

「地域の実情」に応じた  
市区町村の取組とは何か？

「地域の実情」に応じた  
仕組みづくりを支援するために



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

平成29年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
高齢者の在宅生活を支えるための市区町村における独自施策についての調査研究事業  
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



**「地域の実情」**に応じた  
市区町村の取組とは何か？

<調査研究事業の実施体制>

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

## 「地域の実情」に応じた市区町村の取組とは何か？

### — 目 次 —

1. なぜ、いま、独自施策なのか？ .....	1
(1) 地域の実情に適応するための独自施策 .....	1
(2) 独自施策が求められるようになっている社会的背景 .....	7
2. 独自施策とは、何をすることなのか？ .....	10
(1) 四助のバランスを見直す .....	10
(2) 独自施策は、どう生まれるのか .....	12
3. 独自施策を広げていくために何が必要か？ .....	15
(1) 方針の明示 .....	15
(2) 場の必要性 .....	16
4. 市区町村独自サービス・施策 .....	16
(1) 見直しされていない事業 .....	16
(2) 時代の変化に対応しているか見直しが必要 .....	18
5. 地域密着型サービスの独自施策 .....	19
(1) 地域密着型サービスについて保険者がとりうる施策 .....	19
(2) 介護サービスの整備における市区町村の権限強化と「場」の必要性 .....	22



## 「地域の実情」に応じた市区町村の取組とは何か？

### 1. なぜ、いま、独自施策なのか？

#### (1) 地域の実情に適応するための独自施策

##### ① 独自施策とは何か

「社会保障制度改革プログラム法」(平成 25 年 12 月) 及び、それに基づく改正法「医療介護総合確保推進法」(平成 26 年 6 月) により、地域包括ケアシステムの構築が法的に位置付けられ、現在、積極的な取組が全国で進められている。その取組は、地域の課題や資源、生活文化など、多種多様な要因の影響を受けて、「地域の実情に応じた」設計を基本としていることが、法律にも明記されている。

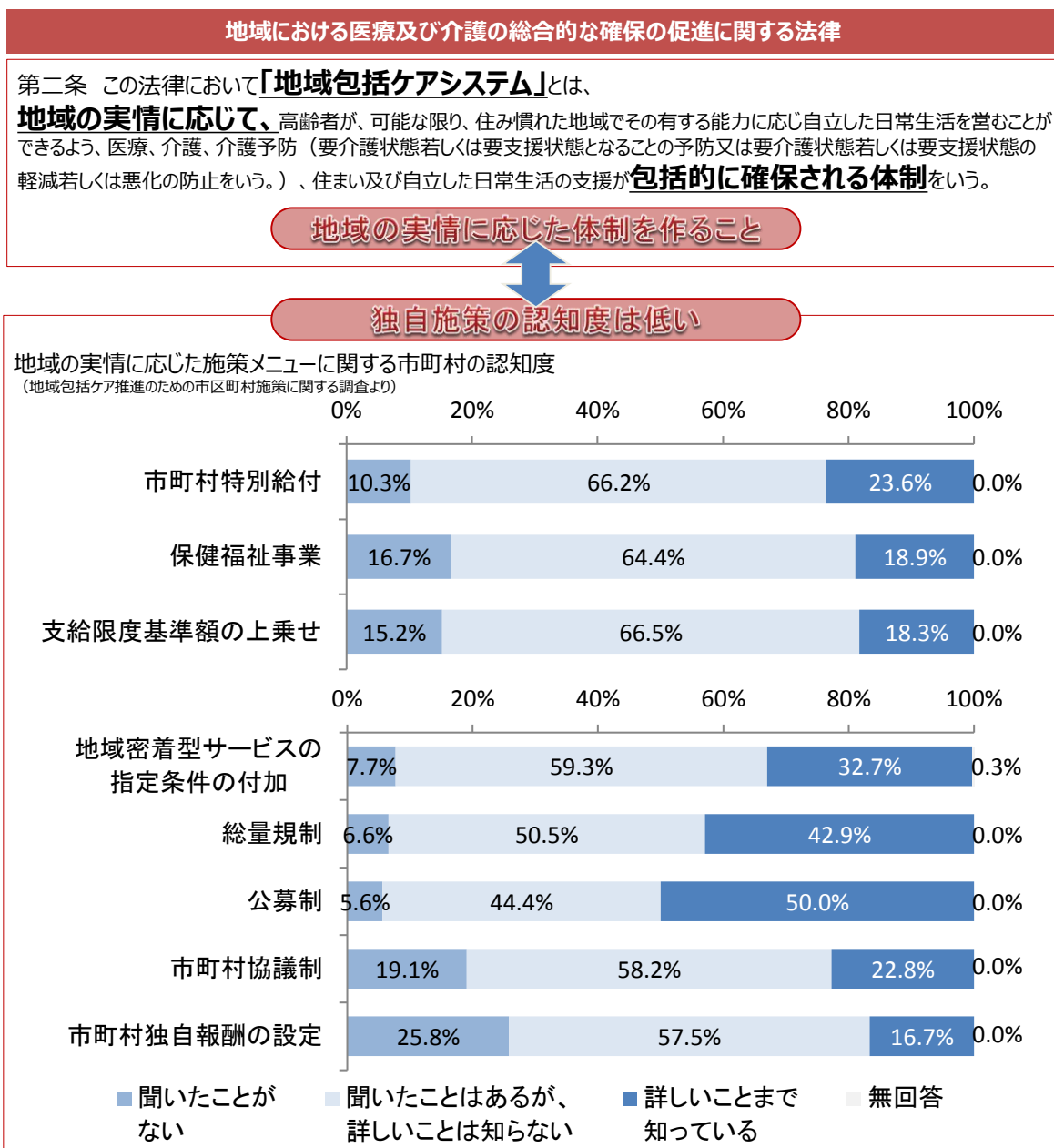
さらに、平成 12 年度の介護保険制度の創設時にさかのぼれば、市町村特別給付や保健福祉事業など、市区町村の裁量で設計できる枠組みが設けられており、「介護保険は地方分権の試金石」と呼ばれていたように、市区町村が地域の状況を鑑みて独自に施策を立案することは、当時から想定されていたと言えるだろう。

しかしながら、介護保険制度は開始以来、「全国統一の制度」として運営されてきた傾向も強く、また「地域の実情に応じて」活用できる各種の独自施策についても、制度の枠組みはあっても、多くの市区町村が詳しい内容を理解していないことが、本事業の調査で明らかになっている。

介護保険制度及びその周辺分野の制度において、地域の実情に応じて市区町村が設計・実施する施策を、本事業では「市区町村独自施策」(本文中では「独自施策」と呼ぶ)。

独自施策を実行する上で活用できる制度の枠組みとしては、市町村特別給付、保健福祉事業、地域支援事業の任意事業、一般財源のほか、地域密着型サービスの事業者の募集・指定・報酬設定に関する制度(例：公募制、市町村協議制、独自報酬)などが挙げられる。なお、これら以外でも、たとえば介護予防・日常生活支援総合事業の各種サービスや補助制度は、いずれも市区町村が設計・実施するものであるが、本事業では対象としていない。

図表 独自施策の低い認知度



※「地域包括ケア推進のための市区町村施策に関する調査」（回収数 688）による



図表 本報告書で取り扱う独自施策

独自施策の名称	法的根拠
市町村特別給付	法第 62 条
保健福祉事業	法第 115 条の 49
支給限度基準額の上乗せ	法第 43 条第 3 項、第 44 条第 6 項、第 45 条第 6 項
一般財源事業	各自治体の定めによる
地域支援事業の任意事業	法第 115 条の 45 第 3 項
基準該当サービス	法第 42 条第 1 項第 2 号、第 54 条第 1 項第 2 号、第 47 条第 1 項第 1 号
公募制	法第 78 条の 13 第 1 項、第 78 条の 14 第 2 項
市町村協議制による指定拒否・条件付加	法第 70 条第 7 項、第 70 条の 2 第 4 項
地域密着型サービスの指定条件の付加	法第 78 条の 2、第 115 条の 12
地域密着型サービスの報酬単価の引き下げ	法第 42 条の 2 第 4 項、第 54 条の 2 第 4 項
地域密着型サービスの指定基準の緩和	法第 78 条の 4 第 1 項、第 2 項
市町村独自報酬	法第 42 条の 2 第 4 項、第 54 条の 2 第 4 項、平成 24 年厚生労働省告示第 119 号
地域密着型通所介護の指定拒否	法第 78 条の 2 第 6 項
施設・居住系サービスの総量規制	法第 78 条の 2 第 6 項第 4 号
施設・居住系サービスの指定に対する都道府県への意見提出	法第 70 条第 6 項、第 70 条の 3 第 2 項、第 86 条第 3 項、第 94 条第 6 項
居宅サービスの指定に対する都道府県への意見提出	法第 70 条、第 115 条 2

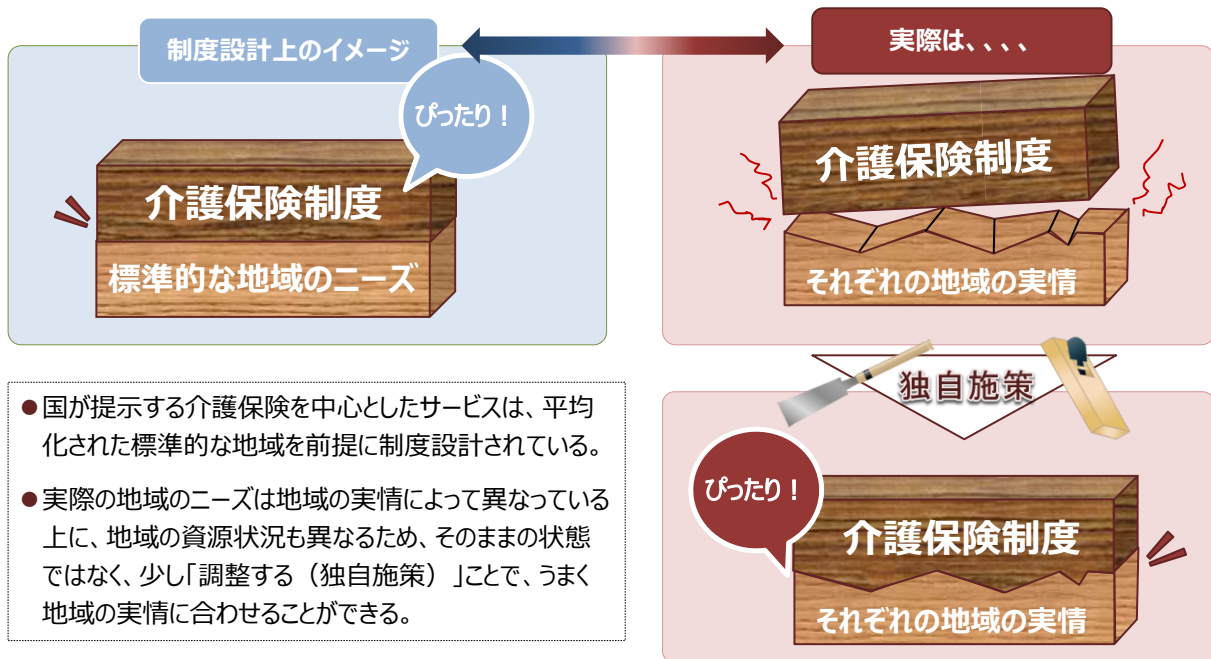
図表 市町村特別給付・保健福祉事業・地域支援事業の任意事業・一般財源の概要

	市町村特別給付	保健福祉事業	地域支援事業の任意事業	一般財源事業
制度概要	市町村が条例に基づき、介護保険法で定められた介護給付・予防給付以外に、独自の給付を実施するもの。「横出し給付」と言われている	介護者支援、介護予防、保険給付、サービス利用に係る資金の貸付など、市町村が被保険者及び介護者に対し必要と判断する事業を実施するもの	介護保険事業の運営の安定化、被保険者及び介護者等に対する地域の実情に応じた必要な支援を目的として、市町村が地域支援事業の中で実施するもの	高齢者の保健・福祉・介護を目的として、市町村が単独の予算を用いて事業を行うもの
財源	第 1 号被保険者の保険料	第 1 号被保険者の保険料	国 38.5%、都道府県 19.25%、市町村 19.25%、第 1 号被保険者の保険料 23%	一般財源
対象者	要支援・要介護認定者	被保険者、家族等の介護者	被保険者、家族等の介護者	市町村が定める
実施例	・寝具乾燥サービス ・移送サービス ・配食サービス ・おむつの支給 / 等	・地域支援事業以外の介護予防事業 ・介護者支援事業 ・直営介護事業 ・高額介護サービス費の貸付事業 / 等	①介護給付費適正化事業 ②家族介護支援事業 ③その他（成年後見制度利用支援事業、福祉用具・住宅改修支援事業 / 等）	・配食サービス ・おむつの支給 ・移送サービス ・寝具乾燥サービス ・訪問理美容サービス / 等
特徴	対象が、要支援・要介護認定者と限定されている。また、財源が 1 号保険料 100%のため、保険料への影響が大きい。さらに、償還払いであるため、利用者にとって手続きが煩雑。	財源は、特別給付と同じだが、特別給付が「給付」であるのに対し、保健福祉事業は「事業」である。対象者が被保険者・介護者と、特別給付と比べて幅広い。	財源に公費が含まれているため、保険料への影響は限定的だが、上限額が設定されている。また、平成 27 年 2 月の通知により、「市町村特別給付、保健福祉事業、総合事業、市町村の一般施策で実施すべきもの等」は対象外となった。	事業の目的や対象者などについて、国の定めがないため、市町村の裁量で決定できる。一方、一般財源での実施となるため、市町村の財政力に影響を受けやすい。

## ② 独自施策のイメージ

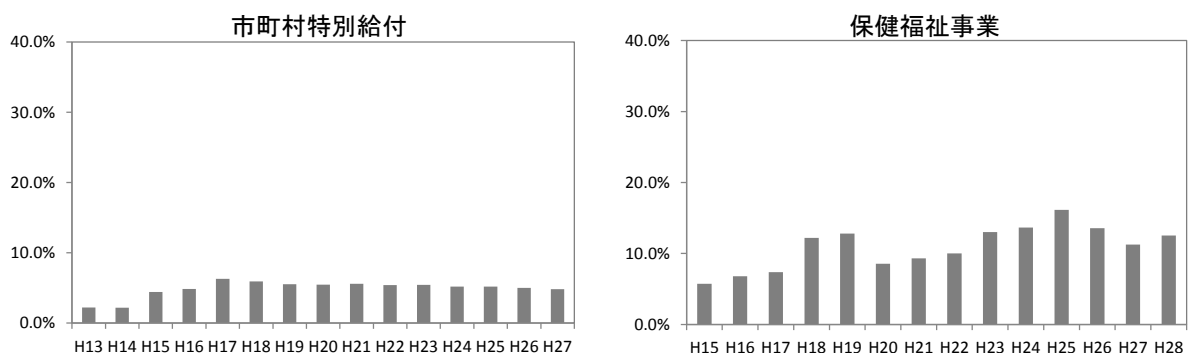
元来、介護保険制度の給付は、全国統一的な仕組みとして、標準化された、あるいは平均化された地域のニーズに対応することを前提として設計されている。ところが、実際の地域のニーズは、それぞれの地域の実情によって異なっており、また実際にサービス提供できる事業者の状況や、利用者の住む地域の人口密度や交通の状況などもそれぞれ異なっているため、まさに地域の実情にあわせて制度の一部を調整する必要がある。この調整の作業を、この報告書では「独自施策」と呼んでいる。

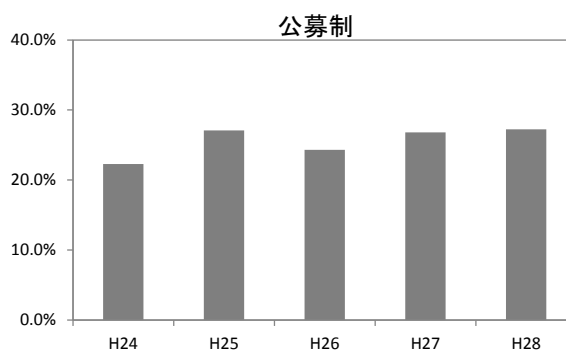
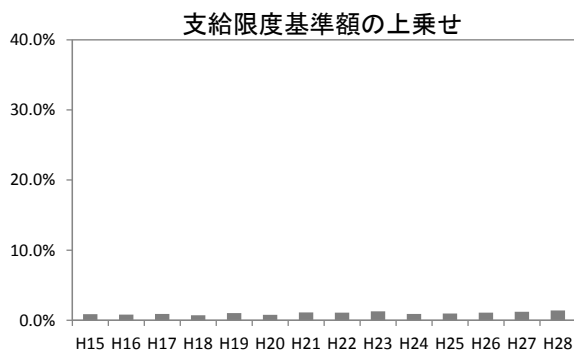
図表 独自施策のイメージ



多くの制度は、設計された段階でその都度、厚生労働省の会議資料に盛り込まれ、市区町村に伝達されているものの、市区町村がその仕組みの採否を判断したのちは、次の担当者に引き継ぎがない限り、数年が経過した後に、改めて独自施策を検討することは難しい。これらの点については、各市区町村の担当者ともに、ヒアリングで同意見であった。独自施策の実施率（独自施策を実施している保険者数の全保険者数に占める割合）をみても、制度の導入後には一定の保険者が実施するものの、その後、実施率は大きく変動することがない。

図表 独自施策の実施率の推移





※「実施率」＝独自施策を実施している保険者数÷全保険者数×100  
 ※独自施策を実施している保険者数・全保険者数の数値は、市町村特別給付は、厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、保健福祉事業、支給限度基準額の上乗せ、公募制は、厚生労働省「介護保険事務調査」による

また、仮にそうした独自施策について検討する場合も、多くの情報は、散逸しており、膨大な厚生労働省の会議資料を個別に確認して再整理しない限り、一覧性をもって情報を確認することが難しいという状況もある。今後の課題として、国が独自施策に関する情報の一元的な提供も検討していく必要があるだろう。

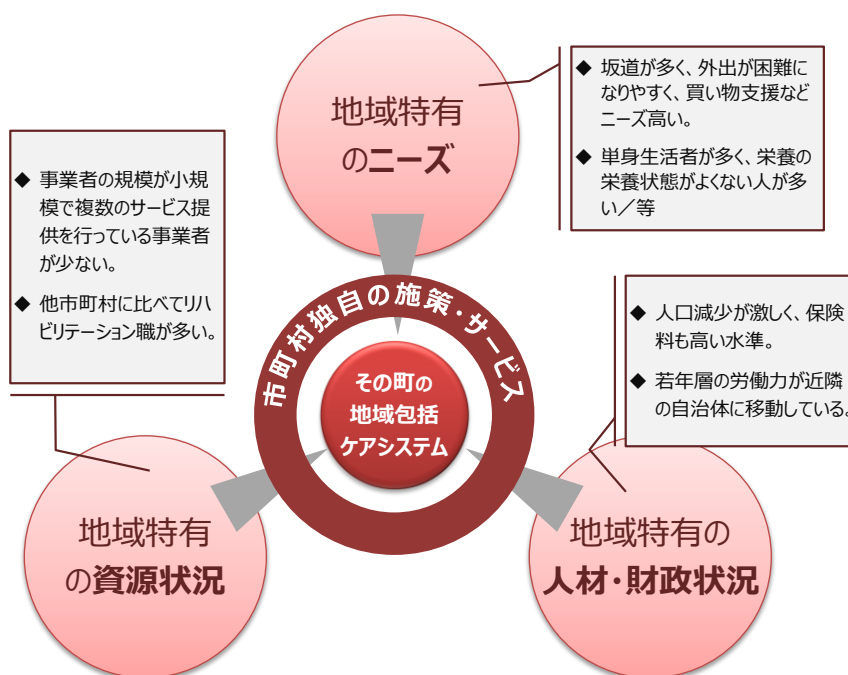
### ③ 地域の実情とはなにか

では、「地域の実情」とは具体的に何を指しているのだろうか。それぞれの地域の実情として①その地域特有のニーズ、②その地域特有のサービス資源状況、③その地域特有の人材・財政状況が考えられ、それぞれは相互に影響しあっている。

第一の地域特有のニーズとしては、たとえば地域に坂道が多く、他の地域に比べ同じ身体状況の高齢者であっても、移動に対する支援ニーズが高い傾向がみられるといったことや、男性の単身生活者が多く、栄養の偏った食事をとっている高齢者が多いといったことが考えられる。こうしたニーズの違いは、特に元気高齢者や要支援者の場合は、介護予防日常生活圏域ニーズ調査の分析を通じて、地区ごとの違いを分析することもできるだろう。

第二に、地域特有の資源状況がある。他の地域に比べ訪問介護事業所が多いといったことや、リハビリテーション職種が多いといったこともあるだろう。また事業者の数だけではなく、事業者の規模にも地域の特徴がみられることがある。中核となる医療法人や社会福祉法人が施設から居宅介護サービスまで幅広く提供している地域もあれば、小規模の居宅介護サービス事業者が多い地域もあるだろう。医療資源の多寡も地域によって大きく異なる。在宅療養支援診療所の数、中核となる病院の有無、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の有無など、特定の機能をもった医療資源の有無も、地域の実情として大きな影響を与える。

図表 地域の実情のイメージ



第三は、地域の人口構造や財政の状況による要因である。現在、日本の人口は減少しており、特に中山間地域においては、急速な若年層の減少に伴う労働力不足に悩まされている。また、今後の人口構造から予測される保険料水準の高さや市区町村の財政状況も、その地域における取組や施策のあり方を検討していく際の「地域の実情」として影響してくる。

もちろん、これらの要素は、相互に影響しており、地域特有のニーズがあるからこそ、特定の資源が多く存在し、その結果、財政状況に影響を与えるといったこともあれば、若年層の減少によって地域の介護サービス事業者の人手が大幅に不足し、地域の専門職が確保できないといったこともある。こうした多様な要因が互いに影響しあいながら、その地域において地域包括ケアシステムの構築を進める際に、それぞれの地域特有の課題や解決方法が検討されるのである。

## (2) 独自施策が求められるようになってきている社会的背景

### ① 進む市区町村への権限移譲

市区町村における独自施策の期待の高まりは、介護保険制度の歴史を振り返ることで、その大きな流れを確認することができる。介護保険制度の導入当初は、多くの点が全国統一となっていたが、それでも、全国の統一基準を上回る支給限度基準額を設定する「上乘せ」や、介護保険の法定給付にはない市区町村独自のサービスとしての市町村特別給付、保健福祉事業といったいわゆる「横出しサービス」、サービスの確保が困難な地域において指定の基準を緩和する基準該当サービス（ただし都道府県の条例による）など、地域の実情を反映させる独自施策が設定されていた。

図表 介護保険における市区町村への権限移譲



その後、2006年には地域密着型サービスが導入された。介護保険サービスの指定権限が都道府県にあるという介護保険の基本的な設計に変更が加えられ、市区町村が指定基準や報酬の設定に裁量を持ち、実際に事業者指定を行うという点で大きな変更であった。

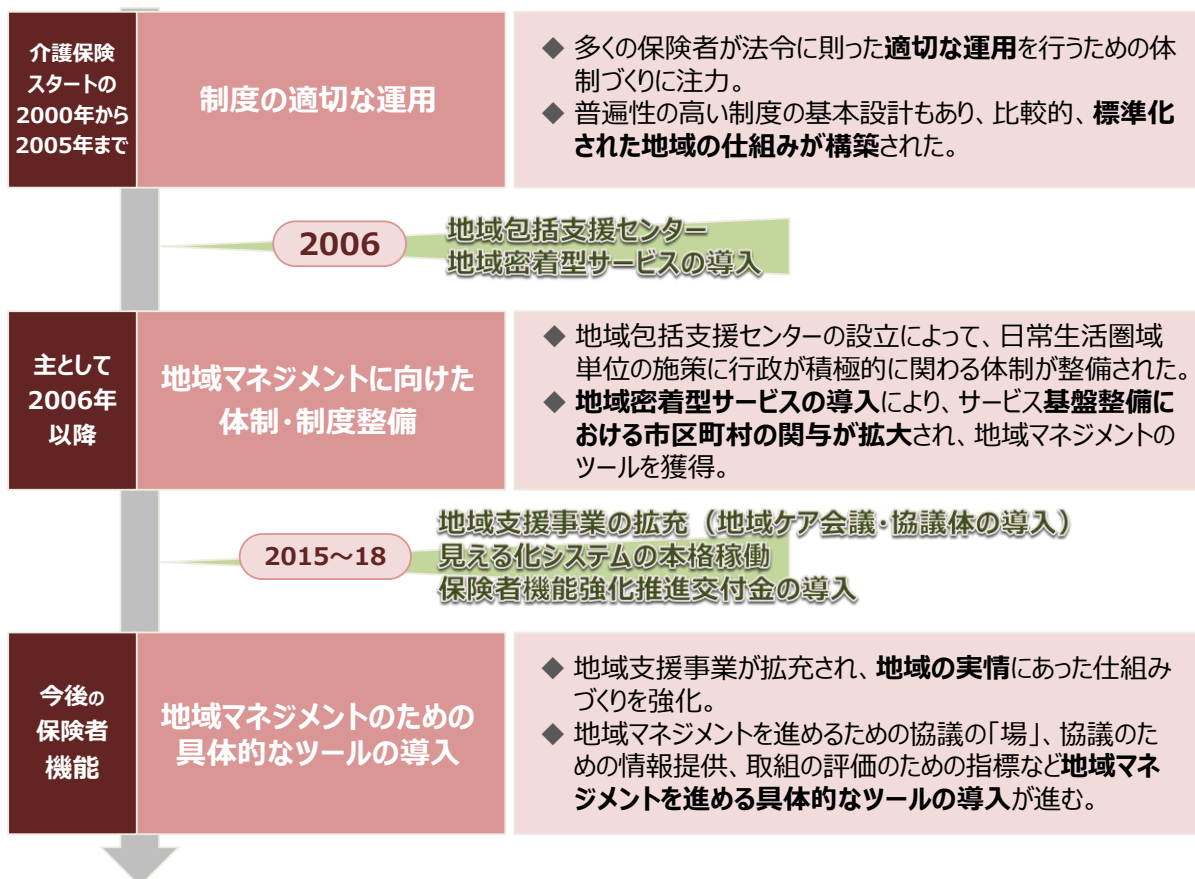
また2012年には、居宅介護サービス指定（訪問介護・通所介護）にあたっての市町村協議制が導入され、市区町村は積極的にサービス整備に関与する手段を得るようになっていった。

さらに2015年には介護予防・日常生活支援総合事業の導入により、軽度者へのサービス提供や支援のあり方の大部分を市区町村が設計することが可能になった。2016年には、小規模通所介護事業所が地域密着型サービスと位置付けられ、その指定権限が市区町村に移譲され、2018年度からは総量規制の対象となったことで、市区町村の指定拒否も認められるようになっていく。2018年度からは、居宅介護支援事業者の指定権限も市区町村に移譲された。

## ② 変化する保険者への期待役割

こうした市区町村への権限移譲は、介護保険導入以来、徐々に拡大されてきたことにより市区町村に期待される役割も変化してきた。制度開始当初は、介護保険事業計画の策定、適切な保険料設定、保険料徴収、給付管理、要介護認定といった、介護保険の基本となる業務の適切な運用が重視されていた。市区町村に設計の裁量がある市町村特別給付や保健福祉事業の実施率が低かったこともあり、制度運用の実態は全国統一といって差し支えない状態であった。

図表 市区町村に期待される役割の変化



その後、2006年に地域密着型サービスの導入、地域包括支援センターの設置、地域支援事業の導入に至り、市区町村の役割は、単に制度を運用するレベルから、それぞれの地域の実情にあった取組を市区町村で実施する形へ進化していった。2006年以前と比べ、地域のサービス提供や取組に市区町村が関わるべき場面が増えたといえるだろう。

2015年には地域支援事業の拡充が行われ、地域住民や専門職など地域の多様な関係者との協働が前提となる在宅医療・介護連携推進事業や生活支援体制整備事業が加わったことで、地域包括支援センターの役割は量的に拡大し、質的にも変化し、地域独自のマネジメント体制が構築されたといえる。

また、2015年以降のもう一つの潮流としては、市区町村の地域マネジメントに具体的に取り組むためのツールが導入されていることも重要である。2015年度には、「地域包括ケア見

える化システム」が開発され、それぞれの地域の状況が客観的な数値として把握されるようになった。2018年度から始まる第七期介護保険事業計画期間の介護保険料も、この「見える化システム」を通じて算出されるようになっていく。さらに、2018年度からは、保険者機能強化推進交付金が導入され、各地域の取組の結果によって、新たに創設された各市区町村への交付金の金額の多寡が決まる仕組みが導入された。現在提示されている評価項目の多くはプロセス評価に関する指標であり、結果としてのアウトカム指標の評価は限定的であるが、厚生労働省の研究事業等においてもアウトカム指標の設定について継続的に検討が行われており、今後、その範囲が拡大されることも予想される。

「見える化システム」や保険者機能強化推進交付金の導入によって、各市区町村は、国から示された取組を実施・運営すればよいという形ではなく、また、地域資源の整備量のコントロールに関わるという水準も超えて、アウトカム（成果）に向けてマネジメントを期待されるようになっていく。成果の改善に向けた取組を具体的に進めるためには、それぞれの地域の実情に応じた市区町村の独自施策が不可欠になってくるだろう。

実際、保険者機能強化推進交付金が施行されるにあたり、厚生労働省は従来の調整交付金とは別に交付金を市区町村に交付するが、その使途として、重度化予防なども視野にいれた「地域支援事業」「市町村特別給付」や「保健福祉事業」への交付金の活用を推奨しているところである。保険者を取り囲む環境の変化もまた、市区町村の独自施策を求めているのである。

【平成30年度における保険者機能強化推進交付金（市区町村分）について】

厚生労働省老健局介護保険計画課（平成30年2月28日）（抄）

第2 保険者機能強化推進交付金（市区町村分）の性格

- 保険者機能強化推進交付金（以下「交付金」という。）については、国、都道府県、市区町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当し、活用することとする。
- なお、交付金は、高齢者の市区町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれては、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要取組を進めていくことが重要である。
- なお、当該年度において1号保険料に余剰が発生した場合には、通常どおり、介護給付費準備基金に積み立てるものであることを申し添える。
- 交付金については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）の適用を受けるものとなる。

## 2. 独自施策とは、何をすることなのか？

### (1) 四助のバランスを見直す

では、実際に、独自施策を実施するとは、どういうことなのだろうか。単に国の基準から外れた制度やサービスを作るといったことなのだろうか。そのことを理解するためには、高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムが、介護保険だけではなく、民間のサービスや、地域の助け合い、一般財源に基づく市区町村のサービスなど多様な資源によって支えられていることを思い出す必要がある。

地域包括ケアシステムは、「自助・互助・共助・公助」のいわゆる「四助」のバランスの中で支えられており、介護保険制度は、そのうちの共助部分であり、全体の一部であることを認識することが重要である。市区町村の独自施策を検討していくと、必然的に、これら四助のバランスを再検討していくことにもつながっていく。「四助」は「助（支援）」を誰の負担で行うかという観点からの整理であり、自助は「自らの負担（市場サービスの購入も含む）」、互助は「誰かの負担（支援は約束されていないが、確実に社会に存在するもの）」、共助は「みんなの負担（社会保険）」、公助は「社会全体（役所・税）の負担」と理解することができる。

たとえば、市町村特別給付や保健福祉事業で実施されているサービスや事業（共助）の中には、介護保険が始まる前には、一般財源のサービスとして実施されているもの（公助）も含まれているだろう。また、住民主体の通いの場（互助）を支援することで、通所介護（共助）の利用者が新たな選択を得るということもあるだろう。民間企業等の商品開発で新しいサービスが生まれれば（自助）、介護保険の生活援助（共助）よりも、より柔軟なサービスを利用できるようになるかもしれない。また、総合事業のB型は、地域づくりに介護保険財源を活用するものであり、互助に対する共助の支援と言うこともできる。

さらに、介護保険の報酬だけでは成り立ちにくいサービスや、市区町村が特に重点的に育成したいと考えるサービス（共助）に対して、一般財源（公助）による補助をつけることでサービスの立ち上げを支援するといったことも考えられるだろう。

なお、地域内の民間企業（自助）との連携や協働は、一部で取組がみられており、地域の高齢者の生活ニーズをきめ細かく把握している専門職・行政側が、民間企業と協働して高齢者のニーズにあったサービス改善を提案している地域もある<sup>1</sup>。今後、団塊の世代の高齢化が進行していく中で、民間市場も含め、地域に多様な選択肢があることは、住み慣れた地域の中で自分らしく生活する上で重要になっている。

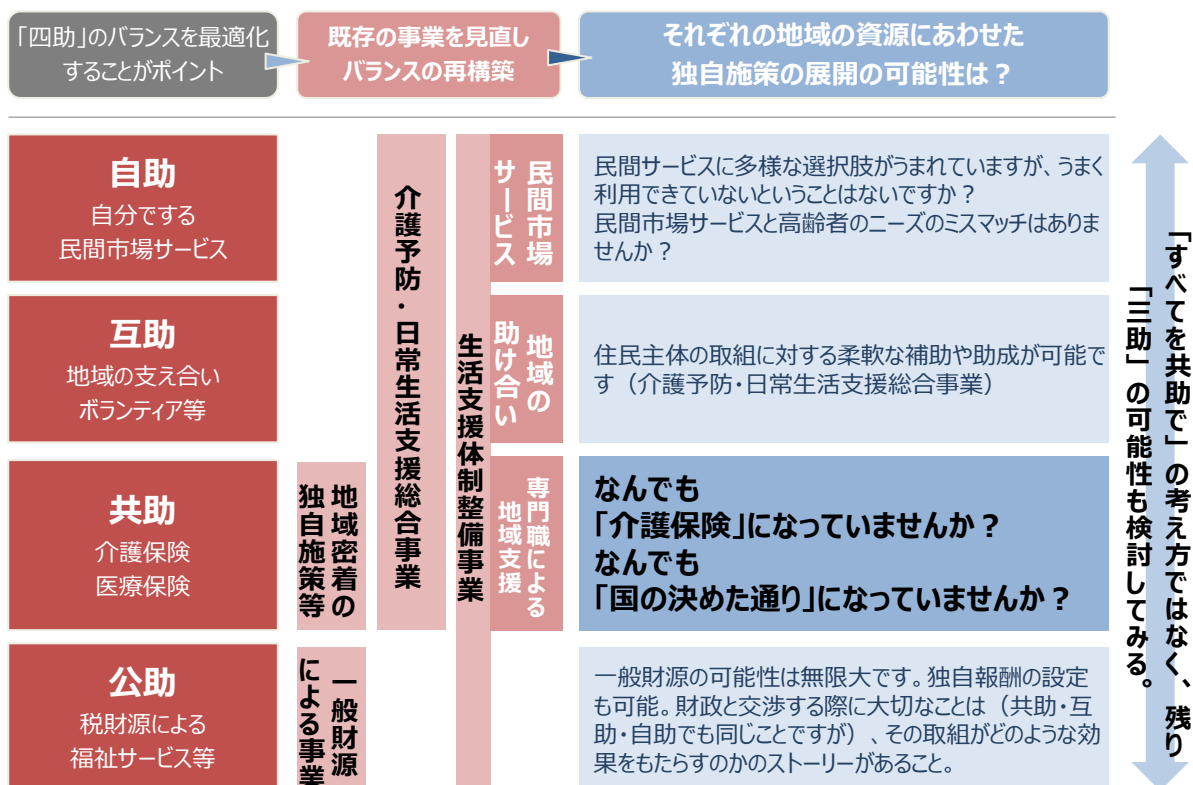
近年の介護保険制度における施策の多くは、地域生活の支援を、全国統一の介護保険（共助）だけでなく、多様な資源で支えるという発想に基づき、その支えのバランスを再検討するものであるともいえる。いうまでもなく、設計をしたり、それぞれの地域の実情に合わせる際に、自助や互助、公助は、市区町村の裁量という意味では、かなり大きな自由度があることも事実である。

---

<sup>1</sup> 5章のヒアリング調査結果にて、豊明市の取組を紹介しているので参照されたい。



図表 自助・互助・共助・公助の組み合わせと独自施策



こうした流れは、単に共助の負担を他の「助」に押し付けるといったよりは、その地域の資源の特性、たとえば、大都市部で民間サービス資本が豊富にあるとか、あるいは中山間地域で地域の地縁が強く、互助の資源が豊かであるといった状況を、最大限に活用して、「地域の実情」にあった取組をそれぞれの地域で作り上げていくということを意味している。

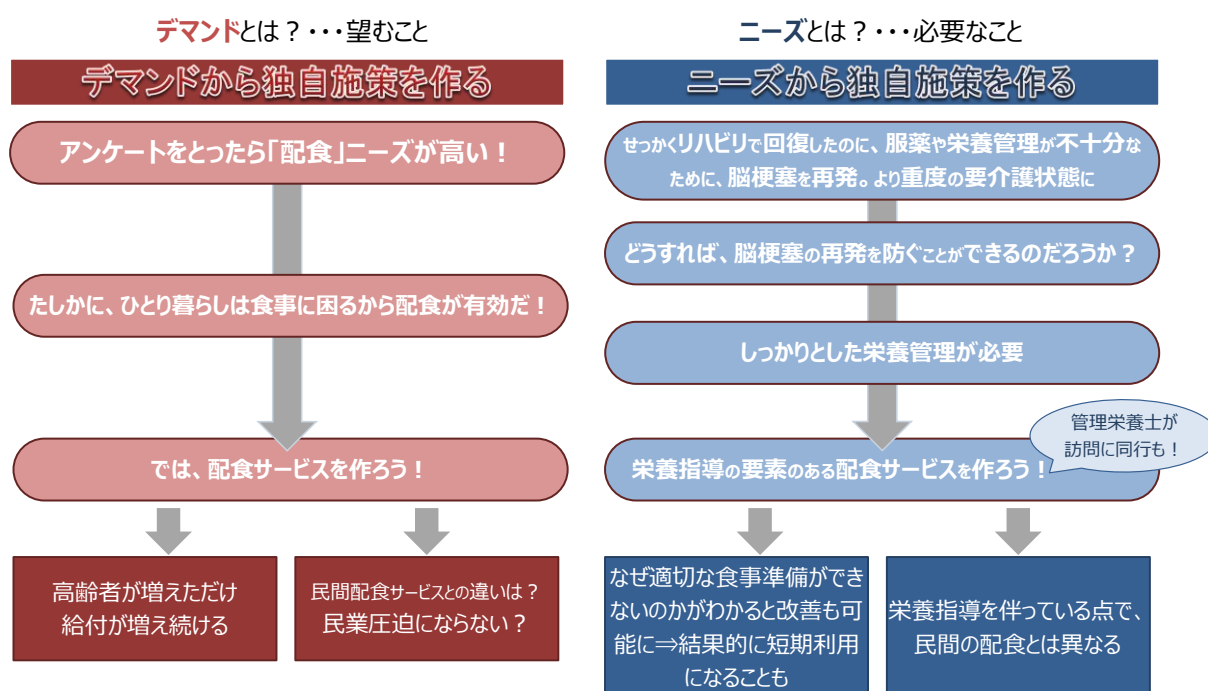
他方で、「共助」についても、全国统一の制度として設計されているとはいえ、後述する通り、様々な市区町村の裁量が認められた独自施策が存在し、これらをどう活用するが、大きなポイントにもなっているのである。

## (2) 独自施策は、どう生まれるのか

### ① 需要と必要は違う

市区町村における独自施策は、たとえば次図の左側のように、アンケートで配食サービスへの要望が多かったら、それを市区町村の独自サービスとして提供するという発想では設計されていない。民間市場サービスは需要に対して供給を行うことで成立しているが、共助や公助における独自施策は、社会保険料や税を財源とする以上、単に個人の需要の総意によって裏付けられるのではなく、被保険者、または、社会全体の課題を解決する方向に振り向けられていることが重要である。ここでふまえておくべきは、需要（デマンド）と必要（ニーズ）の違いである。

図表 需要（デマンド）と必要（ニーズ）



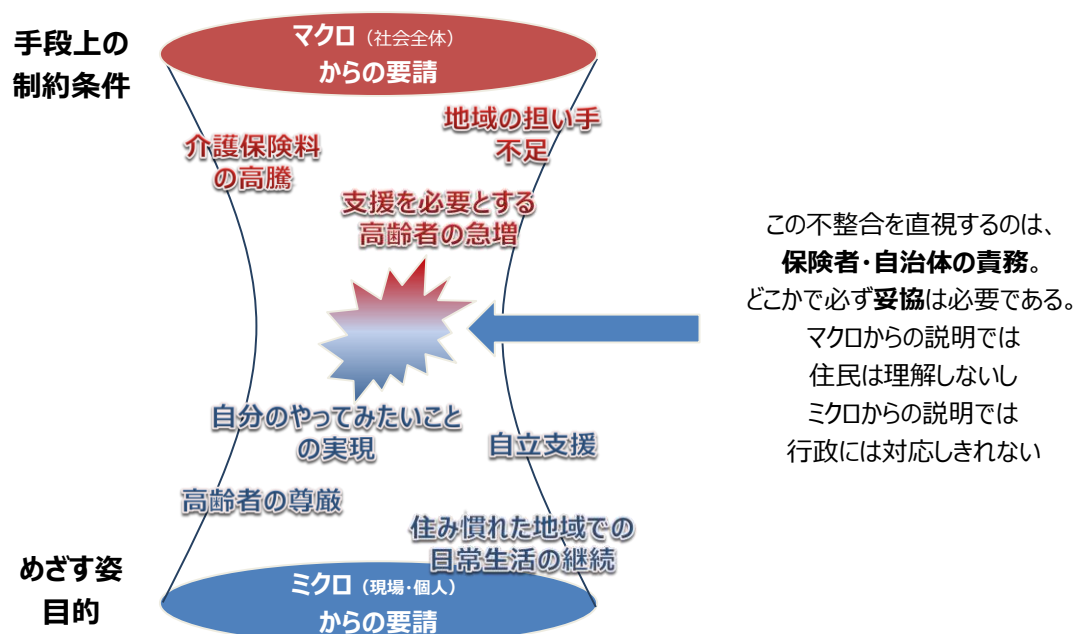
たとえば、脳血管疾患の患者の場合、退院後の服薬や食事の管理が不十分なために、再発してしまい、さらに重度の要介護状態になってしまうケースがみられる。適切な食事の管理の知識が十分に身につけていれば、再発のリスクを軽減することができるという筋書き（ストーリー）を基に、たとえば管理栄養士の訪問が付帯する配食サービスなどを実施することで、重度化予防を進め、結果的に本人にとっても、社会にとってもメリットをもたらすことができる。

こうした利用者の時間軸からみたストーリーから導き出される「ニーズ」は、単純にある時点での「デマンド」（利用者の要望、需要）を把握するアンケートでは捕捉できない。利用者に対する一定期間の観察をもとに、多職種で議論していく中で、こうした「重度化予防」に向けたストーリーが紡ぎだされていく。ヒアリング調査でも、複数の行政担当者が、地域の実情を反映した「ニーズ」は、個別ケースの丁寧な検討から抽出されていくという点を強調している。地域ケア会議は、まさにそれをねらいとした仕組みであり、「地域ケア個別会議」で個別ケースの検討を積み上げ、「地域ケア推進会議」でそれを集約するという立てつけとなっている。

② 必要（ニーズ）からだけでも独自施策は作りだせない

ミクロの視点、すなわち個別ケースの検討から把握された「必要（ニーズ）」は地域の実情に即した施策を検討するうえで重要であり、また、そうしたニーズがあるのであれば、独自施策を展開すべきである。他方で、各市区町村の厳しい財政状況の中では、一般財源事業はもちろんのこと、保険料に影響を与える市町村特別給付や保健福祉事業においても、その実施に向けては、関係者への説明が不可欠である。すでに全国統一の制度として法定給付が数多く用意されている中で、追加的なサービスやサービスへの加算を設定することについては、財務担当や議会も含め、その理由を問われるのは当然である。また、地域の人口動態や今後の労働力の見込み、その段階での保険料水準など、考慮すべきマクロ（社会全体）の制約は少なくない。

図表 マクロからの要請とミクロからの要請



庁内を含む関係者の合意を得るためには、①その取組の優先順位が高いことを、施策を展開した場合の効果に着眼して明確に説明すること、②実際に施策を実施した場合のコストの見込み提示を行うことが必要である。本事業のヒアリングにおいて、一定の経常的な費用を要する市区町村の独自施策に取り組む担当者は、上記2点を適切に踏まえた説明をしていたが、これは、個別ケースの検討を踏まえたニーズの把握ができていたからこそできたともいえる。

施策を展開した際の効果の説明は、前節で触れたように、単に住民の個別の要望（デマンド）に応じているのではなく、そうした要望は踏まえつつ、その取組が、地域全体にどういったプラスの影響を与える可能性があるのかについて、直面している課題を整理しつつ、明確なストーリーを提示できるかが問われている。

### ③ 費用面での試算

独自施策は、長期的な効果としてはポジティブな側面があるものの、保険料や利用者の自己負担、あるいは一般財源に影響を与えることは否定できない。そのため、短期的な影響規模については、具体的な数値をもって示し、影響の程度や範囲を示すことが求められる。

たとえば埼玉県和光市においては、市町村特別給付についても、介護保険事業計画期間における利用見込み量を事業計画に明記した上で、真に利用の必要性がある対象者に対して、地域ケア会議等で適切なアセスメントを踏まえてサービス提供を実施している。また、配食サービスにおいては、重度者など長期的に利用が継続する利用者と、栄養指導など適切な介入が短期間に十分に行われた上で、自費サービス（スーパー・コンビニの惣菜など）の効果的な活用といった他サービスに切り替わる利用者が存在しており、高齢者の増加に伴って利用が自然に増加する形にはなっていない。こうした費用見込と具体的なマネジメント手法の提示が、財政部門との交渉においても重要になっている。

図表 高浜市における取組

＜高浜市における居宅介護サービスの区分支給限度額＞						[単位/月]
		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
国が定める基準額		16,692	19,616	26,931	30,806	36,065
高浜市 独自	上乗せ額	1,812	1,759	4,913	7,339	6,221
	認知症加算	1,790	1,940	-	-	-

平成29年度時点

- ・心身の状態が比較的軽度の段階で手厚くケアすることで、状態の軽減や悪化の防止を図るため、居宅サービス区分に対し上乗せを実施
- ・要介護1・2のうち、認知症高齢者日常生活自立度がⅢa以上の利用者には、週6回デイサービスを利用できるよう「認知症加算」を追加で設定
- ・今後は、認知症や中重度に重点化を図るため、要介護1・2の支給限度額は平成30年度に国基準に戻し（認知症加算は維持）、保健福祉事業の充実を図る

実際に、上乗せを使って利用する人は、どのくらいいるの？

【要介護1】20人（6%）【要介護2】42人（16%）【要介護3】18人（9%）  
【要介護4】21人（13%）【要介護5】13人（12%）

※（）内は、H29年3月末要介護認定者数に占める割合

財源への影響は？

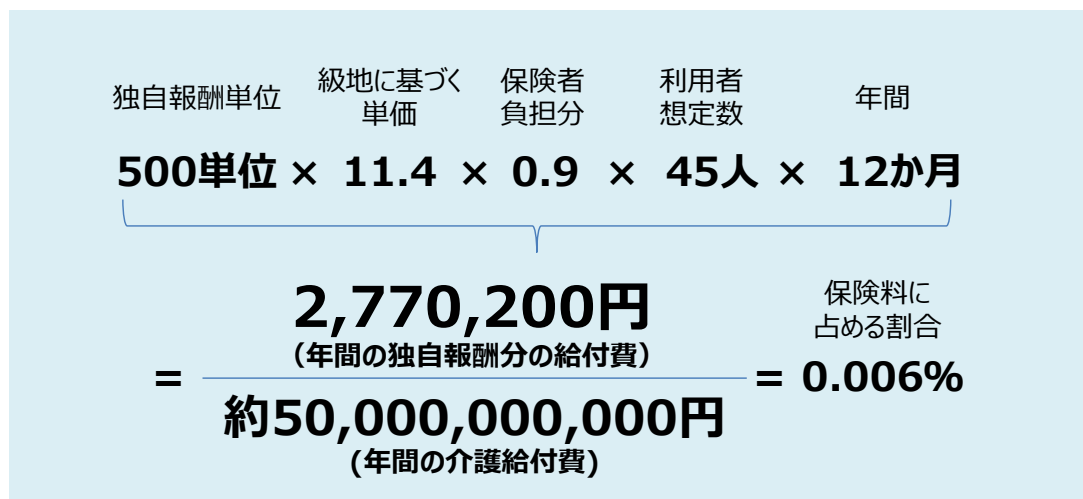
第6期の介護保険料基準額は5,480円で、そのうち351円が上乗せによる影響額

愛知県高浜市は、介護保険制度開始当初から、区分支給基準限度額の上乗せを実施しているが、実際の利用状況や、国の中重度化の政策の流れを踏まえ、施策の見直しを行っている。また、具体的に上乗せを利用する利用者の数や、その保険料への影響額を算定している。

足立区では、地域密着型サービスにおける市町村独自報酬の設定（基準となる国の介護報酬額への上乗せ）にあたって、その保険料への影響額を試算している。市町村独自報酬とえば、全体の給付を引き上げる印象があるが、すべてのサービスの単位数を引き上げるわけではなく、今後育成すべきサービス（導入段階では提供量も少ない）に対する加算であり、実際に試算す

ると、保険料に対する影響は0.006%であり、極めて小さいことがわかる。とりわけ定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、ビジネスとしての立ち上がりが厳しい場合も多いことから、後発の介護サービスを保険者として支援する手法として、事業者からも評価が高い。

図表 足立区の独自報酬（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）の影響額試算（概算）



### 3. 独自施策を広げていくために何が必要か？

#### (1) 方針の明示

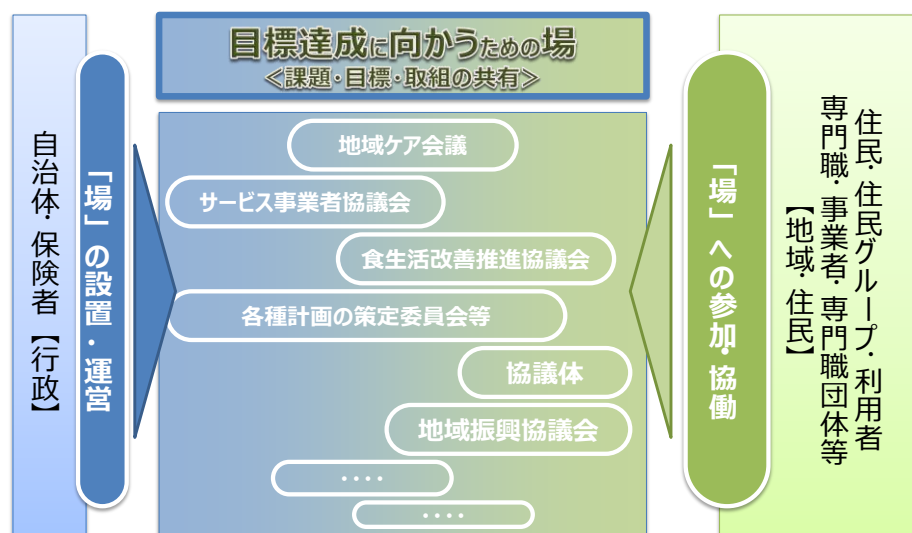
市区町村の独自施策の展開には、「なぜそうするのか」の裏付けとなる基本方針が必要である。単に介護保険事業計画に見込み量が書かれているかどうかという問題ではなく、市区町村としてサービス整備や取組の具体的な方針を明示していなければ、周辺の関係者を説得することは難しい。

桑名市では、地域密着型サービスの整備にあたり、通所介護の指定拒否を伴う市町村協議制を県に対して実施したが、これは介護保険事業計画において、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等のサービスの重点整備の方針を明示していたからこそ可能になったといえる。また、足立区では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の整備を推進することを方針として掲げていたが、公募をしても事業者の応募がなかったことから、市町村独自報酬の導入の検討が行われたという経緯がある。地域のニーズが把握できていても、具体的な施策を実施するためには、その方向性を市区町村として明示しておくことが、独自施策の出発点として重要である。

## (2) 場の必要性

独自施策を展開していくには、「需要（デマンド）」ではなくミクロの視点から抽出された「必要（ニーズ）」に対応した施策が必要であり、また実際に施策を実行するためには、地域の人材やサービス資源、財政的な制約など、マクロの面でも実行までには調整と合意を得るべき多様な課題が存在する。

図表 地域マネジメントにおける「場」の重要性



資料) 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」(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向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書」)

こうした過程を、市区町村行政の中で完結させることは、現実的ではなく、地域の多様な関係者との調整や話し合いの「場」がきわめて重要である。現在、各地域にみられる「場」として、特に独自施策と関連して重視されるのは「地域ケア会議」や「介護サービス事業者連絡会（名称は各地域で異なる）」であろう。

介護サービス事業者連絡会が設置されていてもどのように機能しているかは、地域によって異なるが、独自施策を検討していく上で、事業者との協議の場があることは重要であろう。今回ヒアリング調査を実施した市区町村の中には、地域密着型サービスの市町村独自報酬の設定にあたって、介護サービス事業者との勉強会や連絡会などを通じて、報酬設定の是非や要件の設定等について協議したところもあった。

協議の場があれば、独自施策が成り立つわけではないものの、独自施策を設計しようとする、地域関係者との意見交換の場は不可欠であり、介護サービス事業者との調整に向けた場として、今後も事業者連絡会のもつ意味は大きいといえるだろう。

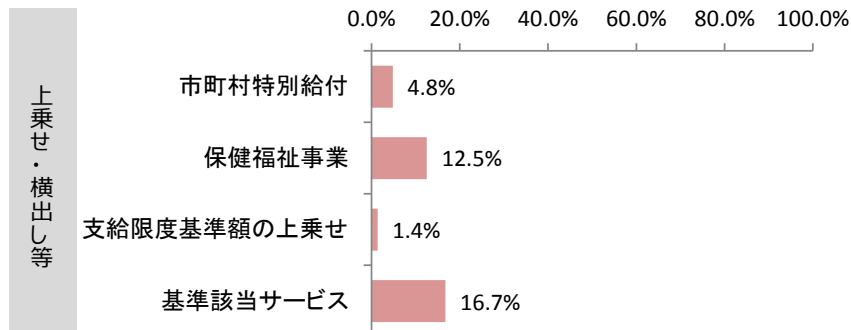
## 4. 市区町村独自サービス・施策

### (1) 見直されていない事業

厚生労働省の「介護保険事業状況報告」「介護保険事務調査」によると、介護保険当初から設定されている上乗せ・横だしサービスの実施率は、市町村特別給付 4.8%、保健福祉事業 12.5%、

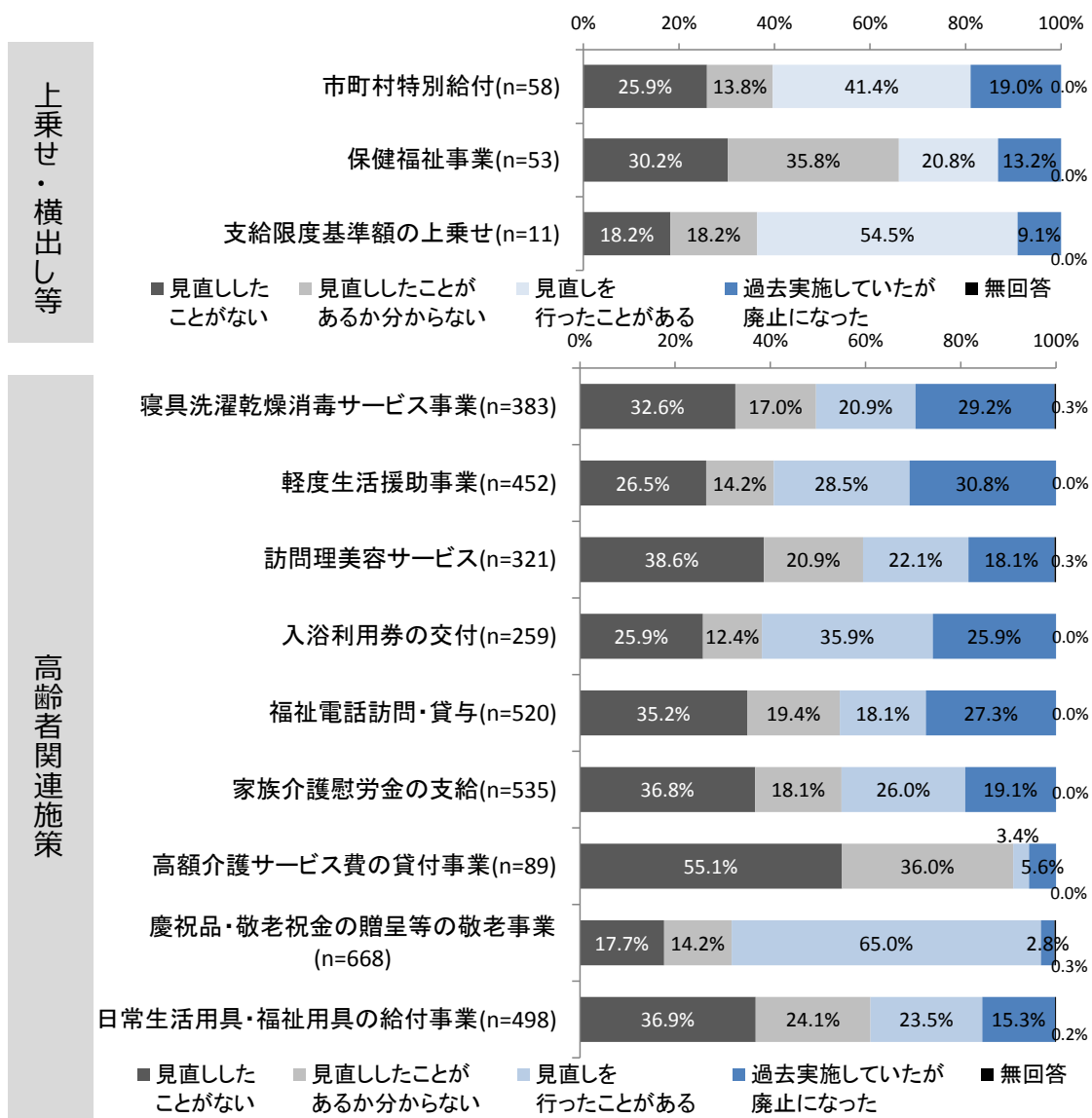
支給限度基準額の上乗せ 1.4%と、低い状況にある。こうした傾向は、長期間にわたって変化がなく、たとえば、市町村特別給付は多い時でも平成 17 年度の 6.3%に留まっている。また、保健福祉事業は、平成 25 年度に 16.1%まで増加したものの、現在は、12.5%となっている。

図表 独自施策メニューの実施状況（現在実施している割合）※1



※1：市町村特別給付は、厚生労働省「介護保険事業状況報告（平成 27 年度年報）」、それ以外は、厚生労働省「平成 28 年度介護保険事務調査」による。

図表 従来施策の見直し状況（これまでの見直し・廃止の状況）※2



※2：「地域包括ケア推進のための市区町村施策に関する調査」（回収数 688）による

本事業のアンケート調査では、該当する市区町村数が少ないものの、市町村特別給付、保健福祉事業、支給限度基準額の上乗せを、現在または過去に実施していた市区町村に対して、制度の見直しの経験の有無を尋ねている。さらに高齢者関連施策として、市区町村で典型的に実施されている事業を取り上げ、これらについても同様の質問を行った。調査の結果、「保健福祉事業」や「寝具洗濯乾燥消毒サービス事業」、「訪問理美容サービス」、「福祉電話訪問・貸与」、「家族介護慰労金の支給」など、多くの事業で、「見直したことがない」あるいは「見直したことがあるか分からない」と回答した市区町村が5割に達している。

## (2) 時代の変化に対応しているか見直しが必要

ここで取り上げた高齢者関連施策は、介護保険制度以前から各市区町村で取り組まれていた事業や、介護保険制度の創設時に、要介護認定で介護保険の対象外となった高齢者を主な対象として制度化された「介護予防・生活支援事業」の中に含まれていた事業である<sup>2</sup>。高齢者支援においては、いわば古典的なサービスといえるものが多い。こうしたサービスについては、既存の利用者が減少していても、ゼロになることは少なく、したがって、行政としても廃止や見直しが難しいとの指摘が、ほとんどのヒアリング先から聞かれた。地域支援事業が創設され、任意事業が導入された2006年や、介護予防・日常生活支援総合事業が開始された2015年から2017年には、これらのサービスの整理・見直し等を実施する契機であったが、アンケートからは、必ずしも見直しが行われていない実態が明らかになっている。

例えば、軽度生活援助事業については、実施または過去に実施していた市区町村は、今回の調査では65.7%（452市区町村）であったが、そのうち約4割の市区町村が「見直したことがない」、または「見直したことがあるか分からない」という状況であった<sup>3</sup>。軽度生活援助事業は、その内容からみても、現在の制度枠組みでは、介護予防・日常生活支援総合事業の中で再編されるのが自然だが、現在も継続している市区町村が少なくないことが明らかになっている。

いうまでもなく、個々のサービスに有効性が認められれば、サービスの存続に問題はないが、これらの中には、措置から契約に移行する時期に設計された事業もある。その後、地域包括ケアシステムの議論が広がり、自助によるサービスの開発も進み、また互助の取組も進展していく中で、さらにマクロの財政や人的資源の制約が大きくなっていく中で、地域の実情にあった地域包括ケアシステムの構築という観点からは、それぞれの取組の意味や、ニーズへの対応、優先順位などの観点からの見直しが必要だろう。

こうしたサービスの再編は、まさに四助のバランスの再編であり、市区町村それぞれの地域の実情に整合した形で、統廃合や、より効果を高めるために、他の「助」での実施も検討したり、サービスや支援の基準を見直すべきであろう。

---

<sup>2</sup> 介護保険が始まった2000年4月の直後に出された通知「介護予防・生活支援サービスの実施について」（2000年5月1日）、及び「介護予防・生活支援事業実施要綱」（2001年4月1日）を通じて制度化が進められた。2003年には「介護予防・地域支え合い事業」となり、その後、2006年には、地域支援事業に発展していく。

<sup>3</sup> 2002年の段階においては、70.0%の市区町村で実施されていた（厚生労働省「市町村の実施状況」（2002年4月1日））。



## 5. 地域密着型サービスの独自施策

2006年の地域密着型サービスの導入は、市区町村の役割を大きく転換させたといえる。従来、サービス基盤整備については、事業者の指定権限が都道府県に属することから、市区町村の関与は極めて限定的なものであったが、地域密着型サービスが導入されて以降は、指定権限及び指定基準や報酬の設定についても市区町村の裁量が一定の範囲で認められるようになり、サービス基盤整備におけるマネジメントの範囲は大きく広がった。

介護保険制度のサービスとして2006年度以降に新たに創設されたすべてのサービスが地域密着型サービスとされている<sup>4</sup>。基本的にこれらの地域密着型サービスは、住み慣れた地域で自分らしい生活の継続を支援することが期待されているサービスである。特に、いわゆる「在宅限界点」を高めていく中で、これらのサービスを地域に展開することの重要性も認識されつつある。

他方で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護は、職員体制の確保と、一定規模の顧客の確保が経営上求められることから、その参入のハードルが高いとも言われ、保険者の思惑通りに整備が進んでいるわけではない。こうした状況に対して、保険者としてどのような独自の施策がとれるのだろうか。

### (1) 地域密着型サービスについて保険者がとりうる施策

#### ① 指定に関する基本的な考え方

地域密着型サービスの整備促進における市区町村の独自施策を検討するにあたっては、介護サービスの指定権限についての考え方を確認しておく必要があるだろう。現在の法令上、介護サービス事業所の指定は、申請する事業者が指定要件を満たしていれば、保険者は指定しなければならないとされている。

この原則は、事業者側が要件を満たす限りにおいて自由に介護保険市場に参入できるため、保険者が特定のサービスを優先的に整備したり、特定のサービスを抑制的に整備するといったことが難しくなっている。この点は、市区町村に限らず、都道府県も同様であり、基本的には、サービス基盤整備については、行政側は、整備方針を示すことはできても、指定について選別する手段を持たないのが、介護保険制度の基本的な考え方である。特に介護保険制度が開始された当初は、「保険あってサービスなし」という状況を回避することが重視されていたこともあり、基本的には、保険者が事業所を選択するというよりも、一定の基準をクリアした事業所はすべて参入を受け入れるという方針が取られていたといえる。

#### ② 後発サービスを支援する

こうした状況は地域密着型サービスが導入されたことで変化していく。地域密着型サービスは、地域包括ケアシステムの議論の中で、在宅を支えるサービスとして期待されているが、介護保険市場では「後発サービス」である。多くの場合、通所介護や訪問介護、特別養護老人ホームといった先発サービスがすでに市場に展開しており、先発サービスと後発サービスとでは、

<sup>4</sup> 2006年から地域密着型サービスとなった小規模通所介護については、従来の広域指定のサービスが地域密着型に移行したものであり、新たに創設されたものとはしていない。

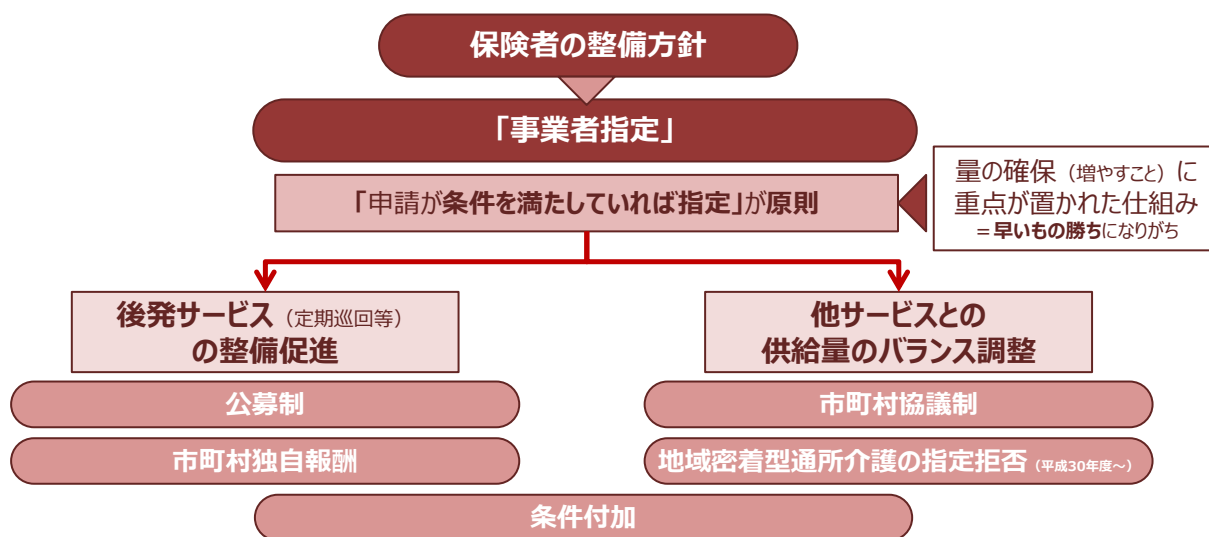
市場競争の環境が大きく異なることから、後発サービスを促進するために、一定の範囲において独自施策を認めていると考えることができる。

その際の支援の方法として、一つは、後発サービスにおける過度の競争を回避し、一定の市場規模を確保できるよう支援するという方法がある。具体的には「公募制」が用意されている。

公募制は、現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護の3サービスでのみ認められている<sup>5</sup>。公募を行っていない期間においては、これら3サービスの基準を満たしている事業者からの申請があれば、保険者は指定を行わなければならないが、公募を行っている間は、公募の内容に応じて指定が行われるため一定数の事業所に絞り込み、また営業エリア等を設定して、募集することもできる<sup>6</sup>。また、応募のあった事業者の中から指定する事業者を選定できるので、市区町村として事業者に期待することがあれば、それを審査項目等に盛り込むことも可能である。例えば、地域との関係づくりを期待するのであれば、地域交流スペースの設置を審査項目に設定する方法が考えられる。

また、報酬の面で加算を設けるといった方法で事業者の参入を促すといった支援方法も考えられる。一定の条件を満たしている事業者に対して、国の設定している介護報酬に市区町村独自の加算を設けるという「市町村独自報酬」という制度が設けられている。市町村独自報酬（加算）については、上記の3サービスに加え、夜間対応型訪問介護で適用が認められている。これらのサービスの整備促進のためのインセンティブとして加算することができ、その要件については、各保険者で決定することが可能だ<sup>7</sup>。

図表 地域密着型サービスにおける事業者指定の原則



<sup>5</sup> 現在、3サービス以外に公募が可能なサービスは存在しない。

<sup>6</sup> なお、事業計画に見込み量が設定されていない場合でも、事業者からの申請があり、基準を満たしていれば保険者は指定しなければならない。介護保険最新情報 Vol.267「平成24年度介護報酬改定に関する関係 Q&A（平成24年3月16日）について」問155を参照のこと。

<sup>7</sup> 市町村独自報酬を設定している市区町村の要件・単位数について、ホームページ等で公表されている情報を、本報告書の巻末に「市町村独自報酬の一覧」として掲載している。

### ③ 他サービスとの供給量のバランス調整

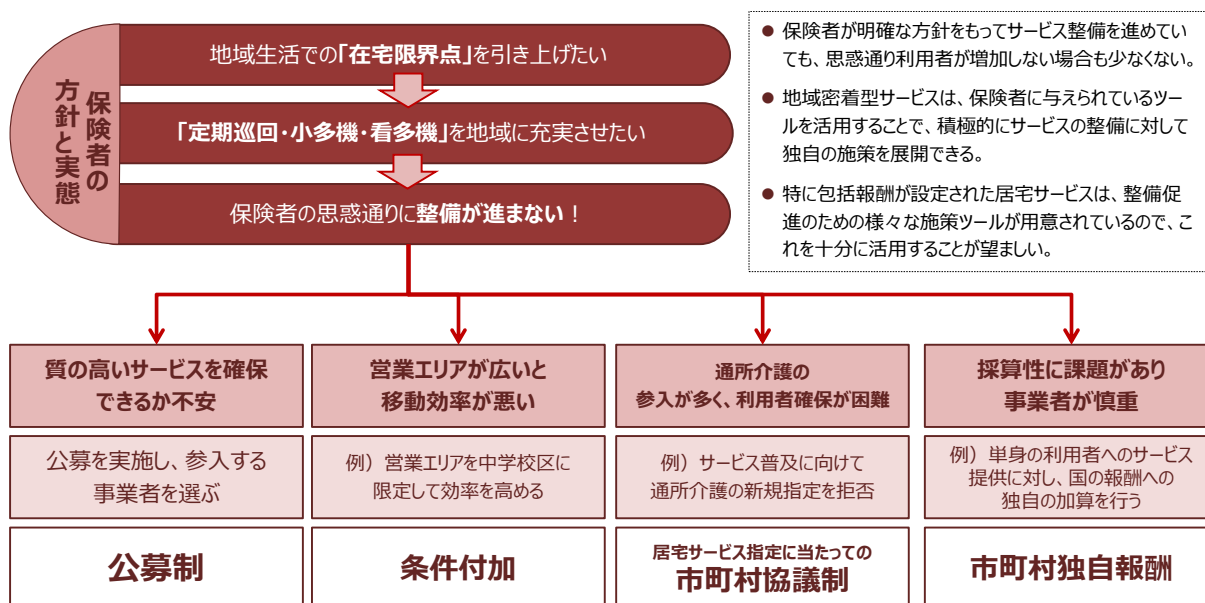
後発サービスは、訪問介護や通所介護といった介護保険制度の創設以来の先発サービスと利用者の面で重複することがある。後発の定期巡回・随時対応型訪問介護看護は訪問介護と訪問看護、小規模多機能型居宅介護は、通所介護、訪問介護、短期入所生活介護などと重複がありえる。したがって、後発サービスの促進に向けては、必要量を超えた先発サービスの指定を行わないといった方法を取ることが可能とされている。これが、「市町村協議制」といわれる制度である。市町村協議制は、定期巡回・随時対応型訪問介護等の整備推進を前提として、通所介護や訪問介護の指定を行わないよう、あるいは指定にあたっての条件を付加するよう、都道府県に協議することができる仕組みである。市町村協議制については、現状実施している市区町村は少ないものの、公募制等との活用により、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の重点的な整備に取り組んでいる事例もみられる<sup>8</sup>。

また、平成 30 年度からは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所が市町村の区域にある等、条件に該当すれば、地域密着型通所介護が事業計画に定める見込み量を上回る場合に、指定拒否ができるようになる。

### ④ 市区町村が抱える課題にあわせた独自施策の検討

地域密着型サービスの整備は、多くの市区町村における大きな課題となっている。特に参入する事業者がない、参入しても十分な利用者が確保できていないために休止に追い込まれるといった事業者もある。あるいは、多くの事業者が参入しているために、過当競争となっているケースもある。こうした課題に対応するためには、ここまで触れてきたような独自施策を活用することで課題を解消または改善できる場合もある。

図表 地域密着型サービスの独自施策の活用による課題解決のイメージ



<sup>8</sup> 5章のヒアリング調査結果にて、桑名市の取組を紹介しているので参照されたい。

## (2) 介護サービスの整備における市区町村の権限強化と「場」の必要性

近年は、こうした介護サービス事業者の整備における市区町村の関与の範囲が拡大されている。平成30年度の制度改正においては、前述の地域密着型通所介護の指定拒否に加え、平成24年度から訪問介護及び通所介護について導入されていた市町村協議制の対象が拡張され、短期入所生活介護にも適用されることとなった。

また、施設・居住系サービスの指定に対しては、都道府県への意見提出が従前より可能であったが、平成30年度からは、居宅介護サービスの指定に関しても、指定条件の付加について、都道府県への意見提出ができるようになった。これまで、地域密着型サービスを中心に指定や報酬設定等について市区町村のマネジメント権限が認められてきたのが、居宅介護サービスの指定にも関与が拡大されていると言ってよいだろう。これらの各種サービスにおいて活用できる独自施策のメニューは下表に整理したとおりである。

図表 市区町村が活用できる介護保険サービスに関する独自施策メニュー一覧

		事業者募集	事業者指定			報酬設定	
		公募制	基準緩和	条件付加	指定拒否	独自報酬(加算)	単価引き下げ
在宅	訪問介護・通所介護 ・短期入所		△ 基準該当サービス	△ 市町村協議制、県への 意見提出による条件付加	△ 市町村協議制		
	その他の 在宅サービス		△ 基準該当サービス (在宅サービスの一部)	△ 県への意見提出による 条件付加			
地域密着型	定期巡回・ 小多機・看多機	○	○	○		○	○
	夜間対応型訪問介護		○	○		○	○
	地域密着型 通所介護		○	○	○ 総量規制		○
	認知症GH、地域密着型特定、 地域密着型特養		○	○	○ 総量規制		○
	その他の 地域密着型サービス		○	○			○
施設・ 居住系	特定施設、 特養、老健				△ 県への意見提出 による総量規制		
	上記以外の 施設・居住系サービス						

○：市区町村が直接実施できる、△：都道府県の施策を活用できる

このように、市区町村のマネジメントが地域密着型サービスだけでなく、居宅介護サービス全体に及びようになっており、市区町村の選択肢は増えている。しかし一方で、これだけの権限を持つようになると、どのような取り組みを進めるにしても、地域の関係者との意見調整や議論が欠かせなくなってくる。そうした意味でも、行政と専門職、地域ケア会議、協議体、事業者連絡会等の「話し合いの場」を設けることが、個別のニーズから地域のストーリーを形成していく上でも、また事業者間での調整や協議を進めていく上でも重要である。

**「地域の実情」**に応じた  
仕組みづくりを支援するために

<調査研究事業の検討会委員（敬称略・五十音順）>

氏名	所属・役職
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

※ ◎は、検討会座長

<調査研究事業の実施体制>

氏名	所属・役職
岩名 礼介	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部長 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 公共経営・地域政策部 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 公共経営・地域政策部 研究員
窪田 裕幸	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング 社会政策部 研究員

# 「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 －

<b>1. 市町村における外部の支援資源の必要性</b> .....	<b>1</b>
(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
<b>2. 市町村の取組状況から見る支援ニーズ</b> .....	<b>6</b>
(1) アンケート調査の結果から見る市町村の状況.....	6
<b>3. 広域的な市町村支援のあり方</b> .....	<b>14</b>
(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
<b>4. 広域支援を進める際の市町村側の課題</b> .....	<b>25</b>
(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
<b>【補論】他分野におけるアドバイザー制度</b> .....	<b>28</b>
(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<sup>1</sup>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

<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>。

<sup>2</sup> 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

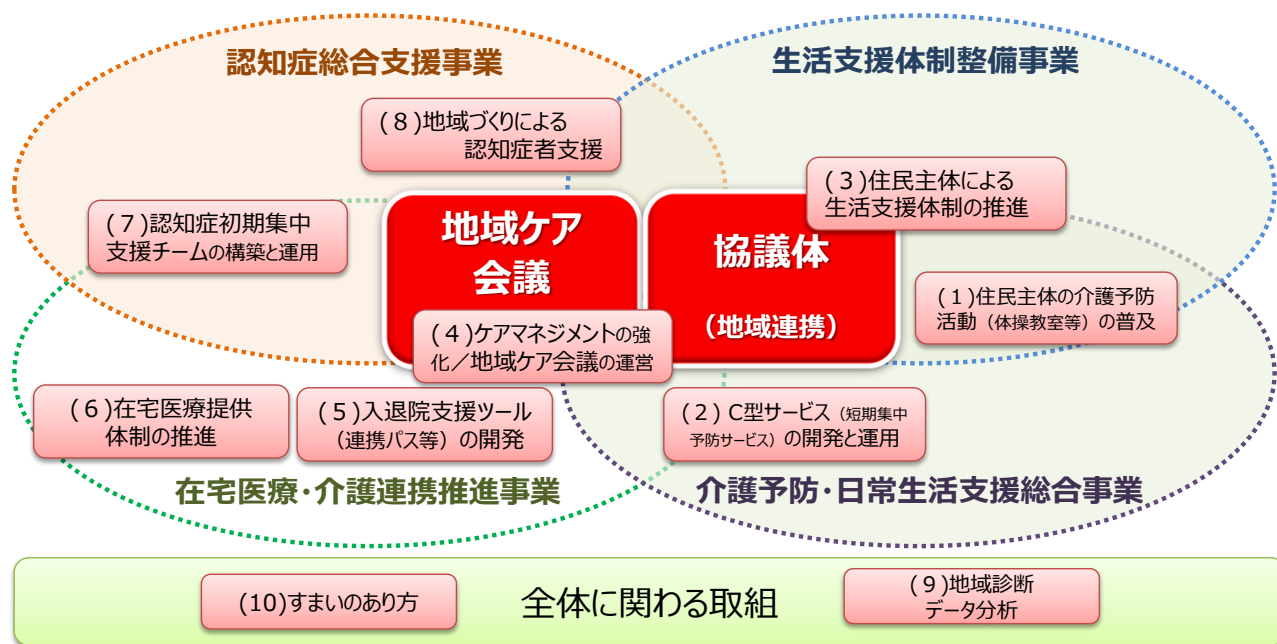
### ① 市町村の取組テーマ（支援が期待される分野）

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

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さ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"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域診断・データ分析</li> <li>● 取組のロードマップの作成</li> <li>● サービスの基盤整備の戦略</li> <li>● 介護予防・日常生活支援総合事業</li> <li>● 地域の人材確保戦略／等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 日本版シティアナジェーター制度（内閣官房）</li> <li>● 地域包括ケア構築ロードマップ策定支援事業（広島県）</li> </ul>
ノウハウ伝達	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● いきいき百歳体操</li> <li>● 地域ケア会議の運営／等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域づくりによる介護予防推進支援事業（老健局）</li> <li>● 「介護予防活動普及展開事業」（老健局）</li> <li>● 要介護認定適正化事業（老健局）</li> <li>● 日本版シティアナジェーター制度（内閣官房）</li> </ul>
関係者調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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。</li> <li>● 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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 地域情報連携に向けてのICTの導入</li> <li>● 在宅医療連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 日本版シティアナジェーター制度（内閣官房）</li> </ul>

- 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<sup>3</sup>。こうした取

<sup>3</sup> 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<sup>4</sup>。

### 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。

---

<sup>4</sup> 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。

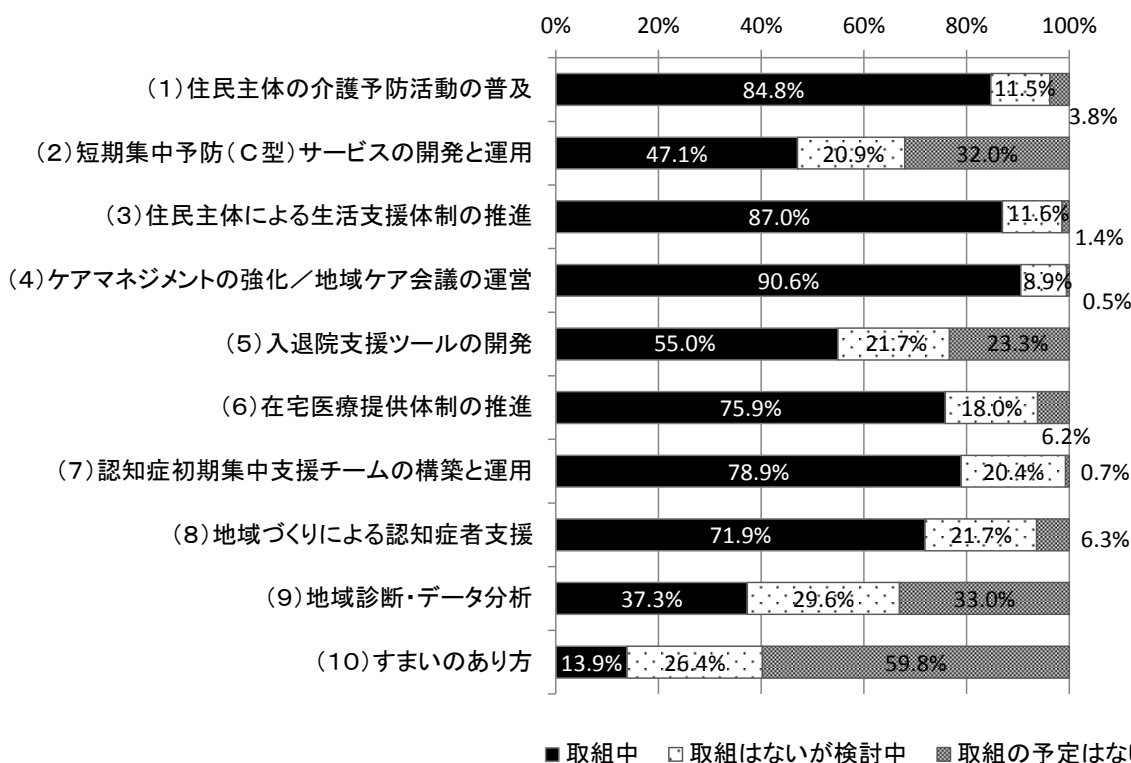
## 2. 市町村の取組状況から見る支援ニーズ

### (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。

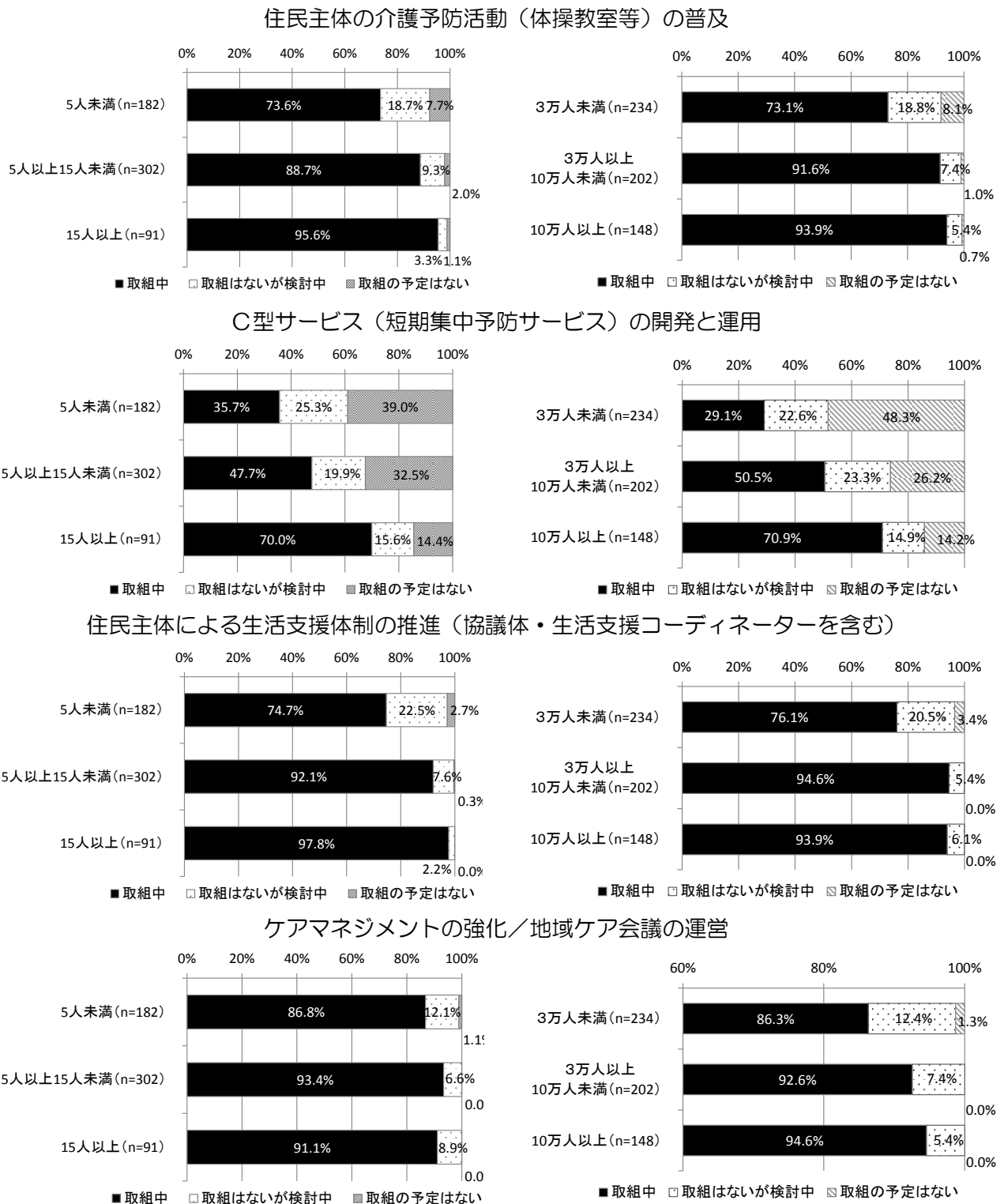
図表 地域包括ケアシステムに関する取組の進捗状況



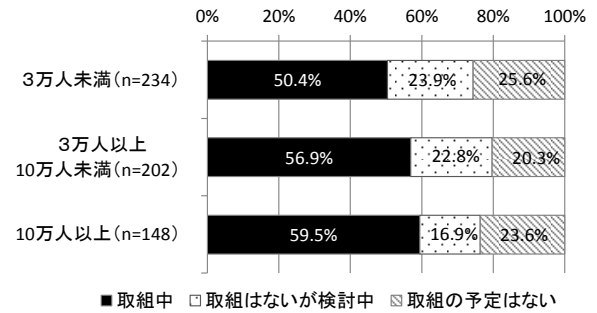
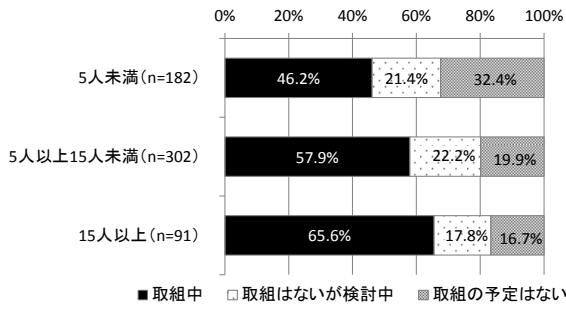
- また、取組の予定がないと回答した市町村でも、「すまいのあり方」では59.8%と高い割合を示した。「地域診断・データ分析（33.0%）」、「短期集中予防（C型）サービスの開発と運用（32.0%）」がこれに続いた。

- 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。

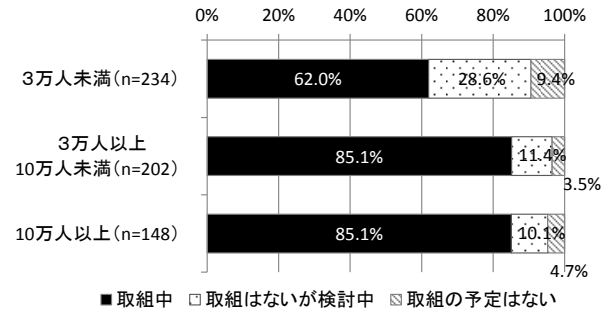
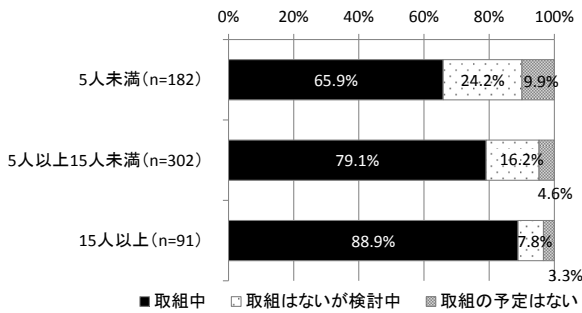
図表 規模別の取組状況（左：地域支援事業に係る職員体制規模、右：人口規模）



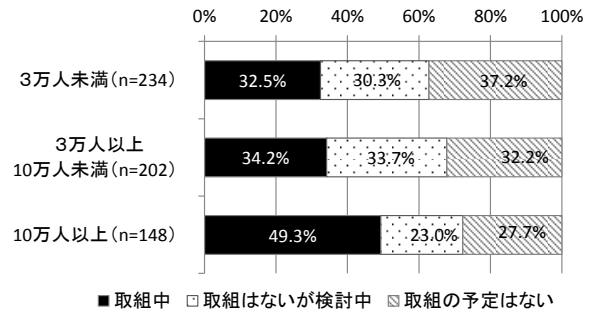
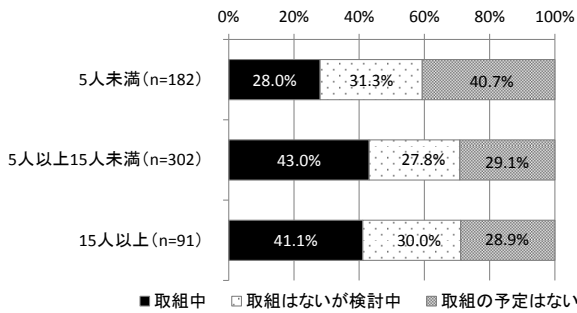
## 入退院支援ツール（連携パス等）の開発



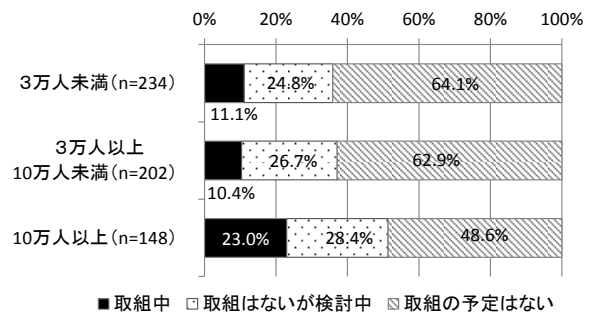
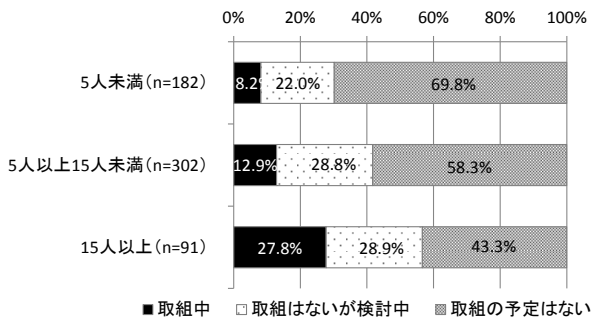
## 在宅医療提供体制の推進



## 地域診断・データ分析



## すまいのあり方



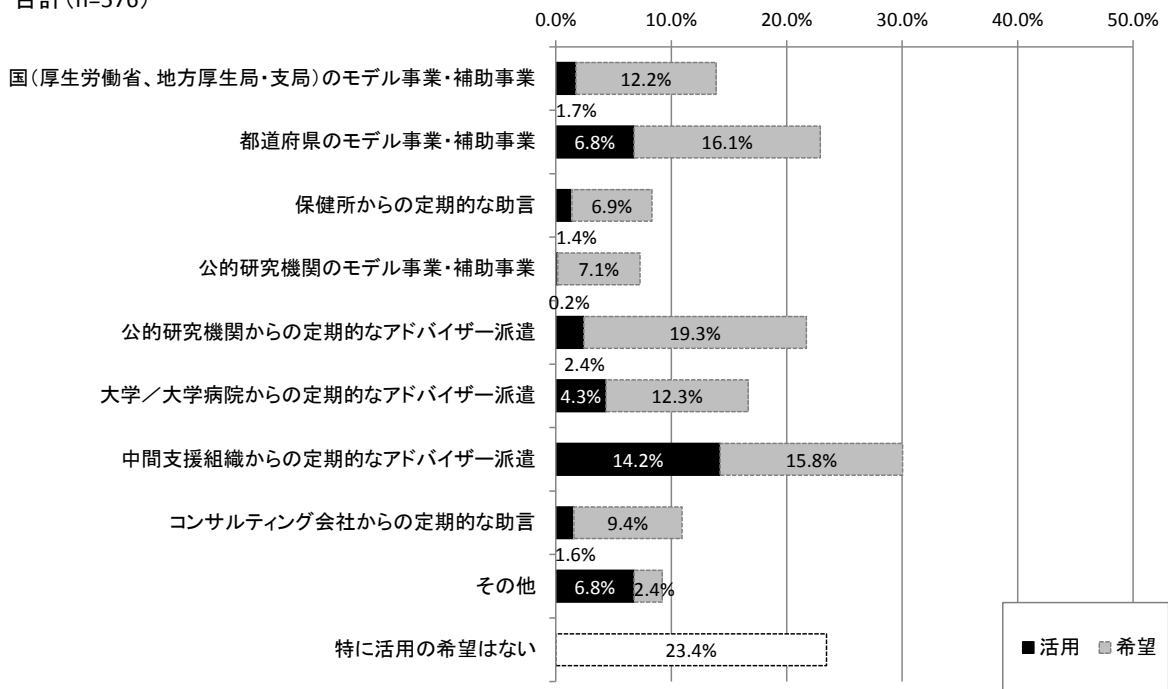
### ② 外部支援資源の活用状況と期待

- 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<sup>5</sup>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)



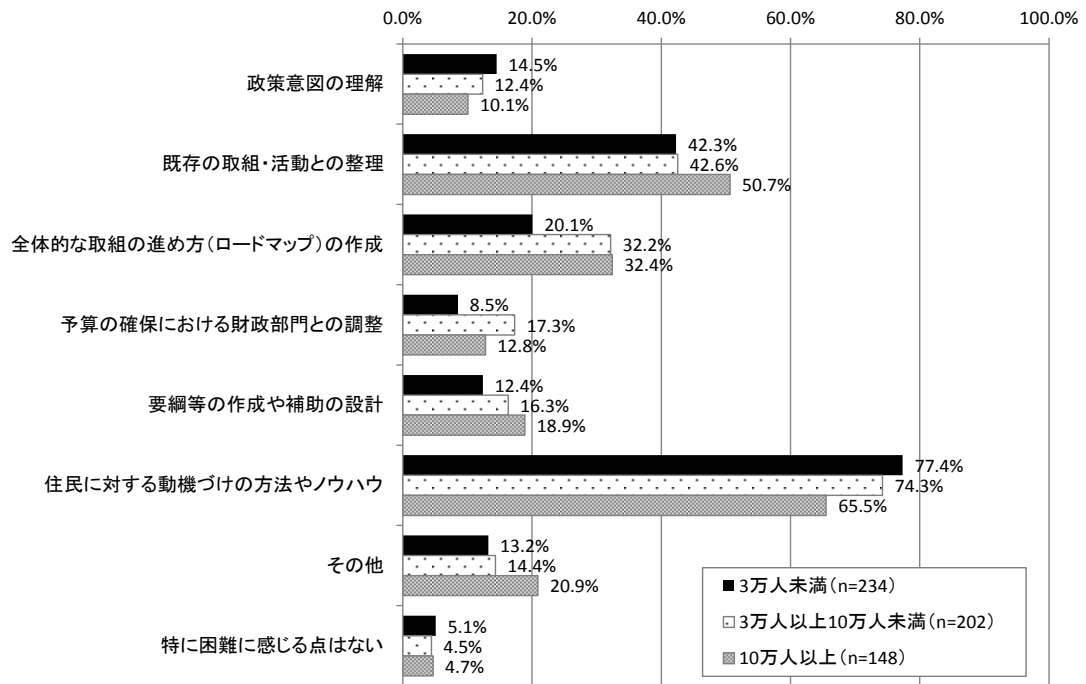
- 在宅医療・介護連携推進事業に関わる取組（「入退院支援ツール（連携パス等）」や「在宅医療提供体制の推進」）については、保健所からの支援が最も活用されており（それぞれ23.2%、13.5%で最も高い）、また今後の活用希望についても保健所との回答が最も多くなっている。また、いずれの取組テーマにおいても、都道府県は活用実態、希望ともに、それぞれで保健所に次いで回答が多かった<sup>6</sup>。

<sup>5</sup> 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。

<sup>6</sup> 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。

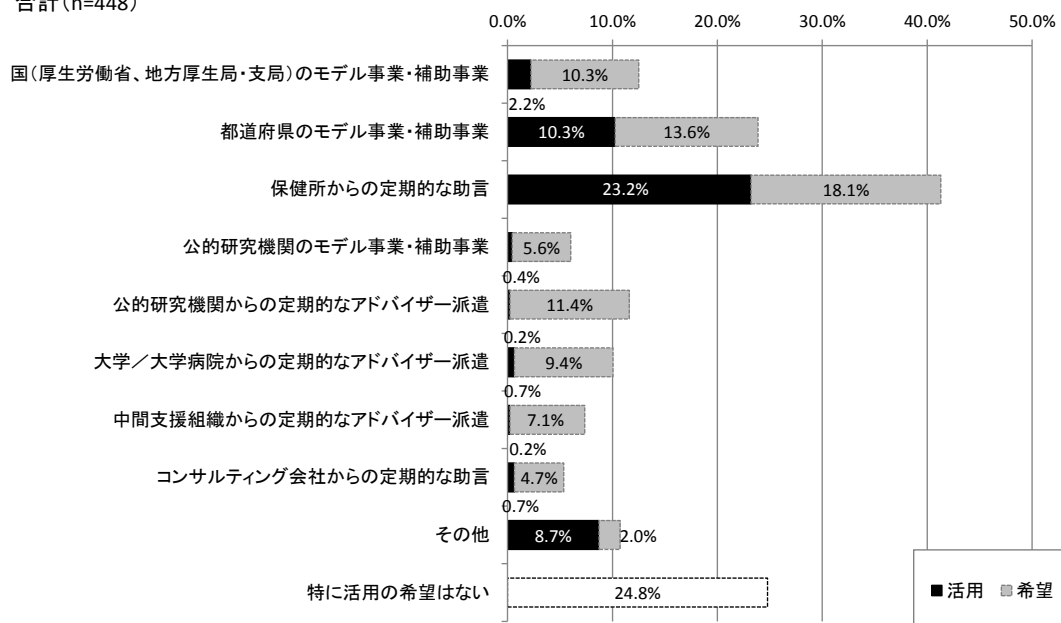
- なお、入退院支援や在宅医療提供体制など、医療資源を含む地域包括ケアシステムの実現においては、医療機関や医師との調整が不可欠である。専門職や団体との調整が大きな課題となっていることとの背景には、国民健康保険の運営以外に実質的に医療行政を持たない市町村が、こうした専門職との直接の調整を不得手にしているということも考えられる。こうした課題に対して同じ医療系の専門職を有する保健所に対する市町村の期待は大きいといえるだろう。

(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

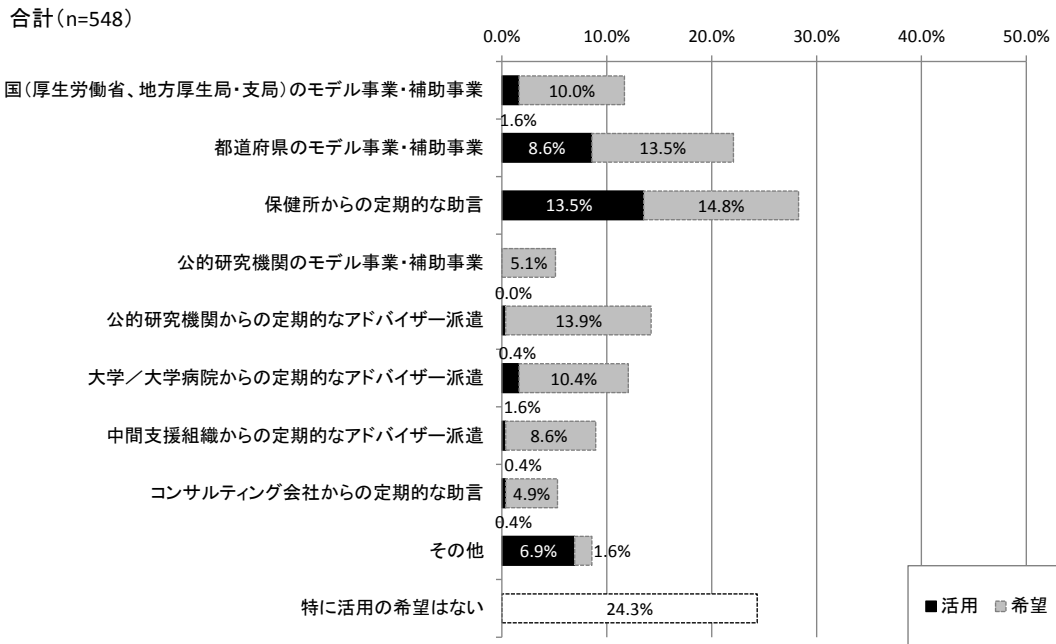


(4) 入退院支援ツール(連携パス等)の開発における外部支援資源の活用実態と今後の希望

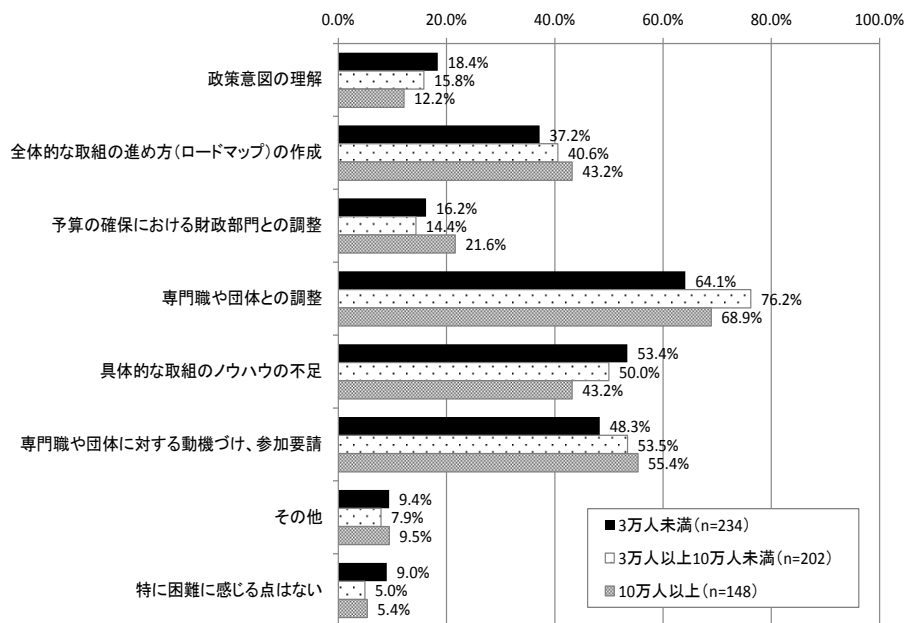
合計(n=448)



(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



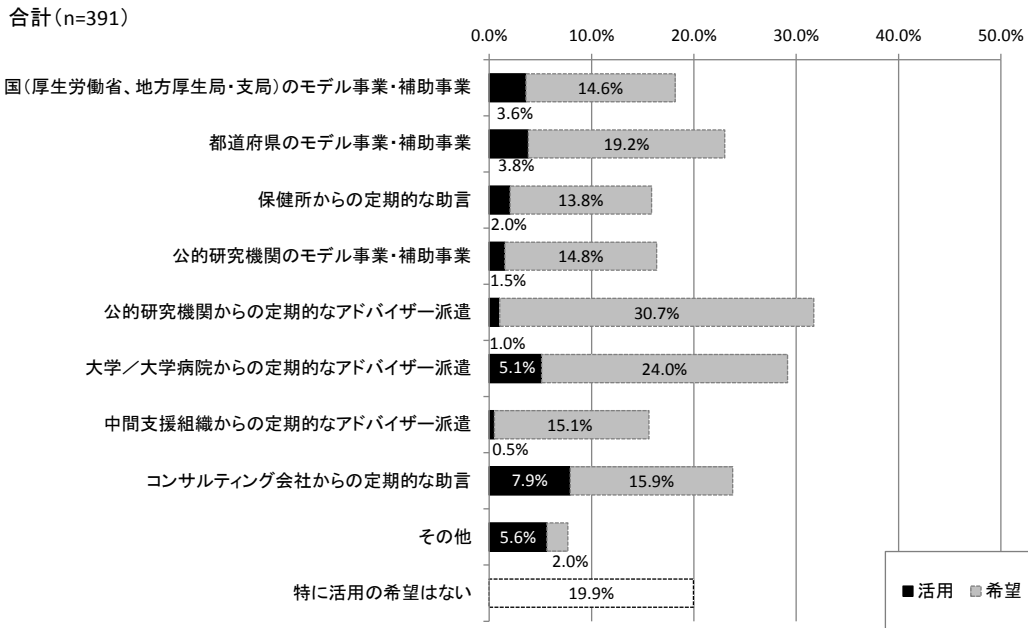
(6) 在宅医療提供体制の推進における取組の課題



- 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<sup>7</sup>、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。

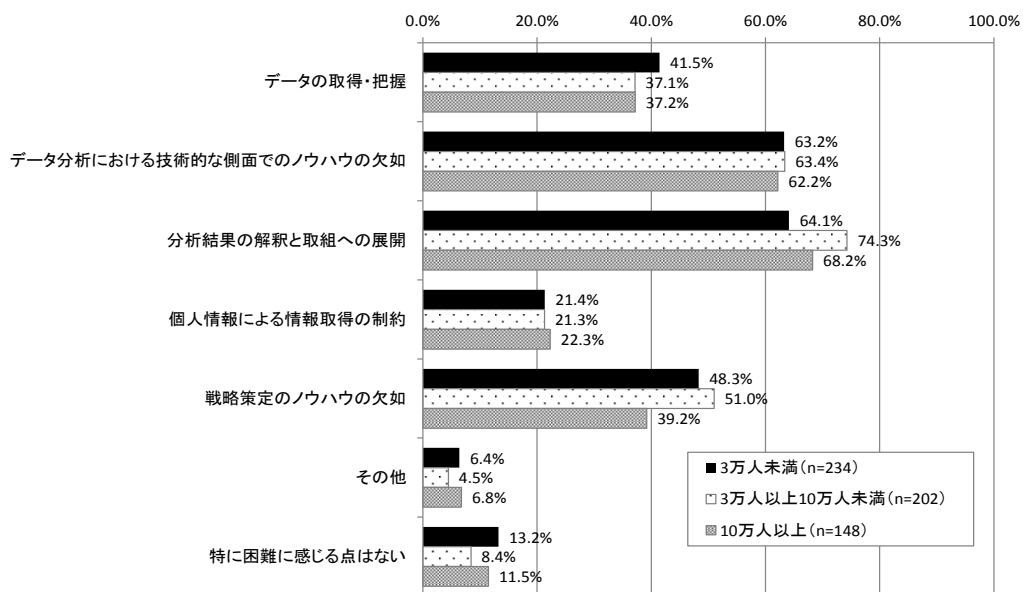
<sup>7</sup> 調査実施時点は、介護保険事業計画の策定(検討)年度に当たっており、多くの市町村がコンサルティング契約を行っていることが想定されるため、定期的な助言が、恒常的なものかは判断できない点に留意が必要である。

(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。

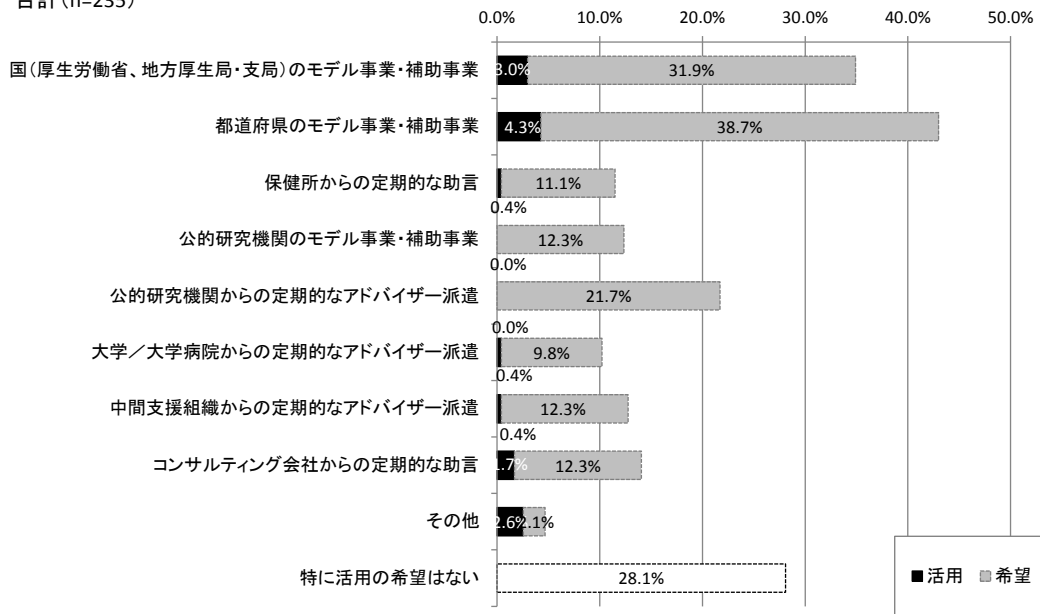
(9) 地域診断・データ分析における取組の課題（人口規模別）



- 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)

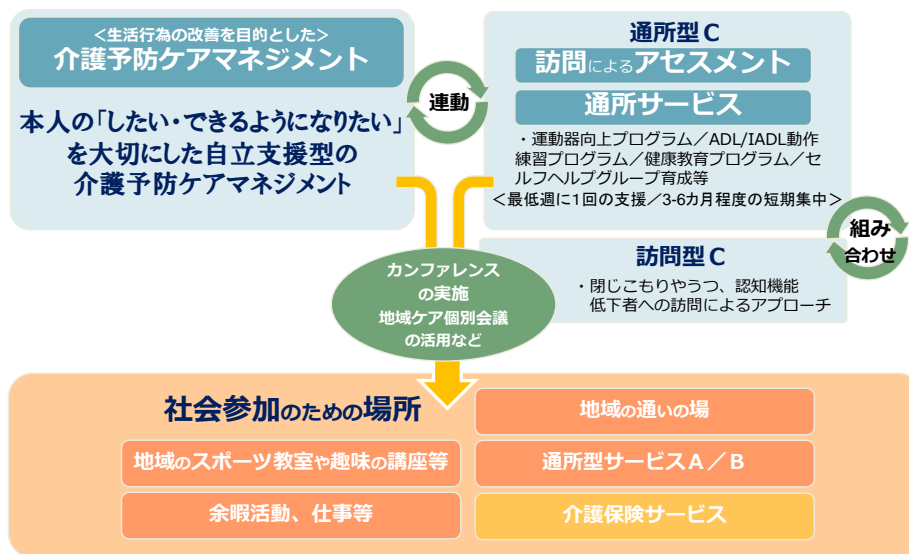


### 3. 広域的な市町村支援のあり方

#### (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に、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 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。

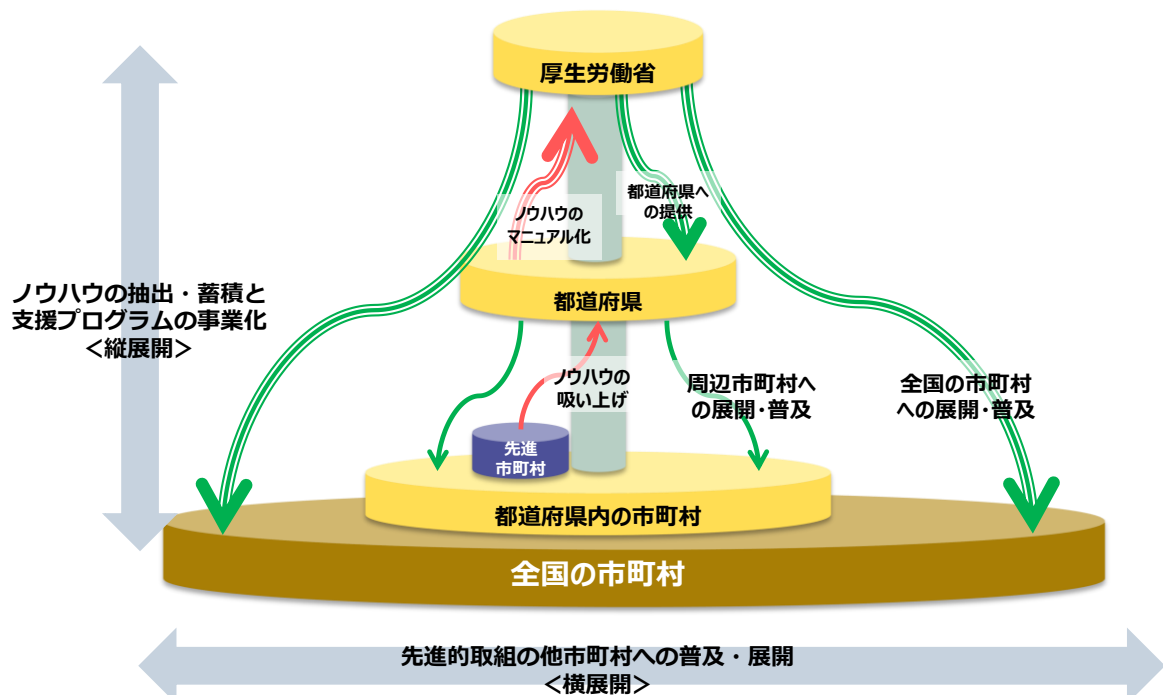
	ケアマネジメント	市町村支援
支援対象	利用者	市町村
目指すもの	利用者の「したい」「こうありたい」	市町村・住民の目指す「こうありたい」
目指してはいけないもの	サービス利用自体が目的化すること	研修や事業、会議が目的化すること
そうならないために必要なこと	その人のこれまでの生活や環境、経験を踏まえた目標設定	その地域のこれまでの取組や地域資源、実情を踏まえた目標設定
支援の方法	各サービスや支援者が連動性をもって包括的に支援	各事業や支援者が連動性をもって包括的に支援

## (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。

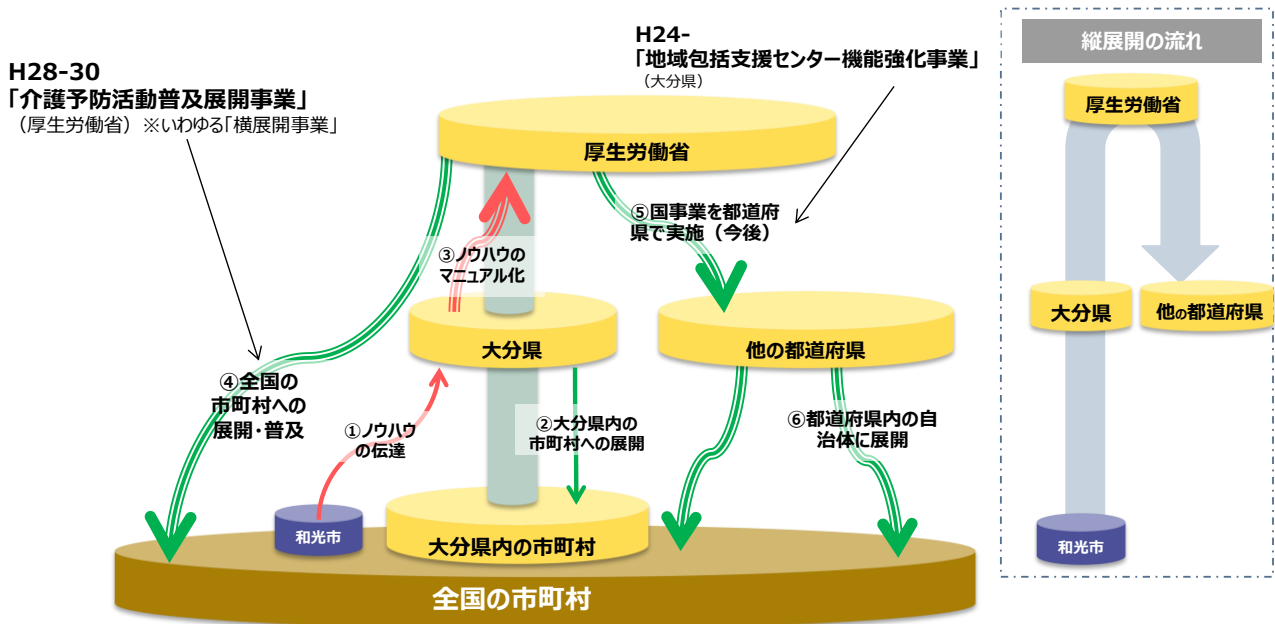
○ 図表 縦展開・横展開のイメージ





- 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 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<sup>8</sup>」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。

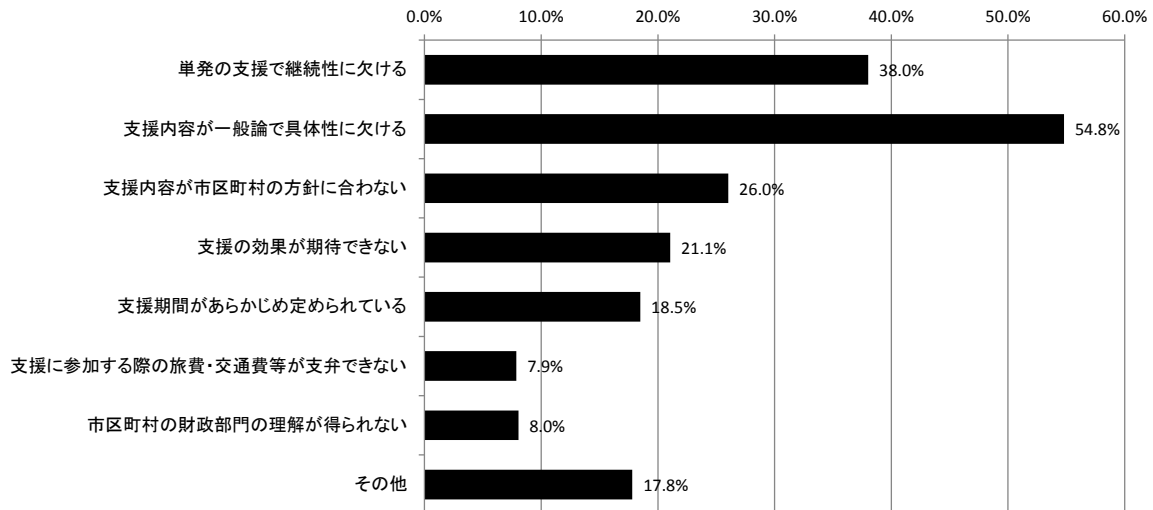
## （3）都道府県の市町村の支援に求められる「具体性」と「継続性」

- 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。

<sup>8</sup> 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 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

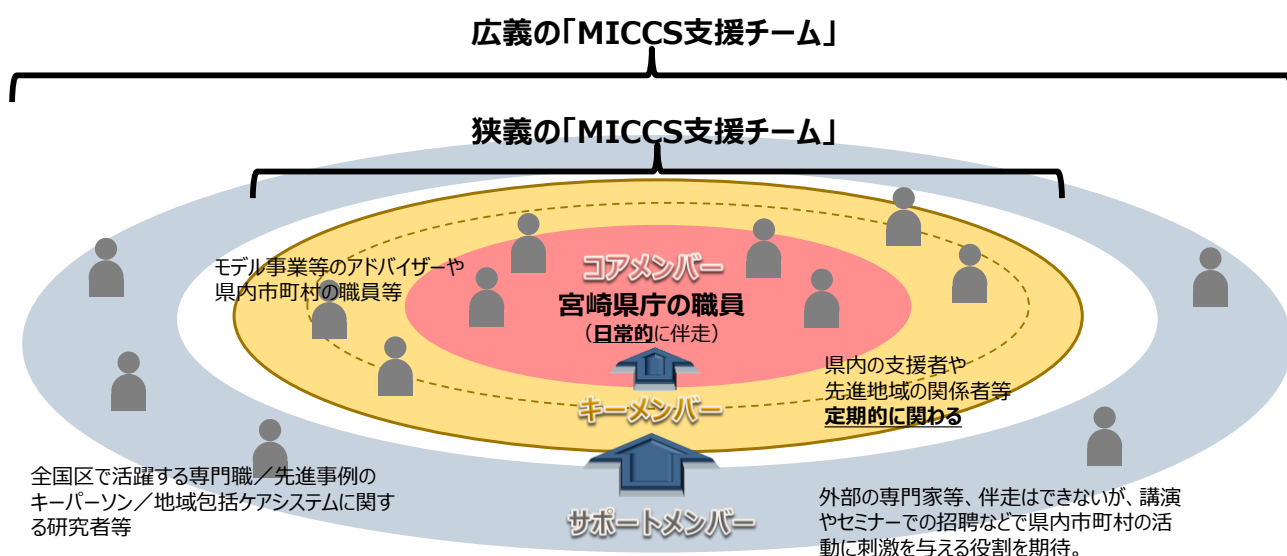
##### ① 都道府県をベースとした市町村支援チームの構築 <宮崎県の取組>

- 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 宮崎県における MICCS 支援チームのコンセプト

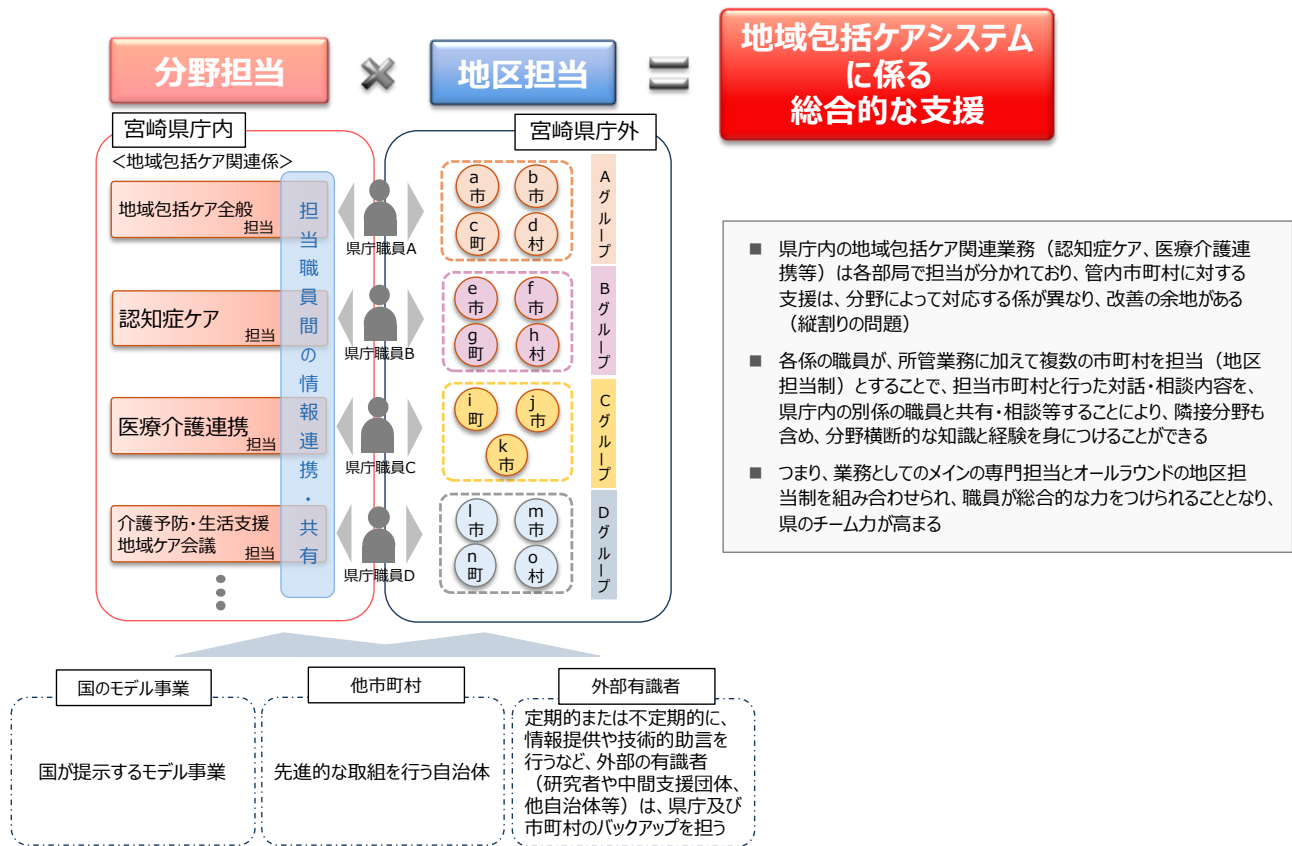


## ② 分野と地区を組み合わせた「たすき掛けチーム編成」〈宮崎県・島根県の取組〉

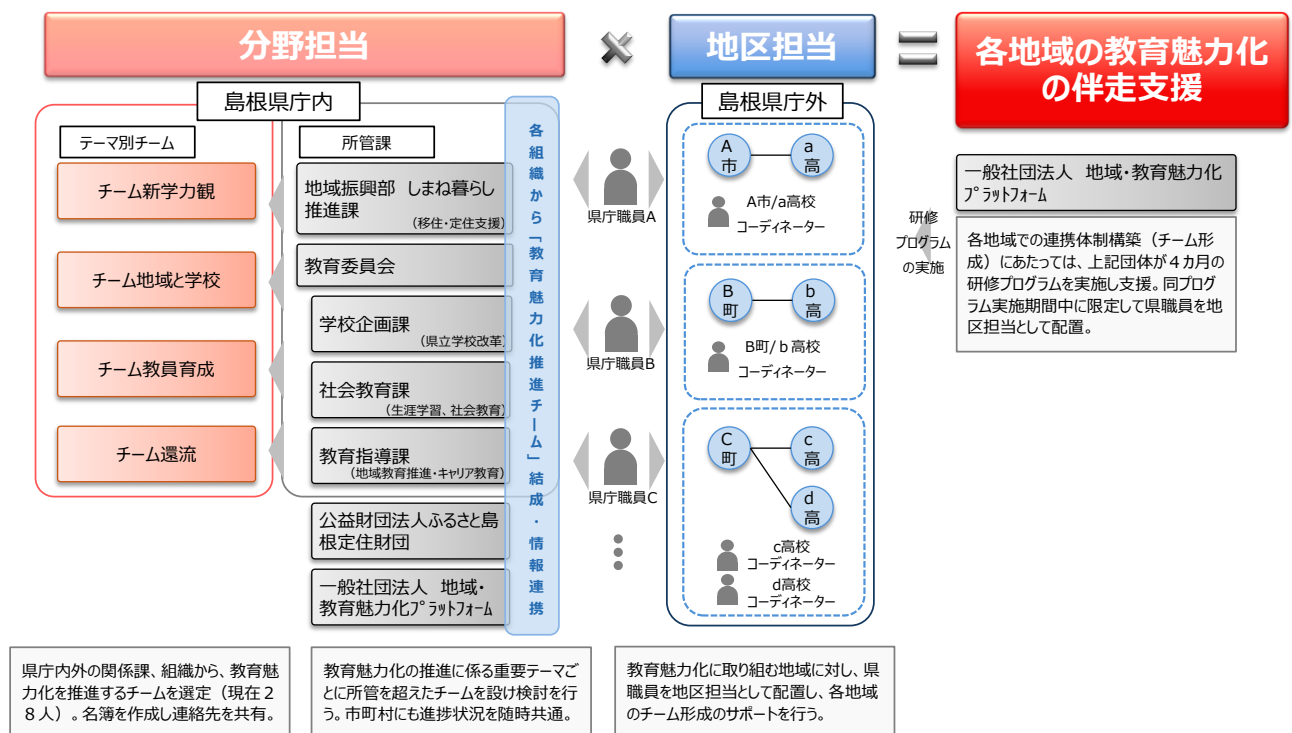
- さらに宮崎県庁では、地域支援事業を担当する職員 4 名が、在宅医療・介護連携、生活支援体制整備、地域ケア会議といった地域支援事業の各事業を担当しつつ、同時に県内 26 の市町村を 4 グループに分けた上でそれぞれグループを担当する体制をとっている。県の担当者は、専門分野としての事業を担当しつつも、地区担当を受け持つため、市町村からの分野を越えた相談や質問に対応していく中で、地域支援事業及び地域包括ケアシステムに関する総合的な知見を得る機会を得ているという。
- こうしたいわゆる「たすき掛けチーム編成」は、コアメンバーだけではなく、県内外から定期的にアドバイスを提供するキーメンバーの参加による 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 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 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」

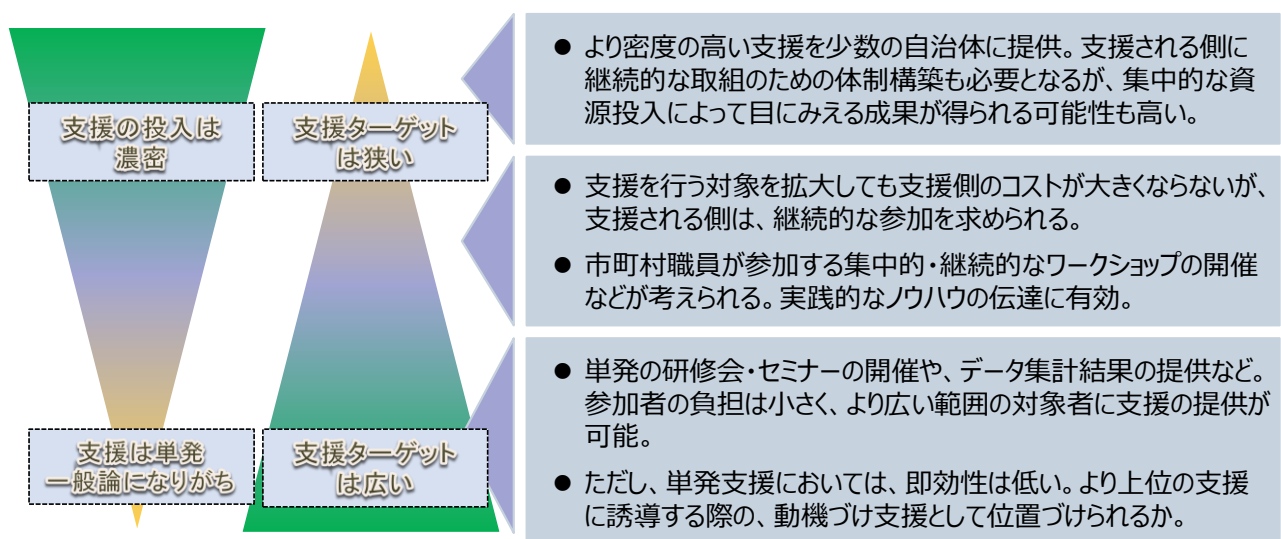


- 同様の取組は、他分野であるが、島根県教育庁にもみられる。島根県では、公立高校の教育魅力化の取組において、いわゆる「チームによる支援」と「たすき掛けチーム編成」を組み合わせた支援チームによって、公立高校の魅力の向上に取り組んでいる。現場では、県庁職員、公立高校が立地する市町村の職員、高校の教員、外部のコーディネーターがチームを構成して、魅力化に向けた取組を検討している。県庁の職員は、県庁内では教育庁内でのそれぞれの担当部署に所属しているものの、県庁外では、それぞれの地区の高校に対する支援チームに加わっている。

## (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 多層的な支援のイメージと特徴

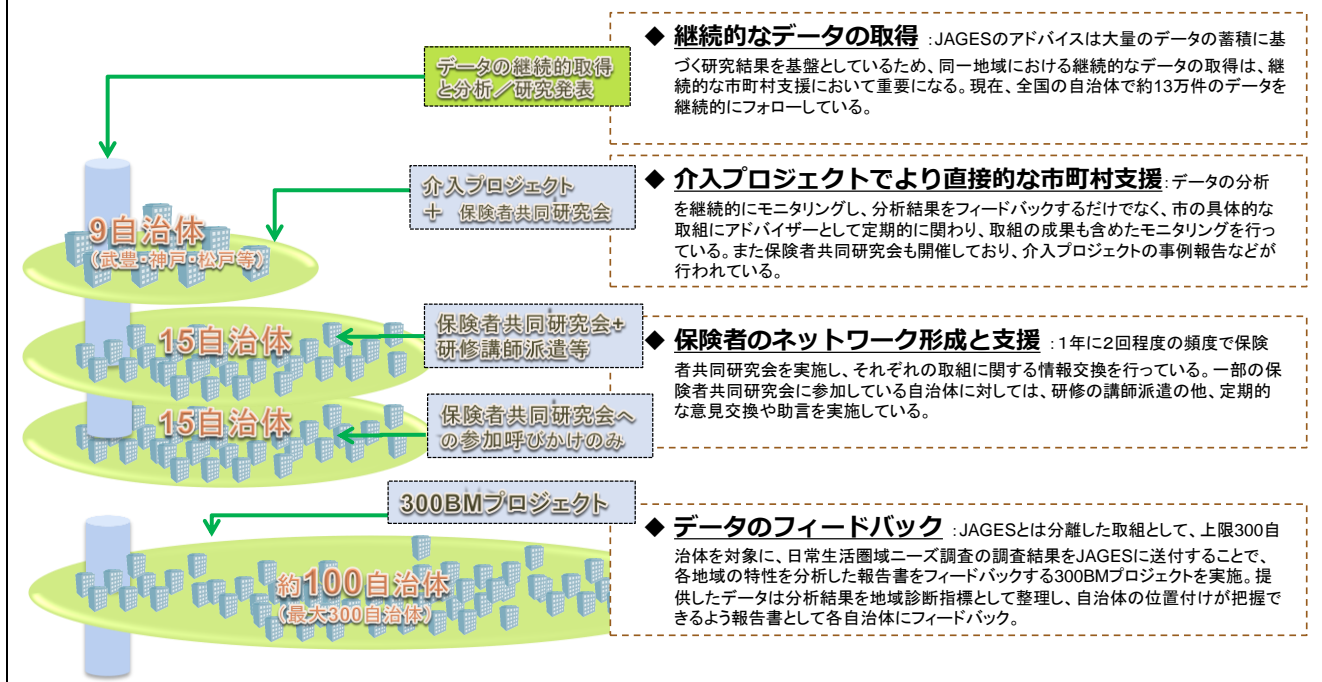


- ここでは、ともに、広域による市町村支援プログラムを展開する日本老年学評価研究（JAGES）、及び厚生労働省が実施する要介護認定適正化事業を例に、多層化した支援について整理する。

【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。

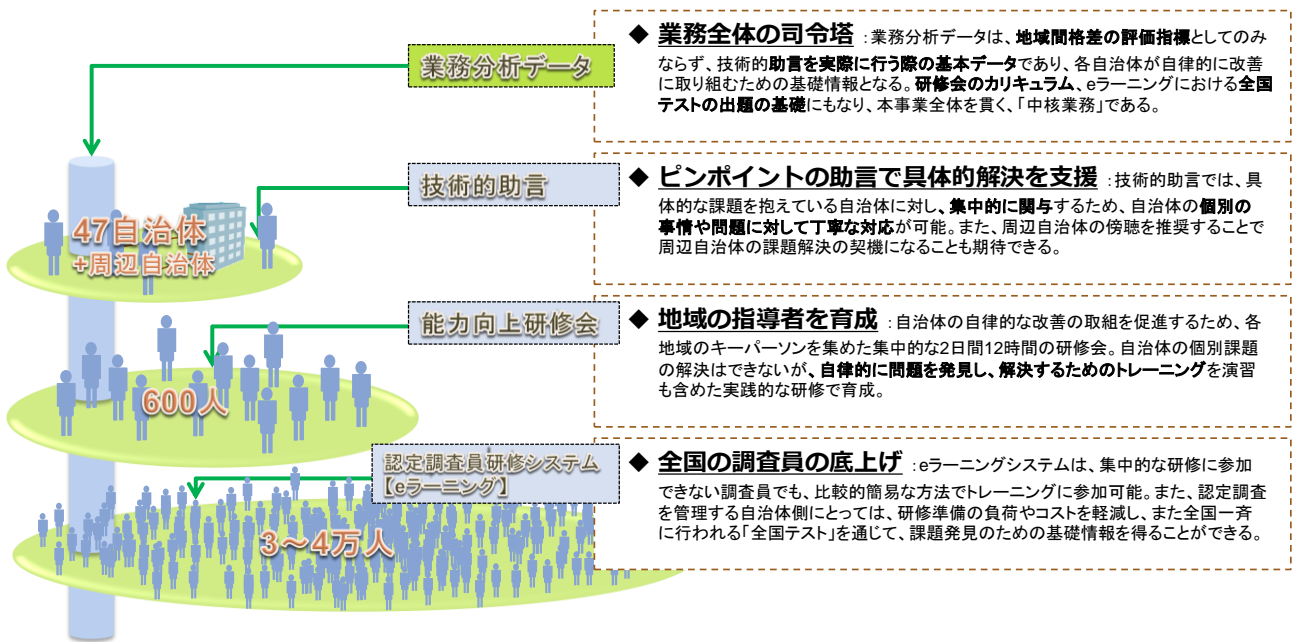
【日本老年学的評価研究（JAGES）による市町村支援プログラムの構造】



【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

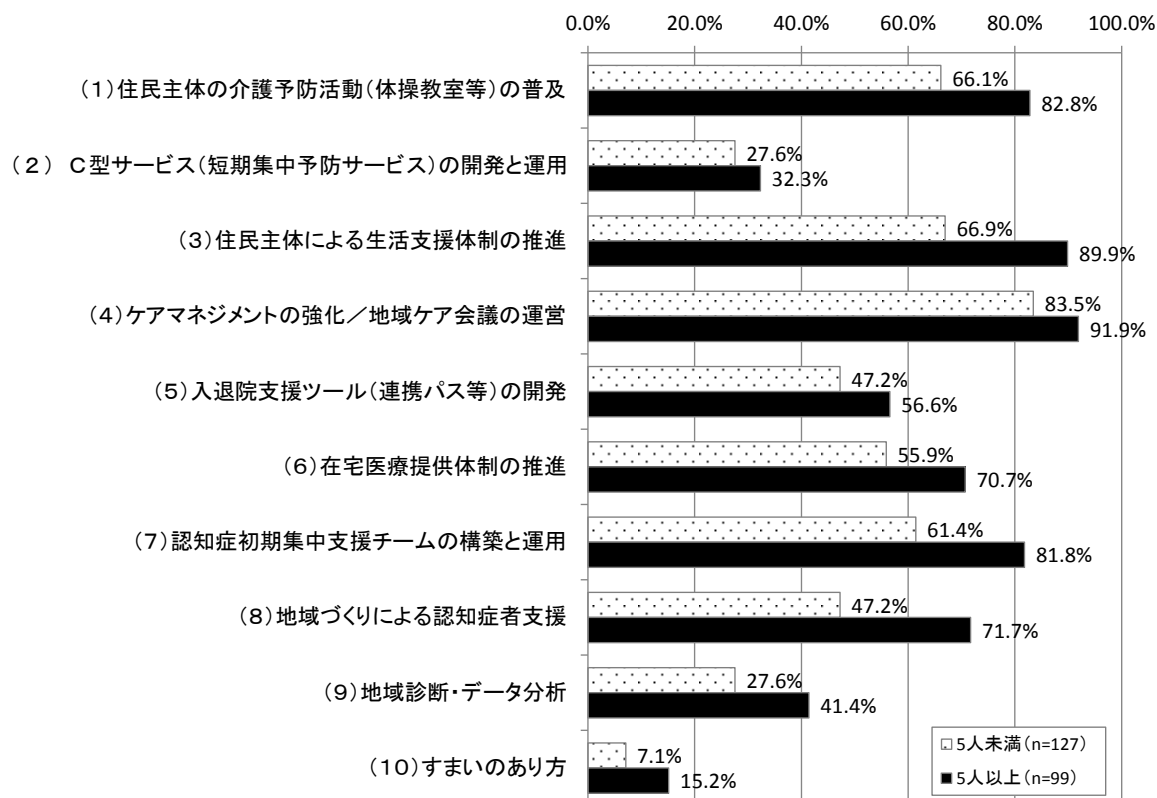
- ここまで、地域包括ケアシステムを推進するにあたって、市町村外部の支援資源をいかにして活用するかという観点から、その手法や課題を整理してきた。他方で、こうした外部支援資源を有効に活用するためには、各市町村における支援の受け入れ態勢の整備も、外部資源による支援の実効性の高める上で重要である。

### (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 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ってもよい。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ぶり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。

資料ダウンロードのご案内

本冊子の概要版 PowerPoint を、ホームページからダウンロードできます。



パソコンの場合は、「地域包括 三菱 UFJ」で検索



スマートフォンの場合は、下記の QR コードからアクセス

地域包括 三菱 UFJ

<http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/index.html>



MUFG Quality for You 三菱UFJリサーチ&コンサルティング

ソリューション シンクタンクレポート セミナー・イベント 採用情報 企業情報

ホーム > 地域包括ケア

地域包括ケア

調査・提言

各研究会・事業における地域包括ケア関連の調査研究レポートがご覧いただけます。

- 地域包括ケア研究会
- 介護予防・日常生活支援総合事業
- 定期巡回・随時対応サービス
- 看護小規模多機能型居宅介護 および看護サービス
- 地域マネジメント
- 在宅介護実態調査
- その他

ここをクリック！

地域包括ケアのイラストについて

本冊子の概要版 PowerPoint をダウンロードいただけます。研修やプレゼン等にご活用ください。

「地域の実情に応じた」とは「独自施策」とは

ニーズからだけでは独自施策は生まれない

包括型居宅サービスは、保険者の「攻めの姿勢」

標準的な制度を地域の実情に合わせてチューニング（調律・調整）

- 資料は、著作物であり、著作権法に基づき保護されています。著作権法の定めに従い、引用する際は、必ず出所を明記してください。
- 非営利目的の場合には、ご自由にご利用いただけますが、営利目的のご利用は固くお断りいたします。
- 資料の全文または一部を転載・複製する際は著作権者の許諾が必要ですので、当社までご連絡下さい。
- 資料に基づくお客様の決定、行為、及びその結果について、当社は一切の責任を負いません。ご利用にあたっては、お客様ご自身でご判断くださいますようお願い申し上げます。