

平成30年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業

都道府県個別支援型 在宅医療・介護連携等推進調査研究事業

2019年5月21日（火）

株式会社 富士通総研
行政経営グループ 名取 直美

<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2018iryokaigorenkei.html>

<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/knowledge/elderly-health/>

在宅医療・介護連携推進事業はH30年度より本格施行になり、
いわば事業の「立ち上げ期」→「実行期」に移行した。

➡ 一方、市町村の推進体制は盤石ではなく、引き続き都道府県の支援が必要。
「実行期」という具体的に事業を進めていく段階に見合った支援とは？？

全国的な現状・
課題の把握と
仮説設定

全都道府県を対象としたアンケート調査

↓
全都道府県に対し、地域包括ケア及び在宅医療・介護連携の推進にかかる市町村支援の中で特に市町村職員や専門職の人材育成支援に焦点をあて、各都道府県の取り組み状況や課題意識等を調査

仮説の
深掘り・検証

関東信越10都県を対象としたヒアリング調査

↓
全都道府県に対し、アンケート調査で得られた結果を踏まえつつ、より詳細な推進体制や市町村支援の状況を把握するため、関東信越管内の10都県に対しヒアリング調査を実施

参考事例の
確認

大阪市事例調査

↓
地域の在宅医療・介護連携を推進する「連携推進人材」の育成支援等のあり方を検討する際の参考とするため、先行する取組を行っている大阪市事例について資料調査及びヒアリング調査を実施

展開方策の検討
フィールドで検討プロセスの
観察・分析

新潟県意見交換会

↓
県医師会を通じて郡市医師会に「コーディネーター」を配置・育成支援している新潟県において、その現状・課題や今後の方向性を検討するため、県および県医師会の関係者と意見交換会を開催、検討プロセスを共有→展開の方向性

都道府県に対する
支援方法等の検証

関東信越管内情報交換会

これまでの調査結果等を情報提供するとともに、他県の取り組み状況等を共有し、自県の取組に反映するため、関東信越管内都県の在宅医療・介護連携推進担当者による情報交換会を開催

全国調査の実施（H30.9）

- ➡ 既に「都道府県と市町村」という広域の支援関係の体制はできている。よって、今後は、より地域の実態に即したきめ細かな支援についての検討が必要
- …重層的な支援体制/保健所を含む動きも半数近くに

Q7 地域包括ケアの推進に向けた都道府県による市町村支援にあたり、貴県ではどのような体制上の工夫を講じられていますか？（複数回答可）

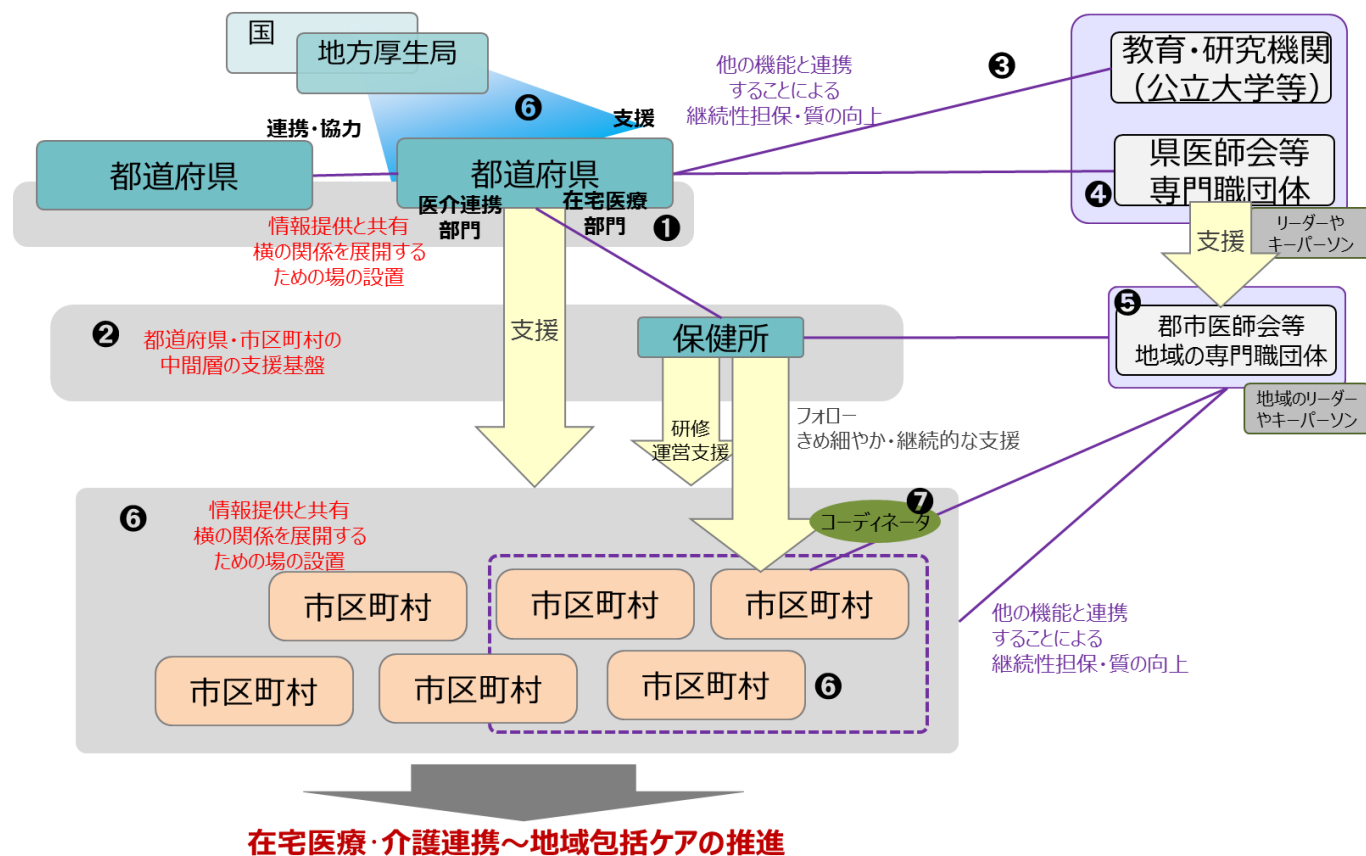
	実数	%
1. 都道府県庁内の複数の関連部署の担当者が定期的に情報共有や意見交換等を行う	18	39.1%
2. 保健所を、各圏域の市町村に対する支援を主体的に担う機関として位置づけている	21	45.7%
3. 都道府県庁の担当部局の職員に、特定の地域の市町村支援を行う役割を与えている	4	8.7%
4. その他	17	37.0%
無回答	5	10.9%

1.	青森県、宮城県、山形県、福島県、 栃木県 、 群馬県 、 埼玉県 、 山梨県 、三重県、大阪府、島根県、広島県、徳島県、高知県、佐賀県、長崎県、大分県、沖縄県
2.	北海道、青森県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、 茨城県 、 栃木県 、 群馬県 、 新潟県 、富山県、 山梨県 、滋賀県、和歌山県、島根県、広島県、高知県、福岡県、熊本県、大分県、鹿児島県
3.	北海道、 群馬県 、兵庫県、宮崎県

関東信越厚生局管内10都県ヒアリング調査（H30.10～12）による具体的な状況の確認

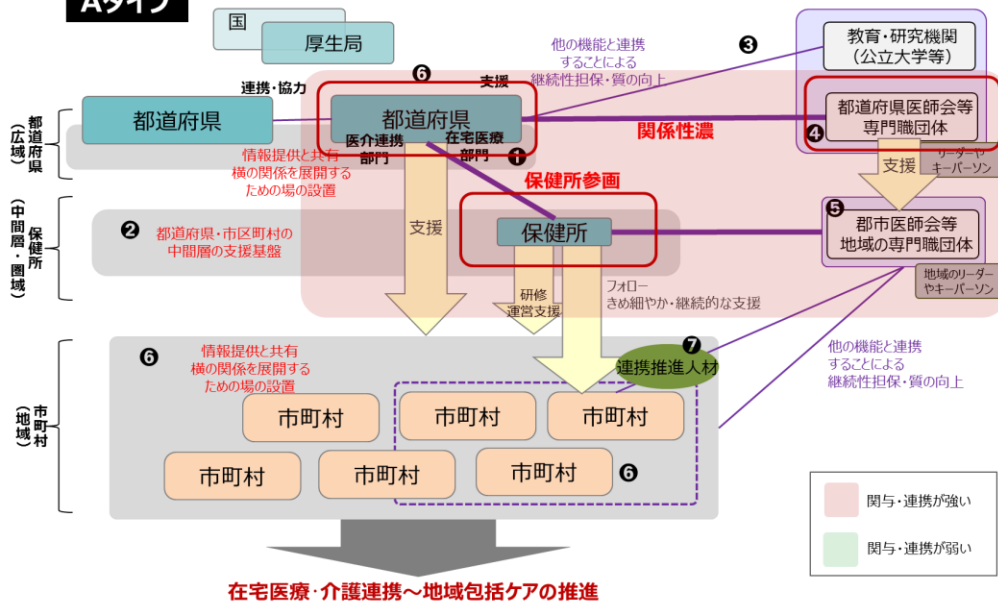
- ➡ 実行期への移行に伴い、より実態に即した支援のため、各都県の推進体制も圏域単位の支援による重層化を志向しており、実際に取り組んでいる場合は保健所が体制に参画。
- ➡ 支援にも実効性を求める動き。現場で在宅医療・介護連携推進に取り組む人材をキーパーソンとして設定し、そこに支援の焦点をあてることで、より効率的・効果的な支援を図ろうとする動きがみられてきている。

仮にこの体制とした場合、
都県の状況によって①～⑦に
課題が確認された



概ね共通する事象	ポイントと考えられること
①都県における在宅医療・介護連携推進担当と在宅医療担当のセクションが異なることは多く、各課間の連携や情報共有が不足し、医療介護連携における全体的な県の推進力に欠ける場合がある。	● 組織内連携の問題 ● 共通ビジョンの設定・提示が不十分 ● ロードマップ等が不在
②県内の推進支援体制に保健所の関わりが限定的である・位置づけ等が明確になっていない等の場合、都道府県と市区町村間の中間層の支援基盤がないため、市区町村へのフォローが難しくなる。（但し、担当者の属人的な関わりで行ってる場合もある）	● 保健所のコミットが確保できないと、圏域ごとの実情を反映したフォローが難しい
③県内教育機関等、学識に対する期待はあるが、県においてそのチャンネルがない場合がある。但し、学識に対する期待は、取り組みに対する並走支援やコーディネータ的な内容ではなく、それらは自県内の確保を指向。一方、学識に求めることはデータ分析等専門技能やそれらに裏打ちされた視点からの助言であり、それらを県外から確保することについても大きな抵抗はない。	● 主旨・内容をよく理解した学識の確保（当該県以外の可能性有）が進まず、紹介等のニーズはある ● 自県内での人材育成への意識向上
④都県にとって最大のパートナーとなりうる都県医師会とのタッグの強さは、各都県で違いがある。また、県医師会とのチャンネルは医療部門が担うことが多いことから、在宅医療・介護連携の介護担当は関わりが薄い場合もある。さらに、医師会以外の専門職団体も含む推進体制が確保できている所は少ない。県は市区町村等に支援を行うことができる専門職のアドバイザーも確保したい気持ちはあるが、そうした話自体が団体とできていない場合がある。	● ①に起因する等して、対応が一枚岩ではなく、情報共有が進まない状況もみられる ● 委託の場合、共に取り組むパートナーシップとならず、医師会に頼ってしまう可能性高 ● 一方で、県内専門職がアドバイザーとなっていくことへの期待自体はある ● うまく進んでいる所は、医師会だけではなく福祉系の団体もうまく取り組んだ体制である
⑤同じ県内であっても、郡市医師会等の取り組み状況は異なる場合があり、県医師会等はそれらへの働きかけ等を行う必要もある。	● 郡市医師会による違い、都県医師会によるフォローの必要
⑥市町村間、都県間等、同じ団体間での協議のプラットフォーム（場）がなく、市町村の場合は都県に対して、都県の場合は厚生局に対して、情報提供等ができるようなプラットフォーム提供の要望はある。但し、先進的に取り組んでいると認識している都県等の場合、その要望は低い場合がある。（但し、県から厚生局には政令市・中核市を広域に集めたPFの要望も有）	● プラットフォームの設置
⑦基金で配置されている在宅医療推進のコーディネータ・市区町村の相談窓口の医療・介護連携推進のコーディネータは、地域の推進力として重要なキーパーソンである。都県としても資質向上を図るべき対象ではあるが、①のようなセクションの異なり、④のような状況等から、うまく課題にアプローチできていない場合がある。	● コーディネータは事業推進・連携推進の鍵であり、その育成は市を支援する県、郡市医師会を支援する県医師会の共通課題

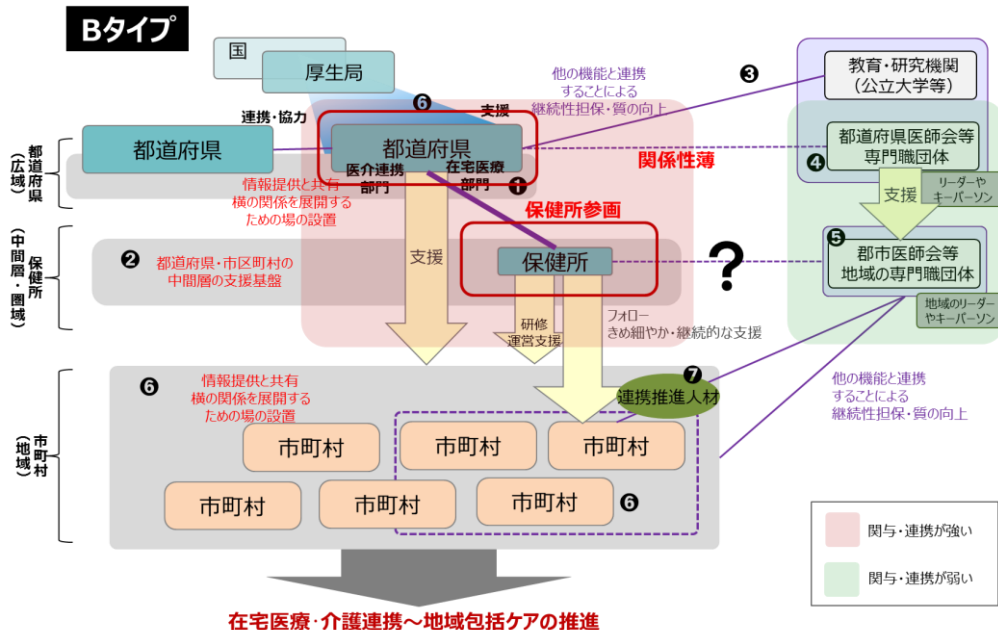
Aタイプ



保健所の関わりは高
県・県医師会他専門職との関係性濃

→地域へのきめ細かな支援は保健所単位で実施できており、県・県医師会等は全体推進と後方支援

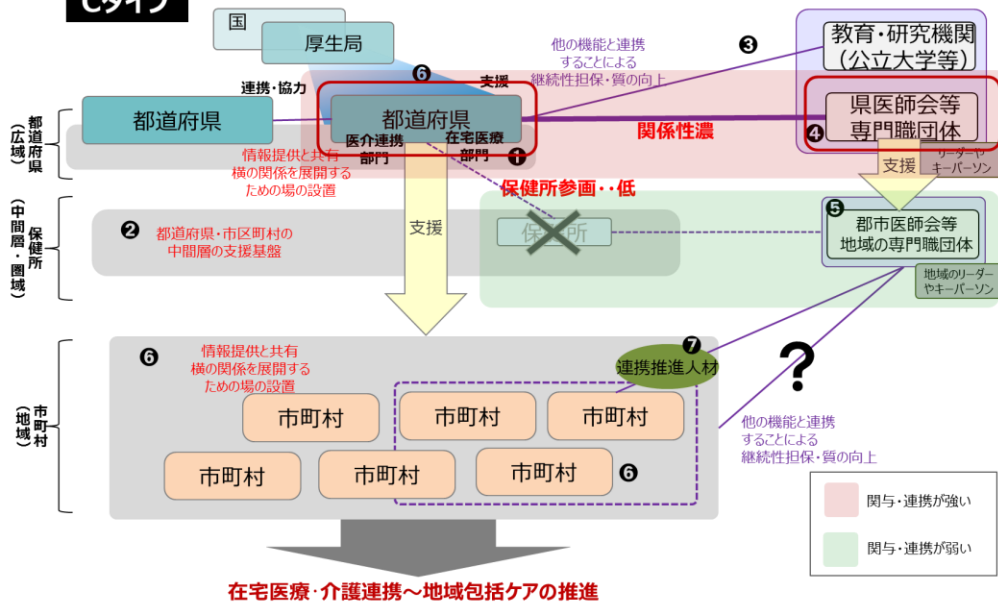
Bタイプ



保健所の関わりは高
県・県医師会他専門職との関係性薄

→地域へのきめ細かな支援は保健所単位で実施できているが、県医師会等のグリップ弱く、全体推進力の影響

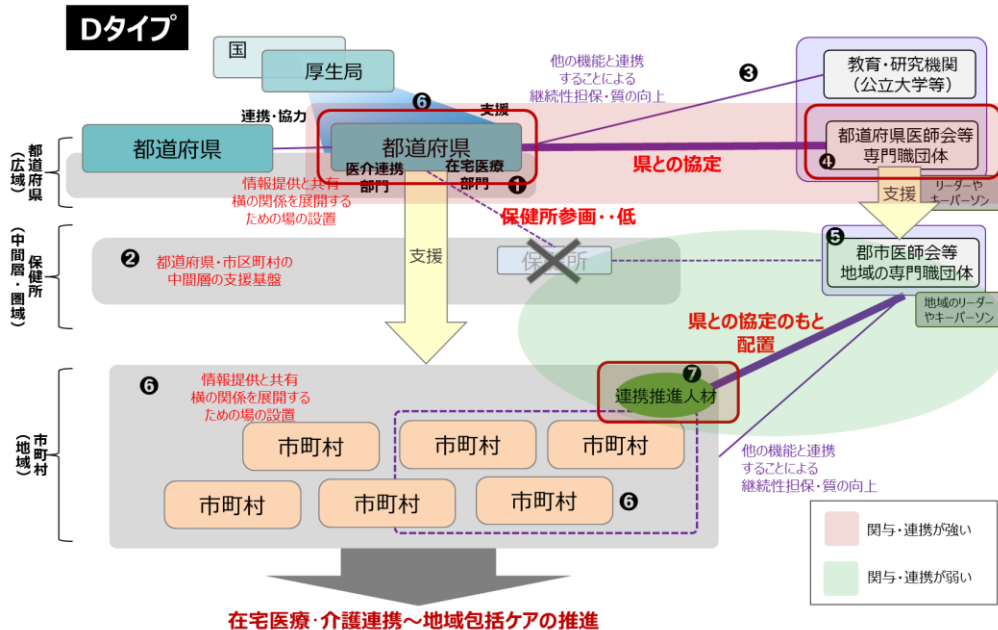
Cタイプ



保健所の関わり低
県・県医師会他専門職との関係性濃

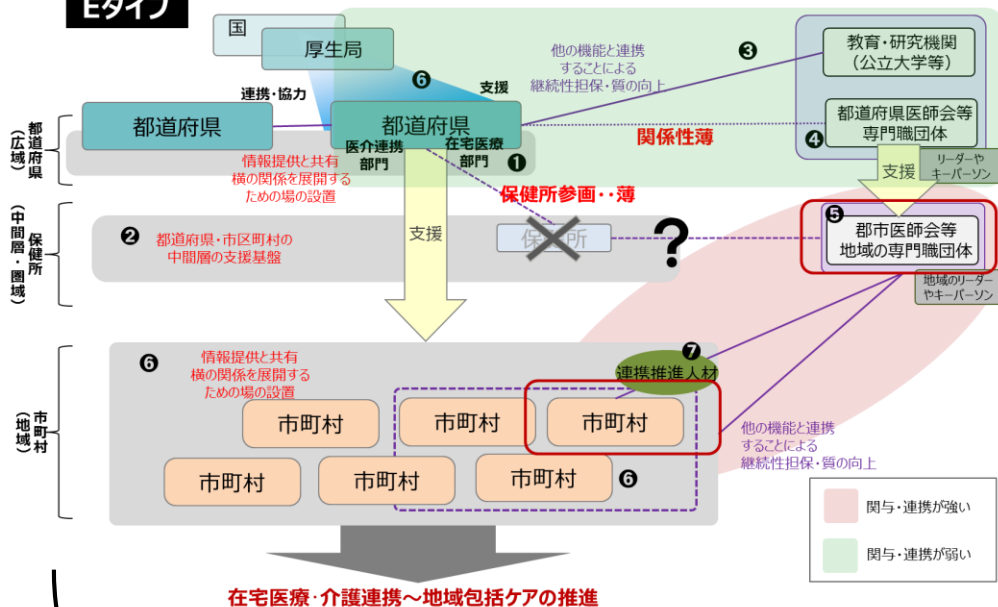
→全体としての推進力はあるが、
地域へのきめ細かな支援に欠ける可能性

Dタイプ



保健所の関わり低
県・県医師会との関係性濃

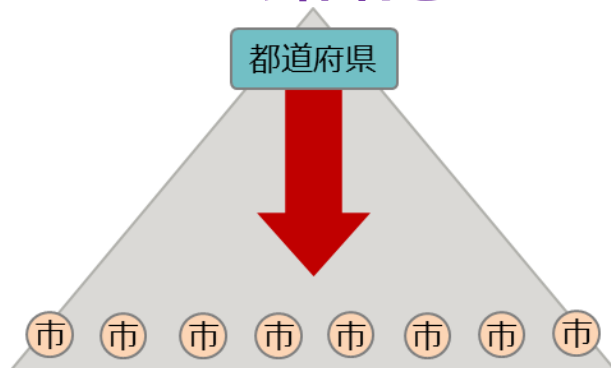
→地域への支援は連携推進人材への
期待(負荷)が大
・・・育成は県と県医師会共通の課題



保健所の関わりは薄
県・県医師会の関係性薄
但しモデルとなるような強い地域がある

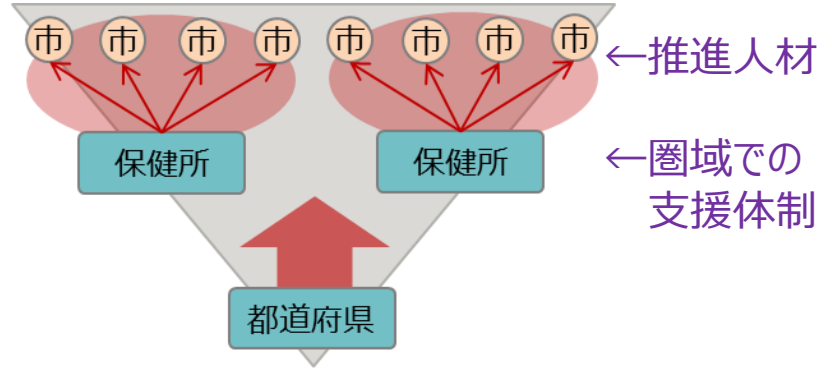
→全体としての推進力は低いが、
複数地域のモデルが牽引している

この体制を・・・



立ち上げ期

さかさまにひっくり返すには??



実行期

◆市町村の自律的な推進に向けた体制の強化

・・・市町村の実情に沿った並走支援が可能な推進支援体制の確保

(中間層・圏域を含む重層的な推進支援体制)・・・全体→個別へ

◆現場で在宅医療・介護連携の推進を図る「連携推進人材」の育成支援 …実行期にふさわしい「人材」の確保

「連携推進人材」は、地域全体の推進を側面から支援するキーパーソン…確保・育成が必要
(関東信越厚生局管内では新潟県、埼玉県がコーディネータ、山梨県がトータルサポート
マネージャー等に取り組んでいる)



しかし、具体的にどのような役割を担うのかを、本人(コーディネータ)・組織(郡市医師会)・
市町村自体がきちんと認識していない、育成支援策も整理されていない
…本人のモチベーションもさながら、自治体、専門職団体等にとっても共通する課題



類似する仕組みを持つ「大阪市」を訪問し、ヒアリング調査を実施
→その後展開策に向けた試行として、新潟県・新潟県医師会/市医師会にて
大阪市事例をもとに資質向上の方策等について意見交換会2回開催
…2019年に取り組むべき事項等について検討



取組方法については、他県等においても重要なテーマ：調査研究でも深堀を検討

情報提供

地域包括ケアシステムを自分の言葉で
「説明できる」ために
～基礎研修プログラムの開発～

平成29年度老健事業

「地域包括ケア推進に向けた総合的な自治体職員研修・支援体制に関する調査研究」の
基礎研修プログラムのご紹介

<https://www.fujitsu.com/jp/group/fri/report/elderly-health/2016chiikihoukatsucare.html>

地域包括ケアシステム

「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、
可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける」

「地域包括ケアを説明できますか？」・・・わからない

地域包括ケアシステムは
市町村が地域の実態を把握した上で目標を設定し、
高齢者をはじめとする市民の理解のもと、
事業者や市民団体等によって事業が展開されることで目標を達成する、
公民が一体となって取り組む方式で展開される・・・
(当然ながら庁内も、そして各地域支援事業・介護保険事業等の関連事業も！)

連携とか
連動とか
連続とか
協働とか
・・・??

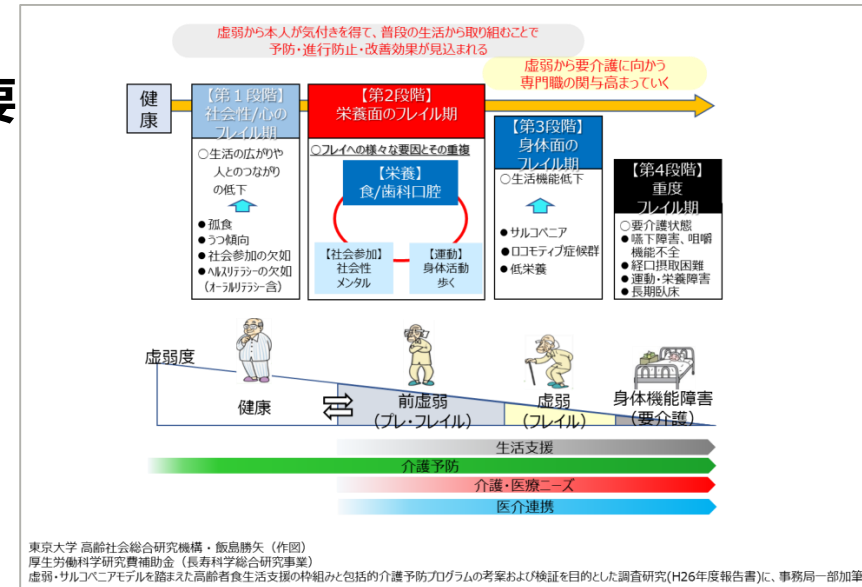


ここで担当する自治体職員が「説明できない」のは致命的
自分の言葉であっても説明できなければ「事業の連動」も「人を連携」させることも無理

地域包括ケアシステムが目指すことと、その達成のための仕組みを「知る」

「高齢者の尊厳の保持と・・・」の地域包括ケアシステムの目標を達成するには、
ニーズに合わせられるように複数の事業が必要
老いのプロセスで変化が生じても継続する支援が必要

いわば人を中心とする「連携」と「連続」を
必要とする仕組み

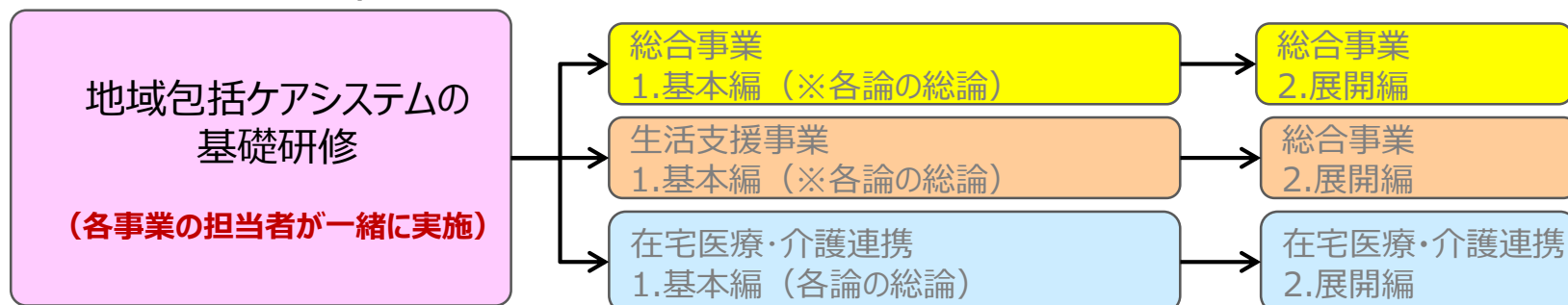


年度の早い時期に実施する研修

①まずはここで意識合わせ
(各自治体の考え方)

②各事業の基本的な事項

③応用編へ・・・



「知る」ということと、「自分事としてとらえる」ということ …これに特化

研修終了後の行動目標

次の活動に向けて行動するための準備ができていること

- 自己学習：地域包括ケアシステムについての自己学習を行う
- 庁内連携：庁内他部署との情報交換や検討等、働きかけを行う
- 協働推進：事業者等団体等との協働、住民らへの啓発に向けた取組を行う

そのためには

- 自分の言葉でも良いから「説明できる」こと 【自分事にする】
- 自分の取り組むべきことがわかること 【マインドセット】 …ができていることが必要

「自分の仕事はどこを支えているのかな？」



半日でも可能なプログラム・外部から講師を呼ばなくても良いプログラム（内製化）

実施時期	プログラム	内 容
研修前	開催前アンケート	参加者の概要を把握し、研修当日のグループワーク時のグループ組成の参考にする。また、研修前後を比較した効果測定 of 資料としても利用する。
	文献による事前学習	必要に応じて実施する。
	事前課題	研修に先立ち、自身の市町村の状況を把握するために行う。
	事前資料	研修当日に行うグループワークのために、事前にケースのプロフィールを読む。
研修当日	オリエンテーション	本プログラムの目的や到達目標を理解する。
	【講義】 地域包括ケアシステム概論	地域包括ケアシステムが求められる背景、取り組むべき課題、構成要素と担い手を理解し、自身に求められる役割を再確認する。
	【アイスブレイク】	「尊厳の保持」、「自立した生活」を改めて考え、自分の言葉で発言してみる。
	【グループワーク】 ケースを考える-1	ある高齢女性の80歳(虚弱)、84歳(要介護)の時を取り上げ、その中での尊厳の保持、自立した生活が実現している姿、その時に必要な支援とその担い手を段階的に考える。生活を支える支援や支援者も多岐にわたり連携が必要であること、さらに老いのプロセスで状態が変化し、支援も変わることをグループワークで実感することで、自身の担当する事業がどこで必要とされるのかを知る。
	【グループワーク】 ケースを考える-2	
	【講義】 振り返りと情報提供	グループワークの振り返りと、老いのプロセスの理解、その状態に沿った支援内容や支援体制を理解し、自身の担当する事業がどのように他事業と連携するのかを知る。
	目標設定 実施後アンケート	今後、自分が取り組むべきと考える目標を短期・中期・長期で記載。 また、研修前後を比較した効果測定 of 資料としても利用。
研修後	フォローアップ	研修時に目標設定した内容をフォローアップ。

※以上の全資料はホームページからダウンロード可。必要に応じてのカスタマイズ、一部利用も可。
(出典・引用元だけ明記ください)

Point グループワーク1・2で「老いのプロセス」と「実現したい姿」と「必要な支援」と「支援者」を考える

- ① 対象である高齢助成の状況を踏まえた上で、「この人において自立と尊厳が保たれているのはどのような状態か」をそれぞれが考える。
- ② それぞれが考えた内容をグループの全員で共有する。似たものは分類し、その状態を実現するために必要な支援はどのようなものかを考える。
- ③ その支援は地域包括ケアシステムの4助（自助・互助・共助・公助）のどこにあたり、どのような支援の担い手によって実施されるのかを考える。

ケース1：独居女性Aさん80歳。生活の中での生きがいを失うことで急激に弱っていく。

…主に互助を中心とする支援等で進行防止と改善を図る視点が中心となる。

ケース2: 独居女性Aさんは84歳になり、自身の心構えもできている。

…専門職による支援や、ACP等身じまいを考える等、最後までどう支えるかの視点が中心となる。

事前資料

研修資料 Ⅱ-1

【グループワーク用・事前情報】 Aさんについて

今回の研修では、「Aさん」のこれらを皆さんで考えていただきます。それに先立ち、本資料の一読をお願いします。

【経路等】

- Aさんは、昭和13年に、現在の住まいである●●市から2時間ほど離れた町に生まれました。小学校が特にながき病気にとてな、入院を娘のお母さんの時分にいとくめられました。
- 地元の高校卒業後は県内のデパートに就職し、アルバイトに来ていた大学生と知り合い23歳結婚しました。

【20～50歳代のAさん：3人の典型的な核家族】

- 結婚を経て、Aさんは住居を辞めて専業主婦となりました。25歳で一人娘が生まれましたが、夫は忙しく、子育てはAさん一人が単独でこなす核家族でした。夫は転勤が多くなり、子どもを連れて夫もなかなかできませんでした。
- 転勤が多くなり、娘の入学を控えて、転勤先でユークの一戸建の住宅を購入しました。それが現在の家です。地域は静かでしたが、近所のみやげや遊び場が公園が広に入り、よく家族でも散歩していました。しかし、周囲はほとんど女子ばかりの家が多く、子どもを通じての交流や生活活動など盛んな地でもありませんでした。既に、既に高校生まで育ち、特に地域に親しい友人は少ないです。近所同士と天気の付き合いをする程度のためでした。
- また、娘の手がかりがなくはなし、歌が好きでAさんは少し離れた商売のコースター館に入りました。歩けば見つけられ、車では徒歩15分です。隣の鎌倉の駅には、ファミレスと茶屋を兼ねた小粋店もありました。

【50～60年代のAさん：夫婦二人暮らし】

- 娘は27歳で結婚、待望の2人時間隙に逢いに嫁ぎ、30歳で母親になりました。Aさんは、孫を抱えながら遊び、遊ばせることも得意で「お孫ちゃん可愛いわ」と言っていました。Aさんおらずは上司は、昔々からの大物好者です。料理好きのAさん、誰かがつづいてあげると、おいしいと言ってもらうことに、とても大きな喜びを感じていました。

お孫ちゃん大好きです。
ユースの歌のアリスの
おれへの家来い。

【職業生活を迎えたAさん：画師の夫婦のふたり世】

- 夫は16歳の時に結婚して、引当後の夫婦共働きで趣味は広いので、夫婦として生活できたと満足しています。夫はアートの専門学校で学んだ後、自由画家としての収入が十分安定しており、見た目の見た目でも、Aさんと夫は自慢の庭を持っています。

- 今から10年前、夫は73歳で心筋梗塞で倒れ、その後長年臥せされてきたものの、70歳のAさんが73歳の夫を支える日々が始まりました。食事をこころ、おいしいものを食べることが精進した夫の大変な楽しみであり、Aさんはいっしょに調理したり料理を食べました。

- 夫婦仲は良好といえ夫婦としては、夫は入居しはじめます。特別介護士の両面ともいえない、70歳を超えて夫婦の生活は毎日仕事や家事を並行して暮らすコアラのように感じました。その後は十分に夫婦間のこれのない会話で直に意思交換をしあうことが増えました。

- 夫はAさん80歳、Aさんの夫は83歳になります。

```
graph TD; F83[夫 83歳(男性)] --- S80[Aさん 80歳(男性)]; F83 --- W83[妻 83歳(女性)]; S80 --- S55[婿男 55歳(男性)]; S80 --- W55[妻 55歳(女性)]; W55 --- D25[娘 25歳(女性)];
```

Aさん(80歳・男性)
夫(83歳・男性)

婿男(55歳・男性)
妻(55歳・女性)

娘(25歳・女性)

Aさん(80歳・女性)
夫(日本画家として16歳で結婚。現在は専業主婦。Aさんは健康上の問題により寝たきり、夫は家で療養。自宅での食事、娘は毎週、2時間ほど離れた所に住んでいて、時々様子を見に来る。)

1

当日の説明

グループワーク：とさん(女性)

この時間は、「とさん」という女性の「ひかり」を皆さんに考えていただきます。

これはあくまでも予想と考えをのべておくれません。そして正解もありません。

❶ 先に皆さん考えていたさいに、「**尊厳の保持**」「**有する能力に応じ自立した生活**」というものが、どのようにすればとさんに見現するの？を考えていただくのです。

❷ 今回のグループワークのメンバーは、それぞれ市町が違い、発案の中にもみなさんの所にはない支援もあるかもしれません。でも、今回おとさんにならわれ、「うち市にはないけれど、こういうのを使えばいいのではないかな」という工夫や工夫が結構です。

❸ ぜひ、固くお考えにならず、とさんのこれなら、そしてとさんを選んで「尊厳の保持」に「有する能力に応じ自立した生活」を考えてください。

ケース①-1: Aさん(80歳 女性 独居 戸建住宅に居住)
この10年、病弱な夫と夫婦二人暮らしを続けてきましたが、夫は半年前に
他界し、Aさんは気力・体力ともに、すっかり落ち込んでしまいました。
膝痛・腰痛が強い日には長い距離が歩けません。

ケース②-2: Aさん(80歳 女性 独居 戸建住宅に居住)
Aさんにとって、得意道での仲間との交流での会話大きな楽しみ
で、30年以上、ずっと隔週のコースサークルだけは通い続けてきま

ケース③-3: Aさん(80歳 女性 独居 戸建住宅に居住)

「庭いり遊び」のうろた堀は長年の趣味でもあり、近所からもきかれる自慢の庭でした。

しかし、楽しみにしていたてた夫もいなくなり、やる気が出ません。

庭も様子

ケース④-4: Aさん(80歳 女性 独居 戸建住宅に居住)

「遠方に住む娘は、2ヶ月に1回、1泊程度で孫娘と暮らすが、「最近色々なことができなくなった」、「楽しいことなくなるとも娘さんがいい」等の気晴らし言葉もAさんは長(長)い」

またAさんに笑顔が見られることは殆どありませんでした。

An illustration of a woman with brown hair and a red shirt sitting at a table, looking down with a sad expression. Next to her, an elderly woman with grey hair and a green jacket is also looking down, appearing distressed. On the table are two white cups of tea on saucers. The background is a simple line drawing of a room with a window.

グループワーク(手順1～3)

ワーク①-1. Aさんの「自立生活」「尊厳の保持」が実現された姿とは？

まず、各自で考えてみましょう。

Aさんらしい生活が実現している姿（自立生活と尊厳の保持が実現している姿）とはどのような姿でしょうか。各自考え、付箋に書きだしてみましょう。
（何人か話しあっても構いません。）

ワーク②-1. Aさんの「自立生活」「尊厳の保持」が実現された姿とは？

各自考えて発表してみましょう。似たような内容は、グループにしましょう。

ワーク③-3. それを実現するため、Aさんにはどのような支援が必要でしょうか？

指で考えてみましょう。似たような支援等があれば、グループにしちゃいましょう。

ワーク④-4. Aさんを支える4助

その支援等は、4助のどこにあたるのでしょうか。

Aさんは
新たに

公助

共助

互助

自助

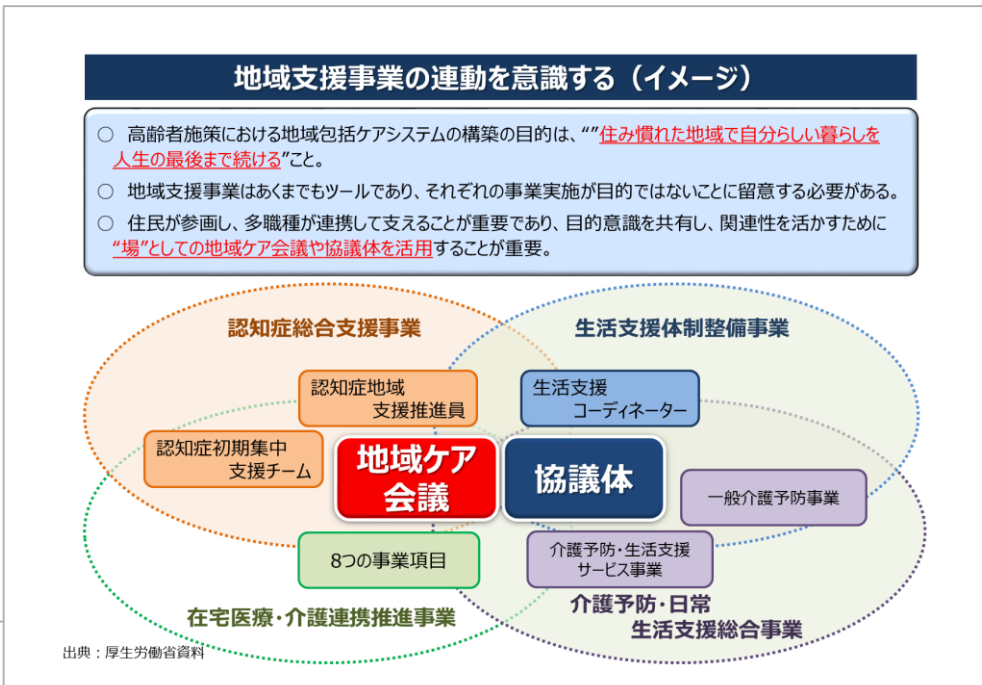
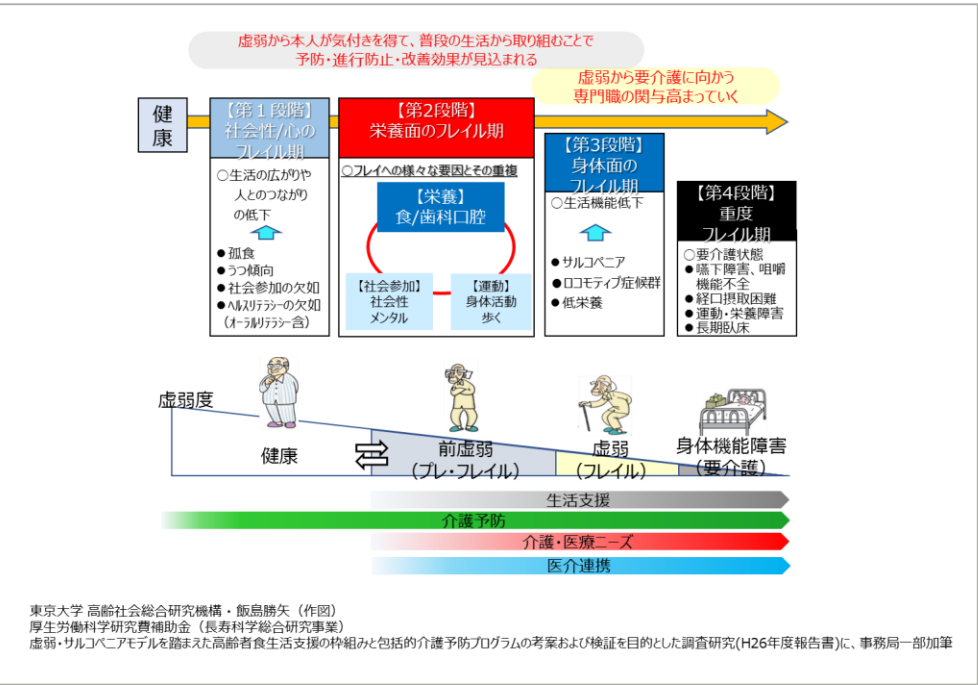
その支援は、自助・互助・共助・公助のいずれにあたるのでしょうか。
四人ノリ製造所の四助の輪に対し、当てはまると思われるところに付箋を移動して頂けたいと思います。
その際には、支援者の役割というところも考えましょう。（別の付箋も書き出してみてください。）

住民の方たちとの
ワークショップでも
使えます

資料「グループワーク-1」(80歳)のパワーポイント

※この後に「その後の状況」、「グループワーク-2」(84歳)が続く

振り返り・・まずはこの3枚が理解できれば次に進める



みなさんのお仕事はどこを支えていますか？



(H29.5 栃木県での試行：地域支援事業担当課＋介護保険担当課 等の横ぐし研修)
→参加者の7割近くが「研修前より説明できる」と感じている。

Q 例えばあなたの親しい方に、地域包括ケアシステムについて聞かれたとしたら、どのくらいなら話が出来そうだと思いますか。

Up.....研修前より研修後の方が、より「説明できる」と感じる回答があり、研修の効果が見られる。

Notup...研修前と研修後を比較して、回答に変化が見られない。

	【研修前】単純集計				【研修後】単純集計				増減				差分集計				
	1 説明でき そうだ	2 時間をか ければ 説明でき そうだ	3 時間と資 料があ ればでき そうだ	4 時間と資 料があっ ても難し そうだ	1 説明でき そうだ	2 時間をか ければ 説明でき そうだ	3 時間と資 料があ ればでき そうだ	4 時間と資 料があっ ても難し そうだ	1 説明でき そうだ	2 時間をか ければ 説明でき そうだ	3 時間と資 料があ ればでき そうだ	4 時間と資 料があっ ても難し そうだ	回答数			%	
													Up	Notup	計(n)	Up	Notup
(1)地域包括ケアシステムでは、どのようなことの実現を目指しているのか。	3.2%	0.0%	83.9%	12.9%	22.6%	35.5%	41.9%	0.0%	19.4%	35.5%	-41.9%	-12.9%	20	11	31	64.5%	35.5%
(2)担当業務は地域包括ケアシステムのどの部分を担っているのか。	0.0%	9.7%	74.2%	16.1%	29.0%	29.0%	41.9%	0.0%	29.0%	19.4%	-32.3%	-16.1%	21	10	31	67.7%	32.3%
(3)地域包括ケアシステムにはなぜ複数の地域支援事業が設定されているのか。	0.0%	0.0%	61.3%	38.7%	16.1%	41.9%	38.7%	3.2%	16.1%	41.9%	-22.6%	-35.5%	24	7	31	77.4%	22.6%
(4)地域包括ケアシステム、なぜ事業者や住民が担い手として参加しているのか。	3.2%	12.9%	64.5%	19.4%	29.0%	32.3%	35.5%	3.2%	25.8%	19.4%	-29.0%	-16.1%	19	12	31	61.3%	38.7%
(5)地域包括ケアシステムには、医療や福祉分野以外の施策・事業も含まれるのか。	3.2%	6.5%	64.5%	25.8%	19.4%	32.3%	48.4%	0.0%	16.1%	25.8%	-16.1%	-25.8%	21	10	31	67.7%	32.3%

自由回答から

「地域包括ケアシステムという言葉はわかったつもりだったが、実際はもやもやしていた。今回1人のケースを通して考えたことで、状況が変化すること、生活をしていく上では単独のサービスだけではまかなえないことがわかった。だからこそ色々な協力が必要であり、その枠組をつくっていくことが大切だと考えた」
「一人の事例で段階ごとにわかりやすくグループワークを進めたので、他の人の意見や考えも聞くことができ、自分でも事務的ではなく、Aさんの立場で考えることができた。また、自分はどこを担っているのか、行政でできる事は何なのかと考えることができた」 など