

厚生労働省委託事業

令和3年度介護予防活動普及展開事業

介護予防の取組強化・推進のための 市町村マニュアル

2022（令和4）年3月

厚生労働省

本マニュアルの活用について

本マニュアルは、介護予防の取組強化・推進に向け、「どこから手をつけて良いか、わからない」「さまざまな事業を展開しているのに、その効果が感じとれない」などの悩みを抱える市町村職員のほか、それらの事業に携わる機会のある地域包括支援センターや生活支援コーディネーター等も参考にできるよう作成しています。

また、悩みを抱えている市町村をサポートする都道府県職員や都道府県等から派遣されるアドバイザーの方にも「住民の望む暮らしを支える」ために、今の行き詰まり感から、どのようなプロセスを辿ると改善の方向に向かうのかを、改めて確認いただく機会となるようお願いいただければと考えています。

本マニュアルにおいては、介護予防に関係する多くの関係機関・関係者との目線合わせ（意識合わせ）をはじめ、市町村の現状を把握すること、その次に、目指すべき方向性とのギャップを確認し、課題解決に向けた打ち手を皆で考えていくプロセスが大切だということを示しています。

ひとつひとつの事業についても説明していますが、紹介しているものが全てではありません。我がまちが進むべき道はどこにあるのか、こういった手法が住民にとって好ましいものなのか、関係機関・関係者等と模索・協議しながら取組を進めていただければと思います。

本書に掲載されている情報をまとめ、読者が実際に必要とする内容にアクセスしやすくなるよう、第4章には「課題解決に向けたポイント」を、別冊の事例集には「事例一覧」を用意しておりますので、適宜ご活用ください。

〈本マニュアルの活用例〉

◇市町村職員が活用する場合

- ・介護予防事業全体の見直しを考えたい ⇒マニュアル全体
- ・関係機関・関係者・住民等との目線合わせ（意識合わせ）を行いたい ⇒第2章
- ・具体的な事業の進め方を学びたい・考えたい・確認したい ⇒第3章
- ・介護予防事業のデザインについて事例で学びたい ⇒別冊事例

◇市町村の事業に関連する関係機関・関係者（地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、介護事業所、介護支援専門員等）が活用する場合

- ・介護予防事業の進め方を確認したい ⇒マニュアル全体
- ・行政・関係機関・関係者・住民等との目線合わせ（意識合わせ）を考えたい ⇒第2章
- ・具体的な事業の進め方を学びたい・考えたい・確認したい ⇒第3章
- ・介護予防事業のデザインについて事例で学びたい ⇒別冊事例

◇市町村の介護予防事業等をサポートする都道府県及びアドバイザー等が活用する場合

- ・介護予防事業全体の見直しである場合 ⇒マニュアル全体
- ・市町村の課題が、関係機関・関係者・住民等との目線合わせ（意識合わせ）の場合 ⇒第2章
- ・市町村の課題が介護予防事業そのものに関する場合 ⇒第2・3章
- ・介護予防事業のデザイン構築に関する場合 ⇒別冊事例

目 次

はじめに

本マニュアルの活用について

目次

第1章 介護予防の推進に向けて	1
第1節 介護予防・日常生活支援総合事業の推進状況について	3
1. 介護予防を取り巻く施策の経緯・変遷	3
2. 介護予防・日常生活支援総合事業の推進状況	7
第2節 介護予防の推進に向けた運営上の課題	21
第2章 介護予防を進めるために必要なプロセス（つながる・知る・うまれる）	25
第1節 つながる・知る・うまれる	27
1. つながる（関係機関・関係者との対話）	29
2. 知る（関係機関・関係者との共有）	32
3. うまれる・うみだす・はぐくむ（関係機関・関係者との共同・協働）	33
第2節 地域の実態把握	36
1. 基礎的データをまず把握しましょう	36
2. 目的に沿った把握対象・範囲について	37
第3章 各種事業やサービスの創出・既存事業の再構築等	41
第1節 介護予防ケアマネジメント	43
1. 規範的統合 ～みんなと目線・意識あわせをしましょう～	43
2. 基本的な考え方を定期的に振り返りましょう	43
3. 介護予防の推進に向けた普及啓発を幅広くすすめましょう	45
4. 効果的・効率的に実践できるようなツール開発等	46
第2節 地域ケア会議	47
1. 地域ケア会議の意義・目的の共有	47
2. 場の構築（再構築）及び運営	48
3. 個別課題の解決に向けた戦略	50
4. 地域課題の発見に向けた個別ケース検討結果の整理	50
5. 地域づくりや施策形成への展開	51
第3節 サービスC（短期集中予防サービス）	52
1. サービスCをデザイン ～関係機関・関係者との合意形成～	52
2. 対象者像の設定	52
3. 事業内容	53
4. 事業所選定や専門職の確保	54
5. 普及啓発	55

6. 対象者の選定（窓口対応・介護予防ケアマネジメント等）	55
7. 地域ケア会議やモニタリングの有効活用	56
8. 生きがいや役割の創出・卒業（修了）後のつなぎ先等	56
第4節 一般介護予防事業と住民主体の通いの場	57
1. 庁内の他部局や地域の多様な関係機関・関係者との連携	57
2. インセンティブ付与も含めた参加促進	58
3. 専門職の効果的・効率的な関与	58
4. 通いの場に参加しない高齢者への対応	59
5. PDCAサイクルに沿った見直し	59
第5節 地域支援事業に関する事業間連動	60
1. 一般介護予防事業と認知症施策との連動性	60
2. 通所型サービスCと在宅医療・介護連携推進事業との連動性	61
3. 住民主体の通いの場と生活支援体制整備事業との連動性	61
4. 包括的支援業務や総合事業と介護予防ケアマネジメントの連動性	62
5. 地域ケア個別会議と地域支援事業との連動性	62
6. 研修会や会議の進め方等について	63
第4章 課題解決に向けたポイント	65

第 1 章

介護予防の推進に向けて

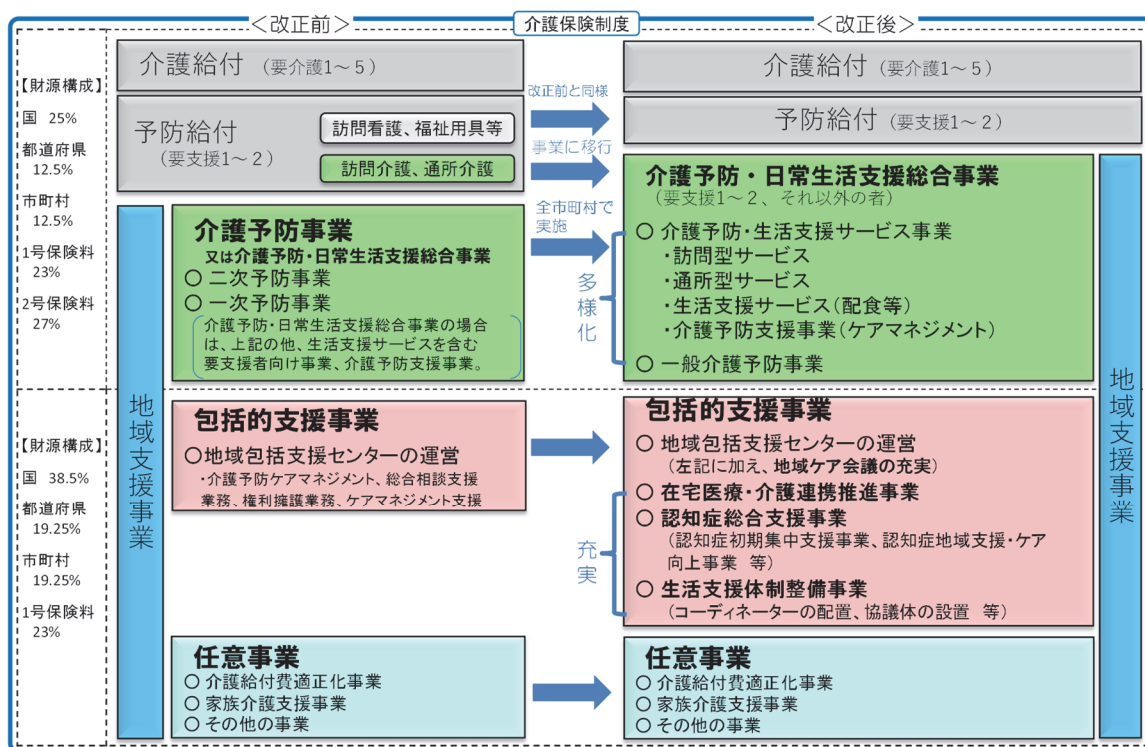
第1節 介護予防・日常生活支援総合事業の推進状況について

1 介護予防を取り巻く施策の経緯・変遷

2005（平成17）年の介護保険法改正（2006（平成18）年施行）において、できる限り要介護状態等にならない又は重度化しないよう、「介護予防」をより重視したシステムを確立する観点から、予防給付の見直しや地域支援事業の創設が行われました。

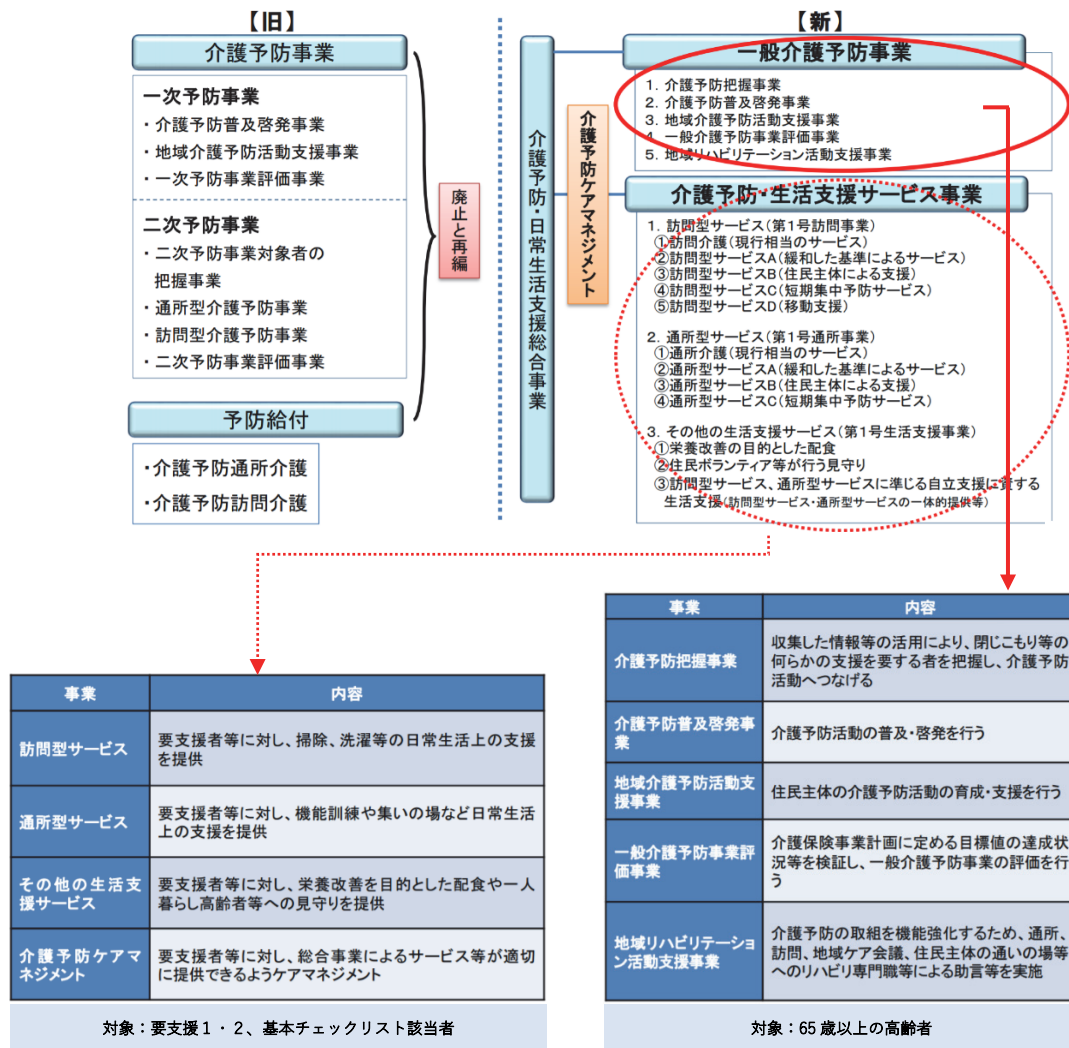
その後、2008（平成20）年、2011（平成23）年の改正を経て、2014（平成26）年改正にて、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実（在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等）と併せ、新しい介護予防・日常生活支援総合事業が開始されました。

図表1：2014（平成26）年改正前後における地域支援事業の全体像



2014（平成26）年改正における新しい介護予防・日常生活支援総合事業では、介護予防事業（一次予防事業及び二次予防事業）や予防給付の介護予防通所介護と介護予防訪問介護が廃止・再編されました。「介護予防・生活支援サービス事業」として、従前相当の介護予防通所介護・訪問介護とともに、多様なサービスが位置づけられ、ポピュレーションアプローチの考え方も踏まえた「一般介護予防事業」が創設されました。

図表2：2014（平成26）年法改正における介護予防事業・予防給付の廃止と再編



また、2017（平成29）年の改正では、地域包括ケアシステムの強化のために自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進として、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組むことが制度化されています。

都道府県による市町村支援の重要性等も明確化されたほか、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進する一環として保険者機能強化推進交付金が創設されました。

この交付金についてはその後見直しが行われ、2020（令和2）年度からは、保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金（以下、「インセンティブ交付金」という。）として、特に健康づくりや介護予防に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けが強化されています。インセンティブ交付金を活用した全国の実践については、厚生労働省のホームページでも紹介されています。今後も情報が追加される予定なので、参考にしてください（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_17527.html）。

2019（令和元）年の改正では、医療、介護、保健等のデータを一体的に分析し、高齢者一人ひとりを必要なサービスにつなげていくとともに、社会参加を含むフレイル予防等の取組まで広げていく観点から、住民に身近な立場である市町村が中心となり、健康課題にも対応できるような通いの場や、通いの場を活用した健康相談や受診勧奨の取組の促進等、保健事業と介護予防との一体的な取組が推進されています。

《参考：通いの場の類型化について》

2019（令和元）年12月13日に公表された「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 取りまとめ」では、「通いの場の取組について、高齢者がそれぞれの年齢層や性別、健康状態、関心などに応じて参加できるよう、先進的な事例等を参考に類型化した上で、具体的な取組が把握可能な事例集等を作成し、自治体や関係機関・関係者に周知すべき」とされ、以下のような取組も通いの場に含まれ得るものとして示されました。

＜通いの場に含まれ得るものとされた取組＞

- ・自治体の介護保険の担当以外の部局が行う、スポーツや生涯学習に関する取組
公園や農園を活用した取組など介護予防につながる取組
- ・民間企業・団体や社会福祉協議会など多様な主体と連携した取組
- ・医療機関や介護保険施設等が自主的に行う取組
- ・有償ボランティアなどいわゆる就労に類する取組
- ・高齢者だけではなく、多世代が交流する取組

これを踏まえ、2021（令和3）年8月に、厚生労働省は「通いの場の類型化について（Ver.1.0）」を公表し、多様な通いの場の展開を図っています（図表5）。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour_eisha/yobou/index.html)

図表5：通いの場の類型化

運営 ※	場所	活動
住民個人(有志・ボランティア等)	個人宅・空き家	体操(運動)
住民団体(自治会、NPO法人等)	公民館・自治会館・集会所	会食
社会福祉協議会	公園	茶話会
行政(介護予防担当部局)	農園	認知症予防
行政(介護予防担当部局以外)	学校・廃校	趣味活動
専門職団体	医療機関の空きスペース	農作業
医療機関(病院、診療所、薬局等)	介護関係施設・事業所の空きスペース	生涯教育
介護関係施設・事業所	店舗の空きスペース・空き店舗	ボランティア活動
民間企業		就労的活動
		多世代交流

※住民以外が運営する場合でも、住民が主体的に取り組むことに留意すること

- ＜「通いの場」の捉え方＞ 上記の類型化も参考に、
- ① 介護予防に資すると市町村が判断する通いの場であること
 - ② 住民が主体的に取り組んでいること
 - ③ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援を行っているものに限らないこと
 - ④ 月1回以上の活動実績があるもの

「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」を踏まえ、明確化する範囲

なお、類型化で示しているものは例示であり、多様な通いの場の取組が展開されるよう、今後も先進的な事例等を参考に更新予定

2 介護予防・日常生活支援総合事業の推進状況

2014（平成26）年の介護保険法改正において見直された介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）は、2年の移行期間を経て、2017（平成29）年4月に全市町村で開始されました。各市町村においてはサービスや事業を推進しているものの、その進捗状況にはばらつきがみられます。総合事業のポイントは、全国一律ではなく市町村の実情に応じた取組が可能だということです。実施している事業等の見直しを行い、より地域のニーズに沿った効果的な事業をめざす必要があります。

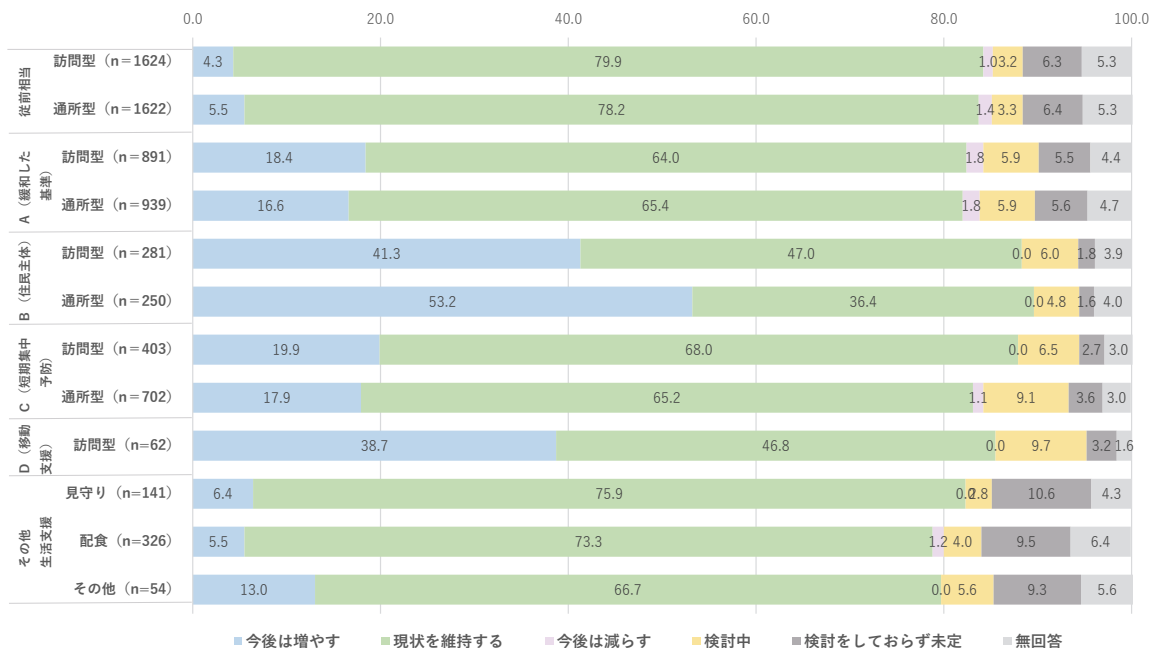
（1）介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス・通所型サービスにおいては、訪問型、通所型ともに従前相当サービスを実施している市町村が9割を超え、次いで、サービスA、サービスC、サービスBの順となっています。サービスBは訪問型、通所型ともに、今後の実施方針で「今後は増やす」と回答した割合が最も多くなっています。

- 従前相当サービスを実施している市町村は、「訪問型」で1,624市町村（93.4%）、「通所型」で1,622市町村（93.3%）である。従前相当以外のサービスをいずれか実施している市町村は、「訪問型」で1,093市町村（62.9%）、「通所型」で1,212市町村（69.7%）であった。
- 現在サービスを実施している市町村の今後の実施方針をみると、「今後は増やす」と回答した割合は「サービスB：通所型」が53.2%と最も多く、次いで「サービスB：訪問型」が41.3%、「サービスD：訪問型」が38.7%であった。

令和2年度 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実施状況に関する調査研究事業 報告書（NTTD）

図表6：サービスを実施している市町村の今後の実施方針

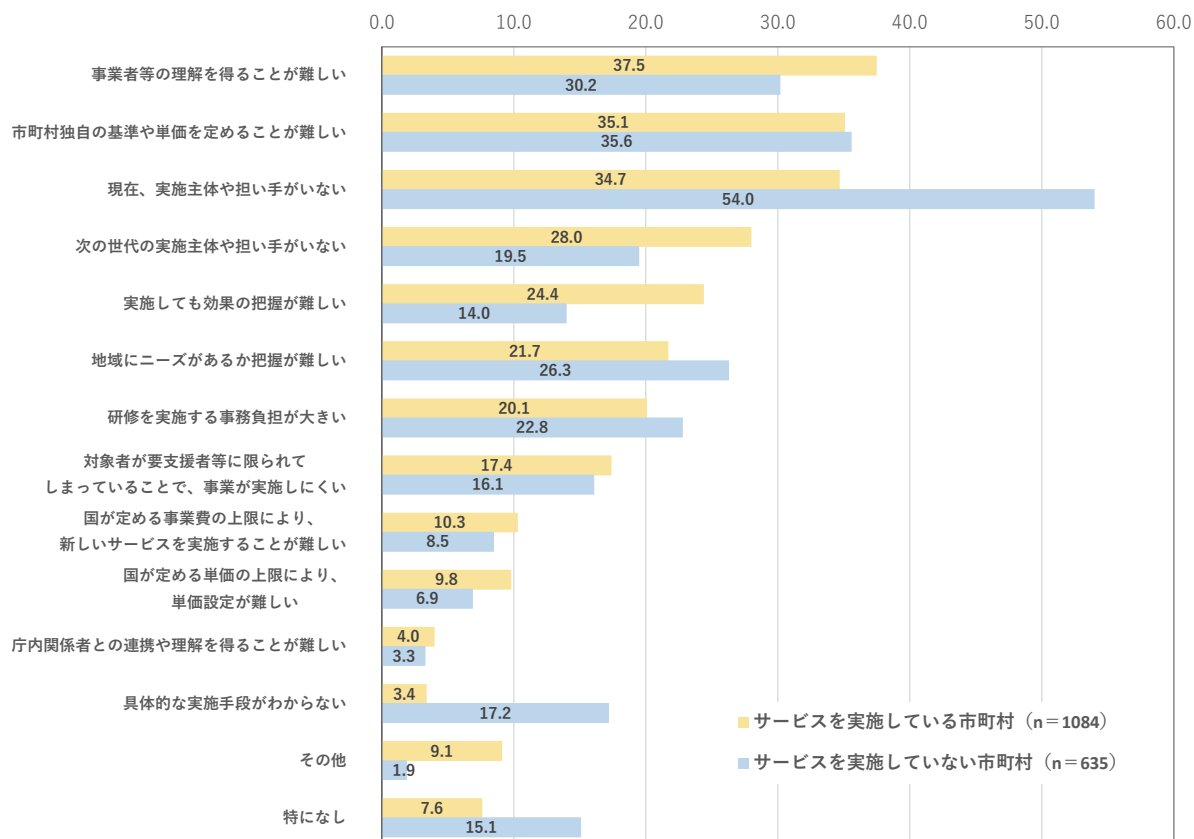


令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業 報告書（NTTD）より作成

課題については、サービス種別に関わらず担い手不足があげられており、サービス A では事業者等の理解が最も多く、サービス C では地域のニーズ把握について多くあげられています。

○サービス A を実施する上での課題は、サービスを実施している市町村では「事業者等の理解を得ることが難しい」が 37.5%と最も多く、サービスを実施していない市町村では「現在、実施主体や担い手がない」が 54.0%と最も多い。

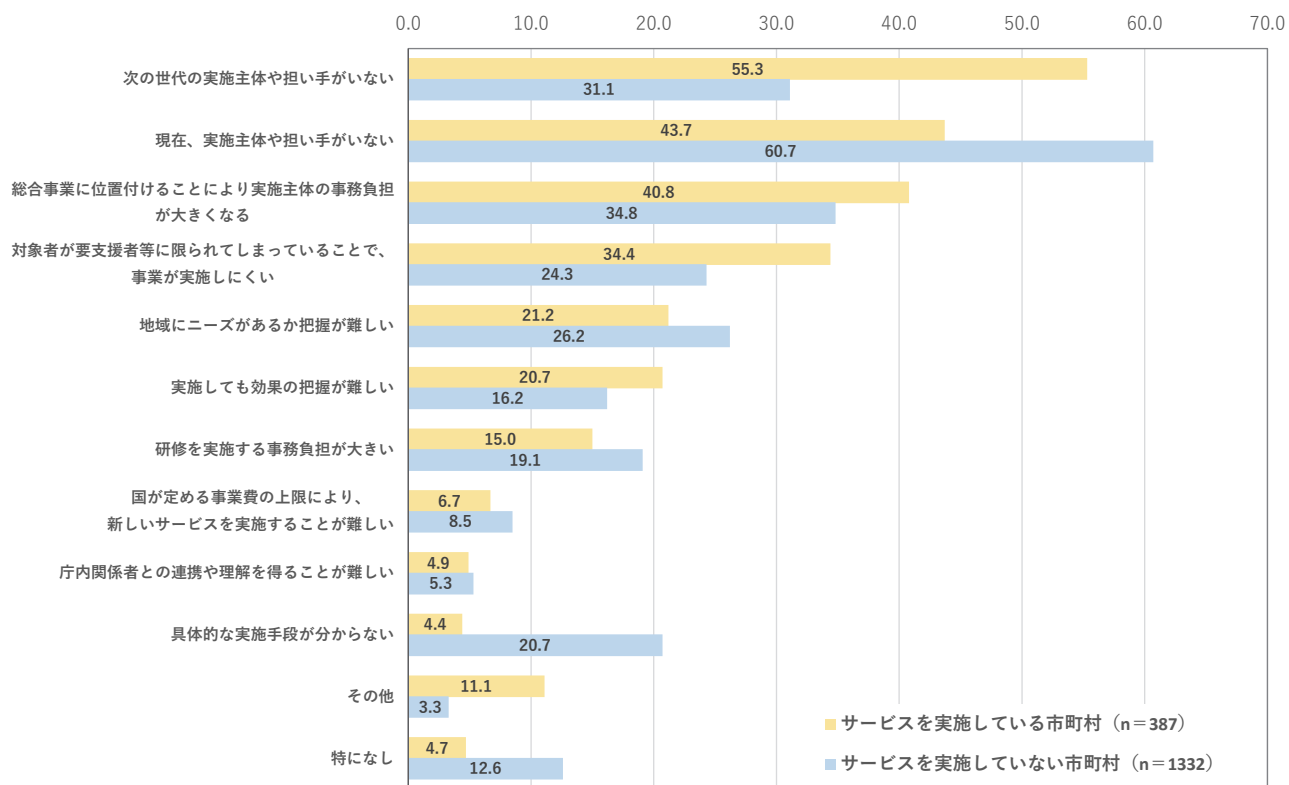
図表 7：サービス A を実施する上での課題



令和元年度 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実施状況に関する調査研究事業報告書（NTTD）より作成

○サービス B を実施する上での課題は、サービスを実施している市町村では「次の世代の実施主体や担い手がない」が 55.3%と最も多く、サービスを実施していない市町村では「現在、実施主体や担い手がない」が 60.7%と最も多い。

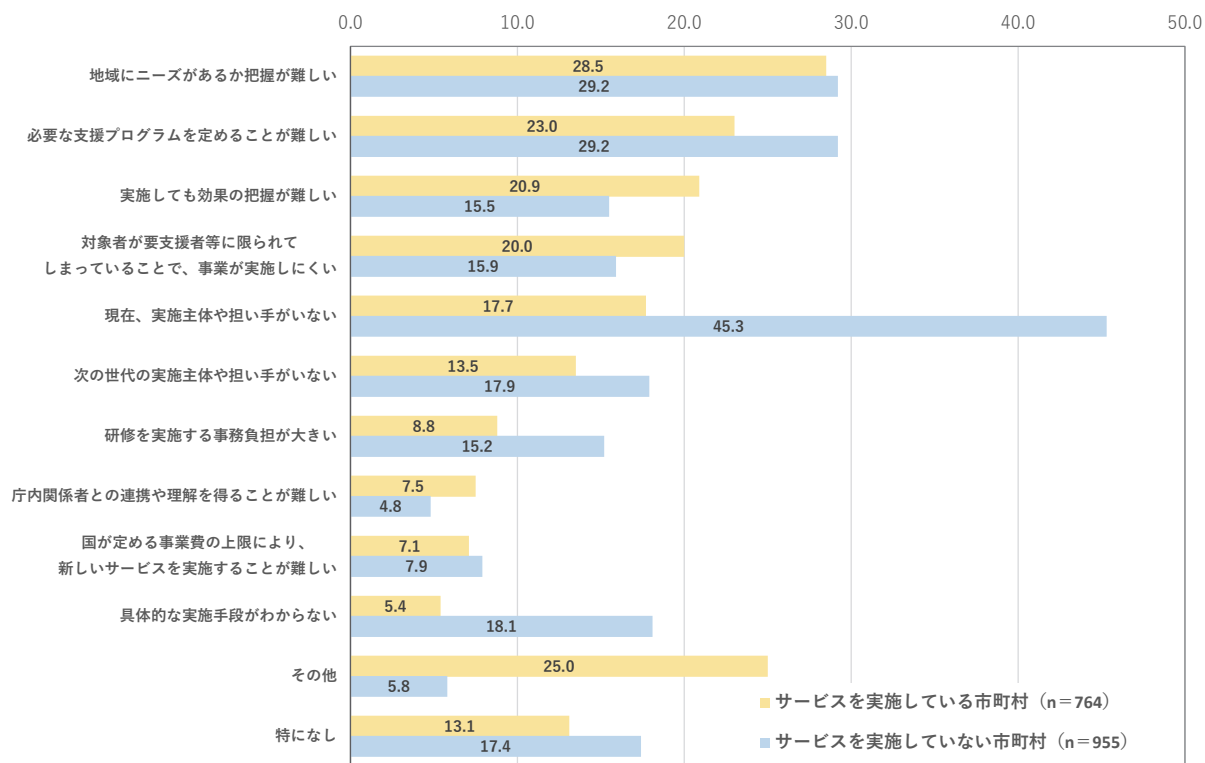
図表 8：サービス B を実施する上での課題



令和元年度 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実施状況に関する調査研究事業報告書（NTTD）より作成

○サービスCを実施する上での課題は、サービスを実施している市町村では「地域にニーズがあるか把握が難しい」が28.5%と最も多く、サービスを実施していない市町村では「現在、実施主体や担い手がいない」が45.3%と最も多い。

図表9：サービスCを実施する上での課題



令和元年度 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実施状況に関する調査研究事業報告書（NTTD）より作成

(2) 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントについては、A を実施している市町村は 9 割以上、B、C については 2 割程度となっています。

○実施されている介護予防ケアマネジメントの類型は以下の通り。

介護予防ケアマネジメント A：1,640 市町村（94.2%）

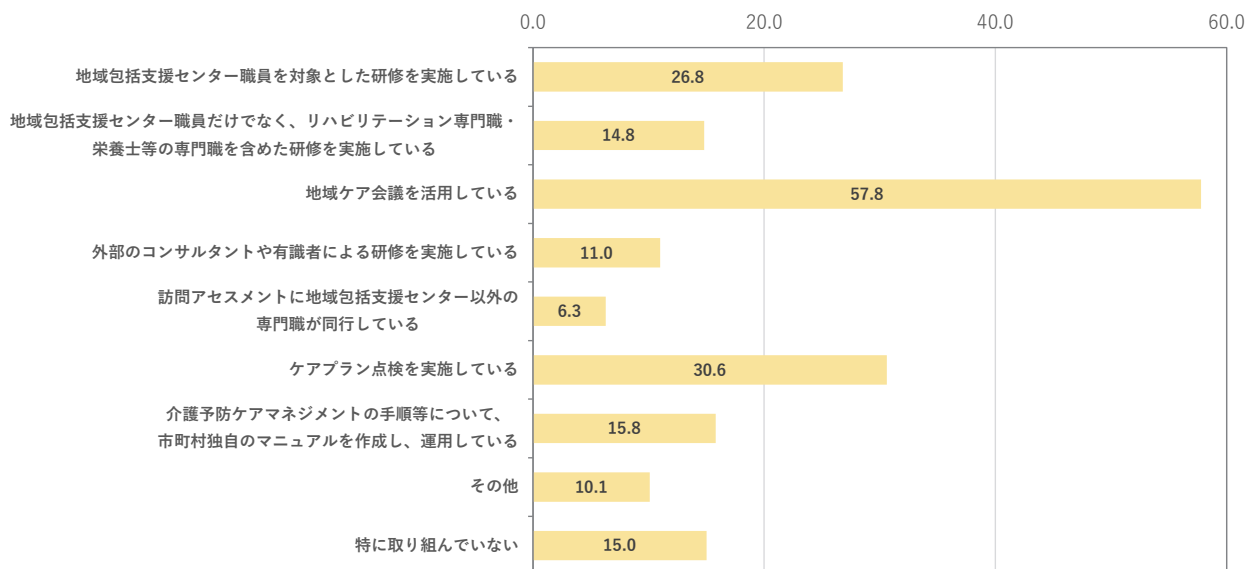
介護予防ケアマネジメント B：457 市町村（26.2%）

介護予防ケアマネジメント C：408 市町村（23.4%）

○地域包括支援センター職員のスキル向上のための取組としては、「地域ケア会議を活用している（57.8%）」が最も多く、「ケアプラン点検を実施している（30.6%）」、「地域包括支援センター職員を対象とした研修を実施している（26.8%）」と続く。

令和 2 年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和 2 年度実施分）に関する調査結果概要

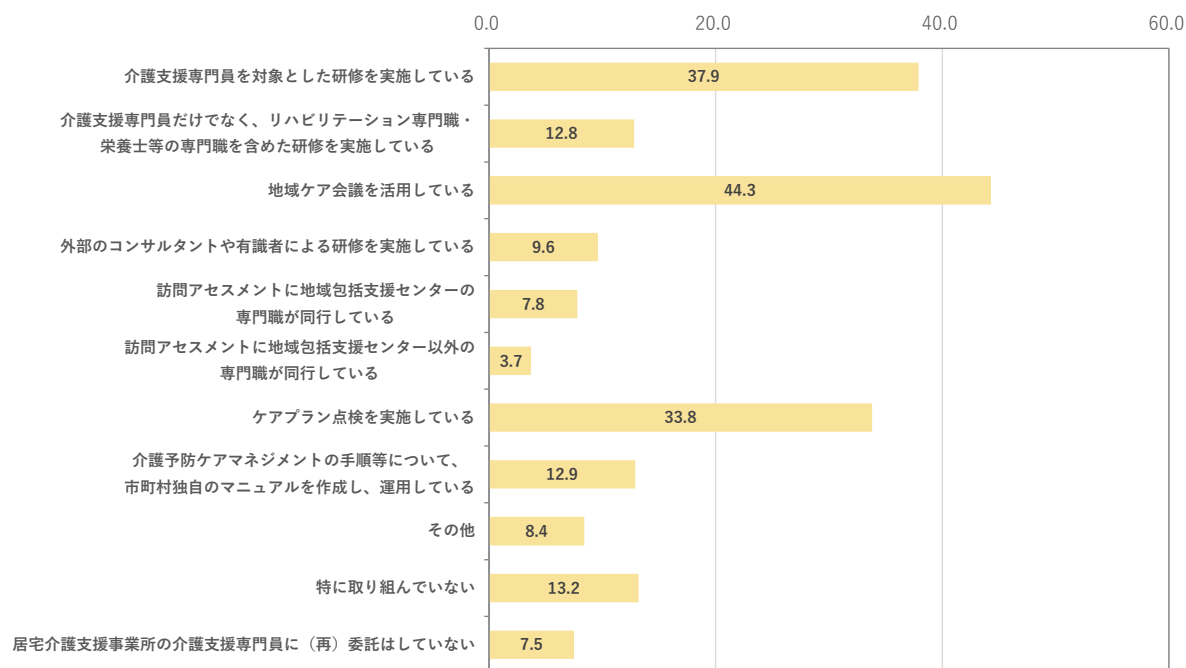
図表 10：地域包括支援センター職員のスキル向上のための取組



令和元年度 地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業 報告書（日本総研）より作成

○委託先の介護支援専門員のスキル向上のための取組としては、「地域ケア会議を活用している（44.3%）」が最も多く、「介護支援専門員を対象とした研修を実施している（37.9%）」、「ケアプラン点検を実施している（33.8%）」と続く。

図表 11：委託先の介護支援専門員のスキル向上のための取組



令和元年度 地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業 報告書（日本総研）より作成

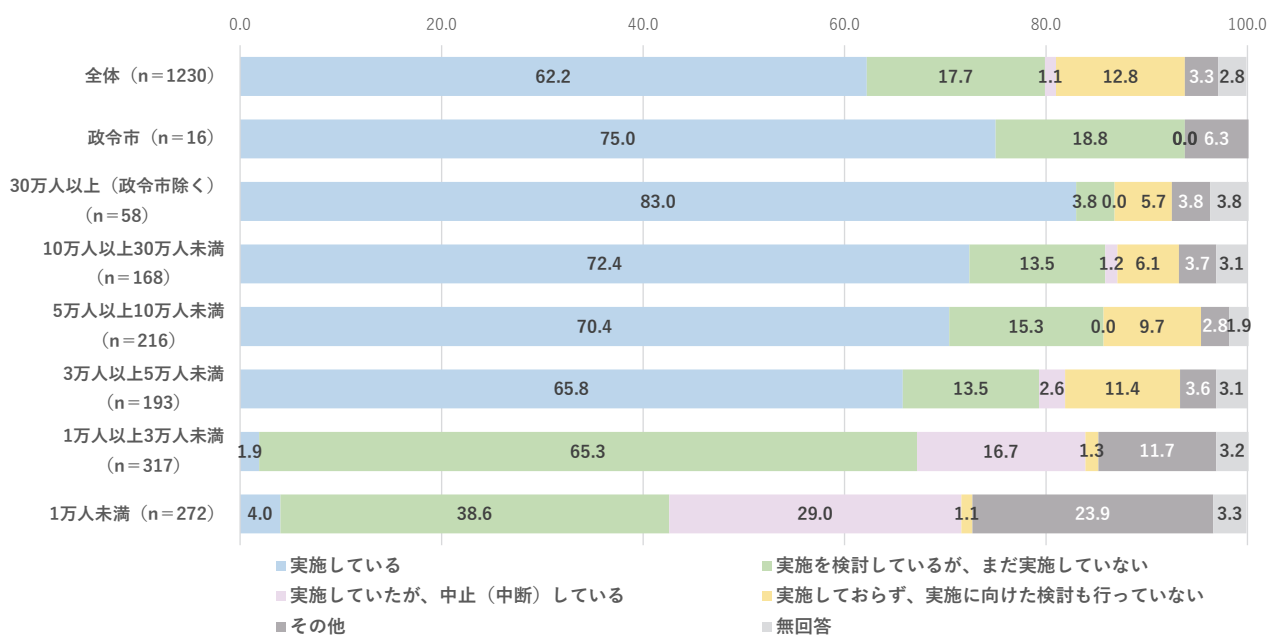
(3) 地域ケア会議

介護予防のための地域ケア個別会議については、実施している市町村が6割以上となっています。人口別に見ると、人口3万人未満の市町村ではほとんど実施されておらず、検討中や中断などが多く見られます。

○市町村のうち介護予防のための地域ケア個別会議を実施している数は62.2%である。

○一方、人口1万人以上3万人未満の場合は1.9%となっており、「実施を検討しているが、まだ実施していない(38.6%)」、「あるいは「実施していたが、中止(中断)している(29.0%)」という状況が多い。

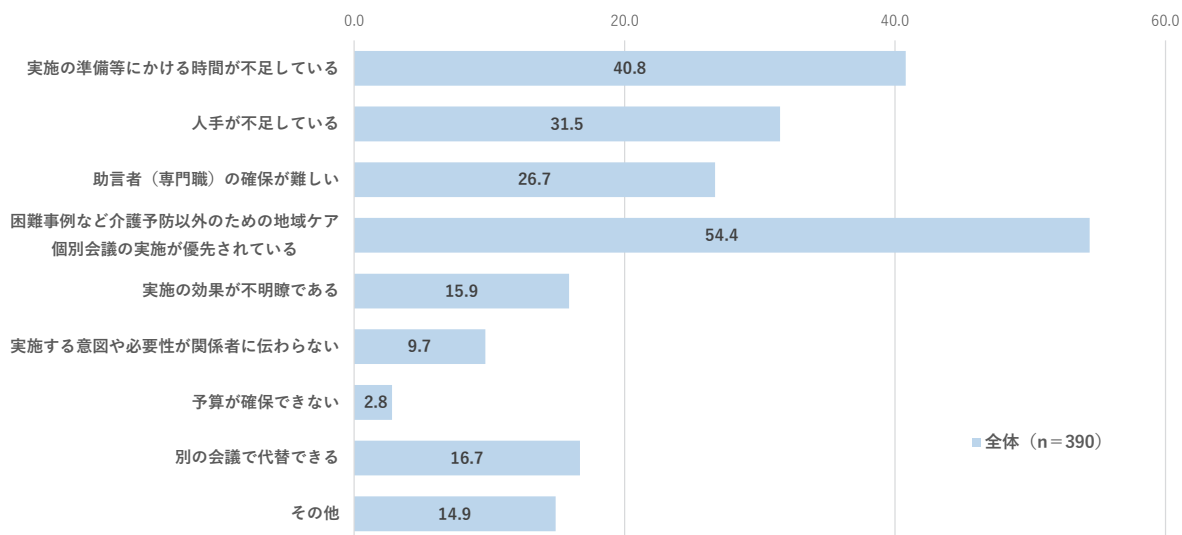
図表 12：介護予防のための地域ケア個別会議の実施状況



令和元年度 地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業 報告書(日本総研)より作成

○介護予防のための地域ケア個別会議を実施していない理由は、「困難事例など介護予防以外のための地域ケア個別会議の実施が優先されている（54.4%）」が最も多く、「実施の準備等にかかる時間が不足している（40.8%）」、「人手が不足している（31.5%）」と続く。

図表 13：介護予防のための地域ケア個別会議を実施していない理由



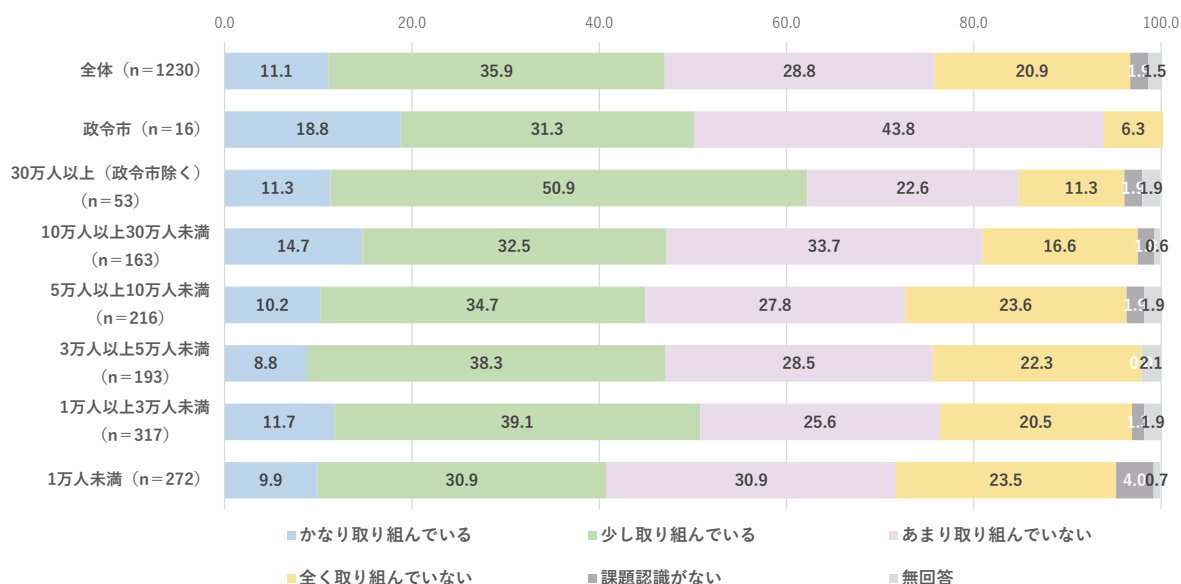
令和元年度 地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業 報告書（日本総研）より作成

地域ケア個別会議のケースの蓄積等をもとに参加者選定や課題抽出などを進めていく地域ケア推進会議ですが、地域ケア推進会議の実施・運営における課題解決の取組状況をみると、その段階にたどり着いていない市町村が少なくありません。地域ケア個別会議と地域ケア推進会議は参加者が異なることが考えられるため、庁内連携を推進し、より効果的な検討を行うために課題認識を共有していくことが重要となります。

○高齢者福祉関連部局以外の部局との連携推進の状況を見ると、「かなり取り組んでいる(11.1%)」と「少し取り組んでいる(35.9%)」を合わせて47.0%が「取り組んでいる群」であることがわかっていてる。

○一方、「全く取り組んでいない(20.9%)」と「あまり取り組んでいない(28.8%)」を合わせると49.7%であり、「取り組んでいる群」をやや超える結果であった。

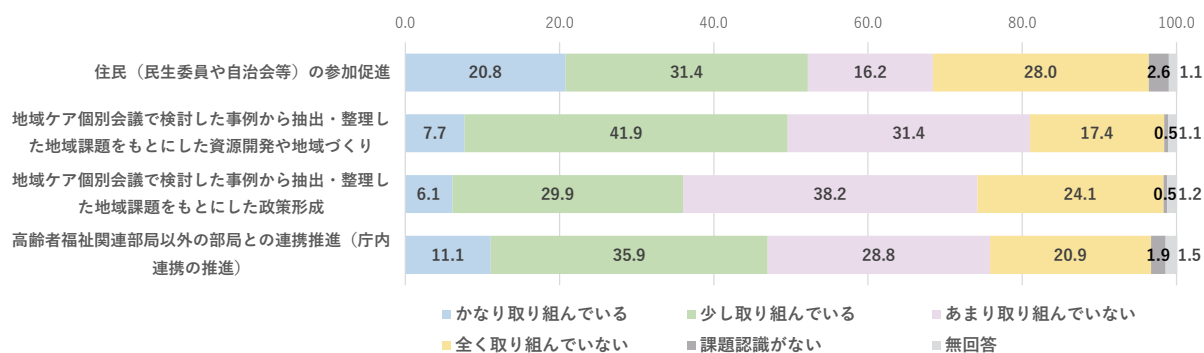
図表 14：高齢者福祉関連部局以外の部局との連携推進



令和元年度 地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業 報告書 (日本総研) より作成

○地域ケア推進会議の実施・運営の取組状況としては「住民（民生委員や自治会等）の参加促進」では、「かなり取り組んでいる」が20.8%、一方、「全く取り組んでいない」が28.0%あった。また、「地域ケア個別会議で検討した事例から抽出・整理した地域課題をもとにした資源開発や地域づくり」では、「かなり取り組んでいる」は7.7%、「全く取り組んでいない」が17.4%、「高齢者福祉関連部局以外の部局との連携推進（庁内連携の推進）」では「かなり取り組んでいる」は11.1%、「全く取り組んでいない」が20.9%であった。

図表 15：地域ケア推進会議の実施・運営の取組状況認識



令和元年度 地域ケア会議に関する総合的なあり方検討のための調査研究事業 報告書（日本総研）より作成

(4) 一般介護予防事業

介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業については、多くの市町村で実施されています。一方で、一般介護予防事業評価事業を実施している市町村は3割程度、総合事業の事業評価を実施している市町村を合わせても6割程度となっています。地域の特性を活かしながら事業を運営することが重要であることから、それぞれの地域の実情を踏まえたふさわしい評価指標を用いて事業評価を実施することが重要です。

- 介護予防把握事業を実施した市町村は 1,667 市町村（95.7%）であった。
- 介護予防普及啓発事業を実施した市町村は 1,685 市町村（96.8%）であった。
- 地域介護予防活動支援事業を実施した市町村は 1,408 市町村（80.9%）であった。
- 地域支援事業交付金による一般介護予防事業評価事業を実施した市町村は 541 市町村（31.1%）であった。また、一般介護予防事業評価事業を実施していない場合に、総合事業の事業評価を実施している市町村は 592 市町村（34.0%）であった。

図表 16：一般介護予防事業評価事業の実施状況等

	実施数 (市町村数)	実施率 ^{※1}
一般介護予防事業評価事業の実施状況	541	31.1%
一般介護予防事業評価事業を実施していない場合、 介護予防・日常生活支援総合事業の事業評価の実施状況	592	34.0%

※1 実施率＝実施市町村数／全市町村数

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果概要
（厚生労働省老健局老人保健課）

- データの活用状況をみると、1,071 市町村（61.5%）がデータ活用を実施しており、「地域包括ケア「見える化」システム」の活用が 799 （45.9%）市町村と最も多かった。

図表 17：介護予防・日常生活支援総合事業の事業評価のデータ活用状況（複数回答）

	実施数 (市町村数)	実施率 (全市町村数) ^{※1}	実施率 (データ活用市町村数) ^{※2}
データ活用の実施	1,071	61.5%	100.0%
地域包括ケア「見える化」システム	799	45.9%	74.6%
国保データベース(KDB)	503	28.9%	47.0%
市町村独自のシステム	248	14.2%	23.2%
その他	159	9.1%	14.8%

※1 実施率＝実施市町村数／全市町村数

※2 実施率＝実施市町村数／データの活用を実施している市町村数

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果概要
（厚生労働省老健局老人保健課）

○介護予防把握事業を実施した市町村は 1,667 市町村（95.7％）であった。介護予防把握事業での、支援を要する者に関する情報収集の方法としては、「地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握」が最も多く、1,621 市町村（93.1％）であった。次いで、「本人、家族等からの相談による把握」が 1,601 市町村（92.0％）と続く。

図表 18：介護予防把握事業での支援を要する者に関する情報収集の方法

	介護予防把握事業	要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携による把握	訪問活動を実施している保健部局との連携による把握	医療機関からの情報提供による把握	民生委員等地域住民からの情報提供による把握	地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握	本人、家族等からの相談による把握	特定健康診査等の担当部局との連携による把握	その他市町村が適当と認める方法による把握
実施市町村数(市町村)	1,667	1,486	1,283	1,225	1,522	1,621	1,601	1,084	438
実施率[%] ^{※1}	[95.7%]	[85.4%]	[73.7%]	[70.4%]	[87.4%]	[93.1%]	[92.0%]	[62.3%]	[25.2%]

※1 実施率＝実施市町村数／全市町村数

令和 2 年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和 2 年度実施分）に関する調査結果概要
（厚生労働省老健局老人保健課）

○地域リハビリテーション活動支援事業を実施した市町村は 1,292 市町村（74.2％）であった。
○うち、市町村からの専門職の派遣依頼の実績では、理学療法士の派遣実績が 1,135 市町村（65.2％）と最も多く、その派遣回数は、住民主体の通いの場、個人宅の順で多かった。

令和 2 年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和 2 年度実施分）に関する調査結果概要
（厚生労働省老健局老人保健課）

図表 19：地域リハビリテーション活動支援事業等における市町村からの専門職の派遣依頼の実績

	有	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士・栄養士	歯科衛生士	その他
		派遣実績の有無(市町村数)	1,292	224	169	550	330	318	1,135	815	339	692
割合[%] ^{※1※2}	[74.2%]	[12.9%]	[9.7%]	[31.6%]	[19.0%]	[18.3%]	[65.2%]	[46.8%]	[19.5%]	[39.7%]	[35.7%]	[25.0%]
派遣依頼先(市町村数)の有無	郡市区医師会等の職能団体	116	119	349	8	48	374	292	140	246	302	65
	割合[%] ^{※1}	(51.8%)	(70.4%)	(63.5%)	(2.4%)	(15.1%)	(33.0%)	(35.8%)	(41.3%)	(35.5%)	(48.6%)	(14.9%)
	医療機関	109	44	89	9	114	514	325	122	95	62	66
	割合[%] ^{※1}	(48.7%)	(26.0%)	(16.2%)	(2.7%)	(35.8%)	(45.3%)	(39.9%)	(36.0%)	(13.7%)	(10.0%)	(15.1%)
	介護サービス施設・事業所	3	2	19	30	83	346	231	61	81	40	133
割合[%] ^{※1}	(1.3%)	(1.2%)	(3.5%)	(9.1%)	(26.1%)	(30.5%)	(28.3%)	(18.0%)	(11.7%)	(6.4%)	(30.5%)	
その他	23	21	132	296	148	301	205	78	407	296	318	
割合[%] ^{※1}	(10.3%)	(12.4%)	(24.0%)	(89.7%)	(46.5%)	(26.5%)	(25.2%)	(23.0%)	(58.8%)	(47.6%)	(72.9%)	
派遣回数(回) ^{※2}	1,826	905	4,336	8,084	8,763	35,388	16,521	1,990	11,048	8,249	19,223	
個人宅	2	25	23	703	985	9,765	5,854	279	2,595	1,232	480	
事業所	4	64	1	125	883	2,660	830	39	301	335	1,052	
住民主体の通いの場	75	44	256	4,753	3,485	10,441	3,290	333	2,524	2,095	10,013	
地域ケア会議等	1,547	667	3,958	1,676	1,480	7,556	4,554	1,056	4,638	3,439	3,363	
その他	198	105	98	827	1,930	4,854	1,990	283	990	1,147	4,315	
把握していない	0	0	0	0	0	112	3	0	0	1	0	
派遣回数(回) ^{※3}	217	86	863	2,021	2,219	20,869	9,032	971	3,084	2,343	5,157	
個人宅	0	12	0	475	6	5,973	3,501	190	823	233	45	
事業所	1	0	0	0	629	1,969	517	32	70	114	495	
住民主体の通いの場	7	24	102	1,264	1,020	7,571	2,283	229	993	750	3,574	
地域ケア会議等	197	44	759	180	320	2,772	1,864	400	1,051	881	684	
その他	12	6	2	102	244	2,472	867	120	147	365	359	
把握していない	0	0	0	0	0	112	0	0	0	0	0	

※1 割合のうち、[%]は全市町村数に対する割合、(%)は当該専門職の派遣実績有りの市町村数に対する割合である。

※2 地域リハビリテーション活動支援事業を活用していない場合も含む。

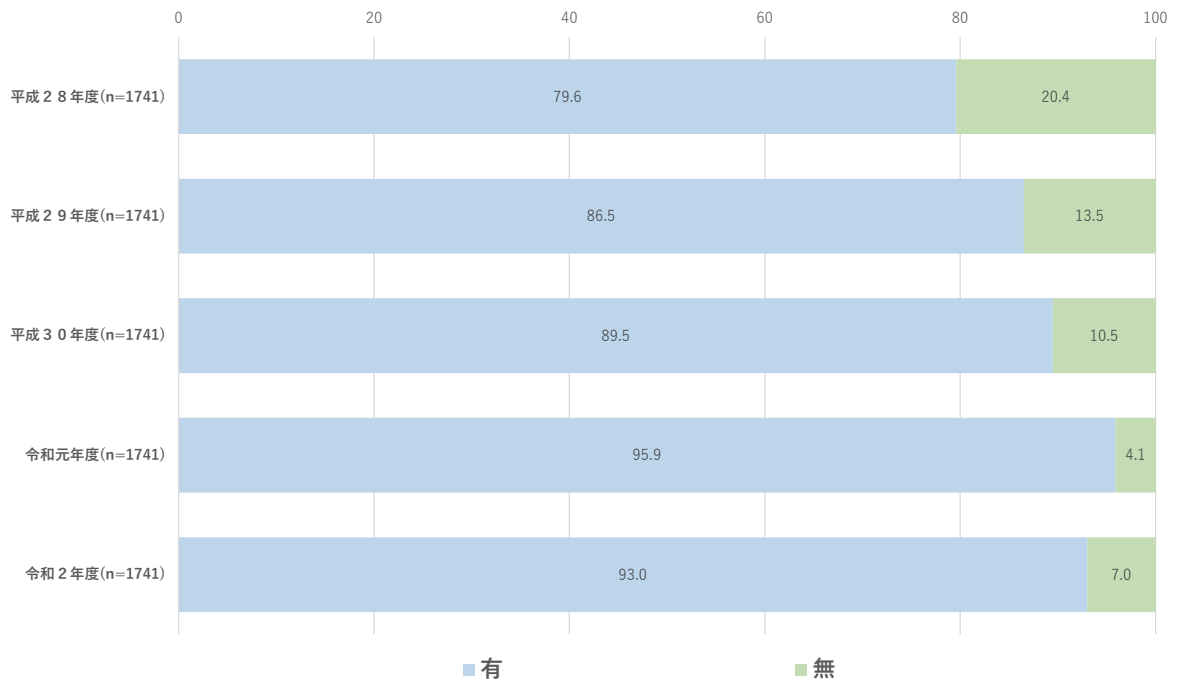
※3 地域リハビリテーション活動支援事業を活用した場合のみ。

令和 2 年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和 2 年度実施分）に関する調査結果概要
（厚生労働省老健局老人保健課）

(5) 通いの場

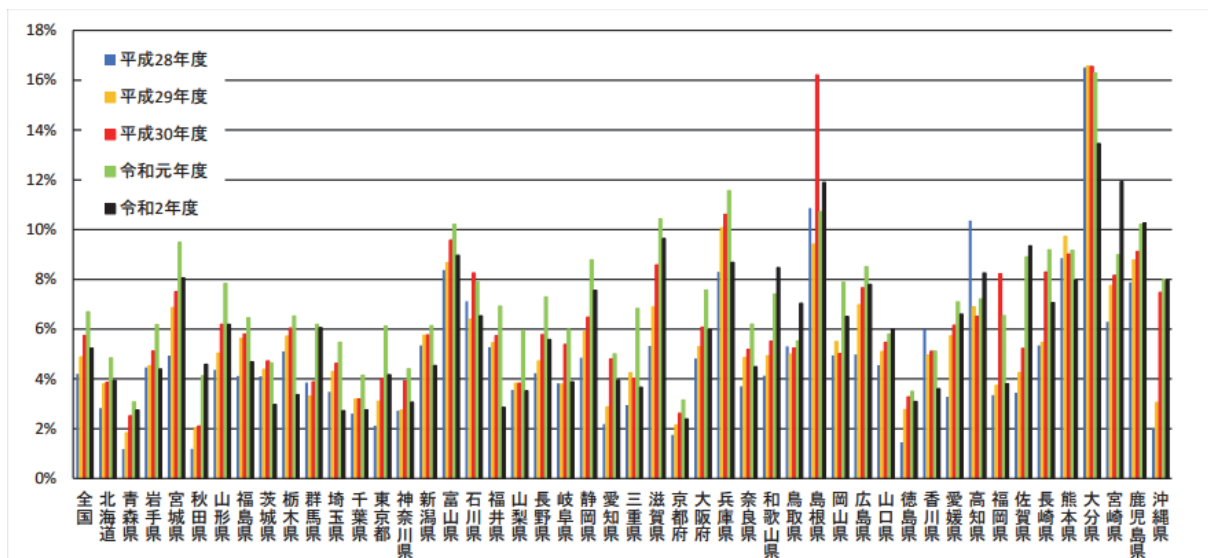
通いの場については、多くの市町村で取り組まれています。令和2年度における通いの場は、1,620市町村（93.0%）で活動実績があり、箇所数は113,886箇所でした。

図表 20：通いの場の有無別の市町村数



令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果概要
（厚生労働省老健局老人保健課）より作成

図表 21：通いの場への参加率（都道府県）



※1：通いの場への参加率＝通いの場※の参加者実人数／高齢者（65歳以上）人口
※2：月1回以上の活動実績がある通いの場（具体的な開催頻度を「把握していない」含む）

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和2年度実施分）に関する調査結果概要
（厚生労働省老健局老人保健課）

- 通いの場の主な活動内容は、「体操（運動）」が最も多く、63,623 箇所（55.9%）で実施していた。次いで、「趣味活動」18,611 箇所（16.3%）、「茶話会」17,504 箇所（15.4%）、「認知症予防」4,429 箇所（3.9%）、「会食」3,035 箇所（2.7%）の順で実施していた。
- 開催頻度は、「週 1 回以上」が最も多く、47,181 箇所（41.4%）であった。
- 参加者実人数は 1,870,658 人であり、高齢者人口の 5.2%が通いの場に参加していた。このうち、週 1 回以上開催している通いの場の参加者実人数は、751,195 人（高齢者人口の 2.1%）であった。

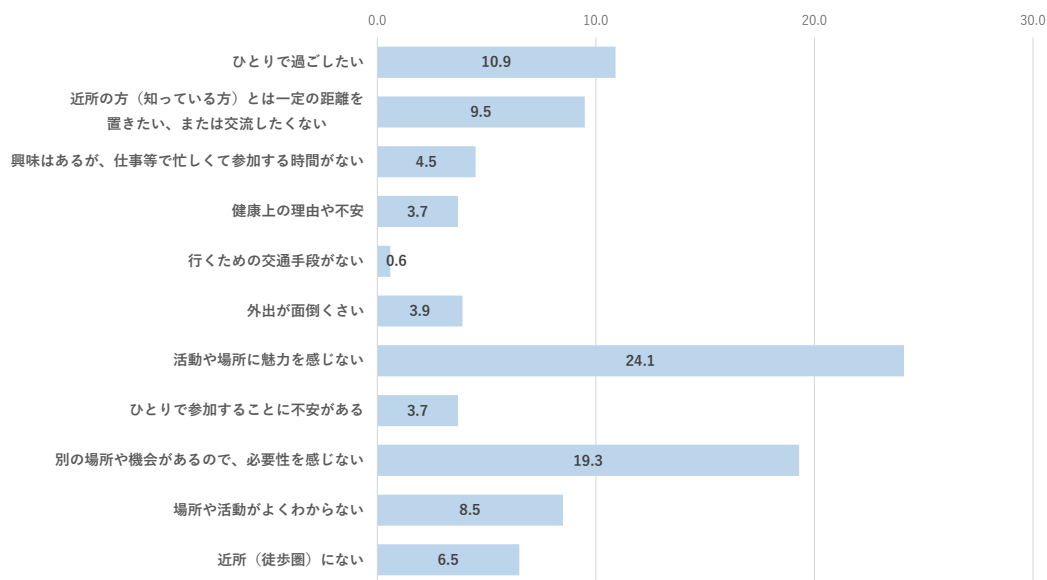
令和 2 年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和 2 年度実施分）に関する調査結果概要
（厚生労働省老健局老人保健課）

通いの場については、対象とする年齢構成や性別、地域特性などを勘案した上で、より地域のニーズに沿った継続的な活動への工夫や新たな活動を創出するなど、より多くの方が参加できる多様な活動の場が必要です。介護予防評価事業等を活用し、どのようなニーズや成果があるかも振り返り、通いの場の拡充や就労的な活動など、多様な社会参加の場を目指すことが大切です。

- 「町内会・自治会などが開催する場所や活動、自主的な集まり等に不参加の理由」については、「活動や場所に魅力を感じない（24.1%）」が最も多く、「別の場所や機会があるので、必要性を感じない（19.3%）」、「ひとりですごしたい（10.9%）」と続く。

令和元年度 通いの場の推進方策に関する研究事業（一般社団法人共生社会推進プラットフォーム）

図表 22：町内会・自治会等が開催する場所や活動、自主的な集まり等に不参加の理由



令和元年度 通いの場の推進方策に関する研究事業（一般社団法人共生社会推進プラットフォーム）より作成

- 「主に 65 歳以上の方が定期的集まっている場所や行く場所、活動について、今は参加していない理由」については、「忙しくなった（22.0%）」が最も多く、「健康上の理由や不安（20.4%）」、「活動内容に飽きた（16.4%）」と続く。

令和元年度 通いの場の推進方策に関する研究事業（一般社団法人共生社会推進プラットフォーム）より作成

第2節 介護予防の推進に向けた運営上の課題

ここでは、2020（令和2）年度介護予防活動普及展開事業の一環として実施した、介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働省職員派遣による支援事業

（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/00085_00001.html）の中で、支援先の市町村より寄せられた悩みについて紹介します。

《介護予防把握事業における主な悩み（例）》

（実態把握の目的設定等）

- ・二次予防事業を踏まえて、どのように改善したら良いか、具体的に教えてほしい

（把握の対象）

- ・年齢設定、毎年実施など、どのようなターゲット層に対して、どう展開するのが効果的なのか

（把握を深める方法）

- ・未返送者への対応については、どのようにしたら良いのか
- ・評価方法について教えてほしい
- ・サービスCにつながるケースの把握経路について教えてほしい

（その他）

- ・ハイリスク者へのアプローチの方法や把握事業の案内文等についての工夫を教えてほしい
- ・コロナ禍で高齢者の心身機能の低下が心配される中、具体的にどうしたら良いかわからない

《介護予防ケアマネジメントにおける主な悩み（例）》

（自立支援・重度化防止の意識の醸成）

- ・自立支援・重度化防止の考え方が定着するには、どのような方法があるか
- ・セルフケアなどの実践に向けた住民啓発や事業所への啓発方法として、どのような方法があるか
- ・自立支援に向けたサービスや事業への案内、アプローチの方法はどうすれば良いか

（介護予防ケアマネジメントの理解度の向上・浸透）

- ・やってあげることが良いと思っている事業所が多いことをどう改善すれば良いか
- ・継続的サービス利用の相談が多く、どうすれば自立支援に向けた考え方を理解してもらえるか
- ・重度化した方が介護報酬は増える。どうすれば介護予防ケアマネジメントを浸透させられるのか、教えてほしい
- ・自立支援に向けたプラン作成に向けて、包括センター内で意思統一するにはどうすべきか
- ・ケアマネジメントの質の向上や平準化に向けた対応はどのようにすれば良いのか
- ・総合事業につながるためのアセスメントの視点等で研修や工夫をしている事例を知りたい

（その他）

- ・サービスCでは、3ヶ月後や半年後にプラン変更が生じる、または終結するが、その都度、プランを立てることが大変だという意見に対して、どう対応すれば良いか

《地域ケア会議における主な悩み（例）》

（意義・目的の共有）

- ・包括センター職員として目指すべき方向性を統一して、歩んでいくためにまずできることは何かを教えてほしい
- ・地域ケア会議の意義や目的を関係機関・関係者と共有できないまま走り出した。なんのために

開催しているのかもわからず参加している者もあり、義務的に参加している形から本来の姿に戻りたいが、どうしたら良いのか（形骸化している）

- ・自立支援型地域ケア会議では、事例提供者への質問が多く、ケースを提出することを敬遠するケアマネが多い

（参加者の選定）

- ・自立支援型の地域ケア会議では、どのような職種に参加してもらおうと良いか
- ・職能団体への効果的なアプローチ方法を教えてほしい

（場の構築及び運営）

- ・達成目標や評価基準をどこに定めれば良いか
- ・多職種連携の会議はどこが主となり（保険者・包括センター・高齢担当部門）調整すれば良いか
- ・1度の開催にどれくらい時間を使い、何ケースほど展開すべきか
- ・コロナ禍での地域ケア会議の開催の工夫について教えてほしい

（個別課題解決）

- ・個別課題から自立支援に向けてのケアマネジメントへのつなぎ方のポイント、アドバイスを具体的に教えてほしい

（地域課題の発見と解決）

- ・地域課題へと展開していく方法について教えてほしい
- ・地域ケア会議から出された課題はどうしたら政策形成に発展していくのか

《サービスCにおける主な悩み（例）》

（対象者の選定）

- ・どのような状態像の人が、サービスCの利用にふさわしいのか、対象者の選定方法について

（リハ職等の専門職の確保）

- ・どのようにリハ職に関与していただいたら良いのか
- ・どのような人に協力を仰げば良いのか
- ・マンパワーの少ない自治体でサービスCを始めるにはどうしたら良いか

（事業所の選定）

- ・委託・指定のメリット・デメリットを教えてほしい

（事業の構築）

- ・サービスCが本来の効果を発揮するための仕組みをどう作れば良いか
- ・プログラムはどのようなものが良いのか

（普及啓発）

- ・サービスCの利用者が少ない。住民啓発について、どのような工夫が必要か
- ・各専門職にサービスCのメリットをどのように周知していけば良いか
- ・事業所に対して高齢者を元気にする（元のくらしに戻る）意識をどのように伝えていけば良いか

（卒業後のつなぎ先）

- ・リピーターになる人が多いので、どうすれば改善できるか
- ・卒業したがらない人への対応は、どのようにすれば良いのか
- ・卒業後に地域の通いの場や趣味の再開にはつながらず、緩和Aや従前相当のサービス利用へと移行していく流れを変えるにはどうしたら良いか
- ・サービスCの卒業生の受け皿不足をどう改善したら良いのか

（評価・質の担保）

- ・事業所の運営の質の確保について、保険者としてどのように介入したら良いか
- ・サービスCのプラン作成や評価をする上で留意すべきことは何か

《緩和型A・緩和B・緩和D等のサービスにおける主な悩み（例）》

- ・生活支援サポーターを養成したが、マッチングがうまく進まず活躍の場がない。サポーターのみが膨れるが、どうしたら良いか
- ・移動支援のニーズが高いが、形にできない。どうしたら良いか
- ・サービスBやDがない。どうやったら構築できるのか
- ・一般介護予防事業で実施している事業を通所型サービスBに移行させるにはどうしたら良いか

《一般介護予防事業・通いの場における主な悩み（例）》

（一般介護予防事業・通いの場についてのデザイン）

- ・一般介護予防事業のメニューについて、何をもとにして事業内容を検討したら良いのか
- ・一般介護予防事業と多様なサービスの違いをどのように考えたら良いのか

（活動の拡げ方）

- ・一般介護予防事業を拡充していくために、効果的に働きかけるにはどうすれば良いか
- ・通いの場はあるが、仲間意識が強く、新たに人が入りづらいといったハードルがあることをどう改善したら良いのか
- ・ボランティアの育成について、
 - －募集方法や支援者のOJT、育成方法、伴走支援はどのようにすれば良いか
 - －どのような場面で活躍いただくのか
 - －有償・無償の考え方を知りたい。行政のみで取り組むことはできるのか

（コロナ禍における活動）

- ・コロナ禍での通いの場の運営方法の工夫を教えてください

《生活支援体制整備事業における主な悩み（例）》

- ・協議体が形骸化していて、機能していないが、どうしたら良いか
- ・生活支援コーディネーターが孤立している。行政と生活支援コーディネーターとの連携があまりなく、ばらばらに地域づくりを進めようとしており、住民が戸惑っている状況だが、どうしたら良いのか
- ・総合事業と体制整備は近いものがあるのに課が異なるため、ばらばらに動いていて連動性に欠けることには気づいているが、どうしたら改善できるのか
- ・行政からいろいろと成果や結果を求められるが、地域づくりはすぐに広がるものでなく、時間もかかる。どうしたら理解してもらえるのか

《地域包括支援センターにおける主な悩み（例）》

- ・困難事例も増え、業務過多、兼務事項も増え大変である中で、新たなことにどうやって取り組むことができるのか
- ・どうやって行政とうまく政策づくりを展開していくことができるのか

《庁内連携等における主な悩み（例）》

- ・庁内外の関係機関をどのように巻き込めば良いか
- ・係内・課内でも連携が難しい。部局を超えた連携体制はどのようにして構築していけば良いか
- ・高齢者の問題は高齢部門だけで考えるものではないと思うが、どのようにして働きかければ我がこととして受け止めてもらえるようになるのか
- ・庁内連携の会議の場の設定は、ボトムアップではなく、トップダウンが良いのか

第 2 章

介護予防を進めるために必要なプロセス (つながる・知る・うまれる)

第1節 つながる・知る・うまれる

地域で行われるさまざまな事業や取組は、それぞれの枠の中だけで行われるものではありません。

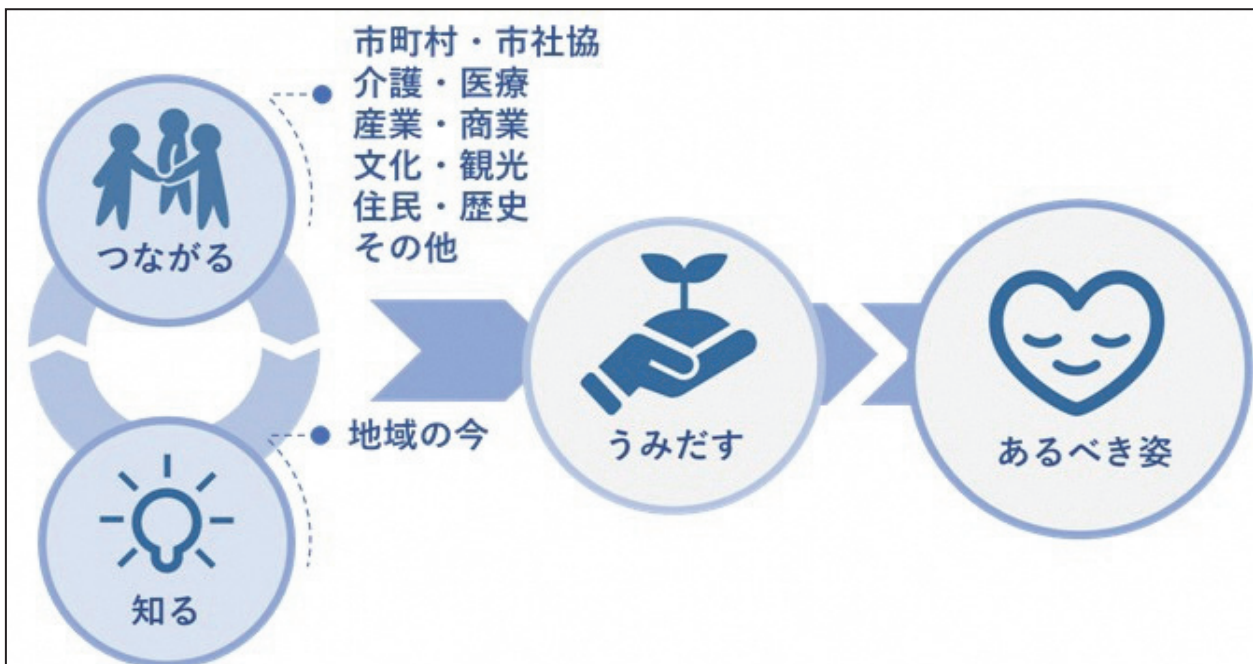
住民が健康で自分らしい生活を送れる地域をつくるために、あるいは、そうした生活を支えるために、地域で行われるさまざまな事業や取組が連動し効果的かつ効率的に行われるよう、地域に関係するすべての方が取り組むことが重要です。

そのためには、特定の誰かだけが頑張るのではなく、地域や関係機関・関係者、行政をはじめとするさまざまな主体が目的や課題、手立てなどについて共有・共感した上で取組が推進されることが求められます（≒規範的統合）。

また、現状把握を踏まえ、さまざまな主体が協働して「我がまち」の課題を抽出し、短・中・長期での取組方策を立案していくことが、地域づくりに資する活動を計画・実行していく上での具体性や実効性の担保につながっていきます。

第2章では、こうした共有・共感を「目線合わせ（意識合わせ）」と表現した上で、2020（令和2）年度厚労省職員派遣事業報告書等で紹介された、「関係機関・関係者との対話（つながる）」、「関係機関・関係者との共有（知る）」、「関係機関・関係者との共同・協働（うまれる・うみだす・はぐくむ）」の3段階のプロセスについて紹介します。

図表1：「つながる」、「知る」、「うみだす」のプロセス



出典：「令和2年度厚労省職員派遣事業 報告書」R3.3 厚生労働省

《コラム：介護予防活動が必要な理由》

介護予防は、介護保険法第4条で、「国民は、自ら要介護状態と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」と明文化されています。

この介護予防の目的は、次の2つのポイントに集約することができます。

○要介護状態になることをできる限り防ぐため、高齢者一人ひとりが自身の健康増進や介護予防についての意識を持ち、必要な情報にアクセスするとともに、健康の維持・増進に向けた取組等を主体的に行うこと

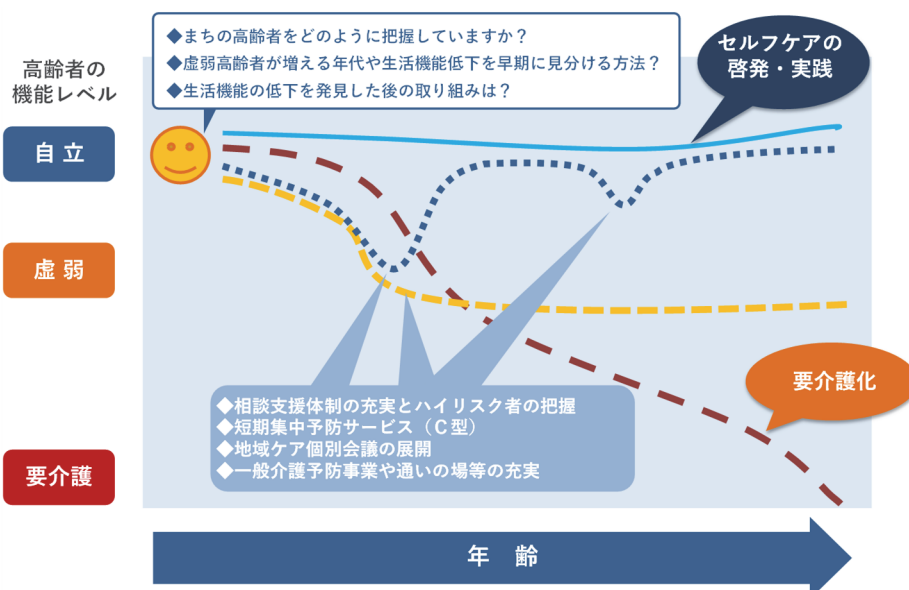
○さまざまな生活上の課題を抱える高齢者等に対して、適切な支援を行い、要介護状態等の予防や、状態の改善・維持・悪化の遅延を図ること

加齢に伴い、心身の状態は変化します。とりわけ、社会的な活動や役割の減少は心身の状態に与える影響が大きく、意欲低下が繰り返されることで、さらなる機能低下の傾向が強まることも理解しましょう。

これらのことを踏まえ、図表2をご覧ください。我がまちの高齢者の実態について皆さんはご自身の言葉で説明ができるでしょうか。自立・虚弱・要介護の状態にある高齢者の割合や高齢者の機能レベルに応じた介護予防の取組は充足しているでしょうか。自立レベルの方がその状態を維持するために必要な取組や虚弱高齢者を早期に発見する仕組み、生活機能を向上させる取組はどうでしょうか。あるいは、要介護度が高くなっても住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らすことができる環境や重度化防止の取組は進んでいるでしょうか。

この図に照らし合わせて、我がまちの介護予防事業を振り返ってみましょう。

図表2：高齢者の機能レベルと介護予防の必要性



参照：地域包括支援センター運営マニュアル2訂（平成30年6月一般財団法人長寿社会開発センター）P239 一部改変

地域のさまざまな主体が協働し、ともに活動をしていくためには、まず「つながる」プロセスが必要となります。「つながる」ために最も重要な方法として、「対話」があげられます。

いわゆる先進事例と言われるような自治体で、多様な主体が強固な連携関係にあるような市町村でも、その関係機関・関係者間の関係は、最初は何もないところからスタートしています。

つまり、信頼関係は始めから結ばれているものではなく、一歩ずつ相互理解を深め、歩み寄った結果、うまれていくものだということです。

双方が理解しあえる関係になることが理想ですが、時にはさまざまな要因が重なり、共有・共感できない、あるいは反発しあう関係になることも考えられます。

先進事例等から学びを得る際は、現状の多様な主体の連携関係のみに着目するのではなく、どのようなプロセスを経てその関係ができたのか、また、その結果、どのような成果が地域住民や関係機関・関係者の中にうまれたのかということに着目し、我がまちに置き換え、どのように進めていくかを関係機関・関係者ととも考える習慣を身に付けていきましょう。

＜関係機関・関係者との対話（つながる）のための基本的な視点＞

- 地域のことを深く知る。関係機関・関係者間で得ている情報を伝え合う
- 対話の機会を多く持ち、関係機関・関係者間で目指すべき方向を共有する
- 係・課、庁内の関係課、関係機関・関係者・住民等、対話する輪を拡げる

（１）対話とは

対話は、自分や相手の行動や発言の根源にある感情・考え方・価値観などについて、掘り下げて語り合うことでお互いの立場や意見の違いを理解し、そのずれをすり合わせる等、関係性を築くために必要なことです。

市町村の担当者が関係機関・関係者・住民等を招集して意見交換の場を設けることも大切ですが、ときには現場に赴き参加者や運営者の声を聴くことも必要です。アンケート調査やヒアリング、意見交換会、会議の場も大切ですが、直接、現場を確認しながら、思い描く事業や取組が実践されているか、不足していることは何か、自身の目で見た上で地域の関係機関・関係者からも話を聴き、対話を進めていくことがその分野の土地勘を高めていくことにつながります。

《コラム：「つながる」前に最低限知っておきたい地域の情報》

対話をはじめるとしても、何も知らない・感じていない状況では、「何から話したら良いのか」もわからなくなってしまいます。

我がまちをテーマに対話をはじめると際には、事前に最低限の情報として、介護保険事業計画をまず読んでみましょう。そこには我がまちの「人口（推移・推計）」や「世帯構成」、「高齢化率」、「要支援・要介護認定率」、「介護保険料」など基本的な情報が記載されています。「我がまちはこういう地域かな」という情報を持って、関係機関・関係者と対話を開始することが、「つながり」を持ちやすくするポイントのひとつです。

(2)「つながる」ためのきっかけづくり

介護予防の担当者だけで考え、進められることには限界があります。異動して間もない担当者であればなおさらそう感じるでしょう。

介護予防は、第1章にも掲載したように大変歴史のある取組で、これまでさまざまな取組が市町村・地域包括支援センター（以下「包括センター」という。）・社会福祉協議会・住民等の中で展開されてきました。今、展開している介護予防の取組が我がまちの目指す姿に沿っているのか、補うべき点はないか、ばらばらに展開するのではなく一緒に協力し合っていることはないかなど、関係機関・関係者・住民等と対話を繰り返しながら、ともに考える時間を持つことが大切です。

そのためには、それぞれの機関に出向き、フラットに話せる関係性を構築できるよう、市町村担当者が日頃からフットワーク軽く動くことや、定期的に関係機関・関係者等と話し合う場を設けることが必要になります。

最初は、介護予防の担当者と包括センターから始め、次に生活支援コーディネーターや社会福祉協議会、そして介護支援専門員や介護事業所、住民関係者と徐々に輪を広げていくことが大切です。

介護予防に関する関係機関・関係者では、それ以外にも認知症疾患医療センターや初期集中支援チーム、在宅医療・介護連携推進事業に関与する方々や企業や大学等ともつながれるよう意図的にアクセスしていくことも、広がりを持つためには必要です。

このことは行政内においても同様で、係内・課内・部内・庁内の関係課と対話が随時・定期で行えるような環境整備を行うことで、互いの業務がつながるなど事業間連動へと発展していきます。

ここに記載した一例の関係機関・関係者が現地に赴いてリアルな住民の声に耳を傾けることの優先順位を上げて、地域の資源について、対話を通して把握していくよう進めていきましょう。

そうしてつながった、あるいは既につながっている関係機関・関係者等と、地域の実情に応じた介護予防活動を展開するために、理想とする地域（あるべき姿）と現状の間にあるギャップの把握、課題の整理をする必要があります。あるべき姿の検討や現状の把握、課題の整理を通じて関係機関・関係者と対話（つながる）を重ねることが重要です。

《コラム：第三者の力を借りて「つながる」》

異動して介護予防の担当となったが、現時点では関係機関や関係者との接点が無く、つながる必要性はわかっているものの、過去からの対立的な関係にある場合など、自らの力のみではつながるための壁を越えることが難しい場合もあります。

このような場合は、障壁を越えるために第三者や別の目的でつくられた場などの力を借りることも有効です。

<具体的な展開例>

- 研修会や講習会等の場を活用し、つながりたい相手との対話の機会を持つ
 - 都道府県や関係団体等の介入等により、対話のきっかけづくりをサポートしてもらう
 - 都道府県や国等による伴走支援の事業を活用する
- など

(3) 「つながる」ことで関係機関・関係者間での共通理解を図る

地域で展開されている各種サービス・事業等の状況や住民等の声などを踏まえながら、これらに携わるそれぞれの関係機関・関係者がどのようなことを感じているのか、対話を深め、相互理解を醸成することが重要です。

相互理解を深めていくためのステップとしては、以下のような段階があると考えられます。

○お互いの立場・考えを理解し合う段階

- …行政・事業者・地域、それぞれの立場で向かい合っている現場の声を拾い合う。
- …それぞれの立場で目指しているもの、行っていることを語り合う・知り合う。

○事実を確認する段階

- …関係機関・関係者それぞれが有する情報から、事実としての情報を共有する。
(例：事業者「最近サービス C の利用者が減ってきた」、「利用者はデイサービスを望んでいる」、行政「令和〇年度の給付費の推移の状況」、など)

○方向性を整理する段階

- …多角的な事実を関係機関・関係者が協働して整理・理解することで、共通した課題認識を持つ。
- …課題認識や解決策が、目指すべき地域像（ビジョン）に向かっているか確認する。
- …課題解決に向けて具体的な役割分担等を行う。

地域のさまざまな主体と連携を進めるために、「つながる（対話）」を通じて、「知る（共有する）」プロセスを大切にしていきたいと思います。

＜知る（関係機関・関係者と共有する）ための基本的な視点＞

- 現在行っている事業等を関係機関・関係者間で共有する
- 関係機関・関係者間で情報量を揃え、課題認識を合わせる
- あるべき姿・現状・課題・打ち手の方向性を共有する

関係機関・関係者と情報共有し相互理解を深めることは、より良い地域をつくることを目的として通過するプロセスであり、目的に向かうための目標のひとつにすぎません。つまり、相互理解を深めた上で、「より良い地域づくり」という目的に向かっていくためには、連携できる関係を築き、実際に連携していくことが必要になります。「連携」とは「同じ目的を持つ者が互いに連絡を取り、協力しあって物事を行うこと（広辞苑）」であり、複数の人や機関等が協力する体制や方法のことを指します。「連絡する（情報を共有する）」だけでなく、「協力して実行」することが「連携」の本質であり、必要な視点です。つまり、同じ目的を共有し、その実現に向けて役割を分担することができる（≒協働）状態が、連携が取れている状態と言えます。

こうした連携を実現するためには、連携をはぐくみたいと旗を振る主体（ここでは市町村を想定します）が、トップダウンで動かそうとしたり、あるいは役割を丸投げするなど、「誰か」に動いてもらうのではなく、「自分も」一緒に行動する（姿勢を持つ）ことが重要です。

また、何のために連携をするのか、という点を改めて押さえておくことも必要です。

連携の基本姿勢としては、以下のような点を意識することもポイントとなります。

＜連携の基本姿勢＞

- 高齢者本人のニーズを中心に据える
 - …すべての取組をパーソン・センタードで考える
- 目標を共有し継続的に確認する
 - …連携は、目標に向かって関係機関・関係者各位が働きかけることで成り立つ
- それぞれが有する共通の理念を土台とする
 - …職種等により細かな理念に相違はあっても、大きな目標は共通する
- 多職種・多機関（連携相手）の役割や立場を理解し尊重する
 - …互いの専門性や所掌範囲等を尊重しなければ協働は成り立たない
- 相手に伝わる言葉で話す
 - …専門用語等は極力避け、平易な言葉で伝える（相手に伝わる）ことを意識する
- 地域の実情を踏まえて資源化する
 - …連携を図る基盤である地域の特性を資源として捉え、それを活かした連携を模索する
- 個別のレベルから体制整備へ
 - …個別ケースを通じて連携関係を醸成し、意図的に大きな連携構築へと働きかける

「つながる」「知る」のプロセスを経ると、建設的かつ実践的な議論ができる関係性が醸成されてきている状況にあると考えられます。

このような状況になれば、次は具体的な取組について、「うまれる・うみだす・はぐくむ」段階へと進んでいきましょう。

＜「うまれる」・「うみだす」・「はぐくむ」の捉え方＞

- うまれる（…新たなアイデアの創出）
 - …多様な関係機関・関係者がつながり、互いを知ることで、多様な視点が重なり、これまでにない新しい取組や価値が「うまれる」。
- うみだす（…具体的な取組への昇華）
 - …うまれたアイデアなどを実際に形づくっていく（「うみだす」）ことで、真に地域に必要な取組が姿を現していく。
- はぐくむ（…人材や地域の育成、取組のバージョンアップ）
 - …新たなものも既存のものも、すべて含めて地域に必要な資源を大切にす。ヒトやモノなど、地域に必要な資源を「はぐくむ」。

＜関係機関・関係者との共同・協働（うまれる・うみだす・はぐくむ）のための基本的な視点＞

- 課題に対する解決策を考える
- 関係機関・関係者間でたくさんアイデアを出し合う
- 取り組む優先順位を決め、役割分担をし、できることから実行してみる

（1）アウトプットを意識した共同・協働

「うみだす」アウトプットにより、関係機関・関係者間の役割分担や共同・協働の在り方が変わることを意識しましょう。

具体的なアウトプット例としては、「サービス・取組（サービスCや通いの場等）」や、「モノ（マニュアル・様式等）」、「場（会議体等）」などが考えられます。

例えば窓口相談マニュアルなどを作成する場合に考えられる役割として、企画・立案や執筆、監修、普及啓発などが挙げられますので、それぞれについて、適切な役割分担を行う必要があります。

どのようなアウトプットを据えた場合でも、関係機関間での効果的な共同・協働を実現するためには、適切な情報共有が必要です。情報を単に「共有」した、だけで終わるのではなく、お互いのもつ情報を掛け合わせて「連携」する意識を持つことで、より共同・協働の体制を加速化させることにつながる点も考慮しましょう。

(2) 取組の計画は短・中・長期で設計し、スモールステップでの推進が重要

総合事業の構築（あるいは再構築）はとても大きなテーマであり、その実現には多くのステップやプロセスを踏んでいく必要があります。

ここで最も大切なことは、大きな目的や目標いきなりたどり着こうとしない、ということです。

まずは一段一段、小さな成功例や体験を積み重ねて地盤をつくり、目標の達成や取組の成功への道筋をしっかりと立ててから、広げる（展開していく）という流れを踏むことが大切です。

小さな成功体験を共有していくことで、関係機関・関係者間の取組推進に向けた意欲が促進される効果も期待できます。

こうした視点や効果は、いわゆる先進事例といわれる取組においても共通するポイントであることがわかってきています。

その際、目標の達成に向けた取組計画（ロードマップ）を立てることが効果的な手法です。ロードマップは、短期・中期・長期で設計することがポイントになります。期間の考え方はうみだすアウトプットによっても異なりますが、概ね、短期は1年程度、中期は3～5年程度、長期は5～10年程度のスパンで考えることが目安になるかと思います。

ロードマップ作成時には関係機関・関係者間での役割分担や責任を明確にし、見える化することで、計画の実行性を担保していくことも効果的です。

副次的な効果としては、取組の状況を振り返る際（PDCA サイクルのCの場面）、このロードマップをチェックリストとして活用できることも申し添えます。

具体的な計画を立て、ロードマップとして見える化し、モニタリングをする意識を関係機関・関係者間で共有しながら、次の動きに向けた対話のプロセスへと戻ることが、まさにPDCA サイクルに沿った取組であるといえます。

(3) 事業の展開・事業間の連動

介護予防活動の展開に向けては、単一・個別の事業だけですべてを成り立たせることはできません。

なぜなら、住民主体の通いの場の展開を例にとれば、場の設置数は広がってきているものの、移動手段がないためたどり着けない方が多い場合（⇒移動支援等を絡めた事業展開）や、認知症の方も参加できるような場を広げていく場合（⇒認知症施策推進を絡めた事業展開）など、単一事業だけでは解決できない課題も多数あるためです。

そのため、地域支援事業に関するさまざまな事業、あるいは市町村としてのより大きな目標や重点施策とも連動し、総合的な地域づくりを推進していく視点が大切です。

多様な主体の共同・協働関係の深まりとともに、多様な事業間の連動も意識する視点が重要です。

事業展開・事業間連動については、「第3章第5節 地域支援事業に関する事業間連動」も参照ください。

《コラム：生駒市における地域支援事業の事業間連動》

生駒市においては個別のケア会議を大切に、また、包括支援業務から抽出されるさまざまな地域課題の解決に向け、地域支援事業の中の個々の事業のつながりを意識し、連動性を持たせてきている。

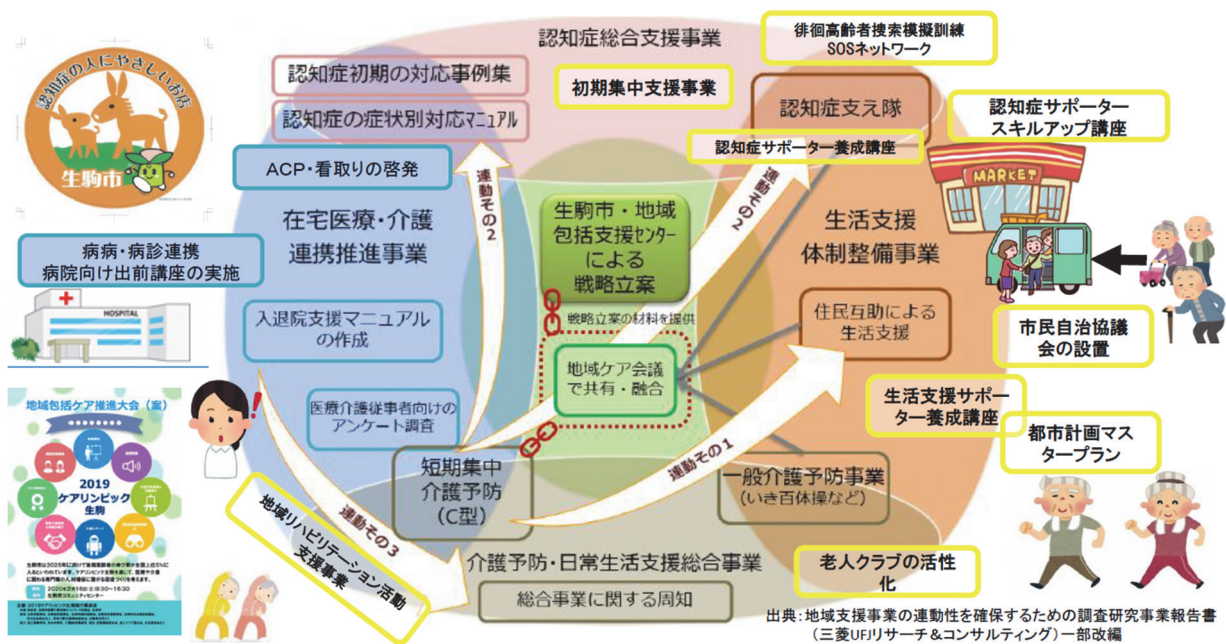
それぞれの事業は担当制ではあるが、個々の高齢者は事業で切り離せるものではない。

認知症がある高齢者を地域で支えるためには、認知症を正しく理解する地域住民への周知やサポートしてくれる住民の養成や育成、医療や介護従事者に地域の資源を知ってもらうことも必要で、そのためには資源集も必要となる。

通いの場も物忘れが始まったから通えなくなるのではなく、認知症になってもその方が望むなら通える場になるような工夫も必要である。

そう考えると事業間連動なくして、高齢者を支える仕組みなどできないということがないという示唆を本事例から読み取ることができる。

図表3：生駒市における各種事業の連動性



第2節 地域の実態把握

地域の実情に応じた介護予防活動を展開する上では、理想とする地域（あるべき姿）と現状の間にあるギャップを把握し、課題を整理する必要があります。

言い換えれば、あるべき姿を踏まえた実態把握をしなければ、課題の抽出は難しい、ということです。

実態把握にもいくつかのステップがあり、まずは、どのような「目的」で実態把握を行うのか、その目的を達成できる把握「対象・範囲」の設定、得た情報をどのように「分析」するのか、そして、把握結果を踏まえてどのような取組へと「展開」していくのか、という流れを踏まえることが重要です。

また、「定量的」と「定性的」な情報の両側面を把握・分析することが求められます。

なお、データはあくまで物事の多寡をしめすものであり、そのデータが良いことなのか、悪いことなのか、何から着手すべきか、という判断は関係機関・関係者間で協議した上で決定していくことが肝要です。

把握された実態（≒データ）を用いて地域の関係機関・関係者で議論し、課題や強みなどについて共有・共通認識を醸成することで、関係機関・関係者間の目線が合っていき、地域が一体となった取組へとつながっていきます。

1 基礎的データをまず把握しましょう

市町村にある基礎的なデータをまず確認し、我がまちの特徴を把握しましょう。

（1）介護保険事業計画などの既存資料を確認

介護保険事業計画には、人口推計や高齢者人口の推計、前期・後期高齢者人口の推計、日常生活圏域単位の高齢者数、一人暮らし高齢者数や世帯数、要支援・要介護度別認定者の推計、認知症高齢者の推計、基本的な情報や地域支援事業の内容、市町村が進めようとしている重点施策などを確認しましょう。

（2）地域包括ケア「見える化」システムの活用

地域包括ケア「見える化」システムの活用を行うことで、年齢調整済認定率（重度・軽度・要介護度別）や第1号被保険者一人あたりの給付月額（在宅・施設）など、他市町村との比較が容易にできます。

例えば全国、近隣と比較して、第1号被保険者1人あたりの給付費は安い、過去7年間の第1号被保険者1人あたりの給付費の伸びが小さい、後期高齢者が少ないので認定率が低いなど、我がまちの現状を押さえる上で、地域包括ケア「見える化」システムの活用も有効です

(<https://mieruka.mhlw.go.jp/>)。

（3）インセンティブ交付金評価指標該当状況を確認

インセンティブ交付金評価指標該当状況を確認することで、地域包括ケアシステムの構築状況が見えてきます。自立支援や重度化防止に向けた取組が推進されているかを確認し、できていない部分についてはなぜ、できていないかを確認してみましょう。

(4) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査を確認

介護予防・日常生活圏域ニーズ調査（以下、「日常生活圏域ニーズ調査」という。）を実施している市町村においては、その結果を見ることによって社会参加の状況や介護予防に関する住民ニーズが見えてきます。他市町村の調査結果も参照しながら、我がまちの特性を見てみると良いでしょう。

(5) その他

市町村で実施している介護予防把握事業等の結果から、地域ごとに生活機能低下者の出現割合等を抽出し、戦略的に介護予防事業を展開している市町村もあります。

以上のような市町村が持っているデータを用いて、関係機関・関係者・住民等に現状を伝える場をもつことで「つながる」がスタートすることもあります。

2 目的に沿った把握対象・範囲について

(1) 目的に沿った把握対象・範囲

何を目的とした実態把握を行うかにより、誰（あるいは何）から、どのような情報を得ていくかという、「把握対象・範囲」を検討することが大切です。

その対象・範囲と合わせて大切な事項として、求める情報を導き出すためには定量的・定性的な情報のどちら、あるいはいずれもが必要なのか、どのように組み合わせることが求められるのかといった、実態把握の設計を意識することがポイントです。

これらのことを踏まえ、対象をどこにおくか、例えば住民、介護事業所、包括センター、居宅介護支援事業所、各種団体なのかを考えます。

把握手法としては、アンケート調査を実施するのか、あるいはヒアリング調査を行うのか、または既存情報を再分析することや、関係機関・関係者間で協議をすることで求める結果が得られるのか、といった具体的な「手段」と、誰が何を行うべきか、という「役割」を決定していくことになっていきます。

① 定量的な情報と定性的な情報の違いを意識する

「定量的」と「定性的」な情報の違いを理解した上で、両側面から把握・分析することが重要です。

定量的な情報とは、事実やものごとを数などで具体的に示したものであり、量的な解釈や取り扱いができる情報です。例えば、日常生活圏域ニーズ調査や介護予防把握事業をはじめ、地域包括ケア「見える化」システムの活用などが考えられます。

定性的な情報とは、事実やものごとを数値などで具体的に示すことが難しいものであり、質的なデータといわれることもあります。例えば、包括センターや各種窓口等で行った相談分析、住民や関係機関・関係者等の生の声、あるいは地域ケア会議等を通じた個別課題から導き出した地域課題の情報などが考えられます。

こうした、情報の性質の違いなども勘案しながら、課題解決に向けて必要となる情報について検討する必要があります。

②実態把握の対象と範囲の考え方

誰（あるいは何）が、こういった情報を持っているか、想像してみましょう。

地域住民であれば、ご自身の生活の状況や地域の人とのつながりの状況、あるいは社会資源へのアクセスの状況や、そのために利用している交通機関など、日々の生活の困りごとについて、特に情報を引き出しやすいことが想像できます。

一方、関係機関や関係者等から引き出しやすい情報は何でしょう。例えば包括センターであれば総合相談内容や介護予防ケアマネジメントの傾向等、事業所であればサービスの提供実態、あるいは支援関係者間でのネットワーク（連携状況）など、支援者としての立場から見える情報を多く有していると考えられます。

保険者はいかがでしょう。日常生活圏域ニーズ調査はもちろん、各種行政統計や人口動態、各種計画策定時の実態把握調査、介護保険や医療保険の費用など、特に定量的なデータについて多く有していることが考えられます。

こうした対象ごとの特徴を勘案しながら、いったい何の情報を得るのかを明確にすることが、実態把握を進める上でのポイントとなります。

例えば、個別ニーズについての課題を把握するのであれば、ひとつは地域住民やサービス利用者等から情報を集めることが考えられます。加えて、包括センター等が実施する相談業務などの傾向や地域ケア会議からも、地域の方々がもつニーズが見えてくると考えられます。反対に、市町村が持つ定量的なデータのみでは、個別ニーズの課題把握を行うことは困難です。このように、目的に沿った対象と範囲を考えることが、実態把握設計の第一歩となります。

③実態把握の手段と実施主体の役割分担

実態把握を行う上では、まずはどのような手法にて実施するのか検討すると良いでしょう。

よくある方法としては、紙の調査票を配布する（あるいは Web を活用した）アンケート調査や、ヒアリング調査などが挙げられます。他にも、関係機関・関係者間で地域の現状について意見交換を行う場を持つことや、専門職派遣等を通じた各種サービス等の実施状況の把握、既存データの再分析など、目的や内容によって多くの方法が考えられるでしょう。

また、どのような事業において実態把握を行うかを検討する視点も大切です。日常生活圏域ニーズ調査や介護予防把握事業、他の分野で行っている調査とのコラボレーションなど、こちらも、市町村ごとに選択肢の差異が生じることが想定されるため、実情に応じた事業活用を検討しましょう。

そして、実際に実態把握を行うスキームに入ったタイミングでは、実態把握を進める上での関係機関・関係者間の役割分担が重要であり、適切な役割分担・協力により、より早く・正確に、実態把握を深め・広めていくことが可能になります。

《コラム：充分に実態を把握できない場合の対応例 ～生駒市の未返送者対応～》

生駒市では、2006（平成 18）年度より、市内 65 才以上の非認定者を対象とした「元気度チェック（基本チェックリスト＋ソーシャルキャピタルの要素含む）」を、2015（平成 27）年度からは 75 才以上の非認定者を対象とし、毎年送付している。包括センター別、生活圏域別、自治会別などさまざまな角度からデータを継続して把握・分析できているため、総合事業のデザインを考える上でも役立てたデータのひとつである。

市民にも定着しているため、9 割近くの返信があり、要支援相当者の見分けとして A リスト（生活機能＋運動器＋1 項目該当）や B リスト（1 項目該当）などスクリーニングし、非該当者には市からは返信なしとしている。

ただし、未返送者についてはその実態を把握することができないため、別途事業を立て、電話や訪問等を組み合わせたアウトリーチ型での把握を実施している。その対象のうち、約 1 割が認知症夫婦やセルフネグレクト等の早期発見につながっており、早期に介入できることで絡まった糸をほぐすという困難事例特有の負担もなく、結果、先々の包括支援センターの負担軽減につながっている。

（2）情報を分析した上で関係機関・関係者間での課題認識を合わせる

情報を集め、関係機関・関係者間で共有するだけでは、地域の実情を把握した、という状態には至りません。

情報をどのように組み合わせる・分類する、読み取る、などの分析を行うことが肝要です。

ここでは、具体的なデータ分析手法（「クロス集計」や「クラスター分析」、「回帰分析」等）には触れませんが、地域の実情に応じた介護予防活動に活かす上で持つべき視点について紹介します。

①市町村全体の傾向のみならず、日常生活圏域ごと等に分析を実施する

関係機関・関係者それぞれの立場によって、担当している地区の範囲や、物事を見る角度は異なります。

実態把握や課題解決に向けて、「つながる、知る、うまれる」プロセスを踏んでいくにあたり、異なる意見が交じり合うことで、これまで以上に実践的で効果的な、真の解決策が出てくることもあります。こうした視点を持った上で、十分に地域の実態把握を進めていく意識が重要です。

効果的な介護予防活動の展開に当たって、地域の実態把握が重要なことはこれまでの述べたところですが、ひとくちに「地域」といっても、その範囲には多様な捉え方が存在します。高齢者一人ひとりを主語においた場合、主に自らが暮らす範囲（自治会や町内会の圏域など）を指す言葉になるでしょうし、包括センター職員の立場からはセンターの担当地区を、市町村職員にとっては市町村内全域を指すことも多いでしょう。

例えば、基本チェックリストを活用したアンケート調査を市町村全域の高齢者を対象に行ったとした場合、市町村全域の大雑把な傾向だけを把握するのではなく、日常生活圏域ごと、各包括センターの担当地区ごと、小学校区単位や自治会単位など、細かくエリアを区切って、傾向を分析する視点も大切

です。エリアだけでなく、例えば調査対象の性別や年齢、世帯構成などに分けるなどの属性ごとの区切りにて分析するような視点も効果的です。

このように、細かい分析を進めていくことで、直近で取り組むべき課題の抽出や、施策の方向性などがより明確になっていきます。

②より広義な目的に照らし合わせて情報を眺める

情報を多様な目線・多角的な視点から眺める意識を持ちましょう。

例えば、特定の施策の実施状況を知りたくて得た情報（特定の事実を明らかにするために得た情報）であっても、その施策単体としてうまくいっているのかどうかだけではなく、地域ビジョンの達成に寄与しているか、他施策の視点からみるとどういった課題があるのか、などの多角性を持つことで、新たな気づきを得ることや実態把握を深めることにつながります。

《コラム：通いの場の展開状況の把握から、市全域の施策立案に広がった例》

山口県防府市では通いの場と互助への発展を目指し、「幸せます健康くらぶ」（商業施設での介護予防教室と買い物支援に送迎サービスを加えた、複合的な取組）を拡充してきた。

市は第7期介護保険事業計画の策定の際、「幸せます健康くらぶ」の拡充状況を確認、課題と取組の関係を見直すなかで、社会参加・互助の推進に力を入れてきたものの、市としての課題になっていた給付費の増大や介護人材不足の問題も解消傾向に向いているとは言えない現状であることが把握された。

そこで、防府市としての介護予防の目標を「能力に応じた自立」と「社会参加・互助の推進」の2つのテーマで設定し、従前から取り組んできた住民主体のサービスや通いの場の活動（≒社会参加・互助の推進）に加え、高齢者が「元気になるしくみ」として、サービスCを中心に据えた介護予防サービスの再構築に力を入れることとしていった。

《コラム：ハイリスク者の抽出を目的とした実態把握から担い手を発掘できた例》

北海道京極町では、介護予防把握事業を活用して、ハイリスク者の抽出を目的とした調査を実施している（基本チェックリストを活用した一枚ものの調査）。この調査の裏面に、町として収集すべき自由設問を追加した「くらしのアンケート」を併用したことにより、ハイリスク者の抽出以外の効果が得られている。

「くらしのアンケート」内の設問、「インターネットを活用した介護予防の取組への興味」についての問いに対して「はい」と答えた方について、ハイリスク者の抽出とは別の視点で着目。基本チェックリスト結果も勘案しながら対象を抽出した上で、個別にアプローチを展開し、どのような取組に興味があるかを丁寧に聞き取っていった。

その結果として、オンラインを活用した見守りや、それに限らない日常的なボランティア活動などに係る、地域の助け合いの担い手を発掘することができた、という副次的な効果を得ることにもつながっていった。

第 3 章

各種事業やサービスの 創出・既存事業の再構築等

第1節 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域において自立して日常生活を送れるよう支援するものです。実施主体は、各市町村の包括センターや委託を受けた指定居宅介護支援事業所となります。

ここでは予防給付や予防給付と総合事業の併給で実施する介護予防支援と、総合事業のみ利用する場合の介護予防ケアマネジメントを総称して「介護予防ケアマネジメント」としています。

1 規範的統合 ～みんなと目線・意識あわせをしましょう～

介護予防ケアマネジメントにおける主な市町村の悩みに「自立支援・重度化防止の意識の醸成」があげられています。

要支援者等の原疾患は筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多く、下肢機能や体力低下を機に外出機会や範囲が縮小し、生活機能の低下を引き起こす、いわゆる「廃用症候群モデル」に該当する方が多いのが特徴です。こうした特徴を持つ方に対しては、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を推進することが求められており、それが介護保険法第1条に規定する「尊厳の保持」の追求の出発点にもなり、介護保険法第4条に規定する「国民の努力及び義務」にもつながります。

介護予防ケアマネジメントが目指す「あるべき姿」については、行政・包括センター・居宅介護支援事業所・介護事業所・NPOや住民などで共有し、デマンド（要望）ではなく、ニーズに基づくサービスや事業の利用、セルフケアや地域力の向上に向けた取組を推進することが重要です。そのために市町村は、関係機関・関係者間との対話を欠かさず行い、「自立支援・重度化防止の意識の醸成」に向けた「共通理解・目線合わせ（意識合わせ）」を継続的に図ることで規範的統合につながります。規範的統合は、この先に進む上で避けては通れないもので、継続した働きかけが市町村には求められるのです。

2 基本的な考え方を定期的に振り返りましょう

(1) 介護予防ケアマネジメント研修の受講を勧奨

都道府県や団体等が開催する研修の案内を包括センター職員や居宅介護支援事業所向けに市町村からも発信し、一人でも多くの専門職に受講を促し、基本的な考え方を定期的に振り返る機会を持つことは大切です。

(2) 介護予防ケアマネジメント研修の開催

市町村自らが介護予防ケアマネジメントの研修を開催し、市担当課職員や包括センター、委託（再委託）先の居宅介護支援事業所等を対象に実施することもできます。

この場合、外部の研修受講とは異なり、市町村が課題としている部分に焦点をあて、内容を組み立てることができるので、質の平準化や質の向上には向いています。

小規模自治体であれば持ち回り制として、近隣市町村と合同開催するのもひとつです。

(3) 介護事業所等に向けた研修の開催

効果的な介護予防ケアマネジメントを推進する上では、介護事業所等も対象とした「自立支援・重度化防止」に向けた研修会等を開催することも大切です。地域リハビリテーション活動支援事業等をうまく活用し、セルフケアの推進や効果的なサービス提供の方法など、外部講師を招いて実施することも可能です。

また、サービス担当者会議やモニタリングの効果的な手法等に関する研修会では、包括センターや居宅介護支援事業所などにも参加を促し、「自立支援や重度化防止への取組」に関する講演後にグループワークなどを実施し、目線合わせ（意識合わせ）を行うことも効果的です。

そうした取組が、結果的に市町村全体での規範的統合やケアマネジメントの平準化につながっていくのです。

(4) 地域ケア個別会議との連動性を持たせた研修会や意見交換会の実施

介護予防のための地域ケア個別会議を積み重ねていくと、アセスメント不足等により課題そのものが抽象的であるなど、個別課題の解決に至らないことがあります。そうした事が積み重なるようであれば、介護予防ケアマネジメントそのものを改めて理解してもらう研修が必要となります。

一方、ケアマネジメントの平準化が進んでいると、個別会議での個別課題の集積により、地域課題を抽出することが可能となり、地域ケア推進会議等で解決に向けた意見交換ができるようになります。

また、その内容によっては第1層、2層協議体等とも連動させながら、地域課題の解決に向けて取り組むなどの展開も必要になります。こうして考えてみると、介護予防ケアマネジメントは地域づくりにつながっていることが理解できると思います。

(5) 介護予防ケアマネジメントに関する意見交換会の実施

介護予防ケアマネジメントの実態について、行政と包括センターで意見交換を行うことにより、日常生活圏域ごとに必要な介護予防・生活支援サービス事業の導入や通いの場を含む一般介護予防事業の創出など、施策の展開につながる場合があります。

保険者等で把握している情報に加えて、総合相談を含め介護予防ケアマネジメントをとおして地域住民の声を直接聴いている包括センターと行政がニーズを共有することは、政策形成に有効な手段となります。

(6) 介護予防ケアマネジメント点検・確認支援

保険者が介護予防ケアプランの点検・確認を行うことにより、ケアマネジメントの平準化を進める方法もあります。市町村が直接支援できない場合には、外部講師により実施することも可能です。

市町村によっては、自己点検できるチェック表等を作成しているところや介護予防ケアマネジメント点検・確認支援マニュアル等を独自で作成しているところもあります。

(1) 庁内・関係各課との連携を促進するためにグループウェア・SNS・ツイッターや会議の有効活用

フォーラムやイベントなど幅広い対象に周知したい場合には、庁内のグループウェアやSNSなどを活用し、幅広く周知することも大切です。市町村職員の家族や親類、友人・知人へと拡散することができます。

また、事業間連携ができる・できそうな関係課へは、会議や意見交換の場を設け、互いに連携して取り組めそうな事業を紹介することも効果的です。例えば、フードロスを考えている環境部門と通いの場がコラボレーションすることで新たな取組（リユースやフードロス改善）が進むことも考えられます。

(2) 医療・介護・福祉関係機関・関係者への周知

高齢者と接する機会を多く有する関係機関に事業を周知することにより、参加を促したい高齢者に向け情報発信してもらえる可能性が広がります。

特にかかりつけ医から地域の通いの場や多様なサービス（通所型C・訪問型C等）の紹介をいただくと、リスク管理を含めて高齢者の安心につながります。また、介護支援専門員が介護予防事業をよく知っていることで、要介護者を介護している家族の介護予防のために地域活動等を紹介することなどにもつながります。

(3) 地域の核となる関係者・団体・ボランティア・企業等に向け介護予防事業の周知

定期的な会議開催がある民生・児童委員や老人クラブ連合会、自治会などにおいては、会議の場に直接出向き、介護予防事業について周知することや、介護予防研修会などを開催し、高齢者に接する機会の多い団体やボランティアへの学習の機会をつくることも大切です。そのほかに企業等にも周知を行うことで、新たな企業とのコラボレーション企画がうまれる可能性もあります。

(4) セルフケアの推進や通いの場などの創出などに向けた住民への啓発

セルフケアの推進に向け、簡単な体操や口腔ケアや食事の工夫などをリーフレットやパンフレットで紹介するのも有効ですが、セルフケアの実践者にインタビューをし、「望む暮らしを実現するセルフケアの秘訣」などを冊子にまとめて配布することも考えられます。掲載された本人及び家族や友人、知人や関係機関・関係者からの発信で幅広い人に行き渡る可能性を秘めています。

また、通いの場の創出などに向けた住民への啓発では、DVDを作成して民生・児童委員や老人クラブ連合会、自治会長等の関係者に配布することで、地域の中での新たな取組に発展する場合もあります。

他にも、地域の核となる方々と先行市の取組をとともに視察することも、新たな取組が広がるきっかけづくりにつながる場合があります。

(5) 遠方に暮らす家族への周知（ホームページ・SNS・YouTube・DVD・チラシ・リーフレット等）

遠方に暮らす家族では、両親がより良い暮らしを実現するためにあらゆる情報を収集したいという方もいるでしょう。市町村のホームページは、定期的に更新を図りながら新しい情報をタイムリーに発信できるように担当課のページ更新や新着情報への掲載方法、広報誌の掲載など工夫を図ると良いでしょう。

その他、遠方の家族でもできる支援（電話・メール・往復はがき・ウェブミーティングツール・旅行のお誘い・家事サポートチケット・・・etc）は多々ありますので、そういった情報も掲載しておくのもひとつです。

4 効果的・効率的に実践できるようなツール開発等

後期高齢者数が伸び続けている地域では、介護予防ケアマネジメント件数も比例する形で伸びていく市町村もあるでしょう。

介護予防ケアマネジメントの効果的・効率的な展開が図られるかは、包括センター業務にも関わってくることです。業務負担の軽減を目指す市町村では、アセスメントツールを開発したり、市町村の窓口対応マニュアルを作成したり、多様なサービスを進める上でのルール（内規）づくりを行ったり、さまざまな視点から介護予防ケアマネジメントに費やす時間の効率化を、質の担保を図りながら進めています。

そうした取組を進める際に留意することとして、なるべく多くの関係機関・関係者を巻き込み、作成するプロセスを大切にすると、現場の意見が組み込まれた納得性の高い成果物ができ、皆が理解しながら活用することにつながります。急がば回れの気持ちで、合意形成を図るプロセスを大切にしましょう。

第2節 地域ケア会議

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムを実現するための手法のひとつとして行われるもので、包括センターまたは市町村が設置・運営する「介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される会議」（介護保険法第115条の48第1項）です。「2021（令和3）年度地域包括支援センター運営状況調査」によると、地域ケア会議は全国97.9%の市町村で開催されています。また、年12回以上（1月あたり1回以上）開催している包括センターは約2割あり、こうした数字をみると一見、地域ケア会議は十分な全国展開がなされており、課題がないように見受けられます。

しかし、第1章でも紹介があったように、地域ケア会議の開催や運営方法、会議で検討した内容の課題整理、個別課題を集約して地域課題へと展開する手法や政策形成につなげる方法など、さまざまな段階で、市町村や包括センターが会議運営に悩んでいることがわかります。また、地域ケア会議を開催しているものの形骸化してしまっており、再構築が必要な市町村も増えてきています。

このような状況を踏まえ、地域ケア会議が本来の目的を果たすために、効果的な運営に向けてどのような手順を踏んでいくと良いかについて、改めて確認していきましょう。

ここでは、特別な名称を用いる場合を除き、いわゆる「地域ケア個別会議」と「地域ケア推進会議」を総称して、「地域ケア会議」としています。

1 地域ケア会議の意義・目的の共有

地域ケア会議の目的については、ア) 個別ケースの支援内容の検討によるもの、イ) 地域の実情に応じて必要と認められるものがあります。ア) には、以下3つの要素が含まれています。

- i) 地域包括支援センターや介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援
- ii) 実態把握や課題解決のための、地域包括支援ネットワークの構築
- iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握

イ) は、個別ケースの検討による課題解決を積み重ねることによって、明らかになった共通の要因や地域課題及び日常生活圏域ニーズ調査で把握された地域課題を基に、地域づくりや新たな資源開発、政策形成等につなげるものを取り扱うことです。

市町村等においては、ア) を地域ケア個別会議、イ) を地域ケア推進会議と整理し展開しているところや、イ) については第1層協議体など他の会議体の中で展開しているところもあります。

地域ケア会議を開催する上で留意することは、地域ケア会議の目的や意義を関係機関・関係者と共有し、ビジョン（目標）を持って進めることです。地域ケア会議を開催すること自体が目的になってしまっている市町村においては、「なんのために開催するのか」が曖昧な分、地域ケア会議の先に何かあるかも見えづらく、参加しても得るものも少なく、達成感を感じることができないという結果を招きがちです。その結果、主催

者もどのように運営すれば良いかが曖昧なため、参加者の会議に臨む姿勢も義務的なものになりがちで、例えば、介護予防のための地域ケア会議等においても「個別ケースが出してもらえない」や「どのようなケースを選定して良いかわからない」というようなことが生じやすいものと考えられます。

こうした状況をうみださないため、あるいは改善するためにも、目的や意義が不明瞭な市町村においては、我がまちが目指すべき姿に向かうための地域ケア会議のデザインを関係機関・関係者とともに構築（再構築）することが重要です。

2 場の構築（再構築）及び運営

地域ケア会議の場づくりの工夫では、地域ケア会議開催ごとに「地域ケア会議の意義や目的の共有」や「グランドルール」の説明など、参加者との目線あわせ（意識あわせ）を行っているところがあります。

地域ケア会議は、あくまでも目的を実現するためのひとつの手段です。高齢者支援の充実や社会基盤の整備を図り、地域包括ケアシステムの実現をとおして、高齢者が地域のなかで、その人らしい尊厳のある生活を続けていける地域づくりを目指しているのです。

したがって、地域ケア会議では詰問のような形で個人を責めたりするようなことはあってはなりません。そのためには、関係機関・関係者が皆共通して注意すべき点についてはグランドルールをもって共有するなどの工夫も必要です（※グランドルール：研修や会議、協議などを行う際にあらかじめ決めておくルールのこと。例としては、発言を否定したり非難しない、一人一言発言する、等）。

また、運営面においては、活発な意見交換ができるよう、机や座席配置の工夫、関係機関・関係者が参加しやすい日時の設定、1回あたりの検討数・所要時間・開催頻度の検討、ファシリテート役の調整、オブザーバーである多職種や参加者の対象範囲の決定、会議録作成、守秘義務を徹底するための誓約書の準備、ホワイトボードの準備など、多くの事項を整理する必要があります。

ほかには、限られた時間を有効活用するために、事前に会議で検討するプランの提出者と主催者側で打ち合わせを行い、議論の方向性をすり合わせ、不足情報を収集したり、当日の資料は個人情報に留意しながら関係機関・関係者に事前配付するなど、効率的・効果的な会議運営を目指しましょう。

こうした運営面においても、市町村が設計した後に関係機関・関係者に協力依頼を行うのではなく、会議のデザインそのものを考えるところから、我がまちにあった方法について、対話を通して皆で検討できる土壌を持つことが、発展的な地域ケア会議へとつながっていくのだと思います。

また、地域の状況は刻々と変化しますので、その時々合った地域ケア会議を運用できるよう、定期的な運営評価や改善（アップデート）を行うことが重要です。

運営評価に当たっては、参加者や開催頻度などの「構造」、会議開催に向けた準備や運営方法等の「過程」、会議の成果・効果などの「結果」の視点で評価を行うことが考えられます。

また、改善（アップデート）に当たっては、参加者選定や司会進行のスキルなどの「人物」、会議時の資料様式や開催場所等の「物・環境」、会議体の連動性・機能等の「仕組み・デザイン」のどこに課題があるのか、ポイントを探しながら構築（再構築）をしていくことが大切になります。

(1) 地域の個別課題解決～地域づくりまでの機能を整理する

地域ケア会議のデザインを構築（再構築）するには、地域にある多様な会議体や取組の役割・機能を整理することが重要です。整理した上で、地域ケア会議として担うべき役割や機能を設計することに留意しましょう。いたずらに類似した会議をつくり上げるのではなく、既存の資源と効果的・有機的に連動することができるよう設計をすることで、効果的な地域全体の会議体系をデザインすることができます。

また、個別ケースの課題解決から地域課題の発見、そして解決へとつなげていけるような会議機能の連続性、あるいは発展性を勘案することも大切です。

(2) 介護予防活動を展開・加速させるための対象の選定

介護予防活動を展開・加速させることに主眼を置いた介護予防のための地域ケア会議（自治体によっては、自立支援型地域ケア会議と呼んでいます）を構築（再構築）するには、あるべき姿と現状の乖離から、課題解決に向けた地域ケア会議をデザインする必要があります。

例えば、初期の認知症の方々の支援を巡って、介護予防・日常生活支援総合事業の中でも何か工夫できないか？と考えた場合、新規の要支援・要介護認定でサービス利用を始めた認知症高齢者に焦点を当て、地域ケア会議を展開してみるのもひとつでしょう。何件も検討していく中で、身体能力も高く、物忘れだけが気になる高齢者であれば、地域のサロンや通いの場に誰かのサポートを受けて参加することができるのではないかと考えられるかもしれません。試行的に実施し効果が得られる可能性があれば、新規事業として予算化できるかもしれません。

また、従前相当のサービスを継続利用している事例について、介護予防のための地域ケア会議で議論を重ねていくと、慢性期疾患で生活機能低下のある高齢者で自宅での入浴が可能な場合、買い物などのサポートがあり、通いの場までの送迎があれば、介護サービスに頼らずとも地域の中で過ごすことができる人が一定数いることに気付けるでしょう。そうなれば、その他の生活支援サービスの構築や通所型サービスBや訪問型サービスDの構築など、新たな事業を考案することで多様なサービスの構築の可能性が見えてくるでしょう。従前相当のデイサービス利用者の多くは、フラットな場所であれば一人で移動できる人も多く、身体介助が必要な人は稀であることから、目的地まで行くための移動手段があれば従前相当サービス以外でも対応できることが理解できると思います。

そうした観点から、介護予防のための地域ケア会議を進める上で、地域の社会資源の把握や開発などを行う生活支援コーディネーターをはじめ、認知症地域支援推進員なども会議に参加することで、多様な対応が可能になると期待できます。

3 個別課題の解決に向けた戦略

個別課題解決機能は地域ケア会議機能の中核といえます。

しかし、地域ケア会議の本来の可能性は、個別ケースに対する支援の充実と地域づくり及びそのための体制整備等を一体的に進められる点にあり、個別課題のみならず、地域の普遍的な課題も同時に捉えていくことが重要です。

そのためには、地域ケア会議の開催頻度や検討件数が一定数あることが望ましく、一人ひとりの課題解決に向け、何が必要か、関係機関・関係者それぞれ何ができるのかを検討する場が増えることで、一人の課題がやがて地域課題へと発展し、つながっていく動きがうまれます。

しかしながら、先に述べたように地域ケア会議を開催すること自体が目的となってしまう市町村では、関係機関・関係者の合意形成がないままに進んできているため、会議が形骸化し、地域課題解決に向けた前向きな検討がなされにくい環境にあるようです。

また、多職種のアドバイザーが参加していることで、職種ごとにプラン記載の気になる点を追求することに時間が割かれ、生活そのものの課題解決にまで議論が至らないこともあるようです。

何のために地域ケア会議を開催するのか、その点をしっかりと関係機関・関係者で共有することが重要です。

アセスメント不足が課題であれば、別途、介護予防ケアマネジメントの研修を展開するなど、技術を向上させることを考えることも必要になります。

また、個別課題の解決だけに終始するのではなく、このAさんの課題はBさん、Cさんにも当てはまる普遍的な課題ではないだろうか？と、時には仮説を立てながら、他の情報やデータからも地域課題につながらないかを検討するなど戦略的な対応も必要です。

4 地域課題の発見に向けた個別ケース検討結果の整理

いくら地域ケア会議を繰り返しても、漫然と個別課題の解決を積み上げているだけでは地域課題を明確に捉えることは難しい側面があります。

地域課題を抽出するためには、会議を開催する度に検討結果を要約して記録し、それぞれのケースに共通する課題等を類型化し、整理していくことが効果的な手法のひとつです。

個々のケースの課題やその発生要因、検討された支援方策、積み残された課題などを一覧で整理できるシート等を作成するなど、ケースの積み上げと課題整理をしやすい方法を考えることが重要です。

なお、課題の類型化等をする際には、その課題が個人因子による特異的なもの（他とは違う課題）なのか、一定以上普遍的なもの（ある程度共通する課題）なのかという視点で、積み上げたケースを検証することが大切です。

また、特異的な課題だとしても、それが本人や家族、既存の資源・支援者等では解決できないものであれば、地域課題として捉えて解決を検討する視点も持ちましょう。

地域ケア会議の実践現場からは、地域課題の解決に向けた展開や政策形成への発展に難しさを感じているという声をよく耳にします。

こうした機能を発揮するために何が足りないのか、その要因を探る必要があります。地域課題の抽出ができれば、それを解決するための方策を地域ケア推進会議等の場で協議を重ねます。その結果うみだされた解決案について、政策形成につなげる必要がある場合には、行政内部の理解を求めながら施策展開していくことが重要です。

地域ケア個別会議が充実していくと、地域課題が次々と明らかになってきます。地域ケア推進会議の場で検討する地域課題なのか、協議体等で検討すべき案件なのか、あるいは、他部局で議論すべき案件なのか、整理が必要になることもあります。

その際、留意することは、地域課題は多様な要素が含まれていることもあり、地域ケア会議を担当している担当課だけですべてを進めることができない場合がある点です。そうした場合には、第2章で取り上げた関係機関・関係者とのつながりの円滑化を図り、「対話」を通じて庁内他部局との連携（庁内連携）や多機関・多職種との連携（庁外連携）を進め、課題を共有し、ともに解決策を検討することも必要になります。

地域ケア会議の発展性として、介護保険部局をはじめとした保健・福祉・医療等の分野を超えた部局等との連携まではぐくむことで、介護保険等の範疇を超えた、市町村全体としての大きな「まちづくり」の議論へと展開することにもつながっていく可能性まで秘めていることは意識しておきましょう。

第3節 サービスC（短期集中予防サービス）

介護予防のためには、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチとともに、生活環境の調整、生きがいや役割を持って生活できるような居場所や出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチが重要です。その際、リハビリテーション専門職（以下、「リハ職」という。）等を活かした自立支援に資する取組を推進していくことが重要となります。

サービスCは、3ヵ月から6ヵ月という限られた期間で、生活機能が低下した高齢者を対象に展開するサービスであることから、高齢者がこれからどのように暮らしていきたいのか、ありたい姿を尊重して自立支援や重度化防止の取組を行うことで、元の生活を取り戻していくことを目指します。

そのためには、短期間の利用ということや元の生活に戻ることを目指すサービスであることを含め、市町村を始め包括センターや居宅介護支援事業所、介護事業所、社会福祉協議会、医療機関、生活支援コーディネーターや地域の核となる団体、ボランティア、住民など多様な関係機関・関係者の理解と協力を得ながら推進していくことが求められます。

1 サービスCをデザイン ～関係機関・関係者との合意形成～

サービスCをデザインする上で最も大切なことは、関係機関・関係者との目線合わせ（意識合わせ）です。なぜ、多様なサービスの中でもサービスCを構築するのか、共通認識のもとに進めていきましょう。

また、どのような対象者にどのくらいの頻度・内容で実施するのかに加えて、市町村での窓口対応や周知方法、ケアマネジメントを効果的に展開する方法、並行して取り組む地域づくりなどサービスCを取り巻く環境整備も含めたデザインがとても重要で、関係機関・関係者間で意識的に明らかにしておく必要があります。サービスCは市町村が単独で事業設計し、関係機関・関係者に周知する方法もありますが、関係機関や関係者とともに事業のデザインを考えるプロセスを辿ることで、その過程において目指すべき方向性が共有でき、より地域の実情に応じた事業展開へと協力が得やすくなります。

実際、サービスCがうまく進んでいる市町村の多くが共通して、事業のデザインを描くプロセスにおいて関係機関・関係者と合意形成を図ってきた経緯があります。

2 対象者像の設定

対象者像の設定は、通所型サービスCや訪問型サービスCをその市町村の総合事業全体の体系において、どのように位置づけるかによって異なります。

通所型サービスCは、市町村によっては、原則、運動禁忌でなければ利用対象者とする場合や改善効果の高い整形外科的疾患や入院等を機に安静期間中に生活機能低下が進んだ高齢者に絞り込むなど、事業をどのようにデザインするかで異なります。他には、虚弱な高齢者と交わることによって効果が現れやすい初期の認知症高齢者も対象にしているところもあります。

訪問型サービスCは、市町村によっては、運動器の機能低下者を中心に展開しているところ、栄養面

を中心に展開しているところ、うつ傾向や閉じこもり傾向にある方を対象に展開しているところなどがあり、市町村が課題としていることに着目し、訪問型サービスCの対象の範囲を決めているところが多くみられます。他には、通所型サービスCと訪問型サービスCを一体的に実施しているところもあり、自宅での暮らしぶりを専門職が確認の上、通所型サービスCで課題解決のために必要な取組を提示し、実践に基づき自宅での暮らしが改善しているかを、事業間の連動をみながら展開しているところもあります。

また、訪問型サービスCにおいては、例えば、初期の認知症高齢者を対象とする場合、定期的な面談や生活状況を確認することにより、物忘れ等の自覚による気持ちの低下からうつ傾向に陥り家事遂行が億劫になっているのか、あるいは声かけを適宜行うことで家事も可能になるかなど、訪問し作業工程を確認することで見えてくることがあります。このように、訪問型サービスCについては、訪問する専門職が重要な役割を果たします。生活機能の低下のどこに着目するかによって、訪問に適した専門職が異なってくるので、対象者像の設定はとても重要です。

どのような対象者像を設定するかについては、総合事業全体のデザインと合わせながら、決定していきましょう。

3 事業内容

通所型も訪問型もサービスCの事業内容は、さまざまな方法があります。

通所型サービスCは、集団の効果を狙って教室制で実施しているところでは、開始時期と終了時期が同じであることから、集団心理を狙ってモチベーションをあげることや参加終了後に一緒に地域活動を始めるなど、地域でのつながりを意識した関わりが早くから可能となるメリットがあります。一方で、開始時期が決まっているため、教室が開始してしまうと次のクールまで待つこととなります。その間に生活機能の低下が進まないよう、市町村では訪問型サービスCでの対応や地域リハビリテーション活動支援事業等の活用によりリハ職等を派遣する方法のほか、暫定で従前相当サービスなどを利用しながら、次のクールまで待機するなど、工夫が必要になります。他方、随時参加できる方法では、タイムリーに事業参加ができるメリットがあります。事業内容についても1対1で時間をかけながら対応する形もあれば、集団と個別を組み合わせながら展開する方法もあります。

また、マシンを活用する方法もあれば、自重の運動が中心のものやリハ職の面談中心というスタイルもあります。頻度も週に1回のところや、週に2回実施しているところもあります。送迎や利用料の有無も市町村によって異なりますし、訪問型サービスCと合わせて実施する形態をとっているところもあります。複合型プログラムを設定しているところもあり、栄養指導や口腔ケアと運動を合わせて実施しているところもあります。

訪問型サービスCは、対象者像をどこに設定するかによって、関与する専門職も変わり、事業内容も異なってきます。例えば、運動機能の低下者等に対して実施する訪問型サービスCであれば、運動禁忌の対象者でないことを確認の上、痛みや可動域制限の有無、運動強度、セルフケアの内容などを勘案し、目標達成に向けた課題設定を行いながら、活動量を徐々にあげていくメニューの提示を行うことが考えられます。また、栄養面に課題のある方であれば、改めてアセスメントを行いながら、適切なエネルギー、

撮取内容などを検討するとともに、簡単に調理ができる方法などを伝え実践することもあるでしょう。他には、総合的な課題として、栄養面、体力面、活動面、生活面など多岐にわたる課題のある高齢者への対応では、複数の専門職が訪問することも意味があります。どのような対象に対して、訪問型サービスCを展開するかは、市町村が抱える高齢者の課題や地域に協力者がどれだけいるか等によって、事業内容も幅広いものへと拡充が目指せます。

通所型サービスCや訪問型サービスCは、一概にこうあるべきと示すことが難しいのも特徴です。

地域の実情に応じた展開が可能であることから、多様な運営スタイルがありますので、今後改訂が予定されている国の介護予防マニュアルや先行市町村の取組も参考にしながら、関係機関・関係者とともにデザインしていくことが大切です。運営の方法も委託・直営のほか、指定事業で展開しているところや成功報酬等の加算を組んでいるところもあります。別冊の事例集では、サービスCを実施している市町村を掲載していますので、参考にしてください。

4 事業所選定や専門職の確保

事業のデザインが決まれば、次は事業を推進する事業所の選定や専門職の確保をどのように行うかを決めていく必要があります。サービスCの成功のポイントは、関係機関・関係者と目的を共有し、専門的なサービスの実践を支える専門職の存在にあります。市町村内に通所型サービスCを担ってくれる事業所や通所型・訪問型サービスCを担当するリハ職をはじめとした多職種の専門職が存在するか否かでその後のアプローチが異なってきます。

(1) 協力する専門職を探し・つながる

まずはサービスCの運営協力者を探し・つながることから始めます。「既に思い当たる人や事業所等があるパターン」に限らず、「関係機関等から紹介してもらうパターン」、人口規模の小さな市町村であれば「地域おこし協力隊などを活用して、他の地域からリハ職を募集するパターン」なども考えられます。

(2) 専門職の継続的な育成・確保

事業の拡充を考える場合には、リハ職の育成や確保をどうしていくかも考えておく必要があります。勉強会や研修会をはじめ、リハ職が気軽に集うことができる環境整備なども考慮していく必要があります。

(1) 関係機関・関係者に対する普及啓発

3ヶ月から6ヶ月と限られた期間で集中的に介入するサービスCは、退院直後の要支援者や緩やかに生活機能の低下が始まっている事業対象者が利用するメリットは一段と高くなります。そのため、入退院調整を行っている MSW やかかりつけ医などがサービスを知っていることにより、タイムリーに事業参加が望ましい人を案内してもらえる可能性が高まります。

他には、包括センターや居宅介護支援事業所、介護事業所や薬局など、高齢者と接する機会の多い人達にも理解をしておいてもらうことが望ましいです。

(2) 地域住民に対する普及啓発

サービスCというものがどういうものであるか、目的やメリットなどを合わせて、このサービスの存在自体を周知することが大切です。そのためには地域の核となる民生・児童委員や自治会、老人クラブ連合会や各種団体やボランティア等にも DVD やチラシ、リーフレットや広報誌を活用して周知します。

サービスCの対象者の選定は、包括センターや居宅介護支援事業所だけに頼るのではなく、市町村の窓口においても窓口フローチャートを作成するなどして、利用が望ましい人を案内できるようにすることも大切です。別冊事例集では、窓口対応の例や対象者の選定基準などの事例も紹介していますので、参考にしてください。

他にも、介護予防ケアマネジメントも肝になるため、サービスCにふさわしい人の選定を行いましょ。介護予防ケアマネジメントにおいては、的確なアセスメントと具体的な目標設定、セルフケアやインフォーマルサービスの創出などの視点も合わせもち、改善の可能性についても見通しをもった計画立案ができるように進めていくことが必要です。サービスCの実施主体である市町村と介護予防ケアマネジメントを担当する包括センターとで、齟齬が生じないようにすり合わせを重ねながら進めていきましょう。

(1) 実態把握等を通じて対象者を選定する

市町村によっては、サービスCの利用選定に介護予防把握事業を活用し、独自の選定基準を設け、隠れ要支援者等（虚弱高齢者）の抽出作業を行いながら、総合相談や介護予防ケアマネジメントの流れと合わせて対象者の選定を行っている市町村もあります（別冊事例集、生駒市・京極町事例参照）。

(2) 対象者の選定基準を見える化する

市町村での窓口でも担当者ごとにサービス C の対象・非対象がブレないように、対象者選定におけるフローチャートや内規等を作成し、ツールを用いて誰もが同じように対応ができるよう平準化への工夫を行っているところもあります。(別冊事例集、生駒市・防府市・宮崎市事例参照)

7 地域ケア会議やモニタリングの有効活用

サービス C を実施している市町村の悩みに「同じ人が利用し続ける」「サービス C 利用後に従前相当のサービスに移行する」「卒業(修了)したがない」という悩みを聴くことがあります。また、地域ケア会議の場が卒業(修了)間近の方々の振り分け会議のようになってしまっているという話を聴くこともあります。

いずれにしてもサービス C を構築したもののうまく機能していない市町村においては、利用開始前の説明やモニタリング時期の対応などに問題がないか、振り返る必要があります。生活機能低下によりサービス C に参加した人の多くは、一定期間通うことにより、体力を取り戻し、元の暮らしに戻れる身体能力が備わってくるはずですが、卒業(修了)による次のステップへの移行がうまくいかない場合には、その背景要因として、その状況に応じた「生きがいや役割」の見出しに寄り添う支援が不足している可能性があります。地域ケア個別会議での議論やモニタリングの機会をうまく活用し、地域での取組や趣味活動の再開など、諦めていた事柄に再挑戦する気持ちが宿るような支援を目指すことが重要です。

8 生きがいや役割の創出・卒業(修了)後のつなぎ先等

サービス C を利用する際にも利用後の生活について目標設定しておくことが大切です。その目標を達成するに当たり、どこまで心身機能が向上しているかをモニタリング・評価することを忘れないようにすることやセルフケア能力を高める事により、事業に依存せずとも実施したいことが実現することを体感して貰う必要があります。

他には、地域の中で取り組める通いの場や居場所など、卒業(修了)後のつなぎ先を増やしていくことや生活支援コーディネーターのみならず、庁内他部署とも連携しながら、就労的な活動場所の創出やいきがいや役割の再獲得ができるような場づくりも重要です。

第4節 一般介護予防事業と住民主体の通いの場

一般介護予防事業や住民主体の通いの場については、全国の市町村が工夫を重ね、開催箇所数の拡充と参加者数の増加を目指し、取組を推進してきました。しかし、新型コロナウイルス感染症の流行により中断・中止をせざるをえない状況もあり、高齢者の閉じこもりや健康への影響を心配する声が全国で聞かれています。

一方、このような状況の中においても、地域でのつながりを閉ざさないために、さまざまな関係機関・関係者ととも知恵を絞り、コロナ禍でも進められる介護予防の取組を模索し、挑戦し続ける市町村もあります。

第4節では、多様な通いの場を実現するために関係者との連携強化やインセンティブ付与を含めた参加促進、専門職の効果的・効率的な関与の仕方、通いの場に参加しない高齢者への対応とPDCAサイクルに沿った事業の進め方について紹介します。

1 庁内の他部局や地域の多様な関係機関・関係者との連携

(1) 多様な通いの場の展開

一般介護予防事業や住民主体の通いの場を充実させていこうと考えると、主担当課だけで考えるには限界があります。例えば、活動の担い手や参加者がいるにも関わらず、活動拠点となる場所がないという問題もよく聞かれます。そうしたとき、例えば、住宅関係の部署と連携することで「空き家」の有効活用が可能となることもあります。ほかにも商工・観光の関係部署と連携することで、「大型ショッピングモール」や「商店街の空き店舗」の活用が可能となることもあるでしょう。また、地域の多様な関係機関・関係者との連携により、社会福祉法人や医療法人等の施設の一部の活用が可能となることもあります。

また、庁内の他部局との連携で、双方にメリットのあるwin-winの関係性が構築できることもあるでしょう。例えば、通いの場で月に1回フードロスやリユースの日を設けて、自宅に余っている食材等を持参してもらい、子ども食堂や困窮家庭への食料支援等に活用してもらうことなどが考えられます。福祉や健康部局から少し広げて他部局や他機関と連携先を増やすことによって「できない」と思っていたことも「できるようになる」可能性が高まると思います。

(2) コロナ禍での工夫

コロナ禍での一般介護予防事業の展開や住民主体の通いの場の運営においては、市町村のみならず都道府県においてもさまざまな工夫がなされています。都道府県として「オンライン通いの場」の普及展開を行ったところもあります。

また、厚労省ホームページにもオンライン通いの場アプリやご当地体操などが紹介されていますので参考にしてください (<https://kayoinoba.mhlw.go.jp/index.html>)。

特にコロナ禍で通常の通いの場が中断してしまったところでは、往復はがきを活用して様子を確認したり、電話で安否確認を行ったり、通いの場に模造紙を貼って元気ですカードを貼り付けるなど、さまざまな取組を生活支援コーディネーターや社会福祉協議会と連携して進めている市町村もあります。コロナ禍での活動を紹介しているものがありますので、参考にしてください。

2 インセンティブ付与も含めた参加促進

通いの場を含めた高齢者の社会参加を促進するためには、ただ「参加しましょう」や「担い手になってください」というばかりでは、限界があります。

活動に参加したらポイントがたまり、ご褒美がもらえる工夫や活動の担い手を幅広く募っていくためにも、インセンティブ付与を含めた参加促進など、新たな戦略を立案し、対象者を参加者・担い手ともに広げていく視点を持つことも大切になります。

ある地域では、ラジオ体操に参加するとポイント付与され、全部集まると景品がもらえるという形に変えただけで、参加率が急激に伸びたということもありました。

住民主体の通いの場のリーダー不足の課題もインセンティブ付与を含めた形を取り入れることで解決できる可能性があるのではないのでしょうか。

3 専門職の効果的・効率的な関与

一般介護予防事業や住民主体の通いの場において、高齢者に多い疾患や生活習慣病の悪化防止を図る方法、免疫力アップのための食事や関節疾患との付き合い方、認知症予防や体力測定など、専門職による講座や実技などを地域に出向き実践してもらえるよう、講師派遣を行うこともできます。

一般介護予防事業のメニューにある地域リハビリテーション活動支援事業の活用や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業を活用し、専門職に効果的・効率的に介護予防事業等に関与してもらうことは、特に住民主体の活動の場では歓迎され、介護予防に資する正しい理解の促進にもつながります。

市町村によっては、通いの場の体力測定等に関与し、経年的なデータを取りながら事業評価につなげているところもあります。地域リハビリテーション活動支援事業は、介護予防ケアマネジメントのアセスメント強化のために、包括センター職員と利用者宅への同行訪問を行う際の活用も可能です。

他にも自立支援・重度化防止のために通所介護事業所や訪問介護事業所にリハ職を派遣するなど、幅広い活用が可能です。介護予防事業全体のデザインを描きながら、専門職の効果的・効率的な関与を求めていきましょう。

4 通いの場に参加しない高齢者への対応

通いの場への参加が望ましい高齢者像を関係機関・関係者と共有し、対象と思われる層の方々に向けて、多様な通いの場が用意できると興味・関心のあるものに参加しようとする人は一定数増えるでしょう。

特に高齢者サロン等においては、男性の参加率が低いことを心配する担当者も多いと思います。

例えば、男性だけが参加できる「男の料理教室」や「男のサロン」「哲学カフェ」など、ネーミングの変更や男性限定にするだけでも男性が参加しやすくなる可能性もありますので、通いの場に参加したくないと思う高齢者のニーズを把握することも大切です。

また、通いの場に限らない社会参加の場として、多様なニーズを把握し、生涯学習系の事業や軽微な就労、ボランティア活動や民間事業など幅広いつなぎ先も含め対応しましょう。

5 PDCAサイクルに沿った見直し

一般介護予防事業におけるPDCAサイクルに沿った見直しについては、参加者の出席率以外にも教室や事業に参加したことによって、心身の状態像がどのように変化したか、データを用いて分析することが大切です。状態像が改善や維持している参加者より悪化の割合が高い場合には、事業内容の見直しを行うことも必要でしょう。住民主体の通いの場にどこまで評価を求めるかは、住民との協議も必要になります。地域リハビリテーション活動支援事業等をうまく活用しながら、体力測定や基本チェックリスト、介護予防手帳などを使用するなど、外部支援を利用することもひとつだと思います。

他にも、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の事業やインセンティブ交付金等を活用し、高齢者の疾病状況等の把握を進めながら、生活習慣病が悪化している方や、かつて定期受診があったが現在は未受診になっている方等を把握し、アウトリーチ型支援を実施するなど、重度化防止に向けた取組を始めた市町村もあります。

また、介護予防の取組を効果的・効率的に実施するために、介護予防把握事業を経年的に活用し、後期高齢者かつ非認定者に基本チェックリストを送付し、ハイリスク者の選定を実施しながら、水際での対応を行うことで介護予防の効果をあげている市町村もあります。この場合、未返送者にアウトリーチ型支援を行うことで、セルフネグレクトや認知機能の低下が疑われる夫婦のみの世帯等の発見につながるなど、介入が困難になる前に未然に把握することで、結果的に包括センターの業務負担の軽減につながることもあります。

このように、実態把握を行うことにより、改めて現状を見直すきっかけにもつながるので、事業の評価を行う上でも現状を押し返すことは大切です。

第5節 地域支援事業に関する事業間連動

地域包括ケアシステムの構築に向けて、今、市町村においては地域支援事業の見直しによる充実が図られてきています。地域支援事業には、介護予防・日常生活支援総合事業、包括的支援事業、社会保障充実分の事業（在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業、認知症総合支援事業、地域ケア会議推進事業）がありますが、係や担当課が異なることで事業が別々に実施されるなど、事業間の連動がうまく進んでいないと悩んでいる市町村もあるようです。

また、都道府県等が実施する研修でも、個別の事業ごとに分かれて実施されることが多く、事業間の連動を意識する研修や、行政・包括センター・生活支援コーディネーター・認知症地域支援推進員・都道府県のアドバイザー等、受講者を幅広く募る形で展開しているところは少ないかと思います。

地域支援事業や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施などの事業間での連動を意識することで、相乗効果が高まり、高齢者や住民の真のニーズに気づくその手がかりを得やすくなります。

そこで、各事業が連動することにより、効果的な事業運営につながるイメージを共有します。

1 一般介護予防事業と認知症施策との連動性

多くの市町村では、年々、住民主体の通いの場が増えてきていると思いますが、その中で認知症になっても地域の通いの場に参加し続けている高齢者がどれくらいいるのでしょうか。地域包括ケアシステムの目指す「あるべき姿」は、誰もが住み慣れた地域で自分らしく人生の最期まで暮らし続けることだと思います。

例えば、物忘れがあるために「通いたい場所」に一人で通えなくなった A さんに対して、当日、電話を入れて「今日だよ」と予定を伝えてくれる人や「一緒に行こう」と家まで誘いに来てくれる人がいたら、A さんは変わらず、「通いたい場所」に向かうことができるでしょう。

そのように考えてみると、一般介護予防事業と認知症施策は一見異なる取組に思いますが、一人の高齢者の人生を考えると、自ずと一体的な見方が必要なのだと気づくのではないのでしょうか。

少し考えてみてください。

いつも楽しく一般介護予防事業や通いの場に参加していた人の欠席が続いたとしましょう。そんな時、「急に来なくなってしまったな。」で済ませてしまうのでしょうか。

体力が低下するサインや認知症を疑うサインを周囲が学び、気づいた人が「最近、お見かけしませんが、どうかされましたか？」と連絡することで、必要な支援やサポートに早期につなぐことができることもあろうかと思えます。

ちょっとした工夫として、「基本チェックリスト」の活用を通して生活機能の低下者の早期発見を行うことや認知症に関する正しい理解の促進に向け「認知症サポーター養成講座」を通いの場の参加者やボランティア向けに実施するなど、介護予防事業と認知症施策を連動する形で進められることがあります。

他にも、移動支援も、下肢筋力低下の方の移動手段を考えるとという視点だけでなく、物忘れから「通いたい場所」に向かえなくなる方々の支援をどうするかなど、認知症施策として考えることも可能です。そういった取組は、高齢者がもうできなくなったと諦めていたことに対して、元の暮らしを取り戻すことにつながっていく可能性があります。

現状において、市町村の総合事業担当者と在宅医療・介護連携事業の担当者が異なることが多いのが実情です。また、市町村では、在宅医療・介護連携推進事業において、「入退院支援マニュアル」などを作成し、活用していることが多いと思いますが、医療従事者等が総合事業を詳しく知らないという背景があり、通所型サービス C に適している人に退院後のサービスの選択肢として案内できず、通所型サービス C の利用につながっていないことがあるようです。

通所型サービス C の対象には、肺炎や骨折など入院を機に生活機能が低下した高齢者や、脳梗塞や脳出血の後遺症などで退院後も一定期間、生活リハビリなどが必要な高齢者にも適しています。

行政担当者間で意識的に事業間連動を図り、事業を戦略的に展開する中で医療従事者をも巻き込みながら退院直後の高齢者が通所型サービス C などの適切なサービス利用につなげていく方法もあろうかと思えます。

そのためには、在宅医療・介護連携推進事業のなかでも、総合事業に関する勉強会や説明会等に少し時間を割いてもらうこと等を提案してみるのもひとつです。

その他、医療・介護従事者向けに「通所型サービス C」について周知・啓発できる DVD などを作成し、事業内容（対象者・運動内容や運動強度を含む）を共有することも考えられます。適切な対象者を紹介してもらえることにつながり、紹介された高齢者も安心して事業に参加することができるでしょう。

歩いて行ける身近な場所に住民主体の通いの場を拡充していくと、要支援や要介護状態の方々も参加しやすくなるため、虚弱な高齢者の参加も増えると考えられます。

このように通いの場に参加する高齢者の声を聴くことで、虚弱な高齢者が日々の生活を送る上での困り事も含めて、多様な生活支援が必要なことに気づくのではないのでしょうか。「ちょっとした買い物」や「植木の水やり」や「犬の散歩」などが困難になる様子から、生活支援や多様なサービスの創出が必要だと気づいていくことになるでしょう。

そうした場合には、生活支援コーディネーターと連携しながら、生活支援体制整備事業の中で何かできないか、あるいは住民主体の通いの場や一般介護予防事業が連動することで、虚弱高齢者等が、まだ諦めずに参加や役割を続けられることが見えてくるのだと思います。少し視野を広げて、事業間連動を意識して見ると既存事業の中での工夫により、まだまだできること、できそうなこともあるのではないのでしょうか。

4 包括的支援業務や総合事業と介護予防ケアマネジメントの連動性

包括センターは、総合相談や包括的・継続的ケアマネジメント、権利擁護業務や地域ケア会議等をおして、地域の高齢者の暮らしぶりをよく知っています。包括センターの日頃の活動の中から、総合事業の中において工夫できることを尋ねてみるのもひとつでしょう。

また、包括センターと、要支援認定者や事業対象者に対してどのような総合事業をデザインすると自立支援や重度化防止につながるのか、あるいは、地域づくりを加速化できるのか等、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントを通して対話することもひとつです。虚弱高齢者が望む暮らしの実現に向けて、セルフケアの推進、家族支援やインフォーマルサポート資源のほか、多様なサービスや一般介護予防事業、住民主体の通いの場など、どの程度整備すると良いか、介護予防ケアマネジメントから読み取れることも多々あります。

例えば、多様なサービスや一般介護予防事業、通いの場が少ないために、社会参加の場としてやむなく従前相当サービスを利用するしかない地域もあるでしょう。そうした場合にも、身体機能のステージ毎に、介護予防ケアマネジメントを担当する包括センターとともに総合事業のデザインを再構築することで、多様な高齢者のニーズに応じたサービスの創出のヒントが見出せるのではないのでしょうか。このように、総合事業の各サービスと介護予防ケアマネジメントには相関があり、連動性があると言えます。そして、包括センターとの対話は欠かせないものなのです。

5 地域ケア個別会議と地域支援事業との連動性

地域ケア会議については、市町村ごとにさまざまなデザインがうまれています。地域包括ケアシステムの構築に向けたツールのひとつとして地域ケア会議をデザインしている市町村では、地域ケア個別会議をおして地域課題を抽出し、地域ケア推進会議等で地域課題の解決に向けて協議しながら政策形成につなげていることでしょう。

例えば介護予防のための地域ケア個別会議において、包括センターや居宅介護支援事業所のセルフケアの推進や自立支援・重度化防止に向けた考え方に齟齬があり、支援者間で共有できないことが課題の場合、支援者を対象に研修機会を設けることもひとつでしょう。その場合、地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、リハ職に「自立支援・重度化防止に向けた具体的な取組やセルフケアの進め方」などの講義をしてもらうことや介護予防ケアマネジメントそのものを改めてテーマに取り上げ目線・意識あわせをすることもひとつでしょう。

他に困難ケースに関する地域ケア個別会議では、複合世帯に関する対応や要介護度が高く医療ニーズの高いケースなど、包括的・継続的ケアマネジメントを充実させることで解決できることもあるでしょう。特に介護予防のための地域ケア会議においては、生活支援コーディネーターが参画することで、生活支援コーディネーターならではの視点や地域の生活情報を活かし、高齢者に適した通いの場などのインフォーマルサービスのマッチングなど、オーダーメイドの支援へとつなげていくことができるのは大変意義のあることです。

地域支援事業に関する事業間連動を考えるには、研修の在り方についても検討することが必要です。

例えば、生活支援体制整備事業を推進・強化していくための研修を企画する場合、受講対象者を生活支援コーディネーターのみに限定せず、包括センターや認知症地域支援推進員、市町村の職員や都道府県のアドバイザー等にまで対象枠を広げて参加いただくことで、互いの領域を正しく知ることができ、さらに連携できることも見えてくるのではないのでしょうか。

他にも、総合事業担当者や保健事業と介護予防の一体化事業の担当者は、一見、医療介護連携推進事業や認知症総合支援事業とは離れているように思いますが、ともに政策を考えていくことにより健康寿命の延伸が実現できることもあろうかと思えます。

個々の事業を深掘りする研修も大切ですが、地域包括ケアシステムの構築を目指すためには、全体の事業デザインの中で個々の事業がどうかみ合っていくか、連動していくかを追及する研修も必要ではないのでしょうか。

また、研修以外にも、地域支援事業に関する事業間連動を考える方法があります。関係課との連携や庁内連携の促進等を進める上では、打ち合わせや会議も有効な手段です。関係機関や関係者と対話（つながる）が進めば、互いの領域を知る（共有する）ことになり、連携や連動という意識も芽生えていくと思えます。

そうした機会を多く持てるようになれば、おのずとみだされるもの、はぐくまれるものができ、地域支援事業間の連動は進んでいくものだと思います。

第 4 章

課題解決に向けたポイント

課題解決のポイント集

ここでは、2020（令和2）年度介護予防活動普及展開事業の一環として実施した、介護予防・日常生活支援総合事業等の充実のための厚生労働省職員派遣による支援事業や当該職員派遣事業の2021（令和3）年度実施分からの知見、本マニュアルを作成するに当たりヒアリングにご協力いただいた自治体の取組などから得られた、各事業の構築・再構築に当たっての課題及びその解決のポイントについてまとめ、紹介します。

<課題及び解決方法の一覧>

共通事項			
全体像の把握・分析			
①	総合事業の再構築にあたり、地域課題のあたりはつけられているが、数字で示すことができず、整理ができていないため、次の取組（解決策の検討）につながらない	⇒	P69
介護予防把握事業			
把握の対象			
②	実態把握の対象をどのように設定したら良いかわからない	⇒	P69
把握を深める方法			
③	介護予防把握事業における調査の回収率が伸びない	⇒	P69
④	調査結果をどのように分析すれば良いかわからない	⇒	P70
介護予防ケアマネジメント			
自立支援・重度化防止の意識の醸成			
⑤	地域に対する介護予防についての意識が醸成されない。普及啓発をどうしたら良いか	⇒	P70
介護予防ケアマネジメントの理解度の向上・浸透			
⑥	ケアマネジメントの質の向上や平準化が難しい	⇒	P71
地域ケア会議			
意義・目的の共有			
⑦	地域ケア会議が「会議のための会議」となってしまう、目的を持った運営を行うことが難しい	⇒	P71
⑧	地域ケア会議が形骸化し、参加者が義務的に参加しているような状況にある	⇒	P71
参加者の選定			
⑨	地域ケア会議の目的を理解していただかず、参加が得られない	⇒	P72
⑩	地域ケア会議の形骸化予防や介護予防ケアマネジメントの考え方を浸透させるための参加者選定	⇒	P72
場の構築及び運営			
⑪	自立支援型地域ケア会議等に取り組みたいが、どうしたら良いかわからない	⇒	P72
個別課題解決			
⑫	地域ケア個別会議では質問が多く、個別課題の解決につながらない	⇒	P72
⑬	地域ケア会議に個別ケースを出してもらえない	⇒	P73
地域課題の発見と解決			
⑭	個別課題の解決はできてはいてもそれが、地域課題の抽出や地域課題の解決につながらない	⇒	P73

サービスC			
対象者の選定			
⑮	サービスCの利用者の選定が難しい	⇒	P74
リハ職等の専門職の確保			
⑯	サービスCの構築に必要なリハ職を見つけることが難しい	⇒	P74
⑰	事業への協力について、関係機関の承諾が得られない	⇒	P74
⑱	事業遂行のノウハウが継承されなければ、効果的に事業を継続することができない	⇒	P74
⑲	地域包括ケアシステムの中でのリハビリ体系を構築するためにも急性期リハ・回復期リハ・地域リハの体制を構築したいが難しい	⇒	P75
事業所の選定			
⑳	サービスCを実施する事業所に事業目的等が理解されず、期待する効果が得られない	⇒	P75
事業の構築			
㉑	サービスCはあるが、利用者が減少している	⇒	P75
㉒	通所型Cのサービスはあるが、想定している効果が得られない	⇒	P76
㉓	事業や施策を新たに導入する、あるいは見直しを凶るが、うまく機能する取組を構築できない	⇒	P76
㉔	事業の見直しを行ったが、関係機関・関係者の合意が得られず、仕組みをうまく構築できない	⇒	P76
卒業後のつなぎ先			
㉕	サービスC利用者の卒業後の居場所確保が難しい	⇒	P76
評価・質の担保			
㉖	さまざまな取組を推進しているが、その効果が現れない	⇒	P77
㉗	サービスCは実施しているが成果がうまく測れないため、モデル事業から本格的な事業へと予算化できない	⇒	P77
㉘	サービスCの質の担保が難しい	⇒	P77
一般介護予防事業・通いの場			
一般介護予防事業・通いの場についてのデザイン			
㉙	住民主体の取組をどのように作り上げれば良いかわからない	⇒	P77
㊱	サロンや通いの場を運営する人材が不足している	⇒	P78
㊲	男性の参加者が少なく困っている	⇒	P78
活動の拡げ方			
㊳	通いの場を運営するリーダー等の人材育成が難しい	⇒	P78
㊴	地域の理解が得られず、通いの場を広げていくことが難しい	⇒	P78
コロナ禍における活動			
㊵	コロナ禍で会場が狭く、多人数による活動では密が生じてしまう	⇒	P79
㊶	コロナ禍での運営で、戸外での開催としたが、天候による開催判断や暑さ対策など、屋外での開催が難しい	⇒	P79
㊷	新型コロナウイルス感染症の影響下において通いの場が活動できない	⇒	P79
地域包括支援センター			
㊸	市町村と包括センター間での目指すべき方向性やを共有できていない	⇒	P79
㊹	包括センターが業務過多であり、さまざまな事業に協力してもらう余裕がない	⇒	P80
㊺	包括センターだけでは、通所型サービスCの修了生のその後の生活をモニタリングすることが難しい	⇒	P80
その他			
㊻	介護予防活動を展開するためのリハ職が不足している	⇒	P80
㊼	(主に)冬場の移動手段がない	⇒	P81
㊽	先進事例の取組をうまく我がまちに取り入れることができない	⇒	P81
㊾	市町村の事業に対してリハ職の協力を得たいが、どうやったら協力を得られるのかわからない	⇒	P81

《共通事項》

－全体像の把握・分析－

- ①総合事業の再構築にあたり、地域課題のあたりはつけられているが、数字で示すことができず、整理ができていないため、次の取組（解決策の検討）につながらない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 過去に整理した地域課題が現時点においても有効か、新たな課題が生まれてないかを見直すため、地域の定量的な現状分析（見える化指標、日常生活圏域ニーズ調査、介護予防把握事業等）を行政担当課が分析 ※包括センターは、介護予防ケアマネジメントから定量的データをまとめ、総合相談や生活支援コーディネーターの活動より、住民のつづやきなど定性情報を取りまとめる等を行った（定量・定性の両側面から把握） 	<ul style="list-style-type: none"> さまざまな定量的なデータを分析し、類似する市町村との比較や現場の包括センター職員や生活支援コーディネーター等の意見を聴取する中で、改めて我がまちが優先して取り組まなければならない事業等が見えてくるので、再構築に向けた事業のデザインが描ける

《介護予防把握事業》

－把握の対象－

- ②介護予防把握事業の対象をどのように設定したら良いかわからない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 高齢者全体を把握するのか、介護予防等に着眼した対象を把握するのか、目的をどこにおくかによって、対象が異なるため、なんのために実態把握を行うかの整理をまず行う <p>（例）</p> <ul style="list-style-type: none"> 進めていくサービス事業に応じた対象者をピックアップするために〇市では前期高齢者で非認定者に絞って実態把握。〇市では後期高齢者で非認定者に絞って実態把握等 セルフネグレクトや認知症高齢者、支援が必要な高齢者の早期発見のために一人暮らし高齢者で〇〇才以上と限定し、民生委員に依頼して実態把握等 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防の効果が得られやすいと想定される世代の実態の把握 前期高齢者のピックアップでは、担い手等の確保につながるなどの成果も期待できる 後期高齢者の伸び率が高い地域では、医療・介護ニーズが高まるため、水際対応者を早期発見・対応できるメリット 未返送者の実態把握なども行うことで、セルフネグレクトや認知症高齢者などの発見につながる 地域の関係機関・関係者の力を借りることで、ハイリスク者を一定数把握

－把握を深める方法－

- ③介護予防把握事業における調査の回収率が伸びない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 介護予防把握事業の重要性について理解を促す通知文書や案内の郵便物（封筒・案内チラシ等）の工夫や広報、地域の核となる方々へ周知等を行うことや「居所確認を行っている」等の一文、地域特性に応じた工夫を図る 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者自ら介護予防の必要性に気づき、返信する意義について理解が深まることで、結果的に返信率アップが期待できる

④調査結果をどのように分析すれば良いかわからない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 先行自治体の例を参考に、年齢層・状態像を具体的にイメージした上で、モデルケースをいくつか検証してみる。その上で、虚弱高齢者のイメージあわせを関係機関・関係者で意見交換するなど、地域特性に応じたハイリスク者の選定方法を考えてみる 介護予防把握事業や一般介護予防評価事業等を活用し、外部の有識者の知恵を借りながら、選定基準を検討する等 	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関・関係者とともにハイリスク者の条件を協議するプロセスをとおして、介護予防の必要なターゲット層を共有できる 先行市でうまく取り組んでいるところやシステム化されたものを活用できるので時短可能

《介護予防ケアマネジメント》

－自立支援・重度化防止の意識の醸成－

⑤地域に対する介護予防についての意識が醸成されない。普及啓発をどうしたら良いか

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 市や包括センターが主体となり、住民や家族、民生委員、自治会、老人クラブをはじめとした地域の関係者に対して、自立支援や重度化防止、健康寿命の延伸という切り口からの出前講座やフォーラム、講演会等を実施 セルフケアの実践を目的とした介護予防手帳などを市独自で作成し、市と関係機関が協働し、毎年手配りする。配布時には過年度の手帳の評価などを同時に実施 地域リハビリテーション活動支援事業や保健事業と介護予防の一体的実施事業を活用し、サロンや通いの場に専門職を派遣し、啓発する 	<ul style="list-style-type: none"> 中長期的な計画に基づき実践することで、徐々に理解者を増やすことにつながる可能性 住民主体の通いの場や高齢者サロン等、活動の場が増える可能性 セルフケアの意識が醸成される可能性 専門的な観点から、地域特性に応じた取組のヒントが得られるなど、活動の士気が高まることや転倒リスク回避等の知識を得ることも可能
<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアシステムや地域共生社会に関する理解を促すような講演会・出前講座・広報等を継続して実施し、介護予防の重要性について理解を促す取組を中長期的な計画を立て実施する。その際、戦略を立て高齢者に接する機会の多い、民生委員・老人クラブ・自治会長など周囲から固めていく方法をあわせて展開する等 行政内部でも共有し、他部署も介護予防の必要性を理解し、高齢者の活躍の場を増やすなど、行政全体でも取組を加速化させる 介護予防に関する啓発の工夫を行う（住民が登場する動画やセルフケア等を紹介する冊子、介護予防手帳の工夫など） 	<ul style="list-style-type: none"> 単発の講演だけでは、限られた方の聴講で終わってしまうが、さまざまな工夫を行うことで広く介護予防が必要な背景を知る事で地域での実践力も高まる 行政内部での理解を促すことにより、他部署との協働による高齢者の活躍の場が新たに創出できるなどから、介護予防に関する意識も高まっていく 啓発物を広く住民にとってもらえる工夫が行えると、地道に介護予防の大切さに気づく人が増えていく

－介護予防ケアマネジメントの理解度の向上・浸透－

⑥ケアマネジメントの質の向上や平準化が難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・市で介護予防ケアマネジメントの研修を定期的に関催する（最初は、外部講師を招きながら、内部で講師を育成等） ・市で実施できない場合には、外部研修を受講できる研修費用を予算化する ・都道府県主催の研修を県に要望する等 ・オンデマンド研修等の受講を勧める ・先行市のアセスメントツールや窓口対応マニュアル、介護予防ケアマネジメントマニュアルを参考にしながら、市独自のものを関係機関・関係者とともに作成等 ・ケアプラン点検支援などを実施する（市でできない場合は有識者に依頼） ・ケアプラン点検支援・確認マニュアルなどを先行市のものを参考に作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防ケアマネジメントの基礎を学びなおし、実践に役立てることができる ・時間はかかるが、関係機関・関係者でツールやマニュアルを作成するプロセスの中で、複数の専門職の力量が上がり、結果、プランナーの質向上に向けた底上げにつながる ・自己点検できる仕組みがあると自己研鑽にもつながる

《地域ケア会議》

－意義・目的の共有－

⑦地域ケア会議が「会議のための会議」となってしまう、目的を持った運営を行うことが難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議の目的を今一度、関係機関・関係者と共有する機会を持ち、何のために開催するかの意義・目的を再確認する場を設ける 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関・関係者と対話し、目的・意義を共有することで、効果的な地域ケア会議の運営に引き戻すことが可能となる

⑧地域ケア会議が形骸化し、参加者が義務的に参加しているような状況にある

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・参加者の主体性を引き出すため、会議の再構築に向けて参加者や助言者からの意見やアイデアは、市や包括支援センターがともに受け止め、可能な限り応えるよう努める（部内・庁内連携の促進等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者から、より良い会議に向けた積極的な意見・提案が出される雰囲気醸成され、地域ケア会議の目的や意義を共有できる場に変わる可能性 ・参加者や助言者から提案された意見から、施策や取組の創出につながる可能性

－参加者の選定－

⑨地域ケア会議の目的を理解していただかず、参加が得られない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 市から参加を呼び掛けるのみならず、参加したメリットを既に感じている方にも協力を依頼し、効果や成果の共有並びに参加を促す活動に協力いただく 	<ul style="list-style-type: none"> 各種職能団体内等で周知いただくことで、専門職や関係職の参加増が期待できる

⑩地域ケア会議の形骸化予防や介護予防ケアマネジメントの考え方を浸透させるための参加者選定

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 自立支援型地域ケア会議をオープンカンファレンス方式で開催し、門戸広くケアマネジメントを学ぶ場を用意 自立支援の考え方について意識共有をすることが多い生活支援コーディネーターや包括センター職員、リハ職には毎回参加いただき、積極的に意見発信をしてもらうよう依頼し、会議の活性化を図る 地域ケア会議の効果・成果を感じてもらえるまで地道にケースを積み上げる（効果を焦らない） 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援型ケアマネジメントの理解が少しずつ広まっていく 会議が活性化することで参加意欲も高まり、新たな参加者が増える可能性は高い 地道に取り組み続けることで、ふれずに波及し始める可能性

－場の構築及び運営－

⑪自立支援型地域ケア会議等に取り組みたいが、どうしたら良いかわからない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 都道府県が市町村支援として、先進地の取組を学ぶプログラムを立案し、視察研修等を手上げで市町村選定し展開。受講した市町村は取組を開始し、立ち上げのプロセス等を研修会で県内市町村に報告（伝達研修等） 最初から、全市展開とせず、モデル圏域を設定し、小さな範囲から無理なく始め、アップデートを繰り返しながら、実践しやすい効果的・効率的な手法で全市に展開（その過程で傍聴の機会を設け、理解者を増やしていくなど）。スモールステップで全市展開 対象者の選定についても最初は要支援者と事業対象者から始める方法、従前相当サービス利用者を対象とする方法、新規ケースを対象とする方法など、限定的にスタートして中長期スパンで形を整えていく方法など 	<ul style="list-style-type: none"> 県が実施する市町村支援のツールのひとつとして、横展開できる市町村を発掘できる機会となると同時に市町村としては取り組むきっかけづくりになり、構築できたプロセスは県内に紹介することも可能（県内全体のボトムアップ） 先進事例をどのように我がまちに取り入れるか、県と市が協働して考えることができ、その過程で伴走支援のコツを都道府県も学ぶことが可能 少しずつ理解者を増やしていきながら、市全域で自立支援型地域ケア会議の設置・開催が可能

－個別課題解決－

⑫地域ケア個別会議では質問が多く、個別課題の解決につながらない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 介護予防ケアマネジメントが適切に機能するようにアセスメント力を高めるための研修やよくある質問に関しては、質問項目を集約し、関係機関・関係者に配布するなどアセスメントの着眼点を事前に知らせる 	<ul style="list-style-type: none"> アセスメント能力が高まることで、質問時間が短縮され、課題解決に割く時間が増える 通常のケアマネジメントに係る時間の短縮にもつながる

⑬地域ケア会議に個別ケースを出してもらえない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 関係機関・関係者と対話をし、なぜ、ケースをあげてもらえないかの背景・要因を探り、解決策を練る（会議目的・意義の共有不足、助言者やファシリテーターの力量不足、事例提供者の力量不足、住民の理解不足等） 自立支援型ケア会議においては、議論が活発化しやすい対象ケースを絞り込み（改善の可能性がある廃用性のケース、初期の認知症高齢者等）選定してもらう ケースを提出する人の気持ちに配慮し、出して良かった（成果）と思えることや新たな気づきの視点を持ち帰られるよう、助言者やファシリテーター（司会）の力量をあげる（研修開催・視察等） 参加者や助言者にも意見を聴取しながら、改善できる点を模索し、地道に成果を出し続けることで、賛同してもらえる事業所等を増やしていく 	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関・関係者と対話する時間が増え、会議のあり方について改めて検討しなおすことができ、ケア会議を見直すことにつながった 改善可能性のある高齢者の議論を重ねることで、総合事業のメニューの再構築が必要なことが見えてきて、施策として新たな多様なサービスの構築につながる可能性 初期の認知症高齢者の議論を重ねることで、地域での見守りや支え合いの仕組みづくりの構築につながる可能性 ファシリテーターの技術が向上することで、会議の場づくり・場の展開が図られ、参加者・助言者の士気があがる可能性 関係機関・関係者の意見聴取をしながら、アップデートを重ねることで、参加してよかったという声が徐々に広がり、参加への障壁がうすれていく可能性

－地域課題の発見や抽出－

⑭個別課題の解決はできてもそれが、地域課題の発見や抽出につながらない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 地域ケア個別会議終了後に、ケースや解決策を類型化するなど、地域課題の集約につながる策を講じる 	<ul style="list-style-type: none"> 地域課題の抽出について見える化できる

《サービスC》

－対象者の選定－

⑮ サービスCの利用者の選定が難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 総合事業に関するデザインをまず描き、対象をどこに置くか、事業内容をどのようなものにするかを関係機関・関係者でまず協議。対象の状態像や展開する事業内容が定まれば必要量は試算できる（介護予防把握事業、日常生活圏域ニーズ調査、介護予防支援、介護予防ケアマネジメント、総合相談等から） 	<ul style="list-style-type: none"> 実態把握を行うなど、着実に事業を利用する者を選定し、確実に課題を解決できる事業内容に再構築することで、事業の効果・成果が期待できる
<ul style="list-style-type: none"> 「想定対象者の発生数」「ケアマネジメント実施数」と、「市内事業所数」に着目した試算を実施 	<ul style="list-style-type: none"> 指定であれば、対象者の月当たり人数と必要な参入事業者数が明確になる 委託であれば、対象者数に応じた委託先数が明確になる

－リハ職等の専門職の確保－

⑯ サービスCの構築に必要なリハ職を見つけることが難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 教育機関や市内の医療・介護事業所等を頼り、適切な人材を紹介してもらえよう差配 行政・関係機関の中で顔の広い人に相談してみる 	<ul style="list-style-type: none"> 交渉先を絞ることができる可能性 交渉先を紹介してもらえる可能性

⑰ 事業への協力について、関係機関の承諾が得られない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 事業や協力をいただくことでのメリットを丁寧に共有 複数回お断りをいただいても、「どうすれば協力を得られるか」を考え続け、関係機関とすりあわせる 都道府県等のサポート（人材確保）を得られる可能性 	<ul style="list-style-type: none"> 事業をスタートさせるために必要なリハ職の確保が可能となる可能性

⑱ 事業遂行のノウハウが継承されなければ、効果的に事業を継続することができない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 中長期的なりハ職確保の計画をたてておく 同一機関・者への事業遂行が難しいことが予測できたら、他に受託できる事業所があるかを早急に検討（備えの準備を行う） 経験ないリハ職が代替えとなる場合、ノウハウを伝える側・受ける側に同時に事業に参画いただき、一定の期間を設けて実践を共にする中で、ノウハウを伝達（別途予算計上に向けた財政当局との調整が必要） 	<ul style="list-style-type: none"> 事業休止等のリスク回避に努められる可能性 常日頃から情報収集、関係機関との関係性構築をしておくことによって、新たな事業所確保につながる可能性 ほかの事業でも同様に人材育成における考え方として汎用性が持てる可能性 机上ではなく現場にてノウハウを教わることで、具体的かつ実践的なスキルを継承することができる 資格があれば「誰でも良い」ではないことを立証できる機会となる可能性

- ⑱ 地域包括ケアシステムの中でのリハビリ体系を構築するためにも急性期リハ・回復期リハ・地域リハの体制を構築したいが難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 今後の医療や介護ニーズの分析を行った上で、数値を示しながら、急性期病院や回復期病院のリハ職が地域リハに関与する意義を説明。サービスCへの派遣依頼の交渉を行う 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関にとってのメリットを感じてもらえ、派遣に関する条件を整備できれば事業への参画を考慮いただける可能性

－事業所の選定－

- ⑳ サービスCを実施する事業所に事業目的等が理解されず、期待する効果が得られない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 介護予防事業の変遷や総合事業創設の意図など、サービスCが何を狙っているかを改めて、説明する機会を設け、意見交換を行う 市内事業所等の現場に赴き、事業内容を確認しながら丁寧に説明・助言等を行う（※有識者の派遣等含む） 先進地や先行市の事例を学ぶ研修会等を企画し、参加してもらう 地域リハビリテーション活動支援事業等を活用し、自立支援・重度化防止の取組を改めて学びなおす機会を提供する 	<ul style="list-style-type: none"> なぜ、事業目的が理解されていなかったのかが見えてくると改善策を打てる可能性が見える （例：共通のマニュアルを作成・運用等） 実践できそうな内容であれば、改善の余地もあり、期待できる効果が現れる可能性 他の先行市の取組等を学ぶことにより、改善の余地あり 現状から改善できそうな点を負担なく提案いただけることで改善の余地有り

－事業の構築－

- ㉑ サービスCはあるが、利用者が減少している

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 介護予防把握事業等をとおしてサービスC利用が望ましいハイリスク者を抽出し、利用のアプローチを行う 事業の周知を改めて図るため動画等のDVDを作成し、高齢者に伝える他にも関係機関・関係者等に配布する 退院直後の利用者の紹介を行ってもらえるよう医療機関に事業のPRに出向く等 介護予防講演会等をとおして元気を取り戻した方に登壇いただき、取り戻した活動を紹介してもらい、事業参加に向けPRしてもらう等 	<ul style="list-style-type: none"> 改めて対象者の抽出について関係機関・関係者と協議ができ、対象者の選定のイメージあわせを行うことができ、アプローチにつながる 教室のイメージを関係機関・関係者にもってもらうことで、案内する高齢者のイメージが共有され、紹介してもらえるようになる リスク管理等への工夫などを理解してもらうことで、退院直後の患者を紹介してもらえるようになる リアル体験者の報告や発表を聴き、利用に関するハードルが下がる

⑳通所型Cのサービスはあるが、想定している効果が得られない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 有識者から関係機関・関係者に研修を受講してもらうことや関係機関・関係者とともに先進地視察等を行い、具体的なイメージを持った上でサービス内容の再検討を行う 現場の実情に即したサービスとするため、リハ職や包括センター職員など、現場に近い関係者が主体となってサービス内容を検討するスタイルを取るよう調整を図る 	<ul style="list-style-type: none"> 有識者や先進地の話からヒントを経て、制度設計を見直すことができる 行政と関係機関・関係者が協働し、相互理解を深めながらサービス形成を進めることができ、行政と専門職との規範的統合を図りやすいメリットがある

㉑事業や施策を新たに導入する、あるいは見直しを図るが、うまく機能する取組を構築できない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 安価で実施可能なモデル実施を経て、具体的な効果を出すよう小さなステップを積み上げる モデル実施に当たっては、目的やプロセス等を丁寧に関係機関・関係者と共有し、根気よく協力者を探す 予算が付かなくてもすぐに諦めず、別の方法でモデル実施ができないか検討する 	<ul style="list-style-type: none"> 少しずつ理解者を増やし、丁寧に結果を出す仕組みができるなど、ローリスクで事業化できる可能性 地道な交渉を繰り返すプロセスの中で、庁内・関係機関・関係者ともに協力者がうまれる可能性がある

㉒事業の見直しを行ったが、関係機関・関係者の合意が得られず、仕組みをうまく構築できない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 関係機関・関係者のみならず地域に対しても普及啓発を実施し、理解者を増やす努力を重ねる 関係機関とサービス設計段階から協働することで、基本的な合意や理解を醸成 	<ul style="list-style-type: none"> 具体的な成果があることで、専門職や住民、あるいは庁内の予算要求の理解を得やすい 「つながる・知る・うまれる」のプロセスを経て、協力関係がうまれる可能性が大きい

－卒業後のつなぎ先－

㉓サービスC利用者の卒業後の居場所確保が難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 関係機関・関係者一堂に先行市を視察するなど、居場所づくりの必要性を理解・共有できる場づくりを仕掛けてみる 地道に住民主体の通いの場や社会参加の場の必要性を住民・関係機関・関係者・行政内部で啓発し続ける 訪問型サービスC等の導入により、公共交通機関を再度、利用できる身体能力を得る対策を考える 	<ul style="list-style-type: none"> 道中の会話から、思いを共有できる効果は期待できる 規範的統合をすすめていくひとつの手法が確立できる可能性 公共交通機関が利用できれば、通いの場などの居場所に限らず、活動範囲が広がる可能性

－評価・質の担保－

②6 さまざまな取組を推進しているが、その効果が現れない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・そもそもの行政の課題認識（給付費や介護人材不足等）に立ち戻って、現状の取組を振り返り、既存の取組やデータの分析から、課題に対する現状の取組の効果を検証 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業設計に不具合があったのか、運営に課題があったのか、など要因分析ができるため、打ち手を考えることができる

②7 サービスCは実施しているが成果がうまく測れないため、モデル事業から本格的な事業へと予算化できない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・モデル実施の効果測定を、利用者の身体状況及び事業費、従前相当や予防給付サービスを利用していた場合の費用等を算定し、費用対効果を定量的に試算 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスCの本格実施に向けて、具体的な成果や効果が可視化できるため、財政当局・議会・上席への説明が行いやすくなる
<ul style="list-style-type: none"> ・行政内部（財政当局）には、費用対効果の資料を試算して説明する 	<ul style="list-style-type: none"> ・予算縮減につながる取組であれば、財政当局の合意が得やすくなる可能性は高まる

②8 サービスCの質の担保が難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・意向調査（利用者・事業所・包括・居宅等）を実施し、どこに課題があるかを検証し、改善できる打ち手を考える 	<ul style="list-style-type: none"> ・原因が解明されることにより、打ち手が考えられる

《一般介護予防事業・通いの場》

－一般介護予防事業・通いの場についてのデザイン－

②9 住民主体の取組をどのようにつくり上げれば良いかわからない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・うまく軌道にのっている他市町村へ関係機関・関係者ととも視察し、ノウハウを学ぶ機会を作る ・住民主体の活動は、福祉部局以外でも実施しているため、庁内連携の中でノウハウを学び、実践してみる ・他市町村から講師を招き、立ち上げ支援についてのノウハウを学ぶ 	<ul style="list-style-type: none"> ・先行市町村の取組を聞くことで、我がまちの地域特性に応じた仕組みを作ることができる ・他の部局との連携が強化でき、高齢者の活躍の場が他にも生まれることが期待できる ・他市町村とのつながりができ、立ち上げた後の悩みについても相談できるなどの関係性が構築できる可能性がある

⑩ サロンや通いの場を運営する人材が不足している

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 参加する者同士で展開できるよう、「身軽・気軽・手軽」に展開できるように会の内容を改編（48週レク本の活用、サロン代表者同士の交流からネタの共有、単純な仕組みに変更等） 介護予防フォーラムや講演会、ボランティア養成等を地道に実施し、新たな活動者を養成する リーダーがいなくてもできる活動に改編（DVDを流す活動＋茶話会等） 大学や企業、介護従事者、多世代交流等とのコラボレーション等も考える 	<ul style="list-style-type: none"> リーダー不足を懸念せず、通いの場やサロンが継続できる。サロン代表者同士の交流が図れ、モチベーションも高まり質向上も期待 新たな担い手の発掘ができる可能性 個々ができる役割を担うことで、参加しがいを感じる高齢者の発見につながる 高齢者の枠から離れ、他機関・多世代との交流が可能

⑪ 男性の参加者が少なくて困っている

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 男性のニーズをキャッチし、男性に限定した通いの場を作る（男の料理教室・哲学カフェ、オヤジカフェ、DIYサロン、男の映画サロン、夜カフェ、釣りクラブ等） 企業等の引退者では、有償ボランティアや高齢者を支援する起業を考えるなどの講座を開催し、地域活性化を考えてもらう場づくりを行う 	<ul style="list-style-type: none"> 地域特性に応じたカフェやサロンを創出することで一定数の男性を取り込める可能性 特別に興味がない元気な高齢者層を自宅から社会参加につなげられる可能性と起業による恩恵を受ける層の新たな可能性

－活動の拡げ方－

⑫ 通いの場を運営するリーダー等の人材育成が難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 運動指導を行う指導員等を派遣し、運営力強化を図る（低体力者等、幅広い参加者を受け入れる体制強化をサポートする看護師等の派遣など） DVDや48週のレクリエーション集等の各種ツールを開発・配布し、自主的な運営を支援する 	<ul style="list-style-type: none"> 保健事業と介護予防の一体的実施や地域リハビリテーション活動支援事業等をうまく活用することによって、専門職派遣が可能となり、人材育成が進む可能性あり ツールがあることが一定の住民主体の活動が活性化できる可能性あり

⑬ 地域の理解が得られず、通いの場を広げていくことが難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> 実施しやすいモデル地区（協力してくれる・やる気がある）から初めて、好事例として紹介していき、追随するところを増やしていく 	<ul style="list-style-type: none"> 啓発の方法によっては、一気に活動場所が増える可能性がある

－コロナ禍における活動－

③④ コロナ禍で会場が狭く、多人数による活動では密が生じてしまう

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・密を避けるため、会場を分散して教室を実施 ・屋外での開催も実施。屋外の場合は天候等による開催可否を知らせる旗を設置するなどの工夫も考慮 ・スマホやパソコン研修をとおして、機器の活用になれて貰う高齢者を増やし、オンライン通いの場等を展開 ・会場確保が困難な場合には、セルフケアメニューの考案等を行い、実践しているかなどの確認を電話、往復はがきなどで確認し、つながりを維持する 	<ul style="list-style-type: none"> ・会場が確保できれば、コロナフレイル予防に寄与できる ・会場確保ができない場合の代替案として、また新たな活動の場として介護予防に取り組む土壌が増える ・オンライン通いの場以外にもオンラインで茶話会や飲み会など、社会交流の場が仲間内で増えていく可能性 ・さまざまな代替案を関係機関・関係者と共に考案していく中で、孤独・孤立を回避し、つながりが維持できる可能性が高まる

③⑤ コロナ禍での運営で、戸外での開催としたが、天候による開催判断や暑さ対策など、屋外での開催が難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・暑さ対策を実施した上で、開催時間を早め、暑さのピークをずらした開催とするなど、開催時間を変更 ・地域の企業等に協力を打診するなど、天候に左右されない会場を探す ・庁内の部署に声をかけ、使用できる施設や空き家、空き店舗など活用できるものがないかを打診する 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加しやすくなり、参加者が増える可能性 ・地域貢献や社会貢献ということで協力して貰える企業の可能性 ・庁内連携の促進が期待できる

③⑥ 新型コロナウイルス感染症の影響下にあって通いの場が活動できない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・屋外で実施可能なウォーキングの取組を企画・実施（予算はコロナ禍にあって中止となった他の取組のものを活用） ・活動再開した通いの場に参加するとウォークラリーポイントがもらえる仕組みとし、相互の取組の連動性を担保 	<ul style="list-style-type: none"> ・低予算で実施可能で、かつ参加者から好評を博したプログラムの獲得につながる ・多世代交流の取組（小学生とコラボしたラジオ体操など）にも発展可能 ・活動を再開した通いの場への参加者の増加

《地域包括支援センター》

③⑦ 市町村と包括センター間での目指すべき方向性やを共有できていない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・市がセンターの運営方針を作成する際、あるいは各種事業の構成や実施内容等を考える際、双方が十分に内容について協議をした上で、協働を進める（トップダウン式で運営方針を出さない） 	<ul style="list-style-type: none"> ・所掌業務のみならず、さまざまな施策、あるいはその検討等において協働できる関係ができる

③⑧ 包括センターが業務過多であり、さまざまな事業に協力してもらおう余裕がない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・業務内容の検証をまず行い、課題を分析する ・業務マニュアル等のツールを作成 ・見える化指標や介護予防把握事業、日常生活圏域ニーズ調査等から得られた地区別のデータや分析結果を市からセンターにフィードバック 	<ul style="list-style-type: none"> ・課題によっては、解決策が見いだせる可能性あり ・人事異動に伴う引継ぎにかかる時間を削減できる ・一定以上の変わらぬサービス提供ができる ・センターの担当エリアごとに必要となる取組が見える ・センターの効果的・効率的な業務実施につながる

③⑨ 包括センターだけでは、通所型サービスCの修了生のその後の生活をモニタリングすることが難しい

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・独自で、介護予防ケアマネジメントをフォローする「自立支援コーディネーター」を包括センターに配置するなど、包括センターの機能強化を図る ・介護予防手帳等を活用し、セルフケアを推進し、生活機能低下の兆しが現れた時点で包括センターにつながる意識を醸成 	<ul style="list-style-type: none"> ・卒業後の高齢者のモニタリングのみならず、介護予防ケアマネジメントに資する人員を増やすことにより、包括担当者の業務量を軽減することにつながる ・介護予防手帳やセルフケアを推進できるツール等を持つことで、自己管理する人が少しずつ増えていく

《その他》

④⑩ 介護予防活動を展開するためのリハ職が不足している

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・一例として、市町村の規模でも異なるが、サービス利用者の想定をし、必要なリハ職の数を算出。地域によると「地域おこし協力隊」にリハ職をあて、リハ職確保する ・自治体の規模では、関係機関・関係者の伝手を辿り、実践可能なスタッフを正規雇用などで確保する ・当初から正規雇用で体制に加えるのではなく、外部リソースとして助力いただきながら、方針を共有 ・各種助成等の動向を見ながら、予算を確保できるタイピングで正規雇用へとシフト等 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域おこし協力隊の活動をとおして地域の関係機関・関係者・住民とも親しくなり、移住後も職を活かして活動ができ、継続して介護予防活動が勧めていくことができる ・新たな雇用を考えることで、当初より事業等の遂行能力を担保 ・外部のリソース（医療機関等のリハ職）を活用しながら、事業に協力いただくことで、地域リハや介護予防の理解を病院スタッフに理解してもらうことができ、病院のリハにも活かされる ・雇用を見据えた戦略が可能

④1 (主に) 冬場の移動手段がない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・タクシー事業者と連携した取組によるデマンド運行を企画 ・過疎対策事業債を活用して実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・オールシーズン活用可能な移動手段の確保 ・閉じこもり予防に寄与

④2 先進事例の取組をうまく我がまちに取り入れることができない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・さまざまな先進事例にアンテナを張り、我がまちに取り入れるためにどうアレンジをするべきか考える ・すぐに試し、その成果や課題を見直し、関係機関・関係者へのフィードバックを徹底し、アップデートする ・新たな取組にチャレンジすることを継続的に行い続ける気力と行動力を関係機関・関係者で共有する 	<ul style="list-style-type: none"> ・先進事例を模倣するのではなく、我がまちに落とし込むことで実現可能性が向上し、徒労感なく実践が叶う ・関係機関・関係者と共有し、改善していくことで結果的に、質の向上と事業の安定性が担保できる ・めざすべき姿の共有&人材育成につながる

④3 市町村の事業に対してリハ職の協力を得たいが、どうやったら協力を得られるのかわからない

解決方法・ポイント	期待される成果等
<ul style="list-style-type: none"> ・行政が都道府県等に相談し、職能団体（理学療法士会・作業療法士会等）を紹介してもらい、相談・サポートを依頼 その際には、必要な人材を紹介いただけるよう、事業の目的やビジョン、要件等について丁寧に伝えるなど、行政の姿勢（やる気）を見せる ・上記のように詳細等もわからない場合については、実施した事業を伝え、ともに事業を作り上げていくことから協力を得られるか、相談してみる 	<ul style="list-style-type: none"> ・職能団体として、総合事業や地域ケア会議に関して、協力していこうという機運の高まりがある地域であれば、職能団体等からの推薦により、事業に対して前向きに協力していただけるリハ職を紹介していただける可能性が高い（事業の構築から関与いただける可能性もあり） ・上記のようにうまくいかなかった場合については、会としての派遣は難しくても医療機関や個人派遣で対応できそうな人などを紹介いただける可能性あり

厚生労働省委託事業 令和3年度介護予防活動普及展開事業

介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル

2022（令和4）年3月

厚生労働省
