

小規模自治体における
地域包括支援センターの効率的な取組に
関する調査研究事業

報 告 書

令和4(2022)年3月

【 目 次 】

事業結果概要

第1章 調査研究の概要

- 1. 調査研究の背景と目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2. 調査研究の全体像・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
- 3. 実施体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第2章 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に係る実態調査（アンケート調査）

- 1. アンケート調査実施概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 2. 調査結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

第3章 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的かつ特徴的な取組に関する実態調査（ヒアリング調査）

- 1. 広域連合支部内の他市町村との強固な連携
～福岡県赤村 地域包括支援センター～・・・・・・・・・・・・・・・・ 59
- 2. 「地域リハビリテーション支援活動」による健康づくり・介護予防
～佐賀県基山町 基山地区地域包括支援センター・・・・・・・・ 67
- 3. 「地区担当制の導入」による地域の課題解決及び人材育成
～長崎県佐々町 地域包括支援センター～・・・・・・・・ 80
- 4. 介護予防の取り組み～100歳まで参加できる「地区サロン」づくり
～熊本県玉東町 地域包括支援センター～・・・・・・・・ 90
- 5. 地域ケア会議を活用した政策検討システム
～大分県九重町 地域包括支援センター～・・・・・・・・ 102
- 6. 「高齢者世帯訪問員」による地域の実態把握
～宮崎県国富町 地域包括支援センター～・・・・・・・・ 112
- 7. 相談時の対応フローチャート、天城町版ケアプラン様式（案）を活用した業務内容の再検討
～鹿児島県天城町 地域包括支援センター～・・・・・・・・ 123
- 8. 専属の認知症地域支援推進員の配置
～沖縄県金武町 地域包括支援センター～・・・・・・・・ 134

第4章 考察

- 1. アンケート調査結果から見える現状と課題・・・・・・・・・・・・・・・・ 145
- 2. ヒアリング調査結果から見える特徴的な取り組み・・・・・・・・ 148
- 3. まとめ・・・・・・・・・・・・・・・・ 151

資料編

- 1. アンケート調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 157
- 2. ヒアリングシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 165

小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に関する調査研究事業 (事業結果概要)

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に係る調査検討委員会

1. 事業目的

(1) 背景

我が国では地域の高齢化を始めとした社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく地域共生の実現が急務である。そのため、市町村における地域課題の包括的な窓口である地域包括支援センターの役割はますます重要性が高まっている。

地域包括支援センターが取り組むべき事業には総合支援業務・権利擁護業務・包括的継続的ケアマネジメント支援業務・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務・多面的（制度横断的）支援の展開などがある。そのどれもが地域に必要な事業ではあるが、各自治体にそれぞれ地域特性がある中、対応人員等の制限で事業負担が重く、着手可能な事業には限界もある。

一方、地域包括支援センターの配置人員は介護保険第1号保険者の人数がおおむね3,000人以上6,000人未満を対象に保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員各1名ずつを配置することを基準としている。しかし、3職種の確保が困難な場合にはそれぞれに準ずる経験を持つ者で充てることが可能とされ、更に小規模自治体で介護保険第1号被保険者の人数が3,000人に満たない場合は人員基準も段階的に基準緩和されている。

(2) 課題

小規模自治体では弾力的な配置人員基準が運用され、結果として専門職員の種別や人員数は大規模自治体に比して少ない。しかし、地域の課題は人口規模に関係なく多岐にわたるため、事業負担の問題は小規模自治体で特に顕著に見られる。

一方で、小規模自治体ゆえに地域包括支援センターの運営自体に工夫が行われていたり、特徴的な優れた取り組みが行われていたりしても情報発信されることなく埋もれている可能性があり、現状では自治体間で共有できていない。

(3) 目的

上記の課題の明確化と解決のため、小規模自治体を対象に、独自の工夫で効果的活動を行っている地域包括支援センターを見い出し、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、取組の類型化を行い、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示す。

2. 事業概要

(1) 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に係る実態調査

(アンケート調査)

- 【調査目的】小規模自治体を対象に、独自の工夫で効果的活動を行っている地域包括支援センターを見出し、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示すことを目的として、九州厚生局が管轄する 65 歳以上人口 6,000 人未満の自治体を対象にアンケート調査を実施した。
- 【調査方法】全国国民健康保険診療施設協議会のホームページより調査票を配布、Eメールにより回収
- 【調査期間】令和 3 年 12 月～令和 4 年 1 月
- 【調査内容】○市町村の概況及び市町村所在の医療・介護資源の状況
○地域包括支援センターの概況
○地域や対象者の実態把握、個人情報取り扱いの状況
○地域住民との連携状況、他機関との連携状況
○人材の確保及び育成
○その他、力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取り組み等

(2) 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的かつ特徴的な取組に関する実態調査 (ヒアリング調査)

- 【調査目的】九州各県の所管部署の推薦等により好事例を選定し、オンラインシステムを活用した当該地域の行政担当者及び地域包括支援センター職員との意見交換等により、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示すことを目的として、ヒアリング調査を実施した。
- 【調査対象】福岡県赤村、佐賀県基山町、長崎県佐々町、熊本県玉東町、大分県九重町、宮崎県国富町、鹿児島県天城町、沖縄県金武町
- 【調査方法】Zoom によるオンライン開催
- 【調査期間】令和 3 年 10 月～令和 4 年 3 月
- 【調査内容】○介護予防支援及び包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）への取り組みにあたり、特に工夫している（力を入れている）取り組み、及び当該業務の主な課題
○他の自治体と比較して恵まれている点、不便な点、そう思う理由
○運営形態の違いによる運営の強み（効果的なこと）と課題
○地域や対象者の実態把握の具体的方法・工夫・課題、個人情報の取り扱いの現状・工夫・課題、ICT の活用状況の現状
○連携状況（地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況、多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況）
○上記の他、これから連携を取りたいと考えている組織及びその理由、連携を取りたくても地域内にそのような組織がない場合のその状況
○人材確保・育成の現状（職員の確保、育成、引き継ぎ等含む）、特に工夫していること及び課題
○その他特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取り組み等

3. 調査研究の過程

(1) 調査研究委員会の実施

第1回調査研究委員会	令和3年8月24日
第2回調査研究委員会	令和3年9月21日
第3回調査研究委員会	令和3年11月15日
第4回調査研究委員会	令和3年12月20日
第5回調査研究委員会	令和4年2月22日
第6回調査研究委員会	令和4年3月4日

(2) 企画調整検討会の実施

第1回企画調整検討会	令和3年8月2日
第2回企画調整検討会	令和3年9月2日
第3回企画調整検討会	令和3年10月8日
第4回企画調整検討会	令和3年11月18日

(3) 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的かつ特徴的な取組に関する実態調査（ヒアリング調査）

佐賀県基山町	令和3年10月27日
大分県九重町	令和3年11月4日
宮崎県国富町	令和3年11月4日
沖縄県金武町	令和3年11月11日
熊本県玉東町	令和3年11月18日
鹿児島県天城町	令和3年11月24日
長崎県佐々町	令和3年12月8日
福岡県赤村	令和4年3月1日

4. 事業結果

(1) 結果

1) 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に係る実態調査（アンケート調査）

○調査対象：九州厚生局が管轄する65歳以上人口6,000人未満の119自治体及び地域包括支援センター

○回収状況

対象数	回収数	回収率
119	56	47.0%

○調査期間：令和3年12月～令和4年1月

○調査結果概要：アンケートから見える主な現状、課題は下記の通りであった。

分野	主な現状
医療・介護資源 の状況	地域包括ケアセンターが設置されている市町村に所在する医療資源の状況は、56 自治体のうち、病院がない自治体が 43%、有床診療所がない自治体は 70%であった。多くの自治体・地域包括支援センターが無床診療所を中心に取り組んでいることや、他の自治体と連携して医療資源をカバーしていることが伺える。 また、介護資源においても、56 自治体のうち、過半数で施設なしと回答があった介護サービスは、訪問入浴介護、特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院、介護老人保健施設であった。特に、自治体内にない介護サービスについては、地域包括支援センターを中心に他の自治体と連携してサービスが提供されていることが想定される。
運営形態・委託 先について	運営形態については、自治体直営と回答した自治体が 82% (46 自治体)、委託と回答した自治体が 18% (10 自治体) であり、委託先としては、社会福祉協議会が 80% (8 自治体)、他は医療法人 10% (1 自治体)、その他 10% (1 自治体) であった。 委託先の設置場所として最も回答が多かったのは、「自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ建物」で 60% (6 自治体) であった。次いで「自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ敷地の異なる建物」が 22% (2 自治体) であった。
地域や対象者の 実態把握	地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のための実施状況のうち、最も実施率が高かったのは「相談内容に応じて訪問する職種を調整している」で 84%、一方、最も実施率が低かったのは、「各地区を職員に割り振り、担当制としている」及び「実態把握のための全戸訪問調査を実施している」で 14%であった。 地区担当制や全戸訪問については、実施率はともに 14%と低く、自由記載欄のコメントでも人材不足、人材確保面でのハードルの高さが課題であることが挙げられていた。また、実態把握後の情報については、蓄積され活用されているものの、今後の情報更新については、そこまでの余力がないため、課題であるという認識もあった。
地域や対象者の 個人情報の取り扱い	地域や対象者の個人情報の取り扱い状況のうち、最も実施率が高かったものは「把握した地域や対象者の個人情報については、ケアプラン作成のためのシステムやその他のシステム（要援護者支援システム等）に入力している」で 88%、一方、最も実施率が低かったものは「国や県等のモデル事業（個人情報の取り扱い以外の事業も含む）を積極的に活用している」で 11%、次いで「介護関連の情報のほか、医療情報についても共有できるシステムを導入している」が 27%であった。
地域内の連携	地域内の連携状況のうち、最も実施率が高かったものは「民生委員に困難事例等への協力を依頼している」で 84%、一方、最も

	実施率が低かったものは「認知症サポーターの育成だけで終わらずに、その後にサポーターを活用するしくみをつくっている」で11%であった。
他機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携	他機関との連携状況のうち、最も実施率が高かったものは「地域ケア会議等に行政が参加し、政策課題を行政が集約している」で73%、一方、最も実施率が低かったものは「大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している」が14%であった。
職員の確保、育成、引継ぎ等について	職員の確保、育成、引継ぎ等の実施状況のうち、最も実施率が高かったものは「スキルアップのために、研修に積極的に派遣するようにしている」で80%、一方、最も実施率が低かったものは「大学、専門養成機関（専門学校等）等と連携することにより、人材を確保するしくみがある」が0%であった。

2) 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的かつ特徴的な取組に関する実態調査（ヒアリング調査）

①広域連合支部内の他市町村との強固な連携～福岡県赤村

【本事例のポイント】

- ・介護保険広域連合支部管内の地域包括支援センターと定期的に地域ケア連絡会を開催し、研修及び情報共有の機会を設ける等、情報共有及び顔の見える関係づくりができています。このような関係性から、村内で不足している社会資源は近隣市町村の社会資源を活用することでカバーできている。
- ・包括は市町村単位、地域包括ケアシステムは支部単位とそれぞれの区域が異なっているため、地域包括ケアシステムの推進については村を超えて田川・桂川支部に所属する他市町村と連携して取り組むことが可能である。
- ・直営包括であること、社協事務局長・住民課課長（行政）・包括センター長を1人が兼務していること等により、行政の他部門とも連携を取りやすく、適切な支援に向けて日常的な情報共有などが出来ている。

②「地域リハビリテーション支援活動」による健康づくり・介護予防
～佐賀県基山町

【本事例のポイント】

- ・行政と委託先の間で、随時の連携会議の他、昼夜や休日を問わず日常的に情報共有が図られており、強固な連携体制が構築されている。
- ・委託先が介護保険事業を運営する規模の大きい社会福祉法人であることから、サービスの利用や職員の派遣等、法人からの様々な支援が期待できる。
- ・社会資源の不足、専門職間の情報交換や研修等について、広域事務組合及び広域内の他の市町村との連携体制を活用し対応している。
- ・行政と包括それぞれの生活支援コーディネーターによる実態把握を目的とした戸別訪問を行っている。行政は一人暮らしを中心に介護認定を受けている認知症の方、包括は総合事業の対象者を中心に訪問する等、連携して活動している。
- ・地域リハビリテーション支援活動として、行政、包括、通所型C事業所と連携しながら、フレイル予防、セルフケア、社会参加に繋げる取り組みを行っている。

③「地区担当制の導入」による地域の課題解決及び人材育成～長崎県佐々町

【本事例のポイント】

- ・「地区担当制の導入⇒年1回の担当地区情報交換会⇒住民との信頼関係構築⇒対象者及び地域の情報把握及び共有⇒政策に反映」といった、小規模自治体及び地方ならではの取り組みが実践されている。若手職員にも地域づくりへの自覚が芽生え、次世代を担う人材育成の面でも効果が上っており、佐々町の地域に係る「マインド」が伝承される仕組みが出来ている。
- ・地域ケア会議を、保険者と介護関係者がチームとなり、自立支援と地域包括ケアへの方向性を見出し確認し合う場と位置付けている。この取り組み

により、ケアマネジャーには自立支援の考え方が構築されている。

- ・複合的な課題のある世帯に対する包括的支援、第8期介護保険事業計画に掲げられた佐々町の地域共生社会に向けた地域まるごとケア等において、町と一体化した重層的支援体制整備事業への展開をめざしている。平成の大合併を経験しなかったこともあり、多世代包括支援に対する取り組みや、社協及び健康センター等との関係性が維持されており、今後の重層的支援体制の推進が期待できる。
- ・窓口での介護認定新規申請を見直し、事前点検を徹底した。生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスが即必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極めている。
- ・デスカンファレンスやひきこもり支援といった新たな課題に対して、多機関と連携して積極的に取り組んでおり、佐々町における支援のあり方を検討している。

④介護予防の取り組み～100歳まで参加できる「地区サロン」づくり

～熊本県玉東町

【本事例のポイント】

- ・地域ケア会議に5つの機能（個別課題解決機能、ネットワーク発見機能、地域課題発見機能、地域づくり資源開発機能、政策形成機能）があり、地域ケア個別会議についても専門職が関与して自立支援型や困難事例型で開催する等、地域ケア会議が充実している。
- ・地区サロンへの参加による介護予防に対する取り組みを徹底的に行っている。体操DVDの配付、介護予防サポーターの育成、リクリエーション道具や脳トレ教材の貸し出し等の支援を行い、介護認定率や介護給付費の抑制につながっている。
- ・一人暮らし高齢者の実態把握調査（対象は250世帯、2年に1回、うち120世帯は1年に1回）を避難行動要支援者訪問調査と合同で実施しており、この訪問調査により住民のニーズを的確に把握している。
- ・生活習慣病重症化とフレイル予防の視点から、高齢者の介護予防と保健事業の一体化事業を実施しており、体力測定についても一体化事業と同時に行っている。

⑤地域ケア会議を活用した政策検討システム～大分県九重町

【本事例のポイント】

- ・地域ケア会議での事例及び課題等を行政が集約し、継続的に必要なものは庁内会議での調整等を通じて政策に繋げていく、というシステムが出来ている。また、県も会議への専門職の派遣について専門職団体と調整を行う等の支援を行っている。
- ・運営は社会福祉協議会への委託であるため、社協内に居宅や介護サービス事業所があり、必要3職種を確保しやすい。また、包括は町の健康福祉課と同じフロアにあるため、連携を取りやすい。
- ・新規要支援認定の場合は短期集中型サービスC事業の利用を検討し、自立

支援と永続的支援に振り分ける、という方針が徹底されている。介護予防の意識が根付き、認定率も下がっている。

- ・医療関係者、介護事業所、行政担当、県の保健所等が参加する在宅医療連携推進会議において、多職種連携のグループワーク、住民参加型のシンポジウム等が実施されており、医療と介護の連携を取りやすい環境がある。

⑥「高齢者世帯訪問員」による地域の実態把握～宮崎県国富町

【本事例のポイント】

- ・「福祉のまち」で障がい者事業所が多く、有料老人ホーム、訪問看護等も町内で賄うことができる。宮崎市も近いのでサービスを受けることができており、社会資源は比較的充実している。
- ・包括は社会福祉協議会への委託であり、社協の活動と連携がとりやすい。社協と包括間で職員の異動も可能である。また、町の職員を包括に1人、社協に1人、それぞれ出向させており、町との連携もとりやすい環境にある。
- ・町と包括の綿密な打合せをもとに地域ケア個別会議を開催している。また、参加する専門職の派遣については県が担当し、町とともに会議の開催を支援している。
- ・民生委員の他、平成12年以前から高齢者世帯訪問員が配置されており、見守りが必要な方への訪問、援助等を行っている。実際に早期に介入できた事例も多く、訪問員の集いで交流、民生委員と包括及び事業所での研修・グループワーク等を実施している。

⑦相談時の対応フローチャート、天城町版ケアプラン様式（案）を活用した業務遂行における工夫～鹿児島県天城町

【本事例のポイント】

- ・相談のあったケースについては、平成18年度から問い合わせや照会以外には全件訪問し、必要な支援につながるように対応している。その結果、大きな問題は減ってきており、訪問回数も減ってきている。
- ・県が実施している地域活性化事業（65歳以上が登録・活動するとポイントが付き、貯めたポイントは町内の商店街で使える商品券（1ポイントで1,000円）と交換可能）を活用した高齢者の見守りグループがある。高齢者は3人以上1組でグループを作り、ボランティアグループ同士で勧誘、話合い等がされている。
- ・天城町版ケアプラン様式（案）として、本人の生活者としての出来る能力を引き出すICFの考え方（健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子）をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目23を活用した本人の課題分析シートを作成し、これを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題（阻害因子）があるのかを見える化している。
- ・相談時の対応フローチャートを独自に作成し、相談対応のスタッフ全員で流れを共有している。本人の状態の確認や申請の必要性、地域の事業の活

用等を検討でき、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっている。

⑧専属の認知症地域支援推進員の配置～沖縄県金武町

【本事例のポイント】

- ・地域包括支援センターは町の直営であり、保健福祉課と同じ事務所内にいることから常に連携が取れている。また、包括と保健福祉課の窓口が一緒であり、基本的には窓口にいる職員が対応し、内容で振り分けを行っている。
- ・基本的には地域ケア会議で課題の吸い上げを行っており、地域福祉計画に盛り込むようにしている。
- ・認知症地域支援推進員を専属で配置しており、認知症及び認知症疑いのある住民の掘り起こしや支援を強化している。
- ・権利擁護支援中核機関を設置し、専任の社会福祉士（成年後見人の専任担当）を配置して、窓口での相談や利用支援事業を行っている。

（２）考察

１）アンケートから分析した課題

アンケート調査結果から見える主な現状と課題は下記のとおりである。

分野	主な課題
医療・介護資源 の状況	地域包括ケアセンターが設置されている市町村に所在する医療資源の状況は、56 自治体のうち、病院がない自治体が 43%、有床診療所がない自治体は 70%であった。多くの自治体・地域包括支援センターが無床診療所を中心に取り組んでいることや、他の自治体と連携して医療資源をカバーしていることが伺える。 また、介護資源においても、56 自治体のうち、過半数で施設なしと回答があった介護サービスは、訪問入浴介護、特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院、介護老人保健施設であった。特に、自治体内にない介護サービスについては、地域包括支援センターを中心に他の自治体と連携してサービスが提供されていることが想定される。 やはり、小規模自治体には医療・介護資源は豊富にはないため、自治体内外の機関との情報連携を密にすることでカバーしている状況にあることがアンケートからも伺える。
運営形態と委託 先・設置場所	運営形態については、自治体直営と回答した自治体が 82%（46 自治体）、委託と回答した自治体が 18%（10 自治体）であり、委託先としては、社会福祉協議会が 80%（8 自治体）、他は医療法人 10%（1 自治体）、その他 10%（1 自治体）であった。委託先の設置場所として最も回答が多かったのは、「自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ建物」で 60%（6 自治体）であった。次いで「自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ敷地の異なる建物」が 22%（2 自治体）であり、自由記載欄におい

	ても自治体の所管部署と同じ建物もしくは同じ建物で隣接していることのメリットとして、連携や情報共有がしやすいというコメントが多くあった。一方、自治体所管部署の建物と包括支援センターの建物が離れていることで、情報共有や連携が即座にできない場合があることが課題として挙げられていた。
地域や対象者の 実態把握	地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のための実施状況のうち、最も実施率が高かったのは「相談内容に応じて訪問する職種を調整している」で84%、一方、最も実施率が低かったのは、「各地区を職員に割り振り、担当制としている」及び「実態把握のための全戸訪問調査を実施している」で14%であった。 地区担当制や全戸訪問については、実施率はともに14%と低く、自由記載欄のコメントでも人材不足、人材確保面でのハードルの高さが課題であることが挙げられていた。また、実態把握後の情報については、蓄積され活用されているものの、今後の情報更新については、そこまでの余力がないため、課題であるという認識もあった。
地域や対象者の 個人情報の取り扱い	地域や対象者の個人情報の取り扱い状況のうち、最も実施率が高かったものは「把握した地域や対象者の個人情報については、ケアプラン作成のためのシステムやその他のシステム（要援護者支援システム等）に入力している」で88%、一方、最も実施率が低かったものは「国や県等のモデル事業（個人情報の取り扱い以外の事業も含む）を積極的に活用している」で11%、次いで「介護関連の情報のほか、医療情報についても共有できるシステムを導入している」が27%であった。 実施率が低いものとしては、介護・医療情報が共有できるシステムの導入であり、依然として情報共有のデジタル化は進んでいない状況にあると考えられる。自由記載欄のコメントにおいては、町の個人情報保護条例に基づき管理しているとの回答が複数あり、市町村ごとの対応がされていることが課題として挙げられる。
地域内の連携	地域内の連携状況のうち、最も実施率が高かったものは「民生委員に困難事例等への協力を依頼している」で84%、一方、最も実施率が低かったものは「認知症サポーターの育成だけで終わらずに、その後にサポーターを活用するしくみをつくっている」で11%であった。認知症サポーターの取組みについては未だ多くの自治体が上手く活用するしくみまでには至っていない現状があった。
他機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携	他機関との連携状況のうち、最も実施率が高かったものは「地域ケア会議等に行政が参加し、政策課題を行政が集約している」で73%、一方、最も実施率が低かったものは「大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している」が14%であった。自由記載欄のコメントにおいては、地域ケア会議等で上がってきた地域課題は政策

	課題と認識しているが、力不足のため課題解決に向けて事業を立てるまで至っていないという意見があった。
職員の確保、育成、引継ぎ等について	職員の確保、育成、引継ぎ等の実施状況のうち、最も実施率が高かったものは「スキルアップのために、研修に積極的に派遣するようにしている」で80%、一方、最も実施率が低かったものは「大学、専門養成機関（専門学校等）等と連携することにより、人材を確保するしくみがある」が0%であった。やはり、人材確保が難しいというコメントが最も多く、特に有資格者等専門職の確保は喫緊の課題として挙げられている。また、人材育成については、コロナ禍でオンライン研修などが増えたことで、立地面、コスト面（移動費）の観点からこれまで参加が叶わなかったような研修にも参加できるようになったとのコメントもある一方、人材育成コストも小規模自治体では大きな負担になっているという課題も挙げられていた。
小規模自治体の地域包括支援センターとして	地域包括支援センターでは、高齢化に伴い年々相談件数が増えている中でも人材確保や増員などはされておらず、職員の負担が増え続けていることが課題として挙げられている。職員の純増は財政面や人材確保面でもあまり現実的でないという認識がある中で、実情は地域包括支援センター内での連携や他機関との連携によりカバーしていることが考えられる。

2) ヒアリング調査結果から見える特徴的な取り組み

ヒアリング調査による特徴的な取り組みとして、下記の内容が挙げられた。

（主なものを一部要約し記載）

【事業及び運営内容】

- 窓口での介護認定新規申請を見直し、事前点検を徹底した。生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスが即必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極め。（長崎県佐々町）
- 地区サロンへの参加による介護予防に対する取り組みを徹底的に行っている。体操DVDの配付、介護予防サポーターの育成、リクリエーション道具や脳トレ教材の貸し出し等の支援を行い、介護認定率や介護給付費の抑制につながっている。（熊本県玉東町）
- 天城町版ケアプラン様式（案）として、本人の生活者としての出来る能力を引き出すICFの考え方（健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子）をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目23を活用した本人の課題分析シートを作成しこれを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題（阻害因子）があるのかを見える化している。（鹿児島県天城町）
- 相談時の対応フローチャートを独自に作成し、相談対応のスタッフ全員で流れを共有している。本人の状態の確認や申請の必要性、地域の事業の活用等を検討でき、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっている。（鹿児島県天城町）
- 新規要支援認定の場合は短期集中型サービスC事業の利用を検討し、自立支援と継続的支援に振り分ける、という方針が徹底されている。介護予防の意識が根付き、認

定率も下がっている。(大分県九重町)

- 認知症地域支援推進員を専属で配置しており、認知症及び認知症疑いのある住民の掘り起こしや支援を強化している。(沖縄県金武町)
- 権利擁護支援中核機関を設置し、専任の社会福祉士(成年後見人の専任担当)を配置して、窓口での相談や利用支援事業を行っている。(沖縄県金武町)

【地域の実態把握】

- 地区担当制を導入し、必ず年1回は担当地区を訪問。(長崎県佐々町)
- 一人暮らし高齢者の実態把握調査(対象は250世帯、2年に1回、うち120世帯は1年に1回)を避難行動要支援者訪問調査と合同で実施。(熊本県玉東町)
- 民生委員の他、高齢者世帯訪問員を配置し、見守りが必要な方への訪問、援助等を行っている。(宮崎県国富町)
- 相談のあったケースについては、問い合わせや照会以外は全件訪問し、必要な支援につながるように対応している。訪問するのは1日約4件でほぼ毎日訪問している。平成18年度から全件訪問していて、相談が遅れてしまったために大きな問題に発展するケースは減ってきている印象がある。(鹿児島県天城町)

【連携状況：①地域(町内会、民生委員、ボランティア組織等)との連携状況】

- 町内会長会、民生児童委員協議会、老人クラブ連合会、福祉協力委員等と連携を図り、地域ネットワーク情報交換会を定例で実施し、支援体制の強化を図っている。(長崎県佐々町)
- 鹿児島県では、65歳以上が登録・活動するとポイントが入る事業(地域活性化事業：貯めたポイントは町の商店街で使える商品券(1ポイントで1,000円)と交換)を活用した見守りグループがある。高齢者は3人以上1組でグループを作り、ボランティアグループ同士で勧誘、話し合い等がされている。(鹿児島県天城町)

【連携状況：②多機関(行政、福祉・医療、その他専門機関)との連携状況】

- 行政とセンターが連携し、それぞれの生活支援コーディネーターによる戸別訪問を行っている。(佐賀県基山町)
- 社会資源の不足、専門職間の情報交換や研修等について、広域事務組合及び広域内の他の市町と連携。(佐賀県基山町)
- 大学病院から助言をもらいながら、介護予防事業や保健事業等を実施。また、理学療法士や作業療法士の専門学校講師と、センターのケアマネジャーで対象者の自宅への同行訪問を実施。(佐賀県基山町)
- 地域リハビリテーション支援活動を実施しており、行政、包括、通所型C事業所と連携しながら、フレイル予防、セルフケア、社会参加に繋げる取り組みを行っている。(佐賀県基山町)
- 佐々町内外の医療機関、介護保険関連施設、地域ケア会議アドバイザー、地域包括支援センター、行政関係者を主要メンバーとする地域支援連絡会により地域全体の動きを共有し、課題解決につなげている。(長崎県佐々町)
- 地域ケア会議に5つの機能(個別課題解決機能、ネットワーク発見機能、地域課題発見機能、地域づくり資源開発機能、政策形成機能)がある。専門職が関与して評価表

を作成している。地域ケア個別会議についても自立支援型や困難事例型で開催する等、地域ケア会議が充実している。（熊本県玉東町）

- コンビニ及び弁当の宅配事業者と連携し、弁当の宅配を実施。（熊本県玉東町）
- 地域ケア会議での事例及び課題等を行政が集約し、継続的に必要なものは庁内会議での調整等を通じて政策に繋げていくというシステムが出来ている。（大分県九重町）
- 地域ケア会議への専門職の派遣について、県が専門職団体と調整を行う等の支援を行っている。（大分県九重町、宮崎県国富町）
- センターは町の直営で、センターと保健福祉課の窓口が一緒。（沖縄県金武町）

【人材確保・育成及び次世代への伝承】

- 委託先法人による職員派遣等の支援が期待できる。（佐賀県基山町）
- 地区担当制の導入により、若手職員にも地域づくりへの自覚が芽生え、次世代を担う人材育成の面でも効果が上っており、佐々町の地域に係る「マインド」が伝承される仕組みが出来ている。（長崎県佐々町）
- 運営は社会福祉協議会への委託であるため、社協内に居宅や介護サービス事業所があり、必要3職種を確保しやすい。（大分県九重町）
- 町の職員が、センターに1人、社協に1人、それぞれ出向。（宮崎県国富町）

【上記の他、小規模または地方のメリットを活かす取り組み】

- 平成の大合併を経験しなかったこともあり、多世代包括支援に対する取り組みや、社協及び健康センター等との関係性が維持されており、今後、町と一体化した重層的支援体制整備事業の推進が期待できる。（長崎県佐々町）
- デスクカンファレンスやひきこもり支援といった新たな課題に対して、多機関と連携して積極的に取り組んでいる。（長崎県佐々町）

3) まとめ

※小規模自治体における地域包括支援センターの効果的活動に向けた取り組みの方向性について整理。

(1) 地域の実態把握

- 地域の様々な資源を活用した実態把握
 - ・民生委員の他、高齢者世帯訪問員や高齢者見守りグループ等のボランティア、インフォーマルな「地区の専門家」等による訪問・援助等
- 生活支援コーディネーター事業の推進
 - ・行政と生活支援コーディネーターによる実態把握戸別訪問
 - ・地域の生活支援コーディネーター的な役割を果たすため、地区担当制をシステムとして導入
 - ・地域の変化が見える化することが重要で、必ず年1回訪問しシステムも更新
 - ・対象が250世帯あり2年に1回、うち120世帯は1年に1回、主に包括の社会福祉士が毎月10世帯を割り振り担当者が訪問

(2) 連携に向けた工夫

○地域内の様々な資源との連携

- ・地域ネットワーク情報交換会：町内会長会、民生児童委員協議会、老人クラブ連合会、福祉協力委員等と連携を図り、地域支援に関する情報交換会を定例で実施
- ・地域ケア会議での事例及び課題等を行政が集約し、継続的に必要なものは庁内会議での調整等を通じて政策に繋ぐ
- ・コンビニ、弁当の宅配事業者、ガス事業者等の民間企業 35 団体との連携

○多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携

- ・地域支援連絡会：町内外の医療・介護関係者間の情報交換および各個人の専門職としての資質向上を図り、地域の人々を支え、地域づくりを推進
- ・医療関係者、介護事業所、行政担当、保健所等が参加する在宅医療連携推進会議
- ・社会資源の不足、専門職間の情報交換や研修等について、広域事務組合及び広域内の他の市町との連携体制を活用
- ・町が包括的連携協定を結んでいる久留米大学病院からアドバイスをいただき、介護予防事業や保健事業等を実施

(3) 業務遂行における工夫

○業務取扱の方針徹底

- ・介護予防に対する取り組み：地区サロンへの参加を強く促している
- ・介護認定新規申請事前点検の徹底：窓口での申請のあり方を変え、生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスがすぐに必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極め
- ・可能な限り自立した在宅生活を継続できるようなケアマネジメントに努めており、新規要支援認定の場合は、短期集中型サービス C 事業の利用を検討し、自立支援と継続的支援に振り分け

○独自の業務ツールの活用

- ・相談時の対応フローチャート：相談対応のスタッフ全員で流れを共有、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができる
- ・天城町版ケアプラン様式（案）：本人の生活者としての出来る能力を引き出す ICF の考え方（健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子）をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目 23 を活用した本人の課題分析シートを作成しこれを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題（阻害因子）があるのかを見える化

(4) さいごに

- 小規模自治体における地域包括支援センターの強みの 1 つに、「顔の見える関係」になりやすいことがある。
- 包括からの働き掛けにより、さらに地域住民との信頼関係が深まることで、地域の実情を迅速に把握して解決に導くことが可能となり、住民一人ひとりを地域づくりに巻き込んでいく原動力ともなる。
- 様々な年齢層、様々な分野に関わる地域課題が集積する今後の小規模自治体の地域包括支援センターの役割は、地域課題の解決に向けたコーディネーターとして、「多世代包括支援」に対する取り組みを通じたより良い地域づくりにある。

- 一方で、小規模自治体における地域包括支援センターの最大の課題は、人材確保・育成と次世代への伝承であるが、簡単には増員を望めない状況下にあっても様々な工夫により現有職員の能力を向上させている事例もある。
- 小規模自治体における地域包括支援センターには、これからの地域づくりの要となることを期待したい。

第 1 章

調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 調査の背景

- 我が国では地域の高齢化を始めとした社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく地域共生の実現が急務である。そのため、市町村における地域課題の包括的な窓口である地域包括支援センターの役割はますます重要性が高まっている。
- 地域包括支援センターが取り組むべき事業には総合支援業務・権利擁護業務・包括的継続的ケアマネジメント支援業務・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務・多面的（制度横断的）支援の展開などがある。そのどれもが地域に必要な事業ではあるが、各自治体にそれぞれ地域特性がある中、対応人員等の制限で事業負担が重く、着手可能な事業には限界もある。
- 一方、地域包括支援センターの配置人員は介護保険第1号被保険者の人数がおおむね3,000人以上6,000人未満を対象に保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員各1名ずつを配置することを基準としている。しかし、3職種の確保が困難な場合にはそれぞれに準ずる経験を持つ者で充てることが可能とされ、更に小規模自治体で介護保険第1号被保険者の人数が3,000人に満たない場合は人員基準も段階的に基準緩和されている。

(2) 調査の課題

- 小規模自治体では弾力的な配置人員基準が運用され、結果として専門職員の種別や人員数は大規模自治体に比して少ない。しかし、地域の課題は人口規模に関係なく多岐にわたるため、事業負担の問題は小規模自治体で特に顕著に見られる。
- 一方で、小規模自治体ゆえに地域包括支援センターの運営自体に工夫が行われていたり、特徴的な優れた取り組みが行われていたりしても情報発信されることなく埋もれている可能性があり、現状では自治体間で共有できていない。

(3) 調査の目的

- 上記の課題の明確化と解決のため、小規模自治体を対象に、独自の工夫で効果的活動を行っている地域包括支援センターを見い出し、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、取組の類型化を行い、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示すことを本調査研究の目的とする。

2. 調査研究の全体像

(1) 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に係る実態調査 (アンケート調査)

○小規模自治体を対象に、独自の工夫で効果的活動を行っている地域包括支援センターを見出し、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示すことを目的として、九州厚生局が管轄する 65 歳以上人口 6,000 人未満の自治体を対象にアンケート調査を実施した。

(2) 小規模自治体における地域包括支援センターの効率的かつ特徴的な取組に関する実態調査（ヒアリング調査）

○九州各県の所管部署の推薦等により好事例を選定し、オンラインシステムを活用した当該地域の行政担当者及び地域包括支援センター職員との意見交換等により、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示すことを目的として、ヒアリング調査を実施した。

・佐賀県基山町	令和3年10月27日
・大分県九重町	令和3年11月4日
・宮崎県国富町	令和3年11月4日
・沖縄県金武町	令和3年11月11日
・熊本県玉東町	令和3年11月18日
・鹿児島県天城町	令和3年11月24日
・長崎県佐々町	令和3年12月8日
・福岡県赤村	令和4年3月1日

なお、当初はアンケート調査の実施後、その結果をもとに好事例地域を選定しヒアリング調査を行う予定であったが、より効果的なアンケート調査項目を設定する観点から、九州各県の所管部署の推薦等により好事例を選定後、まずヒアリング調査を実施した。

3. 実施体制

本事業では「小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に係る調査検討委員会」による調査研究の企画、調査研究結果の分析、報告書作成等の検討を行ったほか、委員会主要メンバーによる企画調整検討会を設け、調査計画の策定及び事業方針（案）の作成、アンケート調査及びヒアリング調査の内容検討、調査実施状況の把握及び内容調整、取りまとめの方向性等の事前調整等を推進した。

委員会の委員構成は以下のとおりであった。

小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に係る調査検討委員会 委員一覧

◇委員会

委員長	原田 正樹	日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科教授／地域ケア研究推進センター長（日本地域福祉学会会長）
委員	井口 茂	長崎大学医学部保健学科教授
委員	江田 佳子	長崎県：佐々町住民福祉課地域包括支援センター参事
委員	工藤 修一	大分大学福祉健康科学部社会福祉実践コース講師
委員	才津 旭弘	熊本県：水上村立古屋敷診療所長／球磨郡公立多良木病院総合診療科医長
委員	辻 敏子	長崎県：一般社団法人島原市医師会 島原市地域包括支援センター所長（全国地域包括・在宅介護支援センター協議会副会長）
委員	早川 理恵	鹿児島県：大和村保健福祉課長・地域包括支援センター長・子育て世代包括支援センター長
委員	藤田 英隆	佐賀県：基山町福祉課プラチナ社会政策室高齢福祉係長
委員	三浦 源太	大分県：姫島村国保診療所長
委員	吉村 学	宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座教授
担当役員	三枝 智宏	静岡県：浜松市国民健康保険佐久間病院長

◇オブザーバー

厚生局	山口 隆久	厚生労働省九州厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課長
厚生局	早崎 哲朗	厚生労働省九州厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課地域包括ケア推進官
厚生局	佐藤 隆	厚生労働省九州厚生局健康福祉部地域包括ケア推進課地域包括ケア推進官

◇事務局

伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
------	---------------------------

松島	秀雄	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局次長
鈴木	智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会課長
中村	由佳	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会係長
竹内	淳史	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主任
迫	裕之	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主事
丸田	浩一	株式会社日本経済研究所公共デザイン本部医療・福祉チーム研究主幹
前田	聡紀	株式会社日本経済研究所公共デザイン本部医療・福祉チーム副主任研究員

第2章

小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に係る実態調査 (アンケート調査)

1. アンケート調査実施概要

(1) 調査の目的

小規模自治体を対象に、独自の工夫で効果的活動を行っている地域包括支援センターを見出し、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、取組の類型化を行い、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示すため、アンケート調査を実施した。

(2) 調査方法

全国国民健康保険診療施設協議会のホームページより調査票を配布、Eメールにより回収

(3) 調査の対象

九州厚生局が管轄する 65 歳以上人口 6,000 人未満の 119 自治体及び地域包括支援センター

(4) 調査期間

令和 3 年 12 月～令和 4 年 1 月

(5) 回収状況

調査対象	対象数	回収数	回収率
九州厚生局管轄の小規模自治体	119	56	47.0%

(6) 主な調査項目

《市町村の概況》

- ☐ 総人口、世帯数、高齢化率、要支援者数、要介護者数、認定率等
- ☐ 医療・介護資源の状況

《地域包括支援センターの概況》

- ☐ 運営形態、委託先、設置場所等
- ☐ 配置職員数、職種、兼務職員数等
- ☐ 職員の勤続年数

《包括支援センターの取組み状況》

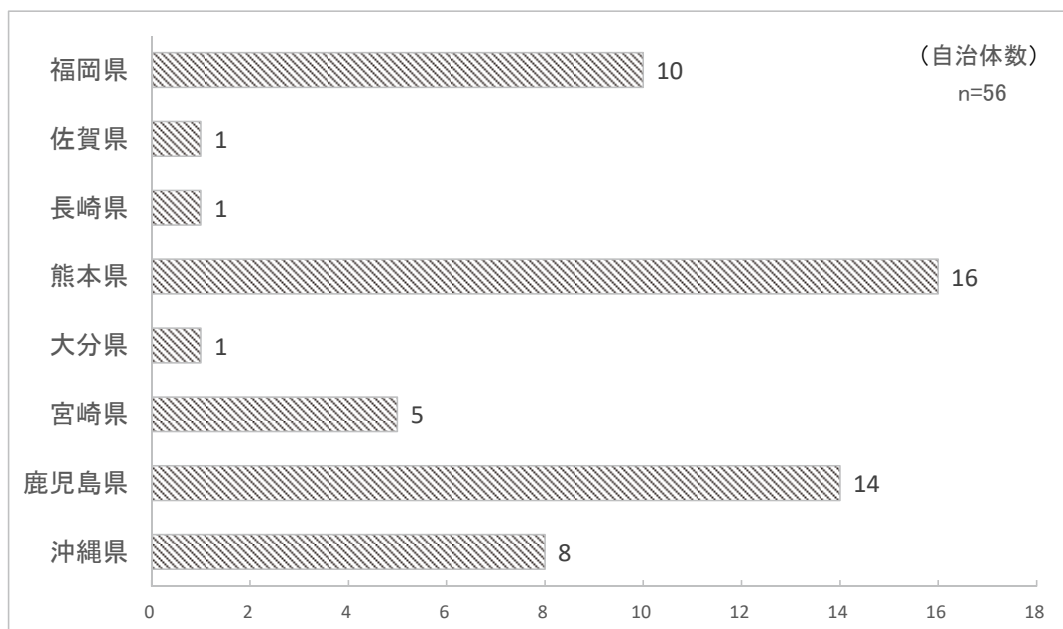
- ☐ 地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のために特に工夫していること
- ☐ 地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況・工夫していること
- ☐ 地域内（町内会、民生委員、ボランティア組織等）の連携状況・工夫していること
- ☐ 他機関（行政（広域連合による運営の場合は広域連合を含む）、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況及び特に工夫していること
- ☐ 現状（職員の確保、育成、引き継ぎ等含む）及び特に工夫していること

2. 調査結果

問1 (1) 市町村の概況

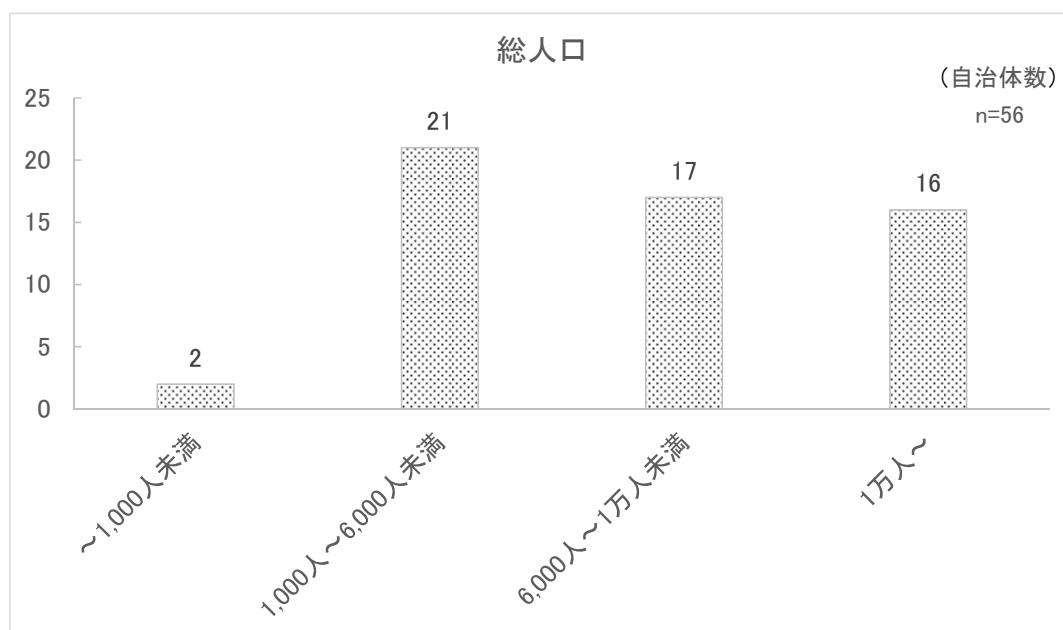
■ 県別の回答内訳

回答があったのは56自治体であり、県別の内訳は、福岡県10件、佐賀県1件、長崎県1件、熊本県16件、大分県1件、宮崎県5件、鹿児島県14件、沖縄県8件であった。



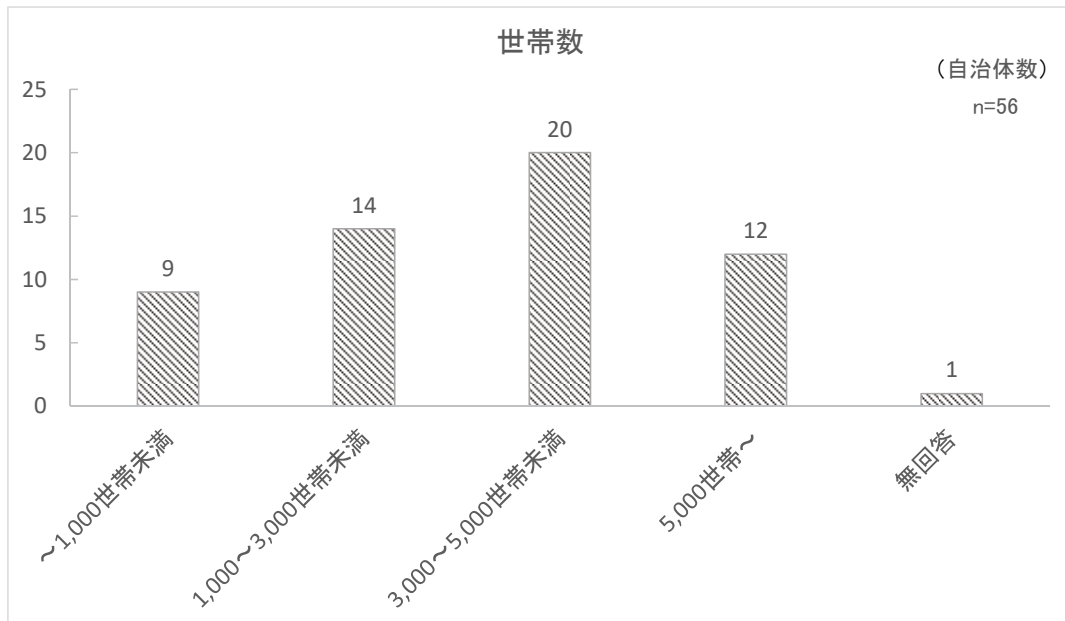
■ 総人口

回答のあった56自治体における総人口の内訳は、1,000人未満の自治体が2自治体、1,000人～6,000人未満が21自治体、6,000人～1万人未満が17自治体、1万人以上が16自治体であった。



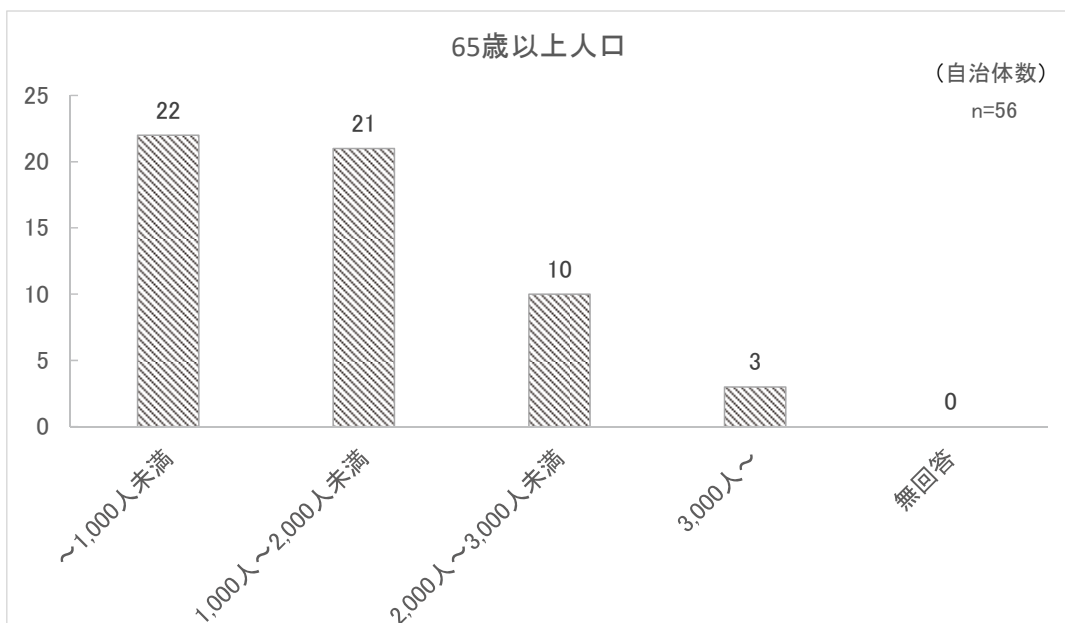
■ 世帯数

世帯数は、56 自治体のうち、最も多かったのは 3,000～5,000 世帯未満で 20 自治体、次に 1,000～3,000 世帯未満が 14 自治体であった。他の回答は、5,000 世帯以上が 12 自治体、1,000 世帯未満が 9 自治体であった。



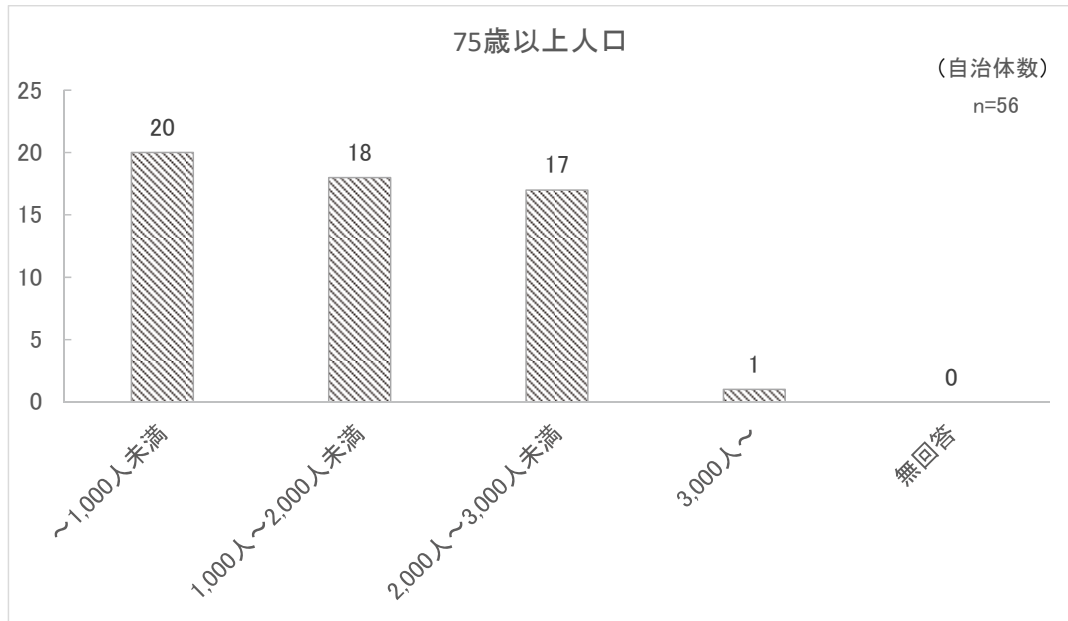
■ 65 歳以上人口

65 歳以上人口は、56 自治体のうち、最も多かったのは 1,000 人未満で 22 自治体、次に 1,000 人～2,000 人未満が 21 自治体であった。他の回答は、2,000 人～3,000 人未満が 10 自治体、3,000 人以上が 3 自治体であった。



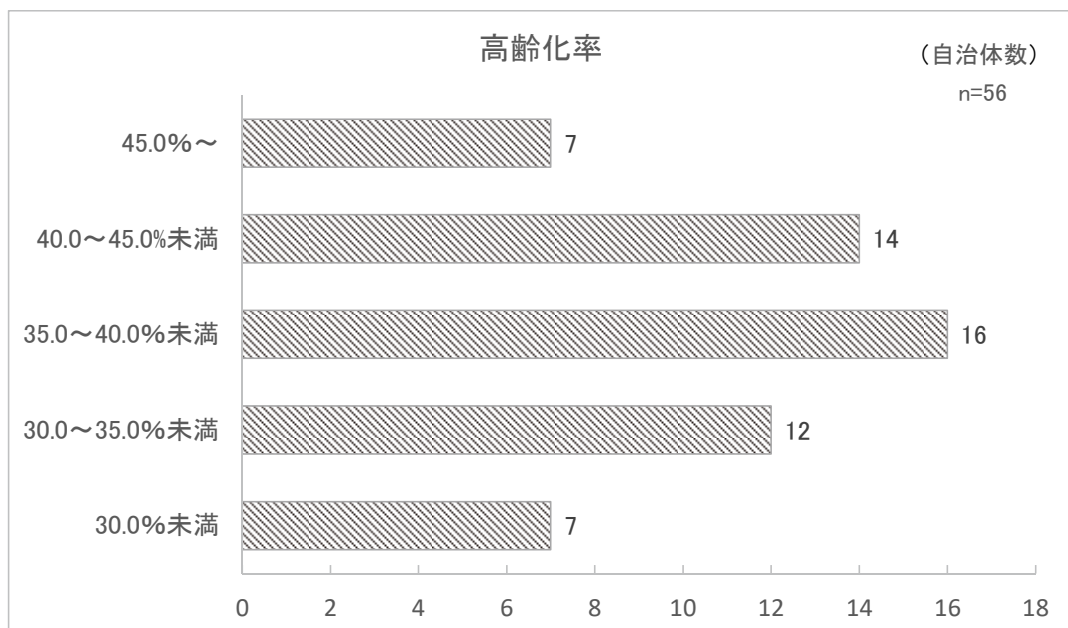
■ 75 歳以上人口

75 歳以上人口は、1,000 人未満が最も多く、20 自治体であった。次に 1,000 人～2,000 人未満が 18 自治体、2,000 人～3,000 人未満が 17 自治体、3,000 人以上が 1 自治体であった



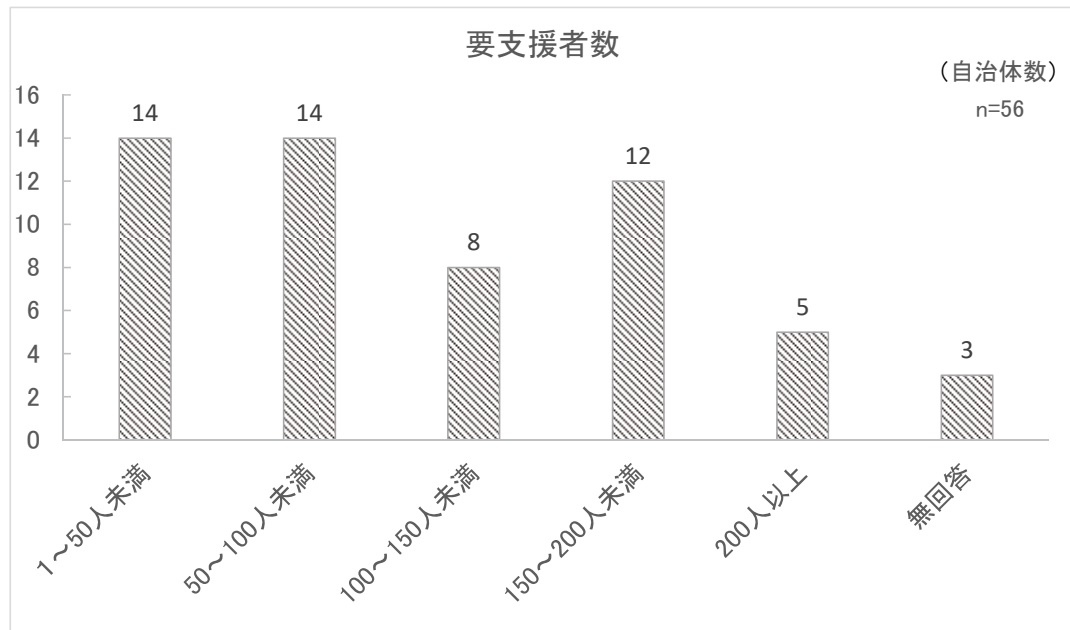
■ 高齢化率

高齢化率は 35.0～40.0%と回答した自治体が最も多く、16 自治体であり、次に 40.0～45.0%未満が 14 自治体、30.0～35.0%が 12 自治体、30.0%未満が 7 自治体、45.0%以上が 7 自治体であった。



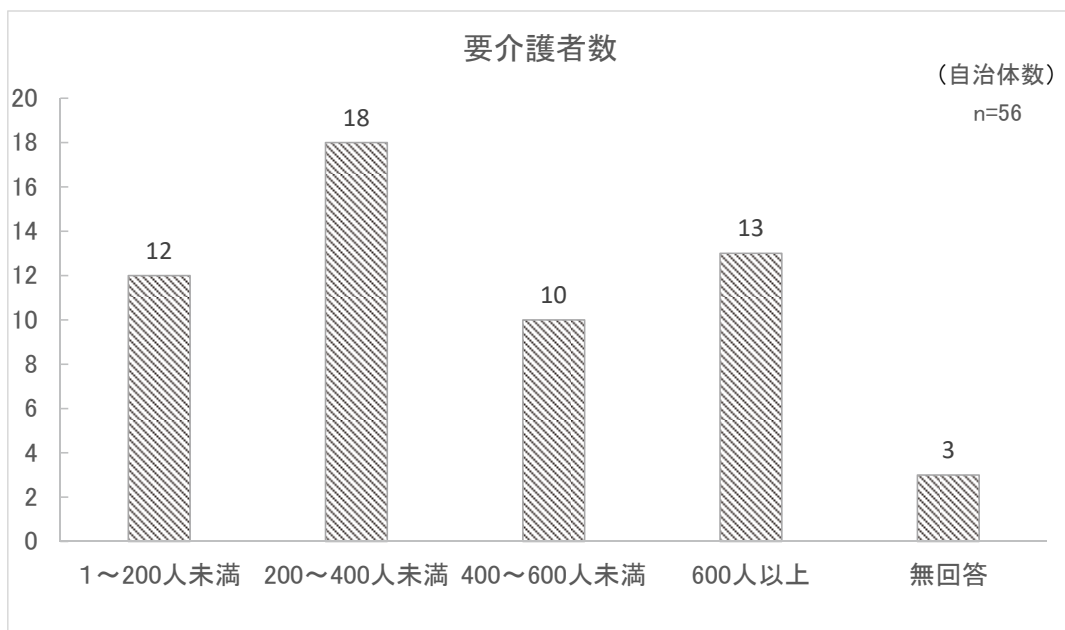
■ 要支援者数

要支援者数で最も回答が多かったのは、1～50 人未満及び 50～100 人未満であり、14 自治体であった。次に 150～200 人未満で 12 自治体、他の回答は 100～150 人未満が 8 自治体、200 人以上が 5 自治体であった。



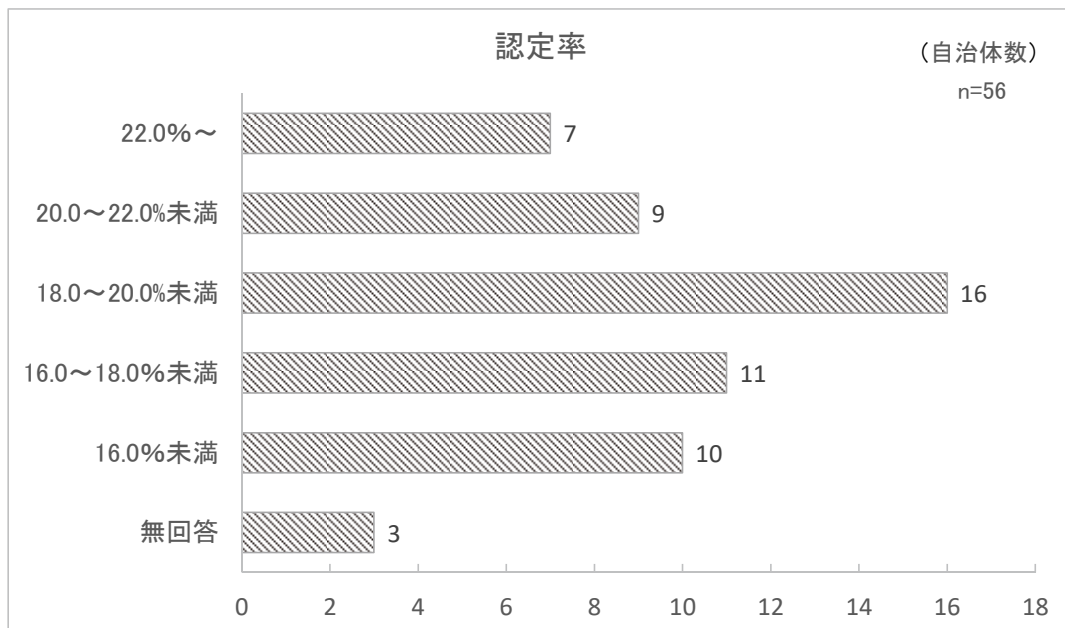
■ 要介護者数

要介護者数で最も回答が多かったのは、200～400 人未満であり、18 自治体であった。次に 600 人以上が 13 自治体、1～200 人未満が 12 自治体であった。他に、400～600 人未満と回答した自治体が 10 自治体であった。



■ 認定率

認定率は、18.0～20.0%未満と回答した自治体が最も多く 16 自治体、次に 16.0～18.0%未満が 11 自治体、16.0%未満が 10 自治体であった。他は 20.0～22.0%が 9 自治体、22.0%以上が 7 自治体であった。

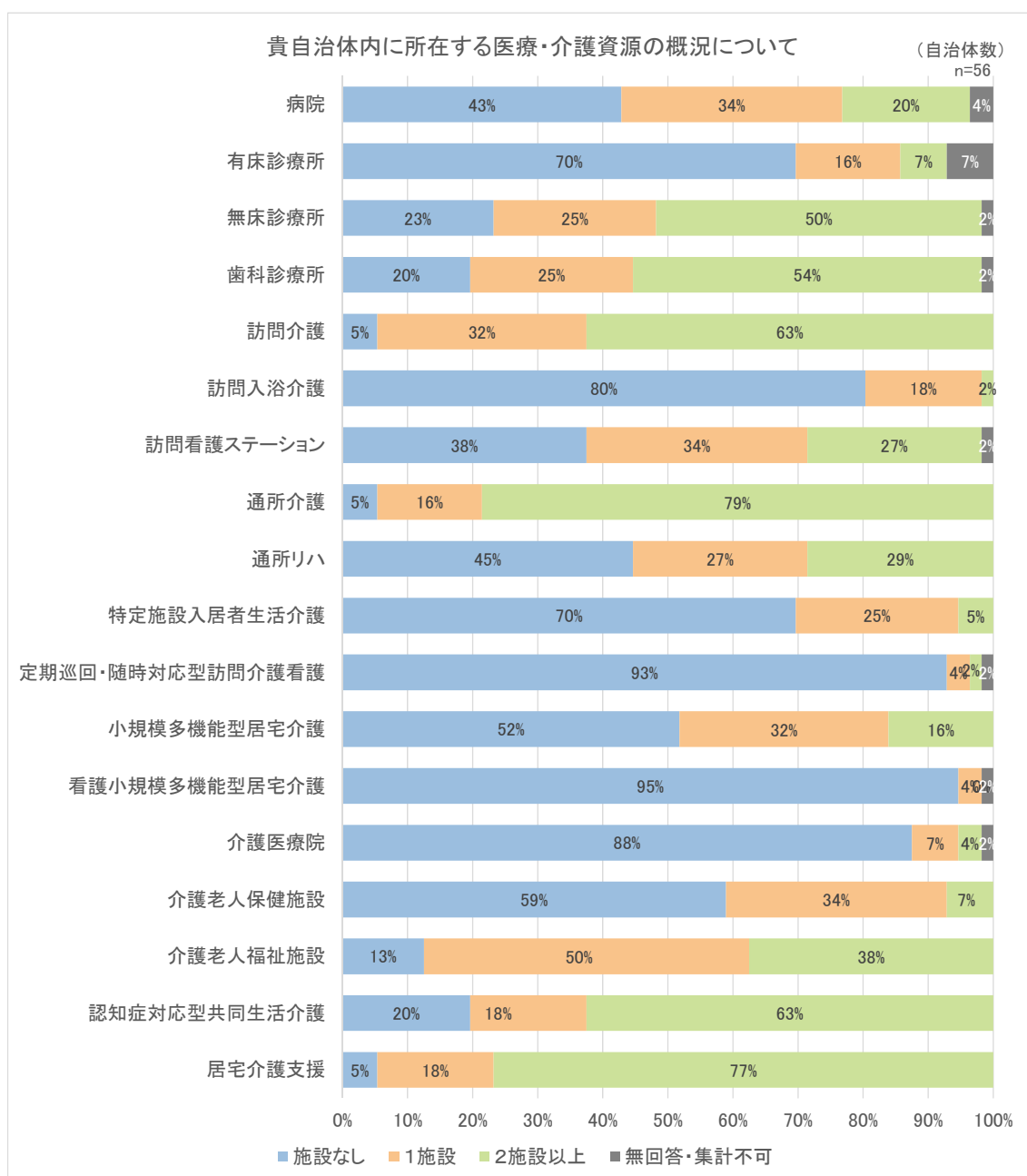


(2) 市町村所在の医療・介護資源の状況

■ 医療・介護資源の状況

56自治体の医療資源では、病院においては43%の自治体が施設なしと回答、一方、1施設は34%、2施設以上が20%（病院ありの自治体は計54%）であった。有床診療所と無床診療所では、無床診療所の施設なしとの回答が23%、一方有床診療所の施設なしは70%となっていた。

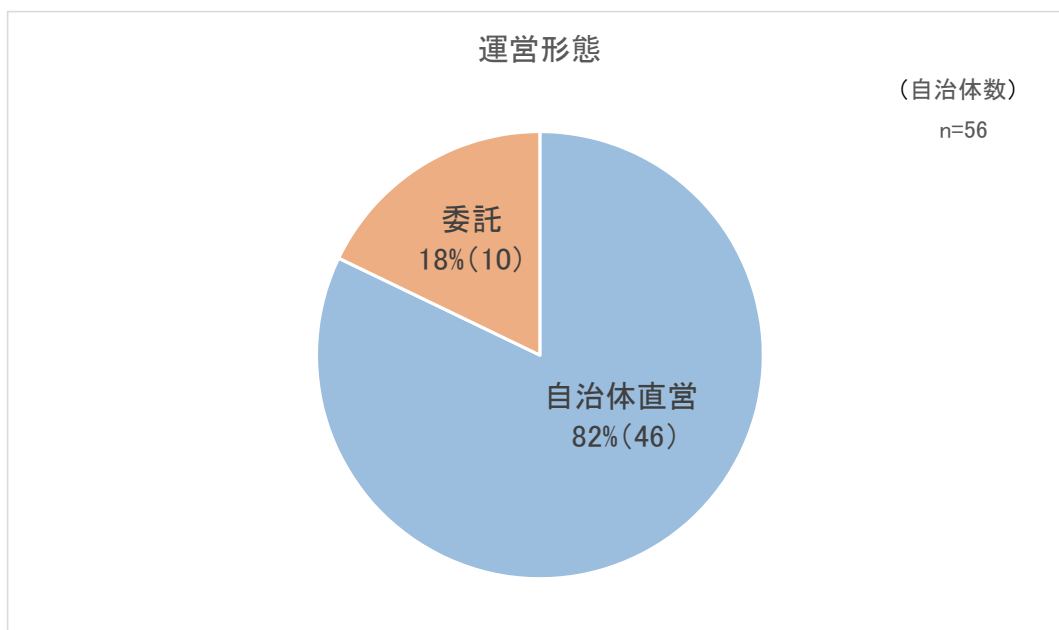
介護資源において、施設なしとの回答が最も多かったのは、看護小規模多機能型居宅介護の95%、次いで定期巡回・随時対応型訪問介護看護で93%であった。一方、施設あり（1施設、2施設以上の合計）の回答が最も多かったのは、訪問介護、通所介護、居宅介護支援で95%と同率であった。



(3) センターの概況

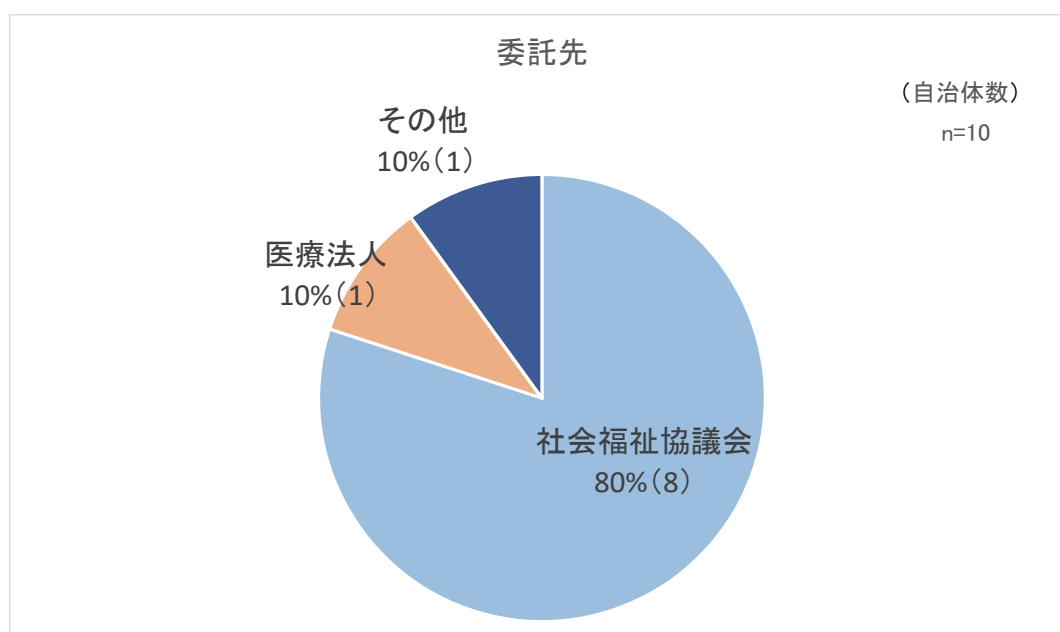
■ 運営形態

運営形態については、自治体直営と回答した自治体が 82% (46 自治体)、委託と回答した自治体が 18% (10 自治体) であった。



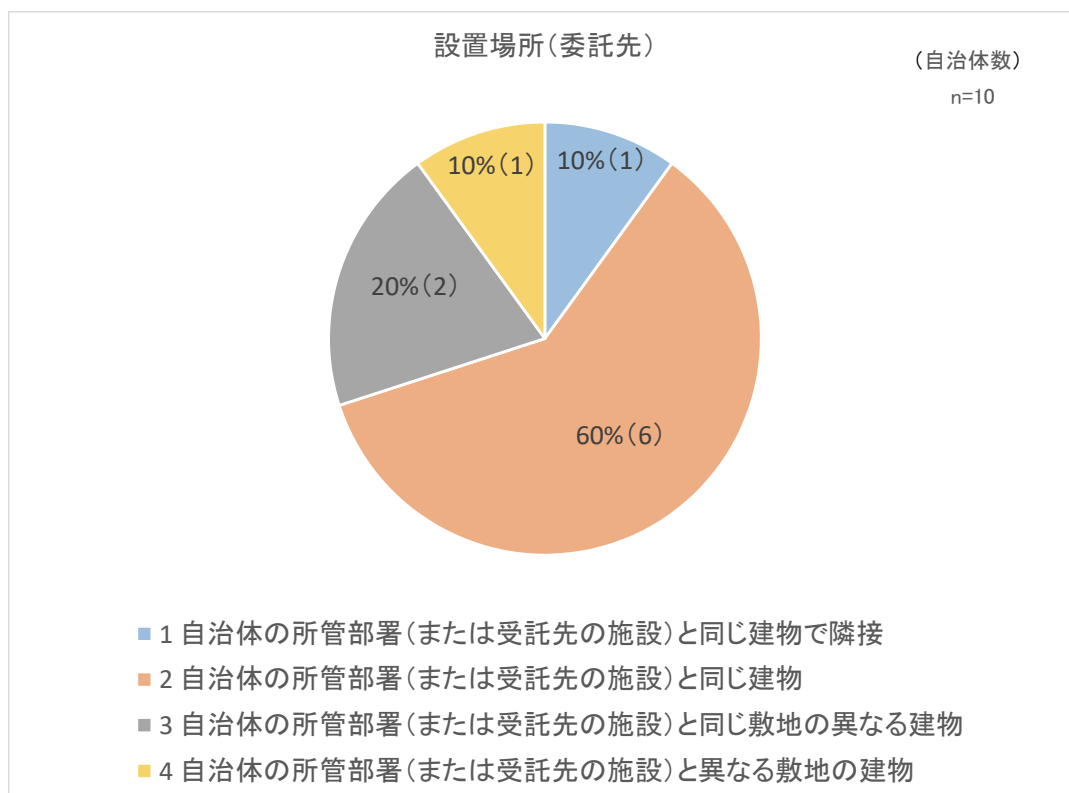
■ 委託先

委託していると回答した 10 自治体のうち、委託先で最も多かったのは、社会福祉協議会で 80% (8 自治体)、他は医療法人 10% (1 自治体)、その他 10% (1 自治体) であった。



■ 設置場所（委託先）

委託先の設置場所として最も回答が多かったのは、「2 自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ建物」で60%（6自治体）であった。次いで「3 自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ敷地の異なる建物」が20%（2自治体）であった。



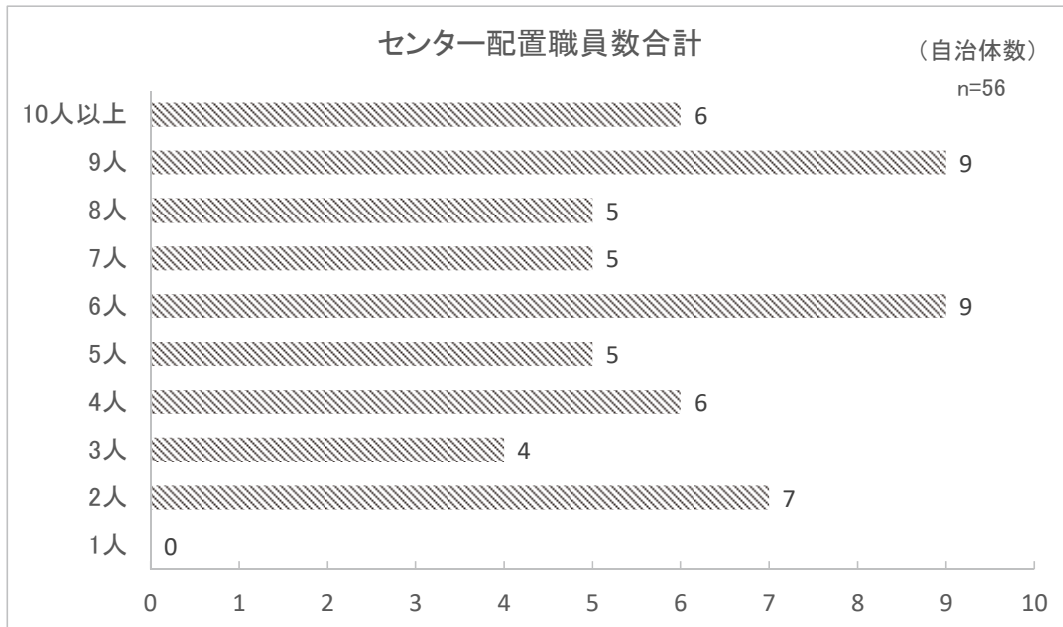
■ 設置場所（自由記載）

【主な回答】

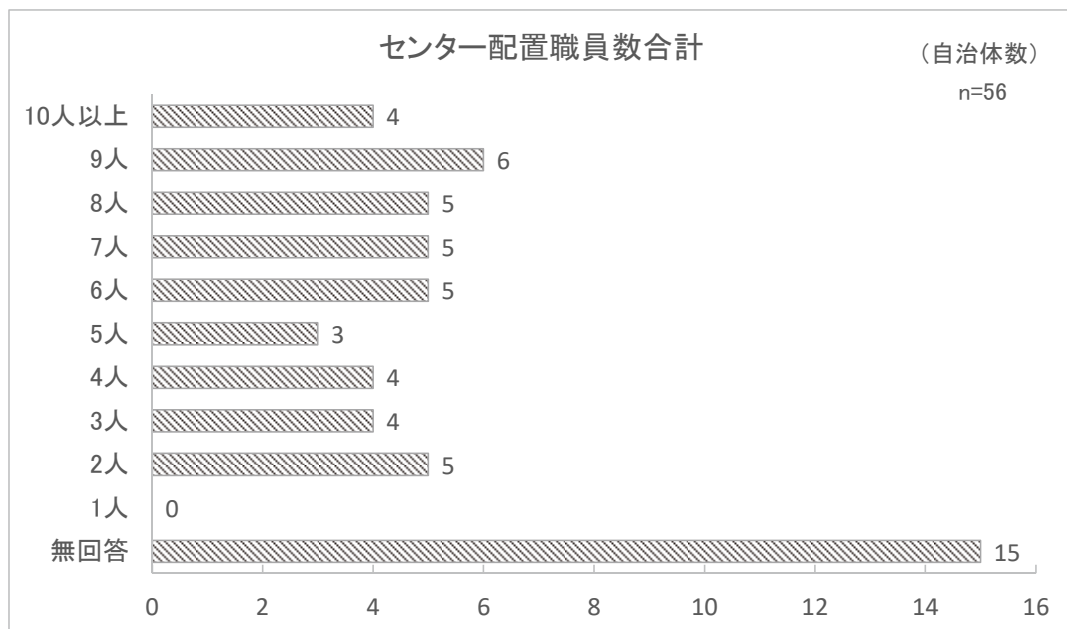
- 介護保険の保険者である自治体の高齢者福祉の係と隣接していることにより、密に高齢者福祉に係る情報交換ができ、事業等を協働する場合など、連携がスムーズで効果的であると思える。
- 行政関係部署と同一建物に事務所があることで、情報の共有や対応、また相談を迅速に行うことができる。
- 自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ建物にあるため、介護全般の相談・申請が一括してできる。
- 情報共有及び連携がスムーズに行える。また、庁舎が村社協と隣接しているため、連携がしやすい。
- 高齢者・福祉部局と同一事務所の為、情報共有がしやすい。
- 同じ課内に健康支援関係・後期高齢者・障害福祉・介護保険・高齢者福祉・生活保護等の行政の関係機関があり、連携がとりやすい。
- 委託を受け、村と連携しやすいように行政敷地内に別建物で設置。中立を示すためにも法人から離している。
- 建物が異なるため、個人的な相談も受けやすい。
- 自治体所管部署の建物と包括支援センターの建物が離れているので、他部署との情報共有や連携が即座にできない場合がある。

■ 地域包括支援センターの配置職員数（総職員数）

配置職員数（総職員数）は、9人及び6人が最も多く、ともに9自治体であった。次いで、2人と回答した自治体が7自治体であった。他の回答は、10人以上・4人が6自治体、8人・7人・5人が5自治体であった。

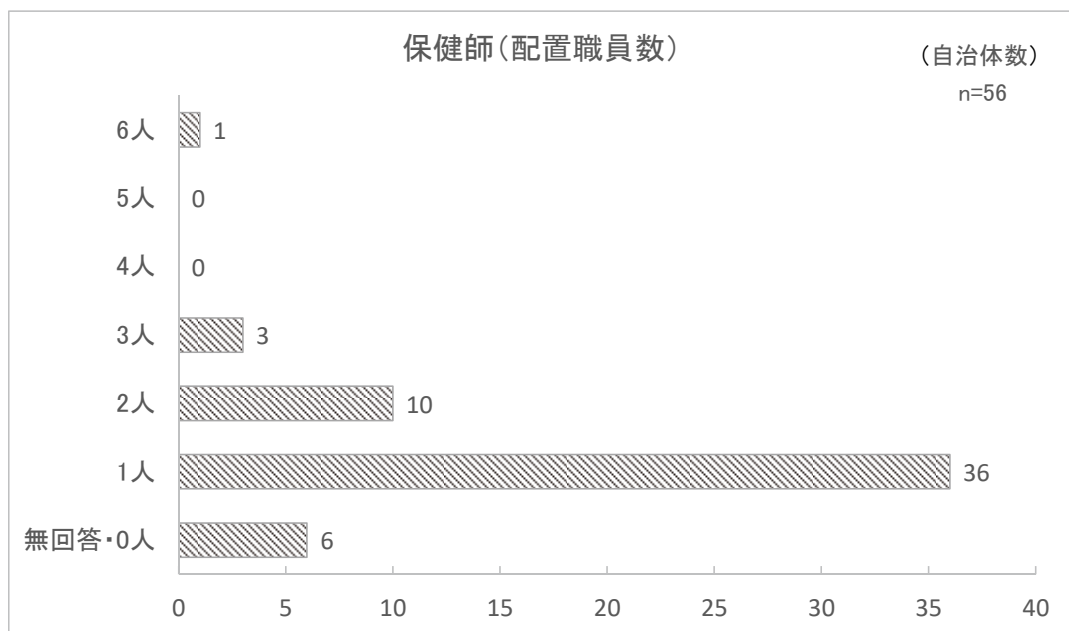


【補正前】の集計データによる職員数



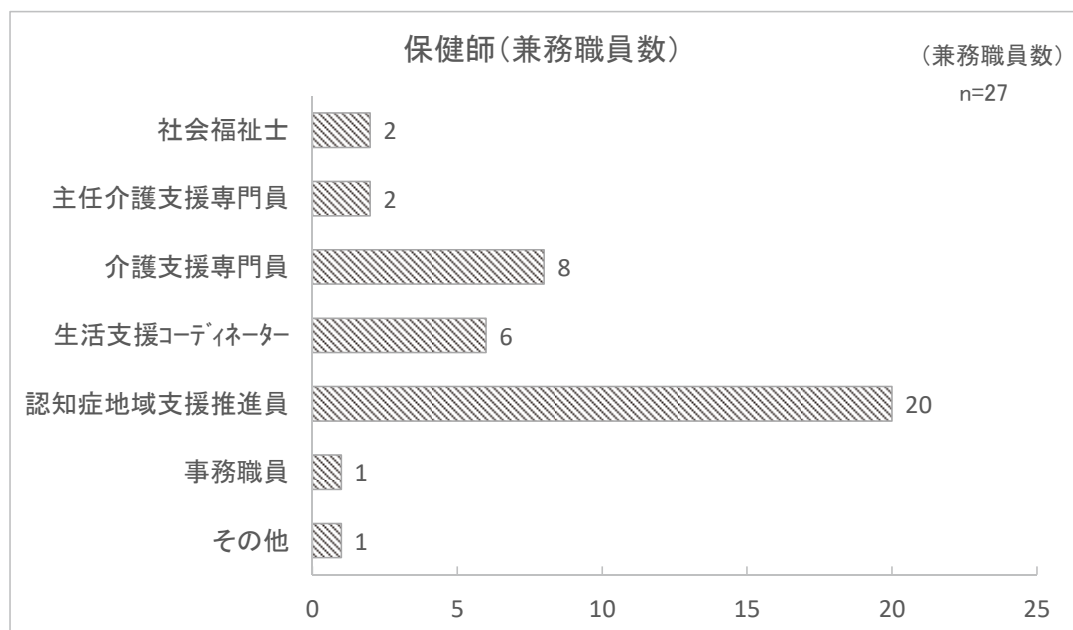
■ 保健師（配置職員数）

保健師の配置職員数は、1人と回答した自治体が最も多く36自治体であった。次いで2人が10自治体であった。他は3人が3自治体、6人が1自治体であった。



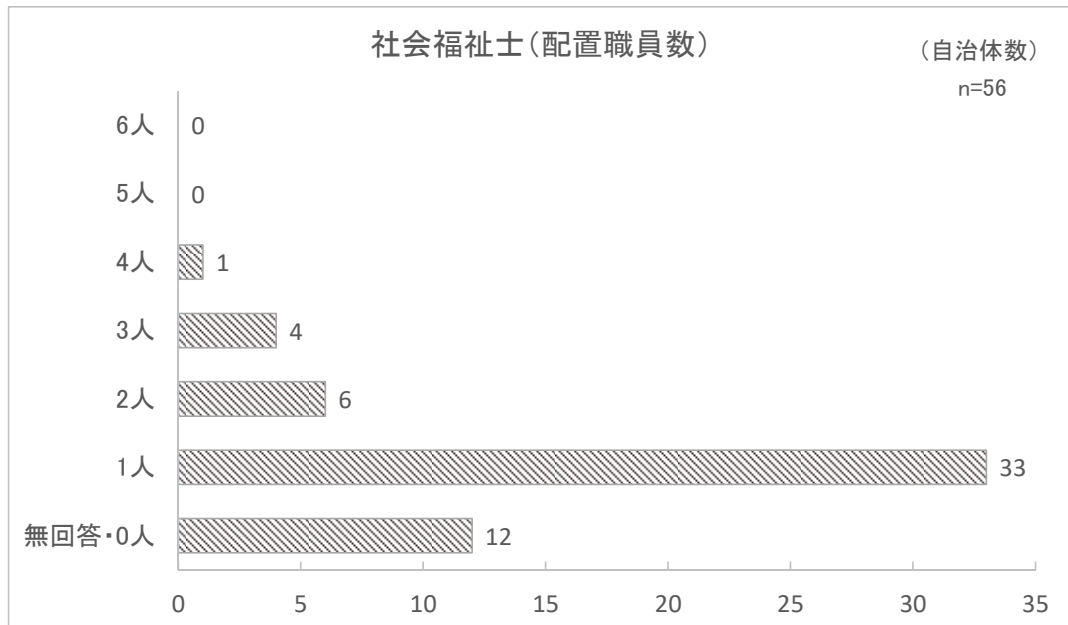
■ 保健師（兼務職員数）

保健師の兼務職員数は、全体で27人との回答があり、27人のうち最も兼務が多かった職種は、認知症地域支援推進員で20人であった。次いで介護支援専門員が8人、そのほか、生活支援コーディネーターが6人、社会福祉士及び主任介護支援専門員が2人、事務職及びその他が1人であった。



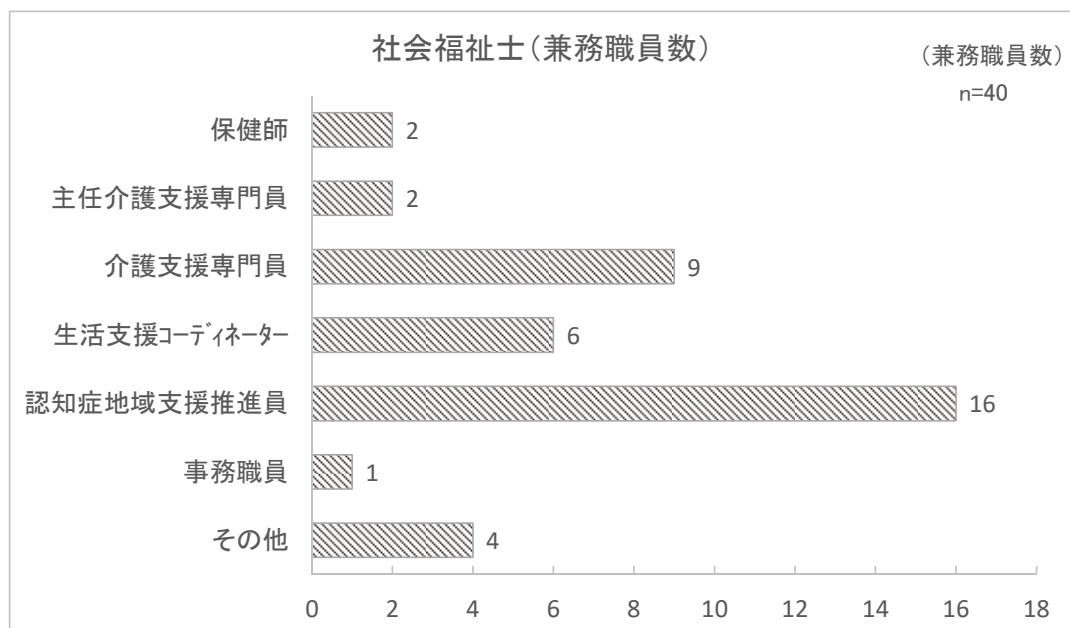
■ 社会福祉士（配置職員数）

社会福祉士の配置職員数は、1人と回答した自治体が最も多く33自治体であった。次いで2人が6自治体であった。他は3人が4自治体、4人が1自治体であった。



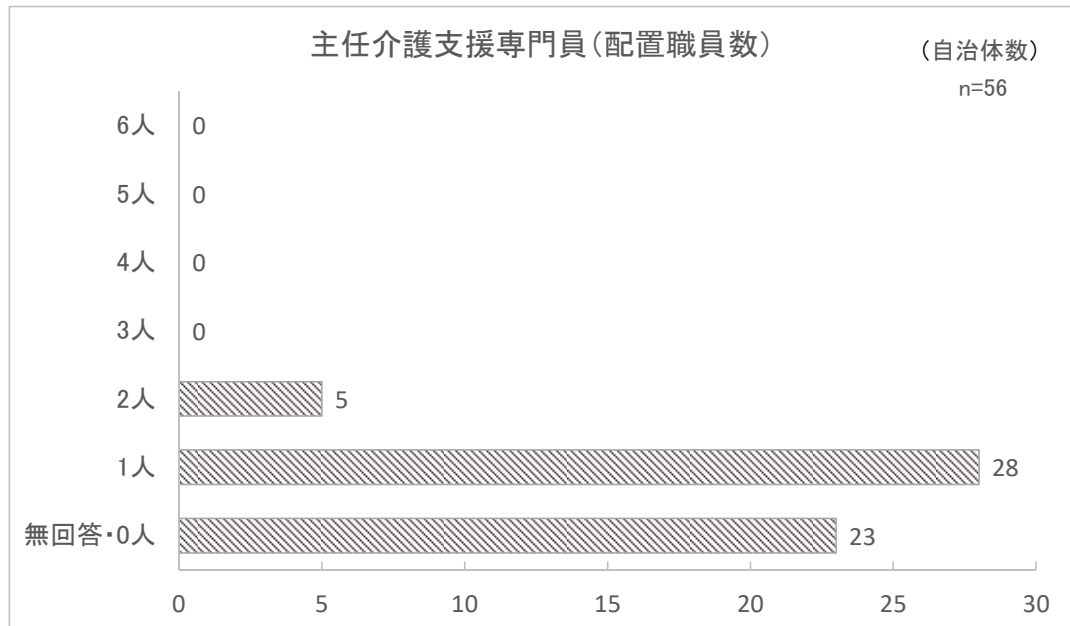
■ 社会福祉士（兼務職員数）

社会福祉士の兼務職員数は、全体で40人との回答があり、40人のうち最も兼務が多かった職種は、認知症地域支援推進員で16人であった。次いで介護支援専門員が9人、そのほか、生活支援コーディネーターが6人、その他が4人、保健師及び主任介護支援専門員が2人、事務職が1人であった。



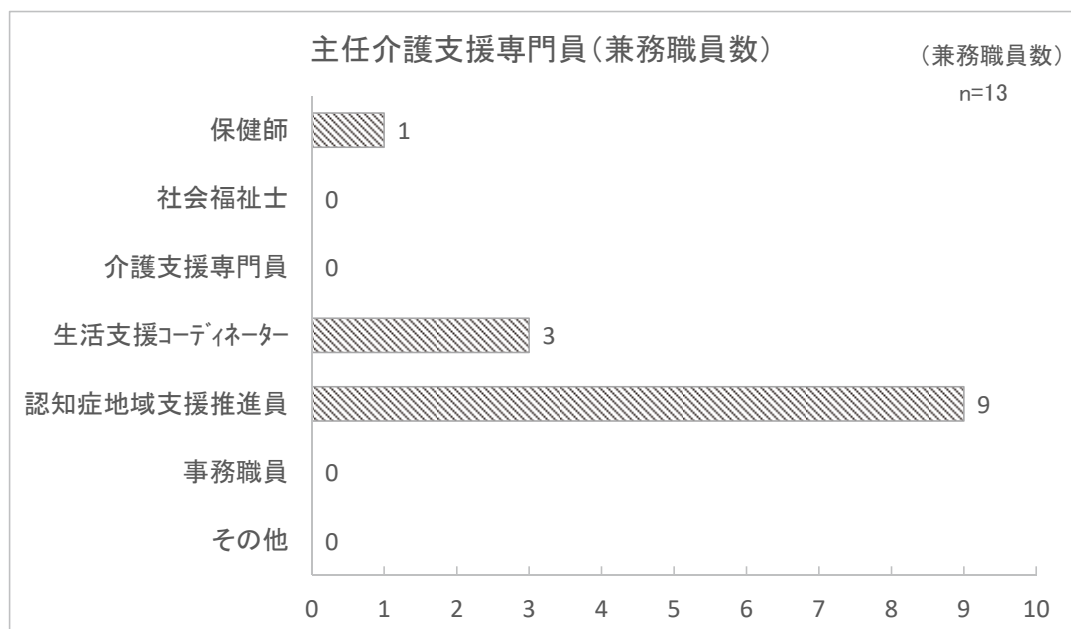
■ 主任介護支援専門員（配置職員数）

主任介護支援専門員の配置職員数は、無回答を除くと、1人と回答した自治体が最も多く28自治体であった。次いで2人が5自治体であった。



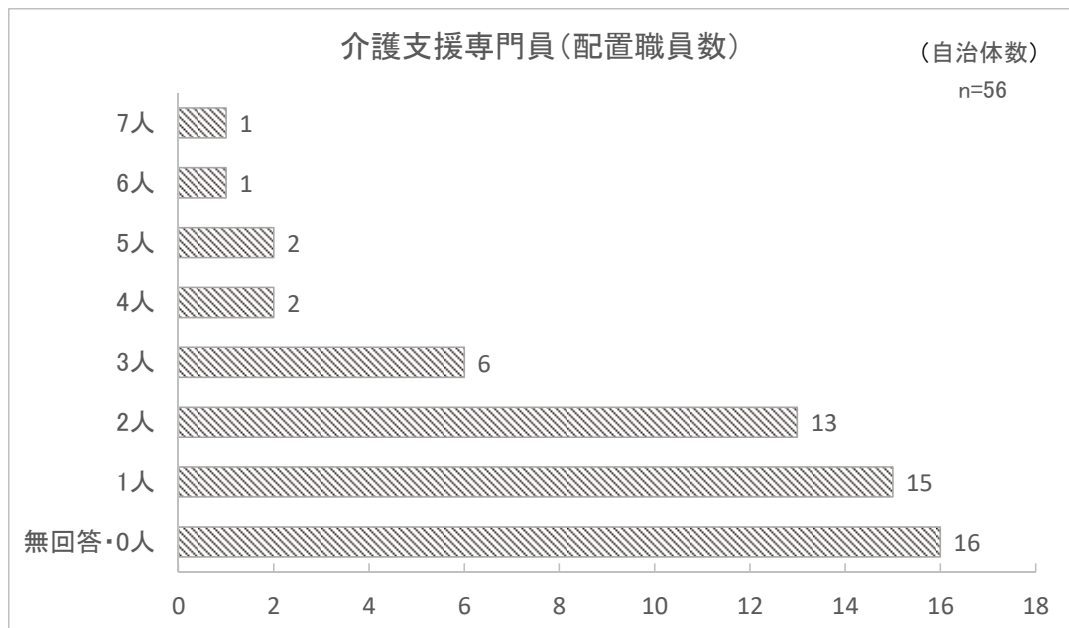
■ 主任介護支援専門員（兼務職員数）

主任介護支援専門員の兼務職員数は、全体で13人との回答があり、13人のうち最も兼務が多かった職種は、認知症地域支援推進員で9人であった。次いで生活支援コーディネーターが3人、そのほか、保健師が1人であった。



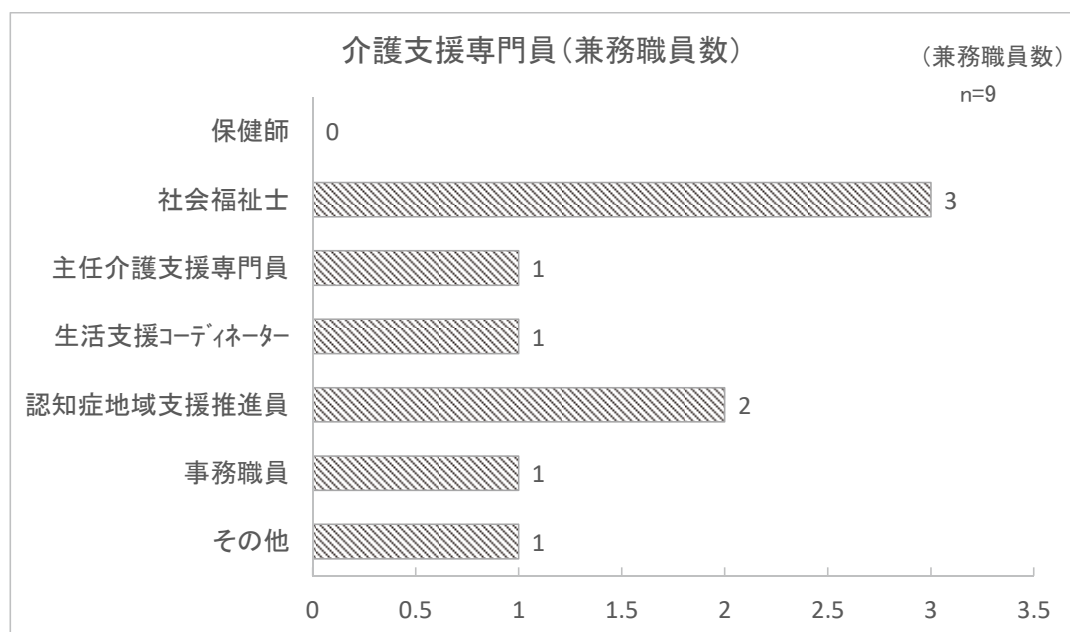
■ 介護支援専門員（配置職員数）

介護支援専門員の配置職員数は、無回答を除くと、1人と回答した自治体が最も多く15自治体であった。次いで2人が13自治体であった。他は3人が6自治体、4人及び5人が2自治体、6人及び7人が1自治体であった。



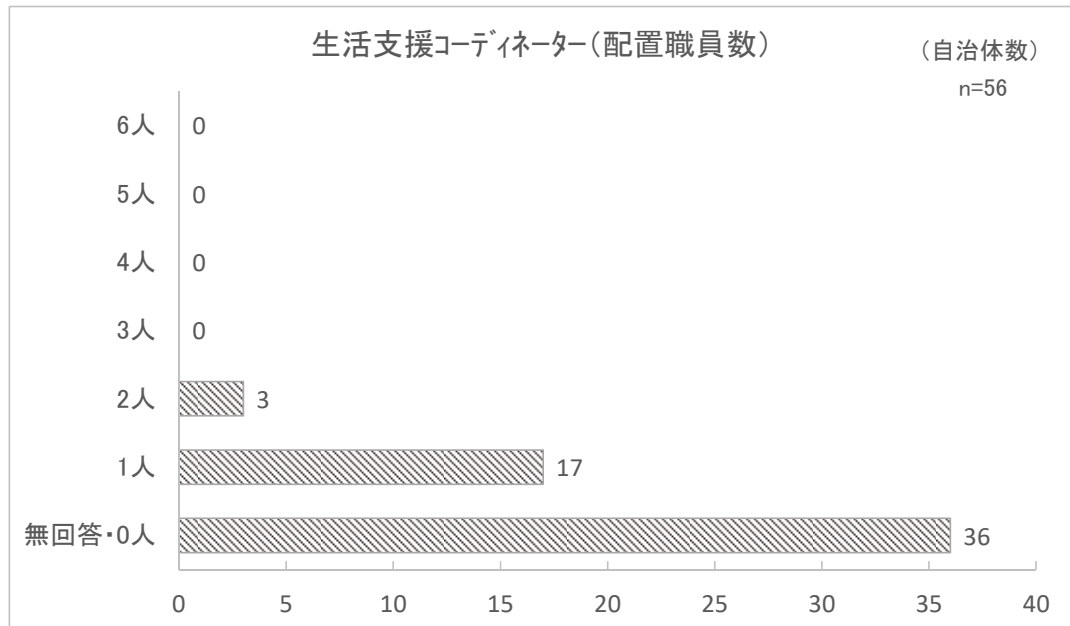
■ 介護支援専門員（兼務職員数）

介護支援専門員の兼務職員数は、全体で9人との回答があり、9人のうち最も兼務が多かった職種は、社会福祉士で3人であった。次いで認知症地域支援推進員が2人、そのほか、主任介護支援専門員・生活支援コーディネーター・事務職員・その他が1人であった。



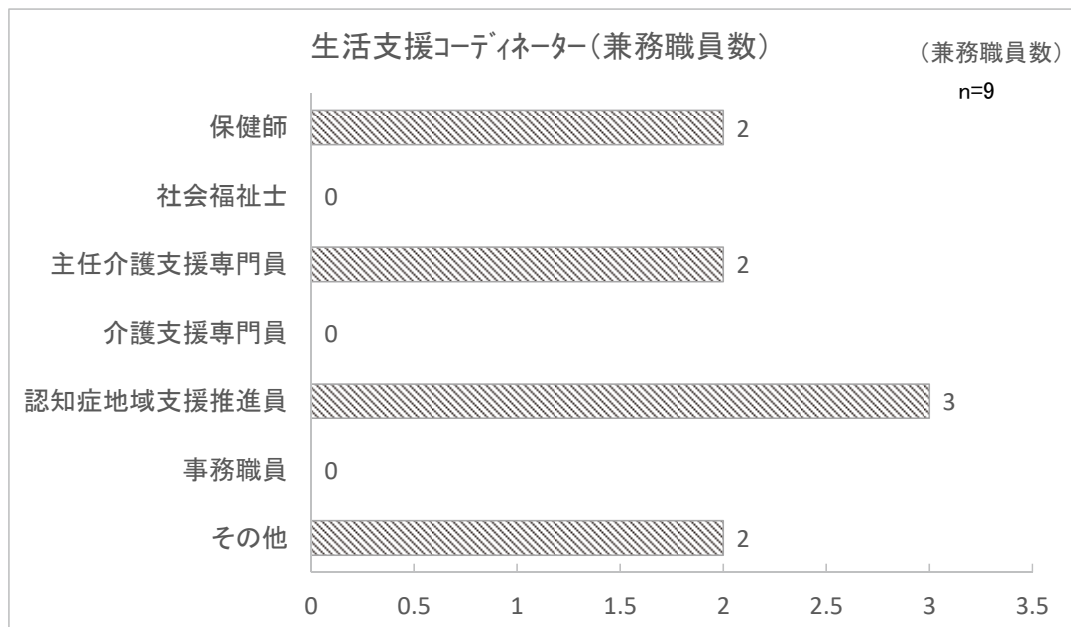
■ 生活支援コーディネーター（配置職員数）

生活支援コーディネーターの配置職員数は、無回答を除くと1人と回答した自治体が最も多く17自治体であった。次いで2人が3自治体であった。



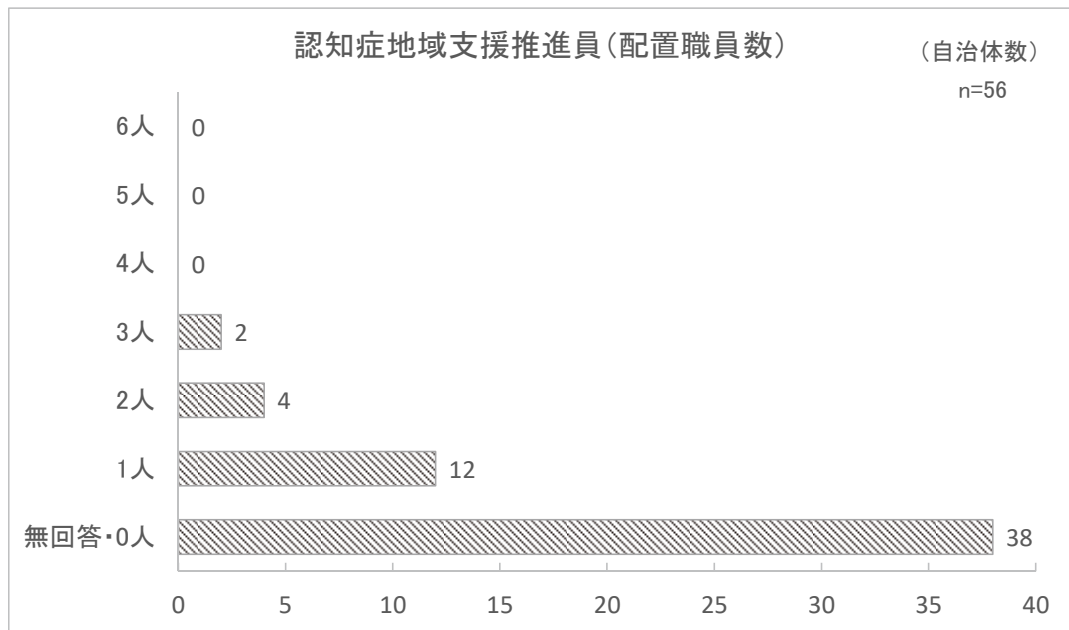
■ 生活支援コーディネーター（兼務職員数）

生活支援コーディネーターの兼務職員数は、全体で9人との回答があり、9人のうち最も兼務が多かった職種は、認知症地域支援推進員であり、次に保健師・主任介護支援専門員・その他が2人であった。



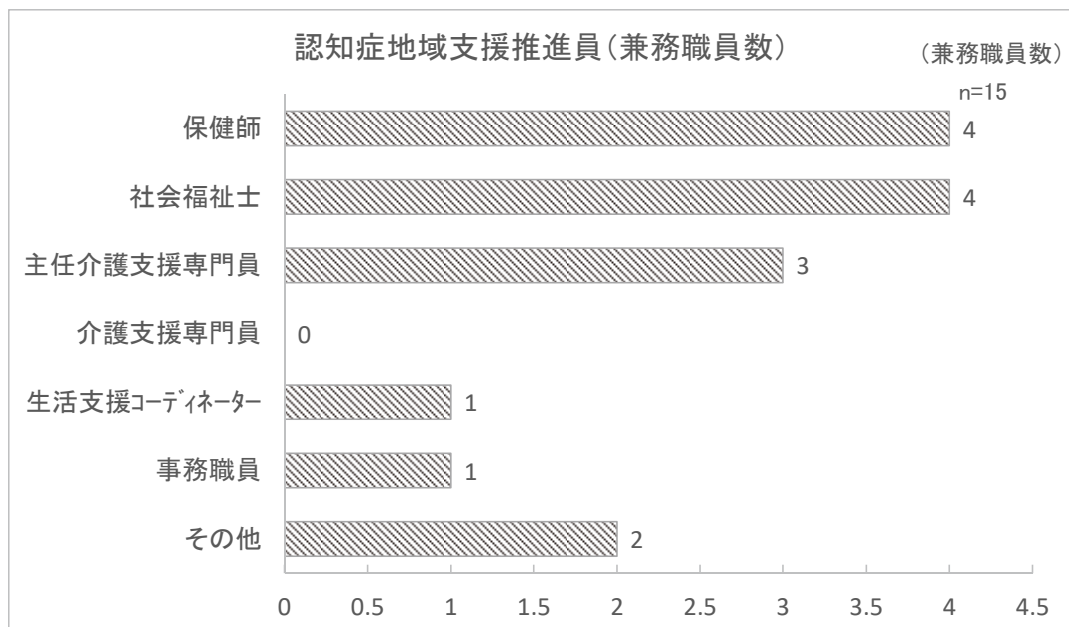
■ 認知症地域支援推進員（配置職員数）

認知症地域支援推進員の配置職員数は、無回答を除くと1人と回答した自治体が最も多く12自治体であった。次いで2人が4自治体であった。他は3人が2自治体であった。



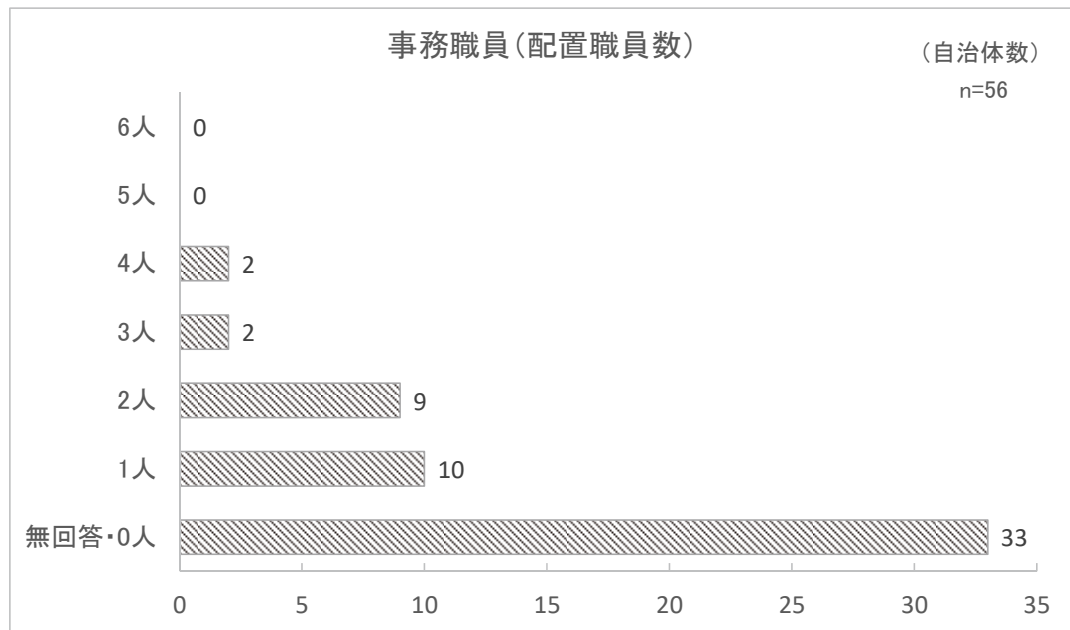
■ 認知症地域支援推進員（兼務職員数）

認知症地域支援推進員の兼務職員数は、全体で15人との回答があり、15人のうち最も兼務が多かった職種は、保健師及び社会福祉士で4人であった。次いで主任介護支援専門員が3人、そのほか、そのほか、生活支援コーディネーター、事務職員が1人であった。



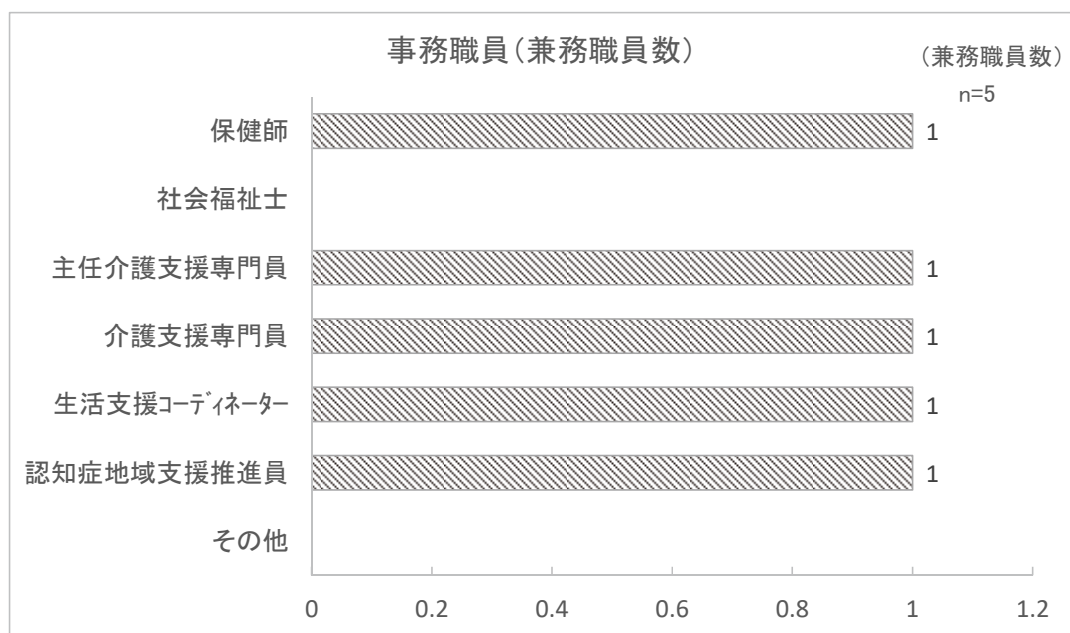
■ 事務職員（配置職員数）

事務職員の配置職員数は、無回答を除くと1人と回答した自治体が最も多く10自治体であった。次いで2人が9自治体であった。他は3人及び4人が2自治体であった。



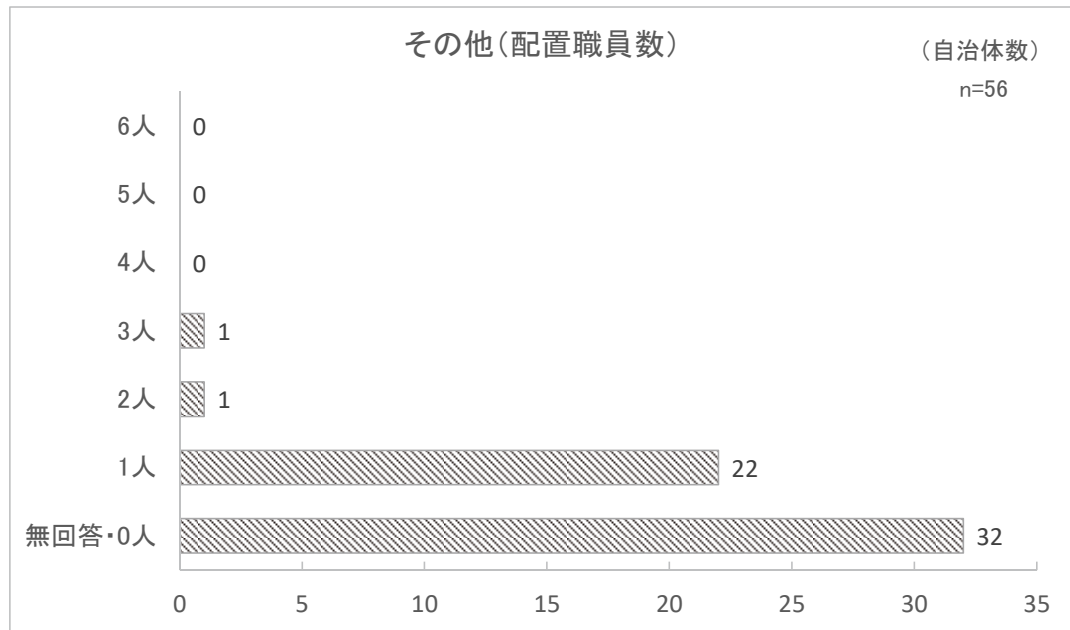
■ 事務職員（兼務職員数）

事務職員の兼務職員数は、全体で5人との回答があり、保健師・主任介護支援専門員・介護支援専門員・生活支援コーディネーター・認知症地域支援推進員が各1人であった。



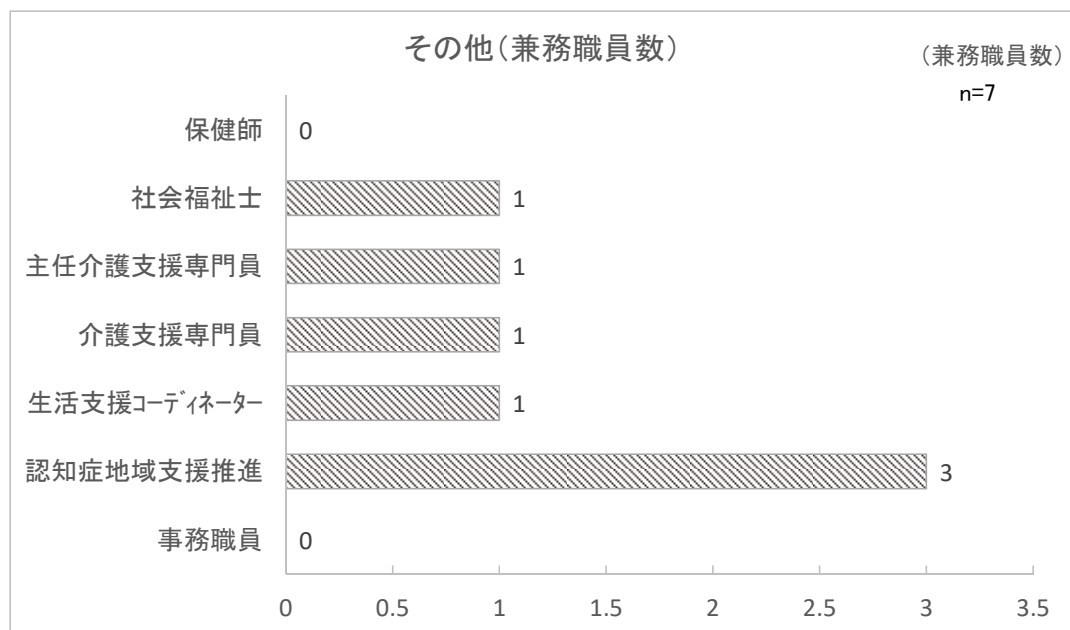
■ その他職員（配置職員数）

その他職員の配置職員数は、無回答を除くと1人と回答した自治体が最も多く22自治体であった。次いで2人及び3人が1自治体であった。



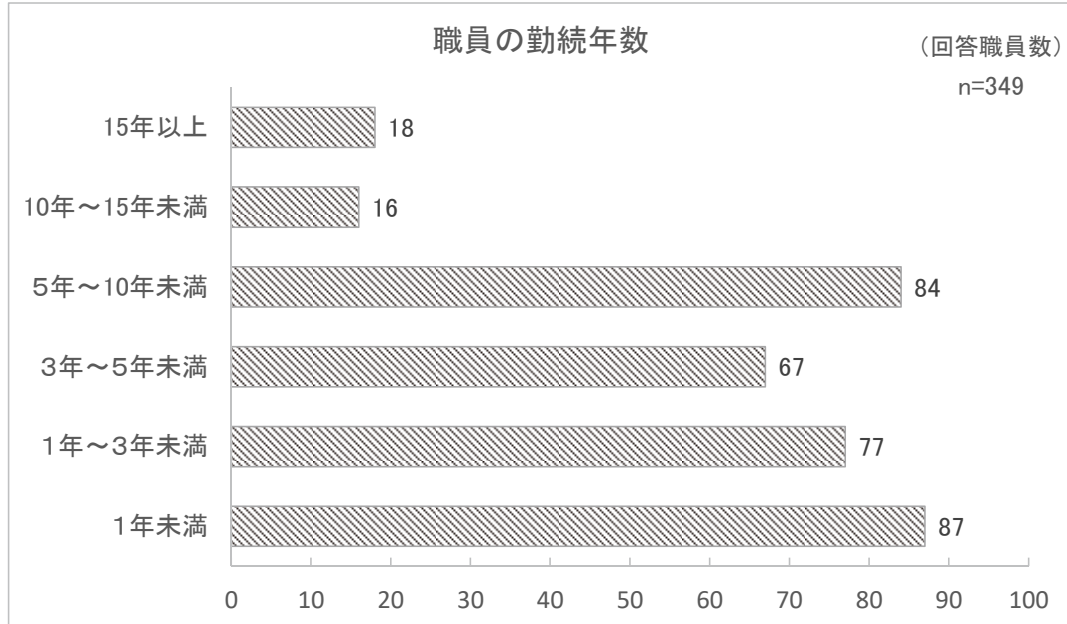
■ その他職員（兼務職員数）

その他職員の兼務職員数は、全体で7人との回答があり、7人のうち最も兼務が多かった職種は、認知症地域支援推進員で3人であった。そのほか、社会福祉士・主任介護支援専門員・介護支援専門員・生活支援コーディネーターが各1人であった。



■ 職員の勤続年数

職員の勤続年数は、全体の回答職員数 349 人のうち、最も多かった勤続年数は、「1 年未満」が 87 人、次いで「5 年～10 年未満」で 84 人であった。そのほか、「1 年～3 年未満」が 77 人、「15 年以上」が 18 人、「10 年～15 年未満」が 16 人であった。



■ 職員の勤続年数について（自由記載）

【主な回答】

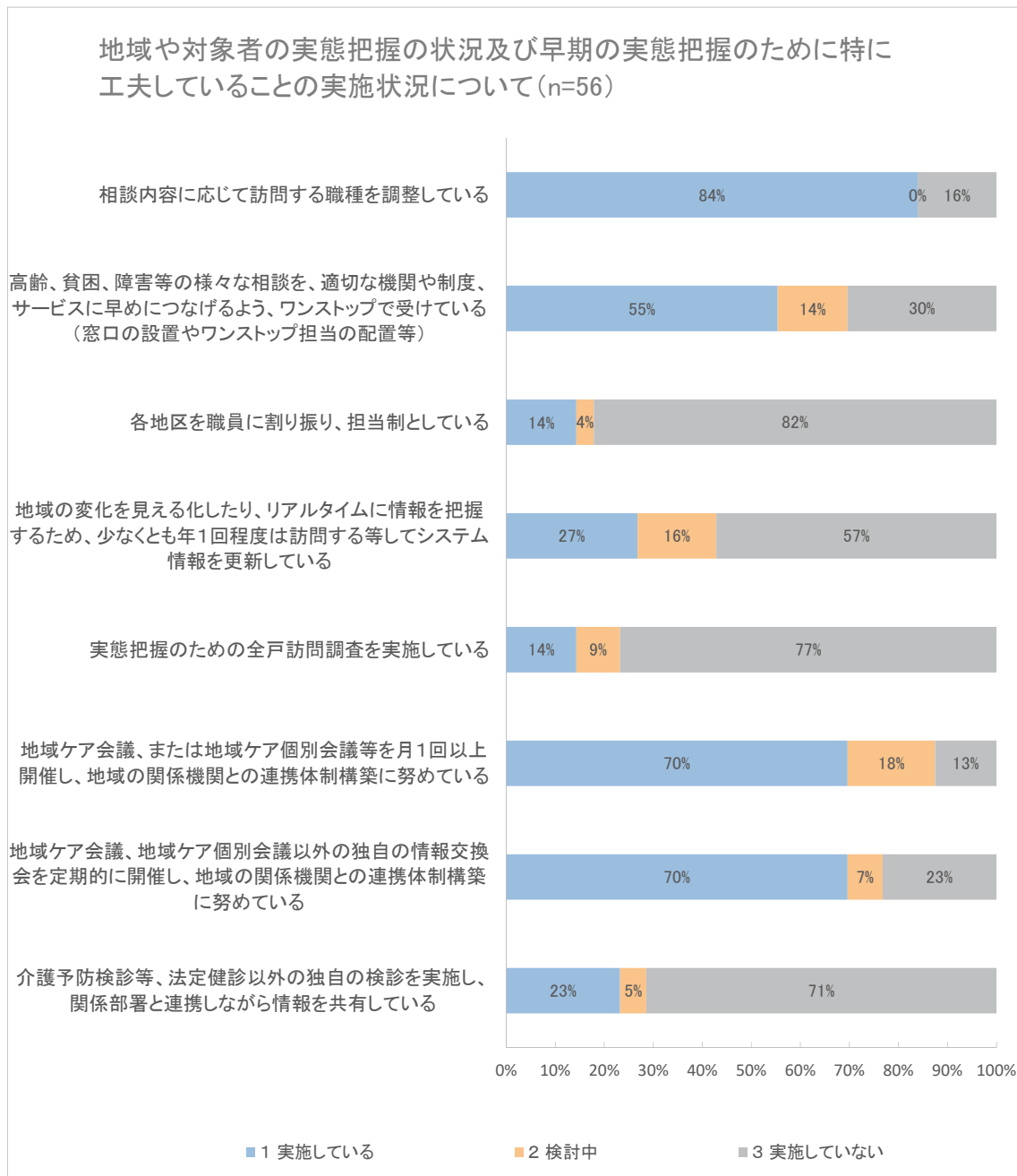
- 全て正規職員であるため、退職者は少ない。一方で年々、給与費等の人件費が高くなる。以前、臨時職員の募集を行ったが、応募者なし。小規模自治体では、こちらが必要とする要件での人材の確保が困難である。
- 社会福祉法人が受託事業で行っているため、通常の人事異動があり、4～5年での異動となっている。包括ケアシステムに、個人個人の対応履歴を可能な限り記録するとともに、行政からも訪問記録を追記し、情報共有することにより、新任者が個別状況を迅速に把握できるように努めている。
- 職員は、一般行政（事務）であり、異動があるため長期の定着は難しい。会計年度職員においても定着しにくい。マンパワー不足のため、兼務で業務をこなさなければならない状況。
- 人事・雇用及び職員の配置については、役場総務課人事係をはじめ町上層部の判断に委ねられるが、人件費は介護保険料にも大きく影響を及ぼすこともあって、必要最小限に、会計年度任用職員で補うなど、給与面においても人材確保が困難な状況にある。
- 介護支援専門員：会計年度職員については、定着が難しく、来年度は人員不足となる。
- 事務職員は役場職員が兼務の為、配置転換により長期定着は困難。
- 職員募集をしても応募がない。
- 会計年度任用職員が多く、年度途中で産休等になると、代替職員を募集しても応募がないことが課題。
- 専門職の確保が難しい。（高齢化しており、若い人材がなかなか入ってこない）

問2

■ 地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のために特に工夫していることの実施状況について

地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のための実施状況のうち、最も実施率が高かったのは「相談内容に応じて訪問する職種を調整している」で84%、次いで「地域ケア会議、または地域ケア個別会議等を月1回以上開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている」及び「地域ケア会議、地域ケア個別会議以外の独自の情報交換会を定期的に開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている」が同率で70%であった。

一方、最も実施率が低かったのは、「各地区を職員に割り振り、担当制としている」及び「実態把握のための全戸訪問調査を実施している」で14%であった。



■ 地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のために特に工夫していることの実施状況について（自由記載）

【主な回答】

- 民生委員会等に積極的に参加し、地域での困りごとなどの情報共有に努めている。
- 郵便配達、水道検針など、地域を巡回する民間業者から情報提供してもらっている。
- 全戸訪問調査は、三年に一度のニーズ調査で調査員が訪問し、担当（包括兼任）が内容を確認し把握するよう努めている。
- 介護予防拠点事業で、全地区（16地区）にサロンを立ち上げ、1/週以上開催している地区が7地区ある。サロンに出向くことで、実態把握を行っている。人事・雇用及び職員の配置については、役場総務課人事係をはじめ町上層部の判断に委ねられるが、人件費は介護保険料にも大きく影響を及ぼすこともあって、必要最小限に、会計年度任用職員で補うなど、給与面においても人材確保が困難な状況にある。
- 3年に1回健康とくらしの調査を実施。事務職員は役場職員が兼務の為、配置転換により長期定着は困難。
- 上記のような本格的な動きはしていないが、生活支援コーディネーターが地域に出向き支え合いマップ作成時に、民生委員や在宅アドバイザーから地域の要援護者の情報を提供して頂いたり、各地区の民生委員や在宅アドバイザーに対して地域の困りごとアンケート調査を実施し、実態把握をしている。
- 保健、障害福祉の部署や社協の関係職員と情報共有やケース検討を行い、連携した支援に努めている。
- 地域担当職員が定期的にお一人暮らしの方や気になる世帯を訪問している。また災害発生時や熱中症注意喚起時なども個別に訪問を行う。

【参考】

番号	内容
1	相談内容に応じて訪問する職種を調整している
2	高齢、貧困、障害等の様々な相談を、適切な機関や制度、サービスに早めにつなげるよう、ワンストップで受けている（窓口の設置やワンストップ担当の配置等）
3	各地区を職員に割り振り、担当制としている
4	地域の変化を見える化したり、リアルタイムに情報を把握するため、少なくとも年1回程度は訪問する等してシステム情報を更新している
5	実態把握のための全戸訪問調査を実施している
6	地域ケア会議、または地域ケア個別会議等を月1回以上開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている
7	地域ケア会議、地域ケア個別会議以外の独自の情報交換会を定期的で開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている
8	介護予防検診等、法定健診以外の独自の検診を実施し、関係部署と連携しながら情報を共有している

■ 地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のために特に工夫していることの実施状況について（選択、自由記載）

番号	地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のために特に工夫していることの実施状況について、最も特徴的なものを1つ選択（該当する番号を記入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等
1	庁舎内の関係部署（社会福祉係、健康増進係）や社会福祉協議会、障がい者支援センター等が月1回集まり、情報交換を行っている。
1	地域ケア個別会議をする中で、歯科・口腔・栄養に課題がある対象者が見受けられるため、必要と判断したケースについては、担当ケアマネとともに管理栄養士や歯科衛生士が同行し、栄養指導や口腔指導ができる体制となっている。
1	H29年より「我が事・丸ごと支え愛事業」を立ち上げ、相談窓口を保健福祉課内にある包括支援センターに設置。高齢者だけでなく全ての人の困りごとをこの窓口で受け止め、担当窓口につなぐようにしている。
1	3職種で相談内容に応じて訪問している。また福祉部局と同事務所の為、担当者と同行訪問できる等調整がとれる。
1	相談内容により2職種で訪問し、相談内容を持ち帰り、職員皆で協議し、方向性を検討している。一人の負担にならず、様々な意見を聞くことにより新たな発見もあり、皆の成長となっている。
2	総合窓口ではないが、町役場庁舎内にセンターがあり、来所者の相談に対して、課内または他の部署とも相互に連携して対応することができる。
2	重層的支援体制整備事業への移行準備事業の実施により、包括職員と地域共生担当職員が一緒に活動する中で、高齢、貧困、障害等の様々な相談を、適切な機関や制度、サービスに早めにつなげるよう、ワンストップで受ける体制が強化された。
2	福祉課の3係（介護保険係、福祉係（障がい、貧困等の担当）、地域包括支援係（地域包括支援センター）が、情報共有や対応の協力体制ができています。
2	役場直営であるため、受けた相談は内容によって適宜、他部署とも必要な連携がスムーズにできている。その後も情報共有を行いながら、必要に応じてフォローしている。
2	導入の経緯は特にないが、人口が少ない地域特性と人員配置の関係上、相談を受けた担当者が申請書類作成～訪問調査～サービス利用開始～以降の利用状況確認までワンストップで対応しており、結果的に早めのサービス提供が行えている。
2	同課内に介護保険・障害福祉・生活困窮・生活保護・健診・保健師等の支援に必要な担当がそろっている為、各種制度の把握が比較的しやすく、またつなぎやすい。
2	高齢者単身世帯が850世帯を超え、高齢者のみの世帯も1000世帯を超えていることから、買い物、移動支援などの高齢者特有の課題解決が急務となっている。このため、行政では、令和3年4月から福祉課にプラチナ社会政策室を設置し、特に高齢者のひとり暮らしを中心に、訪問をおこなうことで、生活状況の実態把握及び課題抽出に取り組んでいる。このため包括支援センターでも高齢者の訪問をおこなうとともに行政と地域ケアシステムを利用し訪問記録等の情報を共有することで、効率的に実態把握に努めている。
4	高齢者の世帯やサービス内容等について、情報の一元化を図り関係者間で共有し、実態把握に努め、地域診断や見守り活動に役立てている。
5	人口規模が少数であるため、世帯員3人以下の高齢者世帯を主に訪問している。対象者が65歳からなので、被保険者証の交付と同時に基本情報の聞き取りも実施している。日頃の相談や災害時の自治体との連携に役立っているが、情報の更新については今後の課題である。
5	地域担当職員が長年社協で地域福祉コーディネーターとして、住民とパイプを作っていたため、顔が広くほとんどの高齢者を把握している。その縁を活かしている。数ヶ月に1回また誕生日に訪問し、生活課題を把握するように努めている。
5	在宅介護支援センターによる実態把握を終了した際、代わりに包括支援センターに実態把握調査専任の看護師を配置し訪問による調査を実施している。実態把握調査高齢者マップを作成し、年に1回更新して高齢者の見守り等様々な場面で活用している。
5	・地区担当としているが、必要に応じて専門職と同行訪問や、スタッフ間で意見交換を行い、問題解決に努めている。
6	・介護支援専門員、理学療法士等の専門職、行政、生活支援コーディネーター、包括などの参加による月に1度の頻度で地域ケア個別会議を開催。自立支援に向けた個別課題の検討を通して、地域課題を把握し関係機関で共有している。 ・地域課題の解決や支援が必要な方の情報共有を目的に毎週1回地域ケア会議（サービス調整会議）を開催。行政高齢者支援担当者・保健師・生活支援コーディネーター・包括支援センター等が支援対象者の支援策の検討、リスク対象者を共有し早期介入ができるようにしている。

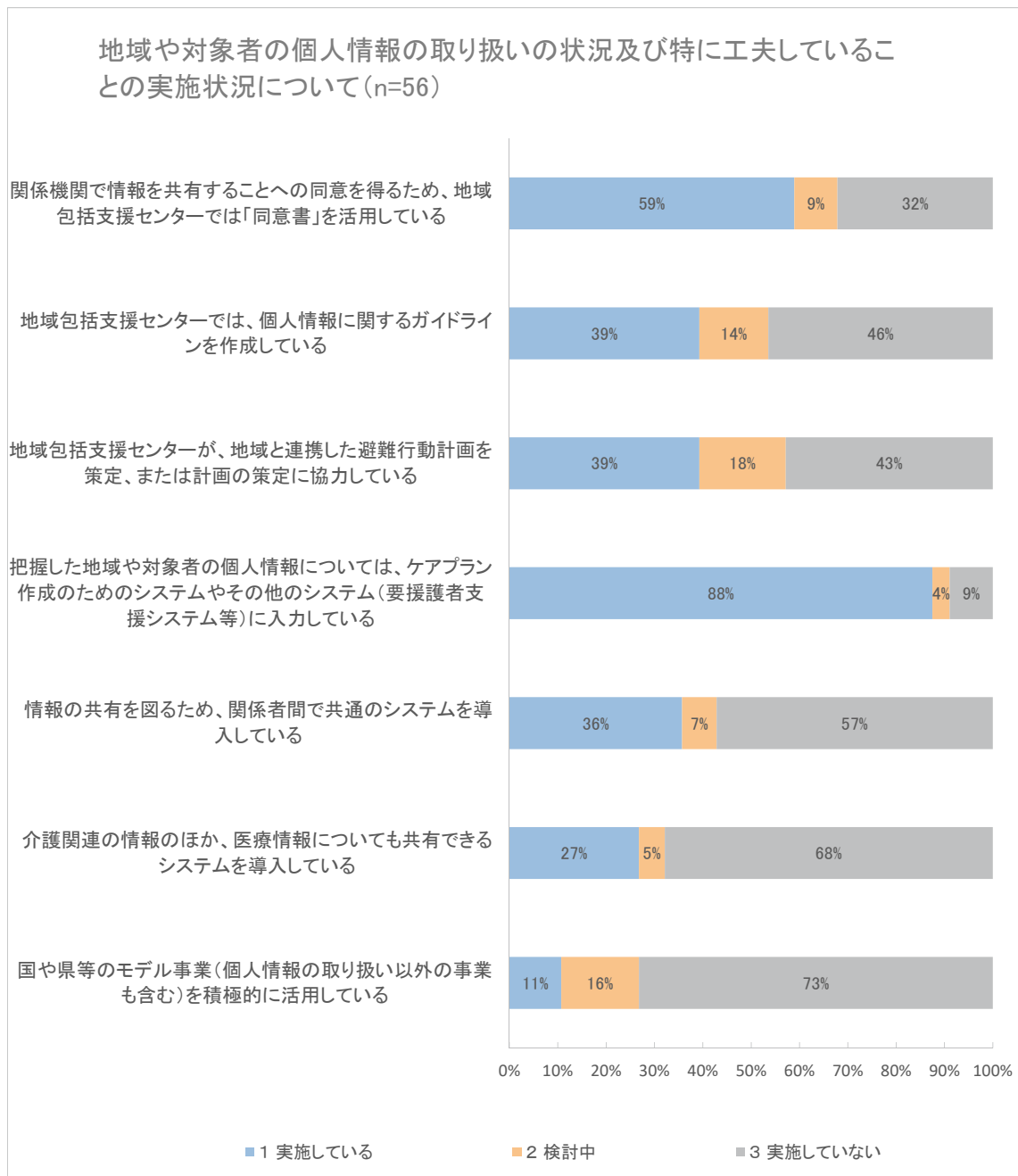
6	地域ケア推進会議、地域ケア個別会議、在宅医療介護連携推進会議において、地域や対象者の実態把握を行っており、町内のほとんどの高齢者について把握している。
6	月2回、ケア会議として、介護保険係と居宅介護支援事業所のケアマネジャーに集まってもらって、意見交換や情報交換を行っている。開催日時は前もって決めているが、変更があっても事業所数が少ないため集まりやすい。
6	認知症状、精神症状の判別困難な事例で対応に苦慮することが多くみられるようになり、より専門的助言を必要としていたことから、医療法人から専門看護師の派遣をお願いした。また、構成員を刷新し、より医療専門職を増員することにより、医療、介護連携の強化に繋がっている。
6	地域ケア会議等に生活支援コーディネーターも参加し、地域資源の検討や政策形成等の意見交換を行うことで、関係機関との連携に繋がっている。また、ケース検討や地域の見守り体制づくりなどの情報共有を図ることができている。
7	他課の専門職との情報共有を図ることで地域の実情を把握できている。
7	当村では「地域のため、高齢者のため、個人のため」に集まる会議はすべて「地域ケア会議」という名称で、内容に応じて参加者を決めています 会議では、難しい話はせず、困っていること（課題）を明らかにして、知恵を出し合って、役割を決めることにフォーカスして、「一人で背負わない/背負わせない、みんなで考える/対応する」をモットーに話し合っています。漠然と「地域の困りごと」をテーマ設定するのではなく、例えば「毎年くる台風時のサポート」と具体的に設定しました。その際、民生委員の「訪問したとき具体的にどうすればいいのか?」といった声から、私たち専門職が暗黙知として行っている訪問時のポイントをまとめ、チラシ（ツール）を作成し共有しました。また、「地域で気になる人」について、個々人が把握している方を住宅地図上に色塗りし、「なぜ気になるのか」を付箋で書き落とす「支援マップ作り」を関係者と実施しています。（守秘義務誓約書に署名をもらいます）わいわいしながら、互いに情報交換することで、信頼関係も構築できてきました。
7	民生委員の会議に包括支援センターの職員が必ず参加して情報交換をしている。
7	センター主催で定期的に会合（地域のケアマネを集め情報交換や事例検討など実施）していたが、センター職員の退職で継続困難となった。その際、自治体担当者が自治体主催で会合を継続すると言われ、現在も毎月定例会を開催、センターも事例検討時の司会進行を担うなど共催中。会合はケアマネの自己研鑽の場と認識している。
7	当地域包括支援センターでは、町内における居宅介護支援事業所の連絡会の事務局を担っており、2か月に1回奇数月に定例会議を開催している。その活動の中で、町内のすべての居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）がお互いを知ることができ、情報交換・共有や研修などを通して、居宅介護支援専門員に必要な知識や経験、ネットワークなどを身に付けることができる機会になっていると自負している。
7	毎月、医療・保健・福祉機関の関係者が集まり、ネットワーク会議を開催し、情報交換を行っている。会議には医師の他、村内の主要な関係者が集まる為、リアルタイムでの情報の共有ができている。事例検討というよりは、情報交換の場に特化しており、それぞれの機関が、会議で挙げた方の状況把握や変化に気を配り、現場での支援に繋がっている。
7	医療介護連携のために、町内の病院とは月に二回、隣町（県外）の病院とも月に一回の定期的な連絡会を開催している。現在はズームでの開催を行っている。顔の見える関係づくりの観点から、情報の交換がしやすくなり利用者などの要支援者の情報交換がスムーズになっている。
7	包括支援センター職員、社会福祉協議会の職員、障害担当部の職員で、お互いの情報共有を目的として、年数回の会議を行っている。 共通する支援のケースなどの情報共有を図ることで、スムーズな支援へ繋げることができている。
7	毎月1回実施されている民生委員会に出席することにより連携体制を構築でき、民生委員との情報交換がスムーズに行えるようになった。
7	3村認知症初期集中支援チーム会議（二ヶ月に一度開催）や2村包括事業所連絡交換会（三ヶ月に一度開催）といった情報交換会を継続的に開催しているため、近隣の地域包括支援センターとの連携や介護支援事業所との情報交換は盛んに行われている状況である。
7	ケア会議に限らず、民生委員の定例会や各集落区長の集まる行政事務連絡会等へ足を運び、顔つなぎや関係づくりをしている。限られた専門職ということもあり、何かあった時には協力して情報交換や対応に当たることができている。
7	地域ケア会議とは別に、後期高齢者の介護予防担当、ヘルスケア担当、包括職員が集まり、介護保険サービス未利用の方で虚弱傾向の高齢者について情報交換を行っている。そこで挙げた情報を民生委員と共有できるようにしている。
8	毎月の介護予防事業のカンファレンスを行い、健診の実施内容時期等を検討している。
8	・介護予防健診を業務委託し、リスクを関係間で把握、情報共有している。 ・導入の経緯については、職員が業務での業務のため全世帯への訪問が難しく地区のサロンを活用し、介護予防健診を行うこととなった。住民の健康意識の向上、モチベーションアップにつながり、事業所との連携、問題解決を行うことで、職員のスキルアップとなっている。
8	九州大学の医師と連携し、生活習慣病予防検診を行い、データをもとに町民の健康づくりに対する多様なニーズの把握や健康意識の向上、九州大学の医師との連携にて、認知症初期での対応につなげることが出来ている。
8	介護予防健診に参加した方に、介護予防事業や日常生活総合事業の事業紹介をしている。また、事業参加につなげている。

問3

■ 地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況及び特に工夫していることの実施状況について

地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況のうち、最も実施率が高かったものは「把握した地域や対象者の個人情報については、ケアプラン作成のためのシステムやその他のシステム（要援護者支援システム等）に入力している」で88%、次いで「関係機関で情報を共有することへの同意を得るため、地域包括支援センターでは「同意書」を活用している」が59%であった。

一方、最も実施率が低かったものは「国や県等のモデル事業（個人情報の取り扱い以外の事業も含む）を積極的に活用している」で11%、次いで「介護関連の情報のほか、医療情報についても共有できるシステムを導入している」が27%であった。



■ 地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況及び特に工夫していることの実施状況について（自由記載）

【主な回答】

- 町の個人情報保護条例等に基づき対応している。
- 一部共用のシステムがある。
- 全戸訪問調査は、三年に一度のニーズ調査で調査員が訪問し、担当（包括兼任）が内容を確認し把握するよう努めている。
- センター独自のガイドラインは作成していないが、町の個人情報保護条例に基づいて管理している。
- 医療情報については健康づくり部門や後期高齢者部門と協力して KBD システムを活用している。
- 保健と介護の一体的な支援の観点から高齢者部局と地域包括支援センターでは地域ケアシステムを活用し情報連携をおこなっているが、医療情報は、介護支援が必要と思われる場合のみとしており、平常時からの情報共有について検討中である。
- 個人情報の取り扱いについては、その都度、本人、家族に同意をもらっている。システムは導入していないが、行政、包括で虚弱傾向の高齢者の情報共有を会議で行っている。

【参考】

番号	内容
1	関係機関で情報を共有することへの同意を得るため、地域包括支援センターでは「同意書」を活用している
2	地域包括支援センターでは、個人情報に関するガイドラインを作成している
3	地域包括支援センターが、地域と連携した避難行動計画を策定、または計画の策定に協力している
4	把握した地域や対象者の個人情報については、ケアプラン作成のためのシステムやその他のシステム（要援護者支援システム等）に入力している
5	情報の共有を図るため、関係者間で共通のシステムを導入している
6	介護関連の情報のほか、医療情報についても共有できるシステムを導入している
7	国や県等のモデル事業（個人情報の取り扱い以外の事業も含む）を積極的に活用している

■ 地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況及び特に工夫していることの実施状況について（選択、自由記載）

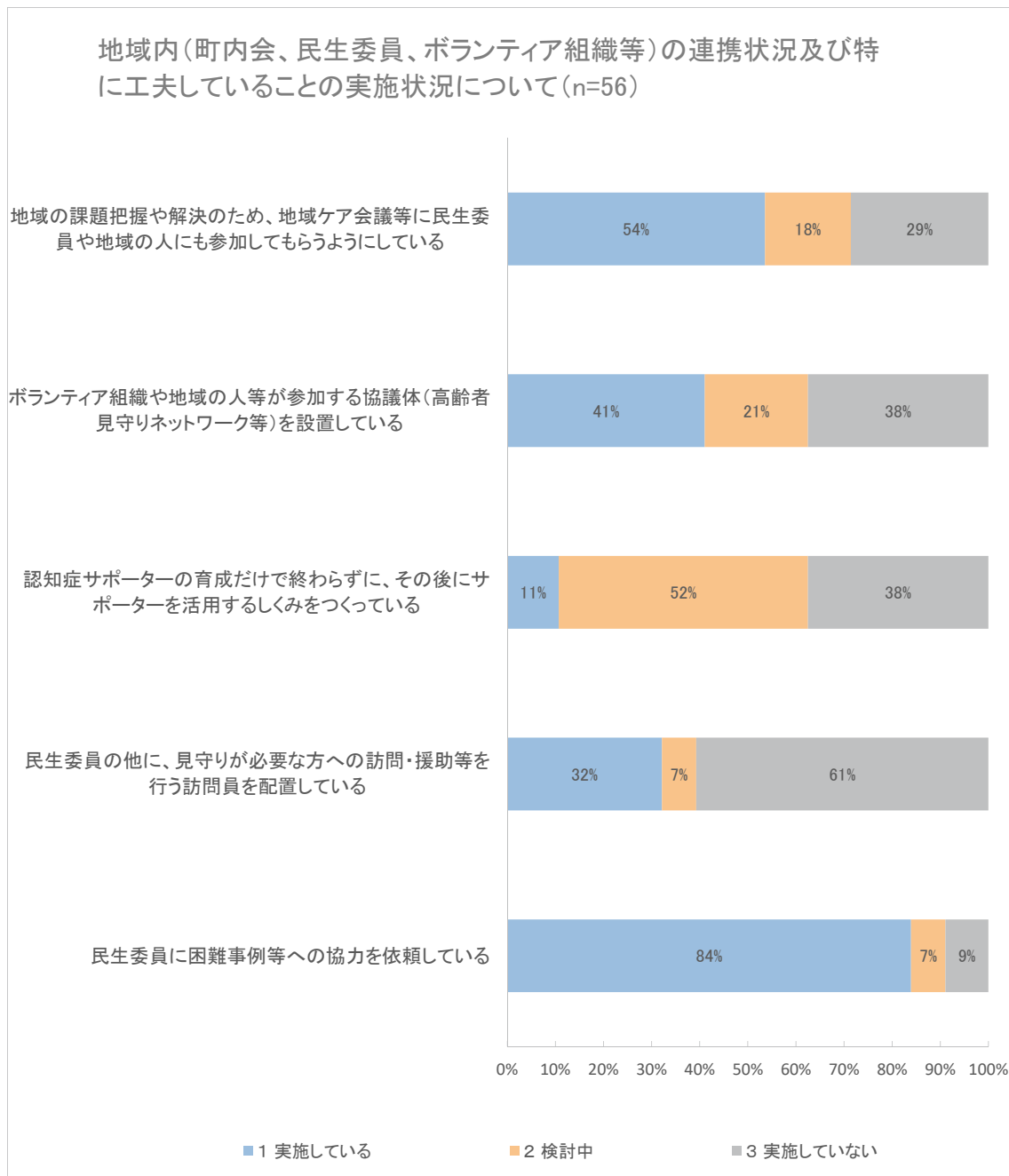
番号	地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況及び特に工夫していることの実施状況について、最も特徴的なものを1つ選択（該当する番号を記入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等
1	元々は、保健師の健康管理記録用に独自で作成されたシステムです（元保健師がプログラミング得意だった）職員で共有できるネットワークドライブ上にシステムが置かれているので、情報共有できるのですが、元々、一人で入力する仕様だったため、複数でシステムを利用すると、情報が削除されるなどトラブルがあったため共有を止め、包括担当（社会福祉士）のみ利用しています。保健師からは、年に2回まとめてテキストファイルを受け取り、情報管理システムへコピーし、逆に社会福祉士の情報は、システムでPDF化して保健師へ渡しています。個人の生活等について経年変化が残っているため、人事異動があっても原因の見立てや支援計画が立てやすいです。毎年、地域包括支援センターの評価報告で件数等を求められますが、システムで条件指定すればある程度集計できるため報告が楽です。
1	介護予防支援などケアプラン契約時に個人情報使用同意書を書面で行っている。それ以外の訪問では同意書はとらず、口頭で守秘義務を伝え、得た情報はどこに伝えるのか、内容はどのように伝える同意を得たうえで発信。その件はケースごとの支援経過記録に記載している。
1	台風大雨災害の多い地区のため自主防災組織の体制見直し強化並びに地域福祉活動計画と連動した要援護者の個別支援計画の立案に向けモデル地区を選定し、防災担当部局や地域の方と一緒に避難計画を策定中。
1	把握した全ての高齢者の必要な情報については、ケアプラン作成システムと連動した要援護者台帳システムに入力し、オンライン結合により地域包括支援センター（保健センター内）、町民福祉福祉課（役場庁舎）、社会福祉協議会において、入力情報を閲覧（確認）可能とし、災害時に備えている。
1	現在、情報提供者については、包括支援センター、居宅介護支援、居宅サービス事業者、介護保険施設、市町村保健師（同等の職員含む）についてのみ実施中。今後も順次、利用者支援に必須であれば拡大して行きたい。
1	要介護認定の申請者については申請の際に必ず同意をとっており、担当職員と介護予防サービス事業所との間で開催されるサービス担当者会議や利用者の状態、家族の状況を把握するための事務連絡、病院の医師や看護師等に説明するときに使用している。
1	勤務地が離れているが、システムを活用することによって情報共有がスムーズにできている。反面、「伝えたくも」になっていることもあり、システムと並行して「共有フォルダ」を活用するようにしている。
3	避難行動計画は居宅ケアマネジャーに情報の確認を毎年依頼し、更新された内容を関係間で共有している。
3	直営の包括支援センターであるため、R2.7月豪雨災害があり、関係機関で連携し、策定の協力をしている。個人情報取り扱いについて、要支援者の同意を取っており、全ての方への同意はまだ取れていない状況（小さい村であり、村民同志が顔見知りであり難しい面も多い）。
3	計画は福祉課福祉係が対応している。民生委員・児童委員、居宅事業者の介護支援専門員の方々と研修を受講し、地域と連携した対応に協力している。
3	避難支援計画を地域包括支援センターで作成しているが、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担当している利用者については、新規作成や年1回の更新時に協力してもらっている。月2回、ケア会議があるので協力依頼がしやすい。
4	システムに入力することで個人の管理がしやすい。
4	把握した地域や対象者の個人情報については、地域包括支援システムへ入力。その中から独居や災害などの際に優先して安否確認をした方が良い利用者の連絡先情報については紙ベースで出力している。
4	把握した個人情報は、それぞれのシステム等に整理・管理し、再び情報が必要な際には速やかに活用できるようにしている。
4	個人情報はシステムに入力しており、担当者が不在または退職後にセンター職員が過去の記録等を確認できるようにしている。継続した支援ができるよう努めている。
4	対象者の個人情報やケアプラン作成のための共通したシステムがあり、年齢に関係なく把握した情報を入力している。今後要援護者支援システムとの連動も検討している。
4	共通システムの利用にて担当者不在時も対応できるようにしている。
5	住民福祉課、健康推進課、社会福祉協議会、地域包括での共通のシステムを導入しており、情報の一部を共有することができる。
6	これまで、行政は携わっていないが包括は携わっている場合や、その逆の場合に、携わっていない担当者が個人を訪問した際に、どこからの情報であるのかと不信感をもたれる場合があった。このため包括、生活支援コーディネーター、行政が訪問する際には、説明をおこない理解をいただき個別の個人情報取り扱い同意書をとるようにしている。これにより家族の連絡先、本人以外の家屋の管理者やかかりつけ医などを把握し、災害時、緊急時に早期の対応と、関係各所が協力して対応が可能となるようにしている。現在、同意書を取っているところで、関係部署の支援方法までは検討中となっている。
8	令和3年度に高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業が開始し、住民福祉課（後期高齢者担当）と地域包括支援センター（介護予防事業担当）と健康推進課（ヘルスケア担当）の業務内容が共通するものが増え、それぞれ別に事業を実施するのではなく、一緒に情報共有しながら事業を行う必要があると考え、月1回情報共有のための会議を行うようになった。それぞれが持っている情報を共有することによって、高齢者を多面的に見守ることができ、重なっている部分の業務を分担することにより、業務量の負担軽減にもつながっている。

問 4

■ 地域内（町内会、民生委員、ボランティア組織等）の連携状況及び特に工夫していることの実施状況について

地域内の連携状況のうち、最も実施率が高かったものは「民生委員に困難事例等への協力を依頼している」で84%、次いで「地域の課題把握や解決のため、地域ケア会議等に民生委員や地域の人にも参加してもらうようにしている」が54%であった。

一方、最も実施率が低かったものは「認知症サポーターの育成だけで終わらずに、その後にサポーターを活用するしくみをつくっている」が11%、次いで「民生委員の他に、見守りが必要な方への訪問・援助等を行う訪問員を配置している」で32%であった。



■ 地域内（町内会、民生委員、ボランティア組織等）の連携状況及び特に工夫していることの実施状況について（自由記載）

【主な回答】

- ・高齢者見守りネットワークについては、警察、商工会、消防団等の団体と連携し構築している。なお、民生委員からの支援については個々の能力・技量に応じて依頼することもある。
- ・事業を活用した互助活動。
- ・65歳以上の一人暮らし・二人暮らし高齢者に対して、社会福祉協議会に委託して週1回程度訪問している。

【参考】

番号	内容
1	地域の課題把握や解決のため、地域ケア会議等に民生委員や地域の人にも参加してもらうようにしている
2	ボランティア組織や地域の人等が参加する協議体（高齢者見守りネットワーク等）を設置している
3	認知症サポーターの育成だけで終わらずに、その後にサポーターを活用するしくみをつくっている
4	民生委員の他に、見守りが必要な方への訪問・援助等を行う訪問員を配置している
5	民生委員に困難事例等への協力を依頼している

■ 地域内（町内会、民生委員、ボランティア組織等）の連携状況及び特に工夫していることの実施状況について（選択、自由記載）

番号	地域内（町内会、民生委員、ボランティア組織等）の連携状況及び特に工夫していることの実施状況について、最も特徴的なものを1つ選択（該当する番号を記入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等
1	適宜必要に応じて民生委員にケース会議等参加の協力を依頼。
1	・ニーズ調査等の調査員を民生委員・児童委員、役場や社協臨時職員におねがいしています。 ・ボランティア組織は、昔からある婦人会、老人クラブが単発的に活動を行っていますが、昔からある自主活動なので役場から依頼（手出し口出し）することは行っておりません。（個人情報保護と守秘義務が成立しにくいので、会議等参加も呼びかけていません）
1	民生委員の会議に包括支援センターの職員が必ず参加して情報交換をしている。
1	以前から民生委員を中心に見守りボランティア組織があり、毎年1回見守り（支え合い）マップの見直しを地域住民と関係機関が一堂に会し行い、地域の見守りが日頃から行われているが、さらに重層的支援体制整備事業の移行準備事業の実施により、支え合いマップづくりやおせっかい会議を実施し、地域の課題把握や解決のために何ができるか話し合いを行っている。
1	地域総代や民生委員等、困難事例検討会に参加してもらい、困難事例の見守りや地域の理解をして頂いている。
1	地域ケア推進会議に民生委員の代表が参加され、地域の課題と一緒に検討し研修を受けていただくなど、地域包括支援センターの役割と取り組みについて理解が得られているため、民生委員から早期に通報や相談を受けることも多く、重症化を防ぐケースもある。
1	民生委員からの地域ケア会議開催の要望もあり、協力体制がある。
1	民生委員に参加していただく事で、対象者の状況、地域の事情等、より詳しく情報を共有出来、また、民生委員自身も専門職からのアドバイス等を提供されることから、より適切な関わりを持っている。

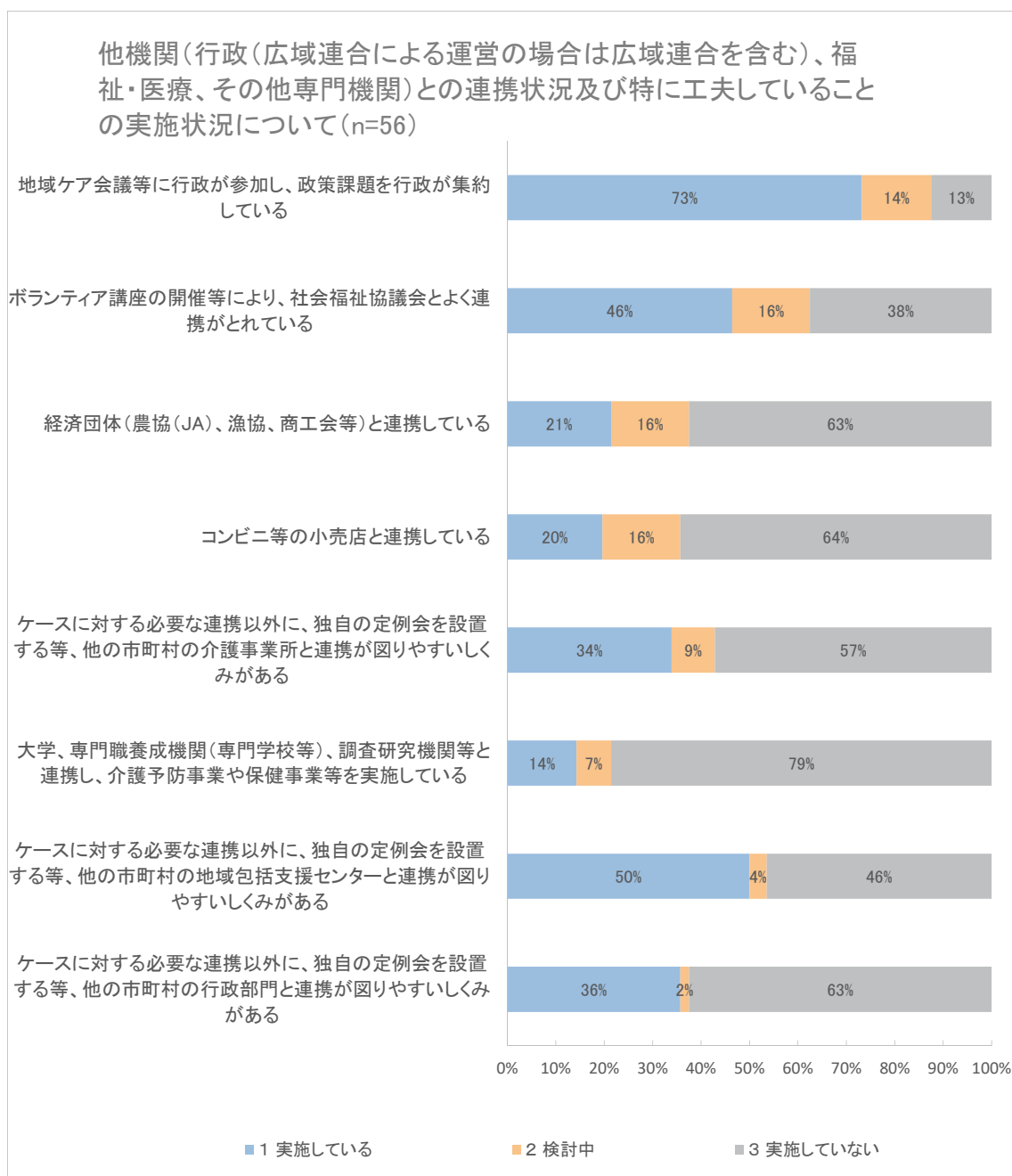
1	地域ケア会議にて民生委員との関係性を構築できているため、事案が発生した際などの連携がスムーズに行っている。
1	解決に至るわけではないが、地域の情報をより詳しく把握されている場合は、課題解決のヒントになることがある。
1	地域ケア会議については、コロナ感染拡大以降はなかなか開催できない状況であるが、そのほかの地域の困難事例を解決する担当者会議（ケース会議など）は、区長、民生委員や医療機関の職員を交えて、集まる機会を設けている。地域の方々から協力を得られており、円滑に全体で解決へ向けて動いてもらっている状況である。
1	民生委員の方には、社会福祉協議会が主催するバスハイクやふれあい会等の案内を訪問し手渡しすることにより最近の状況の把握に努めている。また、高齢者世帯は、自治会で把握されており、関係者がそれぞれの対象者を担当することで、業務負担軽減につなげ、支援が必要な方がいた場合は、包括、行政のいずれかの窓口につなげば、連絡を密にとり、それぞれが必要な情報を収集し、かならず情報を共有することとしている。これにより早期の支援と対応をおこなえるようになった。
1	地域ケア会議に民生委員、老連会長、婦人会長も参加している。地域の実情を再確認してもらい、困難事例の検討も一緒に行うことで、多角的な意見が得られる。
2	各集落に民生委員の他に在宅福祉アドバイザーを配置している。見守り対象世帯を決め、誰が訪問するかも決めている集落も多い。見守り活動で気になったことがあれば民生委員へ報告し、民生委員から包括支援センターへ繋げてもらっている。
2	協議体を R2 年度より開催し今後地域住民と社会資源マップを作成予定としている。
3	毎年、介護予防サポーター養成講座を委託しボランティア育成を行っている。その中で、認知症サポーター養成講座修了者に、認知症カフェのボランティアを行ってもらっている。
3	介護予防サポーター養成講座を開催し、毎週通いの場で介護予防の取り組み（オリジナルの体操等）を行っていただいている。後継者の課題も考え、サポーターには活動に応じて費用弁償をお支払いしている。また地域の通いの場にとどまらず、通所型サービス A にも介護予防サポーターに協力していただいている。
4	地区ごとに見守りサポーター（ボランティア）を配置し、定期的に支え合い会議（見守りの会）を開催し、情報共有や困りごとなどの把握に努めている。
4	各地域に世話焼きさん（地域福祉推進員）がおり、地域サロンの運営や高齢者の見守り支援を行っている。
4	高齢者福祉の事業として各地区のホームヘルパーが高齢者宅を訪問し、安否・健康状態の確認やその他必要に応じて支援を行う生活支援型ホームヘルプサービス事業を行っている。これまでもホームヘルパーの訪問が急患搬送のきっかけになったケースもあり、住民の安全・安心な生活に欠かせない事業となっている。
4	高齢者世帯訪問員を配置し、独居世帯や高齢世帯を対象として「命のボタン事業」として実態把握を行っている。緊急連絡先や医療情報等の登録を行い、早期介入や医療機関との情報共有や早期介入につなげている。
4	民生委員の訪問以外に見守りや定期的な関わりの必要な独居高齢者に対して老人世帯巡回員を配置し、週に 1 回程度の見守りを実施している。地域での生活見守りや早期対応が行えるなど、地域包括支援センターなどの連携がスムーズに行っている。
4	民生委員のほかに高齢者独居世帯訪問看護師を配置。 年に 2～3 回訪問、必要に応じて民生委員と連携を図り、介護サービスにつながることも多い。
5	地域の情報を把握しておられる民生委員と顔の見える関係を作ることが大事であるとする。民生委員会には積極的に参加しており、地域包括支援センターの役割等についての周知に努めている。民生委員が訪問された際に気になった家庭の情報を提供いただき、支援に繋がった場面も多い。また、普段から顔を合わせておられる民生委員と一緒に説明や説得をされることによって支援の同意が得やすいということも大きなメリットである。
5	時間に余裕があり協力的な民生委員とは連携が図られている。
5	地域包括支援センターにおける総合相談等のうち、困難事例等に対応する際は、対象者の情報提供や訪問時の同行など、地域の民生委員でしか有しない地域力を借り、解決に向けて協働させていただいている。
5	日頃から民生委員が気になる高齢者の情報があれば、情報を共有し、必要に応じて連携を図っている。
5	民生委員からの相談も多く、困難事例が発生した際も情報交換や対応等できている。
5	民生委員と連携することで、こまめな訪問が可能となり状態の把握がしやすくなる。また、地域との関わりなどよく知っておられるので、情報収集が細かにできる。
6	県のポイント事業を活用し、集落内で立ち上げたグループメンバーによる見守り活動・おすそ分け・サロン活動などが自主的に行われている。それによって、何か気づきがあったときは包括に情報提供してもらい、早期に介入できることが多い。

問5

■ 他機関（行政・福祉・医療、その他専門機関）との連携状況及び特に工夫していることの実施状況について

他機関との連携状況のうち、最も実施率が高かったものは「地域ケア会議等に行政が参加し、政策課題を行政が集約している」で73%、次いで「ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の地域包括支援センターと連携が図りやすいしくみがある」が50%であった。

一方、最も実施率が低かったのは「大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している」が14%、次いで「コンビニ等の小売店と連携している」が20%、「経済団体（農協（JA）、漁協、商工会等）と連携している」が21%であった。



■ 他機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況及び特に工夫していることの実施状況について（自由記載）

【主な回答】

- ・ 同課内（保健センター内）の別係において、番号6を実施している。
- ・ 管内介護保険事業所や社会福祉協議会と随時連携を行っている。
- ・ 個別ケースにおいて、社会福祉協議会とよく連携が取れている。

【参考】

番号	内容
1	地域ケア会議等に行政が参加し、政策課題を行政が集約している
2	ボランティア講座の開催等により、社会福祉協議会とよく連携がとれている
3	経済団体（農協（JA）、漁協、商工会等）と連携している
4	コンビニ等の小売店と連携している
5	ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の介護事業所と連携が図りやすいしくみがある
6	大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している
7	ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の地域包括支援センターと連携が図りやすいしくみがある
8	ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の行政部門と連携が図りやすいしくみがある

■ 他機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況及び特に工夫していることの実施状況について（選択、自由記載）

番号	他機関（行政（広域連合による運営の場合は広域連合を含む）、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況及び特に工夫していることの実施状況、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等
1	地域ケア会議を毎月定例に実施。都度地域課題を集計し、年度一回の地域ケア推進会議にて課題解決について審議する。
1	・ 直営包括なので地域ケア会議等で上がってきた地域課題は政策課題と認識しておりますが、力不足のため課題解決に向けて事業を立てるまで至っておりません。 ・ 新型コロナウイルス感染症が県内で流行し始めたころから、コロナ対応について、診療所と事業所と会議を行ってききましたが、結局の所、発生した際の状況に応じて診療所主導で対応しており、連携のあり方について今一度確認が必要な状況です。 ・ 診療所のスタッフの考え方にもよりますが、過去には診療所スタッフと一緒に「危機介入アプローチ」で要支援者とその家族に支援してきました。職種は違えど、同じ目的、同じ方向性で協働できれば、問題が重度化することを防げることが成功体験となり、サービス事業所のスタッフへも良い影響を及ぼし、質が向上しました。
1	地域ケア会議において協議した事案の中で認識した地域課題等で、行政として政策を立案し、施行していけるようにしている。
1	地域ケア会議には必ず介護保険係に参加してもらっている。 介護予防のための地域ケア個別会議は、隣町と合同で開催している。専門職の人数も限られているため、合同開催で効率的に開催できる。

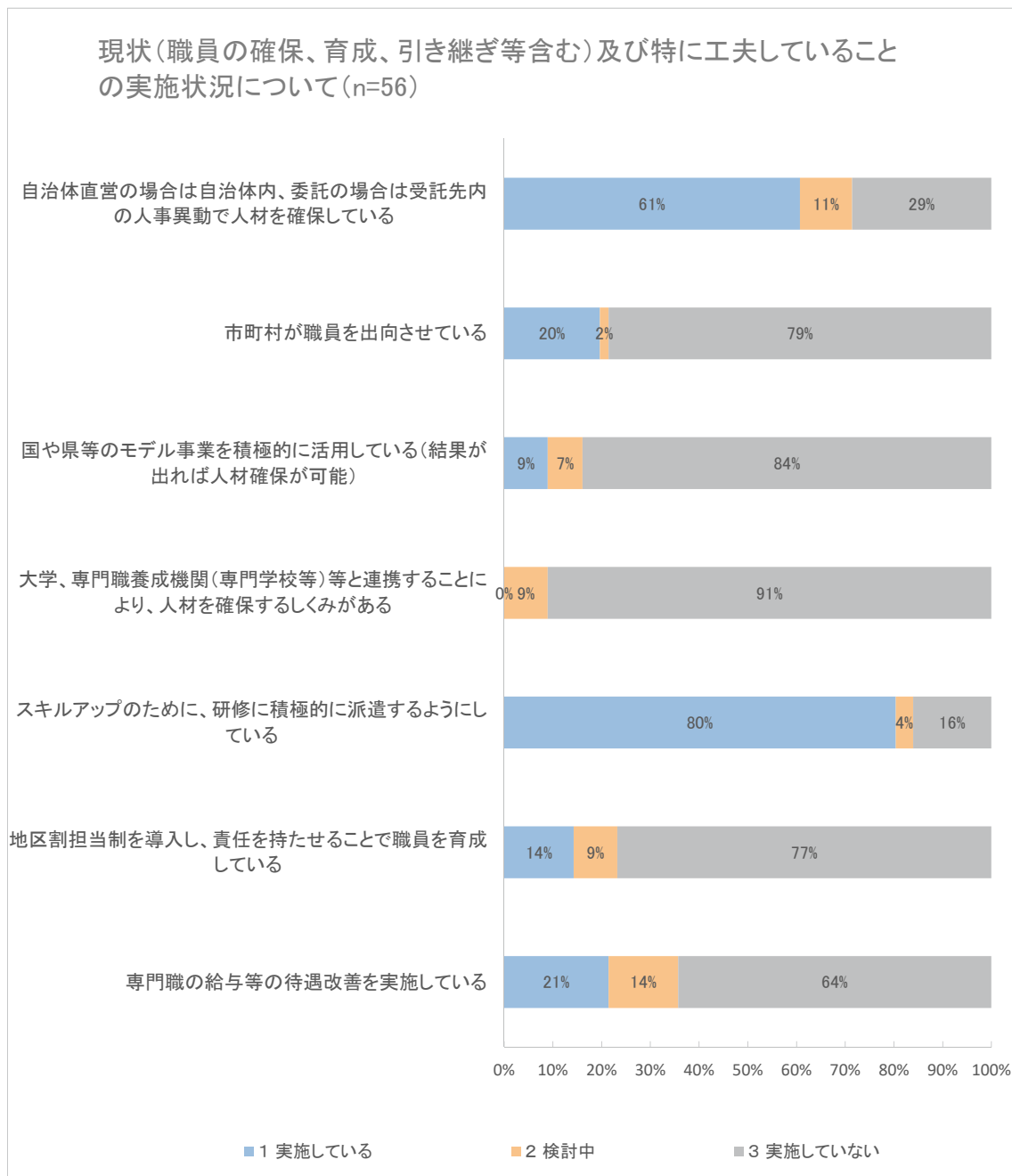
1	生活支援コーディネーター業務を社会福祉協議会に委託していることもあり、ボランティアの養成やフォローアップ、協議体なども社協と連携して取り組んでいる。 取り組みの中で、有償ボランティアの仕組みや集落での草刈り支援などにつながったこともある。
2	支え合い会議や生活支援体制整備等、社会福祉協議会と地域包括支援センターが連携して事業に取り組んでいる。
2	福祉、介護、権利擁護等の事業において、情報を共有し連携しながら事業を実施することが多い。
2	社会福祉協議会が包括支援センターを受託しており、連携がとりやすい。
3	圏域で在宅医療・介護連携推進事業協議会を設置し「課題検討部会」と「啓発検討部会」に分かれて、情報連携シートを作成したり、出前講座や住民参加型の講演会やシンポジウムを実施している。
3	地域ケア会議に民生委員、老連会長、婦人会長も参加している。地域の実情を再確認してもらい、困難事例の検討も一緒に行うことで、多角的な意見が得られる。
5	【上球磨地域事業所連絡会】 ・管内 47 の施設・事業所（包括含む）と行政相互の情報交換や連携体制を確立する機会とし、地域包括ケア体制のさらなる推進に向けた取り組みや介護保険制度を円滑に実施するための規範的統合の場として年 4 回開催。 ○地域課題の共有 ○在宅医療介護連携推進に向けた取り組み ○各種研修会の企画、開催（看取り、感染症対策） ○災害時の行政、施設、事業所の協力協定の検討
5	地域ケア会議に町外の近隣市町村の介護事業所にも委員として出席してもらい、定期的に情報交換を行う等連携が図りやすい体制をとっている。また町内外の居宅介護支援事業所を対象に定期的に研修会を開催しており、情報交換も併せて行っている。
5	在宅医療介護連携推進協議会で他町と合同で多職種連携の研修会や住民参加型のセミナー等を実施。医師会や行政担当、病院関係者や地域包括で内容を協議して、医療、介護、福祉、保健に携わる事業所、また住民へ参加を呼び掛けて開催している。
6	県内 1 大学、県外 1 大学とそれぞれ地域課題の抽出や介護予防、町民の健康増進の取組を行っている。
6	・介護予防事業の立ち上げの際、県、大学教授と連携をとり、通いの場の推進につながった。 ・第 8 期介護保険事業計画の策定委員として、大学の教授等から助言をいただき事業展開に活用することができた。
6	島内で効果的な介護予防事業を行うにあたっては専門職が必要不可欠であるため、地域支援事業の総合事業における一般介護予防事業にて鹿児島大学病院と提携して島内へリハビリ職員を派遣し、個別リハや高齢者体操の指導を行ってもらっている。
6	包括支援センターでは、個別ケア会議を開催し、関係機関（居宅介護支援事業所、歯科医、調剤薬局、議員、自治連合会など）との連携会議を開催してきた。会議では、それぞれの機関が連携できる事を協議してきたが、具体的に連携できる内容まで至っていない。今後、居宅介護支援事業所のケアマネジャー連絡会やホームヘルパー連絡会など個別の連絡会を開催し、個別の課題を抽出することで連携方法を検討することとしている。

問 6

■ 現状（職員の確保、育成、引継ぎ等含む）及び特に工夫していることの実施状況について

現状（職員の確保、育成、引継ぎ等を含む）の実施状況のうち、最も実施率が高かったものは「スキルアップのために、研修に積極的に派遣するようにしている」で80%、次いで「自治体直営の場合は自治体内、委託の場合は受託先内の人事異動で人材を確保している」が61%であった。

一方、最も実施率が低かったのは「大学、専門養成機関（専門学校等）等と連携することにより、人材を確保するしくみがある」が0%、次いで「国や県等のモデル事業を積極的に活用している（結果が出れば人材確保が可能）」が9%、「地区担当制を導入し、責任を持たせることで職員を育成している」が14%であった。



【参考】

番号	内容
1	自治体直営の場合は自治体内、委託の場合は受託先内の人事異動で人材を確保している
2	市町村が職員を出向させている
3	国や県等のモデル事業を積極的に活用している（結果が出れば人材確保が可能）
4	大学、専門職養成機関（専門学校等）等と連携することにより、人材を確保するしくみがある
5	スキルアップのために、研修に積極的に派遣するようにしている
6	地区担当制を導入し、責任を持たせることで職員を育成している
7	専門職の給与等の待遇改善を実施している

■ 現状（職員の確保、育成、引継ぎ等含む）及び特に工夫していることの実施状況について（選択、自由記載）

番号	現状（職員の確保、育成、引き継ぎ等含む）及び特に工夫していることの実施状況について、最も特徴的なものを1つ選択（該当する番号を記入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等
1	自治体直営ではあるが、社会福祉協議会より専門職を出向させてもらっていることで人材確保ができています。社会福祉協議会との連携で地域行事等への参加もできており、地域に密着した活動ができる。
1	現在は社会福祉協議会からの出向にて専門職を配置している。
1	国・県、関係団体等から案内のあった研修については、積極的に受講できるよう、予算を確保し職員のスキルアップを図っている。
1	2年前までは地域包括支援センター職員は保健分野業務も兼任であったが、現在は専任である。
1	4月1日付けで専門職の増員を行っている。包括においては3職種を配置できている。
1	直営の為、保健師は自治体内で人材確保ができる。
1	案内が来た研修にはできるだけ参加するようにしている。オンラインでの研修が増え、参加できる研修が増えた。
3	県の緊急雇用事業を当時の自治体職員が予算化し、センター職員数を充足。現在も事業で雇用した職員1名が勤務継続中。
5	離島であり研修の機会に乏しく、積極的に島外研修に派遣しているが、費用について町の負担が大きい。
5	スキルアップのために希望する研修には積極的に職員を派遣している。また、できるだけ新たな資格取得を目指すように働きかけている。
5	専門職に必要な知識技術のブラッシュアップは必要であること、業務上で相談できる相手は（おそらく）島外にしかないため、時間が許す限り積極的に研修会等に参加し「外に仲間を作る」を大切にしている。県内には小規模離島自治体がいくつかあるので、お互いに困っていることを相談する関係を作るようにしている。隣の宮古島市には多種多様な専門職がおられるので、わからない事があったときは頼りにしているし、宮古島市の関係者も当村に非常に協力的な関係ができています。（電話でOff-JTしてもらったこともある）
5	コロナの影響でオンライン研修の環境整備が整えられ、受講の機会が格段に増えた。僻地で小規模の包括では今まで研修の機会が少なかったが、複数で受講できその場で情報の共有や検討ができ、職員のスキルアップだけでなく、仕事に対するモチベーションも向上している。
5	地域包括支援センターでは、有資格者の資格更新のための研修や、様々な事業ごとの研修など、業務との調整をして、殆どの研修等に参加できるよう配慮している。研修後には、職場でその内容を伝達研修するなど、効率的な受講にも努めている。
5	コロナ禍でオンライン研修が多くなっている。離島のため出張しなくても参加できる研修が多くなったので、以前より積極的に参加するようになっていく。
5	正職員・非正職員に関わらず、専門性を高めるために専門職には積極的に研修に参加させている。コロナ禍でオンライン研修が増えたこともあり、研修に参加できる職員が増えた。
5	正規職員だけでなく会計年度任用職員に対しても研修の機会を確保し、積極的な参加を促している。
5	コロナという状況下で訪問もしづらい状況でもあるが、職務に影響がでない範囲内で可能な限り、経験の浅い職員を中心にZoomでのWEB研修に参加させている。地域包括支援センターは、チーム全体で問題解決に取り組むことが求められていることもあり、職務への取り組み方や包括内の多職種との横のつながりに貢献していると考えている。
5	最近では、オンラインでの研修も多くなり、離島ということでこれまで参加できなかったような研修にも参加することができるようになった。
5	研修には積極的に参加してもらい、スキルアップにつながっている。

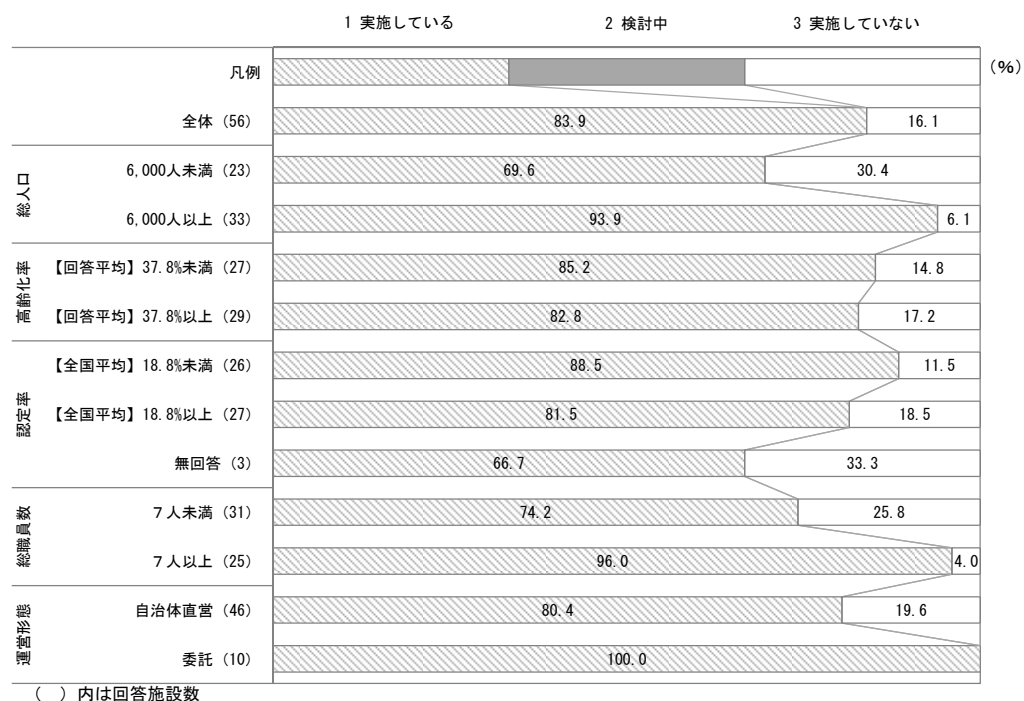
問7 その他、小規模自治体の地域包括支援センターとして、とくに力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取り組み等があればご記入ください。（自由記載）

その他、小規模自治体の地域包括支援センターとして、とくに力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取り組み等
地域包括支援センターが中心に動くのではなく、地域包括支援センターが核となり地域の施設・事業所はもとより、民生委員をはじめとする地域住民と協同しながら、地域に望まれる姿の地域包括ケアシステムが構築できるように努めている。
・介護保険事業所のサービス提供体制が限られており、また、今後スタッフの高齢化等により今よりもサービス供給が厳しくなることを村民と共有してきました。 ・「いつまでも自宅で、最期まで島で暮らし続けたい」願いがある人の生活を支えたくても、それができなくなる可能性の方が高い。なので、みなさんは自分でも健康増進、疾病管理、重症化予防に務める必要があります、と伝えてきましたので、少しずつ意識が変わってきていると感じます。（特定健診の受診率が上がる、要介護認定率が県内一低く、横ばいを維持している、など） ・自分自身のことに目を向けてもらい、村全体としての良い変化が現れたので、次はなんとか「地域の支え合い」を意識してもらいたいと考えています。（認知症サポーター活動、総合事業のメニュー開発など）
有資格者等専門職の確保は、体制維持の課題である。
マンパワー不足であり、できるだけ住民の力が発揮できるように、ボランティアポイント制度を活用している。
関係機関や地域との連携に力を入れている。
地域包括支援センターは、高齢者に関する何でも相談窓口になっており、年々相談件数が増えている。特に県外在住、都市部の近親者（子ども等）はコロナ禍で往来自粛の影響を受け、帰省できなくなっており、見守り・援助の要望が増え、職員の負担が増大している。
山間地域へのアプローチ。地域の高齢化が進んでおり、機能が低下する住民が増えてきている状況を受け、山間地域での予防教室の強化を開始予定（R3.12～）
住民主体の取り組み。（地域の集い等）
ケアマネジメント業務を担当できる専門職の確保ができない。人がいないからと利用を待ってもらうわけにもいかないので、他業務も兼務しながら30件以上担当しないといけない状況が続いている。
地域課題の移送支援について、協議体等で動きかけている。まだ行政職員の意識も低く、成果は出せていないが小さい自治体では将来に続く課題である。
地域包括支援センターと関係の行政部署との連携については、小規模のためスムーズに行えている。また、小規模の自治体のため、顔の見える関係づくりは行えている。
直営の地域包括支援センターとして、行政が作成する避難行動要支援者計画をともに作成している。また、高齢者虐待対応等については、行政と連携し迅速な対応・支援を行っている。
窓口での対応件数は多くはないため、担当者がケースに応じたきめ細かな対応を行っている。
住民との距離が近いので、細やかな対応を行うよう気をつけている。また、職員数が不足していることから、社会福祉協議会と密に連携をとり、不足分をカバーしてもらっている。（個人宅訪問、対象者の状態確認等）社会福祉協議会の事務局長は地域包括支援センター担当課長と兼務のため、連携が行いやすい。
現在、高齢化率が県内でも高いところに位置しており、独居の方が多い。実際に聞き取りでの声でも日常生活での困り事（草刈りや掃除）などを聞く機会が増えてきている為、有償ボランティアの必要性を感じている状況である。他自治体での運営を参考にしながら準備を始めている。
生活支援コーディネーター等兼任しているため、3職種の業務で日々対応している現状がある。兼任業務が十分に行えていない。力を今後入れた生活支援コーディネーターの業務の中で、社会資源マップを協議体で作成し地域の情報や既存のものを更新しながら把握していきたい。
・社協との連携 町の介護予防教室や高齢者の配食支援などを社協に委託しており、参加/利用している高齢者の変化などは情報共有しやすく、概ね早期介入や支援ができていていると感じる。 教室等に参加していない高齢者を含めた介護予防把握事業として、①65歳以上で高齢者生活アンケート未実施者等に対して調査、②婦人会などによる独居高齢者宅への訪問、③町の要援護者台帳などは行っているが、閉じこもり傾向、同居家族はいるが支援を必要とする高齢者を早期に把握していくことが課題。
利用者の自立支援や重度化防止に向けた地域資源の創出、介護予防や権利擁護、認知症支援に関する住民への普及啓発・事業推進、主任介護支援専門員の育成など。
地域包括ケアシステム体制について、関係機関では体制の必要性を認識し、連携強化が必要と感じている。しかし、それぞれの機関がどう関わっていけるのか、また、具体的に、どう関わり繋げていくのかまで議論が深まっていない。今後、具体例をもとに、どう携わり連携できるのかを進める必要がある。
専門職が少なく、専門的知識が乏しいので、積極的に他機関の専門職に相談するようにしている。

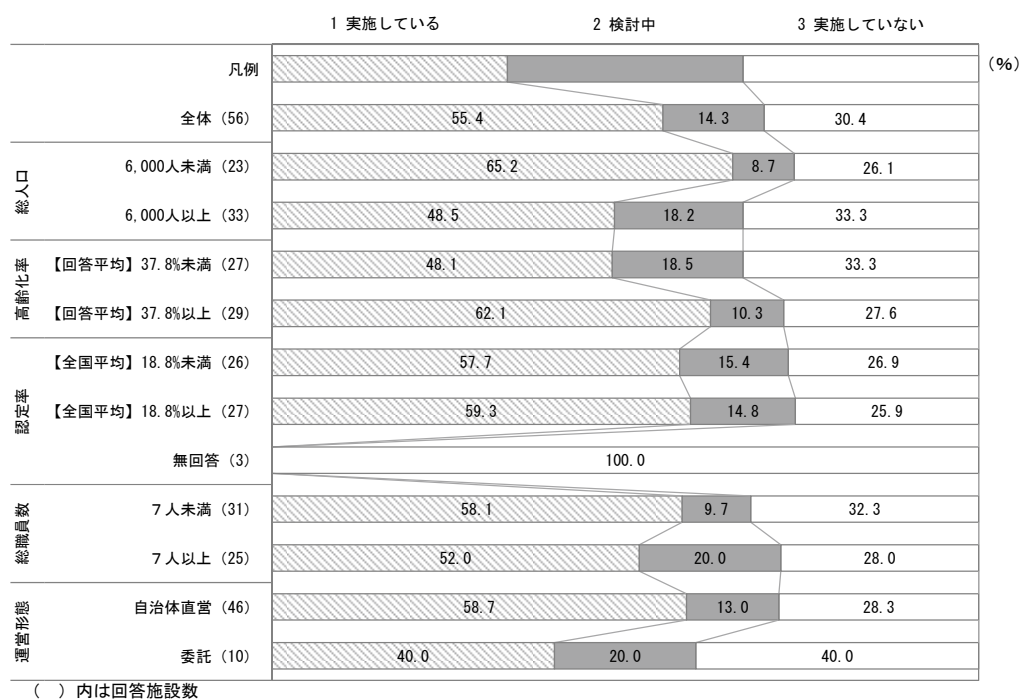
➤ クロス集計（エリア×人口区分×運営形態）

【問2（1）地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のために特に工夫していることの実施状況について】

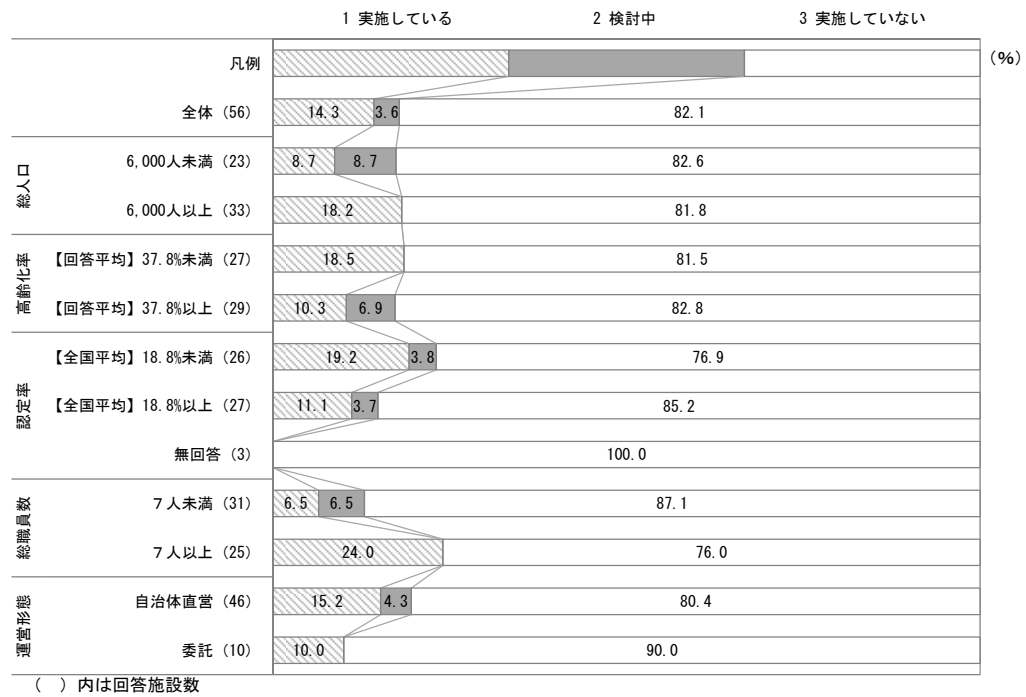
1 相談内容に応じて訪問する職種を調整している



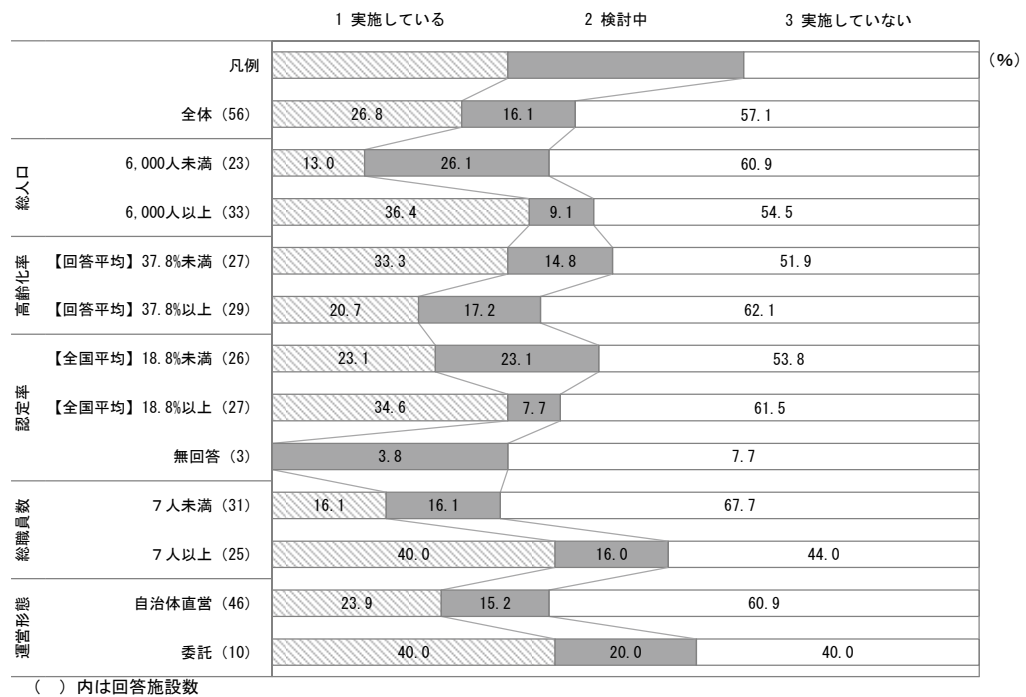
2 高齢、貧困、障害等の様々な相談を、適切な機関や制度、サービスに早めにつなげるよう、ワンストップで受けている（窓口の設置やワンストップ担当の配置等）



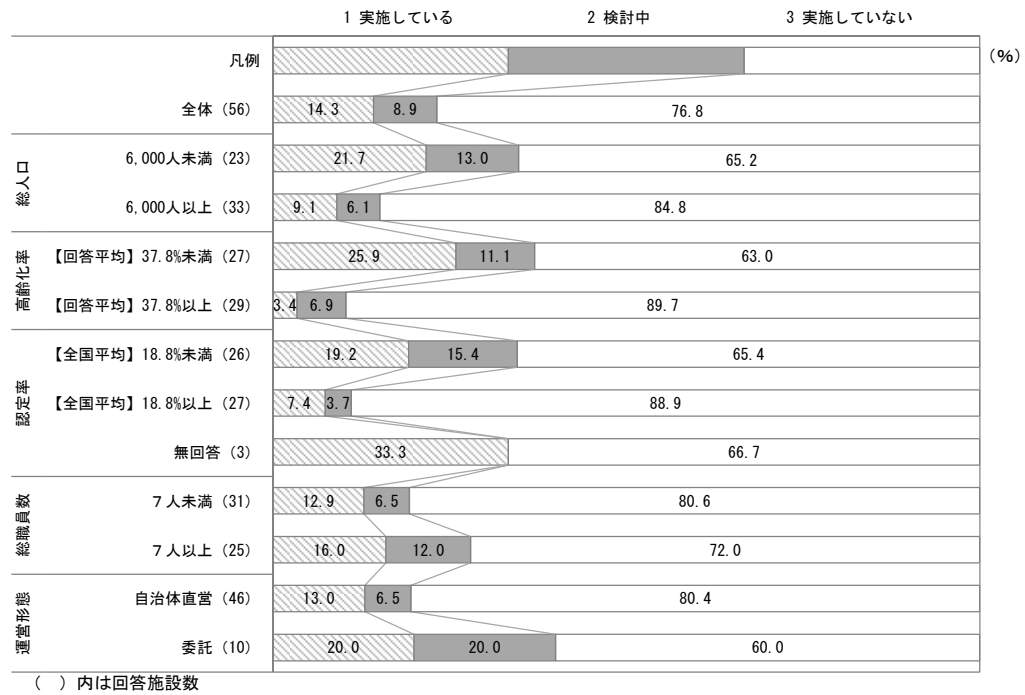
3 各地区を職員に割り振り、担当制としている



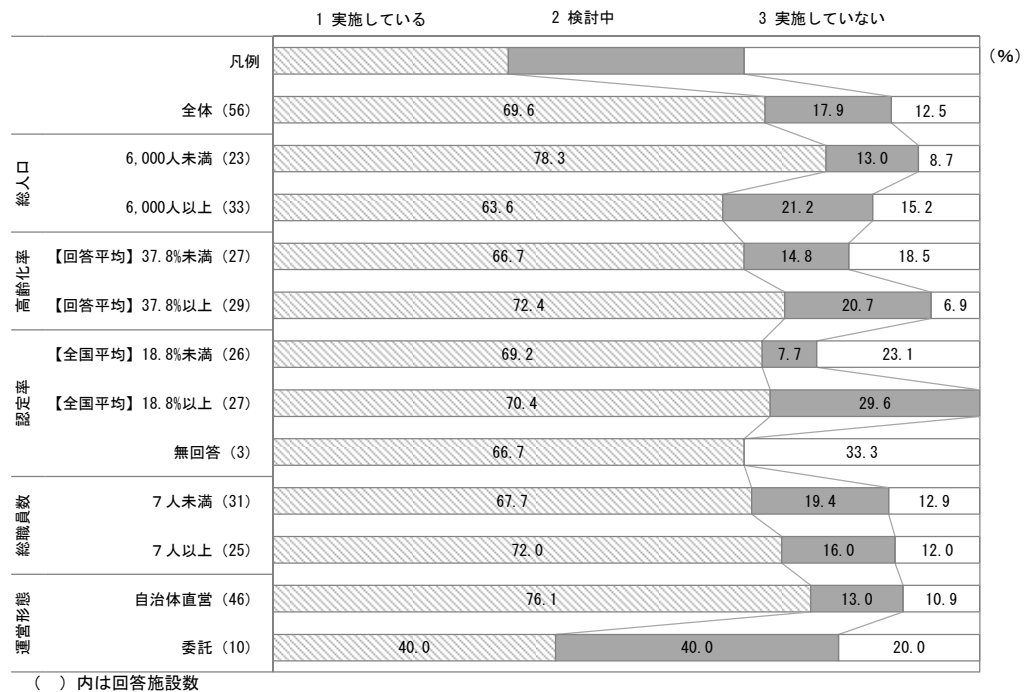
4 地域の変化が見える化したり、リアルタイムに情報を把握するため、少なくとも年1回程度は訪問する等してシステム情報を更新している



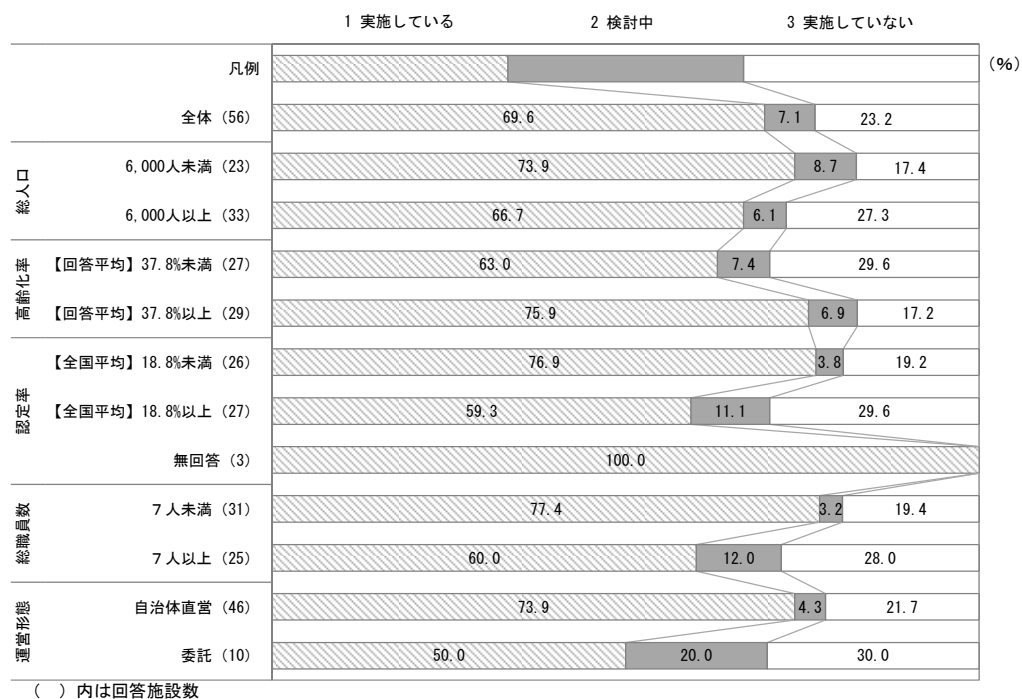
5 実態把握のための全戸訪問調査を実施している



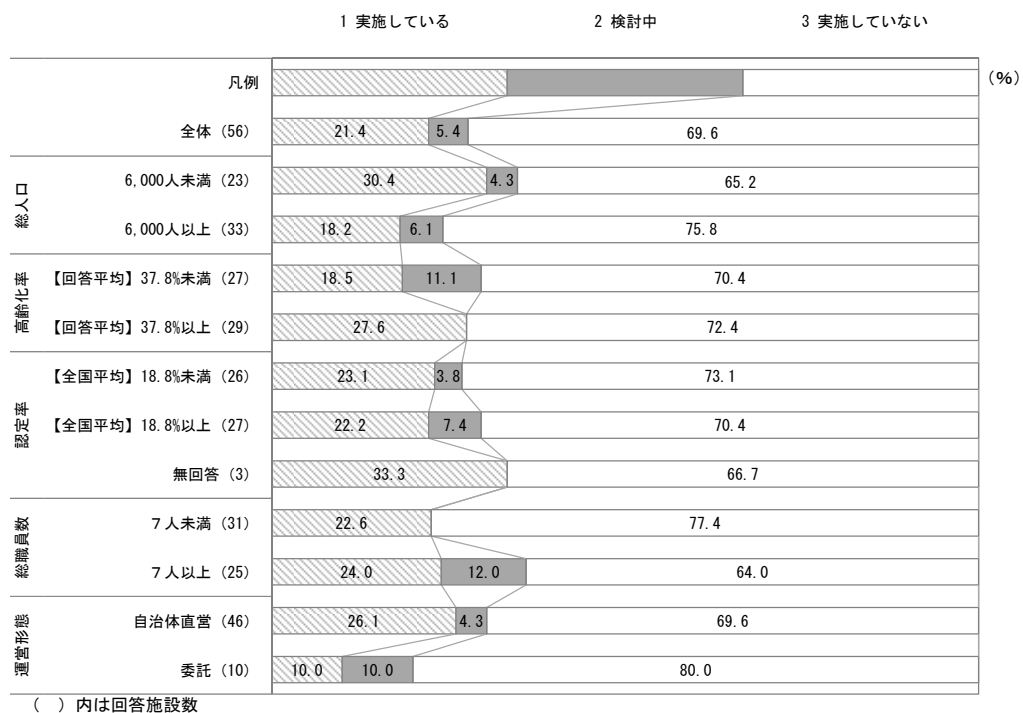
6 地域ケア会議、または地域ケア個別会議等を月1回以上開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている



7 地域ケア会議、地域ケア個別会議以外の独自の情報交換会を定期的を開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている

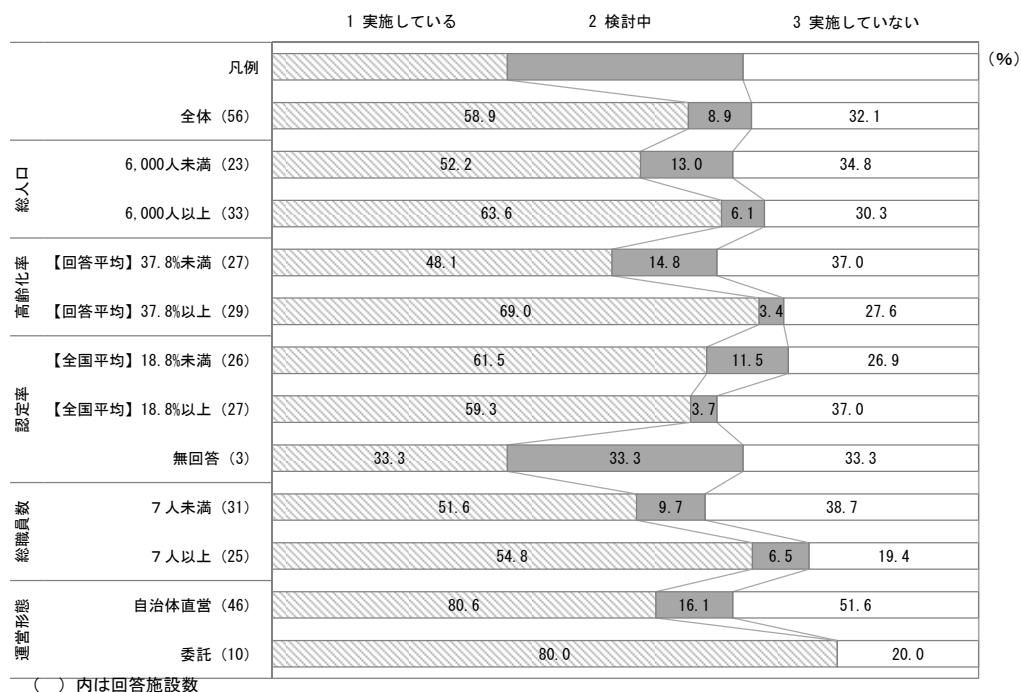


8 介護予防検診等、法定健診以外の独自の検診を実施し、関係部署と連携しながら情報を共有している

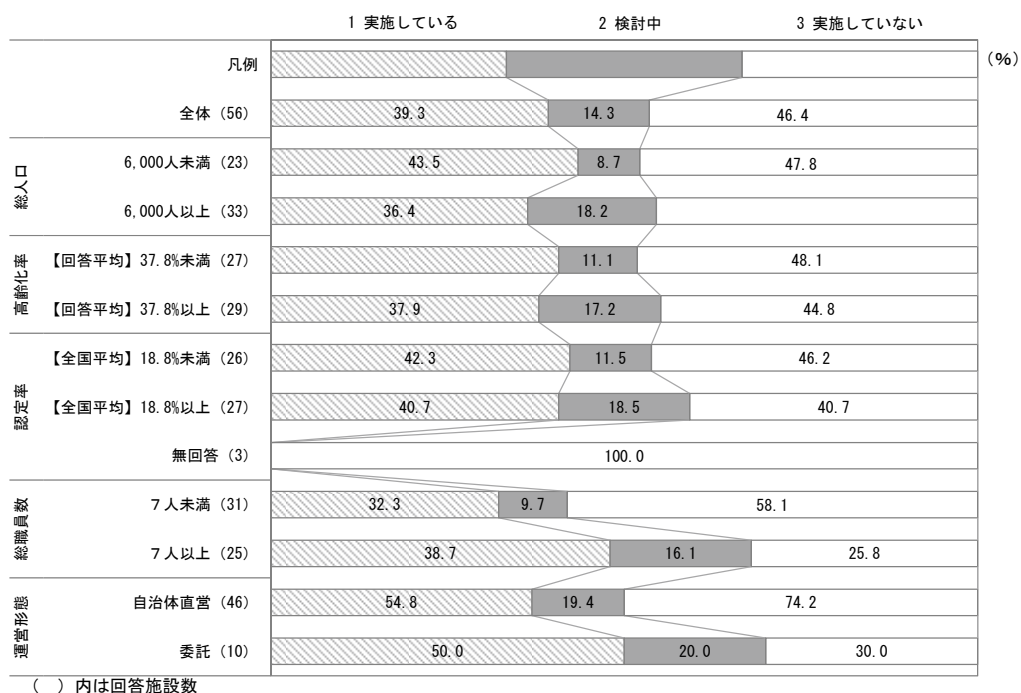


【問3（1）地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況及び特に工夫していることの実施状況について】

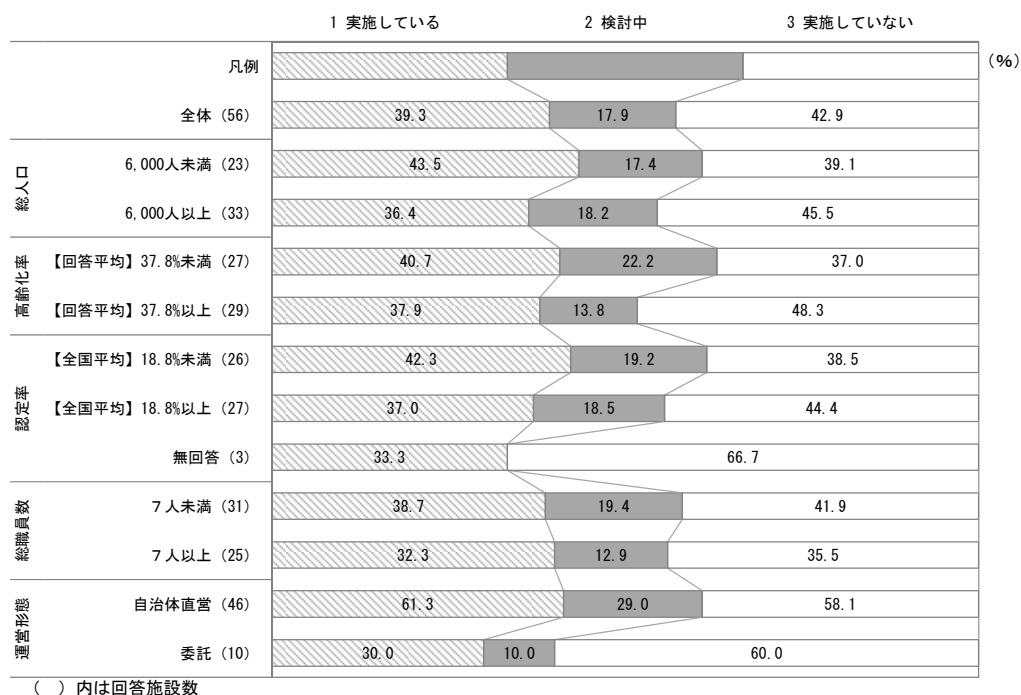
1 関係機関で情報を共有することへの同意を得るため、地域包括支援センターでは「同意書」を活用している



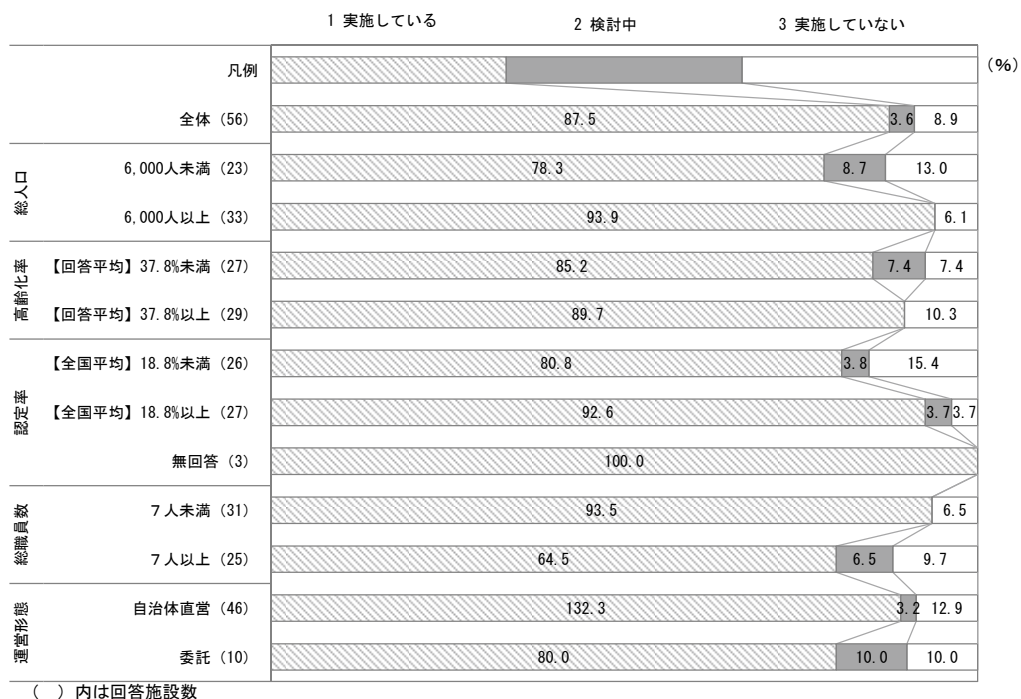
2 地域包括支援センターでは、個人情報に関するガイドラインを作成している



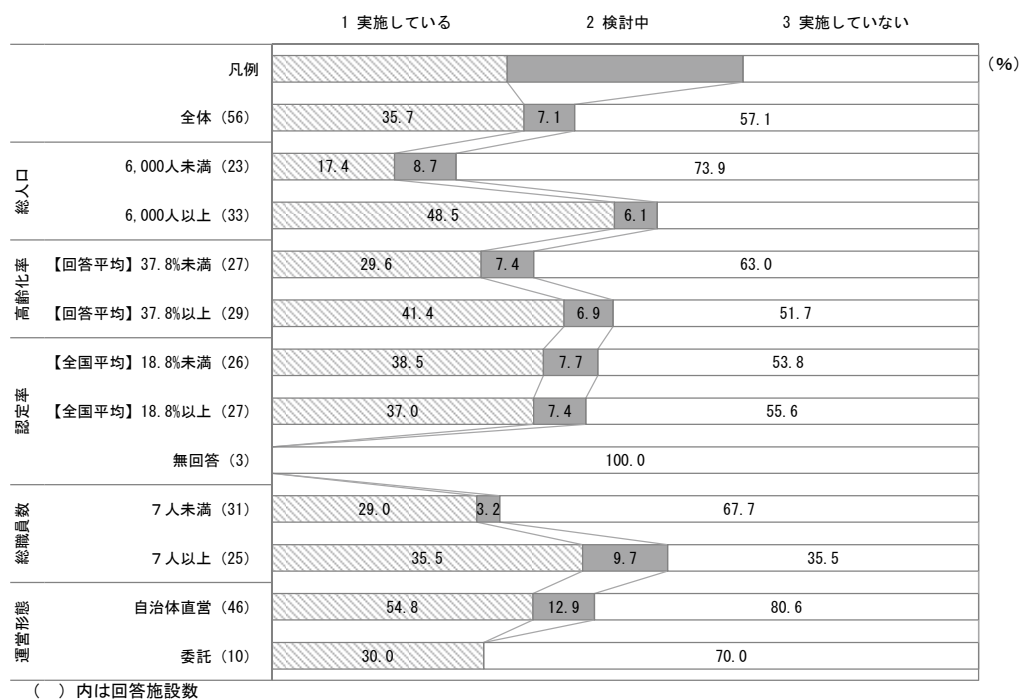
3 地域包括支援センターが、地域と連携した避難行動計画を策定、または計画の策定に協力している



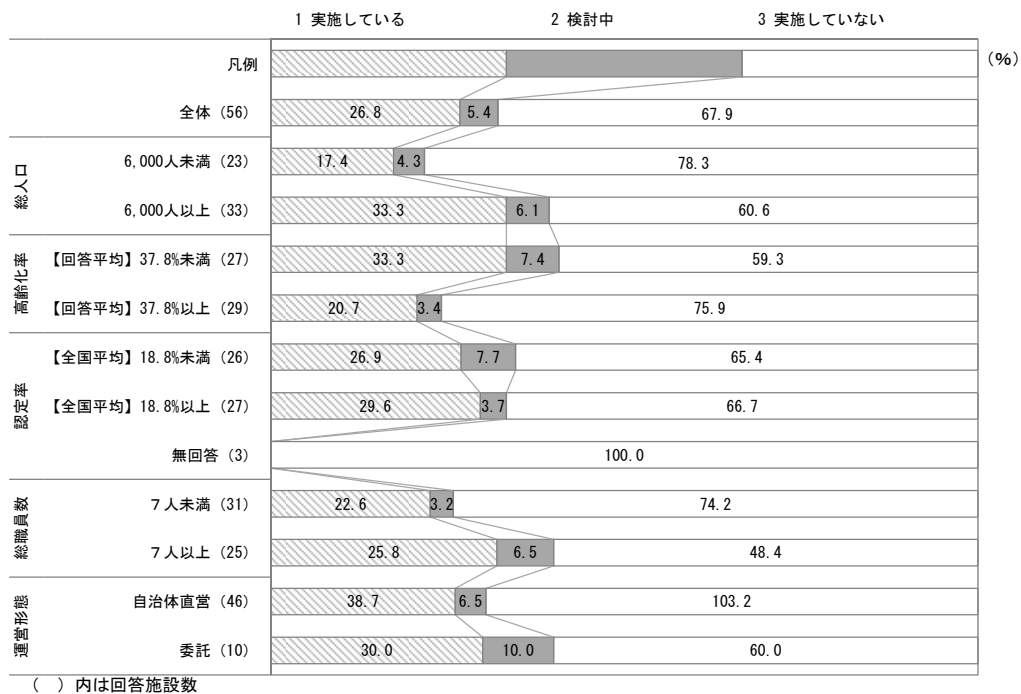
4 把握した地域や対象者の個人情報については、ケアプラン作成のためのシステムやその他のシステム（要援護者支援システム等）に入力している



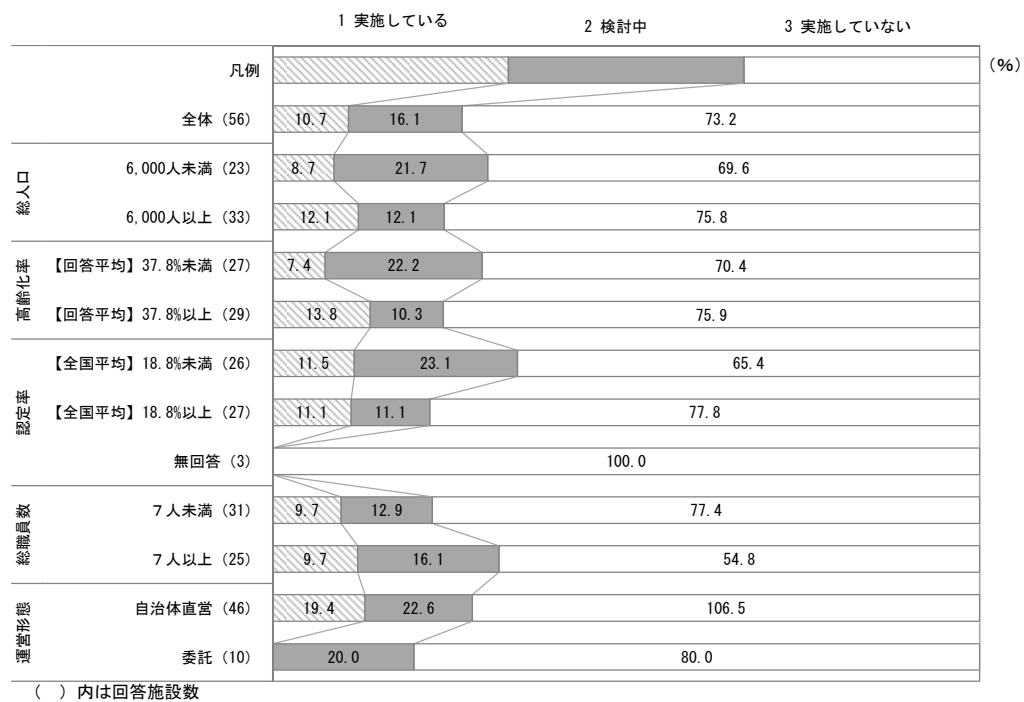
5 情報の共有を図るため、関係者間で共通のシステムを導入している



6 介護関連の情報のほか、医療情報についても共有できるシステムを導入している

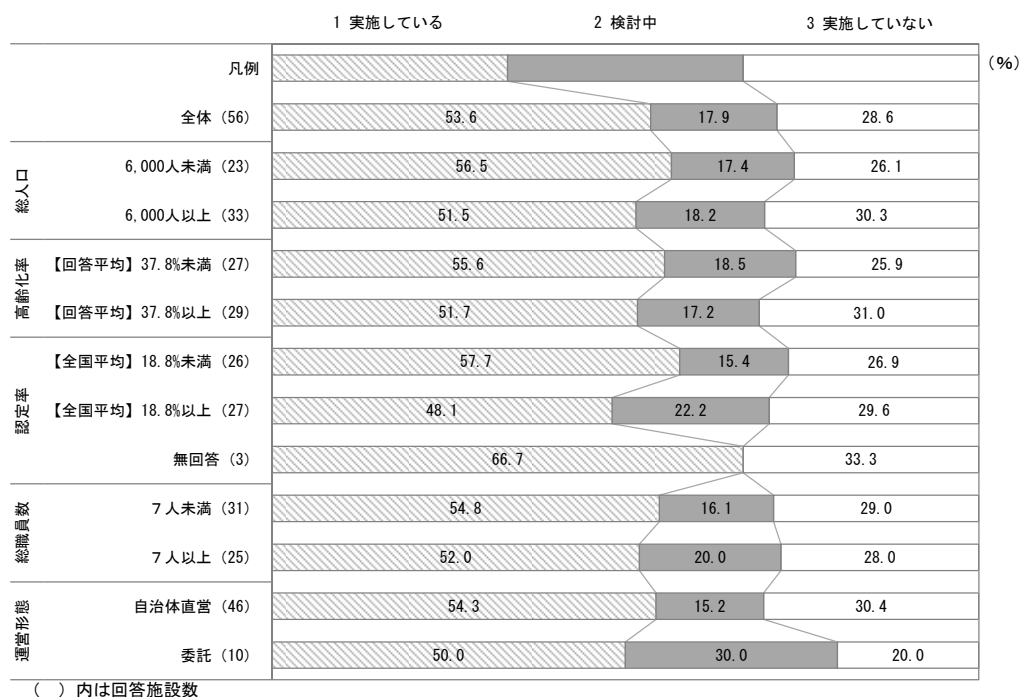


7 国や県等のモデル事業（個人情報の取り扱い以外の事業も含む）を積極的に活用している

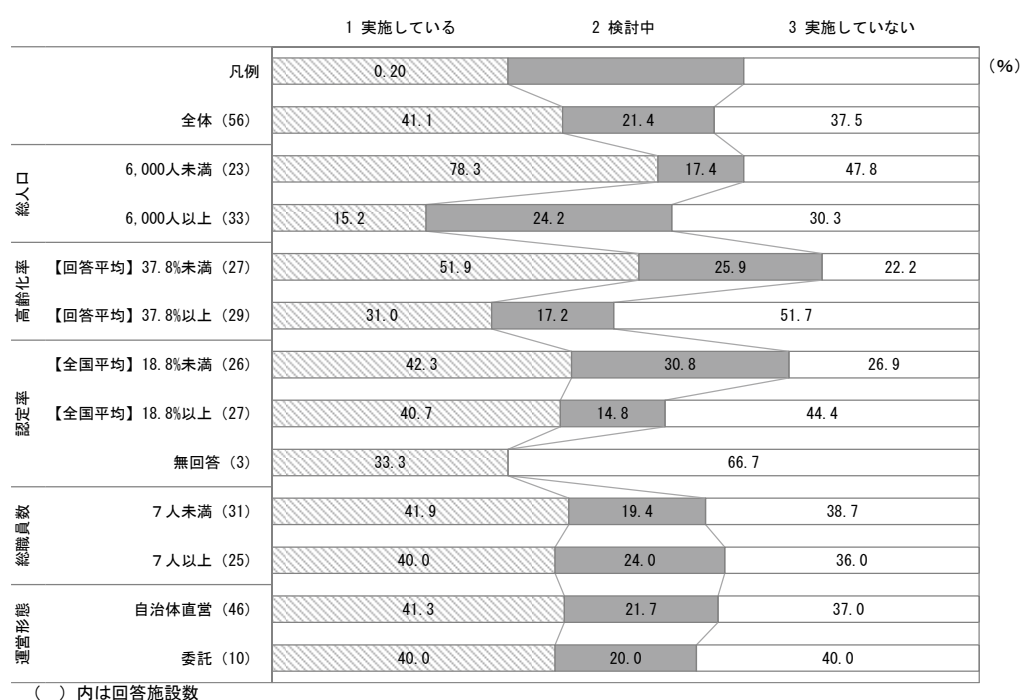


【問4（1）地域内（町内会、民生委員、ボランティア組織等）の連携状況及び特に工夫していることの実施状況について】

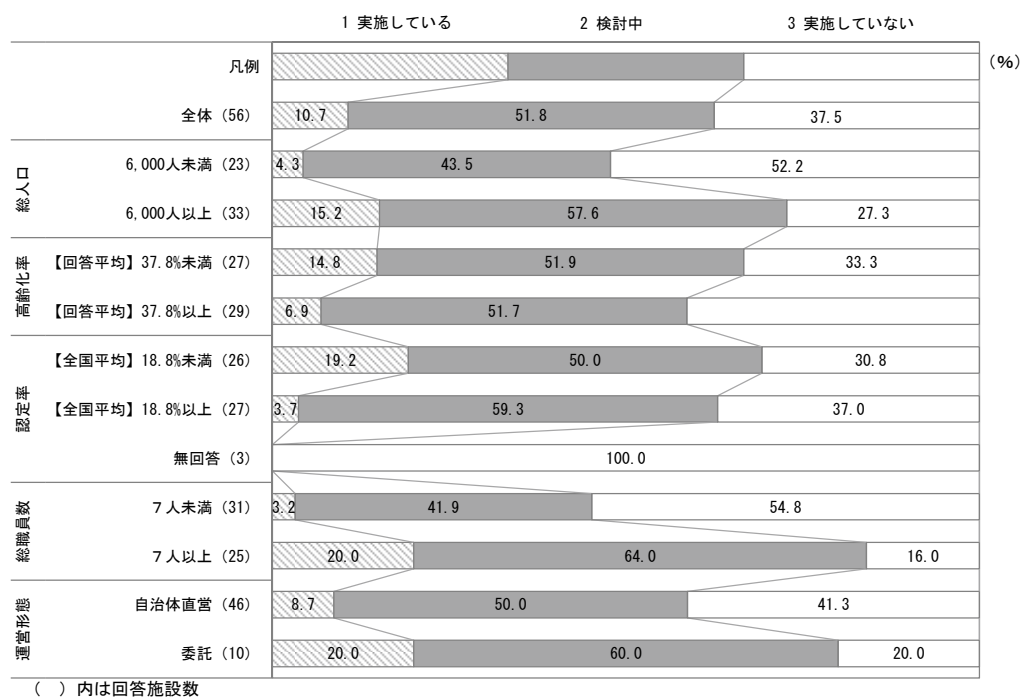
- 1 地域の課題把握や解決のため、地域ケア会議等に民生委員や地域の人にも参加してもらっているようにしている



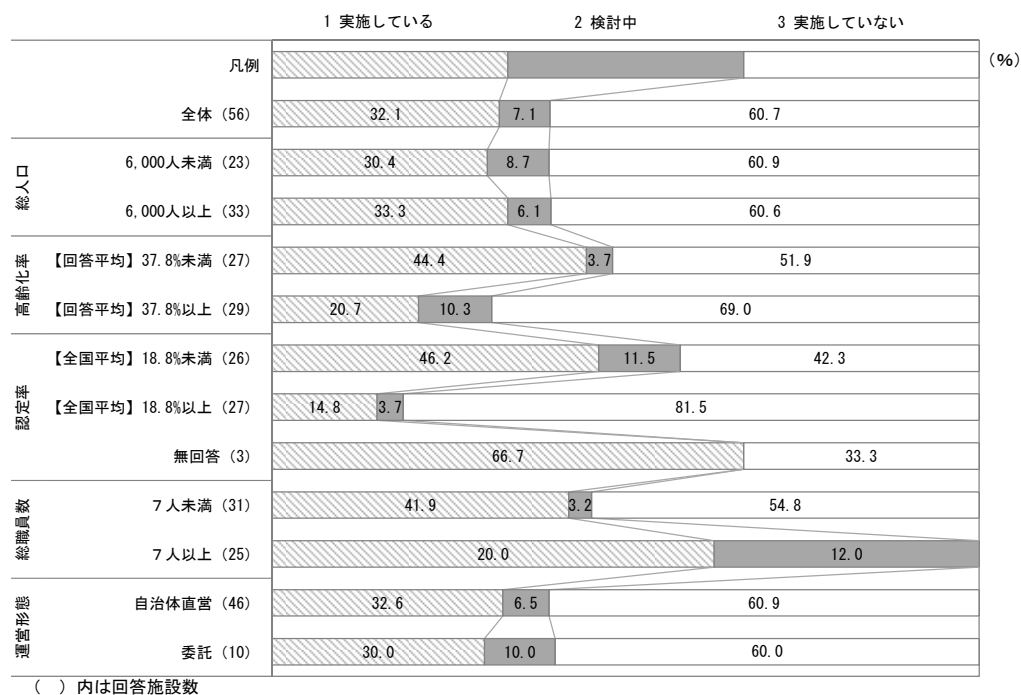
- 2 ボランティア組織や地域の人等が参加する協議体（高齢者見守りネットワーク等）を設置している



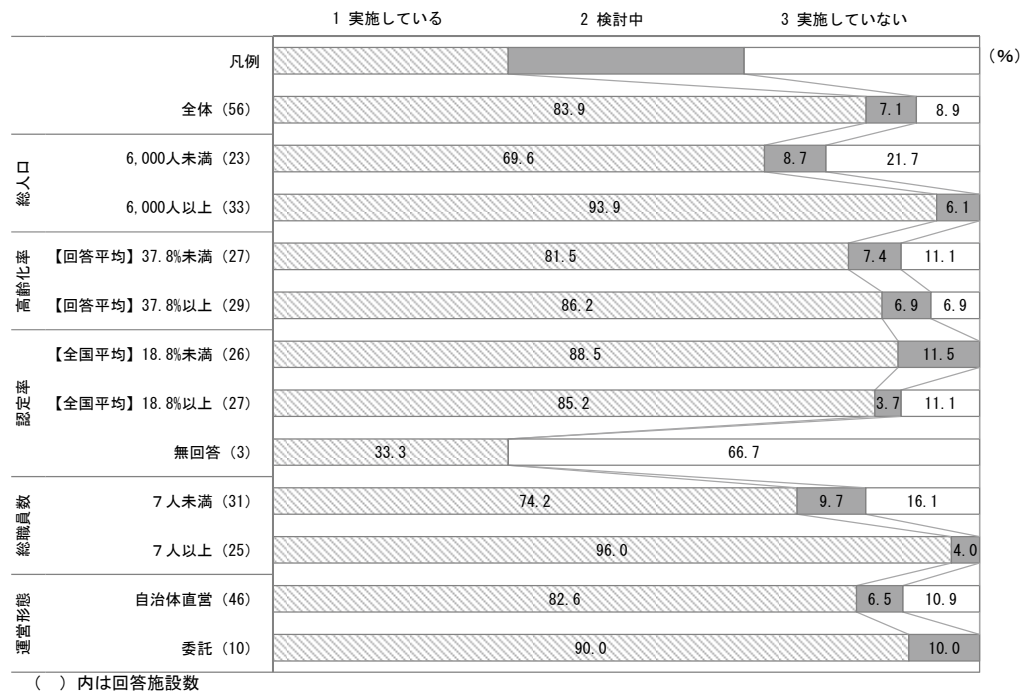
3 認知症サポーターの育成だけで終わらずに、その後にサポーターを活用するしくみをつくっている



4 民生委員の他に、見守りが必要な方への訪問・援助等を行う訪問員を配置している

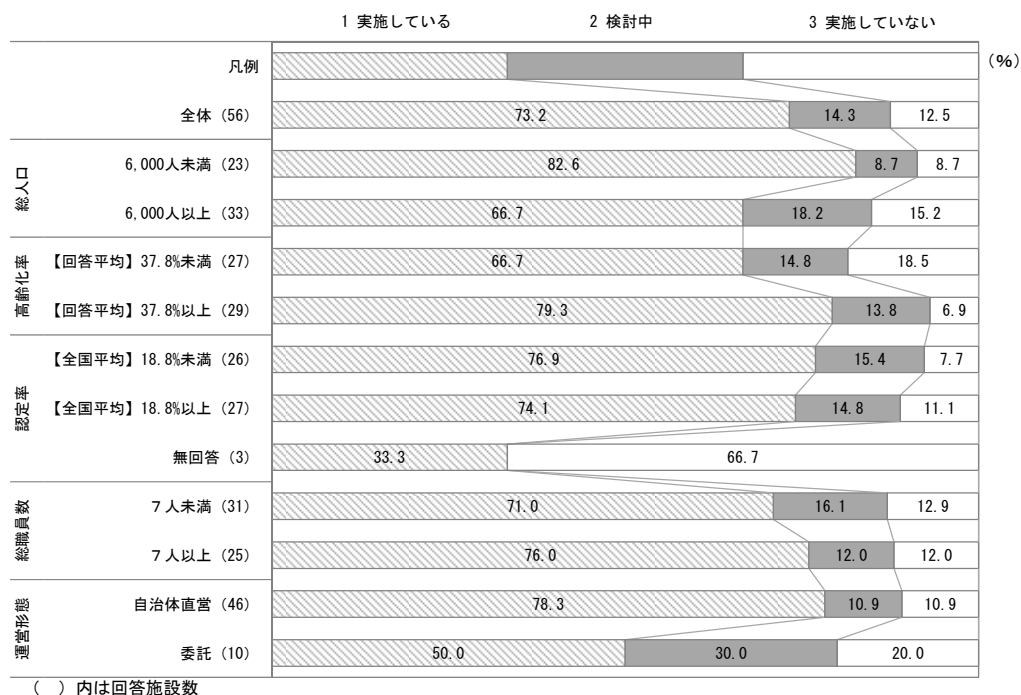


5 民生委員に困難事例等への協力を依頼している

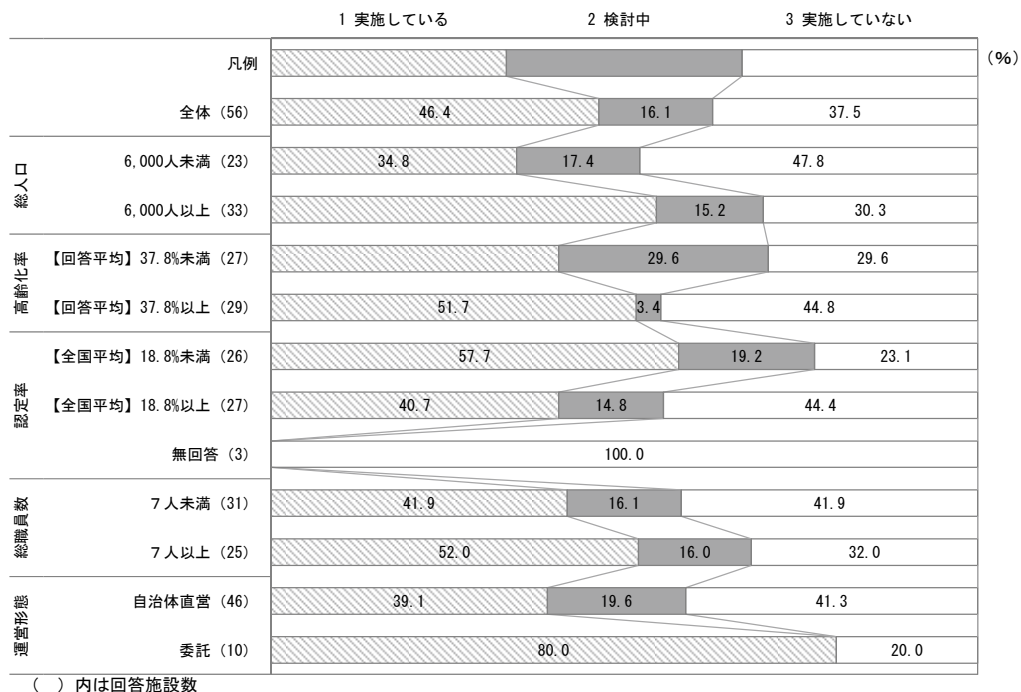


【問5（1）他機関（行政（広域連合による運営の場合は広域連合を含む）、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況及び特に工夫していることの実施状況について】

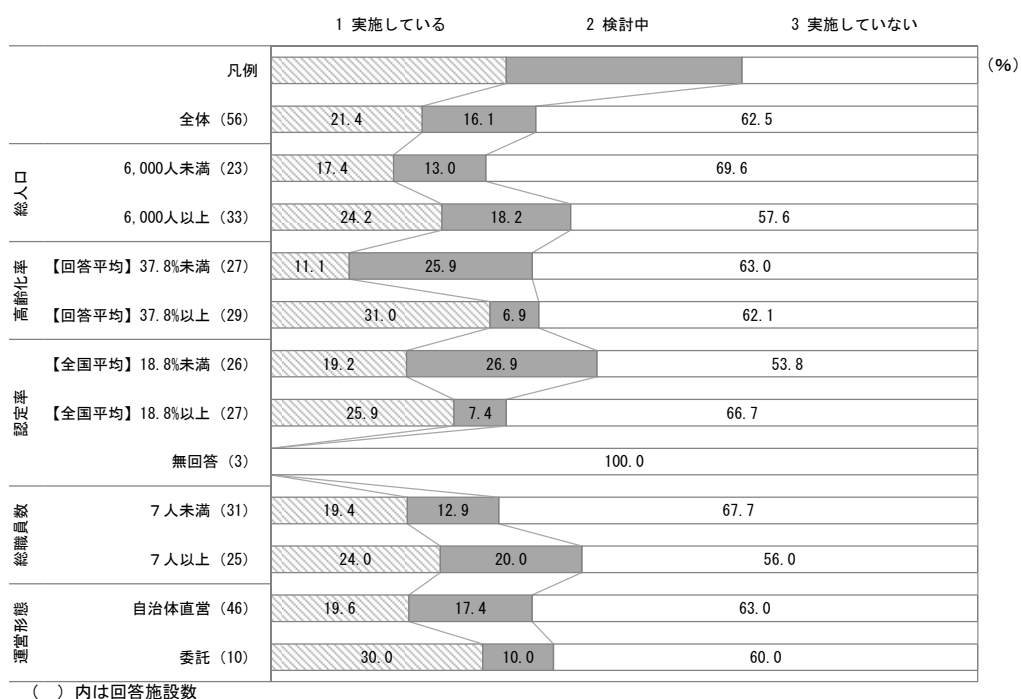
1 地域ケア会議等に行政が参加し、政策課題を行政が集約している



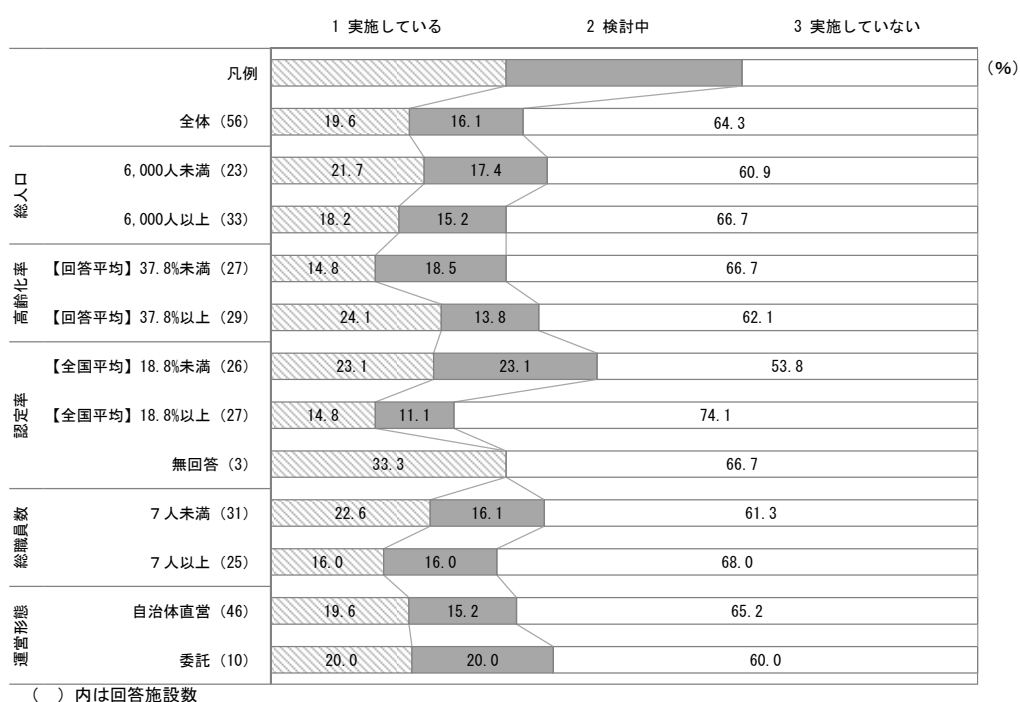
2 ボランティア講座の開催等により、社会福祉協議会とよく連携がとれている



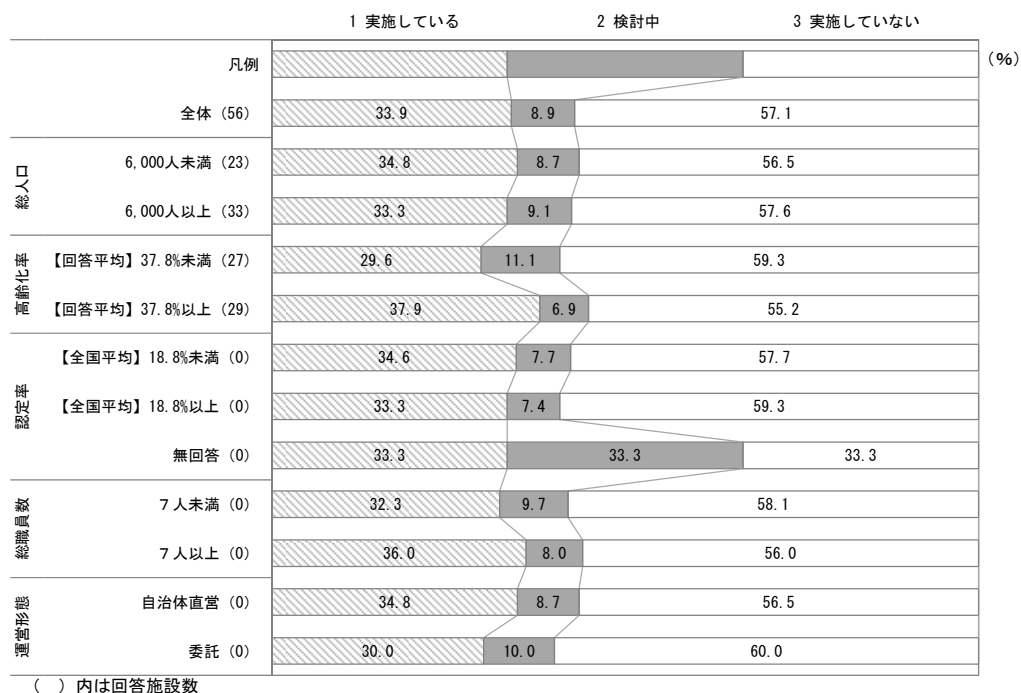
3 経済団体（農協（JA）、漁協、商工会等）と連携している



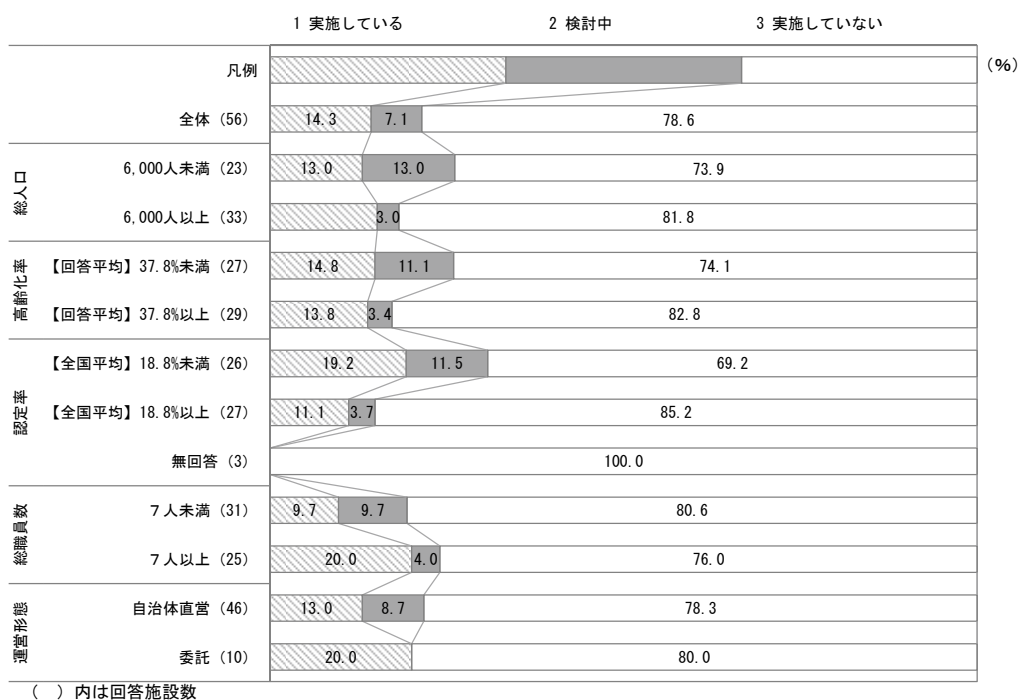
4 コンビニ等の小売店と連携している



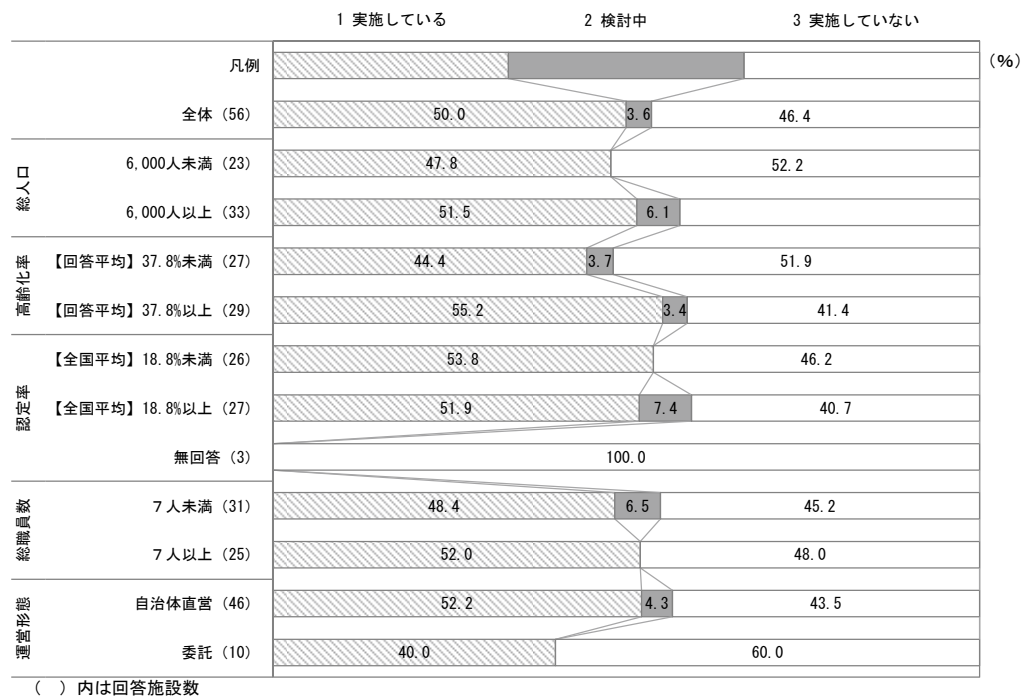
5 ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の介護事業所と連携が図りやすいしくみがある



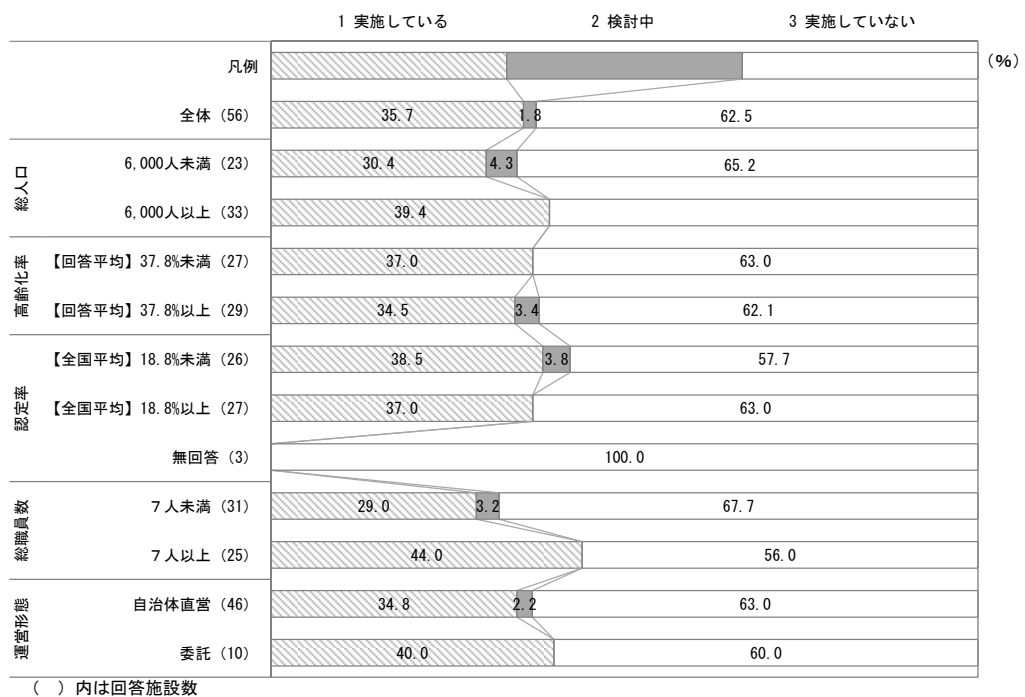
6 大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している



7 ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の地域包括支援センターと連携が図りやすいしくみがある

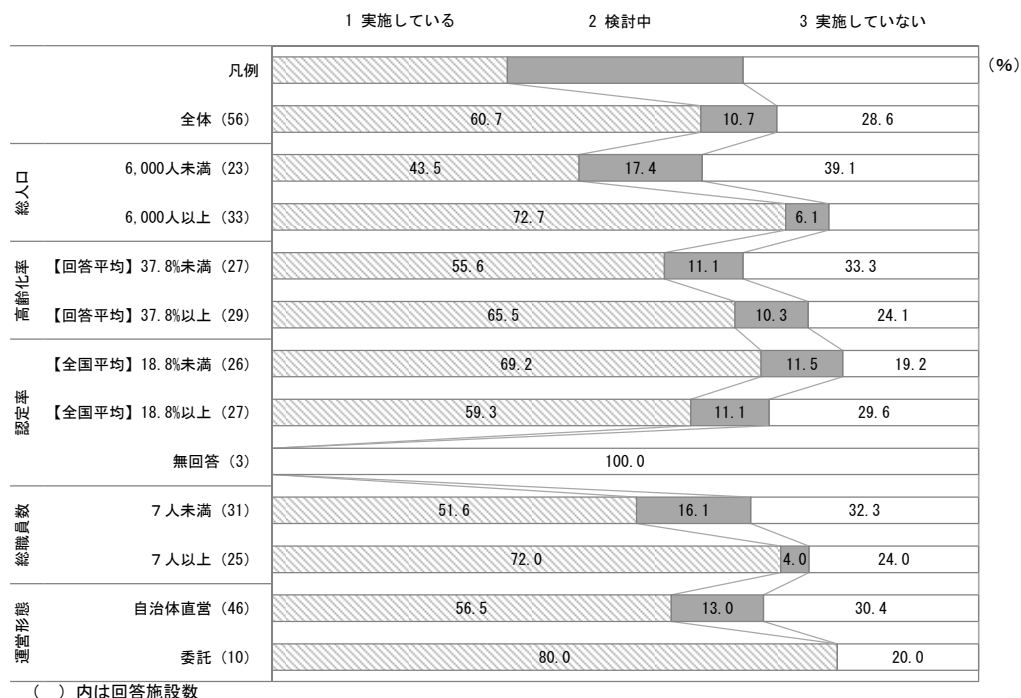


8 ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の行政部門と連携が図りやすいしくみがある

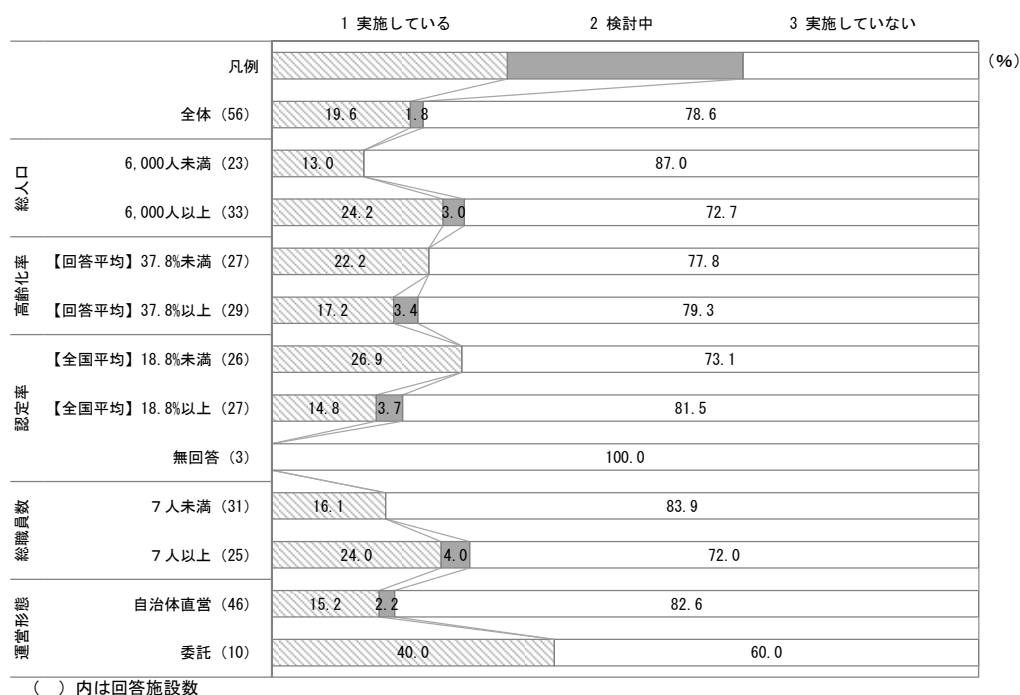


【問6（1）現状（職員の確保、育成、引き継ぎ等含む）及び特に工夫していることの実施状況について】

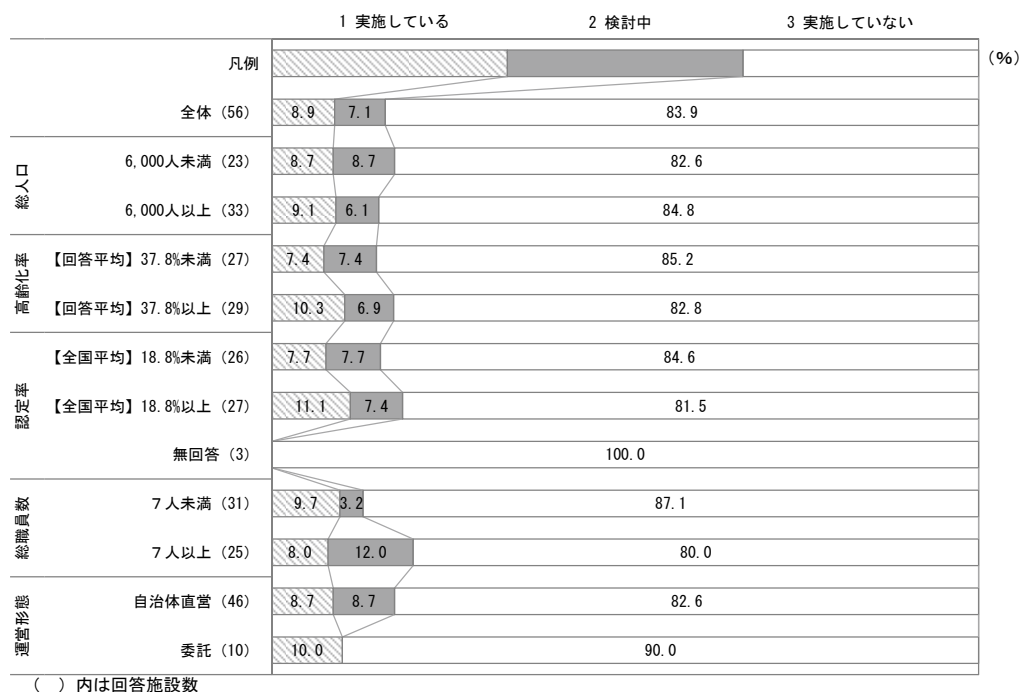
1 自治体直営の場合は自治体内、委託の場合は受託先内の人事異動で人材を確保している



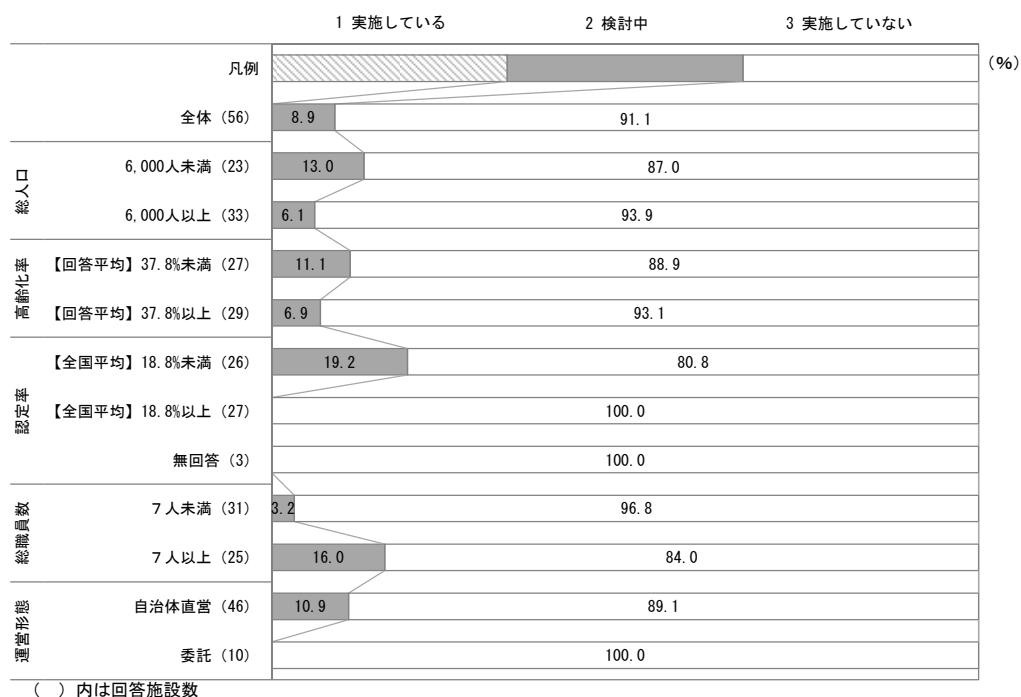
2 市町村が職員を出向させている



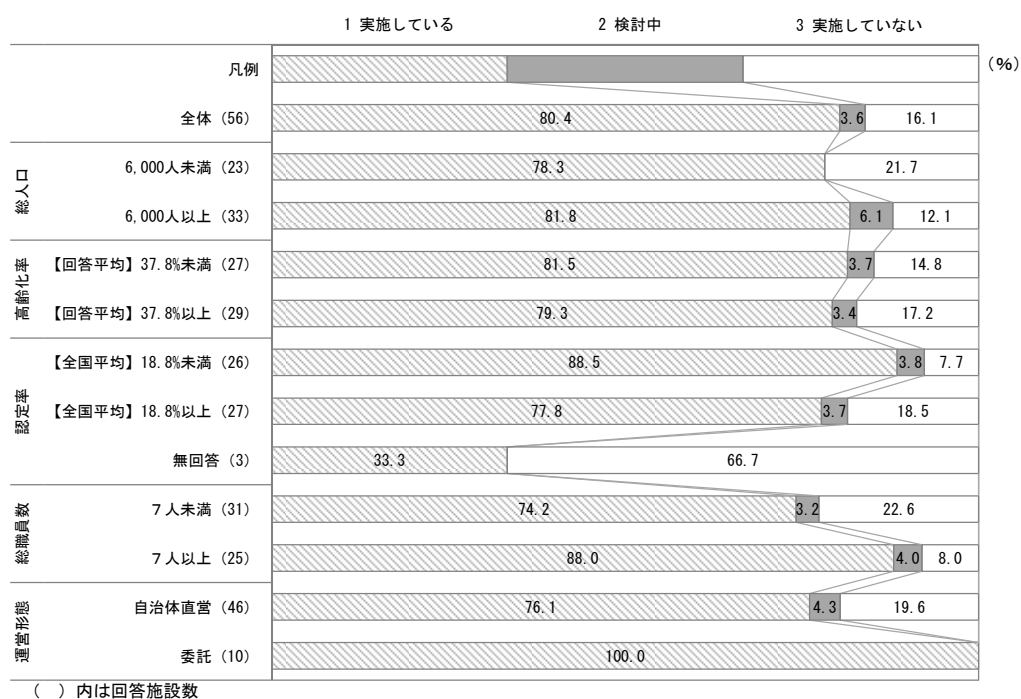
3 国や県等のモデル事業を積極的に活用している（結果が出れば人材確保が可能）



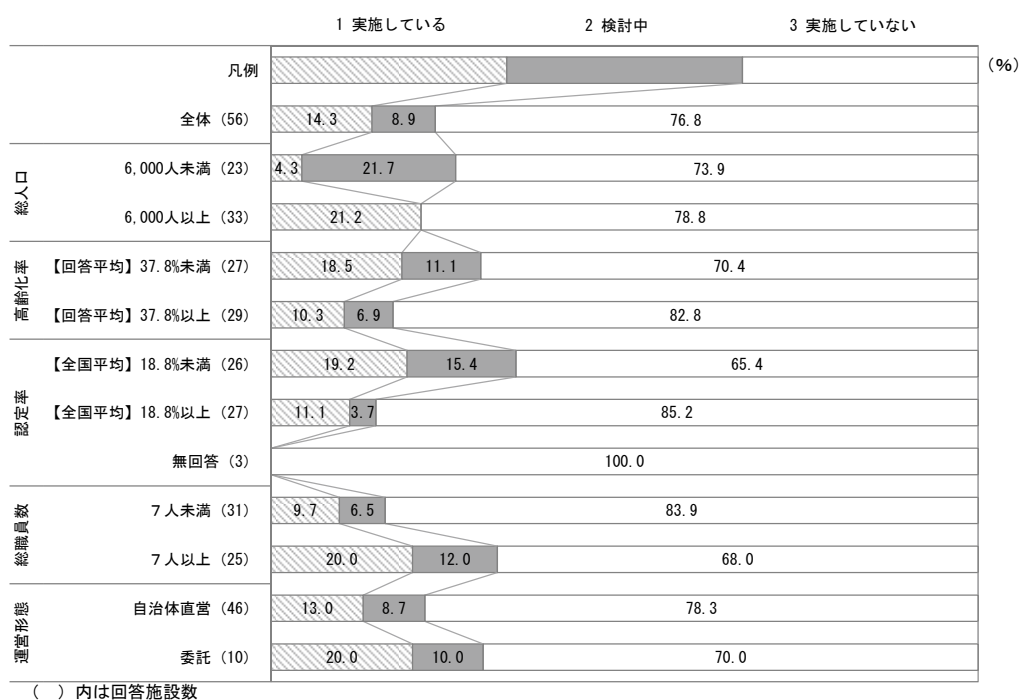
4 大学、専門職養成機関（専門学校等）等と連携することにより、人材を確保するしくみがある



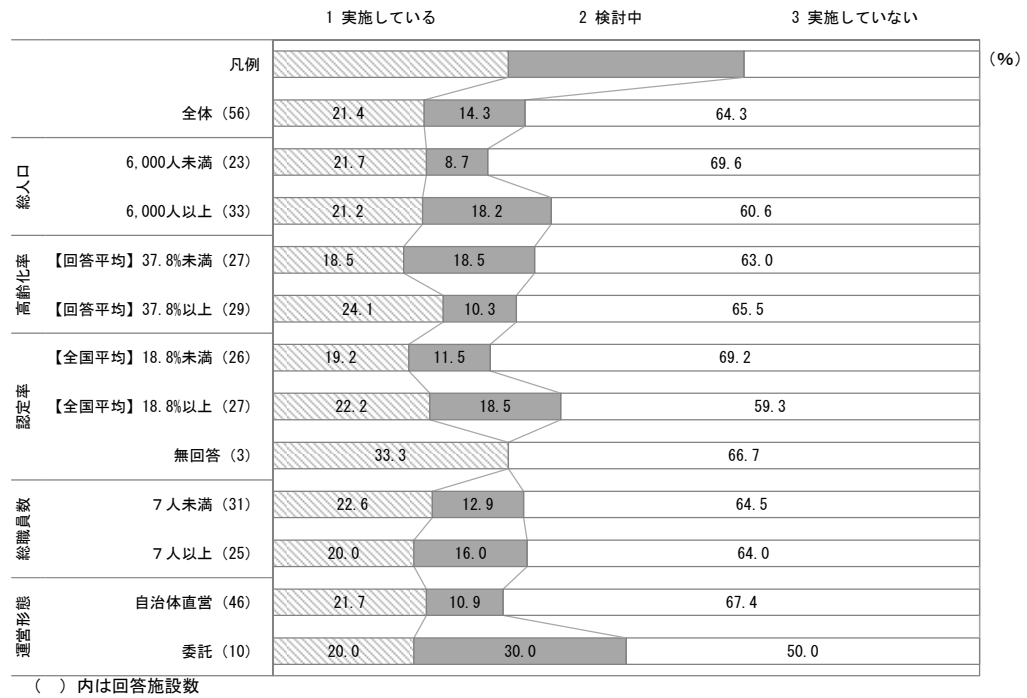
5 スキルアップのために、研修に積極的に派遣するようにしている



6 地区担当制を導入し、責任を持たせることで職員を育成している



7 専門職の給与等の待遇改善を実施している



第3章

小規模自治体における地域包括支援センターの効率的かつ特徴的な取組に関する実態調査（ヒアリング調査）

1. 広域連合支部内の他市町村との強固な連携

～福岡県赤村 地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

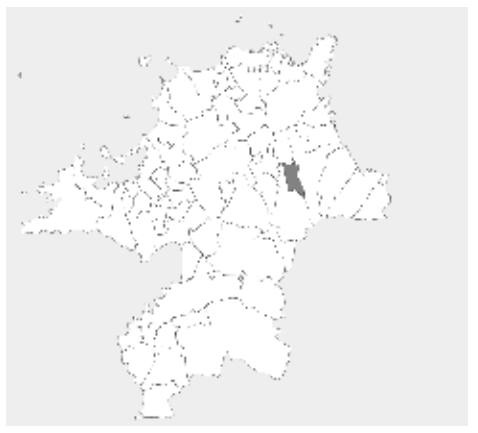
1. 介護保険広域連合支部管内の地域包括支援センターと定期的に地域ケア連絡会を開催し、研修及び情報共有の機会を設ける等、情報共有及び顔の見える関係づくりができています。このような関係性から、村内で不足している社会資源を近隣市町村の社会資源を活用することでカバーできています。
2. 包括は市町村単位、地域包括ケアシステムは支部単位とそれぞれの区域が異なっているため、地域包括ケアシステムの推進については村を超えて田川・桂川支部に所属する他市町村と連携して取り組むことが可能である。
3. 直営包括であること、社協事務局長・住民課課長（行政）・包括センター長を1人が兼務していること等により、行政の他部門とも連携を取りやすく、適切な支援に向けて日常的な情報共有などが出来ている。

【取り組みの背景等】

福岡県には、現在 33 市町村で構成される福岡県介護保険広域連合があり（介護保険制度開始直後は県下 72 市町村で構成）、赤村は 9 市町村で構成される田川・桂川支部に所属している。地域包括支援センターについても、当初、支部単位で設置されていたが、平成 24～26 年度に構成市町村単位での設置が進められた。

このような経緯から、以前から赤村には田川・桂川支部の他市町村とのネットワークが構築されており、村外の社会資源の活用が図られている。

■ 赤村の状況（令和 3 年 4 月 1 日現在）

総人口	3,067 人	
世帯数	1,500 世帯	
65～74 歳人口	615 人	
75 歳以上人口	606 人	
高齢化率	39.8%	
要支援者数	84 人	
要介護者数	190 人	
認定率	24.0% (県平均 19.1%)	

※認定率（県平均）は令和 2 年 3 月 31 日現在

■ 赤村所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（0箇所）	有床診療所（0箇所）
	無床診療所（1箇所）	歯科診療所（1箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（2箇所）	訪問入浴介護（0箇所）
	訪問看護ステーション（1箇所）	通所介護（3箇所）
	通所リハ（0箇所）	特定施設入居者生活介護（0箇所）
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所）	
	小規模多機能型居宅介護（0箇所）	
	看護小規模多機能型居宅介護（0箇所）	
	介護医療院（0箇所）	介護老人保健施設（箇所）
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（2箇所）	
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（3箇所）	
	居宅介護支援（1箇所）	

※令和3年4月1日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	自治体直営	委託先（委託の場合）	—	
職員配置状況	保健師	1人	社会福祉士	1人
	主任介護支援専門員	0人	看護師	0人
	介護支援専門員	1人	事務職員	1人

※令和3年4月1日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する福岡県の主な支援策

【地域包括支援センターの適切な運営の支援と地域ケア会議の推進】 ○地域包括支援センターの運営について財政的な支援を行うとともに、その職員を対象に地域包括ケアシステムの構築に係る研修を実施 ○市町村や地域包括支援センターの職員等を対象とした地域ケア会議の運営等に関する研修の実施、地域ケア会議へのリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）、歯科衛生士、管理栄養士の派遣調整や先進的取組事例の紹介などにより、地域ケア会議の効果的な開催を支援 【認知症施策の推進】 ○予防：市町村職員や地域包括支援センター職員を対象とした研修会などで、「通いの場」に関する好事例の紹介や利用可能な補助制度等の紹介を行い、市町村による「通いの場」を拡充する取組みを支援 ○医療・ケア・介護サービス・介護者への支援：専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医を養成、「福岡県認知症医療センタ
--

一」において、地域の医療機関・地域包括支援センター・市町村・保健所等で構成する地域医療連携協議会を開催

【高齢者虐待の防止】

○市町村職員、地域包括支援センター職員を対象に、高齢者虐待の通報があった場合の具体的な対応の仕方や虐待防止に関する指導方法について習得するための研修を実施

【権利擁護】

○市町村が設置する地域包括支援センターが、成年後見相談や手続への助言を行えるよう必要な支援を行い、制度の利用を促進

※出典：「福岡県高齢者保健福祉計画（第9次） 令和3年3月」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

①介護予防ケアマネジメント業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 介護予防への取り組みとして、主に運動教室と料理教室を役場で開催している。（年8回開催）参加者数が多い。包括の保健師も参加している。
- 上記の他、出張して健康相談で開催している地区がある。（1箇所）

②総合相談支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 住み慣れた地域で本人が望む暮らしができるだけ継続できるよう、必要に応じて担当民生委員等との連携を図りながら相談対応を実施している。

<課題等>

- 主に個別ケースへの対応を通して、担当民生委員との連携を図る場面が多いため、個別ケースへの対応実績が少ない地区の民生委員等との情報共有や連携のとり方が確立されていない点が課題。地区によってバラツキが生じている。
- 社協主催の民生委員の会議（月1回開催）に、包括から情報提供の必要がある場合に不定期に参加している。今後は、参加回数を増やしたり、具体的ケースに係る情報提供が必要と考えている。
- 民生委員については熱心で長く担当している人が多い。
- 交通の便が悪いので、車の免許返戻に係る相談も多い。このような困りごとの相談は包括で受けることが多い。村内での包括の認知度は上がっているのではないかな。
- 個人情報の取り扱いについても個々のケースで異なる対応が求められる点が課題。

③権利擁護業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 直営包括であるため、行政の他部門とも連携しやすく、適切な支援に向けて、日常的に情報共有などを行っている。
- 具体的には、個別ケースに応じて担当者レベルで当該部門と連携している。

<課題等>

- 権利擁護に関しては、これまで包括として対応したケース数が少ないため、ノウハウの共有や蓄積が課題。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 行政や社協の事業を一覧にし、必要に応じて村外のケアマネにも配布している。

＜課題等＞

- 主任ケアマネの配置がないため、ケアマネジメントに関する相談に十分な対応を行えるか疑問。
- 村内に居宅支援事業所が1カ所のみであり、村内・村外で同じような件数を担当しているため、介護支援専門員同士のネットワークの構築支援などが実施しづらい。
- 地域ケア会議については、困難事例のケース会議を定期的に開催していたが、今は不定期で開催。今後については、自立支援型の開催を検討している。
- コロナの影響で1、2年開催できていないが、専門職（医師、ケアマネ）や有識者等構成員として参加している。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

＜恵まれている点及びその理由＞

- 小規模自治体であるため、一人ひとりのケースに対して、深く関わることができる。
- 職員間での情報共有がスムーズに行える。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

＜不便な点及びその理由＞

- 取り扱うケースが少なく、対応方法をパターン化することが難しい。
- 少ない人数で関わるため、一人に係る負担が大きい。
- 事務所に留守番が必要であるため、職員間で訪問等の外出や休暇に関しての調整が必要であり、効率的に業務を行えないことがある。また、複数人で同時に研修や会議に参加することが難しい。

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

＜強み（効果的なこと）＞

- 直営であるため、行政の各部門との情報共有や連携がしやすい。

＜課題等＞

- センター長、管理者が行政部門との兼務になっているため、包括としての業務時間が少ない。逆に、情報共有における円滑さやスピード感はメリット。
- 専門職が会計年度任用職員のみであるため、勤務時間の制限があり、業務を圧迫している。また、待遇面からも、職員が定着しづらい。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICTの活用状況等

＜地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫＞

- 役場直営であるため、受けた相談は内容によって適宜、他部署とも必要な連携がスムーズにできている。その後も情報共有を行いながら、必要に応じてフォローしている。
- 民生委員等との情報共有を通して、地域や対象者の実態把握に努めている。

<個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫>

○個人情報システムに入力しており、担当者が過去の記録等を確認できるようにしている。継続した支援ができるよう努めている。

<課題等>

○認知症高齢者に関して、地域住民との連携が必要になることが多いが、個人情報の取り扱いが課題となっている。家族から、近隣への情報提供を拒否される場合は、特に難しいと感じている。

（２）連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

○日頃から民生委員が気になる高齢者の情報があれば、情報を共有し、必要に応じて連携を図っている。

<課題等>

○民生委員以外の組織との連携はほとんどない。その他、食進会による弁当配布時の見守りはある。

○地域と連携する場合、個人情報の取り扱いが難しく、どこまで情報を共有するかについて、常に配慮が必要。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

○行政、村内の介護保険事業所、診療所とはケース対応を通して、必要に応じて連携を図っており、顔の見える関係を築くことができている。

○介護保険広域連合支部管内の地域包括支援センターと定期的に地域ケア連絡会を開催している。情報共有及び顔の見える関係づくりができている。田川地区他の9市町村の包括と年3回開催している。その他に研修及び情報共有（制度・手続面が中心でケース検討はない）の機会を1回設けている。

○事業内容によるが、包括は田川地区全体でネットワークを組んでいる。

○社協事務局長、住民課課長（行政）、包括センター長を1人が兼務している。

<課題等>

○個々のケースでの連携等はそれぞれの機関と行っているが、地域課題等について全体で話し合う機会がほとんどない。

○主治医の意見書は村内と村外で半々程度。

○福祉サービスは近隣の市町村に依頼している。ネットワークがある。

○地域包括ケアシステムの区域と包括の区域が異なっている。地域包括ケアシステムは村を超えて「田川地区」（9市町村）として取り組む必要がある。以前から村外と連携を図っていた。

○社協の規模が小さく専門職の配置もないため、連携ができていない。専門職の配置もない。

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

○採用について特に広域連合の規程はないため、村単独での採用は可能。

<課題等>

○第1号被保険者数により、当センターに配置すべき人員は「保健師等・社会福祉士等・主任介護支援専門員等のうち2人（うち1人は専従常勤）」に該当しており、現在は保健師（非常勤）と社会福祉士（非常勤）の2名が配置されている。業務を行うに当たっては、主任介護支援専門員については、募集をかけても、なかなか応募がない状況で、専門性の確保が課題と感じている。

○職種にもよるが、マンパワーが不足しており、あと1～2名は必要ではないか。

○介護支援専門員を採用し、研修を受講させて主任介護支援専門員を養成、と考えていたが実現していない。

○主任介護支援専門員の有資格者は居宅介護支援事業所に就職することが多いので、特に主任介護支援専門員は足りないのではないか。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

○地域包括支援センターと関係の行政部署との連携については、小規模のためスムーズに行えている。また、小規模の自治体のため、顔の見える関係づくりは行えている。

○平成25年度以降は赤村にも包括が設置されたため、地区との距離が近くなり、業務がやりやすくなった。

2. 「地域リハビリテーション支援活動」による健康づくり・

介護予防

～佐賀県基山町 基山地区地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

1. 行政と委託先の間で、随時の連携会議の他、昼夜や休日を問わず日常的に情報共有が図られており、強固な連携体制が構築されている。
2. 委託先が介護保険事業を運営する規模の大きい社会福祉法人であることから、サービスの利用や職員の派遣等、法人からの様々な支援が期待できる。
3. 社会資源の不足、専門職間の情報交換や研修等について、広域事務組合及び広域内の他の市町との連携体制を活用し対応している。
4. 行政と包括それぞれの生活支援コーディネーターによる実態把握を目的とした戸別訪問を行っている。行政は一人暮らしを中心に介護認定を受けている認知症の方、包括は総合事業の対象者を中心に訪問する等、連携して活動している。
5. 地域リハビリテーション支援活動として、行政、包括、通所型C事業所と連携しながら、フレイル予防、セルフケア、社会参加に繋げる取り組みを行っている。

【取り組みの背景等】

第8期鳥栖地区広域市町村圏組合の介護保険事業計画に、重点施策の1つとして「健康づくり・介護予防の総合的な推進」が掲げられている。基山町は、地域リハビリテーション支援活動の一環として、住宅改修の同行訪問をきっかけにリハビリの専門職と同行訪問を開始し、行政、包括、通所型C事業所で連携して重度化防止に取り組んでいる。久留米大学病院の協力の下で介護予防事業や保健事業等も実施している。

■ 基山町の状況（令和3年4月1日現在）

総人口	17,480 人	
世帯数	7,204 世帯	
65～74 歳人口	3,043 人	
75 歳以上人口	2,536 人	
高齢化率	31.92%	
要支援者数	589 人	
要介護者数	222 人	
認定率	14.39% (県平均 18.15%)	

■ 基山町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（7箇所） 有床診療所（1箇所）
	無床診療所（1箇所） 歯科診療所（7箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（2箇所） 訪問入浴介護（3箇所）
	訪問看護ステーション（2箇所） 通所介護（5箇所）
	通所リハ（3箇所） 特定施設入居者生活介護（1箇所）
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所）
	小規模多機能型居宅介護（1箇所）
	看護小規模多機能型居宅介護（0箇所）
	介護医療院（0箇所） 介護老人保健施設（1箇所）
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（0箇所）
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（1箇所）
	居宅介護支援（1箇所）

※令和3年4月1日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	委託	委託先（委託の場合）		社会福祉法人	
職員配置状況	保健師	1人	社会福祉士	1人	
	主任介護支援専門員	2人	生活支援コーディネーター	1人	
	介護支援専門員	3人	認知症地域支援推進員	1人	

※令和3年4月1日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する佐賀県の主な支援策

【地域包括支援センターの充実強化】 ○地域包括支援センターの事業評価結果の情報共有、人員体制の確保、効果的な運営が継続されるよう支援 ○介護予防支援について、地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業所との情報連携を促進 ○高齢者やその家族、家族介護者（ケアラー）などの幅広い相談に対応し、適切な支援につなげるため、地域包括支援センターの職員の資質向上に向けた取組を支援 【医療と介護分野の認知症対応力の向上と連携強化】 ○認知症の早期診断から適切な介護までスムーズに受けられるよう、認知症疾患医療センターを認知症に関する医療の拠点として、認知症サポート医やかかりつけ医及びかかりつけ歯科医、地域包括支援センター等との連携を推進 ○若年性認知症施策の推進：若年性認知症の人やその家族を地域でサポートできるように市町職員、認知症地域支援推進員や地域包括支援センター職員、介護事業所・
--

障害福祉事業所職員等を対象に研修を行い、支援体制を拡充

【高齢者向住宅の整備・確保】

○地域包括支援センターや佐賀県在宅生活サポートセンター等の関係機関と連携し、高齢者や障害者の在宅生活に必要な介護・福祉・医療を含めた住宅の性能に関する知識習得を目指して、住宅関連事業者や福祉関係事業者に対する講習会の実施や、相互連携のためのネットワーク構築を推進

【高齢者虐待防止対策の推進】

○地域包括支援センターの対応力向上のため、職員を対象とした虐待対応のための研修を充実するとともに、県内市町等関係者で構成する協議の場を設け、事例検討等を行い、県下全体の虐待対応力の底上げを図る

○養護者による虐待については、養護者の孤立を防いだり、高齢者虐待の予防・早期発見のため、様々な手段を用いて各市町に設けられている相談窓口（地域包括支援センター）の周知を図る

【成年後見制度等の利用促進】

○福祉サービス利用援助事業の普及・定着：県民や福祉関係機関等への周知、地域包括支援センターをはじめとする関係機関との連携を図るとともに、成年後見制度などとも連携しながら事業の利用促進を図る

※出典：「第8期さがゴールドプラン21 佐賀県高齢者保健福祉計画 佐賀県介護保険事業支援計画（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

①介護予防ケアマネジメント業務

<概要>

○高齢者人口は8月末時点で5,499名、高齢化率31.57%。認定者率17.24%。鳥栖地区と比べると前期高齢者は多い。給付管理の毎月の件数は170件程度、委託のケースはほとんどなく今年度1件のみとなっている。3職種で割り振りしながら、予防プランも作成している。

○昨年から介護予防検診を実施し、70歳と75歳の節目に体力測定を行っている。体力測定の検査結果を自覚して頂き、自宅でできるストレッチやセルフマネジメントを行ってもらった。今年度は、保健事業と介護予防事業の一体的な事業として、ロコモ、認知症テスト等を実施し、データを久留米大学病院で分析してもらうようになっている。また、MCIについても久留米大学病院の先生からアドバイスを頂いた。5年後に客観的な指標を出すことを目標にしている。

○70歳、75歳の検診率はコロナの影響で36%程度となったが、アンケートによるとトータルで60%程度になっている。

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○介護予防支援業務の基準省令に従い適切に業務を行い、要支援認定が下りたら迅速に対応し、緊急の時は暫定での利用調整を行っている。

○進捗管理表で適切に業務ができるように管理し、ケアプランについては利用者に交付する前に主任ケアマネと共同してチェックしている。表現や内容も含めて確認している。毎朝30分間のカンファで前日の報告や教えてほしいこと等を出す。経験年数が短いため、知恵を絞りながら行っている。

○地域のケアマネジャーの暫定利用、連携時についての特段のルールはないが、広域圏組合の介護予防支援ルールに従い、居宅介護支援事業所が2か所あるので、割と急ぐ場合の暫定は調整が付きやすい。同行訪問してもらえるようお願いしている。

○地域リハビリテーション支援活動

- ・行政、包括、通所型C事業所（以下「サービスC」という）と連携しながらフレイル予防、セルフケア、社会参加に繋げる取り組みを行っている。サービスC終了後は、地区の通いの場等の運動教室やサロン等への参加推奨を行っている。
- ・理学療法士、作業療法士の専門学校先生方と、包括のケアマネジャーとで自宅への同行訪問を実施している。サービスCに結び付ける手前のセルフケアマネジメントを先生方と包括で協力して実施。集中してサービスCを使った方がいい方には勧めている。社会参加につながるような取り組みを行っている。
- ・住宅改修の同行訪問がきっかけであったが、リハビリの先生と同行訪問し、フレイル予防に至ったのは今年度である。専門職の先生がサービスCを訪問され、行政と包括とサービスCで連携して重度化防止のために行っており、寝屋川市との合同

研修等も実施している。まだ数件しか動いていないが、定期的に打合せを行いながら行政と連携して行っている。

- ・包括が活動に加わることで、包括の職員がケアプランを作成するときに専門的なりハビリの視点等があることはメリットと感じている。自立に繋がりやすいプランを立てることができると感じている。
- ・行政としては、生活支援コーディネーターを今年度から委託業務から直営に変更し、50%を事業と地域資源を結びつける、残りの 50%で継続訪問が必要な方を訪問するようにしている。

○行政の在宅福祉サービスが必要な方を見極め、申請援助や紹介を行っている。

○介護予防や認知症予防の必要性や介護保険制度について、毎年地区サロン単位で出前講座を行っている。

＜課題等＞

○総合事業について通所型 B と訪問型 B の体制はあるが、マッチングする機会が極端に少なく、介護保険サービスに頼っている現状が課題となっており、利用拡大に努力が必要。

○毎年相談件数や認定数は増えているので、本来は 3 職種であれば包括的支援業務に注力したいと思っているが、介護予防プランも手伝わないと回らない状況になっている。

②総合相談支援業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

○様々な相談をワンストップで受け、適切な機関や制度、サービスに繋げるよう努めている。相談経路は様々だが、相談者の主訴理解と課題を明確化し、意思決定支援に留意している。また、包括職員の専門性を活かしたチームアプローチができるように毎朝ミーティングを行い検討し、インフォーマルな社会資源を含めた支援を行っている。

○戸別訪問

- ・行政と生活支援コーディネーターによる実態把握戸別訪問を行っている。行政の個別訪問は一人暮らしを中心に、介護認定を受けている認知症を優先。包括については総合事業の対象者を中心に回り、それぞれの情報をまとめている。生活支援コーディネーターがそれぞれ別でいるので、行政の生活支援コーディネーターと包括の生活支援コーディネーターと連携して動いている。
- ・個別訪問で浮かび上がったニーズは、介護予防事業の筋力アップ教室、音楽療育教室、通いの場や、他に吹き矢クラブや麻雀クラブなどのサークルがあるので案内している。
- ・生活支援コーディネーターの個別訪問で感じたことは、潜在的にフレイル手前の方が多く、外に出て来られない方がまだまだたくさんいること。介護認定に繋がると

認定率が高くなると感じている。

- ・個別訪問では、居住年数、近隣とのコミュニケーション、家族状況、移動手段、受診医療機関等の聞き取り調査もしている。2～3 回訪問して信頼関係を築くようにしている。介護認定を受けている人も対象なので避難行動要支援に登録していない方はそれを案内すること、個人情報使用に関する同意書も取っている。

○定期的に民生委員児童委員会に参加し、支援が必要な方の相談を受けている。

○毎月、介護相談と家族介護者教室を実施している。

○出前講座は町内 17 公民館のうち 8 か所で行っており、毎月や年数回のところもある。マンネリ化しないようにテーマを決め、講師として薬局、リハビリ職の方等をお願いしている。行政の出前講座は総務で受付け、キャラバンメイトの他、オレンジカフェを 4 か所設置してボランティアで活動して頂いている方々が出前講座を実施している。

＜課題等＞

○アウトリーチによる実態把握及び支援が必要な方を能動的に把握する事ができていない。

③権利擁護業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

○権利擁護に関する相談があった場合は、行政はじめ司法関係者、その他関係機関と連携し、必要な場合は支援者間協議を行っている。

○高齢者虐待の防止及び対応においては、早期発見・早期対応の為に速やかに状況を把握し、虐待の有無や緊急性の判断を行政や県社会福祉士会の虐待対応専門職チーム等の関係機関と連携を図り対応を行っている。

○町の団体長会に毎月出席し、交番所長や郵便局長から積極的に情報収集を行っている。

○権利擁護（高齢者虐待、消費者被害、成年後見制度、8050 問題、終活等について）に関する出前講座を、毎年地区サロン単位、民生委員児童委員会、介護保険事業所で行っている。

○基山町の認知症初期集中支援チームは特殊で、各市町に認知症支援委員が配置されているが使いづらいと思う。本年度の活動事例はない。受診に対し、初期集中チームが関わるケースは少ないのが現状である。いつも関わりがある病院であれば、他の疾患受診時に認知症の検査を促す活動はしている。地域の理解については新しいことはしていないが、キャラバンメイトとして認知症サポーター養成講座を広めているとしている。見守りは、社協で見守りネットワークのキーマンを紹介してくれるシステムがあるので連携している。

＜課題等＞

- 高齢者だけの問題のみならず、知的障害や精神疾患、ひきこもりにより家族関係が悪化している事が顕在化している場合があり、重層的支援体制整備の構築が必要と痛感している。
- 身元保証人が事実上不在の場合の対応。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

- 地域ケア会議を定期的に開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている。今年度は災害事前対策をテーマに、災害時に備えた関係主体間の情報共有を図る為の要援護者の医療・福祉情報リスト作成の検討、安否確認の方法や優先順位の検討を行うようにしている。
- 介護支援専門員等が抱える対応に苦慮する個別ケアマネジメントに対して 3 職種で検討し、地域ケア個別会議を活用した支援を行うようにしている。
- 地域の居宅介護支援事業所と協働し、事例検討会を開催している。
- 基山町のプラチナ社会政策室は、一人暮らしの高齢者の生活の把握、財産管理方法、看取りまで、相談者に解決の道しるべとなる支援をすることとなっている。把握した情報を共有して、高齢者への支援ができるように考えている。包括のアウトリーチの部分を行政が担えていると感じている。

＜「認知介護」への取り組み＞

- ご夫婦ともに認知症の診断がついているケースはまだない。認知症の奥様と認知症に理解がないご主人のケースはあった。対応のポイントとしては、小規模多機能からの相談があり、奥様はご主人がいない間に徘徊、ご主人はパチンコに出かけているような状況であった。地域包括ケア会議を開催し、地域で過ごすための検討を行った。結果としてサービスの追加、行政と包括が間に入ってサービス事業所と地域とのパイプ役を担い、地域で見守っていくこととなっている。今後も増えていくケースであるので、地域ケア会議、チームオレンジという活動を通して小単位地区での支援を行っていく予定である。

＜「8050」への取り組み＞

- 最初から支援に関わったことはないが、精神疾患の息子、無職の相談等の似たような相談はある。町の障害福祉の担当部署と連携しながら対応する。社会福祉協議会による自立支援センターでの就労相談、県の引きこもり支援センター等と連携を取っている。
- ニーズがあれば、すぐに繋げられる環境にある。民生委員から 2 件連絡を受けた。地域の民生委員が一人暮らしの高齢者には訪問していたが、二人暮らし・家族暮らしは民生委員から外れてしまっていたので、生活支援コーディネーターで汲み取ってい

く予定。若い時からの引きこもりに対して、生活支援コーディネーターが、母親と2週に1回程度の面会を行い信頼関係を築くことから取り組んでいる。

＜上記の4業務以外の業務への取り組み＞

○生活体制支援事業と認知症地域支援推進事業は別で受託している。それらの事業の工夫点として、行政の福祉サービス（配食サービス）がある。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

＜恵まれている点＞

- 1町1中学校区（1生活圏域）の為、行政-包括間の意向のズレが生じにくい。
- 区長や民生児童委員といった地域のキーパーソンとの顔の見える関係が築きやすい。
- 行政担当者との連携が取りやすい。気軽に相談ができる。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

○特になし

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

＜運営の概要＞

○平成22年より佐賀県の東部地区、鳥栖地区広域市町村圏組合から社会福祉法人寿楽園が受託し、地域包括ケアセンターの運営をしている。包括の受託業務は包括的支援業務、平成30年から生活支援コーディネーターと認知症支援推進員が配置となった。

＜強み（効果的なこと）＞

○法人内にひと通り介護保険事業があり、不測の事態に柔軟な対応が可能である。

＜課題等＞

- 包括の運営に関して、法人の意向が介在することがゼロではない。ベテランにはいてほしいが人件費が大きく絡むため異動しがちなところが課題。広域から受託しているが、算定基準が構成市町村内の直轄で包括をもっているところが基準となり人件費を抑えているので、基準が上がらない限りは若手が回る仕組みになっている。
- 人事異動はゼロではなく、法人からの意向が強く反映される。法人が地域包括支援センターの運営に重きを置いていないと感じることはある。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICTの活用状況等

＜地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫＞

- 生活支援体制整備事業と連動して、本年度より生活支援コーディネーターが独居高齢者と高齢者世帯へ全戸訪問調査を開始した。
- 福祉課の事業として、昨年度から70、75歳を迎える方全てを対象とした介護予防検

診（基本チェックリスト・ロコモ 25・GDS・HDS-R・身体機能・聴力）を地域の公民館で実施。

- 20 年後に高齢化率がかなり上がる予測で、今後 65 歳以上になる方も把握が必要ということで保健部門の保健師が把握、65 歳以上はプラチナ社会政策室で把握し、連携しながら情報共有することになっている。

<課題等>

- 対象者把握後の具体的な支援の流れの検討が課題。個別訪問後等に支援する側がどこに繋ぎ、どのような流れにするか、まだできていない。具体的にどういう方をどうするか、ということがまだできていないことが課題と考えている。
- 訪問に回った中で課題を挙げているが、今後事例ごとにどのようにするかはマニュアルが必要と思っている。例えば移動支援が欲しい等のニーズは、よその地域の NPO の協力を得なければならないと思っており、課題は山積みとなっている。

<個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫>

- 関係機関で情報共有することへの同意を得る「個人情報使用に係る同意書」の活用。
- 包括の生活支援コーディネーターの訪問に合わせて、個別に個人情報の同意書を取っている。災害時に必要な都度、関係機関と情報連携させてほしいと伝えている。要介護認定の申請者については申請の際に同意を取っており、今後は全ての方にご理解を頂いて同意を取る予定である。行政からの同意書を包括が取っている場合もある。
- 同意を頂いているが自力避難ができない方が 187 名おり、行政が誘導することは困難であると認識しているので、他の機関との連携が必要。まだ詳細は把握していないので、例えば避難のとき迎えにいった際に車いすなのか？など詰めていない。法人が緊急避難の受け入れ体制を取っている。
- 地域と連携した避難行動計画については、今年度に関してはリスト化まではできるとは思っていないので、個人情報の部分を関係者の意見を頂きながら進めていく予定である。要援護の方を誰がどこまでという役割分担の部分までは検討したいと考えている。人件費については課題が見えてくれば対応が必要となるが、役場内で協議しながら予算を要求し、他の部署から人をやりくりするしかないと考えている。

<課題等>

- 居宅介護支援事業所や社会福祉協議会との連携が課題。
- 要避難行動支援については所管部署が別で、これまでは更新だけであったが、4 月からプラチナ社会政策室で引き受けた。高齢者担当部署も住民の顔を知らず把握していないので、要支援者の状況を把握しながら行っている。現状はまだケアマネジャーとの連携が取れていない状況である。

<ICT の活用状況、具体的方法、及び工夫>

- 行政-包括間で共通の介護ソフトウェアを利用し、情報の共有を図っている。
- 包括が元々使っていたシステムで保険者から与えられたものを使っている。役場と情報共有ができることになっている。

<課題等>

- 行政-包括間のみの使用であり、居宅介護支援事業所や社会福祉協議会、保健事業部署との共有が課題。
- 広域の組合、包括はシステムがあるが、保健センター（保健師）には端末がない状況なので十分な連携ができていない。個人情報に壁になっているが、同意書をとることにより情報共有ができれば効率よく情報が行き渡ると考えている。
- 要介護認定が下りて居宅等の場合は、包括が携わらないため情報の一元化ができていない。情報をまとめるものが欲しいと思っている。
- 他の負担もあり、ICT を活用するとより負担が増えるという話もある。

(2) 連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<概要>

- 民生委員児童委員会は、出前講座のときに話はするが委員会以外での関わりは特にない。民生委員協議会は2か月に1回、参加者は民生委員40名程度、包括支援センターからの報告等も行っている。団体長会には毎月出席しており、各町内の公的機関の団体、地域の区長、民生委員会長、交番所長、消防団長、小中高校長等が参加、行政が主催で基山町長・教育長等が取りまとめている。包括も関わりがある権利擁護に関する相談等をしている。
- 地域ケア個別会議は、関係する機関に集ってもらい課題解決する会議である。地域ケア会議は年3回、毎回テーマを設けて団体長に出席してもらい会議を実施。災害事前対策、行政リストの一元化等を話し合っている。事例検討会は地域の居宅介護事業所と共同で実施。

<特に工夫していること>

- 団体長会、民生委員協議会へ定期的に参加している。
- 民生委員が顔の見える関係であることは強み。地域によっては民生委員の温度差がある。地域の役員も複数の業務があり、そこも個人の温度差は感じる。17行政区単位の活動が盛んで各区の事業は進めやすいので、そこは強みかもしれない。
- 行政区ごとの地区担当はいない。ただ機動性はある、包括もいろいろな情報を共有しているので、すぐに対応できる状況にはなっている。

<課題等>

- 協議会等に参加し個別の情報については共有し連携しているが、所管部署がバラバラであり、一元的な情報の取りまとめまでには至っていない。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

- 町が包括的連携協定を結んでいる久留米大学病院からアドバイスをいただきながら、介護予防事業や保健事業等を実施している。分析については久留米大学病院が担ってくれるということで、住民に対しても大学病院が分析を行ってくれるということは大きなPRとなっている。
- 補聴器メーカーと一緒に地域における聴力フレイルへの取り組みを行っている。
- 必要時に行政担当課との連携会議を行っている。
- 専門機関との連携で自立支援ケア会議を開催している。広域レベルと各市町レベルがある。広域レベルでは居宅・包括の事例を検討、各市町レベルは町内の居宅・包括の事業所を対象に、要支援・要介護の検討を専門職が行う。開催頻度は、広域レベル

が2カ月に1回、各市町レベルは3か月に1回となっている。

○広域との連携については、広域は各市町に任せているスタンスであり、やりにくい点等はない。ただ、生活支援体制事業等で広域から意見を頂きたいとき、責任の所在がどこになるのかが課題である。広域とは連絡がすぐ取れる関係性はある。

○広域地区の研修は基礎研修事業が毎月あり、参加している。包括の3職種ごとに職種会を毎月又は2か月に1回実施。包括の定期会議については、管理者会議、委託業者からの説明会、介護保険事業計画策定会議等が例年ある。コロナ禍の支援は特になかったが、包括職員が全員出勤できない場合は広域が業務を担うと言われていた。広域内での職種会を通じて、生活支援体制整備の定例会等で顔を合わせている。

＜課題等＞

○保健センターとの連携機会が少ない。

○行政担当は福祉高齢化担当とは連携しているが、保健指導の担当とは情報共有はできていない。保健センターから疾患の情報等はもらっていない。保健師からの保健指導のフィードバックはないので課題ととらえている。

③これから連携を取りたいと考えている組織、及びその理由

○重層的支援体制整備の必要性を感じている為、医療機関や障害福祉相談機関、保健センターや保健福祉事務所等との連携及び、行政内他部署（例えば、教育委員会や子ども支援課等）との連携も必要と考える。

④連携を取りたくても地域内にそのような組織がない場合はその状況

○町内に看取りまで行う在宅医がいない。

○町内には在宅医療連携はない。広域地区内の隣の市には専門のアドバイザーがいるが、活用はできていない。在宅医療の場合は隣町からサービスを受けるが、コーディネートは包括で行う。在宅医を探すのもケアマネジャーレベルで探すのが現状である。

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

- 委託包括であるため、法人内の人事異動にて賄っている。
- 人材育成は、マニュアルをベースに町の社会資源、しくみ等についてはセンター内で研修するようにしているが、なるべく外部研修に行く機会を増やして勉強している状況。包括では処理しきれないような内容もあるので、どこまで包括でできるかを考えるようにしている。広域内での3職種会等、広域で学んでいる部分がある。

<課題等>

- 職員の包括での業務経験が皆短い。
- 業界内での経験ができ、色々な分野で活躍できる法人のメリットはある。包括は経験がものをいうこともあるので、他の包括と比較しても経験年数が短いのは課題として捉えている。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

- 介護予防に向けた取り組み。
- 高齢者の孤立化防止。
- 認知症及びMCIの方の早期発見と対応。
- 生活課題を抱える高齢者の把握と対応。
- 近年の災害時における、要援護高齢者の把握と支援体制の整備。

(5) その他

<包括から行政に求めることや要望等>

- 人事異動が多く、4年で3人の異動があったので、もう少し長くしてほしい。生活支援コーディネーターの立場としては、老人福祉計画とうまく付き合いながら業務を行っていきたいと考えているが、町としての方向性が必ずしも明確ではない。こどもや定住促進等はあるが、福祉の分野で明確な町のあり方というものを考えてほしい。

<行政から包括に求めることや要望等>

- 役所の立場としては、経験を積めるように人事ローテーションを考えてほしい。福祉の町の方針としてではなく、取り組んでいくものを肉付けしながらビジョンを出す必要性は感じている。包括とは休みの日でも昼夜問わず、連携や情報共有ができていく点は上手くいっている。役所の中では、仕事が増えてしまうのでなかなか対応がスムーズにいけない点が課題である。

3. 「地区担当制の導入」による地域の課題解決及び

人材育成

～長崎県佐々町 地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

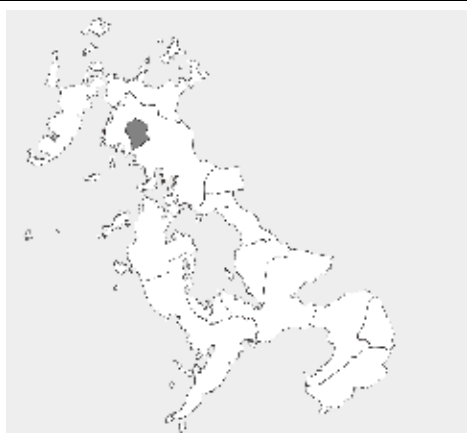
1. 「地区担当制の導入⇒年1回の担当地区情報交換会⇒住民との信頼関係構築⇒対象者及び地域の情報把握及び共有⇒政策に反映」といった、小規模自治体及び地方ならではの取り組みが実践されている。若手職員にも地域づくりへの自覚が芽生え、次世代を担う人材育成の面でも効果が上っており、佐々町の地域に係る「マインド」が伝承される仕組みが出来ている。
2. 地域ケア会議を、保険者と介護関係者がチームとなり、自立支援と地域包括ケアへの方向性を見出し確認し合う場と位置付けている。この取り組みにより、ケアマネジャーには自立支援の考え方が構築されている。
3. 複合的な課題のある世帯に対する包括的支援、第8期介護保険事業計画に掲げられた佐々町の地域共生社会に向けた地域まるごとケア等において、町と一体化した重層的支援体制整備事業への展開をめざしている。平成の大合併を経験しなかったこともあり、多世代包括支援に対する取り組みや、社協及び健康センター等との関係性が維持されており、今後の重層的支援体制の推進が期待できる。
4. 窓口での介護認定新規申請を見直し、事前点検を徹底した。生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスが即必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極めている。
5. デスカンファレンスやひきこもり支援といった新たな課題に対して、多機関と連携して積極的に取り組んでおり、佐々町における支援のあり方を検討している。

【取り組みの背景等】

地区担当制導入の経緯は、自治会ごとの情報交換会に出かけるようになると、地域からたくさんの情報が入るようになった。その対応をタイムリーにできるように地区ごとに担当者を決め、地域のなんでも相談窓口として設定した。

地区担当として生活支援コーディネーター的な役割で活動しているため、職員の地域づくりへの自覚が芽生え、各職員が個の支援から地域づくりを考えるようになった。

■ 佐々町の状況

総人口	14,028 人	
世帯数	5,970 世帯	
65～74 歳人口	2,068 人	
75 歳以上人口	1,790 人	
高齢化率	27.5%	
要支援者数	77 人	
要介護者数	458 人	
認定率	13.6% (県平均 20.5%)	

※令和 2 年 4 月 1 日現在、認定率は平成 30 年 3 月 31 日現在

■ 佐々町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（1箇所） 有床診療所（1箇所） 無床診療所（10箇所） 歯科診療所（8箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（1箇所） 訪問入浴介護（1箇所） 訪問看護ステーション（1箇所） 通所介護（2箇所） 通所リハ（1箇所） 特定施設入居者生活介護（0箇所） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（1箇所） 小規模多機能型居宅介護（1箇所） 看護小規模多機能型居宅介護（0箇所） 介護医療院（0箇所） 介護老人保健施設（1箇所） 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（1箇所） 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（2箇所） 居宅介護支援（4箇所）

※令和 2 年 4 月 1 日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	自治体直営	委託先（委託の場合）	—
職員配置状況	保健師	3 人	社会福祉士 0 人
	主任介護支援専門員	5 人	看護師 0 人
	介護支援専門員	1 人	その他の職員 0 人

※令和 2 年 4 月 1 日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する長崎県の主な支援策

【介護予防・生活支援】

- 介護予防コーディネーターの人材育成、現地支援
- 高齢者の自立支援・介護予防のための「地域ケア会議」の機能が発揮できるよう、研修会等の開催やアドバイザー派遣等を実施
- 県リハビリテーション支援センター及び地域リハビリテーション広域支援センターによる各圏域での各種研修会の開催や、市町事業（介護予防、地域ケア会議等）へのリハビリテーション専門職等の参画を促進

【持続可能な介護・医療サービスの提供】

- 在宅医療の充実①：高齢者等が病院から在宅に移行する際、医療機関と地域包括支援センター、ケアマネジャー等の地域関係者との切れ目のない情報共有を図るため、既に先行して導入されている退院支援の仕組みについての情報提供を行うなど在宅医療圏域や二次医療圏域等の地域の実情に応じた退院支援の仕組みを推進
- 在宅医療の充実②：自宅での生活の質を維持する口腔、栄養及びリハビリテーション等の継続的な提供を図るため、地域ケア会議やサービス担当者会議を通じたリハビリテーション職等の専門職と地域包括支援センターの連携など、介護予防・自立支援及び重度化防止のための体制整備に向けた市町の取組を支援

【住まいをはじめとした居住環境の整備】

- 高齢者に関する身近な総合相談窓口である市町や地域包括支援センターの相談機能を強化するため、認知症や権利擁護などに関する職員研修等を実施
- 認知症に関して、誰もが気軽に相談ができ、認知症の症状や段階に応じて、適切な支援につなげるためのワンストップ窓口を設置し、相談体制の充実と関係機関との連携を強化

【地域包括ケアシステムを深化・推進するための体制の整備】

- 地域ケア会議の充実：データに基づく地域課題の分析等の技術的な支援を実施、専門的視点を有する多職種・多機関との協働により地域ケア会議を実施していくことを推進、他地域での課題解決のモデルになる取組の情報共有、地域ケア個別会議への専門職の派遣体制整備
- 地域共生社会の実現に向けて、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の三職種以外の専門職や事務職の配置を含め必要な体制を検討し、また地域の実情に応じた相談支援を強化されるよう助言

※出典：「長崎県老人福祉計画 長崎県介護保険事業支援計画（令和3年度～令和5年度）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

<概要>

- 介護予防ケアマネジメント及び総合相談支援については、介護事業所や医療関連事業者等との地域支援連絡会を介護保険制度の創設時から実施しており、課題を把握して活動する流れとなっている。
- 地域ケア会議で個別ケースの解決を図っている。地域ネットワーク情報交換会は開始から9年目で、センター及び社協の職員、福祉協力員等で構成されている。個別ケースや災害時対策、要支援者名簿の明確化等も行っている。地域に出向くことで住民との関係性や報告が来るようになってきている。
- 職員体制は10人で他に介護認定調査員が2人、この中の8人で地区担当を担っている。地域力も高まり、事態が大きくなならない段階で相談が来るようになってきている。

①介護予防ケアマネジメント業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 認定者でサービス利用のない方への訪問活動
 - ・認定者の中の2割はサービス利用がなく、お守り代わりでの認定であった。サービスを利用していない方＝サインを出している方には、地域包括支援センターが向き合わなくてはならない様々な問題があった。介護認定者と一般高齢者との間に隠れていたこの方々にしっかり関わっていくことが介護予防や適切な支援へとつながる。不安から介護申請に至るケースには、定期訪問による介護予防を兼ねた見守り支援が重要。

②総合相談支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 介護認定新規申請事前点検の徹底（介護保険制度、地域支援事業の説明）
 - ・窓口での申請のあり方を変え、生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスが即必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極める。後者であれば、地域包括支援センターにつなぎ、訪問、介護予防事業へと展開する。（介護通所サービス希望であっても、軽度の方には介護予防教室の体験を優先的に薦める等）

③権利擁護業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 社協と連携して役割分担をしながら実施しており、主に社協の社会福祉士が解決を図っている。同じフロアにあるため、相互にカバーしている状況である。

＜課題等＞

○3 職種の配置が必要だが、社会福祉士がいないまま現在に至っている。開設時は配置できていたが、65歳の定年後は確保できないままである。2～3年前に任用職員で採用したが、退職してしまった。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

○地域ケア会議（H22～）における自立支援型ケアマネジメント支援、生活行為評価の導入

- ・ 目的は住民との信頼関係の構築である。地区についてまとめたものを展開し進めていく。1年のうちに地域で解決しているものもある。記録や整理は大事であり、そこまで手間はかからない。ケア会議前後の振り返りが重要で、一緒に確認しながら取り組んでいる。また、ケアマネジャーと同じ立場で参加することが重要で、「やらされ感」がなくなったのが進歩である。
- ・ 要望解決型プランでは意味がない。地域ケア会議は、保険者と介護関係者がチームとなり、自立支援と地域包括ケアへの方向性を見出し確認し合う場。その後の本人、家族への合意形成能力も重要。この取り組みにより、ケアマネジャーの中に自立支援の考え方が構築されてきた。
- ・ 「生活行為復活」に向けての意欲目標の設定（「何をしてほしいですか」→「何ができるようになりたいですか」）
- ・ 「期間的自立支援」か「永続的自立支援」の判断
- ・ 「切れ目ない支援」を目指す地域包括ケアの実現

＜「認認介護」、「8050」等への取り組み＞

○地区担当制により、自然と把握できるようになっている。健康センターに繋ぐことも検討するが、どの組織にも属さないような事項であるため、センターでの対応を試みている。ケアマネジャーや社協も入り、多機関連携ケア会議で共有している。ケア会議では進捗の確認をしている。

○地区担当が毎月1～2ケースを持ち込んでいる状況である。

○3世代にわたることもあり、早急に対応すべきケースもある。まず一番困っていることを解決して、信頼関係を構築するようにしている。

○ひきこもり支援

- ・ 健康センター、社協、地域包括支援センターで、ひきこもりと思われるケースや気になるケースについて名簿を整理し、保健所にも参加してもらい、緊急性の判断や多機関連携ケア会議にあげるケースの選定等、ケースを通じながら佐々町のひきこもり支援のあり方を検討している。
- ・ アクションを起こしたら放置せず、家族と伴走しながら取り組んでいる。ケースバイケースで虐待につながることもあり、専門職を通して対応を検討している。

○介入できない場合、健康診断からアクションを起こすこともある。

○みんなで情報共有して上手くいったケースはある。解決に向けて、誰がきっかけになるかわからない。

- ・【課題と今後】①一担当・部署では困難、最後まで連携が必要。②関係機関・事業や地域等、広くひきこもり支援について理解をし、正しい接し方をしていくこと。（普及啓発）③相談したいタイミングがきた時に、相談しやすい場所があること。（明確化）④つながって連携して専門職や地域の力を発揮。⑤家族へやさしいお節介／無関心NO。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由 ＜恵まれている点及びその理由＞

○計画作成がうまくいけば、軌道に乗りやすい。←計画作成にあたって重要な住民の声を聴きやすい。地域は生き物であり、地域の人がベースとなって行政の計画等は作るべきである。

○小規模であるため、取り組み方針が進み出すと、住民活動に浸透しやすい＝住民にとって成果が見えやすく、地域力が高まる。ボランティアが立ち上がったときには「やらされ感」があったが、いつしか自分たちで取り組むようになっており、地域の成長を感じた。

○小規模や地方だからこそ地域から学べることで、住民同士の関係性が濃く住民が教科書、先生であると感じた。地域包括ケアで目指すのは、柔軟な地域である。これからの高齢社会、色々なことが起きると思うが、みんなで対応できる柔軟な土壌づくりが重要である。そこは中央ではできにくいかもしれない。

○小さな有志から始まり、ボトムアップで成り立っている。住民が自治体の主役、というマインドがあるのも強み。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由 ＜不便な点及びその理由＞

○佐世保市と合併した他の自治体では、保健師が中央に集められたため、特に若い保健師は担当業務のことしかやらなくなる等、小規模の良さが吸収合併で崩れてしまった。保健師が中央から異動すると「都落ち感」があるが、それを逆転させることが必要。また、生活支援コーディネーターが行政の力を期待しないということも聞く。

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題 ＜強み（効果的なこと）＞

○直営のため、高齢福祉や地域共生との連動等、町の政策を展開しやすい。

○また、委託には委託の良さがあり、地域に根差した事業所として地域愛があるところは同じような取り組みができるが、自治体のトップダウンがそれを邪魔している場合がある。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICT の活用状況等
＜地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫＞

○地区担当制の導入（H25～）

- ・8名で担当している。生活支援コーディネーター的な役割として活動している。地区担当と業務担当がいるが、正規職員は地区担当と業務担当の両方を担っている。地区担当としてアピールし、連絡が来る体制を整えている。
- ・地区の温度差はあったが、その要因は情報を共有できていないことだと思う。正規職員3人、あとは嘱託職員が話を聞いて持ち帰り、全員で解決する形をとっている。スタッフカンファレンスを定期的に行っている。
- ・導入の経緯は、正規職員がいると正規職員に相談がいつてしまい、正規職員と非正規職員のバランスが悪く、それを解決するためでもあった。
- ・導入初期の段階で問題解決に大きな効果があった。職員の地域づくりへの自覚が芽生え、各職員が個の支援から地域づくりを考えるようになった。また、地域づくりに関与し地域力を体感することで、地域住民への尊敬の念がより一層深まった。
- ・主任ケアマネがベテランで、定年退職後の危機感はある。正規職員が住民と関わることが重要で、若い保健師もしかり。そこにサポート体制として嘱託職員がいるべきである。地区担当制を嘱託職員で対応するのはベストではないと感じる。
- ・都市部にこそ、地区担当制が大事である。

○地域ネットワーク情報交換会

- ・全町内会（30地区）年1回サイクルで出向く。個の状況および、地区の介護予防の推進、生活支援、強み、課題の整理を行い、地域の課題解決を図る。

＜個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫＞

○個人情報に関するガイドラインのようなものはない。情報提供について同意が得られた場合には要援護者支援システムに入れている。

○地区診断も包括の仕事であると思う。地域の変化が見える化することが重要。必ず年に1回は行かないとわからない。システムでも更新している。他の業務に差し支えるようなことはなく、そこをしないと先に進めないような形となっている。

＜ICT の活用状況、及び工夫＞

○住基とつながった地域福祉システムを本庁とつなげている。

(2) 連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

○地域の課題把握や解決のため、個別ケア会議(年 12 回)、多機能連携ケア会議(年 12 回)、地域ネットワーク情報交換会(32 か所)等を開催している。

○ベテラン民生委員の引退等で地域力が低迷することがある。伝承される仕組みづくりが重要であり、もっと地域に注目しないといけない。地域ケア会議や介護事業所等との繋がりを絶やしてはいけない。

○地域ネットワーク情報交換会 (H23～)

- ・町内会長会、民生児童委員協議会、老人クラブ連合会、福祉協力委員等と連携を図り、地域支援に関する情報交換会を定例(各地区年 1 回)で行い、介護予防の取り組み、支えあい、強みなどを話し合い、日頃の支援体制の強化を図っている。個の支援から地域づくりのきっかけの場となっている。
- ・地域力を次世代に伝えていくため、夏休みに子どもたちも参加する「地域まるごと会」に変えていきたい。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

○佐々町地域支援連絡会 (H16～)

- ・【目的】佐々町内外の医療・介護関係者間の情報交換および各個人の専門職としての資質向上を図り、地域の人々を支え、地域づくりの推進に努める。
- ・【主要メンバー】佐々町内外の医療機関、介護保険関連施設、地域ケア会議アドバイザー、地域包括支援センター、行政関係(居宅事業所間でスタート、H21 年 10 月よりメンバー枠拡大)
- ・【開催頻度】障害者事業が入り要望があったため、2 か月に 1 回となった。
- ・地域全体の動きを共有し、課題解決につなげている。事例報告による成功体験の共有化や個々の地域包括ケアを通して、佐々町の社会資源の発見・開発、顔の見える関係づくりをめざしている。
- ・ケアマネジャー同士が繋がりスタートした。センターの地区担当がいると予防から介護までスムーズにつながるため、ケアマネジャーの持つ情報の上でも強みになる。
- ・調剤薬局や病院との連携では、情報を貰いに行くスタンスが重要。薬剤師からも参加したいと言われているが、きっかけは認知症の連携パスであった。病院とも情報のフィードバックが重要だと思う。介護と医療の間で抜けている情報や取り組みを伝えることが重要である。
- ・事業所と連携を取り、フォーマルサービス、インフォーマルサービスを利用しても

らう。アンケートでは、事業者は業務の一環として参加していた。

○広域リハ勉強会

- ・広域リハを周辺の近隣市町村にも広げる勉強会等があり、2 か月に 1 回くらいは開催している。

○運営協議会

- ・運営協議会は年 1 回の開催、1 年間の新たな取り組み等について報告している。

○デスカンファレンス（看取り後の振り返り）

- ・多機関協働にて関わっていた世帯で、在宅看取り後に関係機関が集まり、看取りについての振り返りを行った。
- ・互いの役割を再認識し、早期からの連携の必要性を改めて実感。それと同時に、制度の狭間にいる人をどのようにして支援するか等、新たな課題が見えてきた。

○中枢都市連携協定

- ・中枢都市連携協定があり、一緒に企画をしている。地域支援連絡会は開催しているが、大きな研修会はできていない。佐世保市の市民啓発講座や研修を活用している。

③これから連携を取りたいと考えている組織、及びその理由

○高齢者の就労支援について、農業、商工等との連携。

- ・70 代が元気で、健康づくりとしての活動と就労があれば良い。介護助手等として活動してもらうことを考えている。求められているところを補い合いながらやることが重要。

○次世代育成として、学校関係との連携。

- ・学校教育の場で学べないことを地域で行うことはとても良いことであり、そういった体験を認知症サポーターとして活動し実感した。P T Aの企画委員に提案したことで実現し、中学校の認知症サポーターが 400 人誕生した。先生にはオンラインの接続で手伝ってもらった。

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

○地区担当制の導入

- ・地域は縦割りでないことへの対応を大切にしている。職員が地域に育てられていると感じる。人材は少ないので同じ職員となっており、何年かに1回は担当地区をずらしている。若い職員は地区にすんなり入っていき、自信を持って帰ってくる感じである。困ったときには他の職員もおり、受け止めは正規職員が行うケースが多い。
- ・地域に出るほど情報の整理等の労力が発生するが、その対策として要援護者支援システムを入れている。そこまで負担もなく入力できている。

○一般的に小規模自治体では成長できないと誤解している点があると思うが、地域から多くのことを学ぶことができる。

○国の事業（モデル事業）を利用し、手を挙げてチャレンジしている。結果を出せば人を減らす必要はない。事業者と住民のことをそれぞれ考えて活動している。

○嘱託職員（保健師）が若手の保健師を補填している状況であり、人材育成につながっていると思う。

<課題等>

○社会福祉士の雇用。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

<特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み>

○地域力を活かした事業展開

○多機関の協働による包括的支援体制構築事業

- ・高齢、障がい、子育て、生活困窮等の複合的な課題のある世帯に対する包括的支援において、相談支援包括化推進員の配置等によりマネジメント・コーディネート役割をめざす。

○町との一体化事業

- ・地区担当制により把握された地域の情報と医療・介護データを紐付けることにより、効率的な介護予防・重症化予防・健康づくりに活かす。とりまとめ役を包括が担いながら、重層的支援事業につなげていく。予算は確保しているが、包括支援事業費でありながら他の事業も行っているため、重層的支援事業の予算を当てている。
- ・佐々町総合福祉センター（多世代包括支援）を拠点として、佐々町の地域共生社会に向けた地域まるごとケアをめざす（第8期介護保険事業計画）。

4. 介護予防の取り組み

～100 歳まで参加できる「地区サロン」づくり

～熊本県玉東町 地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

1. 地域ケア会議に 5 つの機能（個別課題解決機能、ネットワーク発見機能、地域課題発見機能、地域づくり資源開発機能、政策形成機能）がある。評価表を作成している。地域ケア個別会議についても自立支援型や困難事例型で開催する等、地域ケア会議が充実している。
2. 地区サロンへの参加による介護予防に対する取り組みを徹底的に行っている。体操 DVD の配付、介護予防サポーターの育成、リクリエーション道具や脳トレ教材の貸し出し等の支援を行い、介護認定率や介護給付費の抑制につながっている。
3. 一人暮らし高齢者の実態把握調査（対象は 250 世帯、2 年に 1 回）を避難行動要支援者訪問調査と合同で実施しており、この訪問調査により住民のニーズを的確に把握している。
4. 生活習慣病重症化とフレイル予防の視点から、高齢者の介護予防と保健事業の一体化事業を実施しており、介護予防評価事業として実施している体力測定についても一体化事業と同時に行っている。

【取り組みの背景等】

伸び続ける介護給付費を抑制するために、平成 25 年度から効果的な介護予防を検討し、平成 26 年度から 100 歳まで参加できる「地区サロン」を目指し住民主体のサロン活動を実施している。

当初から、活動内容を定着・充実させるための環境整備と介護予防サポーター等を養成による自主性の強化を行っている。現在は、生活支援コーディネーターが地区サロン活動を活用しながら地域課題を改善していくための取り組みを行っている。地域の区長や民生委員等とも連携し、年 3 回の地区サロン等代表者会議において、目的等を共有し徹底した介護予防を行っている。

■ 玉東町の状況

総人口	5,191 人	
世帯数	2,026 世帯	
65～74 歳人口	870 人	
75 歳以上人口	1,036 人	
高齢化率	36.7%	
要支援者数	85 人	
要介護者数	262 人	
認定率	17.9% (県平均 19.8%)	

※令和 4 年 2 月末現在、要支援者数・要介護者数・認定率は令和元年現在

■ 玉東町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院 (0箇所) 有床診療所 (0箇所)
	無床診療所 (1箇所) 歯科診療所 (2箇所)
介護サービス事業所	訪問介護 (2箇所) 訪問入浴介護 (0箇所)
	訪問看護ステーション (1箇所) 通所介護 (3箇所)
	通所リハ (0箇所) 特定施設入居者生活介護 (0箇所)
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (0箇所)
	小規模多機能型居宅介護 (0箇所)
	看護小規模多機能型居宅介護 (0箇所)
	介護医療院 (0箇所) 介護老人保健施設 (0箇所)
	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) (1箇所)
	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) (1箇所)
	居宅介護支援 (4箇所)

※令和 4 年 3 年 1 日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	自治体直営	委託先 (委託の場合)	—
職員配置状況	保健師	2 人	生活支援コーディネーター 2 人
	看護師	1 人	歯科衛生士 1 人
	社会福祉士	1 人	介護支援専門員 2 人

※令和 2 年 10 月現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する熊本県の主な支援策

【熊本型自立支援ケアマネジメントの推進】

○地域包括支援センターの機能強化：地域包括支援センターの職員等を対象とした研修会の開催等を通じてケアマネジメント力を向上、管理者を対象とした研修会等で地域包括支援センターの事業評価の活用等について周知・技術支援を行い地域包括支援センターの機能を強化、地域包括支援センターが行う介護予防活動や地域ケア会議等への専門職人材の派遣体制を強化

○地域ケア会議の充実・機能強化：自立支援型ケアマネジメントの実施・地域課題の解決につながる地域資源の開発・市町村の政策形成に関する提案を行う地域ケア会議の開催促進、熊本県地域リハビリテーション支援センター・地域リハビリテーション広域支援センター・リハビリテーション専門職団体と連携して専門職人材の育成に取り組むとともに、地域ケア会議アドバイザーとしての専門職人材の派遣体制を構築

○自立支援のためのケアマネジメントへの支援：地域包括支援センター職員等を対象とした介護予防ケアマネジメント研修等を開催、県内のリハビリテーション専門職団体と連携し、研修等を通じ自立支援を推進できる専門職人材を育成

【介護予防の推進と生活支援体制の整備】

○介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援サービスの充実：市町村や地域包括支援センターを対象とした研修会等を通じて、多様な生活支援サービスの充実に向けた取組みの促進、及び地域の多様な主体との連携体制の構築等に向けた市町村支援を充実

【認知症施策の推進】

○発症予防・早期発見対策の推進：認知症の早期発見のため、介護サービス事業所等の職員、歯科医師や薬剤師、運転免許センター運転適性相談窓口等から提供される認知症の疑い等に関する情報を市町村、地域包括支援センターにつなぐなど、関係機関の連携を強化

【高齢者の権利擁護・虐待防止の推進】

○市町村・地域包括支援センターの職員の対応力向上等：市町村及び地域包括支援センターの職員を対象とした実践的な研修の実施による市町村の高齢者虐待への対応力向上、養護者による虐待につながる可能性のある困難事例等への対応に際して専門職を派遣するなど市町村のバックアップ体制を構築、高齢者虐待に関する相談窓口について積極的に周知

【在宅医療と介護の連携推進】

○市町村が中心となり、郡市医師会・歯科医師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、薬局等と連携し、地域課題や住民のニーズの把握を通じた在宅医療と介護サービスの充実や、医療・介護の専門職等の多職種連携のための人材育成等を促進

※出典：「第8期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

<概要>

- 人口は 5,213 人、面積 24,330 k m²、65 歳以上 1,909 人、85 歳以上が女性 6 人に一人、男性でも 10 人に一人となっている。地区サロンの効果で、第 6 期の介護保険料 6,560 円を第 8 期には 5,900 円と大きく下げることができた。地区サロンには 65 歳以上の約 17%程度、約 320 人が参加している。
- 地区サロンは有償ボランティアで開始し、30 名近くが自主的なサロンを行っている。平成 25 年から検討し平成 26 年から実施。最初は生活支援コーディネーターが運営をサポートしていた。平成 26 年は DVD を配布し地区サロンを支援、代表者会議を年 3 回実施し地区の区長や民生委員にも参加頂く等、介護予防を徹底的に行っている。
- コロナの影響で通所、サロンを自粛している人が多い。訪問し、聞き取り調査を行った。地域リハで専門職が入り通所 A に戻したケースもあった。県が指定する広域リハ、地域密着型リハもあり、全県で取り組みが進んでいる。町内の通所サービスにリハ職がいるので、地域リハを実施している。
- 平成 29 年度から総合事業を開始し、様々なメニューがある。介護予防では要支援認定、総合支援対象者が利用可能で、訪問介護、訪問型 AC、通所 A は社協に委託。一般介護予防は地区サロン、スポリク塾。有償ボランティアが動かしている拠点型のサロンを去年から開催している。

①介護予防ケアマネジメント業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 高齢者の自立した生活へ向かうための自立支援型地域ケア会議を定期的実施。（生活行為確認表を活用しながら、本人の生活の中の困りを細かくアセスメントし、支援につなげていく）
- 自立支援型地域ケア会議は月 1 回、参加者は包括スタッフ全員とケアマネのほとんどで、内容はケースの検討 90 分。生活行為確認票を中心に事例を検討しており、自立支援型にプランが変わってきている。生活の状況が見えづらいという課題があり、生活行為確認表を導入した。理学療法士の協会で作成されたものを使用している。生活行為確認表を基に、ケア会議で理学療法士に助言を頂いている。その他、歯科衛生士、栄養士が入って地域ケア会議を進めている。
- 生活行為確認表の導入経緯については、平成 29 年から総合事業を開始、町内の通所介護事業所、通所 A 等で限られた資源の中で事業をしなければならない中で、個人の情報を捉えて専門職と取り組むことが必要となった。活用にあたっては、事業所の役割の明確化にもつながり、ボランティアの活用等にもつながっている。包括からの提案で導入に至った。
- 社会資源が不足しており、大きな事業所が少ないのでサービスの確保が難しい。無料の福祉バスを動かしているが、デマンド型の移動手段が欲しいと言われている。自立

支援型のケア会議で困っているところを政策につなげた経緯がある。地域づくり研修を住民と行い、住民が 10 年後どのような生活をしたいか聞き取りを行った中で、安否確認、移動、食事の宅配の 3 つが最も多かった。この対応には地域住民だけでは難しく、民間企業の力が必要ということになり、今 35 団体が入っている。コンビニ、弁当の宅配事業者（行政からの委託で宅配のみを行うサービス）、ガス業者等も参画している。ゴミ出しについても、困難な方は家の玄関にボックスを置き行政が回収する等の取り組みをしている。

○日ごろからの地域のつながりにより、地域や関係機関からの情報共有ができていること。

<課題等>

- 体制の確保：ケアマネ不足により、一人のケアマネの業務負担が増えている状況。
- 委託先の居宅のケアマネ不足：ケース移しの業務負担（介護から支援の方のケースの受け渡しが、行き来している状況等）
- 社会資源の不足：個人の課題が多様化しており、次のサービスにつなげられない。生活を確認する支援もするが、ごみ出し等も人手不足の課題がある。（社会資源の不足により、担当のケアマネが生活支援を補っている状況）

②総合相談支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 相談（本人・家族・地域・関係機関等）に対して、困難事例型地域ケア会議（月 2 回開催）、民生委員協議会定例会（月 1 回）の参加、アウトリーチによる相談対応。
- 困難事例型地域ケア会議については、定例が月 1 回で、10 ケースを検討している。ケース検討をしっかりとやるため、月に 2 回実施している。社会福祉協議会の権利擁護担当、福祉課の障害者担当、ケースによっては総務課等を巻き込んで実施している。ケースの多さよりは予防的な動きをするためのものとなっている。ケースによっては訪問看護の担当者に入ってもらうこともある。
- 一人暮らし高齢者の実態把握調査（2 年に 1 回）：避難行動要支援者訪問調査と合同開催。熊本地震等の大きな災害があったことで、避難行動の対応を包括も一緒に検討している。役場の中でも、包括と町民福祉課、総務課で訪問調査の結果を共有している。避難行動を取るにあたっては、消防団の参画等もある。業務量は増えているが、避難行動を一緒にやることで他の課や地域も絡めないとやっていけないという意識が醸成されてきた。
- 自立支援型が難しいケースについてケアマネから相談があり、包括の専門職で検討し退院後の調整に入ったことがある。お風呂が困難な場合が多く、通所介護に行きがちだが、病院の連携室と同行等もしている。今後どのようなリハが必要かを検討し、地域リハにつなげている。通所介護でもゴール設定をして、1 か月ごとに検討した。通所介護事業所にも、自宅できるようにする協力を得ている。自宅の中でリハビリ

ができるようにリハ職がプランを組み、半年後に通所 A に戻したケースがあった。

＜課題等＞

- 多くの問題を抱えたケースについて、包括的・多面的な支援をするにあたり、実態把握後のネットワーク構築や、適切なサービスへの調整含め、人材の確保や適切な人材の育成や体制。
- 重層的な相談体制の整備：相談ケースから抱えた多問題の課題に対し、一元的に対応できる体制づくり（高齢者、障害。子供、生活困窮等）

③権利擁護業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

- 総合相談等で情報を得て、その後早期かつスムーズに対応ができるように、密に情報共有している状況。

＜課題等＞

- 権利擁護についての周知：例えば SOS ネットワーク事業の申請時に、権利擁護の情報提供を行い早い段階から制度理解を促す等、利用促進及び連携体制によるサポートが必要である。
- 今後、中核センターの設立にあたり、相談への対応が組織的に可能になると考えられる。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

- 情報共有：ケア会議やケアマネ連絡会等を通して、社会資源や支援の進め方、ケースの相談等、情報共有を密にしている。
- 自立支援の考え方：自立支援型地域ケア会議を通して、関連機関の居宅ケアマネ含め、自立支援のケアマネジメントにつなげている。
- 町内のケアマネや支援者の特徴を把握しながら、ケースの移行の実施ができている。

＜課題等＞

- 人材不足：核となる主任ケアマネがいないため、ケアマネ指導が困難な状況にある。
- ケアマネの自立支援や、困難事例への対応力等の力量形成。

＜「認認介護」、「8050」への取り組み＞

- 認認介護、8050 問題は困難事例として包括に相談が来るが、訪問等で把握はできていると思う。生活困窮の問題については、包括で介入しリスクを把握して関係機関と調整、アプローチしている。長く繋がりながら支援しているような状況で、生保担当、社協、行政内の他部署と連携して取り組んでいる。引きこもり、生活困窮等、様々な

関係機関から情報は入ってくる。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

<恵まれている点及びその理由>

- 地域住民との距離が近く相談や情報などが入りやすい。
- 包括職員ひとりあたりの高齢者人数が約 220 名程度であり、一人ひとりに丁寧に関わることができる。
- 包括職員が、ケースを皆で共有できている。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

<不便な点及びその理由>

- 特になし

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

<強み（効果的なこと）>

- 介護保険行政と地域包括支援センター間での目標（ビジョン）や取組・課題の共有ができる。
- 地域支援事業と地域包括支援センター業務を連動させながら効率的な事業ができる。
- 令和 2 年度からは高齢者の介護予防と保健事業の一体的事業についても連動させ、効率的・効果的な事業展開ができる。
- 高齢者や地域の課題となっていることを施策化・事業化につなげることができる。
- 消費生活相談や生活困窮支援などの行政内の相談ネットワークの活用がスムーズにできる。
- 25 地区のサロンがあり、それぞれ課題が違う。必要な地区サロンに移動支援を使っており、地域に生活支援整備事業の中から補助金を出し、地域課題の解決に向けて活用の仕方を地区ごとに変えている。組み立てにあたっても、包括が必要なサービスの検討やマッチング等のサポートをしている。

<課題等>

- 包括と行政の役割や業務内容の明確化⇒業務量に基づく人材要求
- 包括の本来の業務は 4 業務で、介護予防支援業務は包括が担うべきと思っている。ケアマネはケアプランを作成するだけでなく、地域の相談業務、社会資源を動かすために業務をしている。他の専門職もそうだが、委託であれば割り切れる部分はあるかもしれないが、直営だと業務をどのように外に出していいかわからない。
- 住民サービスとしてどこまでが業務かがわからなくなり、基準作りが難しいと感じている。県を超えて情報交換等をしていくべきだと考えている。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICT の活用状況等

<地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫>

- 対象が 250 世帯あり、2 年に 1 回、うち 120 世帯は 1 年に 1 回、主に包括の社会福祉士が毎月 10 世帯を割り振りながら担当者が訪問している。鍵の置き場所等も確認している。
- お達者健康相談会（体力測定等）：高齢者の心身状況により階層化し支援。
- 高齢者の介護予防と保健事業の一体化事業からの把握：生活習慣病重症化とフレイル予防の視点。

<個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫>

- 個人情報保護条例に基づき取り扱いをしている。
- 同意書を取るようしており、民生委員等にも共有するという承諾を得る。まだそこまでの対象ではないと断られるケースもある。断られたケースは民生委員からアプローチする等、見守り体制は行うようにしている。近所の孤独死等の事例や災害による住民の意識の変化が影響している。

<課題等>

- ICT を活用した個人情報を含む医療・介護のケア状況を共有するためのルール化。

<ICT の活用状況の現状、及び工夫>

- オンラインを活用したサービス担当者会議・研修・事業打ち合わせ等、関係機関との情報共有ツール
- 後期高齢者の広域連合が主体となって KDB というシステムを導入しており、フレイルという視点では取り組んできたが、生活習慣病の重症化も対応しないと難しいと感じていた。検討会で、検診、医療、介護について、紙媒体により共有している。
- 体力測定は単発で行っていたが、今年度は体力測定を一体化事業と一緒にした。開催頻度は月 1 回、結果を 2 週間後に返し、医療データ、体力測定データ、食事の実態を聞き取り、課題や今後の支援やサポートに繋げている。本人のセルフケア、介護予防、地区サロンに繋げる体制を取っている。体力測定はデータ化している。

<課題等>

- ICT の活用事例が把握できていない。
- 高齢者等の対象者が活用できるための支援が必要。

(2) 連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

- 地域包括ケアシステムの柱である「介護予防」と「生活支援」の地域づくりをすすめるために、地域包括支援センターに生活支援コーディネーターを2名配置している。1層と2層で一名ずつであるが、狭い地域なので業務は重なっている。
- 介護予防ボランティアの養成や活動支援、協議体（支え合い地区づくり応援団：民間企業や関係団体等）を活用した校区を細分化した地区における生活課題検討などを行い、地域の声（課題）と組織活動とのマッチングを行っている。

<課題等>

- 地域における「自助」「互助」「共助」「公助」の価値観や考え方を浸透させていく取り組みが必要。
- 高齢化の現状から地域住民だけでは課題解決が困難な部分もあり、行政や民間、関係団体との課題共有やサポート体制が必要。行政という部分を位置づけていないと政策化は難しい。生活が見えにくい部署だと難しいが、足りないと言われると行政組織を巻き込むべきだと感じている。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

- 「介護予防」「生活支援」については、支え合い地区づくり応援団への参画により住民の生活課題についての情報を共有しながら地区サロン等において活動。
- 地域包括ケアシステムの柱である「医療」「介護」の連携については、町内の医療・介護関係者が組織する「チーム玉東」に包括支援センターも参画し、情報共有や町民向けの在宅医療介護に関する情報提供等に取り組んでいる。
- また、圏域での連携についても玉名郡市医師会に委託して実施している在宅医療介護連携推進事業において広域的な連携を行っている。
- 社会資源は足りないものが多いので、近隣市町村の民間企業の力を借りている。特養1、有料1の老人ホームがある。自費にはなるが緊急の場合に相談するケースはある。
- 社協とほぼ活動が重っているが、今のところ、包括が地域づくり、社協が困難事例や生活困窮を行っているような状況である。
- 町内に医療機関が1か所しかなく、町の主治医として働いてもらっており、入院調整等もしている。認知症については町内の先生に繋いで対応してもらっており、看取り等も熱心に対応してくれている。看取りの研修会も行っている。今後、在宅介護医療連携推進事業で協議することになっている。
- デスカンファレンスについては、平成29年度を最後に開催していない。平成30年

度は住民向けの啓発をフラットゼミナールとして行っている。過去には看取り 3 事例ずつの検討を行い、看取りを体験したスタッフだけでなく、他の専門職や家族にも入って頂き、検討会を行っていた。

○熊本県では専門職が積極的に関与することにより、地域リハビリテーション広域支援センターの活動が地域密着型で整備されている。

<課題等>

○自立支援型のケアマネジメントを行うために、包括支援センターとして、居宅介護支援事業所のケアマネジャーとの連携はできているが、介護サービス事業所のスタッフとの方向性を共有できる機会が必要。

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

○現在、正職保健師 2 名（1 名兼務）、会計年度職員 7 名（社福士 1、看護師 1、歯科衛生士 1、生活・就労的支援コーディネーター 2、ケアマネ 2）体制で運営を行っている。

○近隣の町村から雇用している。町内だけでは賄えない。職員の平均年齢も高くなっている。

○会計年度職員については面接を行い、勤務時間及び勤務日数については本人の希望に応じ柔軟に対応している。

○非常勤職員から会計年度職員に制度移行の際、前歴換算を行い給料の決定を行った。

<課題等>

○町民の身体の状態や生活状況を把握し、必要な支援に繋げていくためには職員を長期雇用（職員の定着）できる体制づくりが必要であるが、非常勤職員が多いためスキルアップ後に離職するケースも見られた。

○少人数での運営となっているため、専門職の枠を超えた事業への関りを持ちそれぞれがスキルアップできるよう保健師が指導を行っているが、保健師自身も多くの事業を抱えており負担は非常に大きい。

○正規の専門職確保のため、今年度に採用試験を実施したが申し込みが少なく採用には至っていない。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

<特に力を入れている取組み>

- 実態把握：地域の強みを生かし、地域や家族と連携し、関係機関にて情報共有し、日頃からの実態把握に特に力を入れている。
- 地域のサポート力の向上：ボランティア、サポーターの養成を強化し、見守りを含めた地域の介護力を高める事業展開をしている。

<力を入れざるを得ない取組み>

- 若い方へのアプローチ：介護予防に対して若い方々の取り込みを行なうため、介護予防ポイントや有償ボランティアを活用しながら、65 歳からの人材確保に力を入れていきたい。
- 新健康づくりポイント事業を今年 4 月より開始。サロンや教育委員会の事業に参加するとポイントがたまる。50 ポイント貯まると食事券がもらえる。動機付けということで最初の 10 回は 4 ポイント等、貯まりやすい形としている。結果を見ながら来年度は運用を更新していきたい。

<包括から行政に求めること、要望等>

- 部署が一緒に包括との線引きが難しいが、人が少ないとは感じており、保健師の負担が大きいと思っている。人材を増やすことが必要と思っているが、増員は難しい。委託に出せば優秀な人材確保はできるかもしれないが、予算、人事等の面から特別な動きができないか検討している。
- 包括職員と行政職員の兼任であり、両方の立場を抱えているジレンマがある。

<行政から包括に求めること、要望等>

- 介護保険料の引き下げが出来ており、人件費に回せるような説得が行政内でできるとよい。

5. 地域ケア会議を活用した政策検討システム

～大分県九重町 地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

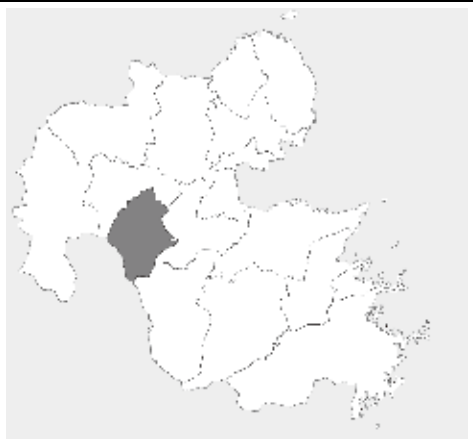
1. 地域ケア会議での事例及び課題等を行政が集約し、継続的に必要なものは庁内会議での調整等を通じて政策に繋げていく、というシステムが出来ている。また、県も会議への専門職の派遣について専門職団体と調整を行う等の支援を行っている。
2. 運営は社会福祉協議会への委託であるため、社協内に居宅や介護サービス事業所があり、必要3職種を確保しやすい。また、包括は町の健康福祉課と同じフロアにあるため、連携を取りやすい。
3. 新規要支援認定の場合は短期集中型サービスC事業の利用を検討し、自立支援と永続的支援に振り分ける、という方針が徹底されている。介護予防の意識が根付き、認定率も下がっている。
4. 医療関係者、介護事業所、行政担当、県の保健所等が参加する在宅医療連携推進会議において、多職種連携のグループワーク、住民参加型のシンポジウム等が実施されており、医療と介護の連携を取りやすい環境がある。

【取り組みの背景等】

「九重町第8期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画書」には、施策の展開の1つとして「地域ケア会議の展開と推進」が掲げられている。

九重町では、地域ケア会議に必ず行政が参加し、政策課題については行政で集約し検討するという「システム」が出来ている。

■ 九重町の状況

総人口	9,286 人	
世帯数	3,448 世帯	
65～74 歳人口	1,751 人	
75 歳以上人口	2,252 人	
高齢化率	43.1%	
要支援者数	183 人	
要介護者数	526 人	
認定率	17.8% (県平均 18.4%)	

※令和元年10月1日現在、世帯数は平成27年国勢調査、要支援者数・要介護者数・認定率は令和2年4月1日現在

■ 九重町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（1箇所） 有床診療所（0箇所） 無床診療所（3箇所） 歯科診療所（4箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（4箇所） 訪問入浴介護（1箇所） 訪問看護ステーション（0箇所） 通所介護（3箇所） 通所リハ（1箇所） 特定施設入居者生活介護（1箇所） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所） 小規模多機能型居宅介護（0箇所） 看護小規模多機能型居宅介護（0箇所） 介護医療院（0箇所） 介護老人保健施設（1箇所） 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（1箇所） 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（0箇所） 居宅介護支援（4箇所）

※令和4年1月1日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	委託	委託先（委託の場合）	社会福祉協議会	
職員配置状況	保健師	1人	社会福祉士	1人
	主任介護支援専門員	1人	事務員	1人
	介護支援専門員	1人	—	—

※令和4年1月1日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する大分県の主な支援策

【地域包括ケアシステムを支える人材の育成・資質向上】 ○高齢者の総合相談窓口として、介護保険の利用や虐待事案、高齢者本人・家族のメンタルヘルス等もふくめた多様な相談に適切に対応し、関係機関と連携した支援を行うことができるよう、地域包括支援センター職員を対象とした研修を実施 ○介護予防・日常生活支援総合事業を実施するにあたり、自立支援の理念のもと、対象者に即した適切なケア・生活課題の解決につながるサービスを提供できるよう、相談窓口担当者への研修を実施 【生活困窮者等への支援】 ○生活困窮者の自立に向けて、地域のニーズを踏まえ、自立相談支援機関と地域包括支援センターや消費相談窓口、指定相談支援事業所等様々な関係機関・団体が連携した支援体制を構築

【認知症施策の推進】

○認知症についての県民の理解を深め、早期の相談・医療受診等を推進するため、認知症に関する相談窓口や医療提供体制に関する情報等について、各関係機関や「おおいた認知症情報サイトおれんじ」等を通じて啓発活動を強化

○認知症サポートドクターや関係する医療専門職及び介護・福祉関係者との連携による好事例等を情報共有する場を持つことにより認知症地域支援推進員の活動の充実を図るなど、認知機能低下のある人や認知症の人の早期発見・早期対応の体制を強化

○認知症疾患医療センター連携会議の開催等を通じ、認知症疾患医療センターが基点となった地域の医療及び介護関係機関の有機的な連携を推進

○若年性認知症施策の強化：若年性認知症の人への支援に関わる医療、介護、福祉、雇用等の関係機関が連携して、発症初期から高齢期までの本人の状態に合わせた適切な支援が提供されるよう、若年性認知症コーディネーターを中心に地域でのネットワーク体制を整備するとともに、相談窓口となる地域包括支援センターや市町村等関係機関対象の研修を開催し、『若年性認知症支援者向けガイドブック』の普及啓発を実施

【虐待防止対策の推進】

○虐待への対応力向上や関係機関の連携強化を図るため、市町村や地域包括支援センター職員等に対する研修を充実・強化するとともに、市町村の介護サービス相談員派遣等事業の取組を推進するなど、関係機関と一体となった取り組み

○虐待が疑われる事案が発生した際には、市町村の要請に応じて、専門職チームの派遣や市町村が開催する虐待対応ケース会議に参加するなど、市町村が適切に対応できるよう支援

【成年後見制度の利用促進】

○市町村と、地域包括支援センターや指定障害者相談支援事業所、市町村社会福祉協議会等が連携した、細やかな権利擁護体制の整備を促進

【消費者被害の防止】

○高齢者の消費者被害の未然防止・拡大防止を図るため、市町村や地域包括支援センター等の関係機関と連携し、高齢者を見守る人々への啓発活動や情報提供を行うとともに、高齢者を地域みんなで見守る仕組みづくりに努める

※出典：「おおいた高齢者いきいきプラン（大分県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画）〈第8期〉（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

①介護予防ケアマネジメント業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○地域の介護サービスが限られているため、可能な限り自立した在宅生活を継続できるようにケアマネジメントに努めている。（新規要支援認定の場合は、短期集中型サービスC事業（以下「サービスC」という）の利用を検討し、自立支援と永続的支援に振り分ける等）

○サービスC

・対象者の振り分けの方法は、窓口の担当職員が介護認定の申請時にヒアリングを行い、要介護認定の必要はありそうだが、自宅での生活状況も踏まえて、身体機能に関わることがあればサービスCにつなげている。家族が申請に来た際に、事前と事後の動画等を見せて説明し、サービスCにつなげることをしている。包括の職員もすぐそばにいたので一緒に参加してもらった。地域ケア会議を活用し、サービスCの利用検討等を行う。

・サービスCは平成28年から始めている。包括支援センターと協議し、対象者は要支援認定を受けた方及び事業対象者としており、ケア会議で利用が妥当と判断された方がサービスCとなる。専門職の確保は、理学療法士、看護師等が必要となるが、専門職の確保は難しい。平成28年の開始後、委託先が通所リハとの兼ね合いで担当ができないとの話があり、今は社協で事業実施している。

・地域リハの予算は確保している。理学療法士によるサロン参加者の実態把握やフレイル予防によりサービスCにつなげているが、フレイルはサービスCによる介護予防の意識が根付いてきたと感じており、認定率は下がってきている。

○介護予防のサロン事業は概ね社協が委託で実施し、社協のスタッフに参加してもらっている。男性がサロンに行かないという課題があり、男性中心のサロンを立ち上げた。通所で毎週金曜に実施、運営に関しては社協が担っている。

○事業所の廃止もあり、小規模自治体ということで限定的に実施。要支援でも受け入れできない状況があり、自立支援に努めている。新規認定はサービスCの利用を検討頂いており、自立支援等に包括で振り分けている。

○隣町（玖珠町）と合同で研修をしている。暫定プランは居宅の数が少なく、それぞれの居宅の受け持ち状況を把握して依頼、事業所の立地の関係から集中エリアがあるので、バランスを考えながら実施している。

<課題等>

○小規模であるためのマンパワー不足、地域内の居宅もケアマネ不足が生じ、委託も受けてもらえない状況が続いている。相談内容に応じて対応し、訪問する職種を選択している。社会福祉協議会等の訪問もスムーズに行えるようにしている。人数は少ないので連携は取りやすい。日程調整は人数が少ないため、苦勞する。

②総合相談支援業務

＜概要＞

○年間 237 件、相談内容は重複しているケースもある。包括に相談が来た時点で、全員で共有した方がよければ、事務職員、主任ケアマネ、社会福祉士、認知症推進員等の 6 人で構成されているので情報共有をしている。単独で行くケースもあるが、できるだけ他の職員も同行し複数視点で見るとしている。

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

○相談内容に応じて対応、訪問する職種を調整し（認知症地域支援推進員、行政側の福祉担当、社会福祉協議会の生活困窮担当等）、同行訪問することで、その後の支援がスムーズに効果的に行えるよう心掛けている。

○包括に相談が来た時点で、エリア分けがあるので、健康状態等は保健師・看護師等の担当を考えた上で、場合によっては行政、有料ボランティアに繋ぐ等、状況により決めている。生活支援に繋ぐ際の工夫として、地域ケア会議で検討し、概ねサービス C がメインのテーマとなり、ケース会議、コア会議を経て、支援内容が決まる。その都度開催し、対応する職員等を決めている。包括の中で協議し行政と共有、その後に包括・行政の支援を決めている。

○エリア分けは、旧中学校区で 4 エリアに 1 名ずつ担当を設けている。民生委員にも担当を知らせており、予防のプランはエリアを越えなければならないため、職種の関係、業務の状況に応じてカバーしながらやっている。包括支援センターの開設当初からエリア担当制となっている。

○包括用の携帯電話を設置し、緊急時の対応ができるように努めている。

③権利擁護業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

○事業所が役場庁舎内（健康福祉課内）にあるため、虐待や困難事例は行政の福祉担当と連携がとりやすい環境であり、行政的な支援については速やかにケース対応を行うことができる。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

○自治体の規模が小さく、居宅介護支援事業所のケアマネとは顔の見える関係であり対象者の状況把握や相談などの連携がとりやすい。事業所主催の研修会等にも協力しており、顔の見える関係が継続している。

○小規模自治体で恵まれているのは、関係者が限られ顔見知りの関係になる点である。関係構築ができているので、情報共有は盛んである。画一的なものでなく、柔軟な対応ができる。認知症対応等の資源が限られているため限定的なサービスとなり、趣味

のサークル、教室等は少ない。地域のサロン等が主なつなぎ先となっている。

○生活支援体制整備

・平成 28 年から実施。第 1 層の協議体から着手（支えあい助け合いネットワーク）、第 2 層はまちづくり協議会が位置づけられ、コーディネーターを 1 名ずつ配置。困りごとを抱える高齢者を把握し、軽度の生活援助、草むしり、電球の交換等、活動できる支援委員はサービスごとのマッチングをしてもらっている。各地区のサロンでの週 1 度の介護予防効果は大きい、すべての地区では難しい。地域によっては地域共生型のサロンを実施、そこに生活支援コーディネーターも参加している。

・生活支援コーディネーターは 2 名で社会福祉協議会のスタッフであり、業務を委託しほぼ専任である。第 2 層 2 名、第 1 層 1 名。

○包括の主催する研修会だけでなく、事業所の勉強会や研修にも協力することで顔の見える関係づくりを行っている。

＜「認認介護」への取り組み＞

○ケースとして、いずれかが要介護認定者というケース、世帯として問題を包括が把握しているケース等がある。認認介護では要介護認定者がいることもあり、居宅、包括の担当等がサポートする。

＜「8050」への取り組み＞

○8050 については、80 が包括の担当等から上がってくることや、最近は社会福祉協議会等から上がっていくこともある。8050 の該当者が多く、下の世代へのアプローチが大変になっていると感じている。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

＜恵まれている点、及びその理由＞

- 関係者の人数も少数であり、顔の見える関係づくりを構築しやすい。
- 必要時に直接やりとりや相談できる関係性が構築されている。
- 画一的な支援ではなく、ケースに応じて連携を図り柔軟な対応、支援が行える。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

＜不便な点、及びその理由＞

- 地域密着型や認知症対応型が必要と思われる方でも他のサービス利用を検討することしかできないことや、サービス卒業後のつなぎ先となる社会参加の場も多くない。（地域資源が不足している）

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

＜概要＞

- 平成 31 年 4 月から運営形態は委託、それまでは直営となっていた。町内にあるサー

ビス事業所から出向させていたが、人材不足による出向停止の影響があった。今は社会福祉協議会に委託、場所は健康福祉課と同じフロアにある。

＜強み（効果的なこと）＞

- 社協に居宅や介護サービス事業所があるので、直営と比較して必要 3 職種を確保しやすい。
- 平成 31 年 4 月より委託方式に切り替えており、社協との連携は取りやすくなっている。

＜課題等＞

- 職種によっては法人内の人数も少なく、急な退職時の対応に苦勞することがある。社会福祉士の確保には苦勞した。次の人材の確保をどのようにするかが課題となる。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICT の活用状況等

＜地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫＞

- 自治体規模が小さいので、地域や対象者の実態把握はしやすい環境であると言える。職員の誰かは個人の情報を知っていることが多い。

＜個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫＞

- 自宅に福祉関係者の訪問を受けていることを近隣の方に知られたくないと考える方もいるため、自宅から少し距離のある場所に包括の車両を駐車する等の工夫をすることもある。

＜ICT の活用状況、具体的方法、及び工夫＞

- 県のモデル事業は 4 市町村が参加し、今年度は+6 市町村。サービス C のアセスメントが欲しいと言われている。それをオムロンが開発している。新規でケアマネになった方も、アシストツールがあれば便利になると思うが、アシスト支援なしに経験で行っているのでは、どちらかというと ICT は使いづらい。中身が熟練されれば違うかもしれないが、現状では開発途中のものであるという認識。
- 医療情報は医師会のツールがあり、ほぼ医師会等の負担金で賄われている。

＜課題等＞

- 昨年度より県の ICT を活用した自立支援型サービス推進事業（モデル事業）に取り組んでおり、短期集中型サービス利用者のアセスメントやケアマネジメント作成に活用しているが、開発中のシステムであり業務効率の改善にはつながっていない

(2) 連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

- 地域、民生委員との連携は、町内会や民生委員も少ないので顔見知りが多く、連携が取りやすい。年度当初の民生委員児童委員協議会の総会に包括の職員全員で参加し、担当を知ってもらえるようにしている。ささえあいネットワーク協議会に、民生委員代表、自治会会長等、色々な団体の長が参加している。
- 一般住民の啓発の場として、高齢者の健康づくり推進大会を開催し、サロンでの取り組みを発表してもらっていたが、今年度に関してはサービス C の取り組み報告を利用者本人が登壇し体験発表してもらった。一般住民の事業への参加については、高齢者の見守りネットワークをつくり、住民団体、自治体、消防団等に参加してもらっている。住民の意見等をその場で集約している。事務局は庁舎内で構成され、テーマの素案作成等をしている。
- 資源不足も踏まえ、県では週 1 回体操をする組織づくりを進めているが、集落ごとに体操の場所づくりをしている。介護保険事業計画にも反映している。サロンは月 1 回なので、週に 1 回やりましょうといってもなかなか繋がらない。サービス C を卒業した方が地域を巻き込んで活動をしてもらっている地区が数か所ある。
- サービス C の方で、サロンのリーダーやサブリーダーになってくれそうな方に戦略的に声掛けを行っている。サービス C の利用者の年齢は 85 歳くらいが多いが、リーダーは 65～70 歳代を狙っている。

<課題等>

- 課題はボランティア組織が少なく、豪雨災害時等は立ち上がるが平時のときは少ない点である。全地域の 2 分の 1 でボランティア団体がなく、すべての地域をカバーできるような状況にはない。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

○在宅医療連携推進会議

- ・肝になる会議・協議体。玖珠郡医師会に委託している事業であるが、生活圏域が同じで医療関係者、介護事業所が参加する会議でもあり、重要と考えている。
- ・入退院時のマニュアルを作成し、昨年度に更新している。他の活動として、多職種連携のグループワーク、住民参加型のシンポジウム等も実施している。骨格作りは、医師会の事務局、行政担当、県の保健所。作業部会は、介護事業所、社福、病院の代表者で構成され、内容について協議決定を行っている。終活、看取りが主なテーマとなっている。

○地域ケア会議

- ・月2回実施、年間概ね20回程度。祝祭日でできない場合は、別日にカンファレンスを実施している。すべてがサービスCの対象者ではなく、事例を出してもらいケアプランの相談、検討等の話をしている。認知症、8050の問題を抱えた方等が来るが、ケアマネジャーが継続して支援を実施。専門職の派遣については、県の高齢者福祉課が派遣調整をしており、市町村にクレームがくることはない。県が専門職団体と上手く調整していると思う。

- ・ケア会議からの直接の政策提言等はないが、ケア会議は行政が参加するので、政策で課題となるものは行政で集約しているので、政策として必要なものは自然と見えてくるようなシステムになっている。例えば、災害時の対応等は災害対応部署に直接話に行く。継続的に必要なものは庁内会議で調整する流れとなる。

○包括、居宅の職員は勤務年数が長い方が多いため、居宅での困難事例は個人と事業所で解決されて包括に上がってこないことが多い。お互いに持ちつ持たれつの関係で上手くやっている。居宅事業所連絡会では、1年間の計画を主任ケアマネと一緒に考えながら、居宅の方にも意義のある会議を目指している。

○工夫ではないが、社会資源が少ないため、かえって地域の介護サービス事業所や医療機関とは顔の見える関係であり、サービス提供や入退院時の連携がとりやすい。

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

○県が窓口の研修に力を入れており、ケア会議に出席することでスキルアップにつなげている。

<課題等>

○3 職種が 1 名ずつの配置のため、同職種の後任の確保及び育成が難しい。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

○地域の介護サービスが限られているため、可能な限り自立した在宅生活を継続できるようにケアマネジメントが求められる。

(5) その他

<包括から行政に求めることや要望等>

○包括の職員は専門職 5 名、事務職 1 名であるが、移動でかなり時間がかかり、またサービス C はケアプランより時間がかかるため、業務負担が大きくなっている。ケアマネ、社会福祉士、同じように件数を持っているため、包括に求められるものが大きくなっていく中、人員の補充及び育成をお願いしたい。困難事例については、介護保険、福祉事業の担当も協力いただけており、フットワークの軽さ等は感謝している。

○行政の担当者は通常 3 年から 4 年で異動があるため、配置転換があっても体制が保てるようお願いしたい。

<行政から包括に求めることや要望等>

○これまではデマンド型のサービス提供であり、住民の要望に応えることがよいサービスであったと思うが、今は自立支援をどう支えるかを考える必要がある。介護予防については効果が出ている。

6. 「高齢者世帯訪問員」による地域の実態把握

～宮崎県国富町 地域包括支援センター～

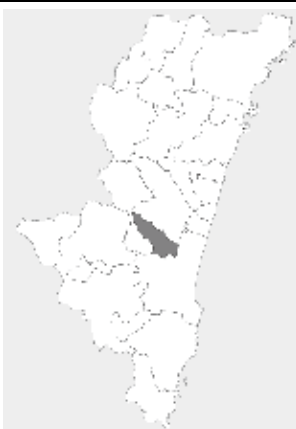
【本事例の主なポイント】

1. 「福祉のまち」で障がい者事業所が多く、有料老人ホーム、訪問看護等も町内で賄うことができる。宮崎市も近いのでサービスを受けることができており、社会資源は比較的充実している。
2. 包括は社会福祉協議会への委託であり、社協の活動と連携がとりやすい。社協と包括間で職員の異動も可能である。また、町の職員を包括に1人、社協に1人、それぞれ出向させており、町との連携もとりやすい環境にある。
3. 町と包括の綿密な打合せをもとに地域ケア個別会議を開催している。また、参加する専門職の派遣については県が担当し、町とともに会議の開催を支援している。
4. 民生委員の他、平成12年以前から高齢者世帯訪問員が配置されており、見守りが必要な方への訪問、援助等を行っている。実際に早期に介入できた事例も多く、訪問員の集いでの交流、民生委員と包括及び事業所での研修・グループワーク等を実施している。

【取り組みの背景等】

民生委員のほか、社会福祉協議会が委嘱している地域の高齢者世帯訪問員（ひとり暮らし高齢者や高齢者世帯を定期的に訪問し、安否確認や支援の必要な高齢者情報を地域包括支援センターへつなぐ活動を担うボランティア）が、ひとり暮らし高齢者等の家を訪問し、健康状態や生活状況等の把握及び介護支援等の必要な高齢者の把握に努めている。この制度は平成12年以前からあるが、地域によってはさらに長いところもある。最近では若い世代の担い手もいる。

■ 国富町の状況

総人口	19,108 人	
世帯数	7,542 世帯	
65～74 歳人口	3,437 人	
75 歳以上人口	3,506 人	
高齢化率	36.3%	
要支援者数	210 人	
要介護者数	920 人	
認定率	16.2% (県平均 16.4%)	

※令和2年9月30日現在、世帯数は平成27年国勢調査、要支援者数・要介護者数・認定率は令和2年3月31日現在

■国富町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（2箇所） 有床診療所（1箇所） 無床診療所（8箇所） 歯科診療所（4箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（13箇所） 訪問入浴介護（0箇所） 訪問看護ステーション（3箇所） 通所介護（14箇所） 通所リハ（4箇所） 特定施設入居者生活介護（0箇所） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所） 小規模多機能型居宅介護（2箇所） 看護小規模多機能型居宅介護（0箇所） 介護医療院（1箇所） 介護老人保健施設（1箇所） 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（1箇所） 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（4箇所） 居宅介護支援（9箇所）

※令和4年3月1日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	委託	委託先（委託の場合）	社会福祉協議会	
職員配置状況	保健師	2人	社会福祉士	1人
	主任介護支援専門員	2人	—	—
	介護支援専門員	4人	—	—

※令和4年3月1日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する宮崎県の主な支援策

【地域ケア会議の推進】 ○市町村及び地域包括支援センターが、多職種協働による有機的な地域ケア会議を実施できるよう、情報提供や研修など、地域ケア会議の機能強化に向けた支援を実施 ○高齢者の自立支援や重度化防止を強化するため、県内全域における「自立支援型・地域ケア個別会議」の普及促進に努める。このため、ケアプランを作成する介護支援専門員の技術力向上に資するよう、市町村職員のファシリテーション能力向上や、リハビリテーション専門職や栄養士等の専門多職種に対するアドバイス能力向上にかかる研修を実施 【介護予防の推進】 ○地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを適正に実施できるよう、地域包括支援センター職員を対象とした研修等の充実を図り、市町村が行う介護予防事業の効果を高める

【生活支援サービスの充実】

○運転免許を自主的に返納した高齢者や一定の病気により運転免許を取り消された高齢者で、買物支援や通院支援の要望のある高齢者に関して警察と市町村、地域包括支援センター等が情報交換を行うなど相互の連携を強化

【高齢者を地域で支える活動の支援】

○市町村や地域包括支援センター、民生委員などによる一人暮らしや閉じこもりがちな高齢者を見守り支える活動を支援

○民間企業と県、警察、市町村、県社会福祉協議会等が連携した「みやざき地域見守り応援隊」の活動を通じて、地域社会で孤立しがちな高齢者を支え、見守る体制を構築

【高齢者虐待防止対策の推進】

○高齢者権利擁護支援センターにおいて、市町村や地域包括支援センターからの相談に応じるとともに、困難事例については、県弁護士会及び県社会福祉士の会員から構成される高齢者虐待対応専門職チームを派遣するなどの支援を実施

【権利擁護の推進】

○高齢者権利擁護支援センターにおいて、市町村や地域包括支援センターからの相談に応じるとともに、市町村職員を対象とする市町村長申立て手続き等に関する研修、法人後見業務を行う社会福祉協議会や中核機関の職員を対象とする法人後見専門員育成研修等を実施

○市町村が実施する市町村長申立て、地域連携ネットワークの構築、中核機関の整備などの成年後見制度利用や地域包括支援センターが実施する権利擁護に関する取組について、弁護士や社会福祉士等の専門職、家庭裁判所等の関係機関と連携しながら支援

【認知症に関する理解促進】

○認知症の人やその家族が身近な場所で相談できるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の相談体制の整備・充実及び窓口の周知に努める

○早期発見・早期対応、医療体制の整備：認知症の専門の医師、検査体制、相談窓口等の一定の体制を備えた病院を認知症疾患医療センターとして指定し、認知症の専門医療相談、鑑別診断、身体合併症を含めた急性期対応、地域包括支援センターとの連絡調整、保健医療関係者等への研修等の業務を実施

【地域支援体制の強化】

○地域包括支援センター、保健所、認知症疾患医療センター、医療機関、高齢者権利

擁護支援センターなどのネットワークの強化を支援するとともに、老人クラブや自治会など地域の団体との連携を促進し、認知症の早期段階から切れ目なく支援する体制づくりを推進

【若年性認知症の人への支援】

○若年性認知症支援コーディネーターのスキルアップのための研修の機会を提供するとともに、若年性認知症の本人が抱える複合的な問題に対応できるよう、就労・社会参加のネットワークづくりに加え、認知症地域支援推進員や地域包括支援センター職員との広域的なネットワークづくりを支援

※出典：「宮崎県高齢者保健福祉計画 第九次宮崎県高齢者保健福祉計画 第八期宮崎県介護保険事業支援計画 第一次宮崎県認知症施策推進計画（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

<概要>

○令和2年3月時点で人口19,253人、第1号被保険者数6,831人、高齢化率35.5%。
場所は宮崎市の隣に位置し、車で30分程度の移動時間。2040年には総人口15,000人を切る予定。2040年までに65歳以上が1,500人増加、15歳から64歳が7000人減少、0歳から14歳は2,000人減少の予定。要介護認定率16.5%で介護保険料は年々上昇、第1期は3,488円→第7期5,675円、現在6,150円。町内での課題は有料老人ホームが多く、宮崎市にも有料老人ホームが増え、介護度が低い人も入所している状況で給付費が上がってきていることである。介護人材の不足も深刻化、町の面積130キロ平米であり広いが、公共交通機関がないため移動手段がない。国富町は包括支援センターも1か所で、全体を見るのも大変な現状である。

①介護予防ケアマネジメント業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○地域ケア個別会議の開催（月に1～2回）

- ・地域ケア個別会議を開催する前に、町の保健介護課と包括が打合せを行う。理学療法士、作業療法士、歯科衛生士等が参加。専門職の派遣は宮崎県が担当し、専門職の団体から派遣される。月に1回依頼し派遣が行われている。生活支援コーディネーターも出席し、対象者の方針を決めている。保健介護課の中に介護、介護給付、介護保険料、地域支援事業等もある。打合せの内容は、アセスメントが十分にされているか、サービス内容の確認、医療情報の洩れ、住宅改修の検討等である。

- ・行政と包括で綿密な勉強会と打合せを行っている。初回訪問の時は、職員2人で面談に行き、確認しながら必要な支援につなげるようにしている。

- ・進め方は行政と包括で共有した取組をしている。宮崎市で取り組んでいる事例を持ち帰り、国富町でも実施している。2人では調整できない場合やこの流れではいけない場合等は他の方法を取っている。ケア会議は行政が進行している。内容は事業者により温度差はある。短期のサービスは事業者も積極的に取り組んでくれている。

- ・個別ケア会議の横展開、連絡会等、今はコロナで実施できていないが、今後やっという話はある、プランのアセスメントの研修会等を中心に考えている。通所サービスは、フロー図を作成して導入の促進をしている。

- ・平成30年10月にケア会議が始まり、去年からこの方法を取っている。2人体制で訪問するのは、サービス自体を良くするためのものであるという認識を本人と家族に理解してもらうために始めた。座談会開催により認識の普及を図っている。

○医療系は保健師等、ケースによりパートナーを決める。行政の保健師にも入ってもらうことがある。副所長が基本的に決めるが、3職種と副所長、ケアプランナーでペアを組むことが多い。必ずではないが、最初の関わりのときにしっかり2人で見て内容を持ち帰り、包括の中で支援方法を練っている。

- 医療については、難しい疾患は宮崎市で、リハビリでは町内に戻ってくる。病院は3か所、かかりつけ医はだいたい国富町で賄える。
- プランについて、新規のケースは職員間でブラッシュアップして担当者会議の原案として持っていくようにしている。

＜課題等＞

- 会議開催までの打ち合わせや事務に時間を要している。
- 新規ケースのブラッシュアップが担当者会議日程に間に合わないことや、職員間で温度差がある。（出してくれる職員が決まってしまう）初回訪問後にサービスの方向性を話し合うことができなくなっていることが多い。

②総合相談支援業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

- 高齢者の相談だけでなく、貧困、障がい等の相談にも対応。
- 「断らない支援、かかわった責任、抱え込まない支援」をモットーに行政、関係機関、関係者のネットワークを大切にしている。

＜課題等＞

- 孤立、貧困、引きこもり等の支援困難なケースが増えている。
- 支援者（家族）がいても関係性が良くない場合が多い。

③権利擁護業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

- 相談内容を確認し、担当課及び担当者スムーズにつなげるように心がけている。
- 虐待等については、疑いの時点で上司や行政に報告、必要に応じ会議をしている。

＜課題等＞

- 複合的な問題を抱えている事例が増えている。関係機関の連携が必要であるが、担当者の考え方に温度差があり、チーム支援がうまく進まない。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

＜特に工夫している（力を入れている）取り組み＞

- 通所連絡会、有料老人ホーム連絡会、地域包括ケア連携会議等、地域の関係機関（事業所）と連携を図っている。
- 通所事業所、有料老人ホーム、地域密着型グループホーム等が多く、シルバー人材センターも含めて、包括の呼びかけで各連絡会を運営している。ただし、有料老人ホームは活動ができていない。
- 地域包括ケア連携会議には色々な団体を巻き込みたいが、福祉・介護に限って行って

いる。会議には講師として地域の医師等に依頼。連絡会の開催頻度は、コロナ前で年に4回くらい実施していた。

○グループホームの運営協議会は2か月に1回に実施、合同実施もしている。小規模も2か所あるが合同で実施。

○ケアマネ支援（月に1回便り：みんなの輪）を配信して情報を提供している。特定事業所の加算を取っているところが4か所あるが、事例検討会を実施している。ケアマネにも情報に偏りがあり、集まりが難しい中で、社協・包括の情報誌をFAX、配布したりしている。内容は、社協が持っている集いの場の日程、地域ケア会議の日程、研修会の日程等について、役場とも情報共有している。

<課題等>

○コロナ禍で集合での会議、研修等ができなくなり、ZOOM中心の研修となっている。

○国富町では、介護保険が始まる前から行政と事業者が飲みにケーションに取り組んできた。地域包括連携会議等の事業所と包括の大きな研修会の後に、年に1回は50～60人の懇親会が恒例となっていた。イベントも100人規模でやっていたが、現状はコロナでできていない。

<「認認介護」への取り組み>

○医療機関からも情報が包括に来るようになっている。地域には民生委員以外に世帯訪問員が配置されており、その情報も包括に入ってくるような状況になっている。包括だけで抱え込まず、初期集中支援チームに認知症の権威もいるので、相談等を行い、医療機関その他の色々なところと繋がりながら対応している。マニュアル等はなく、行政と他機関と繋がりながら取り組んでいる。

<「8050」への取り組み>

○社協で以前居宅をやっていたが今は休止、介護給付系は何もしていない。全体的な支援を行っているので8050も拾えている。高齢者だけでなく、若い人の相談も来る。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

<恵まれている点及びその理由>

○1か所の包括支援センターであるため、町の方針や考え方がそのまま入ってくる。事業所は多数あるが、顔の見える関係作りは築きやすい。合併していない町だからこそ、住民の相談も入りやすい。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

<不便な点及びその理由>

○他の包括支援センターの情報が入りにくい。

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

<強み（効果的なこと）>

- 社会福祉協議会の活動と連携がとりやすい。利用者の家族構成、収入状況等は包括にいても教えてもらえる。今回の生活支援コーディネーターも社会福祉協議会の方に置いたので、連携しないと勧められない。包括にいた職員が社会福祉協議会にもいっているので、業務がしやすい。
- 社会福祉協議会と包括間で職員の異動も可能である。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICT の活用状況等

<地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫>

- 個別ファイルや氏名を付けて対象者の管理をしている。
- 通常業務に追われて実態把握がなかなかできない。
- 50 音順に利用者ファイルにして、一目でわかるようにして職員で共有している。

<ICT の活用状況、具体的方法、及び工夫>

- 包括内で記録を入力し、職員全体で共有している。外の機関との繋がりはない。今のところはオンライン会議を実施していない。DVD でのデータ配信は実施した。
- 医療介護連携は端末でアプリを医師会中心に進めている。患者情報を共有できるものを導入している。利用者を増やすのは難しいが、宮崎市、国富町、綾町でシステム導入をしている。

(2) 連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

- 地域には、民生委員の他に高齢者世帯訪問員の配置があり、見守りが必要な方への訪問援助を行って様子伺いしている。実際に早期に介入できた事例は多くある。62 地区あり、民生委員で複数地区持っている人もおり 50 数名。一緒に地域を年に 3 回くらい回る地域もあれば、世帯訪問員がこまめに回っている地域もある。地域の民生委員と世帯訪問員に活動差はある。
- 民生委員の担い手については次の民生委員を決めて辞めることが通常だが、決まらない場合もある。区長が頼み込みを行うが、人材が厳しい部分はある。
- 民生委員には報奨金がある。世帯訪問員は商品券が年に 3000 円もらえるが、ボランティアとなる。年に 3 回の世帯訪問員研修のときに、地域に挨拶に行けるようにポリ袋等を提供している。
- 高齢者世帯訪問員の集いでの交流、民生委員と包括及び事業所での研修・グループワーク等を実施している。高齢者世帯訪問員制度は平成 12 年より前からあり、地域によってはさらに長いところもある。最近は若い世代の人たちの担い手が出てきている。放置していたら衰退していくと思うが、社協の関わりで上手くいっている。
- 介護ミーティングはだいたい月 1～2 回で、住民主体で依頼があれば出席というスタンス。地域の皆さんでできることはないか、等のグループワークをしてもらっている。地区単位の色々な話を聞けてよかったという感想が多い。手上げ制なので今後も勧めたいが、行政の人事異動により介護保険制度についてうまく説明しきれないというジレンマがある。社会福祉協議会の委託については異動はないが、行政側の保健師は異動する。行政と包括が伝える内容は違うと思う。

<課題等>

- 地域の見守りに温度差がある。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<概要>

- ヘルパー事業所は少ないが、有料老人ホームが過剰。訪問看護等も町内で賄うことができる。宮崎市も近いのでサービス自体は受けることができる。福祉のまちということで障がい者事業所もあり、その延長線上で介護も展開されていることが多い。
- 国富町は事業所が多いこともあるが、社協に事業はない方がいいという方針であった。当時の社協は行政の支援があったから運営できていた。他所の町とは大きく違うと思う。

<特に工夫していること>

- 「顔の見える関係」連携を大切にしている。
- ターミナルの方が在宅を選択することが増え、訪問看護は受けやすいが往診の医師が少なく、近隣の先生が積極的に実施してくれている現状がある。
- 町の保健師の出向受入により、行政の保健師とつながりができている。

<課題等>

- 在宅医療の推進といわれている中、町内の医療機関で往診できるドクターが少ない。
- 「医療と介護の連携」で研修会等をしていても、医療側の参加が少ない。
- 近隣の市の医療機関で受診する人も多い。
- 綾町も包括は1か所で連携が取れる。宮崎市は19か所あり、委託直営も異なるので連携は取りにくい。集まる機会は医療介護連携等いろいろあるが、包括の運営に関する集まりはないのでその情報は取りにくい。

③これから連携を取りたいと考えている組織、及びその理由

- 現在、団体として連携をしていないが、商工会との連携や、JAとの連携、医療機関、薬剤師会との連携をすることで、よりよい地域づくりにつながると思う。

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

○社会福祉協議会に1人、包括に1人、町からの出向がある。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

○福祉用具の無料貸し出しをしている。

○シルバー人材センターでは、住宅改修や介護保険外サービス等が安い価格でできる。ヘルパーの訪問 A はシルバー人材センターが立ち上げてくれた。シルバー人材センターには、1,000 円でなんでも依頼できるというサービスがある、職員は役場の OB であり、連携がとれる。

○居場所作り（ほっとカフェ、クリスタルカフェ）が、孤立、閉じこもり、認知症対策につながる。

<包括から行政に求めることや要望等>

○生活支援コーディネーターの役割は、もともと社協が担っていた業務であり、本町の場合、社協に配置している。地域づくりの際には認知症地域推進員、地域福祉コーディネーターなどの協力連携が必要と考える。

○国富町は元々保健師が2人、今は10名に増員されたが、業務は多忙で考え方の違い等も生じていると感じる。以前は、定例化で情報交換をしていたが、今はコロナ禍で集まることができない。介護、精神、母子、貧困等の事例を共有したいと考えている。

<行政から包括に求めることや要望等>

○包括が多忙となる中で包括に社協が関わり、双方の業務が増えている。業務の見直しが必要となるかもしれない。社協と包括の業務が似通っている部分もあるため、整理をする必要がある。

7. 相談時の対応フローチャート、天城町版ケアプラン様式

(案) を活用した業務内容の再検討

～鹿児島県天城町 地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

1. 相談のあったケースについては、平成 18 年度から問い合わせや照会以外は全件訪問し、必要な支援につながるように対応している。その結果、大きな問題は減ってきており、訪問回数も減ってきている。
2. 県が実施している地域活性化事業（65 歳以上が登録・活動するとポイントが付き、貯めたポイントは町内の商店街で使える商品券（1 ポイントで 1,000 円）と交換可能）を活用した高齢者の見守りグループがある。高齢者は 3 人以上 1 組でグループを作り、ボランティアグループ同士で勧誘、話し合い等がされている。
3. 天城町版ケアプラン様式（案）として、本人の生活者としての出来る能力を引き出す ICF の考え方（健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子）をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目 23 を活用した本人の課題分析シートを作成し、これを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題（阻害因子）があるのかを見える化している。
4. 相談時の対応フローチャートを独自に作成し、相談対応のスタッフ全員で流れを共有している。本人の状態の確認や申請の必要性、地域の事業の活用等を検討でき、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっている。

【取り組みの背景等】

相談時の対応フローチャートは、職員が変わると対応が変わってしまうため、令和 2 年 4 月に作成した。初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっており、相談対応の職員全員で流れを共有している。

■ 天城町の状況

総人口	5,975 人	
世帯数	2,623 世帯	
65～74 歳人口	751 人	
75 歳以上人口	1,244 人	
高齢化率	33.4%	
要支援者数	17 人	
要介護者数	311 人	
認定率	15.6% (県平均 19.6%)	

※平成 27 年国勢調査

※要支援者数、要介護者数、認定率は令和 2 年 3 月末現在

■ 天城町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（0箇所）	有床診療所（0箇所）
	無床診療所（2箇所）	歯科診療所（2箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（3箇所）	訪問入浴介護（0箇所）
	訪問看護ステーション（1箇所）	通所介護（1箇所）
	通所リハ（1箇所）	特定施設入居者生活介護（0箇所）
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所）	
	小規模多機能型居宅介護（0箇所）	
	看護小規模多機能型居宅介護（0箇所）	
	介護医療院（0箇所）	介護老人保健施設（1箇所）
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（1箇所）	
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（3箇所）	
	居宅介護支援（2箇所）	

※令和 4 年 3 月 1 日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	自治体直営	委託先（委託の場合）	—	
職員配置状況	保健師	1 人	社会福祉士	1 人
	主任介護支援専門員	1 人	看護師	2 人
	介護支援専門員	0 人	その他の職員	1 人

※令和 4 年 3 月 1 日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する鹿児島県の主な支援策

【地域包括ケアシステムの構築・深化】

○市町村の支援体制の充実：地域包括支援センターの職員等に対し必要な知識及び技術の習得を支援する研修を実施、事業評価をもとにした適切な人員配置やPDCAサイクルの充実による効果的な運営への助言等による市町村におけるセンターの機能強化を支援

【認知症の早期診断・早期対応の体制強化】

○認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携強化を支援し、認知症疾患医療センターを拠点とする関係機関相互のネットワークの形成を促進

【認知症に対する理解促進と普及啓発】

○地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等の相談窓口の一層の周知に努める

【高齢者虐待防止の推進】

○介護施設等の管理者・従事者及び市町村・地域包括支援センター職員に対する高齢者権利擁護意識の向上を図るための研修を実施

【中重度者等の在宅生活を支える介護サービス基盤と家族介護者支援】

○家族介護者支援のため、市町村や地域包括支援センターにおいて介護支援専門員や民生委員等からの気付きの情報を早期に把握し、子育て・障害福祉・学校教育等の関係部署や関係機関、専門職等との連携による相談支援体制の充実が図られるよう、市町村への情報提供や助言等に努める

【介護サービスの提供に係る質の向上】

○地域包括支援センターが地域包括ケアシステムの中核的な役割を果たすために必要な機能強化が図られるよう、市町村への情報提供や助言等、必要な支援を実施
○夜間・早朝の窓口（連絡先）の設置など、介護に取り組む家族等に対する相談体制の充実のため、市町村への情報提供や助言等、必要な支援を実施

【消費者被害の未然防止】

○市町村における地域包括支援センター等での消費生活関連を含めた各種相談への対応や、高齢者に接する機会の多い方々を対象とした消費生活講座の開催、啓発チラシを配布するなど、地域での見守り活動を支援

※出典：「鹿児島すこやか長寿プラン 2021 令和3年度～令和5年度（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

<概要>

- 介護予防として、町内 14 集落のうち 12 集落で地域サロンを実施している。健康チェック・筋膜マッサージ・脳活性化体操・レクリエーション等を行っている。相談では全件訪問を実施、高齢者福祉係とも連携している。生活支援コーディネーター等から相談があった時点で訪問し、実態把握することで早期の発見を心掛けている。本人や家族と「目指す姿」を共有し、地域資源と合わせてサービスを展開。プラン作成検討会等を通して意思統一を行っている。自立支援の考えを地域住民と共有している。
- 独居高齢者や子どもが島外という方が多く、甥・姪等が介護しているケースもある。島外からの問い合わせにも訪問を行い、対応している。困難事例としては、本人の子供と連絡が取れないケースもある。

①介護予防ケアマネジメント業務

<現状>

- 介護保険事業計画では介護予防支援がわずか 6 名となっているが、サロンの影響が大きく要支援者 1 名、総合事業 2 名。地域サロンの中でデイサービス対象のような人もいる。
- 短期入所生活介護の計画が増えているが、これは特養に増床がありショートステイが増えたことによる影響である。これまでは他の町のショートステイを利用していた。施設が増えれば需要も増えるということで計画は増えている。
- 要支援 1、2 で継続して介護福祉用具を使用する人があまりいない。原因となる疾患等にもよるが、リハビリをして地域に帰っていくケースがほとんど。気になるケースはサロンスタッフ経由で見守りを行っている。自主サロンもあることから、他のサロンに出向く等の回数が増えている。

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

- 常に自立支援の理念を意識し、対象者の生活の改善を目指すプランを作成し、サービス提供を行っている。
- 1 か月に一度サービス利用票をお渡しする際に現状確認を実施、3 か月に一度目標に対しての現状評価を行っている。（ご本人と目標の再確認を行う。）

<課題等>

- 対象者・ご家族、事業所と目標（事業利用終了）の共有。
- 総合事業では介護申請せずに短期集中で通所・訪問リハビリサービスの利用が可能だが、サービス利用により身体機能の改善が図られ当初の目標が達成されても継続的にサービスの利用を希望する方の対応に困ることがあり、再アセスメントの重要性を感じる。

②総合相談支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○相談時の対応フローチャート

- ・相談時の対応フローチャートを町独自にて作成し、相談対応のスタッフ全員で流れを共有している。本人の状態の確認や介護保険申請の必要性、地域の社会資源の活用等を検討できるフローチャートとなっている。作成したのは令和2年4月であり、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっている。（福祉と関係のない部署で勤務していたが、フローチャートによりスムーズに業務に入れた。）
- ・包括支援センターにおいて活用できる地域資源を中心のサービス一覧としているため要介護1～5のサービス等の詳細は省略している。

○相談のあったケースについては、問い合わせや照会以外は全件訪問し、必要な支援につながるように対応している。訪問するのは1日約4件でほぼ毎日訪問している。平成18年度から全件訪問していて、相談が遅れてしまったために大きな問題に発展するケースは減ってきている印象がある。

○介護保険制度では賄えない支援が必要な高齢者や、要介護状態でない高齢者を地域の資源等を活用して支えられるよう、相談内容を吟味し必要な支援につなげる。相談内容については、包括スタッフで情報共有し支援の方向性を共有している。

<課題等>

○人員確保。

③権利擁護業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○高齢者虐待事例においては、ケースに応じ、長寿子育て課、他関係機関と連携して対応する体制ができている。

○身寄りのない方等の対応策として、在宅医療介護連携推進会議（島内の3町合同で実施、居宅事業所の担当者・保健所・医療機関等が参加、会議の本体は年2回、各町の会議は年1～2回）でエンディングノート（意思確認の内容含む）の作成、エンディングノート活用のシステム作りに取り組んでいる。

<課題等>

○成年後見制度の研修会や普及啓発活動ができていない。個別で案内することがあるが、活用まで至っていない。（手間や選定先、費用面）

○身寄りのない方への対応（本人意思確認できない時の判断）。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○天城町版ケアプラン様式（案）の活用

・天城町版ケアプラン様式（案）として、本人の生活者としての出来る能力を引き出す ICF の考え方（健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子）をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目 23 を活用した本人の課題分析シートを作成し、これを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題（阻害因子）があるのかを見える化している。

・新規要支援認定者は全て対応、要介護から要支援になったときは既存のプランを基本に本人宅訪問を行い本人の目標達成状況・評価を確認し、引き続き居宅支援事業所に委託するケースもある。居宅介護支援事業所のケアマネジャーが目標達成状況に応じて地域移行ケースもある。（要介護から要支援への移行時のフローチャートを作成し、包括と居宅介護支援事業所との確認作業時に活用予定）

・ケアマネジメント検討会は、3 町と居宅介護支援事業所が参加、2 か月に 1 回の頻度でほぼ 10 年間実施していたが、現在は各町での実施となっている。

○令和 2 年度は徳之島島内の全居宅介護支援事業所の主任ケアマネや管理者に参加いただき、自立支援についての意見交換会を開催。今後、徳之島地区の自立支援について理念を作り出す作業が必要と考えている。

<課題等>

○上記の流れを現任が実施していける体制整備。

<「認認介護」、「8050」への取り組み>

○件数は年に 1 件ずつ程度。生活支援コーディネーターが独居の高齢者等を回ると情報が上がってくる。認認介護は介護サービスが必要だと思っても、家族の意向でサービスに繋がらないケースもあった。そのような場合は見守っているケースもある。

○息子が 60 歳で精神疾患があり、刃物を持って暴れたということで、隣人からの情報により介入したケースがあった。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

<恵まれている点及びその理由>

○平成 18 年度の包括支援センター設置当初から、介護予防に関わるスタッフや関係者（ケアマネジャー、事業所代表、住民代表等）と自立支援の考え方を共有しながら事業を展開しており、自立を望む考え方が住民に浸透しているように感じる。

○ゆいゆいサロン（地域サロン：基本的には各集落週 1 回、血圧測定や健康チェック、認知症予防体操、オセロ等を実施）の参加者から「できるだけ人の手を借りずに生活できるように。」「元気で居続けられるように。」「困った時はいつでも相談できる。」との声が多く聞かれる。平成 18 年度は、元気な高齢者が通所に行きたいというよう

な要望があったが、地域サロンでの介護予防が浸透し毎週サロンに通うのが楽しみとなり元気高齢者が増えている。

○高齢者の見守りグループ

- ・11グループが存在し、定期的に動いているのは5グループ。参加者は65歳以上の元気な方。
- ・鹿児島県では、65歳以上が登録・活動するとポイントが入る事業（地域活性化事業：貯めたポイントは町の商店街で使える商品券（1ポイントで1,000円）と交換）を活用した見守りグループがある。高齢者は3人以上1組でグループを作り、ボランティアグループ同士で勧誘、話合い等がされている。
- ・包括支援センターの運営協議会に参加し、自分の地域に見守りグループがないということを知ってグループを立ち上げた人がおり、また行政側は把握していないが自然に見守りの互助活動をしている人もいる。

○集落区長、民生委員、地域のお世話役、サロンスタッフ等から、気になる（身体の状態や生活状況に変化がある）高齢者について早い段階で連絡が入る。

○1島3町で人口規模がそれほど大きくないため、3町で連携して実施できる事業がある。

- ・認知症初期集中支援チーム員会議：年3回程度で、参加者は3町の包括、認知症サポート医1名。各町から困難事例等をまとめて事例検討を行い、意見をまとめている。年3回の会は町の持ち回りで、基本のチーム員会議はケース会議と助言、対応の結果報告を繰り返している。その他、認知症カフェ、相談会等を実施している。リアルタイムで相談を受けている場合は独自で解決できることも多く、終了後のケースを持ち寄っているような状況である。認知症の分類を分けており、相談に対してのフローチャートや枠組みができるのではないかと考え、実行している。最近の会議では、件数は各町から新規が1件ずつ、経過報告が3件で合わせて6件であった。
- ・在宅医療介護連携推進事業

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

<不便な点及びその理由>

○住民のサービス利用が島内全域となるため、事業所やケアマネジャーから利用できるサービスについて3町で統一するよう要望があるが、介護予防サービスの提供については町ごとの考え方があるため、完全に統一することは難しい。

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

<強み（効果的なこと）>

○地域住民についての情報が直接入るため、早い段階で対応できる。
○住民生活と社会資源の状況が直接把握できるため、課題・対策が見つかりやすい。
○本庁に地域包括支援センターがあり保健センターは出先となるが、窓口での対応は

フローチャートを使いながら役場で対応できる。

<課題等>

○異動がある。人員確保。

○元々は1つの課内（保健福祉課）にあった地域包括支援センターと高齢者福祉部門が2つの課（けんこう増進課・長寿子育て課）に分かれているが、連携が図れたら良いと感じる。組織編成は令和2年度からであるが、メリット・デメリット両面ある。高齢者福祉部門に専門職がいないため、キャパシティが小さくなっている。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICTの活用状況等

<地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫>

○生活支援体制整備事業で、第2層生活支援コーディネーターの活動として65歳以上高齢者の実態把握のための訪問活動を行っている。（3年で全戸訪問を繰り返している）また、訪問活動で得られた内容を地域包括支援システムに入力し、支援が必要となった際に活用している。

○今年で3年目になるが、回り切れていないので延長する予定。人数が限られた中で、3年のスパンが短いのか長いかわからない。優先度を決めて短い期間で行く方がよいと思う。介護保険事業計画の策定にあたり高齢者全世帯回ることもあり、実際のデータと住民からの声を反映するため3年に一度としている。

○第1層生活支援コーディネーターは社会福祉協議会に委託、2層は町が直接やり取りし、65歳以上の生活実態把握をしている。2層からの訪問情報を基に、1層に買い物支援等の必要なサービスの情報収集・発信、開拓などの活動してもらっている。今年は社会福祉協議会の担当者が辞職したために第1層の委託ができなくなり、対策を考えている。

○聞き取り調査の内容は決まっている。（家族構成や日頃の生活の情報、社会参加の状況等17項目を聞き取り）生活支援コーディネーターがいて助かったケースでは、親族の方が近くにいるか等も聞いてもらえており、密な情報が得られていると思う。なお、報酬については時給で支払っている。

○情報の入り方は、ボランティアグループからの活動報告書、ゆいゆいサロンのスタッフ等からの報告書により把握することがある。保健センターに健診受診データがあり、必要時に情報提供を依頼している。

○地域サロン（天城町14集落中12集落でそれぞれ週1回開催）の実施報告書に参加者、血圧とスタッフが気になる高齢者の記録が残るため、状態や生活状況に変化（悪化）が確認された場合は、包括スタッフにて訪問し実態把握を行っている。

<個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫>

○上記の65歳以上高齢者の実態把握のための訪問活動では、生活状況等詳細な聞き取りを行うため、生活支援コーディネーターに対し、活動実施に伴う個人情報に関して

の守秘義務の説明と誓約書提出をしていただいている。

<ICT の活用状況の現状、及び工夫>

○住民の個人情報に関して、特に ICT は利用していない。

○事業の周知に関して、けんこう増進課（保健予防係）保健センターの公式ラインのタイムライン機能の利用を試みたことがある。

（２）連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

- 国の方向性が一次介護予防、特定高齢者介護予防事業との変遷があり、そのたびに事業の見直しをし、介護予防事業を地域に根付かせることを目指し集落委託までの基盤をつくりあげた。
- 民生委員定例会の際に、事業の紹介や気になる高齢者がいた場合、包括支援センターに相談するよう周知している。（ボランティアグループの一員で民生委員をされている方も多い）
- ポイント事業を活動してのボランティア組織（65 歳以上の元気な方が参加）については活動報告の提出があるため、その際に連携を図ることができる。また、ボランティアグループと生活支援コーディネーターが集う協議体（地域支え合い会議：昨年度から設置、生活支援コーディネーターが参加し年 1 回実施）があるため、地域活動をしている支援者同士の交流の場がある。令和 3 年 12 月の会議で理念について話し合いを行い、活動方針の再確認を行った。

<課題等>

- 地域活動に従事する住民が増えているが、様々な役割を兼任していることが多く、次の世代（新規・後任）の発掘・育成が必要。地域サロンの運営の中でスタッフになることはあるが、町として新しい人を見つける活動はできていない。地域で頑張っている人の情報をもらい、アプローチしている。活動のための学習会を行っており、立ち上げ当初からのスタッフは現在 1 名となっている。
- 介護保険サービスと地域ボランティアの活動の間の支援（生活支援・買い物・病院受診）が必要な対象者への対策。経済状況によってはサービス（有償ボランティア・有料ヘルパー・介護タクシー）があっても利用が難しい。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

- 小規模自治体であるため、徳之島地区として問題・課題に取り組む必要があり、対策を講ずるために近隣町（徳之島町・伊仙町）、県（徳之島保健所）と協議する機会があるため、連携を図っている。徳之島地区で足りない資源や講師がある場合、3 町で協力はするが資源の共有はない。
- 徳之島地区介護支援専門員協議会に参加し、顔の見える関係づくり、現状の共有を図っている。事務局を居宅及び施設が持ち回りで持っており、本会が 1 回、研修会が 1 回となっている。なお、ケアマネジメント検討会は、包括が中心となり介護支援専門員の後方支援の視点からケアマネジメント能力を高めるための検討会であり、介護

支援専門員協議会とは全く別のものである。

○個人の相談対応のため、医療機関、介護サービス事業所等と随時連絡を取っている。

③これから連携を取りたいと考えている組織、及びその理由

○社会福祉協議会や高齢者福祉部門等と連携を図り、介護保険サービスと地域ボランティア活動の間の必要な支援について共有し、社会資源の創出をしてもらいたい。

○NP0

(3) 人材の確保及び育成

<現状、及び特に工夫していること>

○自治体としては専門職が増えてきている。保健予防、介護予防、福祉等配置部署が限定されている中、業務内容・個人の力（新任～管理期）に合わせ、配置・異動の流れができればと感じている。

○職員異動の周期は決まっていないが、専門職間では3年を目安に業務間異動をした方がいいという意見がでている。天城町全体で保健師6名、看護師2名、社会福祉士2名、主任ケアマネ1名である。

○人員が少ないからこそ、総合的な取組ができるメリットはある。

○研修会への積極的参加等

<課題等>

○人員確保。訪問、その後の対応や事務処理に時間を要し、時間外勤務が多いため、あと1～2名程度必要と感じている。

○過去保健師の募集をしているが応募はなかった。ケアマネの次世代等についても危惧している。

○町の規模が小さく重層的支援等で一本化しようという事業があるが、動いていない。

○町として保健予防活動に従事する専門職が入職して歴史が浅いため、課題も多いが、人員も確保されてきており、今後の取組の充実に期待もできる。

(4) 小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

○包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

・主任ケアマネ、管理者はもちろん、プラン作成にかかわるケアマネジャーと自立支援についての考え方の共有が必要。

○ポイント事業を活用した高齢者の集いの場、高齢者支援グループの増加に力を入れており、今後も充実を図りたい。

8. 専属の認知症地域支援推進員の配置

～沖縄県金武町 地域包括支援センター～

【本事例の主なポイント】

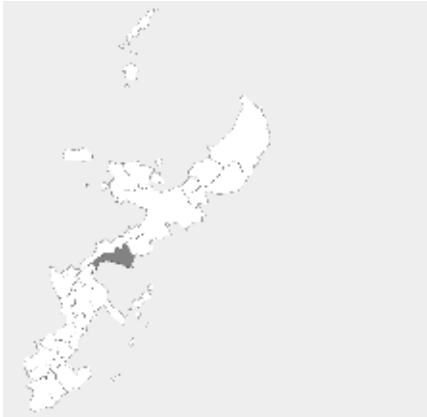
1. 地域包括支援センターは町の直営であり、保健福祉課と同じ事務所内にあることから常に連携が取れている。また、包括と保健福祉課の窓口が一緒であり、基本的には窓口にいる職員が対応し、内容で振り分けを行っている。
2. 基本的には地域ケア会議で課題の吸い上げを行っており、地域福祉計画に盛り込むようにしている。
3. 認知症地域支援推進員を専属で配置しており、認知症及び認知症疑いのある住民の掘り起こしや支援を強化している。
4. 権利擁護支援中核機関を設置し、専任の社会福祉士（成年後見人の専任担当）を配置して、窓口での相談や利用支援事業を行っている。

【取り組みの背景等】

沖縄県介護保険広域連合第8期介護保険事業計画には、地域支援事業の1つと「認知症総合支援事業」が掲げられており、広域連合は認知症地域支援推進員の設置等の支援に取り組むこととされている。

金武町では、令和2年度より認知症地域支援推進員を専属で配置することにより、認知症及び認知症疑いのある住民の掘り起こしや支援を強化し、認知症本人や家族への支援を密に行っている。医療機関への相談・調整を行うことで受診につながり、本人・家族の安心感につなげるように支援している。

■ 金武町の状況

総人口	11,448 人	
世帯数	5,517 世帯	
65～74 歳人口	1,495 人	
75 歳以上人口	1,543 人	
高齢化率	26.4%	
要支援者数	93 人	
要介護者数	492 人	
認定率	19.0% (県平均 17.7%)	

※令和3年4月1日現在、認定率（県平均）は令和2年3月31日現在

■ 金武町所在の医療・介護資源の状況

医療機関	病院（1箇所） 有床診療所（0箇所）
	無床診療所（5箇所） 歯科診療所（3箇所）
介護サービス事業所	訪問介護（3箇所） 訪問入浴介護（0箇所）
	訪問看護ステーション（1箇所） 通所介護（1箇所）
	通所リハ（1箇所） 特定施設入居者生活介護（1箇所）
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護（0箇所）
	小規模多機能型居宅介護（0箇所）
	看護小規模多機能型居宅介護（1箇所）
	介護医療院（0箇所） 介護老人保健施設（1箇所）
	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（1箇所）
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（2箇所）
	居宅介護支援（7箇所）

※令和3年4月1日現在

■ 地域包括支援センターの状況

運営形態	自治体直営	委託先（委託の場合）	—	
職員配置状況	保健師	1人	社会福祉士	4人
	主任介護支援専門員	1人	看護師	1人
	介護支援専門員	2人	その他の職員	0人

※令和3年4月1日現在

■ 参考：地域包括支援センターに対する沖縄県の主な支援策

【地域包括支援センター等の自立支援ケアマネジメント機能の強化】 ○地域包括支援センター職員の資質向上や同センターの機能強化を支援するため、初任者から現任者までそれぞれのキャリアに応じて、介護予防ケアマネジメントを始め総合相談や権利擁護業務など、同センターの業務に関する専門的知識や、地域連携の実践力を高めていくための研修会等を実施 ○地域包括支援センター職員はもとより、市町村職員、介護支援専門員、看護職員、在宅医療従事者等の多職種に対して、介護支援専門員協会等と連携して、ケアマネジメントへの理解や多職種連携の強化を図るための研修を実施 ○地域包括支援センターにおける介護予防の取組の強化や地域ケア会議の充実を図るためには、リハビリテーション専門職の関与が不可欠であることから、リハビリテーション専門職協会と連携し派遣調整を実施 ○安定的な派遣体制の構築に向けて、医療機関等の協力を得るため、沖縄県医師会や各医療機関等との関係機関への理解促進を図る ○市町村や地域包括支援センターの職員が自ら地域課題を定量的に分析するために
--

は、国保データベース（KDB）システム等を活用し、地域の高齢者一人ひとりの医療や介護などの情報を一体的に把握する必要があることから、沖縄県国民健康保険団体連合会と連携を図り、これらの分析支援システムの開発や活用を行うなど必要な支援を実施

【生活支援サービスの充実】

○市町村それぞれの特性、課題に応じたサービス創設などについて、市町村や地域包括支援センターなどの関係機関に、先進事例の情報を提供

【介護に取り組む家族等への支援】

○地域包括支援センターや社会福祉協議会など関係機関・団体の協力のもと、「高齢社会は県民全体で支えるもの」という考えを県民に広く啓発

【高齢者虐待の防止】

○沖縄県社会福祉士会や沖縄弁護士会等の関係機関と連携し、市町村の対応困難事例に対する相談窓口を設置するとともに、必要に応じ弁護士等で構成する専門職チームを派遣し、市町村や地域包括支援センターの対応を支援

○高齢者虐待対応・防止研修会や事例検討会等を開催し、関係職員の対応力の向上を図る

【介護サービス情報の公表】

○市町村が、地域包括支援センター、配食や見守り等の生活支援サービス等の情報を公表することにより、県民が住み慣れた地域で暮らし続けるために必要な情報を一体的に取得できるよう、地域の実情に応じて市町村との連携を図るとともに、県民への制度の周知を図る

【認知症対策の推進】

○相談先の周知：認知症の人やその家族が身近な場所で相談できるよう、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含めた地域ごとの相談体制の整備・充実を促進するとともに、市町村におけるホームページや「認知症ケアパス」等を活用した相談先や受診先の周知を強化

【認知症バリアフリーの推進】

○認知症高齢者の行方不明の未然防止や、行方不明の認知症高齢者を早期に発見するため、行政と警察、消防、社会福祉協議会、地域包括支援センター、介護サービス事業所、コンビニエンスストア、公共交通機関等の連携のもとでの「認知症高齢者等見守り・SOSネットワーク」の構築や広域搜索模擬訓練等を支援し、体制や機能の充実を図る

【若年性認知症の人への支援】

○若年者認知症支援コーディネーターを医療機関に配置し、相談対応から、医療・福祉・就労などの総合的な支援を行うためのネットワークの構築・運営、家族同士の交流会による居場所づくりなど、若年性認知症の人やその家族を支援

○若年性認知症に関する県民の理解を深めるとともに、支援者である地域包括支援センター職員や介護支援専門員等に対して若年性認知症の相談窓口や支援団体等について啓発を行い、若年性認知症の人やその家族に適切な支援に係る情報提供が迅速に行われるよう支援

※出典：「沖縄県老人福祉計画・第8期沖縄県介護保険事業支援計画 令和3年度～令和5年度（令和3年3月）」より一部抜粋・加工

(1) 事業及び運営内容

①介護予防ケアマネジメント業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○利用したい方の状況について、包括（地区相談員やケアマネ）が本人・家族のアセスメントを行い、総合事業又は介護予防事業が該当か、の判断を行っている。総合事業を実施した場合においても、可能な限り本人の役割を減らす事がないよう、保健師、ケアマネ等で話し合い、自立に向けたケアプランを作成。また、ケアマネが月に1回程度の訪問又は電話でモニタリングを行い、サービス内容の適正化の確認をしている。

○通所のC型を3か月に2クール実施しており、訪問のC型も検討している。

<課題等>

○サービスに依存した生活から抜け出せない現状がある。理由として、利用者に独居の方が多くことがあげられる。(84%)

○近場買い物をする場所がない、転倒リスクが高い等

②総合相談支援業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○高齢者世帯において独居（75歳以上）、高齢者世帯（75歳以上）、他世帯（80歳以上）の全数訪問による実情把握を実施。必要に応じてそれぞれのサービス担当と話し合い、支援内容を決める。（地区相談員3名（社会福祉士）配置）

○認知症地域支援推進員の配置。（令和2年度より認知症地域支援推進員を専属で配置）認知症及び認知症疑いのある住民の掘り起こしや支援が強化されている。（延相談・支援件数152件）認知症本人や家族への支援を密に行うことができるようになった。医療機関への相談・調整を行うことで受診につながり、本人・家族の安心感につなげるように支援している。

<課題等>

○65歳～74歳の高齢者に関して実態把握ができていない現状がある。75歳以上は全数訪問しているが、最近になり家族の希薄化等が問題となり、増えてきている。前年に孤独死が複数件あった為、上記の年齢においても実態把握を検討する必要がある。また、生活支援コーディネーターと話し合い、見守り体制の強化を実施予定。

③権利擁護業務

<特に工夫している（力を入れている）取り組み>

○金武町権利擁護支援中核機関「サポートきん」を設置し、専任の社会福祉士（成年後見人の専任担当）を1名配置し、窓口での相談や利用支援事業を行っている。ただ

し、中核機関には業務専任がおらず、正規職員は保健師・高齢者福祉係の1名のみ。

(兼務：包括8、その他2)

- ニーズ把握の為、地区相談員3名(社会福祉士)、成年後見人担当1名(社会福祉士)を配置し、アウトリーチにより地域訪問を行っている。また、地域ケア会議等を利用し、地域の情報を得るようにしている。
- 地方銀行(4行)の支店が金武町にあり、中核機関に案内してくれるよう協力を求め、中核機関の名刺を置かせてもらっている。
- 成年後見制度についての説明を、社協の職員については3回、包括の職員についても3回実施。(各2時間程度)また、町長と町の三役向けにも必要性を理解してもらうために説明を行っている。(20分程度)
- 特に関係性が強い障がい分野や子ども支援、また、金武町社協とは勉強会を継続する予定。

<課題等>

- 司法、裁判所との連携が取りづらいと感じている。
- 中核機関に専門的な知識を持つ者が安定的に着任することが保証されていない。
- 報酬面においても、評価が未知数であること。

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

<特に工夫している(力を入れている)取り組み>

- 要支援から要介護へ移行後も、地域の居宅ケアマネと基本情報の提供や今後の方向性について話し合いを行っている。また、日頃から気軽に相談できるよう、顔の見える関係性を重視している。
- 定期的な個別事例検討会の実施(2カ月に1回程度)
 - ・各事業所から困難事例を提出していただき、各事業所、包括職員、大学教授等による課題解決に向けた会議を行っている。県立看護大学の教授1名が、訪問看護からの紹介で地域ケア会議に参加したいとのことで、アドバイザーとして参加して頂いている。
 - ・参加者は各事業所のケアマネが中心で、その他の職種については依頼して理学療法士や作業療法士を呼んだことがある。ケースごとにその都度依頼している。
 - ・偶数月と奇数月にそれぞれ分けて、個別事例検討会と地域ケア会議を行っている。

<課題等>

- 独居高齢者が多く、見守り体制ができていない現状がある。親族等がいない又は遠方に住んでいる場合は、施設入所につなげるしかない方が増加している。
- 地域の見守り、支援体制づくりについては、生活支援体制整備事業を委託している社会福祉協議会と連携していく必要がある。

＜「認認介護」への取り組み＞

- 認知症支援推進員が長期的に支援を行っており、1 か月に 1 度会議を開催し、医師等に専門的な知識を頂いている。
- 年に 1、2 件程度ある。ご夫婦のどちらとも軽い認知症で 90 歳以上、お子さんは町外というケースがある。奥様の方の認知症が進行しており、食事の状況が把握できず、夫や家族は食事を摂っていると言っているが奥様は痩せているため、行政としては不安視している。
- 薬に関しては飲まなくてよいところまで痩せている。通院は 1 か月に 1 回、息子と行っている。理由は死亡診断書を書いてもらえないからだと言っている。

＜「8050」への取り組み＞

- 基本的には窓口の相談や訪問等で把握しており、就活支援センター等と連携して就職につなぐ等、支援を継続的に行うようにしている。地区相談員からの把握がメインとなっている。
- 高齢者の母と息子 50 代という事例があり、収入は母親からもらっているケースがあった。働きたいが息子は働けないと言っており、職員が同伴し就活支援を継続的に行い、就職が決まった。現在は退職してしまったが、再度の就活を一緒に行っている。
- 町のサービスとパーソナルサービスを織り交ぜて対応している。

＜その他の困難事例への取り組み＞

- 認知症の徘徊があり、道路で座る等の行動があった。地域住民からクレームがあり、地区の方の理解を頂こうと区長に相談し、椅子を設置する等の対応をした。ケアマネ、包括職員等で十分話し合い、椅子の設置につながった。

⑤小規模自治体にあることで他の自治体と比較して恵まれている点、及びその理由

＜恵まれている点及びその理由＞

- 町内の高齢者施設等との連携のしやすさ。
- 小規模自治体の為、高齢者の全数把握が可能。
- 福祉サービスの充実。ただし、有料老人ホームが 5 か所あり、その中で訪問、通所を行っていることで、1 人あたりの介護給付費が沖縄県平均に比べて高い可能性がある。行政としての課題でもある。
- 住民の意向を把握しやすい。
- 各区事務所との連携が取りやすい。

⑥小規模自治体にあることで他の自治体と比較して不便な点、及びその理由

＜不便な点及びその理由＞

- 町内に総合病院がなく、透析を行う施設が町内にない。独居の方や親族がいない場合、人工透析や遠方への受診が難しい。医療機関への移動支援サービスで上手くいって

いる事例があれば知りたい。

○商店等が少なく、買い物をするのに距離がある。

⑦運営形態の違いによる運営面での強み（効果的なこと）、及び課題

＜強み（効果的なこと）＞

○包括支援センターが役場の直営であり、同事務所内に町の高齢者福祉係がある。

○困難事例や必要な支援等についても行政と常に連携できる体制ができている。

○委託の検討をしたことはない。圏域は一つなので、直営で不便は感じていない。

⑧地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICT の活用状況等

＜地域や対象者の実態把握の具体的方法、及び工夫＞

○高齢者世帯において独居（75 歳以上）、高齢者世帯（75 歳以上）、他世帯（80 歳以上）の実情把握を実施。（訪問、電話、来所）75 歳以上独居、80 歳以上の他世帯に対しては 1 年に 1 度以上は訪問している。支援が必要な人は定期的に訪問することとなっている。最低でも毎年 1 回は顔を合わせるようにし、地区相談員が 1 人で訪問するが、ケースによっては看護師やケアマネが同行する場合もある。

○実態把握においては、地区相談員が状況をシステムへ入力し、担当者がいない場合においても対応できるようにしている。

＜個人情報の取り扱いの具体的方法、及び工夫＞

○金武町個人情報保護条例等に基づき実施。

＜課題等＞

○親族等の情報を教えていただけない事がある。

○緊急時の連絡先が分からない。（入院、介護サービス等）

（２）連携状況

①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況

<特に工夫していること>

○地域ケア会議における情報共有。必要な場合には地域の人にも参加頂くことがあり、年初には民生委員も参加してもらうようにしている。頻度は2か月に1回。

○地域の方との会議体は区ごとにあり（5区）、区長が行政懇談会という形で困っていることを吸い上げて対応する形となっている。

○民生委員

- ・社協主催による会議において、各地区担当の民生委員に困難事例への協力を依頼。
- ・民生委員は認知症の見守りが多く、包括も一緒に関わるようにしている。民生委員と定期的な会議を設けている。広報誌や認知症ケアパス等、民生委員が窓口に来るときにコミュニケーションを取っている。
- ・民生委員の確保はできている。役場のOB、公的機関出身者が多い。困難事例への協力等があることで、民生委員の業務が多忙のため辞めるというのではないが、新しい方は気にしている。

○ボランティアによる見守り支援。

<課題等>

○住民のボランティア意識が基本的に低く、生活支援のボランティアの立ち上げができていない。これは課題として認識しており、今後、社会福祉協議会との連携が必要。

②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況

<特に工夫していること>

○包括支援センターは直営となっており（保健福祉課と同じ事務所）、常に連携はできる体制である。地域包括と福祉課の窓口が一緒であり、基本的には窓口にいる職員が対応し、内容で振り分けを行っている。業務分担をしっかりと分けているので、包括と二重業務となるようなことはないと認識している。

○保健福祉課も2つに分かれており、障害福祉課とは敷地内の別庁舎になるが連絡は取りやすい環境にあり、障害福祉課からも情報が来るようなしくみになっている。

○包括支援センターは広域連合としての運営であり、基本的には小規模自治体が属している。各市町が介護予防計画を策定し、事業のとりまとめ等は広域連合に任せている。

○金武町社会福祉協議会との包括的な連携。（必要に応じて問題解決に向けた会議等ができるよう実施）

○地域ケア会議及び個別ケア会議。（町内各事業所と定期的な会議の実施、頻度はそれぞれ2か月に1回）基本的には課題の吸い上げは地域ケア会議で行っており、福祉

計画に入れ込むような形になっている。地域ケア会議は33事業所に依頼しているが、福祉の事業所がメインで、医療系に関してはコロナの影響で病院が忙しくなり、時々参加がある。参加の意向はあるので、すぐに相談できる体制はある。

○在宅医療・介護連携推進事業（中部地区医師会）との連携。基本的には住民の退院の際にケアマネが会議体に参加、訪問診療の医師との連携は取れている。介護サービスはヘルパー不足等により、サービスを必要としている人が受けられていない状況にある。

○認知症初期集中支援チーム設置促進事業（独立行政法人琉球病院）との連携。

③これから連携を取りたいと考えている組織、及びその理由

○金融機関。（成年後見等について）

○医療機関（認知症の方への早期介入や孤独死を防ぐため）や商店とも連携を図り、気になる方の情報提供をしてもらいたい。

（３）人材の確保及び育成

＜現状、及び特に工夫していること＞

○専門職の給与等の待遇の改善。

○社会福祉士の確保について社会福祉系の大学に求人を出しており、経験加算等を設けて求人を掛けている。足りない場合は他の市町村や学校に依頼している。

＜課題等＞

○定数が決まっており、今のところ職員を増やす予定はない。包括は9名だが、継続的に契約しており、今のところ困っている状況ではないが、今後は誰かが退職した場合、業務に支障をきたすことが想定される。

○専門職の休暇等による職員の補充ができていない。（途中で休職した場合）

○経験のある専門職が退職した場合、業務の運営に支障をきたすことが考えられる。

（４）小規模自治体の地域包括支援センターとして特に力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等

○事務職が配置されていない為、保健師が事務等を行っている。

第4章

考察

1. アンケート結果から見える現状と課題

本アンケートにおける対象の特徴としては、九州厚生局が管轄する 65 歳以上人口 6,000 人未満の 119 自治体及び地域包括支援センターであり、総人口が約 360 人の自治体から約 2 万人の自治体が含まれている。また、世帯数においても約 200 世帯の自治体から約 9,000 世帯の自治体までと規模にも幅があり、65 歳以上人口 6,000 人未満の自治体といえども、人口構成や高齢化率も様々な状況にあることが考えられる。

医療・介護資源の状況においても、病院がない自治体が 43%、有床診療所がない自治体が 70% など自治体内に所在する医療・介護資源も様々な状況にあることが挙げられる。本アンケートの対象自治体においては、自治体内に医療・介護資源が豊富にはないことから、所在する医療・介護資源を中心とする取り組みや、他の自治体との連携による医療・介護資源の活用を通じた効率的な運営がなされている状況にあることが考えられる。

(1) アンケートから分析した課題

アンケート結果をもとに、九州厚生局が管轄する 65 歳以上人口 6,000 人未満の自治体及び地域包括支援センターの取り組みに関する課題について考察し、下記の表にまとめている。

分野	主な課題
医療・介護資源 の状況	地域包括ケアセンターが設置されている市町村に所在する医療資源の状況は、56 自治体のうち、病院がない自治体が 43%、有床診療所がない自治体は 70% であった。多くの自治体・地域包括支援センターが無床診療所を中心に取り組んでいることや、他の自治体と連携して医療資源をカバーしていることが伺える。 また、介護資源においても、56 自治体のうち、過半数で施設なしと回答があった介護サービスは、訪問入浴介護、特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院、介護老人保健施設であった。特に、自治体内にない介護サービスについては、地域包括支援センターが中心になり他の自治体と連携してサービス提供がされていることが想定される。 やはり、小規模自治体には医療・介護資源は豊富にはないため、自治体内外の機関との情報連携を密にすることでカバーしている状況にあることがアンケートからも伺える。
運営形態と委託 先・設置場所	運営形態については、自治体直営と回答した自治体が 82% (46 自治体)、委託と回答した自治体が 18% (10 自治体) であり、委託先としては、社会福祉協議会が 80% (8 自治体)、他は医療法人 10% (1 自治体)、その他 10% (1 自治体) であった。委託先の設置場所として最も回答が多かったのは、「自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ建物」で 56% (6 自治体) であった。次いで「自治体の所管部署（または受託先の施設）と同じ敷地の異なる建物」が 22% (2 自治体) であり、自由記載においても、自治体の所管部署と同じ建物もしくは同じ

	建物で隣接していることのメリットとして、連携や情報共有がしやすいというコメントが多くあった。一方、自治体所管部署の建物と包括支援センターの建物が離れていることで、情報共有や連携が即座にできない場合があることが課題として挙げられていた。
地域や対象者の 実態把握	地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のための実施状況のうち、最も実施率が高かったのは「相談内容に応じて訪問する職種を調整している」で84%、一方、最も実施率が低かったものは、「各地区を職員に割り振り、担当制としている」及び「実態把握のための全戸訪問調査を実施している」で14%であった。 地区担当制や全戸訪問については、実施率はともに14%と低く、自由記載欄のコメントでも人材不足、人材確保面でのハードルの高さが課題であることが挙げられていた。また、実態把握後の情報については、蓄積され活用されているものの、今後の情報更新については、そこまでの余力がないため課題であるという認識もあった。
地域や対象者の 個人情報の取り扱い	地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況のうち、最も実施率が高かったものは「把握した地域や対象者の個人情報については、ケアプラン作成のためのシステムやその他のシステム（要援護者支援システム等）に入力している」で88%、一方、最も実施率が低かったものは「国や県等のモデル事業（個人情報の取り扱い以外の事業も含む）を積極的に活用している」で11%、次いで「介護関連の情報のほか、医療情報についても共有できるシステムを導入している」が27%であった。 実施率が低いものとしては、介護・医療情報が共有できるシステムの導入であり、依然として情報共有のデジタル化は進んでいない状況にあると考えられる。自由記載欄のコメントにおいては、町の個人情報保護条例に基づき管理しているとの回答が複数あり、市町村ごとの対応がされていることが課題として挙げられる。
地域内の連携	地域内の連携状況のうち、最も実施率が高かったものは「民生委員に困難事例等への協力を依頼している」で84%、一方、最も実施率が低かったものは「認知症サポーターの育成だけで終わらずに、その後にサポーターを活用するしくみをつくっている」で11%であった。認知症サポーターの取組みについては、未だ多くの自治体が上手く活用するしくみまでには至っていない現状があった。
他機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携	他機関との連携状況のうち、最も実施率が高かったものは「地域ケア会議等に行政が参加し、政策課題を行政が集約している」で73%、一方、最も実施率が低かったものは「大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している」が14%であった。自由記載欄のコメントにおいては、地域ケア会議等で上がってきた地域課題は政策課題と認識しているが、力不足のため課題解決に

	向けて事業を立てるまで至っていないという課題が挙げられていた。
職員の確保、育成、引継ぎ等について	職員の確保、育成、引継ぎ等の実施状況のうち、最も実施率が高かったものは「スキルアップのために、研修に積極的に派遣するようにしている」で80%、一方、最も実施率が低かったものは「大学、専門養成機関（専門学校等）等と連携することにより、人材を確保するしくみがある」が0%であった。やはり、人材確保が難しいというコメントが最も多く、特に有資格者等専門職の確保は喫緊の課題として挙げられている。また、人材育成については、コロナ禍でオンライン研修などが増えたことで、立地面、コスト面（移動費）の観点からこれまで参加が叶わなかったような研修にも参加できるようになったとのコメントもある一方、人材育成コストも小規模自治体では大きな負担になっているという課題も挙げられていた。
小規模自治体の地域包括支援センターとして	地域包括支援センターでは、高齢化に伴い年々相談件数が増えている中でも人材確保や増員などはされておらず、職員の負担が増え続けていることが課題として挙げられている。職員の純増は財政面や人材確保面でもあまり現実的でないという認識がある中で、実情は地域包括支援センター内での連携や他機関との連携によりカバーしていることが考えられる。

2. ヒアリング調査結果から見える特徴的な取り組み

ヒアリング調査による特徴的な取り組みとして、下記のような内容が挙げられた。
(主なものを一部要約し記載)

【事業及び運営内容】

- 窓口での介護認定新規申請を見直し、事前点検を徹底した。生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスが即必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極め。(長崎県佐々町)
- 地区サロンへの参加による介護予防に対する取り組みを徹底的に行っている。体操DVDの配付、介護予防サポーターの育成、リクリエーション道具や脳トレ教材の貸し出し等の支援を行い、介護認定率や介護給付費の抑制につながっている。(熊本県玉東町)
- 天城町版ケアプラン様式(案)として、本人の生活者としての出来る能力を引き出すICFの考え方(健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子)をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目23を活用した本人の課題分析シートを作成しこれを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題(阻害因子)があるのかを見える化している。(鹿児島県天城町)
- 相談時の対応フローチャートを独自に作成し、相談対応のスタッフ全員で流れを共有している。本人の状態の確認や申請の必要性、地域の事業の活用等を検討でき、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっている。(鹿児島県天城町)
- 新規要支援認定の場合は短期集中型サービスC事業の利用を検討し、自立支援と継続的支援に振り分ける、という方針が徹底されている。介護予防の意識が根付き、認定率も下がっている。(大分県九重町)
- 認知症地域支援推進員を専属で配置しており、認知症及び認知症疑いのある住民の掘り起こしや支援を強化している。(沖縄県金武町)
- 権利擁護支援中核機関を設置し、専任の社会福祉士(成年後見人の専任担当)を配置して、窓口での相談や利用支援事業を行っている。(沖縄県金武町)

【地域の実態把握】

- 地区担当制を導入し、必ず年1回は担当地区を訪問。(長崎県佐々町)
- 一人暮らし高齢者の実態把握調査(対象は250世帯、2年に1回、うち120世帯は1年に1回)を避難行動要支援者訪問調査と合同で実施。(熊本県玉東町)
- 民生委員の他、高齢者世帯訪問員を配置し、見守りが必要な方への訪問、援助等を行っている。(宮崎県国富町)
- 相談のあったケースについては、問い合わせや照会以外は全件訪問し、必要な支援につながるように対応している。訪問するのは1日約4件でほぼ毎日訪問している。平成18年度から全件訪問していて、相談が遅れてしまったために大きな問題に発展するケースは減ってきている印象がある。(鹿児島県天城町)

【連携状況：①地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況】

- 町内会長会、民生児童委員協議会、老人クラブ連合会、福祉協力委員等と連携を図り、地域ネットワーク情報交換会を定例で実施し、支援体制の強化を図っている。（長崎県佐々町）
- 鹿児島県では、65歳以上が登録・活動するとポイントが入る事業（地域活性化事業：貯めたポイントは町の商店街で使える商品券（1ポイントで1,000円）と交換）を活用した見守りグループがある。高齢者は3人以上1組でグループを作り、ボランティアグループ同士で勧誘、話し合い等がされている。（鹿児島県天城町）

【連携状況：②多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況】

- 行政とセンターが連携し、それぞれの生活支援コーディネーターによる戸別訪問を行っている。（佐賀県基山町）
- 社会資源の不足、専門職間の情報交換や研修等について、広域事務組合及び広域内の他の市町と連携。（佐賀県基山町）
- 大学から助言をもらいながら、介護予防事業や保健事業等を実施。また、理学療法士や作業療法士の専門学校講師と、センターのケアマネジャーで対象者の自宅への同行訪問を実施。（佐賀県基山町）
- 地域リハビリテーション支援活動を実施しており、行政、包括、通所型C事業所と連携しながら、フレイル予防、セルフケア、社会参加に繋げる取り組みを行っている。（佐賀県基山町）
- 佐々町内外の医療機関、介護保険関連施設、地域ケア会議アドバイザー、地域包括支援センター、行政関係者を主要メンバーとする地域支援連絡会により地域全体の動きを共有し、課題解決につなげている。（長崎県佐々町）
- 地域ケア会議に5つの機能（個別課題解決機能、ネットワーク発見機能、地域課題発見機能、地域づくり資源開発機能、政策形成機能）がある。専門職が関与して評価表を作成している。地域ケア個別会議についても自立支援型や困難事例型で開催する等、地域ケア会議が充実している。（熊本県玉東町）
- コンビニ及び弁当の宅配事業者と連携し、弁当の宅配を実施。（熊本県玉東町）
- 地域ケア会議での事例及び課題等を行政が集約し、継続的に必要なものは庁内会議での調整等を通じて政策に繋げていくというシステムが出来ている。（大分県九重町）
- 地域ケア会議への専門職の派遣について、県が専門職団体と調整を行う等の支援を行っている。（大分県九重町、宮崎県国富町）
- センターは町の直営で、センターと保健福祉課の窓口が一緒。（沖縄県金武町）

【人材確保・育成及び次世代への伝承】

- 委託先法人による職員派遣等の支援が期待できる。（佐賀県基山町）
- 地区担当制の導入により、若手職員にも地域づくりへの自覚が芽生え、次世代を担う人材育成の面でも効果が上っており、佐々町の地域に係る「マインド」が伝承される仕組みが出来ている。（長崎県佐々町）
- 運営は社会福祉協議会への委託であるため、社協内に居宅や介護サービス事業所があり、必要3職種を確保しやすい。（大分県九重町）
- 町の職員が、センターに1人、社協に1人、それぞれ出向。（宮崎県国富町）

【上記の他、小規模または地方のメリットを活かす取り組み】

- 平成の大合併を経験しなかったこともあり、多世代包括支援に対する取り組みや、社協及び健康センター等との関係性が維持されており、今後、町と一体化した重層的支援体制整備事業への推進が期待できる。（長崎県佐々町）
- デスカンファレンスやひきこもり支援といった新たな課題に対して、多機関と連携して積極的に取り組んでいる。（長崎県佐々町）

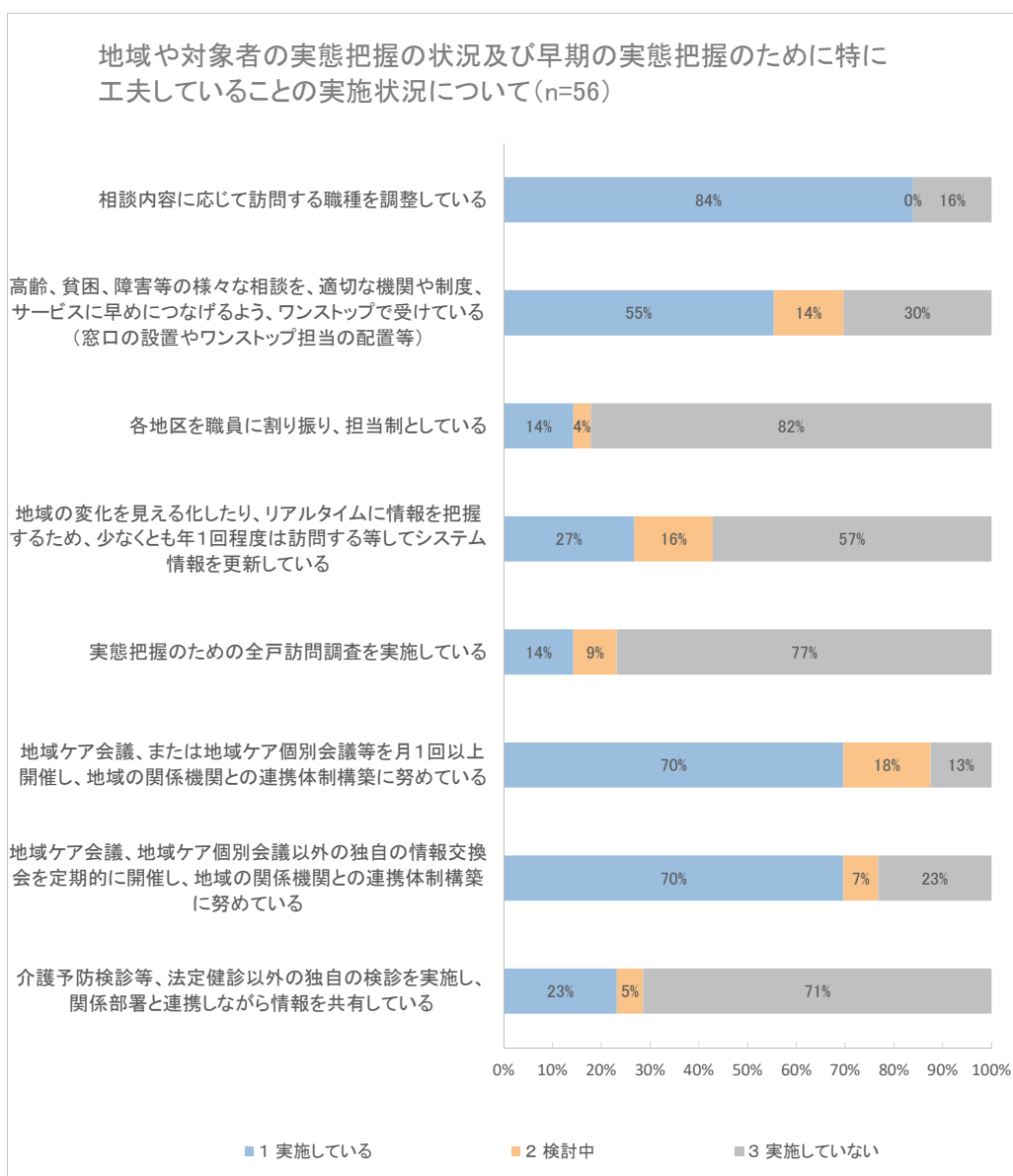
3. まとめ

調査結果をもとに、小規模自治体における地域包括支援センターの効果的活動に向けた取り組みの方向性について整理した。

(1) 地域の実態把握

地域課題の解決に当たっては、その実態を正確かつ迅速に把握することが大きなポイントとなるが、今回のアンケート調査では、「相談内容に応じて訪問する職種を調整している」、「地域ケア会議、または地域ケア個別会議等を月1回以上開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている」、「地域ケア会議、地域ケア個別会議以外の独自の情報交換会を定期的に開催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている」の実施率が高かった。

一方、「各地区を職員に割り振り、担当制としている」及び「実態把握のための全戸訪問調査を実施している」の実施率が低かった。(再掲)



今回のヒアリング調査では、以下に示すように、小規模自治体ならではの地域の様々な資源を活用した取り組みや、独自の生活支援コーディネーター事業を推進する取り組みの中で、実施率が低かった地区担当制の導入や全戸訪問調査の実施を含む様々な工夫が見られた。

○地域の様々な資源を活用した実態把握

- ・民生委員の他、高齢者世帯訪問員や高齢者見守りグループ等のボランティア、インフォーマルな「地区の専門家」等による訪問・援助等が行われている。（地域の様々な資源を活用した社会資源の補完）

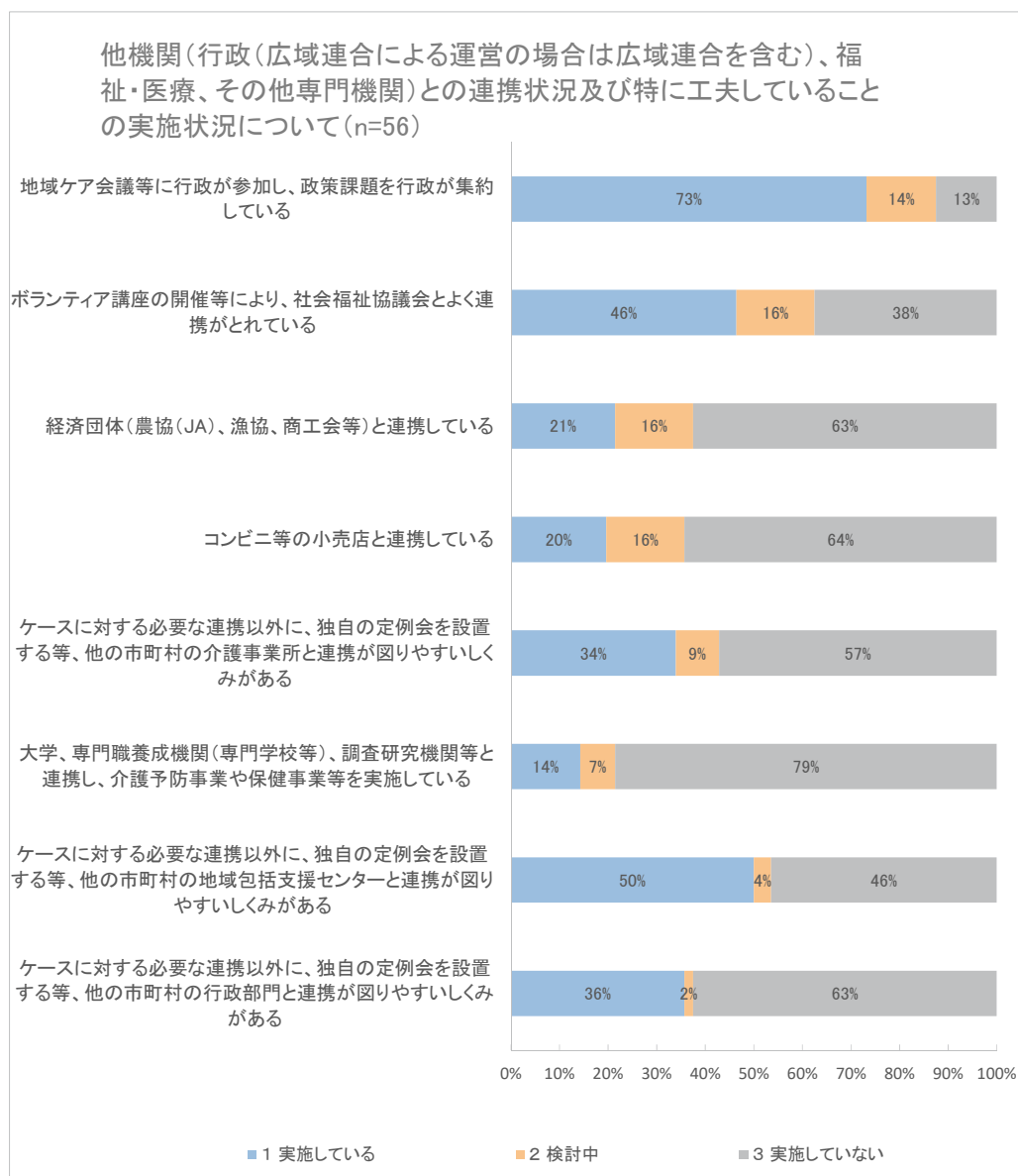
○生活支援コーディネーター事業の推進

- ・行政と生活支援コーディネーターによる実態把握戸別訪問を行っている。行政の個別訪問は一人暮らしを中心に、介護認定を受けている認知症を優先。包括については総合事業の対象者を中心に回り、それぞれの情報をまとめている。生活支援コーディネーターがそれぞれ別でいるので、行政の生活支援コーディネーターと包括の生活支援コーディネーターと連携して動いている。
- ・地域の生活支援コーディネーター的な役割を果たすため、地区担当制をシステムとして導入した。（地区担当者＋スーパーバイザーによる支援）小規模自治体の機動性を活かした住民と地区担当者との信頼関係構築（職員の地区ネットワーク力）による早期の相談受入・情報入手、地域課題の把握と解決までの取り組みがスピード感を持って推進されている。
- ・全戸訪問調査①：地域の変化を見える化することが重要であり、必ず年に1回訪問し、システムも更新している。
- ・全戸訪問調査②：対象が250世帯あり、2年に1回、うち120世帯は1年に1回、主に包括の社会福祉士が毎月10世帯を割り振りながら担当者が訪問している。

(2) 連携に向けた工夫

域内外の社会資源不足を補うには、域内外の様々な資源の活用が不可欠であるが、今回のアンケート調査では、「地域ケア会議等に行政が参加し、政策課題を行政が集約している」、「ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の地域包括支援センターと連携が図りやすいしくみがある」の実施率が高かった。

一方、「大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している」、「コンビニ等の小売店と連携している」の実施率が低かった。（再掲）



今回のヒアリング調査では、以下に示すように、地域の内外の様々な資源との連携に向けた取り組みの中で、実施率が低かった「大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している」、「コンビニ等の小売店と連携している」を含む様々な工夫が見られた。

○地域内の様々な資源との連携

- ・地域ネットワーク情報交換会：町内会長会、民生児童委員協議会、老人クラブ連合会、福祉協力委員等と連携を図り、地域支援に関する情報交換会を定例（各地区年1回）で行い、介護予防の取り組み、支えあい、強みなどを話し合い、日頃の支援体制の強化を図っている。
- ・地域ケア会議での事例及び課題等を行政が集約し、継続的に必要なものは庁内会議での調整等を通じて政策に繋げていく、というシステムが出来ている。
- ・コンビニ、弁当の宅配事業者（行政からの委託で宅配のみを行うサービス）、ガス事業者等の民間企業 35 団体との連携。

○多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携

- ・地域支援連絡会：町内外の医療・介護関係者間の情報交換および各個人の専門職としての資質向上を図り、地域の人々を支え、地域づくりの推進に努めている。
- ・医療関係者、介護事業所、行政担当、県の保健所等が参加する在宅医療連携推進会議において、多職種連携のグループワーク、住民参加型のシンポジウム等が実施されており、医療と介護の連携を取りやすい環境がある。
- ・社会資源の不足、専門職間の情報交換や研修等について、広域事務組合及び広域内の他の市町との連携体制を活用し対応している。
- ・町が包括的連携協定を結んでいる久留米大学病院からアドバイスをいただきながら、介護予防事業や保健事業等を実施している。

(3) 業務遂行における工夫

小規模自治体の地域包括支援センターでは、元々職員が少なく、増員についても財政上の制約や応募がない等の事情から、難しい場合が多い。

今回のヒアリング調査では、以下に示すように、業務取扱の方針徹底、独自の業務ツールの活用により、業務内容を再検討することで、少ない職員でも対応を可能とする工夫が見られた。業務内容が均一化し、業務の質も向上するという意見も聞かれた。

このような業務遂行における工夫は、当然ながら小規模自治体でなくても対応可能である。

○業務取扱の方針徹底

- ・介護予防に対する取り組み：地区サロンへの参加を強く促している。体操 DVD の配付、介護予防サポーターの育成、リクリエーション道具や脳トレ教材の貸し出し等の支援を行っている。
- ・介護認定新規申請事前点検の徹底：窓口での申請のあり方を変え、生活機能評価表による聞き取りをし、介護サービスがすぐに必要であるか、介護予防事業やインフォーマルサービス等が必要であるかを見極めている。
- ・可能な限り自立した在宅生活を継続できるようなケアマネジメントに努めている。新規要支援認定の場合は、短期集中型サービス C 事業の利用を検討し、自立支援と継続的支援に振り分けている。

○独自の業務ツールの活用

- ・相談時の対応フローチャート：相談対応のスタッフ全員で流れを共有している。本人の状態の確認や申請の必要性、地域の事業の活用等を検討でき、初めての職員でもこれに沿って業務遂行ができるようになっている。
- ・天城町版ケアプラン様式（案）：本人の生活者としての出来る能力を引き出す ICF の考え方（健康状態・活動・心身機能・参加・環境・個人因子）をアセスメント項目の柱にすえ、国の標準項目 23 を活用した本人の課題分析シートを作成しこれを基にできていることと本人の生活者としての出来る可能性のある能力に焦点をあて、どこに課題（阻害因子）があるのかを見える化している。

(4) さいごに

今回の調査結果を見ると、小規模自治体における地域包括支援センターの強みの1つとして、地域住民や他機関との物理的・心理的距離感が近いこと、顔の見える関係になりやすいことがあると思われる。このような関係性が根底にあることにより、地域づくりに不可欠な地域住民との強固な信頼関係が構築されていく。社協や健康センター等との関係性が維持されている地域も多いのではないだろうか。

また、ヒアリング調査の対象となった地域はいずれも特徴的な取り組みを行っている「先進地域」であったが、国の方針の下で忠実に地域包括支援センターを位置付け、果たすべき役割をきちんと果たしたうえで、一定の分野や部分では地域に応じた独自の取り組みを実践することにより「先進地域」になり得たのではないだろうか。

このような包括サイドからの働き掛けにより、さらに地域住民との信頼関係が深まることで、地域の実情を迅速に把握して解決に導くことが可能になり、さらに住民一人ひとりを地域づくりに巻き込んでいく原動力となり得る。

こうした過程で収集される様々な地域課題は「高齢者」に限定されるものではなく、また医療・介護・福祉といった地域包括ケアを構成する要素に限定されるものでもない。すなわち、様々な年齢層、様々な分野に関わる地域課題が集積する今後の小規模自治体の地域包括支援センターの役割は、地域課題の解決に向けたコーディネーターとして、「多世代包括支援」に対する取り組みを通じたより良い地域づくりにあるものと思われる。

一方で、小規模自治体における地域包括支援センターの最大の課題は、人材確保・育成と次世代への伝承である。

ヒアリング調査の対象先でも苦戦している地域が多い中、地区を担当させることで地域づくりへの自覚を持つ次世代を担う人材を育成し、地域に係る「マインド」が伝承されるようなしくみ、すなわち、事実上の専門職等の補完であり、地域包括ケアシステムの構築に繋がる「地区のビジョン検討」等を通じた人材育成が「システム」として出来上っている地域もある。

上記の取り組み以外にも、簡単には増員を望めない状況下にあっても様々な工夫により現有職員の能力を向上させている等、本調査では様々な事例を紹介している。

小規模自治体における地域包括支援センターには、これからの地域づくりの要となることを期待したい。

資料編

1. アンケート調査票
2. ヒアリングシート

小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に関する実態調査

アンケート調査でお伺いしたい内容

【アンケート調査の目的等】

- 市町村における地域課題の包括的な窓口である地域包括支援センターの役割はますます重要性が高まっています。地域包括支援センターが取り組むべき事業のどれもが地域に必要な事業ですが、各自治体にそれぞれ地域特性がある中、対応人員等の制限で事業負担が重く、着手可能な事業には限界もあります。
- また、小規模自治体では弾力的な配置人員基準が運用され、結果として専門職員の種別や人員数は大規模自治体に比して少なくなっていますが、地域の課題は人口規模に関係なく多岐にわたるため、事業負担の問題は小規模自治体で特に顕著に見られます。一方で、小規模自治体ゆえに地域包括支援センターの運営自体に工夫が行われていたり、特徴的な優れた取り組みが行われていたりしても情報発信されることなく埋もれている可能性があり、現状では自治体間で共有できていません。
- 上記の課題の明確化と解決のため、小規模自治体を対象に、独自の工夫で効果的活動を行っている地域包括支援センターを見出し、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、取組の類型化を行い、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示すことを目的として、アンケート調査をお願いしたいと考えております。
- ご多用の折大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をお汲み取りいただき、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

【ご回答の注意点】

- 貴市町村の担当者様、及び貴センターの管理者様がご回答ください。（兼任の場合はお一人のご回答で結構です）必要に応じ他の部署や組織等に照会・相談もお願い致します。
- 特に断りがなければ、可能な限り 2021年4月1日時点の状況をご記入ください。
- 国診協ホームページからダウンロードした調査票は、2022年1月12日（水）までに、別紙記載のEメールアドレス宛に送信いただきますようお願いいたします。なお、Eメールによるご回答が難しい場合には、別途事務局までご連絡をいただければ幸いです。

【お問い合わせ先】

- ご不明な点などがございましたら、下記問合せ先までお願い致します。

○事務局

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会（担当：迫、竹内、鈴木）

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT芝大門4F

TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499 E-mail office@kokushinkyo.or.jp

○事務局支援

株式会社日本経済研究所（担当：丸田、前田）

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15F

TEL 03-6214-4641 FAX 03-6214-4602 E-mail:maruta@jeri.co.jp

自治体及び貴センター名称		電話番号（自治体）	
ご回答者名		メールアドレス（自治体）	

問1【概況】 貴市町村の概況及び貴市町村所在の医療・介護資源の状況、及び貴センターの概況についてご記入ください。

(1) 貴市町村の概況 (※貴市町村の担当者様にご回答ください。)

総人口	人	高齢化率	%
世帯数	世帯	要支援者数	人
65～74歳人口	人	要介護者数	人
75歳以上人口	人	認定率	% (県平均 %)

(2) 貴市町村所在の医療・介護資源の状況 (※貴市町村の担当者様にご回答ください。)

医療機関 (該当するものに○を付け、数を記入)	1 病院 (箇所) 3 無床診療所 (箇所)	2 有床診療所 (箇所) 4 歯科診療所 (箇所)
----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

※病院については、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの（医療法第1条の5第1項）についてご記入ください。

介護サービス事業所 (該当するものに○を付け、数を記入)	1 訪問介護 (箇所) 3 訪問看護ステーション (箇所) 4 通所介護 (箇所) 6 特定施設入居者生活介護 (箇所) 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (箇所) 8 小規模多機能型居宅介護 (箇所) 9 看護小規模多機能型居宅介護 (箇所) 10 介護医療院 (箇所) 12 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) (箇所) 13 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) (箇所) 14 居宅介護支援 (箇所)	2 訪問入浴介護 (箇所) 5 通所リハ (箇所) 11 介護老人保健施設 (箇所)
---------------------------------	--	---

※介護予防及び地域密着型サービスに該当するものも含めてご記入ください。

(3) 貴センターの概況 (※貴センターの管理者様にご回答ください。)

運営形態	1 自治体直営 2 委託	委託先 (委託の場合のみ記入)	1 社会福祉協議会 3 社会福祉法人 5 その他 ()	2 医療法人 4 医師会
設置場所	1 自治体の所管部署(または受託先の施設)と同じ建物で隣接 2 自治体の所管部署(または受託先の施設)と同じ建物 3 自治体の所管部署(または受託先の施設)と同じ敷地の異なる建物 4 自治体の所管部署(または受託先の施設)と異なる敷地の建物 上記の設置場所にあることで、特にうまくいっていることや留意点等について、ご記入ください。(自由記載)			

※運営形態、委託先、設置場所については、該当するものの番号に○を付け、委託先について該当するものがない場合には「5 その他」の欄にご記入ください。

センター 配置職員 合計 (人)	職種	兼務職種	兼務職員	職種	兼務職種	兼務職員
	①保健師 (人)	()	人	⑥認知症地域 支援推進員 (人)	()	人
		()	人		()	人
		()	人		()	人
	②社会福祉士 (人)	()	人	⑦事務職員 (人)	()	人
		()	人		()	人
		()	人		()	人
	③主任介護 支援専門員 (人)	()	人	⑧その他 () (人)	()	人
		()	人		()	人
		()	人		()	人
	④介護支援 専門員 (人)	()	人	⑨その他 () (人)	()	人
		()	人		()	人
		()	人		()	人
	⑤生活支援 コーディネーター (人)	()	人	⑩その他 () (人)	()	人
		()	人		()	人
		()	人		()	人

※全ての貴センター配置職員について、職種別（業務別）の実人数をご記入ください。

※兼務がある場合は、兼務職種の覧に①～⑩の職種の番号を記入し、当該兼務職種に従事している職員数をご記入ください。なお、職種と業務が異なる場合、従事している主たる職種（業務）の欄にご記入ください。

【例１】保健師（１人）が、保健師業務が主で生活支援コーディネーターを常時兼務している場合

⇒保健師：１人、兼務職種：⑤、兼務職員：１人、と記入

【例２】看護師の有資格者（１人）が、主にケアマネジメント業務に従事している場合

⇒介護支援専門員：１人、兼務職種：（記入なし）、兼務職員：０人、と記入

職員の 勤続年数	1 1年未満 (人)	2 1年～3年未満 (人)
	3 3年～5年未満 (人)	4 5年～10年未満 (人)
	5 10年～15年未満 (人)	6 15年以上 (人)
	職員の勤続年数について、例えば、会計年度任用職員や非常勤職員が多いこと等から職員の長期間の定着が難しい、といったことがあれば、その現状、課題、取り組んでいること等についてご記入ください。（自由記載）	

※職員の勤続年数は貴センター配置後の勤続年数とし、全ての貴センター配置職員について該当するものの番号に○を付けてください。

※以下の問2～問6については、貴センターの管理者様にご回答ください。

問2【実態把握】 小規模自治体では都市部と比べて地域との顔が見える関係から把握しやすい
半面、社会的資源が少ないことから課題も多いと考えられます。このような観点からみた地
域や対象者の実態把握の状況について伺います。

- (1) 地域や対象者の実態把握の状況及び早期の実態把握のために特に工夫していることの実施
状況について、すべての項目に番号（1：実施している、2：検討中、3：実施していない）
をご記入ください。これ以外に実施していることがあれば、（その他：自由記載）の欄にご
記入ください。

番号	実施状況	内容
1		相談内容に応じて訪問する職種を調整している
2		高齢、貧困、障害等の様々な相談を、適切な機関や制度、サービスに早 めにつなげるよう、ワンストップで受けている（窓口の設置やワンスト ップ担当の配置等）
3		各地区を職員に割り振り、担当制としている
4		地域の変化が見える化したり、リアルタイムに情報を把握するため、少 なくとも年1回程度は訪問する等してシステム情報を更新している
5		実態把握のための全戸訪問調査を実施している
6		地域ケア会議、または地域ケア個別会議等を月1回以上開催し、地域の 関係機関との連携体制構築に努めている
7		地域ケア会議、地域ケア個別会議以外の独自の情報交換会を定期的に開 催し、地域の関係機関との連携体制構築に努めている
8		介護予防検診等、法定健診以外の独自の検診を実施し、関係部署と連携 しながら情報を共有している
9		（その他：自由記載）

- (2) 上記の特に工夫していることの中で、最も特徴的なものを1つ選択し（該当する番号を記
入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等について、下記【具体例】
を参考にご記入ください。（自由記載）

○最も特徴的なもの（番号： ） ○導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等

【具体例】地区担当制を導入し、生活支援コーディネーター的な役割として活動している。
必ず年に1回は訪問し、話を聞いて持ち帰り全員で解決する形をとっている。スタッフカン
ファレンスも実施している。導入後、初期の段階での問題解決に大きな効果があった。職員
の地域づくりへの自覚が芽生え、各職員が個の支援から地域づくりを考えるようになった。

問3【個人情報の取り扱い】 小規模自治体では都市部と比べて地域との顔が見える関係から把握しやすい半面、地域住民の個人情報の取り扱いについては課題も多いと考えられます。このような観点からみた地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況について伺います。

(1) 地域や対象者の個人情報の取り扱いの状況及び特に工夫していることの実施状況について、すべての項目に番号（１：実施している、２：検討中、３：実施していない）をご記入ください。これ以外に実施していることがあれば、（その他：自由記載）の欄にご記入ください。

番号	実施状況	内容
1		関係機関で情報を共有することへの同意を得るため、地域包括支援センターでは「同意書」を活用している
2		地域包括支援センターでは、個人情報に関するガイドラインを作成している
3		地域包括支援センターが、地域と連携した避難行動計画を策定、または計画の策定に協力している
4		把握した地域や対象者の個人情報については、ケアプラン作成のためのシステムやその他のシステム（要援護者支援システム等）に入力している
5		情報の共有を図るため、関係者間で共通のシステムを導入している
6		介護関連の情報のほか、医療情報についても共有できるシステムを導入している
7		国や県等のモデル事業（個人情報の取り扱い以外の事業も含む）を積極的に活用している
8		（その他：自由記載）

(2) 上記の特に工夫していることの中で、最も特徴的なものを1つ選択し（該当する番号を記入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等について、下記【具体例】を参考にご記入ください。（自由記載）

○最も特徴的なもの（番号： ）

○導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等

【具体例】包括の生活支援コーディネーターの訪問に合わせて、個別に個人情報の同意書を取っている。災害時に必要な都度、関係機関と情報連携させてほしいと伝えている。要介護認定の申請者については申請の際に同意を取っており、今後は全ての方にご理解を頂いて同意を取る予定である。行政からの同意書を包括が取る場合もある。

問4【地域住民との連携】 小規模自治体では都市部と比べて地域との顔が見える関係から連携しやすい半面、ボランティア等の組織が少ないことも考えられます。このような観点からみた地域住民との連携状況について伺います。

- (1) 地域内(町内会、民生委員、ボランティア組織等)の連携状況及び特に工夫していることの実施状況について、すべての項目に番号(1:実施している、2:検討中、3:実施していない)をご記入ください。これ以外に実施していることがあれば、(その他:自由記載)の欄にご記入ください。

番号	実施状況	内容
1		地域の課題把握や解決のため、地域ケア会議等に民生委員や地域の人にも参加してもらうようにしている
2		ボランティア組織や地域の人等が参加する協議体(高齢者見守りネットワーク等)を設置している
3		認知症サポーターの育成だけで終わらずに、その後にサポーターを活用するしくみをつくっている
4		民生委員の他に、見守りが必要な方への訪問・援助等を行う訪問員を配置している
5		民生委員に困難事例等への協力を依頼している
6		(その他：自由記載)

- (2) 上記の特に工夫していることの中で、最も特徴的なものを1つ選択し（該当する番号を記入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等について、下記【具体例】を参考にご記入ください。（自由記載）

○最も特徴的なもの（番号： ）

○導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等

【具体例】民生委員の他に高齢者世帯訪問員（ボランティア）を配置し、見守りが必要な方への訪問、援助等を行っている。民生委員と一緒に回る地域、高齢者世帯訪問員がこまめに回っている地域等があるが、早期に介入できた事例も多い。

問5【他機関との連携】 小規模自治体では都市部と比べて地域内に社会的資源が少ないことから、他機関との連携が必要な事案も多いと考えられます。このような観点からみた他機関との連携状況について伺います。

- (1) 他機関（行政（広域連合による運営の場合は広域連合を含む）、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況及び特に工夫していることの実施状況について、すべての項目に番号（1：実施している、2：検討中、3：実施していない）をご記入ください。これ以外に実施していることがあれば、（その他：自由記載）の欄にご記入ください。

番号	実施状況	内容
1		地域ケア会議等に行政が参加し、政策課題を行政が集約している
2		ボランティア講座の開催等により、社会福祉協議会とよく連携がとれている
3		経済団体（農協（JA）、漁協、商工会等）と連携している
4		コンビニ等の小売店と連携している
5		ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の介護事業所と連携が図りやすいしくみがある
6		大学、専門職養成機関（専門学校等）、調査研究機関等と連携し、介護予防事業や保健事業等を実施している
7		ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の地域包括支援センターと連携が図りやすいしくみがある
8		ケースに対する必要な連携以外に、独自の定例会を設置する等、他の市町村の行政部門と連携が図りやすいしくみがある
9		（その他：自由記載）

- (2) 上記の特に工夫していることの中で、最も特徴的なものを1つ選択し（該当する番号を記入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等について、下記【具体例】を参考にご記入ください。（自由記載）

○最も特徴的なもの（番号： ）
 ○導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等

【具体例】在宅医療連携推進会議において入退院時のマニュアルを作成し、昨年度更新した。他の活動として、多職種連携のグループワーク、住民参加型のシンポジウム等も実施している。骨格作りは、医師会の事務局、行政担当、県の保健所。作業部会は、介護事業所、社福、病院の代表者で構成され、内容について協議決定を行っている。

問6【人材の確保及び育成】 小規模自治体では専門職の人員が少なくスキルアップの手段も制限されるため、人材の確保育成には困難さがあると考えられます。このような観点からみた人材の確保及び育成について伺います。

- (1) 現状（職員の確保、育成、引き継ぎ等含む）及び特に工夫していることの実施状況について、すべての項目に番号（1：実施している、2：検討中、3：実施していない）をご記入ください。これ以外に実施していることがあれば、（その他：自由記載）の欄にご記入ください。

番号	実施状況	内容
1		自治体直営の場合は自治体内、委託の場合は受託先内の人事異動で人材を確保している
2		市町村が職員を出向させている
3		国や県等のモデル事業を積極的に活用している（結果が出れば人材確保が可能）
4		大学、専門職養成機関（専門学校等）等と連携することにより、人材を確保するしくみがある
5		スキルアップのために、研修に積極的に派遣するようにしている
6		地区担当制を導入し、責任を持たせることで職員を育成している
7		専門職の給与等の待遇改善を実施している
8		（その他：自由記載）

- (2) 上記の特に工夫していることの中で、最も特徴的なものを1つ選択し（該当する番号を記入）、導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等について、下記【具体例】を参考にご記入ください。（自由記載）

○最も特徴的なもの（番号： ）
○導入の経緯及びプロセス、うまくいっている要因、留意点等

【具体例】地区担当制を導入することにより、地域は「縦割り」ではないことを大切にしている。若手の職員ほど地区に入り込むことで自信を持つようになっており、職員が地域に育てられている。

問7 その他、小規模自治体の地域包括支援センターとして、とくに力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取り組み等があればご記入ください。（自由記載）

ご多忙の中、ご協力、誠にありがとうございました。

小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に関する調査研究事業

ヒアリング調査でお伺いしたい内容

【ヒアリング調査の目的等】

- 市町村における地域課題の包括的な窓口である地域包括支援センターの役割はますます重要性が高まっています。地域包括支援センターが取り組むべき事業のどれもが地域に必要な事業ですが、各自治体にそれぞれ地域特性がある中、対応人員等の制限で事業負担が重く、着手可能な事業には限界もあります。
- また、小規模自治体では弾力的な配置人員基準が運用され、結果として専門職員の種別や人員数は大規模自治体に比して少なくなっていますが、地域の課題は人口規模に関係なく多岐にわたるため、事業負担の問題は小規模自治体で特に顕著に見られます。一方で、小規模自治体ゆえに地域包括支援センターの運営自体に工夫が行われていたり、特徴的な優れた取り組みが行われていたりしても情報発信されることなく埋もれている可能性があり、現状では自治体間で共有できていません。
- 上記の課題の明確化と解決のため、小規模自治体を対象に、独自の工夫で効果的活動を行っている地域包括支援センターを見出し、その取り組みの工夫や効果を評価・分析し、取組の類型化を行い、今後の特に小規模自治体における地域包括支援センターの運営において有益となる成果を示すことを目的として、ヒアリング調査をお願いしたいと考えております。
- ご多用の折大変恐縮ではございますが、調査の趣旨をお汲み取りいただき、ご協力を賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

【ヒアリングの方法とシート事前提出のお願い】

- 事前に本シートにご記入頂いたご回答内容について、ヒアリング当日に質問させていただく方法で調査を実施したいと考えております。お手数をおかけして大変恐縮ですが、ヒアリング実施3日前までに下記の事務局担当者あてに「メール」「FAX」のいずれかでご送付いただきますようお願い致します。
- 介護保険事業計画その他の資料等により内容を把握できる質問については、当該資料を事前にご提供いただければ本シートへのご記入は不要ですので、その旨を回答欄にご記入ください。また、当該資料をホームページ等から入手可能な場合にはこちらで準備いたします。

【お問い合わせ先】

- ご不明な点などがございましたら、下記問合せ先までお願い致します。
 - 事務局
公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会（担当：迫、竹内、鈴木）
〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT芝大門4F
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499 E-mail office@kokushinkyo.or.jp
 - 事務局支援
株式会社日本経済研究所（担当：丸田、前田）
〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15F
TEL 03-6214-4641 FAX 03-6214-4602 E-mail:maruta@jeri.co.jp

貴施設名		ご回答者名	
電話番号		メールアドレス	

1. 事業及び運営内容について

- (1) 介護予防支援及び包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）への取り組みにあたり、特に工夫している（力を入れている）取り組み及び、当該業務の主な課題についてご記入ください。
項目によって思い当たらない場合は空欄で構いません。

①介護予防ケアマネジメント業務

○特に工夫していること ○課題
--

②総合相談支援業務

○特に工夫していること ○課題
--

③権利擁護業務

○特に工夫していること ○課題
--

④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

○特に工夫していること

○課題

※なお、本シートへのご記入は不要ですが、「認認介護」（認知症の夫婦）や「8050」（高齢の親とひきこもりの子ども）への対応にあたり、典型的な支援のパターンについて、その概要、対応のポイント、課題等を、ヒアリング当日にお聞かせ頂きたいと考えております。

- (2) 小規模自治体にある貴地域包括支援センターが他の自治体と比較して恵まれている点、不便な点についてご記入ください。その際にそう思われる理由を教えてください。

○恵まれている点（その理由）

○不便な点（その理由）

(3) - 1 貴地域包括支援センターの運営形態を教えてください。(いずれかに○)

1. 行政直営である。 2. 委託である。(運営主体：)

(3) - 2 運営形態の違いによる貴地域包括支援センターの運営での強み（効果的なこと）と課題について教えてください。

○強みと思われる点

○課題

(4) 地域や対象者の実態把握の具体的方法、個人情報の取り扱い、ICTの活用状況等についてご記入ください。

①地域や対象者の実態把握の具体的方法、工夫、課題等

②個人情報の取り扱いの現状、工夫、課題等

③ICTの活用状況の現状、工夫、課題等

2. 連携状況について

小規模自治体では、都市部と比べると地域との顔が見える関係から連携しやすい半面、社会的資源が少ないことから課題も多いと考えられます。このような小規模自治体の観点からみた連携状況について伺います。項目によって思い当たらない場合は空欄で構いません。

(1) 地域（町内会、民生委員、ボランティア組織等）との連携状況についてご記入ください。

○特に工夫していること

○課題

(2) 多機関（行政、福祉・医療、その他専門機関）との連携状況についてご記入ください。

○特に工夫していること

○課題

(3) 上記の他、これから連携を取りたいと考えている組織（例 医療機関、地縁団体、商店など）、その理由についてご記入ください。また連携を取りたくても地域内にそのような組織がない場合も、その状況を教えてください。

3. 人材の確保及び育成について

小規模自治体では職員（専門職）の確保が難しい半面、1人の職員が総合的な取り組みをすることで、業務が縦割りにならない面では有利とも考えられます。このような小規模自治体の観点からみた人材の確保及び育成について伺います。

現状（職員の確保、育成、引き継ぎ等含む）、特に工夫していること及び課題についてご記入ください。

○現状として困っていること。課題として捉えていること。

○人材（確保や育成）について、貴センターや自治体として工夫していること。

4. 上記の他、小規模自治体の地域包括支援センターとして、とくに力を入れている、あるいは力を入れざるを得ない取組み等についてご記入ください。

ご多忙の中、ご協力、誠にありがとうございました。

令和3年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

小規模自治体における地域包括支援センターの効率的な取組に関する
調査研究事業 報告書

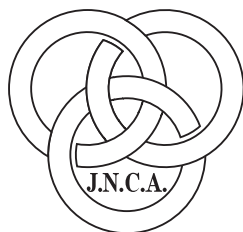
令和4年3月

発行： 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 VORT 芝大門 4F

ホームページURL <https://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷： 株式会社 サンワ



令和3年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

**小規模自治体における
地域包括支援センターの効率的な取組に
関する調査研究事業 報告書**

発 行

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VORT 芝大門4階

ホームページ <https://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷 株式会社サンワ

令和4(2022)年3月
