

令和 2 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

社会的リスクを抱える高齢者の支援体制
に関する研究事業

報 告 書

令和 3 年（2021 年）3 月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

NTT Data

株式会社 NTTデータ 経営研究所

目次

第1章	事業概要	1
1	背景・目的	1
2	調査方法	2
3	実施体制	3
4	検討委員会及び部会の開催	4
第2章	本事業の目標と実施内容	9
1	本事業の目標	9
2	実施内容	9
第3章	調査結果（社会的リスクを抱える高齢者の状態像）	12
1	社会的リスクを抱える高齢者とは	12
2	具体事例から見てきた代表的な状態像	14
3	現在の支援の枠組み	17
第4章	調査結果（社会的リスクを抱える高齢者の支援の体制）	20
1	ヒアリング調査結果	20
2	支援体制のあり方について	33
3	事例検討のあり方について	36
第5章	調査結果（社会的リスクを抱える高齢者の支援の評価のあり方）	38
1	フィールド調査対象者の介入評価	38
2	評価のあり方について	39
第6章	まとめ	41
1	社会的リスクを抱える高齢者への支援のあり方について	41
2	今後の課題	42
第7章	補足資料（釜石市におけるこれまでの取り組み内容）	44
1	取り組みの背景	44
2	取り組みの目的	46
3	対象者像とスクリーニング手法	46
4	介入プロセス	50
5	令和元年度事業の結果	53

第1章 事業概要

1 背景・目的

高齢者数の急増を背景に、限られた介護・医療資源の中で高齢者が地域で暮らし続けるための体制構築が不可欠となっている。しかしながら、高齢者の心身機能低下に対し早期に対応し低下を予防することが重要である一方で、社会的リスクを抱える高齢者においては、生活習慣改善や介護予防といった自助に困難を抱えることも多く、重症化してから介入が始まることが多い。

外部との接点が乏しい高齢者の早期発見・早期対応は容易ではない。重度の要介護者であればケアマネジャー等の介護職との接点が一定程度あるが、特に軽度要介護者や要介護認定非該当の高齢者については、ケアマネジャーの訪問頻度も低く、病状等の変化・服薬等の状態・社会参加の状況など、リスクの早期発見が困難である。

このような社会的リスク高齢者に対応するためには、住民の相互扶助、地域包括支援センター、介護専門職だけでなく、医療機関、特にかかりつけ医(主治医)の果たす役割は非常に大きい(社会的リスクを抱える高齢者の唯一の外部との接点が、通院という場合が多い)。地域との接点はなくとも、医療が地域の社会資源(非医療サービス)と結び付けることにより、社会的リスクを低減させる可能性があるといえる。

本事業では、昨年度までの釜石市における取組み内容(令和元年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 釜石市における在宅サービスの確保の在り方に関する調査研究事業)を踏まえつつ、かかりつけ医や行政関係者等が地域の社会資源に結びつける取組について、国内外の取組を整理したうえで、社会的リスクを抱える高齢者の支援のあり方の研究を行った。

2 調査方法

本事業では、文献調査、ヒアリング調査、フィールド調査を実施するとともに、検討委員会で議論を行い、提言の取りまとめを行った。

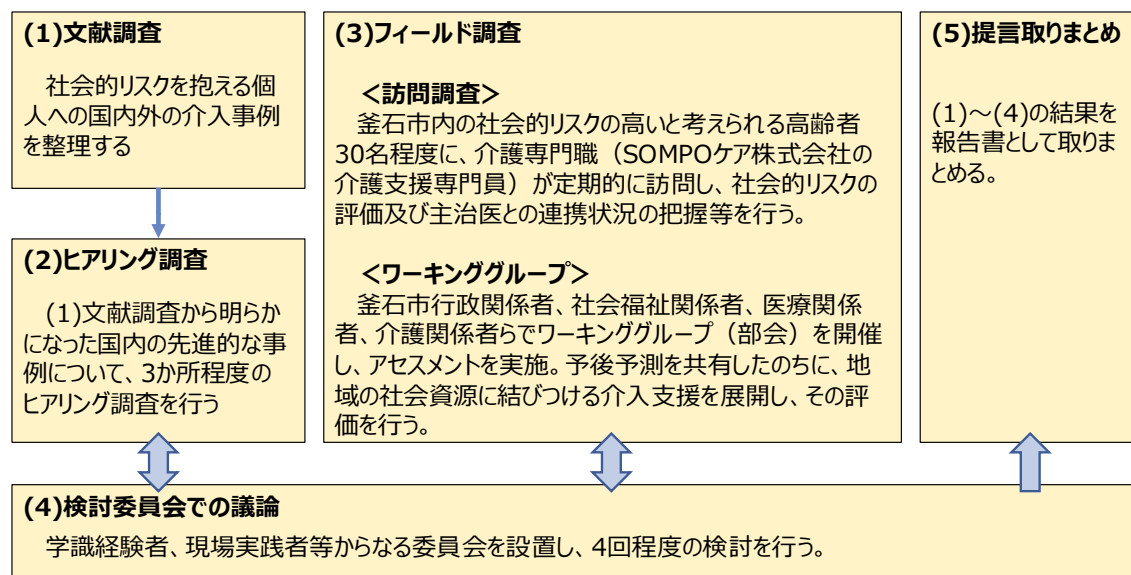


図 1 調査内容の全体像

3 実施体制

本事業は、株式会社 NTT データ経営研究所が、東京大学高齢社会総合研究機構、SOMPO ケア株式会社及び釜石市との協働により実施した。

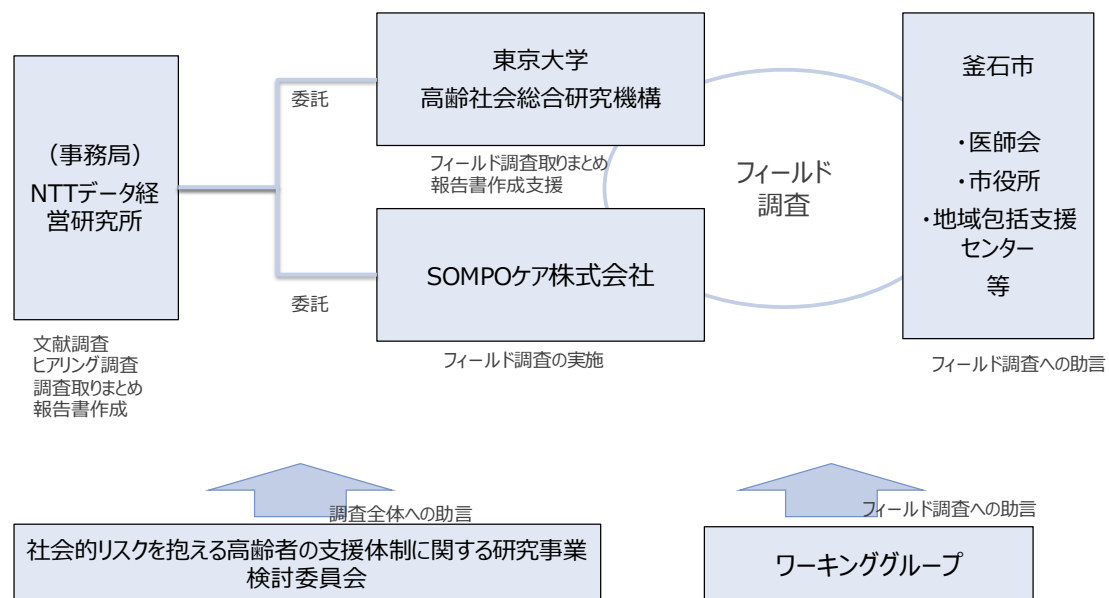


図 2 事業の実施体制図

4 検討委員会及び部会の開催

(1) 検討委員会

調査および検討にあたり、学識経験者、現場実践者等からなる検討委員会を設置した。

図表 1 検討委員会委員等一覧（五十音順、敬称略）

委員（○：座長）

氏名	所属	役職
○後藤純	学校法人 東海大学	特任准教授
坂井健志	一般社団法人 坂井地区医師会	会長
柴田範子	特定非営利活動法人 楽	理事長
辻哲夫	東京大学 未来ビジョンセンター	客員研究員
寺田尚弘	一般社団法人 釜石市医師会	理事
中澤伸	社会福祉法人 川崎聖風福祉会	理事・事業推進部長

オブザーバー

氏名	所属	役職
高田淳子	厚生労働省 老健局 老人保健課	課長補佐
佐藤敏彦	厚生労働省 東北厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課	課長
小田島史恵	釜石市 地域包括ケア推進本部 事務局	事務局長
佐藤優子	釜石市 地域包括ケア推進本部 事務局	副主幹
馬袋秀男	一般社団法人「民間事業者の質を高める」 全国介護事業者協議会	顧問
久保真人	川崎市 健康福祉局 地域包括ケア推進室	課長補佐・ 企画調整担当係長

事務局

氏名	所属	役職
米澤麻子	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット	アソシエイトパートナー
加藤篤博	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット	シニアコンサルタント
横山栞奈	株式会社 NTT データ経営研究所 ライフ・バリュー・クリエイションユニット	シニアコンサルタント
細萱一立	東京大学 工学系研究科	

小林寛範	東京大学 工学系研究科	
大向一成	SOMPO ケア株式会社 東日本本部	部長
上野孝子	SOMPO ケア株式会社 見守り傾聴支援センター	管理者

検討委員会は以下のスケジュールで計4回開催した。

図表 2 検討委員会の開催経緯

回	日時・場所	主な検討事項
第1回	令和2年9月1日（火） 19：00～21：00 NTT データ経営研究所 会議室	・ 釜石市における事例の共有 ・ 事例調査結果について ・ 本事業における検証事項について
第2回	令和2年9月29日（火） 19：00～21：00 NTT データ経営研究所 会議室	・ 事例共有（辻委員、寺田委員） ・ 中間報告書（案）について ・ 今後の調査研究内容について
第3回	令和2年12月1日（火） 19：00～21：00 NTT データ経営研究所 会議室	・ 事例共有（坂井委員、柴田委員、中澤委員） ・ 報告書の取りまとめの方向性について
第4回	令和3年3月2日（火） 19：00～21：00 NTT データ経営研究所 会議室	・ 報告書（案）について

(2) 部会（ワーキンググループ）

検討委員会で抽出された論点を踏まえ、フィールド調査の一環として詳細な議論を行うため、行政関係者、社会福祉関係者、医療関係者、介護関係者等からなる部会（ワーキンググループ）で設置した。

図表 3 部会（ワーキンググループ）委員等一覧（五十音順、敬称略）

委員（○：座長）

氏名	所属	職名
小田島史恵	釜石市 地域包括ケア推進本部	事務局長
小原圭子	釜石地区生活応援センター	所長
小原裕也	釜石市 社会福祉協議会	生活支援コーディネーター
後藤純	学校法人 東海大学	特任准教授
佐々木尊子	釜石市 保健福祉部	統括保健師
互野雅貴	釜石市 健康推進課	管理栄養士
千菅英理子	釜石市 地域包括支援センター	主幹
○寺田尚弘	一般社団法人 釜石医師会	理事
中田義仁	釜石薬剤師会	副会長
三浦功喜	釜石市 地域包括支援センター	所長
山崎教史	釜石市 高齢介護福祉課	課長

事務局

氏名	所属	役職
細萱一立	東京大学 工学系研究科	
小林寛範	東京大学 工学系研究科	
大向一成	SOMPO ケア株式会社 東日本本部	部長
上野孝子	SOMPO ケア株式会社 見守り傾聴支援センター	管理者

部会（ワーキンググループ）は以下のスケジュールで計3回開催した。

図表 4 部会（ワーキンググループ）の開催経緯

回	日時・場所	主な検討事項
第1回	令和2年10月2日（金） 18：00～20：00 釜石市青葉ビル研修室	・ 部会における検証事項等について ・ 個別ケース検討について
第2回	令和2年11月20日（金） 18：00～20：00 釜石市青葉ビル研修室	・ 個別ケース検討について ・ 社会資源の量と質について
第3回	令和3年1月25日（月） 18：00～20：00 釜石市保健福祉センター講義室	・ 個別ケース検討について ・ 社会資源の量と質について

第2章 本事業の目標と実施内容

1 本事業の目標

本事業では以下の3点についての議論を深め、提言の取りまとめを行うことを目指した。

(1) 社会的リスクを抱える高齢者の状態像

本事業の対象者である「社会的リスクを抱える高齢者」の状態像を整理し、(2)以降の議論を共通認識の上で組み立てるための土台を明確にすることを目標とした。

(2) 社会的リスクを抱える高齢者の支援の体制

社会的リスクを抱える高齢者に対する支援のあり方を複数の事例をもとに整理するとともに、スクリーニングやアセスメント等の実施方法についても整理を進め、今後の他地域展開を見据え、コスト負担のあり方についても整理を行うことを目標とした。

(3) 社会的リスクを抱える高齢者の支援の評価のあり方

社会的リスクを抱える高齢者に対する支援の成果をどのような形で評価することが望ましいか、考察を深めることを目標とした。

2 実施内容

(1) 文献調査（仮説の設定）

地域包括ケアシステムの構築に向けた地域マネジメントや生活支援体制整備事業の進展などもあり、地域の社会資源と結び付けた支援を行う取組みは散見されるようになっている。本調査では国内外の事例を参照した上で、社会的リスクを抱える高齢者の状態像・支援体制についての仮説を設定し、第1回検討委員会にて議論を行い、(2)以降の調査にて仮説の検証を行った。

(2) ヒアリング調査

(1)の文献調査及び検討委員会での議論から抽出した先進3事例について、以下のヒアリング項目に基づいて、聞き取り調査を行った。ヒアリング先は、おおた高齢者見守りネットワーク・社会福祉法人 新生会・新潟県社会福祉協議会の3先である。

図表 5 ヒアリング項目

分類	#	設問
社会的リスクを抱える高齢者に対する取組みの概要	1	どのような取組みを実施しているか
	2	サービス・取組みを実施している目的・理念
取組みに至るまでの経緯	3	対象地域の状況
	4	取組みを行うこととなったきっかけ（問題意識 等）
	5	取組みの開始に至るまでの経緯 （誰がどのような行動を取ったか）
対象者（社会的リスクを抱える高齢者）へのアウトリーチの手法	6	地域の対象者（社会的リスクを抱える高齢者）を把握する方法
	7	【把握した情報をもとに介入すべき対象者を選定している場合】 どのような判断基準で介入対象者を見極めているか （スクリーニング基準）
	8	対象者とコンタクトを取るタイミング （訪問等の機会の設定方法）
対象者をエンパワメントする上での工夫	9	対象者を地域資源へとつなぐ方法
	10	本人の資源へのアクセス力をエンパワメントする工夫 （対象者への寄り添い方）
	11	特に対処が困難な事例
取組みを継続的に実施するための体制	12	取組みの実施に係る費用の負担状況
	13	行政及び各種地域資源との協力体制
	14	取組みに対する評価の実施有無（及び実施方法）
今後の展望	15	現在の取組みにおける問題、課題
	16	今後の展望

(3) フィールド調査および部会の運営

昨年度実施された「釜石市における在宅サービスの確保の在り方に関する調査研究事業」において、釜石市内の軽度要介護者および要介護認定非該当高齢者のうち、スクリーニング・アセスメントを経て介入対象者として 120 名が抽出されており、介護専門職（SOMPO ケア株式会社の介護支援専門員）による介入が定期巡回傾聴訪問として実施されている。今年度はフィールド調査としては、上記の 120 人のうち後述の検討会プロセス（今年度は部会での検討）をとおした介入検証を行ってきた 30 名の対象者について、社会的リスクの評価及び主治医との連携状況の把握や、閉じこもり等の状況と医療機関受診状況、地域の社会資源との連携状況、それらに対する本人の評価を踏まえ、社会的リスクを構造的に整理することを目標に、SOMPO ケア株式会社により引き続き定期巡回傾聴訪問による介入を行った。

部会（ワーキンググループ）については、昨年度同様、行政関係者・社会福祉関係者・医療関係者・介護関係者らの構成員で設置し、上記の対象者の現状や変化を共有し、特に予後予測について議論を行ったのち、地域の社会資源に結びつける介入支援を展開し、その評価を行った。

（4） 検討委員会の運営

検討委員会については、学識経験者、現場実践者らの委員で設置し、(1)～(3)の調査結果を共有し、委員事例なども踏まえて議論を行ったのち、中間報告書および本報告書の取りまとめを行った。

第3章 調査結果（社会的リスクを抱える高齢者の状態像）

1 社会的リスクを抱える高齢者とは

社会的リスクを抱えている状態とは、医療資源、ケア資源、社会参加資源という3つの地域資源へのアクセスが途絶えている状態であると定義できる。¹ここでの医療資源とは、病院や薬局など、地域で医療を提供する機関であり、ケア資源とは、地域包括支援センターや介護サービス事業所など、地域で生活支援や介護を提供する機関である。また、社会参加資源とは、地域で人と関われる場やコミュニティであり、具体的には、近所の集まり、サロン・教室などの通いの場、商店、喫茶店などを指している。

資源へのアクセスが途絶えている状態とは、各資源から本人の心身にとって必要な支援を受けられていない状態、または、必要が生じても迅速に支援を受けられない状態である。言い換えると、各資源から本人の心身にとって必要な支援を受けている状態、または、必要が生じればいつでも支援を受けられる関係を築いている状態が、資源へアクセスできている状態であり、目指す姿であると考えられる。

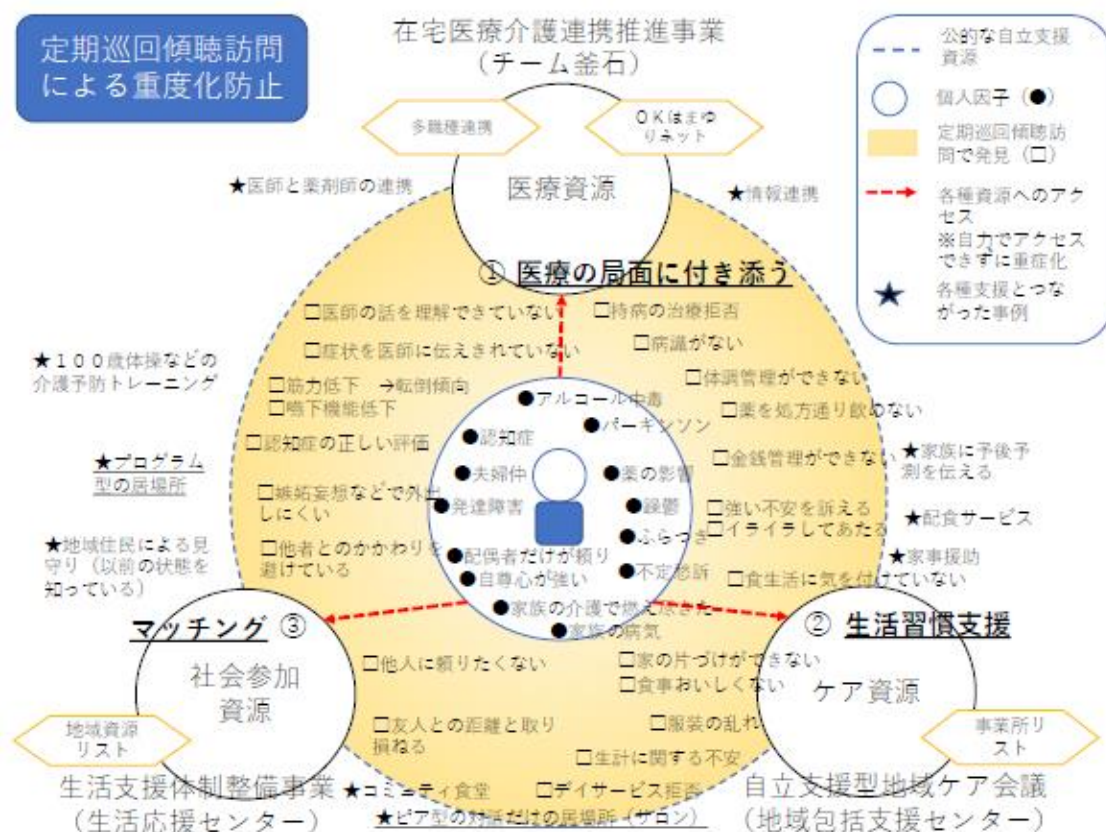
本事業では、フィールド調査および検討委員会の委員事例共有から、支援を受けられない状態には、本人の心身機能の低下の他に、生活や周囲の環境に対する本人の過剰な適応なども要因となっていることが見えてきた。

本人の機能低下によって資源にアクセスできないケースとしては、例えば、歩行機能の低下により医療機関や通いの場に行けなくなった場合や、認知機能の低下により医療機関にかかっても医師の指示を理解することができないというケースがある。

一方、本人が生活に適応しようとする結果として資源にアクセスできないケースとしては、例えば、本人が医療機関での診察が必要と自覚していても、「家族に迷惑をかけたくない」「これ以上困りごとを増やしたくない」ために医療機関にかからないケース等が見られた。

¹ 令和元年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「釜石市における在宅サービスの確保の在り方に関する調査研究事業報告書」

図表 6 高齢者が3つの資源にアクセスできない要因
(定期巡回傾聴訪問による重度化防止のモデル)



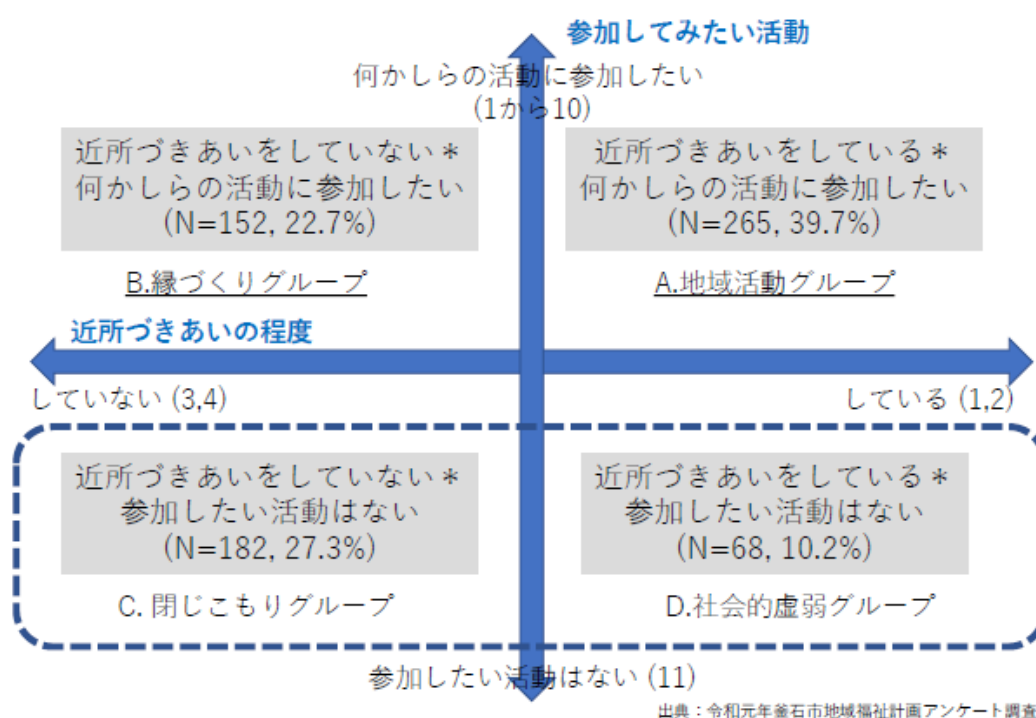
出典：東京大学高齢社会総合研究機構「釜石市における在宅サービスの確保の在り方に関する調査研究事業報告書」2020年3月 p.46

2 具体事例から見てきた代表的な状態像

医療資源、ケア資源、社会参加資源という 3 つの地域資源へのアクセスが途絶えている状態を具体的にとらえるために、フィールド調査として実施した釜石市定期巡回傾聴訪問の介入事例を分析した。

前提として、釜石市定期巡回傾聴訪問では、令和元年度に悉皆アンケート調査と訪問調査によって社会的リスクを抱える高齢者をスクリーニングし、120 人に介入を行っている。このアンケート調査では、「現在の近所づきあいの有無」と「今後参加したい活動の有無」を軸にスクリーニングを行っている。要介護・支援の認定を受けていない人で「近所づきあいをしていない」「参加したい活動はない」、及び「近所づきあいをしている」「参加したい活動はない」と答えた人、そして無回答であった人を中心に対象者を選定している。（詳細なスクリーニング方法については第 7 章参照）

図表 7 コミュニティ活動への意向分析結果



本事業においては、介入した対象者の中で検討会プロセスをとおして介入検証を行ってきた 30 ケースについて、1 年後（令和 2 年度）の経過を確認、分析した。分析の結果、社会的リスクを抱える高齢者の状態像は、「リスク要因」と「地域資源とのつながり」の 2 つの観点から整理することができると考えられる。

リスク要因については、検討会プロセスにおいて専門職によるアセスメントが行われた

際に挙げられた予後予測をもとに整理ができると考えられる。予後予測とは、介護及びケア等の介入が行われず自然に経過した場合にどのような日常生活になっていくのかを考えることである。検討会プロセスにおいては、参加する様々な専門職の目から多角的に予後予測が行われている。本事業では、30 ケースのこれらの予後予測の内容を整理し、その結果、「疾患」「依存症」「認知機能」「意欲低下／不安感」「本人の認知の特性」と「その他」の6項目に分類することができると考えられる。

リスク要因の6分類と、各分類に紐づく予後予測の内容は、図表8のとおりである。

図表8 リスク要因の分類

分類	予後予測の内容	支援内容	件数
疾患	病識がない・服薬できない/しないこと等による病状の急激な進行、あるいは入院を引き起こすようなイベントの発生。	・受診介助 ・内服確認	9
依存症	アルコール等依存症のコントロールが効かないことによる体調悪化や生活状況の悪化。	・見守り ・受診介助 ・傾聴	4
認知機能	認知機能の低下による生活状況悪化や、体調不良等緊急時に必要な助けを呼べない状況。	・安否確認 ・受診介助	6
意欲低下・不安感	意欲低下や不安感による生活状況の悪化。	・傾聴	3
本人の認知の特性	言葉の捉え方・周囲の状況の捉え方等の特性のため、(本人または周囲から見た)生活状況の悪化。	(個々のケースによる)	7
その他	加齢による身体機能の低下 等。		1

なお、上記のリスク要因を抱えていても、地域とのつながりを有しており状態悪化時等に適切な形で地域資源とつながることができる状況にある高齢者については、本事業の対象像からは外れるものと考えられる。一方で、同居家族の有無・同居家族の抱えるリスク要因・日常生活における地域の他者との接点の有無等の状況によっては、状態悪化時の発見が遅れる・本来必要な地域資源による支援が受けられない等の予後予測が立てられる。これらの予後が想定される高齢者が、社会的リスクを抱える高齢者として定義されるものと考えられる。

以上から、本事業において確認された社会的リスクを抱える高齢者の典型的な事例を、図表 9 のとおり整理した。

図表 9 社会的リスクを抱える高齢者の典型事例

リスク要因	地域とのつながり に関する状況	例
疾患 認知機能 等	高齢者世帯等で地域資源の活用 に消極的	高齢夫婦でそれぞれが疾患・認知症を抱えている場合。どちらかの状態が悪化すると、2 人とも生活が困難になる場合。
本人の認知の 特性 等		同居する家族の介護やケアをひとりが担っている場合、ケアしている家族の疾患等心身の状態の悪化に対して、ケアしきれていない場合。
疾患 依存症 認知機能 等	独居世帯等で地域資源の活用 に消極的	単身独居で依存症、認知症、疾患を抱えており、特に、依存症や疾患の悪化に対して現状では適切に対応できていない場合。
本人の認知の 特性		精神疾患がある、生活上のこだわりが強いなど、ケア資源等の支援を要する際等に、認知の特性に関する配慮が必要な場合。

3 現在の支援の枠組み

社会的リスクを抱える高齢者に対する支援を進める上で、現在でも活用可能な枠組み（支援制度）は存在している。現在の主な制度として、ここでは介護保険制度 及び 生活困窮に関する支援制度について、各制度の対象者像を整理する。

(1) 介護保険制度

介護保険制度は 2000 年（平成 12 年）の介護保険法施行に伴い、導入された制度である。本制度では、本人または家族が市区町村に申請し、要介護（要支援）認定を受けた場合に、自立した生活に向けて、ケアマネジャー等によるアセスメントを受け、介護、生活支援等の公的なケアを受けることができる。

要介護（要支援）認定は、身体機能・起居動作、生活機能、認知機能、精神・行動障害、社会生活への適応などの分野にわたる認定調査（基本 74 項目および特記事項）と主治医意見書によって判定される。²

平成 29 年度末時点の 65 歳以上の要介護（要支援）認定者数は 628.2 万人³であり、65 歳以上人口の 17.9% である。

図表 10 認定調査（基本項目）の構成

第 1 群	身体機能・起居動作	13 項目
第 2 群	生活機能	12 項目
第 3 群	認知機能	9 項目
第 4 群	精神・行動障害	15 項目
第 5 群	社会生活への適応	6 項目
その他	過去 14 日間にうけた特別な医療について	12 項目

また、本制度では、地域包括支援センターの運営、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業等の包括的支援事業を含む地域支援事業として、要介護（要支援）認定の非該当者を含む全高齢者を対象とした取組みも展開されている。

(2) 生活困窮に関する制度

生活困窮に関する支援制度として、生活保護制度や生活困窮者自立支援制度等がある。

生活保護制度においては、申請した世帯に対して、資産、社会保障給付等の調査を受け、世帯収入が基準に満たない場合に、差額の支給を受けることができる。平成 29 年の 65 歳

² 厚生労働省「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4 月改訂）」

³ 令和 2 年版高齢社会白書 第 2 節 2 健康・福祉

以上の生活保護受給者は 103 万人であり、65 歳以上人口の 2.9%である。⁴

また、生活困窮者自立支援制度では、自立した生活に向けて、就労支援員等によるアセスメントを受け、就労支援等の支援を受けることができる。

(3) 社会的リスクを抱える高齢者の位置づけ

社会的リスクを抱える高齢者は、医療資源、ケア資源、社会参加資源にアクセスできていない状況であり、また、実態として現時点で主には介護や生活困窮に対する支援を要しない状態であるため、現状の各制度では、公的な機関が関わりを持って個別支援を展開することは難しい状況にある。そのため、社会的孤立やケアの必要な子どもとの同居（8050 問題）等、将来的に高い確率で自立した生活を損ねるリスクが明らかであっても、予防的な個別支援をすることができず、具体的な問題が発生してから対処することとなっていると考えられる。

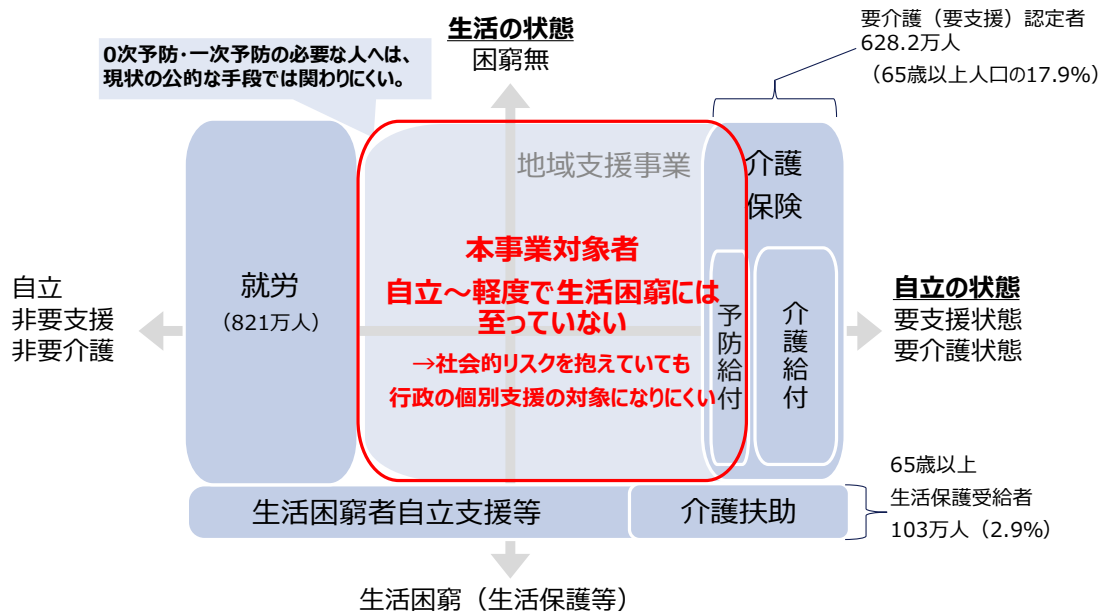
要介護（要支援）認定および生活保護を受けていない高齢者で、65 歳以上の労働力人口 821 万人⁵を除いた、社会的リスクを抱えている可能性のある 65 歳以上の高齢者は、全国で 1962.8 万人であり、高齢者人口の 55.8%を占める。

高齢者を対象に含む公的な支援制度の対象者像を図表 11 に整理した。

⁴ 令和 2 年版高齢社会白書 第 2 節 1 就業・所得

⁵ 平成 30 年版高齢社会白書 第 2 節 1 就業・所得

図表 11 公的な支援制度の対象者像の整理



※平成 29 年 10 月 1 日時点の 65 歳以上人口は 3,515 万人である。⁶

⁶ 平成 30 年版高齢社会白書 第 1 節 1 高齢化の現状と将来像

第4章 調査結果（社会的リスクを抱える高齢者の支援の体制）

1 ヒアリング調査結果

社会的リスクを抱える高齢者に対する支援のあり方を国内の実践事例をもとに整理することを目的に、先進3事例へのヒアリング調査を行った。その結果と本事業のフィールド調査先である釜石市の取組みの特徴を以下にまとめた。

(1) おおた高齢者見守りネットワーク（東京都大田区）

「自らSOSの声を上げられない人」が支援のネットワークにつながれるよう、地域の「支援のネットワーク（地域包括支援センター、医療機関、介護サービス事業者等の専門職）」と「気づきのネットワーク（地域の住民や民間企業、地縁組織等）」との間のつながりを育む取組みを行っている。

ヒアリングでお伺いした内容は図表12のとおりである。

図表12 ヒアリング調査結果（おおた高齢者見守りネットワーク）

分類	#	設問
社会的リスクを抱える高齢者に対する取組みの概要	1	どのような取組みを実施しているか
		・「おおた高齢者見守りネットワーク（以下、愛称の「みま〜も」と記載）」は、高齢者が安心して暮らせる街づくりのために、地域の「支援のネットワーク（地域包括支援センター、医療機関、介護サービス事業者等の専門職）」と「気づきのネットワーク（地域の住民や民間企業、地縁組織等）」のつながりを作り、「自らSOSの声を上げられない人」が支援のネットワークにつながれるよう取組みを行っている。 ・「みま〜も」では、発足当初より「地域づくりセミナー」を継続して行っている。本セミナーは、地域住民が、地域の医療・福祉の専門家や警察・消防などの機関から、地域全体での見守りの重要性や「気づき」の視点について学ぶことを目的として、「みま〜も」賛助会員事業所の専門職や地元の専門機関の方々が講師を務めている。毎月第三土曜日に開催しており、毎回130名ほどの方が参加している。地域づくりセミナーを継続する中で、セミナーの開始前や終了後に、「みま〜も」に関わる専門職が参加者からの相談に乗ることが多くなっている。 ・また、地元商店街の店舗を「みま〜もステーション」として拠点化しており、年間430回程度、講座を開催している（延べ5,000名以上が参加）。「みま〜もサポーター」と呼ばれる、「応援団」となってくれた住民の方々が、講座に参加するだけでなく、講座の講師を

	務めたり、ボランティアとして活動したり、各々のライフスタイルや身体状況に合った形で参加し、時には役割を担ってくれている。 これらの取組みを日々行うことで、関係性をつくるとともに、地域住民の変化をいち早く知らせてもらえるようになっている。	
	2	サービス・取組みを実施している目的・理念 「みま～も」の目的は、まずは孤立させないことである。緊急事態になる前に支援につなぐこと。孤立死しそうになってから救うのではなく、孤立死につながる孤独な状況を生まないことを目指している。
	3	対象地域の状況 大田区内の地域包括支援センターへの相談件数は1か月10,000件にのぼっているが、一方で、これは公的な支援機関（地域包括支援センター）に相談された件数であって、そもそも相談できていない人は更に多くいると感じていた。
取組みに至るまでの経緯	4	取組みを行うこととなったきっかけ（問題意識 等） - 地域包括支援センターとしては、少人数の職員体制の中で、ともしれば相談に来ることのできた高齢者に対してサービスを提供するだけの対応に終始しがちであるが、それでは本来の地域包括支援センターの役割を果たしたことはないと感じていた。また、そのような対応では、今後の更なる高齢化や多問題を抱える高齢者に対応できなくなってしまうと感じていた。 - 上記の問題意識から、個々の相談に対する個別支援だけではなく、現状を地域に知らせることで、点（職員個人）ではなく面（地域）でも支えていこうと考えた。
	5	取組みの開始に至るまでの経緯 (誰がどのような行動を取ったか) - 地域包括支援センター入新井 センター長(当時)が発起人となって、問題意識を共有した福祉・医療の専門職、地元の百貨店の社員などとともに、まずは地元デパートのイベントスペースを活用して地域づくりセミナーを開始した。 - 当初参加者として想定していたのは、高齢者本人というよりは「見守ってあげる」というボランティア意識のある比較的若い方たちや民生委員などであったが、実際の参加者は、70歳代が最も多く、続く80歳代と合わせると7割を占めていた。「自分の将来のために…」を大前提としながらも、「互いに見守る」という意識も持って参加していることがわかった。まずは、動き出すことで、参加者（＝

		住民)が何を求めているのかを知り、その段階で柔軟に対応することで、取組みを継続してきた。
対象者（社会的リスクを抱える高齢者）へのアウトリーチの手法	6	地域の対象者（社会的リスクを抱える高齢者）を把握する方法 ・「みま～も」では、毎日なにかしらの事業を行っているので、住民の方々が周囲の方の変化に気づいた際に、いつでも参加する専門職に相談できる体制になっている。「みま～も」の場では、専門職は専門職としての鎧を脱いで参加しているので、一住民として気軽に会話が行われている。 ・住民の方々が周りの人に目を配り変化に気づけるようになるためには、まずその人自身が豊かになることが必要であると考えている。そのため、講座などでは、まず自分の健康等のために学習してもらうことを意識している。そうして、自分が豊かになることで、周りの人にも目が配れるようになるので、そのタイミングで私たちが背中を押してあげる。共感を広げながら主体をつないでいくことが大切だと思っている。 ・「見守りキーホルダー事業（「みま～も」の事業として開始、現在は大田区による実施）」により、65歳以上の方々にキーホルダーを配布している。キーホルダーには「個人番号」が入っており、緊急時に、事前に管轄の地域包括支援センターに登録した個人情報（緊急連絡先、医療情報等）が確認できるようになっている。この登録更新を年に1回行ってもらっていることになっているので、更新時及び更新がない場合等にその人の変化に気づくことができている。
	7	【把握した情報をもとに介入すべき対象者を選定している場合】 どのような判断基準で介入対象者を見極めているか (スクリーニング基準) ・誰しものが孤独を抱える可能性があると思って取組みを行っている。その中でも、退職など、特に孤独に陥りやすい節目には特に注意している。生まれてからずっと社会とつながりがなかった人はいないので、何かきっかけがあると考えている。
	8	対象者とコンタクトを取るタイミング (訪問等の機会の設定方法)
		・－
	9	対象者を地域資源へつなぐ方法 ・「気づきのネットワーク」からの情報をもとに、潜在的なリスクを抱える住民とリスクが顕在化する前から気軽に話ができる関係を構
対象者をエンパワメントする上での工夫		

	築することで、リスクが顕在化する前から（あるいは、リスクが顕在化した際には）、必要な支援につなぐことができている。	
	10	本人の資源へのアクセス力をエンパワメントする工夫 (対象者への寄り添い方) ・地域とのつながりを絶った期間が長ければ長いほど、「みま〜も」であってもつながりを持つことが難しくなる。早い段階で地域とのつながりを持ってもらうことが大切だと日々感じている。 ・「みま〜も」事業開始時（13 年前）にサポーターだった人が認知症や要介護となった場合、すでにつながりがあるので孤立することなくスムーズにサービス提供できる。医療や介護が必要になってからつながるのではなく、地域包括支援センターや専門職が早い段階から寄り添うことができればよいと思っている。
	11	特に対処が困難な事例 ・地域とのつながりを絶った期間が長ければ長いほど、改めてつながりを持つことは難しくなると感じている。
	12	取組みの実施に係る費用の負担状況 ・協賛金のみで運営しており、現在、90 以上の事業所から協賛を受けている。うち、医療・介護以外の分野の企業も 34 企業ある。 ・協賛企業はコロナ禍にあっても増加傾向である。超高齢社会で人口が減っている日本で企業が存続するためには、シニア層を考慮した企業にシフトしなければならないが、自社だけで方向転換することは難しい。「みま〜も」に関わることで、地域の専門職・公的機関とのネットワークに参加できることが、企業にとってのメリットとなっていると考えられる。社員教育・人材育成のために、協賛に参加する企業もある。 ・地域づくりセミナーは、賛助会員事業所が月々交代で講師との連絡・打ち合わせを行って、当日の運営を行っている。その結果、事業所同士のつながりが生まれ、賛助会員メンバーと講師との間に達成感とともに今後の連携が育まれている。
	13	行政及び各種地域資源との協力体制 ・大田区や社会福祉協議会が「みま〜も」後援団体となっている。「みま〜もステーション」の立ち上げ時には商店街との関係を行政につないでもらった。また、「みま〜も」が始めた「見守りキーホルダー事業」は区の事業として引き継がれ、現在では 65 歳以上の区民 16 万人のうち、4 人に 1 人が見守りキーホルダーを所持している。
取組みを継続的に実施するための体制		

	・「みま～もサポーター」は、こちらから依頼してサポーターになってもらうのではなく、手上げ方式としている。また、主体的に関わってもらうために、敢えて登録料を頂いている。やらされるのではなく、自分でやりたいと思って活動してもらうことが継続のためには重要であると考えている。	
	14	取組みに対する評価の実施有無（及び実施方法） ・利益ではない社会的価値を評価して伝えていきたいと考えているものの、難しさを感じている。
	15	現在の取組みにおける問題、課題 ・取組みを行う人を広げるためにも、専門職が所属している組織に対して取組みの価値を適切に伝えていけるようになっていくことが必要であると考えている。 ・孤立を未然に防ぐ取組みだからこそ、明確に評価として測りにくい点が難しい。サポーターの多くの方と7～8年関係を持ち続けているので、状態の変化を把握することもできるが、その変化を評価することが難しい。
今後の展望	16	今後の展望 ・地域包括支援センターだけでは関わることのできない人たちへの取組みを、「みま～も」という組織によって、柔軟にスピード感を以て取り組んできた。様々な企業を巻き込む協賛の仕組みを以て、医療・介護の専門職だけでなく住民・地域の社会資源とともに地域課題を考えて取り組んでいく仕組みを、これからも広げていきたい。 ・なお、現在すでにのれん分けした団体は10団体ある。のれん分けの条件を、当初は大田区と同じ取組みを行うことと考えていたが、地域課題がそれぞれ違うため考えを変えた。現在は、事業を継続するにあたっての要となる「企業協賛による事業展開」を共通条件として、ノウハウ等の提供を進めている。

(2) 社会福祉法人 新生会（岐阜県揖斐郡池田町）

介護予防教室、ライフサポート事業、配食サービス、まちづくり工房等の、地域で実施している様々な事業を連携して進めることで、多様な形で住民との接点を確保するとともに、その方の状況に応じて適切な地域資源へとつなぐことができている。
ヒアリングでお伺いした内容は図表 13 のとおりである。

図表 13 ヒアリング調査結果（社会福祉法人 新生会）

分類	#	設問
社会的リスクを抱える高齢者に対する取り組みの概要	1	どのような取り組みを実施しているか ・「NPO 法人 校舎のない学校」を立ち上げ、「地域・生活・人から五感で学ぶ体験」を大切にしている取り組みを行っている。取り組みの一つとして、池田町からの委託事業として介護予防教室を行っており、地域の方一人一人が持っている力を出し合って、皆が互いに先生になって教える研修授業も好評企画の一つである。介護予防教室に通っている方の力を活かし、自信を取り戻すことを目指している。 ・少しでも住み慣れた自宅で暮らし続けるために、生活の様々な場面において支援が必要な時に、介護保険では支援できない日々の困りごとを、専門の研修を受講した「ライフサポーター」が自宅に訪問する事業を行っている。「ライフサポーター」の仲間づくりのため、池田町のみならず、近隣市町村でも講座を開講し、その活動を拡げている。 ・社会福祉法人 新生会としては、上記の校舎のない学校の取り組みの他にも、配食サービスや洗濯サービス等、様々な生活支援の取り組みを行っている。
	2	サービス・取り組みを実施している目的・理念 ・「在宅でできるだけ長く過ごしたい」という思いを叶えるため、高齢者の実際の生活を見ながら、既存のサービスや関わりの隙間に何があったら便利なのか考えながらサービスを作ってきている。
	3	対象地域の状況 ・池田町は人口 23,526 人（2021 年 3 月 1 日現在）の町である。福祉に関する住民の意識は高く、社会福祉協議会が主導で行っているサロン活動についても、地域の中でも数多く存在（町内 46 地区中 45 地区で活動）している。 ・池田町の所属する揖斐広域連合において、高齢化率は年々上昇しているが、要介護（要支援）認定率は 15.3%（平成 28 年度）と全国及
取り組みに至るまでの経緯		

	び県平均より低い水準を維持しており、介護保険料率についても第6期介護保険事業計画から据え置きで運営できている。	
	4	取組みを行うこととなったきっかけ（問題意識 等） ・社会福祉法人 新生会で長年に亘って居宅サービス（通所介護・訪問介護 等）を行う中で、サービス外の生活における困りごとが見えてきた。その困りごとを少しでも解決し、その方の生活を支援したいという思いから、様々な仕組みを考えてきた。その延長線上で、サービス提供前の高齢者についても、取組みの対象として支援する必要性を感じ取り組んできた。
	5	取組みの開始に至るまでの経緯 （誰がどのような行動を取ったか） ・ —
対象者（社会的リスクを抱える高齢者）へのアウトリーチの手法	6	地域の対象者（社会的リスクを抱える高齢者）を把握する方法 ・介護予防教室等の取組みに参加されている方々から、気になっている方の情報を収集する。また、認知症カフェやスマホ教室等の開催や、配食サービスの実施、「まちづくり工房『霞溪舎』」の運営 等をとおして様々な形で地域の方々と接点を有しており、生活に支障をきたしている方についてはその場で会話をすることで状況を確認している。 ・認知症カフェでは、気軽にお茶を飲みに来てもらったり、別件でお出掛けされるタイミングで寄ってもらったり、極力参加しやすいように努めている。また、介護予防教室では、地域の多くの方が通っている神社に行くツアーや、広く地域の方々に見てもらえる作品展を企画する等、教室参加者以外の方々と交流する機会を設け、広く地域の方々との接点を作るよう意図的に対処している。
	7	【把握した情報をもとに介入すべき対象者を選定している場合】 どのような判断基準で介入対象者を見極めているか （スクリーニング基準）
	・介護予防教室では送迎サービスを行っており、自宅の生活環境から各種サービスの介入の必要性を確認し、必要に応じてご家族の話も伺うことができている。その他の配食サービスや、要介護認定調査の訪問時調査 等の実施時の情報を含めて、担当職員間で情報共有を行うことで、介入優先度を総合的に判断している。 ・当初、池田町では介護予防教室の実施にあたり特定高齢者の基本チェックリストを用いたスクリーニングを実施していたが、現在では	

	それぞれの教室にスクリーニングの運用を任せることとなっている。	
	8	対象者とコンタクトを取るタイミング (訪問等の機会の設定方法)
	・－	
対象者をエンパワメントする上での工夫	9	対象者を地域資源へつなぐ方法
	・介護予防教室、ライフサポート事業、配食サービス 等のそれぞれの事業を担当している職員間で密に情報連携を行っており、本人にとってどのような地域資源につなげることが望ましいか等について、様々な情報及び選択肢の中から、職員間で話し合って判断している。また、ライフサポーターが訪問・支援を行った際に収集した情報についても、事務局をとおして共有を図っている。 - 介護予防教室の参加者に対して、その方の状況によっては、ライフサポーター講座の受講を勧めている。その結果、自分の本来の力を発揮して、現在ではライフサポーターとして精力的に活動している方もいる。 - 配食サービスを実施する中で、その方の状況によっては、訪問時に介護予防教室の情報を伝え、参加を促している。民生委員・福祉委員とも情報を共有しながら多方面からアプローチしている。 ・ご本人に地域資源の情報を提供して参加を促す際には、例えば「マスクを作る」取組みであれば実施内容を分解して「ゴムを通す」「折る」等の形で簡潔に伝えるよう意識しており、その人の能力に応じて「できる」と思ってもらえる形で役割を伝えている。また、対象者と職員の相性や関係性も考慮しており、ご本人に誰（どの職員）から伝えるべきかを、職員間で相談している。 ・介護保険サービスの利用を促すにあたっては、ご家族の方に対する啓蒙を意識的に実施している。ご本人にサービス利用に抵抗感があったり、又ご家族の方がご本人の状態像を他の高齢者の方々との比較の中で考えることができていない場合が多いので、客観的に状態を捉えられるよう適切な情報提供を行うことで、介護保険サービスの利用につなげることができている。 ・医療資源との連携という観点では、池田町では薬剤師が積極的に居宅訪問を行っている。月2回行われている地域ケア会議において、薬剤師とは情報共有を行っている。	

	10	本人の資源へのアクセス力をエンパワメントする工夫 (対象者への寄り添い方)
		・介護予防教室の運営にあたっては、地域の人がそれぞれの内容で先生となることで、その人のパワーを引き出すことができていると感じている。「援助されている」「支えられている」という感覚ではなく、参加することが「何かに役立つ」「誰かの役に立つ」点をお伝えしているため、皆さんが積極的に参加してくれていると感じる。 - 今年度の介護予防教室の中では、マスクを作り池田町全域の小学1年生に配布する取組みを実施した。コロナ禍において「自分たちには何ができるか」ということを介護予防教室の仲間と一緒に考えて企画した。介護予防教室ではアセスメントを行い、元気な方については、支える側の役割をお願いしている。 - 「まちづくり工房『霞溪舎』」の当番（管理人）を、地域の高齢者に担ってもらっており、社会に参加・貢献する機会となっている。介護予防教室等でアセスメントを行い、元気な方については、支える側の役割をお願いしている。
	11	特に対処が困難な事例 ・地域の場に高齢者の方々が参加するにあたって、移動手段がないことが問題となることが多い。そのため、介護予防教室では送迎サービスを設けている。移動手段のない方の中には独居やひきこもりの方も多いため、その方々が地域とつながることを、コミュニティバスの利用を勧めたり、送迎サービスを行うことによって支えることができている。
取組みを継続的に実施するための体制	12	取組みの実施に係る費用の負担状況
		・介護予防教室は、池田町からの委託により実施している。送迎サービスについても、ガソリン代相当として委託の範疇に含まれており、送迎希望者については、本人にもワンコインの負担をしてもらっている。 - 教室参加者の方々と、電車に乗って隣町に行くイベントを設けた際には、その費用は参加者の自費負担とした。自費と委託費をうまく組み合わせて、継続できるよう運営している。 - 委託の金額については、参加者数に応じてではなく、定員数で規定されている。定員数近くまで参加者が増えるよう、事業者としては努力をしている。 ・ライフサポート事業については、利用者から利用料を貰っており、その半分以上をサポート者の有償ボランティア費用、残り半分をコーデ

	ィネート費用等事務費として充てている。ライフサポーターの養成講座については、一部市町村からは開催費用を出してもらっているが、現在は持ち出しで実施している市町村もある。 - ライフサポート事業の総合事業 生活支援サービス B での実施についても一部市町村では検討になったが、適用に要する工数が費用に見合わず、現時点では見送っている。	
	13	行政及び各種地域資源との協力体制
	・－	
	14	取組みに対する評価の実施有無（及び実施方法）
	・－	
今後の展望	15	現在の取組みにおける問題、課題
	・「在宅でできるだけ長く過ごしたい」という思いを叶えるためのサービスを今後も提供していく上で、支える役割を担ってくれる人を養成していかなければならない。70 代 80 代でも、支える役割を担ってくれている人はいる。 - ヘルパー資格者で活動していない方々 等に、もっと支える役割を担ってもらえたらと考えている。来年度の初任者研修等をとおして、コロナ禍に対応した新たな考え方を持つヘルパーを養成していきたいと思っている。	
	16	今後の展望
・年 340 回開催されているサロンの情報が、民生委員・福祉委員・地域包括支援センター・社会福祉協議会 等だけでなく、介護予防教室にも共有されるような仕組みを考えていきたい。地域の様々な資源をつなげていきながら、アセスメントの結果に応じて適切な場を勧めていけるような機能を高め「プロの住民」を育てていきたい。 ・介護予防教室等の一部の参加者は固定化してきているので、会費制の自主サークルに育ってくれたらと考えている。		

(3) 新潟県社会福祉協議会（新潟県津南町）

津南町において全世帯を対象とした悉皆でのアンケート調査を実施し、ひきこもり等の社会的孤立者への対応方法を検討している。

ヒアリングでお伺いした内容は図表 14 のとおりである。

図表 14 ヒアリング調査結果（新潟県社会福祉協議会）

分類	#	設問
社会的リスクを抱える高齢者に対する取組みの概要	1	どのような取組みを実施しているか ・社会的孤立などの要因等を把握し、今後の福祉施策に反映すべく、「津南町民の日常生活のお困りごとに関する調査」(2018 年 12 月)を実施した。 ・津南町の全世帯(3,258 世帯)を対象に、住民の日常生活における不安要素、相談相手、近所付き合い、地域との関わり、社会的に孤立しやすい世帯構成員の有無や日常生活状況 等についてアンケート調査を行った。調査結果は新潟県社会福祉協議会のホームページ(以下 URL)にて公開している。 http://www.fukushiniigata.or.jp/wp352/wp-content/uploads/2019/12/tunanhoukoku_1912.pdf
	2	サービス・取組みを実施している目的・理念 ・地域の中で当事者の課題解決につなげていく上での示唆として活用することを目的に、本調査を実施した。
	3	対象地域の状況 ・近年、少子高齢化や核家族化の急速な進行、若者の都市部流出等を背景に家族や地域の支え合い機能の低下が懸念されている。
取組みに至るまでの経緯	4	取組みを行うこととなったきっかけ（問題意識 等） ・住民の社会的孤立については一人ひとりの様々な原因が影響していると思われるが、その背景には、健康問題や経済的困窮、人間関係の希薄化、介護などの問題が複合化していることが想定された。また、地域で孤立しやすく、排除されやすい人々は、自ら助けを求めることが困難な状況にあることが少なくないことを踏まえて、地域社会や人とのつながりを回復させていく取組みが必要であると想定された。これらの想定から、具体的な取組みを検討するためには悉皆でのアンケート調査が重要であると考え、本調査の実施に至った。

	5	取組みの開始に至るまでの経緯 (誰がどのような行動を取ったか) ・津南町では調査に先行してひきこもり対策の取組みを進めており、また人口規模としてもモデル的に調査を実施するにあたって適していると判断し、調整を行った。
	6	地域の対象者（社会的リスクを抱える高齢者）を把握する方法 ・津南町の町政事務嘱託員を通じて全世帯へ配付される定期配布物に併せて本調査にかかる調査票等を配布し、調査票配布時に同封した本調査専用の回答用封筒に封入・封函してもらい、健康診査申込書等を提出してもらうために津南町役場が用意している封筒に健康診査申込書等とともに本調査の回答用封筒を封入・封函し、町政事務嘱託員を通じて津南町役場に提出してもらった。 ・津南町は豪雪地帯であり、ポストへの投函は難しい場合もあるため、回収率を上げるために、町政事務嘱託員が直接訪問する際に健康診査申込書等とともに回収する方法を採った。 ・また、調査にあたっては、住民への配慮の観点から質問項目には「社会的孤立」や「支援」という言葉は使わず、できるだけ平易な言葉を使用することで、記入者が回答しやすいものとした。
対象者（社会的リスクを抱える高齢者）へのアウトリーチの手法	7	【把握した情報をもとに介入すべき対象者を選定している場合】 どのような判断基準で介入対象者を見極めているか (スクリーニング基準) ・本調査は今後の取組みを検討する上での示唆として活用することを目的として実施しており、また回収率を高めながらプライバシーに関わる情報提供をしてもらうために、回答結果は個人を特定できない形で集計する方針を採っている。そのため、調査結果を活用した介入対象者の抽出は実施していない。 ・一方で、津南町の福祉保健課の保健師のもとには様々な地域関係者から社会的リスクを抱える方の情報が集まっている。今後は、令和3年度から津南町で実施されるひきこもり支援関係事業において設置するプラットフォームも活用しながら、津南町として把握している支援対象者への対応を継続していく。
	8	対象者とコンタクトを取るタイミング (訪問等の機会の設定方法)
		・－

対象者をエンパワメントする上での工夫	9	対象者を地域資源へとつなぐ方法
	・－	
	10	本人の資源へのアクセス力をエンパワメントする工夫 (対象者への寄り添い方)
	・－	
	11	特に対処が困難な事例
	・－	
取組みを継続的に実施するための体制	12	取組みの実施に係る費用の負担状況
	・ 本調査は、新潟県が新潟県社会福祉協議会へ委託して実施する「地域共生社会実現に向けた基盤構築推進支援事業」の一環として実施した。	
	13	行政及び各種地域資源との協力体制
	・ ひきこもり支援関係事業が含まれる生活困窮者自立支援法では、福祉事務所を設置しない町村は都道府県が取組みの実施主体となっている。都道府県と連携した取組みを進めてはいるが、プライバシーに関わる情報については日頃から関係性のある町の保健師（福祉保健課）のところにも情報が集まっている。	
	14	取組みに対する評価の実施有無（及び実施方法）
今後の展望	・－	
	15	現在の取組みにおける問題、課題
	・ 地域の居場所に出てくる人は地域の様々な関係者で対応することができるが、ひきこもりの方々への最初の関わりについては専門知識を有する保健師が対応していく必要があると考えられる。保健師の負担が大きいため、体制の強化が必要であると考えている。	
	16	今後の展望
	・ 津南町においてひきこもり支援関係事業のプラットフォームを活用しながらの適切な介入が継続的に実施されていくよう、必要なサポートをしていきたい。	

(4) SOMPO ケア株式会社（岩手県釜石市）

釜石市の委託事業を SOMPO ケア株式会社が受託し、令和現年度から定期巡回傾聴訪問事業を行っている。既存の悉皆アンケート調査を活用して、支援を必要としている可能性のある方々を可視化し、その方々に個別訪問を行う中で介入が必要な社会的リスクを抱える高齢者を明確にしている。また、介入対象者については継続的に個別訪問を行う中で関係性を構築し、必要な地域資源へとつなげる取組みを行っている。

取組みの詳細については第 7 章で記載する。

2 支援体制のあり方について

ヒアリング調査の結果等を踏まえ、社会的リスクを抱える高齢者に対する支援のあり方について、(1)スクリーニングの実施方法、(2)介入方法、(3)実施体制・財源の3つの観点から得られた示唆を整理した。

(1) スクリーニングの実施方法

社会的リスクを抱える高齢者の存在を明らかにし、介入が必要な対象者を明らかにしていくにあたって、入口としては、主には2つの方針があると考えられる。

一つ目としては、地域の住民間の関係性を前提とし、日々の生活及び事業の中で対象者の状況に気づき、介入の必要性を検討していくという方針である。おおた高齢者見守りネットワークの事例では、地域住民等の間には気づきのネットワークがあるという前提のもと、そのネットワークと支援のネットワーク（地域包括支援センター、医療機関、介護サービス事業者等の専門職）のつながり作りを進めている。また、社会福祉法人新生会の事例では、社会福祉法人新生会が地域で様々な事業を実施している中で、地域に住まう一人として多様な形で住民との接点を確保していることで、介入が必要な対象者を見つけることができている。

もう一つの方針としては、悉皆調査を入口にして支援を必要としている可能性がある方々を抽出し、それらの方々の実態を確認する中で介入の必要性を検討していく形である。釜石市における SOMPO ケア株式会社の事例では、高齢者現況調査の回答状況（回答の有無 及び 回答結果）をもとに抽出した方々を中心に個別訪問を行い、介入対象者を明確にしている。また、新潟県社会福祉協議会の事例では、調査に基づく個別介入は実施していないものの、社会的リスクを抱える方々の状況を把握するために、悉皆調査を行っている。

これらの2つの方針は相互対立するものではなく、取組みを進める中で状況が変われば方針もまた遷移していくものであると考えられる。例えば、悉皆調査を入口にした介入については、地域の住民間の関係性が比較的薄く、早期に社会的リスクを抱える高齢者への介入が求められている地域においては有効な方針であると考えられるが、取組みの実施負担は大きくなる傾向にあるため、中長期的には、地域の住民間の関係性の中でスクリーニングを行っていく方針と組み合わせしていく形になる（また、悉皆調査を入口とした一連の取組みの中で培われた地域の関係性はその遷移をスムーズに進める土台になると考えられる）。

その時点の地域の実情及び課題意識に応じてどちらの方針に重きを置くかを判断し、適切なスクリーニング方法を選択・実施していく必要があると考えられる。

(2) 介入方法

社会的リスクを抱える高齢者に対して実際に介入を進めていく上では、対象者と関係性を構築していく際と、地域資源へとつないでいく際のそれぞれで、以下のポイントを意識・工夫しながら取組みが進められている。

関係性の構築にあたっては、対象者と既に関係性を有している人を介して関係性を手繰り寄せていくことを意識して取組みが進められている。また、住民と対等な関係を築き、何気ない会話の中から必要な情報を拾い上げることができるよう、専門職も一人の住民として対象者と接することが意識されている。おおた高齢者見守りネットワークの事例では、地域住民等の参加する「地域づくりセミナー」を開催するにあたって、全国的に著名な先生等ではなく地域の専門職に講師を務めてもらい、地域に住まう一人の住民として関係性が構築されるよう工夫している。釜石市における SOMPO ケア株式会社の事例では、傾聴に力点を置いており、何気ない会話から時間をかけて関係性を構築していくことを意識している。

地域資源へとつないでいくにあたっては、本人ができそうな（できると感じられる）こと・場へと、本人が関心をもったタイミングでつないでいくことが意識されている。また、そのためには、つなぎ先としての地域資源の候補を幅広く持つておけるよう工夫がされている。社会福祉法人新生会の事例では、介護予防教室・ライフサポート事業・配食サービス等の地域で実施している様々な事業の担当者間で常に情報共有・相談が行われており、対象者の状況に応じて適切なつなぎ先を考え、対象者と相性が良いと思われる担当者から地域資源への参加を勧めるようにしている。

なお、介入を円滑に進め、適切な地域資源へとつないでいくためにも、生活支援体制整備事業等で進められているネットワークづくりの動きと連携しながら取組みは進められていくことが重要である。

(3) 実施体制・財源

支援の実施主体については、各地域の状況に応じて適任な主体は異なってくると考えられる。細やかな関係性構築・情報収集をもとにスクリーニング・介入を進めていくことが前提であることから、行政の他、当該地域に根付いて取組みを行っている医療法人、社会福祉法人、民間企業等が候補になるものと考えられる。

なお、実施体制における行政の関与状況についても地域によって様々であるが、委託事業として進めていく場合においては、行政側で優先的にスクリーニング・介入を進める対象者像を設定する等の工夫が行われている。釜石市における SOMPO ケア株式会社の事例では、釜石市が高齢者現況調査の回答状況に基づき優先対象者を定めた上で、SOMPO ケア株式会社に事業を委託している。地域住民を訪問し、関係性と構築しながら状況を把握していく作業を進める中では、当然優先対象者以外の情報も集まってくることから、行政

側で対象者を固定することまではしていないものの、課題意識に基づき優先対象者は行政側で定めた上で事業を進める形としている。

取組みに係る財源としては、今回の調査対象の中では、行政予算に基づく委託事業としての実施（社会的リスクを抱える高齢者への支援を主目的とはしない事業の中での対応を含む）が多く見受けられた。また、地域支援事業等の既存支援制度の予算を活用しての実施が重要であると考えられる。本事業にオブザーバーとして参加頂いた川崎市では、地域支援事業（生活支援体制整備事業）として地域の介護サービス事業所に生活支援コーディネーターを配置することで、社会的リスクを抱える高齢者等への対応を進めている。なお、おおた高齢者見守りネットワークの事例では、企業協賛による事業を実施しており、行政予算以外による取組みとして参考になる。

3 事例検討のあり方について

地域課題、社会課題を抽出する方法としては、社会調査あるいは医療保険・介護保険をはじめとした各種統計データを利用するマクロ的な視点がある一方で、地域課題・社会課題が個々人の中でどのような連関（課題相関）で生活上の困難さを生み出しているか、派生的な課題を生み出しているかについてリアリティをもって知るには、個別事例の検討が有用であると考えられる。

本事業のフィールド調査および部会での検討では、社会的リスクを抱える高齢者の状態像、特に介護保険申請以前の高齢者の状態像を考えるにあたり、社会的孤立リスク、すなわち関係性の維持や構築を困難にする具体的な地域課題・社会課題を個別事例から多角的に抽出すること、および事例報告書のデメリットとも言える報告者の職種バイアスを可能な限り回避することを目的として、個人因子・環境因子の考え方にに基づき設定したカテゴリーに沿って情報を収集・整理する形の事例報告書を作成した。

本事業での検討をとおして、本事例報告書を用いることで、保健福祉部門のみならず、他分野の専門家からの活発な課題抽出が行われた。今後事例報告書の作成・流通ルートを定着させた上で個別事例から得られた課題を蓄積・管理をしてゆくことにより、政策提言のエビデンスや対象群に特徴的な兆候の早期発見、リスクの統計的な見える化も実現する可能性があると考えられる。

本事業で用いた事例報告書は図表 15 のとおりである。

図表 15 事例報告書フォーマット

年 月 日 記入者

職種

事例報告書

基本情報	氏名		年齢		性別	男・女	独居・同居	介護度		日常生活自立度		認知度	
主訴													
現況歴													

課題の抽出とアセスメント

分類		阻害因子(リスク)／促進因子	予後予測	サポート
個人因子	①身体			
	②メンタル			
	③関係性			
	④お金			
	⑤食			
	⑥価値観			
環境因子	⑦制度			
	⑧住居			
	⑨アクセス			

まとめ

家族図

今回の検討で重要と思われた課題・意見	
年 月 日 記入者	
年 月 日 記入者	

サマリー

年 月 日 記入者	

第5章 調査結果（社会的リスクを抱える高齢者の支援の評価のあり方）

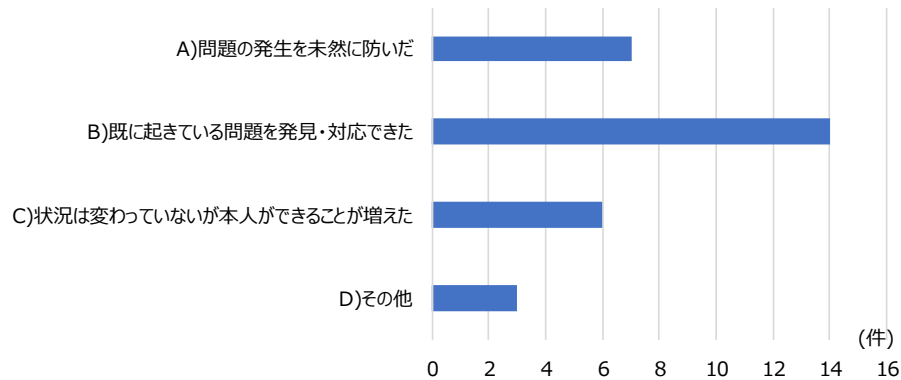
1 フィールド調査対象者の介入評価

本事業で介入を実施した30事例について、具体的な実施内容は図表16のとおりである。また、介入における成果を「問題の発生を未然に防いだ」「既に起きている問題を発見・対応できた」「本人のできることが増えた」「その他」で分類・整理した。その結果は、図表17のとおりであった。

図表16 フィールド調査30事例の介入内容



図表 17 フィールド調査 30 事例の介入成果



2 評価のあり方について

社会的リスクを抱える高齢者への支援体制に関する評価を進める上で、検討委員会での議論から提示されたポイントを以下に整理する。

①個別介入に関するミクロな視点からの評価

個別介入というミクロな視点からの評価を行うにあたっては、第一に本人の QOL が評価のポイントとして重要である。QOL 尺度である ASCOT (The Adult Social Care Outcomes Toolkit) を用いた評価のあり方などが考えられる。

その他にも、ケアマネジャーや医師などの周囲の関係者から見た評価も意義がある。ケアマネジャーからの評価としては、地域資源との連携状況などの点から評価することが考えられる。医師からの評価としては、例えば、付き添い支援 等によって適切な診療が実施し易くなった等の評価が考えられる。

②地域介入に関するマクロな視点からの評価

地域介入というマクロな視点からの評価を行うにあたっては、介護保険制度の枠組みにおける評価が考えられる。地域の高齢者の要介護度が維持（要介護との悪化が防止）されることにより、介護保険料が抑えられるという観点での評価である。

その他にも、医療資源・ケア資源・社会参加資源をつなぎあわせる支援においては、介護予防給付、在宅介護・医療連携推進事業、生活支援体制整備事業など様々な事業の状況を踏まえつつ、どのように評価すべきかの検討が必要である。

③予防効果を評価するための方法論の確立

社会的リスクを抱える高齢者への支援の効果を評価することには難しさが伴うと考えられる。なぜなら、本事業で対象とするような社会的リスクを抱える高齢者は、現時点では問題が顕在化していない方々が中心になるためである。近年、介護予防の効果評価のあり方について議論されているように、「結果として何も起こらなかった」という予防の効果をどの

ように評価するかについては、今後方法論を検討・確立していくことが求められている。

第6章 まとめ

1 社会的リスクを抱える高齢者への支援のあり方について

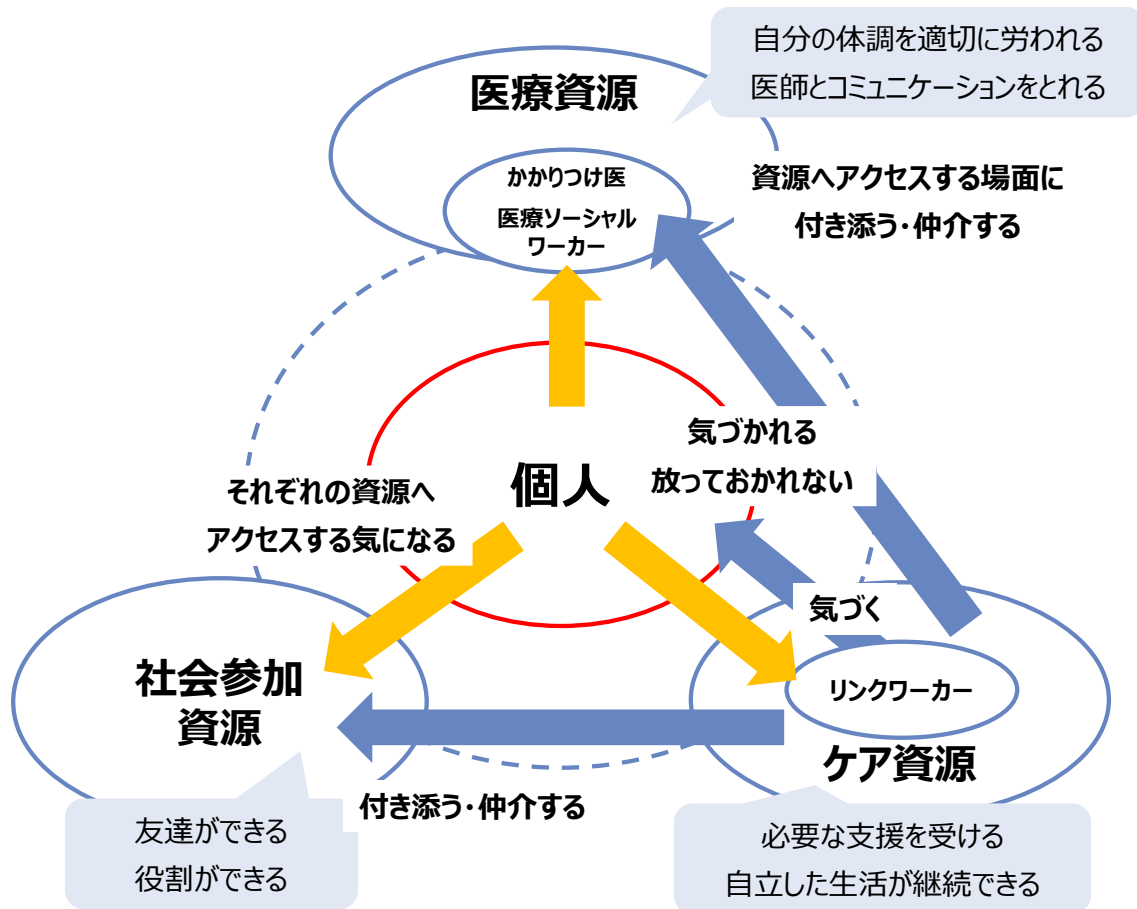
社会的リスクを抱える高齢者への対応について、これまで多くの地域では、家族によるケアの他に、地域の住人が地域活動の一環で見守りを行ってきたと考えられる。例えば、地域の自治会や民生委員、老人クラブなどが見守り、友愛訪問・電話などの活動を通して孤立しそうな人に気づくケースである。地域の住人が地域包括センターや行政職員と情報連携することでケア資源や医療資源へ連携する手段ができる場合もある。一方で、この従来の枠組みは、すべて地域の住民等のボランティアによってなされることから、本人が「大丈夫」と言ってしまうとそれ以上のかかわりが限られること、担い手となる住民等の高齢化により活動の維持に困難を来している地域が増えていること等、今後を考えた際には、行政が中心となって仕組みの強化・見直しを進めることが必要な状況となっている。

本事業では、上述の課題意識に基づき、国内外の取組み事例を参照しつつ、今後の支援のあり方について検討を行い、社会的リスクを抱える高齢者の状態像の整理（P.12）、国内の先進事例をもとに考えられる支援のポイントの整理（P.20）、評価のあり方に関する整理（P.38）を実施した。

これらの整理の結果から、社会的リスクを抱える高齢者の支援にあたっては、①個人の抱えているリスクに気づくこと（アウトリーチ）、②関係構築の上で個人の地域資源へのアクセスを引き出すことが共通して重要であることが確認できた。また、具体的な支援体制等は各地域の状況に応じて判断する必要があるが、支援主体は、地域のケア資源、医療資源等が担うことが想定され、いずれが主体となる場合においても、地域にある既存の資源を活かした支援の体制を構築することが重要であると考えられた。

なお、支援に係る工程を個人の視点から見ると、①資源へアクセスする気持ちになる、②（最終的には）資源とつながっている、という2つの段階を踏むこととなる。社会的リスクを抱える高齢者が「家族に迷惑をかけたくない」「これ以上困りごとを増やしたくない」など、現状の生活を維持したいと考えているとすれば、「資源へアクセスする気持ちになる」ためには「自分の問題が問題であることに気づく」「自分を労わることやその方法に気づく」「自分がちがう選択をできることに気づく」などといった変化を起こす介入が必要となる。「リンクワーカー」の立場を担う主体が、本人が自分の意思で資源にアクセスできるよう寄り添うこと、エンパワーメントすることが重要であると考えられる。

図表 18 社会的リスクを抱える高齢者への支援のあり方（イメージ）



2 今後の課題

本事業をとおして、社会的リスクを抱える高齢者への支援の取組みが今後さらに広がっていくための課題が明らかになった為、以下にその内容をまとめる。

(1) 事例の検討・蓄積スキームの検討

本事業では、個別事例の検討を行うにあたって、報告者の職種バイアスを可能な限り回避し、地域課題・社会課題を多角的に抽出することを目的として、個人因子・環境因子の考え方に基づき設定したカテゴリーに沿って情報を収集・整理する形の事例報告書を作成した（P.36）。本事例報告書については、今後継続的に運用をしていく中で、よい意図した目的を果たせるものへと改良をしていくとともに、他の地域においても共通して用いることができるものへ修正を行っていく必要があると考えられる。

また、各事例の介入方法を検討・決定するにあたって、将来的にはエビデンスに基づく決定が可能な環境づくりを目指していく必要があると考えられる。そのためには、過去の事例の背景情報・課題・介入内容・効果等が体系的に整理されていくスキームを構築する必要がある。前述の事例報告書の検討にあたっては、この点も留意しながら進めていく必要がある。

と考えられる。

(2) 評価のあり方に関する検討

本事業をとおして、社会的リスクを抱える高齢者に関する支援の取組みに関する評価のあり方については、未だ確立されておらず、その検討の必要性は高いことが明らかになった。また、「将来起こり得る問題を未然に防いでいること」をどのように評価すべきかについては、本取組みに限らずその難しさに関する指摘があった（P.39）。

取組みを継続的に実施するためには、予算の確保だけではなく、実施主体を担う組織の組織内の合意形成が必要であり、それらを円滑に進めるためにも評価のあり方を検討・確立していく必要性は高いと考えられる。

(3) 悉皆調査を活用した介入の横展開モデルの構築

本事業から、悉皆調査を活用した社会的リスクを抱える高齢者への介入の取組みについては、地域の状況によっては選択肢として有効であることが示唆された。また、行政予算を適切な事業に配分するための根拠としても、悉皆調査は有効であると考えられた。一方で、悉皆調査を活用した取組みを実施するにあたっては、相応の費用を要することから、予算の確保が課題になることが想定される。既存の悉皆調査を活用する等の低コストで実施するための方法論を深掘りするとともに、介入の出口（事業としての介入を終える基準）についても明確にしていく必要がある。

(4) ひきこもり支援等との連動

社会的リスクを抱える高齢者の支援を進める上では、社会的リスクを抱えるに至っている経緯にも目を向ける必要があると考えられる。地域共生社会の実現に向けて推進されている引きこもり支援の取組みや、企業退職時の国保移行時の保険者としての取組み等、他の分野で進められている取組みとの連動について検討していく必要がある。

(5) ICTを活用した見守りのあり方の検討

新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、対面と ICT を組み合わせた形での見守りのあり方について、今後も検討が必要であると考えられる。

第7章 補足資料（釜石市におけるこれまでの取組み内容）

1 取組みの背景

(1) 社会的リスクを抱えた高齢者の顕在化

岩手県釜石市では、東日本大震災から10年近くが経過する中で、震災の直接の被害により家族を失った人、長引く仮設住宅生活で独居世帯となった人、長年の歳月により復興住宅入居時点で後期高齢者になった人など、多様な背景を持つ人たちが仮設住宅から災害公営住宅へ転居している。

災害公営住宅では、基本的には自立した暮らしを送る人が多い一方で、軽度の認知症、8050問題、ひきこもり、ゴミ屋敷など社会的リスクを抱えた高齢者の存在も見受けられるようになっている。

(2) 釜石市の2030年の高齢化予測

釜石市の2030年の高齢化予測では前期高齢者が30%減少し、4人に1人が後期高齢者となり、約4世帯に1世帯が単身高齢世帯、そして全国的な予測から見ても5人に1人が認知症を患っていると予測されている。

これらの予測に対して、見守りのなどの生活支援や地域での支え合い、自立して暮らせる生活環境などの対策が考えられる。現在、全国的にも医療と介護の人手が不足しているが、釜石市のような地方小規模都市ではなおさら必至であり、喫緊かつ長期的な課題となっている。

(3) 釜石版地域包括ケアシステムの構築

釜石市では閉じこもり予防戦略と安心戦略を掲げて釜石版地域包括ケアシステムの構築を図ってきた。

安心戦略に基づく取組みとしては、チーム釜石による医療と介護の連携が挙げられる。チーム釜石では「切れ目のない医療と介護の提供体制の構築」を目標とし、多職種連携の推進体制を構築している。

閉じこもり予防戦略に基づく「閉じこもらないコミュニティづくり」については、平成19年4月よりに設置された生活応援センターが中心となって行っている。生活応援センターには保健師などの職員が地域に常駐し、保健・福祉・公民館事業・行政窓口業務を一体的に実施することで協働と連携の関係を作ってきた。さらに生活支援体制整備事業を活用して、生活応援センターによる居場所づくりのワークショップを実施。地域の魅力と課題の抽出、地域資源と地区分析を行うことで、自分らしく最期まで暮らすための健康づくり・生きがいくくりプログラム（いわゆる0次予防）を創出し、地域のコミュニティ活動の活性化を促してきた。ワークショップを通じて把握できた住民の通いの場や支え合い団体等の情報を整理し、「地域資源リスト」として一元管理している。

また、釜石市では以前から8圏域で地域住民の意見要望を行政施策に反映することを目

的に地域会議による体制を構築してきた。生活支援体制整備事業の導入により、全国的に地域ネットワークの体制づくりが進んでおり、釜石市でも互助組織によるネットワークづくりが進められている。

上記のように、釜石市では地域包括ケアシステムの構築に向けて着実に取組を進めてきた。

(4) 釜石市独居高齢者等見守り・傾聴業務

平成 30 年より釜石市長の施政方針により始められたこの事業は、介護保険事業の地域支援事業の枠を活用し、復興公営住宅が集中している東部地区の独居高齢者等を中心に、「総合相談」や「見守り訪問・アウトリーチ型の傾聴」を定期的に行い、独居高齢者等の生活を支援している。

平日の月曜日から金曜日の 8 時 30 分～17 時 30 分まで、訪問し面接することによって生活の支障やニーズを把握し、各関係機関へつなげる。具体的には、連携型の早期対応（家族やケアマネジャー、医療機関への情報共有）や介入型の早期対応（生活習慣支援や社会資源へのマッチングなど）を行い、重度化を防止することを目的としている。

(5) コミュニティ活動への意向分析から見えてきた地域資源と住民意識

地域コミュニティや地域のつながりなど地域資源が整いつつある中、地域福祉計画のアンケートにより釜石市の社会参加・コミュニティ活動への意向を調査したところ、アンケートから 6 割が社会参加の意向を示す一方、残り 4 割は社会参加の活動に消極的であることがわかった。そこで、質問項目から 4 つにグループを分類し、それぞれにどのような支援が必要か検討した。社会的虚弱グループ(D)では、80～90 代と高齢のために近所づきあいできないため、従来のような支援が必要となる。閉じこもりグループ(C)では、50 代からと若い世代も多く、この層への 0 次予防・一次予防を含めた介護予防、今後の介護需要の成否にかかわるだろうと推察した。

さらに、助け合いの意向を分析したところ、地域に困っている人がいたら積極的に助けようと思う人は 6 割以上いるものの、困った時の相談相手として民生委員や町内会、隣近所などは 1 割弱という結果となった。

これらのことから、互助のようなインフォーマルな支援の重要性が指摘される中で、支援する側と支援される側のお互いの意向が一致せずすれ違いが起きていることが見えてきている。

2 取組みの目的

(1) 災害公営住宅を中心とした新しい在宅ケアの仕組み

東日本大震災において甚大な被害を受けた岩手県釜石市は、人口減少と高齢化、介護人材不足、住民互助組織の立て直しなど多くの課題を抱えるなかで、災害公営住宅を中心とした新しい在宅ケアの仕組みづくりを検討した。

(2) インフォーマルケアと連携した在宅サービス中心の介護サービス基盤の整備の在り方

岩手県釜石市の復興市街地において、在宅サービスを中心とした介護サービス基盤の整備の在り方について、インフォーマルケアと連携しながら実証的に明らかにすることを目的とした。

3 対象者像とスクリーニング手法

(1) 高齢者現況調査の活用

対象地区の全体像を把握するために、高齢者現況調査を活用した。これは 65 歳以上で、要支援・要介護を除く全員に対して、毎年 1 回調査票を送付し、現況を把握する悉皆調査である。介護保険事業計画を策定する際の基礎資料とするために 1 年ごと 3 回に分けて全員を把握する方法や大都市では無作為抽出などで行っている調査であり、地域によって採用する方法は様々である。釜石市では、毎年全員に送付し、未返送者へ訪問を行って、最終的には 100%の把握を目指す調査となっている。調査票の回収率は最終的には毎年 8 割 5 分程度となっている。

図表 19 釜石市 高齢者現況調査票

**令和元年度
【釜石市 高齢者現況調査票】**
■下記の項目に必ず記入してください。

記入日	令和	年	月	日
電話番号	— —			
フリガナ				
氏名				

■該当する回答を○で囲んで、すべての項目に回答してください。

質問項目	回答欄
1	現在治療中の病気はありますか 該当するもの全てに○を付けてください 1. 高血圧 2. 脳卒中（脳出血や脳梗塞など） 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. 骨格筋の病気（骨粗しょう症、膝痛・腰痛など） 6. 呼吸器系の病気 7. 腎臓・肝臓・胆のうの病気 8. 腎臓・前立腺の病気 9. 認知症（アルツハイマー型認知症など） 10. がん（悪性新生物） 11. その他（ ） 12. 治療中の病気はない
2	治療のため通院している医療機関名を記入下さい 医療機関名
3	この1年間で1週間以上入浴が困難になりましたか 1. はい 2. いいえ
4	身体的にお困りのことや生活に支障があることがありますか 1. あり（視力・聴力・その他（ ）） 2. なし
5	お住いの地域にある通いの場（サロンや趣味活動など）やボランティア活動に参加していますか 1. 参加している（参加回数のア～ウのうち1つに○を付けてください） 参加回数： ア. 週1回以上 イ. 月1～3回程度 ウ. その他（ ） 2. 参加してみたい 3. 参加したいとは思わない
6	友人や地域との交流がありますか 該当するもの全てに○を付けてください 1. 仕事をしている 2. 町内会活動や地域活動に参加している 3. 隣近所との交流がある 4. 家族や友人との交流がある 5. 家族や友人との交流や近所づきあいはほとんどない
7	趣味や楽しみがありますか 1. ある（内容： ） 2. ない

※裏面もご記入ください。

8	家事を行っていますか	1. はい 2. いいえ
9	通院や買い物などの移動はどうしていますか 該当するもの全てに○を付けてください 1. 自分で車（バイク）を運転している 2. 家族や知人の運転する車を利用する 3. 公共の交通機関を利用する 4. タクシーを利用する 5. 通院や買い物などに出かけることはない 6. 徒歩または自転車で移動する	
10	あなたが日常生活の中で困っていることはどのようなことですか 該当するもの全てに○を付けてください 1. 通いの場（サロンなど）が近くにない 2. ゴミ出し 3. 掃除 4. 買い物 5. 洗濯 6. 金銭管理 7. 外出時の交通手段 8. 調理 9. 服装管理 10. 物忘れ 11. 家族の介護 12. その他（ ） 13. 困っていることはない 14. 言いたくない	
10-①	困ったときに相談する人がいますか	1. いる 2. いない
11	現在の家族構成について 該当するもの全てに○を付けてください 1. ひとり暮らし 2. 65歳以上の複数世帯 3. 夫婦2人暮らし（どちらかが65歳未満） 4. 65歳未満の子や孫などと同居 5. その他（ ）	
12	緊急時の連絡先がありますか 1. ある 2. ない ある場合は以下に記入をお願いします。（注意） ※前年の回答と変更しない場合は記入不要 続柄 氏名 住所 電話番号	
13	今回いただいた回答内容を地域の中で見守り活動が行われた場合に、見守りを行う関係者（町内会、住民組織など）と情報共有することに同意しますか 1. 同意します 2. 同意しません	

※上記で同意しますと回答された方は、下記の同意事項に署名、捺印ください。

【同意事項】

回答内容を地域で見守り活動を行う関係者と情報共有することに同意します。

釜石市 野田武利 様
 年 月 日 本人署名 _____ 印
 <本人署名が困難な時>
 ※本人署名が困難な時は、代理人（家族、親族、後見人等）の氏名、続柄
 代理人氏名 _____ 印 続柄 _____

以上で調査は終了です。
ご協力いただき、ありがとうございました。記入もれがないか、もう一度確認をお願いします。

(2) スクリーニングの優先度設定のためのグループ分け

本研究では、高齢者現況調査票の設問の問 6「友人や地域との交流がありますか」、問 5「通いの場やボランティア活動に参加していますか」、問 11-2「困ったときに相談する人がいますか」の回答を用いてグループ分けを行い、スクリーニングの優先度を設定することとした。

まず、要介護・支援認定者については、グループ A 及び B に分類した。その上で、非認定者を以下の流れで 3 グループに分類した。

問 6 において、回答 1（仕事をしている）と回答 2（町内会や地域活動に参加している）については、自立した生活を送ることができていると判断し、グループ E に分類した。回答 5（つきあいがほとんどない）については、今回の専門職による見守りが必要な対象者としてグループ C に分類した。回答 3（隣近所との交流）と回答 4（家族との交流）の人たちは、次の枠組みでグループ C,D,E に分類した。

問 6 における回答 3 及び 4 の人たちのうち、問 5 で回答 1（参加している）と回答 2（参加意向あり）の人たちについては、自立していると判断した。そして、問 10-2 で回答 1（相談相手あり）を選んだ人をグループ E に、回答 2（相談相手なし）を選んだ人をグループ D に分類した。一方で、問 6 における回答 3 及び 4 の人たちのうち、問 5 で回答 3（参加意向なし）の人たちについては、閉じこもり傾向と判断した。そして、問 10-2 で回答 2

（相談相手なし）を選んだ人をグループ C に、回答 1（相談相手あり）を選んだ人をグループ D に分類した。

なお、高齢者現況調査の未提出者についてはグループ C に分類した。

図表 20 スクリーニング優先度設定のための分類方法

グループ	分類方法
A	要介護1以上で在宅サービスを受けている方を分類した。
B	要支援1・2の方を分類した。
C	要介護・支援の非認定者で、高齢者現況調査票の問6で回答5や未回答の方を「交流なし」として、Cに分類した。また、問6で回答3・4を選び、かつ問5で回答3（参加意向無）・問10－2回答2（相談相手無）を選んだ方についてもCに分類した。
D	要介護・支援の非認定者で、高齢者現況調査票の問6で回答3・4を選び、かつ問5では回答1・回答2（参加意向あり）と答えたが問10－2では回答2（相談相手無し）と回答した方を、Dに分類した。また、問6で回答3・4を選び、かつ問5では回答3（参加意向なし）と答えたが問10－2では回答1（相談相手あり）と回答した方についても、Dに分類した。
E	要介護・支援の非認定者で、高齢者現況調査票の問6で回答1・回答2を選択した方を、Eに分類した。また、問6で回答3・回答4を選んだが、問5で回答1・回答2（参加意向あり）と答え、かつ問10－2では回答1（相談相手あり）を選んだ方についてもEに分類した。

結果として、対象地域の高齢者 2209 人のうち、グループ A 及び B の要介護・支援認定者が 445 人（20%）、グループ C の専門職による定期的な見守り・生活支援が必要である可能性が高い人が 562 名（25%）、グループ D の閉じこもり傾向があり住民の声掛けが必要である可能性が高い人が 337 名（15%）、グループ E の自立した生活を送っていると判断できた人が 865 名（40%）となった。

（3）スクリーニング

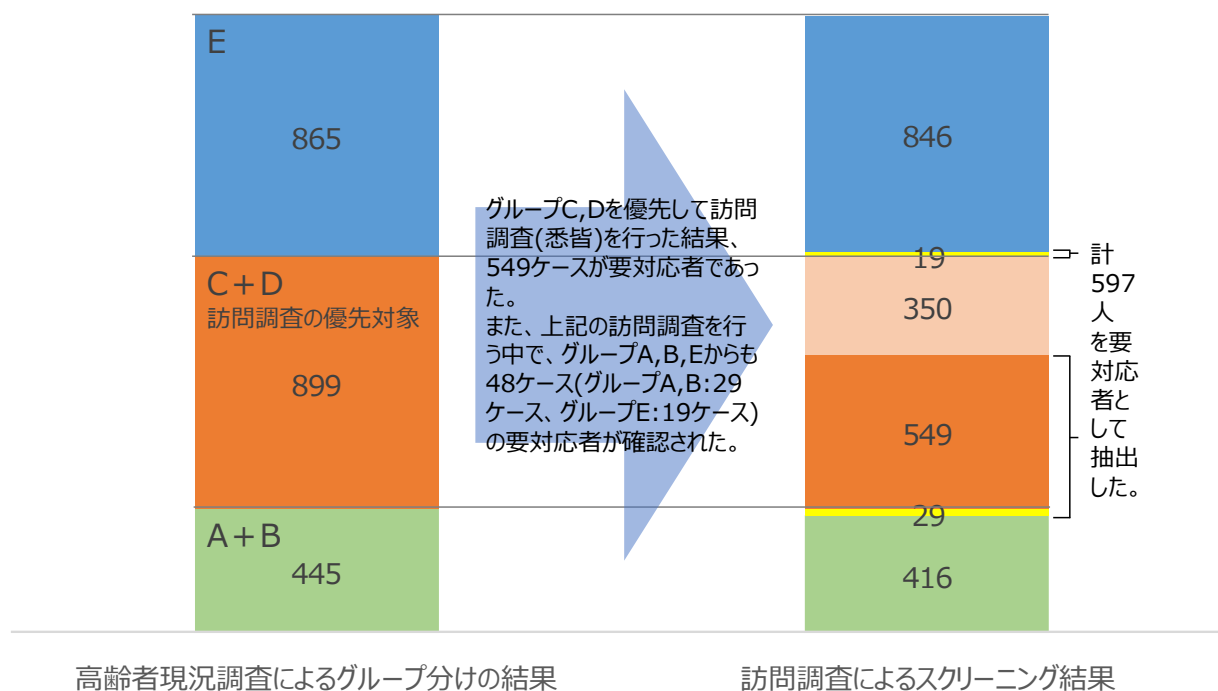
上記のグループ分けに基づき、グループ A 及び B は既存制度上のケアマネジメントで対応がされているものと想定し、グループ C 及び D の 889 人を優先対象として捉え、スクリーニングのための訪問調査を実施することとした。なお、グループ C 及び D の人たちのスクリーニング調査を優先しながらも、地域で調査を進める中で接点を有した際には、他のグループの人たちの情報も収集した。

グループ C 及び D の 889 人のスクリーニング調査（悉皆）の結果、350 人は自立した生活を送っている人たち（現況調査未回答であった人の多くは、仕事等で忙しく返信しなかった人たちであった）であることが分かった。この分（350 人）を除き、グループ C 及び D では 549 人が要対応者であると判断した。

一方で、地域で調査を進める中で、グループ A 及び B の要介護・支援認定者の中からも 29 人の要対応者が確認された。また、グループ E の自立者の中からも 19 人の要対応者が確認された。

今回のグループ C 及び D を優先対象としたスクリーニング調査では、グループ C 及び D の 549 人、グループ A 及び B の 29 人、グループ E の 19 人の、計 597 人を要対応者として抽出した。

図表 21 スクリーニング調査の概要



(4) 令和元年度の介入対象者

上記の 597 人のうち、令和元年度の事業では 120 人を対象として介入を行い、その中の 30 人は後述の検討会プロセスをとおした介入検証を行った。スクリーニング調査と並行して介入を進めたため、早期にスクリーニング調査を実施した 120 人が本事業の対象となっている。(他の 477 人については、釜石市からの委託業務として対応を行っている)

なお、120 人の介入事例の中から検討会で介入検証を行う 30 人のケースを選定するにあたっては、検討会において釜石市における典型的な社会的リスクパターンについて議論を行い、老老世帯、アルコール中毒、家庭内トラブルなどのケースが含まれるよう抽出した。また、各委員から検討会で議論すべきケース(当人に病識がないケースなど)を指摘いただき、意見をもとに追加をすることで 30 件となった。

図表 22 令和元年度事業の介入対象者の内訳

東部地区（本庁） 6 5 歳以上 1 2 7 人		
要介護1～5 1 8 人		
要支援 1 ・ 2 1 1 人		
非該当（現況調査対象者） 9 8 人		
問 6 回答 1 ・ 2 仕事・活動あり	E：自立した生活を送っている	
	仕事・地域活動をしている	
	1 9 人	
問 6 回答 3 ・ 4 交流あり	問 5 回答 1 ・ 2	問 5 回答 3 ・ 未回答
	（参加意向あり○）	（参加意向なし×）
	問10－2 はい E	問10－2 はい D
	参加意向○＋相談相手○	参加意向×＋相談相手○
	（自立した生活）	（閉じこもり予防群）
	2 6 人	1 0 人
	問10－2 いいえ・未 D	問10－2 いいえ・未 C
	参加意向○＋相談相手×	参加意向×＋相談相手×
	（孤立予防軍）	（閉じこもりハイリスク群）
	7 人	2 人
問 6 回答 5 ・ 未 交流なし	C：専門的支援が必要	
	7 人	
現況調査未回答	C：専門的支援が必要	
	2 7 人	

※データは令和元年 9 月 1 7 日現在のもの

4 介入プロセス

(1) 介入支援プロセス

介入にあたっては、訪問調査により、「介護予防支援アセスメント用情報シート」を用いて情報収集を実施した。本シートは1度の訪問ですべてを埋める想定はせず、数か月を通じて情報を充実させていく方法を採用した。

そして、後述の検討会で、アセスメントと介入方針を立てて、見守り・傾聴を基本として、生活を安定させるための支援を約5か月間行った。そして、これらの支援によりsどの程度安定して暮らせたか検討を行った。介入支援は、前述の定期巡回傾聴訪問活動を利用して実施した。

(2) 検討会プロセスの概要

検討会では、1ケースあたり約30分かけて、多職種でアセスメントを行い、介入支援の方針を決めた。各回のはじめに、前回の検討会で方針を立て介入したケースの事後評価を報告してもらい、改善したことの確認と残された課題への対応方法について再度検討を行った。

(3) ケース検討の分析枠組みにおける ICF の活用と予後予測

30 件のケース検討の分析枠組みについては、厚生労働省のケアマネジメントの在り方に関する情報提供のなかで、国際生活機能分類（英語：International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）を活用することが示されており、本検討でも活用することとした。ICF は、世界保健機関が 2001 年 5 月 22 日の世界保健総会（英語版）において、国際障害分類（1980 年採択、英語：International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; ICIDH）の改訂版として採用しているものである。健康状態、心身機能、障害の状態を相互影響関係および独立項目として分類し、当事者の視点による生活の包括的・中立的記述をねらいにする基準である。

次に、検討会でのアセスメントのプロセス（予後予測）である。検討会での 30 ケースのアセスメントは、次の 3 つのプロセスで検討を進めた。

①当事者の立場にたった評価と専門領域からの評価

当事者の立場に立った評価とは、自分だったらどのような心境か、心配なこと、心模様などを共感的に理解する形で生活の状況と介護の状況进行评估することである。この視点は、行政職など医療介護の専門職でなくとも検討しやすい項目である。検討しやすい項目であるが、ICF の主観的体験の理解や環境因子・個人因子の読み解きになかで重要となる。

専門領域からの評価とは、現在の業務・専門職種の立場から見たその状態を、仮説的にみて、何ができるか、どのようなアドバイスをするか考える。ここでは、医師、看護師、リハ職等でそれぞれ目指すゴールのイメージなどが異なることから、多様なアドバイスが出てくる。いずれの評価も、制度的支援メニューとして、デイサービスや家事援助などを検討するのではなく、サービスメニューについてはいったん棚上げして、当事者が生活をしていくための支援について考えていく。

②予後予測

当事者の立場に立った評価と専門領域からの評価をどのように整理していくか。これが予後予測である。予後予測とは、介護もケアも自然に放っておいたらどういう日常生活になって行くのかを考えることである。日ごろの業務を通じて、このような方がどのような課題を抱えやすいか（パタン）など、よくある相談、よくある対応などから検討していく。予後予測は、特に医療の局面ではかならず想定されるものであり、医師・看護師などでは病気の進行などから予後予測を立てている。他方で、介護職は、現時点でできる支援に着目しやすく、予後予測という視点が薄い場合が多い。かかりつけ医と介護支援専門員といった連携促進のためには、この予後予測を軸に組み立てていくことで、さらなる連携が進むと考えられる。

③今後もゆとりを持って自立した生活を送るための条件・前提

ゆとりとは、その人らしさが発揮できることである、またその人らしさとは、その人がその場所で生きて築いてきた地域資源に、虚弱等によってその地域資源にアクセスしにくくなっても引き続きアクセスできることである。特に、家族介護力をゼロとして考えていくことが重要となる。

5 令和元年度事業の結果

(1) ケースの追跡結果

現状維持・改善 27 件／30 件

入院・入所 3 件／30 件

社会的リスク	人数	うち要介護認定
80 代独居	10 人	5 人
地域とのかかわりなし	8 人	1 人
独居 + 基礎疾患	6 人	2 人
同居家族も課題あり	3 人	2 人
アルコールの問題	3 人	—
高齢夫婦 + 基礎疾患または認知症疑い	2 人	2 人
親と独身の子 + 基礎疾患	2 人	1 人

※各項目に重複あり

(2020 年 3 月 31 日現在)

ここでの社会的リスクを抱えたケースとは、個人の身体、精神や価値観、身の回りを取り巻く人やものなど個人的で、かつ、リスクがあると社会的に理解されにくい蓋然性の低い出来事や環境から本人が退避行動を起こし、解決行動を起こせなくなってしまうと考えられる場合である。家族との死別や家族または自分が持病や障害を持っている、就労していない家族がある、責任感や自立心が強いなど、従来であれば伝統的に家族がケアをしてきた領域であるため、早期に外的支援が介入することが難しいと考えられる。そういったリスクを抱えやすいのは高齢独居世帯や老々世帯に多く見受けられた。

社会的リスクのある高齢者は、1 次予防の対象として把握されにくく、続く 2 次予防・要介護となって把握されることにより、予防給付の伸び以上に、介護給付が伸びていく要因となる。また、要介護になった後、入院・入所をしやすい点も特徴とみられる。

本事業では、そのような可能性のある人を早期に発見して介入したところ、9 割は早期に対応することが可能であった。

(2) 「重度化防止」と「自立支援」が傾聴訪問事業の論点

医療資源・介護資源が不足する釜石市において、自立支援とともに、重度化防止は重要な論点といえる。自立支援においては、チーム釜石をはじめとした医療資源、地域包括支援センターを核とした事業所ネットワークであるケア資源、生活応援センターという拠点機能と釜石地域会議である社会参加資源が有機的な関係につながりつつあり、自立支援の面で十分な効果を発揮することも確認できた。

(3) 定期巡回傾聴訪問の機能と効果

一次予防対象者を一次の段階で確実に医療資源・社会資源とつなぐことで予防が可能となる。専門職が早期に巡回し、対話と傾聴を繰り返しながら信頼関係を獲得し、各資源につなげていくことで効果が見られた。医師に日ごろの状態を伝える、薬による副反応を伝えるなどの受診への付き添いによるかかりつけ医との予後予測の共有。薬を処方どおりに飲む、体調管理（水分補給や栄養）など生活習慣の改善、生活応援センターや住民組織による社会参加活動などで交流による閉じこもり防止を目的とした社会資源とのマッチングである。

	医療の局面 に付き添う	社会資源との マッチング	生活習慣支援
現在支援等を行っている	5 件	12 件	26 件
自立して本人が行えている、 または行えるようになっている	11 件	14 件	4 件
支援を行っていない	14 件	4 件	—

※項目に重複あり

(2020 年 3 月 31 日現在)

また、既存枠組みで対応できていない部分（専門職による小地域での連続性）を補完する機能も果たしている。地域包括支援センターでは、規模が大きく、また重度化して連絡が来るまで動けない。ケアマネジャーが付いていても、軽度の段階で支援に入りにくいいため、気付けないことも多い。また、ご近所の支え合いは、日頃から付き合いがあり信頼関係を構築できていても、当事者が「大丈夫」と断り介入できない場合もあるためである。