

エーッとか、ワーッとどリアクションが一番あったのは県民です。アンケートを見ると、介護保険料が上がらないように、介護予防をしないといけないというような感想を、県民の方はしっかり書いてくれていたので、きちんと話せば県民の方もよく理解してくれるということを実感しました。

25年度は本格的に全市町村に広げようということで、地域ケア会議を早く立ち上げる市町村については、直接和光市から講師を派遣しますとか、専門職種については県が確保して派遣しますというような形でモデル3市以外の市町村にも呼びかけて、立ち上げていきました。また24年度のモデル市の職員にも協力してもらい、講師として、県内の他市町村の地域ケア会議の立ち上げを応援してもらいました。

加えて、大分県地域包括ケア推進大会というものを25年度に開催しました。主な対象は首長や関係団体のトップの方です。このときは老健局の原局長に来ていただきました。原局長のリクエストで、首長さんとの意見交換を行いました。その際に、原局長から首長さんに、「地域包括ケアについて知っている、または話せるという方は手を挙げてください」と、投げかけたのですが、その時に手を挙げたのは2人だけだったということで、一度は首長さんに話に行ったものの、まだまだ理解が進んでないことがわかり、この大会は来年度もやろうということになりました。

そして、市町村長だけではなく、やはり県庁のトップもこの取り組みを重要視していることを、県下にPRしないといけないということで、大分県知事が杵築市の地域ケア会議や自立支援型サービスに取り組む先進事業所の視察を行い広報しました。自立支援型のサービスに取り組む先進事業所については、大分市にデイサービスセンター楽というところがあり、慶応義塾大学名誉教授の田中先生にも昨年視察していただきました。知事の視察の様子を見ていただくと、事業所にモニターがあり、ここに、いつも介護保険法の第2条と4条が映されています。介護保険の理念を利用者さんにきちんと説明して、サービス提供を行っている事業所です。そのことについて、知事が事業所の代表者から説明を受けている様子も写真に写っています。この視察で、知事に介護保険は自立支援であることを、しっかり理解してもらうことができました。その後、講演会などで、高齢者福祉について話をするときには、「大分県では自立支援型のケアを推進しています。そのために地域ケア会議に取り組んで成果が上がっています。」といつも話してくれています。

26年度も研修をたくさん行っています。地域ケア会議については一層の充実、強化を図り、また介護事業所に対する研修会もボリュームを持って行っています。また、26年度は地域課題の解決に向けた市町村支援を行いました。総合事業を早期に取り組んでもらうために、県の補助金として3,000万円用意しました。補助に際しては、一律にはなく、地域ケア会議等に積極的に取り組んだ市町村を優先するなど差をつけて支援しました。例えば、地域ケア会議の立ち上げ時期、開催回数、要支援者の改善率、などで各市町村の取組を点数化し、一番高いところは500万を上限に交付するなどといった取扱にしました。募集を開始したところ、地域ケア会議を頑張っているところはやはり手を挙げてきて、地域住民主体のサロンとか、管理栄養士や歯科衛生士が常駐する栄養・口腔ケアステーションなどの立ち上げをしていただきました。地域ケア会議から出た地域課題に対する取り組みに対して、県が取組初年度は予算を負担するので、早く取り組んでくださいというような形で支援しました。単年度の事業でしたが、補助率が10/10で市町村の負担がなかったため、翌年度に市町村単独で事業実施するなら、少し無理をしても、今年度取り組んだほうが、メリットがあるということで、市町村も年度途中で補正予算で対応するなど、積極的に活用していただきました。地域ケア会議を行っているので、地域課題が明確になっていて、対策としてこれをしないといけないということがわかっていることもあり、そこに使える財源を県が用意することで市町村の取り組みを一気に進めることができました。

また、地域課題の解決支援については、県レベルの推進会議を設置して、市町村だけでは解決できない課題を県が吸い上げる仕組みも作りました。ここで頂いた意見や対応すべき課題をもとに、翌年度の県の新規事業等のなかで対策を打っていく仕組みになっています。そういった形で県も市町村の課題を汲み取って、一緒に課題解決に向けて取り組んでいるという姿勢を見せています。また、首長レベルの地域包括ケア推進大会は昨年2回目を開催しました。ここに慶応義塾大学名誉教授の田中先生に来ていただいて、首長さんに対して、地域包括ケアについて理解がない首長さんはだめですよというようなお話をしっかりしていただき、地域包括ケアに対する理解を深めていただきました。

首長さんに理解してもらうことで、いろんな効果も出てきて、ある市では、地域ケア会議に市

長や副市長が出席したとか、人事異動で優秀な職員が今年度、介護保険の部署に配属されるといった動きがありました。首長さんの理解による効果というのがだんだん形となって出てきています。

地域ケア会議自体は全市町村で開催しており、昨年は計 468 回開催しています。検討件数 1,700 件。そこに延べ約 1 万人の方が参加をして、高齢者一人一人の支援策について検討しています。また地域ケア会議が OJT の場として人材育成にもつながっています。総合事業については、18 市町村のうち 11 市町村（H28 年 3 月現在では 13 市町村）が今年度から実施をする予定になっています。なぜ大分県は移行がそんなに早く進んでいるかよく聞かれるのですが、やはり地域ケア会議を行っているので、個別のケアプラン検討から地域課題が明らかになっていて、総合事業で行うべきことが大体わかっているということがあると思います。例えば地域住民が歩いて通えるあの場所に通いの場があったらいいなというようなイメージがあるので、総合事業をうまく活用して取り組むことに自然とつながっています。また元々、廃用症候群系の要支援者といった軽度者が多かったことから、自立支援型のケアに取り組むことで、介護保険から卒業可能な高齢者が増えてきて、そういった方の受け皿整備の必要性に各市町村が迫られたことも早期移行につながったのではないかと考えています。

リハ職もかなりの人数を派遣しています。他の都道府県でも派遣事業を行っていますが、大分県の実績は非常に多くなっています。昨年度の実績は 1,439 人となっており、今は医療職の派遣も行っています。地域ケア会議への専門職派遣システムということで、資料のような形で、県と協会等が連携して調整を行い市町村に専門職を派遣しています。

派遣システムもしっかり作っているのですが、関係団体と血の通った良い関係性を構築しており、リハ・栄養・口腔等の各協会長等との横の連携がしっかり取れています。いろんな苦労はありますが、県も職能協会も同じ方向を向いて、楽しく、使命感を持って地域包括ケアに向けた取り組みを進めています。

次の資料からはこれまでの取り組みのアウトカムです。国、県、モデル 3 市の認定率や給付費データ等の推移を掲載しています。モデル 3 市は豊後高田市、杵築市、豊後大野市です。資料を見ていただくと分かると思いますが、国や県よりも、モデル 3 市のほうが、顕著に成果が出ています。一番右は要介護と要支援を含めた分です。赤いほうが要支援の部分になります。要支援者をメインターゲットとしてこの 3 年間取り組んできましたが、特にモデル 3 市の要支援者について見てみると、取り組みを始めて 2 年で、2 割ぐらい認定者数が減ったり、要介護認定率が落ちたり、給付費の伸び率が抑制されたりというような成果が顕著に出ています。

要介護認定率については、大分県も国と同じように、高齢化の進展にともなって、どんどん上昇していましたが、取り組みを始めた 24 年度から認定率が下がり始めて、今、直近で言うと 19.2 パーセントまで落ちてきています。総合事業がうまく機能してくると、全国平均ぐらいまで行く可能性はあると思います。（平成 28 年 1 月末現在では 18.5 パーセントとなり、全国平均に到達している。）逆に平成 24 年度以降何もしていなかったら、今ごろは 21 パーセント近くまで上昇していたかもしれないと思います。比較的短期間で成果が上がった理由としては、前述したように、もともと県全体で廃用症候群系の要支援者が多かったことが理由として考えられるのではないかと思います。

こちらの資料はアンケート結果です。地域ケア会議を実施してどうだったかというのを市町村や職能協会にアンケートを書いてもらっています。回答をみると、地域ケア会議をやるのは市町村もとても大変だけれども、全ての市町村が実施してよかったという回答をしています。課題については、どの市町村も課題だらけという回答でした。地域ケア会議に参加する人たちのスキルアップや、個別事例の検討から出てきた地域課題に対する施策づくりというのが大きな課題だということで挙げられています。職能協会からも、協会として成果を感じていることや、保険者に変化が出てきたと感じているという回答をいただいています。私も担当として 3 年間取り組みを見ていて、やはり市町村の職員が随分変わったというふうに感じています。課題に対するアプローチの仕方というのがすごく積極的になってきました。やはり個別事例の検討やケアマネジメントプロセスを学んでいくことを通じて、個別の課題を解決する思考回路というのがだんだん培われてきたのだと思います。地域ケア会議を通じて、地域課題を解決するための施策づくりなど、行政マネジメントを遂行するスキルが高まってきたのだと思います。

この資料については、この 3 年間の結果ということで、地域ケア会議の実施率が 100 パーセン

トということや、総合事業の今年度の移行率が60パーセント（平成28年3月現在で72.2パーセント）で全国1位、リハ職等の派遣実績も全国1位となったほか、第5期から第6期の介護保険料について、前回は全国で一番上がりましたが、今回は上昇額248円、上昇率4.6パーセントということで、全国で一番上がらなかったという結果になったことについてまとめています。

その辺のことが新聞記事で掲載されている資料や、27年度の事業内容についても資料をつけています。これまでの取り組みから、リハ・栄養・口腔といった専門職種が、地域にすぐ出ていくようになって、現場のニーズも高まっているということで、いっそのこと地域包括支援センターに配置してもらおうといいのではないかとということで県が旗を振らせていただいています。そのためのモデル事業を今年度3市で行って、3市の地域包括支援センターにリハ・栄養・口腔等の専門職が配置されているような状態をつくっています。地域ケア会議の助言だけでは実践につながらない事業所も多くあるので、臨機応変に事業所にリハ・栄養・口腔等の専門職が行って、OJTを行う取り組みをしています。こういった取り組みを行うことで、実際にリハ・栄養・口腔等の専門職を配置する動きが出てきていますし、配置が難しい市町村については地域支援事業の地域リハビリテーション活動推進事業を活用して、派遣による取り組みの実施につなげる動きになっています。また職能協会に委託して、地域に派遣する専門職の人材育成にも力を入れています。

最後になりますが、地域包括ケアシステムの構築を市町村単独で進めていくというのは非常に難しいところがあるので、県の市町村支援がとても重要です。地域ケア会議ひとつをとっても、ある市が地域ケア会議を立ち上げますといっても、内部の関係者や事業者から反対されると、必要性があってもひるんでしまうところがあります。しかし、県が旗振り役となって、必要性を訴えてきたので、反対する方がいたとしても、これは必要性があるし、県も全市町村でやるようにと言っているから我が市でも実施するというような、県を少し悪者にしてもらってでも、説明がつくようにしたことで、市町村も取り組みやすくなったところがあるかなと思います。県が時には市町村を先導し、時には市町村の後ろ盾になって、地域包括ケアに向けて必要な取り組みをしっかりとさせていただくというのが、大分県の市町村支援のスタンスです。また様々なモデル事業を打っていき、それを県内に横展開するといったやり方も大分県の特徴だと思います。これまでの3年間、県から市町村以外に、医療・介護・福祉関係者や、地域住民に対して、直接アプローチしながら、みんなで同じ方向を向いた取り組み（規範的統合）を目指してきました。キーワードとしては高齢者の自立支援や、高齢者のQOLの向上のためにやりましょうということで、発信をしてきた結果、県全体としていい方向に向かって来ているのかなと思います。課題は山積していますが、この取り組みを継続して、さらにいい成果が上がってくればいいなというふうに思っております。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

【司会】 都道府県の役割、これから市町村のバックアップもますます期待されますが、かなり戦略的に地域ケア会議を軸に自立支援、地域包括ケアシステムの構築を牽引されたというご報告でした。

最後に、船橋市健康福祉局福祉サービス部から五十嵐課長にお越しいただいております。当初ご出講をお願いしていました芳澤さんが体調不良ということで、急遽今日のご連絡、お昼頃にお聞きになって、お出ましくございました。ほんとうにありがとうございます。

【五十嵐】 千葉県船橋市役所の包括支援課の五十嵐と申します。よろしくお願ひいたします。直前に決まったということで、完成度としてはちょっと低いかもしれませんが、お付き合いいただきたいと思ひます。

まず船橋の人口ですと、この2月で62万人を超えました。市町村あるいは全国の人口減少ということで叫ばれているのが多いんですけども、船橋につきましても、微増ながらまだ増えております。粗々ですけども、人口推計した中でも、やはりしばらくは増えるという市町村でございます。現実に介護認定されている方は2万人を超えております。ということで、中身のお話のほうにまいります。

まず船橋のこれまでの地域ケアと申しますか、船橋の特徴としまして、医療関係が地元医師会との関係がまあまあ良好であるところを最初に前提にさせていただきます。平成19年に船橋の地域リハビリテーション協議会ということで、回復期のリハビリ病院をつくる前提としまして、やはり退院した後の地域でどうやって支えながらリハビリを続けるかということで、事業所関係団体を集めまして協議会を設立しております。それから地域系の南部在宅療養研究会ですと

か、認知症ネットワーク研究会、これは医師会が中心となりまして設立された。それから船橋の地域リハビリテーション研究会ということで、あくまで市が、行政が立ち上げたのが協議会であり、リハの関係団体独自で立ち上げた研究会と。ですから勉強会を地域でやっていこうということで立ち上げたものです。それから在宅ケアのネットワーク、これも医師会が立ち上げています。それから船橋の地域リハビリテーション構想を策定いたしまして、地域でリハビリを続けよう。当然自立度を上げていこうということで、まずリハビリから船橋は着目点としては入っていったということになります。

それから平成 24 年に、25 年に設立を目指すひまわりネットワークの準備会という形で在宅医療推進連絡協議会を立ち上げまして、そこで関係団体の顔の見える関係なり、連携する仕組みが必要であるという提言を受けた上で、ひまわりネットワークが設立されたということになっております。「ひまわり」についてはまた後で詳しく説明させていただきます。平成 26 年に、地域包括ケアシステムを推進すると。先ほどの話で首長のリーダーシップということがあったんですけども、今の市長は、職員から副市長、市長と上がっております。

その公約の中で、やっぱり地域包括ケアシステムの推進を強く進めるというのを 1 つ公約でうたって当選されたというのもありまして、市長自身が地域包括ケアについてはやる気満々だったというところで、庁内にケアシステムの推進本部を設置した。これは副市長を本部長としまして、10 の部署の部長で本部長、それから 20 の課長をその下に置きまして、全体で推進本部を設置した。なぜ私がきょうここで話しているかといいますと、その担当する推進室というのを課内室としてつくりました。去年 1 年間そこの室長をやっていたので白羽の矢が立ったということだと思います。きょう、本日、お邪魔させていただいているということになっております。

船橋の人口の推移につきましても、やはり首都圏、関東圏、関西圏、これから急速な高齢化ということであつたわけております。千葉県においても、今後の上昇率としましては 34 パーセントが増えていく。船橋につきましても、下段になりますけども、やはり 32 パーセント、県並みの上昇率が見込まれているということになっております。これが船橋の人口ピラミッドということですね。これが船橋の高齢化の推移ということで、今現在はまだ 22.3 パーセントということで、全国平均より低いんですけども、一気に全国並みに追いついてくるということが推測されております。逆に平成 30 年に、前期と後期の高齢者の比率が逆転すると。それから団塊世代が上がってきた段階で、また再度逆転すると。これが平成 42 年以降の間にまたひっくり返って前期と後期の比率が変わるといふ推測が出ております。これが船橋における介護保険の状況。これは減る傾向を見せずにどんどん上がっているという傾向になっております。大体倍近いですね。

それで平成 27 年から全国で改正がございました。介護保険事業計画の中でも、船橋でやはり介護ビジョンといたしまして、地域包括ケアシステムの構築というのを目標に掲げております。これは平成 24 年の計画のときから地域包括ケアシステムの推進ということは掲げて、3 年前からもう着手はしていたわけですけども、なかなか効果が数字的には見られなかったということになります。これが、ちょっと小さくて大変申し訳ありません。去年の 12 月ごろ、私がつくった図なんですけども、船橋の全体的なイメージをあらわしたという図ですので、また後でゆっくり見ていただければと思います。

これが 3 年前ということで、先ほど、前段で医師会のご協力が得られるということで、あくまで地域リハビリテーションを中心とした考え方と、国で推奨しますいろいろな施策を統合した形で、医療を中心に着手しようということで、3 年前の計画につきましても、これが地域包括ケアシステムの概念図という形で使っておりました。これについて、やはり在宅での医療拠点を含めまして、市のほうで整備しようという準備を 3 年前から進めてきたということになります。

今年の計画をつくったときの本市の課題ということで、やはり 60 万人口ございまして、中核市になっているんですけども、政令都市、私たちの上の都市は全て政令都市に上がっております。ですから中核市で一番トップと。人口的にですね。こういう市町村でございまして、やはり先ほど来お話ありましたように、ちょっとフットワークがあまりよくないというのは、私自身は考えているんですけども、生活圏域を 5 つに分けておりますが、中学校区的なコミュニティ地区としますと 24 地区に分かれて現在構成しております。その中でやはり全体的なバランスとしても、海に近いところ、都市部からちょっと奥に入っていきますと、最近、ふなばしアンデルセン公園がトリップアドバイザーで 3 位になったと。あれは奥のほうにありまして、東京ドーム 3 つ分の面積を有していてゆっくり遊べるということですから、それだけ土地がゆったりしているところ

も地域の中にはあるというところで、結構ばらつきがある中で、やはり介護サービスの課題としましては、資料の5番、6番、7番、8番、9番、10番くらいまでが、やはり最重要で取り組むべきものだろうということで、本市のほうでいろんな施策を考えております。

まず国で提唱しております5つの介護・予防・医療・住まい・生活支援という軸だけではやはり、なかなか風通しが悪いと。施策別に、先ほども費用別に、制度別に動くというような形がありますので、3つの視点というのを加えて、やはりサービス提供のまず基盤を整備していこうと。それから多様なネットワークによる連携体制づくりをより一層進めていく。この中には人間的関係づくりや、地域課題に地域で取り組むという体制を、より一層整備していかなきゃならない。3番目としましては、地域包括ケアに関する情報の共有。これはサービスを提供する側、受ける側、両方ですね。きちんとした情報を提供していこう。きょう出てくる前に、直近の会議があったんですけども、それにつきましては、地域包括ケアをどう市民にお知らせしていくかと。今後、分かりやすい言葉で書いたリーフレットをつくって市民のほうに情報発信していこう。ですから地域包括支援センター、知ってますかというところから入るのが本来なんでしょうけれども、それよりか、今腰が痛いんだけど、あるいは買い物になかなか行けなくなったよ。こういうレベルから、どういうところに相談したほうがいいのか、あるいはどういうサービスが使えるのかと。こういう視点でのリーフレットを地域包括ケアの中で構築していこう、こういう取り組みをつい最近スタートさせております。5つの基本方針の中に、3つの視点で、串刺しといいますか、横串を刺しながら進めていこうと。こういうのが私どもの今回の計画ということになっております。

一つ一つ重点項目ということで、国の提唱して、先ほどのご解説もあった中の船橋の取り組みといたしましては、下段になりますが、277でしたか、総合事業の移行、一番下から2番目の行ですけども、平成28年4月に移行ということで、条例に載せて、船橋は1年遅れという選択をさせていただきます。そこで総合事業のメニューを構築していこうということになっておりますが、やはり先ほどの説明があったように、住民主体というところが大分問題といたしますか、どうやっていくのかというところで、庁内でも議論になっておりますし、どう地域を巻き込んでいくのかという戦略を、やはり難しいというところで今、模索をしているというのが現状でございます。

続きまして、地域包括支援センターの機能強化ということで、船橋の場合ですと、直営が5つ、委託が4つということで、9つの地域包括支援センターを持っております。この3カ年の中でもう一つ増やしまして、10の地域包括支援センターで、実際にその協力機関といたしまして、20の在宅介護支援センターを民間委託してございまして、全部で29の窓口で相談を受けるような体制をつくっております。その29が複合して24の地区で地域ケア会議を実施していると。先ほどのご説明ありましたように、和光市と同じように、本市もほんとはやりたいんですけども、ただやはり、何といたってもマンパワーを含めまして、若干全部に行き届かないというところで、今現在は個別会議イコール先ほどの困難事例というところを中心に、それと全体会議につきましては、困難事例を通じた形での、やはり課題抽出という形で進めております。

船橋につきましては、3年前からもう地域ケア会議に着手しておりますが、今まで在宅支援センターが、ケアマネ事業所に兼務でお願いをしていたというところがございます、なかなか地域ケア会議もうまく回らなかった。あるいは開催回数も上げられなかったというところで、26年度までに完全に1人以上、基本的には1人なんですけども、専従化をいたしまして、地域ケア会議をきちっと開くという体制に、27年4月で全ての地区で体制を整えたと。ですから順次整えたということで、やはり3年もやってるところもあれば、この4月から本格的に始めたという地区もございまして、その辺のバランスがなかなかうまく取れていない。ここで精度を上げていく。

それと私どもの考え方といたしましては、個別会議、あるいは全体会議を通じまして、地域を巻き込んでいこうということで、介護専門員だけではなくて、専門職ではなく、民生委員の方ですとか、町会長、自治会長、それから地区社会福祉協議会、こういう方々を巻き込みながら、みんな考えるという体制づくりを進めていると。実際幾つかの話をお聞きすると、結構、民生委員さんが乗り気といたしますか、出席率が結構高い地域においては、その地区の会長さんも出てくるんですけども、交代で民生委員さんが出てきて、地域ケア会議というのを肌で感じて、次になげるといふことと、あともう一つが、民生委員さんがお1人で抱えていた問題を、こういうところでは相談できるんだ。あるいは地域包括支援センターと一緒に取り組めるんだというところで、民生委員さんが大分活動に前向きに着手し始めた、というような意見も出ております。ですから1つ、町会・自治会というのも、船橋でも800町会ございますが、大体半分が1年交代

の町会長さんなんですね。なかなかやはり、ゆっくりと地域あるいは町会なりを構築していくというのはなかなか難しい。会長さんが1年で役員が2年ぐらいで交代していっちゃうと。ですから引き継ぎもうまくできているのかなというところの実態の中で、地域をうまく取り込んでいくといえますか、地域づくりをしていかなきゃならない。ここら辺が1つの課題というところも1つあると思っております。

続きまして、認知症対策の推進ということで、これもやはり介護認定者、これが増えれば、認知症対策というのも当然力を入れていかなきゃならない。今回の国の制度改正の中でも、認知症初期集中支援チームの設置ですとか、認知症地域支援推進員の設置ということで義務づけられていくといえますか、市町村のほうで設置するようになっていると思っております。船橋につきましては、28年度にモデル事業として3地区に、29年度につきましては、生活圏域5つがございますので、そこに1チームずつを配置できればと考えております。認知症地域支援推進員につきましては、既に直営地域包括支援センター5地区に1名配置するよう、もう既に2名は講習を受けてございます。今年度に残りを講習を受けて、少なからず5名というところで考えてございます。

それとあと予防としまして、シルバーリハビリ体操というのを取り入れていこうと。これは地域ぐるみの予防施策ということです。これも先ほど出たように、体操の指導員の養成をし、地域の住民が指導員となり、地域で運動といえますか、この体操を普及していってもらうと。市町村につきましては、市のほうは側面支援という形で補っていきたいと思っております。

それと在宅医療の推進で、先ほどのひまわりネットワークが中心となりまして、18団体ですね。市が入って19団体で構成されております。三師会を含めまして、福祉団体、NPO団体等々、ここは全部統合して、5つの委員会に分かれ、皆で協議して、これからの船橋の進むべき方向をかじ取りといえますか、提案をしていただくという形でとってございます。

在宅医療支援拠点につきましては、ことし10月にオープンします保健福祉センター、これは保健所が入るところですけども、そちらに設置をし、スタートしていく予定でございます。あともう一つ、最後に住まいなんですけども、本来は市町村での計画の策定義務はないんですけども、船橋につきましては、高齢者居住安定確保計画を今年度策定していきたいということで今、策定している途中でございます。あと生活支援コーディネーターにつきましては、今年度で5地区に配置していくということで進めております。あと生活支援ですとか、いろんな地域課題について対応していくということで、庁内の先ほどの推進本部の中でも議論がまだ並行して続いております。

ということで、以上でございます。(拍手)

## 2. 指定発言・ディスカッション

【堀田】 ありがとうございます。きょうはスペシャルで、この後指定発言をおひとりお願いしています。内情をお話ししますと、きのう芳澤さんが難しくなりましたときに2つの道を探りまして、1つは「船橋市」にやはりお話をいただくべく五十嵐さんにお頼みをしてご講演頂くことになったわけですが、もう一つはテーマとして、芳澤さんには在宅医療介護連携を中心にお話いただくことになっていましたので、この現状を県のお立場でご紹介頂いてはどうかということで急遽ご相談申し上げた方がいらっしゃいます。星野さんよろしくお願い致します。

【星野】 皆さまこんばんは。栃木県保健福祉部医療政策課在宅医療・介護連携担当の保健師の星野と申します。貴重なお時間を頂いて恐縮です。素晴らしい先生方のお話を伺った後、先ほどの1割、9割の話で言えば、9割のあがっている地域の代表としてお話を聞いていただければと思います。

私が今所属しているところは医療政策課というセクションでございまして、医療行政を担当するセクションです。現在当課では、まさに地域医療構想策定に向けていっぱいいっぱいという感じなんですけれども、その中で在宅医療の推進という役どころで、在宅医療提供体制を構築するという立場から、市町村がどう地域包括ケアシステムをつくっていくのか。その辺りを支援するというのが私のミッションでございます。

約4年間この事業を担当させていただいて、そのプロセスもお話をしたいところですが、最近本当に実感することは、『答えは住民が持っている。』それに尽きる、そこに立ち帰るということです。

その上で、栃木県における推進のポイントが3つあります。1つ目は、やはり県の医師会、地区医師会、とにかく医師会の先生方が非常に協力的というところが強みだと思っています。ありがたいことに、特に県の医師会、特に副会長先生は県の在宅医療推進協議会の会長もやっていたいておりまして、県の進める施策等について非常に前向きに、医師会全体に普及するような形で働きかけをしていただいております、今は特にICTを活用した情報共有のところで働きかけを積極的にやっていただいているところでございます。

2つ目のポイントとしては栃木県の場合、地域包括ケアシステムの中で重要な構成要素の一つである在宅医療を推進していくために、市町村を積極的に支援するという役どころを保健所に位置付けて、在宅医療推進支援センターという事業に平成25年から取り組んでいただいております。多職種の顔が見えるような連携会議を開催して地域の中の医療介護関係者の方々をつないでいただく、そこから出てきた課題をもとに、住民向けの講演会を、市町村や医師会の先生方等々、関係者の皆さま方と一緒に取り組む、そういったようなプロセスをコツコツとやっていただいております。始めた当初は、市町村さんのリアクションが厳しいところもありましたが、介護保険法が改正になって、地域支援事業の中に位置付けられたというところで、本当に大きく市町村さんの意識が変わりました。制度が大きく変わるということは非常にチャンスでもあると感じています。

保健所が核になって市町村を支援する強みは、どうしても今、予防のところというのが、先ほど来お話がありましたとおり、ヘルスのところから、きちんと包括的に考えていかなければいけないんですけれども、今、市町村さん、やっぱり地域包括ケアシステムという言葉を出すと、それは高齢セクションの話でしょ、介護保険セクションの話でしょということで、なかなか包括的に健康セクションの皆さんを巻き込んだ形でって考えていくことが難しいんですね。お子さんからお年寄りまで、本来はそういう形だけど、今はメインターゲットが高齢者なんだよねというところの受け入れもなかなかスッと入らないというところがあるんですけれども、やはり保健所が絡んだことによって、通常業務の中で健康セクションの皆さんとお付き合いする機会が非常に多いので、市町村の関係課をつなぐ役割も果たしています。また保健所の中でも、所長自ら職員全体に対して『在宅医療を推進していくという仕事は、所内全体で進めていこう』と旗を振っていただいておりますので、そういったところが非常にありがたいなと思っています。

3つ目としては、やはり中核市との関係ですね。栃木県は人口200万弱ですが、その中で人口50万を抱える中核市が宇都宮市でございます。やはり4人に1人が宇都宮市民なので、宇都宮市さんの在宅医療・介護の提供体制のありようといったものが、まさに栃木県の在宅医療・介護のシステムの中核になり得るということで、常に連携を取らせていただいて、足並みをそろえて、県レベルでやった方がいいものについてはご提案を頂き、県レベルで、オール県で取組み、これは市でぜひ先駆的に、モデル的にやってもらいたい、見本を示していただきたいといったものは中核市で取り組んでいただく、という形で宇都宮市さんのいろいろな在宅・療養関係の会議にも、必ずお声をかけていただいております、双方の動きを常に共有させていただけているというのは、栃木県の特徴としてありがたいところかなというふうに思っています。

最後に一言だけ、個人的な感想なんですけども、やっぱり今、市町村さん、何が困っていらっしゃるかというと、在宅医療・介護連携推進事業に関して言えば、アからクを呪文のように唱えているんですね。ほとんど事業ありきになっておりまして、何のために、誰のためにというのを見失うぐらい、今、市町村さんはいっぱいいっぱいです。とにかく一生懸命なんです。国から言われたことはやらねばということを、とっってもまじめに考えていまして、それはちゃんと目的が合致していれば、ここに書いてあるとおり一言一句やらなくてもいいんじゃないかなんて、ちょっと思ったりするんですけど、目的がきちんと押さえられていれば、細かい些末なことにはとらわれないはずなんですけど、国から示されたマニュアルどおりにやらねばまずいのではないとか、事業ありきになっているところを、もう一度、何のためにというところを振り返れるような支援をやっていきたいと思っています。

そのためにはやっぱり県は、実際やってみて、やらせてみて、褒める、やらせてみてという言い方はちょっと極端なので、一緒にやるということですね。まずは県がやってみて、こんな感じでやるんだよという、連絡会議も、それも最終的には市町村さんにやってもらいたくて県でやったという経過なんです。それをやって、一緒に、こんなふうにやればいいんだねということも共有していただいて、今それぞれ、啓発ツールをつくっていただいて、公民館単位のような小さ

な単位での講演会というか、住民を巻き込んでの座談会みたいなのをポツポツ始めていただいているんですね。そういうのをやると、ものすごくみんなやったぞーみたいな一体感を感じられて、とっとうれしい気持ちで、うれしい気持ちを感じると、次から次へと、こっちが言わなくても、次の手が、展開が転がっていくっていう感じがしています。

みんなが自分事としてとらえて楽しいと思えると、どんどん、どんどん、次の手、次の手って転がっていくんですね。まさにそれぞれの地域で、オーダーメイドで、その地域に合ったものをつくり上げていく、そのプロセスをどう共有するかということがものすごく重要で、そのプロセスに必ず住民と一緒に巻き込んでいくという、その手法を、やはりこれから一緒に市町村さんとやっていきたい。それは保健の立場から言えば、地域づくり型保健活動ということで、まさにこれまでやってきたことであって、新しいことではない。実際に今いろんなことをやっているんです。新しい総合事業に移行できないというのも、やっていることがらの意味づけができていない。ほんとはやっているんです。だけど国から言われたとおりにはやってないから、やってませんというんですね。一つ一つお聞きすると、実際すごくよくやっているんです。生活支援もいろんなボランティアも、ものすごく今までも地域の中でやっているんです。

なので今、今回示していただいたいろんな制度は、何一つ新しいことはなくて、今までのことをもっとうまくやれるようなエンジンを頂いた、というふうな理解なんですけども、なかなかそこが市町村レベルで、そうだよねというところに至るには、ちょっと時間がかかるかなと思います。どうか長い目で見ていただければうれしいです。

【司会】 ありがとうございます。それでは、講師の皆さま、前にお出まじいただきまして、田中先生に座長をお願いしたいと思います。

【田中】 暑くなってきましたね。皆さんの熱気のせいでしょうか。地域包括ケアシステムを育ててきた身として、こんなに立派な子どもたちがいるのだと、大変うれしく思いました。でも、より鍛えるためには皆さんからの厳しい質問が必要です。どうぞ。

【発言者 A】 川崎市において居宅支援事業所と通所を運営している者です。お2人に質問です。まず田中さんに地域ケア会議の推進ということで、困難事例ではなくて、支援のケース全てにおいて地域ケア会議にかけて、プランの内容であるとか、その結果どうなったかということも検証しているということなんですけども、その辺の具体的なケースとか、内容をちょっとお聞きしたいと思います。

【田中（謙）】 卒業事例については、せっかくセンター長が来てますので、センター長からご紹介したいと思います。

【荒川】 桑名市の荒川といいます。卒業の事例をお1人紹介ということで、75歳ぐらいの女性なんですけれども、まだまだご家族のお世話もしなければいけないという方なんですけど、ひざが痛くて、ちょっととじこもりぎみになった、それからお風呂に自分で入れなくなっちゃったということで、訪問リハを活用しました。これでたしか半年もかからずに、ご自分でお風呂に入れるようになり、また歩行器を使ってご近所に買い物に行けるようになって、今までできていた主婦としての役割が復活したということがあります。

【田中（謙）】 地域生活応援会議に出たりハ職が、デイサービスを使った後の卒業を目指すために、じゃあその家から社会参加する場所、公民館だったかちょっと分からないけど、そこまでどうやって行くのかねとフォローするとか、そういうことを地域ケア会議で議論をして、卒業に持っていったということでもあります。

【発言者 A】 ありがとうございます。もう一点は、大分県の田井さんに、資料の5ページに、自立支援型のケアマネジメントの一層の推進ということで、市町村とか包括、ケアマネジャー、事業所への充実した研修とありますけども、これはそれぞれの別々の研修をされたのか、それとも包括、ケアマネジャー、事業所も一緒に、自立支援に向けたプランの研修をされたのかということ。もう一つは、その前の楽というデイサービスにおいて、介護保険法も掲示しながら、自立に向けた取り組みをしているということなので、具体的にどんな取り組みをしているかということをお聞きできれば。

【田井】 1点目の研修は、介護保険、事業所トップセミナーとか、そういったものはケアマネさんとか、事業所の方とか、市町村とか、一緒に受けられるようなトップセミナーというのも企画しているんですけど、それぞれの市町村と包括の方だけの研修とか、あとはケアマネさんについては、ケアマネの更新研修の中に内容を入れたりとか、任意研修の中で自立支援に向けたプラ



ニングの研修会をしたりとか。大分県の場合、県立の介護研修センターという施設を持っているので、そこで訪問と通所の事業所の方を対象にして、自立支援型の訪問サービス・デイサービスのやり方という研修をやっています。その講師については和光の日本生科学研究所の方に来ていただいたり、デイサービスの部分については、デイサービスセンター楽の方をお願いをしてとかということで、訪問と通所の研修については、今年度1,000人ぐらいの介護従事者の方が受講するというような形で、全体とする研修もありますし、個別の研修というのもやっているというところなんです。

デイサービスセンター楽については、またインターネットで調べていただくと、どんな取り組みをしているかというのは見て分かると思うんですけど、基本的には要介護度が高い方にも車椅子を使わない。送迎で結構、車椅子を使われる事業者さん多いんですけど、基本的に使わない。車についても、基本的に乗りにくい車を選んで、乗り降りも訓練の1つなんですね。デイサービスセンター楽で乗りにくい車に乗れるようになれば、自分のうちの車に乗りやすくなるとか。あと平行棒とかないんです。たんすとか。「夢のみずうみ村」とかご存じの方は、手すりとかつけてなくて、日常生活の中にあるバリアをあえてつくって、つえを使わなかったりでも、壁をつたい歩きしながら歩く歩き方とか、たんすとかを使いながら歩くやり方とか、そういう日常生活にあるバリアというのをあえてつくって、その中で訓練をする。単に肩が回るようになるとか、筋力がつくというような訓練じゃなくて、やっぱりADLの部分を上向きさせるような訓練をしっかりやっているようなデイサービスの事業所になります。

【田中】 どうぞ、次の方がいかがですか。

【発言者B】 千葉市の地域包括ケア推進課〇〇と申します。ことし4月に地域包括ケアの課ができてまして、やっと正式にこういった場に出てこられるようになりました。田井さんにお聞きしたいんですけども、今、特に介護予防を含めた健康づくりというのが住民主体でやっていくという方向で今大きくかじを切るということで、そういった方向性と、一方で介護保険事業計画を立てるような部門というのは、縦割りで分かれていて、そこをどういうふうに政策的につなげるのかというのが非常に悩ましい、結構起こるのが、そっちができないからこっちも書けないみたいなどころで、その辺が個別事例の中で、市町村さんのレベルが上がったというお話だったんですけども、やはりヒントはここにあるのかなとちょっと感じているんですけども、どうでしょうか。

それから五十嵐さんのほうに、今、入退院のルールですね。退院のルールというのは在宅医療介護連携そのものなんですけども、入院の部分やはりルール化が、特に急性期病院同士の役割分担とか、県の権限に近づくんなんですけども、やはり市町村としてもやらなくちゃいけないのかなというふうに感じていまして、その辺りのお取り組みについてお伺いしたいと思います。よろしくをお願いします。

【田井】 連携ってすごく難しいんですよね。基本的に連携するためには、情報の共有というのはまず一番大事なところだと思うんです。地域ケア会議でも、担当しているのは介護予防のセクションとかが地域ケア会議の担当をしていて、介護保険事業計画は別の班だったりするんですよ。県が地域ケア会議の立ち上げを支援するときの約束事として、地域ケア会議に介護保険事業計画の担当者も参加させてくださいということをお願いして、それを実施要項の中に書いてるんですよ。介護保険事業計画の担当者もしっかり個別事例の検討のところに関わって見ておけば、実際のケアというのはこんなふうになってるとか、地域の課題ってこういうふうになってるんだというのが、イメージがやはり生の事例で分かるんですね。市町村を回ったときに、介護保険事業計画の担当の方に、ケアプラン見たことありますかということを聞いたら、見たことありませんという方が結構いたんですね。個別の課題とかを理解されていないと、やっぱりマクロの介護保険事業計画ってつくれないと思うので、そういうところを県が推進していく上では市町村のほうをお願いして、地域ケア会議については計画の担当者も出るようにしていただいているというところがあります。

【五十嵐】 先ほどのひまわりネットワークの中でも、やはりソーシャルワーカーさんから、あした退院なんだけどということ言われて家族が慌てる、あるいはソーシャルワーカーさんがケアマネ、介護保険をもう認定受けてる方でしたら、ケアマネに慌ててつなぐと。こういうのがやっぱり実態としてあると。やはり在宅で受け入れなければいけないものなのか、施設入所がいいのかというところで、やはり退院ありきというところでせつつかれるといいですか、急がされるというのが大きな問題だということで、やはりその辺のルール化をしましょうと。こういう意見

は出ております。ひまわりネットワークにつきましては、三師会含めまして、そういう団体が集まっておりますので、逆に直接医療に関係ない団体も見聞きをしているわけですので、その辺の広報も含めまして、今後退院ルール、何かしら決めていこうということで今検討に入っているというのは聞いております。

【田中】 千葉市と船橋、仲よく競い合ってください。

【発言者 C】 厚生労働省老健局〇〇課長でございます。それぞれのお話、改めて伺って大変勉強になりました。大分の田井さんにお聞きしたいんですが、地域ケア会議に特にリハビリの専門職、ぜひ派遣したいということで、我々も支援しますと言ってはいるんですが、2つお尋ねです。1点目は、特に専門職は大多数の方が病院におられて、病院に雇われているということです。その場合、本来病院の利益にはならないような活動に参加していただきたいというのは非常にネックになっています。団体は理解してくれても、個別の親元の病院の理解を得るのは極めて難しいと思っている中で、この表を見て驚異的な数字だなと思うんですが、どうやって理解を得るような工夫をなさったか。2点目は、財源の手当を県が何かやられたのかということです。

【田井】 やはり専門職種種の派遣で、栄養士さんや歯科衛生士さんについては比較的経験のある方が在宅の方が多いんですね。PT とか OT さんとか ST さんについてはほとんどがサラリーマン、病院勤務の方になります。団体のほうからお願いされたのは、県の依頼文書が欲しいということです。市町村からの依頼文書だと弱いそうなんです。県の高齢者福祉課からの文書が病院に届くと、比較的行っていいよという流れになるとか、大分県リハビリテーション支援センターという健康部門が県内のリハビリテーションの拠点病院を幾つか指定をしているんです。そういった地域活動に積極的に関わってくださいよというような。もともと国の事業であったリハビリテーション体制支援事業みたいなのがあって、まだそれをやっているんですね。そういうところで、地域のリハビリテーションの拠点となる病院とかに、積極的に協力をお願いをして出していたりしました。

県の依頼文書というのは結構効くそうです。県の文書があれば出やすいというところで、年度初めに県から、今年度も出したんですが、この地域ケア会議に出るリハ職の方々の病院長宛に公印つきの文書で協力をお願いして理解を得ているようなところですよ。

財政的支援については、地域ケア会議を立ち上げる1年目だけお金を出しました。その次の年からは地域支援事業が使えますから、それを使ってやってくださいねということで、今、県は調整だけです。年間20時間ぐらいしか多分、事務の時間はかかっていないと思うんですけども、あとは市町村が派遣の依頼文書を出してきたら、お金を市町村が地域支援事業の中から払うということで、市町村に対しても自立支援ということで、いつまでも県が支援しないとやれないような体制づくりではやっていないところですよ。

【田中】 派遣したことによって、院内の専従専任要件を満たさないと責められないよう課長ぜひご検討ください。

【発言者 D】 三重県の桑名市の〇〇と申します。前副市長のおかげもあって、かなり事業所さんですとか、ケアマネさんとかも意識が変わってきたなというのはうかがえるんですけども、まだ一部、自立支援の意識というか、この地域ケア会議にかける意義がなかなかご理解頂けなくて、会議にかける手間、具体的な給付につながらないというようなことで難色を示すようなところがあります。大分県の事例を聞きますと、県のサポートもしっかりされてるということで、その辺の規範的統合を進めるに当たっての効果的な手法があれば教えて頂きたい。

【田井】 ケアマネさんとかも、やっぱり地域ケア会議に対する警戒感はずごく高かったと思うんです。24年度とかも、裁判みたいな会議でしようとかいじめられるんでしようみたいな。幾ら言ってもそういう人は言うんです。受け止め方の問題で、やっぱり前向きでスキルアップをしたいという人は、どんどん言ってくださいみたいな、どんどん出したいです。やっぱりいろんな人がいるので。でも出たくないとか、批判的な方については、早目に同じ立場の人、包括支援センターの人が言うのであれば、別の前向きな包括支援センターの方に、軽度の、廃用症候群でやりやすい事例で成功体験をしてもらって、同じ立場の人から、よかったよ、うまくいったよとか、そういうことを言ってもらう。県でもそういう発表会みたいなのを結構やってるんですね。ヘルパーさんに自立支援をやってうまくいった事例を、これから取り組むヘルパーさんに聞いてもらうとか、デイサービスをやった事例を、デイサービスのこれから取り組む人に聞いてもらうとかということで、県とか行政側が、ケアマネさんとか、介護サービス、事業者さんに言って

も、やっぱり違うんですよ。立場が違うから伝わらないんですよ。やっぱりケアマネさんであれば、成功体験したケアマネさんから、ケア会議に出て、リハ職の方から助言があって、実践したらうまくいったということを言う。そういうような工夫とか、発表会、成功事例報告会みたいなのを繰り返していくと、だんだん理解されてくるのかなというふうに思います。

【田中】 田井さんに質問が集中していますので、服部さんにも新しい日常生活支援総合事業について、どなたか質問ありませんか。

【発言者 E】 滋賀県の田舎の診療所で家庭医をしています〇〇といいます。地元の長浜や滋賀県で地域包括ケアをどうやって進めていったらいいのかなというのを診療所のドクターの立場で考えていて、きょうも勉強会に初めて来させてもらいました。田井さんの話の中で、推進にあたって行政・自治体の方に戸惑いがあるということをお聞きして、地域包括ケアそのものの考え方ややり方に戸惑いがあるのではないかと感じていて、今日は皆さんそういう中を突破してリーダーシップを発揮している方々なのかなと思いました。地元に戻ったときに、市役所の方とかと一緒に仕事をする中で、どんな地域包括ケア推進のマネジメントスキル、リーダーシップスキルと一緒に勉強できるかなと考えていまして、皆さんが、自治体の現場から、こういうものをみんな持っているといいなという、自治体職員の課題と展望みたいなものも教えてもらえると嬉しいです。

【田中】 服部さん、むしろ市の視点からお答えいただけますか。

【服部】 自治体職員でもありましたし、今、各地域を回ってまさにいろいろな自治体職員の方に会いますが、早く始まっているところと遅いところと何が違うのかということ、さまざまありますが、やっぱり自治体職員が住民を知っているか、会っているかというのはすごく大きいんですね。リハの例もそうなんですけど、一生懸命頑張って元気になった事例を知っているかとか、本当に心から支え合っている人たちを見ているかがあって、どうしても介護保険の担当課は、制度を回す、保険料を決める、認定する、そういうことに追われていて、なかなか住民の方々の努力とか、あるいはキラキラしたところを見ていない。見れば違うんですよ。だからそういった機会に今後、各市町村の職員の皆さんがもっともっと出てもらいたくて、そのためにも協議体とかコーディネーターとかを活用、地域に出て行っていただきたいなど。

私は八王子でそういう経験があって、いろいろな人と話をしてきたので、今は総合事業はとってもいい制度だと思っていて、だから心からみんなにお勧めできています。

【発言者 F】 千葉大学予防医学センターの〇〇と申します。まず田中さんに質問で、何がその地域で問題で、何をすべきか、住民と共有することが大事だということですが、お話を伺っていると、非常にナラティブな情報が中心になったように思いました。これから地域別にいろいろと違う特徴を客観的な指標で見っていくことの重要性をどうお考えでしょうか。それから、これはお願いみたいなものですが、地域の方々の意見を聞いていくと、通いの場のために公民館等を使いたいんだけど、所管の部署じゃないから使わせてくれないとか、そういう細々とした課題もあるみたいなので、その辺に関しては柔軟にできる通知みたいなのが出ればと思います。

【田中（謙）】 データも大事ですが、さっき申し上げたとおり、実は先ほどの桑名市地域包括ケア計画の基本理念というパワポはどこでも使っています。とにかく介護保険の基本理念が高齢者の自立支援だ。その中には介護予防と在宅生活の限界点を高めるというのは、これはもう絶対繰り返さなきゃだめです。これを突破するのがまず第一ということ。

それからデータについて言うと、実はきょうご紹介できませんでしたが、和光市で始まった日常生活圏域ニーズ調査というのがあります。我々はこれは大体3年で一巡するようにこれからもやっていこうということでもあります。これを日常生活地区別に集計するんです。ぜひ後で見たいんですけど、地区別に集計すると、自分の住んでいる自治会、連合会の単位ぐらいで見ると、そうすると我々の地区は市の平均に対して、どうも何か栄養に問題ある人多いとか、とじこもりの傾向の人多いとか、そういうのが全部見えるんです。

それをツールにして、地域に出向いていくときに、あなたの地区はこういうことがありますとちゃんとデータを見せるということ。それからさっきの、やっぱり地域生活応援会議の成果である認定者数の減少の話も、こういうのもしっかりやっていかなきゃいけないし、これからそれによって、各地域包括支援センターの成績評価もしようと思っているわけです。そういう形でデータを見せていくというのは非常に重要だと思います。

通いの場は、まず公民館の話は桑名市もさんざん議論がありました。もちろん、実はきちんと

登録制度をつくって、登録したところは減免もしますよという形はつくったんですけども、公民館じゃなきゃいかんと思っちゃだめです。地域にはいろんな資源があるわけです。介護事業所だってスペースぜひ使ってくださいみたいなものがありますよね。医療機関の駐車場を使っているような事例もあります。とにかく何でもどこでもいいんだという形にしていけないと、さっき言った、歩いて通える場に通いの場というのはできませんから。しかももしそういうのがなければ、ちょっと近くの事業所に声かけてあげるとか、そういうことこそ市町村の役割だと思います。

【発言者 G】 地域医療機能推進機構の〇〇と申します。大変興味深いお話どうもありがとうございました。私どものグループは全国で57の病院がありまして、地域との連携をどうするかについて模索しております。先ほど特に医療との連携というところで、情報の共有という話が出たんですけども、これが非常に難しく、実は船橋市には船橋中央病院、大分県には湯布院病院という病院がございまして、地域協議会なるものをやるように法律で義務付けられているんですけども、そこでやっても、今伺ったような情報は全く入ってこないんです。それでこれから地域との連携を進める上で、確かに介護の話を福祉側から共有するというのは大事だと思うんですけど、医療側が介護側にアプローチするのが非常に困難で、どうやったら情報共有が進められるのか、船橋市でも大分県でも構いませんのでお知恵を頂ければと思います。

【五十嵐】 船橋の例でいきますと、認知症の関係ではサポート医について、やはり研究会を医師会の中でつくっていただいて、そこでサポート医の名簿をまず出していただき、市民に提示しています。まず何ができる病院なのかという、疾患別にある程度名簿を出していただながら市民に共有していくというのがまず1点。それと基本的には医師会が大きく協力頂けるかどうかというのがまず前進の一步とっているんですね。ですから医師会の中には個人の開業医もいますし、病院の院長が入っているという形もあります。今日も病院連絡会という形で医師会の中で、また別のそういう病院間の連携をしております。先ほどもちょっと話しましたが、地域リハビリをやる際に、やはりリハビリのクリティカルパスをどうしようとか、いろんな取り組みを病院間で進めてきたというのが、全部成功事例にはなっていないものもあるんですけども、やはりみんなで取り組もうと言う幾つかのチャレンジは過去にしてきたんですね。ですからそういうことで、地域医療を病院側からも、船橋の幾つかの大きな病院がどう回っているか、それと夜間急診みたいな形のもので、休日の当番医ですとか、あるいは船橋も結構ドクターカーというのを早目に行ったということで、いろんな大きな病院との連携、あるいは小さな診療所連携というのが幾つか積み重ねてきて今の体系ができてきているのかなと。ですからやはりできるところから1つずつチャレンジしていくというのも病院間、病診連携にもなるでしょうし、そこで今の介護のほうの連携につきましては、先ほどの「ひまわり」というところで大分胸襟が開けた付き合いができています。こういう状況になっております。

【田中】 さっきの栃木県の話でも、医師会が中心になる進め方がよいと思います。病院中心はなかなか難しく、医師会が動いてくれて、そこに病院部会が入る。H先生、医師会の力について、コメントをお願いします。

【発言者 H】 短時間で申し上げるのは難しいんですけども、確かに今、地区医師会の立場で、市の行政のお役目をいろいろ承っております。地域ケア会議ですとか、介護保険運営協議会ですとか、計画策定の会議ですとか、そういうことに関わらせていただいております。医師会として、非常に市行政と良好な関係ができておりますので、事前の打ち合わせもたくさんやっておりますし、みんなで建設的に議論をして、問題解決を図っているという関係ができてきておりますので、各自治体ともそのような関係が医師会とできると、いろいろ物事が進んでいくのではないかと思います。

【田中】 介護との関係が作りやすいと私も思います。まだまだたくさんあるでしょうが、そろそろ終わります。皆さんそれぞれ各地で講演なさっておられます。私も講演に呼ばれることが多い。その際、ちょっと高飛車なようですが、講演に呼ばれるときに市長に一番前に座っていただきたいとお願いしています。最近は市長もしくは副市長なども出席されるケースが増えてきたので、依頼を断りにくくなってきました。この2~3年、そういう時期ですので、市長、自治体の皆さんを巻き込んで、実際に現場の方々とともに協力していく。フォーラムはそのための推進体でもあります。また次回の勉強会もお越しくください。



## 新しい介護予防・日常生活支援総合事業と 生活支援体制整備事業の関係について

平成27年7月30日

厚生労働省老健局総務課・介護保険計画課・振興課併任  
課長補佐 服部 真治

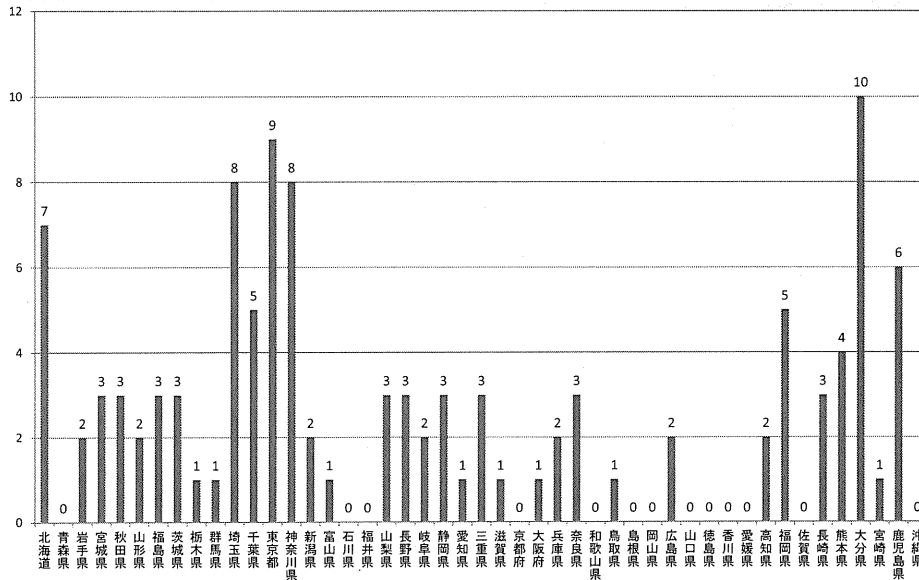
## 新しい総合事業の実施予定

実施予定時期	保険者数 (全国1,579)
平成27年度中	114
平成28年度中	277
平成29年度4月	1,069

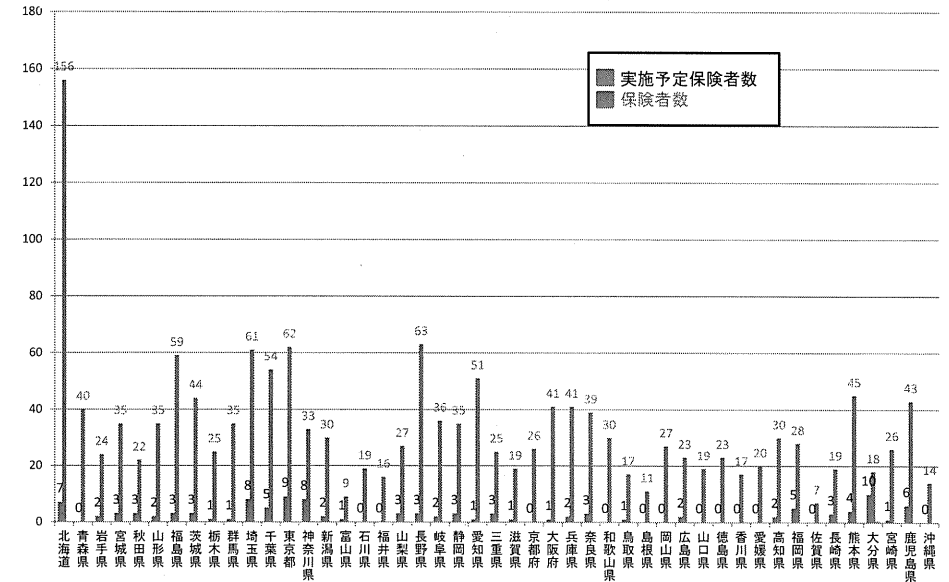
H27.1.26時点(厚労省調査)

- ※ 平成27年度中実施予定のうち平成27年4月から実施予定の保険者は78
- ※ 実施時期未定・検討中の保険者は119

### 平成27年度の新しい総合事業の都道府県別実施予定保険者数

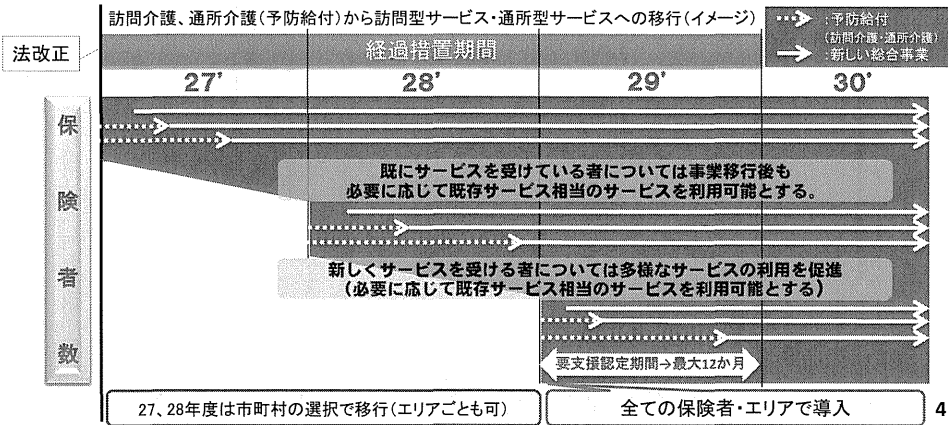


### (参考) 平成27年度の新しい総合事業の都道府県別・実施予定保険者数/保険者数



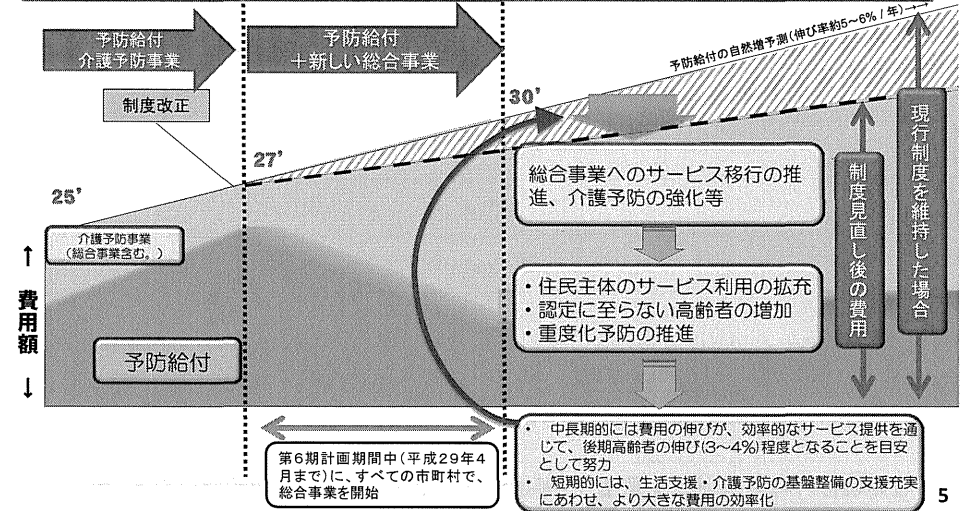
## 総合事業への円滑な移行

- 市町村が条例で定める場合は、総合事業の実施を平成29年4月まで猶予可能。
- 市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。  
※ 総合事業の実施を猶予する場合も、総合事業の実施猶予の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当。  
＜段階的な実施例＞
- ① エリアごとに予防給付を継続（【例】広域連合の市町村ごと）
- ② 初年度は総合事業によるサービスの利用を希望する者以外は予防給付を継続
- ③ 既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付とし、翌年度当初からすべての者を総合事業に移行

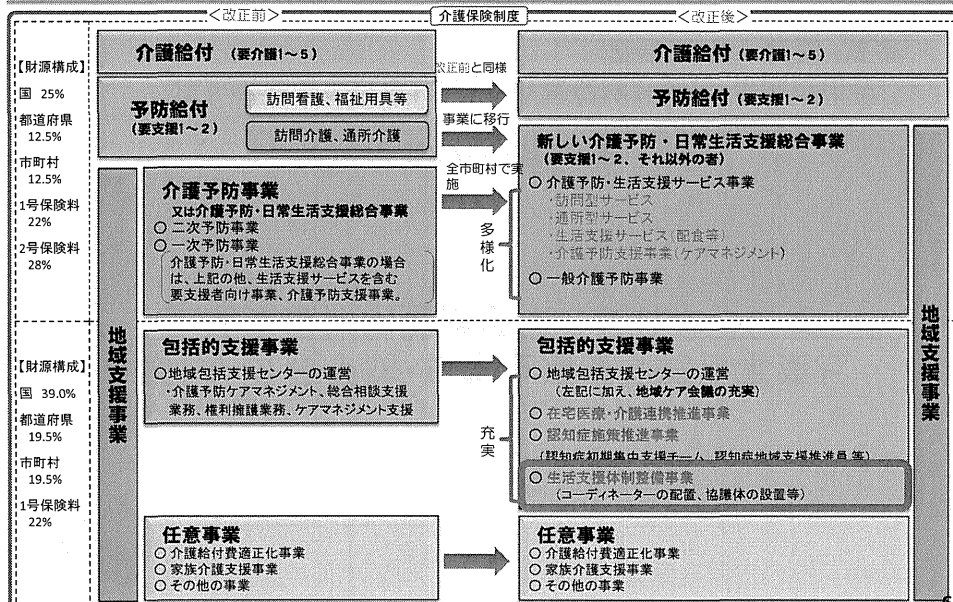


## 総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化（イメージ）

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりを推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。

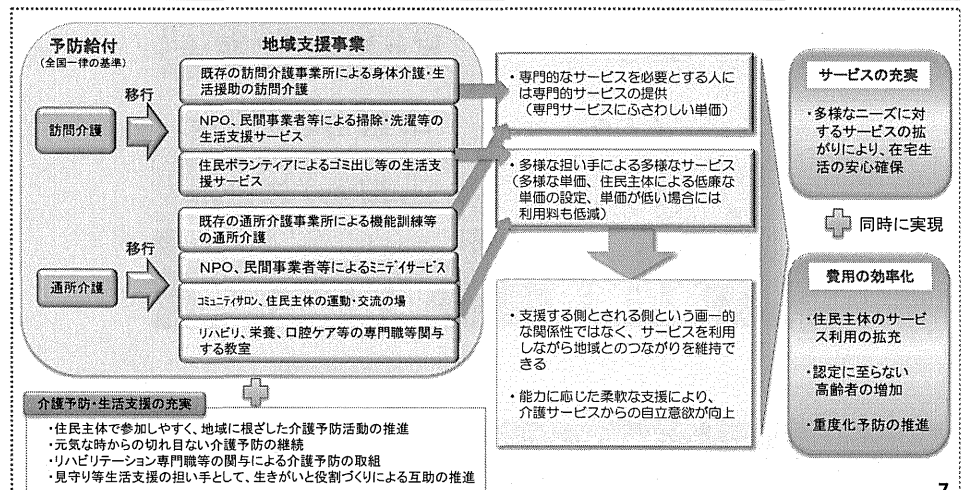


## 地域支援事業の全体像



## 予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に戻ることも。



## 新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

### 現行の介護予防事業

- 一次予防事業**
- ・介護予防普及啓発事業
  - ・地域介護予防活動支援事業
  - ・一次予防事業評価事業
- 二次予防事業**
- ・二次予防事業対象者の把握事業
  - ・通所型介護予防事業
  - ・訪問型介護予防事業
  - ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

### 一般介護予防事業

- ・**介護予防把握事業**  
地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる。
- ・**介護予防普及啓発事業**  
介護予防活動の普及・啓発を行う。
- ・**地域介護予防活動支援事業**  
地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う。
- ・**一般介護予防事業評価事業**  
介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。
- ・**(新)地域リハビリテーション活動支援事業**  
地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所・訪問・地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

### 介護予防・生活支援サービス事業

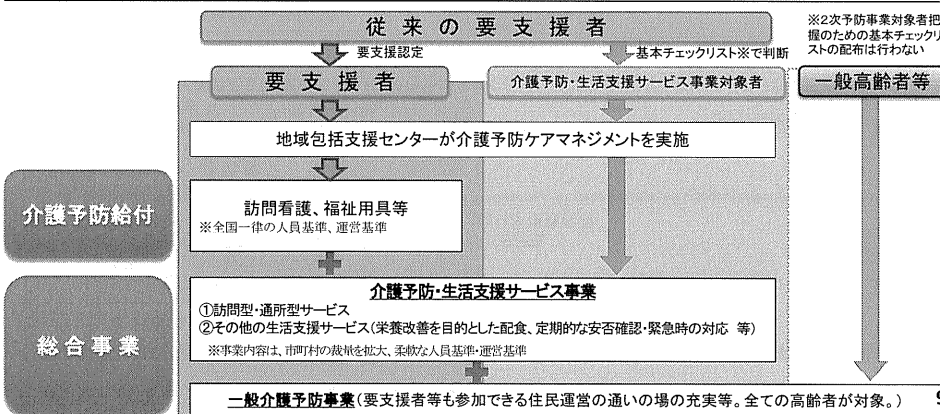
※従来、二次予防事業で実施していた運動器の機能向上プログラム、口腔機能の向上プログラムなどに相当する介護予防については、介護予防・生活支援サービス事業として介護予防ケアマネジメントに基づき実施

介護予防・日常生活支援総合事業

8

## 新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

- サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す（平成29年度末には全て事業に移行）。
  - 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
  - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと、介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
  - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスののみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



※2次予防事業対象者把握のための基本チェックリストの配布は行わない

介護予防給付

総合事業

9

## 総合事業に関する総則的な事項

### 1 事業の目的・考え方

#### (1) 総合事業の趣旨

総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とする。

#### (2) 背景・基本的考え方

##### イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

##### ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

##### ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

##### ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

##### ホ 認知症施策の推進

ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

##### ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけでなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっているため、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要。

10

## サービスの類型

- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

### ①訪問型サービス

※市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	多様なサービス				
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例)・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら「多様なサービス」の利用を促進	住民主体による支援等を促進	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

11

## ②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当		多様なサービス	
	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス種別	通所介護と同様のサービス	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進	住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

## ③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

12

## 市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 118億円(公費:236億円)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
  - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
  - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

<b>在宅医療・介護連携</b> 13億円(公費:26億円)	<b>認知症施策</b> 28億円(公費:56億円)	<b>地域ケア会議</b> 24億円(公費:47億円)	<b>生活支援の充実・強化</b> 54億円(公費:107億円)
地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進	初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進	地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進	生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。

13

## 新しい包括的支援事業(新規4事業)の「標準額」について

以下の①～④の算定式の合計額を「標準額」とし、これを基本として、各市町村の実情に応じて算定した額とする。

※平成29年度まで(実施の猶予期間)においては、①から④の実施する事業に係る算定式の合計額とする。

※4事業の合計額(標準額)の範囲内で柔軟に実施ができる

※市町村の日常生活圏の設定状況、地域包括支援センターの整備状況及び事業の進捗等を踏まえて、必要に応じて「標準額」を超えることも可能であり、その場合は厚生労働省に追加額を協議して定めた額まで事業を実施することを可能とする。(次項に追加協議の参考例)

<b>①生活支援体制整備事業</b> ■第1層 8,000千円 ※指定都市の場合は、行政区の数を乗じる ■第2層 4,000千円 × 日常生活圏の数 ※日常生活圏が一つの市町村は、第1層のみを算定。	<b>③在宅医療・介護連携推進事業</b> ■基礎事業分 1,058千円 ■規模連動分 3,761千円 × 地域包括支援センター数
<b>②認知症施策推進事業</b> ■認知症初期集中支援事業 10,266千円 ※指定都市の場合は、行政区の数を乗じる ■認知症地域支援・ケア向上推進事業 6,802千円	<b>④地域ケア会議推進事業</b> ■1,272千円 × 地域包括支援センター数

14

## <標準額を超える協議の例>

### 生活支援体制整備事業

- 日常生活圏の中にサブセンターやランチなどを設置した小圏域を設定しており、生活支援コーディネーターや協議体を当該小圏域単位に配置
- 第2層における生活支援コーディネーターに、専門職などを配置
- 1つの日常生活圏域に生活支援コーディネーターや協議体を複数配置

### 認知症施策推進事業

- 認知症初期集中支援チームについて、市町村の規模が大きく、かつ、施策の対象となる者が多く見込まれることが明らかな場合
- 認知症地域支援推進員について、市町村の規模が大きく、かつ、地域での相談件数やサービス事業所等の数も多い場合

### 在宅医療・介護連携推進事業

- 医療機関数・介護事業者数が多いため、資源把握にかかる調査を重点的に実施
- 医療ニーズの高い要介護者が多く、在宅医療・介護連携に関する相談窓口を複数設置する必要がある
- 多職種研修や普及啓発事業などについて、山間部や離島等、会場へのアクセスが難しいために、通常以上に開催しなければならない

### 地域ケア会議推進事業

- 通常の地域ケア会議に加え、地域包括支援センターの後方支援等を行う基幹的機能を有するセンター等が、自らの担当地区以外の支援困難事例を検討する会議や多数の専門職が必要な会議を開催する場合

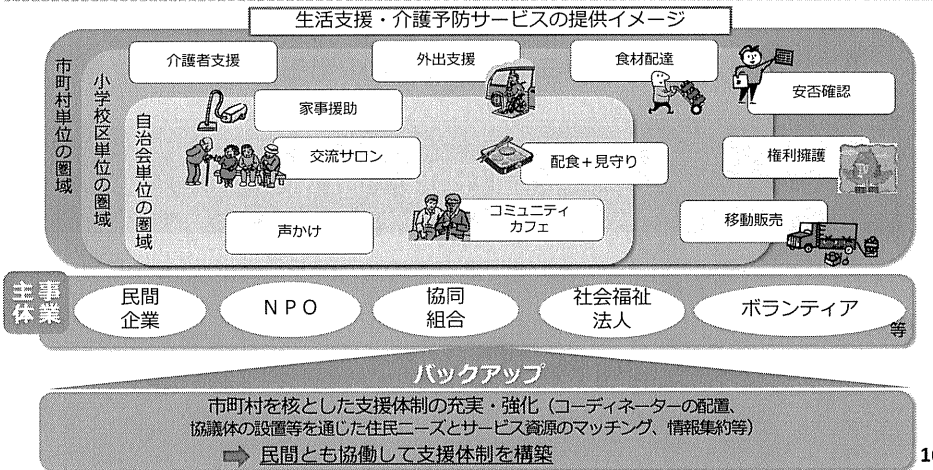
15



## 多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



## 生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域に不足するサービスの創出</li> <li>○ サービスの担い手の養成</li> <li>○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 関係者間の情報共有</li> <li>○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など</li> </ul>

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏域（中学校区等）があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心  
 ② 第2層 日常生活圏域（中学校区等）で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開  
 ※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外

(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

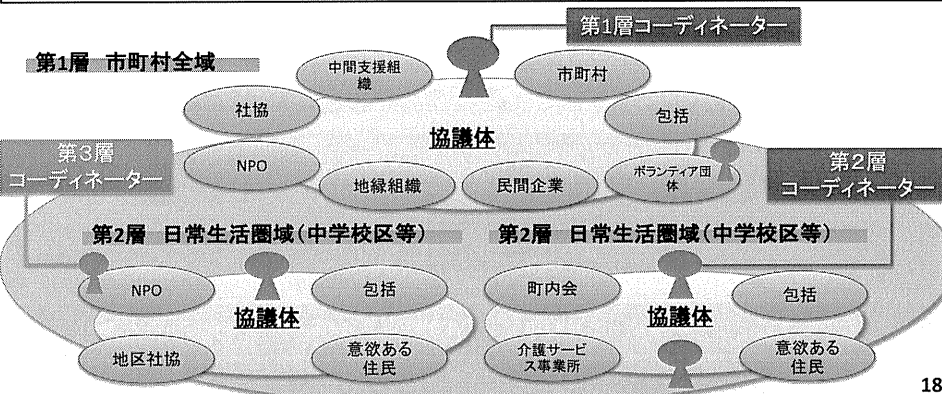
生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO 民間企業 協同組合 ボランティア 社会福祉法人 等

- ※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。
- ※2 コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

## コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれるため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される。



## 生活支援・介護予防サービスの基盤整備事業の活用例(案)

### 前提

- 市町村全域において実施する必要はなく、地域を限定してモデル的に取り組むことも可能。
- 当初はコーディネーターや協議体が配置、設置されていなくとも、活用が可能。
- 協議体の機能を有するような既存の会議等も積極的に活用しつつ、最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やしていくなどといった方法も有効。

### 活用例

- 協議体の設置に向けた生活支援・介護予防サービスの充実に関する研究会等の立ち上げや開催に係る経費  
研究会等出席に係る謝金(報償費)、開催調整に係る旅費、資料印刷費(印刷製本費)、会場借上料(使用料及び賃借料)等
- 研究会や協議体等が中心となって実施する地域資源の実態調査等の情報収集に係る経費  
調査様式印刷費(印刷製本費)、調査様式郵送料(通信運搬費)、調査に係る委託料等
- 生活支援・介護予防サービスに係るボランティア等の担い手に対する研修等実施に係る経費  
研修の講師謝金(報償費)、研修調整に係る旅費、資料印刷費(印刷製本費)、会場借上料(使用料及び賃借料)等
- コーディネーターの配置及び活動に係る経費や協議体の開催に係る経費

# 生活支援・介護予防サービスの分類と活用例

サービスの分類	サービス事業	一般介護予防	任意事業	市町村実施	民間市場	地域の助け合い	備考
①介護者支援			総合事業の対象外であり、任意事業、市町村の独自事業での実施を想定。介護者の集い、介護教室等。				
②家事援助	訪問型サービスで実施。NPO・ボランティアを主に活用		要介護者の生活支援は任意事業で実施可能。一般財源化された軽度生活支援は市町村独自で実施可能。				
③交流サロン	要支援者を中心に定期的な利用が可能な形態は総合事業の通所型サービス、その他の地域住民の通いの場は一般介護予防事業を主に想定。住民、ボランティア等を中心に実施。						
④外出支援	訪問型サービスDで実施。担い手はNPO、ボランティア			左記以外は、市町村・民間事業者が独自に実施			
⑤配食・見守り	その他の生活支援サービスを活用可。担い手はNPO、民間事業者等		左記以外は、任意事業又は市町村・民間事業者が独自に実施				サービス事業では、民間市場で提供されないサービスを提供
⑥見守り・安否確認	その他の生活支援サービスを活用。担い手は住民、ボランティア等		左記以外は、地域の地縁組織・民間事業者等による緩やかな見守り				

※ 上表中、地縁組織は地区社会福祉協議会、自治会、町内会、地域協議会等を意味する。

# ＜地域資源の整理イメージ(例)＞

区分	公的サービス		民間サービス (非営利・福祉組織等)					市場分野 (民間企業)
	市町村サービス (地域実業事業等)	介護保険サービス (事業系)	社会福祉協議会 (事業系)	介護事業所 (事業系)	NPO法人 (事業系)	シルバー人材センター (事業系)	農業者団体のサービス (事業系)	
日常生活	事業名: 生活支援センター(ヘルパー派遣) 内容: 日常生活支援 (掃除・洗濯・買い物・食事・入浴・浴衣・浴巾・布団の干し・洗濯物干し・ゴミ出し・郵便物の受け取り等) 実施: 市町村	訪問介護事業所 (事業系)						
安心	1.事業名: 安心訪問サービス 内容: 高齢者の生活支援 (掃除・洗濯・買い物・食事・入浴・浴衣・浴巾・布団の干し・洗濯物干し・ゴミ出し・郵便物の受け取り等) 実施: 市町村 2.事業名: 認知サービス 内容: 認知症の予防・早期発見・早期対応 (認知症検診・認知症相談・認知症ケア) 実施: 市町村 3.事業名: 緊急通報装置貸出サービス 内容: 緊急通報装置の貸出 (防犯カメラ・防犯センサー・防犯ブザー等) 実施: 市町村	訪問介護事業所 (事業系)	1.一人暮らしサロン 2.一人暮らしの集い	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)
外出	1.事業名: 福祉タクシー利用助成 内容: 福祉タクシー利用助成 (福祉タクシー利用助成) 実施: 市町村 2.事業名: 移送サービス 内容: 移送サービス (移送サービス) 実施: 市町村 3.事業名: 送迎サービス 内容: 送迎サービス (送迎サービス) 実施: 市町村 4.事業名: 送迎サービス 内容: 送迎サービス (送迎サービス) 実施: 市町村	訪問介護事業所 (事業系)	1.一人暮らしサロン 2.一人暮らしの集い	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)
交流	事業名: 介護予防定食の移動販売サービス 内容: 介護予防定食の移動販売 (介護予防定食の移動販売) 実施: 市町村	訪問介護事業所 (事業系)	1.一人暮らしサロン 2.一人暮らしの集い	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)	介護サービス (訪問介護・通所介護)
非日常な家事	大掃除や家電製品の修理、害虫駆除など							
ちょっとしたこと	暖かめの衣類や寝るための寝具など							

資料) 寒河江市役所提供

## 〈事例 秋田県 小坂町〉

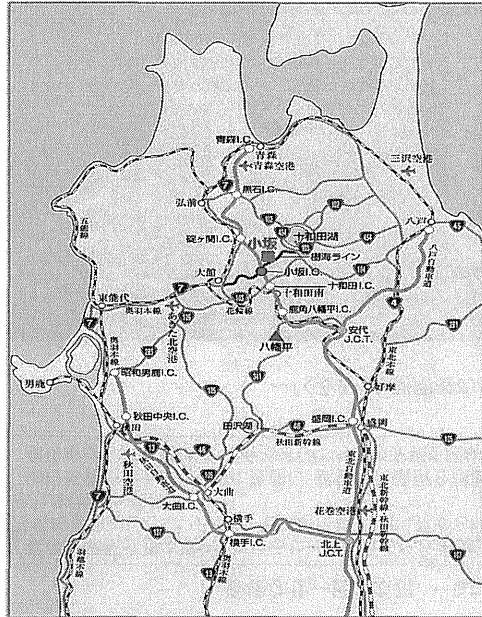
### 小坂町の位置・人口等

人口: 5,592人(男2,605人 女2,987人)  
 世帯数: 2,503世帯  
 高齢者人口: 2,283人 高齢化率: 40.8% (いずれも平成27年4月1日現在)  
 介護保険料基準月額: 5,300円(基準額は第5段階・標準9階層で設定)

- ★秋田県の北東部に位置し、青森県との県境に接している。町内の7割が森林であり、町を南北に縦断する東北自動車道や国道282号線沿い、十和田湖周辺が主な居住地となっている。
- ★小坂鉱山の発見により明治初期から「鉱山の町」として発展してきた。鉱山閉山後はこれまで培った鉱山技術を活用した最先端の環境リサイクル産業への転換を図り、都市鉱山として発展を遂げている。
- ★近隣市と連携してリサイクル産業を柱にするだけでなく、町の近代化遺産を活かした観光分野も大きな柱になっている。
- ★大正9年には17,100人(県内2位)の人口を有していたが、鉱山の業態変化や都市部への流出により人口減少が続いている。

## 事例 秋田県小坂町

※ 秋田県小坂町町民課 三政主事 ご提供資料より



〈事例 秋田県 小坂町〉

面積：201.70Km<sup>2</sup>  
 東西：21.1km  
 南北：24.6km

北隣：青森県 平川市  
 南隣：鹿角市  
 西隣：大館市  
 東隣：鹿角市・青森県 十和田市

主な地域指定：広域市町村圏  
 (ふるさと)  
 過疎  
 辺地  
 振興山村  
 地方拠点

十和田湖に代表される美しい自然、そして鉱山の歴史に彩られた近代化産業遺産の建物群がヨーロッパの町にも似た独特の風景を形づくっています。

〈事例 秋田県 小坂町〉

### 平成27年度からの総合事業実施までの作業の流れ

平成26年8月	7月に行われた全国課長会議を受けて移行に向けた検討を内部で開始
9月	総合事業の影響を受ける主な2法人・1民間事業者を対象に総合事業への早期移行について打診・協議を開始
10月	総合事業において総合事業へ移行が可能なサービスを洗い出し、類型・基準等の検討や調整、課題の洗い出し作業
～12月	仙台市で行われた総合事業関係のセミナーへの参加
平成27年1月	事業者に対して総合事業で行うサービスの詳細に関する説明、必要な調整
	平成27年度当初予算の編成作業(介護報酬改定も影響し一部を2月上旬まで延長)
3月	介護保険業務システムの改修業務についてシステムベンダーと契約締結 町議会に対して総合事業の実施について説明 住民説明会を開催(第6期介護保険計画と並行して実施) 要綱・委託契約書等の整備 介護保険業務システムの改修作業
4月	国保連合会との業務の委託範囲について調整(審査支払事務等)
5月	国保連合会と事業者の台帳情報の試験登録を実施 国保連合会に正規の台帳情報を登録 事業者(事業委託分)から前月の利用実績で委託料の支払い
★この他に、事業者から個別に相談が出た際には適宜対応している。	

〈事例 秋田県 小坂町〉

### 介護予防・日常生活支援総合事業等 開始に至るまでの経緯・取組方針

平成26年度半ばに小坂町の高齢化率は初めて40%を超えた。時期を同じくして、地域における高齢者の孤独死への対応が発生したり、現場から認知症高齢者や虚弱高齢者が急激に増加している状況が報告されており、早急な対策が急務であった。

小坂町の行政組織体制は、介護保険全般(総合事業含む)の担当が専任1人、地域支援事業の事務担当が兼任で1人となっているが、直営型地域包括支援センターを併設している状況が円滑な介護保険行政の運営に大きな効果をもたらしている。内部はもちろんのこと、町内外の医療機関や事業者と常に連絡調整を図りながら業務に当たっている。

- ① 今回の介護保険法の改正は、介護保険料の引き上げを始めとした費用負担の増加など被保険者に相当の負担をお願いする項目も多いことから、長期的な影響を最小限に抑えるためには総合事業の早期実施が必要。
  - ② 介護予防事業が創設される以前から取り組んできた様々な事業が、総合事業にスムーズに落とし込むことが可能。
- ①と②の判断から、本年4月からの実施をすることが決定した。

〈事例 秋田県 小坂町〉

第6期介護保険事業計画期間内の早期に総合事業を実施することで、第7期以降の計画がより充実した内容となると判断したことに加え、早期の実施が長期的視点に立つと効率的かつ戦略的に有利であると考えます。

現行において実施している事業を見直し、関係機関と十分な連携を図りながら拡充していくことで、「小坂版地域包括ケアシステム」が構築されていく。将来、高齢になっても元気に暮らせる町づくりを目指す。

## 総合事業の各サービス種別に相当するサービスの現状

### ①訪問型サービス

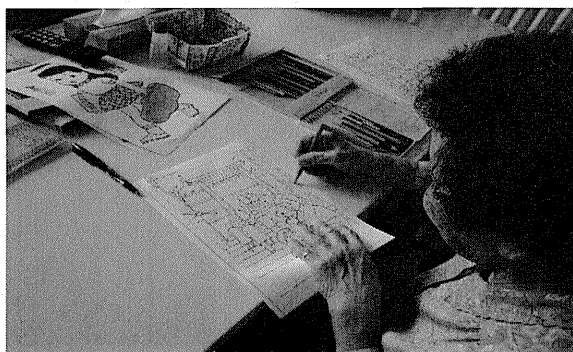
基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス
サービス種別	①訪問介護(第1号訪問事業)	②訪問型サービスB
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	住民を主体として行う生活援助
対象者とサービス内容の考え方	○既にサービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、今後も継続してサービス提供の必要がある方が対象 ○現行の基準に沿い、訪問介護員によるサービス提供を必要とする場合	○利用者の状態等も踏まえながら、利用を促す ○現在町社会福祉協議会において実施しているサービスを当てはめ、総合事業において実施することができないか協議を継続中
実施方法	事業者指定(みなし指定)	補助(助成)
基準	予防給付の基準を基本	必要最小限の基準内容とする予定
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	ボランティア主体
提供開始年月	平成27年4月	平成27年7月

★その他、基準緩和型の訪問サービス(訪問型サービスA相当)の実施が可能かについて検討・協議中である。

### 多様なサービスの例 -ミニデイサービス「くるみ」

既存の通所介護で提供しているサービス全てを必要としない方を対象に、時間や内容ある程度限定し、基準等を緩和したミニデイサービスを平成27年4月から開始した。町が事業主体となり、管理運営を町社会福祉協議会へ委託している。  
福祉保健総合センター内に設置し、設備等で通所介護と共有できる部分は共有している。  
利用者からの評判は良く、今後さらに内容の充実を図りながら安定した運営を行っていく。

～「くるみ」の利用者の様子①～



利用者の方が塗り絵をしている様子です

### ②通所型サービス

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス
サービス種別	①通所介護(第1号通所事業)	②通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能向上のための機能訓練	ミニデイサービス
対象者とサービス内容の考え方	○既にサービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、今後も継続してサービス提供の必要がある方が対象 ○現行の基準に沿ったサービス提供を必要とする場合	○既に通所系サービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、状態や利用希望等も踏まえて緩和した基準によるサービス提供が可能の方が対象 ○既存の事業所に併設する形での運用を想定
実施方法	事業者指定(みなし指定)	委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準
サービス提供者	通所介護事業者の従事者	通所介護事業者の従事者+ボランティア
提供開始年月	平成27年4月	平成27年4月

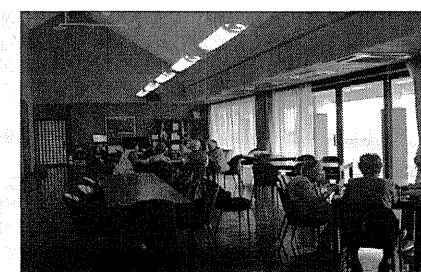
### いきいき交流

虚弱高齢者を対象として、楽しく集える場を提供し、交流活動を通じて生きがいづくりを進め、要介護状態への進行を防止します。  
本事業は、社会福祉法人 小坂ふくし会へ委託し、「はいから倶楽部」を拠点に実施しています。

※はいから倶楽部…特別養護老人ホーム「あかしあの郷」に併設された地域交流スペース。  
近隣には銀行、スーパーマーケット、診療所などがあり、地域住民が気軽に立ち寄れるための拠点として整備されました。



はいから倶楽部外観



～はいから倶楽部の内部の状況～