

資料編

○市町村・保険者セミナー資料

地域支援事業の連動性	79 ページ
自治体の実践報告 ①大阪府寝屋川市	99 ページ
自治体の実践報告 ②石川県能美市	115 ページ

地域支援事業の連動性

成果が見える地域支援事業への突破口 －インセンティブ交付金が求める「連動性」とは？－

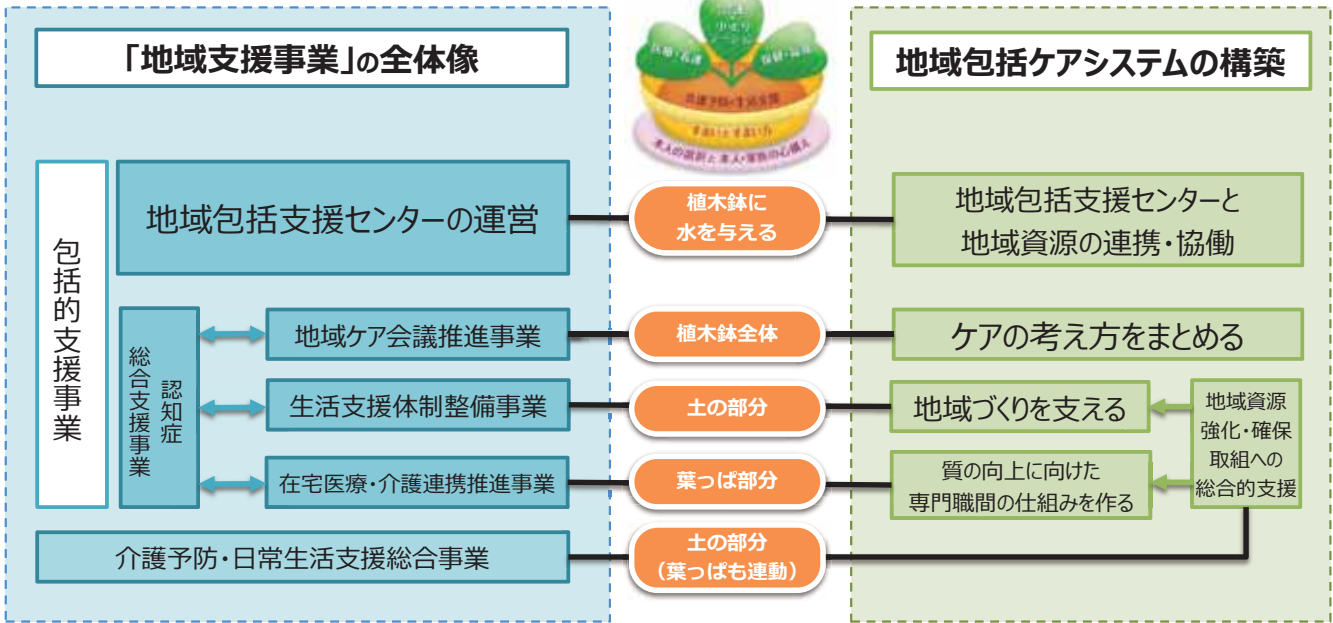
社会政策部長／上席主任研究員
岩名 礼介

三菱UFJリサーチ&コンサルティング



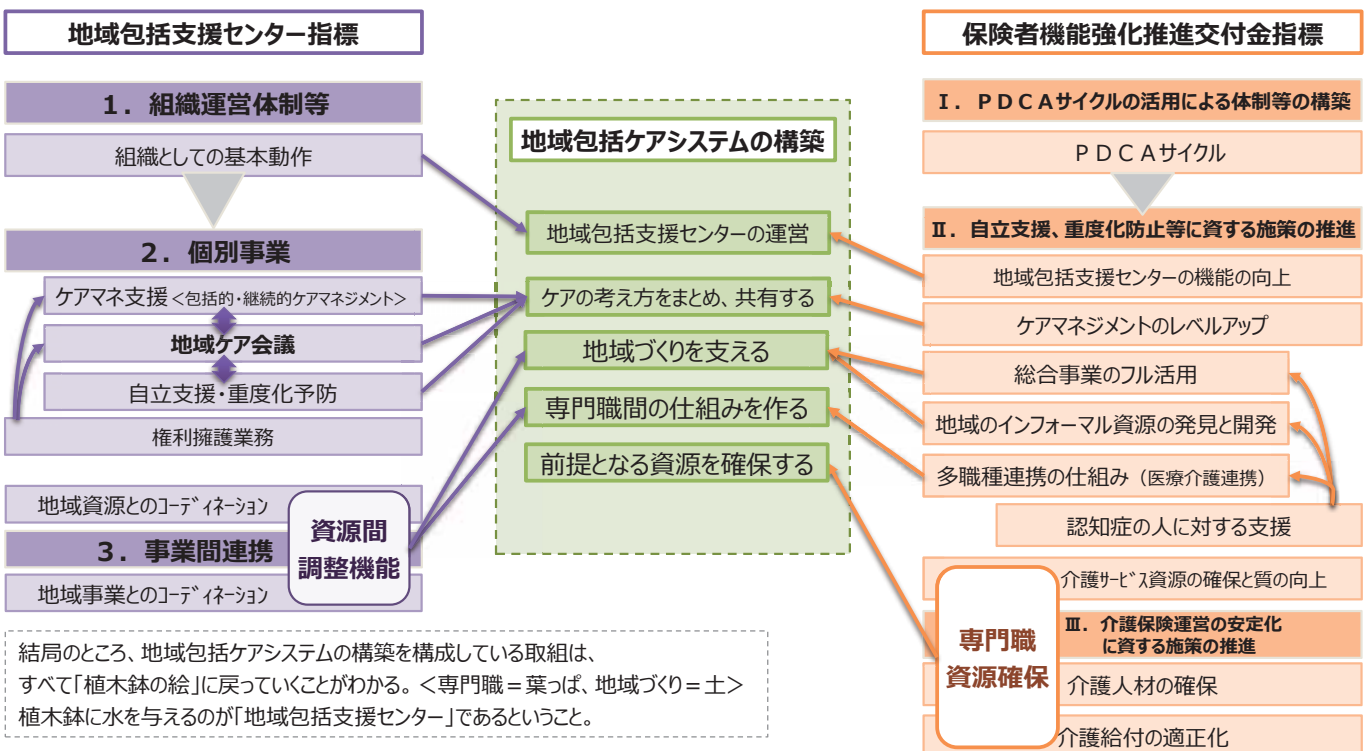
インセンティブ交付金と地域包括支援センター指標 からみる地域支援事業

地域支援事業とは：本調査研究事業における地域支援事業の範囲



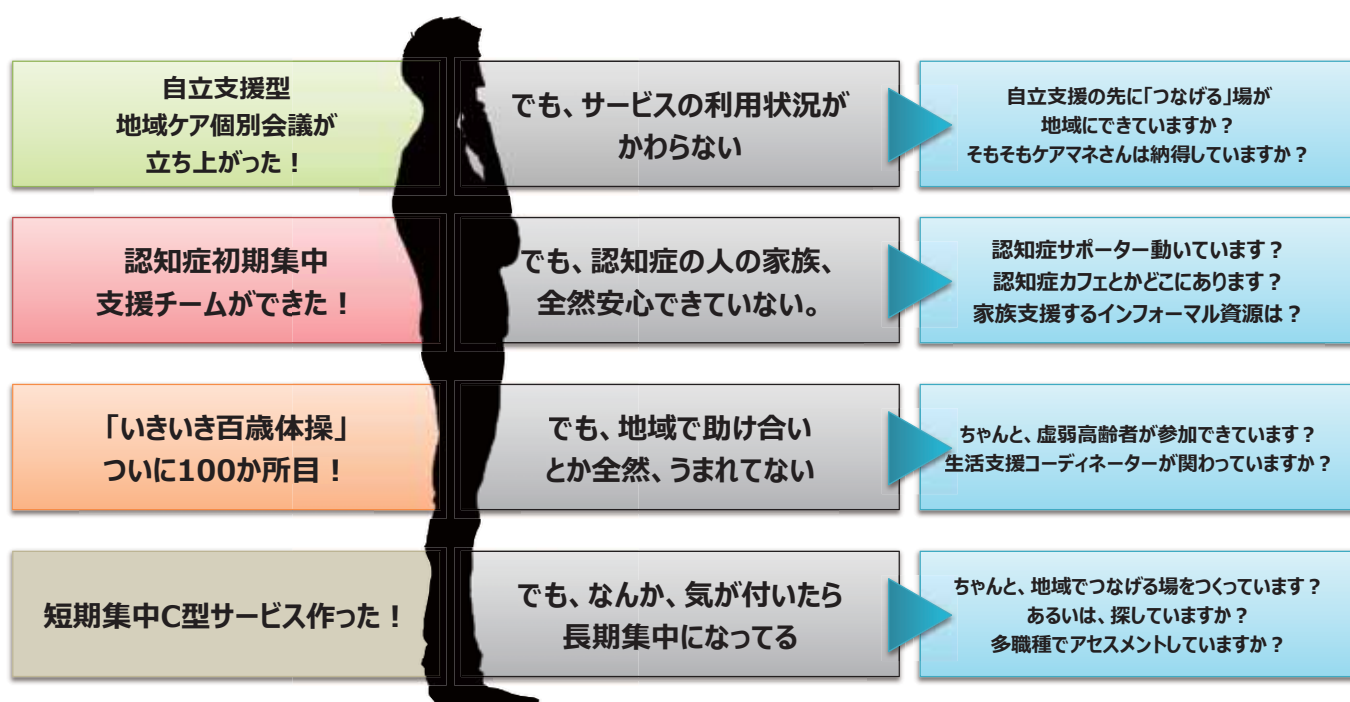
【本事業における「地域支援事業」の定義】 地域支援事業のうち、介護予防・日常生活支援総合事業に加え、包括的支援事業の一部である「生活支援体制整備事業」「在宅医療・介護連携推進事業」「地域ケア会議推進事業」「認知症総合支援事業」を指す。なお、本来の地域支援事業には、これらに加え、「総合相談支援業務」「権利擁護業務」「包括的・継続的ケアマネジメント業務」「介護予防ケアマネジメント業務」「任意事業」がある。

地域包括ケアシステムと「インセンティブ交付金」「地域包括支援センター指標」



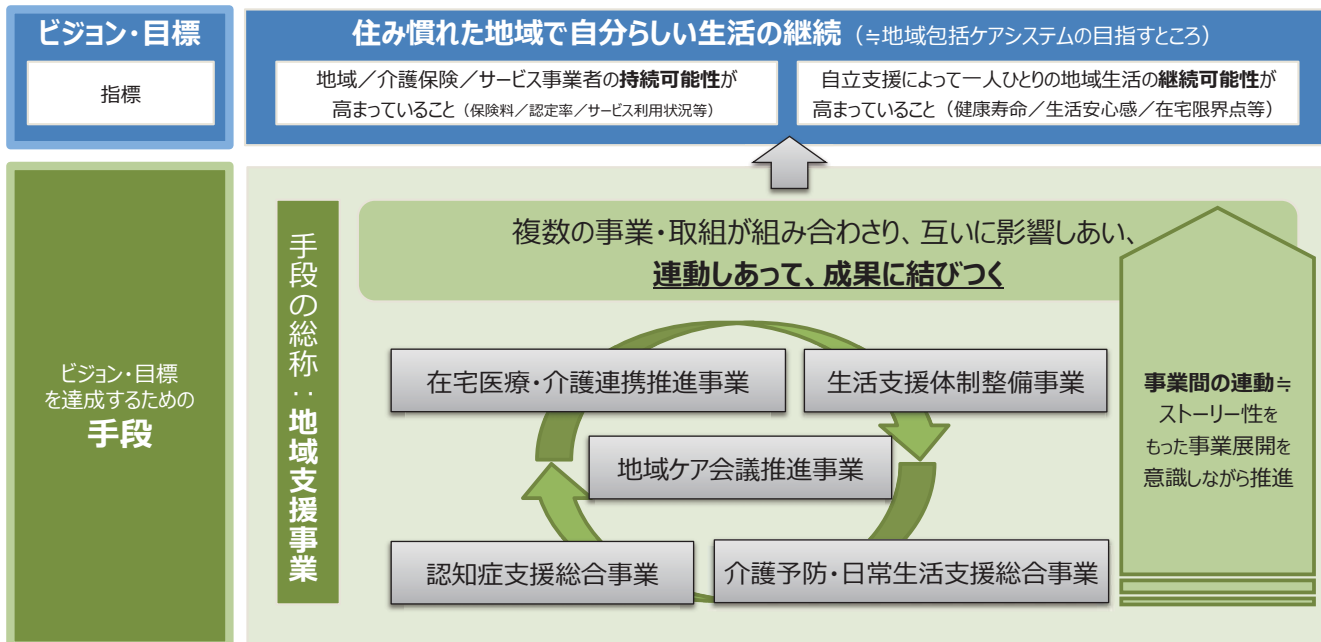
目指す成果と地域支援事業の連動性

連動性がないと、どうなるのか？



地域支援事業の「成果」とは何か？

- ・「成果」が何かを意識しないと、適切な事業運営は不可能。逆に、成果が出ない方法は、考え直す必要がある。
- ・いずれも単体の事業だけで、ビジョンや目標を達成することはなく、複数の事業が組み合わせたり、連動したりすることで目標に近づいていく。

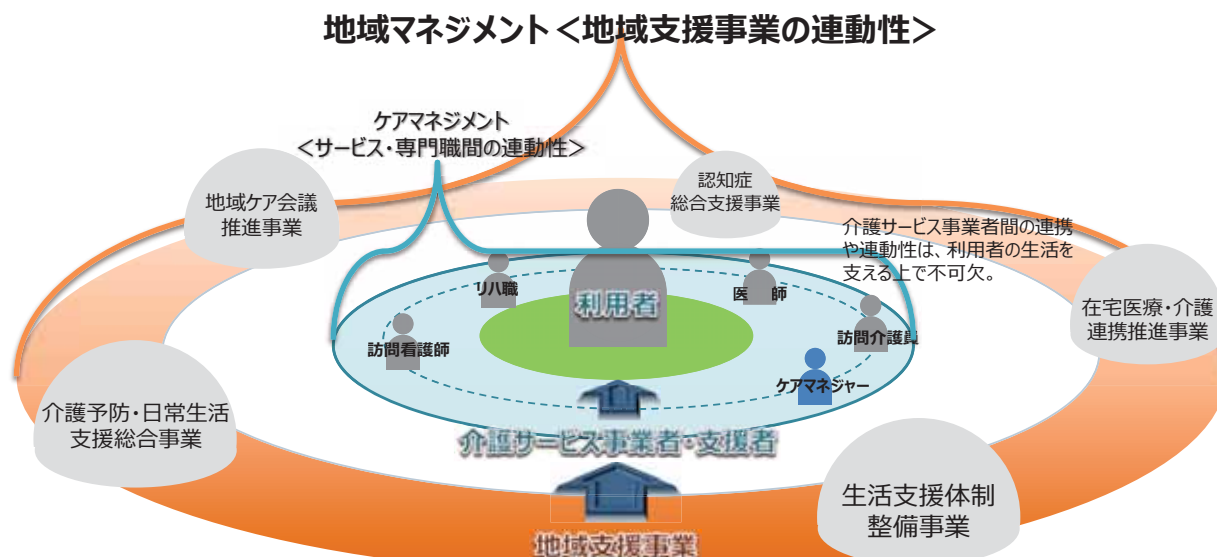


・ 矢印の繋がり、イメージであり、実際には様々な組み合わせ、連動が考えられる。

なぜ連動性なのか？

■ ケアマネジメントと同様に地域支援事業でも「連携・連動」が必要

- ・ 個々の利用者へのケアマネジメント（マイクロレベルの支援）が効果的に自立支援を促すためには、地域の様々な専門職が、**ケアの目標を共有し、それぞれの専門職が、連動（連携）しながらケアを提供**していく。
- ・ 同様に、地域支援事業（マクロレベルの支援）も「住み慣れた地域で人生の最終段階まで自分らしく生活する」という**目標を共有し、それぞれの事業が、連動（連携）しながら地域の仕組みを構築**していく。



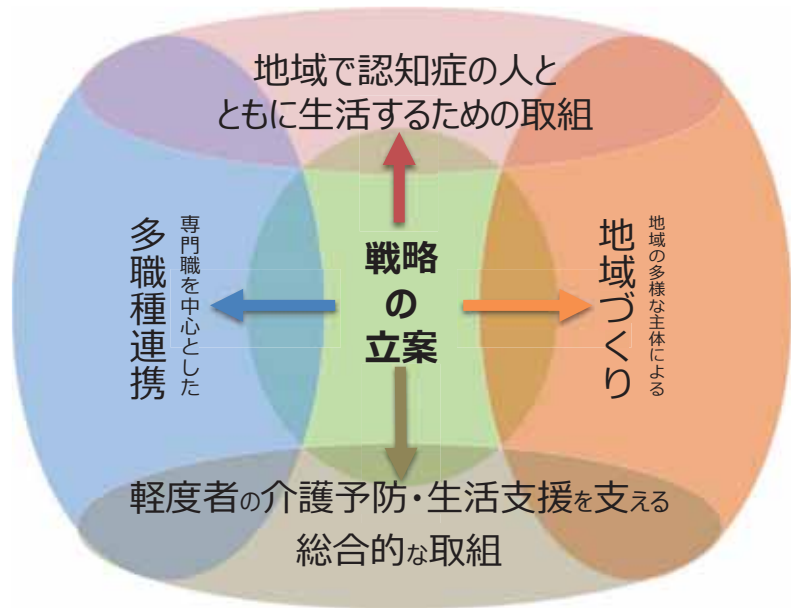
そもそも地域包括ケアシステムの構成要素は？

■ 地域支援事業の連動性とは何か

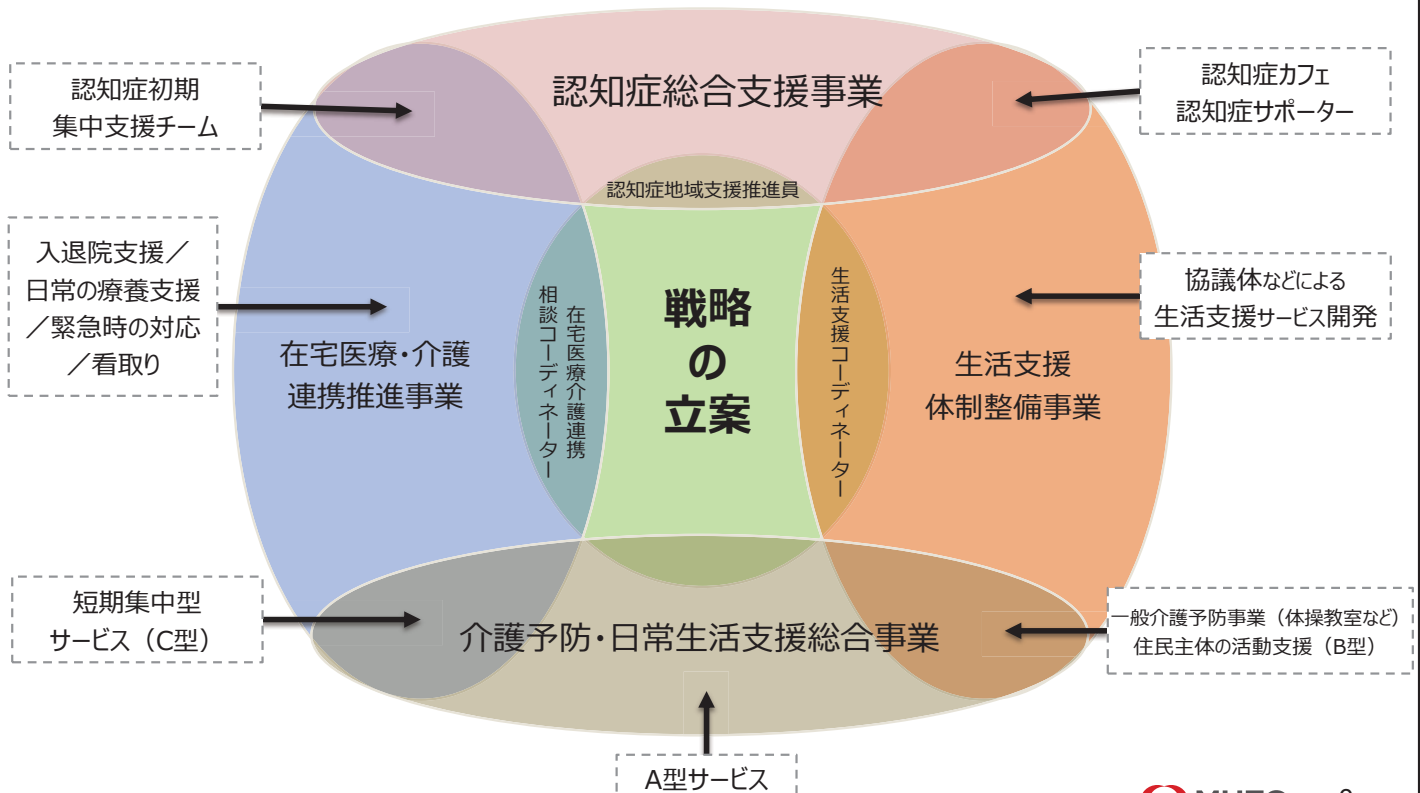
- 地域支援事業は地域包括ケアシステムの構築を推進するための事業であり、住み慣れた地域にできる限り自分らしく人生の最終段階まで生活するための地域の仕組みを構築するという点で、すべて**目的を同じくする**ものである。
- 逆に、目的の達成には、それぞれの**事業・取組を組み合わせ**て成果に近づいていくことが不可欠。つまり**事業間の連動性**が必要だ。単体の事業だけで目的に近づくことはできない。

■ 戦略の立案が一番大切

- そのためには、個別事業の設計をする前に、全体の戦略が＝成果にむけたストーリーが重要だ。このストーリーを立案するためには、目標の達成を阻害している原因を理解し、「どうやってゴールに向かっていくのか？」という基本的なストーリー（シナリオ）を書くことがポイント。
- 地域支援事業に用意された各種の事業は、それ自身が目的ではなく、あくまでも最終的に設定している目標に到達するために活用するツールである。
- 多くの地域で、これらのツールを活用することが有効であるが、すでに地域支援事業以外の取組によって成果が得られている場合は、地域支援事業の実施にこだわる必要はないだろう。



地域支援事業に落とし込むと ～大切なことは「重なりしろ」の部分にある

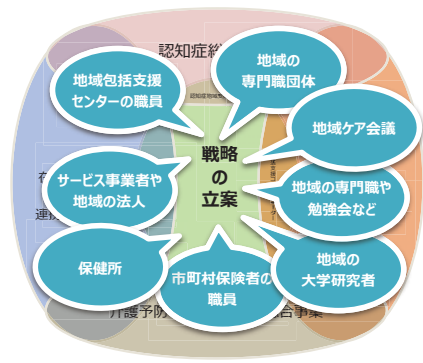


戦略立案は誰がする？

戦略立案は誰がする？

■地域のすべての人に可能性が

- 「戦略の立案」を誰が担うのかは、それぞれの地域によって異なる。個人だけでなく、事業者や組織、団体などがその中核的な役割を担うこともある。
- 行政外の関係者が中心的な役割を担う場合でも、行政は、「話し合いの場」＝戦略立案の場を設定することが期待されている。



地域ケア会議が戦略立案できるのか？

■地域ケア会議は練度を高める時間が必要

- 地域ケア個別会議に参加する専門職が慣れ、地域課題の抽出につながるまでは一定の時間が必要。戦略の立案までは相当の時間が必要。

■地域ケア会議は学びの場、戦略の立案は別主体でも可能

- むしろ戦略立案は、地域のキーパーソンや包括職員内での勉強会や、あるいは自治体の専門職の主導で、これまでの個別対応の経験を生かして、地域課題の整理を進めればよい。地域ケア会議は学びの場やヒントを得るための場と割り切り、別方法で戦略を考える方がうまくいく場合も（寝屋川市など）。



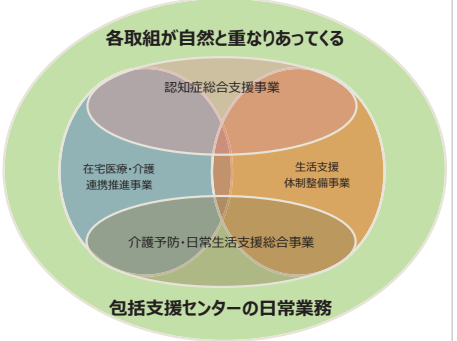
小規模自治体の強みを生かす

■小規模自治体では、日常業務が戦略立案に

- 人口規模の小さい自治体では、地域包括支援センターが1か所のみ地域も多く、こうした地域では、地域関係者の数も限られており、日常業務における相談対応などを積み上げていくことで戦略の立案につながることも。

■センター機能の充実で同様の機能を得ることも

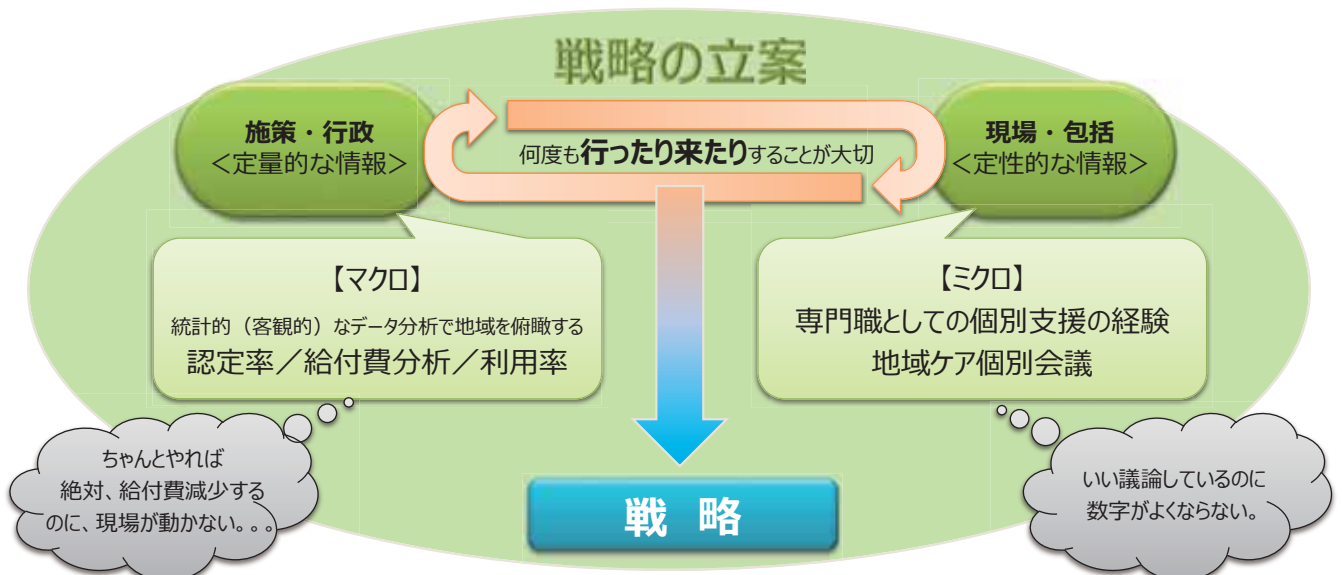
- また、小規模自治体では、センターに子供、障害者など対象を超えた対応体制を構築することで、自然と縦割りを排した体制となり、多様な視点から、その地域の「ケアの考え方」を整理していくことも可能になる。



戦略はどう生まれるのか？

■マクロとミクロを行ったり来たり

- 着任するなり「最初から戦略が立案できる」という人はいない。多くのキーパーソンは、**個別支援の事例（ミクロ）**と**地域全体の改善（マクロ）**を「行き来」しながら、試行錯誤して、解決に向けたシナリオを作成している。
- ミクロの情報や体験を得る場としては「地域ケア個別会議」が、またマクロの情報を得るには、KDBや「見える化」システム、要介護認定データ、レセプトデータなど保険者が所有するデータを活用して指標化することも。



対象者ごとに取り組むべきテーマを決めて最も有効な作戦を考える

軽度者支援は地域中心、そこに専門職が関わる

認知症の人も専門職と地域で支える

多職種連携の仕組みづくり



■軽度者支援は地域中心に専門職がサポート

・軽度者の支援は地域中心が原則。整備事業や総合事業を活用しつつ、いかに住民の動機付けができるかがポイント。C型や通いの場づくりを通じて、生活支援までの連動性を視野に入れる。

■専門職がどのように関わるかが戦略のポイント

・地域の限られた専門職資源をいかにうまく活用しながら取り組むかが大きなポイント。張り付き型の支援ではなく、ワンポイントでいかに効果的な介入を行うかをコストや体制も考慮しながら設計する。

生活支援Cや包括職員が両者のつなぎ役として機能

■認知症の人の支援には、専門職だけでは難しい

・認知症の人の地域生活を支えるには、専門職の多職種連携だけでは難しく、いかにして住民主体の地域づくりとの連携ができるかがポイント。

■認知症の人を医介連携と整備事業で総合支援する

・認知症総合支援事業は、いわば医療介護連携と生活支援体制整備事業の両事業を活用して総合的に支援するという意味で、介護予防日常生活支援総合事業と同じ構造を持っていることがポイント。

認知症地域支援推進員が両者のつなぎ役として機能

■重度化防止・慢性疾患患者を支えるための仕組み

・中重度者や慢性疾患患者等の日常の療養支援を進めるため在宅医療介護連携の具体的な取組につなげていく。

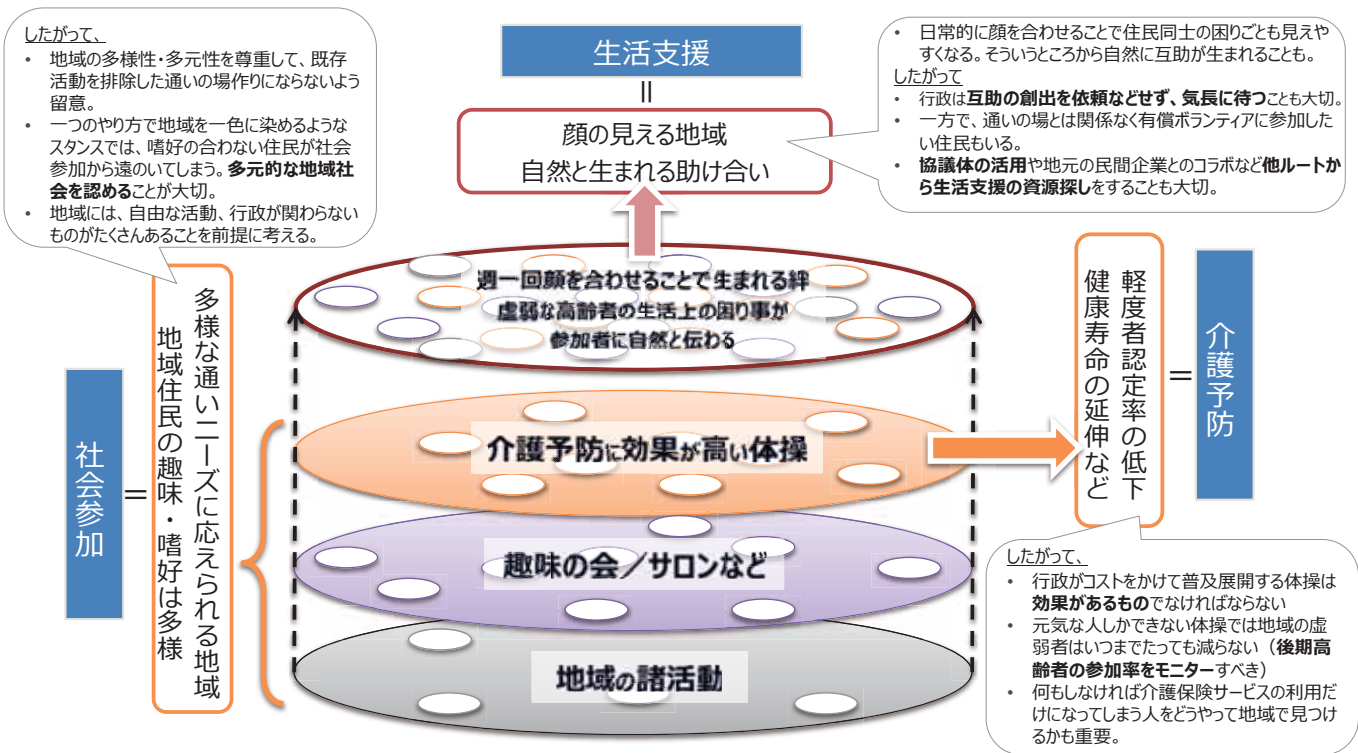
■医介連携で構築されたルールを積極活用

・医療介護連携推進事業を通じて構築された入退院支援のルールや看取りのルール、在宅療養支援の体制などを、地域ケア会議を通じて積極的に地域に定着させていくことができる。その際には、医療介護連携Cが地域ケア会議に参加することも。

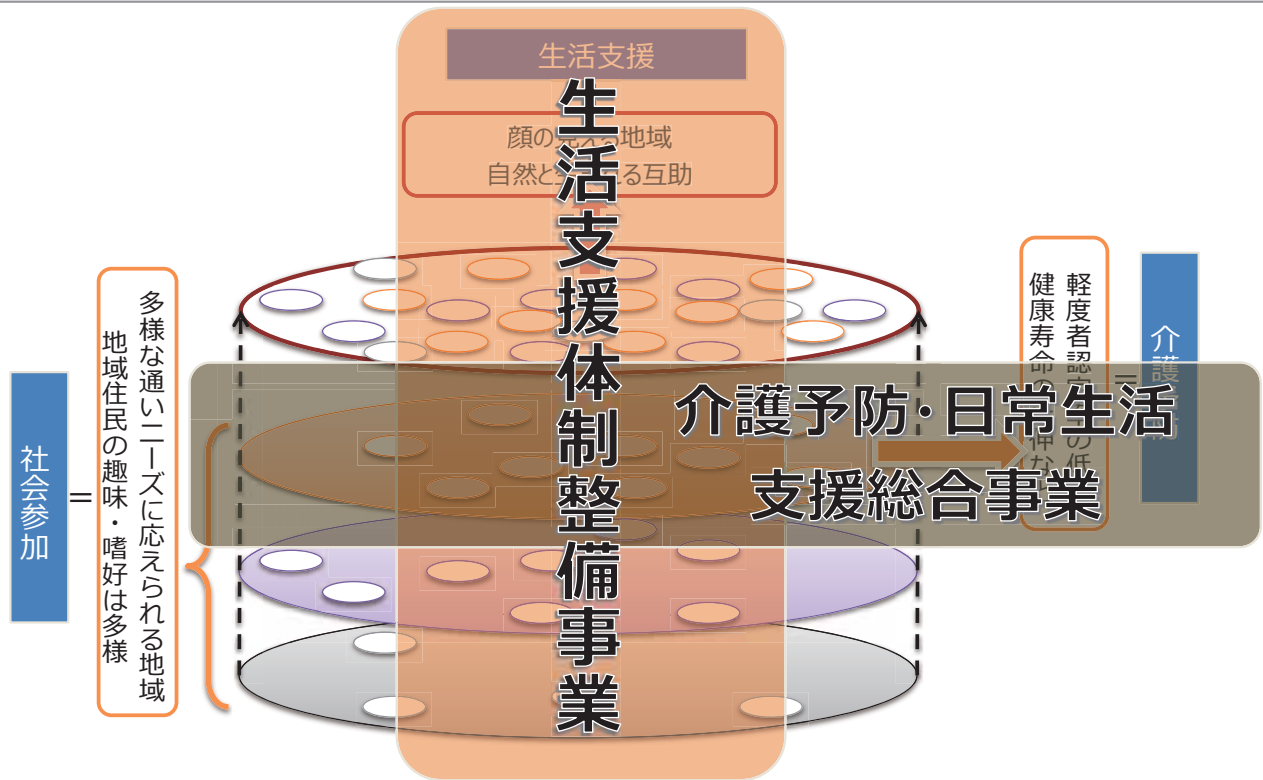
医介連携相談Cが両者のつなぎ役として機能

具体的な「連動」の姿①

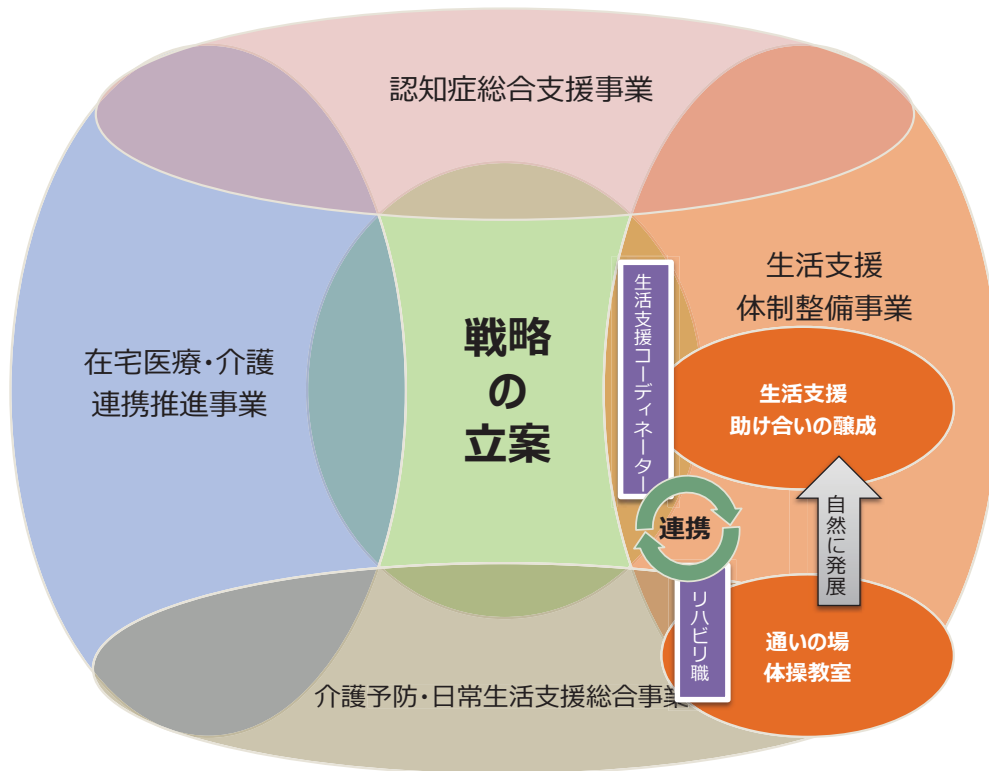
社会参加と生活支援、介護予防も連動する：総合事業の基本発想を復習する



社会参加と生活支援、介護予防も連動する：総合事業の基本発想を復習する

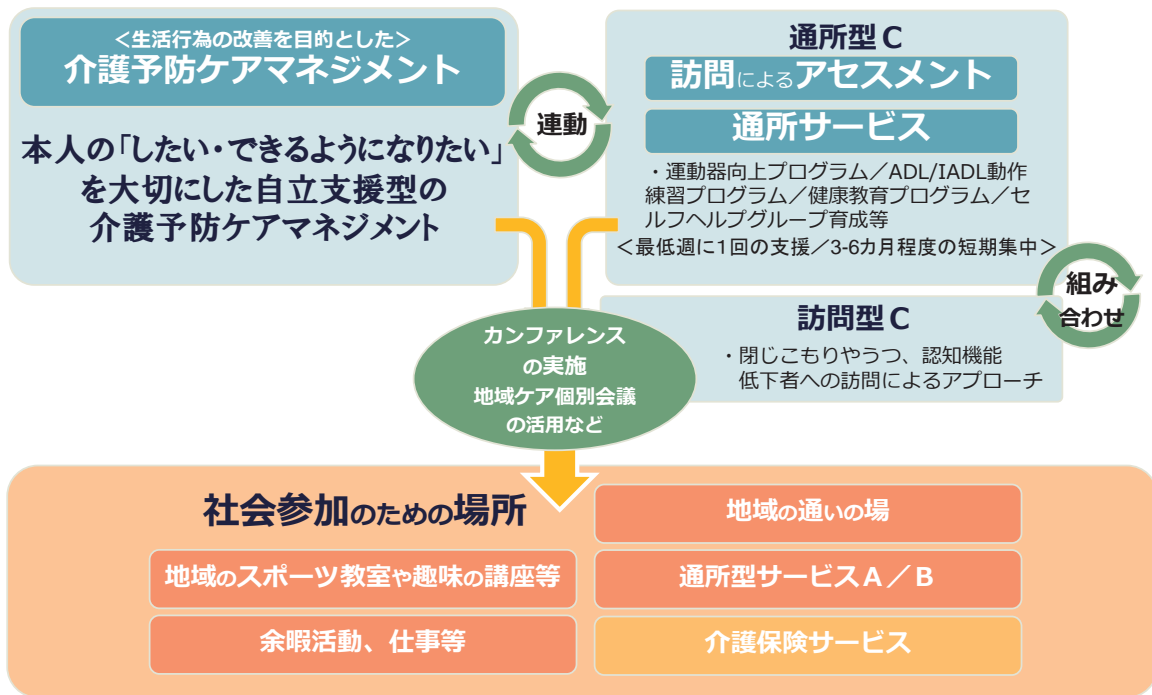


通いの場と生活支援は連動する



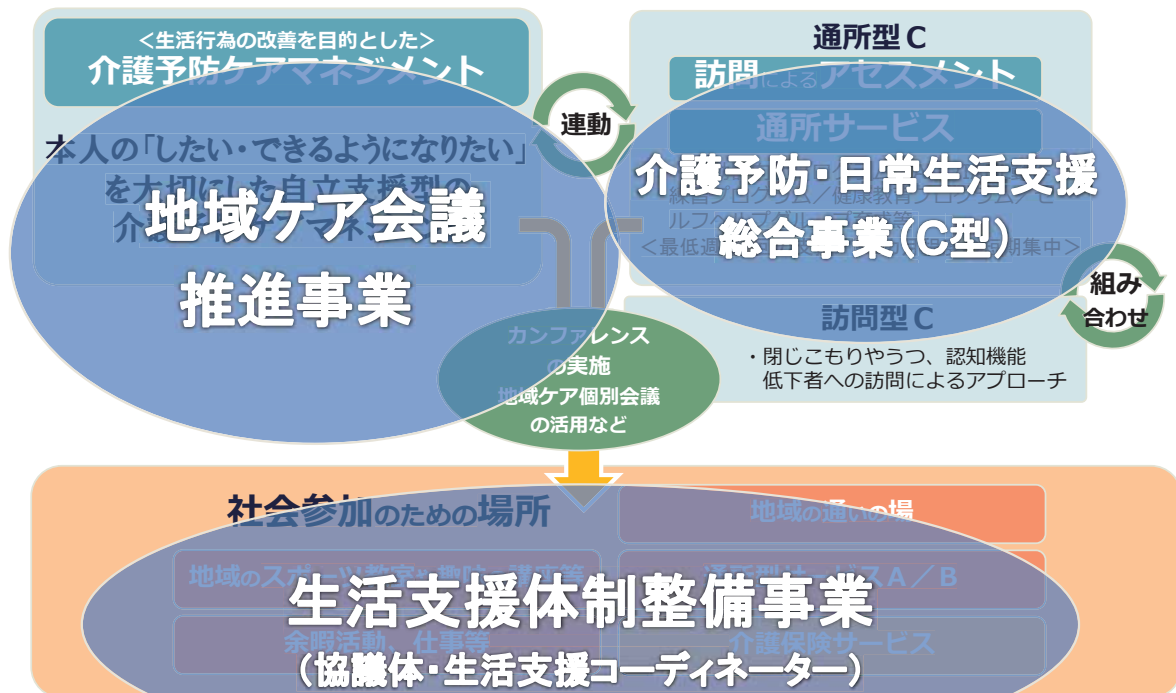
具体的な「連動」の姿②

どのような連動性が期待されているのか？（例示）



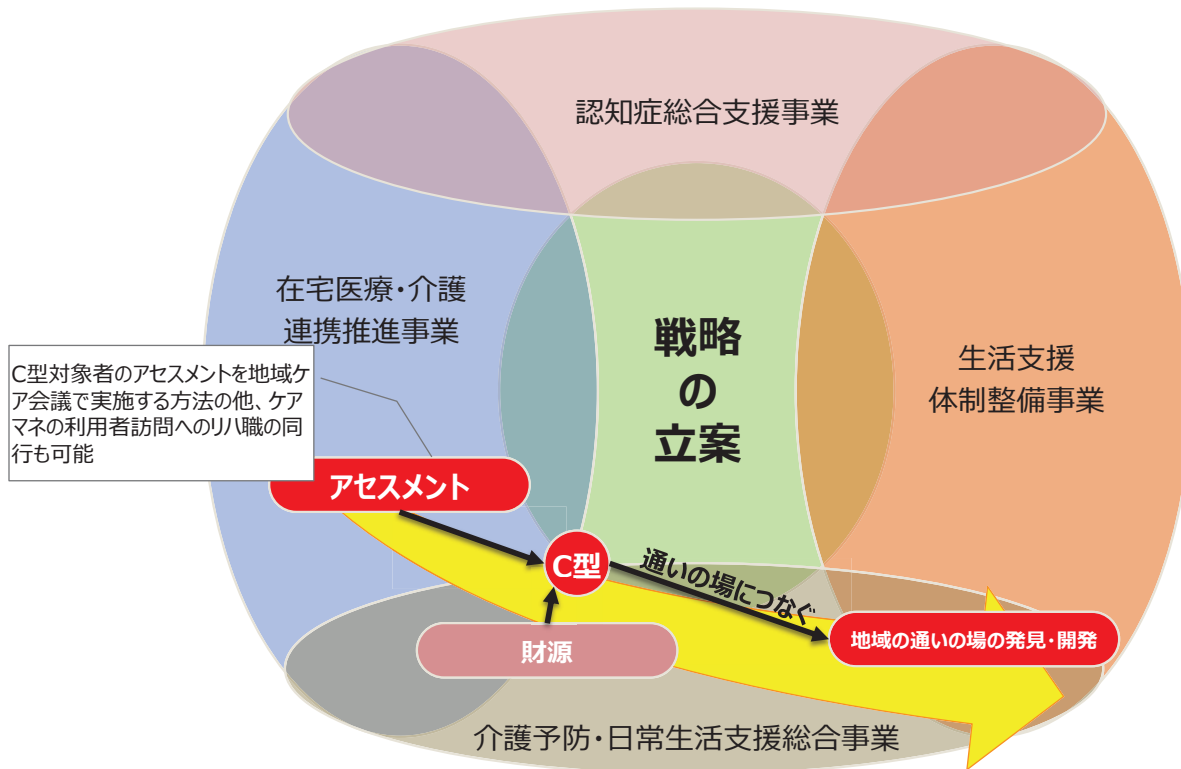
※「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。（通所リハビリテーション注9留意事項通知[老企第36号 第2の8(12)]より）

どのような連動性が期待されているのか？（例示）



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

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



具体的な「連動」の姿③

連動性を高める「地域リハビリテーション活動支援事業」の連動性を高める!?

■ 地域リハ活動支援事業は総合事業の枠を超える

- 事業を縦割りで考えてしまうと、地域リハ活動支援事業は、「総合事業」の枠内での検討にとどまってしまう。体操教室への派遣だけでなく、地域ケア会議への派遣、在宅医療・介護連携推進事業の枠内での活用も有効である。

■ 一人のリハ職を複数の「場」に派遣することで見えてくるもの

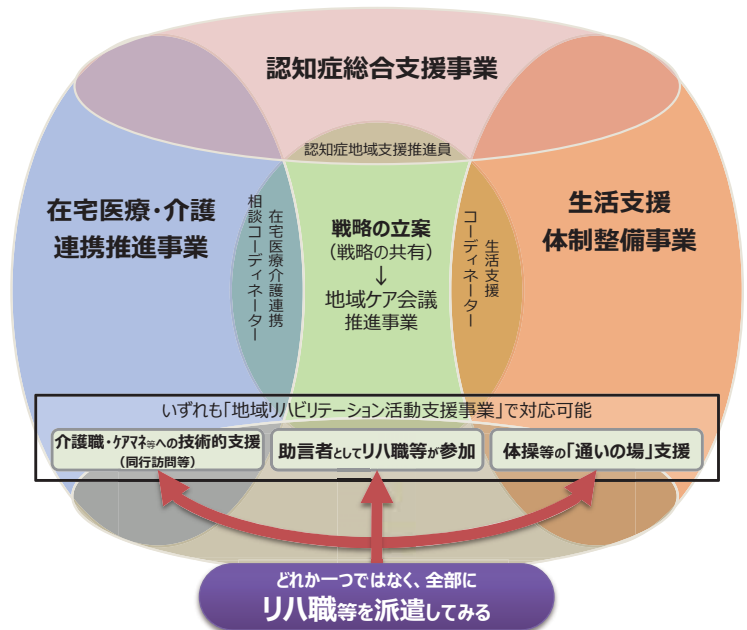
- 体操教室に関わるリハ職が、教室で見かけた虚弱高齢者の自宅に訪問して、そのケースの改善事例を、地域ケア会議で取り上げ、助言する。こんな派遣の仕方が効果的である。
- 地域リハビリテーション活動支援事業は、もともと、事業間の連動性を高める効果があるが、同一のリハ職を複数の場面に派遣することで、個別ケースを連続性をもって理解することができるようになる。

■ 重度化予防の観点からの関わり

- 現在、多くの地域で軽度者を対象とした自立支援型の地域ケア会議でリハ職が助言者として活躍しているが、中重度者への介助方法の助言などを行う訪問介護へのリハ職の同行訪問や、ケアマネ

■ 適切な疾病管理のための看護職による支援にも活用可能

- また、中重度者の場合は、誤嚥性肺炎や尿路感染症など、適切な疾患の管理も重度化予防の観点から重要であり、介護職に対する看護職からの適切な助言や技術的な情報提供は、在宅を支える体制を強化していく上で重要である。
- 地域リハビリテーション活動支援事業は、看護師の派遣にも活用可能となっている。また、管理栄養士の参加は、脳卒中等の再発防止につながる適切な栄養管理につながるなど、まさに多職種連携につながっていく。



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

地域共生社会を目指す「地域支援事業」と連動性

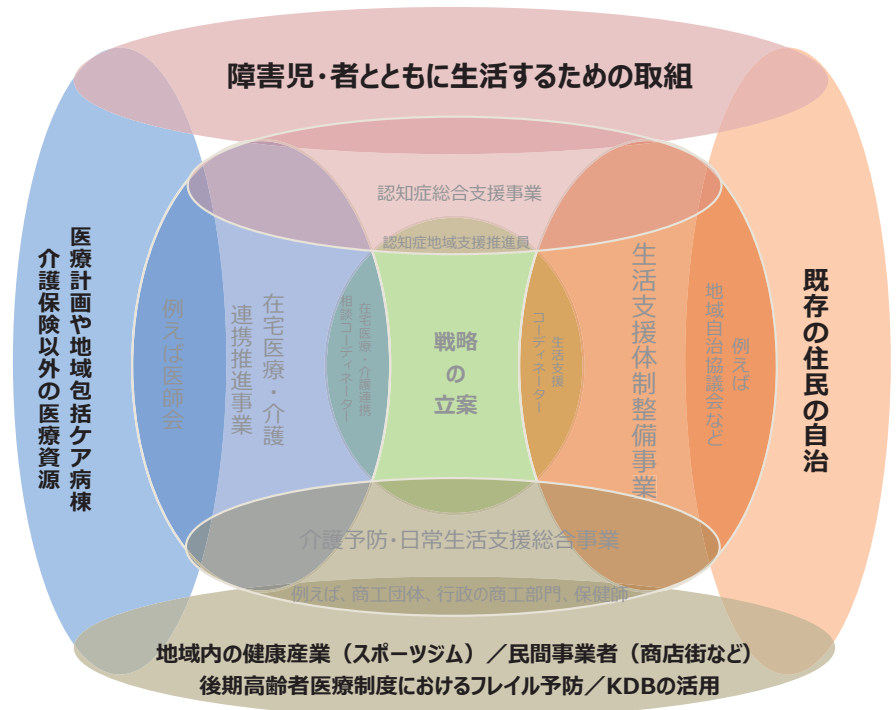
地域支援事業以外の資源・取組と連動する

■介護保険の枠から飛び出す

- 地域支援事業と親和性の高い地域の資源や取組は、高齢者分野以外でも必ず存在する。
- そもそも地域包括ケアシステムは、自治体全体の取組であり、介護保険に限定されないことを意識することが重要（能美市の事例を参照）。

■地域共生社会を目指す

- 地域共生社会に向けて、地域支援事業を活用しつつ、より広範な地域資源と連動（連携・協働）していくことが、今後の取組に不可欠である。



「重なりしろ」にキーパーソン（コーディネーター）が入って「つなぐ」

■コーディネーター機能の重要性

- 連動性の実現には、間に入るキーパーソンの存在が不可欠。地域支援事業では、多様なコーディネーターがすでに用意されている。
- 事業を中心に考えず、コーディネーターを中心に、関わりのある（得意な）複数分野を中心に据えて事業の進め方を考える視点が必要。
- 例えば、訪問看護師がキーパーソンになる場合、医療介護連携と、地域ケア会議の橋渡しになったり、病棟看護師と地域の看護師の橋渡しになることも考えられる。
- 活動範囲も、そのコーディネーターの人的ネットワークの範囲を一つの単位として考えるといった方法も。

■二枚目の名刺を持つ

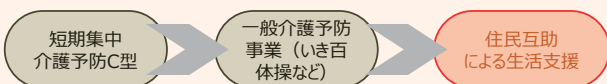
- ただし、キーパーソンは、必ずしも地域支援事業のコーディネーター職にこだわる必要はない。地域のケアマネジャーであったり、社会福祉法人の事務長であったり多様でよい。
- こうした本業を持つ専門職が、二枚目の名刺として地域活動に参加することも有効な方法である。その場合、コーディネーター職がこうしたキーパーソンと行政の良い橋渡し役になるという方法もある。
- 間に入るコーディネーターが二つの取組をブリッジすることで連動性が発生しやすくなる。



事例にみる地域支援事業の連動性

奈良県生駒市

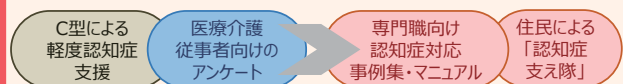
総合事業C型による軽度者支援の蓄積から、通いの場が必要という認識を関係者で共有し、地域づくりを加速化。また、地域ケア会議で積み上げられた認知症支援における課題を共有し、専門職の資質向上に向けた取組と住民活動を発足。



【連動その1】

地域ケア会議でC型の実績を積み上げる中で、元気になった高齢者の通いの場の必要性が共有され、一般介護予防事業が充実。その一つの体操教室において住民同士のつながりが生まれ、助け合いが自然発生

- 地域ケア会議や短期集中介護予防の蓄積から、通いの場の必要性が共有され、市内拡充に向け、関係者の意識変革が実現
- ・ 短期集中介護予防C型利用者を対象に地域ケア会議を開催し、目標達成し、短期間に利用を終えていく人が増える中、元気を維持するためにセルフで通える通いの場の必要性を共有。時間をかけながら、次の発展につなげる方法を関係者で模索した。
- ・ 包括職員からの提案で、自治会、民生委員、老人クラブ、包括市で、通いの場づくりの他市事例を視察。思いを共有したことで「身軽・気軽・手軽」に開催できる「いきいき百歳体操」教室の啓発を積極的に展開した結果、開催箇所が急激に増加。
- ・ 地域ケア会議を通じて高齢者の多様なニーズを把握し、一般介護予防事業を、前期高齢者には動機付け、後期高齢者には社会参加、体力の維持など目的を明確に分け、計8種類を展開。
- いきいき百歳体操から住民同士の助け合いが自然発生
- ・ いきいき百歳体操の場を通じて、欠席者がいると帰りに自宅によって安否確認したり、買い物や通院に困っていれば助けてあげるといった互助による生活支援が生まれている。



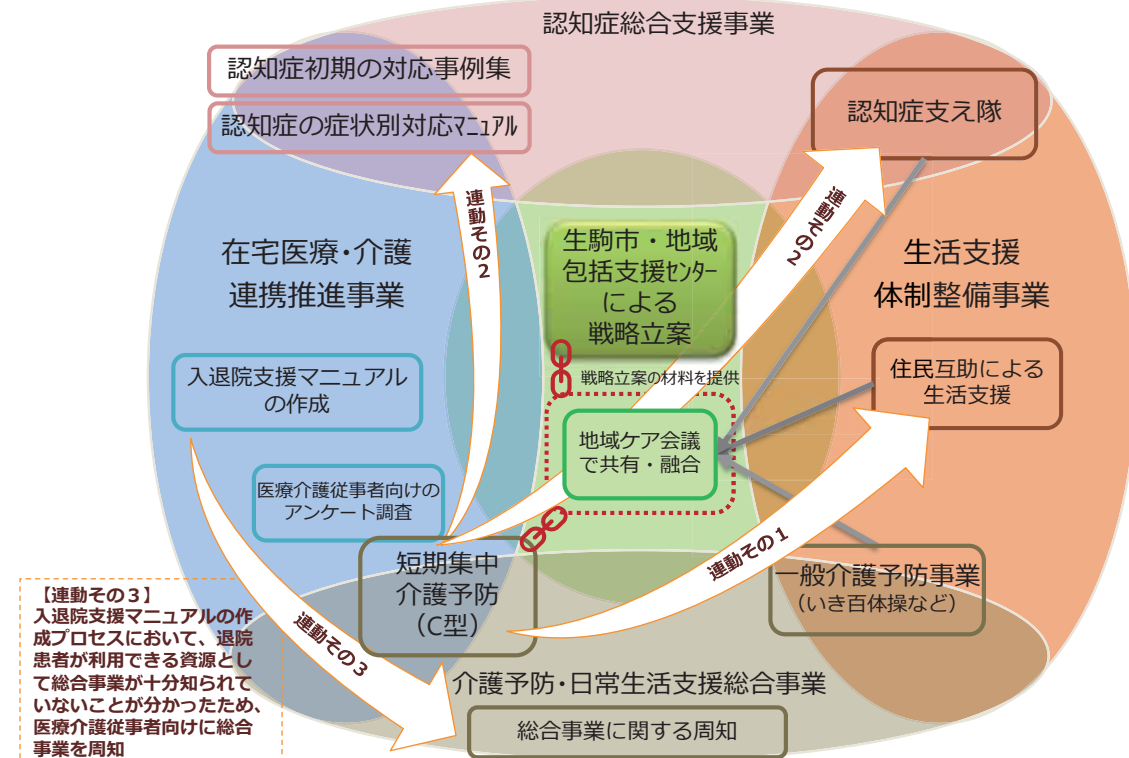
【連動その2】

C型による認知症支援と医療介護従事者アンケート等から、認知症の初期段階での支援に課題があることが把握され、専門職向けの事例集・マニュアルを作成、住民活動を発足

- C型による認知症支援等から、認知症の初期段階の理解が不十分で適切な支援ができていないのではないかという課題を把握
- ・ C型を活用して軽度の認知症支援を行う中で、認知症の初期段階で適切な支援につながりきらず、症状が進行しているケースがあるのではないかと考えた。
- ・ 他方で、医介連携の取組の中でアンケートを実施したところ、医療介護従事者から、認知症の人への対応方法に思い悩んでいるという回答が多く挙げられた。
- 専門職向けの対応事例集・マニュアルを作成、住民による「認知症支援隊」を発足
- ・ 医療介護連携ネットワーク協議会の中の認知症対策部会で、医療職・介護職向けの認知症初期段階の対応事例集を作成した。
- ・ 地域包括支援センターの部会で、認知症の症状別（初期・中期・終末期）の対応マニュアル作成会議を継続開催中。
- ・ 地域ケア会議で議論する中で、サロンに行きたい認知症の人を住民レベルで支えられないかとの思いが生まれ、認知症支援隊養成講座開始後、「認知症支援隊」が立ち上がった。

奈良県生駒市

総合事業C型による軽度者支援の蓄積から、通いの場が必要という認識を関係者で共有し、地域づくりを加速化。また、地域ケア会議で積み上げられた認知症支援における課題を共有し、専門職の資質向上に向けた取組と住民活動を発足。



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG 28

鹿児島県肝付町

地域ケア会議から把握された地域の課題を、地域づくりにおける住民への啓発、多職種の見解交換会へのインプットに活用することで、住民による生活支援や多職種連携による認知症支援などを推進

住民に対する地域課題の啓発

住民による配食活動や子育て支援など

地域ケア会議等での地域資源の活用

【運動その1】
 地域ケア会議で把握された地域課題を、地域づくりを通じて住民にインプット。地域に関心を持った住民が始めた活動を地域ケア会議などで地域資源として活用

- 住民の話し合いの場で、地域ケア会議などから把握された地域課題をインプット
- ・ 地域特性や住民の意向に応じて、話し合いの場づくり、通いの場づくり(結いの家)、介護予防の啓発など多様なアプローチで地域づくりを展開。
- ・ この中で重視しているのは地域課題に関する「啓発」である。関心を持った住民に勉強の機会を提供すると地域のことが気にかかるようになり、能動的な動き(住民活動)につながると考えている。
- ・ 住民の話し合いの場の一つとして実施しているのが、6小学校区で開催している地域ネットワーク会議で、地域で起きていることを自分事として考えてもらうきっかけとしている。
- ・ この会議では、町の地域ケア会議で把握された地域課題をインプットしており、疾病状況や介護保険財政と自分たちの生活を結び付けて考えてもらう働きかけをしている。
- 地域づくりにより生まれた住民活動を、地域ケア会議などで地域資源として活用
- ・ 地域づくりの活動の中で、配食活動や子育て支援などの住民活動が生まれてきており、地域ケア会議などで地域資源として活用されている。

多職種の意見交換会

権利擁護に関する講義

認知症疾患医療センターとの連携の議論

【運動その2】
 地域ケア会議で把握された地域課題を、多職種の意見交換会にインプットすることで認知症支援の取組に派生。逆に、意見交換会からの問題提起により新たなケース検討を開始

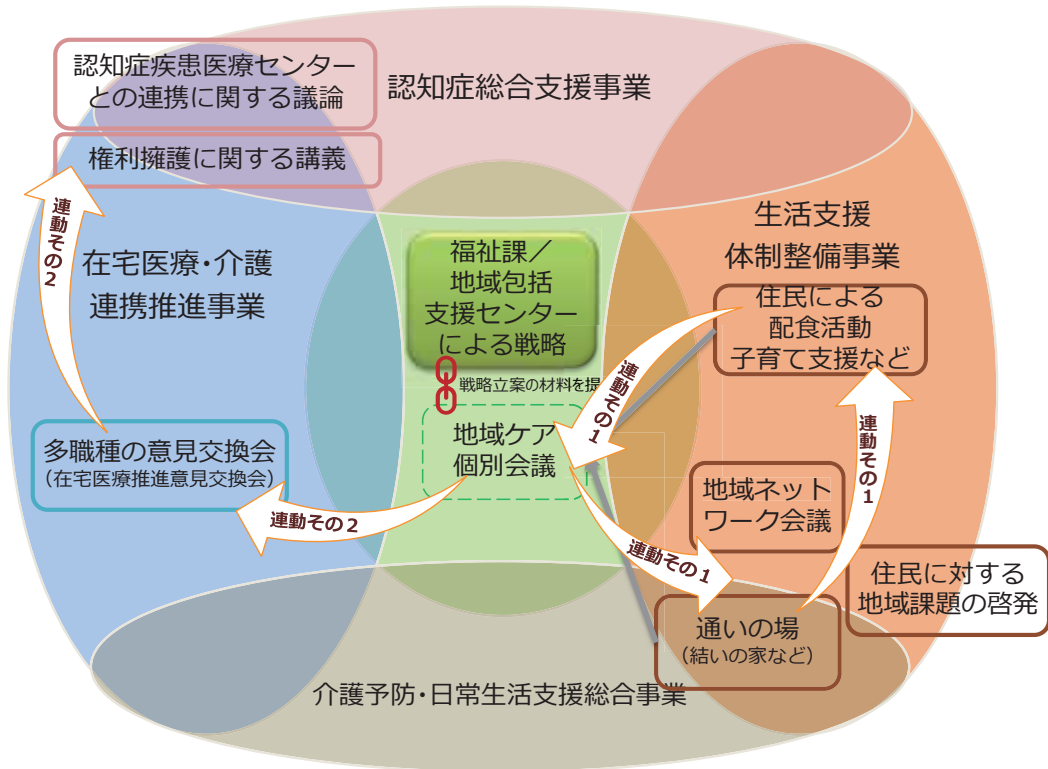
- 地域ケア会議で把握された課題を多職種意見交換会にインプットすることで認知症支援に関する議論に発展
- ・ 多職種の関係づくりの場である「在宅医療推進意見交換会」の場に対し、地域ケア会議で把握された課題をインプットしている。
- ・ 地域ケア会議で検討している処遇困難ケースでは単身の人が多いことを意見交換会で紹介したところ、医師から、単身の人への医療提供における課題が指摘され、権利擁護に関する講義や認知症疾患医療センターとの連携のあり方に関する議論につながった。
- 多職種意見交換会からの問題提起で、65歳以下のケース検討を行う地域ケア会議を立ち上げ
- ・ 「在宅医療推進意見交換会」において、特定健診の担当部門から、第2号被保険者の発症が多いという問題提起があった。
- ・ それを受けて、第2号被保険者の計画作成や連携に課題があるのではないかと意見が出たことを受けて、新たな地域ケア会議として「65歳以下ケース会議」を立ち上げた。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG 29

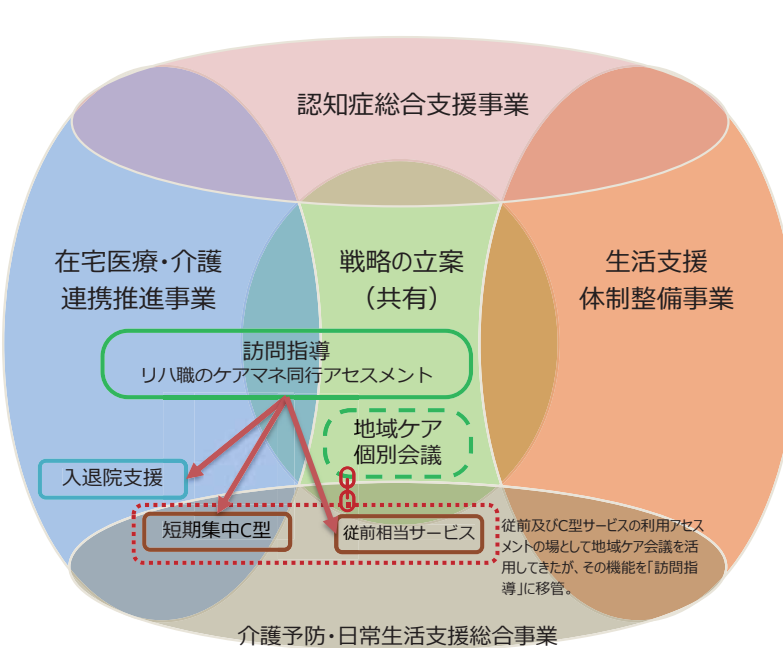
鹿児島県肝付町

地域ケア会議から把握された地域の課題を、地域づくりにおける住民への啓発、多職種の意見交換会へのインプットに活用することで、住民による生活支援や多職種連携による認知症支援などを推進



大阪府寝屋川市

「短期集中型通所C」と「地域ケア会議」の連動性をあえて切断し、「訪問指導」で目標達成に向かう



地域ケア個別会議
↓
訪問指導

介護予防
総合事業

C型・従前のアセスメントとして地域ケア会議を活用していたが、アセスメント機能を訪問指導に移管

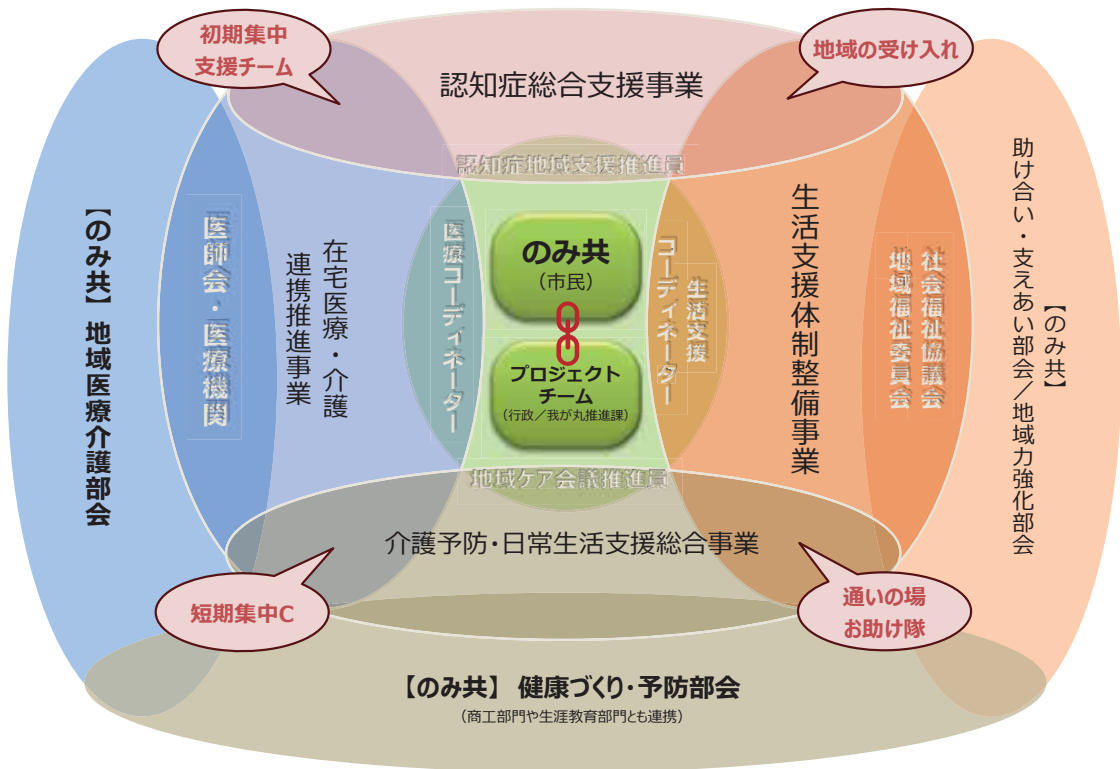
- アセスメント機能を地域ケア会議から移管
 - ・C型や従前サービスの利用にあたって、地域ケア個別会議を連動させアセスメントに活用していたが、ケアマネジメントの初動段階でより効果的に関わる観点から、リハ職がケアマネに同行する「訪問指導」に機能を移管。
- 多職種連携でケアの考え方を共有
 - ・訪問指導そのものは、リハ職とケアマネ間の多職種連携の一形態だが、自立支援の考え方を共有する場としても機能している。

戦略の立案・実行
【訪問指導】

多職種連携
在宅医療・介護連携
推進事業

新規利用者のアセスメントが実態として入退院支援に

- ・訪問指導は、退院後の新規利用者にも提供されることから、実態として入退院支援の役割を果たすことも期待されている。



自治体の実践報告 ①大阪府寝屋川市

大阪府寝屋川市における 短期集中サービスを中心とした取組

～ 平成31年度実施予定 ～



大阪府

平成31年 3月20日(水)
3月25日(月)

寝屋川市 福祉部 高齢介護室
瀬戸 健太

寝屋川市 福祉部 機構及び主な事務（平成30年度）

部	課（室）	主な事務
福祉部	福祉総務課	保健福祉センター等施設管理、地域福祉計画、団体(民生委員・遺族会)事務局、社会福祉協議会連絡調整、事業者指定指導等
	保護課	生活保護、生活困窮者自立支援、ホームレスの自立支援 等
	高齢介護室 (計44人短期アルバイト職員除く)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 室長兼課長 1人 ・ 地域支援担当12人（副係長1人、担当者11人） 事務内容：地域支援事業、高齢者福祉事業 ・ 在宅医療介護連携担当 4人（専任課長1人、担当者3人） ・ 総務担当 4人（係長1人、担当者3人） 事務内容：庶務、介護保険事業計画、団体(老人クラブ 連合会・シルバー人材センター)連絡調整 ○ 介護保険事務担当課長 1人 ・ 給付担当 6人（係長1人、担当者5人） ・ 指定担当 2人（給付担当係長兼務、担当者2人） ・ 認定担当10人（給付担当係長兼務、担当者10人、他調査員） ・ 賦課徴収担当 4人（副係長1人、担当者3人）
	障害福祉課	障害者総合支援事業、障害福祉センター管理等

寝屋川市の現状(平成30年4月1日現在)

面積	24.73平方km	日常生活圏域	6 圏域	
人口	231,991人	地域包括支援センター数	12か所 (圏域ごとに2か所)	
世帯数	109,354世帯	自治会	団体数	200団体
人口密度	9,381人/平方km		加入率	88.1%(96,373世帯)
保育所・園	41保育所・園 (公立7+私立34)	老人クラブ	団体数	128団体
幼稚園	13幼稚園 (公立5+私立8)		会員数	9,670人
小学校	25小学校 (公立24+私立1)	ボランティアセンター	団体数	53団体
中学校	14中学校 (公立12+私立2)		登録者数	団体会員1,139人 個人登録者41人
		NPO法人数		68法人

3

寝屋川市将来推計(寝屋川市高齢者保健福祉計画(2018~2020)参照)

	H30	H31	H32	H37
総人口	234,536人	232,737人	230,823人	219,354人
65歳以上 (%)	68,259人 (29.1%)	68,526人 (29.4%)	68,491人 (29.7%)	66,521人 (30.3%)
75歳以上 (65歳以上のうち%)	33,014人 (48.4%)	34,785人 (50.8%)	35,515人 (51.9%)	41,954人 (63.1%)
要支援認定者数 ①	3,540人	3,477人	3,386人	3,634人
要介護認定者数 ②	8,830人	9,265人	9,667人	11,801人
要支援(要介護) 認定者数①+②	12,370人	12,742人	13,053人	15,435人
認定率	18.1%	18.6%	19.1%	23.2%

4

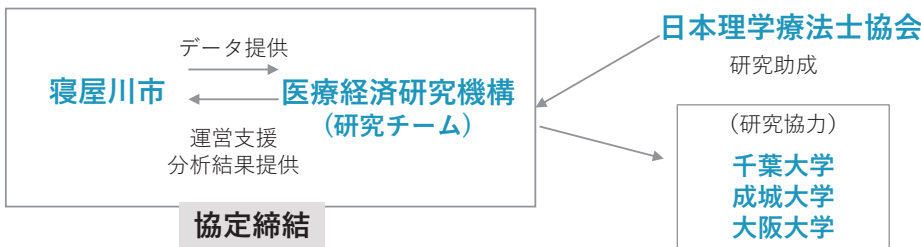
寝屋川市における総合事業のサービス類型（平成29年度～）

●介護予防・生活支援サービス事業

	類型	内容	利用者負担額 (目安)
訪問型サービス	現行相当	介護福祉士等の有資格者による身体介護を含むサービス	月額約1,266円 (週1回、1割負担時)
	A 基準緩和	在宅支援員（市の研修修了者）等による生活援助サービス	月額約922円 (週1回、1割負担時)
	B 有償活動員による支援	有償活動員（NPO等）による生活援助サービス	団体が設定する額 (800円/時間)
通所型サービス	現行相当	介護福祉士、看護師等の有資格者による健康管理、運動器機能向上等を図るサービス	月額約1,736円 (週1回、1割負担時)
	A 基準緩和	閉じこもり予防のための従事者要件を緩和したサービス	月額約1,213円 (週1回、1割負担時)
	C 短期集中	約3か月の短期間・集中的に運動器機能、口腔器機能の向上、栄養改善等を図るサービス	1回約395円 (週1回、1割負担時)

5

寝屋川市では、平成30年度に短期集中通所サービスを中心としたモデル事業を実施しました。

概要	<p>研究参加に同意してくれた要支援者を2つのグループに分け、短期集中通所サービスの効果を測る調査研究を研究チームが実施。</p> <p>A群・介入群 短期集中通所サービスを利用するグループ B群・対照群 (同上) 利用しないグループ</p>
実施主体等	<p>【研究代表者】 (一財)医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究総務部次長 服部 真治 氏</p> 
研究対象者数	要支援者421人（A群・介入群211人、B群・対象群210人）
期待する効果	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービス未利用状態(卒業)の維持 ・その他（機能・主観的健康観等の向上、費用対効果）

6

要支援者等の自立支援の考え方

要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入により、元の生活に戻す（又は可能な限り元の生活に近づける）ことを目指す。買い物などの日常的な外出を促進。活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



出典) 自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化
 上段の図: 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
 下段の図: 厚生労働省資料を一部改変

地域包括支援センター職員向け研修会

目的：自立支援型地域ケア会議の司会者ができるようにする

内容：和光・大分で展開されている内容を軸に展開

ICF、アセスメント、模擬ケア会議など

回数：6 圏域(1 圏域に 2 包括)×6回

+まとめ 計37回

平成28年5月
 ~平成29年3月



ケアマネジャー・デイサービス・訪問介護職員向け自立支援セミナー

第1回



第2回



平成28年8月～10月

模擬会議

第3回



寝屋川市内のリハビリ専門職向けセミナー

平成28年5月
～平成29年3月



計26回 繰り返し会合をもつ中で、



寝屋川市リハビリテーション連絡会
(市内で活動する専門職の自主活動組織)

発足！！

9

寝屋川市総合事業の構築過程

	サービス開始						
総合事業移行前	なし	なし	なし	介護予防通所介護			
↓					6か月後		
H29年4月～	なし	なし	ケア会議 (新設)	訪問型サービス (現行相当)	通所型サービス (現行相当・基準緩和)	ケア会議 (新設)	同サービス継続

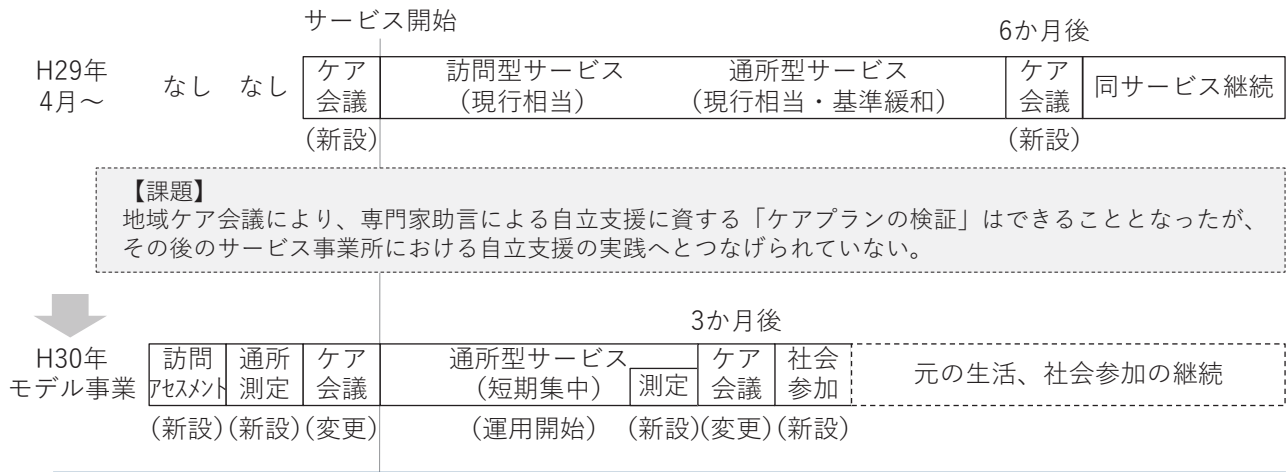
自立支援型地域ケア会議

目的	利用者本人の自立支援に資するケアマネジメント内容の検討
出席者	① 地域包括支援センター職員（進行担当） ② 地域包括支援センター職員（保健師・看護師） ③ 市が依頼する理学療法士又は作業療法士（アドバイザー） ④ 対象となるプランの担当ケアマネジャー ⑤ 通所型サービス（短期集中）事業所担当者 ※ 通所型サービス（短期集中）利用時のみ ⑥ 市高齢介護室職員（事務局）

【課題】

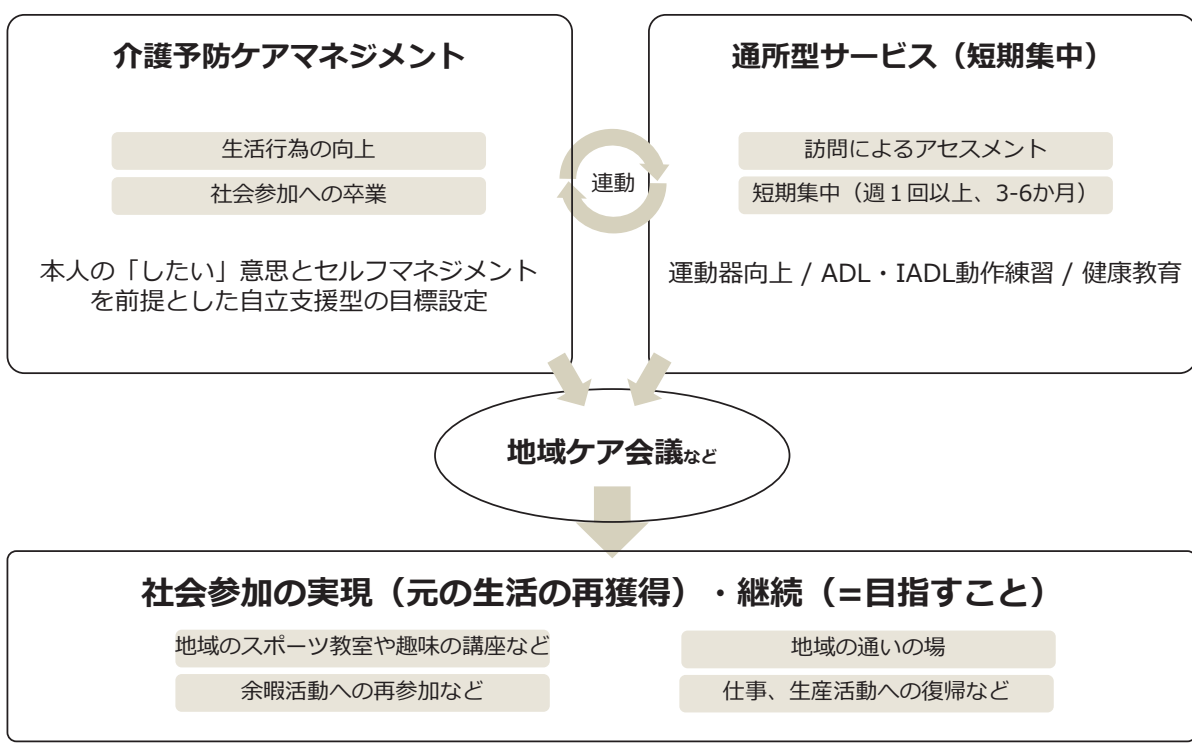
地域ケア会議により、専門家助言による自立支援に資する「ケアプランの検証」はできることとなったが、その後のサービス事業所における自立支援の実践へとつなげられていない。

寝屋川市総合事業の構築過程



- ・原則として全ての新規要支援者が通所型サービス(短期集中)を利用
 ⇒ 利用せずに現行相当サービスを利用する場合、加算算定不可
- ・リハビリテーション専門職の訪問によるアセスメント
- ・短期集中事業所での機能測定（経時的変化の把握）
- ・自立支援型地域ケア会議は多職種の視点で検討の場 ⇒ 支援者の共有の場
- ・社会参加は短期集中プログラムの最終回で振り返り・卒業後のアドバイス

寝屋川市が取り組む地域づくり



厚生労働省・三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成資料を一部改変

短期集中通所サービスの内容(プログラム)

- 運動器機能向上プログラム
- 栄養改善プログラム
- 口腔器機能向上プログラム

短期集中通所サービスの中で利用者の社会参加による手に入れたい生活、又は元の生活の再獲得のためにもっとも重要視したこと

セルフマネジメント

自分の生活(機能)に対して不安 < 自信をもてるような関わり

- 利用者が**自分自身に興味**を持つように！
- 自分の可能性に**「気づいてもらう」**

13

面談 (セルフマネジメントに向けて)



- 利用者の目指す日常(目標)に向かって、毎回10～30分面談を実施
- セルフマネジメントシートを活用し一言日記などから**日常生活に「イイね」**をリハビリ専門職の視点で見出し、伝える
- **可能性を引き出し、後押し、つなげる**サポートを行う

セルフマネジメントシート

- 日々の生活の中に自分では気づいていない**「いいね！」**がたくさんある
- いいね！(=他者からの承認)は**「気づき」「自信」**に繋がる

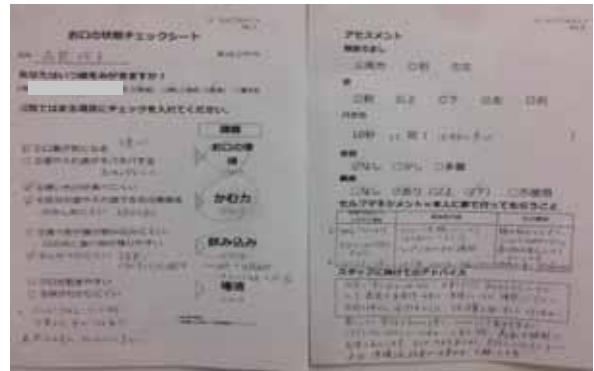
14

口腔アプローチ

大阪府歯科衛生士会の協力



<アプローチ風景>



(セルフマネジメントの視点をあらゆるところにデザイン)

Aさん…

ホームワークの体操を資料を使って簡単に出来るので達成感がある！
他のホームワークもやる気になった。

一つの自信が他の活動へつながる

Mさん

歯磨きを毎日できたことを専門家が称賛してくれて
自信をもてた

**専門職による何気ない日常のイイねは
利用者の大きな自信となる**

Nさん…

口腔体操を行って言葉が出やすくなった

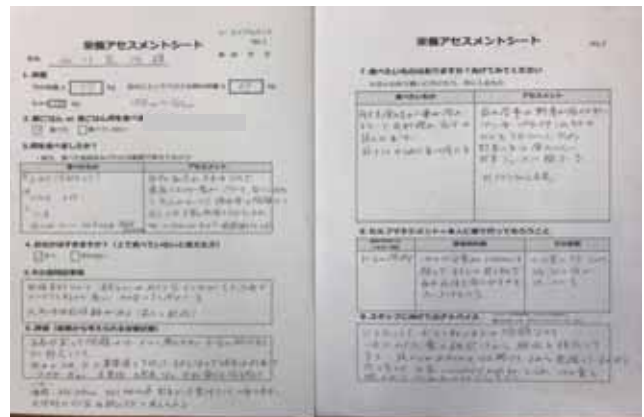
**専門家の的確なアセスメント
&プログラム提供**

15

栄養アプローチ



<アプローチ風景>



(セルフマネジメントの視点をあらゆるところにデザイン)

Kさん…

きっと自分の食生活はだめと思っていたが食べれてることを褒められて嬉しかった。

利用者の強みを見出し、強化する

Mさん…

栄養の先生なのに運動と一緒に来てくれて、身近に感じることができた。

専門分野だけでなく、利用者を人としてみる

Aさん…

栄養の偏りを心配してたけど、自分の好きな食べ物でなにを食べたら良いかが分かった。

理想論でなく、利用者の日常と向き合う

16

運動アプローチ



<Step1~Step3プログラム>

Step1：柔軟運動、自重トレーニング(強度小)、
バランストレーニング

Step2：柔軟運動、セラバンドトレーニング(強度中)、
バランストレーニング

Step3：柔軟運動、セラバンドトレーニング(強度大)、
バランストレーニング

Mさん…

タオルとかボールとかしか使わないから、自分で買えるし、家でもできるわね。

Iさん…

回数が多くて大変。自分のペースで少しずつ目安回数できるように、時間内に終わるように頑張っています。

自宅でもできるプログラム

Nさん、Oさん、Sさんペア…

分からないこともお互いに教えあって、3人で毎回頑張っています！

STEP1でも筋肉痛続出

※利用者のトレーニングを常にアセスメントしておき、
ポイントで理学療法士が介入し助言・気づきを提供し行動変更を促す

セルフマネジメント重視

17

利用者の声

- **掃除機ができる自信**がついて実際にできました
- 久しぶりに1人で**風呂に入れました**
- 庭や畑仕事で**重たい物の移動**ができるようになりました
- **階段の昇り降り**が楽に出来るようになりました
- 歩くのに自信がついて**3ヶ月ぶりに近所の果物屋**に行けました
- サービス開始1ヶ月で**2年ぶりに競馬場**に行けました
- 諦めていた**コーラスに参加**することが出来ました
- **自転車に乗る**ことが出来ました
- **半年ぶりに電車に乗って京橋**まで行けました
- **グランドゴルフ**で疲れにくくなって、少し**成績がよ**くなりました
- 自宅前の急な坂道を下って、**買い物に行ける**ようになりました
- **ヘルパーの利用なく自分で掃除**が出来ています

18

その結果… A群(介入群) 短期集中通所サービス終了後
(8月評価会議時点 プログラムを最後まで利用した人のみ)

	介護保険サービス終了		提案対象		継続		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
新規	8人	40.0%	2人	10.0%	10人	50.0%	20人
既存	18人	16.1%	29人	25.9%	65人	58.0%	112人
計	26人	19.7%	31人	23.5%	75人	56.8%	132人

※ 新規：短期集中通所サービス以外利用なし
既存：短期集中通所サービス以外利用あり

19

モデル実施時
地域包括支援センター・ケアマネジャーへの依頼事項

平成30年

1月～3月	実証研究参加同意者の募集 (利用者への説明)
3月	対象者への事前訪問(興味関心チェックシート作成) + 訪問アセスメント(リハ専門職と同行訪問)
4月	自立支援型地域ケア会議への出席 (ケアプラン等書類作成)
6月	・短期集中サービス事業所を毎月訪問し、利用者の状況を確認すること ・必要に応じてケアプランを変更すること
8月	自立支援型地域ケア会議への出席 (ケアプラン等書類準備)

20

課題

・ 規範的統合

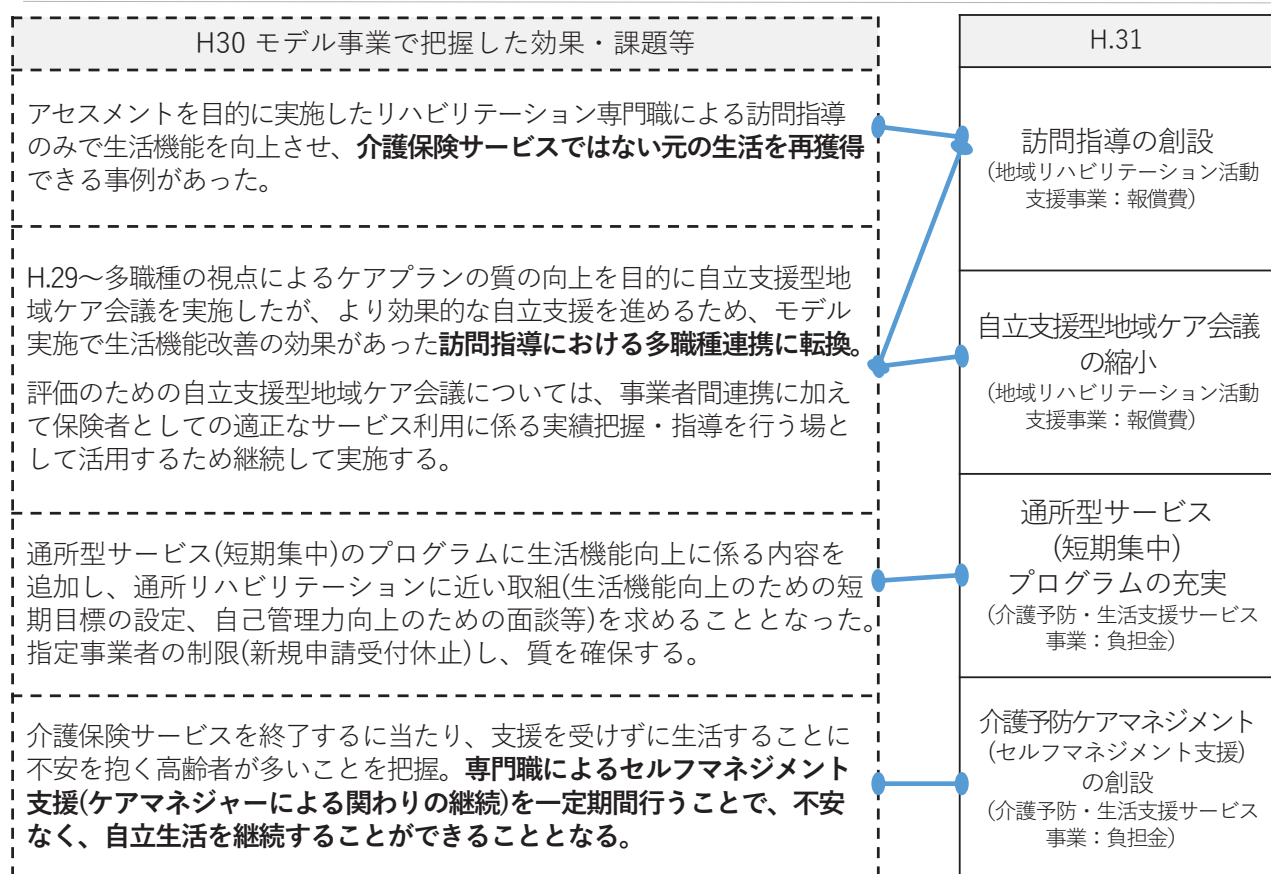
必要ではない、高齢者の生活機能が低下するようなサービスは終了することが高齢者にとって重要

従来	支援が必要 ⇒ 利用を継続して重度化予防
総合事業 (短期集中サービス)	従来の考え方（重度化予防）に加え、支援が必要 ⇒ 短期間・集中的な支援で 機能改善 ⇒ 介護保険サービスではない元の生活を継続 して介護予防

・ 機能改善後のセルフマネジメント支援

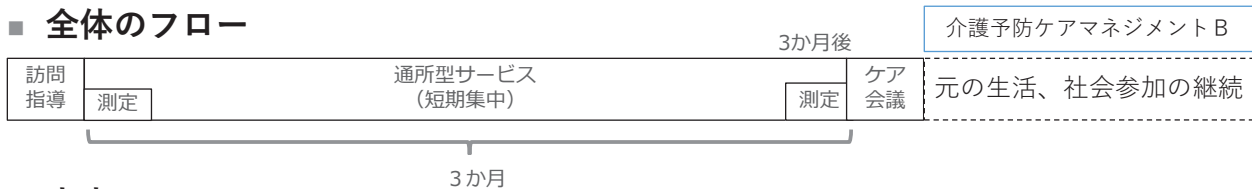
短期集中サービス利用中は自宅で自己管理で行っていた運動等を継続できるよう、モチベーションを維持することが重要

H30モデル実施を踏まえたH.31の運用



H31 訪問指導・通所型サービス（短期集中）の内容

■ 全体のフロー



■ 内容

訪問指導	<p>リハビリテーション専門職がケアマネジャーと対象者の自宅を訪問し、ICFの視点でアセスメントを行い、生活課題、取り戻したい元の生活の把握、生活環境や道具の工夫の助言、実際の場での生活行為の指導を行う。</p> <p>※ ICF：国際生活機能分類(International Classification of Functioning, disability and Health) 診断名ではなく、生活の中での困難さに焦点を当て、複数の要素（心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子）間の相互作用を重視して評価する生活機能と障害の分類の考え方</p>
通所型サービス（短期集中）	<p>① セルフマネジメントプログラム ② 運動器機能向上プログラム ③ 口腔器機能向上プログラム ④ 栄養改善プログラム ⑤ その他生活行為改善に効果的なプログラム</p> <p>● 利用前後（3か月間）の成果測定、介護保険サービス終了後の地域資源へのつなぎ</p>
自立支援型地域ケア会議（評価）	<p>地域包括支援センターが主体となり、ケアマネジャー、短期集中事業者、その他の介護事業者が集まり、サービス開始時に対象者と設定した元の生活を再獲得できたかについて判定会議を実施する。</p>
介護予防ケアマネジメント B	<p>訪問指導又は通所型サービス（短期集中）で生活機能が高まった高齢者の精神面（セルフマネジメント）をケアマネジャーが一定期間支援する。最長6か月間、訪問によりモニタリング（介護保険サービス未利用状態の支援）を行った月について介護報酬を請求できる（430単位）</p>

23

平成31年度運用（新規要支援者がまず利用するサービス）

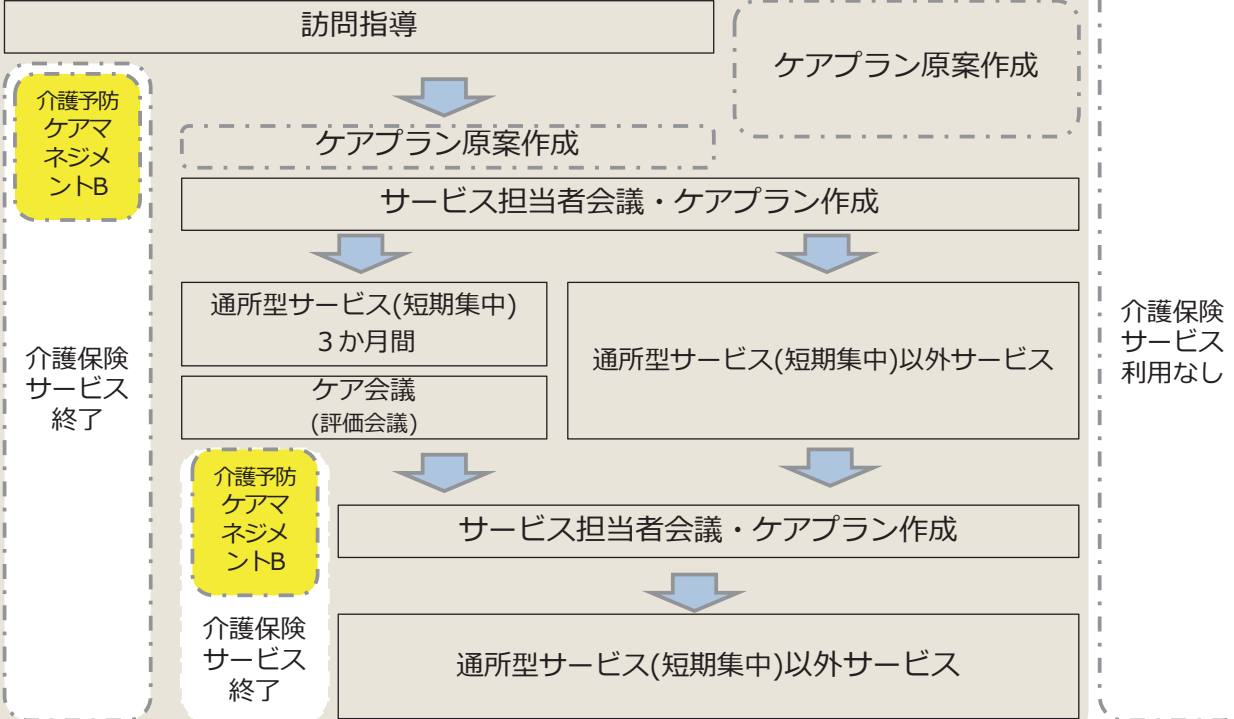
	訪問指導 (地域リハビリテーション活動支援事業)	通所型サービス（短期集中） (介護予防・生活支援サービス事業)
実施者	<p>・担当ケアマネジャー ・寝屋川市リハビリテーション連絡会に所属するリハビリテーション専門職(理学療法士又は作業療法士)</p>	<p>指定通所型サービス（短期集中）事業所</p>
対象者	<p>総合事業(訪問型・通所型)サービスを要する人</p>	<p>・総合事業(訪問型・通所型)サービスを要する人 ・3要件【がん末期、認知症、難病】に非該当</p>
内容	<p>担当ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が要支援者宅に同行訪問 ①アセスメント ②生活機能・環境に応じた指導、通所型サービス（短期集中）利用を前提とした目標設定</p> <p>※ 訪問指導により生活機能改善が見込まれる場合、4回を限度に実施（2回目以降はリハビリテーション専門職のみの訪問でも可）</p>	<p>ケアプランに基づき、週1回2時間約3か月間のプログラムを実施 ・運動器機能向上 ・口腔器機能向上 ・栄養改善 ・社会参加促進を含めたセルフマネジメント支援</p>
一人当たり利用回数等	<p>4回まで (自己負担無料・給付管理対象外)</p>	<p>3か月 (自己負担無料・給付管理対象外) 生活機能向上が見込まれる人については、3か月延長可。ただし、延長分は自己負担1回1,000円。</p>

24

介護予防ケアマネジメント(サービス利用)の流れ

要支援認定

介護予防ケアマネジメント (通常プラン)



寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業

～ 平成31年度の運用変更等について ～

		H30	H31案
サービス利用要件	通所 現行相当	3要件、その他、 経過措置(H29.3利用あり) ※その他の場合加算算定不可	3要件、その他 その他は訪問指導で検討 (包括によるプラン確認含む)
	訪問 現行相当	身体介護が必要	同
サービス提供期間		6か月(自立支援型地域ケア会議 における評価時期)	ケアプランに位置付けた目標の期間
3要件	末期がん	主治医意見書または医師に確認した記録	同
	難病	受給者証	受給者証、主治医意見書または医師に確認した記録
	認知症	Ⅲ a 以上	Ⅱ a 以上
その他	うつ等精神疾患	自立支援型地域ケア会議で検討	訪問指導で検討 (包括によるプラン確認含む)

平成31年度の寝屋川市の取組み

	今後の理想的な考え	今後の具体的取組
利用者・家族	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢になって機能が一時的に低下してもサービスを利用することで改善し、元の生活を再獲得・継続していく。 ・ 医療・介護の自己負担を軽減できる。保険料を抑制することができる。 ・ サービスを受け身で利用するのではなく、自己管理能力を高め、活動量を維持、増加することで介護予防効果を高める。 ・ 介護従事者が不足する中、専門性の高いサービスを要する人が利用できるよう、軽度者は多様な主体による支援を利用する。 ・ 地域の担い手として活動する人が増えることで、生活支援体制が整備され、より一層住みやすいまちになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>市民向け介護予防講座を開催</u>し、社会参加の促進、活動量の維持・増加が介護予防に効果的であることの周知啓発を行う。 ・ 介護サービスを終了し、専門職による関わりがなくなった後も活動量を維持、増加するために、<u>ケアマネジャーによるセルフマネジメント支援を一定期間実施</u>。 ・ <u>第2層生活支援コーディネーターを複数人配置</u>し、地域住民や民間事業者との連携を推進することで、生活支援体制を整備。
サービス事業所	<p>機能改善の効果を高め、利用者に選ばれることで事業を安定して運営する。専門職の価値を高め、介護報酬による評価を得ることも必要。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 質の高い事業所が利用者から分かるように卒業人数の公表等を行う。 ・ <u>生産性向上研修を開催</u>し、介護人材確保が困難な状況について共有するとともに、効率的な事業運営を学ぶきっかけを提供する。

27

介護保険法に基づく地域支援事業の連携

社会参加の実現（元の生活の再獲得）・継続（=目指すこと）

地域のスポーツ教室や趣味の講座など

地域の通いの場

余暇活動への再参加など

仕事、生産活動への復帰など

介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメント

訪問指導

通所型サービス（短期集中）

高齢者の

- ・ 介護予防意識醸成、自己管理能力の向上
- ・ 機能改善（運動、口腔、栄養）等による生活機能向上

機能改善後の活動促進

地域支え合い推進事業

（生活支援体制整備事業）

地域支え合い推進員の配置
（生活支援コーディネーター）

高齢者の生活支援体制の整備

- ・ 民間事業者とのネットワーク構築
- ・ 担い手の養成、確保

高齢者の

- ・ 社会活動参加の場（通いの場）の設定
- ・ 介護保険外を含む生活支援サービスの充実

28

自治体の実践報告 ②石川県能美市

地域包括ケアの「つながり」から 地域共生社会へ



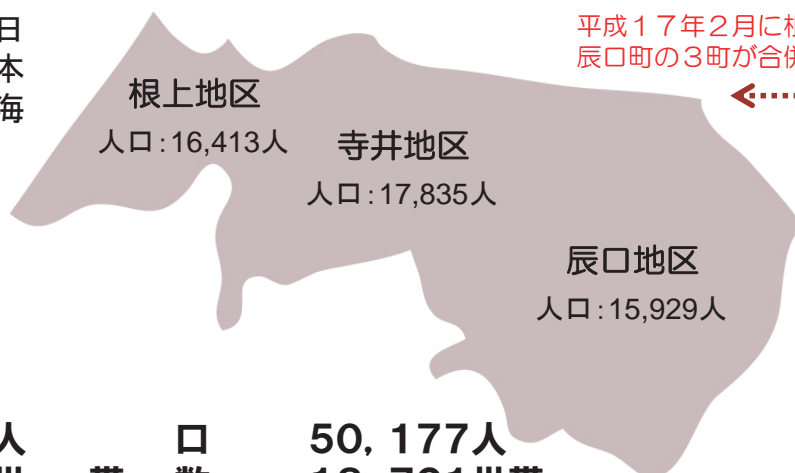
平成31年3月25日(月)

石川県能美市健康福祉部

我が事丸ごと推進課 南 由美子

能美市の概要 (3つの生活圏域)

日本海



平成17年2月に根上町・寺井町・辰口町の3町が合併



人口 50,177人
世帯数 18,791世帯
高齢人口割合 25.2%
年少人口割合 14.5%

【平成30年10月1日現在】

生活保護受給者 121人
生活保護世帯数 100世帯
障害者手帳所持者数: 2,286人(身体1,629人・療育365人・精神292人)

【平成30年4月1日現在】

公立小学校数	8校
公立中学校数	3校
地域包括支援センター数	3か所(委託)
相談支援事業所数	3か所(委託)
くらしサポートセンター	1か所(委託)

介護保険事業計画第6期までの整備
(地域包括ケアシステム構築)

と

介護保険事業計画第7期の取組み方針
(地域共生社会の実現)



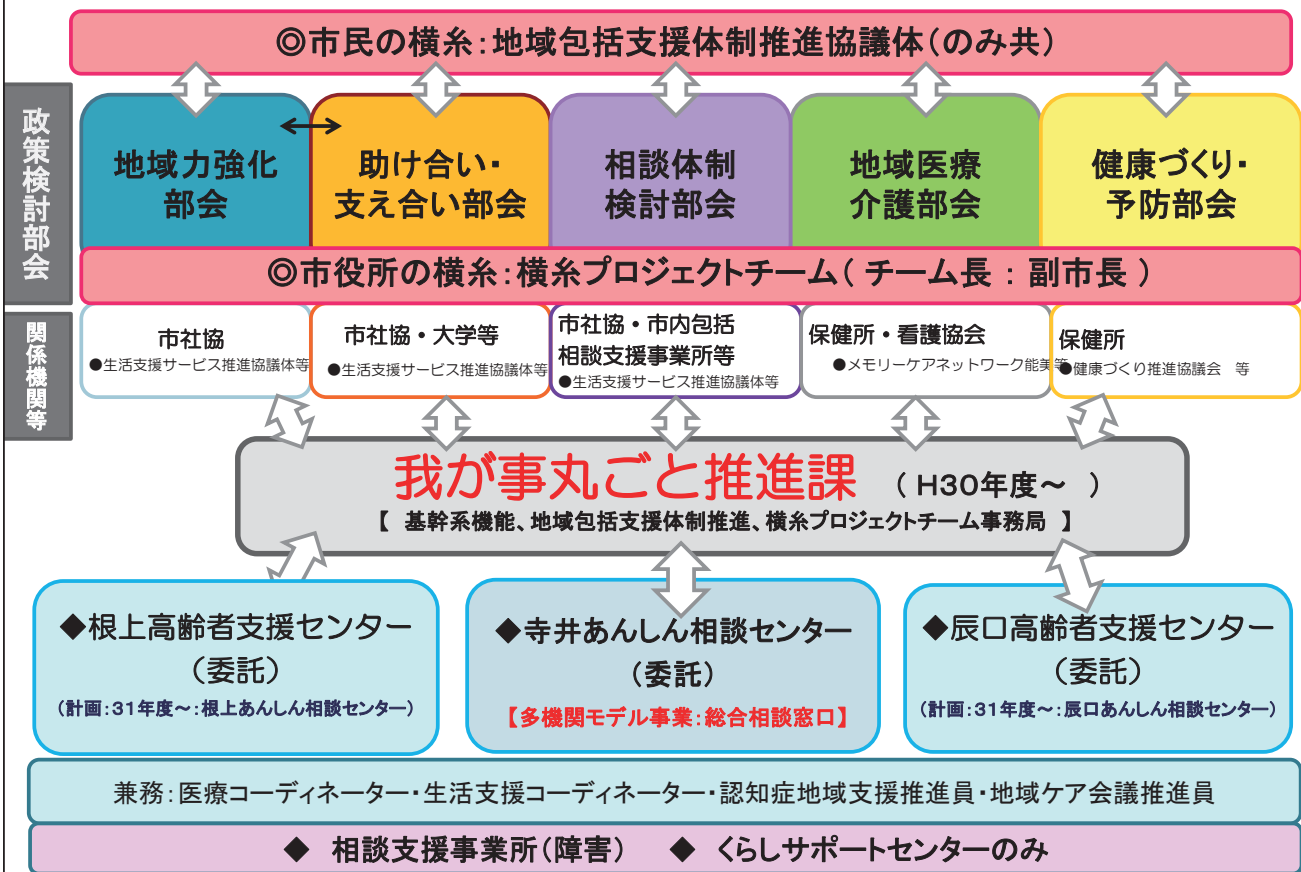
我が事・丸ごと推進の地域づくり事業との連動
(H29年度:福祉課が事業実施課でスタート)



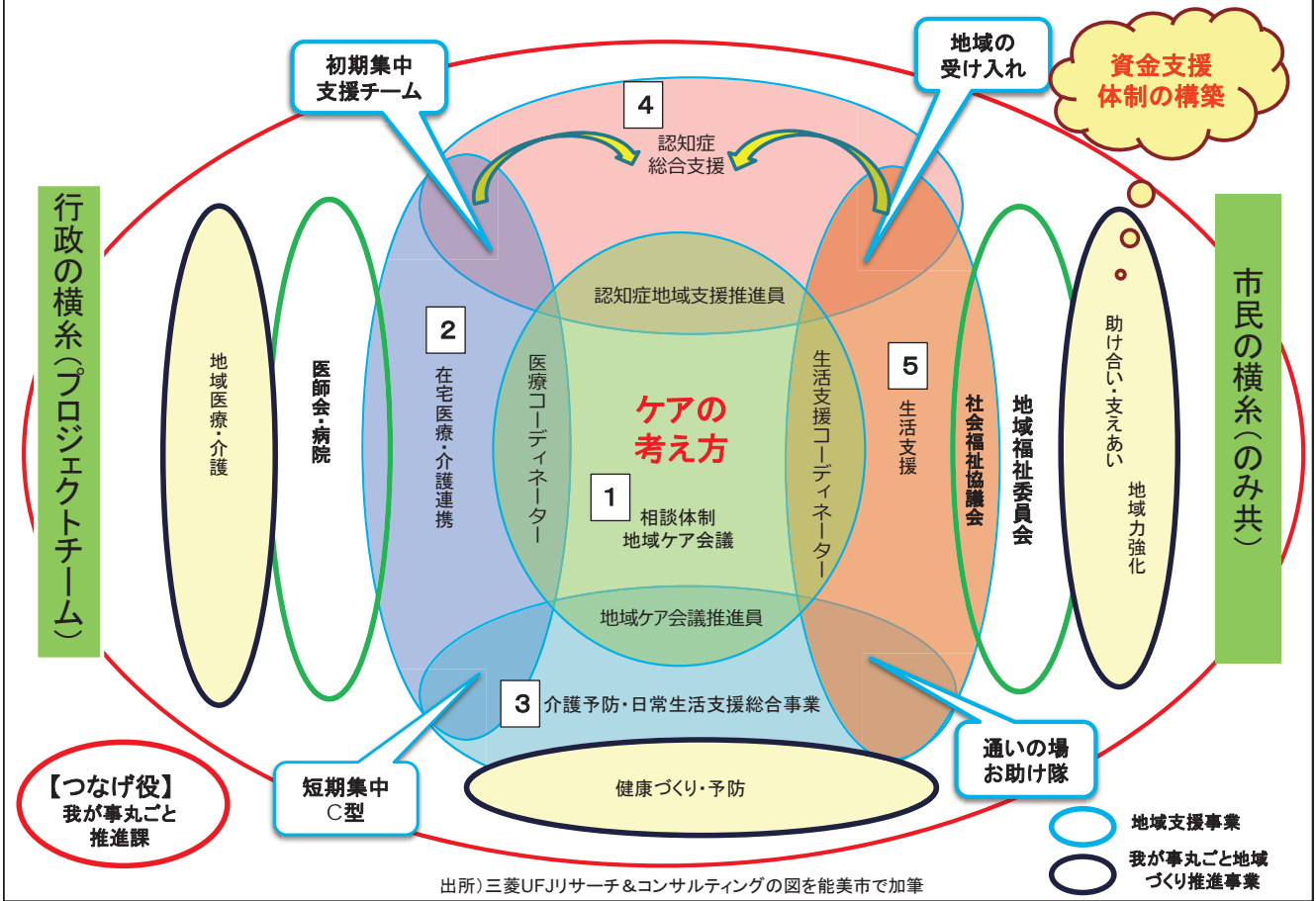
我が事丸ごと推進課(H30年4月1日～)
「横系」プロジェクトチーム結成(チーム長:副市長)

★目指す姿:能美市で共に生き、幸せな暮らしを実現

【我が事丸ごとの地域づくり推進事業 能美市の推進体制】地域共生社会の実現



能美市 地域包括ケアの「つながり」から地域共生社会へ



高齢者の地域包括ケアの「つながり」を紹介

その「つながり」による地域づくりから、

地域共生社会の実現を目指します！

1

【相談体制】からのつながり

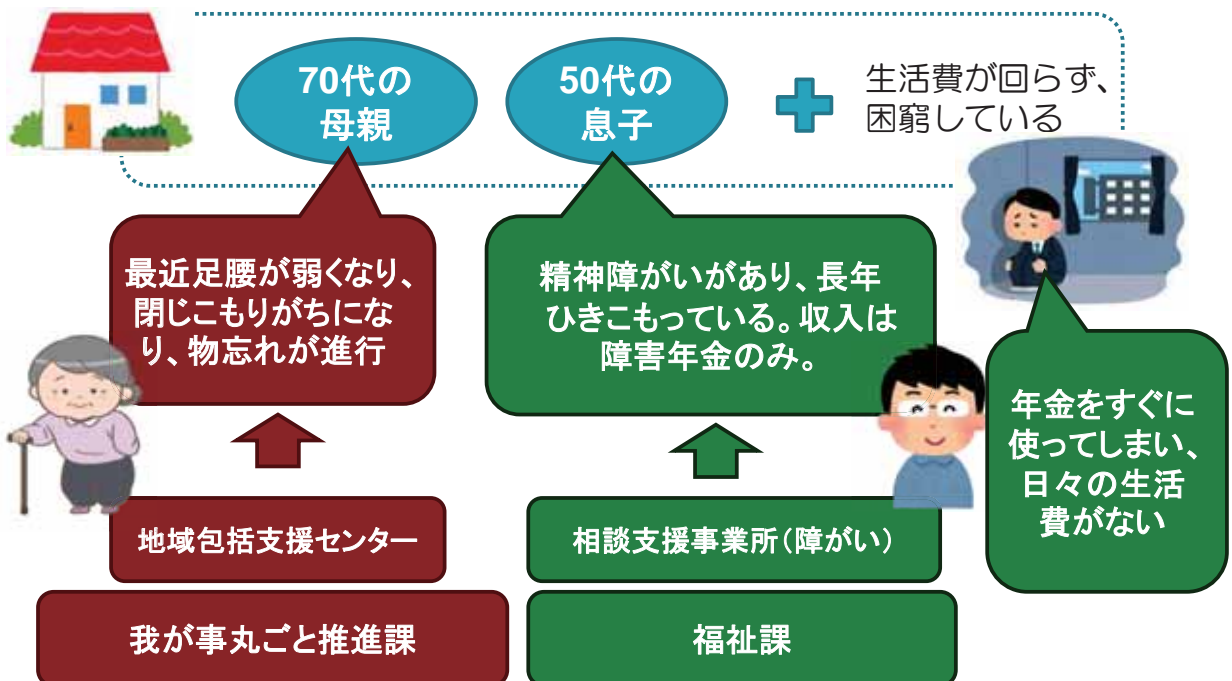
総合的な相談・支援体制構築から

関係者の輪が広がりました！

7

能美市の現状：複数課題を抱えた世帯数の増加

事例 70代の母親と50代の息子の2人暮らし

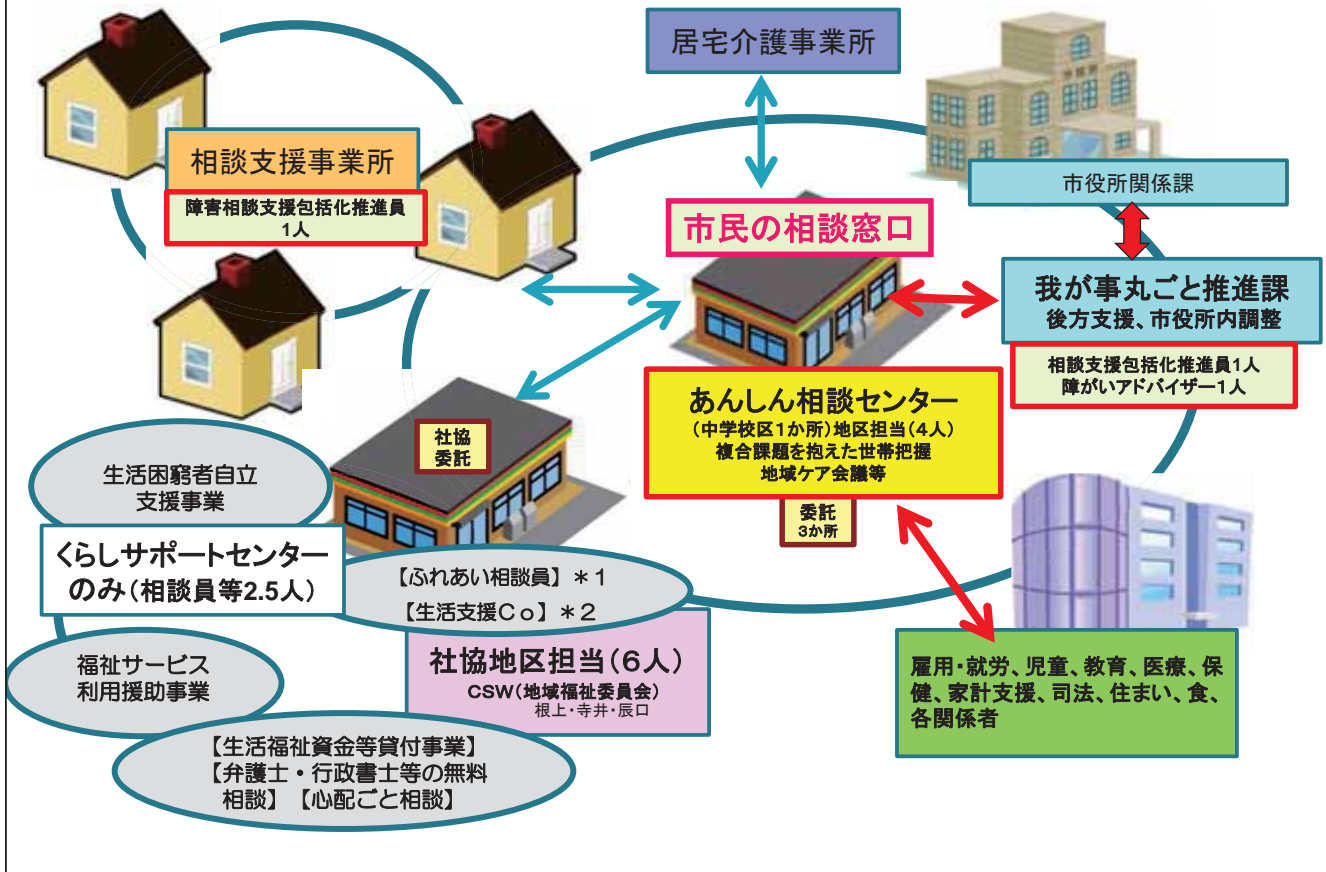


世帯に対し、責任を持って経過を見ていく人があいまい

8

【あんしん相談センターを中心とした関係機関の連携】

* 複数の課題(高齢者、障がい、生活困窮等)を抱えた世帯を支援するしくみ案(31年度～)



- ・あんしん相談支援センター(中核機関)
- ・相談支援包括化推進員(後方支援)

- ### 相談関係事業所
- ・相談支援事業所(障がい)
 - ・暮らしサポートセンターのみ(生活困窮)
 - ・居宅介護支援事業所(介護保険)
 - ・医師会(医療コーディネーター)



顔の見える
つながりの中で
新たな関係者が
加わった連携が
うまてきています!

- ### 地域
- 社会福祉協議会
(地区担当=コミティソーシャルワーカー)
 - ・生活支援コーディネーター
 - ・ふれあい相談員

1

【地域ケア会議体制】からのつながり

地域包括支援センター
地域ケア会議推進員配置
(後方支援:我が事丸ごと推進課)

◎在宅医療・介護連携事業とのつながり

医療との連携の課題
地域ケア会議の重要性⇒
プロジェクトチームの発足

◎総合事業とのつながり

自立支援・重症化予防の重要性⇒
短期集中C型

◎認知症総合支援事業とのつながり

初期対応の重要性⇒
初期集中支援チームの必要性

徘徊課題から、地域とのつながりへ

2

在宅医療・介護連携事業

との「つながり」

MCN:メモリーケアネットワーク能美 在宅医療・連携連携について



13名(H23年度)→72名に！仲間が増えていっています！

1グループ:入退院時連携体制



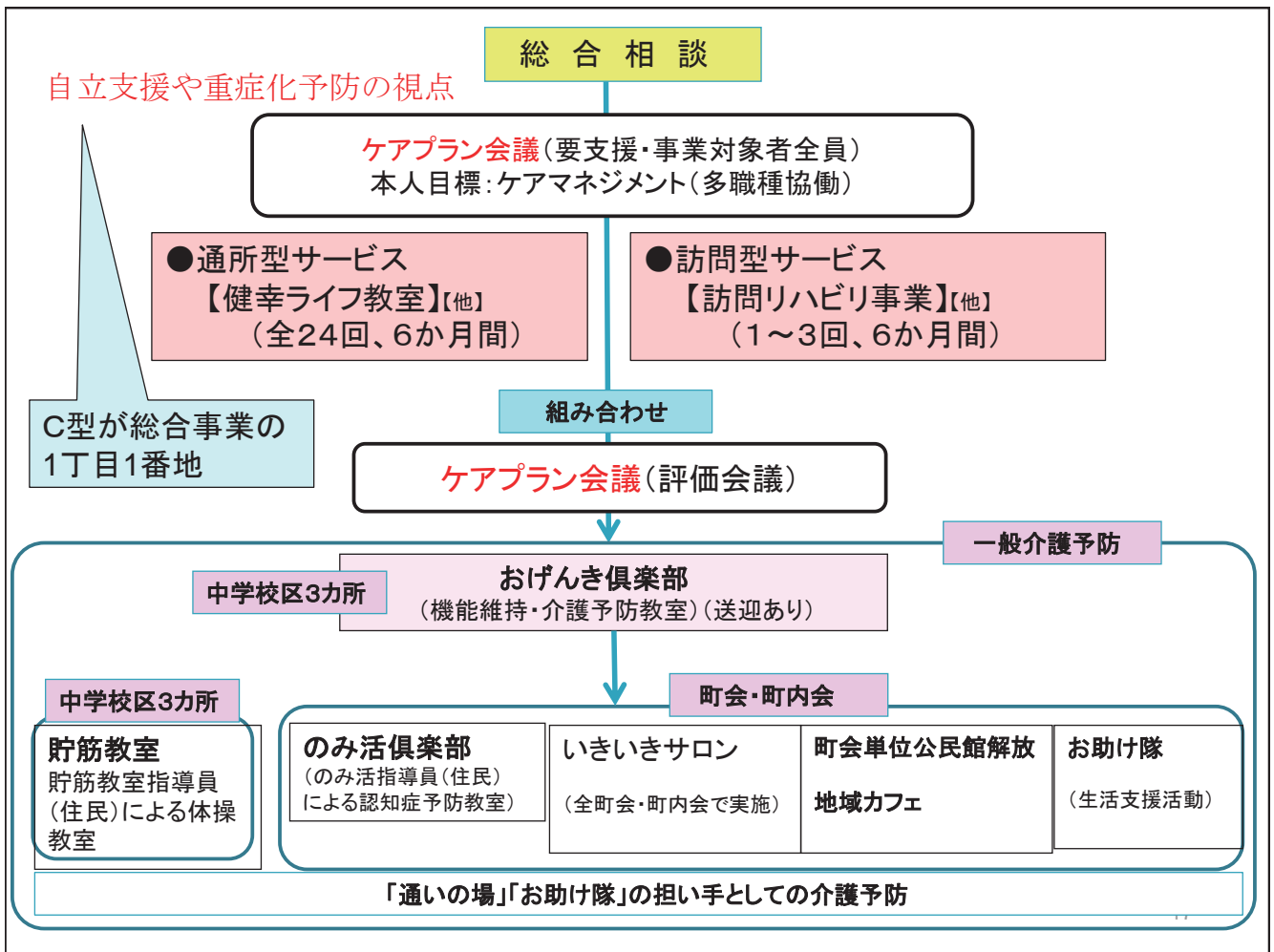
能美市地域包括ケアシステムの 在宅医療・介護連携について話し合う場

2018.4



3

総合事業との「つながり」

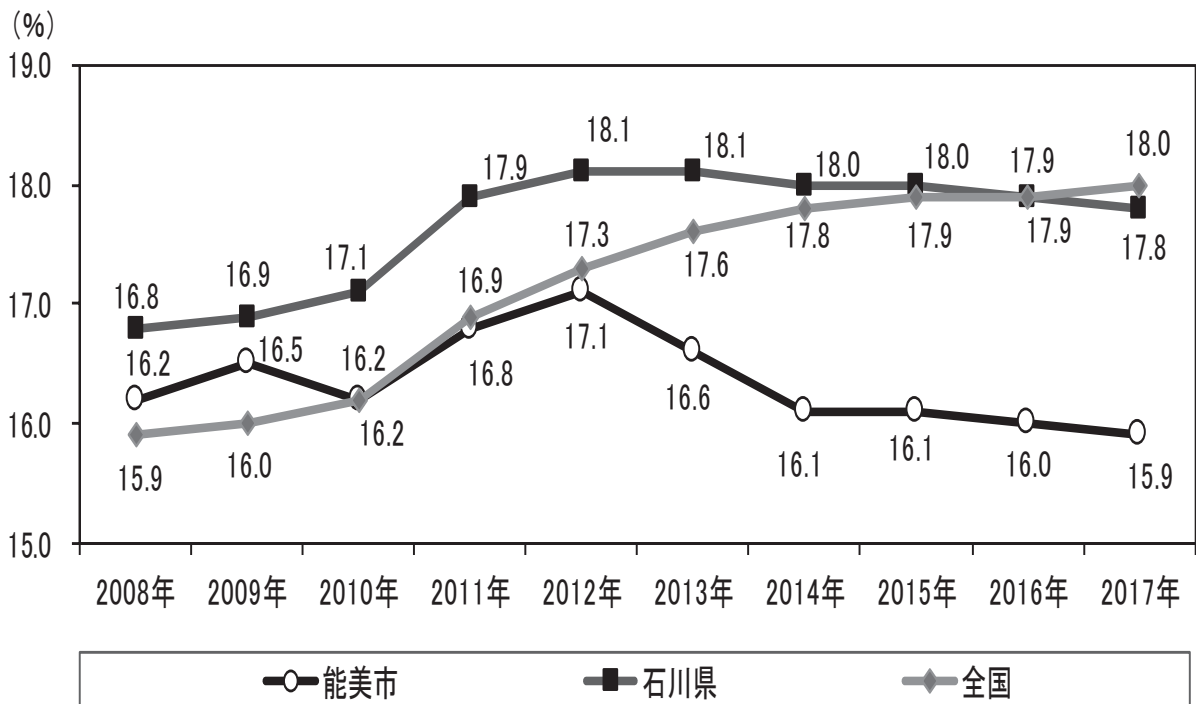


4

認知症総合支援事業との

「つながり」

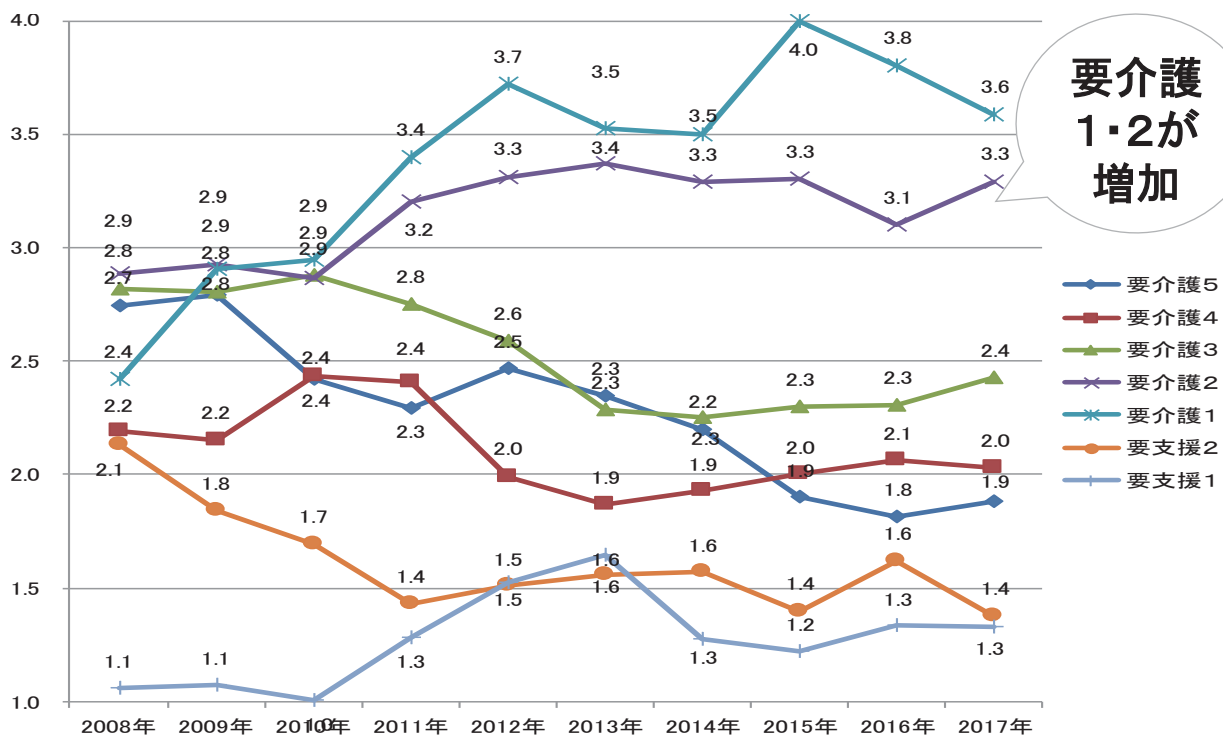
■要介護認定率の推移(全国、県、能美市比較)



資料:介護保険事業状況報告 各年3月月報

19

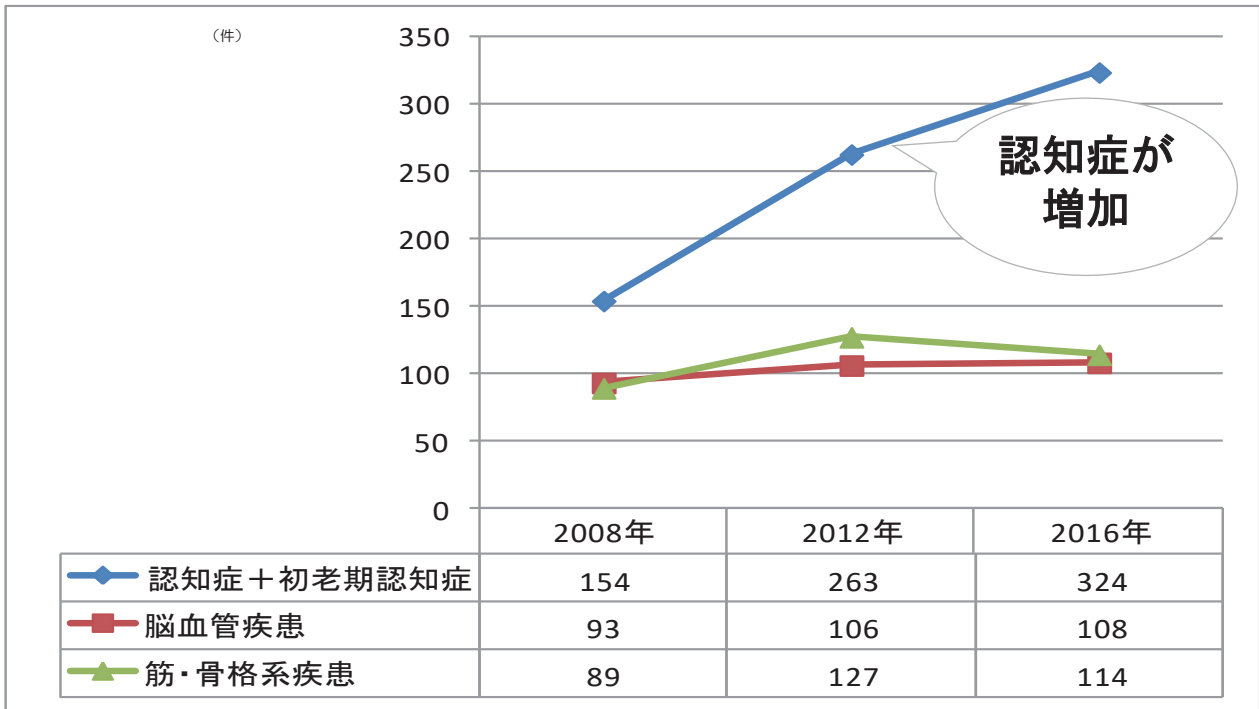
要介護度別認定率の推移 (能美市)



資料:介護保険事業状況報告 各年3月月報

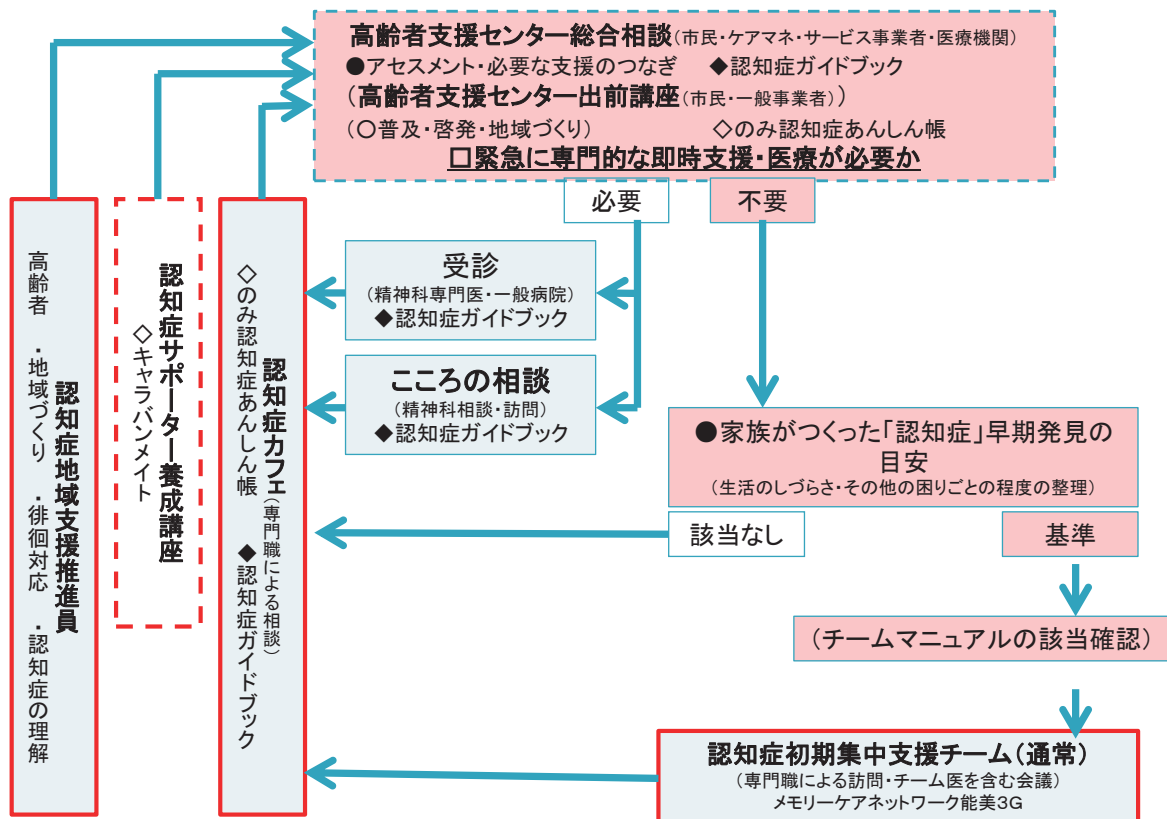
20

要介護1・2の要介護認定原因疾病（第1疾病）の件数の推移（能美市）



資料：主事意見書第1原因疾病 21

認知症総合支援事業および認知症に関する事業



22

健康づくり担当部署とのつながり

生活習慣病予防

(糖尿病、高血圧、脂質異常症、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症、**認知症予防**など)

介護予防

(筋力低下予防、**認知症予防**など)

生活習慣の改善

適切な身体活動・運動の実践

正しい食生活の実践

適正な生活リズムの推進

個人の健診結果改善

企業等の健康づくり推進

治療

医療機関との連携

・特定健診、特定保健指導の実態
・健診後の医療受診勧奨の状況や結果について

→適正な医療受診ができる

地域力による生活改善

5

【生活支援】から地域のつながり

生活支援サービス推進協議体からの展開

◎地域力強化の推進

地域福祉委員会活性化

◎助け合い・支え合い体制

強い互助活動（継続性）

つながい・広がる地域の互助活動

～地域が活性化され、互助を高める取組みの実施～

- 生活支援サービス推進協議体での**つながい**の深まり・広がり

- 「のみ共」での団体同士の**つながい**による活動の展開



地域福祉委員会

まちぐるみの組織 町会町内会役員、公民館、民生委員、福祉推進員、各種団体（老人会、壮年団、婦人団体、子ども会）が参加

地域福祉委員会では、1人ひとりの住民が抱える生活上の困りごとを、町内全体の問題と捉え、みんなで解決方法を考えます。

① 気づく

日頃の見守りの中で、心配な方、気になる方などの変化に気づき、地域福祉委員会のメンバーでその情報を共有します。



② 話し合う

①で共有した課題に対して、地域でどんなことが出来るかを話し合います。



③ 解決に向けて

それぞれの地域の状況に応じて活動したり行政や専門機関につないだりします。

★社会福祉協議会も共に考えます。

地域での見守り・支えあい

地域の困りごとを皆で考える

ごみ出しが大変だ

草むしりができない

電球交換がむずかしい



雪かきが大変だ

買い物に行きたいけど行けない

27

①地域福祉委員会の活性化

能美市地域福祉委員会の状況

H30. 3月末現在

⑤	④	③	②	①
課題解決の仕組み等ができる (15町会)	個人等助け合いの活動が確認できる (4町会)	地域の課題が共有されている (7町会)	年に数回の話し合いがされている (6町会)	委員会の開催を呼びかけている (59町会)

最終目標：全地区を③以上にもっていく

★社協：地域福祉委員会との話し合い実施

(46町会)

①から②段階にUP

⇒9地区

①②段階から3段階以上UP

⇒8地区



～地域福祉委員会の様子～
住民支え合いマップ作成



町内会長から

町会・町内会：1つの地域福祉委員会だけでは課題解決の取組みが難しい場合がある。他の町（内）会と一緒につながる活動ができるとよい。
(介護予防やお助け隊の活動)

② つながい(地域・法人・団体・企業)による地域力強化

◆ NPOの買い物支援 : 社会福祉法人の車両の貸出し応援



地域福祉委員会×社会福祉法人
【法人バスと運転手提供】
★買い物・外出支援

事業実施者(社会福祉法人) :

法人:他の町(内)会ともつながり、
公益事業として活動を拡大できたら
いいと思う



◆ 地域福祉委員会の買い物・外出支援 社会福祉法人とのつながりによりショッピングセンターへ

③ 団体活動による地域力強化

◆ 買い物支援が必要な方への送迎や移動販売



松が岡老人クラブ
★買い物支援

事業実施者(団体)の声

- 補助金の対象範囲での活動に制限されるため、活動に自由度がほしい。
- 資金の確保に不安
- 活動内容等のアドバイスや相談席がほしい
- 新たな人材を増やしていきたい



子ども食堂



◆ 子どもたちだけではなくみんなの地域食堂となっています

互助の体制を推進するため、学習からスタート!(H30~)

下記の4つの支援体制でしくみをつくる

○参加者：横系プロジェクトチーム職員・社会福祉協議会・生活支援サービス推進協議体
・地域包括支援体制推進協議体（のみ共）委員



新たな資金支援体制の
必要性を学ぶ
学習会の開催

地元大学の協力の元、資金
支援体制づくりに向け検討

◆ 能美市に応じた資金支援体制の検討から地域の「強い互助支援」へ

「地域包括ケアシステム構築」から 「地域共生社会の実現」

高齢者における地域包括ケアの「つながり」による医療・介護
・福祉・保健を一体的に提供する地域包括ケアシステムの
構築からステップアップし、誰もが自分らしい暮らしを人生の
最後まで続けることができるよう、地域共生社会の実現を
目指していきたいと思えます。

ご清聴ありがとうございました



平成 30 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業

報 告 書

平成 31 (2019) 年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門 5-11-2

電話 : 03-6733-1024