

平成28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

地域包括ケア推進に向けた
総合的な自治体職員研修・支援体制に関する
調査研究事業
報告書

平成 29(2017)年 3 月
株式会社富士通総研

目 次

第1章 調査研究の概要	1
1. 問題意識・目的	1
2. 調査研究の方法・実施過程	2
第2章 地域包括ケアシステム構築に係る人材育成のあり方の検討	5
1. 地域包括ケアシステムを取り巻く状況と市町村職員の人材育成の必要性	5
2. 自治体職員研修・支援体制のあり方	9
第3章 研修・支援体制の設計	12
1. 研修プログラムの基本構成	12
2. 研修受講の流れ	17
3. 基礎・導入編のプログラム構成	18
第5章 今後に向けた課題 ～全国的な支援体制の整備	21
付属資料・参考資料	23

本報告書および資料類等については、以下からダウンロードすることができます。

URL <http://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2016chiikihoukatsucare.html>

第1章 調査研究の概要

1. 問題意識・目的

地域包括ケアシステム構築に向けては、市町村が地域の特性に応じて具体的な取組みの方向性と目標を定め、地域包括ケアの5つの構成要素（住まい、生活支援・福祉、保健・予防、介護・リハビリ、医療・看護）にかかわる様々な領域の施策・事業を総合的に推進し、日常生活圏域単位でシステム化することが求められる。これは、行政技術として新たな手法も必要とする難易度の高いものといえる。

地域包括ケアで行われる支援は、在宅で暮らす人々がたどる要介護までの状態変化や段階に応じて種類や濃度を変えて提供されるものであり、一体的に認識・検討されるべきである。しかし、推進側の市町村においては「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」）」、「介護保険給付事業」、「在宅医療・介護連携推進事業（以下、「連携推進事業」）」と、それぞれを縦割りで個別の「事業」として認識し、取り組んでいる状況が見られ、包括的なシステム化を考えていくことの難しさがうかがわれる。地域包括ケアでは、虚弱～要介護の人々に対し、医療・介護の専門職をはじめとする人々が市町村の描くシステムに基づき支援を展開する。しかし、上のような理解において、市町村が実際に事業を行う事業者等に地域包括ケアへの理解を促し、その事業を推し進めることは難しいと考えられる。そして、当然ながら、支援を行う事業者が本質を理解していなければ、推進は困難となる。

地域包括ケアを推進するためには、市町村は虚弱から要介護に至るまでの段階を理解した上で地域包括ケアのあり方を考え、その上に総合事業、在宅医療・介護連携推進がどのように位置づけられるかを理解し、資源開発や担い手である主体の確保と体制整備を、地域の特性を鑑みながら行う必要がある。市町村の地域包括ケアシステムにかかる総合的なマネジメントプロセスの構築とシステム化、普及に向けた諸方策の検討と展開は重要であり、それが実現できる人材の育成を戦略的に進めることが必要なのである。よって、本調査研究ではそれらを実施できる自治体職員の育成を図るための研修体系の検討を行うとともに、地域の実情とあわせて継続的な人材育成が図られるような研修支援体制の検討を行うこととした。

2. 調査研究の方法・実施過程

(1) 有識者検討委員会による検討

地域包括ケアシステムの現状・実態や、市町村による地域包括ケアシステムの推進方策等に精通している学識者・有識者等 12 名からなる検討委員会を設置し、検討を行った。計 5 回の検討委員会では、地域包括ケアシステムを構成する諸事業を俯瞰しながら、地域包括ケアシステムの構築・推進を担う人材に求められる知見・技能、その構築・推進に資することができる人材を育成するための教育プログラムの内容・手法・実施体制等のあり方について検討を行った。

図表 1 地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進に向けた
地方自治体職員の育成プログラムに関する検討委員会

(アイウエオ順・敬称略 2016 年 6 月時点)

	所 属	氏 名
委員	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 教授	飯島 勝矢
	医療法人アスミス 理事長	太田 秀樹
	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長	川越 雅弘
	国立大学法人千葉大学予防医学センター 環境健康学研究部門 教授	近藤 克則
	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授	辻 哲夫(委員長)
	医療法人社団つくし会 理事長	新田 國夫
	一般財団法人医療経済研究機構 研究部研究員 兼 研究総務部次長	服部 真治
	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長	藤原 佳典
	国際医療大学 教授	堀田 聡子
	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部部長	三浦 久幸
	国立大学法人岡山大学 客員教授	宮島 俊彦
	国立大学法人東京大学医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	吉江 悟
オブザーバ	国立大学法人東京大学 医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	松本 佳子
	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構	長島 洋介
	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部 東京本部 社会政策部 部長 上席主任研究員	岩名 礼介
	厚生労働省 老健局 総務課 課長補佐	石井 義恭
	厚生労働省 老健局 総務課 企画法令係	矢野 修司
	厚生労働省 老健局 老人保健課 医療・介護連携技術推進官	秋野 憲一

	所 属	氏 名
	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査	塩崎 敬之
	厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐	谷内 一夫
	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進係 生活支援サービス係 主査	寺崎 譲
	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進係 生活支援サービス係	三政 貴秀
	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 課長	懸上 忠寿
	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	小田 晴美
	厚生労働省 近畿厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	安田 隆行
事務局 株式会社富士通総研 第一コンサルティング本部 公共事業部		名取 直美 赤田 啓伍

(2) 事業概要

地域包括ケアシステム構築・推進のためには、それを担う市町村職員の育成が鍵を握る。そのため、地域包括ケアシステムに係る総合的な人材育成プログラムの構成を検討し、その中で早急に取り組むべきと考えられる基礎理論の獲得による意識づけを重視した研修プログラムと研修資材の案を作成した。また、市町村のみの実施には限界がある場合も考えられることから、都道府県が以上を利用して市町村支援を行うことで、全体的な底上げを図るとともに、研修を通じての市町村間の交流や関係づくりも想定した検討を行った。

実施に際しては、既に市町村支援に取り組んでいる県や団体等の事例を確認しつつ、検討を進めた。さらに、人材育成は継続的に行われること、地域性等当該地域の実情を反映した育成プログラムが求められること、社会人における教育プログラムとしての質と効果も担保すべきことから、継続的な人材育成・研修体制について協議を行った。

① 課題設定と検討委員会組成

医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムは、一義的に市町村によって推進されるものであるが、実際の構築には医療・介護の多岐にわたる専門職や市民の活動団体、そして市民自身が関わっていくことになる。すなわち、市町村とそれらとが協働・連携した体制をつくることが不可欠であり、地域包括ケアシステムを担当する職員はその働きかけを行うことができないなければならない。

他者との協働・連携した体制をとるということは、すなわちその担当職員自身の行動や働きかけによって、他者の共感や気づきを引き出し、行動を促すということである。そのためには、職員自身が地域包括ケアシステムの目指すところを正しく理解し、その知識と技術と行動力、取り組むマインドセットがなされていることが必要である。しかし、そうした理解や必要性は必ずしも十分に理解されてはならず、さらに今までの市町村の仕事のスタイルにおいても他者と協働・連携体制をとることも余り必要とはされてこなかったといえる。しかし、地域包括ケアシステムは人によってつくられるものであり、そこに関わる市町村職員の

資質がその成否に影響するともいえる。そのため、本事業では地域包括ケアシステムに精通し、その現場での実践のみならず、教育・啓発に携わる学識者・有識者らから成る検討委員会を組成し、5回の委員会を開催し、検討を行った（8月、11月、12月、2月、3月）。

② 研修プログラムの全体設計

地域包括ケアシステムに係る職員としては、その総括及び推進の主担当となる課以外にも地域支援事業部門（総合事業担当・在宅医療介護連携担当・認知症担当）、介護保険給付部門等があることと想定されることから、研修の主対象は地域包括ケア推進担当課としながらも、地域包括ケアを構成する重要な要素を担う担当課についても同様に研修対象として想定した。また、2025年に向け、第6期以降の介護保険は地域包括ケアを実現するための「地域包括ケア計画」として策定されており、その計画のもと職員は業務に取り組んでいるところであるが、医療・介護・予防・住まい・生活支援を重要な構成要素とする地域包括ケアは、多くの関係者及びそれに対応する自治体の所管課が住み続けられるまちの実現という一つの目的のもと取り組んでいくものであり、担当職員はそれを行いうだけの力が求められる。

一方、以上は従来の市町村職員の業務で求められてきたこととは異なるスキルでもあり、既に業務に着手している職員においても意識、知識・技術が不足する者等の存在も考えられる。そのため、基礎理論を学び習得する「基礎・導入編」を始まりとする研修体系の構築と、「基礎・導入編」のプログラム開発、その継続的な実施体制づくりが急務であるとして、検討を進めた。

③ 都道府県による研修プログラムの実施状況

一義的に地域包括ケアシステムの構築・推進は市町村が担うものであるが、市町村のみで取り組むことが困難な市町村も見られる。そのため、都道府県による市町村支援として研修も行われているが、一部に留まる状況も見られる。そのため、既に取り組んでいる都道府県の一つとして、保健所と連携しての活動を行っている栃木県におけるボトムアップ方式の支援体制の確認を行った。

既に熱心に取り組んでいる市町村および担当職員に対し、さらなる取り組み拡充の支援と県内リーダー育成を進めている例もある。その場合、自都道府県内での独自モデルの創出やその伝播への期待だけではなく、都道府県が研修を展開する際の実施支援者としても期待され、体制強化にも資すると考えられることから、取組に着手した宮崎県の事例を確認した。

④ 継続的な人材育成・研修の実施体制づくり

地域包括ケアの推進は地域の実情が反映されていることが必要であり、それを踏まえながら継続的に人材育成に取り組む必要がある。その場合、都道府県のみで取り組むのではなく、当該地域の専門職の人材輩出機関である高等教育機関、県医師会をはじめとする専門職団体らと連携して取り組んでいくことが望ましく考えられることから、それらを勘案した継続的な人材育成の体制のあり方について検討を行った。

第2章 地域包括ケアシステム構築に係る人材育成のあり方の検討

1. 地域包括ケアシステムを取り巻く状況と市町村職員の人材育成の必要性

(1) 地域包括ケアシステムと市町村

地域包括ケアシステムでは、市町村が地域の特性に応じて具体的な取り組みの方向性と目標を定め、地域包括ケアシステムの各領域の施策・事業を総合的に推進し、日常生活圏域単位でシステム化することが必要である。そのシステム化に際しては、従来からの医療や介護等の専門職に加え、さらに市民団体等多岐に渡る担い手、そして市民の理解が必要であり、市町村はその連携や展開を見ながら地域の実情に応じた構築を進めていくことになる。

すなわち、地域包括ケアシステムの構築を推進する市町村においては、地域の実情の見極めとそれに基づいた方向性・方針を設定し、それらを事業者等に明確に提示することによって事業への取り組みを促し、その進捗状況をはかりつつ改善を目指してあるべき姿を目指すということが求められる。

以上を実施するためには、各地域でシステム化を図るための行政技術、市町村が方針を提示し事業者等に働きかけることで目的を完遂させるというような公民協働・連携をするための技術等、新しい行政技術を市町村職員が身につけ、実施することが必要となる。そして、その技術を獲得する場合の前提となるのは、市町村の地域包括ケアシステムを推進する課の担当職員が、地域包括ケアシステムの基礎知識を正しく理解し、その上でどのように取り組むべきかの基本姿勢を獲得しているということである。それによって、はじめて地域の課題を正しく把握し、その意識をもって他者にその理解を促すことが可能となる。

よって、地域包括ケアシステム構築・推進を担う市町村においては、地域包括ケアシステムに対する知識と、その展開の方法を理解している職員の育成が重要となる。

地域包括ケアシステムでは虚弱の頃から最期の時までの老いのプロセスを対象に、地域の実情を語りつつ、そのプロセスにある人々を支える資源確保や体制強化を継続的に取り組む等、高い意識と技術も必要とされ、獲得するには一定程度の時間も必要と考えられる。一方、市町村をはじめとする自治体職員には、定期的に課を異動してさまざまな分野を経験させ、ゼネラリストとしての人材育成を図ることが主流である。その場合、担当者が着任から数年をかけて担当分野の知識や経験を獲得した頃に異動となり、後任者でも同じこと繰り返される等、技術や知見の継承がされにくい状況が見られる。単年度等の短い期間を想定したPDCAを回しながら事業を進めていくことに対する大きなストレスや課題は生じないとも考えられるが、長期的な視点で目標を実現していこうと骨太に実行するためには、担当者間での事項の引継ぎだけでなく、その視点・意識が引き継がれることへの課題もある。

地域包括ケアシステムは、市町村が事業者等や市民らと共に作っていくものである。よって、推進を担う職員が、地域包括ケアの本質を理解し、何を目指して、どのように進めていくべきなのかを理解しているか、ということはその進捗に大きく影響を与えることになる。

当然ながら、職員交替による地域包括ケアシステム推進の鈍化はあってはならず、そのリスクヘッジ策を組織としては考えねばならない。すなわち、常に担当が変わることを視野に入れ、早期の基礎理論・基本姿勢の獲得をするための継続的な人材育成と、そのうえで技術等の獲得をはかるための人材育成の仕組みが必要となるということである。

(2) 市町村職員に求められる力

i) 地域包括ケアシステムの目標はどのように達成されるのかを理解する力

地域包括ケアシステムは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でそ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、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される状態をいう。」¹と定義されている。よって、地域包括ケアシステムは、「可能な限り自立期間を延ばす」、「虚弱、要介護となった場合にも尊厳をもって安心して過ごすことができる」ことが必要となる。そして、人々がたどる、虚弱から要介護、人生の終末期へとたどる過程の中では、その状況に対応した「医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援（生活支援）が地域において継続的かつ包括的に確保される体制」が、「各日常生活圏域において設定される」ことが必要となる。そして、その支援は、利用者を中心に統合されたものであることが求められる。

高齢者の状況・状態の変化に応じた段階的な対応を可能とし、さらにその人を中心に統合された支援を行うことによって、地域包括ケアシステムが掲げる「高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でそ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」という目標を達成することが可能となるが、それには複数の事業が必要となる。そのため、地域包括ケアシステムの目標達成においては、総合事業、医療・介護連携等による複数の事業、すなわち複数の手段が設定されるのであり、その実施によって地域包括ケアシステムの目標を達成しようとするものである。同時並行的に進められている個別事業を単純にマネジメントするのではなく、それらに横串を刺しながら、地域包括ケアシステムの目標達成に向けてマネジメントしていくことが必要なのである。市町村の職員はその本質的な意味を理解した上で、地域包括ケアシステムを構築・推進する姿勢と力が求められる。

ii) 地域の将来展望をデータに基づいて確立させていく力

市町村における介護保険給付に関する業務は、社会保険業務の一環として保険給付及び事業者の指導という比較的定型的な業務である。しかし、地域包括ケアシステムの構築に際しては、地域包括ケアという一つの理念で地域をかたちづくることを目指す観点から、今後は、介護保険事業計画を基本とする将来展望をいかにデータに基づいて確立していくかという調査企画業務が重要となってくる。

¹地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）第二条（定義）

その実施に際しては、各地域で人口や世帯構成、人的・物的資源だけではなく、交通や地形、風土や環境等が異なるという地域の多様性を前提として踏まえなければならない。加えて、人口変化や少子高齢化の進行、事業推進等による変化や新たなニーズへの対応が生じることも考えられるため、データ把握と分析によって実態をよく理解し、課題や目標設定を行い、その解決・改善策を見つけ、実施し評価するという PDCA の考え方・技術の獲得が求められる。そして、その観点として、どのようにしていけば地域住民が安心できるのかということを自ら考えることができる「担い手意識」を強く持つことが不可欠となる。

iii)事業者等・住民らに働きかけ・連携や取り組みを促すことができる力

地域支援事業では、介護予防、生活支援といった住民の自助、互助のウエイトの高い分野を促進する業務や、在宅医療・介護連携推進事業のように、医師をはじめとする専門職を束ねる専門職団体のコーディネートや専門職間の連携促進の業務、更には、住まいの観点から住宅部局との連携といった新しいタイプの業務をこなす必要が生じてくる。

しかし、市町村の地域包括ケアシステム推進の主担当課では、事業の実施自体については強く意識していると考えられるが、多くにおいてはその実現に向けての庁内横断的な働きかけの不足や、事業者や住民組織についても自らの問題意識の提示や理解促進のための働きかけが十分とは言えないような状況が多々見受けられる。地域包括ケアシステムの大目標は、市町村の推進の主担当課が直接取り組むことだけで達成されるのではなく、庁内の地域支援事業部門や介護保険の給付部門、住まいなどを担当する庁内の別の課、事業者等や市民らとその趣旨を理解し、取り組むことによって達成されることになる。その取り組みが行われるためには、市町村の推進の主担当課から、推進の主担当課以外の庁内の別の課、事業者等や市民に対し、問題意識や課題、方向性を示し、理解や共有を促す等の働きかけを行うことが第一歩となる。そして、その理解に至る過程において、さまざまな主体が共通の問題意識に到達することによって、取り組むこと・連携しようとするための理解と意識づけが行われることとなる。

したがって、決められたことをいかに確実に実施するかだけではなく、自らの認識を提示することで他者に働きかけ、業務を遂行する上での課題をまず共有する、その共有の下で、提案しあうといった連携しての仕事の進め方ができるようになることが必要である。

iv)主体的に事業者等や市民が行動できるように仕向けていく力

地域包括ケアシステムの構築・推進に向けた事業者等や市民との関係においては、いかにその人々が主体的に行動するよう仕向けるか・仕掛けるかというような業務が重要となる。このためには、どのようにすれば十分理解してもらえるかを考え、働きかけることが必要となる。さらに、それぞれが主体的にどう行動すべきかを認識して行動することが重要であるため、市町村がどのように考えているのかをきちんと伝える姿勢と、理解を得るための合理的な説明ができることが、そこでは必要となる。

関係者間による会議を進めていく場合においても、事務局を担う市町村はその成り行きに任せるのではなく、その主体性を尊重しながらも、一定の方向性をわかりやすく説明し、関係者の協議とそれに基づく意思決定を尊重して一つの方向性に向かうという姿勢が重要であり、こうした新しい会議の手法も身に着ける必要が出てくる。

地域包括ケアシステムでは多くの関係者の存在が考えられ、いかに多くの人に会議で主体的に発言してもらうか、議論してもらうかは重要である。そのため、グループワークなども含む会議も行う等の工夫が求められる。さらに、いかに参加者のチーム意識を醸成し、担い手意識を向上させるか・モチベーションを喚起させるかといった手法を体得することも必要である。特に、参加者による議論を引き出すだけでなく、その合意形成や気づきの獲得、関係性の強化を促進させていくために、グループワークの手法、ファシリテータとしての技能は、今後の市町村職員にとって必須のノウハウとなる。

(3) 市町村職員の人材育成の必要性

団塊の世代が後期高齢者層に移行する 2025 年を目前に、地域包括ケアシステムをつくりあげることは、いずれの市町村にとっても必須の課題である。一方、地域包括ケアシステムは未だかつてない新しい取り組みであり、市町村職員に従来の行政技術とは異なる技術や力を求められることから、それを行いうる人材の育成が求められる。一方、現在の自治体における定期的な人事異動の仕組みを考えると、専門分野に精通したプロフェッショナル育成には工夫が必要となる。そのため、人材育成の体制としては、担当職員が変わっていくことを前提としつつ、地域包括ケアシステムの構築推進が図られるよう設計することが必要である。

新任の担当職員には、着任後、地域包括ケアシステムの目指すところ・本質の基礎理論を理解し、その上で自らが何をすべきかを能動的に考え、働きかけるという基本姿勢を速やかに獲得することが求められる。基礎理論の理解と基本姿勢の獲得は、地域包括ケアシステムに係る担当職員の基本であり、それが獲得されていることによってさまざまな取り組みには血肉が通うものとなる。なぜならば、地域包括ケアシステムは、市町村が事業者等や市民と共に創り上げていくものであり、そこにおける担当職員の力は非常に大きく影響するからである。よって、担当職員に基礎理論の理解や基本姿勢が獲得できていない場合には、市町村による取り組みは形骸化し、結果として地域包括ケアシステムの目標への到達は困難となる可能性がある。

基礎理論の理解と基本姿勢の獲得は、地域包括ケアシステムを推進する主担当課の全員になされている必要がある。地域包括ケアシステムは直接的なサービスのみで構成されるのではなく、サービスを利用しながら住み続けることができるような住まいやまちの環境づくり、取り巻く人々・地域社会の意識の醸成等広範にわたるものであり、このことが地域包括ケアはまちづくりであると言われる所以である。地域の実情に応じた取り組み方の方法や工夫は多々あり、その場合には予算や人事権を持つ管理職においても、新たに着任した場合には基礎理論の理解や基本姿勢の獲得について学んでおく必要がある。

さらに、総合事業、在宅医療・介護連携推進事業、認知症等の地域支援事業、介護保険についても地域包括ケアシステムは包含するものであることから、推進の主担当課以外にも、地域支援事業部門、介護保険給付部門の職員においても、地域包括ケアの基礎理論、基本姿勢の獲得は業務を実施していく上での前提となる。

2. 自治体職員研修・支援体制のあり方

(1) 研修・支援体制として必要なこと

地域包括ケアシステムの構築・推進に際しては、その職員が基礎理論・基本姿勢を獲得し、それに基づいて行動できていることが求められる。現状を見る限り、地域包括ケアを理解し、その理解と自身の市町村の状況を勘案した課題設定をもって他者にそれを説明し、理解を得ることができる市町村職員は少ないように見受けられる。

検討委員会においても、「地域の継続に係るものだという危機意識が薄く、自分事としての意識が薄くなってしまっている」、「理解していることに偏りがあり、そもそもなぜなのか？という本質に対する理解が進んでいない」、「職員自身の理解が進んでおらず、行っている取り組みへの自信が持てないために進まない」などの指摘があった。

すなわち、市町村職員に求められている新たな姿を、理解しやすいかたちで明確かつ具体的に提示しない限り、その理解は進まない。さらに、どのような姿を目指しているのかをそれぞれが理解しない限り、地域包括ケアシステム構築・推進のための戦略も立てられない、ということになる。よって、市町村にとって地域包括ケアとは何なのか・どのように自分事であるのかを理解することで、地域包括ケアに係る基礎理論・基本姿勢を獲得した上で、さらに必要となる知識や技術を得ていく研修の必要性が考えられる。

i) 段階を設定した研修の実施

地域包括ケアシステムの推進に係る市町村職員の人材育成の対象としては、一義的には推進の主担当課職員になると考えられる。地域包括ケアが包含する地域支援事業部門、介護保険給付部門の職員も同様に対象と考えられるが、その基礎理論・基本姿勢を獲得した後は個別の事業における基礎理論そして個別の知識や技術が求められることから、研修の対象・内容については段階を設定して考える必要がある。

ii) 都道府県支援も含む人材育成体制

地域包括ケアシステムの推進に係る市町村職員の人材育成については、当然ながら当該市町村が取り組むこととなるが、個別で取り組むことへの限界もあると考えられる。

現在、市町村の地域包括ケアシステム担当職員、在宅医療・介護連携推進事業の担当職員に対し、都道府県が独自で研修会等を開催し、人材育成支援を行っている状況も見られる。都道府県以外にも、市町村職員を対象とした研修の企画・実施主体は様々に想定されるが、単独市町村を超え、一定数の同じような課題を抱える市町村職員同士が議論する場を持たせることは有効であり、その点でも都道府県が大きな役割を果たすべきと考えられる。都道府県にとっても、都道府県内の推進状況にも係るものであることから、市町村支援を行うことの動機はあると考えられる。よって、都道府県を中心とする体系的な研修体制、継続的な視点からは市町村を支援する仕組みをつくり、そのもとで研修を設計することが望ましい。しかし、都道府県にも市町村同様に定期的な人事異動が見込まれ、地域包括ケアシステムに関する知見等が不足する可能性もあることから、地域包括ケアシステムに関する知識とあわせ市区町村支援ノウハウを補完・補強する体制が必要となる。

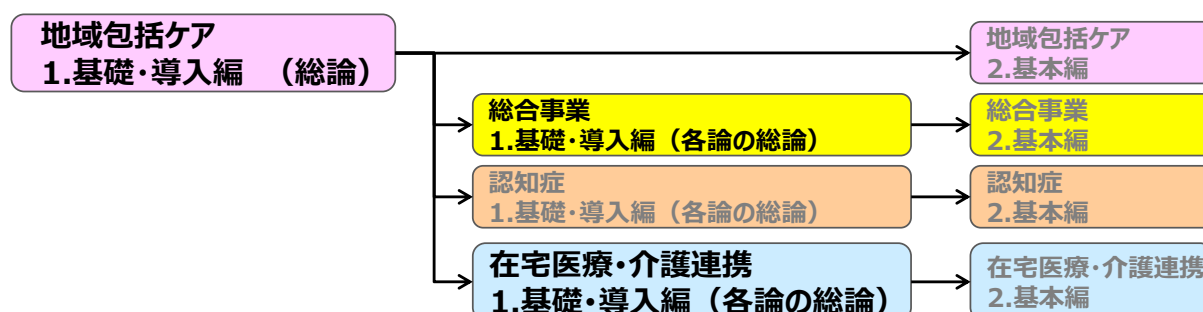
(2) 研修プログラムの考え方と実施体制の考え方

i) 段階的な研修プログラムの構成

地域包括ケアに係る基礎理論と基本姿勢の獲得を「地域包括ケア『1. 基礎・導入編』」として行った後に、さらに必要となる知識・技術については、「地域包括ケア『2. 基本編』」にて獲得することで理解を深めるような、段階的な人材育成を想定することが必要である。すなわち、『1. 基礎・導入編』は総論であり、その上でさらに深耕することが考えられる。

地域包括ケアは、地域支援事業を包含するものであることから、地域支援事業部門においては、地域包括ケアの基礎理論と基本姿勢を獲得する「地域包括ケア『1. 基礎・導入編』」によって地域支援事業の前提である地域包括ケアの総論を学ぶことが必要となる。そして、さらに地域包括ケアの各論である「在宅医療・介護連携『1. 基礎・導入編』」を経て、「在宅医療・介護連携『2. 基本編』」等へと進む構成になると考えられる。

図表 2 段階的な研修プログラムの構成例



各研修の対象・内容は、当該研修によって育成したい人材像をにらみながら設定することが必要となる。そのため、研修プログラムは、次を設定して作成することとなる。

図表 3 研修プログラムで設定すべきこと

- ① 教育目標・育成したい人材像・もたらすべき効果の明確化とその目標実現に向け、どのような能力が職員に必要なかの要件定義
- ② その実現のために、どのような教材とプログラムが必要なのかの検討
- ③ その進捗度を評価するための評価基準(評価を組み込むことによるマネジメントサイクル)

ii) 研修の構成

【研修の組み立て方】

研修を構成する要素としては、「事前学習・事前課題」、「講義・座学」、「演習」、「目標設定」等が想定される。基礎理論を理解するためには主に講義・座学を、取り組みに向けた動機づけを図るためには主にグループワーク等の演習を活用することになる。また、事前課題については、当日の研修による学び・気づきをより有意義なものとするために活用されるが、それだけではなく、日頃業務に追われている市町村の担当職員が、自らの取り組みや課題等について改めて振り返り、考える機会を提供するという機能を持つ。

研修の企画・実施にあたっては、これらの要素を適切に組み立てることが重要である。

特に、研修を単なる机上の勉強の場とするだけでなく、研修終了後に現場への実践に具体的に繋げるためには、グループワークの時間を十分確保し、可能な限り他の参加者とコミュニケーションを取ることができるようにすることが非常に重要である。

【基礎理念の獲得：市町村職員の視点で地域包括ケアの概念等を整理したテキスト】

地域包括ケアシステムは、行政にとって新たな取り組みであり、新たな行政技術が必要とされ、その速やかな習得が求められる。そのためには、地域包括ケアが必要とされた背景と理由・その構造等の基礎理論をできるだけ速やかに理解することが必要となる。

地域包括ケアの概念等について解説されたものとしては、「地域包括ケア研究会」による一連の報告書がある。その内容を踏まえつつ、地域包括ケアシステムの推進に取り組む市町村職員の視点から整理されたテキストがあることで、速やかな基礎理論の獲得が可能となると考えられる。

【基本姿勢の獲得：体感・実感するための演習】

地域包括ケアシステムの推進を担う職員は、自ら考えて取り組み、実践を重ねていく人材であることが求められる。そうした人材を育成するためには、基本姿勢の獲得のため、より実践に結びつくプログラムを設計する必要があるため、それを体感できるような演習を検討することが望ましく考えられる。

研修対象となる職員が出席するためには、その研修が体系性を持ち、出席することの必要性を、本人だけではなく、管理職などの上司が十分に理解している必要がある。研修を受けた職員において動機づけがなされ、それに基づく取り組みが十分になされるためにも、管理者層の認識が深められていることは重要である。

さらに、管理者層だけではなく、都道府県の市長会等の機会において、トップ層に地域包括ケアの重要性を伝え、その理解を得るように進めていくことが必要である。

人生 80 年といわれる中、地域包括ケアは長期にわたる高齢期の生活を尊厳あるものとして支え、在宅で暮らしたいという人の希望をかなえるべく、そのための選択を可能としようとするものである。そして、少子高齢化が進み、資源不足・担い手不足が想定される社会においては、地域包括ケアシステムの構築がなければ自治体としての存続も危ういものとなるという危機感がある。

地域包括ケアは、高齢者という「個人」と、そして「地域・自治体」の課題を解決しようとするものである。そして、その課題解決をしていくためには、「個人」である高齢者のニーズに対する複数の担い手等からの統合された支援、「地域・自治体」の運営という 2 つのマネジメントスキルが必要とされるのであり、これからの市町村においてはそれが可能となる人材の育成が必要である、ということを良く理解する必要がある。

第3章 研修・支援体制の設計

1. 研修プログラムの基本構成

(3) 自治体研修の全体像と研修プログラム

研修は、対象者の設定印あわせ、研修の種類を想定していくこととなる。よって、市町村職員の対象者像とそれに対して実施する研修の種類の設定を行ったのが次の図表4である。

図表 4 自治体研修の全体像と研修プログラム

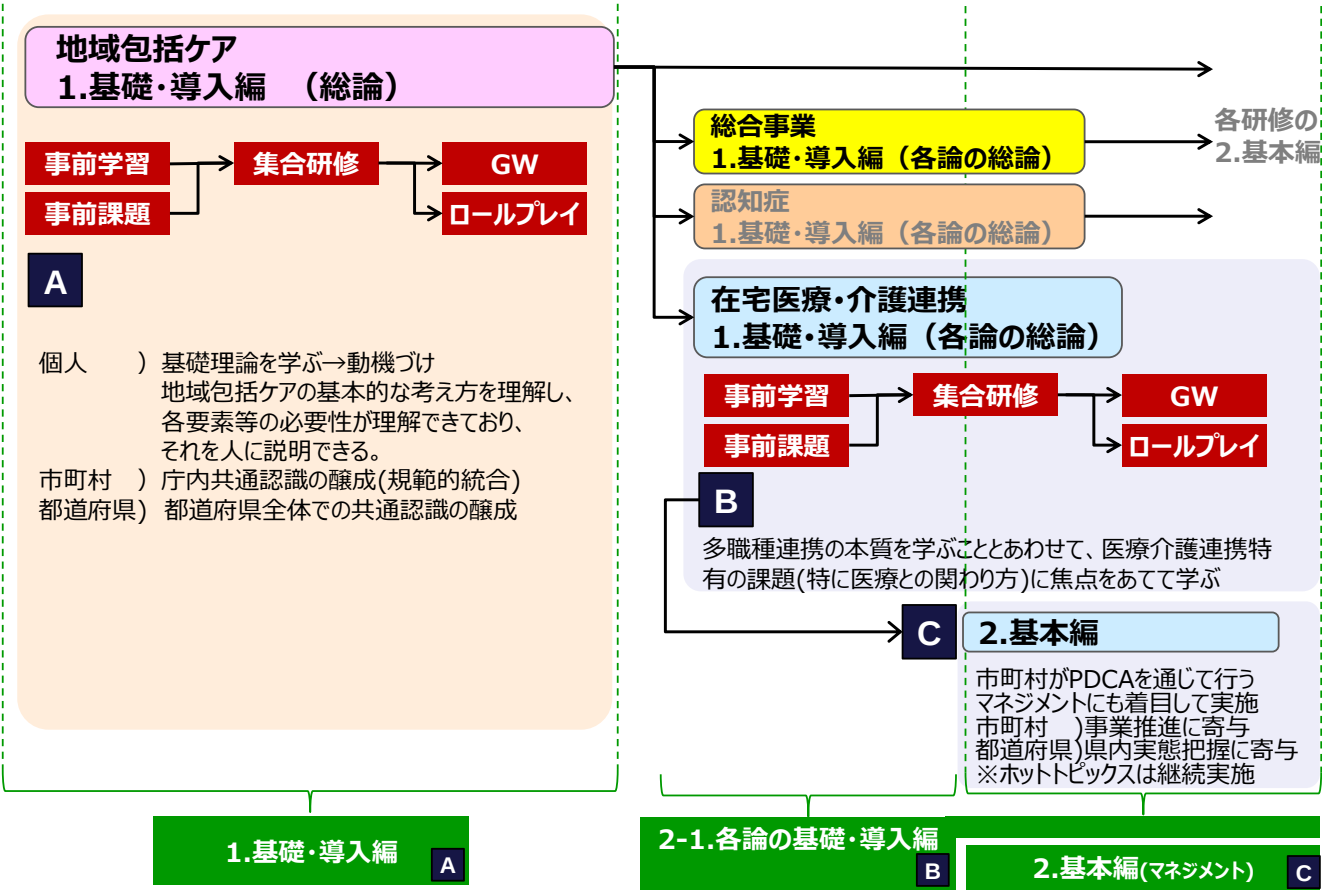
	対 象	研修の種類	①地域包括ケア	②個別事業 例) 在宅医療・介護連携等
			A	B
1 初級・総論 ・ 基礎理論 ・ 基本動作 2 基本・アドバンス ・ 実践・質の向上 ・ 課題把握 ・ 技術の獲得 市町村の持続性確保 ・ 課題把握 ・ 戦略策定 ・ 実施環境整備	新たに着任した者等 ・ 当該部署に新たに着任した者 ・ 担当者・管理職の双方を対象とするが、研修時点での内容の理解状況等も勘案し、開催は2回を想定 ・ 人事異動は毎年発生、基礎理論の習得やマインドセットは都度必要となることから、毎年開催を想定。	1. 基礎・導入編 (初級) ・ 基礎となる理論の獲得 (活動に際しての知識の源泉・動機づけ) ・ 初動のための基本ステップの理解 (アクションプラン)	年度開始の極力早い時期に開催 ・ 主対象は地域包括ケア推進の担当課だが、地域支援事業、給付部門も含む ・ 地域包括ケアの総論であることから、担当職員だけではなく、管理職級も想定	①の終了後に実施 ・ 在宅医療・介護連携推進事業の担当課で地域包括ケアの「基礎・導入編」研修の受講修了者を想定 ・ 在宅医療・介護連携の総論であることから、担当職員だけではなく管理職も想定
	主担当者等 ・ 既に基礎・導入編の研修等で基礎理論・知識を獲得しており、実務において継続的改善を図る者 ・ 1.基礎・導入編研修終了程度の者が対象。 ・ 知識の深耕やアップデートが必要。	2. 基本編 ・ 推進体制構築に向けての認識の深化 (水平・垂直統合) ・ マネジメントスキル獲得 (PDCAのうち特にCAによる継続的改善。データ等の効果的活用スキル等) ・ 新規課題、ホットトピックス対応	・ 初任者研修終了後の担当者を対象	・ 基礎・導入編の研修終了後の者を対象 C
	幹部職(部課長) ・ 人事、予算等、自治体の組織戦略に昇華させる役割を担う層 ・ 地域包括ケアシステムに関わる部署も包含すると考えられ、全体を俯瞰した戦略的な思考が求められる (人員配置・予算等)。 市長・副市長等 ・ 自治体のグランドデザイン、方向性、人事・予算等の基本方針の検討時に地域包括ケアシステムの重要性を正しく理解している	3. 戦略編(管理職研修) ・ 地域経営及び自治体経営戦略における地域包括ケアシステムの意義・位置付けの再認識 ・ 推進に向けての人員体制等資源投入の在り方、分野横断的連携の重要性等の再認識 ・ 新規課題・ホットトピックス対応 4. トップセミナー(市長会等) ・ 自治体経営の視点からの地域包括ケアシステムの意義・位置付けの再確認 ・ 戦略策定とそれのための組織づくり ・ 新規課題・ホットトピックス対応	幹部職はさらに自治体の組織戦略として考える必要有 いずれの層の人材でも共通して目指すのは地域包括ケアシステムの構築・推進こそが市民の幸福の追求と自治体の持続性に資するものと理解し、その理解のもと行動できること	

研修の受講者は、地域包括ケアシステムの本質・基本的な内容を理解した後、それを実現するための個別事業を理解することが望ましい。そのため、研修のスケジュールは、まずは地域包括ケアの総論である「1. 基礎導入編」を開催した後、各個別事業の総論である「1. 基礎・導入編」、さらに知識と技術を獲得するための「2. 基本編」を受講できるように設計する。

総論である「1. 基礎・導入編」はその本質を理解するために設定されているものであり、新たに当該課に着任する者すべてが研修対象と考えられる。その場合、担当者に加えて管理職の受講も考えられるが、能力・経験は違うものの、獲得すべき基礎理論・基本姿勢は同じであることから、同内容の研修を想定する。但し、管理職の場合、予め当該分野の知識等があるとも考えられることから、開催時期を変えて同内容の研修を実施することが想定される。

この研修プログラムの構成を段階別で展開し、さらに研修の構成を整理すると次のようになる。地域包括ケアの総論である「1. 基礎・導入編」を研修した後、地域包括ケア推進の担当課については「2. 基本編」を受講することが想定される。一方、個別事業の担当課については、それぞれの事業の総論である「1. 基礎・導入編」、いわば各論の総論を受講することとなる。在宅医療・介護連携の推進担当課を想定した場合の具体的な流れの例としては、下の図表内のA→B→Cの流れとなる。

図表 5 研修プログラムの構成



それぞれの「基礎・導入編」、「基本編」の目的と到達点は、次のように整理される。「基礎・導入編」については、主に個人の理解・動機づけに着目したものであり、続く「基本編」は課題把握や技術の習得等、より実践に即した内容として設定している。

図表 6 人材育成プログラムの全体像と研修プログラム例

基礎・導入編	基本編
個人の理解・動機づけを重視 ■ 基礎理論を理解 ・活動に際しての知識の源泉・動機づけ ■ 基本動作の習得 ・初動のための基本ステップの理解 (アクションプランを描ける)	実践・質の向上を重視 ■ 知識の深化 ・推進体制構築に向け理解が深まる ■ 課題把握のための技術獲得 ・PDCAのうち、特にCAによる継続的改善 ・データ等の効果的活用のスキル等 ・新規課題・ホットピックスへの対応

(4) 研修内容とコンテンツの検討

具体的な研修内容とコンテンツについては、地域包括ケアの総論である「1. 基礎・導入編」を主対象に行った。

それは、地域包括ケアの基礎理論を正しく理解し、動機づけを行うということが前提であることが大きな理由である。さらに、総合事業では平成 29 年度、在宅医療・介護連携推進事業では平成 30 年度から、当該事業への本格的な取り組みを迫られていることから、そのスムーズな実施のためにも地域包括ケアの総論を学ぶことの重要性が高いことによる。そして、地域包括ケアの総論である「1. 基礎・導入編」を、地域包括ケア推進の担当課だけでなく、地域支援事業部門の各課の担当者らが受講することによって、市町村内の基礎知識は共通化され、関係者間での意識の共有、すなわち規範的統合の推進が期待できることによる。

受講対象者については、次のように整理を行った。

図表 7 研修の設定について

1.育成する人材の総論的な定義		
次について、①自課の職員、②庁内他部署の職員、③庁外の事業者・市民等に説明できること。【基礎理念】 - なぜ地域包括ケアが必要とされたのか(背景の理解) - 地域包括ケアは何を目的としているのか(目的の理解) - 地域包括ケアの目的達成のためには何が不可欠なのか?(具体の知識の理解) それらを生み出すためにはどのような能力・技術・手順が必要なのか?(思考・スキルの理解→自立学習)		
2.入口で対象となる人材像の定義	3.出口で保証されるべき その人達に求められる能力の定義	4.行動目標の定義
・地域包括ケアシステムの基礎知識等が不足し獲得が必要、もしくはアップデートが必要な者(未経験者を含む)。 ・人事異動は高い頻度で発生するため、毎年対象者が見込まれる。 ※基本的に以下の全員が受けることを想定 ○地域包括ケア総括部門 ○地域支援事業部門(総合事業・医療介護連携推進事業・認知症の担当課) ○給付部門	・地域包括ケアシステムの基礎理念を理解し、説明できる ・推進に向けて連携すべき対象(庁内、関係団体、市民等)とその内容を理解し、説明できる	・業務を進める上で関連すると思われる他部署の事業(施策や計画等)を確認、情報交換を行う ・地域の関係団体、専門職らに働きかけ意見交換の場を持つ ・自身が獲得すべき能力・技術等を理解し、自分で学ぶ(自立学習)

目標) 本研修の受講によって、これが可能になる・もしくは可能とすることの動機づけがされる

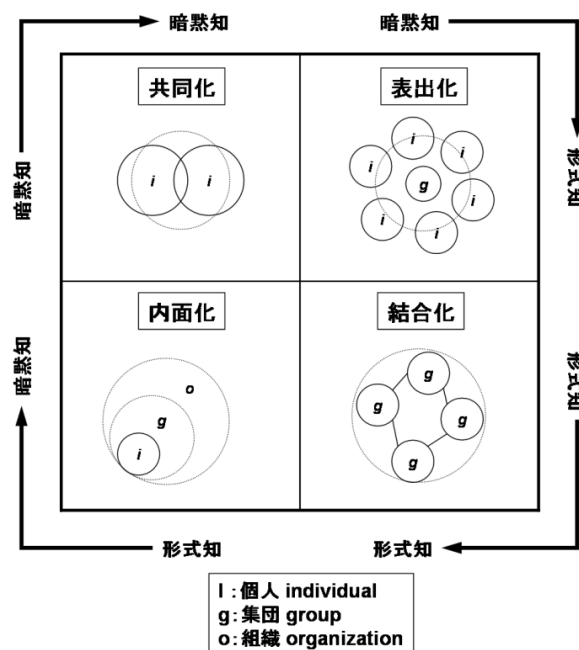
図表 8 SECI モデルによる知識創造の考え方

「1. 育成する人材の総合的な定義」としては、地域包括ケアの「基礎理念」を他者に対して説明できることにおいた。これには、年齢、キャリア、経験した部署等、本研修を受講する者のレベル設定の難しさがあることによる。また、地域包括ケアシステムの構築・推進において、他者に対して働きかけることは重要であることから、その力を獲得するという目標によるものでもある。

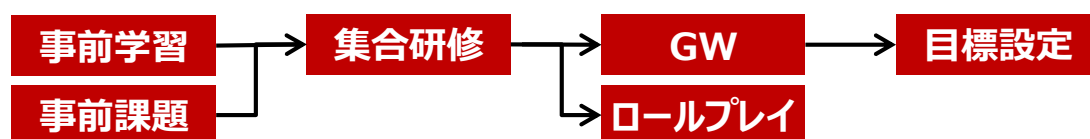
一方、基礎理論を他者に向けて「説明できる」ためには、その「理由」を理解している必要がある。その場合、自身の考えが整理できている必要がある。

ナレッジマネジメントの核となる有名な考え方としてSECIモデル²（図表 8）がある。人間は、図のようなステップを踏んで自身の確たる知識として獲得する・新たな知識を創造すると考えられる。それを考えると、自身が研修の中で得た知識は、その場において他者と対話・思考の中で共同化・表出化していくことで、早期に獲得していくことが可能になると考えられる。そのためには、知識を獲得するための「座学」と他者と対話して思考する「グループワーク」による研修スタイルが適していると考えられる。グループワークも、他者との対話の中で気づきを得、解決の方向性を見つけ出そうとする方法であり、その方法に習熟しておく点でも効果があるものと考えられる。

研修は半日～1日程度で行われることを想定されるが、座学＋グループワークの構成の場合、知識伝達型の研修とはならないことによる理解の不足を補い、グループワークを効果的に行うための準備を行っておくことが必要である。そのため、簡易なテキストを通読しておくことによる「事前学習」と、自身の自治体の状況を把握し、その課題等を予め把握しておく「事前課題」を設定する。さらに、研修当日に得た気づきをもとに、自身の目標設定を行うことで、半日～1日の研修であっても、基本理念・基本姿勢の獲得と動機づけに向けた効果的な内容となることが期待できる。



図表 9 研修の流れ



² SECI モデル：野中郁次郎氏が提案した知識創造のモデルであり、「暗黙知」と「形式知」のスパイラルを創り出す知識移転と知識塑像のプロセスを表したものの。「共同化」（暗黙知を暗黙知へ）→「表出化」（暗黙知を形式知へ）→「結合化」（形式知を形式知へ）→「内面化」（形式知を暗黙知へ）→「共同化」という知の移転プロセスをらせん状に行き来しながら正のスパイラルを描くべき、絶えずこのサイクルを繰り返していくモデルである。

なお、別途、弊社では「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携の推進に向けた地方自治体職員の育成プログラムに関する調査研究事業」（平成 28 年度老人保健健康増進等事業）において、在宅医療・介護連携推進事業を担当する自治体職員の研修のプログラムの全体について検討を行っている。よって、地域包括ケアシステムの総論である「1. 基礎・導入編」以降に、在宅医療・介護連携の総論である「基礎・導入編」、「基本編」を学ぶものとなっている。そこでは、本研修によって基礎理論・基本姿勢を獲得することで、地域包括ケアの趣旨をきちんと理解した取り組みがなされるよう想定されている。

それが実現できるよう、本調査研究では、地域包括ケアシステムの基礎理論と基本姿勢を獲得し、その推進に向けた意識づけを図るべく、研修を設計する。

(5) 研修の実施者

研修プログラムは、市町村が自らの職員を人材育成するために使用することも考えられるが、本資料および研修については主に都道府県が市町村支援として職員研修を企画・実施する際に使用されることを想定する。

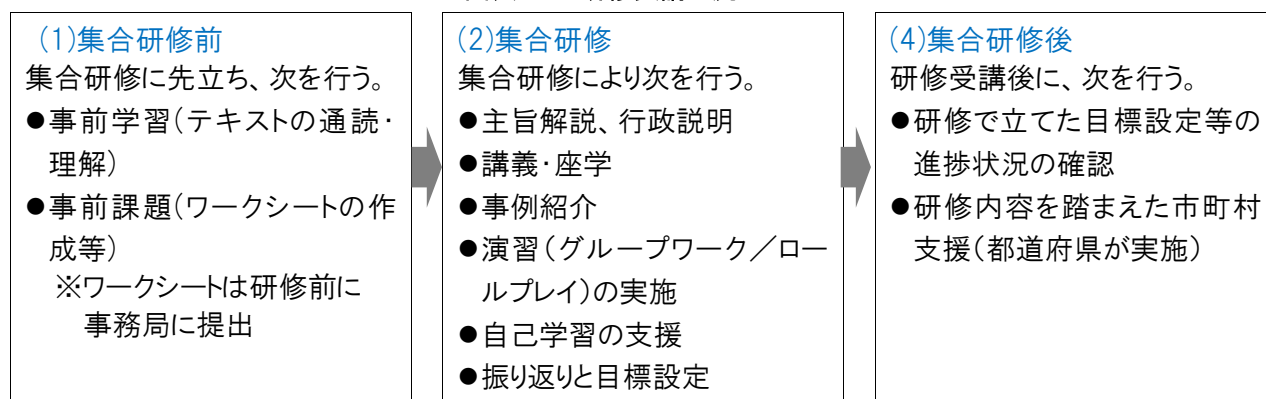
その場合も漫然と研修を行うのではなく、目指すべき人材の設定、その育成を行うための研修という設計をしっかりと行い、その上で計画立てて研修を行うことが必要である。その場合には、市町村職員の研修に対する市町村の意向や考えを確認することが必要となるが、並行して管理職やトップ層には地域包括ケアについての働きかけと理解を促し、多くの職員の研修参加を働きかけることが必要である。

2. 研修受講の流れ

研修は（1）集合研修前、（2）集合研修、（3）集合研修終了後、という流れの構成とする。

当然ながら集合研修がプログラムの核ではあるが、集合研修のみでは単発的なイベントになる懸念がある。研修で得た気づきを個人のものとし、その後の自律的な学習と結びつけて継続的な成長を図るには、事前学習・事前課題の実施と、事後フォローを一体的に実施することが重要である。

図表 10 研修受講の流れ



3. 基礎・導入編のプログラム構成

基礎・導入編の研修プログラムの全体構成は、次のように想定される。

図表 11 基礎・導入編の研修プログラムの全体構成(例)

研修プログラムの構成		想定 タイムテーブル	時間 (分)	内容	使用コンテンツ
(1) 集合研修前	事前学習	概ね一ヶ月前 に指示、一週 間前に回収	—	テキストの読み込み	テキスト
	事前課題		—	現状・課題整理シートの作成	現状・課題整理シート
(2) 集合研修	開会・主旨説明等	10:30-10:40	10		
	講義・座学 事例紹介	10:40-12:00	80	・テキストの解説 ・事例紹介	レクチャー用スライド
	休憩	12:00-13:00	60		
	演習	13:00-16:30 ※適宜休憩	210	グループワーク手順説明 グループワーク① ・テーマ)現状・課題の把握・整理 ・発表)把握された課題をもとに連携のための働きか けを考えてみる	グループワーク用スライド 現状・課題整理シート
				グループワーク② ・個別テーマ) -1重度の要介護者の在宅生活を実現するものは何か -2支える側の高齢者をつくるにはどうすればよいか	
				グループワーク③ ・テーマ)地域包括ケア推進に対する庁内部署の理 解を得るための方法を考える	
	休憩	16:30-16:40	10		
	今後について	16:40-16:50	10	今後の自己学習のためのヒントの提示	テキスト、映像コンテンツ
	振り返りと目標設定	16:50-17:10	20	目標設定シートの作成と共有	目標設定シート
	閉会・説明等	17:10-17:15	5		
(3) 集合研修後	事後フォロー	—	—	研修で立てた目標設定等の進捗状況の確認	目標設定シート

(1) 集合研修前（事前学習・事前課題）

研修の参加者には、異動したばかり等の新任者や、担当者であっても理解が進んでいない職員が含まれている可能性もある。そのため、事前学習として、まずはテキストを一読し、必要に応じて動画等の参考資料を参照しながら、地域包括ケアシステムの構築・推進のために理解しておくべき基礎理論を知る。

【付属資料：研修コンテンツ① 地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions】

現状・課題の把握（現状・課題整理シートの作成）

集合研修ではグループ演習を行うが、市町村の担当職員であっても、現実には自身の市町村の課題を把握できていない・整理していないことが多々見受けられる。その状態でグループワークに参加することは研修効果を低下させることから、集合研修のグループ演習で使う「現状・課題整理シート」の作成を事前課題として実施し、自身の市町村の課題を整理してからの参加を想定する。

現状・課題整理シートは、弊社の平成 27 年度老健事業³の調査研究にて開発したものを基にしたものであり、比較的容易に課題が把握できるため、他の都道府県の地域包括ケアや在宅医療・介護連携の研修等でも使用されている。現状・課題整理シートの作成にあたり、課題を把握しようとする場合に担当課のみで行うことができることは少なく、他部署への聞き取りや調査などが必要となる項目がある。それらを通じて、庁内の他事業との関係性に気づくことも、課題把握シート作成のねらいである。

【付属資料：研修コンテンツ② 現状・課題整理シート】

(2) 集合研修

基礎・導入編における集合研修は、1 日（10 時 30 分～17 時 15 分）での実施を想定する。その内容としては、講義・座学、演習（グループワーク及びロールプレイ）、自己学習のためのヒントの提示、振り返りと目標設定となる。

講義・座学、事例紹介：80 分

研修の導入部として、事前学習のために配布したテキストをベースとした講義・座学を行う。テキストでは、地域包括ケアが必要とされた背景、地域包括ケアを構成する要素についての整理を、自治体職員の視点から行っている。しかし、全てをそのまま講義することは非効率であることから、参加者のレベルや関心、後半のグループ演習の内容等によってテーマやポイントを絞って解説することが適当である。

なお、当該テキストは研修を受講するにあたり、事前に理解を深めておくためのものであり、研修当日に必ずこれを使用しなければならないわけではない。研修の開催者、当該地域の事情に精通した学識者等、地域の専門職が直接自ら作成した資料を用いて説明を行うことも有効である。

【付属資料：研修コンテンツ① 地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions】

演習 グループワーク①②③：200 分

基礎・導入編のプログラムでは、グループワークを 3 コマ設計する。1 コマ目は「現状・課題の把握・整理」、現状・課題の把握では、事前に作成した課題をもとに互いに発表を行い、その状況や課題を共有するものであり、いわばアイスブレイクの意味合いも持つ。

2 コマ目は「重度の要介護者の在宅生活を実現するためのものは何か」もしくは「支える側の高齢者をつくるにはどうすればよいか」のうちいずれかを実施する。なお、2 コマ目については、全てのグループが必ずしも同じテーマのワークを実施する必要はなく、各グループでテーマを選択する、あるいはグループを半分に分けてそれぞれテーマを割り当て、グループワークの最後に全体で検討結果を共有することも想定される。また、重度者・支える側の高齢者の理解が進まない場合も考えられるため、状況に応じてショートレクチャーを行う、事例となるような映像等を使用するものとし、その理解を促すこととする。

3 コマ目については、「地域包括ケア推進に対する庁内部署の理解を得るための方法を考

³ 「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」（株式会社富士通総研 平成 27 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業）

<http://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2015chiikihoukatsucare.html>

える」を実施する。この際には、「地域包括ケアシステムの構築に向けた連携図」を15分程度で作成し、それを互いに発表しながら基にグループワークを行い、どのような場面で庁内他部署や事業者等と連携することが必要となるか、その際にどのような方法を取るかを互いに検討する。

なお、「地域包括ケアシステムの構築に向けた連携図」では、地域包括ケアシステムを構築し、目標を完遂させるためには、どのような事業があり、連携・関係しているのかを理解することも目的である。そのことによって、横ぐしを指すような考え方・視点を持つことが必要であるということを理解することになり、全体を俯瞰して関係を理解することにもつながりあす。

【付属資料:研修コンテンツ② 現状・課題整理シート(事前に作成済みのもの)】

【付属資料:研修コンテンツ③ ワークシート 地域包括ケアシステムの構築に向けた連携図】

振り返りと目標設定（目標設定シートの作成と発表）：20分

受講者には、自身が担当者でいる間に何を実施すべきなのかを理解した上で、目標を設定し、それを実現するために行動していくことが期待される。そのため、研修を受けた際の効果を確認するためにも、研修の終わりに「目標設定シート」を作成する。

目標設定シートは、在宅医療・介護連携を推進するために、自身がその担当者である期間での目標設定と、それを実現するために自分はどのようになるべきか・獲得すべきかを考える。その上で、1ヶ月以内の短期間の間に取り組む・着手すべきこと、年度末（当該年度のゴール）までに取り組むべきことなどを考え、自身の目標設定とそのための工程を考える。

【付属資料:研修コンテンツ④ 目標設定シート】

(3) 集合研修後（事後フォロー）

研修受講後の実際の取り組みの中での新たな気づき、研修時に立てた目標設定の進捗等を確認する。確認は、再度集合する形式を取る必要はなく、個別にヒアリングや支援を行う際に、そのタイミングで実施することが効率的である。

【付属資料:研修コンテンツ④ 目標設定シート(研修参加者が作成したもの)】

以上は集合研修を行う場合のものであるが、市町村職員が研修に出にくい状況も考えられる。展開や全体効率を考えた場合、集合研修だけではなく、e-learning等のツールを採用し、基礎的な内容はそこで押さえ、応用についてはグループワークや集団で行う等の組み合わせも考えられるため、研修手法の検討も必要と考えられる。

第5章 今後に向けた課題 ～全国的な支援体制の整備

地域包括ケアシステムの構築・推進は持続的に行われるものであり、その進行度合いや状況の変化に伴い、推進支援の方法も都道府県で変化する可能性があると考えられる。また、都道府県および市町村には圏域・地域特有の課題が存在するため、それぞれの状態や特有の課題等が反映された研修の実施と市区町村支援の体制が都道府県単位でつくられていくことが望ましいと考えられる。

また、その内容を誰が話すかによって全く異なるものとして受け止められることもあることから、良い講師の人選は研修の成否にも関わるものである。そのため、都道府県による支援体制の整備と並行した講師の確保・育成は重要事項となる。都道府県および市町村の実情に即した研修実施を考えると、当該都道府県にある医療および保健・福祉系の教育・研究機関の教育者でもある学識者らが支援体制に参加していくことは、当該機関が地域における専門職人材の輩出機関であることを踏まえると、非常に有効であると考えられる。

今後の継続的な地域包括ケアシステムの構築・推進に向け、こうした研修を契機に都道府県が職員研修・支援体制の整備に取り組むことができるよう、厚生局単位などの広域で都道府県支援を行う、さらには全国的な支援体制を考えていくことは今後の課題となってくる。

次の図は、都道府県が市町村職員を対象とした研修を実施する主体として事務局機能を持ち、当該都道府県の資源と連携して地域包括ケアシステムの構築を推進する市町村職員を育成するための研修体制（案）である。保健所は、それぞれの管内市町村に対し、日常的な支援を行うことと併せて、都道府県による集合研修の運営支援やアフターフォロー等を行う。また、都道府県は、公立大学等の教育・研究機関や地域の専門職団体とも連携し、職員研修の実施時には講師を務めてもらう等の協力を得る。これらの体制構築を国及び地方厚生局が後方支援する。

このような体制により、市町村職員の人材育成、及び市町村における在宅医療・介護連携の取り組みのPDCAサイクルを回す起点として職員研修を実施することが効果的である。

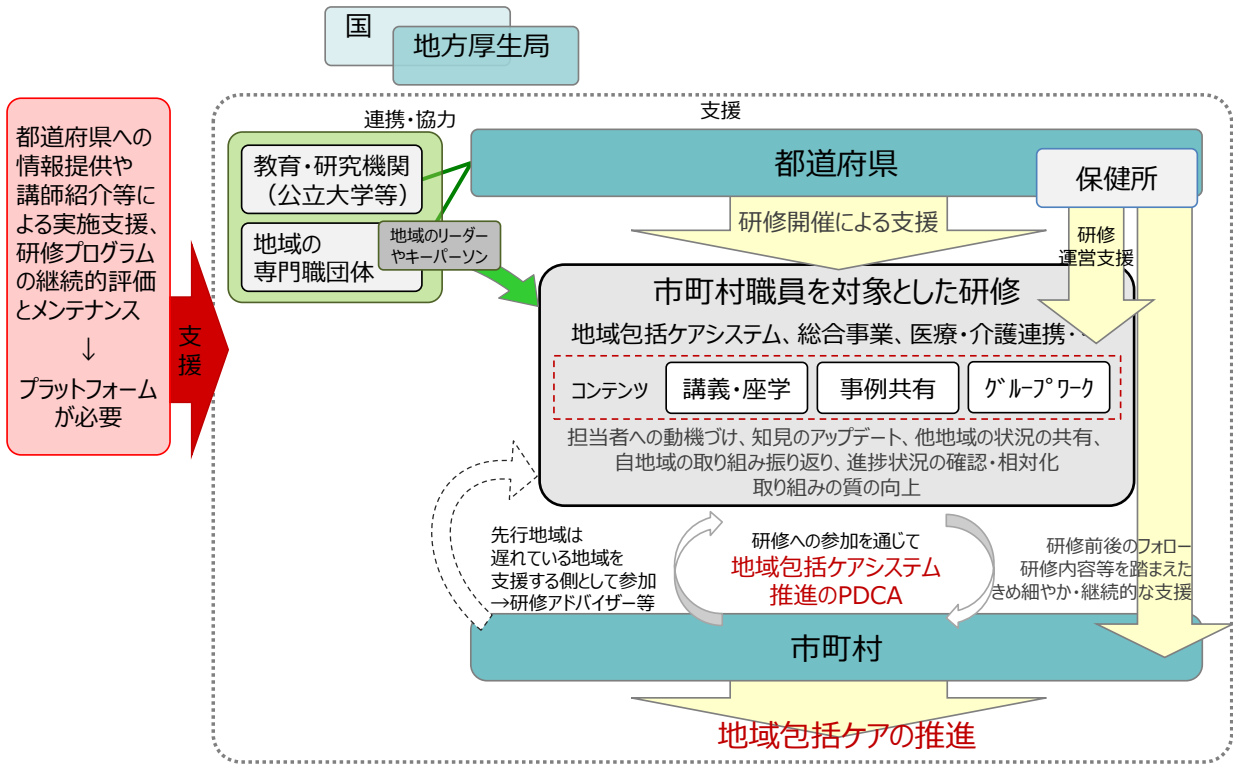
本調査研究で策定した研修プログラムは、地域包括ケアシステムの初期の取り組みがなされているこの時期に実施することを想定して設計したものである。そのため、その内容については、制度改正等の動向に合わせて適宜メンテナンスされていくことが必要である。

また、市町村職員に対する研修は都道府県が主に企画・実施することを想定しているが、都道府県においても、具体的に実施するとした場合の運営方法や外部講師の選定を検討する必要がある。また、新たに生じた課題や確認された課題について、適宜検討を行い、必要に応じて研修内容を、地域の実情を勘案しながらアップデートしていくことも求められる。

そのため、研修プログラムの内容の評価・継続的改善とメンテナンス、研修を行う都道府県に対し、研修プログラムの継続評価の方法やメンテナンスを行うための情報提供、各地での取り組みの紹介、講師紹介等を行うなどして都道府県・市町村に向けた支援を行う機能を持つ、全国的なプラットフォームの存在が考えられる

先駆的に地域包括ケアに取り組んでいる市町村、都道府県であっても、拡充や自律的な成長への支援は必要であり、さらにそれら先駆的な市町村による取り組みを可視化することで、他市町村や他都道府県への展開や好影響も期待される。そうした点からも、全国的なプラットフォームの存在が望まれるのであり、継続性担保のためにもその検討が必要と考えられる。

図表 12 人材育成プログラムの実施体制(案)とメンテナンスのあり方(イメージ)



付属資料・参考資料

■付属資料

研修コンテンツ

研修コンテンツ名等		概要・用途
-1	地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions	・ 市町村が在宅医療・介護連携に取り組む上で理解しておくべき基礎理論や事業の実施手順等についてとりまとめたもの
-2	現状・課題整理シート	・ 地域包括ケアにかかる自らの市町村の状況を様々な観点から整理・把握するためのシート
-3	ワークシート 地域包括ケアシステムの構築に向けた連携図	・ 自分の課を中心に、庁内の他部門や、庁外の組織・団体等が地域包括ケアのどのような内容において関係すると考えられるか、さらに連携を取る必要があるのかを整理・把握するためのシート
-4	目標設定シート	・ 研修受講を踏まえ今後の目標を設定する際に使用するシート

※本報告書及び各種研修コンテンツ、参考資料については以下の URL をご参照ください。

株式会社富士通総研 ホーム > 調査・研究成果 > 国の医療・福祉分野の調査

URL <http://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2016chiikihoukatsucare.html>

地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions

地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究事業調査研究事業
(平成 28 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)

(第 1 版)

監 修

地域包括ケア推進に向けた
総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究検討委員会

株式会社 富士通総研

目 次

はじめに	1
1. 地域ケアシステムが求められる理由	2
(1) 地域包括ケア	2
2. 地域ケアシステムの構成要素と体制	8
(1) 介護	8
(2) 医療・介護連携	12
(3) 住まい	16
(4) 介護予防	19
(5) 生活支援	24
(6) 総合事業	27
(7) 介護保険事業計画・日常生活圏域	28
3. 自治体と地域包括ケアシステム	30
検討委員会	33

はじめに 本書を利用する皆さまへ

地域包括ケアは、2025 年を1つの区切りとする新しい挑戦的な取り組みです。

それゆえに、その実現のためのテキストは完成されていないと言えます。

本テキストは、皆が議論し、新しいシステムを形成していくための問題提起を含めた内容となっています。今後の国の政策の展開や、全国の取り組みを踏まえて改訂していくことを目指すべきものであるということにつき、御理解をいただきたいと思います。

1. 地域ケアシステムが求められる理由

本章 目的	地域包括ケアが求められる背景・理由、自治体が地域包括ケアシステム構築に取り組むことの意義(必然)を理解する。
----------	--

(1) 地域包括ケア

地域包括ケアは、未来型の新しい政策である。

① なぜ、いま地域包括ケアなのか？

日本は、75 歳以上人口が大きな割合を占める世界に例のない超高齢社会を迎えて、従来の政策の延長線上での対応は困難であるとして、団塊の世代が 75 歳を超える 2025 年に向け、新しいシステムが求められています。一方、日本のこれまでの経験(ユニットケアの導入¹)等からは、施設ではなく、住まいで自分らしい生活が続けることが、自立を維持するためにも良いということも分かってきています。

今後、高齢者世帯は、一人暮らしと夫婦だけの世帯が大部分となります。その場合にも、住み慣れた地域の住まいで、できる限り元気を保ち、弱っても安心して過ごせるシステム、すなわち地域包括ケアシステムが必要となります。

とりわけ、団塊の世代が多く住む大都市圏では、一気に進む高齢化によって施設や病床が不足し、大きな混乱が起きることが予想されています。そのため、従来の施設や病床で対応することは困難であり、できる限り在宅で住み続けるということを基本とし、そのために可能な限り健康を保ち、弱っても安心して過ごせるシステムである地域包括ケアシステムを実現することが唯一の解決策であるといえます。

このことは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の継続につながるものであり、高齢者にとって最も幸せな高齢期の生活を追求するものでもあります。ゆえに、一気に高齢化が進むことが予想される大都市圏に限ったことではなく、本来的に求められる高齢者政策の在り方として全国共通のものとして考えられるべきものとなります。そのことから、国の制度として、2025 年に向け、地域包括ケアを実現しようとしています。

¹ ユニットケアの導入：特別養護老人ホームにおいて、6人部屋からユニットケアに移行した場合、入居高齢者の会話の量や歩行数が増えたという外山義氏の調査(「介護保険施設における個室化・ユニット化に関する研究」一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 平成 12 年度老人保健健康増進事業)があり、それが日本の地域包括ケアの理念の原点となっているといえる。「本稿 2.(3)住まい」参照

図表- 1 地域包括ケア



【地域包括ケアの5つの視点による取り組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取り組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

① **医療との連携強化**

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

② **介護サービスの充実強化**

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

③ **予防の推進**

・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④ **見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など**

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤ **高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)**

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

② 地域包括ケアは何を目指し、その基本的な要素は何か？

地域包括ケアが目指すものは、法律の定義にあるように、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むようにできるようにすること、となります。

【参考条文・通知等】

■ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(医療介護総合確保推進法)

第二条 (定義)

この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でそ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、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

地域包括ケアシステムでは、まず、「①できる限り元気な期間を長くすることを目指す」必要があります。

一方、長生き社会となった現在では、大部分の人が、死ぬ前に虚弱な時期を迎え、大なり小なり他者からの支援を得なければならないことが現実です。したがって、「②弱っても、できる限り生活の場において、自分らしく笑顔で(尊厳をもって)安心して過ごせるようなシステム」が必要となります。このためには、「③地域において、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援(生活支援)が包括的に確保されるシステム」であることが求められます。

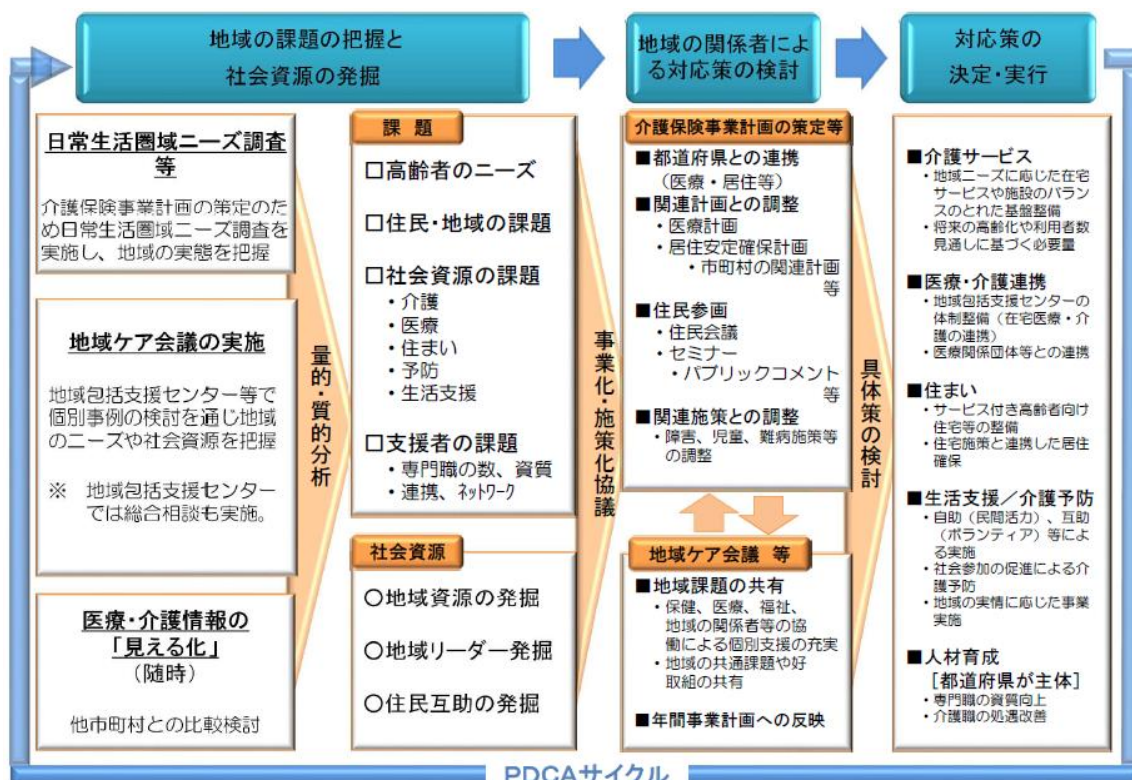
この場合、原則としては、住み慣れた地域ごとにシステムが必要となることから、その圏域として、「④概ね30分で駆けつけられる日常生活圏域(通常は中学校区)が、基本」とされています。

③ 地域包括ケアは地域ごとに異なるとされているが、実際にはどう進めたらよいのか？

人口構成と増減、高齢化の進捗状況、資源の整備状況等は、地域によって異なります。ゆえに、地域包括ケアシステムは、全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築されるべきものです。したがって、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性・主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていかなばなりません。

ただし、基本的な考え方は、どの地域も共通です。地域包括ケアシステムの理念とその背景と、次の「市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス」による進め方をよく理解したうえで、どのような優先順位を設定し、どのような姿として実現するかについて、各地域で自らのこととしてよく考え、実践することが大切です。

図表- 2 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



厚生労働省資料

④ 地域包括ケアと自助・互助・共助・公助という考え方との関係

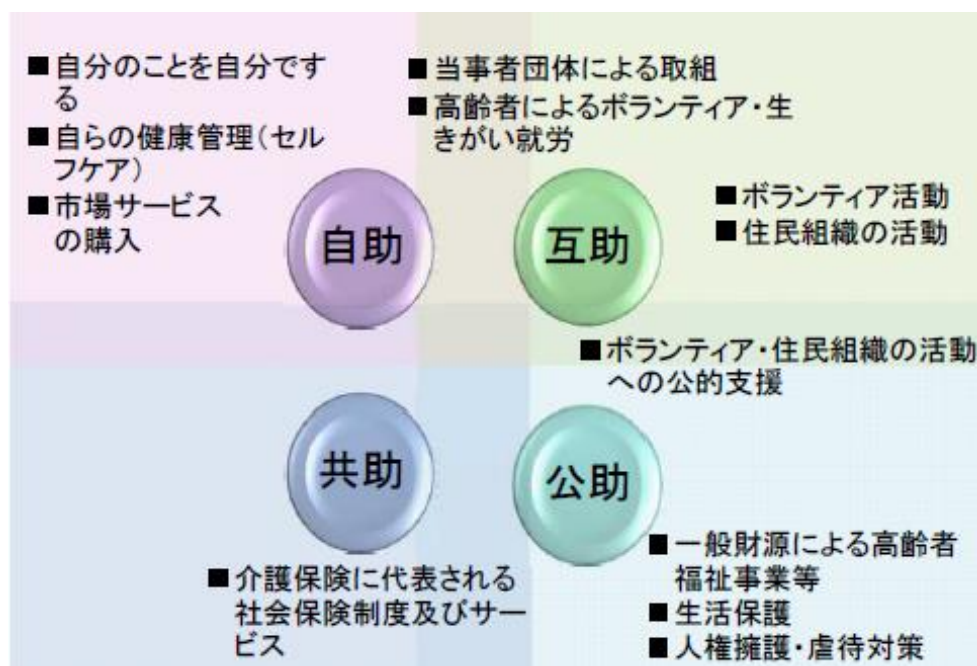
「今後の社会保障の在り方について」(平成 18 年 5 月 官邸・社会保障の在り方に関する懇談会報告)では、今後の社会保障についての基本的な考え方として、「我が国の福祉社会は、自助、共助、公助の適切な組み合わせによって形づくられるべき」とし、以下のように整理を行っています。

- 1)自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本として、
- 2)これを生活のリスクを相互に分散する「互助」が補完し、
- 3)その上で、自助や共助では対応できない困窮などの状況に対し、所得や生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などを「公助」として位置付ける

さらに、共助のシステムとして、「国民の参加意識や権利意識を確保する観点からは、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みとして、国民に分かりやすく負担についての合意が得やすい社会保険方式を基本とすべきである」としています。

「地域包括ケア研究会報告書」では、互助の概念を含め、自助・互助・共助・公助を次のように整理しています。

図表- 3 地域包括ケアシステムを支える自助・互助・共助・公助



資料)地域包括ケア研究会報告書(平成 27 年度)

地域包括ケアシステムの5つの構成要素である「医療」、「介護」、「介護予防」、「住まい」、「自立した日常生活の支援」の関係を示す有名な資料として、植木鉢をかたどった模式図があります(図表-4)。これは、当初は介護保険等の「共助」として専門職より提供される「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」の3枚の葉が、その機能を十分に発揮するための前提として「生活支援と福祉サービス」、「すまいとすまい方」が基本となるとともに、これらの要素が相互に関係しながら包括的に提供されるあり方を示したものでした。

一方、平成27年度より介護予防・日常生活支援総合事業として要支援者に対する介護予防が実施され、介護予防は生活支援と一体的に、住民自身や専門職以外の担い手を含めた多様な主体による提供体制へと移行しました。介護予防・生活支援は、介護予防・日常生活総合支援事業の取扱いにもみられるように、専門職の関わりを受けるものではありませんが、その中心は高齢者自身のセルフマネジメントや、地域住民、NPO等も含め、それぞれの地域の多様な主体の自発性によるものであり、自助・互助を基本とするものと位置付けられました。すなわち、今まで「共助」の葉の部分にあった軽度者向けの予防は、自助・互助の取組みによるものと整理されることとなります。そして、地域包括ケアシステムの「植木鉢」は変化し、地域包括ケアシステムの5つの構成要素は、本人及び家族の心構え、すまいとすまい方の「自助」、「自助」及び「互助」による介護予防・生活支援の上に主として「共助」として医療、介護等が展開されるとして整理されています。

なお、介護保険の中での介護予防は、国民の努力及び義務としても整理されています。

図表-4 進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」



資料) 地域包括ケア研究会報告書(平成27年度)

【参考条文・通知等】

■介護保険法(平成九年十二月十七日法律第百二十三号)

第四条(国民の努力及び義務)

国民は、自ら要介護状態になることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

【参考文献】

・地域包括ケア研究会報告(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)

http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html

・「地域包括ケアの展望」宮島俊彦 社会保険研究所 2013年

2. 地域ケアシステムの構成要素と体制

本章の 目的	地域包括ケアシステムの構成要素とその担い手は誰かを理解する
-----------	-------------------------------

(1) 介護

地域包括ケアにおける「介護」とは、「在宅介護」を基本とするという意味で理解されている。

① 施設介護との関係を含み、地域包括ケアにおける「介護」は、どういう論理で組み立てられているのか？

法律上の「介護」の概念

■介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号） 第七条（要介護状態）

この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上的の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要介護状態区分」という。）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）をいう。

■介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号） 第一条（介護）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態※となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、そ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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

■社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年五月二十六日法律第三十号）第二条2※介護

この法律において「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。

■介護保険法

身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）

【個々人に対する介護保険から地域における事業としての地域支援事業までを含む】

従来は、一般的に家族によって介護は担われてきました。しかし、人々の寿命が延び、寝たきり等の要介護の期間が長くなり、その一方では介護する家族の年齢も高くなる等、今までのように家族の役割だけに頼ることは困難となりました。また、将来、高齢者を含む世帯は単身世帯や夫婦のみ世帯が基本となることを踏まえると、介護を社会的な制度で対応する必要が生じました。そこで、「要介護の状態」になることを「保険事故」とする、サービスを保障するシステムとして、社会保険制度としての介護保険が導入されました。

介護保険において、要介護となった場合、すなわち、「介護保険」の保険事故が起こったときの被保険者に対する給付を「介護給付」といいます。介護給付は施設、在宅の双方を対象とし、介護職による介護サービス以外にも看護等の医療系職種によるサービスも含まれます。この部分が共に負担を分かち合う保険システムによるものであり、一般的に「共助」とされます。なお、介護保険制度導入後、「要支援」という要介護の少し前の状態に対しても「介護予防給付」として保険給付の対象とされましたが、介護予防給付については見直しが行われています。

介護保険では、被保険者への給付以外に、「地域支援事業」として保険財源を基本とする保険者による地域に対する諸事業が行われています。これは、医療保険制度における保健事業に相当するものです。地域支援事業は、被保険者個人に対し、社会保険制度としての法律に基づき、一律のルールにより保険給付を保障する事業ではなく、保険者による幅広い地域に対する事業を意味し、事業利用にあたっての個人の負担の在り方も保険者の判断で設計できる事業です。本来、できる限り要介護とならないように、あるいはなるのを遅らせることが重要であり、介護保険は、介護給付（介護予防給付を含む）を行うことだけでなく、介護予防のために市町村が中心となって行うさまざまな事業を行っており、近年の重要な事業として、地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」（以前は介護予防事業といわれていた）として取り組むこととしています。地域支援事業は、介護予防・日常生活支援総合事業だけでなく、包括的支援事業や任意事業といった様々な事業から成ります。

【在宅を基本とするケアシステムとして段階的に考える必要がある】

地域包括ケアの概念図でも明らかにされているように、地域包括ケアは住まいでの継続居住を目指すため、在宅介護サービスを基本に置くという考え方で、施設での対応を否定するものではありません。例えば、認知症の一人暮らしの高齢者が重度になったときは、一般的に在宅生活は困難となり、むしろ、特別養護老人ホームや有料老人ホームといった施設での生活の方が安心という場合があります。ましてや、十分に在宅ケアのシステムが整備されていなければ、施設の形態で対応するしか、その人を受け止めることはできないといえます。

したがって、地域包括ケアは、団塊の世代が後期高齢者世代を迎える 2025 年を一つの目安として、介護予防政策を徹底して進めつつ、高齢者本人や家族の意向の尊重、在宅医療を含む在宅ケアの体制の整備、その人の状況に応じた住まいの選択肢の確保などにより段階的に在宅を基本とするケアシステムの実現を図ろうとするものです。そして、それによって、できる限り在宅での継続生活を望む方々の願いに応える体制を作ろうとするものです。そのことが、自助、互助、共助、公助を適切に組み合わせるという今後の社会の在り方にかなうものであり、超高齢社会の持続可能性にもつながります。

② 多職種によるサービスの概念は、地域包括ケアでどのように位置づけられるのか？

在宅を基本とするシステムは、地域包括ケアの概念図にあるように、「予防」、「生活支援」、「介護」、「医療」、「住まい」といった要素から構成されています(図表-5)。

図表- 5 地域包括ケアシステム (再掲)



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

資料：2012年7月11日厚生労働省 在宅医療連携拠点事業説明会

広義の「介護」と「医療」の概念は、それぞれ概ね「介護保険で給付される介護」と「医療保険で給付される医療」に分かれているといえます。もしくは、「生活を支える介護」と、「病気を治療する医療」という区分ともいえます。

したがって、医療保険における病気治療のための体系とは別に、生活を支える介護という意味で、「(狭義の)介護」、「訪問看護」、「歯科口腔ケア」、「訪問薬剤管理指導」、「リハビリ」という概念があります。

在宅生活を続ける上では、介護も医療も必要です。したがって、「介護保険による介護」や「医療保険による医療」が、高齢者等の利用者の状況に応じて提供されることとなります。しかし、在宅生活が成立するためには、医療は介護が把握している多くの生活情報を得ることが必要であり、介護は医療がとらえている高齢者等の病態等の情報を得て介護にあたる必要があります。在宅生活が成立するためには双方が不可欠であり、さらには統合されることが必要です。そのためには、各専門職種が連携しなければ機能しないため、多職種連携ということが極めて重要となります(図表-6)。

図表- 6 利用者を中心とする多職種による統合されたケア



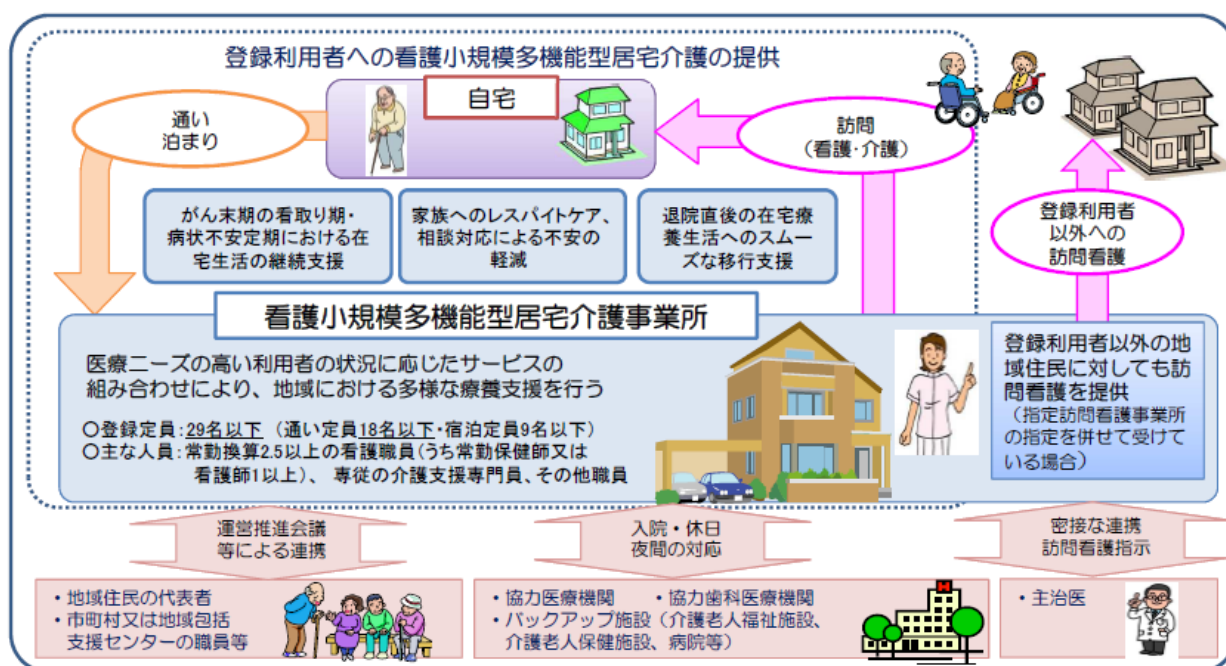
③ 在宅生活を支えるため、今多くある訪問や通所による介護はどのように展開されることが望ましいのか？

通所事業は、在宅生活を支える在宅ケアの重要な事業ですが、要介護度が高まるにしたがって、通所が困難となり、更には医療上の対応が必要な高齢者が増えてきます。この段階で、施設で受け入れざるを得ない場合もありますが、今後は、可能な限り在宅で生活が継続できるように、訪問看護を含めた本格的なサービスが重要となってきます。

このようなニーズに対応するため、小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護といった 24 時間対応の本格的な訪問介護看護のサービスが必要となります。そして、最近の政策をめぐる動向としては、より本格的な訪問看護が可能な看護小規模多機能型居宅介護が注目されます(図表-7)。一方、訪問看護のノウハウの弱い小規模多機能型居宅介護事業者も多いため、今後は、小規模多機能居宅介護事業と訪問看護の連携も重要となります。

当面は、24 時間対応が対応できる圏域は限られます。よって、24 時間対応をしやすい圏域にある住まい、特にサービス付き高齢者向け住宅(以下、「サ高住」という。)等への移り住みも考えられ、今後は住まいや住まい方との関係が大切になってきます。

図表- 7 看護小規模多機能型居宅介護の概要



(2) 医療・介護連携

地域包括ケアにおける「医療」とは、「在宅医療」という意味で理解されている。

① 「在宅医療」とはどのような概念なのか？

「在宅医療」は、狭義には、医師による「訪問診療」と解され、通院の困難な高齢者に対する医師による定期的な居宅への訪問による診療です。医師による居宅の訪問としては「往診」もありますが、患者の求めによってその都度赴くものであり、それとは異なるものとされています。在宅医療は、病院以外の「生活の場」における医療といえるため、自宅だけではなく、有料老人ホームやグループホーム、特別養護老人ホームなどの生活の場としての施設も対象であることに注意が必要です。

在宅での療養生活には、生活を支える介護も不可欠です。医師の訪問診療だけで支えることは困難であり、在宅医療は多職種の連携がなければ進みません。在宅医療には訪問看護、訪問歯科診療、訪問服薬指導、訪問介護、ケアマネなど他職種によるサービスとの連携が必要であり、訪問診療を含む多職種のサービス総体を広義の「在宅医療」と呼ぶことがあります。

在宅医療とは、治癒が期待できない疾患を患い、障害のため何らかのケアが必要な患者とその家族を支えるための医療であり、住み慣れた地域で安心して生きていくことを保障するための地域医療システムである。狭義の在宅医療は医師が患者宅を訪問し、居宅で医療を行うこと(訪問診療)を指し、広義の在宅医療は、診療形態に関わらず、地域でケアを必要とする人と家族を支援する医療【**医師以外の他職種が医師とチームを組んで行う取り組みを含む**】のことをいう。(注：【**下線部**】は事務局にて追記)

(在宅医療辞典, 中央法規, 2009)

② なぜ、地域包括ケアにおいて、在宅医療と介護の連携が重要なのか？

地域包括ケアは、できる限り住み慣れた地域の住まいに住み続けるという概念です。一方、各種調査において、自分が弱ったときに最期まで在宅に居続けることは難しいと考えている高齢者が多いことが確認されており、その主な理由としては、一つが、「家族に迷惑をかけるから」、もう一つが「医療上の不安があるから」があげられます。

医療上の不安を解決するためには、今までは、病院に行くしか方法がないのが通常でした。在宅医療が普及していないからです。また、高齢期の入院の場合、病気治療が終わり、仮に十分の介護体制があっても、在宅医療がなければ住まいに帰れないことが多いのが現状です。したがって、今後、地域包括ケアを真に推進するうえでは、在宅復帰までの道筋の確保、在宅医療の普及・推進が不可欠です。そして、在宅医療は、医師と介護サービスを担当する他職種の連携なくしては継続が困難といえるので、在宅医療・介護の連携は必須となります。

また、「医療介護総合改革」は、地域の必要に応じた各種病床を確保するという考え方であり、全国的には、地域医療構想として、回復期の病床は増やしつつ、急性期と慢性期の病床は減らそうとする改革が進もうとしています。したがって、在宅医療の普及なくして医療介護総合改革も実現できないと考えてよいでしょう。この場合は、広義の在宅医療を推進するということであり、これを進めるうえで「在宅医療・介護の連携」ということがカギとなります。

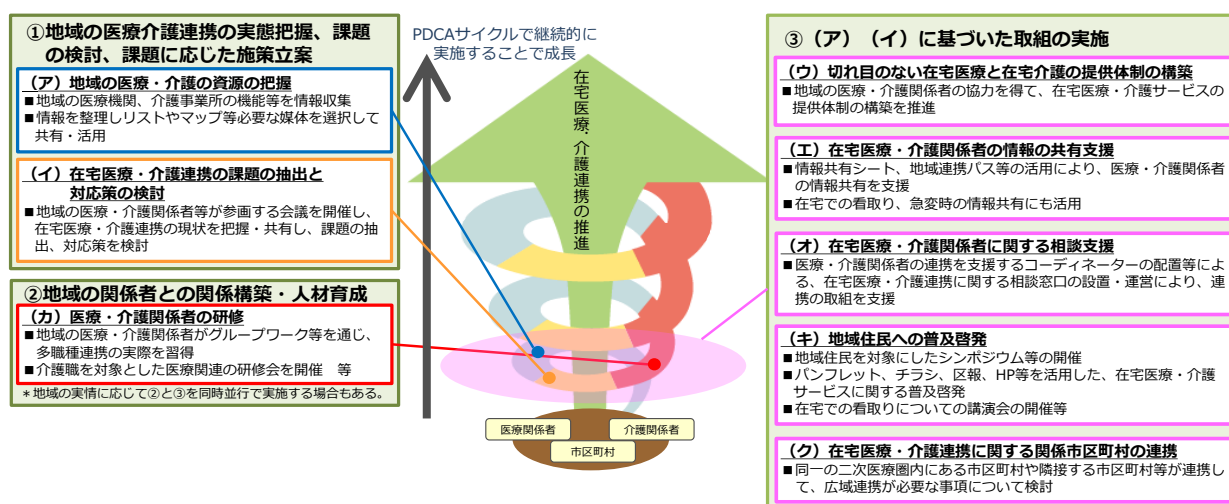
③ 市町村にとっての在宅医療・介護連携推進事業の本質は何か？

在宅医療は、医師が訪問診療を行うことが基本であり、医師がメインプレイヤーであるといえます。しかし、在宅医療は、訪問診療を行う医師だけでなく、さまざまな専門職の存在があることによって成り立つものであり、多職種が連携することなしには成り立ちません。よって、医師以外の職種、とりわけ訪問看護を行う看護師をはじめとする各専門職の活動が重要となります。

一方、保険者である市町村は、在宅医療を直接実施する立場にはありません。よって、プレイヤーである医師をはじめとする各専門職がしっかり連携し、前向きに取り組んでもらうことが推進のためには必要であり、そこに保険者である市町村は真剣に取り組まねばなりません。市町村は、多職種の連携を含めて在宅医療を推進するコーディネート機能を果たすことが必要なのであり、その業務が地域支援事業の包括的支援事業の一つとして行われる在宅医療・介護連携推進事業の本質です。

在宅医療・介護連携推進事業は、(ア)～(ク)の 8 つの事業項目から成ります。実施にあたっては、在宅医療・介護連携の推進という大きな目標のためにそれら事業が行われているという全体構造を正しく理解し、実現のために各事業項目が一連の取組みとして行われ、PDCA サイクルによって継続的に拡充する正のスパイラルで推進されると正しく理解し、取り組んでいくことが必要です(図表-8)。

図表- 8 在宅医療・介護連携推進事業の構造



* 図の典拠：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健健康増進等事業）

出典：「在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver. 2(案)」

（「平成 28 年度 都道府県在宅医療・介護連携担当者会議」参考資料1平成 29 年 3 月 6 日 厚生労働省老人保健課）

④ 自治体職員は、在宅医療・介護連携推進事業に対してどのように取り組むべきなのか？

在宅医療・介護連携推進事業は、市町村における介護保険の地域支援事業として行われているため、市町村の介護保険担当部局が所管することになります。

狭義の在宅医療（訪問診療）は、地域のかかりつけの医師が担うのが基本であり、地区医師会の関与なくして推進できません。一方、在宅医療は、多職種の連携により成り立つのであり、それなくして在宅医療は進みません。よって、地区医師会をはじめとする多職種を代表する組織の連携の推進役が必要であり、それを担うのが、市町村の介護保険担当部局です。

したがって、まず、地区医師会と市町村が「この事業を推進する」と合意することが出発点です。そのうえで、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡会、ケアマネ連絡会などの多職種の団体の参加を得て、医師をはじめとする多職種の話し合いの場を持つことが基本となります。

この場合、極めて重要なことは、多職種の話し合いの場の事務局は市町村が担当するということです。在宅医療・介護のプレイヤーは医師をはじめとする多職種であり、その連携を推進するのが市町村であり、在宅医療・介護連携推進事業を担当する市町村は多職種連携のいわばプラットフォームづくりの責任を持っています。したがって、市町村が地区医師会に一定のことを委託する場合があっても、いわゆる丸投げはしてはならないことであり、連携の事務局役については、主体的に責任を負うということが重要です。

以上の基本認識に立ち、在宅医療・介護連携推進事業を担当する部署、すなわち介護保険の地域支援事業を担当する部署は、その責任において医師会の窓口である医療を担当する部局と連携する必要があります。しかし、庁内に医療を担当する部局がない市町村もあると考えられ、その場合は都道府県の在宅医療・介護連携推進事業を担当する部局もしくは医療を担当する部局と連携を図りながら、医師会との関係性を確立する必要があります。さらに、円滑に業務を推進するためには、医師会との接点を多く持ってきた医療担当部局の経験者を、在宅医療・介護連携推進事業を担当する部署に配置するなどの工夫を講じることも重要です。

⑤ 特に地区医師会と市町村の関係性が重要とされているが、それはなぜか？

プレイヤーである各職種をまとめているのが、地区医師会をはじめとする職能別・職種別の団体です。一方、在宅医療は、在宅医療に取り組む医師の確保とそこで提供される医療の質の確保・向上なくしては成立しないため、地域の医師の専門職能団体である地区医師会の主体的な関与があることが不可欠です。したがって、在宅医療・介護連携推進事業を行う市町村行政は事務局役となり、在宅医療に関しては職種別団体のリーダーである地区医師会と強固なタッグを組んだうえで、地区医師会をはじめとする各職種団体の連携体制を組むことが基本となります。

在宅医療・介護連携推進事業は日本医師会も推進する方針にありますので、その方針が伝わっていると考えられますが、連携推進は地区医師会の力を無くしてはできません。ゆえに、法律で定められた業務を推進する立場から市町村の考えているところをきちんと説明して理解を得るための努力をし、徹底的に頭を下げてお願いすることで、在宅医療・介護連携推進のための協働関係を作っていくことが市町村の責任となります。

⑥ さまざまな市町村等の計画との関係はどうか

在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険の地域支援事業の一つです。よって、市町村における介護保険事業計画の策定時に、適切に在宅医療・介護連携推進事業を位置づけて、その評価指標をどうしていくかが、市町村の課題となっています。

地域医療構想は、高度急性期の病床、一般急性期の病床、回復期の病床、療養期の病床といったように病床機能を明らかにし、各地域の状況に合わせて、病院の病床数を地域ごとに必要なそれら機能の病床数に合わせていくという都道府県の構想です。今後、全国いずれの地域でも、後期高齢者が増加するのが一般的と考えられます。在宅医療を含む地域包括ケアが進まなければ、病院からの退院が円滑に進まず、結果的に、各地域の状況に合わせた病床数に合わせていくことは困難となります。したがって、地域医療構想が実現するためには、市町村段階での在宅医療・介護の連携が進むかどうか大きな鍵となります。

(3) 住まい

地域包括ケアにおける「住まい」とは、自らの責任と選択のもと自分らしい生活ができる場所である。

① 地域包括ケアにおける住まい・住まい方とは、どういう概念であり、なぜ重要なのか？

すべての人は、住まいに住んで生活をしています。住まいは、自分らしく生きるための究極の居場所であり、安心の原点である住まいを拠点に、外の世界に出たり・入ったりして生活しています。

特別養護老人ホームの多くが多床室であった時代に、個室空間を確保し、大規模な生活空間ではなく一定人数ごとの家庭的な雰囲気確保できる空間のユニットをつくり、入居者が個室で寝起きし、ユニットごとに配置された居間に出て食事をするユニットケア方式に変えたら、6人部屋の時より入居者との会話量も歩行数も増えたという有名な研究があります（外山義氏による研究²）。

この研究は、その後の日本の要介護高齢者に対する住まいの視点を大きく変えるものでした。生活の場ではない大部屋の施設や病院に行くのは本当に必要なときだけにするべきであり、人は自分らしいライフスタイルを継続し続けることが、本人の自立の維持という観点からも大切であることが分かりました。そうすると、最も自分らしく過ごせるのは、自らの「住まい」ということになります。

その場合の「住まい」とは、自らの責任と選択のもと自分らしい生活ができる場所という意味であり、自分が所有する住宅か、賃貸住宅かということを問うものではなく、個人のプライバシーと意思が保証される空間であるといえます。したがって、特別養護老人ホームや有料老人ホームのように、住まいと介護サービスが一体化し、設置者が管理責任を負っている施設は、持ち家や賃貸借契約を結んだ居住形態としての住まいとは区分されることになりますが、地域包括ケアは、このような意味における「住まい」にできる限り住み続けられるようにすることを目指すというものであり、本人や家族の意思、あるいは心身の状況、更には地域の在宅サービスの整備の実情から施設を選択することを何ら妨げるものではありません。したがって、「住まい方」という場合は、施設を含めた生活の場を、自身にとって最も好ましい形でどのように選択していくかという広い意味で理解されることになります。

² 「介護保険施設における個室化・ユニット化に関する研究（医療経済研究機構 平成12年度老人保健健康増進事業）」

② 政策として、打ち出された「サービス付き高齢者向け住宅」はどのような論理で成り立っているのか？

【自宅で生活支援が確保できない場合】

地域包括ケアにおいては、施設も必要ですが、「住まい」における自分らしい生活の継続を基本に置く考え方をとっています。高齢期を迎えれば、買い物、掃除、ごみ捨てなど、日々の生活を支える活動を行うことに徐々に課題が出てきて、生活支援の必要性が生じてきます。しかし、ひとり暮らしや夫婦だけの高齢者世帯では、同居家族らからそうした生活支援を得ることができません。そして、近居の子どもや近所から生活支援が得られない場合、たとえ要介護になる前であっても従前からの住まいで生活を継続させていくことが不安になってきます。

生活支援のサービスは「見守り、相談」を基本要素としますが、買い物、食事、ごみ捨てなどのさまざまなことについての困りごとへの対応を含んでいます（詳細は「6.生活支援」を参照）。近年導入されたサ高住には、この生活支援のうち、最低限「見守り、相談」の機能が備わった賃貸住宅とされています。サ高住は住宅の賃貸借契約が基本であり、有料老人ホームのように住居費用とサービス費用が一体にはなっていません。サ高住では、賃貸借料金とサービスの提供料金が区分して整理されており、生活支援のサービスの分野は自助、互助を基本とするものとして、それらは費用化され、入居者の全額自己負担となっています。つまり、通常の住まいに住み、プライバシーが確保されたうえで、最低限となる「見守り、相談」の生活支援はついているものであり、さらに個々の入居者のさまざまな生活ニーズに応じるべく、その選択のもと、在宅で必要となる生活支援のサービスや在宅介護・看護サービスを利用するというものです。したがって、「見守り、相談」という生活支援サービスの質がしっかりとしており、さまざまな生活支援のサービスが調達・利用できるよう、そのためのつなぎ機能についてもしっかりとした体制を持っていることが重要となります。

以上から、生活支援から介護サービスまでを一つのパッケージにし、居住の場の利用をする際に内付けにした特別養護老人ホーム型のサービスである「特定施設」と、利用者がその心身の状況に応じて、外部の多様な在宅サービスを調達・利用する「サ高住」とは、本人の選択や家族の関与の尊重という面での関係性を異としています。

【サ高住がその特質を発揮するために】

一方、現在のサ高住については、さまざまな課題も指摘されています。辺鄙なところに立地しており、地域包括ケアの政策にそぐわないものや、サ高住の運営事業者が生活支援や介護等に精通しておらず、どこまで入居者のニーズや状況に応じたサービスにつなげられるかが不明確である等のケースも見られます。あるいは、入居者自体が有料老人ホームと同様のサービスを期待している等、そもそもサ高住に対する理解が薄い場合もみられます。また、サ高住の賃貸料は、低年金受給者には支払えないという基本的な問題もあります。

以上のような混乱が生じている背景の一つに、本来の本格的・総合的な在宅サービスの体系が、地域で面的に整備されていないことがあげられます。サ高住がその特質を発揮するためには、その地域に入居者が利用できる在宅サービスの体系が整備されていることが必須なのです。

この状況を踏まえ、今は亡き小山剛氏の遺志を継ぐという動きの一環で、2016年5月に地域居住総合支援拠点と新型多機能サービスに関する提言がなされています。これは、小規模多機能型居宅介護事業の定員を拡大するとともに、訪問サービスを24時間対応型まで拡大する新型多機能サービスと訪問看護とを一体的に確保する地域居住支援拠点の提案です。この機能が日常生活圏単位に配置されるよう公募して整備を行い、地域全体にわたる在宅ケア機能を発展させ、地域全体が地域包括ケアの保障されたものとなるうえでのコアとするという構想です。こうした拠点機能を併せ持ったサ高住を、「拠点型サ高住」と呼んでいます。

このようなサービス拠点が整備されて来れば、将来的には新しくサ高住を作らなくとも、地域のアパートの空き室、空き家を一定数つないだ「分散型サ高住」といった方式の普及も期待できることとなり、結果として低賃料のサ高住も期待できます。こうした新しい取り組みが実現できるよう、本提言が実現できるような制度改正が期待されます。

③ 地域包括ケア担当者としては、「住まい」について何をしたらよいのか？

サ高住の利用者は、早晚介護を要する者たちと考えられます。一方、開設に際してのサ高住の登録は、原則として都道府県の住宅部局の所管です、そのため、市町村介護保険部局と都道府県の住宅部局間の連携は不可欠ですが、現状では不十分と指摘されています。

進む高齢化に対応した高齢期の安心の住まいを考えたとき、サ高住の整備が進み、その質も高められていくことが必要です。そのため、サ高住がどの圏域に、どの程度地域包括ケアの考え方と整合性を持ったかたちで立地することが望ましいかという方針が市町村介護保険部局のビジョンとして必要となります。そのことを都道府県に伝え、調整しつつ、できれば市町村高齢者居住計画の導入に向けて市町村住宅部局と調整するか、少なくとも介護保険事業計画においてサ高住の誘致計画を付記する等して、サ高住の立地を政策的に誘導することが望ましく考えられます、

(4) 介護予防

地域包括ケアにおける「予防」とは、「介護予防」という意味で理解されている。

① 現在行われている行政としての介護予防の見直しは、なぜ行われているのか

介護予防とは、法律上は、「要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止」と定義されています。これまでの介護予防の典型的な仕組みとしては、介護保険では要支援の概念が定義され、要介護状態になる手前で要介護状態になることを介護予防給付によって予防しようとする仕組みが導入されています。

しかし実際は、さらにその前の段階から徐々に自立度が低下しているため、要支援の手前の段階から地域支援事業として様々な事業を行うこととしています。（注：介護給付と地域支援事業との違いについては、「2. (1)①施設介護との関係を含み、地域包括ケアにおける「介護」は、どういう論理で組み立てられているのか？」参照）

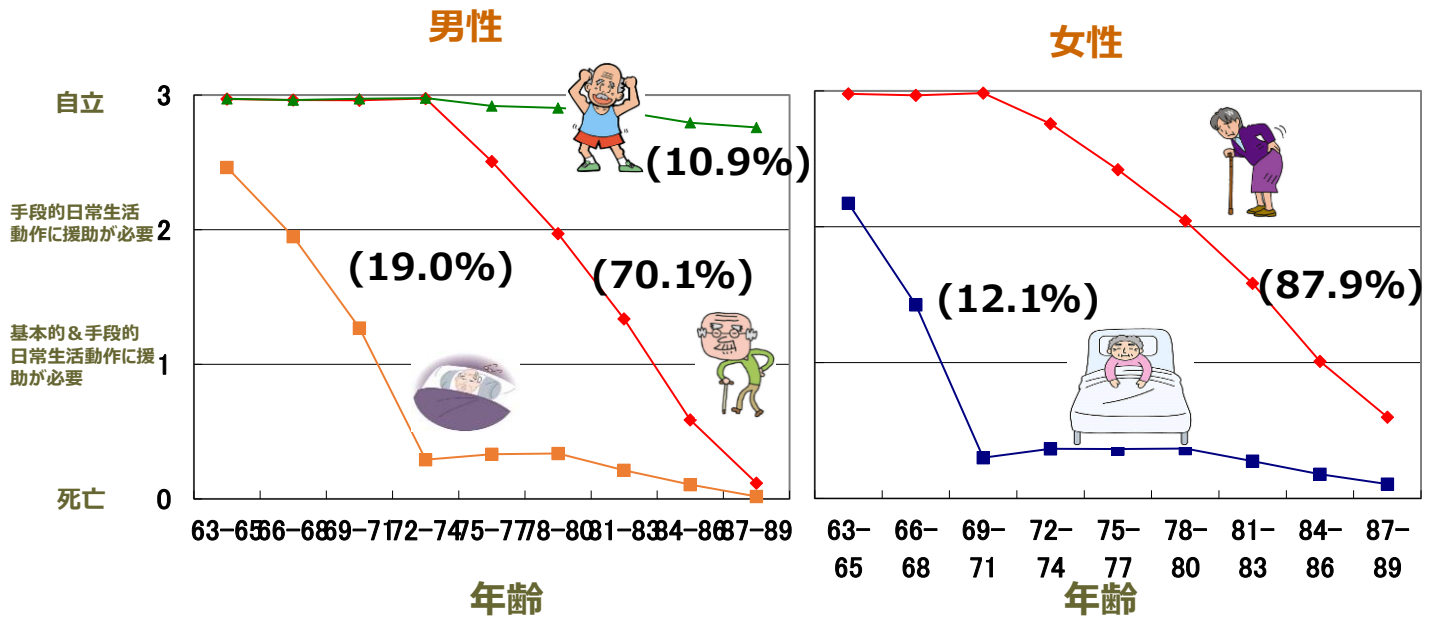
今後、後期高齢者が増加する中で、要介護者は大幅に増加することになります。そのため、要介護者の発生をできる限り少なくするため、要介護以前の人々に対して行う介護予防政策の強化は不可欠です。そのため、今後、介護予防は介護保険においてさらに重要な事業となっていくます。国は、これを更に充実させるために、共助である介護保険の介護予防給付を見直し、介護予防給付としては、より専門性の高いものを目指す一方で、従来の介護予防給付のうち、訪問介護と通所介護については、自助、互助の精神をより重視して地域支援事業に移行させ、より早期からの介護予防を重視する方向にあると理解されます。（介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨については、「2.(6)①総合事業は、介護予防や生活支援の政策の論理との関係でどのように理解したらよいのか」に記述）

② 介護予防とは、どういう論理で成り立っているのか？

日本の高齢者の自立度の低下の状況についての調査(図 9)によると、要介護になる要因はさまざまであり、早期の段階から観察してみると、生活習慣病を中心とする病気(典型としては脳卒中をはじめとする脳血管障害)で急速に重い要介護になるグループと、徐々に加齢とともに自立度が低下して要介護または要支援に向かう「フレイル」と呼ばれるグループに大別されます。実際に要介護状態になる過程は病気とフレイルの両方の要因が重なるものも多いため、一概に言うことはできませんが、大きくは、介護予防は生活習慣病の予防とフレイルの予防両面からの対応が必要であるといえます。

そのため、生活習慣病予防とフレイル予防について、国を挙げて強化する必要がありますが、量的にみると、後者のフレイルのグループのウェイトの方が高いと言えるため、今後はフレイル予防の視点に立った介護予防が重要となってきます。

図表- 9 高齢者の増加と多様なパターン-全国高齢者 20 年の追跡調査-



出典) 秋山弘子「長寿時代の科学と社会の構想」(『科学』岩波書店, 2010)

③ フレイル予防とはどのような概念であり、介護予防とはどのような関係になるのか？

近年、加齢に伴って徐々に自立度が低下し、要介護状態(又は要支援状態)になる過程についての研究が進み、この過程を「フレイル」という概念で説明されるようになってきました。今後、介護予防に取り組む場合、このフレイルという概念と構造を理解し、それに基づいて各種施策を展開する必要があります。

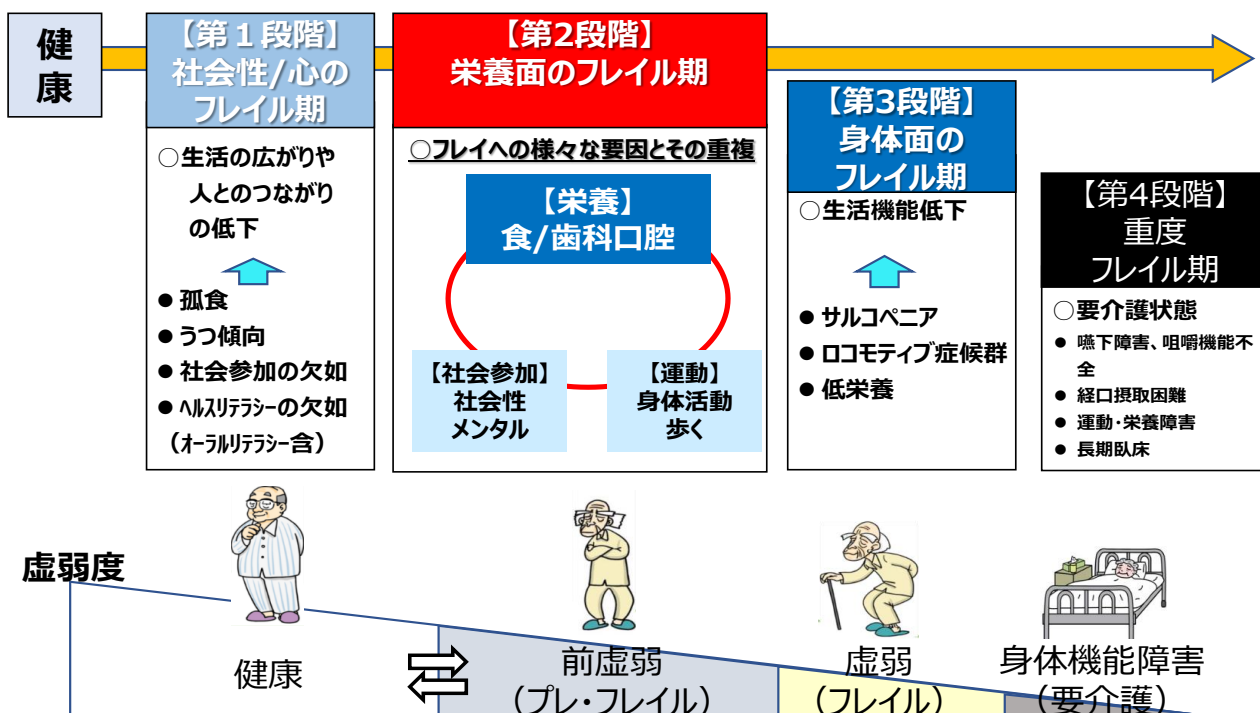
高齢期に加齢とともに徐々に自立度が下がっていく過程の状態を、専門用語では、英語では「frailty:フレイルティ」、日本語訳では「虚弱」と言います。これは従来「老いの姿」ともいわれてきたものであり、年をとれば、だれにもやってくる現象ともいえますが、近年の研究ではそれがある程度遅らせる、すなわち予防することができるということが分かってきています。

日本老年医学会は、特に要介護状態(または要支援状態)になる前の可逆性³の高い段階での予防が重要である、という視点に立ち、「虚弱」という日本語は、かなりレベルの下がった状態を想起させるため、要介護状態(又は要支援状態)になる前までの自立度の低下の過程を「フレイル」と日本人に呼びやすい言葉で定義しています。

本来の専門用語である「frailty:フレイルティ」は、高齢期の加齢に伴う要介護状態に至るまでの自立度の低下の過程の状態を表す用語であり、加齢に伴う要介護状態(又は要支援状態)に向けての連続的な一連の状態を示すものです。そのため、要介護状態も含めた全体の低下の過程の状態を「広義のフレイル」ともいことができますが、ここでは、日本老年医学会の定義に従い、広義のフレイルと断らない限りは、要介護状態(又は要支援状態)になる手前までの自立度の低下する過程の状態を「フレイル」と呼びます。したがって、介護予防は、「要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止」と法律上で定義されているので、法律上は介護予防は「広義のフレイル予防」と同義であり、介護予防のうち「要介護状態又は要支援状態の予防」を「フレイル予防」といことができます。

³ 可逆性: ある変化を考えたとき、条件を変えるとその変化と逆の方向に変化が起こってもとの状態に戻る。

図表- 10 フレイルの構造 ～フレイル(虚弱)の主な要因とその重複に対する早期の気づきへ～



「虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業））東京大学高齢社会総合研究機構・（作図）飯島勝矢

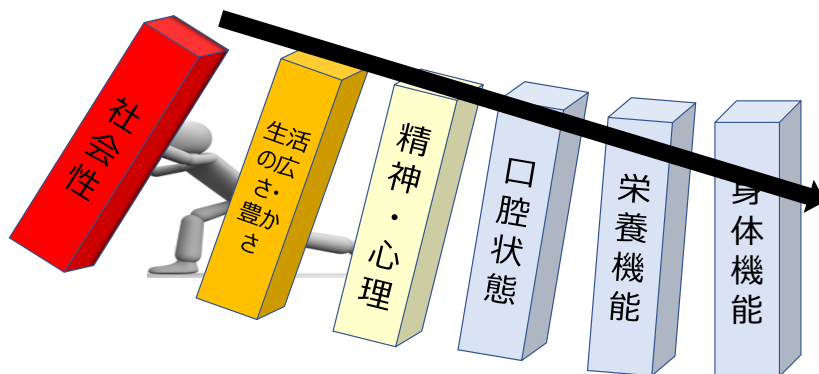
フレイル予防の在り方としては、大きく分ければ、「栄養（食、口腔機能）」、「身体活動」、「社会参加」の三つの要素が重要であるとされています（広義のフレイルの構造としては、図表-10 参考）。なお、「ロコモ予防」は、運動器に着目した、重要な介護予防の方法だといえますが、広義のフレイル予防の一つの重要な手段として、位置づけられることになります。

この三つの要素に対する重点の置き方は、フレイルの早期の段階かどうか、あるいは、高齢者自身の弱点が三つのうちのどこに偏っているかによって異なります。しかし、早期の段階では、特に「社会参加」（すなわち「閉じこもらない」こと）が特に重要であることが、さまざまなエビデンスから明らかになっており、このことは強く訴えられねばなりません（図表-11、図表-12）。

図表- 11 高齢期において「社会性」を維持することの意義

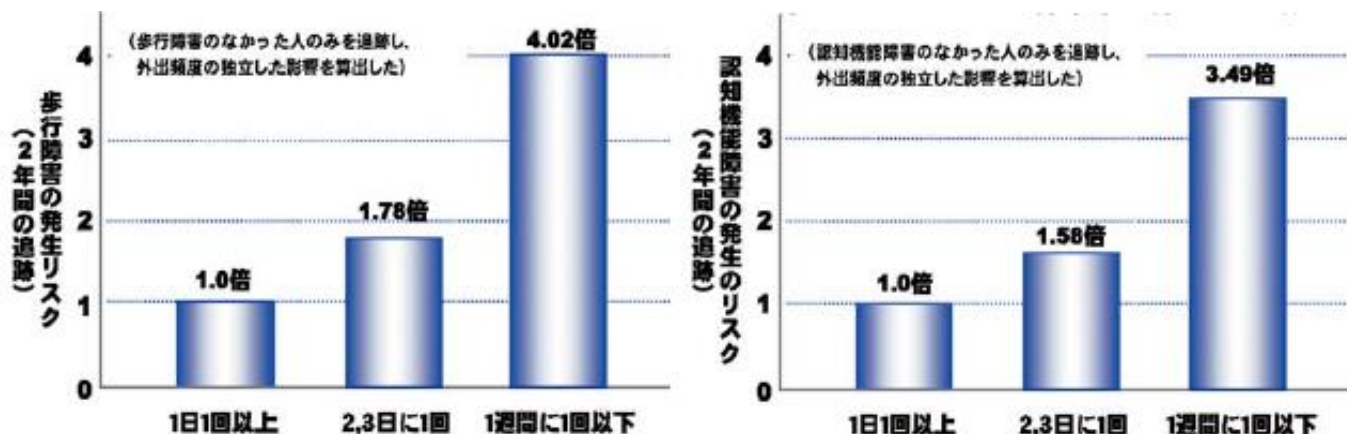
『社会性』は、活動量、精神・心理状態、口腔機能、食・栄養状態、身体機能など、多岐にわたる健康分野にも大きく関わる。

ドミノ倒しにならないように！



「虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活支援の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究」（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業））東京大学高齢社会総合研究機構（作図）飯島勝矢

図表- 12 外出機会と健康の関係 ～外出することは、健康予防、認知症予防にも効果あり～



資料提供）独立行政法人東京都健康長寿医療センター 井藤英喜

一方、「栄養（食、口腔機能）」、「身体活動」、「社会参加」の三つの要素のうち、特に弱いところにも対応が必要となります。そのため、「社会参加」を基本に置きながら、運動器の弱点に注目する場合は、「ロコモ予防」のように身体活動に重点が置かれた取り組みが進んでいます。また、「オーラルフレイル⁴」のように口腔機能に重点を置く取り組みも始まっています。このように、さまざまな介護予防のプログラムを、フレイル予防の体系として体系化し、位置づけていく必要があります。

フレイル予防の三つの要素は、基本的には地域住民自らが努力し、行動することによって獲得することが可能なことです。むしろ、地域住民一人ひとりが心掛けることが基本であるため、まずは自助の問題であるといえるでしょう。しかし、一人ひとりの責任と努力とするだけでは実現が難しいために地域支援事業と介護予防給付があるのであり、いわば、自助、互助、共助との組み合わせも必要となります。

【早い段階からのフレイル予防】

広義のフレイルの構造、およびフレイル予防の在り方から見て、今後は早い段階からのフレイル予防が極めて重要となります。フレイルの進行の重要な要素としてサルコペニア⁵が挙げられますが、かなり筋肉が弱った段階で元に戻るのは、一般的に困難といえるからです。このため、最近提唱されているフレイルチェック⁶といった手法で、まず、自分がフレイルになりつつあるかどうか早く気づくこと、そして、早い時期から、地域住民自身が予防に目覚め、三つの要素への取り組みの努力をすることが大切です。

フレイル予防は、住民自らが気づき、自分事として行動を変えていかないと効果が上がりにくいとされています。一方、自分のフレイルにせつかく気づいても、どこでどうしたらよいかわから

⁴ オーラルフレイル：歯科の専門団体では、歯だけでなく、咀嚼嚥下機能（噛む力や飲み込む力）を含めた口腔機能が低下している状態を「オーラルフレイル」と定義しており、今後この分野の取り組みが重要となる。

⁵ サルコペニア：加齢性筋肉減弱症。加齢や疾患により筋肉量が減少することで、全身の筋力低下および身体機能の低下が起こること。

⁶ フレイルチェック：東京大学高齢社会総合研究機構飯島教授が中心となって開発した手法で、「指輪つかテスト」等の様々な計測を地域住民（フレイルサポーター）の協力の下で行い、フレイルの早期の兆候と自分の弱いところに気づき自分事化し、様々な取り組みに繋げていくことを地域住民に促す手法。

ない人たちへの支援も必要です。その場合は、互助の精神で地域住民が自主的に参加するさまざまな取り組みへの支援を含む介護予防の地域支援事業が大切です。このように、「気づきの機会」としてのフレイルチェックなどの住民啓発と相まって、これらの介護予防の事業の利用者が増え、さらに活性化するという早期予防の仕組みの組み合わせが大切となります。

以上のように、できる限り早期からの自助、互助によるフレイル予防が重要ですが、それでも年をとれば、大なり小なり要介護の状態になることも避けられません。

よって、要支援の状態での対応も重要ではありますが、この段階になると、本人や地域での助け合いの努力だけでは在宅での生活を成立させることに困難がともなうことが多くなってくるため、共助である介護保険による専門職による対応に基本が移っていきます。

このように、今後の介護予防は、フレイル予防の論理を念頭に置きつつ、できる限り早期からの対応を行う一方で、従来からの介護予防給付は、専門的なサービスによる効果的なものとする等、介護予防政策全体を戦略的に進めていく必要があります。今回の介護予防政策の見直しがされたことについては、このような大局観のもとで理解し、実践していく必要があるものと考えられます。

(5) 生活支援

今後、ひとり暮らしや夫婦だけの高齢者世帯が増加する中で、「生活支援」が重要となる。

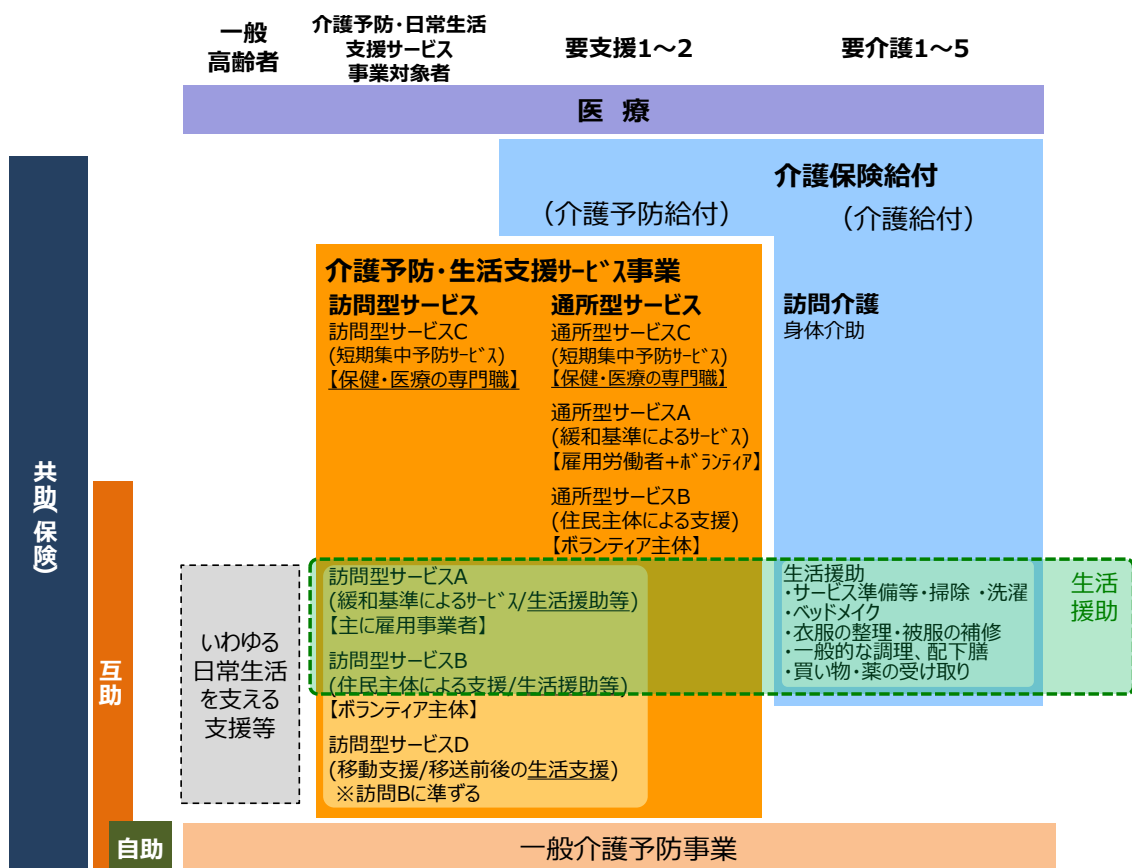
① 生活支援とはどういう概念であり、介護予防給付の生活援助とはどういう関係にあるのか？

「生活支援」とは、「自立した高齢者に対する見守り、相談、さまざまな困りごとへの対応」のことを示すものであり、介護保険における要介護という保険事故が発生した要介護者に対する介護サービスとしての「介護保険給付」とは異なるものです。

具体的な内容としては、「安否の確認（見守り）、困りごとへの相談、日常生活上の様々な困りごと（ゴミ捨て、庭などの掃除、電球等の取り換え、外出、食べ物など必需物資の買い物などへの日常生活上の支援」を意味します。これらのことは、本来は家族や隣人が行っていた自助と互助の分野に属するものであり、基本的には共助としての介護保険の給付対象ではありません。一方、要支援者や要介護者に対しては、介護サービスの一環として、高齢者が在宅生活を継続するための「生活援助サービス」として、「掃除、洗濯、食事などの支援」が含まれており、受け手から見れば生活支援に相当するものと重なってみえています。

総合事業は、介護予防給付について、この関係を再整理し、特に訪問サービスについては受け手から見れば生活支援の部分にあたることを従来の介護予防給付の分野から切り離し、自助、互助の支援の分野である地域支援事業の生活支援の事業の範囲に置きなおしたものと理解されます。そして、このことが、従来からの介護予防事業を介護予防・日常生活支援総合事業とした所以であると考えられます（図表-13）。

図表-13 地域包括ケアシステムの事業構成



② なぜ「生活支援」が地域包括ケアにとって重要なのか？

地域包括ケアの新たな概念として「生活支援」が重要になったのは、今後増加するひとり暮らし等の高齢者の場合、要介護となる以前の状態からを含めて生活支援がなければ、在宅生活の継続が困難となるからです。これは、超高齢社会における大きな課題です。

サービス付き高齢者向け住宅の体系が導入された背景には、ひとり暮らしが不安となった高齢者等の受け皿となる住まいへのニーズがあります。一方、「サービス付き」という場合のサービスは、最低限の「見守り、相談」という「生活支援サービスの基本サービス」とされています。そして、生活支援サービスは、自助、互助の分野にあるため、それらは自己負担となります。

一方、このようにサ高住に移り住んで生活支援サービスのために自己負担をすることのできない地域の高齢者に対しても、当然ながら生活支援のシステムは必要です。今までの場合、それらが不足する要介護者については訪問介護サービスか、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等の居住型施設の施設サービスと一体化された支援の中で対応されてきました。そして、そのことが施設志向にもつながってきたものと考えられます。

しかし、特別養護老人ホームの利用が要介護3以上に限定される中、今後は要介護1及び2に対する訪問介護サービスにおける生活支援サービスと専門サービスとの関係性や、小規模多機能型居宅介護や定期巡回随時訪問サービス等と生活支援サービスの関係を整理していくことが必要であり、それを踏まえながら地域における生活支援のシステムを形成していくことの支援が必要となってきます。

③ 政策の論理として、生活支援システムはどのような論理で組み立てられているのか、介護予防の事業とはどういう関係なのか

生活支援も介護予防も、自助、互助を基本とする分野ですが、「生活支援」はひとり暮らし等の高齢者の日常生活上の支援を示すものであり、高齢者のフレイルを予防する「介護予防」とは別の概念です。さらに、「生活支援」の担い手に高齢者になった時、そのことがフレイル予防の重要な要素である社会参加そのものであり、とりも直さず担い手となった高齢者自身の介護予防になるという関係性自体はあるものの、元来「生活支援」と「介護予防」は、異なる概念です。

生活支援については、介護保険の地域支援事業の包括的支援事業のうちの生活支援体制整備事業として、支えあい会議、生活支援コーディネーターなどにつき支援が行われています。貴重な介護保険の財源によるものであり、財源的にも限度はありますが、いかに、地域に自助と互助を基本とする生活支援システムを根付かせるのか、きわめて重要な役割を担っています。

互助として、自治会やNPO等の非営利法人が地域の助け合いをどう進めるのか、自助の前提となる優良な企業による生活支援サービスの振興も重要です。現在、これら生活支援のネットワークを如何に構築していくのか、全国でも試行が展開されつつあります。今後は、その中からモデル的な取り組みの普及を地域支援事業で促進することが重要となってきますが、この時、地域住民と行政の間に立ち、全国どこにもあるシステムの要である社会福祉協議会の存在は一層重要となります。

なお、生活支援における公助の体系については、低所得で住まいがなく、誰も受け止められない環境上の問題を持った高齢者に対する生活支援サービス付きの住まいともいべき養護老人ホームや、生活保護法の救護施設などがあります、今後は低所得者対策の一環として生活困窮者対策が展開されようとしています。この分野は極めて重要であり、社会福祉法人の役割が大きく脚光を浴びると考えられます。

(6) 総合事業

総合事業は、介護予防給付を自助、互助を重視する方向へと位置付け直した改革といえる。

①「介護予防・日常生活支援総合事業」は、介護予防や生活支援との関係で、どのように位置づけて理解すればよいのか？

介護予防・日常生活支援総合事業は、要支援 1、2 の介護予防給付の見直しの一環として、従来の地域支援事業の介護予防事業を見直したものです。あえて言うならば、その際の視点は次の通りとなります。

- 介護予防給付(共助)としての訪問介護と通所介護は、自助、互助の色彩の強い地域支援事業に移し、地域住民が参加し、なおかつ、多様なメニューや単価設定を可能とした。
- 地域支援事業に移行した訪問型サービスについては、短期集中予防サービスとして保健・医療の専門職が実施する「訪問型サービス C」を除き、地域住民の参加する自助、互助による生活支援サービスの一環としての側面を強化した。なお、見直し後の事業名が「介護予防・日常生活支援総合事業」となり、「日常生活支援」という用語が加わったのもこのような背景にあるものとする。
- 地域支援事業に移行した通所型サービスについては、短期集中予防サービスとして保健・医療の専門職が実施する「通所型サービス C」を除き、地域住民の参加する自助、互助の色彩の強いものとした。大きな流れとして、見直し後の通所型サービスは、一般介護予防事業とともに介護予防の早期対応として、発展させることが期待されている。

あらためて確認しなければならないことは、フレイル予防の基本は、高齢者の社会性の維持、社会参加にあることです。

これを今後の日本の高齢化対応の基本的なあり方という視点から考えて言い換えると、このような形で地域の自助、互助を重視し、高齢者が参加するコミュニティの形成を目指していく方向は必然といえます。したがって、総合事業は、従来から共助である「介護保険給付」に傾斜していた介護保険制度を、地域包括ケアの一環として位置づけ直し、地域支援事業を重視し、自助、互助を大切にする方向へと位置付けた改革として受け止める必要があります。

(7) 介護保険事業計画・日常生活圏域

地域包括ケアは、最終的には、日常生活圏域を基本とするまちづくり計画であるといえる。

① 今後、介護保険事業計画はどのような面が重要となるのか？

介護保険事業計画は、3年単位に介護保険事業の計画を定めるものであり、将来に向けたサービスの確保及びそれに対応する保険料を決めるうえでの基本をなす、極めて重要な計画です。この場合、注意を要するのは、介護保険に基づく介護事業所については、通常は市町村の直営はなされないため、計画に基づいて特別養護老人ホーム等の事業者を誘致する計画という側面が強いことです。特別養護老人ホーム等の施設は、その定員数を定める権限が行政に与えられていますが、在宅サービスの場合、地域密着型サービスは公募を通してその設置数等を制御する権限を市町村保険者が持っているのを除き、要件を満たせば都道府県により指定されることが基本となっています。

したがって、今後、日常生活圏単位の在宅ケアシステムを構築するにあたっては、従来からの施設における対応の計画に加えて、市町村がその権限を持っている地域密着サービスについての確保に関するビジョンを持ち、地域包括ケアの確立への道筋を明らかにしていくことが重要であるということです。その際、都道府県指定の在宅サービスについては、市町村の計画に沿って都道府県が事業者指定を行うような方向性が検討されるべきと考えられます。

なお、介護保険事業計画は、地域包括ケア推進の最も必要な部分を担っているため、介護保険による各種サービスの計画にとどまらず、地域支援事業の方針はもちろんのこと、サービス付き高齢者向け住宅に関する方針や在宅医療の確保に関する方針等も付記されることが望ましいといえます。

② 日常生活圏単位でどのように政策を進めていったらよいのか？

本来、地域包括ケアは、高齢者が住んでいる日常生活圏域ごとに位置づけられるべきものです。しかし、現実としては、まだ、そうした姿が見えているといえず、2025年を目指して各地域での取り組みが進むことの期待がされている状況です。

日常生活圏は、30分程度で駆けつけられる地域の単位として中学校区が基本といわれています。当面、国の政策として、日常生活圏単位で推進すべき政策とされたのは、自助互助を基本とする生活支援であり、その圏域として、日常生活圏域が市町村圏域(第一層)に次ぐ第二層の圏域とされています。現在は、全国各地で、第二層における支えあい会議等の取組が始まっており、今後、高齢者世帯は一人暮らしが主流となるため、この取り組みは極めて重要となってきます。

一方、弱っても、できる限り最期まで住み慣れた地域で住み続けるためには、地域包括ケアシステムの重要な要素として、日常生活圏単位の在宅ケアシステムが整備されることが必要です。国の政策として、小規模多機能居宅介護や定期巡回随時訪問介護看護といった本格的な在宅サービスが導入されており、その整備が期待されます。しかし、日常生活圏単位でどのように整備していくかについての道筋は、まだ十分に明らかにされていない状況にあり、今後の展開が待たれます。

③ 地域ケア会議は、日常生活圏単位で行われることが必要なのか？

地域ケア会議は、介護予防から医療・介護の連携に至るまでの幅の広い内容を取り扱うものであり、地域の実情に応じて、さまざまな形態で行われていることから、一概に言うことはできません。もし、地域ケア会議が、介護予防給付の在り方を巡って行われるのであれば、市域の運用の安定化という意味で市域を単位として行われる場合もあり、医療・介護の連携の在り方というのであれば、地域ごとのサービス提供者の顔の見える関係を重視することとなります。

地域ケア会議は地域の実情に応じて開催されていくことになりますが、事例検討等による個別課題の解決、参加する専門職らのネットワークの構築、それらを通じての地域課題の発見、地域づくりや資源開発へと進化し、それらが政策形成にまで結びついていくことが期待されます。

④ 地域包括支援センターと日常生活圏とはどういう関係にあるのか

地域包括ケアは、日常生活圏単位に推進されるのが基本であり、日常生活圏域ごとに地域包括支援センターが設置されることが望ましいともいえます。しかし、そうでなければ、地域包括支援センターが機能しないというわけではないので、市町村の事情に応じて設置されているというのが現状です。

3. 自治体と地域包括ケアシステム

研修の 目的	地域包括ケアシステムの構築に向け、自治体職員のあるべき姿勢を理解する 担当職員である自分の役割・どのようなことをしなければならないかを理解する
-----------	--

地域包括ケアの構築は、新たな行政技術の獲得が求められる創造的な仕事である。

① 自治体職員は、地域包括ケアにどのような姿勢で取り組むことが必要か？

介護保険給付に関する業務は、社会保険業務の一環として保険給付及び事業者の指導という比較的定型的な業務ですが、地域包括ケアという一つの理念で地域をかたちづくることを目指す観点から、今後は、介護保険事業計画を基本とする将来展望をいかにデータに基づいて確立していくかという調査企画業務が重要となってきます。特に、今後は、住まいに関する項で述べたように、日常生活圏全体を24時間対応でカバーできる拠点型の在宅サービスを誘致し整備していくという考え方が重要になるため、市町村のビジョンは極めて大切なものとなります。この場合、市町村職員がデータをよく分析し、まちをどのようにしていけば地域住民が安心できるのかということを自ら考えることができる「担い手意識」を強く持つことが不可欠です。

一方、地域支援事業では、介護予防、生活支援といった住民の自助、互助のウエイトの高い分野を促進する業務や、在宅医療・介護連携推進事業のように、医師をはじめとするプレイヤーを束ねる専門職団体のコーディネート、更には、住宅部局との連携といった新しいタイプの業務をこなす必要があります。

この場合、共通するのは、様々なプレイヤーが共通の問題意識に到達し、そこからともに連携するという業務が多いということです。したがって、従来の決められたことをいかに実施するかという方式だけではなく、業務を遂行する上での課題をまず共有する、その共有の下で、提案しあうといった仕事の進め方が多くなります。

団塊の世代が後期高齢者層に移行する 2025 年を目前に、地域包括ケアシステムをつくりあげすることは、いずれの市町村にとっても必須の課題です。自分らしくいきいきと暮らし、たとえ重度の医療・介護が必要となった場合も、住み慣れた地域・住まいで安心して暮らせることは多くの人々の願いであり、それを実現しようとすることは成熟したまちの証でもあります。そして、それに取り組むことは、市町村における住民福祉への責務を果たすというだけでなく、取り組む市町村職員にとっては非常に創造的な仕事であり、それに向けての知識と技術の獲得、とりわけ担い手意識の形成が必要です。

② 会議はどのように進めたらよいのか・そのために職員には何が必要か？

今後、仕事の上での関係者らとの関係においては、単に会議を開催し、国や都道府県から伝えられた方針を伝達するといったことにとどまらず、むしろ関係者がいかに主体的に行動するよう仕向けるか・仕掛けるかというような業務が大切となってきます。このためには、モデル事例を提示する等して具体的でわかりやすい資料を提供しながら、会議出席者に課題を十分理解してもらい、それぞれが主体的にどう行動したらよいかを認識して行動してもらうことが大切であり、その際には市町村がどのように考えているのかもきちんと伝える姿勢が必要です。

すなわち、会議を進めていく場合、事務局を担う自治体は成り行き任せとするのではなく、関係者の主体性を尊重しながらも、一定の方向性をわかりやすく説明し、関係者の協議とそれに基づく意思決定を尊重して一つの方向性に向かうという姿勢が重要です。このように、市町村職員として、新しい会議の手法も身に着ける必要が出てきます。

いかに多くの人に会議で主体的に発言してもらうか、議論をしてもらうかが重要となるため、グループワークなども含む会議の進め方にも工夫を行う必要があります。さらに、いかに参加者のチーム意識を醸成し、担い手意識を向上させるか・モチベーションを喚起させるかといった手法を体得することも必要となってきます。特に、参加者による議論を引き出すだけでなく、その合意形成や気づきの獲得、関係性の強化を促進させていくために、グループワークの手法、ファシリテータとしての技能は、今後の市町村職員にとって必須のノウハウであるといえます。

③ そもそも行政側の体制をどのように構築したらよいのか？

地域包括ケアの推進については、まずはその方向性を束ねるセクションを決めることが重要です。そのうえで、他に担当・関連する各セクションとの関係性を確保し、まずは相互に自覚することが不可欠となります。その際には、互いの共通認識を大切に、情報交換のルールを決めておくことが肝要です。特に、地域包括ケアは、新しい理念に基づく新しい行政システムであるといえるので、管理責任者が地域包括ケアについての基本理解とその方向性への確信を持つかどうか、基本的に重要であることを強調したいと思います。

地域包括ケアを構成するものは、直接的なサービスだけではありません。サービスを利用しながら住み続けることができるような住まいやまちの環境づくり、取り巻く人々・地域社会の意識の醸成等広範にわたるものであり、このことが地域包括ケアはまちづくりであると言われる所以です。そのため、地域包括ケア推進の主担当課の職員は、地域包括ケアに直接的に係るセクションのみならず、庁内のあらゆるセクションが地域包括ケアを実現するためにはかかわることになることを、まず理解する必要があります。そして実現に向けて庁内にはたらきかけ、さらには地域の住民組織から医療や介護等の専門職までの幅広い人々に働きかけ、連携しながらつくりあげていく必要があります。

地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究事業
検討委員会

(アイウエオ順・敬称略 2016 年 6 月時点)

	所 属	氏 名
委員	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 教授	飯島 勝矢
	医療法人アスミス 理事長	太田 秀樹
	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長	川越 雅弘
	国立大学法人千葉大学予防医学センター 環境健康学研究部門 教授	近藤 克則
	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授	辻 哲夫(委員長)
	医療法人社団つくし会 理事長	新田 國夫
	一般財団法人医療経済研究機構 研究部研究員 兼 研究総務部次長	服部 真治
	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長	藤原 佳典
	国際医療大学 教授	堀田 聡子
	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部部長	三浦 久幸
	国立大学法人岡山大学 客員教授	宮島 俊彦
	国立大学法人東京大学医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	吉江 悟
オブザーバ	国立大学法人東京大学 医学部 在宅医療学拠点 特任研究員	松本 佳子
	国立大学法人東京大学 高齢社会総合研究機構	長島 洋介
	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 政策研究事業本部 東京本部 社会政策部 部長 上席主任研究員	岩名 礼介
	厚生労働省 老健局 総務課 課長補佐	石井 義恭
	厚生労働省 老健局 総務課 企画法令係	矢野 修司
	厚生労働省 老健局 老人保健課 医療・介護連携技術推進官	秋野 憲一
	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査	塩崎 敬之
	厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐	谷内 一夫
	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進係 生活支援サービス係 主査	寺崎 譲
	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進係 生活支援サービス係	三政 貴秀
	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課 課長	懸上 忠寿
	厚生労働省 関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	小田 晴美
	厚生労働省 近畿厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	安田 隆行
	事務局 株式会社富士通総研 第一コンサルティング本部 公共事業部	名取 直美 赤田 啓伍

地域包括ケアシステムに関する 30 の Questions(第一版)
(平成 28 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
「地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究事業」)

発行月 平成 29(2017)年 3 月
発行者 株式会社富士通総研
〒105-0022 東京都港区海岸 1-16-1 ニューピア竹芝サウスタワー
tel. 03(5401)8396 fax. 03(5401)8439
<http://jp.fujitsu.com/group/fri/>

禁 無断転載

【現状・課題整理シート】

		1.在宅医療	2.入院医療	3.在宅介護	4.庁内	5.多職種間連携	6.利用者
現 状	①定量的観点						
	②定性的観点						
現 状 強 み と 把 握 で き る	強み						
	弱み						
強 み と 弱 み の 総 括	強み						
	弱み						

【現状・課題整理シート】 記入項目の例

		1.在宅医療	2.入院医療	3.在宅介護	4.庁内	5.多職種間連携	6.利用者
現 状	① 定量的観点	・訪問診療や往診を行う診療所数 ・訪問看護事業所数 ・訪問看護師数 （上記について、地域の後期高齢者数に対する比率）	・病院数・有床診療所数 ・病床数 ・退院支援加算算定医療機関数	・居宅介護支援事業所数、居宅介護支援専門員数 ・地域包括支援センター数、職員数 ・要介護認定者数	・在宅医療・介護連携に係る庁内予算 ・在宅医療・介護連携や地域支援事業の担当職員数	・多職種連携研修の開催回数、参加者数 ・地域ケア会議の開催回数 ・入院時の介護支援専門員からの情報提供率 ・退院調整率	・将来推計人口 ・在宅医療の利用者数 ・地域住民における在宅での療養の希望率 ・在宅等での看取り率
	② 定性的観点	・関係団体の在宅医療・介護連携に対する意欲 ・在宅医療に熱心な医師の有無 ・地区医師会の在宅医療への取り組み状況	・病診連携の取り組み状況 ・病院医師等による在宅医療への理解度 ・後方病床等の整備状況	・居宅介護事業所間の連絡・情報共有の状況 ・各団体における自主的な勉強会・研修会の実施状況 ・介護職員間の情報共有の状況	・首長の在宅医療・介護連携に対する理解度 ・庁内の他部門間連携の状況 ・関連計画への在宅医療・介護連携の取組や目標等の記載状況	・多職種連携研修の実施状況（内容、レベル等） ・医療職と介護職の情報共有の仕組み・体制の状況 ・入退院時のルールの設定状況	・地域住民に対する普及啓発の取り組み状況
現 状 強 か ら と 把 握 み で き る	強み						
	弱み						
強 み と 弱 み の 括 弧	強み						
	弱み						

【ワークシート】(地域包括ケアシステムの構築に向けた連携図)

事前課題:あなたの自治体の地域包括ケアシステムの実施体制

自治体名		所属		氏名	
------	--	----	--	----	--

あなたの自治体では、どのように地域包括ケアシステムの推進がはかられているでしょうか。

あなたの所属する課を中心に、庁内の関係課、庁外の関係機関等との連携図を作成してください。

そして、庁内では、どのような体制で構築推進が図られているか、また、その中であなたの役割はどのようなことであるかを記載してください。

【連携図】

連携図作成

この中でのあなたの課・あなたの役割

記入

【目標設定シート】

自治体名		所属		氏名	
------	--	----	--	----	--

在宅医療・介護連携の推進のため、今後あなたはどのように取り組んでいこうと思いますか。

わたしの目標	
目標実現のために 必要だと思うもの (マインド・知識・技術)	
目標達成のために、 まず1ヶ月以内に 取り組むこと	
年度末までに 取り組むこと	

平成 28 年度

地域包括ケア推進に向けた

総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究事業

(平成 28 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)

発行月 平成 29(2017)年 3 月

発行者 株式会社富士通総研

〒105-0022 東京都港区海岸 1-16-1 ニューピア竹芝サウスタワー

tel. 03(5401)8396 fax. 03(5401)8439

<http://jp.fujitsu.com/group/fri/>

禁 無断転載