

令和5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

介護予防・日常生活支援総合事業の活性化に向けた自治体
支援ツール（支援パッケージ）の構築に係る調査研究



【市町村の支援者向け】
地域づくり支援ハンドブック vol.2
～2023年度版～



2024（令和6）年3月

株式会社日本能率協会総合研究所

はじめに

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”のマインドこそが地域づくりの加速化のカギになるのです。

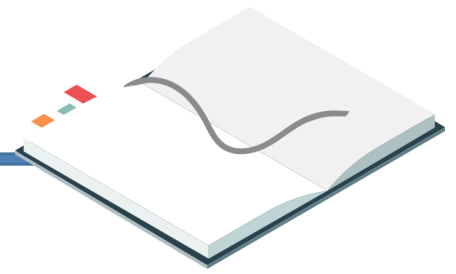
そうして地域のあらゆる関係者が共に創りあげたその地域は、高齢者だけでなく、地域の子ども・若者も含めた、そのまちに暮らす全ての世代にとって暮らしやすいものとなるでしょう。

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



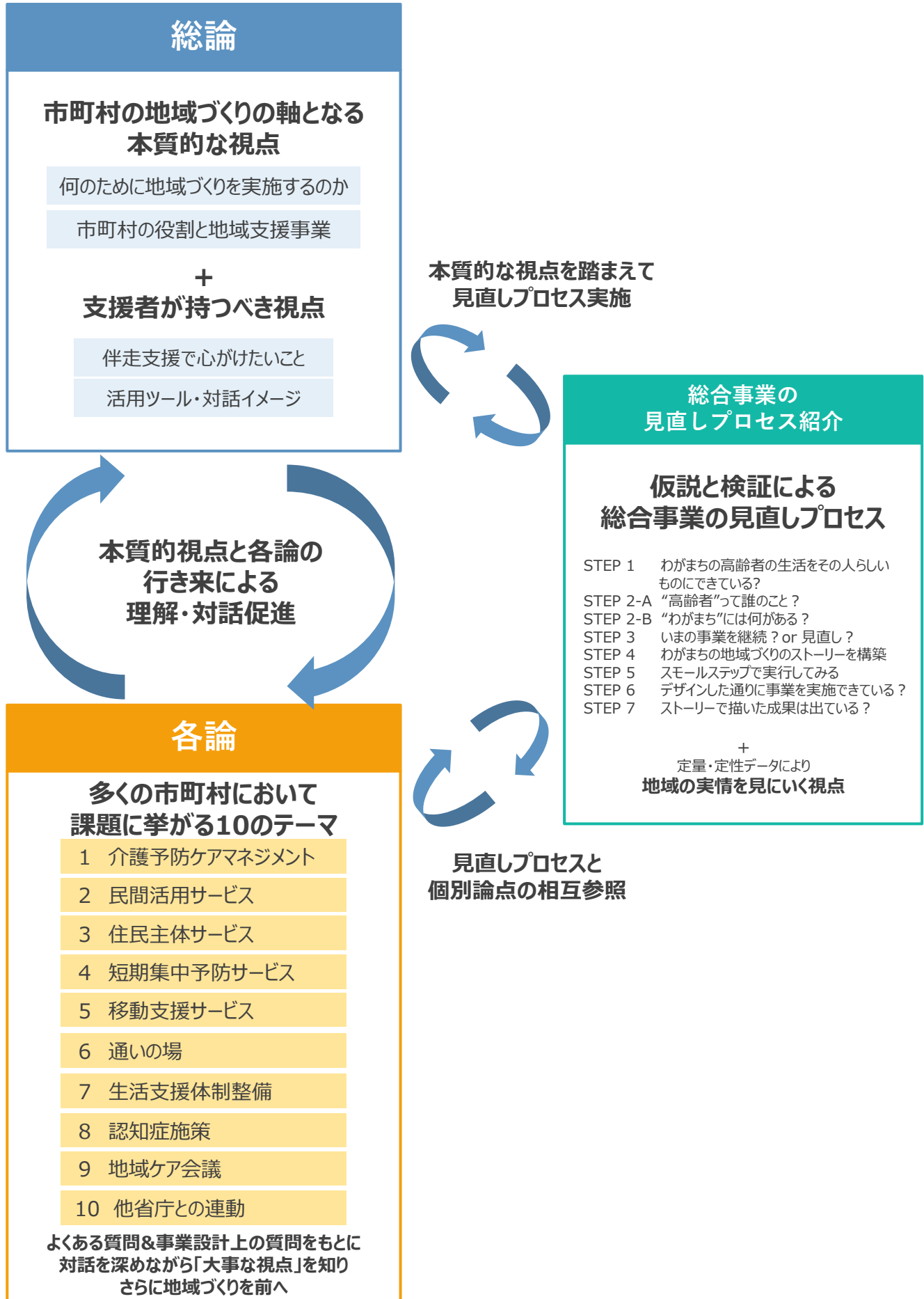
都道府県・地方厚生(支)局 など支援者のみなさまへ

- 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	11
• 総合事業で元気になった方の事例動画	12
• 高齢者に元気に暮らしてもらうには?	13
• 地域って?	14
• これからの地域づくりに必要なのは?	15
• 地域づくりが必要な背景は?	16
• 地域共生社会・地域包括ケアシステムも地域づくり?	17
第2章 市町村による地域づくり	19
• 地域づくりにおける市町村の役割とは?	20
• 地域支援事業とは?	21
• 介護予防の対象となるのはどんな方ですか?	22
• 地域づくりの進め方を教えてください	23
• 事業をデザインするとはどのような意味ですか?	24
• 短期集中予防サービスのデザイン例	25
• 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?	26
• 地域支援事業の上限額について教えてください	27
• なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの?	28
• 地域支援事業における連動の好事例	29
第3章 都道府県・地方厚生(支)局による市町村支援	31
• 市町村支援で目指すのは?	32
• 伴走支援の型のようなものはありますか?	33
• 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	34
• 伴走支援の関わり方で心がけたいことは?	35
• 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	36
• 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	37
• 都道府県の役割を教えてください	38
• 地方厚生(支)局の役割を教えてください	39
• 伴走支援におけるツール紹介	41
• 場づくり・対話に役立つツール	42
• 事業の検討に役立つツール	43
• 実際の伴走支援における対話イメージ	45



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	66
• STEP 1 わがまちの高齢者の生活をその人らしいもののできている？ (総合事業はうまくいっている?)	67
• STEP 2-A “高齢者”って誰のこと?	68
• 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	71
• 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	72
• STEP 2-B “わがまち”には何がある?	73
• STEP 3 いまの事業を継続? or 見直し?	74
• STEP 4 わがまちの地域づくりのストーリーを構築	76
• STEP 5 スモールステップで実行してみる (試行事業)	79
• 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)	80
• STEP 7 ストーリーで描いた成果は出ている?	81
• 総合事業の構築プロセス 全体像 (事例)	82

第三部 各論

各論ページの見方・使い方	84
介護予防ケアマネジメント	85
• 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)	87
• 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)	88
• 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?	89
• 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?	90
• 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?	91
• 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?	92
• 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?	93
• 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?	94
• 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?	95
• 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	96
• 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	97
• 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	98
• 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?	99



第三部 各論

民間活用サービス	101
• サービスAの目的・意義を教えてください	103
• サービスAと従前相当の違いをどう捉えたら良いでしょうか?	104
• サービスAの提供内容や期間、基準などはどのように考えたら良いですか?	105
• サービスAを考えるにあたり、大切な視点を教えてください	106
• サービスAの事業デザインについて、どのように考えていけば良いでしょうか?	107
• 民間活用や庁内連携のポイントを教えてください	108
• 奈良県生駒市における新たなサービスAの構築	109
住民主体サービス	113
• サービスBについて教えてください	115
• サービスBについて対象者を教えてください	116
• 住民主体とはどういうことか教えてください	117
• サービスB（通所型）と通いの場、サービスB（訪問型）と 地域で行われる見守りや生活支援の違いについて教えてください	118
• サービスBをデザインする際のポイントは何ですか?	119
• 多部局と連携して柔軟なサービスをつくるポイントを教えてください	120
• 住民主体による支援はどのように作っていけばよいでしょうか?	121
• 住民主体を引き出すためにはどうしたらよいでしょうか?	122
• 住民主体（サービスB）の活動に対する費用や要綱の考え方や作り方は どうしたらよいでしょうか?	123
• 担い手が足りない場合はどうすればよいでしょうか?	124
• 住民主体を推進させるイメージを教えてください	125



第三部 各論

短期集中予防サービス	127
• 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）	129
• 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）	130
• 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？	131
• 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？	132
• 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？	133
• 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？	134
• 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	135
• 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	136
• 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	137
• 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？	138
• 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？	139
• 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？	140
• 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？	141
• 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	142
移動支援サービス	143
• 移動支援の基本的事項を教えてください（目的・意義・対象者）	145
• 移動課題にはどのようなものがあるか教えてください	146
• 移動支援をデザインする際に落としてはいけないポイントは何でしょうか？	147
• 多部局と連携して柔軟なサービスをつくるポイントを教えてください	148
• 道路運送法をはじめとした関連制度について教えてください	149
• 移動課題解決に資する取組のイメージを教えてください	150
• 移動課題に係る担い手はどのように増やすことができますか？ また、どのような方が適していますか？	151
• 車両はどのように確保していますか？また、保険はどのように考えるとよいですか？	152
• 運転ボランティアの年齢制限を考えるべきですか？	153



第三部 各論

通いの場	155
• 通いの場の基本的事項を教えてください（意義・効果）	157
• 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）	158
• 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	159
• 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？	160
• 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	161
• 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	162
• 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 庁内連携を進める視点について教えてください	163
• 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？	164
• 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？	165
• 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？	166
• 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？	167
• 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？	168
生活支援体制整備事業	169
• 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）	171
• 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）	172
• 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？	173
• 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でしょうか？	174
• 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	175
• 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？	176
• 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？	177
• 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？	178
• 協議体の役割・実施内容について教えてください	179
• 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？	180
• 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？	181



第三部 各論

認知症施策	183
• 認知症施策について教えてください（目的・背景）.....	185
• 認知症の人を支える地域づくりは、どうすればよいのでしょうか？.....	186
• 認知症の人の社会参加についてどうすればよいのでしょうか？.....	187
• 受診や介護サービス拒否のある認知症の人について、 どのように対応していったらよいのでしょうか？.....	188
• 認知症の人が適時・適切に医療・介護サービスに結びつくためには どうしたらよいのでしょうか？.....	189
• 住民から、認知症ではないかという相談があったらどうすればよいのでしょうか？.....	190
• 認知症の人の参加にチームオレンジを編成するとよいと言われていますが、 具体的にはどのような活動を行うのでしょうか？.....	191
• 認知症に資する施策のイメージを教えてください.....	192
地域ケア会議	193
• 地域ケア会議の基本的事項を教えてください（目的・意義）.....	195
• 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）.....	196
• 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください.....	197
• 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.....	198
• 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.....	199
• 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？.....	200
• 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？.....	201
• 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？.....	202
• 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？.....	203
• 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？.....	204
• 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？.....	205
• 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？.....	206
• 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？.....	207



第三部 各論

他省庁との連動.....	209
• 経済産業省における高齢者・介護保険分野との連携（全体像）.....	211
• ①介護需要の多様な受け皿整備（介護保険外サービスの振興）.....	212
• ②企業における両立支援に向けた取組の充実、 ③介護に係る社会機運の醸成（OPEN CARE PROJECT）.....	213
• 民間企業と連携するために何からはじめたら良いか教えてください.....	214
• 国土交通省における高齢者・介護保険分野との連携.....	215
• 地域公共交通と連携するイメージを教えてください.....	216
• 農林水産省における高齢者・介護保険分野との連携.....	217
• 農村RMOと連携するイメージを教えてください.....	218
• 文部科学省における高齢者・介護保険分野との連携.....	219
巻末資料.....	220
• 伴走支援ツールのワークシート.....	220
• 参考文献リスト.....	224

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なつがり、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取り戻している地域が増えていきます。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！

<事例> 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

<事例> 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-東京間と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。

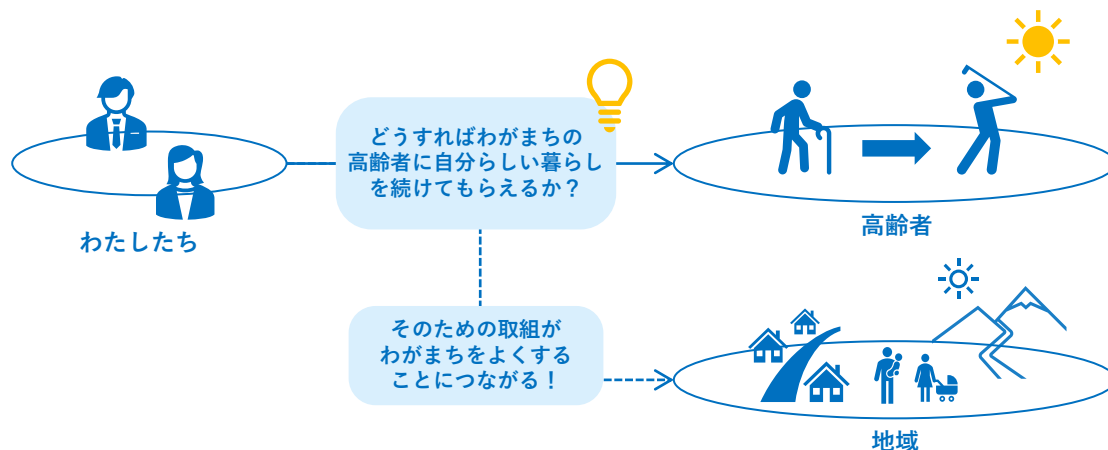


わがまちの高齢者に地域での自分らしい生活を送ってもらう

- 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のでしょうか。
- 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すし、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。



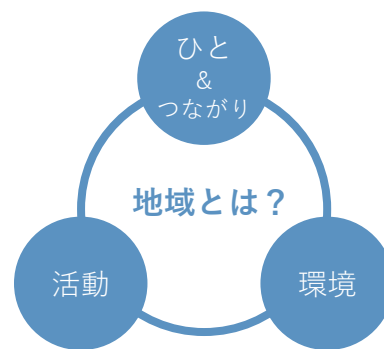
地域って？

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、個の視点と地域の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)



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？

この視点を行き来することが大事！



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？

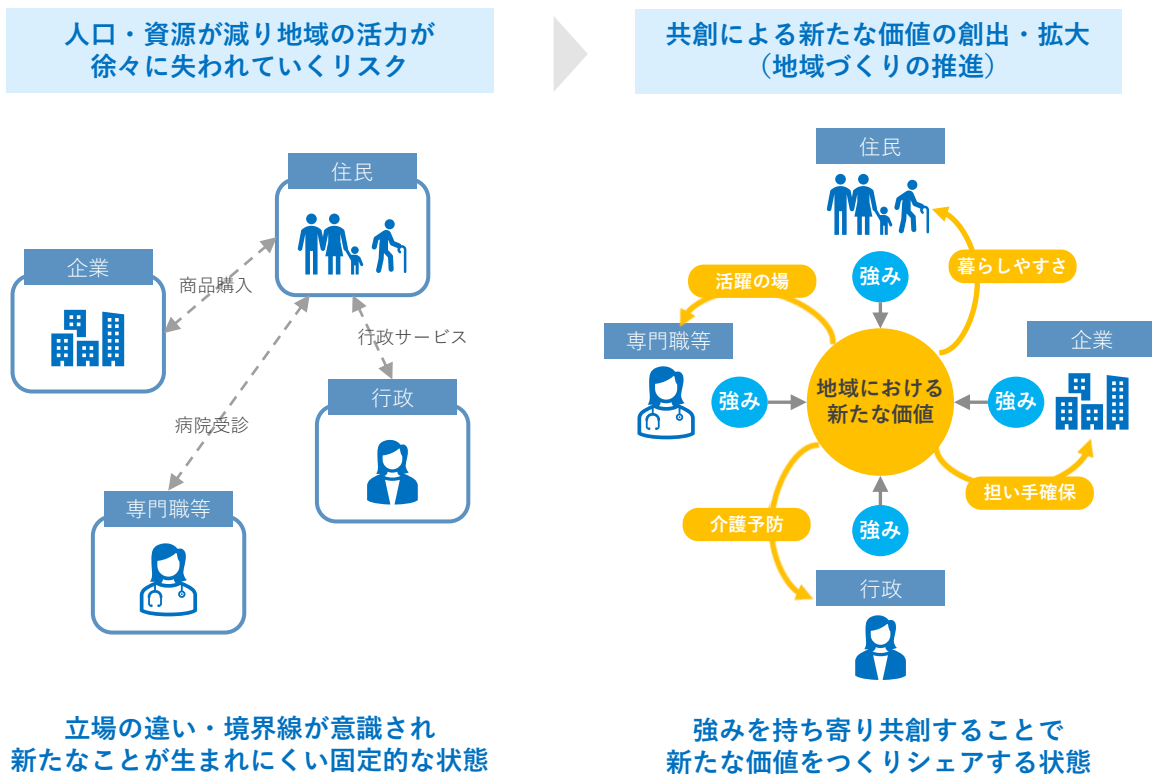
これからの地域づくりに必要なのは？

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じてきました。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・関係者とつながり、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。



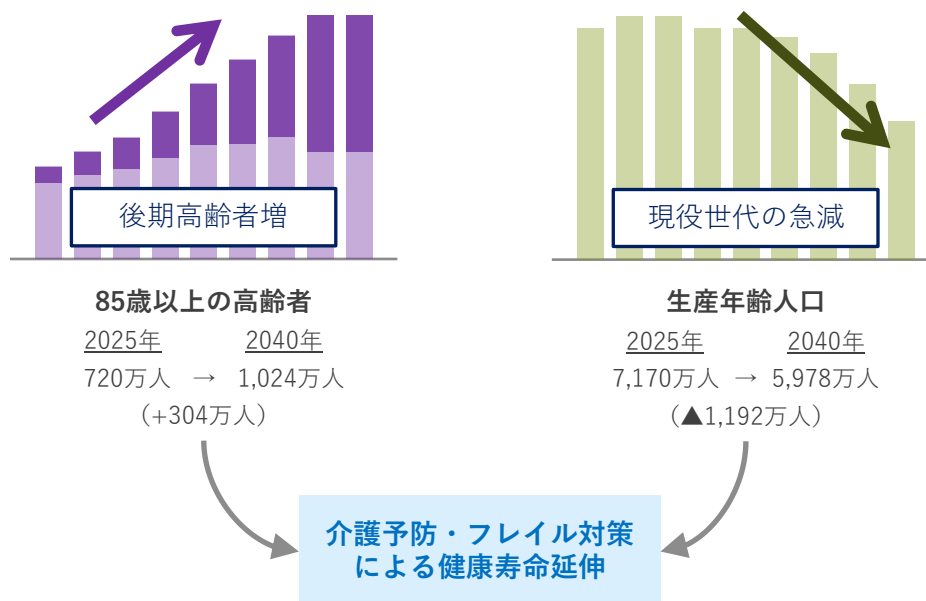
地域づくりが必要な背景は？

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？



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、あるいは地域づくりのハブであったり船頭のような存在といえます。



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らないといけないと思い込んでいる場合があります。地域の関係者への委託や住民に任せる（補助等）など、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といった全体のデザインを描けるよう対話を進めていきましょう

総論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 28ページ

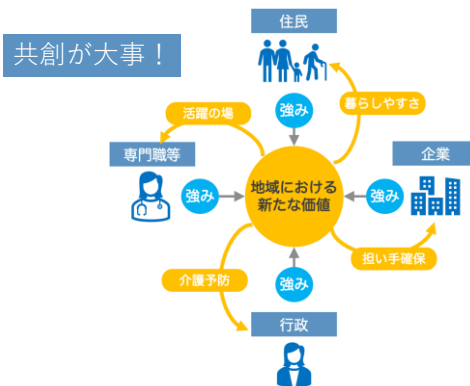
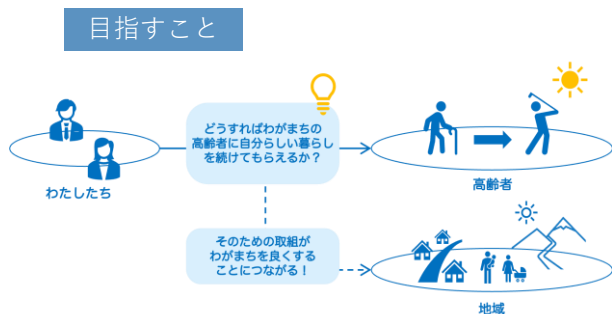
地域支援事業とは？

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、地域の実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、地域の実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	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 就労的活動支援コーディネーターの配置
			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）
	任意事業		(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

各論 / なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？ 28ページ

参照

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）

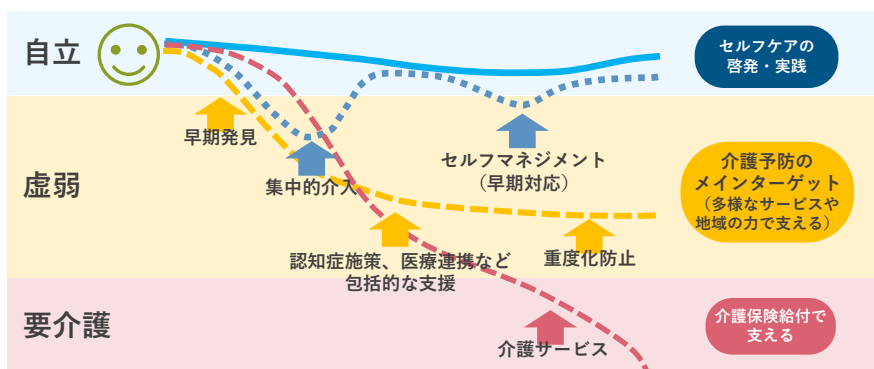
介護予防の対象となるのはどんな方ですか？

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）のある方々（フレイル（虚弱）や事業対象者、要支援者など）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

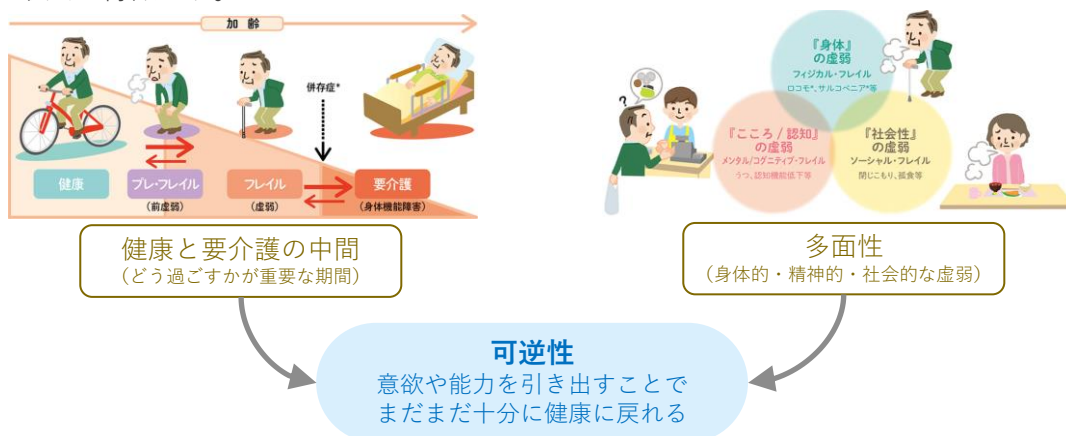
- 加齢に伴い高齢者の機能レベルは自立から虚弱、そして要介護へと低下してしまうため、生活機能が低下した虚弱高齢者を早期に把握し、例えば短期集中予防サービスにより集中的に介入することで地域での自立した生活に戻っていただくといった介護予防の取組が重要となります。



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一」（平成29年3月）より一部改変

対話のヒント

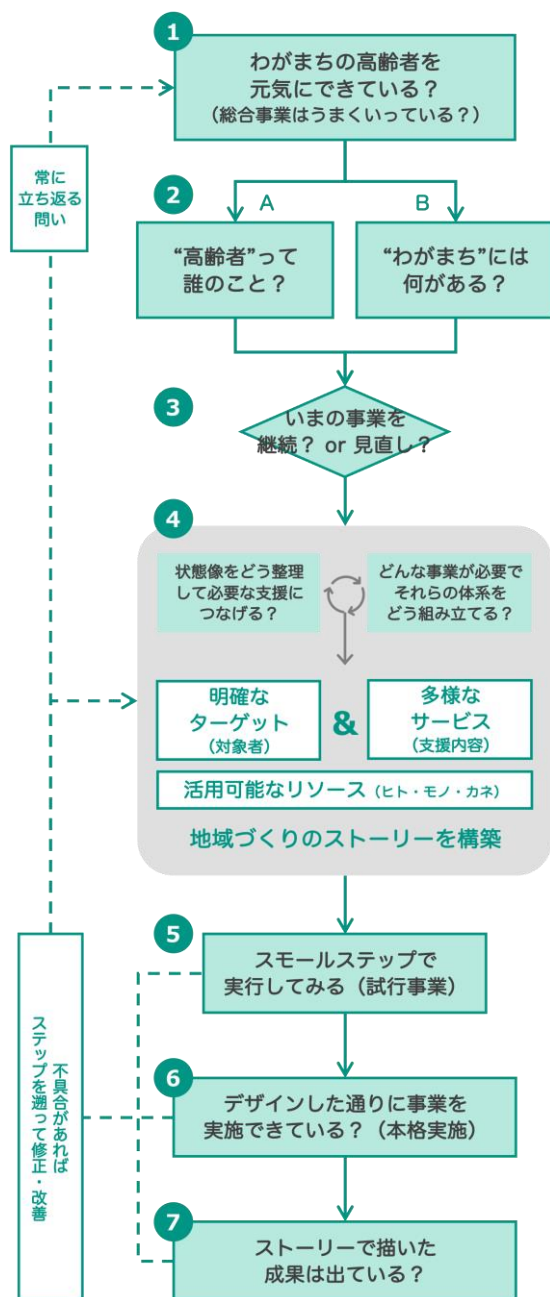
専門職が短期集中的に介入し、元気になるきっかけを創り出すのが短期集中予防サービスです。フレイルは可逆性でもあることを踏まえ、高齢者のレベルに応じた事業があるか、考えてみましょう

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見ていきます。
3. 現状把握ができれば、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）に立ち戻る事が大切です。

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

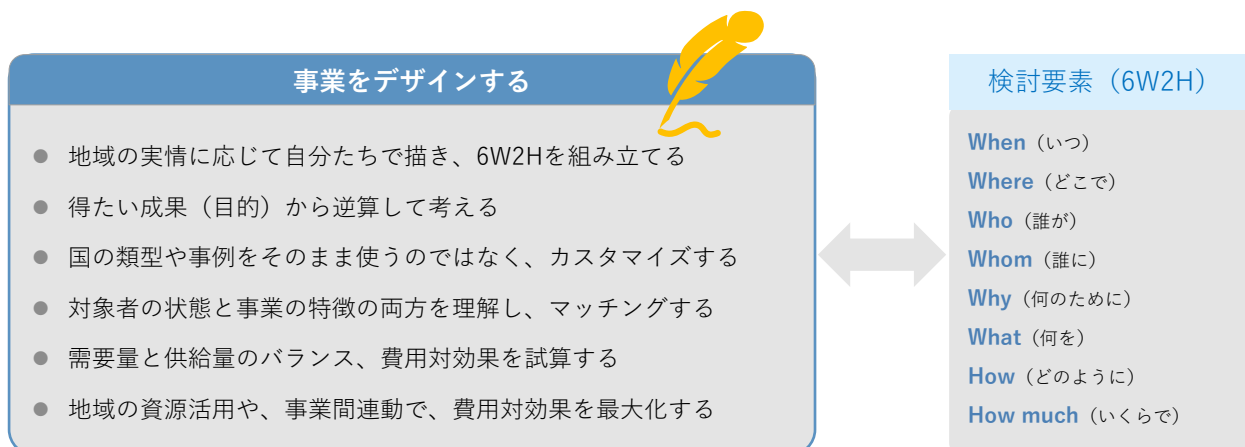
事業をデザインするとはどのような意味ですか？

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、何のために、何を、どのように、いくらで、という6W2Hを考えていきます。



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、改めて整理してみましよう

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。
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がメインの対象。 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、財政的效果は+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？

地域づくりで目指す**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場合があるかもしれません。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、こうありたいと思う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いってもらう、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、短期集中予防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、このような一つひとつの変化や成功体験を関係者で分かち合っていきましょう。

🗨️ 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もあり、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 × 75歳以上高齢者の伸び率	H26年度の上限額 × 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

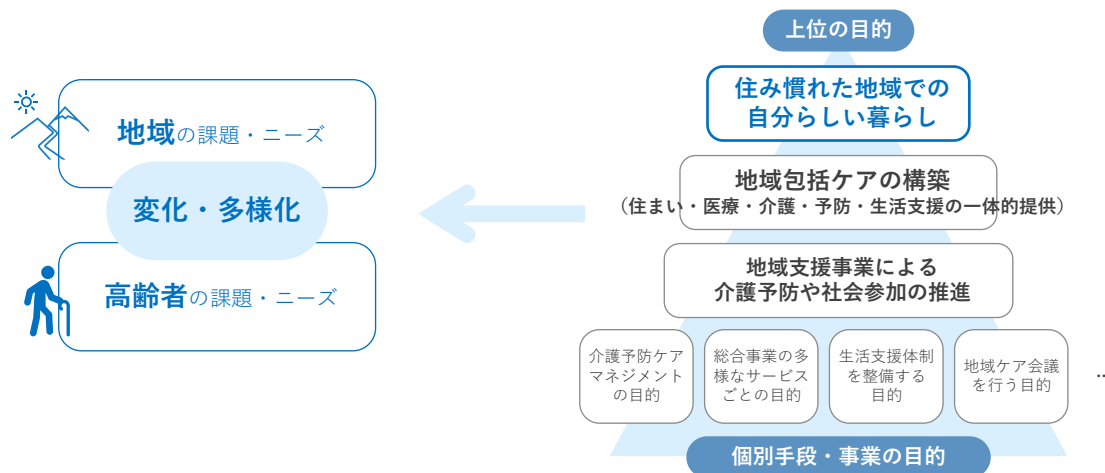
なぜ地域づくりでは「連動」が重要だと言われるの？

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。**



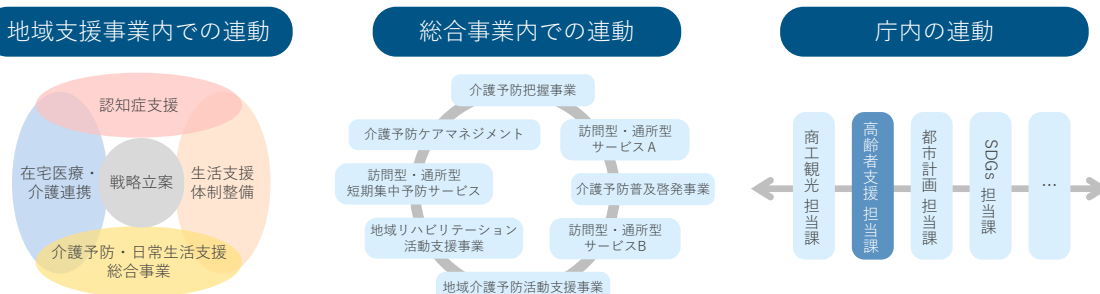
地域づくりの目的は（階層的に）連動しています

- 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目指すために、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）



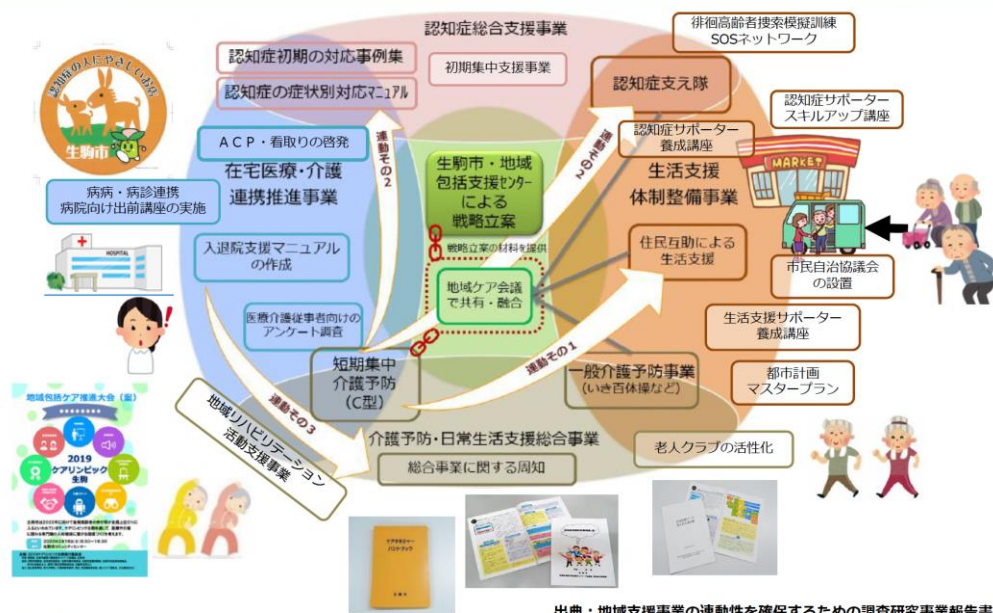
対話のヒント

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みず本人・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。
- 総合事業を地域の实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
(三菱UFJリサーチ&コンサルティング) 一部改題



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うまれることです。
- 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。

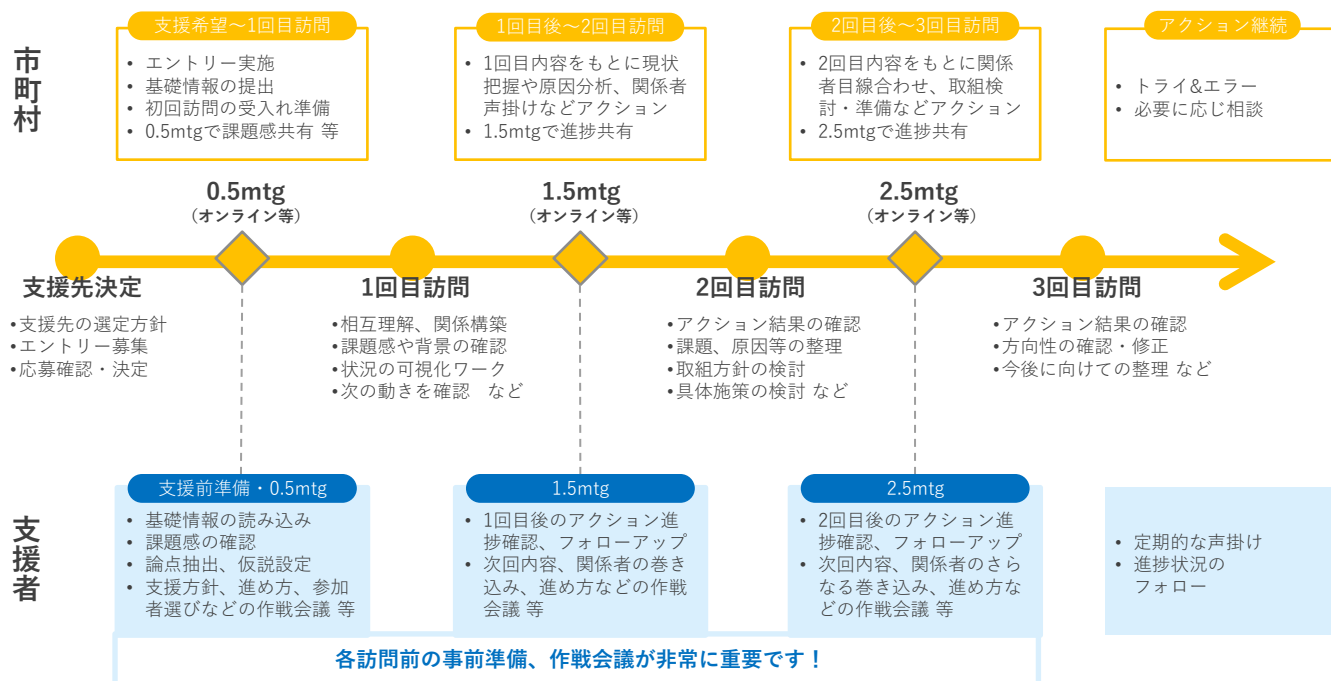


本来は「実情に応じて」伴走支援する

- 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・R5）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。



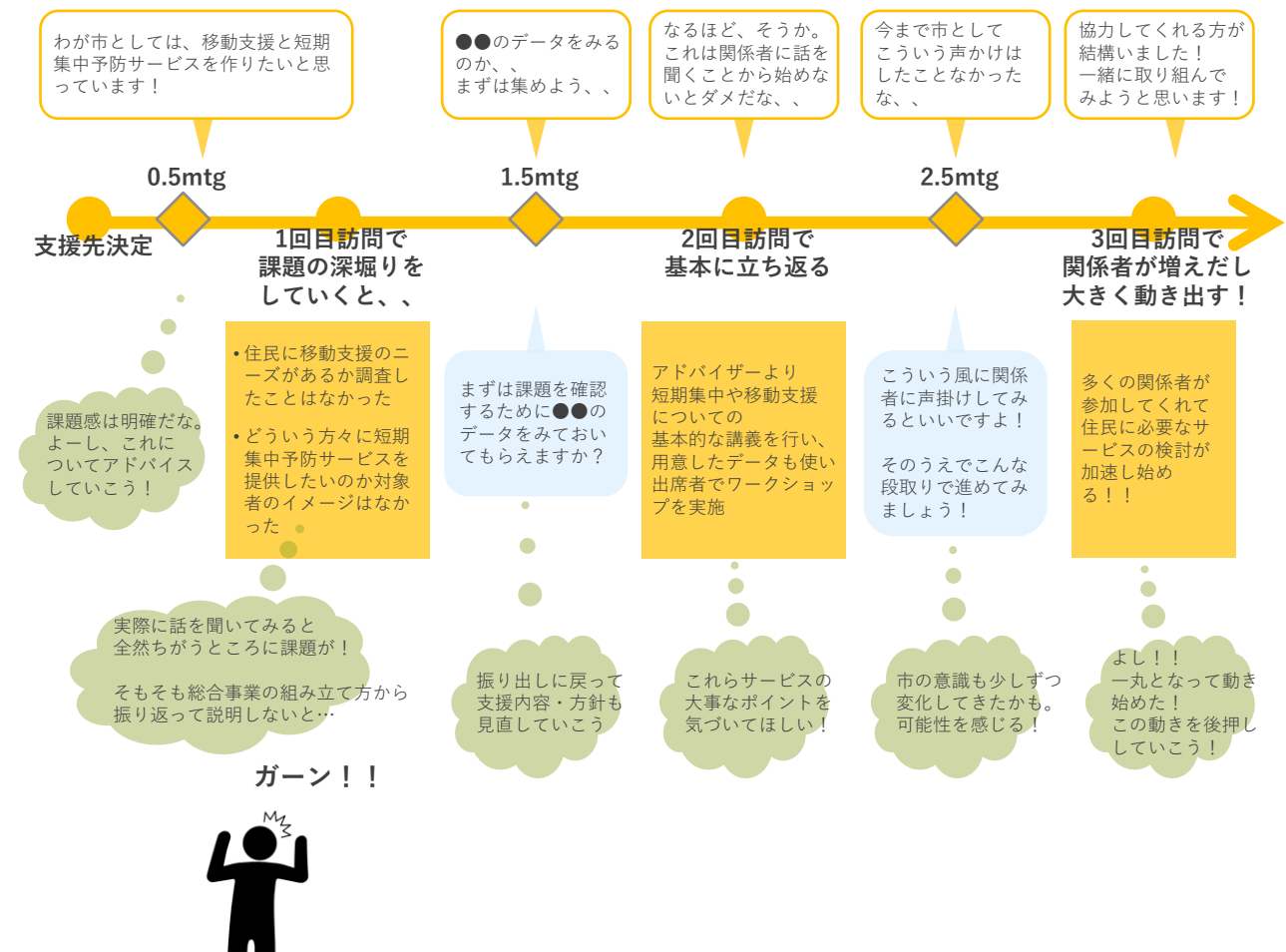
※ 上記以外のタイミングでのアウトリーチ（市町村への訪問）や電話・メール等でのモニタリングも有効です。

参照

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

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。



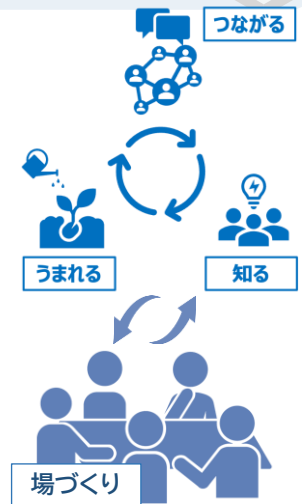
伴走支援の関わり方で心がけたいことは？

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、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

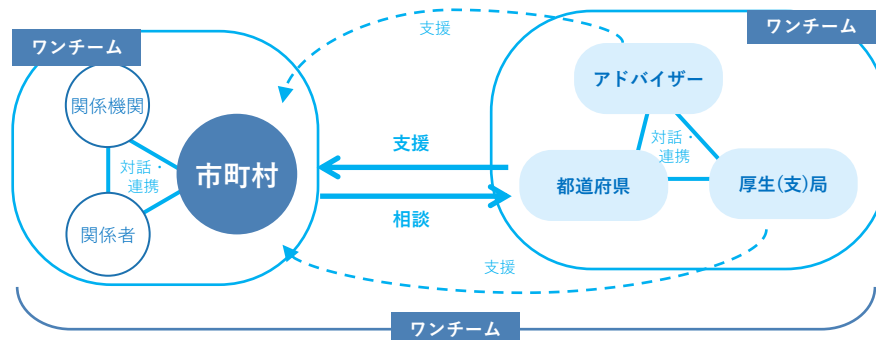
- 以下はこれまでの市町村への伴走支援での知恵をまとめたものです。定期的を確認してみましょう。

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。



参照

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

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。そのためには関係者が場を共有した中で「対話」することが重要です。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るよう伝えてみましょう

参照

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

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。

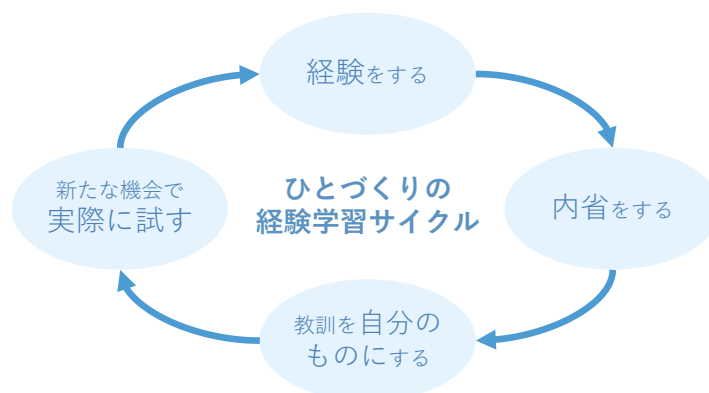


地域は「ひと」がつくっている

- 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。そのため、地域づくりにおいては、ひとづくりとしての人材育成は欠かせません。
- 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つくってきたものです。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伝えてみましょう

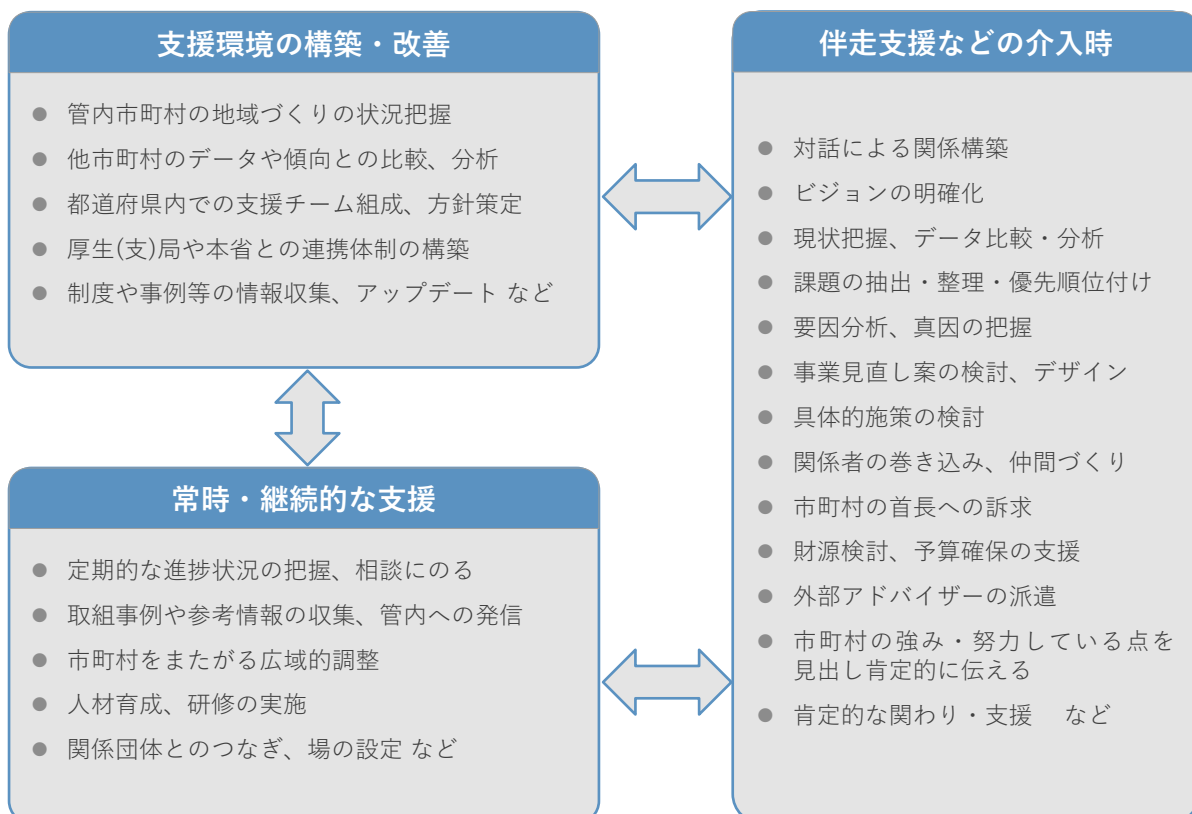
都道府県の役割を教えてください

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。
- また、支援の際は、市町村の代わりに何か行ってあげるのではなく、市町村が今後自走できるようになるための支援を行う、という視点で介入することが重要です。
- 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

参照

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

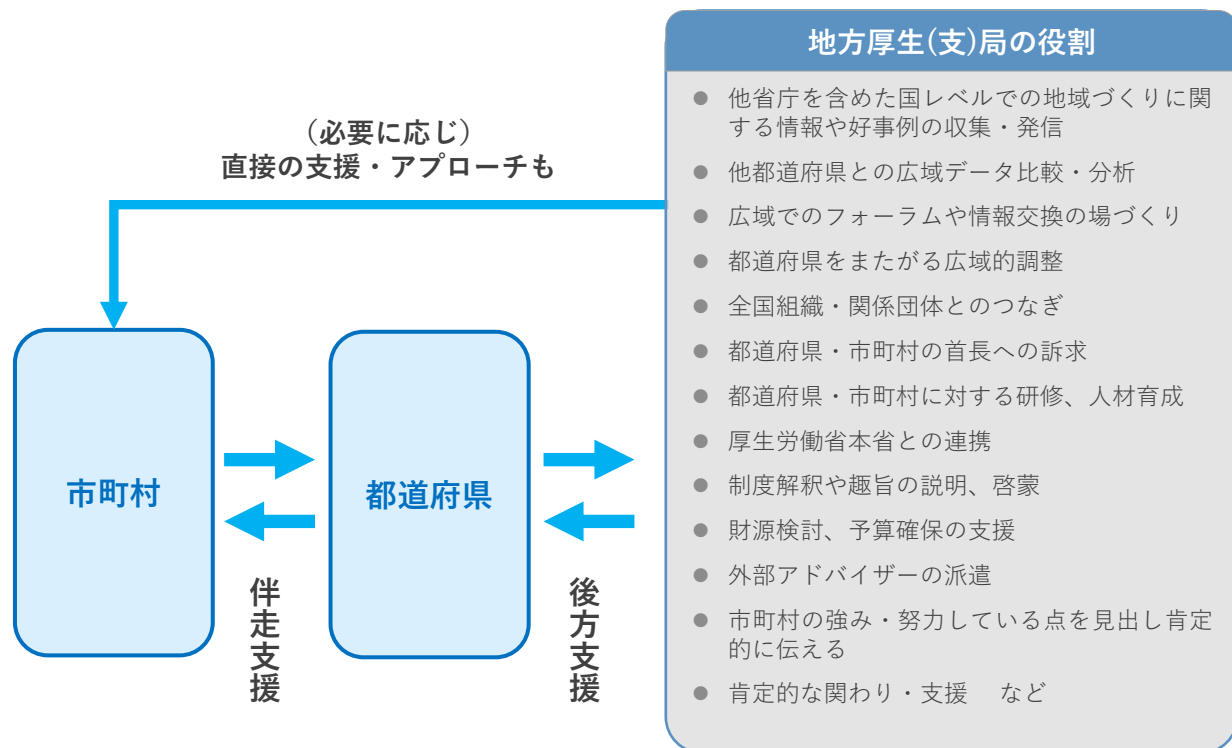
地方厚生(支)局の役割を教えてください

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、机や椅子も可動式かどうか

達成したいこと

手法・ツール

使い方・工夫

<p>参加者の理解が不足している部分を補いたい</p> <p>協働する仲間を増やしたい</p>	<p>有識者等による講演・講話</p>	<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
<p>参加者の緊張をほぐしたい</p> <p>参加者間にゆるやかな繋がりを生み出したい</p> <p>参加者が自由に意見できる雰囲気を作りたい</p>	<p>アイスブレイク</p> <p>お隣さんワーク</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 ◆ 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
<p>場の雰囲気を変えたい</p> <p>(例：意見が出にくい、雰囲気が堅い)</p>	<p>シンキングタイム</p> <p>座席配置の変更</p>	<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 ◆ 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 ◆ 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
<p>参加者のディスカッションを促進したい</p>	<p>グループワーク</p> <p>ワークショップ</p> <p>ワールドカフェ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 ◆ 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 ◆ 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
<p>参加者の理解度を高めたい</p> <p>参加者同士の情報共有を促進したい</p>	<p>グラフィックレコーディング</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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

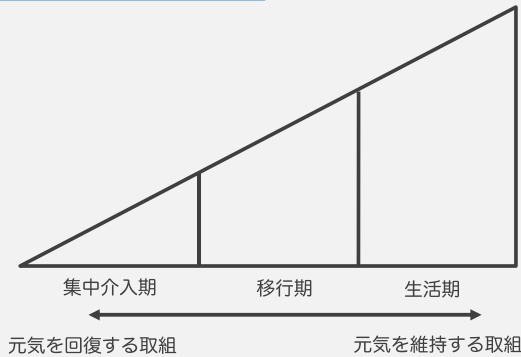
- ☐ 株式会社 みずほ情報総研「生活困窮者自立相談支援事業における都道府県研修実施のための手引」（令和2年3月）、R1年度生活困窮者就労準備支援事業
- ☐ 株式会社 日本能率協会総合研究所「介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための市町村支援都道府県マニュアル」（令和4年3月）、R3年度老健事業

事業の検討に役立つツール



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）

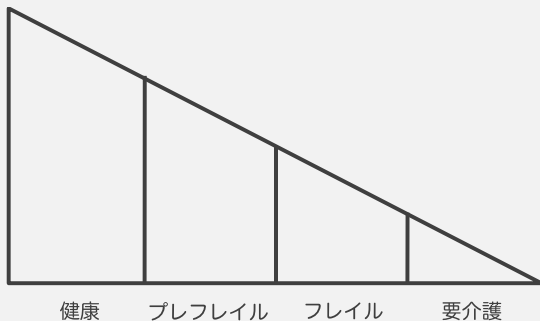
“総合事業の三角形”



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

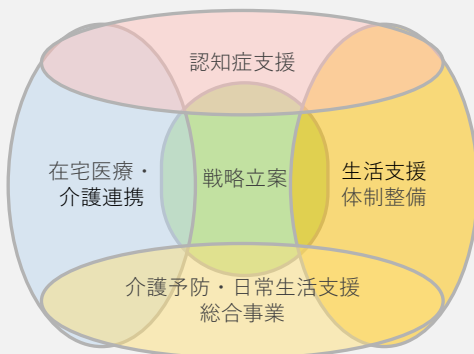
“高齢者の三角形”



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

参照

- ☐ 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
- ☐ 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



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ていただくために、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。



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

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ヶ所ずつある

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



厚生局



県



アドバイザー



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～

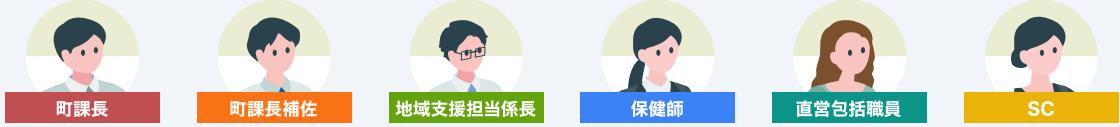


厚生局

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ましたのですが、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のように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**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と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のでぜひよろしくをお願いします！



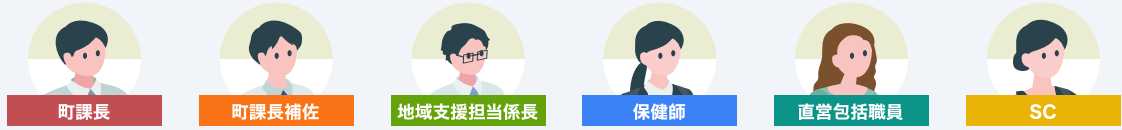
なるほど！今回の伴走支援とは、こういう後押しをしてくれるってことか。



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せんか？

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。

今まで気づかなかったのですが、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！

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

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いかも。



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

はい。よろしくお願いします。

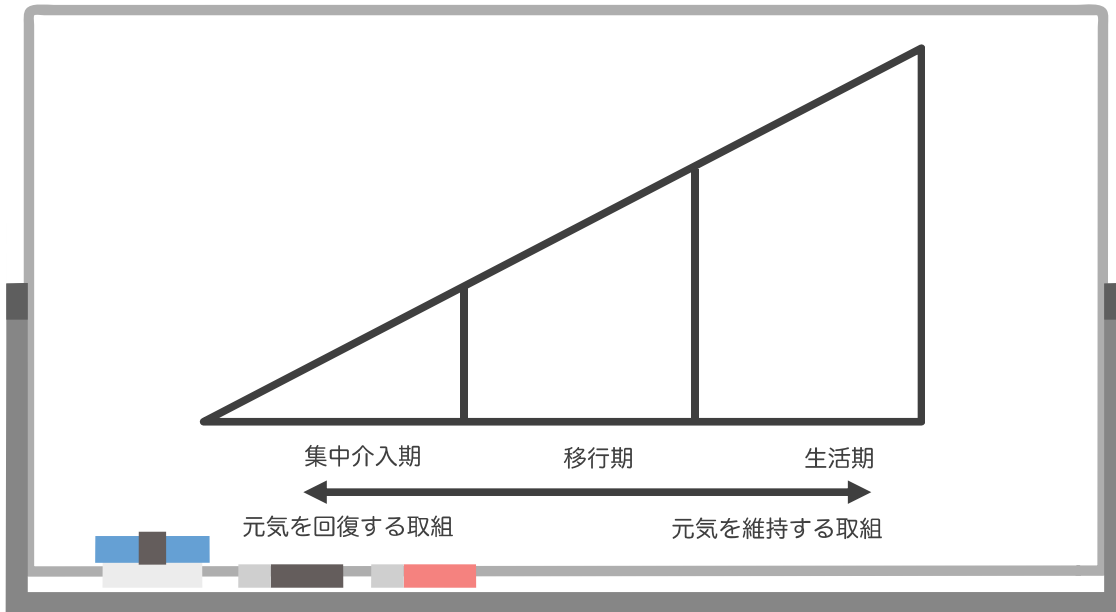


整理？可視化？どうやってやるんだろう？

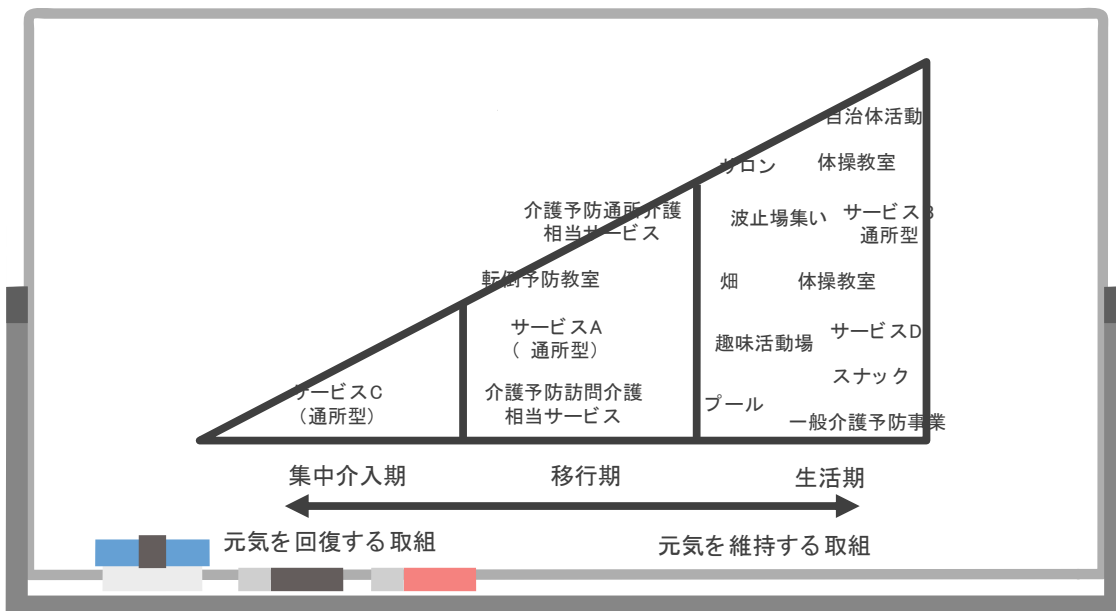
高齢者を状態像ごとに分けるわけではないけど、**フレイル層への取組が少ない**ことに気づいてもらうために整理シートを使ってみよう。



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

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？



厚生局

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なと思いました。



保健師

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、そこの**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。



SC

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**言って**ました。



直営包括職員

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。

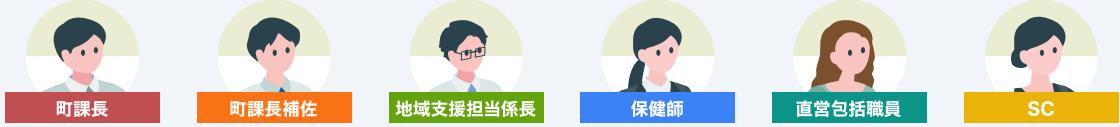


アドバイザー

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だけど...

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堀りできる！



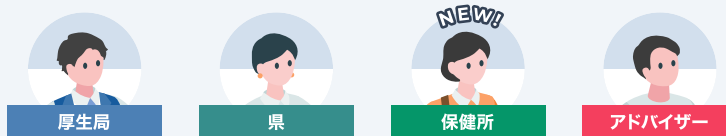
前回話題にあがった関係者のところへ行き、対話されたのですね。素晴らしいですね。2回目支援が楽しみです。



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？



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、デイサービスの中で、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。



デイサービスの大きな役割はこれ。

なるほど。デイサービスとサービスCの違いがよく理解されていないのかもしれない。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。



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。



まずはデイサービスについて。

ここで終わりでなく続きありそうだな。



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。



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はやはり難しそうに感じます。



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えるのはどうでしょうか？



強みと強みを掛け合わせるというんじゃないかな。

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わからなかったのですが、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、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

協力できる場所がありそう。

地域のアセット(資源)とえば、**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ね。

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なな。

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すること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。

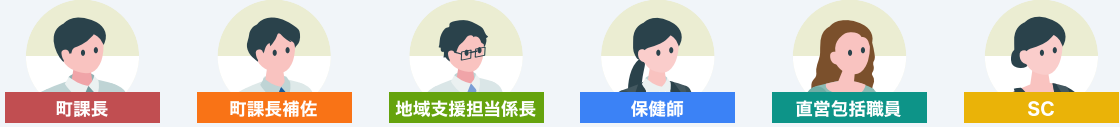
はい。
私たちが具体的なところを話しあっておきます！



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ヶ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C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**で深く関わってもらうことになりました。



通いの場に通いながら、弱ってきたらサービスCを併用して元気になるしくみなどもつくれそうだな。

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のですね。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

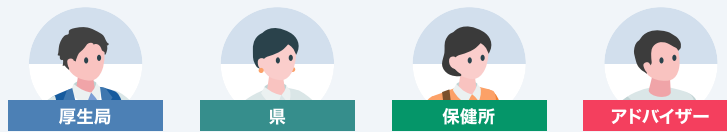
対話っていいな～
もっと多くのひと
とも対話したい！



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。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、いろんな取り組みがあるもんね。

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ったりします。



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...



県

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。



アドバイザー

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。



アドバイザー

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。



在宅保健師

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えました。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。



スポーツクラブ

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つなぎの話まで広がった対話ができたと驚きでした。

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り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。ほんとうにそう思います。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

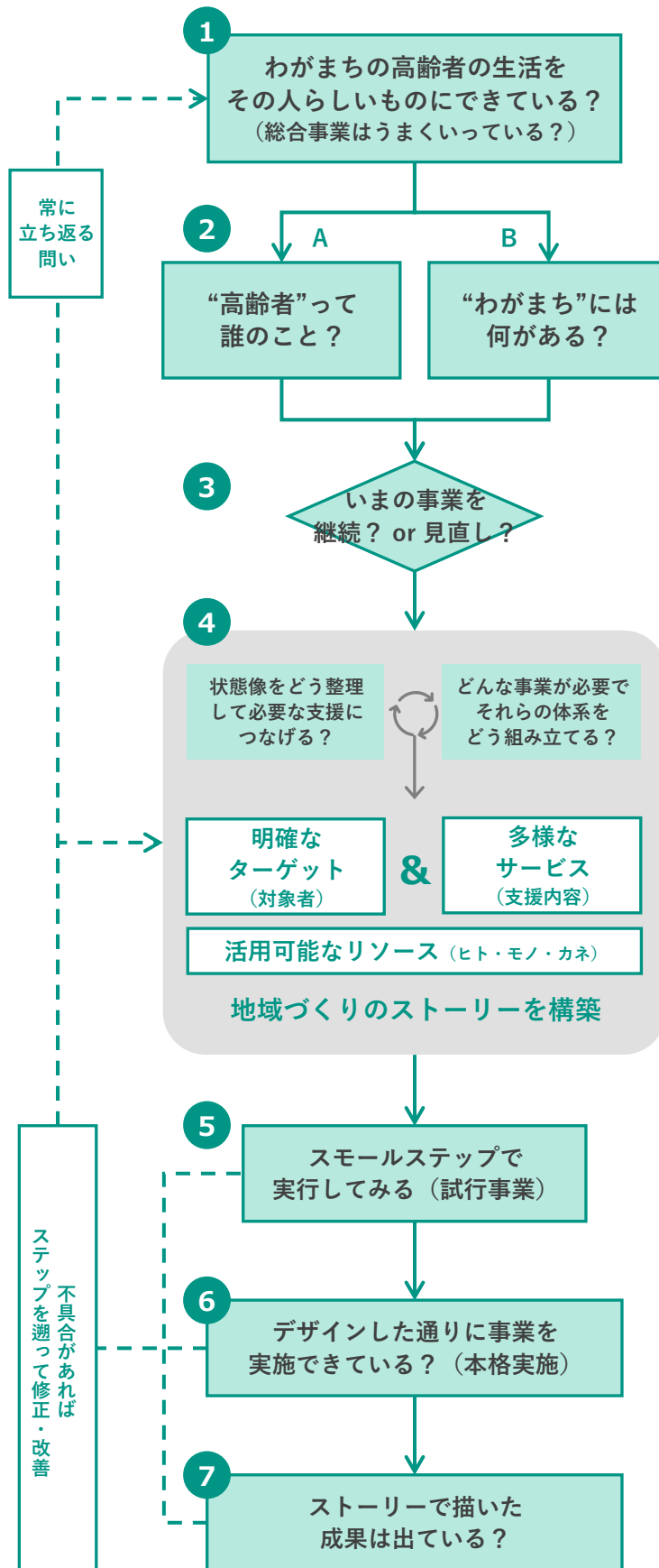
仮説と検証による 総合事業の見直しプロセス

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、ご参考にしていただけたら幸いです。

総合事業の見直しプロセス 全体像

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・定性データを見に行く。

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

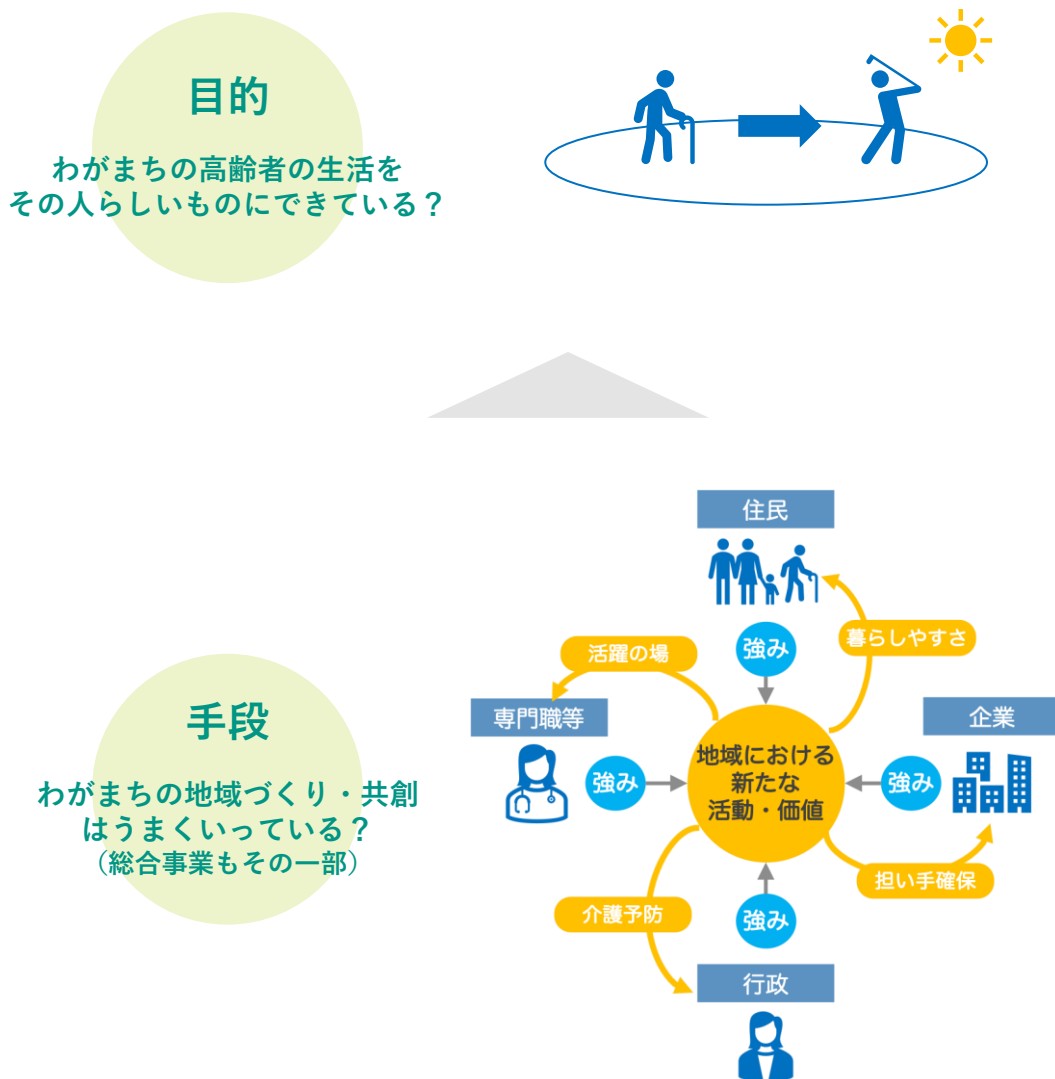
これまで・いま・これから
地域の実情

総合事業の見直しプロセス

STEP 1

わがまちの高齢者の生活をその人らしいものにできている？（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。



総合事業の見直しプロセス

STEP 2-A

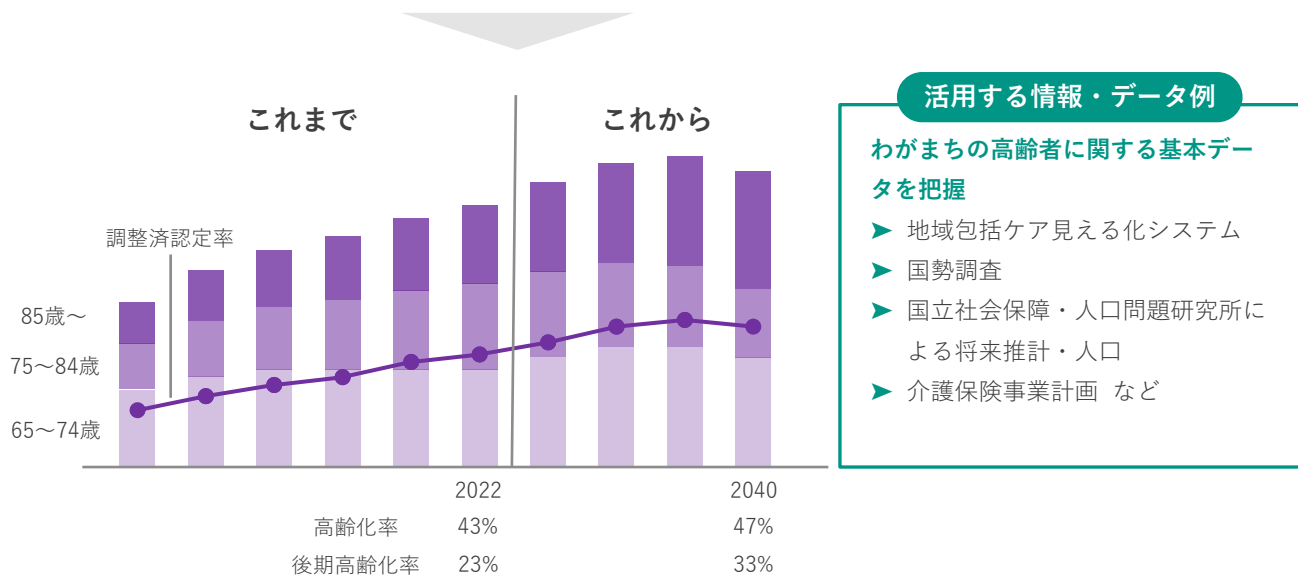
“高齢者”って誰のこと？

- “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”というのはどういう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



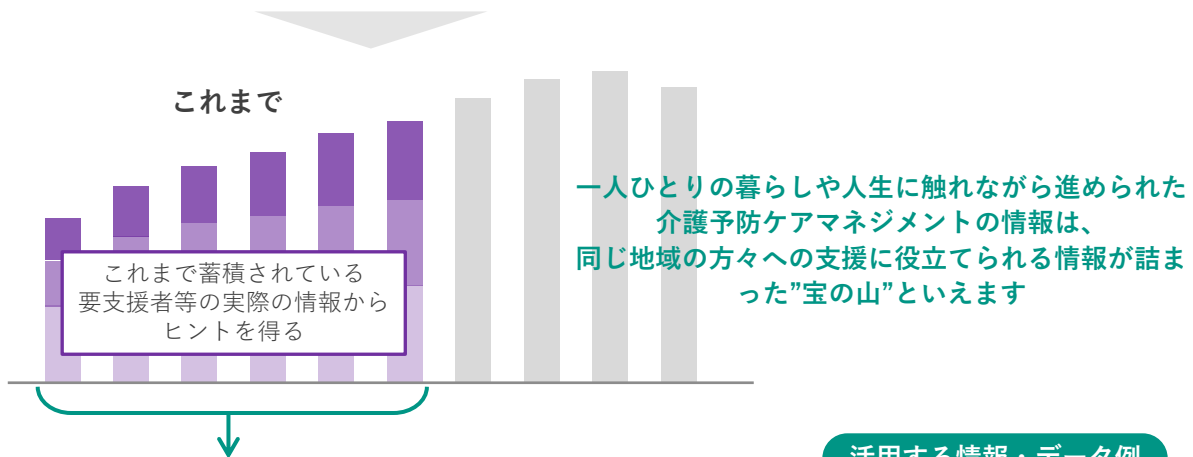
たとえば

- 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サービス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

総合事業の見直しプロセス

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・整理を進めることで、どの状態の方にどのような支援が適するのか、一定の目線をつくる

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

< 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）

資料：生駒市

通所型サービス

	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

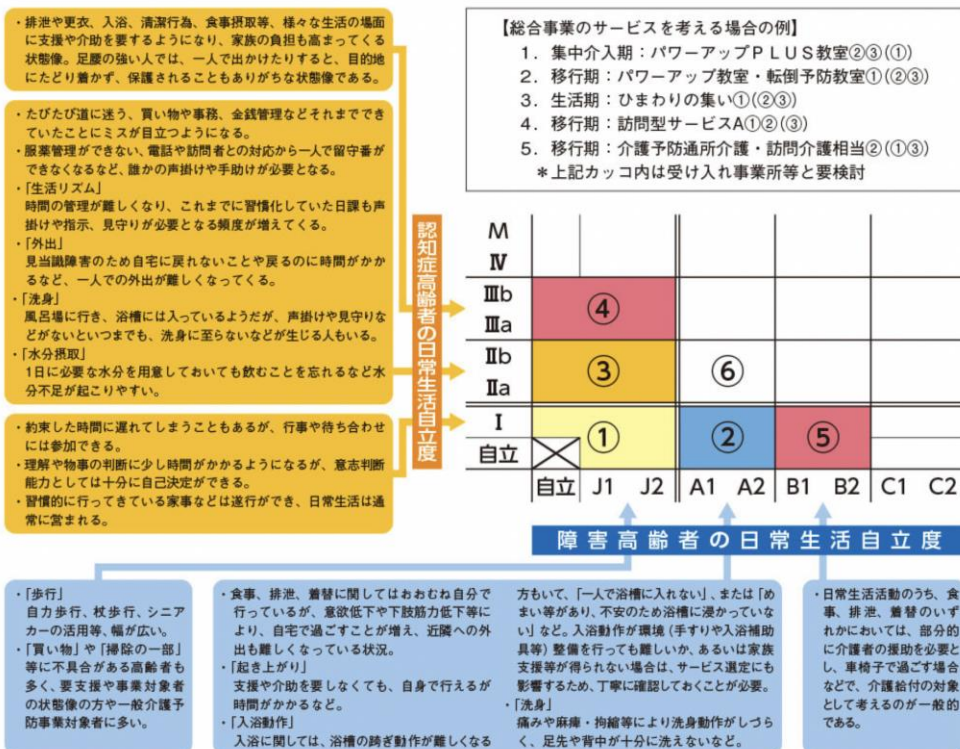
※ なお、これらはあくまで一つの目安としての項目・基準であり、個々の対象者と向き合う際には、適切なアセスメントのもと、本人意向も踏まえた適切な介護予防ケアマネジメントを進めることに変わりはない点に留意が必要です。

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

＜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



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

＜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 - 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

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.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0はい	1.いいえ
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.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1はい	0.いいえ
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.いいえ
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.いいえ
14	お茶や食べ物でむせることがありますか	1はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞くなどの物忘れがあると言われますか	1はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を覚えて、電話をかけることができますか	0はい	1.いいえ
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.いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1はい	0.いいえ
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.いいえ
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.いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1はい	0.いいえ
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.いいえ

国の定める事業対象者の基準

① 生活機能全般

② 運動機能

③ 栄養状態

④ 口腔機能

⑤ 閉じこもり

⑥ 認知症

⑦ うつ

①～⑦のいずれか1つに該当すれば事業対象者

市独自の絞り込み基準

① 生活機能全般

+

② 運動機能

+

以下いずれかに該当

③ 栄養状態

④ 口腔機能

⑤ 閉じこもり

⑥ 認知症

⑦ うつ

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

判定基準	リスク項目
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.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能
⑤ No.16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

(注)この表における該当(No.18を除く。)とは、回答部分に「はい」又は「いいえ」に該当することを含む。
この表における該当(No.12)に限る。)とは、BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。

出典：基本チェックリスト告示
介護保険法施行規則第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

事例の市では、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だけ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経験則

**介護予防把握事業
元気度チェック対象者**
(基本チェックリスト)

75歳以上で要支援・要介護
認定を受けていない方

① 生活機能全般
② 運動機能
③ 栄養状態
④ 口腔機能
⑤ 閉じこもり
⑥ 認知症
⑦ うつ

約12,000人

事業対象者

約3,000人

セルフケア

住民主体の
通いの場

一般介護
予防事業

サービス
利用検討

約600人

(必要に応じて要介護
認定の申請を検討)

人口 約12万人
高齢者 約3.4万人
うち 75歳未満 約1.7万人
認定者 約0.5万人

約3,000人いるものの
一般介護予防事業やセルフケア、
通いの場で対応できる人が大半
→ 一般介護予防事業等の充実

これまでの経験・データから
多様なサービスが必要な総量は
およそ600人と推計できる
(チェックリスト対象者の5%)

※これに要支援のサービス利用者の人数の見込みを加えたものが、必要なサービスの総量

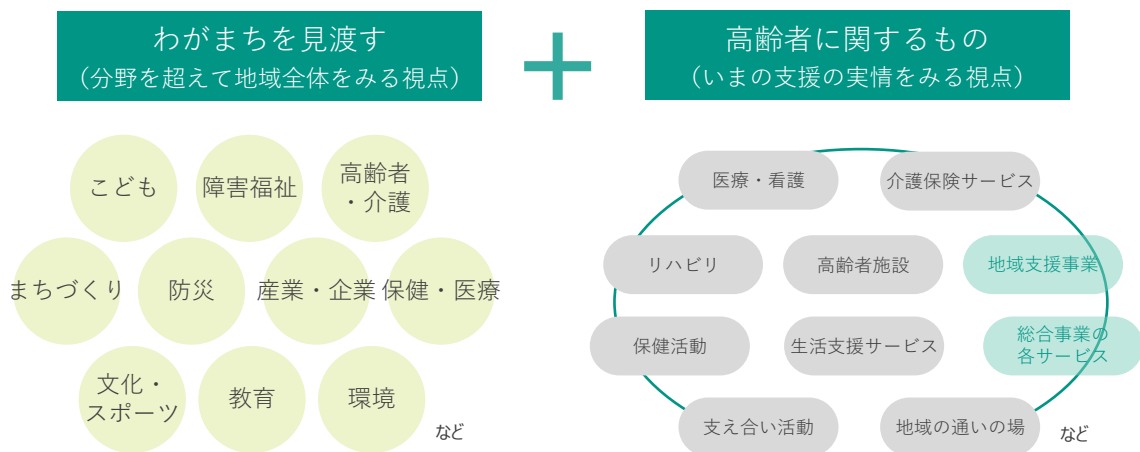
総合事業の見直しプロセス

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続ける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見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

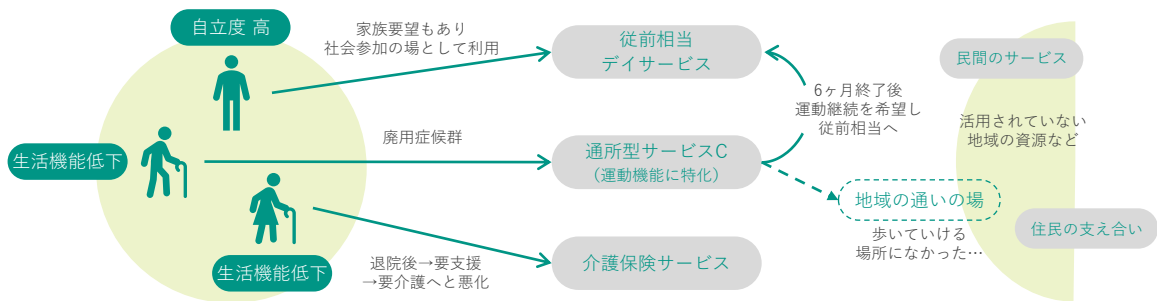
総合事業の見直しプロセス

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？

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？

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、インフォーマルサービスの活用率など）
- 地域ケア個別会議の実績から見てきた地域課題や頻出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**

総合事業の見直しの要否・程度を判断（下図はイメージ）



総合事業の見直しプロセス

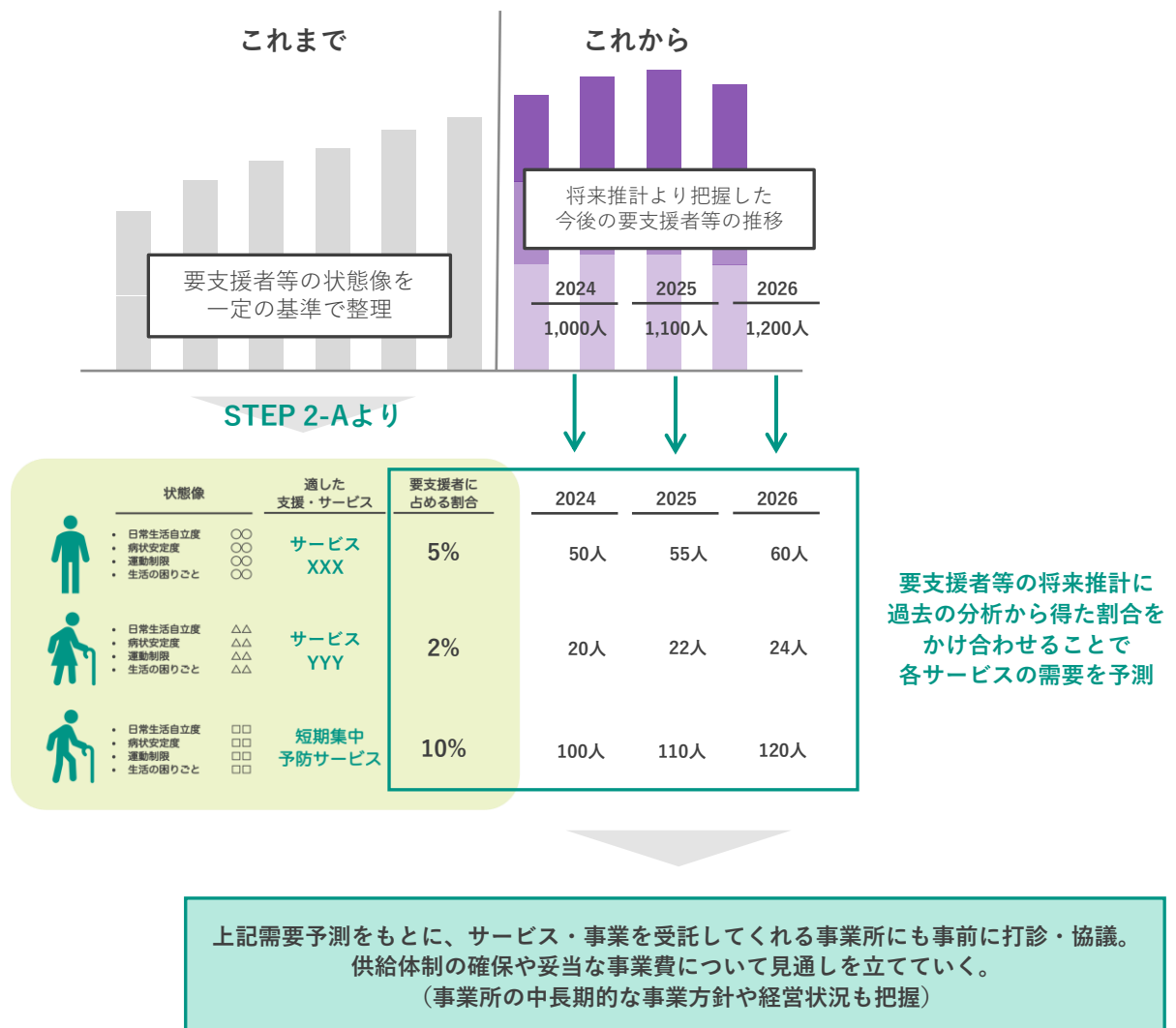
STEP 4

わがまちの地域づくりのストーリーを構築

- 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

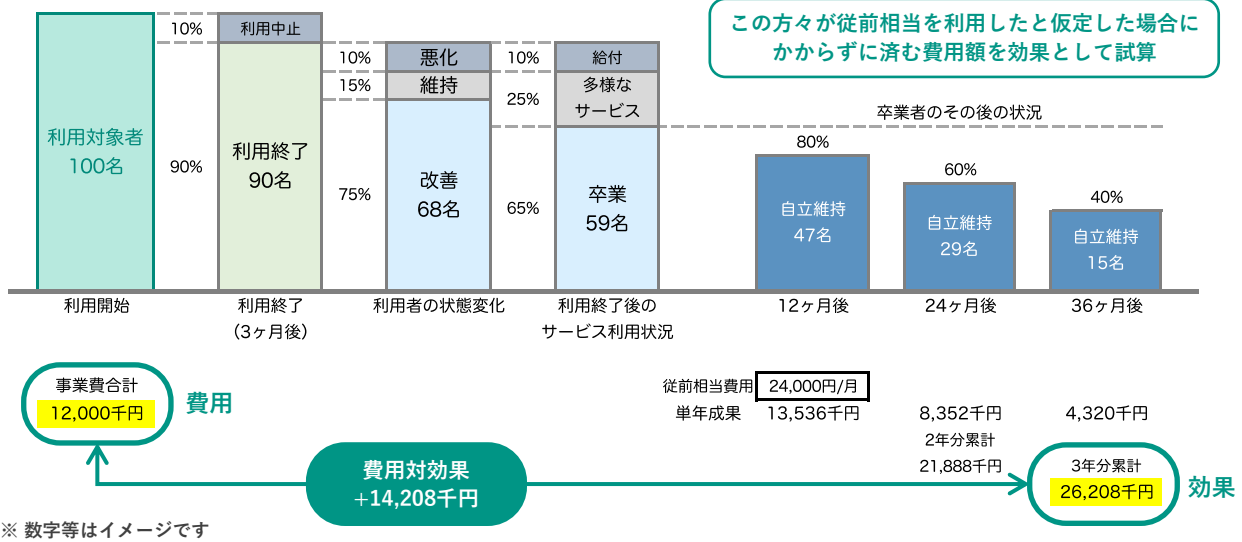
STEP 4

わがまちの地域づくりのストーリーを構築

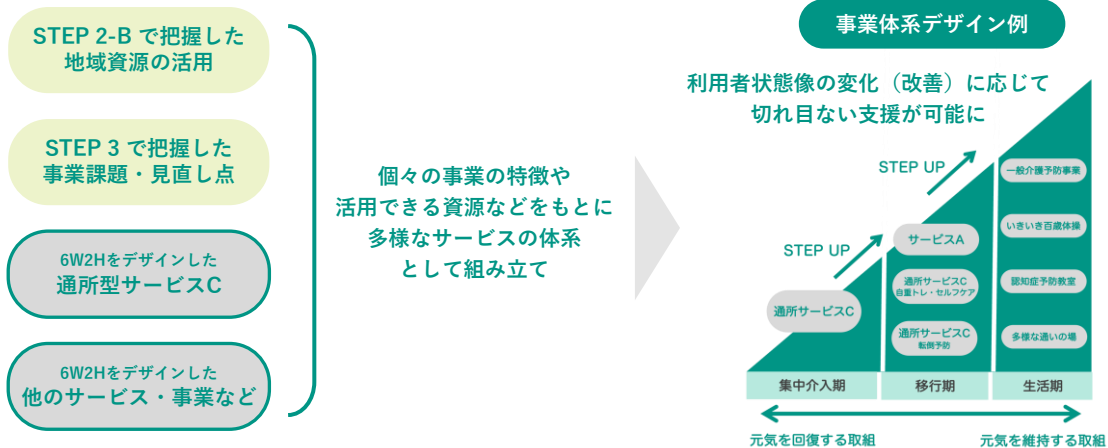
需要予測にて事業を実施した場合の費用対効果を積算し、予算を確保する

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



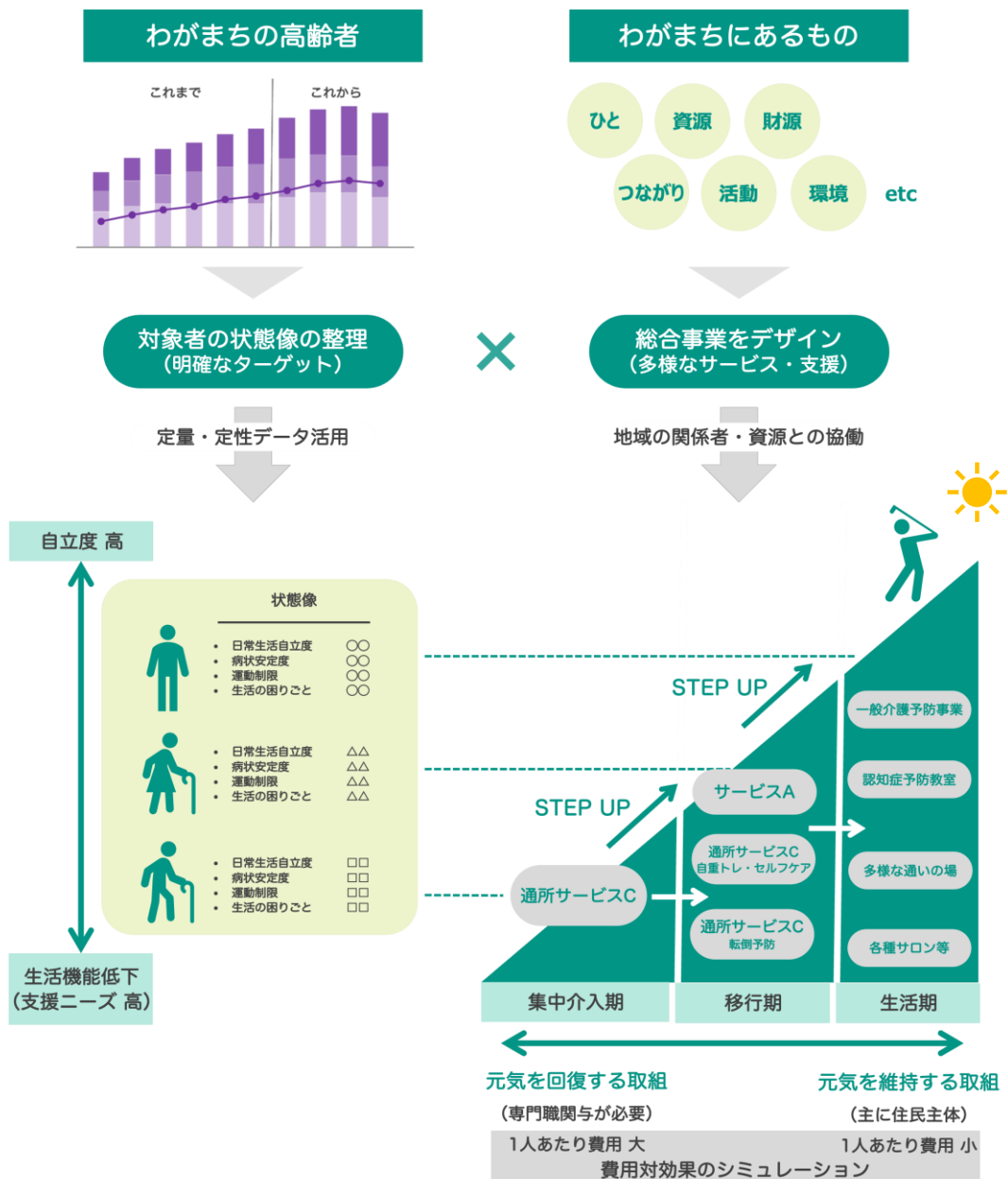
- 高齢者の状態像の整理と、事業・サービスのデザインはマッチしているか？
- 事業に必要な地域の関係者や資源と連携ができるか？

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。

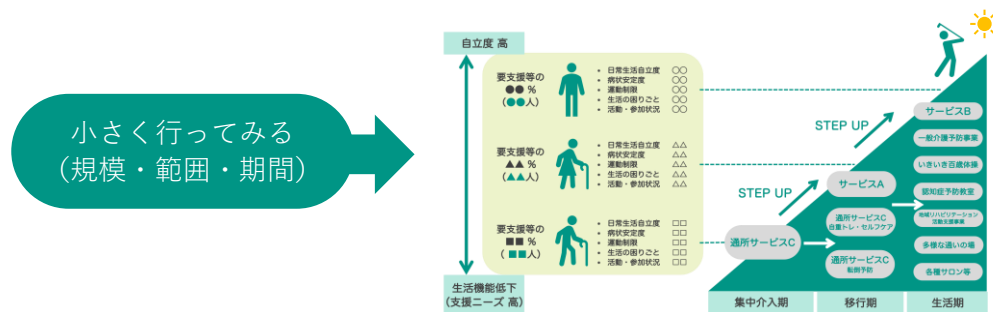


STEP 5

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みられたか？
- 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（体要件、人件費、備品、消耗品、光熱費、役務費、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（ロコミ、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

総合事業の見直しプロセス

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、わがまちの地域づくりのストーリーの共有（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ないか？
- 日々の小さな成果や課題を共有し、改善につながっているか？
- 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

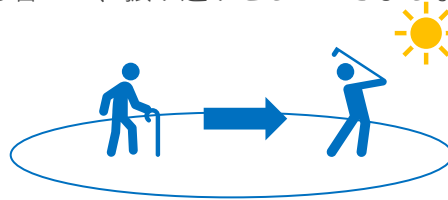
利用者や家族、住民の声の確認

- 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の仕事ができているか？という大事な問いに対する成果の確認です。あわせて、実際に高齢者の認定率等の数字がよい方向に変化しているのかも確認します。指標や数値で客観的に確認することは当然必要で、加えて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の確認事項例

- 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

総合事業の構築プロセス 全体像（事例）

出所：生駒市資料・データ

軽度認定者の実態把握(市と地域包括支援センター)

市と包括との双方の関わり⇒二人三脚で歩んでいく姿勢 (市と包括は対象者の実態把握に努めた)
総合事業担当は決して逃げない姿勢⇒わからないことは県や国に都度確認し、包括にフィードバック!

生駒市における軽度認定者の特徴や、どういった疾病やきっかけから、生活機能の低下を招く状態の人が多いかを把握し、必要な展開を再考。

生駒市における軽度認定者の特徴や、どういった疾病やきっかけから、生活機能の低下を招く状態の人が多いかを把握し、必要な展開を再考。

生駒市における軽度認定者の特徴や、どういった疾病やきっかけから、生活機能の低下を招く状態の人が多いかを把握し、必要な展開を再考。

要支援者に真に必要なサービスを検討

【現状】

【新しいサービスの検討】

短期間・集中的に専門職が関与し、ADLやIADLの向上が望めたら、介護予防所介護以外の誰の場に参加できるようなものではないか? (短期集中のサービスより、自立の可能性を探る)
交流目的とした会食やサロンで同じ悩みを共有するのはないか? (同年代の仲間と生活機能の向上を目指す)
人と関わりたいという気持ちがある人は、自宅で自らの入浴が難しい場合は、ヘルパーに来てもらうか? (ヘルパーによる入浴支援の可能性を探る)
人と関わりたいという気持ちがある人は、ヘルパーに来てもらうか? (ヘルパーによる入浴支援の可能性を探る)

訪問介護事業者等(少人数制センター)一定の研修を行い、近隣地域にサービスを提供できるか検討
訪問介護事業者等(少人数制センター)一定の研修を行い、近隣地域にサービスを提供できるか検討

わがまちの高齢者の実態を把握

必要なサービス・支援の方向性を確認

図表1：多様なサービス利用時の状態像整理

【総合事業のサービスを考える場合の例】

- 集中介入期：パワーアップPLUS教室①③④
- 移行期：パワーアップ教室・転倒予防教室②③
- 生活期：ひまわりの集い①②③
- 移行期：訪問型サービスA①②③
- 移行期：介護予防通所介護・訪問介護④⑤

*上記サービスには受け入れ基準を設定

短期集中予防事業(集中C:通所型)の特徴を比較

	パワーアップPLUS教室(集中介入期)	パワーアップ教室(移行期)	転倒予防教室(移行期)
実施エリア	中央部	北部・南部	中央部
対象者のレベル	J1～A1	J1～A1	J1～A1
生活の特徴	日常生活自立度低下、歩行不安定、転倒リスク高	日常生活自立度低下、歩行不安定、転倒リスク高	日常生活自立度低下、歩行不安定、転倒リスク高
サービス内容	歩行訓練、転倒予防、生活機能向上	歩行訓練、転倒予防、生活機能向上	歩行訓練、転倒予防、生活機能向上
送迎の有無・費率等	送迎(有)：5,400円程度・2時間	送迎(有)：5,500円・3時間	送迎(無)・直営
1回一人の単価・時間	2,700円	1,833円	1,600円程度・1時間半
教室数	2教室(年間8教室)	3教室(年間12教室)	1教室(年間8教室)
頻度と利用者数	2回/週、15名/教室	1回/週、15名/教室	1回/週、15名/教室

高齢者の状態像を詳細に分類・整理して利用対象者を設定

多様なサービスの特徴を活かし支援内容を再設計・開発

サービスC、緩和型A、従前サービス等への案内基準(例)

資料：生駒市

通所型サービス	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	制限あり	制限あり	制限あり	制限あり
改善・転身・悪化	改善	改善	改善	改善
疾患例	脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、認知症、うつ病、がん、腎臓病、関節炎、アレルギー、精神疾患等	脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、認知症、うつ病、がん、腎臓病、関節炎、アレルギー、精神疾患等	脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、認知症、うつ病、がん、腎臓病、関節炎、アレルギー、精神疾患等	脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、認知症、うつ病、がん、腎臓病、関節炎、アレルギー、精神疾患等

具体的な状態像別のサービス案内基準を作成

STEP 1 集中介入期

PLUS教室
自立～A2
自立～IIb

STEP 2 移行期

ヘルプサービス
訪問型サービスA
通所型A

STEP 3 生活期

緩和型サービスB
ひまわりの集い
【介護予防事業】
【生活機能向上】
【生活機能向上】
【生活機能向上】

元気を回復する取組 ← → 元気を維持する取組

具体的な状態像別のサービス案内基準を作成

体系図・事業連動を可視化して関係者に共有

モデル事業からの追跡結果(短期集中予防事業の効果)

モデル事業追跡調査(認知症含む)

●平成24年10月から平成25年9月までの1年間に、短期集中予防事業(モデル事業)を利用した「介護予防事業」の参加者数は、24年度(1,000名)から25年度(1,200名)へと増加した。これは、事業の認知度向上や、参加者の増加によるものである。

●平成24年10月～12月期間に、モデル事業を利用したA2以上の状態像の参加者は、67%、24年度(670名)から25年度(700名)へと増加した。これは、事業の認知度向上や、参加者の増加によるものである。

●平成24年10月～12月期間に、モデル事業を利用したA2以上の状態像の参加者は、67%、24年度(670名)から25年度(700名)へと増加した。これは、事業の認知度向上や、参加者の増加によるものである。

モデル事業の費用抑制効果(試算)

エンタイトル、介護保険サービスを利用せずに生活を送ることができた方が、通所介護を利用し続けたと仮定した場合。

●左側のグラフが平成24年10月から平成25年9月までの1年間にあった。モデル事業(短期集中予防事業)の効果により、4か月目以降は、実際、介護予防事業を利用し続けた場合に比べて、費用抑制効果が確認されている。これは、モデル事業を利用し続けた場合に比べて、費用抑制効果が確認されている。

●実際には、介護予防サービスを利用せず、介護保険サービスを利用し続けた場合に比べて、費用抑制効果が確認されている。

利用者のデータを継続・追跡して把握

費用対効果の検証

各論

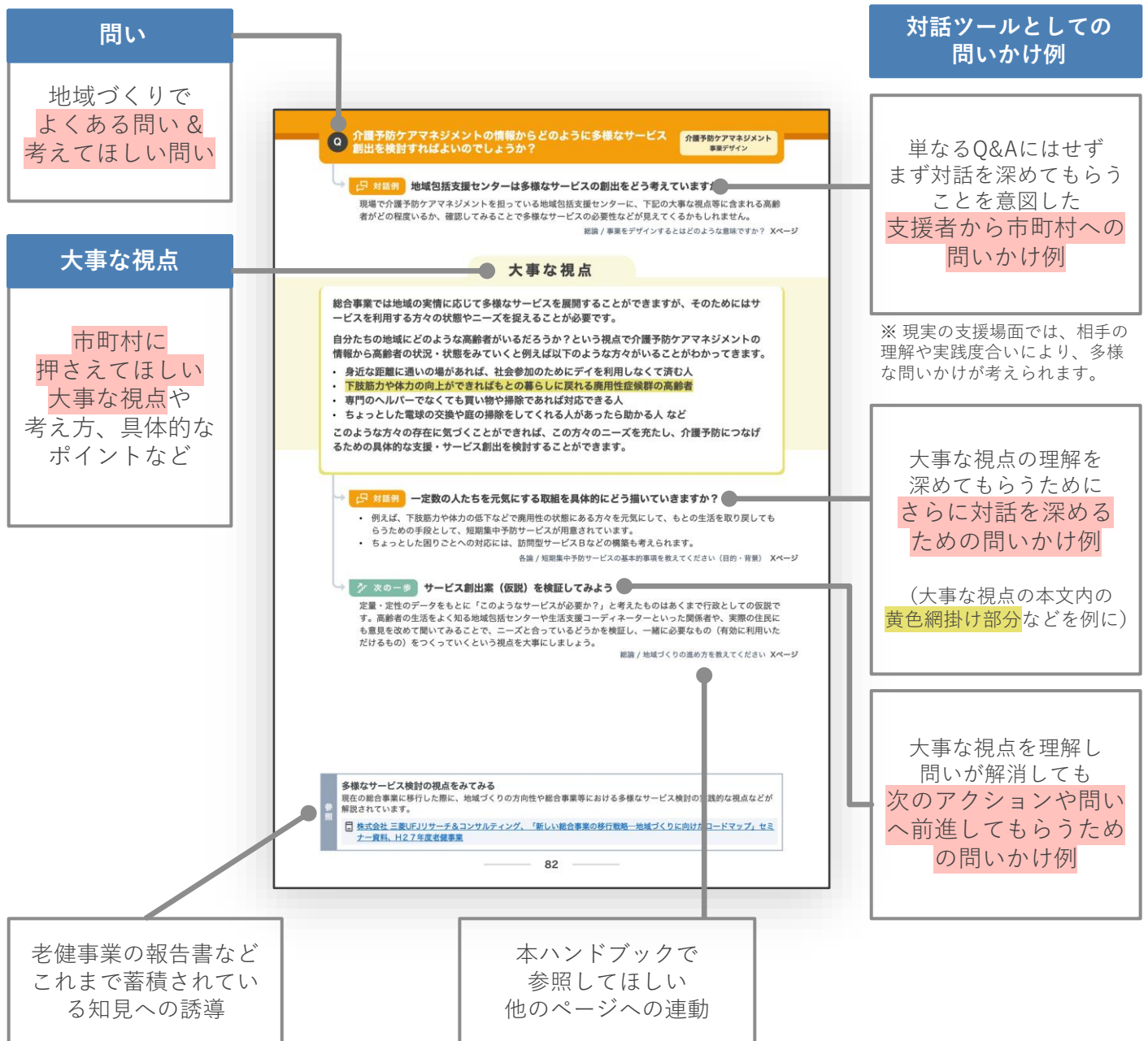
- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

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
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

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）	87
	・ 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）	88
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？	89
	・ 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？	90
	・ 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？ ...	91
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？	92
	・ 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？	93
	・ 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？	94
	・ 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？	95
	・ 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	96
	・ 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	97
	・ 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	98
	・ 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？	99

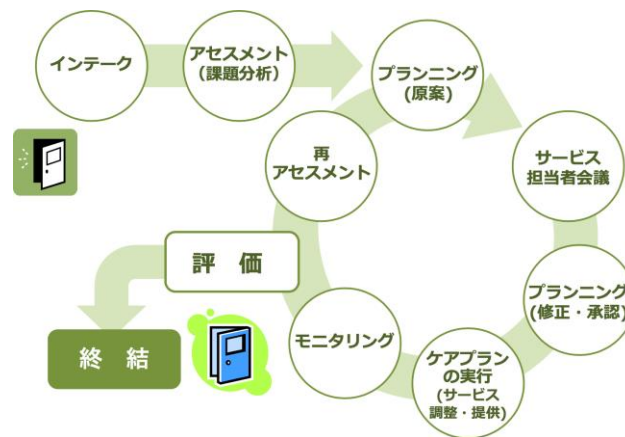
介護予防とは？

- 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、あるいは改善することです。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。
- 介護に関わる人や資源には限りがありますので、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。

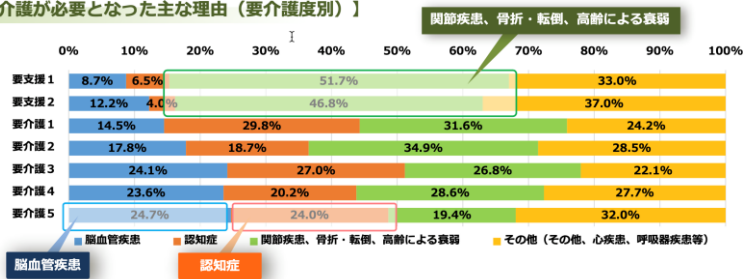
目指すのは

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？

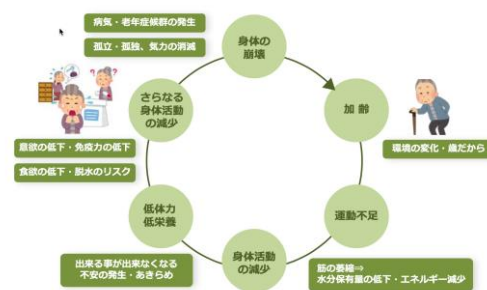
- 令和元年国民生活基礎調査において、要支援の方々が認定を受けるに至った主な理由は「関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱」が最も多く、要介護の方々と大きく状態像が異なることが分かります。
- この方々は、そのまましていると日常の活動が減ってきたり、外出を控えることで、さらに体力が落ちたりといったような悪循環に陥ってしまうリスクを抱えています。要支援状態になる前に支援者ができるだけ早期にその兆候に気づき、適切な働きかけ・介入を行っていくことで、本人に悪循環から抜け出していただくきっかけをつくっていくのです。

【介護が必要となった主な理由（要介護度別）】



(出典) 厚生労働省「令和元年国民生活基礎調査」

【「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 BG,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

地域での自立した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、以下の点が大事です。
 - 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）ということをも本人・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フレイル予防で健康寿命一」（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？ 68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一人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？ 14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？ 20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 36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事例をみましょう。

[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？ 24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サービス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 一定数の人たち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） 129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？ 20ページ

総論 / 地域づくりの進め方を教えてください 23ページ

多様なサービス検討の視点をみてる

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？ 89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？ 74ページ

次の一歩 関係者とともに共通認識をつくっていこう

- ・ 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？ 20ページ

整理例をみてる

ある事例の市では総合事業の利用者・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 71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も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） 129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。自立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、納得がいく伝え方をとおして、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？ 22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） 129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掘りイメージを教えてください 96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。そういう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**をもって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？ 140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 12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」として公開されている事例をみてみましょう。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） 87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（本人の望む自立した生活ができる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？ 95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？ 20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？ 74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） 87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） 196ページ

国際生活機能分類（ICF）によるアセスメント例をみる

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. Items include walking alone, shopping, carrying items, visiting friends, stairs, sitting on chairs, walking distance, falling, weight loss, health, eating, drinking, going out, forgetting things, phone use, and social participation.

Table with 3 columns: No, 質問項目, 回答. Items include walking alone, shopping, carrying items, visiting friends, stairs, sitting on chairs, walking distance, falling, weight loss, health, eating, drinking, going out, forgetting things, phone use, and social participation.

Table with 3 columns: No, 質問項目, 回答. Items include walking alone, shopping, carrying items, visiting friends, stairs, sitting on chairs, walking distance, falling, weight loss, health, eating, drinking, going out, forgetting things, phone use, and social participation.

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るとよいのでしょうか？

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掘りしていく

- (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。
閉じこもりたく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掘りが必要。

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、社会参加の場所が最近減ったこと、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

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？ 68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てる

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？ 15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もらえることは、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。あなたのまちではどうですか？

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？ 141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？ 28ページ

全国での連携の実施状況をみてる

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が、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 97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？ 202ページ



各論

- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

項目	問い	ページ
基本的事項	• サービスAの目的・意義を教えてください.....	103
	• サービスAと従前相当の違いをどう捉えたら良いでしょうか？	104
	• サービスAの提供内容や期間、基準などはどのように考えたら良いですか？.....	105
	• サービスAを考えるにあたり、大切な視点を教えてください.....	106

事業デザイン	• サービスAの事業デザインについて、どのように考えていけば良いでしょうか？.....	107

よくある質問	• 民間活用や庁内連携のポイントを教えてください.....	108
	• 奈良県生駒市における新たなサービスAの構築	109

サービスAの目的

- 市町村が、高齢者の多様なニーズを踏まえ、地域の資源をうまく活用しながら、アレンジを加え、高齢者の介護予防・生活支援に資するオリジナルのサービス提供を行うことで、自立支援や重度化防止を図ることを目的とする事業です。

サービスAの意義

- 風土や住まい環境・歴史や文化など、その土地柄に応じた高齢者のニーズを元に、地域の多様な主体と共創し、地域特性に応じたオリジナルのサービスを構築することで、高齢者自身の介護予防や生活援助のみならず、地域の活性化にもつながるものです。
- そのため、従前相当サービスでは補えない介護事業所の枠を超えた空間や人員を活用し、高齢者の多様なニーズに応じたサービスを構築することで、高齢者自身の満足度も高まり、介護予防や生活援助に資する動機付けにもつながります。

対話例 主な対象者像をしっかりと考えましょう

要支援1・2や事業対象者で必ずしも専門職の対応が必須ではない、比較的心身の状態が安定している者が対象となります。

(例)

- ・ 日常生活自立度が障害高齢者の自立度J1～A2で認知症高齢者の自立度が自立～I程度の高齢者
- ・ 主に慢性期疾患をもち、急激な状態悪化を引き起こすリスクがない高齢者
- ・ その他（自治体が認める者）

※環境因子にも配慮し、具体的な目標設定ができることも大切

対話例 従前相当サービスとの違いを理解しましょう

従前相当サービスは国の一律基準での実施ですが、サービスAは、各保険者の権限で設定・実施ができますので、各地域の状況に応じて考えていくことが求められます。

大事な視点**従前相当サービスとは**

国が一定の基準や報酬の目安を示しており、それに基づき、保険者が人員基準や面積・施設の設備など従うべき一定のルールのもと、事業展開する必要があります。

また、介護予防・日常生活支援総合事業における通所型・訪問型の従前相当サービスを提供する事業所として保険者からの指定を受けている必要があります。

サービス提供する内容も概ね定められており、創意工夫を図ることは可能ですが、事業所外での作業が中心などという特例的な対応は難しい一面があります。

サービスAとは

全国一律のサービス内容・基準・報酬等で成り立っている従前相当のサービスとは異なり、多様なサービス内容・独自の人員基準・適切な報酬設定が可能となります。必ずしも介護事業所の指定がなくても事業を行うことが可能であるため、多様な主体が参画できる機会があります。

地域特性に応じて、虚弱な高齢者が最も士気を高められる内容を盛り込んだ通所・訪問型サービスAの構築が可能となるため、対象者像の選定や事業内容の組み立て次第では、自立支援・重度化防止につながる独自サービスを作ることができます。

また、従前相当サービスや短期集中予防サービスでは、定期的にサービスを受ける必要がありますが、サービスAにおいては、定期的でなくても例えば月に1回の支援を受ければ今まで通りの生活が送れるような人にもサービス提供が可能です。専門性の高いサービスは不要だが、ちょっとした生活の支援があれば過ごせる人には最適なサービスと言えます。

次の一歩 地域の産業など社会資源を上手く活用しましょう

第1次産業で農作業をひたすら頑張ってきたAさんが、第一線を退いた場合、一気に老化が進むことがあります。そのような人は地域の産業との連携により、農作業に関わり、体を上手に動かすことやメンテナンスをうまく受けることで、やりがい・生きがいを感じるにつながっていきます。その他、長時間のリハビリや運動は苦手でも、自分のタイミングで専門職に運動を見てもらい、自身に応じたプログラムを提供いただくことで、セルフケアも継続でき、身体機能の向上につながるような支援もサービスAで構築できます。そのためには、多様な主体とのコラボレーションを考える視点が欠かせません。

また、介護サービスの指定区域外での運動プログラムを、民間施設を活用して行うことも可能です。例えば大型スーパー等の空きスペースを活用し、通所型サービスAを展開します。要支援者等なら、フラットな場所で買い物カートを押して、自身で衣類や総菜、野菜や肉・魚、生活用品などを購入して帰ることができるようになり、調理意欲がわくことで自立支援・重度化防止にもつながります。

次の一歩 その人の状態にあわせた柔軟なサービスを組み立てましょう

Bさんは、週に1回の清掃活動をボランティアで長年続けてきましたが、腰痛が悪化し、自宅の掃除も難しくなり、最近ではボランティア活動も休みがちになっていました。そのことを心配した地域包括支援センターが、Bさんと面談し意向を確認すると、ボランティア活動は継続したいとのことでした。そこでBさんには、しばらく民間の家事代行サービス事業者の訪問型サービスAを月に2回利用することと、基準緩和のリハビリ特化型デイで短期間運動することをお勧めし、腰部周囲の筋力向上とセルフケアの推進を提案しました。その結果、3ヶ月後には元の生活に戻ることができました。

このようにA型サービスは、柔軟にサービスの頻度や内容を選定できるため、毎週必ず訪問介護を利用する必要がない場合にも、とても勧めやすいサービスです。

大事な視点

関係機関・関係者と一緒にサービスを検討し、生み出す

サービスAには、関係機関・関係者との対話を持って、サービス価値を共有しながら新たなサービスを生み出していく視点が必要です。具体的には次の視点から考えてみましょう。

(例)

- 利用者の視点 「自分のできること・やりたいことに即したサービスが選択できる」
- 包括センターの視点 「介護予防や社会参加的な観点から利用が望ましい事業を提案できる」
- 介護事業者の視点 「人員・施設等の基準の緩和により、専門的な人は重度の人への対応が可能となる」
- 多様な主体の視点 「相乗効果を得られる」
- 保険者の視点 「持続可能性の高い介護保険の運営ができる」

対話例 対象者の状態像を明確にしましょう

対象者については、要支援の状態像として日常生活自立度や環境因子なども考慮し、具体的に「〇〇のような状態像」と枠を決めておくことが大切です。また、サービスAの内容をつなげて「語れる」ことが大切です。で、事業の特殊性やその事業を受けることのメリットは押さえておきましょう。

対話例 サービスの提供期間について検討しましょう

サービス提供期間については、「できること」を見つけて能力を伸ばすことが大切ですので、サービスAで改善できた場合は、セルフケアに移行し、場合によってはサービスAの担い手となるような好循環の渦を作ることも可能です。

対話例 サービスの提供主体について検討しましょう

提供主体については、介護サービス事業者、民間、地域産業、住民など幅広く考えましょう。例えば、民間の家事代行サービスやスポーツクラブ、遊林農地活用デイなども一つです。

対話例 サービスの人員・設備・運営基準について検討しましょう

下表のとおり検討しましょう。

①訪問型A	○生活援助に特化型 常勤や専従要件を緩和した上で、一定の研修を行うことを想定
②訪問型A (上記以外)	○高齢者自身が担い手 ①の他、事業所の指揮命令がなく、事業主体に一定の責任を課した上で雇用契約がなくても請負契約等を求めることを想定
③通所型A	○遊林農地を活用したデイサービスなど ②と同様に検討する。また、別法人で地域リハビリテーション活動支援事業などを活用するのの一つ。その際、設備基準も食堂や機能訓練室がなくても認めるなど、多様な主体で活力あるものを生み出すためには、市町村の柔軟な対応が求められる。

対話例 サービスの報酬について検討しましょう

時間、出来高、月単位などの考え方があり、事業の組み立て方にもよりますが、出来高払いが馴染む場合もあります。

基準報酬は、従前相当サービスの額を勘案し、訪問型Aなら生活援助の単位を目安とします。通所型Aでは、短時間型デイの報酬を参考にします。ただし、オリジナル加算なども設定が可能ですので、自立支援や重度化防止、活動につなげたなど、結果にコミットした場合には、加算をつけることなども可能です。

大事な視点

従前サービス以外で、地域に必要なことを考える

従前以外に必要なものが何かを考え、ニーズを把握する視点が重要です。また、地域オリジナルのAのイメージを持てるかどうかにもかかっています。

サービスAを構築する際には、関係者間での対話を大切にして、基準や報酬などについて、しっかりと話し合って決めていくことが必要です。最も大切にしたいことは、地域の高齢者のニーズに応じた保険者オリジナルの事業をどんなアレンジを加えて創り出すかということであり、単に人員基準を緩和し、単価を下げるというものではないことに留意しましょう。

そのためには、地域の多様な関係者がオリジナルのサービスAの価値を共有し、「語れる」ようになることが重要です。保険者は、Aのコンセプトを踏まえた対象者のイメージ、介護予防の推進と介護保険制度の持続可能性を担保していくことも大切です。

次の一歩

地域の民間企業との連携や活用をイメージしましょう

最初に、どんなサービスが今不足していて、どのようなサービスが増えると高齢者のニーズが満たされるのか、また、持続可能性の高い介護保険制度を運営していくために、今何が必要ななど、高齢者ニーズを明確にして、事業デザインを作ることが大切です。特に、サービスAを作ること、民間企業を活用することが目的となり、高齢者ニーズを置き去りにしてしまうと本末転倒となります。必ず多様なサービスを構築する際は、その目的や意義を理解し、今あるサービスを見つめ直すことが必要です。例えば、サービスAの充実が必要だと判断するに至った過程を明確にし、〇〇〇の状況なので、わがまちには〇〇〇のようなサービスAの事業が必要！であるということを見え、それに見合うサービス提供を行えるリソースがどこにあるのかを考えることが大切です。

最初から、どこかを頼りにして考えることも良いのですが、できれば、高齢者ニーズを元に妄想でもよいので「こんな事業があるとわがまちの高齢者の〇〇人は士気を高め、そのサービスを利用することにより活気が生まれるはず・・・」という仮説を立てながら、そういった事業に手上げしてくれそうないかを探るという流れを作るのも一つの方法です。もしくは、生活支援体制整備事業などでの地域資源の把握の中から、連携してできそうなことを考えていくことも考えられます。つまり、サービスAにおいては、「〇〇してはならない！」ということがないため、土地柄に応じた事業を構築することが可能です。

例えば、昨今、災害も増え、スマホの保有率も高まっています。スマホなどネット環境に馴染むことが必要という高齢者の認識も高まってきたため、スマホ教室的なものがプログラムに必須として入っている通所型サービスAが考えられます。また、高齢者の単身世帯が多い地域では、家事を少しでも遂行できれば、栄養を確保できることにつながり、筋力を上げていくことにつながるため、料理が学べる通所型サービスAなども考えられます。当然、そういった事業では長期利用に至らないかもしれませんが、自身でできることが増えれば、次は担い手としての立場で事業参加することも可能となります。そのように事業を行うことで好循環を生み出す流れも最初に考えておく必要があります。

大事な視点

要支援者や事業対象者は、とても幅広い状態像を有しており、再び始めてみたいことや新たに挑戦してみたいことなども多種・多様です。多様なサービスを生み出す際には、関係機関・関係者の意見を幅広く聴取し、さまざまな角度からニーズがあるかを検討する必要があります。

また、自由な発想で、虚弱高齢者が活動的になれることは何か？脳を活性化させ、生きがいや、やりがいなどを見出せるものは何か？などを考える視点が大切です。

対話例

イメージできるよう、具体的な事例を教えてください

例えば、Aさんは、ずっと農業をしながら過ごしてきましたが、80歳を超え体力が低下したことから、息子夫婦に引き取られB町に転入してきました。B町は第1次産業は少なく、第3次産業が中心の町で、AさんはなかなかB町に馴染むことができませんでした。方言も気にされ、なかなか新しい友人も作れず、次第に家から出ることもなくなり、気持ちもふさぎ込んでいきました。

Aさんのような人は少なくはなく、地域包括支援センターの総合相談や第2層生活支援コーディネーターの活動においても、要支援等の状態にある複数の人から「以前のように米は作れなくても、野菜の収穫など土いじりがしたい」という声があり、介護予防のための地域ケア会議においても「遊林農地を活用した畑活動ができないだろうか」という提案などが出ました。B町には、多様なサービスとして通所型・訪問型サービスBはありましたが、サービスAは介護事業所が実施している基準緩和型のAのみでした。そこで、地域包括支援センターや第2層生活支援コーディネーター等の意見を元に地域包括支援センター運営協議会や第1層協議体でも議題に挙げ、多様なサービスの創出として、遊林農地を活用したサービスAの在り方について検討しました。いずれの場合でも多様なニーズを捉え、新たな事業を生み出すことは良いことだと具体的な事業展開に向けて前向きな発言が聞かれました。

対話例

事業デザインを考える際の手順を教えてください

まずは、虚弱高齢者や認知症高齢者にどのようなニーズがあるかを次の関係機関・関係者から多角的に把握し、仮説を立てます。

- ①地域包括支援センターの総合相談や介護予防ケアマネジメントの実態
- ②第1層、第2層の生活支援コーディネーターの日頃の活動や協議体での議論
- ③認知症地域支援推進員の活動 ④社会福祉協議会の地域の活動 ⑤民生児童委員等の日頃の活動
- ⑥老人クラブ連合会や自治会 ⑦介護事業所等 ⑧ニーズ調査
- ⑨自治体の介護保険課や高齢福祉関係の窓口対応 ⑩庁内連携会議などの場 ⑪その他

上記の窓口対応からのヒントやヒアリング調査、あるいはアンケート調査などから、従前相当サービス以外にどのようなサービスが構築されると虚弱高齢者の興味・関心がわき、生活機能の向上につながるサポートができるかを考えます。その際、介護保険という枠組みにとらわれすぎず、まずは、自由に議論することが大切です。どんなことなら「もう、年だから仕方ない」というあきらめの境地から「ちょっと挑戦してみよう」「これなら楽しめそう」「これならできそう」と思えるものが準備できるか？という点に着目して、まずは「事業化できる・できない」を先に考えるのではなく、「こんなことがサービスAの枠組みの中で実現できたらいいね」を関係機関・関係者で対話しながら、まとめていくと良いでしょう。

さまざまな意見が出た中で、次は、実現可能性の高いものに絞り込んでいき、出たアイデアを具現化できるように落とし込んでいくことが必要です。例えば、その対話の中で「畑などの活動が虚弱高齢者の活動量を上げるために重要で、できた野菜をみんなで食する」というところまでを一連の流れにすると物を作る・育てる・分かち合うという観点からも刺激を受けることができるのではないのでしょうか。

大事な視点

民間活用を考える際のポイント

介護事業所では実現が難しいことについて、民間活用を考えることも一つの方法です。また、民間活用を考える際、お互いがwin-winになるような仕掛けが必要です。地域貢献や慈善活動という方法もあるかもしれませんが、事業を長続きさせるためには、民間にも共創することに対するメリットがなければなりません。例えば、共に事業を展開することで、以下のようなことが考えられます。

- ・ 民間企業等の知名度が上がり、新たな事業の拡充につながる
 - ・ 介護や福祉関係の事業に携わる中で高齢者の新たな市場調査につながる
 - ・ 既存にあるリソース（人・場所・物など）を有効活用できる可能性がある
 - ・ 職員の人材育成、自費サービスの新たな創出につながる可能性がある
 - ・ 新たなネットワークが構築でき、副次的な事業が創出できる可能性がある
- 等

対話例 民間企業が欲しい情報をどのようにまとめたらよいでしょうか？

民間企業がどのような情報を欲しているかを具体的に聞きながら、情報をまとめて渡すことが大切です。例えば、事業の目的や意義、どのくらいの規模感の事業なのか、事業費や事業単価、対象者のゾーンと事業内容、周知の方法やアウトプットのイメージ、具体的にその事業に関わる人員数や専門性の有無、事業の周知方法など、事業イメージを具体的に描くために必要な要素はまとめて渡す必要があります。

対話例 民間企業にプレゼンする際のポイントを教えてください

民間企業がサービスAについて関心を持ってもらえるよう、企業にとってのメリットを整理して伝える必要があります。例えば、企業イメージとして、単身高齢者や高齢者夫婦世帯の困りごとをきめ細やかに見繕い、サービス提供できることで企業イメージがアップすることもあります。

あるいは訪問型サービスA等であれば、老計10※では対応できない個別の「窓を拭いてほしい」とか、「衣類の入れ替えをしてほしい」とか、「不用品を捨ててきてほしい」など、訪問型サービスAでは対応できないものを自費サービスで対応できるなど、他の事業を提供できる場が増える可能性があることも含め、事業の拡充につながることを話します。

事業を拡充しようとしている場合は、指定事業ではなく委託事業で展開することにより、信頼性の獲得にもつながりますので、他の自治体との事業も展開しやすくなるなどのメリットを伝えます。

老計10※ 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日老計第10号）

大事な視点

他部局と連携して柔軟なサービスを作るポイント

他部局に対して、福祉部局が民間と共創しながら、新たな事業を生み出すことを検討していることを伝え、既存には持ち得ていないネットワークに福祉部局も入れてもらうなどし、新たなネットワーク構築を始めることが大切です。

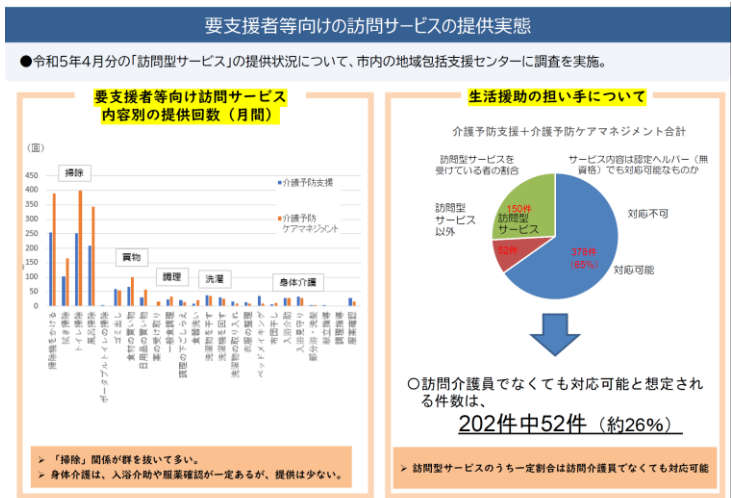
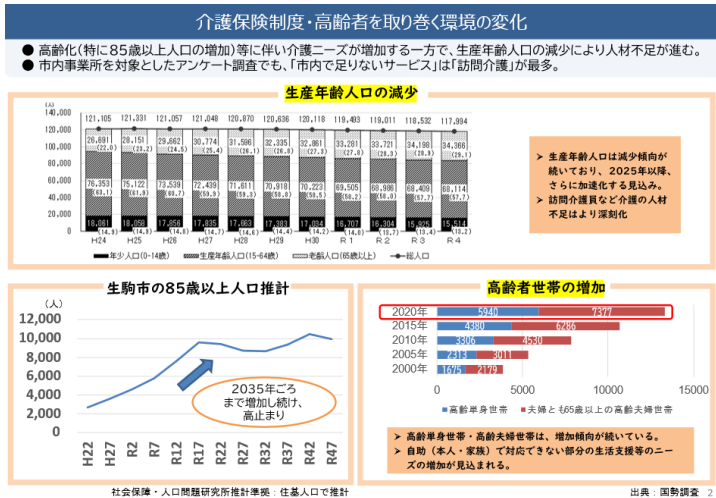
例えば、遊林農地を活用したサービスAの構築を目指すのであれば、産業振興課や農業組合などを担当している部局などと連携することで、どのような対策をとれば実現可能性の高いものになるかを一緒に検討してもらうことなどもお勧めします。

その際、具体的にどのような事業を目指しているのか、その目的や意義、対象とする者や事業規模のイメージをしっかりと関係課に伝え、自分たちの困りごとがどこなのかを具体的に伝え、何を助けてほしいか、どこに協力体制を必要とするかなど、明確に伝える力が必要です。

奈良県生駒市における新たなサービスAの構築

○奈良県生駒市においては、後期高齢者数が奈良県下で2番目に急速に伸びており、訪問介護を必要とする高齢者も増加しているが、訪問介護事業所が増えず、また訪問介護員の高齢化などもあり、要支援者等に生活援助サービスを提供することが困難になる時期が近づいてきている。

○そこで、実際に要支援者等に提供している訪問介護サービスの実態を把握し、サービス内容も詳細に調べたところ、生活援助においては居室と水回りの掃除が主であることが分かった。委託先地域包括支援センターとともにこれらのサービスはプロの訪問介護員でなければサービス提供が難しいかを調べたところ、プロでない一定の研修を受けた生活援助員であっても対応可能な数を割り出すことができた。



○生駒市においては、平成24年度～26年度までは、厚生労働省のモデル事業(市町村介護予防強化推進事業)を活用し、平成27年度～28年度までは総合事業において、シルバー人材センターに委託をして、訪問型サービスAを実施していた。その後、シルバー人材センターの方針が変わり、プロでない高齢者が疾病を有している方にサービス提供するにはリスクが高いということで、平成29年度より受託してもらえなくなった。高齢者が高齢者を支援するサービスとして、やりがいを感じてサービス提供をしてくれる会員もいたことやそのサービスを利用する一定数の高齢者は、同年代の人が来てくれるので話が合うと喜んでくれていたため、廃止はととても残念であった。

○そうした中、市は先細りする訪問介護に危機感を覚え、研修を展開し、訪問型サービスAの担い手を養成してきた。しかし、訪問型サービスAでしか派遣ができない認定ヘルパーは雇用側にとっては利用者とのマッチングが難しく、思うように雇用が進まず、有資格者が一部、訪問型サービスAで対応しているような状況が起きていた。現場からは、本来、認定ヘルパーでよいところを、有資格者が対応せざるを得ないことから、どうにかならないかという声があがっていた。

○そのような折、生駒市内で長年訪問介護事業所を運営していた事業所が、介護事業から撤退し、単身世帯や高齢世帯にもっと自由に幅広く、困りごとに対応できる自費ヘルパーを派遣する人材派遣会社を立ち上げたという話が耳に入った。事業内容は、対象とする人によって、有資格者・一定の研修を受けた無資格者を活用しながら、ニーズに応じた生活援助のサービス等を提供するというものである。他にも民間企業と連携しながら、例えば屋根の修理や外壁の塗装が必要だがどこに頼んでいいかわからないといった場合に、事業者を紹介するなどして、困りごとを解決していく。また、家族が遠方のため頼れないなどの理由で困っている人を助けるため、病院の送迎や受診時の同行なども行うなど、高齢者が暮らしていく上で必要な保険外事業を中心に展開するというものである。

○その人材派遣会社は、高齢者のみならず、例えば産後のママや骨折等で介護保険対象にはならないが、家事などで困っている人への支援など、幅広くサービスを提供することを考えている。特に生駒市の要支援者等のヘルパー利用の主な理由が居室や水回りの掃除という結果からも、この民間企業が目指す生活援助は、地域で活躍できそうな高齢者の雇用も積極的に考えていくとのことから、こうした民間企業の活用こそが、多様な主体の参画による総合事業の運営だと思えた。

○事業者については、一般公募をかけ、条件に合致した事業所を選定し、単価契約での委託事業ができればと考えている。サービスの中の訪問型サービスAなので、老計10の範囲で提供するサービスに縛りはあるが、逆に一定の費用を払いながら、自費サービスにてご自身でできないことをしてもらおうサービスも同時に提供できるため、利便性が高い。注意すべきことは利用者が多様なサービスで利用するものと自費で利用するものを理解し、うまくサービスを活用することが大事なので、プランナーはそこを意識してプラン作成することが重要である。

生駒市においては、生駒市を踏まえ、次頁のとおり新たなサービスAの内容を検討している。

奈良県生駒市における新たなサービスAの構築

1. サービス利用の目安について

第8期計画では、①介護予防訪問介護相当サービスと②訪問型サービスAの2種類で市内の訪問型サービスを考えていたが、第9期計画では①②に加え、③自費サービスも市内の社会資源の一つと捉えた上で、提供するサービス内容の検討を行った。

第8期計画における考え方

①介護予防訪問介護相当サービス

[状態像]

身体介護が必要、認知機能低下により日常生活に支障がある症状や行動を伴う、退院直後で状態が変化しやすい等、専門訪問介護員等によるサービスが必要な方。

[頻度・期間]

「要支援1及び事業対象者」は週1回、「要支援2」は週2回までが原則。（退院直後等で集中的にサービスを必要とする方等は原則回数を超える利用が可能だが、「要支援1及び事業対象者」は週3回の利用はできない。）

②訪問型サービスA

[状態像]

認知機能の低下があるものの日常生活に支障がない、状態が安定している上で、身体介護が不要で生活援助サービス（掃除、洗濯、買い物、調理等）が必要な方。

[頻度・期間]

「要支援1及び事業対象者」は週1回、「要支援2」は週2回までが原則。（退院直後等で集中的にサービスを必要とする方等は原則回数を超える利用が可能だが、「要支援1及び事業対象者」は週3回の利用はできない。）

※訪問型サービスAは、高齢者や子育て中の母親などで、市の行う研修を受けた者を新たなサービスの担い手として確保していく事業

第9期計画における考え方

①介護予防訪問介護相当サービス

[対象者像]

認知症、セルフネグレクト、介護者による虐待、神経難病や癌等疾患による急性増悪への見守りや急変時の対応が必要な方、病態が安定しない精神疾患を患っている等の状態にあり、利用者の状態や生活環境の変化等の把握の必要性の観点から資格を有する訪問介護員が対応することが不可欠と考えられる人。

[頻度・期間]

「要支援1及び事業対象者」は週1回、「要支援2」は週2回までが原則。（更新で想定外の要支援2や要支援1となった場合で、精神的に不安定など、別途配慮すべき事象がある場合については、市に要相談）

②訪問型サービスA

[対象者像]

要支援1・2の人や事業対象者で、①・③に属しない状態像の人。例えば、認知症や精神疾患、神経難病やがん、心疾患や糖尿病などがあっても状態の安定やコントロールがなされており、無資格の人でも対応できるような生活援助サービス（掃除・買い物等）が必要な場合。

[頻度・期間]

アセスメントにより「要支援1及び事業対象者」は週1回、「要支援2」は週2回までが原則※。それ以上、必要だと判断する場合は、市に協議。
※アセスメントにより「要支援2」で週1回のプランとなることもあり

③自費サービス

[対象者像]

自立した配偶者や就労している子など、要支援等の認定がない人が同居しており、本人(要支援者等)以外も含めた掃除や買い物、調理などの生活援助サービスが必要又は希望する人。

①・②では対応できないニーズ（庭の掃除をしてほしい、お風呂のカビ取り・大掃除をしてほしい、飲食店のテイクアウトなどおいしいものを食べたいなど）がある場合。

※自費サービスで対応することにより、老計10に縛られず、自由にサービス内容を調整

[頻度・期間]

シルバー人材センター等と要相談。

奈良県生駒市における新たなサービスAの構築

2. 人員基準や単価設定について

- 事業の委託先としては、
 - 地域社会の福祉の向上及び活性化に貢献している者に法人格を有していること
 - 有料職業紹介事業の許可を受けていること
 - 介護保険事業者等として都道府県知事及び市町村長から指定を受けていないこと
- 従事者として、次のいずれかに該当する者を配置
 - 市が実施する訪問型サービスA従事者養成研修を修了した者
 - 訪問介護員等、介護サービスに関する資格を有する者
- 職員の配置基準として、
 - 管理者：資格要件なし。常勤1人以上。ただし、必ずしも当該事業従事者でなくてもよい。
また、支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能とする。
 - 訪問事業責任者：介護予防支援員及び介護福祉士の資格を持ち、5年以上介護等の業務に従事した介護職員。必要数1人以上
 - 生活支援員：生駒市訪問型サービスA従事者養成研修修了者、訪問介護員等の介護サービスに関する資格を有する者。必要数1人以上
- 単価について、
 - 市の訪問型サービスAの単価とする

3. 委託先の公募について

市の訪問型サービスAの単価を用いることから、入札には適さない。このことから、市内、近隣事業者から、前述の条件を設定し、プロポーザル方式により事業者を選定する。

4. 新たな訪問型Aを創出するにあたり留意したこと

(1) 現場の声を反映

◎委託先包括への聞き取り

- ・どのような状態像の人が従前相当の訪問介護を利用するとよいか
- ・どのような状態像の人なら訪問型サービスAで対応できるのか
- ・どのくらいの利用量を見込めばよいか
- ・自費のサービスを勧める際の目安はどこか
- ・単価設定について、どのくらいが妥当か
- ・元気を取り戻していった人が次の担い手になることについてどう感じるか
- ・委託先となる民間事業所に求めることは何か
- ・その他

◎民間企業への聞き取り

- ・どのくらいの人数を受入可能か
- ・老計10の範囲内で対応するものと自費での対応などの線引きが可能か
- ・単価設定への希望について
- ・元気になっていく人へのサービス終了への意識など、委託先包括との足並みそろえについて
- ・クレーム対応などの対処について
- ・リスク管理について
- ・人材育成について
- ・研修体制について
- ・その他

◎包括と市で従前相当・訪問型A・自費サービスの基準を作成

◎包括向け研修会の開催（継続要介護や居宅⇄要支援を行き来する事例等）

奈良県生駒市における新たなサービスAの構築

(2) 認定ヘルパーの養成のための市の研修を実施

これまで実施してきた訪問型サービスAの研修を民間企業含めて幅広く周知し、受講者を募った。

(3) 説明会の実施

委託先包括支援センターへの説明会を実施するとともに、居宅介護支援事業所や介護事業所等への説明会を実施した。

(4) 委託先の公募

サービスAを実施するにあたり、最も適した事業者を選定するため、プロポーザル方式とした。

(5) 契約

訪問型サービスAの委託事業として実施するが、1件あたりの単価契約+事務費+研修費+マッチング費用を委託費の中に盛り込む予定である。

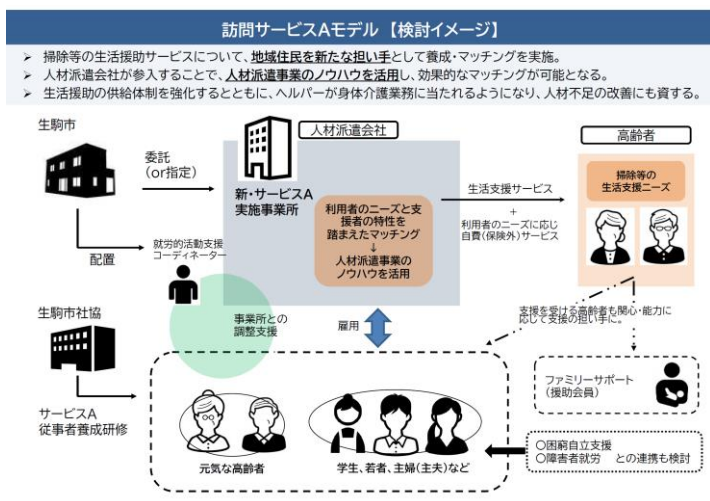
このような形をとりながら、民間企業との共創を考えた訪問型サービスAの構築を進めてきた。特に管理者の考え方など人員基準のところは、独自基準での考え方であることから、この辺りの整理が鍵となると考える。

以下は、当初考えていたサービスAのイメージと、関係者対話を重ねてアップデートしたサービスAのイメージである。このように対話を重ねて一緒に創っていくことが大切である。

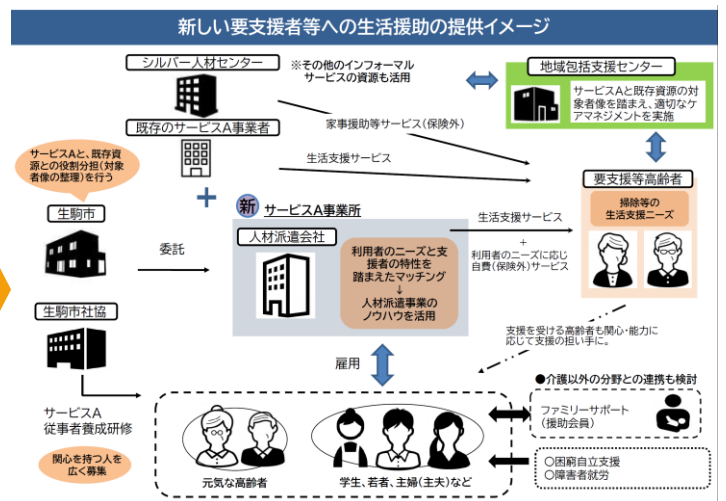
【アップデートについて】

- ・サービスAの提供にあたり、地域包括支援センターが高齢者のニーズを把握した上で、適切なケアマネジメントを行い、必要な支援に結びつけていくことがポイントとなる。
- ・シルバー人材センターや既存のサービスA事業者も市内で生活支援のサービスを提供していることから、ともに高齢者を支えていく主体である。

■当初のサービスAのイメージ



■対話によるアップデート後のサービスAのイメージ



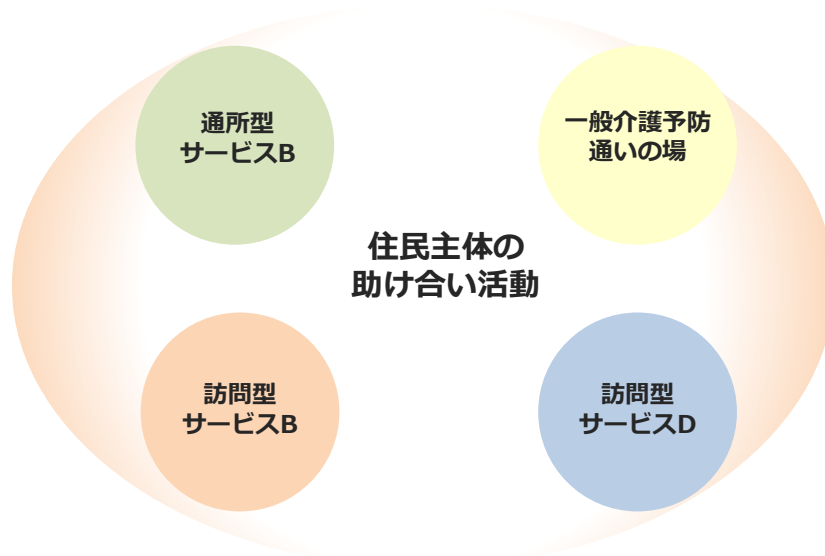
各論

- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

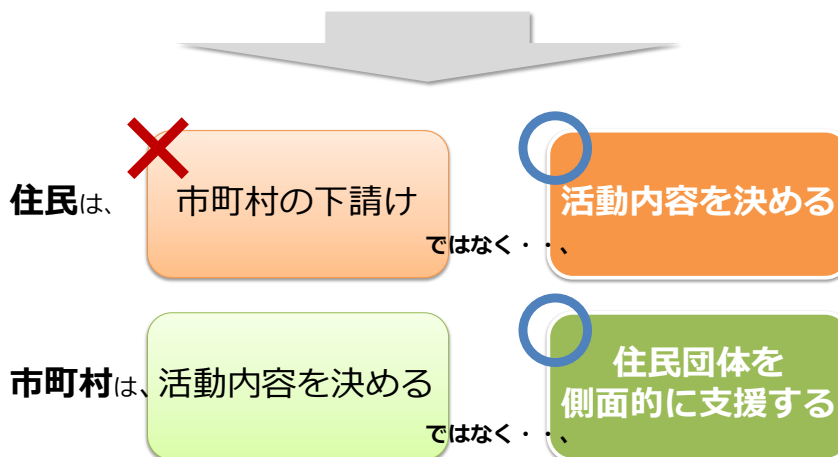
項目	問い	ページ
基本的事項	• サービスBについて教えてください.....	115
	• サービスBについて対象者を教えてください.....	116
	• 住民主体とはどういうことか教えてください.....	117
	• サービスB（通所型）と通いの場、サービスB（訪問型）と地域で行われる見守りや生活支援の違いについて教えてください.....	118
事業デザイン	• サービスBをデザインする際のポイントは何ですか？.....	119
	• 多部局と連携して柔軟なサービスをつくるポイントを教えてください.....	120
	• 住民主体による支援はどのように作っていけばよいでしょうか？.....	121
よくある質問	• 住民主体を引き出すためにはどうしたらよいでしょうか？.....	122
	• 住民主体（サービスB）の活動に対する費用や要綱の考え方や作り方はどうしたらよいでしょうか？.....	123
	• 担い手が足りない場合はどうすればよいでしょうか？.....	124
	• 住民主体を推進させるイメージを教えてください.....	125

サービスBの目的・意義とは

- “助け合い”とはサロンや見守り活動、訪問による家事援助、おかずのおすそわけ、ゴミ出し支援、居場所づくりなど、住民が互いに行う生活支援の活動、共に運営・参加する通いの場などを指します。一人暮らし高齢者や高齢夫婦世帯が増えていく中で、ゴミ出し、家の中の掃除やお風呂掃除、洗濯、調理をはじめとする家事支援や話し相手、買い物支援など日常の生活支援のしくみは、今後ますます求められます。
- 総合事業の「B型」（通所型サービスB、訪問型サービスB）は、この“助け合い”の活動を補助というしくみで推進・支援するものです。介護保険サービスの実施主体は市町村ですが、助け合い（通所型サービスB、訪問型サービスB）の実施主体は住民です。したがって、その活動の内容を決めるのは住民であり、市町村が決めた内容の下請けではありません。市町村は活動が継続し充実していくように柔軟に側面的な支援をしていくことが大切です。
- 助け合いを広げることは、住民それぞれが持つ得意分野をいかしながら、地域の中で役割と出番をつくることでもあり、結果、いきがいや介護予防をはじめとする様々な効果を広げます。また、世代を超えた様々な人たちが「ありがとう」でつながるあたたかい地域づくりを推進します。



“助け合い”の実施主体は、「**住民主体**」である



対話例 地域のなかにはどのような状態像や困りごとを持つ方がいるでしょうか？

住民は100人100様、生活歴も文化も違います。それぞれが異なるニーズや得意分野も持ち暮らしています。暮らし中の困りごとは地域の中での人と人のつながりや助け合いで解決できることがたくさんあり、すべての方に専門職による手厚いサポートが必要なわけではありません。

まずは住民の困りごとなど住民の声を聞くこと。困りごとは口に出しにくいので合わせて「やってみたいこと」を聞くこともニーズの把握につながります。また、高齢者だけではなく、地域のさまざまな方や困りごとに目を向け、多様世代等のつながりづくりの推進するという地域づくりの視点を持つことが大切です。

- 対象者は要支援者や基本チェックリスト該当者が半数以上あれば運営費全体の補助が可能です。
- 半数を下回る場合でも按分等、市町村が合理的と考える方法により補助が可能であり、要綱の中で対象者を限定する必要はありません。
- サービスBの補助を受けた活動は、基本チェックリストや介護予防ケアマネジメントを受けている人しか利用できないというのは誤解です。ニーズを見つけて、そのまま支援につなげるのは、まさに住民主体の強みを活かしたアプローチそのものです。
- サービスBをつくることが目的ではなく、住民主体の助け合いをサービスBとして補助支援することが大切です。

大事な視点

「ごちゃまぜ」は元気な地域をつくる

核家族化や少子化人口減少などにより、多くの地域ではご近所の関係は希薄となり、また、家族機能が弱くなっています。

そのため、高齢世帯に限らず、子育て世帯、共働き世帯、ひとり親世帯、介護世帯をはじめ様々な世帯においても地域でのつながりや助け合う関係が求められています。

助け合いは「できる人が、できる時に、できることで」参加し、「お互い様」と支援する側もされる側もない住民主体のしくみです。

地域へのアプローチは赤ちゃんから高齢者まで、障害のあるなしに関わらず、認知機能が低下した方も含めて広く対象とし「ごちゃまぜ」のつながりをつくるのがポイントです。

「ごちゃまぜ」のつながりは気になる関係から助け合う関係に発展します。高齢者にいきがいが生まれ、子どもたちの人間力を高め、若い世代が地域とつながる等、地域共生社会の基盤づくりにつながります。

対話例 住民の「やりたい」という気持ちや言葉を引き出していますか？

住民主体を実現するためには、「やらされ感」ではない能動的な気持ちを引き出していくことが重要です。まずは市町村が地域づくりに対する本気度と熱意を持ちながら、生活支援コーディネーターや協議体等の力も借りながら、住民のやりたい気持ちを聞き取り、引き出していくことが求められます。

住民主体の概念

- 住民たちが暮らしの中の困りごとを「他人ごと」ではなく「自分ごと」と認識し、「なんとかしたい」とその解決のために自ら主体的に仲間をつくり話し合いを重ね、自分たちで判断し決定しながら活動することをいいます。そのためには住民の心を動かす仕掛けが重要です。
- 仕掛ける行政側が、住民にお願いをして住民が取り組む「住民任せ」の活動とは違います。主体的に立ち上がった活動に対し、取り組みやすい環境づくりとして、必要な補助や広報など側面・後方支援により活動が継続し、地域に根付いた活動となり、結果、介護予防をはじめと様々な効果を生んでいます。

大事な視点

「やらされ感」でいっぱい地域ではどうしたら良いか？

「わがまちの住民は行政に依存している」という言葉を市町村職員等からよく耳にします。多くのまちではこれまで一定の住民にお願いしながら地域の取組を進めてきた歴史があり、住民は「やらされ感」でいっぱいです。しかし、「わがまちをもっと良い地域にしたい」という住民はどのまちにも必ずいます。住民主体の地域づくりを進めるには仕掛けが必要です。住民を信じて仕掛けを試みましょう。

仕掛けをするポイントは何か？

まず、住民主体の地域づくりを本気で取り組みたいまちの姿勢を住民に伝えることです。住民への呼びかけは動員型ではなく、広く住民に呼びかけることがポイントです。

行政から今後の厳しい財源や担い手の不足の状況に加えて「ニーズが多様化複雑化するこれからは住民の力が必要。一緒に地域づくりを進めていきたい」という本気の姿勢を示すと、「何とかしたい」と住民の心に火が付きます。

さらに、心に火の付いた住民を中心に地域ごとに話し合う座談会を開催し、その地域の具体的な困りごとなどの話し合いを重ねると、住民たちの心は動き、仲間をつくりながら主体的な活動が始まっていきます。

座談会などでは前向きな住民の発言を聞き「わがまちの住民は捨てたものではない」と住民の力を市町村職員が実感し、行政職員の意識変容につながることも多くみられます。

対話例 サービスBと通いの場の違いを理解したうえで、地域に必要な支援を考えましょう

サービスBを推進するのではなく、住民が主体的に取り組む多様な助け合い活動を補助するという仕組みで推進支援するものであることを前提に、それぞれの補助対象者も参加してできる活動を柔軟に支援しましょう。

通所型サービスBと通いの場の違いについて

- どの地域にも多様な通いの場、サロン、居場所などが広がっています。既存の場を活かしながらニーズに応じた多様な居場所づくりを広げていくことが大切です。
- その中で、住民主体による要支援者・基本チェックリスト該当者（事業対象者）が参加する場づくりを「通所型サービスB」といい補助の対象となります。要支援者・基本チェックリスト対象者は介護予防ケアマネジメントが必要です。また、その場合は参加者の健康状態の確認やその人の状態に応じた接遇が求められること等あり、居場所のコーディネーター（第3層）の人件費も補助の対象となります。
- 一方で体操など介護予防の要素を取り入れた住民主体の場を「通いの場」といいます。対象は主に日常生活に支障のない高齢者であり、通いの場に行くことにより介護予防が見込まれるケースです。また、通いの場には、障害者や子どもなども加わることができます。ケアマネジメントは必要ありません。

大事な視点

一般介護予防事業の通いの場と通所型サービスBを地続きで考えてみる

住民主体による居場所の運営を考えた時、「介護予防・生活支援サービス事業対象者の支援は難しい」ということであれば、介護予防の通いの場を増やすことから着手することも十分ありえます。

また、参加者同士の関係が深まっていく中で、要支援になっても継続して参加できるようになってきた活動に対しては、サービスBの枠組みを用いて補助できるようにしていくことで、住民活動の段階的な発展を支援することができます。

なお、一般介護予防事業とサービスBを異なる課が所管している市町村もありますが、地続きの支援の枠組みとして捉え、連動していくことが重要です。

訪問型サービスBと地域で行われる見守りや生活支援の違いについて

- 地域に一人暮らしや高齢夫婦世帯等が増えていく中で、ゴミ出しや見守り、家の中の掃除やお風呂掃除をはじめとする家事支援、話し相手、買い物支援など生活支援のしくみは、今後、多くの地域でますます求められます。
- 地域で行われる見守りや生活支援は、個人の状態像や年齢の枠すらも超えて、誰もが助け合いの範疇で活動・利用できるものであり、いわゆる住民互助の精神に基づいた活動といえます。
- このような住民主体の取組のうち、市町村が定める要件を満たし、補助の対象となる活動が訪問型サービスBとなります。補助の基準は主に対象者（事業対象者や要支援者、継続利用者の割合など）やサービス内容等で定められることが多くなりますが、具体的にどのようなものにするかは市町村が地域の実情に合わせて決めます。住民が主体性を失わないような柔軟な支援をどうするか腕の見せどころです。

サービスBや通いの場についての参照情報

地域支援事業の実施要綱にそれぞれのサービス・取組等の考え方が掲載されています。

 [厚生労働省「「地域支援事業の実施について」の一部改正について」（令和4年3月）](#)

- 法の精神を理解したうえで、「住民の心を生かすような」Bの設計をしていくことが重要です。そのためには生活支援体制整備事業などを活かし、住民が助け合いの必要性を実感できる機会をつくり、住民のやる気が継続するような情報提供や場づくりをするなど継続した支援をしていくことが大切です。助け合いは介護保険などのサービスとは異なり、住民主体で行われるものです。制度を有効に活用して助け合いを推進するために、市町村にどのような発想の転換が必要なのか考えてみましょう。

①「なぜ、助け合いが必要か？」に対する住民の理解・共感が地域づくりの素地となる

- 「介護保険サービスだけで十分」と思っている住民や「総合事業は介護保険サービスの補完」と考えている行政や住民がいる状況では、助け合いは生まれてきません。行政が必要性を理解したうえで住民に必要性を伝え、暮らしの中の困りごとや助け合いの必要性に対する住民同士の共感を育てていくことが大切です。助け合いを紡いでいくことは、将来世代への責任や意義を共有することが重要です。

②地域づくりの参加の間口は広く構える

- 従来働きかけてきた一定の住民（自治会や民生員、地区社協、老人クラブ等）以外にも地域には団体に所属していないが助け合いや地域づくりに関心のある人やこれまで把握していないが活動している住民もいます。広く住民に働きかける動きが活発になるような環境づくりを積極的に進めていく必要があります。

③市町村から助け合いを依頼しない

- サービスBは介護保険サービスの受け皿ではなく、地域の課題に取り組みたいという住民を「支援するツール」の一つとして捉え、住民の意向を尊重して支援する必要があります。どのような活動にするか、どのように立上げ運営していくのかについて、あくまで住民自身が決めるのが原則です。また、サービスBをつくること自体を目的化してしまうと地域の中で助け合いの考えが成熟しないまま「契約に基づくサービス」が生まれることになりかねません。

④助け合いの多様性・柔軟性を阻害しない

- 助け合いは「住民ニーズ」と「担い手の意向」が重なるところに生まれ、小規模で多様な活動が重なっていくことで、地域課題が解決されていくとイメージするのが良いでしょう。介護保険などの「サービスづくり」で取り組んできた「活動内容の標準化」や「活動全体やその利用者の制限」はなじみません。画一的な枠組みで支援することで、助け合いの良さを阻害することに内容に留意することが必要です。

⑤各団体の活動のステージを意識する

- 助け合い活動には、立ち上げ期、維持期、発展期など様々なステージがあり、ステージにより団体が必要とする支援は異なります。また、活動状況に応じての支援だけでなく、活動者が集まり情報交換する機会をつくることやネットワークづくりを推進していくことも活動の発展や広がりにつながります。生活支援コーディネーターと連携しながら仕掛けていきましょう。地域づくりに関して市町村が事業評価する上でも、各団体が異なるステージにあることや活動の発展に相当の時間がかかることを踏まえて、一律の事業評価や短期間の事業評価をしないように留意する必要があります。

大事な視点

目指すべき効果・成果

住民の声を聞いていますか。生活支援コーディネーターや協議体の活動が広がりだしている今、地域のニーズ・資源に関する情報が各市町村で集まっています。例えば、「この地域は免許返納している人が多いから、送迎付きの通いの場が必要」と思い立ち上げたが参加者が少ない。そこで住民勉強会をしたところ、「みんなで食事をつくって食べたい」「仲間で乗り合うから移送支援は今すぐはいらない」等の声がありました。住民のニーズ（困っていること・やってみたいこと）を把握し、住民が求めている仕組みを構築していくことが活動の創出や継続、また、社会参加を広げ、結果、介護予防をはじめとする様々な効果につながります。

対話例 福祉的なアプローチの枠にはめてサービスを考えていませんか？

福祉分野の担当としてできることや所掌している範囲からできることだけを考えていませんか？

福祉的なアプローチからの発想も重要ですが、一方で、地域で暮らす高齢者等がいきいきと暮らし続けることができる地域をつくるために、何が必要かという視点から考えると、おのずと保健・医療・福祉の範囲も超えたさまざまな部局との連携の必要性が浮かび上がってきます。

ニーズを把握したうえで、主体的な動きをどう実現するかが大切

- 住民ワークショップを行うと、「防災について話し合いたい」「子どもの登下校が心配」「買い物支援が必要」「耕作放棄地をどうにかしたい」など多種多様なニーズが浮き彫りになり、一つの担当課で地域づくりを実現するのは不可能という気づきが生まれます。
- その時に「高齢福祉担当ではできない」と決めずに、必要な担当課とも連携して住民ニーズが実現できるようにすることが大切です。
- また、同じような事業を別の担当課で取り組んでいて、同じ住民が関わっているというところが見られる場合もあります。
- 例えば「共生の居場所づくり」などのテーマを元にした庁内のプロジェクトチームを立ち上げて住民への働きかけや補助や広報などの後方支援を一緒に検討してみる方法もあります。
- 人口減少社会が進む今後に向けて「住民主体の地域づくり」をテーマに全職員対象の勉強会を行い、課を超えたワーキンググループを立ち上げ、住民主体の地域づくりの推進のために、どう連携して支援するか話し合いを始めているまちもあります。
- 協議体をはじめとする住民ニーズをしっかりと汲み取り、課を超えたチームで住民ニーズの実現に向けて話し合う体制が今後ますます求められるでしょう。

大事な視点

生活支援・居場所は共通のニーズ

まちづくり、農業、交通、子ども、子育て、障害者等、多様な担当課でも地域づくりの取組があり、その中でも「居場所づくり」や「生活支援」等を創出する事業があります。

対象の住民は共通です。例えば市民フォーラムや勉強会、ワークショップなど仕掛ける取組について担当を超えて話し合い、連携して取り組んではいかがでしょうか。

目指す住民主体の地域づくりの実現に向けて、情報共有をしながら進めていきましょう。また、予算も連携して活用すれば効率的であり、その取組は共生社会の推進となり、結果、財源の削減も含めた大きな効果を生む可能性があります。

次の一歩 お互いがメリットを感じられると効果的な連携につながる

押し付けの関係になると、分野を超えた連携の関係は構築されません。それぞれの部局の困りごとを相互に理解し、お互いがメリットを感じられる取組を組み立てていくことが重要です。

また、こうした連携については、当初はこれまでにない新しいことに取り組むことになるため、連携による効果が出るまでの期間は一定程度の負荷・負担を感じることも多いものです。

その間に取組が鈍化することを防ぐためにも、あらかじめの双方の目的の共有が重要になります。

- まずは地域にある既存の生活支援や居場所の活動を調べ、サービスBの対象になるのか、また、その活動者が補助を希望するか確認してみましょう。
- また、新規に立ち上げる場合は生活支援コーディネーターと連携し、立ち上げをテーマにした勉強会などを開き、主体的な人を中心に立ち上げ、サービスBの補助についての情報提供をしながら支援をしていきます。
- 勉強会は動員ではなく広く住民に呼びかけ主体的な人を中心に立ち上げていくことが重要です。また、有償ボランティアや居場所の実践者の実践発表や実践現場への視察なども背中を押す機会になります。生活支援と居場所は立ち上げ方も違うため、対象とねらいを絞った勉強会などの機会を設け、必要な情報提供し立ち上げながら、住民主体の助け合いが継続できるために、柔軟な補助を自治体で考えて支援することが大切です。

①訪問支援：生活支援（有償ボランティア）

- 日常生活支援（掃除、洗濯、食事作り等）を支える助け合いの仕組みは、たびたび頼むことになるため、謝礼を介在することで「気兼ねなく頼みやすい」と有償ボランティアという助け合いの仕組みが有効な方法です。助け合いの会の理念に賛同する住民たちが会員制による会をつくり運営します。「できる人が、できる時に、できることを」と多様な人が空いている時間で得意分野をいかして参加できるのは助け合いの特徴でもあります。また、生活支援を必要とする人は高齢者だけではありません。子育て世代や障がいを持つ人、認知症者、学生や子どもたち等、幅広く呼びかけ、「困ったときはお互いさま」で助け合える関係を地域に築いていくことが大切です。
- 関心のある人を対象に勉強会を行い、実践事例を紹介しながら、組織づくり（ひと、もの、かね、情報）のノウハウを学び、仲間づくりから組織を立ち上げていきます。「一緒にやろう」という仲間づくりまで進んだら、次に理念、会の名前、会則、謝礼や会費、事務所、活動内容などを話し合っていきます。その際に住民同士が話し合いながら自分たちで決定していくプロセスが大切です。生活支援コーディネーターはそのプロセスで必要な情報提供をしながら後方支援していきます。半年～1年くらいかかる場合もあります。
- そのような住民主体の生活支援が継続して活動できるようにサービスBとして補助をします。生活支援はニーズと担い手をマッチングする等コーディネーターや事務局の役割が大切になります。コーディネーターに対する人件費もしっかり捻出することが活動の継続にもつながります。

②通所支援：居場所

- 新規に立ち上げる場合は、住民の意向を聞きながら「やってみたい」居場所の立ち上げ、補助しながら支援していくことも重要です。サービスBというと高齢者中心に考えてしまいがちですが、住民の意向を聞くと「子どもたちと交流したい」「お世話になるだけでなく、役に立ちたい」という声はたくさんあります。通いの場やサロンが地域に広がる中で、多様なタイプの居場所を広げ、高齢者が選択できる地域にしていくことも大切ではないでしょうか。主体的な居場所の立ち上げのポイントは「行きたい居場所」を考えてもらうことです。それは人により地域により違います。また、そこでは誰もが「役割と出番がある」ことが「行きたい居場所」であり「楽しい居場所」になります。人口減少が進む中で共生常設型の居場所で「ごちゃまぜ」の関係を地域につくっていくことも大切です。様々な人と人とのつながりが気になる関係となり、助け合う関係に発展します。それぞれに出番と役割が生まれ、結果、介護予防をはじめとした様々な効果が生まれます。まさに地域共生社会を広げる拠点になっていきます。
- ベンチ一つでも居場所はできます。場所はお寺や神社、学校やカフェ、空き店舗、空き教室などの様々です。運営も多様な事例から様々なノウハウの情報提供をしながら、住民のやってみたい活動を支援していきます。共生社会に向けて、空き家活用など他事業とも連携しながら戦略的に立ち上げを検討していくことも大切です。

対話例 住民のこころを動かすためにどのような仕掛けをしていますか？

特定の人たちをお願いして活動を進めていませんか？ 「わがまちをもっと良い地域にしていきたい」

「子どもたち、孫たちのために尽力したい」という思いのある住民はどの地域に必ずいます。そのような住民を見つけ出し、力も借りながら主体的な地域づくりを推進するには仕掛けが必要です。どのように仕掛けていけばよいでしょうか。

- これまでの行政主導の取組から、多くの住民は「やらされ感」でいっぱいです。そこで、「いつもの人」ではなく広く住民に働きかけて「心を動かす」多様な仕掛けが必要です。
- その仕掛のポイントはまず、市町村が住民に向けて、人口減少が進むこれからの厳しい現状（人材難、財源難）についてデータもうまく駆使し伝えながら、本気で「住民の力が必要」とまちの姿勢を見せることが大切です。
- 次に、身近な地域で住民ワークショップを重ねることも本音が出しやすい関係が生まれ、一緒に行動しようという主体的な活動に結びつきます。上から目線では住民は動きません。
- ポイントは住民目線であり、住民の声や力をいかすことです。例えば、フォーラムの開催には市町村の広報やホームページでの周知だけでなく、協議体メンバーなど地域に信頼と多様な人脈を持つ住民の知恵や力をいかして周知すると多くの参加につながります。
- また、事例紹介に住民に発表してもらい「生の声や思い」を発表してもらうことは、住民の心に刺さり、新たな参加につながります。また、フォーラムや広報などでそのような住民の声や力をいかした仕掛けは住民たちのモチベーションアップにもつながります。

実施に向けて持つべき視点

住民主体ならではの多様性・柔軟性を尊重した関わり方とは？

要支援者以外がいてもB型で、高齢者以外がいても一般介護予防事業で、補助できる

ガイドラインの改定版によれば、対象者の半数以上が要支援者・基本チェックリスト該当者であれば運営費全体の補助が可能、半数を下回る場合も按分等、市町村が合理的と考える方法により補助が可能であり、要綱の中で対象者を限定する必要はない。

B型の要綱で定める補助の要件が、活動の妨げにならないよう留意する

要綱では、補助対象となる活動内容を定めればよく、団体がそれ以外の活動を追加して実施している場合に、そのことを理由に補助対象から除外されることは望ましくない。例えば、要綱の中で活動頻度を「週2回」と定めた場合に、毎日活動している団体が要件を満たすために活動回数を減らすことがないよう留意する必要がある。

生活支援コーディネーター(SC)が「住民ニーズ」と「担い手の意向」を把握できるようバックアップする

生活支援コーディネーター（SC）が着任して、いきなりこれらの把握を行うのはハードルが高い。行政のバックアップとして、地域訪問への同行、住民勉強会の開催、各種調査結果のデータ提供のほか、地域ケア会議への出席を求めていくことも重要である。

住民ニーズの把握と担い手の確保を同時に行う「住民ワークショップ」をやってみる

「住民ワークショップ」は、複数人が集まって発言することで本音を引き出しやすく、また、目の前に困っている人がいることで担い手が生まれやすい。助け合いへの関心が強い人から第2層の協議体メンバーを選出し、その中でリードできる人を第2層生活支援コーディネーター（SC）にしていく方法もある。

助け合いを活用するには、「その人らしい生活」の観点からケアマネジメントを見直す

いきがいを持ち続けるには、何らかの役割を果たしたり、人とのつながりを維持することが重要で、助け合いはまさにその役割を果たしている。したがって、ケアマネジメントの中で助け合いを活用するには、「その人らしい生活」の観点からアセスメントが必要である。

助け合い活動と専門職によるサービスをつないで両者の利点を生かす

B型の団体の活動は、基本チェックリストや介護予防ケアマネジメントを受けている人しか利用できないというのは誤解。ニーズを持つ住民を見つけて、そのまま支援につなげるのは、まさに住民主体の強みを活かしたアプローチである。また、活動の中で、専門的な支援を必要とする人が出てくれば介護保険などのサービスにつなぐことも重要。

対話例 活動内容を細かく規定しすぎていませんか？

活動内容を細かく規定する要項は官製サービスを住民に請け負わせる発想であり、住民主体を阻害する可能性があります。

- 実施主体が住民であることを前提にすれば活動の対象者や利用料（謝礼）、提供時間、利用条件などは、市町村ではなく、それぞれの住民団体が決めるのが原則です。補助金交付要綱で定めていても、補助金対象の活動内容を細かく設定してしまえば、「住民団体は行政の下請け」ととられかねず、また住民主体ならではの柔軟な活動は、自ずと「ミニマム」（必要最小限）なものになります。
- 住民主体の助け合いは介護保険サービスの補完としてのサービスとは違います。重要なのは活動内容に関する意思決定が住民の主体性に委ねられているかということです。市町村は住民の活動の様子などを見て、経過措置的に「委託」することはあり得ますが、その場合でも活動が可能な限り主体的に行われるように配慮しなければなりません。そこで、住民主体という基本原則に立つ多様で柔軟な助け合いを推進していくため、特に、①「必要最小限の要項」になっているか（自由な活動を阻害しない）、②柔軟に使い・変更できるようになっているか（活動は回数や内容など多様である）、③「協議体」等を通じて住民の声が反映されているかが住民主体を推進するポイントになります。
- 要綱では、補助対象となる活動内容を定めればよく、団体がそれ以外の活動を追加して実施している場合に、そのことを理由に補助対象から除外されることは望ましくなく、例えば、要綱の中で活動頻度を「週2回」と定めた場合に、毎日活動している団体が要件を満たすために活動回数を減らすことがないよう留意すること必要があります。

我が市町村の要綱を「住民主体」にするためのポイント①

要綱は、「必要最小限の要綱」にしましょう

助け合いの実施主体は「住民」である以上、活動の対象者や利用料（謝礼）、提供時間、利用条件などは、市町村ではなく、それぞれの住民団体が決めるのが原則。
要綱で活動内容を細かく規定してしまうと、住民ならではの柔軟な活動は期待できなくなる。



- 各地の生活支援コーディネーターの最も多い悩みは「担い手不足」です。フォーラムや勉強会などを仕掛け、担い手の掘り起こしをしていくことが大切です。
- さて、助け合いの担い手というとどんな人をイメージされるでしょうか。「70代の元気な高齢者」「5、60代の若い世代の参加がほしい」などの声をよく耳にします。では実際の地域活動の担い手を見ていきましょう。助け合いは「できる人が、できる時に、できることを」と赤ちゃんからお年寄りまでがそれぞれの得意分野をいかして、空いている時間で、思いをいかしながら社会参加できる取組です。例えば、ある地域の居場所では80代の3名が手際よく30食のランチをつくっています。ランチの声掛け「いただきます」は認知症の方でみんなを元気にして喜ばれています。一番の功労者は生後6ヶ月になる赤ちゃんでみんなを笑顔にしています。有償ボランティアの担い手からは「おじいちゃんの介護をしているけど、デイサービスに行っている間は草刈りに参加したい。気分転換になっていいから」「子どもが小さいけど、家で繕い物ならできる」という人がいます。また、共働きが当たり前になっている現在は「急に子どもが熱を出したので、保育園に迎えに行ってもほしい」など、若い人が困っていることで助け合いの仲間になるのも一つです。助けてもらいながらつながることが、今後の担い手への参加となります。
- 呼びかける対象を全世代とし、いろいろな人が「できる時に、できること」で参加できるつながりを意識して働きかけ、仕組みづくりを進めていくことが、担い手を増やすことにもつながります。
- 仕掛けをする際のポイントは「いつもの人たち」ではなく周知方法を工夫して広く周知をすることです。マスコミをうまく活用する、防災無線を活用するなど不特定多数に周知をしたり、協議体など地域に人脈や信頼ある人達に協力してもらうなどの工夫も各知で見られます。周知をする対象も元気な高齢者に限定せず、全世代に声をかけていくこと、また、地域での具体的な困りごとを上げてその地域に声をかけることで、担い手が発掘されて行きます。共生のつながりを意識しながら、地域での関係性を築いていくことが「支える側」「支えられる側」という包括的な社会、誰もが役割を持てる地域共生社会につながります。

大事な視点

生活支援コーディネーター等が運営の中心になってしまう場合の対応

「人手が足りないから」「住民に負担をかけてはいけない」などの思いから、ある程度のしくみをつくり、「その後、住民にバトンタッチしよう」という生活支援コーディネーター等も各地で見られます。一度立ち上がったしくみを住民に提供していくことは、「やらされ感」につながる場合もあります。

元々助け合いとは住民が主体的に取り組んできたものであり、各地でNPOや地縁組織など多様な活動も広がっています。生活支援コーディネーターなどが勉強会などの仕掛けをし、主体的な人を見つけ、その人を中心に数人の「仲間づくり」まで進めていくことが重要で、その後は必要な情報提供をしていくことで住民主体の活動は立ち上がっていきます。

生活支援コーディネーターは住民を信じて仕掛け、バックアップしていきましょう。

対話例 行政の想いを住民に押し付けていませんか？

サービスBを実施することを目的にするのではなく、住民のやりたいこと、できることを引き出し、行政と住民が共に地域に必要なものを共創する意識で、少しずつ住民主体の取組の機能強化を図ることが重要です。

総論 これからの地域づくりに必要なのは？ 15ページ

事例紹介

秋田県大館市

○事例の概要

大館市では、訪問型サービスBとして「ひないホッとライフ」の取組が立ち上がっています。支援者が保有する自家用車を使った買い物支援の取組であり、スーパーやドラッグストアなどへの買い物を代行し、玄関まで届けたり、或いは冷蔵庫にしまうまでのサポートをするケースもあります。

令和5年度現在、市内に1ヶ所のみある訪問型サービスBであり、市としてはこのような取組を市内の全7圏域に広げていきたいと考えたことから、多くの市民と共にまさに必要な取組を広めていくための協議を繰り返しています。

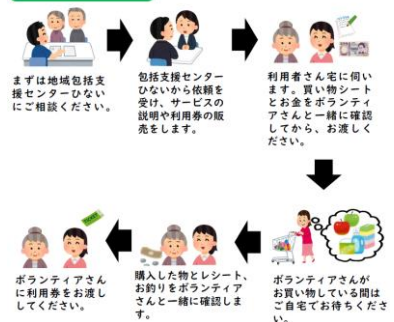
ひないホッとライフの
買い物代行サービス

【利用できる方】
比内地区の65歳以上の高齢者で、
要支援1・2や事業対象者の方

【利用できる日時】
月曜日～金曜日
9:00～16:00
※土日祝は要相談

【利用料】
1回につき利用券1枚
(利用券1枚300円)
※事前に利用券の購入をお願いします。

ご利用の流れ



○サービスBへの転換も見据えた住民主体の取組推進の戦略

＜市が目指す取組のローガンや戦略の立案＞

- ・市が目指す方向性と現在地域で行われている代表的な住民主体の取組を関係者間で共有し、改めて住民の力強さを再確認。
- ・住民と行政が一緒になって地域を共創する第1層協議体の部会のような位置づけの会を立ち上げ、課題解決型の組織体として、具体的なプロジェクトチームを立ち上げていくという戦略を立案。
- ・まちとして住民に訴えかけるメッセージ（「チームおおだて」で取り組む「ひとりぼっちにさせない暮らしをつなぐまちづくり」）を設定し、住民に「みなかだれ！（みんなで語ろう・参加しよう!）」と声掛けを展開。

＜市内の多様な関係者による住民主体の方策出し＞

- ・まずは令和5年度のモデル的な取組として、市や地域包括支援センター、SC、町内各種団体の関係者などによるワークショップを開催。令和6年度以降、継続的に開催することとしている。
- ・地域で活動する前向きな住民たちの声を聞くことで、現状は特定の個人や町内会に負担が集中していることへの気付きが得られるとともに、行政と住民の連携方策や取組内容の工夫を図ることで、「ひないホッとライフ」のような取組を他にも生み出していける（いきたい）という気持ちが住民の中にも生まれてきている。



次の一歩 アイデアをそのままにせず、スモールステップで好事例をつくっていきこう

上記の事例では、今後の展開として、意欲的な住民たちを先発隊としたプロジェクトチームを立ち上げ、モデルとなり得る好事例を少しずつ作り出し、その他の地域への展開を模索しようとしています。アイデアを放置することなく、また、すぐに全市的に展開しようとするのではなく、着実に成果をあげていくという姿勢が効果的だといえます。



各論

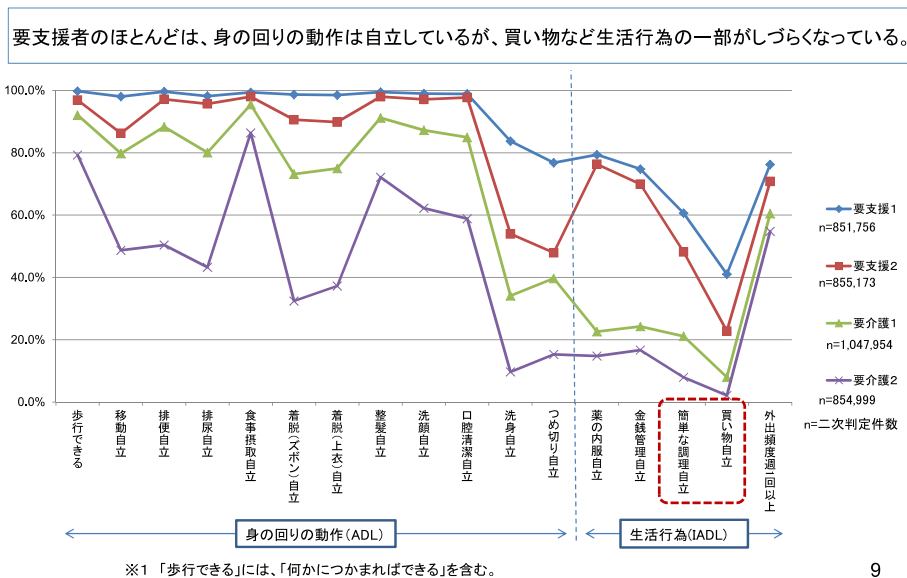
- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

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）	129
	・ 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）	130
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？	131
	・ 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？	132
	・ 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？	133
	・ 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？	134
	・ 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	135
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	136
	・ 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	137
	・ 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？	138
	・ 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？	139
	・ 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？	140
	・ 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？	141
	・ 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	142

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



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、また自立し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
自立したもとの生活を
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ったりなど、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で自立に向けたトレーニングの助言が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？

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） 129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自立したもとの生活を取り戻して元気になってもらい、地域での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調査・把握して、このサービスの対象者を明確にし、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「自立を目指すお試し」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しています。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 12ページ

総論 / 介護予防の対象となるのはどんな方ですか？ 22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 25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、そして自立した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） 129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重要です。

ポイント

- ・ 短期集中予防サービスが目指す成果は「本人が自立した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せていること
- ・ 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？ 21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？ 28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）、受けていた生活支援サービスが不要になったか等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） 130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 12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） 87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？ 140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、にし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？ 138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いませんか？

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のでしょうか？ 26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 76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？ 74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 76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ますか？

「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？ 131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 137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） 129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？ 68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。 97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必要があります。

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 136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見定める
- 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？ 68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？ 89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 76ページ

利用者数算定の事例

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？ 22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） 130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？ 178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） 129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？ 20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） 195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を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 12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？ 22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 12ページ

利用者の変化を紹介した動画

厚生労働省のHPに短期集中予防サービス紹介動画が事例として掲載されており、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っ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？ 28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 98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どうでしょうか。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 76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？ 134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） 79ページ

各論

- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

項目	問い	ページ
基本的事項	• 移動支援の基本的事項を教えてください（目的・意義・対象者）	145
	• 移動課題にはどのようなものがあるか教えてください	146
事業デザイン	• 移動支援をデザインする際に落としてはいけないポイントは何でしょうか？	147
	• 多部局と連携して柔軟なサービスをつくるポイントを教えてください	148
	• 道路運送法をはじめとした関連制度について教えてください	149
よくある質問	• 移動課題解決に資する取組のイメージを教えてください	150
	• 移動課題に係る担い手はどのように増やすことができますか？ また、どのような方が適していますか？	151
	• 車両はどのように確保していますか？ また、保険はどのように考えるとよいですか？	152
	• 運転ボランティアの年齢制限を考えるべきですか？	153

移動支援とは？

- 車による移動支援は、高齢者の困りごとの上位にあがる項目です。病院や買い物、サロンに行きたいけれども移動に苦勞するということが多くあります。移動問題が解消できないことは、高齢ドライバーが免許を返納できない要因にもなっています。
- 移動サービスは、交通事業者によるデマンドタクシーや、AI技術を駆使した乗り合い交通で解決する方法もあります。しかし、財政支援の限界を訴える市町村も多いのが実態です。
- 移動支援を住民互助で取り組む地域も広がっています。介護予防だけでなく地域づくりにつながることも立証されてきました。社会福祉法人の責務となった「公益的な取組」として、法人が車両や運転者を提供し、地域と連携するケースもあります。
- 車を使う互助活動に総合事業で補助する場合は、訪問型サービスDが想定されます。一方、買い物や通院の付添いなどの生活支援と一体的に移動支援を行う場合は、訪問型サービスBで補助するケースが増えています。また、保健福祉事業として保険者機能強化推進交付金等を活用して、広く高齢者全般を対象として補助する例も出始めています。
- 対象者としては、生活必需品の購入に困る人（例：食料品アクセス困難人口）から、移動手段がなく思うような行動ができない人、駅やバス停までの往復が困難な人、独居などで話し相手がいない人、閉じこもりがちの人などが、移動支援で検討する対象となります。

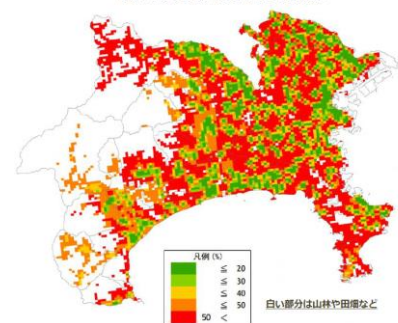
参考データ：食料品アクセス困難人口

- 食料品アクセス困難人口とは、店舗まで500m以上かつ自動車利用困難な高齢者を指します。店舗には、食肉、鮮魚、野菜・果実小売業、百貨店、総合スーパー、食料品スーパー、コンビニエンスストアが含まれます。

買物環境の悪化の影響として、食品接種の多様性が低下することにより、フレイル等のリスクが指摘されています。

(一例)神奈川県 75歳以上の割合 メッシュ図

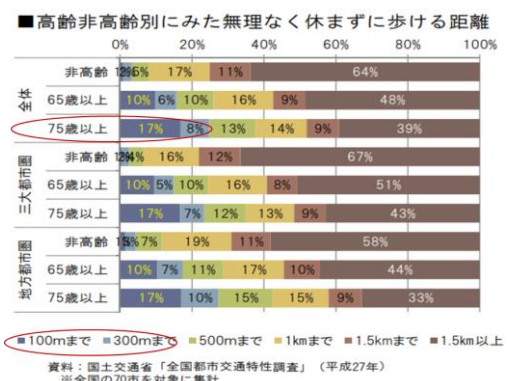
平成27年（2015年）国勢調査に基づく推計結果



出典：農林水産政策研究所

参考データ：無理なく歩ける距離

- 国土交通省の調査で、無理なく休まずに歩ける距離は100メートルまでと75歳以上の17%が回答しています。300メートルまでを含めると25%となり、4人に1人は300m以上歩くのが難しくなっていることがわかります。行きたい場所がさほど離れていなくても、人によっては移動が大きな困難となります。



対話例 高齢者はどのようなことで困っているのでしょうか？

移動や外出に係る課題としては、生活をする上で困る点だけではなく、他者との交流・社会とのつながりに関する困りごともあります。移動を単に手段として捉えるのではなく、地域づくりの点から捉えることが大切です。

総論 / 地域づくりが必要な背景は？ 16ページ

大事な視点

移動支援は、地域づくりそのものです。生活必需品を入手するという事象だけをとらえれば、移動販売車や宅配等も1つの方法です。しかし移動支援に関しては、「住民が関わる」ことで地域づくりにもつなげていくことが重要な観点です。運転が好きな男性も地域デビューの機会となります。

「買い物が大変になってきた。でも自分で選びたい」

「知人に毎回のっけてもらうのは気が引ける」

「体操クラブや居場所に行きたい。でも行く手段がない」

といった移動や外出に関する声がよくあがりますが、これらの解決には支え合いの仕組みづくりが有効です。

ある市では、買い物支援を運転ボランティアで支える仕組みをつくり、車両や保険は社会福祉法人が提供しています。利用者からは自分の目で見て買い物ができる楽しさだけではなく、移動する車の中で会話をする楽しさを得たという感想が出ており、ボランティアによる運営を継続することで、高齢者を地域で見守る雰囲気生まれてきたとのこと。

対話例 どのような支え合いの仕組みづくりが考えられますか？

移動を支援する互助活動は、地域づくりや独居高齢者の見守りにもつなげられます。定年退職後の男性のように、あまり地域活動に参加していないような人を運転ボランティアとして参画してもらえると、より広範な地域ネットワークがつくられ、助け合いの輪が広がることになります。

総論 / これからの地域づくりに必要なのは？ 15ページ

次の一歩 「安全運転講習」を実施して担い手発掘の場にもしていく

互助活動（許可・登録不要）のドライバーに運転者講習は義務付けられていませんが、市町村が主導して運転者講習を実施している事例があります。実施しているものは福祉有償運送の大臣認定運転者講習で、認定講習実施機関に委託して行っています。市の広報やホームページでの発信や、65歳到達者へ送付する介護保険証にチラシ同封などを行い、運転ボランティアの担い手発掘の場にとともに、安全安心のドライバーを増やす取組です。

移動支援についての参照情報

移動支援・送迎に関する制度等のポイントや事例が掲載されています。

 [三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き」](#)
(令和5年3月)、R4年度老健事業

対話例 どのような背景から、移動支援を検討していますか？

移動支援は、日常生活を支える「生活支援」、外出や交流といった「社会参加」、健康維持にもつながる「介護予防」といった観点も含めた包括的な支援のアプローチです。地域づくりを念頭に置きつつ、起きている課題や事象を考えていくとよいでしょう。

総論 / 高齢者に元気に暮らしてもらうには？ 13ページ

大事な視点

高齢者が何に困っているかを的確に把握することと、地域資源をできるだけ活用することがポイントです。移動・外出支援をデザインするには次のような流れで進めますが、地域の現状やニーズを自分たちで確認し、企画・準備するなど、各フェーズへの地域住民等の参画も、重要な視点です。

移動・外出支援の創出プロセス（例）

フェーズ	行うことの例
企画フェーズ	1. 高齢者の現状・ニーズ把握（状況によっては生活支援との一体化も検討） 2. 情報共有会の実施（住民や社会福祉法人とのグループワーク他） 3. 地域資源を見つける（つなぐれそうな人や協力してくれそうな法人等） 4. 支援内容を検討する（地域資源を活用した方法を考える）
準備フェーズ	5. 実施主体づくりを進める（プロジェクト化をしたり、協力者や賛同者を増やす） 6. 運転ボランティアの獲得（運転者講習会の実施等） 7. 視察や事例から学ぶ（他市町村の事例を参考に） 8. 仕組みを固める（組織の世話役や必要な資金獲得等を進める）
実行フェーズ	9. ルールを決める（会則や運行マニュアル等も準備する） 10. 地域に説明する（地域で理解を広げる） 11. 試行運行を行う（本格実施に向けた課題の洗い出し。広報機会にもなる） 12. 本格実施

対話例 市町村の地域資源として、移動支援に活用できるものはありますか？

たとえば、地域内にある社会福祉法人は協力先になり得る存在です。もともと社会福祉法人は、「地域における公益的な取組を実施する責務」があり、市町村と協定を結んで車両や運転ボランティアの提供等に協力している例もあります。

総論 / 地域支援事業とは？ 21ページ

次の一歩 地域資源をアンケートで確認してみよう

市町村内の社会福祉法人や介護事業所等に向けて、地域の課題や行政の方向性などを理解していただく機会を設けることが地域資源の開発に役立ちます。また、保有する車両や運転人員について提供できるか否かのアンケート調査を実施すると、地域資源になり得る情報が数字で把握できます。協力可能性についてもアンケートで把握し、個別相談につなげていくことも考えられます。

移動支援についての参照情報

移動支援・送迎に関する制度等のポイントや事例が掲載されています。

- ☐ [三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き」](#)
(令和5年3月)、R4年度老健事業

対話例 どのような事業のスキームを考えていますか？

移動支援は、介護予防・日常生活支援総合事業の中で取り組むこともあります。総合事業の補助等を活用しないという選択肢もあります。ニーズと地域資源を組み合わせ何が出来るかを考えましょう。市町村の事業や補助の仕組みは、地域がやりたいこと・やれることを後押しするものとして考えていくことが重要です。交通関係の担当課が補助金を出している市もあります。道路運送法をはじめとして複数の法制度も関わっていますので、関連部署とも連携しながら検討していきましょう。

総論 / 事業をデザインするとはどのような意味ですか？ 24ページ

大事な視点

地域の高齢者がどのような移動に困っているのか（買い物、サロン、通院等）を把握することから始めましょう。買い物やサロンなら、乗り合う方法が有効です。社会福祉法人等がかなりの部分を負担してくれるケースや、法人等の車両とジャンボタクシーの組合せで買い物に行っているケースもあります。自治会等が実施するケースでは、車両の維持費や運転ボランティアへの謝金、保険等も自治会費から拠出することが可能です。通院などであれば、個別に生活支援と一体的に行うのが一般的です。この場合は、生活支援なので、利用者が負担できる範囲が広がります。

総合事業に基づく移動支援・送迎としては、たとえば次のような方法があります。どの総合事業を活用し、道路運送法への対応方法の違いにより、どの費用を経費とし、利用者から受け取ることができるのかといった点が異なってきます。

事業デザインのための各視点

- ・ 類型①：通院・買い物をする場合における送迎前後の付き添い支援（訪問型Dケース1）
- ・ 類型②：通所型サービス等の運営主体と別の主体による送迎（訪問型Dケース2）
- ・ 類型③：通所型サービス等の運営主体と同一の主体による送迎（通所型B・C／一般介護）
- ・ 類型④：生活援助等と一体的に提供される送迎（訪問型B）
- ・ 類型⑤：買い物等をする場合における一般介護予防事業による送迎（一般介護予防事業）

対話例 関係する多部署とどのようにコミュニケーションをとればよいでしょうか？

多部署同士の連携も重要ですが、住民の互助活動も含めて仕組み化ができると継続しやすくなります。住民との対話会の場に他の部局にも参加してもらったりして、同じ課題意識を持ってもらえるようになるのとよいでしょう。

総論 / 地域づくりにおける対話の重要性にて教えてください 36ページ

次の一歩 取り組む過程を書き出してみよう

すでに移動支援に関する情報収集や関係者協議を始めている場合、実際にどのように実行体制を整備していくか、そのためになすべきことを書き出してみましょう。その中で、多部署との連携が有効なタイミングも整理していきます。

移動支援についての参照情報

移動支援・送迎に関する制度等のポイントや事例が掲載されています。

- ☐ [三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き」](#)
(令和5年3月)、R4年度老健事業

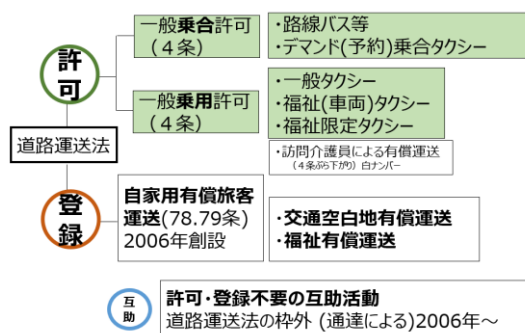
対話例 地域における移動手段はどのようなものがありますか？

地域の移動手段には、既存のバス・タクシー以外に、市町村が主体となる輸送や、互助活動として認められている輸送があります。法律をきちんと踏まえうえて、地域特性や住民のニーズにあわせて移動手段を検討していく必要があります。

大事な視点

移動サービスの法体系については、基礎的なことを押さえておきましょう。生活交通・福祉交通に係る移動サービスと、道路運送法の位置づけは、次の図のとおりです。

「許可・登録を要しない運送」は、主にボランティア団体や自治会などの地縁団体による地域の助け合いで実施される移動サービスが該当します。実際に輸送を検討する際、具体的な運送内容と法令や通達との関係が不明な場合は、立上げ支援を行っている全国移動サービスネットワークなどにご相談ください。また、道路運送法が定める輸送の安全の順守や、任意保険の加入検討など、安全確保の対策も重要です。

地域の移動・外出を支える交通手段と道路運送法**対話例** 互助活動の移動サービスにおいて、利用者に経費負担はお願いできるのでしょうか？

国土交通省の通達（令和6年3月1日改正）「道路運送法における許可又は登録を要しない運送に関するガイドライン」に考え方が示されています。利用者から、実費（ガソリン代や道路通行料、駐車料金、保険料、車両借料）について負担を求めるものは、登録等は不要とされています。

次の一歩 移動支援サービスの担い手とともに、どのような形態にするかを議論しよう

たとえば「許可・登録を要しない運送」の形態で、NPOやボランティア団体が移動サービスを行う時に、車両の確保や維持費といった部分で自治体が支援することは可能です。今回の通達の改正で、利用者から収受できる範囲は広がりました。生活支援サービスなどと一体的に実施する場合も、実費（上記「対話例」参照）を受取ることが可能になりました。

どのようにすれば持続可能な移動サービスをつくっていけるか、地域住民・団体と自治体が一体となり考える機会をぜひつくっていきましょう。

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 36ページ

移動支援についての参照情報

移動支援に関わる道路運送法関連制度の情報、特に「許可・登録を要しない輸送」の情報が掲載されています。

[国土交通省「高齢者の移動手段を確保するための制度・事業モデルパンフレット」\(2022年3月\)](#)

対話例 地域には、どのような移動のニーズがありますか？

通院、買い物、市役所等、移動ニーズは複数のものが想定されます。移動課題だけなのか、生活支援も含む課題なのかといったことを整理し、ニーズに合ったサポートの仕組みを考えていくのが重要です。

総論 / 事業をデザインするとはどのような意味ですか？ 24ページ

事例紹介

三重県名張市

移動課題解決は、地域住民などとともに、地域ニーズならびに地域資源を把握し、考え、つくっていくことが持続するポイントとなります。たとえば三重県名張市では、地域団体が主体となり、行政も支援・連携しながら、名張地区の「隠おたがいさん」をはじめ、市内11地域で、移動支援を含む生活支援を行っています。
※名張では生活支援と一体の訪問型サービスBに位置付けている

○生活支援事業の概要

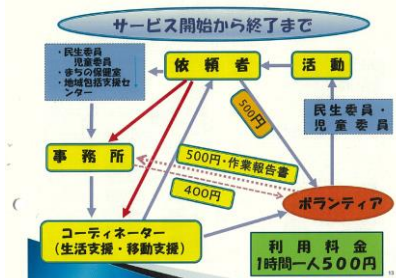
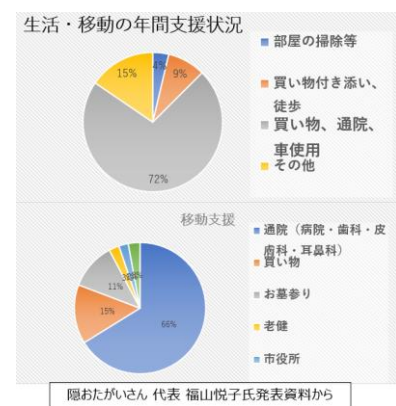
- ・安否確認・家事手伝い・庭の管理・話し相手等、
- ・通院・買い物・市役所・お墓参り等

○実施形態

- ・会員制度をとっており、有償ボランティアが移動支援を含む生活支援を行う。（移動支援は「許可・登録不要」の形態で実施）
- ・活動初期は主に民生委員経由で周知したが、最近は直接依頼者が連絡してくることが多い。
- ・地域の自治会とは、活動通信の配布等を通じ、連携・情報共有等を図っている。

○サービスの開始から終了まで

- ・生活支援と移動支援の各コーディネーターが、依頼者の希望を聞き取り、ボランティアとつなぐ重要な役割を果たしている。
- ・ボランティアは民生委員等から必要な情報を聞き、活動する。
- ・ボランティアは活動が終わったら作業報告書を作成し、依頼者から500円を受け取り事務所に届ける。
- ・月末に事務所で集計し、1件あたり400円をボランティアに渡す。



対話例 市町村はどのような関わりをもったのでしょうか？

名張市の「隠おたがいさん」は、地域ボランティアが中心となり準備委員会を立ち上げ、2年ほどかけて活動を開始しました。市は団体の立ち上げ支援とともに、有償ボランティアによる支援事業に対する助成を活動当初から行っており、それを団体運営や自動車購入等に活用できるようにしました。現在は、総合事業の介護予防・生活支援サービス事業に位置付け、生活支援や外出支援に助成金を活用できる形態にしています。

次の一歩 他地域の事例を参考にしてみよう

移動支援は各地でいろいろな工夫がされています。参照に挙げた資料では、23市町村の事例が掲載されています。都道府県や地方厚生局でも事例を紹介したり、相談対応をしていたりしますので、積極的に情報収集をしてみるとよいでしょう。

移動支援についての参照情報

移動支援・送迎に関する事例が掲載されています。

- ☐ [三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き」\(令和5年3月\)、R4年度老健事業](#)

対話例 地域で活動している団体や法人とのネットワークはありますか？

移動サービスをボランティアで対応していこうと考えた場合、ボランティアの確保はもちろん必要ですが、あわせて事務局機能を整える必要があります。事務局機能として、地域で活動している団体や法人との連携は1つの手段です。

総論 / なぜ地域づくりは「連動」が重要と言われるの？ 28ページ

大事な視点

たとえば互助活動の一環で「許可・登録を要しない運送」をボランティアの協力でやっけていこうと考えるときに、担い手を募集するだけでなく、事務局機能を整備し、ボランティアが活動しやすい環境をつくっておく必要があります。市町村と連携した団体が事務局機能を担っていると認識されることで、登録ボランティアが増えた例も見られます。そのうえで、担い手になり得る層に向けた積極的な広報活動を進めていきます。

担い手募集に向けた工夫（例）

- 自治体のホームページやSNSで発信する
- 住民が集うところにチラシを置く・配布する
- 認定ドライバー養成研修を、希望者が無料受講できるようにし、応募者を次世代の担い手として支援する
- 担い手になってほしい人に向けた市町村からの発信物がある際に、チラシを同封する

対話例 担い手として適しているのはどのような方でしょうか？

たとえば定年退職後の60代層には、移動支援に関心を持ち、運転スキルも高い方がいる可能性があります。地域と関わってこなかった特に男性は、家に閉じこもりがちにもなるといわれますが、社会との多様なつながりを持つことは、新たな生きがい・やりがいにもなり得ますし、認知症発症リスクの減少にもつながります。

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 37ページ

次の一歩 地域で活動する団体等とのコミュニケーションをはかろう

事務局機能を充実させるためには、地域で活動する団体との連携が欠かせません。社会福祉法人やNPO法人、あるいは町内会、自治会、老人会といった団体も関係先として考えられます。生活支援体制整備事業における協議体等の活用も有効です。

総論 / なぜ地域づくりは「連動」が重要と言われるの？ 28ページ

移動支援についての参照情報

地域資源の把握や地域での協働について、紹介されています。

参照

- ☐ [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 活用可能性がある車両はありますか？

地域づくりの基本は、地域内資源で活用できるもののでできるだけ目を向けるということです。車両を使う場合には自動車保険も関わってきますが、ボランティアのマイカーを含めまずは使える可能性がある車両を洗い出し、実際に使う場合の要件や留意点を検討し、そのうえで保険を具体的にどうするかといった点を順に話し合っていくとよいでしょう。

大事な視点

車両については、社会福祉法人制度改革による「地域における公益的な取組」の責務化（社会福祉法第24条第2項）の流れをうまく活用できるとよいでしょう。たとえば次のような取組を行っている例があります。

車両確保の例

- ・ 社会福祉法人が、デイサービス送迎の空き時間に車両を提供
- ・ 複数の法人がローテーションして協力
- ・ 運転ボランティアがマイカー数台を使って行う（活動中は車両にマグネットシートを貼る）

移動支援における自動車保険の場合、法人の車両やマイカーに本来かけている自動車保険を使いたくないケースも起こります。移動サービス向けの保険を販売している会社もありますので、使い方に適する保険を選ぶようにします。また、社会福祉法人全国社会福祉協議会では、ボランティア中のあらゆる活動に切れ目のない補償が行われるような保険も準備しています。

移動サービス向け保険の例

- ・ 保険契約者：移動支援を実施する団体（法人格は不問）
- ・ 対象となる自動車：①登録ドライバーもしくは家族名義の車両
②社会福祉法人等から無償で借り受ける車両

※各種特約について、持込車両の本来の自動車保険併用が必要になる場合もある

対話例 ボランティアとしてはどのような使い方がよいのでしょうか？

ボランティアの状況や活動内容によってさまざまな意見があると思います。たとえば、「慣れている自分の車の方が安心」という人もいれば「自分の車とは分けたい」という人もいます。マイカー以外を使う場合は、車の駐車場所まで取りに行く、戻すことも発生しますので、鍵の管理等も含めてどのように運用するかを考える必要があります。

次の一歩 誰が運転者となり、どのような使い方をしていくかを具体化してみよう

実際に使える車両があるのか、運転する人がいるのか、運転者はどのようにその車両を取りに来るのか、といったことを、いくつかケースで考えてみましょう。そうすると、不足している点、考慮すべき点が明確になってきます。

移動支援についての参照情報

移動支援・送迎に関する制度等のポイントや事例が掲載されています。

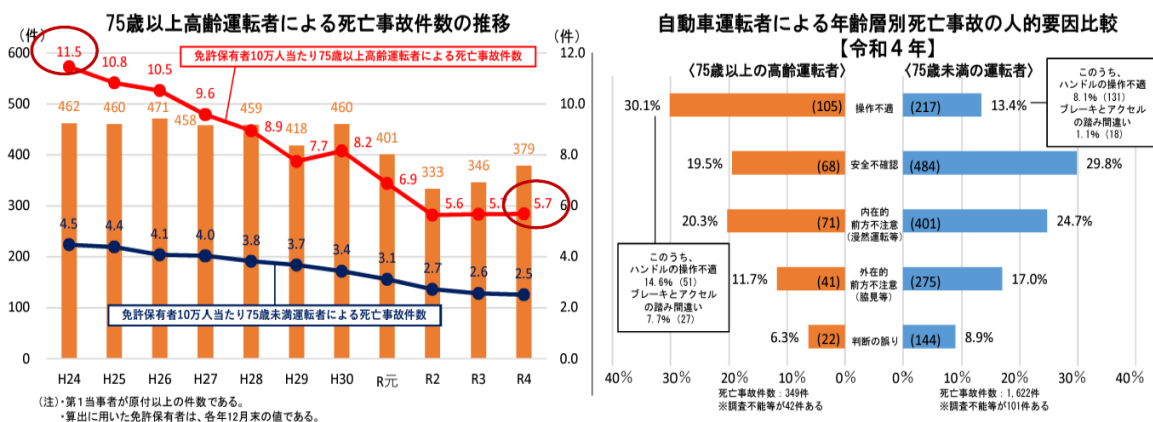
- ☒ [三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き」（令和5年3月）、R4年度老健事業](#)

対話例 運転ボランティアの年齢について、何か基準はありますか？

たとえば法人タクシーの場合は法律による年齢制限はなく、個々のタクシー会社の経営判断で行われています。個人タクシーの場合は、過疎地等は80歳までに引き上げられました（2023年9月）。福祉有償運送の運転者は75歳までと決めている団体が多い傾向です。ただし、年齢と運転の安全性は一律の関係ではなく、個人の安全性等も影響します。

大事な視点

75歳以上の年齢層において、免許人口10万人あたりの死亡事故件数が高めであることが統計から出ている一方、総件数自体は約10年の間に低下してきています。地域の交通事情や送迎範囲がありますので、高齢運転者の特性を理解しながら、地域としての方針を決めていくのが適切でしょう。運転者適性診断を活用して安全運転か否かの見極めを行うようなこともできます。



対話例 運転ボランティアとしての講習会として使えるものはあるのでしょうか？

福祉有償運送の運転者は国土交通省が認定した「福祉有償運送運転者講習」の受講が義務付けられ、全国に大臣認定講習実施機関があります。これを運転ボランティアにも適用し、受講者にとっては無料で受講できるようにしている市があります。

互助による移動支援は基本歩ける人を対象にすることが多いので、大臣認定講習は過度になることもあり、必要な部分をピックアップして、安全運転講習として実施するケースもあります。

次の一歩 福祉有償運送を行っている団体に、年齢設定の有無やその理由を聞いてみよう

運転者本人から申し出があったり、何かのヒヤリハット事例があって年齢設定を設けた団体があるかもしれません。いくつかのケースを想定したうえで、年齢制限を設けるかどうかを考えていくとよいでしょう。

移動支援についての参照情報

移動支援・送迎に関する制度等のポイントや事例が掲載されています。

- ☐ [三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き」
\(令和5年3月\)、R4年度老健事業](#)



各論

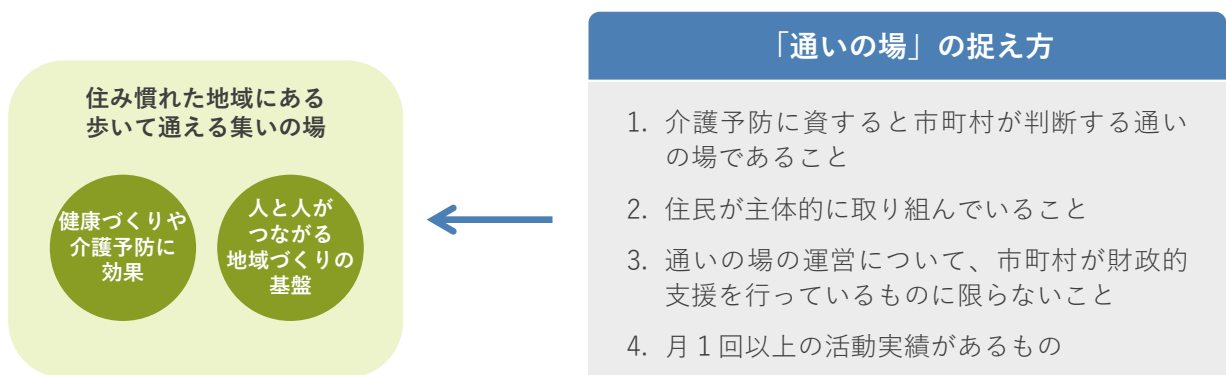
- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

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）	157
	• 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）	158
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	159
	• 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？	160
	• 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	161
	• 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	162
	• 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 庁内連携を進める視点について教えてください	163
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？	164
	• 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？	165
	• 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？	166
	• 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？	167
	• 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？	168

なぜ通いの場が大事なのか

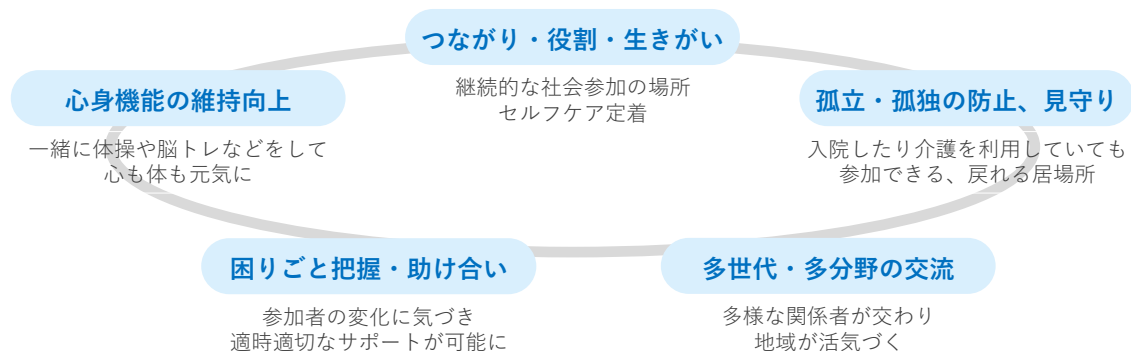
- 通いの場とは、住み慣れたわがまちの自宅から歩いて通える距離・範囲にあることが望ましいとされ、近隣の方々が集まって、一緒に体操をしたり、茶話会や趣味活動などを行う身近な居場所のことをいいます。
- 通いの場には、健康づくりや介護予防、地域の基盤づくりなどの効果があると考えられており、これまでの研究やモデル事業によって、趣味・運動・ボランティア等のグループに参加している割合が高い地域ほど転倒・認知症・うつリスクが低いことや、同居者以外との交流が頻繁な方ほど要介護認定や認知症に至るリスクが低いこと、地域の高齢者の概ね10%が週に1回以上通いの場に参加している地域は要介護認定率が下がってくることな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げる通いの場の効果



☐ [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）](#)

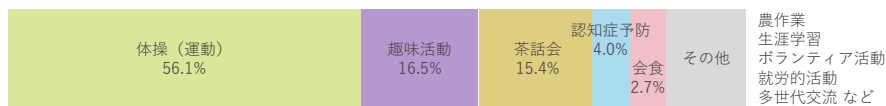
☐ [厚生労働省、「介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果（概要）」](#)

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 161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でしょうか？ 26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） 157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

うまくいくか不安な場合には、1ヶ所だけ、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？ 89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？ 204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） 157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がり、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？ 68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、どんな気付きがあるか、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 36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？ 26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P D C A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？ 26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 161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？ 28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？ 28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 23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？ 20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？ 35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 37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？ 68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づく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？ 20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ことも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いです。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きているはずですが、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

参照

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っ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？ 20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づき、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も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ないでしょうか。

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 161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

など様々な考えられますし、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なども可能となります。

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？ 20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
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

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）	171
	・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）	172
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？	173
	・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？	174
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	175
	・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？	176
	・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？	177
	・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？	178
	・協議体の役割・実施内容について教えてください	179
	・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？	180
	・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？	181

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」とされていて、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、高齢者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

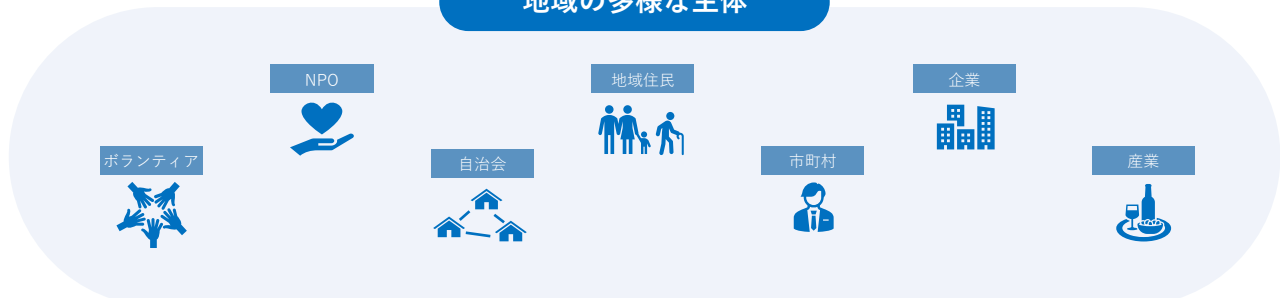
- 関係者間の情報共有
- サービス提供主体間の連携の体制づくり など

(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

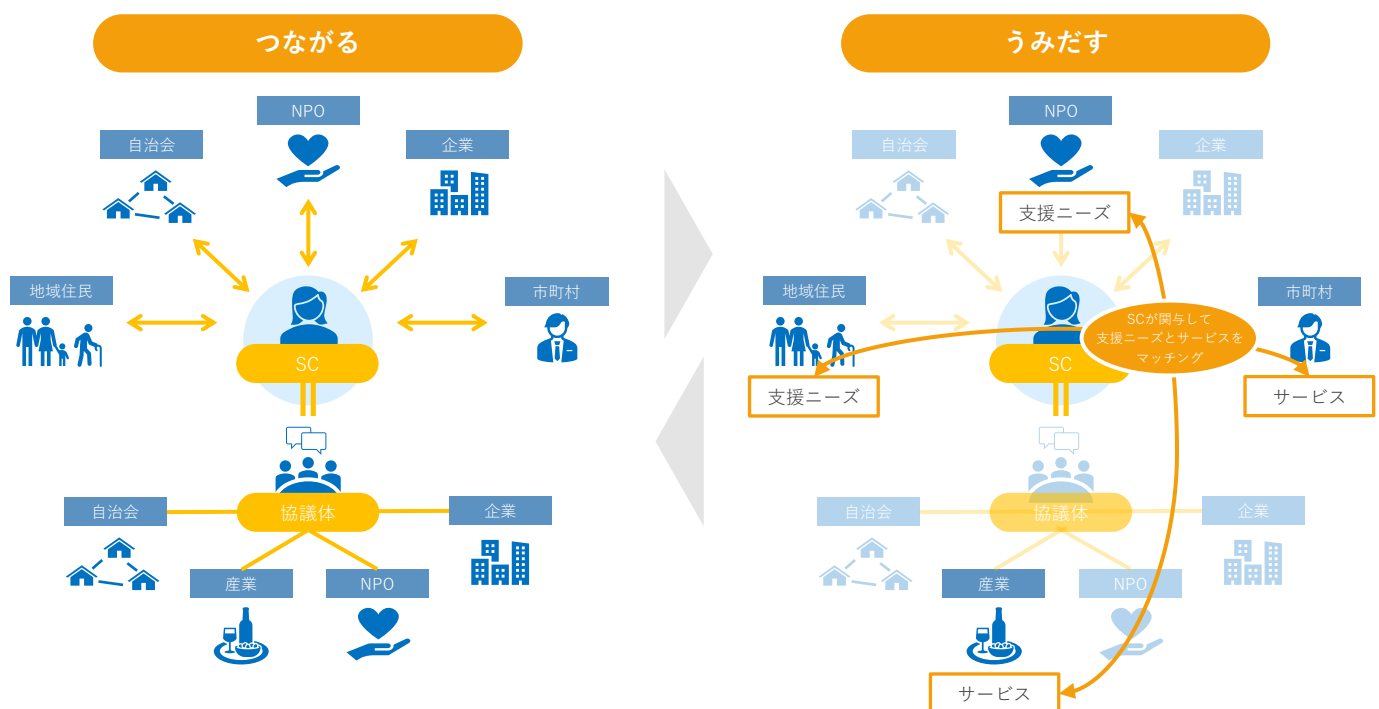
出典：厚生労働省「[総合事業の概要](#)」一部改変

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、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**充実して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） 171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？ 15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っていないでしょうか？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 36ページ

新たな活動やサービス開発について例をみる

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。

- 目録** 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

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？ 24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？ 13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？ 28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） 171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、関係主体の協働を促す
- ・ 関係主体とともに資源充実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？ 15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？ 28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) 172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 36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 36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によって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？ 20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？ 15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？ 164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一方で、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？ 20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 37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いかせそうか、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？ 139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） 171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で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？ 15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？ 20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発揮できているか、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？ 178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？ 13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？ 15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 36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？ 15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、地域づくりと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。お願いや呼びかけによって、生活支援ボランティアの層を増やしていくのは、地域づくりの有効な手段です。

総論 / 地域づくりにおける市町村の役割とは？ 20ページ

住民への働きかけの工夫をみてる

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

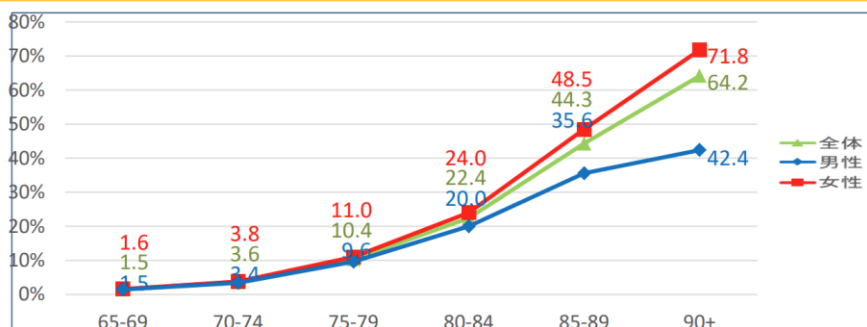
- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

項目	問い	ページ
基本的事項	• 認知症施策について教えてください（目的・背景）	185
事業デザイン	• 認知症の人を支える地域づくりは、どうすればよいのでしょうか？	186
	• 認知症の人の社会参加についてどうすればよいのでしょうか？	187
	• 受診や介護サービス拒否のある認知症の人について、 どのように対応していったらよいのでしょうか？	188
	• 認知症の人が適時・適切に医療・介護サービスに結びつくためには どうしたらよいのでしょうか？	189
よくある質問	• 住民から、認知症ではないかという相談があったらどうすればよいのでしょうか？ ..	190
	• 認知症の人の参加にチームオレンジを編成するとよいと言われていますが、 具体的にはどのような活動を行うのでしょうか？	191
	• 認知症に資する施策のイメージを教えてください	192

認知症施策の必要性

- 高齢化社会とともに、認知症の人は、2025年には高齢者の5人に1人、約700万人になると言われています。
- 一方、認知症は進行する病気であり、完全に治療する薬もないのが現状です。
- そこで、認知症になっても元気に暮らせる社会をつくるために、様々な施策が推進されています。

年齢階級別の有病率について（一万人コホート年齢階級別の認知症有病率）



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果（解析対象 5,073人）
 研究代表者 二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより作成

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率	462万人	517万人 15.2%	602万人 16.7%	675万人 18.5%	744万人 20.2%	802万人 20.7%	797万人 21.1%	850万人 24.5%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計（※） 人数/率	15.0%	525万人 15.5%	631万人 17.5%	730万人 20.0%	830万人 22.5%	953万人 24.6%	1016万人 27.0%	1154万人 33.3%

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）による速報値

（※）久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
 本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

- 令和5年6月に、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進するための「共生社会を実現する認知症基本法」が成立しています。

「共生社会を実現する認知症基本法」（概要）

認知症とは

アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態

認知症基本法の目的

認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支えあいながら共生する活力のある社会（以下「共生社会」）の実現を推進する

基本理念

① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活および社会生活を営むことができる

④ 意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービスが切れ目なく提供される

⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援（略）

② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する知識を深めることができる

⑥ 認知症に関する専門的、学術的または総合的な研究、その他の共生社会の実現に資する研究等を推進する（略）

③ 社会の対等な構成員として地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営む（意見を表明する機会・社会のあらゆる分野の活動に参画する機会の確保・個性と能力の発揮）（略）

⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的取組として行われる

対話例 認知症の理解を広められていますか？

国民の一人ひとりが認知症を正しく理解することが大切です。自身のこととして、大切な家族のこととして、職場の同僚として、私の生活圏であるスーパーや銀行、公共の交通機関など生活のサービスを提供する機関として、物忘れや道で迷ったり、行動に戸惑いを感じ、困っている人を見かけた時、そこで理解のある対応ができる人たちを増やしていくことが地域づくりの第一歩となります。

大事な視点

認知症サポーター養成講座をあらゆる領域、地域で開催してみましょう！

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対して、できる範囲での手助けをする人を認知症サポーターと呼びます。

認知症サポーターは、都道府県、市町村、全国的な職域団体等で一定の講習を受け養成された「キャラバン・メイト」が、地域、職域に出向き、養成します。地域包括支援センター、行政の職員、様々な団体の世話役の方々に「キャラバン・メイト」になってもらいましょう。

市町村は、キャラバンメイトを養成し、その方々を中心に、下記の生活にかかわるすべての人々に、あらゆる機会を通して、「認知症サポーター養成講座」の企画をして、活動を支援していきましょう。

〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、
宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、大学、教職員、PTA等

「認知症サポーター養成講座DVD」

スーパーマーケット編、マンション管理者編、
金融機関編、交通機関編、訪問業務編



対話例 認知症キャラバン・メイトの方は増えていますか？

キャラバン・メイト養成研修は、都道府県・市町村自治体・全国的な職域組織・企業等の団体、自治体から委託されたNPO等が開催することができます。開催を希望するところは、自治体もしくは全国キャラバンメイト連絡協議会にご相談ください。

次の一歩 認知症サポーターを養成したら、次の活動に結び付けていきましょう

認知症サポーターの活動状況については、オレンジカフェの開催等が最も多く、次いで「見守り」、「認知症サポーター養成講座の開催協力」、「傾聴ボランティア活動」となっています。認知症サポーター養成講座の最後に各主催者の方で依頼したいことなどを紹介する、または、認知症サポーター・キャラバンメイト交流会を開催し、活動のヒントを提供するなど、活動への支援を行うとよいでしょう。

対話例 認知症の進行を予防するまちづくりを進めていますか？

認知症の進行予防には、家庭での役割や趣味活動の継続、人との交流がよいと言われています。市町村や地域包括支援センターなどでは、認知症の人にとって自ら活動し楽しめる場所として、その家族にとっては、分かり合える人と出会う場として、地域の人にとっては認知症の理解を深める場として「認知症カフェ」の取組を推進しています。また、介護予防として地域の通いの場や専門職による支援が受けられる短期集中サービスや参加の場としての通所サービス事業があります。さらに若年性認知症の方については、各都道府県に若年性認知症コーディネーターを配置し、企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援の相談支援を行っています。

- 認知症を有する人をはじめとする高齢者や若年性認知症の中には、これまでの経験等を生かして活躍したいとの声が多くありません。地域において「生きがい」をもった生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、認知症地域支援推進員の取組として、令和元年度より社会参加活動のための体制整備を地域支援事業に位置づけ、その取組を支援しています。

具体的には、以下の活動を行っています。

- ・市町村が適当と認めた事業者による農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動等の社会参加に対する支援
 - ・社会参加活動を行うに当たり、事業者へ専門家を派遣する等により活動を実施するために必要な助言や、十分なノウハウを有していない者に対する技術・専門知識の指導・助言
 - ・市町村が適当と認めた事業者によるマルシェ等イベントの開催支援
 - ・社会参加活動に関する好事例を収集し、関係者で共有するなどの意識啓発
 - ・社会参加活動を行うために必要な農業生産者や企業等とのマッチング支援
- 特に若年性認知症の人については、現役世代が発症することから経済的な問題や配偶者の親との同時介護になる等の特徴があるため、就労・社会参加等の推進に向けて、就労・福祉・医療等の各関係機関等が連携して、総合的な支援を実施する必要があります。

国では、認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備を地域支援事業の中に位置づけ、市町村が適当と認めた事業者による農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動等の社会参加に対する支援や社会参加活動を行うために必要な農業生産者や企業等とのマッチング支援などの取組を推進しています。

1市町村あたり、3ヶ所の実施を想定し、・作業実施の指導・訓練に関する人件費（農家等への謝礼）や介護支援が必要な場合の人件費などの経費を申請することができます。

対話例 若年性認知症コーディネーターを活用していますか？

若年性認知症コーディネーターは各都道府県に配置され、①本人や家族との悩みの共有、②同行受診を含む受診勧奨、③利用できる制度、サービスの紹介や手続き支援、④本人、家族が交流できる居場所づくりなどの相談に応じることが役割です。

次の一歩 若年性認知症の人の就労・社会参加支援に向けて取り組んでいきましょう

若年性認知症の人の就労・社会参加支援に向けて、まずは、若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握、若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり、産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知、企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の促進、若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知等の取組が必要です。

- 地域包括支援センター等には、専門職からなる認知症初期集中支援チームが設置され、家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行います。
- 認知症初期集中支援チームの支援対象者は、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のいずれかの基準に該当する人となります。
 - ◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
 - ◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している人とされています。

大事な視点

チーム名の「初期」とは必ずしも疾患の初期段階という意味だけではなく、初動（first touch）を意味しており、「集中」は認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味しています。

認知症初期集中支援チームが有効に活動するためには、支援対象者の把握や、医療・介護サービス等必要な支援への適切な引継ぎ等が重要です。また、認知症初期集中支援チームの活動には認知症サポート医である専門医が必須であり、支援対象者の把握や医療サービスへの引継ぎにおいても地域のかかりつけ医や認知症疾患医療センター等、医療機関との連携は欠かせません。認知症初期集中支援チームの活動の基盤として、市町村が在宅医療・介護連携推進事業を適切に推進していくことは非常に重要です。

対話例

認知症初期集中支援チーム員にはどのような人がアサインされていますか？

認知症サポート医である医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士などの医療・介護の専門職が想定されます。

次の一歩

認知症初期集中支援チームの設置について、委託することも可能ですか？

初期集中支援チームの実施主体は、市町村です。チームの設置場所は、市町村となりますが、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所等に委託することが可能です。

- 認知症の早期発見・早期対応、医療の提供等をするために、身近な地域の日常の診療の中で認知症の早期段階での発見や気づき、専門医療機関への受診誘導、本人の診察・相談、家族の相談としてかかりつけ医がその役割を担っています。そのため、都道府県ではかかりつけ医をはじめ、かかりつけ医の方々や、歯科医師、薬剤師、看護師等に対し、認知症対応力向上研修が実施されています。
- また、かかりつけ医の相談役や地域連携、正しい知識の普及啓発を担う役割として、地区医師会の推薦の下、認知症サポート医が養成されています。認知症サポート医は、地域の医療におけるネットワークを担うなどの役割を担います。
- さらに、各都道府県では認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行う他、地域での本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるための「診断後等支援」等認知症医療提供体制の構築を図る認知症疾患医療センターを設置されています。
- このように、認知症の人や家族を支えるための医療提供・相談体制が整えられています。
- また、市町村において、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会参加活動のための体制整備等を行う認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）を配置し、当該推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることとなっています。
- 認知症地域支援推進員は、医療・介護等の支援ネットワーク構築、認知症対応力向上のための支援、相談支援・支援体制の構築等を行います。

対話例 認知症疾患医療センターはどこにあるのでしょうか？

各都道府県のホームページに認知症疾患医療センターの一覧が公開されています。認知症疾患医療センターは医療相談だけでも相談できます。認知症ではないかなどの不安を感じている際においても電話などで相談をすることが可能です。

また併せて、認知症サポート医の名簿も各都道府県のホームページで公開されていますので、受診する際の参考にしてみてください。

対話例 どのような方を認知症地域支援推進員にしていますか？

認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士又は介護支援専門員、上記以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例：認知症介護指導者養成研修修了者等）となっています。

次の一歩 認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、医療機関や認知症の人を支援する関係者の連携を図りましょう

認知症の人やその家族等から相談があった際、ニーズを地域で共有し、取組状況に応じた必要なサービスが提供されるよう、市町村ごとに作成した「認知症ケアパス」を参考に、地元医師会や認知症サポート医、認知症疾患医療センターの専門医等、介護サービス提供事業者とのネットワーク調整したり、認知症サポーターなどの支援ボランティアと支援体制を検討するなどに取り組んでいくことが大切です。



対話例

地域の高齢者等の認知症の総合相談窓口を住民に周知していますか？

地域により形は異なりますが、認知症の人や家族等への相談支援をする認知症地域支援推進員や認知症の専門職による家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を行う認知症初期集中支援チームがあります。また、認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談、本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う相談支援を行う認知症疾患医療センターがあります。

- 認知症については、ある日から突然「認知症」になるわけではなく、徐々に日常の中で苦手な生活が増え、不安や混乱も増えていき、医療機関を受診するまでに平均13.4ヶ月と言われています。他者が気づくことも多く、本人に「認知症ではないか？」と受診を勧めることは、難しいところです。
- そのためにも、地域や職域で認知症の理解を普及し、認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を進めるとともに、認知症サポーターによる生活環境の中で認知症の人と関わる機会が多いことが想定される小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等向けの養成講座の開催の機会の拡大や学校教育等に認知症の人などを含む高齢者への理解の推進を図ることが大切です。
- 地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター、及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、住民に対し、回覧板やホームページ等あらゆる機会を通して窓口へのアクセスが気軽できるよう総合的に整備していくことが大切です。
- 地域のかかりつけ医の理解をさらに推進し、認知症の早期発見・早期治療、さらに専門的な鑑別診断や相談を行う認知症疾患医療センターとかかりつけ医との連携推進していくことも求められます。

大事な視点

認知機能の低下には早期発見・早期対応によって、治せるものがあります

最近歩きぶりが急に悪くなったり、転びやすくなったり、認知機能が急に低下した場合は、頭をぶつけたことによる硬膜下血腫などの脳の病気の可能性があります。

また、甲状腺機能低下や糖尿病、アルコール障害など代謝性疾患の悪化によっても認知機能が低下します。これらの状態は、早期に治療をすることで認知機能の改善が図られます。



対話例

日常生活で困っていることや不安に思っていることがないか、地域の声を聞いていますか？

周りが物忘れに気づいたとしても、初期の場合は本人が単なる物忘れと思っていることが多いです。周りが勝手に認知症と決めつけることは避けましょう。初期は本人が最も不安に感じている時でもあり、生活の中で困っていることがないか、必要に応じて家族からも困っていることがないか聞いてみましょう。



次の一歩

今の状況を理解するため、受診をしてみましょう

認知機能が低下しても、その原因によっては改善したり、よくなったりすることがあります。そのためにも受診をして、治療が必要な病気がないか、対応方法によって改善する方法がないかを相談しましょう。

- チームオレンジは、認知症の人ができる限り地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組みを地域ごとに整備していくものです。
- 具体的には、市町村に配置されたコーディネーターもしくは認知症地域支援推進員が、チームオレンジが活動していく上での地域づくりに関する検討会やチームの立ち上げ支援、チーム運営に対するスーパーバイズ、地域の企業や事業者との連携体制の構築、職域の認知症サポーターへの参加の働きかけを行っていきます。

大事な視点

チームオレンジは、認知症の人と共に、地域の社会資源を活かしたインフォーマルな支え合いの仕組みづくりを行うひとつの手段であり、本人がどんな暮らしをしたいか、それを起点につくりあげるものです。地域の本人や家族のニーズ、社会資源の状況に応じて、チームオレンジには多様な形が考えられます。実際に各地域では本人や家族と共に活動する多様なチームオレンジが広がっています。

まずは、市町村に配置されているコーディネーターもしくは認知症地域支援推進員が、①認知症の人と家族の生活の困りごとなどの支援ニーズを把握することが大切です。その上で②ステップアップ講座修了及び予定のサポーターで組まれたチームを編成します。③チーム編成の際には、認知症の人にもチームの一員として参加していることが望ましいとされています。チームオレンジの推進においては、この三原則が大切とされています。

対話例

チームオレンジに、認知症の人にもチームの一員として参加していますか？

認知症の人本人の意向をチームオレンジの活動に反映する機会を設けていることが必要です。認知症の人の視点に立って施策を推進する必要があることを鑑みると、本人の意見や意向を聞かないまま支援が行われることがないように心掛けていただくことが肝要であり、本人ミーティングや認知症カフェなど、既に認知症の人が参加している取組と連携し本人の意向を活動に反映する機会を設ける方法も考えられます。

次の一歩

チームオレンジの活動を活性化しましょう

外出支援、見守り・声かけ、話し相手、認知症の人の居宅へ出向く出前支援等が考えられます。メンバーの誰もが楽しみながら役割を果たし、引きこもりがちな生活になることを未然に防ぐ取組となるように工夫しましょう。

- ・厚生労働省：令和5年3月31日付事務連絡「認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業の取扱いについて」
- ☑ [全国認知症サポーターキャラバン連絡協議会ホームページ](#)（チームオレンジの概要）
- ・令和4年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業 「[チームオレンジの整備促進に関する調査研究](#)」

対話例 認知症になっても住み慣れたまちで生活し続けられるためには、何が必要ですか？

本人や家族だけではなく、まち全体で認知症に関する方向性を共有することが大事です。認知症を公共課題として、行政も企業も地域住民にも役割があるという関係性になっていくことが重要です。

事例紹介

東京都町田市

認知症施策は、まち全体で方向性を共有すること、認知症の診断前後の人が行きやすい場所をつくるのが大事です。たとえば東京都町田市では、共通の指針として「16のまちだアイ・ステートメント」を策定し、認知症カフェをはじめとした地域共生の取組を積極的に行っています。

○認知症の人が主語である「アイ・ステートメント」の策定

- ・認知症の人、家族、医療・介護関係者、NPO団体、学術研究者、企業、行政関係者等を集めたワークショップを年4回開催。のべ100人以上が参画した。

○「アイ・ステートメント」の発信と活用

- ・行政と地域住民や企業等がともに「認知症とともに生きるまち」について考える「まちづくりワークショップ」を継続的に開催。
- ・市内の大学連携等も進め、地域と一体となるまちづくりを推進。

○「Dカフェ」（認知症カフェ）を市民が普段訪れる場所で開催

- ・企業連携を進め、市内のスターバックスコーヒー実店舗で実施。
- ・予約不要、出入り自由、誰でも参加可能で、ファシリテーターを必ず配置。

○「D活」（生きがい・はたらく場のマッチング）でともに生きるまちづくりを実施

- ・例：山林バンクを活用し、市有竹林の再生・保全活動を認知症の人が推進。
→収穫したタケノコ販売やイベント開催で収益
→伐採した竹で「竹灯籠」を制作し、丸井・モディで展示
→「竹灯籠」ワークショップの講師を認知症の人自身が担う など



対話例 どのような背景から、このような施策になっていったのでしょうか？

2015年に認知症カフェに関する国からの通知がありましたが、そのときから認知症本人たちにお声を聞きながら進めました。そこで認知症と診断されたばかりの人から、介護福祉事業所には足を運びづらい、社会とのつながりを持ち役に立ちたい、認知症について正しく理解してほしいといった声が聞かれたことが、こうした活動の背景にあります。

次の一歩 まちの各セクターとの協働について考えてみよう

たとえば町田市では、市内の鉄道全線と「認知症等の症状により行方不明になった高齢者等の情報提供に関する協定」を締結しています。市民や企業等が参加する認知症に関するイベント等でまずは理解促進をしていくことも考えられます。

認知症施策についての参照情報

認知症施策に関する取組事例が掲載されています。

株式会社日本総合研究所「認知症施策における官民連携の好事例に関する調査研究事業」（平成31年3月）、平成30年度老健事業

各論

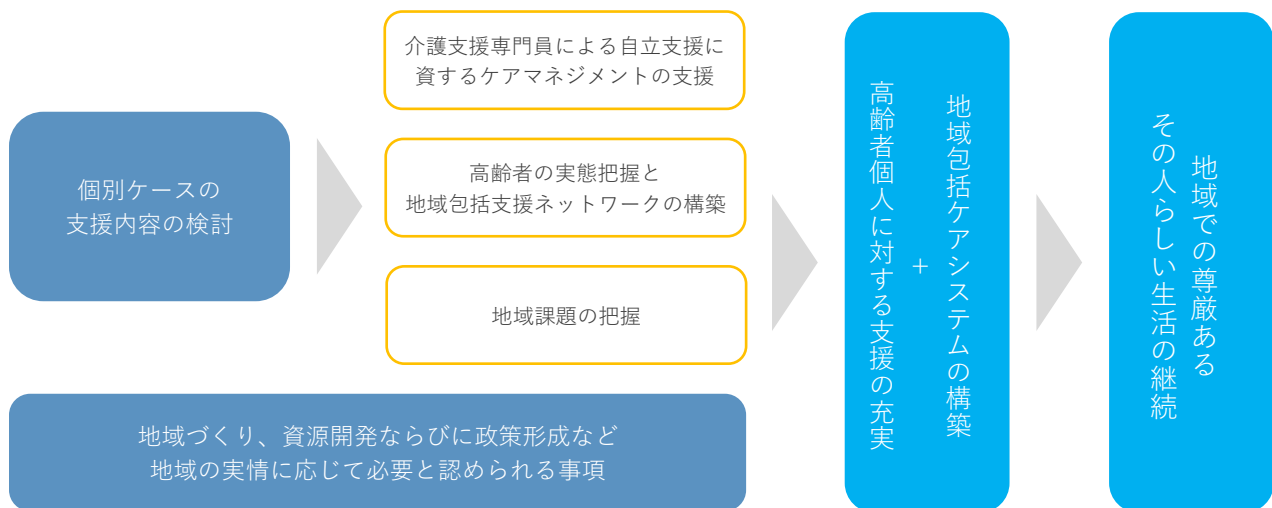
- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

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）	195
	• 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）	196
	• 地域ケア会議を機能させるポイントを教えてください	197
	• 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	198
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	199
	• 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？	200
	• 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？	201
	• 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？	202
	• 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？	203
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？	204
	• 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？	205
	• 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？	206
	• 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？	207

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>



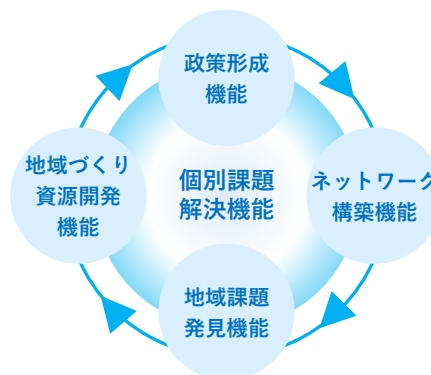
出典：一般財団法人 長寿社会開発センター「地域ケア会議運営マニュアル」（平成25年3月）、H24年度老健事業

- 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实情に応じて、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。

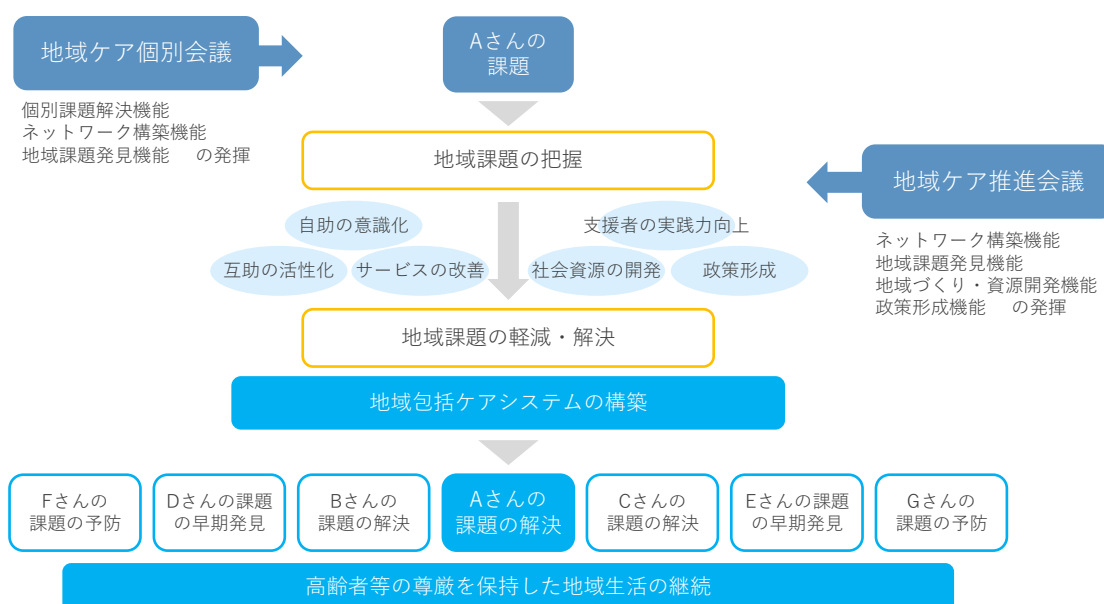
<地域ケア会議の機能>



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などを知っている
- 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) 195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) 196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？ 21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？ 28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 197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)

第百十五条の四十八 市町村は、第百十五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 197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？ 203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） 195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？ 203ページ

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でしょうか？ 207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でしょうか？ 26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) 196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

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 / 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 198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？ 15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 36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？ 22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？ 95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？ 207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てる

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 197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、立ち話ができる持久性はついてきたが、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な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付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？ 20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？ 204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前に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？ 68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？ 28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 37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](#)

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事です。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が、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 197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？ 20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？ 201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



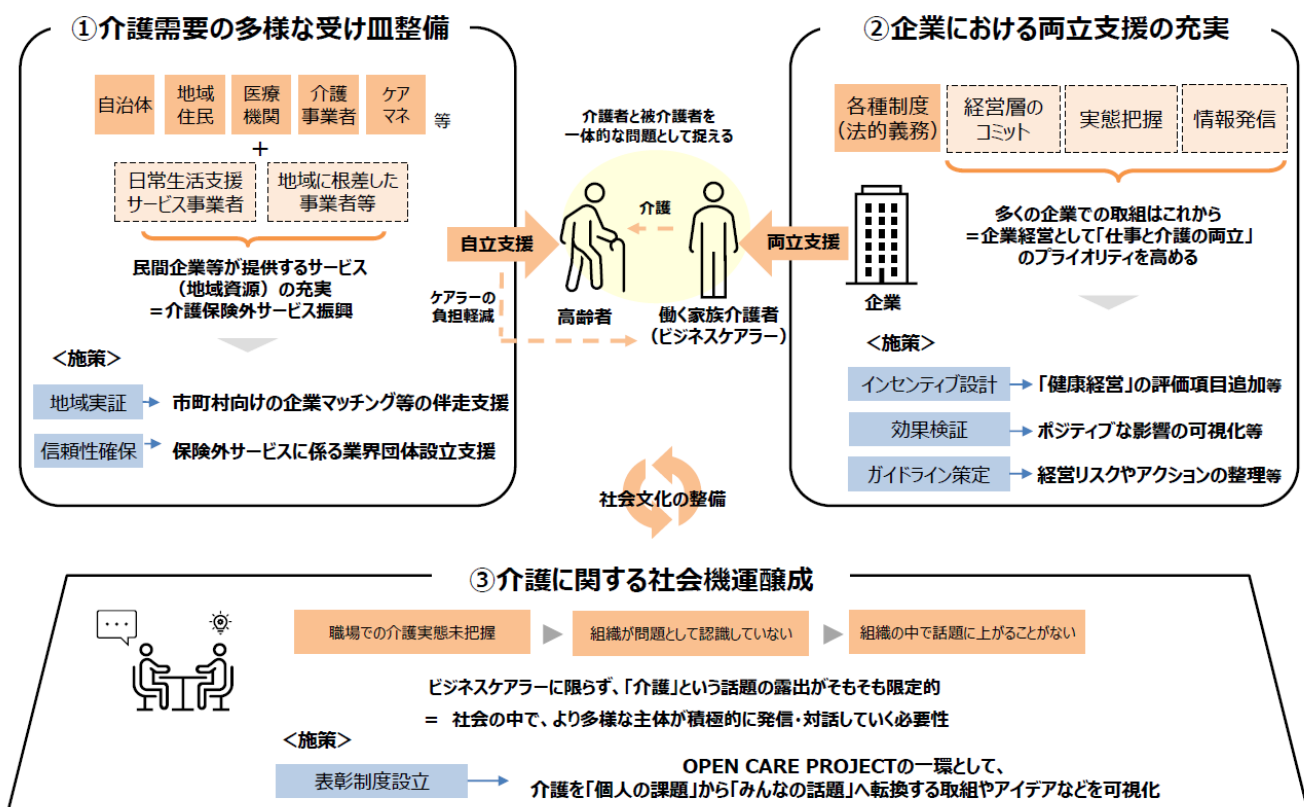
各論

- ・ 介護予防ケアマネジメント
- ・ 民間活用サービス（サービスA）
- ・ 住民主体サービス（サービスB）
- ・ 短期集中予防サービス（サービスC）
- ・ 移動支援サービス（サービスD）
- ・ 通いの場
- ・ 生活支援体制整備事業
- ・ 認知症施策
- ・ 地域ケア会議
- ・ 他省庁との連動

項目	問い	ページ
経済産業省	・ 経済産業省における高齢者・介護保険分野との連携（全体像）	211
	・ ①介護需要の多様な受け皿整備（介護保険外サービスの振興）	212
	・ ②企業における両立支援に向けた取組の充実、 ③介護に係る社会機運の醸成（OPEN CARE PROJECT）	213
	・ 民間企業と連携するために何からはじめたら良いか教えてください	214
国土交通省	・ 国土交通省における高齢者・介護保険分野との連携	215
	・ 地域公共交通と連携するイメージを教えてください	216
農林水産省	・ 農林水産省における高齢者・介護保険分野との連携	217
	・ 農村RMOと連携するイメージを教えてください	218
文部科学省	・ 文部科学省における高齢者・介護保険分野との連携	219

令和5年度時点における経済産業省の高齢者・介護分野の施策

- 介護に起因した労働総量や生産性の減少が日本の労働損失に有する影響は甚大であり、増加するビジネスケアラー（仕事をしながら家族等の介護に従事する者）発生による経済損失額は2030年時点で約9兆円に迫ると推計されています。
- このような状況に対し、令和5年度現在、経済産業省では「①介護需要の多様な受け皿整備（介護保険外サービスの振興）」「②企業における両立支援に向けた取組の充実」 「③介護に係る社会機運の醸成（OPEN CARE PROJECT）」に取り組んでいます。



令和6年度以降の方向性

- 介護需要の多様な受け皿整備においては、「地域ケアプラス事業（市町村向け伴走支援）の継続実施」「民間企業と地域・市町村の連携促進」「介護保険外サービスに関する福祉職や職域のチャネル構築支援」「業界団体による認証制度設立支援」などの展開が予定されています。
- 企業における両立支援に向けた取組の充実という点からは、「企業経営層に対するリーチ活動」や「仕事と介護の両立支援を促進すスタイルの育成支援」などに取り組むこととなっています。

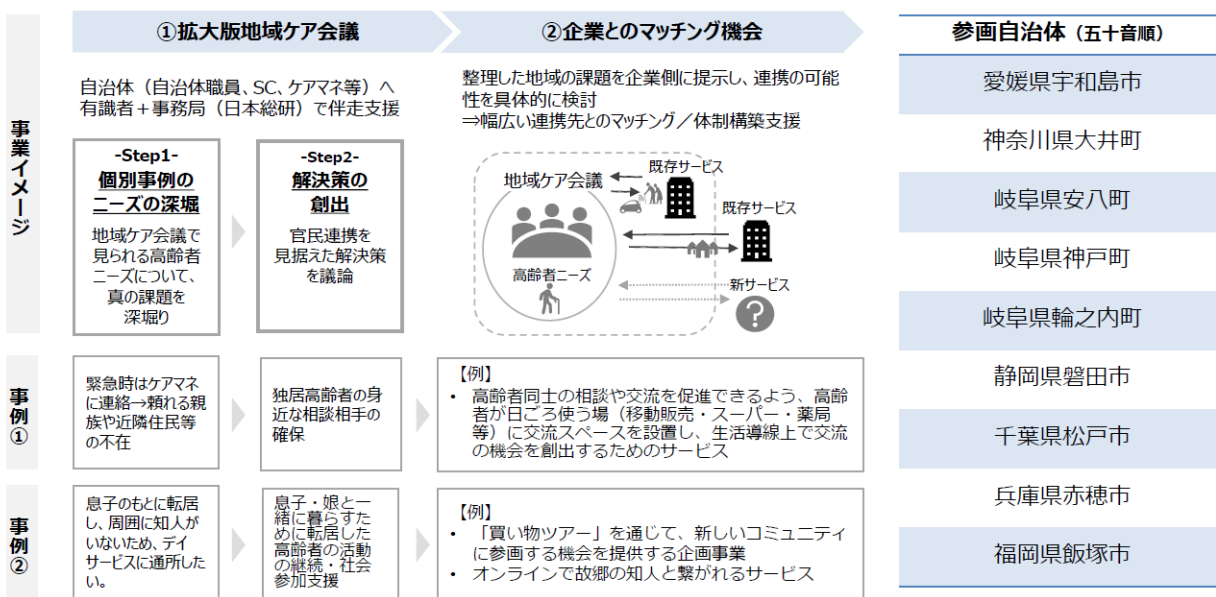
経済産業省が実施する介護分野の取組についての参照情報

経済産業省の介護政策に係るホームページに各種情報が掲載されています。

☞ [経済産業省ホームページ「ものづくり/情報/流通・サービス」](#) ▶ [「ヘルスケア産業」](#) ▶ [「介護政策」](#)

介護領域における地域と企業の連携促進事業 (地域ケアプラス事業/R5実施)

- 福祉の専門職等が実施する地域ケア会議から様々な地域課題が発見されたとしても、福祉分野だけで解決することが難しい課題は多く存在します。一方で、様々なサービスや製品を地域向けに提供したいという思いを持つ民間企業があるものの、なかなか地域の具体的なニーズをつかむことが難しいという課題があります。こうした様々な高齢者のニーズとそれに対するアプローチを地域の関係者で考え、ニーズの深掘りや解決策としての企業のサービスや製品、プロダクトのマッチングを行うことを目的として、地域ケアプラス事業を実施しています。
- 地域ケアプラス事業は、福祉分野における介護保険外サービスの振興を目的として、有識者を交えた①「拡大版地域ケア会議」の場で、個別事例のニーズを深掘り⇒地域課題の本質を明確化、課題解決に資する②企業とのマッチングを支援するとともに、自治体や企業向けに③ノウハウ普及も行っています。主目的は、「生活支援・自立支援」に重点を置き、高齢者の「こんな生活をしたい」という気持ちを実現するために、保険外サービスがどのように活用できるかを検討しています。



民間事業者等と連携した業界団体の立ち上げ支援

- 介護保険外サービスの信頼性の確保という側面では、介護保険外サービスは、自治体にとってはどのサービスに信頼性があるのか認識しづらいという難しさがあります。このような信頼性が見える化をするしくみづくりとして、産業振興と介護にかかる負担の軽減を目的とした、民間事業者等を主体とした業界団体の立ち上げ支援を実施しています。

「介護関連サービス事業協会」(Care-related Service Business Association)

活動目的

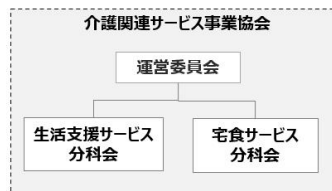
1. 公的介護保険外サービスの社会的認知度の向上
2. 適切なサービス選択ができる環境づくり
3. 公的介護保険外サービスへの信頼を獲得できる仕組みづくり

活動内容

- ・ 介護保険外サービスの普及・啓発活動
- ・ サービス別のガイドライン策定
- ・ 認証制度の設計・運営
- ・ 調査研究活動
- ・ サービススキル向上を目的とした研修・教育プログラムの開発・実施
- ・ 労働環境改善に向けた検討や従業員からの相談窓口の設置 など

協会の体制

※2024年3月に設立宣言を実施し、2024年度内の正式設立を予定



▼集合写真：会員企業



介護における両立支援の充実

- 企業におけるビジネススクアラーへの支援充実化に向けては、介護休業・休暇制度の整備といった、法定された制度面での支援に加えて、介護に係るリテラシーの向上や組織内での理解促進（特に、上司の理解）、個々人に寄り添った形での相談窓口の整備といった実態面での支援を進めていくことが重要であることから、下図①～③の取組を開始しています。

対応策

1 先進企業の取組の可視化

介護と仕事の両立に積極的な企業による取組を好事例として取りまとめるとともに、当該企業が取り組む両立支援策について、その成功要因等を分析。

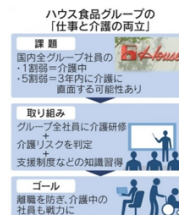
2 「健康経営」の評価項目への追加

「健康経営」の評価項目に、育児や介護との両立に係る項目を追加し、積極的な対応を行っている企業が資本市場・労働市場等で評価される仕組みを構築。

3 企業向けのガイドライン整理

より幅広い企業が両立支援に取り組むことを促すため、企業経営における仕事と介護の両立支援が必要となる背景・意義や両立支援の進め方などをまとめた企業経営層向けのガイドラインを公表。

事例：ハウス食品グループ



(出所) 日本経済新聞朝刊17面 (2022年1月28日)

ハウス食品グループでは、2020年より、全年齢の従業員を対象に介護リテラシーを高めるためのオンラインプログラムを提供し、介護リスク判定や支援制度等の知識習得を推奨（当該プログラム参加は業務扱い）。

また、介護当事者（ビジネススクアラー）、上司、人材部門担当者による三者面談も並行して実施し、具体的な制度活用の仕方や今後のキャリアについて一緒に考える。

「仕事と介護の両立支援に関する経営者向けガイドライン」についての参照情報

企業経営における仕事と介護の両立支援が必要となる背景・意義や両立支援の進め方などをまとめた企業経営層向けのガイドラインが掲載されています。

☑ [経済産業省ホームページ「ものづくり/情報/流通・サービス」](#) ▶ [「ヘルスケア産業」](#) ▶ [「介護政策」](#) ▶ [「仕事と介護の両立支援に関する経営者向けガイドライン」](#)

参照

介護に関する社会機運醸成 (OPEN CARE PROJECT)

- 「OPEN CARE PROJECT」は、介護をなかなか人に話しづらい「個人の課題」から誰もが前向きに話し合うことができる「みんなの話題」へ転換することを目的としている事業です。介護当事者や介護業務従事者、メディア、クリエイター、企業等、多様な主体を横断して、介護に関する話題を議論し、課題解決に向けたアクションを推進するプロジェクトです。
- 本プロジェクトの趣旨に賛同する団体・個人等が主体となる取組について、ロゴマークの提供等を通じて後押しするとともに、介護当事者やクリエイターといった業種横断での対話・マッチングの場を設けることでコミュニティ拡充や、業務横断での連携に係る社会機運の醸成を図っています。
- 令和5年度は「介護」をよりポジティブかつオープンにしていくような、エピソードや取組事例、アイデアを表彰する「OPEN CARE PROJECT AWARD2023」を開催しました。関連してZ世代やビジネスパーソン向けの周知イベントを実施し、幅広い層で介護を巡る課題を議論する機会を設けました。



部門

OPEN EPISODE 部門

介護に関する前向きな実体験や、これまで介護に接点がなかった主体を巻き込むようなエピソード (個人単位)

OPEN ACTION 部門

介護が個人の範囲を超えて、組織や社会の関心ごととなるために行われたアクション (団体・グループ単位)

OPEN IDEA部門

介護を「個人の課題」から「みんなの話題」に変え、より多くの人プロジェクトに参加しやすくなるアイデア (個人・団体問わず)

OPEN CARE PROJECT AWARD 2023についての参照情報

事業の概要とOPEN EPISODE部門 / OPEN ACTION部門 / OPEN IDEA部門の受賞作品が掲載されています。

☑ [経済産業省ホームページ「ものづくり/情報/流通・サービス」](#) ▶ [「ヘルスケア産業」](#) ▶ [「介護政策」](#) ▶ [「OPEN CARE PROJECT AWARD」](#)

参照

対話例 民間企業の人はどういう情報が欲しいと思いますか？

福祉分野で働く専門職等からすれば当たり前と感じているがゆえに言語化されない情報の中に、民間企業等が知りたい情報が含まれているかもしれません。お互いがそれぞれの分野の専門性を持っていることを前提として、それぞれの専門性が交わるためにはどのような情報を持ち寄れば良いか、考えてみましょう。

総論 これからの地域づくりに必要なのは？ 15ページ

事例紹介

千葉県松戸市

○事例の概要

松戸市は地域ケア会議による課題抽出が積極的に進められてる市町村です。一方、そうして浮かび上がった課題の中には、福祉分野のみの方では解決が難しいものも散見されていました。こうした背景から、市と民間企業とのコラボレーションのもと地域の課題解決を図りたいと考え、経済産業省の事業等も活用しながら民間企業との対話に向けた準備を進めています。

○福祉分野としての立場と民間企業の立場の双方がWin-Winになる発想を持つためのプロセス
＜地域包括ケア推進課と地域包括支援センターによる地域課題の共有＞

- ・これまでの地域ケア会議の結果から見える地域課題を、まずは福祉専門職間で共有
- ・課題を共有したうえで、「できる」「できない」を問わず自由な発想で解決のアイデアを検討
- ・このプロセスを通じて、福祉分野として解決したい優先課題と解決に向けたアイデアを抽出

＜民間企業が欲しい情報はどのようなものか検討＞

- ・大きな地域課題からではなく、一人ひとりの高齢者の「どうい生活を送りたいか」という視点から、どのような人が（Who）、なぜそうしたいのか（Why）、それができない困りごととは何か（What）を丁寧に細分化
- ・この細分化により、地域課題が発生している個別の要素の解像度が上がり、具体的にどういうことに困っている人がどのぐらいの人数いるのかといったことや、困りごとのレベル感が明確になり、今後考えられる打ち手の具体度が向上するとともに、民間企業にとってどの程度の市場が広がっているのか、企業が持つサービスや技術で解決できる困りごととは何か、ということと共に考えられる情報へと昇華されていった



Who	Why	What
どのような人（年齢・性別、世帯構成、地域状況、認知機能、住居等）	なぜ（自分で）困っているのか	困りごとによってどのような対応しているのか/解決しているのか
80代前半、女性、単身、認知機能低下、住居不安定	認知機能低下による生活リズムの乱れ、食事の摂れなさ	認知機能低下による生活リズムの乱れ、食事の摂れなさ
70代後半、男性、単身、認知機能低下、住居不安定	認知機能低下による生活リズムの乱れ、食事の摂れなさ	認知機能低下による生活リズムの乱れ、食事の摂れなさ
80代後半、女性、単身、認知機能低下、住居不安定	認知機能低下による生活リズムの乱れ、食事の摂れなさ	認知機能低下による生活リズムの乱れ、食事の摂れなさ
80代後半、女性、単身、認知機能低下、住居不安定	認知機能低下による生活リズムの乱れ、食事の摂れなさ	認知機能低下による生活リズムの乱れ、食事の摂れなさ

＜福祉分野と民間企業の対話による相互の利益と可能性の追求＞

- ・松戸市内の連携できる可能性がある（もしくは連携したい）企業を抽出したうえで、市として目指す地域づくりの方向性や現在の課題を伝えるとともに、企業側からも理念や地域に対する取組の紹介、なぜそういった活動を行っているかなどを伺い、何かを「やってもらう」「やらされる」場ではなく、お互いに「どういったことができそうか」を意見交換
- ・福祉分野にも民間企業にも、お互いにやりたいこと・求めることがあり、相互がWin-Winの関係を追究しながら交わっていくことの重要性を体感



○今後の展望

松戸市としては、今後も民間企業と積極的かつ継続的に対話を続け、ガバメントピッチへの参加なども検討しながら、官民連携を促進していくことを目指しています。

『地域の多様な関係者との「共創」による地域公共交通の「リ・デザイン」』

- 国土交通省では、移動手段としての交通の先には利用者個人の様々な目的があるという認識のもと、移動先に存在する他分野の関係者等と連携・協働した地域公共交通の維持・再構築に力を入れています。「官民の共創」「交通事業者間の共創」「他分野との共創」という3つの共創を掲げ、福祉分野も含めた共創と交通DX・GXを推進しています。
- 令和5年度においては、「共創モデル実証プロジェクト」として地域の様々な実証事業に対する支援を進めており、この中では、高齢者の移動手段の確保を目的とした、医療・介護・福祉の分野との連携が多く取り組まれています。

【例】①介護予防プログラムとの連携

社会福祉協議会と社会福祉法人が主体となり地域の交通事業者との連携のもと、外出トレーニングプログラムにモビリティトレーニングを組み込む。これにより、高齢者の外出機会が生まれるとともに、交通事業者にも安定した収入が見込まれるという効果が見られた。

②地域公共交通の再編

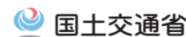
地域公共交通のデマンド交通に予約配車システムを導入するとともに、高齢者にとってアクセスする機会が多い医療センターをハブ拠点とする再編を実施。アクセスが高まった。

③地域の交通資源の集約

市町村営のバスだけでは地域の移動ニーズに十分に応えられないという課題の解決に向け、交通資源をすべて集約するという取組。送迎バスをデマンド交通化し、高齢者の方々向けのドアtoドアサービスを拡充。

- 令和6年度も「共創・MaaS実証プロジェクト」として継続的に支援しています。

「共創・MaaS実証プロジェクト」(令和6年度)について



地域の多様な関係者の「共創」により地域交通の維持・活性化に取り組む実証プロジェクト等を支援します！

1. 共創モデル実証運行事業

※運行（次年度に運行する場合や既存運行を活用する場合を含む）を伴う実証事業が対象となります。
運行の交通モード（鉄道・路線バス・デマンド交通・自家用有償旅客運送・タクシー・航路など）は問いません。

交通を地域のくらしと一体として捉え、地域の多様な関係者の「共創」(連携・協働)※によりその維持・活性化に取り組む実証事業

【補助対象事業者】 交通事業者等を含む複数の共創主体で構成される協議会や連携スキーム等
（「共創プラットフォーム」）

【補助対象経費】 ・事業実施のための基礎データ収集・分析、協議会開催に要する経費等
・事業実施にあたり必要となるシステム構築、車両購入・改造に要する経費
・実証事業に要する経費

<補助率> 地域の類型に応じて、メリハリつけた支援を展開します！（補助上限額：1億円）

A 中小都市、過疎地など 【人口10万人未満の自治体】	B 地方中心都市など 【人口10万人以上の自治体】	C 大都市など 【東京23区・三大都市圏の政令指定都市】
500万円以下は定額 500万円超部分は2/3	補助率 2/3	補助率 1/2

※「官民共創」、「交通事業者間共創」、
「他分野共創(交通と他分野の垣根を越えた連携)」



2. モビリティ人材育成事業

地域公共交通のリ・デザインを推進するため、モビリティ人材（交通に関する知見・データ活用のノウハウ・コーディネートのスキル等を有する人材）の育成に関する仕組みの構築や運営を行う事業

【補助対象事業者】 地域における交通やまちづくりに取り組む人材の育成を行う、都道府県・市町村・交通関係団体・まちづくり団体等の民間事業者・NPO法人等

【補助対象経費】 地域交通分野におけるモビリティ人材の育成に関する取組実施経費

【補助率・上限額】 定額（上限3千万円）

上記1及び2の応募にあたっては、実施地域の自治体等から推薦を得ていることを要件とします。

※「日本版MaaS推進・支援事業」については、令和6年4月以降に別途公募します。

募集期間 令和6年2月27日～4月5日16:00

※4月下旬以降、2次公募を予定

事務局（バンフィックコンサルタツ株式会社）

問合せ先 各地方運輸局交通政策部交通企画課 等

応募方法の詳細・問合せ先は特設ウェブサイトへ！

採択審査のポイント等は「公募要領」をご確認ください。

【URL】 <https://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/transport/kyoushou/>

地域交通 共創

検索

国土交通省が実施する「共創・MaaS実証プロジェクト」についての参照情報

国土交通省のホームページに各種情報が掲載されています。

[国土交通省ホームページ「共創・MaaS実証プロジェクト」](#)

事例紹介

富山県黒部市

○事例の概要

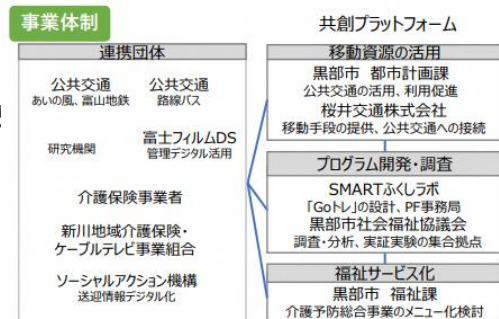
黒部市では、下記3点の地域課題の解決に向け、国土交通省の共創モデル実証プロジェクト（共創による地域交通形成支援事業）の採択を受け、福祉の拠点に福祉の力で人を集め、集まった人を外出させる「Goトレ」プログラムを開発しています。

- ①2030年に介護需要がピークに達するという予測から、市で展開する介護予防のメニューにより効果的なプログラムを導入
- ②バスの減便、タクシーの減少、福祉送迎の運転手確保上の課題等による、移手段の縮小
- ③持続可能性を見据えた移動財源の確保

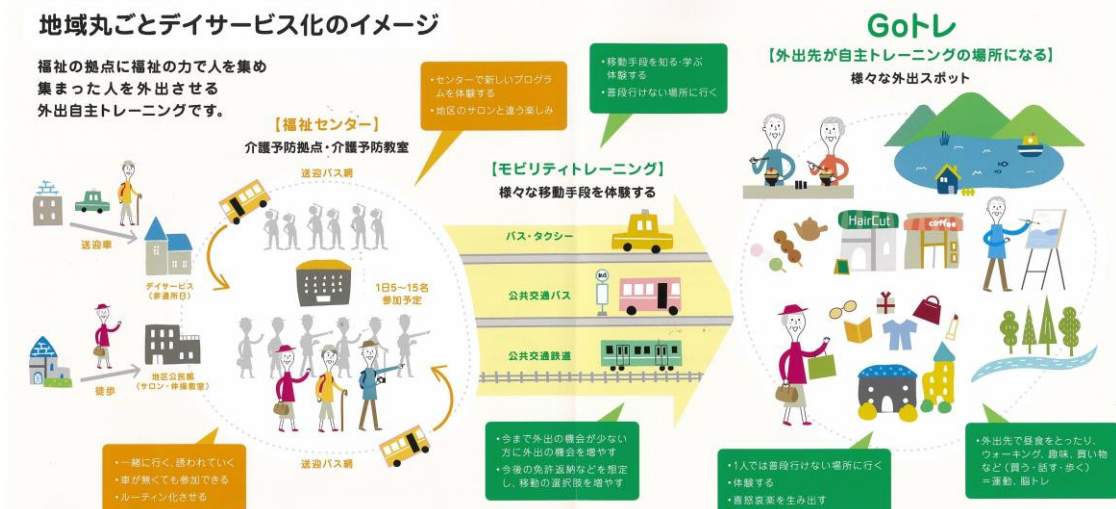
○Goトレの全体像

Goトレを通じて、「地域のありとあらゆるもの」と「デジタル」を活用してつくる、「地域丸ごとデイサービス化」を目指しています。この取組のポイントは次の5つです。

- ① 自主的なトレーニング中心
⇒ウェアラブル端末を活用し、安全面に配慮した自主トレ
- ② 様々な移手段を身につける
⇒元気な時から自家用車以外の移手段を体験
- ③ 地域全体を活かす
⇒地域にある魅力的なスポット（道の駅や市民交流センター等）でGoトレを実施
- ④ 介護予防と外出促進
⇒外出する楽しさに加え、健康度（ウェルビーイング）を高めることを目指す
- ⑤ データ活用
⇒参加者には成果をフィードバックし、かつ全体データで健康寿命延伸への効果を検証



Goトレ参加の流れとして、まずは福祉の拠点に参加者が集まり、体操教室等へ参加します。その後、様々な移手段（令和5年度においてはタクシーを中心に実施）を体験するとともに、その移先では食事・ウォーキング・買い物等の、通称「自主トレ」を実施します。



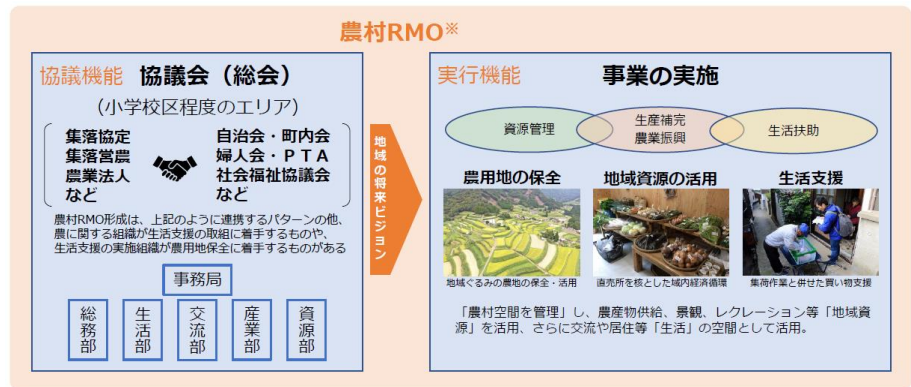
○今後の展望

令和6年度以降、効果検証に資するプログラム参加者を確保する観点から、一般介護予防事業の枠組みで実施することも含めて検討をしていくこととしています。

中山間地域の農用地の保全と農村型地域運営組織（農村RMO）の形成

- 中山間地域等では、人口減少や高齢化が都市部に先駆けて進行しており、農用地の維持・保全が困難になる等、地域コミュニティの維持にも支障が生じています。
- このため、令和4年度より、複数集落の機能を補完して、農用地保全活動や農業を核とした経済活動と併せて、生活支援等地域コミュニティの維持に資する取組を行う農村RMOの形成に対して支援を行っています。

- 農村RMOごとにその形や機能は様々ですが、地域支援事業との連動という点からは、生活支援コーディネータや重層的支援体制整備事業等との連携が期待されます。



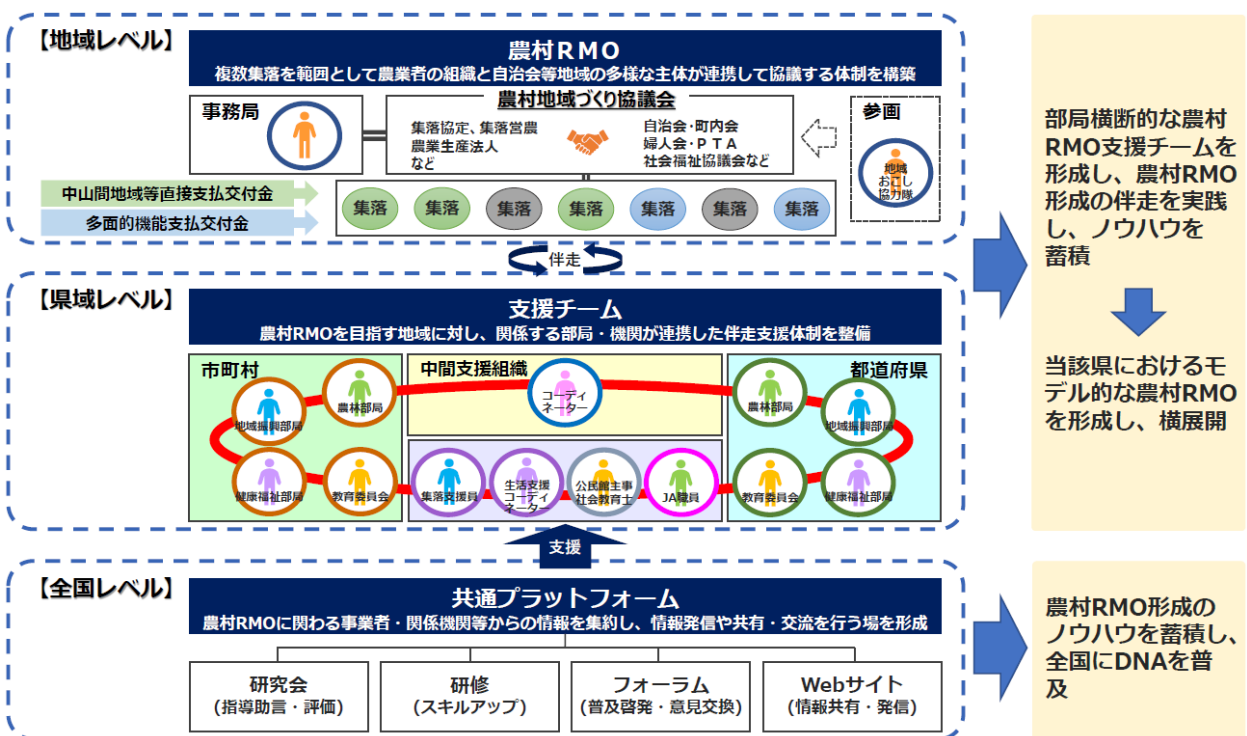
- 「農村型地域運営組織（農村RMO）形成推進事業」として、下記①～②の支援を展開し、段階ごとの推進体制の構築等を進めています。

①農村RMOモデル形成支援

…将来ビジョン策定、調査、計画作成、実証事業、デジタル技術の導入・定着への支援など

②農村RMO 形成伴走支援

…中間支援組織の育成等を通じた伴走支援体制の構築、全国プラットフォームの整備への支援など



中山間地域の農用地の保全と農村型地域運営組織（農村RMO）の取組についての参照情報

農林水産省のホームページに各種情報が掲載されています。

☞ [農林水産省ホームページ「農村型地域運営組織（農村RMO）の推進～地域で支え合うむらづくり～」](#)

参照

事例紹介

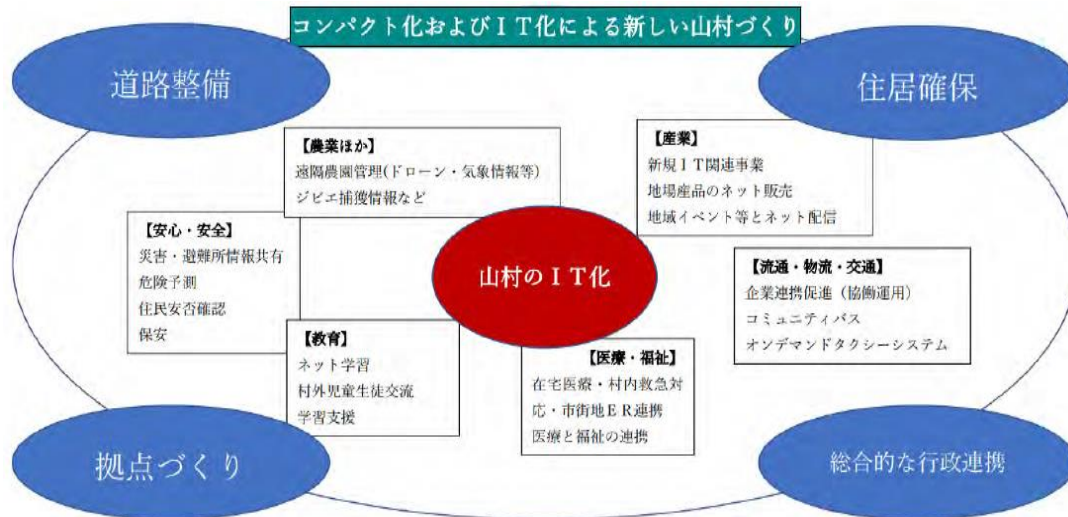
宮崎県西都市

○事例の概要

西都市では、人口減少と高齢化の深刻な問題を解決するため、地域住民が主体となり、平成31年より地域組織の改編や創成プロジェクトなどを計画してきました。

令和2年に東米良創生会が有志16人で設立され、「1000年続く村 東米良創生プロジェクト 循環型山村づくり」が始動し、この実現に向け、令和4年「東米良地区1000年協議会」が農村RMOとして設立されました。

【1000年続く村 東米良創生プロジェクト 循環型山村づくり】



○移動手段の確保に関する取組の経緯

コミュニティバスは1日往復2便で、路線は主要道路のみであり、地域内の集落間移動や診療所、介護予防教室などへの参加は自家用車を使用していますが、高齢者には困難な状況となっているという背景がありました。

○事業の概要

農村RMOが主体となり、行政も関わりながら、生活支援、移動支援を行っています。

利用希望者宅から地区内の拠点(福祉施設・公共施設・山の駅等)への送迎、コミュニティバスのバス停まで及び東米良地区区内における移動などを予約制で運行する互助輸送を実施しています。

車両3台(10人乗り1台、軽自動車2台)、運転ボランティア32人を確保しており、運休日は特に設けずに取り組んでいます。

○条件等

- ・予約システム、軽車両2台購入等(県の補助金(約500万円)を活用)
- ・善仁会が所有するハイエースと軽車両2台で運行
- ・運営費は利用者負担(50円 or 100円)と西都市互助による輸送事業補助金を活用
- ・令和4年度実績延べ利用数2,325名
西都市補助金約140万円

○今後の展望

令和5年度現在、東米良地区で実施されているオンデマンド移動支援サービスについて、総合事業移行にあたっての課題の抽出と整理を行い、利用者の利便性を維持することを目指しています。

また、地域における移動支援サービスの起ち上げモデルケースとして確立させ、市内の他地域でも事業展開を図っていけるよう、取組を進めています。

介護予防・日常生活支援に係る公民館、社会教育人材等との連携

- 文部科学省では、地域住民が自ら学び、地域の課題解決に向けて取り組む機会や場づくりとして、公民館等の社会教育施設を中心とした「地域の学びと実践プラットフォーム」により、「①生活を支えるリテラシーの向上」と「②地域づくりを支える社会教育の実現」を目指しています。

①生活を支えるリテラシーの向上

…高齢者等のデジタルデバイドの解消、障害者・外国人などの学習実践での対応 など

②地域づくりを支える社会教育の実現

…様々な地域課題の取組・解決、持続可能な社会の創り手の育成 など

- 上記の実践に当たっては、公民館等の社会教育施設や社会教育主事・社会教育士といった社会教育人材が、様々な場面で連携して、一人ひとりの生活と地域づくりを支える「学びと実践」の機会と場を提供していくことが求められています。

○社会教育主事

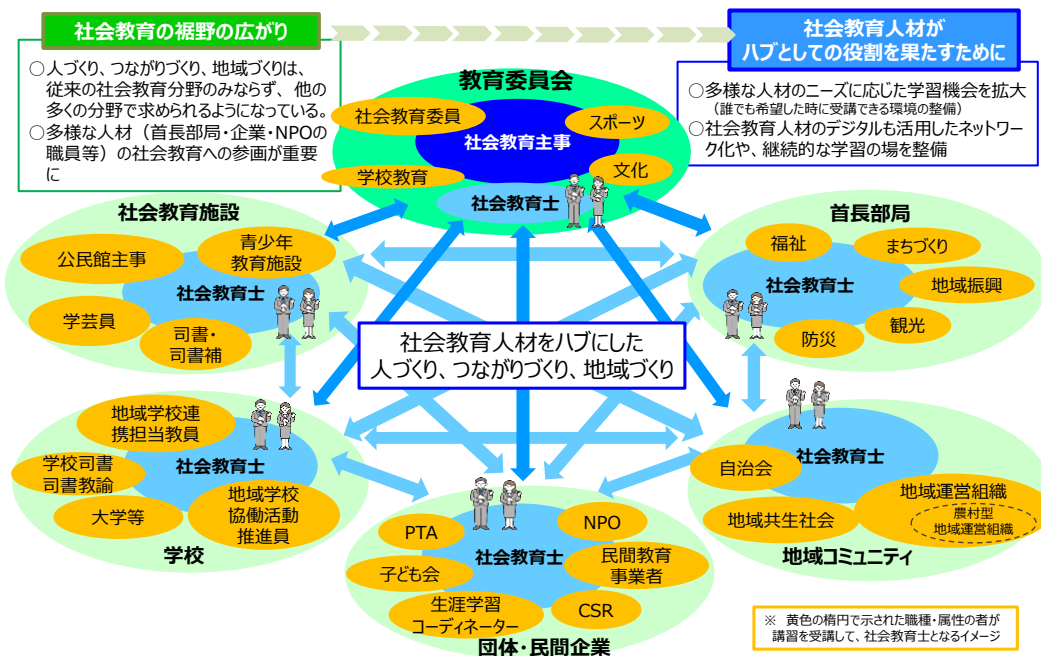
…自治体の教育委員会に配置され、福祉や防災などの多様な分野と社会教育をつなぎ、地域全体の社会教育の振興の中核を担う

○社会教育士

…現場レベルにおいて各々の専門性と社会教育の知見を活かしながら、NPOや企業等と連携・協働し、多様な分野の学習活動の支援を通して、人づくりや地域づくりに携わる

- 公民館や社会教育人材と福祉分野の連携を促進し、社会教育の学びや人とのつながりの中で、一人ひとりが自分事として行動する住民を増加させ、多世代で助け合いのできる地域社会をつくるのが期待されます。

社会教育の裾野の広がり、社会教育人材が果たすべき役割



社会教育人材の養成及び活躍促進についての検討状況の参照情報

文部科学省のホームページに各種情報が掲載されています。

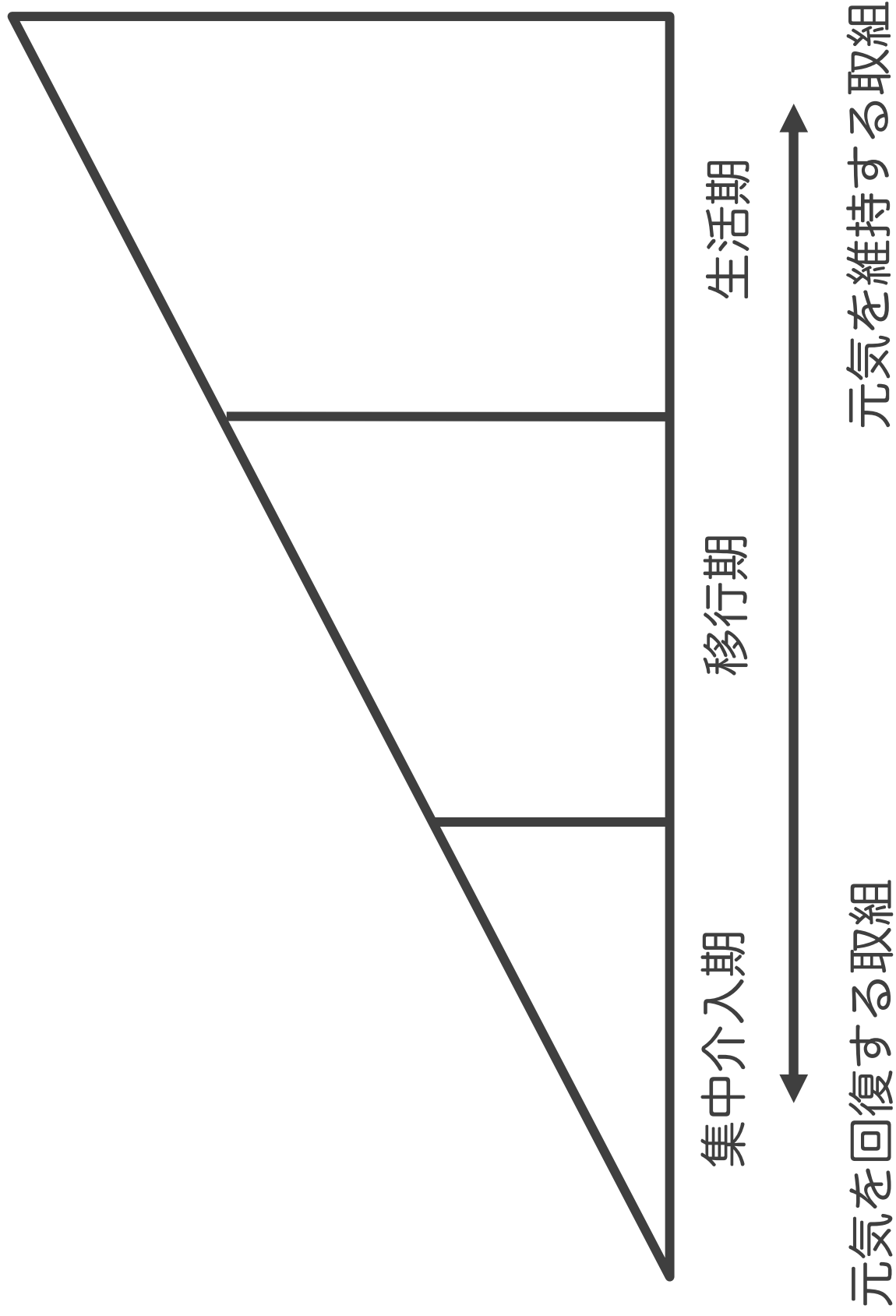
☞ [文部科学省ホームページ「社会教育人材部会」](#)

巻末資料

1. 伴走支援ツールのワークシート
2. 参考文献リスト

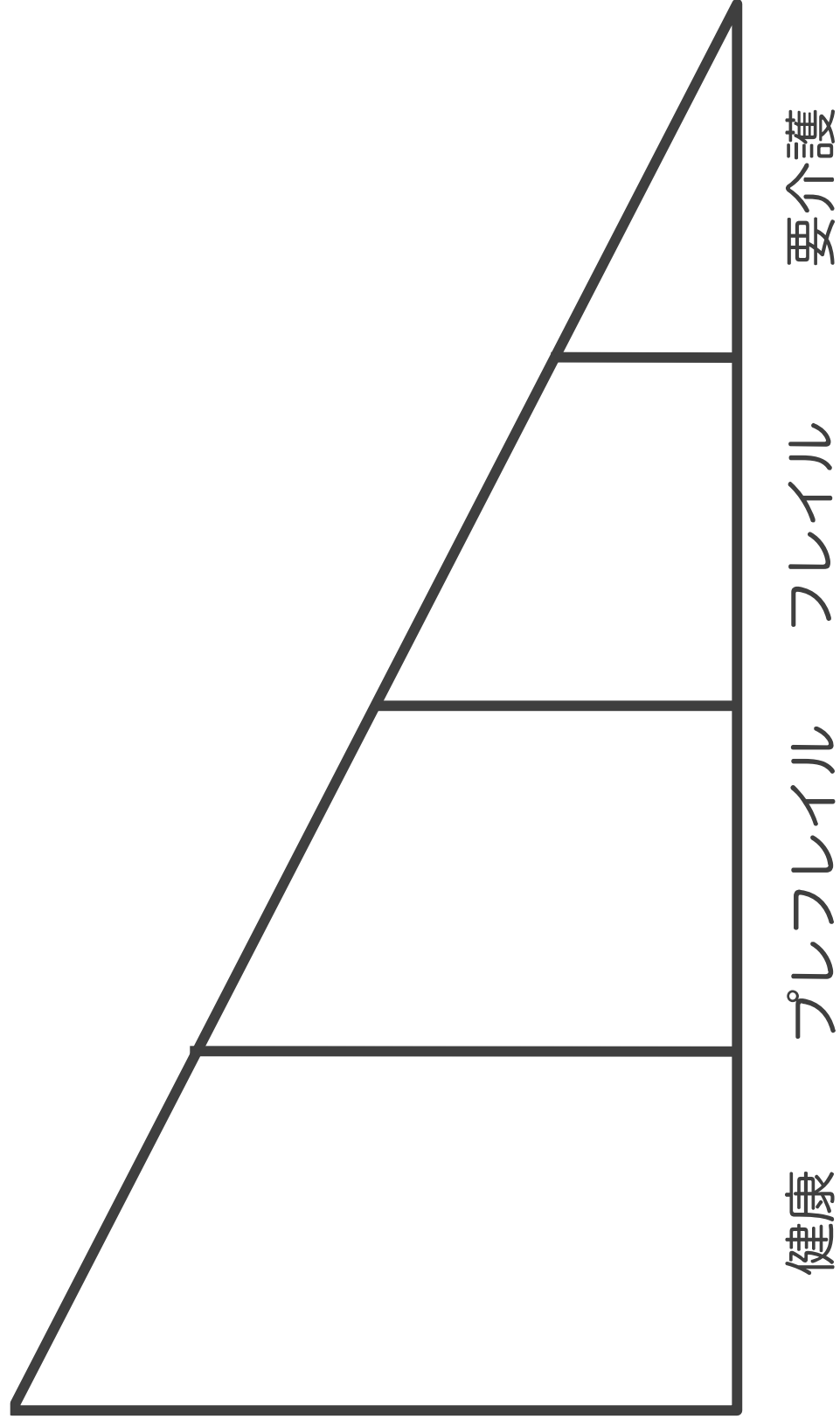
“総合事業の三角形”

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



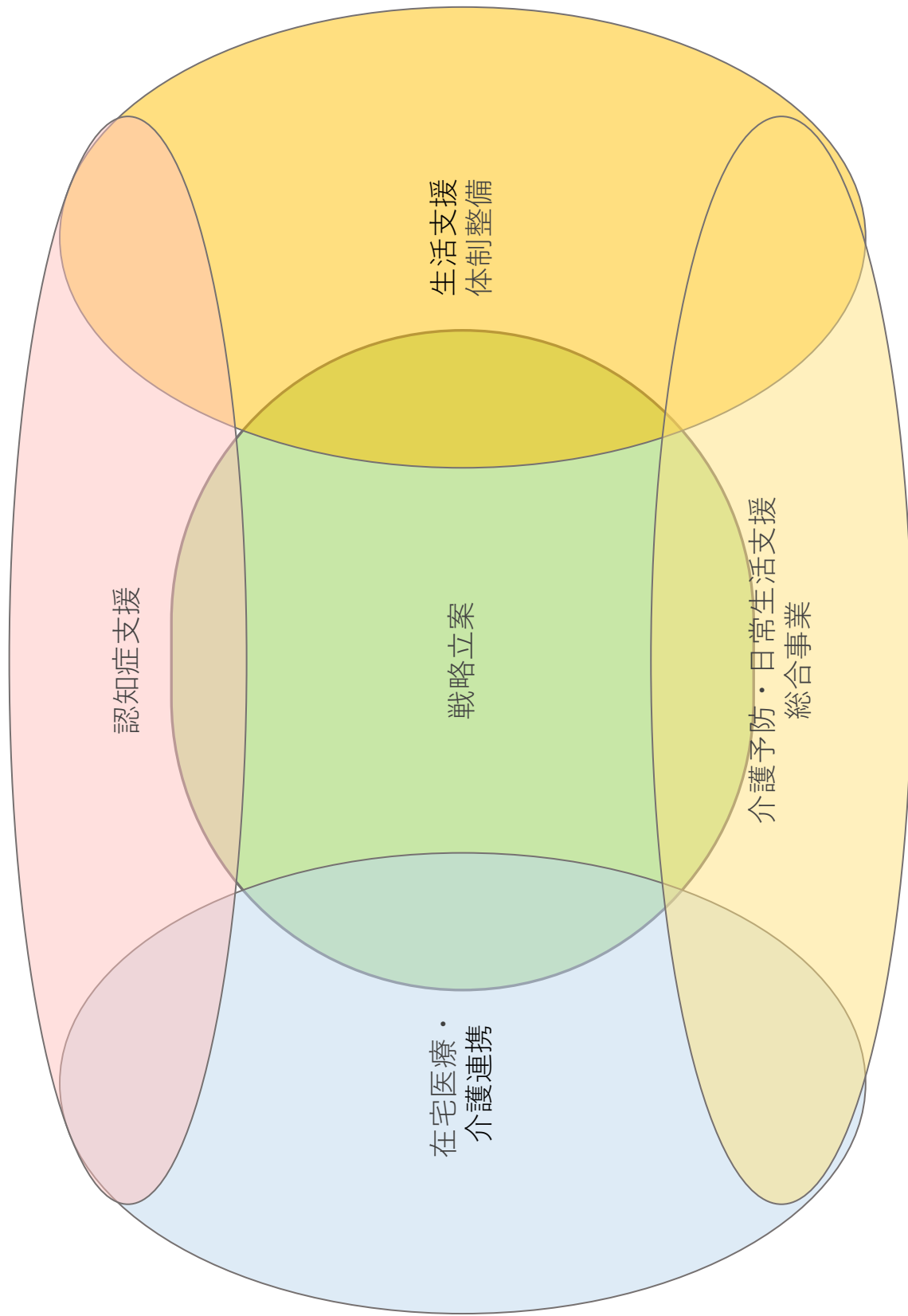
“高齢者の三角形”

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



連動の樽

地域支援事業全体や
事業間連動を考えてみよう



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.jimar.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.tmgig.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
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=UBPzirJhhVU>

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一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/fureiryubou.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）

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>

本ハンドブックは、「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」により作成された「地域づくり支援ハンドブックvol.1」（2023（令和4）年3月 株式会社TRAPE）を踏まえ作成しており、その内容の利用については株式会社TRAPEの全面協力のもと、作成しています。

令和5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
介護予防・日常生活支援総合事業の活性化に向けた
自治体支援ツール（支援パッケージ）の構築に係る調査研究

【市町村の支援者向け】
地域づくり支援ハンドブックvol.2
～2023年度版～

株式会社日本能率協会総合研究所
2024（令和6）年3月
住所 東京都港区芝公園3-1-22
電話 03-3578-7500
