

令和元年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金

(社会福祉推進事業分)

地域共生社会の実現に向けた成果指標に関する調査研究事業
－包括的な支援体制構築のためのプロセス評価の検討－

一般社団法人 日本老年学的評価研究機構

令和2年(2020年)3月

目 次

概要	i
序章 地域共生社会の実現に向けた成果指標の作成と 指標の政策立案への活用に関する考え方(近藤克則)	1
第 I 部	
第 1 章 研究事業の概要	
1. 研究事業の目的	8
2. 調査研究の方法	8
3. 実施体制	9
4. 検討経過	10
5. 検討方法のフロー	10
第 2 章 海外における指標開発	
1. 国際社会における指標開発 (藤並祐馬)	11
2. イギリスの社会的ケアに係る自治体評価及び 事業者評価の指標 (長澤紀美子)	17
第 3 章 国や自治体の各種計画における既存の評価指標の現状 (村中峯子)	33
1. 持続可能な開発目標(SDGs)	33
2. 経済財政運営と構造改革に関する基本方針(KPI)	38
3. 医療・介護分野における評価指標	39
4. 障害福祉計画・障害児福祉計画における指標	40
5. 自殺対策における指標	44
6. 介護保険分野における指標	45
第 4 章 評価指標の検討と市町村グループインタビュー	
1. 背景	50
2. 市町村地域福祉計画の策定状況と他の計画との関連	51
3. 評価指標を検討する上での前提・考え方	53
4. グループインタビューの方法	54
5. グループインタビュー協力市町村の状況	55
6. グループインタビュー結果	66
第 5 章 包括的支援事業のための 7 つのプロセスチェックリスト	68
第 II 部	
第 6 章 地域共生社会推進に関わる主要概念・用語を基にした ロジックモデルの試案 (伊藤大介)	74

第7章 地域レベルの自殺死亡率と見える化システムの開発	98
(高橋聡)	
第8章 高齢者虐待における指標開発プロセス	111
(古賀千絵)	
終章 まとめ・提言	121

参考資料

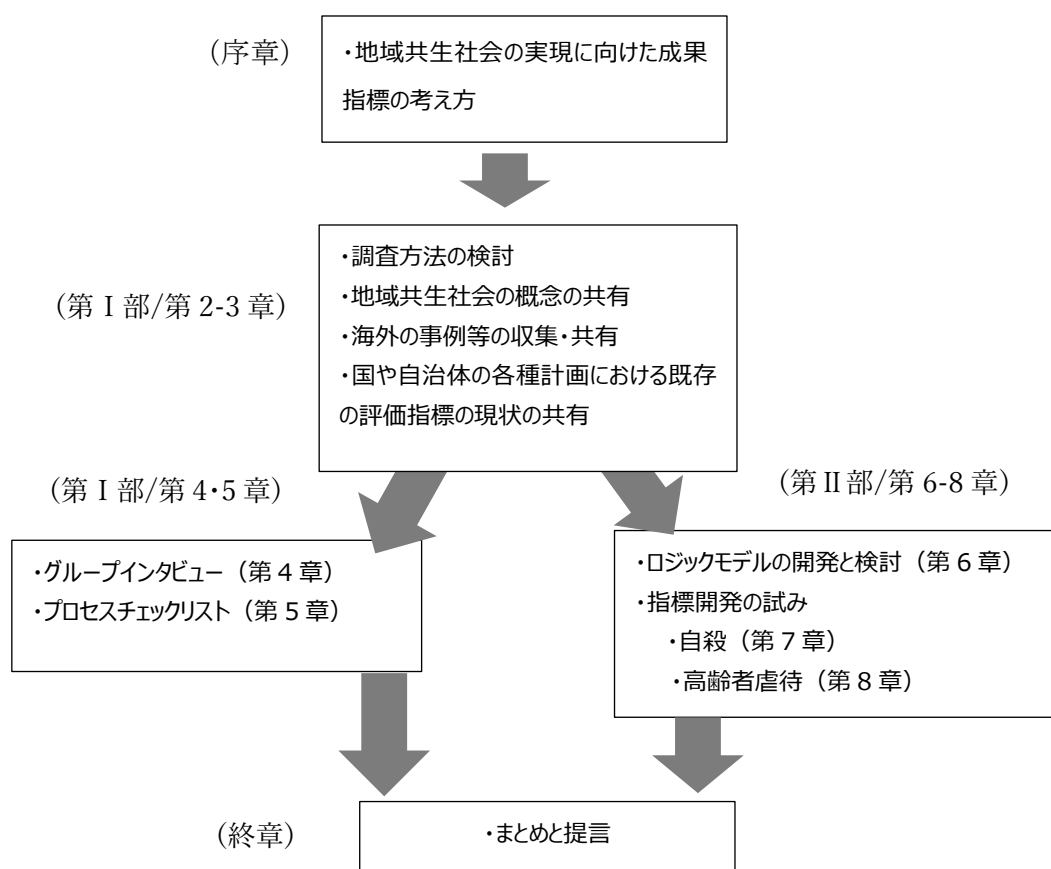
・ 平成30年度モデル事業実施自治体ヒアリング内容と質問の意図	126
・ 地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制の現状を把握するための ヒアリング調査 資料提供のお願いとご質問事項	129

1. 研究事業の目的

本事業の目的は、「包括的な支援体制構築に向けたプロセス評価指標の開発」と「地域共生社会」推進に関わる主要概念・用語の整理に基づくロジックモデル試案の開発」である。

地域共生社会の実現に向けた成果指標に関わる情報を収集し、その開発に向けた道筋も示した。

2. 検討フローと本報告書の構成



3. 各章の要旨

- 序章 「地域共生社会の実現に向けた成果指標の作成と指標の政策立案への活用」

関する考え方

今年度の本事業に利用できるデータには、量的データが乏しく、成果指標が開発できる段階にはなかった。このため、プロセスに関する質的な評価に留めつつ、政策評価指標及び関係者間の共通認識醸成に必要なロジックモデルとデータ利用可能な自殺と高齢者虐待の例を示すこととした。

第 I 部

➤ 第 1 章 研究事業の概要

本事業の目的, 方法, 検討フローなどの概要を示した

➤ 第 2 章 海外における指標開発

国際機関における指標開発や, 国や自治体の各種計画における既存の評価指標の状況等のレビューを行った. 政策マネジメント支援に有用な指標群と「見える化」システムの開発には, データの蓄積と分析等, 多くの条件をクリアすることが必要であり, その開発には 10 年単位の時間を必要としていた.

➤ 第 3 章 国や自治体の各種計画における既存の評価指標の現状

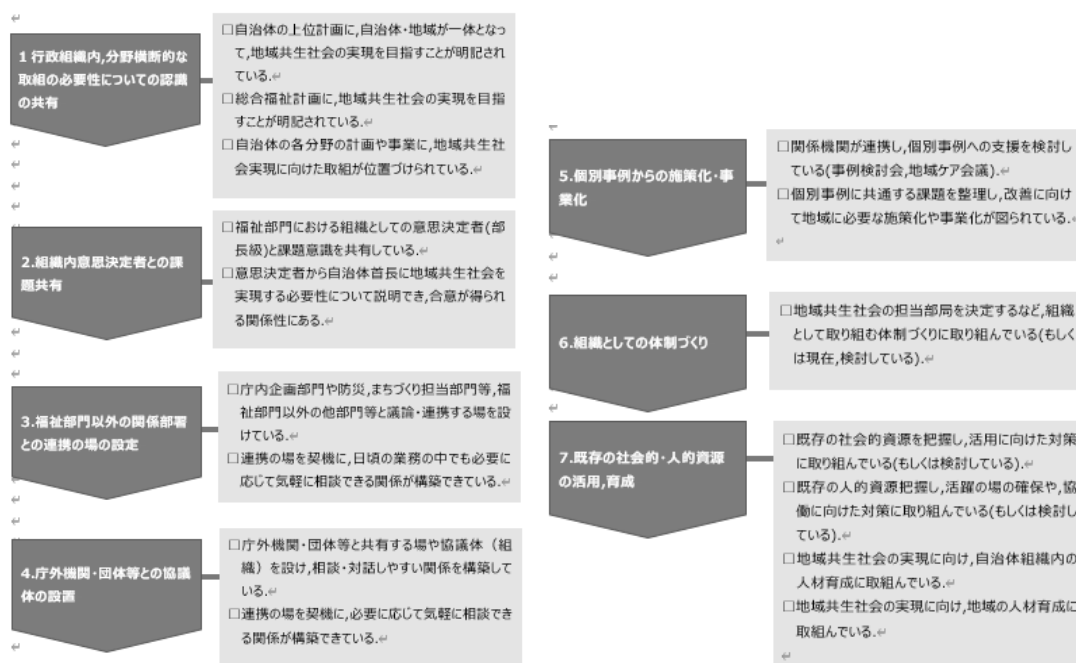
国内における経済財政運営と構造改革に関する基本方針(KPI)や医療・介護分野における評価指標の事例について現状をまとめた.

➤ 第 4 章 評価指標の検討と市町村インタビュー

包括的な支援体制構築に向けたプロセスに対する質的な評価のチェックリスト作成を目的に, 5 市町村の担当者を対象にグループインタビューを行い, 共通するプロセスを探った.

➤ 5 章 包括的支援事業のための 7 つのプロセスチェックリスト

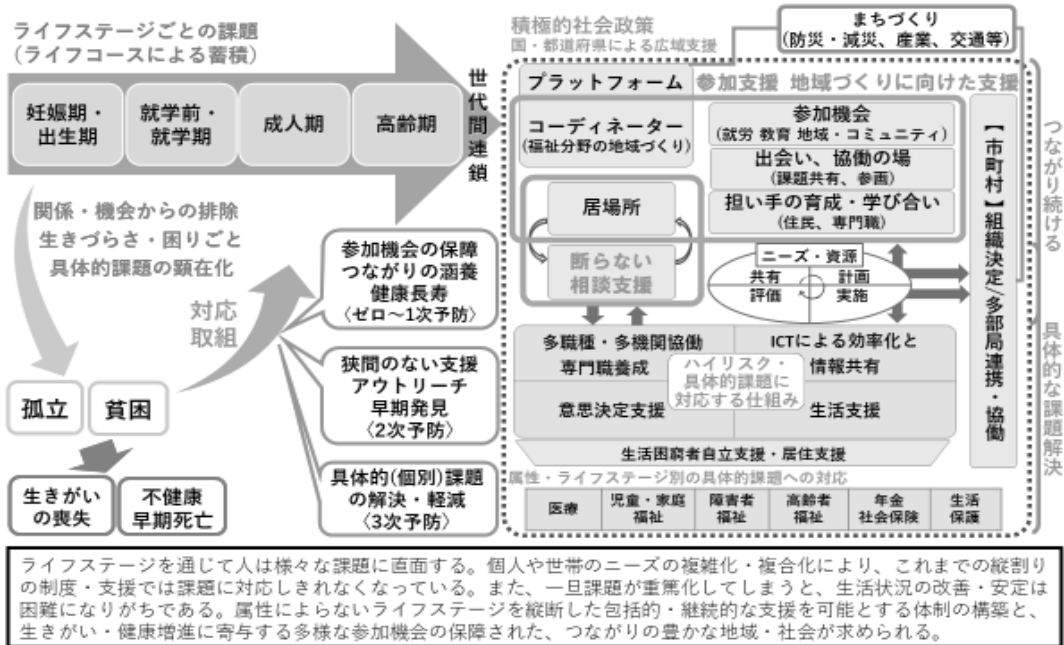
共通するプロセスを元に, 包括的支援事業のための 7 つのプロセスチェックリストを開発した. 7 つのプロセスチェックリストは, 下記のとおり.



➤ 第6章 地域共生社会推進に関わる主要概念・用語を基にしたロジックモデルの試案

地域共生社会をテーマとして扱っている厚生労働省に設置された委員会等の報告書・資料等を元に、ロジックモデルを作成した。大別して、次の3つの部分で構成した。一つ目は、ロジックモデルの全体図（モデルNo.1）と主要概念・用語の関係図（モデルNo.2）。二つ目は、ライフステージごとの課題として5つのモデル（モデルNo.3～7）。三つ目は、地域共生社会推進の取組に関する部分で10モデル（モデルNo.8～17）を作成した。

1. ライフステージごとの課題と対応・取組<全体図>



日本老年学的評価研究（JAGES）機構「地域共生社会の実現に向けた成果指標に関する調査研究事業」厚生労働省令和元年度社会福祉推進事業

➤ 第7章及び第8章

データ利用が可能であった自殺（第7章）と高齢者虐待（第8章）を例に、地域共生社会づくりに用いるロジックモデルから介入-検証サイクルに至るプロセスについて例示的に検討した。2章及び3章で紹介した国内外の政策マネジメントの潮流を見ると、ロジックモデルに基づき情報基盤の整備を進め、量的に評価可能なものについては量的な指標を開発し、信頼性や妥当性が検証された指標を選別して「見える化」システムなどを通じて政策マネジメントに活用する方向に進むと考えられる。

終章 まとめ・提言

1. 包括的支援体制の先にある地域共生社会の実現には、まず、その全体像や目指す姿を、市町村内部全体で共有・理解し、共通のゴールを設定することが重要である。そこで、全体像の例としてロジックモデルを提示した。また、全体像など関係者間で共通のゴールを設定することで、地域共生社会に向けたスタートになると考えられるが、そのスタートに至る準備段階のプロセスの進捗状況をチェックできるプロセスチェックリストを開発したのでこれを参考に推進されたい。
2. 包括的支援体制の先にある地域共生社会の実現には、市町村内部の多分野の協働が不可欠である。地域共生社会実現の準備段階として、市町村内部における組織・分野横断的な取組・体制づくりが急務である。具体的には、保健福祉医療分野のみならず、商業・サービス業、工業、農林水産業、防犯・防災、環境、まちおこし、交通、都市計画等も含め、行政のあらゆる組織が、地域共生社会の目指すところを理解し、共に取り組めるような体制づくりや会議体の設置等が期待される。
3. 地域共生社会の評価に資する評価指標の設定には、層化した評価指標の設定が望まれる。
4. 包括的支援体制市町村における最上位計画である総合計画や、各種の計画に示された指標、すでにあるデータソース等の収集を行い、早い段階からデータを蓄積・分析することが必要である。
5. 地域共生社会の評価に資する評価指標は、地域共生社会の全体像や目指す姿を市町村内部全体で共有・理解した上で、これまでの実績・経験を踏まえた上で設定することが必要である。

以上

序章

地域共生社会の実現に向けた成果指標の作成と 指標の政策立案への活用に関する考え方

一般社団法人 日本老年学的評価研究機構
代表理事 近藤 克則

小論の目的は、政策マネジメント支援のための指標開発や、指標は開発するだけでなくそれを効率・効果的に政策立案に活用する必要があるが、その一つの例として「見える化」を取り上げ、それらの開発を進める上で、それらが有用なものとなるための条件と開発プロセスを整理することである。またその上で、そうした指標開発とその活用例を基に、本事業の位置づけと構成を示すことである。

1) 量的評価の前提、考え方

指標及びその活用策の一つである「見える化」システムの開発においては、関係者の中で共有しておくべき前提や考え方がある。それを共有しておかないと、ある程度進んだ段階で「そもそも全ての側面を量的に評価することなど不可能だ」等の意見が出され、論議が振り出しに戻る恐れがあるからである。

例えば、指標の全ての側面を量的指標にすることができないのは当然のことである。それを前提に、できる所から、しかも関係者が有用と認める範囲での利用を始める必要がある。そのような6つの前提・考え方を次のように示した。

図表 1

指標による量的評価の 6つの前提・考え方(9月案) JAGES機構 2019

1. すべてを定量化し指標化して量的評価をすることはできない
2. 評価(指標)にも、「良い評価」と「悪い評価」がある
 1. 良い評価は現場に支持され、やるべきことがわかり、質の向上をもたらす
 2. 悪い評価は、現場の負担・無駄な仕事が増え、実態や必要な対策が見えず、返って混乱やサービスの質の低下をもたらす
3. したがって拙速な指標化は反発や失望を招くので、「6つの必要条件・段階」を満たすものだけを公表・利用すべきである
4. 数百の指標を作ることはできるが、多すぎる指標は、利用者を混乱させるので、多くの人がKPI(重要指標)と認めるものから利用を始めるべきである
5. 「見える化」の6つの対象すべてにKPIが欲しいが、すべてに量的な指標が得られるとは限らない
6. 「6つの必要条件・段階」を1つずつクリアしながら改善を繰り返す仕組み・体制が必要である

2) 量的評価の必要条件と開発プロセス（段階）

開発プロセスには、図表2に示したような6段階がある。他国や日本国内の他の例を見ても、開発には10年程度の時間がかかっている。長期的な視点をもって、開発を進めなければ関係者に受け入れられないとも言える。

図表2 指標による量的評価における 「6つの必要条件・段階」(9月案)

JAGES機構 2019

1. 評価すべき対象・質の高いプロセス・アウトカムとは何かかわかっている(何を測りたいのかについての合意)
2. それがロジックモデルとして表現できる
3. ロジックモデルで表現される諸側面・要因や因果などの関連が関係者(利用者～第一線の現場～厚生労働省)で(立場によって重視される価値が異なることを含め)合意されている
4. それを評価できる尺度や指標を考案・開発できる(すべては定量化できず、質的な評価に留まるものも残る)
5. その尺度や指標を算出できるデータが収集・蓄積され、入手可能である(良質なデータがなければ実態を反映しない)
6. 次項で示す「良い指標の6つの評価基準」を満たしていることが検証される

3

3) 量的指標の6つの評価基準

量的指標を作ることは、データさえあればいくらでもできるが、それらのうち6基準(図表3)を満たす指標だけが有用である。

図表3 良い指標の6つの評価基準

尾島・JAGES 2014

1. **正確性**
信頼性と妥当性が高い
2. **内容的代表性**
評価しようとする概念の大きな部分を包含する
3. **社会的受容性**
行政・施設・国民等から受け入れられやすい
4. **学術的重要性**
機序から考えた重要性、学術的にみた新規性がある
5. **介入可能性**
一定期間の介入により変化させることができる
6. **入手容易性**
指標作成に必要なデータの入手が容易

5

4) 指標活用の6つの対象

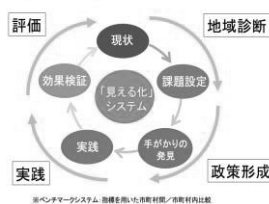
指標を活用する方法の一つである「見える化」と言っても、その対象には大きくは3つ、細分化すると6つある。それらを区別して、開発して行く必要がある。

図表 4

「見える化」の6つの対象(9月案)

JAGES機構 2019

「見える化」とマネジメントサイクル



1. 現状や課題の把握

- ① 現状の把握
- ② (重点)課題の設定

2. 対策の立案

- ③ 関連要因の分析
- ④ 対策の(可能な)手がかりの発見

3. 対策後のプロセス・アウトカム評価

- ⑤ 対策による改善のプロセス評価
- ⑥ アウトカム・インパクト評価

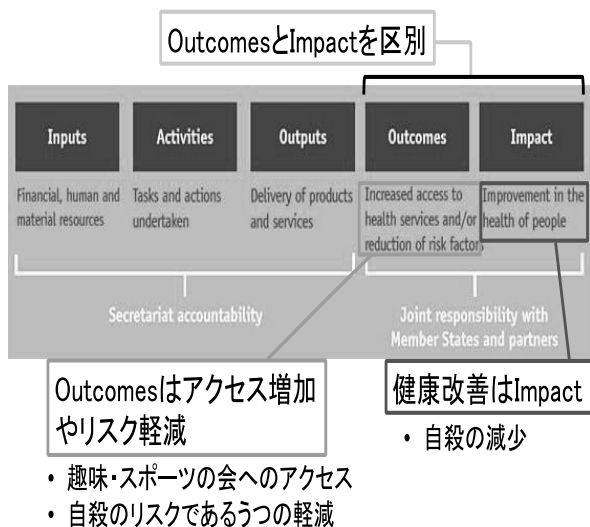
5) 政策評価のフレームワーク

「見える化」の6つの対象を理解し、政策マネジメント支援に必要な多面的な評価の諸側面を捉えるには、図に示すような枠組み(フレームワーク)が必要である。分野などによって、名称が異なることがあるが、概ね図のような区別がされている。

図表 5 国際保健機関 (WHO) のフレームワーク

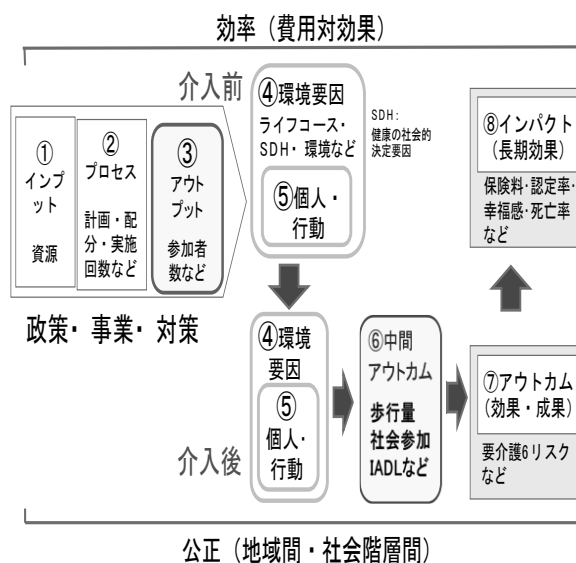
WHO's results framework

http://www.who.int/about/who_reform/change_at_who/results_framework/en/#.WdsQj2iONPY



図表 6

政策評価指標群の枠組み(2017)



6) システムの条件と開発プロセス

厚生労働省の地域包括ケア「見える化」システムのプロトタイプとなった JAGES HEART の開発には、表「システム開発経過 1~3」に示したような開発プロセスが必要であった。今後、地域共生社会づくりの推進を支援する指標群とそれらの「見える化」を進めるためにも、これらの開発プロセスが必要と考えられる。まず、枠組みやそれらすべてを含む多数の指標群を考案すること、それらの中で、上述した6つの基準を満たす指標群を選ぶこと、データ収集、指標の信頼性と再現性、妥当性の検証、「見える化」システムへの搭載、モデル事業での試用、改善、活用事例を収集するなどのプロセスを経る。

さらに指標数が多いほど喜ばれるのではない。多くなるほど、多すぎて、どこから見て良いかわからないという反応を引き起こす。したがって、指標の重要度を多面的に評価して、指標群を、3階層程度（表参照）に分けて示すなどのプロセスも必要となる。

まず、概要を捉えるために最初に見るべきコア項目、課題を捉えた後に、それと関連する要因を解明していく上で重要な指標群、さらに詳細に深掘りするために必要となる参照指標群など、コア・重要・参照指標群などに階層化することになる。

図表 7

システム開発経過 1

- ベンチマークシステムの枠組み(図1)とベンチマーク指標群計238指標を考案
- ①正確性, ②内容的代表性, ③社会的受容性, ④学術的重要性, ⑤介入可能性, ⑥入手容易性の6つの基準に基づき71指標まで絞り込んだ
- さらに社会的受容性の視点から介護保険行政担当者に指標の妥当性を評価してもらった。その結果を踏まえ、研究者によるワークショップでコア項目を選定した

図表 8

システム開発経過 2

- 市町村と共同してデータを収集
- 信頼性・再現性を検証
 - 2010/11, 2013/14, 2016/17
 - 市町村, 圏域・小学校区
- 妥当性を検証
 - 個人レベルでも妥当か
 - 追跡研究による予測妥当性は
- Web-GIS(地理情報システム)システムで地図上に表示

215

図表 9

システム開発経過 3

- 市町村との共同研究会で試用
- 改善要望を収集し改善
 - 年齢で層別化・棒グラフ・散布図
 - 一覧表(地域診断書・重点対象地域選定シートへ)
- 市町との共同研究で活用事例収集
 - 追跡研究による予測妥当性は
- 指標群の階層化
 - 多すぎて見方がわからない→階層化へ

223

図表 10

3階層(指標群)の目的と選定基準

1. コア指標: 地域診断の第1段階で全体状況把握 & 6つの評価基準を全て満たす
2. 重要指標: 3つの目的に用いる & 6つの評価基準のうち多くを満たす
 - 2-1 要因分析用: コア指標の良し悪しの要因を分析するのに有用な指標群
 - 2-2 インパクト分析用: 死亡率や幸福感など、介護予防と並んで重要なアウトカム指標
 - 2-3 対策検討用: 課題とした指標を改善するための対策やその短期効果検証用の指標群
3. 参照指標: 詳細な分析時に参照 & 6つの評価基準の一部のみ満たす

	コア指標	重要指標	参照指標
利用目的	地域診断の第1段階で全体状況を把握する	1. 要因分析 2. インパクト分析 3. 対策検討などに選択的に利用する	関連要因の分析時に参照する
選定基準	6つの評価基準をすべて満たす。	6つの評価基準の多くを満たすもの。	6つの評価基準のうち、一部のみ満たすもの。
正確性	○	○	○
内容的代表性	○	○あるいは△	○あるいは△
社会的受容性	○	○	○あるいは△
学術的重要性	○	○あるいは△	不問
介入可能性	○	要因分析と関連アウトカム分析用では不問	不問
入手容易性	○	○	不問

9

7) 本事業の位置づけと構成

以上のように、政策マネジメント支援に有用な指標群と「見える化」システムの開発には、多くの条件をクリアすることが必要であり、その開発には10年単位の時間を必要とする。

今年度の本事業に利用できるデータには、量的データが乏しかったこと、アウトカムに関する情報が収集できる段階にはなく、プロセスに関する質的な情報に留まっていた。

そのため、今年度の本事業では、開発プロセスに対する質的な評価指標の開発(第I部)を中心にせざるを得なかった。しかし、第II部で示すように国内外の政策マネジメントの潮流を見ると、徐々に必要となる情報基盤の整備を進め、量的に評価可能なものについては、量的な指標を開発し、信頼性や妥当性を検証して選別して「見える化」システムを整備する方向に進むと考えられる。そのためには、長期的な視点を持って小論で論じた必要な条件やプロセスなどを一歩ずつ整備することが必要である。そこで第II部では、データ収集の前に必要となるロジックモデルの試案を提示することとした。

第 I 部

第1章 研究事業の概要

本研究事業は、令和元年度 生活困窮者就労準備支援事業費等補助金(社会福祉推進事業分)「地域共生社会の実現に向けた成果指標に関する調査研究事業」によって実施した。研究の概要は、下記のとおりとした。

1. 研究事業の目的

1) 包括的な支援体制構築に向けたプロセス評価指標の開発

「地域共生社会」を実現するためのモデル事業として「地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業」(以下、「モデル事業」という。)が実施され、2018年度には151自治体が地域共生社会実現に向けた事業を行なっている。

今後、地域共生社会の実現に向けて、各市町村が実際に展開できるようにするためには、モデル事業の中で得られた、地域共生社会の構築に向けた包括的な支援体制構築のために必要と考えられるプロセスを明らかにし、これから取り組む市町村がより効果的に展開できるよう指標を明らかにする。

2) 「地域共生社会」推進に関わる主要概念・用語の整理に基づくロジックモデル試案の開発

地域共生社会は予防から実際に問題が起きた時の対策、対策を講じた後のつながりや関係、関わりまで非常に幅広い範囲を包含している。一方で、地域共生社会実現に資する事業の実施件数や、その成果などに関するデータの蓄積も十分とは言えない現状である。

そのため、今後、地域共生社会推進に資するモニタリング・成果評価のための指標選定にあたり参照すべきロジックモデルを開発する。

2. 調査研究の方法

1) 国内外の事例の検討

先行研究について医中央誌のWeb検索し、「地域共生社会」のキーワードでは149件、「地域共生社会」と「指標」をキーワードとする検索結果は0件であることを確認した(10月8日現在)。

先進国の取組みや国内の取組みに関する有識者を招へいし、国内外の動向を把握すると共に、意見交換を行い、ヒアリング調査の方向性の決定や、ロジックモデルの開発につなげた。

2) ヒアリング調査(グループインタビュー)

2018年度にモデル事業を実施し、2019年12月現在も活発に継続実施している市町村のうち5自治体を、機縁法にて選択しグループインタビュー形式にて、ヒアリング

調査を実施した(以下、グループインタビュー)。

3) ロジックモデルの検討

一般的に、成果につなげる事業の評価立案の上では、ロジックモデル構築が重要とされることから、本研究においても地域共生社会推進に関わる主要概念・用語を基に、ロジックモデルを検討し、今後の指標の検討につなげた。

4) 地域共生社会づくり支援のための「見える化」システムの条件の検討

包括的な支援体制構築の先にある地域共生社会づくりを支援するための「見える化」システム構築の可能性や条件について検討した。量的指標の全ての側面を定量化し指標化して量的指標にすることはできないことを前提に、実現可能で、関係者が有用と認める範囲での利用を始める必要があることから、その前提・考え方を検討するとともに、自殺対策や高齢者虐待対策における見える化システムについて検討した。

5) 倫理的配慮

本研究事業を実施するにあたり、グループインタビュー協力自治体及び協力する職員に対し、事業の趣旨、自由意思と利益、データ処理と保管、結果の公表等について口頭及び文書で説明し同意を得た。なお、本研究事業において、開示すべき利益相反はない。

3. 実施体制

1) 事業実施期間

2019年7月～2020年3月

2) 委員会の開催

本研究事業を実施するために委員会を設置した。委員は次のとおり。

名前	所属	役職
○ 近藤 克則	千葉大学予防医学センター/JAGES 機構	教授/代表理事
近藤 尚己	東京大学/JAGES 機構	准教授/理事
斉藤 雅茂	日本福祉大学/JAGES 機構	准教授/理事
村中 峯子	JAGES 機構 東京医療保健大学大学院	JAGES 研究員 非常勤講師
伊藤 大介	日本福祉大学	助教

○：委員長 (敬称略・順不同)

4. 検討経過

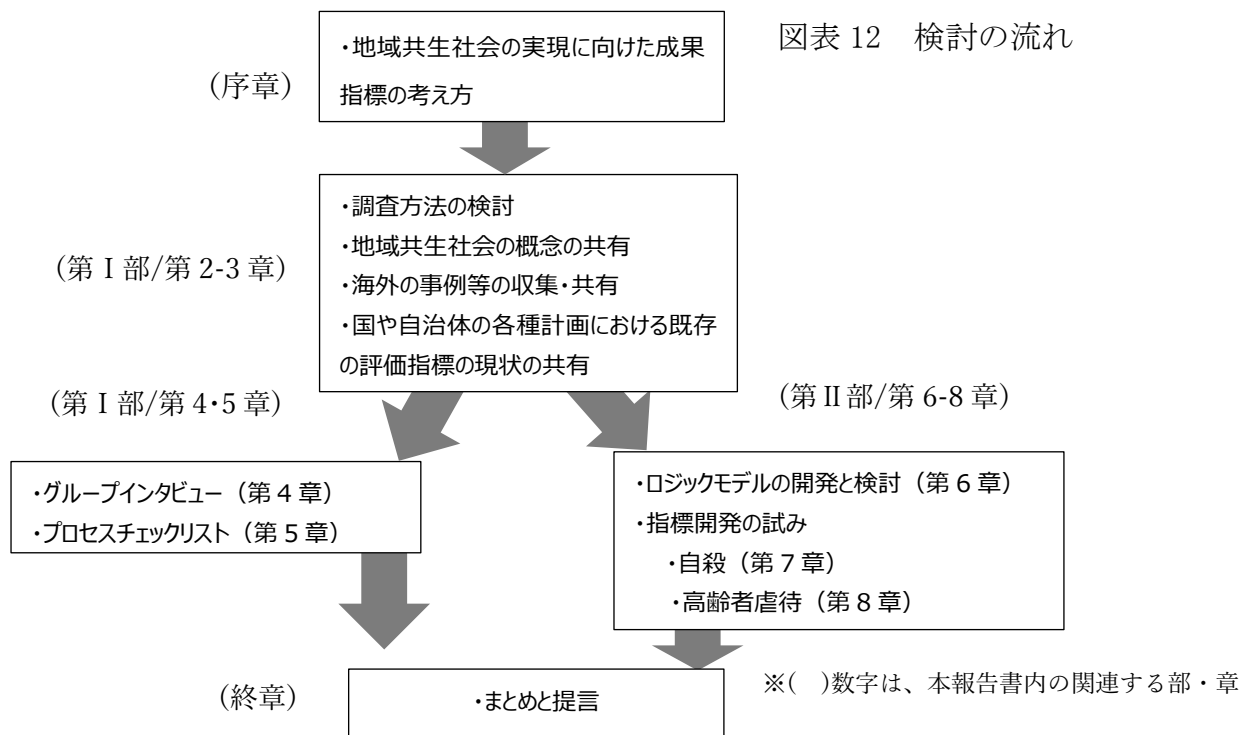
本研究事業では、計5回の検討委員会及び市町村の担当者を対象に、グループインタビューを実施した。検討経過は下記のとおり(図表11)。

図表11 委員会開催日程

委員会開催日	主な検討テーマ
第1回 2019年7月28日	<ul style="list-style-type: none"> ・地域共生社会の現状について ・今後の指標づくりの方向性について
第2回 9月7日	<ul style="list-style-type: none"> ・イギリスの社会的ケアの評価政策の動向 ・ロジックモデルの検討
第3回 11月16日	<ul style="list-style-type: none"> ・グループインタビューについての検討
第4回 12月21日	<ul style="list-style-type: none"> ・※同日、委員会前にグループインタビューを実施 ・グループインタビュー結果についての検討 ・指標案・調査案の検討 ・研究報告書について
第5回 2020年1月20日	<ul style="list-style-type: none"> ・研究報告書について

5. 検討方法のフロー

本調査における全体構成は以下の通り実施した。



第2章 海外における指標開発

本章では、国際社会における包括的な指標をとりあげ、それぞれの開発プロセスから、わが国における「地域共生社会」という包括的な概念のための指標づくりの手順について考察する。

1. 国際社会における指標開発

藤並 祐馬(日本老年学的評価研究機構)

1) はじめに

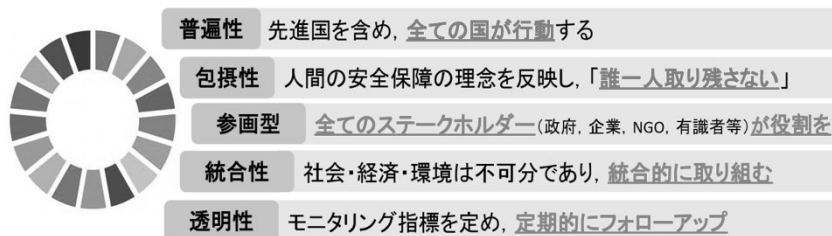
本事業では、「地域共生社会」という包括的な概念のための指標づくりを行なっている。本稿では、国際社会における包括的な指標の作成として、国連のイニシアティブの下で開発された「国連持続開発可能な開発目標 (SDGs)」と国連欧州経済委員会が開発した、「アクティブ・エイジング・指標 (AAI: Active Ageing Index)」, イギリスの「Journey to Employment (JET) Framework」の3つをとりあげ、それぞれの開発プロセスをみていく。そこから、「地域共生社会」という包括的な概念のための指標づくりの手順についての示唆を考察する。

2) 国連持続開発可能な開発目標 (SDGs)

SDGs は、国際社会における 2015 年までの開発目標であったミレニアム開発目標 (MDGs: Millennium Development Goals) 後の後継として国際社会で合意されたものである。

国連では、2015 年に開催した国連サミットにおいて採択された「持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」において、17 のゴールと 169 のターゲット、232 (9 つの指標が複数のターゲットに記載されており、延べ数では 244) の指標から構成される「持続可能な開発目標 (SDGs: Sustainable Development Goals)」を記載した。この SDGs は、途上国のみならず先進国においても「誰一人取り残さない (leave no one behind)」ことを目指して設定されたもので、先進国自身も取り組むべき目標として設定されている。「17 のゴール、169 のターゲット」からも分かる通り、様々な分野を包括的に含んだ目標となっており、各分野において 2030 年までに達成することを目標とした指標が設定されている。

図表 13 17 の国際目標の 5 つの特徴



出典:持続可能な開発のための 2030 アジェンダ

外務省 HP

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/about/index.html>

また、SDGs の 5 つの特徴として、「普遍性（すべての国が行動）」、「包摂性（誰一人取り残さない）」、「参画型（政府、企業、NGO 等全てのステークホルダーが役割を）」、「統合性（社会・経済・環境は不可分であり、統合的に取り組む）」、「透明性（定期的にフォローアップ）」が挙げられており、「共生社会」と親和性の高いものとなっている(図表 13)。

この SDGs の開発は、2011 年の「地球の持続可能性に関するハイレベル・パネル」で SDGs の概念が提唱されことから始まった。SDGs の概念が提唱されたのを受けて、2012 年 1 月にアジェンダの作成に向けた「ポスト 2015 開発アジェンダに関する国連システム・タスクチーム」が設置され、同年 6 月にはブラジルのリオデジャネイロで開催された「国連持続可能な開発会議（リオ+20）」で SDGs づくりのプロセスが決まり、30 か国からなる小規模グループが討議を行うことが確認され、議論が始まったものである。リオ+20 では、目標づくりのためのワーキング・グループが設置されたわけであるが、このワーキング・グループは 2 年の間に 13 回開催され、貧困や飢餓、環境や健康、教育などあらゆる分野を包含した目標案が示され、2014 年 7 月に行われた国連総会に提出された。

SDGs は、こうして約 2 年にわたって作成された目標であるが、その前身である「ミレニアム開発目標（MDGs）」まで遡れば、10 年以上の歳月をかけて作成された目標である。MDGs は、2000 年にスタートした目標で、極度の貧困と飢餓の撲滅など、開発分野における国際社会共通の目標として、2015 年までに達成すべき 8 つの目標、21 のターゲット、60 の指標を掲げてスタートした。1990 年代に様々な国際会議やサミットなどで開発目標が設定されてきたが、それらをまとめた上で、作成されたものが MDGs となる。

MDGs と SDGs の大きな違いの一つは、MDGs が開発分野における目標、つまり発展途上国で達成すべき目標とされたのに対し、SDGs は先進国を含む全ての国を対象とした目標という点である。また、SDGs は対象の分野がより包括的になったこともあり、指標の数が大幅に増えている。このように、当初は様々な国際会議等で別々に検討されていた目標をまとめ、その内容も包括的にすることで「誰一人取り残さない」目標が設定されたわけだが、そのためにはおよそ 20 年の年月がかかっており、また包括的な目標を設定したことで、232 という膨大な数の指標となっている。

3) アクティブ・エイジング指標 (AAI)

AAI は、国連の経済社会理事会における地域経済委員会の一つで、ヨーロッパを所管している国連欧州経済委員会によって開発された指標である。「人々が歳を重ねる中で継続してフォーマルな労働市場で就労し、同時に家族のケアやボランティアなど給与の支払われない生産的な活動を行い、健康に生活し、自立し、安全な生活が保証される状況」を「アクティブ・エイジング」と定義し、それを評価するための 4 つのドメインを設定、それぞれのドメインごとに指標を設定しており、全部で 22 の指標となっている。

AAI は、2012 年から 2013 年の 1 年間で開発されたものであるが、その後、第 2 フェーズとして 2013 年から 2016 年まで更なる指標開発の分析を実施し、合計で 4 年の歳月をかけている。開発の発端は、2012 年がすべての年代のための社会を基本理念としてアクティブ・エイジングの文化を根付かせることを目的に「ヨーロッパアクティブ・エイジ年 (EY2012)」に採択されたことである。2012 年は、2002 年に第 2 回高齢者問題世界会議がスペイン・マドリードで開催され、マドリード国際行動計画と政治宣言 (MIPAA) が採択されてから 10 年の節目であり、MIPAA 採択後 5 年ごとにレビューを行う 2 期目の節目であったことから、EY2012 が採択され、ヨーロッパの政策決定者が、各国間の現状比較ができ、高齢化社会への対策をエビデンスベースで実施できるようにすることを目的として開発されたものである。

指標開発にあたっては、2012 年の EU 社会大臣会合において、EY2012 のガイディング理念が制定され、1. より長い就労期間を奨励し、就労する能力を維持する、2. 差別なく、高齢者の社会参加を促進する、3. 高齢者の尊厳、健康、自立を促進し、保証する、4. 世代間の連帯を維持し、強化する、の 4 つが EY2012 の基本理念とされ、これを基に指標開発が進むこととなった。

指標開発を進めるため、指標開発チームが設置され、過去の文献のレビューを中心に指標案の作成が行われた。開発チームによる指標案提案後、ヨーロッパ委員会 (EC) や経済協力開発機構 (OECD) などの国際機関、アカデミア、イタリアと英国の統計局、住民代表などへのコンサルテーションを経て作成された。このコンサルテーション (専門家会議) は、2012 年 5 月と同年 10 月の 2 回開催された。

指標の作成に際しては、まず「アクティブ・エイジング」の定義づけが行われ、それを実現するためにはどのようなドメインが必要かを決定し、そのドメインごとに指標を開発していった。ドメインは、「就労」、「社会参加」、「自立・健康・安全な生活」、「アクティブ・エイジングに必要なキャパシティと環境」の 4 つが設定された。また、各指標は性別、年齢階層別にも設定されている。

指標はすでにあるもののレビューを行い、クライテリアに沿って指標を選定していく手順で行われた。指標を選別するためのクライテリアは以下の通りである。

- a. 高齢化の多様な側面を捉えているか。
- b. アウトカムを測るだけでなく、各国間の比較をすることで政策決定者に政策立案に必要な示唆を与えるものであるか

また、AAI は現状を測るアウトカム指標であるので、アウトカム指標のみを採用し、現状のみにフォーカスしライフコースアプローチの考え方は除外している。「現状」という点においては、「現在の状況を測るための指標」を徹底するため、指標の決定を最後のプロセスとして、可能限り「現在」使われている指標から選ぶ方法が取られている。加えて、各国間の比較も目的としているため、多くの欧州各国で手に入り比較可能な指標であるかも重要な選定ポイントとなっている。更に、「正確性」、「信頼性」、「有効性」

の3要素を満たしているかも指標の採用基準としている。そして、指標は「すべてポジティブ指標であること」とされ、「より高い価値」、「よりよいアウトカム」を測るものとされ、全てはパーセンテージで表示されている。

各指標に重み付けを行っているのも特徴となっている。当初の案では重み付けがされていなかったものの、第2回専門家会議において、各指標が「アクティブ・エイジング」に与える影響度は異なるのではないかとの議論がなされ、その結果、ドメインごと及び指標ごとに重み付けを行うこととなった。なお、ドメインごとの重みは、「雇用」が35、「社会参加」が35、「自立・健康・安全な生活」が10、「アクティブ・エイジングに必要なキャパシティと環境」が20となっている。この重みは、専門家がシミュレーションを行い、議論の中で決定されたものである。

このように、AAIの作成においてはまずは達成すべき目標（将来像）が提示され、それを「達成した」とする状態を定義し（または、それを達成するための行動計画が作られ）、それを測るため（その状態に達したか、行動計画通りに実施されたか）の指標をすでに活用されている指標から選定するという順番で開発が行われている。また、その指標の目的を明確にし、目的に沿って取捨選択を行っている。そして、そういったプロセスを1年で行ったのち、3年かけてより詳細に検討するという手法をとっている。指標の数も22と、SDGsに比べると少なくなっているのも特徴と言えるであろう。

4) Journey to Employment (JET)

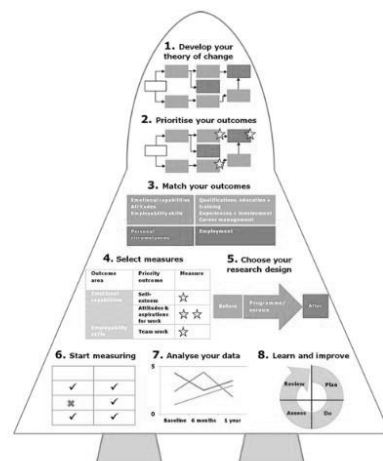
次に、イギリスで若者の就労支援を行う慈善団体向けに作られた、活動の評価指標である”Journey to Employment (JET) Framework”を見ていきたい。JETが出された当時、イギリスでは就労も修学もしていない若者が増えていることが問題となり、若者の就労支援が行われていた。そうした中、様々な団体が若者の就労支援プロジェクトを行う中で、共通の手法によって効果評価を行う必要性が認識されるに至り、その枠組みが作られることとなった。

JETは、若者の就労支援を行う慈善団体がどの程度若者の就労に寄与したかを測り、その評価計画を提供することを目的に作成された。その作成手順は、まず過去の文献レビューや専門家とのコンサルテーションの中で、「個人の環境」、「感情のコントロール能力」、「教育と仕事への態度」、「就労スキル」、「学歴や研修など」、「経験」、「キャリア・マネジメント・スキル」、の7つの要素が就労に影響を与える要因であると定義づけた。その後、すでにあるものを活用し、コストや使いやすさなどを勘案してそれぞれの要因ごとに計31の指標を作成した。

その上で、このJETフレームワークでは、効果評価を行う手順として以下の8つを示している（図表14）。

- ステップ1：ロジックモデルを作成する
- ステップ2：アウトカムの中で優先順位をつける
- ステップ3：優先順位をつけたアウトカムが JET フレームワークでどこに位置付けられているかマッチングを行う
- ステップ4：どの指標を使うか決定する
- ステップ5：リサーチデザインを決定する
- ステップ6：評価を開始する
- ステップ7：データを分析する
- ステップ8：失敗から学び改善を行う

図表14 JETフレームワークを使った評価手順



出典：Eibhlin Ni Ogain et al. Inspiring Impact The JET Pack A guide to measuring and improving your impact based on the Journey to Employment (JET) framework

また、この JET は、評価だけでなく戦略を立てたり、すでにある計画のレビューにも使うことができるとしている。JET があることで、若者の就労支援において自身の団体が設定したゴールや活動が、若者の就労にどのような影響を与えるのかを考えることができるとしている。また、活動を行う上で使われるツールの開発にも役立つとしている。

JET は、若者が就労する上で重要な要素を示していることから、自身の組織が行っている活動と照らし合わせることで、どのような活動が必要であり、その際にどのようなツールが必要であるか（ユーザーのニーズ）を知ることができるとしている。

5) 指標の作成手順

以上、3つの国際的な指標の開発プロセスを見てきた。そこでは、1) 指標開発においては全体像の設定とその定義づけが行われ、2) 最終目標をいくつかの領域に分け、3) 領域ごとにそれを測るための指標を開発するという手順が取られている。つまり、全体を3層に分け、3層目に指標がある構造が取られているが、これは他の事例にも見られるものである。

例えば AAI は、その作成過程において、作成手順を国連開発計画（UNDP）が提唱した人間開発指数（HDI: Human Development Index）と同じ手法をとることとしたとしている。その HDI では、最初に「人間開発とは」を定義づけ、「人間開発」を行う上で特に注視すべきものとして「寿命」、「識字」、「所得」の3つの領域をあげ、そこから HDI を導き出している。

また、指標を使って評価を行う手法はマネジメントの世界でよく使われるものであるが、組織のマネジメントで参照される内部統制（IC: Internal Control）においても指標が作成されている。その指標においても、まずは「内部統制」というフレームワー

クを定義づけている。そして、「内部統制」というフレームワークは、内部統制の目的を明確にし、そのフレームワークを使う人に対してどういった点に着目すべきかを提示するとしている。その上で、その目的を達成するために必要なコンポーネントが決定されるとしている。「内部統制」を達成するための「原則」を設定し、その原則を関係するコンポーネントに割り振っている。このように内部統制では、「内部統制」の定義の下、3つの目的と5つのコンポーネント（領域）が設定され、コンポーネントの下に合計17の原則があるという構造が取られている。

このように、指標を作成する場合にはまず目指すべき形を定義づけ、そこから目的や目指すべき形に到達するために特に注目すべき領域を明確にし、その目的や領域を達成するために必要な指標を設定すると言う方法が取られている。以上から、「地域共生社会」の指標づくりにおいても、1)「地域共生社会」の全体像を定義し、2)その最終目標をいくつかの領域に分け、3)その領域ごとにそれを測るための指標を開発するという手順が必要であると考えられる。このことから、1)及び2)の合意なしに3)の指標づくりを行うことはできないため、今年度は1)、2)、3)の例示に止めることとした。

また JET の枠組みで示されている通り、指標を含む評価の枠組みは、全体像の把握と関係者間の認識共有に使えるということも重要な点であろう。

評価の枠組みがあることで、そのゴールに向けたコンセプトの全体像が明らかになり、全体像が明らかになることで自分たちが行う活動が全体の中のどの部分にどのように寄与するのかを確認したり、逆に自分たちが関与したい部分に影響を与えるためにはどのような活動を行うべきかを考える際に活用できる。「地域共生社会」のように、多機関による協働が必要な場合、関係者間の認識共有が重要となる。こうした評価枠組みの活用方法は、地域共生社会に向けた体制づくりにおいても、参考になると思われる。

参考文献：

1. 外務省ホームページ
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/about/index.html>, 2020年2月28日アクセス
2. 外務省ホームページ
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/pdf/000270935.pdf>, 2020年2月28日アクセス
3. 外務省ホームページ
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/doukou/mdgs.html>, 2020年2月28日アクセス
4. 国連開発計画（UNDP）駐日代表事務所ホームページ
<https://www.jp.undp.org/content/tokyo/ja/home/sdg/post-2015-development-agenda/Sdgbackground.html>, 2020年2月28日アクセス

5. 国連開発計画（UNDP）駐日代表事務所ホームページ
<https://www.jp.undp.org/content/tokyo/ja/home/presscenter/articles/2015/08/21/sdg.html>, 2020年2月28日アクセス
6. 国連開発計画（UNDP）駐日代表事務所ホームページ
<https://www.jp.undp.org/content/tokyo/ja/home/sdg/mdgoverview/mdgs.html>, 2020年2月28日アクセス
7. 国連社会経済局ホームページ
<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>, 2020年2月28日アクセス
8. [European Centre Vienna, Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results, March 2013](#)
9. [European Commission, Active Ageing Index at the local level, 2016](#)
10. [New Philanthropy Capital \(NPC\) for Inspiring Impact, Inspiring Impact The Journey to Employment \(JET\) Framework Outcomes and tools to measure what happens on young people's journey to employment, 2014](#)
11. [Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission \(COSO\), Internal Control-Integrated Framework Executive Summary, 2013](#)
12. [John Copps, Dawn Plimmer, Ellen Harries, Angela Kail, Eibhlin Ni Ogain, INSPIRING IMPACT The Journey to Employment \(JET\) Framework Outcomes and tools to measure what happens on young people's journey to employment, NPC 2013 \(updated 2014\)](#)
13. [Eibhlin Ni Ogain, Dawn Plimmer, Ellen Harries, Angela Kail, INSPIRING IMPACT The JET Pack A guide to measuring and improving your impact based on the Journey to Employment \(JET\) framework, NPC 2013](#)

2. イギリスの社会的ケアに係る自治体評価及び事業者評価の指標

長澤紀美子（高知県立大学）

イギリスのケアの質の戦略の中核的な概念である「パーソン・センタード・ケア（Person-centered Care）」と、わが国の地域共生社会の概念は類似していることから、イギリスの指標の内容や体系を概観すると共に、作成過程についても考察する。

1)はじめに

イギリスでは、2010年の政権交代まで、全国的なケア評価機関 CQC(Care Quality Commission)が、自治体の社会的ケアの評価と、ケア提供機関である事業者評価の両方について、一元的な責任を持っていた。現在、CQCは事業者評価のみを管轄しているが、ケアの購入者であり、法的な提供責任を持つ自治体（行政）の評価と、ケアやサービスを実際

に提供する事業者の評価との間に、ケアの質に関する合意や質改善のための共通の枠組みが存在する。このような自治体評価と事業者評価に一貫した、統合的なケアの質の指標や戦略的枠組みは、わが国ではみあたらない。

本稿では、イギリスにおける社会的ケアに係る自治体評価・事業者評価について、それぞれ、現在の評価指標の作成に至る経緯、指標の内容・特徴・構造・課題等を整理する。それを踏まえて、ケアや支援に係る有用な評価指標と評価システムを構築するための重要な課題を明らかにし、わが国の地域共生社会に係る指標の内容や構造、作成手順について示唆を得ることを目的とする。

イギリスの評価指標と枠組みについては、あくまで自治体が提供する公的なケアや支援の受け手（現物給付だけでなく、現金給付も含まれる）が対象であり、公的ケアや支援の受給資格を充たさず、家族・知人や市場によりケアや支援を受けている者は対象とされていない。しかしながら、現在、日本において議論されている、地域共生社会に向けた対人支援のあり方として「一人ひとりの個別のニーズや様々な生活上の困難を受け止め、自律的な生活を継続していくことを支援するという視点」（厚生労働省『「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」』（地域共生社会推進検討会）最終とりまとめ」（2019. 12. 26））と、イギリスのケアの質の戦略の中核的な概念である「パーソン・センタード・ケア(Person-centered Care)」は、地域における多様な関係者の関わりの中で、個人のエンパワメントを行い、ウェルビーイングを志向するという意味で、類似した概念であるといえる。そのため、わが国の地域共生社会づくりに向けた対人支援の指標として、イギリスの社会的ケアの指標の内容や体系が参考になると考えられる。

また、後述するように、イギリスのケアの質指標の特徴として、アウトカムに焦点を置いた指標の作成や科学的根拠に基づいたケアのプロセスの明示化、またそれを可能にする個別データ基盤があり、わが国においても医療・介護・福祉分野のデータ基盤の整備やそれらを活用した有用なアウトカム指標の開発が今後必要になると考えられる。

なお、本稿において、イギリスは英国連合王国(UK)の構成国であるEnglandを指す。また、社会的ケア(Adult Social Care)とは、「身体的な障害、知的障害、身体的・精神的疾患をもつ成人に対するソーシャルワーク、個別ケア、実地的サポート、及び介護者への支援」を指し(NAO 2018)、日本における相談援助を含む社会福祉サービス及び介護サービス(本人のみでなく介護者に対するものも含む)に概ね該当する。

2) 自治体の社会的ケアの評価

A. 自治体の社会的ケアの評価の経緯

自治体評価のしくみは、1998年より2010年までの労働党政権時代と、2010年以降の政権交代(保守党・自由党との連立政権、その後は保守党による単独政権)以降で大きく異なる。

1999年以降、2010年の政権交代まで（労働党政権時代）には、労働党政権時代に誕生した社会的ケアの業績指標枠組み PSS (Personal Social Services)/PAF (Performance Assessment Framework) が開発され、PSS/PAF 指標による業績管理が自治体に義務化され、中央での業績の公表が開始し、定着した時期といえる。

指標は、公共サービスに共通したベスト・ヴァリュー (Best Value) 指標群（①政府の優先施策、②費用・効率、③有効性（効果）、④質（対利用者・介護者）、⑤アクセスの公平）の5つのドメインに基づく50指標を採用した。また、公表については、当初は、各自治体の業績を信号3色で示し、上位から下位まで並べて示す一覧 (League-table) 方式であったが、2002年以降、4段階の格付け (star-rating) 評価へと移行した。

その後、2004年には、社会的ケア専門の独立監査機関 (CSCI: Commission for Social Care Inspection) が設置され、2006年には評価指標が7つの「アウトカム」領域（①心身のウェルビーイングの改善、②QOLの改善、③積極的貢献、④選択とコントロール、⑤差別・ハラスメントの撲滅、⑥経済状態、⑦尊厳）に編成されるようになった。

2009年には、医療・社会的ケアの双方をカバーする評価機関 (CQC) が設立され、自治体の医療と社会的ケアの評価が包括的地域評価の中で統合的に実施されるようになった。また評価はアウトカム領域ごとの「判断」 (judgement) という表現に変更し、さらに自治体間比較・当該自治体の経年推移のデータや背景要因の分析等も公表されるようになった。

このように PSS/PAF 指標による自治体の社会的ケアの業績測定と公表のしくみは労働党政権のもとで進化してきたが、2010年の政権交代によりその運用が廃止された。2009年度報告書を最後に CQC による自治体評価が終了すると共に、自治体の行政サービスの総合的な監査・評価を担っていた「地方自治監査委員会」 (Audit Commission) も廃止されることとなった。

B. PAF から ASCOF へ：政権交代以降（現行の）自治体の社会的ケアの指標

政府（保健省）は、2010年に白書「アウトカムにおける透明性：成人社会的ケアにおけるアウトカム」 (Transparency in outcomes: A framework for adult social care ; A consultation on proposals) を公表し、現在活用されている自治体業績評価の枠組み ASCOF (Adult Social Care Outcomes Framework) の案を示し、運用が開始された。それと共に、従来の、個々の自治体の社会的ケアの業績を中央で測定し公表する仕組みではなく、保健省の一部である NHS Digital による、自治体の ASCOF データの平均を公表するしくみに置き換えられた。ASCOF データは、全国平均、地方別平均をウェブサイトで公開し、自治体は公表された数値をベンチマークとして自らの業績改善に生かすことが求められた。

つまり、保健省はデータの定義やガイドラインの作成、データ収集、国全体のケアサービスの業績に関しては責任を持つが、中央による自治体の業績管理や公表の仕組みは

無くなった。

一方で、自治体は、地域住民に対して説明責任を果たすことを一層求められた。各自治体は、報告書（Local Account）の作成・公表により、社会的ケアの自己評価を住民に分かりやすく説明しなければならない。報告書では、ASCOF という共通指標の業績結果（量的データ）の公表を前提とするものの、書式は統一されておらず、報告書の構成や内容は自治体に委ねられている。

さらに、政府は、セクター主導型の改善を勧めた。セクター主導とは、例えば、自治体協会(LGA)、自治体成人社会的ケア部長会(ADASS)、社会的ケア卓越研究所(SCIE)、事業者団体(TLAP)等の関係団体に対し、質の基準を策定したり、自治体間での業績改善のための方策を検討したりすることなどの、協力して質管理の責任を求めたものである。

このように、自治体の評価の仕組みは、労働党政権時代の中央による管理ではなく、当該自治体による自己評価及び関係機関間での質の共同管理に移行したといえる。

C. ASCOF の評価指標の作成過程、指標の特徴と内容、データソース

ASCOF を開発する際の目標として、アウトカムの改善、サービスの質（有効性、肯定的な経験、安全性、効率性）の改善、システムの透明性（公的な説明責任）が挙げられた（DH 2010）。そのための具体的な戦略として、①エビデンスの基盤の構築（NICE による質の基準 Quality Standards）、②単一のアウトカムのデータセット（ASCOF）により進展が証明される、③透明性を支援する、④セクター主導で報酬やインセンティブを設ける、⑤CQC の機能の強化により、最もヴェルネラブルな人への質と安全の基礎基準を保障する等が挙げられた。

ASCOF の指標は既にあるデータソースによるデータを活用し、その後、必要なデータを収集して置換していくという、現実的な戦略がとられた。

ASCOF の指標は4つのドメイン（1「要支援者・要介護者の QOL を促進する」、2「要支援・要介護のニードを遅らせ、低減させる」、3「支援や介護における患者の肯定的な経験を保障する」、4「ヴェルナラブルな状況の人を保護し、避けられる危害から保護する」：図表 16 の No.（1A～4B）の数字部分）に分類された指標であり、それぞれのデータソースの詳細は図表 17 のとおりである。

図表 16 ASCOF の指標（NHS Digital 2018b）

No.	指標	データソース
1A	社会的ケア関連 QOL (quality of life)	ASCS
1B	日常生活を思うようにできている人の割合	ASCS
1C	利用者主導型の支援、またはダイレクト・ペイメントを受けている利用者や介護者の割合	SALT

1D	介護者の QOL	SALT
1E	有給の就労に従事している成人知的障害者の割合	SALT
1F	有給の就労に従事している成人精神障害者の割合	MHSDS
1G	自宅で、あるいは家族と暮らしている成人知的障害者の割合	SALT
1H	自立生活をしている精神保健サービス利用者の割合	MHSDS
1I	利用者または、介護者で思うような社会的交流ができて いる人の割合	ASCS
1J	調整した社会的ケア関連 QOL (社会的ケアのインパクト)	ASCS
2A(2)	人口 10 万人あたりの長期の支援ニーズを持つ 65 歳以上の 施設入所者の割合	SALT
2B(1)	リエイブルメントやリハビリテーションにより、病院を 退院後 91 日以上、在宅生活を継続できた 65 歳以上の人の 割合	SALT
2B(2)	病院を退院後、リエイブルメントやリハビリテーション を受けた 65 歳以上の人の割合	SALT/HES
2C(1)	人口 10 万人あたりの病院からの退院の遅れ	NHS England ONS/DtoC
2C(2)	社会的ケアが原因となった、人口 10 万人あたりの病院か らの退院の遅れ	NHS England ONS//DtoC
2D	短期サービスのアウトカム：サービスへの帰結	SALT
3A	ケアや支援を受けている人の全般的な満足度	ASCS
3B	社会サービスの介護者の全般的な満足度	ASCS
3D(1)	支援に関する情報を容易に入手できた利用者の割合	ASCS
4A	安全と感じている利用者の割合	ASCS
4B	サービスを受けたことで安全で安心できたと感じている 利用者の割合	ASCS

図表 17 ASCOF の指標のデータソース (NHS Digital 2018b)

データソース	内容
ASCS (Adult Social Care Survey)	18 歳以上の長期のサービス利用者の郵送調査 (年 1 回) 6 領域：ケア・支援の満足度, QOL, 情報入手, 健康状態, 環境, 他者からの支援
SALT (Short and Long Term Return)	短期的支援, 長期的支援を受けたクライアントの追跡データ

MHSDS (Mental Health Services Data Set)	NHS 予算による精神保健や知的障害者向けサービスの事業者が義務として提出
HES (Hospital Episode Statistics)	NHS 予算による全ての病院の入院・外来のデータ
DtoC (Monthly Delayed Transfer of Care)	毎月の病院（急性期, 慢性期, 精神科）における患者の退院の遅れに関する報告

ASCOF の評価指標の特徴として、次の3点が挙げられる。

- ① アウトカムを重視し、特に社会的ケアの7原則（2010年の社会的ケア白書による）、「自立支援, 予防, (利用者・介護者の) QOL 向上, 虐待からの保護」を重視した指標構成であること。
- ② 3領域（医療 NHS, 公衆衛生, 社会的ケア）に共通の枠組みとして想定され、エビデンスに基づいたデータ基盤を構築しようとしていること。3つの領域の枠組みやデータソースを共有することにより、地域ケアシステムとしての共通指標や保健医療福祉のシステム間の連携に関する指標の採用や戦略が可能である。
- ③ 科学的評価研究の成果である、大学・研究機関の PSSRU, LSE 等が開発した「社会的ケア関連 QOL」 というアウトカムの考え方を採用していること。

3) 現行の自治体評価の課題

現在の自治体評価の仕組みの課題として、次の3点が考えられる。

- ① 中央政府 (NHS digital) が示すのは、客観的な業績結果の数値のみで、その数値をどのように分析・解釈するかは自治体自身の自己評価にゆだねられている。例えば、地方間のデータの差がどのような理由に拠るのか（本来の母集団や地域特性等の要因に拠るものか、あるいは自治体のサービスの質や量の不適切さに拠るものか）の判断が難しい。各自治体の住民向け報告書において、業績結果の分析は見出せるが、達成した業績に対して強調しがちであり、課題の分析や改善策については十分に報告されていない可能性もある。
- ② 労働党政権での集権的な管理の仕組みのもとで、自治体間比較が容易であったことに比べると、同規模の人口や地域特性を持つ自治体間比較はできなくなった。つまりこの指標のベンチマークとしての有用性が十分ではあるとは言えない。

- ③ ASCOF の指標が社会的ケアの介入の効果を本当に示しているかについての疑義がある。例えば、システマティックレビュー研究のメタ・レビューによれば、特に社会的ケアの介入と対象母集団に関して、エビデンス毎のギャップが大きく、社会的ケアのアウトカムの改善を支持する強固なエビデンスのデータが必要であるという調査結果がある (Dickson 2017)。

つまり、指標の結果が、社会的ケアの介入による効果であると示す根拠となるデータは限られており、母集団の違いによってその効果の程度には違いがあるため、介入の効果を示す指標の妥当性・信頼性は十分に確保できていない。

4) 事業者の社会的ケアの評価

A. 事業者の社会的ケアの評価の経緯

社会的ケアの事業者評価については、2000年代以降、NMS (National Minimum Standards, 全国最低基準) における各分野の基準 (2003) により登録や監査が行われていた。2010年連立政権が成立すると、NMSが廃止された代わりに「質と安全に関する基本的基準」(Essential Standards of Quality and Safety) (2010)が策定され、独立監査機関 (CQC) による登録、監査の基準として運用され、CQCは登録、監査、是正措置等を行う役割を担っていた。

B. CQCの「基礎基準」の作成過程、指標の特徴

2013年に公表された、Mid StaffordshireのNHS病院での医療過誤事件に関する調査報告書 (Francis's report) において、それまでのCQCの基準や監査のやり方の問題が指摘され、全面的に見直しが必要とされた。

Francis's reportは、「質と安全に関する基本的基準」の問題として、官僚的であり、絶対的に不可欠な基準と望ましい基準が混同されていること、明確さに欠け、要件が詳細に渡るために事業者にとって違反の範囲が分かりにくいこと、などを挙げた (DH 2014)。

それに代わる基準として、CQC (2013)、その後DH (2014) において、新たに提案されたのが、ケアにおいて必ず守らなければならない、「基礎基準」(Fundamental Standards) である。基礎基準の策定のねらいとして、以下が説明されている。

- ・ 詳細な規程を遵守しているかどうかチェックするのではなく、「5つの主要な質問」(key lines of enquiry, KLOEs) (①安全か、②効果的か、③気遣いがあるか、④応答性があるか、⑤良いリーダーシップがあるか) に焦点化すること
- ・ 規則 (regulation) と指針 (guidance) を区別し、法定で遵守すべき規則はアウトカムにし、アウトカムを達成するための具体的な手順は指針で説明すること。事業者の登録及びモニタリングのための労力や時間の負担を減らすために、複雑

ではない、単一の階層だけの、要件を削減した基準とすること。医療及び社会的ケアの様々なケア現場(施設, 在宅を含む)に適用が可能なように包括的であり、かつ明確さをもつこと。

また専門家による監査チームの編成, リスクのある事業者特に焦点化して行う監査や法的要件を充たしているかの確認, さらに重要な違反の場合に訴追前に CQC が事業者に通告を与える義務を免除し, 直接訴追に持ち込める権限を与えたこと, など監査や是正権限も強化され, 2015 年度から CQC による社会的ケア事業者に対する規制は大きく変更されている。

C. CQC の機能と「基礎基準」の内容

CQC (Care Quality Commission) は次の事業者に対し, 登録, モニタリングと監査, 評価 (格付け) の公表, 是正措置を一元的に行っている。(図表 18)

- ① 社会的ケア事業者 (施設ケア (ナーシングホーム, レジデンシャルホーム), 在宅ケア, 支援付き居住等)
- ② 医療機関 (急性期病院, 精神科病院, G P (General Practitioner, 家庭医))

図表 18 CQC の 4 機能

機能	登録	監査	是正措置	独立した意見
内容	社会的ケアと医療の事業者を登録する	業績をモニターし, 監査を行う (⇒格付け, テーマに応じたレビュー)	必要に応じて (質の低い事業者) に是正措置を行う	住民, 事者, 他の関係者に対して独立した報告書を提供する。
基準, 手続き	「基礎基準」	KLOE (監査の焦点化した質問) (①安全か, ②効果的か, ③気遣いがあるか, ④応答性があるか, ⑤良いリーダーシップがあるか)	通告⇒質の監視⇒ (改善されない場合) 戒告, 罰金, 起訴等	年次報告書 (State of Care), その他テーマ別分析報告書

図表 18 に示すとおり, CQC は, 社会的ケアの事業者に対し, 登録, 監査, 質が悪化した際の是正措置の権限を持ち, また質改善に関する独立した報告書等を作成することで, 事業者の質の規制と促進を行っている。

そこで登録や監査 (モニタリング) の際に用いる「基礎基準」は利用者誰もが満たされる権利を持つものであり, 以下の 13 項目から構成されている。さらに各項目について

て、詳細な監査項目や実現のための手続きを示したガイダンスが用意されている(図表19).

図表 19 「基礎基準」

項目	内容
パーソン・センタード・ケア	ニーズや好みを満たし、誰もが適したケアや治療を受けられる。
尊厳と尊重	ケアや治療を受けている間いつでも尊厳と尊敬を持って扱われる。プライバシーの権利、公平な扱い、地域で独立して生活を続けていく際に必要なあらゆる支援を受けることを含む。
同意	ケアや治療が与えられる前に同意(本人や法的代理人)を受けられる。
安全	安全でないケアや治療を受けたり、避けられる損害のリスクのある状況に置かれたりしてはならない。事業者は、健康と安全に対するリスクを常に査定し、安全な状態にできる資格、能力、スキルを持った職員を配置しなければならない。
虐待からの保護	虐待や不適切な治療を受けてはならない。これにはネグレクト(世話の放棄)、品位を損ねる扱い、不必要な拘束、不適切な自由の制限等も含まれる。
食事・飲み物	健康でいられるような十分な食事や飲み物をとらなければならない。
建物と器具	ケアや治療を受ける場所は、清潔で、適切で、良く手入れがされていなければならない。ケアや治療で使用する器具も同様に安全で適切に使用されなければならない。
苦情	ケアや治療に苦情を伝えることができる。事業者は苦情を処理し、返答するしくみを作り、包括的な調査を行い、問題が特定されたら是正措置をとらなければならない。
良いガバナンス	事業者は、基準を充たすことを保障する計画を作成しなければならない。またケアの質と安全をチェックする有効なガバナンスとシステムを持たなければならない。
職員配置	事業者は、基準を充たすことを保障できる資格、能力、スキルを持った職員を十分に配置しなければならない。職員は、業務に必要な支援、訓練、スーパービジョンを受けられなければならない。
職員の適切さ	事業者はケアや治療の役割を的確に提供できる職員を雇用しなければならない。雇用の手続きを厳格に行い、申請者の犯罪歴や就労履歴を確認しなければならない。
率直さの義務	事業者はケアや治療に対してオープンで透明性を持つべきである。もし悪いことがあれば、何が起きているかを説明し、支援を提供したり謝罪

	しなければならない。
格付け (rating) の掲示	事業者は CQC の格付け評価が見える場所に掲示しなければならない。この情報を事業者のウェブサイトに載せたり、利用者へ提供することも含まれる。

D. QCによる事業者評価の課題

2013年より監査の強化が開始されたが、その制度の改変により（質の低い事業者に対する予防的な措置等の）実効性はどの程度改善されたのかの検証が必要である。2013年から2017年に評価の1次サイクルが終了したため、そのレビューの内容と2018年度以降の2次サイクルへの改善を確認する必要がある。

4) NICE (National Institute of Health and Care Excellence)による質の保証

A) NICEによるケアの質に係る基準の構造と作成過程

従来医療における治療方法や薬剤の費用対効果の研究を行ってきたNICEは、2013年より、社会的ケア卓越研究所(SCIE, Social Care Institute for Excellence)の協力により、社会的ケアのガイダンスや質の基準を策定するようになった。NICEの質の保証については、次の3つの種類（レベル）に分かれている。なお、これらの基準はCQCの基礎基準とは異なり、推奨基準であり、義務ではないことに注意が必要である。

- ① NICE パスウェイ (Pathways) : 特定のトピックや症状に関するすべてのガイドライン、質の基準等の関連ツールが一覧できる、オンラインのインタラクティブなフローチャート。
- ② NICE ガイダンス (Guidance) : エビデンスに基づいた、介入に関する技術的な助言。専門家からなる独立委員会が委託され作成したもの。ガイダンスの中には医学的診療、投薬、公衆衛生、社会的ケアのガイドラインが含まれる。
- ③ NICE 質の基準 (Quality Standards) : 質の水準を示す明確で簡潔な記述 (Quality Statement) と関連する指標 (Quality Measures) により構成されている。質の基準は、NICE ガイダンスに基づき、多様な疾患や症状に関して、治療から予防を含む、質が高く、かつ費用対効果の高いケアに関する意欲的な、しかし達成可能な指標である。

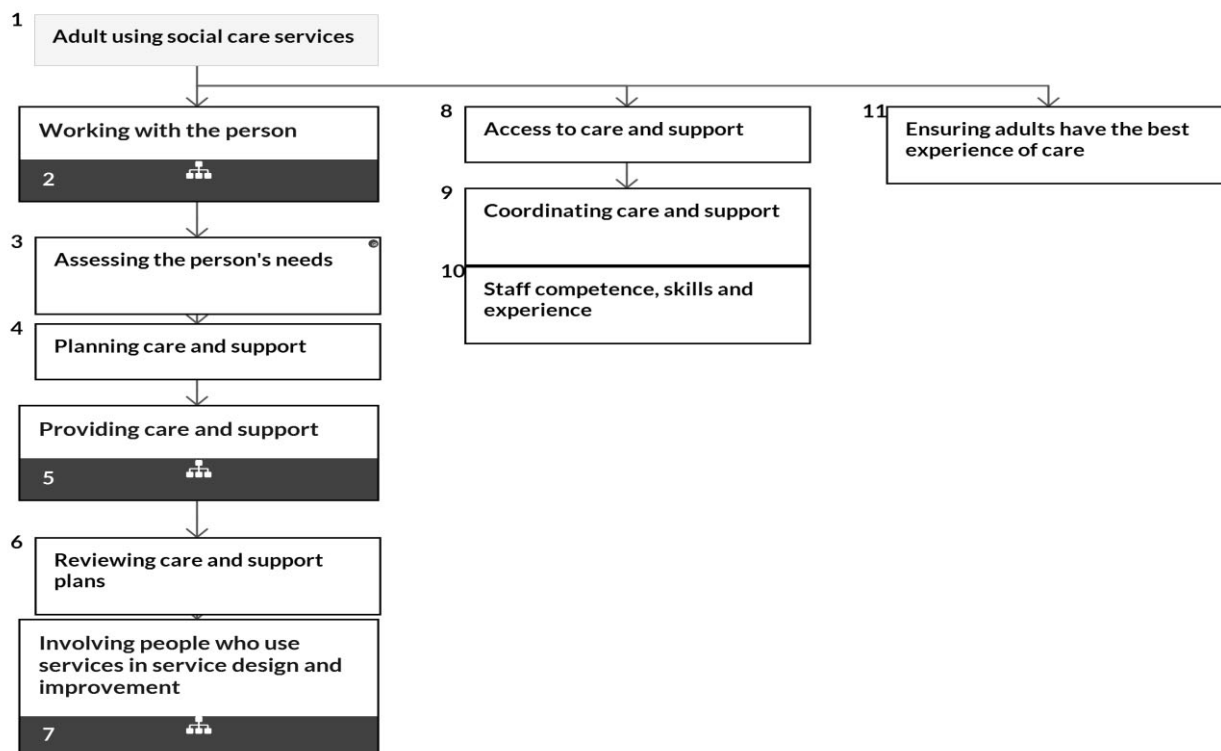
NICEでは、まず優先度の高いトピックを決め、その後、専門家から成る独立委員会がガイダンス等助言（ガイドラインを含む）を作成し、さらにケアに関係するステークホルダーの意見を聞いて優先度の高いものや現行の実践の中でエビデンスが得られているものについて、質の記述を作成し、質指標を作成するという手順により、各トピックについて40週間を掛けて開発されている (NICE Quality Standards Process Guide 2016)。

このように、NICEのパスウェイ、ガイドライン、質指標は、エビデンスに基づいたケア

の質を保証するために互いに関連する有機的な構造となっていることが特徴である。

次に、「成人社会的ケアの（利用者）の経験」(People' s experience in adult social care services) について、パスウェイ、ガイドライン（ガイダンスに含まれる）、質の基準について例にとり、概要を説明する(図表 20)。

図表 20 「成人社会的ケアの（利用者）の経験」のパスウェイ



上記のとおり、パスウェイには、「ケア利用者の経験を改善する」ための 11 の段階がフローチャート形式で示されている（①成人社会的ケアは、②その人を対象とする⇒③ニーズ・アセスメント⇒④ケアと支援のプランニング⇒⑤ケアと支援の提供⇒⑥ケアと支援の見直し⇒⑦利用者をサービスの立案と改善に関与させる⇒⑧ケアと支援へのアクセスを保障する⇒⑨ケアと支援をコーディネートする⇒⑩職員の能力、スキル、経験を向上させる⇒⑪ケアの最も良い経験ができるよう利用者に保障する）。クリックすることで、②、⑤、⑦の段階については、個別のより細分化されたパスウェイ（フローチャート）を参照でき、また③ニーズ・アセスメントの段階には、質の基準(Quality Standards)が付属していることが確認できる。このようにパスウェイは一つのトピックに関する、ケアの質を達成のためのガイダンスや基準の全体が参照できるインタラクティブなツールである。

B. 「成人社会的ケアの（利用者）の経験」のガイドライン（NG86）（2018年2月公開）

ガイドラインは、概要（誰を対象としたものか等）、コンテキスト（社会的背景、本ガイドラインの位置づけ、開発者、関連する法的根拠や他の指針）、各勧告（Recommendations）及び用語の定義、実践の際の留意点、さらなる研究の必要性）によって構成されている。

このガイドラインの主要な部分である、勧告は6つの点について、具体的に挙げられている。（①包括的な原則、②情報、③ケアや支援のニーズ・アセスメントとケアプラン作成、④ケアや支援の提供、⑤職員のスキルと経験、⑥利用者をサービスの立案と改善に関与させる）である。

例えば、①包括的な原則の中に、始めに2点が挙げられている。「(1.1.1)各々の利用者は個別である。1人1人自らが定義したストレングス、選好、願い、ニーズを基礎において、自立した生活をおくれるようなケアや支援を提供するために用いること」「(1.1.2)各自の自立が維持できるよう支援すること。人が自らの人生に何を求めるかを明らかにした上で、そのために必要な支援や補助を提供すること」。そのほかには、「ケアの共同生産と利用者自身が意思決定すること」「ケアへのアクセスを保障すること」、「介護者・家族・友人を関与させること」などが原則の中に盛り込まれている。これらの原則は、「パーソン・センタード・ケア」の理念を具体化されているものと言える。

C. 「成人社会的ケアの（利用者）の経験」質の基準（2019年2月公開）

質の基準(Quality Standards)は、4つの質の記述 (Quality Statements)から構成され、それぞれの記述に続き、その解釈(Rational)及び構造・プロセス・アウトカムの3つの側面の質指標(Quality Measures)、用語の定義、それぞれの立場（ケア専門職・行政（購入者）・利用者）にとっての意義、公平性や多様性への配慮が記述されている(図表21)。

図表 21 「成人社会的ケアの（利用者）の経験」質の基準(Quality Standards)

質の記述(Quality Statements)	質指標(Quality Measures)の数		
	構造	プロセス	アウトカム
QS1. ケアや支援のニーズ・アセスメントの際に人々の個別のストレングス、選好、願い、ニーズが議論される。	2	2	2
QS2. 社会的ケアの利用者は、個人予算制度(Personal Budget)を活用する際に最大限、自分の思うようにできる。	3	1	1

QS3. 社会的ケアの利用者は、継続的にケアや支援を受けられる。	2	1	2
QS4. 社会的ケアの利用者は、サービス改善のために意見を聴かれる。	4	1	2

例えば、「QS1. ニーズ・アセスメントの際の個人のストレンクス等への考慮」の具体的な質指標は次の通りである(図表 22).

図表 22 「成人社会的ケアの(利用者)の経験」質の基準(Quality Standards)の構造・プロセス・アウトカム指標

側面	質指標(Quality Measures) (定義と計算方法)	データソース
構造	①ニーズ・アセスメントの際にストレンクス, 選好, 願い, ニーズを議論した証拠文書	地域でのデータ収集(職員訓練記録, アセスメント記録等)
	②支援者として適当な人がいない, または関与が非常に難しい場合に, アセスメントの実施前に, 独立した擁護者との間に十分な時間をとること.	地域でのデータ収集(独立擁護者の利用記録, 満足度調査等)
プロセス	①ニーズ・アセスメントの際にストレンクス, 選好, 願い, ニーズが議論され同意されていることが文書化されている割合(母数: ニーズ・アセスメントを受けた全数)	地域でのデータ収集(アセスメント記録, 満足度調査等)
	②アセスメントの際に, 支援者として適当な人がいない, または関与が非常に難しい場合に, 独立した擁護者にアクセスできた割合(母数: 支援者として適当な人がいない, または関与が非常に難しい場合にニーズ・アセスメントを受けた全数)	地域でのデータ収集(アセスメント記録, 独立擁護者の利用記録, 満足度調査等)
アウトカム	ニーズ・アセスメントを受けて, 自身の権利や自立が促進されたと思う満足度	地域でのデータ収集(満足度調査等)
	社会的ケアや支援を受けて, 自ら定義したアウトカムを達成したと思う満足度	地域でのデータ収集(アセスメント記録の監査, 満足度調査等)

5) 自治体評価と事業者評価に共通するイギリスの社会的ケアの質の戦略

ケアの質の低下やばらつきが懸念される中で、2017年保健省、NHS イングランド、CQC、ADASS等を含むケアに関する官民の関係団体が連携して、ケアの質に関する統合的な方針文書（Quality Matters）（以下、「質の戦略」）を公表した。「質の戦略」は、利用者や家族、事業所、行政、規制監督庁等全ての関係者を含めて、関係機関の間で質の高いケアに関する概念を共有し、その達成のための効果的な連携を図り、質の改善を達成していくための文書であり、「ケアの質」「6つの優先策（原則）」「7つのステップ」の3つが主要な要素である。

その中で、中核である「ケアの質」については、内円が利用者・家族にとって何が重要かを示す要素であり、中心に「質の高い、パーソン・センタード・ケア」、その構成要素として、「肯定的な経験」「応答性のある」、「安全性」、「有効性」が、外円には、そのための組織として必要なこととして、「良いリーダーシップのある」「資源の有効な活用」が位置付けられている（図表23）。

これらの項目は、社会的ケアの監査確認項目（「5つの主要な質問」（key lines of enquiry, KLOEs）（①安全か、②効果的か、③気遣いがあるか、④応答性があるか、⑤良いリーダーシップがあるか）にも共通する。

この概念は、そもそも利用者や家族など当事者団体の報告書を基礎として形成され、利用者の意向に基づいた、ケアの質に関わる概念をシンプルに明確化したものである。

また、これらの質を向上させていくための6つの優先策として、以下が挙げられている。

- ① 利用者、家族のフィードバック、懸念、苦情に基づき行動する。
- ② 効果的なデータの測定、収集、活用
- ③ 良いアウトカムのサービスを行政が購入
- ④ 改善のための手厚いサポート
- ⑤ 要改善領域の特定と焦点化
- ⑥ 社会的ケアの意義と価値を高める

図表23 合意されたケアの質の概念

FIGURE 2: OUR SINGLE SHARED VIEW OF QUALITY



このように、「質の戦略」は、社会的ケアの質とは何か、ケアの質を改善していくためにはどのようなステップが必要かを明確化し、医療・福祉領域にまたがる多様な関係機関間での共有化を図ったことに意義があると言える。

6) まとめ

ケアの有用な評価指標と評価システムを構築するためには、①「質」に関する合意（「何を指標とすべきか」を関係者の協議により合意形成すること）、②データの利用可能性（指標について測定が可能な事業者データ及び利用者毎の個票（個別データ）のデータベースが構築されていること）、③評価の信頼性とシステムの透明性の確保（測定の一貫性の担保、モニタリングの簡便化と負担軽減、website等による業績の公表により説明責任を果たすこと等）が必要である（長澤 2012）。

以上の3点の課題に関連して、イギリスの社会的ケアに関する自治体評価及び事業者評価の指標及びそれに基づく質保証の体系から示唆される点は次の通りである。

① 「質」に関する合意

- ・ 医療及び社会的ケアに共通する簡潔な、質の定義に関する合意を、利用者や家族、行政、事業者団体等の関係者間で図り、各関係者がケアの質改善に向けた連携・パートナーシップの関係にあること。

② データの利用可能性、③モニタリングの簡便化と負担軽減

- ・ 自治体評価指標である ASCOF のデータは、自治体の医療・福祉サービスに関する従来のデータソースを基盤に、その後必要な情報をデータソースに追加して含めるように設計されている。そのため、自治体から定期的な指標に関するデータが自動的に中央（NHS）に収集され、評価のために自治体が情報を収集するような負担を掛けているわけではないこと。
- ・ 事業者評価指標である CQC の基礎基準は、事業者が新規に登録、その後定期的にモニターする際に簡便で分かりやすい指標群として設計され、事業者の評価に掛かる労力や時間を節約していること。

③ システムの透明性

- ・ ASCOF はイギリス全土、及び地方ごとに指標の平均値のデータが公表され、自分の自治体の相対的な位置づけが分かること（自治体データの詳細は各自自治体が公表する報告書による）。
- ・ 事業者評価については、CQC のホームページで施設等各事業所の「5つの主要な各質問」及び全体に対する4段階の格付けや監査の内容が確認でき、事業者間で比較しやすいこと。
- ・ 事業者評価の指標の作成にあたり、法定基準（法規に規定）と指針に基づく指標を区別していること。法定基準（CQC 基礎基準）は、アウトカムに焦点化してお

り、登録や監査の基準となり、違反した場合には是正措置がとられる義務的な基準である。一方、基準を達成するための手順は、NICE の指針等に明記され、その指標（NICE 質の基準など）はあくまで推奨基準である。NICE の指標の作成過程においては、トピックごとの専門家から成る独立委員会が設置され、共通の手順に基づいてエビデンスに基づいた質の基準（指標）が作成されること。

以上の点については、わが国の地域共生社会に係る指標の内容や構造、作成手順や活用を検討するうえでも重要な示唆になると考えられる。

参照文献

1. CQC(2013), [A new start: Consultation on changes to the way CQC regulates, inspects and monitors care.](#)
2. Department of Health (2010) ,[Transparency in outcomes: A framework for adult social care ; A consultation on proposals.](#)
3. Department of Health (2014) , [Introducing Fundamental Standards: Consultation on proposals to change CQC registration regulations.](#)
4. Department of Health and Social Care (DHSC), Care Quality Commission et.al (2017) [Adult Social Care: Quality Matters Overview.](#)
<https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-quality-matters-overview>
5. Department of Health and Social Care (2018), [Adult Social Care Outcomes Framework:2018/19, Handbook of Definition.](#)
6. Dickson.K et.al (2017) Gaps in the evidence on improving social care outcomes, [Health and Social Care in the Community.](#) 25(4), 1287-1303.
7. 長澤紀美子(2012)「ケアの質の評価指標の開発と課題 : 国際的な動向とイギリスにおけるアウトカム指標を中心に (特集 ケアの質評価の動向と課題)」『季刊社会保障研究』48(2), 133-151.
8. 長澤紀美子(2013)「イギリスの社会的ケアにおける業績測定 :ニューレイバー政権下の展開」『高知県立大学紀要(社会福祉学部編) 高知県立大学紀要編集委員会 編』62, 19-26.
9. 長澤紀美子(2019)「第11章 高齢者ケア政策におけるケアの質の保障」金子光一・小舘尚文(編)『新・世界の社会福祉 第1巻イギリス・アイルランド』旬報社, 275-303.
10. 長澤紀美子(2020)「イギリスの社会的ケアに係る自治体評価と事業者評価の動向ーケアの質の合意及びアカウンタビリティのメカニズムの視点から」『高知県立大学紀要(社会福祉学部編) 高知県立大学紀要編集委員会 編』69, 15-29.

11. National Audit Office (2018) Adult social care at a glance.
12. NHS(National Health Service) Digital(2018a) Personal Social Services Adult Social Care Survey (ASCS) England 2017-2018.
13. NHS Digital(2018b) Measures from the Adult Social Care Framework (ASCOF) England 2017-2018.
14. NICE(National Institute of Health and Care Excellence) (2016) , Quality Standards Process Guide.
15. NICE, Social Care Communities (2020), <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care>

第3章 国や自治体の各種計画における既存の評価指標の現状

本章では,国や自治体における既存の指標及び地域共生社会における包括的支援事業との関連を概観し,包括的支援事業の評価指標としての活用可能性について考察する.

村中峯子(日本老年学的評価研究機構)

1. 持続可能な開発目標(SDGs)

1) 持続可能な開発目標(SDGs)と自治体の役割

持続可能な開発目標(Sustainable Development Goals 以下 SDGs)とは, 2015年9月の国連サミットで,全会一致で採択された国際目標で,2030年を期限とし「誰一人取り残さない」持続可能で多様性と包摂性のある社会の実現を目指している(関連項目は第1部第2章参照).

図表 24 持続可能な開発目標(SDGs)の詳細

【参考】持続可能な開発目標(SDGs)の詳細

目標1 (貧困)	あらゆる場所のあらゆる形態の貧困を終わらせる。
目標2 (飢餓)	飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し、持続可能な農業を促進する。
目標3 (保健)	あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する。
目標4 (教育)	すべての人に包摂的かつ公正な質の高い教育を確保し、生涯学習の機会を促進する。
目標5 (ジェンダー)	ジェンダー平等を達成し、すべての女性及び女児の能力強化を行う。
目標6 (水・衛生)	すべての人々の水と衛生の利用可能性と持続可能な管理を確保する。
目標7 (エネルギー)	すべての人々の、安価かつ信頼できる持続可能な近代的エネルギーへのアクセスを確保する。
目標8 (経済成長と雇用)	包摂的かつ持続可能な経済成長及びすべての人々の完全かつ生産的な雇用と働きがいのある人間らしい雇用(ディーセント・ワーク)を促進する。
目標9 (インフラ、産業化、イノベーション)	強靱(レジリエント)なインフラ構築、包摂的かつ持続可能な産業化の促進及びイノベーションの推進を図る。
目標10 (不平等)	各国内及び各国間の不平等を是正する。
目標11 (持続可能な都市)	包摂的で安全かつ強靱(レジリエント)で持続可能な都市及び人間居住を実現する。
目標12 (持続可能な生産と消費)	持続可能な生産消費形態を確保する。
目標13 (気候変動)	気候変動及びその影響を軽減するための緊急対策を講じる。
目標14 (海洋資源)	持続可能な開発のために海洋・海洋資源を保全し、持続可能な形で利用する。
目標15 (陸上資源)	陸域生態系の保護、回復、持続可能な利用の推進、持続可能な森林の経営、砂漠化への対処ならびに土地の劣化の阻止・回復及び生物多様性の損失を阻止する。
目標16 (平和)	持続可能な開発のための平和で包摂的な社会を促進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供し、あらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包摂的な制度を構築する。
目標17 (実施手段)	持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する。

<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/index.html>

17 の目標と 169 のターゲット(達成目標)及び 232 の指標は多岐に渡り、「あらゆる年齢すべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」とする考え方は地域共生社会の実現とも関連する。「誰一人取り残されない」社会の実現は、地方自治体においても SDGs 達成へ向けた取組が加速している。

わが国では、国による SDGs 実施指針改定版において、自治体に対し、体制づくりとして、部局を横断する推進組織の設置、執行体制の整備を推進すること、各種計画への反映として、様々な計画に SDGs の要素を反映すること、進捗を管理するガバナンス手法を確立すること、情報発信と成果の共有として、SDGs の取組を的確に測定すること、さらに国内外を問わないステークホルダーとの連携を推進すること、ローカル指標の設定等を行うことが期待されている。(図表 24 参照)(出典:SDGs 推進本部 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sdgs/2019年12月20日アクセス>)。

2) 包括的支援事業の評価と SDGs 評価指標

17 の SDGs の目標は、それぞれが広い意味で包括的支援事業と関連することも考えられるが、中でもゴール 3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」では、次のようなターゲットと指標が示されている。

図表 25 SDGs 評価指標「ゴール 3」

ゴール 3

あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する

ターゲット

指標（仮訳）

<p>3.1 2030 年までに、世界の妊産婦の死亡率を出生 10 万人当たり 70 人未満に削減する。</p>	<p>3.1.1 妊産婦死亡率</p> <p>3.1.2 専門技能者の立ち会いの下での出産の割合</p>
<p>3.2 全ての国が新生児死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 12 件以下まで減らし、5 歳以下死亡率を少なくとも出生 1,000 件中 25 件以下まで減らすことを目指し、2030 年までに、新生児及び 5 歳未満児の予防可能な死亡を根絶する。</p>	<p>3.2.1 5 歳未満児死亡率</p> <p>3.2.2 新生児死亡率</p>
<p>3.3 2030 年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった伝染病を根絶するとともに肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する。</p>	<p>3.3.1 非感染者 1,000 人当たりの新規 HIV 感染者数（性別、年齢及び主要層別）</p> <p>3.3.2 10 万人当たりの結核感染者数</p> <p>3.3.3 1,000 人当たりのマラリア感染者数</p> <p>3.3.4 10 万人当たりの B 型肝炎感染者数</p> <p>3.3.5 「顧みられない熱帯病」（NTDs）に対して介入を必要としている人々の数</p>
<p>3.4 2030 年までに、非感染性疾患による若年死亡率を、予防や治療を通じて 3 分の 1 減少させ、精神保健及び福祉を促進する。</p>	<p>3.4.1 心血管疾患、癌、糖尿病、又は慢性の呼吸器系疾患の死亡率</p> <p>3.4.2 自殺率</p>
<p>3.5 薬物乱用やアルコールの有害な摂取を含む、物質乱用の防止・治療を強化する。</p>	<p>3.5.1 物質使用障害に対する治療介入（薬理的、心理社会的、リハビリ及びアフターケア・サービス）の適用範囲</p> <p>3.5.2 1 年間（暦年）の純アルコール量における、（15 歳以上の）1 人当たりのアルコール消費量に対しての各国の状況に応じ定義されたアルコールの有害な使用（ℓ）</p>

3.6 2020年までに、世界の道路交通事故による死傷者を半減させる。

3.7 2030年までに、家族計画、情報・教育及び性と生殖に関する健康の国家戦略・計画への組み入れを含む、性と生殖に関する保健サービスを全ての人々が利用できるようにする。

3.8 全ての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する。

3.9 2030年までに、有害化学物質、並びに大気、水質及び土壌の汚染による死亡及び疾病の件数を大幅に減少させる。

3.a 全ての国々において、たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の実施を適宜強化する。

3.b 主に開発途上国に影響を及ぼす感染性及び非感染性疾患のワクチン及び医薬品の研究開発を支援する。また、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定（TRIPS協定）及び公衆の健康に関するドーハ宣言に従い、安価な必須医薬品及びワクチンへのアクセスを提供する。同宣言

3.6.1 道路交通事故による死亡率

3.7.1 近代的手法によって、家族計画についての自らの要望が満たされている出産可能年齢（15～49歳）にある女性の割合

3.7.2 女性1,000人当たりの青年期（10～14歳；15～19歳）の出生率

3.8.1 必要不可欠な保健サービスのカバー率（一般及び最も不利な立場の人々についての、生殖、妊婦、新生児及び子供の健康、感染性疾患、非感染性疾患、サービス能力とアクセスを含む追跡可能な介入を基にした必要不可欠なサービスの平均的なカバー率と定義）

3.8.2 家計の支出又は所得に占める健康関連支出が大きい人口の割合

3.9.1 家庭内及び外部の大気汚染による死亡率

3.9.2 安全ではない水、安全ではない公衆衛生及び衛生知識不足（安全ではないWASH（基本的な水と衛生）にさらされていること）による死亡率

3.9.3 意図的ではない汚染による死亡率

3.a.1 15歳以上の現在の喫煙率（年齢調整されたもの）

3.b.1 各国の国家計画に含まれる全てのワクチンによってカバーされている対象人口の割合

3.b.2 薬学研究や基礎的保健部門への純ODAの合計値

3.b.3 持続可能な水準で、関連必須医薬品コアセットが入手可能かつその価格が

は公衆衛生保護及び、特に全ての人々への 手頃である保健施設の割合
医薬品のアクセス提供にかかわる「知的
所有権の貿易関連の側面に関する協定
(TRIPS 協定)」の柔軟性に関する規定を
最大限に行使する開発途上国の権利を確
約したものである。

3.c 開発途上国、特に後発開発途上国及 **3.c.1** 医療従事者の密度と分布
び小島嶼開発途上国において保健財政及
び保健人材の採用、能力開発・訓練及び定
着を大幅に拡大させる。

3.d 全ての国々、特に開発途上国の国 **3.d.1** 国際保健規則 (IHR) キャンパシ
家・世界規模な健康危険因子の早期警告、 ティと健康危機への備え
危険因子緩和及び危険因子管理のための
能力を強化する。

国連統計部下記 URL に掲載されている指標を総務省で仮訳したものを一部改変

<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>

総務省 Web サイト(アクセス令和 2 年 1 月 12 日現在)

https://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/kokusai/02toukatsu01_04000212.html

加えて、「目標 11 包摂的で安全かつ強靱(レジリエント)で持続可能な都市及び人間
居住を実現する」では、「ゴール 11.2/2030 年までに、脆弱な立場にある人々、女性、子供、
障害者及び高齢者のニーズに特に配慮し、公共交通機関の拡大などを通じた交通の安全
性改善により、全ての人々に、安全かつ安価で容易に利用できる、持続可能な輸送システ
ムへのアクセスを提供する」とする他、「目標 13 気候変動及びその影響を軽減するた
めの緊急対策を講じる」「13.1 全ての国々において、気候関連災害や自然災害に対する強
靱性(レジリエンス)及び適応の能力を強化する」としている。

3) 包括的支援事業評価への活用

SDGs の達成に向けては、企業はもとより、近年、多くの自治体において取り組まれて
いる。その際、各部署では、担当する事業計画に、SDGs のどの目標と関連する項目を含ん
だ計画なのかを示す傾向も散見されるようになってきている。

地域共生社会の実現と SDGs の目指す社会には、共通する部分があるものの、現状で
直接的に、市町村における包括的な支援体制構築の評価指標とするには、
今後、市町村の量的なデータを収集・蓄積する中で、比較・分析を行い、検討する必要があ
る。

将来的に SDGs の指標の達成状況などが公表されることになれば、他のデータとの併
せて国全体、各自治体の地域共生社会実現の指標として活用できる可能性があると共に、

自治体においては、各部署がそれぞれの分野を担当し、その総合的な結果をもって、地域共生社会の評価指標としうる可能性があり、引き続きの検討が求められる。

2. 経済財政運営と構造改革に関する基本方針と重要経営指標(KPI)

政府は例年「経済財政運営と構造改革に関する基本方針」(以下、骨太の方針)を公表し、主要分野ごとに政策目標や KPI(Key Performance Indicator, 重要経営指標)を示し「地域共生社会の実現」も項目として示されている。

1) 骨太の方針と共生社会の実現

「共生社会の実現」は、2017 年に初めて骨太の方針の中に盛り込まれた。共生社会の実現の項目は、「安全で安心な暮らし」に分類され、2017 年は、社会的諸課題の解決に寄与する公益活動に民間の人材や資金を呼び込むことや、障害者の地域生活への移行や農福連携を含めた就労・社会参加の促進、発達障害や高齢者・障害者虐待の早期発見・未然防止やセルフネグレクト実態把握等と共に「全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会を実現する」と項目立てられていた。

その後、2018 年には、クラウドファンディングや官民連携による社会的ファイナンスの活用を促進や、休眠預金等に係る資金の活用制度の運用開始、就労・家計・住まいの課題を抱える生活困窮者に対する包括的な支援体制の整備、成年後見制度利用促進基本計画に基づき、市町村計画の策定や地域連携ネットワークの中核機関の整備、社会全体が多様性を受け入れる環境づくり、デジタル格差のないインクルーシブ(包摂的)な社会を実現するため、高齢者、障害者等に対する ICT 利活用支援等、様々な分野に渡る取組みが「共生社会の実現」に組み込まれた。

この傾向は、2019 年には更に発展し、外国人材の受入れとその環境整備「共生社会の実現」として項目も別建てとなり、「日本人と外国人が安心して安全に暮らせる共生社会を実現するための施策を充実・強化する」とされ、更に広がりを持つに至っている。

2) 共生社会実現に向けた KPI と地域支援事業の評価指標

骨太の方針では主要分野ごとに KPI を示している。2019 年度分については、「社会保障」「社会資本整備等」「地方行財政改革」「次世代型行政サービスの早期実現」「文教・科学技術」「歳出改革等に向けた取り組みの加速・拡大」の 6 分野が主要分野となっている。そのうち、社会保障分野としては、「予防・健康づくりの推進」「多様な就労・社会参加」「医療・福祉サービス改革」「給付と負担の見直し」が示された。各取組については、KPI とその定義、現状値、目標値、達成時期、数値の更新頻度、更新時期、KPI の把握手段等が示されている。「就労支援事業に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合」や同項目の自治体ごとの状況、「自立生活のためのプラン作成件数」等、包括的支援事業と関連する項目も見られるものの、断らない相談支援や地域づくりなどについては、直接的に把握できる項目としては含まれていない。

図表 26 社会分野の KPI(抜粋)

社会保障分野の K P I

(参考) 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

項目番号	階層	K P I	K P I の定義等	進捗管理、評価・点検の視点	計画開始時の値又は現状の数値(時点)	目標(値)(達成時期)	数値の更新頻度	数値の更新時期	達成法	主担当府省庁	K P I の把握手段
数値型	2	就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合	就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合	被保険者の就労の実現に向けた自治体の取組の効果を評価	42.4%(2016年度)	50%(2021年度)	毎年度	冬頃	前年度の数値を把握	厚生労働省	厚生労働省が各都道府県等を通して調査
数値型	2	「その他の世帯」の就労率(就労者のいる世帯の割合)	「その他の世帯」(高齢者世帯、母子世帯、障害者世帯、傷病者世帯のいずれにも該当しない世帯をいう。以下同じ。)のうち、就労者のいる世帯の割合	被保険者の就労の実現に向けた自治体の取組の効果を評価	36.6%(2016年度)	45%(2021年度)	毎年度	冬頃	前年7月末日時点の数値を把握	厚生労働省	被保険者調査(厚生労働省)
数値型	2	就労支援事業等を通じた脱税率	就労支援事業等に参加した者のうち、就労又は収入の増加により、生活保障が廃止となった者の割合	被保険者の就労の実現に向けた自治体の取組の効果を評価	7.6%(2016年度)	見える化	毎年度	冬頃	前年度の数値を把握	厚生労働省	厚生労働省が各都道府県等を通して調査
数値型	2	就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合の自治体ごとの状況	就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合(47都道府県別等)	被保険者の就労の実現に向けた自治体の取組の効果を評価	42.4%(2016年度)	見える化	毎年度	冬頃	前年度の数値を把握	厚生労働省	厚生労働省が各都道府県等を通して調査
数値型	2	「その他の世帯」の就労率等の自治体ごとの状況	以下の事項の都道府県別等の状況 ①「その他の世帯」のうち、就労者のいる世帯の割合 ②「その他の世帯」の廃止理由のうち収入の増加により生活保障が廃止となった世帯の割合	被保険者の就労の実現に向けた自治体の取組の効果を評価	①「その他の世帯」のうち、就労者のいる世帯の割合(全国平均)36.6%(2016年度) ②「その他の世帯」の廃止理由のうち収入の増加により生活保障が廃止となった世帯の割合(全国平均)36.3%(2016年度)	見える化	毎年度	冬頃	①前年7月末日時点の数値を把握 ②前年度の数値を把握	厚生労働省	被保険者調査(厚生労働省)

出典: 内閣府 経済・財政一体改革推進委員会

新経済・財政再生計画改革工程表 2019 参考資料 (一部抜粋)

https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report_020108_3.pdf

SDGs の指標と同様、地域共生社会の実現という広い視点でとらえれば、骨太の方針及び KPI は、指標として活用できるものが含まれるが、KPI 指標を活用するには、比較・分析、活用において、当面はデータ蓄積したうえで、検討されることが望まれる。

3. 医療・介護分野における評価指標

地域共生社会と関連がある福祉・医療・介護等の分野における評価指標の一部を概観し、包括的支援事業の評価指標との関連を概観する。

1) 医療・介護保険者機能の強化における評価指標

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るため「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」によって、医療や介護の保険者機能の強化が図られている。

保険における自治体の財政的インセンティブが図られ、都道府県・市町村、それぞれの取組について評価指標が示されている。

国民健康保険法の改正においては、医療費適正化に向けた取組への支援として、市町村国保について保険者努力支援制度を創設したところである。さらに、2020 年度に向けては、予防と健康に関するインセンティブの強化に向けて、糖尿病等の重症化予防につい

て、アウトカム評価(検査値の変化等)を用いて事業評価を実施している場合に加点される仕組みに向けて、さらなる抜本的に改革が図られる予定となっている。

介護保険においても、自治体への財政的インセンティブとして保険者機能推進交付金が創設されており、保険者である市町村の評価指標としては、

- ① PDCA サイクルの活用による保険者機能の強化
- ② ケアマネジメントの質の向上
- ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
- ④ 介護予防の推進
- ⑤ 介護給付適正化事業の推進
- ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

等が示されている。

都道府県には、管内の地域分析や課題の把握、市町村向け研修会の実施、リハビリ専門職等の派遣等を評価指標としている。

1) 医療・介護保険者機能評価と包括的支援体制の評価指標

医療・介護分野は地域共生社会を支える重要な分野であることから、既存の各種の事業評価指標は、地域社会の評価指標として欠くことのできない指標である。一方、包括的支援体制の評価においては、これらの評価指標がなされることを前提に、活用できる指標は活用しながら、必要な項目を独自に検討していくことが必要である。

4. 障害福祉計画・障害児福祉計画における指標

1) 基本指針における基本的な考え方

障害者総合支援法において、都道府県・市町村は、厚生労働大臣の定める「基本指針」に即して「障害福祉計画」を定めるものとされている。また児童福祉法においても、都道府県・市町村は、厚生労働大臣の定める「基本指針」に即して「障害児福祉計画」を3年ごとに定めるものとされている。

2021年度から23年度に向けた、障害福祉計画及び障害児福祉計画の基本指針における基本的な考え方としては、地域共生社会の実現に向けた取組を行うべく、引き続き、地域住民が主体的に地域づくりに取り組むための仕組みづくりや、制度の縦割を超えた柔軟なサービスの確保に取り組むと共に、地域ごとの地理的条件や地域資源の実態等を踏まえながら、包括的な支援体制の構築に取り組むことが示された。

その際、市町村に対し、支援の一体的な実施について新たな事業の活用も踏まえた体制整備として、①属性に関わらず、地域の様々な相談を受け止め、自ら対応する関係機関になく機能、世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する機能及び継続的につながり続ける支援を中心的に担う機能を備えた相談支援、②①の相談支援と一体的に行う就労支援、居住支援、多様な社会参加に向けた支援、③ケアし支え合う関係性を広げ、交流、参加、学びの機会を生み出すディネーター機能及び住民同士が出会い参加することのできる場や居場所の確保の機能を備えた地域づくりに向けた支援の必要性を示している。

(出典:社会保障審議会障害者部会 第98回(2020.1.17)資料1-3)

2) 障害福祉計画・障害児福祉計画の成果指標(案)

2021年度から23年度に向けた、障害福祉計画及び障害児福祉計画の基本指針における成果目標(案)等については、現在のところ、次のように提案されている(第98回 社会保障審議会障害者部会:2020.1.17 現在)。

図表 27 障害福祉計画・障害児福祉計画の成果指標(案)

項目	成果目標(案)
① 施設入所者の地域生活への移行	<p>1.(日中サービス支援型グループホームなどの障害福祉サービスの機能強化や地域生活支援拠点等の整備にかかる取組を踏まえ、第6期障害福祉計画の基本指針においては)2023年度末で2020年度末の施設入所者の6%以上が地域生活へ移行することを基本とするとはどうか</p> <p>2.(施設入所支援が必要な場合を検討することを求めつつ、近年の施設入所者数の削減状況を踏まえ)2023年度末時点の施設入所者数を2020年度末の施設入所所から1.6%削減することを基本と設定してはどうか。</p>
② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の精神病床から退院念以内の地域における平均生活日数の上昇:316日以上とすることを基本と設定してはどうか(新規)。 ・精神病床における1年以上長期入院患者数(65歳以上,65歳未満)を設定する。2023年度末の全国の目標値は2018年と比べて6.6~4.9万人減少になる。 ・精神病床における退院率の上昇:3か月時点 69%以上,6か月時点 86%以上,12か月時点 92%以上とすることを基本とする。
③ 地域生活拠点等における機能の充実	<p>・(前期計画期間中に目標が概ね達成されることを前提に)2023年度末までの間,各市町村または各圏域に1つ以上の地域生活支援拠点施設等を確保しつつ,その機能の充実のため,年1回以上運用状況を検証,検討することを基本とする。</p>
④ 福祉施設から一般就労への移行等	<p>1.2023年度までに,2019年度実績の1.27倍以上の一般就労への移行実績を達成することを基本とする。そのうち,就労移行支援については,一般就労への移行における重要な役割を踏まえ,引き続き現状の利用者数を確保するとともに,移行率の上昇を見込み,2023年度末までに2019年度実績の1.30倍以上の移行実績を達成することを基本とする。</p> <p>また,就労支援継続支援型A型及び就労継続支援B型については,一般就労が困難である者に対し,就労や生産活動の企画の提供,就労に向けた訓練等を実施するものである</p>

	<p>ことから,その事業目的に照らし,それぞれ 2023 年度までに 2019 年度実績の概ね 1.26 倍,1.23 倍を目指すこととする(新規)</p> <p>※就労継続支援 A 型については,移行率が着実に上昇していくと見込み設定.就労継続支援 B 型については,移行率は現状を維持すると共に,利用者が着実に増加していくと見込み設定.</p> <p>2.就労定着支援事業の利用者数については,2023 年度における就労移行支援事業を通じて一般就労に移行する者のうち,7 割が就労定着支援事業を利用することを基本とする(新規)</p> <p>また,就労定着支援事業の就労定着率については,就労定着支援事業所のうち,就労定着率が 8 割以上の事業所を全体の 7 割以上とすることを基本とする(新規).</p>
<p>⑤ 障害児通所支援等の地域支援体制の整備</p>	<p>1.児童発達センターを中核とした重層的な地域支援体制の構築を目指すため,2023 年度末までに児童発達支援センターを各市町村,または圏域に少なくとも 1 カ所以上,設置することを基本とする.また,2023 年度末までに各都道府県において,児童発達支援センター,特別支援学校(聴覚障害)等の連携強化を図る等,難聴児支援のための中核機能を果たす体制を確保することを基本とする(新規).地域社会への参加,包容(インクルージョン)を推進するため,各市町村又は各圏域に設置された児童発達支援センターが保育所など訪問支援を実施するなどにより,2023 年度末までに全ての市町村において,保育所等訪問支援を利用できる体制を構築することを基本とする.</p> <p>2.2023 年度末までに,主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所及び放課後デイサービス事業所を各市町村又は圏域に少なくとも 1 カ所以上,確保することを基本とする.2023 年度末までに,各都道府県,各圏域及び市町村において,保健,医療,障害福祉,保育,教育等の関係機関等が連携を図るための協議の場を設けると共に,医療的ケア児等に関するコーディネーターの配置を基本とする(追加).</p>
<p>⑥ 相談支援体制の充実強化等</p>	<p>・ 2023 年度末までに,市町村又は圏域において相談支援体制の充実・強化等に向けた取組の実施体制を確保する(新規).</p>
<p>⑦ 障害福祉サービス等の質の向上を図るための取組に係る体制の構築</p>	<p>・ 2023 年度末までに,都道府県や市町村において,サービスの質の向上を図るための取組に係る体制を構築する(新規).</p>

3) 障害福祉計画・障害児福祉計画の活動指標

基本指針に基づく障害福祉計画・障害児福祉計画の成果指標(案)に沿って、「福祉施設から一般就労への移行」「障害福祉サービス・相談支援」「発達障害者支援関係」「精神障害者関係」「障害福祉サービス等の質の向に係る活動指標の全体像及び各々の見込みを立てる際の勘案事項や、見込みも含めたサービス量の案も示されている。

図表 28 活動指標案(抜粋)

<福祉施設から一般就労への移行等> (出典:社会保障審議会障害者部会第98回(2020.1.17)資料1-2)

事項	内容	第6期障害福祉計画の活動指標の考え方
就労移行支援事業及び就労継続支援事業の利用者の一般就労への移行	都道府県の障害保健福祉担当部局は、令和五年度において、就労移行支援事業及び就労継続支援事業の利用者のうち、一般就労への移行者数の見込みを設定する	第5期障害福祉計画からの継続
障害者に対する職業訓練の受講	都道府県の障害保健福祉担当部局は、都道府県の労働担当部局及び都道府県労働局と連携して、福祉施設から一般就労への移行を促進するため、令和五年度において、福祉施設から一般就労へ移行する者のうち、必要な者が職業訓練を受講することができるよう、受講者数の見込みを設定する。	
福祉施設から公共職業安定所への誘導	都道府県の障害保健福祉担当部局は、都道府県労働局と連携して、就労移行支援事業者等と公共職業安定所との円滑な連携を促し、令和五年度において、福祉施設の利用者のうち、必要な者が公共職業安定所の支援を受けることができるよう、福祉施設から公共職業安定所へ誘導する福祉施設利用者数の見込みを設定する。	
福祉施設から障害者就業・生活支援センターへの誘導	都道府県の労働担当部局及び障害保健福祉担当部局は、都道府県労働局と連携して、福祉施設から一般就労に移行した者の職場定着を支援するため、令和五年度において、福祉施設から一般就労に移行する利用者のうち、必要な者が就労移行支援事業者等と連携した障害者就業・生活支援センターによる支援を受けることができるよう、福祉施設から障害者就業・生活支援センターへ誘導する福祉施設利用者数の見込みを設定する。	
公共職業安定所における福祉施設利用者の支援	都道府県の障害保健福祉担当部局は、都道府県労働局と連携して、就労移行支援事業者等と公共職業安定所との円滑な連携を促すとともに、就労移行支援事業者等が適切かつ必要な就労支援を支援者に対して行い、令和五年度において、福祉施設の利用者のうち、必要な者が公共職業安定所の支援を受けることで、一定割合の者が就職に結びつくよう、公共職業安定所の支援を受けて就職する者の数の見込みを設定する。	

<障害福祉サービス、相談支援>

区分	サービスの種類	見込み量	見込み量の設定に当たり勘案すべき事項				
			現に利用している者の数	障害者等のニーズ	平均的な一人当たり利用量	施設入所者の地域生活への移行者数(成果目標)	福祉施設利用者の一般就労への移行者数(成果目標)
訪問系	居宅介護、重度訪問介護、同行支援、行動支援、重度障害者等包括支援	利用者数 利用時間数	○	○	○	○	
	生活介護	利用者数 利用日数	○	○	○	○	
日中活動系	自立訓練(機能訓練)	利用者数 利用日数	○	○	○	○	
	自立訓練(生活訓練)	利用者数 利用日数	○	○	○	○	
	就労移行支援	利用者数 利用日数	○	○※1	○	○	○
	就労継続支援(A型)	利用者数 利用日数	○	○※2	○	○	
	就労継続支援(B型)	利用者数 利用日数	○	○	○	○	
	就労定着支援	利用者数	○	○			○
	療養介護	利用者数	○	○			
短期入所(福祉型・医療型)	利用者数 利用日数	○	○	○	○		

※1: 特別支援学校卒業業者等、休職者で復職を希望する者、新たに就労移行支援事業の対象者と見込まれる者の数を含む

※2: 地域の雇用情勢等も勘案して必要なサービス量を見込む

4) 障害福祉計画・障害児福祉計画の指標(案)と包括的支援の評価指標

2021 から 23 年に向けた障害福祉計画・障害児福祉計画に資する基本方針では、個別施策に係る見直しにおいても地域共生社会の実現を強く意識したものとなっており、成果目標や活動指標も新たな項目の追加案も見られる。

現段階では、7つの成果指標案に 17 項目、活動指標案には約 40 項目もの指標案が提案されている。

また、特に注目すべきは、実現に向けて、成果目標⑤-2 においては、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関等が連携を図るための協議の場を設けることや、人材育成の必要性等も挙げられている。

5. 自殺対策における指標

1) 自殺対策大綱と当面の数値目標

自殺対策においては、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺対策大綱(以下、大綱)が策定され、直近では 2017 年に「自殺対策大綱～誰も自殺に追い込まれない社会の実現を目指して～」が閣議決定されている。当面の目標としては、先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指しており、2026 年までに自殺死亡率を 2015 年と比べて 30%以上、減少させることとしている。

2) 市町村における自殺対策計画の策定と評価指標

2016 年に策定された自殺対策基本法に基づき、都道府県及び市町村は大綱や地域の実情等に基づき、地域自殺対策計画を定めることとなっている。

中で、数値目標は大綱と同様に 2026 年までに自殺死亡率を 2015 年と比べて 30%以上減少とするとしている。加えて、市町村自殺対策計画策定の手引き(以下、手引き/2017.厚生労働省)の指標例を参考に、適時、独自の評価指標を設定することを奨励している。

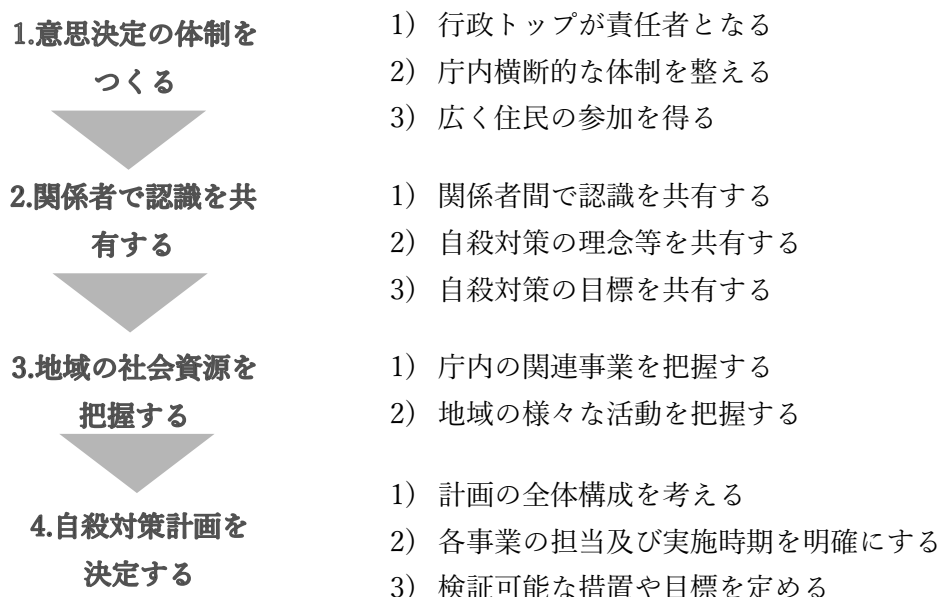
評価指標としては、「人材育成」としては、量的目標例に「70%以上の管理職及び一般職が受講、質的目標例として「70%以上のアンケート回答者が参加してよかった」「自殺対策の理解が深まった」と評価することなどを例示している。

また、評価指標の立てづらい項目については、実施の有無、実施内容を記録し評価の材料とする等、PDCAに基づき取り組むことの重要性を強調している。

3) 自殺対策計画策定におけるプロセスの重視

手引きでは、自殺対策計画の策定においては、策定プロセスの重視を打ち出している。

図表 29 自殺対策計画策定の流れ



出典: 市町村自殺対策計画策定の手引き(2017.厚生労働省)を基に作表

自殺対策においても,障害福祉計画・障害児福祉計画と同様,庁内横断的な取組と関係者間の認識共有が必要だとしている。

6. 介護保険分野における評価指標

介護保険分野における保険者機能評価については前述のとおりである。ほかにも,介護保険においては,様々な評価指標の設定が試みられている。

中でも一般介護予防事業の評価指標においては,保険者である市町村が個々の事業の成果に加えて,事業全体を評価する視点から,取り組み過程の評価指標を示している(「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」/厚生労働省)。

地域共生社会の評価とも関連することから,項目の詳細をまとめた。

1) 一般介護予防事業の評価指標

一般介護予防事業は,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の5つの事業で構成されている。

従来,一般介護予防事業評価事業は評価指標の選定が市町村に委ねられており,実施状況の適切な評価が困難とされ実施率等の把握等は行なわれていなかった。

地域共生社会実現に向けた取組が進められる中,地域づくり等の取組は介護予防の取組と重なる部分が多いと考えられる。

介護予防に関する評価指標(案)については,大きくは成果を評価する指標と,取組過程を評価する指標に分けて提案されている。

2) 一般介護予防に関する評価指標案

介護予防の成果については、下記の指標が提案されている。

介護予防においては、要支援者における改善率・悪化率が評価の柱の一つとして重要と考えられている。しかし、要支援者の認定率が各保険者の総合事業の実施状況等の影響を大きく受けることや、介護費用の抑制については費用対効果という視点が重要である一方、その評価手法が確立されていないことから、評価項目をしないとして、引き続き検討するとしている。

図表 30 成果を評価する指標

評価対象	評価項目	評価の視点	具体的な指標案
高齢者全体	健康寿命の実現状況(都道府県・市町村)	・介護予防を含む介護保険事業全体を運営する上での目標である健康寿命の延伸の実現状況を評価 (毎年の評価と中期的な変化の評価も望ましい)	・要介護2以上の年齢調整後認定率,変化率 ※客観的評価のため健康寿命の補完的指標も参考 ※要介護度の分布や新規で要介護認定を受けた要因の確認も併せて必要
	住民の幸福感的向上(市町村)	・住民の生きがいのある自分らしい人生を送るという介護予防の目的の達成状況を評価する観点から,住民の幸福感を評価	・住民の幸福感的変化率 ※ニーズ調査に項目あり.具体的な評価方法については要精査
一般介護予防事業「利用者」+「未利用者」	通いの場をはじめとする社会参加の拡大(都道府県・市町村)	・経年比較が可能な方法により通いの場の参加率を測定。 ・参加頻度も評価する観点から,延べ数についても評価 ・従来の通いの場に限らず,就労率も含めた多様な社会参加状況についても評価	・通いの場(全体・週1回以上)の参加率(実数・延べ数),その変化率,週1回以上開催の通いの場の有無 ・社会参加(就労・ボランティア,通いの場等)の状況 ※ニーズ調査の調査項目の見直しを実施
一般介護予防事業「利用者」	通いの場に参加する高齢者の状態の変化	<中長期的な課題> ・通いの場の効果等を評価する観点から,今後,通いの	

場に参加する高齢者の状態 (I-ADL 等)の維持・改善状況を評価することを検討.

※高齢者の状態を把握・分析する手法(基本チェックリスト,後期高齢者の質問票,日常生活動作(ADL)の指標等

※分析に当たっては比較対象群(非参加者との比較が必要)(一部,抜粋)

図表 31 取組過程を評価する指標

評価項目	評価の視点	具体的な指標案
行政内部での連携	・介護予防の取組の効果的な推進の観点から,福祉や健康増進,市民協働,教育,産業振興,都市計画などの様々な分野の担当部局との連携が重要であるため,その連携体制と連携した取り組みの実施状況を評価	・行政内の他部門と連携した介護予防の取組を進める体制の整備状況(会議等) ・行政内の他部門と連携した取組の実施状況(イベント等の実施等) ・他部門が行う通いの場や,その参加状況の把握
地域の多様な主体との連携	・介護予防の取組の効果的な推進の観点から,自治会や医療・介護等関係機関,NPO 法人,さらに民間企業,大学等も含めた多様な主体との連携が重要であるため,その連携状況を評価	・多様な主体と連携して介護予防の取組を進める体制の整備状況(会議・イベントの実施等) ・多様な主体が行う通いの場や,その参加状況の把握
保健事業との一体的な実施	・介護予防の取組の効果的な推進の観点から,医療保険制度における保健事業との一体的な実施が重要であることから,その実施状況を評価	・介護予防と保健事業の一体的な実施の実施状況
関係団体との連携による専門職の関与	・介護予防の取組の効果的な推進の観点から,多様な専門職(運動・口腔・栄養分野等)の関与が重要であるため,各分野の関係団体との連携を評価	・関連団体との連携状況(会議の実施等) ・専門職の介護予防への関与状況
通いの場への参加促進(ポイント等)	・高齢者の通いの場への参加を促す観点から,参加促進に向けた取組(ポイント等)の評価 ※ポイント制度の適切な運用に向けた検討を合わせて実施	・参加促進に向けたポイント等の取組の実施状況

参加促進のためのアウトリーチの実施	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場に参加していない者の参加を促すことの重要性に鑑み,参加促進のためのアウトリーチ対象者把握の取組とアウトリーチの取組を評価 ※各種データの活用も含めた対象者把握の在り方については,引き続き検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者把握の取組の実施状況 ・参加促進に向けたアウトリーチの取組実施状況
担い手としての参加促進	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場への担い手としての参加等,役割のある形での取組が重要であるため,担い手としての参加を促進するための取組を評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場等の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
介護予防の企画・研修等を行う体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ・PDCA サイクルに沿った取組を推進するためには,企画・検証等を行う体制が重要であるため,その体制整備や検証等の実施状況の評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防の企画や検証等を行う協議体の設置状況 ・協議会における検証や改善の実施状況
データの活用に係る取組の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・人口や認定率,通いの場の設置状況,介護レセ等のデータを分析した上で,それに基づく対策を実施することが重要であることから,それらの取組状況の評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・分析等の実施状況の評価
通いの場に参加する高齢者の状態の把握の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場の成果を評価するに当たって,高齢者の状況を把握することが望ましいが,現時点ではデータ収集等の体制が整っていないので,その取組を評価 ※中期的な課題として,通いの場に参加する高齢者の状態に係る評価の実施を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場に参加する高齢者の状態の把握

3) 一般介護予防に関する評価指標(案)と包括的支援体制上の評価指標

一般介護予防に関する評価指標(案)においては,成果指標と取組過程を評価する指標の案が提示されている.中でも,取組過程を評価する指標「行政内部での連携」「地域の多様な主体との連携」「通いの場への参加促進」「担い手としての参加促進」等の項目は,包括的支援体制構築における評価指標としても活用しうる指標ではあるが,「高齢者」を対象に検討されたものであり,限定的とならざるを得ない.

また,同報告書では,都道府県への指標として「好事例の発信」「市町村による情報交換の場の設定」「一体的な実施に向けた環境整備」「専門職の人的支援等に関する関係団体と連携した取組」なども別途,示している.都道府県の評価指標は,保険者である市町村が,評価指標を実現するために必要な状況を都道府県が具体的に支援できるよう示されて

いる。これは、事業を実施する市町村だけでは実現できないことや、市町村がより効果的に事業を実施し、成果につなげられるようにするには、より広域な立場からの都道府県の役割が重要であることを示唆している。

包括的支援体制の構築は、高齢者のみならず、すべての世代、すべての課題を包括的に支援する事業であることの性質上、市町村における評価指標に加えて、都道府県における評価指標も重要であると考えられる。

参考資料

1. SDGs 推進本部
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/sdgs/>(2019年12月20日アクセス)
2. 外務省
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/about/index.html>(2020年1月12日アクセス)
3. 総務省
https://www.soumu.go.jp/toukei_toukatsu/index/kokusai/02toukatsu01_04000212.html(2020年1月12日アクセス)
4. 内閣府 経済財政運営と改革の基本方針 2019
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/2019_basicpolicies_ja.pdf
5. 出典: 内閣府 経済・財政一体改革推進委員会
新経済・財政再生計画改革工程表 2019 参考資料 (一部抜粋)
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report_020108_3.pdf
6. 厚生労働省, 社会保障審議会障害者部会 第98回(2020.1.17)資料 1-3
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000195428_00016.html
7. 厚生労働省, 市町村自殺対策計画策定の手引き(2020年1月12日アクセス)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000186730.pdf>
8. 厚生労働省, 一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会とりまとめ(2020年1月12日アクセス) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08408.html

第4章 評価指標の検討と市町村グループインタビュー

1. 背景

平成27年9月に、厚生労働省は「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン(新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討報告会プロジェクトチーム)」において、現在、市区町村が直面している福祉分野の課題と、今後、目指すべき方向性として地域共生社会の実現の必要性を打ち出した。

高齢化や核家族化等に伴う地域社会のつながりの希薄化、家族内・地域内の支援力の低下、医療を受けながら地域で暮らす患者等の増加に伴う福祉サービスニーズの拡大等、社会の変化等により複雑化多様化する課題を解決するには、地域全体で支える力を再構築する必要があるとし、誰もが支え、支えられる社会の実現を目標に掲げ、将来的な支援ニーズの変動に対応可能であり、地域の状況に照らして適切な福祉サービスの提供体制の構築に向け、多様なサービス提供体制を確立していくことが必要であるとした。

その実現には、分野を問わない包括的な相談支援の実施、地域の実情に見合った総合的なサービス提供体制の確立の必要性を示し、平成28年度予算として、多機関協働による包括的支援体制構築事業を初めて予算化した。

翌28年6月には、「ニッポン一億総活躍プラン(閣議決定)」に地域共生社会の実現が盛り込まれ、12月には地域力強化検討会による中間とりまとめが発表された。平成29年2月には、「社会福祉法改正案(地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法の一部を改正する法律案)」が国会に提出され、同年5月には社会福祉法改正案が可決・成立、翌6月には改正社会福祉法が公布された。

市町村における包括的支援体制の構築は、社会福祉法第106条の3第1項各号で規定する「包括的な支援体制の整備に係る事業に関する事項」で、地域福祉計画に盛り込むべき事項として新たに追加された。(法第106条の3第1項各号に掲げる事業を実施する市町村のみ該当)。同時に、地域福祉計画の策定は、従来、市町村の「任意」であったものが、改正社会福祉法によって「努力義務」となった。

さらに、地域福祉計画は「地域における高齢者の福祉、障がい者の福祉、児童の福祉その他の福祉の各分野における共通的な事項」を記載する、いわゆる「上位計画」として位置付けられた。

我が国の地方自治体の大部分は、まちづくりの基本的な理念や目標、方針などを定める基本構想、基本構想にもとづく具体的な施策を示す基本計画、基本計画にもとづく具体的な事業を示す実施計画などからなる「総合計画」を策定し、これにもとづいて行政運営を行ってきた。地方分権改革の取り組みの中で、国から地方への「義務付け・枠付けの見直し」の一環として、地方自治法の一部を改正する法律(平成23年法律第35号)において、基本構想の策定を義務付けていた規定が廃止されたものの、今なお、多くの市町村では総合計画、もしくは相当する計画が策定され、行財政運営がなされている。

そのため、市町村によっては、自治体の基本構想に基づく最上位市町村の総合計画の下に地域福祉計画を位置づけ、高齢者や障がい者、児童福祉の計画との整合性を持たせた市町村もある。

2. 市町村地域福祉計画の策定状況と他の計画との関連

地域福祉計画を策定している市町村は、1741 市町村中、1316 市町村で 75.6%で、法改正に合わせて改定済の市町村は 996 市町村が 57.2%、改定予定の 320 市町村が 18.4%となっている(図表 32)。

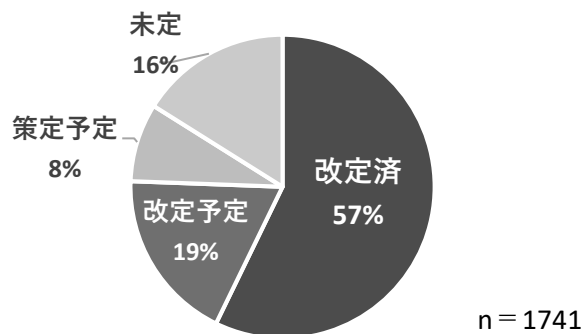
地域共生社会の実現における地域福祉の推進においては、「福祉の領域に留まらず、商業・サービス業、工業、農林水産業、防犯・防災、まちおこし、交通・都市計画等も含め、人・分野・世代を超えて、地域経済・社会全体の中で、「人」「モノ」「お金」そして、「思い」が循環し、相互に支える、支えられるという関係ができることが不可欠」とされている。(各都道府県知事、指定都市長、中核市長宛通知「地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進について」厚生労働省子ども家庭局長、社会・援護局長、老健局長/平成 29 年 12 月 12 日)

市町村において福祉領域の事業はもとより、多分野・多領域との連動・整合性を確保する上では、市町村における行財政の方針や、各分野の事業やそのための計画等と連動していることが重要となる。

中でも、市町村における最上位である総合計画に位置づけることが重要である。地域福祉計画策定済の市町村のうち、市町村総合計画と何らかの連動があるのは 81.1%と最も多かった。地域福祉計画の「未改定・改定予定含む」市町村が約 2 割含まれることを勘案すると、今後も、市町村総合計画と整合性が図られ、市町村全体として地域共生社会の推進が図られていく可能性があると考えられるが、市町村の総合計画に位置付けられ地域共生社会の実現を図る必要性について、周知していく必要がある。

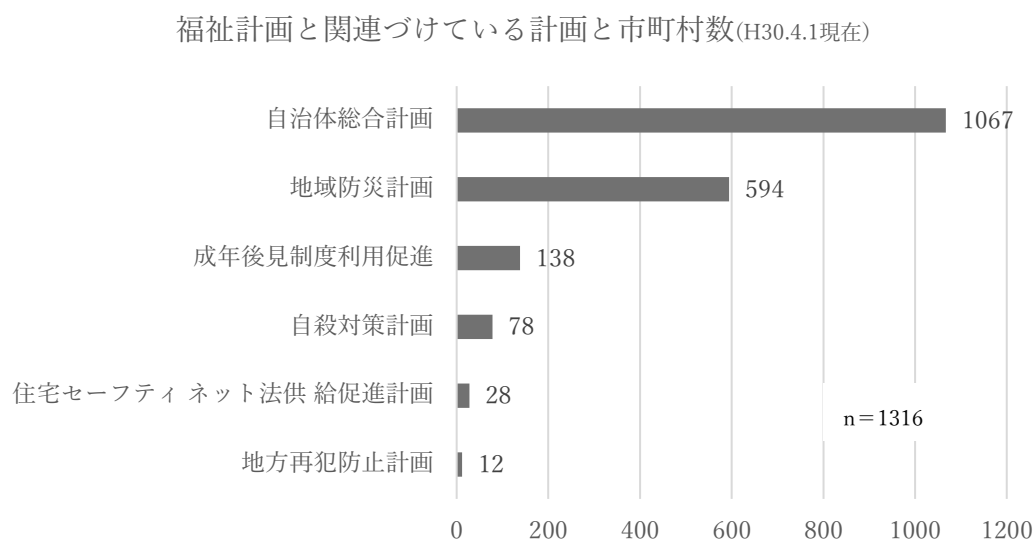
一方、防災計画と関連づけられている市町村は 594 市町村で 45.1%、成年後見制度との関連が 138 市町村 10.3%と、大きく下回っている。地域共生社会の実現を支える環境として関係が深い分野の計画であり、今後の整備が求められる(図表 33)。

図表 32 市町村地域福祉計画策定・改定状況(H30.4.1現在)



出典:厚生労働省 市町村地域福祉計画策定状況等の調査結果概要
(平成 30 年 4 月 1 日時点) を元に作図

図表 33 福祉計画と関連づけている計画と市町村数

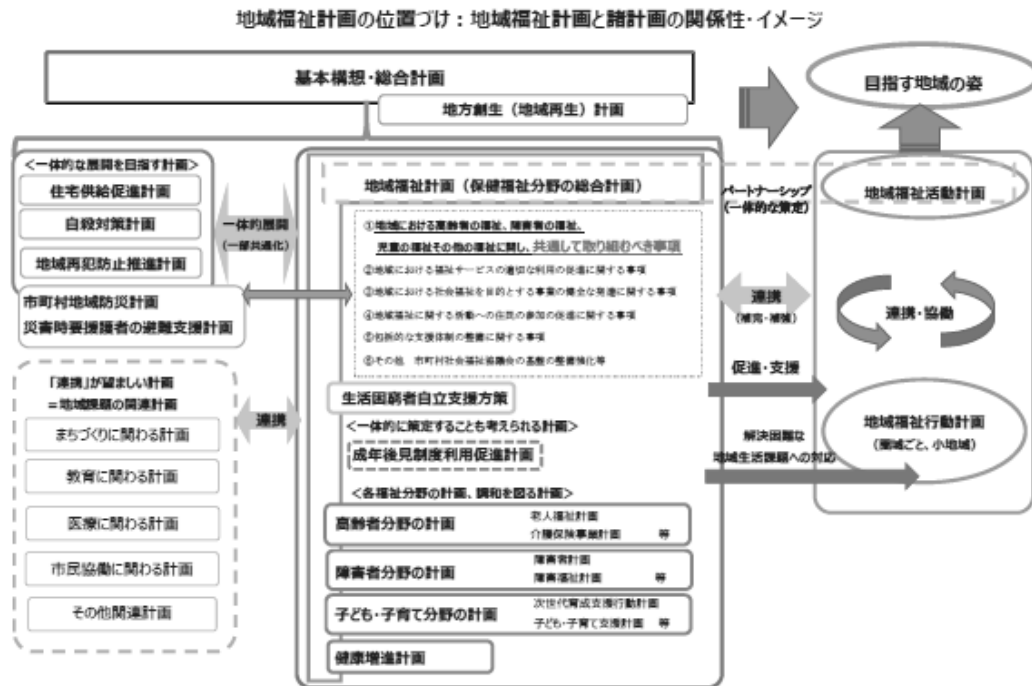


出典:厚生労働省 市町村地域福祉計画策定状況等の調査結果概要
(平成 30 年 4 月 1 日時点) を示した作図

他の計画との関連が十分ではない実態は、社会福祉法の改正に伴い、地域福祉計画の位置づけが改めて示されてから日が浅いことも関連していると考えられる。地域福祉計画は、これまでの「福祉領域」よりも、より大きな概念で捉える必要があることを考えると、今後は、市町村における様々な領域の計画や事業の実施・評価において、「地域共生社会」の実現が位置付けられ、評価されることが必要である。

一方、地域共生社会の実現は、分野横断的な取組によって実現するものであることを鑑みると、各市町村の実情に合わせて、市町村総合計画や他分野の計画に「地域共生社会の実現に向けた取組と目標」が関連づけて示され、評価指標がすでに各分野に設定されている可能性や、もしくは他分野の計画で評価しうるものは、他分野の計画で評価し、地域共生社会の包括的支援体制構築の評価は、各計画の進捗、もしくは実現を俯瞰する評価である可能性も検討する必要がある(図表 34)。

図表 34 地域福祉計画の位置づけ・地域福祉計画と関係性・イメージ



出典 厚生労働省 平成 30 年度 「地域での計画的な包括支援体制づくりに関する調査研究事業」 報告書
『地域共生社会の実現に向けた地域福祉計画の策定・改定ガイドブック』

3. 評価指標を検討する上での前提・考え方

前述の実態を前提に、本研究事業では、グループインタビューを実施するにあたり、事前に評価指標についての考え方を整理した。

1) 包括的支援体制構築に向けたプロセス評価指標の必要性

地域共生社会の構築に向けた包括的な支援体制の構築には、本人や世帯の属性に関わらず受け止める相談支援と、本人・家族が地域社会から孤立することなく、多世代との交流や多様な活躍の機会と役割を持てるような地域づくり、そして本人・家族が社会とのつながりを回復し参加できるような支援の体制づくりが求められている。

包括的な支援体制は、各地域がそれぞれの地域の特性に応じて自主性や主体性に基づき、創意工夫し深化させていくべきものである。

特に現段階では、包括的な支援体制も、地域の実情や特性、社会的・人的資源が多様な中、手探りで進めている段階であり、一定の段階まで普及・進化するまでは、全国一律の体制や配置した人員数を持って評価指標とするのは妥当ではなく、そうした量的なアウトカム評価指標は、今後も研究を進めることが必要であると考えます。

一方で、すでにモデル事業として取組み、成果につなげつつある市町村の取組みを分

析し、その取組みのプロセスにおいて共通する要素を抽出し、包括的な支援体制構築において必要と考えられる指標を探ることは、今後、包括的な支援体制構築に取り組む市町村に、大いに参考になるものとする。

中でも、地域共生社会推進の責務を持つ自治体においては、それが地域全体に関係する大きな取組みであることから、何から始めればよいのか、戸惑いがある。包括的な支援体制は、自治体だけで構築するものではないか、少なくとも、自治体が何から始めていることが必要なのかの道しるべとして、プロセス指標があることは意義がある。

2) 各分野の具体の目標や指標は、関連する計画や事業の中で評価する

プロセス評価を検討する上で、前提となる条件や考え方を次のように整理した。

- ① 評価（指標）には、「良い評価」と「悪い評価」がある
 - ・ 良い評価は実践の場において実践者に支持され、やるべきことがわかり、質の向上をもたらす評価である。
 - ・ 悪い評価は、現場の負担・無駄な仕事が増え、実態や必要な対策が見えず、むしろ混乱やサービスの質の低下をもたらす
- ② 多すぎる指標は、混乱を招く。
 - ・ 包括的支援事業の成果は、本来的には各分野にまたがるものであり、量的指標として関連しうる指標は膨大な量になることも想定される。
 - ・ しかし、現段階では、いたずらに膨大な指標を羅列することは混乱につながる。
 - ・ 今後の丁寧な研究によって精練した上で、エビデンスに基づき、妥当な量的指標が明示されることが望ましい。

したがって、ここでは下記の「良い指標の6つの評価基準」を念頭に、モデル事業実施自治体の取組みをインタビューすることとした。

4. グループインタビューの方法

A. ヒアリングシート等による情報収集

ヒアリングの実施前にフェイスシートの作成を依頼した(参考資料参照)。

フェイスシートでは、包括的支援事業において、断らない相談支援実施の有無、参加支援実施の有無、支え合う関係性の育成の有無、包括的支援体制の構築に向けた関係する部門・部署、自治体における多機関連携・協働の実態、断らない相談支援体制に向けた窓口の設置や人材配置・育成について、地域の担い手の発掘、育成、地域や関係機関・団体への自治体からの支援の有無、社会福祉法106条の3、第1項第2号に基づく相談、「場」の整備等について可能な範囲で記載して事前に提出を願った。

また、自治体の基礎情報については、令和元年度地域共生社会の実現に向けた広報・啓発等事業における実施自治体向け研修会の事前提出資料を提出願ひ、情報を収集し

た。

ヒアリングに向けては、適切な情報収集を行うため、検討委員は当該自治体の長期計画や地域福祉計画にも事前に目を通し内容を理解して質問することで、協力者の負担の緩和に努めた(市町村の基礎情報として人口・高齢化率・組織体制・自治体の最上位計画への共生社会の位置づけ、他の計画における地域共生社会の位置づけの有無、地域の特徴等を把握した)。

B. グループインタビューの方法と質問項目

5市町へのヒアリングはフェイスシートを元に、最初、1市町ごとに10分程度、実際に取組みについて発表願った。その後、フェイスシートを元に、自治体担当者が自由に意見を述べられるよう十分に、配慮しながら、グループディスカッションの形式で意見を交換した。

ヒアリングの内容は対象自治体の許可を得て、ICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

作成した逐語録を元に作成した資料は、グループインタビュー協力自治体の参加者に確認願い、内容の正確性を担保した。

5. グループインタビュー協力市町村の状況

1) グループインタビュー協力市町村

グループインタビューは、平成30年度に包括的支援事業をモデル事業として実施した下記5市町村に行った。

	市町村名	総人口	実施事業(平成30年度)	インタビュー協力部署
1	千葉県 松戸市	49万6千人	・多機関の協働による包括的支援体制事業	福祉長寿部高齢者支援課
2	愛知県 豊田市	42万6千人	・地域力強化推進事業 ・多機関の協働による包括的支援体制事業	福祉部福祉総合相談課
3	岐阜県 関市	8万9千人	・多機関の協働による包括的支援体制事業	健康福祉部福祉政策課

4	岡山県 岡山市	70万9千人	・多機関の協働による包括 的支援体制事業	保健福祉局保健 福祉企画総務課
5	鹿児島県 鹿屋市	10万3千人	・地域力強化推進事業	保健福祉部福祉 政策課

2) グループインタビュー協力市町村の取組

(1) 松戸市

グループインタビュー自治体の概要【松戸市】

	人口・世帯数	高齢化率	生活保護受給率	地縁組織加入率	実施事業
松戸市	45.9 千人 236,1 25 世帯	25.10%	1.83%	約 70%	多機関の協働による包括的支援体制構築事業
地域包括支援センター	直営 1 箇所、委託 15 箇所		学校	公立小学校 45 校	公立中学校 20 校
市内の主たる担当部署	高齢者支援課		【関係部署との連携の概要】 ・福祉相談機関連絡会(下欄参照)において、市内連携においても、顔の見える関係を構築している。		
関連する部署	障がい福祉課、子ども家庭相談課、介護保険課、市民自治課 ※ 必要時、地域医療課も連携				
地域の特徴	<p>・千葉県北西部に位置し、都心から 20 キロ圏内・電車で 30 分程度、6 本の鉄道等、アクセスの良さから、首都圏の住宅都市として発展を続けている。</p> <p>・農産品としては、ネギ・梨などの特産品もあり、また、歴史ある建造物等を活用するなど、文化財を活かした事業も行われている。</p>				
総合福祉計画	策定済	他計画における地域共生社会に関する記載の有無	<p>・市の最上位計画である基本計画に「人と人が支え合う地域社会のあるまち」を目指すことを明記。</p> <p>・高齢者福祉介護保険事業計画、障がい者福祉計画・障がい児福祉計画にも、地域共生社会の実現を明記。</p>		

包括的な支援	断らない相談支援	福祉まるごと相談	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口市内 4 箇所(高齢者支援課・地域の 3 つの環境区)・9 時～16 時半開設。担当は高齢者支援課 2 名、地域は環境区ごとに 1 名ずつ地域包括支援センター内、精神保健福祉士等を非常勤で配置。 ・分野横断的な相談体制を整備し、内容に応じて庁内他課に同行して案内するなど、たらい回しの防止と相談の中断防止を図っている。
	参加支援	元気応援くらぶ	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の介護予防や地域内での支え合い体制の確立を図るため、住民主体の通いの場の推進として実施。
	地域やコミュニティにおける支え合い	高齢者支援連絡会の開催	
包括的支援事業の概要	<p>■ 地域力強化推進事業(平成 30 年度)</p> <p>地域力強化事業として日常生活圏域で「地域づくりフォーラム」を開催。自分たちの住む地域の課題を、自分たちで解決する意識の醸成をねらいとし、地域の課題・資源・個々人の持つ力を持ち寄り、「地域ケア会議に結集する仕組みづくりの機運づくりとした。これを受け、31 年度は生活支援コーディネーターを配置し、多様な主体への働きかけや関係者のネットワーク化し、地域ケア推進会議につないだ。</p> <p>■ 地域共生社会推進事業(令和元年度)</p> <p>市内 3 環境区の地域包括支援センターに精神保健福祉士等の相談員を配置。障害児・家族等からの相談にも対応できる体制の整備。</p>		
協働の進捗状況 多機関連携	<p>■ 定期的な福祉相談機関連絡会の開催(3 か月に 1 回)</p> <p>参加者:こども、障害、保健、生活保護、地域福祉の担当課、学校、医療機関関係者等</p> <p>内容:関係機関の役割・守備範囲を確認しながら、実際の事例相談等を積み重ね、連携の強化。</p> <p>■ 15 圏域での地域ケア推進会議の開催</p>		

(2) 豊田市

グループインタビュー自治体の概要【豊田市】

	人口・世帯数	高齢化率	生活保護受給率	地縁組織加入率	実施事業
豊田市	42.6 千人 236,125 世帯	22.80%	5.52%	80.90%	多機関の協働による包括的支援体制構築事業
地域包括支援センター	委託 27 箇所		学校	公立小学校 77 校	公立中学校 28 校
庁内の主たる担当部署	福祉部福祉総合相談課		【庁内関係部署との連携の概要】 ・福祉部関係各課とは、個別支援における対応から地域福祉計画等各種計画での施策調整まで全般にわたり連携を実施。 ・地域支援課・支所とは今後の全市展開に向けた方向性の議論。（企画課も総合計画の重要施策から関与あり） ・その他、子どもや保健関係の部署とは個別支援での連携により支援を実施。		
関連する部署	福祉部関係各課、企画課、地域支援課・支所、地域保健課、家庭児童相談室、保健所（精神保健福祉）				
地域の特徴	・愛知県のほぼ中央に位置し、平成 17 年の合併により、県全体の 17.8%を占める面積となった。都市部と山村部を備える広域な自治体。全国有数の車の出荷額を誇る「クルマのまち」であり、自動車産業と関連産業が盛んである一方、森林や田園風景も広がる緑豊かなまち。・20～40 代の男性の占める割合が比較的多く、全国からの転入者も多い。				
総合福祉計画	・策定済	他計画における地域共生社会に関する記載の有無	・市の重要政策に、地域共生社会の実現を位置づけ。 ・高齢者福祉介護保険事業計画、成年後見制度利用促進計画、在宅医療・福祉連携推進計画に共生社会の実現が位置付けられている。		
包括的な支援	断らない相談支援	・市の機構改革を行い、支援の横ぐし・コーディネートを担う「福祉総合相談」を新設。①「どこに相談してよいか分からない内容の相談（丸ごと相談）、②専門機関単独では解決が難しい家庭全体の課題に対し、必要なコーディネートを実施。 ・身近な地域で気軽に相談できるように、コミュニティセンター内に「健康と福祉の相談窓口」を開設し、市福祉総合相談課職員・社会福祉協議会コミュニティソーシャルワーカー、市地域保健課保健師を配置。			

	参加支援	・学習支援やこども食堂など、地域の子どもの見守りや居場所づくり。
	地域やコミュニティにおける支え合い	・生活支援コーディネーターや地域自立支援協議会の取り組みと連携し、地域課題への対応を図る。
包括的支援事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援体制整備事業の協議体や、研修会を通じて活動を行いたいとの声を上げた市民を対象に支援。 ・市内数か所で、地域住民が主体となり、重点テーマである「子どもの貧困」について、現状の周知や問題提起、住民が支援したいという声の拾い上げを行う研修をワークショップ形式で開催することへの支援の実施（研修の対象者は、地域住民、子どもに関する支援者・団体）。 ・自主活動の立ち上げ支援や、地域の関係者への協力を促す。 	
協働の進捗状況 多機関連携	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉協議会の職員を社協型・相談支援包括化推進員として、市福祉総合相談課職員（行政型・相談支援包括化推進員）と共に、身近な行政拠点である支所に配置。市内 28 か所の地域包括支援センターや市内 12 か所の障がい者相談支援事業所と定期的な連絡会を開催。ネットワーク構築を進めるとともに、個別支援世帯の課題のアセスメントや、必要な支援機関とのコーディネートを実施。 	

(3) 関市

グループインタビュー自治体の概要【関市】

	人口・世帯数	高齢化率	生活保護受給率	地縁組織加入率	実施事業
関市	88,380人 35,587世帯	29.40%	2.54%	69.40%	<ul style="list-style-type: none"> ・多機関の協働による包括的支援体制構築事業 ・地域力強化推進事業
地域包括支援センター	委託 6 箇所		学校	公立小学校 19 校	公立中学校 9 校

<p>庁内の主たる 担当部署</p>	<p>保健福祉部福祉政 策課 福祉総合相談室</p>	<p>【庁内関係部署との連携の概要】 ・庁内連携を深めることで、総合的な対策を行うことを目指している。</p>	
<p>関連する部署</p>	<p>・高齢福祉、障害福祉、児童福祉、生活保護、介護保険、母子保健、国保年金、企画、市民協働、商工、危機管理、学校教育、生涯学習、水道、税務、管財等、庁内多部門が連携</p>	<p>・ワンストップでの支援が必要であるという認識のもと、次年度からは既存の窓口や機能はそのままに、各相談機関・機能が包括的・重層的に関われるように見通し良くワンフロア化し、「顔の見える関係」の中で、ネットワークを構築することを進めている(他課に相談に来ている人の顔をみえるようにすることで、調整や支援をスムーズに行えることを目指す)</p>	
<p>地域の特徴</p>	<p>・県中央部に位置し、岐阜市に隣接、名古屋市からも約 40 km の距離にある。刀鍛冶が多く住んでいたことから、現在も刃物の生産量日本一を誇る。市内を流れる清流、長良川での小瀬鵜飼いは千年の歴史を持つ。可住地面積や人口構成は、市街地と山間部では大きく異なり、必要とされる支援にも地域差がある。平成 30 年 7 月の西日本豪雨では、山間部を中心に 400 を超える住家が浸水被害にあった。</p>		
<p>総合福祉計画</p>	<p>・現在、第 4 期を策定中(インタビュー時)</p>	<p>他計画における地域共生社会に関する記載の有無</p>	<p>・市町村総合計画に明記あり ・策定中(インタビュー時)の各種計画 成年後見人制度利用促進計画、自殺対策計画、生活困窮者自立支援計画、子ども貧困対策推進計画、地域防災計画、母子保健計画、子ども子育て支援事業計画、包括的・重層的支援体制整備事業計画(地域福祉計画と同様)</p>
<p>包括的な支援</p>	<p>断らない相談支援</p>	<p>・地域においては、委託先の地域包括を拠点として、断らない相談支援と地域づくりを展開。地域包括には、全世代対応での支援を依頼予定。 ・次年度からは、地域包括 6 箇所と、社会福祉協議会 = 生活困窮者自立相談機関(委託 1 箇所)、市健康福祉部にて実施(24 時間対応を予定)。</p>	
	<p>参加支援</p>	<p>・市、相談支援関係機関、社会福祉協議会の職員を対象に、地域共生、権利擁護、ひきこもり支援等の研修会を開催し人材を育成。コミュニティソーシャルワーカー(CSW)が、地域の組織と協力し、個別ケースの課題解決を図ると共に、解決できない場合は相談支援ネットワークにつなげられるように CSW を育成する。 ・専門職(保健師)を中心に地域づくりを展開。 ・地域と協力し、身近に相談できる体制の整備。</p>	

	地域やコミュニティにおける支え合い	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括が中心となり、地域のインフォーマルサービスの支援を展開。 ・自治会や子ども会などの地域組織を一元化し、地域委員会を組織。活動しやすい体制づくりを図った。 ・社会福祉協議会にて、見守りと就労支援を兼ねた「ほっと安心サービス」を実施。
包括的支援事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・多機関の協働による包括的支援体制構築事業 世帯全体の複合化・複雑化した課題や相談ケース等、各課単独では対応できなくなっている現状から、多機関の連携強化、コーディネート機能の発揮に向け、福祉総合相談室を設置した。福祉総合相談室は、包括的・総合的な支援体制構築に向けた研修、会議も人材育成として担当する 	
協働の進捗状況 多機関連携	<ul style="list-style-type: none"> ・包括化推進会議の開催(延べ 160 回/年間 開催) 事例を通して困りごとを共有し、組織化・包括化することが必要であることから、司法・医療・福祉専門家と共に会議を開催。各会議でテーマを設定し、役割分担や報告の義務化等、細部を詰めている。 ・関係機関との研修会の企画・開催 福祉総合相談室が中心となり企画し、健康福祉部内の各課、教育委員会、社会福祉協議会が協働し研修会を開催、法律制度論や地域共生社会の概念、成年後見制度等についての共通理解を深めている。次年度は、テーマ・日程等を提案し、企画・予算・運営を協働することで、研修の包括化を計画中。 	

(4)岡山市

グループインタビュー自治体の概要【岡山市】

	人口・世帯数	高齢化率	生活保護受給率	地縁組織加入率	実施事業
岡山市	70.8 千人 329,956 世帯	26.01%	1.90%	80.40%	多機関の協働による包括的支援体制構築事業
地域包括支援センター	委託 16 箇所		学校	公立小学校 91 校	公立中学校 36 校
庁内の主たる担当部署	保健福祉企画総務課		【庁内関係部署との連携の概要】 ・庁内、各相談センター及び社会福祉協議会からなる地域共生ワーキング・グループを設置。「総合相談」「教育・福祉」「多様な主体の地域づくり」「新たな地域づくり」に分かれ、複合的な課題を持つ人々に漏れのない支援が届くよう、情報の共有と体制づくりを目指している。 ・複合課題や制度の狭間の課題に対応するため、部長級や各機関のセンター長を複合課題解決アドバイザーに任命。複合課題を抱える個		
関連する部署	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢福祉、障害福祉、児童福祉、生活保護、国保、総合政策、医療政策、健康づくり、市民協働、危機管理、教育委員会、生涯学習等、庁内多部門が連携 				

		人・世帯の支援方針を決定する複合課題ケース検討会に出席し、アドバイスすることで多機関協働による支援に繋げている。
地域の特徴	<p>・交通の要衝で温暖な気候の政令指定都市。2019年にはG20保健大臣会合を開催する等、保健分野を主導する都市として世界的に高い評価を得ている。遺跡や日本3大庭園等の観光資源にも恵まれ、白桃やマスカット等、名産品も多い。人口当たりの医師数は国内有数で、高度医療先進都市でもあり、医療や介護が必要になっても、誰もが住み慣れた地域で健康に、孤立することなく暮らせるまちづくりを目指し、進めている。</p>	
総合福祉計画	・策定済	<p>他計画における地域共生社会に関する記載の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉介護保険事業計画 ・障がい者福祉計画・障がい児福祉計画 ・自殺対策計画 ・公民館基本方針、子ども子育て支援プラン
包括的な支援	断らない相談支援	<p>・ダブルケアや地域から孤立しているひとり家庭、高齢両親と引きこもりの息子世帯等、複合的な課題を抱える人々への支援として、ワンストップの相談体制ではなく、どの機関に相談があっても、多機関の協働を促す仕組みを取り入れることで、市全体で受け止める相談体制を構築する相談体制を構築。</p> <p>・具体的には、つなぐシート（複合課題チェックシート）を活用し世帯全体の課題の把握の義務化や、複合課題ケース検討会、複合課題解決アドバイザー会議等を開催し、多機関による連動した支援を実施。</p>
	参加支援	<p>・独自の参加支援としては、既存の制度では対応できないことで、現状から抜け出せない世帯などに「生活再建・自立支援ファンド」を活用した支援への取り組みを実施</p> <p>・宅地建物取引業協会やNPO法人に住まい確保に苦慮する個別ケースの相談をしながら、新たな不動産事業者の開拓を進め、住まいを提供する不動産事業者等が要配慮者の受け入れ可能となる住まいと福祉のルールを決める取り組みを実施している</p>
	地域やコミュニティにおける支え合い	<p>・地域支え合い推進会議（介護保険生活支援体制整備事業における協議体）を設置し、地域の支え合い活動の支援をしている。その中で地域住民による草取り、ごみ出し、見守りや認知症カフェなどが「場」として取り組まれている。</p>

包括的支援事業の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・相談機関同士の情報共有を円滑に行うために「つなぐシート」を作成し、市内の各相談機関や窓口へ配布し、世帯全体の課題を義務化した。 ・「相談機関一覧表」を作成し、つなぐシートと共に市内の各相談機関や窓口へ配布し、各相談機関職員が相談者の困りごとの適切なつなぎ先を判断しできるようにした。また、確実かつスムーズにつながるように、期間ごとに主担当と副担当定め、相談機関一覧に記載し、多機関からの相談を断らないことをルール化した。
多機関連携・協働の進捗状況	<ul style="list-style-type: none"> ・「複合課題解決アドバイザー」を選任し、各分野の関係者が一堂に会する協議の場を設けることで、現場の担当職員のみでは支援調整が非常に困難なケースへの助言・指導を受けることを可能とし、相談ルートを、システムチックに整備。職員向けの人材育成研修等も実施した。 ・保健福祉企画課と社会福祉協議会に委託している相談支援包括化推進員が1週間に1度、定期的な打ち合わせを行い、進捗・助言・指導を実施。 ・環境、福祉、まちづくり、ESDなどの活動団体が交流するプラットフォームをつくり、連携を促進している。

(5) 鹿屋市

グループインタビュー自治体の概要【鹿屋市】

	人口・世帯数	高齢化率	生活保護受給率	地縁組織加入率	実施事業
鹿屋市	103,048 人 45,730 世帯	28.94%	1.26%	71.45%	<ul style="list-style-type: none"> ・地域力強化推進事業 ・多機関の協働による包括的支援体制構築事業
地域包括支援センター	委託 1 箇所		学校	公立小学校 24 校	公立中学校 12 校
庁内の主たる担当部署	保健福祉部福祉政策課		【庁内関係部署との連携の概要】 <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援包括化推進会議（頻度 1 回/月）で、庁内関係加及び関係機関との連携あり ・同様の取組がある高齢部門、地域自治部門、教育部門との情報共有の場をつくり、事業進行管理について連携していくことを確認している。 		
関連する部署	高齢福祉課、子育て支援課、健康増進課、学校教育課、地域活力推進課				

地域の特徴		<ul style="list-style-type: none"> ・鹿児島県の東部、大隅半島のほぼ中央に位置し、第一次産業を基幹産業とする風光明媚な都市。 ・多くのオリンピック選手を輩出している鹿屋体育大学が立地する躍動感のある街。 	
総合福祉計画		<ul style="list-style-type: none"> ・策定済 	他計画における地域共生社会に関する記載の有無 有（市総合計画）
包括的な支援	断らない相談支援	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉協議会に相談支援包括化推進員を配置。 ・市内各相談企画(高齢・障害・子ども・生活困窮者自立支援)で対応が困難なものは、相談支援包括化推進会議（頻度 1 回/月）にて、複合化する世帯への支援を検討している。 	
	参加支援	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援包括化推進会議（頻度 1 回/月）にて、参加支援を検討している。 ・地域福祉コーディネーターが地域福祉協議会設立の支援を行うと共に、身近な生活課題の提起等を行い、住民主体の活動になるまで継続的に支援している。ひきこもりや介護予防、見守り、サロン等は地域で話し合い、参加への支援も地域単位で実施する体制を構築(例:地域イベント、ふれあい会食会、救急医療キット配付、地域福祉学習会等)。 	
	地域やコミュニティにおける支え合い	<ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉協議会(町内会単位)にて、地域の課題発見、解決する仕組みを作ろうとしている。町内会等に地域共生社会の趣旨を説明し、協議会設立を要請中。 	
包括的支援事業の概要		<ul style="list-style-type: none"> ・地域力強化推進事業 身近な圏域において、住民が主体的に地域課題を把握し・解決を図るため、町内会単位で「地域福祉協議会」を設立するよう働きかけ、現在、7 地域で設置された。 ・多機関の協働による包括的支援体制構築事業 複合化、複雑化した課題に的確に対応するため、各制度ごとの相談支援機関をコーディネートするために、相談支援包括化推進員を配置し、チームとして包括的・総合的な相談体制を構築。 	
多機関連携・協働の進捗状況		<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援包括化推進会議（頻度 1 回/月）で、庁内関係加及び関係機関との連携している。 ・同様の取組がある高齢部門、地域自治部門、教育部門との情報共有の場をつくり、事業進行管理について連携していくことを確認している。 	

6. グループインタビュー結果

地域共生社会構築を目指して包括的支援事業を推進する上で重要と考えることについての意見が出され、委員会にて項目を整理した。結果は、次のとおり。

① 庁内連携・協働が重要

- ・ 地域共生社会は、行政だけで実現できるものではなく、市民や地域の関係機関との連携・協働が重要とされていることから、最初から意識的に会議や連携の場が確保されやすい。しかし、実際にモデル事業を展開していく中では、庁外の関係機関との連携・協働だけでなく、実は庁内体制や庁内連携が重要であった。
- ・ 現在、庁内の各部署で「地域づくり」の必要性・取組が言われているが、お互いにその情報が共有され、整理されることが重要であった。
- ・ そのため、庁内の部署間で、気軽に課題意識を共有できることが必要。
- ・ 庁内外の連携を行う上では、担当部署を決めておくことで、連携や調整が図られた。
- ・ 一方で、「担当窓口を作れば良い」というのではなく、必要な部署と、必要な情報共有ができるなど、適切につながっていることが重要であった。
- ・ 個別事例の検討から入ると個別課題（医療・福祉）対応型の部局は連携しやすい。

【部門間での気軽な声かけが、地域共生社会の礎に】

A 市での、これまでの取組みは、比較的、保健福祉部門内での連携に留まりがちだった。モデル事業を開始してからは、例えば、まちづくりの部門から、「地域共生の担当部門で、この空き家の活用の希望はあるか」といったような声かけをしてもらえるようになった。今回は、すぐに、その空き家を活用することにはならなかったが、部門を越えて、日頃から「何かあったら、福祉部門にも声かけしてみよう」という組織内の文化ができつつあると感じている。こうした気軽な情報交換が、地域共生社会の実現には欠かせないと感じている。

② 組織決定できる職位・立場にある役職者の理解が不可欠

- ・ 課長級の理解に留まっていると、縦割りで動かざるを得ないことがある。
- ・ 必ずしも市町村長ではなくても、市町村長に報告・説明し、組織としての意思決定に関わる立場にある役職者（部長級）が、地域共生社会実現の重要性を認識し、組織としての取組みを指示できることが重要であった。
- ・ 実際に庁内体制の構築や連携の上では、課長職よりは、部長級がより全体を把握でき、組織としての意思決定につなげることができる。
- ・ また、議会等の質問にも対応するのは部長級である。また、組織内他部門、上層部の情報も得ていると同時に、部内の各部署の取組みの強み・弱みも把握しており、どこを強化することが必要か、全体を把握できることから、部長級と意識を共有

し、全体を俯瞰して指示をしてもらうことが必要。

③ 地域づくりに向けた取組であることの認識が必要

- ・ 防災や市民共同参画, 町内会・自治会, 環境等, 地域づくりに関連する部署は, 様々である.
- ・ 地域共生社会の実現は, 地域づくりの取組みが重要であるが, 同じように地域づくりに関連している部署は, まちづくり課や健康推進課, 障がい福祉課, 農林課等, 多様である. 一方で, 住民側は, 相互につながっていることが多く, また, 同じ人・グループに, 市町村の各部署から似たようなことが, 次々に降りてくることもある.
- ・ 役場の側が, 地域づくりに関連する部署とつながって, バラバラな取組みにならないような工夫が必要.

④ 求められる, より上位の概念や多部局の政策目標との整合性

- ・ 市町村の総合計画やSDGsなどの, より包括的なゴールがあると, 他部局や企業などを巻き込んで展開することができる. 他部局の政策目標との整合性があると, 連携・協働がスムーズになる(人の元気とまちの元気, 健康長寿のまちづくり, 持続可能なまちづくり, 災害に強いまちづくり 等)

⑤ 行政内及び地域の人材育成が必要

- ・ 庁内の支援する側の意識を変えるところから始めることが必要である.
- ・ そのためには, 庁内の人材育成が重要.
- ・ また, 地域の人材育成も必要である.

⑥ 特性に併せた実のある体制整備が必要

- ・ 部門を超えて俯瞰できるトップダウン提起(市長・部局長級)が必要
- ・ 必要な多部局&庁外機関・団体などと共有する場や協議体(組織), 話しやすさ(機能)が必要
- ・ 2つの対策(相談と地域づくり)を庁内多部局で議論できる体制が必要
- ・ 単に担当部署ができればよいのではなく, 連携できる, 動ける体制が必要
- ・ 個別支援から政策につなげられる体制整備が必要
- ・ 地域づくり協議会の構築や, 担当部局の設定や関連部署をワンフロアに集め相談対応の方が動く体制の工夫等, 体制整備が必要.
- ・ すでにある社会資源を活かした2つの対策(相談と地域づくり)が行われている.
- ・ 地域共生社会実現に向けた工程(ロードマップ)が示されている

- ・地域共生社会の実現に向けて、住民活動の場の提供を進めている

⑦ 各分野の施策の評価指標を横断的に見渡せる評価指標が必要

- ・国のレベルでは、国際的な開発目標である持続可能な開発目標(SDGs)や、政府による新経済・財政再生計画の主要分野ごとの重要課題と対応への KPI と政策目標が示されている。また、介護保険や特定健診・保健指導等、各分野においても、政策ごとに評価指標が示されている。
- ・都道府県や市町村においても、国の各種指標に呼応させ、分野ごとの政策目標や指標が示されている。それらの指標を示した各分野の計画は、地域共生社会の実現を目指す総合福祉計画の下位計画に位置付けられている。
- ・そのため、地域共生社会の実現に向けた包括的支援事業においては、各分野の指標を再掲するというよりは、SDGs や KPI も意識し、より上位の指標を設定することで、「福祉の問題」という視点から、自治体全体の課題という共通認識を得ることが必要と考えられる。
- ・自治体における各種計画(総合計画、介護保険事業計画、国保のデータヘルス計画、健康づくり計画、子育て支援計画等)において、各分野の事業の指標を示しているものであり、地域共生社会のための包括的支援事業については、重複した指標を掲載する必要はない。むしろ、各種の施策の課題・目的・進捗を庁内連携の元、共有・評価し、できていること、できていないことを明らかにし、次の展開につなげる PDCA のサイクルを回すための指標がもりこまれることが必要。

第5章 包括的支援事業のための7つのプロセスチェックリスト

1) プロセス評価の意義

地域共生社会は『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながり、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」であり、行政だけで構築するものではない一方、行政の役割は欠かすことはできないことも事実である。

そのため、市町村における共通認識の醸成や体制構築等のプロセスは、不可欠である。

市町村行政においては、行政に関する評価制度が広がりつつあるが、「事務事業評価に留まることが多い」という指摘があり、また導入割合も十分とは言えない(導入割合※：市区 83.5%、町村 38.9%)

地域共生社会の行政側の体制評価については、将来的には「評価制度と併せて評価できる」ことが望ましいが、現在のところは課題が多い。

地域共生社会の構築に向けた包括的な支援事業における市町村の体制評価は、行政評価とは別に、関連分野の指標と併せた適切な評価指標としてプロセスチェックリスト

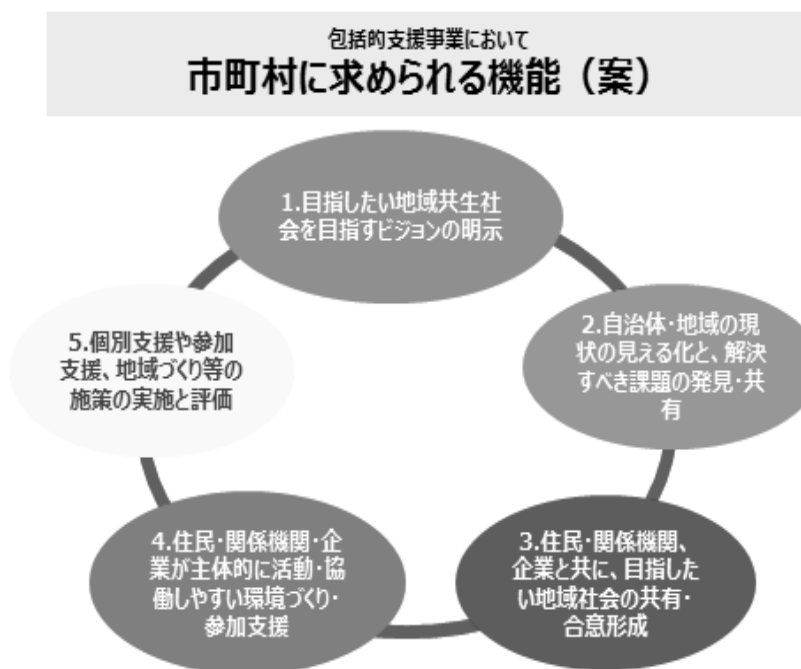
を開発することが妥当と考えた。

2) 包括的支援事業における市町村の機能

市町村インタビューや、海外の取組みを踏まえた委員会では、包括的な支援事業の前提として、市町村に求められる機能として、次の5つを案として想定した(図表 35)。

- ① 目指したい地域共生社会を目指すビジョンの明示
- ② 自治体・地域の現状の見える化と、解決すべき課題の発見・共有
- ③ 住民・関係機関、企業と共に、目指したい地域社会の共有・合意形成
- ④ 住民・関係機関・企業が主体的に活動・協働しやすい環境づくり・参加支援
- ⑤ 個別支援や参加支援、地域づくり等の施策の実施と評価

図表 35 市町村に求められる機能(案)



3) 包括的支援事業におけるプロセスチェックリスト

【7つのプロセスチェックリスト】

1. 行政組織内分野横断的な取組みの必要性についての認識の共有

- 1) 自治体の上位計画に、自治体・地域が一体となって、地域共生社会の実現を目指すことが明記されている。
- 2) 総合福祉計画に、地域共生社会の実現を目指すことが明記されている。

- 3) 自治体の各分野の計画や事業に、地域共生社会実現に向けた取組が位置づけられている。

2. 組織内意思決定者との課題共有

- 1) 福祉部門における組織としての意思決定者(部長級)と課題意識を共有している。
- 2) 意思決定者から自治体首長に地域共生社会を実現する必要性について説明でき、合意が得られる関係性にある。

3. 福祉部門以外の関係部署との連携の場の設定

- 1) 庁内企画部門や防災、まちづくり担当部門等、福祉部門以外の他部門等と議論・連携する場を設けている。
- 2) 連携の場を契機に、日頃の業務の中でも必要に応じて気軽に相談できる関係が構築できている。

4. 庁外機関・団体等との協議体の設置

- 1) 庁外機関・団体等と共有する場や協議体(組織)を設け、相談・対話しやすい関係を構築している。
- 2) 連携の場を契機に、必要に応じて気軽に相談できる関係が構築できている。

5. 個別事例からの施策化・事業化

- 1) 関係機関が連携し、個別事例への支援を検討している(事例検討会、地域ケア会議)
- 2) 個別事例に共通する課題を整理し、改善に向けて地域に必要な施策化や事業化が図られている。

6. 組織としての体制づくり

- 1) 地域共生社会の担当部局を決定するなど、組織として取り組む体制づくりに取り組んでいる(もしくは現在、検討している)

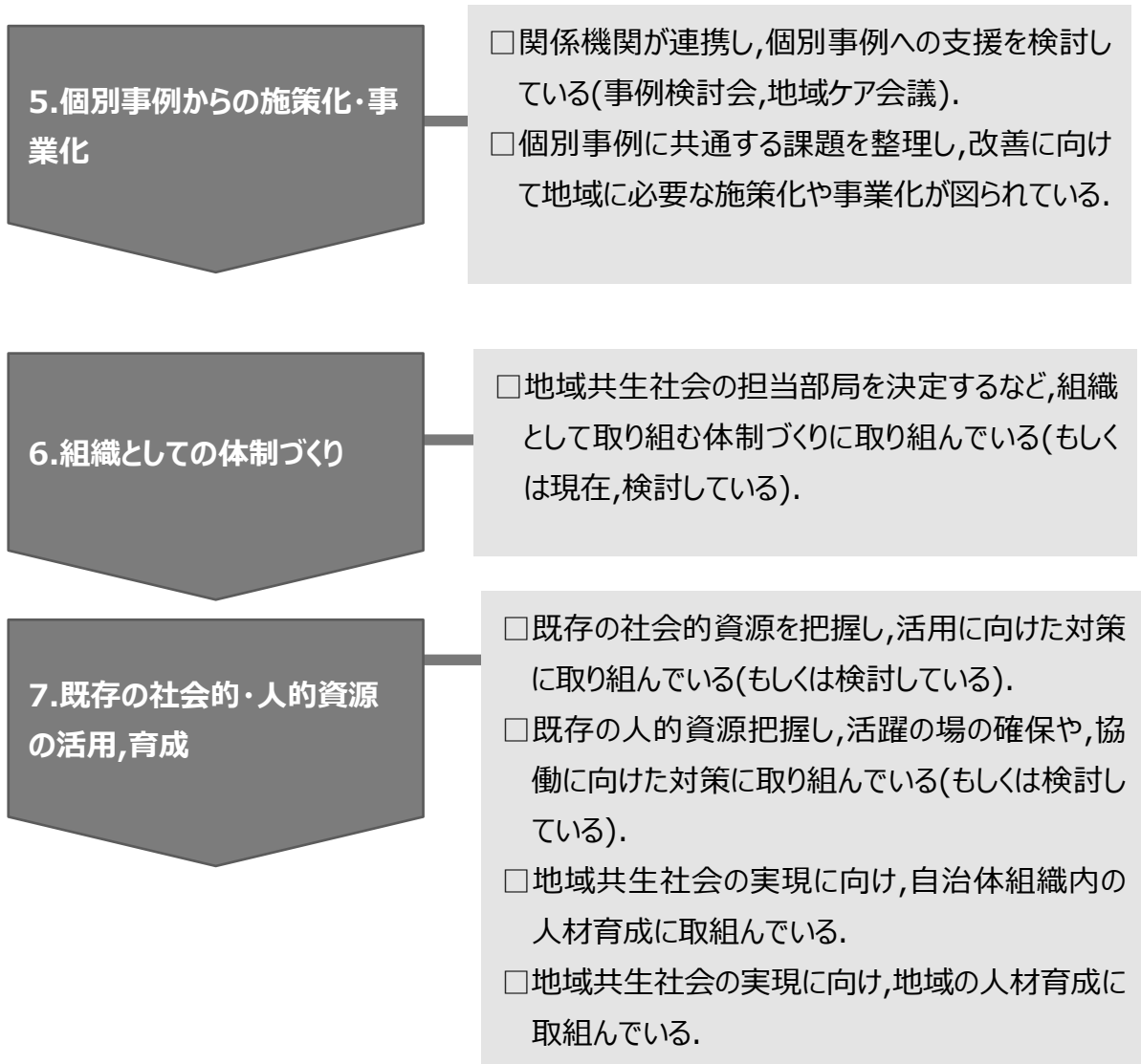
7. 既存の社会的・人的資源の活用

- 1) 既存の社会的資源を把握し、活用に向けた対策に取り組んでいる(もしくは検討している)
- 2) 既存の人的資源把握し、活躍の場の確保や、協働に向けた対策に取り組んでいる(もしくは検討している)
- 3) 地域共生社会の実現に向け、自治体組織内の人材育成に取り組んでいる
- 4) 地域共生社会の実現に向け、地域の人材育成に取り組んでいる

図表 36-1 包括的支援事業における7つのプロセスチェックリスト



図表 36-2 包括的支援事業における7つのプロセスチェックリスト(続き)



第Ⅱ部

第6章

地域共生社会推進に関わる主要概念・用語を基にしたロジックモデルの試案

—モニタリング・成果評価の指標の検討に向けて—

伊藤大介(日本福祉大学)

1. はじめに

世帯規模の縮小¹⁾, 不安定雇用の増加²⁾ などによる社縁の変化, 町内会・自治会加入率の低下などの地縁の変化³⁾ といったことを背景に, 人と人のつながりは希薄化⁴⁾ し, 社会的孤立への対策が課題⁵⁾ となっている。また, 世帯所得の低い世帯で「日頃のちょっとした手助け」で頼れる人はいないという人が多くなるとの報告⁶⁾ もあり, つながりの希薄化や社会的孤立は貧困の問題などとも相まって複雑な様相を呈している。

これらなどの社会の変容とともに, これまで社会福祉が主な対象としてきた生活課題を抱える個人・世帯の多様化も進み, 個人・世帯の抱える課題は複合化・複雑化し⁷⁾, 個別の制度の枠を越えることも稀ではなくなっている。

平成28年6月の閣議決定で「地域共生社会」の理念が提案され⁸⁾, その実現に向けた検討が行われてきた⁹⁾。地域共生社会推進の取組は, 先述したような個人・世帯, 地域・社会の変容がある中でも, 「一人ひとりが生きがいや役割を持ち…(中略)…助け合いながら暮らしていくことのできる」¹⁰⁾ 地域・社会の実現を目指すとされている。同時に, 関連する取組の成果を指標により評価することも求められている。^{10) -12)}

そこで本稿では, これまでの地域共生社会における議論で用いられている主要な概念・用語を基に, 地域共生社会推進に関するロジックモデルの作成を試みる。取組の進捗や成果を客観的に評価するためには指標が必要で, 何を測らねばならないか(=指標)を検討するためにロジックモデルは有用である。指標の選定にあたっては, ロジックモデルに即して指標の候補を選出し妥当性¹³⁾を検討して決定するという手順をふむことで, より適切な指標の選定, ひいては適切なモニタリングや成果評価が可能となる。また, ロジックモデルは全体像を把握するのにも適しており, 関係者間でイメージを共有することにも活用できる。

2. 目的と方法

本稿の目的は, 地域共生社会推進に資するモニタリング・成果評価のための指標選定にあたり, 参照するロジックモデルの試案を示すことである。

ロジックモデルは次の文献で用いられている概念・用語を中心に作成した。まず, 地域共生社会をテーマとして扱っている厚生労働省に設置された委員会等の報告書・資料^{7) 9) -12) 14)} である。次に, 地域共生社会に関わる通知¹⁵⁾・告示¹⁶⁾ である。これらで示されている内容がロジックモデルの中心となる。加えて, 関連する調査研究事業の報告書^{17) -20)} も参照した。ロジックモデルの作成作業は, 本事業の(「地域共生社会の実現に向けた成果指標に関する調査研究事業」)の委員のうち2名で議論し素案を作成し, 素案に対し他の全委員から意見を得て修正を繰り返すという手順で行った。

3. 地域共生社会推進に関わるロジックモデル

1) ロジックモデル全体の構成について

ロジックモデルは大別すると次の 3 つの部分で構成されている。一つ目は、ロジックモデルの全体像に関する部分である。全体図（モデル No. 1）と主要概念・用語の関係図（モデル No. 2）の 2 つのモデルからなる。二つ目は、ライフステージごとの課題に関する部分である。5 つのモデル（モデル No. 3～7）からなる。三つ目は、地域共生社会推進の取組に関する部分である。10 のモデル（モデル No. 8～17）からなる。

地域共生社会を構成する要素や関連する事項は多岐に渡り、1 つのモデルにすべてを入れ込むことはモデルが複雑になり過ぎると考えられる。そのため本ロジックモデルでは、全体や特定の部分の概要を示すモデルを先に示したうえで、それらの一部に焦点を絞ったモデルで当該部分を詳述する構造をとっている。

2) 全体図と主要概念・用語の関係図

『ライフステージごとの課題と対応・取組<全体図>』：モデル No. 1

モデル No. 1（以下、全体図/図表 37）は本ロジックモデルの全体像を示したものである。後に続くモデル（No. 2 除く）は、この全体図の一部を詳述したモデルという位置づけである。全体図は大きくは 2 つの内容で構成されている。一つは全体図の左部にあたるライフステージごとの課題と結果（の例）である。もう一つは全体図の右部にあたるライフステージごとの課題への対応と地域共生社会推進の取組である。

・ ライフステージごとの課題と結果：全体図左部

全体図の左部は、ライフステージの課題と課題への適切な対応がなされなかった場合の結果（の例）について示している。課題は、時にその課題単独で、時に課題の連鎖によって、人との関係や教育・就労などの社会へ参加する機会からの排除をもたらす。排除された結果、孤立や貧困へと至り、さらには生きがいの喪失や不健康・早期死亡のような一層望ましくない結果をもたらす。

課題の生じた背景やより根源的な原因をふまえた効果的な対応・取組を志向する場合、課題の顕在化した一時点にのみ着目するのではなく、ライフコースの視点をもってライフステージを縦断する課題の連鎖にも着目することが重要だと考えられる。

・ ライフステージごとの課題への対応と地域共生社会推進の取組：全体図右部

全体図の右部は、ライフステージごとの課題への対応と地域共生社会推進の取組を示している。

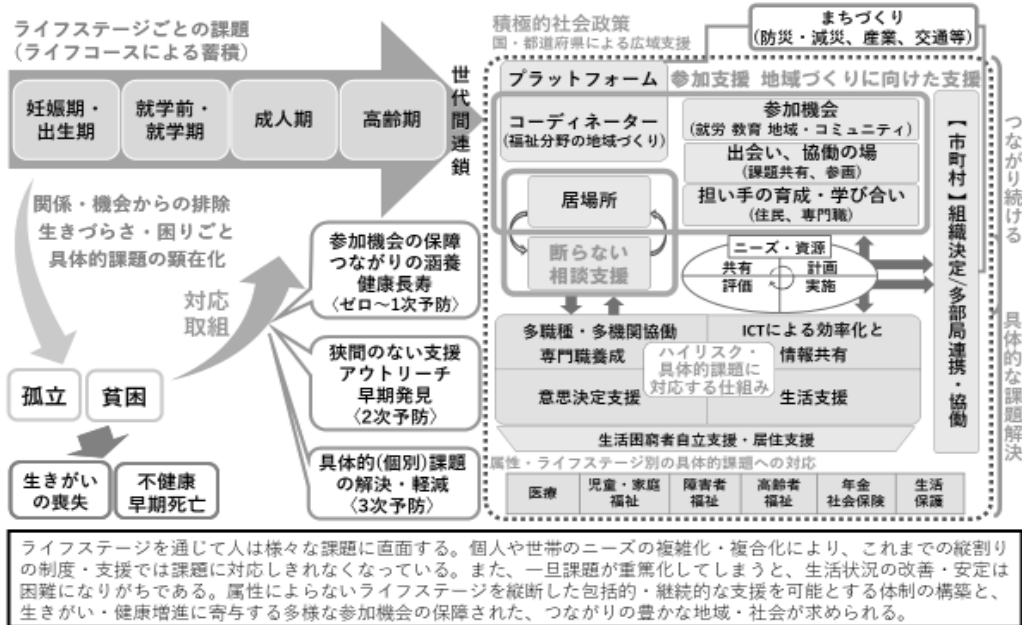
右部の下段は主に、従来から行われている、具体的な課題が顕在化した後の対象者の属性や課題の内容に応じた個別の制度ごとの対応を示している。例えば、要介護状態になった場合の介護保険法による介護サービスの提供がそれにあたる。

右部の中段は主に、ハイリスク者の早期発見・早期支援による重篤化予防や、個別の制度間の連携・協働による効果・効率的な対応・取組を示している。これらは介護保険の介護予防事業や、医療・介護の連携のための地域連携パスなどのように試みられているが途上であり、予防の取組が奏功しない、狭間のニーズへの対応の問題などが依然としてある。

右部の中段から上段にかけては主に、包括的な支援体制の構築を軸とする地域共生社会推進の取組を示している。中核となるのは、「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の 3 つの支援機能である。取組は市町村を主な単位とするが、すべてを市町村や地域任せにするのではなく、広域的な対応・取組が必要な事案では国・都道府県が積極的に関与することが求められる。

図表 37 ライフステージごとの課題と対応・取組(全体図) I モデル No. 1

1. ライフステージごとの課題と対応・取組<全体図>



『課題の捉え方と対応・取組の視点<主要概念・用語の関係>』: モデル No. 2

モデル No. 2 (図表 38) は本ロジックモデルの主要概念・用語を、「課題の捉え方」と「対応・取組の視点」の2軸で整理したものである。

モデルの左下部分に該当する「個」に着目した捉え方・視点では、課題は個人のものとして捉えられ、対応は対象者の属性や課題に応じた分野の個別の制度単独でなされる。モデルの右上に向かって、「個」よりも広い「世帯」や「地域・まち」に着目した捉え方・視点となる。その場合、課題は世帯単位の複合的なもの、あるいは地域・まち全体ものとして捉えられる。そして、個別の制度間の連携・協働による対応・取組や、地域・まちづくりによる取組で課題解決が目指される。

図表 38 課題の捉え方と対応・取組の視点<主要概念・用語の関係>モデル2

2. 課題の捉え方と対応・取組の視点<主要概念・用語の関係>



4) ライフステージごとの課題に関するロジックモデル

以下では、ライフステージごとの課題に関するロジックモデルを示すが、これらはあくまで一例であり、課題と対応を網羅しているわけではない。また、課題同士の関係や課題が連鎖する経路は現実には非常に多様である。

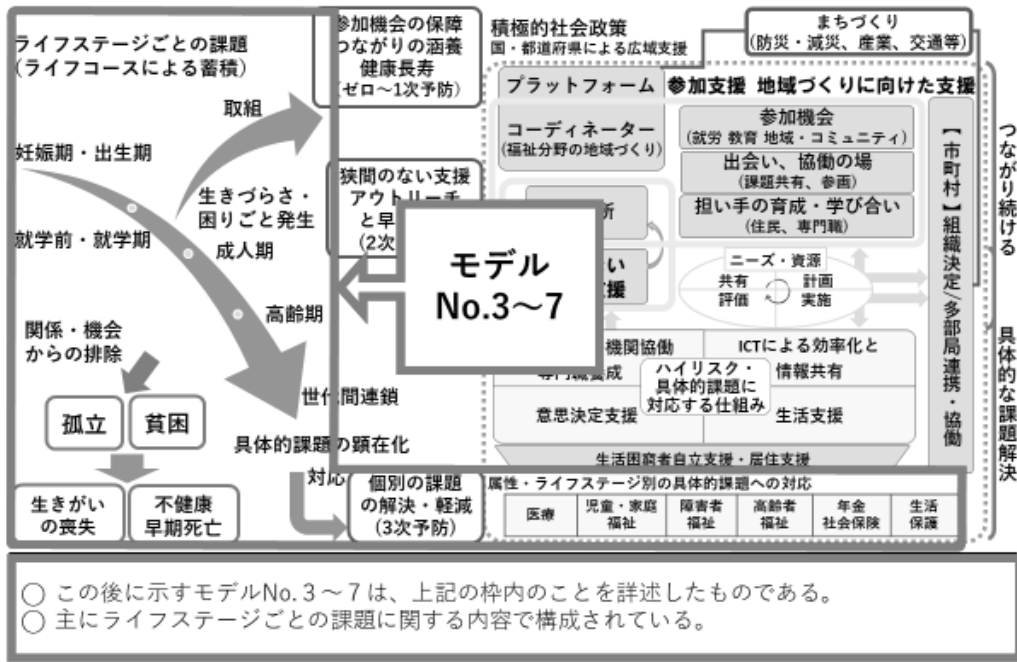
『ライフステージごとの課題と対応、重篤な結果の例』：モデル No. 3

モデル No. 3 (図表 40) は、全ライフステージの課題と対応、および課題によりもたらされる結果の例を示したものである。「妊娠期・出生期」から「高齢期」までの全ライフステージを取り上げ、特徴的な課題とそれら課題への一般的な対応、及び適切な対応がされない場合に起こりうる重篤な結果の例を示している。

災害、病気、障害のようにどのライフステージでも概ね等しく直面する可能性のある課題から、不登校や失業など特定のライフステージに限られる、あるいは特定のライフステージでより生じやすい、顕在化しやすい課題もある。

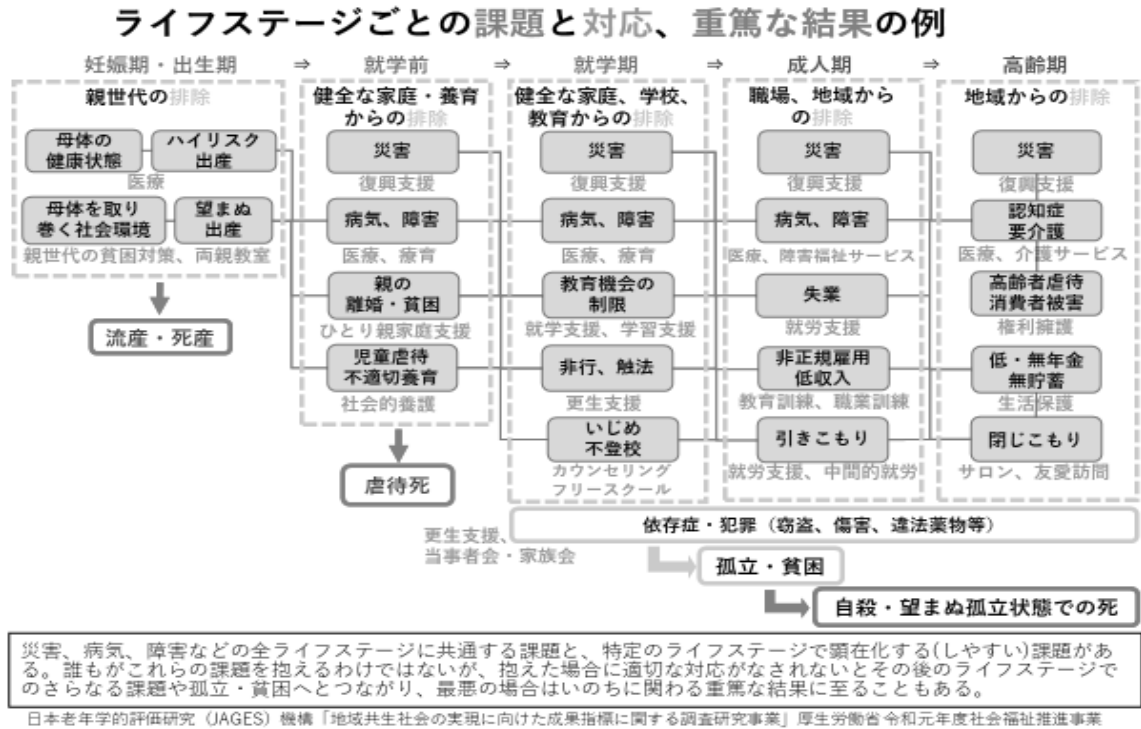
図表 39 ライフステージごとの課題と対応・取組(全体図) II

1. ライフステージごとの課題と対応・取組 <全体図>



また、ライフコースの視点からは、次のような連鎖が考えられる。例えば、就学期のいじめによって不登校となり、教育を受ける機会を逸したまま成人期を迎え非正規雇用しか選択できず、低収入のまま高齢期を迎え、低年金や無貯蓄で経済的に困窮し閉じこもり、人との関わりもなく不健康な老後を迎えるということがあり得る。最悪の場合、うつ病や生活苦により自殺してしまうことや、望まぬ孤立状態の中で死を迎えるという結果になってしまうかもしれない。このようなライフコースの視点で課題を捉えることは、先述のように課題の背景やより根源的な原因の理解に加え、後のライフステージで生じ得る課題の予測にも役立つ。課題の発生予防や重篤化防止に資する取組を検討する際の一助となる。

図表 40 ライフステージごとの課題と対応, 重篤な結果の例:モデル No. 3



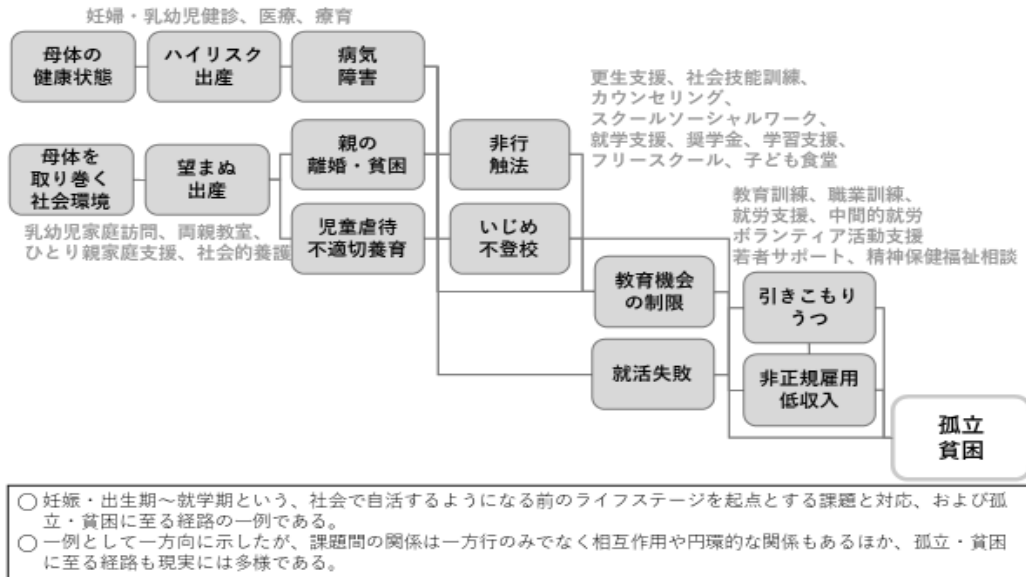
『・・・起点の課題と対応, 孤立・貧困への経路の例』:モデル No. 4~6

モデル No. 4~6 (図表 41~43) は、ライフコースの視点を重視し、特定のライフステージを起点とした課題の連鎖に焦点を当てて詳述したものである。起点は①妊娠期・出生期~就学期 (モデル No. 4/図表 41), ②成人期 (モデル No. 5/図表 42), ③高齢期 (モデル No. 6/図表 43) の3つとした。いずれも、課題の連鎖の結果として「孤立・貧困」を設定している。

「①妊娠期・出生期~就学期」を起点とした場合、先述したようないじめによる不登校から始まる例のほか、次のような例が考えられる。発達障害を見逃され適切な療育を受けぬまま成人し、就職活動や就職後の仕事で失敗を重ね、引きこもりやうつになり、結果として孤立や貧困に陥るといった課題の連鎖があり得る。

図表 41 ①妊娠期・出生期～就学期起点の課題と対応、孤立・貧困への経路の例モデル No. 4

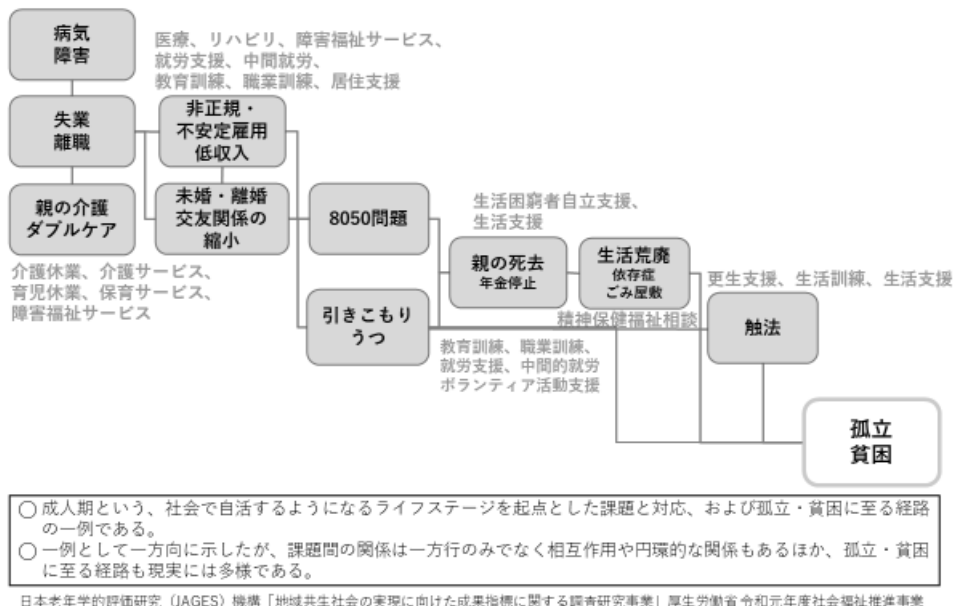
妊娠・出生期～就学期起点の課題と対応、孤立・貧困への経路の例



「② 成人期」を起点とした場合、次のような例が考えられる。親の介護を契機に離職し、その後安定した職に就くことができず低収入が続き、結婚や友人・知人との関係から遠ざかり孤立し、親の年金で生計を維持していたものの親の死去により貧困に陥るといった課題の連鎖があり得る。

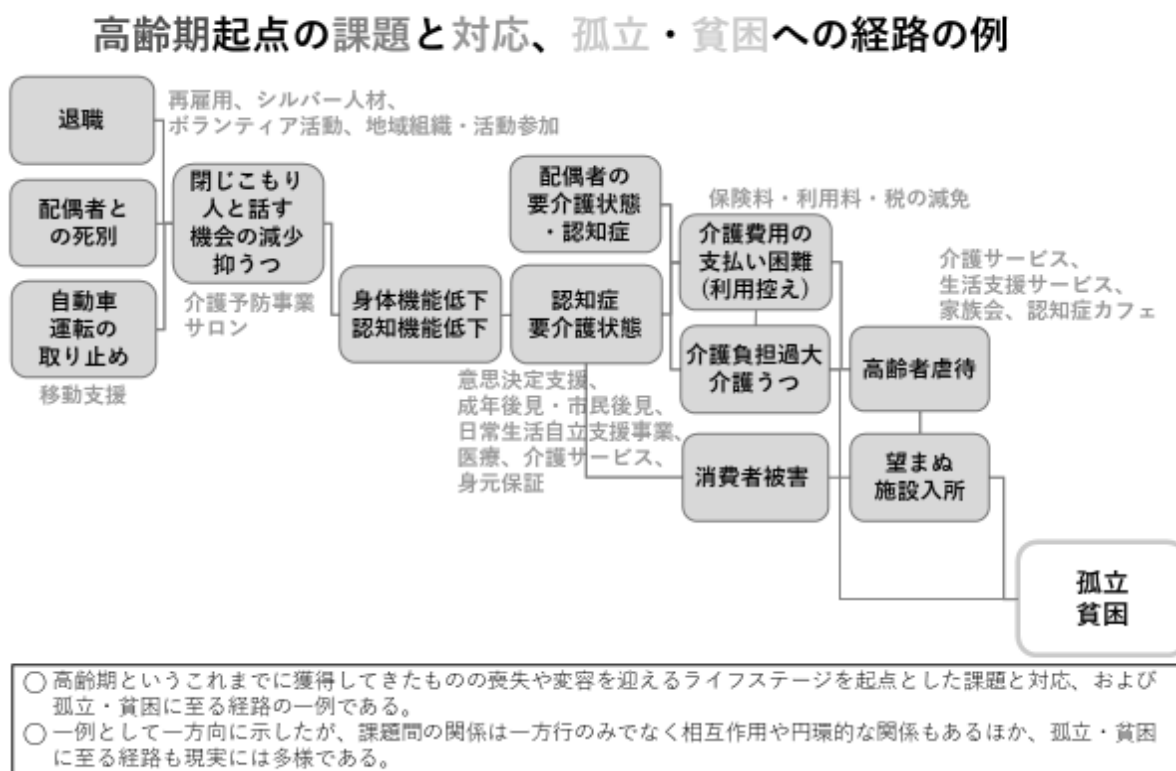
図表 42 ②成人期起点の課題と対応、孤立・貧困への経路の例モデル No. 5

成人期起点の課題と対応、孤立・貧困への経路の例



「③ 高齢期」を起点とした場合、次のような例が考えられる。配偶者との死別を契機に閉じこもり心身機能が低下、そして認知症を発症する。認知症で判断力が低下し消費者被害に遭い、再被害防止のための望まぬ施設入所で入所費用の負担も重なり経済的に苦しくなる。さらには施設入所によって住み慣れた地域における人間関係から離れて孤立してしまうという連鎖があり得る。

図表 43 ③高齢期起点の課題と対応、孤立・貧困への経路の例モデル:No. 6



『孤立・貧困の状態像の例—つながりと社会経済的地位による4類型』：モデル No. 7

モデル No. 7（図表 44）では、人との「つながり」と、所得・教育・職業などの「社会経済的地位（SES：Socio Economic Status）」の2軸を用いて状態像を4つに類型化して示している。この前に示したモデル No. 4～6 との関係では、つながりが乏しい状態が「孤立」、社会経済的地位の低い経済的に困窮した状態が「貧困」と関わる。

つながりが豊かで、社会経済的地位も高く経済的に豊かな状態が右上の状態像である。この状態像では、次のような循環が例として考えられる。社会経済的地位の高さは多様な参加の機会をもたらす。参加はつながりの契機となり、つながりの豊かさは他者からのサポートも豊かにする。多様な参加それ自体や、つながり・サポートの豊かさは健康にも保護的に作用する。良好な健康状態とつながりの豊かさはさらなる参加の機会をもたらす、ひいては社会経済的地位の維持・向上につながる。

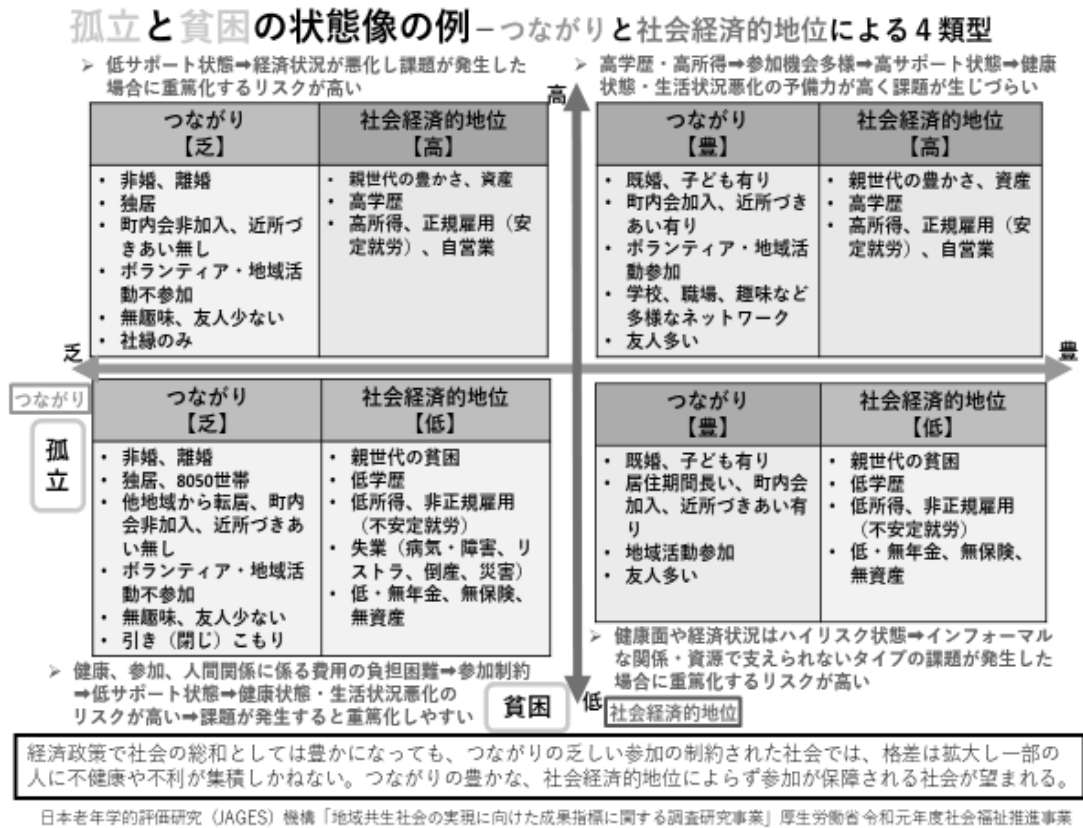
反対に、つながりが乏しく、社会経済的地位は低く経済的に困窮した状態が左下の状態像である。この状態像では次のような循環が例として考えられる。社会経済的地位の低さは参加の機会を制約する。参加が制約されたことにより人とのつながりを涵養する

機会は失われ、他者からのサポートも得難い。参加の機会や人とのつながり・サポートの乏しさは、健康状態に負の影響を及ぼす。不良な健康状態とつながりの乏しさは参加を一層制約し、ひいては社会経済的地位の低さによる不利を助長する。

左上の状態像は、社会経済的地位は高く経済的には豊かだがつながりは乏しい状態である。右下の状態像は、つながりは豊かだが社会経済的地位は低く経済的に困窮している状態である。両者は、つながりと社会経済的地位の2軸のうち的一方が望ましいとはいえない状態だが、どちらの状態像も課題発生時の重篤化リスクは高いという点で共通する。

経済政策等により社会の総和を豊かにすることも重要だが、それにより格差は広がり不利が一部の人に集積する可能性もある。つながりの豊かな、社会経済的地位によらず参加の機会の保障される社会が求められる。

図表 44 孤立と貧困の状態像の例:モデル No. 7

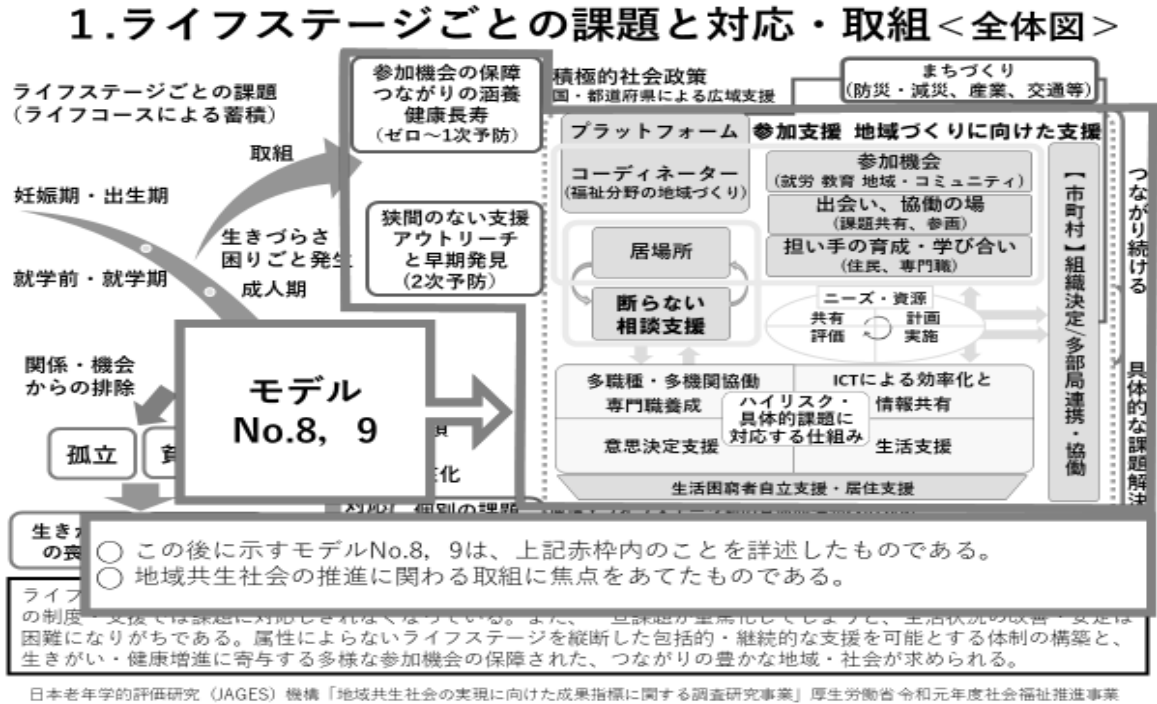


4) 地域共生社会推進の取組に関するロジックモデル

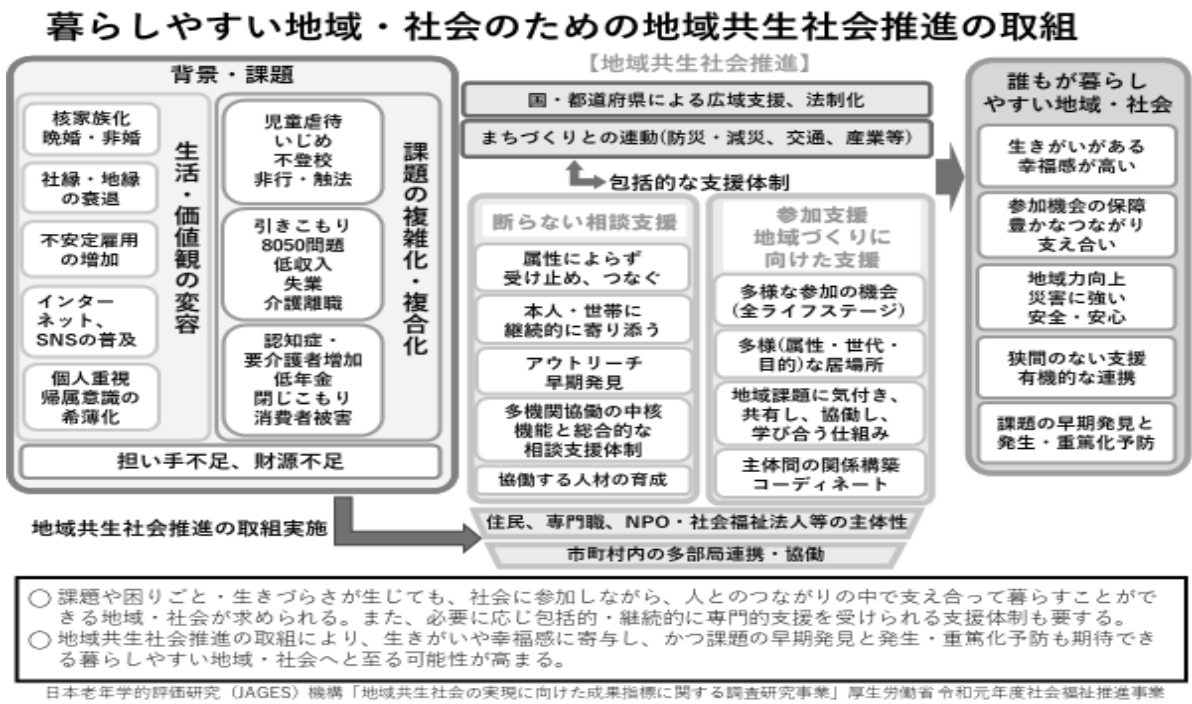
E. 『暮らしやすい地域・まちのための地域共生社会推進の取組』：モデル No. 8

モデル No. 8（図表 45）は、①地域・まちや社会の背景と生じている課題、②課題に対する包括的な支援体制の構築を軸とする地域共生社会推進の取組、③取組により目指す地域・まちの姿を示したものである。

(再掲)図表 39 ライフステージごとの課題と対応・取組(全体図) II



図表 45 『暮らしやすい地域・まちのための地域共生社会推進の取組』：モデル No. 8



5) 地域共生社会推進の取組が必要とされる背景と課題の現状

人の生活や価値観は変容している。核家族化、晩婚・非婚は進んで家族の形は変わり、インターネット、SNS の普及等によりコミュニケーションの様相も変化している。また、

これらのような生活の変化とともに、社縁・地縁といったコミュニティやコミュニティへの帰属意識も変わってきている。

そして、課題を抱えた個人・世帯は多様化し、一個人や一世帯が複数の課題を同時に抱えて、課題同士が相互に関連し合っているケースも少なくない。例えば、介護を要する認知症高齢者の世帯に、離婚してひとり親となった精神障害を抱えた子と不登校の孫がいて、経済的に困窮しているようなケースである。このような複合化・複雑化した課題に対し、世帯員の一人だけを対象とみなし単一の制度の枠の中で解決を図ろうとしても、課題は解決しないことが多い。また、既存の制度の枠組みではどの制度が対応するのか明示的でない狭間のニーズへの対応・取組も求められている。例えば、支援は進みつつあるものの、若年性認知症の人の就労ニーズはその一例であろう。

6) 包括的な支援体制の構築を軸とした取組

以上のような背景・課題から、「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」を主な支援機能とする「包括的な支援体制」の構築を軸とした地域共生社会推進の取組が必要となる。

「断らない相談支援」では、相談者の属性によらず、また、課題が具体化・顕在化していなくとも、一旦は相談を受け止め、応じ、多機関・社会資源との調整・連携・協働する。本人・世帯の生きづらさ・困りごとに寄り添って継続的に関わり続けることで、信頼関係を築き、潜在化している課題の（早期）発見や重篤化防止を図る。

「参加支援」では、本人・世帯が、中間的就労やボランティアなど自分たちの状況に適した形での地域・社会との関わり、役割を担って暮らすことを支援する。既存の制度による取組の活用及び取組間の連携を促進しつつ、参加の機会を創出する主体への支援もを行い、多様な参加の機会を保障する。

「地域づくりに向けた支援」では、地域の人々が出会い、過ごし、顔の見える関係を築き、学び合い、協働できるような居場所が、多様な形で地域に存在するよう支援する。居場所がつながりや支え合いを涵養するように個別の活動や人をコーディネートするとともに、地域課題を共有と地域の創意・主体性を発揮した取組を支援する。

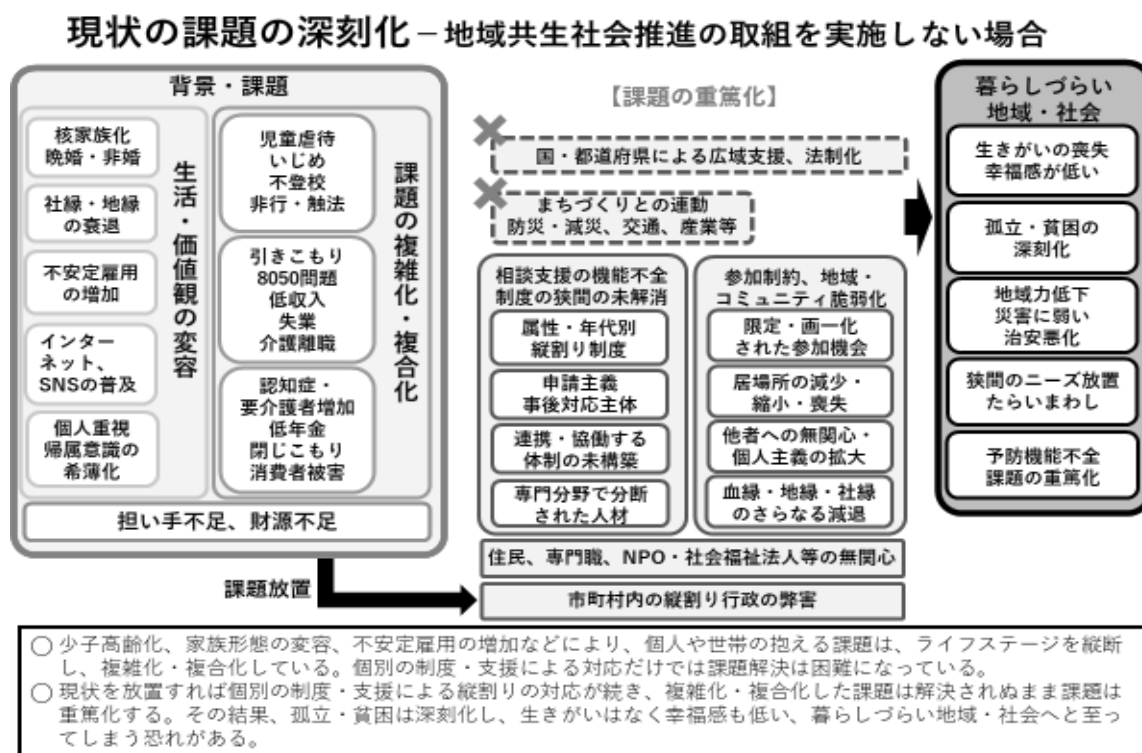
市町村はこれらの取組を、多部局連携・協働の体制によって下支え、後押しする。さらに、先述したように広域的な取組が必要な事案には国・都道府県が積極的に関与するとともに、福祉分野を越えたまちづくりの取組との連動も図ることが重要である。

7) 目指す姿としての誰もが暮らしやすい地域・まち

包括的な支援体制の構築を軸とした地域共生社会推進の取組によって、誰もが生きがいと役割を持つことができ、幸せを感じられる地域・まちになることが目指される。そこでは、参加の機会は個人・世帯の状況に即して保障され、人々のつながりは豊かである。また、課題を抱えているか否かによらず、人々は「支える」「支えられる」という一方的な関係ではなく、「支え合い」の関係である。このような地域・まちのあり様は、災害時の助け合いや災害後の復興、狭間のニーズへの対応や課題の早期発見・重篤化防止にも寄与する。

一方、地域共生社会推進の取組がなされず現状の課題が深刻化した場合が、モデルNo. 9『現状の課題の深刻化－地域共生社会推進の取組を実施しない場合』である（図表46）。人々のつながりは希薄で参加の機会の制約された、生きがいの持ち難い地域・まちとなってしまう恐れがある。

図表 46 現状の課題の深刻化－地域共生社会推進の取組を実施しない場合：モデル No. 9



○ 少子高齢化、家族形態の変容、不安定雇用の増加などにより、個人や世帯の抱える課題は、ライフステージを縦断し、複雑化・複合化している。個別の制度・支援による対応だけでは課題解決は困難になっている。

○ 現状を放置すれば個別の制度・支援による縦割りの対応が続き、複雑化・複合化した課題は解決されぬまま課題は重篤化する。その結果、孤立・貧困は深刻化し、生きがいはなく幸福感も低い、暮らしづらい地域・社会へと至ってしまう恐れがある。

『市町村の取組のプロセス評価の視点』：モデル No. 10

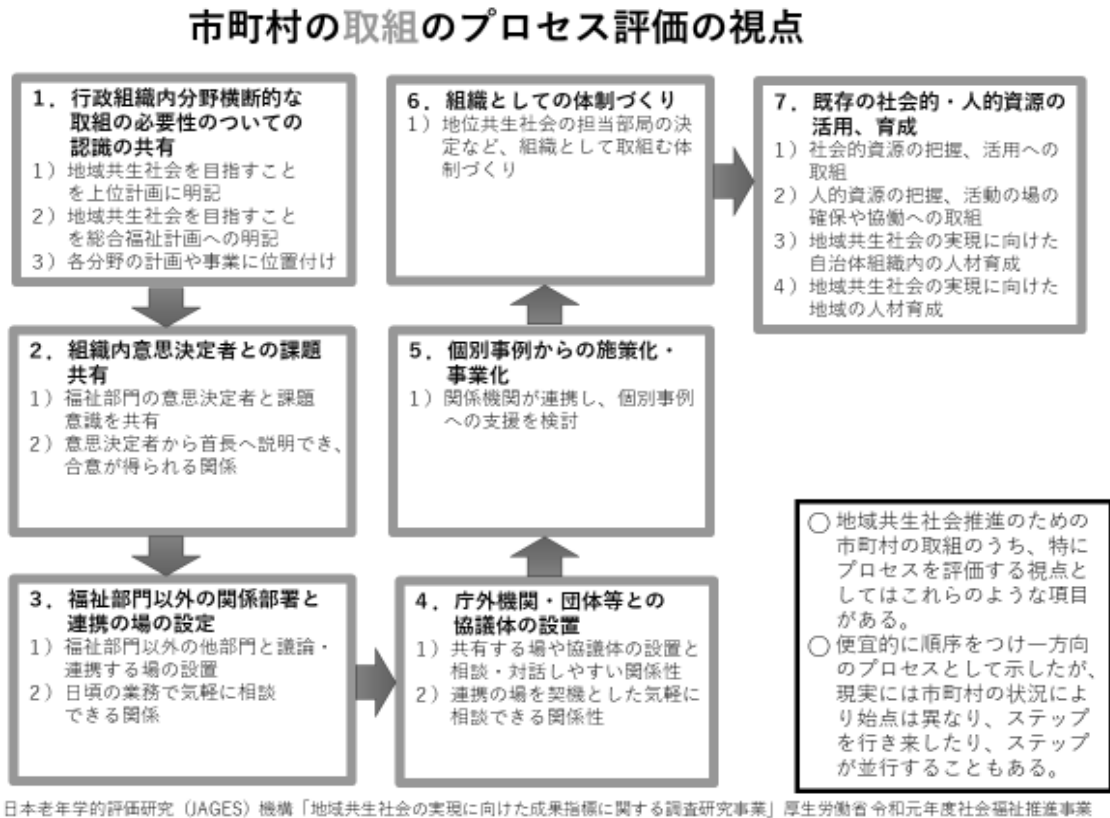
地域共生社会推進の取組は、市町村を単位として進めることが想定されている。その市町村の取組に対するプロセス評価の視点を示しているのがモデル No. 10（図表 47）である。

プロセスとしては、行政組織内で分野横断的な取組が必要であるとの認識共有から始め、組織としての体制づくりなど 7 つのステップがある。便宜的に順序を付け一方向のプロセスとして示したが、必ずしもそうとは限らない。市町村の状況によって始点は異なり、ステップを行き来する場合や、ステップが並行することも考えられる。

(再掲) 図表 39 ライフステージごとの課題と対応・取組(全体図) II



図表 47 市町村の取組のプロセス評価の視点：モデル No. 10

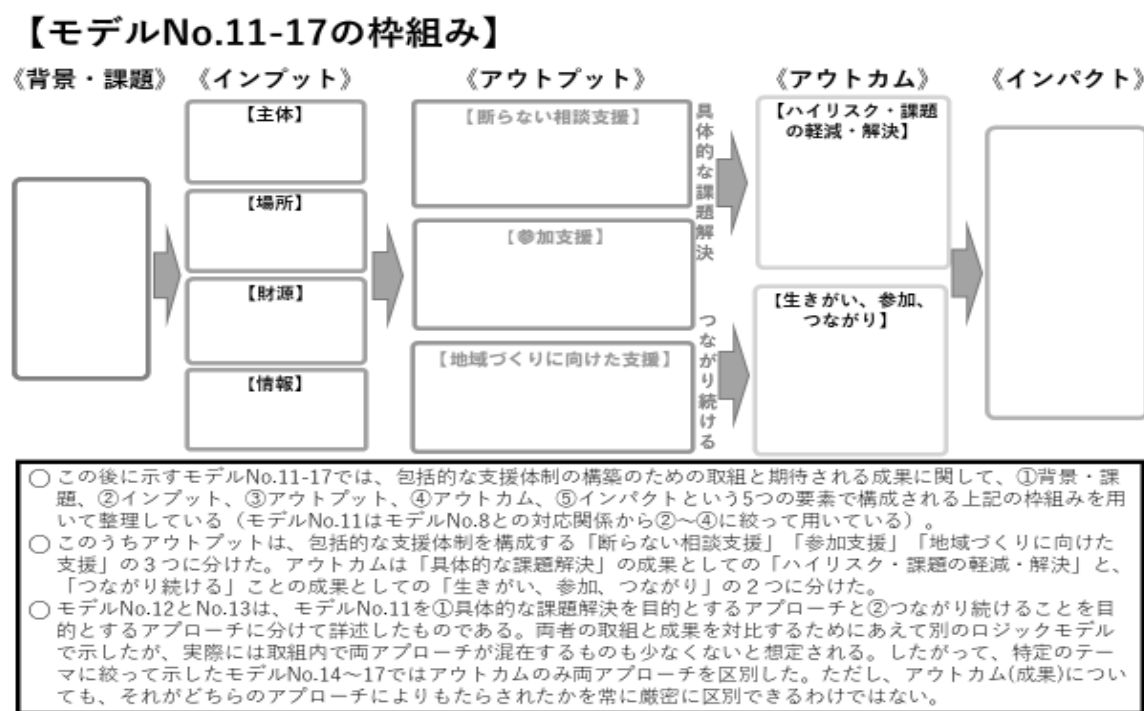


『・・・の取組と成果の例』：モデル No. 11～17

A. 取組と成果の例を示す枠組みについて

モデル No. 11～17 では、包括的な支援体制の構築に関わる取組と成果を、《①背景・課題、②インプット、③アウトプット、④アウトカム、⑤インパクト》という 5 つの要素で構成される枠組みを用い、各要素に該当する事項の例を示している。

図表 48 モデル No. 11-17 の枠組み



背景・課題は、モデル No. 3～8（図表 40～45）や No. 9, 10（図表 46、47）で示したものの一部からなる。

インプットは、主体、場所、財源、情報を例にあげた。多様な主体が主体的に関わること、既存のもの活用の活用も含め活動や協議のための場・場所が確保・整備されること、柔軟な財源の運用、必要な情報の効率的な共有が重要となる。

アウトプットは、包括的な支援体制の3つの支援機能である「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」に該当する取組を例としている。ただし、取組によってはこれらの支援機能を横断するものもあると思われる、現実には厳密に区別できない場合も少なくないことに留意されたい。

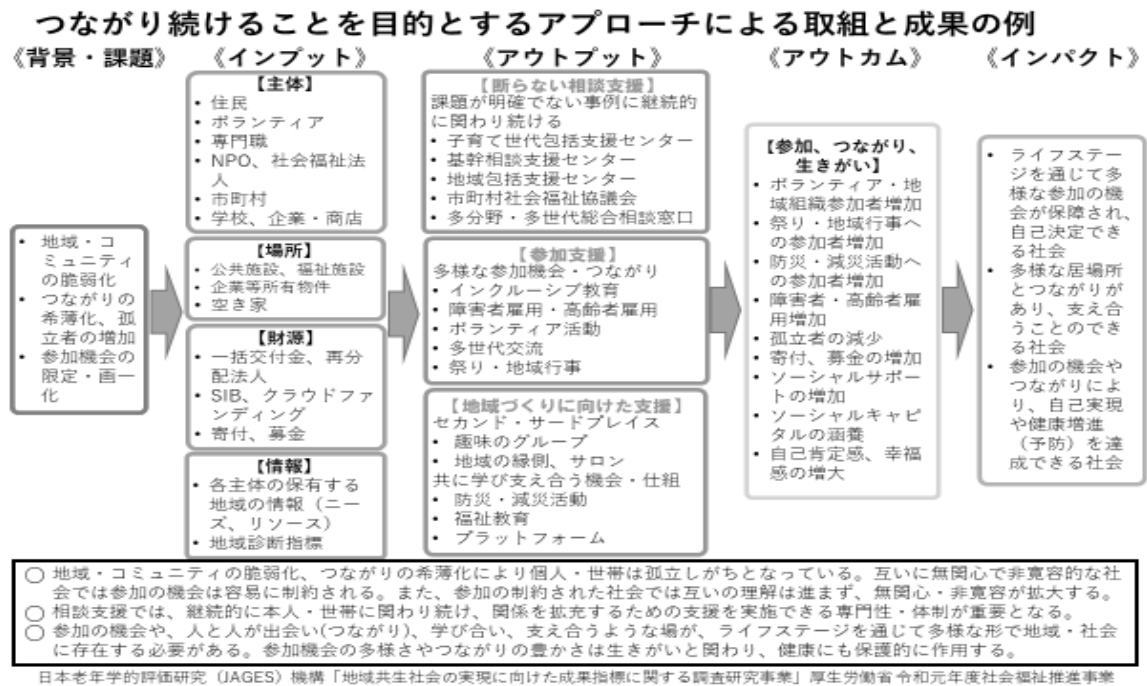
アウトカムは、対人支援に求められる2つのアプローチに対応させる形で示している。「具体的な課題解決を目的とするアプローチ」の成果は、ハイリスク状態の軽減や具体化・顕在化した個別の課題の解決に関わるものを想定している。「つながり続けることを目的とするアプローチ」の成果は、生きがいを持てること、参加の保障・促進、つながりの（再）構築に関わるものを想定している。前者は比較的2～3次予防の性格が強く、後者はゼロ～1次予防の性格が強いものである。アウトプットで示す取組を厳密に区別し難いように、成果がいずれの取組によるものであるかも必ずしも厳密に区別できるわけではない。

インパクトは、取組がもたらした成果の先に、地域・社会に対するどのような影響が期待できるかを示している。

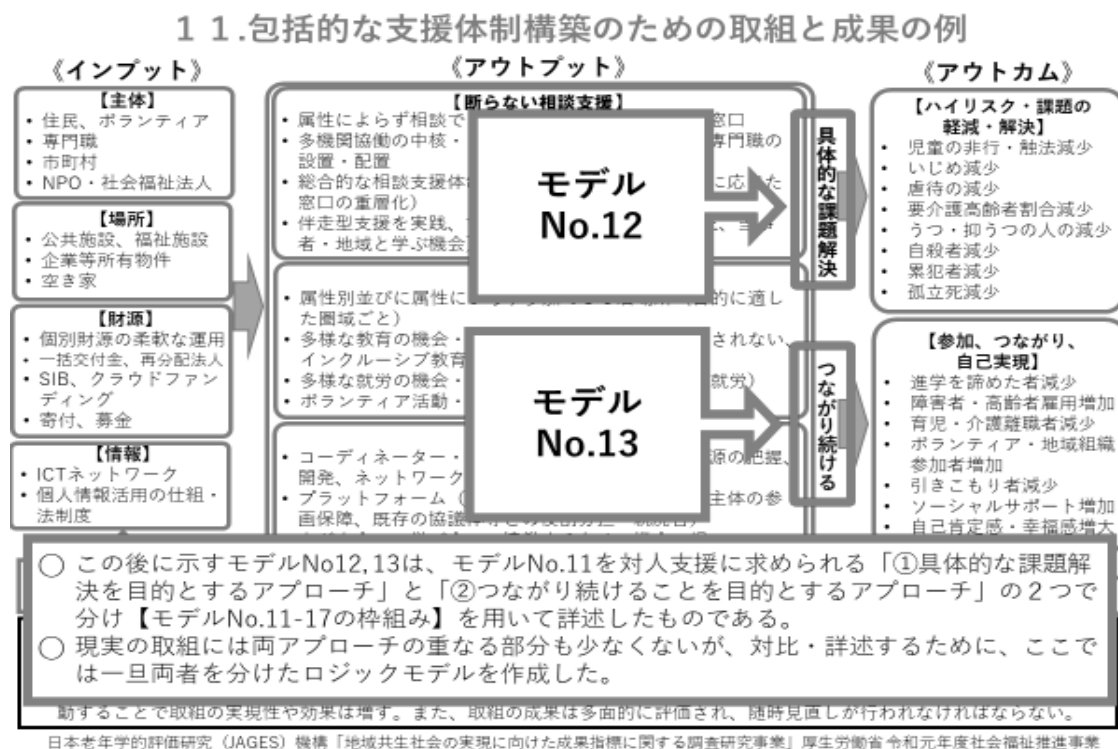
図表 49 暮らしやすい地域・社会のための地域共生社会推進の取組



図表 50 つながり続けることを目的とするアプローチにより取組と成果の例



図表 51 包括的な支援体制構築のための取組と成果の例



モデル No. 11-17 (『・・・の取組と成果の例』) の内訳について

包括的な支援体制に関わる取組と成果を示しているモデル No. 11~17 は以下の 3 つに分類される。

一つ目は、地域共生社会推進の取組 (モデル No. 8/図表 45) から、包括的な支援体制の構築に関わる部分を抜き出して詳述したモデル No. 11 である。このモデルでは背景とインパクトがモデル No. 8 と同様になるため枠組みの要素を②インプット~④アウトカムに絞って示している。

二つ目は、包括的な支援体制の構築の取組を対人支援に求められる 2 つのアプローチ別に示しているモデル No. 12 と No. 13 (図表 51) である。モデル No. 12 は「具体的な課題解決を目的とするアプローチ」に関わるもので、モデル No. 13 は「つながり続けることを目的とするアプローチ」に関わるものである。この両モデルは、モデル No. 11 をアプローチの違いで分け、詳述したものであるという位置づけである。

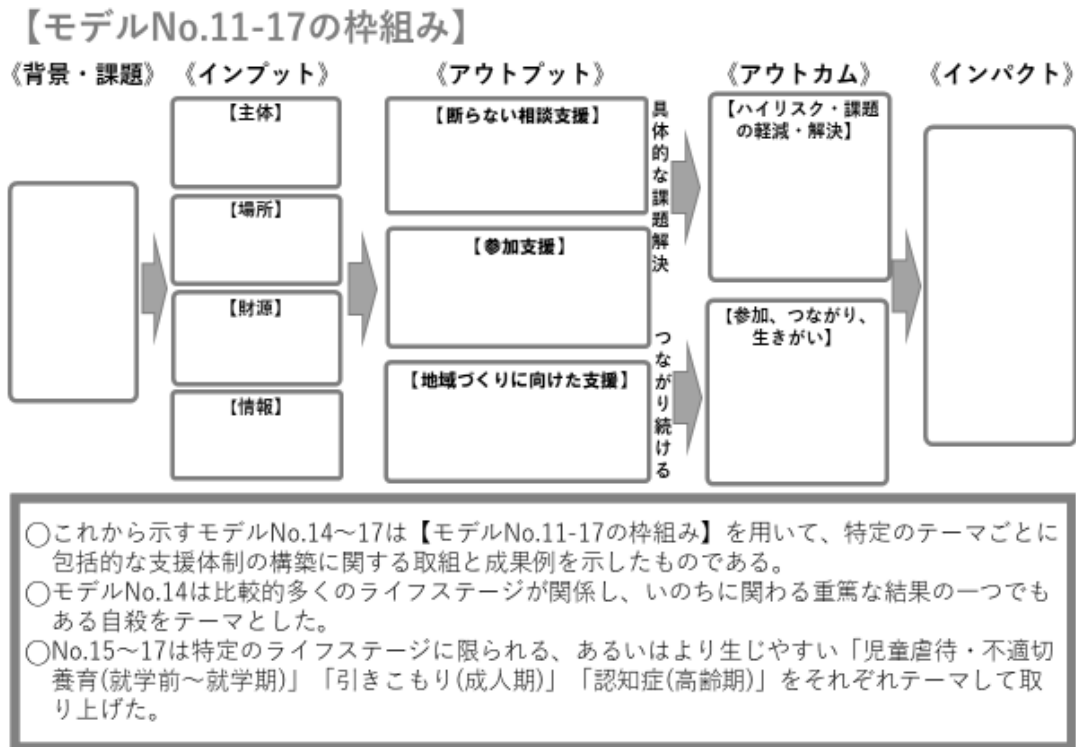
三つ目は、包括的な支援体制の構築の取組を特定のテーマ別に示しているモデル No. 14~17 (図表 54~57) である。モデル No. 14 は、比較的多くのライフステージに共通して関わる課題として「自殺」を取り上げている。続くモデル No. 15~17 は特定のライフステージに限られる、あるいはより生じやすい、顕在化しやすい課題として次の 3 つを取り上げている。モデル No. 15 は就学前~就学期の「児童虐待」、モデル No. 16 は成人期の「引きこもり」、モデル No. 17 は高齢期の「認知症」となっている。

図表 52 包括的な支援体制構築のための取組と成果の例



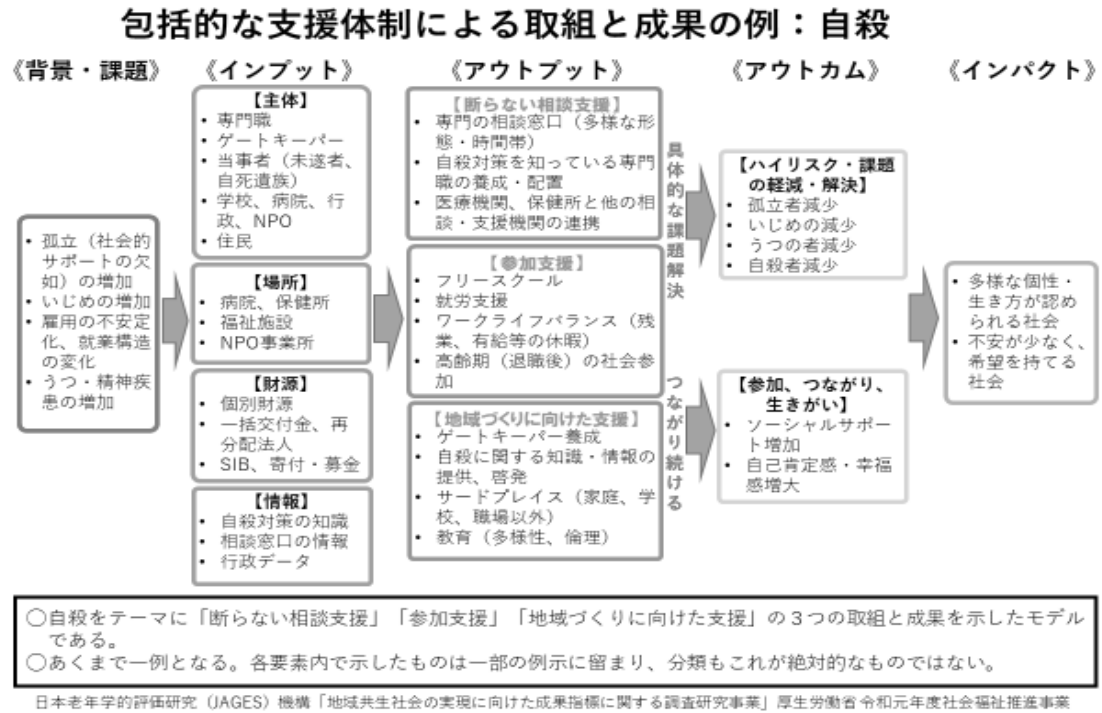
日本老年学的評価研究（JAGES）機構「地域共生社会の実現に向けた成果指標に関する調査研究事業」厚生労働省令和元年度社会福祉推進事業

図表 53 モデルNo11-17の枠組み

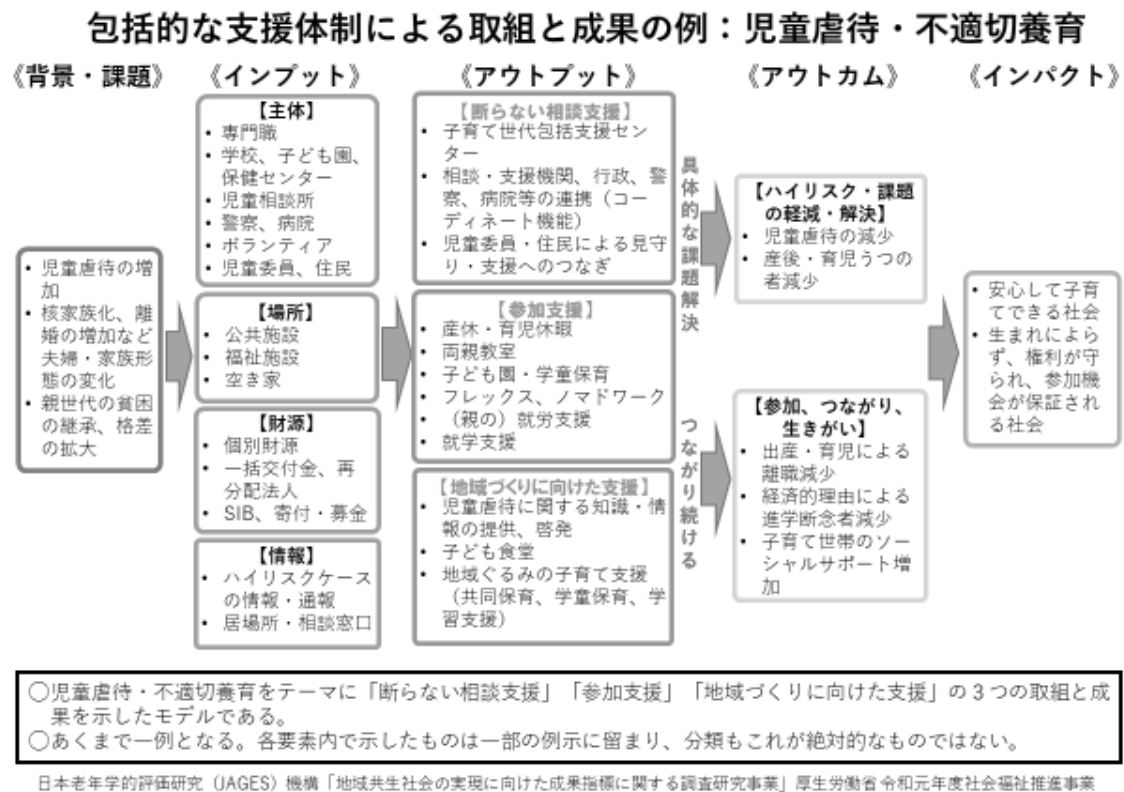


日本老年学的評価研究（JAGES）機構「地域共生社会の実現に向けた成果指標に関する調査研究事業」厚生労働省令和元年度社会福祉推進事業

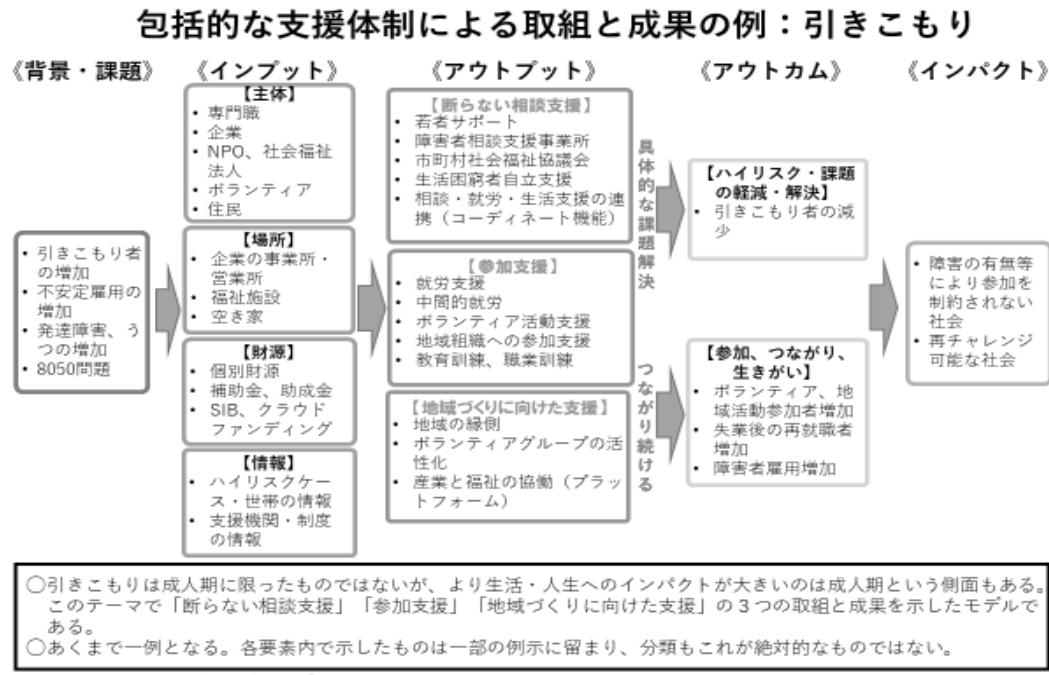
図表 54 包括的な支援体制による取組と成果の例：自殺 モデル No. 14



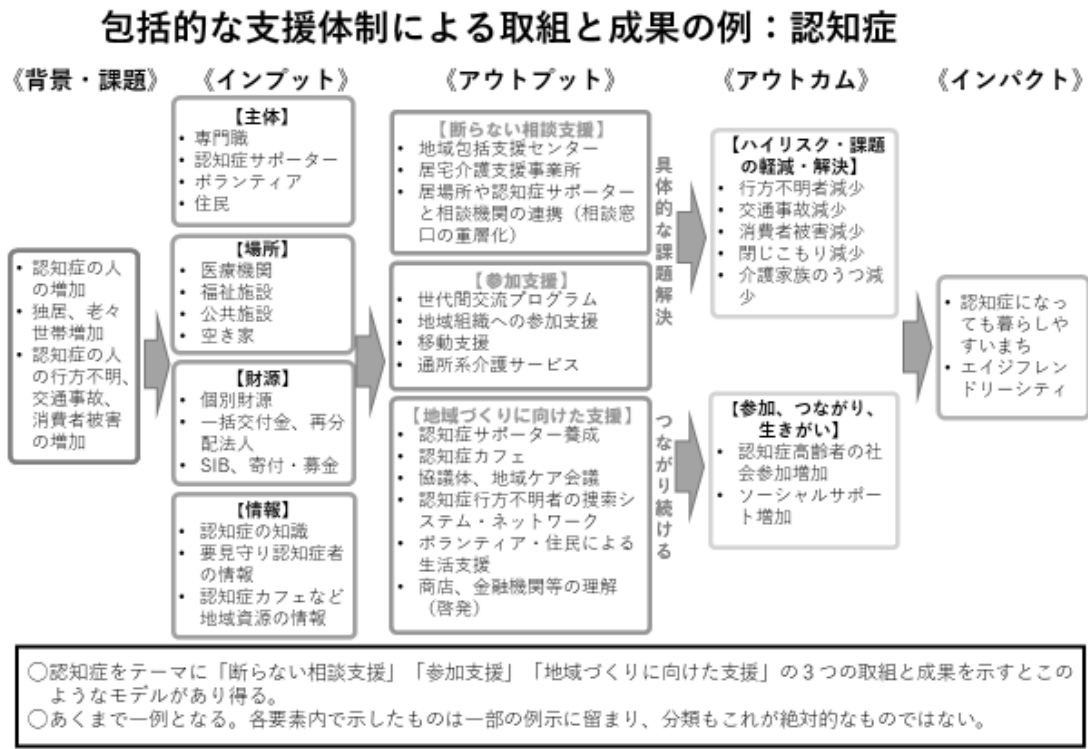
図表 55 包括的な支援体制による取組と成果 児童虐待 モデル No. 15



図表 56 包括的な支援体制による取組と成果例 引きこもりモデル No. 16



図表 57 包括的な支援体制による取組と成果の例 モデル NO. 17



8) おわりに

本稿では、地域共生社会をテーマとして扱っている文献をもとに、地域共生社会推進の取組についてモニタリング・成果評価する指標の選定の際に参照するロジックモデルの作成を試みた。ロジックモデルの作成にあたり検討を重ねた結果、地域共生社会という多岐に渡る事項が関わるテーマを表現するには、複数のモデルが階層構造を成す形式とならざるを得ず、本稿で示したような試案に至った。

地域共生社会推進に関わる取組はすでに各地で始まっている¹⁷⁾。これらの取組の成果を適切にモニタリング・評価し、より効果的な取組へと発展させることが望まれる。そのためには、本稿で示したようなロジックモデルをベースにモニタリング・成果評価のための指標の候補を選出したうえで、妥当性に基づき選定するという作業が必要となる。

文献

- 1) 白波瀬佐和子. 小さな世帯の増加と社会保障. 社会保障研究 2017 ; 2 (1) : 4-18.
- 2) 村上雅俊. 若年層の失業・不安定就業・貧困とその支援策の課題についての一考察. 社会保障研究 2016 ; 1 (2) : 418-430.
- 3) 総務省. 今後の都市部におけるコミュニティのあり方に関する研究会報告書. 2014. (http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/tosi_community/index.html, 2019. 10. 1.)
- 4) 東京都保健福祉局. 東京都子供の生活実態調査報告書 若者(青少年)調査. 2017. (<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/smph/joho/soshiki/syoushi/syoushi/oshirase/kodomoseikatsujittaityousakekka.html>, 2019. 10. 1.)
- 5) 内閣府. 平成 23 年度版高齢社会白書 第 3 節 地域における高齢者の「出番」と「活躍」～社会的孤立を超えて地域の支え手に～. 2011. (http://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/2017/seikatsu2017_kekka.pdf, 2019. 10. 1.)
- 6) 国立社会保障・人口問題研究所. 2017 年 社会保障・人口問題基本調査 生活と支え合いに関する調査. 2018. (<http://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/2017/seikatsu2017.asp>, 2019. 10. 1.)
- 7) 厚生労働省(新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム). 誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—. 2015. (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000098006.html>, 2019. 10. 1.)
- 8) 平成 28 年 6 月閣議決定. ニッポン一億総活躍プラン. (<http://www.kantei.go.jp/jp/headline/ichiokusoukatsuyaku/>, 2020. 1. 3)
- 9) 厚生労働省(社会・援護局地域福祉課). 地域共生社会の実現に向けた市町村における包括的な支援体制の整備に関する全国担当者会議(資料 1). 2017. (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000178668.html>, 2019. 10. 1.)

- 10) 厚生労働省（地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会）. 地域共生社会推進検討会最終とりまとめ. 2019.
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213332_00020.html, 2020.1.3)
- 11) 厚生労働省（地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会）. 地域共生社会推進検討会中間とりまとめ. 2019.
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213332_00015.html, 2019.10.1.)
- 12) 厚生労働省（地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会）. 地域力強化検討会最終とりまとめ～地域共生社会の実現に向けた新しいステージへ～. 2017. (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000176885.html>, 2019.10.1.)
- 13) 尾島俊之. Urban HEART の枠組みを活用した介護予防ベンチマーク指標の開発. 医療と社会 2014 ; 24 (1) : 35-45.
- 14) 厚生労働省（「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部）. 「地域共生社会」実現に向けて（当面の改革工程）. 2017.
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000150538.html>, 2019.10.1)
- 15) 厚生労働省子ども家庭局長/社会・援護局長/老健局長通知. 地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進について. 2017.
- 16) 厚生労働省告示第三百五十五号. 社会福祉法に基づく市町村における包括的な支援体制の整備に関する指針. 2017.
- 17) 全国社会福祉協議会. 地域共生社会の実現を主導する社会福祉法人の姿 地域における公益的な取組に関する委員会報告書（平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業）. 2019.
(https://www.shakyo.or.jp/tsuite/jigyo/research/20190329_chiiki.html, 2019.10.1.)
- 18) 日本老年学的評価研究機構（地域共生社会研究会）. 参加と協働によるセーフティネットの構築～誰もがつながりを持ち, 役割と物語が生まれる地域社会へ～（平成30年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業）. 2019.
(<https://www.jages.net/project/kyosei/>, 2019.10.1.)
- 19) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 地域包括ケア研究会 2040年：多元的社会における地域包括ケアシステム―「参加」と「協働」でつくる包摂的な社会―（平成30年厚生労働省老人保健事業費等補助金老人保健健康増進等事業）. 2019.
(https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html, 2019.10.1.)
- 20) 日本総合研究所. 地域力強化および包括的な相談支援体制構築の推進に関する調査研究（平成29年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金社会福祉推進事業）. 2018. (<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=32882>, 2019.10.1.)

用語の定義・解説

■地域共生社会^{1) 2)}

子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会。制度・分野の枠や「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会とがつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる、包摂的なコミュニティ、地域や社会を創るという理念に基づく。

■包括的な支援体制^{2) -5)}

「断らない相談支援」「参加支援」「地域づくりに向けた支援」の3つの支援機能を一体的に具えた支援体制。市町村単位で整備が図られる。

■断らない相談支援^{2) 3)}

以下の3つを主な機能とする相談支援。①対象者の属性にかかわらず、地域の様々な相談に対応（受け止め）する、又はつなぐ機能。②世帯を取り巻く支援関係者全体を調整する、多機関協働の中核を担う機能。③課題が明確でない事例でも、本人・世帯に寄り添い継続的に関わる機能。①については、住民に身近な圏域を中心に関わる全ての相談支援機関が行う。②と③については市町村圏域で確保する。

■参加支援^{2) 3)}

社会とのつながりや参加に関する支援。本人・世帯と地域のつながりや関係性の構築を中心とし、必要に応じて地域や参加の機会を作る主体への支援も行う。生活支援（一時的な生活保障）、仕事づくり・就労支援、身元保証、生きがい・やりがいになる活動の場の提供などがあり得る。

■地域づくりに向けた支援^{2) 3)}

地域住民同士のケア・支え合う関係性の育成に関わる支援。ケア・支え合う関係性を広げつなげる全世代対応のコーディネートと、住民同士が出会い、気にかけて関係性を作るための居場所の創出の2つの機能を軸とした地域づくりを行う。前者のコーディネート機能は、既存の社会資源の把握・活性化に加え、新たな社会資源の開発や住民・社会資源・行政間のネットワーク構築、人と人、人と社会資源のつなぐ役割も担う。

■具体的な課題解決を目的とするアプローチ^{2) 3)}

本人・世帯の抱える課題と必要な対応が比較的明らかな場合に、属性や課題の内容に応じた制度・支援によって特定の課題解決を図るアプローチ。つながり続けること目的

とするアプローチとは「支援の両輪」の関係。

■つながり続けることを目的するアプアプローチ（伴走型支援）^{2) 3)}

課題や生きづらさの背景等が明確でない場合においても、支援者と本人が継続的につながりながら、本人・世帯と周囲との関係を広げていくアプローチ。具体的な課題解決を目的とするアプローチとは「支援の両輪」の関係。

■狭間のニーズ（制度の狭間）^{2) 3) 6)}

分野別・年齢別の縦割りの制度では十分に対応できない、または制度の対象から漏れてしまう生活課題が存在すること。もしくはそのような生活課題を抱えて何らかの支援を必要としている人・世帯に対し適切な支援が行き届かない様。

■プラットフォーム^{2) 3)}

住民、福祉関係者、行政のみならず、産業、地方創生、まちづくり、住宅施策、地域自治、環境保全などの地域関係者が相互の接点を広げ、学び合うことのできる場。地域を構成する多様な主体が関わり、地域ごとの多様な形態があり得る。

■居場所^{6) 7)}

課題を抱えた者だけでなく、住民の誰もが気軽に立ち寄り交流することのできる場であり、時には住民や専門職の話し合いを通じて新たな活動やまちづくりの取組が生まれることが期待できる地域の（小さな）拠点。

■ゼロ次予防⁸⁾

疾病の発生から治療に至るプロセスに対応する4つの予防レベル（ゼロ、1次、2次、3次）のうちの一つ。健康影響を最小限にとどめるための条件を確立し維持することを目的に、原因となる社会経済的、環境的、行動的条件の発生を防ぐための対策を取る。

■持続可能な開発目標（SDGs）⁹⁾

持続可能な開発目標（SDGs）とは、2001年に策定されたミレニアム開発目標（MDGs）の後継として、2015年9月の国連サミットで採択されたもの。「持続可能な開発のための2030アジェンダ」にて記載された2016年から2030年までの国際目標。持続可能な世界を実現するための17のゴールと196のターゲットから構成され、地球上の誰一人として取り残さない（leave no one behind）ことを誓っている。SDGsは発展途上国のみならず、先進国自身が取り組むユニバーサル（普遍的）なもの。

■対応と取組

「対応」は主に、課題発生後に課題の解決を目的として行う事後的支援を指して用いる。「取組」は主に、課題発生の予防や課題発生時に緩衝・保護の役割を果たす関係や環境、仕組みづくりに関する支援を指して用いる。

引用・参考文献

- 1) 平成 28 年 6 月閣議決定。ニッポン一億総活躍プラン。
(<http://www.kantei.go.jp/jp/headline/ichiokusoukatsuyaku/>, 2020.1.3)
- 2) 厚生労働省（地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会）。地域共生社会推進検討会最終とりまとめ。2019。
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213332_00020.html, 2020.1.3)
- 3) 厚生労働省（地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会）。地域共生社会推進検討会中間とりまとめ。2019。
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213332_00015.html, 2019.10.1.)
- 4) 厚生労働省（地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会）。地域力強化検討会最終とりまとめ～地域共生社会の実現に向けた新しいステージへ～。2017。(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000176885.html>, 2019.10.1.)
- 5) 厚生労働省告示第三百五十五号。社会福祉法に基づく市町村における包括的な支援体制の整備に関する指針。2017。
- 6) 厚生労働省子ども家庭局長/社会・援護局長/老健局長通知。地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進について。2017。
- 7) 厚生労働省（新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム）。誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—。2015。
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000098006.html>, 2019.10.1.)
- 8) 木原雅子・木原正博監訳。WHO の標準疫学（第 2 版）。東京：三煌社，2008；123-126。（Bonita Ruth, Beaglehole Robert, Kjellstrom Tord and World Health Organization. Basic epidemiology, 2nd ed. World Health Organization, 2006.）
- 9) 外務省公式 HP。JAPAN SDGs Action Platform(SDGs とは?)。
(<https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/about/index.html>, 2020.1.3)

第7章 地域レベルの自殺死亡率と見える化システムの開発

高橋聡（国立長寿医療研究センター）

1) 概要

「地域共生社会」の実現に向けた第一の骨格として、厚生労働省は「地域課題の解決力の強化」を挙げている。地域課題には様々なものがあるが、そのひとつに自殺の問題がある。日本老年学評価研究では、市町村の自殺対策マネジメント支援のため数値指標の研究に取り組んできた。その手順は、A. ロジックモデル立案、B. データ収集と C. データから指標の作成、D. 指標群の妥当性の検証、E. 妥当性が検証された指標を用いた「見える化」システムの開発である。

分析の結果、自殺死亡率との間に有意な係数（ $\beta = 0.24 \sim 0.47$ ）が得られた、あるいは異時点データセットにおいて有意な相関係数（ $\rho = 0.25 \sim 0.67$ ）に再現性を認められた指標を、コア・重要・参照指標の3階層に分けた。コア指標 {うつ割合、社会参加、社会サポート}・重要指標 {平均年齢、独居割合、低学歴割合、平均所得、ジニ係数}・参照指標 {一部のうつ下部項目、友人・知人、信頼、貧困者の増加、地域住民の活動や交流の活発化と衰退、行政サービスの向上} となった。

現在、これら指標群を用いて、「見える化」システムを開発中である。今後、対象地域を増やし、さらに多変量解析などで妥当性の検証を重ね、根拠のある地域共生社会づくりを進める必要がある。

本稿では、地域共生社会における課題やロジックモデルの一例として自殺の問題を取り上げる。

2) 背景と目的

「地域共生社会」とは、地域において「受け手」「支え手」といった関係性を固定させることのない、行政・民間の多様な主体による支え合いのある地域社会を指す。厚生労働省は、その実現に向けた第一の骨格として、「地域課題の解決力の強化」を挙げている¹⁾が、そのためには、「地域課題」や対策の「手がかり」「効果」の見える化が必須となる。

地域課題には様々なものがあるが、そのひとつに自殺の問題がある。1998年、日本における自殺者は30,000人を突破した。2009年以降は、自殺者数は下降しつつあり2012年には30,000人以下となったが、未だ1997年の水準までには戻らず、毎年多くの人びとが自殺によりその命を絶っている状況が続いている。またその地域間格差については、2010年以降長期にわたって微増傾向となっている²⁾。

平成29年に閣議決定された自殺総合対策大綱においては、「市町村での包括的な支援体制の整備を図ること、住民も参加する地域づくりとして展開すること、状態が深刻化する前の早期発見や複合的課題に対応するための関係機関のネットワークづくりが重要であること」などの点において、地域共生社会の実現に向けた施策と自殺対策

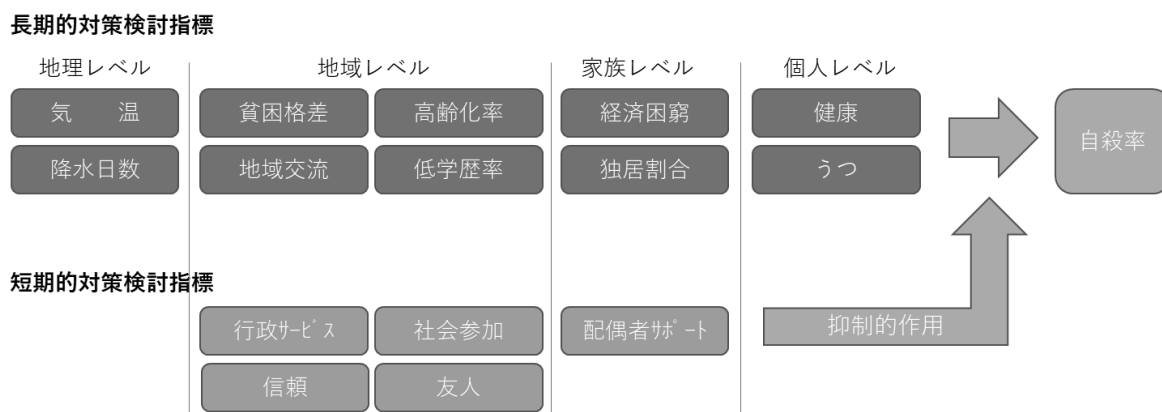
の近似性が指摘されている³⁾。また同大綱において、市町村には地域自殺対策計画の策定が義務づけられた⁴⁾。

日本老年学評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study, JAGES）⁵⁾では、自殺総合対策推進センターとの委託契約において、市町村の自殺対策マネジメント支援のため数値指標の研究に取り組んできた^{2,6)}。その手順は、A. ロジックモデル立案、B. データ収集と C. データから指標の作成、D. 指標群の妥当性の検証、E. 妥当性が検証された指標を用いた「見える化」システムの開発である。本稿では、自殺の問題を、地域共生社会における課題例として取り上げ、地域共生社会づくりに用いる数値指標作成の A~D のプロセスについて述べる。

3) ロジックモデルの立案

先行研究を踏まえ、どのような要因が関連して自殺をもたらし、あるいは緩和しているのかに関する理論仮説を元に、ロジックモデルを立案した。その結果、下図のようなロジックモデルが得られた。

図表 58 ロジックモデル



4) データ収集

自殺者数自体が 10 万人人口に対して 15 人程度と僅少であること、個人情報保護の観点から生前のデータが秘匿されることから、個票レベルで自殺者と 100 万人規模の社会生活実態に関するデータを収集して分析することは、極めて困難である。そこで本研究では、市町村毎の自殺死亡率と、上記のロジックモデルで示したような社会的指標や健康指標の市町村毎の値との関連性をみることで、地域毎の自殺リスクの可視化を企図した。

指標の作成にあたっては、警察庁発表資料⁷⁾と JAGES のデータを用いた。後者の対象市区町は、JAGES2010, 2013, 2016 年調査に参加した市区町村のうち、人口 3 万人以上

であったそれぞれ 40, 67, 75 市区町とした¹。同調査は介護保険事業計画策定のために介護保険者（市町村・広域連合）が実施する「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」（以下、ニーズ調査）の拡張版として、研究者と保険者との共同調査研究として実施した^{8,9}。厚生労働省が示す実施要項と調査票の必須項目とオプション項目に独自調査項目を追加し、要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者を対象として行っており、2016 年の協力者数は 153775 人を数えている。

5) データから指標の作成

ロジックモデルで取り上げた要因について、評価するための数値指標を作成した。

A. 自殺死亡率

自殺死亡率については、警察庁発表資料から、2009 年から 2017 年までの自殺者数データ（1～12 月までのデータ、居住地別のものを採用）を分子に、「統計でみる市区町村のすがた」¹⁰ から得られた人口データを分母に用いた。分析対象を人口 3 万人以上の市区町に限定し、自殺死亡率については、3 年間の自殺死亡率を用いた。

JAGES 調査が 65 歳以上を対象としていることから、10 歳ずつに区分され公表されている自殺者数データを用いて 60 歳以上自殺死亡率（「60 歳以上自殺死亡率」）を作成した²。

また標準化死亡比（SMR）については、対象市区町の 60 歳以上 10 歳刻みの年齢階層別人口・全国の 60 歳以上 10 歳刻みの自殺者数・全国の 60 歳以上 10 歳刻みの年齢階層別人口を用いて対象市区町毎の 60 歳以上期待自殺者数を算出し、対象市区町の合計自殺者数との除算により各年の SMR を算出、3 か年の平均値を求めた（「60 歳以上平均 SMR」と表記）。

B. 健康関連指標

健康関連指標作成には、2010年、2013年、2016年におこなわれた JAGES の調査データを用いた。先行研究^{11,12} で有意な相関が報告されていた主観的健康感とうつの 2 指標を用いた。主観的健康感については、4 件法のうち「とてもよい」「よい」を合わせた割合を作成した。うつについては、Geriatric Depression Scale (GDS) を用い、15 点法の 5 点以上（軽度うつ以上）割合、10 点以上（重度うつ）割合および全ての下部項目の該当者割合を作成した。

¹ 自殺死亡率は偶然誤差が大きいいため、地域特性との関連性をみるための操作が必要となる。ベイズ変換などを用いるのが一般的であるが、本研究では市町村担当者にわかりやすい指標の開発が目的であるため、人口 3 万人未満の地域を除外し、また 3 年間の自殺死亡率を用いることとした。この操作により、村部は分析から除外されている。

² 本来であれば 65 歳以上自殺死亡率を算出すべきところではあるが、現在公開されている自殺者数データが 10 歳刻みとなっているため、60 歳以上自殺死亡率を用いることとした。

C. 社会的要因指標

社会的要因変数の指標作成にも、2010年、2013年、2016年におこなわれたJAGESの調査データを用いた。自殺死亡率との関連が報告^{11,12)}されているソーシャル・キャピタル関連指標に加えて、介護予防分野において関連性があると指摘されている^{13,14)}その他の地域指標を作成した。

ソーシャル・キャピタル関連指標としては、構造的ソーシャル・キャピタル指標（社会参加、社会的ネットワーク、社会的サポート）と、認知的なソーシャル・キャピタル（一般的信頼感、互酬性、地域への愛着）あわせて51指標を作成した（表3）。その他の地域変数としては、地域環境8指標、地域の変化に関する13指標について「あり」とした者の割合を算出した。

また平均年齢、単身高齢者世帯割合、最終学校中学校以下割合の値を算出した。

D. 経済的要因指標

JAGESの2013年調査と2016年調査に参加している要介護を受けていない65歳以上の223,370人（内訳：2013年59市区町村107,537人、2016年59市区町村115,833人）のデータを用い、各市区町村別のジニ係数を計算した。ジニ係数は主に社会における所得分配の不平等さを測る指標で0から1までの数値を示し、0は完全平等、1は完全不平等を表す。加えて同データから平均所得の値も算出した。

E. 地理・気象に関連する変数

各市区町村役場の標高データの算出には、まず緯度・経度データを「アマノ技研/地方公共団体の位置データ」から取り出した。緯度・経度データから、「地理院地図」を使用して標高データをそれぞれ求めた。またGIS（Geographic Information System: 地理情報システム）データから市区町村毎の居住地平均標高・平均傾斜を算出した。気象データは、「国土数値情報 平年値メッシュデータ」から、2010年国勢調査時における人口1人以上の居住地のメッシュと重なるデータを抽出し、市区町村ごとに平均値を算出し、その地域の居住地における気象データとした。

6) 指標群の妥当性の検証

A. 分析の方法

理論仮説として立案したロジックモデルに沿って、データから作成した数値指標を用いて、統計学的に有意な関連によって妥当性が支持されるかどうかを検証した。分析にあたっては、異時点におけるデータセット利用可能な変数群については、異時点間における相関の再現性を確認した。また関連すると考えられる地理的・社会背景的な要因を調整した多変量解析を用いた。

統計的な相関が得られた指標群について下記の介護予防分野で用いられているベン

チマーク 6 指標¹⁵⁾を自殺対策に援用してその妥当性について検討をおこなった上で、コア指標・重要指標・参照指標に分類した。

図表 59 ベンチマーク指標の 6 つの評価基準（尾島，2014）

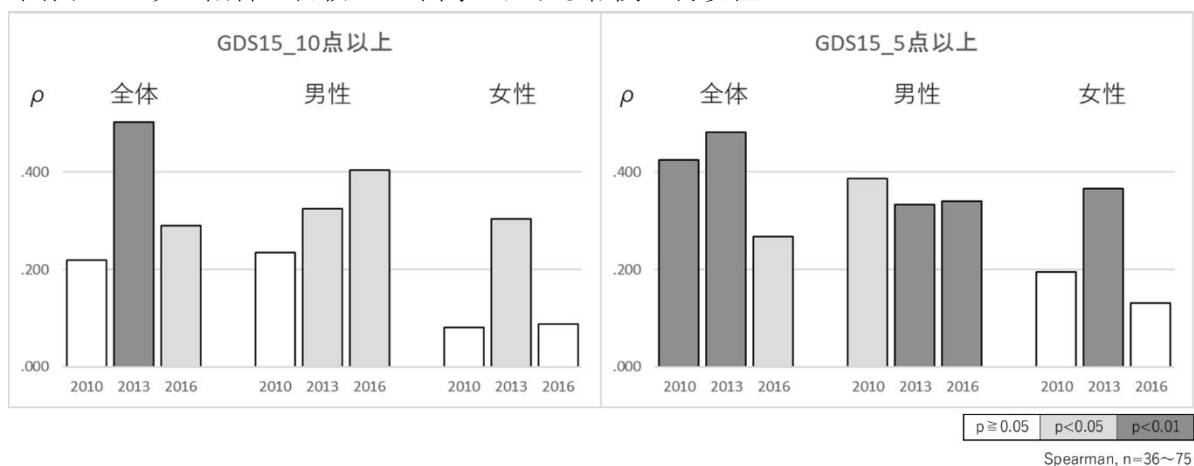
指標	内容
正確性	指標としての信頼性と妥当性からなる。信頼性とは、保険者間信頼性、（異時点間）再現性の高さであり、妥当性は測定したい対象を捉えている度合い
内容的代表性	評価しようとする上位概念の要素の大きな部分を包含し、その概念を代表して捉えるのに相応しい度合い
社会的受容性	その指標を用いることが受け入れられるか、その指標の意味がわかりやすいかなど、社会から広く受容されやすい度合い
学術的重要性	学術的・科学的にみて新規性があること、また介護予防に向けての機序などを学術的・科学的に考えた際の価値や重要性の度合い
介入可能性	自治体の政策決定者などの立場で考えた場合、3年程度の期間で介入により変化させることが可能であるかの度合い
入手容易性	指標作成に必要なデータ入手の容易性の度合い

7) 結果

A. 異時点間における再現性分析（健康関連指標）

うつ割合について、軽度うつ以上割合は自殺死亡率との相関を再現した（図 2）。下部項目については、「生きていても仕方がない」「生きているのがむなしい」「こんな暮らしでは希望がない」の 3 指標が相関を再現した。また男性自殺死亡率においてのみ、「活動力や世間に対する関心がなくなった」「退屈」の 2 指標が相関を示した（章末表 2）。

図表 60. うつ割合と自殺死亡率間における相関の再現性



図表 61. うつ下部項目と自殺死亡率間における相関の再現性

	全体			男性			女性		
	2010	2013	2016	2010	2013	2016	2010	2013	2016
今の生活に満足していますか	.377 ^{**}	.279 [*]	.125	.351 [*]	.344^{**}	.210	.073	.129	.095
生きていても仕方がないという気持ちになることがありますか	.359 [*]	.448^{**}	.264 [*]	.385 [*]	.361^{**}	.344^{**}	.137	.233	.164
毎日の活動力や世間に対する関心がなくなってきたように思いますか	.249	.566^{**}	.246 [*]	.366 [*]	.378^{**}	.323^{**}	.102	.507^{**}	.174
生きているのがむなしいように感じますか	.376 [*]	.260 [*]	.253 [*]	.462^{**}	.317^{**}	.369^{**}	.187	.093	.134
退屈に思うことがよくありますか	.432^{**}	.432^{**}	.170	.405 [*]	.393^{**}	.247 [*]	.214	.290 [*]	.110
普段は気分がよいですか	.320 [*]	.508^{**}	.168	.213	.320^{**}	.209	.253	.442^{**}	.120
なにか悪いことがおこりそうな気がしますか	.392 [*]	-.092	-.151	.281	-.037	.072	.169	-.251 [*]	-.185
自分は幸せなほうだと思いますか	.438^{**}	.322^{**}	.182	.331 [*]	.237	.259 [*]	.236	.153	.056
どうしようもないと思うことがよくありますか	.233	.426^{**}	.184	.088	.408^{**}	.290 [*]	.037	.135	.084
外に出かけるよりも家にいることのほうが好きですか	-.217	.042	-.088	-.110	.080	.141	-.176	.048	-.112
ほかの人より物忘れが多いと思いますか	.275	.377^{**}	.258 [*]	.208	.112	.258 [*]	.115	.375^{**}	.061
こうして生きていることはすばらしいと思いますか	.138	.280 [*]	.168	.149	.309 [*]	.261 [*]	-.010	.185	.073
自分は活力が満ちていると感じますか	.275	.419^{**}	.193	.528^{**}	.194	.242 [*]	-.090	.327^{**}	.116
こんな暮らしでは希望がないと思いますか	.333 [*]	.504^{**}	.338^{**}	.320 [*]	.459^{**}	.321^{**}	.152	.294 [*]	.269 [*]
ほかの人は、自分より裕福だと思いますか	.247	.506^{**}	.324^{**}	.305	.334^{**}	.436^{**}	.087	.313 [*]	.099

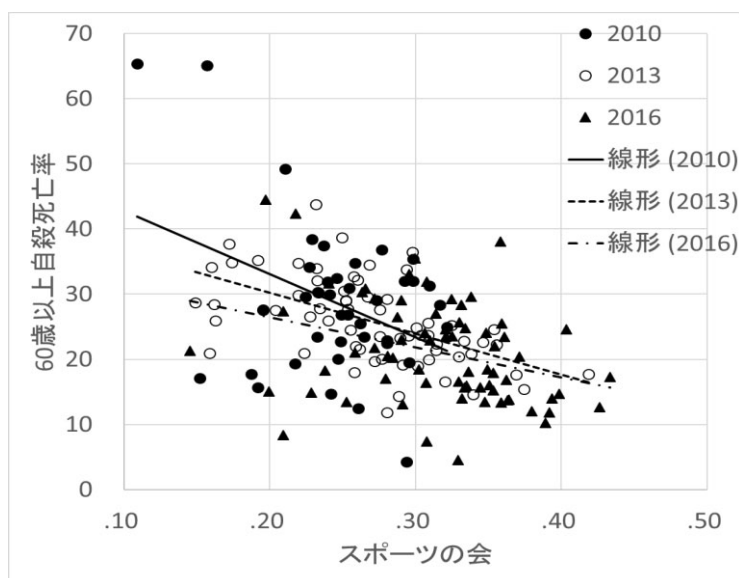
Spearman, n=36~75

■ p<0.05 ■ p<0.01

B. 異時点間における再現性分析（社会的要因指標）

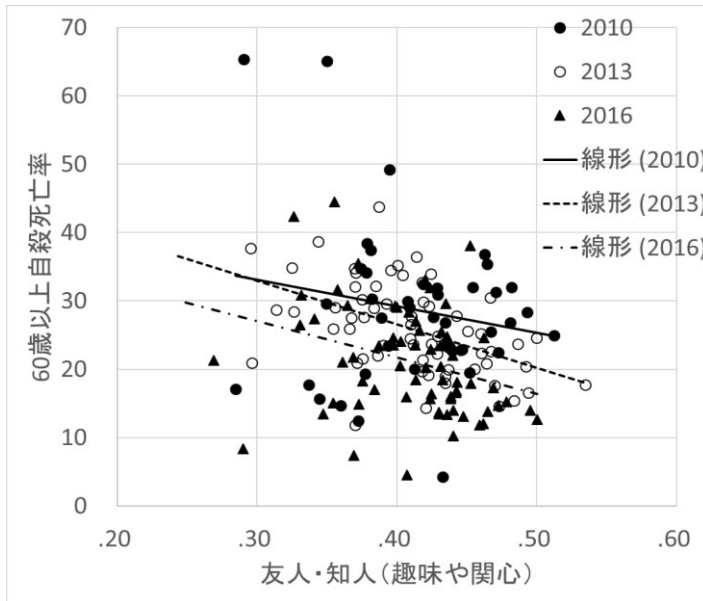
社会参加では、スポーツの会、趣味の会、学習・教養サークル、特技や経験を伝える活動への参加割合と自殺死亡率との間には負の相関が再現した。

図表 62 スポーツの会参加割合と自殺死亡率



社会的ネットワークでは、友人・知人（趣味や関心が同じ）とのネットワークが負の相関を再現した。社会的サポートでは、情緒的サポート受領・提供、手段的サポート受領・提供ともに配偶者との関係が負の相関を再現した。他には、情緒的サポート提供（別居の子ども）の指標が同様に負の相関を再現した。

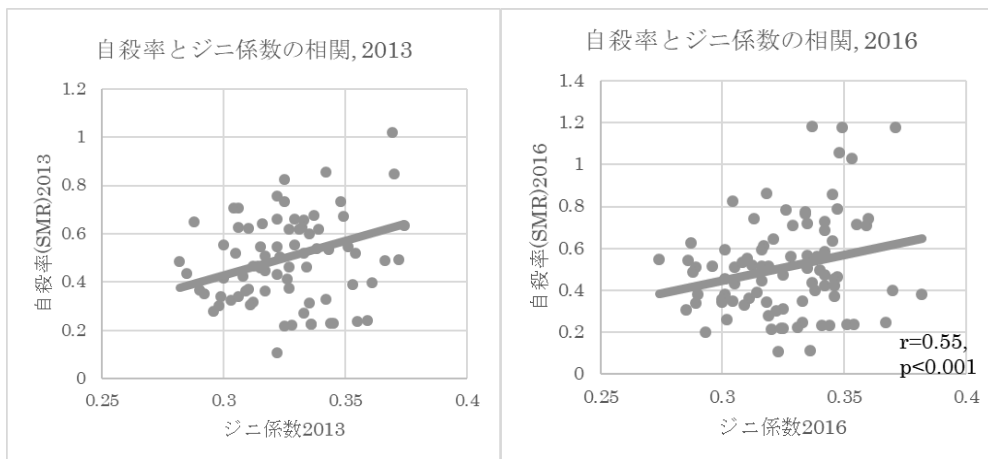
図表 63 友人・知人（趣味や関心）あり割合と自殺死亡率



また一般的信頼，互酬性，愛着の3指標についても負の相関を再現した。

地域変化指標においては，貧困者の増加，地域住民の活動や交流の衰退が正の相関を再現した。また行政サービスの向上，地域住民の活動や交流の活発化が負の相関を再現した。ジニ係数についても，負の相関が再現された（図表 64）。

図表 64. 60 歳以上平均 SMR とジニ係数



図表 65. 男性 60 歳以上平均 SMR と関連指標

C. 重回帰分析の結果

男性自殺死亡率では，高齢化率とうつ割合と正の関連が見られ，社会参加・社会的サポートが負の関連を示した．また単身高齢者世帯割合と最終学校中学校以下割合が正の関連を示した．女性自殺死亡率では，社会参加と負の関連が見られた．また最終学校中学校以下割合が正の関連を示した．また 2016 年のデータでジニ係数と正の関連が示された．

		非標準化係数	標準化係数	有意確率
モデル 1	高齢化率	0.798	0.245	0.02
	うつ割合	0.679	0.343	0.001
モデル 2	高齢化率	0.64	0.197	0.062
	うつ割合	0.377	0.19	0.136
	社会参加	-0.182	-0.262	0.046
モデル 3	高齢化率	0.574	0.177	0.073
	うつ割合	0.099	0.05	0.688
	社会参加	-0.159	-0.228	0.064
	社会的サポート	-0.624	-0.36	0.001
モデル 4	高齢化率	-0.552	-0.169	0.229
	うつ割合	0.253	0.127	0.403
	社会参加	-0.119	-0.172	0.31
	社会的サポート	-0.519	-0.3	0.006
	単身高齢者世帯割合	1.765	0.462	0.002
	中学校以下割合	0.246	0.307	0.034
	経済困窮	0.132	0.082	0.461
	健康不良	-0.544	-0.234	0.102

p<0.05 p<0.01

図表 66. 女性 60 歳以上平均 SMR と関連指標

		非標準化係数	標準化係数	有意確率
モデル 1	高齢化率	0.034	0.023	0.844
	うつ割合	0.098	0.107	0.358
モデル 2	高齢化率	-0.084	-0.056	0.623
	うつ割合	-0.129	-0.141	0.311
	社会参加	-0.137	-0.425	0.004
モデル 3	高齢化率	-0.08	-0.053	0.644
	うつ割合	-0.11	-0.12	0.416
	社会参加	-0.138	-0.43	0.003
	社会的サポート	0.043	0.054	0.659
モデル 4	高齢化率	-0.243	-0.162	0.349
	うつ割合	0.025	0.027	0.883
	社会参加	-0.018	-0.057	0.784
	社会的サポート	-0.022	-0.027	0.835
	単身世帯割合	0.189	0.107	0.551
	中学校以下割合	0.174	0.47	0.009
	経済困窮	-0.015	-0.02	0.886
	健康不良	-0.042	-0.039	0.824

p<0.05 p<0.01

高齢化が進み，独居者やうつが多い地域がハイリスク地域であると考えられた．また対策としては，男性では社会参加・社会的サポート，女性では社会参加が多い地域

で自殺死亡率が低かったことから、これらを強める地域での取り組みが自殺死亡率の抑制に寄与する可能性が示された。

D. 尾島 6 指標に基づく採点

上記項目について尾島 6 指標に基づく採点をおこない、次のように指標を分類した。

① コア指標

軽度うつ以上割合，社会参加，社会サポート

② 重要指標

平均年齢，単身高齢者世帯割合，最終学校中学校以下割合，平均所得，ジニ係数

③ 参照指標

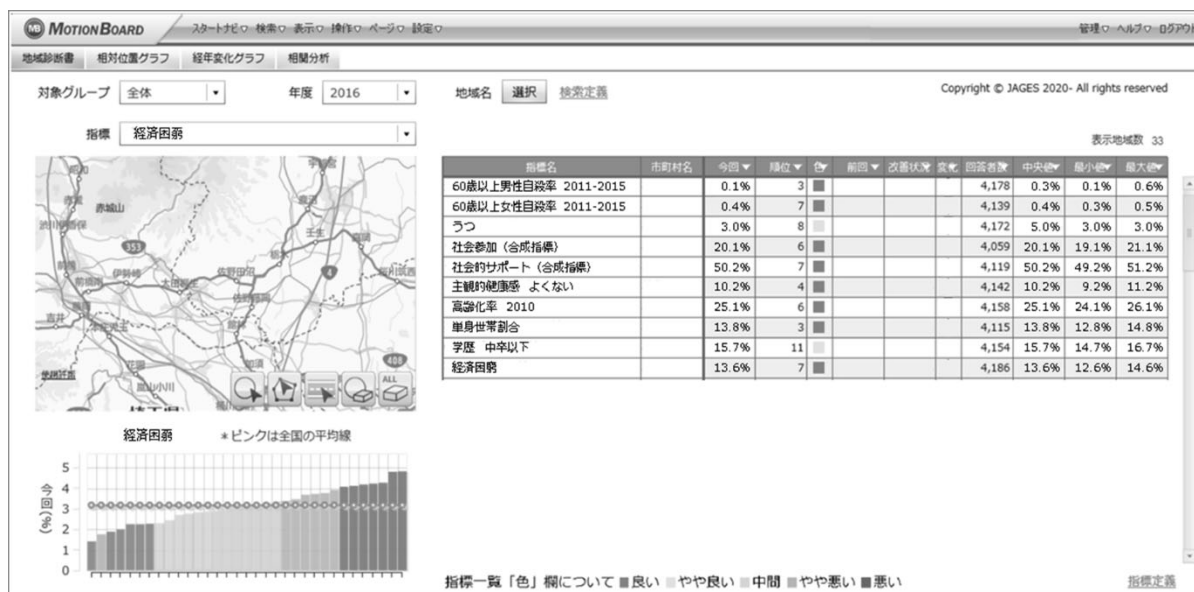
自殺死亡率と相関の高かったうつ下部項目，友人・知人（趣味や関心），一般的信頼，互酬性，愛着，貧困者の増加，地域住民の活動や交流の活発化と衰退，行政サービスの向上

E. 妥当性が検証された指標を用いた「見える化」システムの開発

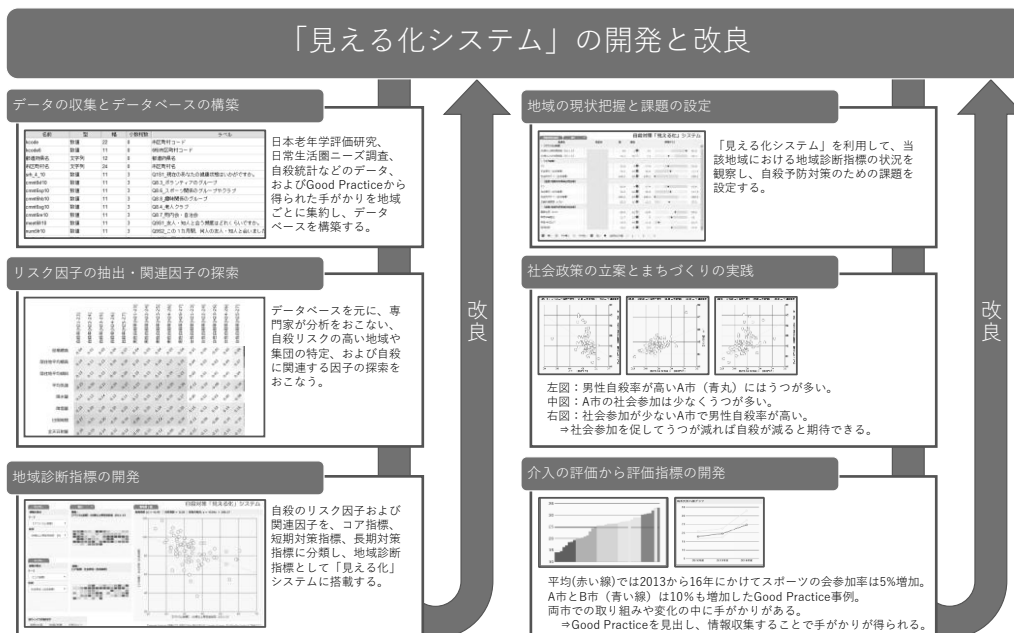
上記のプロセスである程度の信頼性と妥当性が検証された指標群を用いて、「見える化」システムを開発中である。開発中のサンプルを図 67 に示す。

「見える化システム」の開発・改良を進めるプロセスは章末図 69 に示した。

図表 67. 「見える化システム」（※図は開発中のもの）



図表 68 介入-検証サイクルの見取り図



8) まとめ

自殺死亡率を事例として取り上げ、地域共生社会づくりに用いるロジックモデルや介入-検証サイクルのプロセスについて述べた。A) ロジックモデルを立案し、B) データを収集、C) 自殺死亡率と既存の JAGES データを用いて自殺関連指標を作成し、D) 指標を用いて再現性や妥当性の検証を統計学的手法を用いて行い、E) 介入-検証サイクルを回すことで「見える化システム」の開発・改良をおこなう。こうした一連のプロセスが、地域共生社会づくりのための数値指標作成のひとつの進め方ではないかと考える。

今後、対象地域を増やし、さらなる多変量解析などで交絡要因を考慮した分析による妥当性の検証は必要であるが、本稿で示したようなプロセスを積み重ねることで、自殺死亡率などの個別課題毎に、根拠のある地域共生社会づくりを進める必要がある。

9) 謝辞

本研究は、革新的自殺研究推進プログラム（精神保健研究所自殺総合対策推進センター、令和元年度 1-4、平成 30 年度 3-2、平成 29 年度 3-2）、2019 年度社会福祉推進事業（厚生労働省、地域福祉関係 24）、平成 30 年度長寿医療研究開発費（国立研究開発法人国立長寿医療研究センター、30-22）などの助成を受けた成果である。

また研究は、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業（2009-2013）、JSPS 科研（JP18390200）、厚生労働科学研究費補助金（H22-長寿-指定-008、H25-長寿-一般-003、H28-長寿-一般 002）の一環で行なわれた成果の一部である。使用した調査データは、

私立大学戦略的研究基盤形成支援事業（2009-2013）， JSPS 科研費 (JP15H01972, JP18390200, JP22330172, JP22390400, JP23243070, JP23590786, JP23790710, JP24390469, JP24530698, JP24683018, JP25253052, JP25870573, JP25870881, JP26285138, JP26882010) ， 厚生労働科学研究費補助金 (H22-長寿指定-008, H24-循環器等 [生習] -一般-007, H24-地球規模-一般-009, H24-長寿-若手-009, H25-健危-若手-015, H26-医療-指定-003 [復興] , H25-長寿-一般-003, H26-長寿-一般-006, H27-認知症-一般-001, H28-長寿-一般-002, H28-認知症-一般-002, H30-健危-一般-006, H30-循環器等-一般 004, 18H04071, 19FA1012, 19FA2001) ， 国立研究開発法人日本医療開発機構 (AMED) (JP17dk0110017, JP18dk0110027, JP181s0110002, JP181e0110009, JP19dk0110034, JP19dk0110037) 長寿科学研究開発事業, 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター長寿医療研究開発費 (24-17, 24-23, 29-42, 30-22) , 国立研究開発法人科学技術振興機構 (JPMJOP1831), 公益財団法人長寿科学振興財団長寿科学研究者支援事業 (+必要時 JAGES 以外の研究費も追加) などの助成を受けて JAGES プロジェクトによって実施・整備されたものである。記して深謝する。

本研究に，開示すべき COI などはない。

図表 69 社会的要因と自殺死亡率間における相関の再現性

	60歳以上自殺死亡率			60歳以上平均SMR			再現性	
	2010	2013	2016	2010	2013	2016	自殺死亡率	平均SMR
主観的健康感	-.289	-.418**	-.212	-.295	-.423**	-.206		
うつ (GDS15の5点以上)	.425**	.483**	.267*	.424**	.482**	.266*	*	*
ボランティア	-.295	-.311*	-.235*	-.281	-.304*	-.228*		
スポーツの会	-.378*	-.667**	-.464**	-.392*	-.666**	-.458**	*	*
趣味の会	-.382*	-.579**	-.475**	-.395*	-.579**	-.470**	*	*
老人クラブ	-.293	-.049	-.281*	-.286	-.045	-.269*		
町内会・自治会	.111	-.082	-.220	.122	-.077	-.211		
学習・教養サークル		-.477**	-.350**		-.475**	-.344**	**	**
介護予防活動		-.006	-.252*		-.008	-.239*		
特技や経験を伝える活動		-.411**	-.415**		-.407**	-.411**	**	**
いずれの団体にも参加なし	-.006	.096	.215	-.005	.098	.224		
友人・知人 (月1~2回以上)	-.001	.284*	.122	.010	.277*	.118		
友人・知人 (一ヶ月以内)	-.260	.165	.053	-.250	.161	.053		
友人・知人 (近所の人)	-.072	.273*	.087	-.059	.279*	.089		
友人・知人 (幼なじみ)	-.097	.350**	.395**	-.096	.348**	.393**		
友人・知人 (学生時代)	-.072	-.375**	-.228*	-.075	-.370**	-.230*		
友人・知人 (同僚・元同僚)	-.195	-.277*	-.338**	-.212	-.284*	-.327**		
友人・知人 (趣味や関心)	-.414**	-.548**	-.468**	-.426**	-.553**	-.463**	**	**
友人・知人 (ボランティア)	-.383*	-.383**	-.169	-.381*	-.377**	-.161		
友人・知人 (その他)	.212	.016	.136	.207	.016	.132		
友人・知人 (いない)	.456**	-.132	.142	.447**	-.131	.138	**	**
情緒的サポート受領 (配偶者)	-.515**	-.446**	-.346**	-.527**	-.445**	-.342**	**	**
情緒的サポート受領 (同居の子ども)	-.189	-.028	.013	-.183	-.026	.023		
情緒的サポート受領 (別居の子ども)	-.040	-.314**	-.292*	-.032	-.316**	-.284*		
情緒的サポート受領 (近隣)	.195	.203	.045	.212	.208	.050		
情緒的サポート受領 (友人)	.046	-.298*	-.118	.035	-.307*	-.120		
情緒的サポート受領 (その他)	.243	.012	-.036	.241	.010	-.040		
情緒的サポート受領 (いない)	.404*	.196	.205	.403*	.194	.202		
情緒的サポート提供 (配偶者)	-.474**	-.458**	-.388**	-.487**	-.456**	-.384**	**	**
情緒的サポート提供 (同居の子ども)	-.254	-.070	-.101	-.252	-.069	-.090		
情緒的サポート提供 (別居の子ども)	-.417**	-.438**	-.397**	-.421**	-.438**	-.390**	**	**
情緒的サポート提供 (近隣)	.111	.279*	.048	.122	.282*	.050		
情緒的サポート提供 (友人)	.028	-.264*	-.097	.021	-.272*	-.096		
情緒的サポート提供 (その他)	.269	.115	-.020	.269	.115	-.030		
情緒的サポート提供 (いない)	.310	.306**	.281*	.312	.304**	.281*	**	**
手段的サポート受領 (配偶者)	-.498**	-.358**	-.352**	-.511**	-.358**	-.350**	**	**
手段的サポート受領 (同居の子ども)	-.197	-.007	.015	-.191	-.007	.022		
手段的サポート受領 (別居の子ども)	.132	-.116	-.035	.138	-.118	-.039		
手段的サポート受領 (近隣)	.097	-.051	-.289*	.102	-.050	-.284*		
手段的サポート受領 (友人)	.222	-.056	-.048	.217	-.054	-.046		
手段的サポート受領 (その他)	.290	.224	-.021	.293	.232	-.020		
手段的サポート受領 (いない)	.397**	.168	.220	.397**	.167	.219		
手段的サポート提供 (配偶者)	-.513**	-.286*	-.291*	-.522**	-.284*	-.288*	*	*
手段的サポート提供 (同居の子ども)	-.214	-.091	-.099	-.211	-.090	-.093		
手段的サポート提供 (別居の子ども)	-.223	-.386**	-.336**	-.216	-.387**	-.334**		
手段的サポート提供 (近隣)	.069	-.240	-.229*	.077	-.238	-.231*		
手段的サポート提供 (友人)	.175	-.083	-.068	.170	-.080	-.067		
手段的サポート提供 (その他)	.339**	.196	.126	.338**	.188	.128		
手段的サポート提供 (いない)	.490**	.052	.189	.492**	.051	.186		
一般的信頼	-.466**	-.270*	-.501**	-.458**	-.269*	-.502**	*	*
互酬性	-.425**	-.295*	-.467**	-.410**	-.292*	-.454**	*	*
愛着	-.341*	-.247*	-.324**	-.327*	-.242*	-.324**	*	*
つきあい	-.154	.179	-.148	-.141	.183	-.146		
落書きやゴミの放置が目立つところ	.207	.092		.190	.094			
運動や散歩に適した公園や歩道	-.042	-.261*	-.245*	-.055	-.264*	-.244*		
坂や段差など、歩くのが大変なところ	-.295	-.485**		-.297	-.480**			
交通事故の危険が多い道路や交差点	-.085	.263*		-.103	.259*			
魅力的な景色や建物	-.022	-.273*		-.019	-.270*			
食料販売施設	-.010	-.246*	-.027	-.023	-.246*	-.028		
夜の一人歩きが危ない場所	-.023	-.194		-.044	-.196			
気軽に立ち寄ることができる家や施設	-.310	.011		-.302	.012			
地域経済の活性化	-.169	.043		-.162	.042			
地域経済の沈滞	.250	.402**		.261	.403**			
治安の悪化	-.240	-.001		-.248	-.004			
転入者の増加	-.134	-.351**		-.144	-.356**			
祭りの衰退	.221	.227		.231	.228			
失業者の増加	.240	.367**		.241	.370**		**	**
貧困者の増加	.569**	.373**		.576**	.371**		**	**
行政サービスの向上	-.480**	-.450**		-.484**	-.447**		**	**
行政サービスの低下	-.010	.362**		-.002	.364**			
所得の格差の拡大	.067	.259*		.079	.267*			
地域住民の活動や交流の活発化	-.420**	-.279*		-.414**	-.277*		*	*
地域住民の活動や交流の衰退	.343*	.376**		.354**	.372**		*	*
地域変化：なし	.212	-.058		.200	-.055			
独居割合	.435**	.096	.190	.437**	.095	.188		
平均所得	-.261	-.516**	-.301**	-.273	-.519**	-.297**		

* 全時点でpが0.05未満

**全時点でpが0.01未満

参考文献

1. 厚生労働省. 「『地域共生社会』の実現に向けて」. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>, 2020年2月26日アクセス
2. 近藤克則. 「社会格差が自殺や精神的健康に及ぼす影響に関する社会疫学的影響評価研究」報告書. 2017年度革新的自殺研究推進プログラム. 2017. [http://irpsc-jssc.jp/file/2017R0Output/2017RReport\(3-2\)rev.pdf](http://irpsc-jssc.jp/file/2017R0Output/2017RReport(3-2)rev.pdf), 2020年2月26日アクセス
3. 宮原慎太郎. 「地域・職域連携推進関係者会議資料 自殺対策について」. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000188318.pdf>, 2020年2月26日アクセス
4. 厚生労働省. 「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogou/jisatsu/taikou_h290725.html, 2020年2月26日アクセス
5. Kondo K, Rosenberg M. Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: lessons learnt from the Japan Gerontological Evaluation Study. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. 近藤克則. 「社会格差が自殺や精神的健康に及ぼす影響に関する社会疫学的影響評価研究」報告書. 2017年度革新的自殺研究推進プログラム. 2018. http://irpsc-jssc.jp/file/2018/report/3-2_achievement2018.pdf, 2020年2月26日閲覧アクセス
7. 厚生労働省. 自殺の統計:各年の状況. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogou/jisatsu/jisatsu_year.html 2020年2月26日閲覧アクセス
8. 鈴木佳代, 近藤克則. 自治体との共同による大規模社会調査: JAGES2013年度調査の概要と工夫. 社会と調査. 2015; 14: 64-69.
9. 宮國康弘, 佐々木由理, 辻大士, 亀田義人, 横山芽衣子, 近藤克則. 地域診断支援システム開発のための多地域大規模疫学調査の概要. 新情報. 2017; 105: 27-37.
10. 総務省統計局. 統計でみる市区町村の姿. <http://www.stat.go.jp/data/s-sugata/index.html> 2020年2月26日アクセス
11. 芦原ひとみ, 鄭丞媛, 近藤克則, 鈴木佳代, 福島慎太郎. 自殺死亡率と高齢者におけるソーシャル・キャピタル関連指標との関連: JAGESデータを用いた地域相関分析. 自殺予防と危機介入. 2014; 34: 31-40.
12. 中村恒穂, 近藤克則. 高齢者の自殺に関する社会的要因: ソーシャルキャピタル, 経済格差, 地域要因・地理的要因. 老年精神医学雑誌. 2019; 30: 492-498.
13. 井手一茂, 鄭丞媛, 村山洋史, 宮國康弘, 中村恒穂, 尾島俊之, 近藤克則. 介護予防のための地域診断指標: 文献レビューと6基準を用いた量的指標の評価. 総合リハビリテーション. 2018; 46: 1205-1216.
14. 井手一茂, 宮國康弘, 中村恒穂, 近藤克則. 個人および地域レベルにおける要介護リスク指標とソーシャルキャピタル指標の関連の違い: JAGES2010横断研究. 厚生指標. 2018; 65(4): 31-38.
15. 尾島俊之, JAGESプロジェクト. Urban HEARTの枠組みを活用した介護予防ベンチマーク指標の開発. 医療と社会 24. 2014; 35-45.

第8章 高齢者虐待における指標開発プロセス

～地域レベルの高齢者虐待とソーシャル・キャピタルの関連～

古賀千絵 (千葉大学)

1. はじめに

本稿では、地域共生社会における課題やロジックモデルの一例として高齢者虐待を取り上げる。高齢者虐待は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律において、高齢者の尊厳保持にとって虐待を防止することが極めて重要だと示されている。また国際的にも世界保健機構（WHO）は高齢者虐待を、「信頼を期待できる関係の中で、高齢者に危害や苦痛を引き起こす単一または繰り返しの行動、または適切な行動の欠如」と定義しており、深刻な課題である[1]。そして、地域共生社会で期待される支え合い（社会的サポートやソーシャル・キャピタル）が豊かな人では、高齢者虐待が少ないことが示唆されている[2, 3]。つまり、これらが豊かなまち、地域共生が進んだまちほど、高齢者虐待が少ない可能性がある。

2. 方法

本稿では、高齢者虐待を事例として取り上げ、地域共生社会づくりに用いるロジックモデルや数値指標作成のプロセスについて述べる。

3. ロジックモデル・数値指標作成のプロセス

プロセスには、以下のような段階がある。

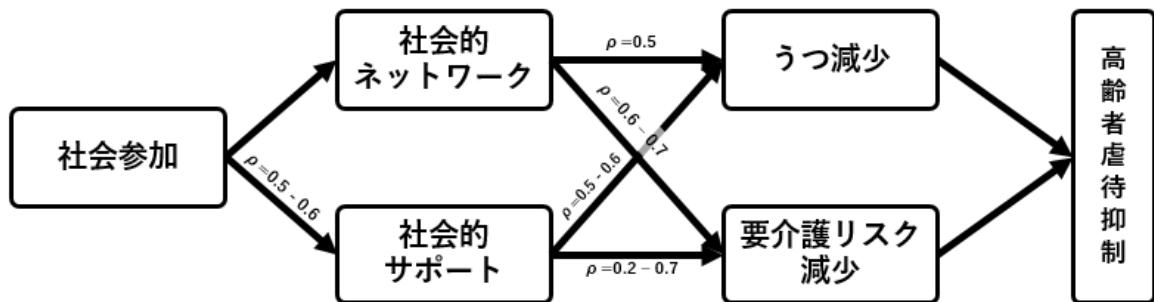
- 1) 先行研究や専門家の意見による仮説としてのロジックモデルの立案
- 2) 指標例の考案
- 3) 指標を作成できるデータ収集
- 4) データから数値指標作成
- 5) 指標間の関連の検証

1) ロジックモデルの立案

先行研究や専門家の意見を元に作成した理論仮説としてのロジックモデルの一例を図表 70 に示す。今回のロジックモデルでは、本稿で検討する変数のみを表示する。社会参加が豊かな地域ほど、社会的ネットワークが豊かで、そのような地域社会ほど社会的サポートが豊かになる。このようなソーシャル・キャピタル関連指標が豊かな地域社会ほど、要介護リスクやうつが少なく、高齢者虐待は抑制される。より複雑なロジックモデルもありうるが、今回の数値指標の検討プロセスを示すという目的のために限定して、このような単純なモデルに止めることとした。

図表 70. 高齢者虐待のロジックモデル

※層別なしの場合のスピアマンのρ相関係数



2) 指標例の考案

図 70 のロジックモデルに示した要素の指標には、例えば社会参加を例に考えると、参加対象となるグループ、頻度、質問の仕方などで多様な選択肢がありうる。ここでは、JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study、日本老年学的評価研究）の要介護リスク指標に関わる研究の蓄積を踏まえ、図表 71 に示すような指標とした。

目的変数は4つの虐待に関する変数である。身体的虐待は「あなたはこの1年の間、家族から殴られる、けられる、物を投げつけられる、とじこめられるなどの身体的暴行を受けた経験はありますか。」という問に対し、「1～2回ある」、「時々ある」、「しょっちゅうある」と答えた者を虐待有りとし、「全くない」と答えた者を虐待無しとした。心理的虐待は「あなたはこの1年間、家族から暴言を吐かれる、嫌味を言われる、長い間無視されるなどの自尊心を傷つける行為を受けた経験はありますか」という問に、「1～2回ある」、「時々ある」、「しょっちゅうある」と答えた者を虐待有りとし、「全くない」と答えた者を虐待無しとした。経済的虐待は「あなたの預金や年金を、あなたの了解なしに使ったり取り上げたりする家族はいますか」という問に、「いる」と答えた者を虐待ありとし、「いない」と答えた者を虐待なしとした。またそれらを統合し、いずれかの虐待の有無を示す変数を作成した。

図表 71. 高齢者虐待の質問内容

質問内容	選択肢	変数名	変数作成	
設問：あなたがご家族から受けた行為についておうかがいします。	1) あなたはこの1年の間、家族から殴られる、けられる、物を投げつけられる、とじこめられるなどの身体的暴行を受けた経験はありますか。	1. 全くない 2. 1～2回ある 3. 時々ある 4. しょっちゅうある	身体的虐待	1 = なし 1 以外 = あり
	2) あなたはこの1年の間、家族から暴言を吐かれる、嫌味を言われる、長い	1. 全くない 2. 1～2回ある 3. 時々ある	心理的虐待	1 = なし 1 以外 = あり

	間無視されるなどの自尊心を傷つける行為を受けた経験はありますか.	4. しょっちゅうある		
	3) あなたの預金や年金を、あなたの了解なしに使ったり取り上げたりする家族はいますか.	1. いる 2. いない	経済的虐待	1 = あり 2 = なし

さらに説明変数として、社会参加の種類と頻度を使用した。社会参加の種類では、ボランティアグループ、スポーツグループ、趣味関係のグループ、老人クラブ、町内会・自治会、地域行事、学習・教養サークル、介護予防・健康づくりグループ、特技や経験を他者へ伝えるグループ、見守りが必要な高齢者を支援する活動、介護が必要な高齢者を支援する活動、地域の生活環境の改善、水平型組織、垂直型組織への参加をそれぞれ「週1回以上」、「月1回以上」、「年1回以上」に分けた。また要介護リスク指標として、虚弱、運動機能低下、低栄養、口腔機能低下、閉じこもり、認知症、うつ（ニーズ調査）、うつ（Geriatric Depression Scale）とした。

3) 指標を作成できるデータ収集

数値指標の作成に用いたデータは、JAGES2013 である。このデータは、日本老年学的評価研究 (Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES) で 2013 年に実施した調査（回収率 70.8%）の回答者 131,246 名のうち、虐待関連項目を含む質問票に回答した 26,229 名の横断データを用いた。分析対象は、回答者が在住する 31 市町村である。

4) データから数値指標作成

JAGES2013 データから図表 71 の指標群を作成し、記述統計を図表 72 に示す。

図表 72. 記述統計

変数名	カテゴリー	人数	%	変数名	カテゴリー	人数	%
				身体的虐待	なし	25898	98.7
あり	331	1.3	月1-2回以上		414	1.6	
			年数回以上		694	2.6	
心理的虐待	なし	23313	88.9	介護が必要な高齢者を支援する活動	週1回以上	418	1.6
	あり	2916	11.1		月1-2回以上	273	1.0
年数回以上					601	2.3	
経済的虐待	なし	25848	98.5	子どもを育てている親を支援する活動	週1回以上	471	1.8
	あり	381	1.5		月1-2回以上	252	1.0
年数回以上					645	2.5	
地域行事	週1回以上	115	0.4	地域の生活環境の改善(美化)活動	週1回以上	357	1.4
	月1-2回以上	428	1.6		月1-2回以上	686	2.6
	年数回以上	6403	24.4		年数回以上	4800	18.3
ボランティアグループ	週1回以上	1235	4.7	その他の団体や会	週1回以上	635	2.4
	月1-2回以上	2662	10.1		月1-2回以上	901	3.4
	年数回以上	1770	6.7		年数回以上	1459	5.6
スポーツグループ	週1回以上	4262	16.2	いずれかの会	週1回以上	6179	23.6
	月1-2回以上	5461	20.8		月1-2回以上	5717	21.8
	年数回以上	1000	3.8		年数回以上	9914	37.8
趣味関係のグループ	週1回以上	4131	15.7	水平型組織	週1回以上	7046	26.9
	月1-2回以上	7395	28.2		月1-2回以上	10206	38.9
	年数回以上	1683	6.4		年数回以上	12068	46.0
老人クラブ	週1回以上	831	3.2	垂直型組織	週1回以上	1213	4.6
	月1-2回以上	1343	5.1		月1-2回以上	3653	13.9
	年数回以上	2385	9.1		年数回以上	10209	38.9
町内会・自治会	週1回以上	507	1.9	社会的サポート	情緒的サポート受領	24062	91.7
	月1-2回以上	1544	5.9		情緒的サポート提供	23206	88.5
	年数回以上	6455	24.6		手段的サポート受領	24225	92.4
手段的サポート提供					19689	75.1	
学習・教養サークル	週1回以上	866	3.3	要介護リスク	虚弱	937	3.6
	月1-2回以上	1979	7.5		運動機能低下	4748	18.1
	年数回以上	1178	4.5		低栄養	464	1.8
介護予防・健康作りグループ	週1回以上	1110	4.2		口腔機能低下	4061	15.5
	月1-2回以上	615	2.3		閉じこもり	1067	4.1
	年数回以上	1345	5.1		認知症	9107	34.7
特技や経験を他者へ伝えるグループ	週1回以上	735	2.8		うつ	うつ	6260
	月1-2回以上	1270	4.8	GDS5点以上		5644	21.5
	年数回以上	1109	4.2				

5) 指標間の関連の検証

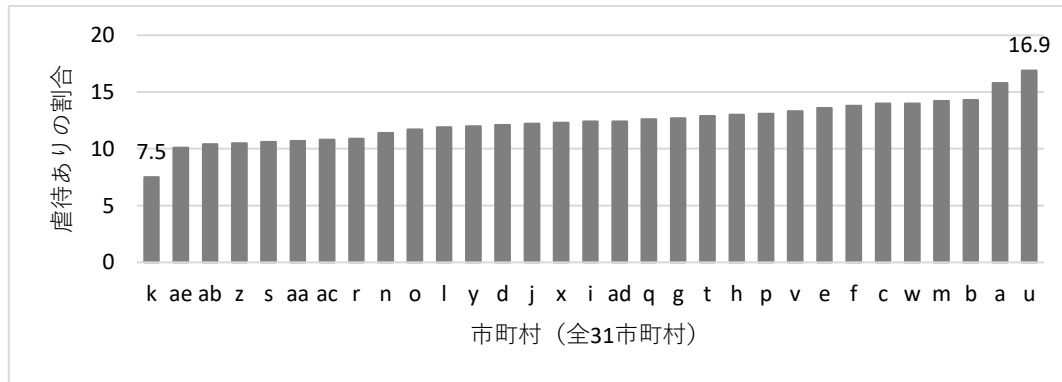
虐待の発生率に地域間で差がみられるのか検証するため、31市町村のいずれかの虐待発生割合を算出し、グラフに示す(図表73)。次に、地域相関分析を行った。多くの研究で関連が示されている性別、年齢の影響を考慮するために、①層別なし、②男性のみ、③女性のみ、④前期高齢者のみ、⑤後期高齢者のみでそれぞれ分析を行った。それぞれの指標の該当者割合を市町村毎に集計し、虐待の変数及び地域変数間の相関係数を算出するためにスピアマンの ρ を行った。

ロジックモデルが妥当なものであれば、図中に示した矢印で結ばれている要素を表す数値指標間に統計学的に有意な関連を認めるはずである。ここでは、本格的な検証が目的でなく、プロセスの概要を示すことが目的であるので、2変数間の相関係数を求め、統計学的に有意な相関係数が得られた変数の組み合わせを表3に示した。

4. 虐待の地域間格差

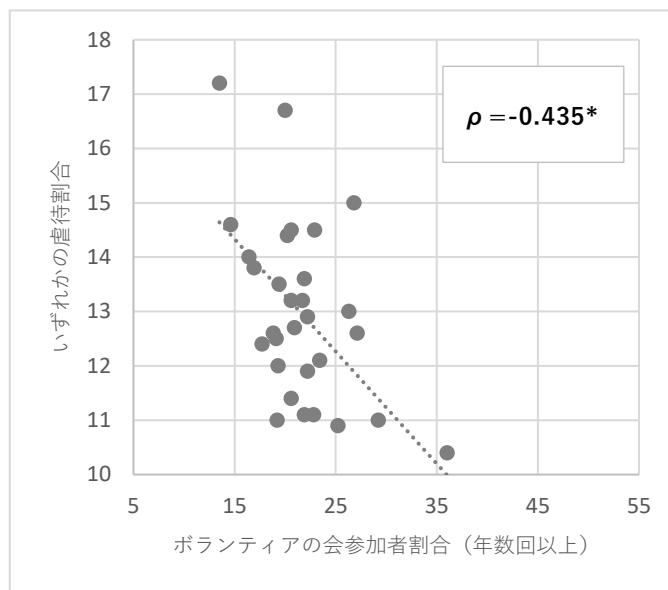
全31市町村における、高齢者虐待発生割合を図1に示した。一番多い市町村で16.9%、少ない市町村では7.5%であり、9.4ポイントの差があることが明らかとなった(図表73)。

図表73. いずれかの虐待ありの者の割合



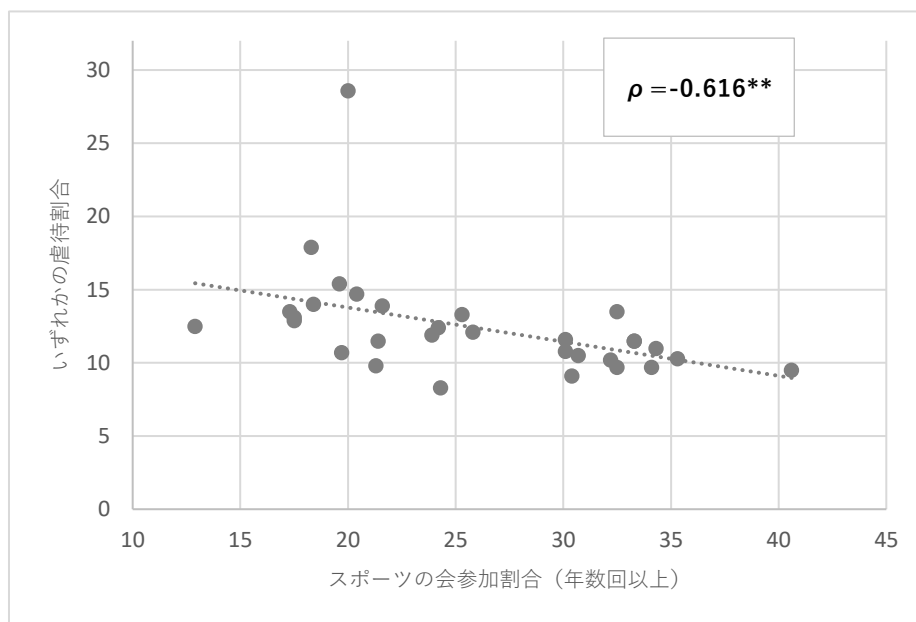
さらに検証結果の中でも、統計学的に有意差を認め、その関連に一貫性がみられたものを抜粋し、図表74にまとめた。実質的にも意味のある相関関係と思われたものを抽出した結果、ソーシャル・キャピタル関連指標はボランティアグループ、スポーツグループ、学習・教養サークル、介護予防・健康づくり、見守りが必要な高齢者を支援する活動、地域の生活環境の改善(美化)活動、水平型組織、垂直型組織であった。

図表 75. いずれかの虐待とボランティアの会（年数回以上）参加割合の散布図（層別なし）



また社会参加が増加した地域で地域のうつ割合が 3%減少したという報告もある[5]. 社会参加をすることで、家族以外の人に会う機会も得られる. ボランティアの会に参加することで、家庭内での問題についてシェアすることで心理的にサポートされることなどが結果につながっている可能性がある.

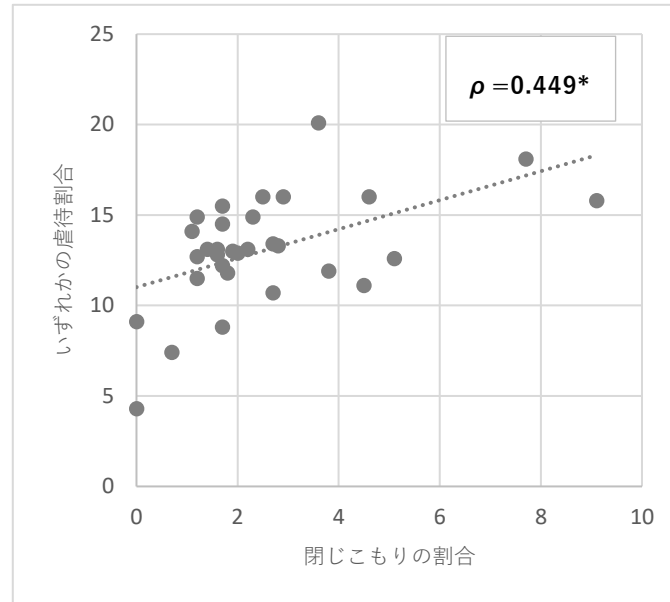
図表 76. いずれかの虐待とスポーツの会（年数回以上）参加割合の散布図（後期高齢者）



さらに、後期高齢者にのみ限定した解析では、スポーツの会（年数回以上）参加割合の高い地域ほど、虐待の発生率も低い ($\rho = -0.616^{**}$) ことが明らかとなった (図表 76). 先行研究では、スポーツの会参加は転倒率の低下、要介護予防と関連があると報告され

ている[6, 7]. スポーツの会を通して定期的な身体活動を行うことで, 良好なメンタルヘルスを保つこと, ストレス解消などにつながることに影響している可能性がある.

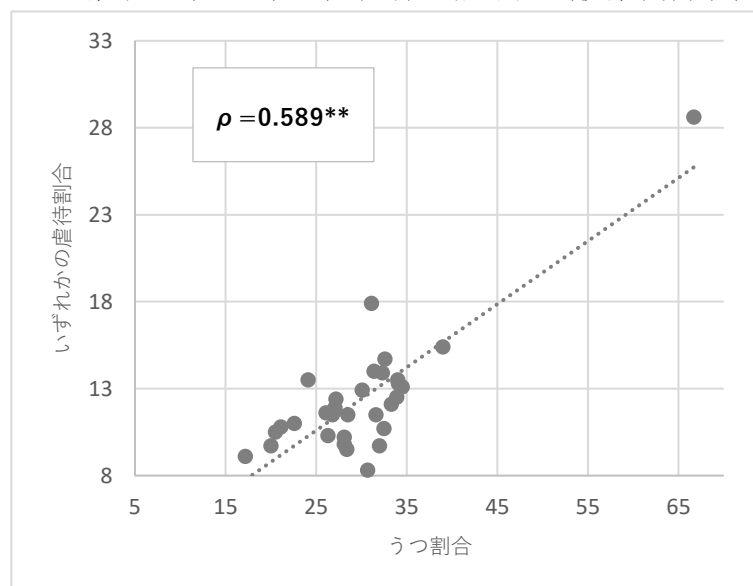
図表 77. いずれかの虐待と閉じこもり割合の散布図 (前期高齢者)



一方, 本研究では虐待といくつかの要介護リスク因子になる項目と正の相関がみられた. 前期高齢者に限定した解析では, 閉じこもりの割合が多い地域は, 虐待の発生割合も高かった ($\rho = 0.449^*$) (図表 77). 先行研究では, 閉じこもりにおける無気力は死亡と関連があると報告がある[8]. 虐待はうつと関連するということから, うつを中間要因として虐待と関連している可能性がある.

さらに後期高齢者に限定した解析では, うつの割合が高い地域は, 虐待の割合も高い傾向にあった ($\rho = 0.589^{**}$) (図表 78). 個人レベルの虐待とうつは, 強く関連していることが多くの研究で報告がある[9, 10]. 前期高齢者においても同様の関連がみられたが, 後期高齢者よりも弱いものであった ($\rho = 0.376^*$).

図表 78. いずれかの虐待とうつ (GDS) 割合の散布図 (後期高齢者)



5. 全体の考察

虐待は国内のみならず、国際的にも重要な課題とされ、研究が蓄積され始めたが、地域レベルで関連要因を明らかにする研究は、まだほとんどない。本研究の結果から、虐待が多い地域では、うつなどの要介護リスク指標も高くなっていた。また地域の SC が豊かであることは、高齢者のうつや要介護リスク、さらには虐待発生割合と負の相関を示すことが明らかとなった。これらが負の相関を示したことから、SC は、うつなどの要介護リスクを抑制し、虐待をも抑制する方向に機能すると期待できることが示された。今後、他の要因による交絡を考慮した多変量解析などによる検証は必要であるが、それらにおいてもこのような関連が検証されれば、高齢者虐待の少ない地域共生社会の評価指標となりうる可能性が示された。

指標として用いるためには、例えば SC 関連指標の値が高いほど、虐待が少ないなどの関連が地域や時代を超えて再現性をもって見られることを、本分析のような形で検証し、指標を選択するプロセスが必要である。そうでなければ、妥当性が乏しい指標を用いることで、それが公表されるからという理由で、増やしても意味があるかどうかわからないものを増やそうとするムダな努力を関係者に求めることになる。そのため、より多くの地域でデータ収集をして、検証を重ねることが今後も必要となる。

6. 結論

高齢者虐待を事例として取り上げ、地域共生社会づくりに用いるロジックモデルや数値指標作成のプロセスについて述べた。1) 図表 70 に示したロジックモデルを考案し、2) 指標列を考案し、3) 既存の JAGES2013 データを用いて、4) 数値指標を作成し、5) 指標間の相関関係を検証した。その結果、概ね高齢者虐待は、うつなどの要介護リスクが多い地域で多く、それらは SC が豊かな地域で少ないという負の相関を認めた。このことは、ロジックモデルに示した SC が豊かな地域づくりによって虐待が少ない地域共生社会づくりを進めることのある程度の妥当性が示唆された。今後、対象地域を増やし、さらなる屋変量解析などで交絡要因を考慮した分析による妥当性の検証は必要であるが、本稿で示したようなプロセスを積み重ねることで、虐待などの個別課題毎に地域共生社会づくりを進める指標作成の可能性が示された。

参考文献

- 1 World Health Organization; INPEA: *M i s s i n g v o i c e s: Views of Older Persons on Elder Abuse*. Geneva WHO 2002;a.
- 2 Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al.: Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European Countries. *PLoS One* 2013;8. DOI: 10.1371/journal.pone.0054856
- 3 Koga C, Hanazato M, Tsuji T, Suzuki N, Kondo K: Elder Abuse and Social Capital in Older Adults: The Japan Gerontological Evaluation Study. *Gerontology* 2019;1-11.
- 4 Fujihara S, Tsuj T, Miyaguni Y, Aida J, Saito M, Koyama S, et al.: Does community-level social capital predict decline in instrumental activities of daily living? A JAGES prospective cohort study. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:1-15.
- 5 Watanabe R, Kondo K, Saito T, Tsuji T, Hayashi T, Ikeda T, et al.: Change in municipality-level health-related social capital and depressive

- symptoms: Ecological and 5-year repeated cross-sectional study from the JAGES. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16. DOI: 10.3390/ijerph16112038
- 6 Hayashi T, Kondo K, Suzuki K, Yamada M, Matsumoto D: Factors associated with falls in community-dwelling older people with focus on participation in sport organizations: The Japan gerontological evaluation study project. *Biomed Res Int* 2014;2014. DOI: 10.1155/2014/537614
- 7 Kanamori S, Kai Y, Aida J, Kondo K, Kawachi I, Hirai H, et al.: Social participation and the prevention of functional disability in older Japanese: The JAGES cohort study. *PLoS One* 2014;9.
- 8 Zhu AQ, Kivork C, Vu L, Chivukula M, Piechniczek-Buczek J, Qiu WQ, et al.: The association between hope and mortality in homebound elders. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017; DOI: 10.1002/gps.4676
- 9 Roepke-Buehler SK, Simon M, Dong X: Association between depressive symptoms, multiple dimensions of depression, and elder abuse: A cross-sectional, population-based analysis of older adults in urban Chicago. *J Aging Health* 2015;27:1003-1025.
- 10 Park J Il: Relationship between emotional abuse and depression among community-dwelling older adults in Korea. *Yonsei Med J* 2018;59:693-697.

終章

まとめ・提言

本研究事業では、「地域共生社会」を実現するため、「地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業」モデル事業において、今後、地域共生社会の実現に向けて、関連する分野の国内外の各種指標等を概観し、チェックリストに反映させると共に、主要概念・用語の整理を踏まえてロジックモデルの検討を行った。

また、将来的には成果指標の確立による見える化の推進や、既存のシステムである「地域包括ケア見える化システム」等を活用した情報収集も必要であると考え、まだ何をもって KPI とするのかといった議論や、その議論に資するデータベースも十分ではないことから、まずはプロセスのチェックリストを開発し、これから取り組む市町村がより効果的に展開できるようになることを目指した。

一方で、地域共生社会を評価する上では、現在の量的実態の把握が重要であることから、自殺対策や高齢者虐待対策等を例に、見える化システムの開発に向けた試案の例示も行った。

包括的支援体制構築は、いうまでもなく、その目指すところには地域共生社会の実現がある。地域共生社会の実現は、従来の高齢者や児童・障害者福祉や保健分野等に加えて、雇用や就労、住まい、教育、医療、危機管理等、幅広い分野において、自治体が地域の人々や関係機関、企業・商店街と共に、地域の課題を把握して解決していくことが求められている。

地域の相互支援力や家族機能の低下が課題となってきた中、市町村における地域住民のニーズは複合化・複雑化している。一つひとつが複雑な課題を解決することは容易なことではないが、今、まさに取り組むことが求められるものである。

以下、次のまとめをもって提言とする。

1. 包括的支援体制の先にある地域共生社会の実現には、まず、その全体像や目指す姿を、市町村内部全体で共有・理解し、共通のゴールを設定することが重要である。そこで、全体像の例としてロジックモデルを提示した。また、全体像など関係者間で共通のゴールを設定することで、地域共生社会に向けたスタートになると考えられるが、そのスタートに至る準備段階のプロセスの進捗状況をチェックできるプロセスチェックリストを開発したのでこれを参考に推進されたい。

「地域共生社会の実現に向けた「ニッポン一億総活躍プラン」が閣議決定されたのは2016年であり、高齢者支援や障害者福祉、自殺対策等の各種分野では、地域共生社会の

実現に向けた市町村の各種計画の見直しや改定等が打ち出されつつある。しかしながら、策定時期や期間にズレがあること等により、まだ地域共生社会に関する認識の共有が市町村内部全体において十分に浸透したとはいえない状況にある。

まずは本報告書で例示したロジックモデルを参考に、市町村内部全体において、地域共生社会の基本的な理念や方針について、ありたい姿・全体像を描き、共通認識を持つことから始め、その理解の浸透を図ることが求められる。

その上で、「地域共生社会」づくりに向けた取り組みをスタートさせることになるが、全体像の共有も含めてその体制づくり（準備期間）における進捗状況を確認できるチェックリストを本研究において海外の知見や先行事例を基に開発した。本チェックリストを参考に、必要なプロセスをたどることを推進されたい。

2. 包括的支援体制の先にある地域共生社会の実現には、市町村内部の多分野の協働が不可欠である。地域共生社会実現の準備段階として、市町村内部における組織・分野横断的な取組・体制づくりが急務である。

具体的には、保健福祉医療分野のみならず、商業・サービス業、工業、農林水産業、防犯・防災、環境、まちおこし、交通、都市計画等も含め、行政のあらゆる組織が、地域共生社会の目指すところを理解し、共に取り組めるような体制づくりや会議体の設置等が期待される。

障害福祉計画や自殺対策、介護予防事業計画等、各種計画の策定指針等においては、市町村内部の関係部署との連携・協働の重要性が示されている。地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業は、より包括的であり、市町村におけるあらゆる部署が関係部署であることを、市町村内部で認識することが重要である。

断らない相談支援ひとつとっても、ともすれば、縦割となりがちな取組や支援では、本来、目指している成果にはつながらない。

まずは、前項で提言した市町村内部全体における地域共生社会の全体像の共有を前提に、市町村の状況に見合った分野横断的な体制づくりが求められる。

その場合、既存の庁内の会議体の活用も可能である。例えば市町村単位の地域ケア会議等も考えられるが、市町村内部のあらゆる部門が一堂に会せるような会議体の設置も検討されることが望まれる。

3. 地域共生社会の評価に資する評価指標の設定には、層化した評価指標の設定が望まれる。

3層等の程度、層化した指標群が求められると考えられる。

全体のゴールと、分野ごとのゴールを設定し、各分野のゴールの達成を関連する主管

課が担当し、各分野の集合体をもって全体のゴールとするような、層化した指標設定が、実現のカギとなる。

指標を層化し、担当部署が定期的なモニタリングと評価を行い(PDCAサイクルの実施)、それぞれの課題や取組状況について市町村内部全体で共有すると共に、各種計画の目指すところや、進捗状況の報告や指標の達成に向けた協力体制等、必要な話合いを通じて、実現を図ることが望まれる。

4. 包括的支援体制市町村における最上位計画である総合計画や、各種の計画に示された指標、すでにあるデータソース等の収集を行い、早い段階からデータを蓄積・分析することが必要。

将来的に市町村の各部署がそれぞれの計画の評価指標と整合性を図って策定・実施・評価するようになれば、その総合的な結果をもって、地域共生社会の評価とすることも可能となる。

また、包括的な支援の評価には、年単位の歳月をかけた合意形成と、早い段階からすでにあるデータソースの活用を図ることが評価につながると考えることから、市町村における最上位計画である総合計画や、各種の計画に示された指標、すでにあるデータソース等の収集を行い、早い段階からデータを蓄積することで、5年後、10年後の先を見据えた取組評価につなげることができると考える。

5. 地域共生社会の評価に資する評価指標は、地域共生社会の全体像や目指す姿を市町村内部全体で共有・理解した上で、これまでの実績・経験を踏まえた上で設定することが必要。

これまで見てきたように、包括的支援体制構築は、地域共生社会の実現のためであり、当面はプロセスのコントロールを優先し、チェックリストに基づき、取り組むことが求められる。

一方で、例えば社会全体の変化を評価しつつ、かつ一人ひとりの抱える様々なニーズに対し、必要な支援を包括的に提供できたのかどうかの評価や、地域の実情に応じた保健・医療・介護・福祉の多職種連携や地域づくりによって何がどう変化しうるのか、セーフティネットの機能が強化することで何がどう変わったかを経年で評価する等といった評価は、ほとんどの国や地域が未だ経験していない取組である。

地域の共生社会の実現には、国際社会の動向を踏まえつつ、これまでの実績・経験を踏まえ、時間をかけて新たなモデルを構築し、評価を試みることが求められる。

以上

參考資料

平成30年度 モデル事業実施自治体ヒアリング内容と質問の意図

no.	お尋ねしたい項目	質問の背景・意図																				
問1	貴市町村の総合計画等について、お伺いします。																					
	<p>貴市町村の総合計画、またはそれに準ずる最上位計画、または政策ビジョンに、地域共生社会を目指すことが示されていますか。</p>	<p>※1自治体の最上位計画や方針に示されることで、実現性が高まるのではないかと。 ※2地域共生社会の実現は、基礎自治体において、分野横断的な取り組みがあることで、促進するのではないかと。</p>																				
1)	<p>【示されている場合】</p> <p>それはどのような内容ですか。また、計画の策定期限(もしくは決定した時期)はいつですか。それらが解る当該部分の内容のコピー、もしくは概要版をご提供ください。</p>	<p>・具体的な内容・時期についての情報収集。</p>																				
2)	<p>【示されていない場合】</p> <p>貴自治体内では、地域共生社会の実現に向けた分野横断的に取り組みの根拠は、何に位置づけていますか? また、計画の策定期限(もしくは決定した時期)はいつですか。</p>	<p>・総合計画や方針に明示されていない場合の、工夫点や取り組みについての情報収集。 ・地域福祉総合計画が示される以前の総合計画には、反映されていない可能性があるため、策定期限を確認する。</p>																				
問2	貴市町村の関連する分野の各種計画について、お伺いします。																					
	<p>貴市町村の各種計画(計画名は下記)における、地域共生社会の実現に向けた取組等について、a～dについてお聞かせください。</p> <p>a.地域共生社会に関する内容が、盛り込まれているか、 b.(盛り込まれている場合は)部署横断的、もしくは一体的に取組むことが示されているか c.中で、地域共生社会の指標として、ふさわしいと考える指標はあるか。あるしたら、それは何か。 d.(盛り込まれていない場合)今後、策定の予定はあるか、等、解る範囲でお聞かせください。 ※策定していない場合は、「策定無」と、ご回答ください。</p>	<p>・地域共生社会を目指す上では、分野横断的に取組むことが必要であると考えられるため、関連施策に関する計画に反映されていることが必要ではないかと。 ・また、自治体の各種計画の策定時には、それぞれ目標や指標が示されている。そうした指標が、地域共生社会の指標にも活用が可能ではないかと。 ・その際、適した指標には何があると考えられるかを探る。</p>																				
	<p style="text-align: center;">計画名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 総合計画(もしくはそれに準ずる最上位計画)</td> <td style="width: 50%;">2 まち・ひと仕事総合戦略等</td> </tr> <tr> <td>3 地域福祉総合計画</td> <td>4 高齢者福祉計画・介護保健事業計画</td> </tr> <tr> <td>5 障がい者福祉計画・障がい児福祉計画</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 成年後見人制度利用促進基本計画</td> <td>7.健康増進計画</td> </tr> <tr> <td>8 国民健康保健データヘルズ計画・特定健診保健指導実施計画</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 自殺対策計画</td> <td>10.生活困窮者自立支援計画</td> </tr> <tr> <td>11 子ども貧困対策推進計画</td> <td>12地域防災計画</td> </tr> <tr> <td>13 母子保健計画</td> <td>14子ども・子育て支援事業計画</td> </tr> <tr> <td>15 食育推進計画</td> <td>16歯科保健計画</td> </tr> <tr> <td>17 その他</td> <td></td> </tr> </table>	1 総合計画(もしくはそれに準ずる最上位計画)	2 まち・ひと仕事総合戦略等	3 地域福祉総合計画	4 高齢者福祉計画・介護保健事業計画	5 障がい者福祉計画・障がい児福祉計画		6 成年後見人制度利用促進基本計画	7.健康増進計画	8 国民健康保健データヘルズ計画・特定健診保健指導実施計画		9 自殺対策計画	10.生活困窮者自立支援計画	11 子ども貧困対策推進計画	12地域防災計画	13 母子保健計画	14子ども・子育て支援事業計画	15 食育推進計画	16歯科保健計画	17 その他		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <p>⇒問4についての相談事項 ・モデル事業は「地域力強化推進事業」であるが、ここでは、「地域共生社会」聞いている。市町村によっては「この事業では連携ができたが、他の項目ではできていない」などの回答も在り得るのでは? また、多機関連携といった場合、社協とはできているが、児相や医療機関、保育所とはとれていないといった場合もあり得るため、「機能している」という回答は得られにくいのではないかと。</p> </div>
1 総合計画(もしくはそれに準ずる最上位計画)	2 まち・ひと仕事総合戦略等																					
3 地域福祉総合計画	4 高齢者福祉計画・介護保健事業計画																					
5 障がい者福祉計画・障がい児福祉計画																						
6 成年後見人制度利用促進基本計画	7.健康増進計画																					
8 国民健康保健データヘルズ計画・特定健診保健指導実施計画																						
9 自殺対策計画	10.生活困窮者自立支援計画																					
11 子ども貧困対策推進計画	12地域防災計画																					
13 母子保健計画	14子ども・子育て支援事業計画																					
15 食育推進計画	16歯科保健計画																					
17 その他																						
問3	貴市町村における下記の取組についてお伺いします。																					
	<p>下記について、取組んでいる場合は、その結果等を指標として活用できるかどうかについて、お考えをお聞かせください(ご回答いただく方の主観で構いません)。</p>	<p>※令和元年7月に厚生労働省から公表された「地域共生社会推進検討会、中間とりまとめの項目であり、指標としての活用可能性を検討する。</p>																				
1	断らない相談支援																					
2	参加支援(社会とのつながりや参加の支援)																					
3	地域やコミュニティにおけるケア・支え合う関係性の育成支援	<p>※この3項目が、地域共生社会の評価項目になり得ると、なるとしたらアウトカムとしてか、アウトプットとしての指標か。また、他に妥当な指標があるか、それは何か等について、実態を探る。</p>																				
4	その他(指標化に相応しい取組み)																					

問4	地域共生社会の実現に向け、貴自治体における多機関連携・協働について、お伺いします。	
1)	あなたの市町村での多機関による連携・協働が促進される取組みの進捗状況をお聞かせください。	※多機関連携が、地域共生者医の実現の重要なファクターとなりうるかどうか。その場合、指標としては、どのような指標が適切かを探る。
2)	1)で、「多機関連携・協働の取組が実施されていない」もしくは「機能していない」場合、その背景・要因として、何が考えられますか。	
3)	貴市町村内庁内において、地域共生社会づくりに関わる職員は、仲がよいですか。その背景には、どのようなことがあると考えられますか(体制・話し合いの場の設定、自治体の風土、リーダーシップ、以前からの取組、交流会、県の主導等、なんでも)。	※実効性のある連携には、組織のシステムと同時に、「質的な感覚」が関与している可能性があるのではないかと。「よい」「悪い」ともに、その背景を探り、質的な指標として活用可能か、どのような指標もしくは目安が適切かを探る。
4)	協働する多機関で目標を共有していると思いますか?目的共有に向けて、工夫した点があれば、お聞かせください(会議の開催、報告会の開催、交流会等、何でも)。	※多機関との目的共有の有無は、ファクターとして指標化しうるかどうか。また、そのプロセスの確認は、指標として活用可能かどうかを探る。
5)	協働する多機関で共有した目標に向けて、共に仕事をしていると思いますか?	※多機関と同じ目標に向けて取り組んでいるかどうかの主観は、指標として活用可能かどうかを探る。
問5	「断らない相談支援」の体制に向けた窓口の設置や、人材配置・育成についてお伺いします。	
1)	貴市町村の断らない相談支援の窓口の数、体制、配置職員数、開設時間等についてお聞かせください。	※相談窓口の体制を確認し、指標としての活用可能性をさぐる。
2)	貴市町村の相談窓口は、どのような形態で設置されましたか? a 多分野の相談員を一か所に集めた窓口を新たに開設 b 既存の窓口に、他分野の相談員が常駐、あるいは出入りする体制 c 既存の窓口体制はそのままに、連携する仕組み・ネットワークを構築 d その他()	※どのような窓口の設置形態が在りうるのかについて情報収集すると共に、窓口の形態が、指標となりうるかを探る。
3)	1)の体制とした背景について、お聞かせください。	※窓口の設置は、地形、人口区分、交通の便、自治体の体力(職員数)によるのかを確認し、窓口の設置や数等が、指標として適切かどうかを探る。
4)	相談窓口には、どのような人材を配置していますか。また、それぞれの職位・雇用形態について、お聞かせください。	※必要な専門職を配置すると共に、管理的立場の職員を配置することで、機能を発揮するとしたら、指標として活用できるかどうかを探る。
5)	4)の体制上、うまく行っている点や、改善が必要と考えていること、課題がありましたら、お聞かせください。	※相談窓口のありたい体制を探ることで、指標に活用できるかどうか検討するための情報を得る。
6)	相談窓口を担当する職員の人材育成は、どのように行っていますか。工夫している点、今後、改善が必要な点についてお聞かせください。	※地域共生社会の実現には、職員の数と同時に、質も問われるものであり、プロセス評価として、職員の人材育成が指標として活用できるかどうかを探る。
問6	貴自治体における、地域の担い手の人材の発掘・育成についてお伺いします。	
1)	意図的に人材の発掘、育成をしていることがありますか。あるとしたら、それはどのようなことですか?(分野と協働した人材発掘・育成などがあれば、併せてお聞かせください) ※資料があればご提供ください。	※地域の人材の発掘、人材育成が、プロセス評価指標として活用可能かどうかを探る。 ※また、それが、例えば健康づくりであったり、介護予防に関する地域の組織と連動しているなど、他分野との協働があれば、他の計画等の指標と連動して活用できないかを探る。

問7	地域共生社会の実現に向けた地域や関係機関・団体(NPO等含む)への、貴自治体からの支援(人・モノ・財政支援等)についてお伺いします。	
1)	貴自治体から、地域や関係機関・団体に表記に該当する支援が行われていますか。いるとしたら、それはどのような支援で、何に基づき行われていますか。 ※資料がありましたら、ご提供ください	※自治体からの支援も、地域共生社会の実現に重要ではないかと考えられることから、その実態を把握し、根拠となる事業等を把握したうえで、指標としての活用を探る。 ※また、他分野の事業に相乗したものであり、他分野で評価もされていようであれば、地域共生社会の指標の特性として、反映できるのではないか。 ⇒地域共生社会の指標は、他分野の指標と連動、もしくは相乗りできる、など。
問8	(社会福祉法106条の3との整合性を確認後、記載する)	
問9	貴自治体における「場」の整備について、お伺いします。	
1)	貴自治体では、地域の人々が出会い、互いを知り、学びあうための「場」の整備はできていますか。それは、どのような場ですか。 ※資料があれば、ご提供ください。	※地域共生社会の実現は、参加の場の確保が不可欠であり、指標とする場合、何が網羅されていけばよいのかを探る。
2)	1)の「場」について、今後、必要だと考えている点や、課題、今後の見通しなどがありましたら、お聞かせください。	※地域共生に向けては、多様な「場」が求められている可能性があり、現場での問題意識を知ること、指標への反映を検討する。
問10	下記の図について、お考えをお聞かせください	
問10-1	下記の図は「ライフステージごとの課題と対応・取組」を説明する図として、妥当だと思いますか？	※ロジックモデルについて、各項目ごとに現場で活用する場合の妥当性や、納得感、違和感(あれば)について忌憚のないご意見をいただく。 ※地域共生社会は、生涯を通じた取り組みが必要であり、ライフステージを明示し、課題に齟齬はないか確認する。
問10-2	下記の図は「ライフステージごとの命に係わる重篤な帰結例」を説明する図として、妥当だと思いますか？	
問10-3	下記の図は「課題に対する地域単位の取組み」を説明する図として、妥当だと思いますか？	
問10-4	下記の図について、お気づきの点があれば、お聞かせください。	
問11	その他	
	地域共生社会の実現に向けて取り組む中で、新たに気づいた点や、指標を把握するのに必要と考えられるのに、今回の項目に入っていない点がありましたら、お聞かせください。	※現場感覚で見たときに、地域共生社会の指標として、必要と考えられる視点等について、漏れがないか確認すると共に、新たな知見をお聞かせいただく。
～ 質問は以上です。ご協力、ありがとうございました ～		

**地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制の現状を把握するためのヒアリング調査
資料提供のお願いとご質問事項**

標記ヒアリング調査へのご協力にあたり、次の項目をご一読いただき、ご高配のほど、よろしくお願いたします。

なお、ご提出いただきました資料は、ヒアリング当日、他のヒアリング市町村担当者や委員会委員に配付いたしますと共に、報告書等に活用させていただく場合があります。あらかじめ、ご了承ください。

また、報告書等に掲載いたします場合は、別途、予めご確認いただきました上で、取りまとめますこと、申し添えます。

I ご提供いただきたい資料について ※印のある資料につきましては、12月13日までに、事務局までメール添付でご提出ください

1) 地域福祉計画について※

策定状況(1.策定済 2.現在、策定中 3.今後、策定予定 4.その他)

地域福祉計画—貴市町村の地域福祉計画に、地域共生社会を目指すことが明記されている場合は、ご提供ください。

2) 地域福祉計画以外の計画について

①貴市町村の総合計画、もしくはそれに準ずる最上位計画に、地域共生社会の構築が明記されていますか。

1. 明記されている 2. 明記されていない 3. その他()

総合計画等に、地域共生社会を目指すことが明記されている場合は、ご提供ください。

②貴市町村において、地域福祉計画以外の下記の各種計画に、地域共生社会の構築について記載されている計画は、ありますか。ある場合は、該当する番号に○をつけ、計画書、もしくは共生社会について触れている部分の資料ををご提供いただけますよう、お願いたします。

1.まち・ひと・しごと総合戦略 2.健康増進計画 3.高齢者福祉介護保健事業計画
4.障がい者福祉計画・障がい児福祉計画 5.成年後見人制度利用促進基本計画
6.自殺対策計画 7.生活困窮者自立支援計画 8.子ども貧困対策推進計画
9.地域防災計画 10.母子保健計画 11その他()

■なお、上記の計画に、「今は記載されていないが、今後、地域共生社会の実現にむけた事項が記載されることが望ましい」計画等がありましたら、お聞かせください。

3) 貴市町村の組織図や協議体等の解るもの ※

①貴市町村において、地域共生社会実現に関連する部局が解る組織をご提供ください

組織図ではなくても、関連する部局が解る資料があれば、そちらをご提供ください(例、保健福祉部門以外にも、例えば企画、消防、公立病院等も関連している場合、それが解る資料)

②地域共生社会について協議したり検討する協議体があれば、協議体の名称や委員所属や職位等が解る資料があればご提供ください(委員個人名は不要です)

3) 事前課題の取組みシートについて ※

「令和元年度地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制構築事業」事前課題シート(同事業の実施自治体向け研修会にご提出の資料)があれば、ご提出ください。

令和元年度分がない場合は、それ以前のシートでも構いません。ご不明な点がございましたら、ご連絡ください。

4) 貴市町村の取組みやプロセス概要資料 ※

①ヒアリング当日は、5分～7分程度で、貴市町村の取組みをご説明いただくことを想定しています。つきましては、貴市町村の取組みを簡単にご説明いただけるポンチ絵をすでにお持ちでしたら、ご提供ください。当該概要資料がない場合は、ご面倒ですが、事務局までその旨、ご連絡ください。

②取組み概要においては、これまでのプロセスが解るものがありましたら、併せてご提供ください。

令和元年度 厚生労働省生活困窮者就労準備支援事業費等補助金
(社会福祉推進事業分)

地域共生社会の実現に向けた成果指標に関する調査研究事業
～包括的な支援体制構築のためのプロセス評価の検討～

令和2年3月

一般社団法人 日本老年学的評価研究機構(JAGES)
Japan Agency for Gerontological Evaluation Study

住所 〒110-0001 東京都台東区谷中 6-3-5
電話 03-6206-0865