

業ではなく、横浜市独自の施策を導入するまでの過程や苦勞が、要領良くまとめられている。こうした政策決定過程の分析手法や現場との意見交換に係る情報こそが、他の自治体にとって有用な情報なのではないだろうか。

なお、上記で紹介した「政策支援センター」が市の政策課に設置されていること自体が、市職員が自由に研究発表できる場を確保し、基礎的なエビデンスを自ら収集して政策形成に活用するという自治体職員の政策形成力を高める上でも先駆的な取組であると考えられ、自治体行政を担う人材育成手法として注目に値する。

## ②まず地域のニーズを把握することが先決

先進事例集を見て、結果的に素晴らしい数々の取組の完成形だけを見せつけられても、一般的な自治体ではどこから手を付けて良いのかわからないし、職員にはノウハウもないだろう。また、地域課題を把握しないまま、完成された施策だけを模倣して導入してしまうと、実は自分の市町村ではニーズがないサービスを導入して無駄な財政コストを強いる結果にもなりかねない。4自治体でも自らの地域のニーズや課題を把握することから出発している点に注目すべきである。したがって、自治体はまず地域のニーズ調査と課題把握に先行して取り組むべきではないか。地域の課題が見えてくれば、自ずと着手すべき施策が把握できるはずである。

## ③自治体内での分権化とモデル実施

和光市は人口約8万人規模の自治体であり、和光市モデルを人口100万人レベルの政令指定都市のような大都市で実施することは、不可能だという指摘がある。これについては、大分県でのモデル実施が参考になるのではないか。つまり、大規模な政令市等においては、本庁が大分県の役割を担い、区役所が保険者（市町村）の役割を担う、あるいは一つの区をモデル区としてまず先駆的な取組を試行し、その成果を検証してから、徐々に他の区へも普及させるような大分方式の方法であれば、取り組みやすいのではないか。

## ④危機（ピンチ）が改革のきっかけ（チャンス）になる

大分県は第五期の保険料の大幅引き上げ、横浜市は待機児童数全国一位という危機的状況が介護予防や待機児童対策への改革のチャンスとなっている。先進事例をすべて模倣するのではなく、自らの市町村が直面する危機に特化して対応策を導入することが有効なのではないか。大分県は「和光市モデル」を導入する方針を打ち出したが、当初の2年間は保険財政の健全化に資する軽度者の介護予防に特化して、地域ケア会議等の導入に力点を置いている。「和光市モデル」のうち、重度者の在宅生活支援や医療連携等は次のステップと位置づけているのだ。フルパッケージで先進事例を模倣することは手間も時間もかかるが、現に直面する危機的な課題にターゲットを絞って対策を講じれば、住民や議会の理解も得やすく、当面の予算の確保や事業化につなげやすい。最も緊急度の高い施策から取り組むという手法も一法である。

#### (4) 次年度に向けた課題

初年度は研究所の当研究所の研究員がこれまでフィールドとしてきた自治体や事業所を中心に先行事例調査を実施したが、来年度は今年度の調査の継続的なフォローに加えて、文献調査などから視察先の拡充を図りたい。

上記のとおり、単なる事例集になってしまえば、自治体関係者にとって有用な情報提供になり得ないのであるから、本研究班では、地域包括ケアを支える自治体や事業所関係者にとって意義のある報告が行えるよう、自治体における政策形成のプロセスや推進体制、あるいは事業所レベルでの先進的な取組評価についても、継続的に調査研究を進めていくこととする。

#### 【参考文献】

1. 横浜市(2009)「保育所待機児童解消プロジェクト報告」
2. 筒井孝子、東野定律(2012)「地域包括ケアシステムにおける保険者機能を評価するための尺度の開発」『保健医療科学』vol. 61, no2p1104-112
3. 国立社会保障・人口問題研究所(2013)「地域包括ケアシステム」
4. 厚生労働省(2013)「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」(都市部の高齢化対策に関する検討会)
5. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2013)「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」(地域包括ケア研究会)
6. 横浜市(2013)「調査季報」vol. 172, 173
7. 大分県保健福祉部(2013)「大分県における介護予防を中心とした地域包括ケアシステムの取組」報告資料
8. 東内京一(和光市保健福祉部長)(2013)「地域包括ケアに資する介護保健制度を中心とした高齢者施策について」報告資料

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」  
平成 25 年度分担研究報告書

大分県モデル 3 市における和光市モデル導入過程ならびに政策効果  
－地域ケア会議マネジメントならびに介護予防事業の展開－

研究分担者 鎌田健司（国立社会保障・人口問題研究所 研究員）

**【概要】**

本稿は 2013 年 10 月 9-10 日に大分県、杵築市、豊後高田市にヒアリングならびに視察を行った結果をもとに、和光市モデルの概要ならびに大分県下の自治体に適用した場合の導入過程とその課題点、さらに大分県の果たした役割、和光市モデルの導入による政策効果について考察することを目的とする。

和光市モデルとは、介護予防を中心とした自立支援型のマネジメントを、他職種参加の地域ケア会議によるケアプラン等についての個別事例検討通じて行う方式の総称を示す。大分県は全国よりも高い高齢化の伸長と要介護認定率の増加による介護保険費用の増大傾向を懸念し、先進事例である和光市モデルを導入するモデル事業を展開し、2012 年度に和光市の協力も得て「地域包括支援センター機能強化事業」を豊後高田市、杵築市、豊後大野市の 3 市において開始した。この取組は他の市町村にも波及し、2013 年度は新たに 7 市町（別府市、臼杵市、津久見市、国東市、九重町、日出町、中津町）、さらに大分市、姫島村を除く残りの 6 市町でも実施予定となっている。

和光市モデルはその先進性から他の市町村では導入が困難であるとの見解がある中で、大分県が主導して市町村に呼びかけを行い、職員の派遣や講師の招聘等を積極的に行っているという点で、都道府県の役割という点でも興味深い事例である。

大分県の取り組みはモデル 3 市から始まり、現在では 2 市村を除く自治体において和光市モデルの導入が行われていることから、大分県の和光市モデルの政策導入は政策過程論の枠組みからいえば政策波及効果が高いと評価することができる。ただし、政策効果の評価にはある程度継続した観察が必要であることから、定量的な評価については今後の課題とし、継続的にその導入過程やアウトプット（資源の投入）とアウトカム（支援度・介護度の改善、健康寿命の伸長等）の観察を行っていききたい。

**A. 目的**

本稿は 2013 年 10 月 9-10 日に大分県、杵築市、豊後高田市にヒアリングならびに視察を行った結果をもとに、和光市モデルの概要ならびに大分県下の自治体に適用した場合の導入過程とその課題点、さらに大分県の果たした役割、和光市モデルの導入による介護保険費用に対する政策効果について考察することを目的とする。

**B. 方法**

**1. 政策効果の測定と政策評価制度**

政策を評価するにはどのような理論的な意味があり、どのように行うべきなのか。ここでは Rossi et al. (2004) の議論をもとに、政策評価の理論と手法についてまとめてみたい。その上で、和光市モデルの導入効果における政策効果の測定ならびに大分県の政策導入の評価について一考察を加えたい。

## 1-1. 政策評価の理論と手法

Rossi et al. (2004) は政策評価ならびに評価研究を、政策という社会的介入の働きと効果に関する情報収集、分析、結果の解釈、結果の公表といった一連の活動と定義し、政策の評価は、評価対象である政策の継続、拡張／縮小、修正、有用性・効果の検証、政策を行った事に対する説明責任を果たすために行われるとしている。

政策を実行するかどうかの基準には対象のニーズの有無、政策が意図する目的や目標、法的要件、倫理・道徳的価値、公平性、過去の実績、専門家の意見、費用等があり、それらに対応する形で政策評価の要素は以下の5つにまとめられる。(1)政策に対するニーズ(需要)、(2)政策の設計(概念化、理論と体系)、(3)政策の実施・サービスの提供過程、(4)政策の影響・成果に対する効果分析、(5)政策の効率性(費用便益・効果分析)。これらの評価の要素は(1)を底辺に(5)を頂点として階層構造となっており、順次評価することが望ましいとされる。また、これらの評価の要素にはそれぞれ異なる評価手法があり、単一または複合的に評価が行われる。

(1)政策に対するニーズの評価は、政策が対応する問題の性質、規模、範囲、程度などを評価し、どのようなサービスが必要とされ、どれだけの人数が対象となるのかについての算定の妥当性や既存の政策が現在のニーズに対して対応できているかについての評価を行う。

ニーズの把握に必要な要素としては、利用者の特定(リスク集団)、地理的分布、人口学的特質、サービスを受ける資格や制限、サービスの供給能力等がある。国勢調査や標本調査等の調査データやキーインフォーマント調査、エスノグラフィー研究等によってニーズの掘り起こしを行う。

(2)政策の設計に対する評価は、政策の目的とそれに対する要因についての仮説を体系化した理論に対してなされる。政策が必要な資源とニーズを合理的かつ実行可能な体系として概念化され、倫理的な課題を克服しているか等を評価する。

政策に対する理論は、現実世界を抽象的にモデル化したものであり、それ自体が評価の対象となる。これによって利用者の範囲や政策による結果が変わってくるため、慎重かつ詳細に記述される必要がある。理論の構築に当たっては、明確さや実行可能性等の要素が重要となる。先行研究や実践報告をもとにした設計かどうかの評価などが考えられる。

(3)政策の実施・サービスの提供過程は、政策が実際に意図した対象に届いているかについての評価やサービス提供体制やそのための資源についての評価・モニタリングを行う。このような政治過程についての評価は効果分析とともに行われることが多い。

政策の実施に当たり、サービスが意図された集団に適切な量、種類、質のものが適用されているか、十分なスタッフで資源、施設、資金が足りているか、効率的な運営ができていないか、法的に問題がないか、利用者がサービスに対して満足しているか等を評価する。

とくにサービス提供側の政策過程モニタリングにおいては、条項、管理上の標準、法的、倫理的、専門的標準といった基準に照らした評価の他、事後的評価や説明責任が果たされているか等が評価の対象となる。また、政策の運用体制に対する施設間比較等による評価もある。

(4)政策の影響・成果に対する効果分析は、影響(impact)や成果(outcome)を測定し、意図した結果がどの程度得られているかの評価を行う。また、副次的な影響についての評価などを行う。効果分析では、政策の純粋な因果関係における効果を測定するために、無作為化実験法や傾向スコア分析による準実験的アプローチ、メタ分析、選択バイアスや潜在的バイアスを最小にする多変量解析による統計学的手法が用いられる。

効果分析にあたり重要な要素は、どのような指標(指数)を用いて影響・成果の評価を

行うかにある。信頼性と妥当性をもち、期待される結果の変化を検出できる十分な感度をもち、多角的に測定される指標（指数）が望ましいとされる。サービスの満足度などのアウトカム指標が用いられることもあるが、そのような指標は複合的な意味をもつことから、結果の解釈は難しく、具体的な政策の評価とは結びつきにくい等の難点もある。

(5)政策の効率性の評価では、費用便益分析や費用効果分析によって、費用と効果についての評価を行う。効率性に関する分析は政策の計画か実施・変更に至る全ての段階において有用な分析手法である。費用の評価には、金銭による計測や市場価格、計量経済モデルにおける推定、潜在価格等の計測指標が考えられる。政策には二次的な波及の影響などもあり、そのような影響についても考慮する必要がある。また、便益が貨幣で計測できないような場合には、他の類似の目的を有するプログラムを相対的な効率性の観点から比較する費用効果分析を用いることによって代替的な評価を行うことができる。

## 1-2. 国や地方自治体の政策評価制度

### 1-2-1. 国の政策評価制度

国の政策評価制度は1997年の行政改革の一環として導入の提言がなされ（行政改革会議最終報告）、2001年1月に政策評価制度が導入され、6月に「行政機関が行う政策の評価に関する法律（評価法）」が成立、12月に基本方針が閣議決定され、翌4月に評価法が施行された。「評価法」は(1)国民本位の効率的で質の高い行政、(2)国民の視点に立ち、成果重視の行政、(3)行政の説明責任の3点を目的として制定され、「必要性、効率性、有効性等の観点から評価、政策への反映」を目指し、「中期的な基本計画と1年ごとの実施計画を策定し、政策評価の結果について、評価書を作成・公表」し、「政策評価の統一性、統合性、客観性の確保のため、総務省が各府省の政策を行う」等が示されている（総務省行政評価局2010）。評価法に基づく政策評価制度は、2005年には施行3年後の見直しとして、基本方針が改定され、重要政策に対する評価の徹底、評価結果と予算・決算の連携強化、達成状況の数値化、専門家によるチェック、国民への説明責任の徹底などが確認された。2007年には規制の事前評価の導入、2010年には租税特別措置に係る政策評価の導入がなされている。

政策評価制度は総務省行政評価局が所掌し、全国に行政評価事務所を置き、独立行政法人・評価委員会に一部運営を委託するなど、全国的な事業展開を行っている。各府省において作成された自己評価結果は国会に年次報告され、総務省（大臣）は、評価専任組織として政策評価を実施し、必要に応じて内閣総理大臣に意見具申を行う他、評価委員会において調査審議を行い、国民に公表される。

政策評価は「マネジメント・サイクル(PDCA サイクル)」によって行われる（総務省 2010）。マネジメント・サイクルは、政策の企画立案（Plan）、実施（Do）、評価（Check）、企画立案への反映（Action）といった一連の評価の循環過程を示している。さらに事前の事業評価、事後の実績評価、総合評価による評価である「評価の三方式」による評価とマネジメント・サイクルによる評価を行っている。政策の企画立案段階で行われる事前の事業評価は、個々の事業の採択前に、政策効果や費用を算定し、ニーズ量に対して妥当か、行政が行うべきか等々を評価する。政策の実施以後に行われる実績評価では、施策決定前に事前に設定してあった達成目標に対してその実績を評価する目標管理型の評価を行う。また、投入された資源によるサービスである「アウトプット」とサービスによってもたらされた成果である「アウトカム」を用いた実績評価を行う。総合評価は政策の決定から一定期間経た政策について、政策効果の状況を総合的に評価する方式となっている。

## 1-2-2. 地方自治体の政策評価制度

地方自治体における政策評価の実施状況は年々増加傾向にあり 2010 年 10 月 1 日現在で 977 自治体 (全体の 54.4%) が政策 (行政) 評価を導入している (総務省自治行政局 2011)。導入自治体数は 2002 年に 18.1% であったものが年々増加傾向にある。人口規模が大きい自治体ほど導入傾向が高く、都道府県、政令指定都市、中核市では 95% 前後、特例市では全ての自治体で導入しているのに対し、市区では 78%、さらに町村では 30% となっている。評価結果の活用方法は、予算要求・査定 (9 割強)、事務事業の見直し (8 割~9 割)、次年度の重点施策・方針策定 (7~8 割) の割合が高い。

三菱総合研究所は地方自治体の行政評価の取組に対する調査を 1998 年から 2009 年までの間を行ってきている (三菱総合研究所 2009; 田淵 2010)。三菱総合研究所 (2009) の結果によれば、行政評価の取組は増加傾向にあるものの、評価の成果がわかりにくく、住民の意見の反映がなされていない等の課題も多く、都道府県を中心に評価方法等の見直しが生じているようである。田淵 (2010) は 1997 年から 2009 年までの行政評価の導入状況を 4 つのステージに分けて分析している。第 I ステージ (1997-1999 年頃) は、「行政評価=事務事業評価の時代」、第 II ステージ (1999-2002 年頃) は「総合計画とのリンク、事務事業から施策、政策の拡大と 3 階層の展開、外部評価の導入」、第 III ステージ (2002-2005 年頃) は「行政管理から行政経営への転換」、第 IV ステージ (2005-2008 年頃) は「経営的視点の導入、予算や人事システムとの連動」である。各ステージは階層的構造を示しており、都道府県や政令指定都市等は第 IV ステージにあるが、町村では第 I ステージにある自治体も少なくないという。

## 1-2-2. 小括：地方自治体の政策評価

Rossi et al. (2004) は政策評価を、5 つの要素 (1. 政策に対するニーズ (需要)、2. 政策の設計 (概念化、理論と体系)、3. 政策の実施・サービスの提供過程、4. 政策の影響・成果に対する効果分析、5. 政策の効率性 (費用便益・効果分析)) を複合的に用いて分析することで国民 (住民) への説明責任を果たすための政策評価の手法の体系を示している。国の政策評価制度では、年々その形は変更されながら全省庁が統一のフォーマットで評価を行う PDCA サイクルが定着化しつつある。地方自治体では、人口規模により政策評価の実施率が異なるが、全国的に導入の方向を示している。しかし、統一された手法が確立されていないこと等が要因となり、職員にもその評価と成果についての認識が十分でない部分もあるようである。市場で提供され難い福祉サービスの提供を行う介護保険事業等では費用対効果のみで測定が可能であるとは必ずしもいえず、住民の健康度などのアウトカム指標による、間接指標で評価するなどの方法もあるが、投入した資本とその結果の結びつきを統計的手法等によって厳密に評価を行うことが難しい場合もある。大分県やモデル 3 市ではどのような評価を行っているかについて、後述の節で詳細にみていきたい。

## C. 結果

### 2. 和光市モデルの概要

和光市モデルの概要を簡単にまとめてみたい。2013 年 7 月 19 日に和光市保健福祉部にお伺いし、当モデルのキーパーソンである東内京一部長に和光市の地域包括ケア体制の先進性ならびに子育て施策の取組について講義いただいた。東内部長は、1986 年に和光市に入庁後、2000 年より介護保険にたずさわり、高齢者福祉との関連で制度・組織改革を行い、高齢者福祉と介護保険を統合した長寿あんしん課において介護福祉、地域包括支援、後期高齢者医療担当として、地域包括ケア体制を推進してきた。2009 年からは厚生労働省老健

局に出向し、現在は和光市保健福祉部長として全体を統括している。

## 2-1. 地域包括ケアについて

### 2-1-1. 介護予防施策の実績

和光市は平成 13 年度から介護予防による自立支援に力を入れ、主に 75～79 歳の高齢者を対象に、重度の要介護者を軽度に移行させる自立支援型のマネジメントと要支援から自立に至るような支援を続けてきた。利用者の状態や意向を踏まえて、介護予防と日常生活支援総合事業を組み合わせ、状態が改善することを志向したケアプランの作成を進めている。

その結果、要介護（要支援）認定率は 2012 年度の結果で、全国が 17.4%、埼玉県 13.8% であるのに対し、和光市は 10.2% と低い水準を実現している。また年齢別にみた認定率においても、75～79 歳で全国 13.7% に対し和光市 7.5%、80～84 歳で全国 26.9% に対し和光市 18.8% と認定率を抑えている。これは、75～79 歳の高齢者を主な対象者として特別給付等の投入、地域支援事業の充実、自立支援型マネジメントが行われ、これらのサービスが複合的に作用したことによる効果であると評価している。特別給付には、食の自立栄養改善サービスとして管理栄養士によるマネジメント付き配食サービスや地域送迎サービス、紙おむつ等サービス等がある。また、一般高齢者施策として、住宅改修支援事業（法廷住宅改修に 50 万円上乘せ）、家賃助成事業（グループホームやサービス付き高齢者向け住宅）、住み替え家賃差額助成（5 年間）など住宅関連の補助が充実している。

### 2-1-2. 介護保険事業の理念、基本目標・基本方針

和光市の第 5 期介護保険事業計画「長寿あんしんプラン」では、基本目標を「地域包括ケアシステムの構築による介護保障と自立支援の確立を目指して」とし、4 つの基本方針を掲げている。その基本方針は、1) 介護予防及び要介護度の重症化予防の一層の推進、2) 在宅介護と在宅医療の連携強化及び施設や病院における入退院時の効果的連携、3) 地域密着型サービスの効果的な整備、4) 自立支援を基本とした地域包括支援センターによる包括ケアマネジメントの推進、と具体的な目標設定となっている。これまで続けてきた介護予防の推進を一層進めることを第一に、在宅介護ならびに在宅医療を推進するために、施設や病院に入所している市民の状況を共有し、退院時に次のケアに関する方針を決めた上で選択肢を提供する体制を整備している。さらに小規模多機能居宅介護サービスや定期巡回（24 時間対応）、随時対応型訪問看護サービス、グループホームなど地域密着型サービスの普及を促進している。

包括的なケアマネジメントは、市内に 4 箇所設定している地域包括支援センターを中心に実施している。とくに地域密着型サービスにおいて和光市は際だった成果を上げており、施設サービスからシフトさせることを目指して体制を整えている。参考資料として、平成 22 年における 1 人当たりの平均給付額は施設サービス 27.8 万円、地域密着型サービス 18.2 万円、居宅サービス 9.4 万円となっており、在宅介護・医療や地域密着型サービスへの移行や自立支援による介護予防の推進によって、高齢者の健康を増進させるとともに、介護保険料負担を軽減している。

さらに、住み慣れた地域で介護サービスを受けながら居住することができる「サービス付き高齢者向け住宅」の推進と、定期巡回・随時対応サービスを組み合わせた施設の提供を行っている。

地域別の課題抽出手段としてスクリーニングニーズ調査を毎年行うことで、地域別のニーズ量の把握を行う他、調査対象者個々の状態に合わせた情報管理（調査時に同意書を求

める)に努めており、回答のない対象者にはアウトリーチ策を含めた対応を行っている。

### 2-1-3. 地域ケア会議（コミュニティケア会議）～マイクロな支援政策～

地域ケア会議は、一般に個別会議と推進会議に分かれている。個別会議は個別課題・解決機能を有しており、個別事例ごと、もしくは日常生活圏域ごとに開催する。この会議では潜在ニーズの顕在化や顕在ニーズの相互関連付けを行い、自立支援に資するケアマネジメントの支援や支援困難事例等に対する相談・助言を行う。一方、地域ケア推進会議では、連絡調整機能や地域づくり、資源開発機能、政策形成機能を有し、各種代表者レベルで全体的な方向性や具体策について取りまとめを行い、日常生活圏域や市町村単位で開催される。

和光市では、介護保険計画とケアマネジメントの関係においてケア会議（コミュニティケア会議）をその調整の場として機能させている。マクロ的な政策を介護保険事業計画（サービス需給、基盤整備）とするならば、マイクロ的な支援はケアマネジメントによる自立支援・予防・重症化防止、さらには人材育成と捉えることができる。このマクロ政策とマイクロ支援を結びつけるものとしてコミュニティケア会議があり、保険者である市町村が地域包括支援センターを中心に、個別事例の検討や全体の方向性について策定を行っている。

コミュニティケア会議のマネジメント機能強化の体系は、高齢者（市民）の尊厳と QOL（Quality of Life）の向上のために、1) 高齢者や市民に対する制度について、徹底的に周知を行うこと（和光市健康づくり基本条例に基づく広報、出前講座など）2) ケアマネージャーの育成（専門性の向上と和光市の理念＝自立支援・予防・重症化遅延の徹底、研修）、3) 介護サービス事業者の育成（同前）、の 3 点を徹底し、その上でコミュニティケア会議では、個別事例を対象に、他制度他職種の専門家が連携することによってケアマネージャーやサービス事業者の OJT（On the Job Training）機能も有した個別事例の検討を毎週行っている。また、アセスメントに関する個別サービス計画書様式の統一を行う等の方策もとっており、和光市の地域包括ケアの理念を全体が理解・共有した上で専門的なケアマネジメントを提供する体制を整えている。

和光市のコミュニティケア会議の構成は、1) 介護予防部会（要支援 1・2 及び二次予防等）を全件、2) 給付適正部会（要介護 1～5）抽出・申し出事例、3) 権利擁護虐待関係部会（支援必要要件）抽出・申し出事例、4) 地域密着型サービス部会（認知症「グループホーム、小規模多機能型居宅介護」、24 時間定期巡回サービス等）であり、それぞれの部会において、一つの案件ごとに、プラン作成者の概要説明から事業者からの評価、全参加者からの質問・意見、まとめでおおよそ 20 分程度の検討を行うという工程で会議を進めている（包括的・継続的支援事業タイプの場合）。

具体的な評価は、基本的に ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）や IADL（Instrumental Activity of Daily Living：手段的日常生活動作）の把握や健康状態について行うとともに、因子分解手法として 1) 個人状況、2) 個人因子、3) 環境状況、4) 環境因子に分けて評価を行っている。スクリーニング調査結果や ADL、IADL について、事前と事後の状況を記載することによってケアプランの作成を行う。

### 2-1-4. 小括：先進性を可能にするマネジメント

地域包括ケア体制は国の重要な施策として推進されてきているが、自治体によって差が生まれていることは否めない事実である。その中で和光市は強力なマネジメントによって、先進的な体制の整備を行っている。ここではそのマネジメント力について、東内部長の発言を含めて取りまとめてみよう。

和光市の地域包括ケア体制を整えてきた推進力として、ヒアリング調査では以下の 5 つのポイントを見いだした。(1) 全体の「ビジョン」の共有・推進、(2) ビジョンを持った職員の「やる気と姿勢」、(3) ビジョンを実現するための「体制作り」、(4) 住民のニーズの把握と「シーズ」による課題の創出、(5) 組織のトップや住民を説得するための「エビデンス」による情報開示である。

第一に、地域包括ケアにおいては高齢者の尊厳と QOL を最大限実現するために、地域において医療・介護を受けられるようにするという理念があるが、その理念を実現するため、個々の施策を連携させ全体の目標に向かわせるための方向性を示すようなビジョンを担当者が持ち、担当部署や関連部署と共有できることが重要となる。第二は極めて属人的な要素となるが、そのようなビジョンを実現させるためのやる気や姿勢があるか。しばしば行政は縦割りによって施策を行う際に制限がかかる場合がある。そのような制限を突破するための熱量を持った職員の存在が計画を前に進めるためのキーとなる。関連して、第三のポイントである体制作りが重要となる。具体的には、庁内組織の統合や国や県との権限の関係、基本条例の制定等が挙げられ、和光市では高齢者福祉と介護保険を統合した長寿あんしん課を創設し、介護福祉、地域包括支援、後期高齢者医療担当を設置して、地域包括ケア体制づくりを進めている。さらにシームレス会議を設置することによって、担当部署が異なる場合でも、共通した認識が持てるような体制を敷いている。また、担当職員を専門家として育成するため、短期間での人事ローテーションを行わない仕組みも必要である。最後に、ポイントの 4 と 5 を含む事例として、「和光市健康づくり基本条例」を平成 25 年 4 月に施行、市、事業所、市民の責務を定義した上で、ニーズ調査の実施・分析を行い、市民や事業者の結果の提供を行うことを明記し、積極的なエビデンス作りと住民への周知を行っている。その際、ニーズ調査は本人の同意のもとで地域別の分析等に利活用されている。施策や全体の体系については、行政側がシーズ (Seeds : 種) を創設し、和光市で実現すべきシステムについて積極的に周知徹底することで、全体のシステム体系を実現するように推進する。施策の周知徹底のないニーズ調査は行政的な意味が無いばかりか、目指すべきシステムの障害にもなり得る。先進的な事例は行政側が積極的に作り出し、住民の理解を得て、全体の福祉に貢献するような事業を展開することが望まれる。

基礎自治体が新たな施策を打つ場合、しばしば首長のトップダウン方式による推進がなされるが、和光市においては現場からボトムアップ型にマスタープランを整備して、全体を運営している点にも特徴がある。ただし、新たな施策や事業の周知は各団体のトップにセールスするという点で効率的な運営を目指している。さらに企業に CSR (Corporate Social Responsibility : 企業の社会的責任) の一環として協力を仰ぐことや、市民活動との協同を得ることによって、地域包括ケアシステムを推進している。

これまで介護保険法に基づくサービスは、供給側が先行してサービスを供給してきたため、住民は其中で選択してきた経緯があったが、今後、高齢化が急激に進展することが確実な近い将来に向けて、高齢者の尊厳と QOL を最大限に尊重するような体制作りが行政に求められる。その点において、和光市は地域包括ケアシステムで描かれているビジョンを、住民や事業所への周知徹底、医療施設や介護施設との間の連携といったマクロ政策と、コミュニティケア会議によるケアマネージャーや事業所の育成などを通して一人一人の高齢者に対応するミクロな支援によって着実に推進していることがわかる。

### 3. 大分県における和光市モデル導入

大分県の人口は2010年の約119万人から2025年の約109万人を経て2040年には約95万人へと人口が減少していくことが見込まれている(国立社会保障・人口問題研究所 2013、図1)。その間、年少人口ならびに生産年齢人口の持続的な減少ならびに高齢人口、特に後期高齢人口の増加によって高齢化率は2025年で34.1%、2040年には36.7%、後期高齢化率は2025年に20.3%、2040年には22.7%にも及ぶ。

要介護(要支援)認定数は2006年度5万5,649人であったものが高齢化を反映して、2012年度には6万6,129人まで増加している(図2)。全体的に認定数は増加しているが、特に要支援2、要介護2・4・5の増加がみられる(それぞれ24~26%の増加)。認定率は、1.6%ポイントの増加の20%となっており、微増から横ばいの推移である。

市町村別に認定率をみると(表1)、2012年度時点で認定率が高い市町村は豊後高田市(23.8%)、豊後大野市(23.8%)、竹田市(23.1%)、由布市(22.7%)、玖珠町(22.2%)となっている。認定率にほぼ比例する形で第5期の介護保険料の設定がなされていることがわかる。

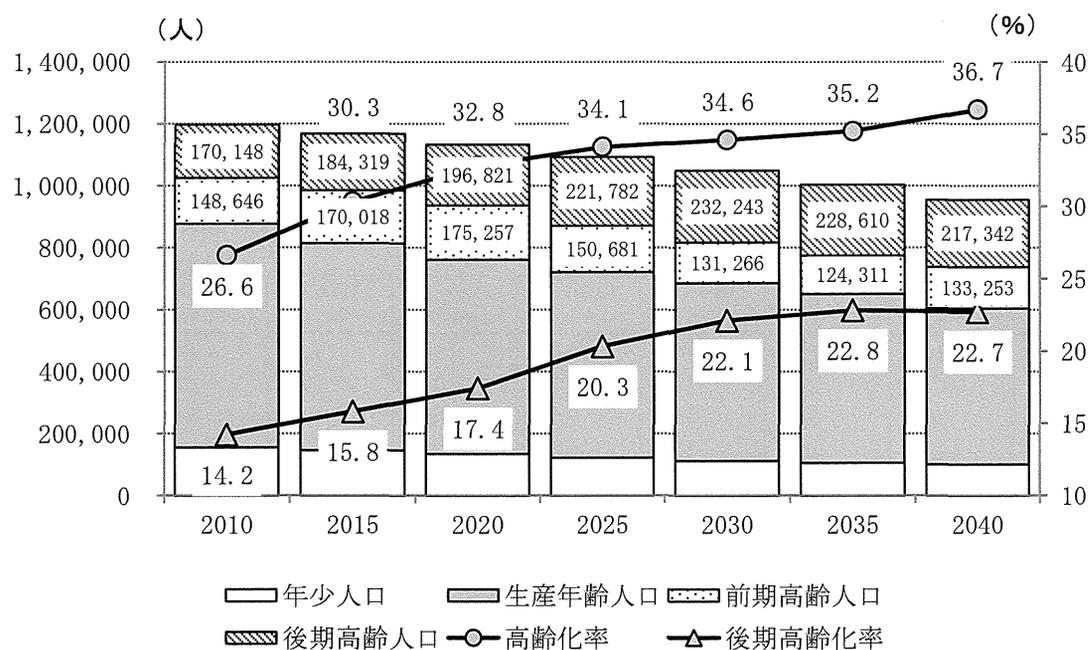


図1 大分県における4区分人口ならびに高齢化率・後期高齢化率(2010-2040年)

(資料) 2010年は総務省統計局『国勢調査』、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所(2013)

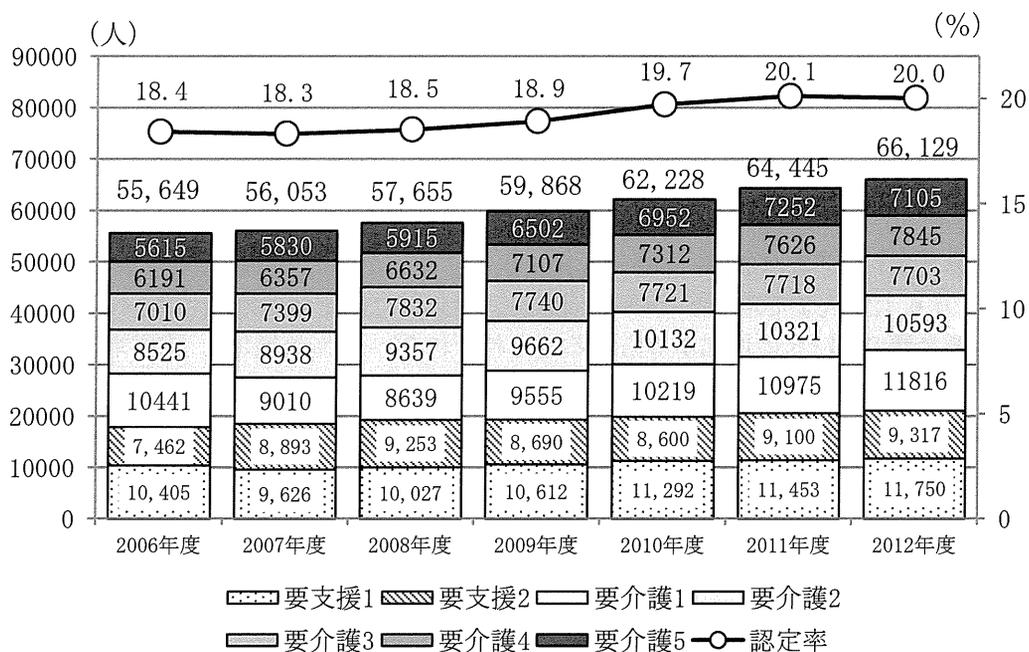


図2 大分県の要介護（要支援）認定数ならびに認定率（2006年度-2012年度）  
（資料：大分県「介護保険事業状況報告」※第2号被保険者を含む。）

表1 大分県下市町村別にみた認定率の推移（2006年度-2012年度）

	(%)							(円)
	2006年度 2007年3月末	2007年度 2008年3月末	2008年度 2009年3月末	2009年度 2010年3月末	2010年度 2011年3月末	2011年度 2012年3月末	2012年度 2013年3月末	第5期 介護保険料
大分市	17.8	17.8	18.2	18.6	19.2	19.4	19.6	5,452
別府市	17.0	17.2	17.1	17.7	18.5	18.9	19.0	5,567
中津市	14.6	14.9	15.7	16.8	18.0	18.7	19.2	4,900
日田市	16.3	16.7	17.1	18.0	18.7	19.6	20.0	4,885
佐伯市	17.9	17.0	17.0	17.3	18.2	18.6	18.9	5,300
臼杵市	19.5	18.1	18.3	18.5	19.3	19.3	19.3	4,780
津久見市	17.4	17.4	17.4	17.8	19.0	20.2	20.1	5,407
竹田市	21.1	21.0	21.4	21.8	22.7	23.1	23.1	5,500
豊後高田市	<u>20.6</u>	<u>20.0</u>	<u>20.2</u>	<u>20.2</u>	<u>20.5</u>	<u>20.1</u>	<u>17.8</u>	5,240
杵築市	<u>22.5</u>	<u>22.1</u>	<u>21.4</u>	<u>21.1</u>	<u>21.6</u>	<u>21.6</u>	<u>20.1</u>	5,500
宇佐市	19.7	19.1	18.9	19.1	20.5	21.2	21.6	4,990
豊後大野市	<u>22.8</u>	<u>22.6</u>	<u>23.1</u>	<u>23.5</u>	<u>24.6</u>	<u>25.0</u>	<u>23.8</u>	6,250
由布市	19.9	19.9	20.8	21.6	22.5	23.2	22.7	6,067
国東市	21.1	19.7	19.4	20.3	20.4	20.5	20.3	4,750
姫島村	11.9	12.9	13.5	12.2	12.9	14.2	13.6	3,500
日出町	17.8	18.8	19.4	19.8	20.5	20.8	20.0	5,767
九重町	20.5	20.8	20.4	20.9	20.9	21.2	20.8	5,200
玖珠町	18.7	20.3	20.7	20.5	21.5	21.8	22.2	5,450

（資料）大分県福祉保健部高齢者福祉課（2013）

※太字・下線で示した市町村は2012年モデル事業参加自治体。

### 3-1-1. 和光市モデル導入の経緯（大分県福祉保健部高齢者福祉課 2013）

大分県はこれまで市町村職員や事業者等を対象に先進事例の紹介等の研究を多く行ってきた。しかし、それらから学んだ事例が実際に展開された事例はあまりなく、高齢化の進行とともに介護保険に関する支出増を続けてきた。また、県と市町村、事業者との横の連携ができていなかったことも実際に事業化する際に障壁となっていたという。県の職員は、地域包括ケアに関する業務の多くが市町村に移管されていることから実際の実務に関する知識をもてず、高齢者対策や地域資源を総合的に理解しているとはいえない状況であったという。また、市町村は実務で手一杯である場合から保険者が主導となって事業を展開するという機能が十分に発揮できていなかったという。そのような中においても、3年ごとの計画改定に伴い様々なサービスを展開し、高齢者の増加も伴って介護保険料が増加し続けた（第4期から第5期にかけての介護保険料の増分は大分県が全国1位であった）。また、介護保険関連事業では、介護予防事業が全く進められておらず、事業者は介護サービス等の「お世話型サービス」のみに特化し、事業者や高齢者・家族は介護度が上がることを良しとしてきた（事業者にとっては売り上げにつながり、高齢者や家族にとっては、サービスや器具等が得られる）。

このような状況を改善するために、大分県は「介護保険を含む高齢者対策は先進市和光市から全てを学ぶ」という考え方を基本方針として、市町村が主役となって成果を出すような枠組みの策定に取りかかった。2012年度にはモデル事業として「地域包括支援センター機能強化事業」を豊後高田市、杵築市、豊後大野市の3市において開始した（図3）。2013年度は新たに7市町（別府市、臼杵市、津久見市、国東市、九重町、日出町、中津町）、さらに大分市、姫島村を除く残りの6市町でも実施予定となっている。

地域包括支援センター機能強化事業モデル市の取組( H24年度 )	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域ケア会議の常時開催：毎週水曜日・午後(5月から隔週水曜日・午後)、開催回数：23回</li> <li>○日常生活圏域ニーズ調査の実施(平成24年10月)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象：市内市内65歳以上の在宅高齢者(要介護3～要介護5を除く)、記名式</li> </ul> </li> <li>○保健福祉事業連絡会の開催(平成24年10月10日) ※地域の受け皿づくりの検討               <ul style="list-style-type: none"> <li>・北部保健所、豊後高田保健所、豊後高田市(保健、福祉、教育、企画)、地域包括支援センター、社協</li> </ul> </li> <li>○その他の取組               <ul style="list-style-type: none"> <li>・出前講座やケーブルテレビを活用した住民への啓発 (サービスを利用しない認定者への説明・生活管理指導事業(一般財団の生活支援ヘルパー派遣事業)の目的を説明)</li> <li>・認定調査の原則直営化</li> <li>・和光市視察(平成24年8月8日～9日) 他</li> </ul> </li> </ul>	豊後高田市
<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域ケア会議の常時開催：毎週水曜日・午前、開催回数：45回</li> <li>○地域包括支援センターサブセンターの設置(杵築市行) (平成24年10月～)</li> <li>○日常生活圏域ニーズ調査結果の分析 ※総合事業の必要メニューの検討</li> <li>○介護予防・日常生活支援総合事業及び事業所説明会・研修会等の実施(平成24年10月～)</li> <li>○介護予防拠点・地域交流施設の整備(山香地区：25年3月開所)</li> <li>○保健所との連絡会開催(月2回)               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズ調査結果をもとに地域診断等を行い必要な地域の受け皿の検討</li> </ul> </li> <li>○その他の取組               <ul style="list-style-type: none"> <li>・出前講座等による住民への普及啓発</li> <li>・要支援者641件のスクリーニングの実施(～平成24年5月) ※総合事業の対象者把握</li> </ul> </li> </ul>	杵築市
<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域ケア会議の常時開催：毎週金曜日・午前、開催回数：44回</li> <li>○その他の取組               <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防・日常生活支援総合事業の検討</li> <li>・出前講座(民生委員会、老人クラブ会議等各種の会合での介護保険法の理念の啓発)及びCATVを利用した介護保険法の自立支援の理念の啓発</li> <li>・認定調査の原則直営化(50%→85.4%(平成24年8月時点))</li> <li>・和光市視察(平成24年8月8日～9日) 他</li> </ul> </li> </ul>	豊後大野市

図3 地域包括支援センター機能強化事業モデル3市の取組(2012年度)  
(大分県福祉保健部高齢者福祉課 2013)

県の取組は、市町村や事業者を対象とした研修の開催や市町村長への直接の説明を行う他、県の組織対応として、2012年度には組織再編を行い高齢者福祉課内に地域包括ケア推進班を設置、2013年度には和光市に職員を派遣する等を行っている。県職員や市町村職員の和光市視察研修は2011年に14人（豊後高田市、杵築市、豊後大野市、県・保健所、地域包括支援センター）、2012年15人（中津市、臼杵市、津久見市、国東市、豊後高田市、豊後大野市、県・保健所、地域包括支援センター）、2013年に25人（臼杵市、別府市、佐伯市、国東市、地域包括支援センター、作業療法士、栄養士会、歯科衛生士会）を数える。和光市を視察した職員からは、保険者の努力不足や自立支援につながるためのケアプランの作成等について方向性をしっかり指導すべき、介護予防の取組を進めていくべき等の意見があったという。また、モデル3市の意見交換会では、要支援者のケアプランを精査すると6割が二次予防で対応出来ることが分かった、といった意見が出たという。

このような取組を行った結果、県の評価では、1)市町村職員・地域包括支援センター職員の意識が変わり、アセスメント能力が向上し、具体的な課題設定をもった自立支援型のケアプランの作成ができるようになってきた。2)ケアマネージャーや事業者の意識も徐々にかわりつつある。3)要支援、二次予防の受け皿作りを本格的に検討するようになった。4)認定率が低下してきた、といった4点の成果がみられるという（図4・5）。

（参考）平成24年度地域ケア会議実施状況（モデル3市合計）				
区分	内容	内訳	件数	割合（％）
開催回数：112回				
検討件数（467件） （重複ケア11件）	新規		135件	29%
	更新		120件	26%
	福祉用具・住宅改修		130件	28%
	総合事業		6件	1%
	困難事例		8件	1%
	その他（例外給付）		68件	15%
結果	改善		83件	18%
		（自立）	（41件）	（9%）
	維持		158件	34%
	悪化		76件	16%
	死亡		12件	3%
	入院		1件	0%
	その他		6件	1%
更新未到来（+22.7月未実施）		130件	28%	

資料：大分県高齢者福祉課

図4 2012年度地域ケア会議実施状況（モデル3市合計）  
（資料）大分県福祉保健部高齢者福祉課（2013）

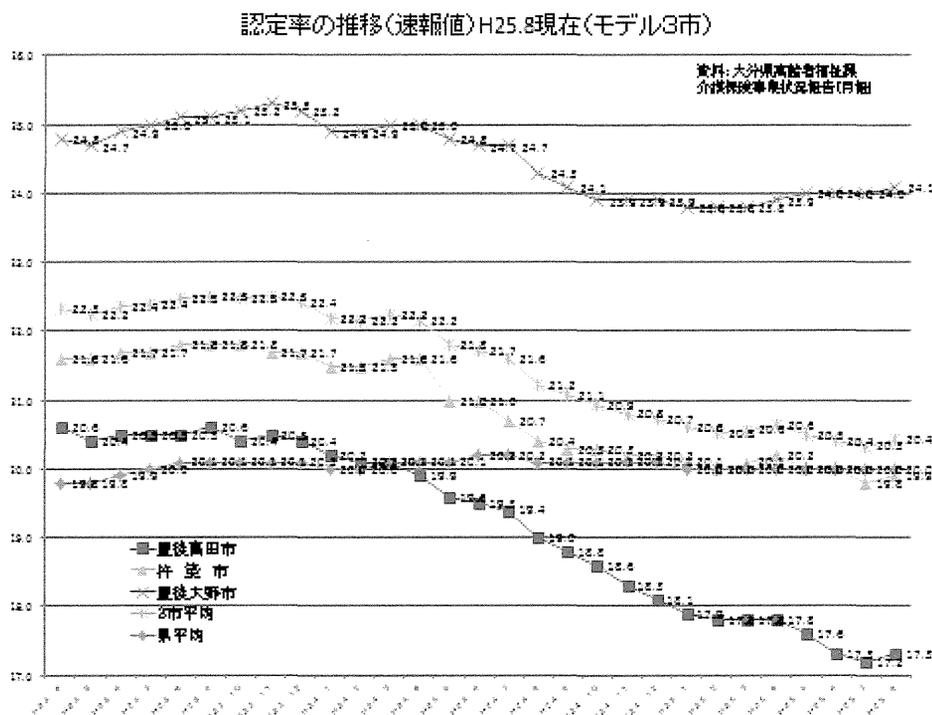


図5 モデル3市における認定率の推移(2013年8月現在)  
(資料) 大分県福祉保健部高齢者福祉課(2013)

モデル3市においては、介護予防拠点の整備を行っており、2012年には九重町、2013年には別府市、津久見市においても事業が開始される。豊後高田市、杵築市では「記名式」ニーズ調査を行い、総合支援事業と併せて介護予防事業を行っている。「記名式」調査の必要性は和光市モデルでも重視されており、その必要性は他の自治体にも理解されつつあるという。

医療との連携に関しては、訪問看護・看護強化連携事業として訪問看護ステーションを中心とした医療と介護の連携推進を検討しており、在宅医療拠点整備事業については2011年に別府市、2012年に日田市、臼杵市、2013年10月以降は全市町村で事業が開始されている。

### 3-1-2. 「県主導」の意義と効果

大分県下市町村への和光市モデルの導入には、県が大きな役割を果たした。県と市町村の連携については、県が主導する事業に多くの市町村が参加することがわかったことが収穫だったという。また、市町村にとっても県主導の事業ということで、新しい事業にも参入しやすく、中心となる市町村が成果を上げることで、他の市町村も追随するという政策波及効果を持つことも県が主導することの利点である。大分県は2013年度からは広域支援員(モデル市の地域ケア会議実践者)を配置し、地域ケア会議を立ち上げる市町村に派遣し、助言等を行う(2013年9月2日現在22名、派遣実績11回、研修会等への参加者数は延べ1,180名)。地域ケア会議を立ち上げる市町村には和光市から講師を派遣し研修会を行う「地域包括ケアマネジメント研修」も行っており、2013年8月現在で4回開催し951名が参加した。その他にも職員を対象とした地域包括支援センター職員等研修や市町村・地域包括支援センター連絡会議等、職員のアセスメント能力の向上に努めている。また、事

業所向け研修（トップセミナー等）も行っている。県には様々な先進的事例が集まるため、市町村向けに情報提供や事業化することによって県と市町村の連携がスムーズになるという効果もある。

今回の事業によって民間の事業者との連携もはかれるようになったことも県主導の効果といえる。介護予防や地域ケア会議を推進する中で多職種の民間事業者（作業療法士、理学療法士、栄養士、歯科衛生士等）が県レベルで協力するようになった。特に、これまであまり連携のなかった「地域リハビリテーション」との連携ができるようになったことがある。

ただし、まだ課題はある。第一に、作業療法士や理学療法士といったコ・メディカル従事者は県レベルの協会としては協力を得られるものの、個々人は病院勤務であるため、事業者の協力が必要であり、特に大都市である大分市への支援等に問題があるという。また、地域ケア会議に出席する司会者（コーディネーター）やコ・メディカル等は在宅支援や IADL（手段的日常生活動作）の向上に向けた知識が十分出ない場合があり、人材養成に時間を要する。また、本質的な課題として、介護予防は事業者にとっては経営に不利になるために、理解を得るのが困難な場合がある。特に、ケアマネジャーはこれまでの業務の成果が問われるため、地域ケア会議への反発が強いという。最後に、市町村職員、県職員の人材育成が不可欠であり、地域ケア会議の運営等、保険者機能の強化が必要となる。

今後の取組として、大分県は 2013 年度では介護予防についての広報活動を活発化させ、まずは大分合同新聞との連携を行っている。また、大分県下最大の都市である大分市の取組を促進させることが課題となっている。地域ケア会議、介護予防、総合支援事業（ニーズ調査）といった和光市モデルをより多くの市町村に奨励していくことを考えている。

医療との関連では、在宅医療（在宅診療、訪問看護ステーションの取組）と退院時調整の推進を行っているという。具体的には、退院時調整の経路として 1) 入院時から医療機関関係者が「本人の在宅生活」を想像する、2) 退院時早期から訪問看護等、関係職員が関与できる、3) ケアプランに自立支援・予防の支援計画が盛り込まれる、4) 自立支援・予防を本人・家族・関係者が理解できる、5) 通所だけで無く自宅でも取組が継続できる、6) その結果、本人が状態の維持・改善を実感できる、といった経路が望ましいとしている（大分県福祉保健部福祉保健企画課 2013）。そのために、退院時調整が重要であり、医療と介護・在宅の双方を理解する関係者のコーディネートが不可欠となる。退院後の在宅ケアの推進には、ケアマネジャーが訪問看護、リハビリテーション等の活用をはかりながらケアプランを作成、具体的な自立支援につなげることが望ましい。そのような取組を全体で把握するために、各圏域での在宅ケアニーズと対応出来るだけの資源があるかどうかの分析が必要であるという。現在の取組状況は、医療政策課が在宅医療連携拠点事業を展開しており、各圏域での在宅医療拠点の増加をめざし、医療・保健・福祉関係者の関係を強化している。さらに在宅医療を支える看護職員確保定着事業を行っている。また、福祉保健企画課では訪問看護・介護連携強化推進事業として、状態維持・悪化予防を目的とした早期からの訪問、看護の活用を行い介護職員との連携支援を行っている。

2015 年からの第 6 期介護保険事業計画にむけて、1) 介護予防、2) 在宅の限界に向けた取組を中心考えているという。また、記名式ニーズ調査（基本的に悉皆調査）の全市町村実施に向けた取組、小規模多機能型居宅事業所（複合型事業所）や 24 時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所といった地域密着型サービスの展開、市町村における計画的配置を実施し、在宅支援を強化するという方向性を打ち出している。

### 3-2. 大分県杵築市の和光市モデル導入の取り組み

杵築市は、大分県の北東部、国東半島の南部に位置し、住民基本台帳人口は31,224人(2013年9月末現在)、世帯数は13,429世帯、高齢者は10,256人と高齢化率は32.9%と高い水準にある。将来推計人口によれば、高齢者人口は2025年に10,030人、2040年には8,584人と減少が見込まれているものの、後期高齢者人口(75歳人口)は2030年まで増加し(6,028人:2010年→6,219人:2030年)、その後2040年には5,529人に減少する。一方高齢化率は増加傾向が続き、2025年には37.0%に達し、その後同水準を維持し2040年には38.2%となる(国立社会保障・人口問題研究所 2013)。

要介護認定率の推移は全国や大分県全体の水準に比べ高い水準で推移している。近年の傾向では、2006年に24.8%であった認定率は高齢者人口の増加に反し微減傾向を示し、21%前後で推移している。和光市モデルを導入した2013年度では1.5%程度認定率が低下している。要介護認定者数の推移では、要支援1の認定数が減少傾向にあり、2013年度では、要支援2の減少が目立つ。杵築市における年齢別にみた高齢者人口に占める要介護認定者の割合は、前期高齢者では2.3%から5.8%であるが、75-79歳になると16.2%となり、80-84歳では30.1%、85-89歳で48.6%と半数に達する。

介護給付費は増加傾向にあり、2006年に29億円であったものが、2011年には33.8億円に増加し、第5期計画では年間34.4億円で推移するとしている(杵築市高齢者支援課 2013)。これは和光市も出るによる介護予防効果を見込んだものであり、介護給付費は横ばいに抑制できるものとしている。

地域ケア会議では、個別ケースを多職種専門家が検討することによって地域課題、必要なニーズ量、必要な施策対応を行うことを目的としている。2012年2月から毎週水曜日の午前中に、保険者(計画担当)、地域包括支援センター、ケアマネージャー、介護保険事業所を中心に理学(作業)療法士、栄養管理士、歯科衛生士、保健師等が助言者として参加している。対象となる事例は介護予防給付、介護給付(福祉用具、住宅改修、例外給付)、困難事例、予防介護・日常生活支援総合事業である。保険者・地域包括支援センター・ケアマネージャーの機能強化と人材育成を行いつつ、介護保険制度の理念の追求、地域アセスメント、日常生活圏域ニーズ調査結果、介護予防拠点の整備等を通じて施策に活かすことを目的し、自立支援型のケアマネジメントの確立を目指している。

和光市モデルを参考に2012年2月から地域ケア会議が開催され、2013年3月までに55回273件(1回5件)の事例が検討された。検証プランは、1)予防プラン100件、2)新規予防プラン31件、3)住宅改修等136件、4)困難事例6件となっている。

2012年度の地域ケア会議(47回開催)では、検討件数247件を検討した結果、「改善」事例は64件(26%)であり、「維持」82件(33%)、「悪化」43件(18%)となっている。新規の検討事例(49件)では改善率は23%であり要支援2から1に改善したのが4件、自立1件、要支援1から自立が6件となっている。更新分17件の改善率は11%であり、要支援2から1への改善が2件、二次予防から自立が1件となっている。

和光市モデルの地域ケア会議を実施した成果については、地域包括支援センター、居宅介護支援事務所、サービス事業所それぞれにおいて、自立支援型ケアマネジメントの考え方は浸透してきており、アセスメント能力の向上等の成果がみられ意識改革が浸透したと結論づけている。一方課題としては、さらなるアセスメント能力の向上が求められる他(個人差がある)、会議での助言が実際にプラン変更までつながったかの検証や栄養・口腔ケアに対応する社会資源の不足、医療と介護の連携、認知症の早期発見システムの構築、地域ケア会議の司会者(コーディネーター)の養成などが挙げられている。それらに対応するために研修会の開催や専門職の配置などが立案されている。

今後の介護保険制度の運営について、過疎地域を多くかかえる杵築市の立場から、過疎地域は高齢者数が既にピークを迎えており、地域包括システムが既に実現されていなければならない。さらに保険者機能が強化される方向に制度が改正されるとすると、市町村間の格差が広がることは避けられず、保険者の能力に左右される懸念があるという。地域包括ケアシステムの構築の方向性としては、「1. 地域包括支援センターの機能強化は最重要課題であり、厚労省の指針通りでは高齢者 3 千人あたり 1 ヶ所のセンターを整備することが目安となっている。2. 地方部では高齢者の住宅の確保はできているが、介護等の支援が自宅で受けられる体制づくりが必要となっている。3. 同居の家族がいる場合は最期まで自宅、単独世帯の場合は最期の数週間を在宅支援診療所併設の施設等を利用して介護できる体制を整備する必要がある。4. 人材の確保については、地方で独自に対策を講じている法人等の評価が必要」(杵築市高齢者支援課 2013) といった認識をもっている。さらに、介護サービス効率化・重点化については、軽度者を介護給付サービスから除外する場合は、他の財政負担を行う必要が生じるため整理が必要である(例えば、機能改善を目的とした通所、訪問介護の場合、地域支援事業に切り替える等)。地域ケア会議を主体とした自立支援型ケアマネジメントの実現のためには、介護従事者の意識改革やリハビリテーション技術を取得する等研修体制の整備や専門員の資質向上が基本であり、研究体制の整備を行っている。介護従事者の専門性向上を目指した研修体制は、市町村が研修を行えるようなカリキュラムやテキストの作成、講師養成のための検討会議の設置を大分県や関係する職能団体に協力要請を行っており、大分県(高齢者福祉課)、大分県リハビリテーション支援センター、理学療法士協会、作業療法協会、言語聴覚士協会、栄養士会、歯科衛生士会、杵築市が参加し検討を行っている。最後に、認知症対策については初期、軽度の早期発見体制を構築する必要があり、医師による健診制度等を導入する必要があるかもしれないとしている。

杵築市では、2012 年 10 月から二次予防事業の通年開催、要支援卒業者の受け皿として介護要望・日常生活支援総合事業を開始している。その背景として、「1. 要支援卒業者の受け皿づくり(自立支援型ケアマネジメントの補完機能)、2. 次期制度改正への事前準備(軽度認定者の介護給付からの除外への対応)、3. 介護保険事業所の運営を自立支援型の運営に方針転換(関係者の意識改革)、4. 地域包括ケアシステムを構築する社会資源の維持と不足している資源の開発」(杵築市高齢者支援課 2013) が挙げられている。それに伴い介護予防給付の見直しを実施し、居宅サービスの 15.8%にあたる 193,000 千円を予防サービスに充て、訪問介護と通所介護費用の一部をインフォーマルサービスとして、配食サービス、軽度生活援助事業、生きがい活動支援通所事業に充てて予算を整理した。

対象者は要支援 1・2、二次予防事業対象者となる。内容は、通所型、訪問型に分けられ、対象に適したメニューを要旨される。二次予防事業対象から卒業した対象者は一般高齢者向け福祉サービスを受けることができる。サービスは介護保険事業所や NPO 法人が担っている。

さらに対象者のスクリーニングと財政負担の整理を行い、保険給付で対応する要支援者からスクリーニング・卒業・移行した場合、総合事業で介護予防サービスを地域支援事業で対応、さらにそこから卒業した高齢者については高齢者福祉サービスや一次予防事業・高齢者サロン等を一般会計負担や自己負担で対応するよう整理している。

杵築市の地域包括支援システムの現状は、「1. 居宅サービス事業所(通所系・訪問系)はいずれも、需要量を供給量が大幅に超過している。2. 介護保険 3 施設(特養、老健、療養病床)については、緊急性を要する待機者は殆どいない。3. ショートステイの利用率が下がっている(緊急な利用希望にはほぼ 100%対応できている)。4. 地域包括ケアシス

テムを構築する介護保険関係施設は充足している。5. 不足しているのは、在宅医を含めた医療側の体制整備と連携強化の必要性に対する理解・互助による高齢者の生活支援システムの整備（移動手段対策）」（杵築市高齢者支援課 2013）であるという。通所型事業所のあり方については「1. 預かり機能（レスパイト）に特化したサービス、2. 機能訓練を中心とした自立支援の要素の強いサービス・運動機能向上・口腔機能向上・栄養改善、3. 専門性を持って認知症ケアに特化したサービス、4. ナーシング機能を持つサービス、5. ふれあい・交流目的（閉じこもり予防）を中心」（同）に行うことを目指している。介護保険入所施設では、「1. 特別養護老人ホームでも在宅復帰を目指す、2. 多死社会を迎えた現代では、施設での看取りが不可欠になってきている（看取りに関する職員研修の開催）、3. 終末期医療について、本人、家族との合意形成（施設（法人）としての倫理委員会の設置、例えば胃瘻ゼロを目指す）、4. 入所施設でも尊厳と自立支援の考えは同じ」（同）としている。

杵築市の地域課題については、「1. ケアマネージャー、介護従事者のアセスメント能力の向上、2. 栄養・口腔ケア（指導）に対応するサービス基盤の整備、3. 医療と介護の連携機能の強化、4. 認知症初期段階の早期発見対策、5. 利便性の高い負担の低い移動手段対策」（同）があり、対応を検討している。

### 3-3. 大分県豊後高田市の和光市モデル導入の取り組み

豊後高田市は大分県の北東部、国東半島の西側に位置し、南は杵築市と接している。人口は2010年時点で23,906人、高齢者数は8,271人、高齢化率は34.7%である。

2012年9月30日時点の要介護認定率は17.2%となっており、大分県における要支援悪化率が18市町村中17位と低迷している。2011年3月末における認定者数は1,683人で要支援者が466人、要介護者が1,217人である。2012年3月末は1,647人と微減したものの同水準にある。2013年3月末では、和光市モデルの導入後の測定ということもあり、認定者数は1,464人と減少している。特に要支援の認定者が減少していることがわかる。その要因は後にデータでみるが、症状の改善による減少が多いことによる。

介護給付費は2009年度に25億1,778万6,675円であったものが2010年度には26億6,597万7,702円と5.9%の増加になっており、2011年度では財政安定化基金を借り入れし、26億2,403万6,271円と1.6%の減少、さらに2012年度は26億1,946万2,356円となっている。介護保険料は第4期4,240円であったものが第5期では5,240円となっている。

豊後高田市ではこのような介護財政の悪化や要支援悪化率の低迷、健康寿命の低迷（大分県18市町村で17位、男性75.38年、女性79.18年）をふまえて、65歳以上の在宅の高齢者（要介護3～5の方は除く）に対して、生活機能、生活課題、高齢者向けサービスに対するニーズ量の把握を目的として悉皆調査を2012年10月に実施した。

調査項目には、家族や生活状況、生活機能、外出、運動・転倒予防、栄養・食事・口腔、記憶、日常生活動作、社会参加、健康、保健福祉サービスといったものがある。

回収結果、一般高齢者6,652人に対し5,555人の回答（有効回答率83.5%）、要支援・要介護者783人中574人の回答（同73.3%）の回答が得られた。調査結果は各項目を地域ごとにまとめられ、各地域における施設の配置やニーズ量がまとめられ、評価指数を用いて各地域の比較ができるような工夫もされている。

調査を行った結果、要予防者は2,243人で全体の38.6%、これは全国の37.0%よりも高い水準にある。その他、運動機能低下、閉じこもり傾向も全国よりも高く、高血圧、脳卒中、糖尿病の有業率も同様であることがわかった。このような結果をふまえて、豊後高田市では、介護予防・日常生活支援総合事業への移行を目指し、自立指向強化型の教室の実

施箇所の増加等の取組を行っている。また、多職種の意見を取り入れた自立志向型の支援を目指すために、和光市モデルの地域ケア会議で個別課題・地域課題の洗い出し、担当者の能力向上のための OJT 機能を強化した。さらに、市民向けの介護保険の啓蒙や予防の自助努力の呼びかけ、自治会、老人クラブ、サロン等への出前講座も行っている。

具体的な事業として「元気アップ教室」（自立指向強化型）があり、これはニーズ調査で把握された予防対象者向けの事業であり、個人ごとに異なる課題を目標に設定し改善を目指す取組である。具体的には、3ヶ月ごとに地域ごとに実施し、短時間集中型の運動となっている。通所サービスで行い、視察対象であった「真寿苑」でも行われている。

豊後高田市の地域ケア会議は 2012 年 2 月から開始され、第 2、第 4 木曜日に実施している。会議には保険者の他、地域包括支援センター、県保健所、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、市福祉、市保健師担当の介護支援専門員、サービス提供責任者が参加する。和光市の東内講師を招くなど和光市モデルを取り入れた会議となっている。

地域ケア会議やニーズ調査、介護予防事業の展開による要支援認定者の変化についてみると、和光市モデル導入前の 2011 年 4 月から 2012 年 3 月までの変化では、要支援 1 の改善は 7%、維持 49%、悪化 40%、要支援 2 では改善 19%、維持 59%、悪化 18%と維持や悪化の割合が高かったが、2012 年 4 月から 2013 年 3 月までの変化をみると、要支援 1 の改善は 37%、維持 32%、悪化 27%と改善するケースが増え、同様に要支援 2 も改善 32%、維持 47%、悪化 20%となっている。まだ取組が始まったばかりではあるが、多職種を含め様々な角度から個別事例を検討することや、専門家の意識の統一、介護予防事業の展開によって、好循環が生まれつつあることが確認できる。

その他の取組では、地域サロンの設置推進（181 自治会中 48 ヶ所で実施）、地区の社会福祉協議会との連携による地域支え合い組織の設置と内容の充実、ラジオ体操やウォーキング（健康マイレージ制度）、健診・健診受診の勧奨の強化、高齢者向け教室、イベント等を複合的に行っている。

#### D. 考察および E. 結論

本稿では、大分県が主導して介護予防と地域ケア会議の先進事例である和光市モデルを県下の市町村に導入した事例について、ヒアリング調査結果をもとに概要をまとめてきた。政策評価の観点から、各自治体がどのように成果を評価しているか、どのような評価が可能かについて最後に考察してみたい。

第一に、大分県やモデル 3 市では、高齢化がすでに進行しており、今後の高齢者人口の増加（とくに後期高齢者）と介護費用の増大に危機感を抱いていることから、先進事例の導入に踏み切ったことが伺い知れる。その意味で、各自治体が要介護認定率の低下や介護保険費用の低下をその成果の一つとして掲げていることは政策効果を示す指標の一つとして考えられる。

ただし、和光市モデルの要点は自立支援型のマネジメントにあるため、他職種による地域会議によるケアプランの見直しや介護予防事業を立ち上げることによる、住民の支援度・介護度の改善率をその効果として掲げることが政策のアウトカムとして最重要な成果として考えることができるだろう。介護認定率の低下や介護保険費用の低下を主要な指標として用いることは、福祉の切り捨てと誤解される可能性もあることから、介護保険事業の理念に立ち戻り、住民の QOL の向上を最重要指標とし、健康度の伸長を目標とした政策効果のあり方が重要であるといえる。

また、各自治体が示しているように、職員の意識の改善もまた重要な政策効果である。ただし、これは各担当の実感ベースのため、なかなか定量的な評価は難しい。さらに政策

過程の観点からは、介護保険事業と介護予防事業といった予算が異なる部署や病院からの退院調整などを行う医療に係る部署との連携・統合など所内体制の整備も政策評価の対象となるため、画一的なアプローチでは不十分であり、複合的な評価が求められる。

大分県の取り組みは3市から始まり、現在では2市村を除く自治体において和光市モデルの導入が行われていることから、大分県の和光市モデルの政策導入は政策過程論の枠組みからいえば政策波及効果が高いと評価することができる。ただし、政策効果の評価にはある程度継続した観察が必要であることから、定量的な評価については今後の課題とし、継続的にその導入過程やアウトプット（資源の投入）とアウトカム（支度度・介護度の改善、健康寿命の伸長等）の観察を行っていききたい。

#### 【引用文献】

- Rossi, H. P., Lipsey, W. M. and Freeman, E. H. (2004) “*Evaluation: A Systematic Approach*” 7th ed., Sage Publications, 大島巖, 平岡公一, 森俊夫, 元永拓郎 (監訳) (2005) 『プログラム評価の理論と方法 システマティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』, 日本評論社.
- 大分県福祉保健部高齢者福祉課 (2013) 「大分県における介護予防を中心とした地域包括ケアシステムの取り組み」 報告資料.
- 大分県福祉保健部福祉保健企画課 (2013) 「大分県の地域包括ケア・在宅医療推進における医療と介護の連携の課題」 報告資料.
- 杵築市高齢者支援課 (2013) 「地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み～第6期介護保険事業計画策定に向けて～」 2013年10月9日報告資料.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 『日本の地域別将来推計人口 (平成25年3月推計)』.
- 総務省行政評価局 (2010) 「政策評価Q&A」 (政策評価に関する問答集).
- 田淵雪子 (2010) 「地方自治体における行政評価 12年の歩みと今後の展望」 三菱総合研究所 『三菱総合研究所所報』 No. 53, pp. 30-53.
- 豊後高田市 (2013a) 「豊後高田市の取組について」 報告資料.
- 豊後高田市 (2013b) 「平成24年度高齢者実態調査」 報告資料.
- 三菱総合研究所 (2009) 「地方自治体における行政評価等への取り組みに関する実態調査」 結果概要.

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況

なし