

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

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

介護予防・日常生活支援総合事業及び
生活支援体制整備事業の推進に向けた
研修カリキュラムの開発に関する調査研究事業

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	本事業の実施概要	1
1.	背景・目的	1
2.	本調査研究の全体像	2
第2章	総合事業等の経緯と現状	5
1.	総合事業等の経緯について	5
2.	総合事業等の現状について	8
3.	まとめ	13
第3章	自治体へのヒアリング調査（実態調査）	14
1.	ヒアリング調査の実施概要	14
2.	ヒアリング調査結果のまとめ	15
第4章	テキストの構成及びコンテンツの検討	18
1.	テキストの目的	18
2.	テキストのコンセプト	18
3.	テキストの活用方法	19
4.	テキストの全体構成	19
参考資料		20
別冊資料編		27

第1章 本事業の実施概要

1. 背景・目的

今後、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年まで高齢者人口は増え続け、また介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することから、介護予防や生活支援を要する高齢者も引き続き増加する。

その対策として、介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業（以下、「総合事業等」）の一層の推進が重要である。

一方で都市部への人口集中や地域ごとの政策により、市町村ごとの人口構造や地域資源の状況は一層多様となっている。また、総合事業等への取組の状況にも大きなばらつきが出てきている。

このような状況を踏まえ、総合事業等をより力強く推進するために、市町村が地域の実情に合わせて課題設定し、総合事業等の活用により、地域の多様な主体と協働して解決を図るといった地域マネジメント力の向上が不可欠である。

現状、総合事業等は、地域づくり推進の手段として市町村による制度設計が行えるものになっている。一方で、多くの市町村では、地域課題を解決するために制度を活用するというよりは、いかに制度を運用・実行するかに意識が向いてしまい、国から示される類型や事例を踏襲している実態が見受けられる。

この原因に想定されることとして、「市町村職員が、高齢者が望む暮らしとその課題、そして個人を支える多様な担い手の課題から、地域社会として本当に解決すべき課題を探し、住民の暮らしを支えていけるよう支援する（解決を図る）」¹という市町村職員に求められる役割を十分理解できていないことが挙げられる。しかし、現在、市町村職員がこのような役割を理解し、実践できるよう後押しするツールが十分には存在しない。

このため、総合事業等を担当する市町村職員を対象とし、地域マネジメント力の向上を図ることができるよう、地域づくりの導入ツールとしてテキストを作成することを本事業の目的とする。

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 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する研究事業（https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r02_03jigyohokokusho.pdf）参照。

2. 本調査研究の全体像

(1) 全体構成

本事業では、まず総合事業等が創設された経緯や目的を整理した上で、令和2年度の老人保健健康等事業²で実施していた全市町村を対象とするアンケート調査（以下、「全国実態調査」）の結果をもとに、制度の目的にあった実施状況となっているかの確認を行った。また、実施状況に対する市町村の自己評価に関する調査結果をもとに、市町村が成果を感じている、或いは感じていない事項について確認を行った。

また、総合事業等を担当する市町村職員に対してヒアリングを実施し、実際に総合事業等を進めていく中で感じる具体的な課題や悩み等について確認を行った。それを踏まえ、総合事業等の担当者が地域マネジメント力を向上させ、事業をより効果的に推進するために必要な要素を整理し、テキストの構成を検討した。

その後、「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた実践研修に関する調査研究事業」（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 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）において実施した「実践型地域づくり人材育成プログラム」³（以下、「プログラム」）の講師及びアドバイザーの意見をもとに、テキストのコンセプトや具体的内容について検討した。

² 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 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業を指す。

³ 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所及び藤田医科大学地域包括ケア人材教育支援センターが実施主体、愛知県豊明市が協力機関となり実施されたプログラム。プログラムの目的と特徴、実績等については、以下の通り。

【目的と特徴】

- ・多様な関係者とともに地域の暮らしを支えるために、市町村職員及び協力機関が認識しておくべき原理原則を理解し、地域マネジメントや課題設定、課題解決に向けた関係者との合意形成等についてのスキルを習得する。
- ・約5か月間の研修での講義・ワークの他、地域での実践と講師からのフィードバックを繰り返すことで地域づくりへの理解を深め、再現可能なスキルを身に付ける。
- ・参加市町村の組織や関係者への波及と定着につなげ、組織の意識変革、地域関係者との協力体制の構築による課題解決の基盤をつくる。

【実績】 令和元年度：12市町 令和2年度：24市区町 が参加

【参考】 昨年度実施内容：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 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する調査研究事業
(https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r02_03jigyohokokusho.pdf)

(2) 調査実施体制

総合事業等の推進に向けたテキストの開発に資する検討を行うため、学識経験者と実務者から構成される検討委員会を設置し開催した。検討委員会の委員一覧を図表 1、厚生労働省オブザーバー一覧を図表 2、実施体制を図表 3 に示す。

図表 1 検討委員会 委員一覧（五十音順、敬称略）

	氏名	所属・役職
委員長	近藤 克則	千葉大学 予防医学センター 教授
委員	岩名 礼介	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 主席研究員
	亀井 善太郎	PHP 総研 主席研究員 立教大学大学院 特任教授
	都築 晃	藤田医科大学 講師 地域包括ケア中核センター
	服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部主席研究員兼研究総務部次長 業務推進部特命担当
	松本 小牧	豊明市 健康福祉部健康長寿課 課長補佐
	三原 岳	株式会社ニッセイ基礎研究所 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員

図表 2 厚生労働省 オブザーバー一覧（敬称略）

	氏名	所属・役職
オブザーバー	佐々木 忠信	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 室長補佐
	田中 明美	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 室長補佐
	藤原 里美	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 地域包括ケア推進官
	平嶋 由人	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 係長
	清水 智子	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 主査

図表 3 事業実施体制

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
大野 孝司	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 シニアマネージャー
野村 佳織	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
井上 裕章	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

(3) 検討委員会の開催経緯

検討委員会の開催スケジュールは、以下の通りである（図表 4）。

図表 4 検討委員会の開催概要

	日時・場所	主な検討内容
第 1 回 検討委員会	令和 2 年 8 月 27 日（木） 17:00～19:00 株式会社 NTT データ経営研究所 会議室	・ テキスト開発の目的、目指す 成果、実施内容の検討
第 2 回 検討委員会	令和 2 年 12 月 7 日（月） 9:00～12:00 株式会社 NTT データ経営研究所 会議室	・ ヒアリング調査結果の共有 ・ テキストに必要な要素、構成 の検討
第 3 回 検討委員会	令和 3 年 3 月 11 日（木） 17:00～20:00 株式会社 NTT データ経営研究所 会議室	・ 成果物の検証

第2章 総合事業等の経緯と現状

テキストの開発にあたっては、総合事業等の実施状況が制度の目的に沿ったものとなっているかを確認し、市町村の担当者がどのようなことに課題を感じているのかを明らかにする必要がある。このため、本章では、総合事業等の制度の経緯や目的について整理するとともに、事業の実施状況や、事業の成果に対する市町村担当者の自己評価について確認を行った。

1. 総合事業等の経緯について

(1) 介護予防事業の経緯

平成 12 年 4 月から介護保険制度がスタートした後、平成 17 年 4 月までの 5 年間で、要介護認定、要支援認定を受けた者の数は約 2 倍近くに伸び、その中でも特に要支援・要介護 1 といった軽度者が約 2.4 倍と大幅に伸び、要介護認定者全体のおよ半数を占めるに至っていた⁴。

こうした軽度者は、効果的なサービスを提供することにより、状態が維持・改善する可能性が高いと考えられ、平成 18 年 4 月に施行された「介護保険法等の一部を改正する法律」により、要支援・要介護になるおそれのある高齢者を対象とした効果的な介護予防事業（地域支援事業）が、介護保険制度に新たに位置づけられた。

(2) 総合事業の創設

平成 18 年度に創設された介護予防事業は、すべての第 1 号被保険者を対象とする一次予防事業と、要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）を対象とする二次予防事業により実施されていた。特に二次予防事業対象者に対しては、心身を改善することを目的とした機能回復訓練等の高齢者本人へのアプローチを中心とした支援が行われていた。しかし、二次予防事業への参加者数は、高齢者人口の 5%という目標に対して実績は 0.8%（平成 23 年度）と低調であった⁵。また、介護予防の手法が機能回復訓練に偏りがちだったこと、介護予防終了後に活動的な状態を維持するための通いの場を創出することが不十分であったこと等の課題があった。

このため、介護予防の理念として、機能回復にとどまらず、高齢者の日常生活の活動性を高めることや、家族や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現を目指すことに重点が置かれた。その上で、平成 24 年 4 月に施行された「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、要支援者と要支援状態となるおそれのある高齢者を対象として、介護予防と日常生活への支援とを切れ目なく提供する仕組みとして「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。当該事業は、「現行の介護予防・日常生活支援総合事業」と異なり、市町村が任意の判断で実施できるものとして位置づけられたものであった。

⁴ 平成 18 年度厚生労働白書第 2 部第 5 章第 1 節参照。

⁵ 「生活支援、介護予防等について」（社会保障審議会介護保険部会（第 47 回）資料 1）参照。

（３） 市町村介護予防強化推進事業の実施

要支援者等に必要な予防サービスと生活支援サービスを明らかにするため、平成 24 年度からの 2 年間のモデル事業として、全国 13 市町村を対象に「市町村介護予防強化推進事業」（予防モデル事業）が実施された。

この事業は、買い物等日常生活に支障が出てきた要支援者等に、サービス利用開始時には、家事援助等の生活支援サービスを提供すると同時に、リハビリテーション専門職等による通所と訪問を組み合わせた一定期間の予防サービスが提供され、それにより元の生活に戻す（または可能な限り元の生活に近づける）ことを目指して実施された。

この結果、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになる等の一定の結果が見られた。

（４） 現行の総合事業等への見直し

平成 25 年 12 月に社会保障審議会介護保険部会において取りまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」では、元気な高齢者と二次予防事業対象者を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など、機能強化を図る必要があるとされた。

この意見を踏まえ、平成 26 年の介護保険法の改正において、地域支援事業の内容が大幅に見直され、それまで一部の地域で選択的に実施されていた「介護予防・日常生活支援総合事業」について、すべての市町村が平成 30 年 4 月までに移行することとされた。さらに、包括的支援事業が拡充され、「生活支援体制整備事業」、「在宅医療・介護連携推進事業」、「認知症総合支援事業」、「地域ケア会議推進事業」の新たな 4 つの事業に取り組むこととなった。

（５） 現行の総合事業等の趣旨・考え方

現行の総合事業等への制度改正の背景には、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするというねらいがあった。具体的には、市町村が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいが包括的に確保される地域包括ケアシステムを構築するために必要な財源や体制の確保を図るというねらいがあった。

特に、今後急激に増加することが予想される要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為の一部が難しくなっているものの、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為は自立している場合が多いことから、支援する側と支援される側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら支援することで、自立意欲の向上につなげていくことが期待されている。

また、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要であり、予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネートすることが効果的と考えられている。

さらに、市町村が中心となって、地域の特性や資源に応じたサービスを充実させることにより、要支援者

等の多様なニーズへの対応を可能とし、あわせて多様な担い手によるサービスが展開されることで、不足する介護人材を、より専門的サービスを必要とする中重度の方の支援に充てることができるようになることも期待されている。

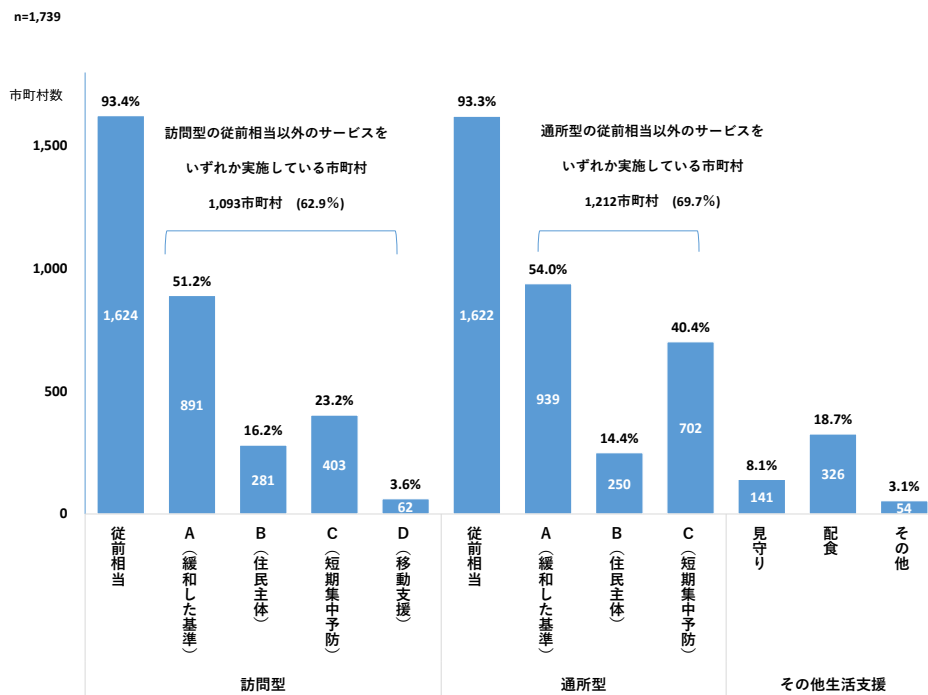
このような背景や考え方から、総合事業は、これまで全国一律の基準で提供する「給付」として位置づけられていた「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」を、「地域支援事業」に移行し、「一般介護予防事業」や「生活支援体制整備事業」等と一体的に実施することで、市町村が中心となって地域の実情に応じた住民等の多様な主体の参画によるサービスの充実を図ることにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者に対する効果的かつ効率的な支援の実現を目指すこととされた。

2. 総合事業等の現状について

(1) 多様なサービス⁶の実施状況及び利用状況

令和元年度の厚生労働省調査⁷によれば、平成 31 年 3 月時点で訪問型の多様なサービスをいずれか実施している市町村は 1,093 市町村（62.9%）、通所型の多様なサービスをいずれか実施している市町村は 1,212 市町村（69.7%）である。

図表 5 介護予防・生活支援サービス事業を実施している市町村数



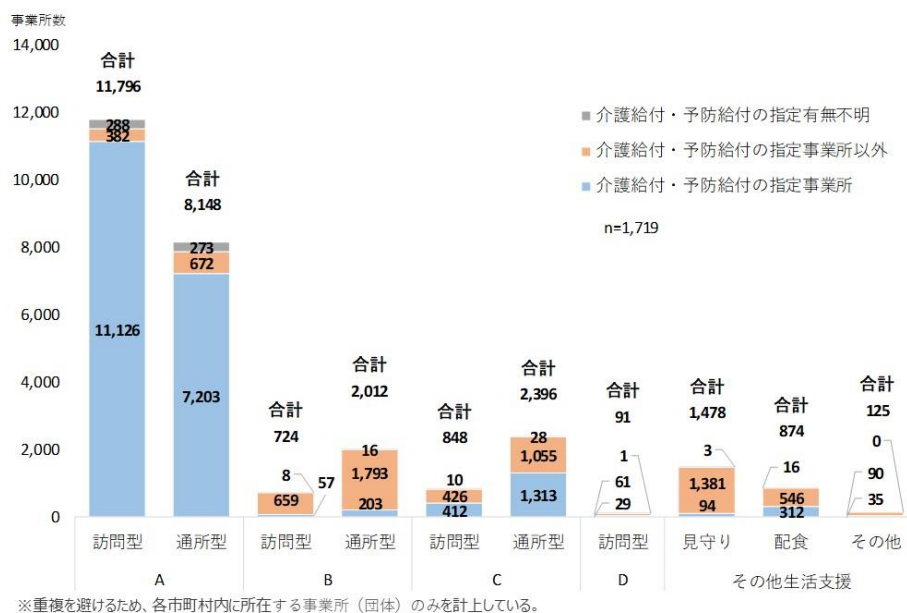
⁶ 本節において、訪問型 A～D、通所型 A～C、その他生活支援サービスを指す。

⁷ 「令和元年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査」

（２） サービス A を担う指定事業所の内訳

従前相当以外のサービスの実施事業所数の割合を見ると、人員等を緩和した基準によるサービスとして提供されるサービス A については、訪問型の 94.3%、通所型の 88.4%は介護給付・予防給付の指定事業所がサービス実施を担っている。

図表 6 サービス実施事業所（団体）数（従前相当以外）指定事業所内訳

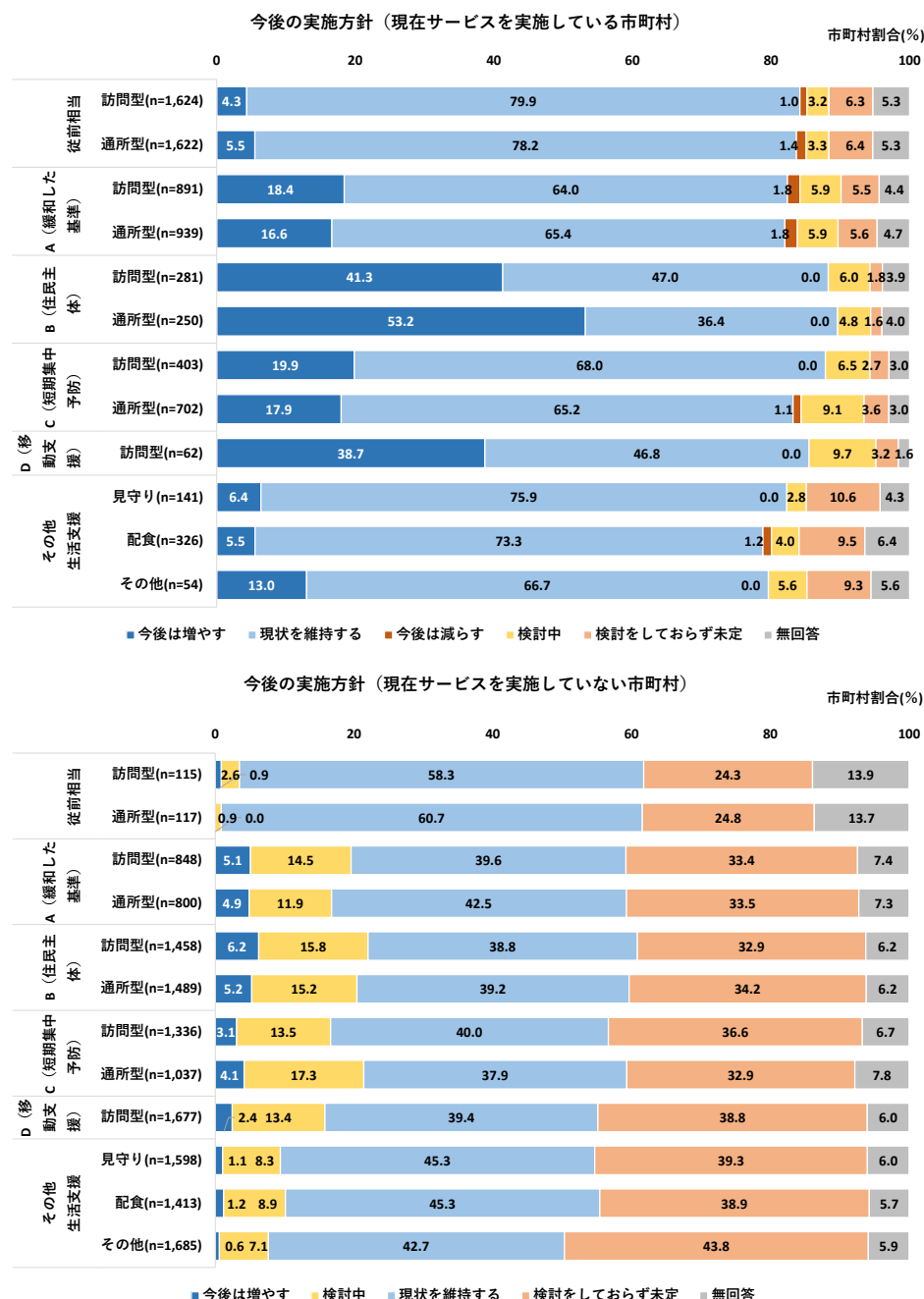


（出典）「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業報告書」（令和元年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）

(3) 今後の展開に関する市町村の実施方針

現在サービスを実施している市町村ではサービス B は 5 割前後、サービス A、C は 2 割弱が「今後は増やす」とする一方、現在サービスを実施していない市町村では、「現状を維持する」または「検討しておらず未定」と回答した割合は約 8 割となった。

図表 7 今後の実施方針



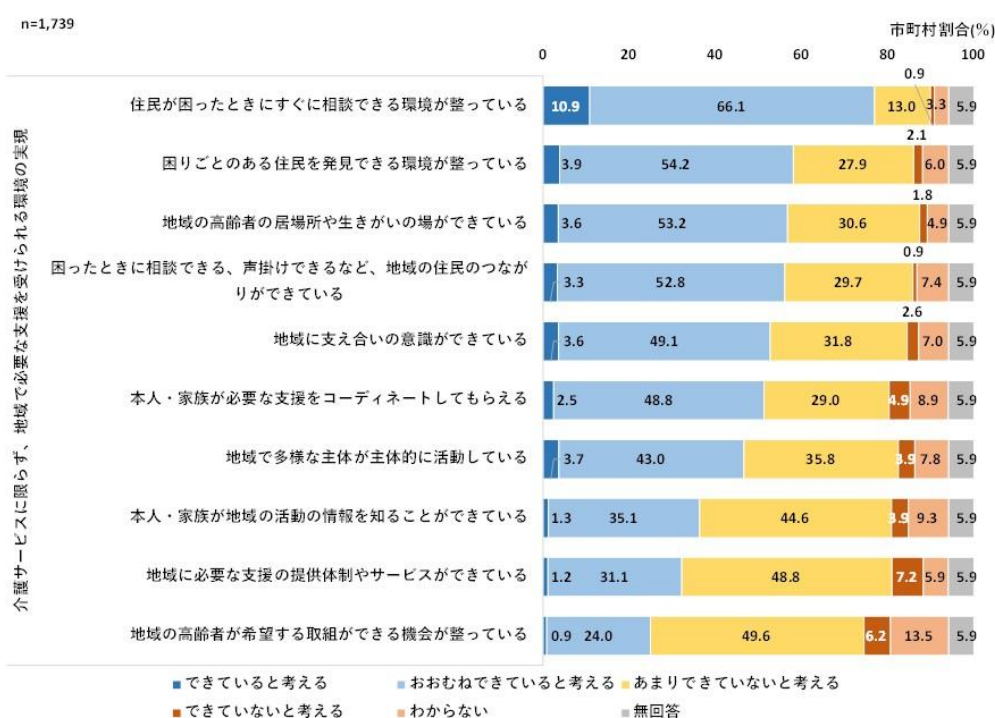
(出典)「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」
(令和 2 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ 経営研究所)

(4) 事業の成果に関する市町村の自己評価

現在の市町村の状況に対する自己評価を見てみると、「地域で多様な主体が主体的に活動している」という項目に対して「できていると考える」「おおむねできていると考える」と評価している市町村は半数以下、「地域に必要な支援の提供体制やサービスができている」という項目に対して「できていると考える」「おおむねできていると考える」と評価した市町村は約 30%、「地域の高齢者が希望する取組ができる機会が整っている」という項目に対して「できていると考える」「おおむねできていると考える」と評価した市町村は約 25%だった。

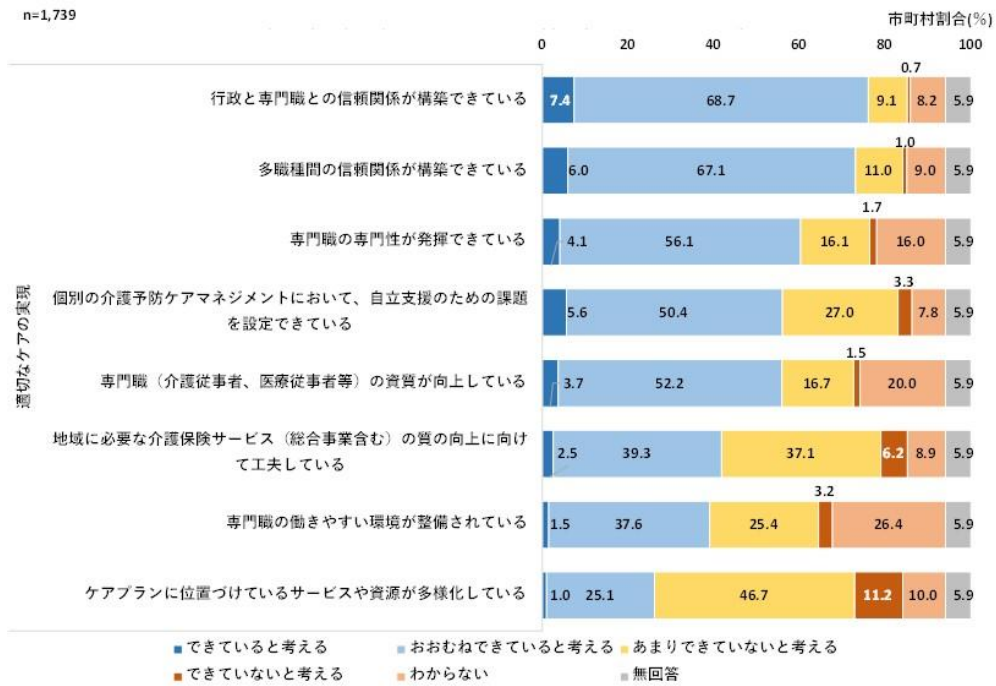
また、「ケアプランに位置づけているサービスや資源が多様化している」という項目に対して「できていると考える」「おおむねできていると考える」と評価した市町村は約 25%だった。

図表 8 現在の市町村の状況に対する自己評価（地域で必要な支援を受けられる環境の実現）



(出典)「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」
(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 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ 経営研究所)

図表 9 現在の市町村の状況に対する自己評価（適切なケアの実現）



（出典）「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」
 （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 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ
 経営研究所）

3. まとめ

第 1 節では、総合事業等が、「介護が必要な状態になっても高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村が中心となって地域の実情に応じた住民等の多様な主体の参画によるサービスの充実を図ることにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者に対する効果的かつ効率的な支援の実現すること」を目指して創設された制度であることを確認した。

また、第 2 節では、総合事業等の実施状況について、多様なサービスはある程度実施されているものの、従前相当以外のサービスの利用や多様な主体の参入が限定的であることを確認した。さらに、サービス A やサービス C を増やすと回答した市町村は 18%前後に留まっており、「現状を維持する」、「検討をしておらず未定」という回答が多数を占めていた。市町村の状況に対する自己評価について、「地域に必要な支援の提供体制やサービスができている」と回答した市町村が 30%程度であったことも踏まえると、市町村において多様な主体によるサービスの広がりが不十分であると感じている市町村担当者が多いことがうかがえる。

さらに、「ケアプランに位置づけているサービスや資源が多様化している」という項目に対して「できていると考える」「おおむねできていると考える」と評価した市町村が 25%程度だったことを考慮すると、高齢者の望む暮らしを支える資源を高齢者に十分につなぐことができていないと感じている市町村が多いことも分かる。

第3章 自治体へのヒアリング調査（実態調査）

1. ヒアリング調査の実施概要

（1） 調査の目的

第2章では、総合事業等が、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、多様な主体によってサービスを充実させ、地域の支え合いの体制づくりを推進すること等を目的としたものであるのに対し、現状では多様な主体によるサービスの広がりが弱いことや、実際に多くの市町村職員が「地域に必要な支援の提供体制やサービスができていない」と評価していることを確認した。さらに、高齢者の望む暮らしを支える資源を高齢者に十分につなぐことができていないと感じている市町村職員が多いことも分かった。

このような現状が生じる背景を捉えるため、総合事業等を担当する市町村職員が事業を進めていく中で、どのような課題や悩みを抱えているのかを把握する必要がある。このため、本事業では、総合事業等を担当する市町村職員に対してヒアリング調査を実施した。

（2） 調査対象

ヒアリング調査は、総合事業等を担当する市町村職員のうち、主に着任後1年以内の係長級の職員を対象として実施した。調査対象を図表10に示す。

図表 10 ヒアリング調査対象

自治体	ヒアリング対象者（役職・職種・着任年月）
A市	係長・事務職・2020.4～
B市	主任・保健師・2020.4～
C市	主任福祉主事・福祉職・2020.4～
D市	係長・事務職・2020.4～
E町	保健師（※平成29年度・30年度に総合事業等を担当）

（3） 調査項目

ヒアリング調査では、総合事業等を担当する市町村職員がどのような課題や悩みを感じているのか、担当として取り組むべき地域の課題をどのように理解しているか、その課題は前任者からどのように引き継がれたか、等について確認を行った。調査の観点と内容を図表11に示す。

図表 11 ヒアリング調査の観点と調査内容

調査の観点	調査内容
業務における課題や悩み	● 現在業務を遂行する上で悩んでいること、課題に感じていることは何か。
担当課や係の役割や課題に対する意識	● 担当課や係の役割や取り組むべき課題をどのように理解しているか。引継ぎを受けた際、どのような説明を受けたか。
業務に対する意識の変化	● 着任当初と比較してどのように認識が変化したか。また、そのきっかけは何か。着任当初知っておきたかったことは何か。

2. ヒアリング調査結果のまとめ

(1) ヒアリングによって確認された現状

ヒアリング調査の結果、以下のような現状が確認された。

- ① 目指す姿のイメージが持てていない。
- ② 自身の果たすべき役割が不明確。現行業務の遂行のみが託されている。
- ③ 地域の課題や資源に目が向いていない。課題を抽出するための地域の現状や現状把握する方法が共有されていない。
- ④ 関係者との協働のあり方をイメージできていない。委託先をマネジメントできていない。

上記項目ごとに確認された具体的な現状を図表 12 に示す。

図表 12 ヒアリング調査により確認された具体的な現状

項目	ヒアリング調査により確認された具体的な現状
① 目指す姿のイメージが持てていない。	● 目的を聞いた際に「自立支援」という言葉が出てこず、目的が十分に理解されていない。 ● 要綱を読んで制度の趣旨は理解できるが、わがまちにおきかえると何のための事業なのか分からない。 ● 支え合いのために協議体をつくっているが、住民にとって何のメリットがあるのか理解が不十分。 ● 運営している会議体が多く、それぞれの経緯や目的を適切に把握できていない。 ● 引継ぎでは、事業概要、見ておくべき資料、残っている支払処理や委託契約等、手続きが中心。事業の目的や成果は明確には聞けていない。
② 自身の果たすべき役割が不明確。現行業務の遂行のみが託されている。	● 職員は2、3年で異動。地域の専門職・関係者は変わらない。地域の関係者の方が地域実情や実務に詳しく、うまく立ち回れない。 ● 業務を委託先に任せているが、委託先も何をすればいいか（何のためにやっているのか）分からないと言っている（委託先をマネジメントできていない。）。 ● 委託先への研修は外部講師に任せていた。 ● 委託先と市町村の認識のギャップがある。委託先からは厳しいことも言われる。 ● 事業が多くて理解したり、こなすことに精一杯。相談対応や外出で仕事に追われ、チームでの話し合いや分担にならない。
③ 地域の課題や資源に目が向いていない。課題を抽出するための地域の現状や現状把握する方法が共有されていない。	● 地域課題が何かという引継ぎは受けていない。そもそも地域課題を把握するための方法論がない。 ● 見える化システムの存在は知っているが、そこから取れるデータを活用して地域の現状を把握するところまではしていない。 ● 地域課題を検討する際、高齢者の生活に意識が向いていない。 ● 生活支援コーディネーター（SC）等から課題は出てくるが、施策の実現には至らなかった（課題と要望の違いについて理解できていない。）。
④ 関係者との協働のあり方をイメージできていない。委託先をマネジメントできていない。	● 担当として地域資源を把握していない（委託している社会福祉協議会がまとめている年次報告を見て把握したつもりになっている。）。 ● SCの役割を正しく理解しておらず、地域づくりもSCに任せきりになっている。 ● 委託先から「行政の方向性を示してほしい」と言われる。 ● 委託先と本音で話せる関係が築けていない（委託先も行政側に遠慮している節がある。）。 ● 地域包括支援センター（包括）との定期連絡会では、市側からの一方的な情報伝達で終わっている。 ● 包括と市との間で課題に関する考え方にギャップがある。

（２） 現状への対策

ヒアリング調査によって確認された具体的な現状に対して、どのような対策が必要かについて検討した。

まず、「目指す姿のイメージが持てていない」状況として、「制度の趣旨は理解できるが、わがまちにおいて実施されている事業の目的が分からない」「住民にとってどのようなメリットがあるか十分に理解できていない」等の現状がうかがえた。このため、対策として、「自立支援について理解を深める」「アウトカムへのつながりをイメージできるようにする」ことができるようなテキストにする必要があることが分かった。

次に、「自身の果たすべき役割が不明確。現行業務の遂行のみが託されている」状況として、「地域の関係者の方が地域の実情や実務に詳しく、うまく立ち回れていない」「事業をこなすことで精いっぱい」等の現状がうかがえた。このため、対策として、「行政の役割（取り組むべき地域課題を見極め、解決に向けて地域の関係者と協力すること）に関する理解を深める」ことができるようなテキストにする必要があることが分かった。

また、「地域の課題や資源に目が向いていない、課題を抽出するための地域の現状や現状把握する方法が共有されていない」状況として、「地域課題を把握するための方法を理解できていない」「地域課題を検討する際、高齢者の生活に意識が向いていない」等の現状がうかがえた。このため、対策として、「地域の課題に目を向け、課題抽出する考え方を理解する」ことができるようなテキストにする必要がある

ことが分かった。

最後に、「関係者との協働のあり方をイメージできていない、委託先をマネジメントできていない」という状況として、「生活支援コーディネーターの役割を正しく理解できておらず、生活支援コーディネーターに地域づくりを任せきりになっている」「委託先から『行政の方向性を示してほしい』と言われる』等といった現状がうかがえた。このため、対策として、「社会資源・地域の関係者の役割を把握する」「関係者と課題を共有する」「関係者に行政の都合を押し付けるのではなく、対話できるようになる」ことができるようなテキストにする必要があることが分かった。

現状への対策について、図表 13 にまとめる。

図表 13 現状への対策

	対策
①	● 自立支援について理解を深める ● アウトカムへのつながりをイメージできるようにする
②	● 行政の役割（取り組むべき地域課題を見極め、解決に向けて地域関係者と協力すること）に関する理解を深める
③	● 地域の課題に目を向け、課題抽出する考え方を理解させる
④	● 社会資源・地域関係者の役割把握する ● 関係者と課題を共有する ● 関係者と対話できるようになる（押し付けではない関係性）

（３） 「プログラム」から得られた示唆

ヒアリング対象者のうち 3 市の職員は「プログラム」に参加していた。これらの職員からは、「『プログラム』に参加したことで、関係者と対話をするようになった」等の意見もあり、「プログラム」が市町村職員の業務に対する姿勢に効果をもたらしていることが確認された。

さらに、「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた実践研修に関する調査研究事業（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 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）」において、「プログラム」に参加した自治体に「プログラム」の有効性に関してアンケートを実施したところ、9 割以上の受講者が他の研修等と比較して本研修「プログラム」は有用であると評価した。また、「地域に合った解決策が見つかる」「実践できる」「考える力がつく」など、地域の実情に応じた課題に取り組む力の養成に寄与したことが明らかとなった。

これらのことから、テキストは、ヒアリング調査によって得られた必要な対策に関する要素を踏まえた上で、「プログラム」における学習内容をもとに作成されることが望ましいことが分かった。

第4章 テキストの構成及びコンテンツの検討

第2章では、総合事業等の目的が、「多様な主体によってサービスを充実させ、地域の支え合いの体制づくりを推進すること」等であるのに対し、現状において多様な主体によるサービスの広がりが十分でないことや、多くの市町村職員が、「地域に必要な支援の提供体制やサービスができていない」と評価していることや高齢者の望む暮らしを支える資源を高齢者に十分につなぐことができていないと感じていること等を確認した。

このような現状となっている背景を把握するため、ヒアリング調査では、総合事業等の担当者が事業を進める上で具体的に感じている課題や悩みを明らかにした。その上で、ヒアリング調査によって確認された具体的な現状に対して、どのような対策が必要かについて検討し、整理を行った。さらに、「プログラム」において実施されている取組が、市町村職員の地域の実情に応じた課題に取り組む力の養成に寄与したことを確認した。

これらのことから、総合事業等の担当者が総合事業等を推進する上で抱える課題や悩みを解決し、高齢者が望む暮らしを実現できるよう総合事業を推進していくためには、地域の課題を捉え、適切に対処していく力を身に付けることができるテキストを開発する必要がある。

テキストについては、別冊資料編「わがまちの総合事業・生活体制整備事業を立ち止まって考える地域づくりの実践に向けた道しるべ」に取りまとめた。本章では、開発したテキストの目的、コンセプト、活用方法及び全体構成を以下の通り整理する。

1. テキストの目的

テキストは、全体を通じて、「わがまちで取り組むべき地域課題を見極める力を養うこと」を目的として作成した。対象者としては、事業を推進したいが、事業の進め方に悩み、行き詰まっている総合事業等の担当者を想定している。

当該担当者がテキストを読み、なぜこのような状況に陥っているのかに気づき、総合事業等によって目指す地域の状態（目指す姿）のイメージを持てるようにすることで、自分たちの地域で実施している事業や担当業務を見直し始めるきっかけとすることを目指している。

2. テキストのコンセプト

テキストは、総合事業等の担当者が、自分たちの地域において高齢者がどのような暮らしを実現したいのか、そのために取り組むべき地域課題は何かを見極める力をつけることに重点を置いている。

記載内容については、介護保険、地域福祉、政策立案、課題解決、人材育成等多分野の専門家たちが、「プログラム」において協働で市町村の政策立案支援を行う中で蓄積した支援ノウハウをまとめたものとした。

3. テキストの活用方法

総合事業等を担当する市町村職員に限らず、地域包括支援センターの職員や生活支援コーディネーター等、事業を推進する上で連携・協力が不可欠となる関係者ともテキストに記載された内容を共有し、事業を推進することが望まれる。

さらに、同じ悩みを抱える管理職、または市町村支援者（都道府県やアドバイザー等）等にも活用されることを期待している。

4. テキストの全体構成

第1章は、テキストを読んだ市町村職員が、わがまちで実現したい高齢者の暮らしとそれを支える地域を描き、目指す姿、うまくいっている状態をイメージできるように作成した。第2章では、それに対して、わがまちの現状はどうなっているのかを把握するための調査方法を解説している。

第3章では、目指す姿とわがまちの現状を踏まえた上で、どこから着手すればよいのか、地域課題の見極め方を解説している。

各章各節においては、「プログラム」の中で、総合事業等を担当する市町村職員等がしばしば陥っていた誤解や、抱いていた疑問について取り上げ、どのように考えればよいのか、実例を交えながら分かりやすく解説している。

以上

参考資料

● 自治体ヒアリングの概要

カテゴリ	#	ヒアリング結果（確認できた事項）
目的理解	1	着任前に引継ぎが3時間程度行われただけ。半分は事業の概要。もう半分は4、5月で何をしなければいけないか、地域包括支援センター（包括）との運営委託契約等、残っている支払いの処理。事業の趣旨というより手続きを漏れなく実施することについて引継ぎを受けた。事業については、厚生労働省が出している総合事業等のパワーポイント形式のテキストを用いて、自治体としての各取組を口頭で教えてもらった。細かいところはガイドラインや要綱を見てくださいの状況だった。
	2	目的の説明はなかったが、担当する事業の概要については、説明を受けている。総合事業等の目的については、団塊の世代が75歳となる2025年を見据えて、重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けることができるように、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される体制、地域包括ケアシステムを実現していくもの、という内容の説明を受けた。
	3	やるべき事業は既に決まっていたので、進め方などがまとめられた紙を引継ぎ、事業目的や地域課題に関する引継ぎはなかった。
	4	成果として国が何を求めているのかが見えてこなかった。一生懸命やっても、成果として何も出てきていないというのが率直な意見。
	5	国の要綱やガイドラインに合わせて本市に必要なものを立ち上げていくという考えでやっている印象だった。協議体も設置しなければならないとあるので設置する、という感じ。
	6	事業の内容はもちろん、事業目的、地域課題がこうだから、こういう事業があるということは、最初から押さえておくべきことだと思う。事業ありきだと、その部分は見ない。
	7	市として、どうしたいのか、の情報が無い。総合事業は独自にやっていけるものなのに、どういう現状でどうしていけばよいのかが分からない。だいたいこういうものだということは勉強すれば分かるが、市の目指しているものが分かればよいがその根拠も探せない。
	8	協議体がどういうものか疑問だった。本などで調べて一般論は分かったが本市でどうするかという考えがなかった。
	9	着任当初、事業が多くあって混乱していた。似たような会議や教室が多数あり、最初は理解できなかった。特に総合事業は市独自でやっているの、一般的

		に整理された本もない。やっている教室に関する冊子はあるが、会議が何の会議かを説明したものはなく、理解するのに時間がかかった。
	10	各会議をどうしていったらよいという話はなく、会議が多いという話を関係者から受けた。各会議について、創設する趣旨は当時の資料に記載があるが、実際は形骸化しており、会議を開催すること自体目的になっているのではないかと感じる。
	11	継続案件として B 型の事業を立ち上げるという話が出てくると、その部分だけ、他市町に状況を聞くなど、特化して勉強していたので、全体はあまり見えていなかった。
	12	会議の経緯について細かく記載したものはなく、設置目的については読み解けない。たまたま包括で着任した人向けの研修があった時に、事業の経緯も説明があったので、そこで理解できた。事業等ができた経緯や理由までは、通常業務や引継ぎの中ではなかなか教えてもらえない（自分から聞けば教えてくれるが。）
	13	一人一人の支援の重要性については、困難事例や虐待に関する案件が上がってきて、保健師を中心に対応しているが、会議に入って内容を把握し、対応について一緒に考えたりしていく中で気が付いた。
	14	業務と目的のつながりについての理解は、いろいろな問い合わせがあるが、最初はどうに対応するか分からない。対応したケースは記録しているので、それを参考にしたり、周りの対応の仕方を見ながら、学習していく。
役割認識	15	係や自身のミッションに関する引継ぎはなかったが、やることは決まっていたので、それをこなすのが精いっぱい。
	16	成立した予算の中でやるべきことの引継ぎは受けたが、将来的にやるべきことに関する引継ぎは特段なかった。やっていく中で考えていくべきだったが、余裕がなかった。
	17	当初認識したミッションは、委託の事務的なもの、四半期ごとの報告に関するヒアリング。
	18	引継ぎ当初は自分が理解できなかったが、今考えると、3 年前から本市は訪問 B 型、通所 B 型、訪問 D 型を毎年作ることを目標にしてきて、自分にバトンが渡された。
	19	地域ケア会議の司会や教室関係の調整事など、事務的な仕事が多く、保健師の自分がやるべきなのかが疑問だった。自分の立ち位置がよく分からないこともあった。事業をこなすのが精いっぱい。1 年間やってやっと慣れてきたと思ったら、その 1 年後に異動がある。
	20	上司からの指示で会議を運営していたが、何のためにやっているのかが分からなかった。翌年どうしたらいいのか悩んだ。具体的には、医療・介護の分野の会議だったが、報告で終わっていたので、やる意味が分からなかった。
	21	課としては、高齢者の自立した生活を支えることがミッションだと思っている。

	22	予防は高齢者の元気な状態を保つことが目的だという、大まかな引継ぎを受けた。以前は財政課に所属しており、地域包括の予算を担当していた。そのため、介護予防事業の予算がどのような目的のものは、初めから何となくではあるが認識していた。他方で、元気な人にレクリエーション等の費用としてそこまでの予算を投入するのか疑問視する意見もあった。異動して業務内容を知り、一人一人に対して支援を手厚く具体的に対応していくことを考えて事業を実施しており、そのような対応をすることで高齢者の生活を支えることにつながる事が分かるので、自分は必要だと感じている。
	23	少ない人数で業務にあたっているので、業務をこなすことで精いっぱい。変えていきたいところまで手が回らなかった。
	24	自分は10年前に直営の包括にいた。今はその時と変わって、事業が増えている。職員は業務をこなすのに精いっぱいな状態である。
	25	チームで話し合う時間が持てない。みな外に出ていて、いない。仕事に追われている。
	26	現在困っていることは、それぞれの上司の考え方が微妙に違うこと。B型のサービスがいると言う上司と、いないと言う上司がいる。みんな思いがあるからだと思うので、うまくまとめられたらと思うが、難しい。
	27	要綱と地域別の経過記録を読んだ。地区ごとに見たがそれぞれでやり方が違う。地域の実情にあわせたやり方でやるしかないと感じた。
	28	年度ごとに達成したこと、次年度に積み残したものが整理されておらず、年度ごとにやった事業の目的と結果、積み残し事項が整理された引継ぎがあったらよかった。
	29	前任者が課題（その年でやろうと思っていたけどできなかったこと、補助金を申請しているからしないといけないとか、地域の課題になっているもの、今年やるべき業務等）になっていること、来年度やることをまとめてくれていたので、その説明を受けた。
	30	介護予防推進は教室を増やすのは人員的にキャパがあるので難しいというのが係の意見としてあり、実際にこれ以上増やすのは無理だと感じた。効果があるものに変えるとか、市がやっている教室を市民に渡していく形で広げていくことが必要だと認識した。
	31	包括については、それぞれのところでしっかりとやっているが、市との連携や包括のバックアップでうまくいっていないところをどう改善していくかを検討する必要があると認識した。
現状把握	32	7月に監査があるのでその資料作りを5月末～6月にする。そこで、前年度に総合事業利用者数、教室参加者数、包括の業務など、市の情報を整理した。

	33	7月頃から8期計画のチェックをし始めて数字に触れることが増えた。将来推計など表にするので、今以上に大変になるなと考えた。
	34	通いの場の数については、国からの調査があるため、引継ぎは受けているが、データについては引継ぎを受けたことはない。地区ごとの高齢化率については調査している中で調べたことはあるが、どのようなデータを見るべき、ということは引継ぎを受けていない。
	35	介護保険事業計画の策定を担当している課は地域包括ケア「見える化」システムを活用してデータを把握していたので、その情報を提供してもらうことがあったが、完全に受け身の状態だった。自らデータの活用をするということまではできていなかった。どういうときに活用するのか分かっていなかった。データをどう分析するか、どこと比較すればいいのか、というのは教えてもらえると今後の施策に生かせるのではないかと思う。
	36	地域の状態把握について、見たほうが良いと教えてもらったものはないが、8期の計画策定も担当している中で、細かいところまでは見ていないものの、昨年度のアンケート調査や人口の推移については見る機会があった。
課題抽出	37	個別会議（ケース会議）、地域の方を集めた検討会議を開催し、地域でごみ捨て、移動支援の問題が多いという話がでた。しかし、「難しい問題だ」、という話で終わっている。
	38	生活支援コーディネーター（SC）がいる地域からは課題が出てくるが、どのように施策化すればよいのか分からず、実現できなかった。
	39	要綱の中に、地域住民中心の事業ということで、B型、D型はあるが、本市は山間地や中心市街地があり、地域によってニーズが異なる。どうしても山間地になると、移動支援の必要性だという声が大きく、そのあたりは以前から検討されていた。また、居場所・通いの場が介護予防に必要だということで、国も多クしようと言っており、数は増えているが、運営面で大変だという声があったので、それをB型にできたらという話がある。事業内容を学べば学ぶほど、B型の立ち上げについては必要性に疑問を感じている。ボランティア団体から、通いの場の運営が大変だから、B型にして介護予防の内容を強化してやっていったらどうかという話が合った。住民主体でやっているところが増えているのに、わざわざB型にして補助を出すことに違和感を感じている。新型コロナウイルス感染症の影響で参加者が少なくなり、運営が大変になったという声があったことは1つあると思うが、他にやっているところとの均衡という点では違和感。
	40	着任当初は、住民は足腰が弱くなれば外に出にくくなるので、近所の集会所まで歩ける体力をつけるべき等、そのような課題認識。健康づくりの部署にいたこともあったため、生活習慣病の予防に課題意識が寄っており、高齢者に意識は向いていなかった。課題に関する引継ぎはなかった。

関係者連携	41	第1層 SC は1人で、社会福祉協議会（社協）に委託している。地域をよくまわってサロンに顔を出して情報収集してくれている。包括も市には言えないことがあり、SC がきいてきてくれることもある。しかし SC も何をすればよいか分からないと言っていた。
	42	協議体でははじめに勉強会から実施していた。ただ勉強会資料もたくさんある。いろんなパターンがあってどれが正解か分からない。当初は公益財団法人さわやか福祉財団（さわやか）のインストラクターが来ていたようだが、今は来ていない。理由は不明。協議体でさわやかで勉強してきた人がいるが、行き詰っている。市の中でもさわやかのやり方でうまくいかないという声も聞く。
	43	各包括の専門職ごとに会議を定期的にもっている。主任ケアマネジャー（CM）会議は毎月参加している。地域ケア会議の見直しがテーマになっていた。市は全体を見直そうと思っていたが、会議ではなかなか意見が出ない。「プログラム」の一環で全包括をまわったところ、包括はこれまでやってきたことは見直す必要がないなど、市との認識ギャップがあることが分かった。何のためにやっているのかという声が事例提供する CM や専門職や一部包括から寄せられたいた。
	44	包括と定期的な連絡会をやっていた。5月頃に実施した際に、不満が出た。多くは、事業をやることで精いっぱい。事業が何に結びついているかを意識していないように感じた。市から言われたことをこなしているだけという状況が見られ、事業が目指すところに向かっていないのではと悲しく感じた。
	45	前任が他市町に出向してしまい、頻繁に聞くことができなかったため、第1層 SC に話を聞いたが、「そこは市でちゃんと引継ぎをしてくれ」と言われてしまったため、第1層・第2層 SC を委託している社会福祉協議会が出している実績報告（平成30年度版と令和元年度版）を読み込んだ。協議体の開催方法、地域住民とのつながりを持つために何をしたのか、社協における研修内容、住民や地区社協を対象としたセミナーの内容、市との打合せの中で話があった今後の方向性、地域ケア会議の会議録、地域資源マップの作成の経過、等々を学んだ。
	46	市の方向性が見えないと言われることが多いが、地域を理解し、地域に根付いているのが SC なので、SC が見出してこないとうまくいかないという話を過去ずっとしていた。「プログラム」参加後は、なるべく一緒に動いて、自分も一緒に考えたいと思っているので、会議にも参加するようにして、何かあったら相談してほしいと言っている。
	47	SC をどう動かしていったらいいかが分からず、地域づくりも SC に任せだった。SC から報告聞くというやりとりだけだった。SC はこういうことをやってくれるという引継ぎをうけたので、そのままやっていた。
	48	SC を二人配置しているが、二人とも総合事業担当する前から動いていた方で、その人たちの方が総合事業等について知識がある。そのため、SC の活動目的

		をこちらから改めて説明することはなかった。介護予防の役割も認識してくれていたと思う。
	49	前任者から、包括は専門職の集まりだから通常の委託のやりとりではうまくいかない、厳しいことを言われると聞いていた。
	50	定期連絡会は市から一方的な情報伝達が多い。市対包括のような構図になっていた。
	51	以前は、市が委託しているのだから制度内容を考えるのも社協の仕事だという姿勢だった。そのため、社協に行きづらかった。
	52	現場に出ることで、SC が感じている以上に、住民は地域のことを考えており、何とかしたいという思いを持っていることを肌で感じるができていた。そこを一緒に考えていけるといいかなと思っている。
	53	着任当初は、現場の声は包括からの情報共有を頼りにしきっていた。「プログラム」を経て、現場の声を聴くようになり、自分たちが思っていることと CM が考えていることが違っていたことに気が付いた。
	54	これまでの変遷が分かることは大切。包括から「以前は・・・」などと聞かれることもある。
	55	協議体に参加してみて、これでよいのか？と思った。協議体のあり方も見直しが必要かもしれないと感じた。ただ発足して動いているところを変えるのは大変だと思っている。
年間業務サイクル	56	4 月当初は言葉が先行しているだけで、正直実態は分かっていた。5、6 月頃に落ち着いてきて、目指すところはどこなのかな？と思い始めた。目指す姿が見えてこないと事業がぶつ切りになると感じ始めた。
	57	要綱やガイドラインの読み込みはほかの業務と並行して行うため、1 か月以上はかかった。
	58	着任当初は会議や協議体、教室も多くあったため、混乱していたが、ようやく整理されてきた。色々な機関との連携が必要な課だと気づいた。
	59	着任してまだ半年だが、周りに恵まれているため何とか日々の業務に対応できているが、課題解決のために新しい事業を立案するところまでは手が回っていない状況。
組織づくり	60	着任当初にいろいろと言われても自分が理解できなかったと思う。そのため、分かっている人が同じ課内にいて、行動をともにしてくれると一番いいと思う。
	61	地域支援事業で、担当者の想いや考えによって事業を構成・再編できると思うが、そこに自分がずっといられるわけではないので、その想いを引き継いでいかないと地域に根付かない。そこが地域支援事業のよいところでもあり難しいところ。自分の想いだけではなく包括との話し合いが欠かせない。時間もかかるし難しいがシステムが長く続くためには欠かせない。

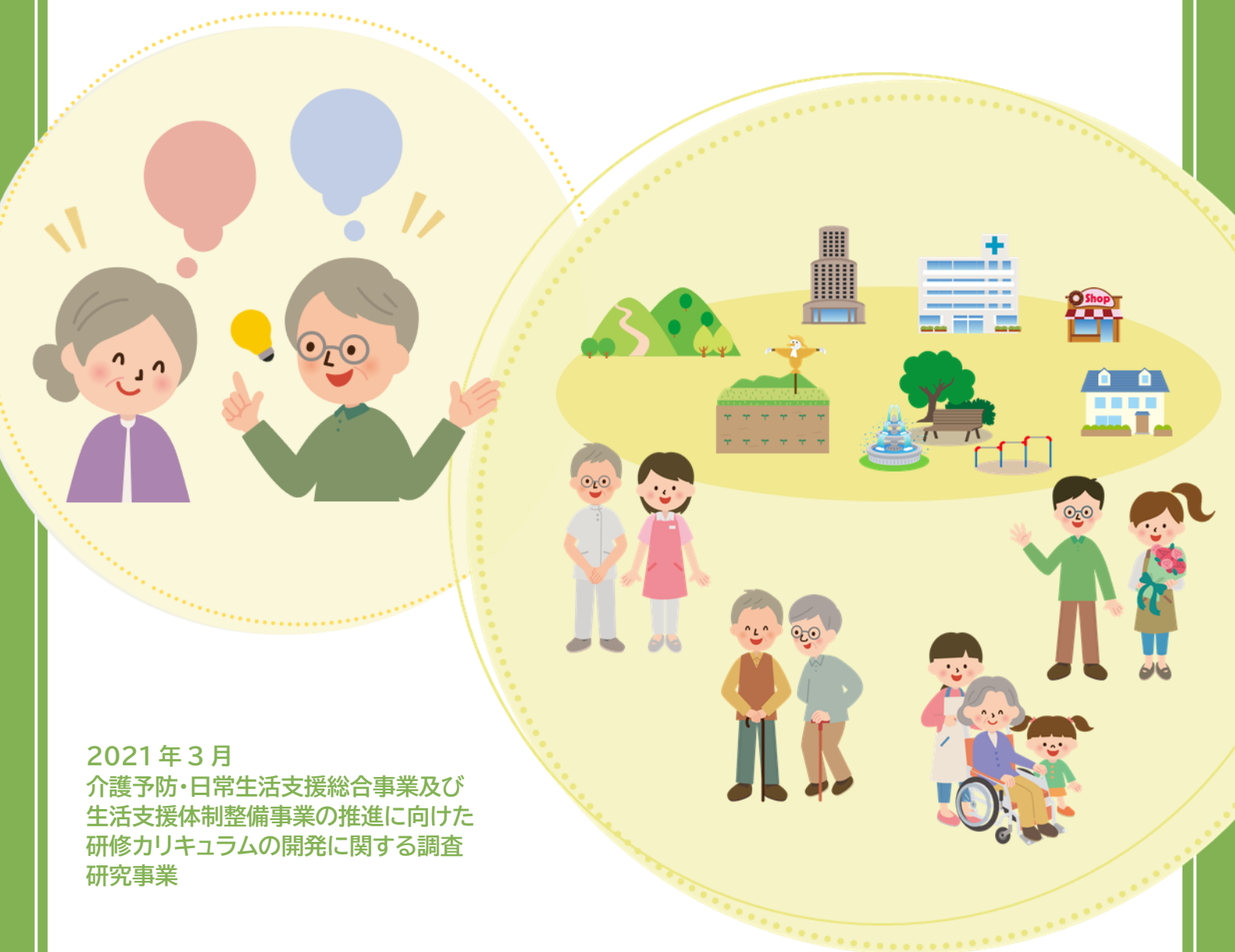
情報収集	62	厚労省の地域支援事業の要綱やガイドラインを読んだ。介護保険法も該当する部分は確認した。他には、厚労省で出している生活支援体制整備事業や地域包括ケアについて説明しているスライドを見た。事業の実施要綱はとても参考になった。
	63	県内で同様の事業を行っている市町には電話で実施方法や対象者の設定等について教えてもらったり、要綱をもらったりした。また、5月に国が補助内容を少し変えたので、その対応の方法について教えてもらった。
	64	資料もたくさんありすぎると何を读んだらいいかわからないので、一冊で大丈夫と言うものがあればいいなと思う。インターネットでも色々な資料を取得できるが、どれが最新かわからない。ずっと変わらないもの、押さえておくべきことなどがあれば、それが欲しい。
	65	介護保険制度の理念は国の要綱で学んだ。シンクタンクが出しているような資料は見たことはない。
	66	高齢福祉分野に長年携わっている課長から他自治体の事例を聞いた。iJAMP（インターネット行政情報モニター）の先行事例についても教えてもらった。
	67	事例集については、似たようなことをやろうと思ったとき、参考にできるし、問い合わせもしやすいので有難い。ただ、あくまで事例集は完成されたものの紹介になるので、最初に誰に話を聞いたとか、どういうデータを見たかとか、そのような情報をまとめてくれている方が参考になる。

別冊資料編

わがまちの総合事業・生活支援体制整備事業
を立ち止まって考える



地域づくりの実践に向けた 道しるべ



2021年3月
介護予防・日常生活支援総合事業及び
生活支援体制整備事業の推進に向けた
研修カリキュラムの開発に関する調査
研究事業

株式会社 エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所



わがまちの総合事業・生活支援体制整備事業を立ち止まって考える

地域づくりの実践に向けた道しるべ

目次

この「道しるべ」を手に取ったみなさんへ	1
はじめに	2
第1章 わがまちで実現したい高齢者の暮らしとそれを支える地域	6
1. 総合事業・生活支援体制整備事業によって何を目指すか	8
2. これまでの暮らしを取り戻す専門的支援（自立支援・介護予防）	10
3. 暮らしを支えるインフォーマル資源（生活支援）	16
4. 高齢者の暮らしを支える地域の力	22
5. 高齢者の暮らしをコーディネートする力	28
第2章 わがまちの現状を把握する	32
1. わがまちの高齢者の暮らしの困難さを知る	34
2. わがまちの支援の実態を知る	38
3. 暮らしを支えるインフォーマル資源を知る	42
4. 地域全体を俯瞰して高齢者の暮らしの課題を考える（データの正しい活用方法）	46
第3章 まずここからはじめてみよう（目指す姿に向けてのアクション）	52
1. 取り組むべき課題を見極める	54
2. 地域の課題を共有し、目指す姿を「みんなの目標」とする	64
おわりに	68

この「道しるべ」を手にとったみなさんへ

本書は、日本のあらゆる地域において、年とともに暮らしに困難が生じて、高齢者が地域で支えられながら暮らせる体制をつくっていくため、介護保険、地域福祉、政策立案、課題解決、人材育成など多分野の専門家たちが、協働で市町村の政策立案支援を行う中で蓄積した支援ノウハウを、現場の実践のヒントとして全国の市町村で奮闘する担当者や市町村支援を行う都道府県、支援機関等のみなさんへ共有するためにまとめたものです。



これを読むみなさんの中には、これまで国の求める通り一連の事業は進めてきたが、特に何か変わった実感が得られず悩んでいる、あるいは、着任前から既に実施されていた事業について、地域の関係者に行き詰まり感があり、いったい何のために立ち上げられた事業で、今後どう見直してよいのかよく分からないという市町村の担当者がいらっしゃるでしょう。また、市町村支援を行いたい、現場のことはよく分からないので、いったいどのように支援したらよいかわからないという都道府県担当者や大学等の支援機関の方もいらっしゃるかもしれません。



本書は、制度の運用や事業の見直しといった小手先の手法でなく、**市町村職員が、わがまちにおいて高齢者のどんな暮らしを実現したいか、そのために取り組むべき地域課題は何かを見極める力をつけていただくことに重点を置いて書かれたものです。**各章では、高齢者を支える地域づくりを進める上で必要な、総合事業・生活支援体制整備事業等、制度の基本的な理念や、支援のあり方（アセスメント・ケアマネジメント）等について触れますが、これまでのような制度の運用や、要支援者等の支援のあり方に関するマニュアルではありません。なぜなら、全国の人口規模も、気候も、面積も、住民の生活も、地域資源も全く違う各自治体が向き合う高齢者の暮らしの課題は、全国一律の施策や事業、あるいは先行事例の横展開では到底解決できないからです。



みなさんと同じような悩みや疑問を感じてきた市町村の担当者たちは、専門家から政策立案支援を受ける中で、本書で示す実践を繰り返し、「自分がやってきたことが、なぜ空回りだったのかが分かった」、「地域の関係者と同じ目標で取り組んでいる実感が出てきた」、「高齢者の暮らしを起点に地域課題を考える習慣がついた」といった手ごたえを感じ始めています。



本書を読んだ市町村に関わるみなさんが、わがまちで実現したい高齢者の暮らしをいきいきと描き、その実現に向けて地域の多様な関係者とコミュニケーションを深めて自らの想いを伝え、それぞれの地域の関係者を動かしていくリーダーシップを発揮していただけることを願っています。

はじめに

- 平成 27 年度の介護保険制度改正においては、それまで一部の地域で選択的に実施されていた「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下、総合事業）が、すべての市町村において実施されることとなり（平成 30 年 4 月までに移行）、あわせて「生活支援体制整備事業」等の事業が創設され、地域支援事業が拡充されました。
- 制度改正の背景には、今後急激な増加が予想される要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為の一部が難しくなっているものの、身の回りの生活行為は自立している場合が多いことから、支援する側と支援される側という関係性ではなく、地域とのつながりの中で、参加や活動を維持しながら生活を送ることで、結果的に要介護状態に至ることを予防していくという支援のあり方が重要であるとされたことにあります。
- また、とりわけ心身機能が低下した単身・高齢者のみ世帯の高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、暮らしを支える様々な生活支援サービスが必要であり、市町村が中心となって、地域の特性や資源に応じたサービスを充実させることにより、要支援者等の多様な生活上のニーズに対応できるようになることが期待されました。
- 制度開始から丸 6 年（令和 3 年 3 月末時点）が経過しましたが、制度をうまく活用して要支援者等を支える体制が充実してきた市町村もある一方で、担当者が、取組に行き詰まりを感じているところも多くみられるようになってきました。

- ・ 事業は一通り進めてきたが、要支援者等のサービス利用状況が制度開始前と変化がなく、特に何かが変わった実感が得られない。
- ・ デイサービスが通いの場になっており、地域の多様な参加の場への参加につながらない。安価なフィットネスクラブのような感覚で利用されているがこのままで良いのだろうか。
- ・ 基準緩和型サービス（サービス A）を担っていた介護事業所が収益悪化で撤退しつつある。
- ・ 短期集中予防サービス（サービス C）をつくったが、利用者の確保に苦労している。
- ・ 協議体で地域住民と話し合いをするが、会議を開催しているだけになってしまい、住民主体のサービス（サービス B、D）がなかなか生まれない。
- ・ 生活支援コーディネーターの活動をどう評価すればよいかわからない。地域包括支援センターと生活支援コーディネーターがバラバラに動いていて資源と個別ケースがつかない。



■一度立ち止まって「総合事業・生活支援体制整備事業」を考える

- しかし、ここで少し立ち止まって考えてみて下さい。総合事業に位置づけるサービスや住民主体の通いの場が増え、生活支援体制整備事業で協議体を立ち上げたからといって、高齢者の暮らしはどう変わったのでしょうか。ともすると「サービス A をつくる」、「協議体を立ち上げる」、「通いの場を増やす」といった形で、「事業ありき」、「制度ありき」で取組を進めていないでしょうか。それで本当にあなたのまちの高齢者の暮らしの困りごとは解消され、望む暮らしが実現できているのでしょうか。
- たしかに地域社会で孤立している高齢者にとって、外出機会を確保することは非常に大切であり、社会との接点を持ったり、運動する機会を確保したりする上で、体操教室のような「通いの場」は一つの有効な手段です。
- しかしながら、高齢者の暮らしを支える「資源」は地域に無限にあります。例えば、スーパー銭湯、居酒屋、食堂、喫茶店、グラウンド・ゴルフなど高齢者が集まる場所は他にもたくさんあります。公園のベンチで高齢者の井戸端会議が開かれるのであれば、それも立派な「通いの場」です。
- つまり、高齢者の暮らしを支える手立ては制度や事業に限らないのです。どうしても行政職員は制度や事業をどう構築するかという視点から物事を考えてしまうため、「従前相当ではなくサービス A で」、「デイサービスの代わりに通いの場へ」という思考に陥りがちですが、これは行政の勝手な都合に過ぎません。

図表 1 一度立ち止まって考える

自治体職員等がしばしば陥っている誤解



「事業ありき」「制度ありき」で支援を考えていませんか？

- 
- そこで本書は全体を通じて、「**わがまちで取り組むべき地域課題を見極める力を養うこと**」を目的としています。まず第 1 章では、わがまちで実現したい高齢者の暮らしとそれを支える地域を描き、目指す姿、うまくいっている状態がイメージできるようにします。それに対して、第 2 章では、わがまちの現状はどうなっているのかを把握するための調査方法を解説していきます。その上で第 3 章では、目指す姿とわがまちの現状を踏まえた上で、どこから手をつければよいのか、地域課題の見極め方を解説します。
- 各章各節においては、市町村支援を行ってきた中で、総合事業・生活支援体制整備事業を担当する市町村職員等がしばしば陥っていた誤解や、抱いていた疑問を取り上げ、どのように考えればよいのか、実例を交えながら分かりやすく解説していきます。第 1 章から順を追って最後まで読み進めていけば、きっと、あなたが今まで感じてきた疑問や、悩みに対する答えやヒントが得られることでしょう。

第1章 わがまちで実現したい高齢者の暮らしとそれを支える地域

■総合事業・生活支援体制整備事業は目的を達成するための手段

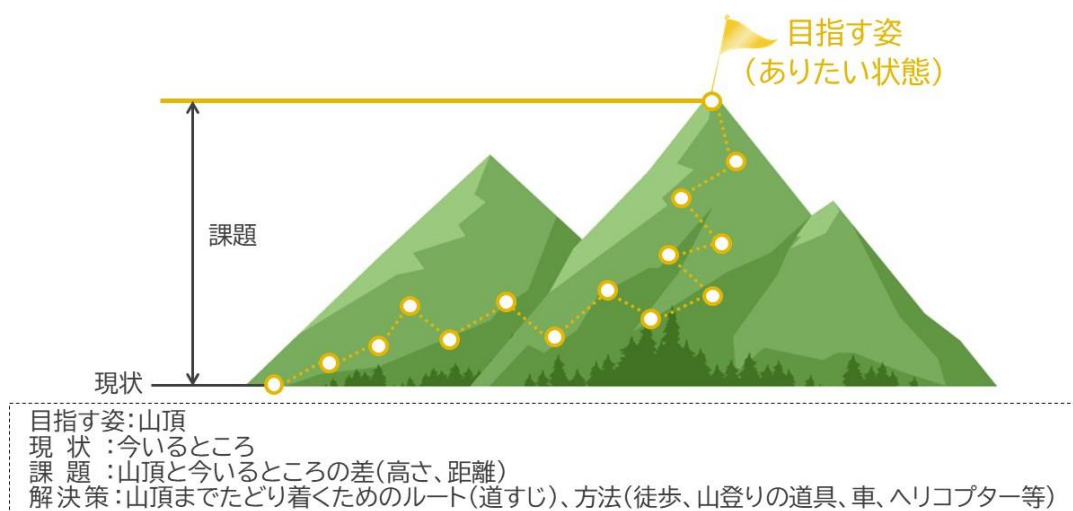
- みなさんは、総合事業・生活支援体制整備事業において「介護予防」、「生活支援」と聞いて、どんな事業をイメージするでしょうか。
- 「介護予防」のイメージは、地域に歩いて行ける体操教室やサロンなどの「住民主体の通いの場」をたくさんつくることでしょうか。通いの場やサロンに専門職が出向き、自宅で行える自主トレーニングのメニューを指導することや、口腔や栄養に関する評価や助言を行うことでしょうか。
- 「生活支援」のイメージは、不足するヘルパー人材を補うため、あるいは介護保険サービスだけでは支えられない生活上の困りごとを支援するため、ボランティア養成講座を開催し、住民が生活支援サポーターとして虚弱な人の家事援助を行えるような仕組みをつくることでしょうか。
- こうした取組は、総合事業開始以来、多くの市町村で取り組まれてきました。しかしながら、事業の立ち上げや実施ばかりに意識が向いてしまい、苦勞して立ち上げたものの、結局「通いの場に来るのは比較的元気な高齢者だけ」であったり、「一部のグループや地域に限定」されていて広く使える資源になっていなかったり、生活支援についてはボランティア養成講座を受講してくれる住民はいるが、「実際の生活支援を担うところまでは結び付かない」といったことが起きているかもしれません。
- 結果として、要支援者等はニーズに合致していないのにも関わらず、介護福祉士等の専門職が提供する従前相当サービスを利用することとなり、多様な資源の創出と実際の要支援者の支援は結び付いていないのが実態かもしれません。
- しかし、こうした「取組」や「事業」は、単なる「手段」です。本当の目的を達成するための「手段」にすぎないものを「目的」であるかのように捉えて取り組んでいると、市町村職員も、担い手である関係者も「何のために取り組んでいるのか」が分からなくなって方向性を見失い、漫然と「事業」を続けるだけになり、「取組」が停滞してしまいます。

図表 2 「取組」や「事業」は単なる手段



- 暮らしに困難を抱え始めた高齢者が、できる限りこれまで送ってきた自分らしい日常の暮らしを続けることができるようにするためには、どうなりたいかという「目指す姿（ありたい状態）」を描き、わがまちの「現状」を振り返った上で、解決すべき「課題」を見つけていくことが欠かせません。
- 「目指す姿（ありたい状態）」とは、山登りで例えるなら、「山頂」です。今いるところ（現状）から、どこを目指して進んでいけばいいか、到達したい目標と進むべき方向を定めることは、極めて重要なことです。
- ではまず、「わがまちで実現したい要支援者等への支援のあり方や実現したい地域」（目指す姿）とはどのようなものか、高齢者が抱える「暮らしの困難さ」とともに考えていきましょう。

図表 3 目指す姿（ありたい状態）、現状、課題のイメージ



1. 総合事業・生活支援体制整備事業によって何をを目指すか

■どのように要介護状態になっていくのか：高齢者が抱える「暮らしの困難さ」を想像する

- 要介護認定申請や介護保険サービス利用のため、役所や地域包括支援センターに来所した高齢者本人や家族はなぜ相談に来たのでしょうか。どんな暮らしの困難さがあるのか少し想像してみましょう。
- どんな高齢者であっても、どんなに資源が少なく不便に思える地域に住んでいたとしても、相談に来所する少し前までは、必要な物を購入したり、食事を準備したり、暮らせる程度に掃除や洗濯をしたり、畑仕事や散歩をしたり、時には友人と会って一緒に食事やお茶をしたり、趣味の集まりに参加したりと、その人にとっての普通の暮らしができていたはずです。
- では、そのような「普通の暮らしが困難になるきっかけ」は、どのようなことが考えられるでしょうか。例えばある自治体では、要支援者の多くは、次ページのようなことがきっかけで普通の暮らしが困難になっていました。
- 誰も老化は避けられません。高齢になるほど体調悪化や病気や怪我、それに伴う入退院が身近なものとなります。また、配偶者や身近な人が亡くなるなどの喪失体験も増えます。そのようなことがきっかけとなって、それまで当たり前「していたこと」や「できていたこと」や、なんとか頑張って「続けてきたこと」がおっくうになり、「しなくなったり」、「やめてしまったり」して、次第に「できなくなったり」していきます。
- 日常生活の活動が低下していけば、心身の機能はさらに低下していきます。こうして、状態をさらに悪化させてしまつて要介護状態となり、その人にとっての「普通の暮らし」を維持することができなくなっていくのです。

図表 4 どのように要介護状態になっていくか



○骨折などの怪我

転倒による骨折、圧迫骨折などを起こし、加療のため安静が求められたり、コルセット等を装着したりすることにより可動制限が生じ、入浴や着替えなど身の回りのことや、掃除や洗濯などの家事や、買い物、通院などの外出が一時的に困難になる

○慢性的な痛み

高齢者に多い脊柱管狭窄症や変形性膝関節症などのため、日常動作に慢性的な痛みやしびれが生じ、連続歩行や起居動作などが困難になり、外出や家事など日常生活行為全般がしにくくなる

○疾病の憎悪・心肺機能低下

心不全の急性憎悪、脳梗塞の発症、再発及びそれに伴う入退院などにより、心肺機能が低下して動作に息切れが生じたり、麻痺が残ったりするなど身体機能低下がおこる
パーキンソン病（症状）の進行に伴って動作が緩慢になり、生活行為全般に困難さが生じる

○つながりの喪失・参加機会の喪失

配偶者の死や親しい友人の病気、入院、入所、死などにより話し相手や交流の機会が失われる
仕事を辞めて、やる事がなくなり外出の機会が減ったり生活リズムが崩れる
運転免許証の返納により、自主的な外出手段を失い、外出範囲が狭くなったり、外出機会が減少する

○認知機能低下

予定やしなげばいけないことを忘れていたり、集まりに参加できなくなったり、必要な手続きや支払い等ができなくなる
物の置き場所や作業の順序が分からなくなったりして、調理や洗濯、掃除、買い物などの家事に多少困難が生じてくる

○活動の低下・自信の喪失・意欲の低下

体調不良が続いたり、身体機能や体力が低下してくると、これまでしてきた活動がしんどくなったりおっくうになる
「つらい経験」や「できなかった経験」が積み重なると、「年だから」、「自分にはもう無理」というあきらめにつながり、これまでしてきた活動を継続していくために必要な「自信」や「意欲」が失われる

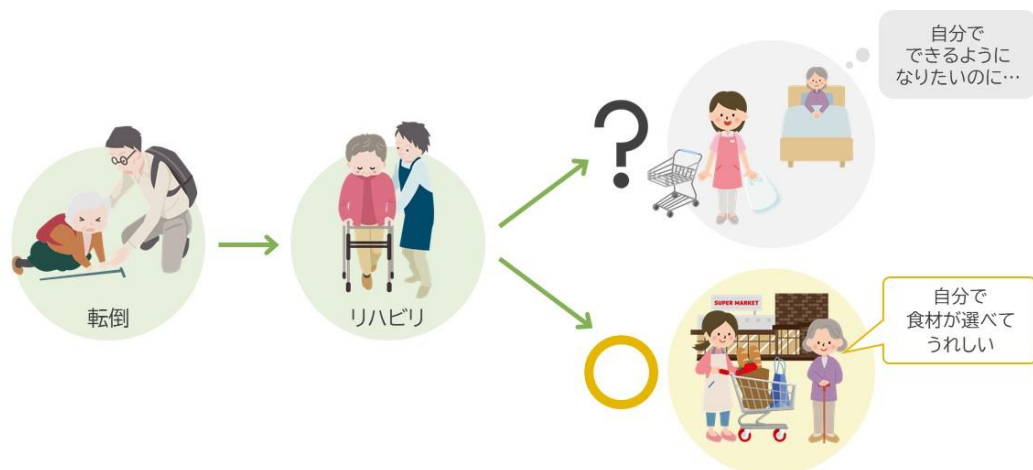
※上記の他、不定愁訴、抑うつ、健康不安や経済的不安、フレイル等がきっかけとなる場合も考えられます。

2. これまでの暮らしを取り戻す専門的支援（自立支援・介護予防）

■ 目指す支援：自分らしい「これまでの暮らし」を取り戻す

- 支援を要するに至った経緯や本人のこれまでの暮らしを踏まえれば、支援の目標は、「その人が大切にしてきたこれまでの暮らしをまた送れるようにすること」であるはずです。
- 要支援認定を受け、専門的支援（介護保険サービス）を求めてきた高齢者の支援においては、活動低下による身体機能低下を防ぐため、あるいは、閉じこもりがちで社会との接点が失われる心配があるため「デイサービス」を利用、買い物や掃除などが困難になったため「ヘルパー」を利用、といった支援計画を立てるかもしれません。
- たしかに、この支援計画は、高齢者が必要としている「機能訓練」や「社会参加」や「家事」といったニーズをカバーしているように見えます。しかしながら、本当にその「デイサービス」や「ヘルパー」は、その人にとっての「これまでの暮らし」を取り戻す支援になっているのでしょうか。単に「やめてしまった活動」や「しなくなった活動」を代替しているだけになっていないでしょうか。もしそうであれば、少なくともそのような支援からは、「本人らしさ」や「その人らしい日常」は感じられません。
- 高齢者は、一度、支援が必要になると、「これまでの暮らし」はあきらめざるを得ないのでしょうか。本当は、もう一度自分で「していたこと」、「続けてきたこと」、「できていたこと」を可能な限り「取り戻す支援」、もしくは、たとえ完全に体は元の状態に戻らないとしても、あきらめかけていたことや好きなことが、「またできるような支援」のほうが、「できないことを代替する支援」より、高齢者にとってずっと幸せなことではないでしょうか。

図表 5 これまでの暮らしを取り戻す専門的支援になっているか



総合事業における要支援等の支援イメージ①
(介護予防の理念～介護予防事業のこれまでとこれから)

- ・総合事業の主たる目的は、要支援者等の多様な生活支援ニーズについて、「介護予防の理念」のもとに要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、NPOや民間企業、ボランティアなどの地域の多様な主体による多様なサービスを総合的に提供可能な仕組みにすることです。したがって、市町村における総合事業の設計においては「介護予防の理念」を理解することは極めて重要です。
- ・振り返れば、平成 18 年度にスタートした介護予防事業では、特に二次予防事業対象者に対する機能回復訓練などのハイリスクアプローチが重視され、二次予防事業に高齢者人口の 5%が参加することを目標に、全国の市町村で様々な取組が進められましたが、結果としてはわずか 0.8%程度の参加実績に留まりました。
- ・総合事業への移行の背景には、予防給付に「制度の趣旨が必ずしも徹底されていない」といった問題があっただけでなく、当時の介護予防事業が大きな方針転換を迫られていたことがありました。
- ・そこで厚生労働省は、従来の介護予防の問題点として、「介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった」、「介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった」と整理しました。その上で、新しい「介護予防の理念」では、生活機能が低下した高齢者を対象に、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることを重視しました。具体的には、単に、高齢者の運動機能や栄養状態といった**心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現を目指すこと**としたわけです。
- ・では、要支援者等に対してどのようなサービスを提供すればそれが実現できるのでしょうか。厚生労働省は、それを明らかにするために、平成 24 年度からの 2 年間のモデル事業として、市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）を実施しました。この事業では、買い物等の日常生活に支障が出てきた要支援者等に、サービス利用開始時には、家事援助等の生活支援サービスを提供すると同時に、リハビリテーション専門職等による通所と訪問を組み合わせた一定期間の予防サービスが提供され、それにより元の生活に戻す（または可能な限り元の生活に近づける）ことを目指しました。**高齢者自身でできるようになれば、生活支援サービスの提供量や専門職の関与は減少していき、その後は、徒歩圏内に運動や食事を楽しむことができる通いの場を用意するなどして状態を維持することになります。**
- ・このように、総合事業が創設された背景には、これまでの介護予防事業の振り返りやモデル事業における実践にもとづいた、新しい「介護予防の理念」があるのです。

■「これまでの暮らし」を取り戻すための「専門的な支援」

- 要支援状態となってしまった高齢者が「これまでの暮らし」を取り戻すためには、高齢者の「暮らしの困難さを引き起こした原因」を把握し、必要な助言や指導を行う専門的支援は必要不可欠です。では、支援が必要となった高齢者の「暮らしの困難さの原因」は何なのでしょう。「何を解決すれば」これまでの暮らしを取り戻せるのでしょうか。
- 怪我や骨折などの一時的な身体機能低下が、暮らしの困難さの原因であれば、適切な治療やリハビリテーションを受けることで、時間の経過とともに症状は落ち着いていくでしょう。安静にしている間に失ってしまった筋力やバランス感覚を取り戻す支援を一定期間行うことで、比較的短期間に元の暮らしを取り戻すことができるかもしれません。必要に応じて、自宅に手すりを設置したり、部屋の片づけをするなどして、つまずきやすい環境を解消することや、補助具を上手に活用することにより、再度転倒により骨折するリスクを減らすような支援も必要です。
- 筋骨格系疾患の場合はどうでしょうか。たとえ痛みや活動の制限を全くなくすることができない場合でも、どのようにしたら痛みや活動の制限とうまく付き合いながら、本人のしたい「これまでの暮らし」を継続できるかについて助言することができるかもしれません。
- 持病の悪化からくる生活の困難さの場合はどうでしょうか。定期的な受診ができているか、適切に服薬できているか、日々変化する本人の症状や生活状況などの情報が主治医に伝わっているかなど、自己判断ではなく、きちんと医学的に管理できているかの確認は不可欠です。また体調の変化に日々不安を感じているのであれば、睡眠等の生活リズムの状況や排せつの状況等、体調管理の方法についてアドバイスしたり、血圧計やパルスオキシメーターなどの使い方や、どういう症状が出たらすぐに受診するべきかなどの日々の疾病管理の方法を伝えることが役に立つかもしれません。

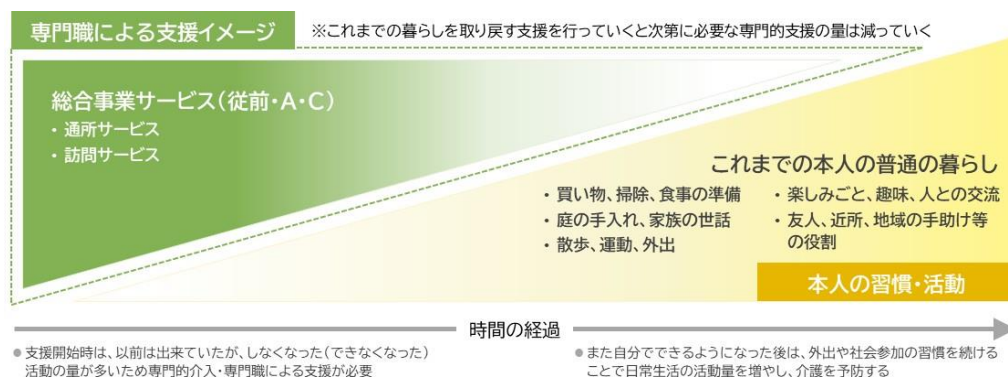


○**自信の喪失等が引き起こす活動低下の場合**はどうでしょうか。身体機能を向上させるリハビリテーション訓練はもとより、これまで行っていた場所やこれまで参加していた活動を再開するため、一定期間、専門職が同行するなどの支援によって、本人に「もしかしたら、またできるかも」という回復可能性を感じてもらい、「してみようかな」、「続けられるかも」という意欲や自信を引き出すことが求められます。ただし、高齢者はうつ傾向にある方も多いため、やみくもに社会参加や通いの場等の活動につなごうとすると、かえって追い詰めることにもなりかねないので、本人の心身状況に合わせた無理のない支援が大切なのは言うまでもありません。

○このように、高齢者が「これまでの暮らし」を取り戻すことは、単に「デイサービス」や「ヘルパー」などのサービスを利用するだけでは達成されません。**「暮らしの困難さ」を引き起こしている可能性のある原因が何かを見極め、その原因を解消したり緩和したりする支援を行うことによって、本人の生活課題を解決していく「専門的な支援」が必要**なのです。

総合事業における要支援者等の支援イメージ② (総合事業における「専門職による支援」の位置づけ)

- ・買い物や掃除、外出などの日常生活行為に支障が生じ、介護保険における「要支援」認定を受けた高齢者は、介護予防給付や総合事業等による支援を受け、可能な限り日常生活行為やしなくなった活動を再獲得し、要介護状態となるのを予防することが期待されています。
- ・しかしながら、要支援者に対する専門的支援においては、「できなくなった活動や、しなくなった習慣の代替」として「介護保険サービス」が提供され、漫然と利用し続けた結果、本人の廃用が進んで要介護度が悪化するということも起こり得ます。
- ・総合事業の運用については、とすると利用するサービス類型に目が向きがちですが、総合事業が目指すものは、適切なアセスメントとケアマネジメントにもとづき、専門職による支援（サービス）と地域の資源を活用して、本人らしいこれまでの日常の暮らしを支えていくことであり、これは総合事業におけるどのサービス類型にも共通した考え方です。
- ・専門職による適切なサービスが提供され、本人がこれまで「できなくなった活動」がまたできるようになり、「していた活動」を再開することになると、当然、専門職による支援の量は減っていくこととなります。
- ・このように、**専門職による適切な介入により、日常生活行為を再獲得した高齢者は、日常の暮らしの中で、これまで通り「外出」を楽しんだり、好きな活動へ「参加」したり、家族や地域での「役割」を持ちながら、結果として介護予防や重度化防止を促していくという支援イメージを描くことが重要**です。
- ・一方で、言うまでもなく、すべての高齢者について身体機能が改善するわけではありませんし、たとえ一時的に回復しても、老化による心身機能の低下は避けることができません。ですから、「**要介護状態になるのを予防すること**と」（総合事業）と、「**暮らしを支える支援**」（生活支援体制整備事業）を**両輪で進める**ことが求められているのです。



図表 6 「ある自治体における これまでの暮らしに戻す支援の実事例」

元の暮らしに戻す 支援事例	90歳 女性 要支援2 特徴：筋力低下、心肺機能低下 息子と2人暮らし	
	望む暮らし：俳句のネタ探しに毎日田んぼへ散歩へ出かけたい	

申請時の状況 (2019.5)	申請のきっかけ	腰椎圧迫骨折により、痛み止め注射に通院しながら生活しているが生活に困難なことが増え、今後の生活を心配し申請
	既往・医療情報	・腰椎圧迫骨折（再骨折） ・骨粗鬆症 ・脳梗塞（3年前）
	生活課題	・痛みにより起居動作困難 ・排せつの失敗等による自信喪失 ・外出困難（娘の付き添いによる通院のみ）
	これまでの暮らし	・俳句の教室 週1回 ・地域の体操教室 月2回 ・地域のサロン ・民生委員の見守り

サービス 利用期間中の状況 (2019.7～ 2020.5)	解決すべきこと	・腰痛による歩行不安定 ・下肢筋力低下（下肢挙上ができない） ・外出への意欲回復、習慣化
	サービス	・短期集中通所C型 週1回（6か月で終了） ・福祉用具貸与（歩行器レンタル）
	モニタリング状況	・リハビリテーション専門職による自宅訪問により、自宅周辺で安全な散歩ができるよう指導 ・通所日以外の日の活動量を維持するような生活上の工夫について指導 ・1週間取り組めたことを通所日に報告し、リハビリテーション専門職から助言。意欲と自信を取り戻してもらうような声かけを行う。 ・今までの使用していた歩行器をリハビリテーション専門職に選定してもらい複数試して変更。下り坂で歩行器が先行して上半身に過度に力を入れてしまうことが改善され、安心して散歩に出れるようになった。 ・「少し歩けるようになると楽しみが増えた」と表情が明るくなる。

現在の状況 約2年後 (2021.3)	要介護認定等	介護認定なし（更新せず自立） 短期集中通所C型卒業後に一般介護予防事業に繋がり継続中
	日々の暮らし	・歩行器は本人が気に入ったものを家族がプレゼント ・毎日家族と散歩へ出かける ・地域のウォーキングにも参加 ・今まで行っていたサロンや体操教室への参加再開
	望む暮らしに向けての変化	・俳句の教室 週1回参加する ・新聞の俳句の募集に応募し、年に1回は選出され、掲載されている

3. 暮らしを支えるインフォーマル資源（生活支援）

■ 何があれば「これまで通り暮らせるのか」（高齢者が抱える生活課題）

- 高齢者の暮らしに生じてきた「暮らしの困難さ」には具体的にどのようなことがあるでしょうか。
- 「これまでの暮らし」を送れるようにするためには、心身機能の維持、向上を図る専門的な支援だけでは不十分であることは言うまでもありません。「買い物」、「掃除」、「調理」、「ごみの分別やごみ出し」、「支払い、金銭管理」など「**日常生活を成り立たせるためのサポート**」や「**生活上の知恵や工夫**」がなければ生活は成り立ちません。
- それだけでなく、活動的で心身ともによりよい状態で生活をしていくためには、「毎日することがある」とはとても大切なことです。自分が好きなときに「行きたい場所に行けること」、「友人と会うこと」、「おしゃべりして気晴らしをすること」など、「**日課**」や「**外出**」、「**交流**」、「**会話**」も必要です。
- また、本人の「生きる意欲」を支えるには、「好きなことや楽しめることがあること」や「自分が誰かの役に立つこと」、「感謝されること」など、「**楽しみごと**」、「**他者への貢献**」、「**社会参加**」も欠かせません。
- 一人暮らしであれば、「日々の見守り、声掛け」、「異変の察知」、「緊急時の対応」など、「**日常的な見守り**」が確保されていないと、本人も安心して生活できませんし、離れて暮らす家族にとっては不安が絶えません。
- 他にも、ペットの世話や植木の剪定、地域や家族における役割など、**その人が大切にしてきた日常生活は多様**であり、それらができなくなるというのは、「**その人らしい暮らしの喪失**」であり、重要な問題です。

- 高齢者は介護予防のために生きているわけではありませんし、どれだけ介護予防に取り組んでも、たとえ一時的に機能回復したとしても、加齢に伴い徐々に身体機能や認知機能が低下し、できなくなることも増えていきます。そうであっても、**日常の暮らしを成り立たせ、これまで大切にしていた活動を継続できるよう支えていくことは、高齢者支援においてとても重要なことです。**
- 高齢者ができるだけこれまで通り普通に暮らせるために必要なもの（生活支援）は、「家事支援」だけではないのです。

図表 7 何があれば「これまで通り暮らせるのか」

心身機能の維持・向上を図る専門的な支援



日常生活の維持・サポート 家事援助、介助	よりよい心身の状態維持 日課、外出、交流、会話 好きな時に行きたい場所に行ける 友人と会う、おしゃべりして気分を晴らす
安心の確保(日常的な見守り) 日々の声掛け、異変の察知、緊急時対応	生きる意欲 楽しみ、他者への貢献、社会参加 好きなこと、楽しめること 誰かの役に立つ、感謝される
その人が大切にしてきたことの継続 ペットの世話、植木の剪定、地域や家庭での役割	

■暮らしを支える支援とは

- 日常生活に不可欠な「買い物」一つとっても、住んでいる地域の環境や家族との関係、友人・知人とのつながりによって必要とする支援は異なります。
- 例えば、「必要なものを自分で選んで購入すること」が課題である場合、どのように解決（支援）できるでしょうか。必要なものを購入することは、当然これまでも「普通にしてきた」はずです。なぜ「これまでしていたこと」が「できなくなった」のか、支援が必要となった背景や、置かれている環境によって解決方法は全く違います。
- 徒歩や公共交通機関を使って、自分でスーパーまで買い物に行けていたが、身体機能が低下し徐々に長い距離の歩行や、買い物袋を持って歩くことが辛くなってきたということであれば、行って帰ってくることができる身体機能を獲得するリハビリテーションは一つの解決方法です。重いものなど購入するものによってはスーパーが無料で自宅まで配送してくれるサービスがあるかもしれません。
- 運転免許証の返納や、公共交通機関が不便で、自分で行ける範囲にスーパーがない地域に住んでいる場合はどうでしょうか。生協やスーパーの個人宅配などのサービスが使えるかもしれません。その場合には、利用するための申し込み手続きや注文書を記入する支援も考えられそうです。地域に移動販売車が来ている場合は、その曜日と時間を忘れないようにする支援もできます。
- 本人によく話を聞いてみると、実は週末に別居している息子さんが、買い物に連れて行くために訪問してくれているとか、遠方に住む娘さんがインターネットスーパーで注文したものを本人が受け取ることで必要なものを手に入れているかもしれません。
- 近所の人的車に乗せてもらい、一緒に買い物に行っているとか、友人が自分の買い物のついでに必要なものを購入してくれているなど、親族や地域とのつながりで支えられている場合もあります。
- こうして考えてみると、「暮らしを支える支援（生活支援）」とは、このような多様なサポートや暮らしの工夫などを活用しながら、幅広い意味での「暮らしを成り立たせる支援」であると理解できるのではないのでしょうか。

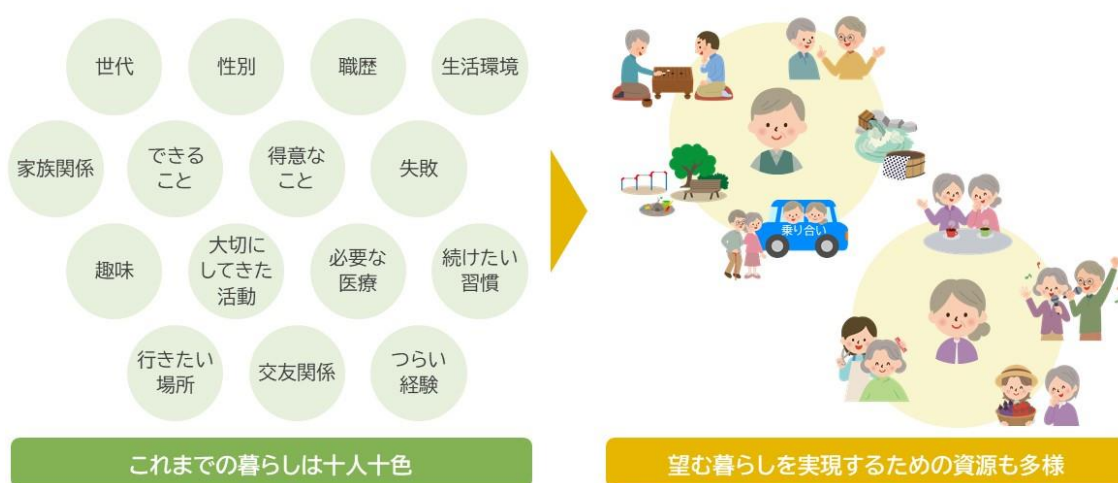
■本人らしい、これまでの暮らしを支えるための多様な資源の必要性

- 本人のこれまで送ってきた生活は一人一人多様です。世代や性別、職歴や生活環境によって当然傾向は違いますし、人によって好きなこと、楽しめること、続けたい習慣や趣味、行きたい場所など、大切にしてきた活動は異なります。体を動かすことが楽しいと感じる人もいれば、音楽、絵画、囲碁、麻雀なら参加してもよいという人もいます。畑仕事や庭仕事は難しくても、プランターで野菜や花を育てることなら、もう一度やれそうだし、やってみたいと思うかもしれません。
- 大勢の友人と一緒に過ごす時間が楽しいと感じる人もいれば、海を見ながら散歩することや、図書館で静かに本を読むことなど、自分一人で好きなように過ごすほうが落ち着くという人もいます。
- 「つらい経験」や「度重なる失敗」ゆえに、これまでしてきた活動がおっくうになり、生活全般に意欲が低下してしまった高齢者の暮らしを支えるには、「自分が誰かの役に立つ」、「人から感謝される」機会を得てもらうことが一番重要な支援になるかもしれません。
- 仮にデイサービスに週 2 日通っていたとしても、残りの 5 日間はどう過ごしているのでしょうか。専門職が関わる機会は日常生活の中でほんの一部であり、人それぞれの暮らしを想像すると、非常に多くの生活シーンがあることに気づけます。デイサービスに通っていない日はやることがなく、ベッドの上でテレビを見ながら安静に過ごすといったことになっていないでしょうか。だからといって、本人の毎日の生活を活動的にするというニーズに対し、介護保険サービス（フォーマルサービス）ですべて対応することは現実的ではありません。

○本人のこれまで送ってきた普通の暮らしを取り戻すためには、生きる意欲を引き出し、活動の機会を示唆することも、大切な「生活支援」です。

○このように、**高齢者のこれまでの暮らしは人それぞれ十人十色であるからこそ、それを取り戻し、望む暮らしを実現するための資源も多様である必要があるのです。**

図表 8 高齢者の暮らしを支える多様な資源



介護予防・生活支援は「生きる意味」を失わないように支援すること
～とある自治体の地域包括支援センター職員と生活支援コーディネーターの想い～

自治体の中には、介護予防事業として、住民主体の体操教室の立ち上げや、専門職によるハイリスク者の把握・介入に力を入れているところもあるかもしれませんが、ただ、ともすると「身体機能の維持向上」に力点が置かれるあまり、「生きることを支える」という視点が、置き去りになっていることはないでしょうか。

どんなに介護予防に取り組んでも、たとえ専門職によるリハビリテーションにより、一時的に落ちた身体機能が回復しても、1年経てば、誰もが1歳ずつ年をとっていきますから、当然徐々に機能は低下していきます。たとえ一度、支援が要らない状態まで回復しても、また数年経てば、支援を要するようになり地域包括支援センターへ相談に戻ってくるかもしれません。

あるいは、ある時を境に可動制限や麻痺が残ったり、痛み、しびれと付き合いながら生活しなければならなくなったりして、今までと全く同じ活動を取り戻すことはできない場合も当然あります。

では、あらためて、介護予防・生活支援の目的は何なのでしょう？

ある自治体の地域包括支援センター職員は語ります

高齢になると生きる意味が分からなくなってしまうことがあるんです。

- ・何もしなくても生きられる。毎日が食べて寝て終わっていくだけ。
- ・家族と同居していて、特に不自由もなく生活できているのに、「生きていても仕方ない」と言う。
- ・病気や障害を抱えるようになった人はなおさら。「こんな体になってしまった」と失望する。

このような高齢者に出会くと、生活支援コーディネーターは考えます

高齢者はどんな時に「生きがい」を感じられるのだろうか？

- ・朝、起きて朝日を浴びた時、季節ごとに変わる花や樹木を見た時、小鳥のさえずりを聞いた時
…せめて家の近くの公園や海辺を散歩できるよう支援できないだろうか
- ・高齢夫婦世帯は、お互いに自分が相手を支えていることに生きがいを感じている
…だからこそ、独居になった時に生きがいを失うので、そばにいてくれる誰かが必要
- ・過去の経験を誰かのために活かしたい、得意なことを誰かに教えたい
…足が不自由でも、手が使えるなら和菓子・絵・編物・楽器・麻雀を教えられるかもしれない
…手足が不自由でどこにも行けなくても歌ぐらいは歌えるはず
- ・畑仕事を続けて、近所の人と野菜の成長の話をしたり教えたい
…一人で畑仕事は無理でも、その畑に地域のみんなで野菜を植えて楽しむのはどうだろう

高齢者は介護予防やリハビリテーションのために生きているわけではありません。たとえ、入退院を繰り返し、幾度も身体機能が回復しては低下し、また家族や友人を失って、**元の暮らしに完全に戻れないとしても、それでも、その人にとっての生きる意味や喜びを失わないよう支えることが、高齢者支援においては最も重要**であり、それこそが、地域包括ケアが目指す、「自分らしい暮らしを支える」支援なのです。

4. 高齢者の暮らしを支える地域の力

○ここまで、高齢者の暮らしにおける目指す姿（ありたい状態）について、これまでの暮らしを取り戻し継続していくという観点から、どのような専門的支援が望まれるのか、何があればこれまで通り普通に暮らせるのかについて解説してきました。しかし、それを実現するためには、高齢者が暮らしているそれぞれの地域社会も変わっていかねばいけません。

○では、そのためには高齢者が暮らす地域はどうであってほしいのか、「実現したい地域のイメージ」を描いてみましょう。

図表 9 高齢者の暮らしを支える地域の力



■地域社会が持つ「高齢者の暮らしを支える力」の可能性

- 一例として、閉じこもりがちになって要支援認定を受けたものの、家族が説得してもデイサービスも地域の体操教室の参加も望まない高齢者の支援を考えましょう。仮に、本人の昔ながらの趣味が俳句であるならば、好きでもない体操教室になんとか通ってもらうよう支援するよりも、同じ趣味を持つ人から「俳句を作るために一緒に公園に行きませんか」と声を掛けてもらったほうが、案外、意欲的に外出してもらえるかもしれません。そうすると、その高齢者にとって「俳句の会に通うこと」は、「介護予防」や「生活支援」であるはずです。そして、「社会参加のきっかけ」を作り、「継続的な参加」を支援しているのは「俳句仲間」となります。さらに「俳句仲間」は、この方の異変を常に見守ってくれることでしょう。
- 軽度の認知症があり、一人で生活することに遠方の家族は不安を感じているものの、運動機能は落ちていないため、週2回行き付けの食堂に行くことを日課として、本人なりに楽しく暮らしている高齢者の支援についても考えてみましょう。このような方の場合、介護予防教室や認知症カフェに連れて行くよりも、好きな食堂に通って食事をする習慣を可能な範囲で続けてもらうことが、結果的に身体機能維持や生活の安定につながるかもしれません。地域包括支援センターの職員やケアマネジャー、あるいは家族から食堂の店主に「おじいちゃんは軽度の認知症なんです。急にお店に来なくなったとか、何か気になることがあったら連絡して下さい」と安否確認の協力を依頼すれば、その高齢者は食堂へ通う楽しみを奪われることなく暮らすことができます。
- 心身状況や住んでいる地域の環境ゆえに、普段は外出することは難しい高齢者の場合にはどんなことができるでしょうか。裁縫職人としてこれまで生計を立ててきた男性高齢者は、廃業とともに生活全般の意欲が薄れ、廃用が進んでしまったため要支援認定を受けましたが、デイサービスは希望されません。なんとか本人の「生きる目標」を作ってあげたいと考えたケアマネジャーは、社会福祉協議会の生活支援コーディネーターを通じて「子どものマスクづくり」の協力をお願いしてみました。完成したマスクを社会福祉協議会が「子ども食堂」で配ると、男性が作った「キャラクターマスク」はたちまち小学生の間で大人気となり、うつ傾向だった男性高齢者は「自分に頼んでくれれば、いつでも協力するよ」と話すようになりました。
- このような例から分かる通り、「高齢者を支える地域づくり」は介護保険サービスなどのフォーマルサービスの代替サービスをつくることではありません。「**地域社会が持つ高齢者の暮らしを支える力は、フォーマルサービス以上に高齢者の暮らしを幸せにできる可能性を持っている**」のです。

制度を越えて「一人の高齢者の暮らし」から、何をすべきかを考える

- ・市町村支援をしていると、市町村職員が、自分の担当する制度の枠内だけで物を見ていることが極めて多いことに気づきます。規模の大きな市町村であればあるほど、担当業務が細分化され、「総合事業だけ」、「生活支援体制整備事業だけ」、「認知症施策だけ」を担当する職員が多くなってしまうことは仕方のないことかもしれません。
- ・もちろん、高齢者が地域で暮らし続けることを支援する上で、訪問介護などの「介護保険サービス」は極めて重要ですし、認知症の悪化防止に向け、外出機会を増やすためには、運動教室等の「通いの場」なども必要です。しかしながら、地域における住民の暮らしを支えるために必要なのは介護保険や総合事業・生活支援体制整備事業だけでしょうか。
- ・前頁の事例では、認知症の高齢者が行き付けの食堂に行けなくなってしまった場合、楽しみや外出機会が失われるかもしれません。そうすると、この方にとって、近所の食堂は介護保険や総合事業よりも重要な存在になります。つまり、介護保険や総合事業といった、制度から発想する「制度頭」、「事業頭」では、高齢者の暮らしを支える地域の資源や情報、ネットワークを見失う危険性があるのです。
- ・この重要性は、法律的な枠組みでも説明できます。そもそも、障害者や児童などを含めて社会福祉全体を包摂する法律として「社会福祉法」が制定されており、国が推進する「地域共生社会」の基本理念は「社会福祉法」に定められています。
- ・その次に、高齢者福祉に関して「老人福祉法」があり、老人福祉法の中に「介護保険法」が位置しており、総合事業は介護保険の一部になります。要するに、「社会福祉法→老人福祉法→介護保険法→総合事業・生活支援体制整備事業」という順で制度や法律の範囲は小さくなります。例えて言うなら、「饅頭を包む箱が社会福祉法」、「饅頭の皮が老人福祉法」、「餡が介護保険法」、「餡の粒の一つが総合事業・生活支援体制整備事業」と言えます。
- ・しかし、本ツールで焦点にしている「地域づくり」は社会福祉法に近い理念です。実際、高齢者の暮らしを支える地域資源は障害者や引きこもりの人などにも応用できるので、地域づくりの発想は社会福祉法の精神そのものです。それに関わらず、介護保険や総合事業の枠内だけで発想しても、地域づくりに必要な情報やネットワークは得られないのではないのでしょうか。
- ・もちろん、一つ一つの制度を理解したり、制度を上手く使ったりする発想は大事です。ただ、制度や事業から物事を発想すると、視野が狭くなってしまう危険性を、十分に自覚することが大切です。そのためにも、**制度からではなく、一人の高齢者の暮らしを起点に、地域に出向いたりして、わがまちで何をすべきかを見極めてきましょう。**



■ 地域づくりは「あるもの」活かすことから

- みなさんは、高齢者を支える「地域づくり」と聞くと、何をすることをイメージしますか？みなさんが担当しているどの事業のことでしょうか？
- 生活支援体制整備事業で立ち上げている協議体の運営のことでしょうか。協議体で必ず話題になるものの一向に解決しそうにない「高齢者の移動の足」の問題を検討することですか。あるいは、生活支援コーディネーターが地域包括支援センターに配布するために作成しようとしている地域資源リストのことを思い浮かべるかもしれません。
- 市町村職員にとって「地域づくり」は、これまでの自分たちの仕事そのものであり、かなり手垢のついた言葉です。「介護予防」のように高齢者個人がイメージできる事業は比較的取り組みやすいものの、「地域づくり」というと漠然としている上に、「これまでもやってきているし、正直言って、今さら何をどう取り組んだら良いか分からない」というのが本音かもしれません。
- とはいえ、そもそも地域は「つくるもの」なのでしょうか？地域は「あるもの」ではないでしょうか。考えてみれば、地域とは、そこに暮らす「人々」の「暮らし方」、「生き方」、「なりわい（生業）」、「関わり合い」などが集まってできた「集合体」とも言えます。
- よく担当職員がこぼす悩みとして「うちのまちには担い手がない」という声があります。しかし考えてみてください。町内会のごみの収集場所で、カラスがいたずらをして散らかったゴミを片付けて綺麗にしているのは誰ですか？公園や神社、道端のお地藏さんを綺麗に手入れしているのは誰ですか？

○行政が把握できている地域資源はほんの一部です。地域には、役所職員や生活支援コーディネーターがまだ出会っていない、すばらしい特技や才能、地域への貢献意欲を持った住民が暮らしているはず。また、一見不便そうな地域でも、そこに暮らす地域住民は、年を重ねても楽しく生活できる「暮らし方の知恵」があったり、「困ったときはおたがいさま」が自然に行われていたりするなど、資源は必ずしも目に見えるものだけではありません。支援を要する本人も、社会の中で様々な人と関わってきた過去がありますし、現在も生活するために何かしらの人とのつながりを持っているはず。です。

○「地域づくり」を難しく考えず、まずは、それぞれの**地域の高齢者が「どのように工夫して楽しみながら暮らしているのか」**に関心を向けることや、「暮らしに困難さを抱える高齢者にとって役に立つものはないか」という視点で**地域を見回すこと**から始めましょう。意外に、これまで気づいていなかった身近な**地域にあるもので**高齢者の暮らしが支えられるかもしれません。

○なぜなら、みなさんの**地域は「つくるもの」ではなく、もともと「あるもの」**だからです。

図表 10 地域づくりは「あるもの」を活かすことから



国が求める「地域の実情に応じた地域づくり」とは

- ・介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインを見ると、「地域の実情に応じた」という文言が多く使われています。あらためて「地域の実情に応じた」とは、どう理解すればよいのでしょうか。
- ・そもそも 2000 年にスタートした介護保険制度は「地方分権の試金石」と呼ばれていました。同年の『厚生白書』では、「制度をどのように運営し、また魅力あるものにしていくか、市町村の取り組みが注目されるところであり、まさに地方分権の試金石といえ(る)」と書かれており、地域の実情に応じた福祉のまちづくりの重要性が盛んに強調されていました。
- ・当時、こういった点が強調された背景として、同じ時期にスタートした地方分権一括法で、国・地方の関係は「上下・主従」から「対等・協力」に変わり、地方の主体性が広く認められることになったからです。
- ・それにより介護保険は「自治事務」と整理され、さらに、自治事務における通知は「技術的助言」と位置づけられました。みなさんがよく目を通してしている総合事業の「ガイドライン」もこれにあたります。つまり、サービス A、サービス C といったサービス類型も、あくまで国が示した例示（技術的助言）であり、国の通知に縛られる必要は全くありません。
- ・しかし、市町村職員の中には、「通知に書かれているので、必ず実施しなければ」と考えて、必ずしも自分の地域に合わない事業を拙速に進めようとしてしまう担当者がいます。そのように、事業ありきで進めてしまう原因の一つは、「通知」を絶対に従うべきものと勘違いしてしまっているところにあるかもしれません。
- ・こうした勘違いは専門職や住民と連携して地域づくりを行っていく上で、阻害要因になりかねません。例えば、みなさんが「通知に定められている通り、この地域で新たに第 1 層協議体をつくる必要がある」と判断したとします。ところが、その地域ではボランティア活動が活発なので、行政とは無関係に定期的に会合が開かれており、協議体をつくる必要がなかった場合、何が起きるでしょうか。みなさんが「国の通知で」と言っても、関係者から「それは行政の都合だ」、「形式だけの会議で何の意味があるのか」などと反論を受けるかもしれません。これでは住民との信頼関係を築けず、地域づくりは進まなくなります。
- ・市町村職員のみなさんに求められているのは、**わがまちにおいて、国が示す技術的助言の趣旨を読み解き、それぞれの地域に必要な事業を見極め、柔軟に対応する力**です。通知は参考情報として尊重しつつ、「通知で定められている第 1 層協議体はこの地域に合わないで、既存のこの会議が代替している」、「通知で定められている住民主体のサービス（サービス B）は既に同様の取組があるので、新しく作らなくても対応できる」といった形で柔軟に考えてみてください。

5. 高齢者の暮らしをコーディネートする力

■「一人の暮らしを支える」ことから考える―「介護予防」、「生活支援」を事業から考えない

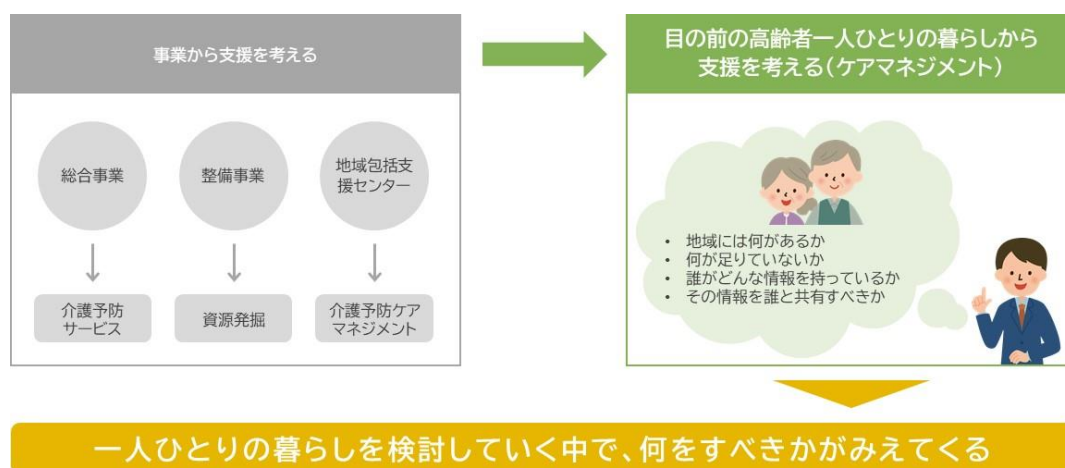
- 高齢者一人一人の「これまでの暮らし」を取り戻すための「専門的支援のあり方」や、そのために必要な「暮らしを支える資源」、「高齢者の暮らしを支える地域」のイメージは、なんとなく描けました。では、どうすれば、その「うまくいっているイメージ」に少しでも近づけるのでしょうか。
- ケアマネジャーやリハビリテーション専門職などの専門職がどんなに「これまでの暮らしに戻す支援」をしたという意欲を持っていても、生活支援コーディネーターがどんなにたくさん高齢者の暮らしに役立つサービスや資源を見つけてきても、また、力を貸してくれる地域の支援者がいたとしても、それらの「資源」が支援を要する高齢者本人に届かなければ、何の役にも立ちません。このような「支援」と「資源」が結びつかないといったことは、「総合事業」と「生活支援体制整備事業」の担当部署が分かれている市町村においてしばしば起こりがちです。
- だからこそ、「事業」から考えるのではなく、相談に来所した「目の前の一人の高齢者」の暮らしを支えることから始めることが、何よりも大切なのです。
- もちろん、高齢者の暮らしを支えるのに足りないものはたくさんありますから、地域に足りないものをつくるという視点は大切です。しかし、今はない高齢者の暮らしにとって必要な支援のうち、行政でつくることができるものはごくわずかであり、一方、それらを具体化する力がありそうな地域の関係者は、行政の都合でタイミングよく動いてくれるわけではありません。だからこそ、ないものをつくることから考え始めると、どこから手を付けたらよいのか分からなくなってしまいます。

○しかし、目の前の「**一人の高齢者の暮らしを支えること**」から始めると、本人のこれまでの暮らしを取り戻し、望む生活に近づけるためには必要なものは何か、**地域には何があって、何が足りないか、誰がどんな情報を持っていて、その情報を誰と共有すべきか**など、ありたい地域を実現するために「**何をすべきか**」が見えてきます。

○生活の困難さを抱えて支援を求めてきた高齢者について、地域にあるどんな資源を使えば、本人のこれまでの暮らしを取り戻し、望む暮らしを続けることができるのかについて検討を重ね、高齢者の暮らしをコーディネートしていくこと—それはつまり「**ケアマネジメント**」に他なりません。

○まずは、「一人の高齢者の暮らしを支えること」から始めましょう。**なぜなら、「一人の高齢者の暮らしを支えること」さえできずして、「高齢者を支える地域づくり」などできるはずがないからです。**

図表 11 「一人の暮らしを支える」ことから考える



一人の高齢者のこれまでの暮らしを取り戻すための視点

・なぜ相談に来るに至ったのでしょうか？

- －主治医の勧め、家族の心配、本人が困りごとや不安を抱えている

・暮らしにどんな支障が出てきたのでしょうか？

- －スーパーや病院まで行けない、バスに乗れない、調理がづらい、浴槽に入れない、ゴミ出し、計算ができない、浴槽の掃除ができない、何もする気が起きない、トイレが近くて外出が不安、夜眠れない、鍋を焦がしてしまう、犬の散歩ができない、置き忘れが増えた

・それを引き起こした原因はなんなのでしょうか？

- －活動量の低下、下肢筋力低下、可動域制限、バランス感覚、痛み・しびれ、心肺機能低下、薬の副作用、食事量の不足、栄養の偏り、生活リズムの乱れ、認知機能低下、無気力、難聴、視力低下

・元気な時は、どんな暮らしをしていたのでしょうか？取り戻したい暮らしはどんなものなのでしょうか？

- －畑仕事、家事、グラウンド・ゴルフ、孫の世話、地域の役員、老人クラブへの参加、旅行、デパートへ買い物、野鳥観察、ガーデニング、映画鑑賞、パチンコ、散歩、図書館通い、庭木の手入れ、芸術鑑賞、外食、友人との交流、孫の結婚式に参加

・どんな専門的支援があれば、本人の元の暮らしを取り戻せそうなのでしょうか？

- －歩行時に使用する福祉用具の選定と習慣化指導
- －日々の食事量や内容の確認、栄養改善の提案
- －回復可能性を本人に示し、意欲を引き上げる
- －できなくなった活動を再開するための専門職による同行指導により「自信」をつけてもらう
- －日々の活動量を上げるための、日常的な軽い運動、作業の提案、習慣化支援
- －日常生活動作の工夫、指導

・これまで暮らしを取り戻すために、力を貸してくれる友人・知人、役に立ちそうなサービスや資源はないでしょうか？

- －本人が再開したい趣味の集まり、教室
- －ラジオ体操、太極拳、ウォーキンググループ
- －朝市、産直、移動販売車
- －スポーツクラブ、カラオケボックス
- －冷凍ミールセット、配食サービス、コンビニやスーパーで購入できる一人分の食材
- －床屋やクリーニングもあるスーパー銭湯、温泉施設
- －買い物や地域の集まりに誘ってくれる友人、ご近所の人、除雪してくれる人
- －行きつけの喫茶店、お食事処、酒場の店主、宅配、新聞配達、乳飲料の配達員
- －携帯電話、タブレット端末、スマートスピーカー、見守りセンサー
- －食料品や日用雑貨の宅配サービス
- －生鮮食品や日用雑貨を取りそろえたドラッグストア
- －使いすぎを防ぐため、あらかじめ家族がチャージしておいた電子マネー
- －ペット（猫、犬、鳥など）、植物（盆栽、花、植木など）の世話



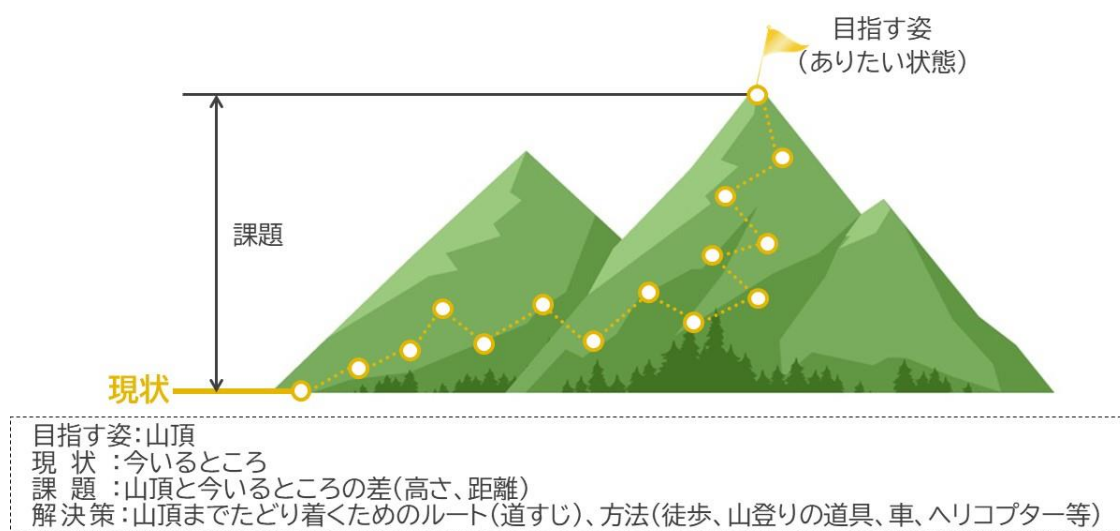
第2章 わがまちの現状を把握する

■ 目指す姿（ありたい状態）のイメージに対して、わがまちの現状はどうか

- 前章では、「わがまちで実現したい高齢者の暮らしとそれを支える地域」について具体例を交えて解説してきました。あなたのまちで支援を求めてきた要支援者等の高齢者がどうなってほしいのか、「うまくいっている状態のイメージ（ありたい状態）」が膨らんできたでしょうか。このように、目指す姿（ありたい状態）をはじめにしっかり描くことは、とても大切です。なぜなら、山登りにおいて、どこを目指すのか「山頂」が定まらなければ、どこに向かって歩いてよいかわからなくなるように、いつしか総合事業・生活支援体制整備事業という「手段」そのものが「目的」にすり替わってしまうからです。
- では、「うまくいっている状態のイメージ（ありたい状態）」に対し、「あなたのまちの現状」はどうでしょうか？ ありたい状態に近いでしょうか？ それとも、相当な乖離があるでしょうか？
- 日本には、1741（2021年3月末現在）の市町村があります。その中には人口約375万人の巨大都市から、人口170人ほどの村まであり、その差は実に2.2万倍です。どんなに大きな市でも、小さな村でも、そこに住む高齢者には「これまでの暮らし」があり、年を重ねると生じる「暮らしの困難さ」があります。
- 地域の地形、気候、人口構成、世帯状況、地域のつながりなどによって、地域ごとに高齢者が抱える「暮らしの困難さ」は大きく異なります。また、暮らしを支えるために活用できる資源の量も利用しやすさも、地域によって全く違います。

○だからこそ、**わがまちの高齢者の暮らしを支えるために取り組むべき課題（地域課題）を見つけるためには、うまくいっている状態のイメージ（ありたい状態）に対して、わがまちの現状はどうか？の把握が不可欠**なのです。本章では、「目指す姿（ありたい状態）」に対する「わがまちの現状」を把握していくためにどのような観点で確認すればよいのかを解説します。必ず前章で示した「目指す姿（ありたい状態）」をイメージし、それと照らし合わせながらわがまちの現状を確認しましょう。

図表 12 目指す姿（ありたい状態）、現状、課題のイメージ（再掲）



1. わがまちの高齢者の暮らしの困難さを知る

- 前章「1. 総合事業・生活支援体制整備事業によって何を指すか」では、要介護認定申請や介護保険サービス利用のため、役所や地域包括支援センターに来所する高齢者本人や家族が、なぜ相談に来所したのか、どのような暮らしの困難さがあるか、暮らしが困難になるきっかけ等について解説してきました。
- しかしながら、相談に来所する高齢者の背景は、地域の特性によっても異なります。独居高齢者が多い地域では、遠方の家族が心配して、定期的な見守りとしてヘルパー利用を希望し要介護認定申請をするケースが多く見受けられたり、豪雪地帯では冬の暮らしが心配で施設に入所したり入院したりするケースがあったり、人気のデイサービスがある地域であれば、友達に通っているデイサービスに私も行きたいからという理由で申請を希望するケースもあります。
- わがまちの高齢者にどんな暮らしの課題が多いのかが分からなければ、わがまちにはどんな専門的支援が必要なのか、暮らしを支えるどんな資源が不足しているのかといった「地域の課題」は分かりません。
- では、自分たちのまちでは、相談に来所される高齢者の多くは、いったいどのような「暮らしの困難さ」を抱えているのでしょうか？
- まずは支援を求めて目の前に相談に来所された、一人一人の個別ケースを確認するところから始めてみましょう。

図表 13 わがまちの高齢者の暮らしの困難さを知るために確認すべきこと



確認すべきこと ✓

- なぜ相談に来るに至ったのか？
- 暮らしにどんな支障が出てきたのか？
- それを引き起こした原因は何か？
- 本人の望む暮らしはどんなものか？

■なぜ相談に来るに至ったのか？

- どのような理由で申請に来られているか、具体的なケースから一つ一つ調べてみましょう。「誰の勧めで申請しようと思ったのか」を聞くと、本人の困りごとなのか、家族の困りごとなのか、どれほど深刻なのか、あるいは、それほど困っていないが念のための申請なのか、見えてきます。

例：主治医の勧め、家族の心配、本人の不安、入院、転倒骨折、物忘れ、閉じこもり 等

■暮らしにどのような支障が出てきたのか？

- 相談に来所された高齢者が、普段の暮らしの中でどのようなことに支障が出ているか、要介護認定申請時の聞き取り票や、介護保険認定調査票や主治医意見書から確認してみましょう。ADL や IADL の自立状況を確認した上で、それらが「もともとしていたのに、できなくなった」のか「しなくなった（ができる）」のか、あるいは「できるけど、もともとしていない」のかを整理して分析してみましょう。

例：長い距離が歩けない、買い物にいけない、通いの場に参加できない、浴槽掃除ができない

■それを引き起こした原因は何か？

- なぜ暮らしに支障が出てきたのか、その原因の仮説を立てましょう。介護保険認定調査票や主治医意見書を見ると、生活機能の低下の原因となっている疾病や傷病等について把握することができます。また担当ケアマネジャーに聞くと、退職や身近な人の死といった喪失や、運転免許証の返納などの暮らしの変化が要因となっていることに気づくかもしれません。

例：骨折、活動量の低下、痛み・しびれ、心肺機能低下、体重減少、運転免許証の返納、家族・ペットの死

■高齢者の望む暮らしとは？

- 相談を受けた地域包括支援センターや行政の窓口の職員が、「本人はどのような暮らしを望んでいるのか」を聞き取れているか確認しましょう。また、「介護予防サービス・支援計画書」（介護予防ケアプラン）の「本人・家族の意欲・意向」の欄が漠然としている場合は、本人は元気な時にはどんな生活をしていたのか聞くと、本人が大切にしていたものが見えてくるかもしれません。

例：畑仕事、グランドゴルフ、孫の世話、地域の役員、老人クラブへの参加、旅行、趣味サークル

わがまちの現状を把握するための視点(1.高齢者の暮らしの困難さを知る)

確認すべきこと	調査方法	確認のポイント	例
■なぜ相談に来るに至ったのか	- 認定申請時の窓口聞き取り票 - 介護保険認定調査票(特記事項)	- 誰の勧めか - 本人の主訴はどんなことか - 本人の意向と家族の意向のギャップ - 入院や骨折などのアクシデントなのか - 徐々にできないことが増えてきたのか 等	- 主治医や入院先SWの勧め - 家族の心配(閉じこもり、認知症) - 本人の不安 - 怪我、骨折 等
■暮らしにどのような支障が出てきたのか	- 認定申請時の窓口聞き取り票 - 介護保険認定調査票(特記事項) - 主治医意見書	- ADLやIADLの自立状況はどうか 「できない」のか「もともとしていない」「していたが、しなくなった」のか - 本人の少し前の状態と、現在の差はどうか 等	- 起居動作に時間がかかる - 歩行速度が遅い、長い距離が歩けない - 買い物に行けない - 食事の準備ができない - 通いの場に行けなくなった - ゴミ出しができない - 浴槽に入れない - 物をなくす、同じものを購入してしまう 等
■それを引き起こした原因は何か	- 介護保険認定調査票(特記事項) - 主治医意見書 - 担当ケアマネジャーへの聞き取り	- 入院や骨折などのアクシデントなのか - 疾患の急性増悪なのか - 活動低下(廃用)からきているものなのか - 認知機能の低下なのか - 抑うつ傾向や意欲低下があるか - 退職や身内や友人の喪失などのライフイベントがあったか - 運転免許証の返納等、自主的外出手段の喪失があったか 等	- 骨折 - 活動量の低下 - 筋力・バランス感覚低下 - 痛み・しびれ - 心肺機能低下 - 体重減少 - 運転免許証の返納による外出機会の減少 - 家族・ペットの死 等
■高齢者の望む暮らしとは	- 地域包括支援センターや行政の窓口の職員への聞き取り - 介護予防サービス・支援計画書(「本人・家族の意欲・意向」の欄)	- 相談に来る少し前はどんな暮らしをしていたか - 元気な頃はどんな暮らしをしてきたか - 生い立ちは?(学歴、職業、生きてきた時代背景) - 経済状況、家屋状況 - 本人の楽しみ、趣味、得意なことは何か - これまで家庭や地域でどんな役割を担ってきたか - 友人、地域との関係はあるか 等	- 散歩 - 畑仕事、庭木の手入れ - 老人クラブへの参加、 - 孫の世話、地域の役員 - バス旅行 - デパートへ買い物 - 舞台を見に行く - 趣味サークルへの参加 等

2. わがまちの支援の実態を知る

- 前章「2. これまでの暮らしを取り戻す専門的支援（自立支援・介護予防）」では、「介護予防の理念」にもとづき、「その人が大切にしてきたこれまでの暮らしがまた送れるようにする」支援を目指していく重要性を解説しました。
- また本章前節「1. わがまちの高齢者の暮らしの困難さを知る」では、役所や地域包括支援センターに
来所される高齢者がどのような「暮らしの困難さ」を抱えているかを確認するための方法について解説
しました。
- では、わがまちの要支援者等の暮らしの困難さに対する支援はどうなっているでしょうか？ 本人らしいこ
れまでの暮らしを可能な限り取り戻し、望む暮らしを実現するような支援になっているでしょうか。
- まずは、前章をよく読み、「**こういう支援ができれば高齢者本人にとってより幸せだろうな**」、「**専門職と
してこんな支援ができれば、きっとやりがいを感じるだろうな**」といった、**ありたい支援イメージ**を自分な
りに描きましょう。
- そして、ありたい支援イメージを頭の片隅に置きながら、**わがまちにおいて、要支援者等の支援が、果
たして「あなたの描いた支援イメージ通りになっているのか？」**実際のケースを集めて、**実態を確認し
てみましょう。**

図表 14 わがまちの支援の実態を知るために確認すべきこと



確認すべきこと ✓

- リスク管理の視点が入っているか？
- これまでの暮らしに戻す可能性を検討しているか？
- 望む暮らしの実現に向けた支援になっているか？
- 専門職として目指したい(ありたい)支援を追及できているか？

■リスク管理の視点が入っているか？

- 介護保険認定調査票や主治医意見書を確認し、生活に支障を引き起こした原因が、骨折等のアクシデントや、疾病の悪化やそれに伴う入院である場合は、再度転倒による骨折や、疾患のコントロール不良による再入院を防ぐための対策が入っているかを確認しましょう。
- 「介護予防サービス・支援計画書」（介護予防ケアプラン）の「アセスメント領域と現在の状況」の欄を確認し、主治医意見書にもとづく記載があるか、健康管理の課題が詳細に記載されているかなど、医学的ケアの視点にもとづく記載が含まれているかを確認しましょう。

例：転倒が発生した状況を把握していない、疾病管理上注意すべき数値を確認していない 等

■これまでの暮らしに戻す可能性を検討しているか？

- 提供する通所サービス等が単に機能訓練やできなくなった家事の代替手段にとどまっているか？専門的サービスの利用期間中に以前の活動を取り戻す指導を取り入れているかを確認しましょう。
- 例えば、入浴介助が支援計画に含まれているのに、現在の状況に「一人で入浴できないため、気分転換にお風呂に入りたい」としか書かれていない場合、もしかしたら住宅改修で手すりを付けることで一人での入浴が可能となる可能性もあり、本人の自立した生活のために本当に入浴つきデイサービスが必要なかは分かりません。
- 「介護予防サービス・支援計画書」（介護予防ケアプラン）の「アセスメント領域と現在の状況」に要支援者の状態や困りごとが適切に記載されているか、「領域における課題（背景と原因）」にどのようなことに取り組むと生活機能の向上が可能になるか適切に記載されているか、また「支援計画」が元の活動を取り戻すような支援になっているか確認しましょう。

例：獲得したい生活動作、活動が設定できていない、目標達成までの期間が設定されていない等

■望む暮らしの実現に向けた支援になっているか？

- まずは、「介護予防サービス・支援計画書」（介護予防ケアプラン）に、本人がどんな生活を取り戻したいと思っているかについて、具体的に描かれているかを確認しましょう。
- 本人の自信を取り戻し、意欲を向上させるような工夫がされているか、「介護予防サービス・支援計画書」（介護予防ケアプラン）に、インフォーマル資源や支援が記載されているかを確認しましょう。記載されている場合は、どのようなインフォーマル資源や支援に支えられているか（家族の支援、通いの場など行政の提供する資源、行政の他の課が提供している資源、地域にある資源など）、暮らしを支える支援の多様性を確認しましょう。

例：介護予防サービス・支援計画書がフォーマルサービスのみで構成されている
セルフケア、家族支援、地域のつながりや、使える民間サービスが書かれていない 等

■専門職として目指したい（ありたい）支援を追求できているか？

- ケアプランを作成している地域包括支援センターの職員に、高齢者支援において感じている課題を確認してみましょう。課題認識を聞くことで、どのような意識で支援にあたっているか、何を大切にしているかといった想いを知るとともに、保険者として考える支援のあり方とのギャップに気づくことができるかもしれません。
- もし、ケアプラン作成における自立支援の検討などについて、地域包括支援センターの担当者が「やりたいけれどもできない」と感じている場合、障壁になっている要因は何かについても確認しましょう。もしかすると、行政からお願いしている業務が負担になっていたり、単に情報が行き渡っていなかったり、関係機関との関係性や連携に悩みを抱えているかもしれません。
- その他、医療系専門職や生活支援コーディネーターなどとの連携状況を確認してみましょう。例えば、地域資源の発掘や創出を行う生活支援コーディネーターの存在や役割を知っているか、知っている場合は、日頃、生活支援コーディネーターとどのようなコミュニケーションをとっているかを確認し、それぞれの関係者がうまく連携できているか、連携できていない場合の原因は何かを見つけることが大切です。

例：事業所の経営的都合、時間的制約、地域包括支援センターの業務負担 等

わがまちの現状を把握するための視点(2.支援の実態を知る)

確認すべきこと	調査方法	確認のポイント	例
■リスク管理の視点が入っているか	- 介護保険認定調査票(特記事項) - 主治医意見書 - 介護予防サービス・支援計画書 (「アセスメント領域と現在の状況」の欄)	- なぜ骨折や入院に至ったのかの分析ができているか - 再発防止の対応ができているか - かかりつけ医との連携はできているか - お薬手帳を活用できているか - 服薬状況は適切か - 疾病の予後予測を立てているか - 本人に疾患のコントロール方法を指導できているか 等	- 転倒の状況を把握できていない - 補助具を安全に使用できていない - 処方薬の種類や数を把握できていない - 血圧、HbA1c、Spo2等の数値を把握していない 等
■これまでの暮らしに戻す可能性を検討しているか	- 介護保険認定調査票(特記事項) - 主治医意見書 - 介護予防サービス・支援計画書 (「本人・家族の意欲・意向」の欄等) - 担当ケアマネジャーへの聞き取り	- 本人の取り戻したい生活・活動を具体的に描けているか - 完全に戻せない場合においても、それに近い活動(代替手段な)を活用した目標設定ができているか 等	- 獲得したい生活動作、活動が設定できていない - 単に運動や機能訓練が目的化している - 目標達成までの期間が設定されておらず、専門職による支援の終了がイメージされていない - 達成したい目標を設定する上で、本人と十分な対話ができている 等
■望む暮らしの実現に向けた支援になっているか	- 介護保険認定調査票(特記事項) - 主治医意見書 - 介護予防サービス・支援計画書 (「本人・家族の意欲・意向」の欄) - 担当ケアマネジャーへの聞き取り	- 担当ケアマネジャーはどれほど本人の本当の気持ち(望む暮らし)を把握できているか - 専門的サービス利用期間中にもとの活動を取り戻す指導(練習)を取り入れているか - 疾病がある場合は、かかりつけ医と連携できているか。 - 提供する通所サービスが単に機能訓練だけでなくとまっていないか - リハ職等による自宅環境の確認を行っているか - 本人の自信を取り戻し、意欲を向上させるような工夫がされているか 等	- 望む暮らしが漠然としており、その人らしさがない(「自分らしく自宅で生活する」等) - サービス事業所が自宅や周辺環境を把握できていない - ケアマネジャーやサービス事業所が、活用できる地域資源を知らない - 介護予防サービス・支援計画書がフォーマルサービスのみに構成されている - 地域のつながりや、使える民間サービスについて書かれていない 等
■専門職として目指したい(あるいは)支援を波及できているか	- 担当ケアマネジャーへの聞き取り - サービス提供者事業者への聞き取り - 職能団体への聴き取り	- 地域包括支援センターやケアマネジャーは、どんなところに支援の難しさを感じているか - 本当はどんな支援をめざしたいか - どんなときに専門職としてのやりがいを感じるか - 目指したい支援ができない要因はなにか、どんな制約があるか - 支援方法について、事業所内外で多職種に相談できているか 等	- 事業所の経営的都合 - 時間的制約 - 地域包括支援センターの業務負担 - 支援方針について相談できる環境がない 等

3. 暮らしを支えるインフォーマル資源を知る

- 前章「3. 暮らしを支えるインフォーマル資源（生活支援）」では、高齢者がこれまで通り暮らせるためには何が必要なのかを考え、生活支援とは「家事援助」ではなく、広い意味で「暮らしを成り立たせる」支援であること、また、高齢者一人一人の多様な望む暮らしを実現するには、資源も多様である必要性について解説しました。
- 前章「4. 高齢者の暮らしを支える地域の力」では、地域社会が持つ高齢者の暮らしを支える力は、フォーマルサービス以上に高齢者の暮らしを幸せにできる可能性を持っていることに気づきを得たかもしれません。
- では、わがまちはどんな可能性を持っているでしょうか？あなたのまちでは、暮らしに困難を抱えた高齢者に役立つどんな資源がありますか？地域で暮らす高齢者は、年を重ねてもどのように工夫しながら生活を成り立たせ、楽しんで暮らしているでしょうか？
- まずは、**あなたの地域にすでに「あるもの」を探すことから始めてみましょう。**きっと「高齢者の暮らしを支える『地域資源』＝通いの場」ではないと気づくはずですよ。

図表 15 暮らしを支えるインフォーマル資源を知るために確認すべきこと



確認すべきこと ✓

- 本人が行けるどんな行先があるか？
- 暮らしを支えるどんな民間サービスがあるか？
- 支えてくれる人、協力してくれる人がいるか？

■本人が行けるどんな行先があるか？

- 高齢者や、高齢者の暮らしをよく知る人（地域包括支援センター職員や生活支援コーディネーター、民生委員など）へインタビューを行い、高齢者の普段の暮らしについて聞いてみましょう。どのような場所に出かけ、どんな人と話し、暮らしのちょっとした困りごとをどのように解消しているかを聞きましょう。
- 要支援者は、「デイサービスや通いの場に行っていない日は何をしているか」、「介護サービスが必要になる前はどのように暮らしていたか」という聞き方もよいでしょう。

例：趣味の集まり、ラジオ体操、八百屋、スーパー、郵便局、喫茶店、美容室 等

■暮らしを支えるどんな民間サービスがあるか？

- 生活支援コーディネーター、商店街の店員、地域に長く住んでいる人へのインタビューを行い、高齢者の日常生活を支えることができそうな資源として、どのようなものがあるか確認しましょう。
- 新聞広告や、フリーペーパー、お店のチラシなどから、案外身近にある便利なサービスを見つけることができるかもしれません。

例：喫茶店、お食事処、朝市、産直、移動販売車、食料品や日用雑貨の宅配サービス 等

■支えてくれる人、協力してくれる人がいるか？

- 本人の暮らしを支える上で力になってくれる人は誰かを確認しましょう。同居の家族、別居の家族からの支援状況はどうか、近所の人との関わりはどうか、友人と会う頻度はどうか、これまで本人の身近な関係者が、どれほど本人と関わりがあったのかを確認しましょう。
- それだけでなく、電話でおしゃべりをしたり、相談できる相手はいるか？ SNS（ソーシャルネットワーキングサービス）やインターネット等を使ってコミュニケーションできる相手はいるか？ など、直接支援に関われなくても、心の支えになってくれる誰かがいるかもしれません。
- このようによく聞いてみると、これまでいろんな人に助けられながら生活していたことが分かるかもしれません。

例：別居の息子・娘、買い物や地域の集まりに誘ってくれる友人、ご近所の人、同級生等

わがまちの現状を把握するための視点(3.暮らしを支えるインフォーマル資源を知る)

確認すべきこと	調査方法	確認のポイント	例
■ 本人が行けるどんな先行先があるか	- 一般の高齢者にインタビュー - 地域包括支援センターへの聞き取り - 生活支援コーディネーターへの聞き取り - 地図	- これまで行けていた場所はどこか - これまで参加していた活動は - どのようにして行っていたのか - 住宅周りの道の傾斜はどうなっているか - バス停までの距離は - 電動自転車やシニアカー等は活用できるか - 本人が興味がある活動をやっているグループがあるか - それは参加できそうな雰囲気か - 自宅周りでできることはないか - 自宅に友人が来てくれることはできないか 等	- 八百屋、スーパー、郵便局、喫茶店、美容室 - 畑での交流、趣味の友達、お茶のみ友達 - 通いの場や教室、サロン、老人クラブ、他課が主催する教室やボランティア - 趣味の集まり、教室 - ラジオ体操、ウォーキンググループ - かかりつけ医、かかりつけ薬局 等
■ 暮らしを支えるどんな民間サービスがあるか	- 地域に長く住んでいる人にインタビュー - 地域包括支援センターへの聞き取り - 生活支援コーディネーターへの聞き取り - 広告チラシの収集	- 高齢者は普段どこで買い物しているか - 高齢者が多く集まるお店や食堂はどこか - 高齢者でも参加できるスポーツジムはあるか - どんな宅配サービスや訪問販売があるか - 高齢者がよく利用する店はあるか - 民間企業の見守りサービスにはどんなものがあるか - 製品を購入する(利用する)ことで解決できないか - 携帯電話・スマートフォンが使えるか - 使いにくさ、利用しにくさ、理解しやすさ等、利用時のハードル等	- 行きつけの喫茶店、お食事処、酒場の店・朝市、産直、移動販売車 - 冷凍ミールセット - 床屋やクリーニングもあるスーパー・銭湯、温泉施設 - 携帯電話、タブレット端末、スマートスピーカー、見守りセンサー - 食料品や日用雑貨の宅配サービス - 生鮮食品や日用雑貨を取りそろえたドラッグストア 等
■ 支えてくれる人、協力してくれる人がいるか	- 担当ケアマネジャーへの聞き取り - 生活支援コーディネーターへの聞き取り - 民生委員への聞き取り - 介護保険認定調査票(特記事項)	- 同居の家族、別居の家族からの支援状況は - 近所の人のかわりは - 友人と会う頻度は - 民生委員、自治会等、地域の役員が把握しているか - 電話でおしゃべりしたり相談できる相手はいるか - 本人を定期的に気にかけてくれる人は誰か - 行きつけの店の店員は協力してくれるか - かかりつけ医や看護師等の協力を得られないか - 本人が信頼している人は誰か - SNS、インターネット等を使ってコミュニケーションできる相手はいるか 等	- 別居の息子・娘、兄弟、甥・姪 - 買い物や、地域の集まりに誘ってくれる友人、ご近所の人 - 趣味仲間 - 同級生 - 宗教仲間 - 日常のちょっとした手伝い(ゴミ出し等)してくれる地域の人、ボランティア - 定期的な訪問や電話をしてくれる民生委員 - 宅配、新聞配達、乳飲料の配達員 等

4. 地域全体を俯瞰して高齢者の暮らしの課題を考える（データの正しい活用方法）

- ここまでは、わがまちの高齢者一人一人の個別ケースから、どんな暮らしの困難さがあるか、それに対し、現在どんな専門的支援が提供されていて、地域には高齢者が活用できるどんな資源があるかを調査する方法を解説してきました。それらを踏まえて、ここでは地域全体を俯瞰して、わがまちの高齢者が抱える課題を考えるためのデータの正しい活用方法について解説します。
- 近年、「地域包括ケア『見える化』システム」（以下、見える化システム）や「国保データベース」（以下、KDB）を通じて、国から提供されるデータは充実してきており、わがまちと国、県、他自治体などの地域間比較が容易にできるようになっています。しかし、これらのデータを活用する際に注意すべき、**市町村職員がしばしば陥りがちなワナは、「データを見れば、地域課題が見えてくるはず」と誤解してしまうことです。**
- たしかに高齢化率や要介護認定率、一人当たり給付費、サービス別の利用者数等は、その地域をおおまかに理解するには役に立つものです。しかしながら、これらのデータは「その地域の特徴」であって、イコール「地域課題」ではありません。データから「わがまちの高齢者の暮らしの困難さを解決するために取り組むべきこと」が見えてくるほど、課題分析は単純なものではないのです。
- では、いったい「地域課題」を発見するために、これらのデータはどのように活用すればよいのでしょうか。

■ 個別ケースから見える仮説を検証する

- これまでの節で説明してきたように、**高齢者一人一人の個別ケースから、「暮らしの困難さ」や「支援方法」などの振り返りを重ねると、「こういうことを防ぎたい」とか、「こういうリスクを抱えた高齢者がいるのではないか」という気づきが生まれてきます。**
- ただし、個別のケースに生じていることすべてに対策を講じていけるほど、行政や地域の余力はありません。リソース（**使える人材、時間、資金、能力等**）は限られています。だからこそ、個別のケースで生じている状況が、**地域においてどのくらい頻繁に起こっているのか、どの程度重要な問題なのかを俯瞰してみることが必要であり、それがマクロ的なデータの意義です。**

○このように、**高齢者個人の具体のエピソードを出発点とし**、「本当はこうなっていてほしい」、「しかし現状は高齢者にこういう良くない状況が生じている」、「同じようなケースがこの地域にどのくらいいるのだろうか」、「もしこれが頻回に起こっているなら、この数値が大きくなっているはずだ」といった**仮説を立ててからデータを見るようにしましょう**。そして初めて「客観的データ」が、わがまちにおいて本当に解決すべき「地域課題」の把握のために活かされることになるのです。

○また、政策立案という観点からも、「客観的データ」を把握することは大切です。例えば、市民ニーズを裏付けるデータや政策の費用対効果を説明するためのデータ等を用いることで、より説得力のある政策立案が可能となります。

図表 16 データの正しい活用方法



データの例：地域包括ケア『見える化』システム（見える化システム）・国保データベース（KDB）

データ分析の2つの視点（概況把握と仮説検証）

- データ分析の視点は2つあります。一つは、地域のおおまかな特徴をつかむ視点、もう一つは「きっとこうだろう」という仮説を検証する視点です。
- 地域の特徴をつかむ視点**では、地域全体の現状や将来の姿をおおまかにイメージすることができます。一方、**仮説検証の視点**では、個別ケースや地域の関係者から把握した高齢者や地域の課題などの仮説が妥当なのかを確かめたり、関係者との合意形成に役立てることができます。また、地域全体のボリュームを見ることで、課題の優先順位づけや対応策の検討に役立てることもできます。
- いずれもの視点も、数値で事実を把握することで、問題発見の糸口とする、課題の優先順位をつける、関係者との共通認識をつくる、といったことに役立ちます。関係者との協力がなかなか進まない場合にデータを踏まえて話し合うことで、合意形成に役立てられるときもあります。また、課題や取り組みの優先順位がうまくつけられないときにもデータで整理して検討することは有効です。

2つの視点	効果	留意点
地域の特徴をおおまかにつかむ	既存のデータを活用すれば、データ収集にさほど時間はかからない 問題発見や課題の優先順位づけのきっかけとなり得る	データは事実を示すだけであり、そこから課題が分かるわけではない（課題を分析していくための一つのきっかけでしかない）
特定の仮説を検証する	目的に応じた特定のデータを示すことで仮説の説得力が増す	データ収集のために新たに調査や分析をする場合、労力や時間がかかる 都合の良いデータだけ示して事実を曲げないよう、多角的な検証が必要

■各指標の確認ポイントと確認方法

○特定の仮説を検証する場合は、その目的に応じて様々な調査内容や調査方法が考えられます。例えば、地域で孤立して支援が必要そうな人が何人いるのかを調べようとすれば、民生委員に思い当たる人の数をアンケート調査するといった方法もあるでしょう。

○一方で、地域の特徴をおおまかにつかむためであれば、下記の既存のデータがある程度活用できます。

図表 17 主な確認事項と指標、参照先

#	主な確認事項	主な指標	参照先
1	支援を要する高齢者数は、今後どのように推移するか	- 人口ピラミッド - 前期・後期・85 歳以上高齢者数の推計 - 要介護認定者数の将来推計 - 認知症高齢者数の将来推計	- 地域経済分析システム (REASAS) - 見える化システム - 見える化システム - 介護認定データから要独自集計。集計が難しければ 85 歳以上高齢者数で代替
2	まちの高齢者は、どのような特徴があるか（他地域比較）	- 調整済み要介護認定率 - 高齢者単独世帯 - 就労状況・産業構造	- 見える化システム - 見える化システム - 国勢調査
3	要介護認定者には、どのような特徴があるか（他地域比較）	- 軽度者と重度者の分布 - 新規要介護認定時の介護度分布 - 要介護申請の理由	- 見える化システム - 見える化システム - 日常生活圏域ニーズ調査または要独自集計
4	介護サービスの使われ方にどのような特徴があるか（推移・他地域比較）	- 給付費・一人当たり給付費 - 保険料・必要保険料額 - サービス別給付費 - サービス受給率 - 総合事業の利用状況	- 見える化システム - 見える化システム - 見える化システム - 見える化システム - 要独自集計（厚労省公開データ）
5	ケアマネジメントの成果はどうか（他地域比較）	要介護者の改善・維持・重度化分布	KDB または認定データをもとに独自集計
6	まちの支え手は、今後どのように推移するか	- 生産年齢人口の推移 - 介護職の有効求人倍率 - 介護事業所等の従業員年齢構成	- 見える化システム - ハローワーク統計等 - 要独自調査（事業所向けアンケート等）

★ワーク わがまちの現状について書き出してみよう

現時点において、わがまちの現状をどこまで把握できているか、確認してみましょう。まずは、①高齢者の暮らしの困難さ、②専門的支援、③暮らしを支えるインフォーマル資源の3つの観点から、以下の表を埋めてみましょう。

もし具体的に記載することが難しいと感じたら、目指す姿に対する現状をはっきりつかめていないということです。第2章をもう一度読み返しながら、わがまちの現状に関する情報を集めてみてください。関係者と積極的に対話し、情報を集めることで、一緒に考えてくれる仲間を増やしていきましょう。

観点	わがまちの現状	参照先
①高齢者の暮らしの困難さ		第2章第1節
②専門的支援		第2章第2節
③暮らしを支えるインフォーマル資源		第2章第3節

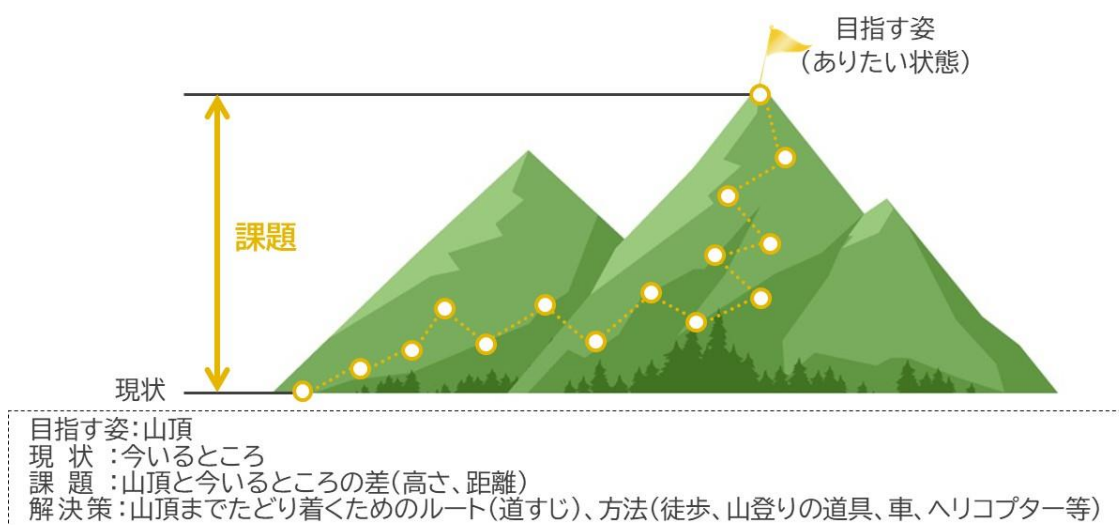


第3章 まずここからはじめてみよう（目指す姿に向けてのアクション）

- 第1章では高齢者にとって実現したい暮らしの視点から、総合事業・生活支援体制整備事業によってうまくいっている状態（ありたい状態）のイメージを描き、第2章ではそれに対し「現状はどうなのか」、わがまちの状況を把握するための手法について解説しました。
- ここで、あらためて「課題」とは何か、どのように理解すればよいでしょうか。課題とは、山登りの例えで言えば、山頂と今いるところの差（高さ・距離）です。つまり、第1章で描いた**高齢者の暮らしがこうなっていて欲しいという「目指す姿（ありたい状態）」**と、第2章で確認した**わがまちの「現状」を比較したときに感じた「ズレ」**のことです。この「ズレ（課題）」が解消されれば（小さくなれば）、「現状」が「ありたい状態」に近づきます。
- どの地域においても、加齢に伴う「暮らしの困難さ」が生じてきた高齢者が、これまで暮らしてきた地域で普通に生活し続けるためには、当然、足りない支援や資源はたくさんあるはずです。
- そのようなわがまちにおける高齢者の暮らしを支えていくために「未解決な地域の課題」を把握し、関係者とともに解決に向けて取り組んでいくことは、保険者である市町村の重要な役割（「地域マネジメント」とも言われる）であることは言うまでもありません。
- しかしながら、「取り組むべき『地域の課題』」を見つけることは、そんなに簡単なことではありません。「個人に起こっていること」＝「地域課題」でもなければ、「データから見えるもの」＝「地域課題」でもありませんし、仮に「地域課題」であったとしても、それが今「取り組むべき課題」とも限らないからです。どうのことでしょうか？

○では、本章では、わがまちのありたい状態と現状を比較したときに感じた「ズレ」が課題であることを踏まえた上で、**解決すべき地域みんなの課題（地域課題）**とは何か、どのように見極め、どこから手を付けていけばいいのかを考えましょう。

図表 18 目指す姿（ありたい状態）、現状、課題のイメージ（再掲）



1. 取り組むべき課題を見極める

■「要望」と「課題」は違う

- 多くの市町村において個別ケースの検討から挙がってくる「地域課題」として、「高齢者の移動手段がない」問題があります。高齢者に聞けば、必ずと言っていいほど「困っている」、「コミュニティバスの本数をもっと増やしてほしい」、「タクシー料金の補助があればいい」という声が挙がります。一人の高齢者を支える観点で見えてきた「困りごと」が、多くの高齢者に共通するものであれば、たしかに「地域の課題」のようにも思えます。
- 仮に、その課題（らしきもの）に対して、行政が「コミュニティバスの本数を増やすこと」で対応したとしましょう。しかし、ふたを開けてみたら、高齢者さえもほとんど利用しておらず、結局空気を運んでいるだけだったというのはよくある話です。なぜこのような事態が起きてしまうのでしょうか。
- なぜならば、住民の「コミュニティバスの本数をもっと増やしてほしい」という声は、単に「ほしい」という住民の「**要望**」であり、同時に住民が考えた「**手段**」であって、解決すべき地域の「**課題**」ではないからです。
- 多くの市町村担当者が「協議体」で地域課題を考える際に、ありがちな誤解は、住民に聞けば「地域課題」が把握できていることです。**住民に「困りごとは何ですか？」と尋ねても、出てくるのは、せいぜい「要望」であって、「課題」を語ってくれるわけではありません。**「協議体」を開催しても、「解決できない要望ばかり出てきて、全く高齢者の困りごとは解決されない」という、よく聞かれる悩みの原因もここにあります。

○取り組むべき「課題」は何かを把握することは、誰もができるような簡単なことではなく、まして個人の課題ではなく、**地域みんなの課題（地域課題）**は何かを見極めるには、それなりの専門性が必要なのです。行政のみなさんに期待されているのは、「**地域課題**」とは何かを見極める力です。

図表 19 地域みんなの課題（地域課題）は何かを見極める



■「個人の課題」と「地域の課題」～課題の大きさ・深刻さを見極める～

○では、あらためて、「**地域課題**」とはいったい何なのでしょう？どのように見極めていけばよいのでしょうか？わがまちの「高齢者の外出手段がない」問題から、深く掘り下げて考えてみましょう。

○わがまちの「外出に不便を感じた高齢者」は、「どこへ」行きたいのでしょうか、「何をするため」でしょうか、「どのくらいの頻度」でそこに行きたいのでしょうか。では「今はどうしている」のでしょうか。実際の個別事例で見ると、人によって行きたい場所、目的、頻度、現在の解決手段は様々であることが分かります。

図表 20 外出に困難を抱える高齢者についての課題設定の視点

		Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
どこへ行きたいのか		スーパー	かかりつけ医	公民館	駅前	墓園
何ため？		食料品の買い物	受診	趣味サークル参加	映画鑑賞	墓参り
頻度		週1回	月1回	月2回	年に数回	年2回
今はどうしているのか		徒歩	家族の送迎	友達の送迎	コミュニティバス	タクシー
課題設定	個人の課題として捉える例	Aさんが食料品を手に入れるには	Bさんが定期的な受診ができるには	Cさんが趣味を続けることができるには	Dさんが好きな映画鑑賞ができるには	Eさんの墓の管理ができるためには
	地域の課題として捉える例	外出が難しくなった高齢者の安価な外出手段を確保するには				
		地域の高齢者が食料品を手に入れることができるには	身近なかかりつけ医を持ち適切に疾病管理ができるためには	外出が難しくなっても多様な趣味を継続できるには		世話が難しくなった墓の管理を地域でどう支えるか

- 
- 個人の課題という観点から考えれば、解決すべき課題は、Aさんが「食料品を購入できる」であり、Bさんが「定期的に受診ができること」ですから、「どうしたらそれができるか?」、「代替手段はないか?」から解決策を探るという視点があります。これはいわゆる「個別ケース支援」であり、個別支援に関わる専門職にとっては理解しやすい課題設定でしょう。
 - しかしながら、個別支援で解決できることも限界があります。Aさんはたまたま何とかなったけど、Bさんの問題は解決されない、ということが当然起こりえますし、個別に対応していただけた支援者側の人的、時間的余裕がないかもしれません。
 - そこで、地域には同じように外出に不便を抱えた高齢者が多いことに気づいたのであれば、みんなの課題「地域課題」として捉えて対策を打つという視点も考えられます。
 - その際、「高齢者が目的の場所へ向かうことができる」ことを目指す姿とした場合に、「高齢者が安価に利用できる交通手段を確保する」という課題を設定することは当然あり得ます。多くの市町村でよく検討される「タクシー券の助成」や「オンデマンド乗合タクシー」といった施策は、「高齢者が安価に利用できる交通手段を確保する」という課題を設定した結果、導かれた打ち手（解決策）と言えます。しかし、想定される利用人数や頻度を考えると非常に費用対効果が悪い施策になってしまうかもしれません。そればかりか、個別性の高いニーズに対し一律の施策で対応しようとすると、個人にとって融通が利かないサービスとなり、結局、「誰にも使えないサービス」となって地域の高齢者の困りごとを全く解決できない施策となる可能性もあります。

- 
- また地域課題の設定はほかにも考えられます。「目的の場所へ向かう」という観点ではなく、「目的となっていることができるようにする」という観点から「地域の課題」を設定すれば、「地域の高齢者が食料品を手に入れることができるには」、「かかりつけ医を持ち、適切な疾病管理ができるには」、「外出が難しくなっても多様な趣味を継続できるには」といった課題設定も考えられそうです。こうなると解決策は、先ほどの「タクシー券の助成」とは全く異なる多様な解決方法が考えられます。
 - このように、誰の何を解決するのか、課題の設定の仕方によって、解決策は全く違ってきますし、課題設定を見誤って解決が難しい課題を設定してしまうと、地域の高齢者の困りごとはいつまで経っても一向に解決されません。
 - 個別ケースから気づいた「高齢者の暮らしの困難さ」を解決するためには、「個人の課題」として個別に解決を図るのが近道なのか、あるいは多くの高齢者が抱える「地域の課題」として設定して解消すべき問題なのか、リソース（使える人材、時間、資金、能力等）や解決可能性などから優先して「解決すべき課題を見極めること」（課題の大きさ・深刻さを見極めること）が、課題解決には欠かせないことなのです。

個別ケースの積み上げから地域の課題の検討・解決へつなげるとはどういうことか

「一対一」から「一対多」、そして「多対多」へ

- 現在多くの市町村が、協議体や地域ケア会議を開催し、「地域課題」の検討に取り組んでいます。これらの会議は個別ケースの分析を通じて、地域の課題を検討し、資源の充実につなげることを期待されているものですが、各地において協議体や地域ケア会議が形骸化していることが散見されます。
- 会議の形骸化の一つの要因は、個別支援に関わる専門職にとっては、「個人の課題」は理解できるものの、「地域課題」は対象が漠然としているためイメージしにくいことや、一般職にとっては「地域課題」を「制度や仕組みづくり」から考えてしまい、個別ケースがどう政策につながるのかイメージしづらいことがあるのかもしれません。では、どのように「個別ケース」の積み上げが、「地域課題」へとつながっていくのでしょうか。
- 軽度認知障害（MCI）があるものの、身体機能は自立している一人の高齢者男性の例を考えてみましょう。毎日一人で散歩を楽しんだり、家では買い物や掃除の役割を担っていますが、短期記憶や見当識に障害が見られ、心配になった家族は要介護認定申請をしました。しかし、要介護認定は受けたものの、身体機能は自立しているので本人が望むようなサービスはなく、「認知症があっても安心して外出が楽しめる」という課題について、制度による**「個別支援(一対一)」では解決することができません**。
- そこで生活支援コーディネーターは、認知症に理解のあるマスターがいる喫茶店に通うことを提案し、店に協力を依頼して安心して外出できる先を作るとともに、「健康麻雀教室」のボランティアリーダーにこの男性高齢者を紹介し、ボランティア仲間に行き帰りをサポートしてもらいながら、初心者に麻雀を教える役割を担ってもらうよう提案しました。これにより、**「個別支援(一対一)」から、「個人を地域で支える(一対多)」こととなります**。
- しかし、麻雀と喫茶店通いだけで毎日過ごせるわけではありません。本人にとっては、もっとたくさんの行き先があったほうがより幸せですし、麻雀も喫茶店もあまり好きではない別の高齢者を支援する場合には、異なった選択肢が必要になることでしょう。このように、一人の高齢者の個別ケースで見えてきた課題は、「別の個別ケースにも生じているのではないか」、あるいは、まだ支援につながっていないが「同じような問題を抱えた別の高齢者がいるのではないか」、さらに「今後このような問題はますます増えていくのではないか」という仮説につながります。こうして**「個人を地域で支える(一対多)」ことだけでなく、「多くの同じような問題をかかえる人を地域で支える(多対多)」**が必要になってきます。
- つまり、「ある一人の軽度認知症高齢者が行く場所がない」という「個人の課題」が、「地域の軽度認知症高齢者の支援体制の空白を解消する」という「地域課題」へと発展していくのです。
- このように、**一人の高齢者に起きている問題の「個別支援(一対一)」から出発して、「地域で支える支援(一対多)」を模索すること**。さらには、**同じことがほかの多くの高齢者にも起きている問題ではないか**という気づきから、「より多くの人を地域のより多くの資源や体制で支える(多対多)」にはどうすればいいかを考えること。これが、「個人の課題」から「地域の課題」を考えるということなのです。

■どこから手をつけるか～解決できるものから取り組む

- 解決したい「地域課題」らしきもの（解決すべき課題）を見つけても、それが「解決できる課題」か「今、取り組むべき課題」かどうかは、別問題です。課題にすべて対応できるほど、行政や地域のリソースはありません。では、どのように「取り組むべき」優先度の高い課題を見極めればよいのでしょうか。
- 言うまでもなく、高齢者の暮らしの困難さを支える地域社会をつくるために、未だ解決できていない「地域課題」のうち、行政だけが取り組めばなんとかなる課題はそれほど多くありません。
- 一方で、地域課題の解決に向けて地域の様々な関係者が動き出すきっかけは、例えば、地域の身寄りのない高齢者の入院等をきっかけに、一人暮らし高齢者に対する地域の関心が高まったり、自治会役員や民生委員が交代し、新しい取組に積極的になった等、人と人との出会いや、地域課題への気づき、関係者の心の動き、組織体制の変化など、様々な偶然の要素が重なり合って生まれるものです。行政の計画通り、思惑通り、都合よく関係者が動くわけではありません。
- 「取り組むべき課題」を見誤り、解決できそうもないものから取り組もうとすると、どこから手を付けていいかわからず、ただがむしやりに筋の悪い事業に取り組むことになりがちです。そうすると、苦労して取り組んだ割に成果が上がらず、関係者は疲弊し、結果として、課題解決に一番重要な関係者の「解決に向かう意欲」が失われてしまいかねません。
- 多くの地域の関係者とともに地域の課題解決に取り組む上での上手な進め方は、**少し工夫すれば、ちょっと知恵を絞れば解決できそうな課題（図：A、B）から取り組むことです。解決できそうなものから取り組むと、関わった関係者に少しずつ成功体験が生まれ、自信につながり、次には解決が難しい課題にも挑戦してみようという意欲が高まる**からです。

図表 21 課題解決の可能性と重要度・深刻度の関連

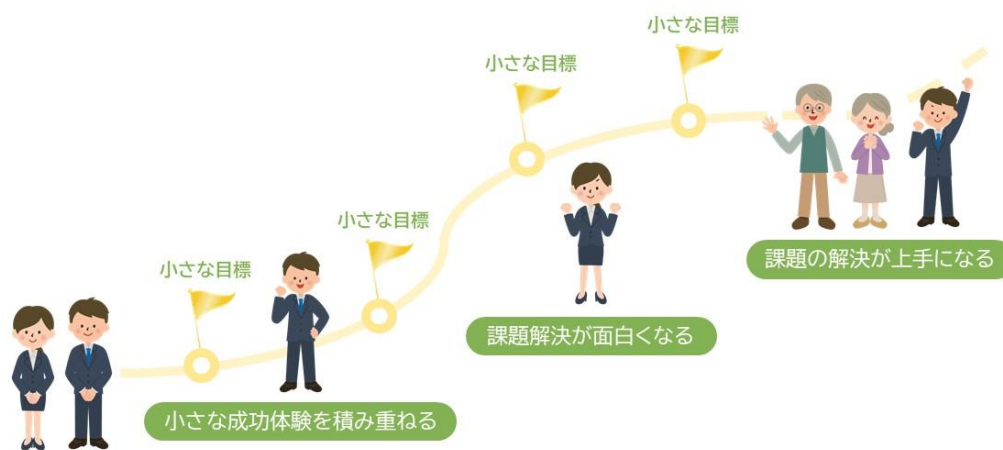


■ 小さな目標と、小さな成功体験を重ねよう

- よく総合事業・生活支援体制整備事業を担当する職員から聞こえてくる声に、「成果が見えにくい」というものがあります。あなたのまちの担当者や生活支援コーディネーターもそんな悩みを抱えているかもしれません。
- 前頁で解説した通り、苦労して取り組んだものの、関係者が「何か良い方向に変わってきた」という手ごたえを感じることができなければ徒労感だけが残し、課題解決の上で一番大切な「意欲」が失われてしまいます。その結果、高齢者を支える地域の力が育たないどころか、力が失われ、高齢者一人一人のこれまでの暮らしを支えるという目標が遥か先に遠のいてしまいます。
- なぜ、このような**手ごたえを感じることができないという事態**に陥るのでしょうか。それは、「**ゴールを遠くに置きすぎている**」からです。
- 「高齢者がなじみの地域で自分らしく生活できるようにする」という壮大な目標を設定してしまうと、どこから手をつけて良いか分からなくなってしまいますし、自分たちが今取り組んでいる事業を続けていけば、いつかそれが達成できるという実感も湧きません。
- 課題解決のコツは、「**目標を小さく刻んで、小さな成功体験を積み重ねること**」です。そして、それにより、関係者が「**きっといい方向に進んでいるはず**」という、**小さな変化をみんなが確認できるようにしていく**ことです。野球に例えるなら、ホームランで一発逆転を狙うのではなく、内野安打やバントを重ねて塁を進め、点数を稼ぐイメージです。

○ともに取り組む関係者たちが、自分たちがそのステップを着実に進んでいて、**目指す方向に向かってい**
るという「実感」や「喜び」を感じられるようになれば、課題解決が面白くなり、地域課題の解決が上
手になって解決できる課題が増え、その結果、高齢者の暮らしを支える地域の力が高まっていくと
いう好循環が生まれてくるのです。

図表 22 小さな目標と、小さな成功体験を重ねる



「目指す姿（ありたい状態）」にたどりつくまでの道のりを整理する

- ・地域づくりの成果は非常に見えづらいため、第1章で描いた高齢者の暮らしがこうなったらいいという「目指す姿（ありたい状態）」にたどりつくまでの道のりを、まずは「小さなステップ」として整理してみましょう。
- ・例えば、「要支援者等になっても、好きな趣味を続けられる」という目標に対しては、①生活支援コーディネーター（SC）が地域にどんな趣味サークルや、教室があるか等の情報（地域資源）を把握し、②要支援者を支援する地域包括支援センターやケアマネジャーがその情報を手に入れ、③専門職によるサービスにおいて趣味活動を再開できるための指導に活用される、といったステップが考えられます。

道のりの例



（参考）市町村が総合事業の重点を確認するための参考として、総合事業の目的を再整理し、目的にそった指標の例を記したもの：「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援総合事業の実施状況に関する調査研究事業」（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 株式会社 NTT データ経営研究所）

2. 地域の課題を共有し、目指す姿を「みんなの目標」とする

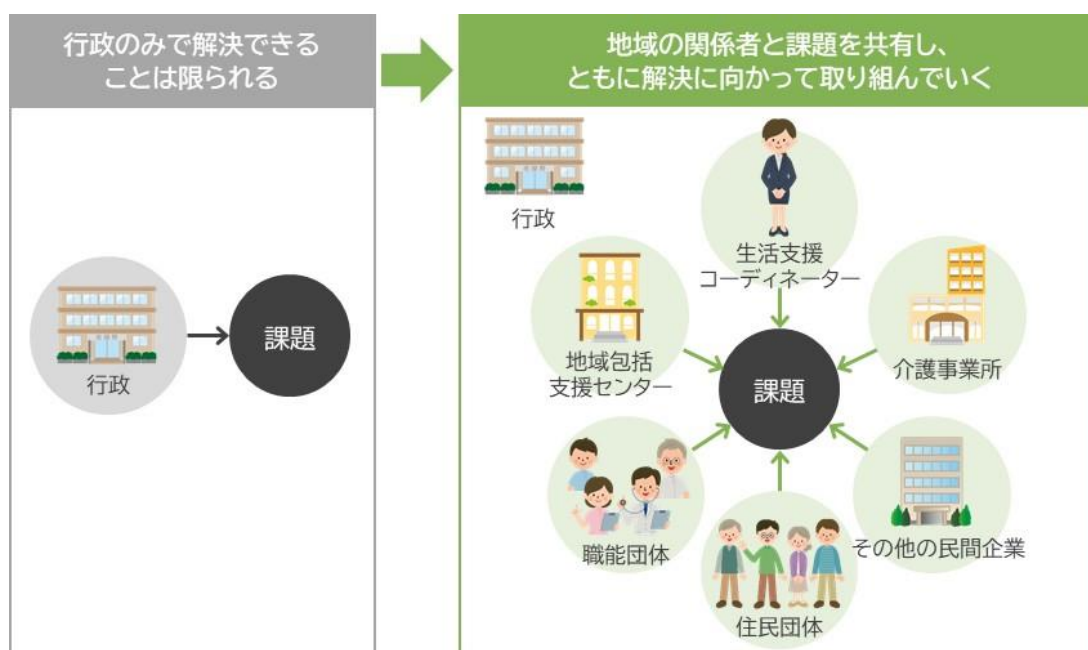
■ 解決策の検討ではなく、「課題の共有」から始める

- わがまちにおいて「取り組むべき課題」が見つかったら、どのように解決に向けて進めていけばよいのでしょうか？ 仮にその課題が、行政で実施している各種支援策の利用基準や手続き等を少し修正すれば解決できるものであり、かつ役所組織の内部で合意形成ができていたものであれば、すぐに取り組めばいいだけの話です。
- しかし、そのような解決策が分かりやすい課題はそれほど多くありません。なぜなら高齢者の「暮らしの困難さ」は、行政だけでは解決できないものが大半であり、地域の様々な関係者（地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、ケアマネジャー、社会福祉協議会、医療機関、介護事業所、その他の民間企業、住民団体、職能団体等）とともに解決に向けて取り組んでいかなければ解決できない課題だからです。
- 一方で、地域包括支援センターは、日々困難ケースの支援や相談案件で忙しく、なかなか行政が望むように動いてくれないかもしれませんし、要支援者等を担当するケアマネジャーは、時間的に余裕がなく地域資源を活用した支援を目指すことに消極的ということもあるでしょう。あるいは生活支援コーディネーターは、地域資源把握には一生懸命でも、要支援者等の個別ケースに関わる必要性を理解してくれないかもしれません。

○では、どこから始めればよいのでしょうか。地域課題の解決に向けまず取り組むべきこと（ファーストアクション）は、「解決策」を検討することではなく、「課題そのものを共有する」ことです。

○課題を共有するとはどういうことでしょうか。それは、第1章で描いた「高齢者の暮らしはこうなっていてほしい」という目指す姿（ありたい状態）を地域の関係者と一緒に描き、第2章で確認した「わがまちの現状はこうなっている」（現状）をともに確認し、「なぜそうならないのだろう」（課題）をみんなで考えることです。

図表 23 「課題の共有」から始める



【課題共有の方法例】

- ・高齢者の暮らしのエピソードで課題を見せる
- ・良くない地域の状況を映した写真で課題を見せる
- ・エピソードから見える課題の深刻さを量的データ（数字）で見せる
- ・変化（トレンド）を数字で見せる
- ・将来予測を数字で見せる
- ・こうなったらいいなという「目指す姿（ありたい状態）」を見せる



■課題をともに見ること、一人の想いがみんなの願いになる

- ではあらためて、なぜ「解決策の検討」ではなく、「課題共有」から始めるべきなのでしょうか。
- まず一つ目の理由は、ともに課題解決を担うことが期待される地域の様々な関係者と行政では見えている物の見方や考え方が違うからです。当然、解決しようとしている問題に関して、行政と地域の関係者ではそれぞれ持っている情報も、知識や経験も異なりますし、それぞれ置かれている立場ゆえの物の見方や考え方、また組織や個人の事情もあります。そのようなズレが生じている中で解決したい課題の解決手段から検討しようとしても、前提となっている情報や条件が同じではないので、建設的な話し合いができない場合も多くあります。
- 二つ目の理由は、課題を解決する力は、役所ではなく、もともと「地域社会」が持っているものだからです。みなさんも、道端で財布を落としたとき、交番に自分の財布がちゃんと届けられていてホッとした経験があるかもしれません。なぜあなたの財布が手元に戻ってきたのですか？警察官が探しに行ってみつけてくれたのでしょうか？ごく普通の地域住民が交番に届けてくれているのではないのでしょうか。
- 横断歩道を渡っていた高齢者がふらついて転倒してしまったとき、近くにいた見ず知らずの市民がみんな集まってきて、協力して安全な場所に運び、救急車を呼んでくれるというのは、何か特別なことでしょうか？ごく普通に行われることではないのでしょうか。また、地域の公園、神社、ごみの収集場所、道端のお地蔵さんはなぜきれいに保たれているのでしょうか。地域の住民が「汚れていると、みんなが、気持ちが良くない」、「次の人が困るかもしれない」と思って掃除をしてくれているからでしょう。

- 市民は、誰かの困りごとが自分の目の前で起これば、自分も何か役に立とうとするものです。仮にうちのまちには担い手がいない、支えあい生まれえないというのであれば、それはお互いの困りごとが見えていない（認識されていない）だけなのです。それぞれの暮らしの中で少しずつ積み上げたほんの小さな気持ち、行動が地域を創り上げているのです。
- 地域の関係者に「課題を共有する」ことを丁寧に行い続ければ、次第に**関係者がその問題の重要性に気づき、その問題を解決したいというあなたの想いが、関係者みんなの共通の願いに変わっていく**ことでしょう。そうすれば、おのずから、**それぞれの関係者が持つ情報・つながり・専門性を活かした知恵やアイデアなど、課題解決に向けた筋のいい解決策が、地域から生まれてくるもの**なのです。
- まずは、課題をともに見ることからはじめましょう。そうすれば解決の担い手になりうる人が、実は社会にはたくさんいることに、あなたはきっと驚かされることでしょう。
- なぜならば、「**みんなの課題を解決する力**」は、本来「**地域社会にあるもの**」だからです。

図表 24 なぜ「課題の共有」から始めるべきなのか

課題共有から始める理由 ①

地域のさまざまな関係者と行政では見えている物の見方や考え方が違うため、前提となっている情報や条件が同じではなく、建設的な話し合いができないから



生活支援
コーディネーター



介護事業所



住民団体



地域包括
支援センター



職能団体



その他の
民間企業

課題共有から始める理由 ②

課題を解決する力は、役所ではなく、もともと「地域社会」が持っているものだから



関係者がその問題の重要性に気づき、その問題を解決したいという想いが、
関係者全員の共通の願いに変わっていく

おわりに

ここまで読んで、「そうそう」、「やっぱりそうか」と、自分のたちがこれまで感じてきた「なんか変だ」という違和感や、「このままでいいのだろうか」という漠然とした不安は、決して間違いではなかったと感じたかもしれません。それと同時に、「なるほど」、「そう考えればいいのか」という気づきも多くあったのではないのでしょうか。



しかし、既にお気づきの通り、この「道しるべ」は、あなたのまちにおける「地域課題は何か」や、明日から「何をすべきか」、「どうやればいいのか」は書かれていません。ですから、わがまちの解決すべき課題（地域課題）が何なのか、よく分からなくなってしまったかもしれません。



なぜでしょうか？それは、今あなたが持っている「考えるための材料」（情報）が不足しているからです。情報が足りない状態で、役所の中に籠ってどんなに自分の頭をひねって考えても、地域の課題は見つかりません。そこで、この「道しるべ」を何度も読み返し、明日から地域に足を運んでみてください。そして、たくさんの人と話をし、あなたのまちの高齢者は「どんな困難を抱えているのか」、「どんな想いで暮らしているのか」、高齢者を支える地域の専門職は「どんな想いで支援しているのか」、「彼らはどんな悩みを抱えているのか」、自分で見て聞いて確かめてください。そのように動き出して初めて見えてくるものがあるはずです。



そうすればきっと、「これは何とかしたい」という気持ちが、あなたの心の奥底に沸いてくるでしょう。そして、高齢者が「本当はどうあってほしいのか」、「今はどうなのか」、「なぜそうなっているのか」を考え続け、課題を探し、それに向き合い続けてください。



高齢者とそれを支える地域の人々に直接話ができるということは、国や県の職員にはできない、市町村で働くみなさんの大きな強みです。そして、わがまちで暮らす人々の日常の暮らしを守ること、とりわけ、年とともにさまざまな困難を抱える高齢者の日常の暮らしを守るとは、市町村職員にとってかけがえのない仕事であるはずです。



わがまちの高齢者の穏やかな日常の暮らしを支える「地域づくり」に、**全国一律の「答え」はありません。**国の制度に命を吹き込み、**日本中のあらゆる地域の高齢者の暮らしを支えていく、生きた政策として国民に届けることができるのは、地域づくりのプロフェッショナルである市町村のみなさんなのです。**



謝 辞

本書は、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「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた研修カリキュラムの開発に関する調査研究事業」の成果物です。作成においては、同補助事業「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた実践研修に関する調査研究事業」において実施された「実践型地域づくり人材育成プログラム」¹の講師及びアドバイザー、プログラム修了生から多大なご支援を賜りました。記して感謝いたします。

執筆者一覧（2021年3月末時点の所属・役職）

岩名 礼介	三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 主席研究員
亀井 善太郎	PHP 総研 主席研究員 立教大学大学院 特任教授
都築 晃	藤田医科大学 講師 地域包括ケア中核センター
服部 真治	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部主席研究員兼研究総務部次長 業務推進部特命担当
松本 小牧	愛知県豊明市健康福祉部健康長寿課課長補佐 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 協力研究員
三原 岳	株式会社ニッセイ基礎研究所 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員

事務局

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所 大野 孝司、野村 佳織、井上 裕章

¹ 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所及び藤田医科大学地域包括ケア人材教育支援センターが実施主体、愛知県豊明市が協力機関となり実施されたプログラム。プログラムの目的と特徴、実績等については、以下の通り。

【目的と特徴】

- ・多様な関係者とともに地域の暮らしを支えるために、市町村職員及び協力機関が認識しておくべき原理原則を理解し、地域マネジメントや課題設定、課題解決に向けた関係者との合意形成等についてのスキルを習得する。
- ・約5か月間の研修での講義・ワークの他、地域での実践と講師からのフィードバックを繰り返すことで地域づくりへの理解を深め、再現可能なスキルを身に付ける。
- ・参加市町村の組織や関係者への波及と定着につなげ、組織の意識変革、地域関係者との協力体制の構築による課題解決の基盤をつくる。

【実績】 令和元年度：12市町 令和2年度：24市区町 が参加

【参考】 昨年度実施内容：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 介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する調査研究事業 (https://www.nttdata-strategy.com/services/lifevalue/docs/r02_03jigyohokokusho.pdf)



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

**わがまちの総合事業・生活支援体制整備事業を立ち止まって考える
地域づくりの実践に向けた道しるべ**

介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた
研修カリキュラムの開発に関する調査研究事業 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

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-7-9 J A 共済ビル 9 階

TEL : 03-5213-4110（代表） FAX : 03-3221-7022

この事業は令和２年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）により実施したものです。

介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の 推進に向けた研修カリキュラムの開発に関する調査研究事業

利用にあたっては、出典を記載してください。出典の記載方法は以下のとおりです。

NTT データ経営研究所（2021）介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に
向けた研修カリキュラムの開発に関する調査研究事業報告書

令和３年（2021 年）３月発行

発行 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9 JA 共済ビル 9 階
TEL 03-5213-4110（代表） FAX 03-3221-7022