

介護予防・日常生活支援総合事業 生活支援体制整備事業 これからの推進に向けて ～伴走型支援から見てきた事業推進の方策～



目次

はじめに

総合事業、整備事業はこれからが本番

第1章【事例1】

整備事業の“考え方”と“取り組み方”を見直すことで、地域が動きはじめた。

- ・マンガでわかる推進ストーリー
- ・解説編

第2章【事例2】

“わがまちの課題”を設定し、今ある資源で地域づくりをはじめるとまで。

- ・マンガでわかる推進ストーリー
- ・解説編

第3章【事例3】

“手段の目的化”をいかに克服し、支援の体制をつくっていくか。

- ・マンガでわかる推進ストーリー
- ・解説編

第4章

事業推進に向けたポイント

1. 保険者の役割

- 1-1 事業の意義を確認する
- 1-2 現状を把握し、将来を予測する
- 1-3 わがまちの課題を設定する
- 1-4 支援体制を検討する
- 1-5 関係者と協議を重ねる

＜参考＞短期集中予防サービスを軸とした支援事例

2. 個別支援の検討からはじめる地域づくり

- 2-1 個別の支援策を検討する
- 2-2 生活支援コーディネーターが活躍する
- 2-3 協議体へ相談する
- 2-4 今ある資源を活かす
- 2-5 個別支援を積み重ねる

＜参考＞地域ケア会議を活かした地域づくり実践事例

目次

第5章

困ったときの考え方・取り組み方

<総合事業編>

- ・ 事業の担い手がいない・養成しても実らない
- ・ 多様なサービスの利用が伸びない
- ・ 単価引下げにより事業者との関係が悪化した

<整備事業編>

- ・ 生活支援コーディネーターのなり手がいない
- ・ SCを外部委託したものの、効果が見えない
- ・ 住民が主体的に動いてくれない
- ・ 協議体がマンネリ化・次に進まない
- ・ 地域資源がない
- ・ 民間事業者と連携する術がわからない

<総合事業・整備事業共通編>

- ・ わがまちの課題がわからない
- ・ 庁内連携がうまく進まない
- ・ 地域ケア会議が機能しない
- ・ ケアマネジメントへの意識が変わらない
- ・ 地域が多様でうまくマネジメントできない
- ・ 事業の効果をどう測ればよいのかわからない
- ・ 部署内の理解が進まない、説得できない

おわりに

地域を変えるには、保険者が変わろう

参考文献

※用語について

- | | |
|---------------|---------------------|
| ■ 保険者 | ・・・介護保険における保険者 |
| ■ 総合事業 | ・・・介護予防・日常生活支援総合事業 |
| ■ 整備事業 | ・・・生活支援体制整備事業 |
| ■ SC | ・・・生活支援コーディネーター |
| ■ 住民 | ・・・地域の個人や団体 |
| ■ 地域ケア会議 | ・・・地域ケア個別会議 |
| ■ フォーマルサービス | ・・・介護保険の給付サービスや総合事業 |
| ■ インフォーマルサービス | ・・・住民同士の支え合い活動 |

はじめに

■ 総合事業、整備事業はこれからが本番

総合事業の制度設計は済み、生活支援コーディネーターや協議体を設置した。

これで事業は一旦落ち着いたと思っているあなた、ちょっと待ってください。

高齢者の多様な生き方に寄り添った支援の体制づくりは、終わりのなき旅のようなものです。

しかしその旅を、住民らと一緒に楽しみながら実践している市町村もあります。

この度、地域づくりに関わる有識者や市町村職員が、市町村への伴走型支援を行いました。

本書は、そこから見えてきたエッセンスとして、

事業をより良い方向に進めていくための考え方やポイントをまとめています。

3つのストーリーがマンガで紹介されていますので、まずはマンガだけでも読んでみてください。

第4章にはそのポイントの解説、第5章にはよくある悩みへの考え方が掲載されています。

本書がみなさまの気づきのヒントになれば幸いです。

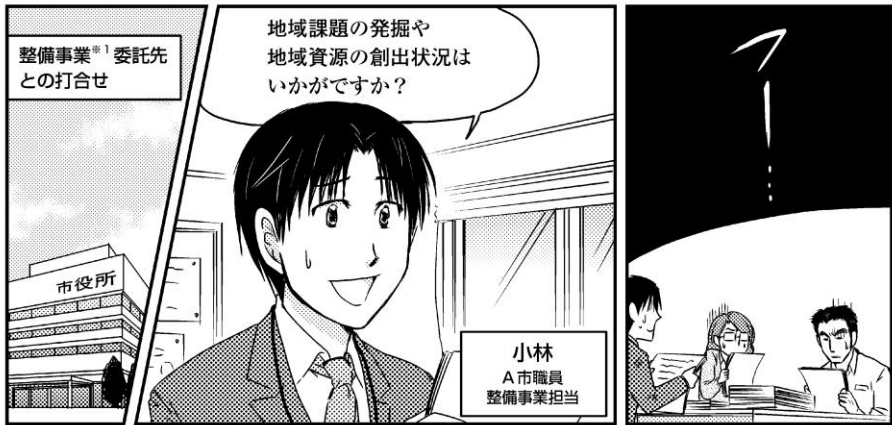
— 第 1 章 —

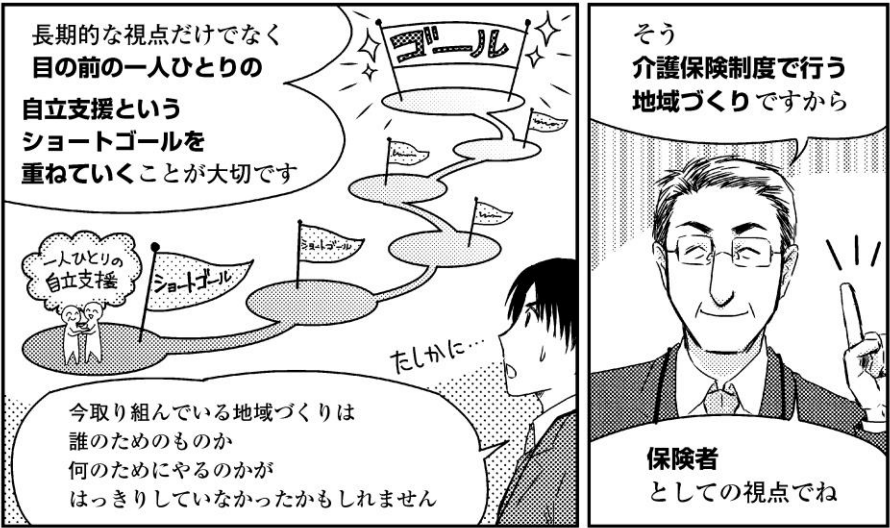
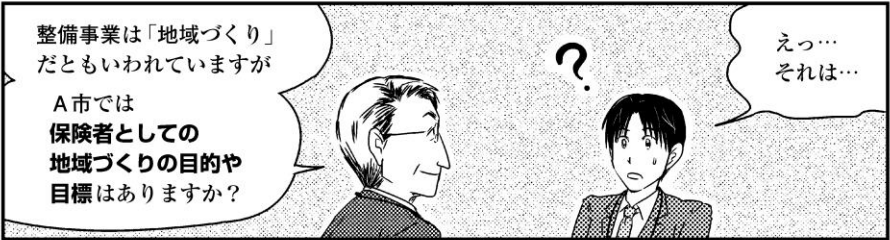
【事例 1】

整備事業の“考え方”と
“取り組み方”を
見直すことで、
地域が動きはじめた。

このストーリーは、
整備事業の進め方に悩んでいた新任担当者が、
事業の意義や進め方の気づきを得て、
関係者と協議を重ねて地域づくりを進めていった話です。

※これはモデル事業のエッセンスを踏まえた
フィクションです。





**目標ができれば
必ず関係者と協議を重ねること**
色んな立場の人が同じ方向を向くためには
目的や目標の共有は絶対です

保険者として目指したい地域の
イメージを明確にして
関係者も納得して取り組めるよう
何度も話し合ひましょう

共有
話し合ひ
絶対

SCは必要なサービスをつくらうとして
住民の方と話しているのですが
住民が自ら新しいことをやろうという
雰囲気はなく…

何か
ありますか？
ラーン…
特には…

自立支援に必要なサービスが
できるでしょうか？

**新しいサービスを
ゼロからつくるのが
この事業の目標ではないはず**

今ある住民の活動に
目を向けられていますか？

ぽかん

今ある住民活動？

そうです
住民活動の中には生活支援や社会参加など
自立支援・介護予防につながる要素が
たくさんあります

そういった活動を
「意味づけ」するのです

生活支援
住民活動
介護予防
自立支援
意味づけ

「意味づけ」？
例えばどのようにですか？

例えば地域の食事会には
「見守り」「栄養改善」「孤立防止」など

自立支援や介護予防の意味合いも大きいと
思いませんか？

食事会
見守り
意味
栄養改善
孤立防止

住民の活動は、お願いするものではなく
住民が自主的に活動するものです

その活動にうまく「意味づけ」できれば
住民がさらにやる気になります

そんなやり方があったのか…
**今まではどう願ひするか
しか考えてなかったな**

それでも
足りないものは
新しく探してくる
必要があります

**ただし
ニーズの捉え方には注意が必要です**

アンケートやワークショップで出る
住民の声は
その人の要望（デマンド）であって
自立支援に向けた課題（ニーズ）
ではないこともあります

要望
課題
デマンド
ニーズ

自立支援に向けた課題は
やはり日々高齢者と接する
専門職の方が詳しいので
参考になりますよ

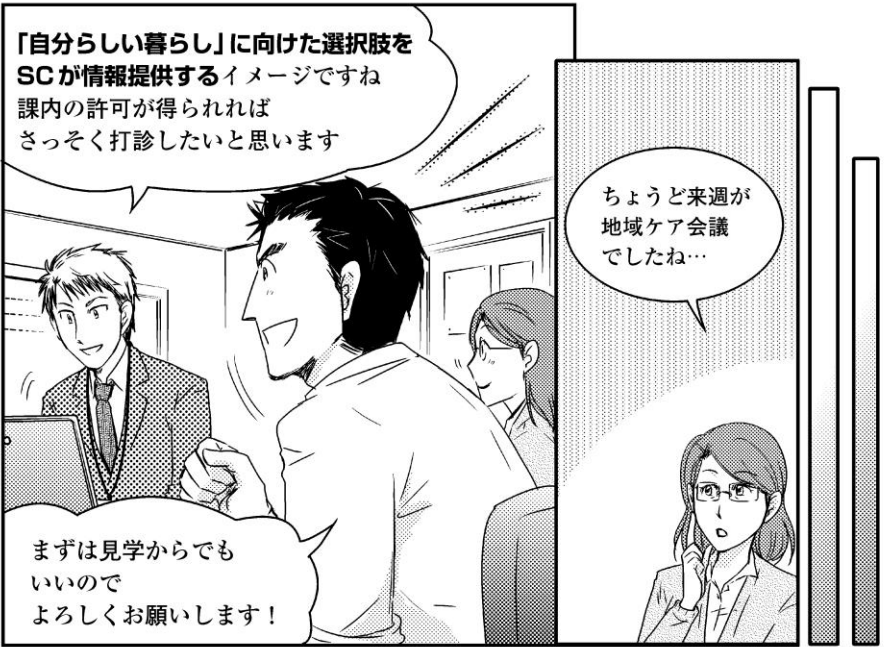
地域ケア会議を
ニーズ収集の場とすることも
オススメです

私の自治体では
SCにも地域ケア会議に
参加してもらっています

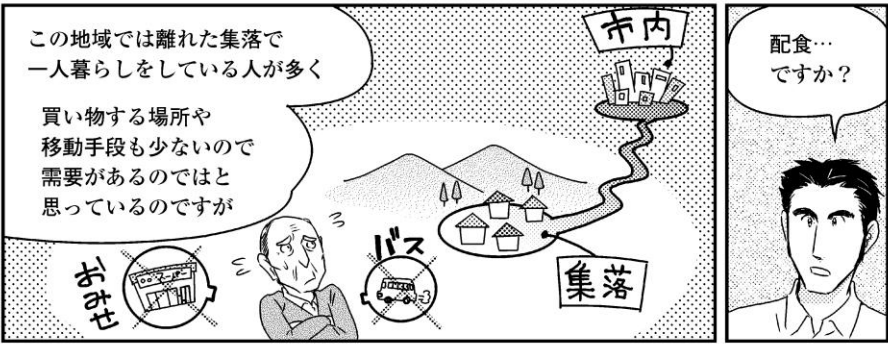
**地域のことをよく知っているSCが
参加することで様々なメリットが生まれる
のですが…**

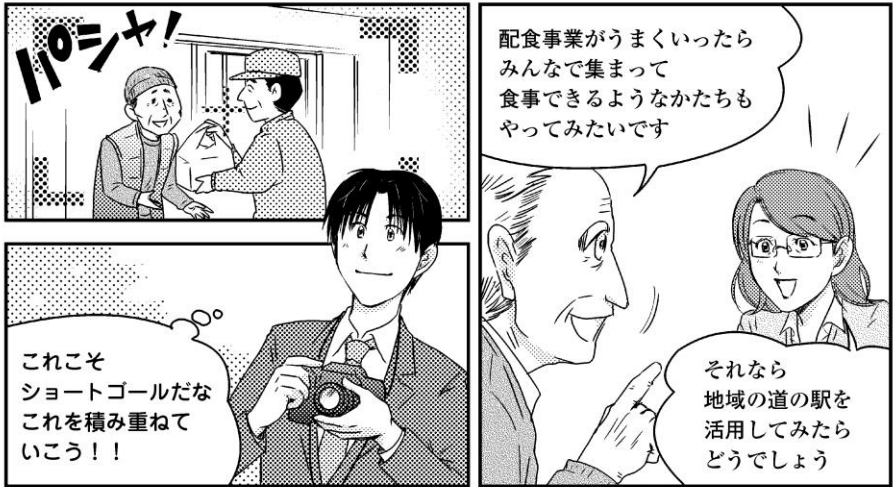
どんなメリットなんですか？
ぜひ教えてください！















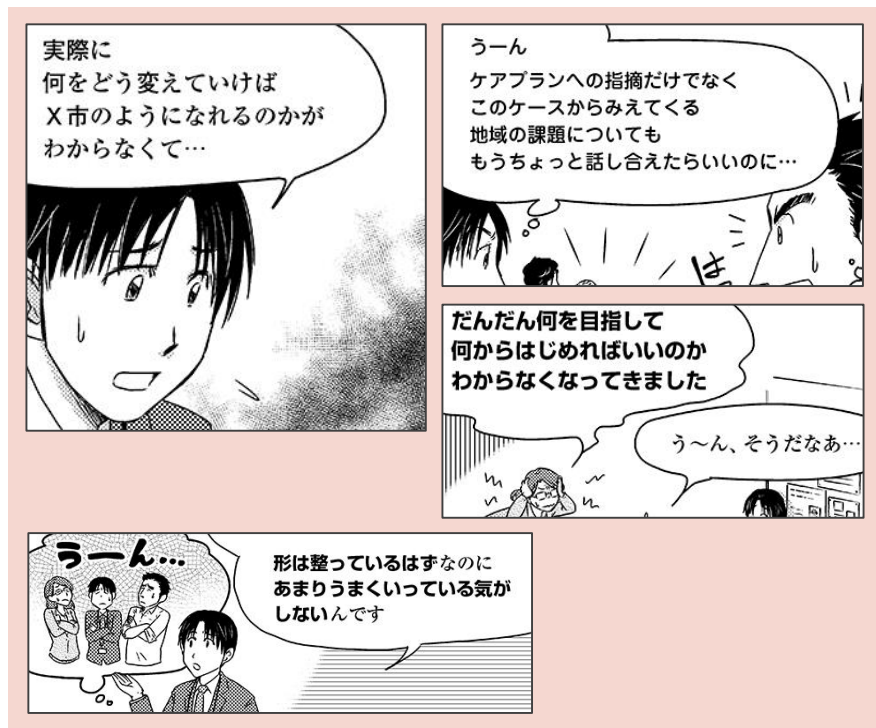
※これはモデル事業のエッセンスを踏まえたフィクションです

第1章 解説編

1) 当初と実践後の保険者の状況（Before⇒After）

A市では、整備事業を社会福祉協議会に委託し、小林さんや委託先SCたちがそれぞれ事業を進めていたものの、目指すべきものがわからなく行き詰まりを感じていました。しかし、X市の米田さんからの“問い”をもとに、わがまちについて改めて考えて実践することで関係者が同じ方向を向き、SCは“専門職と地域の橋渡し役”として役割を見出し、住民主体の地域づくりが回りはじめました。

当初の保険者の状況（Before）



実践後の保険者の状況（After）



課題抽出のための“問い”

- ✓ “保険者として取り組むべき地域づくりとはどのようなものか？”
- ✓ “関係者が主体的に活動するために保険者ができることは何か？”

変化のきっかけとなった
“気づきのヒント”は
次ページへ。

第1章 解説編

2) 課題解決のための“気づきのヒント”

A市が、わがまちについて改めて考えて実践するきっかけとなった“気づきのヒント”をおさらいしましょう。実践するためのポイント集を第4章に記載していますので、少しでも同じ悩みを抱えている保険者のみなさまは第4章をご覧ください。

#	気づきのヒント	参照先
1	仮説でもいいので課題を設定し小さく実践して検証する	→ 第4章 1-3
2	改めて地域づくりで保険者が果たすべき役割を考える	→ 第4章 2
3	ショートゴールを積み重ねて地域づくりをする	→ 第4章 2、2-1
4	関係者と協議を重ねる	→ 第4章 1-5
5	今ある住民活動を“意味づけ”する	→ 第4章 2-4
6	要望（デマンド）ではなく課題（ニーズ）を捉える	→ 第4章 2-1
7	生活支援コーディネーターが“専門職と住民の橋渡し役”になる	→ 第4章 2-2
8	地域に出向く生活支援コーディネーターに伴走支援する	→ 第4章 2-2
9	協議体で、困り事解決に向けた活動を後押しする	→ 第4章 2-3
10	悩む前に、できることからできる範囲ではじめてみる	→ 第4章 2-4
11	地域で活動したい人・している人を全力で応援する	→ 第4章 2-4
12	庁内連携は“目的”ではなく、具体的な目標実現のための“手段”と考える	→ 第4章 2-5

—第2章—

【事例2】

“わがまちの課題”

を設定し、

今ある資源で地域づくり

をはじめるまで。

このストーリーは、比較的小さいまちが
これまでの総合事業や整備事業の取り組みを振り返りつつ
改めてわがまちの状況を見直し、
保険者として取り組むべき課題を設定し、
実行に移す話です。

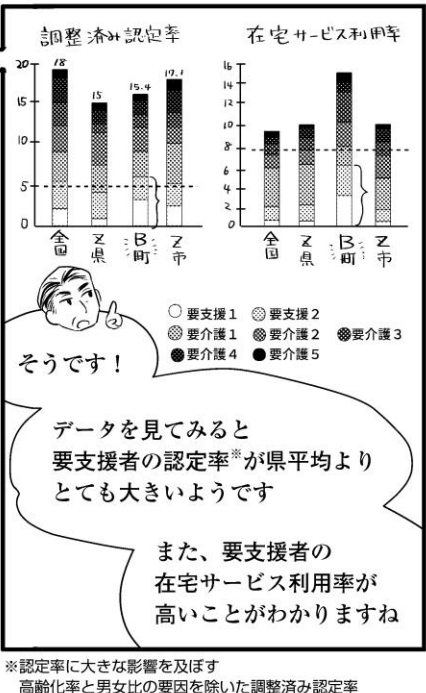
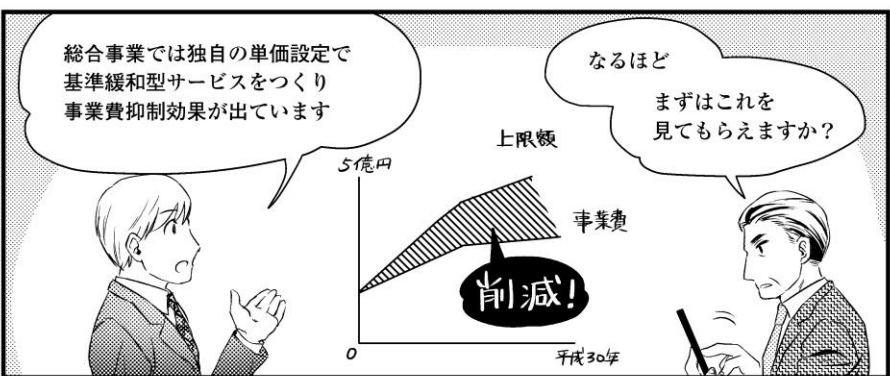
※これはモデル事業のエッセンスを踏まえた
フィクションです。

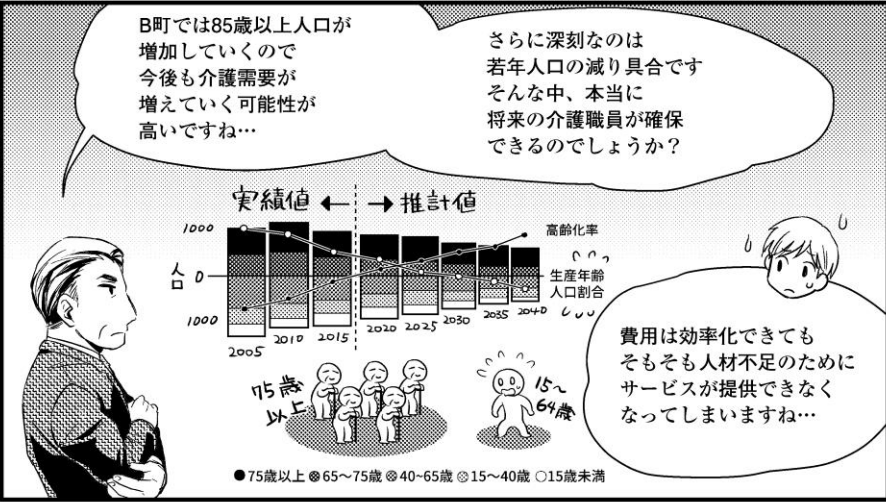
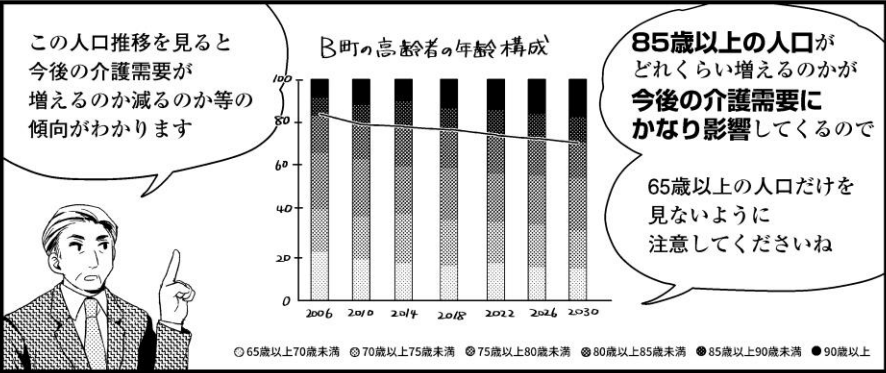


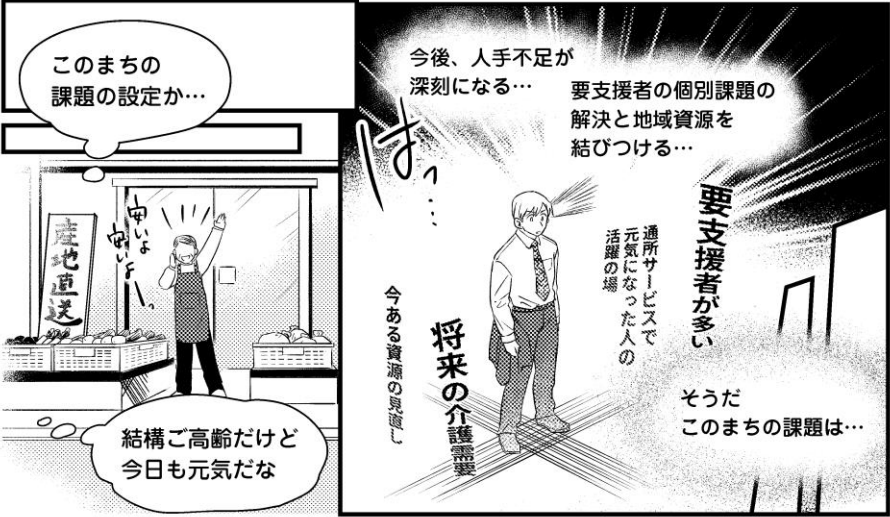
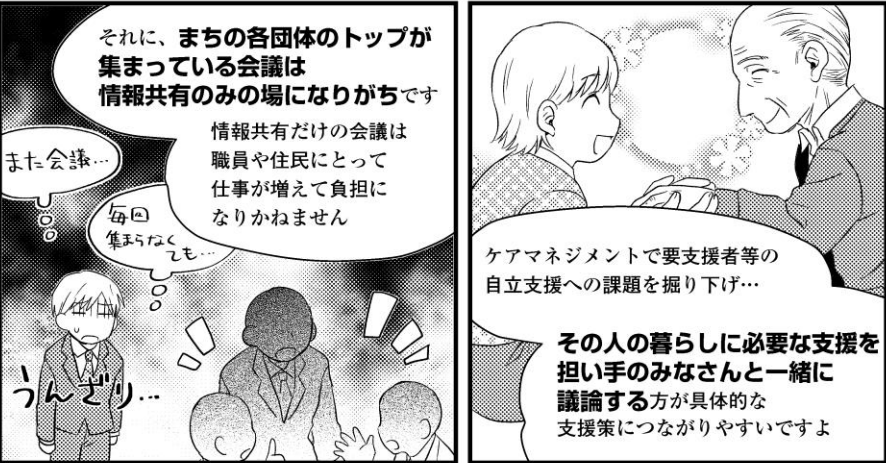
*SC:生活支援コーディネーター













※これはモデル事業のエッセンスを踏まえたフィクションです。

第2章 解説編

1) 当初と実践後の保険者の状況 (Before⇒After)

B町は比較的小さいまちで、高齢化が進む現状を開きたいという意欲はありながらも、人材や地域資源も限られており、保険者も協議体も取り組みのアイデアが枯渇し停滞していました。しかし、アドバイザーの大西さんからの“問い”をもとに、わがまちで優先して取り組むべき地域課題に気づき、限られた人材や地域資源を最大限活かした地域づくりのあり方を見出しました。

当初の保険者の状況 (Before)



実践後の保険者の状況 (After)



課題抽出のための“問い”

- ✓ “わがまちの優先課題は何か？”
- ✓ “限られた人手や資源でどうやって課題解決していくか？”

変化のきっかけとなった
“気づきのヒント”は
次ページへ。

第2章 解説編

2) 課題解決のための“気づきのヒント”

B町が、わがまちについて改めて考えて実践するきっかけとなった“気づきのヒント”をおさらいしましょう。実践するためのポイント集を第4章に記載していますので、少しでも同じ悩みを抱えている保険者のみなさまは第4章をご覧ください。

#	気づきのヒント		参照先
1	まちの現状と将来像を客観的なデータで把握する		第4章 1-2
2	要支援者等に必要なサービスや支援の提供体制を考える		第4章 1-4
3	人手不足なら省力化して、取り組みの優先順位を再考する		第4章 1-4
4	協議体は、生活支援コーディネーターの伴走支援役であり、場や形式にこだわる必要はない		第4章 2-3
5	困り事は、自立支援の観点から検討する		第4章 2-1
6	地域課題を個別支援の積み上げから見つける		第4章 2-5
7	利用者視点に立って、今ある地域の資源を見直す		第4章 2-4
8	保険者としてありたい姿に向けて課題設定する		第4章 1-3

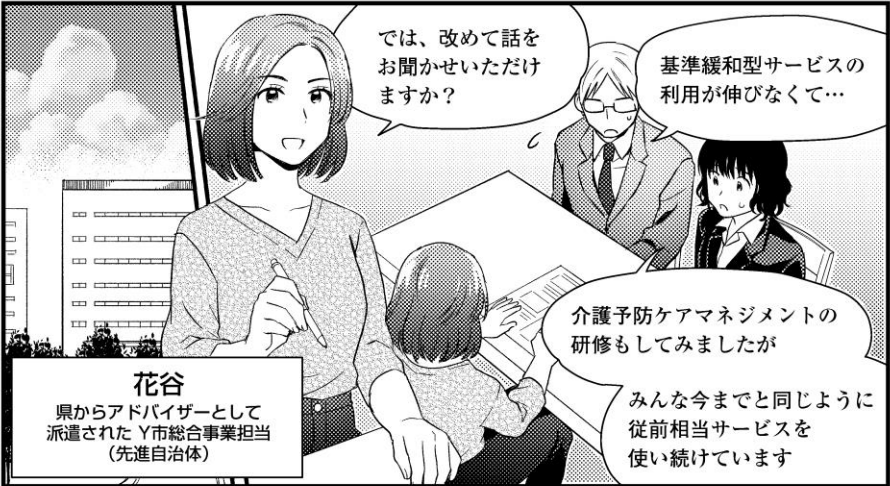
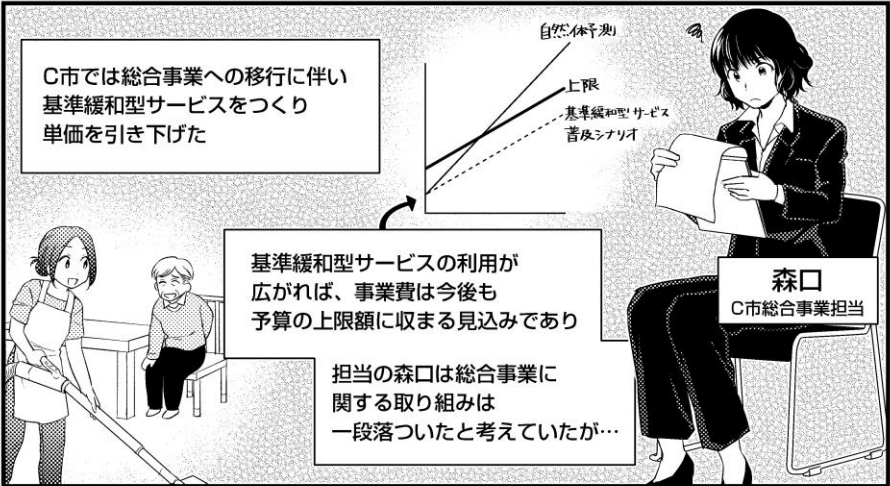
— 第3章 —

【事例3】

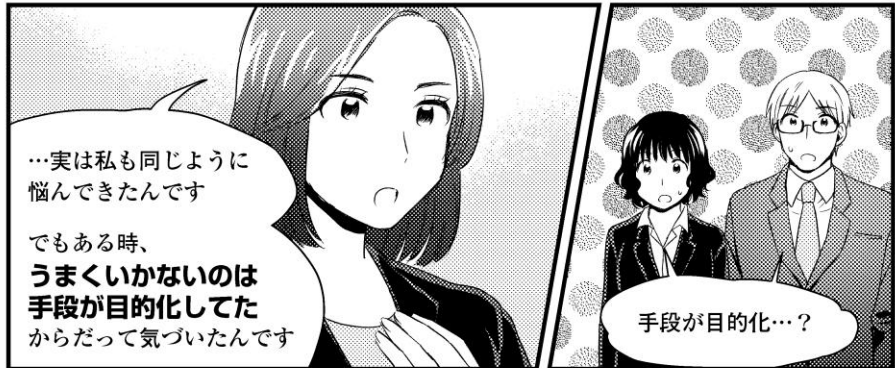
“手段の目的化”を
いかに克服し、
支援の体制を
つくっていくか。

このストーリーは、総合事業や整備事業が
なかなか進まないと悩む市で、
担当者が事業のねらいや進め方のポイントを理解し、
実践していく話です。

※これはモデル事業のエッセンスを踏まえた
フィクションです。



*整備事業：生活支援体制整備事業



保険者の責任としてやるべきことは

自立支援の理念のもと被保険者から集めた保険料などを元に適切な人に適切な支援が届くようマネジメントしていくことですね

GOAL

必要な支援サービス

保険料 など

そうか…今までは国から示されたサービス類型をどう揃えるかとばかり考えていたかもしれません

そもそも自分たちが何をしていくべきなのかもっとよく考えないと いけませんね…

1カ月後 花谷訪問の日

…あの後 各自でデータを 確認しました

ではこれから一緒にこのまちの将来について分析していきましょう

データを集めてこれからどんなことが問題になりそうか一度考えてみませんか

はい！

要支援者の1年後の状態変化を見てみたら4人に1人は重度化し軽度化する人は10%に満たないんです

1年後

転倒予防教室

地域包括支援センター

SC

介護サービス事業所

医師

自立生活がい

Y市も似た状況でしたそこで機能回復を図る短期集中予防サービスを新たに作り

新規の要支援申請者に利用を勧めることにしました

そして地域ケア会議で「自分らしい暮らしに返せるか？」を専門職やSC*と議論しました

結果、SCがその人に合った地域資源を紹介することで自立にもつながり喜んでもらっています

総合事業は事業設計の仕方では生活支援の幅が広がるんですね！

見守り

高齢者

介護予防

自立支援という目的に向けてサービスや地域資源を活用し多職種で議論する

総合事業も整備事業も地域ケア会議もつながってるんですね

今回、市の考える介護予防ケアマネジメントにやる気をみせてくれた地域包括支援センターがあったんです

そこにも相談してみようかなと…

いいと思います！

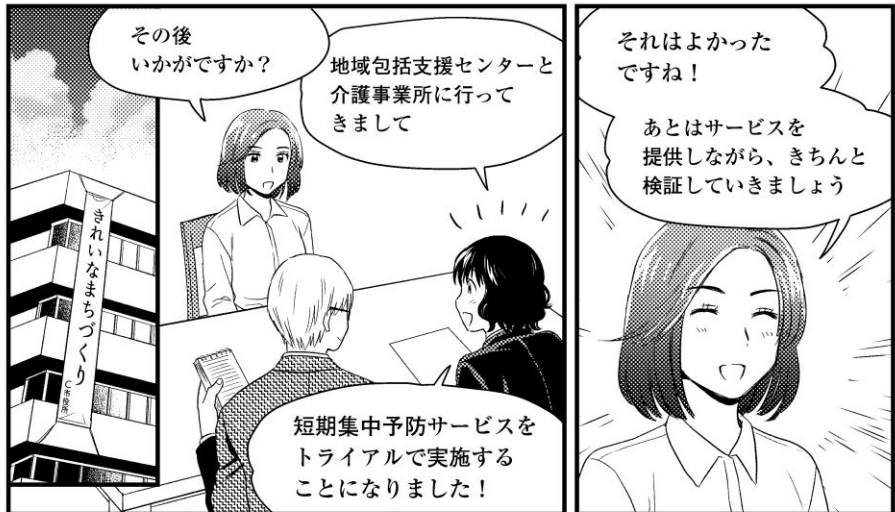
地域包括支援センターだけでなくサービス事業者との相談も大切です

事業者のメリット

事業者の役割

市の財政や単価の話だけでなく取り組みに対する市の姿勢を伝えながら事業者に果たしてほしい役割や事業者にとってのメリットを伝えていきましょう

*SC：生活支援コーディネーター





※これはモデル事業のエッセンスを踏まえたフィクションです。

第3章 解説編

1) 当初と実践後の保険者の状況 (Before⇒After)

C市では、事業費が上限額に収まり、総合事業が一段落ついたと考えていました。一方、基準緩和型サービスを創設したが、事業の進みが良くないと感じていました。しかし、Y市の花谷さんからの“問い”をもとに、国が示すサービス類型や先進市町村の真似ではなく、わがまちに必要な支援の体制について検討しました。担当職員が自信を持ち、関係者への働きかけによって事業が進みはじめました。

当初の保険者の状況 (Before)



実践後の保険者の状況 (After)



課題抽出のための“問い”

- ✓ “総合事業や整備事業は、何のためにやっているのか？”
- ✓ “事業を進める上で、関係者とどのように連携・協働していけばよいか？”

変化のきっかけとなった
“気づきのヒント”は
次ページへ。

第3章 解説編

2) 課題解決のための“気づきのヒント”

C市が、わがまちについて改めて考えて実践するきっかけとなった“気づきのヒント”をおさらいしましょう。実践するためのポイント集を第4章に記載していますので、少しでも同じ悩みを抱えている保険者のみなさまは第4章をご覧ください。

#	気づきのヒント	参照先
1	現場に足を運び、根本的な問題（ボトルネック）を確認する	→ 第4章 1-2
2	総合事業は目的ではなく、“目的を達成するための手段”と考える	→ 第4章 1-1
3	客観的なデータを分析して、仮説を検証する	→ 第4章 1-2
4	目的を達成するための事業を設計し、必要なサービスを整備する	→ 第4章 1-4
5	個別支援策の検討を積み重ね、地域課題・政策的課題を顕在化させる	→ 第4章 2-5
6	サービス提供主体と保険者が協議して、利用者、サービス提供主体、保険者“三方良し”の関係を築く	→ 第4章 1-5
7	地域ケア会議で関係者の意識と行動を変えていく（地域ケア会議を学びの場として活用）	→ 第4章 2-5

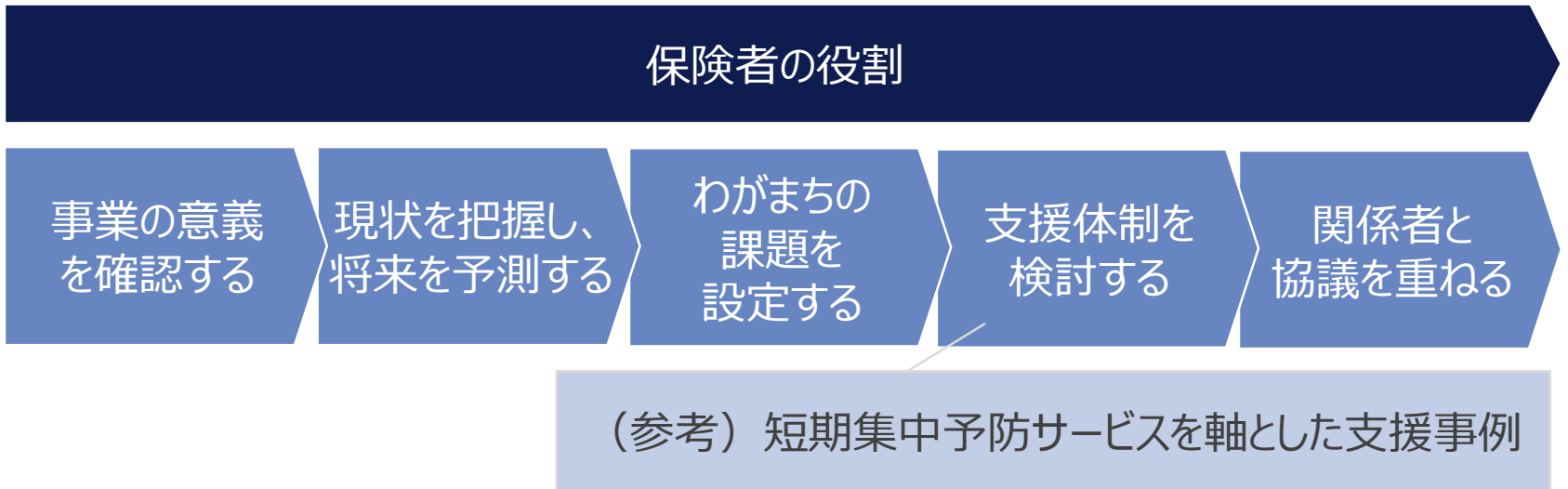
—第4章— 事業推進に向けた ポイント

この章では、
3つのストーリーに共通するポイントをおさらいし、
○保険者の役割
○個別支援の検討からはじめる地域づくり
について解説しています。

1. 保険者の役割

保険者は目的に向けて課題を設定し、関係者と協働する

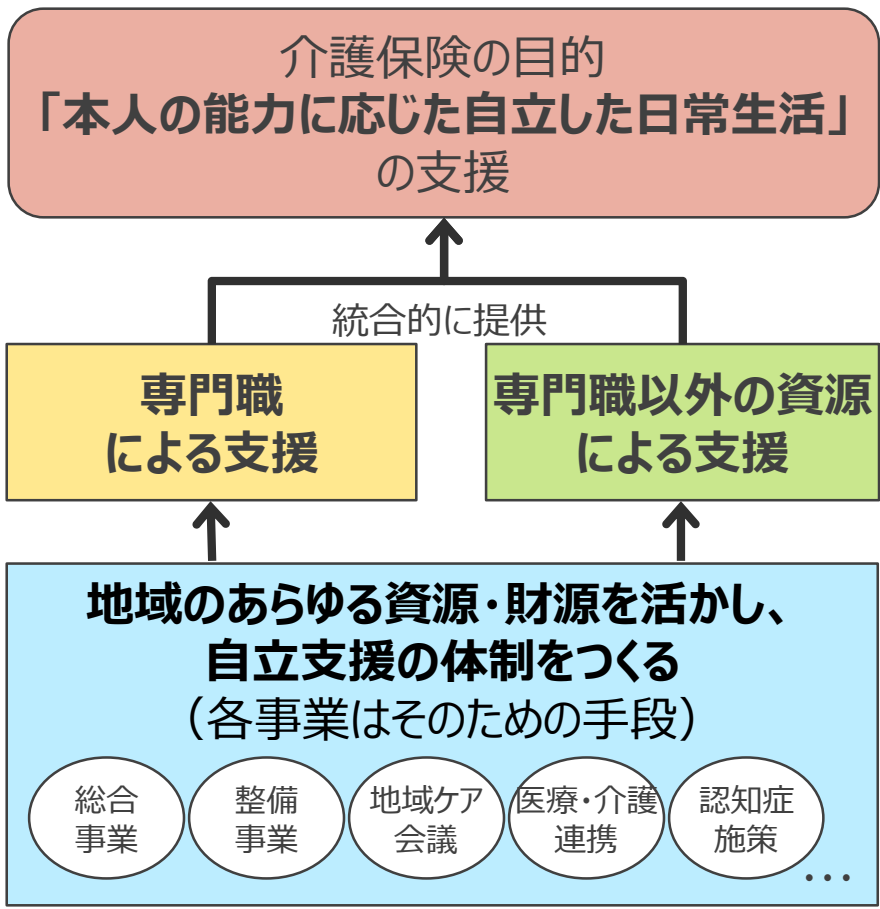
- 第4章では、まず総合事業・整備事業を進める上での保険者の役割について解説します。
- 両事業とも、委託先、多様な地域の主体、庁内関係部署と一緒に進めていくものです。
- しかし、助け合い・支え合いの地域づくり、人口減少や人手不足への対応、といった大きな課題を掲げてても何から手をつければよいかわからないという保険者の声が聞かれます。
- そこで保険者の役割として、事業の意義を理解し、わがまちに合った課題設定をして関係者と協働するためのヒントをまとめています。



1-1 事業の意義を確認する

総合事業・整備事業は、自立支援を実現するための手段の一つ

■ 総合事業・整備事業の位置づけ



“自立支援”は介護保険の不変的な目的

- 介護保険法の目的には、被保険者の「有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」とあります。可能な限り“自分らしい暮らし”を送れるよう支援するという視点が重要です。
- “自分らしい暮らし”は人の数だけあり、本人の日常生活をとりまく地域による支援が欠かせません。
- 一方、地域の資源や地理的・文化的背景も多様であり、地域ごとに必要な支援の体制を構築する手段として、総合事業や整備事業を活用することができます。

地域の支援体制の最適化は、保険者の役割

- 保険者の役割は、限りある資源・財源を分配してマネジメントし、支援体制の最適化を図ることです。費用の効率化は支援の充実によって、結果的に実現されるものです。

1-1 事業の意義を確認する



起点は、“自分らしい暮らし”

“したいこと”を“なじみの”環境で

- ◆ 地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるための地域の体制のことです。
- ◆ これは、その人が人生や生活の中で“したいこと”を、“なじみの”環境の中で、できる限り続ける体制とも言えます。
- ◆ 総合事業や整備事業が目指しているのは自立支援、すなわち、その人が“したいこと”を“なじみの”環境の中で継続できるよう支援することです。これには、介護予防、生活支援、そして介護予防ケアマネジメントの3つが必要です。
- ◆ 総合事業や整備事業は、介護予防や生活支援の資源を地域の中ではぐくみ、介護予防ケアマネジメントは、それを活かす取り組みと言えるでしょう。

参考) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業」



手段を目的化しない

“何のためにやっているのか”を問う

- ◆ “手段”（目的達成のために取り組んできたこと）が、いつの間にか“目的”にすり替わってしまうというのは、よくある話です。そうならないために、“これは何のためにやっているのか？”を問い続けることが大切です。
- ◆ 目的と手段は相対的なものであり、その時々視点によって変わります。これまでの考えに固執しすぎず、なぜそのやり方なのかを視点を高くして問い続ける必要があります。

地域で高齢者の暮らしを支える

- ◆ 介護予防や自立支援のためには、専門職による特別なサービスを用意して全て解決というわけにはいきません。重要なのは、多様な資源やサービスの特徴を活かしながら、地域で高齢者の暮らしを支えていくことであり、それが保険者の役目です。
- ◆ 総合事業や整備事業は、その体制を地域でつくっていく手段ということを忘れないようにしましょう。

1－2 現状を把握し、将来を予測する



現場(定性的情報)とデータ(定量的情報)から地域を多面的に把握する

■ 現状・将来像把握のポイント

現場に足を運ぶ

→ 定性的情報※の把握に有効

自立支援のためのケア体制構築に向けて、現場の問題や改善可能性を確認し、気づきを得る。

データを分析する

→ 定量的情報の把握に有効

疑問や仮説を証明・補強することができる。

- ＜おさえるべきデータ＞
- ・ **給付サービスの使われ方の特徴**：一人当たり給付費や在宅・施設サービスの受給率バランス等
 - ・ **将来の介護環境**：要介護認定者数推計、85歳以上人口推計、現役世代・介護人材の状況
 - ・ **データの読み方**：過去との比較、全国平均・都道府県平均・近隣市町村との比較。比較する際は**年齢等調整済みデータを使う**。

※定性的情報の例
・A地区の通いの場の参加者は元気な高齢者がほとんどでレベルの高い体操をしている
・B地区の地域包括支援センターの職員は困難事例の対応が多く職員が疲弊している

現場に足を運び、真の問題を確認する

- 市町村規模に関わらず、現場とデータの両面から実態を把握する必要があります。
- 現場にはデータでは把握できない気づきや根本的な問題のヒントがあります。現場に足を運び、問題の根本的な原因がどこにあるのかを見極め、どうすればその原因が解消されるのか、その原因が解消されれば本当にうまくいくのか、を具体的に検討していきます。

データによる仮説の立案・検証をする

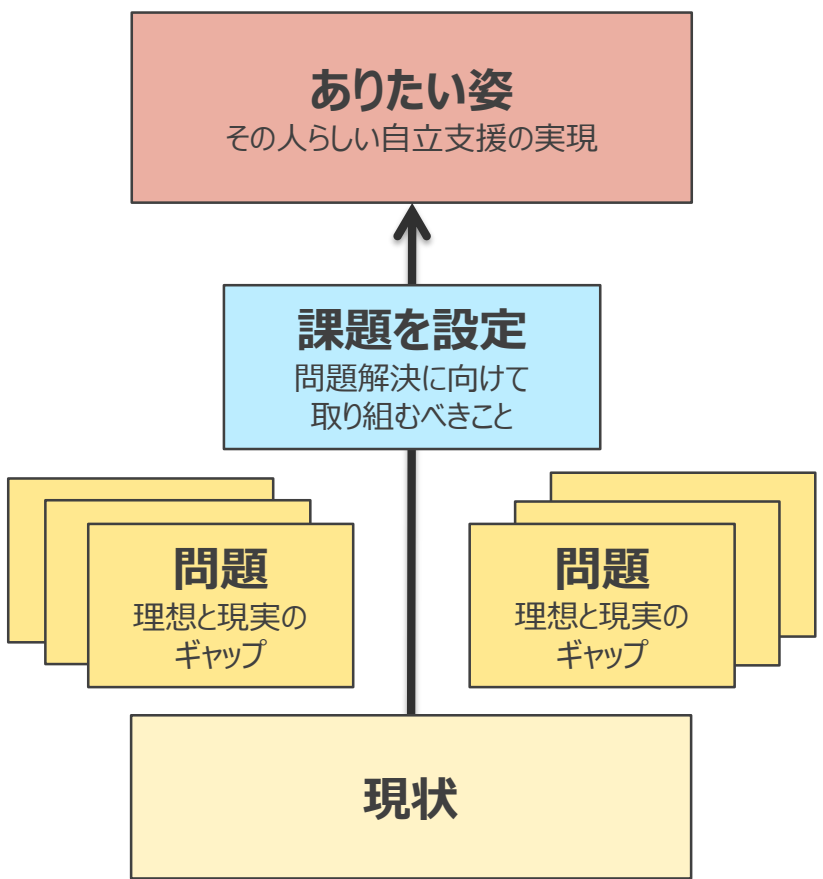
- 左記のデータは把握しておくべきです。わがまちの特徴と現在・将来の問題をつかむことが有効です。
- 現場で見えてきた問題点が、まち全体に言えるのか、地域性や特殊な個別事情なのか、データから客観的に検証します。
- 効率的に進めるために、手探りでデータ集計・分析をするのではなく、検証したい仮説や示したいデータを選定した上で、集計・分析にとりかかりましょう。

1-3 わがまちの課題を設定する



“ありたい姿”と“現状”のギャップを埋めるために課題を設定する

■ 課題は、ありたい姿に向けて取り組むべきこと



課題設定は関係者と協働するための第一歩

- 課題設定は意思決定や関係者と協働するための共通認識の形成に役立つため重要です。わがまちの実情を踏まえた課題設定は規範的統合※の第一歩と言えます。

※「規範的統合」とは、関係者間での目標や考え方の共有や地域における共通認識の醸成を指す。

“ありたい姿”と“現状”のギャップを知る

- 具体的な目標を描き、“ありたい姿”と“現状”と比較することでそのギャップ（問題）を認識できます。
- “課題”は“問題”を解決するために取り組むべきことです。様々な問題を解決していくために真に取り組んでいくべきことを“課題”として設定します。

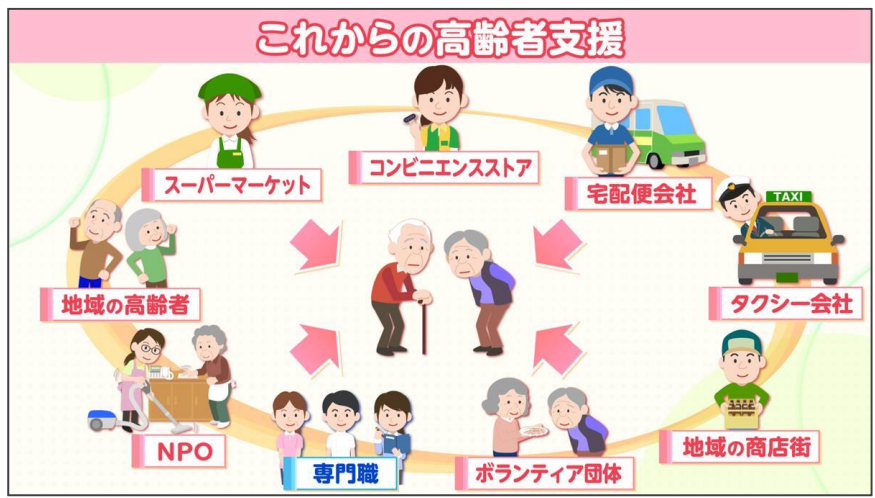
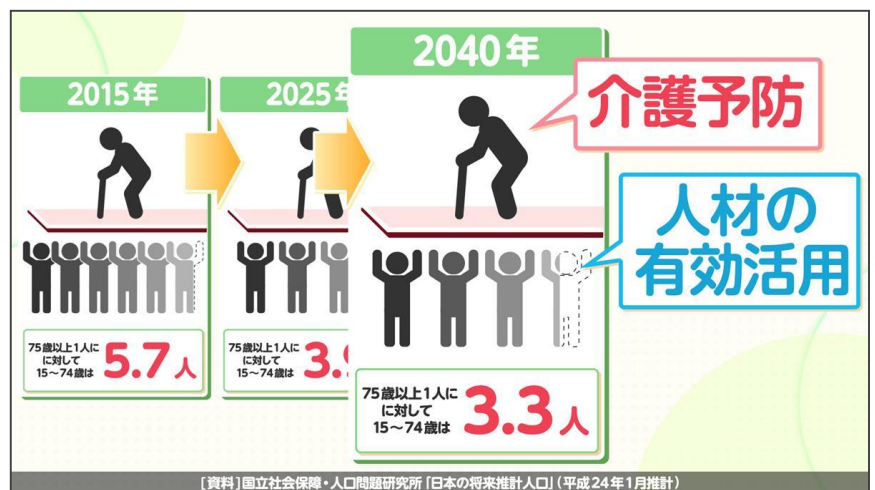
問いを立て、仮説と検証を繰り返す

- 良い課題設定のためには、複雑に絡む問題をどうやったら解決できるか、常に自問することが必要です。
- 課題設定は1回で終わりではありません。設定した課題に取り組むと別の問題が発生し、次の課題設定も必要になります。まずは仮説でもよいので課題を設定し、小さく実践して検証する姿勢が重要です。

1-3 わがまちの課題を設定する



地域の“ありたい姿”を描く



出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業」

地域によって状況は異なる

- ◆ 全国的には支える側と支えられる側のギャップは拡大していく傾向にあります。
- ◆ ただし、人口推移や高齢化の状況は、地域によって大きく異なってきています。改めてわがまちの状況や将来予測をもとに“ありたい姿”を描くことが大切です。

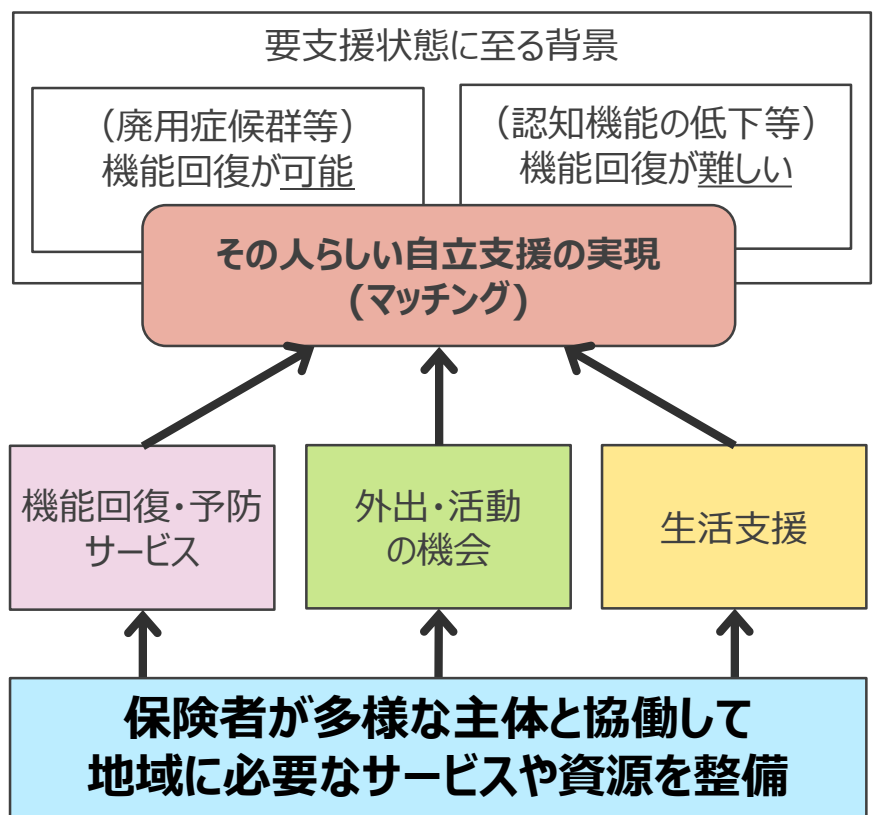
地域の多様な人で支えていく

- ◆ これまでの高齢者支援は、医療や介護等の専門職が主に担ってきました。今後は若者人口が減少していくので、専門職のみに頼るのは難しくなります。
- ◆ これからは専門職のみでなく、地域の様々な人が少しずつ支えるという考え方が重要です。高齢者であっても地域活動やボランティア、ご近所サポート等の場で支える側になれるし、本人の介護予防にもつながります。民間サービスやボランティア団体、NPO等も支える役割を担えます。
- ◆ 地域の多様な人材が関わることで、専門職はより専門的なサービスに集中できます。

1-4 支援体制を検討する

要支援者等に必要なサービスや支援の提供体制を検討する

■ 保険者は必要なサービス・資源を整備



※ただサービスを整備するだけではなく、専門職や住民が“その人らしい暮らし”を支えることに目を向けるようにするのも保険者の役目

なぜ要支援状態に至るのか理解する

- 廃用症候群等には機能回復や予防の取り組みが重要です。非可逆的な疾患等、回復が難しいものもあります。
- それぞれの状態に対応するためのサービスや支援を整備し提供するのは保険者の役目です。

機能回復・予防のための資源を整備

- 廃用症候群等には、専門職による短期集中予防サービス等で機能回復を図ることが大切です。
- 身体活動や社会参加の点では、多様な外出・活動の機会と、本人の嗜好に合わせたマッチングが重要です。

生活を支えるための資源を整備

- 介護需要の増加予想から介護費の抑制に目が向きがちですが、必要な人材確保や人材の適正配置も重点化する必要があります。
- より重度な方への支援はホームヘルパー等の専門職、身近な支え合いで充足される方への対応は非専門職、といった多様な主体による支援を検討しましょう。

1-4 支援体制を検討する



取り組みの優先順位を決める

同じ機能のものはまとめて、効率化する

- ◆ 複数の業務を担当していると、些細な業務でも負担が大きくなってしまいます。そのため、似たメンバーでの会議を統合したり、地域を回るときには複数の用件をまとめて済ませる等、**仕事をまとめる視点**が大切です。

活動の優先順位を決める

- ◆ 市町村規模に限らず、**優先課題を設定した上で業務の優先順位をつけていくことが重要**です。
- ◆ 大きなまちでは、多様な関係者の意識を統合していくために、**優先課題を明確にして示していく**必要があります。
- ◆ 小さなまちでは、人手や地域資源が限られている中、施策の効果・効率を高めるためには、**重要な活動に絞り込む省力化**の視点が重要です。

保険者の体制整備も重要

地域支援事業にはチームが必要

- ◆ 地域包括ケアシステムの構築は、ルーティン業務ではなく企画業務です。
- ◆ 特に整備事業では、**地域の多様な関係者との密なコミュニケーションが重要**であり、**円滑に連携がとれるチームが不可欠**です。保険者、地域包括支援センター、SC等の体制を整備することも忘れてはなりません。

地域支援事業(充実分)の財源を活用する

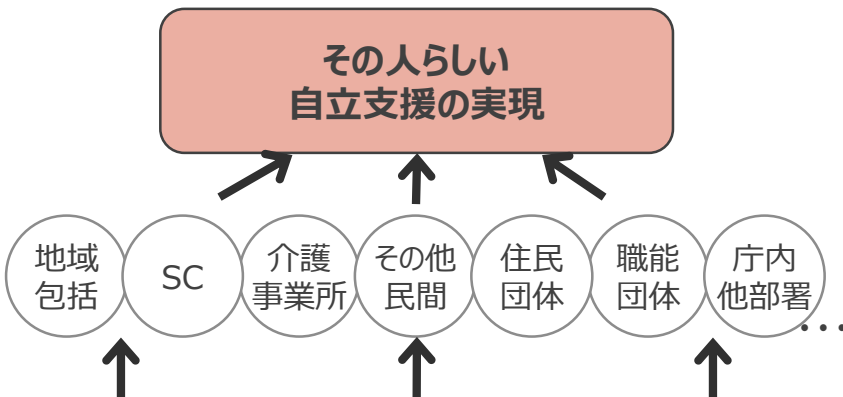
- ◆ 整備事業等の地域支援事業は、平成26年の消費税率引き上げに伴う社会保障の充実策です。
- ◆ この財源を使ってSCを保険者の外部に委託することで、**事業担当者の仲間を増やす**ことができます。また、包括的支援事業の財源に占める市町村負担の割合は19.5%です。これを活用することで市町村の財源を効率化し、その分で**市町村の人員増**を実現する例もあります。

1-5 関係者と協議を重ねる



庁内外の関係者と意識を合わせ、行動の方向性を統一する

■ 保険者は目的に向かって関係者と協議



- ✓ 保険者の軸（明確な目的・課題認識）を持つ
 - ✓ お願いよりも傾聴する
 - ✓ 多様な関係者の立場や考えを理解
 - ✓ 各者の強みを活かす・意味づけする
 - ✓ ウィン・ウィンの関係を築く
- ※共感ポイントや行動原理は相手によって異なるのでアプローチの仕方は変わる

保険者に“軸”があることが大切

- 関係者との協働にあたり、保険者の“こうしたい”という軸（明確な目的・課題認識）を持つことが大切です。
- 委託先に事業を任せきりにするのではなく、保険者が司令塔となり、委託先を含む関係者をマネジメントする姿勢が大切です。

お願いより聞く姿勢で相手を理解する

- 相手が何に問題意識を持っているか、何なら耳を傾けてくれるかを理解するために、お願いより先にまず話を聞き、相手の考えを理解しましょう。

各者の強みを活かし、意味づけする

- 新しいことをお願いするより、今やっていることを少し工夫いただくという視点で相手の敷居が下がります。
- 住民、福祉団体、営利企業、庁内担当課等、相手の考え、メリット、強み、悩み等を勘案して相談の仕方を変えましょう。

1-5 関係者と協議を重ねる



自立支援につながるサービスづくりに向けた協議

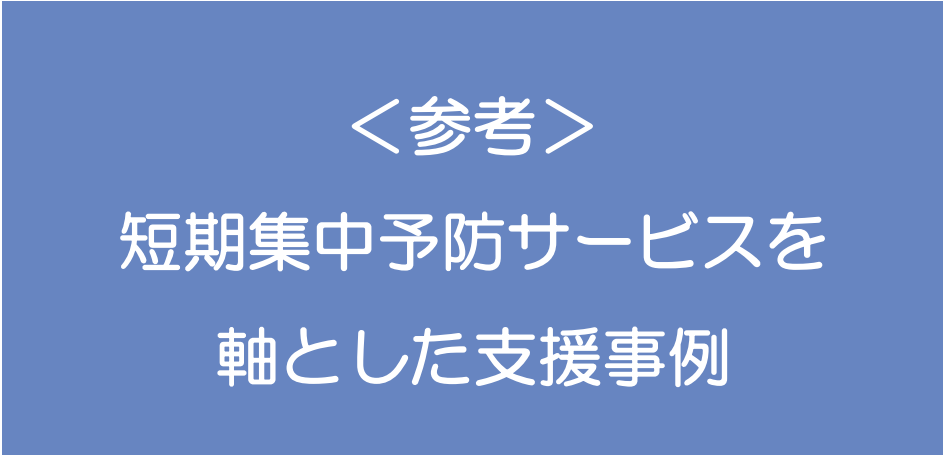
サービス提供主体の事情を理解する

- ◆ 事業者であれば、従業員を雇用するための収益確保が必要です。そのため、必ずしもサービスの必要性や理念等の理想論だけでは行動できない側面もあります。利用者がサービスを終了すると、利用者が減り収入も減ることになるのです。
- ◆ また、費用抑制だけを念頭にサービス単価を低く抑えるのではなく、非介護人材によるサービス提供や中重度者支援への重点化等、事業者とともに地域の支援体制をつくっていくことが大切です。

“三方良し”の関係を築く

- ◆ 本来、元気になれるサービスを提供する事業所なら利用希望者が増えるはずですが、利用者、サービス提供主体、保険者の“三方良し”となります。
- ◆ 総合事業におけるサービス整備は、介護需要やサービス利用の現状等から必要なサービスを保険者が検討した上で、その必要性や意義についてサービス提供主体と協議を重ねることが大切です。サービス提供主体の新しい事業や利用者あるいは収入の確保にもつながり、利用者や保険者にとってもメリットのある支援体制ができないか検討してみましょう。
- ◆ まずは、保険者の方針に賛同してくれるサービス提供主体と取り組みをはじめること一案です。

＜参考＞短期集中予防サービスを軸とした支援事例



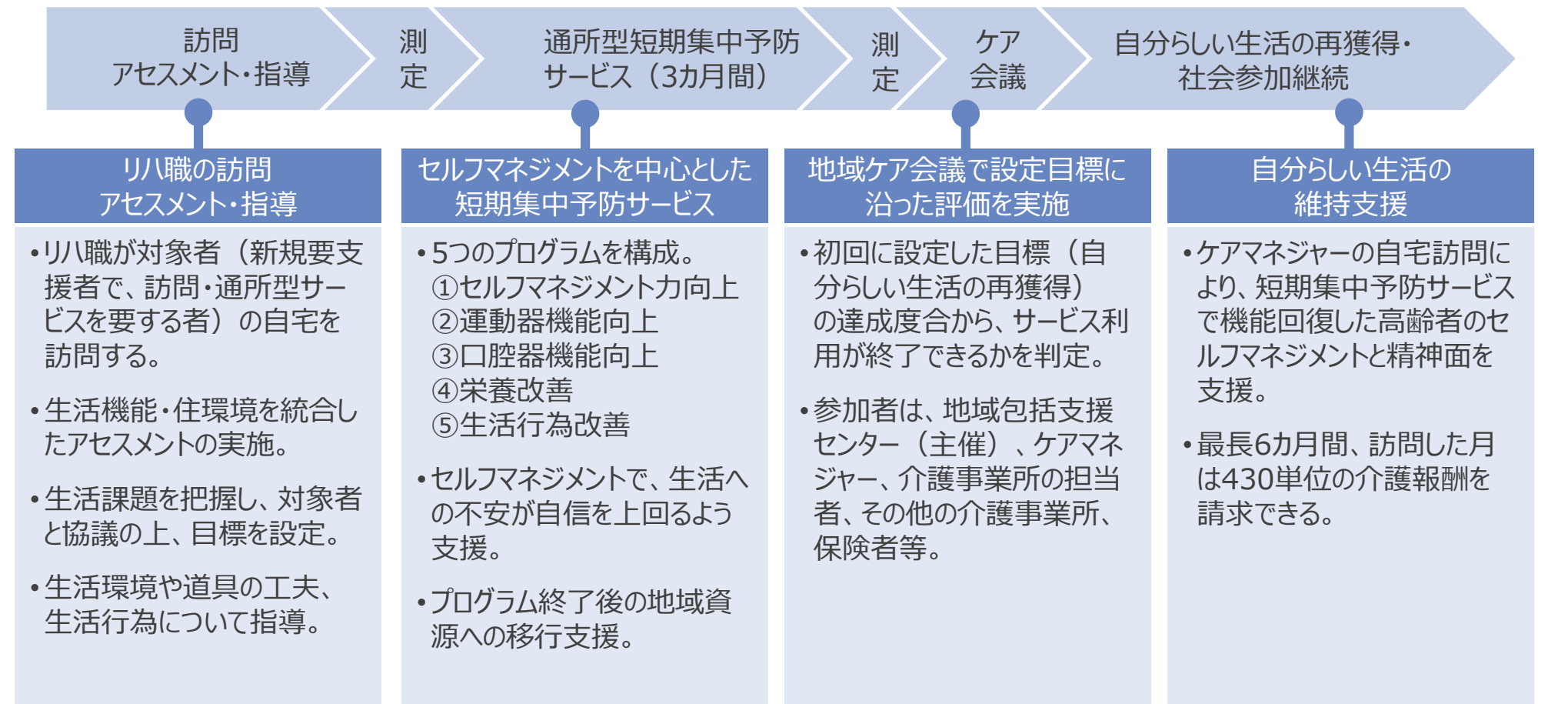
ここまで、保険者の役割として、地域の課題を設定し、必要な支援体制をつくっていく流れを解説してきました。

ここでは、モデル事業によって短期集中予防サービスに重点を置いた取り組みを展開した大阪府寝屋川市の事例を紹介します。

＜参考＞短期集中予防サービスを軸とした支援事例

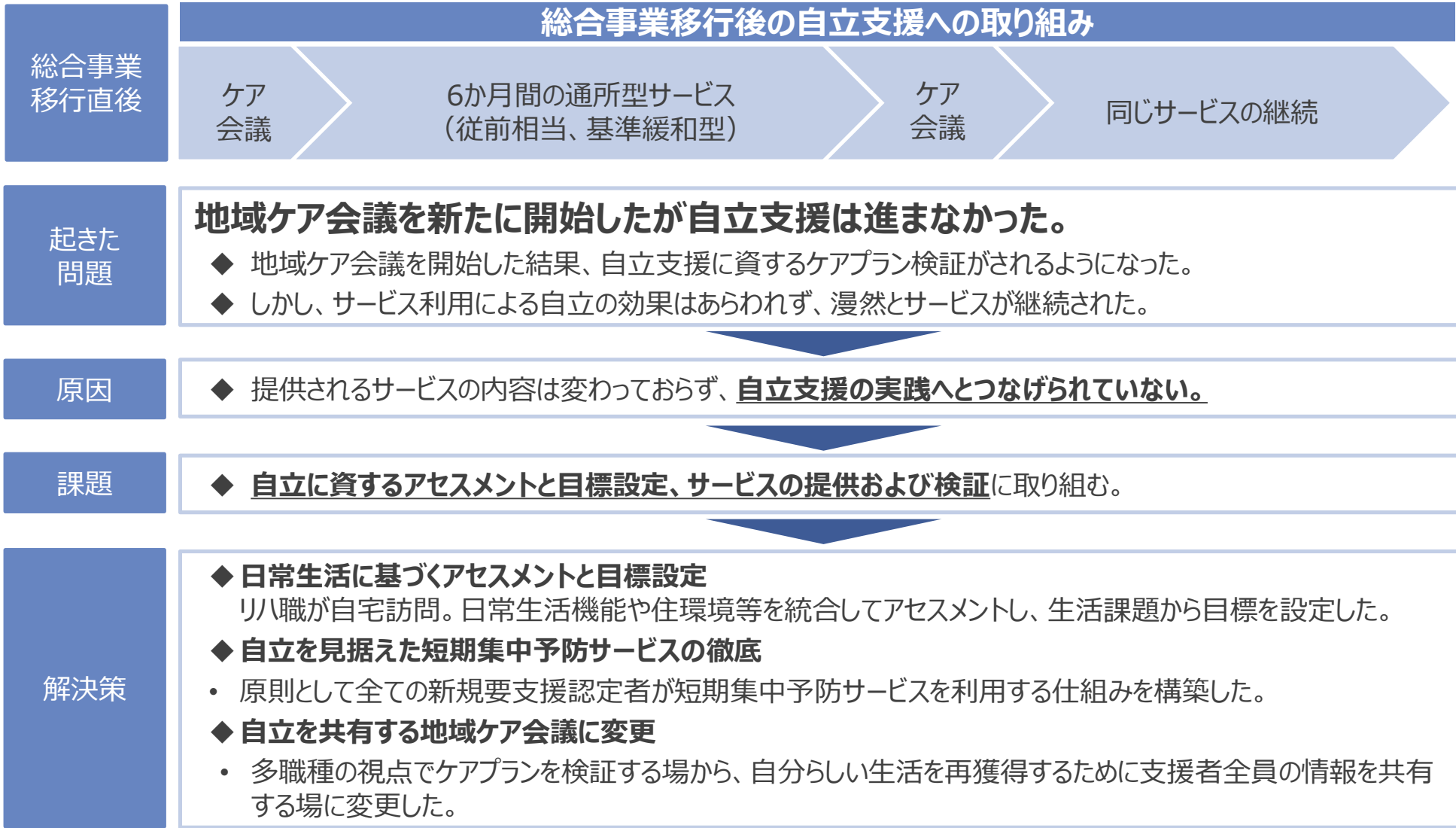
大阪府寝屋川市の自立支援への取り組み全体像

平成29年度の総合事業の移行から試行錯誤を経て、平成31年度から以下の取り組みを開始することになりました。



＜参考＞短期集中予防サービスを軸とした支援事例

【取り組みに至った経緯】総合事業移行後の課題と解決策



＜参考＞短期集中予防サービスを軸とした支援事例

新たな取り組みとその成果

新たにはじめた具体的な取り組み

- ◆ **日常生活に基づくアセスメントと目標設定**
 - ・ リハ職による訪問アセスメントを開始し、生活機能・住環境を統合した日常生活に基づくアセスメントと目標設定を実現。
- ◆ **自立を見据えた短期集中予防サービスの徹底**
 - ・ 新たなプログラムで短期集中予防サービスが提供できる事業所から試行を開始。
 - ・ セルフマネジメントを中心とした自立支援プログラムを新設。生活への不安を払拭し、自信が得られる支援内容を提供。
 - ・ サービス利用対象者の変更。従来までの希望者のみではなく、要支援の全新規認定者および既存認定者に勧奨（一部例外あり）。
- ◆ **自立を共有する地域ケア会議に変更**
 - ・ 多職種の視点でケアプランを検証する場から、自分らしい生活を再獲得するために支援者全員の情報を共有する場に変更した。

得られた成果

- ◆ **自分らしい生活を取り戻した利用者の増加と生の声**
 - ・ 自分らしい生活を再獲得できる利用者が増加。
 - ・ 訪問アセスメントのみで成果が得られる利用者が出現。
 - ・ 利用者の声：「久しぶりに一人でお風呂に入れました」「階段の昇り降りが楽になりました」
- ◆ **サービス事業者が成功体験を積むことで自信を獲得**
- ◆ **サービス事業者が“自分らしい生活の再獲得”の重要性を再認識**
- ◆ **自立支援型ケアマネジメントの意識の高まり**
 - ・ サービス事業者が、サービス利用中の改善状態に応じて、ケアプランの目標修正をケアマネジャーに依頼する。
- ◆ **さらなる課題の発見**
 - ・ サービス終了後も、再獲得した機能を維持することが課題。そのため、継続したセルフマネジメント支援が必要。
➡ ケアマネジャーの訪問による支援制度を制定

＜参考＞短期集中予防サービスを軸とした支援事例

成果のポイント

全ての“手段”がつながることで、自立支援の体制ができてきた。



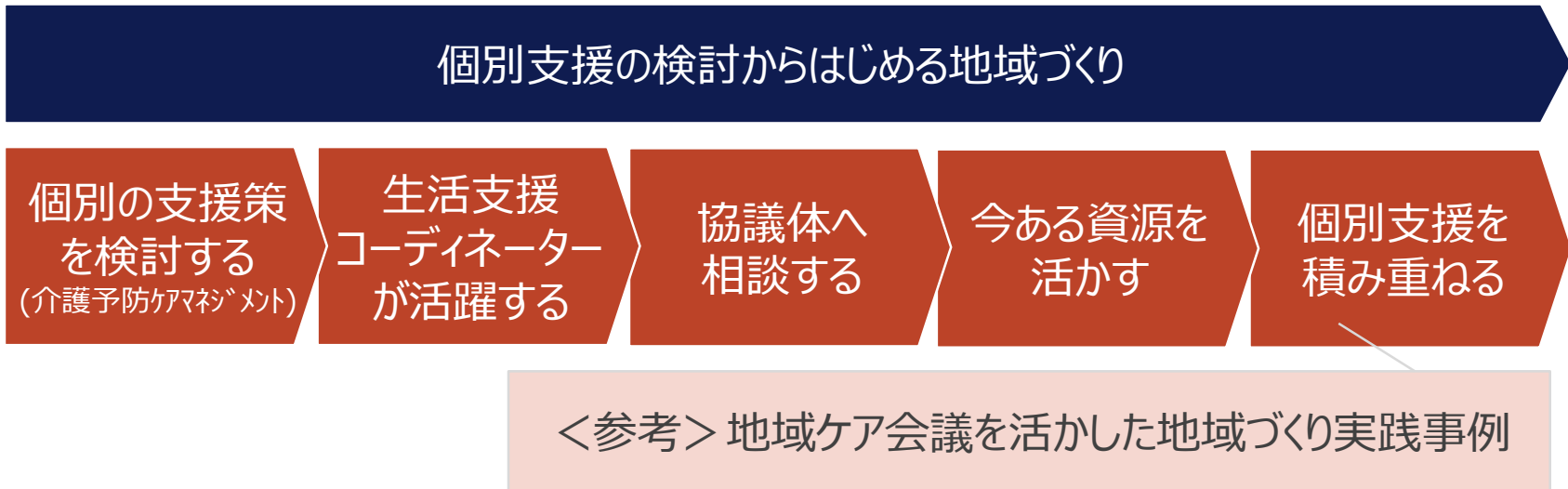
出所)「寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業実証事業報告会」の資料を一部改変

◆ 全ての“手段”を最初から一度に手がけるのは難しいもの。一つずつの“手段”を進め、成果を活用したり課題に対応しながら、有機的につなげていくことが大事です。

2. 個別支援の検討からはじめる地域づくり

地域づくりに悩んだら、“個別支援策の検討”からはじめる

- 第4章後半では、“地域づくり”について解説していきます。
- “地域づくり”については、生活支援コーディネーターや住民主体の活動がうまくいかないといった悩みが聞かれます。また、保険者には地域の課題をどのように抽出していけばよいかという悩みもあります。
- ここからは、伴走型支援で見えてきた“個別支援の検討からはじめる地域づくり”について解説していきます。



2. 個別支援の検討からはじめる地域づくり



なぜ、“個別支援の検討”からはじめるのか

介護保険制度で地域づくりをする意味

- ◆ 総合事業・整備事業の目的は、一人ひとりの自立支援です。“地域づくり”という長期的で正解のない大きな課題に対し、要支援者等一人ひとりの自立支援は、具体的に見えやすい目の前のショートゴールです。
- ◆ 大きな仕組みや政策をつくるというより、ショートゴールへの対応を積み重ねることで結果的に地域づくりにつながる、と発想を転換してみてください。
- ◆ 総合事業・整備事業は介護保険財源（保険料と公費）で実施するものであり、保険者としての被保険者の介護予防や自立支援を図ることが求められます。

ニーズに合ったサービスを提供するため

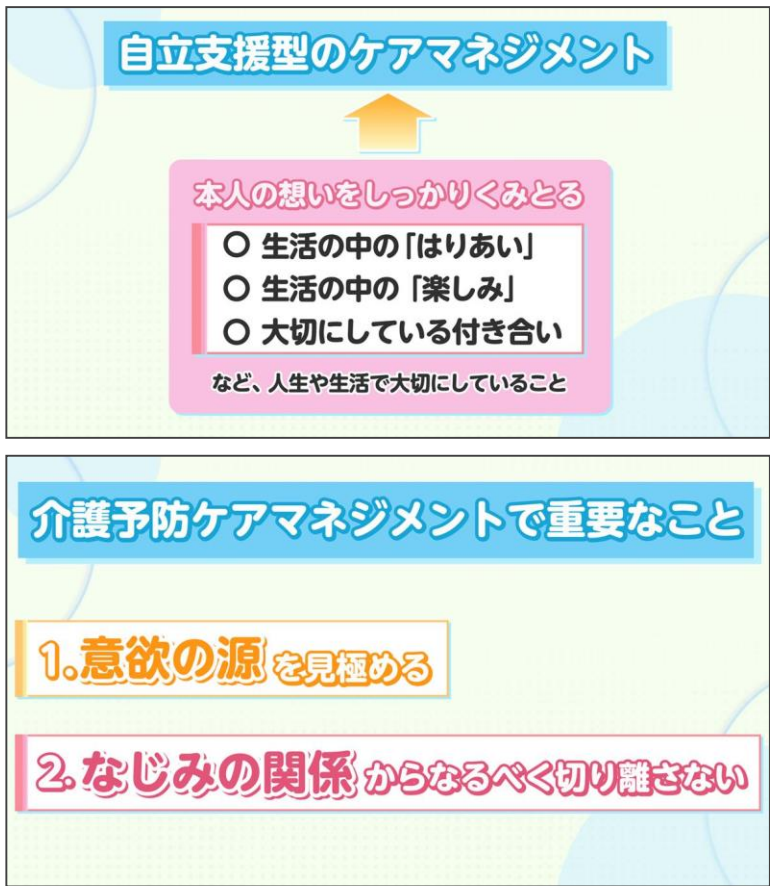
- ◆ ここでのニーズとは自立支援に向けた課題です。課題に応じたサービスを提供していくためには、ニーズの的確な把握が必要です。漠然とデータを眺めるよりも、個別支援策に数多く触れることが、地域のニーズを的確に把握する近道です。
- ◆ 個別支援の検討を数多く重ねることで、地域の課題（ニーズ）が見えてきます。地域の課題が具体的に見えてくれば、打つ施策も的確なものとなります。そのため、地域づくりは“個別支援の検討”からはじめることをおすすめします。

2-1 個別の支援策を検討する



介護予防ケアマネジメントは、自分らしい暮らしへの第一歩

■ 介護予防ケアマネジメントの要点



本人の想いや考え方を大切にする

- 要支援程度の方は自分でできることもたくさんあるため、重度化予防のためには活動的な生活を送ることが重要です。そのためには、本人の意欲や生きがい、なじみの関係に焦点を当てることが大切です。

生きがいにつながる支援を検討する

- 自分らしい暮らしの実現には、フォーマルサービスだけでなく、インフォーマルな資源も含めたケアマネジメントが必要です。
- 廃用症候群等の機能回復が見込める方には、短期集中予防サービスによって、自分らしい暮らしに戻るための支援が必要です。
- 機能回復した後も自立した生活を送れるよう、本人を取り巻く人々や地域の資源で支えていくことが重要です。本人の生きがいのためには、一般介護予防事業に限らず様々な手段が考えられます。
- 地域づくりはまず、このような個別の支援策の検討からはじめていくことが大切です。

出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業」

2-1 個別の支援策を検討する



個人の課題（ニーズ）に着目する

要望（デマンド）と課題（ニーズ）は違う

- ◆ 住民アンケートやワークショップから出る要望や困り事（デマンド）は貴重である一方、自立支援に向けた課題（ニーズ）と必ずしも一致するわけではありません。
- ◆ 事業の目的達成に向けては、介護予防ケアマネジメントを通じて自立支援に向けた課題を把握することが重要です。

専門職とニーズを検討する

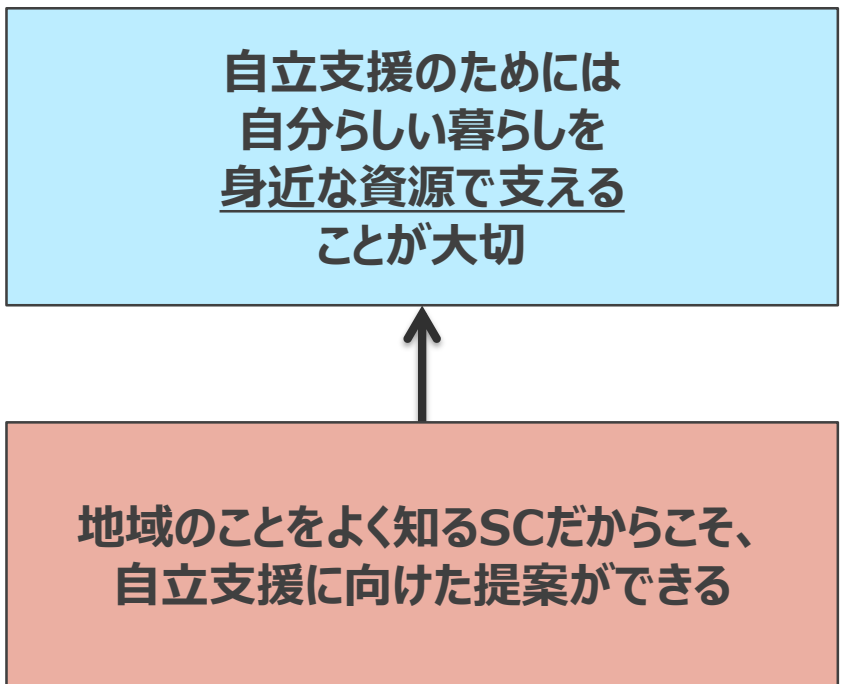
- ◆ “困り事”は課題を考えるための出発点になるものですが“課題”とイコールではありません。どのように対応すれば本人の自立につながるのかを、よく検討する必要があります。
- ◆ どうすれば本人の自立につながるかという視点で各分野の専門職の見解を聞くことが重要です。

2-2 生活支援コーディネーターが活躍する



生活支援コーディネーターだからこそ、身近な資源を提案できる

■ 生活支援コーディネーターの役割



暮らしを支えるには身近な資源が必要

- 自立支援のためには、自分らしい暮らしに着目し、本人の意欲を引き出すことが重要です。しかし、その人らしさは千差万別であり、身近な資源で日常を送れるよう支援する必要があります。
- 専門職が地域資源を把握するには限界があります。SCが様々な資源を把握しておくことで、自分らしい暮らしの実現に向けた資源を提案することができます。

SCが介護予防ケアマネジメントに参加する

- SCは、自立支援に向けた地域課題を認識することができ、地域資源の意味や活用策が見えてくるというメリットがあります。
- 専門職は、活用可能な地域資源を知ることによって、自立支援の新たな視点を得られるというメリットがあります。
- このような観点で、地域ケア会議をはじめとする個別支援を検討する場にSCが参加することが期待されます。

2-2 生活支援コーディネーターが活躍する

個別の支援策
を検討する

生活支援
コーディネーター
が活躍する

協議体へ
相談する

今ある資源を
活かす

個別支援を
積み重ねる



生活支援コーディネーターを孤立化させない

コミュニケーション量を確保する

- ◆ 地域とのコミュニケーションは、量を確保することが重要です。やはり専任のほうが結果を出しやすいと考えられるため、専任SCを置くことをおすすめします。
- ◆ 兼務の場合は、各業務の重なる部分を見つけ、具体的な業務のリストアップやスケジュールリング等、SCと一緒に業務を設計しましょう。

情報交換を通じて、共に学ぶ

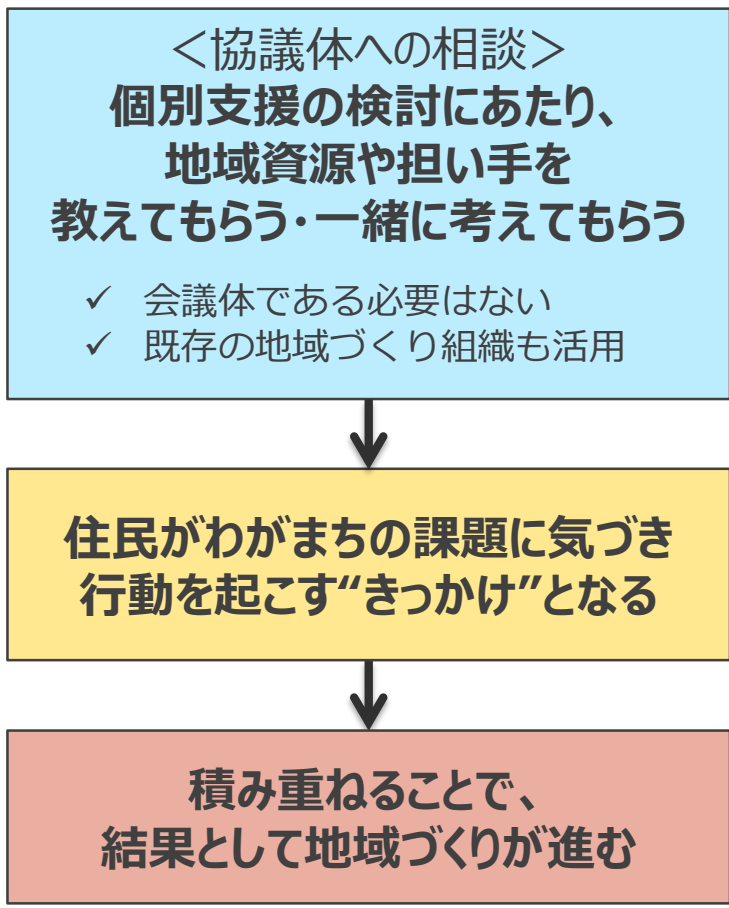
- ◆ SCが孤立してしまうと一人で解決できないことが出てきた時に行き詰まり、地域も活性化しづらくなります。保険者、第1層・2層SC、協議体のコミュニケーションやSC同士の情報交換を通じて、一体感をつくっていくことが重要です。日常的な情報交換を通じて、保険者も地域のことを知ることができます。
- ◆ SCが一人で解決できないことや困り事には、保険者が力になれることを探し、具体的な伴走的活動をしましょう。
- ◆ SCは、介護保険や総合事業に関する知見を必ずしも有しているとは限りません。基礎的な知識を学ぶ場や、介護予防ケアマネジメントへの参加による実践を通じてSCの成長を支えましょう。

2-3 協議体へ相談する



身近な資源は、協議体に相談する

■ 協議体の役割



相談することで住民の“きっかけ”ができる

- SCは、個別支援の検討にあたり、提案できる資源を知らなければ協議体に相談しましょう。顔が見える関係ができていると、スムーズに相談できます。
- 協議体で地域資源や担い手を教えてもらったり、一緒に考えてもらう仲間を見つけましょう。
- そういった活動を通じて、住民がわがまちの課題に気づき、考え、行動を起こす“きっかけ”ができます。
- 住民との困り事解決やネットワーク化を積み重ねることで、結果として地域づくりが進むと考えましょう。

協議体は、“会議体”である必要はない

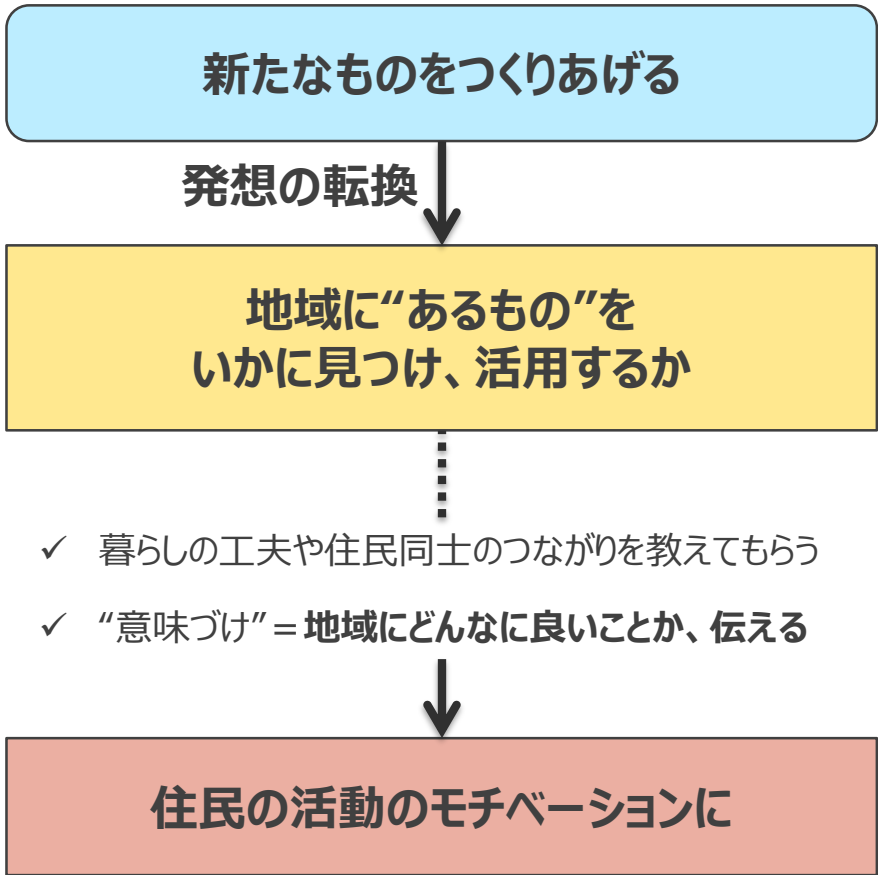
- 組織や会議体を構えることで手段が目的化してしまうことがあります。大事なことは、個別の支援や地域づくりに活きるネットワークづくりです。
- 形式にこだわらず、議論が必要なときに開催ができればよいと考えても構いません。既存の地域づくり組織を活用したり、世間話の集まりから派生させても構いません。

2-4 今ある資源を活かす



“あるもの”を探し、“意味づけ”する

■ 地域づくりの発想転換



“あるもの探し”への発想転換

- 担い手や資源が減少していく社会で、新たなものを一からつくりあげていくことだけが解決の方法ではありません。
- 整備事業では、すでに地域に“あるもの”をいかに見つけ、活用するかといった発想の転換が重要です。
- 住民は何かしらの手段で自分らしい暮らしを続けているはず。その暮らしの工夫や住民同士のつながりを教えてもらいましょう。

今ある資源を“意味づけ”する

- 井戸端会議や小さな集いも地域の資源です。それが自立支援にどんな意味があるのか“意味づけ”をします。
- 地域にとってどんなに良いことか、そして自分の介護予防にもつながっていることを住民に伝えてください。それが活動のモチベーションにつながります。

住民の“やりたい”を尊重する

- お願いされてやることは長続きしません。住民が“やりたいこと”を見つけることから始めましょう。

2-4 今ある資源を活かす



やりたい人には全力応援

主役は“住民”、保険者は“後方支援”

- ◆ 自立支援につながりそうな活動をやりたい、続けたいけど困っている住民がいたら、**保険者が全力で後押しして、住民の意欲を高める**ことが大切です。

あらゆる手段を活用して全力応援

- ◆ 運営場所の確保、備品提供、関係者の紹介、広報誌による地域へのPR等、**保険者の協力は住民のさらなるやる気にもつながります**。
- ◆ ただし、補助金頼みになると活動が長続きしなくなること懸念されます。**資金支援の際には長期的な視点で地域に根づく方法を検討**しましょう。なお、補助の要綱は使い勝手に配慮することがコツです。

活動報告会で、他地域に普及展開

- ◆ 活動報告会等を開催するのも保険者による支援の一つです。**活動継続の励み**になったり、**地域のつながりをより深める**ことになります。また、**他地域に波及する**効果も期待できます。
- ◆ **活動を表彰**したりして、地域のモチベーションアップの工夫もしましょう。



“やってみる”からはじめる

一手を打たないと次の手は見えない

- ◆ 地域づくりに正解はなく、**はじめの一手を打たないと次の手は見えません**。大きな仕組みをつくるより、**まずは行動することが大事**です。
- ◆ 一つひとつの取り組みが成功するとは限りません。**できるだけ多くの手を打つことでラッキーパンチが出て、少しずつ成功の数が増える**と考えましょう。

“できること”から“できる範囲”で

- ◆ **時間をかけて計画を練っている間に、助けられる住民がいる**かもしれません。目の前の困り事を解決する視点で取り組んでみるのが大切です。

まずやってみて、小さな成功体験をつくる

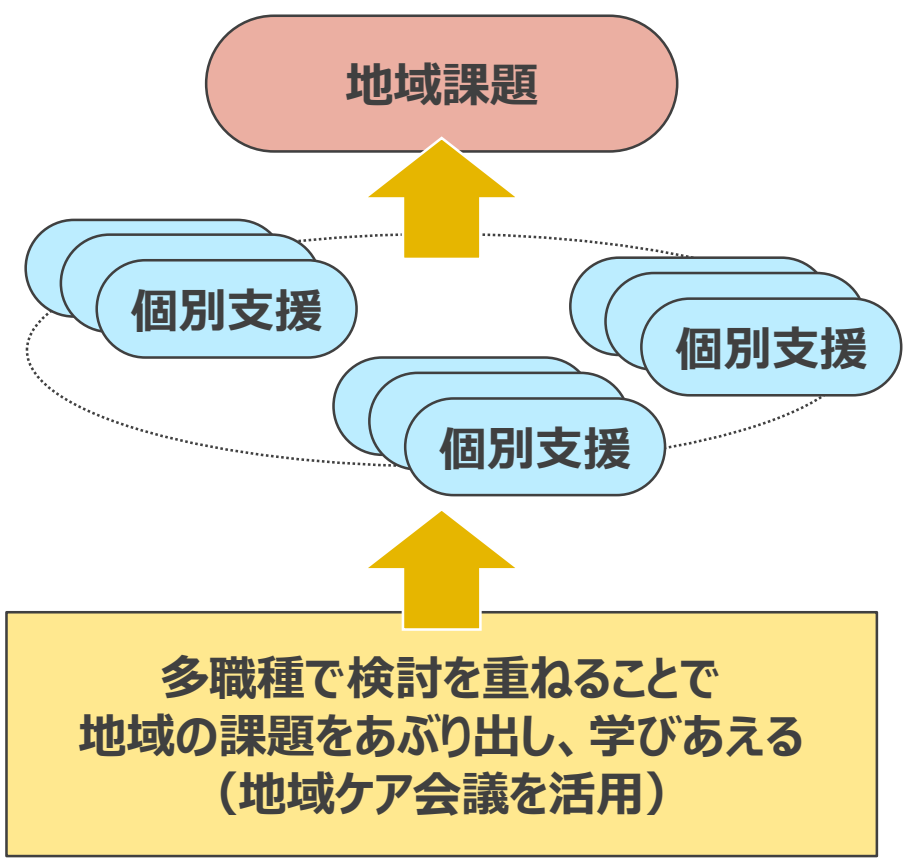
- ◆ テストと位置づければ、予算や事業としての枠組みがなくてもできることはあります。**大切なことは、まずやってみることからはじめてみようという価値観を実施主体や住民と共有しておくこと**です。
- ◆ テストの活動から参加者が増えれば、**実施主体にもやりがい生まれ、自ら次の一手を考え、長続きさせようという気持ち**が生まれます。

2-5 個別支援を積み重ねる



個別支援の検討を積み重ねることで地域課題・政策課題を顕在化

■多職種で個別支援の検討を重ねる



地域課題は個別支援の積み重ねから見える

- 個別支援を積み重ねることで、地域の支援体制に関連する課題が見えてくるはずです。
- 似た課題や支援ニーズの話が度々出れば、それは地域の課題と言えます。

地域ケア会議を活用して学びあう

- 地域ケア会議での個別支援の検討は、地域包括支援センターやケアマネジャー個人の資質向上にとどまらず、地域の支援体制を提供していく関係者によって課題をあぶり出し、学びあえる重要な場となります。
- そして一番学びを得られるのは保険者です。個別の支援検討を繰り返すことで、保険者として提供しようとするサービスや地域の支援体制が機能するのかを検証したり、医療・介護連携や認知症施策等、様々な課題を知る機会となります。
- これはデータ分析だけでは決して見えない課題であり、真に必要なまちの政策を検討するための重要な情報となります。

2-5 個別支援を積み重ねる



個別支援の積み重ねから政策へ

個別支援から学び、施策を検討する

- ◆ 例えば地域ケア会議で月10件のケース検討を行えば、年間100件以上の個人の課題に触れられます。
- ◆ 保険者が具体的な個人の課題に詳しくなることで、保険者としてできること・対応すべきことが出てくるはずです。

多職種合同ケアカンファレンスから政策へ	
見えてきた課題	解決に向けた政策へ
利用者や家族が自立支援を理解してくれない	連携強化 リハ職によるケアマネ同行訪問 (地域リハビリテーション活動支援事業)
ケアマネのアセスメントの技量の差が大きい	
訪問による栄養改善指導をしてほしい	公的制度化 市町村特別給付の創設
送迎つきで負荷が少ない運動の場が必要	
送迎つきで、一人でも楽しめる外出先がないか自分で買い物したいが、行き帰りが辛い	資源発掘 民間企業との連携 保険外サービスの創出・活用促進
男性や知的な活動を好む方が参加したくなる通いの場がない	
	健康麻雀、プレミアムサロン等



庁内連携による課題解決

庁内連携は課題解決の手段

- ◆ 庁内で情報共有を図ることは大切なことです。しかし、明確な課題解決のねらいがないと具体的な連携にはつながらず、いつの間にか連携すること自体が目的化しかねません。
- ◆ 個別支援の検討を積み重ねることで、担当課だけでは解決できない課題が出てきた時が連携の機会です。具体的な課題や力を貸してほしいことを明確にし、関係しそうな部署に相談を持ちかけましょう。

連携先の課題やメリットを理解する

- ◆ 連携を進めるには、連携先の部署にもメリットが必要です。例えば、“道の駅を活用して介護予防（健康福祉課）”と“道の駅の復興による地域活性化（地域振興課）”といった双方のメリットがあると連携が進みやすくなります。
- ◆ そのためには、連携したい部署の課題ややりたいことは何かを理解することが重要です。具体的な相乗効果を見越して他部署に相談や提案することが大切です。

＜参考＞地域ケア会議を活かした地域づくり実践事例



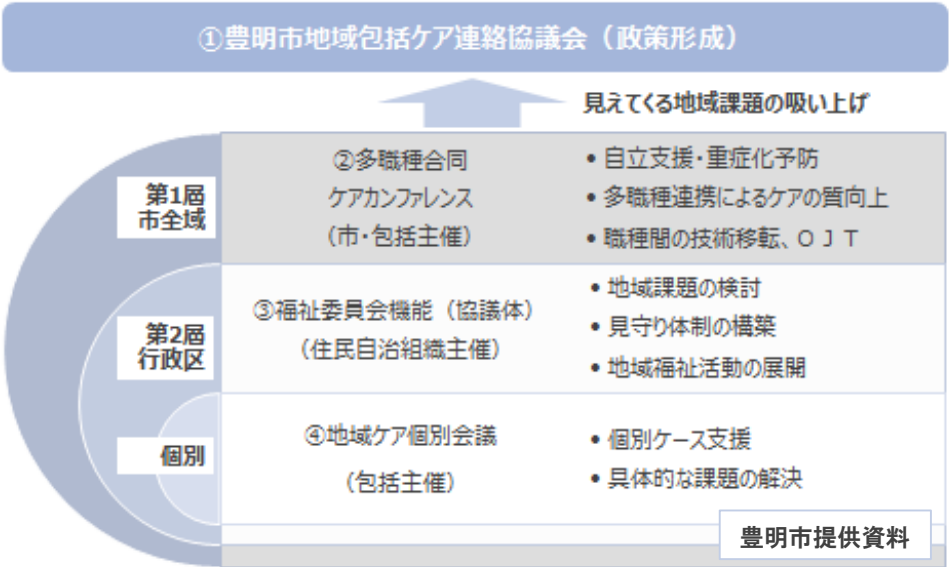
ここまで、個別支援の検討からはじめる地域づくりについて解説してきました。
地域ケア個別会議によって、わがまちの課題解決を推進する事例として、
愛知県豊明市の多職種合同ケアカンファレンスの事例を紹介します。

<参考>地域ケア会議を活かした地域づくり実践事例

愛知県豊明市「多職種合同ケアカンファレンス」の概要

市が主催する症例検討会議（ケーススタディ型）
平成28年4月から毎月実施。

- 【目的】**
規範的統合（医学モデルから**生活モデル**へ）
自立支援型ケアマネジメントの徹底
多職種の視点による**重度化予防**
専門性の向上と他の職種への**技術移転**
- 【開催頻度】**
包括版（要支援） 月1回1時間半（4ケース）
居宅版（要介護） 月1回1時間半（2～3ケース）
- 【参加者】**
参加者を固定しない“オープンカンファレンス”
地域包括支援センター、ケアマネジャー、
サービス事業所（看護師、リハ職、相談員等）、
医師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、ST、
管理栄養士、歯科衛生士、
生活支援コーディネーター、司法書士、
保健師、看護師、MSW、
障がい者基幹相談支援センター、
生活困窮自立生活相談センター、
その他、大学病院実習生、民間企業 等



<参考>地域ケア会議を活かした地域づくり実践事例

多職種合同ケアカンファレンスをはじめたきっかけと深化の軌跡

□ 豊明市が抱えていた要支援者等に対する課題

- ・ 後期高齢者数の伸びを大きく超え、訪問・通所型サービスの給付費は5年間でそれぞれ2.5倍、1.5倍に増加。
- ・ サービス利用開始から1年後の重度化は、要支援1で約60%、要支援2で25%と、全国平均と比べて高い。

➡要支援者の増加に伴い訪問・通所型サービスの利用が増加しているが、介護予防の効果が十分でない。
総合事業の標準支援として3～6カ月（計30回）の短期集中のリハビリで、日常生活に戻すプログラムを創設。

多職種合同ケアカンファレンスの深化の過程

□ 議論の質の変化

カンファレンス開始当初の論点は、総合事業で新設した短期集中予防サービスの利用終了者の生活を、どのような地域資源で支えるかであった。その後、開催回数や検討事例数を重ねる中で、要支援者等にとって大切なことは、サービス終了後の行き先ではなく、“元の暮らしに戻るために、何を解決すべきか”という視点であることに気づき、カンファレンスの論点が深化した。

□ 多職種合同ケアカンファレンスの効果

- ・ 政策課題の発見と制度への反映
- ・ 多職種間での専門性の技術移転
- ・ 高齢者が抱える生活課題の把握と生活ニーズに沿った資源の把握、創出

生活ニーズが分かってはじめて
これまで見ていなかった「資源」が見えてくる

事例で磨かれた「勘」



昔カラオケが好きだった

買い物したいが、袋を持って帰れない

送迎付きのお出かけ先

自分で歩いて行ける場

これ使えるかも



生活支援コーディネーター



豊明市提供資料

多職種合同ケアカンファレンスの進め方と参考になるポイント①

事前準備

豊明市の例	ポイントとなる考え方
1. 年間の開催計画の策定 開催計画をもとに、事例候補の案出しを地域包括支援センターに依頼。	□ 豊明市の特徴 ① オープンカンファレンス式 参加自由、アドバイザー不在（フラットな関係） ② ケーススタディ型 ケアプラン修正を目的としない ③ “生活モデル”に基づくディスカッション 質問ではなく討論重視
2. 検討事例の選定 - 事例選定基準 ① 事業対象者～要支援2までの新規ケース ② よくある事例 ③ 多様な学びが得られる事例:事例の多様性を意識 (例 認知症、進行性疾患、家族機能に問題がある事例)	□ 目的意識を持った事例選定 ① 自立支援を意識するには、新規ケースを検討するほうが有効。 ② 参加者が職域の学びを深めるには、他のケースに汎用性のある地域によくある事例が有効。 ③ 1回に検討する事例の特徴を多様にしたほうが多様な学びが得られる。
3. 論点整理 カンファレンス開催前にあらかじめ、事例が抱える課題を大まかに予測し、論点整理を行う。	
4. 検討事例の事前共有 - 会議開催2、3日前に、ICT多職種情報連携ツール（いきいき笑顔ネットワーク）を利用して検討事例の資料を共有する。事例の予習は任意。 - 会議はオープンで、参加は任意のため、カンファレンス開始当初は、検討事例で利用するサービス事業所の理学療法士には出席をお願いした。	□ 参加者を固定しない運営 参加者を固定せず、全ての医療・介護事業者に参加を促すことで、元の暮らしに戻す支援ができるよう規範的統合につながる。

多職種合同ケアカンファレンスの進め方と参考になるポイント②

事例 検討 の コツ

豊明市の例	ポイントとなる考え方
1. 個別支援検討の視点の共有 事例検討に入る前にファシリテーターが、下記の議論のコツ（論点）を示す。 ① 解決すべき課題は何か？ ② 今の支援方法で課題は解決できるか？	□ 議論をシンプルにする ・ 議論するポイントを示し、参加者がどのような視点で考え、コメントすればよいかを伝える。
2. 事例の“課題”と“目標”を確認 ・ 解決すべき課題は何なのかを探る。 例 「どのような困り事で申請に至ったのですか？」 ・ 課題解決のためのサービス利用であることを、参加者に意識させるため、“目標”を確認する。 例 「半年後に短期集中予防サービスで効果が出て買い物が自立できそうですか？」	□ 論点を明言し参加者の意識を誘導する ・ 冒頭で、“①解決すべき課題は何か”という論点を参加者に意識づける。 ・ 事例の紹介を聞きながら、参加者が“②今の支援方法で課題は解決できるのか”を考えられるよう引き込む。
3. 事例の医学的リスクへの対応 ・ 医学的リスクがある場合は優先的に解決策を検討する。 例 服薬や医療機関受診のコンプライアンスや、症状のコントロール等	
4. 事例の生活支援を論点としたディスカッション ・ 心身の症状、住環境、性格・生活背景、懸念事項等の個別性を鑑み、個人に合った最適なサービスを議論する。 例 軽度認知障害で引きこもりがちになり、筋力低下が懸念される。以前の体操教室に通えなくなった理由は？症状がありながら、筋力維持をするためには？家族の意向は？どのような教室なら通えるか？	□ 個別性を踏まえて最適なサービスを議論する ・ 事例の当事者が、実行できるサービスや地域資源を追求。 ・ ファシリテートでは、“これはできそうか”、“なぜできないか”、“家族の考えはどうか”等、参加者に質問を投げかけながら阻害要因や個人・家族のこだわりを、とことん掘り下げ議論を深める。

対象者の特徴（要となる問題点）を記載する
 1.意欲低下、2.筋力低下、3.認知症、4.心肺機能低下（持病の悪化）、5.その他

参考）多職種合同ケアカンファレンス資料（要支援版）

豊明市提供資料

No	カンファ 施日	担当	初回訪 日相談日	年齢	性別	障 自立	認 症	前回の 介護区分	要介 区分	特徴	住環境 (○町戸建)	世帯構成 家族情報	身長 体重	医療情報	服薬情報	生活課題	望む暮らし (目標とする生活)	ケアマネの見立て (総合的な課題)	フォーマル サービス	インフォーマルサ ビス	モニタリング・評価	
																					○月	カンファレンス時の状況
48	8月10日		4月10日	86	女	自立	新規	支援 2	1, 2	〇〇町 戸建て 玄関から道路ま で3段階段あり。 勝手口から道路 へ出るまで段が ある。	高齢世帯 隣宅:長男 夫婦在住	137cm 44kg (23.4)	H22頃～ 脊柱管狭窄症 (H30、4月手術) 高血圧症 骨粗鬆症	クラリス錠200 アレグラ錠60mg ムコダイン錠500mg アムロジピン2.5mg 酸化マグネシウム330mg セレコックス錠100mg レバミピド錠100mg アレンドロン酸錠35mg	脊柱管狭窄症の影響による ためか、H30、1月から 屋内を這うように移動。 4月手術後、改善したが、 一人で屋外に出る事が難 しいなど移動範囲に制限 あり	〇買物や銀行、自 宅で行う畑作業も また行えるようになり たい。 H29まで、老人会の体操や三 味線教室にも通っていた。出 来る事は自分でやりたい性格	屋内の環境整備及び屋外での 移動手段を整えつつ、無理のない 範囲での筋力トレーニング、 日常的な運動量の確保をして 一人で移動できる範囲を拡充 していってもらう。	〇元氣アップリハ 7月～週2回 〇屋外用歩行器 貸与 〇住宅改修 (浴室、トイレ、廊下等 への手すり設置) 〇シャワーチェア購 入	長男妻とスーパー へ買い物 週1回	8月6日	元氣アップリハビリの後は足が痛 く翌日まで残っている。ご本人 は気づいていないが、立ち姿勢 や歩行は良くなっている。	
54	8月10日		5月8日	80	女	A2	ⅡB	新規	要支 援2	2	△△町 戸建て	独居 隣家に長男 家族が住ん でいる 嫁:看護師	162cm 43.6kg (16)	心房細動、 高血圧症 (H17/7/13) 慢性心不全 (H23/7/1) 脳梗塞症 (H25/2/22)	アーチスト錠2.5mg ラシックス錠20mg ワーファリン錠1mg フェロミア錠50mg	〇歩行時ふらつきあり外を 一人で歩くのに不安があ る。 〇持病がたくさんあり体調 が悪いときがある。 〇過去数回脱水による救 急搬送があった	〇早目に健康相談 ができ体調良く過ご したい。 〇興味のある習い事 に行きたい。	夫が亡く(H29.5)なっから意 欲低下や体調不良の訴えがみ られる。 下肢筋力の低下もあるため、 筋力アップと体調管理の支援が 必要。	訪問看護週2回 ・看護週1回 ・リハ週1回	地域の運動教室 長男や嫁: 通院や薬の管理 お手伝いさん 週1回	8月4日	体操教室に行ったあと血尿が 出たことがあったが今は落ち着 いている。リハビリは雨だったり血 尿があったりで中止したことも あった。気温が高い日が続いて いたので、短い時間で屋外歩 行は切り上げた。

ADL状況

ADL状況						No. 54
A D L	項目	事前判定	事後予測	課題		
				個人因子	環境因子	
	室内歩行	○ 2	○ 1 ↑	伝いながらであれば 移動できる	2階が生活の場	
	屋外歩行	△ 1	○ 2 ↑	杖歩行も一人 では不安が強い	今までは夫と 一緒だった	
	外出頻度	△ 1	○ 1 ↑	歩行が不安定のため一人 で外出できない	通院や買物は長男妻の 車で出かける	
	排泄	○ 1	○ 1	自立	自立	
	食事	○ 1	○ 1	〃	〃	
	入浴	○ 1	○ 1	シャワー浴	〃	
	着脱衣	○ 1	○ 1	自立	〃	

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善の可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

IADL状況

	項目	事前判定	事後予測	課題	
				個人因子	環境因子
I A D L	掃除	—	—	もともと行わず	お手伝いさんが手伝う
	洗濯	—	—	〃	〃
	買い物	○1	○1	少しの買い物なら 電動自転車で行く	〃
	調理	○1	○1	自立	お手伝いさんが手伝う
	整理	○1	○1	〃	〃
	ごみ出し	○1	○1	〃	〃
	通院	○2	○2	帰りはタクシーで 帰ってくる	長男嫁:付き添い送迎
	服薬	○2	○1↑	薬を飲むことはできるが、 管理はできない	嫁が管理している
	金銭管理	○1	○1	こずかい程度はできる	忘れることがあり家族が管 理している
	電話	○1	○1	自立	自立
	社会参加	△1	○2↑	一人で出歩くこと が難しい	友人に誘われれば行く

多職種合同ケアカンファレンスの進め方と参考になるポイント③

総合事業の検証

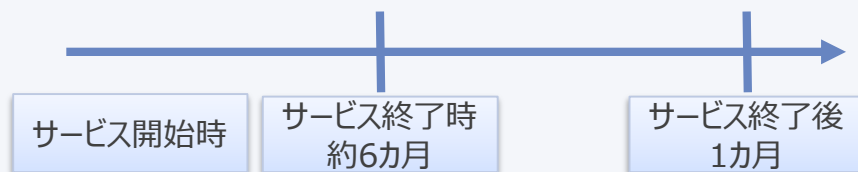
豊明市の例

□ 取り組みの評価

- 新設の短期集中予防サービス、整備事業で構築した地域資源、多職種ケアカンファレンス等の施策で自立支援ができているか評価。

□ 評価指標（KPI）

- 総合事業サービス費の伸び率
- 介護予防給付費の伸び率
- 新規要支援・事業対象者認定者のサービス受給率
- 新規要支援・事業対象者認定者の1年後の重度化率
- 短期集中予防サービスを利用した者の1年後の状況（介護度/死亡等の転帰、サービス利用）



ポイントとなる考え方

□ マクロな視点で評価する

- カンファレンスの目的は、個々の事例の課題解決や、ケアマネジメントの評価ではない。そのため、評価はデータ分析でマクロに評価する。

□ 事業開始時から事業評価を見越して必要データを収集・蓄積する

- 豊明市では新規要支援認定者のデータベースを独自で作成し、新規認定時の介護度、半年後、1年後の状態を経時的に把握している。
- 事業開始時から、地域の政策や目標に応じた評価指標を想定し、評価指標に用いるデータを整備する必要がある。
（比較対照となる事業開始以前のデータも含む）

□ 地域ケア会議を機能させるポイント

- 何のために地域ケア会議を行うのか、理念をきちんと持つ。形式だけを真似ても先進事例のようにうまくは機能しない。
- **会議の目的を達成するためには、検討ケースの選定と事前の論点整理を念入りに行う必要がある。**
- 目的意識のはっきりした地域ケア会議での**試行錯誤が、要支援者の支援方針を深化・成熟させる。**

— 第5章 —

困ったときの考え方・ 取り組み方

この章では、市町村からよく聞かれる悩みに対して
どのように考え、取り組めばよいかのエッセンスを
一問一答形式でまとめています。

第1章から第4章も参照しながら確認してみてください。

■ 事業の担い手がない・養成しても実らない

<ケース1：研修に参加者が集まらない>

⇒参加者像を想定して内容や告知方法を検討する

- まずはターゲットとなる参加者像を想定し、その人にとって魅力的なものか見直します。例えば、介護に関する知識が身につく、活動にポイントが付与され特典と交換できる等、参加者にメリットがある内容を検討します。
- 次に、参加者像に合った場所・内容で告知を行います。例えば主婦層であればスーパーで告知する等、ターゲット層の生活動線等を考慮します。
- 非介護人材の参入・雇用を促進するには、事業者との協議や意見交換を通じて企画することが重要です。

<ケース2：研修参加者の活動につながらない>

⇒研修で広がったネットワークが活動のきっかけとなる

- 研修で受講者同士、受講者と団体のつながりが生まれるよう工夫しましょう。受講者とサービス提供者のマッチングを行う等、活動につながりやすい流れをつくるのが大切です。
- 非介護人材の参入・雇用をねらうならば、十分な報酬・待遇を保障できる単位数に設定しているか見直しましょう。地域内の他業種の報酬を考慮することが必要です。

<ケース3：地域住民の活動が生まれない>

⇒“やってほしい”より住民の“やりたい”を優先する

- 住民の主体的な活動は、住民同士がつながりを持つことから始まります。行政の立場で欲しいサービスや担い手を探すだけでなく、やりたいことがある住民ができることから始められるよう支援しましょう。
- 住民のやる気を引き出すためには“サービス”という位置づけよりも、“困ったときはお互いさま”、“支え合いの輪をつくろう”といったメッセージが重要です。

■ 多様なサービスの利用が伸びない

➡ ニーズに応えるサービスとなっているか見直す

- 総合事業の目指すところは、サービスによって要支援者等の自立支援ニーズ（機能回復や介護予防、生活支援）に応えることです。サービス類型を揃えることではありません。
- 保険者は、“地域の要支援者等をどのようなサービスで支えるか”という視点でサービスを整備する必要があります。わがまちの現状分析や個別支援検討の積み重ねを通じて、必要なサービスを検討しましょう。
- また、保険者はサービスをつくるだけでなく、ケアマネジャーが積極的に利用を勧めたくなるサービスをつくることが重要です。なぜ、そのサービスが必要なのか、利用者にどんなメリットがあるのかを共有しましょう。

■ 単価引下げにより事業者との関係が悪化した

➡ 保険者の方針を定め、事業者と共有する

- まず保険者が、地域課題に基づきサービス整備の方針を定める必要があります。
- 介護人材が不足している、または要介護者が今後も増えるのであれば、専門的サービスを行う介護人材は要介護者への支援にあたる必要があります。そこで、非専門職でも行える生活支援等のニーズに対応するために非介護人材・非介護事業者の参入が重要になります。
- わがまちの介護需要やサービス利用の現状等から、必要なサービスを検討しましょう。その上で、基準緩和型サービスが必要であればその必要性や意義について整理し、単価の水準を含め、事業者と納得いくまで協議を重ねましょう。
- 事業者の立場でメリットを整理することも重要です。介護人材がその専門性にふさわしいサービスに専念できること、生活支援等の新たなサービスを拡充できること等、挙げてみましょう。
- サービス整備は、適切な介護予防ケアマネジメントと併せて進めることが重要です。地域包括支援センターやケアマネジャーと、サービスの必要性や対象とする利用者像について、考え方を共有していきましょう。

■ 生活支援コーディネーターのなり手がいない

➡ 介護福祉関係団体を通じて探す

○新しい制度であるため適任者を探すのは難しいことです。まずは、地域包括支援センターや社会福祉協議会等、介護福祉関係の職員や民生委員のOBから探してみましょう。

➡ まちづくりに関わる人から探す

○庁内ではまちづくり推進・生涯学習・市民活動の部署、庁外ではコミュニティ活動団体・観光・メディア等の全く別の業界から発掘するのも一案です。地域住民の生活習慣やネットワーク等を熟知しており、介護福祉の枠にとらわれない観点から事業を推進できる可能性があります。

第2層生活支援コーディネーターは、こんな人？



■ SCを外部委託したものの、効果が見えない

➡ まずは保険者の目指す姿や課題を明確にする

○SCを配置することが目的ではありません。具体的に果たしてもらいたい役割や成果が明確になっていないと、委託先も主体的に動きません。

○まずは保険者自身が地域のありたい姿を描き、目的・目標や課題を設定した上で、委託先に果たしてもらいたい役割を明確にすることが重要です。その際、なぜ介護保険で地域づくりを行うのか、その意義を理解してもらう必要があります。

➡ 委託先との協議を重ねる

○役割を担ってもらいながら、どのような活動が必要か、活動の状況はどうか、事業を進める上で問題や懸念や悩みがないか等を話し合う場を頻繁に持ちましょう。保険者は、委託先に伴走し、支える視点が重要です。

出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング「国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業」

■ 住民が主体的に動いてくれない

➡ 主役は住民

- 保険者がどんな課題を持っていたとしても、主体は住民です。やる気のある地域や住民を支援するのが保険者の役割と考えましょう。
- 住民に協力を依頼するのではなく、まずは住民が感じている地域の課題を聞くことから始めましょう。住民の“課題意識”や“やりたいこと”が、保険者の目指す方向とどのように合致するかを考え、合意形成することからはじめましょう。

➡ 保険者の役割は後方支援

- 自立支援につながりそうな活動をやりたい、続けたいけど困っている住民がいたら、保険者が全力で後押しして、住民の意欲を高めることが大切です。
- 運営場所の確保、備品提供、関係者の紹介、広報誌による地域へのPR等、様々な手段で後方支援することができます。
- 活動報告会等を開催したり、活動を表彰したりすることも保険者による支援の一つです。活動継続の励みになったり、地域のつながりをより深めることになります。また、報告会で周知をきっかけに他地域に波及する効果も期待できます。

■ 協議体がマンネリ化・次に進まない

➡ 協議体の目的とそれに合った機能を定める

- 協議体は、今後、生活支援や介護予防のために、多様なサービス提供主体が情報を共有し、連携強化しながら、協働で資源開発等を行い、生活支援や介護予防サービスの体制が整備できることを期待して設置されました。
- 協議体の在り方は、決まったメンバーによって定期的に行われる会議体だけではありません。例えば、構成メンバーの個々の活動等も協議体です。まずは、保険者が協議体で何をを目指すのかを考えましょう。
- 地域の中には、介護・福祉に限らない地域課題を解決するための団体や会合がすでに存在している場合も多くあります。すでにあるネットワークをうまく活用しながら、個別の支援策を検討していくことが重要です。

■ 地域に資源がない

➡資源がないはずはないと考える

- 資源の多くは日常に溶け込みすぎているため、当事者たちも地域資源と認識していない場合が多いです。
- 地域資源は、“利用者”、“提供者”が明瞭なサービスや教室形式のものだけに限りません。公園で行われるゲートボール、共通の趣味を話題に毎日公園で開かれる井戸端会議等、あらゆるものが地域資源となります。

➡地域資源を探すのはSCの役割

- 要支援者等の自立支援につなげるためには様々な資源を要し、資源発掘にしっかりと人とコストをかけることが必要です。
- 資源はまとめて把握しようとするより、手間を惜しまず地域に出向いて一つずつ調べることが重要です。住民がどのような暮らしや活動をしているかを個別的に知ることが大切です。地域に出向く際には、その地域の伝統・文化や特性を尊重しながら関わしましょう。
- 地域には、地元ネットワークや人脈を多く持つキーパーソンがいます。そのような方々から、より幅広い地域資源を発掘・把握してみましょう。

■ 民間事業者と連携する術がわからない

➡連携を考える前に、対応すべきニーズを把握する

- 目的が曖昧なまま民間事業者と連携しようとしても、具体的な動きにつながりにくいものです。
- まずは、どのような高齢者がどのような生活の課題を抱えているかを知ることが優先です。そして、その課題を解決できる地域資源は何かを探します。そうすることで、民間事業者に協力してほしいことが具体的になります。

➡課題解決とサービス利用の両方を実現する

- 民間事業者は、高齢者が抱える生活課題や具体的なニーズを十分に理解していないケースも多々あります。
- 個別支援検討の積み重ねによって保険者が把握した具体的なニーズを民間事業者に提供し、高齢者の課題解決と民間事業者のサービス利用の両方を実現する方法を協議することが大切です。
- 行政として特定の民間事業者との連携に抵抗がある場合もあります。しかし生産年齢人口が減少する中、民間事業者だからこそできることがあるはずです。民間事業者の力を借りることは、今後ますます重要になります。

■ わがまちの課題がわからない

➡ 事業の意義を確認し、現状を把握する

- 課題とは、“ありたい姿”と“現状”のギャップを埋めるために設定するものであり、現状の問題を解決するために取り組むべきことです。
- そのため、まずは事業の目的・意義を再度確認し、わがまちの現状がどうなっているのかを把握する必要があります。

➡ 個別支援の積み重ねで地域の課題を抽出する

- 地域の課題は、個別の課題が積み重なったものです。現場やデータから俯瞰的に課題を設定するアプローチに対し、高齢者の個別支援策を数多く検討するというアプローチもあります。
- 地域ケア会議等で個別支援の検討を重ね、そこから地域の傾向をつかみます。
- 課題抽出の大前提は、地域の要支援者等の具体的な日常生活のイメージを持つことです。そのために、地域に何度も足を運び、地域包括支援センターやケアマネジャーと個別支援について議論を重ね、地域の高齢者の日常生活のイメージを持ちましょう。

■ 庁内連携がうまく進まない

➡ 目的が明確でない連携は難しい

- 明確な目的なく連携しようとする、連携すること自体が目的化しかねません。庁内に限らず関係者と協力しようとする際は、保険者の“こうしたい”という軸や目的・課題が明確であることが必要です。何でも連携すればよいということではありません。
- どんなに連携を試みてもうまくいかないという声を聞きます。連携にあたっては、連携したい部署の課題ややりたいことと合致することが重要です。例えば、“介護予防に道の駅を使う”という案は、地域振興課にとって道の駅の復興というメリットにつながります。

➡ 庁内全域を見渡せる役職者と課題を共有

- 庁内連携の旗振りを副市長のような庁内全域を見渡せる役職者が担うことも有効です。これにより、問題意識が部署間で共有されやすくなります。

➡ 困ったら個別支援の検討に戻る

- データ等マクロな視点で危機感や課題を共有することは重要である一方、実感がわきにくい側面もあります。個別支援の検討を積み重ねる中で出てきた具体的な困り事をエピソードとして示すことも必要です。

■ 地域ケア会議が機能しない

➡個別支援の検討を積み重ねることが重要

- 地域ケア会議の目的や実施方法は地域によって異なりますが、個別支援の検討を積み重ねることで、自立支援に向けてどのような支援体制が必要かを検討することが重要です。
- 地域ケア会議は、ケアプラン作成者のみならず、保険者やSCや専門職等の多職種で実態を知り、知恵を出し合い、学び合える効果があります。それによって参加者の意識や行動を統合していく（規範的統合）ことが重要です。
- また、その繰り返しによって地域に必要な資源や課題が抽出され、保険者の政策立案に役立てることができます。
- 特に要支援者等は比較的活動性が高いため、多様な観点での生活支援が必要です。

➡事前の準備が重要

- 参加するメンバーそれぞれが、参加するメリットを感じることが何よりの参加動機となります。ケースの選定や議論すべきポイントについては、あらかじめ保険者が専門職とともに検討しておく、保険者の課題に沿った議論に時間を費やすことができます。
- ※具体例として、第4章に豊明市の多職種合同ケアカンファレンスを掲載しています。

■ ケアマネジメントへの意識が変わらない

➡ケアマネジメントへの考え方と方法を共有する

- ケアマネジメントは、その人らしい自立した生活を送るための手段です。費用抑制を目的としたサービス利用の制限ではありません。
- まず、その人らしい暮らしを実現するために必要な支援を検討します。廃用症候群等により日々の生活に支障があれば、機能回復によりその人らしい暮らしができることが重要です。機能回復が難しいとしても、どのような支援があれば、本人が生きがいをもって活動的に過ごすことができるかという視点が重要です。
- そういった支援の検討にあたっては、医学的な視点や地域で支えるための資源の情報が必要となります。多職種の視点で検討する場として、地域ケア会議が有効です。
- また、成功体験を得られる工夫をしましょう。多様な資源を知り活用できるほうが、その人らしい暮らしの支援に役立ちます。地域ケア会議で気づきを得る機会をつくりましょう。

➡現場の抱える悩みや課題を理解する

- まずは地域包括支援センターやケアマネジャーが何を課題と感じているのか真摯に耳を傾けましょう。なぜ意識が変わらないのか、その理由を把握することが大切です。

■ 地域が多様でうまくマネジメントできない

➡できる地域からできることをはじめる

- 地域包括ケアシステムは、地域の実情に応じて構築していくものであり、生活に密着した生活圏域の単位でみていくことが重要です。
- 同じ市町村内でも、地形や、人口、住民の属性や生活様式等が異なるため、課題やニーズも地域によって様々です。そのため、市町村内での統一した仕組みにこだわらず、その地域ごとに合った事業を展開することがポイントです。
- まずは、関係者の理解・賛同が得られ、協力体制が整いやすい地域から着手するのも一つの手です。一部の地域で試行的に実施して事例をつくり、そこで得られた成果やノウハウを他の地域に横展開するやり方を検討してみてください。

■ 事業の効果をどう測ればよいのかわからない

➡まずは課題を設定すること

- 評価するためには評価する対象が明確である必要があります。そのため、まずわがまちの課題を明確にします。その上で、課題に対する取り組みが機能しているかをデータや現場の様子や住民等の声から確認していきます。
- 総合事業・整備事業は、高齢者の自立支援という目的に対し、要支援・要介護者の増加、介護人材の不足等への問題に対処していくための施策です。そのため事業を評価する視点としては、要支援者等の自立度の維持・改善、介護や生活支援の体制の変化（人材不足への対応状況）、重度化予防の結果としての事業費効率化等が考えられます。
- 特に、総合事業では、これまでの介護予防のハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチに切り替わったため、評価指標は運動・認知機能等の測定値の改善よりも、要支援者等の維持・改善率や事業費の費用対効果等、総合的な成果指標が重視されます。

■ 部署内の理解が進まない、説得できない

➡データで訴える

- 特に管理職や事務職にはマクロな視点で訴えることが必要です。地域の現状や課題を明確にし、その根拠をデータで示しましょう。

➡個別の事例で訴える

- 心に訴えるにはエピソードが効果的です。高齢者個人が抱える具体的な困難と、実施したい施策によってそれらがどう解決されていくかをストーリーで示しましょう。

➡現場と一緒に見る、生の声を聞く

- 地域の実情を知るためには、現場と一緒に出向き、住民や関係者の生の声を見聞きしてもらいましょう。

➡外部から気づきをもらう

- 部署内の職員の訴えよりも外部の有識者等に客観的な意見をもらうほうが効果的な場合もあります。トップセミナーへの参加や保険者間の交流、あるいはモデル事業等への参画等、外部からの意見を取り入れられる機会を活用しましょう。

おわりに

■ 地域を変えるには、保険者が変わろう

伴走型支援によってわかったことは、
担当者が事業の本質を問い、データや現場を分析することで新たな仮説を持つ。
そして、思いついたらまず行動の姿勢で動いてみることを繰り返す。
そういった活動を通じて次の一手が見えてきます。

“住民や多様な関係者に理解してもらえない、動いてもらえない。”
その状況を打破するためには、まずは自分自身の考え方ややり方が、
“本当にそうなのか？”を問うことが大切です。

この事業に正解はありません。
だからこそ、慣例や既存の枠組みにとらわれすぎない自由な発想で
取り組みを進めてみてください。

参考文献



地域マネジメント全般を知りたい

PDCAサイクルに基づく地域の目標・取り組み設定、取り組みの実施、評価、改善について解説

平成29年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分

「自治体における地域マネジメントの推進方法に関する調査研究事業 報告書」

「介護保険事業（支援）計画策定後のPDCAサイクルの活用による地域マネジメントの実施に関する手引き」

平成30年3月，株式会社 三菱総合研究所

https://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h29/H29_002_2_report.pdf



地域マネジメント全般を知りたい

地域マネジメントについて、自助・互助を促進する視点で解説

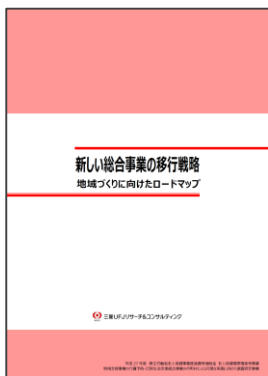
平成27年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分

「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書」

「＜地域包括ケア研究会＞ 地域包括ケアシステムと地域マネジメント」

平成28年3月，三菱UFJリサーチ＆コンサルティング 株式会社

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000126435.pdf>



総合事業・整備事業の意義やポイントを知りたい

総合事業・整備事業の意義やポイントについて網羅的に解説

平成27年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分

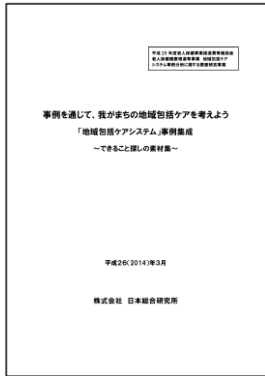
「地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業 報告書」

「新しい総合事業の移行戦略地域づくりに向けたロードマップ」

平成28年3月，三菱UFJリサーチ＆コンサルティング 株式会社

https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_02_01_h27.pdf

参考文献



支援体制の構築について知りたい

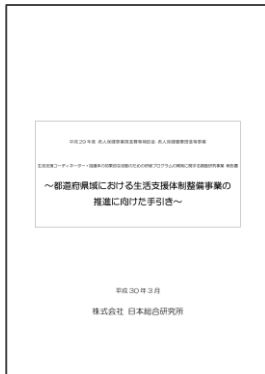
支援体制の構築の仕方について先進事例を交えて紹介

平成25年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分
「地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業 報告書」

「事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成」

平成28年3月，株式会社 日本総合研究所

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000073805.pdf>



生活コーディネーターや協議体の役割・機能について詳しく知りたい

都道府県において地域支え合い・生活支援を推進する際のポイントを紹介

平成29年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分
「生活支援コーディネーター・協議体の効果的な活動のための研修プログラムの開発に関する調査研究事業 報告書」

「都道府県域における生活支援体制整備事業の推進に向けた手引き」

平成30年3月，株式会社 日本総合研究所

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/180331_seikatsushien.pdf



生活コーディネーターや協議体の役割・機能、地域資源の把握方法を知りたい

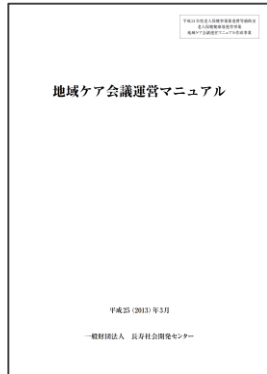
住民主体で行う地域づくりや整備事業の基本的な考え方について解説

「どこでも誰でもできる 地域づくりハンドブック：介護保険における生活支援体制整備事業のすすめ方」

平成31年1月，柳 史生，志水田 鶴子，大坂 純（著）中央法規出版

<https://www.chuohoki.co.jp/products/welfare/5838/>

参考文献



地域ケア会議について知りたい

地域ケア会議での個別ケースの検討を始点とした地域づくりの展開を解説

平成24年度厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業分
「地域ケア会議運営マニュアル作成事業」

「地域ケア会議運営マニュアル」

平成25年3月, 一般財団法人 長寿社会開発センター

<https://nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimannual00.pdf>



総合事業の取り組みについて自治体の事例を知りたい

第136回市町村職員を対象とするセミナー「総合事業の実施状況を踏まえた課題と対応事例」

「「ふつうに暮らせるしあわせをどう支えるか」地域資源の発掘と新しい価値観の創造を目指して」

平成30年9月, 豊明市 健康福祉部 健康長寿課

<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000361948.pdf>



短期集中予防サービスの取り組みについて自治体の事例を知りたい

「大阪府寝屋川市における短期集中サービスを中心とした取組~平成31年度実施予定~」

平成31年3月, 寝屋川市 福祉部 高齢介護室

<https://www.city.neyagawa.osaka.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/39/20190320-25neyagawatorikumi.pdf>

平成30年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

**介護予防・日常生活支援総合事業 生活支援体制整備事業これからの推進に向けて
～伴走型支援から見えてきた事業推進の方策～**

（介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の
効果的な推進方法に関する研究事業 報告書）

平成31年（2019年）3月

株式会社NTTデータ経営研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-9 JA共済ビル10階

TEL : 03-5213-4110（代表） FAX : 03-3221-7022