

令和5年度 老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

地域包括ケアシステムの 深化・推進に向けた市町村の 地域デザイン力を高める組織構築に 関する調査研究事業 報告書

令和6年3月

Medical

Care

International

Others

本報告書の一部または全部を問わず
無断引用、転載を禁ずる。



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

Association for Health Economics Research and Social Insurance and Welfare
Institute for Health Economics and Policy

目次

第1章 本事業の概要	1
1. 背景・目的	1
2. 実施内容	2
3. 実施体制	3
4. スケジュール	4
第2章 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム	7
1. 実施計画	7
1.1 背景・目的	7
1.2 企画設計	7
1.3 参加市町村の選定	9
1.4 実施体制	10
2. 実施内容	13
2.1 オンラインセミナー・公募説明会	13
2.2 オリエンテーション	13
2.3 第1回（オブザーバー参加者：57 アカウント）	16
2.4 第2回（オブザーバー参加者：44 アカウント）	19
2.5 第3回（オブザーバー参加者：37 アカウント）	22
2.6 第4回（オブザーバー参加者：16 アカウント）	25
2.7 第5回（1日目オブザーバー参加者：9 アカウント、2日目はウェビナーにて実施）	28
3. 成果	34
3.1 参加者の到達状況	34
3.2 成果の検証	47
第3章 総括	51
1. アジャイル型地域包括ケア政策形成に関する考察	51
1.1 なぜ地域包括ケアシステムの構築が難しいのか	51
1.2 コレクティブインパクトとロジックモデル	51
1.3 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムはどんな価値を提供するのか	52
1.4 アジャイル型地域包括ケア共創プログラムが訴求する市町村	54
2. 今後に向けて	55
参考資料	57

第1章 本事業の概要

1. 背景・目的

地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、市町村において、地域の実情に即した施策を広く展開するための「地域デザインカ」が重要であり、地域づくり施策の推進体制づくりをより進めることが必要とされている。

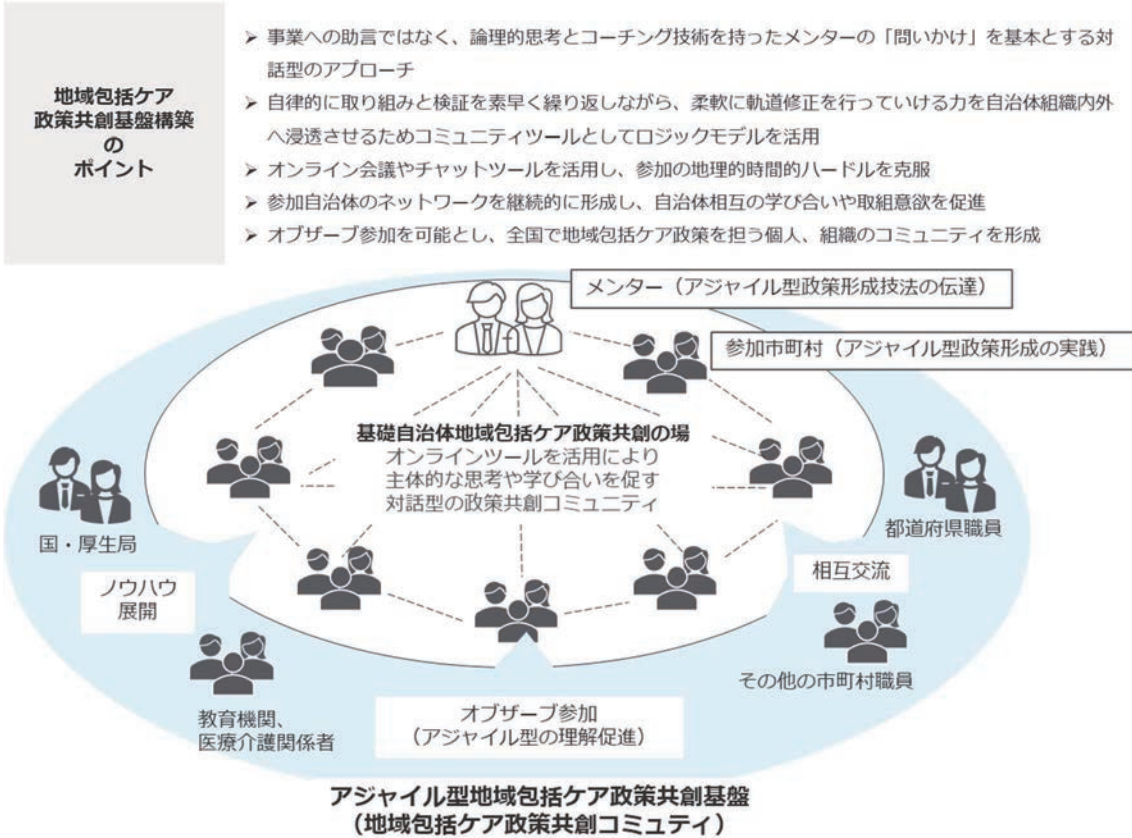
そこで、令和4年度に実施した「地域包括ケアシステム構築の加速化に向けた推進基盤に関する調査研究」事業（以下「令和4年度事業」という。）による、基本的な地域の課題把握の仕組みや庁内外とのネットワーク体制整備などを図る支援を発展させ、支援を受けた市町村の経験やノウハウをさらに他自治体とのネットワークを通じて波及させることができるよう、有識者や先進自治体の実践者等による高度な政策立案を行う自治体同士のコミュニティ（地域包括ケア政策形成コミュニティ）を創出することも目的に、以下のとおり実証的な調査研究を行うこととした（図表 1-1）。

- ・全国 12 市町村程度をモデルとして、自治体同士の学び合いを中心とした政策立案力の向上を図るための「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」を開発する。

- ・実証研究を通じて、地域デザインカに必要な共通基盤的なプロセスとノウハウを共有化する知見をまとめ、わかりやすい自治体向けリーフレット等を作成する。

なお、本事業は、令和元年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の効果的な推進方法に関する調査研究事業」、令和2年度「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の推進に向けた実践研修に関する調査研究事業」、令和3年度「介護予防・日常生活支援総合事業等の推進に向けた効果的な研修プログラムの開発に関する調査研究事業」及び令和4年度事業のノウハウを継承して実施した。

図表 1-1 アジャイル型地域包括ケア政策共創基盤の整備



2. 実施内容

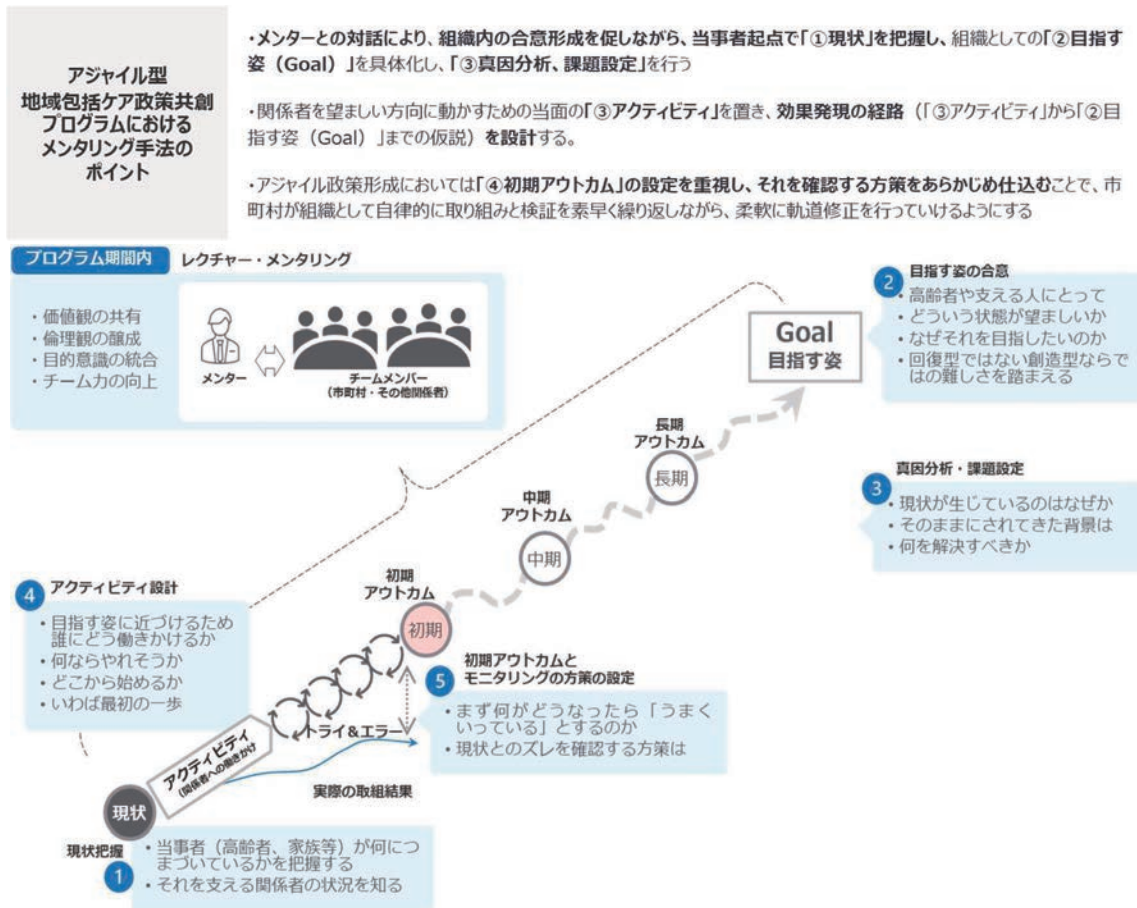
現状、市町村の多くは、制度・事業の実施そのものが目的化してしまい、地域の実情・課題を起点とした課題解決に資する事業を実施するまでに至っていないと指摘されている。仮にこれまでうまくいった事業でも、時の変化や人の入れ替わりにより停滞することもあり、また、行政担当者の異動の際には十分な引継ぎを行う時間を取ることができず、事業のそもそもの目的や取組背景を伝えられないため、地域の課題とズレた事業が固定化してしまうことも少なくない。各市町村が、本人の望む暮らしを可能な限り続けられる「地域包括ケアシステム」を構築するためには、地域の実情に即した施策を広く展開するための「地域デザイン力」を身につける必要がある。

そこで、取組と検証を素早く繰り返しながら柔軟に軌道修正を行い、目指すゴールに近づけていく「アジャイル型政策形成」の技法を地域包括ケアシステムの構築に応用したプログラムを構築することとした（図表 1-2）。「アジャイル型政策形成」の支援技術を持つ人材を「メンター」と位置づけ、対話型で自治体政策を共創していくことにより、事業への単なる助言ではなく政策立案の技法を伝達し、また、ロジックモデルを活用することで自律的なアジャイル型政策形成能力を組織へ浸透させるものである。

一方、こうした支援技術を持つ人材には限りがあるため、参加自治体の取組から他自治体の取組に波及させていくことができる、また、自治体同士がつながり地域づくり施策を共創する仕組み（コミュニティ）

の構築を図った。

図表 1-2 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムにおけるメンタリング手法



3. 実施体制

「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」を開発するため、日本社会事業大学専門職大学院客員教授の蒲原基道氏（元厚生労働省事務次官、老健局長）の監修のもと、内閣官房「行政改革推進会議アジャイル型政策形成・評価の在り方に関するワーキンググループ」委員、内閣官房行政改革推進本部 EBPM 補佐官である亀井善太郎氏を始めとした、地域包括ケア推進のノウハウを有する市町村・都道府県支援等の経験が豊富な有識者による開発チームを編成した。また、オブザーバーとして菊池一氏（厚生労働省老健局総務課課長補佐）が参加した。

なお、本研究は実証研究であるため、当該開発チームがそのままハンズオン支援と現地支援を実施するメンターも兼ねた。また、事務局はハンズオン支援のノウハウを有する藤田医科大学と医療経済研究機構が協働して担い、一部の者はメンターを兼ねた。さらに、愛知県豊明市にはプログラムの一部について協力を得た。

開発チーム兼メンターの一覧を図表 1-3、事務局兼メンターの一覧は図表 1-4 のとおりである。

図表 1-3 開発チーム兼メンター一覧（五十音順、敬称略）

氏名	所属・役職
岩名 礼介	三菱UFJリサーチ&コンサルティング主席研究員 兼 中央大学大学院客員教授
亀井 善太郎	PHP 総研主席研究員 兼 立教大学大学院特任教授
高橋 拓朗	NTT データ経営研究所地域未来デザインユニットシニアマネージャー
三原 岳	ニッセイ基礎研究所 ヘルスケアリサーチセンター上席研究員

図表 1-4 事務局兼メンター一覧

氏名	所属・役職
金田 嘉清	藤田医科大学地域包括ケア中核センター長
原田 勝己	藤田医科大学地域包括ケア中核センター事務長
(メンター) 都築 晃	藤田医科大学 講師・地域包括ケア中核センター 博士（医学） 理学療法士 介護支援専門員
(メンター) 池田 寛	藤田医科大学地域包括ケア中核センター課長 社会福祉士 介護支援専門員
野々山 紗矢果	藤田医科大学地域包括ケア中核センター主任 理学療法士 介護支援専門員
稲垣 圭亮	藤田医科大学地域包括ケア中核センター主任 理学療法士
(メンター) 松本 小牧	豊明市市民生活部 共生社会課 課長 兼 医療経済研究機構 客員研究員
清水 浩一	医療経済研究機構 常務理事 兼 政策推進部長
(メンター) 服部 真治	医療経済研究機構 政策推進部副部長（企画推進担当）兼 研究部主席研究員
澤田 真帆	医療経済研究機構 政策推進部専門研究員
佐々木 裕伊	医療経済研究機構 政策推進部専門研究員
加藤 由美	医療経済研究機構 政策推進部

4. スケジュール

本事業のスケジュールは図表 1-5 のとおりである。

図表 1-5 事業スケジュール

6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
事業設計	公募	選考	プログラム実施						総括
			検証・シラバスのブラッシュアップ						

第2章 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム

1. 実施計画

1.1 背景・目的

地域のありたい状態を実現するためには、市町村が「高齢者が望む暮らし」とそれに対する現状を把握し、望む暮らしの実現に向けた課題を地域の多様な主体とともに解決することが必要である。しかし、多くの市町村では個人や地域の課題解決ではなく、事業を進めることが課題になっている現状がある。

そのため、本プログラムは、参加市町村が実施している、ないしは実施しようとしている事業について、現状把握と課題設定から問い直し、5ヶ月間の短期間でトライ＆エラーを繰り返し、政策を継続的に立案、改善していく「アジャイル型政策形成」を体得することを目指すこととした。

1.2 企画設計

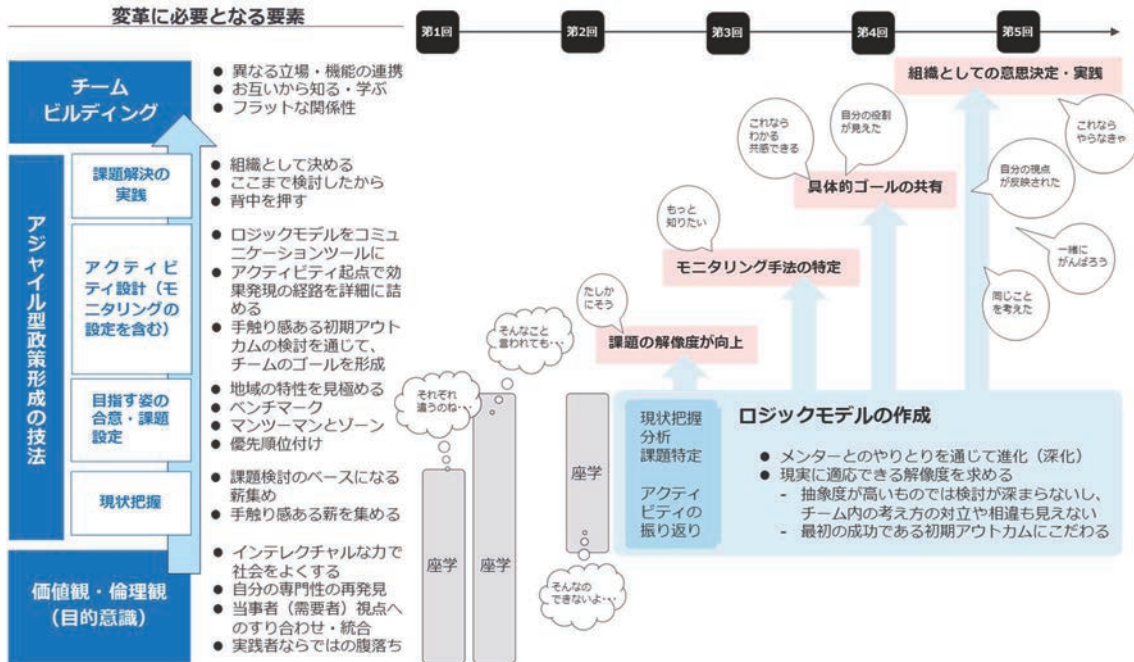
本プログラムは、終了時点において「参加市町村における今後取り組むべき課題が設定できており、かつ組織としての意思決定がされ、実践に向けて動き出すこと」を到達点と設定し、カリキュラムを設計した。

2日間、全5回の各回のプログラムは、インプット講義と各市町村に対するメンタリング（各回1市町村あたり合計約1時間半）で構成した。インプット講義では、課題解決や政策立案に関する基礎的な技法や、多主体に働きかけを行う上で市町村職員に求められる考え方や姿勢を提供した。また、メンタリングでは、前回以降の実践期間で考えたことや取り組んだことについての進捗報告とフィードバックを行い、次のプログラムまでに取り組むこと（ネクストアクション）を明確化して実践を促す設計とした。また、各回終了後にはメンターとコミュニティマネージャーによる個別フォローアップ時間を1自治体あたり1時間設定し、検討や実践の方向性について個別に相談できる場とした。各回の設計及び内容は「2.実施内容」にて詳述する。なお、プログラム全課程は中央推進基盤が全国の自治体を支援するモデルを想定し、フルオンラインで実施した（図表 2-1、2-2）。

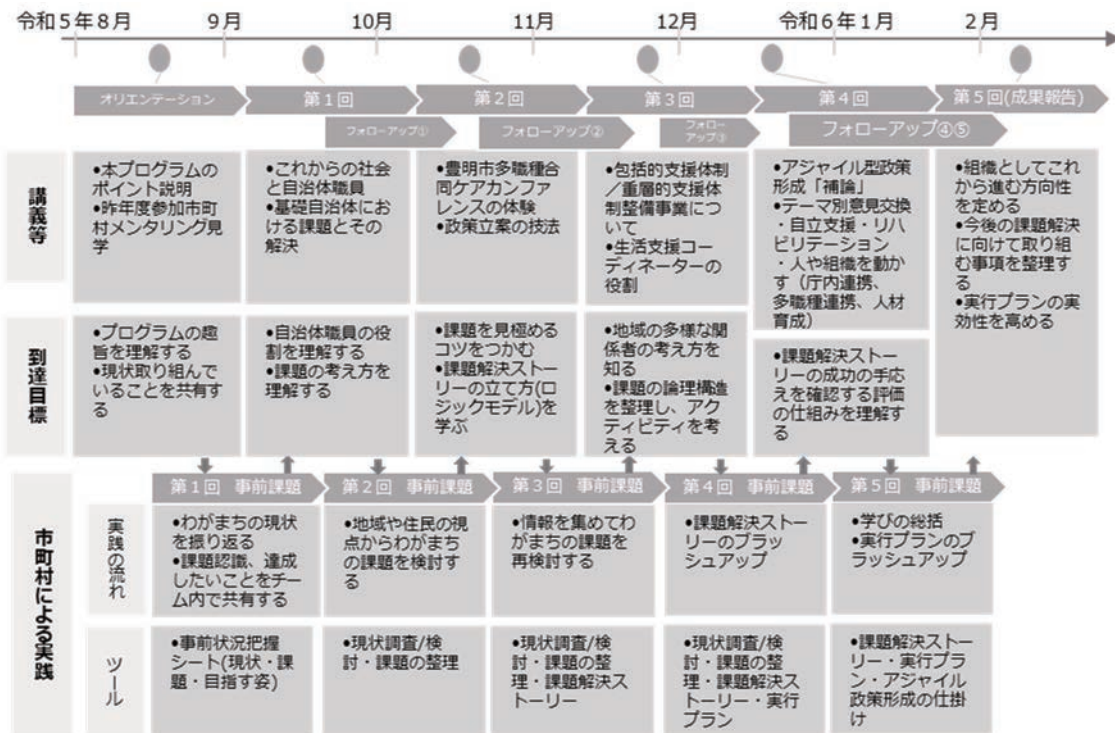
また、各回の終了時に事後アンケートを実施し、約1週間以内にアンケート結果を取りまとめて到達点の確認や次回の詳細設計の見直しを図った。その後、各回の約1週間前に市町村が提出する事前課題の状況を踏まえてプログラムの設計の見直しと詳細化を行い、指導方針を策定し、メンター及び事務局間で共有するというサイクルとした。

さらに、学習効果を最大化するためには、参加市町村のコミュニティを形成する必要があることから、オンラインツール（Microsoft Teams）を活用して参加者間の情報共有を通じた相互の学びを促進し、また、チャットを活用した日常的な参加者同士の交流やメンターによるフォローアップを行った。

図表 2-1 プログラム設計



図表 2-2 プログラム全体の流れ



1.3 参加市町村の選定

参加市町村は全国から、公募によって募集、選定を行った。

なお、公募説明会については「2.実施内容」にて詳述する。

(1) 公募

応募要件は、組織として高齢者の暮らしをより良くしたいという志を持ち、かつ、地域包括ケアシステム、地域共生社会の実現に向けて現状の事業や取組を見直したいという意向を持つことを前提に、

- 第9期介護保険事業計画策定にあたり、組織として現状を改善するための取組を進めていく意思があること
- 2名以上のチームを編成して参加すること
- 市区町村職員がチームの代表者となること
- プログラム全課程に参加すること

以上の4つを要件とした。なお、市町村職員以外の参加者の所属（庁内・庁外）や役職・職種は問わず、広く募集を行った。参加市町村数は、メンタリングの運営や個別支援に適切な人数を考慮し、12市町村とした。また、管理職の合意のもと組織的な参加を促すため、エントリーシート中の組織として期待したい成果や変化やチーム編成等は、所属長が記入することとした。

なお、市町村支援に携わる地方厚生局や都道府県、本プログラムに関心のある市町村、地域づくりに携わる地域包括支援センター運営法人や介護事業者もオブザーバーとしての参加を可能としたところ、計50名以上の登録があった。

(2) 選定

応募のあった市町村についてエントリーシートの精査を行い、図表 2-3 に示す 12 市町村を選定した。

図表 2-3 プログラム参加市町村一覧

No	都道府県	市町村	人口(人)	面積(km ²)	人口密度(人/km ²)	DID地区面積(km ²)	高齢化率(%)		75歳以上人口(人)		
							2020	2030	伸び率	2020	2030
1	北海道	深川市	18,909	530	36	3	42.6	46.7	7.4%	4,873	5,235
2	秋田県	羽後町	13,524	231	59	-	39.3	48.4	11.6%	2,824	3,151
3	茨城県	つくばみらい市	53,258	79	673	2	26.4	26.1	40.2%	6,206	8,698
4	千葉県	千葉市	979,042	272	3,602	124	25.6	29.3	-15.6%	130,246	109,989
5		白井市	62,646	35	1,766	5	27.4	30.1	41.3%	8,069	11,404
6		長生村	13,647	28	483	-	34.3	39.2	33.4%	2,349	3,133
7	新潟県	上越市	183,693	974	189	28	32.7	35.5	20.6%	32,056	38,646
8		出雲崎町	4,066	44	92	-	43.8	45.5	-6.1%	1,029	966
9	愛知県	長久手市	63,371	22	2,941	7	16.4	19.1	54.2%	4,788	7,385
10	大阪府	寝屋川市	226,482	25	9,169	23	29.6	34.8	26.3%	35,638	45,020
11	兵庫県	淡路市	42,128	184	229	-	38.8	41.9	12.2%	8,924	10,009
12	鳥取県	鳥取市	185,794	765	243	22	29.2	33.1	29.8%	27,845	36,148

【出典】DID地区面積は、国勢調査（令和2年）。高齢者独居世帯の割合・高齢者夫婦のみ世帯の割合は、国勢調査（令和2年）をもとに事務局で作成。それ以外の項目は、各自治体より提出いただいたエントリーシート、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（令和5年1月1日現在）、国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」。

1.4 実施体制

プログラムの実施体制・役割は以下のとおりである（図表 2-4）。

図表 2-4 プログラムの実施体制・役割

区分	所属・氏名（敬称略）	主な役割
プログラム実施主体	医療経済研究機構	<ul style="list-style-type: none"> ・ プログラム企画・設計 ・ オリエンテーション運営 ・ 参加市町村の公募・選定 ・ プログラム各回の詳細設計 ・ 講師へのディレクション ・ 運営ディレクション・統括 ・ プログラムの全体進行 ・ 参加市町村への個別フォロー ・ 受講者連絡窓口・事務手続き

区分	所属・氏名（敬称略）	主な役割
	藤田医科大学	<ul style="list-style-type: none"> ・ シラバス作成・検証支援 ・ プログラム各回の運営支援 ・ 事前課題・アンケートの作成・回収・分析 ・ 成果報告会・修了式運営支援 ・ 実施レポート作成 ・ 参加市町村への個別フォロー
監修・ メンター	<p>（地域包括ケアシステムの強化や地域共生社会の実現に係る知見に基づくプログラム監修）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本社会事業大学専門職大学院 客員教授 蒲原 基道 <p>（アジャイル型政策形成・評価に係る知見に基づくプログラム監修、アドバイス提供）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ PHP 総研 主席研究員 兼 立教大学大学院 特任教授 亀井 善太郎 <p>（地域包括ケア・事業マネジメント支援に係る知見に基づくアドバイスの提供）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ニッセイ基礎研究所ヘルスケアリサーチセンター 上席研究員 三原 岳 <p>（地域づくり・市町村支援の知見に基づくアドバイスの提供）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ NTT データ経営研究所 地域未来デザインユニット シニアマネージャー 高橋 拓朗 ・ 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 主席研究員 岩名 礼介 ・ 医療経済研究機構 政策推進部副部長（企画推進担当） 服部 真治 ・ 医療経済研究機構 客員研究員 兼 豊明市 市民生活部 共生社会課 課長 	<ul style="list-style-type: none"> ・ プログラム設計に係るアドバイス提供 ・ 講義の実施 ・ ワークの進行及びメンター ・ 現地支援

区分	所属・氏名（敬称略）	主な役割
	松本 小牧 （現場実践に基づく知見・専門職の視点からのアドバイスの提供） ・ 藤田医科大学 講師 地域包括ケア中核センター 都築 晃 ・ 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター課長 池田 寛	
フィールドワーク	・ 豊明市 市民生活部 共生社会課 係長 兼 生活支援コーディネーター 竹田 哲規 ・ 豊明市 市民生活部 共生社会課 坂上 遼 ・ 豊明市第1層生活支援コーディネーター 成田 町子	・ フィールドワークにおける関係者トークの実施 ・ 受講者への質疑応答・相談への対応
協力機関	・ 厚生労働省老健局総務課 ・ 豊明市	・ 公募案内・広報における協力 ・ プログラム運営支援

2. 実施内容

2.1 オンラインセミナー・公募説明会

第1部 オープンセミナーは長屋容美氏（函南町福祉課課長）による「静岡県 函南町 移動支援の取り組み」に関する講義とした。町内の地形、人口動態、周辺地域との関係からの地域特性等を勘案した移動支援の仕組みをどう考え、どう仕掛けたかを学んだ。また、事務局兼メンターの服部真治のモデレートにより、長屋課長、顧問の蒲原基道氏、メンターの岩名礼介氏、三原岳氏、厚生労働省老健局総務課の菊池一課長補佐によるパネルディスカッションを行った。第2部はプログラムの公募説明会として菊池課長補佐の行政説明のほか、プログラムの概要説明と、プログラムを通して得られる成果をより具体的にイメージできるよう、事務局兼メンターの服部真治、松本小牧による過去のプログラムへ参加した自治体（千葉県八街市、静岡県磐田市、高知県須崎市）とのトークセッションを行った。

当日は市町村や都道府県、厚生局等 65 名の参加登録があった。なお、本年度参加の 12 市町村のうち 8 市町村は本説明会に参加していた。実施内容は図表 2-5 に示す。

図表 2-5 当日プログラム

13:30～15:45	第1部 オープンセミナー 講義「静岡県 函南町 移動支援の取り組み」 パネルディスカッション
15:45～15:55	休憩
15:55～17:00	第2部 公募説明会 行政説明（厚生労働省老健局総務課） 事業概要説明 ・募集要項説明 ・過去参加市町村インタビュー

2.2 オリエンテーション

(1) 設計方針

オリエンテーションは、本プログラムの趣旨理解と参加市町村のコミュニティビルディングを目的に実施した。

(2) 実施内容

当日は開講式として、菊池一課長補佐より事業の位置付け、期待されることについて行政説明を行った。その後、コミュニティビルディングのために「参加自治体の自己紹介」、「メンタリング体験（昨年後参

加自治体とのやり取りの見学)]を行ったのち、エントリー段階での課題について検討を実施した。実施内容を図表 2-6 に示す。

図表 2-6 オリエンテーション 実施内容

9:30～9:40	開講式 行政説明 主催者挨拶
9:40～11:45	コミュニティビルディング 1 「参加自治体の自己紹介」 「メンタリング体験（昨年後参加自治体とのやり取りの見学）」 ・静岡県磐田市 ・神奈川県大井町
11:45～13:15	休憩
13:15～14:00	コミュニティビルディング 1 ・兵庫県赤穂市
14:00～16:30	コミュニティビルディング 2 「わがまちの課題を検討する」
16:30～16:40	事務連絡

(3) アンケート結果

昨年度参加自治体とのメンタリングの様子を見学し、「半年後の自分達」が「そうなれるだろうか」という不安を持ちつつも、「そうなりたい」という期待感を具体的に持つことができた。また、他市町村が感じている介護保険や高齢者福祉において基礎自治体職員として求められる役割や専門性について共感し、また、違いからの気付きを得る様子もあった。アンケートの主な結果を図表 2-7 に示す。

図表 2-7 オリエンテーション アンケート結果(一部抜粋)

1) 昨年度参加自治体メンタリングでどんな印象を持ちましたか？感じたこと、気づいたこと、学びとなったこと等、印象に残ったキーワードを交えて記載してください。

- ・日々行っている市民の健康の保持・回復の手段であり、事業後に参加者の機能や意思・行動の変化をしっかりと確認する必要があると学びました。
- ・メンターの「主語は住民なのか、役所なのか」の助言。視点を変えるだけで捉え方や見え方が大きく変わりました。
- ・昨年度参加したから終わりと言うわけではなく、走り続けていく限り、常に新しい課題が出てくる、そして、それを解決するために考えていく、終わりが無いという印象を受けました。

・特別なことではありませんが、表面上の客観的な表現ではなく、具体的にわかりやすく「誰が」、「何に」困っているのが重要であると改めて感じました。

- ・皆さん、自信に満ちた発表でした。ありがたい姿、目指す姿を考え、取組を行なっている。
- ・気づきの苦しみを垣間見たように思います。その先の晴れやかな表情だったり、現在の取組みを発表されている姿に感銘をうけました。
- ・皆さんモチベーションが高いと感じました。自分がそうなれるのか、不安です。

2) わがまちについてメンターと話をしてみて、どんな印象を持ちましたか？ 感じたこと、気づいたこと、学びとなったこと等、印象に残ったキーワードを交えて記載してください。

- ・今の状況で、出来ることを一緒に考えてくださると言われ、とても心強く感じました。
- ・このプログラムを通じて、自分達の立場でできることを具体的に検討することが必要なのだと感じた。
- ・今後の要介護高齢者数や推移が、私と感じているものと違っているかもしれないと、メンターの方とお話をして感じました。
- ・メンターと話をして、当たり前のことですが、メンターにわがまちを知ってもらうためには、自分自身がわがまちへの理解を深めておく必要があると強く感じました。
- ・チームメンバー間で捉えている課題感が『こんな感じかな』と揺らいでいるため、まずはメンバーでの対話をしてみようと感じました。

3) 今後わがまちの課題について検討していく上で、なんとなくモヤモヤしている点があれば教えてください。

- ・今のメンバーで今後もこの先もずっと「わがまちの課題」を検討していきたい。人事異動がありますので、頭ではどうしようもないことで無理だとわかっていますが、先を考えますと「モヤモヤ」してしまいます。
- ・どうなって欲しいのかをうまく言葉に表現できるか。話し合いや情報収集の時間を確保していけるのか。
- ・ありがたい姿（関係機関も含め、キーワードとなるような）を明確にできるといいなと思っています。
- ・課題が多すぎて、何を重点に取り組むべきか。
- ・まず本当の課題を見つけることと、解決に対して半年間で解決策やまとめていけるかが心配です。

4) 次回（第1回）までにどんなことをまでにどんなことをやってみたいと思いますか？ あなた個人の考えを聞かせてください。

- ・地域の方々の声をより多く聞き、現状を知りたいと考えています。
- ・チームメンバーの年齢や経験年数・業務が違うため、それぞれの視点での意見や考えが自由に出せる雰囲気づくりに取り組みたい。
- ・まずは自分のメンタルを少し鍛えたいと思います。
- ・まずは自分のセンター職員に、各職員が感じる地域包括ケアの課題をヒアリングしたいです。
- ・メンバーで改めて課題の共有を行いたい。

5) 本プログラムの参加にあたり、楽しみにしていることや、不安なことを教えてください。

- ・事業が市民にとっても我々にとっても双方良しな形になることを期待しています
- ・メンターの助言をきちんと理解してついていけるか不安ではありますが、楽しみでもあります。
- ・全国の自治体とご一緒できる機会は殆ど無いと思うので、色々と知らない地域のことを知れるのは楽しみです。

・メンターの皆さんとの意見交換が楽しみです。そのためには自分たちの取組と向き合う必要がありますが、多角的な意見をいただき、自分たちの取組に反映できたら良いです。

・ついていけるか不安でしかありません。

6) 運営面で良かったこと、改善して欲しいことなどあれば教えてください。

・2日連続だと参加のハードルがあがります。

・時間通りに進んで助かりました。

・1日は長いと感じた。

・チャットの使い方がわからない。

2.3 第1回（オブザーバー参加者：57アカウント）

(1) 設計方針

第1回は、「基礎自治体の役割価値と可能性」をテーマとし、本プログラムを通底する基礎自治体の役割認識、課題の捉え方等の基礎理解をつくることを到達目標とした。

(2) 実施内容

1日目午前は「これからの社会と基礎自治体職員」と題し、メンターの亀井善太郎氏より講義を行った。地域包括ケアを考える上で、つまずきを抱えた住民の暮らしを支えていくために基礎自治体職員に求められる役割や、そのための専門性を育てていく必要性、多様な関係者を動かしていくためのコミュニケーションのあり方等について知見を得た。なお、資料の画面共有はせず、画面上の聴講者の反応を逐次確認し、時には呼びかけながら講義を進めた。午後は4自治体ずつ3グループに分かれ、「わがまちの現状」として「本プログラムで取り組みたいと思っていること」「課題認識・問題意識」「目指す姿・ありたい姿」を示し、各市町村の取組状況をもとにメンターに考えや思いを伝えた。

2日目午前は、1日目と同じくメンターの亀井善太郎氏より「基礎自治体における「課題」とその解決」と題し、「課題解決」の基本的技法や習得していくためのコツなどについて講義した。また、事務局兼メンターの松本小牧からの事例紹介があり、講義内容をより具体的に理解できるように進めた。午後は1日目で共有した「わがまちの現状」をもとに「ネクストアクション」について考えた。実施内容を図表2-8に示す。

図表 2-8 第1回 実施内容

1日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～12:00	講義「これからの社会と基礎自治体職員」
12:00～13:15	休憩
13:15～16:20	グループワーク「わがまちの課題を検討する」
16:20～16:40	グループワークの振り返り 事務連絡

2 日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～12:00	講義「基礎自治体における「課題」とその解決」 事例紹介
12:00～13:30	休憩
13:15～16:30	グループワーク「ネクストアクションを考える」
16:30～16:50	グループワークの振り返り 事務連絡

(3) アンケート結果

第 1 回で、参加市町村は、データから見えるものと地域で実際に起こっていることをどのようにすり合わせて考えるか、そのデータは「なぜ」そうになっているかを考えるきっかけを得た。「なぜ」と問いかけた結果、それが本質ではなかったと気付くことができたり、また、答えが出ないためモヤモヤと考え直すきっかけとなったなどの意見が見られた。アンケートの主な結果を図表 2-9 に示す。

図表 2-9 第 1 回アンケート結果（一部抜粋）

1) 講義（1 日目午前、2 日目午前）で新たにどんな学びや気づきが得られましたか？印象に残ったキーワードを交えて記載してください。

- ・つるつる、ざらざらという言葉はとても印象的でした。早速職場でもみんな使っています。
- ・公平性と公正性について亀井先生からお話あり、講義を聞くとそうだったと改めて立ち止まって思い出せますが、業務の中では公平さに慣れてしまっている部分が多くあると感じました。
- ・なぜ、そうになっているのか？(Why?)、だから、なんなんだ？(So what?)のところですか。行ったり来たり、Why?から So What?から考えることをしてなかったなあと感じました。
- ・業務に取り組む姿勢として、事業を中心に仕事をしている自分に気づかされました。
- ・「支える」ことの意味を問われた際、自分の経験の積み上げの中で、勝手にパターン化して相手を当てはめていたかもしれないと、ドキッとしました。

2) 課題検討ワーク（1 日目午後、2 日目午後）を通じ、どのような気づきを得ましたか？あなたが感じたことを率直に教えてください。

- ・ワークシートで課題を考えていく際、無意識にツルツルの言葉でまとめている、まだザラザラの話合いができていなかったと感じています。
- ・他自治体のワークを聞き、アプローチは異なるが、目指す方向性としては似通っているような印象があった。どの自治体でも課題となっていると言うことは、解決するのはとても難しい課題であるように感じた。
- ・解決策をすぐに考えがち、そのことが薄っぺらい説明になってしまっていることに気づいた。
- ・書き言葉の世界～言葉にならない世界では、行き来できなければ書くことはできない。との亀井先生の話があったが、言葉にならない世界にいることが多い専門職の立場として、それらを伝えることが不足していることにも気づかされた。

・他県や大きな市とは全然課題が違うから他のところの話を聞いてどうなるんだろうと思っていましたが、違いながらも似た部分があり、他自治体へのメンターの助言が自分たちにも参考になることは驚きでした。

3) 第1回の内容について、なんとなくモヤモヤしている点(腑に落ちていない、ぼんやりしている、考えを整理したい等)があれば教えてください。

・「思考が進まないのは薪が足りないから」。すごく刺さりました。が、どんな薪を探しに行けばいいのか、それさえもボヤ〜としています。

・向かうべき方向が決まっていないなか、各メンバーが具体的な行動をしてもよいのかな、役に立つのかなと不安になっています。

・本当に解決したいことは何なのか、わかっていないこと。

・今のところは言われること全てああ確かにと納得できています。

4) 第1回を踏まえて次回(第2回)までにどんなことに取り組みたいと思いますか?あなた個人の考えを聞かせてください。

・自身の思いもありますがチームとしても理解して貰えるよう、更に対話が大切だと感じています。ご近所の支え合いが5年後10年後も続いていくために何ができるかを考え続けていきます。

・地域にどんな特技を持っている人がいるのか、何に困っている人がいるのかを整理し、チーム内で話し合い、地域のことをより深く知りたいと思います。

・自分の出せる必要な情報は何か考えたい。

・今できることとしては、第一回の講義を復習するところから始めたいと思う。

・市民が何に困って相談につながるのかを包括支援センターに聞いてみる。

5) 本プログラムを進める上で期待すること、不安に思うことなど教えてください。

・参加については不安があるが、できるかぎり参加につなげたいと思います。

・モヤモヤが晴れて目指す姿が見えてくるかな…と不安です。

・専門職の方々が多く、時々何を言っているのかわからないときがある。また、内容についていけず発言する際困ってしまうことがあること。

・時間がとれるかどうか。仕事に追われています。

・課題に取り組んでいくことで、一つのチームとして連携強化でき、より信頼関係が深まることに期待します。

・チームが形作られること、チームが外に広がっていくことができるのではないかと期待しています。

6) 運営面で良かったこと、改善して欲しいことなどあれば教えてください。

・とても話しやすい環境を整えていただき、丁寧にご助言くださり有難うございます。楽しく第1回を終えることができました。

・同じような課題を持っている市町村と同じグループでの話し合いだったので、とても参考になりました。

・参加者の交流という意味では、全体の交流会だけでなく、保健師の会、社会福祉士の会、ケアマネの会、事務職の会など、属性別での交流会があると交流が深まると感じています。

・脳みそがキャパオーバーになりながらも、とても刺激的な2日間でした。

・すぐに当日の音声記録を掲示いただけるので大変ありがたいです。

・トイレ休憩の時間が欲しい。

2.4 第2回（オブザーバー参加者：44 アカウント）

(1) 設計方針

第2回は「高齢者の暮らしと地域課題」をテーマとし、ひとりの個人の暮らしの課題を見ることから地域課題を考えるとどうということなのか、事前課題の検討や、模擬地域ケア会議（1日目午前）を通じて基礎的理解を作ること为目标とした。

(2) 実施内容

1日目午前は、「暮らしの課題とは何か」をテーマに、実際に行われている地域ケア会議（豊明市多職種合同ケアカンファレンス）のグランドルールをもとにして昨年度参加自治体の兵庫県赤穂市、千葉県八街市から事例を提供いただいて、模擬地域ケア会議を行った。事例の関係者が集まるケース会議とは違い、多職種合同ケアカンファレンスでは参加者にとって提示される事例が初見であるため、他自治体の事例でも「事例で考える」とはどういうことかを考えられることに気づくことができた。実際に愛知県豊明市でカンファレンスに参加している生活コーディネーターや専門職も参加し、意見を交わし、ひとつの個別ケースの検討を通じて地域課題を捉えるとはどうということなのか体験を通じて理解できるようにした。午後はグループワークにて第1回目からの課題として地域の情報収集（薪拾い）をしてきた状況を各市町村よりメンターと共有した。

2日目午前は亀井善太郎氏より「政策立案の技法 アジャイル型政策を実現するロジックモデルの作り方」と題して「ロジックモデル」を用いた考えのまとめ方を学んだ。午後はグループワークにて1日目に示した各市町村の状況から、第3回までに検討すべきこと、見直すべきことは何かを考えた。実施内容を図表2-10に示す。

図表 2-10 第2回 実施内容

1日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～12:05	講義・実践「地域ケア会議の体験 暮らしの課題とは」
12:05～13:15	休憩
13:15～16:20	休憩
16:20～16:40	グループワーク「課題の見極め」
16:20～16:40	グループワークの振り返り 事務連絡
2日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～12:05	講義「政策立案の技法—課題解決ストーリー—」
12:05～13:20	休憩

13:20～15:40	グループワーク「ネクストアクションを考える」
15:40～16:00	グループワークの振り返り 事務連絡

(3) アンケート結果

第2回で、参加市町村は、地域で関わる様々な職種と情報共有し、共通認識を持つ必要性を学んだ。模擬地域ケア会議での関係職種それぞれの視点、また、情報共有やコミュニケーションの手法としてロジックモデルをツールとすることを知った。グループワークでは情報収集（薪拾い）したものをどのように振り分け束ねる（整理する）か、に不安を持ち、苦労している様子が見られた。アンケートの主な結果を図表 2-11 に示す。

図表 2-11 第2回アンケート結果（一部抜粋）

1) 地域ケア会議（1日目午前）でどんな学びや気づきが得られましたか。できる限り詳しく教えてください。

- ・専門家の方々の視点に多々気づかされた模擬ケア会議でした。同時に自分の視点は何か？を問う時間でもありました。ご本人の本心、ご家族の思いや願いに少しでも寄り添えることを目指したいと感じました。
- ・それぞれの専門職によって見えている景色が違うことに気づかされました。自分自身も気が付いていないところで自分の視点や考え方の癖があることが理解できました。
- ・模擬ケア会議では、「その視点があったのか！！」と感じたことが多々ありました。
- ・自分では思いつかなかったアイデアや意見がどんどんでくる場面をみて、多職種連携はこうあるべきだと思いました。
- ・本人の思いや考えと家族の思いにはズレがあり、家族から聞き取りした言葉を本人の意向としていたかも知れないことに気づいた。

2) 講義（2日目午前）で新たにどんな学びや気づきが得られましたか。印象に残ったキーワードを交えて詳しく教えてください。

- ・目標に向かって、まず一歩踏み出し、行動し働きかけるための整理としてロジックモデルが有効と感じました。ロジックモデルはチームのコミュニケーションツールというキーワードが印象に残りました。
- ・印象にあるキーワードは、ロジックモデルはコミュニケーションツールだという話です。ロジックモデルの書き方は、これまで何度か別の研修で教えていただきましたが、コミュニケーションツールとして活用してねというのは初めてでした。
- ・喘息薬の話にあったように、製作者が現場を気にしたからこそ軌道修正が出来たように、やりっぱなしではなく、現場を知ることが大切なのだと感じました。また、常にその意識を持つからこそ、初期アウトカムを見逃さずにいられるのだと思いました。
- ・行政が政策を検討する際、数値から分析して仮説をたてる傾向があるのですが、果たしてそれだけでいいのかということに気づかされました。

3) 課題検討ワーク（1日目午後、2日目午後）を通じ、どんな気づきを得ましたか。あなたが感じたことを詳しく率直に教えてください。

- ・難しく捉えず現場の声を共有し、チームで支え合いながら進むことに徹したいと考えています。
- ・考え続け、困りごとの解像度をあげる、その具体的なイメージがチームメンバーで共有できたと感じました。
- ・課題と思っていたのは本当に課題か？薪拾いをしたつもりになっていたが、そもそも一人ひとりに「なぜそうなった」を繰り返していなかったことに気付いた。
- ・「誰の、どんな状態を良くしていきたいのか」メンターの先生方が何度もおっしゃるこの言葉、簡単なようですごく難しいと感じています。
- ・私自身が、まだ自分の中でこの課題に取り組むんだということを落とし込めていないのか、自信がないのか、メンターの質問に対しあいまいな答えをしていると感じています。

4) 第2回の内容について、なんとなくモヤモヤしている点（腑に落ちていない、ぼんやりしている、考えを整理したい等）があれば教えてください。

- ・正直、今自分が何を課題にして、何を目指して・・・頭の中がもやっとして、まったく先が見えない状態になっています。チーム内での話しあうことで少し頭を整理したいと思います。
- ・チームで考えていく大切さがとてもよく分かったからこそ浮かんだ疑問、不安があります。ごく身近な関係者に、例えば話し合う時間を求めた時「忙しくて出来ない」「そんなことやっている暇があるんだ」と捉える方、どう接して行くか…多分近い将来アプローチ法を考える対象なので、その時は今のチーム員で考えてみます。
- ・模擬ケア会議を見せて頂き、会議の中での視点やまとめ方は非常に参考になったのですが、その後地域課題をどのように吸い上げていくのか知りたいです。

5) 第2回を踏まえて次回（第3回）までにどんなことを取り組みたいと思いますか。あなた個人の考えを聞かせてください。具体例があればそれも交えて詳しく教えてください。

- ・チームでの取組は、終了後に提供された事例で深めていく方向性が少しつかめたと感じていますが、やってみないと分からない部分と、もっと段階が細切れになるかどうか考えてみます。
- ・地域に出て、70代ぐらいの人に焦点を絞って、声を拾っていきたい。
- ・まずは通所の短期集中利用後に、通所の基準緩和型を利用している高齢者の事例を検討する。何に躓いているのか、何に躓いていないのか、何が足りないのかをメンバーで検討してみる。
- ・包括やサービスCの協力を得て、直接市民の話を聞いたり暮らしを見に行きたいと思います。

6) 今後、プログラムを進める上で期待すること、不安に思うことなどを教えてください。

- ・SCとして余りにも経験値が低く、ほぼ感覚で物事を捉えていることを実感しています。これではマズイとは考えています。
- ・プログラムを通してどんな政策ができるか楽しみ。個人的には掘り下げて考える癖をつけたい。前回掘り下げ（潜り）すぎることが怖いと書いたが、そのうまいやり方を身に着けたい。
- ・自分の考えをまとめられるのか不安です。

7) 運営面でよかったこと、改善して欲しいことなどあれば教えてください。

- ・毎回グループが違うので刺激になります。
- ・迷いや不安感を汲み取っていただきながら思考の深掘りを促してもらえることが大変ありがたいです。

・フォローアップメンタリングで不安を聞いてもらえて、軌道修正をしてもらったのがとても心強かったです。
 ・運営側の問題ではないのですが、声が聞き取れない自治体があるので、何とか改善していただきたいです。

2.5 第3回（オブザーバー参加者：37 アカウント）

(1) 設計方針

第3回は「仲間を作り、関係者を動かす」をテーマに、課題検討や関係者トークにおいてありたい姿に向けて関係者を動かしていくためにどんな働きかけを行えばよいか（ロジックモデルのアクティビティ）、また、その際の姿勢やコミュニケーションのあり方について理解することを目標とした。

(2) 実施内容

1日目午前は「包括的支援体制／重層的支援体制整備事業について知り、地域包括ケアシステムの明日を考える」と題し、メンターの岩名礼介氏より講義を行った。地域包括ケアを実践する上で、高齢者だけでなくその家族や周りを取り巻く状況をいかに支えるか、行政としてどのように関わるかを伝えた。午後はロジックモデルのポイントについて亀井善太郎氏からショートレクチャーを受けたのち、「わがまちの課題の見極め」としてグループワークを行った。課題、真因、打ち手を行き来し、課題設定を行うとともに、解決に向けて誰にどのように働きかけを行えばよいか、ファーストアクションを描けるよう、事前課題を元にメンターによる問いかけが行われた。

2日目午前は「課題解決に向けた関係者との協働を考える」と題し、地域の力や可能性に気付くこと、また、関係者それぞれの立場の考え方や事情を理解し、協働していくための姿勢や心構えを理解することを目的として愛知県豊明市の関係者によるトークセッションを行った。テーマ1で「仲間を作り関係者を動かす」として主に生活支援コーディネーターから実際の活動と活動理念、地域資源とは何か、地域資源をどうみているかなどを聞いた。テーマ2で「おたがいさまを考える」として生活支援コーディネーターの活動から生まれた「おたがいさまセンター『ちゃっと』」（豊明市の有償ボランティア）の職員より立ち上げから実際の活動について聞き、仕組みの作り方や活動の工夫の一例を学んだ。午後は1日目にまとめたファーストアクションについて第4回までにどうするかなど「ネクストアクション」について考えた。実施内容を図表2-12に示す。

図表 2-12 第3回 実施内容

1日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～11:45	講義「包括的支援体制／重層的支援体制整備事業について知り、地域包括ケアシステムの明日を考える」
11:45～13:15	休憩
13:15～13:20	冒頭説明

13:20～13:40	ショートレクチャー
13:40～16:30	グループワーク「わがまちの課題の見極め」
16:30～16:45	グループワーク振り返り 事務連絡
2日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～10:25	トークセッション 「課題解決に向けた関係者との協働を考える」 テーマ1 「仲間を作り関係者を動かす」
10:25～10:35	休憩
10:35～11:45	トークセッション 「課題解決に向けた関係者との協働を考える」 テーマ2 「おたがいさまを考える」
12:05～13:15	休憩
13:15～16:10	グループワーク「ネクストアクションを考える」
16:10～16:30	グループワーク振り返り 事務連絡

(3) アンケート結果

第3回で、参加市町村は、地域で関わる多様な関係者とのように協働していくかや、生活支援コーディネーターの活動事例から、地域を「ありたい姿」にするための考え方、具体的な活動を学んだ。参考になった、気付きになったという意見もある中、ロジックモデルを作りながら自分達はどう動くか、継続していけるかなど、一歩踏み出し変えていくことへの不安なども聞かれた。アンケートの主な結果を図表 2-13 に示す。

図表 2-13 第3回アンケート結果（一部抜粋）

1) 岩名先生の講義（1日目午前）新たにどんな学びや気づきが得られましたか？

印象に残ったキーワードを交えて記載してください。

- ・組織としての体制づくりをアウトリーチの伴走支援と合わせて、行っていく。地域づくりは一体的に事業を捉えること。
- ・重層的支援体制整備事業の本質を知ることができました。これまでは、重層と聞くと、何か壮大なことをやらなければならない、現状では手が出せないという印象を抱いていましたが、すでにやっていることもあり、自分で勝手にハードルをあげていたことに気づきました。

・重層的支援体制整備事業についていまち理解が進まず、どんな新しいことをしなければならなくなるのか・・・とと思っていましたが、講義の中で特別な新しい事業を立ち上げなければならない訳ではないという旨のお話があって少しほっとしました。

2) 現場の実践者の声 (2日目午前) を聞いて、SCの活動や可能性についてどんな学びや気づき、考え方の変化がありましたか? できる限り詳しく教えてください。

・とにかく現場に出て活動するということがとても大きな意味があることを教えてもらいました。忙しくてなかなか現場に出られないは言い訳だなあと感じました。

・みなさんの視点が『住民』であること、目指す姿を共有して、そこに向けて、できることは何か。を常に考え行動しているからこそ、石ころでも資源との見方ができるのだと思いました。

・SCは、高齢者が生活していくための様々な支援策をコーディネートする役割があると改めて考えました。無いものは作るとおっしゃっていたのが印象的でした。

3) 現場の実践者の声 (2日目午前) を聞いて、多様な関係者を動かしていくために求められるコミュニケーションや姿勢についてどのような気づきがありましたか? できる限り詳しく教えてください。

・何を考え誰にどう働きかけるのかをきちんと意図して動かないといけないと感じました。

・自分たちが、まずは率先して動き、動きながら考え軌道修正していく様子がよく分かった。

・上からではなく一緒に向き合う、行う、考える姿勢と、お互いにメリットがあり、無理を言わない姿勢だと感じました。

・自分は「楽しんで」仕事(というよりも活動)ができているのだろうか振り返りきっかけになりました。

4) 課題検討ワーク(1日目午後、2日目午後)を通じ、どんな気づきを得ましたか? あなたが感じたことを詳しく率直に教えてください。

・周囲との合意形成を図るためには、小さなステップの積み重ねが必要だと感じました。

・私の頭の中はまとまった感じがしましたが、書き記すとなぜかまたつるつるした感じになってしまいます。

・個別事例から絞れたような気がしていましたが、まだまだ課題、対象者が絞りきれてないと思いました。データと個別事例を行き来し、さらに課題を絞っていきたいと思います。

・目指すべき姿の解像度がかなり高まったように感じる。

5) 第3回の内容について、なんとなくモヤモヤしている点(腑に落ちていない、ぼんやりしている、考えを整理したい等)があれば教えてください。

・同じ事例をもう一度振り返ってもいいのか、はたまた新しい事例を見た方がいいのか悩んでいます。

・支援者支援と定置網をどう仕掛けるかを考えてないといけないかな? と思っていますが、それをどう考えていくかがまだモヤモヤしています。

・回を重ねるに連れて情報量が多くなってきた。何か聞き逃しているのではないかという不安と、グループ内やメンタリングの中で発言することに、発言をしてよいのかという気持ちが出てきた。

6) 第3回を踏まえて次回(第4回)までにどんなことに取り組みたいと思いますか? あなた個人の考えを聞かせてください。具体例があればそれも交えて詳しく教えてください。

・働きかけの重点をどこに置くか。

・有りたい姿の再確認、真因の掘り下げ、真因が解決・問題を小さくできるかどうか、有りたい姿に向けて真因の中で何を課題とするのか。

・集めた事例から、2 個ぐらいもう一度振り返ろうと思いました。

・包括も忙しいからな…と思ってしつこい電話を控えてメールにしていたのですが、電話をかけます。

7) 今後、本プログラムを進める上で期待すること、不安に思うことなどを教えてください。

・自分自身が知識に乏しく、プログラム自体の専門性も高いことがあるため、理解が追いつくかが不安である。

・やりたいことが増えて困ります。笑

・話が具体的になってくると専門的なところがわからないので難しいと感じますが、なんとかついていきたいです。

・第 3 回目あたりで、チーム内に少しずつ変化が見えました。私個人も地域包括も何ができるかを考えて、地域に住む高齢者に還元できる検討をしていきたいです。

8) 運営面で良かったこと、改善して欲しいことなどあれば教えてください。

・打てば響くとはではなかなかいきませんが、参加して得るものがあつたと胸を張れるように終わりまで駆け抜けたいです。

・メンターの先生、事務さんとも自然なのに的確に気づきを促してくれる発信の仕方、キレッキレの思考力に頭下がります。同じ人間だと思えません。いつもありがとうございます。

・毎回のことながら、音声データをすぐにアップしてもらえるので助かっています。おかげで、リアルタイムで先生とのやり取りに全集中できます。

2.6 第 4 回（オブザーバー参加者：16 アカウント）

(1) 設計方針

第 4 回は「実践と成功の手応えをつかむ」をテーマとし、課題検討においては今後の具体的なアクションと期待成果を描くことに対する理解を深め、取組意欲を後押しすることとした。

(2) 実施内容

1 日目、2 日目を通して学会形式のスケジュールにて実施した。2 日間のうち、まとまった 1 時間を各自治体のメンタリングに割り当て、これまで考えてきたこと、今後の展望についてのまとめを促した。また、昨年度参加自治体にも呼びかけ、希望のあった 5 自治体のメンタリングを実施し、昨年度終了時からのフォローアップを行うとともに、今年度参加自治体にも聞いてもらうことで「アジャイルとは」を実感してもらった機会となった。テーマ別座談会では、第 3 回までのプログラムで特に深掘りする必要があると見えてきた「自立支援」「リハビリテーション」「庁内連携」「多職種連携」「人材育成」について、メンターによる座談会を開催し、専門職との関わりや自身の周囲にいる者への働きかけ、考え方の伝播などについて理解を深めた。最後に亀井善太郎氏から「アジャイル政策のための仕掛け」として今回まとめたことを今後どのように考えていくか講義を行った。実施内容を図表 2-14 に示す。

図表 2-14 第4回 実施内容

1 日目				
メインルーム		ブレイクルーム		
			1	2
9:30~9:35	事務連絡			
9:35~10:35	赤穂市		深川市	
10:35~11:35	千葉市		長生村	宇和島市
11:35~13:30	休憩			
13:30~14:30			上越市	安八町
14:30~16:30	テーマ別座談会※1	14:30~15:30	鳥取市	須崎市
		15:30~16:30	淡路市	
16:30~	事務連絡	16:00~17:00		大井町
2 日目				
9:30~9:35	事務連絡			
9:35~11:00	テーマ別座談会※2			
11:00~12:00	長久手市		白井市	
12:00~13:00	休憩			
13:00~14:00	寝屋川市		出雲崎町	
14:00~15:00	つくばみらい市		羽後町	
15:00~15:10	休憩			
15:10~16:20	講義※3			
16:20~	事務連絡			

テーマ別座談会※1：「自立支援・リハビリテーションについて考える」

テーマ別座談会※2：「人や組織を動かす（庁内連携、多職種連携、人材育成）」

講義※3：「アジャイル政策のための仕掛け」

市町村名：今年度参加自治体に対するメンタリング（課題ストーリーブラッシュアップ）

市町村名：昨年度参加自治体（希望者）に対するメンタリング（課題ストーリーブラッシュアップ）

(3) アンケート結果

第4回では、ロジックモデルを作成することで、課題、真因を見極め、誰にどのように働きかけ、ありたい姿に向かうのか、また、その過程で働きかけた効果について検証し、評価、修正を行う「アジャイル」の視点について学ぶことができた。他市町村の取組は全く違う内容でありながら考え方は参考になるなどの意見も聞かれた。また、プログラムの内容は大変であったが、終わってしまうことへの焦りや名残惜しさなども聞かれた。アンケートの主な結果を図表 2-15 に示す。

図表 2-15 第 4 回アンケート結果（一部抜粋）

1) 課題ストーリーブラッシュアップ（各自治体毎のメンターとのやりとり。他自治体への参加も含む）に参加してどんな気づきがありましたか？できるだけ詳しく教えてください。

- ・まずは、やってみること、今できる範囲のできることをチームメンバーで、共有するという。それを、自分たちのためではなく、みんなのためにと伝える大切さに気づきました。
- ・今回のアジャイルに参加し、上司や理事者に伝える前段階であり、係内でも十分共有なされていなかったことに気づきました。
- ・仲間になりたい相手を動かす事はとても大変なこと。言ってダメなら一緒になってやってみる事も必要。
- ・（昨年度参加自治体のメンタリングは）課題が近かったので、先輩自治体のありがたいお話を聞かせていただいている感じでした。

2-1) テーマ別意見交換 1（自立支援・リハビリテーションについて考える）【1日目午後】に参加してどんな気づきがありましたか？できるだけ詳しく教えてください。

- ・リハ職にしるケアマネにしる、自立支援に対する意識の形成をしっかりとしないと、誤った認識で誤解を生み、方向性がバラバラになってしまうと感じました。
- ・短期集中 C 型を実施している自治体の抱える課題を伺うことができ、これから実施に向けて検討していく立場として参考になりました。
- ・デイサービスに行っている日といない日の歩数カウントにとっても驚きました。デイサービスに行かない日の過ごし方の重要性を経験や感覚ではなく科学的に伝えることの大切さを痛感しました。

2-2) テーマ別意見交換 2（人や組織を動かす：庁内連携、多職種連携、人材育成）【2日目午前】に参加してどんな気づきがありましたか？できるだけ詳しく教えてください。

- ・人を動かすときに、こちらの事情でなく相手の立場を理解するということは、よく言われたり、頭では理解しているつもりでも、実践を伺っていると、自然とそれが組み込まれていないと進みようがないんだと感じた。
- ・他の自治体も同じように他機関との関係で悩んでいることを知れて良かったです。
- ・意見交換の中で印象的だったのは、働きかける相手側が変わったと感じているのは、実は自分たち側に変化があり、相手側を変えていようとしていたことが対話を通じて自分たちと違う事を認識したという内容です。

3) 講義【2日目午後】を聞いて、どんな気づきがありましたか？これまでの PG 参加を振り返りながら感じたことをできるだけ詳しく教えてください。

- ・どれだけ考えても正解はないし、行動しなければ失敗もしないこと。このプログラムに参加すること自体が挑戦でしたし、ちゃんと最初の一步になったと思えるようになりたい。
- ・防御的コミュニケーションが中心になっているなど感じた。自由な意見を言うためには、心理的安全が必要だと感じた。
- ・防御的なコミュニケーションと創造的なコミュニケーションについて聞いた時、きっとこれまでは無意識に使い分けていたのだらうと思いましたが、政策を作っていく場面では意識的に切り替えていくことが必要だと理解しました。

・行政の仕事は、一度やったことが「失敗」と認定されることはなくて、年度替わりを待たずして計画を直すこともなくて、アジャイルというのは私たちの仕事の性質とずいぶん違うもので、実行するのは難しいと感じていました。でも、このプログラムでは「とりあえず調べてみる」「とりあえずあって話す」みたいなことをしていて、意外とできるんだな、と率直に驚いています。

4) 4回の内容について、なんとなくモヤモヤしている点（腑に落ちていない、ぼんやりしている、考えを整理したい等）があれば教えてください。

- ・メンタリングを聞き返して、ロジックモデルが2つではなく3つできるかもしれないと思いました。
- ・ロジックモデルのアクティビティの先があまり見えておらず、とにかく走り出すという形になっているので、具体的な見通しが立てられたらとは思っているのですが、そこまでの考えに今一つ至らずモヤッとしています。
- ・全て講義が終わったところで、再度内容を振り返りたいと感じた。

5) 今後、本プログラム終了後、取り組みを進めていく上で不安なことや、メンターに支援して欲しいことなどあれば教えてください。

- ・これまで連携してきた関係機関と新たに働きかけようとしている相手ではアプローチ方法が変わると思うがどうなるか見えずに不安はある。かえてこれまでより理解が進んで連携がよくなるにはどうすればいいか考えたい。
- ・あとは実行あるのみ。迷ったら、「チーム」で課題を整理し、一つ一つ解決していく。
- ・ロジックモデルを実行に移した後の振り返りについてもモヤモヤが出て来たら相談したい。

6) 運営面で良かったこと、改善して欲しいことなどあれば教えてください。

- ・毎回発言のし易さ・雰囲気を作って頂き、とても楽しい時間の中たくさん気づきがあります。ロジックモデル作成は、こんなに考え続けたことが無いと思うくらいです。
- ・毎回、モヤモヤ感から思いを汲み取っていただき、まず何をする必要があるのかに導いてくださり、ありがとうございます。
- ・いつも多種多様なプログラムを用意していただき、本当に学びが深まっています。
- ・（事務局が）当初から「うんうん」と頷いて聞いてくれる姿を見ると、まだまだ緊張しますが、話しやすさを感じます。

2.7 第5回（1日目オブザーバー参加者：9アカウント、2日目はウェビナーにて実施）

(1) 設計方針

第5回は「実践報告とこれから」をテーマとし、全参加市町村がプログラム期間を通じて検討した課題解決ストーリー、ファーストステップを共有することで他市町村から地域の課題解決において持つべき着眼点や、望ましい変化を起こすための仕掛けのヒントを得ることを目的とした。

1日目は参加市町村のみ（オブザーバー含む）、2日目はウェビナーにて実施した。

(2) 実施内容

1 日目は参加市町村のみ（オブザーバー含む）で、全参加市町村からの発表（成果報告会）を行った。各市町村の最終テーマは大きく分けて、以下のとおりであった。

テーマ（事業等）	自治体
地域の支え合いの体制づくり	北海道深川市
高齢者の多様な活動、参加の場	兵庫県淡路市
	千葉県長生村
安心して住み続けられるための支援のあり方（Aging in Place）	新潟県出雲崎町
支援が必要な高齢者の発見、見守り	秋田県羽後町
望む活動や暮らしを可能にする支援のあり方（総合事業、自立支援）	新潟県上越市
	愛知県長久手市
	千葉県白井市
	茨城県つくばみらい市
	大阪府寝屋川市
包括的相談支援（多機関協働）	鳥取県鳥取市
	千葉県千葉市

2 日目はウェビナー実施とし、多くの参加者を募って成果報告会を実施した。テーマや経緯などを勘案して選考した5市町村が代表して報告し、残りの市町村はプログラムに参加して変わったこと、気付いたことなどを報告した。後半はメンター陣による総合討論を開催した。実施内容を図表 2-16 に示す。

図表 2-16 第5回実施内容

1 日目	
9:30～9:35	事務連絡
9:35～12:15	各市町村発表
12:15～13:30	休憩
13:30～16:15	各市町村発表
16:15～16:30	修了式 修了証授与 主催者挨拶
16:30～16:40	事務連絡

2日目（ウェビナー開催）	
13:30～13:32	事務連絡
13:32～13:35	厚労省挨拶
13:35～13:50	アジャイル PG 事業報告
13:50～15:25	参加市町村による成果報告（5市町村） 参加市町村インタビュー
15:25～15:30	休憩
15:30～17:00	総合討論
17:00～17:05	事務連絡

(3) アンケート結果 1（1日目後：参加市町村）

全5回のプログラムを通して、多くの参加者で意識が変わり、多職種で協働すること、そこで市町村職員として信念を持ちつつ、関係者に働きかけることについてどうするとよいか、どうしていきたいかといった意見が多く聞かれた。詳細については本プログラムの総括として後述する。本項ではアンケートの集計結果の一部、第5回での気づきについて抜粋したものを図表 2-17 に示す。

図表 2-17 第5回アンケート結果（一部抜粋）

第5回プログラムでどんな気づきがありましたか？自分たちの最終報告のとりまとめの過程で感じたことや、他自治体の報告を聞いて感じたことをできるだけ詳しく教えてください。

- ・いままでやってきたこと（事業や施策）を「ただやる」のではなく、「何のためにやる」のかを考えて実施するだけで意識が変わる。その際に、自分だけ「変わるだけ」でなく、チームで、地域として「変化」していけるように働きかけていくことが重要である。結果、うまくいったときに、喜び合える仲間ができる。そんな地域をつかっていきたい。
- ・報告資料を取りまとめの中で、チームメンバーとの共有を深められました。今までの過程をわかってもらっているつもりでいましたが、言葉や文章など過程をみえるかたちで共有する機会になりました。またチームメンバーの意欲が心強く、ひとりではここまでできず、得意なことを生かし合って、力合わせることができました。
- ・ほかの自治体の報告は、今までのプロセスがしっかりまとめられていて、とても参考になり、おもしろく感じました。
- ・まとめ方や言葉の選び方など、各自治体の発表を聞いて相手に伝えるための工夫などを学びました。どの自治体もこれまでの経過が分かりやすく歩みを見える化してもらえて有意義な時間でした。
- ・それぞれの自治体で住民、関係者の意見を聴く視点、住民目線が根付いたと感じた。報告の紹介の際に、表現や内容がいい意味でおよそ自治体の計画らしくないという表現があったが、それがこの半年の成果だったと思う。オブザーバー参加の方々はそのように感じていたのか、プログラム参加前の自分でもそう感じていただろうと思う。それほど、大きな視点の変換になったプログラムだった。

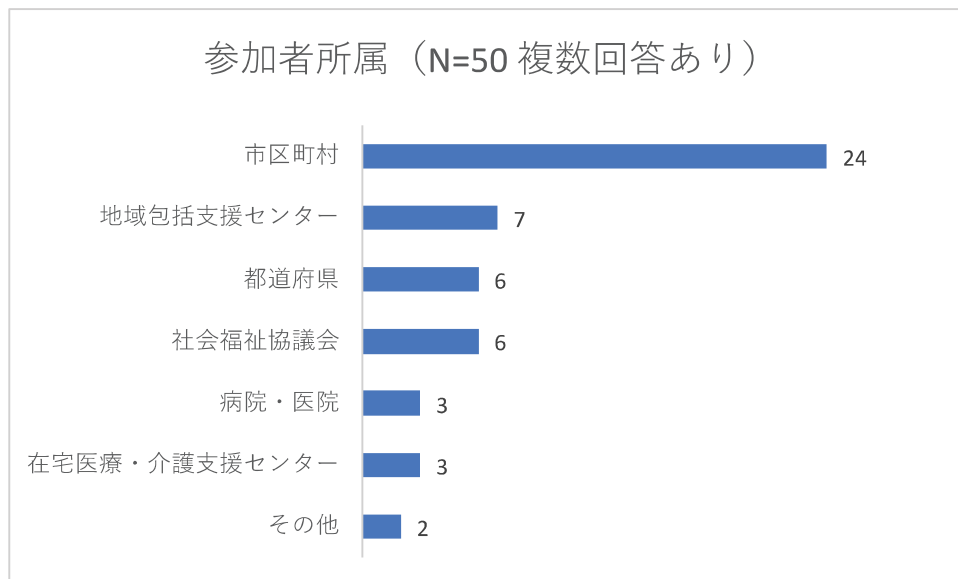
- ・他自治体を含めて、当初考えていたことと、今回の発表との間で発想が 180℃ぐらいの勢いで変わった、また、プログラムを進めていく中でチーム、関係者への考え方、関わり方が大きく変わった、という印象でした。
- ・いよいよ始まり、どうなるのだろうという不安もありますが、学んだことが糧となっている少しの自信と先生方にも相談できる安心感から少しでも前向きに取り組んでいきたいと思いました。
- ・他自治体の発表から学ぶことが大きかったです。皆さんピカピカツヤツヤのお顔で晴れ晴れとしていて、眩しかったです。
- ・改めて第 1 回の取組から振り返りましたが、自分達の思考(相手がダメだから研修会、何でここまでしているのに分からないの?)、言葉の使い方(ツルツル)、が大きく変化してきたことに気付きました。
- ・他自治体の発表をお聞きして、悩んでいたのは自分たちだけではないことに加え、助言の中で、繰り返していただいたメンターの先生方からのアドバイスで、チームで話し合い、量よりも大切なこと、事業にこだわらず、課題に真摯に向き合うこと、住民の暮らし、生き方を尊重することを再確認できました。
- ・最終報告を作成するにあたり、半年前のチームと今のチームの状態を振り返ることで、自分たちの思考や考え方、課題の捉え方が変化していることを実感できた。
- ・変化のきっかけやどう変わったかがとてもよく伝わってきました。だからこそ、どう打って出るかをワクワクして聞きました。私も頑張ろうと思え、やりたいことが次々頭に浮かんでたくさんメモしました。
- ・どこも同じような課題や悩みやモヤモヤがあり、進め方に苦戦していることを感じました。この半年間共に学ぶことができたことは大きな自信に繋がったと思います。事業の進め方を改めて考えていく機会になり、個人だけでなく、チームとなってやれたことは今後も続けていきたいと思いました。
- ・最終報告にあたりチーム以外へ伝えることを意識しながらも、チーム内でのこれまでの話し合いや経緯等を振り返ることができ、変化(成長?)を感じた。また他自治体の報告を聞いて、自分たちのチーム同様に変化を感じたことや他自治体も自市と同じような課題に直面していて、報告を聞きながら共感や納得感があった。

(4) アンケート結果 (2 日目：成果報告会視聴者)

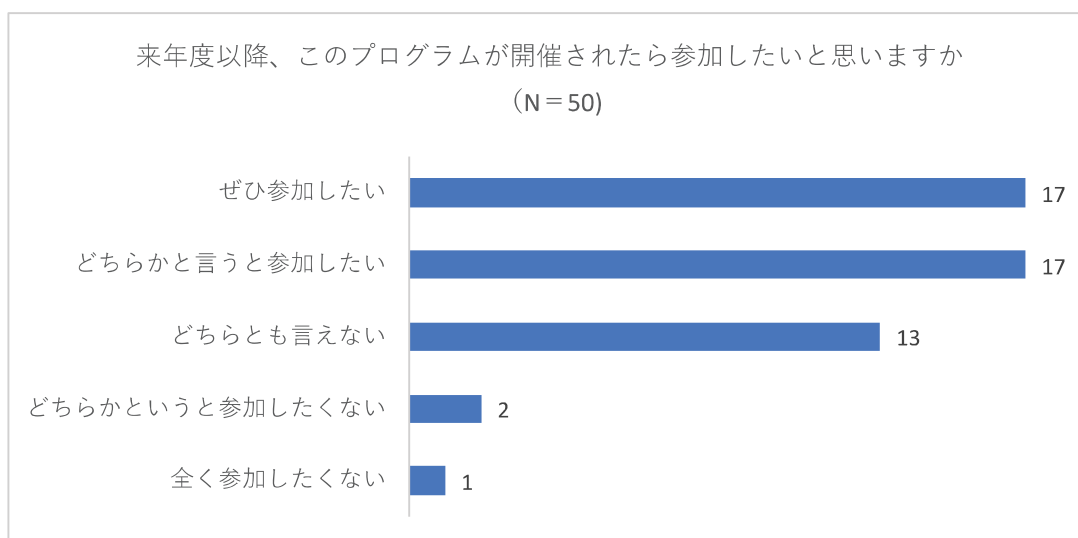
ウェビナーによるオンライン開催の効果もあり、全国から 300 アカウント以上が登録・視聴した。アンケートに回答した 50 のうち、約半数が市区町村職員であった。大半が行政関係者である中、大学や企業からの参加も見られた(図表 2-18)。

来年度以降、このプログラムが開催されたら参加したいかという問いには、ぜひ参加したい、どちらかというと参加したい、が約半数を占めた。どちらとも言えないも多くみられたが、プログラムとしての良さはわかるが業務の繁忙具合から参加できないという意見も散見された(図表 2-19)。その他詳細は後述する。

図表 2-18 第 5 回成果報告会 視聴者アンケート結果①



図表 2-19 第 5 回成果報告会 視聴者アンケート結果② コメント (一部抜粋)



ぜひ参加したい

- ぜひ行政に参加していただき、プログラムの中で協働させていただきたい。(病院職員)
- 市町村職員ではないので参加できませんが、そのくらいに気持ちだということです。(病院職員)
- 本音で話すフォーラムは貴重。
- 行き詰まりの部分が多く、担当としては、思い悩んでいるため。
- 大変勉強になったから。
- 行政の方の中でも真剣に地域づくりに向き合う人がいると知ると踏ん張ることができるため。

・今回登壇された自治体の方と同様の悩みを持っているため。

どちらかというに参加したい

- ・現在の担当業務内容が介護保険事業者の指導業務であり、直接的に地域包括ケアシステムに関係することが難しく、参加に適さないと感じているためです。
- ・広い視野でとらえることにより見えるものがあるのでは・・・と感じたので。
- ・第三者の意見も求めたいので。
- ・興味があるが、職場の立場・職分で参加できるか判断できないため。
- ・自治体職員からチームを構成する意向を得られる自信がない。

どちらとも言えない

- ・庁内で検討が必要なため。
- ・自信がない。
- ・連携体制がとれるかどうか不明。
- ・大変そう。
- ・都道府県であるためオブザーバーにしかねませんが、支援ノウハウを学びたいという思いはあります。
- ・やはり業務負担が気になる。

どちらかというに参加したくない

・職員人員の少なさゆえ、業務量の多さと業務の質の追求という点から、他に思考を向ける余裕がないことが正直なところです。

全く参加したくない

・数回あった講義内容に関して、自分の実践経験からすると、本来相手の状況やシチュエーションなどを考慮し、剛柔織り交ぜて対応すべきものも、ややもすると教条的に語られていた部分もあり、違和感が先に立ち最後まで聞く気になれなかった。

3. 成果

本プログラムについて、参加者の変化やそれに付随する企画設計上の工夫点、報告会参加者への波及効果について、成果を記載する。

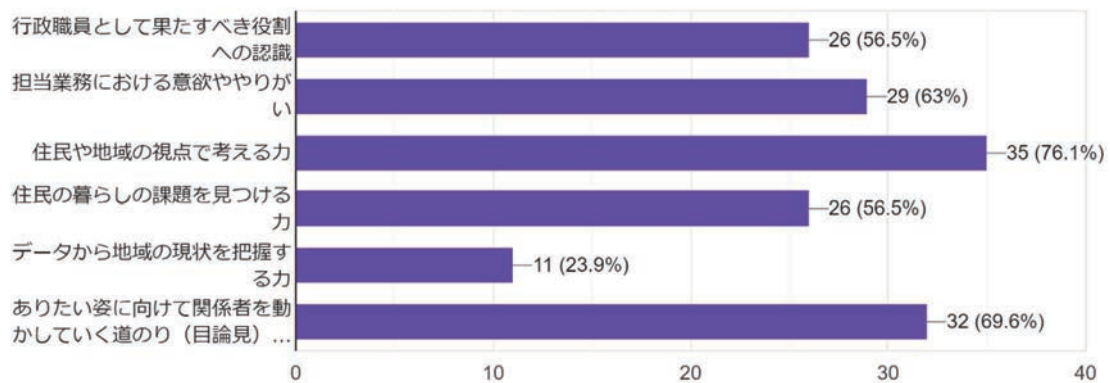
3.1 参加者の到達状況

(1) アンケート結果

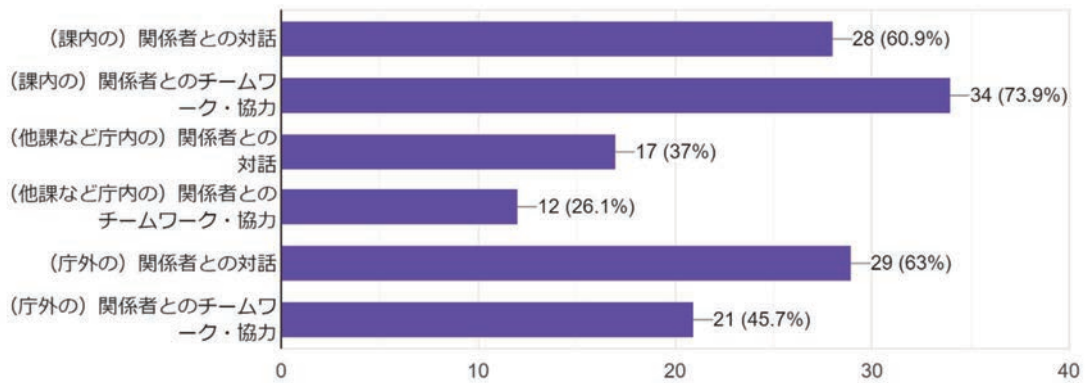
全5回のプログラム終了後のアンケートにおいて、プログラムを通して得られた成果やわがまちの課題解決ストーリーの取組状況について、自己評価による到達状況を確認した（図 2-20～図 2-21）。

全5回のプログラムの中では、わがまちの現状・課題分析を踏まえた打ち手を検討する「課題解決ストーリー」、「実行プラン」及び「アジャイル型政策形成の仕掛け」を作成し、報告した。全参加者に対し、報告した内容に対する自信・手応えを確認したところ、8割以上の参加者が「自信・手応えがある」「やや自信・手応えがある」と回答した（図表 2-22）。さらに、手応えの有無にかかわらず、既に動き出していたり組織内の合意形成が取れていたりと実際に進捗があり、実効性の高いストーリーの作成ができていると考えられる。

図表 2-20 本プログラムに参加して自身が以前より前進したこと（役割・能力）

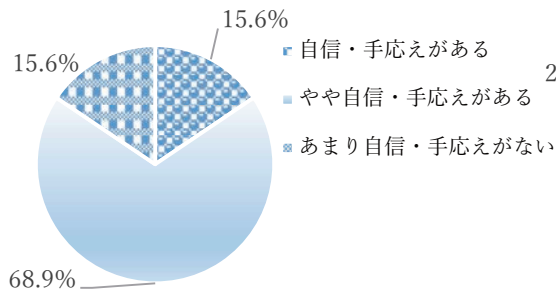


図表 2-21 本プログラムに参加して自身が以前より前進したこと（庁内外の関係性）

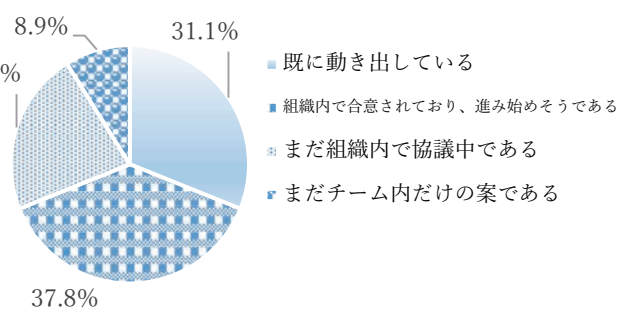


図表 2-22 最終報告した内容に対する自信・手応えと進捗状況

<最終報告した内容に対する自信・手応え>



<最終報告した内容の進捗状況>



自信・手応えの度合い →

	自信・手応えの度合い				
	自信・手応えがない	あまり自信・手応えがない	やや自信・手応えがある	自信・手応えがある	
実現可能性 ↓	まだチーム内だけの案である		1	2	1
	まだ組織内で協議中である		2	6	2
	組織内で合意されており、進み始めそうである		2	13	2
	既に動き出している		2	10	2

(2) 課題認識とありたい姿の変化

参加市町村の第1回プログラム時点と第5回プログラム時点での課題認識及びありたい姿の変化（図表 2-23）を示す。

図表 2-23 現状（問題認識）及びありたい姿の変化

【深川市】

	第1回
現状 (問題認識)	<ul style="list-style-type: none"> ・市事業等を通じて、地域で担い手となりうる方が見えてきたが、その方のできる事・やりたい事が地域の支え合い活動に繋がりがきれていない ・一人で困り事の対応を行うのは不安または負担 等
ありたい姿	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で活躍できる機会の創出や担い手養成企画を継続することで、地域において活躍できる環境があり、地域での支え合い活動が広がる ・困り事が気兼ねなく相談できて、支える側もできる範囲で困りごとの対応ができるしくみが地域の中で構築され、住み慣れた地域での生活が続けられる

【羽後町】

	第1回
現状 (問題認識)	<ul style="list-style-type: none"> ・住民アンケートで、一人暮らし高齢者や認知症の人を、地域で見守る支援策の充実、移動支援等生活支援の取組に対する期待が常に上位 ・認知症に関して、地域包括支援センターへ毎年 100 件以上の相談あり
ありたい姿	<p>認知症対策や、生活支援の現状の取組の精査、理想とする未来にむけた関係者間の方向性の共有や各事業の改善</p>

【つくばみらい市】

	第1回
現状 (問題認識)	<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業を実施しているが要支援認定者の多くが現行相当サービスを利用している ・通所・訪問 C、介護予防地域ケア会議、生活支援コーディネーターそれぞれの事業が連動していないという実感を多くの職員（行政側）が感じている 等
ありたい姿	<p>身体機能が低下し始めた高齢者が、自分のやりたいことをあきらめることなく、やりたいことを自ら表出でき、支援する側、される側ともに互いに助け合える地域</p>

【千葉市】

	第1回
現状 (問題認識)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業を所管する部門が分かれており理念や目標の共有に課題がある ・多世代対応のための体制を拡充し、精神疾患や医療的ケア児に関する資源の把握などを行う必要がある 等
ありたい姿	<p>高齢者だけでなくすべての世代を対象に、医療・介護・福祉専門職が、必要に応じて適切に連携できる状態</p>

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・ちょっとした困りごとはあるが、相談することをあきらめている人がいる ・自分に出来ることは何かないかと思っている人はいるが、活動する機会や場がない ・町内活動に熱心に取り組む方がいるが、役員の高齢化により新たな活動に負担を感じる
<p>支え合いの仕組みができ、住み慣れた地域での生活を続けられる</p>

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族が周りへ SOS を出せずに、一人で抱え込んでいる ・その結果、課題が大きくなってから、役場や社協等に相談に来る ・生活上の困難（つまずき）を個人の問題として捉えていたため、地域の課題として認識していない
<p>つまずきに気づき、相談することで、日常の困りごとを解決する</p>

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者本人は自分の意思、思いを誰に、どのように表出したらよいかわからない ・包括・ケアマネは本人の望む生活に焦点を当てた支援ができていない、優先順位が低い ・総合事業の本質が理解できておらず、市が目指す姿を明確にできていない 等
<p>要支援者や事業対象者になっても、元の生活に戻ることを諦めず、自分らしい生活を送ることができる</p>

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア児や若年の精神疾患などに関する支援ニーズに対して、十分に対応できていない ・高齢者以外の分野に対して支援の範囲を広げるためには、介護保険以外の財源でコーディネーターを増員する必要がある 等
<p>8050 ケースの 50（精神疾患患者）に対して、医療・介護専門職が疲弊せずに、適切なタイミングで支援できる</p>

【白井市】

	第 1 回
現状 (問題認識)	これからますます後期高齢者数の増加が見込まれる中、介護予防の重要性が増して いくが、介護予防事業の参加者層に偏りがある
ありたい姿	「自立支援の意識づくり」(市民・支援者どちらにも向けて)

【長生村】

	第 1 回
現状 (問題認識)	・ボランティア(担い手)不足 ・住民は役場(公的な)依存があり、担い手の参加が進まない ・「お願い」すれば何とか協力が得られていた(それ以降の担い手につながらない)
ありたい姿	高齢者であってもその時に状態や状況に合った「したい事」「できる事」に取り組むことができる

【上越市】

	第 1 回
現状 (問題認識)	・アセスメントが不十分で、介護保険サービスありきの支援になっている ・安易に介護保険サービスの利用につなげるため、介護保険要支援者数や総合事業 対象者数が増え続けており、地域づくりを始めとした日々の業務を圧迫している 等
ありたい姿	・真に介護保険制度の利用が必要な人が同サービスの利用につながる ・地域包括支援センターが、地域住民に対して自立支援に基づく関わりを行うことで、 介護予防につながる地域活動の創出につながる。 等

【出雲崎町】

	第 1 回
現状 (問題認識)	・自立を目指したケアプランになっておらず、自分でできるようになるという意識がない ・介護サービスが始まると地域との関わりが途切れ、サービスでしか他者交流ができなくな る(寂しくなるからとサービスからの卒業は受け入れてもらえない) 等
ありたい姿	・サービスだからとやってもらうのではなく、自分でまたできるようになる ・地域の付き合いが続き、通いの場にも行き続けられる ・寂しくなくなり、人に会うためのサービス利用が減る 等

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの利用が元の生活を取り戻すための有効な手段になっていないことがある ・家族もケアマネも、介護サービスの利用につなげることで安心を得ている ・病院は、本人・家族に対し、一律的に介護保険申請を進めている
様々なつまずきを経験した人が、望む生活・元の生活を取り戻すことを支える体制づくり

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・自分が役に立つと気がついていない ・人との関わりが介護予防につながらな思っていない ・活躍の場の情報が届かない
みんなで元気！楽しい！盛り上がる！

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が、使いたくない介護保険サービスを使わせられている ・高齢者が、使わなくても良い介護保険サービスを使いたがっている
<ul style="list-style-type: none"> ・市・地域包括支援センター・リハビリ職が One team となっている地域 ・高齢者一人ひとりが、自分自身の価値観で幸せを感じることができる状態

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・出雲崎町で高齢者はそれぞれの暮らしを続けながら年を重ねている ・工夫しながらできていることもたくさんあるが、高齢者というだけでネガティブなイメージがある ・色々な支援策があるが、知られていないことも多い
ここで生きてきた。これからもここで生きていく。

【長久手市】

	第 1 回
現状 (問題認識)	<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業開始以降、従前サービスのみで多様なサービスの提供ができていない ・一般介護予防・生活支援体制整備事業において、「高齢者のため」と漠然とした目的や各事業で検討した内容を実施し、事業が点になっており同じ方向になっていない
ありたい姿	行政や包括が、市内にどのような課題があるのか把握・理解した上で、住民主体で訪問及び通所サービスを実施する

【寝屋川市】

	第 1 回
現状 (問題認識)	通所 C 終了後、元気になっても地域活動になじまないなどの理由から、現在整備されている通いの場と合わず、通所型サービス A を外出機会として活用している方がいる
ありたい姿	閉じこもりがちの方や、サロンなど地域の通いの場になじめない方が、少し支援が必要な状態になったとしても、様々な機関の取組により、介護保険サービスに頼らない生活が継続できる

【淡路市】

	第 1 回
現状 (問題認識)	<ul style="list-style-type: none"> ・通いの場へ自分で行けなくなった人はデイサービスの利用希望がある ・車がないと移動できないため、免許を返納した途端に家に引きこもりがちになる
ありたい姿	<ul style="list-style-type: none"> ・市民が行きたいときに行きたい場所へ出かけられる ・高齢になっても、仕事や趣味、通いの場に行き、充実した生活を送ることが出来る ・地域での住民同士のつながりが途切れない 等

【鳥取市】

	第 1 回
現状 (問題認識)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援事業全般の行き詰まり感（特に、自立～要支援認定者や認知症本人の社会参加や地域づくり） ・虐待には当たらない支援困難ケース等への対応・支援に困難さを感じていた
ありたい姿	住民の困りごとが早期に発見され相談に繋がると同時に、地域の中の困りごとを相談し合える地域になる

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・総合事業の目的である地域に応じたサービスの創出ができていない ・行政は定期的に人事異動があり制度の理解が十分でない ・市民は年をとって体が弱くなったら、専門職、介護事業者に通えば健康が維持できると思っている 等
事業対象者、要支援 1・2 になっても、できなくなったことを取り戻し、日常生活を送れるようになる

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・通所 C 事業所によって卒業率に大きな差がある ・SC が通所 C 利用者に介入しているが、社会参加につながる件数が少ない
通所 C を利用し、元の生活に戻れる可能性がある高齢者が等しく元の生活に戻れる

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・運転免許返納によって、自由に出かけることができなくなった（自身でできる能力が制御される） ・自分が楽しむことを忘れ、人に喜んでもらうことを作ろうとしない ・家族の送迎支援も病院や買い物優先で通いの場への支援が難しい ・近所で助け合うにも負担がかかる
人と関わる場所が身近にあることで、高齢者の幸福度が上がる

第 5 回
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉的な課題を抱える人・家族の生活が破綻するか、破綻する寸前になって相談が持ち込まれる ・多機関で課題解決することが習慣化されておらず、情報共有されていない 等
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉的課題を抱える人・家族の生活が破綻する前に、その状況を把握することができる ・チームとして、中長期的な見通しをもって、地域や福祉関係者との関係構築に取り組み、生活の破綻や家族の分断を防ぐことができる

上記の比較から、現状（問題意識）やありたい姿がプログラム開始前後で変化している参加市町村もあり、また、それらが、事業を中心として考える行政目線のものから、高齢者ひとりひとりの暮らしを中心として考える当事者目線のものに変化していることがわかる。

(3) 代表的な取組事例のポイント解説

現状・課題分析を進める中で課題認識に変化が起き、具体的な取組につながった参加市町村の事例を5つ取り上げる。なお、全参加市町村の報告資料は巻末に添付する。

①北海道深川市の事例

北海道深川市
地域の高齢者を孤立させないお互い様の暮らしを叶える地域づくりに挑戦！

深川市の取組に学ぶポイント

行動しながらの検討した。

その結果、

- ① 取組(活動)の経験を通じ、成果を生むためのコツを獲得した
- ② 自分たちの取組(活動)が生み出す成果を解像度高く理解できた

経験を通じて得た学び

【経験】 地域に出向き、支え合い活動の拡大を訴えた
⇒予想に反し、困惑の反応「やれることは町内でやっている。これ以上何を・・・」

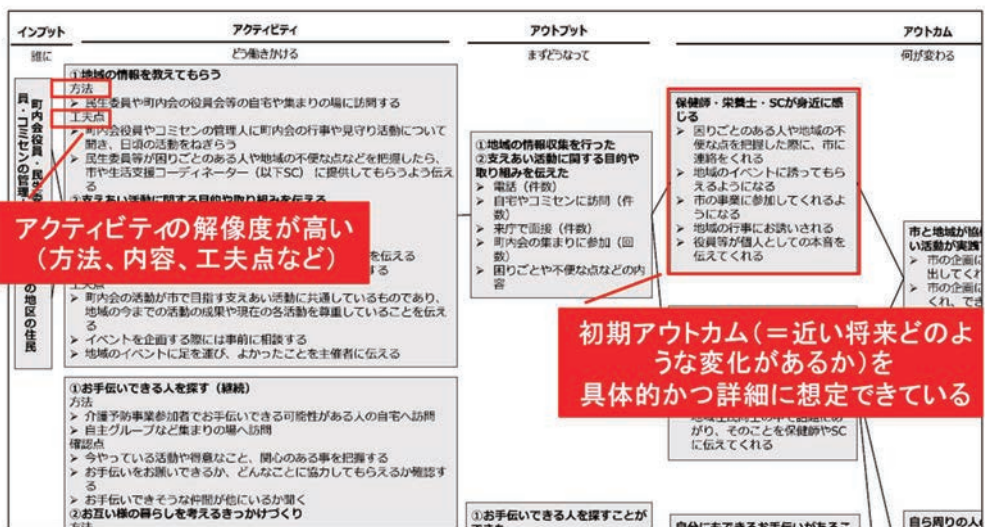
【学び】 自分たちが伝えてきたのは手段だった。「目指すもの」、「思い」を伝えよう。
⇒思いに共感し、「各人のできる範囲での協力」を得られた

【経験】 研修会を通じた住民との対話

【学び】 自分たちが困りごとのハードを上げていたことへの気づき
すぐに解決できそうな困りごとがたくさんあると気づく(困りごとを抱える人、手伝える人の双方の思いを知る)

深川市と同じような取り組みをしながら、成果があがらないと嘆く自治体は少なくない
⇒深川市は、取組みの結果から学んだことで、成果を生むためのコツをつかんだ
＝エビデンス(取組と成果の因果関係の経験)

北海道深川市
地域の高齢者を孤立させないお互い様の暮らしを叶える地域づくりに挑戦！



②千葉県白井市の事例

千葉県白井市
つまづきを経験しても、自分らしいもとの生活を取り戻せる支援を目指して

白井市の取組に学ぶポイント

- ① 事例を見る際の視点＝「この人の、この状態を何とかしたいなあ」
- ② 事例を見るなかで生じた問題意識の変化
- ③ 検討過程におけるメンバーの意識の変化

問題意識の変化

【参加動機】

「なんだか上手く行っていない」、「事業が連動し成果につながっている実感に欠ける」

【当初の問題意識】

- ・ フレイルハイリスク者への効果的な事業展開について検討したい
- ・ 「自立支援の意識づくり」(市民・支援者双方に向け)に取組みたい

【現状を知るための事例収集】

「この人の、この状態何とかしたいなあ」と思える事例の収集＝**上手く行っていない例**

【変化した問題意識】

- ・ できなくなったことに対する反応が個人ごとに異なることへの気づき
 - ・ 高齢者だけでなく、家族、ケアマネ、医療機関等にも望ましくない状態がある
- ⇒「さまざまな躓きを経験した人が、望む生活・元の生活を取り戻せる地域」を関係者の皆さんと一緒に作り上げていきたい

Institute for Health Economics and Policy

千葉県白井市
つまづきを経験しても、自分らしいもとの生活を取り戻せる支援を目指して

検討過程におけるメンバーの意識の変化

参加当初はメンバーとどのようなことを話してよいかわからず、また自分の思いを話すことに不安を抱いていた。

話し合いを重ねていく中で、メンバーの今まで知ることのなかった思いを聞くことができ、これまで以上に市の取組に対して手触り感を持つことができた。



今までは、行政から言われておしまい、聞かれたことに答えるだけだったが、自分なりに思うこと・感じていることを伝えられる機会も増えた。市職員から事業の成り立ちや思いを聞かせてもらったのを機に、相手の立場・言い分を知ろうとできるようになった。

今回の参加者は、市の高齢福祉担当課、包括、社協(SC)の3つの組織
互いにその関係に少し悩みながら、対話を重ねるなかで、「相手の思いを知り、市の取組に手触り感を持つことができた」、「自分の思いを伝えてもよい」と思えるようになった。
⇒**心理的安全性**(相手に思いを伝えても聞いてもらえるという安心感、相手も自分と同じように考えをもって活動していることへの理解に基づく安心感)が確保されることで、**相互に理解しようという気持ち**が生まれ、**チームとして取り組めるようになった**

IHEP

Institute for Health Economics and Policy

③新潟県上越市の事例

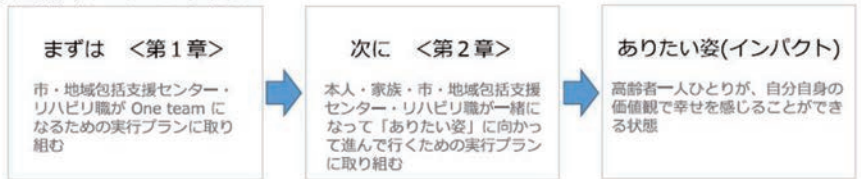
新潟県上越市
自分の幸せのかたちは自分が決める! ~一人ひとりの価値観を大切にできる地域を目指して

上越市の取組に学ぶポイント

- ① 「課題解決のストーリー」が明確
市、包括、リハ職のOne team化 → 本人、家族も含めた「ありがたい姿」に向かう取組
- ② 思いを伝えるために(ものすごく)意識的選んだ「言葉」

① 「課題解決のストーリー」

・課題解決の大きな流れ



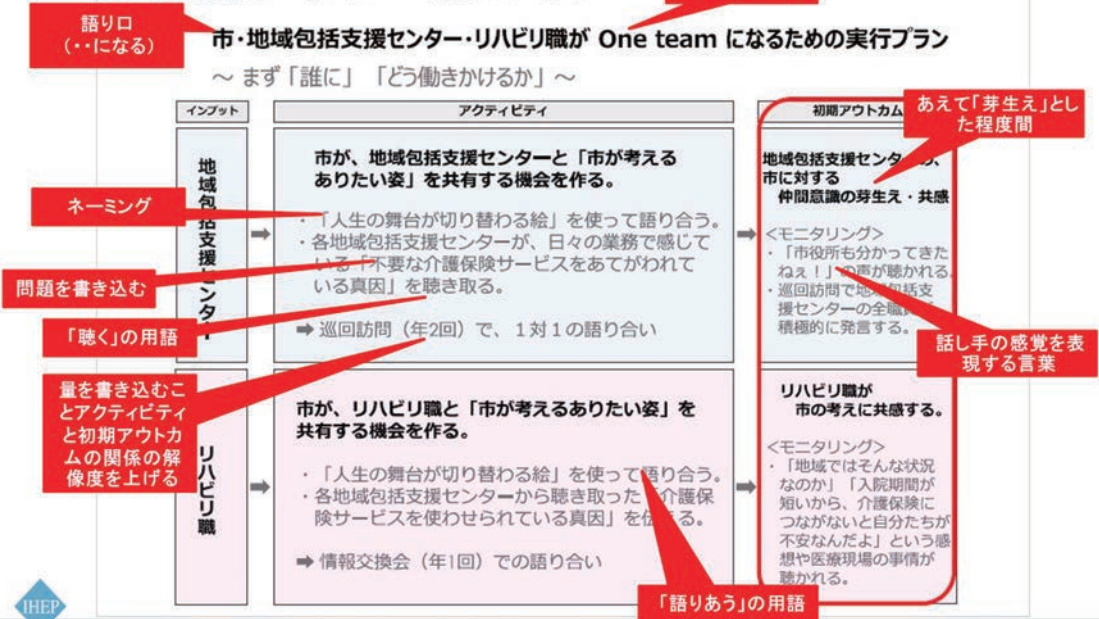
・アウトカムの詳細化

ト	アクティビティ	アウトプット	アウトカム
	どう働きかける	まずどうなる	何がかわる
	市と地域包括支援センターとリハビリ職が協働し、「市が考えるありがたい姿」を実現させるための市民向けの啓発媒体を作成する。 ▶ 介護保険サービス利用者の介護度の悪化・維持・改善の状況を高齢者支援課から収集し、包括と医療機関に共有する。	「市が考えるありがたい姿」を実現させるための市民向けの啓発媒体(リーフレット)が完成する。 ▶ 市民向けの啓発媒体が完成する。	リーフレットの効果が見え始める。 ▶ 地域包括支援センターからリーフレットをおかれて、不要と思われ介護保険サービスにつながって来た人が増える。 リーフレットの活用が進む。 ▶ 地域包括支援センターが、ケアマネや高齢者支援課など、リーフレットを紹介・活用する。 ▶ リハビリ職以外もリーフレットを活用し始める。 ▶ 地域包括支援センターや要介護課など、リーフレットの活用が進む。 リーフレットの周知が進む。 ▶ ケアマネや高齢者支援課など、リーフレットの作成に直接関わっていない人がリーフレットを使う。

新潟県上越市
自分の幸せのかたちは自分が決める! ~一人ひとりの価値観を大切にできる地域を目指して

② 思いを伝えるために(ものすごく)意識的選んだ「言葉」

5 実行プラン<第1章>



④新潟県出雲崎町の事例

新潟県出雲崎町
ここで生きていく 一小さな町の大きな挑戦—

新潟県出雲崎町の取組に学ぶポイント

職員数も少なく、また住民も何かあれば役場を頼る環境が背景にあり、当初は「課題が山積し、何もかもうまくいっていない」と感じていた。

住民との対話を通じて得た気づきのポイントは、

- ① 「やれていないこと」「町に不足していること」ではなく、「やれていること」に目を向ける
- ② 「劇的に変わる」のではなく、「ちょっと変わる」のなら理解が得やすい

- 紆余曲折を経て、自分たちのミッション「ここで生きてきた、これからもここで生きていく。」を支えることに思い至る
⇒ミッションが定まったことで、やらなければいけないこと、やることが限定される（ダメなことだけ考えていたら無限に出てくる）
- 自分たちがやれることから手をつけ、少し変える
「高齢者ガイドブックの作り直し」だけ見ると、どこの町でもやっぴいそうな取組。重要なのは、その背景にある考え方（目指す姿、自分たちが割くことのできるリソース）。⇒当初の目論見（ロジックモデル）どおりにいかなくても軌道修正が可能になる。

この検討プロセス（紆余曲折！）を通じ、自信を獲得&チームビルディングを成し遂げた。



Institute for Health Economics and Policy

新潟県出雲崎町
ここで生きていく 一小さな町の大きな挑戦—

一見コンパクトなロジックモデルではあるが（例えば、インプット先が少ないように見える）、ありがたい姿から逆に追ってもロジックが通っており、他方アクティビティも実際にやれそうなことになっており、実現性と効果のバランスがよい⇒やることを見定めた結果

タイトル：いまでも、これからも、私らしく暮らし続けられる出雲崎を目指して Ver.1.26



Institute for Health Economics and Policy

⑤鳥取県鳥取市の事例

鳥取県鳥取市
誰も取り残さない鳥取市を目指して ～最初の一步は、地域・行政・専門職が繋がり合うこと～

鳥取市の取組に学ぶポイント

- ① 各部署の機能を前提として協働の在り方を探るのではなく、住民の暮らしの事例を起点にした協働の在り方の構想(ある意味実験的プロジェクトだった)
- ② 事例検討時の分類軸の設定(深刻度×“なにかできたかも”度)

【参加の背景】

- ・ いろいろな事業をやっているが、なんとなく行き詰まり感
- ・ 地域共生社会の実現には、関係部署の協働が必要だとの問題意識

- ➡ 全く異なる部署から若手メンバーが集められ参加。
当初は参加メンバー間に面識さえなく、何から手付けてよいかわからないところからスタート。
- ➡ 持ち寄った事例を見ながら、ゼロベースでの検討をすることで、協働の在り方を見出すに至った(一般的には、各部署の機能や役割を前提にしたり、それぞれの利害を代表した話し合いになる)



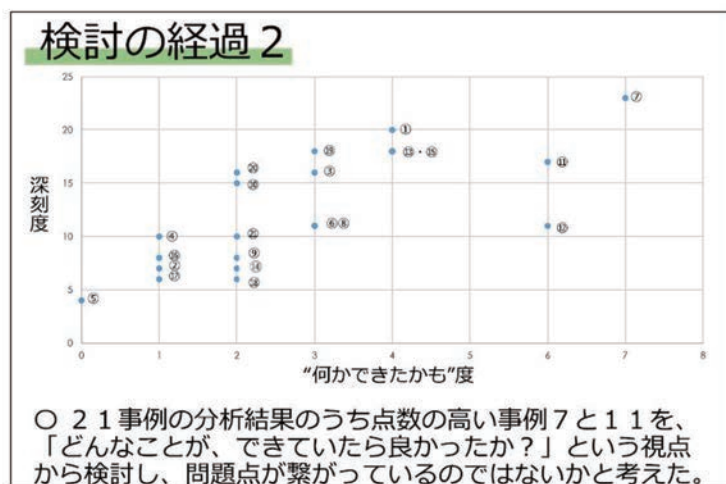
多機関協働という言葉はよく聞いていたけど、担当課につないだり会議に出るといったイメージだった。実際に一緒に課題を考えてみて、部署によって地域に対する考え方や認識が大きく違うと実感とした。



Institute for Health Economics and Policy

鳥取県鳥取市
誰も取り残さない鳥取市を目指して ～最初の一步は、地域・行政・専門職が繋がり合うこと～

事例検討時の分類軸の設定



深刻度だけで検討すると、申告だけ手が出せない問題に行き当たる可能性が高い。
→「何かできたかも」の視点を持ち込むことで、改善につながる。

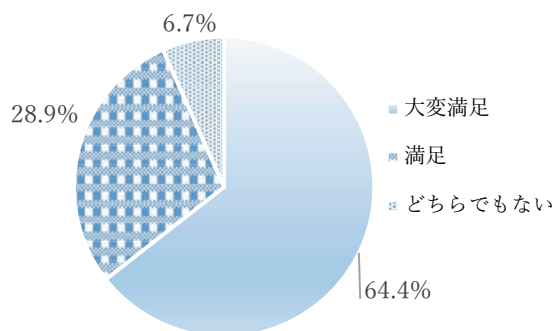


Institute for Health Economics and Policy

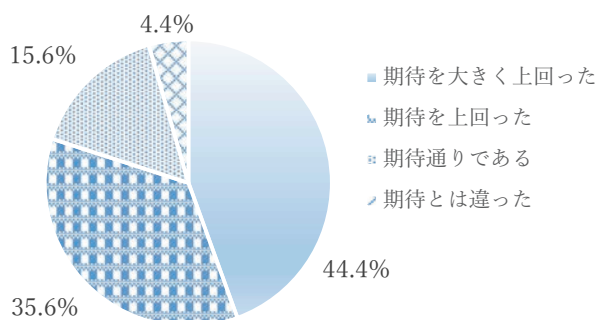
3.2 成果の検証

全プログラム終了後に参加市町村を対象としたアンケートの中から、プログラム全体の内容に係る項目を抜粋して図 2-24～図 2-28 に示す。

図表 2-24 本プログラム全体の内容（コンテンツ）に対する満足度

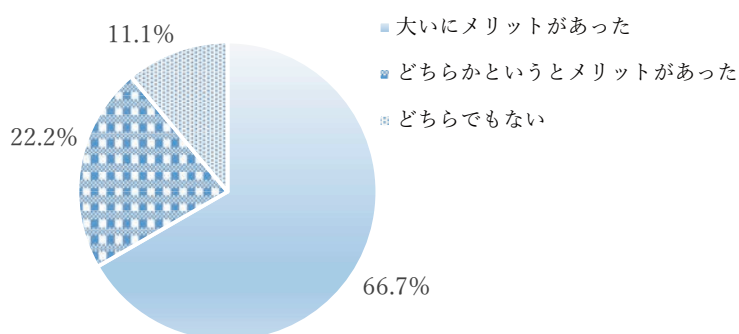


図表 2-25 参加前後の期待値の比較



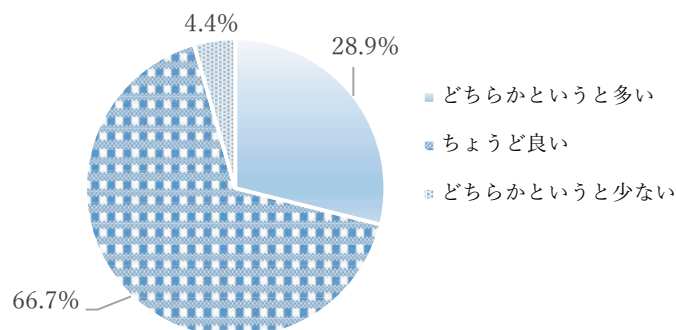
本プログラムの満足度については9割以上の参加者が「大変満足」又は「満足」と回答し、期待値については8割以上の参加者が「期待を上回った」と回答し、参加者にとっても有意義なプログラムだったと考えられる。

図表 2-26 複数人のチーム（多様な課や立場）で参加することのメリット



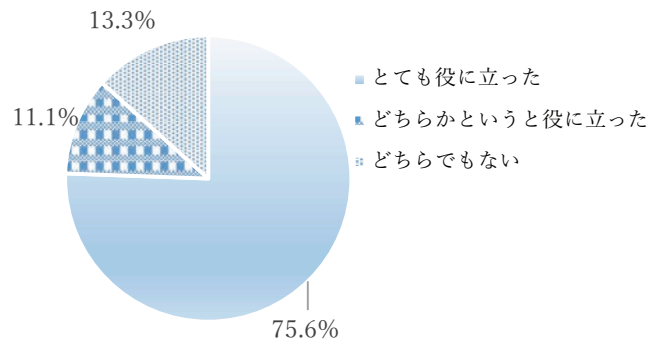
チーム参加にあたっては、管理職も含めたチームで参加した市町村も多く、「1人では考えられなかった視点が多く、先輩方の視点を知ることで、市民への関わり方や課題の考え方を学ぶことができた。」「話し合うことができ、お互いの立場を少し理解できたのではないかと考えている。」「様々な意見の出し合いでエンパワーメントされること以外にも、個人ワークだけにならないようにするためにどうするか、それぞれが主体性を失わないためにどうするかを考えながら実践し続けた経験は大きいと思う。」等の意見があり、政策を検討して実際に動き出すには多様な立場や職種を交えたチームで参加する必要があると考えられる。

図表 2-27 全5回（各回2日間）の日程



全5回（オリエンテーションを除く）のプログラムで、第1回～第4回までは午前インプット講義、午後メンタリングを各回丸2日間実施するスケジュールとしていたが、7割近くの参加者がちょうどいいと回答した。

図表 2-28 フォローアップの内容



各プログラム終了後から次回プログラムまでの間に希望があった参加市町村に対して1時間/回で実施したフォローアップについては、9割弱の参加者が「役に立った」と回答しており、「一度メンタリングでアドバイス頂いたことを改めて整理すると必ず疑問が出てきたため、フォローアップメンタリングで解決していた。」「次までに何をすべきかを具体的に確認できたこと、方向性が間違っていないことを確認できたことなど、不安を取り除いていただけたことで、前に進み続けられたと思う。」「自分たちだけでは解決できないものが非常に多く、困難を感じていたため、間にあるフォローが本当に助かった。」といった意見が多数あった。プログラム中の個別メンタリングだけでは限られた時間の中で伝えたいことが伝えきれないこともあるため、フォローアップでモヤモヤを解消したり混乱していたことを整理したり、より思考を深める機会になっていたと考えられる。

第3章 総括

1. アジャイル型地域包括ケア政策形成に関する考察

1.1 なぜ地域包括ケアシステムの構築が難しいのか

地域包括ケアシステムの構築とは、人生の最期まで高齢者がより良く生きることができる地域社会を、それぞれの地域ごとに試行錯誤しながら創り上げていく営みであり、地域の多様な組織に属する関係者（役所、包括、社協、介護事業者、医療機関、民間企業、地域団体等）の主体的な参画が求められる、「まちづくり」そのものである。

しかしながら、それら関係者は、そもそも異なる目的や優先順位を持つ組織（同床異夢）であり、それぞれの行動原理（動機、願望、損得勘定等）で動いているため、介護保険事業計画等で設定する抽象的な地域の目指す姿については「総論賛成」を得ることができても、具体的な各事業においては「各論反対」が起きやすく、自治体が計画を策定し、その通りに物事を進めれば地域包括ケアシステムを構築できる、というほど簡単なものではない。

異なる行動原理を持った関係者の主体的な参画を促しながら地域包括ケアシステムの構築を進めていくためには、①当事者（高齢者）起点に立った目的・目標を設定して合意形成を導き、②その達成に向けて関係者それぞれが自分たちに求められる役割機能について理解するよう働きかけ、③その役割を単なる絵に描いた餅に終わらせず、一つひとつの具体的かつ詳細な行動（アクティビティ）に落とし実践し、④各関係者の一つひとつの行動が望む成果につながっているか関係者全員で振り返り、試行錯誤を繰り返していくことができる、「自ら学習する組織（チーム）づくり」と「そのための仕掛け」が必要である。

1.2 コレクティブインパクトとロジックモデル

地域の多様な組織に属する関係者（役所、包括、社協、介護事業者、医療機関、民間企業、地域団体等）の主体的な参画を進めていく上で参考になる概念として、「コレクティブインパクト」がある。コレクティブインパクトとは、米国のコンサルティング会社 FSG のボードメンバーである John Kania 氏と Mark Kramer 氏が 2011 年に提唱した概念で、地域の関係者がそれぞれの行動原理を超えて協力し、様々な社会課題の解決に取り組むことで集合的なインパクトを最大化することを目指すものである。

そして、コレクティブインパクトを成功させるには、以下の 5 つの条件があるとされる。

共通のアジェンダ (Common Agenda): すべてのプレイヤーが変革に向けた共通のビジョンを持ち、共通認識を持って課題解決に取り組む

評価システムの共有 (Shared Measurement): 参加者は測定手法を共有し、成果を測定・報告して学習・改善を行う

相互の活動の補強 (Mutually Reinforcing Activities): 異なる領域のステークホルダーが

集い、特化した活動を通じてお互いを補強する

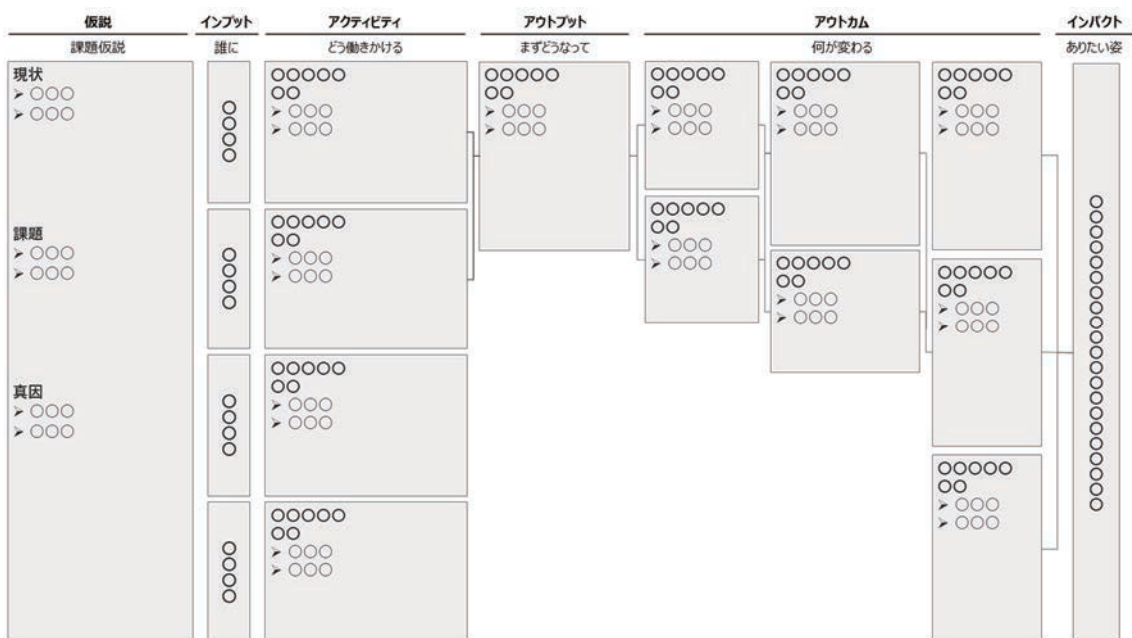
継続的なコミュニケーション (Continuous Communication): プレイヤー同士が継続的なコミュニケーションをとる

活動を支えるバックボーン組織 (Backbone Organization): 全プレイヤーの活動を把握する専任のスタッフがいる組織が存在する

アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムは、いわば、このコレクティブインパクトを成功させるために、コミュニケーションツールとしてロジックモデルを取り入れているとも言える。

本プログラムで採用したロジックモデル（図表 3-1）の最大の特徴は、インプットが主体別に分かれていることであり、地域包括ケアシステム構築に向け、わがまちの「ありたい姿」を達成するため、誰がどのような動きをしてほしいのか、関係者を見定めて働きかけを行うイメージが持てるようにしている。また、メンタリングにおいても、参加市町村が、自らの意思で各主体に対する働きかけ（アクティビティ）を書き込んでいき、働きかけた相手にどのような望ましい変化が起きることを狙うのか（初期アウトカム）、それにより当事者（高齢者・家族）の望ましくない現状を引き起こしている要因（真因）が取り除かれ、本当に当事者の課題が解決されるのか、ロジックモデルを見ながら考え、参加メンバーで何度も話し合いを行うようガイドしている。

図表 3-1 ロジックモデルの様式



1.3 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムはどんな価値を提供するのか

地域包括ケア推進の核となる関係者（役所各課、包括、社協、介護事業者、医療機関、地域住民等）で組成されたプロジェクトチームが、①今後何をしていくべきか（何を目指すか、どこから手をつける

か、どうやるか) を見つけ出し、②やってみようという意欲が高まり、③できそうという手応えを感じ、④目標に向けて実際に動き出す(着手する)。そして、⑤望ましい成果を出せるまで、関係者皆で取組を振り返り、改善に向けて自由闊達に意見を出し合いながら試行錯誤を繰り返していく仕掛けとしてコミュニケーションツール(ロジックモデル)を作成することで、プロジェクトチームを半年間のプログラム終了後も自走できる組織(自律・分散型組織)へと変革する。これが、本プログラムが提供する価値である。

そこで、経験豊富なメンターがプロジェクトチームに相談役として半年間伴走し、チームメンバーの密度の高い話し合いと、地域の関係者との対話を促すプログラムが必要となるのである(図表 3-2、3-3)。

図表 3-2 本プログラムが目指す参加メンバー(個人や組織)にもたらす変化

理解	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの構築のために、参加メンバー(自治体職員、包括、SC等)それぞれが果たすべき役割についての正しい理解 ・関係者を望ましい行動へと促していくために、自分に求められる姿勢と働きかけ方に関する理解
意欲	<ul style="list-style-type: none"> ・困難を抱えた住民(高齢者・家族)の暮らしの実態や心理を把握しようとする意欲 ・協力者となりうる多様な関係者(住民・専門職)の考え方(意見)を理解しようとする意欲 ・住民や地域のためにこうありたい、こうしていきたいという意思を持ち、多様な関係者に共感してもらおうとする意欲 ・(応援してくれる仲間の存在があり) やってみたい、やれそうと思える意欲
能力	<ul style="list-style-type: none"> ・役所の理屈ではなく、住民や専門職の立場から考えることができ、多様な意見を束ねていくことができる力 ・共に協力して事業を進めていく関係者(同僚、専門職)が、意見を話しやすい場(雰囲気、関係性)を作ることができる力 ・地域の多様な関係者に、新たな取組の目的や価値について論理的に説明できる力 ・自らの意思を持ち、多様な関係者と対話を重ね、協力者を作っていけるリーダーシップ

図表 3-3 一般的なアドバイザー派遣事業との違い

一般的なアドバイザー派遣	アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
<ul style="list-style-type: none"> ・経験が浅い職員が多い自治体等に対して、詳細な地域分析や地域間比較から、現状や課題についての示唆を出し、進むべき方向へと導いたり、停滞している個別の事業について他市の事例を紹介したり、交付金等の活用など予算の立て方、事業の設計など具体的なアドバイスを行う ・現地に出向くことで地域の状況を肌感覚で把握したり、職員との信頼関係を構築した上でアドバイスできることが強み ・すでに実施が決まっている事業に対してアドバイスを求めたい場合や、実施するかどうかを迷っている際に活用することが有効 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の関係者を動かしていく核となる関係者（主に役所各課、包括、社協等）で組成された少人数のチームに対して集中的にメンターが伴走し、目指すゴールについて合意し、それに向けた各機関の役割を理解し、効果が高そうな具体的な行動（関係者への働きかけを含む）を起こし始めるところまで到達させる ・終了後も、関係者が現状とゴールを皆で振り返り、試行錯誤できる自律的な組織へと変革させるところまで狙う ・役所、包括、社協の足並みを揃えて具体的な事業の実施まで繋げたい自治体や終了後も自律的に動ける組織づくり・人材育成まで目指したい自治体に有効

1.4 アジャイル型地域包括ケア共創プログラムが訴求する市町村

以上から、本プログラムが訴求する市町村は次のような問題意識を持つ市町村と考えられる。

- ・いろいろ事業をやってきた（いる）が、うまくいっている手応えがなく、手詰まり感がある
- ・異動で引き継がれた目の前の事業が、そもそも何のためにやっているのかわからない
- ・役所職員も包括・社協職員も、それぞれやるべきことをやってはいるが、お互いに思惑が違い、同じ目的意識を持って事業を実施していないように思える
 - ・なかなか自分たち（役所）の思うように地域の関係者（住民、専門職、事業所、民間企業等）が動いてくれない（と思っている）
 - ・現状の行き詰まり感（停滞感）を打破したいという想いはあるが、目の前の事業の実施に忙殺されており、手をつけられずにいる（時間を割くことをしてこなかった）
 - ・このままではいけないという危機感はあるが、どこから手をつけていいのか分からない
 - ・役所、包括、社協の足並みをそろえて具体的な事業の実施まで繋げたい自治体や終了後も自律的に動けるチームづくりを目指したい

2. 今後に向けて

本年度は、第9期介護保険事業計画策定年度であり、その中で本プログラムに参加した市町村は、これまでとは異なって、1市町村あたりの参加人数が多く（平均5名、最大11名、最小3名）、所属機関も多岐にわたっていた（高齢介護課、地域福祉課、市民協働課、社会福祉協議会（市・県）、基幹型地域包括支援センター、委託型地域包括支援センターなど）。また、「複合的な課題を抱えた世帯の生活破綻を防ぐ多機関連携の相談体制の在り方」など、高齢者介護の分野を超えるようなテーマも複数あった。

重層的支援体制整備事業に代表されるように、今後、各市町村は制度の狭間、複合・複雑ケースに対応するための「包括的支援」の体制整備に本格的に取り組んでいかなければならない。参加市町村の変化は、それを示唆するものだったのであろう。今後は、従前のアドバイザー派遣における事業に対する助言を超えて、本プログラムで蓄積してきたノウハウを地方厚生局や都道府県による伴走型支援事業などに展開していくことが必要なのではないだろうか。

市町村支援を担当するメンターに求められる役割は次のように整理される。

○コーチング的要素

- ・「傾聴・承認」を繰り返し、短時間で関係性を構築する（自分たちのことを分かってくれた、メンターには何を言っても大丈夫だという心理的安全性の確保）
- ・自分たちより多くを知っている「先生」ではなく、自分たちと一緒に考えてくれる存在という感覚を抱けるように関わる
 - メンターの価値は、新たな情報（知識）や示唆を与えることにあるわけではない

○コンサルティング的要素

- ・「傾聴・承認」に、「質問」を重ねて、参加者が言語化できていない潜在的なゴールや課題を解き明かしていく
- ・事実（ファクト）を集め、高齢者起点で課題設定ができるよう導く
- ・やりたいことであり、かつ、やれそうなことを見極めて設定する
 - 論理的な正しさだけを追求しない
- ・メンタリングの最終到達点は、各主体のアクティビティを具体化させ、明日からの具体的な行動へとつなげる

○組織開発、人材育成的要素

- ・チーム内の話し合いや関係者との対話を促し、多様な関係者の考え方の背景にある価値観を知り、相互理解をつくる
- ・チームメンバー（地域包括ケア構築のための中核的存在）で目指す姿の合意形成を導き、チームビルディングを促す

本プログラムのメンター陣も、実践しながら学び続けており、一朝一夕に役割を務められるまでにはならない。今後はメンターの人材育成についても、本格的な検討が必要だろう。

以上

参考資料

参考資料 1 : 参加市町村募集チラシ

参考資料 2 : 参加市町村成果報告資料

参考資料 3 : 成果報告会パンフレット

参考資料 4 : ロジックモデル様式

わがまちの地域包括ケアシステム・地域共生社会をともに創る

アジャイル型 地域包括ケア政策共創プログラム 2023 参加市町村募集



一走りながら考え、考えながら走る

「適い場を増やしてきたのに、コロナ禍で減ってしまった参加者が戻らない」「協議会の会議を開催しているが、話し合いはマンネリ化し、地域課題は解決しない」地域包括ケアシステムの構築には多様な関係者が絡み、担当者の思うようには進まないことが多くあります。アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムは、メンバーが自治体職員等に丁寧に寄り添いながら、進むべき道のりを描き、状況に応じてすばやく修正を重ねていく力を、組織内外に浸透させていくプログラムです。

- 自立支援・重度化防止 介護予防・リハビリテーション 生きがい・社会参加 孤立・見守り 認知症 生活支援 多職種連携・人材育成 ケアラー支援 重層的支援 地域づくり

主催者 藤田医科大学 FUJITA HEALTH UNIVERSITY 一般財団法人 医療経済研究機構 Institute for Health Economics and Policy 実施協力 厚生労働省老健局 愛知県豊明市

2. プログラムの特徴

プログラムの主なメニュー

インプット講義: 課題を見極めるための地域分析の方法... 実践・検討: 各回の終了後〜次回までの約1か月間... 進捗報告・情報共有: 実践を通じて感じた手ごたえ... メンタリング(グループ・個別): メンターが各市町村の取組に...

3. スケジュール

各回は原則として終日(9:30-17:00)2日間を予定しております。日程・時間は決定次第お知らせいたします。プログラムは全てオンライン(zoom)で開催します。業務の都合で参加できない日程はメンタリング以外は録画にて受講可。

Table with columns: 日程, オリエンテーション, 第1回 基礎自治体の役割価値と可能性, 第2回 高齢者の暮らしと地域課題, 第3回 仲間をつくり、関係を動かす, 第4回 実践と成功の手ごたえをつかむ, 第5回 最終報告 実践検証とこれから

高齢者介護、地域包括ケアを担当する全国の基礎自治体職員の方へ... 地域包括ケアシステムを構築する目標年度の2025年まで、残り2年を切るころとなりました。今年度は第9期介護保険事業計画の策定年度でもあり、コロナ禍の収束が見え始めた今こそ、皆さんの積極的な取組みが求められます。

1. プログラムが提供する価値 第9期計画に役立つ政策立案技法を伝授 豊富な支援実績に裏打ちされたノウハウ 参加組織・チームの能力を最大化 知見 Knowledge professional 能力 capacity 仲間 network 全国で奮闘する同志が集まる場

4. プログラムアドバイザー・メンター陣 ADVISOR 顧問・監修 蒲原 基道 日本社会事業大学専門職大学院 客員教授 元厚生労働省 事務次官

MENTOR メンター 亀井 善太郎 PHP総研 実業家 兼 立教大学院特任教授 岩名 礼介 三夏UPLIリサーチ&コンサルティング 岩名 礼介 池田 寛 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター 講師 都築 晃 藤田医科大学 講師 服部 真治 医療経済研究機構 政策推進部副部長

参加者の声① 豊田市 高齢者支援課 宮城 隆 (主事・一般職) チームで問いを修正しながら走るアジャイル型を体感 参加者の声② 福毛市 長寿政策課 栗原 志子 (係長・保健師) 自治体職員を本当に応援してくれるのが伝わる

服部 真治 医療経済研究機構 政策推進部副部長 (企画推進担当) 兼 研究部 兼 研究部 兼 研究部 兼 研究部 兼 研究部 兼 研究部 兼 研究部 兼 研究部

5. 募集要項

募集市町村

組織として、高齢者の暮らしをより良くしたいという志を持ち、地域包括ケアシステム、地域共生社会の実現に向けて現状の事業や取組を見直したいという意向を持つ市町村

参加要件

本プログラムは、研修プログラムではなく、現在取り組んでいる（取り組む予定の）事業について、その目的を問い直し、達成のための道筋を立て、実践や検討において生じる問題を振り返り修正を重ねながら取組を進めていく集合型のコンサルティングプログラムです。プログラムを通じて、参加メンバーによる検討、地域関係者への働きかけ等の実践、メンターとの対話・フィードバックを繰り返すことにより、課題解決の糸口を見つけていくこと、さらには、チームメンバーのコミュニケーションを深め、組織としての合意形成を導き、その実践を第9期計画へ反映させていくことを期待しています。そのため、以下のような組織的な参画を求めます。

① 第9期介護保険事業計画策定にあたり、組織として現状を改善するための取組を進めていく意思があること

第9期計画に向けて検討・着手する予定の事業についてアドバイスを受けながら進めたい、これまで実施してきたが効果を感じられず事業を見直したいが、どこから手を付けたらよいか分からない等、主参加者の属する組織（課）としての問題意識や取組への意向を持って参加ください。
※本年度は第9期計画策定年度であり、多くの市町村で組織的に業務過多になることが懸念されていることから、プログラム参加に関わらず、組織として手をつけなければいけないことについて本プログラムメンターと共に検討する等の活用をしていただくことをお勧めいたします。

② 2名以上のチームを編成して参加すること

メンバーの所属（庁内・庁外）や役職・職種は問いません。高齢者の暮らしを支える政策や地域づくり全般を対象とします。

チーム構成例）
・高齢福祉・介護保険関係課の複数の担当者（介護保険計画担当、地域支援事業担当、地域包括支援センター担当、給付・認定担当、老人福祉担当等）
・高齢福祉・介護保険関係課＋地域福祉担当課＋企画・市民協働、まちづくり関係課など
・高齢福祉・介護保険関係課＋重層的支援体制整備事業担当課＋生活支援コーディネーター
・社会福祉協議会職員、地域包括支援センター職員など
・課内の課長・課長補佐・係長級＋担当者、一般行政職＋専門職

③ 市町村職員がチームの代表者となること

チームメンバーに、社会福祉協議会、委託先の地域包括支援センター、介護事業所等の地域の医療福祉介護関係者を加えることは望ましく、推奨していますが、必ず市町村職員を代表者としてください。

④ プログラム全課程に参加すること

代表者を中心とし、参加メンバーは可能な限りリアルタイムで参加してください。なお、全プログラムは各自で振り返りができるよう各回終了後すぐに録画を共有します。業務の都合等で、リアルタイムで出席できない参加メンバーについては、録画を視聴し、必ず全プログラムに参加してください。

エントリー方法

申 込 方 法	エントリーシート（Excelファイル）に必要事項を記入の上、件名を「プログラム参加申込【市町村名】」として、事務局アドレス（下記参照）までメール添付にてお送りください。
申 込 先	医療経済研究機構 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム事務局 agile@ihep.jp
申 込 期 限	2023年7月18日（火）17:00（必着）
募集市町村数	16市町村程度（予定）
選 考 に つ い て	応募者多数の場合は、エントリーシートの内容を考慮して、参加市町村を決定させていただきます。結果連絡は7月下旬を予定しております。



地域の高齢者を孤立させない お互い様の暮らしを叶える 地域づくりに挑戦！

2024年2月14日
北海道深川市 鎌塚 聡子

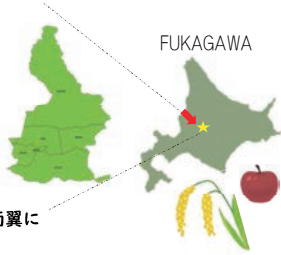
深川市

分類	所属	部署名	役職・職種	氏名	チームの特徴
チームメンバー	深川市	高齢者支援課 介護予防係	係長（保健師）	鎌塚 聡子	深川市のチームは係を中心とした黒一点メンバーで構成された“チーム鎌塚”です。地域住民の顔がみえるからこそ、チームリーダーから湧き出してくる「こんなことやあんなことがやりたい！」がたくさんつまったロジックモデルとなりました。また、本プログラムへの参加を通して高いポテンシャルを持ったチームメンバーの感度が上がり、チーム内で気兼ねなく意見を出し合い全員参加で取り組んでいます。
			主査（事務）	茂野 哲也	
			主査（管理栄養士）	末岡 幸	
			主任（保健師）	及川 詩織	
			保健師	野原 明穂	
			保健師	大貫 友梨	
			保健師	三嶋 美喜子	
			SC	三好 真美	
深川市社会福祉協議会	SC	加藤 篤子			

深川市

場所・大きさ・特徴

北海道のほぼ中央に位置し、面積は約530平方km、東西22km、南北47kmの縦長のまち。北部から南に雨竜川が、南部には、北海道第一の長流石狩川が貫流しています。この両河川を中心に両翼に開ける平地に市街地と水田、畑が形成されています。



人口

18,761人 (令和5年12月末時点)

高齢化率 約43.4%

特産品

おこめ りんご 黒米 そば



参加した動機



深川市では急速な少子高齢化・人口減少
近い将来フォーマルサービスだけでは住民を支えきれない可能性も

「人にやさしいまちづくり」

お互いさまの関係ができ、住民が誰一人として取り残されることなく、住み慣れた場所で安心して暮らせるまちを作りたい



深川市 田中昌幸市長

住み慣れた場所で安心して暮らすためには市民の困りごとに対応する生活支援のしくみが必要なのは・・・



除雪や移動支援、買い物支援などの困りごとに対応できる住民主体の生活支援の支えあいのしくみを作りたい！

モデル地区への働きかけ

来てくれてありがたい……!!!

ニーズ調査で地域の顔見知りの方やコミセンの管理人さんや集いの場や介護予防事業参加者から情報収集

→調査の中で複数から要望のあった運動体験会を行う



地域に向いたことを喜んでいただいた！

あけぼのをモデル地区として選定→協力依頼

・あけぼの町内会役員に支えあい活動の取り組みを広げたいと役員会に向いた
・あけぼの地域のみなさんに向けた支えあいの研修会の開催を相談



・やれることは町内会でやっているこれ以上何をすればいいんだろう？
・人のために活動したいという人はどれくらいいるのだろうか…

取り組みに賛同していただけたらよかったが期待した反応とは違った…

私たちが考えていた反応と違ったことを振り返り…

【役員一人一人にあらためてお話をさせていただき、気づいたこと】

- ・研修会や座談会という手段を先に伝えてしまい、どうしてやりたいと考えたのか、今の町内会の取り組み状況に合わせて伝えられていなかった
- ・地域福祉については、町内会でも役割としてやらなければと、さまざま取り組みを継続してきており、できることはやっているという役員の思い
- ・私たちがニーズ調査で聞いた『地域や自分のために、自分のできる範囲のことは取り組んでみたい』という地域のみなさんのお声を伝えられていなかった（元民生委員さんの思い、グループでやってみたいことなど）

チームの目指すもの、思いをお伝えしたら…



町内会でも目指していることは一緒一緒に取り組もうという姿勢に感謝個人のできる範囲で協力したい

それぞれの立場でできることや研修会の周知に協力してくれた

お互い様の暮らしを考える研修会

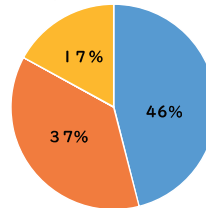


研修会の内容は地域の実情に合うように、地域の方等のお声を取り入れた

7

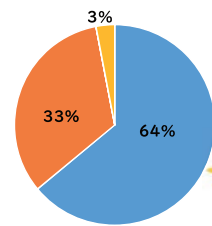
お互い様の暮らしを考える研修会の結果

自分のできることや興味のあることでそれを活かせる取り組みがあれば参加したいですか



■参加したい ■時期によって参加 ■したくない ■未回答

今後、講座等があれば参加したいですか



■参加したい ■時期によって参加 ■したくない ■未回答

手ごたえあり!



8

自分たちが困りごとのハードルを上げていた

これまで考えていたこと

- ・ニーズ調査で聞き取った困りごと…除雪、買物や受診の移動支援、草取りなど
- ・住民中心の支えあい活動の仕組みづくりをイメージ
- ・個別で活動できそうな人の顔は浮かんでいる

気が付いたこと

- ・住民の困りごとには、神棚おろし、漬物樽の移動、ズボンのゴム通しなどすぐに解決できそうな困りごとたくさん聞かれていた
- ・住民の「やりたい・できる」の発信はキャッチしていたのに、大きな課題に着目しコーディネートも住民同士と考えていて、実践にはつながらなかった
- ・困りごとのある人でも、内容によってはお手伝いする側になれる

住民から行動してくれるのを待っていたが、一緒に取り組んでみよう！
ちょっとした困りごとは直ぐにでもお願いできそうという手ごたえ！
まずは地域の人と実践してみよう！



9

具体的な困りごとを聞いてみた



ちょっとした困りごと

網戸外し
草取り
手が届かないところの掃除等

聴き取りの中で住民の「これならできる」の想いも知れた!

10

いざ実践①

住民の「これならできる」の発信をキャッチ

まずはやってみよう!

すべては網戸はずしから始まった!!



おやすいごよう!!

困っていることに気付かないでいた。今度は声かけて〜!

夢のよう・・・!!!



12

いざ実践②

複数人での草取り



一人でやるのは大変だけどみんなでやると負担が少なく楽しくできた!



解決すると思ったら安心できた。今日は、みなさんありがとうございます!

いざ実践③

手が届かない場所の掃除



私にできることがあって良かった! 私もこんなふうに将来助けてもらえると心強い。

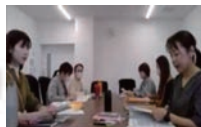
今度景品が当たる町内会の行事には私も参加するのでお誘いに来ます!

これから町内で見かけたら、また頭を下げしてお礼を伝えたいです。

コーディネートする上で工夫したこと

コーディネートの実践をする際に気を付けたこと

- ・近所の人だと言いつらい、知られたくないことがある
- ・男性、女性など性別なども考慮がいる
- ・1人では負担の大きい作業がある
- ・ハチの駆除など、専門性の高いものを頼まれたときは適切な関係機関につなぐ
- ・お手伝いできる人に完璧な作業は求めない



みんなの反応から

実践してわかった「コーディネートに必要な機能」

- ・1人の人に負担がかからないようにいろんな人に割り当てる
- ・1人で負担になることはみんなで楽しく
- ・できる範囲の活動で解決できないことは適切な関係機関等を紹介する
- ・支えあいではプロではないことを理解してもらおう働きかけが必要
- ・お互いの生活状況や性格の相性を考えながら、丁寧に縁結びする
- ・住民任せにするのではなく、行政と共にいるという安心感が必要

令和6年 team鎌塚のやることリスト



時期	内容	評価ポイント
☑ 2月～	困りごと聞き取り用紙(困りごと具体例一覧)の見直し SCの紹介(相談窓口)の周知チラシ作成 お試し実践の積み重ね	お試し実践の感想や意見を聞き実践する方法を検討
□ 5月頃	ざだん集会inあけぼの「杖をついてもできることがある」開催(お楽しみ抽選付き)	広く支えあい活動を知ってもらうために、活動の実践結果を報告アンケートや聞き取りで評価
□ 6月頃	あけぼの地区ご近助サポーター養成講座の開催	支えあい活動を実施するうえでの心得を伝える。お手伝いしてくれる方の登録人数を評価
□ 8月頃	地域の夏祭りに参加	地域のイベントに足を運び、地域の多世代の参加状況や市が協力できそうなことを把握
□ 9月頃	多世代活動プロジェクト(未定)	これまで聞き取った内容から住民と協力しあって今後発展につながりそうなことを企画

実行プラン

R6年5月予定



第1弾

ざだん集会inあけぼの
【杖についてもできることがある】

目的

支えあい活動のお試し実践報告。無理のない範囲の支えあい活動について意見交換し、支えあいを自分事として捉えることができる



わくわくも大事!
おたのしみ抽選会付き

目指す望ましい変化

お手伝い できる人

- ・他の人と自分が同じ思いだった。仲間がいれば自分にもできそう
- ・自分の無理のない範囲なら、ちょっとした困りごとの対応ができそう
- ・支えあい活動が広がれば、数年後に自分が困った時も安心
- ・改めて、あけぼの地区の人同士の繋がりを実感

困りごと のある人

- ・生活の中のちょっとした困りごとを人に相談していいことがわかった
- ・直接は人をお願いづらいが、市が間に入ると安心
- ・気兼ねなくお願いできる
- ・改めて、あけぼの地区の人同士の繋がりを実感

実行プラン

R6年6月予定



第2弾

あけぼの地区
ご近助サポーター養成講座

目的

支えあい活動に必要な心得を確認。支えあい活動をイメージでき、意見交換を通して実際に支えあい活動を実践するための一員となる

目指す望ましい変化

お手伝い できる人

- ・自分にできることがあれば対応できるので何かあれば声をかけて欲しい
- ・自分が対応できなくても他者が対応すると聞けば安心して一員になれる
- ・〇〇さんであれば、ふだん付きあいの中で困りごとがないか声かけできる
- ・「自分の班の範囲であれば」「徒歩圏内であれば」「普段通る道の人であれば」「あけぼの地区であれば」…対応できるので私でよければ声をかけて欲しい
- ・今は、忙しいため対応できないけど活動に興味はあるから一員になっておきたい

支え合い活動を深める

あけぼの地区

地域に出向き、住民とつながり続け
その後の変化を受け止める

対象者

町内会・民生委員等地域の活動者
支えあい活動お話し実践者
グループインタビューに協力いただいた集いの場参加者

内容

- ・あけぼの地区で実施されている支えあい活動についての思いを聴く
- ・時間が経過し、改めてそれぞれが感じていることを聞き取り、その後の変化を受け止める
- ・実践しながら改善できることがないか共に考える

目指す望ましい変化

住民からアイデアや改善点・気づき・意見が聞かれ、
やってみたい活動を共に考えられる



支えあい活動を全市的に広げる

高齢者に関わる 専門職

目指す姿の共有
困りごと収集の協力依頼



内容

- ・モデル地区で行ってきた支えあい活動の取り組みについて、地域ケア会議等の機会に伝える
- ・事例検討を通して専門職からもちょっとした困りごとについて相談が集まるような働きかけを行う

目指す望ましい変化

支援している高齢者のちょっとした困りごとについての相談が入る

全市民

お試し実践の結果を
住民に伝える



内容

モデル地区で行ってきた支えあい活動の取り組みについて、
市広報や地域の健康教育の機会に伝える

目指す望ましい変化

取り組みの話を知りたい・見学したいという声が増え、
自分の地域でも支えあい活動の取り組みを広げるための相談が入る

振り返り (チームや個人に起きた変化)

チームメンバーとの共有

- ・目指す姿や現状、住民との対応からの手ごたえや望ましい変化の過程を言葉で伝えられ、話し合えるようになった
- ・これまで、共有しきれなかった事業や訪問活動等の望ましい変化のイメージがチームで共有できた
- ・半年前から比べると、チームメンバーの感度が上がり積極的に考えを発信し、行動するようになってチーム力がパワーアップした



目指す姿を共有する!
それは関係者も地域住民の方も一緒

- ・目指す姿を共有することにより、これまで参加者だった住民が協力者となって、その方が気づいたことやアイデアを伝えてもらい可能性がひろがった
- ・住民任せにせず一緒に取り組むことで、何のためにやっているのかを共に考えることができた
- ・ねぎらいや感謝を伝えることが大切。それは関係者も地域住民も一緒

見えてきた成果 (アウトカム)

- ・住民が仲間になってくれたという手ごたえ
- ・相談のそばをそのまま受け止めるのではなく、相談者のありたい姿をイメージし、願いや思いは何かということを聴けるようになった
- ・住民が、協力できそうなことは何かを考える視点を持ち、住民から自然に「こんなことをやってみてはどうか」と声が上がって、楽しく企画できるようになった

今日からまた始めます!
1人ではなくチームで走りながら考え続けます!

まずは
やってみよう!



参考資料

西町男塾立ち上げ (2023.9.30 北海道新聞掲載)



31

参考資料

男塾番外編 運動教室×調理 (2023.9.30 北空知新聞掲載)



活動したい方への支援出来ること考え、活動応援 → こども食堂を企画したいグループの方への支援

子ども食堂・朝活キリ準備会

～朝食提供の子ども食堂を開くための活動 → 持続可能である場所が見つからない → まずは活動を知ってもらうための企画
 ⇒ 「朝食の大切さを知ってもらいたい」「自分で食事を用意する力を持ってもらいたい」「挨拶・返事ができる子になってもらいたい」
 子ども食堂の約束事 (スローガン) : 元気にあいさつ、元気にへんじ、元気に朝ごはん
 食堂開設に向けた活動 (夏休みランチ会、夏休みラジオ体操後の朝活、児童センターへ通う児童向けのキッチンクラブ)



夏休みランチ会・ラジオ体操後の朝活 みんなの活動の様子

児童センターへ通う児童向けキッチンクラブスタート



保健師・SC
 児童センター・社協と
 企画の打ち合わせ
 (11/1)をして
 キッチンクラブ始動
 (11/15)スタート

やりたい！に近づくためのさまざまな活動を応援しています！

令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
 第5回 最終報告

「実は…」と言いやすい羽後町へ

2024年2月5日

羽後町

柴田 知道

羽後町の概要

ユネスコ無形文化遺産登録 「風流踊」 西馬音内の盆踊

- 人口 13,367人 (高齢化率41%) ※12月31日
- 市町村合併をせず、単独立町を選択
- 中山間地域 (豪雪地帯!)
- 地域包括支援センター 1か所 (直営)

チームメンバー

所属	役職・職種	氏名
羽後町役場 健康福祉課	課長・社会福祉士	伊藤 和恵
羽後町役場 健康福祉課	主査	藤原 洋佑
羽後町社会福祉協議会	生活支援コーディネーター (第1層)	小林 諭史
羽後町社会福祉協議会	生活支援コーディネーター (第2層)	佐々木 卓実
羽後町地域包括支援センター	主査・主任介護支援専門員	沼沢 満
羽後町役場 健康福祉課	主査	柴田 知道

参加した動機、当初の問題意識

- ・住民アンケートで、一人暮らし高齢者や認知症の人を、地域で見守る支援策の充実、移動支援等生活支援の取り組みに対する期待が常に上位。
- ・認知症に関して、地域包括支援センターへ毎年100件以上の相談あり



- ・認知症対策や、生活支援の現状の取り組みの精査、理想とする未来にむけた関係者間の方向性の共有や各事業の改善等を目指すためエントリー。

4

1 課題解決ストーリー（サマリー）

・貴市町村の高齢者や、それを支える人や地域にとって、どんな望ましくない状況があるのか（何が問題なのか）

- ・本人や家族が周りへSOSを出せずに、一人で抱え込んでいる
「まだ相談するほどでもない（他の家庭も同様に頑張っている）」
「役場はハードルが高い（包括をそもそも知らない）」
- ・その結果、課題が大きくなってから、役場や社協^{※1}等に相談にくる

- ・それに対して、これまでの自分たちの取組はどうだったか
- ・窓口に来たり、直接電話をかけてくれば対応する
- ・生活上の困難（つまづき）を個人の問題としてとらえていたため、地域の課題として認識していない。そのため、つまづきの統計もとっておらず、つまづきの早期把握や予防という発想にならなかった。

5

・これから「誰に」、「どんな働きかけ」を行うのか

①まずは役場や生活支援コーディネーター（SC）^{※2}が把握している「つまづく可能性がある人（例：医療機関や健診未受診、税金や保険料滞納等）」をリストアップし、本当にその人がつまづいているかどうかを周囲の支援者や本人に聞きに行き、そのつまづきを解決または小さくする手段を講じ、資源マップ^{※3}と同時に「つまづきと相談先（可能なら解決した例も）」を一覧にまとめる。

②パトロール隊^{※4}、おたすけ隊^{※5}、商店や農協、介護事業所等民間の団体に、役場やSC等が上記一覧を説明し、「つまづきつつある人を救いたい！」という想いに共感してもらおう。
また、住民にも上記一覧を周知し、つまづきをイメージしてもらおう。

6

・それにより、「働きかけた相手に、どんな望ましい変化を起きると想定しているのか」

①羽後町で起きている「つまづき」を地域課題としてとらえることができるようになり、相談対応時も「つまづき」の内容やその原因を聞き、介護サービス以外の解決法があれば紹介することができる。
また、「つまづき」を解決する社会資源がなければ、民間団体と協力し、新しい資源をつくれないうかが検討する。

②理念に共感した民間の団体が、普段関わる人のちょっとした変化を気にするようになることで、「この人はつまづいているのではないか」と思う人を見つけ、声を掛けて実際の状況を確認できるようになる。もし一覧にないようなケースも、地域包括支援センター^{※6}へつなぐ。
また、住民自身も一覧をみて、直接相談先へ連絡する。

7

・結果的に、「高齢者の課題はどう解決するのか」

つまづきに対して、専門の組織へ相談することができ、つまづきが解決または縮小するような社会資源の紹介、もしすぐに解決する手段がなければ、状況が変わる（社会資源の創設含む）まで伴走してもらおう

【例】

- ・日常の困りごと ➡ 包括、社協
- ・認知症状 ➡ 包括（認知症初期集中支援チーム^{※7}）
- ・介護に関すること ➡ 包括、介護保険班、介護事業所
- ・買い物に行けない ➡ おたすけ隊（移動支援）
- ・周囲とのかかわり ➡ サロン^{※8}、パトロール隊、SC等

8

2 実行プラン（アクティビティの具体策）

・まず具体的に何から始めるのか
行政やSCが「つまづいている可能性のある」人を見つけに行く

・どうする方法で行うのか
対象者リストアップし、支援者や本人へ訪問する

・今までとは違ったどんな工夫をするのか
相談前から行政がデータを活用して訪問する事業所（商店・金融機関等）とも一緒に活動する地域課題として地域ケア会議^{※9}も活用

9

つまづいている可能性のある人

(例) 行政目線

- ①何年も医療機関を受診せず、検診も不参加＋介護認定もなく、保健師の個別訪問や社協等の接触も無い
＋一人暮らし又は高齢者のみの二人暮らし
➡羽後町で19名
- ②家族が「家に認知症の人がいる」と回答した世帯
＋介護認定もなく、医療機関未受診（又は認知症の診断なし）＋認知症初期集中支援チームでも未検討
- ③税金や保険料を滞納している
- ④継続治療が必要にもかかわらず未受診
- ⑤75歳以上でBMIが18.5未満

など

窓口相談対応などでも、つまづき発見!!

10

3 アジャイル政策形成の仕掛け

【令和6年度】羽後町地域ケア会議

～ロジックモデルから見てきたカタチ～

新・地域ケア会議イメージ

- ◎役場内で各課の枠組みを超えて「つまづいている？」と思われる人をリストアップ（検診見受診・防災関係・税金や公共料金支払いの滞納）

◎ リストアップした人が 本当に困っているかどうか確認

- ・現時点で、その方を取り巻く地域包括ケアネットワーク^{※10}について情報収集
 - 介護認定申請の有無
 - パトロール隊訪問の有無
 - 地域包括支援センターの記録確認
 - SC
 - 社会福祉会福祉協議会
 - 民生委員など

- ◎つまづきに対して「本人にとっての普通の暮らし」を考え解決できる方向へ先導する
- ・フィードバックし、「振り返り会議（再検討）」の実施【自立支援型地域ケア会議】



【政策提言】

新たなネットワーク、社会資源の発掘と創生

- ◎つまづきに気づき、相談することで、日常の困りごとを解決できる

◎ 何かかが起きる前に実際に つまづいている人の情報を共有できる

- ・『地域ケア個別会議』を開催
 - ➡現時点で、その方に関わる、地域住民・関係者、専門職など（可能であればご本人、ご家族）へ声がけし、ご参加いただく
 - ➡地域ケアネットワーク関係者（行政職員・担当ケアマネ・パトロール隊・SC・社社・民生委員など）の「つまづき啓発」を促し「つまづき認識」のリテラシー向上を図る
- ・『地域ケア個別会議』の内容を共有
 - ➡必要に応じて、各関係機関へ情報共有・つなぐ

- ◎これまでの地域ケア会議は、介護認定を受けている方向け
→継続開催

- ◎これからの地域ケア会議は、介護認定を受けていない方向け（予後予測特化型地域ケア会議）
→追加開催

4 振り返り (チームや個人に起きた変化)

- ・アジャイルPGに参加し、チームや参加メンバーにどんな変化があったか、振り返ってみてください。

介護予防や認知症施策等「事業」の改善 (主語は行政)

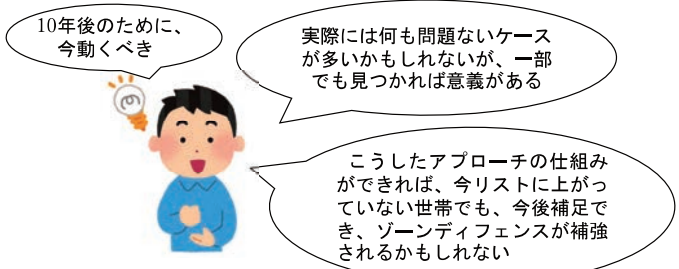
➔ 「住民」にとって「課題 (つまづき)」や「解決策」は何かを意識するようになった

- ・半年前の自分たちと今を比較して、何が違うのか
「これが課題かな」と迷いながら、組織、個人で動いていた
➔ ひたすら悩んでたどり着いた『取組む価値のあること (住民の困りごとを「先手を打って解決したい」)』に自信をもって、チームで取組む雰囲気がある



- ・行動、意欲、能力、チームの雰囲気等、何がどう変わったのか自由に記載してください。

- ➔ 日常会話に「真因は何か？」という一言が出るようになった
- ➔ 課題に対して、チームとして前向きな雰囲気になった



タイトル: 「実は...」と言いきり羽後町へ!

仮説 課題仮説	インプット 誰に	アクティビティ どう動かせる	アウトプット まずどうやって	アウトカム 何がわかる	インパクト あたいたい
現状 ➢ 本人や家族が困りへSOSを出せずに、一人で抱え込んでいる (あきらめ)	住民	具体的なつまづき事例やその相談先、介入した事例などの情報を、広報や出前講座、チラシ等で周知する	住民へつまづきのイメージを伝える	住民から、つまづきについて関心の高まりが伝わってくる ➢ つまづいている人の親戚や近所の人などから「この人はつまづいているのでは」と相談がくるようになる ➢ 「地域の集まりで、つまづきについて勉強したい」と依頼がくるようになる	住民から、つまづきを支える側になりたいという声が高まっていく ➢ 有償ボランティア団体への登録など ➢ OICなどでできるよ、という声など
課題 ➢ 本人が「つまづき」と気付いていない。気付いていても、外へ相談していない	パトロール隊	具体的なつまづき事例やその相談先、介入した事例などの情報を (一覧) を共有する ➢ パトロール隊やおたすけ隊とは毎月定例の打ち合わせで情報共有... (事業) とは2か月に1回運営強化会議にて共有する	日常で関わる人や事業所へ、つまづきのイメージを伝える	日常で関わる人や事業所から、つまづきについての関心の高まり (共感) が伝わってくる ➢ 定期的な打ち合わせや直接事業所へ訪問した際に、つまづいているのではないかと相手への理解について話聞ができるようになる	つまづきが集まり、その解決策や予防策について、既存の資源やサービスで対応できないようなものがあれば、新しい社会資源 (サービス) についても検討する
原因 ➢ 強い自覚 (つらい、分らない、というのが恥ずかしい、このくらいのこと、介護しているほかに家族も同じはずだ) ➢ 従来のパトロールが高い (相談しづらい) ➢ 地域包括支援センターの認知度が低い (そもそも相談先を知らない)	おたすけ隊 町内事業所 S/C 役場	おたすけ隊とは毎月定例の打ち合わせで情報共有... (事業) とは2か月に1回運営強化会議にて共有する 事業所 (商店、金融機関等) には必要に応じて出張型研修を実施する	日常で関わる人や事業所へ、つまづきのイメージを伝える	日常で関わる人や事業所から、つまづきについての関心の高まり (共感) が伝わってくる ➢ 定期的な打ち合わせや直接事業所へ訪問した際に、つまづいているのではないかと相手への理解について話聞ができるようになる	つまづきが集まり、その解決策や予防策について、既存の資源やサービスで対応できないようなものがあれば、新しい社会資源 (サービス) についても検討する
		③ つまづき可能性のある人を抜き上げる (S/C目標で)	つまづいている可能性のある人のリストができる	リストアップされた人が、実際に困っているかどうかを確認することができる ➢ 実際に困っていた人のケースから、困りごと (つまづき) とその相談先、代表的な事例を1覧として作成できる	つまづきが集まり、その解決策や予防策について、既存の資源やサービスで対応できないようなものがあれば、新しい社会資源 (サービス) についても検討する



参考資料 1 (用語解説)

- ※1 **社会福祉協議会 (社協)**
高齢者や障害者の在宅生活を支援するために、ホームヘルプサービス (訪問介護) や気軽に集える「サロン活動」や福祉教育の支援など、さまざまな福祉サービスを行い、地域の福祉活動の拠点として活動しています。
- ※2 **生活支援コーディネーター**
地域での支えあい、助け合いの仕組みを広げるため、社会資源を把握し、地域住民のニーズに合わせた福祉サービスの開発と育成、福祉ネットワークの構築、地域における支援に関するニーズと取組みのマッチングを行います。
- ※3 **資源マップ**
地域のみなさんが住み慣れた場所で、いつまでも安心して暮らせるように、支援の内容や参加できる活動などをまとめ、見やすく整理したマップです。
- ※4 **パトロール隊**
65歳以上のひとり暮らし等世帯等を対象として、週1回程度の安否確認や軽作業の補助等を目的に、5名のパトロール隊が巡回しています。
- ※5 **おたすけ隊**
住民ボランティアにより、主に買物に困難を抱えるひとり暮らし高齢者等から利用の希望があれば、毎週水曜日と土曜日に、ボランティアが利用者宅を回り、地元のスーパーで買い物支援を行っています。

- ※6 **地域包括支援センター**
介護・医療・保健・福祉などの側面から高齢者を支える「総合相談窓口」です。専門知識を持った職員が、高齢者が住み慣れた地域で生活できるように介護サービスや保健福祉サービス、日常生活支援などの相談に応じています。
- ※7 **認知症初期集中支援チーム**
認知症の専門知識を持った医療・介護の専門職が、認知症が疑われる人や、認知症の人やその家族のご自宅を訪問し、認知症かどうか診断のため受診を促したり、適切な医療サービスや介護サービスを紹介したり、困りごとについて一緒に解決策を考えるなど一週間集中的に支援するチームです
- ※8 **サロン**
地域で自主的に運営されている高齢者が気軽に集まれる交流の場・仲間づくりの場です。引きこもりや閉じこもり、孤独といった状況を未然に防ぐ効果もあります。
- ※9 **地域ケア会議**
高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく地域包括ケアシステムの実現に向けた会議です。地域包括支援センターが主催し、介護支援専門員や介護事業者、医療関係者、民生委員などが参加します。
- ※10 **地域包括ケアネットワーク**
高齢者や障がいのある人、その家族など、支援を必要とする人が、住み慣れたまちで安心して暮らし続けることができることを目的とした、地域のさまざまな団体のネットワーク。

参考資料 2 (令和5年度の地域ケア会議)

◎事例検討方法、事例情報提供について

・地域の介護支援専門員の方々と人材育成 (人材育成プログラム)の実施

【羽後町でサービスを提供いただいている専門職の方々が、『羽後町の財産』!!!】

・「地域ケア個別会議」と「地域ケア推進会議」との連動

羽後町地域ケア会議の推進

「地域ケア個別会議」と 「地域ケア推進会議」との連動

【新たな取り組み(介護保険適正化事業も兼ねて)】

◎介護保険適正化との連動と介入

→地域の介護支援専門員の方々が抱える、個別課題に対して、「地域ケア個別会議(ケース検討)」を実施(第2木曜日以外に、随時開催)。それにより、「アセスメント」、「ケアマネジメント」への介入し、後方支援を行う。

→短期入所生活介護(ショートステイ)長期利用者の方を対象に、ご家族、担当介護支援専門員(ケアマネ)、保険者(役場高齢者担当介護保険班担当者)、主任介護支援専門員(地域包括支援センター)が『現状の確認』と『ショートステイ長期利用』の必要性の有無を検討

地域の介護支援専門員の方々と 人材育成(人材育成プログラム)の実施

- 地域の新任介護支援専門員(基本的に事業所着任5年以内)の方々を対象。
地域ケア会議への事例提供を依頼…**人材育成プログラム実施**
- 承った情報を、羽後町地域包括支援センターのパソコンへ入力、「一括データ管理」。
- 担当介護支援専門員の方と共に羽後町地域ケア会議で事例検討…**人材育成プログラム実施**
- 地域ケア会議での各専門職の方々からのアドバイスをフィードバック
- ケアプラン作成支援、自宅の同行訪問、ケアマネジメント支援など、**羽後町地域包括支援センター完全バックアップ・サポート対応を実施**
- 事例検討後のフィードバック(再検討・報告)を確実にを行い、事例検討内容において、改善点や評価に基づき、必要に応じて軌道修正の提案
- 集合型、WEB型どちらでも柔軟な対応ができるように、ハイブリッド型で地域ケア会議を開催。新型コロナウイルスの感染状況に左右されない環境整備を行う。

◎介護保険適正化との連動と介入

効率化実現に伴う、 地域ケア会議におけるケース事例検討回数の引き上げ

→令和5年度、事例検討数、**目標2.0件**。

※昨年(令和4年度)は、月に1度、11回地域ケア会議を開催(4月開催は延期・中止)。

純粋な実績としての、事例検討数は1.3件。

→羽後病院リハビリテーション科、専門職(理学療法士、作業療法士)と連携。地域ケア会議への参加。

ケース検討における、積極的介入、福祉用具や住宅改修を実施する際のアドバイスをいただく。

個別ケース検討、個別課題の抽出、 地域課題の抽出



【政策提言】を目指す

令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告



つくばみらい市観光協会 Imiraikankou.com

高齢者の自分らしい生活を 支えるチームになるために



2024年2月5日

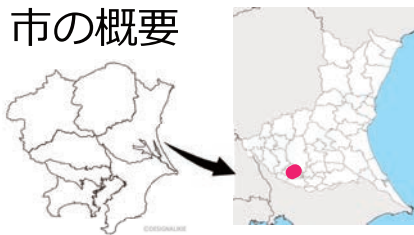
つくばみらい市 原田映美子



チームメンバー

所属	部署名	役職・職種	氏名
市役所	保健福祉部介護福祉課	課長	八木 勝則
		保健師	折口 友美
		主事	猪狩 淳
		係長 (保健師)	原田 映美子
社会福祉協議会	ボランティアセンター	センター長 (SC)	坂本 清貴
	地域包括支援センター	センター長 (保健師)	阿部 いづみ

市の概要



- ・人口 53,177人
- ・高齢化率 26.1%
(令和5年4月1日現在)
- ・面積 79.16km²
- ・地域包括支援センター
委託 1か所
ランチ(委託) 3か所
- ・生活支援コーディネーター
2名(社協委託)
- ・つくばエクスプレスにより、駅周辺の人口が急増
- ・既存の地域は高齢化が進んでいる



板橋不動尊(清安山不動院願成寺)
つくばみらい市観光協会 (miro-hankou.com)

2

2

PG参加前の課題(感じていたこと)

①総合事業を実施しているけれど、要支援認定者の多くが現行相当サービスを利用しているのはなぜ？

→ ・多様なサービスが創出されていないから
・足がないから地域の集いの場に行けない

②通所C、訪問C、介護予防地域ケア会議、生活支援コーディネーター・・・元気になる仕組みはあるが、それぞれの事業が連動していないという実感を多くの職員(行政側)が感じている

③「デイサービスに行きたい」「介護保険を使いたい」「申請するように言われた」と、窓口に来所する高齢者に総合事業ではなく申請を受ける→要支援認定→デイサービス

この流れを何とかしたい

現状を変えるため、私たちができていることを探りたい

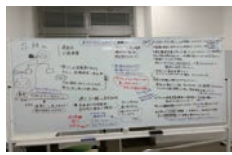
4

現状の把握

- 調べたこと
 - ・近隣市町と比較し、重度の認定者率が高い→軽いうちは認定を受けずに生活できているのか
 - ・近隣市町と比較し、施設サービス給付費が高い→在宅での生活が難しいのか？
 - ・個別事例1例を事例検討を実施→本人の思いより家族の思いが優先になっている？
(包括が担当している要支援者のうち、約2割が家族から「デイに行かせたい」という理由での申請)
- 聞いてきたこと
 - ・包括▶本人に思いを確認しても「〇〇したい」という明確な意思表示がない場合が多い→本音を伝えていない(本音を聞き出せていない?)
 - ・包括▶「デイに行きたい」と本人や家族から言われると、その希望を取り入れたケアプランを作成している。
 - ・包括▶高齢者本人は「家族にお世話になるしかない」、「家族にお任せします」と言われる→家族の意思に従う
 - ・窓口対応職員▶「申請したい」と窓口に来る家族に本人の生活の様子を聞き取りしても、家族はわからない場合が多く、状況がわからないまま申請手続きをしている→何に困って申請に来たのかが不明
 - ・SC▶ボランティアや地域活動に参加している高齢者はとてもいきいきとしている。地域や家庭で役割があると元気でいられる。
 - ・ケアマネ▶地域の通いの場合は移動手段のない高齢者にとって参加が難しいと思う。足がないため無理。
 - ・行政▶
- 話し合ったこと、考えたこと
 - ・「デイサービスに行きたい」の本質は何？→自身の希望を言葉にできないから
 - ・デイには送迎があり、家族に迷惑をかけないから…本質本音を聞き取っていないのではないのか
 - ・自立している状態から申請に至るまでの過程で誰か(SC、介護予防事業担当者、保健師等)が虚弱の状態に気付いているにもかかわらず、認定を受けるまで介入できていないのではないのか。

5

現状の検証



事例1 本人より家族の意向を反映した支援になっている事例

- ・ 78歳男性
- ・ 娘より介護福祉課へ、介護申請について相談がある「動かないため、弱ってしまっている。何とかしたい」どこか行けるところはないか
- ・ 本人について
 - ・ 16年前に妻と死別後、独居。もとはプロゴルファー。
 - ・ 市内のゴルフ場に勤務していたが、最近10年ほど親戚の保育園の理事長を務めていた。
 - ・ 理事長時代は事務仕事が多。退職し、独居生活を送っていたが、最近ソファからの立ち上がり困難
 - ・ (何かにつかまりながらようやく立ち上がれる)。スーパーは車で行き、カートを使いたくはない。調理はほとんどせず、総菜を食べている(もたら)。身の回りのことはできる。
- ・ 包括支援センターと介護福祉課で訪問→まずは、通所Cを利用しましょう。事業対象者。本人は拒否なし(積極的にいきたいという意思はない)
- ・ 本人の思い
 - ・ 困っていることはない
 - ・ 寝たきりにはなりたくない
 - ・ 散歩はしたい
- ・ 通所Cでは、当初は無くて、いやいや参加という感じ。「早く迎え(天から)が来ないか待っている」という発言あり(うつを疑う)。しかし、少しずつではあるが積極性も生まれ、自ら歩行訓練をしたと訴えるようになる。最近ではバナーゴルフに興味を持ってきた。
- ・ 包括支援センターの思い
 - ・ 通所C終了後は、サロン等に通ってほしいが、「足がないため(最近免許返納した)」行ける場所がない
 - ・ このまま支援を終えていいのか、通所C延長はできる？
 - ・ デイサービス行ってくれるかな

事例2 本人の思いや希望をうまく聞き取れず、家族や通所Cの思いが本人、ケアマネより先行した事例

現状の把握

- 【本人】
- ・ あきらめ、介護保険にお世話になりたい、家族に迷惑をかけたくない、家族にお任せします
- 自分の意思、思いを誰に、どのように表出したらよいかわからない
- 【家族】
- ・ 介護サービスをつかえば安心、本人の普段の生活状況を知らない、病院から申請をすると言われた
- 本人の生活状況を知らない、地域資源を知らない
- 【包括・ケアマネ】
- ・ 家族の希望を取り入れたプランを作れば家族もケアマネも安心、地域資源や総合事業より介護サービスを利用したほうがスムーズに進められる、送迎がないと外出できない
- 本人の望む生活に焦点を当てた支援になっていない、優先順位が低い
- 【行政】
- ・ 総合事業の本質が理解できていない
- ・ 市が目指す姿を明確にできていない
- 総合事業を「誰を、どんな状態にするため」に実施しているのかが明確になっていない(事業ありきの感覚)。高齢者の暮らしの実態をみていない

7

目指す姿を実現するための課題

目指す姿	要支援や事業対象者になっても、元の生活に戻ることを諦めず、自分らしい生活を送ることができる
課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人とその家族が本人のできないことではなく、できることを見つけれられるような関わりができる ● 高齢者は元に戻れないという思い込みを払しょくする ● ケアマネジャーが、自立支援に向けたケアマネジメントを行えるようになる ● 介護福祉課はじめ包括やケアマネがSCの役割を理解し、本人が自分らしく生活できるための情報を共有

真因は…

- 本人… 諦め、自信の喪失、役割の縮小、喪失（家族が先回り・地域の中で役割がない）
- 家族… 介護保険制度の理解が不十分、本人の生活状況が分からない、本人の困りごとや思いを知らない
- 介護福祉課… 課内で話し合う機会が少ない、異動も多く、制度理解が不十分中で業務を行っている。市としてどうなのか、はっきり示していない 関係者に対し、総合事業について理解をしてもらえようという説明ができていなかった
- 包括… 自立支援に対する認識やとらえ方に差がある。自立支援への取り組みへの不安（介護保険卒業させていいのか）自立支援に向けたケアプラン作成、高齢者への支援についての負担感がある（特に要介護のケアプラン業務をやってきた包括職員）ケアマネ業務自体への負担感（総合相談業務増大）
- SC… 高齢者個人への支援を繋げる必要性を把握する機会がない（協議体の運営業務が主となっている）

目指す姿を実現するための課題

目指す姿	要支援や事業対象者になっても、元の生活に戻ることを諦めず、自分らしい生活を送ることができる
課題	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人とその家族が本人のできないことではなく、できることを見つけれられるような関わりができる ● 高齢者は元に戻れないという思い込みを払しょくする ● ケアマネジャーが、自立支援に向けたケアマネジメントを行えるようになる ● 介護福祉課はじめ包括やケアマネがSCの役割を理解し、本人が自分らしく生活できるための情報を共有

この課題を解決すれば本当に目指す姿に近づけられるのか…迷い



なぜ迷いが生じた？

- ・ 本PGの参加を呼びかけた包括、SCも多忙を理由になかなか参加がかなわなかった（包括からは数人参加を呼びかけたが、1人しかエントリーがかなわなかった）
- ・ 介護福祉課職員が減員となってしまう、総合事業に関わる職員減を余儀なくされている
- ・ ロジックモデルを作ってみたけど、うまくできる自信がない

忙しさを理由に何も変わらないのでは…

真因は…

解決すべき課題に対する本当の原因は何か？

■行政（介護福祉課）

事業ありきの考え方を払しょくする→通所Cの参加者数が増えない、介護予防地域ケア会議にケースが上がってこない…包括の責任にしたいのか

■包括（社協委託）

- ・ 介護予防ケアマネジメントは居宅のケアマネ感覚でやっている職員が多いことに気づいた→改善可能か、良くなりそうか、という予後予測をする必要性を感じていない
- ・ 包括職員間でも思いを共有できていない、同じ意識で取り組めていない
- ・ 包括内にもあきらめ感がある → 要支援の認定がつくと、サービス卒業は無理（非該当にしてほしい）

■生活支援コーディネーター（社協委託）

- ・ 協議体の運営で手一杯な状況。高齢者個人の困りごとに対して地域資源につなげるとしても、どのように繋げるのか具体的方法がなかった
- ・ 今さら言われても…困る

私たち行政・包括・SCに、
高齢者の日々の暮らしを支える、再び少し前の良い状態に戻すという熱い思いが必要

- ・ そのためには、三者間の情報共有（話し合うこと、語り合うこと、分り合うこと）をもっと行う
- 高齢者へのかかわり方を変えていく

実行プラン まず何からやるか

「行政、包括、SCが思いを出し合い、課題感を共有し分り合う」
 「行政・包括・SCがチームになる」

①包括が関わった要支援者で、ケアマネジメントがうまくいった事例、いい感触を得られた事例を共有する

誰に	どのように	いつまでに	期待する望ましい変化
行政 包括 SC	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 包括会議内で、包括がケアマネジメントしている事例を紹介できる時間を設ける ✓ 毎月1回介護福祉課総合事業担当職員、包括職員、SCが集まり、通所C訪問C利用者の状況及び介護予防地域ケア会議で出された事例についての情報共有、情報交換会を開催する ✓ 介護予防地域ケア会議で、ケアマネがよい関りができたと思う事例を提供してもらい、何がよかったのか検証する機会をつくる ✓ 高齢者の望む姿を叶えるための支援の在り方を意識して豊明市地域ケア会議を見学する 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 令和6年4月から開始 ✓ 令和6年4月から ✓ 令和6年3月から ✓ 令和6年4月 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アセスメント方法や本人への聞き取り方について包括内で共有できる ・ サービスありきの支援の在り方から本人の望む生活を実現するための支援の在り方にシフトできる ・ 介護予防ケアマネジメントを包括内やリハ職で共有することができる

うまくいっているかモニタリング

- 包括が直接担当している要支援者について包括職員で紹介できる
- 毎月1回の情報交換会を開催できる
- 介護予防地域ケア会議でよい関りができた事例を検討できる
- 包括職員全員が豊明市地域ケア会議を見学できる

実行プラン まず何からやるか

「行政、包括、SCが思いを出し合い、課題感を共有し分り合う」
 「行政・包括・SCがチームになる」

②ケアプランの作成に複数の意見を出し合って作る仕組みを構築する

誰に	どのように	いつまでに	期待する望ましい変化
包括	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 初回アセスメント訪問時は複数の包括職員またはリハ職同行訪問を活用できる体制をつくる ✓ ケアプラン作成後は担当者会議までに包括地区担当職員とケアプランを見る時間を作る（特に目標設定） ✓ 介護予防地域ケア会議の方法を変更する <ul style="list-style-type: none"> ・ 「この事例を」考えるから、「この事例で」考える検討方法へ変更 ・ アドバイザーだけでなく、見学者（市内事業所）からの意見も聞けるように体制を変える ✓ 総合事業について包括職員が知る機会を作る <ul style="list-style-type: none"> ・ 通所Cリハ職による研修会を開催する ・ 総合事業についての研修会を開催する ・ 開催後は定期的に意見交換会（市の目指す姿に近づけるための支援の在り方について）を実施する 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 令和6年3月末までに ✓ 令和6年3月末までに ✓ 令和6年2月末までに ✓ 令和6年1月に県主催研修会を受講 ✓ 令和6年4月～5月に実施できるよう準備 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジメントの癖を知り、他の職員のケアマネジメントを知ることでよりアセスメントを考案し入れることができる ・ 自立支援に向けたケアマネジメントの必要性を客観的に学び、根拠のある支援の在り方と理解できる

うまくいっているかモニタリング

- 複数職員で初回アセスメント訪問ができる
- 研修会を開催できる
- 介護予防地域ケア会議アドバイザーの理解を得られる
- 意見交換会を開催できる

実行プラン まず何からやるか

「行政、包括、SCが思いを出し合い、課題感を共有し分り合う」
 「行政・包括・SCがチームになる」

③介護保険申請→包括相談の流れをつくる

誰に	どのように	いつまでに	期待する望ましい変化
行政 包括	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 介護福祉課窓口 ✓ 窓口対応職員に、総合事業について説明し理解を得る ✓ 申請～認定～サービス利用の流れの説明について内容を修正し、窓口対応職員全員に説明、理解を得る ✓ 介護認定申請時、介護保険相談票を全員に行う ✓ フレイル状態の方を抽出するため介護保険相談票を修正する ✓ 介護保険相談票で要介護認定になりそうな方以外は包括の窓口へ案内する ✓ 介護保険相談票及び申請者への相談案内リーフレットを作成する ✓ 包括の窓口対応職員（当番職員）の見える化 ✓ 窓口相談→複数職員による訪問→望む暮らしを叶える（元の生活に戻ることを諦めない）ケアマネジメントの実施の流れをつくる 	<ul style="list-style-type: none"> 令和6年3月までに体制を整備する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 窓口対応職員が心理的な抵抗を感じることなく、包括へ申請者を引き継ぐことができる ・ 窓口来所者が包括と早期に相談につながり、認定を待たずに支援に繋がることができる

うまくいっているかモニタリング

- 窓口で全員にチェックシートを実施できる
- 基本チェックリスト実施者（事業対象者）数が増加する

アジャイル政策形成の仕掛け

(次なる改善につなげるための方策)

高齢者の自分らしい生活を支えるチームメンバーを増やす

誰に	次なる改善につなげるための方策
SC	✓ケアマネ会でSCの役割を説明するとともに顔の見える関係づくりを行う
介護事業所	✓介護予防地域ケア会議に参加を呼び掛ける 見学だけでなく、意見交換にも参加してもらう
高齢者本人・家族	✓自分らしい暮らしを諦めない支援を行っていくことについて広報紙や出前講座で周知する
リハ職	✓リハ職情報交換会への参加を呼びかけ 元の生活を諦めないための支援のあり方を一緒に検討していく
居宅のケアマネ	✓ケアマネ会で総合事業の説明および市が実施している総合事業の案内、利用方法の説明を行う ✓介護予防地域ケア会議への事例の提供を呼びかける

14

振り返り (チームや個人に起きた変化)

- 「このまま漫然とやっていたはいけない」という意識を共有できた
- 私たちが何とかしなければという思いが強かったが、居宅のケアマネジャーや訪問リハ事業者、通所Cのリハ職など、高齢者ができることを諦めさせたくないという思いを共有できる専門職がいることに改めて気づいた
- 高齢者の生活を支える役割がある介護福祉課、包括、SCが思いを共有すること→委託仕様書だけでは測れない
- 行政・包括・SCのコミュニケーションを密に取ることの大切さ
 - 高齢者の日常生活(ふつうの暮らし)を支える関係機関と積極的にコミュニケーションを取る
 - 高齢者(住民)とも直接コミュニケーションを取る

15

ロジックモデル

タイトル: 要支援認定者や事業対象者になっても、元の生活に戻ることができず、自分らしい生活を送ることができる。

課題状況	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
<p>現状</p> <p>高齢者が元々の生活に戻ることができず、自分らしい生活を送ることができない。</p> <p>本人は、年だから仕方ないというあきらめ感がある。</p> <p>家族は、本人のものを生活を支えるために介護保険サービス利用を希望している。</p> <p>行政は、申請窓口、認定調整時に希望するサービスを利用できないままになっている。</p> <p>包括は、サービスに合わせたケアプランを作成している。但し、本人の思いや希望を十分に反映できていない。</p> <p>SCは、個別ケースとしての関わりが少なく、地域資源へ繋がらない。</p>	<p>本人・家族</p> <p>本人・家族が介護保険サービスを利用し元々になかった事例を知ってもらう</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>

タイトル: 要支援者や事業対象者になっても、元の生活に戻ることができず、自分らしい生活を送ることができる。

課題状況	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
<p>原因</p> <p>高齢者は元の生活に戻ることができず、自分らしい生活を送ることができない。</p> <p>本人・家族は、介護保険サービスを利用し元々になかった事例を知ってもらう</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>本人・家族</p> <p>本人・家族が介護保険サービスを利用し元々になかった事例を知ってもらう</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>

タイトル: 要支援認定者や事業対象者になっても、元の生活に戻ることができず、自分らしい生活を送ることができる。

課題状況	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
<p>課題</p> <p>本人は家族に迷惑をかけたという気持ちがある。相談になった時点であきらめ感を持っている。</p> <p>家族は本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>高齢者は元に戻れないことを何となく感じており、強い不安を感じている。</p> <p>包括やケアマネがCの役割を知らない。</p>	<p>包括</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p>	<p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p>	<p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p>	<p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p>	<p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p> <p>包括が本人の望む生活への解決策を探している。</p>

タイトル: 要支援者や事業対象者になっても、元の生活に戻ることができず、自分らしい生活を送ることができる。

課題状況	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
<p>原因</p> <p>高齢者は元の生活に戻ることができず、自分らしい生活を送ることができない。</p> <p>本人・家族は、介護保険サービスを利用し元々になかった事例を知ってもらう</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>本人・家族</p> <p>本人・家族が介護保険サービスを利用し元々になかった事例を知ってもらう</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>	<p>高齢者に対する支援のあり方について、行政・包括・SCの連携を強化する</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p> <p>※行政窓口で事業を知り参加を促す</p>

タイトル：
要支援者や事業対象者になっても、元の生活に戻ることを諦めず、自分らしい生活を送ることができる

課題 課題状況	インプット 誰に	アクティビティ どこ/どのように	アウトプット まじりながら	アウトカム 何がわかる	インパクト おぼたせ
	通所 事業所	<p>必通所の目的、対象者について事業スタッフと再確認</p> <p>事業スタッフ間で通所Cの現状を把握していることを共有する</p> <p>各通所Cの役割、機能を再確認する</p> <p>必通所についてケアマネに知らせてもらうための研修会を一緒に実施する</p> <p>成功事例がうまくいかなかった事例も含め、通所Cで目指していることをケアマネに伝える</p>	<p>通所Cの目的、対象者について事業スタッフと再確認すること</p> <p>通所Cについて、ケアマネに知らせてもらうための研修会を一緒に実施することができた。年1回</p>	<p>対象者の身体的、心身の傾向がわかる</p> <p>通所Cの目的、対象者について事業スタッフと再確認すること</p> <p>必通所の役割、機能を再確認する</p> <p>必通所について、ケアマネに知らせてもらうための研修会を一緒に実施することができた。年1回</p>	<p>通所Cの目的、対象者について事業スタッフと再確認すること</p> <p>必通所の役割、機能を再確認する</p> <p>必通所について、ケアマネに知らせてもらうための研修会を一緒に実施することができた。年1回</p>
	市内 リハ専門職	<p>市内事業所・医療機関に勤務しているリハ職にリハ職情報交換会の開催案内を改めて行い、リハ職情報交換会に参加促す</p> <p>開催目的、内容を明確に伝え参加者を募る</p> <p>高齢者が元の生活に戻ることを諦めないための支援の在り方について一緒に考える</p>	<p>市内事業所・医療機関に勤務しているリハ職にリハ職情報交換会の開催案内を改めて行い、新たに参加するリハ職が増えた。4ヶ月に1回</p>	<p>リハ職同士が顔の見える関係になる</p> <p>リハ職としてできることを確認する</p> <p>リハ職同士が顔の見える関係になる</p> <p>リハ職としてできることを確認する</p>	<p>市内事業所・医療機関に勤務しているリハ職にリハ職情報交換会の開催案内を改めて行い、新たに参加するリハ職が増えた。4ヶ月に1回</p>
			<p>勤務先は通所でもリハ職の専門的知識と思いのよきと業務に連携していることを再確認できる</p> <p>成果高齢者に関する中や課題を話しあう</p>	<p>リハ職同士が顔の見える関係になる</p> <p>リハ職としてできることを確認する</p> <p>リハ職同士が顔の見える関係になる</p> <p>リハ職としてできることを確認する</p>	<p>市内事業所・医療機関に勤務しているリハ職にリハ職情報交換会の開催案内を改めて行い、新たに参加するリハ職が増えた。4ヶ月に1回</p>
			<p>リハ職がどのような悩みや思いを抱えているのか、介護福祉士がどのような悩みや思いを抱えているのか、介護福祉士がどのような悩みや思いを抱えているのか、介護福祉士がどのような悩みや思いを抱えているのか</p> <p>リハ職同士が顔の見える関係になる</p> <p>リハ職としてできることを確認する</p>	<p>本人との関わりが「お世話型」から「見える型」に変化する</p> <p>各部門間の連携がわかる</p> <p>必通所の役割、機能を再確認する</p> <p>必通所について、ケアマネに知らせてもらうための研修会を一緒に実施することができた。年1回</p>	<p>ケアマネが、どのように通所Cを利用すれば生活を実現できるかを知ることができる</p> <p>通所C事業者が、利用者の卒業後の生活を実現するためにどのような役割を担うべきかを学ぶことができる</p>

3 実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
①高齢高齢者への支援について、ありたい姿を開発者に共有する	<ul style="list-style-type: none"> 課内検討会を実施し、今回の研修で考えた「目指す姿」を共有する 包括と目指す姿を共有するための研修会を開催する 包括・SC・介護福祉課介護支援係で包括ケアに関する情報交換会を定期的に開催する 市内事業所を対象とした地域包括ケア研修会を開催し、本市の目指す姿について説明し、理解を得る 	地域リハ活動支援事業
②窓口での対応の際の聞き取り方法・内容の再検討	<ul style="list-style-type: none"> 窓口対応職員が窓口対応時に苦慮することを聞き取りする 包括へのつなぎ方（例：認知機能低下での申請の際は包括へ繋ぐ等）フローチャートを作成し、包括へ了解をもらう 分かりやすい相談窓口への工夫（来庁者から見やすい位置に相談窓口の掲示） 	
③要支援者の認定者に対する通知内容の検討	<ul style="list-style-type: none"> 包括へ相談の案内を再検討する サービス未利用者への更新通知方法について認定担当者検討を行う 	
④介護予防地域ケア会議の実施方法の再検討	<ul style="list-style-type: none"> アドバイザーと、目指す姿を共有するため説明を実施 目指す姿を実現するための会議の在り方について検討を行う アドバイザーに豊明市地域ケア会議を見学してもらう 	地域ケア会議推進事業
⑤自立支援に向けたケアマネジメントについて改めて学ぶ機会を作る（なぜ必要か？について）	<ul style="list-style-type: none"> 介護福祉課、包括に対し動画による研修会を実施する ケアマネ事業所、デイ、訪問介護事業所職員を対象に研修会を実施する 研修実施後継続して勉強会を開催する 	

3 実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
⑥業務分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 包括の3地区3職種体制見直しを検討する 包括人員、体制について検討する 委託先である社協の理解を得るため、上司同席のもと打ち合わせを行う 	
⑦要支援認定者に対するアセスメント方法についてのガイドラインを一緒に作成する	<ul style="list-style-type: none"> 主マネ会で、予防ケアプラン作成に関する課題等を聞く機会を設けてもらう 参加意欲や介護予防の視点でのアセスメントを行う上での困難感や工夫などについて意見交換を行う 要支援認定者に対するアセスメントの方法について参考となる問い合わせ方法、言葉、などについて検討を行う ガイドラインを作成し、市内居宅に利用について説明を行う 	
⑧元に戻る高齢者に積極的に関わることの重要性を確認する	<ul style="list-style-type: none"> 要支援認定後、1か月経過してもケアマネジメントの届け出がない方に生活状況の確認のための電話訪問を行う 電話訪問後、必要な方は介護予防ケアマネジメントを実施し支援を実施する 	
⑨介護保険サービスを利用し元気がなくなった事例を知ってもらう	<ul style="list-style-type: none"> 利用者に対して説明しやすい事例についてリーフレットを作成する アセスメントの結果フレイル状態の方へリーフレットを使って説明する リーフレットについて、ケアマネへ周知しアセスメントの際に活用してもらう 	
⑩介護予防事業を知り、参加してもらう	<ul style="list-style-type: none"> 申請時、介護予防事業についてリーフレットを用いて説明する 	

3 実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
⑪相談窓口である包括の周知	<ul style="list-style-type: none"> 広報紙への掲載 市HPの情報内容を更新するよう、窓口対応職員に依頼する 申請時包括のチラシを配布するよう、窓口対応職員に依頼する 	
⑫元の生活に戻ることや諦めないための支援を受け入れる	<ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議では、必ず本人の思い、意見を表現する時間を設けるようケアマネに依頼する 包括の委託担当は、ケアプランに、地域のインフォーマルサービス利用について提案し意見として記載する 	
⑬SCの業務内容を知る機会を設ける	<ul style="list-style-type: none"> SCの業務内容を知るため、担当者間の情報交換会を開催する SCの業務について、困難感や改善できそうな点について検討する 	
⑭高齢者個人への支援に繋げる必要性を理解してもらう	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防地域ケア会議に出席を依頼する SCの役割についての意見交換を実施する 委託仕様書の内容について、上司を交えて検討する 	
⑮ケアマネ会に出席し、SCの役割を知ってもらう	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネ会でSCの役割について説明する 具体的事例を用いて説明する ケアマネとSCが顔の見える関係を作る 	

3 実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
⑯ケアマネ会で通所Cについて知ってもらう機会を作る	<ul style="list-style-type: none"> 通所C委託事業者と一緒にケアマネを対象とした研修会を実施する 通所Cを自由に見学してもらえよう、会場・日程を周知する ケアマネ、デイの職員を対象に、通所Cで実際に行っている利用者の意欲を高めるための声掛けや関わり方、参加者の気持ちをあげるための方法について学ぶ研修会を開催する 	通所型サービス事業
⑰主マネ会で要支援者のケアプラン作成についての情報交換を実施する	<ul style="list-style-type: none"> 要支援者と要介護者のアセスメント方法について気をつけていることや工夫していることを聞く 	
⑱デイサービスの情報整理を一緒に行う	<ul style="list-style-type: none"> 主マネ会で、各々が知っているデイの特徴などの情報を教えてもらう 自立支援のために知りたいたいデイの情報を主マネに収集してもらう 利用者の「やりたいこと」をかなえる視点で情報をまとめる ケアマネ会で周知して使ってもらい（使った感想をもらう） 	
⑲要支援者がデイサービスでどのように過ごしているか聞く。見学させてもらう	<ul style="list-style-type: none"> 協力を得られそうなデイサービスに見学を申し出る 包括に協力してもらい、包括が担当している利用者のデイでの過ごし方を見学する デイスタッフから、要支援者への対応について意識していること、苦慮していることなど聞かせてもらう 	地域リハ活動支援事業
⑳本人の望む生活をかなえるため、デイサービスとして工夫してもらう	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン（短期目標、長期目標）に沿った支援方法について聞かせてもらう 要支援者が、やりたいことを諦めないための支援として、ケアマネや保険者に望むことについて聞かせてもらう 	

3 実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
⑳通所Cについて、ケアマネと一緒に実施する	<ul style="list-style-type: none"> 通所C事業者と一緒に、これまでも通所Cを利用した方について、振り返りを実施する 本人の望む生活に近づけるための支援として好事例をあげるとともに、うまくいかなかった事例もあげ、その要因・原因を探索する ケアマネへの研修会での資料を作成する 	地域リハ活動支援事業
㉑地域にどんな資源があるか一緒に探す	<ul style="list-style-type: none"> 通所C事業者と一緒に、通所C利用者各々が「やりたいこと」を叶えるために利用（参加）できる資源をサービス終了までに探し、サービス利用期間中に担当ケアマネに提案する 利用（参加）できる資源がない時にはSCに相談する 	
㉒市内事業所・医療機関に勤務しているリハ職の情報交換会を開催する	<ul style="list-style-type: none"> 市内事業所のリハ職員の人数、職種の確認 リハ職情報交換会の開催（年3回） 	
㉓元の生活に戻ることや諦めないための支援の在り方について一緒に考える機会を作る	<ul style="list-style-type: none"> リハ職情報交換会で、以前の生活を取り戻す、または取り戻すことを目標とするために必要なアセスメントの視点について意見交換を行う 高齢者の意欲を高めるアプローチについて意見交換を行う 主マネ会と作成する 	

在宅医療・介護連携支援センター の機能拡充 ～若年の精神疾患への対応～

2024年2月5日
千葉市
久保田 健太郎

チームメンバー情報

所属	部署名	役職・職種	氏名
千葉市役所	在宅医療・介護連携支援センター	所長	久保田 健太郎
千葉市役所	在宅医療・介護連携支援センター	主査	内田 健一郎
千葉市役所	在宅医療・介護連携支援センター	主任薬剤師	安田 佑也
千葉市保健医療事業団	在宅医療・介護連携室	室長(看護師)	伊藤 智恵
千葉市保健医療事業団	在宅医療・介護連携室	主査(看護師)	奥村 恵美子

千葉市の概要



- ・人口:979,281人
- ・高齢化率26.3%
(令和5年7月1日現在)

○千葉県の県庁所在地であり、政令指定都市として、首都圏の一翼を担う。
中央区の千葉駅周辺や美浜区の幕張新都心を中心に商業圏が広がり、国際拠点港の千葉港や、製鉄・火力発電など京葉工業地帯の中核的工業都市である一方で、北部の稲毛区・花見川区や東部の若葉区・緑区は豊かな自然環境が広がり、農業も盛んであるなど、多様な顔を持つ。

千葉市では、地域包括支援センターをあんしんケアセンターの名称で、出張所含め28圏域32か所設置し、すべて委託となっている。

2

1 課題解決ストーリー(サマリー)

【現状】

- ・千葉市在宅医療・介護連携支援センター(在宅センター)では、医療・介護専門職がより連携できるよう、相談支援や研修支援などに取り組んでおり、原則として、市民への支援は実施せず、専門職に対する支援に特化している点が特徴である。⇒ロジックモデルのインパクト(ありがたい姿)の対象も市民ではなく医療・介護専門職としている
- ・相談支援などから在宅療養現場の課題を把握し、具体的な取り組みに繋げるなど、これまでの実績から市内の医療・介護専門職からは一定の評価を得ている。
(一定の評価の具体例)
 - ・各専門職の専門性、報酬制度、事業所の運営など、現場の事情を理解しているのでとても心強い。
 - ・伴走型の支援など市民への直接支援を実施していないことで、俯瞰的な立場からの助言が可能になっていると思う。在宅センターに相談することで、自分の考えを整理することができる。

【問題・課題】

- ・介護保険の事業として在宅センターが運営されていることから、支援対象は高齢者分野が中心となる。医療的ケア児や若年の精神疾患(8050の50のケースなど)に関する支援ニーズも増えているが、制度的な限界もあり、十分に対応できていない。
- ・高齢者以外の分野に対して支援の範囲を広げるためには、新たに資源情報や課題を把握するなどの活動が必要であり、そのためには介護保険以外の財源でコーディネーターを増員する必要がある。
- ・増員にあたっては、一般会計での予算確保が必要となることから、特定財源のある介護保険特会に比べて増員の必要性がより厳しく査定されることとなる。在宅センターによる専門職への支援が、支援を必要とする市民にどのように影響しているのか、財政課の担当職員など専門職以外にも理解できる言葉で説明する必要がある。

3

2 実行プラン(アクティビティの具体策)

【在宅センターの活動がどのように市民に活かされているのかを聞き取る】

- ・職能団体や相談支援機関から、在宅センターの活動がどのように活かされ、結果的に市民にどのように影響しているのか聞き取る。(過去にヒアリングの場を設けたことはない。)

【コーディネーター増員のための予算を確保する】

- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点(保健医療計画により位置付けられる拠点)整備のための県補助事業を要望し、コーディネーター増員の財源とする。
- ・令和6年度当初予算での予算確保が難しい場合も、令和6年度補正予算での予算確保を目指す。

【企業版ふるさと納税での財源確保を目指す】

- ・予算化をより確実とするため、医療・福祉分野で本市と連携協定を締結している企業に対して、企業版ふるさと納税での在宅医療・介護連携分野に対する寄付について提案する。

【精神疾患が疑われるケースへの対応方法を学ぶ】

- ・認知症初期集中チームから、精神疾患が疑われるケースへの対応方法について聞き取るなど、まずは精神疾患を疑われる高齢者のケース対応について情報収集する。

4

3 アジャイル政策形成の仕掛け

(次なる改善につなげるための方策)

【地域共生社会推進事業部在宅医療介護連携推進班の活用】

- ・市役所のバーチャル組織である地域共生社会推進事業部在宅医療介護連携推進班を包括的支援体制整備班に名称変更し、重層事業の相談窓口と連携しながら、在宅センターの多世代対応の進捗を組織内で共有する。
- ・班活動の成果を、財政・人事担当などにも定期的に報告する。

【千葉市在宅医療推進連絡協議会の活用】

- ・医師会などの職能団体の代表をメンバーとする在宅医療推進連絡協議会(年2回の開催)において、本プログラムで作成したロジックモデルを活用し、若年の精神疾患対応などについて課題や取り組みの見える化を図り、医療・介護関係者と取り組みの進捗を共有する。
- ・三師会、ケアマネ協議会、訪看協会などの外部の関係者への働きかけを目的とする。

5

4 振り返り(チームや個人に起きた変化)

【在宅センターの存在意義への気づきと共有】

- プログラム参加前は、在宅センターの存在意義をチーム内で議論する機会が少なかった。プログラムに取り組み中、市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。
- 在宅センターは、**専門職へのコンサルタント的な役割**も担っており、その点も専門職から評価されている。財政担当者など専門職以外の関係者にも在宅センターの存在意義を理解してもらうためには、まずは、**チームメンバーで在宅センターの存在意義を共有**する必要があると気づけた。
- 専門職に対する様々な支援が、市民にも影響を及ぼしていることが分かり、今までの取り組みが活きていると実感できた。

【在宅センター多世代対応への覚悟の変化】

- 在宅センターの多世代対応は、法的な義務など、明確に求められているものではないため、プログラム参加前は、チーム内でも考えに差があった。プログラムに取り組む中で、**高齢者分野以外の相談について分析した結果、その大半が精神疾患に関する相談**であることが分かった。
- 精神疾患に関する相談を分析した結果、とくに若年の精神疾患が疑われるケースについては十分に対応できないことが明らかとなった。地域包括支援センターの職員が80の50ケースに翻弄されて疲弊するといった現実もあり、**支援者が疲弊せずに高齢者や若年の精神疾患患者を支援できる体制構築**を目指して、何が何でも**コーディネーターを増員し、在宅センターの対応力を向上**させたいとの覚悟が固まった。

タイトル:8050ケースにおける50(精神疾患患者)に対する支援

現状	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
課題状況	誰に	どう働きかける	まずどうやって	何が変わる	ありたい姿
現状	①在宅センターに寄せられる8050ケースの増加に伴い、50の50の存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	②在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	③在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	④在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	在宅センターとして、若年の精神疾患に関するケースでも、医療・介護専門職への支援を行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	⑤在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑥在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑦在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑧在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援を継続しながら、若年の精神疾患に関するケースでも、医療・介護専門職への支援を行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	⑨在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑩在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑪在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑫在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	⑬在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑭在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑮在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑯在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	⑰在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑱在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑲在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	⑳在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	㉑在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉒在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉓在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉔在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	㉕在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉖在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉗在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉘在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	㉙在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉚在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉛在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉜在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	㉝在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉞在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㉟在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊱在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	㊲在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊳在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊴在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊵在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	㊶在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊷在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊸在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊹在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	㊺在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊻在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊼在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊽在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。
課題	㊾在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊿在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊿在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	㊿在宅センターの存在意義を再確認する機会が少なかった。市民への直接支援をしない在宅センターだからできる支援があり、それが専門職にとって役立っていることに気づけた。	高齢者への支援者だけでなく、若年の精神疾患患者に対する支援も行うことができる。相談支援、生活支援などの支援が実施されている。

企業版ふるさと納税

参考資料

千葉市では企業の皆様から『企業版ふるさと納税』を受け付けております！

概要	<ul style="list-style-type: none"> 企業が地方創生のための財源を支援する制度であり、地方公共団体が行う地方創生事業に対する企業の寄附について税額控除の優遇措置を実施する制度 企業は寄附額の6割分を税額控除、3割分を損金算入することで最大9割の税制メリットを受けることが可能となる 現物寄附も基本的には可能であり、寄附した時点で時価によって寄附額を算出する 				
通常の寄付制度	<table border="1"> <tr> <td>全額損金算入による経減効果</td> <td>企業負担：約7割</td> </tr> <tr> <td>約3割 国税+地方税</td> <td></td> </tr> </table>	全額損金算入による経減効果	企業負担：約7割	約3割 国税+地方税	
全額損金算入による経減効果	企業負担：約7割				
約3割 国税+地方税					
令和元年度まで	<table border="1"> <tr> <td>全額損金算入による経減効果</td> <td>企業負担：約4割</td> </tr> <tr> <td>約3割 国税+地方税</td> <td></td> </tr> </table>	全額損金算入による経減効果	企業負担：約4割	約3割 国税+地方税	
全額損金算入による経減効果	企業負担：約4割				
約3割 国税+地方税					
令和2年度から	<table border="1"> <tr> <td>全額損金算入による経減効果</td> <td>企業負担：約1割</td> </tr> <tr> <td>約3割 国税+地方税</td> <td></td> </tr> </table>	全額損金算入による経減効果	企業負担：約1割	約3割 国税+地方税	
全額損金算入による経減効果	企業負担：約1割				
約3割 国税+地方税					



8

1 在宅医療・介護連携支援センターの設立の経緯

参考資料

本市における在宅医療・介護連携の推進について検討した結果、
 「①医療介護専門職からの相談支援」
 「②医療介護資源の把握」
 「③医療介護専門職の連携に関する研修の開催支援」
 「④在宅医療等の市民への普及啓発」
 の4つの機能を担うセンターを設置することが効果的であるとされた。また、センターを設置する上では、
 ア 専門性を担保するため担当者**を長期的に配置**
 イ **市役所内調整のために課長級の職員を配置**
 の2点について留意する必要があるとされた。
 2018年4月に、市の課相当の組織である在宅医療・介護連携支援センターが新設された。相談支援と資源把握を担当するコーディネーター業務については、ノウハウを蓄積するためには長期の業務経験が必要となることから、定期人事異動による弊害を除外するため、市の外郭団体である千葉市保健医療事業団(以下、「事業団」と言う。)に委託することとなった。事業団に委託したコーディネーターを含めたセンターの体制は以下のとおりである。

千葉市	3人	所長(課長級:事務)	1人
		主査(係長級:事務、ケアマネ)	1人
		担当(薬剤師)	1人
事業団	3人	コーディネーター(看護師)	2人
		事務	1人

9

2 在宅医療・介護連携支援センターの特徴

参考資料

千葉市の職員と事業団の職員は、同じ居室で仕事をしている。医療・介護専門職からの相談に対する回答方針など、事業団職員からの相談に対しては、千葉市職員がリアルタイムに回答するなど、密に連携しながら業務を行っており、センターの大きな特徴となっている。

また、約98万人の市民に対して、職員6人のセンター1カ所のみで在宅医療・介護連携の推進を担当していることから、伴走型のアウトリーチ支援など、市民への直接支援は実施せず、医療・介護専門職への支援のみ実施している。

このように、**市職員と委託職員のハイブリット組織で、在宅医療・介護連携推進事業のみを実施しており、市民への直接支援を実施せず、医療・介護専門職への支援のみを実施する**という点で**中間支援的な性格を有している**ことが、大きな特徴となっている。

地域での医療・介護専門職の連携を推進する上では、地域に密着した地域包括支援センターとの連携が重要となる。**地域包括支援センターが主体**となり、医師会などの協力を得ながら、医療・介護専門職の顔の見える関係性の構築を目的に、行政区及び日常生活圏ごとに**多職種連携会議(地域ケア会議)**を開催している点も特徴的である。

10

3 千葉市の地域支援事業の状況

参考資料

在宅医療・介護連携支援センターが設置されるまでは、地域支援事業を担当する地域包括ケア推進課で在宅医療・介護連携推進事業を担当しており、地域包括ケア推進課から独立した形で在宅医療・介護連携支援センターが設置された。

現状では、本市における地域支援事業は、地域包括ケア推進課の他に、健康推進課、高齢福祉課、介護保険管理課、介護保険事業課と、センターを併せて保健福祉局内の6課で担当している。詳細は、以下のとおりである。

健康福祉部	地域包括支援センターの運営(28区域、32センター)
地域包括ケア推進課	生活支援体制整備事業 第1層SCは行政区(6区)毎に配置し、第2層SCは各地域包括支援センターに配置している。 認知症初期集中支援推進事業 認知症初期集中支援チームは、行政区(6区)毎に訪問看護ステーションに委託している。 認知症地域支援・ケア向上事業 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業 地域ケア会議推進事業 任意事業
健康福祉部在宅医療・介護連携支援センター	在宅医療・介護連携推進事業
健康福祉部健康推進課	介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、一般介護予防事業評価事業、地域リハビリテーション活動支援事業
高齢障害部高齢福祉課	任意事業
高齢障害部介護保険管理課	任意事業
高齢障害部介護保険事業課	任意事業

11

4 千葉市の在宅医療・介護連携推進体制

①庁外関係者との連携を目的とした会議体

千葉市在宅医療連携協議会（平成24年度～ 千葉市医師会に委託し設置）

メンバー：（庁外）医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護福祉士会、調剤衛生士会、療育指導士協会、歯科矯正士会、在宅医療支援センター、あんしんケアセンター、市介護支援専門員協議会、学識経験者（庁内）医療政策課長、地域包括ケア推進課長、健康推進課長、健康支援課長、高齢福祉課長、介護保険管理課長、介護保険事業課長、足：平成24年度（千葉市医師会へ委託し設置）

開催状況：年2回開催（7月及び2月）

目的：在宅医療における多職種連携の現状や問題点について意見交換を行う。

②庁内関係部署との連携を目的とした会議体

地域共生社会推進事業部 ～在宅医療介護連携推進班～

メンバー：健康福祉部長、健康福祉部、高齢障害部及び保健局の各関係課長

目的：市内のあらゆる医療・介護の関係団体が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するために庁内の調整や意見交換を行う。

③地域の医療・介護専門職の連携を目的とした会議体

多職種連携会議（各区及び日常生活圏域で開催）

メンバー：母体会議となる「千葉市在宅医療連携協議会」の委員の所属団体より推薦された各区代表、その他参加希望者

取り上げる事例ごとに必要に応じてメンバーを追加し、オブザーバーとして千葉市在宅医療連携協議会委員が参加している。

開催状況：区及び日常生活圏域ごとに年2回開催

目的：参加者同士が顔の見える関係の構築を目的に、対応困難事例や成功事例を基にした事例検討などを行っている。会議で議論された課題等は必要に応じて千葉市在宅医療連携協議会に報告している。

5 地域包括支援センターとの連携

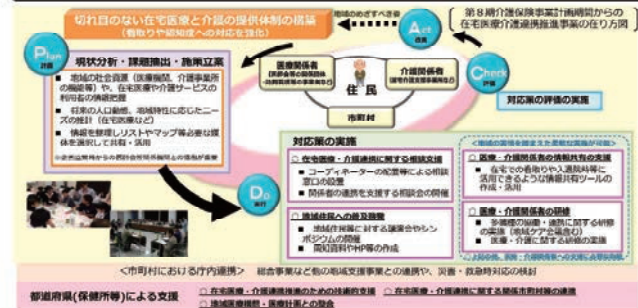


包括的・継続的ケアマネジメント支援を担当するあんしんケアセンター（28圏域・32センター）と在宅医療・介護連携推進事業を担当する在宅医療・介護連携支援センター（市内に1箇所）が密に連携し、在宅医療・介護連携を進めている。

在宅医療・介護連携支援センター	あんしんケアセンター（地域包括支援センター）
<ul style="list-style-type: none"> ○医療介護連携に関する相談窓口を設置 ○多職種連携会議の開催を支援 ○在宅医療連携協議会（市単位）を開催 ○地域包括支援センターや地域の団体などが主催する研修会の開催を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○個別の困難ケース（医療介護連携も含む）に対応 ○行政区及び圏域単位での多職種連携会議を開催 ○地域の専門職向け研修会を開催

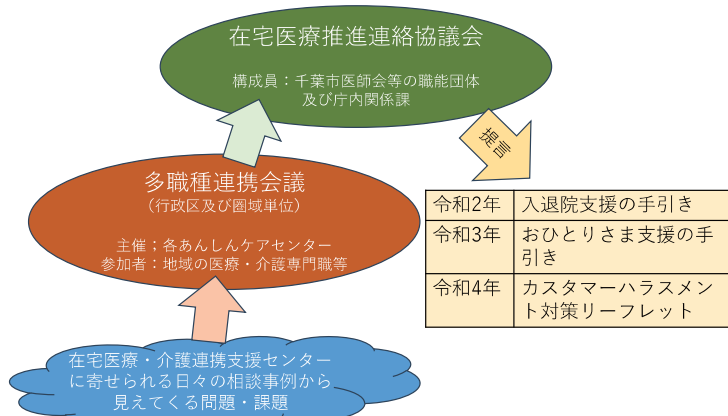
在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置づけられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことにより目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



出所：厚生労働省

6 本市の在宅医療・介護連携推進事業における課題抽出・解決のスキーム



7 入退院支援の手引き

(令和2年度)



千葉県の入退院支援事業をきっかけに、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携して手引きを作成した。
※令和4年度に改訂



8 おひとりさま支援の手引き

(令和3年度)



在宅医療・介護連携支援センターに寄せられた相談事例（身寄りのない方の看取り事例）を多職種連携会議で取り上げ、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携して手引きを作成した。

9 カスタマーハラスメント対策リーフレット

参考資料

(令和4年度)

在宅医療・介護連携支援センターに寄せられた個別相談事例（複合的課題を有する3世代家族への困難支援事例）を多職種連携会議で取り上げ、在宅医療推進連絡協議会での政策形成を経て、多機関が連携してリーフレットを作成した。

10 在宅医療に必要な連携を担う拠点

参考資料

10 在宅医療に必要な連携を担う拠点

参考資料

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

<在宅医療の体制構築に係る指針（令和5年3月31日）より抜粋>

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」（在宅医療連携拠点）

- 地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が**在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携**を図ることが重要である。
- また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点が同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。
- なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

<在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項>

- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係性による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供体制の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び**介護、障害福祉サービス**について、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等に連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括かつ継続的に提供できるよう、関係機関との連携を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

10 在宅医療に必要な連携を担う拠点

参考資料

本県の医療資源

県内市町村における在宅医療連携拠点設置状況

市町村における在宅医療連携拠点（に相当するもの）の設置状況

回答	市町村数	割合
該当するものがある	32	59.3%
設置予定がある	0	0%
ない	22	40.7%
計	54	100%

医療圏	設置済み市町村数	割合	医療圏	設置済み市町村数	割合
千葉	1/1	100.0%	山梨県	13/17	76.5%
東京北部	4/6	66.7%	安房	2/4	50.0%
東京北部	5/5	100.0%	君津	1/4	25.0%
印旛	3/9	33.3%	市原	1/4	100.0%
香取海浜	2/7	28.6%			

出所：在宅医療連携拠点の設置状況等に関する調査（令和5年6月・千葉県）

10 在宅医療に必要な連携を担う拠点

参考資料

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」と「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」

- 他医療機関への診療支援や災害時のBCP計画等の策定支援を行う等、在宅療養支援診療所・病院の業務外の役割を担うことが求められることから、通常の在宅療養支援診療所・病院ではマンパワーが不足してしまうことが想定される。
- 強化型在宅療養支援診療所・病院であれば、在宅医療に従事する常勤医師を多く確保しているため、積極的役割を担う医療機関としての業務への対応が期待できる。
- さらに、強化型在宅療養支援診療所であれば、患者の病状が急変した際の病床を確保することが可能なことや、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に求められる事項と施設基準の重複する部分が多く、業務への対応が期待できる。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」

- 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携や、医療だけでなく介護及び障害福祉サービスについて関係機関との調整が求められる等、業務が多岐にわたっている。
- 市町村であれば在宅医療・介護連携推進事業で構築されている支援体制を生かすことができるほか、介護及び障害福祉サービスの関係機関と日頃から連携を図っていることから、必要な連携を担う拠点としての業務への対応が期待できる。

検討の方向性

- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」について、**機能強化型在宅療養支援病院を位置づけた**。但し、既に地域で運用されている取組や体制がある場合には、その趣旨を基本とした。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」については、各市町村が設置する在宅医療・介護連携推進事業との連携を図るため、**市町村を位置づけた**。

10 在宅医療に必要な連携を担う拠点

参考資料

医療審議会総会・地域医療構想調整会議等での意見

意見内容

- 訪問看護ステーションは医療・介護の両方にかかるが、どちらからも抜けてしまいがち。在宅医療が項目となっているので、訪問看護に関しても抜けないようにお願いをしたい。
- 市町村は、在宅医療・介護連携推進事業の実施が義務付けられており、高齢者を対象に、多職種・多機関連携など、在宅医療・介護連携を推進するための必要な取り組みを実施している。しかしながら、在宅医療・介護連携推進事業は、あくまでも介護保険の事業として実施するものであり、対象は高齢者に限られていることから、医療的ケアなど、高齢者以外に対する支援は実施できない。仮に、全世代に対応するためには、在宅医療・介護連携推進事業以外の**財源（一般財源）を措置するなどの対応が必要となる。**
- 在宅医療・介護連携推進事業を所管する部門が「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に求められる事項を実施している場合は、財源（一般財源）を確保して対象者を全世代に拡大し、当該部門を「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に位置付けることが効果的であると考えられる。市町村が確実に予算を確保できるよう、地域医療介護総合確保基金で「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に対する支援を実施していただきたい。

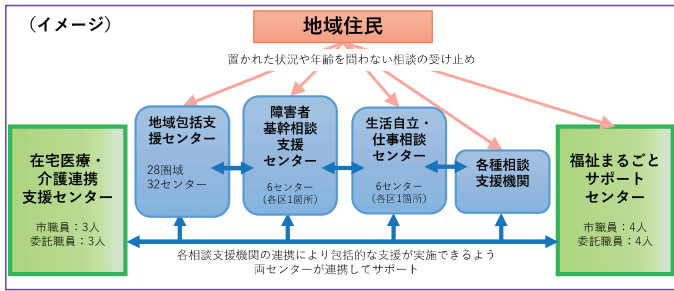
11 重層的支援体制整備

参考資料

令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
成果報告会

○在宅医療・介護連携支援センター（2018年4月開設）

医療や介護が必要になっても、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けることができるよう、医療と介護の専門職向けの相談支援や連携に資する研修を行っています。



つまづきを経験しても、自分らしい
もとの生活を取り戻せる支援を目指して

2024年2月14日
白井市
加藤多恵



○福祉まるごとサポートセンター【2023年度新】

置かれた状況や年齢を問わず各種相談を包括的に受け止め、適切な支援につなげるため、関係機関協働のコーディネーターや相談先がわからない方の相談支援を行うため、重層的支援体制整備事業における拠点施設として設置した。

24

白井市



メンバー情報

所属	部署名	役職・職種	氏名
白井市役所	高齢者福祉課	課長	竹内 崇
"	"	係長	安岡 紹子
"	"	主任主事	増田 晶子
"	"	主任保健師	加藤 多恵
白井駅前地域包括支援センター		センター長	櫻田 奈美子
白井市社会福祉協議会		生活支援コーディネーター	鈴木 茉奈

白井市の概要



- 人口 62,646人
 - 高齢化率 28.1%
- 東京のベッドタウン「千葉ニュータウン」として整備、
閑静な住宅街と豊かな自然が残るまち



3ヶ所の地域包括支援センターは全て委託



北総線 羽田と成田を結ぶ鉄道路線

生産量県内「しらいの梨」

アジャイルPGに参加した動機

- これまで地域包括ケアシステムの構築を目指して、介護予防・生活支援サービス事業や一般介護予防事業等に取り組んできた。

基準緩和した通所型・訪問型サービスの創設
通いの場の新規立ち上げ支援や継続支援
自立支援型地域ケア会議の開催
介護予防ケアマネジメント研修 などなど

- それぞれ一定の成果は上げつつも、なんだか上手く行っていない現状があり、サービス終了となる数はごくわずか、一度使い始めると終わらないサービスを利用する生活が当たり前の生活になっている
要介護区分前年比悪化率は全体で19%、要支援者のみの場合21.2%と全体の悪化率を上回っている
フレイル/ハイリスク男性の介護予防事業への参加が少ない
地域包括支援センターが担当するケアプラン数も増加の一途
自立支援型地域ケア会議での提案がどう反映されたか、ケースの変化が把握できていない
自立支援の概念を研修でずっと伝え続けているけれど・・・

- このままだとマズいなあ、事業が運動しあって成果につながっている実感もないし、評価もはっきり出来ていない。

4

当初の問題意識

- これからますます後期高齢者数の増加が見込まれるなか、介護予防の重要性が増していくが、介護予防事業の参加者層に偏りがあるため、フレイル/リスク/ハイリスク者への効果的な事業展開について検討したい
- 「自立支援の意識づくり」（市民・支援者どちらにも向けて）に取り組みたい

今振り返ると、
ちょっと恥ずかしい

5

1 課題解決に向けた取り組み

①現状を知る

「この人の、この状態何とかしたいなあ」（望ましくない状況）事例を集める

②ありたい状態・めざす姿を考える

「誰が」、「どんな状態」になったらいいのか

③真因を追求する

「ありたい状態」であればよいのに、なぜ「現状」になってしまっているのか

④課題を考える

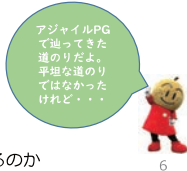
チームとして解決に向けて取り組むべきことは何か

⑤実行プランをたてる

これから「誰に」、「どんな働きかけ」をするのか

⑥初期アウトカムを設定する

働きかけた相手に、どんな望ましい変化を期待しているのか



事例2) 変形性膝関節症を患い、人工関節置換術を受けたBさん（89歳）

・病院での通院リハが終了したのち、患肢の状態の改善を求めてリハビリを続けたいと希望され、デイケアの利用（週1回）が始まりました。

・友人とおでかけが再びできるようになることを目標に、自宅でも積極的に運動に取り組み、半年でサービス卒業することを目指していました。

・ところが、友人の運転する車でお出かけについて、事故を心配する家族から反対されてしまいました。お出かけの代替手段として、生活支援コーディネーターからバスの利用を提案されますが、結局利用しませんでした。

・友人との交流機会が減ってしまい、また思うように回復しない膝の状況もあり、Bさんはデイケアの利用継続を希望し、デイケアに通うことが生活の一部となっています。



①現状を知る

「この人の、この状態何とかしたいなあ」と思う事例を集める

事例1) 妻が他界して、ひとり暮らしになったAさん（87歳）

・家事は妻に任せていたため経験が無く、また以前から腰と膝に痛みがあったことから、調理と掃除の支援（週2回訪問型サービス）を利用して8年が経過。

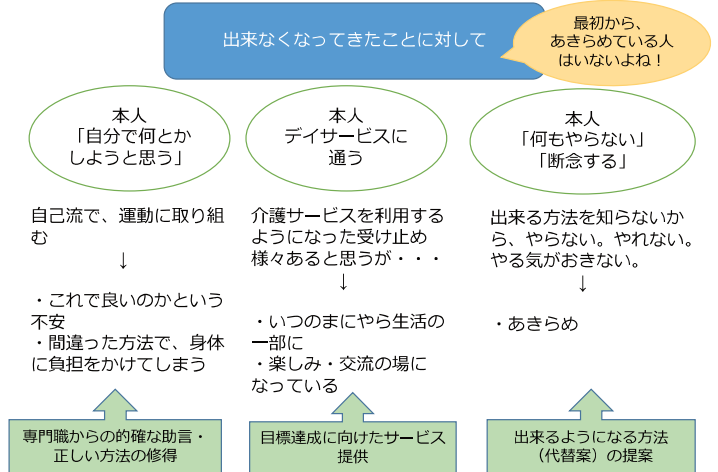
・パチンコが趣味で、通り道にあるコンビニで店長さんと話をするのが日課でしたが、パチンコ店が閉店し、コンビニ店長さんも交代したため話し相手がいなくなり、次第に出かけることが少なくなっていました。

・ケアマネジャーはデイサービスの提案をしました希望はなく、訪問型サービスを増やしてほしいと希望があり、現在は週3回のサービス利用しています。Aさんはヘルパーとの他愛のない会話を楽しみにしている様子が見られます。



リハ職同行訪問事例の共通点

「あきらめ」という言葉で考えてきたが...



②ありたい状態・めざす姿を考える

「誰が」、「どんな状態」になったらいいのか

現状、誰に、どんな望ましくない状況があるのか

【高齢者】

- サービスの利用が、望む生活・元の生活を取り戻すための有効な手段になっていないことがある。
- 高齢者がつまづきを経験したときに、自分で何とかしようと思うが適切な方法でないことから余計に悪化したり、改善につながらないのであきらめてしまう。
- 出来ないことが増えていく状況であり、したいことが出来るようになると思えず、自信が持てない状態になる。

【家族】

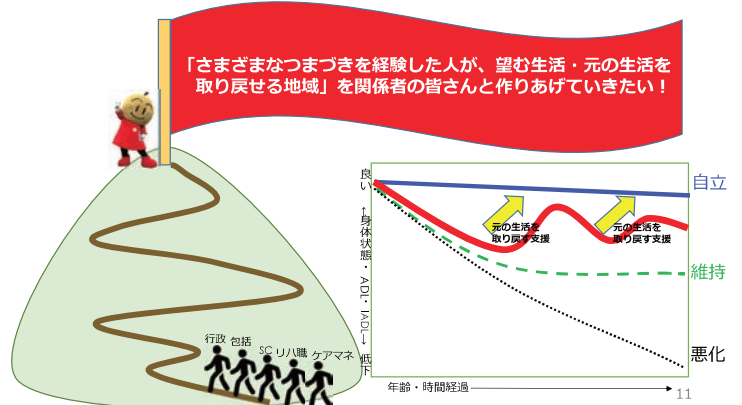
- 高齢者の家族は、安心のためにサービスを使わせたい。

【ケアマネ】

- ケアマネも、介護保険サービスの利用につなげることで安心を得ている。

【医療機関】

- 病院は、入院患者・家族に対し、一律的に介護保険申請を進めている。



③ 真因を追求する

「ありたい状態」であればよいのに、なぜ「現状」になってしまっているのか

【高齢者・家族】

- つまづきを経験したときに、相談できる場所を知らない。また、元の生活を取り戻すための手段として、介護保険サービスしかないと思っている。様々な資源があることを知らない。
- 家族は、何かがあったらと心配が先に立ち新たなアクシデントを防ぐため行動に制限をかけてしまう。また、躓いても再び望む生活を送れるようになることが信じられない。

【ケアマネ・包括】

- ケアマネやサービス提供者は改善していく人を見ることが少なく、改善するイメージを持ちにくい。また、要支援者等はもともと自立度が高く、「改善」に向けた目標設定が難しい
- 包括・ケアマネは、元の生活に戻るために必要な支援の選択肢が多くないと感じている。また、介護保険以外のサービスの魅力や効果を伝えることが難しい。



【医療機関】

- 病院は、望む生活・元の生活を取り戻す手段として介護保険サービス以外の選択肢を知らない。

【行政】

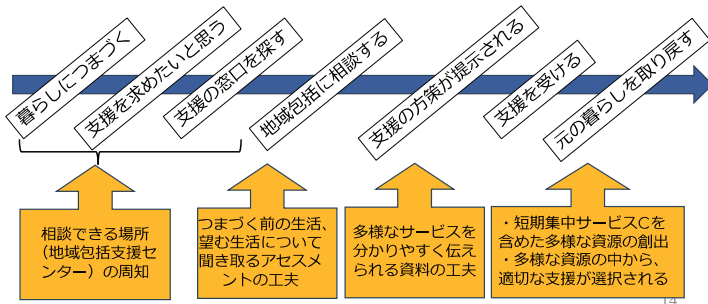
- 市は、事業対象者、要支援認定者の状況把握がデータとして不足しており、現状を関係者と共有できていない。



④ 課題を考える

チームとして解決に向けて取り組むべきことは何か

「ある」1人の高齢者が暮らしにつまづいてから、元の生活を取り戻すまでのフローと取り組むこと」



⑤ 実行プラン

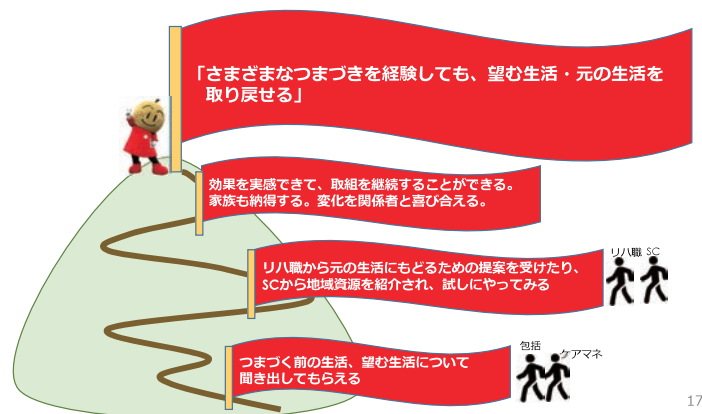
誰に・どんな働きかけをするのか

	アクティビティ	アウトプット
福祉課者	地域包括支援センターの業務を理解するために座談会を開く	年1回、高齢者福祉課職員が各地域包括支援センターに出向いて話を聞く
ケアマネ・包括	標準的なアセスメントが行えるよう、アセスメントツールを包括職員と一緒に作成する	好事例を把握するため、地域ケア会議やリハ職同行訪問ケースの3か月後モニタリングを行い、会議等で好事例を共有する
リハ職	改善可能性を実感できるよう、好事例を集めて共有し、アプローチをお互いに学ぶ	アセスメントツールが完成し、活用に向けた研修会を実施する
生活支援	お揃いのポロシャツを着て地域に出向いて、情報を集める	フローや説明資料が完成し、包括職員やリハ職等に配布される
本人・家族	改善につながる多様な支援や資源があることを伝える	市民や関係者は、SCが地域に出向いていることに気付く生活支援情報がまとまる
		本人の望む生活について聞き出してもらえ、改善可能性について専門職の評価を受けられる

⑥ 初期アウトカムとその確認方法

	初期アウトカム	確認方法
福祉課者	包括職員が、つまづきを経験した高齢者や家族への支援で苦労していることを語るようになる	包括職員が、つまづきを経験した高齢者や家族への支援で苦労していることを語ってもらえたか
ケアマネ・包括	良い事例を共有するようになる 高齢者が改善する変化をみんなで喜び合えるようになる アセスメントツールを実際に使ってみて、ツールの内容修正等の提案がされる	好事例についての話題が登るようになったか、連絡調整会議で確認するアセスメントツールやフロー作成して3か月後に、使ってみての本人・家族の反応や包括職員の思いを確認する
リハ職	「窓口で説明しやすくなった」「地域資源を知ることができて良かった」と反応がある	医療機関と訪問リハビリ事業所のリハ職に地域資源情報紙を配布し、3か月後に活用状況を確認する
生活支援	市民や関係者から声がかかるようになる。生活支援情報を「活用した」「もっと詳しく知りたい」といった連絡が入る	毎月の定例会や月報で、誰からどんな相談がきたのかを把握する
本人・家族	地域資源の利用も含めた包括からの提案に対して、「やってみようかな」との声が聞けて、試しにやってみる人が増える	地域包括支援センターシステムで、多様な資源の利用に至った人数を集計する

結果的に、「高齢者の課題はどう解決するのか」



2 アジャイルPG参加を通じて、チームや個人に起きた変化

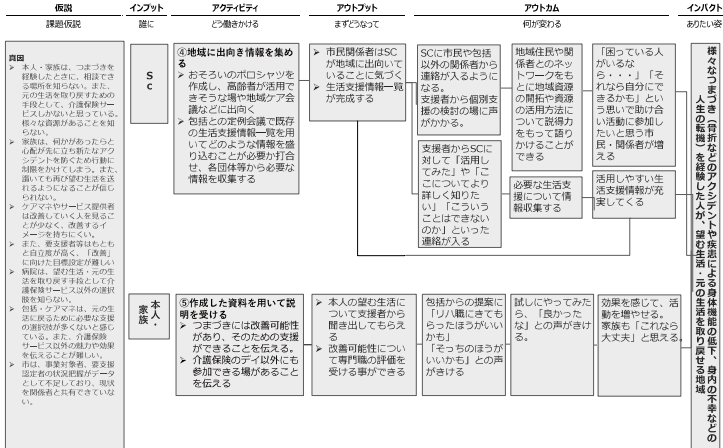
- 色々な立場の人と対話をしながら進めていくことの大切さを再認識した。
- 参加当初はメンバーとどのようなことを話してよいか分からず、また、自分の思いを話すことに対して不安を抱いていた。話し合いを重ねていく中で、メンバーの今まで知ることのなかった想いを聞くことができ、これまで以上に市の取組みに対して手触り感を持つことが出来た。
- 今までは行政から言われておしまい、聞かれたことに答えるだけだったが、自分なりに思うこと・感じていることを伝えられる機会も増えた。市職員から事業の成り立ちや思いを聞かせてもらったのを機に、相手の立場・言い分を知ろうとできるようになった。
- 事業評価として初期アウトカムの設定「起こってほしい良い変化」をしていくことで、本当の意味でのトライアンドエラーになることに気づいた。なんとなく行き当たりばったりで対応していたように思うので…
- 真因を見出したうえで目指すゴールが定まったことで、内部・外部問わず自信をもって伝えることができると考えるようになった。

18

タイトル：様々なつまづきを経験した人が、望む生活・元の生活を取り戻すことを支える体制づくり



タイトル：様々なつまづきを経験した人が、望む生活・元の生活を取り戻すことを支える体制づくり



令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム 第5回 最終報告

元気を広げる村にな～れ
～やりたいことを見つけて実現できるように～

2024年2月5日
長生村
大野 香代子

チームメンバー情報

長生村地域包括支援センター
管理者（主任介護支援専門員）
大野 香代子
看護師
鶴澤 祐子

長生村社会福祉協議会
生活支援コーディネーター
高仲 松枝
山本 佳苗

長生村の概要



- 人口：13,562人（8月1日現在）
- 高齢化率：35.24%
- 生活圏域：1圏域
- 市町村合併せずに千葉県最後の村となる
- 山や丘陵ない平坦な地形
- 温暖な気候で過ごしやすい
- 稲作、野菜栽培、酪農、沿岸漁業
- 東京から6,70キロの通勤可能圏内



アイガモ農法



ながいそば

参加動機



地域包括ケアシステム構築に向けて色々な事業を開始しているものの・・・これといった手ごたえが感じられていないように思っていた。
このままで村の住民は安心して暮らしていけるのかという漠然とした不安があった。

プログラムに参加すると何か変わるのか？変わるのかもしれないという思いから参加



当初

問題に思っていたこと

ボランティア（担い手）不足

- ・住民は役場（公的）依存があり、担い手の参加が進まない
- ・「お願い」すれば何とか協力が得られていた（それ以降の担い手につながらない）

人口も減っているのに、年齢関係なく誰もが担い手になってもらえるように。住民の意識を変えていけるように考えていこう！

と、本気で話し合っていた・・・

4

5

『村のありたい姿・目指す姿とは』

【担い手が増えればよいのか？】

- ・介護人材がいらないからボランティアを増やさないといけない
- ・給付費が上がっているからボランティアを増やさないといけない
- ・若い人が少ないから元気な高齢者もボランティアとして活動してもらいたい

→間違っていないと思うけど、それが理由なのか？それで良いのか？

【メンターより高齢者がどうなったら良いのか？問われる】

- ・高齢者が幸せに感じる状態が良いと返答するも具体的には答えられなかった
- ・高齢者の思う「幸せ」とはを調査してみた

（結果）
・健康や仕事といった「自分で成立する幸せ」よりも家族や孫、ペット等の「他者からの関わる幸せ」の方が多かった

→担い手が出発ではないと気づく

プログラムを進めていく

『村のありたい姿・目指す姿とは』

- 【元気な高齢者】（自分の事が自分でできる人）
 - ・困りごとを解決できる手段がわかっている
 - ・楽しみのある生活を送れている
 - ・何かしらの活動に参加している（仕事、趣味活動、通いの場、ボランティア等）
- 【つまづき始めの高齢者】
 - ・必要なサービスを受けつつも、できることをやれている
 - ・楽しみのある生活を送れている
 - ・何かしらの活動に参加している（仕事、趣味活動、通いの場、ボランティア等）
- 【介護サービス利用者】
 - ・必要なサービスを受けつつも、できることをやれている
 - ・楽しみのある生活を送れている
- 【家族】
 - ・できない事だけでなく、高齢者の良い所やできることを知る
 - ・家族として高齢者がやりたいことをできるように一緒に考える
- 【近所】
 - ・近所付き合いがある（あいさつや会話ができ、関心を持ちあう）
 - ・互いに相談しあえる
 - ・小さなことでも当たり前にできる
- 【ボランティアセンター】
 - ・高齢者が活躍する場の周知ができる
 - ・高齢者がやりがいを感じられる拠点となる
- 【ケアマネジャー】
 - ・高齢者の意欲を引き出すことができる

6

7

『村のありたい姿・目指す姿とは』

みんな

元気！楽しい！盛り上がる！

住民が進んで担い手になることを出発に考えていたが

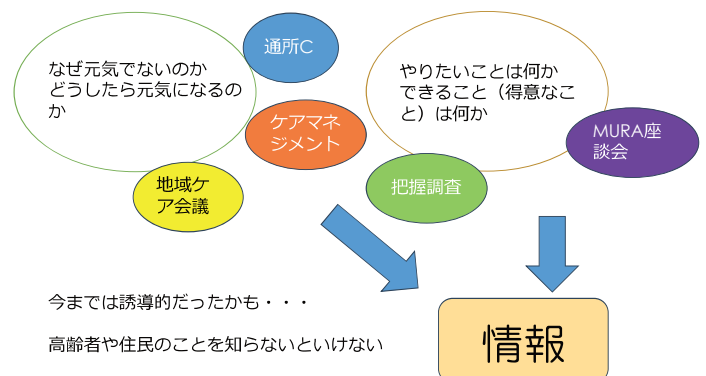
担い手という枠に住民をはめようとするこ自体が間違い

「元気」は活動につながる

自分が選択したことは「楽しい」につながる

楽しい場に人が集まれば「盛り上がる」

そして、私たちは何をする？



8

9

得た情報をどうする

【マッチング】

「できること」「やりたいこと」が誰か（自分）のためになるを実現

- ・人とのかき合い（関係）により幸せを感じる
- ・相手から「ありがとう」「うれしい」と言われると幸せを感じる
- ・できた時に達成感を得られ幸せを感じる



○実現した事例は広げていく（伝えていく）

- ・幅広く共感を得る
- ・上手くいっていることにつける連鎖が期待できる

○広げられるように普段から関わりを持つ

- ・相手を知り、こちらも活動を含めて知ってもらおう
- ・興味を持ってもらう

地域福祉
フォーラム

振り返り（チームや個人に起きた変化）

- ・そうではないと思いつつも、地域づくりとしてやってきたことが事業ありきであったことが否めない。
- ・普段、高齢者と関わってきてわかってきたことを活かされていなかったことに気がつくことができた。
- ・メンターとのやり取りを通じて、高齢者とかかるときにその人のプラスの特性を引き出そうとすることを意識するようになった。
- ・SCは今年度は特に住民との活動が増えたと実感している。色々な団体と協議したり、進んで関わろうとするようになった。SCがやるのではなく相手ができることをサポートする側に立つようになり頼もしく思う。

タイトル：元気を広げる村にな～れ

現状	課題	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
<p>現状</p> <ul style="list-style-type: none"> 【高齢者】 <ul style="list-style-type: none"> ・自分が役に立つときがつかない ・集まって運動することが介護予防だと感じていない ・人との関わりが介護予防につながると思っていない ・活動の場の情報が届かない 【つまづき始めの高齢者】 <ul style="list-style-type: none"> ・実際に困るまでではない状態まで対応しない 【家族】 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者は変える立場だと感じている ・高齢者は何かすると危ないと思っている 【活用】 <ul style="list-style-type: none"> ・関係が希薄になっている（コソバの影響もある） ・近所で支え合うことのハードが高いと感じている ・声がかつづけていない ・こんなことをすればいいかと理解できない ・解決策までも思いつかない 【ボランティアセンター】 <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアセンターを知られていない ・高齢者の人数に対してボランティアの数が少ない 	<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・元気が高くない ・つまづき始めの高齢者 ・関係が希薄 ・ボランティアセンター ・小中学校 	<p>活動のコミュニティに参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・挨拶にお邪魔する <p>実習把握調査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SCによる訪問 ・実習把握事業 ・総合相談 ・ケアマネジメント <p>紹介予約事業に参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・説明会 ・一般介護予防事業 <p>顔なじみになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・村のために地域で何が出来るか話し合う <p>活動のコミュニティに参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・挨拶にお邪魔する <p>福祉教育について共有する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小学校区域会議に参加 ・認知症サポーター養成講座（小学校）に参加 ・福祉サービス調整会議で事業の共有 	<p>顔なじみになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特技や興味のあることをSCが知る <p>活動が増えていく</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人に共有しにくくなる ・勧誘してくる <p>仲間意識が深まり活動が実現される</p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動報告 <p>顔なじみになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他に興味のある活動をSCが知る <p>学校関係者と話す機会が増える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学校行事にSCが参加しにくくなる ・SCの活動を話すことができる <p>学校活動に参加ができるようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ことごとく交流が図れる 	<p>SCの活動を理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・座談会への誘いになる ・地域の課題に対して特長等を実現していく <p>元気になっていく</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアのマッチングがされるようになる <p>新しい活動の提案がされる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動に興味を持った人が新メンバーになる <p>座談会への誘いになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の課題に対して特長等を実現していく 	<p>色々な人が色々なところでつなげていく</p> <ul style="list-style-type: none"> ・やりたいことが形になり、やりたいことや参加したい人が増えてくる ・参加したい人の声が届くようになる ・楽しみながら地域で何かしらをしていくことが増える ・地域で「困った」「悩んだ」の解決手段として活動ができるようになる 	<p>みんなが元気に楽しく盛り上がる！</p>

課題	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
<p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・もっとできる人がたくさんいると思うのに参加者が少ない ・どんな人にもな情報や伝えられるのかわからない <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支え合いのある村づくり ・まずは高齢者の活動を広げていき、できるだけ元気に過ごせるように取り組む <p>原因</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が得意なことや、やりたいことをうまくいけていない 	<p>イベントに参加する住民</p> <p>住民</p> <p>役員職員</p> <p>ケアマネ</p>	<p>高齢者以外の年齢層と顔なじみになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・イベントに参加して声をかける ・活動に理解し、こちらの活動の話も聞いてもらう <p>支え合い福祉フォーラムを開催（社協主催・村共催）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SCの活動や地域の活動を報告する ・新たな担い手の発掘を促していく <p>職員と顔なじみになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員指示板で活動報告をしていく ・直接SCが担当課にいけるように根回しをする。課長会議で前もって伝える。問い合わせは福祉課まで（社協局長でもOK） <p>SCの活動を伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・村定例会・ケア会議・多職種会議に出席する 	<p>SCを組織してもらえ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域で声をかけやすくなる ・地域のことを教えてもらえる <p>支え合いに興味を持つ人が現れる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アンケートにより把握する <p>職員がSCを理解する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・村舎の行き来がスムーズになる ・事業の話を開きやすくなる ・話を聞いてくれる職員が見つかる <p>顔なじみになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SCを理解してもらえ <p>社会関係の相談をSCにするようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議 ・個別相談 	<p>お互いに声をかけあうようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一緒に楽しさを共有できる ・イベントを通して村の特徴を把握できる ・コロナ企画もできそうな感じになる <p>活動に興味を持つ住民・職員が現れる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員が参加しやすい環境づくりを検討 ・「居場所がやるべきではない」から「職員がボランティアやってもよいよね」になる ・職員の中には住民がいる ・村を変える職員がいる <p>ケアマネから（ソノ）に相談がよくなる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・役場の職員から住民について相談される ・住民から地域のことでも相談される 	<p>地域のごと一緒にお互いに話し合えるようになる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いいことも悪いことも話題にできているようになる ・村のごと、自分かめになっていることに誇りに感じる <p>みんなが元気に楽しく盛り上がる！</p>

実行プラン

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
① やりたいことを実現できる後押しをしていく（高齢者等・座談会）	<ul style="list-style-type: none"> ・やりたいことや得意なものを聞いていく。 ・地域づくりのためにできることを「やってみよう」を第一声！実現の検討をすすめていく。 ・各座談会やボランティアの活動を伝えていく。 ・必要な人には介護予防教室や通所座Cを案内する 	
② 顔なじみになる（高齢者等・座談会・ボランティア）	<ul style="list-style-type: none"> ・SCの活動を理解してもらえようように常に声をかける。 ・ボランティアセンターに登録してもらう。 ・各座談会や他ボランティアの活動を伝えていく。 	
③ SCの活動を伝える（ケアマネ）	<ul style="list-style-type: none"> ・村内定例会を包括が開催しSCが出席する ・ケア会議を包括で開催しSCが出席する ・多職種会議を包括で開催しSCが出席する 	地域ケア会議推進事業 在宅医療連携推進事業
④ 職員と顔なじみになる（役員職員）	<ul style="list-style-type: none"> ・職員指示板で活動報告をしていく ・直接SCが担当課にいけるように根回しをする。課長会議で前もって伝える。問い合わせは福祉課まで（社協局長でもOK） 	

アクティビティ	具体的手法	財源（必要な場合）
⑤ 高齢者以外の年齢層と顔なじみになる（イベントに参加する住民）	<ul style="list-style-type: none"> ・イベントに参加して声をかける ・活動に理解し、こちらの活動の話も聞いてもらう 	
⑥ 支え合い福祉フォーラムを開催（社協主催・村共催）	<ul style="list-style-type: none"> ・SCの活動や地域の活動を報告する ・新たな担い手の発掘を促していく 	
⑦ 福祉教育について共有する（学校教育）	<ul style="list-style-type: none"> ・小学校区域会議に参加する ・認知症サポーター養成講座（小学校）を包括と実施する ・社協が福祉サービス調整会議で事業の共有をする 	



自分の幸せのかたちは自分が決める！
 ～一人ひとりの価値観を大切にできる地域を目指して～

新潟県上越市 坪井 裕章

1 上越市の概要

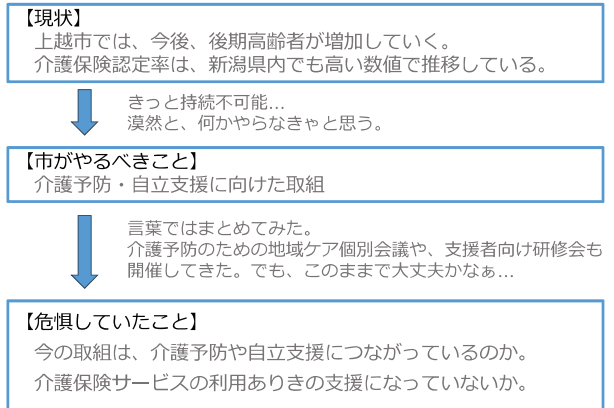


- 上越市は、平野部、山間部、海岸部と変化に富んだ地形を有し、美しい景観や多様な自然に恵まれています。四季の変化がはっきりしており、冬期には大量の降雪がある全国有数の豪雪地帯です。
- 平成17年1月1日に14の市町村（上越市、安塚町、浦川原村、大島村、牧村、柿崎町、大潟町、頸城村、吉川町、中郷村、板倉町、清里村、三和村、名立町）が合併しました。
- 11カ所の地域包括支援センターは全て委託です。

2 チームメンバー

	坪井 裕章 職名：主任 職種：社会福祉士 前職：理学療法士		小酒井 和美 職名：主任 職種：保健師 好きな飲み物：醤油
	佐藤 麻由子 職名：上席保健師長 職種：保健師 趣味：筋トレ		岩井 美晴 職名：主任 職種：社会福祉士 朝食：パンと味噌汁

3 参加動機



4 課題解決ストーリー

①仮説 → 高齢者に、不要な介護保険サービスがあてがわれることがあるのではないか？

パターン①「高齢者が、使いたくない介護保険サービスを使わされている。」

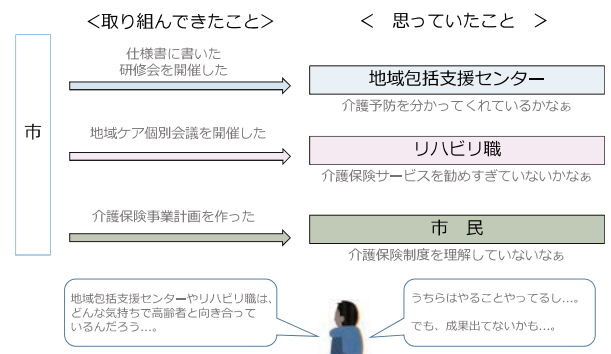
例) ケアマネジャー：〇〇さんにデイサービスに行ってくださいね。
 本人：本当はデイサービスに行かないでも良いと思うんだけど、また転んで息子に迷惑かけても悪いからねえ...

パターン②「高齢者が、本来目的とは違った形で介護保険サービスを使っている。」

例) 本人：私も〇〇さんが通っている体操教室(運動特化型デイサービス)に行きたいわ！
 ただし、ダンスクラブや水泳クラブがない曜日にしてちょうだい！

4 課題解決ストーリー

②仮説を立てた当時の自分たちの思考



4 課題解決ストーリー

③仮説を確認するため、実態を探ってみた！

家庭訪問を試してみた

- ～「介護予防のための地域ケア個別会議」に出された事例のお宅へ～
- ・女性 82歳 要支援1 ひとり暮らし
 - ・疾患名：変形性膝関節症（膝痛、肥満）
 - ・利用サービス：シニアカーのレンタル
 - ・地域包括支援センターが、運動のために(本人が望まない)デイサービスを使わせたがっていた。

でも本人は…

広大な畑をひとりで耕していた！



デイサービスを使わなくても、幸せな暮らしを送っていた！
 「友達が遊びに来てくれるし、毎日楽しいよ～」
 「幸せだよ～」
 「ずっと畑をしてきたの。これまでの普通の暮らしを、これからも続けていけたらいいわねえ。」

➡ この出会いが、「私たちの考える市民のありたい姿」を描く転機になった！

4 課題解決ストーリー

③仮説を確認するため、実態を探ってみた！

地域包括支援センターやリハビリ職と、(初めて)語ってみた

「分かってきたじゃな～い！坪井ちゃ～ん❤️」

【地域包括支援センター】

- ・高齢者には、子どもの希望を優先する親心とか、後ろめたさであるのよ。
- ・(不要と思われる)介護保険サービスの利用について、リハビリ職の提案は覆せないよ。
- ・「どんな暮らしをしたい？」じゃなくて、困りごとの解決を中心にした「パッケージ支援(入浴できない → デイサービス)」になりがちかも。

4 課題解決ストーリー

③仮説を確認するため、実態を探ってみた！

地域包括支援センターやリハビリ職と、(初めて)語ってみた

【リハビリ職】

- ・最近入院期間が短いから、本人のために介護保険サービスにつなぐことで、自分たちが安心できるんです。
- ・不要なサービスなら、地域包括支援センターが調整してくれるでしょ？
- ・えええ～！！！！1か月くらいで返却すると思ってた4点杖、律儀に3年間も使ってるんですかああ！！？？

➡ 地域包括支援センターやリハビリ職と語り合い、一緒に悩むことができた。
 ➡ 地域包括支援センターもリハビリ職も、本人の幸せを真剣に考えていた。そして、やむを得ず介護保険サービスにつなぐジレンマを抱えていた。

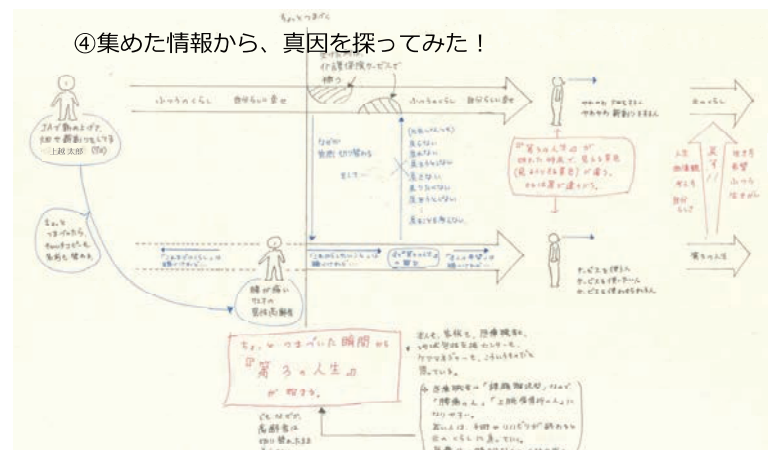
4 課題解決ストーリー

④集めた情報から、真因を探ってみた！

- ・(介護保険制度が定着した現状の中で)困りごとの解決を中心とした支援になることで、「どのような介護保険サービスをあてがうか」という発想につながっているのではないか。
- ・支援者が介護保険サービスの利用を考える際、本人の価値観やこれまでの暮らしよりも、年齢、介護度、疾患名等を重視して語られてはいないか。
- ・ちょっとつまずいて「支援を受ける人」という存在になることで、「JAを勤め上げた上越 太郎さん 72歳」が「膝が痛い72歳の男性高齢者」に替わり、個人の尊厳が失われていくかのような状況になっていないか。
- ・本人・家族・支援者の中でも、「お風呂に入れないからデイサービス」、「膝が痛いから通所リハビリ」、「90歳だからベッドのレンタル」というようなパッケージが、無意識に存在しているのではないか。

4 課題解決ストーリー

④集めた情報から、真因を探ってみた！



4 課題解決ストーリー

⑤課題に辿り着いた！

課題：高齢者がちょっとつまずいたことをきっかけに、本人、家族、地域包括支援センター、リハビリ職の中で無意識に起こる「人生の舞台が切り替わる」という弊害

⇒ このことを解決するためには…

本人、家族、市、地域包括支援センター、リハビリ職が、「人生の舞台を切り替えず、これまでの普通の暮らしを継続していこう」という『**同じ思い**』を持つことが大切！

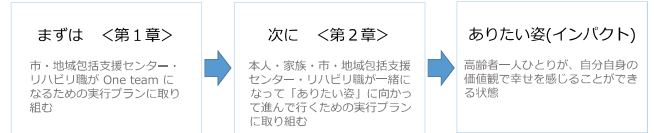
4 課題解決ストーリー

⑥課題解決に向けたロードマップ

＜ありがたい姿（インパクト）＞

高齢者一人ひとりが、自分自身の価値観で幸せを感じることができる状態

市・地域包括支援センター・リハビリ職が One team になって、これまでの普通の暮らしを続けることの大切さや、無意識に「人生の舞台が切り替わる」弊害を本人や家族と共有し、みんなで「ありがたい姿」に向かって進んで行く必要がある。



5 実行プラン<第1章>

市・地域包括支援センター・リハビリ職が One team になるための実行プラン

～ まず「誰に」「どう働きかけるか」～

インパクト	アクティビティ	初期アウトカム
地域包括支援センター	<p>市が、地域包括支援センターと「市が考えるありがたい姿」を共有する機会を作る。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「人生の舞台が切り替わる絵」を使って語り合う。 各地域包括支援センターが、日々の業務で感じている「不要な介護保険サービスをあてがわれている真因」を聴き取る。 <p>⇒ 巡回訪問（年2回）で、1対1の語り合い</p>	<p>地域包括支援センターの、市に対する仲間意識の芽生え・共感</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 「市役所も分かってきたねえ！」の声がかかる。 巡回訪問で地域包括支援センターの全職員が積極的に発言する。
リハビリ職	<p>市が、リハビリ職と「市が考えるありがたい姿」を共有する機会を作る。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「人生の舞台が切り替わる絵」を使って語り合う。 各地域包括支援センターから聴き取った「介護保険サービスを使わせられている真因」を伝える。 <p>⇒ 情報交換会（年1回）での語り合い</p>	<p>リハビリ職が市の考えに共感する。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 「地域ではそんな状況なのか」「入院期間が短いから、介護保険に付かないと自分たちが不安なんだよ」という感想や医療現場の事情が聴かれる。

6 アジャイル型政策形成の仕掛け<第1章>

市・地域包括支援センター・リハビリ職が One team になるための実行プラン

～ 働きかけた相手に期待する変化とモニタリング～

インパクト	初期アウトカム	中期アウトカム	最終アウトカム	インパクト
地域包括支援センター	<p>地域包括支援センターの、市に対する仲間意識の芽生え・共感</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 「市役所も分かってきたねえ！」の声がかかる。 巡回訪問で地域包括支援センターの全職員が積極的に発言する。 	<p>（大まかだ）高齢者のありがたい姿を実現したいと思うようになる。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 「やっぱり時間をかけてアセスメントすると良いわ～」という発言が聴かれる。 	<p>アセスメントの変化</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア個別会議で提出されたプランに、本人のつまづく前の暮らしや望む暮らしが記載される。 	市・地域包括支援センター・リハビリ職が One team になる
リハビリ職	<p>リハビリ職が市の考えに共感する。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 「地域ではそんな状況なのか」「入院期間が短いから、介護保険に付かないと自分たちが不安なんだよ」という感想や医療現場の事情が聴かれる。 	<p>地域包括支援センターとリハビリ職の協働</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア個別会議で地域包括支援センター職員とリハビリ職が会った際、「この前はだもも！」という挨拶が交わされる。 	<p>ケアマネ支援の変化</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターが主催するケアマネ向け研修会に、リハビリ職が呼ばれる。 	
	<p>リハビリ職が具体的な課題意識を持つ。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 「聴能団体として地域の状況を知らないといけないですね」という発言と合わせて、市に対する話し合いの依頼が来る。 	<p>リハビリ職の意識の変化</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 退院後の発達について、本人・家族・ケアマネに具体的に伝えたいポイントで、地域ケア個別会議で教えてくれる。 		

7 実行プラン<第2章>

本人・家族・市・地域包括支援センター・リハビリ職が一緒になって「ありがたい姿」に向かって進んで行くための実行プラン ～そして「誰に」「どう働きかけるか」～

インパクト	アクティビティ	初期アウトカム
地域包括支援センター・リハビリ職	<p>市と地域包括支援センターとリハビリ職が協働し、「市が考えるありがたい姿」を実現させるための市民向けの啓発媒体を作成する。</p> <ul style="list-style-type: none"> どのように「市が考えるありがたい姿」を市民に伝えたいかを地域包括支援センターとリハビリ職と話し合う。（「人生の舞台が切り替わる絵」、介護保険サービス利用者の介護度の悪化・維持・改善の状況や事例、PTやDr.からのコメント） <p>⇒ リーフレット「つまずいても私の人生の舞台は替わらない」</p>	<p>リーフレット活用の効果が見え始める。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 包括「不要なサービスに付ながらに済んだよ」 リハビリ職「不要なサービスを勧めずに済んだよ」 <p>地域包括支援センターとリハビリ職の仲間意識が芽生える。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 包括がリーフレットを活用する際「この人(PT)、私の知り合いなんだよ」と言う。 リハビリ職が、退院を控えた患者に包括のことを話す。
本人・家族	<p>市と地域包括支援センターとリハビリ職が協働し、「市が考えるありがたい姿」を市民に示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターが介護保険サービスの新規申請を受ける時や、病院でリハビリを行う時に、リーフレットを使って介護保険の説明を行う。 <p>⇒ 市と地域包括支援センターとリハビリ職が、市民に対し、「ちょっとつまずいても人生の舞台を替えないことを伝える。</p>	<p>本人・家族が、ちょっとつまずいても人生の舞台を替えない人(良いモデル)がいることを知る。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 本人も本人も、自分の舞台を替えずに生きていきたいと思う。

8 アジャイル型政策形成の仕掛け<第2章>

本人・家族・市・地域包括支援センター・リハビリ職が一緒になって「ありがたい姿」に向かって進んで行くための実行プラン ～そして「誰に」「どう働きかけるか」～

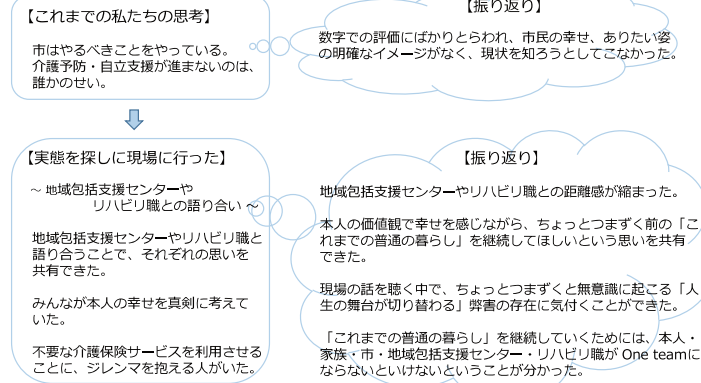
インパクト	初期アウトカム	中期アウトカム	最終アウトカム	インパクト
地域包括支援センター・リハビリ職	<p>リーフレット活用の効果が見え始める。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 包括「不要なサービスに付ながらに済んだよ」 リハビリ職「不要なサービスを勧めずに済んだよ」 <p>地域包括支援センターとリハビリ職の協働</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア個別会議で地域包括支援センター職員とリハビリ職が会った際、「この前はだもも！」という挨拶が交わされる。 	<p>リーフレットの活用が進む。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターや医療機関から、リーフレットの有効な活用方法について意見が聴かれる。 <p>アセスメントの変化</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 地域ケア個別会議で提出されたプランに、本人のつまづく前の暮らしや望む暮らしが記載される。 	<p>リーフレットの周知が進む。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> リーフレットの作成に直接関わっていない人が活用する。 <p>ケアプランと市民の意識の変化</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 「これまで歩んできた人生の舞台の上で暮らし続けるためのケアプラン」が地域ケア個別会議に出る。 	高齢者一人ひとりが、自分自身の価値観で幸せを感じることができる状態
本人・家族	<p>本人・家族が、ちょっとつまずいても人生の舞台を替えない人(良いモデル)がいることを知る。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 本人も本人も、自分の舞台を替えずに生きていきたいと思う。 	<p>本人が望む生活ができてきていることをイメージできる。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 本人が家族に「望む生活」を伝える。 家族が、本人に「どんな生活をしたい？」と聴ける。 	<p>「何とかなるか」と思える。</p> <p><モニタリング></p> <ul style="list-style-type: none"> 折り合いをつけて、これまで歩んできた舞台の上で、やりたいこと、やれることを続けられる。 →地域包括支援センターから確認 	

9 振り返り

⑤ 課題解決ストーリー（ロジックモデル）【打ち手】

【第1章】市・地域包括支援センター・リハビリ職が同じ方向を向いて歩むための土台作り

現状	インプット	アタリ役	アウトプット	アウトカム	インパクト
現状 高齢者が、色々と新しい介護サービスを受けられている。 高齢者が、様々なサービスを受けられるようになっている。 課題 本人・家族・支援者間の連携が、なかなかうまくいっていない。 原因 高齢者が、色々と新しい介護サービスを受けられている。	地域包括支援センター 市が地域包括支援センターを「市が考えるありたい姿」を実現するための取り組みを推進している。	地域包括支援センター 市が「リハビリ職と市が考えるありたい姿を実現するための取り組み」を推進している。	地域包括支援センター 市が「リハビリ職と市が考えるありたい姿を実現するための取り組み」を推進している。	地域包括支援センター 市が「リハビリ職と市が考えるありたい姿を実現するための取り組み」を推進している。	地域包括支援センター 市が「リハビリ職と市が考えるありたい姿を実現するための取り組み」を推進している。



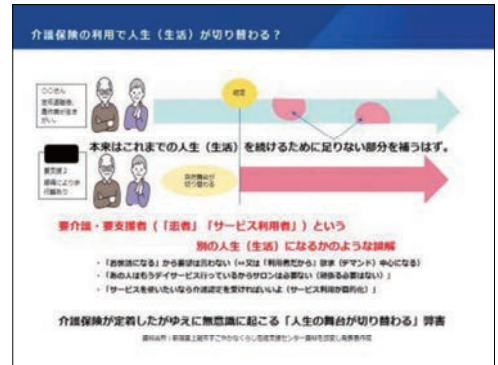
⑤ 課題解決ストーリー（ロジックモデル）【打ち手】

【第2章】ちょっとつまずく前の「普通の暮らし」が継続できる地域の実現

現状	インプット	アタリ役	アウトプット	アウトカム	インパクト
現状 高齢者が、色々と新しい介護サービスを受けられている。 高齢者が、様々なサービスを受けられるようになっている。 課題 本人・家族・支援者間の連携が、なかなかうまくいっていない。 原因 高齢者が、色々と新しい介護サービスを受けられている。	地域包括支援センター 市が地域包括支援センターを「市が考えるありたい姿」を実現するための取り組みを推進している。	地域包括支援センター 市が「リハビリ職と市が考えるありたい姿を実現するための取り組み」を推進している。	地域包括支援センター 市が「リハビリ職と市が考えるありたい姿を実現するための取り組み」を推進している。	地域包括支援センター 市が「リハビリ職と市が考えるありたい姿を実現するための取り組み」を推進している。	地域包括支援センター 市が「リハビリ職と市が考えるありたい姿を実現するための取り組み」を推進している。

参考資料

厚労省老健局総務課 菊池 一 氏 が講師を務められた研修会で、チーム上越市が考えたイメージ図をご活用いただきました！



令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム 第5回 最終報告

ここで生きていく

—小さな町の大きな挑戦—

Izumozaki Town
出雲崎町
Niigata Pref.
新潟県

2024年2月 出雲崎町 松永

チームメンバー情報

出雲崎町保健福祉課		介護高齢係	
松永 佐和子	佐藤 理絵	細野 宏一朗	
係長 社会福祉士 介護支援専門員 係：10年目	主任 事務職 係：3年目	主事 事務職 係：2年目	

出雲崎町の概要

- 人口 3,996人
- 高齢化率 44.8%
(R6.1.1現在 住基情報)
- 要介護・要支援認定者数 314人(認定率17.5%)
- 介護保険料 5,700円
- 生活圏域1、包括1か所(委託)



素材も道具も、すべてが日本製。国内唯一の手作り紙風船。



参加の動機

町の高齢者の暮らしに必要なものって何だろう。

少子高齢化が進行、高齢者人口がすでに減少。これから高齢者が増える自治体と同じようにはいかない。

「保険者の判断です」それはそうだけど…。担当3人ではもう限界。誰か一緒に考えてほしい。

地域包括ケアシステムって何をどうすればいい？

もやもや

うつつ

町の良さ、強みがわからない。・・・あるの？

うじうじ

めめめ

社会資源が少ない
医療機関、介護事業所
専門職
商店、交通手段…
役場職員も

何もかもうまくいっていない感じがする！

誰か助けて！

1 課題解決ストーリー ～町の紆余曲折～

【当初の課題】

時代は「介護予防、自立支援」→また自分ができるようになる！そうすれば、自分の暮らしが続けられるはず。改善してサービスから卒業してもらおう！



でも高齢者の実際は「ヘルパーさんからやってもらいたい」「人と会いたいからデイサービスに行きたい」が目的。良くなって卒業するはほとんどない。卒業の話をするとう「寂しいから取り上げないで」と言われてしまう。

簡単にサービスが利用できて、何でもやってあげている。サービスが自立を阻害しているかも。総合事業を見直そう。軽度者の利用に条件を設けてみたらどうだろう。



でもそれだと高齢者の「共感」得にくいよね・・・データと現場の両方から状況を確認してみよう！

【新拾いをして見えてきたこと】

高齢だけ自立していた！(R4年度)

平均自立期間(要介護2以上)男性80.8歳 女性85.1歳
介護認定申請初回平均年齢 87.0歳 (新潟県82.7歳、国81.7歳)
家事、畑、近所づきあい…工夫して上手に生活している。
資源が限られている。でも軽度者が利用できるキャバはまだあった。事業所と保険者の関係性いいよね～。

よかった！いいところもあった！



高齢ゆえに、様々なことが不安になる

一人暮らし、高齢者のみ世帯…それだけで不安。
自分も周りの人も年をとっていく寂しさ。
子ども・親族も不安。離れていればなお不安。
年をとっていく本人を目の当たりにする不安。
本人がどうやって生活しているのか見えない。
支援している側も不安

個人の「寂しい」「不安」に町がどう取り組めばいいんだろう？

そもそも「寂しい」「不安」ってどこから来る？具体的に何だろう？

「寂しい」「不安」を分解…なぜなぜなぜ…脳みそ沸騰！

自立支援の考え方を理解してもらいにくい。
自立支援はわかるけど、高齢だから「自分で」って言いにくい。



ある日お会いした方から、大事なことに気づかされる。

今までここで生きてきたんだ。これからもここで生きていければ、それが一番いいさ。



この人に、出雲崎で一日でも長く暮らせるように、安心して年をとってもらいたい。そのために私たちは仕事をしているんだっ！これからも暮らし続けてもらうためには何が必要か考えてみよう！

町の高齢者は上手に工夫して素敵に暮らしているよね！それってもっと誇っていいことなんじゃないかな？

あれもない、これもだめと思っていたけど、意外と出雲崎の強みがありましたね。

何かあってから関わると、家族も地域も支援者もみんなが大変！早いうちに自分や家族で解決できたり、支援者は予防的に関われないかな。

高齢者を支える取り組みはあるけど、知られていないものも多いかも。「知ってるだけでも安心」ってあるよね。



そういえば私たち自身も見方、考え方が変わってきたよね！

劇的に変わるんじゃなくて、ちょっと変わる積み重ねなら理解しやすいかも。

【町の目指すところが決まる】

「住民が自分の暮らしに誇りをもって、安心して出雲崎町で年を重ねられる」ように

① 高齢者・地域住民に、町の高齢者の生き生きとした暮らしを発信しよう

→出雲崎で年を重ねていくポジティブなイメージが持てる
それなら自分も！と動き出す

② 暮らしを支えるための情報にアクセスしやすくしよう

→自分で調べて自分で解決できることが増える
知っているだけでも安心できる

③ 離れて暮らす家族に高齢者の暮らしを見える化しよう

→これならまだ出雲崎で暮らせるよね。って思ってもらえる
離れていても本人を支えるチームの一員になってもらえる

何か大きく変えることはやめよう。今やっていることの見方・考え方をより住民目線することで、高齢者の暮らしを認め、寄り添っていこう。



2 実行プランと確認方法

①高齢者・地域住民に、町の高齢者の生き生きした暮らしを発信する

今までは	これからは	
町の取り組みの紹介、制度の案内、住民から問い合わせがあった事項で広く周知する必要があると感じたもの	高齢者が様々な工夫をしながら暮らしを継続していることを記事にする暮らしを支える手立てとなる制度について、タイミングや使い方を紹介する	
具体的手法	期待する変化	目指す姿
広報いずもぎき（5月・8月・11月・2月号）で連載する ・高齢者が様々な工夫をしながら暮らしを継続していることを意識的に集める ・小規模で顔が見える町だからこそ、「〇〇さんの暮らしの工夫」で住民の心をくすぐる	町の高齢者の生き生きした暮らしを知って心が動く ・町で話題のネタになる「見たよ!」「やってみたよ!」「私はこうしてる!」 ・若い世代から「町の高齢者ってイネ!」と言われる	年を重ねることに希望が持てる ・年だからと諦めず、またできたを体験・自分の暮らしを話したくなる ・自分はここで暮らしたいんだと家族に言える

9

②暮らしを支えるための情報にアクセスしやすくする

今までは	これからは	
町が住民に知ってほしい内容を盛り込んだガイドブックを作成HPに介護・福祉のタブはあるが、中身は事業者向けのものど混在	高齢者の暮らしの視点でガイドブックを作成する 知りたい情報へアクセスしやすいように使う人の視点で情報を整理する	
具体的手法	期待する変化	目指す姿
高齢者ガイドブック見直し・全戸配布 ・新ガイドブックが完成（R6年度中） ・追加ページを作成する（第9期中） 町HPにバナーを作成する 「GOOD AGING! IZUMOZAKI」(仮) ・情報だけでなく、出雲崎の高齢者の暮らしぶりも発信する ※この人に聞いてみようとなるように写真付きで作成する	知りたいときに知りたい情報が活用できる ・アクセスしやすい方法で必要な情報を得ている ・見ているだけで楽しい、面白いと手に置いておく ・住民から声が聞かれる「次あれも載せて」「これ見て電話してみたよ」	町全体が高齢者の暮らしに興味を持ち始める ・今の不安、少し先の不安に手立てがあることがわかる ・高齢者の暮らしに関わりたい人が増える

10



③離れて暮らす家族に高齢者の暮らしを見える化する

今までは	これからは	
家族から相談があった時や支援者が気になった時に本人の様子を伝える	本人の暮らしの様子や支援してくれる人との関わりなど、日々を伝える気になること、心配の種を映像付きでタイムリーに伝える	
具体的手法	期待する変化	目指す姿
LINEやZoomを活用して情報発信する ・取り組みに協力してもらえるように事業所に説明する（R5年度～R6年度初め） ・本人・家族に取り組みの内容を説明する ・希望する家族に写真や動画付きの訪問レポートを送る。 ・オンラインを活用したサービス担当者会議を開催する	家族が親の暮らしぶりを知る ・我が家も登録したいと申し出がある ・LINEを見て...と家族から支援者へ連絡が入る	家族の不安が減る ・離れていても親を支えるチームの一員でいられる ・「できた」や「心配」がタイムリーに共有できる

11

3 振り返り（チームや個人に起きた変化）

チームの変化		
<ul style="list-style-type: none"> ・出雲崎の良いところが見えるようになった。 ・出雲崎は出雲崎でいいんだと思えるようになった。 ・チームで話し合う回数（会話）が増えた。 ・他の職員から「介護高齢係いい感じだね」って言われた！ 		
松永	佐藤	細野
若手2人が急成長！ 2人の発言から気付かされることも多くなりました。出雲崎の未来への強みがひとつ増えました。訪問先では高齢者それぞれの暮らしのいいところ探しをするようになりました。	変化が起きたタイミング（入院、免許返納、物忘れの症状、家族との別れ）で家族や本人の立場にたった必要な情報を、必要なタイミングで届けていきたいと感じた。	「町は高齢化率が高くお年寄りがたくさんいて業務が大変だ...」という感情から、「高齢者が元気なことが町の資源であり良いところなんだ!」「高齢者は町の宝だ!」と気づいた。常に高齢者の立場にたち、本人や家族の不安や心配に寄り添うようになった。

12

タイトル: いまでも、これからも、私らしく暮らし続けられる出雲崎を目指して Ver.1.26

課題	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
現状 ▶ 出雲崎で高齢者はそれぞれの暮らしを続けていながら重なる。 ▶ 工夫しながらできていることたくさんあるが、高齢者というだけで大げさなイメージがある。 ▶ 色々な支援策があるが、知らないことが多い	高齢者 ▶ 町の高齢者の暮らしの見える化 ▶ 町にある高齢者を支える体制の見える化。 ▶ 出雲崎で暮らす幸せの理解促進	①町の高齢者の生き生きした暮らしを発信する ▶ 知られた高齢者の暮らしを積極的に集める ▶ 広報いずもぎきで、高齢者工夫をしながら暮らしを継続していることを知らせる ▶ 小規模で顔が見える町なかこそ「〇〇さんの暮らしの工夫」で住民の心をくすぐる ②高齢者の暮らしを支えるための制度、情報にアクセスしやすくする ▶ 高齢者ガイドブックを高齢者の視点で作成する ▶ この人に聞いてみようとなるように、写真付きで送る ▶ 町のHPに高齢者向けの「GOOD AGING! IZUMOZAKI」を制作する ▶ 高齢者の生活の情報を伝える ③離れて暮らす家族に親の生活を見える化する ▶ 離れていても親の生活が見られるようにLINEを活用して、情報発信する	① どの工夫をしてどんな暮らしをしているのかが集まる ▶ 広報いずもぎきで、高齢者工夫をしながら暮らしを継続していることを知らせる ▶ 小規模で顔が見える町なかこそ「〇〇さんの暮らしの工夫」で住民の心をくすぐる ② ガイドブックが完成する（令和6年度中） ▶ 追加ページを作成する（第9期中） ▶ 全戸配布する ▶ ホームページにバナーができる ▶ バナーへのアクセスがある ③ 取り組みに協力してもらえるよう事業所に説明する ▶ 本人・家族に取り組みの内容を説明する ▶ LINEで情報発信する	町の高齢者の生き生きとした暮らしを知って心が動く ▶ 私という声が聞こえる ▶ やってみたいという声が聞こえる ▶ 高齢者から暮らしのアイデアが来まってくる ▶ 若い世代から「町の高齢者ってイネ!」と言われる 年を重ねることに希望が持てる ▶ 年だからとあきらめず、工夫をしたらまたできたという経験を重ねる ▶ 自分の暮らしを話したくなる人が増える ▶ 自分はここで暮らしたいんだと家族に言える 町全体が高齢者の暮らしに興味を持ち始める ▶ 今の不安、少し先の不安に何かしら手立てがあることがわかる ▶ さらにいるなことを知りたくなる ▶ 高齢者の暮らしに関わりたい人が増える 家族が親の暮らしを知りやすくなる ▶ 知りたい時に知りたい情報が活用できる ▶ アクセスしやすい方法で必要な情報を得ている ▶ 見るだけでなく実際に体験し手元に置いておく ▶ これ見て電話したと声がかかる ▶ 次は〇も載せてほしいと要望が出る 家族の不安が減る ▶ 離れていても親を支えるチームの一員でいられる ▶ 「できた」や「心配」がタイムリーに共有できる	私らしく暮らし続けられるようになる ▶ 年を重ねることに希望が持てる 必要を頼んでくれるヒト、コトがわかり変えられる 別居の家族、近隣住民が高齢者に理解しやすくなる

実行プラン

アクティビティ	具体的手法	モニタリング方法
① 町の高齢者の生き生きした暮らしを発信する	<ul style="list-style-type: none"> ☆出雲崎での自分の暮らしに誇りをもってもらえるようにする 広報いずもぎき（5月・8月・11月・2月号）で連載する。 ▶ 高齢者が様々な工夫をしながら暮らしを継続していることを記事にする ▶ 暮らしを支える手立てとなる制度について、タイミングや使い方を紹介する ▶ ゆくゆくは動画も連携してHPにのせる（HPと連動する） 	<ul style="list-style-type: none"> ・記事に対する意見や感想（高齢者から、若い世代から） ・地域の集まりの場等で話題のネタになる「見たよ」「やった」「私はこうしてる!」
② 高齢者の暮らしを支えるための制度、情報にアクセスしやすくする	<ul style="list-style-type: none"> ☆高齢者の暮らしの視点でガイドブックを作成 ☆知りたい情報へアクセスしやすいように使う人の視点で情報を整理する 高齢者ガイドブックの見直し・全戸配布 ▶ 第9期中に書き換え作業を行う。 ▶ 第9期中はできた部分をパンフレット等でお知らせしながら、第10期に1冊のガイドブックにまとめる。 町HPにバナー「GOOD AGING! IZUMOZAKI」(仮)を作成 ▶ 情報だけでなく、出雲崎の高齢者の暮らしぶりも発信する。（広報と連動する） 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用した方からの声「これ見て電話してみたよ」 ・ガイドブックが電話の横にある ・バナーへのアクセス回数
③ 離れて暮らす家族に親の生活を見える化する	<ul style="list-style-type: none"> ☆映像を活用し本人を中心として家族とのつながりを強める 希望する家族に写真や動画付きの訪問レポートを送る。 ▶ 本人の日々の暮らしぶりや、関わっている人との様子、本人や家族が気になること、心配の種を映像付きでタイムリーにお知らせする ▶ Zoomなどを活用したサービス担当者会議の開催。 	<ul style="list-style-type: none"> ・別居の家族の反応 ・支援者の手間や負担感と効果のバランス ・地域から聞こえてくる声

14

市民よし、包括よし、 行政よし、三方よしの 生涯現役目指して

2024年2月5日
長久手市
森 延光

チームメンバー情報

所属・職名	名前
長久手市長寿課	森延光
〃地域支援係長	粕谷梨江
〃地域支援係主任	追立志乃
愛知たいようの社包括センター長	柴原里織
長久手市社協包括主任	柳澤聖依
長久手市社協包括主事	井原由季乃

2

長久手市の概要

- 人口60,955人
- 高齢化率17.16%
- 名古屋市、豊田市に隣接する“ベッドタウン”
- 市域の西側は市街化区域で閑静な住宅街、東側は調整区域で田園風景が広がる。



3

参加動機、課題

総合事業開始以降（28年度）、
長久手は従前サービスのみで多様なサービスの提供ができていない。

25年後には
高齢者人口も認定者
も
2倍に...



地域支援事業の上限額内で給付はできているものの、
将来現在と同じ従前相当のまま、給付が可能か大きな漠然とした不安。

総合事業内で実施する事業（一般介護予防・生活支援体制整備事業）において、
「高齢者のため」と漠然とした目的やそれぞれの事業で検討された内容を実施し、
事業が点になっており同じ方向になっていない。

令和3年度重層的支援体制整備事業を行うにあたって、
生活支援整備事業を活用したことにより、対象が高齢者ではなく全世代に。

4

参加動機、課題

漠然とした不安...。
長寿課だけではこの不安を解消する具体的方策が
イメージできない。



5

講義を通しての問いかけ

- 1 25年後には高齢者人口も認定者も2倍になることへの対策は？
- 2 現在と同じ従前相当のまま、将来十分な給付ができなくなるのでは？
- 3 他市町にはない急激な変化が予測される中、在宅生活の基盤整備がなされていないのでは？
- 4 高齢者の望む暮らしのイメージは？
- 5 総合事業の対象者である事業対象者・元に戻る対象者であることへの理解は？

6

介護申請理由は？

Aさん（82歳女性、非該当・事業対象者）
「週1回半日の機能訓練デイサービスを利用。よく眠れるため今後も継続利用したい」

Bさん（86歳女性、支援1）
「生活は自立。月数回老人会に出席、月1回友人が自宅に集まる。週1回半日の機能訓練型デイサービスを利用して他者と交流。継続利用したい。」

Cさん（86歳女性、支援1）
「夫と口論になりやすいが週2回デイケアに通い理学療法士に相談することで気分転換になり、夫婦の生活が維持されている。継続利用したい。」

7

元に戻れる対象者でありながら、 継続して利用している人の割合は？

事業対象者、要支援1・2を対象として過去に1度でも総合事業の

通所訪問（従来型）を利用したことがある方の傾向を確認。

【対象者731人】

6年 → 27人

5年 → 60人

4年 → 45人

3年 → 74人

通所サービスを
長期利用し続ける人が多い！

約3割が訪問介護のみを利用。内容は掃除の利用が1番多く、
状態を改善するサービス内容になっていない。

合わせてインフォーマルサービスを利用している人は少数。

8

長久手市の問題

本来、通所デイサービスを利用する必要がない方が多く利用していた。
なぜか？

市民、専門職は、何か困ったら介護サービスを使えば高齢者の生活が
維持できると思っていた。

&
地域支援事業の上限額内で給付が納まっていたため、
従前型サービスを続け、それで良いと思っていた。

そもそも、総合事業の目的が元に戻れる高齢者に向けた事業だと知らなかった。

従来型サービスしかなく、
元に戻れる可能性のある方に向けたサービスもなく、
元に戻った時の生活支援の仕組みがなかった。

9

これから誰に、どんな働きかけを行うか。その1

つまずいても元の生活に戻れることを知ってもらい、
そのための制度が総合事業なのだとして理解してもらおう。

行政&包括



- 現状に戻せる制度となっていないため、総合事業および関連事業の見直しに当たり、具体的に何をしなければならないのか及び対外的に説明できるようにするための先進地視察を提案する。
- 評価をするため、行政で把握できるデータ、現在のサービス利用状況や改善率を調べてデータを収集してもらおう。

10

これから誰に、どんな働きかけを行うか。その1

つまずいても元の生活に戻れることを知ってもらい、
そのための制度が総合事業なのだとして理解してもらおう。

SC



- 総合事業と生活支援体制整備事業の位置づけ、SCの役割を伝える。
- 高齢者の生活を知ることが必要であることを伝える。
- 生活支援体制整備事業として、高齢者の生活を支えるためには、まず日頃どのような生活を過ごしているか知る事が重要だと伝える。

11

これから誰に、どんな働きかけを行うか。その1

つまずいても元の生活に戻れることを知ってもらい、
そのための制度が総合事業なのだとして理解してもらおう。

リハ職（短期C事業所）



- 現状に戻せる制度となっていないため、総合事業および関連事業の見直しをするための視察（動機付け面談）やプロジェクトチームへの参加を依頼する。
- 元に戻った後のセルフマネジメントの必要性を伝える

12

これから誰に、どんな働きかけを行うか。その1

つまりいても元の生活に戻れることを知ってもらい、そのための制度が総合事業なのだと理解してもらおう。

一般介護予防事業の担い手 (長久手温泉)



- 一般介護予防事業参加者の状態像を把握してもらおう。
- 今後高齢者が生活を維持するための地域資源となってもらえるよう働きかける。

13

これから誰に、どんな働きかけを行うか。その1

つまりいても元の生活に戻れることを知ってもらい、そのための制度が総合事業なのだと理解してもらおう。

本人・家族



- 介護サービスを利用するだけでは、元の生活に戻れないことを示す。
- 元の生活に戻れる手段や方法を示す。
- 運動だけでなく、口腔、栄養、社会参加がフレイル予防になることを伝える。

14

想定される望ましい変化

行政&包括

- 1 現在のままでは「やばい」と思い、新しい総合事業の仕組みを考え、このままでは「いかん!」と思う。
- 2 まずは、自分達を中心となってやってみて、できることを見せ、仲間を募ることが必要だと考え、モデル事業の実施を決意する。
- 3 行政&包括を中心としたモデル事業実施のためのプロジェクトチームを結ぶ。

SC

- 1 高齢者にとって必要な生活支援を把握するために、目的をもって地域に出かける頻度が増える。
- 2 困り事から地域の傾向を把握し、必要な生活支援のための地域づくりをするようになる。
- 3 地域には、自治会、シニアクラブ以外にも色々な集まりがあり、資源があることを知る。

15

想定される望ましい変化

リハ職(短期C事業所)

- 1 アセスメント、動機付け面談、セルフマネジメントの重要性を認識するようになる。
- 2 自分達に必要なスキルを積極的に習得するようになる。
- 3 モデル事業・本格実施を通して、改善案や策を提案できるようになる。

一般介護予防事業の担い手:

- 1 長久手市の高齢者に必要なフレイル予防事業を検討し、展開できる。
- 2 つまずく前に相談機関とのネットワークを活用し相談できる。
- 3 もとの生活に戻った後、生活を維持できる事業を検討するようになる。

16

想定される望ましい変化

本人・家族:

- 1 従来型サービスだけでは健康を維持できないことを知る。
- 2 自分の健康状態に関心を持つようになる。
- 3 モデル事業への参加希望をするようになる。

高齢者の課題はどう解決するか

課題

事業対象者、要支援1・2の人が、元の生活に戻すという選択肢が無く、要介護状態になるまで、従来型のサービスに依存するしかなかった。



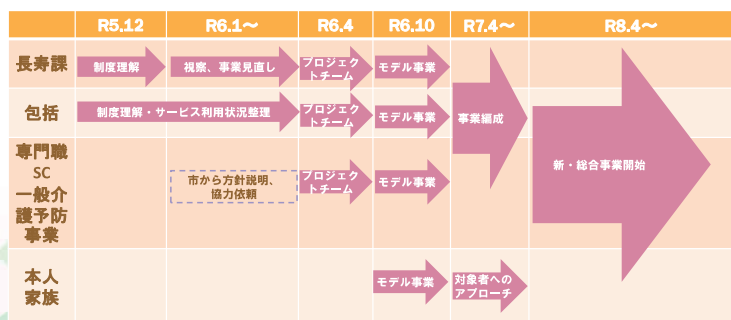
結果

事業対象者、要支援1・2になっても、元の生活に戻れる手段があることで本人の好きだった趣味や活動を再開することができ、自信を取り戻しいきいきと毎日を過ごすことができるようになる

17

18

実行プラン



19

実行プラン(詳細)

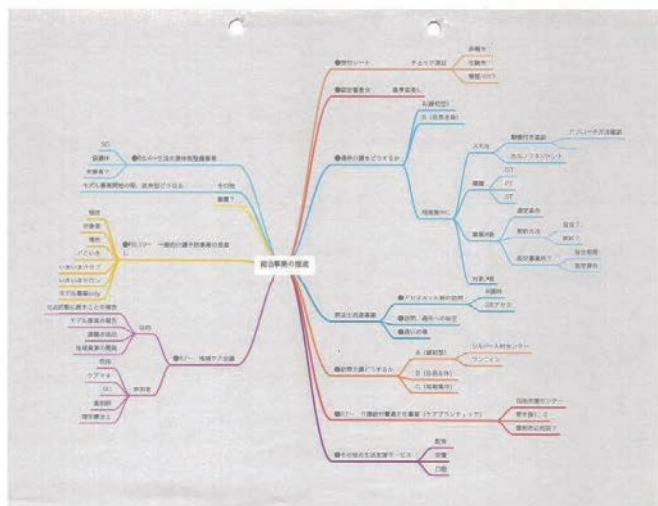
共通事項

制度理解：総合事業の仕組みを一から勉強し直す
(R5.12.4服部先生による講義の展開)

行政&包括

- ①モデル事業推進：短期集中事業を基軸として、「元に戻す」事業を行うためのモデル事業実施（R6.10～）、および専門職や介護事業所等への働きかけ
- ②モデル事業含めた事業設計の組立て及びスケジュール作成（前スライド参照）
- ③各事業の見直し：総合事業の大幅な見直しに伴い、他事業含めた全体像の描き直し（一般介護予防事業、生活支援体制整備事業等）※次スライド参照

20



実行プラン(詳細)

行政（主に長寿課）

- ①他市町村視察：通所型、訪問型サービスの先進事例視察
(防府市（R6.2）、寝屋川市、赤穂市（R6.3）等）
豊明市の地域ケア会議の視察
- ②視察報告会（包括、リハ職、SC、一般介護予防の担い手）
- ③プロジェクトチーム立ち上げ：行政、包括、リハ職、SC等へ参加依頼

包括

- ①現在のサービス利用状況及び生活改善率の確認（実施済み）
現在給付管理している利用者が使っているサービス状況の把握
運動系デイの利用者の身体機能改善率および評価項目の洗い出し
- ②ケアプランの見直し：「元に戻す」ことを目的としたケアプランを立てる

22

実行プラン(詳細)

短期C実施事業所のリハ職

- ①現状の課題と、今後市が目指す「ありたい姿」へ向けた方針説明
- ②プロジェクトチームへの参加依頼
- ③アセスメント、セルフマネジメントの研修の実施

SC

- ②高齢者の生活・課題を知ってもらうため、長寿課や包括との情報交換
- ③元の生活に戻れる居場所を作る役割を担ってもらう
- ④通いの場に来なくなった人へ、必要に応じてサービスにつないでもらう

23

実行プラン(詳細)

一般介護予防事業の担い手

- ①市の目指す総合事業の方針を説明し、一般介護予防に求める役割を明確にする
- ②各事業の参加者の状態像を分析し、現状を共有する
- ③短期集中事業の仕組みや内容を理解できる機会を作る

本人・家族

- ①老いていくだけと思っていたが、老いていくだけでなく回復できることや予防できる手段があることを伝える。
- ②モデル事業に参加することにより、元に戻れることを実感してもらう。
- ③介護サービスだけに頼らず、セルフマネジメントや地域資源で元に戻った後の状態を維持できることを知ってもらう。
- ④24時間365日の暮らしを考え、サービス外の時間をどう暮らしていくかをアセスメント時に伝える。

24

3 アジャイル政策形成の仕掛け (次なる改善につなげるための方策)

- 1 短期集中を基本としたモデル事業を実施し、必要な事業を検討し積み上げていく
- 2 R6.10～短期集中C型を基軸としたモデル事業の結果を集計（対象者選定基準、改善率、利用者の主観、専門職の意見、訪問サービス、栄養・口腔など）
- 3 R7.6までにモデル事業を踏まえた報告会及び意見交換会（行政、包括、事業所、ケアマネ参加）
- 4 R7.6～短期集中本格実施に向けた事業検討。必要があれば、再度モデル事業を行う。
- 5 事業開始～数年は、事業内容の評価のために行政・包括・事業所、SC間でのリフレクションをし、長久手市の現状に沿った事業展開を模索し続け、よりベストなものにしていく。

これまでとは違った工夫

- 事業ありきではなく、高齢者のありたい姿の実現のために事業を組み立てる。
- 担当が誰になっても、立ち戻って考えられる方針を作成する
- データに基づき、傾向を分析し、ありたい姿の実現をするため関係者に説明できるようにする
- モデル事業を行い、関係者や事業所と連携し、事業について随時見直しができる仕組みをつくる
- ケアプランチェックをはじめとした各事業の見直しを、ありたい姿実現のために行う
- 行政、包括がそれぞれの強みを活かし、絶えず意見交換できるチームとして、モデル事業に取り組む

振り返り（チームや個人に起きた変化）

- 総事業を正しく認識していなかっただけでなく、関連事業の目的や運営すらも統一されていなかったことが分かった。
- 社協包括内で「フレイル状態の高齢者を元に戻さなければいけない」という意識になり始めた。
- どこか他人事だった市の事業を我が事として捉え、自分達が主体となって動かなくてはならないという意識が芽生えた。
- 高齢者を元の生活に戻すことを共通のビジョンとして、コレクティブ・インパクトを目指し、事業の見直しを行いたい！

タイトル：市民よし、包括よし、行政よしの生涯現役を目指して

仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
課題仮説	誰に	どう働きかける	まずどこで	何が変わる	ありたい姿
<p>課題</p> <p>1 総合事業から今まで従来のサービス以外のメニューがない。</p> <p>2 総合事業の目的である地域に定住したサービスの創出ができていない。</p> <p>3 行政は高齢者に人件費が削減の理解が十分でない。</p> <p>4 総合事業は、事業所等が実施するサービスであるという認識が、包括、介護事業所から浸透してきていない。</p> <p>5 包括は、総合事業のメニューが不明で、事業所等が実施するサービスと重複しているサービスがある。</p> <p>6 市は、地域支援事業交付金と高齢者福祉費が重複していることで重複している。</p> <p>7 市は、高齢者福祉費と重複している。</p> <p>8 市は、高齢者福祉費と重複している。</p> <p>9 高齢者福祉費と重複している。</p> <p>10 高齢者福祉費と重複している。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>

タイトル：市民よし、包括よし、行政よしの生涯現役を目指して

仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
課題仮説	誰に	どう働きかける	まずどこで	何が変わる	ありたい姿
<p>課題</p> <p>1 支援を必要とする高齢者高齢者の増加に対応するための生活支援の充実、リハビリなどを必要とした自立支援を確保するための体制整備など、市が総合事業で創出してきた従来の方針について正しく理解できていない。</p> <p>2 計画の方向性が具体的に定まらず、方針が明確でない。</p> <p>3 市が包括、介護事業所に対し、高齢者福祉費の考え方が伝わっていない。</p> <p>4 包括は行政に理解が深まっていないため、行政が動くことが、伝え方がわからない。</p> <p>5 民間の支援体制整備事業が実施され、生活支援体制整備事業が実施されたことにより、高齢者の生活支援が取り組まれている。</p> <p>6 市民、専門職、関係者から分業サービスを受けたいという声が多く、リハビリの意見がない。</p>	<p>課題</p> <p>1 総合事業における介護予防について正しく理解する機会を作る。</p> <p>2 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>3 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>4 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>5 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>6 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>

タイトル：市民よし、包括よし、行政よしの生涯現役を目指して

仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
課題仮説	誰に	どう働きかける	まずどこで	何が変わる	ありたい姿
<p>課題</p> <p>1 総合事業の目的である地域に定住したサービスの創出ができていない。</p> <p>2 総合事業の目的である地域に定住したサービスの創出ができていない。</p> <p>3 行政は高齢者に人件費が削減の理解が十分でない。</p> <p>4 総合事業は、事業所等が実施するサービスであるという認識が、包括、介護事業所から浸透してきていない。</p> <p>5 包括は、総合事業のメニューが不明で、事業所等が実施するサービスと重複しているサービスがある。</p> <p>6 市は、地域支援事業交付金と高齢者福祉費が重複していることで重複している。</p> <p>7 市は、高齢者福祉費と重複している。</p> <p>8 市は、高齢者福祉費と重複している。</p> <p>9 高齢者福祉費と重複している。</p> <p>10 高齢者福祉費と重複している。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>	<p>課題</p> <p>1 アジャイルでの学びを包括内で共有する。</p> <p>2 現在のケアプランについて、現状把握、サービス提供の必要性を伝える。</p> <p>3 市が方針を決定していくことで、現状把握の共有が必要であることを伝える。</p> <p>4 課題共有をする場としてセンター委員会を活用する。</p> <p>5 総合事業での生活支援体制整備について正しく理解する必要があることを伝える。</p> <p>6 市民、専門職の意見を集めていく機会を設ける。</p> <p>7 対外的に説明、納得してもらうために市民等に活用する必要があることを伝える。</p>

タイトル：市民よし、包括よし、行政よしの生涯現役を目指して

課題	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト	
課題状況	誰に	どう働きかける	まずどうやって	何が変わる	あがたい姿	
	個人	1 案の趣旨が伝わり、改善する状況であっても改善できない事例と比較して提示する。 1' 現在保健医療制度でもっている特徴を共有してもらい、高齢者の実態に関する課題を把握する。 1'' モデル事業実施にあたり、実態に関する支援が不可欠なことを伝える。	1 関係機関を通じて、他市町が高齢者に対して実施している取組について取り組みを示す。 1' 現在の政策負担の活用状況や内容を共有する機会を持つ。 1'' モデル事業実施のためのプロジェクトチームに管理栄養士が必要であるため、関係関係機関に協力を依頼する。	【3か月】 1 既存事業の状況を把握し、改善点が提案できるようになる。 1' 建設現場の受診率や、受診者の実態を把握できる。 【1年】 1 モデル事業を通じて、今後実施できる事業内容について検討できる。 1' 建設現場の受診率や、受診者の実態を把握し、フレイル状態の高齢者を把握できるようになる。 1'' ビシレーションアプリなどでも何が出来るかを考えるようになる。	【1年】 1 モデル事業参加者の元に関った高齢者の生活に必要な事業を提案する。 1-2 フレイルに効果的な内容を実施できる。 1-2 フレイルに対する勉強会を開催する。 【それ以降】 ● フレイル状態の人を把握したときに、関係機関に情報提供したり、総合事業の活用ができるようになる。 ● 他の情報機関との情報共有を通じて、必要な支援を検討できる。	あがたい姿 「できること」を「やらなければならないこと」に置き換えて、1・2をどうやって実現するかを、関係機関と話し合い、口頭で確認し、実行する。
	一人・複数	1-2 市として、総合事業の本来的な目的実現のために、従来サービス以外の取組を進めることを伝える。 6-7 各事業の参加者の状態を分析し現状を把握する必要があることを伝える。 6-7 プロジェクトチームへの参加を打診する。 6-7 推進者及び参加者の意識を養えないといけないことを伝える。	1-2 元の生活に戻るためのモデル事業を実施すること伝える。 1-2 関係機関を通じて、他市町の状況を知ってもらう。 1-2 一般介護予防事業を推進していく上での課題をヒアリングする。 6-7 プロジェクトチームに参加してもらう。	【3か月】 1-2 総合事業を理解し、必要な内容や取組を検討できる。 一般介護予防事業の参加者の状況を把握しようとする。 1-2 フレイルに効果的な内容を提案した勉強会の実施ができる。 3 フレイルに対する勉強会を開催する。 3' フレイル予防教室を実施する。	【それ以降】 ● フレイル予防についての普及啓発ができるようになる。 ● 参加者に対してセルフマネジメントが継続できているか確認できるようになる。	できること 「できること」を「やらなければならないこと」に置き換えて、1・2をどうやって実現するかを、関係機関と話し合い、口頭で確認し、実行する。

タイトル：市民よし、包括よし、行政よしの生涯現役を目指して

課題	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト	
課題状況	誰に	どう働きかける	まずどうやって	何が変わる	あがたい姿	
	個人	6-7 介護サービスを利用することで、機能が維持できるわけではないことを伝える。 6-7 元の生活に戻れる手段や方法を示す。 6-7 運動だけでなく、口腔、栄養、社会参加がフレイル予防につながることを伝える。 6-7 日常生活（24時間365日）の過ごし方について考える機会を持つ	6-7 事業対象者、要支援1・2の人数の把握の推移のグラフを見える。 6-7 他の市町の取組、効果を検出し、モデル事業への参加を提案する。 6-7 フレイルに対する勉強会を開催する。 6-7 セルフマネジメントの学習会を実施する。	【3か月】 6-7 生活の困りごとに対して、従来の取組・サービスを利用して、生活が維持できるわけではないことを知る。 6-7 新規申請、又は既存の事業参加者の中からモデル事業への参加希望がある。 6-7 フレイルに対する意識が上がる。 6-7 自分の健康状態に関心を持つようになる。	【1年】 6-7 介護申請の際サービス受給の申請が減少するようになる。 6-7 短期集中サービス利用後の高齢者が元の生活に戻れるようになる。 6-7 フレイル予防教室の参加者が増える。 ● 元に戻れた暮らしを期間に伝えることができる。 ● 短期集中サービスの利用後の高齢者が元の生活に戻れるようになる。 ● 従来型より短期集中を選択するようになる。 ● 元の生活に戻れる人が出てくる。 ● 健康寿命が延びる。	あがたい姿 「できること」を「やらなければならないこと」に置き換えて、1・2をどうやって実現するかを、関係機関と話し合い、口頭で確認し、実行する。
	一人・複数	6-7 介護サービスを利用することで、機能が維持できるわけではないことを伝える。 6-7 元の生活に戻れる手段や方法を示す。 6-7 運動だけでなく、口腔、栄養、社会参加がフレイル予防につながることを伝える。 6-7 日常生活（24時間365日）の過ごし方について考える機会を持つ	6-7 事業対象者、要支援1・2の人数の把握の推移のグラフを見える。 6-7 他の市町の取組、効果を検出し、モデル事業への参加を提案する。 6-7 フレイルに対する勉強会を開催する。 6-7 セルフマネジメントの学習会を実施する。	【3か月】 6-7 生活の困りごとに対して、従来の取組・サービスを利用して、生活が維持できるわけではないことを知る。 6-7 新規申請、又は既存の事業参加者の中からモデル事業への参加希望がある。 6-7 フレイルに対する意識が上がる。 6-7 自分の健康状態に関心を持つようになる。	【1年】 6-7 介護申請の際サービス受給の申請が減少するようになる。 6-7 短期集中サービス利用後の高齢者が元の生活に戻れるようになる。 6-7 フレイル予防教室の参加者が増える。 ● 元に戻れた暮らしを期間に伝えることができる。 ● 短期集中サービスの利用後の高齢者が元の生活に戻れるようになる。 ● 従来型より短期集中を選択するようになる。 ● 元の生活に戻れる人が出てくる。 ● 健康寿命が延びる。	できること 「できること」を「やらなければならないこと」に置き換えて、1・2をどうやって実現するかを、関係機関と話し合い、口頭で確認し、実行する。

令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

寝屋川市における高齢者の可能性を最大限に引き出せる仕組みづくり

2024年2月5日
寝屋川市
崎山雄平

チームメンバー情報

分類	所属	役職・職種	氏名
チームメンバー	高齢介護室	室長兼課長	静 友哉
	高齢介護室	係長	増茂 誠一
	社会福祉協議会	係長	杉谷 嘉紀
	高齢介護室	社会福祉士	生子 真央
	高齢介護室	社会福祉士	田中 宏幸
	高齢介護室	社会福祉士	崎山 雄平

寝屋川市の概要



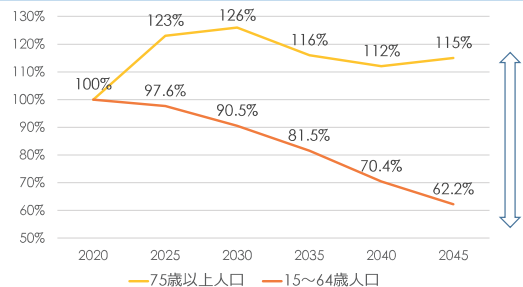
(R6.1)現在

面積	24.70平方Km
人口	225,736
(65歳以上)	68,004
高齢化率	30.1%
日常生活圏域	6圏域
地域包括支援センター	※全て委託 12か所(1圏域に2か所)
生活支援コーディネーター	※全て委託 1層…3名(兼任) 2層…3名(専任)
総合事業	訪問型(現行相当・サービスA・B) 通所型(現行相当・サービスA・C)

寝屋川市は利便性の高さから大阪府の住宅都市として発展してきました。

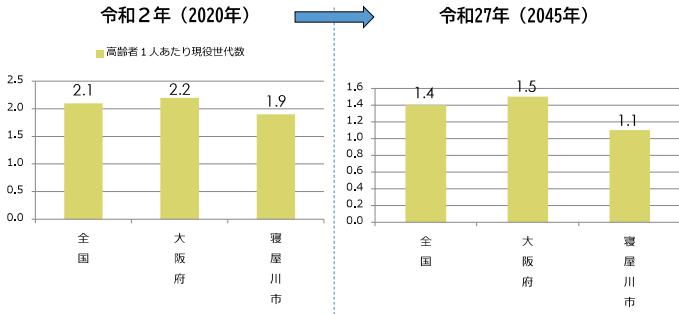
寝屋川市の人口推移（2020年を100とした場合）

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者(75歳以上)人口は、2030年にピークを迎え、2040年以降に再上昇。
- 生産年齢(15-64歳)人口は2025年までほぼ横ばい、その後減少、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。



(出典) 総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を基に作成
※2020年を100とした場合の2045年までの推計値

高齢者1人あたり現役世代数（15～64歳人口／65歳以上人口）



（出典）総務省「国勢調査」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

参加動機

現状

総合事業（通所C）を活用して、要支援状態から元の生活に戻れた方が **49.5%（384人中190人）**

一方、身体は元の状態に近づいたけど... 元の生活に戻れない方も約半数...

高齢者の可能性を引き出せていない



1 課題解決ストーリー

寝屋川市の状況はどんな望ましくない状況なのか

- 第1回目 SC事業のデコ入れとして企業とコラボしたい
→事業頭・打ち手ばかり
- 第2回目 関係者と話合ったら移動支援の話が出たので移動支援を立ち上げたい
→高齢者が抱える暮らしの困難さを本当に分かっている？
- 第3回目 課題を探索
→寝屋川市の高齢者が抱える暮らしの中での困難は？
→介護保険サービス利用中の方のケースをいくつか見て探る
→「男性高齢者のヘルパー利用と孤立」が課題？
→さらに深掘りすると、男性の孤立と食事内容などの健康面
→対象を広げる→暮らしの中で困難を抱えている人を知るには通所C利用者
→通所Cを利用してなぜ高齢者が卒業できないのか？
- 第4回目 真因を探索
→総合事業に関わる関係者に聞き取りやアンケート、市で把握している情報を整理

通所CとSC事業の連携に課題がある

寝屋川市の課題をなかなか捉える事が出来なかつた中で見つけることが出来た課題

対象を絞りすぎてしまう！

寝屋川市のありたい姿と現状①

高齢者のありたい姿

高齢者の可能性を最大限に引き出す

・通所Cを利用して元の生活に戻れる可能性のある高齢者が等しく元の生活に戻れる

現状

- 通所C事業所・・・
- ・事業所によって卒業率に大きな差がある。
※最高79.2%（38人/48人卒業）最低15.8%（3人/19人）R4年度実績

課題

- 通所C事業所・・・
- ・どうしたらもっと元の生活に戻れる人が増えるか聞いたところ、卒業率が一番高い事業所以外からはSCに対する意見がなかった。

真因

- 通所C事業所・・・
- SC事業の重要性を理解していない事業所がある。

寝屋川市のありたい姿と現状①

高齢者のありたい姿

高齢者の可能性を最大限に引き出す

・通所Cを利用して元の生活に戻れる可能性のある高齢者が等しく元の生活に戻れる

現状

- SC
- ・通所C利用者に介入しているが、社会参加に繋がる件数が少ない

課題

- SC
- ①どのようなサービス提供体制（地域づくり）をしたいのか、関わりたい高齢者像がSC間、市で差がある。
- ②総合事業との連携のイメージが分からないとのアンケート結果。

真因

- SC
- ①誰でも通えるような通いの場、元気な高齢者が対象者だと考えている。
- ②SC間で高齢者が生活の中で何に困っているのか理解に差がある。

今までの取り組み

通所C事業所

研修やフォローアップ事業、卒業率上位事業所に対する市からの表彰、卒業不安者に対するフォローアップ事業等を行ってきたが、卒業率が高い事業所がさらに卒業率が高くなり、卒業率が低い事業所は低いまま。通所C利用者全員に対してSCからのアプローチを行い、関わった方の20%ほど社会資源に繋がった。

S C

- ①市からSCに、個別事例から地域課題を検討する重要性を説明している。
- ②総合事業の研修や会議へ参加してもらい、S Cの活動について周知・報告する機会を設け、総合事業とSC事業の相互理解できる場を設けている。

決して放置しているわけではなかったけど。。。

11

アクティビティ①

●通所C事業所●

- ①新たな自立支援型地域ケア会議の立ち上げ
- ②SCの支援が必要な高齢者があればSCに繋ぐ
- ③SCに繋いだ件数を市に報告
- ④研修の開催
(SCとの連携の重要性について考える)
- ⑤SCとの意見交換会の立ち上げ

SCとの連携の重要性を知る

12

アクティビティ②

●SC●

- ①新たな自立支援型地域ケア会議（ケーススタディ）の立ち上げ
- ②資源の考え方の視野が広がる研修の開催
- ③通所C事業所から依頼があれば対応
- ④地域ケア会議の振り返りを1層・2層で実施
- ⑤通所Cとの意見交換会の立ち上げ

SCの支援が必要な高齢者を知る

13

2 実行プラン(アクティビティの具体策)

●通所C事業所●

- ①新たな自立支援型地域ケア会議の開催（振り返り形式のケーススタディ）
 - ・通所Cを利用したが卒業できなかったケースを参加者で検討
 - ・ケースは通所Cが選定（通所C事業所がこの方は卒業できたかとも思えた方）
 - ・毎月定例開催
 - ・参加者は通所C・包括・S Cが参加。他ケアマネやセラピストも参加可
 - ・年度末に取り扱ったケースの振り返りから地域課題を整理
- ②SCの支援が必要な高齢者があればSCに繋ぐ
 - ・市から通所Cに、ADLの改善見込みはあるが卒業後の資源が提案できない方をSCに共有するように説明する。
- ③SCに繋いだ件数を市に報告
 - ・②でS Cに繋いだ件数を市に報告し、市は通所Cがどの程度S Cと関わっているか把握する。
- ④研修の開催
 - ・SCとの連携の重要性について学ぶ事ができる研修
- ⑤SCとの意見交換会の立ち上げ
 - ・SCが関わったケースでどのような方が卒業でき、どのような方が卒業できなかったのか通所CとS C間でフィードバックする場。

14

2 実行プラン(アクティビティの具体策)

●SC●

- ①新たな自立支援型地域ケア会議の開催（振り返り形式のケーススタディ）
 - ・通所Cを利用したが卒業できなかったケースを参加者で検討
 - ・ファシリテーターはSCに対して資源の話を書くように配慮する。
 - ・毎月定例開催
 - ・参加者は通所C・包括・S Cが参加。他ケアマネやセラピストも参加可
 - ・年度末にケースの振り返りから地域課題を整理（SCがファシリテーター）
- ②新たな地域ケア会議の振り返りを1層・2層S Cで実施
 - ・現状の資源で足りないものは何か・どのような情報が必要なのか
- ③研修の開催
 - ・資源の視野が広がる
 - ・総合事業との関連性を学ぶ
- ④通所C事業所から利用者支援の依頼があれば対応
 - ・高齢者の情報収集（面談・通所Cへの聞き取り・アンケート）
 - ・資源情報の提供
- ⑤通所Cとの意見交換会を立ち上げ
 - ・通所Cが関わったケースでどのような方が卒業でき、どのような方が卒業できなかったのかS Cと通所C間でフィードバックする場。

15

働きかけた相手への効果

通所C事業所

- ・地域ケア会議に全事業所が参加する
- ・SCに繋ぐケースが増える
- ・研修会に全事業所が参加する
- ・地域ケア会議で資源についての発言が通所Cから出る
- ・意見交換会に全事業所が参加する
- ・意見交換会で卒業できた方、できなかった方の要因が説明できる

SCとの関わりが増える

S C

- ・地域ケア会議に1層・2層SCが参加する
- ・地域ケア会議でSCが資源についての発言をする
- ・地域ケア会議後の振り返り会に参加する
- ・研修会に1層・2層SCが参加する
- ・意見交換会と地域ケア会議で、卒業できなかった方にどのような課題があるのか分かる

SCの支援が必要な高齢者の状態が分かる

16

高齢者がどうなるのか

- ・通所C利用して元の生活に戻るためにいろいろな資源に繋がる。
- ・役割やしたいことなどを見つける事が出来る高齢者が増える。
- ・SCと連絡を取りたい高齢者が増える。
- ・通所Cに行きたい高齢者が増える。
- ・担い手として活躍する高齢者が増える。

3 アジャイル政策形成の仕掛け

通所C事業所

- ・SCに繋ぐ件数と卒業率の推移を観察
- ・卒業できなかった利用者のケースを市でも保管し、見直しをできるようにする
- ・地域ケア会議への事業所の参加率と資源に関する発言内容の確認
- ・意見交換会への事業所の参加率と資源に関する発言内容の確認

SC

- ・地域ケア会議への1層・2層SCの参加率と資源に関する発言の確認
- ・地域ケア会議の振り返りの実施率と報告内容の確認
- ・研修会への1層・2層SCの参加率の確認
- ・意見交換会への事業所の参加率と資源に関する発言内容の確認
- ・通所C利用者のマッチング件数の推移
- ・把握している社会資源の種類数の推移

4 振り返り (チームや個人に起きた変化)

- ・今まで課題に対してすぐに打ち手を考えてしまっていることに気づいた。課題が出てきたらその真因を考える。
- ・課題のとらえ方が変わった。データだけを見るのではなく、個人の生活から全体の課題を考える。
- ・個別の事業だけを見るのではなく、市の課題を解決するための事業だと考えが変わった。
→事業の分担も見直しが必要ではないか?
- ・仕組み上、総合事業関係者からSCに対する意見が多く、総合事業担当者に対してSCに対する意見が集まってしまっている。

- ・メンタリングを受け、打ち手ばかりの考えから、課題そのものを捉えようと視点が変わりました。
- ・結果、企業との連携ではなく、なぜ元の生活に戻れないのかを本人、事業所、SCの聞き取りやアンケートから見ていきました。
- ・寝屋川市の高齢者のありたい姿は、色々探っていましたが、総合事業の理念として掲げている「高齢者の可能性を最大限に引き出す」があっているのではないかと今は考えています。

タイトル：高齢者の可能性を最大限に引き出せる寝屋川市の実現

課題	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト	
現状 【通所C】事業所によって卒業率に大きな差がある。 【SC】通所C利用者に入居しているが、社会参加につながる件数が少ない。 課題 【通所C】どうしたらもっと元の生活に戻る人が増えるか聞いたところ、卒業率が一番高い事業所以外からはSCに対する意見がなかった。 【SC】 ①どのようなサービス提供体制(地域づくり)をしたのか、関わりたい高齢者像がSC間、市で差がある。 ②総合事業との連携のイメージが分からないとのアンケート結果。 原因 【通所C】SC事業の重要性を理解できていない事業所がある。 【SC】 ①誰でも見えるような通いの場、元々の高齢者が対象者だと考えている。 ②SC間で、高齢者が生活の中で何に困っているのか理解に差がある。	通所C事業所	SCの連携の重要性を伝える ▶ 新たな自立支援型地域ケア会議の開催(振り返りのケーススタディ) ▶ 協力者の選定と依頼 ▶ 先行市の地域ケア会議の見学 ▶ SCの支援が必要な高齢者があればSCにつながる ▶ 研修でSCとの連携の重要性について考える ▶ SCとの意見交換会の立ち上げ(事業所1・2層SC) 目的: SCが関わったケースでどのような方が卒業し、どのような方が卒業できなかったかSCと共有する。	SCとの関わりが増える ▶ 指示を受けている9の事業所が地域ケア会議へ参加(11回/年) ▶ SCにケースをつなぐ(2回/年、9事業所) ▶ 研修会に参加 ▶ 地域ケア会議で課題について発言する(個別1回) ▶ 意見交換会に参加(1回/3ヶ月) 目的: SCが関わったケースでどのような方が卒業し、どのような方が卒業できなかったかの要因を説明できる。SCに共有する。	SCへの関わり方が変化する ▶ 通所C事業所がSCに対する期待が高まる。 ▶ SCに対する思いや意向、前向きな要望が増える。 ▶ 地域ケア会議で通所CからSCに対する意見が増える。 ▶ SCにつながる件数が増える。	通所Cの専門職が本人のやりたいこと、元の生活をより深く深くようになる ▶ SC任せにする通所Cが積極的に利用者から情報を収集し始める。 ▶ SCにどのような情報があれば資源を紹介しやすいか相談する。	本人が望む元の生活を営めるよう地域資源を活用した支援ができる ▶ 通所CがSCに共有するケース情報の質が上がると、通所C利用者のマッチング件数が増える。 ▶ SCから地域ケア会議で提案される資源が増える。 ▶ 通所C利用者の卒業率があがる。
	SC	SCの支援が必要な高齢者を知る ▶ 新たな自立支援型地域ケア会議(ケーススタディ)の開催 ▶ 協力者の選定と依頼 ▶ 先行市の見学 ▶ 資源の考え方の視野が広がる研修の開催 ▶ 通所C事業所から支援の依頼が来る ▶ 地域ケア会議後、現状の資源では足りない事や、何が必要か1層・2層SCに伝える ▶ 通所Cとの意見交換会を立ち上げ(事業所1・2層SC) 目的: SCが関わったケースでどのような方が卒業し、どのような方が卒業できなかったか通所Cと共有する。	資源不足に対する気づき ▶ 活動団体では課題に対応できないことが多く、多いと気づく ▶ 地域ケア会議で提示できる資源が増える(1回以上) ▶ 地域ケア会議後の振り返り会の実施(10回/年、SC6人) ▶ 意見交換会の参加(1回/3ヶ月) ▶ 意見交換会で卒業できなかった方についての課題があるの分かる。	地域にあるものの掘り起こしを始める ▶ 既存の資源の特徴や可能性を把握。 ▶ 地域にあるもので活用できるものは、ないか探し始める。 ▶ 支援が必要で高齢者がどのような状態を希望しているのか、今まで関わったことがない機関や事業所にアプローチ ▶ 把握している地域資源の種類が増える。	通所C利用者、元の生活に戻る可能性のある高齢者が等しく元の生活に戻る	

今後のスケジュール

●通所C事業所●

- ①新たな自立支援型地域ケア会議の開催(振り返り形式)のケーススタディ
 - ・協力者の選定と依頼 (3月~)
 - ・先行市の地域ケア会議の見学・ケース依頼・参加者依頼 (4月~)
 - ・立ち上げ (5月~)
 - ・定例開催 (6月~3月)
- ②SCの支援が必要な高齢者があればSCに繋ぐ
 - ・説明する (3月~)
- ③SCに繋いだ件数を市に報告
 - ・件数報告のフォーマットを決定する (2月後半~)
 - ・②と同じ会議で市に報告するように説明する。 (3月~)
- ④研修の開催 (SCとの連携の重要性について考える) (3月~)
- ⑤SCとの意見交換会を立ち上げ
 - ・通所CとSCに趣旨説明 (4月~)
 - ・3か月に一度定期開催 (3月~)

今後のスケジュール

●SC●

- ①新たな自立支援型地域ケア会議の開催（振り返り形式のケーススタディ）
 - ・協力者の選定と依頼 (3月～)
 - ・先行市の地域ケア会議の見学・ケース依頼・参加者依頼 (4月～)
 - ・立ち上げ (5月～)
 - ・定例開催 (6月～2月)
 - ・年度末にケースの振り返りから地域課題の整理 (3月)
- ②新たな地域ケア会議の後、市と1層・2層SCと振り返り
 - ・主旨説明 (4月)
 - ・定例開催 (5月～)
- ③研修の開催
 - ・資源の視野が広がる・総合事業との関連性を学ぶ (3月)
- ④通所C事業所から利用者支援の依頼があれば対応
 - ・説明する (3月)
- ⑤SCとの意見交換会を立ち上げ
 - ・通所CとSCに趣旨説明 (4月～)
 - ・3か月に一度定期開催 (3月～)

現在把握している資源の種類

- ・通いの場系・・・342件
- ・通いの場(体操系)・・・190件
- ・趣味活動・・・211件
- ・スポーツ系・・・210件
- ・生活支援系・・・22件
- ・貸しスペースなど・・・24件

※通いの場系が多い。スポーツも多いが生涯学習事業からの情報が多く、通所C利用者が行えるものと差がある様子

令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

人と関わる場所が身近にあることで、 高齢者の幸福度が上がる

2024年2月5日
淡路市
谷川明信

チームメンバー情報

分類	所属	役職・職種	氏名
チームメンバー	地域福祉課	主事 社会福祉士	谷川 明信
		主査 管理栄養士	福條 佐織
		主査 保健師	富本 恵梨
		係長 介護支援専門員	田村 千鶴
		課長補佐 社会福祉士	辻 賢治
		課長補佐 保健師	松尾 靖子
		主幹 主任介護支援専門員	南 陽子
		主幹 主任介護支援専門員	馬場 美穂
		課長 事務職	来田 真由美
		長寿介護課 主幹 事務職	鈴木 朋美
	福祉総務課 主査 事務職	伊藤 洋	



日本の国 誕生の地「国生み神話」古事記・日本書紀由来の地

人口 42,190人 (R5.4.1現在)
65歳以上人口 16,036人 高齢化率 38.0%
日常生活圏域 5圏域
地域包括支援センターは直営 1ヶ所

地域特性：市の中央部を南北に貫く高原地帯が広がり、西側はなだらかな斜面となっている。山間部の人口が減少し、高齢化率が上昇。交通機関の便が悪く、車がないと日常生活が成り立たない。



当初の問題意識

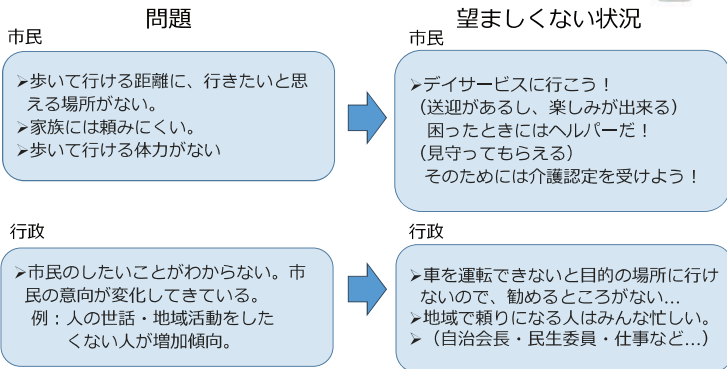
淡路市の現状

- ・通いの場へ自分で行けなくなった人は介護保険サービスを利用してデイサービスの利用希望がある。
- ・車がないと移動できない。免許を返納したとたんに家に引きこもりがちになる。

移動支援が必要！



1 課題解決ストーリー（サマリー）



これまでの淡路市は・・・

- いきいき100歳体操の啓発や新規会場の立ち上げをコツコツとしてきたが、コロナ禍となり新規会場もなかなか出来ない。
- いき100に行きたくないと言われたら、次の一手がない。



対象者と働きかけ

対象者（インプット）	働きかけ（アクティビティ）
通いの場（いき100・カフェ・料理教室等）	参加者のしたいこと・興味のあることを聞き、支援する 参加者の意見交換会により参加者の楽しみが増す新事業について話し合う 集まりの主体になりそうな人、参加意向のある人の目星をつけ、リストを作成し、声掛けする
75歳以上の独居高齢者	在宅介護支援センター（在介）を通じて聞き取り ・希望の交流場所 ・免許返納後の暮らし ・元気の源（特技） →小さな集まり拠点の事業計画を立て、主体候補者になる人に声をかける
免許返納者	免許返納者に関する情報を担当課に聞き取る。

頼もしい存在の発見！



自分でやりたい！の背景

- 高齢になっても、色々な事に興味がある。
- まだまだ自分は人の役に立ちたい。
- 家族に頼りたくない。
- 環境があればできるのに！
- みんなでわいわいと楽しみたい。
- 外に出かけて人と会いたい。



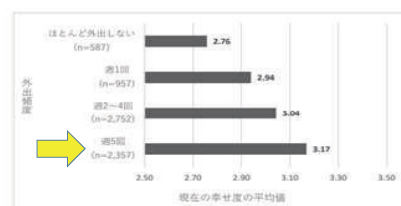
やっぱりそうか・・・



- いき100会場+Qの取り組みが必要
- 外出している人の方が幸福度が高い結果も出ている。

有効回答者(n=6,653)

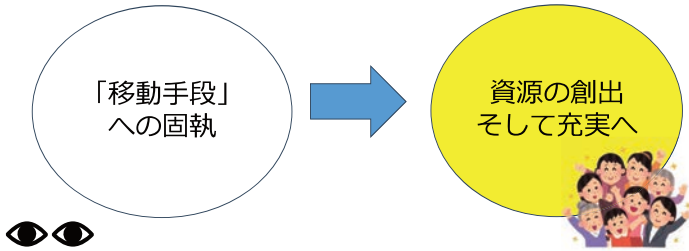
現在の幸せ度（平均値）と外出頻度の関係



考え方 視点の変化



移動さえできれば解決ではない、
新たな楽しみ、近くの集い場が必要だ。



2 実行プラン 初めの第一歩！まずはやってみる！

アクティビティ	具体的手法
①情報把握	やってみたい事、できそうな事、興味や関心事を話し合う。(いき100・料理教室など)
②声掛け	実施可能そうな候補者に声をかけ、事業の意見をもらい、実施を相談する。
③実施計画を立てる	①②の情報を整理し、やりたいことや求められていることの事業計画を立てる。
④事業展開	まずは1つの拠点から実施。
⑤評価	実施拠点の反応や参加状況を確認し、別の拠点へ啓発

3 アジャイル政策形成の仕掛け



モニタリング方法



- ・新規会場数
- ・参加率
- ・参加者の満足度
- ・会場、オンラインで年に1~2回ヒアリング



・モニタリング結果により修正し、新たな実施展開へ

4 振り返り



- ・机上や現場でそれぞれが考えていたことを集まって話し合っていく過程で、原点に戻って整理することが出来た。
- ・課題がはっきりすることで事業を進めるきっかけとなった。
- ・地域へ新拾いに行くことで地域の生の声や実情を知ることが出来た。



ロジックモデル

タイトル：人と関わる場所が身近にあることで、高齢者の幸福度が上がる

仮説	インプット	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト	
<p>課題状況</p> <p>現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 運転免許返納によって、自由に出かけることができなくなった(自身でできる能力が制限される) ▶ 自分が楽しむことを恐れ、人に奪われてしまうことを作るうとしない ▶ 家族の遠征支援も病院や買い物先で遠い場への支援が難しい ▶ 近所で助け合うにも負担がかかる <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 歩いて行ける距離に、魅力がある・興味がある行きやすい場所がない ▶ 歩いていく体力がない ▶ 自治体ニーズが分からない(やがた分からない) ▶ ことばがわかっていない(世話・地域活動) <p>原因</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 地形 ▶ 集まる楽しみがない(興味のあまるものではない) ▶ 人との繋がり、役が当たるのが嫌(世話人になるのが嫌...) 	<p>通いの場(いき100・カフェ・)</p> <p>75歳以上の独居高齢者</p> <p>免許返納者</p>	<p>参加者のしたいこと・興味のあることを聞き、支援する</p> <p>参加者の意見交換会により参加者の楽しみが増す新事業について話し合う</p> <p>集まりの主体になりそうな人、参加意向のある人の目標をづけ、リストを作成し、声掛ける</p> <p>在宅介護支援センター(在介)を通じて聞き取り・希望の交流場所・免許返納者の暮らし・元気の源(特設)</p> <p>小さな集まり拠点の事業計画を立て、主要な関係者になる人に声をかける</p> <p>免許返納に関する事務関係者に関する情報を聞きとる</p>	<p>いき100会場が+αの取り組みをする</p> <p>+αの取り組みが広がって、市内の隣保単位で集まり拠点ができる</p>	<p>歩いて出かける場所ができる</p> <p>行く用事が出来る</p> <p>話をする</p> <p>助け合う</p> <p>体操をしなくてもよい場所(自分の趣味が見つけられる)</p> <p>在介が集まりの場も訪問する</p> <p>自分たちのやりたいこと、できることを気軽に話し合える</p> <p>オシャレする</p> <p>気持ちが出外仕様に慣れる</p> <p>生活習慣が整う(スケジュール管理ができる。)</p> <p>在介の訪問が総合事業の場をコーディネートできる。</p>	<p>高齢者も自分たちで楽しく過ごせる</p> <p>デイサービスに頼らない生活</p> <p>車がなくても生活できる</p> <p>外出することが幸福度が上がる</p> <p>住民の主体感が生まれ、自分たちで集まりの拠点を運営できるようになる。</p> <p>元気な高齢者は介護認定になるまでに集まりの拠点を活用し、楽しみ続けることが当たり前になる。</p>	<p>人と関わる場所が身近にあることで、高齢者の幸福度が上がる</p>

令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム
第5回 最終報告

誰も取り残さない鳥取市を目指して
~最初の一步は、地域・行政・専門職が繋がり合うこと~

2024年2月14日
鳥取市
中嶋

チームメンバー情報

所属	職氏名
福祉部長寿社会課 鳥取市中央包括支援センター	主事 山口里佳
" 鳥取市中央包括支援センター	主任(事務) 中嶋克枝
" 鳥取市中央包括支援センター	保健師 西村葉子
" 医療介護連携係 ※事務所は東部医師会内に所在	主事 塩谷航平
福祉部地域福祉課 (重層的支援事業担当部署)	主幹(事務) 西谷慎也
市民生活部協働推進課コミュニティ支援係	主事 小川雄司
鳥取市社会福祉協議会地域支え合い支援課	係長(SC) 株本裕成
健康子ども部健康・子育て推進課健診推進室	主任(保健師) 田中琴子
鳥取県社会福祉協議会地域福祉部 副部長兼生活福祉資金室長	川瀬亮彦

2

鳥取市の概要

【鳥取市の特徴】

- ・H16.11/1に1市6町2村が合併。
- ・市域が広く、車で約2時間かかる
- ・中核市となり、保健所が設置された
- ・冬は山"陰"らしく、風が強く曇りや雪(雨)の日が多い。



【基本情報】

- ・人口： 181,786人
- ・高齢化率： 30.5%
- ・面積： 765.31km²
- ・日常生活圏域 (中学校区) : 18圏域
- ・公民館区：61区
※地域活動は公民館区ごとに
行われることが多い。
※公民館区単位ごとに
保健師の担当区域がある
※包括の担当圏域も公民館区が基準
- ・地域包括支援センター数：
地域担当(委託)10カ所
基幹包括(直営)1カ所
※地域支援事業や虐待対応、地域
担当包括の後方支援業務を行う

3

鳥取市の参加の経緯

- ・最初のきっかけは、地域支援事業全般の行き詰まり感
各種事業を実施しているが、それぞれに問題を抱えていた
→特に、包括支援センターが担当する
自立している高齢者～要支援認定者や認知症本人
の社会参加や地域づくり
- ・包括支援センターとしては、虐待には当たらない支援困難ケース
(主に8050ケースや精神保健分野) や虐待対応の過程での
養護者への対応・支援に困難さを感じていた
- ・長寿社会課内では、何をテーマに検討しても
地域づくりにたどり着くのではという話があり、
広く「社会参加」「地域づくり」を意識して参加申込みした
- ・関係課と調整し、若手職員中心となるチーム構成とした
- ・参加にあたっては「(上手いかなくても) 失うものはないから」と送り出された

4

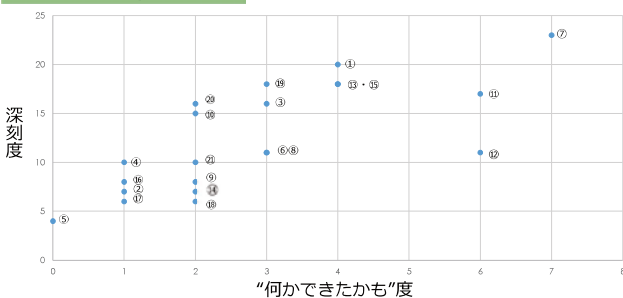
検討の経過 1

- 参加者の所属が多岐にわたるため、高齢者福祉や介護保険
そのものにテーマを寄せないこととした
- 併せて、介護保険担当部署の長寿社会課がなぜ
"地域づくり" "社会参加"に関心を持っているのか説明した
- チーム内での打合せの結果、すべての部署に関係のある
内容として、"相談"を検討していくキーワードに決定した。
また、各部署が対応した21事例を持ち寄って共有し、
"深刻度"と"何かできたかも度"の2つで分析した。

- チーム内で相談し、下記の基準で評価した。
- ①本人が介入・支援を拒否している
- ②当てはまる制度がない、制度の狭間にいる
- ③問題が放置されている
- ④問題が把握されていない、地域との繋がりが弱い
- ⑤多くの人が困っている

5

検討の経過 2



- 21事例の分析結果のうち点数の高い事例7と11を、
「どんなことが、できていたら良かったか？」という視点
から検討し、問題点が繋がっているのではないかと考えた。

6

検討の経過 3

- 21事例から考えたこと

地域の中で、困りごとを抱える人の存在が知られていても、
周りの人に迷惑がかかる、命の危険があるなど
大事にならないと市役所にわざわざ相談しないのでは？

- さらに、チームに加わった保健師が関わっている事例が
健康不安のある両親、精神保健的な問題を抱える子という
世帯で、今後の対応について悩みを抱えていた。
この事例から、以下のように考えた。

事例を把握し、将来の生活破綻が予見されたとしても、本人
たちからのSOSや支援に入るきっかけがないと、どう
したらいいかわからず関わりが途絶えてしまう。
長期的な伴走支援を続けるためにはどうしたらいいのか？

⇒この2つから、目指す姿が明確になった。

7

目指す姿

福祉的課題を抱える人・家族の生活が破綻する前に、その状況を把握することができる。

また、チームとして中長期的な見通しをもって関係構築に取り組み、生活の破綻や家族の分断を防ぐことができる。

- 福祉課題を抱える人・家族の生活が破綻する前に、地域住民（公民館などの地域の出先機関、民生委員、地区社協、近所の人など）から、福祉関係者に情報が伝達される。
- 福祉関係者が得た情報が、関係部署・組織に共有され、チームが形作られる。また、そのチームに地域住民が参加することが当たり前になる。
- 共有された情報が、チーム内外で更新され、定期的に再共有される。
- チームの中での役割分担がある程度明確になり、複数機関で協働して対応する習慣ができる。
- 福祉課題を抱える人・家族の支援のきっかけになりそうな動きが、（地域住民や訪問してる専門職、家族に関わっている福祉関係者から）チームに伝達され、介入のきっかけを逃さずに関わることができる。

8

検討の経過 4

○目指す姿を書き起こした後に、なぜそうなっているのか深掘りした。（作業状況の一部抜粋）



9

解決したい問題

- 地域でも市役所でも対応が難しい、苦慮する事例はたくさんあるが、大事になってから発覚することも多い
- 大事になってから見つかると、**どうしたらいいの!?** 家族を引き離さなければいけなかったり、それぞれ施設入所して、家族がバラバラになってしまう
- 早めに対応できたかもしれない事例も、家族それぞれの抱える問題や年代が異なると、それぞれの部署で対応が異なったり対応されないため、上手くいかない

何とかならないの!?

10

今の状況① どうして相談してくれないの?

どうしてこんなになるまで、抱え込んでいたんだろう? もっと早く分かっていたら、もう少し何かできたかも.....

地域の人は知っていたみたい。どうして教えてくれなかったんだろう? 市役所には来にくいのかな



じゃあ、会いに行ったら話してくれるのかな? 急に来た人に話すかな?

- もしかして、
- 会ってはいるけれど、話してくれるほどには**信用されていない!**?
- 私たちは、ちゃんと話を聞いて受け止めていた??
- 何を相談したらいいか分からないのかも!?

でも、会ったことがある人が知っていたよね..... どうして教えてくれなかったの?

11

今の状況② 上手く連携できないのはなぜ?

向こうの担当者は何をしているのかな。一緒に訪問したり一緒に考えたりできたらいいのに。

担当者って誰? えっ、変わってたの!?

こういう時ってどうする? たくさん問題があって何からどうしたらいいか分からない! 全部するの!?



今できることがないから会いに行きませんってどういうこと?

- もしかして、
- そもそも会ったことないから**誰が誰か知らない?**?
- 他の事例をどうしているか知らないから、**どうしたらいいか分からないのかも.....**
- 何もできないこともあるけど、それも向き合い方の一つじゃない??

12

具体的取組①

誰に	何をする
民生委員 公民館職員 地域住民など	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 「相談してほしい状況」を伝える ➢ 地域に出た職員がわかりやすい例（「大声を出している人」、「何日も同じ服を着ている人」等）を出して、相談してほしい状況を伝える ➢ また、「気になっている人がいたら教えてほしい」、「相談してほしい」、「話を聞かせてほしい」ということを伝える。
生活支援コーディネーター	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 地域に向いて地域に溶け込む中で、地域の人の好きなことや困りごと、地域の様子を把握する ➢ SCが地域へ出かける頻度を増やす ➢ SCが地域の情報通を見つける ➢ 地域でのいつもの生活をイメージし、SCが地域住民の話をじっくり聞く ➢ その様子を中央包括職員が定例会で聞く
地域に出かける職員、専門職（地区担当保健師・地域包括・中央包括職員など）	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 困っている人や気にかかる人がいないか意識して観察する ➢ 訪問や事業の直接の対象者以外の家族や地域住民の様子を気に掛ける ➢ サロン等の関わりの中で、参加者と話をする ➢ 集まりの核となっている人や気になる人とじっくり話をする。
行政全体（地域福祉課など）	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 福祉的課題を抱える人・家族の発見のための行政の役割（相談体制の構築）を検討する ➢ 各相談機関でどんな事例に対応しているか把握する ➢ 相談してほしい状況を整理する

13

具体的取組②

誰に	何をする
生活支援コーディネーター 地区担当保健師 地域包括支援センター職員 (圏域担当) 中央包括支援センター職員	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 地域連絡会を定期的に、継続して開催する ・ 各地域担当が、普段の業務や地域活動の状況、地域からの声、相談された対応中の事例を共有する <p style="text-align: center;">最優先</p>
パーソナルサポートセンター : 重層的支援会議主催担当課、生活困窮相談担当課 ケース担当者	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 重層的支援会議を開催し、複合課題を抱える事例を検討する ・ ケース担当者が対応困難な事例について情報共有し、関係部署同士で何ができて何ができないか整理する ・ パーソナルサポートセンター・ケース担当者ができるだけ負担のない開催方法の検討する(日程調整・進捗管理)
地域福祉課 中央包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 重層的支援会議の開催方法を一緒に検討する ・ 地域福祉課・中央包括が会議に参加し、事例の検討経過や効果的な会議になっているか把握する ・ パーソナルサポートセンターと一緒に、会議の開催方法等を検討する

14

何から始めよう？①

市役所と地域支え合い推進員(SC)の風通しを良くする

【具体的には】

- ・ SCの定例会に出席する
- ・ 地域で何ができたかではなく、どんな人と会ってどんな話をしてきたか、面白いことや大変だったこと、これからできそうだと思うことややりたいことを積極的に聞く



【どうなりたい】

- ・ 定例会でSCが口々に地域の話をしてくださって、盛り上がる
- ・ SCにとって、市役所の方が会議にすることが当たり前になる(緊張したり気を使ったりしない、いつもいる人の扱いになる)
- ・ SCが集まりや会議を設定して、呼んだ方がいかなかった時に「とりあえず声をかけておこうかな」と思ってもらえるようになる
- ・ 困った時にちょっと話を聞いておこうと思ってもらえ、話ができる関係になる

15

何から始めよう？②

地域連絡会で地域の話ができるようになる

【具体的には】

- ・ 連絡会を継続的に開催する
- ・ 普段どんな業務を担当しているのか話す、お互いに知る
- ・ 高齢者の話に限らず、地域のどんな場所に行ったか、どんなことが起きたか、どんな活動をしたか/できなかったか共有する
- ・ 無理に参加者を広げたり、会の中での成果を出そうと焦らない



【どうなりたい】

- ・ 地域担当者同士が顔見知りになり、顔と名前が一致し、会議以外でも話しかけられるようになる
- ・ 他の担当者の話を「そんなことしてるんですか!?!」「今の仕事とは関係ないけど、面白そう!」と興味を持って聞くことができる
- ・ 促さなくても、それぞれが発言したい時に発言できるようになる
- ・ 他の地域担当者と一緒にサロン等に訪問できるなど、連携できる

16

期待する変化①

誰に	何をして	どうなってほしい
民生委員 公民館職員 地域住民など	▶ 「相談してほしい状況」を伝える	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「あの人のことかな?」とイメージできる ・ 「こういう人はどう? あんな人は?」と質問が返ってきて、具体的な相談に繋がる
生活支援コーディネーター	▶ 地域に向かい地域に溶け込む中で、地域の人の好きなことや困りごと、地域の様子を把握する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の人から「ちょっと聞いて〜」と声をかけてもらえるようになる。住民さんとの会話が增える ・ 「SCさん」ではなく「●●さん」と名前を呼んでももらえる場面が増える ・ 思い立って(事前の打合せしなくても)出かけられる場所が増える
地域に出かける職員、専門職	▶ 困っている人や気にかかる人がいないか意識して観察する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 困っている人がいると認識できて、周りの人に「こんな人がいたんですけど…」と相談できる ・ また会って様子を確認できる状況を作れる
行政全体(地域福祉課など)	▶ 福祉的課題を抱える人・家族の発見のための行政の役割を検討する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 問題が起きた時に対応しやすい状況が分かる ・ 相談してほしいタイミングを説明できるようになる



! こういうことを積み重ねたら...

地域の人と顔を合わせた時に「気になっている人がいるんだけど」声をかけてくださったり、困ってそうな人がいた時に普段の様子を尋ねたりして、早めに情報をキャッチできるようになる

はず! 17

期待する変化②

誰に	何をして	どうなってほしい
生活支援コーディネーター 地区担当保健師 包括支援センター職員(圏域担当・基幹)	▶ 地域連絡会を定期的に、継続して開催する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域担当者同士が顔見知りになり、顔と名前が一致し、会議以外でも話しかけられるようになる ・ 他の担当者の話を「そんなことしてるんですか!?!」「今の仕事とは関係ないけど、面白そう!」と興味を持って聞くことができる ・ 他の地域担当者と一緒にサロン等に訪問できる
パーソナルサポートセンター ケース担当者	▶ 重層的支援会議を開催し、複合課題を抱える事例を検討する	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケース担当者が次にすることが分かったり、状況を整理することができて、出してよかったと思う ・ 一度事例を出した担当者が、他の担当者に「出したらいんじゃない?」と言ってくれるようになる ・ 様々な部署から積極的に事例が提出される
地域福祉課 中央包括支援センター	▶ 重層的支援会議の開催方法を一緒に検討する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 会議開催の主体担当者自身が「相談して考えていこう!」と思う ・ 会議開催までの見通しが立ちやすくなり、ケース担当者に会議までの流れを説明できるようになる。事例提出を動機やすくなる



! こういうことを積み重ねたら...

担当者同士が連携して動きやすくなり、対応に苦慮する事例でも対応を相談したり、何から働きかけていこうか整理することができる

はず! 18

プログラムに参加して

▶ 初対面同士の人もいたので最初はぎこちなかったが、少しずつ活発に意見が言い合えるようになった。徐々にチームとして考えることができるようになり、このプログラムが終わっても、この関係性を継続していきたいと思えるようになった。

▶ 課や職種、立場は違うけれど、皆で話合うことでお互いの業務や、その中で苦労を共有することができるようになったと感じた。多機関協働という言葉はよく聞いていたけれど、担当課に繋いだり会議に出るというイメージだった。実際に一緒に課題を考えてみて、部署によって地域に対する考え方や認識が大きく違うということを実感した。

▶ 同じ方向性を向くきっかけがあれば職員同士で負担感を分担していい仕事ができるのではないかと考えた。また、他の課はどんなことに困っているのかを知ることでも、お互いがフォローし合えるようになれば良いと考えられるようになった。

▶ 半年前と比較すると、今まで参加していなかった場所に参加しようと思えたり、問題となっていることの真意は何なのか掘り下げて考えられるようになった。一旦立ち止まって考える大切さに気付けた。

19

タイトル：誰も取り残さない鳥取市を目指して ～地域の困りごとを見つける繋がりづくり～

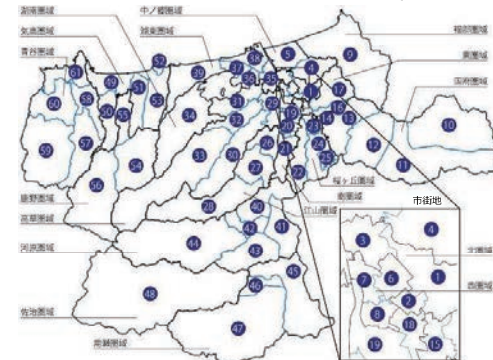
課題	インパクト	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
課題状況	課題の状況	どの課題が	まずどこで	何が	あつた
現状	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	①「相談してほしい状況」を伝える ・共通の媒体(スライド)を作成 ・視覚的にわかりやすい状況を制作 ・制作 ・本人・家族・地域関係者へ提供 ・早期に発見でき、介入できれば ・早期に発見でき、介入できれば	実際に伝える ・市道の沿道を利用して、最後の集客で出かける場所を説明する ・民生委員や民生委員員に対して、地域の会合などでも伝える	相談してほしい人が増える ・あの人のことか？ ・どうして？ ・あんな人か？ ・と疑問かけ、相談に乗る	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが
課題	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	②地域に向き地域に寄り込む ・地域に出かける頻度を増やす ・地域の資源を生かす	地域に顔を出し始める ・人が集まる場所へ積極的に出かける ・あつた人、あつた人、あつた人	SICに集った地域 ・地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる
課題	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	③地域の人と話すことで、好きなことややりごと、地域の様子を知ってもらう ・地域の人と話すことで、好きなことややりごと、地域の様子を知ってもらう	地域の人と話す ・地域の人と話す ・地域の人と話す	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる
課題	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	④困っている人や声にかける人がいかに届くまで ・困っている人や声にかける人がいかに届くまで	困っている人や声にかける人がいかに届くまで ・困っている人や声にかける人がいかに届くまで	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる
課題	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	⑤地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる

タイトル：誰も取り残さない鳥取市を目指して～地域や福祉関係者との関係づくり～

課題	インパクト	アクティビティ	アウトプット	アウトカム	インパクト
課題状況	課題の状況	どの課題が	まずどこで	何が	あつた
現状	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	①地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる
課題	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	②地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる
課題	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	③地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる
課題	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	④地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる
課題	・社会課題 ・地域課題 ・生活課題	⑤地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人、家族の困りごとを伝える ・地域で生活する人、家族の困りごとを伝える	地域で生活する人の困りごとが ・地域で生活する人の困りごとが	相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる ・相談が継続的に寄せられるようになる

参考資料

・鳥取市全域図(北が日本海、南が中国山地)



※番号は次頁の公民館区に対応

公民館区ごと人口・高齢者人口・高齢化率

包括	日常生活圏	公民館区	人口	高齢者人口	高齢化率	包括	日常生活圏	公民館区	人口	高齢者人口	高齢化率
鳥取北	北	1 久松	4,834人	1,550人	32.1%	鳥取市	湖東	35 千代木	5,101人	1,058人	20.7%
		2 徳島	2,134人	793人	37.2%			36 湖山	6,988人	1,643人	23.5%
		3 堀北	7,132人	1,565人	21.9%			37 湖山西	5,367人	1,390人	25.9%
		4 甲ノ郷	3,737人	1,000人	26.8%			38 養老	5,020人	1,414人	28.2%
		5 浜坂	8,707人	1,912人	22.1%			39 末吉	5,252人	1,773人	33.8%
	鳥取西	西	6 柳井	5,742人	2,087人		36.3%	40 河原	2,419人	759人	31.4%
			7 富森	3,488人	987人		28.3%	41 国英	1,025人	439人	42.8%
			8 明達	3,246人	1,101人		33.7%	42 八上	545人	251人	44.4%
			9 福部	2,686人	986人		36.7%	43 萩原	1,285人	558人	43.4%
			10 大寺	152人	90人		59.2%	44 西郷	1,024人	516人	50.4%
鳥取東	国府	11 坂野	4,454人	282人	6.3%	45 丹波	1,021人	432人	42.3%		
		12 谷	1,383人	588人	42.5%	46 大村	1,074人	397人	37.0%		
		13 宮下	3,707人	872人	24.4%	47 庄	1,067人	504人	47.2%		
		14 赤石	2,500人	607人	24.3%	48 坂野	1,586人	879人	55.4%		
		15 藤原	3,926人	1,154人	29.4%	49 坂野	4,341人	1,345人	31.0%		
		鳥取南	南	16 若菜	6,990人	2,049人	31.1%	50 坂野	847人	357人	42.1%
				17 植木山	4,494人	1,553人	34.6%	51 坂野	1,222人	438人	39.0%
				18 日田	5,386人	1,513人	28.1%	52 津津	371人	169人	45.6%
				19 坂野	10,342人	2,695人	24.9%	53 坂野	1,378人	664人	48.2%
				20 美保南	7,797人	1,789人	22.9%	54 野原	1,420人	608人	42.8%
鳥取南	櫻ヶ丘	21 倉田	1,940人	727人	37.5%	55 勝谷	1,870人	561人	35.7%		
		22 末吉	3,432人	1,171人	35.9%	56 小龍河	370人	215人	58.1%		
		23 坂野	6,799人	1,897人	28.0%	57 日田	830人	447人	53.9%		
		24 津井	3,788人	1,052人	27.8%	58 日田	780人	335人	42.9%		
		25 津井	4,182人	1,028人	24.6%	59 勝谷	459人	262人	57.1%		
		高嶺	高嶺	26 美保	1,648人	611人	37.1%	60 中郷	1,005人	409人	40.7%
				27 大井	849人	372人	43.8%	61 青谷	2,179人	953人	43.7%
				28 神戸	606人	313人	51.7%				
				29 大正	5,385人	1,478人	27.4%				
				30 東郷	803人	303人	37.7%				
湖南	湖南	31 坂野	3,310人	1,110人	33.5%						
		32 坂野	915人	449人	49.1%						
		33 明治	1,028人	477人	46.4%						
		34 湖南	1,837人	830人	45.2%						

令和5年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム成果報告会

地域の力を最大化せよ！ 学び成長し続けるチームづくりの核心

令和6年2月14日 13:30-16:45

受講料
無料

総務省をメンター陣のハンズオン支援で実現!

高齢者の暮らしを支える
共生社会の実現へ

**参加市町村の実例を
身近な課題解決に
活かそう!**

Plan Do Check Action

— 走りながら考え、考えながら走る —

「適い場を増やしてきたのにコロナ禍で参加者が減ってしまった」「協働体を立ち上げてきたもの一向に地域課題は解決しない」
地域包括ケアシステムの構築には多様な主体が組み、市町村の思うようには進まないばかりです。
アジャイル型政策共創プログラムとは、あるべき姿までの道のりを描き、状況に応じて修正を重ねていく力を
メンターが自治体職員に寄り添いながら組織に浸透させていくプログラムです。

自立支援・重度化防止 介護予防・健康寿命延伸 医療介護連携 生活支援体制整備 認知症施策 地域ケア会議

対象 地域包括ケア・地域共生の地域づくりに関わる市町村職員や地域関係者
及び市町村の地域づくりを支援する都道府県・厚生局・大学・民間企業等

会場 Zoomウェビナー(オンライン)

申込 **事前登録制(参加無料)** 途中参加・退出可
(後日動画配信あり) **お申し込みはこちらから▶**

申込登録締切: 令和6年2月8日(木) https://us06web.zoom.us/join/register?JWN_v0JHekTmuQacAT75hk6Q

※各自治体 文書コードにより申込できません。 ※本プログラムのアジャイル型政策共創プログラムは、他のデバイスからご参加ください。 ※録音機能はご参加のシステムにより異なります。 ※録音機能はご参加のシステムにより異なります。

**実施
主体**

藤田医科大学
地域包括ケア人材教育支援センター

医療経済研究機構
Institute for Health Economics and Policy

※本プログラムは、厚生労働省老人保健政策推進等事業
「地域包括ケアシステムの深化・推進に創出した市町村の
地域デザイン力を高める取組」に基づき実施されています。
©ーとして実施しています。

開催スケジュール

開催日時 令和6年2月14日(水) 13:30~16:45 会場 Zoomウェビナー(オンライン)

13:30 - 13:35	開会挨拶 厚生労働省挨拶	藤田医科大学 厚生労働省老健局
13:35 - 13:55	事業紹介・報告	医療経済研究機構
13:55 - 15:25	プログラム参加市町村の成果報告・参加市町村インタビュー 参加市町村がどのようにわがまに必要を取組を見極めていったのか、 総合事業や生活支援体制整備等による地域づくりの進め方や庁内外関係者 とのチームビルディングの実際のプロセスをご紹介します。	発表者: 4市町村(未定) コメンテーター: プログラムメンター陣
15:30 - 16:40	総論 参加市町村の取り組みを引き合いに出しながら、 本プログラムのエッセンスを全国の自治体に共有します。	厚生労働省老健局 プログラムメンター陣
16:40 - 16:45	閉会挨拶	

プログラム顧問・監修

日本社会事業大学専門職大学院 昭和57年に厚生省に入省し、大臣官房政策企画官、大臣官房長、老健局長、事務次官等を歴任。老健局長のときに、平成29年介護保険法改正を行い、地域包括ケアシステムの強化や地域共生社会の実現に尽力。退官後、日本社会事業大学専門職大学院福祉マネジメント研究科委員長、社会福祉法人友愛十字会理事長等に就任。地域共生社会や介護保険、障害福祉政策をテーマに各地で講演を行っている。

各員 教授・共同生労働者 事務次官
菅原 基道

プログラムメンター陣(敬称略)

亀井 善太郎 特任教授 北海道教育大学 社会福祉学部長	岩名 礼介 三級FPリサーチャー コンファレンス 代表者	三原 岳 コソビイ基礎研究所 ヘルスマネジメント センター 上席研究員	高橋 拓朗 NTTデータ 経営研究所 地域未来デザインユニット シニアマネージャー	都築 晃 藤田医科大学 健康・地域包括ケア 中核センター	池田 寛 藤田医科大学 健康・地域包括ケア 中核センター 講師	服部 真治 医療経済研究機構 地域包括ケア研究 センター 主任	松本 小牧 豊田市 市民生活 共済社 課長
--------------------------------------	---------------------------------------	---	---	---------------------------------------	---	---	-----------------------------------

プログラム参加市町村(12市町村)

北海道 深川市、秋田県 羽後町、茨城県 つくばみらい市、千葉県 千葉市、千葉県 白井市、
千葉県 長生村、新潟県 上越市、新潟県 出雲町、愛知県 長久手市、大阪府 豊屋川市、
兵庫県 淡路市、鳥取県 鳥取市

参加者の声 1

白井市 高齢者福祉課
加藤 多恵(主任・保健師)

それぞれの思いや、思考プロセスから
行動すべきことが明確に見えてくる

チームで意見を話し合ったりメンターからの問いに対してメンバーが
語る思いに触れたりする経験を通じて互いの考えを知り互いの理解
が深まってきたと感じました。メンタリングとチームでの話し合いを
繰り返すことで、やってみようと思えることに辿り着きました。

参加者の声 2

出雲町 保健福祉課
松本俊和(係長・社会福祉士)

立ち止まらず行動することで
望む結果を導く、アジャイル型を実現

プログラムに参加して自分の物事への考え方が変わりました。「なぜ」と
掘り下げることは分析しようと思ってるのではなく気付いたら
しているようになり、望むアウトカムが起るにはどうしたらいいか
と考えるきっかけやするようになりました。

参加
特典

本プログラムメンター陣による
メンタリングをご体験いただけます!

令和6年4月~7月頃、計4回(1回/月)開催予定

※詳細は決まり次第ウェビナーにご登録のメールアドレスへご案内いたします。

お問い合わせ: 医療経済研究機構 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム事務局
(担当: 深田、加藤) Email: agile@ihep.jp Tel: 03-3593-8918

令和5年度
老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた
市町村の地域デザイン力を高める組織構築に関する調査研究事業報告書

令和6年3月

発行：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

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-21-19 東急虎ノ門ビル 3F

TEL：03(3593)8918 FAX:03(3506)8528

PJ: No. 23327

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

