町村に係る多くの情報を把握できるため、各市町村の状況を俯瞰することができるが、市町村職員が俯瞰することは難しい。できるだけ情報共有できる「場」を多く作ることが重要だと考えている。

⇒宮崎県には、7 医療圏あるにもかかわらず、認知症疾患医療センターが3 拠点しかなかった。10 月以降5 拠点としたが、3 拠点の時よりも意思の疎通が難しくなることが予想されるため、共有の場を意識してつくるのが重要と考えている。

→地区担当制とすることで、県は、複数の市町村の状況を把握しており、他市町村との比較ができるため、市町村が取り組んでいることの意味を気付かせることができている。これは、大きな役割である。

2. モデル事業への関わり

⇒国が提示するモデル事業には、基本的にすべて手を上げるようにしている。県内で横展開していくために、段取りや結果がパッケージ化されて分かりやすくなっていると、県としては取り組みやすく参加につながる。

⇒国の「地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業」のモデル事業は、パッケージ化されており、シンプルであったため、横展開できている。「入退院調整ルール策定・運用事業」についても、同様にパッケージ化されており、県が関与して取り組んだ結果、成果が出ている。

一方で、地域ケア会議の和光市モデルは、パッケージされているが内容が高度なため、ついていけない市町村が出てくる。そのような場合は、個別に対応することになる。

→宮崎県は他県と比較して、国のモデル事業の参加率は高い。一定の基準を設ける等、県内でパッケージを作成し、共有しているというイメージ。国から提示された事業をただコピーするのとは異なる。

3. 県内のキーパーソンが発掘

→キーパーソンは、ブロックごとに定めるのではなく、キーパーソンが異動でいなくなったら柔軟に、別市町村にキーパーソンを求めるということは必要である。キーパーソンの後任に期待をかけると、重荷になることもある。宮崎県では、異動も前提として、常時キーパーソンを探し続けることが必要になっている。

(4) 沖縄県

日時：10月11日（水）13:00～17:30

場所：沖縄県庁

先方：米須正泰氏（沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課介護企画班）

長浜末子氏（石垣市福祉部介護長寿課）

吉里タマ子氏（沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課介護企画班アドバイザー）

（○参考文献 ⇒沖縄県 →聞き手）

1. 沖縄県の保健師

（沖縄県の保健婦制度の歴史）

参考文献：「沖縄の保健婦たち」沖縄県保健婦長会、ひるぎ社、1994 年

○終戦後、沖縄県の公衆衛生は、結核や性病、マラリア等の感染をはじめ、劣悪な状況であった。そのような

中、米国により、県内の各地で保健所が開設された。（昭和 27 年までに 5 か所、その後、昭和 38 年、47 年に 1 か所ずつ開設）

- 昭和 25 年 1 月に米国民政府に赴任した看護顧問「ワターワース」女史は、住民の日常生活に密着した支援や公平な公衆衛生看護サービスを提供するために、公衆衛生看護婦（現在の保健師）の地域駐在性を導入した。
 - 保健師の地域駐在性は、他県にはない沖縄県独自の制度として高く評価され、昭和 47 年の本土復帰後も駐在制は踏襲された。
 - 国により、住民に最も身近な市町村できめ細かな保健福祉サービスが一元的かつ計画的に実施されるよう施策が進められ、昭和 53 年度以降、沖縄県にも市町村保健師が設置された。
- ⇒平成 9 年度より、県保健師の駐在制度が廃止された。
- ⇒県の保健師が各市町村に配置されていたことにより、保健師の横のつながりが形成され、そうした関係性が OG の組織化に大きく影響しており、沖縄独自の保健師 OG の文化を形成している。

（現在の沖縄県の保健師）

- ⇒沖縄県には、保健師が退職した際に加入する OG 会が存在し、年に一回 OG 同士が集まる機会を設けている。現在も 50～60 名の参加がある。
- ⇒平成 8 年度までは、県の保健師は地域駐在制に基づき、県職員として市町村に駐在していたため、保健師間のネットワークがあったが、現在は各市町村職員である保健師に配置されるようになり、市町村の中の一人の職員と位置づけが変わっているため、孤立感が増す環境となっている。保健師が部局内に一人配置の場合は、相談すべき相手が分からないという問題がある。
- ⇒また、現在は、県の保健師よりも市町村保健師の方が、経験の長い人が多く、市町村保健師の方が力を持つ場合も増えてきた。
- かつて保健師は、駐在制であっても県に所属していたため、横のつながりがあった。そして、横のつながりがあるからこそ、縦のつながりもあったのだと思う。しかし、各市町村に配置されるようになり、市町村内の 1 対 1 の上下関係の中だけでは、ネットワークは広がりにくくなっている。30 年後には、これまでのような先輩保健師のネットワークを活用する仕組みは難しくなってくるのではないか。
- ⇒だからこそ看護協会の保健師職能部門が、ネットワークを保つ役割を担うことを期待されている。しかし、すべての保健師が看護協会に加入しているわけではなく、その点は課題といえる。

2. 沖縄県地域づくりによる介護予防推進事業

- ⇒沖縄県下の一部の市町村が、平成 27 年度・28 年度に参加した、厚生労働省の「地域づくりによる介護予防推進支援事業」のモデル事業に参加し、住民主体の通いの場づくりを推進してきた。その後、国の事業の終了に伴い、平成 29 年度から県の事業（「沖縄県地域づくりによる介護予防推進事業」（平成 29 年度予算：300 万円））として国事業をモデルとした同様の事業を継続しており、参加市町村に住民運営の通いの場づくりに関する技術的支援、助言等を行う「地域づくりアドバイザー」を県から派遣している。
- ⇒沖縄県は、平成 29 年度より、「沖縄県リハビリ専門職等を活用した地域包括ケアシステム構築事業」（平成 29 年度予算：1,400 万円）を実施しており、事務局を「沖縄県リハビリテーション専門職協会」に委託している。「沖縄県地域づくりによる介護予防推進事業」は、そのうちの一事業と位置付けている。

⇒財源は、沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課が管轄する「介護保険事業推進基金」を活用している。

3. 地域づくりアドバイザー

(委嘱・任命)

⇒「地域づくりアドバイザー」は、住民運営の通いの場づくりによる介護予防などに関して専門的知識及び経験を有する退職保健師（レジェンド保健師）等の中から、子ども生活福祉部高齢者福祉介護課長が委嘱（期間は1年間、更新可）している。

⇒平成27年度・28年度の「地域づくりによる介護予防推進支援事業」においては、地域づくりに係る豊富なノウハウを持つ県保健師のOGである保健師（レジェンド保健師）の長浜氏を、市町村担当者が地域づくりを実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援を行う「沖縄県地域づくりアドバイザー」に任命した（平成27年度・28年度の国事業における「地域密着アドバイザー」も担当）。また、長浜氏は、竹富町、石垣市、与那国町への支援を担当（平成28年度）しており、石垣市の生活支援コーディネーターも兼務している。

⇒平成28年度には、レジェンド保健師である吉里氏を「沖縄県地域づくりアドバイザー」に任命した。吉里氏は、宜野湾市や大宜味村、本島中北部（平成28年度）を担当している。

⇒平成29年度には追加で2名任命し、現在は4名体制となっている。県は、来年度も「地域づくりアドバイザー」に相応しいレジェンド保健師等を新たに任命する予定としている。

(所掌事務等)

⇒「地域づくりアドバイザー」は、割り当てられる地区の市町村に住民運営の通いの場づくりに関する技術的支援、助言等を求められた際に、アドバイザーの業務等に支障のない範囲で対応している。主に体操教室の立ち上げなどが基本的なミッションとなっている。

⇒具体的には、派遣先の職員（保健師）の相談対応（住民をひきつけるにはどうすべきか、誰とつながればより地域とつながりやすくなるか等）や住民説明会のプレゼン資料に対する助言を行っている。

⇒謝金等は、1か月ごとに派遣先の市町村が事務局である「沖縄県リハビリテーション専門職協会」に報告書を提出し、協会が派遣実績に応じてアドバイザーに謝金（約4,000円/時間）と交通費を支払う仕組みとしている。

(支援内容)

⇒市町村の「地域づくりアドバイザー」に対する出動要請は、新規で通いの場を立ち上げ段階から一回目の開催までが主であり、年間を通してあまり多くない。立ち上げ以降（2回～4回目）は、通いの場の参加住民に対するフィジカル面での技術的な指導のために、リハビリテーション職員職が派遣される。その他、問題が発生した際には「地域づくりアドバイザー」の派遣が要請されるが、今年度は少ない。また、トータルの相談対応は「地域づくりアドバイザー」が担う。また各市町村で取り組みが進めば、市町村職員がノウハウを得て、自律的に取り組みも進められることから、技術的な支援の必要性は、徐々に減少していく。むしろ、相談対応のような情緒的な支援の重要性が増してくる。

⇒地域づくりとしての通いの場づくりで重要になるのは、住民の中に入りこんで動機づけを進めていくことであり、こ

こうしたアプローチは、かつての駐在保健師にとっては、馴染みがあっても、近年の市町村保健師には難しい場合も多く、特に初動段階での支援は大きな意味がある。

⇒相談対応だけでも後輩保健師にとっては心強く、後輩保健師の能力を引き出しやすくなっている。「地域づくりアドバイザー」であるかいなかに関わらず、先輩保健師（レジェンド保健師）は後輩保健師に対する情緒的サポートを行っている。いわば県内保健師の先輩後輩制度である。

（支援内容の拡大）

→県は、その仕組みを上手に活用した。県は、通いの場を立ち上げるまでを「地域づくりアドバイザー」の具体的なミッション（きっかけ）として定めており、それ以外については特に義務づけていない。とっかかりのミッションを限定することで、取り組みの方向が明確になる一方、具体的な支援の過程で周辺分野に対する助言も行われるような支援内容の拡大傾向がみられる。アドバイザー側も、役割を限定することなく、柔軟に多様な分野への支援をしているが、こうした柔軟性は、多分野にかかわる保健師の伝統的な地域との関わりの中で醸成されているものといえる。

→住民主体の通いの場というのは、ただ単に立ち上げれば終わりではなく、住民による生活支援の提供にまで発展してはじめて意味がある。「地域づくりアドバイザー」は、それを成し遂げられる機能を持つと県としては期待している。

→一般的に、技術を保有している専門職は、職務経験が長くなるにつれてマネジメント層に移行するが、自身で手を動かすことが少なくなるため、技術を活用できずに勿体ない面もある。専門職は、退職後に現場に戻れるという強みがあり、特に保健師は地域包括ケアを推進する上で期待されている。

（メリット）

⇒県内の市町村においては、在宅医療介護連携の取組に課題があったが、保健師による地域づくり支援を通じて市町村職員との関係性が構築されたことから、関連する周辺分野に対する助言等も得られるようになってきた。アドバイザーに対して当初依頼している内容を越えて助言が行われるようになってきていることは、副次的な成果であり、在宅医療介護連携の推進にも助けになっている。

→様々なアドバイザー像があるが、副市長や課長等の役職を与えた場合には、議会での説明等をしなければならずアドバイザーの責任や負担が大きい。沖縄県の地域づくりアドバイザーの場合は、アドバイザーの持つ様々な知見を自由に引き出せることができ、受け入れる側の市町村だけでなく、アドバイザー本人にとっても負担が少ないことがメリットではないか。

（５）東京都健康長寿医療センター（東京都介護予防推進センター）

日時：12月7日（木）10:00～12:00

場所：東京都健康長寿医療センター

先方：東京都健康長寿医療センター 研究部長 藤原佳典氏

東京都介護予防推進支援センター 副センター長 中村睦美氏

1. 東京都介護予防推進支援センター

○ 東京都介護予防推進支援センターは、今年度から始まった事業であり、東京都による区市町村支援事業を外部に委託した形で実施している。

- センターは、兼務のセンター長以外に 5 人の専門職員に加え、事務職員 1 名の 7 人態勢で運営されている。なお、区市町村支援を実際に推進する際には、東京都健康長寿医療センター研究所の様々な部署の専門家が講師としてバックアップしている。
- 事業の全体枠組みは、①人材育成、②派遣調整、③相談支援、④事業評価・効果検証の 4 つに分かれている。センターは都内すべての自治体が、地域づくりによる介護予防を効果的、効率的に進められるよう支援を行うことを目的としているが、基本的には、都内の区市町村による手上げ方式で参加者を募っている。
- もともと、厚生労働省老健局が平成 26 年度から 3 か年で実施していた「地域づくりによる介護予防推進支援事業」の終了を受け、東京都が区市町村支援事業として実施するものとなっている。

2. 介護予防による地域づくり推進員

- 東京都では、独自事業として、区市町村に「介護予防による地域づくり推進員」を配置した場合に一人当たり 550 万円の補助金を交付している。既存の生活支援コーディネーターとは別枠に配置することを原則とし、区市町村、地域包括支援センターの職員とは別に加配する形で追加配置し、介護予防による地域づくりを進めていくための基盤整備支援を行っている。
- すでに地域包括支援センターの業務量が過大になっていることもあり、追加的配置（加配）を前提としているようだ。10/10 の補助金であるが、自治体によっては、東京都の補助事業が 3 年を予定していることを踏まえ、廃止後の一般財源への振り替えを危惧する声もある。3 年以内に各地域において、通いの場づくりのノウハウが蓄積されることが期待されている。

3. 研修

- 基礎を学ぶ「総論編」と実践的に学ぶ「実践編～ワークショップ」「実践報告会」からなる計 6 回からなる一連の研修会を実施している。「実践編～ワークショップ」は介護予防による地域づくりを担当する区市町村職員を中心に、3 名 1 組のチームで参加することを原則として座学とワークショップによる研修プログラムとなっている。3 名 1 ユニットは、典型的なモデルとして区市町村職員、介護予防による地域づくり推進員に加えて地域包括支援センター職員や地域のリハ専門職が想定されている。
- 年度の冒頭に座学を設定し、以降は実践編の講義やワークショップを組み合わせるカリキュラムを編成している。現在、実践編では、都内 62 区市町村のうちの 31 の区市町参加している。当初は 20 ユニット程度を想定していたため、順調な参加状況といえるだろう。
- また、介護予防による地域づくり推進員の連絡会を立ち上げることによって、東京都内における横のつながりを作るような機会を提供している。また地域づくりに参加するリハ専門職についても、同様の連絡会をつくり情報共有の仕組みづくりを進めている。

4. 派遣調整／相談支援／事業評価・効果検証

- このほか、区市町村の地域リハビリテーション活動を支援していく観点から、区市町村からの要望内容に応じて、リハ専門職のマッチングを行い、紹介している。また、介護予防に関する市区町村からの相談にも対応している。
- さらに、事業評価・効果検証の実施に向け、東京都としての指標を作成するとともに、データを集積・分析

し、分析結果に基づく支援を行っている。

5. 東京都健康長寿医療センター研究所の体制

- 研究所内には、大きく自然科学系研究と社会科学系に部門が分かれており、地域包括ケア関連に該当するのが社会科学系である。その下に、社会参加と地域保健研究チーム、自立促進と介護予防研究チーム、福祉と生活ケア研究チームの3つのユニットが設置されている。おおよそ、元気高齢者、虚弱高齢者、要介護者の範囲全体をカバーする形で、それぞれのユニットが研究を行っている。
- 自治体支援としては、①研究所側から取組の提案を自治体に行った上で、研究所の経費負担の上で、研究フィールドとして自治体に入り、支援を行う形態、②自治体と研究所が費用を折半しながら、自治体を支援する形態、③自治体からの業務委託、といった形態が考えられる。近年は東京都の財政の制約もあり、研究所としても外部資金の調達が求められる流れがあるのも事実だ。
- また研究所としての取組は、東京都内の市区町村への支援には限定していない。神奈川県、埼玉県、千葉県はじめ全国の市町村への支援も、オファーがあり体制が組めれば、対応している。現在、社会科学系のセクションには30-40名程度の研究職が従事しているのでその範囲での対応となる。また、研究者は個々に、国や自治体の様々な審議会の学識委員としても研究成果を政策還元している。

6. 東京都健康長寿医療センター研究所における自治体支援

- 自立促進と介護予防研究チームにおいては、認知症関係の取組を中核として自治体支援を行っている。特に昨年からは東京都の認知症フレンドリーシティの取組を板橋区で進めており、これを支援している。
- 社会参加と地域保健研究チームは、首都圏の多数の自治体と連携し、高齢者の多様なニーズにこたえる就労支援から、ボランティア・学習プログラム、更にはフレイル対策プログラムの開発を行っている。東京都北区や川崎市多摩区で、多世代型互助システムづくりの支援を進めている。特に協議体を基盤に、あいさつから通いの場へ、通いの場から助け合いへの発展を支援する三層のプロセスを推進している。
- 支援の内容がある程度パッケージ化されているものは、支援もしやすく、また地域で実際に取り組んでいるNPOなどの協力を得て支援機能を外部化することもできる。たとえば認知症予防とボランティアを融合した絵本の読み聞かせプログラムのNPOの取組や介護予防の体操、フレイル予防プログラムなどは、すでに運営方法等のノウハウが蓄積されており、パッケージ化されている。しかしながら、地縁団体との調整なども含め、地域づくりは非定型の支援も多いため、パッケージ化できないものが多い。
- 東京は、地方都市とは異なり、民間営利法人の資源も豊富であり、これらを活用しない手はない。他方で、自治体が民間営利事業者の活用を積極的に支援するのは立場上、難しいと判断するケースもあり、外部支援者の存在が有効な場合もある。行政と現場の間に入って、コーディネートするようなNPOやコミュニティビジネスなどの中間支援機関は、重要であると認識している。

(6) JAGES (日本老年学的評価研究)

日時：11月28日(火) 18:00~19:15

場所：東京大学

先方：近藤克則氏(千葉大学)

(⇒近藤氏 →聞き手)

1. 支援の多層化

⇒JAGESが支援する市町村は、かかわり方に濃淡があり、大きく「松」「竹」「梅」「その他」グループの4つに分けられる。※多層であることを説明するために、便宜上、「松」「竹」「梅」という表現を用いている。

⇒各市町村のデータ分析結果の作成は、約5人の先生で分担して対応している。ノウハウが蓄積されてきたため、大体同じようなレイアウトの資料になっている。資料の作成手順としては、独自に開発した「見える化」システム(JAGES HEART)のデータを確認し、ある程度の目星をつけから作成するようにしている。資料作成等の準備には、2、3日要している。

〔「松」グループ〕

⇒「松」グループは、9市町村(松戸市、武豊町、岩沼市、神戸市、東海市、名古屋市、常滑市、御船町、平成29年11月時点)。東北大学、日本福祉大学や東京大学、千葉大等の先生が分担して対応している。「松」グループは、異動の少ない保健師が関わることで継続してつながる市町村が多い。中には、市長など幹部と関わっている市町村もある。

⇒「松」グループは、3、4か月に1回は訪問して共同研究会などを行っている。いつ訪問するかについては、あらかじめ決めるわけではなく、その都度決定している。「松」グループについては、縦断研究のデータ取得を条件に、各種費用を研究費からも拠出している。

⇒「松」グループの一部は、地域診断結果を市町村内の専門職等に共有することができている。

〔「竹」グループ〕

⇒「竹」グループは、約15市町村あり、依頼があった場合に支援をしている。具体的な内容としては、年1、2回職員向けの研修会やワークショップ、時には地域住民向けのグループワークを行うこともある。「松」グループであったにもかかわらず、職員の異動により、つながりが途絶え、「竹」や「梅」グループになった市町村は多い。保険者共同研究会にも参加している。

〔「梅」グループ〕

⇒「梅」グループは、約15市町村あり、ニーズ調査による支援の他、保険者共同研究会への参加をお誘いしている。

〔「その他」グループ〕

⇒「その他」グループは、約100市町村(JAGES参加市町村以外は約50市町村)あり、市町村が実施した介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を用いた分析支援のみを行っている(通称300BMプロジェクト)。JAGESに参加してもらえることを期待しているが、上手いくケースはあまりない。

⇒JAGESとしては、データが沢山ある方が色々と研究ができるというメリットがある。一方で、市町村にただデータ分析結果を返すだけでは、市町村は理解することが難しいと思われる。第6期には共同研究会をやったこと

もあるが、参加は数市町村だった。

2. 保険者共同研究会

⇒JAGES では、市町村どうしが学び合える場として保険者共同研究会を1年間に1～2回設けている。対象は、「松」「竹」「梅」グループである。主な内容は、半分がグループワークであり、人口規模でグループ分けをしている。研究会の第1回目は、各市町村の現状把握を行い、それに対する方策を考える課題を与え、第2回目で「松」グループは実践例を発表してもらう。運営費用は、研究費から拠出している。また、大規模調査年は、その調査費からも拠出している。参加市町村の職員1名分の旅費・交通費を支給している。

3. 市町村支援に対する考え

⇒JAGES における保険者共同研究会のような、保険者同士が情報交換し議論できる場を作ることを強化するべきではないか。

⇒公務員の人事ローテーションが変わらなければ、ノウハウの蓄積が進まず、外部のコンサル会社を活用するしかないのではないか。

⇒JAGES では、都道府県を巻き込むことが重要だと考え始めており、熊本県や岐阜県等と連携していこうとしている。

→外部から市町村支援を行う際には、都道府県がコーディネートする必要がある。

資料編

<資料①：アンケート調査票>

地域包括ケアシステムに係る外部支援の活用状況等 に関するアンケート調査

回答自治体名

- 本調査は、**地域包括ケアシステムを所管する部署**の方に回答をお願いいたします。
- 地域包括ケアシステムを所管する部署が複数に分かれている場合は、大変お手数ですが、複数の部署の状況を取りまとめいただいた結果について回答をお願いします。
- 以下の設問は、**過去2年間(平成 28 年度と平成 29 年度)**における状況についてお答えください。

【地域支援事業を担当する職員体制について】

問1 貴市区町村の地域支援事業を担当する職員数を、一般行政職と技術職（保健師、看護師、社会福祉士、理学療法士等）それぞれに分けてお答えください。また、あわせて基幹型地域包括支援センターの職員数（介護予防ケアマネジメント・介護予防支援への従事分を除く）をお答えください（平成 30 年 2 月 1 日時点）。

職種	人数 (小数点第 1 位まで)
一般行政職	人
技術職 (保健師、看護師、社会福祉士、理学療法士等)	人
【基幹型】地域包括支援センター職員 介護予防ケアマネジメント・介護予防支援に従事する常勤換算 分を引いて回答してください。	人

※保険料徴収、給付管理、要介護認定、事業計画等の別の係と兼務している場合は、おおまかに概算で按分し、地域支援事業担当者分に限定した職員数をご回答ください。

※基幹型地域包括支援センターとは、センターのうち、地域の中で基幹的な役割を担い、センター間の総合調整や地域ケア会議等の後方支援などの機能を有するものです。

※課内に基幹型地域包括支援センターを設置している場合は、「一般行政職」「技術職」欄の方に、それぞれの人数を記載していただき、「【基幹型】地域包括支援センター職員」欄は、「0」人としてください。

※地域包括支援センターの職員数は、委託・直営に関わらず、基幹型についてのみご回答ください。

【地域包括ケアシステムに関する取組の進捗状況・外部支援資源の活用状況について】

問2 貴市区町村の地域包括ケアシステムの構築にかかる次の(1)～(10)の分野について、取組の状況や支援の必要性、課題等についてご回答ください。(WEB上では、回答に応じて必要な枝間が表示されます)

【地域包括ケアシステム構築の各分野】

- (1) 住民主体の介護予防活動(体操教室等)の普及
- (2) C型サービス(短期集中予防サービス)の開発と運用
- (3) 住民主体による生活支援体制の推進(協議体・生活支援コーディネーターを含む)
- (4) ケアマネジメントの強化/地域ケア会議の運営
- (5) 入退院支援ツール(連携パス等)の開発
- (6) 在宅医療提供体制の推進
- (7) 認知症初期集中支援チームの構築と運用
- (8) 地域づくりによる認知症者支援
- (9) 地域診断・データ分析
- (10) すまいのあり方

【各分野についてお尋ねする項目】

- a) 取組の進捗状況(平成28年度と平成29年度の状況についてご回答ください)
- b) 各取組において困難を感じる点
- c) 外部の支援資源の活用状況

【外部の支援資源の定義】

※ ここでいう「外部の支援資源」とは、継続的なモデル事業や同一人物又は同一団体によるアドバイザーの定期的な派遣、ワークショップ等であり、単発の講演会講師等は除きます。

※ 外部の支援資源のイメージ

・厚生労働省(本省)	・中間支援組織
・地方厚生局・支局	・都道府県内の大学/大学病院
・都道府県	・都道府県外の大学/大学病院
・保健所	・公的な研究機関
・市区町村内のサービス事業者	・調査会社、コンサルティング会社/等
・市区町村外のサービス事業者	

(1) 住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況についてご回答ください）（一つを選択）

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点（複数選択可）

1. 政策意図の理解
2. 既存の取組・活動との整理
3. 全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成
4. 予算の確保における財政部門との調整
5. 要綱等の作成や補助の設計
6. 住民に対する動機づけの方法やノウハウ
7. その他（ ）
8. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況（一つを選択）

1. 活用している／活用が予定されている（c-①へ）
2. 活用していない（c-②へ）

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している／活用が予定されている」を選択してください。

c)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか（予定ですか）。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業（具体的な機関名： ）
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な機関名： ）
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な団体名： ）
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

c)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）
10. 特に活用の希望はない

(2) C型サービス（短期集中予防サービス）の開発と運用

a) 取組の進捗状況（平成28年度と平成29年度の状況についてご回答ください）（一つを選択）

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点（複数選択可）

1. 政策意図の理解
2. 既存の取組・活動との整理
3. 全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成
4. 予算の確保における財政部門との調整
5. 要綱等の作成や委託金額の設計
6. 専門職や団体との調整
7. 具体的な取組のノウハウの不足
8. 実施のための専門職・事業者の確保
9. その他（ ）
10. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況（一つを選択）

1. 活用している／活用が予定されている（c-①へ）
2. 活用していない（c-②へ）

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している／活用が予定されている」を選択してください。

C)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか（予定ですか）。※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業（具体的な機関名： ）
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な機関名： ）
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な団体名： ）
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

C)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）
10. 特に活用の希望はない

(3) 住民主体による生活支援体制の推進（協議体・生活支援コーディネーターを含む）

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況についてご回答ください）（一つを選択）

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点（複数選択可）

1. 政策意図の理解
2. 既存の取組・活動との整理
3. 全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成
4. 予算の確保における財政部門との調整
5. 要綱等の作成や補助の設計
6. 住民に対する動機づけの方法やノウハウ
7. その他（ ）
8. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況（一つを選択）

1. 活用している／活用が予定されている（c-①へ）
2. 活用していない（c-②へ）

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している／活用が予定されている」を選択してください。

c)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか（予定ですか）。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な機関名： ）
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な団体名： ）
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

c)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）
10. 特に活用の希望はない

(4) ケアマネジメントの強化／地域ケア会議の運営

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況についてご回答ください）（一つを選択）

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点（複数選択可）

1. 政策意図の理解
2. 全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成
3. 予算の確保における財政部門との調整
4. 専門職や団体との調整
5. 具体的な取組のノウハウの不足
6. 専門職や団体に対する動機づけ、参加要請
7. その他（ ）
8. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況（一つを選択）

1. 活用している／活用が予定されている（c-①へ）
2. 活用していない（c-②へ）

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している／活用が予定されている」を選択してください。

c)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか（予定ですか）。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な機関名： ）
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な団体名： ）
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

c)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）
10. 特に活用の希望はない

(5) 入退院支援ツール（連携パス等）の開発

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況についてご回答ください）（一つを選択）

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点（複数選択可）

1. 政策意図の理解
2. 全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成
3. 予算の確保における財政部門との調整
4. 専門職や団体との調整
5. 具体的な取組のノウハウの不足
6. 専門職や団体に対する動機づけ、参加要請
7. その他（ ）
8. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況（一つを選択）

1. 活用している／活用が予定されている（c-①へ）
2. 活用していない（c-②へ）

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している／活用が予定されている」を選択してください。

c)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか（予定ですか）。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な機関名： ）
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な団体名： ）
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

c)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）
10. 特に活用の希望はない

(6) 在宅医療提供体制の推進

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況についてご回答ください）（一つを選択）

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点（複数選択可）

1. 政策意図の理解
2. 全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成
3. 予算の確保における財政部門との調整
4. 専門職や団体との調整
5. 具体的な取組のノウハウの不足
6. 専門職や団体に対する動機づけ、参加要請
7. その他（ ）
8. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況（一つを選択）

1. 活用している／活用が予定されている（c-①へ）
2. 活用していない（c-②へ）

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している／活用が予定されている」を選択してください。

c)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか（予定ですか）。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な機関名： ）
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な団体名： ）
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

c)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）
10. 特に活用の希望はない

(7) 認知症初期集中支援チームの構築と運用

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況についてご回答ください）（一つを選択）

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点（複数選択可）

1. 政策意図の理解
2. 全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成
3. 予算の確保における財政部門との調整
4. 専門職や団体との調整
5. 具体的な取組のノウハウの不足
6. 専門職や団体に対する動機づけ、参加要請
7. 実施のための専門職・事業者の確保
8. その他（ ）
9. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況（一つを選択）

1. 活用している／活用が予定されている（c-①へ）
2. 活用していない（c-②へ）

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している／活用が予定されている」を選択してください。

c)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか（予定ですか）。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な機関名： ）
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な団体名： ）
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

c)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）
10. 特に活用の希望はない

(8) 地域づくりによる認知症者支援

a) 取組の進捗状況（平成 28 年度と平成 29 年度の状況についてご回答ください）（一つを選択）

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点（複数選択可）

1. 政策意図の理解
2. 既存の取組・活動との整理
3. 全体的な取組の進め方（ロードマップ）の作成
4. 予算の確保における財政部門との調整
5. 住民に対する動機づけの方法やノウハウ
6. その他（ ）
7. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況（一つを選択）

1. 活用している／活用が予定されている（c-①へ）
2. 活用していない（c-②へ）

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している／活用が予定されている」を選択してください。

C)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか（予定ですか）。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な機関名： ）
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣（具体的な団体名： ）
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

C)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。

※複数回答

1. 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学／大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他（ ）
10. 特に活用の希望はない

(9) 地域診断・データ分析

※ここでの地域診断・データ分析は日常生活圏域ニーズ調査等のアンケート集計、報告書作成の範囲を超えて、地域の課題抽出を分析する範囲までの支援を指します。

a) 取組の進捗状況(平成28年度と平成29年度の状況についてご回答ください)(一つを選択)

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点(複数選択可)

1. データの取得・把握
2. データ分析における技術的な側面でのノウハウの欠如
3. 分析結果の解釈と取組への展開
4. 個人情報による情報取得の制約
5. 戦略策定のノウハウの欠如
6. その他()
7. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況(一つを選択)

1. 活用している/活用が予定されている (c-①へ)
2. 活用していない (c-②へ)

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している/活用が予定されている」を選択してください。

c)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか(予定ですか)。

※複数回答

1. 国(厚生労働省、地方厚生局・支局)のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣(具体的な機関名:)
6. 大学/大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣(具体的な団体名:)
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他()

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

c)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。※複数回答

1. 国(厚生労働省、地方厚生局・支局)のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学/大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他()
10. 特に活用の希望はない

(10) すまいのあり方

a) 取組の進捗状況(平成28年度と平成29年度の状況についてご回答ください)(一つを選択)

1. 取組中
2. 取組はないが検討中
3. 取組の予定はない

b) 取組において困難を感じる点(複数選択可)

1. 政策意図の理解
2. 全体的なロードマップ(進め方)の作成
3. 住まいについてマネジメントするための権限や施策の欠如
4. 住まいに関するデータの不足
5. 住民のニーズ把握
6. その他()
7. 特に困難を感じる点はない

c) 外部の支援資源の活用状況(一つを選択)

1. 活用している/活用が予定されている (c-①へ)
2. 活用していない (c-②へ)

※具体的な支援が始まっていない場合でも、外部からの支援が内定している場合などは、「1. 活用している/活用が予定されている」を選択してください。

c)-① 具体的にどのような外部の支援資源を活用していますか(予定ですか)。

※複数回答

1. 国(厚生労働省、地方厚生局・支局)のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣(具体的な機関名:)
6. 大学/大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣(具体的な団体名:)
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他()

※都道府県のモデル事業・補助事業で中間支援組織からアドバイザー派遣を受けている場合は「2.」と「7.」を選択してください。

c)-② 今後、どのような外部の支援資源の活用の希望がありますか。現段階で具体的な活用予定や想定先がなくても、興味のあるものをご回答ください。

※複数回答

1. 国(厚生労働省、地方厚生局・支局)のモデル事業・補助事業
2. 都道府県のモデル事業・補助事業
3. 保健所からの定期的な助言
4. 公的研究機関のモデル事業・補助事業
5. 公的研究機関からの定期的なアドバイザー派遣
6. 大学/大学病院からの定期的なアドバイザー派遣
7. 中間支援組織からの定期的なアドバイザー派遣
8. コンサルティング会社からの定期的な助言
9. その他()
10. 特に活用の希望はない

【都道府県・国（厚生労働省、地方厚生局・支局）による支援に対する期待と課題について】

問4 都道府県による支援に対する課題についてお答えください。（複数選択可）

1. 単発の支援で継続性に欠ける
2. 支援内容が一般論で具体性に欠ける
3. 支援内容が市区町村の方針に合わない
4. 支援の効果が期待できない
5. 支援期間があらかじめ定められている
6. 支援に参加する際の旅費・交通費等が支弁できない
7. 市区町村の財政部門の理解が得られない
8. その他（)

問4 国（厚生労働省、地方厚生局・支局）による支援に対する課題についてお答えください。（複数選択可）

1. 単発の支援で継続性に欠ける
2. 支援内容が一般論で具体性に欠ける
3. 支援内容が市区町村の方針に合わない
4. 支援の効果が期待できない
5. 支援期間があらかじめ定められている
6. 支援に参加する際の旅費・交通費等が支弁できない
7. 市区町村の財政部門の理解が得られない
8. その他（)

○貴市区町村職員のセミナー、シンポジウム、研修会等への発表等の状況について

問5 過去2年間（平成28年度と平成29年度）において、貴市区町村の職員がセミナー、シンポジウム、研修会等へ発表者・講師を受けたことがありますか。（一つを選択）

1. ある 2. ない

問5-1 問5で「1. ある」と答えた方にお伺いします。そのテーマと発表者・講師を受けた地域についてご回答ください。

テーマ (複数選択可)	発表者・講師を受けた地域 (複数選択可)
1. 住民主体の介護予防活動（体操教室等）の普及 2. C型サービス（短期集中予防サービス）の開発と運用 3. 住民主体による生活支援体制の推進（協議体・生活支援コーディネーターを含む） 4. 地域ケア会議／ケアマネジメントの強化 5. 入退院支援ツール（連携パス等）の開発 6. 在宅医療提供体制の推進 7. 認知症初期集中支援チーム 8. 地域づくりによる認知症者支援 9. 地域診断／戦略策定／データ分析 10. 住まいのあり方 11. その他（ ）	1. 都道府県内 2. 都道府県外 3. 地方単位（地方厚生局・支局単位での開催を含む） 4. 全国レベル（厚生労働省主催を含む） 5. その他（ ）

○今後の貴市区町村職員のセミナー、シンポジウム、研修会等への発表等に対する考え

問6 今後、厚生労働省や都道府県等に貴市区町村の職員を他市区町村においてセミナー、シンポジウム、研修会等への発表等をするを求められた場合に対するお考えについてお答えください。（一つを選択）

1. 積極的に受けてもよい 2. どちらかといえば受けてもよい 3. どちらかといえば受けたくない 4. 受けたくない 5. わからない
--

問6-1 問6において「1. 積極的に受けてもよい」、「2. どちらかといえば受けてもよい」を選択した方にお伺いします。受けてもよいと考える理由は何ですか。（複数回答可）

1. ネットワークを広げる機会となるから
2. 市区町村の取組を周知できる（評価される）機会だから
3. 他の市区町村の取組等を知ることができるから
4. 市区町村の取組の改善点のヒントが得られるから
5. 職員のモチベーションが高まるから
6. その他（)

問6-2 問6において「3. どちらかといえば受けたくない」、「4. 受けたくない」を選択した方にお伺いします。受けたくないと考える理由は何ですか。

（複数回答可）

1. 受けるメリットが感じられないから
2. 問い合わせ、視察等が増えて受け入れ負担が大きくなるから
3. 発表・報告できる水準の取組と考えていないから
4. 業務に支障が出るから
5. その他（)

ご協力まことにありがとうございました。以上で、質問は終わりです
平成30年2月22日（木）までに、ページ下の「送信する」ボタンを押して回答を
送信してください

<資料②：ヒアリング、検討会における参考資料>

- ・ 地域包括ケア推進のために宮崎県庁がしてきたこと（宮崎県）



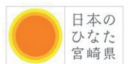
地域包括ケア推進のために 宮崎県庁がしてきたこと

平成29年 11月 21日

宮崎県 長寿介護課

医療・介護連携推進室

主幹(地域包括ケア推進担当) 甲斐慎一郎



宮崎県 長寿介護課 **医療・介護連携推進室**

- 平成27年4月発足
増員**3名**(職員**2名**＋市町村からの研修生**1名**)
- 医療・介護連携推進室
室長 ┌ **地域包括ケア推進担当**(4人)
├ リーダー**1**、医療介護連携**1**、予防・ケア会議**1**、認知症対策**1**
└ **介護保険指導担当**(3人)

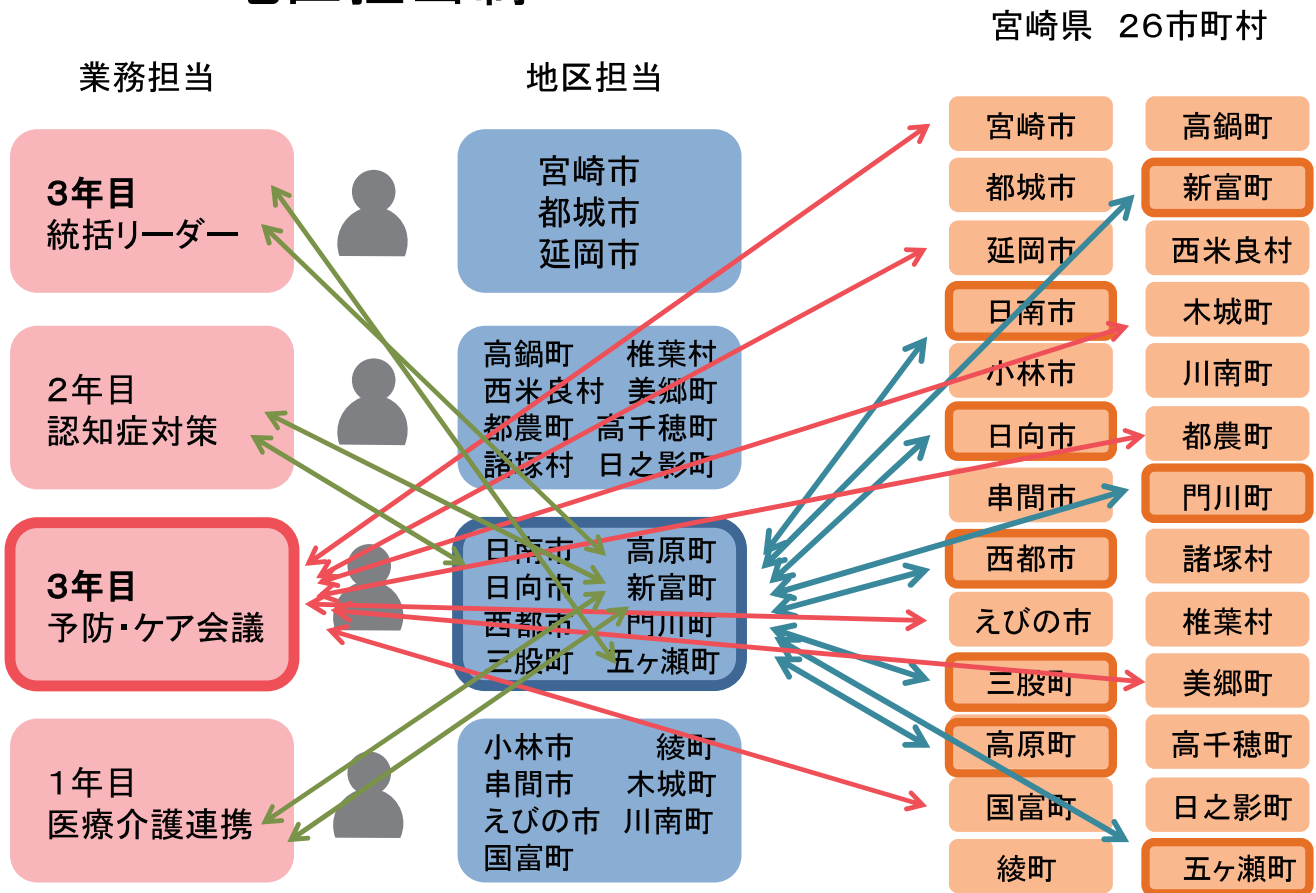
	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
意見交換		4-5月: 26市町村訪問	10月: 8保健所単位 (飲み会付)	地区担当制
研修会		7回開催 講義・GW形式	14回開催 先進地講師	7~8回 ネットワーク化
ツアコン		1月:ケア会議 (杵築市・国東市)	5月:ケア会議 (和光市)	医療介護連携 (釜石市)
モデル事業	(国)通いの場 3市	(国)通いの場 5市町 (国)退院ルール 1圏域	(国)通いの場 4市町 (県)退院ルール 2圏域 (県)ケア会議 5市町	(県)退院ルール 5圏域 (県)ケア会議 11市町

3

モデル事業の仕掛け方



地区担当制



5

地区担当制について

メリット

- ・ チーム内の情報交換量アップ
- ・ 市町村との情報交換量アップ
→ 業務をこえた横連携の可能性アップ
- ・ 担当市町村への深い愛情

デメリット？

- ・ とにかく現地支援でワタワタ忙しい
- ・ 出張が多い (1人平均 100回/年)

地区担当制の意義 (最近気がついた)

やる気のある子を
伸ばす！

やる気のない子も
見捨てない！

Miyazaki
Integrated Community Care System



7

宮崎県庁のスタンス

- 平等 ...ではなく、超えこひいき
- 支援 ...ではなく、マネジメント
- サポーター ...ではなく、コンサルタント

...ぐらいやらないと、現場をもたない県庁は市町村のジャマになるだけ

モデル事業1) 介護予防に資する住民運営の通いの場展開状況(週1回以上)

		箇所数						合計
		H23	H24	H25	H26	H27	H28	
1	宮崎市						20	20
2	都城市				25	57	53	135
3	延岡市					3	61	64
4	日南市						2	2
5	小林市				1	7	0	8
6	日向市					5	17	22
7	串間市					2	15	17
8	西都市					2	4	6
9	えびの市				7	21	19	47
10	三股町						5	5
11	高原町						3	3
12	国富町						0	0
13	綾町					1	8	9
14	高鍋町					1	2	3
15	新富町					5	20	25
16	西米良村						0	0
17	木城町					4	4	8
18	川南町					3	3	6
19	都農町						4	4
20	門川町	10	3	3	5	14	3	38
21	諸塚村						0	0
22	椎葉村						0	0
23	美郷町					12	43	55
24	高千穂町						0	0
25	日之影町					2	1	3
26	五ヶ瀬町						0	0
合計		10	3	3	38	139	287	480

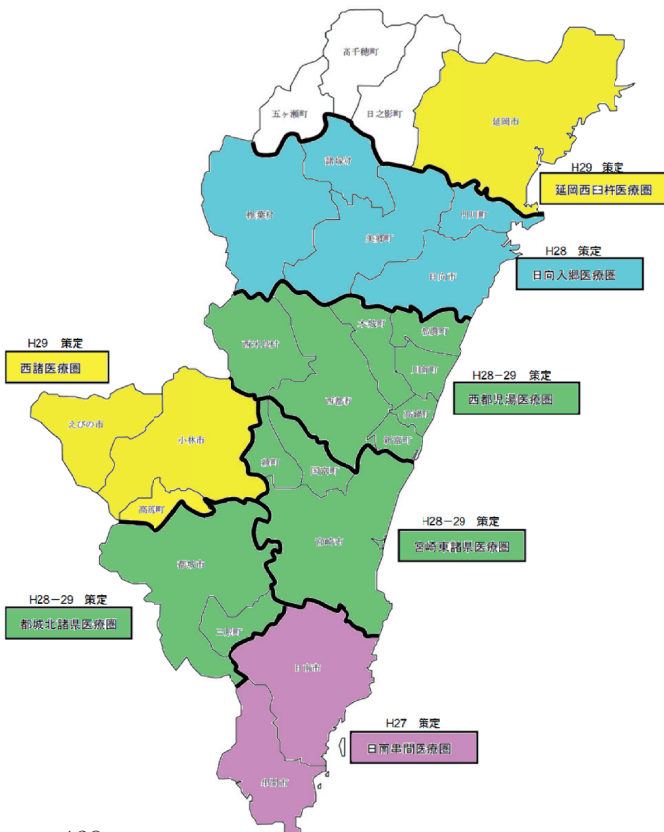
H29.7.1		65歳以上人口(実数)	目標値 (65歳以上人口の1割)	65歳以上参加率
箇所数	実人員			
20	368	101,204	10,120	0.4%
158	3,445	47,944	4,794	7.2%
101	1,576	39,058	3,906	4.0%
6	138	18,878	1,888	0.7%
8	200	15,624	1,562	1.3%
29	473	17,841	1,784	2.7%
21	225	7,279	728	3.1%
9	126	10,302	1,030	1.2%
49	1,117	7,590	759	14.7%
9	129	6,526	653	2.0%
8	114	3,433	343	3.3%
0	0	6,436	644	0.0%
9	100	2,360	236	4.2%
10	138	6,205	621	2.2%
28	427	4,725	473	9.0%
0	0	482	48	0.0%
9	158	1,761	176	9.0%
9	148	5,021	502	2.9%
5	128	3,603	360	3.6%
38	549	5,476	548	10.0%
0	0	716	72	0.0%
0	0	1,171	117	0.0%
57	638	2,665	267	23.9%
0	0	4,909	491	0.0%
3	39	1,671	167	2.3%
0	0	1,476	148	0.0%
586	10,236	324,356	32,436	3.2%

金
銀
銅
銅
金

銀
銅
金

モデル事業2) 入退院調整ルールづくり

(図) 宮崎県の二次医療圏域図



※策定済・稼働中

- 日南串間医療圏 (27年度策定、28年度～運用)
 - ・平成27年度策定 (協議 計11回、延べ626名参加)
 - ・平成28年度～運用
- 日向入郷医療圏 (28年度策定、29年度～運用)
 - ・平成28年度策定 (協議計9回、717名参加)

※策定作業中

- 都城北諸医療圏 (平成28～29年度策定)
 - ・ケアマネ協議 2回、病院協議 2回、合同協議 1回済
- 西都児湯医療圏 (平成28～29年度策定)
 - ・ケアマネアンケート実施済
- 宮崎東諸県医療圏 (平成28～29年度策定)
 - ・ケアマネアンケート実施済

- 延岡市 (平成29年度策定)
 - ・ケアマネ協議 1回、病院協議 1回、合同協議 1回済
- 西諸医療圏 (平成29年度策定)
 - ・ケアマネ協議 1回、病院協議 1回済

※策定準備中

- 西白杵3町

モデル事業3) 自立支援型地域ケア会議



H28年度	H29年度(予定)	H30年度
モデル市町村による実践(5市町) トップセミナー ■参加者数 36名 ■対象 知事・副知事・市町村長 講演会 ■実施回数 4回 ■参加者数 520名 ■内容 講演・直接指導 現地支援研修 (コーディネーター養成研修) ■実施回数 5回 ■参加者数 1,099名 ■内容 講演・直接指導 自立支援型ケアマネジメント研修 ■参加者数 104名 ■内容 講演・演習・模擬ケア会議 専門職の派遣(調整のみ) ■専門職数 5職種 (11月~3月) ■開催数 28回 ■派遣人数 97名	H28 モデル市町村の継続実施(3市町:都城市、日向市、五ヶ瀬町) H29 新規モデル市町村の実施(8市町村) 講演会 ■実施回数 1回(8/11) ■内容 講演・ケア会議直接指導 自立支援型ケアマネジメント研修 ■参加者数 179名 ■内容 講演・演習・模擬ケア会議 ■市町村、包括支援センター その他支援等 ■モデル市町村報告会 ■和光市地域ケア会議視察研修 ■県担当者によるケア会議支援 その他の市町村(15市町村) ■上記、自立支援型ケアマネジメント研修 ■上記、講演会 の参加	県内全ての市町村で 自立支援型地域ケア会議開催 現地支援研修 (コーディネーター養成研修) ■保険者のコーディネーター力向上を目的とした研修会 ①継続モデル市町村に対して7回 ②新規モデル市町村に対して1回 ※実際にモデル市町村の事例を用いてケア会議を開催 専門職の派遣(調整のみ) ■専門職数 6職種 モデル市町村を優先的に県の派遣調整のもとケア会議へ派遣
専門職団体への研修 ■助言者スキル向上に向けた研修会の開催 ■H29年度以降はOT・PT・ST向け、歯科・管理栄養・薬剤師向けに団体別研修会を開催		



平成28年度 自立支援型地域ケア会議推進モデル事業実績

	日時	対象者	研修内容	参加人数	全市町村	モデル市町村
1回目	4月	知事・副知事・県幹部職員 市町村長	トップセミナー	36名	◎	
		市町村、包括支援センター 保健所・リハ職能団体	市町村担当者向け介護保険セミナー	102名	◎	
2回目	5月	市町村、包括支援センター リハ職能団体	大分県先進地視察研修(15市町村、4職能団体)	50名	◎	
3回目	5月	市町村、包括支援センター 保健所・リハ職能団体	自立支援型地域ケア会議について 自立支援型地域ケア会議に取り組むモデル市町村募集	95名	◎	
4回目	8月	市町村、包括支援センター	市町村担当者向け介護保険セミナー	98名	◎	
5回目	8月	市町村、包括支援センター リハ職能団体	大分県先進地視察研修(4市町村、4職能団体)	52名		◎
6回目	10月	介護保険事業所・市町村 包括支援センター・リハ職能団体	事業所向け介護保険講演会 模擬ケア会議	225名		◎
7回目	11月	市町村、包括支援センター リハ職能団体	地域ケア会議現地支援(モデル市町村の事例でケア会議)	217名		◎
8回目	12月	市町村、包括支援センター リハ職能団体	地域ケア会議現地支援(モデル市町村の事例でケア会議)	206名		◎
9回目	12月	市町村、包括支援センター リハ職能団体	和光市先進地視察研修(3市町村、2職能団体)	16名		◎
10回目	1月	市町村、包括支援センター リハ職能団体	地域ケア会議現地支援(モデル市町村の事例でケア会議)	85名		◎
11回目	1月	市町村、包括支援センター	自立支援型ケアマネジメント研修会	104名	◎	
12回目	2月	市町村、包括支援センター リハ職能団体	地域ケア会議現地支援(モデル市町村の事例でケア会議)	427名		◎
13回目	3月	市町村、包括支援センター リハ職能団体	地域ケア会議現地支援(モデル市町村の事例でケア会議)	164名	◎	
			合計	1,877名		

H28年度 モデル事業以外で県が実施(委託・補助含む)した研修会

テーマ	事業名	研修対象者	延べ参加者数
地域包括ケア	市町村職員等研修会	市町村・包括・生活支援C 等	1,051
医療介護連携	在宅医療と救急医療の連絡協議会	医師	951
	在宅医療従事者研修会	医師、多職種	3,321
	入退院調整ルール策定に向けた研修会	市町村、保健所	1,104
	在宅医療介護連携研修会	市民 等	1,698
認知症	疾患医療センター運営事業	かかりつけ医、市民	1,900
	認知症地域医療支援事業	サポート医、その他医療従事者	392
	認知症介護研修事業	介護事業所職員	741
地域ケア会議	地域のちから介護予防事業	市町村・包括、リハ職等	1,270
生活支援	地域のちから介護予防事業	市民等	404
			12,832

13

平成29年度 甲斐による講演・講義・事例発表 等

	日程	内容	時間	参加者数
1	4/24	市町村係長研修会	25	81
2	4/25	新任担当者研修会	45	61
3	4/26	三重県四日市市議会視察	45	8
4	4/27	新部次長向け	50	5
5	5/9	宮崎市介護保険課	60	20
6	5/15	全国在宅医療介護連携推進研修フォーラム	20	104
7	5/26	特老県北ブロック施設長研修会	60	43
8	5/29	新副知事向け	60	3
9	6/6	高等学校家庭部会	60	80
10	6/28	県内保健所・医療計画担当課長	20	12
11	6/29	都城市介護保険課職員研修①	60	20
12	6/29	都城市介護保険課職員研修②	60	12
13	6/30	ケアマネ更新研修・専門Ⅰ	180	106
14	6/30	西米良村研修会	60	35
15	7/3	ケアマネ更新研修・専門Ⅰ	180	40
16	7/3	高鍋町研修会	60	20
17	7/5	延岡市健康福祉部勉強会	60	80
18	7/7	日南地域包括ケア塾(懇親会・泊)	60	60
19	7/12	小林保健所栄養士勉強会	60	38
20	7/13	宮崎市歯科推進協議会	60	39
21	7/14	都城市職員研修・宮大実習	60	138
22	7/25	都農町研修会	60	33
23	7/26	ケアマネ更新研修・主任	240	160
24	7/30	社会福祉士会	60	99
25	7/31	宮崎看護専門学校	60	120
26	8/12	プライマリーケア研究会	30	54
27	8/16	主任ケアマネ研修・新規	120	36
28	8/29	老人福祉協議会(社協・井上)	60	108
29	9/4	ケアマネ更新研修・専門Ⅱ	240	193
30	9/5	ケアマネ更新研修・専門Ⅱ	240	161

	日程	内容	時間	参加者数
31	10/31	日向市二役向け研修	90	74
32	11/13	小林講演(自立支援)	90	92
33	11/14	延岡保健所・栄養士向け	90	48
34	11/15	門川町職員研修①	90	50
35	11/15	門川町職員研修②	90	42
36	11/21	イノベーションフォーラム	15	
37	11/29	ケアマネ協会研修会	90	
38	12/9	ごちゃまぜIPE	60	
39	12/20	串間市包括・居宅向け研修会	80	
40	12/21	市保健職員スキルアップ研修	90	
41	1/22	えびの市はつらつサポーター向け講演	90	
42	1/25	病院局講演	90	
43	1/28	県看護協会研修会	150	
44	2/2	在宅事業所(制度改正)	80	
45	2/3	ケアマネ更新研修・実務	180	
46	2/4	ケアマネ更新研修・実務	180	
47	2/12	病院薬剤師研修会	90	
48	3/4	老人デイケア研究大会	60	

総参加者数 2,275

市町村・包括支援センター職員研修会



【モデル事業】入退院ルールづくり



地域包括ケアは地域の人たちがつくっていく

在宅医療介護連携研修 研究会



【モデル事業】地域ケア会議



宮崎県
地域包括ケアチーム
(チームMICCS)

リーダー
甲斐慎一郎

主査
大岩根 綾

主任技師
與那嶺佑樹

主事(日南市から出向)
山下 智代

主事(日南市)
中田 歩
(H27-28在籍)



平成 29 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

地域包括ケアシステムの構築を推進するための
広域的なアドバイザーのあり方に関する調査研究事業
報告書

平成 30 (2018) 年 3 月

発行 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 社会政策部

住所 〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2 オランダヒルズ森タワー

電話：03-6733-1024

FAX：03-6733-1028