

令和元年度第2回東京都高齢者保健福祉施策推進委員会
保険者支援部会
＜議事要旨＞

日 時：令和元年12月26日（木曜日）午後6時30分から午後8時30分
場 所：都庁第二本庁舎31階 特別会議室23
出席者：川越部会長、近藤委員、内藤委員、橋本委員、岩名委員、西田委員、小島委員、
小山委員、傳委員、小林委員、石塚委員、下川委員
（石山委員、藤野委員、葉山委員は欠席）
議 題：（1）自立支援、介護予防・重度化防止等の取組に係る保険者支援策について
（2）調査員ハンドブックの見直しについて

議事内容：議題に沿って以下の議論が行われた。

【資料の説明】

（近藤委員提供の「地域包括ケアの推進に向けたまちづくり支援ガイド」について）

・JAGES（日本老年学的評価研究機構）で、全国56自治体が参加して、地域包括ケアの推進に向けた研究を行っており、研究データをどう活用するかを一緒に考えてまちづくりを進める支援をしている。そういった支援を、支援の理論、コーチング、コミュニティ・エンパワーメント等を踏まえて体系化しまとめたのが本支援ガイド。例えば、データに基づく広域的な地域診断とビジョン策定の支援、連携と協働のファシリテーション、人材育成、先進事例の作成と普及の4つに分けて、具体的にそのノウハウを記載している。また、ソーシャルマーケティングの手法を用いた地域包括ケアの推進支援、これは厚生労働省の都道府県向けの研修においても教科書として使用し、TARPAIREモデルやSWOT分析の体験型講座を行っている。自治体の支援の際、本ガイドに記載の内容を使って支援していくといいのではないかな。

【本部会の進め方について】

（部会長の発議）

・参考資料2、3について、公にすることにより、率直な意見交換が損なわれるおそれがあるため、非公開としたい。

（異議なし）

【議題（1）：自立支援、介護予防・重度化防止等の取組に係る保険者支援策について】

・資料4を用いて、第1回保険者支援部会、第1回幹事会、第2回幹事会での検討経過について、事務局より説明。

＜委員による意見等＞

・区市町村からの意見として「ニーズ調査では把握できない要介護の方の状態の把握とその評価方法を示してほしい。」とあるが、「介護保険事業計画における施策反映のための手引き（平成31年3月）（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）において、在宅介護実態調査、在宅生活改善調査、居所変更実態調査について記載している。課題が不明とか、PDCAが回せないという声があり作成した。課題設定から説明して、最後を見ると調査がでてくる構成となっている。区市町村に浸透していないのであれば、改めて告知したらどうか。

・資料5を用いて、「都の支援策」の案を説明。

＜委員による意見等＞

・バランスよく、また包括的な案。ただ、自治体から出てきた意見がどれくらい一般的なのかは考えておかななくてはいけない。やれている自治体はやれていると思う。やれていない自治体の意見を、大勢の代表意見としてとらない方がいい。また、都でどれだけのコストをかけて実施するのか。研修会等は全自治体を集めてできるが、伴走型支援は順番を決めなくては一度には難しい。その優先順位付けが、都のPDCAを回すときのマネジメント、資料5のIVの議論にも関係してくると感じる。

・資料5の4ページ現状と課題の「データに基づく取組」の中で、データ収集や分析の知識・ノウハウが不足しているため地域分析を適切に行うことができないとあるが、都の研修をこれだけ受けている中で、知識・ノウハウ不足以外に要因があるのではないか。人・物・金のリソースが区市町村に不足していて、日常業務に忙殺されるなか、厳しいという実感がある。また、同じページの地域支援事業の連携・連動性のところで、連携方策についても知識・ノウハウが不十分であるため、具体的なイメージができないとあるが、ただ、今までもそうだったように、国から示されるのはポンチ絵1枚で、ポンチ絵だけで具体的にイメージするというのが、そもそも困難。知識とかノウハウがあったら具体化してイメージを実際に具現化できるのかというのは、甚だ疑問がある。

・小さい自治体は兼務が多く、職員1人が1係以上を担当している。異動によりノウハウが伝わらないことがある。都の研修等が悪くてノウハウが不足しているわけではない。また、多くの資料を提供していただいているが、日常業務に忙殺される中、資料を読み解いて、自分の中に落とし、それで仕事をしていくことができない現実がある。専門家を継続的に派遣していただけるのは、小さい自治体は有り難い。

・引継ぎをする仕組みがない、引継ぎをするインセンティブが無いというのは、実際の支援をしていくときにとっても大事になる。手引はたくさんあり、そこに全部ノウハウも書いてあるが、手引きの存在を知らなかったり、存在は知っていても手引きを開くきっかけがなかったりする。伴走型支援をするのでも、いろいろな方法がある。手引きを使い倒すための伴走型支援で、年3回位、不明点について何ページのここにあるので、一緒に考えましょうというように、何か指定したツールを使いつつやるというのものもある。

・地域分析ができないという現状があり、要因としては、資源とか、異動でのノウハウの伝達や技術的な問題もあるが、今後介入していくとしたら、できる場所で効果がありそうな対策を考えていかななくてはならない。どう進めるか、支援のポイントを今回はどこに置くの

かという点も調整しなくてはならない。

・地域分析という言葉は、健康診断と精密検査が一緒になっているみたいにぐちゃぐちゃになっている。体重や血圧など、基本的な区市町村の特徴みたいなものは、いくら分析しても、課題は見えない。そこに着眼させるので、認定率が高い、要支援1が多いということばかりで、本質的な課題に入っていけない。隣より自治体が高いのはなぜかと。地域包括ケアは、地域によって違うし、20年も介護保険だけでも蓄積があるので、差が出ているのはどうしようもない。つまり、自分がどんな体をしているのかわからずに自分の健康を議論できないので、最初の段階で、認定率や給付状況、サービスの整備状況を知ることが必要。そういうことは、見える化システムで分かるし、日本医師会のJマップもその役割を果たしている。恐らく、東京都が分析して、その時々で出しているもので、相対的にはわかっていると思う。この部分の意味での更なるデータ分析はもう不要。課題設定とデータ分析のどちらが先かというのは、卵が先か、鶏が先かみたいなのところがある。実は、これが課題じゃないかというのは、現場の感覚とか感触で、直感的に持っている。それを具体的に確認するプロセスで精密検査が必要になる。課題によってとるべきデータは細くなるので、これを都が全部データ分析すると、必要のない地域の分も分析することになって、ほぼ無駄になる。分厚いデータブックを作っても、多くの自治体の人はどう使っているか、どこを見ていいかわからない。それは、病気じゃない人に、精密検査の結果を渡しているのと同じ。資料のデータ分析という意味がもし、健康診断の意味なら、ある程度もう終わっていることだと思う。むしろ、資料のI取組と目標の設定と進捗管理の支援の目標を設定するということが、区市町村ができておらず、莫大な時間がかかる。Iの目標を設定すると、IIIが自動的に決まる。IとIIIは、専門家派遣的にやるべき。IとIIIは一緒にして考えた方がいい。そして、IIの意味は、健康診断的なものと、精密検査的なものの2つに分けて、精密検査的なものはIと一緒にやっていくべき。区市町村支援の場で、途中途中でデータを持ってきてもらうことがある。何か月もかけてデータ分析するよりも、その場ですべてのデータの方が役に立つ。データ分析と、伴走型支援は一緒にやるべきだろうと思う。

・IIIのPDCAの伴走型支援は、対策が書かれているが、対策の前に、課題を具体化しておくプロセスが必要になる。課題は、目指す姿と現状のギャップだから、目指す姿と現状の2点は押さえてはならない。「課題把握」と、「対策実行」の大きく2つの段階がある。IIIは対策の話で、IとIIは課題把握なので、IとIIは課題を把握する、具体化するというプロセスの内訳かもしれない。地域分析することが目的化して、そこに目が行ってしまう危険性もある気がする。

・保険者の立場からいうと、議会で、近隣自治体の中での位置づけを問われる。給付費、保険料、認定率は問われるので、そこに縛られている実態がある。次に、なぜその位置づけなのかを問われるが、回答に苦慮している。直感で要因は分かっているという話もあったが、そこを一番支援して欲しい。具体的には、当自治体は、健康寿命が高く、議会でその要因を問われるが答えられない。調査連携や専門家派遣で、原因と結果に対する仮定の立て方の支援を受けられるとありがたい。本日の傍聴にいらっしゃる区市町村の中でも、何でこうなっているのかという原因が分からず苦労されているところが多いのではないかと。

・健康診断をして、隣と比較することに意味がないわけではなく、隣の平均値に合わせると

いうように、合わせにいくのが意味がない。要因を問われると、仮説を立てざるを得ず、仮説を立てると精密検査が必要になるので、精密検査部分は、専門家と伴走でやらないと意味はない。専門家が関わるのは、その仮説をたくさん考えることをやっている。

・健康診断のような基本分析は、第8期介護保険事業計画を立てるこの初期段階で終わらせようということだと思うが、やっぱりやれていない自治体はあるのではないかと。この自治体は難しそうだなという優先度をつけて、都が積極的に支援していくのがいいのではないかと。自治体支援の経験でいうと、できないのは、多くのデータが見えると、全部問題のように見え、優先順位がつけられない。優先順位をつけた理由を自信を持って説明できないので、有識者に助言を求める。有識者が優先順位をつけてしまうと、身につかないので、コーチングでどれがやりたいのかと聞く。そこはもう、理屈ではなく、職員の熱意や、これまでの取組の流れ等で、やりたいということが出てくる。「それはいい」と後押しすると、決められる。その後は、伴走して、計画にPDCAを盛り込み、半年後のプロセス評価のころにまた来るので頑張ってくださいねと。半年後に来て、その後どうですかというようにやっていく。ニーズが高い小規模な自治体を優先的に、第8期事業計画ができる前に支援して後押ししてあげるのがいい。

・専門外なので質問するが、体重や身長には標準値があるから痩せているとか太っているかが分かる。もし、標準値がなければ、隣と比較するしかない。東京都で、標準的な目標設定がないのであれば、地域間の比較は大事ではないか。

・平均に合わせていくというのは、ほとんどのデータが部分なので、あまり意味がない。なぜ、自保険者が認定率が高いかということを見ると、更に細かく見ないと分からない。いきなり認定率を下げるのを目標にしようということになると、まずい。大きなデータの捉え方などの初めの支援はグループ支援でいい。グループ研修で、みんなで考えるプロセスにして、答えも少しガイドしながらやる方法でできると思う。ただ、もう少し進んだ過程では、自分の地域のサービス間のバランスだとかを見ていかななくてはならない。例えば、介護予防の取組をかなり実施しているのに、認定率が下げ止まったと。その場合、地域の人口の何パーセントが体操教室や介護予防のプログラムに参加しているのかとか、その重複具合はどうか、細部をみない限り課題は分からない。それも、時系列で見ないと分からないので、そういうことを都がつくり始めると膨大なデータになる。例えば、デイサービスの利用が日本一の県で課題分析となると、身長体重の健康診断的には、通所介護事業所が多いということしか分からない。細かく分析するために、一人当たりの利用回数などが必要になる。しかし、これは、訪問介護が課題の別の県にはほとんど関係がないデータ。つまり、どこが問題かによって、見るべき点が違うので、細部は個別対応が必要。その時、専門家がついていないと、なかなか難しいだろうと思う。

・その地域差を包含した上で、最大公約数的な目標設定というのが都道府県の役割としてあるのではないかと。

・その質問は、アウトカムとしてのゴールをどこに設定するかということとほぼ同じと思う。結局住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるということ自体を数値化することは、結構難しく、究極的には今のところできないと思う。

ただ、住みなれた地域で自分らしく暮らし続けるということがもし実現しているとなれば、これらの数字はこういう変化をみせるのではないかとという仮説は幾つかあって、認定率

もその一つだとは思ふ。在宅介護実態調査や、居所変更調査で設定している数字はそういうものに使えると思う。ただ全自治体で同じ指標でやるというのは、おかしいと思う。離島の場合は介護を理由に島から何人出ていったかを指標にするが、離島だと理由別に数えられる。しかし、それは大きな区では多分できない。地域によって幾つか都が示すことはあっていいと思うが、最終的には自治体を選ぶとか、参考に調整するということになるのでないか。上に目標、アウトカム指標を置くこと自体は、違和感はないが、それを選ぶこと自体が、自治体には難しいはずなので、集団研修に加え個別支援が必要と考える。

- ・もし、都の介護保険事業支援計画において、重点課題を設定しているのであれば、それについて目標値を設定し、そこに達していない自治体に優先的に支援するのがよいのではないか。ある市への支援では、社会地域活動参加の割合を増やすのを市として目標設定したので、参加割合が少ない地域を体験型講座で保健師が選び、モデル地区に選定して、集中的に支援を実施した。そういうのを都で決めるのも一案。そうすると、目標値とか標準値が定められる。

- ・都内自治体は、その多くが、非常に大きいので、ミクロレベルの取組とマクロレベルの指標が必ずしも相関しない。各活動に効果はあるが、各活動の参加率が高くないので、ニーズ調査のような比較的マクロで取っているものと相関が出ず、区市町村職員が効果を図りかねる。また、PDCAを回すと、失敗と評価される事業もあることが大前提であるが、失敗だったとは言い難いので、結局どこかいい点を見つけて継続するという方向になる。失敗することがあるんだということを示していかないと、PDCAサイクルが回らないのではないか。

- ・1回始めた対策を、評価で変えていくというのは、現実には難しいことがあるということ。そうすると、最初の対策をどう立てるのが大事になってくる。

- ・行政の施策は、失敗するかもしれないとって始められない。だから、PDCAを回すが、美点をみつけてしまうという点を何とかしないと、回っていかないのではないか。

- ・PDCAは行政がやると1年サイクルになりがち。予算と連動するので、1年続けると、何やってたんだ的なことを言われるのが怖くなるのは当然。極端なことを言うと、1カ月単位でPDCAサイクルを回していくと、もうどんどん方向を調整していくという取組になる。もともとPDCAは、評価サイクルというよりはアウトカムに近づいていくための努力なので、サイクルを短くして、行政っぽくないPDCAをすることで、もうちょっと大胆にしてもらったほうがいいのではないかというのはいつも思っている。

- ・この伴走型の支援を行う自治体を選ぶ方法はどうか考えるのか。

- ・モデルの選び方については、ぜひご意見がいただければありがたい。イメージしているのは、参考資料5の10ページの広島県の事例だが、広島県ではこのように大都市型、都市型、団地型等で類型化して、集中的に専門職を入れて、同様の地域特性を有するほかの地域に広げていくという取組をされている。似たようなことを東京でもできないかと考えている。

- ・広島県の事例は、地域ケア会議やC型など、独立したモジュールだけをコピーするから横展開が可能となっている。地域支援事業の連動性を図る場合、複数のモジュールをつなげて戦略を立てるが、その点で、広島県は苦勞している。逆に言うと、連動させる戦略が固まり、モジュールの部分で具体的にどうしていいかわからないときは効果があるが、先にモジュールありきで始めてしまうと、C型を一生懸命作ったが参加者がいないなどということ

になるので注意が必要。

・区市町村は、業務に追われており、分析する時間を作ることが難しく、日々の業務だけを回すというところだけで時間が過ぎていってしまうのが現実。伴走型の支援が入り、定期的な進捗管理があると、業務を進めていく上での意識や、それに取組みなければいけないというような、そういうようなスタンスが生まれてくるのではないかと。

・PDCA をふだんのルーチン業務の中に少し入れていかないと、なかなか定着しない。

・第8期の計画に向けた支援と考えたときに、行政計画をつくるときに、パブリックコメント等、住民の意見を反映させる、聞くという段階が必要。保険料のことも考えて、来年度の3月議会に間に合わせるというふうなスケジュールを考えると、年内にはその計画案を住民に示すので、支援のスケジュールはその点を考慮して欲しい。

・年内には計画の素案ができるぐらいのスケジュール感で動いているので、その後に支援、目標の立て方を支援しますよと言われても効果がない。

・関わっているある自治体は、計画を立てる段階で、市民調査、意識調査もするが、シンクタンクに調査を依頼する。大体どこでもそうだろうと思うが、行政とシンクタンクの間がどの程度に意思疎通をしているか。そこが一番大事と考えるが。

・当自治体では、ニーズ調査を郵送でなく、訪問調査により実施しているが、調査結果の活用度合には少し疑問がある。また、多くの取組を実施すると介護保険料が高騰するため、効果的な取組を選択して実施するが、どの取組が最も効果的か、職員の認識が、シンクタンクと噛み合わず、結果的にシンクタンクの助言通りということとはよくある。

・当自治体では、作成中の市の計画が、後から示される国指針に対して、不足が無いかのチェックをシンクタンクに委託している。

・当自治体では、ニーズ調査は業者に委託するが、事業計画は運営協議会の部会を通じて策定しており、策定にシンクタンクは入らない。職員が分析したデータを、運営協議会の部会に提出し、そこで検討・議論をしていただく。運営協議会から、こういうのを分析して欲しいとの依頼があれば、それに対応する。

・計画策定まででなく、その後のフォローアップ、それこそ伴走型支援までシンクタンクと契約する場合はあるか。PDCA のチェックの時期が事業計画に記載されていて、その時期にやって来て一緒にチェックして、次期計画の策定まで一緒に考えてくれるという、まさに伴走型支援であるが。

・当自治体では、調査実施の際に、前のサイクルの検証をシンクタンクに委託することはあるが、計画後に定期的に伴走してもらうという契約ではない。

・当自治体では、シンクタンクとは、今年度の調査と翌年度の計画策定という2カ年で契約している。3年前、総合事業の制度設計の際に、東京都健康長寿医療センターに手伝っていただいたが、総合事業開始後のフォローアップは無かった。

・今は、シンクタンク委託は、「調査集計のみ」、「計画書を書く段階まで含めて」、「助言のみ」の3つのパターンに割れている。助言のみのパターンが増えてきたのはいいことだと思っている。計画策定後に契約が翌年も続くというパターンは、皆無だと思う。逆の、調査を前年度に実施し、翌年度計画策定でつながるというケースは結構ある。調査と、会議の助言で、別のシンクタンクが入る自治体もある。また、西日本では、都道府県がシンクタンクを派遣して区市町村の個別支援を実施しているケースが多いが、区市町村は事業計画で別の

シンクタンクと契約していて、その点で分離しやすい。外部から入って、第三者の目で見るという形で、二重でシンクタンクが入っているケースもある。

- ・支援対象自治体の選定基準は、自治体のやる気。都にやらされているという意識では困難。

- ・近隣自治体3つ位を組んで実施するという提案はよくあるが、隣合わせでも、小規模多機能型居宅介護がほぼ無い自治体と、たくさんある自治体が並んでいたりもするので、一緒には議論できない。むしろ、毎回参加を必須として傍聴する自治体へ横波及させる形がよい。ずっと、傍聴していれば、手法やロジックの組み立ては勉強になるし、この考え方は使えるとか、こういう視点が抜けていたと勉強になる。この手の支援は、ノウハウでは無く、目線をどれ位変えられるかに尽きるので、その刺激さえ与えられるのであれば、傍聴でもいいのではないか。

- ・今回は、考え方を強化しようということなので、テーマが違ってても、傍聴しているだけでも、自分のところでこういう風に応用できるんじゃないかと考える癖はつけられるため、勉強になる。だから、課題が近いのではないかと人口規模でグループ化するより、支援ニーズが近い自治体を集め、違うテーマで課題を持っているほかの地域も、考え方を勉強するために傍聴で入る方法はあるという指摘だったかと思う。

- ・今まで出た意見から考えると、各自治体でデータは持っているが、そのデータから何が現状把握できるのか、データをどう見ればいいのか分からない。だから、そういう点を見てあげて、問題点を交通整理してあげるといふ支援は、多分必要だろう。また、どのような対策が一番効果的なのか教えてほしいというニーズも、共通してあるだろう。議会等で説明できるように、自自治体の他との比較した特徴と、その特徴が生じている理由を教えて欲しいというニーズも恐らくあるだろうと、こういったご意見がでてきたかと思う。

- ・具体的に支援すべき話は、PDCAを回すでも何でも、保険者機能強化推進交付金の点数を上げる支援をすればいいと思う。保険者機能強化推進交付金を多く得るといふことは、結果であって、点数が上がるということ、地域包括ケアを進めているということであるはずなので、そこを都が支援するのは分かりやすいし、せつかく国が客観的指標を作っているのだし、いいのではないかと思う。先日、JAGES参加の自治体に、ヒアリングしたら、指標を採点した職員の理解が不足していたり、厳しく採点したため、得点が低く、もったいなかったという話があった。目標値が定まっていない場合でも、データがなくても目標は立てられるので、そこを助言したら、自治体側の関心も高かった。そういう視点で、保険者機能強化推進交付金の指標に従って、地域包括ケアをしっかりと回すためのポイント研修会などはどうか。データも無い中で、目標設定しづらいがどうしたらいいかという自治体には、前年度の得点を見ながら、一緒に分析していくような伴走型支援ができると思うが、そういうのはどうだろうか。

- ・保険者機能強化推進交付金は、外形的な評価の項目と、アウトカムの評価に分かれると思う。外形的な評価の項目に関しては、自己評価なので、強気で採点すればという面もあると思う。要介護状態の維持・改善の評価項目などアウトカム指標は、国が機械的に並べて上の方だけ評価しているが、先程の話に戻るが、なぜこの点数なのかというのが、保険者として困っている。

- ・当自治体は、保険者機能強化推進交付金は交付額が少額。資源も無い中、保険者機能強化推進交付金を受けるための事務負担が、交付金額に見合わずつらい現状がある。保険者機能

強化推進交付金について語れることはない。

- ・保険者機能強化推進交付金は来年倍増して、重みが増えていくと思うので、ニーズは上がっていくのではないかと思う。

- ・本質的に予防とか社会参加をどうやって改善していくかみたいなことについて、課題分析したり、ここが問題だなとわかっていたり、取組を実施しようとしているところは、この指標をこう得点すれば、地域包括ケアシステムが向上してくるという議論はできるし、モチベーションも上がると思う。一方、地域包括ケアの戦略などはまったく議論せず、実施している取組が保険者機能強化推進交付金の指標に該当するか否かという話だけに終わるとつらい。

- ・小規模自治体は、全指標達成できるわけがないし、医療介護連携に関していうと、既に一体的に運営されていて、必要のないところだってある。交付金で上手に新しいことを仕掛けるというのはいいと思うので否定するものではないが、適切な作戦を練った上で、動機付けとして使うというのが重要だと思う。総花的にやることには、危惧するところは残る。

- ・コミュニケーションのツールとして使うのがいい。

- ・チェックリスト的に使うのはいいが、全指標を達成しようとするのは危ない。

- ・小規模自治体では、全指標達成できない部分は当然あるが、自治体の事業計画の目標とも合っている部分について、今年はこちらをやってみましょうという支援はありかと思う。どこを支援するかを考えるツールとしては使えるし、都がそういう支援をする動機を説明するという意味でも使える。

- ・交付金を必要としない自治体は取組まないし、交付金が欲しい自治体は取組を進め、地域格差を広げるきっかけになるのではないか。

- ・前回の部会でも報告させていただいたが、厚生労働省の一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会で、今の保険者機能強化推進交付金の仕組みだと格差を広げることになっていると意見した。自治体規模別に重みをつけたり、点数の重みを項目ごとに変えたりとかは、今後求められて行くべきだと思っている。国がどうするかはまだ分からないが。

- ・各区市町村の支援ニーズがどこにあり、どう答えるかというのが基本としてあるのだと思う。今出ている、データの見方を教えて欲しいなど幾つかは、支援することは可能と思う。

その中で、保険者機能強化推進交付金に係る部分も出てくるかもしれない。各区市町村のニーズをきちんと押さえるプロセスが実はあるのかもしれない。その中で、どういう支援が要るかが、もう一度整理が要る気がする。データの見方・効果的な対策の選び方・他自治体の違いの解釈方法といったレベルから、事業の優先順位の付け方、戦略の考え方、考え方の強化方法、あるいは目の前の問題の解決方法など、市町村ごとに、支援ニーズはかなり違う。その辺を押さえながら、支援方策の整理はまだ要ると思う。そうは言っても、来年以降、どういうことを支援するか、まずどの辺から支援するかについても検討しなくてはならない。

- ・東京都が、例えば地域サロン事業とか、一般介護予防事業の議論、国の議論を受けて、そこを強化しますとか、具体的なものがあれば、それを支援すればいいと思う。地域包括ケアのマネジメントをしっかり進めていくのを包括的に支援しましょうという話になると、保険者機能強化推進交付金位しか思いつかない。都としてどこをやるかというのは決めておかないと、進めづらい。

- ・今までは部分的な支援はしてきたけれど、それぞれパーツが実はつながっていないくて、考

え方が実はつながっていないところに一番の問題があるというのが、もともとの整理だった。そのため、つなげる作業をしていこうというのが、対策の根幹にあり、そのための手段として研修等もあったというのが、今日の説明だった。また、パーツの話になってしまうと、今まで議論してきたことが、また戻ってしまう部分もある。全体の考え方の、思考がつながることを強化しつつ、パーツの強化も併せて実施していこうというのだったら、あり得る話だ。

・事業計画は、5月、6月の策定委員会で出た柱で立て、12月までには素案を出すので、8月に議論していても遅い。最初のボタンの掛け違いが、最後まで響いていると思うケースも多い。本当の勝負は、次の第8期の1年目から徹底的に個別支援することの方が有効。来年は、秋前位までが勝負で、小手先の支援の方が効果的ではないか。個別支援を来年実施しても、区市町村が計画策定で忙しい時に、東京都がまた来るぞという風になるのは残念。支援する側が区市町村と打ち解けるにも、最初の2回位はかかる。一方、地域包括支援センターは、計画策定に直接関与しない場合もあるので、予防の部分等は計画の期間と無関係にずっと動いているので実施しやすい。給付に係る部分等は難しい。ただ、対象を狭くすると連動性がなくなる。自治体が予防の助言を求めている事例で、入退院支援に原因があると見立てたことがある。最初に絞ってしまうと、広がりがなくなるのもあって、戦略的なつながぎをしていくのであれば、広目に構えた方がいい。それを来年やるのは区市町村の負担になりかねないので、全体研修とかグループとかで、横のつながりで意見交換する場を作った方がニーズに合うのではないか。

・来年の事業計画策定スケジュールは大変厳しくなるものと予想しており、予防について支援いただくというのはいいと感じる。

・来年、計画策定と予算要求を並行するスケジュールで、都から支援を受け、それに振り掛かるというのは非常に難しい。

・種も無いのにいきなりPDCAが回るわけがないので、8期計画に、PDCAの種を盛り込んでおかないと次につながらないのではないか。

・地域包括支援センターは、計画策定に深く関与することはないので、予防事業の取組方法、または、評価の方法を先んじて実施するのは良い。

・区市町村によっては、地域包括支援センターとかコーディネーターに評価をお願いしているところもある。現場レベルでの評価の方法も徹底されていない部分があるので、まずは強化していくというのも一方である。

・来年度は、いい計画を作るための支援が大事。先程の話で、シンクタンクを上手く使う方法は難しいとあったが、例えば、計画書にはこういう情報の記載を必須とするというような、規制まではいかないが、簡便で、使えるガイドラインを示してあげるなどのやり方がある。JAGESでは、ぼろぼろになるほど使ってもらえる計画書を作ることを目指している。この時期は何をやるんだというのが分かる、現場の人が、次に何をやるのかを考えることに認知力を使わずに計画書どおりにやっていたら進むという計画ができるといい。そこが難しいようだが、そんなに難しくはない。いつ何を評価して何を考えるというのが入っていると、それを具体的にどう現場の介護の中で使っていくかまで示されていると良い。それ位簡単なガイドラインを作ってみるなど。あとは、そのガイドラインを守りにくい自治体に伴走して、そろそろ評価ですねと支援して、また東京都の人が来てくれたと言って喜んでくれるよ

うな伴走ができると良い。計画策定に向けて。

・計画策定の手引決定版のようなものが、今提示しているⅠのイメージで、参考資料9の20ページの図8はイメージが沸きやすいと幹事会において保険者にいわれている。評価指標の取り方、こういう考え方でロジックツリーがつながるよというようなものを、来年度は作れないかと考えている。そのスケジュールを整理したのが資料5の10ページ。東京都も認識は同じで、来年度は、区市町村の計画策定に役立つことを実施する。Ⅱの地域分析で区市町村が欲するようなデータを整理して渡してあげる。Ⅲの伴走型支援は、来年度は受け入れる余裕は区市町村にはないだろうから、予算措置のもと、8期から開始する。Ⅳの研修は、全体研修や、来年度はより計画策定に直結する内容で、PDCAをどう回せばいいのかわかる内容でやれたらいいのかなという案。研修の部分について、どのような研修がいいかご意見を頂けるとありがたい。

・実務を担当するのが地域包括支援センターであったりすることもあるが、研修の対象者は、区市町村職員か、地域包括支援センター職員か、両方か。

・今年度の参考資料6の研修では、管理職の方、地域包括ケアを担う計画部門の方、事業部門の方を集めて、講義と、グループワークでの情報交換をして頂こうという企画になっている。

・私が講師を務める講義のタイトルは、次期介護保険計画/地域支援事業と記載して、計画担当も、地域支援事業担当も逃げられないようにした。せっかく予防のモジュールの改善案を出して、それを地域支援事業の担当はしっかり分かっているけど、事業計画に盛り込まれないという現象が結構あって、とてももったいない。医療介護連携も、医療介護連携に努めてまいりますで終わっている計画が多くあり、それは中身が繋がっていないのだと思う。

・計画だけが独り歩きして、実務と連動が取れていないという話。だから、計画と実務の両方で目指すところをそろえながらいく必要があると、そういう研修にすべきではないか。

・ミクロの取組をPDCAで回すのだとすると、現場で評価することを抜きにはできないので、その理解が進んでいかないというのが壁なのではないか。デイサービスでも、ADL評価もしないという話もある。

・実務にかかわる方々に、考え方が入っていないといけない。

・測定の意義が分かって、面倒くさいが測定するといいことがあることを実感してもらうことが大事。

・行政職員だけでなく、地域包括ケアにかかわる専門職にこうした研修をして欲しい。

・管理職への研修という案は、幹事会の意見が反映されているのかと思うが、管理職は管理職でそれなりに理由があって、なかなか踏み出せなかったり、勇気が湧かなかつたりとかがあると思うので、管理職を集めてはっぴかけるぞというのは、つらいものがある。即物的になるが、保険者機能強化推進交付金の評価後に、都内の評価の状況ってこうだったよ、この指標は弱気だったねという答え合わせのような機会があるといい。

・この研修には当自治体は参加しないと思う。「都市部における」と言われても、環境が違い過ぎてしまって、包括の職員が見たときに、参考にならないといわれてしまう。開催場所も、内容も、区市対象の研修が多い。区部対象、市部対象とか、開催場所を考えて欲しい。

・東京都では、ほぼ9割が委託の地域包括支援センターになっているため、地域支援事業担当の担当者がその評価指標等をしっかり選定することが重要で、地域包括支援センターの

現場の職員向けというよりも、地域支援事業を実施している区市町村の職員向け研修の方が有効と感じる。

・沖縄では、離島山村がたくさんあり、研修に来るのに飛行機に乗らなくてはならないので、動画配信も積極的に使っている。離島山村の自治体、広域連合に属している小規模自治体と、単体で介護保険を運営している自治体と、3つのグループに分けて保険者支援をしている。都においても、研修を、区と市と町村で分けるというのは、伝えるメッセージが違うので、必要と考える。

・パネルディスカッションのタイトルが「都市部における」となっているが、実際の事例は、神戸牛を飼っている農村地域であるし、意外と近いのではないか。

・いろいろなご意見があったが、各区市町村の支援ニーズを押さえる必要があるかもしれないということ。支援方法は個別に拘らず、グループで、その中でいろんな人が勉強できるという、そういうことをやらないと、支援側もマンパワーに制約があり、現実的なところで、効果的なやり方を考えなきゃいけない。来年度、区市町村は、計画策定委員会を回して計画策定を行う、大変な時期なので、計画策定そのものに対して助言をもらう機会があったりとか、シンクタンクにはなかなか聞けなかったり追加でお願いできないが、困っているところを、若干支援する仕組みがあると、恐らく助かるんじゃないか。ロジックツリーの話があったが、研修などで、ああいった考え方を少しずつ入れていくというのもやっておかないと次期計画が十分にはできない。研修はいろいろなところが参画できる状況を作ってあげるといふ配慮が要るのではないかというのが、今日出てきた意見かと思う。今日の意見を踏まえて、どういったことをやっていくか、来年度どうやって何をやっていくのか、時間軸と共に整理をして頂きたい。

【議題（3）：調査員ハンドブックの見直しについて】

・調査員ハンドブックの改訂の現在の状況について、資料6を用いて、事務局より説明。

＜委員による意見等＞

・調査員ハンドブックについて、説明のスケジュールで検討するという報告があったが、結果については、次回部会でご報告頂く。

以上