

地域づくり支援 ハンドブック vol.1

いま 地域の現在をみんなで作る

高齢者の支援に携わる皆様が目指しているものは「わがまちの高齢者が自分らしく、暮らし続けることができる地域づくり」ではないでしょうか。

地域支援事業は、皆様が地域づくりを進めるためのツールのひとつであり、介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）はその中心となるものです。

少子高齢化、価値観の多様化などにより、わたしたちが暮らす地域のあり方が変容していく中、地域づくりのひとつのツールである総合事業は、変わりゆく地域にあわせてデザインし直してこそ効果を発揮します。また、地域の担い手や資源が不足していくことが見込まれる今こそ、地域のもつ強みを最大限発揮させる視点も大切でしょう。

そう考えると、総合事業だけで目指す地域づくりは完結しないと思いませんか？

総合事業と産業・交通・住民活動など地域のあらゆる関係者が、手を取り合い・つながり・強みを持ち寄ることで新たな価値をともに創る“共創”の mindsetこそが地域づくりの加速化のカギになるのです。

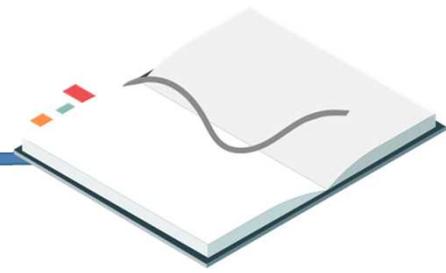
そうして地域のあらゆる関係者が共に創りあげたその地域は、高齢者だけでなく、地域の子ども・若者も含めた、そのまちに暮らす全ての世代にとって暮らしやすいものとなるでしょう。

市町村には、地域づくりの指揮者として関係者をまとめ導いていく役割が、都道府県や地方厚生(支)局には、良き伴走者として市町村を応援していく役割がそれぞれ期待されています。

わたしたちの暮らす地域の現在をつくり、地域を未来につなげていくために、みんな
で手を携えて地域づくりを進めていきましょう！



このハンドブックが目指したこと



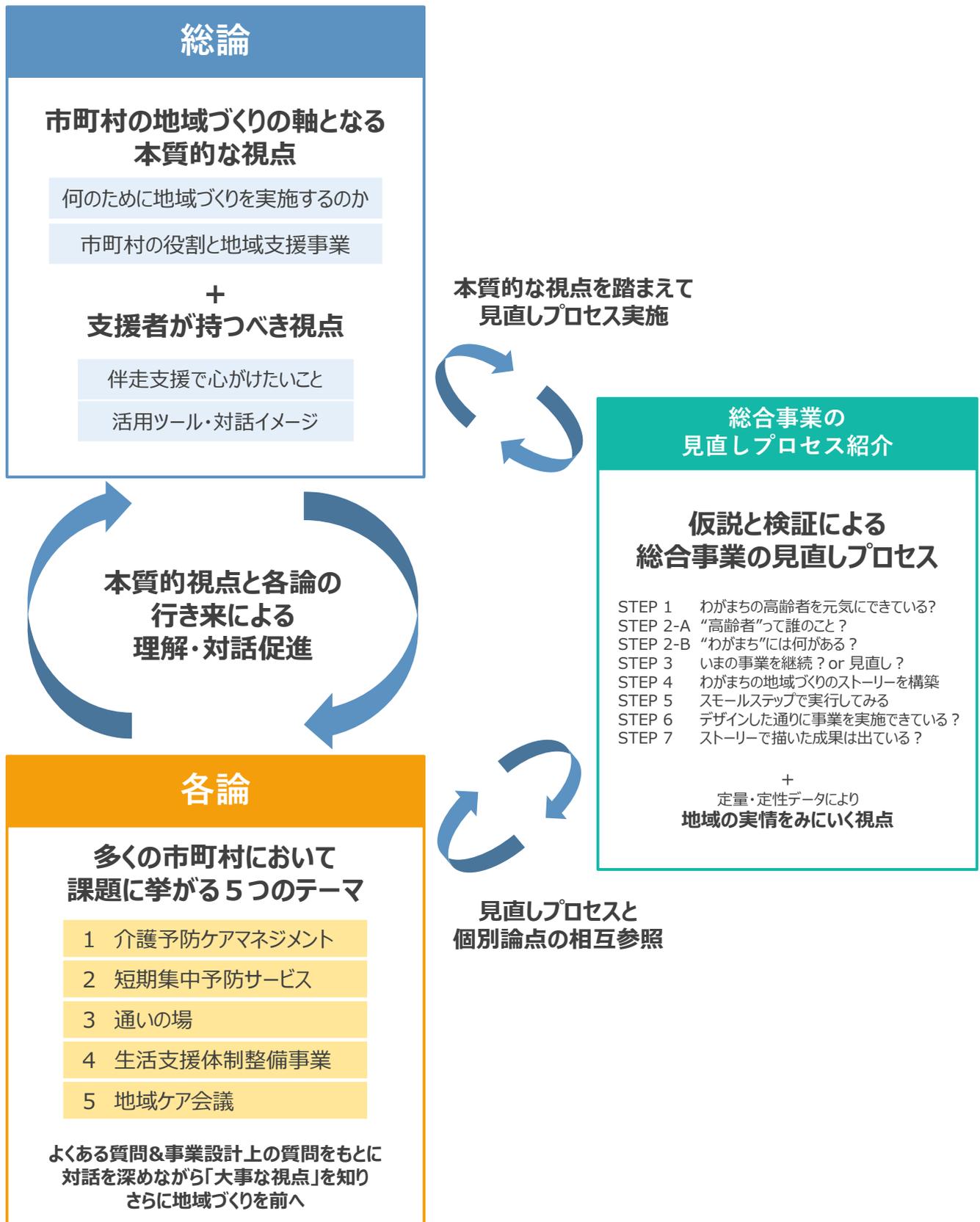
都道府県・地方厚生(支)局 など支援者のみなさまへ

- このハンドブックは、都道府県や地方厚生(支)局の皆様が、市町村の地域づくりを支援する際に役立てて頂くことを目的としています。
- そのために、総論では地域づくりにおいて大事な視点などに加えて、支援者が持つべき視点や活用ツール、伴走支援における実際の対話イメージなどを掲載しています。各論においては、市町村と支援者の対話が促進されることを期待して、単なるQ&Aとならないよう工夫をしました。
- 構成としても、総論・総合事業の見直しプロセス・各論が相互に関連し、どの箇所から開いても役立つことを目指して作成しています。
- 市町村との目線合わせや対話のツールとして、支援の準備や振り返りの材料として、その他研修素材等として、ご活用いただけたら幸いです。

市町村のみなさまへ

- このハンドブックは、市町村や現場で地域づくりに携わる方々にも役立てていただけることを目指して作成しました。
- 総論からお読みいただき地域づくりの大事な視点についての理解を深めたり、総合事業の見直しプロセスをもとにご自身のまちでの事業見直しの参考にしたりなど様々にお使いいただけます。
- 各論では市町村の皆様からよく出る質問などを題材に、解説や対話例を展開しています。
- 支援者や関係者との対話が促進され、仲間が増え、それぞれのまちで地域づくりがより一層進展することを願っています。

このハンドブックの構成





第一部 総論

第1章 わたしたちが目指すこと	8
• 総合事業で元気になった方の事例動画	9
• 高齢者に元気に暮らしてもらうには?	10
• 地域って?	11
• これからの地域づくりに必要なのは?	12
• 地域づくりが必要な背景は?	13
• 地域共生社会・地域包括ケアシステムも地域づくり?	14
第2章 市町村による地域づくり	16
• 地域づくりにおける市町村の役割とは?	17
• 地域支援事業とは?	18
• 介護予防の対象となるのはどんな方ですか?	19
• 地域づくりの進め方を教えてください	20
• 事業をデザインするとはどのような意味ですか?	21
• 短期集中予防サービスのデザイン例	22
• 地域づくりにおける成果はどう捉えればよいでしょうか?	23
• 地域支援事業の上限額について教えてください	24
• なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの?	25
• 地域支援事業における連動の好事例 <生駒市>	26
第3章 都道府県・地方厚生(支)局による市町村支援	28
• 市町村支援で目指すのは?	29
• 伴走支援の型のようなものはありますか?	30
• 実際の支援に紆余曲折はつきもの。本質に立ち返りながら進もう	31
• 伴走支援の関わり方で心がけたいことは?	32
• 地域づくりにおける対話の重要性について教えてください	33
• 地域づくりにおけるひとづくりの重要性について教えてください	34
• 都道府県の役割を教えてください	35
• 地方厚生(支)局の役割を教えてください	36
• 伴走支援におけるツール紹介	38
• 実際の伴走支援における対話イメージ	42



第二部 仮説と検証による総合事業の見直しプロセス

総合事業の見直しプロセス 全体像	63
・ STEP 1 わがまちの高齢者を元気にできている？（総合事業はうまくいっている？）	64
・ STEP 2-A “高齢者”って誰のこと？	65
・ 事例紹介 高齢者の状態像に応じたスクリーニングの工夫例（生駒市）	68
・ 事例紹介 基本チェックリストの傾向からサービス需要の総量を推計・把握（生駒市）	69
・ STEP 2-B “わがまち”には何がある？	70
・ STEP 3 いまの事業を継続？ or 見直し？	71
・ STEP 4 わがまちの地域づくりのストーリーを構築	73
・ STEP 5 スモールステップで実行してみる（試行事業）	76
・ STEP 6 デザインした通りに事業を実施できている？（本格実施）	77
・ STEP 7 ストーリーで描いた成果は出ている？	78
・ 総合事業の構築プロセス 全体像（生駒市の事例）	79

第三部 各論

各論ページの見方・使い方	81
介護予防ケアマネジメント	82
・ 介護予防ケアマネジメントの基本的事項を教えてください（目的・意義）	84
・ 介護予防ケアマネジメントの基本的事項を教えてください（対象者）	85
・ 保険者として地域づくりを進めるにあたって 介護予防ケアマネジメントの実績はどのように活用できますか？	86
・ 介護予防ケアマネジメントの情報から どのように多様なサービス創出を検討すればよいのでしょうか？	87
・ 総合事業の体系をデザインするために、 多様なサービスごとの利用対象者像を整理するにはどのように進めればよいですか？	88
・ ケアプラン作成者やサービス提供事業所に、 自立支援や重度化防止の視点を理解・実践してもらうにはどうすればよいのでしょうか？	89
・ 利用者本人に、自立へのモチベーションをもってもらったり、 セルフマネジメントを身につけてもらうにはどうすればよいのでしょうか？	90
・ 介護予防ケアマネジメントの質を向上していくには、どのような方法がありますか？	91
・ アセスメントの質を高めるにはどうすればよいのでしょうか？	92
・ 基本チェックリストの結果をもとにしたアセスメントの深堀りイメージを教えてください	93
・ 市町村や地域包括支援センター窓口での相談対応で工夫できることがあれば教えてください	94
・ 介護予防ケアマネジメントにおいて、医療と連携するメリットについて教えてください	95
・ 業務多忙で介護予防ケアマネジメントに時間を割けないという 地域包括支援センターの声にはどう向き合えばよいのでしょうか？	96



第三部 各論

短期集中予防サービス	98
・ 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景）	100
・ 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（必要な要素）	101
・ どうして総合事業の多様なサービスの中で、 短期集中予防サービスを作った方がよいと言われるのでしょうか？	102
・ 短期集中予防サービスをデザインする際、落としてはいけないポイントはなんなのでしょうか？	103
・ 短期集中予防サービスがうまく機能しているかどうかは、 どのような観点から検討するのがよいのでしょうか？	104
・ 短期集中予防サービスの費用対効果はどのように考えればよいのでしょうか？	105
・ 短期集中予防サービスの委託仕様・要件を検討する際のポイントを教えてください	106
・ 短期集中予防サービスの対象となりうる方を具体的に定義する方法を教えてください	107
・ 短期集中予防サービスの見込み利用者数を算定する方法を教えてください	108
・ 短期集中予防サービスは 運動機能向上だけではダメだと聞いたことがあります、なぜでしょうか？	109
・ 短期集中予防サービスは3～6ヶ月など一定期間で卒業することが前提だと思いますが、 卒業できないケースが多いです。どのような要因が考えられますか？	110
・ 短期集中予防サービスの効果を利用者や家族、 その他関係者に信じてもらうためには、どうすればよいですか？	111
・ 短期集中予防サービスにおいて、医療との連携が重要と言われるのはなぜでしょうか？	112
・ 財政当局を含む関係機関・関係者に事業の必要性を訴える資料作成のポイントを教えてください	113
通いの場	114
・ 通いの場の基本的事項を教えてください（意義・効果）	116
・ 通いの場の基本的事項を教えてください（多様な場・住民主体）	117
・ 通いの場の目標（箇所数・人数など）はどのように設定すればよいか教えてください	118
・ 目標に向けてどのように通いの場を整備していくとよいのでしょうか？	119
・ 通いの場の実態（ニーズや箇所数、活動状況等）を把握する方法について、教えてください	120
・ 通いの場の評価をどのようにしたらよいか教えてください	121
・ 活動拠点を確保したり通いの場を多様化させたりするために 市内連携を進める視点について教えてください	122
・ どうすれば住民主体での通いの場をもっと増やせますか？	123
・ 担い手不足の解消に向けてどのような取組をすべきでしょうか？	124
・ 通いの場への男性の参加率が低いのですがどうすればよいのでしょうか？	125
・ 通いの場から離脱しそうな人を早期に発見し、 必要な支援につなぐ視点を住民にもってもらうにはどうすればよいですか？	126
・ 通いの場に専門職に効果的に関与してもらうにはどうすればよいですか？	127



第三部 各論

生活支援体制整備事業	128
・生活支援体制整備事業の基本的事項を教えてください（目的・意義）	130
・生活支援体制整備事業の基本的事項を教えてください（SC・協議体）	131
・生活支援体制整備事業は、どのようなことが実現できる事業でしょうか？	132
・生活支援体制整備事業を効果的に進めるために、 この事業をどのようにデザインしていくのがよいのでしょうか？	133
・生活支援コーディネーターの役割について教えてください	134
・生活支援コーディネーターは地域でどのように活動するのがよいのでしょうか？	135
・生活支援コーディネーターが心がけておきたいポイントはありますか？	136
・生活支援コーディネーターが不安・孤独を感じている という声があるのですが、どうすればよいのでしょうか？	137
・協議体の役割・実施内容について教えてください	138
・協議体が形骸化しがちなのですが、どうすればよいのでしょうか？	139
・生活支援コーディネーターの活動や地域づくりの意義を住民に知ってもらい、 参加や協力を呼びかけていくにはどのような方法がありますか？	140
地域ケア会議	142
・地域ケア会議の基本的事項を教えてください（目的・意義）	144
・地域ケア会議の基本的事項を教えてください（5つの機能の発揮）	145
・地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください	146
・総合事業対象者や要支援者を対象とした介護予防のための 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください	147
・地域ケア会議の体系をデザインする際の視点を教えてください	148
・どのような地域ケア会議にどんな構成員が参加するとよいですか？	149
・地域ケア会議の実施は、参加者、地域包括支援センター職員、保険者、 そして住民にとって、それぞれどのような効果・メリットがありますか？	150
・地域のネットワーク構築を進めるためには、参加者にはどのような役割が求められますか？	151
・自立支援・重度化防止を推進するためには、参加者にどのような役割が求められますか？	152
・個別課題から地域課題の解決につなげていくにはどうすればよいですか？	153
・抽出した地域課題をその解決に向けた政策形成へつなげるにはどうすればよいですか？	154
・地域ケア会議の参加者の人材育成をどのようにすればよいのでしょうか？	155
・ケアマネジャーに個別事例を出してもらえないのですがどうすればよいのでしょうか？	156
巻末資料	158
・伴走支援ツールのワークシート	159
・参考文献リスト	162

総論

第1章

わたしたちが目指すこと

わがまちの高齢者の自分らしい暮らしの実現と
プロセスとしての地域づくり

総合事業を活用して、あきらめていたこと・やりたいことが実現できるようサポートしましょう！

高齢者の皆様は年を重ねるにつれて、徐々に心身機能が衰えていきます。これは仕方のないことですが、市町村の皆様が専門職や地域の方々とつながり、総合事業をうまく活用することで、高齢者が今までの暮らしをとり戻している地域が増えています。百聞は一見に如かず。まずはこちらの動画をご覧ください！

<生駒市> 短期集中予防サービス 紹介動画



短期集中予防サービス 利用者の声

パワーアッププラス教室

利用者① 1:18～ (1分16秒) / 利用者② 3:28～ (1分23秒)

パワーアップ教室 北

利用者① 6:18～ (1分16秒) / 利用者② 7:35～ (1分23秒)

パワーアップ教室 南

利用者① 10:00～ (1分36秒) / 利用者② 11:38～ (1分8秒)

転倒予防教室

利用者① 13:40～ (2分36秒) / 利用者② 16:18～ (1分32秒)

このような高齢者の方々が総合事業により元気を取り戻して、その喜びを語ってくれています。

- ・利用前は不安があったが、専門職の関わりによって歩けるようになり自信を取り戻した方
- ・100歳を超えても急な坂道を散歩したり、百貨店に買い物にいきたいと笑顔で語る方
- ・運動に加えて口腔、栄養の講座も受けて「いろんなよいことを教えてくれた」と元気に庭仕事をしながら語る方
- ・人とのふれあいの良さを実感したり、ボランティアとして役割を担ってくれるようになった方

<寝屋川市> 短期集中予防サービス 利用者の変化



(24秒)

サービス開始前の 初回測定の様子



H氏 初回測定

60代後半男性で、軽度の右片麻痺、中等度以上の痺れがある状態で、常に痺れについて気にする発言が聞かれた。気持ちも前向きになれず、日常生活における活動も低下、地域への社会参加はほとんど見られない状態だった。



(16秒)

利用終了時の様子



H氏 3ヶ月後

短期集中予防サービスにおける毎回の面談（本人の強みに焦点をあてたフィードバックを繰り返す）により、少しずつ自律的な活動が増えていき、娘が好きなアーティストのコンサートにも大阪-東京間を一緒に帯同するなど自信と意欲を取り戻していかれた。



(2分17秒)

その後の地域での日常 (偶然まちでお会いする)



H氏 8ヶ月後

妻と朝マックをしているところに遭遇。週に1回2時間のボランティアに行っているとのこと。理由を聞くと、自宅で時間を持て余しているより地域で役割を持ちたいという思い、そして何よりみんなを元気にしたいという思いで行っていると語ってくれた。

あなたのまちで生まれる素敵なストーリーをぜひ聞かせてください！

高齢者に元気に暮らしてもらうには？

わがまちの高齢者にできる限り元気に自分らしく、地域での暮らしを続けてもらうこと。

そのための取組や過程が、わがまち自体をよくすることにつながっていきます。

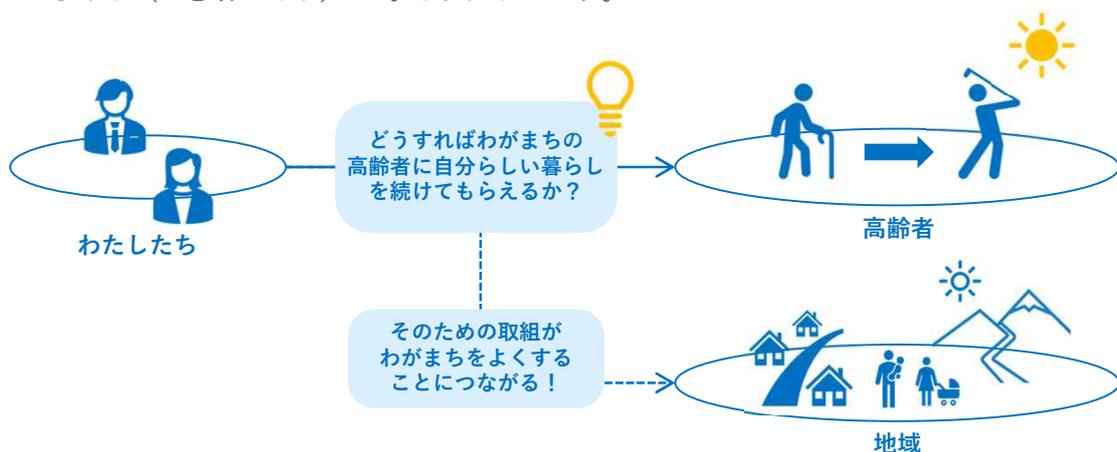


わがまちの高齢者に地域での自分らしい生活を送ってもらう

- 長寿国の日本では、どの地域にも多くの高齢者が暮らし、3人に1人は65歳以上という社会が近づいています。人生100年時代と言われ、平均寿命がさらに伸びるなか、いつまでも健康なまま老いることができれば理想的です。
- しかし「健康寿命」という言葉があるように、病気や加齢に伴う衰弱によって日常生活に支障をきたし、医療や介護を受けながら過ごす期間が少なからず存在するのが現実です。
- 自分の親や近所のお年寄りをはじめ、長い間わたしたちの生活を支え、家庭を守り、地域を豊かにしてきた高齢者の方々のために、現役として働くわたしたちはどんなことができるでしょうか。
- 市町村や都道府県の職員として高齢者に関わる業務を担当する方々にとっては、自分たちの仕事を通して、わがまちの高齢者にできる限り住み慣れた環境で元気に自分らしく暮らしてもらいたい、というのが一番の思いなのではないでしょうか。
- そしてこの思いは、介護保険が基本理念としている「尊厳の保持」や「自立支援」といったことと共通しているのです。

そのための取組は地域をよくすることにつながっていく

- 介護予防の効果によって、地域で自立した生活ができる高齢者が増えたらどうでしょうか？ご本人たちは生きがいをもって充実した時間を過ごせませし、地域で消費者として買い物をしてくれたり、地元のボランティア活動に参加してくれたりするかもしれません。家族も嬉しいだけでなく、安心して働き出られるかもしれません。
- そのために、高齢者の移動の困り事を知ってその地域に必要な送迎支援を住民と一緒につくったり、企業や大学にも協力してもらって心身ともに元気でいられるプログラムを開発したり、仕事を進めるなかで、地域の様々な関係者とつながりができたり、暮らしやすい地域が少しずつできてくるはずですよ。
- 高齢者の暮らしを支援するための仕事をする事は、全ての住民の暮らしをよくし、よりよい地域をつくることでもある（=地域づくり）と考えられるのです。



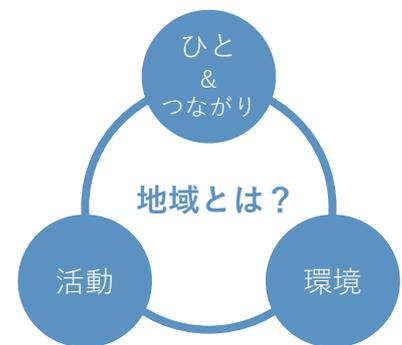
地域って？

地域をそこに暮らす「ひと」や「活動」そして「環境」の集合と捉えることで、**地域づくりに大事な要素も、ひとやつながり**であり、その方々の活動であり、それを後押しできる環境であると理解できます。



地域の実態は「ひと」「活動」「環境」

- 地域の実態は、ある地理的・歴史的・社会経済的な「環境」のもとで、そこに暮らす「ひと」の集合であり、ひと同士の「つながりや関係性」の集合であり、その方々の生活や仕事、そして事業などの「活動」の集合と考えることができます。
- 地域について話すときには、その主語や主役はそこに暮らす住民（ひと）となり、地域の課題や強みについて話すときも同様に、そこに暮らす「ひと、つながり、活動」などを具体的なエピソードとともに語るようになります。
- わたしたちが目指すのは、高齢者に住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けてもらうことですが、地域づくりをそれを実現できるようにわがまち（=ひと・活動・環境）をつくっていく取組と捉えることで、個の視点と地域視点の行き来ができ、視野が広がり、柔軟性が生まれ、関係者との共有や連携もしやすくなります。つまり地域づくりの可能性が広がるのです。



高齢者
(自分らしい暮らしの実現)



Aさんの課題（個別課題）
をどう解決する？

わがまち
(地域のビジョン実現)

この視点を行き来することが大事！



Aさん、Bさん、Cさん…に共通の課題
(地域課題) をどう解決する？

対話のヒント

わがまちのビジョンを、エピソード的に（高齢者Aさんの生活視点で）語ることはできますか？

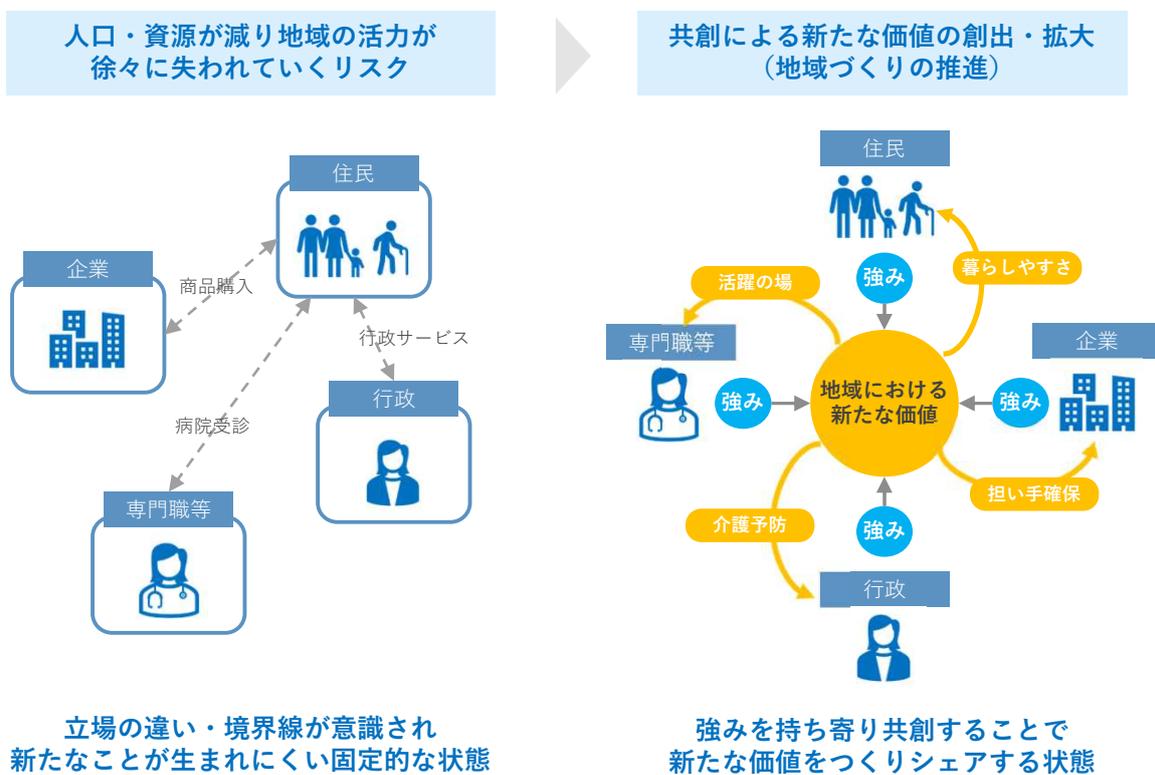
これからの地域づくりに必要なのは？

ひとや資源が減るなかで地域づくりをするためには、地域のひとたちが垣根を超えてつながり、強みを持ち寄り、新たな価値を一緒に生み出す「共創」が必要です。わがまちのために、そして高齢者のために、共創に向けた一歩を踏み出しましょう。



これからは多様な関係者の「共創」が地域づくりの鍵

- 人口が増加し、経済的にも成長していたこれまでの時代には、企業をはじめ多様な関係者が地域に根ざして、それぞれの領域で活動することで、拡大する地域や住民のニーズに応えてきました。つまり社会のなかで分業が進むフェーズにあったともいえます。
- しかしながら、これからの人口減少社会では、地域の経済や資源は乏しくなり、活動の担い手も減っていきます。また価値観が多様化することで、そのニーズに応える側も多様な対応が必要となっていきます。各自がそれぞれに、これまでどおりの活動を続けることや、同じだけの価値を享受することは難しくなっているのです。
- これからの時代に、自分たちが望む暮らしを続けられるまちを創っていくためには、それぞれの領域を超えて多様な分野・関係者をつなぎ、個々の強みを持ち寄り、互いに手を取り合って、自分だけでは実現できなかった新たな活動や価値を生み出していくことが必要です。
- その新たな価値は、それぞれの立場で得たいものにつながっていることも大切です。住民、専門職、その他企業など多様な関係者がwin-winになれるからこそ、その取組が継続し、好循環になっていくのです。



地域づくりが必要な背景は？

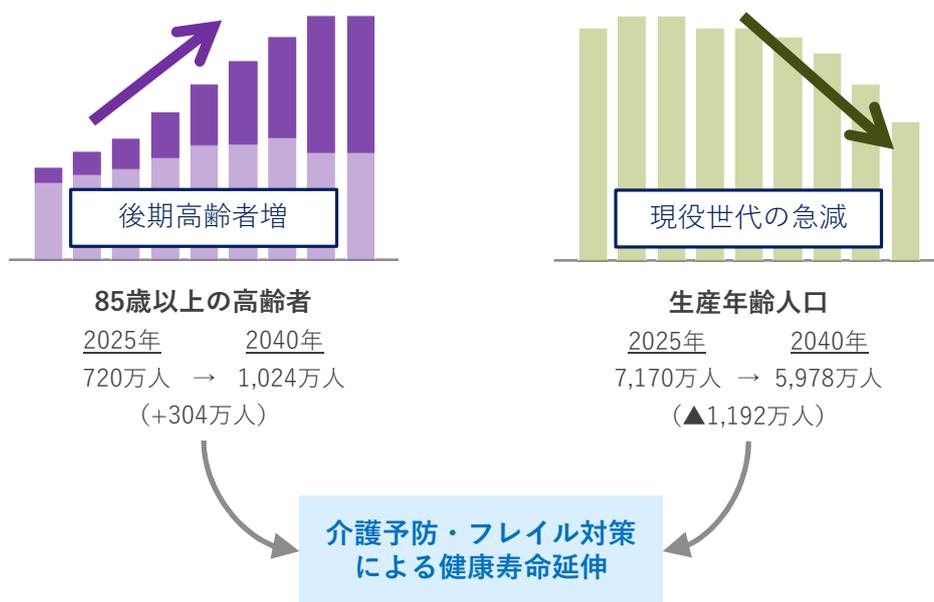
日本社会は人口減・高齢者増、そして現役世代の急減という局面に入ります。

地域づくりを通じた介護予防・フレイル対策、健康寿命の延伸、そして高齢者を含めた全世代が互いに支え合う社会を目指しましょう。



これからは全ての世代が能力に応じて支え合う社会に

- わが国は既に総人口の減少フェーズへと転じており、2040年に向けて、介護ニーズが急激に高まる85歳以上高齢者は1,000万人を超えることとなります。加えて、現役世代が急減する局面に入っていくため、介護や支援の担い手確保も今後ますます困難になると考えられています。
- これら社会構造の変化に対処するには、全世代がその能力に応じて互いに支え合い、これから生まれる将来世代を含めて、誰もが安心できる社会を創っていくことが必要です。そのための重要な方策のひとつが健康寿命の延伸であり、地域づくりを通じた介護予防、フレイル対策です。
- 高齢者の方々に、できる限り地域で自立した日常生活を営んでもらうことで、医療や介護が必要となる時期を遅らせることができます。高齢者ご本人も、自分が元気であることが、ご自身の子や孫の世代のためになる、と分かれば意欲につながる方も多いのではないのでしょうか。
- 世代を問わず、自分たちのできることをして価値を生み出す、ということが結果的に自分たちの地域をよくして、社会を支えることにつながります。高齢者や地域の可能性を信じて、地域づくりを進めましょう。



対話のヒント

わがまちの75歳以上・85歳以上高齢者や、介護の担い手は今後どう変化していきますか？

地域共生社会・地域包括ケアシステムも地域づくり？

地域共生社会は、わがまちでそれぞれ役割を持ち、共に支え合いながら生きていく、という**地域づくりが目指す社会の姿をビジョンとして表現したものであり、地域包括ケアシステムも、地域づくりを主に高齢者に対する施策の視点から表現しています。**



地域共生社会と地域づくり

- 地域共生社会とは、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会のことです。
- 地域共生社会は、地域での社会経済活動の全体をとらえて、そこに暮らす一人ひとりが主役として関わり、協働するようなあり方を表現しており、これは、多様な関係者が垣根を超えて「共創」するこれからの地域づくりの姿と共通する概念といえます。

地域包括ケアシステムと地域づくり

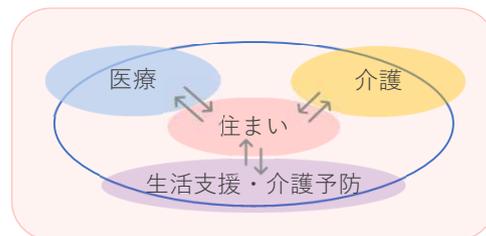
- 介護が必要となる方の急増や働き手となる現役世代の減少などを受けて、「介護」という枠組みだけではその目的を実現することが難しくなっているため、日常生活を送る圏域のなかで「住まい」「生活支援」「医療」「看護」「リハビリテーション」「介護予防」などが相互に連携して、支援が必要な方に一体的に届けられる仕組みを目指しており、これを地域包括ケアシステムの構築と表現しています。
- したがって地域包括ケアシステムは必ずしも介護・支援が必要な高齢者だけでなく、まだ元気な高齢者や障害を抱える方や子育て世代の方など、その地域に暮らす様々な方が対象となりますし、それら支援等を提供する側もまたその地域に暮らす住民です。この仕組みを構築していくための活動はまさに「地域づくり」そのものといえることができます。

地域共生社会



一人ひとりの暮らし
様々な社会・経済活動
誰もが役割を持てる地域共生社会

地域包括ケアシステム



介護だけではなく
医療も住まいも予防も生活支援も

対話のヒント

多様な主体や活動を分野を超えてつなげていくという視点は地域支援事業にも反映されています



総論

第2章

市町村による地域づくり

地域づくりにおける市町村の役割とは？

市町村は、ビジョンと戦略を持ち、多様な関係者や地域資源の強み・可能性を掛け算していくことで、地域づくり全体を導いていく指揮者的な役割を期待されています。



主役は住民。その力や可能性を信じよう

- 地域支援事業の実施要綱において、実施主体は保険者である市町村（もしくは特別区・広域連合）であり、その責任の下に事業を実施すると定められています。しかし、地域づくりの主役・対象はあくまでそこに暮らす高齢者であり、住民の方々です。行政は地域や住民の強みを知り、可能性を信じる姿勢が大事です。

市町村はオーケストラの指揮者のように関係者をまとめ導いていく役割

- 地域づくりを住民だけに委ねてしまうと上手くいかなかったり継続できなかったりします。誰かが音頭をとり、費用を工面したり、様々な関係者や活動を体系的に組織していくことで、地域づくりは上手くいく可能性が高まるため、国はその役割を保険者である市町村に期待しているのです。
- この役割は、多様な関係者や地域資源の強みを知り、それらの活動を調和させて全体の成果へと結びつくように指揮する立場であるため、いわばオーケストラの指揮者的なものといえます。



ビジョンを掲げ、限られたリソースのもとで戦略をもって推進する

- 指揮者として全体を導くためにはわがまちの目指す姿（ビジョン）が必要です。このビジョンをそれぞれの活動の主体である関係者（演奏者）と共有していきましょう。ビジョン実現に向けての中長期的なロードマップ、もしくはストーリーを描く視点も重要です。
- ビジョン実現に向けて使えるリソース（人材や地域資源や資金など）も把握しましょう。リソースには限りがあるため、その投資対効果を最大にしていく戦略的な視点が必要となります。
- そして市町村が地域づくりを進めるための具体的手段・ツールが地域支援事業です。この手段は地域の実情に応じて、効果的に活用するためには、自分たちでデザインしていくことが大切です。

対話のヒント

市町村は自分たちだけで全ての事業をやり切る必要はありません。地域の関係者に委託するのか、住民に任せる（補助等）のか、今すでに地域にある資源や活動を利用して地域のニーズを充たすのか、といった全体のデザインを描いていきましょう。

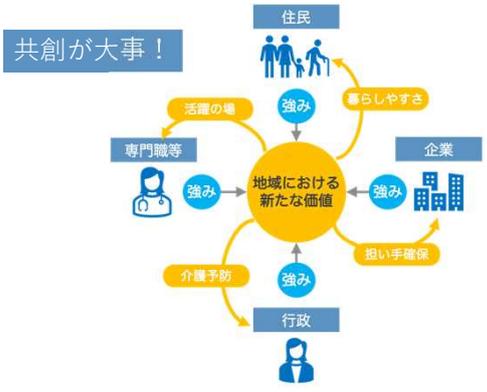
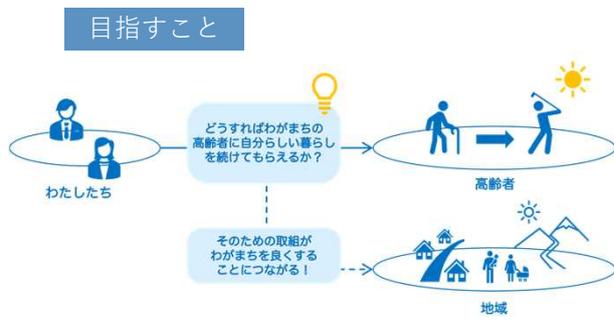
地域支援事業とは？

地域支援事業の目的は、高齢者の地域での自分らしい暮らしを支えていくことであり、それを進めるためには**地域との”共創”**が必要です。指揮者として**多くある事業をうまく組み合わせながら、地域の实情に応じた活動を柔軟に展開していきましょ**う。



地域支援事業の目的と趣旨

- 地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進するものです。
- 介護予防を進め、社会参加を支援し、高齢者に自分らしい日常生活を営んでもらうことが目的であり、地域づくりを進めるための手段・ツールとして用意されたものが地域支援事業ということです。



多様なメニューを組み合わせる展開

- 高齢者の多様なニーズに応じていくために地域支援事業には多様な事業メニューが手段として用意されています。
- 市町村は、地域の関係者と協働、共創していくなかで、これらメニューをうまく組み合わせながら、地域の实情に応じた活動を展開していくことが重要です。



	大区分	中区分	個別事業・サービス類型など	
地域支援事業	介護予防・日常生活支援総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス（従前相当・A～D） 通所型サービス（従前相当・A～C） 生活支援サービス（配食、見守り等） 介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）	
		一般介護予防事業	介護予防把握事業 介護予防普及啓発事業 地域介護予防活動支援事業 一般介護予防事業評価事業 地域リハビリテーション活動支援事業	
		包括的支援事業	地域包括支援センターの運営	介護予防ケアマネジメント（総合事業として実施） 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支援業務 地域ケア会議の充実
		在宅医療・介護連携推進事業		
		社会保険充実分	生活支援体制整備事業	生活支援コーディネーターの配置 協議体の設置 就労活動支援コーディネーターの配置
	任意事業	認知症総合支援事業		認知症初期集中支援推進事業 認知症地域支援・ケア向上事業 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業
		地域ケア会議推進事業		（地域ケア会議に係る費用を計上）
				(1) 介護給付等費用適正化事業 (2) 家族介護支援事業 (3) その他の事業

出典：地域支援事業実施要綱をもとに作成

対話のヒント

いま行っている各事業（手段）が、独立して動いていないか考えてみましょう

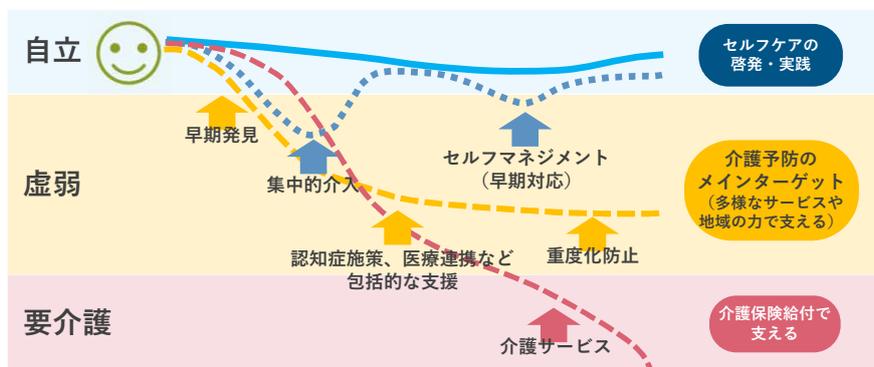
介護予防の対象となるのはどんな方ですか？

介護予防の対象はすべての高齢者ですが、総合事業においては特に「可逆性」（まだ元気になれる）のあるフレイル（虚弱）の方々に地域での自立した生活に戻っていただくことを目指します。「もう年だから」と諦める風潮を是正しながら、必要な支援をしていきましょう。



高齢者の機能レベルからみた介護予防の必要性

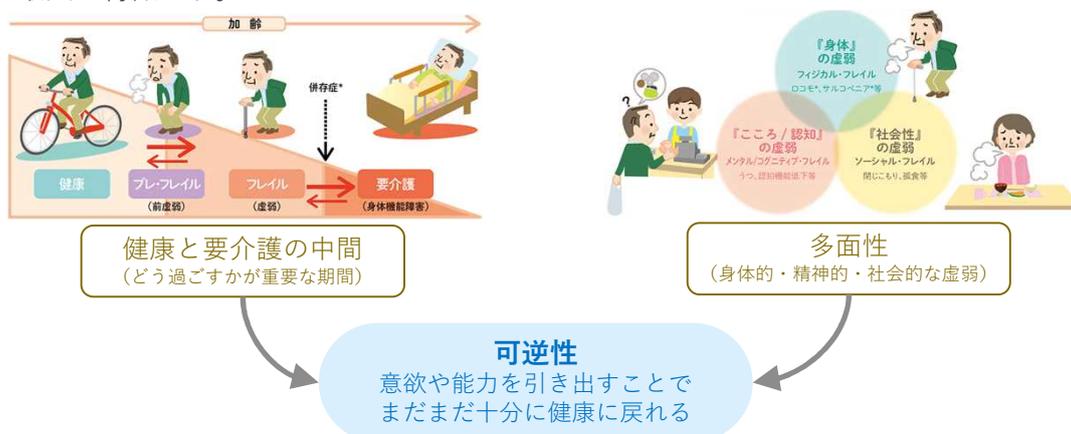
- 加齢に伴い高齢者の機能レベルは自立から虚弱、そして要介護へと低下してしまうため、生活機能が低下した虚弱高齢者を早期に把握し、例えば短期集中予防サービスにより集中的に介入することで地域での自立した生活に戻っていただくといった介護予防の取組が重要となります。



出典：一般財団法人 長寿社会開発センター『地域包括支援センター運営マニュアル3訂』（令和4年4月）P231を一部改変

高齢期の特徴であるフレイル（虚弱）とは？

- フレイルは小さなことから徐々に機能低下して要介護へと近づく状態であるため、高齢者本人に自覚がないことが多いです（＝潜在的な介護予防の対象者は多くいる）。虚弱にも様々な状態（多面性）がありますが、早期の発見と専門家による適切な支援により、まだまだ元気になれる（＝可逆性・可能性）ということが最大の特徴です。



出典：公益社団法人 東京都医師会・東京都「住み慣れた街でいつまでもフレイル予防で健康寿命ー」（平成29年3月）より一部改変

対話のヒント

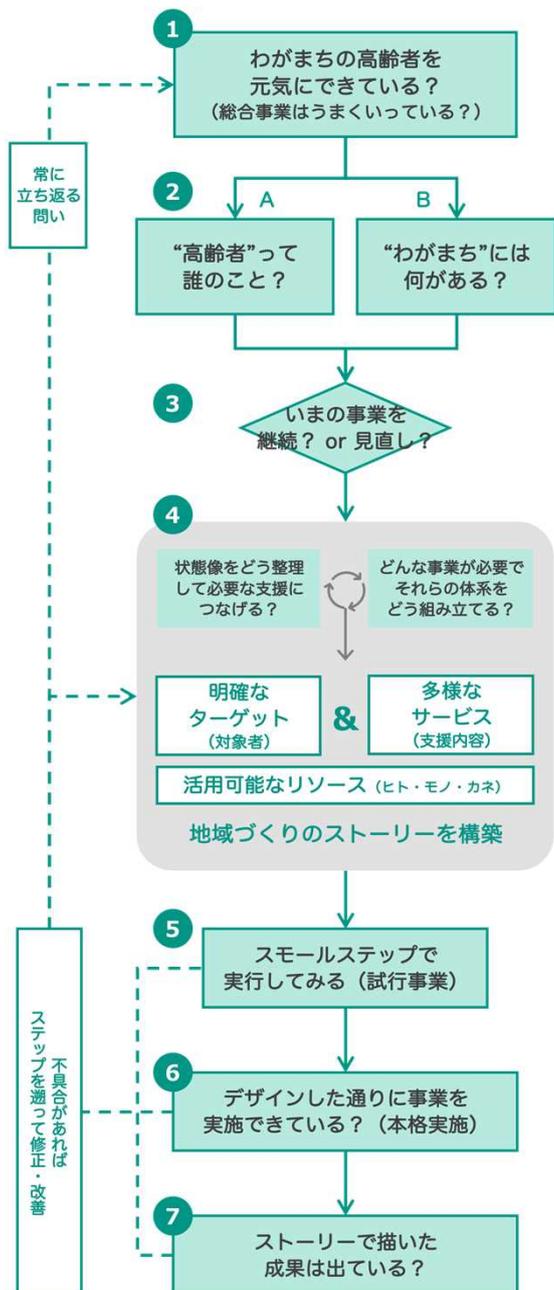
専門職が短期集中的に介入し、元気になるきっかけを創り出すのが短期集中予防サービスです

地域づくりの進め方を教えてください

目指すことを実現できているだろうか？という問いを常にもちながら、地域の実情・変容に応じて、自分たちの取組について**仮説と検証を繰り返しながら、改善を続けていきましょう。**



仮説・検証による総合事業の見直しプロセス



1. 最初の問い（出発点）は、市町村が地域づくりを行う目的であった「わがまちの高齢者にできる限り元気に自分らしく、地域での暮らしを続けてもらうこと」が実現できているかどうか、です。
2. 次にその検証のための現状や実態把握です。わがまちにはどのような高齢者がいるのか、どのような支援や地域資源があるのか、それらはどう連動して高齢者に届いているのか等をみていきます。
3. 現状把握ができたなら、目指すことに向けて見直しをするべきところがあるか、どの程度の見直しが必要か、を見極めていきます。
4. 対象者の実態把握・状態整理や、必要なサービスの検討を経て、各事業の体系や資源の活用などの全体像をわがまちの地域づくりのストーリーとして構築します。
5. ストーリーを関係者と共有しながら、最初の検証として、モデル事業などスモールステップで実施して、上手くいきそうかどうかを確認します。
6. そのうえで、本格的に取組を実施します。実施中も新たな課題がないか等をモニタリングしていきます。
7. ストーリーとして描いた成果に結びついているか、定期的に取り組の結果を定量・定性データを用いて評価し、検証します。
8. 各ステップで上手くいかない場合には、前のステップに遡って修正し、再度見直しプロセスを進めましょう。そして常に最初の問い（出発点）に立ち戻ることが大切です。

対話のヒント

見直しプロセスについては第二部にてご紹介しています。関係者とともにみてみましょう。

事業をデザインするとはどのような意味ですか？

限りある資源を有効に活用し、事業として成果を出し（目的を達成し）ていくために、**事業を構成する要素（6W2H）のそれぞれについて検討を加えるとともに、それらが全体として機能するように最適な形で組み立てていく**ということです。



事業をデザインすることの重要性

- 地域づくりを進めるなかで「この課題を解決するには行政が事業として行うことが必要」という判断に至った場合、手段のひとつとしての地域支援事業を活用することができます。
- このとき、例えば総合事業のサービス類型は、あくまで国の示す典型例ですので、自分たちの地域で実施するにあたってはサービスの特徴や内容をよく理解したうえでカスタマイズすることが必要となります。
- 例えば、広大な面積に虚弱高齢者が点在している地域であれば、住民主体の通いの場を歩いていける距離に作ることも難しいでしょう。そういう地域であれば、介護予防（体操）＋買い物（スーパー）＋送迎をパックにした事業を考えるなど、地域特性に応じた工夫が必要になります。
- また、地域を見渡してその事業の対象者がどれくらいの人数いるのか、事業者も確保ができて十分な量のサービスが提供できるのかといった需要と供給のバランス（事業環境）も考えることになり、最終的にはそのためにどれくらいの体制や費用がかかるのか、そして、効果・成果として何をどのように見込むのか、といった目算まで検討して財政的な対応に入ることが必要です。
- 限られたリソースで地域づくりを進めて、最大限の効果を得るために、これらの一連のプロセスを全体的・戦略的に行うことを「事業をデザインする」と表現しています。
- そして、その具体的な検討要素として、その事業について、いつ、どこで、誰が、誰に、何を、何のために、どのように、いくらで、という6W2Hを考えていきます。

事業をデザインする

- 地域の実情に応じて自分たちで描き、6W2Hを組み立てる
- 得たい成果（目的）から逆算して考える
- 国の類型や事例をそのまま使うのではなく、カスタマイズする
- 対象者の状態と事業の特徴の両方を理解し、マッチングする
- 需要量と供給量のバランス、費用対効果を試算する
- 地域の資源活用や、事業間連動で、費用対効果を最大化する

検討要素（6W2H）

- When**（いつ）
- Where**（どこで）
- Who**（誰が）
- Whom**（誰に）
- Why**（何のために）
- What**（何を）
- How**（どのように）
- How mucn**（いくらで）



対話のヒント

いまの自分たちの総合事業はどのようにデザインされているか、整理してみましょう

短期集中予防サービスのデザイン例

- 実際に6W2Hを検討していくイメージをお伝えするために、架空のB市を題材とした事業デザイン例をご紹介します。

B市の概要

人口・高齢化率	12万人、高齢化率33%
今後の見込み	75歳以上高齢者が今後10年間で3割ほど増え、高齢化率は40%まで上昇見込み
市面積・圏域	地方都市の郊外に位置、60平方km、5圏域
実施しているサービス	通所型 サービスA、サービスB（従前相当の占める割合 98%）
サービス創出の検討	生活機能が低下し、状態が落ちつつある方を元気にする取組がないため、短期集中予防サービスの立ち上げを検討

短期集中予防サービスのデザイン検討例

When (いつ)	翌年度にモデル事業を実施して検証のうえ、翌々年度から本格実施を目指すスケジュール。
Where (どこで)	5つの圏域をカバーするには市内の北部・南部にそれぞれ1ヶ所事業所が必要。 まずは北部のモデル事業所1ヶ所にて翌年度の事業を開始する。
Who (誰が)	専門職の確保が可能な市内の医療機関に打診し、系列の介護事業所にてサービスを立ち上げ。 その際に事業目的の説明会を実施し、介護予防の視点に理解のある専門職の従事を要請。
Whom (誰に)	骨関節疾患で痛みや痺れがある方や高血圧などがあり廃用性の方をメインの対象とする。 要支援者等に占める割合から、想定利用者数 100名/年 と試算
Why (何のために)	3ヶ月のサービス利用後に75%以上の方が改善して、そのうち大部分の方が自宅での自立した生活に戻れることを目指す。
What (何を)	通所型を軸に、利用前後に訪問型を組み合わせ。
How (どのように)	リハ職の考案した自重系の運動訓練に、歯科衛生士・管理栄養士による口腔・栄養指導を月1回実施、生活支援コーディネーターとも連携し自宅周辺での活動・参加の具体的訓練など。
How much (いくらで)	翌年度のモデル事業の費用総額は1,200万円の見込み。 改善率75%、卒業率65%で、その後3年間に亘り一定の割合の方が従前相当などのサービスを利用せずに暮らし続けることができると仮定した場合の費用抑制額（成果）は3年累計で2,600万円と積算。よって、財政的効果は+1,400万円（=2,600万円-1,200万円）。

地域づくりにおける成果はどう捉えればよいのでしょうか？

わたしたちが目指している**成果（アウトカム）**は、**高齢者の自分らしい暮らしの実現**です。そのために、事業のデザインをしっかりと行うとともに、事業を行うことが目的とならないように意識しておきましょう。



高齢者の自分らしい暮らしの実現のために事業を行いましょう

- 市町村としては頑張って地域支援事業に取り組んでいても、なかなか手応えや成果を感じにくい、という声もあるようです。そんなときは目指していた目的は何だったのか、に立ち戻りましょう。
- わたしたちが地域づくりを進めたり、そのために各事業を実施するのは、わがまちの高齢者に地域で自分らしい生活を送っていただくためでした。この目指している成果のことを「アウトカム」といいます。
- 事業を行う際には、その構成要素（6W2H）を検討し、全体として機能するようにデザインしてから、実際に人員を配置し、事業所に委託をし、サービスを提供してってもらう、といった実装・実行フェーズを経て、その結果・成果としてアウトカムが得られます。



● 成果を考える際に大事なポイント

1. アウトプットとアウトカムの違い（境界線）を理解すること。例えば、サービスを多くの方が利用していても、それが利用者の地域での自立した生活（の継続）というアウトカムに貢献できていなければ成果とはいえないということです。
2. ひとつの事業のみで成果が出せるケースは極めて限られます。複数の事業を連動させる必要があるということを意識しておきましょう。
3. 認定率などの変化は、数年間の取組の累積として現れてくるため、すぐにこの成果を求めることは現実的ではありませんが、中長期的な目標設定と段階づけをしておく視点は重要です。
4. 個々の利用者の変化や、関係者の喜びの声、専門職の成長といった定性的変化やエピソードを「体感すること」も地域づくりにおける大切なアウトカムです。なかなか大きな変化を感じづらいからこそ、このような一つ一つの変化や成功体験を関係者で分かち合っていくようにしましょう。

🗨️ 対話のヒント

（事業による件数や箇所数など）アウトプットだけを追いかけてしまっていないか、確認してみよう

地域支援事業の上限額について教えてください

地域支援事業は高齢者の伸び率等に連動した**上限額の範囲内で実施**する必要があります。超過する場合には、事業の見直しや地域との連携強化といった方策を検討しましょう。



事業における費用対効果の視点

- 行政として限られた財源をもとに事業を実施する以上、費用対効果は必須の視点です。どれだけよいサービスや支援が提供できていても、成果に見合う以上のコストを費やしていたら持続可能な方策とはいえません。
- そのため国としても下記のような費用の上限設定を行い、費用対効果を客観的に検証できる仕組みとしていますが、例えば総合事業においてはこの上限を超過している保険者が多く、地域づくりとそのための手段である事業のあり方が問われています。
- 市町村においては、地域の実情に応じた総合事業のデザイン（見直し）や、地域とのつながり・連携を深めることでより効果的・効率的に地域づくりを進めるといったことがとても重要となっています。

上限額設定について

- 地域支援事業の上限額設定の内容は、下記の図表のとおりです。
- 総合事業においては、効率的なサービス提供をとおして、費用の伸びを75才以上高齢者の伸び率程度に抑えることで、制度の持続可能性を確保しながら、地域のニーズにあったサービスを提供することを目的として設定されています。
- 地域支援事業は、予算事業ですので、すでに上限額超過にある市町村については、なぜ、上限額を超えているのか、その要因を探り、費用低減をはかる方策について検討を進めることが大切です。
- 上限の超過は、例外的な取り扱いであることを踏まえ、上限制度の運用の在り方が見直されています。

総合事業	包括的支援事業 (地域包括支援センター運営) ・任意事業	包括的支援事業 (社会保障充実分)
移行前の予防給付等実績額 x 75歳以上高齢者の伸び率	H26年度の上限額 x 65歳以上高齢者の伸び率	各事業個別の上限算定式 (その合計額の範囲内で 柔軟な実施が可能)

対話のヒント

わがまちの上限額と実績額の推移を確認し、その背景にある要因を考えてみましょう

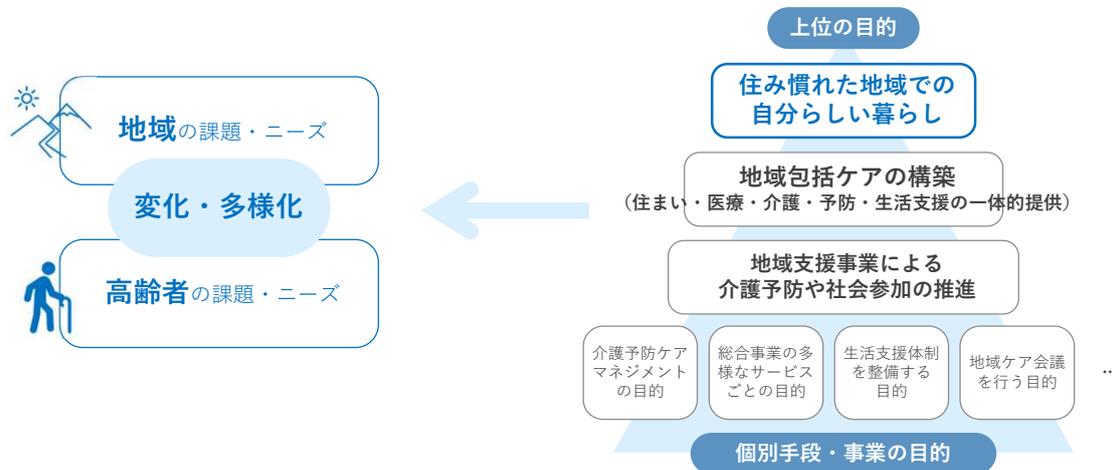
なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？

地域や高齢者の抱える課題は多様化しているため、**いくつもの手段（事業）を有機的に連動させて一体的な支援**を提供しなければ「**住み慣れた地域での自分らしい暮らし**」という最上位の目的を達成することは難しくなっています。



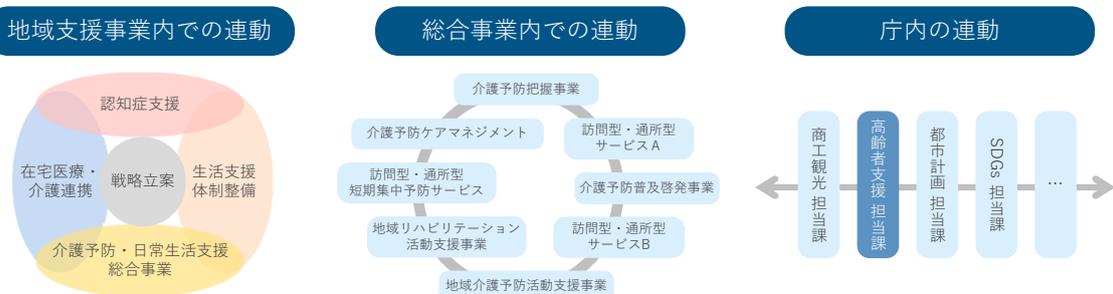
地域づくりの目的は（階層的に）連動しています

- 地域や高齢者の課題、ニーズは多様化、複合化していますが、「住み慣れた地域で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」という目指す状態は変わりません。課題が多様化しているため、それを解決する事業（手段）も多様に用意されていますが、地域支援事業全体もその個別事業も階層的にひとつの目的に向けて体系化されているという意識を忘れずにいましょう。



手段である事業も、目的のために連動することが必要です

- 地域包括ケアシステムの定義に「一体的に提供」する、とあるように、同じひとつの目的を達成していくために、全ての事業とそれを実施する関係者が有機的に連動することが重要です。（以下は各連動のイメージ）



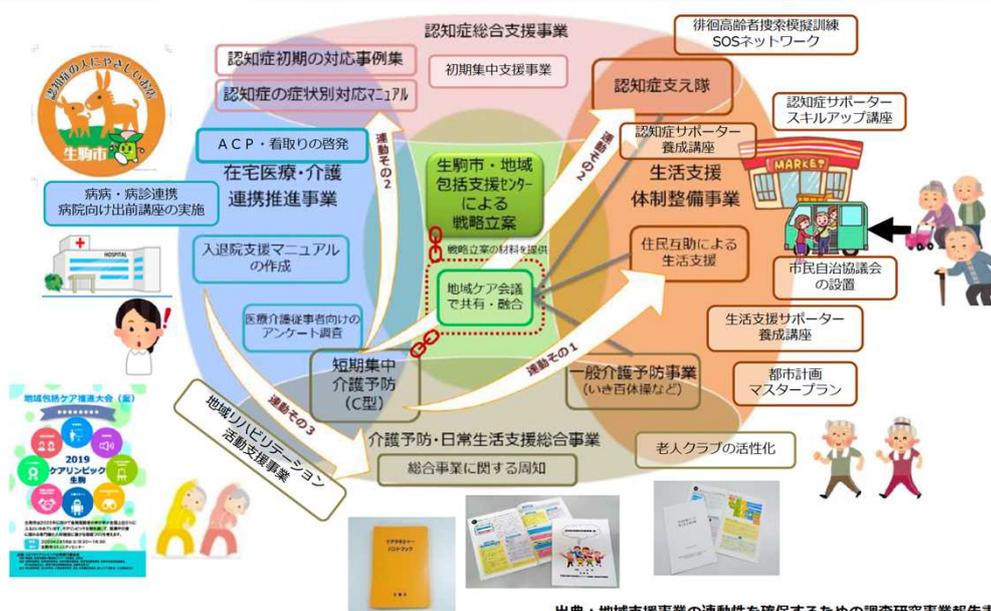
対話のヒント

わがまちの地域支援事業の連動がどうなっているか確認してみましょう

地域支援事業における連動の好事例 <生駒市>

- 「住み慣れた地域で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」地域を目指すには、事業に人をあてるのではなく、一人ひとりの自己実現をかなえるために何ができるかを考えた先に事業を活用するという視点が大切です。
- 奈良県生駒市では、地域包括ケアの中核機関である地域包括支援センターや生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員や地域福祉を担う社会福祉協議会等との対話を欠かさず、地域で起きているさまざまな事柄を共に感じ、共有しながら、課題解決に向けた議論を続けています。
- 例えば、初期の認知症の方が介護保険のサービス利用になじめずに本人・家族とも困っている事例が複数起きた時のことです。どのような場があれば安心して社会参加ができるか？を検討した結果、「虚弱高齢者が集まる場で専門家もそこにいて、全体をマネジメントできる場があれば、よいのではないか？」という意見が聞かれました。そこで、考えついたのが、短期集中予防サービスで初期の認知症の方が参加できるプログラム内容を追加し、受け入れることでした。
- 少し場に慣れるのに時間は要しますが、そこをサポートすることで、認知症の方もお茶を運んだり、運動時のカウントを読むなどの役割を徐々に果たしていくようになりました。
- この取組を通して、短期集中予防サービスと一般介護予防事業を融合させた事業に要綱を改編し、長く通い続けられる仕組みに変更したり、一定数の認知症の方が集まった場合には、通所型サービスAに移行するなど、慣れ親しんだ仲間と過ごせる環境を用意してきました。
- 総合事業を地域の実情に応じて創出するということがこういうことなのだと思います。また、そうした取組を通して、初期の認知症への理解を促進するために医療・介護連携において、初期対応マニュアルの作成や通いの場に行きたいのに通えなくなる方へのサポートとして「認知症支え隊」などが新たに生まれています。事業を作ることを目的とせず、うまく事業を活用するという意識変容が大切です。

生駒市における地域包括ケアシステムの構築に必要な地域支援事業の連動性



出典：生駒市

出典：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
(三益UFJリサーチ&コンサルティング) 一部改編



総論

第3章

都道府県・地方厚生(支)局による

市町村支援

市町村支援で目指すのは？

市町村支援によって目指すのは、少しでも地域づくりが前に進み、そのまちの高齢者の暮らしを支えることにつながることで、そしてその体験をもとに市町村がさらに自律的に地域づくりを進めていけること。伴走支援はそのきっかけをつくるために効果的な手段です。



地域づくりにおける市町村の悩み

- 市町村はそれぞれの地域で、試行錯誤をしながらも、高齢者の自分らしい暮らしを支えるための地域づくりに日々前向きに取り組んでくれています。
- しかしながら地域づくりは正解のない取組であるため、自分たちの地域の課題をどう解決していけばよいのか分からなかったり、今の進め方でよいのか不安に感じていたり、もっと効果的な事業推進方法はないものかと探していたりと、様々悩みを抱えている市町村もあるようです。

伴走支援によって市町村の地域づくりを後押し

- そのような市町村に対して、都道府県や厚生(支)局、アドバイザーなどの第三者が伴走支援という方法で一定期間関わることで、地域づくりを後押しできる可能性があります。
- 伴走支援では、被支援者である市町村が抱える現実の悩み・課題感について、対話をしながら、考えを深めるための視点を提供したり、検討の手順を紹介したりすることで、市町村が自分たちの中にあるヒントや答えに気づき、次の一歩を進められるように支援をしていきます。
- 伴走支援によって目指したいのは、少しでも市町村の地域づくりが前に進み、そのまちの高齢者の自分らしい暮らしを支えることにつながることで、そしてその体験を糧に市町村がさらに意欲をもって取り組んでいける好循環が生まれることです。
- そして、いつまでも伴走支援を続けることが目的ではありません。市町村が中長期的なビジョンをもって自走していけるようなサポートをしていきましょう。

市町村への伴走支援

- 市町村の現実の課題解決に対して伴走する
- 市町村の気づきにつながる視点を対話により提供する
- 市町村の実情や思いを理解し、良さ・強みを引き出す
- 関係者をつなげ、市町村の仲間づくりを支援する
- 市町村の行動・変化に共感し、後押ししていく
- 市町村が中長期的なビジョンをもって自走していけるようサポートする

伴走支援の型のようなものはありますか？

伴走支援の事例なども参考にしながら、自分たちの都道府県や市町村の実情に応じた支援のあり方を検討し、実践してみましょう。

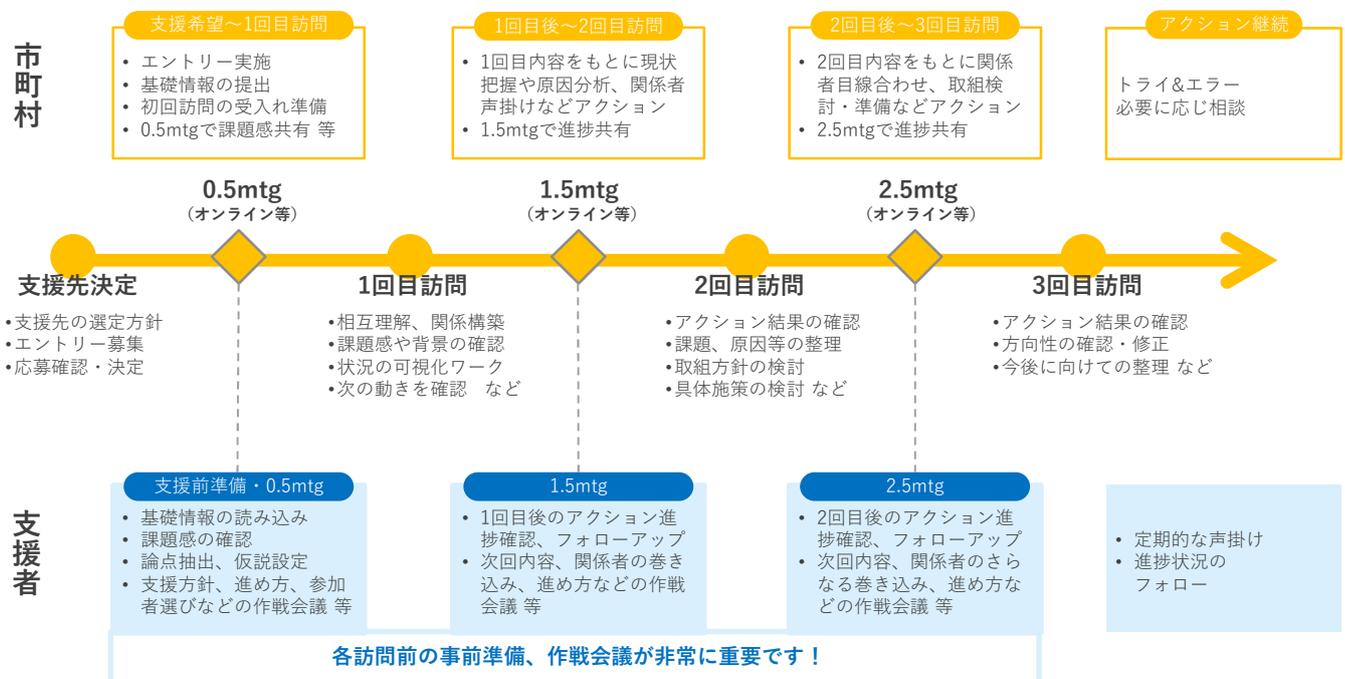


本来は「実情に応じて」伴走支援する

- 市町村の実情は様々であり、支援者となる都道府県等の方針や体制なども様々であるため、どのような形（内容、方法、深度など）で伴走支援に入るのかは、実情に応じて最適なやり方を決める必要があります。
- また、その前段階として、都道府県は管内のどの市町村に支援が必要そうか、といった目星をつけておく必要もあります。管内の地域づくりの進捗状況全体を把握して、中長期的なロードマップに基づき各年度の支援先や支援方針を設定するのが望ましいといえます。
- もちろん初期の段階では、まず取組意欲の高い市町村の手挙げにより、支援のモデルケースを作っていく、といったやり方もあるでしょう。

参考：3回訪問による支援のパッケージ例

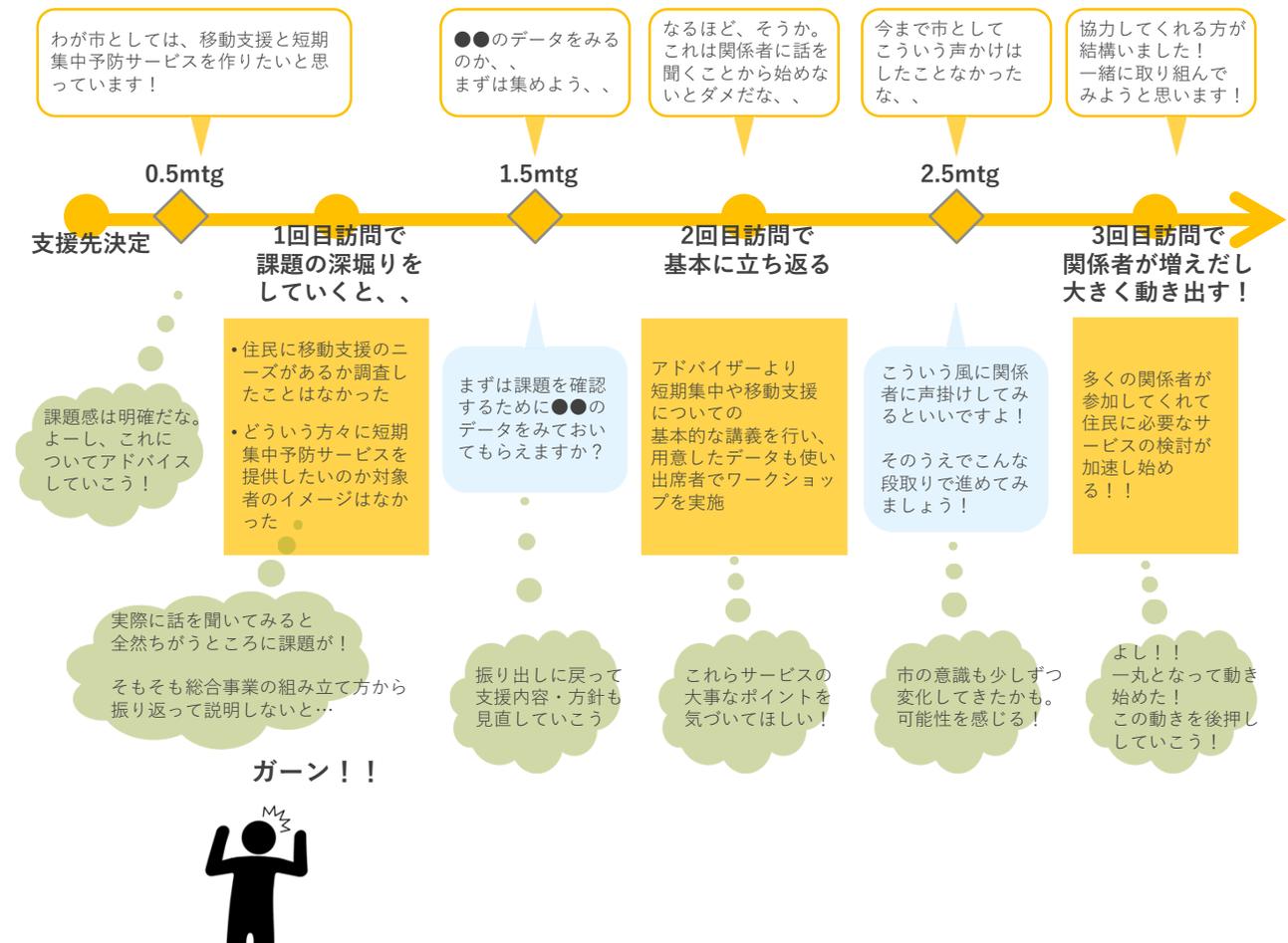
- 厚生労働省の職員派遣事業（R2・R3）や地域づくり加速化事業（R4）では、以下のような3回訪問による支援を6ヶ月ほどかけて実施しています。支援方法を検討する際の参考としてご覧ください。



※ 上記以外のタイミングでのアウトリーチ（市町村への訪問）や電話・メール等でのモニタリングも有効です。

実際の支援に紆余曲折はつきもの。本質に立ち返りながら進もう

- 前ページに記載のある3回支援の型は、支援が順調に進む理想的な流れの例ですが、実際の支援においては、市町村の理解度や課題認識などの状況に応じて進め方を随時調整していくことが大事になります。
- たとえ遠回りに思えても、必要であれば基本に立ち返って大事な視点を伝えながらアクションを促すことで、地域づくりが大きく動き出していくことにつながります。
- 以下では、実際にあるケースとして、課題認識の検証、再確認が必要となり、当初の想定と大きく異なる流れになり、行ったり来たりしながらも、取組が前に進み出すまでの動きをイメージとしてお伝えします。



伴走支援の関わり方で心がけたいことは？

伴走支援を進めていくには、市町村との信頼関係づくりが土台となります。

場づくりを大切にして、市町村の思いを尊重しながら、チームで支援していきましょう。



「場づくり」を大切に

- 伴走支援で最も重要な支援のひとつに「場づくり」があります。地域づくりの第一歩は、地域の関係者と「つながる」ことであり、日頃、対話のない人たちをつなぎあわせることで停滞していたことが前に進むきっかけを作ることができます。
- この「つながり」の重要性は支援においても同様です。市町村の方々に思いを語ってもらえる、支援者も思いを伝えられる、そんな関係をつくっていくために、伴走支援では「場づくり」を大切にしましょう。
- 具体的な場づくりでは、参加者選びや、会議の環境設定、時間配分やワークによる活性化など、様々な要素に気を配り、参加者のよい体験をつくっていきましょう。



具体的な関わり方 10箇条

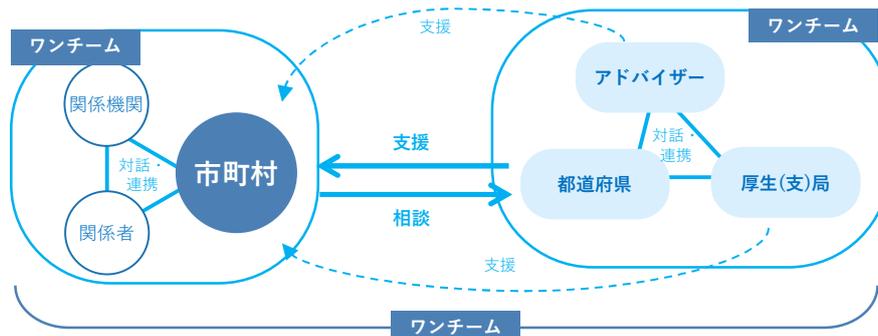
- 以下はこれまでの市町村への伴走支援での知恵をまとめたものです。定期的に確認してみましょう。

1. 経験、役職問わず全員が主体性を持ち、チームの一員として関わる（グランドルールを守りつつ、自由な発想で発言を促す）
2. 経験や技術がない人は、逆にその「強み」を生かす（例：市民の目線や家族の立場になって考えてみる）
3. 和やかな雰囲気づくりを意識する（休憩や終わった後の時間も大切に）
4. 「教える」と気負わず、「状況を知る」という姿勢でのぞむ
5. 気になることがある時はメールや電話で連絡をいれてみる
6. 「わからないこと・知らない事」は率直に尋ねる、確認する
7. チームで支援を行っていくために「情報共有」は特に意識する
8. 市町村が主役であることを押さえる（決定権は市町村にある）
9. 3つの「ない」を常に意識する（押しつけない・追い詰めない・求めすぎない）
10. 「傾聴」と「共感」の姿勢を大切にする

株式会社 日本能率協会総合研究所「介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための市町村支援 都道府県マニュアル」（令和4年3月）、R3年度老健事業より抜粋

チームで支援する

- 市町村の地域づくりでは様々な課題やニーズが出てきますので、その支援者側も様々な強みや専門領域を有するメンバーが連携しながらサポートしていく方がより効果的、効率的な支援が可能となります。
- 都道府県のみでなく、厚生(支)局やアドバイザー、専門・職能団体など関係機関と支援チームをつくり、伴走支援のプロジェクトを役割分担しながら進めていきましょう。支援の状況に応じて、チームに新たなメンバーが加わったり、役割が変わったりすることもあると思います。



地域づくりにおける対話の重要性について教えてください

地域づくりでは、関係機関・住民・民間企業や大学など地域の多様な方々が分野の垣根を超えてつながり、新たな価値を生み出していく共創が求められます。そのためには「対話」が重要です。対話をもとにつながる、知る、うまれるという循環を生み出していきましょう。



対話の重要性

- 対話とは、立場や意見などが異なる人同士が、共通の目的に向けて、互いの言動の背景にある感情・考え方・価値観などについて言葉にしながら掘り下げていくことで、違いを理解しつつも、将来に向けた関係性を築いたりアイデアを深めたりしていくプロセスです。
- 対話は「教える－教えられる」といったような固定的なやりとりとは大きく異なる、双方向でクリエイティブな行為であり、地域づくりを進めるために最も重要なことのひとつといえます。まずは、関係の近い人たちとの対話の場を設けることから始め、その輪を広げていきましょう。

つながる－知る－うまれるの好循環を

- 地域の多様な関係者と協力しながら地域づくりを進めるには、対話をベースとした関わり方が大切です。つながる・知る・うまれるというサイクルを意識して、支援に取り組みましょう。このプロセスは、人や地域を育むことにもつながります。
- つながる（対話）
行政、専門職、住民や関係機関などが対話を通じてつながることで、地域づくりの仲間となり、チームが形成できてきます。お互いの背景や価値観が違うことを前提として理解しつつ、よりよい地域、そして高齢者の自分らしい暮らしの実現というビジョンを共有して、関係をつくっていきましょう。
- 知る（共有）
それぞれが持っている知識や情報、行っている事業や活動、その良さや課題などを関係者間で共有して、目線を揃えていきます。例えば、事業の見直しを考える際でも、関係者の課題認識が揃ってくれば、ではどのような方策が効果的か？というように議論が前に進みやすくなります。
- うまれる（創造）
つながる・知るができてくると、新たな意見やアイデアも出やすくなります。芽吹いたアイデアを育てて、関係者とともに行動に移して、新たな価値を生み出していきましょう。



対話のヒント

まずは自分の職場などで、日頃から対話する習慣を意識してみましょう

地域づくりにおけるひとづくりの重要性について教えてください

地域づくりは、ひとづくり。**前に進み、経験しながら学んでいきましょう。**
どんな先行事例の地域も、試行錯誤を繰り返し、ひとが学びながら創り上げてきた
ものです。

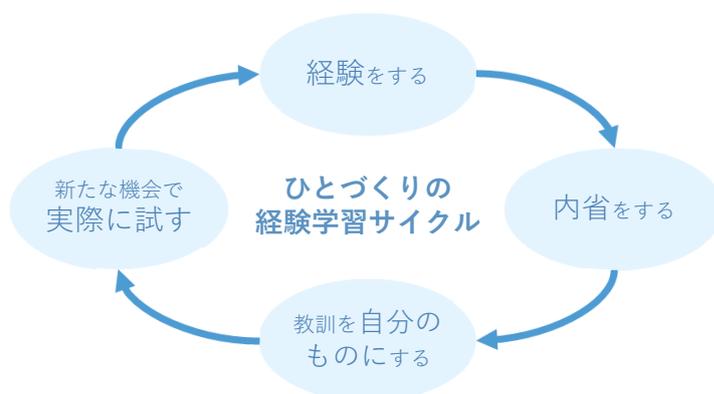


地域は「ひと」がつくっている

- 地域は「ひと」「活動」「環境」それぞれの集合と考えることができますが、このうち地域づくりで最も重要な要素は「ひと」だと考えられます。
- 自然環境などを人為的に変えることは難しいですが、文化や慣習といったものも含めて、地域の様々な資源や活動、事業などはすべて誰かが作ってきたものです。そして、高齢者の生活を支える支援を考えるのも、それを活動・事業として実際に行うのも、すべて「ひと」やそのつながりです。
- 市町村の職員のみでなく、地域包括支援センター、サービス提供事業所、生活支援コーディネーターや連携する医療者、通いの場の担い手や民生委員、ボランティアといった住民まで、地域に関わるあらゆる方々が「ひとづくり」の対象です。地域づくりの目指す姿や大切さを知ってもらい、共感してもらい、仲間になってもらいましょう。

経験による「ひとづくり」

- では地域づくりができる・協力してくれる「ひと」を育てていくにはどうすればよいのでしょうか？
- 全く同じ地域が存在せず、決まった解決方法のない地域づくりにおいて、最も実践的なのは「経験による学び」を繰り返していくことだと考えられます。経験学習のサイクルとも言われます。
- 地域づくり自体も仮説と検証、トライ&エラーの連続です。そのなかで多くのアクションをして、経験を積み、振り返り、「地域づくりってこうしていけばいいのかな？」といった自分たちなりのやり方を見出し、それをまた実践で試していくことを繰り返していきましょう。



対話のヒント

これまで地域づくりに関わって体験したことを振り返ってみよう

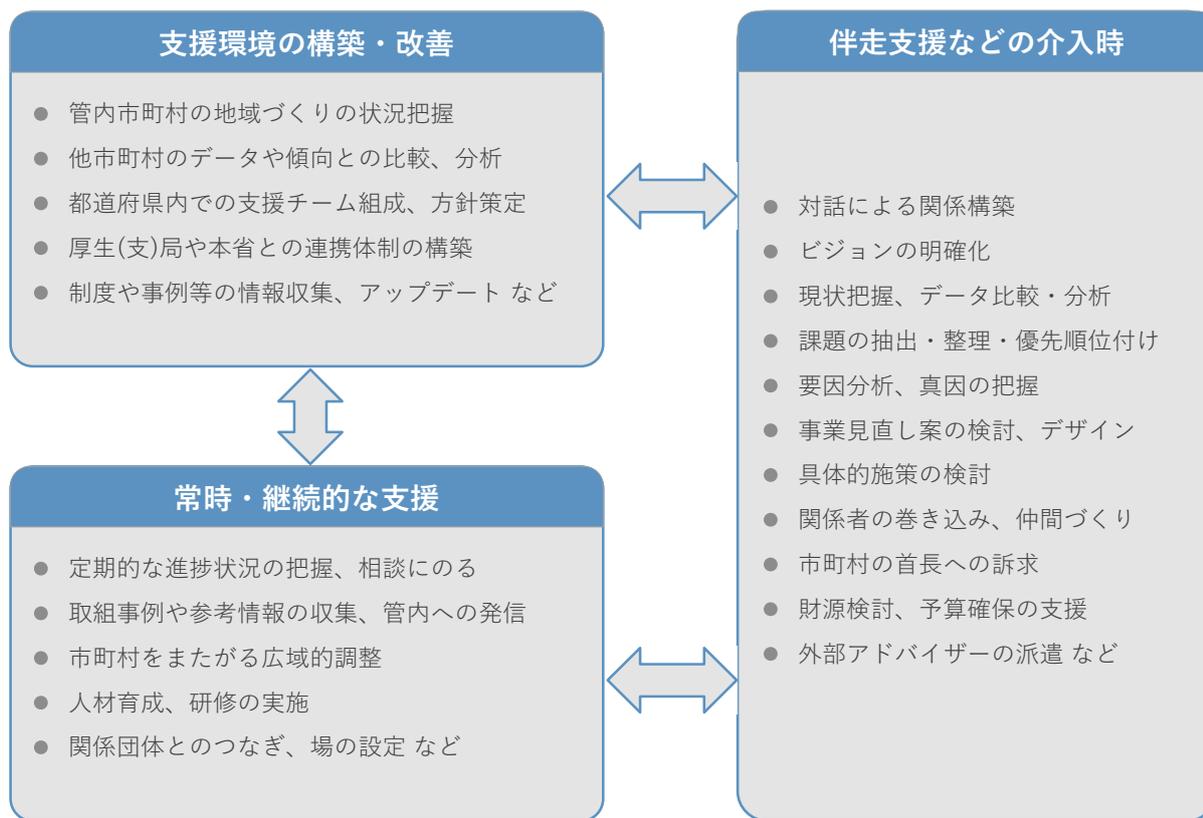
都道府県の役割を教えてください

都道府県には、伴走時のみでなく支援の環境構築や継続的なフォローも含めて、多面的な役割が期待されています。試行錯誤しながら市町村への効果的・効率的な支援を目指しましょう。



支援の投資対効果も意識しながら戦略的に

- 伴走支援には相応に時間や労力が必要なため、特定の市町村に介入し続けることや、同時に多数の市町村に伴走支援に入ることは現実的ではないかもしれません。支援に費やせるリソース（人員、予算、期間等）を見込んだ上で、計画的・戦略的に支援をしていくことが大切です。
- 都道府県の役割としては、深く関わる伴走支援時以外に、事前の支援環境の構築も大事ですし、常時・継続的な支援として情報提供や人材育成支援、関係団体とのつなぎといったことも重要な役割です。
- 以下に各場面での役割のイメージを参考として示していますが、必ずしも場面ごとに明確な線引があるわけではありません。市町村の状況・ニーズに応じて、柔軟な対応を心がけましょう。



対話のヒント

市町村が求めていること、支援者として実施していることや成果、などを整理してみましょう

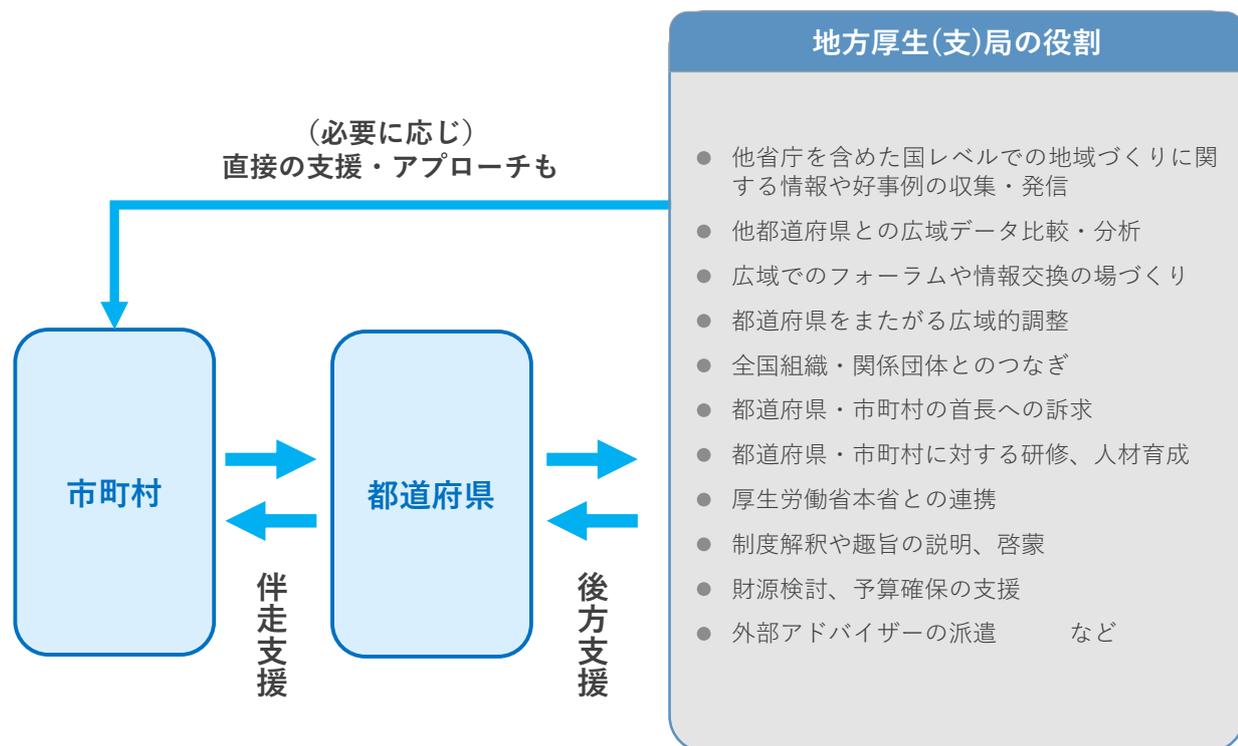
地方厚生(支)局の役割を教えてください

地方厚生(支)局には、都道府県の後方支援者として、または市町村への直接支援者として、**より広域的・包括的な立場からの強みを活かして地域づくりを支援する役割が期待されています。**



支援者として更なる活躍を期待

- 地方厚生(支)局には、国レベルでの情報提供・発信や、より広域的なデータ比較など、都道府県にはない強みがありますし、本省よりも身近な相談相手でもあるため、市町村支援の主要なチームメンバーとしての役割を期待されています。
- 都道府県への後方支援に留まらず、支援チームの一員として市町村への直接支援をしたり、アドバイザーや専門家など支援チームに新たなメンバーを呼び込んだりと、これまで以上に、積極的に市町村支援に携わっていきましょう。



対話のヒント

例えば、市町村の地域づくりに役立つデータとしてどのようなものが提供できるでしょうか？



総論

第3章

伴走支援におけるツール紹介

市町村支援の実践に役立てよう

伴走支援の訪問時は、地域づくりの関係者が集まる貴重な機会です。

この時間を有意義なものとして、効果的な支援につなげていくために現場で活用できる手法・ツールをいくつかご紹介します。

参加者の関係づくりのための一般的な手法もあれば、総合事業を考えていくための実践的なものもあります。

市町村や地域づくりの関係者の状況に応じて、その方々に**どのような体験をしてほしいのか**という目的に合わせて活用してみてください。

場づくり・対話に役立つツール

空間づくりのコツ



- ◆ 座席のレイアウトを工夫することで、目的にそった内容を展開しやすくなります
- ◆ そのため、ディスカッションなどを行う場合は、動きが取れる会場を確保しましょう
例：人が動ける十分な空間があるか、机やイスも可動式かどうか

達成したいこと	手法・ツール	使い方・工夫
参加者の理解が不足している部分 を補いたい 協働する仲間を増やしたい	有識者等による 講演・講話	<ul style="list-style-type: none"> ◆ テーマについて関係者に共通のインプットができる ◆ より効果的な内容とするには、聴衆に問いかけなどを積極的に 行うことや、市町村のニーズ・対象に応じた内容に落とし込む こと、動画で成功事例のプロセスを可視化して伝えることなど が考えられる
参加者の緊張をほぐしたい 参加者間にゆるやかな繋がりを 生み出したい 参加者が自由に意見できる雰 囲気を作りたい	アイスブレイク	◆ 緊張感をほぐすための、ちょっとしたゲームやクイズなど
	お隣さんワーク	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 隣の人と短時間で、感じたことを自由に共有すること ◆ 緊張をほぐし、情報を詰め込みすぎにならないように一旦アウト プットすることができる
場の雰囲気を変えたい (例：意見が出にくい、雰囲気が 堅い)	シンキング タイム	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 一人や複数人で参加者自ら考える時間を取ることで ◆ 支援者も入り、思考の手助けをすることもあれば、支援者は入 らない場合も想定される
	座席配置の変更	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 会議で一般的に用いられる口の字型やコの字型配置を変えてみ ることで、対話が活発化する ◆ 例えば椅子のみでサークル型を作ることで、自由な発言を促し、 表情が見えることによる納得感を高めることが期待できる
参加者のディスカッションを 促進したい	グループワーク	◆ 与えられたテーマについてグループ内で意見を出し合いながら、 最終的な結果を出す作業
	ワークショップ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 参加者の主体性が重視され、テーマに沿って意見を出し合ったり 協力し合ったりする作業 ◆ ある程度、自由に話せる雰囲気ができてから行うのがよい
	ワールドカフェ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ カフェで語り合うようなリラックスした雰囲気で行われる、参 加者がテーブルを歩き来する対話形式 ◆ 参加者同士が十分に意見や情報を交換できるため、内容の共有 されやすく、また参加者の意欲が高まる
参加者の理解度を高めたい 参加者同士の情報共有を促進 したい	グラフィック レコーディング	◆ 講演内容や、参加者の発言を模造紙やホワイトボードに可視化 してまとめる作業

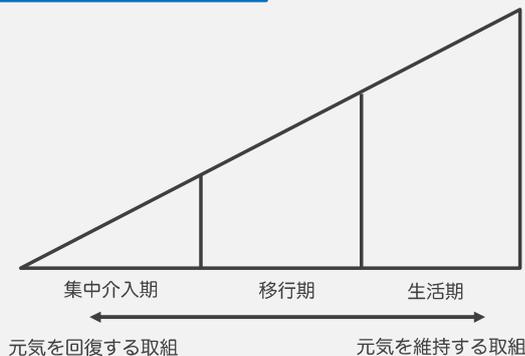
参
照

- 📄 [株式会社 みずほ情報総研「生活困窮者自立相談支援事業における都道府県研修実施のための手引」\(令和2年3月\)、R1年度生活困窮者就労準備支援事業](#)
- 📄 [株式会社 日本能率協会総合研究所「介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための市町村支援 都道府県マニュアル」\(令和4年3月\)、R3年度老健事業](#)



以下の3つのツールは、わがまちの事業やサービスの現状を関係者とともに書き込みながら（対話しながら）棚卸し、俯瞰してみることで、総合事業の体系や地域支援事業全体の連動性などについて、その過不足や見直しが必要な点など、多くの気づきが得られます。ぜひ使ってみてください！（巻末にblankページがあります）

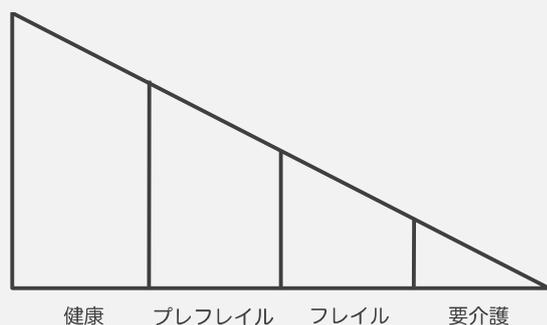
“総合事業の三角形”



総合事業のデザインや 事業内容の過不足を考えてもらいたい

- ◆ 高齢者の支援ニーズ・タイミング（集中的な介入が必要な時期の支援内容、生活期へと移行する時期の支援内容、地域での生活を続けているときの支援内容）ごとに、いま現在のわがまちに存在している事業やサービス、住民の活動などをマッピングしていくためのツール
- ◆ 現在の総合事業の体系が可視化され、事業の過不足が確認できる

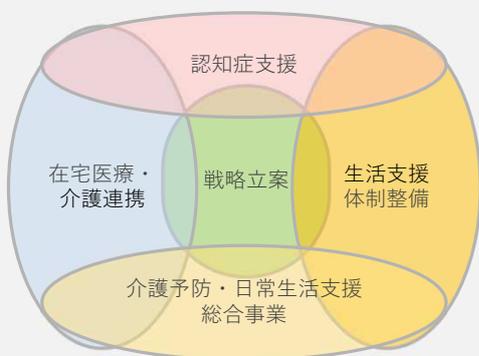
“高齢者の三角形”



わがまちにある高齢者向け事業やサービス 全体の過不足を考えてもらいたい

- ◆ 加齢に伴う高齢者の状態像に応じて、いま現在のわがまちに存在している事業やサービス、住民の活動などをマッピングしていくためのツール
- ◆ “総合事業の三角形”と同様に、現在の総合事業の体系が可視化され、事業の過不足が確認できるとともに、高齢者全体への支援を広く考える視点が得られる

“連動の樽”



地域支援事業全体や 事業間連動を考えてもらいたい

- ◆ わがまちの地域支援事業の全体像をマッピングしてみるためのツール
- ◆ 各事業間でどのようなつながりがあるか、そのつながりを担っているのはどの関係者・関係機関か、などを書き込んでいく
- ◆ なんのために各々の事業を行なっているのか、連動の具体的なストーリーを描けているか、などを確認できる



総論

第3章

実際の伴走支援における 対話イメージ

市町村への伴走支援のイメージをもっといただくために、ある架空の市への支援を題材に、実際の流れに沿った対話の例をご紹介します。

今回の登場人物はあくまで一例ですが、支援が進むごとに、検討が進むだけでなく、市町村内外の多様な関係者(参加者)が増えていくということを感じ取っていただけたらと思います。

「つながる・知る・うまれる」という流れで、多くの関係者とともに創っていくからこそその地域づくりです。ぜひ参考にしてみてください。





事前準備イメージ

事前情報 A町

面積

242.82km² (面積の約80%を森林が占めている)

産業

農業・漁業を中心に第一次産業を基幹産業として栄えてきたが、高齢化の進行と後継者不足により、第一次産業の比率は減少傾向。現在は第三次産業が全体の約70%を占め、医療、介護サービスなどを含むサービス業が年々増加傾向

町村合併

昭和36年にB町、C村、D村、E村の1町3村構成となり、平成18年に1町3村が対等合併しA町が誕生した

人口

12,000人(減少傾向で2040年には今より25%減少)

高齢化率

43%(2022) → 47%(2040)

後期高齢化率

23%(2022) → 33%(2040)

独居世帯数

30%(2022)で年々増加傾向

65-84歳人口

今がピークで今後低下傾向

85歳以上人口の伸び

20% (2022→2040)

要支援・要介護認定率

要支援認定率12%、要介護認定率29%

実施しているサービス

通所型 サービスA、サービスB、サービスC

訪問型 サービスD

その中で従前相当の占める割合

訪問型97% 通所型85%

短期集中予防サービス(サービスC)の内容

通所型 1事業所 定員5名(1クール)のみ

地域リハビリテーション活動支援事業

派遣実績なし

住民運営の通いの場

日常生活圏域(4圏域)に1箇所ずつある

SC配置状況

第1層 直営1名、第2層委託1名

地域包括支援センター

直営1ヶ所

総合事業費の上限額執行割合

上限額97%執行

支援者は、各自で事前情報を読み込み、1回目支援前の市町村との顔合わせの場で確認したいことについてイメージをもっておきましょう！

支援者



アドバイザー

現時点で高齢化率43%か。高いな。
お！しかも独居世帯が増えているんだ。
今後高齢者の中でも85歳以上の方々が増えるのが特色か。
今までどんな取組をされてきたのか知りたいな～
そして、今後どうしていきたいか町の思いを知りたいな。



県

訪問型はA、B、Cともに実施していないんだな...
高齢化率の割にサービスCは5名か...
リハ職派遣も未実施なんだ...
フレイル層に対するアプローチはうまくいっているのかな？
町も困っているんじゃないだろうか？力になりたいな～



厚生局

SCがしっかり配置されていて、各圏域に通いの場もそれぞれあるんだ。
健康な高齢者層への介護予防の取組をがんばっている感じだな。
SCに地域の特徴やアセット(資源)について聞きたいな。



市町村



支援者



対話イメージ

支援訪問前会議は、エントリーシートやその他の事前情報だけでは読み取れない市町村の課題を確認し、1回目支援の内容を決めるために開催するとても大事な機会です。(オンラインでの実施が想定されます)

A町の今回の取組みに対するさまざまな思いをいろんな角度からたくさん聞きたいな。



今回、伴走支援にエントリーされた理由についてまず、教えていただければよろしいでしょうか？

今まで、さまざまな介護予防事業を実施してきたのですが、総合事業費の上限額がギリギリになってきていて、今後の事業費の膨らみを低減させたいと思ってエントリーしました。



これからどういう流れになるんだろう...

なるほど。今まで介護予防事業を頑張ってきたのにどうして上限額超えそうなのか保健師さんも苦しんでいるんだな。



そうなのですね。現在、具体的に課題に思っていることはありますか？

課題といえば、通いの場づくりを頑張ってきたのですが、メンバーが増えないんです...中には来なくなってしまう人もいたりして...



介護予防といえば通いの場！

中断した方々に対する向き合い方は、介護予防を行う上でとても重要だよな。



通いの場に来なくなった方々はどうされているんですか？

さー・・・、介護保険のサービスを使っているのではないのでしょうか。



中断した方のその後？

中断した方々のことはあまりイメージを持っていないのか。通いの場から介護保険サービスという感じなんだ。どういふ方が来なくなるのだろう？原因はフレイル？



通いの場に来られた方がどのくらい元気になったかをどのように評価したりしていますか？

成果の評価はやっていません。



通いの場の評価？

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

SCがしっかり配置されていたな。実際のA町の高齢者の方々の生活スタイルを知りたいな。



SCさんにお聞きしたいのですが、A町では、高齢者のみなさんは日々どんなことをされているのですか？

住んでいる場所によって特色があるんですよ。山側に住んでいる人は畑、海側に住んでいる人は漁に出ていることが多いです。



圏域によって特色あるよね。

昔からの役割を担うことで忙しい高齢者が多いんだな。



みなさん日常の中にいろいろ役割があるのですね！

役割を担っていてほしいんですが... みなさん、ギリギリまで自分で頑張るので、介護サービスを使うのは仕方ないかなとも思うんです...



そうそう...

フレイル層へのアプローチがあまりないのかも...



こんなにステキな高齢期を過ごされている方々が、いつまでも自分らしい役割をもって、この地域で住み続けてもらうこと目指したいですね。

それを実現したいと思っているんです！



ほんとそう！

実現したいと思っているが、フレイル層へのアプローチ方法がわからないのかもしれない。



いつまでも自分らしい役割をもって、この地域で住み続けてもらうことを実現し、その後継続するためにも、総合事業費の上限額も意識し、お金の側面も同時に考えて、A町ならではの介護予防の在り方を今回の伴走支援で一緒に作っていきませんか！

はい！自分達だけでは何をどうすれば分からなかったのでぜひよろしくお願いします！



なるほど！今回の伴走支援とは、こういう後押しをしてくれるってことか。



それでは1回目支援でお会いしましょう！



市町村



支援者



対話イメージ

フレイル層へのアプローチ(取組)をどんなふうに行っているのか明確にしたいな。



こんにちは。1回目支援前の会議で「ギリギリまで自分で頑張るので、介護サービスを使う方が多い」とおっしゃっていました。もう少し具体的に教えてもらえますか？

そうですね。A町の高齢者は自分で限界まで頑張る方が多いのです。なので、「もう無理」となった時には、デイサービスやヘルパー利用に即つながっているのが実情です。



高齢者だから仕方ないよね...

昔からの役割を担うことで忙しい高齢者が多いんだな。



A町の元気な高齢者は、畑や漁(りょう)に出ているとおっしゃっていましたね。他に集まりなどあったりするんですか？

以前お伝えしたように地域のサロンもあります。通いの場じゃないかもしれませんが、公民館で趣味活動の場があったり、男性は波止場に集まったりしていますね。



みんないろいろやってるんだよね。

健康な高齢者層への介護予防の取組は、いろいろある！



それ通いの場ですよ！男性の方々の集まりの場もあるって、そこは大きな強みですね。

今まで気づけなかったですが、わが町の強みって結構あるんですね。



波止場に集まるのは通いの場だったのか！



ここで一度A町の強みと課題を明確にして、みんなで共有してみたいかも。



A町の強みも見えてきましたね。ここで、**今ある事業や取組を可視化して整理する**のはどうでしょうか？

はい。よろしくお願いします。

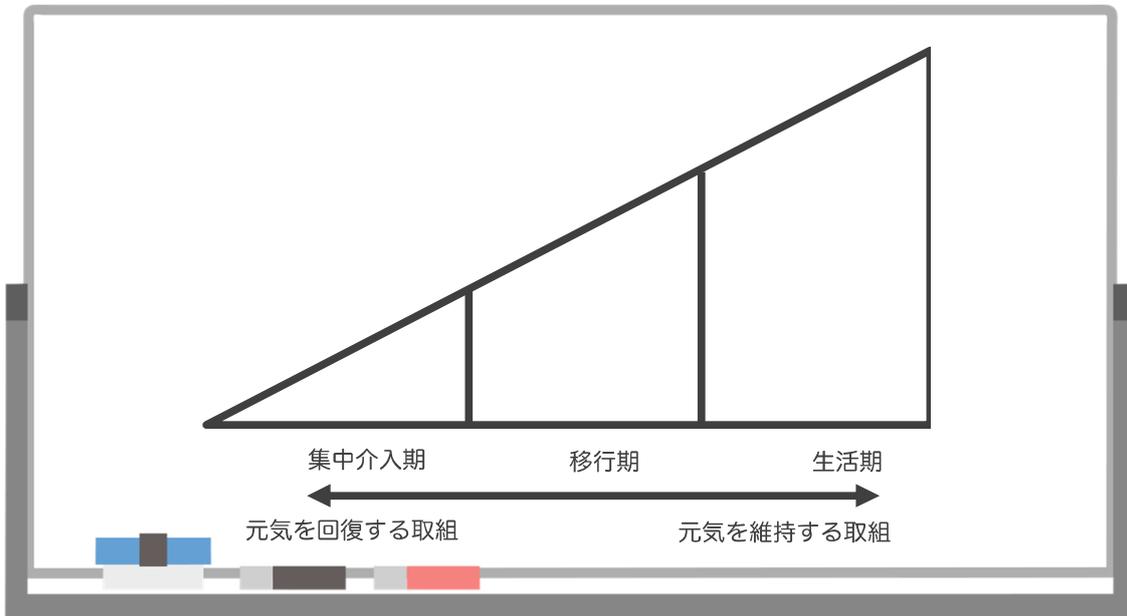


整理？可視化？どうやってやるんだろう？

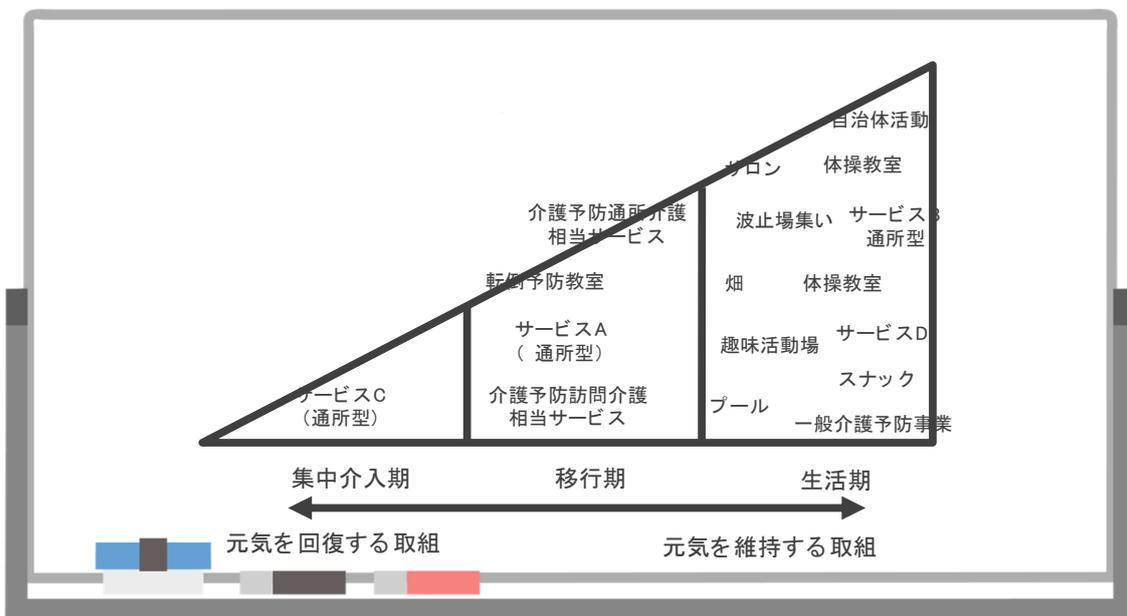
フレイル層への取組である元気を回復する取組の数が他の取組と比べて少ないことを気づいてほしいな。



私の方で少しご紹介したい図があります。ここにA町の事業や取組、住民の方々の活動を入れてみましょう。



みんなで白板に書き込む…



支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

移行期・生活期の取組はたくさんあってA町の強み！
しかし、やはり集中介入期の元気を回復する取組が少ない…この取組を強化することで、他のA町の強みといい形で連動していき、いいフレイルの取組になる！



県

さーどうでしょう？これを見て、どんな感想を持たれましたか？

元気を回復する取組もありますが、あまり機能していないですね。



地域支援担当係長

今まで気づかなかったな…

お、いい気づき！
もう一息！



アドバイザー

そうですね。
みなさま、いかがでしょうか？

元気を回復する取組は、あるけれど、ほとんど機能していないってことですね。訪問型のサービスCもないですね…。



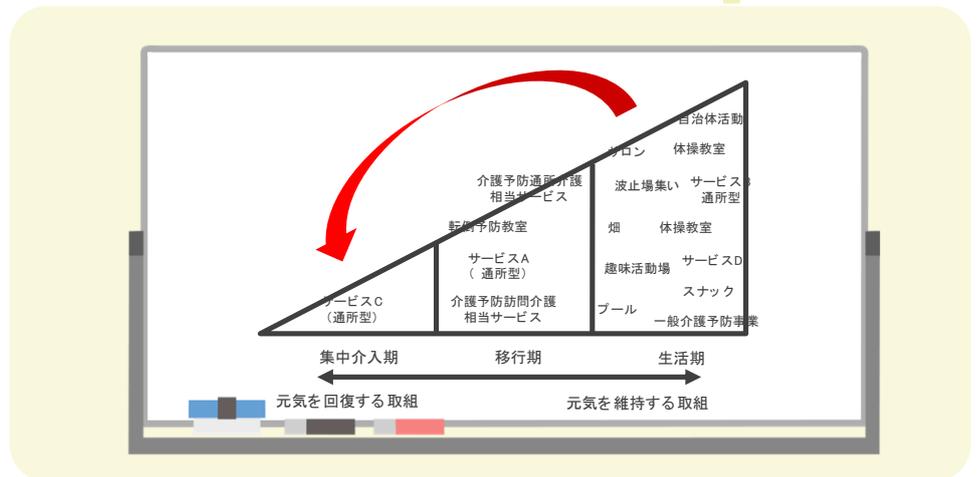
保健師

1つ1つ事業は作ってきたけれどこんなふうに考えたことなかった。

生活期や移行期の取組はたくさんあるのに、集中介入期を飛び越えてデイなどの介護サービス利用という流れとなっていたのですね。



町課長補佐



こうやって整理していくと今まで見えなかったことが見えてきて、何に取組んでいけばいいかが分かりやすくなりますね。
通所型のサービスCがあるにもかかわらず、終了するとデイサービスにつながる人が多く、**流れを変えていく必要がある**と感じました。



町課長

やるべきことが、だんだん見えてきたぞ。

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

A町ならではのフレイルの方々の元気を回復する取組に資する地域のアセット(資源)ってどのようなものがあるのだろうか？



そうですね。

ここについて、今地域にあるフレイルの方々の元気を回復する取組をイメージしますか？
また、何か既存の地域アセット(資源)を工夫することはできませんかね？

現在、今通所型のサービスCを行っています。しかし、1クール5名だけです...
通所型サービスCは、希望者が参加でき、マシントレーニングを取り入れています。元気に回復して自分らしい地域での活動にもとめることはあまりなく、3ヶ月後も継続利用するという感じになっています。
この現状を変えたいと思いました。



元気を回復するための通所型サービスCになっていないかも...

既存のアセット(資源)での工夫といえば、プールをしているスポーツクラブがあって、そのオーナーが介護予防の取組をもっとしたい！と以前おっしゃっていました。



スポーツクラブ！

フレイルの取組といえば、病院のリハ職の方も関心があるとっていました。



フレイル？
あ、リハ職！

2回目支援は集中介入期に直接関係しそうな方々を呼ぶとさらに深まるな。



では2回目支援の際には、通所型サービスCの事業所の方やスポーツクラブの方、病院のリハ職にも来ていただき、一緒にフレイル層への取組について対話しましょう。



市町村



支援者



対話イメージ

1回目支援で決めた方向性についてのアクションはうまくいっているかな？



1回目支援後の進捗を教えてくださいませんか？

通所型サービスCの事業所の方と話しました。よい取組ならば参加したいが、今以上の取組は自分達だけでは難しいかもということでした。



さて、困った...

スポーツクラブの方に声をかけたらぜひ参加しますとおっしゃってくれたので2回目支援の時にお越しになります。温水プールやエルゴメータなども使えそうです。



行ってきたんだ～

病院のリハ職は、自分達にはどんな役割があるか分からないけれど参加しますと言ってくれました。



ここなんとか絡めたんですけど...

2回目支援に関係者が来るので元気を回復する取組をさらに深掘りできる！



前回話題にあがった関係者のところへ行き、対話されたのですね。素晴らしいですね。2回目支援が楽しみです。



市町村



支援者



対話イメージ



アドバイザー

1回目支援から2回目支援を迎えるまでの経過について全体で共有する

今回は具体的にフレイル層への取組について各々の役割を明確にしよう。



アドバイザー

今回、通所型サービスCの事業所、受け皿となりえるスポーツジムの方、病院のリハ職など、**新たな参加者を加えながら**本日を迎えることができました。

2回目支援前会議 (1.5mtg) で気になっていたんだ...



県

通所型サービスCの事業所の方にお聞きします。**今以上の取組は自分達だけでは難しいかもということでしたが、そこを詳しく教えてもらえますか？**

マシントレーニングをしているのですが、リハ職がないので、具体的にどの程度、この機器を活用すればよいかなど、正直、自信がないんですね。



通所Cの事業所

マシントレーニングは専門じゃないし...

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

サービスCを提供することによるねらいや効果についてどう思っているのだろうか？



県

リハ職がないのですね。
現在サービス提供をしていて、効果についてどのように感じていますか？

効果はわかりませんが、デイの中で、趣味を活かして長く元気である人もいるし、本人の状態を維持できることでもいいんじゃないかと思っています。



通所Cの事業所

デイの大きな役割はこれ。

なるほど。デイとサービスCの違いがよく理解されてないのかもしれないな。サービスCの対象者や役割についてリハ職から語ってもらえないかな。



アドバイザー

そうですね。デイサービスには、交流や社会参加という役割もありますね。
そのあたりについて、今日は、理学療法士さんも来てくださっているので聞いてみたいと思います。
いかがでしょうか？

確かに本人の状態を維持することや、つながりづくりなど、デイサービスの魅力は一つあるかと思っています。



病院リハ職

まずはデイについて。

ここで終わりでなく続きありそうだな。



アドバイザー

他にはありますか？

サービスCの主な対象者はフレイルの方だと思うので、まだまだ元気を回復できる可能性があると思っています。
だから、ふたたび地域での趣味活動などに戻れそうな人にも利用してもらい、介護サービスから離れていく人を作っていくことも大切だと思います。



病院リハ職

こういうことに関わりたいな。

なるほど！そう言われるとそうかもしれません。でも私たちだけでやっていくのやはり難しそうに感じます。



通所Cの事業所

そういう考えがあるのか。

たしかにそうですね！

思ったのですが、対象者に再び自分らしい日常を取り戻してもらうために、サービスC対象者のアセスメントをして、機器の設定を含めてどのようなトレーニングをしたらいいかといったアレンジをする役割をリハ職に担ってもらうのはどうでしょうか？



保健師

強みと強みを掛け合わせるといういいんじゃないかな。

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

そういう役割ならできそうです。



病院リハ職

役割が明確になった！！

元気を回復する取組の強化ってどうしたらいいのかと頭がグルグル回っていたのですが、ちょっと見えてきた感じがします。



保健師

頭の中が整理されてきた。

お！いい気づきがたくさん！



保健所

いい感じですね。
今回は、保健事業と介護予防の一体的実施を担当する国保の保健師にも参加いただき、**介護予防と一体的実施のところをもう少し、連携しながら考えていくこと**でできることはあるんじゃないかと思うんです。

ここはさらなるフレイル層への取組につながるぞ。



アドバイザー

それは具体的にどのような連携が進むとできそうですか？

A町の強みを活用する視点を持ってほしいな。



保健所

一体的実施でできる地区活動から見えてくる健康課題なんかもあるのではないかと考えて、地区踏査を勧めたんです。
そしたら、結構、地域の中にさまざまなアセット(資本)をまとめたマップがあって、それを**病院やスポーツクラブで実施していることを可視化できればよい**のではないかと思うんです。

はい！私たちももっと地域に貢献したいんです。
高齢者向けのプール、体操教室、ジムもやってます。
ただ、**高齢者に合わせたトレーニングメニューの設定はよくわからないので、そこ誰かにサポートしていただければ、うちも使ってください！**



スポーツクラブ

協力できるところがありそう。

地域のアセット(資源)と言えば、**在宅保健師の有志の会があり活動されている**んです。



保健師

そういう話ならそういえば...

どんどんA町の強みが出てくるぞ！



厚生局

それはぜひ、**今回の取組に関わってほしい**ですね。

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

選択肢が増えてきた！



いろいろと宝物はあるってことですね。

在宅保健師の有志の会のみなさんがサロンに出向いて、「フレイルは可逆性があるんだ」という話をし始めたらしいんです。



そういえばこんなことも言ってたな。

A町、いい活動しているな～



それは素晴らしいですね。
お金がなくてもできる健康活動ってあると思うんですよ。

今まで出た話から、A町にはさまざまな元気を回復する取組が考えられそうだと思います。



イメージ湧いてきたぞ！

思ったことがあります。
フレイルの方にどのような元気を回復する取組が適しているかの見立てをリハ職にしてもらって、その上で住民が自己選択・自己決定するっていいんじゃないかと。



リハ職のアセスメント重要だな。

3回目支援でさらに在宅保健師も来てほしいな。



今回、可逆性の状況にある人については、デイサービス以外に、元気になることができる選択肢がA町にはあるということがみんなでの対話をする事で明確となりましたね。

3回目支援では具体的に展開していくために、どうしていったらいいかについて対話していきましょう。

はい。
私たちも具体的なところを話しあっておきます！



内容をもっと詰めたいな。



市町村



支援者



対話イメージ

モニタリングで確認した2回目支援で決めた方向性について**アクションがうまくいっていることをまず語ってもらおう。**



2回目支援後の進捗を教えてくださいませんか？

前回参加されたサービスCの事業所、スポーツクラブ、リハ職の方と**それぞれ3回ずつくらい対話を重ねました！**



お、進んでる！しかも**以前よりとても楽しそう**に保健師さん語るな～



対話、すごいですね。対話してみてどうでしたか？

サービスCの事業所からは、3か月後どうなりたいかという**目標設定ができていなかった**ので、そこにリハ職の力を借りられたらという**要望**があがりました。



いい対話ができたの

スポーツクラブには実際に行って、私たちも体操やマシンを体験してみて、これはフレイルの方にもいい！と実感しました。



多くの人に知ってもらいたい！

在宅保健師の有志の会のみなさんは、介護予防の取組やサロン支援をしたい気持ちが強いことがはっきりわかりました。そして、**高齢者が元気になる拠点をサービスやプール以外でも作りたい**ねとなり、通いの場での百歳体操の取組みで深く関わってもらうことになりました。



もっとできることはありそう。

今回の対話では、会議という形式でなく、**フラットな感じで対話したら、話がどんどん広がって**いって、楽しかったです。そして、**みんな根本的には同じ思いなんだ！**と改めて気づきました。



今まで対話について難しく考えすぎていたわ。

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

自分達で行動してみ
て、自分達の強みに
気づかれたんだな～



県

もともとA町にはアセット(資源)が多かったのですが、それがいつの間にか別々で動いていて交わらなかったんですね。本事業をきっかけに**改めて横のつながりが生まれた**ことは良かったですね。

リハ職からは、病院からの退院の方やフレイルだと発見された方々に対して**アセスメント&プランニング**をしたいと思うが、**何か参考になるアセスメントの様式**などあれば教えてほしいと伺っています。



地域支援担当係長

リハ職も前向きに取り組んでくれるのは心強い。

F町の様式が参考になるかも！



アドバイザー

F町で実際にリハ職が使われている様式があるので3回目支援の時に持参しますね。

来年度、フレイルに対する取組として**リハビリのアセスメント&プランニング**と既存の3つの取組を融合させた**モデル事業を立ち上げたい**と思っているので、3回目支援では、そこに向けての詰めを行いたいです。



町課長補佐

ここなんとか絡めたいんだけど...

元気を回復する取組に関わる関係者の思いはいい感じ。さらに**共通の軸を持てる**と今後具体的に動きそう。



厚生局

なるほど！モデル事業いいですね。**サービスCの事業所、リハ職は地域のさまざまな活動をご存じですか？**
また、スポーツクラブの方はフレイルなどのことはご存じですか？

地域の活動については、あることは知っているでしょうが、**詳しい内容は知らない**でしょう。**フレイル**についても大枠は伝えているけれどどこまで理解されているかはよくわかりません。



保健師

そう言われてみれば...

具体的な実践を行うためには、関係者の思いが一つになり、**イメージが共有**できていることが大事！



アドバイザー

それでは次回、**A町がみんなで改めて共有したい軸を提示**してみんなでいいモデル事業づくりを進めていけるように対話しましょうか。**モデル事業に関わり**そうな関係者に来てもらえるといいですね。

そうですね。**出来るだけ多くの方々と対話して作っていき**たいと思います！



保健師

対話っていいな～
もっと多くのひととも対話したい！



市町村



支援者



対話イメージ



はじめての参加者もいるので
1回目支援から3回目支援を迎えるまでの経過について全体で共有する

今日はほんとに多くの参加者が集まってくれたな～
A町の地域力すごい！



A町でいつまでも自分らしい役割をもって、この地域で住み続けてもらうことを実現しようということで、今まで対話を繰り返してきました。
会を重ねるごとに参加者が増え、今回なんとこんなに多くのみなさんがお越しくださいました！

ほんとうに嬉しいですね。
支援が始まる時はこれからどうなるんだろう...と全くイメージがわかかなかったのですが、今回自分達が壁にあたっていたことを1つ1つ整理できました。
A町の様々なみなさんと一緒に取組ができて本当に楽しくなってきました。
みなさん、今日は来てくれてありがとうございます。



地域づくりは行政だけであるもんじゃないんだってことがわかった。

初参加の方々の温度感を知りたいな。



今回初参加のみなさんこんにちは。
今回のA町の取組について思うことがあれば教えてもらえますか？

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

今まで自分達もフレイル層への介護予防の取組が重要だと思っていたけれど、なかなかうまくいかないところもあったんです。
今回そこにA町みんなで取り組むと聞いて、ぜひ私たちも一緒に取り組みたい！と思いました。



在宅保健師

ずっとやりたかったことでもあるのでこういう機会があってよかった。

地域づくりについては、高齢者に限らず社協がおこなってきていることなので、今回の取組にご一緒できることは、より地域づくりを加速することになると思うので楽しみです。



社協

地域には子供から高齢者までさまざまな方がいて、いろんな取組みがあるもんね。

サロンをやっていて、とても楽しいんです。しかし中には、体調が悪くなって来れなくなる仲間もいたりするので、また戻ってきてほしいなと思います。



住民

地域のサロンをもっと楽しい活動にしたい。

A町の思いをみんなにぶつけてここからさらに対話をしていくことでみんなのモデル事業になればいいな。



アドバイザー

ありがとうございます。
みなさんそれぞれ思いを持って、今日参加してくださっていることがよくわかりました。
今までの対話で行ってきたことを踏まえて、来年度A町が行っていききたいモデル事業についてご説明してもらってもいいですか。

・振り返り ・A町の課題	・A町のありたい姿
・A町の既存の取組	・モデル事業概要
・対象者の把握 →要支援者など	・アセスメント方法



保健師

今まで何回も対話を重ねて考えた思いをみんなに伝えたい！

いろんな角度からの意見が出るといいな。



アドバイザー

ありがとうございます。
みなさん、ご質問ありませんか？

対象者のところで要支援の方とありましたが、それってどんな状態の方なんですか？
イメージができなくて...



スポーツクラブ

対象者？

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

対象者のイメージが掴めなかったんだ...



なるほど。元気を回復する取組の対象者であるフレイルの方、要支援の方のイメージがバラバラだとみんなで取り組みにくいですね。

みんなで対象者となるフレイルの方、要支援の方についての意識合わせをすることはどんな向き合い方をするかの決め手になるからな。



それでは、グループに分かれてみなさんが思うフレイルの方、要支援の方のイメージを語り合ってみましょうか。

みんなでシンキングタイム

- 支援の際に重要なことは、参加している関係者が思いやイメージを少しずつ共有していくことです。
- もし、それがうまくいっていないと感じた場合や場の雰囲気を変えたい場合などは、一度立ち止まり「シンキングタイム」を行うことは有効です！



いろんな声を聞くことで意識合わせが深くなるだろう。



みなさんのグループでどんな話が出たか共有しましょう。

日常の中で以前より活動量は減ったり、できないこともあるけれど、基本的にまだまだ生活者として活動的な印象だという話が出ました。



この地域では車も乗っているしね～

各グループの話聞いて、自分のグループでも話していて、だいぶイメージがつかまりました。介護というからもっとお世話が必要な方をイメージしちゃってました。



こういうイメージの方、スポーツクラブにもよくお越しになっている！

支援前の準備

1回目支援前会議
(0.5mtg)

1回目支援

2回目支援前会議
(1.5mtg)

2回目支援

3回目支援前会議
(2.5mtg)

3回目支援

サービスを提供する上で対象者がイメージできることって重要なんだな。



対象者についてイメージする対話から、どのような方にはサービスCがいいか、スポーツクラブがいいか、百歳体操がいいかなど、アセスメントをしてみながら話まで広がった対話ができたと驚きました。

最初ちょっとよくわからないこともあったのですが、みなさんでお話ししていく中で、どんな状態になっても自分らしい役割をもって、この地域で住み続けることができそうだなと思ってきました。



こういう場に、次はCさんと一緒に参加したいな～

みなさんと共有できているつものことが多かったんだということを今回知ることができました。やはり対話することって大切ですね。対話することでみんなで共有したいこと、大切にしたいことが明確になるのですね。



対象者は共有できているもんだと思い込んでいたわ...

同時に、A町にはこんなにも思いを共有できる方々がいることを改めて実感しました。どうして今まで自分達だけでやりきろうとしていたのか...



今日多くの方に声をかけるの大変だったけれど、声かけてよかった！

来年度のモデル事業が楽しみだな。



今日、町の方がみんなに伝えたかったことを共有できたことは来年度からのモデル事業づくりにつながりますね。

はい。ほんとにそう思います。今回の3回支援で町の職員も本当に頑張ってくれ、またA町の多くの協力者と横のつながりを強固にすることができました。今回の支援で作上げたことを、来年度はモデル事業として取り組み、そこで成果を生み出すことが、結果として今後の総合事業費の低減策につながるだろうということを改めて実感しました。



上限超過の対応策のイメージがたった。

A町の地域づくりのいいチームができた。



これからも支援チーム一同、みなさんを応援しております！

みんなで翌年度もモデル事業の進捗を確認するなど、アドバイザー・厚生局・県で協力してA町のフォローをした

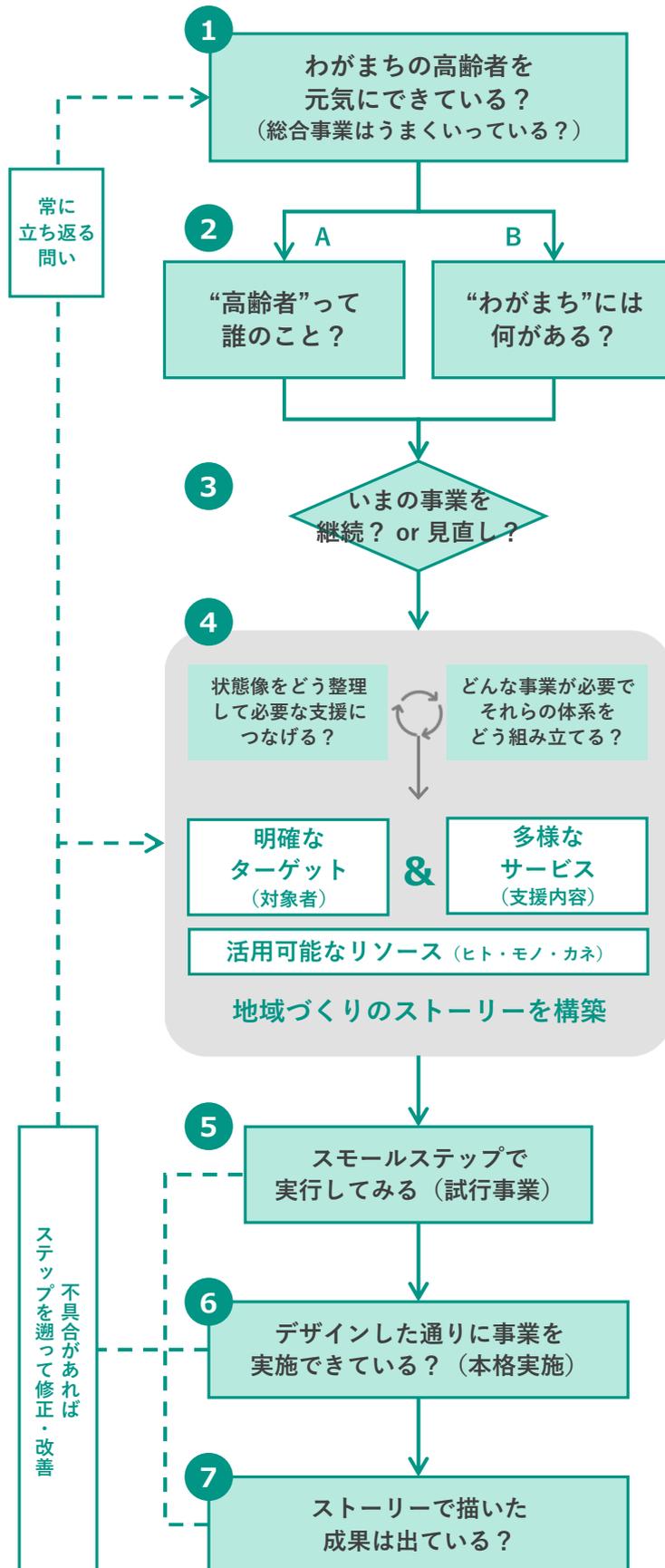
実践手法紹介

仮説と検証による 総合事業の見直しプロセス

第二部では、総論でお伝えしてきた視点・考え方をもとに、市町村が総合事業の見直しを進める際のプロセス・手法を一例としてご紹介します。

現状や課題感も様々な地域づくりにおいては、その見直しの仕方も多様だと思いますが、先行自治体の取組やこれまでの伴走支援で得られた経験などをもとに作成していますので、ご参考にさせていただけたら幸いです。

市町村の問い



問いの検証のために 地域の実情を見に行く視点

※ 下記は視点の例示。それぞれのステップで問いの検証のために何が必要かを考え、定量・定性データをみに行く。

わがまちの高齢者の実態把握
 地域の関係者、活動や資源、環境などを把握

事業の課題整理と原因分析
 事業見直しの方向性検討

わがまちの高齢者の実態把握
 事業者や住民等、関係者の事業意向を把握
 活用可能な地域資源の把握
 関係者・住民等との連携模索

事業の費用対効果の試算と目標設定

各事業の実績や住民・関係者の声の把握
 関係者や事業間の連携状況の把握

事業実施による要改善点の把握

利用者の変化や関係者エピソードの把握
 データに基づく事業成果の検証・評価

これまで・いま・これから
地域の実情

総合事業の見直しプロセス

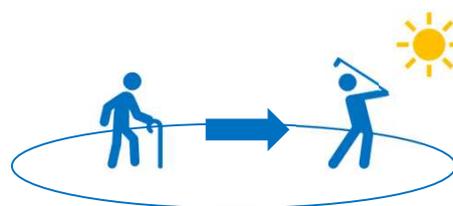
STEP 1

わがまちの高齢者を元気にできている？（総合事業はうまくいっている？）

- 総合事業の見直しを検討するにあたっての最初の問い（出発点）は、市町村が地域づくりを行う目的であった「わがまちの高齢者にできる限り元気に自分らしく、地域での暮らしを続けてもらうこと」が実現できているかどうか、です。
- 総合事業は地域づくりの手段のひとつなので、総合事業がうまくいっているかどうか判断するためには常にこの最上位の目的に立ち戻って考える必要があります。
- 総合事業開始から一定期間が経過しており、市町村の実施状況なども様々ですが、いつどの段階においても市町村が常に持つべき最も大事な視点ともいえます。
- STEP 2以降で、具体的にどのように検討していくのかご紹介していきます。

目的

わがまちの高齢者を元気にできている？



手段

わがまちの地域づくり・共創はうまくいっている？
（総合事業もその一部）



STEP 2-A

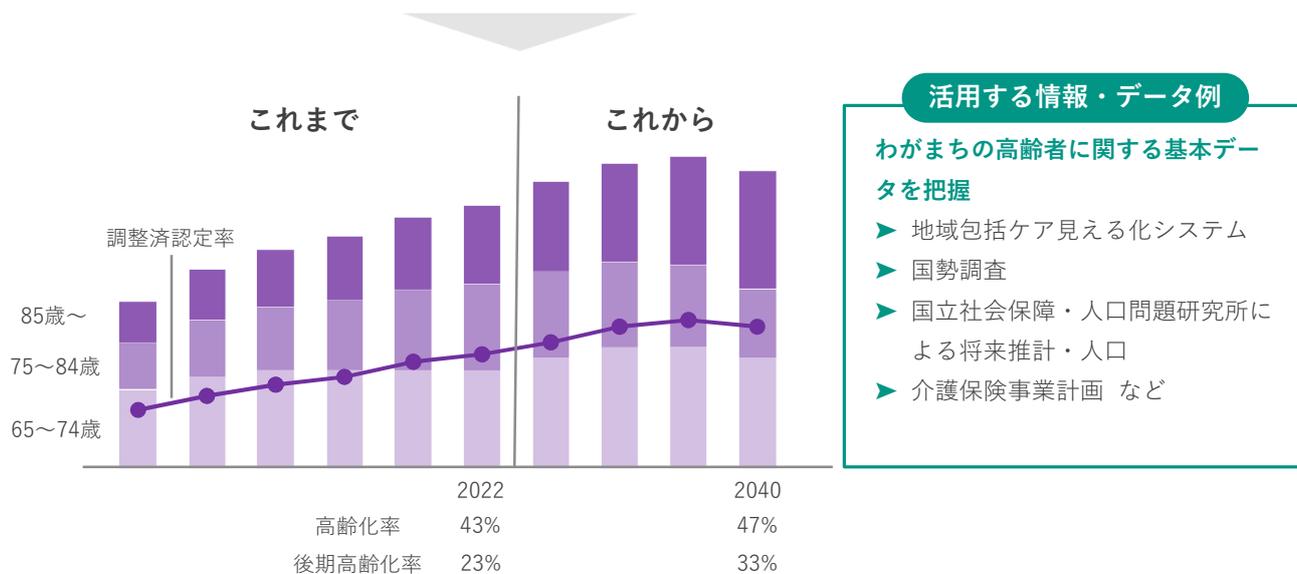
“高齢者”って誰のこと？

- “わがまちの高齢者”とは、どこに住むどんな方のことでしょうか？ その方々が“元気になる”というのとはどのような状態を指しているのでしょうか？ STEP 1 の問いを検証するために、まずこの“わがまちの高齢者”の実態を把握し、その理解の解像度を上げていくことが重要です。
- 要支援者・事業対象者をひと括りに捉えるのではなく、その状態像やニーズに応じて具体的に整理・分類していきましょう。

実施手順・イメージ

わがまちの高齢者全体の傾向を把握する

※ 数字等はイメージです



活用する情報・データ例

わがまちの高齢者に関する基本データを把握

- ▶ 地域包括ケア見える化システム
- ▶ 国勢調査
- ▶ 国立社会保障・人口問題研究所による将来推計・人口
- ▶ 介護保険事業計画 など

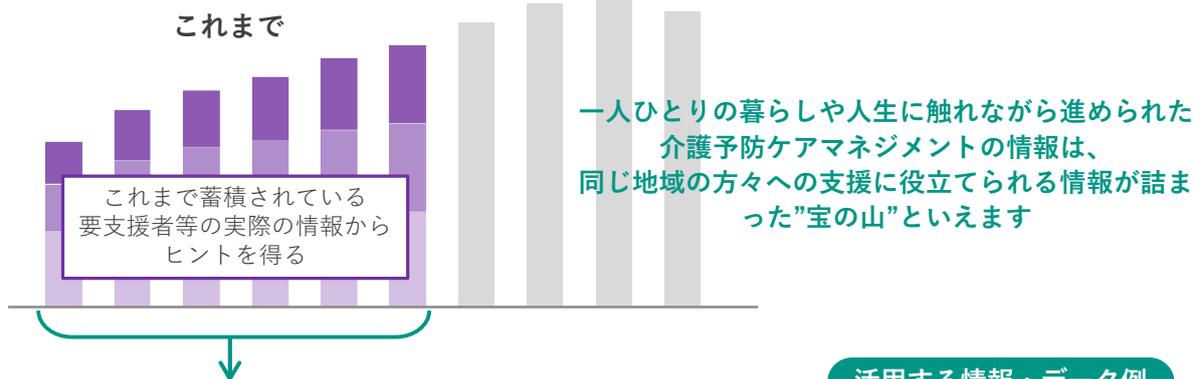
たとえば

- わがまちでは、今後、介護ニーズの高まる後期高齢者、特に85歳以上の方々が増えていく
- このままいくと要介護・要支援ともに認定率が上昇を続け、わがまちの保険制度維持に黄色信号
- 今まで以上に高齢者の方々に介護予防に取り組んでいただくことが重要！
- **ただ、要支援者等の規模や推移は分かったが、その方々の介護予防って具体的にどう考えるのだろうか？**

STEP 2-A

“高齢者”って誰のこと？

要支援者等には実際どういう方々がいるか、より具体的に実態・傾向を把握する



活用する情報・データ例

要介護認定における主治医意見書や認定調査結果の分析

- 認定調査結果から、身の回りの動作（ADL）や生活行為（IADL）の傾向等を把握（国の調査結果と比較）
- 主治医意見書から、生活習慣病や心疾患、骨関節疾患など、疾病の傾向等を把握

介護予防ケアマネジメントの実績から分析

- 介護予防ケアプランから、どのような生活課題やニーズを抱えている方が多いのか、支援内容としてどのようなサービスや事業、社会資源が提供されてきているか、などの実態・傾向を把握
- 基本チェックリストの実施結果から、該当項目（複数該当の状況含む）の傾向を把握

地域包括支援センターの活動実績の分析やヒアリングの実施

- どのような相談（困りごと、きっかけ等）が多いのか、総合相談の傾向を把握
- 利用者や家族の声、日常の地域での生活ぶり、社会参加の状況などの実態を把握
- 要支援者等に必要なサービスや事業、社会資源などの実態を把握

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の結果の分析

- 健康格差や社会参加の状況、生活上の困りごとや支援に対する意向などについて、市町村全体ではなく、日常生活圏域ごとにより詳細な傾向を把握する（※深掘りしたい内容があれば、独自項目として今後の調査に追加）

たとえば

- 下肢筋力や体力の向上ができれば、もとの暮らしに戻れそうな廃用症候群の方が一定数いる
- ちょっとした電球交換や庭の掃除をしてくれる人がいると助かる方が一定数いる
- 圏域Aでは坂道が多いためか、外出を控える方が他の圏域よりも多い。身近な距離に通いの場があれば社会参加のためにデイを利用しなくて済むと考えられる方が一定数いる
- なるほど、状態像や困りごとなど様々だけど、一定の傾向がみえてきた。必要な支援のヒントも。

さらに深めるには

STEP 2-A

“高齢者”って誰のこと？

見えてきた要支援者等の実態・傾向を具体的なスクリーニング項目に落とし込んで分類・整理をすすめることで、どの状態の方にどのような支援が適するのかわかる目線をつくる

スクリーニング項目の例

日常生活自立度を判定する尺度から整理する（次ページに活用事例）

- 「認知症高齢者の日常生活自立度」の分類を活用する
- 「障害高齢者の日常生活自立度」の分類を活用する

基本チェックリストの結果から整理する（次ページに活用事例）

- 運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知機能低下、うつ傾向などの該当判断のみでなく、それらの相関・組み合わせにより、おおよその課題傾向や支援の方向性を把握する

抱えている疾患・疾病の状況から整理する

- 認知症や精神疾患の有無、進行性の癌や難病、骨・関節疾患、脳血管疾患、生活習慣病、廃用症候群など
- それら病態が安定しているのか、不安定な状態か

運動・活動制限の有無から整理する

- 医師の所見により、運動・活動の制限が必要とされているかどうか
- 骨・関節疾患などにより関節の可動域が限られており、運動に支障がないかどうか

状態変化の方向性から整理する

- 本人の状態として、改善傾向にあるのか、維持なのか、悪化しつつあるのか

＜生駒市事例＞
スクリーニング項目と該当するサービスの組み合わせを案内基準として整理した表

一定の目線をもとに介護予防の対象者を整理して捉えることで効果的・効率的な介護予防ケアマネジメントにつながります

サービスC、緩和型A、従前サービス等への案内基準（例）

通所型サービス

資料：生駒市

	従前相当	A	B	C
日常生活自立度	J1～A2 自立～II	J1～A1 自立～I	J1～J2 自立～I	J1～A2 自立～II
疾病の安定度	病態が不安定	病態が安定	病態が安定	病態が安定
運動・活動制限	無OR有	無	無	無
改善・維持・悪化	改善・維持・悪化	維持	維持	改善
疾患例	急性期疾患 進行癌 進行性難病 認知症 精神疾患等	骨・関節疾患 生活習慣病 廃用症候群等	骨・関節疾患 生活習慣病 廃用症候群等	骨・関節疾患 生活習慣病 軽度認知症 廃用症候群 脳血管疾患等

訪問型サービス

	従前相当	緩和型A	緩和型B	サービスC
日常生活自立度	自立～A2 自立～II	自立～A1 自立～I	自立～J2 自立～I	自立～A2 自立～II
状態像・意向等	プロの対応必要	基準緩和や住民主体で対応可能		通所型と同様

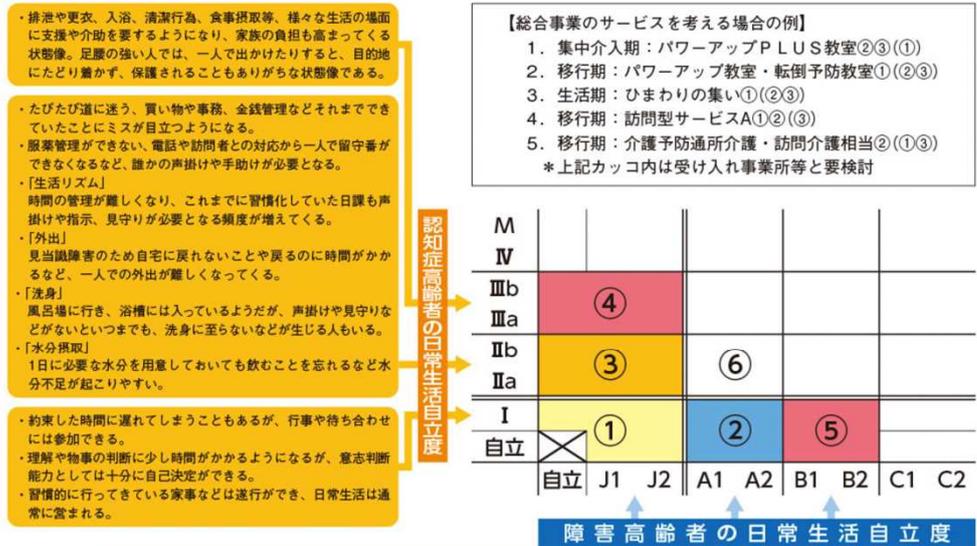
※ なお、これらはあくまで一つの目安としての項目・基準であり、個々の対象者と向き合う際には、適切なアセスメントのもと、本人意向も踏まえた適切な介護予防ケアマネジメントを進めることに変わりはない点に留意が必要です。

事例紹介

高齢者の状態像に応じたスクリーニングの工夫例（生駒市）

＜生駒市事例＞
日常生活自立度の判断尺度の組み合わせにより総合事業のサービス検討に役立っている

【図表1-5-1】日常生活自立度の活用



・[歩行]
自力歩行、杖歩行、シニアカーの活用等、幅が広い。
・[買い物]や[掃除の一部]等に不具合がある高齢者も多く、要支援や事業対象者の状態像の方や一般介護予防事業対象者に多い。

・食事、排泄、着替に関してはおおむね自分でやっているが、意欲低下や下肢筋力低下等により、自宅を過ごすことが増え、近隣への外出も難しくなっている状況。
・[起き上がり]
支援や介助を要しなくても、自身で行えるが時間がかかるなど。
・[入浴動作]
入浴に関しては、浴槽の跨ぎ動作が難しくなる

方もいて、「一人で浴槽に入れない」、または「めまい等があり、不安のため浴槽に浸かっている」など。入浴動作が環境（手すりや入浴補助具等）整備を行っても難しいか、あるいは家族支援等が得られない場合は、サービス選定にも影響するため、丁寧に確認しておくことが必要。
・[洗身]
痛みや麻痺・拘縮等により洗身動作がしづら入浴に関しては、浴槽の跨ぎ動作が難しくなる

・日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介護者の援助を必要とし、車椅子で過ごす場合などで、介護給付の対象として考えるのが一般的である。

出典：地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC - 生駒市の実践から学ぶ総合事業の組み立て方 - 59ページ

＜生駒市事例＞
基本チェックリストの運動機能の低下度合いと生活機能全般の傾向から支援の方向性をモデル化している

【図表1-5-2】基本チェックリストの活用



出典：田中明美・北原理直『地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC - 生駒市の実践から学ぶ総合事業の組み立て方』(平成29年10月)60ページ

総合事業の見直しプロセス

事例紹介

基本チェックリストの傾向からサービス需要の総量を推計・把握（生駒市）

出所：生駒市資料・データ

基本チェックリスト

No	質問項目	回答	いずれかに○をお付けください
1	バスや電車で1人で外出していますか	0はい	1はい
2	日用品の買い物をしていますか	0はい	1はい
3	預貯金の出入れをしていますか	0はい	1はい
4	友人の家を訪ねていますか	0はい	1はい
5	家族や友人の相談にのっていますか	0はい	1はい
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0はい	1はい
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0はい	1はい
8	15分続けて歩いていますか	0はい	1はい
9	この1年間に転んだことがありますか	1はい	0はい
10	転倒に対する不安は大きいですか	1はい	0はい
11	6ヶ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	1はい	0はい
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1はい	0はい
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1はい	0はい
15	口の渇きが気になりますか	1はい	0はい
16	週に1回以上は外出していますか	0はい	1はい
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1はい	0はい
18	周りに人からいつも同じ事を聞くなどの物忘れがあると置われますか	1はい	0はい
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか	0はい	1はい
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1はい	0はい
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1はい	0はい
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1はい	0はい
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1はい	0はい
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人だとと思えない	1はい	0はい
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1はい	0はい

判定基準	リスク評価項目
① No.1〜20までの20項目のうち10項目以上に該当	生活機能全般
② No.6〜10までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能
③ No.11〜12の2項目のすべてに該当	栄養状態
④ No.13〜18までの6項目のうち2項目以上に該当	口腔機能
⑤ No.19に該当	閉じこもり
⑥ No.18〜20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知症
⑦ No.21〜25までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ

出典：基本チェックリスト告示
介護保険法施行規則第百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

国の定める事業対象者の基準



①〜⑦のいずれか1つに該当すれば事業対象者

生駒市独自の絞り込み基準

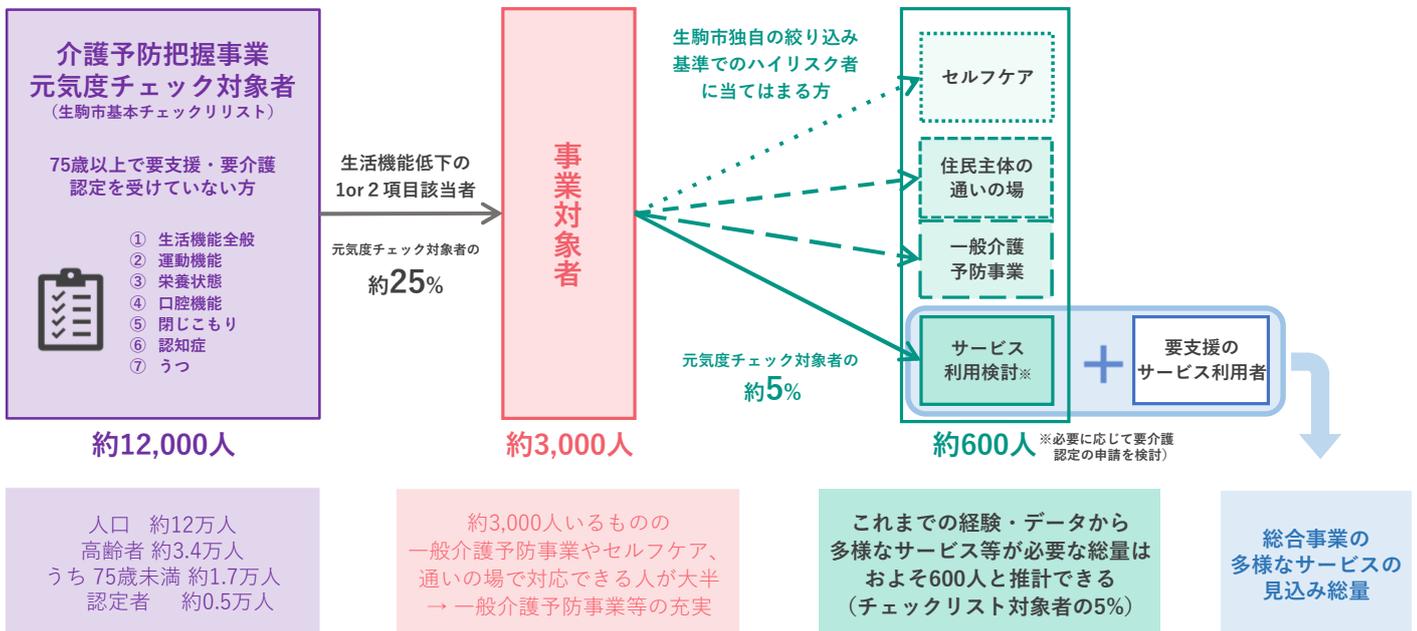


① + ② + ③〜⑦のいずれか1つの計3項目に該当する方をハイリスク者として整理

生駒市では、これまでの介護予防の実践から、国が定めた基準による事業対象者の全てをサービスに結びつける必要があるかと考え、独自のスクリーニング基準（生活機能・運動機能・その他の計3つの項目での機能低下）により、多様なサービス利用が必要な場合が多いハイリスク者を絞り込んで介護予防ケアマネジメントを展開している。

そして、このハイリスク者の絞り込みの経年データから、基本チェックリストの実施対象のうちどれくらいの割合がサービスの必要なハイリスク者かという推計が可能となっている。

総合事業の対象者・サービス需要の総量を考えるための生駒市の経験則



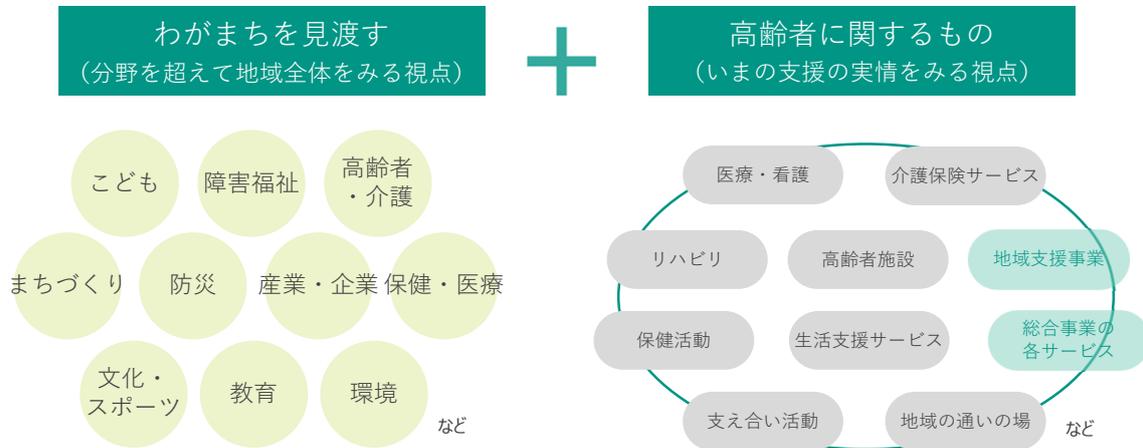
総合事業の見直しプロセス

STEP 2-B

“わがまち”には何がある？

- 高齢者の方々に地域で元気に暮らしていただくための地域づくりは、高齢者介護・福祉の分野だけでは成し得ません。他分野の関係者とともに協働、共創していくことが重要です。そのためには、まず分野を超えて、広くわがまちを見渡して、どのような人がいて、地域資源があるのか、みていきましょう。
- そのうえで、高齢者（特に要支援者等）に関して、今ある事業やサービスとしてどのようなものがあるか、さらに、それらは具体的にどの程度利用され、どのような成果がでているのか実情を把握していきます。

わがまちの人、活動、資源、支援・サービスを把握する



活用する情報・データ例

面積や地形、幹線道路、河川・橋などの地理的な情報

- わがまちの住民が、日常生活のなかでどこを通り、どう移動しているのか、各圏域にどのような特徴があるのかといった情報を地図や実際に歩いてみることで把握します

病院、学校、スーパー、公共交通機関など主要な社会資源

- 地理的情報と合わせて、どこにどのような社会資源があるかを把握することで、高齢者の方々の日常生活が見えてきます

主要な産業や地元の有力企業などの情報

- 第1次～第3次産業の構成や傾向、地域で活動している企業の事業内容などを理解することで、わがまちの経済がどう回っているか、今後の地域の活力はどう変化していきそうかが見えてきます

地元のお祭や恒例行事などの情報

- 参加者や運営者などをみていると地域の方々のつながりの強さや、自治会などの地縁活動が見えてきます

介護予防に関する支援・事業・サービスの実施状況

- 高齢者に人気のあるサービスや参加場所はどんなところか、各支援・サービスの運営事業者はどのような経営をしているのか、庁内他課の事業にはどのようなものがあるか、など

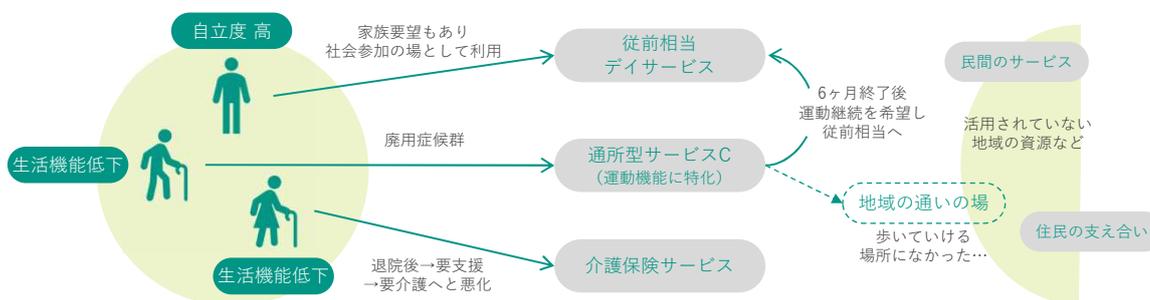
総合事業の見直しプロセス

STEP 3

いまの事業を継続？ or 見直し？

- わがまちの高齢者の実態を知り、わがまちのあらゆる資源を知り、高齢者の生活を支えるサービスの実情を把握したら、それらがどのように機能しているか、課題に感じるところはないか、もっとよいやり方ができそうなどころはないか、といった視点で、いまの事業をみてみましょう。

高齢者の実態やサービスの実情把握を進めると、、、こんな状況が見えてきた



いまの事業に対する
評価の視点

地域での自立した生活実現のための
介護予防ケアマネジメントができていますか？

- 対象者の困りごと把握
- 地域での生活に向けた目標設定
- 適切なサービス・事業等へのつなぎ

地域での自立した生活に戻るための手段として適切な
支援・サービスが提供できていますか？

- サービスの質・内容
- 他事業との連動
- 費用対効果の確保

検討・議論の視点

- 地域での自分らしい日常生活の実現のために解決すべき課題の整理はできているか？
- 上記を踏まえた具体的な目標設定が適切にできているか？
- その実現のための手段として、適切な支援・サービス・事業・セルフケア等を案内できているか？
- 支援・サービスの内容、品質は十分か？
- 関連する支援・サービスが連動して、効果的な支援を一体的に提供できているか？
- 利用者に成果はでているか？ 地域での暮らしを取り戻せそうか？
- 支援・サービス・事業等の提供コストは成果に見合っているか？

STEP 3

いまの事業を継続？ or 見直し？

活用する情報・データ例

介護予防ケアマネジメントの実施内容の確認

- ケアプランを確認（アセスメント内容、目標設定、支援内容、ケアプランの評価など）
- 地域ケア個別会議の実績から見えてきた地域課題や類似する個別課題の傾向
- 介護予防ケアプランの点検・確認結果（個々人のケアマネジメントスキルの実態・傾向等）
- 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所へのヒアリング（不足するサービスや事業の確認等）

支援・サービスの提供状況の確認

- サービスや事業等の利用実績データ
- サービス提供事業所や住民活動（B型・D型・一般介護予防事業等）への実施内容・方法・体制・採算などについての確認データ
- 事業費の実績データ
- サービス提供事業所や住民活動との連携状況についての地域包括支援センター等へのヒアリング

支援・サービス提供後の利用者状況の確認

- サービス利用後の状態変化（改善・維持・悪化率等）
- 予防給付の利用状況に関するデータ
- 日常生活についてのアンケート調査
- 通いの場などへの社会参加の状況の把握

たとえば

- もとの日常を取り戻すためのケアプランになっていないものが散見される
- 各事業・サービスの違いが不明瞭となっており、地域包括支援センターにより案内が異なる
- サービスの利用者数が少なく、収支が赤字のため事業所の経営を圧迫している
- 短期集中予防サービスの終了後も他のサービスを長期にわたり利用しているケースが多い
- 通いの場など地域資源の活用や開発も進んでいない
- **総合事業の各事業に課題があり、全体のつながりも含めた再構築が必要そうだ**

総合事業の見直しの要否・程度を判断（下図はイメージ）



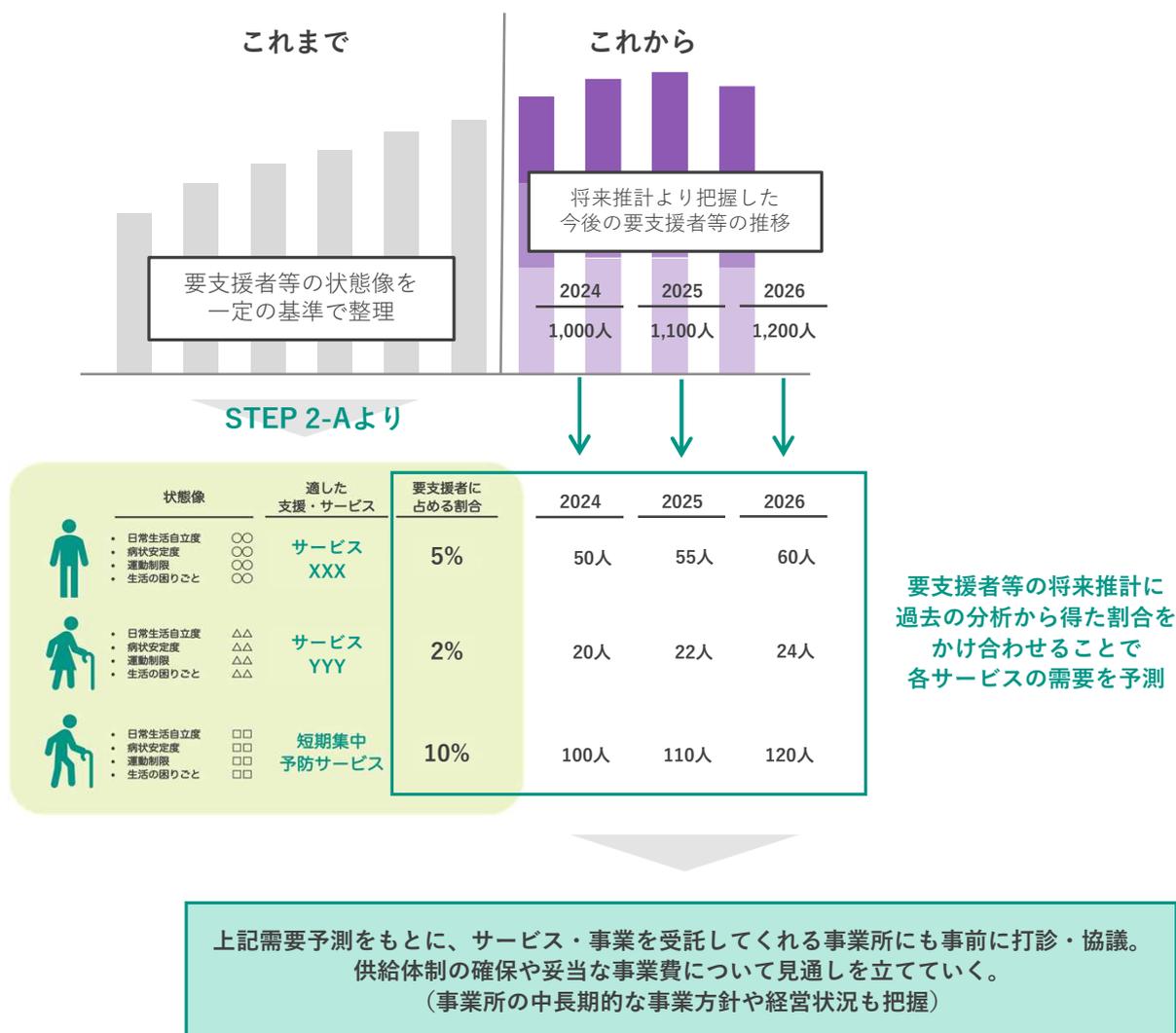
STEP 4

わがまちの地域づくりのストーリーを構築

- STEP 3 の検討により、いまの自分たちの事業・サービス等の見直しが必要かどうか、どの程度の抜本的な見直しが必要か、などが判断できたら、具体的な各事業のデザインを検討していきます。
- その際には、事業の構成要素である「6W2H」をもとに、要支援者等の支援ニーズに合うように、つまり適切な方に適切なサービスを使ってもらえるようにデザインしていったうえで、複数の事業の連動や地域資源の活用も含めて、わがまち全体の取組としての体系を組み立てていきます。

実施手順・イメージ

各支援・サービスをどれくらいの人数が必要としている（今後する）のか需要量を把握する



総合事業の見直しプロセス

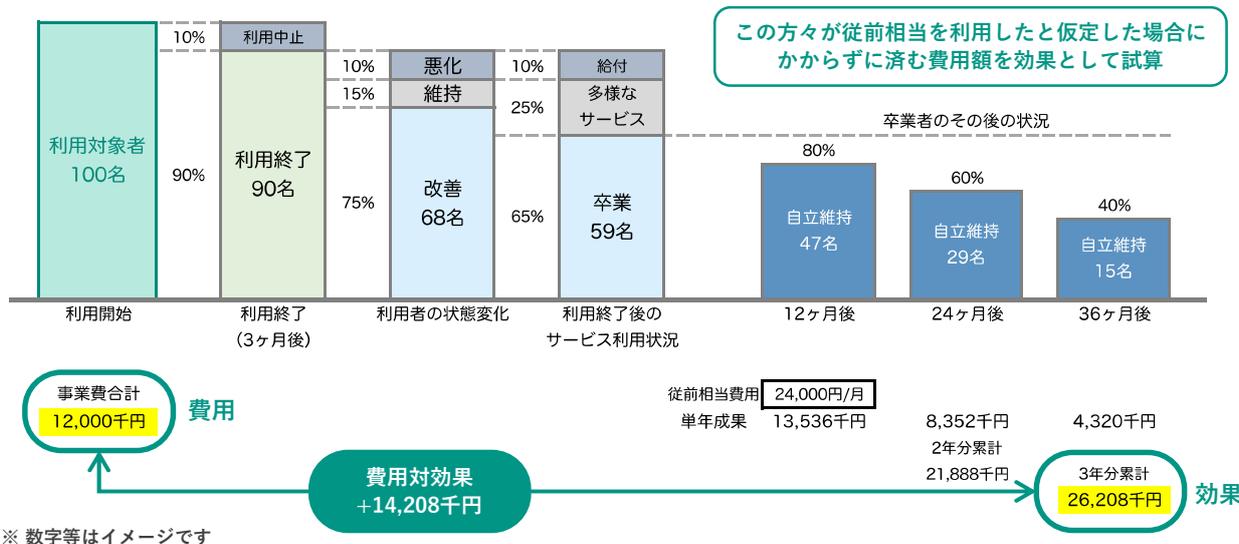
STEP 4

わがまちの地域づくりのストーリーを構築

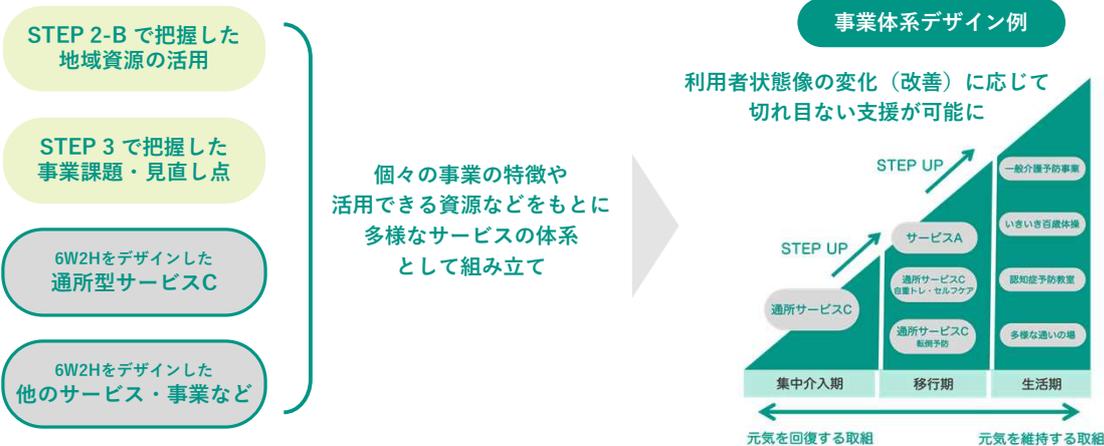
需要予測にて事業を実施した場合の費用対効果を積算し、予算を確保する

短期集中予防サービス 費用対効果の積算イメージ 前提条件

需要の予測による想定の利用者数 100名/年（うち90%が利用終了できると仮定）
 サービス提供費用総額 12,000千円
 サービス利用による成果の仮定 利用終了した方の75%が改善、65%が卒業（その後のサービス利用なし=地域での自立した暮らし）



個々の事業・サービスが連動するよう全体の体系を組み立てる



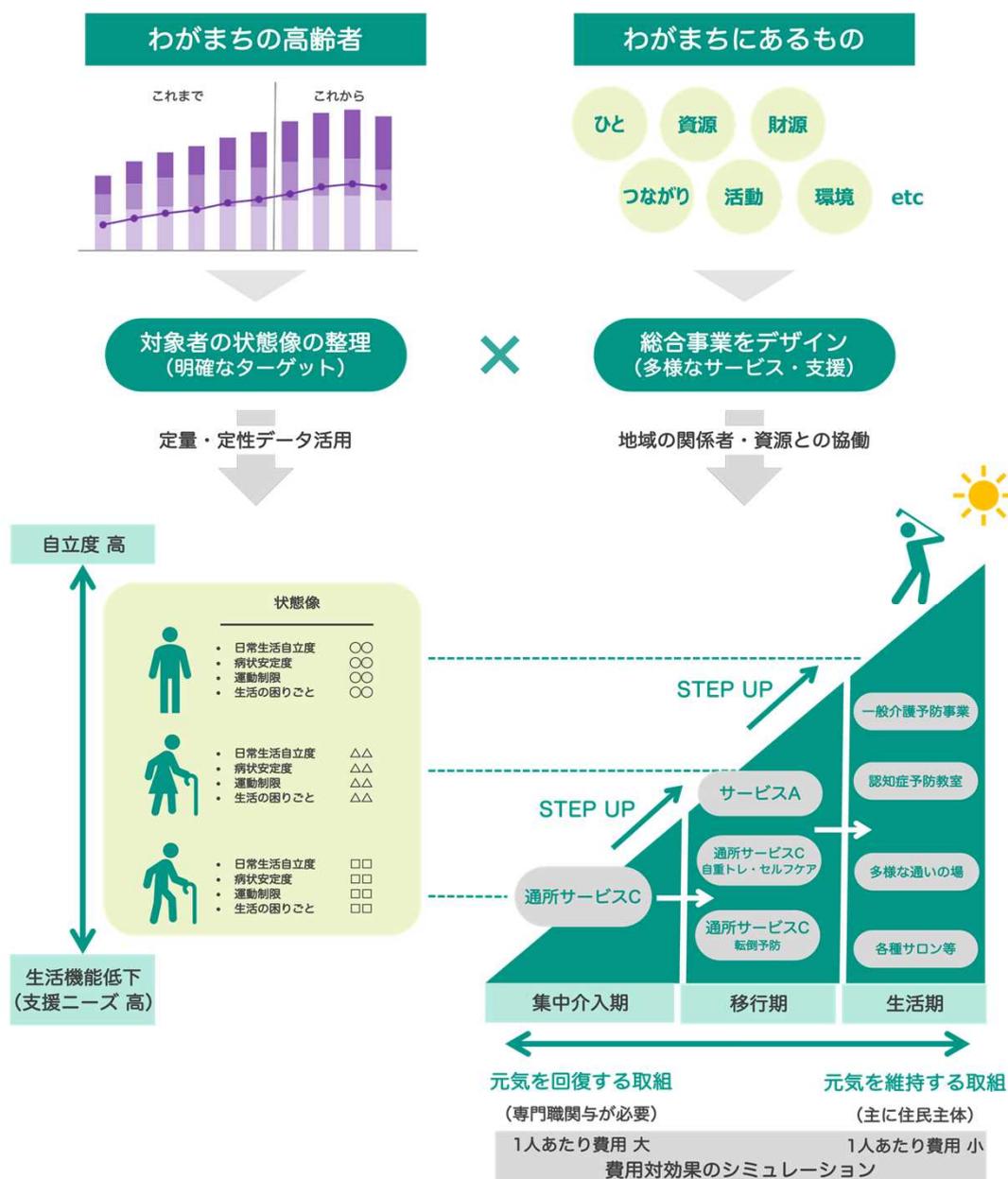
- 高齢者の状態像の整理と、事業・サービスのデザインはマッチしているか？
- 事業に必要な地域の関係者や資源と連携ができるか？

STEP 4

わがまちの地域づくりのストーリーを構築

わがまちのストーリーとして全体像を構築

- ここまでのSTEPで実施・検討した内容をもとに、わがまちの要支援者等に対して、その状態に応じた適切な支援・サービスをデザインし、地域の関係者と協働しながら効果的・効率的に提供することで、元気になって地域での自立した日常生活を取り戻していただく、という全体のプロセスを精緻に描いたうえで、それを「わがまちの地域づくり」として住民に語れるようにひとつのストーリーとしてまとめあげていきましょう。

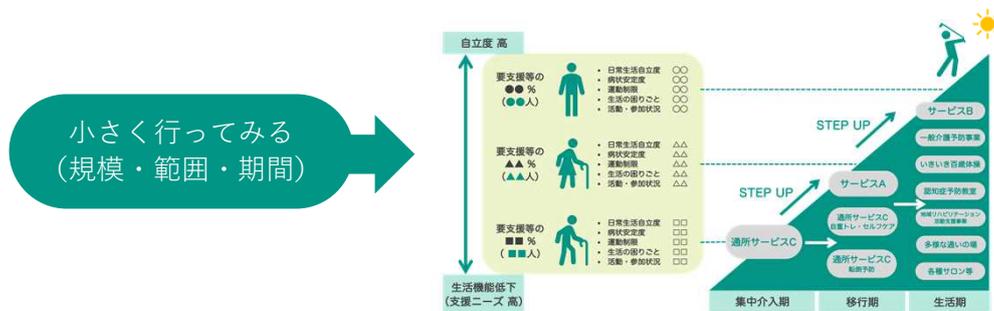


STEP 5

スモールステップで実行してみる（試行事業）

- 総合事業をデザインできたら、想定通りに実行できるかどうかを試行的事業（モデル事業）を行うことで確かめます。モデル事業では、事業規模や範囲、期間などを絞って設定し、小さなPDCAが回せるように取り組みましょう。事業見直しが部分的な場合などには、必ずしもモデル事業による検証が必要なわけではありませんが、試行的にやってみて確認したうえで次に進む、という仮説と検証の姿勢が大切です。
- その際、新たにモデル事業を行うということは、利用者や地域包括支援センター、事業所など関わる方々に何かしらの影響・変化が生じますので、わがまちのストーリーを丁寧に共有しながら対話を重ねて関係者と合意形成していくことが重要です。

デザインした事業をまずは小さく実施してみて、想定通りにいくかどうかを確かめる



- 関係者とのストーリー共有（規範的統合）、合意形成はできたか？
- モデル事業としての成果はどの程度でたか？
- 利用者や住民、サービス提供事業者や地域包括支援センターなど関係者の手応えや声はどうか？

活用する情報・データ例

モデル事業の実績データの把握（※実績データの把握は、実施する事業により異なることに留意）

- 実施期間（事業実施のみでなく、その後のモニタリング期間も勘案）
- 対象地域、圏域
- 利用者人数（案内数、利用開始数、利用終了数など事業フローごとに把握）
- 利用者状態像（実際に利用した方々）
- 効果測定データ（中断率、改善率、維持率、悪化率、卒業率、利用者アンケート結果など）
- 事業・サービス提供内容（実施方法、品質、利用者の声、従事者、ボランティア等の声など）
- 事業・サービス提供事業者の事業収支（体制要件、人件費、備品、消耗品、光熱費、役員費、単価水準など各要素も勘案）
- 地域包括支援センターなど関係者や住民などの声（口コミ、ヒアリング、アンケートなど）

事業デザイン時の仮説を検証し、振り返り

- 上記各実績データをSTEP 4の事業デザインにて想定した内容と比較してその差・違いを分析
- 特に、事業として目指す成果が出せたか、費用対効果に問題はないか、といった点は重要
- 比較検証結果をまとめて、モデル事業の結果として全関係者にフィードバックする
- 結果をまとめる際に、本格実施・導入に向けた修正点なども含めて検討しておく

STEP 6

デザインした通りに事業を実施できている？（本格実施）

- モデル事業の結果、事業の本格実施が可能と判断できたら、規模・範囲を広げて実施に踏み切ります。
- 本格実施にあたり、委託仕様書の条件・内容の確定や事業所との調整など供給体制を固めていくとともに、わがまちのストーリーとともに、関係者や住民への説明会を行い、周知を進めます。モデル事業での成果をもとに、財政当局への説明を行い、必要な予算を確保しておくことも重要です。
- 本格実施の段階から、新たに事業に関わる地域包括支援センターやサービス提供事業所、生活支援コーディネーターなどの関係者がいる場合には、全体への説明会とは別に対話会や研修会などを行い、ストーリーの共有（規範的統合）や、疑問点、不安点などを解消し、その後の事業の円滑な実施に向けた環境づくりをしていきましょう。

デザインした通りに事業を実施できているか継続的に把握する



- 関係者にわがまちのストーリー、目指すビジョンは浸透しているか？
- 手段である事業の実施が目的となっていないか？（時間の経過や担当異動などの影響も）
- 事業やサービスの質は確保されているか？関係者によってバラついていないか？
- 各事業や地域の関係者、資源との連動はできているか？
- 関係者同士で、日々の対話や関係づくりができているか？
- 日々の小さな成果や課題を共有し、改善につながられているか？
- 利用者や住民、関係者の手応えや声はどうか？

活用する情報・データ例

介護予防ケアマネジメントの実施内容

- 地域ケア会議を通じたケアプランの内容確認（状態像、アセスメント、目標設定、サービス内容、維持・改善・悪化率など）
- 地域包括支援センター等へのヒアリング（総合事業の内容やインフォーマルサポート資源、利用者の動向等）

サービスの提供状況の確認

- サービス利用の実績データ
- サービス提供事業所や住民主体の活動の実施内容・方法・体制・採算などについての確認、ヒアリング

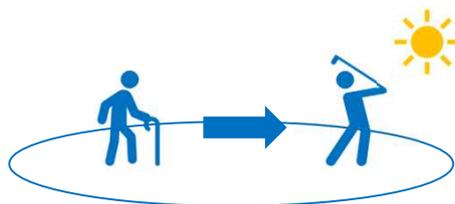
利用者や家族、住民の声の確認

- 利用者アンケートやインタビューの実施

STEP 7

ストーリーで描いた成果は出ている？

- 事業全体が、当初描いた総合事業のデザイン、そしてわがまちの地域づくりのストーリーのとおりに進んでいるかどうか、その成果を定期的に検証しましょう。
- 検証のタイミングとしては、例えば、次年度の事業・予算検討のタイミング、介護保険事業計画の策定や毎年の進捗状況把握のタイミングなどが考えられます。それ以外にも、都道府県による市町村支援の事業・案内があった場合により機会と捉えて現状の成果をみるのもよいでしょうし、庁内の人事異動で担当が変わった際に課内で事業を棚卸すことなどもきっかけとなるかもしれません。
- わがまちの高齢者の方々に元気になってもらい、地域で自分らしく暮らしてもらうために取り組んでいる自分たちの仕事が、その価値を届けられているか？という大事な問いに対する成果の確認です。指標や数値で客観的に確認することが当然必要ですが、定性的な声や体験したエピソードなども含めて、振り返りをしていきましょう。



ストーリーで描いた成果が出ているか確認する

- わがまちの高齢者の認定率は下がっているか？上昇を押しえられているか？
- 介護保険給付、予防給付などの利用が減少してきているか？
- 介護予防の対象となる方々の状態像のデータは改善してきているか？
- 住民や関係者の声やエピソードなどから、高齢者を元気にできているという実感をもっているか？
- 総合事業の事業費は、上限額の範囲内に収まっているか？超過が改善しているか？

活用する情報・データ例

地域の高齢者のデータ

- 要介護認定者・認定率の推移、重度化率の推移
- 介護保険給付・予防給付の利用実績、給付費・総合事業費の推移

要支援者等の心身の状態や生活機能等に関するデータ

- 認定調査結果のデータ
- 介護予防ケアマネジメントの実績

利用者、家族、住民、地域包括支援センター、サービス事業者などの声やエピソード

- 定期的なアンケート調査、関係者の声、日常の対話やヒアリングなど

各論

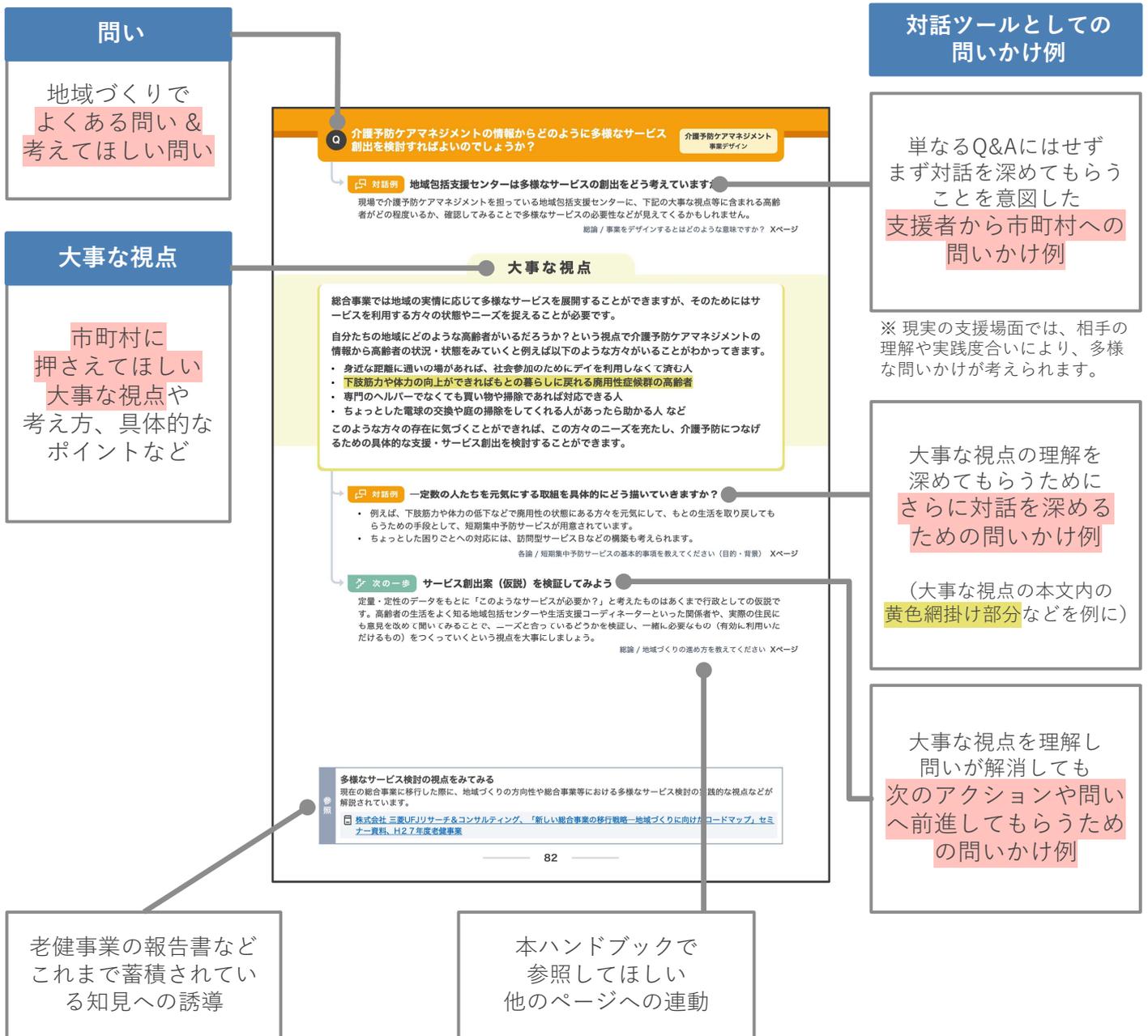
- 介護予防ケアマネジメント
- 短期集中予防サービス
- 通いの場
- 生活支援体制整備事業
- 地域ケア会議

本ハンドブックは、支援者と市町村、そして市町村とその関係者へと、対話が広がり、地域づくりが前に進むきっかけとなることを目指して作成しています。

そのため、各テーマについて「問い」と「大事な視点」を軸としつつも、その前後で対話を深めていただくイメージをお伝えするための「問いかけ例」をお示ししています。

また、1つのページから総論、総合事業の見直しプロセス他の各論などへと対話や理解を広げてもらえるよう、ハンドブック内の他ページへの参照等も置いております。

各論ページの見方・使い方



各論

- 介護予防ケアマネジメント
 - 短期集中予防サービス
 - 通いの場
 - 生活支援体制整備事業
 - 地域ケア会議

項目	問い	ページ
基本的事項	介護予防ケアマネジメントの基本的事項を教えてください（目的・意義）	84
	介護予防ケアマネジメントの基本的事項を教えてください（対象者）	85
事業デザイン	保険者として地域づくりを進めるにあたって 介護予防ケアマネジメントの実績はどのように活用できますか？	86
	介護予防ケアマネジメントの情報から どのように多様なサービス創出を検討すればよいのでしょうか？	87
	総合事業の体系をデザインするために、 多様なサービスごとの利用対象者像を整理するにはどのように進めればよいですか？	88
よくある質問	ケアプラン作成者やサービス提供事業所に、自立支援や 重度化防止の視点を理解・実践してもらうにはどうすればよいのでしょうか？	89
	利用者本人に、自立へのモチベーションをもってもらったり、 セルフマネジメントを身につけてもらうにはどうすればよいのでしょうか？	90
	介護予防ケアマネジメントの質を向上していくには、どのような方法がありますか？	91
	アセスメントの質を高めるにはどうすればよいのでしょうか？	92
	基本チェックリストの結果をもとにしたアセスメントの 深掘りイメージを教えてください	93
	市町村や地域包括支援センター窓口での相談対応で 工夫できることがあれば教えてください	94
	介護予防ケアマネジメントにおいて、 医療と連携するメリットについて教えてください	95
業務多忙で介護予防ケアマネジメントに時間を割けないという 地域包括支援センターの声にはどう向き合えばよいのでしょうか？	96	

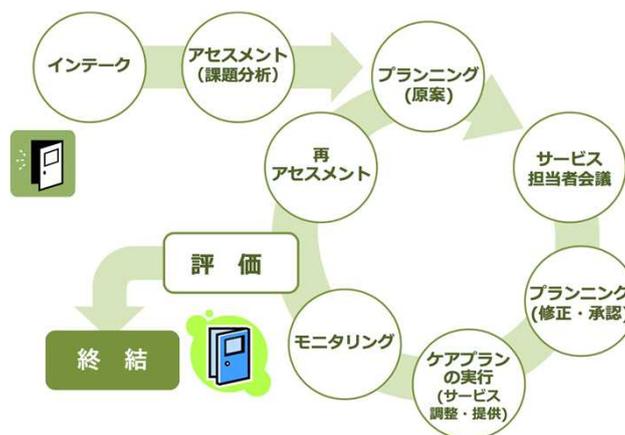
介護予防とは？

- 介護予防とは、高齢者が要介護状態になることを防ぐこと、そして要介護状態になってもそれ以上に悪化しないようにすることであり、その目的は、その人の生活・人生を尊重し、住み慣れた地域でできる限り自立した生活を送れるように支援すること、即ち「自立支援」（＝介護保険の基本理念）です。

介護予防ケアマネジメントとは？

- 利用者自身が可能な限り、住み慣れた地域や自宅において、自立した日常生活を送れるよう支援するものです。そのために、日常生活を送る上でしづらくなっている行為を見定め、生活行為の向上に向け、利用者自身が目標を立て、その達成に向けて必要な事業やサービスを利用しながら取り組めるケアプランを作成し、利用者や家族をサポートしていきます。
- その過程において、家庭や地域でセルフマネジメントができるように支援したり、地域に不足しているインフォーマルサポート資源やサービス・事業などを創出していく視点も求められています。

<介護予防ケアマネジメントのプロセス>



出典：厚生労働省、全国研修資料 介護予防ケアマネジメント、R4年度地域づくり加速化事業

- 大切なのは、介護予防ケアマネジメントの対象者は「要支援1・2や事業対象者等」であり、介護予防に積極的に取り組むことで、もとの暮らしを取り戻すことが可能な方々が一定数含まれているということです。
- したがって、日常生活上の困りごとに対して単にそれを補うサービスを提供したり、運動・口腔・栄養といった機能面の回復のみを目標にするのではなく、社会参加の場をもち、地域の中で生きがいや役割を持って自分らしく生活できるような本人の自己選択・自己決定を支援していくことが大切です。

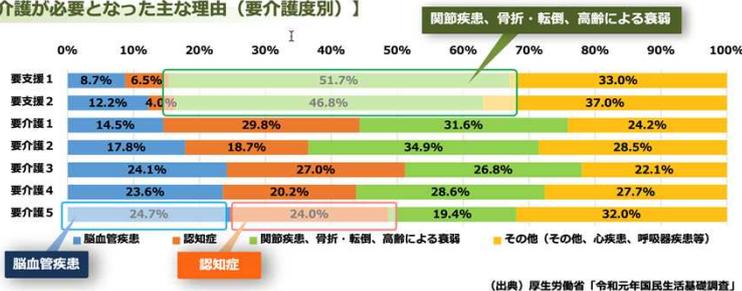
目指すのは

住み慣れた地域でのその人らしい自立した生活の実現

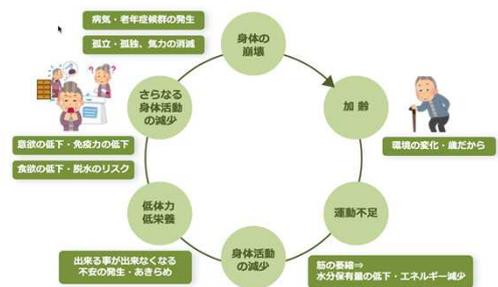
どのような高齢者が介護予防ケアマネジメントの主な対象でしょうか？

- 令和元年国民生活基礎調査において、要支援の方々が認定を受けるに至った主な理由は「関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱」が最も多く、要介護の方々と大きく状態像が異なることが分かります。
- この方々は、そのままにしていると日常の活動が減ってきたり、外出を控えることで、さらに体力が落ちたりといったような悪循環に陥ってしまうリスクを抱えています。このような方々に対して、支援者ができるだけ早期にその兆候に気づき、適切な働きかけ・介入を行っていくことで、本人に悪循環から抜け出していただくきっかけをつくっていくのです。

【介護が必要となった主な理由（要介護度別）】



【「悪循環」のスパイラルについて、早期に断ち切る視点を持つ】



(Berger 06,1987より一部改変)

出典：厚生労働省、全国研修資料 介護予防ケアマネジメント、R4年度地域づくり加速化事業

もとの自分らしい生活に戻れる可能性（可逆性）がある

- 老年期の特徴にフレイル（虚弱）という状態があります。加齢とともに心身の活力が低下して、免疫力も下がり、生活機能障害・要介護状態・死亡などのリスクが高くなっている状態のことをいいます。
- フレイルには身体面、精神面、社会面といった多面性がありますが、以下の点が重要です。
 - 健康から徐々に要介護へと向かっていく中間の時期なため、高齢者本人に自覚がないことが多いが、非常に多くの方々がこの状態にある（＝介護予防の対象者は非常に多い）ということ
 - 早めの気づきと適切な支援により、自立した生活を送り、一度諦めていた趣味や社会参加を取り戻すことができる、つまりまだまだ元気になれる（＝可逆性・可能性がある）ということを本人・家族・関係者にも理解してもらうことが大切です。



出典：公益社団法人 東京都医師会・東京都「住み慣れた街でいつまでも一フレイル予防で健康寿命ー」（平成29年3月）より一部改変

 対話例

これまでどのような情報を把握・整理されてきていますか？

データの活用といった側面においては、どのような場面・目的で、実績データを収集してきているか、まず、状況を確認してみましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 2-A “高齢者”って誰のこと？ 65ページ

大事な視点

介護予防ケアマネジメントでは地域の高齢者ひとりひとりの課題やニーズに向き合っているため、その実績やデータには地域づくりのためのヒントが満載です。

- わがまちにはどのような状態像の利用者が多いのか
- 地域でどう暮らしたいと思っているのか、生活課題やニーズは何か
- 日常でどこに通い、どんな活動や社会参加をしているのか
- どのようなサービス、事業を利用しているのか
- 時系列ではどのような変化、傾向があるのか
- 総合事業費や予防給付費の経年的変化はどんな感じか
- 可逆性を立証するための事業や生活支援をサポートするような仕組みはあるのか

これらを地域のデータとして把握、解釈していくことで、総合事業のサービスの需要はどの程度あるのか、いまのサービス提供内容はニーズとマッチしているのか、どこにどのような地域資源の充実が必要なのか、といった地域づくりのために有用な情報が得られます。

 対話例

個の視点と地域の視点の行き来が大切です

地域はひとや活動の集合体として存在しています。個人への支援を積み重ねる先に地域づくりがあること、地域データの向こう側には実態としての個々人がいること、といった個人と地域の視点を行ったり来たりする（できる）視点が保険者には大切です。

総論 / 地域って？ 11ページ

 次の一歩

地域包括支援センターなど関係者と一緒に検討してみる

地域包括支援センターは現場で高齢者の方々に触れ、困り事や必要なサービスなど多くの生の声やアイデア、情報を持っています。わがまちに必要な事業やサービス、或いは供給過多の状況など、現場で感じていることを保険者が認識しておく事はとても大切です。是非とも地域包括支援センターと協働する視点を持ちましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

総論 / 地域づくりにおける対話の重要性について教えてください 33ページ

事例をみてる

介護予防ケアマネジメントの実績を活用して、総合事業を組み立てていった奈良県生駒市の取組をみましょう。

 [生駒市、生駒市における総合事業の取組について](#)

対話例 地域包括支援センターは多様なサービスの創出をどう考えていますか？

現場で介護予防ケアマネジメントを担っている地域包括支援センターに、下記の大事な視点等に含まれる高齢者がどの程度いるか、確認してみることで多様なサービスの必要性などが見えてくるかもしれません。

総論 / 事業をデザインするとはどのような意味ですか？ 21ページ

大事な視点

総合事業では地域の実情に応じて多様なサービスを展開することができますが、そのためにはサービスを利用する方々の状態やニーズを捉えることが必要です。

自分たちの地域にどのような高齢者がいるだろうか？という視点で介護予防ケアマネジメントの情報から高齢者の状況・状態をみていくと例えば以下のような方々がいることがわかってきます。

- 身近な距離に通いの場があれば、社会参加のためにデイを利用しなくて済む方
- 下肢筋力や体力の向上ができればもとの暮らしに戻れる廃用症候群の方
- 専門のヘルパーでなくても買い物や掃除であれば対応できる方
- ちょっとした電球の交換や庭の掃除をしてくれる人がいたら助かる方など

このような方々の存在に気づくことができれば、この方々のニーズを充たし、介護予防につなげるための具体的な支援・サービス創出を検討することができます。

対話例 一定数の人々を元気にする取組を具体的にどう描いていきますか？

- 例えば、下肢筋力や体力の低下などで廃用性の状態にある方々を元気にして、もとの生活を取り戻してもらうための手段として、短期集中予防サービスが用意されています。
- ちょっとした困りごとへの対応には、訪問型サービスBなどの構築も考えられます。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景） 100ページ

次の一歩 サービス創出案（仮説）を検証してみよう

定量・定性のデータをもとに「このようなサービスが必要か？」と考えたものはあくまで行政としての仮説です。高齢者の生活をよく知る地域包括センターや生活支援コーディネーターといった関係者や、実際の住民にも意見を改めて聞いてみることで、ニーズと合っているどうかを検証し、一緒に必要なもの（有効に利用いただけるもの）をつくっていくという視点を大事にしましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

総論 / 地域づくりの進め方を教えてください 20ページ

多様なサービス検討の視点をみている

現在の総合事業に移行した際に、地域づくりの方向性や総合事業等における多様なサービス検討の実践的な視点などが解説されています。

- [株式会社 三菱UFJリサーチ&コンサルティング](#)、「新しい総合事業の移行戦略—地域づくりに向けたロードマップ」セミナー資料、H27年度老健事業

対話例 要支援認定者の主治医意見書や認定調査表等を見てみましょう

- ・ 要支援認定者の主治医意見書から、多い疾病の傾向や状態の改善が見込める者の割合などが見えますし、認定調査表から困りごとや補完してもらっている状況などが掴めます
- ・ 年齢階級別の要支援・要介護認定に至る割合も全国・同規模市町村などと比較し、特徴を把握することで打ち手を考えるヒントが得られます

各論 / 保険者として地域づくりを進めるにあたって介護予防ケアマネジメントの実績はどのように活用できますか？ 86ページ

大事な視点

総合事業で多様なサービスを効果的に提供するには、それぞれの事業に対する利用対象者像が明確になっていることが重要です。ここが曖昧な場合には、地域包括支援センターがサービスへつなぐ際に担当によって判断がバラついてしまったり、サービスを利用しても効果が出なかったり、そもそもサービスを創っても利用につながらなかったり、といったことになってしまいます。

要支援1・2の方や基本チェックリストの該当者といっても、その状態像は多様なため、より具体的な基準や目線を設定して整理・分類してみましょう。

例えば、生活上の身の回りのことをどれくらい自分でできているか、認知症はどの程度か、どのような持病があり、症状は安定しているか、運動してよい状態か、といった項目について、具体的に言語化していくイメージです。

これらを右図のような対象者像とサービスの対応表として一覧化して整理することで、総合事業の体系をデザインしていくことができ、関係者とも共通認識をつくることができます。

整理イメージ	サービス X	サービス Y	サービス Z
日常生活の自立度	一定支援要	ほぼ自立	一部に支障
病状の安定度	不安定	安定	安定
●●●	---	---	---

この時にできるだけ多くの関係者とともに協議をすることが目線合わせになり、連携が進むことにつながります。

対話例 うまく整理できないところに総合事業見直しのヒントがあるかもしれません

整理を進めようとするなかで、複数のサービスの対象者像が重なっていたり、状態像に合いそうなサービスが抜け落ちたりしているのかも、といったことに気づくことがあります。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 3 いまの事業を継続？ or 見直し？ 71ページ

次の一歩 関係者とともに共通認識をつくっていきましょう

- ・ 要支援者の困りごとで多いものは何か、皆で共有してみましょう
- ・ 要支援者に多く見られるADLやIADLの状況についても確認しておきましょう
- ・ 改善の見込みのある人がどの程度いるか、そこも確認しておきましょう
- ・ 住民の介護予防や自立支援に関する意識についても共有しておきましょう

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

生駒市での整理例をみる

生駒市の総合事業の利用者・サービスの対応表は上記観点で具体的に整理されています。確認してみましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / 事例紹介 高齢者の状態像に応じたスクリーニングの工夫例 68ページ

対話例

介護予防ケアマネジメントの対象者はどんな方でしたか？

介護予防ケアマネジメントの対象は、介護予防に取り組むことでまだ地域での自立した生活に戻れる可能性を持った方々であるという点を再度押さえておきましょう。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景） 100ページ

大事な視点

自立支援・重度化防止は介護保険の基本理念ですが、介護予防ケアマネジメントにおいて目指すのは、その方に**住み慣れた地域での自分らしい日常生活を取り戻してもらうこと**です。この「地域での、その方らしい暮らし」を考えることが重要なのです。

その方のことを知り、その方の地域での生活全体を捉えたうえで、具体的な困りごとの解消に向けた支援をしなければ、目指す生活は実現できません。「地域での生活全体」というのは、本人への直接のサービスのみでなく、例えばその方の家族や知人、自宅内外の生活環境、社会参加の場などの環境的要因の調整も考えていく、ということです。

そのうえで、本人の残存能力や可能性を見出してケアプランとして具体化していくことや、課題解消のための具体的なサービス提供を行うことが、プラン作成者や事業所の役割なのです。

理解浸透に向けた具体的な方策例

- ・ 専門職向けの介護予防、フレイル、自立支援などについての研修実施
- ・ 地域ケア会議、サービス担当者会議、ケアプラン点検等を通じた、計画作成者への意識の共通化
- ・ アセスメントツールや、自立に向けた動機付けへの面談対応Q&Aなどを作成するプロセスを通じた、規範的統合
- ・ 目的としている「地域での自立した生活」について事例・動画等をもとに分かりやすく住民啓発など

対話例

「その方を知る」という原点を大事にしましょう

自立支援とはその方の自己選択・自己決定を支援することとも表現されます。元気に戻れる可能性があっても、今は意欲も体力も落ちていて、本人がその可能性に目が向かないことがあります。つらい心情に寄り添いながら、納得がいく伝え方とおして、その方の可能性を見出す視点を大事にしましょう。

総論 / 介護予防の対象となるのはどんな方ですか？ 19ページ

次の一歩

サービス継続が当たり前になっていないか確認してみよう

介護予防ケアマネジメントにおいては「自立した日常生活を取り戻すため」にサービスや事業を利用しますが、いつのまにかサービスや事業を継続することが当たり前になり、本人も自分の心身機能の維持のためには今のサービスや事業が必要だ、という意識になってしまいがちです。今一度、現状を振り返り、できるようになっていることを確認してみましょう。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景） 100ページ

自立支援を考えるための研修教材

介護予防ケアマネジメント オンデマンド研修では、自立支援や介護予防の基本的考え方とともに、介護予防ケアマネジメントの過程が具体的に動画研修として学べますのでぜひ関係者でみてみましょう。

 [一般財団法人 長寿社会開発センター、介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修、R3年度老健事業](#)

対話例 今は、どのような働きかけをされていますか？

要支援の状態になるまでの暮らしぶりを聞いてみるなどして、何か、今の状態でも活動性をあげることにつながるものがないか、そのヒントを探しながら利用者の方との面談を大切にしてみましょう。

各論 / 基本チェックリストの結果をもとにしたアセスメントの深堀りイメージを教えてください 93ページ

大事な視点

要支援状態の高齢者の多くが「今を維持できたらよい」と考えることが多く、歩行距離が伸びるとか、風呂のまたぎができるようになるなどの改善イメージを持ち得てないことが大半です。そういった心理状態にあることを理解しながら、**改善可能性のイメージ**をもっといただけるようなサポートが重要です。

- ① 要支援状態に至った背景や要因を確認する。
- ② そのことについて、ご本人・家族がどう捉えているかを確認する。
- ③ 現状に関する課題をご本人・家族にわかりやすい言葉で伝え、共有する。
- ④ 課題解決に向けた取組について、改善可能性も含めてご本人・家族にわかりやすい言葉・媒体で伝える。
- ⑤ そのことについての理解や意向をご本人・家族に確認する。
- ⑥ すぐに同意が得られない場合には、腑に落ちていない部分の確認を行い、説明方法を変えてみる。
- ⑦ 納得が得られれば、課題解決に向けた目標を考えてもらい、達成するためにセルフケアも含めたサービスや事業の提案を行う。この流れの中で、現状に見合うセルフケアや実践できそうなことを提案していく。

対話例 小さな成功体験を得てもらうことも重要です

例えば、靴が履きやすくなった、立ち座りが少し楽になってきた、といった変化を本人が感じることであれば、成功体験となり、自分の可能性を信じることにつながります。モチベーションの維持向上には目標の段階づけと小さな変化の体感・外部からの承認が効果的です。

各論 / 短期集中予防サービスの効果を利用者や家族、その他関係者に信じてもらうためには、どうすればよいですか？ 111ページ

次の一歩 本人の変化（可能性の開花）に応じて目標のアップデートが必要なことも

少しずつ意欲を取り戻し、自信がついてくると行動力も上がり「次は」「もっと」と本人が目指すものが変わってきます。介護予防におけるケアマネジメントの特徴的なところで、比較的短期間でも目標の変更をしたほうがよいケースも出てきます。本人の状態・変化を適切にモニタリングして、利用者の可能性を最大限引き出す意識をもちましょう。

総論 / 総合事業で元気になった方の事例動画 9ページ

介護予防手帳の内容をみてみよう

高齢者の生きがいづくりや体調管理に役立つ「介護予防手帳」として生駒市より公開されているものをみてみましょう。セルフマネジメントに大事な項目などが把握できます。

 [生駒市、介護予防手帳](#)

対話例 現在、どのような方法をとっているか、教えていただけますか？

ケアプラン点検を実施している、介護予防ケアマネジメントの研修を実施している、アセスメントツールなどの独自帳票を活用しているなど、実施している方法を確認し、できれば実際の研修資料や点検結果などについてもみてみると現状把握が進みます。

各論 / 介護予防ケアマネジメントの基本的事項を教えてください（目的・意義） 84ページ

大事な視点

介護予防ケアマネジメントでは、高齢者が地域で望む生活を続けられるように、それを阻害する様々な生活課題（困りごと・ニーズ）に対して、生活上の目標と、課題解決に至る道筋・方向を明らかにしたうえで、関係者と協働し、地域資源や多様なサービスも活用しながら、総合的にその方の課題解決を図っていきます。

ケアプラン作成者に対する継続的な質向上の支援や、実務的なツールの活用等により、このプロセスの質を高めていくことを検討しましょう。

介護予防ケアマネジメントの質向上につなげる方策の例

- 地域包括支援センターなど関係者の規範的統合を進めるとともに、専門性を向上していく
→ ケアマネジメント研修、地域ケア会議、ケアプラン点検・確認支援 など
- 各種ツール活用や連携の仕組みを構築する
→ 窓口対応フローチャート、独自のアセスメントツール、面談用Q&A、連絡会議 など

また、本人の地域での生活をデザインしていくためには、普段から「地域を知っておく」ことも重要です。知っている地域資源や関係者の情報が多いほど、効果的な支援へつなげられる可能性が高まります。

対話例 ケアプラン点検ではどのような点を確認していますか？

例えば、課題が明確にされているか（アセスメントの質）、目標が適切か（本人の望む日常を目指す内容か）、目標に向けて適切なアプローチ（事業、サービス、地域資源やインフォーマルサービス活用等）が提供されているか、自立を阻害するような過剰な支援がないか、などを確認しましょう。

各論 / アセスメントの質を高めるにはどうすればよいでしょうか？ 92ページ

次の一歩 介護予防ケアマネジメントのデータを経時的に分析してみよう

介護予防ケアマネジメントの情報などから、サービスや事業の利用傾向、要支援・要介護への移行状況などを把握、分析することで、わがまちの介護予防ケアマネジメント全体として有効に機能しているのかどうかが見えてきます。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 3 いまの事業を継続？ or 見直し？ 71ページ

介護予防ケアマネジメントのプロセスに沿って大事な要素を学びなおしてみよう

動画での実演も含めて、介護予防ケアマネジメントの一連のプロセスが丁寧に解説されており、ワークも用意されています。ぜひ確認してみましょう。

 [一般財団法人 長寿社会開発センター、介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修、R3年度老健事業](#)

対話例 要支援者の特徴をどのくらい押さえられていますか？

アセスメントに必要な「要支援1・2」の人の特徴をどのように捉えられているか、まず、確認してみましょう。ADLやIADLの状況や疾病の傾向、改善可能性の高い方のタイプや多くの困りごとの把握などができているか、確認してみましょう。

各論 / 介護予防ケアマネジメントの基本的事項を教えてください（目的・意義） 84ページ

大事な視点

利用者基本情報の裏面には介護予防に関することが記載できるようになっています。大切にしてきたことや楽しみにしてきたことなどを聞き取ることで、今の心身の状態像に応じた取組方法が展開できないか？を考えることも大切です。

また、基本チェックリストを取ってはいるものの活用されていないケースが散見されます。利用者基本情報や基本チェックリストでは、不足する情報を集める習慣を付け、要支援状態になっている現況がなぜ起こっているかの背景要因を探り当てることが重要です。基本チェックリストを単に取るのではなく、該当項目との関連性を考えることも必要です。

そのときに、本人の地域での役割や生きがいを持った生活を考えていくために、国際生活機能分類（ICF）の考え方にある「活動」や「参加」の観点も必要となります。

対話例 国際生活機能分類（ICF）の考え方を関係者で確認しておきましょう

国際生活機能分類（ICF）はアセスメントのための重要な概念です。生活上の困りごとに目を向けて、その解決を通して地域での生活を取り戻してもらうためには、活動や参加、そして本人をとりまく環境因子（人的・物的・社会的等）の観点も含めて必要な情報を把握・解釈できることを目指しましょう。

次の一歩 地域ケア会議をアセスメントの質向上のためにも活用しよう

地域ケア会議は、個別課題の解決を通じたケアマネジメントの支援・質向上をひとつの目的・機能としています。専門職によりICFを活用した適切なアセスメントについて助言をしてもらうことで、具体的なケースをもとに関係者のアセスメント力の向上に取り組むことができます。

各論 / 地域ケア会議の基本的事項を教えてください（5つの機能の発揮） 145ページ

国際生活機能分類（ICF）によるアセスメント例をみてる

介護予防ケアマネジメントの考え方には、ICFによるアセスメントの整理例が記載されています。

-  [介護予防ケアマネジメントの考え方、平成29年度地域包括支援センター職員研修Ⅱ](#)
-  [一般財団法人 長寿社会開発センター、介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修、R3年度老健事業](#)
-  [株式会社 日本能率協会総合研究所「介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な介護予防ケアマネジメントに関する調査研究事業 報告書」（平成28年3月）、H27年度老健事業](#)

平川 夢さん (82歳)

平川 愛さん (82歳)

判定基準

Table with 3 columns: No, 質問項目, 回答: いずれかに○をお付けください. Rows 1-25. Includes criteria for 運動機能 (rows 7-10), 生活機能 (rows 11-17), and 閉じこもり (rows 16-17).

判定基準 table with 2 columns: 判定基準, リスク発生項目. Includes criteria for 運動機能 (rows 1-7), 生活機能 (rows 8-14), and 閉じこもり (rows 15-17).

Table with 3 columns: No, 質問項目, 回答: いずれかに○をお付けください. Rows 1-25. Includes criteria for 運動機能 (rows 7-10), 生活機能 (rows 11-17), and 閉じこもり (rows 16-17).

生活機能

運動機能

運動機能

閉じこもり

大事な視点

基本チェックリストに1つ以上該当しており、国の基準では2人とも「事業対象者」ですが、運動・生活機能・閉じこもりと3項目に該当している愛さんと、運動だけが該当している夢さんを、同じように多様なサービス利用の対象者と考えてよいのでしょうか？

日々の暮らしぶりや生活の困りごと、病気など様々な情報を収集して、適切なアセスメントをしたうえでサービス利用の必要性を検討することが重要です。

運動器の3つの該当項目を具体的に確認していく

- ✓ 習慣として、手すりを持って階段をのぼっているのか？ 能力として、手すりを持たないと階段は登れないのか？
✓ 習慣として、楽だから、テーブルを支えにして立ちあがるのか？ 能力として、テーブルを支えにしないと立ち上がることが難しいのか？
✓ 転倒に対する不安は、過去に転んだことがある経験からなのか？ 漠然とした不安なのか？
✓ 外出の範囲や家事能力なども確認していくとどうでしょうか？

該当項目は客観的に捉えてもその状況か？

“能力”と”行為”の差異や該当している項目の背景要因を確認することが大切

現状に至ったきっかけや背景を深堀りしていく

- (運動器5/5、閉じこもり2/2、生活機能10/20に該当)
✓ 運動器が全て該当する場合は、体力や筋力が低下している恐れがあると予測し、いつごろからそうなっているかどのくらいの距離なら歩けるか、転倒は何回しているのか、痛みやしびれなどがあるか、他の関連項目と合わせてみると生活全般の1~5でも3つ該当、閉じこもりでは2つ該当。
✓ 閉じこもりとなる状況から廃用性が進行したのか、下肢筋力や体力低下から閉じこもりが進んだのか、など具体的なアセスメントの深堀が必要。

アセスメントにより見えてきたこと

買い物も通院も一人でできている、調理も掃除も自分でしている など、ある程度自立していることが分かった一方で、社会参加の場が最近減ったこと、などが確認できた

アセスメントにより見えてきたこと

15分歩けないので買い物に困っている、腰痛があり屈めないで床掃除ができず困っている、膝折れするので外出を控えているなど、困りごとを複数抱えていることが確認できた

通いの場や一般介護予防事業でも対応が可能か検討してみる

専門医にかかりながら、痛みのコントロールをし、徐々に活動量を上げる取組をして もとの暮らしを取り戻すことができないか 短期集中予防サービスなどを検討してみる

基本チェックリストを確認する

厚生労働省、基本チェックリスト告示、介護保険法施行規則第四百四条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

対話例 現在、どのような工夫・対応を心がけていますか？

- ・ 市町村窓口では、要介護認定が必要か否かのスクリーニング指標を作成し、困りごとを聞き取るなどして、地域包括支援センターの負担軽減を進めているところもあります
- ・ 地域包括支援センターでは、利用者基本情報や基本チェックリストをうまく活用し、アセスメント時間の短縮を図る工夫をしているところもあります

大事な視点

窓口対応は、高齢者やご家族との**最初の大事な接点**です。ここでご本人の意向や抱えている課題、相談に至ったきっかけや紹介者等の背景情報を含めて的確に把握していくことが、その後の適切な支援へとつながっていきます。

適切な窓口対応・体制整備のための視点

- ・ どのような対象者が、どのサービス、地域資源等を活用することが適切なのか、といったことについての関係者での目線合わせができているか、案内基準・判断基準などが明確となっているか
- ・ 医療介護の専門職以外でも適切な対応が可能となるような説明資料やツールを整備できているか
- ・ 要介護認定の申請窓口にも、総合事業を理解している保健師や社会福祉士等を配置できているかなど

具体的には、介護保険制度を住民に分かりやすく説明できる資料を作成する、地域包括支援センター職員・行政窓口で共有できるQ&Aを作成したり研修を実施する、サービス案内の基準となる整理表を作成する、など様々な工夫が考えられます。関係者と協議しながら一緒に進めてみましょう。

対話例 窓口での対応の質が、各サービスの成果にまで影響していきます

総合事業で多様なサービスを構築しても、利用の入り口での判断や対応が適切でないと、必要でないサービスを案内してしまったり、利用しても成果がでなかったりする可能性があります。窓口対応の重要性を意識して、工夫を検討していきましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 2-A “高齢者”って誰のこと？ 65ページ

次の一歩 窓口対応のレベルアップに向けて、できることからやってみましょう

- ・ 例 窓口対応フローチャートや独自のアセスメントツールの作成（作成過程で関係者の目線合わせにも効果的です）
- ・ 例 地域包括支援センター職員の面談スキルアップのためのQ&Aの作成や研修の実施
- ・ 例 介護保険制度や介護予防の大切さなどを住民に理解してもらうための説明資料の作成

他の自治体の工夫をみる

窓口対応を含めた介護予防ケアマネジメントの実施内容、工夫の事例が紹介されています。

- ☑ [厚生労働省「介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル<別冊 事例集>」（令和4年3月）、R3年度介護予防活動普及展開事業](#)

対話例

医療介護連携において、要支援者に着目した視点で連携していることはありますか

介護認定は、要支援1から要介護5まで7段階の区分があります。それぞれの状態像に応じて支援する内容が異なりますので、看取りやACPの研修と同様に総合事業に関する研修や介護保険制度への理解、医療以外の社会資源も知っておいてもらうことが大切です。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 12ページ

大事な視点

多くの高齢者は日頃から地域の病院や診療所に通っていますし、骨折・転倒等で入退院したりと医療との接点を多くもっています。医療従事者に介護保険制度や地域の社会資源、市町村の独自サービスや総合事業等を知っておいてもらうことは、介護予防ケアマネジメントを効果的に実践するうえで、大変重要です。

連携のメリット例

- 病院の地域連携室等と入退院支援の場面で連携することで、適切な対象者の把握、その後の適切な介護予防ケアマネジメント、サービスへのつなぎに役立つ
- 入退院支援マニュアルにより要支援者等に必要な情報などを適切に収集できるようになる
- 地域の資源を医療従事者に知ってもらうことで、総合事業や地域での活動につながりやすくなる
- 物忘れ等により、予約日に受診ができず、医療中断に至ってしまう高齢者のフォローを検討するなど協議の場が持てる可能性が高まるなど

対話例

医療従事者が退院後の高齢者の生活を心配して介護申請を進めるといった傾向はありますか？

例えば転倒骨折で入院し、病院でのリハビリも順調に回復したものの、いざ退院となると家族も遠方だし、単身世帯だから心配ね・・・ということで、地域での活動場所を十分に知らないがために、社会参加や今の能力を維持するために「デイサービスにいきましょうね」というような案内がされる場合もあります。あなたのまちはどうですか？

各論 / 短期集中予防サービスにおいて、医療との連携が重要と言われるのはなぜでしょうか？ 112ページ

次の一歩

まずは介護予防やその重要性を知ってもらおう

連携を進めるためには、医療関係者にまずは介護予防について必要性も含めて理解をしてもらうことが大切です。説明の機会創出やリーフレット提供などにより、普及啓発に努めましょう。庁内で医療担当の部署が異なる場合には、まず庁内での担当者間の連携から進めることも必要になるかもしれません。

総論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 25ページ

全国での連携の実施状況を試みる

在宅医療・介護連携の実施状況や事例を参考に、自分たちの状況を振り返ってみましょう。

- ☑ [株式会社 富士通総研「在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書」\(令和4年3月\)、R3年度在宅医療・介護連携推進支援事業](#)

対話例 業務多忙の主な要因について把握・分析はされていますか？

地域包括支援センターの業務過多の要因はさまざまなことが考えられます。高齢者人口が急速に伸びている地域で総合相談件数や予防プランの作成件数が大幅に伸びているとか、複合世帯等での支援困難ケースが増えており人員が割かれるなど様々です。職員の入れ替わりが激しいなども要因になります。その主な要因について整理してみることが大切です。

大事な視点

市町村が進める地域づくりにおいて、地域包括支援センターは中心的な役割を果たす存在ですが、職員の異動や困難事例等への対応に追われて業務が逼迫しており、介護予防ケアマネジメントに十分な時間を割けないという声もよくあがります。このような声への対応策として、例えば以下のようなことが考えられます。

- 業務手順やフロー整備、マニュアル作成、書式統一、報告書類の簡素化、ICT活用等により業務の生産性向上を支援
- 基幹型、機能強化型、ブランチ、サブセンター等の設置、役割分担により後方支援等を充実

改善を進める際には、業務過多になっている要因のなかで**根本的に解決すべきものは何か、少し工夫することにより改善できることはないか、などを整理していく必要があります。**

例えば、担当する圏域の高齢者数に見合った人員配置がなされていないためなのか、異動が激しく、業務そのものの引き継ぎすら十分にできないために悪循環に陥っているのか、個々人の質の問題なのか、など忙しい要因を分析し、解決・改善の糸口を探しましょう。

「大変、大変」といっていても事態の改善は望めませんので、その要因を突き止め、改善に向けた方策を提案していくことも場合によっては、必要になります。

対話例 業務の効率化に向け、何か始めたことはありますか？

- 行政の窓口対応を強化することで、一定のスクリーニングができ、多様なサービスではなく通いの場や一般介護予防事業で対応できるなど、地域包括支援センターの相談・ケアマネジメント件数の低減につながる場合もあります
- 要支援者等のサービスや事業利用時の状態像等の整理を行うことで、アセスメントに要する時間短縮に繋がり、ケアマネジメントへの負担が少なくなる場合もあります
- 支援困難ケースの対応についても関わり方のポイントをまとめたマニュアル整備を行うことで、支援時間の短縮などが期待できます

各論 / 市町村や地域包括支援センター窓口での相談対応で工夫できることがあれば教えてください 94ページ

次の一歩 地域での支援ネットワーク構築も支援していこう

地域での支援ネットワーク構築を進めておくことも、支援の必要な方の早期発見・早期対応を通じて、事案の複雑化が避けられるなど、業務負荷の軽減につながる大事な取組です。地域の社会資源や関係者のリスト化・マッピングや、それら関係者との連携の橋渡しを行うなどの支援をしていくことも検討してみましょう。

各論 / 地域のネットワーク構築を進めるためには、参加者にはどのような役割が求められますか？ 151ページ



各論

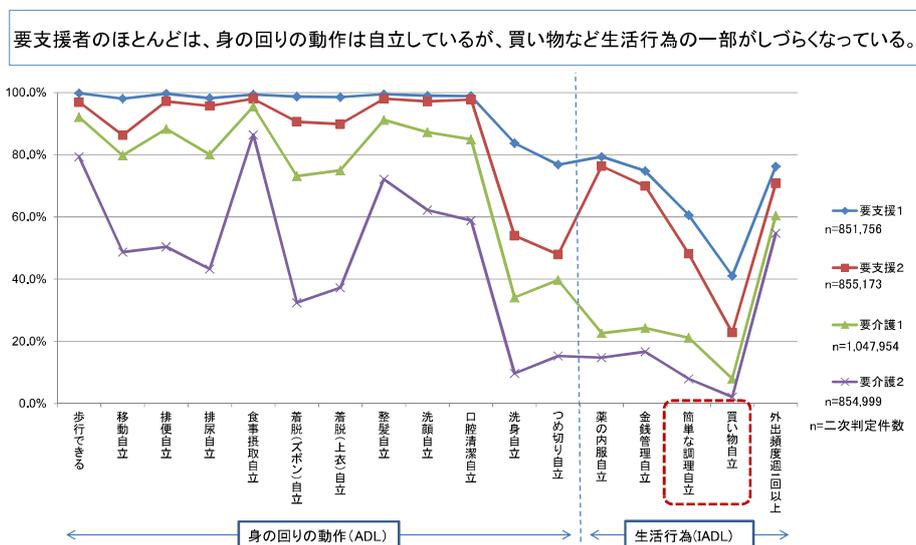
- 介護予防ケアマネジメント
- 短期集中予防サービス
- 通いの場
- 生活支援体制整備事業
- 地域ケア会議

項目	問い	ページ
基本的事項	短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景）	100
	短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（必要な要素）	101
事業デザイン	どうして総合事業の多様なサービスの中で、 短期集中予防サービスを作った方がよいと言われるのでしょうか？	102
	短期集中予防サービスをデザインする際、 落としてはいけないポイントはなんのでしょうか？	103
	短期集中予防サービスがうまく機能しているかどうかは、 どのような観点から検討するのがよいのでしょうか？	104
	短期集中予防サービスの費用対効果はどのように考えればよいのでしょうか？	105
	短期集中予防サービスの委託仕様・要件を検討する際のポイントを教えてください	106
よくある質問	短期集中予防サービスの対象となりうる方を具体的に定義する方法を教えてください	107
	短期集中予防サービスの見込み利用者数を算定する方法を教えてください	108
	短期集中予防サービスは 運動機能向上だけではダメだと聞いたことがあります、なぜでしょうか？	109
	短期集中予防サービスは3～6ヶ月など一定期間で卒業することが前提だと思いましたが、 卒業できないケースが多いです。どのような要因が考えられますか？	110
	短期集中予防サービスの効果を利用者や家族、 その他関係者に信じてもらうためには、どうすればよいですか？	111
	短期集中予防サービスにおいて 医療との連携が重要と言われるのはなぜでしょうか？	112
	財政当局を含む関係機関・関係者に 事業の必要性を訴える資料作成のポイントを教えてください	113

なぜ専門職による短期集中のサービスが用意されたのか？

- 要支援1～要介護2の認定調査結果のデータをみると、要支援者の殆どは「身の回りの動作（ADL）は自立」している一方で、買い物や調理など「生活行為（IADL）の一部がしづらくなっている」ということが明らかになりました。

（参考）要支援1～要介護2の認定調査結果



9

出典：厚生労働省、社会保障審議会介護保険部会（第45回）資料（平成25年6月）

- そのきっかけは、例えば指先の感覚や味覚がにぶくなったり、記憶力が落ちたりすることで、徐々に料理の段取りや包丁での千切りがしづらくなる、といった加齢に伴う心身の衰えにあります。このような「しづらさ」をそのままにしていると、徐々に家事をしなくなり、外出する機会も減り、といった具合に生活が不活発になり、動かないことで筋力や心身機能がさら衰えていき（廃用症候群）、要支援・要介護状態に近づいてしまうのです。
- しかし、その方々の実際の生活行為のしづらさについて、専門職が短期間に複数回関わって具体的な行為の仕方を指導したり、そのための筋力の鍛え方を伝えていくと、本人たちが生活行為のしづらさを解決でき、またもとの生活を続けることができることがわかりました。これが短期集中予防サービスが生まれた背景です。

地域での自分らしい
もとの生活を
続けていただく（目的）

短期集中予防サービスとは（手段）

1. 生活のしづらさを抱える高齢者（要支援認定者や事業対象者）に対して
2. 保健・医療・介護の専門職が、短期集中的に関わることで
3. 可能性を引き出し、地域での役割を持った自分らしい生活の（再）獲得を実現

もとの生活に戻っていただくためには何が必要か？

- これまでの介護予防に関する様々な取組を通して、以下のようなことが大切だとわかってきました。
 - 運動・口腔・栄養などに機能面でのアプローチだけでは十分ではない
 - 本人のみでなく周辺の環境（自宅内や周辺道路といった物的環境もあれば、家族や友人など人的な環境もある）にも働きかけてその方の生活を支えていくこと
 - 生活上のしづらさを解消して、日常生活での「活動」を高めること
 - 社会への「参加」によって他者と関わり、役割や生きがいを感じてもらうこと
 - 老いや自分の体の変化を知り、予防への取組の大事さを理解して、自ら行動することができるような自己管理（セルフマネジメントともいう）を身に付けてもらうこと
 - 不安に怯えず自信をもって望む暮らしを続けてもらえるような意欲を引き出すこと
- そのために短期集中予防サービスでは、しづらくなっている日常の生活動作（掃除・洗濯・調理・買い物・入浴・外出等）の指導や体力向上のための運動などに留まらず、自宅内外の環境の調整に関する助言であったり、社会参加の場となる通いの場へのつなぎであったり、外出のためのバスに乗る練習であったり、様々な要素を提供します。
- もちろんそのなかで、本人との対話を重ねて、したい生活へと動機づけたり、自己管理を習得してもらうなど、サービス終了後も自立した生活を続けてもらえるような働きかけを行います。大事なものは、心身の状態が改善していくイメージを伝え、本人が取り戻したい生活を具体的に聴き取り、しっかり目標として定めて、そこに向けて必要なサービスを提供することです。

このサービスの成功の鍵になるのは？

- このサービスの対象者を理解・把握して利用へつなげること、本人の生活の困りごと、したいこと、望む生活といった意向をしっかりと聞き出して目標を設定すること、そして望む生活継続のための参加場所へつなぐところまで、という介護予防ケアマネジメントがしっかりできていることがこのサービスの大事な前提となります。
- そのうえで、生活上の困りごと、例えば靴が履きづらい、料理がしづらい、買い物に行くのが不安、といった実際の行為に対して、専門的見地からその行為を見立てて、詳しく具体的にアドバイスしたり実地指導できたりするような技術をもった専門職に関わってもらうことが重要です。

対話例 なぜ専門職が関わるサービスが必要なのでしょうか？

総合事業のなかでも短期集中予防サービスだけは、保健・医療の専門職が提供することになっています。この背景・意味合いをもう一度確認しましょう。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景） 100ページ

大事な視点

短期集中予防サービスは、生活のしづらさが出てき始めた高齢者に対して、専門職が集中して関わることで、その生活上のつまづきを具体的に解決し、できるだけ短期間のうちにもとの生活を取り戻して元気になってもらい、地域での自立した生活を継続してもらうためのサービスです。総合事業のなかでも、他のサービス類型にはない価値・特徴（強み）があるのです。

そのためには、わがまちの要支援者等の状態像をしっかりと調査・把握して、このサービスの対象者像を明確にし、関係者と共有することが必要です。その上で、「改善可能性のある方はまず短期集中予防サービスから」もしくは「自立のお試し」といった形で、総合事業全体における軸としてデザインすることで、介護予防の成果につなげやすくなると言えます。

対話例 「改善可能性のある方」をイメージできていますか？

要支援1・2の方々は、病気や障害が重くない限りは、生活の困りごとを解決することで、もとの生活ができるようになると言われていています。要介護1・2の方々においても、道具や環境を整えたり、工夫の仕方を知ったりすることで、生活での困りごとが再びできるようになると言われています。まだまだ改善できる可能性がありますよ、と希望をもってもらい短期集中予防サービスを使ってもらいましょう。

総論 / 総合事業で元気になった方の事例動画 9ページ

総論 / 介護予防の対象となるのはどんな方ですか？ 19ページ

次の一歩 わがまちではどんな短期集中予防サービスができるか考えてみる

短期集中予防サービスは上記のとおり、他のサービスにはない強み・価値がありますが、総合事業は地域の実情に応じて構築するのが大事です。わがまちの地域づくりの状況、高齢者の生活状況、事業予算面や専門職が確保できそうかどうか、など事前に検討することはたくさんありますので、一度これらのことを考えてみる機会をもってはどうでしょうか。

総論 / 短期集中予防サービスのデザイン例 22ページ

短期集中予防サービスを軸としている事例は？

「介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル<別冊 事例集>」に5つの自治体での短期集中予防サービスの構築例がありますので確認してみましょう。

- 厚生労働省「介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル<別冊 事例集>」（令和4年3月）、R3年度介護予防活動普及展開事業

対話例 短期集中予防サービスの目的をどのように捉えているのでしょうか？

要支援等の高齢者に対して、専門職に集中的に関わってもらうことで、その方の生活上のつまづき、困りごとを具体的に解決すること、そしてもとの生活に戻って、地域での自分らしい暮らしを継続してもらうこと、が目的でした。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景） 100ページ

大事な視点

本人の生活の困りごと、したいこと、望む生活といった意向をしっかりと聞き出していき、そしてそれを実際に達成できるようにサービスを**他事業とも連動するようデザイン**していくことが最も大事です。

ポイント

- ・ 短期集中予防サービスが目指す成果は「本人がもとの生活を取り戻すこと」
- ・ 介護予防ケアマネジメントにおいて、その本人の意向を聞き出していること
- ・ 本人の生活上のつまづきを具体的に解決できる専門職（事業所）に関与してもらうこと
- ・ 終了後の運動の継続や社会参加のために通いの場へつなぐことを予め想定しておき、サービスの終盤には実際に通いの場にも参加できるような配慮をしていくこと（なお、趣味活動の再開やボランティア活動など、通いの場への参加だけがすべてではないことに留意が必要です）
- ・ 短期集中予防サービスによる改善可能性の判断に迷う場合や、サービス終了に向けた地域へのつなぎ先の検討などにおいて地域ケア会議での専門的助言や生活支援コーディネーター等が持っている地域の情報をふまえて検討を活用していくことなど

そして事業全体としての費用対効果が成り立つように、利用者数や改善率、委託単価などを設定していくことが重要です。

対話例 短期集中予防サービスは多様な事業と連動することで成果が出ることをイメージできていますか？

短期集中予防サービスを提供する土台は介護予防ケアマネジメントにあります。地域ケア会議はそれをさらに多職種で深めるために活用されます。そして本人の目標実現の手段として短期集中予防サービスが実施されます。短期集中予防サービスを利用する中で利用者の状態に合わせて医療や生活支援コーディネーターと連携したり、通いの場と関わったりすることで、利用者がもとの生活を取り戻せる可能性が大いに高まるのです。

総論 / 地域支援事業とは？ 18ページ

次の一歩 わがまちでは、各事業がどのように連動しているのでしょうか？

現在実施している地域支援事業の各事業と短期集中予防サービスが具体的にどのように関係・連動しているか図などに可視化して確認してみましょう。連動が不明なところがあれば、関係者に実情や課題などを聞いてみるのが大切です。

総論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 25ページ

事業の連動について考えてみる

地域支援事業の連動性を戦略的に立案していく視点（例：短期集中予防サービスは連動してはじめて成果がでる等）などが紹介されています。

- ☐ [株式会社 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「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年 3月）、H30年度老健事業

対話例 現在はどのあたりに課題感をおもちですか？

短期集中予防サービスを実施しているものの、利用者の改善についてのデータや、利用終了後にどう地域での生活につながったか（他のサービス利用を含む）を把握していないことも多いようです。まずは現状の事業をどう捉えているかを聞いてみましょう。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（必要な要素） 101ページ

大事な視点

短期集中予防サービスがうまく機能しない場合には、以下のような観点のどこかに不具合が生じています。サービスの再構築に向けた視点として参考にしましょう。

検討ポイント

- ・ サービスの対象者像を明確にできているか
- ・ 関係者に「高齢者は元気になれる」という共通認識や成功体験があるか
- ・ 住民や関係機関は短期集中予防サービスの存在や、どんな効果があるか知っているか
- ・ 適切な介護予防ケアマネジメントができているか（本人の望む生活を目標にできているか）
- ・ 運動機能のみでなく、意欲への働きかけ、セルフケア、社会参加まで含めたアプローチができているか
- ・ 卒業後の役割の再獲得や社会参加のための居場所、通いの場へつなぐところまでできているか
- ・ 庁内連携や各事業間の連動がしっかりできているか
- ・ 事業としての目標設定や評価ができているか

対話例 「高齢者が元気になり地域に戻った」どんな事例をお持ちですか？

関係者の規範的統合ができているかどうかは、具体のエピソードを語れるかどうかで確認ができます。関係者に成功体験がなく「高齢者は現状維持が精一杯」というイメージをもっていることもあります。まずは、地域包括支援センターと対話してみましょう。その上で、介護予防ケアプランがどのような内容になっているか、地域ケア会議は効果的か、といったあたりから確認・検証してみましょう。

総論 / 総合事業で元気になった方の事例動画 9ページ

各論 / 介護予防ケアマネジメントの基本的事項を教えてください（目的・意義） 84ページ

次の一歩 好事例は積極的に広報・活用していきましょう

短期集中予防サービスを実施している中で各関係者が体験した好事例については、写真や動画を活用して住民や関係者に広げていきましょう。

各論 / 短期集中予防サービスの効果を利用者や家族、その他関係者に信じてもらうためには、どうすればよいですか？ 111ページ

対話例 短期集中予防サービスの成果をどのように設定していますか？

短期集中予防サービスを行う成果を運動機能の向上（体力測定の結果）ではなく、対象者が地域での自立した日常を取り戻しているかどうか、に置けているか確認しましょう。

各論 / 短期集中予防サービスは運動機能向上だけではダメだと聞いたことがあります、なぜでしょうか？ 109ページ

大事な視点

公的な財源を使用して事業を実施する以上、費用対効果を算定・確保する視点は必須といえます。短期集中予防サービスでは、以下のような考え方で費用対効果を把握することができます。

- ① サービスの見込み利用者数の把握（需要量）
- ② 見込み利用者数にサービスを提供するために必要なコストを積算（費用）
（事業所の経営上も妥当な費用水準となるよう打診・把握）
- ③ 短期集中予防サービス利用の結果どれくらいの卒業率を見込めるかを設定（改善率）
- ④ 卒業した方々がどれくらいの期間、介護保険等サービスを利用せずに済むかを設定（効果期間）
- ⑤ 短期集中予防サービス実施に必要な金額と仮に介護サービスを利用していた場合との差額（改善率とその後、サービス利用に至るまでの期間の試算等含め）を示す（費用対効果）

対話例 短期集中予防サービス利用後にそのまま従前相当の利用につながってたりしませんか？

短期集中予防サービスの成果は、対象者の心身機能等が向上し、社会参加もできて、地域で自立した日常生活を続けられているということなので、まずはその成果をしっかりと出せているかを確認しましょう。短期集中予防サービスは市町村にとって先行投資ですので、例えば短期集中予防サービスを利用したのに殆どがその後従前相当サービスを使い続けているとしたら、短期集中予防サービスを実施した意味があったのか？と問いをもつことが大切です

総論 / 地域づくりにおける成果はどう捉えればよいでしょうか？ 23ページ

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 4 わがまちの地域づくりのストーリーを構築 73ページ

次の一歩 短期集中予防サービス終了後の対象者のフォローアップは行っていますか？

短期集中予防サービスを卒業された方々が3ヶ月後、半年後や1年後にどうなっているか、状況把握から行ってみてはいかがでしょうか？介護サービス利用や医療レセプトのデータからの定量的把握に加え、地域包括支援センターなど地域で活動している方々が持っている情報も聞いてみましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 3 いまの事業を継続？ or 見直し？ 71ページ

対話例 短期集中予防サービスを実施する事業所側の実情は把握している？

事業所は採算が成り立たないとサービス品質に力を入れられないため、事業成果に影響します。実施したいこと・してほしいことのみでなく、相手方の状況も踏まえて検討する視点も大切にしましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 4 わがまちの地域づくりのストーリーを構築 73ページ

大事な視点

短期集中予防サービスにおいて成果を出すために委託先に求めること、そして、委託先も事業所として継続可能な条件であること、といった観点から考えていきましょう。

必要な方にサービスを届けるための提供体制の視点

- ・ 各圏域の見込み利用者数に応じた事業所立地・送迎・定員の設定
- ・ 事業所設備、専門スタッフの確保（リハ職等含む）など

成果を出してもらうためのサービスの質の確保の視点

- ・ 専門職のスキルや介護予防、短期集中予防サービスに対する理解度
- ・ アプローチ、プログラムの内容
（地域の実情やターゲットとする利用者像に応じて多様で柔軟なデザインをしてもよい）
- ・ 想定する改善率 など

事業所としての継続可能性の視点

- ・ 見込み利用者数、稼働率、費用(単価) など

なお、委託内容がサービスとして実装できない場合には、市町村が直営で実施することや地域リハビリテーション活動支援事業等を用いて、想定する内容を実施することも検討しましょう。

対話例 事業所が前向きに受託してくれるようなデザインができているか？

「短期集中予防サービスは赤字だが地域貢献」と腹をくくって事業をしてもらっているようなケースもありますが、このような状態では長続きや成果が見込みづらいものです。採算がとれる利用者数・稼働率を実現できる事業をデザインすること、そして、短期集中予防サービスを実施することが地域で誇れるような市町村からのアピール・広報なども大切になってきます。

各論 / どうして総合事業の多様なサービスの中で、短期集中予防サービスを作った方がよいと言われるのでしょうか？ 102ページ

次の一歩 現在の潜在的な対象者の総数と、実際に短期集中予防サービスを利用している人数にどれくらいギャップがあるか把握してみましょう。

短期集中予防サービス開始時から時間が経つと、当初想定とは異なる利用者数・稼働率となっていることが多くあります。それは関係者のどこか（誰か）に負担をかけているということでもあり、事業見直しが必要なポイントかもしれません。一度検証してみましょう。

各論 / 短期集中予防サービスの見込み利用者数を算定する方法を教えてください 108ページ

対話例 このサービスが誕生した背景をまず確認しよう

身の回りの動作は自立していても、買い物や調理など生活行為がしづらくなっている方々にもとの暮らしを取り戻してもらうために用意されたサービスです。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景） 100ページ

大事な視点

例えば、靴が履きづらい、調理がしづらい、浴槽にまたいで入るのがつらい、といった何らかし生活のしづらさを抱えている（生活機能が低下している）方が、短期集中予防サービスの対象となります。

そして、一定期間サービスを受けられる状態にあるか、専門職の指導を実行できそうか、その結果として生活のしづらさを具体的に解消できて生活機能の向上が見込めるかといったことを、以下のような具体的な観点から整理・定義していきましょう。

主な整理ポイント

- 主に抱えている疾患（進行性の病気か否か、認知症の有無等を含む）
- 認知症高齢者の日常生活自立度がどの程度か
- 障害高齢者の日常生活自立度がどの程度か
- 心身の状態がどれくらい安定しているか
- 関節の痛みなど運動・活動制限の有無など

対話例 対象者のイメージを連携する関係者と共有できていますか？

地域包括支援センター、短期集中予防サービスの事業所などが短期集中予防サービスの対象者像を共有できていないと、「対象者がいない」「つないでもらったが利用継続ができない」といった課題につながりやすいので、関係者間での目線合わせが大切です。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 2-A “高齢者”って誰のこと？ 65ページ

次の一歩 地域包括支援センターと具体的な基準を作成していこう

サービス利用の入口として介護予防ケアマネジメントを担う地域包括支援センターと一緒に、基準となる対象者の定義・整理表をつくってみましょう。

各論 / 市町村や地域包括支援センター窓口での相談対応で工夫できることがあれば教えてください。 94ページ

対話例 対象者の定義は明確になっていますか？

見込み数を検討するには、その対象の定義がまず明らかになっていることが必要です。

各論 / 短期集中予防サービスの対象となりうる方を具体的に定義する方法を教えてください 107ページ

大事な視点

短期集中予防サービスの事業を開始・見直しする際には、利用者数の見込みが必要となります。

見込み利用者数の試算手順

- ① これまでの介護予防ケアマネジメントの実績から、短期集中予防サービスに適する状態像の人がどれだけいたかをみてる
- ② その方々がこれまでの認定者数に対してどれくらいの割合だったかを算出する
- ③ 直近の認定者数にその割合をかけることで、現時点で短期集中予防サービスの対象になりうる方の見込み数を把握する
- ④ 新規申請のペース（想定人数）にその割合をかけることで、今後新たに短期集中予防サービスの対象になりうる方の見込み数を把握する

対話例 介護予防ケアマネジメントの実績や内容を把握していますか？

介護予防ケアマネジメントは短期集中予防サービスの土台となるものですし、このような事業デザインのための情報の宝庫です。データとしての把握や、普段から地域包括支援センターの生の声を聞くといったことを意識しておきましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 2-A “高齢者”って誰のこと？ 65ページ

各論 / 保険者として地域づくりを進めるにあたって介護予防ケアマネジメントの実績はどのように活用できますか？ 86ページ

次の一歩 わがまちの見込み利用者数を試算してみよう

上記の算出手順をもとに、わがまちでの見込み数を試算してみましょう。もし対象者の状態についてのデータがしっかり蓄積できていなければ、基本チェックリストやアセスメントツールの活用や工夫を検討してみましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 4 わがまちの地域づくりのストーリーを構築 73ページ

利用者数算定の事例

生駒市における具体的な利用者数試算の事例が紹介されています。

 [生駒市、生駒市における総合事業の取組について](#)

対話例 短期集中予防サービスの対象となるフレイルの三要素を知っていますか？

フレイルには身体の虚弱、こころ/認知の虚弱、社会性の虚弱の3つの側面があり、この三要素に対するアプローチを行うことが大切です。関係者の共通理解にいきましょう。

総論 / 介護予防の対象となるのはどんな方ですか？ 19ページ

大事な視点

短期集中予防サービスの事業をデザインする際には、以下の要素を反映したプログラムを提供できているかという視点をもつことが重要です。

- なぜ生活のつまづきが出てくるのか、どうすべきか、といった介護予防教育へのアプローチ
- またもとの生活に戻れるんだという**自信や意欲**を取り戻してもらうアプローチ
- 自身の状態に気付き、自ら行動を起こせるセルフマネジメントを身につけてもらうアプローチ
- 口腔・栄養・運動へのアプローチ
- ADL、IADLなど活動へのアプローチ（自宅や外出先など実地での指導含む）
- **社会参加**へのアプローチ（通いの場の見学や、実際の参加体験を含む）
- 実際の自宅の環境で生活行為ができるのかどうか確認する自宅環境へのアプローチ

対話例 事業所が意欲や社会参加にどうアプローチをしているか知っていますか？

上記の各要素へのアプローチがバラバラに（もしくは一部のみ）行われていると、もとの自立した生活を取り戻していただくという目的が達成できません。今一度、委託内容や仕様書を確認し、上記の各要素の内容がどの程度含まれているか、確認してみましょう。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（必要な要素） 101ページ

次の一歩 事業所と生活支援コーディネーターの連携をデザインしてみよう

短期集中予防サービスは短期間なので、対象者の大事にしているつながりや役割が見えてきたら、早い段階でリアルな活動や社会参加の経験をしてもらい、実感を積み上げてもらうことが重要です。そのためには、短期集中予防サービスの事業所と生活支援コーディネーターなど、地域をよく知る人と対象者の社会参加について日頃から相談できるような環境づくりを行っていきましょう。

各論 / 生活支援コーディネーターが不安・孤独を感じているという声があるのですが、どうすればよいのでしょうか？ 137ページ

対話例

「卒業」の意味合いについてどのような理解をされていますか？

利用期間の終了なのか、「歩けるようになった」なのか、地域で再び役割をもった生活に戻れたのか等、関係者が同じ言葉を違う意味で使っているケースが多いです。まずはその意味合いを確認してみましょう。

各論 / 短期集中予防サービスの基本的事項を教えてください（目的・背景） 100ページ

大事な視点

介護予防ケアプラン、サービス提供内容、サービス終了に向けた支援（地域資源含む）などのいずれかに、またはそれぞれに不具合があることが考えられます。

検証の視点

- 目標設定がずれている（地域での望む生活の実現になっていない）
- 対象者の選定がずれている（改善が難しい方、継続支援が必要な方等）
- サービス開始時に、本人および家族にサービス提供期間（終了）についてちゃんと説明していない（できていない）
- 利用中から終了後の生活をイメージした段階的準備・支援をしていない
- プログラムの内容が短期間に終了できるものになっていない
- 本人の意欲を引き出せておらず専門職の介入に依存させてしまっている（終了が不安）

対話例

地域包括支援センターや事業所は、開始時に短期集中予防サービスの目的について同じ内容、同じメッセージ、同じ温度感で対象者に伝えることができますか？

各関係者が各々の解釈で短期集中予防サービスについて伝えると対象者はよく理解しないまま使い続け、終了時に卒業ができないといったことになってしまいます。規範的統合（=目指すことの共通理解）を短期集中予防サービスを行う関係者間で行い、短期集中予防サービスについて同じメッセージを対象者に伝えられるようにしていきましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

次の一歩

地域ケア会議を活用していこう

短期集中予防サービスによる改善可能性の判断に迷う場合の受け入れ検討や、サービス終了に向けた地域へのつなぎ先の検討などにおいて、地域ケア会議を活用して専門職や生活支援コーディネーター等から助言を得て、短期集中予防サービスの成果につなげていきましょう。

各論 / 地域ケア会議の基本的事項を教えてください（目的・意義） 144ページ

対話例 短期集中予防サービスの利用によって、利用者・家族・関係者は何を望んでいますか？

短期集中予防サービスの効果を信じられないのは、実際の体験がなかったり、自分が得たい成果とは違うものに感じていたりするからだと考えられます。相手の思いも聞きながら、対話を通して意味合いを伝えていきましょう。

総論 / 総合事業で元気になった方の事例動画 9ページ

大事な視点

直接の体験がない方々には、サービス**利用前後の変化を分かりやすく**伝えることが重要です。

実務的なポイント

- ・ 動画・映像はとても有効（視覚、聴覚に訴える）
- ・ 実際に利用してもとの生活を取り戻した本人が登場して、リアルに語る
- ・ 事業リーフレットなどの活用（実施内容も伝えるとイメージが湧く）
- ・ 大々的な広報の実施、元気になった方を特集
- ・ 民生委員、老人クラブ、自治会などへの出前講座の実施
- ・ 介護予防講演会やフォーラムの開催で事業で元気になった人の紹介などPRを実施
- ・ 介護予防ケアマネジメント研修で事業効果を共有する場を持つなど

※ 説明者が、適切な対象者の状態像や、サービス内容、事業趣旨などをしっかり理解しておくことも前提として必要です。

対話例 変化とはどのようなことでしょうか？

対象者が具体的にどう変化したかを整理して伝えるといいでしょう。（例：歩行距離、自宅での入浴状況・バスの乗降が可能・家事の再開、表情・声、服装、活動/社会参加などの変化）

総論 / 介護予防の対象となるのはどんな方ですか？ 19ページ

次の一歩 利用の前後比較が端的に分かる資料を作ってみましょう

最初から動画や凝った資料を作ろうとはせず「何がどうなった」と端的に変化が伝わる資料を作ってみて、実際の利用者や家族、関係者にみてもらいフィードバックを得てみましょう。

総論 / 総合事業で元気になった方の事例動画 9ページ

利用者の変化を紹介した動画

厚生労働省のHPに奈良県生駒市の短期集中予防サービス紹介動画があり、そのなかで利用者の変化が非常に分かりやすく効果的に伝えられています。

 [厚生労働省、【奈良県生駒市作成】通所型サービスC（短期集中予防サービス）の紹介動画](#)

対話例

いま短期集中予防サービスの事業の流れの中で病院や医療職とどのような接点がありますか？

現在の短期集中予防サービスの一連のプロセスにおいて、医療機関・医療職とのどのようなつながりがもてているか現状を確認してみましょう。

総論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 25ページ

大事な視点

入院をきっかけに体力が落ち、退院後に寝る時間が増えたり、こもりがちになってしまう高齢者もいます。骨折後の方では、退院後、「また転ぶんじゃないか」といった不安を抱えるようになり、外出を避けることで、さらに廃用が進んで要介護へと近づいてしまうということもわかっています。

なかには、医療機関が、市町村が展開している短期集中予防サービスの存在を知らず、単身・高齢者ということでデイサービス等の利用を勧めることもあるでしょう。短期集中予防サービスについて関係する医療機関に周知しておくことで、適切な対象者をつないでくれるようになります。

この連携を進めるためには、医師・看護師や地域医療連携室の担当者などに短期集中予防サービスの存在・意義を理解してもらうことがとても重要となってきます。その際、介護予防通所リハビリと短期集中予防サービスの違いを説明できるようにしておくこともポイントです。

医療機関・関係者への周知・啓発方法としては、どのような方が事業参加に望ましいのか具体的にイメージできるような素材（DVDやチラシ等）などが有効です。また在宅医療・介護連携推進会議などの場も啓発機会として活用することができます。

また、サービス提供の観点からは、リハビリ専門職の確保・協力や、短期集中予防サービス利用の適否に関する医療的見解を得るといった点からも連携が重要といえます。

対話例

高齢者は日常どんなところと接点をもっているのでしょうか？

要支援状態の方々には、疾病を持っており、通院や入院する機会が多くあります。そのため、病院が短期集中予防サービスを知らないことで、やむなくデイサービスの紹介をしている場合もあります。どんな人がこの事業の対象になるか、知ってもらうことは重要なのです。

各論 / 介護予防ケアマネジメントにおいて、医療と連携するメリットについて教えてください 95ページ

次の一歩

実際に医療機関から介護予防ケアマネジメント、そして短期集中予防サービスへとつながっている方がわがまちでどれくらいいるか、実績・データを把握してみましょう

地域包括支援センターの母体が医療機関などの場合には結びつきが強く、対象者の紹介がしやすい環境があったりします。実績・データの把握と並行して、一度、病院関係者と現状の認識について対話してみてもいいでしょうか。その際に短期集中予防サービスのパンフレットや動画を共有しサービスのイメージを深めてもらうのもよいかもしれません。

在宅医療介護連携の事例をみてる

都道府県、市町村における医療との連携事例などが紹介されています。

- 株式会社 富士通総研「令和2年度 在宅医療・介護連携推進支援事業 事業実施内容報告書」(令和3年3月)、R2年度 在宅医療・介護連携推進支援事業

対話例 伝える相手の興味・関心はどこにあるでしょうか？

「地域をよくしたい」といった関係者共通の思いもありますが、通常は個々の立場によってさらに具体的な興味、関心事項があります。それに応じて伝える内容やストーリーを適切に組み立てましょう。

大事な視点

財政当局向けであれば、事業意義（定性面）と財政的意義（費用対効果、将来の給付費削減などの定量面）の両方をしっかりと資料に落とし込みましょう。

- 事業意義の訴求においては、短期集中予防サービスのみならず介護予防の必要性や地域分析の結果なども重要です
- 財政的意義については、**費用対効果の試算結果をそのロジックとともにしっかり説明すること**が重要です
- モデル事業などで既に実施した経験がある場合には、実際の対象者の変化を動画や資料で紹介すれば共感も得られやすいです

※ 特に総合事業の費用が上限を超過している場合には、短期集中予防サービスに投資をすることで上限超過を少しずつ解消していくというケースも考えられます。しかし、制度設計を誤るとさらに費用がかさむため、慎重にデザインすることが求められます。

対話例 財政当局の最大関心事は？

財政当局はどれくらいコストがかかり、それがどれくらいの財政的インパクトとして返ってくるのか、そして試算の実現は実務面を含めて確からしいのかを知りたいでしょう。一方で説明側は将来についての完全な根拠を提示することはできません。だからこそ具体的な事業デザインや精緻なロジック・試算はもちろんのこと、他市町村の事例や、わがまちのストーリーなどを織り交ぜながら説得力を高めていくことが重要となります。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 4 わがまちの地域づくりのストーリーを構築 **73ページ**
各論 / 短期集中予防サービスの費用対効果はどのように考えればよいでしょうか？ **105ページ**

次の一歩 事業展開は仮説・検証で結果を積み上げながら段階的に進めよう

これから短期集中予防サービスを実施する場合には、スモールスタートとしてまずモデル事業を実施し、小さな範囲で短期集中予防サービスの費用対効果を算出してみましょう。実際に実施することで実務上の知見も多く得られますので、それらを活かしより効果的な事業デザインをしていきましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 5 スモールステップで実行してみる（試行事業） **76ページ**

各論

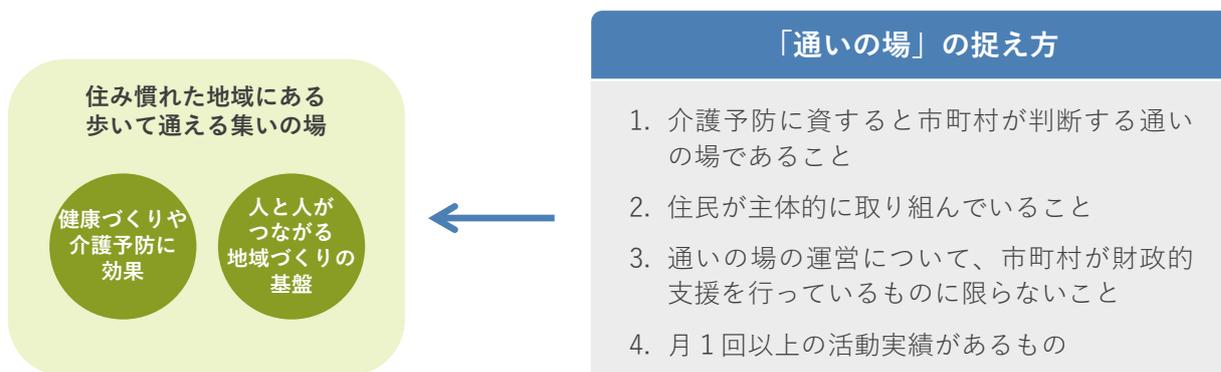
- 介護予防ケアマネジメント
- 短期集中予防サービス
- **通いの場**
- 生活支援体制整備事業
- 地域ケア会議

項目	問い	ページ
基本的事項	通いの場の基本的事項を教えてください（意義・効果）	116
	通いの場の基本的事項を教えてください（多様な場・住民主体）	117
事業デザイン	通いの場の目標（箇所数・人数など）はどのように設定すればよいか教えてください	118
	目標に向けてどのように通いの場を整備していくとよいでしょうか？	119
	通いの場の実態（ニーズや箇所数、活動状況等）を把握する方法について、教えてください	120
	通いの場の評価をどのようにしたらよいか教えてください	121
	活動拠点を確保したり通いの場を多様化させたりするために 市内連携を進める視点について教えてください	122
よくある質問	どうすれば住民主体での通いの場をもっと増やせますか？	123
	担い手不足の解消に向けてどのような取組をすべきでしょうか？	124
	通いの場への男性の参加率が低いのですがどうすればよいでしょうか？	125
	通いの場から離脱しそうな人を早期に発見し、 必要な支援につなぐ視点を住民にもってもらうにはどうすればよいですか？	126
	通いの場に専門職に効果的に関与してもらうにはどうすればよいですか？	127

なぜ通いの場が大事なのか

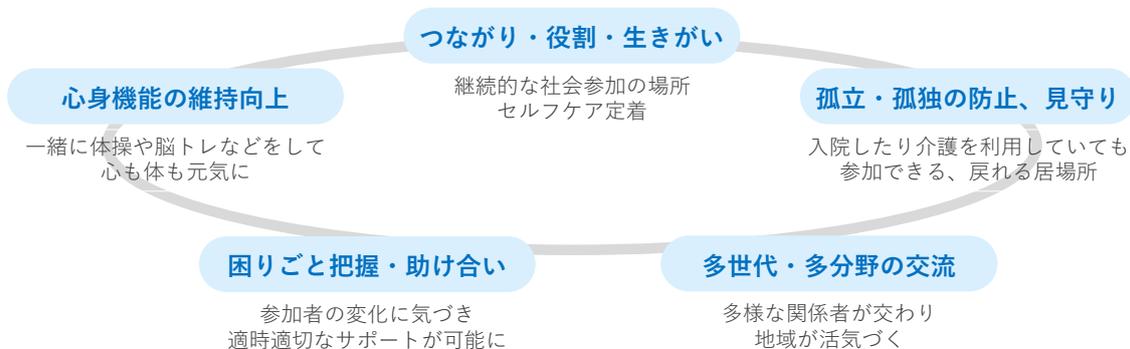
- 通いの場とは、住み慣れたわがまちの自宅から歩いて通える距離・範囲にあることが望ましいとされ、近隣の方々が集まって、一緒に体操をしたり、茶話会や趣味活動などを行う身近な居場所のことをいいます。
- 通いの場には、健康づくりや介護予防、地域の基盤づくりなどの効果があると考えられており、これまでの研究やモデル事業によって、趣味・運動・ボランティア等のグループに参加している割合が高い地域ほど転倒・認知症・うつリスクが低いことや、同居者以外との交流が頻繁な方ほど要介護認定や認知症に至るリスクが低いこと、地域の高齢者の概ね10%が週に1回以上通いの場に参加している地域は要介護認定率が下がってくることなどがデータとして見えてきています。
- 市町村が地域づくりを進め、高齢者に地域での自分らしい暮らしを続けてもらうためには、この通いの場の持つ機能・効果がとても重要なため、総合事業のなかの一般介護予防事業において、地域介護予防活動支援事業として通いの場の活動・展開を支援していくことが期待されています。また国も通いの場の捉え方を明確にして、その類型や事例を示すことで、地域に多様な通いの場が展開されることを後押ししています。

<通いの場とは>



出典：厚生労働省、通いの場の類型化について（Ver.1.0）（令和3年8月）

介護予防や地域づくりにつながる通いの場の効果

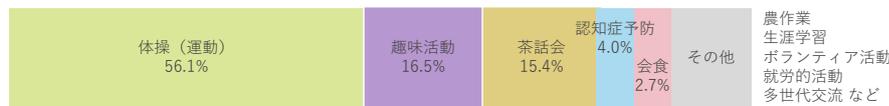


どのような通いの場が必要なのか

- 通いの場は、その運営者、場所、活動内容によって多様なものが存在しますが、活動内容で多いのは、体操、趣味活動、茶話会などです。
- しかし類型や現状はあくまで参考です。地域の実情も高齢者のニーズも多様であるため、通いの場も、そこに暮らす住民自身が望むものを形にしていくことを支援するという視点が重要です。



出典：厚生労働省、通いの場の類型化について（Ver.1.0）（令和3年8月）



出典：厚生労働省、「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果（概要）」

住民主体の通いの場を支援する

- 通いの場で介護予防に主体的に取り組んでもらうためには、住民の方々への啓発普及が大事です。老いるとどのようなことに困るのかを伝えて問題意識を引き出す、そして、それを防ぐためにはどうすればよいのかといった予防の取組みの必要性を理解してもらい、といった働きかけをして住民の方々を動機づけていきましょう。
- そのような通いの場が増え、人のつながりが生まれることで、参加者同士の見守りや認知症の早期発見などの支え合いが生まれてきて、地域づくりにつながってきます。通いの場により自分たちも元気になり、地域も元気になる、という効果も住民の方々と共に共有していきましょう。

他の事業とも連動させながら地域づくりを進める

- 通いの場は、総合事業の短期集中予防サービス利用後の受け皿（地域での参加の場）として活用できたり、通いの場から把握された地域課題を協議体で検討して必要なネットワークづくりにつなげたり、といったように、他の事業と連動することで地域包括ケアシステムの推進に役立てることができます。
- 通いの場のもつ機能・効果を理解し、通いの場の充実・活性化を効果的に支援することで、地域づくりを進めていきましょう。

対話例

わがまちには既にどれくらいの通いの場がありますか？

通いの場の目標を考える際には、まず現状把握がどれくらいできているか確認しましょう。通いの場への取組状況は市町村によって様々ですので、その進捗によって目標の定め方や水準も変わってきます。

各論 / 通いの場の実態（ニーズや箇所数、活動状況等）を把握する方法について、教えてください 120ページ

大事な視点

通いの場は「自宅から歩いていける範囲にある場所」が望ましいことを考えると、市町村の地図に対して、住民の居住エリアがまずあり、そこに現在すでにある通いの場をマッピングしてみると、空白地帯が見えてきます。この空白地帯に通いの場をつくっていくことが箇所数の目標となってきます。

そのうえで、参加人数については、各居住エリアの人口密度（どれくらいの高齢者がいるか）と参加率から考えます。国は介護予防に資する住民主体の通いの場の推進にあたって高齢者参加率を2025年までに8%とすることを目指していますので、目安として知っておきましょう。

ただし、通いの場も介護予防や地域づくりの観点からは手段のひとつですので、**地域の実情と高齢者の実態を踏まえて目標を考える視点を大事にしましょう。**

例えば、各地域によって、また同じ市町村内でも、高齢化の度合いや、住宅の密集・点在状況は違いますし、歩いて通えない過疎地や山間地ではバスなど交通機関の充足状況など、その置かれている状況は異なりますので、個々の地域・圏域の実情に合った目標を設定していく方が適切な場合もあります。

対話例

通いの場の数を増やすことが目的になっていませんか？

通いの場がまだ少ないと認識している市町村では、箇所数を増やすことばかりに意識が向いている場合もありますが、通いの場が介護予防に資するため（手段として機能する）には、住民のニーズをもとに必要な場をつくっていく視点が大切です。

総論 / 地域づくりにおける成果はどう捉えればよいのでしょうか？ 23ページ

次の一歩

国の提示している評価指標を確認してみよう

インセンティブ交付金の評価指標などをみると、通いの場の目標を考えていくために有用な視点が得られます。わがまちの通いの場の目標設定の参考にしてみましょう。

通いの場の目標設定・指標について

目標設定の考え方や具体的な指標の例などが紹介されています。

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」（「地域づくりによる介護予防の取組の効果検証・マニュアル策定に関する調査研究事業 報告書」（平成29年3月）の一部）、H28年度老健事業

厚生労働省、これからの地域づくり戦略 3部作（1.0版）（平成31年3月）

対話例 まず通いの場の捉え方を確認して、目線を揃えていきましょう

たとえば公的な施設での体操教室立ち上げ、といったイメージに留まらず、介護予防や地域づくりに資するものであれば、運営、場所、活動内容など多様なものが考えられますので、まずは行政内にてその捉え方の目線を合わせておくことが大切です。

各論 / 通いの場の基本的事項を教えてください（意義・効果） 116ページ

大事な視点

まず、既に地域にあるものを活かす、という視点を持ちましょう。地域で昔から住民が行っていることでも、市町村が把握していないものも多くあります。新しい通いの場をゼロから作るという意識に偏らず、まずは地域に今どのような場や集まりがあるのかをよく知り、通いの場として捉えて支援していくことが重要です。

例えばある港町では、男性が日中に波止場に集まって雑談をしているそうです。その町役場の方はそれが通いの場とは捉えていませんでしたが、立派な通いの場といえます。

そして、新たに通いの場を立ち上げていくには、以下のようなポイントがあります。

- ・ **住民のニーズを把握**して、選んでもらえるような情報を提示する（住民がやりたいことを応援する）
- ・ 介護予防の必要性や方法などを普及啓発していく（自分ごと化により意欲につなげる）
- ・ 行政として実施できる支援内容（場所やノウハウ、資金など）を整理しておく
- ・ サポーターの養成や専門職の派遣、交流会の開催など、運営継続を支援する体制を整えていく

うまくいか不安な場合には、1箇所だけ、小さな規模から、といったように試行的に実施してみ、実際に住民からのフィードバックをもらいながら次につなげていけばよいでしょう。

対話例 住民のやりたいことをどう把握しますか？

例えば、興味関心チェックシートなども活用して、地域の方々の暮らしを知ることが重要です。例えばこの地域では書道が昔から盛んだった、といったことや、料理を続けたい人が多そうなので料理教室を勧めよう、といったヒントに繋がります。

各論 / 保険者として地域づくりを進めるにあたって介護予防ケアマネジメントの実績はどのように活用できますか？ 86ページ

次の一歩 生活支援コーディネーターなど関係者の持っている情報を集めてみよう

地域包括支援センターや生活支援コーディネーターなど、普段地域で活動している方々は住民の方々がどのようなことをやりたがっているか、どんな場所を欲しているのか、生の声を知っているはずですが、市町村がまだ把握できていない情報を集めて、通いの場の推進に向けたアイデアを広げていきましょう。

各論 / 個別課題から地域課題の解決につなげていくにはどうすればよいですか？ 153ページ

通いの場の立ち上げ要素を確認する

通いの場の立ち上げにおける検討要素を地域（場所）、団体、活動、参加者、サポーター、助成金等の観点に分けて解説されていますので、確認してみましょう。

- [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」（「地域づくりによる介護予防の取組の効果検証・マニュアル策定に関する調査研究事業 報告書」（平成 29年3月）の一部）、H28年度老健事業](#)



対話例 通いの場がもつ効果を理解したうえで、実態把握をしていきましょう

通いの場は、体操教室や茶話会などの活動拠点としてのみでなく、ひととひとのつながりや、役割の創出、見守りなどさまざまな効果をもっています。これらの視点を持ち実態をみにいくと、より多くのことが見えてくるでしょう。

各論 / 通いの場の基本的事項を教えてください（意義・効果） 116ページ

大事な視点

わがまちの通いの場の現状、実態を把握するには、地域包括支援センターや生活支援コーディネーター、民生委員、ボランティアといった地域で住民に日々触れながら活動している方々に聞いてみるのが重要です。庁内の他の課が実施しているものなどもあるかもしれませんので庁内でも聞いてみましょう。

そして、実際に現地へ足を運んでみましょう。活動実態だけでなく、住民の方々のニーズも直接聞くことができます。

実態把握の観点としては、運営主体、活動内容、参加人数などの基本的な情報ほか、参加者の性別や要支援・要介護などの状態像、認知症の有無、興味関心、困りごとなどが考えられます。介護予防や地域づくりの視点で様々な情報を得ることで、通いの場から他の必要なサポートにつなぐ、地域の課題として検討したりといった、次の取組につなげることができてきます。

一方で、多数ある通いの場の状況をつねに行政から把握しに行くことも限界があります。例えば参加者の名簿や出欠などをノートに記録してもらい、定期的に市町村に持ってきていただくことを奨励し、通いの場の発表会や交流会を開催して、その協力について表彰したり、といった仕掛けをして、実態の分かる情報を住民自ら持ってきてもらうようなことも考えましょう。

対話例 実際に通いの場から得られた参加者のニーズはどんなものがありますか？

定期的に通っている参加者の状態変化や、生活上の困りごとなど、通いの場は支援ニーズなどの把握がしやすい場所です。これまでにどのようなニーズを把握できたか、運営者などがどう協力してくれたか、など具体的なエピソードを聞いてみましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 2-A “高齢者”って誰のこと？ 65ページ

次の一歩 把握した通いの場の実態を関係者にフィードバックしてみよう

関係者に各所から集めた実態把握の情報を共有し、どんな気づきがあるか、横展開できそうな工夫やノウハウはないか、次に市町村としてどういったアクションがあった方がよいか、などを対話してみましょう。

総論 / 地域づくりにおける対話の重要性について教えてください 33ページ

対話例 目標はどのように設定していたでしょうか？

目標とした指標やその数値はどうだったか、なぜその数値水準にしたのかなどの背景や根拠が明確か、といった評価の前提となることをまず確認していきましょう。

総論 / 地域づくりにおける成果はどう捉えればよいでしょうか？ 23ページ

大事な視点

通いの場も、地域支援事業の他の事業と同様にPDCAサイクルに沿って取組を進めていくために、**評価とそれに基づく改善の取組**が重要となります。

通いの場では、箇所数、あるいは参加率などをもとに評価していることが多いと思いますが、他にも、参加していない方の参加を促す観点や、役割の創出や担い手づくりの観点などから、地域支援事業の実施要綱では、例えば以下のようなプロセスに関する指標が示されています。

- ・ 高齢者の参加促進に向けたポイント等の取組の実施状況
- ・ 対象者把握の実施状況、参加促進に向けたアウトリーチの実施状況
- ・ 担い手を育成するための研修の実施状況、有償・無償ボランティア等の推進に向けた取組の実施状況など

さらに、通いの場が目指す成果（=アウトカム）は、継続的な運動や、つながりや社会参加、支え合いなどを通じて、介護予防に資すること、つまり高齢者に地域での自立した生活を続けていただくことにあります。

そのため、参加高齢者の心身状態等がどう変化したかという効果・成果まで測定し、評価していくという視点が大切です。参加者の握力やTUG歩行テストの計測タイム、主観的健康感など、通いの場で定期的に測定を実施して、参加者にも定期的にデータをフィードバックしましょう。通いの場の発表会などを開催して、地域の通いの場の成果を住民同士で発表してもらえば、さらに介護予防の取組に弾みがつくかもしれません。

対話例 今は通いの場でどのようなデータを計測・把握していますか？

市町村の活動状況や、通いの場の開催数や参加状況、そして参加した高齢者の体力測定や基本チェックリストによる状態把握など、評価のため、そして取組の改善を検討するためには継続的なデータの把握が重要となります。

総論 / 地域づくりにおける成果はどう捉えればよいでしょうか？ 23ページ

次の一歩 通いの場で生の声を聞いてみよう

定量的なデータでの評価とともに、運営の担い手や参加者の方々がどう感じているのかといった定性的な声も重要です。取組を進めるヒントも得られるかもしれませんので、ぜひ現地に顔を出してみましょう。

各論 / 通いの場の実態（ニーズや箇所数、活動状況等）を把握する方法について、教えてください 120ページ

通いの場の効果検証について深堀りしたい方は

自治体が今後効果検証の基盤をつくっていくための考察などが記載されているので、確認してみましょう。

- ☑ [地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所「通いの場の効果検証に関する調査研究事業 報告書」](#)（令和 3年 3月）、R2年度老健事業

対話例 日頃から他部署との情報共有・交換をしていますか？

同じ庁内で地域のために働いていても、担当が違うとお互いの事業内容や、やりたいこと・課題感などを知らないことも多いようです。連携の土台は、まず人間関係から。日常の雑談からでも、お互いの業務・事業のことを共有する意識をもちましょう。

総論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 25ページ

大事な視点

地域の状況は様々で、そこに暮らす高齢者のニーズも多様なため、必要とされる通いの場も多様です。

通いの場の場所や活動内容、運営者などは様々であり得ることを考えると、高齢者に関係する担当課だけではなく、庁内の他部署の活動を知り、連携をしていく視点が必要となります。

例えば、住宅関係の部署と連携による空き家の有効活用、商工・観光の関係部署との連携によるショッピングモールや商店街の空きスペースの活用などが可能になるかもしれません。

また、福祉部局との連携で、通いの場で月に1回フードロスやリユースの日を設けて、自宅で余っている食材等を持参してもらい、子ども食堂や困窮家庭への食料支援等に活用してもらうことも考えられます。こうした**双方向でメリットのある連携**が構築できれば、1つの担当課だけでは難しいと感じていた、通いの場の充実・多様化が進んでくるかもしれません。

対話例 自分たちのできること・足りないもの、などが認識できていますか？

連携が成り立つためには、双方がwin-winになれることが必要です。そのときに、自分たち側が相手の部署（のしたいこと）に対してどういう貢献ができそうかといったことや、単に通いの場をつくりたいではなく「こういうことをしたいがこの部分が足りない」といったことがクリアになっているほど、お互いがメリットを感じやすく、連携に繋がりがやすくなるといえます。

総論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 25ページ

次の一歩 他市町村の事例を参考に、できそうな連携を考えてみよう

通いの場では多くの事例が公開、共有されていますので、同じような連携の取組が展開できないか、検討して連携先の担当者に一度話を聞いてみましょう。そしてまずは小さなことから具体的な連携アクションを始めてみましょう。

対話例 思い通りに立ち上げが進まない理由を分析してみましょう

目標に対して通いの場の立ち上げが進まないなどの課題がある場合には、まずその原因を分析して打ち手を考える意識が大切です。介護予防の必要性が理解されていないのか、住民がやりたくてもノウハウや支援が足りないのか、行政と住民の対話機会が足りていないのか、など原因を探ってみましょう。

総論 / 地域づくりの進め方を教えてください 20ページ

大事な視点

通いの場は住民の居場所であり、生活の一部です。住民の方々の「やりたい」「こうしたい」という意欲を引き出せれば、自分たちの居場所や活動を自らづくり、発展させていってくれます。

そのきっかけをつくるためには、住民向け説明やリーフレットなどで、社会参加の大切さや介護予防の必要性、支え合いができることで自分たちが安心して暮らせる地域ができる、地域がよくなるなどの効果や必要性を、地域背景やエビデンス、お金の面なども含めてストーリーとして伝え、普及啓発していくことが何より重要です。必要性を理解してくれれば、やってみようと言ってくれる方も増えるはずです。

そして、活動内容も、体操教室ありきで話を始めるといった進め方ではなく、住民が望む趣味や交流などを主体に組み立てて、その前後に少し体操の時間を加えてみる、といった工夫をすることで継続がしやすくなったりします。行政は、住民に一方的に「お願いする」のではなく、通いの場を支える黒子として、主役である住民の気持ちを大事にし、やる気を出してくれた住民の方々の後方支援をしていくという姿勢を持ちましょう。

対話例 市のビジョンは住民に伝わっているでしょうか？

住民は、どんなビジョンで地域をよくしていきたいと考えているのかといった、行政のビジョンや本気度をみえています。通いの場の必要性などの他、行政の思いも含めて、対話の機会を持って関係をつくっていくことが大切です。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

次の一歩 まずはひとつの立ち上げに市町村として丁寧に伴走してみよう

住民の中で1人でもやりたいと思っている方がいたら、市町村としてどうすれば実現するか、一緒に考え、仲間づくりや活動内容までサポートをやり切ってみましょう。立ち上げの経験があれば、一緒に立ち上げた住民の声も含めて、他の住民の方々にも共感してもらえるような事例を語るすることができます。

総論 / 伴走支援の関わり方で心がけたいことは？ 32ページ

総論 / 地域づくりにおける「ひとづくり」の重要性について教えてください 34ページ

対話例 そもそも参加者が減っていたりもしますか？

ある程度参加者がいれば、その中から新たな担い手が出てきてくれる可能性も高まります。もし通いの場に来る方自体が減っていたら、参加者の状況やニーズが変わってきている可能性もあるので、その地域の実情をしっかりアセスメントしましょう。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 2-A “高齢者”って誰のこと？ 65ページ

大事な視点

通いの場の担い手が高齢化していたり、コロナ禍で運営が大変になったりしたことで、次の担い手が見つからない通いの場も多いです。

具体的な取組として、介護予防フォーラムや講演会、ボランティア養成等を地道に実施し、新たな担い手を発掘することを継続的に行いましょう。また、担い手の方々が運営方法、参加者の管理、資金などでの心配が少しでも減るような研修や資金支援など、継続的なサポートを行いましょう。ボランティアポイントなど、活動の後押しになるような制度面での環境支援も大切です。

そして、行政が地域づくりを進める中で連携する様々な関係者、例えば、民生委員、福祉推進員、認知症地域支援推進員、社会福祉協議会、生活支援コーディネーターなどの方々に声をかけ、運営の補助をしてもらったり、今後の運営を一緒に考えてもらったりして、協働してもらう視点も重要です。他にレクリエーション本やDVDなどの媒体をうまく活用するなど、運営の負担軽減に努める視点も大切です。

さらに、リーダー的な方がいなくてもできる、身軽・気軽・手軽な方法で展開できる通いの場の創設も意識しておく必要があります。

対話例 参加者にも役割を担ってもらっていますか？

参加者がお客さんとならずに、何か役割を担えるような工夫や場作りを普段からできているでしょうか。例えば、通いの場の鍵開けを頼んでみる、といったように運営者の役割を参加者にも少しずつ手伝ってもらうことでその後の担い手不足解消につながります。

次の一歩 リーダー的存在がいなくても成り立つ場を考えてみる

活動の内容をシンプルにしたり、役割を参加者で分担する仕組みに変えたりといった工夫を参加者と一緒に考えていくことで、担い手の負担を減らしたり、参加者のみで継続できたりするような通いの場づくりにもチャレンジしてみましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

ボランティアポイントについて学ぶ

ボランティアポイントについて詳しく説明されているので、参考になります。

 厚生労働省、「ボランティアポイント 制度導入・運用の手引き」（令和3年3月）、R2年度介護予防活動普及展開事業



対話例

その地域の男性高齢者の生活実態はどのような感じでしょうか？

通いの場に来ていなくても、農作業など別の役割をもって自立した暮らしをできているかもしれません。通いの場も介護予防の観点からはひとつの場（ツール）ですので、より柔軟・広範な視点でその方々の地域での自分らしい暮らしを考えましょう。

大事な視点

男性の場合、仕事に代表されるように、**やることや役割が明確な方が社会参加に積極的になりやすかったり**、学ぶことや自分の得意分野を他人に伝えることに喜びを感じたりといった面があります。また、女性の参加者が多い教室等へは参加しづらく感じる方もいます。これらを意識して通いの場や、そこでの役割をデザインすることが効果的な場合があります。

例えば、「男の料理教室」「囲碁・将棋ができる場」「仕事の経験を共有してもらおう」「ナイトデイ」などです。

定年退職後も学び続けたい男性高齢者を対象として、生涯学習と絡めて「老化の仕組みと自分の体を知る講座」などで介護予防等について知識を得てもらい、さらにその知識を地域のために活かしてもらえませんか？と声をかけて、次は介護予防ボランティアや体操指導員といった役割で通いの場を巡回してもらおう、といったような働きかけができれば、参加者増加や担い手不足などへの対策がひとつの流れとして行えるかもしれません。



対話例

参加者よりも、担い手の視点で見ると可能性が広がるかもしれません

会場の鍵の開け閉め、出欠名簿の管理、運動器具の移動、など具体的な役割がある方が参加意欲を引き出しやすかったりします。また、草刈りや大工仕事など、得意なことがあれば複数の通いの場に関わってもらうこともできるかもしれません。



次の一歩

仕事に関連した男性の関心テーマを探ってみよう

男性高齢者の多くはそれまで仕事を通じて地域を支えてきてくれているはずですが、これまでどのような仕事をされていたのか「してきたこと」などを知ることが男性の参加意欲へのヒントにつながるかもしれません。

茨城県利根町の事例

定年男性のためのボランティア講座と健康プラザのシルバーリハビリ体操が結びついて、高齢者のための指導士が生まれた事例です。

 [厚生労働省、これからの介護予防](#)

対話例 なぜその視点が大事なのか、住民目線で伝えましょう

孤独・孤立の防止や、支え合いの基盤、といった通いの場の機能や効果は、行政の目線で整理した表現となっています。それがなぜ大事で、具体的にどのようなことをしてくれたらその役に立つのか、といったことを住民目線で伝えましょう。

大事な視点

通いの場は、自宅から通える身近な居場所として、住民の生活の一部を構成しています。参加者同士も顔見知りとなり、お互いの日常について言葉を交わすので、腰や膝が痛くなったといった自分たちの体の変化や、認知症状の変化、そして誰が最近来なくなった、といった住民同士の情報が会話のなかで自然と把握されています。

これらの情報は、行政として、早期に必要な支援やサービスにつないだり、自宅訪問して状況を確認したりといった対応をするためにとても貴重な情報であり、通いの場の運営者をはじめ住民の方々にもそのことを理解して、提供してもらえることが重要です。

そのためには、認知症状が出てきた方の特徴を講座で伝えたり、定期的に基本チェックリストを行いその意味合いを伝えるといった普及啓発、そして、**例えばこんなことがあったら（こんな方がいたら）教えてくださいね、**といったような住民の方々への声掛けなどをしていくことが大切です。

対話例 通いの場の定期巡回はされていますか？

住民の方々へ声をかけて、支援に必要な情報を行政へあげてもらうためには、行政や関係機関が通いの場を定期巡回しておくことが効果的です。通いの場に顔を出し、最近どうですか？気になることありませんか？といった声掛けをしていきましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

次の一歩 住民からの連絡で効果的な支援につながった事例を共有していこう

実際に自分たちの地域であった事例をもとに、どんなことがきっかけで住民の方が支援の必要な方に気付き、行政とどう連携したか、その方はどう助かったか、といったことを住民の方々に共有しておくことで、支援につながる重要性をイメージしてもらえるのではないのでしょうか。

対話例 どのような通いの場があるのか把握したうえで検討しましょう

通いの場は地域の実情や高齢者のニーズにより様々なものがあるので、専門職の関わり方を検討するためには、どんな方々が何人ぐらい参加しているのか、普段の活動内容は、といった実態把握がまず重要です。

各論 / 通いの場の実態（ニーズや箇所数、活動内容等）を把握する方法について、教えてください 120ページ

大事な視点

通いの場は高齢者の方々の地域での日常生活の一部なので、専門職がそこに出向いて活動することで、健康づくりや介護予防、人のつながりを通じた地域づくりを効果的に行うことができます。例えば、

- 保健師が加齢に伴うリスク、介護予防・認知症予防の大切さなどの講話をして普及啓発につなげる
- 理学療法士が関節疾患との付き合い方を伝えたり、運動方法・体操などの指導を行う
- 管理栄養士が免疫力アップのための食事や、水分・たんぱく質摂取の重要性などを伝える
- 歯科衛生士が口腔衛生や義歯調整の大切さなどを伝える

など様々考えられますし、リハビリ専門職が定期的な参加者の体力測定や基本チェックリストによる評価等を行い、生活機能が低下している方を早期に発見することで、地域包括支援センターと連携して効果的な介護予防ケアマネジメントにつなげることも可能となります。

なお、専門職が通いの場に出向くことで、住民から「もっと来てほしい」といった声が増えてしまうこともありますが、専門職派遣には予算もかかりますし、あくまで運営主体は住民であることを意識して、**役割を明確にして関わってもらう**ことが重要です。

対話例 専門職の役割が曖昧になっていませんか？

できることは自分たちでやってもらうことが重要です。例えば、体力測定でもボランティアの方に実施方法を教えてできるのであれば、リハビリ専門職が実施し続ける必要はありません。役割と目的を明確にしてピンポイントで効果的に関わってもらうよう意識しましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

次の一歩 他の事業との連動を考えてみる

- 例えば、面積の広い自治体で送迎が困難なために通所型の短期集中予防サービスが行えないような場合には、利用者に通いの場に集まってもらって、そこに訪問型でリハビリ専門職が訪れて指導を行う、などの工夫が考えられます
- 専門職が不足している地域では、地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、通いの場をオンラインでつなぎ、専門職がミニ講話をするなど、一人の専門職を複数の拠点で共有する工夫なども考えられます

各論

- 介護予防ケアマネジメント
- 短期集中予防サービス
- 通いの場
- **生活支援体制整備事業**
- 地域ケア会議

項目	問い	ページ
基本的事項	生活支援体制整備事業の基本的事項を教えてください（目的・意義）	130
	生活支援体制整備事業の基本的事項を教えてください（SC・協議体）	131
事業デザイン	生活支援体制整備事業は、どのようなことが実現できる事業でしょうか？	132
	生活支援体制整備事業を効果的に進めるために、この事業をどのようにデザインしていくのがよいのでしょうか？	133
よくある質問	生活支援コーディネーターの役割について教えてください	134
	生活支援コーディネーターは地域でどのように活動するのがよいのでしょうか？	135
	生活支援コーディネーターが心がけておきたいポイントはありますか？	136
	生活支援コーディネーターが不安・孤独を感じているという声があるのですが、どうすればよいのでしょうか？	137
	協議体の役割・実施内容について教えてください	138
	協議体が形骸化しがちなのですが、どうすればよいのでしょうか？	139
	生活支援コーディネーターの活動や地域づくりの意義を住民に知ってもらい、参加や協力を呼びかけていくにはどのような方法がありますか？	140

生活支援体制整備事業とは？

- 生活支援体制整備事業は、**法律（介護保険法）に基づき保険者である市町村が実施する事業**です。
- 介護保険法には、「被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業」とされており、財源として、社会保障充実のための消費税増税分が充てられています。
- 少子高齢化・人口減少の中で、高齢者の皆様の支援ニーズに応えるには、NPO・民間企業・協同組合など、さまざまなサービス・活動主体と“**つながる**”ことはもとより、高齢者が単にそれらを楽しむだけでなく、ご自身も参加することで、「**支える側**」・「**支えられる側**」の垣根を越えた**住民主体・住民本位の地域づくり**を進めることが重要です。
- そのためには、高齢者の皆様の、自分はこんな地域にしたいんだという気持ちを“**引き出し**”、地域にある活動を“**見つけ**”、地域の資源と“**つなげる**”ことで、活動を“**つくり・育む**”ことが求められます。
- これを**市町村が実践**するための事業が生活支援体制整備事業であり、**そのために地域に置かれる方が生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の皆様**であり、その活動を支えるのが協議体です。



SC

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置

多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進

(A) 資源開発

- 地域に不足するサービスの創出
- サービスの担い手の養成
- 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など

(B) ネットワーク構築

- 関係者間の情報共有
- サービス提供主体間の連携の体制づくり など

(C) ニーズと取組のマッチング

- 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

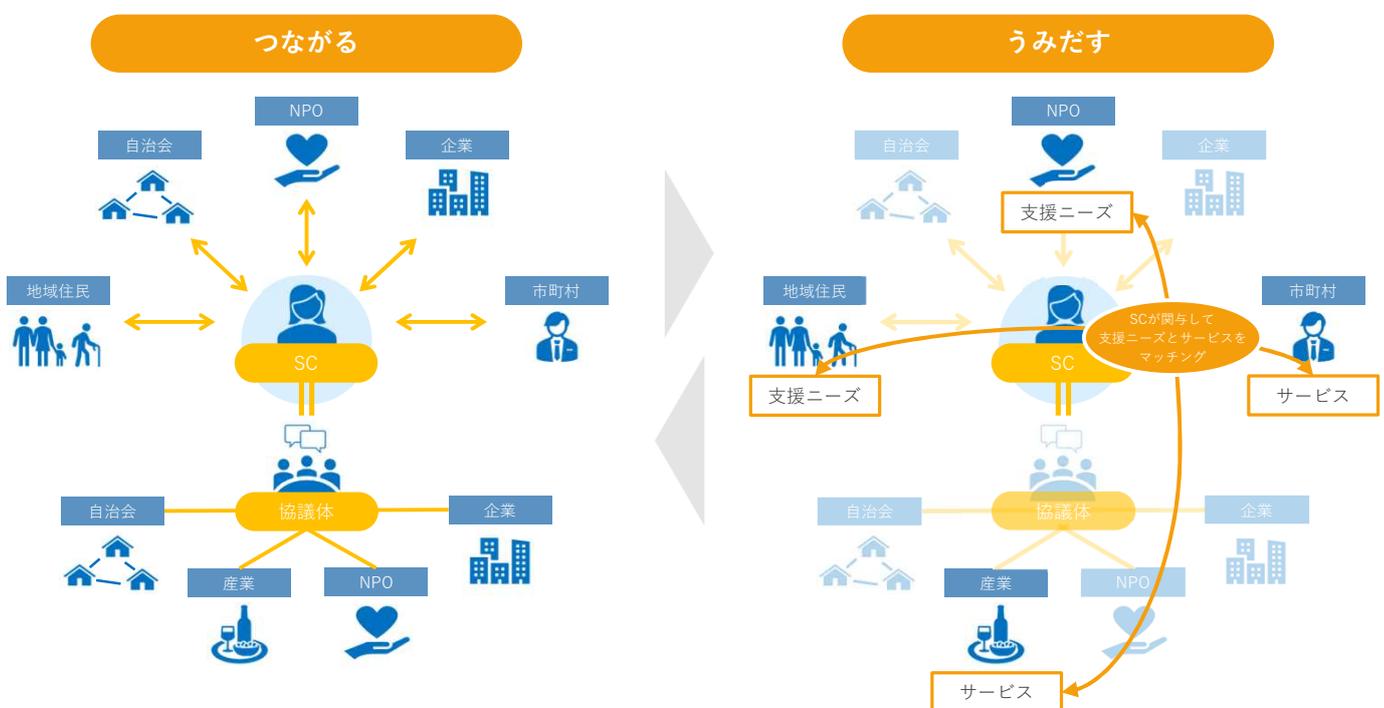
出典：厚生労働省「[総合事業の概要](#)」一部改変

地域の多様な主体



生活支援コーディネーターと協議体

- 生活支援コーディネーターの一番の役割は、**地域の高齢者の皆様の思いと地域の多様な活動を“つなげる”**ことです。そのためには、地域の高齢者の皆様のことを“知る”だけでなく、**福祉・介護の垣根を越えて地域を“知る”**ことが重要です。
- そのためには、**生活支援コーディネーターご自身が地域を“知り”、地域と“つながる”**ことが重要ですが、お一人だけでは難しいこともあるでしょう。そのため、より細やかに地域と“つながる”ことができるよう、第1層（主に市町村区域）と第2層（主に日常生活圏域）ごとに生活支援コーディネーターを配置し、複層的な“つながり”をつくる手法も想定されています。
- また、**生活支援コーディネーターの皆様と多様な地域の関係主体が同じ目線で“つながる”**場として、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体により構成される「**協議体**」を置くこととしています。
- このような、**地域を“知る”生活支援コーディネーター**が、同じ福祉・介護分野の中で活動をする地域包括支援センターや地区社会福祉協議会などと“つながる”ことは、双方の活動にとってよりよい効果を“生み出す”でしょう。
- その結果、地域の高齢者の皆様や多様な主体が、それぞれ思い描く地域の実現のために、“**つながり**”ながら、高齢者の介護予防・社会参加・生活支援と地域の多様な主体の活動とのそれぞれが**充実しながら、地域づくりが進む好循環**を生み出すことが期待されます。
- まさに、**保険者である市町村がデザインする地域の実現に欠かせない事業**といえるでしょう。



対話例 この事業の目的を確認しておきましょう

生活支援体制整備事業は、高齢者の地域での自立した生活、介護予防、重度化防止を目的として、地域を知り、地域とつながり、地域の様々な関係者・支援活動・サービスをつなげていくための事業です。

各論 / 生活支援体制整備事業の基本的事項を教えてください（目的・意義） 130ページ

大事な視点

生活支援体制整備事業では、高齢者の支援ニーズと地域の多様な取組やサービスをつないでいくことが期待されています。そのために、地域に求められる資源・サービスをつくり、関係者間の支援のネットワーク構築を進めます。それらの活動を通じて、例えば以下のように、地域の関係者に多様な価値を生み出していくことができる事業です。

- 行政にとって ... 多様な主体、多様な支援・サービスの強みがかけ合わさることで地域づくりが進展
- 住民にとって ... 高齢者の役割や参加機会の創出、介護予防、やりたいこと・望む生活の実現
- 地域包括支援センターにとって ... 地域のつながり・ネットワーク強化、介護予防ケアマネジメントや地域ケア会議の充実
- 産業にとって ... 地域づくり、共創に加わることで自身の事業の持続可能性を向上

地域には多様な関係者、活動があるため、その組み合わせに限りはなく、何かをゼロから立ち上げなくとも、さまざまな価値を生み出せる可能性があります。住民を含めた地域のあらゆる関係者がつながり、同じ方向感を持って、その**可能性を具体的に実現していくための事業**と捉える視点が重要です。

対話例 たとえば高齢者の移動支援ニーズと企業をつなげてみると？

例えば、日用品や食料品を販売している企業に、移動支援が必要な圏域に住む高齢者の買い物ニーズを伝えることで、移動販売や買い物代行など新たな活動が生み出され、高齢者も企業もwin-winの関係になれる、といった可能性があります。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 12ページ

次の一歩 いまの事業で「つなげる」ことができているか考えてみる

地域の情報を集めることや、行政・生活支援コーディネーター主導での場づくりが主な活動となってしまうはいないでしょうか？生活支援体制整備事業は地域づくりを効果的に進めるためには重要な取組です。個々の関係者がつながることに価値があり、誰かのひとりよがりでは成り立ちません。まずは、住民と生活支援コーディネーターとが対話を深めて住民の思いを引き出し、地域の情報収集や日々の活動で培ったネットワークの中からそれを実現することのできる関係者と住民をつなげることで、関係者が目線合わせをしながら地域づくりを進めることを意識しましょう。

総論 / 地域づくりにおける対話の重要性について教えてください 33ページ

新たな活動やサービス開発について例をみてる

地域で新たな活動やサービスが生み出せた例や、そのためのポイントが紹介されています。

-  [株式会社 日本総合研究所「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業報告書「高齢者の活躍と暮らしを応援する地域づくりのヒント集」」（平成29年3月）、H28年度老健事業](#)

対話例

どのような考えで生活支援コーディネーターを選んでいますか？

事業の目的を達成していくためには、どういう方が適任で、どのような活動を、どのように行っていくのがよいか、といったことを考えておくことが重要です。

総論 / 事業をデザインするとはどのような意味ですか？ 21ページ

大事な視点

生活支援体制整備事業では、地域の多様な関係者・支援活動・サービスとつながり、協働することが重要ですが、そのためには、この事業自体の推進体制を市町村がデザインしていく視点が大切です。

事業デザインのため各視点

- 行政、生活支援コーディネーターなど、この事業の推進者間で目的・意義を共有する
- 生活支援コーディネーターや協議体の果たす役割、実施内容を明確にする
- 地域の実情に応じて第1層、第2層といった各階層の対象範囲や役割を設定する
- 住民の方々をはじめとした関係者への働きかけを様々な方法により行う
- 協議体の立ち上げや運営のあり方について検討する
- 地域支援事業の他の事業との連動性を確保しておく
- 事業が効果的に推進できているか、定期的に振り返りを行う

対話例

市町村としての地域づくりのビジョンは重要です

生活支援コーディネーターは市町村だけでは行き届かない地域のニーズや資源を把握し、それらをつなげる活動を行ってくれますが、目指す地域づくりの方向性を共有できていないと、活動の軸が曖昧なまま、地域の方々と向き合うことになってしまいます。

総論 / 高齢者に元気に暮らしてもらうには？ 10ページ

次の一歩

事業の連動について確認してみよう

地域づくりにおいて「つながり」を創る役割を担うのが生活支援体制整備事業なので、当然、他の地域支援事業との連動・つながりが重要です。

総論 / なぜ地域づくりは「連動」が重要と言われるの？ 25ページ

事業の推進体制づくりについての参照情報

体制の設計、住民への働きかけ、協議体の立ち上げ・運営などが順を追って説明されています。

- ☐ 株式会社 日本総合研究所「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業報告書「高齢者の活躍と暮らしを応援する地域づくりのヒント集」」（平成29年3月）、H28年度老健事業

対話例

生活支援コーディネーターが必要な理由を押さえておきましょう

市町村が地域づくりを実践するための手段として用意されているのが生活支援体制整備事業であり、そのために地域に置かれるのが生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の方々です。

各論 / 生活支援体制整備事業の基本的事項を教えてください（目的・意義） 130ページ

大事な視点

生活支援コーディネーターの一番の役割は、地域の高齢者の皆様の思いと地域の多様な活動を“つなげる”ことです。そのために、**地域を知り、地域とつながり、地域をつなげる**ことが求められます。

地域を知る

地域の高齢者、住民の思い・ニーズを知ること、そして地域にある活動、社会資源などを分野問わず知ることが重要です。

地域とつながる

地域を知るなかで、地域の多様な関係者や社会資源とつながり、お互いの情報や知恵を共有していける関係性を築いていきます。

地域をつなげる

地域の関係者の思い、ニーズや多様な活動・社会資源をつなげることで、地域に必要なサービスや担い手、活動の場など地域が求めているものを関係者と形にしていきます。

知る・つながる・つなげるの活動イメージ

- ・ 地域の関係者や資源に関する情報を集める
- ・ 関係主体と知り合う、相談を受ける、悩みを知る
- ・ 住民・関係主体が必要とする情報を整理して伝える
- ・ 関係主体を集めたり紹介したりして、コミュニケーションを促す
- ・ 地域課題を解決する資源を紹介したり、関係主体の協働をうながす
- ・ 関係主体とともに資源充実にに向けた取組のアイデアを出し合ったり、実現のための支援を行う

対話例

これからの共創による地域づくりを担う大事な役割です

生活支援コーディネーターがその役割を果たしていくことで、高齢者の介護予防・社会参加・生活支援と地域の多様な主体の活動とのそれぞれが充実しながら、地域づくりが進むという好循環につながると考えられます。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 12ページ

次の一歩

地域包括支援センターとの連携を後押ししよう

地域を知る生活支援コーディネーターが、同じ福祉・介護分野の中で活動をする地域包括支援センターや地区社会福祉協議会などと連携することで、双方の活動がより行いやすく、効果的になっていきます。

総論 / なぜ地域づくりは「連動」が重要と言われるの？ 25ページ



対話例 自身の日常生活も活動の一部だという点も意識しましょう

生活支援コーディネーター自身もその地域で暮らす一人の住民です。普段生活するなかで気づくことや感じることも、地域をよくするための大事な情報です。

各論 / 生活支援体制整備事業の基本的事項を教えてください (SC・協議体) 131ページ

大事な視点

生活支援コーディネーターの役割である「地域を知る」ためには、どのような活動が必要でしょうか。地域を知るためには、まずその地域に暮らす高齢者がどのような思いで暮らしているかを知ることが必要です。

そのため、自治会・町内会などを訪ねてみることはひとつの有効な方策ですが、初めてお会いする方にとってはエイリアンです。はじめから何か成果を急がずに、まずは自治会・町内会がどんな活動をしているか傾聴し尊重する姿勢で臨み、ゆっくりと関係づくりを進めましょう。

高齢者の総合相談支援を担う地域包括支援センターや市区町村の社会福祉協議会もこうした地域の情報の宝庫です。生活支援コーディネーターにとっても相手方にとっても、お互いが持つ情報はお互いにとって非常に価値があるものであり、日々の連携はもとより、例えば地域ケア会議などでの連携を行うことが有効です。

そして、**高齢者の生活を支えるために「地域でつながる相手」は、介護分野の領域に限ったものではありません。**地域には様々な民間企業、協同組合、NPO法人等が活動をしており、防災・子育て・公共交通・産業振興・地域活性化などのために様々な施策が展開されており、いずれもが高齢者の皆様の生活と密接に関係しています。

地域の高齢者の中にも、これまでのご経験を活かした様々なスキルや人脈(ネットワーク)をお持ちの方が大勢いらっしゃいます。またボランティアの養成を受けていつつも具体的な活動に結びついてない方もいらっしゃるでしょう。

生活支援コーディネーターが地域を知るということは、地域の高齢者の思いを知ること・地域にある様々な資源・活動を知ることとイコールです。ぜひ、地域を知り、様々な活動に活かしてみましょう。

対話例 協議体をうまく活用しよう

生活支援コーディネーターがこうした介護分野の領域を越えたつながりをつくるための方策として、協議体(特に市町村圏域全般を見る第1層)に多様な主体の参画を促すことや、生活支援体制整備事業の実施主体である市町村が庁内連携や広域調整をリードすることなどが考えられます。

総論 / 地域づくりにおける対話の重要性について教えてください 33ページ

次の一歩 地域を知ったエピソードを共有してもらおう

生活支援コーディネーターに、最近どこに行って、誰と会ったか、どんなエピソードがあった、それらをどう解釈しているか、を聞いてみることで、その活動状況の把握や地域づくりへのヒントにつながります。

総論 / 地域づくりにおける対話の重要性について教えてください 33ページ

活動場面・場所のイメージを膨らませる

地域資源や地域の訪問先、住民との協働の仕方などを知ることで地域に出ていくイメージが明確になるかもしれません。

[株式会社 日本総合研究所「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業報告書「高齢者の活躍と暮らしを応援する地域づくりのヒント集」\(平成29年3月\)、H28年度老健事業](#)

対話例 市町村や地域包括支援センターと一緒に考えていく仲間です

地域づくりは生活支援コーディネーターだけが担うわけではありません。旗振り役である市町村や、ともに地域で活動している地域包括支援センターとは、推進チームの仲間です。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

大事な視点

生活支援コーディネーターは、地域の高齢者の方々に地域での自分らしい暮らしを続けてもらうこと、そのためにわまがちの実情に応じて地域づくりを進めていく、という目的のために活動しますが、その際に心がけておきたい姿勢・ポイントがいくつかあります。

- 関係者の主体性を第一に考える。高齢者をはじめとした住民の思い・やりたいをつなげていくことが地域づくりには大事。
- **できること、小さいことから始めて、積み上げていけばよい。**いきなり大きな課題解決に取り組まなくてもよいと考える。
- **トライ&エラーで進めばよい。**地域の方々との協働では回り道をするをもあると考える。
- 既にあるものを活かす。ゼロから生み出す必要はなく、既にある資源や関係者の強みを見出し、掛け合わせていく視点で活動する。
- 地域での活動を楽しむ。地域とつながることに喜びや楽しみを感じていれば、新たなつながりが生まれやすくなる。

対話例 地道な活動が地域づくりにつながることを共有しましょう

コーディネーターといっても住民から見れば分かりにくい存在です。配属当初は挨拶回りから始まり、誘われれば断らないという姿勢で、お祭りを含めていろいろな場所に足しげく通ってみるのが大切です。顔を出し続けて気にかけてもらい、ようやく相談を持ちかけてもらえるようになってきます。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 12ページ

次の一歩 相談からアクションへつなげてみよう

ある生活支援コーディネーターは、独居高齢女性から「夫が亡くなり一人になり寂しい。近所の人たちと集いたい」と相談を受け、地区内に集会所がなく、本人の「自宅を使ってもよい」との意向もあったことから、自宅開放サロンを立ち上げるサポートを行ったそうです。1つの声に向き合うことから始めてみましょう。

各論 / どうすれば住民主体での通いの場をもっと増やせますか？ 123ページ

対話例 生活支援コーディネーターが孤立して活動していないのでしょうか？

行政と生活支援コーディネーターの連携があまりなく、それぞれに地域づくりを進めようとする中で、住民側が戸惑っているというケースもありました。連携の現状について意識してみましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

大事な視点

生活支援コーディネーターは一人で自分の地域や圏域を担当することも多く、地域での活動にも決まった手順や方法があるわけでもないため、高齢者の方の話を聞いているだけでよいのか？何が正解なのか？自分がやっていることは必要な仕事なのか？と不安や孤独に感じてしまうケースもあるようです。

市町村としては、生活支援コーディネーターの活動をサポートし、活動を前向きに進めてもらえるような環境づくりが重要です。

- ・ 生活支援体制整備事業としての推進体制がデザインできているか確認してみましょう。
- ・ 協議体などに限らず、生活支援コーディネーターに声をかけ、相談し合える関係をつくりましょう。
- ・ 地域ケア会議への参加や、短期集中予防サービス利用者の社会参加の場の検討など、他の事業との連動がしやすくなるように他事業の関係者にも働きかけをしていきましょう。
- ・ 住民フォーラムなど、生活支援コーディネーターによる地域でのつながりづくりや事例を発表する機会を作ることで、その日頃の活動を讃えたり、新たなつながりづくりを支援しましょう。

対話例 体験を語ってもらうことは、孤独解消には効果的です

生活支援コーディネーターに日々の活動のなかで体験していることを話してもらい、その体験へのポジティブなフィードバックをしてみましょう。第三者からの声掛けは自分の可能性に気づき、次への意欲をもつきっかけとなりえます。

総論 / 地域づくりにおける「ひとづくり」の重要性について教えてください 34ページ

次の一歩 生活支援コーディネーターに助言を求めてみよう

例えば、短期集中予防サービスの利用者に関する地域ケア個別会議などに参加してもらい、その利用者の地域での暮らしのために、どのような地域の活動や資源が活かせるか、アイデアを聞いてみましょう。多くの生活支援コーディネーターは地域の多様な情報を持っているものの、その情報の活用場面に悩んでいたりします。

各論 / 短期集中予防サービスは3～6ヶ月など一定期間で卒業することが前提だと思いますが卒業できないケースが多いです。どのような要因が考えられますか？ 110ページ

事業の推進チームづくりのポイントをみてる

チームづくりを進めるコツや行政による生活支援コーディネーターへのサポートのヒントが紹介されています。

-  [株式会社 日本総合研究所「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業報告書「高齢者の活躍と暮らしを応援する地域づくりのヒント集」」（平成29年3月）、H28年度老健事業](#)

対話例 この事業の目的を確認しておきましょう

生活支援体制整備事業は、高齢者の地域での自立した生活、介護予防、重度化防止を目的として、地域を知り、地域とつながり、地域の様々な関係者・支援活動・サービスをつなげていくための事業です。

各論 / 生活支援体制整備事業の基本的事項を教えてください（目的・意義） 130ページ

大事な視点

協議体とは、生活支援コーディネーターとNPO・民間企業・ボランティアなど**地域の多様な活動主体が参加し、情報の共有や連携の強化等を図る**ことで、地域づくりを進めていくための協働の場です。

協議体の実施内容例

- 地域づくりを進めるねらいや目標を対話・共有する
- 協議体メンバーの役割を検討し、一緒に取り組む気持ちを高める
- 地域の情報（課題やニーズ、資源など）を互いに持ちより共有する
- 情報の見える化（資源リストやマップ作成）を進めたり、地域に発信する
- 具体的な地域での取組の内容や方法を検討し、実施事項を調整する
- 協議体メンバーで分担しながら、取組を実行するなど

地域の状況に応じて、第1層協議体や第2層協議体などに分かれていたり、他の協議体と連動していたりすることがあると思います。目指す地域づくりに向けて、実情に応じた開催・進め方を取り入れましょう。

対話例 地域のどんな方でも参加メンバーとして考えられます

地域づくりは介護・福祉の分野を超えて多様な関係者と行うことが必要です。地域を支えて盛り上げていく仲間という観点で、分野を問わず柔軟に参加メンバーを考えましょう。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 12ページ

次の一歩 「地域の顔」には常に情報を共有していく

地域を支えてくれている方でも、立場や状況によって協議体への参加が叶わないこともあると思います。協議体のみで地域づくりを進められるわけではないので、そのようなキーパーソンがいる場合には、協議体での議論の内容や生活支援コーディネーターの活動について常に情報共有を行い、関係をつくっておきましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ



対話例

協議体は生活支援コーディネーターの活動を補完する存在です

協議体の運営の土台は、それぞれの生活支援コーディネーターの日々の活動にあります。協議体の効果を振り返る際には、生活支援コーディネーターが役割を發揮できているか、支援すべきことはないか？といった視点ももちましよう

各論 / 生活支援コーディネーターが不安・孤独を感じているという声があるのですが、どうすればよいのでしょうか？ 137ページ

大事な視点

協議体を関係者が単なる会議体と捉えていたり、その目的や果たす機能を理解していなかったりすると、実施することが目的になったり、成果や行動につながらないといった状態になってしまいます。

効果的な協議体の開催、運営のためには

- 地域づくり、協議体の目的を参加者へ繰り返し共有していくこと
- 会議前の準備としてのテーマ設定、議論目的の確認、参加者への事前周知
- 当日の場の雰囲気づくりや進行の工夫

などの工夫が大事になってきます。

もちろん、アイデアが出なかったり、検討が進まなかったりという開催回もあると思いますが、協議体の運営方法自体も参加者がチームとして一緒に考えていく視点が重要です。



対話例

目的や意義の共有は繰り返ししていきましょう

協議体には住民や地域の活動主体など多様な立場や意見の方々が参加します。また第1層や第2層と分かれていたり、参加者が増えていったりしますので、目線合わせを常にしていくことが協議体の運営にはまず重要です。

総論 / 高齢者に元気に暮らしてもらうには？ 10ページ



次の一歩

目線を変えた意見を求めてみる

ある協議体の事例では、各圏域で住民視点と専門職視点からそれぞれ資源を出し合う検討をしたら「この居酒屋は高齢者に優しい店だ」という話に。「私は年を取ったら、そういうお店を開きたい」、「じゃあ私が飲みに行く」とワイワイ盛り上がったようです。多様な方が集まる協議体の運営例として参考にしてみましょう。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 12ページ



対話例

双方向のコミュニケーションをしていく意識が大切です

地域の方々とつながるには、お互いの思いを共有していく対話や双方向のコミュニケーションが重要です。行政側からの「お願い」のようにならないよう気をつけましょう。

総論 / 地域づくりにおける対話の重要性について教えてください 33ページ

大事な視点

地域づくりは、高齢者本人や他の関係主体に自分ごととして関心をもってもらうことが重要です。

生活支援コーディネーターがなぜ置かれていて、どのような活動をしているのか、といったことの紹介に留まらず、それらの活動が、暮らしやすい地域や介護予防・健康づくりといった形で住民の方々にどのような価値をもたらしているのか、といった住民本位の内容・伝え方を大切にしていって普及啓発していきましょう。

周知・啓発の方法例

- ・シンポジウム、セミナー、フォーラムの開催
- ・住民座談会、学習会、懇談会、茶話会の開催
- ・行政の広報誌やウェブサイト、ポスターへの掲載
- ・パンフレット、チラシの配布
- ・ケーブルテレビ、タウン誌への掲載
- ・新聞、雑誌、テレビ、ラジオでの取組事例の紹介
- ・関係団体の定例会議やイベントでの説明
- ・関連するテーマの映画上映会、イベントの開催 など



対話例

周知・啓発には当事者である住民の方々に登場してもらおうと効果的です

行政関係者が語るよりも、地域の支え合い活動など実際に地域づくりに携わっている住民の方々の声の方が同じ住民の方々には届きやすいものです。趣旨を伝え、協力してもらいましょう。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 12ページ



次の一歩

関心の高い方には協議体への参加呼びかけも検討しよう

普及啓発をして、意見や提案をくれる方がいたら、地域づくりを一緒に考えませんか？といった形で協議体などへの参加呼びかけも検討し、仲間づくりにつなげましょう。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

住民への働きかけの工夫をみている

住民への働きかけの工夫に関する事例が紹介されています。



株式会社 日本総合研究所「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業報告書「高齢者の活躍と暮らしを応援する地域づくりのヒント集」」（平成29年3月）、H28年度老健事業



各論

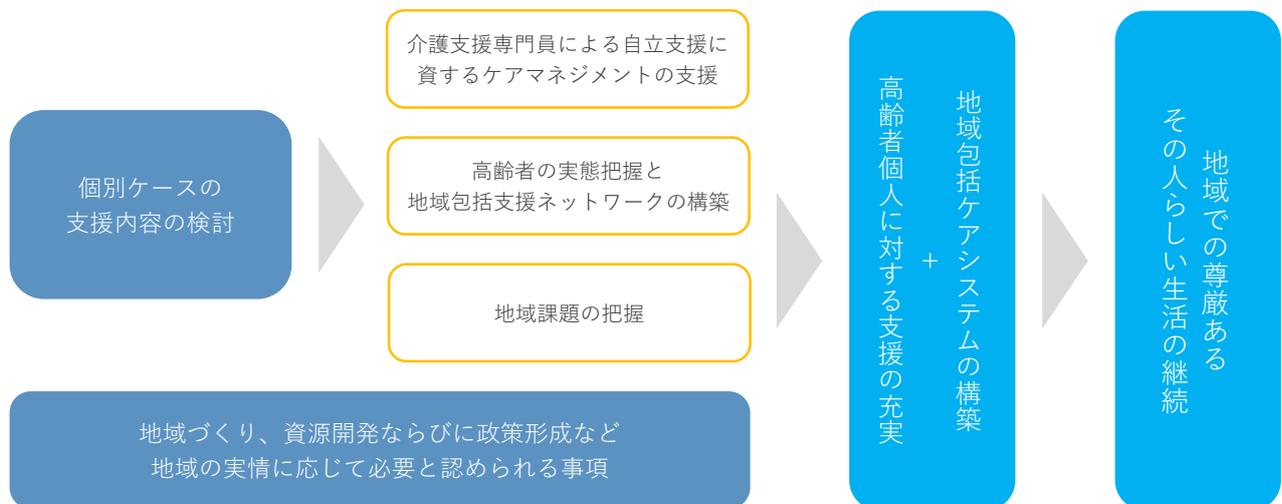
- 介護予防ケアマネジメント
- 短期集中予防サービス
- 通いの場
- 生活支援体制整備事業
- 地域ケア会議

項目	問い	ページ
基本的事項	地域ケア会議の基本的事項を教えてください（目的・意義）	144
	地域ケア会議の基本的事項を教えてください（5つの機能の発揮）	145
	地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください	146
	総合事業対象者や要支援者を対象とした介護予防のための 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください	147
事業デザイン	地域ケア会議の体系をデザインする際の視点を教えてください	148
	どのような地域ケア会議にどんな構成員が参加するとよいですか？	149
	地域ケア会議の実施は、参加者、地域包括支援センター職員、保険者、 そして住民にとって、それぞれどのような効果・メリットがありますか？	150
	地域のネットワーク構築を進めるためには、 参加者にはどのような役割が求められますか？	151
	自立支援・重度化防止を推進するためには 参加者にどのような役割が求められますか？	152
よくある質問	個別課題から地域課題の解決につなげていくにはどうすればよいですか？	153
	抽出した地域課題を その解決に向けた政策形成へつなげるにはどうすればよいですか？	154
	地域ケア会議の参加者の人材育成をどのようにすればよいでしょうか？	155
	ケアマネジャーに個別事例を出してもらえないのですがどうすればよいでしょうか？	156

地域ケア会議とは

- 地域ケア会議は、介護保険法に基づき市町村が設置し、市町村または地域包括支援センターが運営する「行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議体」です（法第115条の48）。
- 地域ケア会議の目的は、地域の多様な専門職や住民等が、個々の高齢者等の課題に関して検討することで、高齢者等個人に対する支援の充実とともに、複数の高齢者等に影響を与える地域の課題を把握し、地域づくり、資源開発、政策形成などで、その解決に向けて取り組むことによって、地域包括ケアシステムの構築を推進することです。地域ケア会議自体はあくまでそのための手段です。

<地域ケア会議の目的>



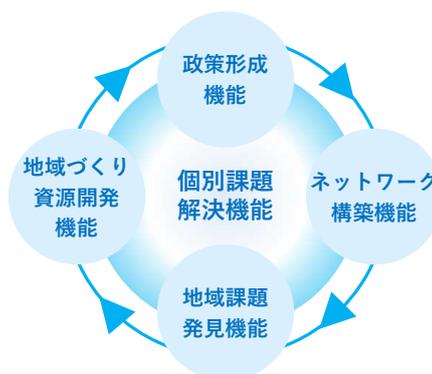
出典：一般財団法人 長寿社会開発センター「地域ケア会議運営マニュアル」（平成25年3月）、H24年度老健事業

- 地域ケア会議は開催の目的によって地域ケア個別会議と地域ケア推進会議に大別されます。
 - 地域ケア個別会議：個人の課題への対応を、本人や家族、ケアマネジャー、専門職、民生委員、自治会役員、ボランティア、NPO法人、行政職員、地域包括支援センター職員等の参加によって、多様な視点から検討することで、地域におけるその人らしい生活の継続を支援していく
 - 地域ケア推進会議：地域課題への対応等を、地域住民、専門職、行政職員、地域包括支援センター職員等が検討することで、地域づくり、地域の資源開発、政策形成等を通して地域課題の解決につなげていく
- なお、各市町村における実際の会議体やその体系については、自治体規模や地域の実情に応じて、地域包括支援センターとも協働しながら設計していきます。

地域ケア会議の5つの機能

- 地域ケア会議には、個別課題の解決機能を中心として、関係機関相互の連携を高めて地域での支援ネットワークを構築したり、個別ケースの蓄積により地域課題を発見したり、インフォーマルサービスや見守りなど地域に必要な資源を開発したり、地域に必要な取組を明らかにして政策形成をしていったりするなど、大きく5つの機能があります。
- 市町村が地域づくりを進めるにはこれらの機能を役立てていくことが重要ですが、あくまで会議体であるため、他の事業や取組との連動が必須であることにも留意しましょう。

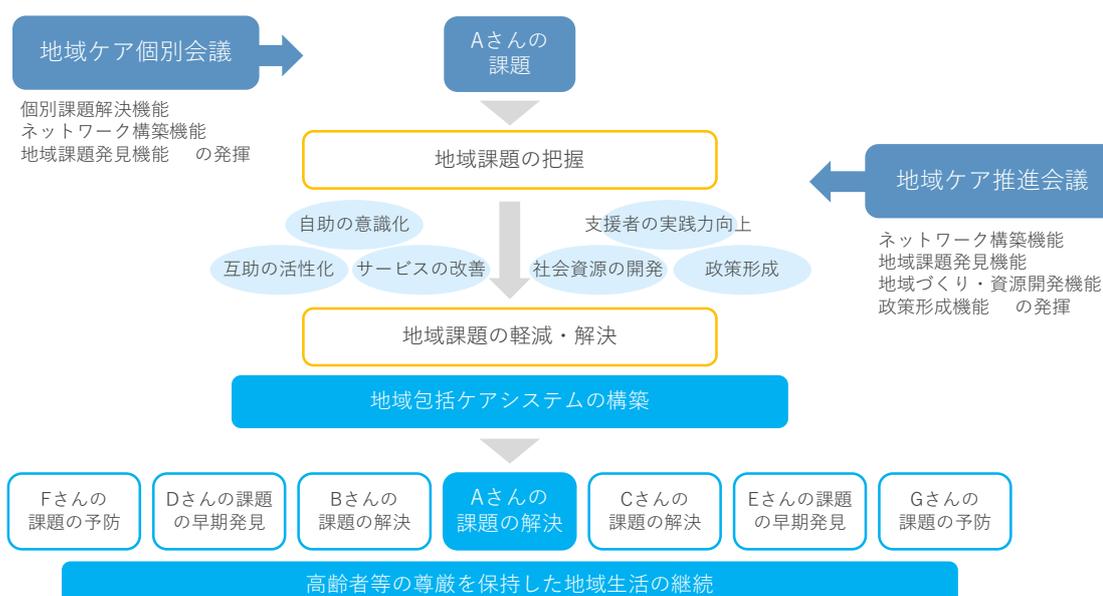
<地域ケア会議の機能>



出典：一般財団法人 長寿社会開発センター『地域包括支援センター運営マニュアル3訂』（令和4年4月）

地域ケア会議を活用した地域包括ケアシステムの推進

- 地域ケア会議の各機能を発揮して、その目的を達成していくためには、地域ケア個別会議と地域ケア推進会議を連動させることが不可欠です。例えば、Aさんに関する地域ケア個別会議から地域課題の種類を把握します。他の個別ケースの蓄積も踏まえて、地域ケア推進会議で地域課題を把握・分析、対応を検討し、地域づくり、資源開発、政策形成などを通じて地域課題を軽減・解決していきます。
- その結果、Aさんの個別課題を解決できるばかりか、同様の課題を抱えているBさんやCさんの課題も解決でき、かつ同様の課題を抱えるDさんやEさんの課題を早期に発見しやすくなります。さらに、FさんやGさんが同じような課題を経験することがないように予防することができるかもしれません。こうした循環を繰り返しながら、高齢者等が尊厳を保持したその人らしい生活が継続できる地域包括ケアシステムを構築していきます。



出典：東京都、「第3章 地域ケア会議の活用のある方」（「自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議実践者養成研修事業」文章版研修テキストの一部）（令和2年3月）

主催者側のポイント

- 効果的な地域ケア会議の運営方法を知っている
- 地域ケア会議を開催する目的・意義を整理している
- 地域ケア会議を開催することによる効果（成果）を認識している
- 効果（成果）を生み出すメンバーの参集ができています
- グラドルールを作り、心理的安全性を図っている
- 運営について、定期的に振り返る機会を内部（庁内）で持っている
- 運営について、定期的に振り返る機会を外部とも持っている
- ファシリテート技術向上のための研修会等を開催している
- アセスメント能力向上に関する研修会などを開催している
- 課題抽出しやすいように会議終了後のまとめ表を活用している
- 地域課題を共有するために協議体など他の会議体等とも連動ができています
- 地域ケア会議の5つの機能が果たせるよう体系化が図れている
- 地域に不足している資源にも着目し、資源開発やネットワーク構築の視点を持っている
- 地域ケア会議の体系（デザイン）を関係者と共有できている
- 地域課題の解決のために庁内外の連携が図れている
- 地域ケア会議の積み上げは、地域課題の抽出やネットワーク構築、資源開発、政策形成などにつながっていくため、そこに至らない場合は、会議の在り方を再検討してみる

参加者側のポイント

- 地域ケア会議の開催目的・意義・効果について理解している
- グラドルールについて理解している
- 参加する地域の特性や資源等を知っている
- 地域ケア会議での自身の役割を認識している
- 心理的安全性をくずさない雰囲気づくりや言葉を選んで伝える大切さを理解している
- 地域ケア会議に参加するメリットを感じている



多職種の専門職が持つべき視点（会議に臨む姿勢）

- 介護保険の基本理念（尊厳の保持・自立支援）について共通の認識を持っている
- 要支援者の特性（疾病の傾向、ADLやIADLの範囲、障害高齢者や認知症高齢者の日常生活自立度の範囲、フレイルや悪循環のスパイラル等）について理解している
- 残存能力や本人の強みを引き出す視点を持っている
- 介護予防の取組を実践することで、もとの生活に戻れる可能性があることを理解している
- 自立を阻害している環境因子や個人因子を探り当てる視点を持っている
- 運動・口腔・栄養といった機能の回復以外に生きがいや役割、社会参加が重要であることを理解している
- 本人の自己選択・自己決定を支援する視点を持っている
- フレイル予防や初期症状の認知症高齢者へのサポートに必要な支援を理解している

専門職の助言のポイント

- 全ての参加者が分かる表現で、具体的かつ実践可能な助言を提供する
- 本人・家族・関係者との共通理解を得るための支援をする
- 地域資源に関する確認・課題提起をする
- 現状だけでなく今後の見通しも含めた助言を行う
- 現在の介入方法を確認し、課題解決に向けた対策に関する助言を行う
- 日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する

効果的な会議にするための工夫・ポイント

- 地域ケア会議終了後に議論したケースの内容を整理し、モニタリングの時期・内容等を記載しておく
- 自立支援型ケア会議で協議した結果、自立支援につながっていったかを上記を通して評価する
- 地域ケア会議単体を考えるのではなく、介護予防ケアマネジメントの質の向上（研修等）や市民啓発（自立支援・重度化防止）、総合事業全体を考える場として捉える

対話例

ひとつの地域ケア会議だけで、目的を達成していけるでしょうか？

地域ケア会議では、高齢者個人の課題、地域の課題、資源開発や政策など様々な内容を検討するため、果たすべき機能・内容に応じて参加メンバーや運営方法などが異なる複数の地域ケア会議を設置する必要があります。

各論 / 地域ケア会議の基本的事項を教えてください（目的・意義） 144ページ

大事な視点

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの構築を進めるために活用できる手法の一つですが、地域の実情に応じ、複数の地域ケア会議を体系的にデザインすることで、高齢者個人の支援の充実や地域課題の解決などの機能を連動して効果的に発揮していくことができます。

体系デザインのための確認ポイント

- わがまちの地域づくり・地域包括ケアシステム構築に向けたビジョン（目指すもの）の再確認
- いま現在の地域ケア会議の目的・内容・果たしている機能・運営方法などの再確認
- 関連する他の会議や活動との関係、連動の整理
- 目的にそった参加者の招集とそれぞれの役割の理解
（関係者が自立支援・重度化防止、ネットワーク構築、人材育成、地域づくりなどの大事な視点を持つことを含む）
- 体系図を作成、可視化し、不足や連動しない箇所などがあればリデザインを検討など

なお、このデザインは地域ケア会議の主要な運営主体である地域包括支援センターと対話しながら一緒につくっていくことが重要です。

対話例

地域ケア会議の5つの機能のつながりを理解していますか？

地域ケア会議の5つの機能は、1人の高齢者の課題検討からスタートし、支援者の広がりや地域課題の把握へとつながり、資源開発や政策実施によって、最終的にその方の課題解決のみでなく、他の高齢者の課題解決にもなっていくというストーリーで捉えると連動がイメージしやすくなります。

各論 / 地域ケア会議の基本的事項を教えてください（5つの機能の発揮） 145ページ

次の一歩

体系図を作成し、5つの機能が発揮できるようになっているか確認しよう

地域包括支援センターなど関係者とともに、地域ケア会議の体系を可視化してみて、どこでどの機能を担っているのか、過不足や連動状況はどうか、確認してみましょう。また、地域包括ケアシステムに関連する各会議や活動の整理表などを作成してみて、各機能との対応を可視化するのも検討が深まり効果的です。

総論 / 地域支援事業とは？ 18ページ

総論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 25ページ

地域ケア会議の体系デザインについてさらに知るには

会議体系構築のポイントや方法などについて解説されています。確認してみましょう。

一般財団法人 長寿社会開発センター「地域ケア会議運営ハンドブック」（平成28年6月）

一般財団法人 長寿社会開発センター「政策形成につなげる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」（令和5年3月）、R4年度介護予防活動普及展開事業



対話例

現在設置している地域ケア会議は、どのような目的で、どのような機能を担う会議ですか？

地域ケア会議の構成員は、その会議の目的や機能に合わせ、構成員を選定する必要があります。また、その事例や課題によって、構成員を固定せず、その会議に合わせて参集することも可能です。

各論 / 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください 146ページ

大事な視点

- 各会議の目的や機能、各会議がどこに重点を置いた会議なのか
- 各会議で検討する事例や課題に合った構成員なのか
- 建設的な意見を出してもらえる構成員なのか
- 地域ケア会議間や地域ケア会議とその他の事業が連動していく上で、効果的な構成員となっているか

※地域ケア会議を構成する「関係者等」の例

介護支援専門員	
保健医療に関する専門的知識を有する者	医師、歯科医師、薬剤師、(管理)栄養士、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士、言語聴覚士、柔道整復師、あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師 など
福祉に関する専門的知識を有する者	社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、コミュニティソーシャルワーカー
民生委員その他の関係者	民生委員、生活支援コーディネーター、協議体の構成員、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター、ヤングケアラーコーディネーター など
関係機関・関係団体	市区町村社協、民児協、地域の介護サービス提供事業所、地域密着型の企業・農協・生協、公民館、自治会 など

(会議)

第十五条の四十八 市町村は、第十五条の四十五第二項第三号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下この条において「関係者等」という。）により構成される会議（以下この条において「会議」という。）を置くように努めなければならない。

例えば、事業対象者や要支援者等の介護予防のための地域ケア個別会議において、個別事例の課題解決だけでなく、地域課題や不足している資源の把握まで機能としている場合、関係団体の代表者という視点で構成員を選定するのではなく、その地域で在宅で生活している高齢者の実態や社会資源を把握している専門職等（町内会等で転倒予防教室の講師をしている理学療法士、事例の居住地域の多くの高齢者を施術している柔道整復師、フレイル予防のためのイベントで出張栄養相談を行っている管理栄養士など）を構成員に選定することで、地域課題や不足している地域資源についても議論することができるでしょう。また、生活支援コーディネーターを構成員に加え、既存の地域資源について会議で情報共有するほか、地域ケア会議後、不足している資源について協議会で共有し検討することで資源開発につながっている例もあります。



対話例

介護予防のための地域ケア会議を実施した後、実際に検討した事例や課題はその後、どのような結果になっていますか？

地域ケア会議後のモニタリング結果で悪化している事例が多い、抽出した地域課題が解決にいたっていない等、実施後の結果が介護予防の推進につながっていない場合は、現在の構成員の選定が適切なのかどうかも含め、地域ケア会議の運営方法を見直すことが必要です。

各論 / 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください 146ページ

各論 / 自立支援・重度化防止を推進するためには、参加者にどのような役割が求められますか？ 152ページ



次の一歩

市町村と地域包括支援センターで構成員の見直しをしてみましょう

市町村と地域包括支援センターで、現在の目的や機能、課題等に適した構成員なのかどうか見直してみましょう。例えば、地域ケア会議開始当初は、助言者の中に歯科衛生士や管理栄養士なども入っていたが、数年実施すると要支援者等の口腔・栄養の課題が整理され、通常のケアマネジメントで対応できるようになったため、助言者に含めない等、課題が解決されたら、構成員を変更していくことも検討してみましょう。



対話例

地域ケア会議の意義に立ち戻ればヒントがありそうです

地域ケア会議は、高齢者が可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができることを目的として、多職種協働のもと、インフォーマルな資源やサービスの活用も含めて、個別ケースの支援内容を検討し、その積み重ねを通して関係者の課題解決能力の向上や地域包括支援ネットワークの構築などにつなげていきます。

各論 / 地域ケア会議の基本的事項を教えてください（目的・意義） 144ページ

大事な視点

地域ケア会議を実施してその機能を発揮することで、関係者全員が目指す、高齢者の自分らしい日常の実現とわがまちの在りたい姿の実現に一步步近づいていくことができます。

その過程や結果として、**関係者各々が得られる効果**には以下のようなものがあります。

- ・ 参加者（ケアマネジャーその他の専門職）：担当ケースのQOL向上、専門職としての資質向上など
- ・ 地域包括支援センター職員：担当ケースのQOL向上、支援ネットワークの充実、業務負担軽減など
- ・ 保険者：個人や地域課題の把握、総合事業の改善点把握、プラン適正化など
- ・ 住民：住民自身のQOL向上、生活しやすい環境構築など

例えば、Aさんの社会参加の場をどう生み出そうか検討していた場合、そのエリアの生活支援コーディネーターにも入ってもらい何ができそうかを検討し、Aさんが料理が好きだということで地域食堂での簡単な調理に加わってもらうことができました。その経緯をエリア外の地域包括支援センター職員や他の参加者も聞いていて、個々人の強みを生かす通いの場の在り方を学ぶことにつながりました。個別のケア会議を通して、その方のみならず、他の方にもその成果を展開できることが、地域ケア個別会議の効果・メリットです。



対話例

関係者各々が効果を実感できていますか？

地域ケア会議に参加する関係者各々が効果を実感できていなければ、本来の目的を達成できないばかりか、参加意欲も減退し、会議の形骸化や関係者の疲弊につながってしまいます。それを防ぐためには、運営側が会議の目的を共有し、各参加者の役割認識・分担をしっかりと行い、参加して良かったと思える会議運営を目指しましょう。

各論 / 自立支援・重度化防止を推進するためには、参加者にはどのような役割が求められますか？ 152ページ

各論 / ケアマネジャーに事例を出してもらえないのですがどうすればよいのでしょうか？ 156ページ



次の一歩

地域包括支援センター職員や参加者にどう感じているか聞いてみましょう

地域ケア会議のPDCAを進めるためにも、参加している地域ケア会議において自分の役割をどう認識しているか、参加して効果や成果をどれくらい感じられているか、ヒアリングやアンケート等も活用して聞いてみましょう。

総論 / 地域づくりにおける成果はどう捉えればよいのでしょうか？ 23ページ

それぞれの関係者の役割を確認してみよう

介護予防のための地域ケア個別会議の手引きとして、市町村向け・都道府県向け・専門職向け・事業所向けの4つがあり、それぞれの第2章に役割が記載されています。

 [厚生労働省「介護予防活動普及展開事業市町村向け手引き（Ver.2）」（平成31年3月）、H30年度介護予防活動普及展開事業](#)

 [厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き（Ver.1）」（平成29年3月）、H28年度介護予防活動普及展開事業](#)

 [厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 都道府県向け手引き（Ver.1）」（平成29年3月）、H28年度介護予防活動普及展開事業](#)

 [厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 事業所向け手引き（Ver.1）」（平成29年3月）、H28年度介護予防活動普及展開事業](#)

対話例 地域ケア会議のネットワーク構築機能とは？

地域ケア会議は多様な関係者が参加するため、ネットワーク構築の機会であると同時に、課題解決に必要な地域資源・関係者を活用するためにどのようなネットワークを築いておく必要があるかを明確にする機会にもなります。

各論 / 地域ケア会議の基本的事項を教えてください（5つの機能の発揮） 145ページ

大事な視点

地域の支援ネットワークとは、行政や関係機関はもとより、高齢者や家族、サービス事業者、民生委員、見守り等のインフォーマルサービス関係者、住民などによって構成される「**地域の多様なひとのつながり**」のことです。

このつながりを構築していくためには、

- 地域の特性を理解し、地域のあらゆる社会資源を把握、活用していく視点
- 今すでにある地域のネットワークを把握、活用していく視点
- 地域包括ケアシステムの推進に必要なだと考えられる新たなネットワークを構築していく視点

をもって、日々の業務にあたり、また地域ケア会議に参加することが期待されます。

例えば、地域ケア個別会議で認知症の方のケースについて検討している場合、この方の自分らしい日常を生み出すために現時点で既に関わりをもっている方々（例：民生委員やサロン関係者など）や今後の関わりを持ったほうがいいのではないかとという方々（例：よく通っているスーパーの店長など）にも参加してもらい対話を重ねることで、認知症の方でも暮らしやすい地域に向けた支援の輪が広がることにつながります。

対話例 いまの地域ケア会議の雰囲気はいかがですか？

そもそも会議が形骸化していたり、心理的安全性が確保できていなかったりするような状況だと、参加者は自分の情報を出し、つながって協力していく、そして新たな地域の関係者もつなげていく、というネットワーク構築のステップへは進めません。まず現状を確認してみましょう。

各論 / 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください 146ページ

次の一歩 地域ケア会議の参加者を新たに加えてみよう

多様で広範な地域の支援ネットワークを構築していくためには、地域ケア会議に新たな参加者に加わってもらうことも効果的な方法といえます。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 12ページ

総論 / 地域づくりにおける対話の重要性について教えてください 33ページ

地域のネットワーク構築をさらに詳しく

地域包括支援ネットワークの構築について事例とともに丁寧に解説されています。

一般財団法人 長寿社会開発センター 『地域包括支援センター運営マニュアル3訂』（令和4年4月）

対話例 参加者は自立支援や重度化防止についてどんなイメージをもっているのでしょうか？

自立支援・重度化防止の視点は、あらゆる高齢者支援に通じるところです。たとえ要介護5であったとしても、その方の重度化防止につながる方法を検討することは大切なことです。改めて、介護予防の基本的な概念を思い出し、課題解決に向けた前向きな発言を心がけましょう。

総論 / 介護予防の対象となるのはどんな方ですか？ 19ページ

大事な視点

自立支援・重度化防止のためには、その方のさまざまな「有する能力」を引き出すことが重要なため、参加者は各自の専門性を持ち寄り、できるだけ多角的な視点からケースを検討できるよう助言し、協力していく役割が期待されます。

例えば、介護予防のための地域ケア個別会議であれば、参加者は、まず最初にケース対象者の方がこの地域でどのように暮らしていきたいのか、アセスメント内容から思いを巡らし、そのための目標が設定されているか、本人の残存能力や強みに着目しているか、必要以上の支援・サービス提供により自立を妨げていないか、などについてICFの視点で考えます。そして対話を重ねて、ケースの可能性を少しずつ見出していくことが重要です。その上で、専門的な視点が必要な場面では、参加している各々の専門職の強みを活かした助言を行うことでさらにケースの可能性は広がっていくことでしょう。

対話例 対象者の有する能力を引き出すために、会議ではどのような対話をしていますか？

対象とする高齢者が日課としてできていたことや楽しみにしていたことなどの情報、家庭・地域での環境などを確認したり、収集しているがこぼれていた情報などを引き出したりしながら、有する能力を開花させるヒントを導き出す視点が大切です。

各論 / アセスメントの質を高めるにはどうすればよいですか？ 92ページ

次の一歩 有する能力を引き出せて、自立支援につながったケースを振り返ってみよう

自立支援・重度化防止の意識を浸透するためには、実際の成功事例を題材に対話をしながら、大事な視点を確認していくことが効果的です。地域包括支援センター職員やケアマネジャーに自立支援・重度化防止の成功事例の提供をお願いして、一緒に振り返る会を開催してみましょう。

各論 / ケアマネジャーに個別事例を出してもらえないのですがどうすればよいのでしょうか？ 156ページ

具体的な参加者の役割や職種別の助言ポイント例をみる

自立支援に向けた地域ケア個別会議の場合における、各参加者の役割や職種別の助言ポイントなどが紹介されています。

 [株式会社 三菱総合研究所「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」、H30年度老健事業](#)

対話例

いま地域ケア個別会議はうまくいっていますか？

地域課題を把握するには、まずひとつひとつのケースをしっかりと検討できている必要があります。個別事例のなかで、地域の実態把握や足りない地域の資源・要素など課題の種を把握できていなければ、その後の展開につなげませんので、できていなければ、その改善から検討してみましょう。

各論 / 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください 146ページ

大事な視点

個別課題から地域課題の解決につなげていくプロセスは以下のようになります。

- ① 地域ケア個別会議で地域課題と考える要素や事例をしっかりと把握しておく
- ② ケースの蓄積を通じて、それらの要素や事例を横断的に把握、整理、分析することで、個別の事例に留まるのか、地域に共通する課題なのか、といった仕分けをしていく
- ③ 地域課題と認識したものに対して、なぜその課題が発生しているのかという原因を分析し、影響度合いなどから取組の優先順位をつけていく
- ④ 地域での資源開発や、事業化を含めた政策形成など、どのような方策で解決していくか、といったアプローチを検討し、実行していく

大事なポイントは、いま自分たちが課題として認識しているものが本当に（優先的に）解決すべき地域の課題なのか、原因や課題の大きさなども含めて**しっかりと課題のアセスメントをする**という意識です。

上記プロセスの例として、地域ケア個別会議におけるケースの目的に「以前のように近所の方々とスーパーで井戸端会議がしたい」という方がいたとします。サービス利用により歩行能力もだいぶ上がっており、立ち話ができる持続性はついてきたが、スーパーまで歩いて行き、さらに立ち話をするということはまだ難しい状況であるとして。ここから、自宅からスーパーまでの移動をサポートしてくれる地域の資源があればいいということが見えてきました（上記①）。地域ケア個別会議で複数ケースを行っていくと、スーパーが少し高台にあるため、実はこの地域には同じようなニーズのある人が一定数いることがわかってきました（上記②③）。そこで、それを解決するための住民互助の移動支援サービスという地域資源開発の動きにつながっていく（上記④）といった流れが考えられます。

対話例

個別ケースから得られた地域課題の種をしっかりと記録していますか？

個別ケース検討において、よい対話をして、その結果や得られた情報を整理して記録しておらず、やりっぱなしとなってしまうこともあるようです。次につなげるためにも、地域ケア個別会議の記録方法や運営方法などを確認しておきましょう。

次の一歩

地域課題に関する個々の要素・事例を一覧化して対話してみよう

関係者で議論を進める土台として、既存の地域課題につながる個別事例や要素を一覧にして整理してみましょう。多く出てくる課題感や、地域性など様々な気づきがあると思います。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ

地域課題の解決に向けたポイント

「政策形成につなげる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」には、地域ケア個別会議で地域課題を把握する際のポイントや、把握した地域課題を実際の解決に繋げる際などのポイントが具体的に記載されています。また『地域包括支援センター運営マニュアル3訂』には、包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備として、地域課題解決のプロセスが解説されています。

☐ [一般財団法人 長寿社会開発センター「政策形成につなげる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」](#)（令和5年3月）、R4年度介護予防活動普及展開事業

☐ 一般財団法人 長寿社会開発センター『地域包括支援センター運営マニュアル3訂』（令和4年4月）

対話例

どのようにして地域課題を整理・抽出されましたか？

そもそもいま地域課題と捉えていることが本質的に解決すべきものとは異なる可能性もあります。政策形成への展開方法を伝える前に、地域課題の抽出プロセス自体も確認しておきましょう。

各論 / 個別課題から地域課題の解決につなげていくにはどうすればよいですか？ 153ページ

大事な視点

地域課題の解決のために、公的に（制度や事業等として）対応していくことが必要な場合には立法・行政機関である市町村として政策形成を進めます。このときのポイントは以下のような点です。

- ・その課題を公的に解決する必要性が高いといえるだけの客観的根拠を用意する
- ・解決のための具体的な方策と、実施後の成果予測を示す
- ・その課題を解決すれば住民のためになるという目的意識を常に共有する

定量的データを活用したエビデンスの構築や、庁内をはじめ関係者とも認識を共有しながら合意形成を進めていく視点を意識しながら取り組みましょう。例えばデータ活用であれば、短期集中予防サービスの終了者の多くが地域のサロンに通っているが殆どの方が「その体操では物足りない」と言っているという課題があったとします。その際、実際の参加者にアンケートを実施し、どのような体験・活動を求めているのかをリサーチした結果、リハビリ専門職の視点を入れた運動や体操を求める声があれば、地域リハビリテーション活動支援事業などと連動させて活動内容をデザインし直すというようなこともあるでしょう。

なお、地域ケア会議の体系がしっかり連動するようデザインされていないと情報が共有されずに、個別課題の検討から政策形成にまでうまく結びつかないため、その点も意識しておきましょう。

対話例

地域の実態をデータから検証する作業を普段から意識できていますか？

単に、地域ケア個別会議で多く見られた課題だったから、といったエピソード収集ベースではなく、例えば市内の全てのケアマネジャーにアンケート調査を実施し、そのうち何%が地域課題として経験しているといった結果をまとめる、のような主体的な行動が地域課題解決を進めるためには重要となります。

仮説と検証による総合事業の見直しプロセス / STEP 2-A “高齢者”って誰のこと？ 65ページ

次の一歩

庁内での合意形成のための働きかけを始めてみよう

政策形成には、事業上関係する他部署や、財政担当など多くの庁内連携が必須となってきます。各課の状況や影響力なども踏まえたうえで、相手側の問題意識も確認し、こちらの課題感とすり合わせていきましょう。早い段階から、権限のある首長クラスに参加してもらい課題認識が共有できていると、その後の意思決定もスムーズになります。

総論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 25ページ

地域ケア会議での地域づくり・政策形成の例

地域課題を地域づくり・政策形成につなげたプロセスやその際のポイントについて具体例が紹介されています。

- 一般財団法人 長寿社会開発センター「政策形成につなげる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」（令和5年3月）、R4年度介護予防活動普及展開事業



対話例

今はどのような人材育成を行なっていますか？

地域ケア会議の目的を推進するために人材育成は重要ですが、あまり取り組めていない場合には、やり方がわからないのか、時間がないのか等、実施していない理由を確認しましょう。実施している場合には、どのような内容を実施しているのか、なぜ、その内容なのかを確認してみましょう。

大事な視点

地域ケア会議の目的のためには、

- ・ 介護予防や自立支援・重度化防止などの基本理念の理解
- ・ 個別課題解決、地域課題の把握、ネットワーク構築、地域資源開発、政策形成といった機能の理解

などの基本に加えて、

- ・ ケースから本質的な課題を読み取ったり、地域課題の種に気づけるようなアセスメント能力
- ・ 専門的知見や助言を分かりやすく関係者に伝える対話力、プレゼンテーション能力
- ・ 互いの発言を整理したり、合意形成につなげていくようなファシリテーション能力

などの実践力を関係者が身につけていくことを支援していきましょう。

例えば、方法としては、研修などでの座学のみではなく、実際のケース検討の際に、進行の役割を参加者の持ち回りとしたり、模擬会議を行ったり、事後的な振り返りを行ったりなど実践的なやり方を取り入れるとよいでしょう。この場合、会議の円滑な進行に重きを置くのではなく、実際のケース検討の対話の中で、どのような気づき、学び、新たな発見があったかを互いにシェアすることで更なる学びを得ることにつながるでしょう。



対話例

市町村職員はどのような学びの機会がありますか？

地域ケア会議の運営者も参加者も、高齢者の尊厳ある地域での自立した暮らしの実現という同じビジョンのもとで、会議に関わっています。どのような機会があり、どのような情報に触れて、どのような学びを得ているか、共有してみたいかがでしょうか。



次の一歩

経験学習のサイクルを取り入れてみましょう

経験学習とは、経験を次に活かすために「経験→内省→教訓→実践」という小さなプロセスを繰り返すことで、人は学び成長するというものです。そのためには、会議を実施したうえで、内省につながるような振り返りの機会をつくったり、得た教訓を自分なりのノウハウとして落とし込み、改善して次の実践に臨むといったトライ&エラーを推奨するなどしていきましょう。

総論 / 地域づくりにおけるひとづくりの重要性について教えてください 34ページ

介護予防のための地域ケア会議における専門職の人材育成の例

介護予防のための地域ケア会議に参加できる専門職を育成するための方法として、地域ケア会議の現地視察や研修会・勉強会等の開催が紹介されています。

 [厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き \(Ver.1\)」\(平成29年3月\)、H28年度介護予防活動普及展開事業](#)



ケアマネジャーに個別事例を出してもらえないのですがどうすればよいのでしょうか？

地域ケア会議
よくある質問



対話例

ケアマネジャーはどうして事例を出してくれないのでしょうか？

まず市町村として「なぜ事例が出てこないのか」を考察、内省してみることが大切です。資料準備の手間が大変なのか、出しても建設的な意見をもらえないと思っているのか、など原因があるはずです。まずその原因に意識を向けてみましょう。

各論 / 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください 146ページ

大事な視点

個別事例を出してもらい、前向きに参加してもらうには、地域ケア会議がケアマネジャーにとって効果を実感できる場（よい体験の場）であることが重要です。

ポイント

- ・ 地域ケア会議の目的や意義をしっかりと共有しましょう
- ・ 助言者は指摘・指導ではなく、事例提供者に寄り添うサポートをしましょう
- ・ 運営・対話方法を含めて、心理的安全性のある環境をつくりましょう
- ・ 会議の目的に応じて、帳票の準備は最低限に留めましょう
- ・ ケアマネジャーの学びを支援するために、研修会開催なども随時検討しましょう

また、会議を活気づけていくために、対応に困っている事例ではなく、在宅生活成功事例などポジティブな題材を集め、なぜ上手くいったのか、といった対話をするなどの工夫も効果的です。

例えば、会議後にケアマネジャーから「次、誰々とこんなことをしてみようと思った」といった具体的なアクションプランが聞けたとしたら、個別事例との向き合いがポジティブな体験だったといえるかもしれません。このような体験を生み出すためには、ケアマネジャーに指導するのではなく、ケアマネジャーにとって大事なケース対象者の日常を今より少しでもよくするためのアイデアを参加者で出して応援していくような視点が重要です。



対話例

地域ケア会議での対話後どのようなフォローを行っていますか？

地域ケア会議での対話により出てきた可能性を検証するのがケアマネジャーだけの役割にならないように、いつ？誰が？どのように？・・・と高齢者自身の生活の質向上に向けての行動やモニタリングについて、役割分担ができるよう、サポートすることも大切です。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 17ページ



次の一歩

地域ケア会議を通して支援が進んだ事例を共有してみよう

地域ケア会議後の具体的な行動やチームでの支援によって対象者の生活の質向上につながったケースがあれば、成功事例として取り上げて参加者にも共有して、ケアマネジャーがケースを出しやすくなったり、何かあれば相談してくれるような関係づくりにつなげていきましょう。

各論 / 地域ケア会議の実施は、参加者、地域包括支援センター職員、保険者、そして住民にとってそれぞれどのようなメリットがありますか？ 150ページ

個別事例の検討におけるケアマネジャーの役割を確認しよう

第2節 地域ケア会議の運営 において、個別事例を検討する地域ケア会議でのケアマネジャーの役割、事例選定の流れや主な事例のタイプについて説明されています。

一般財団法人 長寿社会開発センター「地域ケア会議運営マニュアル」(平成25年3月)、H24年度老健事業

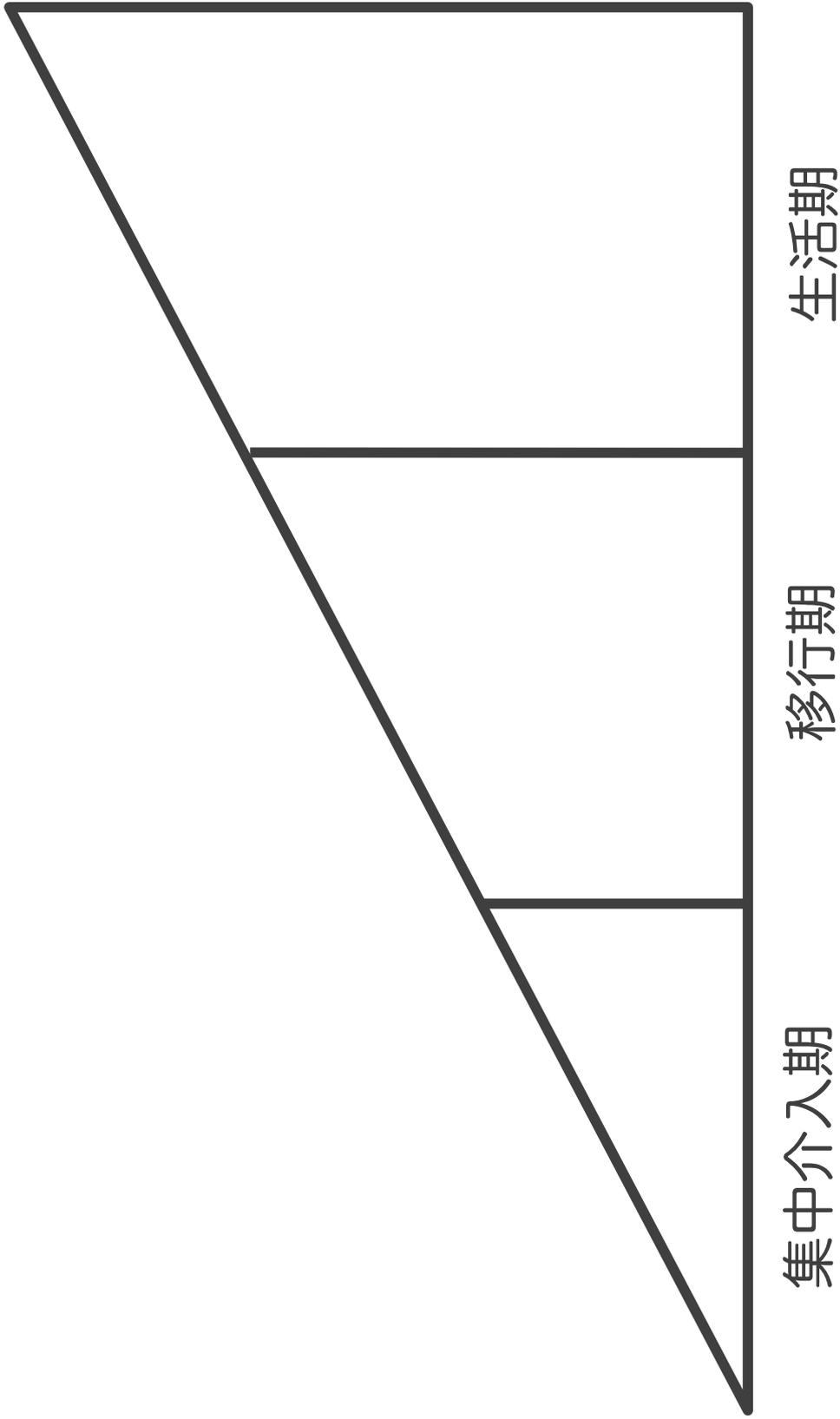


卷末資料

1. 伴走支援ツールのワークシート
2. 参考文献リスト

“総合事業の三角形”

総合事業のデザインや
事業内容の過不足を考えてみよう

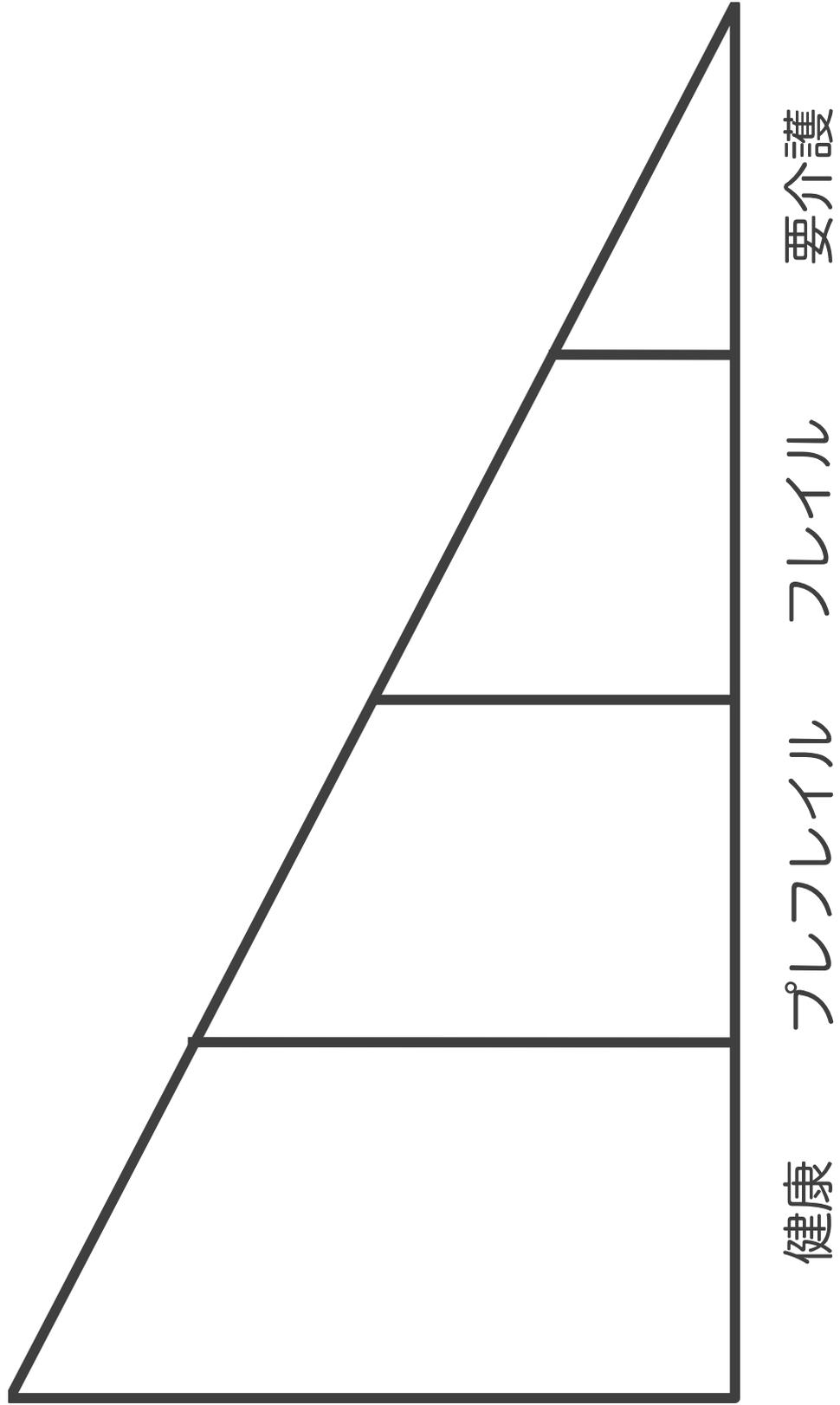


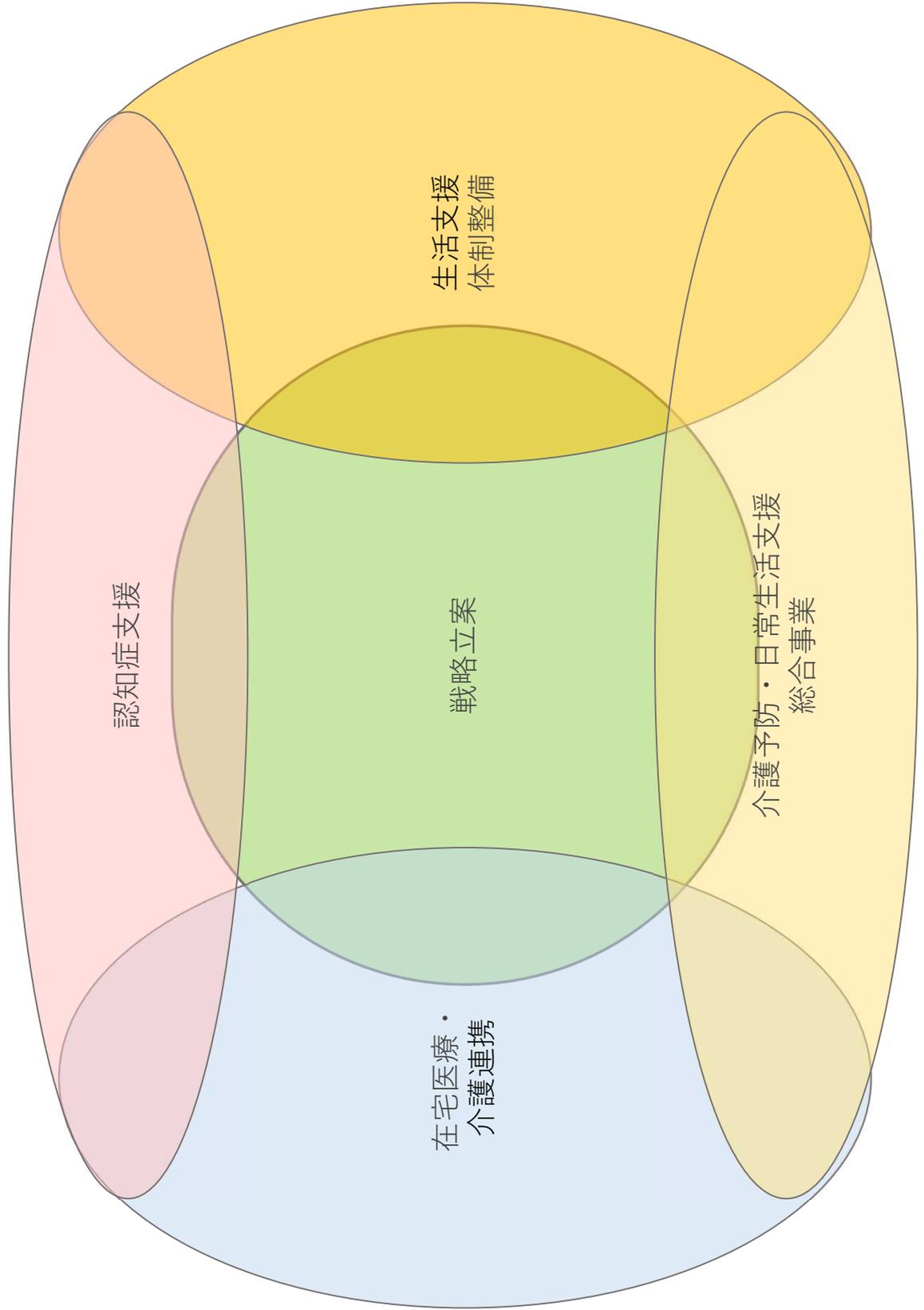
元気を回復する取組

元気を維持する取組

“高齢者の三角形”

わがまちにある高齢者向け事業やサービス
全体の過不足を考えてみよう





参考文献リスト

厚生労働省 老人保健健康増進等事業 資料

株式会社 日本能率協会総合研究所「介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための市町村支援 都道府県マニュアル」（令和4年3月）、R3年度老健事業
https://www.mhlw.go.jp/content/1lgr3_69_manual.pdf

株式会社 三菱UFJリサーチ&コンサルティング、「新しい総合事業の移行戦略―地域づくりに向けたロードマップ」セミナー資料、H27年度老健事業
https://www.murc.jp/houkatsu_seminar_20151106/

一般財団法人 長寿社会開発センター、介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修、R3年度老健事業
https://nenrin.or.jp/tekisetsu_yobou/

株式会社 日本能率協会総合研究所「介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な介護予防ケアマネジメントに関する調査研究事業 報告書」（平成28年3月）、H27年度老健事業
https://www.jmar.co.jp/asset/pdf/job/public/selfmanagement_h27-51.pdf

株式会社 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「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年3月）、H30年度老健事業
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_15.pdf

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」（「地域づくりによる介護予防の取組の効果検証・マニュアル策定に関する調査研究事業 報告書」（平成29年3月）の一部）、H28年度老健事業
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/41_nouritsu.pdf

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所「通いの場の効果検証に関する調査研究事業 報告書」（令和3年3月）、R2年度老健事業
https://www.tmghig.jp/research/info/cms_upload/f37ff63644acb96546e178a71cd5b377.pdf

株式会社 日本総合研究所「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先事例の調査研究事業 報告書「高齢者の活躍と暮らしを応援する地域づくりのヒント集」」（平成29年3月）、H28年度老健事業
https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/170428_seikatsushien.pdf

一般財団法人 長寿社会開発センター「地域ケア会議運営マニュアル」（平成25年3月）、H24年度老健事業
<https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf>

株式会社 三菱総合研究所「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」、H30年度老健事業
https://www.mri-ra.co.jp/pdf/h30_chiikicare_tebiki.pdf

厚生労働省 その他の関連資料

厚生労働省、社会保障審議会介護保険部会（第105回）参考資料3（令和4年12月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001025605.pdf>

厚生労働省、地域共生社会のポータルサイト
<https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/>

厚生労働省「地域支援事業実施要綱」（令和4年3月最終改訂）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000919491.pdf>

株式会社 みずほ情報総研「生活困窮者自立相談支援事業における都道府県研修実施のための手引」（令和2年3月）、R1年度生活困窮者就労準備支援事業
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000651456.pdf>

厚生労働省、全国研修資料 介護予防ケアマネジメント、R4年度地域づくり加速化事業

厚生労働省「介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル<別冊 事例集>」（令和4年3月）、R3年度介護予防活動普及展開事業
<https://www.mhlw.go.jp/content/000933280.pdf>

株式会社 富士通総研「在宅医療・介護連携推進支援事業に係る調査等事業実施内容報告書」（令和4年3月）、R3年度在宅医療・介護連携推進支援事業
<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2021homecareseminar-report.pdf>

厚生労働省、社会保障審議会介護保険部会（第45回）資料（平成25年6月）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033t43-att/2r98520000033t8n_1.pdf

厚生労働省、【奈良県生駒市作成】通所型サービスC（短期集中予防サービス）の紹介動画
<https://www.youtube.com/watch?v=UBPzjrJhhVU>

株式会社 富士通総研「令和2年度在宅医療・介護連携推進支援事業 事業実施内容報告書」（令和3年3月）、R2年度在宅医療・介護連携推進支援事業

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000661830.pdf>

厚生労働省、通いの場の類型化について（Ver.1.0）（令和3年8月）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000814300.pdf>

厚生労働省、「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果（概要）」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000955750.pdf>

厚生労働省、これからの地域づくり戦略3部作（1.0版）（平成31年3月）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000490353.pdf>

厚生労働省、「ボランティアポイント制度導入・運用の手引き」（令和3年3月）、R2年度介護予防活動普及展開事業

<https://www.mhlw.go.jp/content/000761589.pdf>

厚生労働省、これからの介護予防

<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/dl/kaigoyobou.pdf>

厚生労働省「総合事業の概要」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000192992.html>

一般財団法人 長寿社会開発センター「政策形成につなげる地域ケア会議の効果的な活用の手引き」（令和5年3月）、R4年度介護予防活動普及展開事業

https://nenrin.or.jp/chiikicarekaigi/pdf/00_whole.pdf

厚生労働省「介護予防活動普及展開事業市町村向け手引き（Ver.2）」（平成31年3月）、H30年度介護予防活動普及展開事業

<https://www.mhlw.go.jp/content/000545093.pdf>

厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き（Ver.1）」（平成29年3月）、H28年度介護予防活動普及展開事業

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000179799.pdf>

厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 都道府県向け手引き（Ver.1）」（平成29年3月）、H28年度介護予防活動普及展開事業

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000179798.pdf>

厚生労働省「介護予防活動普及展開事業 事業所向け手引き（Ver.1）」（平成29年3月）、H28年度介護予防活動普及展開事業

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000179800.pdf>

厚生労働省、基本チェックリスト告示、介護保険法施行規則第四百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000184387.pdf>

その他資料

公益社団法人 東京都医師会・東京都「住み慣れた街でいつまでもフレイル予防で健康寿命一」（平成29年3月）

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryu/iryu_hoken/zaitakuryouyou/suminaretamachide.files/fureiryuyobou.pdf

田中明美・北原理宣『地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC 一生活市の実践から学ぶ総合事業の組み立て方』（平成29年10月）

生駒市、生駒市における総合事業の取組について

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000139044.pdf>

生駒市、介護予防手帳

<https://www.city.ikoma.lg.jp/cmsfiles/contents/0000008/8924/pocketbook.pdf>

介護予防ケアマネジメントの考え方、平成29年度地域包括支援センター職員研修II

<https://www.kaigoshien.org/pdf/2017102009.pdf>

一般財団法人 長寿社会開発センター『地域包括支援センター運営マニュアル3訂』（令和4年4月）

東京都、「第3章 地域ケア会議の活用のあり方」（「自立支援・介護予防に向けた地域ケア会議実践者養成研修事業」文章版研修テキストの一部）（令和2年3月）

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/jiritsu_shien/jiritsu_kaigi.files/03text.pdf

一般財団法人 長寿社会開発センター「地域ケア会議運営ハンドブック」（平成28年6月）

<https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/uneihandbook.pdf>



令和4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
都道府県による市町村支援に活用するための支援パッケージ策定に係る調査研究

地域づくり支援 ハンドブック

令和5(2023)年3月

発行 株式会社TRAPE
〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島5-11-9 新大阪中里ビル3F
TEL 06-6379-3580