

新しい総合事業の移行戦略

地域づくりに向けたロードマップ



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

<目 次>

【考え方編】

はじめに	1
I. 総合事業・整備事業の背景と目的	4
1. 人口減少と需要の増加	4
II. 総合事業・整備事業に求められる発想の転換	7
1. 地域生活は専門職だけでは支えられない	7
2. なぜ介護予防はうまく機能しなかったのか？	8
3. 自立支援の視点にたった生活支援のあり方とは？	9
4. 効率性と多様性が求められる生活支援	10
III. 地域づくりとしての総合事業・整備事業	13
1. 総合事業を俯瞰するー「サービスづくり」ではなく「地域づくり」とは？	13
2. なぜ総合事業・整備事業は難しく感じるのか？	15

【実践編】

IV. 総合事業の本質は介護予防ケアマネジメント	20
1. 総合事業におけるケアマネジメント	20
1. 自立支援型の介護予防ケアマネジメントと地域ケア会議	22
2. 基本チェックリスト・窓口の体制の考え方	25
V. 地域づくり推進のためのツール	28
1. 協議体と生活支援コーディネーター	29
2. 住民の意識共有を進めるために	31
3. 地域リハビリテーション活動支援事業	33
VI. 通いの場を理解し、育む	36
1. 介護予防にも、生活支援にも「通いの場」は重要な地域の資源	36
2. 総合事業における通いの場	37
3. 一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）によるアプローチ	40
4. 通いの場づくりと移送サービスの組み合わせ	42
4. 多様な「通いの場」を育む際のポイント	44
VII. 生活支援体制を多様化する	47
1. 総合事業における生活支援	47
2. 「地域の助け合い」の促進	48
3. 地域の助け合いを促進する上でのポイント	50
4. 法人や指定介護サービス事業者等による「生活支援サービス」	51
VIII. 上限額管理	55
1. 上限額管理の基本は、総合事業移行直前の実績額の分析	55
2. 訪問介護におけるシミュレーションのポイント	56

はじめに

- 本解説書は、平成 27 年度より各自治体で実施が進む「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」及び「生活支援体制整備事業（以下、整備事業）」について、厚生労働省から提示された「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」及び「地域支援事業実施要綱」の内容を理解する上で必要になる背景や基本的なコンセプト、また実際に移行を進めていくプロセスを、できる限りわかりやすく解説することを目的に作成した¹。
- 本解説書は、前後編に分かれており、前半の「考え方編」では、総合事業・整備事業における基本的な考え方を、おもに「地域づくり」や「自立支援」の考え方から整理している。また、行政が総合事業・整備事業を展開する際の、誤解しやすい点や発想の転換の必要性について言及している。
- 後半の「実践編」では「考え方編」をもとに、具体的に各自治体での取り組みを推進する際の留意点などを、優先的な課題から順に事例を交えて整理している。実践編では、総合事業において最も重要となる介護予防ケアマネジメントに始まり、協議体、生活支援コーディネーターをはじめ、中核的な取組となる通いの場づくりと生活支援の多様化、上限額の管理について整理している。
- なお、本解説書は、総合事業の基本的な考え方や実践の上でのポイントを示すことを目的としているため、事業実施上の詳細な規定等については必要最低限のものを除き、言及していない。具体的な規定等については、厚生労働省が提示している「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」及び「地域支援事業実施要綱」を参照されたい。本解説書を一読いただいたのちに、改めて厚生労働省のガイドラインを読み込むことで、総合事業・整備事業の全体像が適切に理解され、各自治体の創意工夫に基づく事業が円滑に推進されれば幸いである。

¹ 本解説書とあわせて、「介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説（平成 26 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）」（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社）も参照されたい。

本解説書作成にあたって

本解説書は、総合事業に関わる自治体の職員の方々とのグループディスカッションやヒアリングを通じて得られた知見・情報をもとに事務局が作成したものである。

グループディスカッション・ヒアリング協力者

小野 貴朗	神奈川県小田原市健康福祉部高齢介護課地域包括ケア推進係	主査
田中 明美	奈良県生駒市福祉部高齢施策課	課長補佐
中沢 豊	千葉県松戸市社会長寿部介護制度改革課	専門監
西谷 浩一	秋田県鹿角郡小坂町町民課町民福祉班	課長補佐
早川 仁	千葉県流山市健康福祉部介護支援課	課長
水澤 宏之	奈良県生駒市福祉部高齢福祉課地域包括ケア推進係	係長
三政 貴秀	秋田県鹿角郡小坂町町民課町民福祉班	主事
吉田 昌司	岡山県倉敷市保健福祉参与	兼 健康福祉部長
吉田 竜生	東京都武蔵野市健康福祉部高齢者支援課新介護予防・生活支援担当係	係長

(以上、五十音順・敬称略)

事務局の運営

事務局は、三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社(経済・社会政策部)が行った。

事務局：岩名礼介主任研究員(統括)／清水孝浩主任研究員／鈴木俊之主任研究員／
齋木由利副主任研究員／窪田裕幸研究員／信國舞

考え方編

I. 総合事業・整備事業の背景と目的

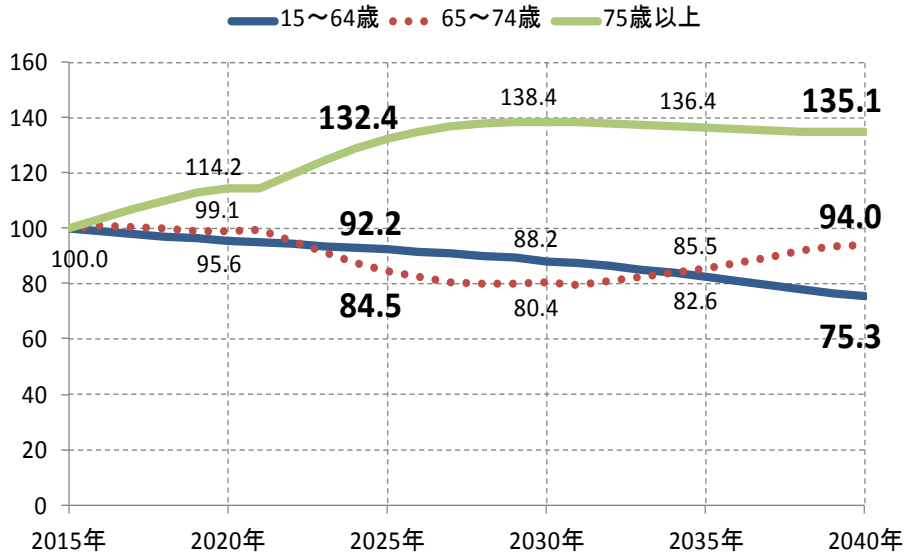
- 総合事業・整備事業に着手するにあたり、行政では、「各サービス類型をどのように整備するのか」、「協議体をどのように設置するのか」、「生活支援コーディネーターを誰にするのか」といった方法論に関心が集中しやすい。しかし、総合事業・整備事業は、従来のような全国統一のサービスでは多様なニーズに対応することが難しいとの認識にたって、各自治体の自由な発想で設計できるようになっていることから、画一的な方法論から事業に着手するのは本来の姿ではない。
- 施策の目的を実現するための「手段」にすぎないものを「目的」であるかのように捉えて取り組むと、取り組んでいる当事者は「何のために取り組んでいるのか」がわからなくなり、取組が停滞したり、方向性を見失ったり、混乱する一因になってしまう。各種のサービス類型や協議体・生活支援コーディネーターに基づいたサービスづくりは総合事業・整備事業の目的ではなく、手段にすぎない。
- また、総合事業・整備事業は、地域の様々な主体の協力を得ながら推進する事業であり、一定の方法を行政から押し付けるやり方では難しい。総合事業・整備事業が目指す、最終的な「目的」を明確にした上で、それを地域住民と共有し、共通の問題認識のもと、多様なアイデアと自発的な取組を尊重しつつ、実現するために最良の方法（手段）を検討することが重要となる。
- まず総合事業・整備事業がなぜ必要なのか、その背景と、事業の目的についてみていこう。

1

「人口減少」と「需要増加」の中で取り組めること

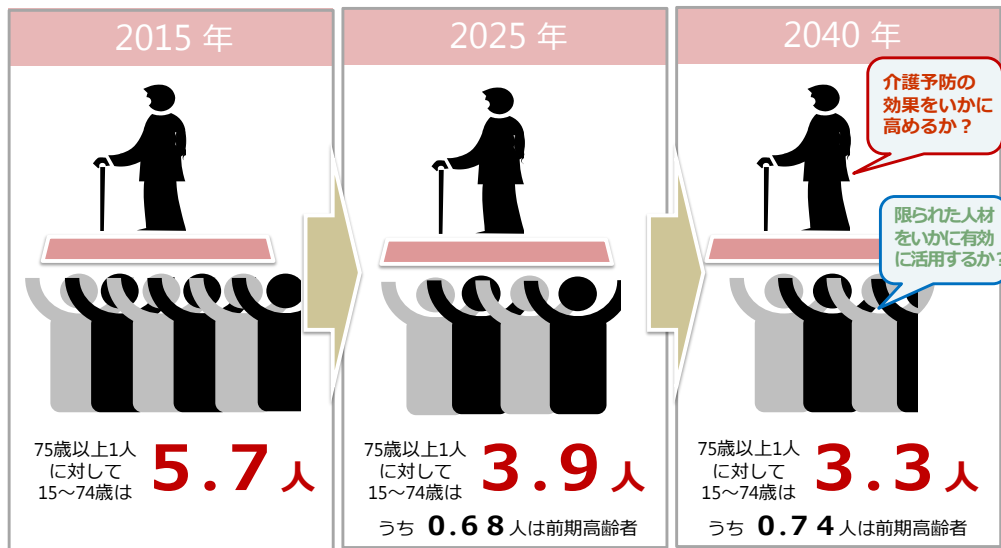
- 2025年（平成37年）には、団塊の世代が75歳を超え、日本社会は超高齢社会の中で、さらなる要介護者の増加に向き合うことになる。図表1の通り、要介護リスクが高くなってくる後期高齢者（75歳以上）人口は、今後2025年に向けて増加し続ける一方で、生産年齢（15-64歳）人口は継続的に減少し、そのギャップは拡大しつづける。
- また、単に支援を必要とする高齢者の増加だけでなく、単身世帯・高齢者のみ世帯の増加も大きな影響を与える。生活支援のニーズは、多世代世帯に比べ、単身世帯や高齢者のみ世帯の方が顕在化しやすい。在宅生活を支えるための生活支援ニーズは、今後の単身世帯の増加にあわせ、人口の増加以上に、急速に高まっていくことが予想される。
- 他方、在宅介護のニーズが増加する中で、それを支える生産年齢人口は減少していくため、需要の増加に応じた専門職の確保はますます困難になっていくことが予想されている。2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築は、増加するニーズへの対応と生産年齢人口の減少という、二つの困難な条件のもとに進められなければならない。

＜図表 1：生産年齢人口の減少と後期高齢者＞



出所) 国立社会保障・人口問題研究所のデータをもとに三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングが作成。※2015 年を 100 とした場合の 2040 年までの推計値

＜図表 2：支える側と支えられる側のバランスは年々厳しくなる＞



出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 24 年 1 月推計)」

- 中山間地域など一部の地域では、後期高齢者人口が横ばいまたは減少となる地域もあるが、それらの地域は、生産年齢人口の減少という大きな問題も同時に抱えている。他方、生産年齢人口の減少は限定的でも、団塊の世代が集中する大都市周辺部の地域では、後期高齢者が全国平均以上に急増する。つまり、地域によって、人口構造の変化における増減の状況は異なるものの、支えられる側の人口と支える側の人口のバランスが年々厳しい状況に変化していくという点は、全国すべての自治体において共通した課題となっている。
- 担い手と需要の不均衡を少しでも改善するためには、第一に、介護予防の効果をこれまで以上に高めて、要支援・要介護リスクをコントロールし、75歳以上になってもできる限り元気な生活

を継続できるようにすること、つまり支えられる側の数をできる限り少なくすることが重要になる。

- 第二に、支える側については、限られた生産年齢人口の中で、地域の人的資源を最大限に有効活用することが極めて重要になってくる。これまで高齢者の支援や地域のことには関わりがないと感じていたような地域住民が「支える側」に加わっていくという状態を作っていくことが求められる。従来のようないわゆる介護職員に限定せず、幅広い担い手を確保していくことが重要になる。
- また分子（75歳以上）にいる高齢者でも、元気な人には、積極的に分母（担い手側）に加わってもらうことで、介護予防も社会参加も生活支援も同時に実現できるような地域での支え合いの仕組みを目指していくのが総合事業ともいえる。

<図表3：総合事業・整備事業の2つの目的>

介護 予防

本人の**自発的な参加意欲**に基づく、**継続性**のある、
効果的な**介護予防**を実施していくこと

生活 支援

地域における**自立した日常生活**を実現するために、
地域の**多様な主体**による**多様な生活支援**を地域の中で確保し、
介護専門職は身体介護を中心とした**中重度支援**に**重点化**を進める。

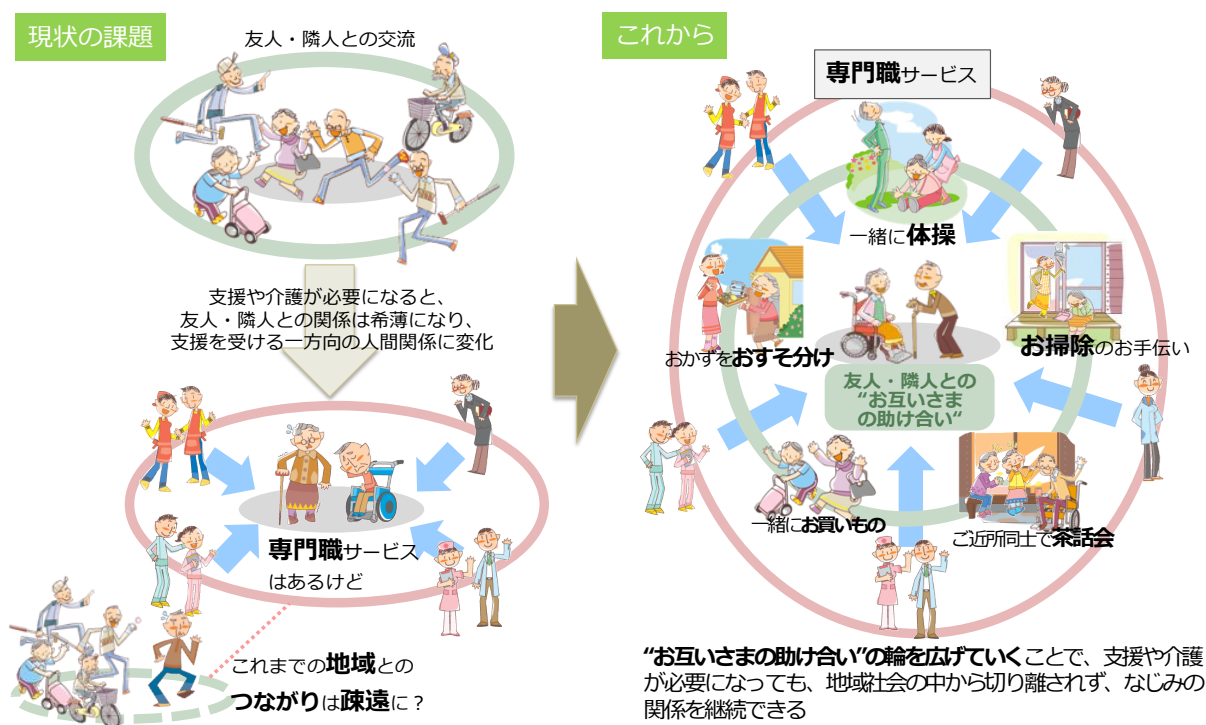
- こうした多様なニーズに対応した多様な主体による多様な生活支援体制が構築され、結果として、専門職としての介護人材が、積極的に身体介護を中心とした中重度のケアに重点化していく流れを形成していくことが2025年に向けた基本的な戦略である。
- したがって、総合事業の目的は、①本人の自発的な参加意欲に基づく、継続性のある効果的な介護予防を実施していくことであり、②地域における自立した日常生活を実現するために地域の多様な主体による多様な生活支援を地域の中で確保し、介護専門職は身体介護を中心とした中重度支援に重点化を進めること、と整理することができる。
- 文字通り、介護予防・日常生活支援総合事業は、「介護予防」と「生活支援」を「総合」的に推進する「事業」ということができる。

Ⅱ. 総合事業・整備事業に求められる発想の転換

1 地域生活は専門職だけでは支えられない

- 心身の状態が悪化したり、生活上の困りごとができて、住み慣れた地域で生活を継続するためには多様な支援が必要である。介護保険制度が導入されて以来、生活を支えるための様々なサービスが整備されてきたが、これらの専門職サービスは、心身の状態が悪化があっても、自立した生活を送れることを目的に整備されており、したがって、専門職サービスの目指すところは、利用者の生活を従来の形に近い状態に近づけることにあった。

<図表 4：地域生活は専門職だけで支えるわけではない>



- しかし、実際には専門職のサービスが入り、介護サービスが提供されることで、これまでの地域生活から切り離され、専門職と利用者だけの生活になってしまうことはないだろうか。本来ならば、利用者の地域における人間関係や社会関係を前提としながら、より地域生活に戻っていきけるように専門職が支援するという形が望ましい形であり、仮に日々の生活に不自由がなくても、地域から切り離されているのであれば、「住み慣れた地域」に住み続けているといえるのだろうか。
- 総合事業では、こうした専門職サービスと地域の助け合いの融合が大きなテーマとなっており、専門職だけですべての地域生活の問題を解消することは、単に費用や効率の問題としてではなく、

利用者の地域生活の実態からも適当でないという視点に立っている。したがって、総合事業・整備事業で重視されているのは、もともとの生活環境の中にある互助や人付き合い、地域とのつながりをまずは重視することが基本になっている。

- 地域包括ケアシステムは、その考え方の基本において、共助たる介護保険だけで生活を支えるのではなく、まずは自助・互助という日常の生活を前提にしながら、自らの努力や地域の支え合いだけでは支えることが困難な部分を介護保険や福祉サービスで補うという考え方に立っている。総合事業は、そうした地域包括ケアシステムの基礎に立って設計されている。
- 総合事業の二大目的は、「介護予防の強化」と「生活支援の多様化」であるが、この二つの目的は具体的にはどういう方法で達成されるのであろうか。総合事業は、従来の介護予防サービスや生活支援サービスを量的に増やすことだけを目指しているわけではない。総合事業では、これまでの取り組みにおける課題や反省点も踏まえ、その取組方法を質的にも改善していくことが求められている。
- 以下では、主に介護予防の方法論と生活支援における自立支援のあり方をめぐって、総合事業における考え方を整理する。

2

なぜ介護予防はうまく機能しなかったのか？

(1) 平成 18 年の介護予防事業の反省点

- 介護予防という概念は、平成 18 年の法改正によって、介護保険制度に導入され、各地域で、介護予防事業として「一次予防事業」「二次予防事業」が実施されてきた。介護予防事業では、特に二次予防事業において具体的な数値目標が設定され、高齢者人口の5%が二次予防事業に参加することを想定していた。しかしながら、平成 26 年度の実績でも参加率は 0.8%にとどまり、他方、対象者を把握するための費用は、介護予防事業の費用の三分の一を投入するといった非効率な事業となってしまった。
- また、基本チェックリストの配布によって、対象者の把握を試みたが、チェックリストを返送してこなかった高齢者の中にこそ支援を必要とする人が多く含まれているといった問題もあった。さらに、一旦、プログラムに参加して、効果が見られた場合でも、プログラムが終了してしまうと、再び活動性の低い生活に戻ってしまうことによって、介護予防の効果が継続しないといった問題もあった。プログラム終了後に、継続的に通う場が十分になかったか、あっても、そうした通いの場につなげるようなマネジメントが行なわれていなかったことを意味している。
- 基本チェックリストによる把握は、一定の客観性をもって、対象者を把握することができるという点で、メリットがあるように思われたが、それは提供者側の視点で効果的であったのであり、高齢者側の「動機付け」という点では、必ずしも有効性が高かったとはいえなかった。自ら興味をもって参加するという高齢者はいたものの、多くの場合は、行政から声がかかったから参加したという受け身の理由によるものだったのではないだろうか。

(2) 総合事業における介護予防のあり方

- 総合事業においては、従来の介護予防の課題を改善した上で、あらためて、介護予防を強化することが求められている。総合事業では、平成 18 年度から開始された介護予防施策における課題を踏まえ、心身機能向上プログラムのみによる介護予防によって活動的な生活を送るのではなく、「自分のしたい活動や普通の生活を継続することで、結果的に介護予防になる」という発想の転換を行い、本人の「自発性・参加意欲」と「継続性」をキーワードとした活動を展開していくことになる。
- 個人の参加意欲は、周りからの働きかけで簡単に高まるものではないため、介護予防につながるような活動につなげるためには、本人に対する「動機付け」が必要になる。自分自身がやりたい、興味をもてる活動への参加の機会を地域の中で見つけたことが重要である。行政で様々なプログラムを考えるのも一つの方法であるが、一人ひとりの趣味や関心は異なるので、住民主体で自らがやりたいと思うことに積極的に参加するような形を志向することが重要だ。
- こうした取組が、結果的に「閉じこもり予防」「孤立予防」「地域の見守り」に、あるいは将来的には地域での「助け合い」「支え合い」への基盤になるとともに、自発性に基づく活動は、本人の地域における役割や出番づくりなどの社会参加につながっていくことが目指される。

3

自立支援の視点にたった生活支援のあり方とは？

(1) 自立支援は介護保険の基本理念

- 介護保険の基本的な理念は、介護保険法の第一条に明記されている通り「自立支援」であり、介護保険の導入以来、「自立支援」の強調は繰り返されてきた。ケアマネジメントのあり方についても、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）において「自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応を検討する」ことが示され、介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」でも、自立支援を実現するための方策が中心的な課題として検討されてきた。自立支援の必要性が繰り返し言及されるのは、介護保険の運営において、自立支援に基づくケアの提供は簡単ではなかったことを反映しているともいえる。
- 総合事業は、生活支援の提供や介護予防の中に、自立支援の考え方に改めて立ち返って、これを実践することを志向している。したがって、介護予防及び生活支援のそれぞれの仕組みにどのような課題があったのかを考えておくことは、各自治体単位で、総合事業における支援体制を設計していく上で、極めて重要である。

(2) 自立支援からみたこれまで生活支援サービスの課題

- 自立支援は、単に「できないことを、代わりにやる」という意味での支援ではなく、可能な限り自分でできることは自分で対応し、「できないこと」を可能な限り「できるようにするための支援」を提供するものである。また、自立支援の実現においては、外部の専門職の技術的な介入も必要だが、「本人の（自立に向けた）意欲」があることが前提となる。

- こうした自立支援の重要性は、予防給付が導入されて以来、繰り返し言及されてきたが、現場では十分に実行されてきたとはいえない。近年は改めて自立支援型のケアマネジメントの必要性が論じられており、地域ケア会議での個別ケースの検討において、自立支援に向けたケアのあり方が議論されているが、先進的に自立支援型のケアマネジメントに取り組む自治体からは「自立支援型ケアマネジメント」においては、本人の参加意欲を高めるためにも、柔軟で多様な支援メニューが必要との指摘がある。
- 要支援者の生活は、要介護者に比べれば外出の頻度も高く、また心身状態も比較的元気な場合が多いため、社会参加のあり方や予防の取組についても多様性があり、虚弱状態になってきたら、すべて通所介護で予防に取り組むという方法が、本人の動機づけに効果的とは限らない。むしろ、そういった場所には行きたくないという要支援者もいるだろう。通所介護や訪問介護は、生活の連続性の中で提供されるものというよりは、これまでの生活にはない専門職が生活空間の中に入ってくるため、本人にとっては緊張感を伴う特別な場所になってしまうこともある。また専門職としての個別対応はあるとはいえ、基本的には、事業者の決めた標準的なプログラムや支援方法に限定されてしまう。
- むしろ、本人の参加意欲や生活のスタイルにあわせた支援をしようとするれば、標準化されたサービスの枠を超えて、多様性のある支援やサービス、地域の支え合いなど、多様な支援体制があることが重要になる。そうした意味で、自立支援型のケアマネジメントを進めるためには、従来の予防給付を越えて地域に選択肢が増えることを目指す必要があり、総合事業はそのための取組と位置付けることができるのである。

4

効率性と多様性が求められる生活支援

(1) 代替可能な訪問介護の生活支援サービス

- 自立支援とは別に、効率化や人材の有効活用の観点からも、生活支援の見直しが必要になっている。身体への直接介助の必要性が比較的低い要支援者においては、機能訓練と並び、生活支援がサービスの中心になることも多く、今後、老々介護や単身世帯が増加することや、人口減少に伴う商業施設の減少などにより、生活支援ニーズは、今後はさらに増加することが予想される。
- しかし、一方で、介護職員数は、必ずしも地域ニーズに対応するのに十分な水準にあるとはいえない。訪問介護における生活援助については、必ずしも専門職でなくても提供可能な部分が多くみられ、これらを地域の多様な担い手に支えてもらうことで、介護の専門職はより高度な技術や知識を必要とする業務に集中することが期待されている。
- 既存の訪問介護が提供する生活援助に代替するサービスは、総合事業で提供されるサービスに限定されない²。地域の状況によるものの、すでに民間市場サービスとして、配食サービスや、日

² そもそも生活支援体制整備事業で、開発が進められるのは、要支援者に限定されたサービスや総合事業の枠内で助成や費用が支弁されるサービス・支援に限定されない。要介護者が利用するものや、元気高齢者が利用するものも含め幅広く開発されることが原則である。また、最終的に総合事業で支援の対象となるかについても関係はないため、例えば総合事業からの支援が想定されにくい民間市場サービスなどの開発も生活支援体制整備事業においては、対象となってくる。

用品等の宅配サービスを提供しているスーパーやドラッグストアも少なくない。医療機関や介護施設がある地域ならば、リネンサービス事業者を活用することも検討できるだろう。

- また、ごみ出しなどの簡単な生活支援については、地域の互助やシルバー人材センター等の取組が地域の「助け合い」の中で提供されていることも多い。こうした資源を積極的に活用していくことが重要なポイントになるという点からも、後述するとおり、単に生活支援サービスを多様化させるだけでなく、これを活用するケアマネジメントのあり方が大きな課題であることはいうまでもない。

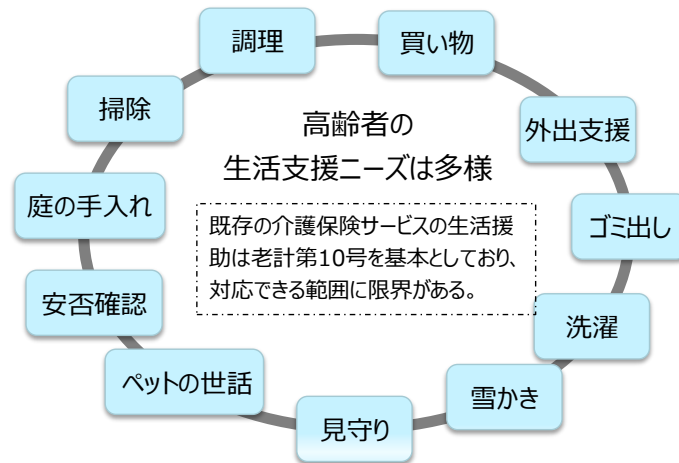
<図表 5：多様な地域資源で代替可能な生活支援>

介護保険の生活援助は他の資源で代替できる（例示）	
買い物	スーパー等の宅配サービス、移動販売、近所で連れ合っでの買い物 等
調理	配食サービス、おかずのおすそわけ、ご近所に惣菜を買ってきてもらう 等
洗濯	リネン会社等によるランドリーサービス 等
ごみ出し	シルバー人材センターのワンコインサービス、ご近所のお手伝い 等

(2) 既存の生活援助だけでは、生活ニーズは満たせない

- 専門職が不足する今後の状況を踏まえると、生活支援を、専門職以外の多様な担い手が提供していくことは、不可避な選択と考えられる一方で、そもそも介護保険における生活援助の提供内容は、在宅生活を支える上で十分なものだったのかという点についても考えておく必要がある。

<図表 6：高齢者の多様な生活支援ニーズ>



- 現行の訪問介護で提供されるサービス内容は、厚生労働省の「老計第 10 号³」と呼ばれる通知

³ 老計第 10 号、平成 12 年 3 月 17 日、厚生労働省老人保健福祉局老人福祉計画課長「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」のこと

によって規定されている。保険給付で提供されるサービスの範囲は限定的であり、必ずしも包括的に生活の支援ができるとは限らない。団塊の世代が後期高齢者となり今後一層多様化することが予想されるニーズに対応するためには、より柔軟で提供範囲が広い生活支援のサービスや地域の助け合いの仕組みが必要になってくる。

＜図表 7：いわゆる「老計第 10 号」による訪問介護の内容に関する規定＞

老計第10号は、「老計第10号」として平成12年3月17日に、厚生労働省老健局老人福祉計画課長名で出された「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」と題した通知である。現在の訪問介護におけるサービス内容を規定するものとなるサービス行為の区分であり、「身体介護」と「家事援助」の項に分かれており、それぞれの示す具体的な行為を規定している。

身 体 介 護	家 事 援 助
<p>1-0 サービス準備・記録等：サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック／利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック／環境整備／換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等／相談援助、情報収集・提供／サービス提供後の記録等</p> <p>1-1 排泄・食事介助：排泄介助（トイレ利用・ポータブルトイレ利用・おむつ交換）／食事介助／特段の専門的配慮をもって行う調理</p> <p>1-2 清拭・入浴、身体整容：清拭（全身清拭）／部分浴（手浴及び足浴・洗髪）／全身浴／洗面等／身体整容（日常的な行為としての身体整容）／更衣介助</p> <p>1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助</p> <p>1-4 起床及び就寝介助</p> <p>1-5 服薬介助</p> <p>1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）</p>	<p>2-0 サービス準備等：サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック／利用者の安否確認、顔色等のチェック／環境整備／換気、室温・日あたりの調整等／相談援助、情報収集・提供／サービスの提供後の記録等</p> <p>2-1 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ</p> <p>2-2 洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ</p> <p>2-3 ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等</p> <p>2-4 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）</p> <p>2-5 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理</p> <p>2-6 買い物・薬の受け取り：日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り</p>

- 実際には、高齢者の生活支援ニーズは相当幅広い。たとえば、ペットとの生活が生きがいの要支援者にとって、ペットの排泄の世話は QOL の観点からも不可欠だが、現行の介護保険ではこうした個人的な嗜好性の高いサービスには対応できない。庭の手入れやペットの世話など、介護専門職以外の専門知識や技術、能力を必要とするような支援も高齢者の生活を支える上で、必要だが、これらを介護保険ですべてカバーするのは現実的ではないことを考えれば、多様で柔軟な生活支援が地域の中にあることは重要である。

Ⅲ. 地域づくりとしての総合事業・整備事業

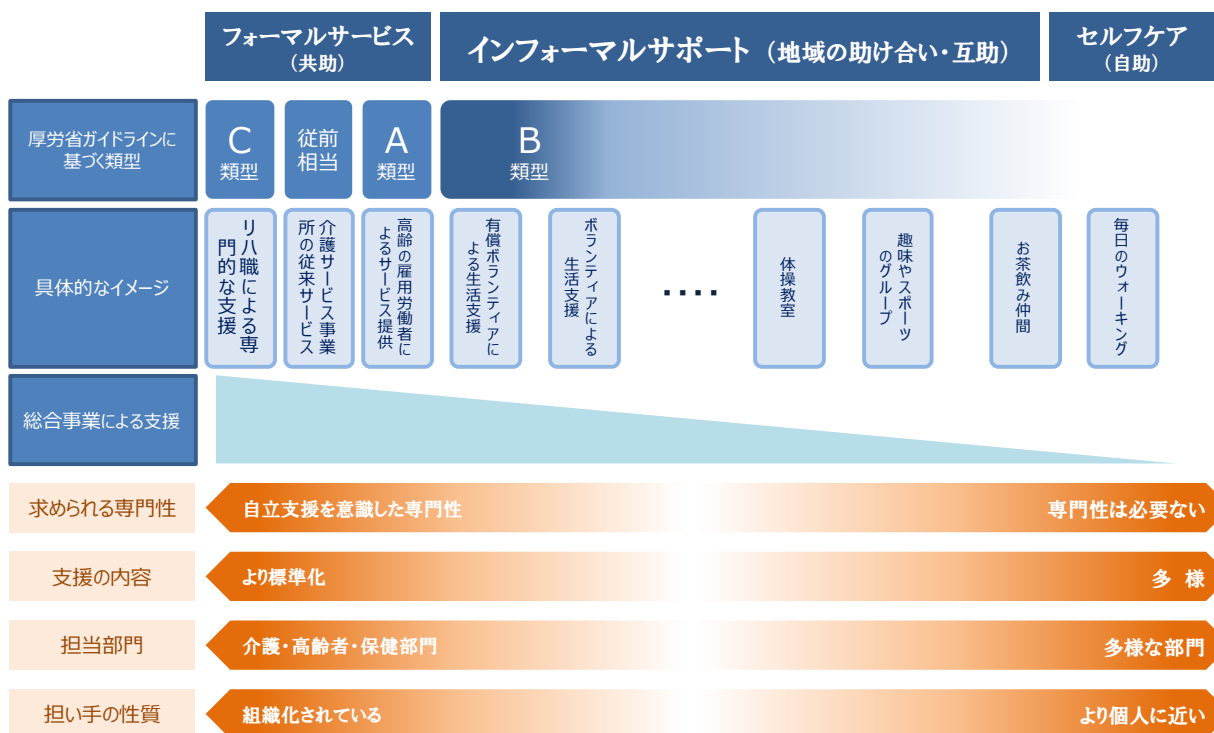
1

総合事業・整備事業を俯瞰する－「サービスづくり」ではなく「地域づくり」とは？

- (1) ガイドラインの類型から「サービスづくり」と「地域づくり」を読み解く
- 総合事業・整備事業の基本は「サービスづくり」ではなく「地域づくり」である。行政の役割は、ゼロから地域をつくることでは決してない。ボランティア団体や、住民主体のサービスを作ることではなく、そうした取組が地域の中に自生してくるような地域の土壌づくりを進めていくことだと考えてよいだろう。
 - サービスを増やしていくよりも、地域住民やボランティア等の助け合いの仕組みを地域の中で活性化させていくことが総合事業・整備事業の目標である。「サービスづくり」とは違い、「地域づくり」は地域の様々な主体の自発的な参加や協力、理解があってはじめて具体的な形が生まれてくる。したがって、行政の役割は、個々のサービスを「設計」や「デザイン」をすることではなく、住民の意見やアイデアをうまく把握し、住民の「設計」や「デザイン」を尊重して、参加意欲を活かしつつ、その実現のために側面的に支援することといえる。
 - このような「地域づくり」の重要性は、昨年度の「解説書」においても強調してきたが、「総合事業は地域づくりである」と頭では理解できても、厚生労働省のガイドラインはサービスの類型を示しており、個別具体的な取組を自治体単位で検討すると、どうしても「類型に基づくサービスづくり」に偏ってしまうというジレンマに陥っている自治体は多い。具体的に総合事業の進め方を検討するとなればガイドラインに示された「類型」を完全に無視した議論は現実的ではないことから、ガイドラインの示す「類型」をあえて使いながら、総合事業が地域づくりであることの意味を整理してみたい。
- (2) フォーマルサービス：制度に基づいて提供されるサービス
- まず、総合事業において比較的、サービスの仕様が明確で、その内容が標準化されているものを見ると、「C 類型（短期集中型）」や「従前相当」、「A 類型（基準緩和型）」などが考えられる（図表8参照）。これらのサービスは、担い手と利用者の関係が明確で、利用には多くの場合、契約が伴い、提供者は雇用労働者として関わるのが原則となっている。また、程度の差はあるが、自立支援を目的に専門性を伴う技術が提供される「サービス」が中心である。専門サービスとして個別の利用者のニーズに対応するものの、専門職としての技術は基本的に標準化されていることが特徴である。賃金労働者のサービスが中心のため提供にかかる費用も高い。
 - 担い手は、医療法人や社会福祉法人、株式会社などの指定介護サービス事業所を中心に、各種団体など、公的な性格をもつ組織が提供するのが一般的である。行政内では、介護保険や高齢者支援の部署が中心となって、これらのサービスの整備や誘致、関連する企画や管理を行うことが多く、とりわけ、短期集中型の C 類型などは、保健師やリハビリテーション職などの専門職が中心となって運営されることが多い。

- これらのフォーマルサービスは、行政職のみならず、多くの住民も「高齢者の生活を支えるサービス」としてイメージしやすいものといえる。サービスの仕様が明確なので「できること-できないこと」の線引きも明確であり、したがって「このサービスでは、それはできないんですよ」といったことが起こりやすいのも特徴だ。仮に行政が費用の一部を負担する場合も、標準化されているので、細かな規則を作りやすく、総合事業では自治体の要綱等で定めるのが一般的である。こうした「サービス」の設計は、実は、これまでも高齢者福祉の分野で多数の実績があり、行政職員の比較的得意とするところである。
- そして、そのことが、総合事業においては、行政の陥りやすい落とし穴になっている。総合事業をフォーマルサービスづくりとして理解してしまうと、これまでと同様の発想で取り組んでしまう。しかし総合事業は、フォーマルサービスを作ることが主たる目的ではなかったはずだ。地域づくりである。では、その違いについて考える前に、フォーマルサービスの対極にあるインフォーマルサポートについてみてみよう。

<図表 8：ガイドラインの類型から考える「サービスづくり」と「地域づくり」>



(3) インフォーマルサポート：地域の助け合い・支え合いの特徴

- インフォーマルサポート⁴は、地域の助け合い（互助）であり、活動の内容や方法が相当に幅広く、そのイメージをひとことで表現することはできない。行政には活動として認識されないような住民同士の日常的な助け合いレベルのものから、自治会などの町内の活動、ボランティアグル

⁴ インフォーマルサービスとの表現がみられることもあるが、地域の助け合いは、提供者と利用者が明確に区別されない場合が多く、サービスという表現は適切でない。むしろ、ここではフォーマルなものをサービスとして位置付け、インフォーマルなものをサポートとして区別している。

ープによるちょっとした生活支援から、社会福祉協議会、NPO 法人などによる有償ボランティア活動、住民で運営される体操教室や、趣味の会まで、その運営形態から担い手の組織のタイプまで様々な形態が想定されている。

- 日々のウォーキングなどは、運動によって体力を維持しようとする自分で自分をサポートするセルフケアであり、歩く時間や距離も自分の好きなように決めて取り組んでいる。足の悪い友人を車に乗せて一緒に買い物に出るといったことや、カフェでのおしゃべり、おかずのおすそ分けなどは、機能としては、地域の助け合いになっていたり、結果的に介護予防効果があるかもしれないが、当人にとっては「地域の助け合い活動」や「介護予防」の認識はないはずであり、日常生活の一部にすぎない。もともと、地域の支え合いは、このように、支える側と支えられる側という区別もあいまいなはずである。
- 一方、地域住民の活動の中には、組織化が進み、フォーマルサービスに近づいていく活動もあるだろう。友人同士で趣味として取り組んでいた絵手紙の会が、気がつけば地域住民の参加を得て教室のような形になってくることもあるだろうし、体操教室なども曜日を決めた活動になってくると、フォーマルな印象が徐々に強くなっていく。有償ボランティアによる生活支援は、提供者と利用者の関係性が明確で、ほぼ「サービス」としての形態をとっている⁵。有償ボランティアであるので、提供される支援は、ボランティアによって提供の仕方が違ったりするなど「サービス」とは異なっていることもあるが、支援の内容や時間、金額などが決められていることが多く、ある程度は標準化されている。また、利用者とボランティアをマッチングする役割も必要なため、より組織化された団体やグループによって提供される。さらに、地域包括支援センター等の関わりができていくなど、行政の高齢者部門との連携や協力関係がしっかりとしている場合もあるだろう。
- 組織化が進んだ活動は、自治体が直接対話することも比較的容易であることから、整備事業を推進する際に、着手しやすい部分である。ただし、組織化された活動は、多くの自治体でその数や提供範囲が限定的であるし、現在は組織化が進んでいても、活動の出発点は、地域の自然な助け合いからスタートしていることも多い。このことからわかることは、地域資源の発達は、多様であるが、ボランティア団体などは、何の活動の素地もない地域に、ある日、突然地域の中に誕生したり、行政側から働き掛けたら、住民が組成するものでは決してないということである。したがって、時間がかかっても、地域活動の萌芽となるものを見つけては、時間をかけて育てていく以外にはないといえる。

2

なぜ総合事業・整備事業は難しく感じるのか？

(1) 行政の一般的な傾向と発想の転換

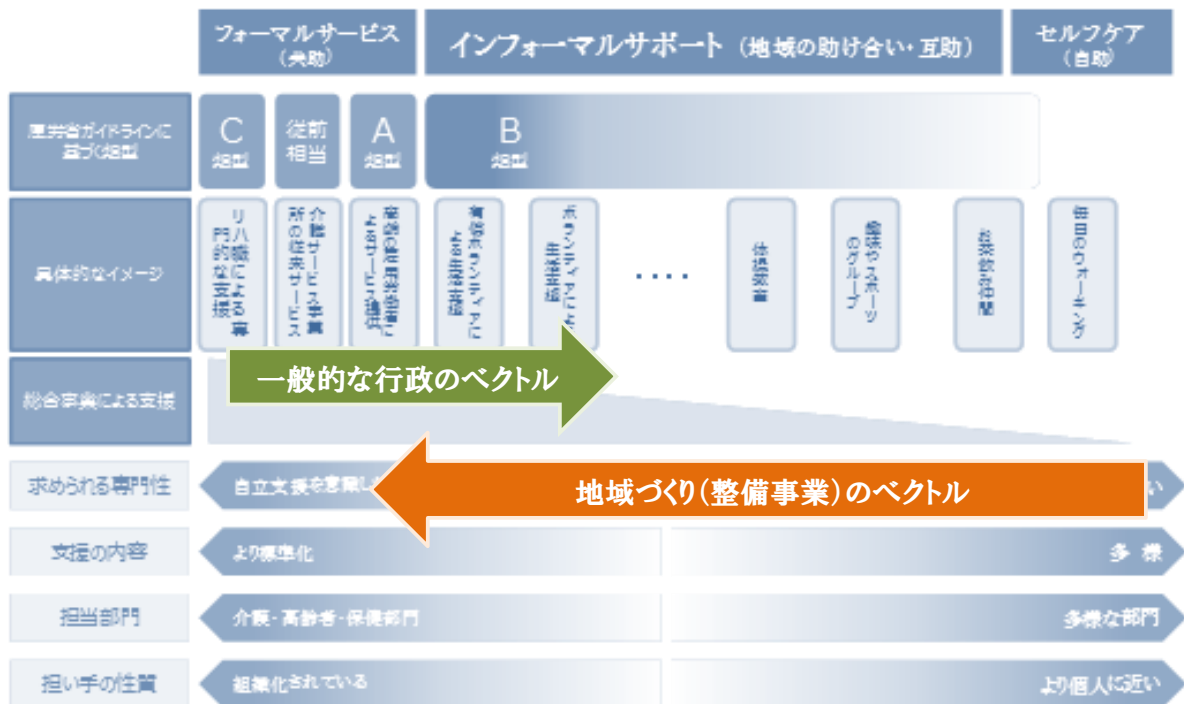
- こうした全体像を理解した上で、行政の一般的な行動パターンを図表8で考えてみると、基本的

⁵ たとえば、社会福祉協議会が有償ボランティアをコーディネートしている場合などが想定される。住民団体を出発点にしつつも、組織化がすすめられ、介護サービス事業所と変わらない人員体制で様々なメニューの生活支援等を提供している団体もある。

に図の左から右に展開する形で計画を立て、実行している傾向があることがわかる。行政が助成するにせよ、自治体事業として実施するにせよ、公平性の観点から、支援の対象や内容を標準化するの一般的なことであり、そのため、どうしてもフォーマルサービスを支援する方が、検討の枠組みもシンプルになる傾向があり、図でいうところの左から右への方向性で検討が進められることになる。これらのフォーマルサービスは制度に支えられているため、行政としては、どうしても多様性を加味した形で設計することが難しく感じられる。

- 前節でも触れたように、総合事業の本質は、セルフケア（自助）や地域の助け合いや支え合い（互助）を地域として促進することが主たる目的であり、制度に基づいて提供されるフォーマルサービスは、その補完にすぎない。自助・互助が地域生活の前提として存在し、自助・互助では対応できないものに対して、介護保険や健康保険などの共助が支えるという補完性の原則が、地域包括ケアシステムの基本だ。
- したがって、左から右への展開で総合事業を設定してしまうと、趣旨とは異なる流れが生まれてしまうため十分に注意が必要だ。自助や互助側から、共助側に向かっていくアプローチは、最初から決まった活動の具体的な形があるわけではないため、事前に設計することができない。行政内部の会議室で協議を繰り返しても、いわゆる「B 類型」についてイメージがつかめなかったり、具体的な検討が進まないのはそのためである。

<図表 9：行政の一般的な傾向と総合事業・整備事業の目指す方向性>



- また、B類型を考えているつもりが、気づいたらA類型のような細かな基準だらけの要綱になってしまっているということも、こうした発想の違いから生じている。「一般的な行政のベクトル（左から右）」が、行政が自然にとってしまう思考パターンだとすると、住民主体の「地域づくりのベクトル（右から左）」を実現するためには、意識的にこれまでの発想から脱却するような

アプローチを検討することが重要である。今回の改正では、「地域づくりのベクトル(右から左)」を実現するために、整備事業が設けられ、生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置が求められている。これらを通じて、地域の声を適切に把握し、地域課題に即した施策をオーダーメイドで行政として作っていくことが想定されている。このような政策意図を自治体の現場で実現していくためには、外部の住民グループ等と「落とし所をあらかじめ決めない話し合い」をすることが第一歩として重要になる。行政として発想の転換ができ、実践をはじめた時には、関係者の間で自然と協議体の必要性が認識されるようになり、また生活支援コーディネーターはどのような人がよいかということが認識できるようになるだろう。

- 逆に、外部のボランティアや住民グループから見たとき、「一般的な行政のベクトル」で仕事をしていると「行政の都合(枠組み)に、私たちの活動をはめ込もうとしている」という印象ばかりが目についてしまう。その瞬間に、総合事業における「地域づくり」は停滞してしまうだろう。

(2) ガイドラインの「類型」にこだわらず、いまあるものからスタート

- ここまでの話を整理すると、近所づきあいから、有償ボランティアを生み出すような壮大な、そして長期にわたる取組のように聞こえるかもしれない。しかし、地域にはすでに多くの資源が実際に活動をしている。総合事業以前においても地域支援事業で育まれてきたサロンなどが積極的な活動を展開しているし、行政が知らないところで、住民は多種多様な日常生活を送っている。
- 新たな地域資源を作っていくこと自体は、一定の時間を要するものであり、したがって、基本原則は「新しいものを作る」よりも、いまある資源を適切に把握した上で「いまある資源をどうやったら強化できるか」という視点からスタートすることが効果的である。ガイドラインには数々のサービスの類型が示されているが、この類型に基づいて新しいサービスづくりを検討する必要はなく、また既存活動を支援する場合も、活動の内容を無理に総合事業の枠組みにはめ込む必要もない。むしろ、従来通りの活動が地域の高齢者の介護予防や生活支援に実質につながっているのであれば、従来通りのやり方を尊重して、総合事業にとらわれず継続していけばよいだろう。「右から左」の「地域づくりのベクトル」を進めれば、必然的に類型に基づくサービスづくりにはならない。

(3) 「地域の実情に応じた」の意味を考える

- 保険給付のサービスを整備してきた保険者(自治体)は、各日常生活圏域において出来る限り同じようなサービスを同じ程度に整備していくことを目標としてきた。しかし、総合事業は、社会保険として運営する共助の介護保険とは異なり、「自助」や「互助」を広げていくことを目的としており、また、地域での活動の内容については、住民の自発的なアイデアや発想、企画を重視し、住民の参加意欲に基づくものを行政が側面的に支援することが前提である以上、それぞれの生活圏域毎の取組に違いが生じるのは当然のことである。
- 市町村内の生活圏域毎に、地域資源や環境、交通手段、集住の状況、伝統的な生活習慣なども異なることを踏まえ、画一的なサービスや活動を住民に依頼するのではなく、地域ごとの自発的なアイデアを尊重することが大切である。地域の中で広げていく活動が、各地域で標準化されているように見えるとすれば、むしろ地域住民の自発性が尊重されているのか、動機づけはされてい

るのかといった点に留意する必要があるだろう。仮に「行政からお願いされた取組」であれば、持続性は低くならざるをえないだろう。同様の理由により、いわゆる先進自治体の活動についても、参考にすることはできるが、地域の実情が異なる以上、同じことをそのまま実施しても、成功するとは限らない。

- また、総合事業は、地域の多様な主体に対して動機づける活動であることから、一般論として、小規模の自治体においては、関係者の数が少なく、団体や事業所の数も限られており、意識の統一が図りやすく、事業の推進においてもハードルが低い場合が多い。他方で、大規模の都市では、関係者や団体も多く、地域ごとの考え方が違う場合、これを無理に統一しようとする、地域づくりは前に進まない。
- 意思統一の単位を日常生活圏域単位、あるいはさらに小地域で整理し、無理に市全体での統一を図ろうとしないことも重要なポイントである。サービスづくりをするのであれば、市内で統一的な枠組みが必要になるのは理解ができるが、総合事業で目指すのは、住民主体の地域づくりである。

(4) お金で支援することにとらわれない 一住民の取組をお金で買い取るようなことはしない

- 「総合事業で支援する」といった時に、「お金で支援する」という発想に陥りやすい。しかし、実際、住民主体の活動が必要としているのは、金銭的な支援とは限らない。むしろ、専門家からのちょっとした助言や技術的なサポート、場所の提供や情報提供などでも住民主体の取組を支援することは十分に可能である。
- 行政からは住民主体の取組を検討する際に「通所型 B や一般介護予防事業の助成額をいくらにしたらいいか」といった質問が出ることもあるが、重要なのは「いくら必要か」ではなく、「どんな支援があれば維持・拡大につながるか」という視点である。そのためには、金額を考える前に、「そもそも既存の活動が大きく広がらないのはなぜなのか？」という視点に立つことが大切であり、それを、住民活動の担い手や地域住民全体と共有していくべきである。

実践編

考え方編を踏まえ、実践編では、取組を実際に推進するにあたっての工夫や留意点を中心に整理する。

IV. 総合事業の本質は介護予防ケアマネジメント

1 「したい」「できるようになりたい」を目標にする

(1) 移行初日から必要になる介護予防ケアマネジメント

- 総合事業のガイドラインでは、いわゆる「サービス類型」の後ろに「介護予防ケアマネジメント」が解説されている。地域のサービス・支援を開発した上で、それらの資源が介護予防ケアマネジメントによって組み合わせられるという理解によるものだろう。しかし、現実には、介護予防ケアマネジメントそのものは、地域資源の開発の進捗に関わらず、総合事業に移行した初日から実施されるものである。したがって、「実践編」の最初の項目は、介護予防ケアマネジメントについて言及すべきであると考えた。
- また、移行初日から必要になるという便宜的なことだけでなく、実際に、介護予防ケアマネジメントは総合事業の中心的なテーマである。別の言い方をすれば、仮に地域資源が不十分であっても、自立支援としての介護予防ケアマネジメントへの改善の努力は可能であり、多様なサービスや支援ができてくるのを待たずに、ただちに取り組むべきテーマである。また後述するように、介護予防のケアマネジメントの実践を積み上げていくことによって初めて「協議体」や「生活支援コーディネーター」の役割や目的も見えてくるはずだ。

(2) 原点に立ち返る自立支援のための介護予防ケアマネジメント

- 総合事業での介護予防ケアマネジメントは、本来のケアマネジメントの原点に立ち返ることが強調されている。総合事業の介護予防ケアマネジメントは、本人の興味・関心⁶や生活上の困りごとを把握したうえで、本人の「したい」「できるようになりたい」と思う具体的な生活を実現するための取組に切り替えていくことが強調されている。したがって、本人の「したい」または「できるようになりたい」生活行為がケアマネジメントの中で「目標」として明確に設定されることが重要である。
- たとえば、「足腰が弱って買い物に出るのがおっくうになった」という高齢者に対して、単に訪問介護の生活援助や宅配サービスの利用を勧めるのではなく、「近くのスーパーに買い物に出ら

⁶ 高齢者本人の興味・関心を引き出すツールとして「興味・関心チェックシート」（「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会（2014.3））が用意されている。また、その内容の一部は、「介護予防手帳」にも組み込まれている。「地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業報告書（平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

れるようになりたい」という本人の希望を実現するために、何が必要なのかという視点からケアプランを考えることが重要である。

- 設定される目標は、それまでのご本人の生活が反映されるため多様だ。例えば、「元気な時のように孫と近所の公園を散歩したい」であったり、「趣味のサークルに復帰したい」である。当然ながら、本人の「したい」「できるようになりたい」を把握し、支援を検討するには、利用者のこれまでの（困りごとが生じるまでの）生活や周囲の人間関係などをアセスメントした上でのケアマネジメントが必要になる。

図表 10 「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」

- 総合事業におけるケアマネジメントは、従来の要支援者に対する保険給付上の「介護予防支援」から、自治体事業として実施される「介護予防ケアマネジメント」に移行することになる。総合事業におけるケアマネジメントは、①原点としての自立支援に改めて立ち返ること、②総合的・効率的な資源の組み合わせという観点から、地域の助け合いやボランティアなど多様な資源を組み合わせることなどが強調されている。

【介護保険法】（抜粋）

第一条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

（介護保険）

第二条

- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

- そうした観点から厚生労働省のガイドラインでは、介護予防ケアマネジメント A・B・C の 3 つのアプローチが例示されているが、大きく分ければ、専門職によるサービスと地域の多様な主体によるサービスを組み合わせる介護予防ケアマネジメント A 及び B と、セルフマネジメントを主体として、地域住民主体のサービスや助け合いの中で支援方策を検討する介護予防ケアマネジメント C の 2 系統に分かれている。
- 介護予防ケアマネジメント C は、一見すると、総合事業において新たに組み込まれたケアマネジメントの形態に見えるが、実際に行っていることは、基本的には従来の総合相談と共通点が多い。介護予防ケアマネジメント C は、主に、住民主体の通いの場や生活支援（いわゆる B 類型や一般介護予防事業）などをコーディネートする場合に想定されているケアマネジメントである。いわゆるフォーマルサービス（従前相当やいわゆる A 類型、C 類型など）を利用する場合は該当しない。住民主体の取組については、地域での日常生活の延長線上の取組に参加していることから、専門職による継続的なモニタリングをするのではなく、基本的には「セルフマネジメント」とし、心身状態が悪化した場合等は地域包括支援センターが改めてアセスメントを行うことがイメージされている。
- 介護予防ケアマネジメントは、フォーマルサービスにつなげることがイメージされやすいが、総合事業においては、サロンや通いの場等のインフォーマルサポートにつなげることが重視されていることから、従来は総合相談で対応されてい

たインフォーマルサポートについても、介護予防ケアマネジメント C として報酬によって評価されるようになったのである。

- ただし、住民主体の活動などの地域資源が整備されるまでの当面の間は、フォーマルサービス（従前相当や A 類型）の利用を継続するケースも多いと思われる。こうしたケースについては、以下で説明する介護予防ケアマネジメント A 及び B を提供することになる。
- ケアマネジメント A と B は基本的には、従来の介護予防支援と同じ方法であり、大きな違いはないが、介護予防ケアマネジメント B（簡素化されたケアマネジメント）は、従来のケアマネジメントの対象となってきたケースのうち、定期的なモニタリングやサービス担当者会議を必要としない比較的安定したケースなどを対象としたものが想定されており、簡素化されている分、報酬も A に比べ低く設定されることが想定される（各自治体で決定することができる）。
- 一見すると介護予防ケアマネジメントは従来の介護予防支援から 3 種類のマネジメントに分類され、複雑化したように見えるが、基本的には、従来通りの取組をより簡素化しつつ、全体的には、メリハリを効かせて、地域包括支援センターの専門職をより有効に活用しようという視点から設計されているといえるだろう。

【アセスメント】利用者自立支援に向けた目標を共有。介護予防への意欲を引き出せるよう、信頼関係を構築。

- より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」等を利用し、本人の趣味、社会的活動、生活歴等も聞き取り、「～できない」という課題から「～したい」「～できるようになりたい」という目標に変換させる作業が重要。
- この段階から、生活機能の低下等についての自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出せるよう、利用者本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

【ケアプラン原案の作成開始】利用サービス内容とその後の関わりを検討した上で、介護予防ケアマネジメント類型を選択

- 利用者の状況に応じて切り替える支援・サービスと、その後の利用者への関わりが必要度合いによって、介護予防ケアマネジメントの類型が決まる。
- ケアマネジメント A は、現行の介護予防支援と同様。ケアマネジメント B は、専門職によるモニタリングは必要だが、本人の状況は安定しており、ケアプランの大きな変更もなく、間隔をあげたモニタリングでよい者を想定。ケアマネジメント C は、セルフマネジメント前提の者で、モニタリングは行わない。

**住民主体の支援(一般・B)が中心になる場合
介護予防ケアマネジメントC**

◎自立支援に向けてセルフマネジメントを推進

- 本人とともに生活の目標を設定、セルフマネジメントでの「社会参加による介護予防」につなげる
- その際、①本人のやりたいことやできることを最大化すること、②社会参加の場として住民主体の活動につなげるため、これまで蓄積してきた地域資源の情報を活用することが重要
- セルフマネジメント支援ツールとして介護予防手帳が活用可能

◎状況に応じて、マネジメントの主体が本人⇄包括と変化

- ケアマネジメント結果の共有後は本人主体でマネジメントを行うが、状況が悪化したり、本人から相談があった場合は、適宜マネジメント主体を地域包括支援センターに変更

**指定事業者・短期集中サービス(従前相当・A・C)が中心になる場合
介護予防ケアマネジメントA・B**

◎従来の介護予防ケアマネジメントを続行するパターン

- 「生活の活発化による介護予防」を重視し、サービスが自立を阻害していないか確認。また、特に短期集中サービスの場合は、計画的に利用し、終了後の状況に応じて支援・サービスを切り替える

◎モニタリングの実施方法等が異なるAとBを状況に応じ活用

- 利用者の状況が安定し、サービス担当者会議、モニタリングを一部省略可能であればB、変化があった場合はAと、状況に応じ活用される。

※支援・サービスの拡充に伴う介護予防ケアマネジメントの変化
総合事業への移行直後は、従前相当サービス利用者も多く、大半のケアマネジメントがAに相当。住民主体の支援が拡充してくれば、介護予防ケアマネジメントCに移行するケースや開始時点から介護予防ケアマネジメントCを採用するケースが増えると考えられる。

2

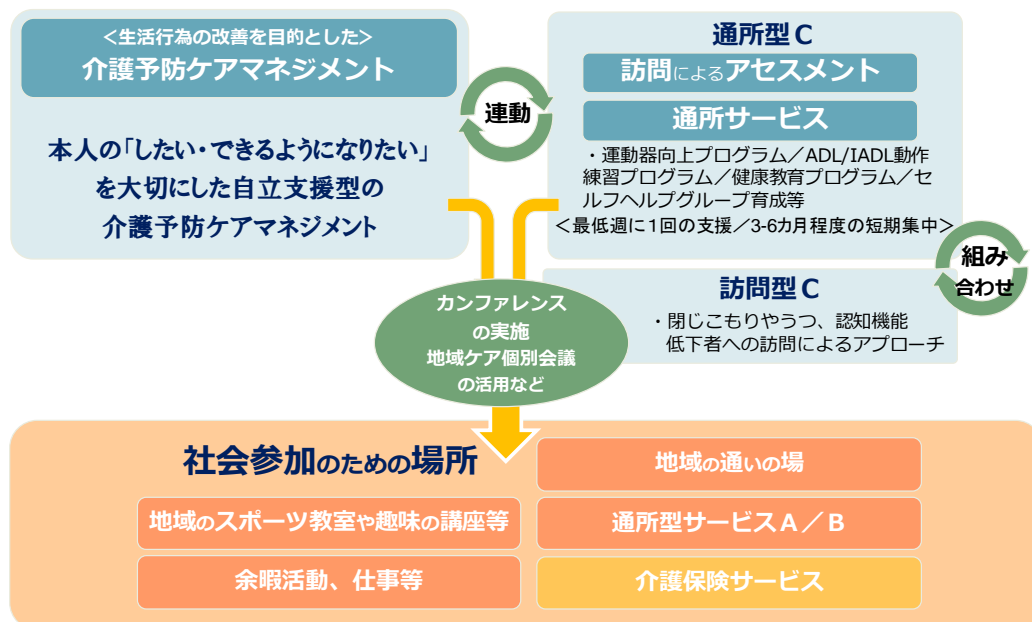
自立支援型の介護予防ケアマネジメントと地域ケア会議

(1) ケアマネジメントのイメージ：短期集中型（C 類型）の場合の例

- たとえば保健医療の専門職による短期集中型（C 類型）のサービス（通常、3 カ月から 6 カ月）は、通所型や訪問型がそれぞれ想定されているが、生活上の困りごとを把握した上での支援であるため、自宅を訪問するなどにより生活のアセスメントを十分に行うことが基本となる。したがって、通所型 C であっても、訪問によるアセスメントを行うことは、当然必要になるだろう。

また閉じこもりなどの課題を抱えている場合は、訪問型 C と通所型 C を組み合わせて提供することも想定される。

<図表 11：C 類型を例としたケアマネジメントのプロセスイメージ>



※「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。(通所リハビリテーション注9 留意事項通知[老企第36号 第2の8(12)]より)

- さらに、単に短期集中型のサービスで心身機能を回復させることだけでなく、地域の居場所になぐところまで考えるケアマネジメントを志向していくことがポイントである。短期集中型の介護予防サービスは「やったら終わり」ではない。「したい」「できるようになりたい」ことができるようになったら、その状態を維持する環境をつくるためにも、地域の活動への参加に結び付けることも重要である。
- こうした地域活動に結び付けることを意識すると、地域の中には多くの居場所、通いの場が必要なことがわかってくる。それは、趣味の集まりでも、体操教室でも、手芸教室でも、近所の公園でも、通所型Aでもよいだろう。また総合事業で支援されている通いの場でなくても、近くの公園や、昔通っていたスポーツクラブでも碁会所でも、近所の居酒屋でもよい。目的はサービスをつくることではなく、ケアマネジメントを通じて、その人の生活していた日常生活に戻れるように支援することである。
- こうした自立支援型のケアマネジメントを志向していくと、必然的に、地域に必要な通いの場や生活支援は、従来の保険給付で提供されている通所介護や訪問介護に限定されない、幅広いものが求められていることが理解できるだろう。

図表 12 介護予防手帳の活用

自立支援型のケアマネジメントを普及させるためのツールのひとつとして、介護予防手帳を作成し、事業対象者に配布するのみの方法である。

生駒市は、自立支援型のケアマネジメントを実現するため、集中介入期に提供する短期集中予防サービス「パワーアップ PLUS 教室」を展開しているが、その成功の裏には、自立支援を強く意識したアセスメントと、具体的な目標設定を伴う介護予防ケアマネジメントの存在がある。平成 28 年度からは、本人の意欲を引き出すツールとして「生駒市介護予防手帳」を作成し、導入が進められる⁷。

<図表 13：生駒市が作成した介護予防手帳>



出所) 奈良県生駒市

(2) 地域ケア会議と総合事業・整備事業

- 介護予防ケアマネジメントの方法、すなわち自立支援に向けた具体的な目標の立て方やそれを実現するための支援のあり方について、地域内の介護関係者の中で広く共有することは重要である。自立支援型のケアマネジメントを地域の中で共有していく過程は、一朝一夕には進まない。地域の多職種の中で個別のケースを根気よく議論し、自立支援に向けたケアマネジメントを積み上げ

⁷ 「生駒市介護予防手帳」は、「地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業報告書（平成 26 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）」（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング）をベースに生駒市が独自に作成したものである。ベースとなっている介護予防手帳の電子ファイルは、以下のサイトからパワーポイント形式のファイルとしてダウンロードし、各自治体で自由に活用することができる。

http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_150518

ていくことが不可欠である。多職種による議論を通じて、これまで気づかなかったような視点やヒントを他の職種から得られることもあるだろう。

- 平成 27 年度の制度改正によって、地域支援事業の包括的支援事業の中に、個別ケースを検討する地域ケア個別会議と、地域の課題抽出やその解決方策を検討することを主目的とした、地域ケア推進会議が明確に位置付けられた。特に、地域ケア個別会議は、個々のケースのケアのあり方について検討を行う場であり、多職種の参加を得て、自立支援に向けたケアのあるべき姿を議論する格好の場所となっている。
- 地域ケア会議の中で、どのようにして本人の自立を支援していくかを考えることは、単にサービスの組み合わせを考えることではなく、一人ひとりの生活の多様なニーズに応じた支援をするには、時には「ご近所づきあい」のような地域の自然な関係性も含め、多様な地域資源が必要であることを知ることである⁸。したがって、地域ケア個別会議で事例の検討を重ねていくと、地域に何が必要なのかが明らかになっていく。そこで明らかになった「必要なもの」は地域の中にすでに「あるかもしれない」し、地域の中にはまだ「ないかもしれない」。
- そこで「あるかもしれない」ものを探し、「ないかもしれない」ものを話し合っ作っていく場所こそが、協議体である。そして、その中心にいて、地域づくりに関わっていくのが、生活支援コーディネーターと整理することができる。

3

基本チェックリスト・窓口の体制の考え方

(1) 基本チェックリストの活用

- 総合事業においては、基本チェックリストを活用することで、迅速に必要なサービスに結び付けるといったことが志向されている。要支援認定を受けることなくサービス利用に結び付くことから、窓口の利用者が殺到するのではないかと懸念も聞かれるが、窓口に来る市民のニーズを考えると、こうした考え方は、必ずしも妥当とはいえない。
- 従来、生活上の困りごとがある場合は、住民は、窓口での総合相談等を踏まえ、必要に応じて要支援認定に申請したり、様々なサービスを利用したり、二次予防事業をはじめとした活動に参加してきた。こうした窓口での対応が、これからも継続するだけの話であり、基本チェックリストの導入が直接申請者や相談者の急増を増やすということは考えにくい⁹。いうまでもないことであるが、基本チェックリストであろうと、要支援認定であろうと、サービスの利用においては、これまで以上に介護予防ケアマネジメントが重視されることは、すでに触れたとおりである。

⁸ 地域ケア会議の開催方法は多様であり、単一の方法に正解があるわけではない。最終的にはすべての地域包括支援センターで定期的開催されるのが望ましいが、ノウハウが確立するまでの間は、自治体で一か所といった方法でもよいだろう。取り扱うテーマについても柔軟であってよいが、軽度者の個別ケースについて、自立支援の視点から議論を重ねていくことは、総合事業における介護予防ケアマネジメント強化の観点からも有効と思われる。

⁹ 今回の調査研究事業において、ヒアリングを実施した移行自治体で窓口での利用者の急増は確認されなかった。

(2) 窓口の対応体制

- 総合事業においては基本チェックリストを中心として、窓口業務を実施することになるが、具体的な窓口の対応方法については、自治体の実情に応じて、多様な方法を検討することができるので、総合事業の目的に沿った形で、柔軟に設計することができる。
- 各地域の窓口業務における体制を検討する際には、まず、それぞれの自治体における職員の配置体制を確認することから始めるのがよいだろう。保険給付においても、要介護認定の申請を受け付ける際に、申請者との相談が行われてきたが、総合事業では、基本チェックリストで対応するのか、要支援認定（または要介護認定）を申請するのかについての判断を行う必要が生じる。申請の窓口、専門職等が配置されている場合と、事務職のみで対応する場合によって、窓口の対応の方法やマニュアルの整備の必要も生じるだろう。
- 窓口、ケアマネジメントにおいて、判断基準を必要とする分岐は、①「基本チェックリスト」と「要支援（要介護）認定」のいずれに進むかの判断の流れ、②要支援認定で非該当となった場合に基本チェックリストへ誘導する流れ、③要支援認定者のアセスメントの結果、介護予防支援（保険給付）ではなく、介護予防ケアマネジメント（総合事業）が適当と判断する流れ、④総合事業の介護予防ケアマネジメントの結果、要支援認定が必要と判断する流れである。
- このうち、事務職が対応する窓口業務として判断基準を明確にしておく必要があるのは、①の「基本チェックリスト」と「要支援認定」の分岐における判断基準である。介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、住宅改修等を希望する場合は、その段階で要支援認定となるが、通所型・訪問型のみ利用希望者については、基本チェックリストで対応することになる。しかしながら、要介護1以上の可能性がある対象者については、要支援認定の申請に結び付ける必要がある。
- こうした判断を窓口で実施するにあたっては、一定の専門的な知識を必要とするが、自治体の規模や職員配置によっては、事務職や臨時職員が窓口対応を行う自治体も少なくないだろう。このような場合の対応方法も検討しておく必要がある。以下では、先行して総合事業に取り組む自治体の窓口体制について整理し、具体的な対応が多様であることを見ていきたい。

(3) 先行自治体の状況

- 窓口の対応については、先行している自治体においても柔軟に対応が検討されている。茨城県日立市では、窓口での対応が円滑に可能となるよう、窓口確認票の書式を準備することで、事務職など専門職でなくても要支援認定の要否について判断できる体制を構築している。
- 人口約48万人の大規模都市である千葉県松戸市では、地域包括支援センターの数も多く、市の直営と委託の地域包括支援センターで総合相談の考え方を標準化する必要があることから、市独自の介護予防ケアマネジメントマニュアルや独自のアセスメントシートを作成している。
- 埼玉県吉見町では、要介護認定の申請の要件を6項目に整理し、窓口での対応を行っている。総合事業の開始当初は、専門職が対応していたものの、明確な基準を設定し、これが定着してきた段階で専門職以外の職員も窓口対応するようになっており、窓口での新規の相談件数のうち、要介護認定の申請につながるケースは、総合事業開始以前と比較して32%減少し、要介護認定業務の負担軽減につながっている。

- 大分県竹田市は、セルフマネジメントの促進することを目的として、基本チェックリストを積極的に活用し、地域の住民主体のグループ等にもその使い方を解説するといった取組を展開している。ただし、市としては、基本チェックリストは一次的なスクリーニングであると整理しており、基本的には、サービスの利用については、介護予防ケアマネジメントに基づくアセスメントで判断を行うとしており、こうした取組によって、総合事業のサービス利用者が急増しているといった状況にはない。
- 他方、東京都武蔵野市は、窓口職員のスキル・経験によって判定に差が生じることを防げることや、「主治医意見書」から医療情報を得られることから、原則として新規利用者には基本的に要支援（要介護）認定を申請することとしている。認定結果が「非該当」となった場合でも、基本チェックリストの結果が有効となるように、認定調査の際に基本チェックリストを同時に実施している。

＜図表 14：日立市の「窓口確認票」＞

(注)この確認票は、ご本人が記入するものではありません。

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者窓口確認票

受付日(/)

所 属 (介保・高福)、包括 (日立・聖孝園・鮎川・金沢・成華園) 受付者名 ()

本 人	被保険者番号() 氏名 () (歳)	高福事務欄
	介 護 度	台帳No
	要支援 (1・2) 要介護 新規 (本人来所 有・無 :理由)	介護保 険出目
有効期限終了日 平成 年 月 日終了 *認定者のみ記入	代理の理由	介護証 交付日
代理の場合 (親族が申請する 場合のみ記入)	代理人氏名 () (続柄)	介護証 交付日
	入院中・一人で歩けない・本人に頼まれた その他 ()	要介護 入力日

【確認内容】 介護予防・日常生活支援総合事業についての説明 (済・未)

項目	確認事項	チェック欄
今後、利用希望する サービスの内容	1 「訪問介護」の生活支援(掃除や買い物等)サービスを利用したい。 ※ 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。介護者がいよいよ日中独居 や高齢者世帯等が対象です。	<input type="checkbox"/>
	2 「通所介護」を利用して、他者との交流や運動する機会をつくりたい。 ※ 回数・内容等は、ケアマネジメントで決定されます。	<input type="checkbox"/>
	3 自宅において、一人では入浴できないため、デイサービスで入浴したい。 入浴できない理由()	<input type="checkbox"/>
	下記の介護予防サービスを利用したい。(希望するサービスに○)	<input type="checkbox"/>
	4 1. 福祉用具レンタル・購入 2. ショートステイ 3. デイケア 4. 訪問入浴 5. 訪問看護 6. 地域密着型サービス 7. 居宅療養管理指導 8. 住宅改修 (※ 具体的に希望する事業所がある場合は、記入してください)	<input type="checkbox"/>
	5 入居(GH・サ高住)・入所(特養・老健)したい。	<input type="checkbox"/>
本人の状態	6 利用希望するサービスはないが認定を受けたい。 ※ 念のための申請は、必要時に申請するよう促してください。	<input type="checkbox"/>
	7 一人でタクシーや公共機関を利用して外出できる。	<input type="checkbox"/>
	8 身の回りのこと(排塵・着替え等)や内服管理・金銭管理が自分でできる。	<input type="checkbox"/>
	9 かかっていた電話の対応や伝言を正しく行うことができる。	<input type="checkbox"/>
	10 歩行や立ち座りに介助を必要とし、一人で外出できない。	<input type="checkbox"/>
	11 認知症の症状(物忘れ・同じ話を繰り返す等)がみられ、薬の内服(時間や種類など地方どおり含む)、 電話の利用(電話をかける・用件を伝える)等に介助を受けている。	<input type="checkbox"/>
	12 大きな病気やけがのため、入院中又は療養中である。	<input type="checkbox"/>
	13 寝たきり又は、重い認知症である。	<input type="checkbox"/>
「1」～「3」のいずれか、かつ「7」～「9」 のいずれかに該当する	⇒ チェックリスト実施対象者です。	<input type="checkbox"/>
「4」～「6」・「10」～「13」のいずれかに 該当する	⇒ チェックリスト実施対象外です。 要介護認定の申請手続きをしてください。	<input type="checkbox"/>

※ 基本チェックリストを実施した場合は、基本チェックリスト、確認票、介護予防ケアマネジメント届出書、介護保険証を
高齢福祉課(在宅福祉係)まで提出願います。

確認者

出所) 茨城県日立市

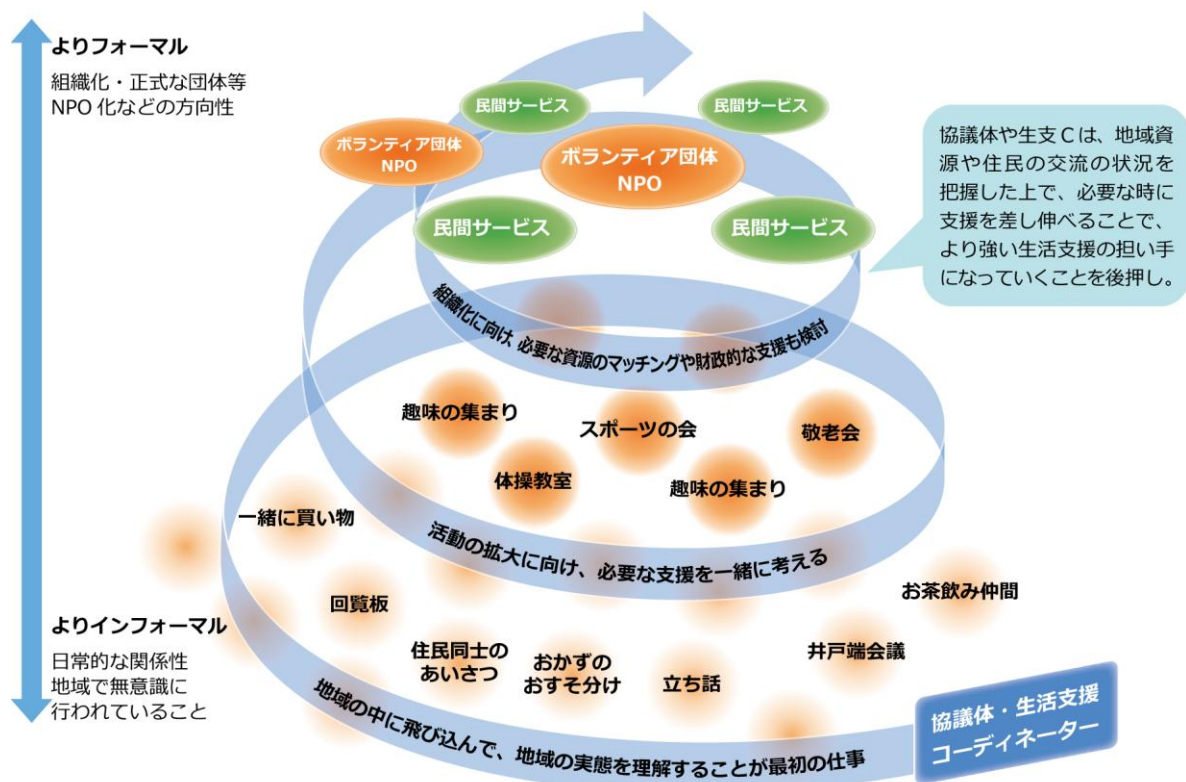
＜図表 15：吉見町における要介護認定の申請基準＞

杖をついたり、歩行器を利用してもひとりで歩くことができない	服薬や病気の管理のため訪問看護サービスの利用がしたい
入浴や体を洗う行為がひとりでできないため生活を保つためのサービスを利用したい	自宅内の移動、浴槽が深いなどの理由から住宅改修、福祉用具を利用したい
認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている	家族の介護力の問題で長時間の預かりを求めている

V. 地域づくり推進のためのツール

- 介護予防ケアマネジメントや地域ケア会議の個別ケースの検討を重ねることを通じて、地域に必要なサービスや支援、地域の活動が見えてきたら、必要な資源を地域の中から探し、必要ならば支援して地域で育むプロセスに入ってくる。まさに、「地域づくり」である。
- 整備事業では、具体的な地域づくりを推進するため、「協議体」や「生活支援コーディネーター」を市町村単位（第一層）及び中学校区や小学校区（あるいはさらに小さい単位）などの小地域単位（第二層）に配置し、住民の発意や自発性を尊重しつつ、時間をかけて地域づくりを推進していくことをイメージしている。
- 図表 15 のように協議体を活用しながら、生活支援コーディネーターは、地域の中に入り込みながら地域の状況を把握し、地域の助け合いの萌芽となるような地域の活動や人間関係を理解していく。その上で、それぞれの活動の継続や拡大・改善に向け相談に応じたり話し合うといったことを生活支援コーディネーターの調整のもと、協議体（特に第二層の協議体）で進めていく。最終的には、技術的な支援や、必要に応じて、財政的な支援を行うことで、その取組が地域の資源として組織化されていくことを目指していくこともあるだろう。

〈図表 16：地域づくりにおける協議体・生活支援コーディネーターの役割〉



- この大きな流れは、15ページの図表9における「地域づくりのベクトル（右から左）」と一致していることにお気付きになるだろう。上図で「よりインフォーマル」と示されている下部から、

「よりフォーマル」と書かれている上部に向けて、働きかけていく主体として、協議体や生活支援コーディネーターは位置付けられている。

1 協議体と生活支援コーディネーター

(1) 協議体の役割

- 平成 27 年度の制度改正によって、地域支援事業の包括的支援事業に「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の推進」「生活支援サービスの体制整備」に係る事業が新たに位置づけられた。今後、機能強化が求められている、地域包括ケアシステム構築において中核をなす地域包括支援センターの業務量の分散化を図る目的もあり、生活支援サービスの体制整備については、協議体や生活支援コーディネーターが位置付けられることになった。そういう意味で、協議体と生活支援コーディネーターは地域包括支援センターの業務を推進するタスクフォースともいえるべき存在といえるだろう。
- 協議体は、地域の話し合いの場であり、地域づくりの基礎となる場である。あらかじめ決められたサービスや支援体制を作ることが目的ではなく、地域の中から出てくる支援ニーズを基礎として地域にあるものや、作れそうなものを探っていく場でもある。このように表現すると雲をつかむような話に聞こえるが、例えば、自立支援型のケアマネジメントを積み上げていくことによって、地域に必要なものが見えてくれば、協議体は、必ずしも、何も無いところから議論を始める必要はないだろう。地域ケア会議との連動は、協議体の運営において重要な意味を持っているといえる。

(2) 協議体の設定範囲

- ガイドラインでは、協議体について第一層、第二層が提示されているが、各層の設定は、地域の規模や地域文化の共通性のある範囲などによって、それぞれ異なっていると考えるべきである。また、中学校区とされる第二層についても、小学校区やそれ以下の単位を想定することも当然ありえるだろう。
- また、総合事業以前から、地域課題について話し合う住民主体の場があるのであれば、そうした既存の会議体を協議体として位置づけるのも一つの方法である。すでに地域の中には、環境問題や地域振興など様々な住民単位の協議体が存在している。高齢者部門以外での話し合いの場であっても、住民にとっては、地域生活という点で、共通の問題を話し合う場である。積極的に活用することが望ましいだろう。

(3) 誰が参加するか

- 第一層と第二層では位置付けも異なるが、特に第二層の規模で設置される協議体は、そのメンバー自身が潜在的な地域のサポーターであり、また担い手になるような人々である。したがって、すでに活動している人だけでなく、興味はあるけど、まだ何もしていないという人は、担い手の裾野を広げるという意味では、むしろ歓迎すべきだろう。

- 逆に、第一層に設置される協議体は、市町村単位など比較的大規模な範囲を想定した話し合いの場となるため、現段階で何も地域活動について経験がない住民には荷が重いかもしれない。ただし、住民活動のあり方は多様であり、そこで行われる活動によって、柔軟に参加者が入れ替わったり、増減するといったことがあってもよいだろう。

(4) 何をするか

- 協議体の取組方法は、それまでの組織の活動を継承している場合などは、そのまま活動を拡大していくこともあるだろうし、また初めて協議体を作った場合でも、地域住民間がよく知り合っている間柄ならば、スタートもしやすいだろう。
- 地域づくりのイメージがつかめないのであれば、資源マップづくりなどから着手するのも有効な方法である。資源マップの作成は、協議体が地域の資源を単なるイメージではなく、具体的に把握していく上で有効な手法といえる。資源マップそのものを作ることが目的というよりは、その作成過程で行われる話し合いや共同作業の過程が、次の活動に向けたきっかけづくりになっている。
- 第一層の協議体では、地域の商店街や小売店などの事業者も含めた地域の生活支援サービスづくりや、市町村の圏域全体を対象としたボランティア団体、自治会などを通じた互助の仕組みづくりなど、広域的な取組を推進していくことになる。資源マップの作成は、地域の高齢者だけでなく、多くの一般住民にとっても便利なものとして活用されることもある。広島県尾道市の「ねこのて手帳¹⁰」は、生活に必要となるお米や灯油などの販売店なども含め、多様な生活場面に即した地域生活ガイドとして好評である。
- もちろん、こうしたプロセスが地域づくりの唯一の方法ではない。どのような主体が協議体に関わる、誰が中心になっていくのかは、行政が役所の中で考えることというよりは、地域の中に入り込んでいけば必然的にわかることともいえるだろう。そこで、地域の中に入り込んでいく人が地域づくりの中でカギになってくる。

＜特色ある生活支援コーディネーター・協議体の取組＞

大分県 竹田市	「経済活性化促進協議会」がコミュニティビジネスとして養成している「暮らしのサポーター」が、個別訪問面談による聞き取り調査（ニーズの把握）を実施しており、その中で、サポーターに関心がありそうな人を発掘する等、サポーターと利用者を結びつける役割を担っている。総合事業開始後は、「暮らしのサポーター」を生活支援コーディネーターとして活用している。
北海道 函館市	生活支援コーディネーターの選定は公募プロポーザル方式とし、NPO 法人（中間支援組織）に委託している。実際は、NPO 法人の理事が活動を行うが、事務処理等の業務を法人職員が行うことにより、必要な業務に専念することが出来る体制をとっている。
東京都 武蔵野市	既存の住民組織等の会議に生活支援コーディネーターが出席することで、協議体（平成 28 年 4 月に設置予定）としての機能を持たせ、地域課題の抽出を行い、最終的に市長に対して政策提言を行うことを想定している。

¹⁰ 広島県尾道市ホームページ

URL: http://www.city.onomichi.hiroshima.jp/www/info/detail.jsp?id=4271&pan_content_genre=

(5) 生活支援コーディネーターの基本的なイメージ

- ガイドライン上は、第一層、第二層、第三層生活支援コーディネーターの3層が提示されているが、それぞれについて明確なイメージが持てないとの意見も聞かれる。まず基本的な機能やイメージを大雑把につかむためには、第一層・第二層の生活支援コーディネーターと第三層のコーディネーターは別のものとしてとらえたほうがよいだろう。第三層のコーディネーターと呼んでいるのは、たとえば有償ボランティアによる生活支援サービスを提供するNPOがある場合、NPOの内部で有償ボランティアを実際に派遣する際のコーディネートをする職員やスタッフのイメージである。
- これに対して、第一層、第二層のコーディネーターは、地域づくりを担う地域の中心メンバーの一人である（ただし、決して地域づくりの責任者として一人で背負うわけではない）。地域の団体やボランティア団体の代表などが就任することも想定されるが、特定の団体のために仕事をするわけではなく、地域全体の地域づくりに関わっていく人というイメージとなる。
- 誰が生活支援コーディネーターに就任するかは、どこの自治体でも気になるところであり、また人選に苦勞する部分でもあるが、生活支援コーディネーターもまた、協議体と同様に、なぜ必要なのかという点を抜きにして人選だけを進めても意味がないだろう。生活支援コーディネーターは地域の調査を担ったり、実際に地域住民の会合に顔を出したりと、かなり積極的に動き回る人が想定されている。適任者が見当たらないのであれば、当面は協議体を運営し、その中でリーダーシップを発揮する人や、中核となりそうな人を見つけて、お願いをするという方法でもよいだろう。
- むしろ、人選そのものが目的化して、「生活支援コーディネーターが任命されたら、行政の仕事は終わり」といった考え方にならないよう留意が必要である。むしろ、生活支援コーディネーターの有無よりも、地域に必要なものが何か、今何が手元にあるのか、それを探し、育むプロセスが重要である。

2

住民の意識共有を進めるために

(1) いきなり協議体が難しいのであれば出前講座や勉強会からスタート

- 整備事業を開始して、ただちに協議体や生活支援コーディネーターを設置できる自治体は多くないだろう。地域の中ですでにキープレーヤーがいたり、地域の中に類似の機能をもつ会議体があるのであれば、既存の会議体を活用すればよいが、住民に対する動機づけが十分でなく、「そういう活動はないと思う」という自治体もあるだろう。
- 地域の中に、顕在化した芽がないなら、芽が見つかるためにも、出前講座や勉強会などを開催することも大切な地域づくりの方法である。ごく簡単な資料やチラシを作成して、出前講座などを開き、「何かを伝える」だけでなく「地域の声を聞きに行く」ことで活動の糸口がつかめることも少なくない。

(2) 積極的な広報が「動機づけ」には有効

- 地域住民に共通の認識をもってもらい、取り組みへの動機付けを行ったり、自発的な参加を促す上で、広報は重要なツールの一つである。総合事業・整備事業は、個人の「参加したい」「やりたい」といった「気持ちを動かす」ものでなければならないという点で民間企業が広告などを行なう際のマーケティングと類似点が多い。提供する資料や広報のチラシ、パンフレットなどに工夫をすることで、住民への訴求力は大きく変わってくる。
- たとえば、愛知県高浜市の「でいでーる」はタブロイド版のカラー新聞で、地域内の居場所ともいべき「健康自生地」を紹介したマップを新聞形式で、整理し、広報媒体として市民に配布している。新聞はフルカラーで作成されており、見た目にも目を引くデザインで、思わず手にとってしまうような出来栄である。制作にあたっては、地元大学の協力を得ている。
- また、奈良県生駒市の「私のいきいきライフ」は、市内の90歳以上の高齢者の活動的な生活を紹介する冊子として作成されており、高齢者の中には、この冊子に掲載されることを目標にする人もいるなど、動機づけに大きな役割を果たしている。

図表 17 地域の90歳以上の方の生活を紹介します生駒市の「私のいきいきライフ」



資料提供) 奈良県生駒市

- パンフレットやポスター、冊子などを通じて広報を行うのであれば、中途半端なものではなく、住民に訴求力のあるしっかりとしたものを作成することも大切である。地域の中にはデザインまで請け負う印刷会社は当然のこと、個人事業主としてデザインを行っている人も少なくない。生駒市の「私のいきいきライフ」は市役所内で、こうした編集が得意な職員がデザインを担当しているという。
- 広報誌やパンフレット、チラシなどの作成には、生活支援体制整備事業に予算を立てることも可能である。また、介護予防に関連するものであれば、地域支援事業の介護予防普及事業を財源と

して活用することもできる。総合事業＝具体的な予防プログラムの実施という印象も持たれやすいが、住民の動機づけこそが重要であるとの認識にたてば、効果的な広報活動は、総合事業・整備事業においてむしろ重要な取組といえる。

図表 18 高浜市の「健康自生地」を紹介する「まいにちでかける でいでーる」



資料提供) 愛知県高浜市

<http://www.city.takahama.lg.jp/grpbetu/geneki/shigoto/deide-ru/deide-ru.html>

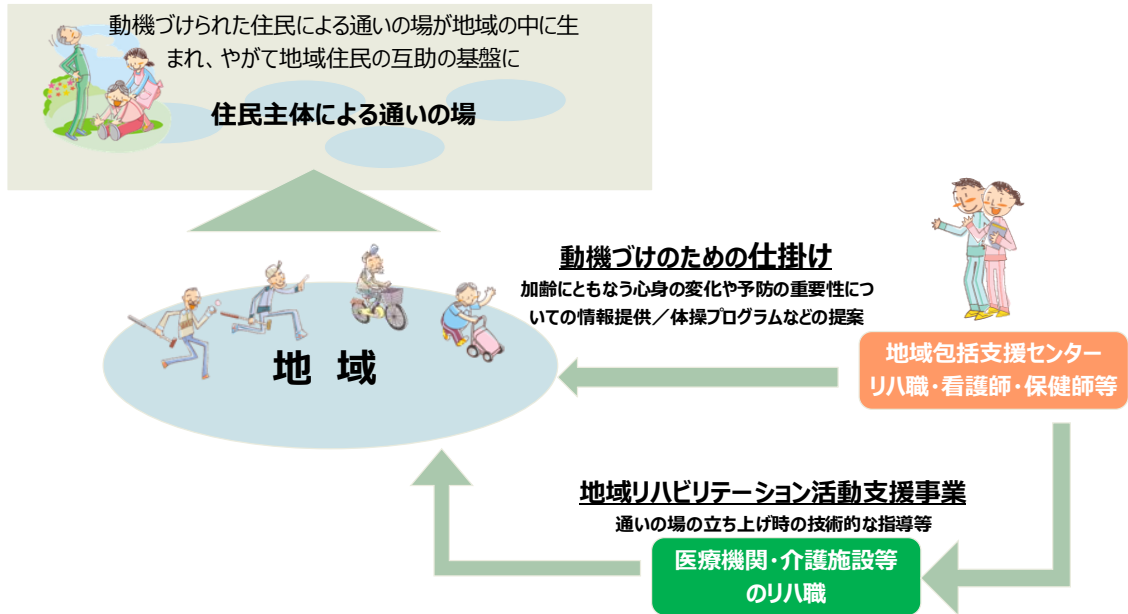
3

地域リハビリテーション活動支援事業

- (1) 地域づくりに専門職の技術と知識を活用
- 地域づくりは、地域の中ですでにある取組や住民の自発性を尊重して、多様な活動を支援していくことが基本原則であるが、それはすべてを住民に委ねるということでは必ずしもない。地域包括支援センターや自治体のリハビリテーション専門職や保健師などの専門職が関わることで、住民の活動が飛躍的に活発化することも少なくない。「体操教室」も運営そのものは、住民主体で十分に可能だが、専門職が関わることで、住民の動機づけの面でも、そしてもちろん技術的な面や介護予防の効果という点でもより高いレベルでの活動を期待できる。
 - 平成 27 年度の制度改正によって、地域支援事業には、地域リハビリテーション活動支援事業が導入された。地域リハビリテーション活動支援事業は、地域内の医療機関や介護保険施設に所属するリハビリテーション専門職員が地域の活動に専門職として参加した場合、所属元に人件費補てんを事業費として支弁することもできる事業である。

- たとえば、地域づくりでは、住民主体の体操教室の立ち上げ段階に数回にわたりリハビリテーション専門職を派遣する場合などに活用することができる。こうした専門職の関わりが、住民の動機づけに役に立つことは、たとえば高知県高知市における「いきいき百歳体操」の成功でも実証されているところである。

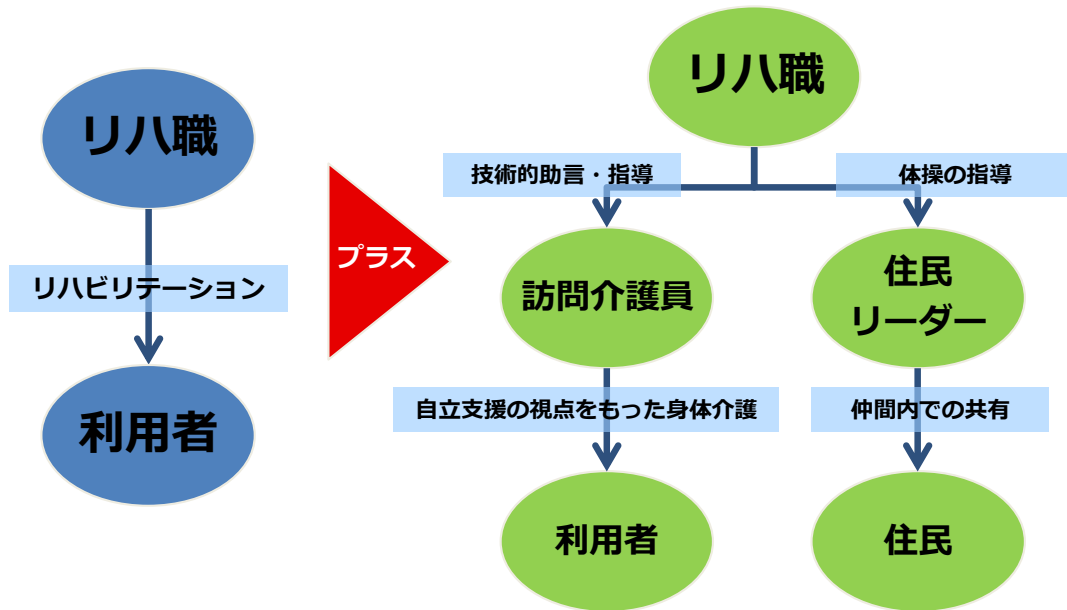
図表 19 地域リハビリテーション活動支援事業



(2) 地域リハビリテーション活動支援事業と専門職の役割の変化

- 一般的に、専門職はその知識と技術を活用して個人の利用者・患者に対してサービスや治療を行っており、いわば「一対一」の関係性の中でサービスを提供している。しかし、今後はリハビリテーション専門職が地域に貢献するという新しい役割が期待されている。地域リハビリテーション活動支援事業が目指すのは、「一対一」の関係を越えた、「一対多」の関係性を地域の中でリハビリテーション専門職が実現することを目指している。

図表 20 リハビリテーション職種の地域での新しい働き



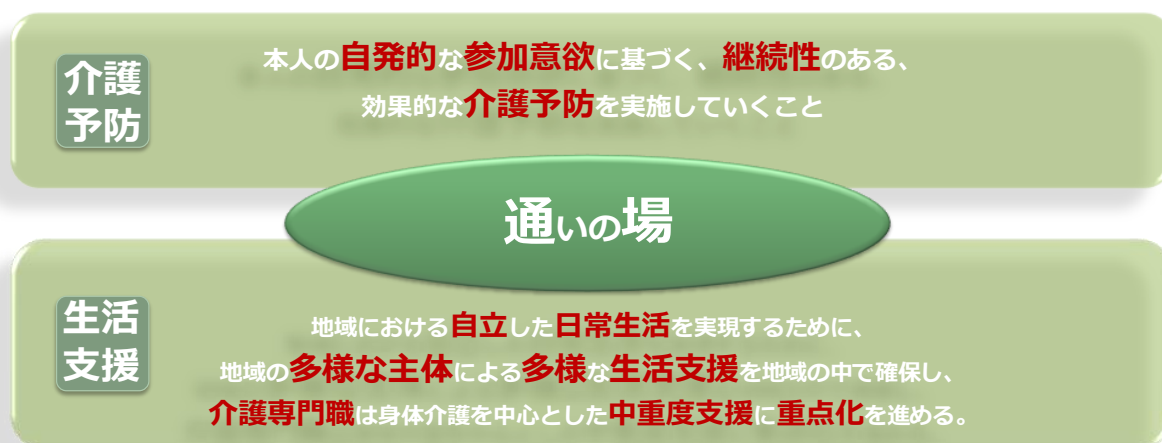
- 誤解を恐れずに言うならば、地域リハビリテーション活動支援事業は、行政における専門職が増員されない状況の中で、事業所のリハビリテーション専門職を地域保健の担い手として活躍してもらうための取組とも言い換えることができるだろう。こうしたリハビリテーション職の地域での役割は、保険給付では実現しにくい。通常の保険給付は、専門職と利用者の「一対一」の関係性の中でサービス提供を行うため、こうした地域に対する役割を保険給付の中で実現することは難しいが、予算化された自治体事業としては、専門職を地域に貢献する人として再定義することができる。

Ⅵ. 通いの場を理解し、育む

1 介護予防にも、生活支援にも「通いの場」は重要な地域の資源

- 「通いの場」は、総合事業の主要な目的である「介護予防」に高い効果を示すことが知られているだけでなく、取組の継続に伴い、参加者の生活の場へと変化していくことによって、地域の互助を生み出す土壌を形成するという意味で、「生活支援の多様化」につながる潜在力も持っている。まさに、総合事業におけるメインエンジンとして期待されている取組である。過去 10 年ほどの間に、住民主体の通いの場づくりに成功した自治体が次々と誕生したことにより、地域住民を主体とした「通いの場づくり」が実現可能なことも明らかになってきた。

<図表 21：通いの場は総合事業の2つの目標に貢献する>



- 介護保険制度の創設以来、「通いの場」は主に通所介護サービスとして全国に普及し、要支援者・要介護者の社会参加や機能訓練、また要介護者においては、介護者のレスパイトサービスの場として機能してきたが、介護保険で提供される場以外にも、趣味の会や体操教室など、地域の中に多様な「通いの場」があり、その実施運営方法によって、高い介護予防の成果を示す取組や、地域の助け合いや互助の生み出す土壌として機能している事例が報告されている。
- また、通いの場も取組が長期的に継続すれば、定期的に住民同士が顔を合わせる生活の場としても強く意識されるようになる。こうした顔を合わせる場所が、お互いの困りごとを知る場所となり、やがて互助や助け合いの土壌となることも期待されている。したがって、通いの場は住民の自発性に基づく取組として運営されることが重要であり（誰かに頼まれて運営するものは継続性が期待できない）、また、その効果としても、結果的に生活支援や互助を生み出す土壌になるという意味で、総合事業においては、中核的な取組と位置付けることができるだろう。

2

総合事業における通いの場

- 総合事業のガイドラインには、通いの場の支援方法として5つの類型が例示されている。これらはあくまで例示であり、類型を組み合わせた新しいモデルを設計することも可能だろう。どのような通いの場を作っていくかは、各自治体で検討していくことになるが、それぞれの類型が持っている特徴と、取組の難易度などから、取組の優先順位について整理してみたい。

<図表 22：総合事業における「通いの場」の類型>

	通所型C	従前相当	通所型A	通所型B	一般介護予防 地域介護予防活動支援事業
支援方法	全額を自治体が負担。上限額の対象からも除外	基本的に保険給付と同等のもの	基本的に従来の保険給付に類するもの	運営費に対する補助が基本。直接サービスを担う人件費を支援する発想はない。	お金で支援するという発想は必ずしも必要はない
アプローチ	高いコストだからこそ良い取組に限定を	現在、利用している介護予防通所介護の継続が必要な人、専門的なサービスを必要とする人のために実施	現在、委託等で実施している通所型サービスを再検討	現在、委託等で実施している通所型サービスを中長期的なスタンスで再検討	短期的には既存の取組をさがす／中長期的には効果的な通いの場をつくる
基本モデル	専門職による短期集中サービス	従前の通所介護事業所	高齢者就労モデル保険給付からの派生とみることも	住民主体（ボランティア）	地域の普通の生活（共生型）
対象者	要支援レベル事業対象者	要支援レベル事業対象者	要支援レベル事業対象者	要支援レベル事業対象者	高齢者を中心に、障害者、子どもも含め誰でも
自己負担	負担なし	定率・定額（自治体で設定）	定率・定額（自治体で設定）	利用料	利用・負担という考え方がない
総合事業での開発	既存の二次予防事業は基本的に廃止。短期集中型は生活上の困りごとを把握してその解消に向けて通所を提供する通所・訪問統合型を志向する。詳細は、後述。	みなし指定の場合は自治体独自の改変なし。自己負担等について見直しの余地あり	もともと保険給付の通所も基準緩和されており、H27報酬も大幅減のため、事業所には動機づけが小さい。	最も総合事業的であるが、立ち上げまでに相当の時間が必要。	住民の自発的な取組が力ギなので、時間がかかる。仕掛けは早めに。
既存資源との整合性		既存の指定事業所が対象となるが、時間の経過とともに、中重度へシフトしていくことを期待。	委託事業として社協等が実施するミニデイなどは、該当する可能性も高い。	要支援者レベルを対象に、既存のボランティア団体等が実施しているサロンや通所があれば、助成を検討。	すでに既存のサロン等、地域資源が多数あるので、まずは把握とケアマネジメントでの活用を。

【従来の通所介護のイメージに近い通いの場（従前相当・通所型A）】

- 従前相当は、従来の保険給付における通所介護と同様の内容のサービスであり、指定事業所が提供を継続するものである¹¹。総合事業は、多様化するニーズに、住民主体も含めた多様なサービスや支援で対応することを目的としていることから、従前相当のサービスを今後増やしていく方向というよりは、従前相当以外の支援やサービスを増やしていくことを目指している。したがって、従前相当は、総合事業で整備を進める性質のものではなく、地域の助け合いや住民主体の通いの場への円滑な移行を目指す中で、当面のサービス基盤として確保する既存サービスの位置付けである。
- 現在、多くの通所介護事業所は、報酬の引き下げの影響を受け、経営的に非常に厳しい状況に直

¹¹ 従前相当のサービスであっても、自治体が介護報酬額を上限として独自の単価を設定し、介護給付の利用者負担割合を下限として自己負担額を設定することは可能。

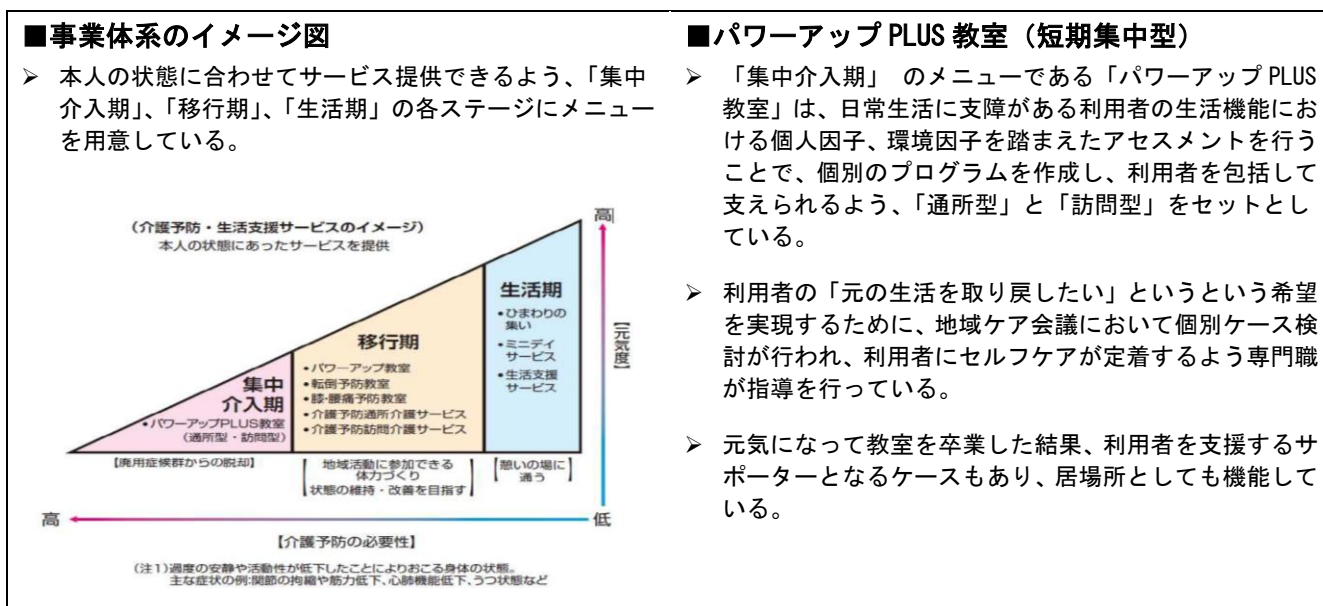
面している。総合事業においては、多様な選択が増えていく過程において、既存の通所介護については、中重度にシフトしていくことを期待するところであるが、短期的には、経営の安定化により事業を継続していくことも必要である。事業所にとっては、短時間での運営も経営を安定化させるためのひとつの方法である。元来、要支援者向けの通所介護が月単位の定額報酬となっているが、提供時間は、事業所の裁量に任されている。要支援者のケアにおいてレスパイトの必要性は低いことから、短時間のケアを提供することにより、事業採算性を高めるという方法も考えられる。ただし、基本的には中重度にシフトしていくことが全体の方向性であることから、保険者としては、サービスの短時間化による対応で生じる受け入れの余裕について、中重度、認知症者の受け入れに重点化するよう、事業者に要請していくこともあわせて重要である。

- 通所型 A は、基準緩和型と整理される通り、通常通所介護にかかる資格要件等を緩和して自治体独自で設定が可能な類型として例示されている。通所型 A は、従前相当の単価以下に報酬設定を行うことが前提とされている。平成 27 年度の報酬改定では、介護予防通所介護の報酬は 20%以上引き下げられていることから、指定事業所に対して、さらに報酬を引き下げた通所型 A の提供を想定するのは、現実的とはいえないだろう。また、通所介護サービスは、すでに職員の資格要件が大幅に緩和されていることから、より基準を緩和して低い報酬設定を行うのは現実的でないと考えられる。
- ただし、介護保険の指定通所介護サービス事業所以外で、行政の委託で通いの場を展開している団体や法人がある場合、これらを継続的に支援する方法として通所型 A は想定されるだろう。

【専門職による短期集中型の機能訓練サービス（通所型 C）】

- 専門職による短期集中型の機能訓練サービスとして位置付けられる活動は、ガイドラインでは通所型 C として例示されている。外形的には、従来の地域支援事業における二次予防事業と類似しているが、総合事業の実施にあたっては、以下の点に留意することが必要だ。
- すでに各種の調査研究で示唆されている通り、二次予防事業で提供されるプログラムの身体機能に対する効果は証明されているものの、プログラム終了後の受け皿がないために、中期的にみた介護予防効果が不十分ということも指摘されているところである。通所型 C はこうした従来の取組の反省から、より実効性の高い取組に改善することを前提として実施することが重要である。
- そのためには、第一に、具体的な生活における困りごとの解消を目指した取組として実施すること、短期集中のプログラム終了後に地域の通いの場につないでいくことを前提にすることが重要になる。
- 生駒市の取組では、単に短期集中のプログラムを実施するのではなく、前提として介護予防ケアマネジメントを徹底し、具体的なゴールを明確に意識しつつ、訪問によって利用者の在宅での生活も把握した上で、個別的な短期集中プログラムを検討することで高い効果を示すとともに、参加者がプログラム終了後にプログラムを支える側として参加を継続し、そのことが本人の継続的な社会参加となっている点も高く評価されている。

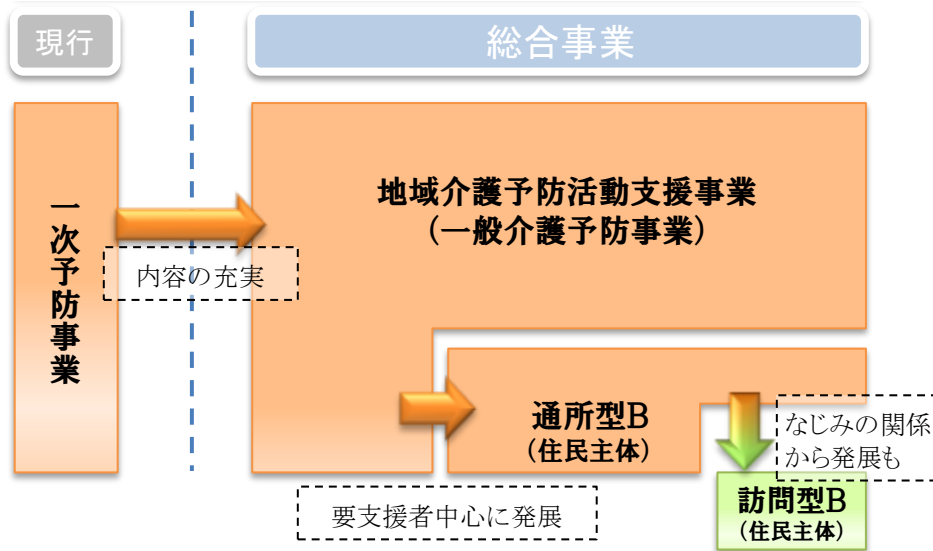
＜図表 23 生駒市における短期集中型のプログラム＞



【住民主体の通いの場（通所型 B・一般介護予防事業）】

- 厚生労働省のガイドラインには、住民主体の取組としての通いの場について、二種類の例示が示されている。ひとつは、通所型 B であり、もうひとつは、一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）である。両者は、住民主体の取組に対して、行政が補助や助成の形で側面的に支援するという意味で類似しており、両者の違いは、対象者のイメージによるものといえる。通所型 B は、従来の介護予防通所介護のイメージに近く、基本チェックリストの対象者や要支援者のイメージであり、他方、一般介護予防事業は、元気な高齢者の通いの場として趣味の会や、体操教室などがイメージされている。
- 両者は対象者の差といえるが、実際の立ち上げの観点からみると、一般介護予防事業には「支える側」と「支えられる側」の関係性がほとんどなく、「仲間内」での活動のイメージになるのに対して、通所型 B は、対象者が事業対象者や要支援者のイメージとなるため、運営側と利用者側といった関係性が生じやすく、新規に取り組む場合は運営のハードルは高くなる傾向がある。
- むしろ、一般介護予防事業による通いの場を地域の中に作っていくことで、中長期的には参加者が加齢により要支援レベルに変化し、通所型 B のような形態に自然に変化していくことをイメージした方がより現実的であろう。こうした自然な形での通所型 B の場合、運営側と利用者側の関係性もできにくく、生活の場としての通いの場が継続しやすくなるという点も重要である。
- このように見てくると、総合事業に移行した直後においては、新規で取り組む通いの場としては、一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）の優先度が高いことがわかってくる。

<図表 24：住民主体の「通いの場」の発展イメージ>

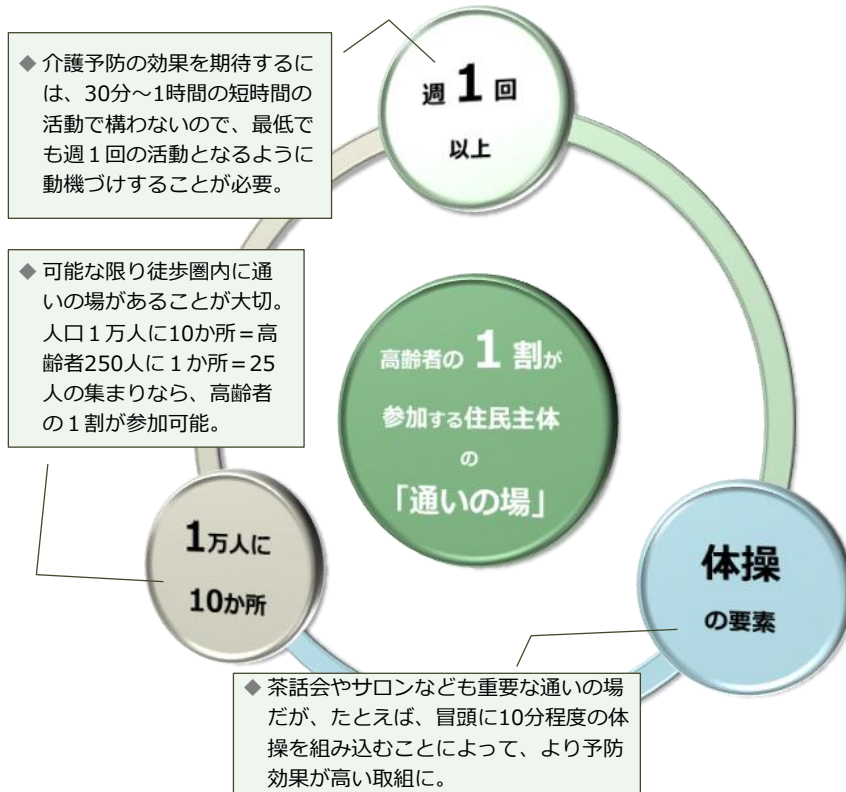


3

一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）によるアプローチ

- 一般介護予防事業における通いの場作りは、住民の主体性に基づいて取り組まれるため、標準的な取組というものがあるわけではない。住民による主体的な提案があれば積極的に支援していくのが、一般介護予防事業の基本的な考え方である。一方で、地域全体として取り組むのであれば、将来への投資である以上、より効果の高いもの、すなわち、介護予防の効果が高く、また可能性として地域の生活支援の多様化をもたらす土壌づくりに寄与するものが望ましい。介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減、悪化防止を目的として行うものであるが、元気高齢者だけでなく、生活機能の低下した高齢者に対しても、「心身機能」「活動」「参加」の要素にバランスよく働きかけることが重要である。すでに地域支援事業の一次予防事業等で、ほとんどの自治体ではサロン事業などが展開されている。これらも、内容の充実が図られていけば、今後の通いの場として大きく期待される場所である。
- こうした目的にあった取組として全国的に注目されているのが、「体操教室」である。高知県高知市を中心に展開した「いきいき百歳体操」や、大阪府大東市の「大東元気でまっせ体操」など、住民主体の運営による体操教室が各地域で広がりを見せている。厚生労働省も取組の普及を支援する事業を展開しており、取組を行う自治体に対するアドバイザー派遣も行っている。
- 介護予防効果の高い住民主体の通いの場づくりにおいては、いくつかのチェックポイントがあると思われる。①活動の中に体操の要素が含まれている、②週一回以上の頻度で開催されている、③地域住民の徒歩圏に通いの場があることなどがポイントになる。①や②は結果として介護予防の効果を期待するためには、一定の頻度で体を動かす要素が含まれていることが重要であることから指摘される点であり、趣味の会や茶話会のような形態であっても、活動の冒頭や最後に短時間でも体操を行うといったことで、介護予防効果を高めることができる。

<図表 25：住民主体の通いの場を検討する際のポイント>

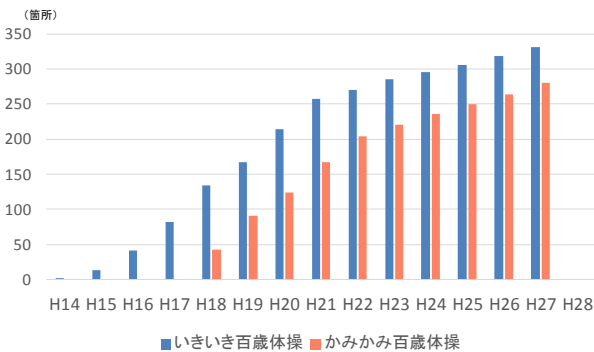


<図表 26 いきいき百歳体操（高知県高知市）>

■概要

- 住民主体の「いきいき百歳体操」を一般介護予防事業に位置付けた。
- 総人口約 34 万人に対し、体操会場は約 310 会場
- 高齢者の約 1 割、要支援認定者の約 2 割が参加
- 運営主体は、地域住民の有志、市が養成した「いきいき百歳サポーター」、地域の民生委員、児童委員等
- 行政は、見本となるビデオ・DVD、そして、使用するおもりの無料貸与、技術支援を行う。

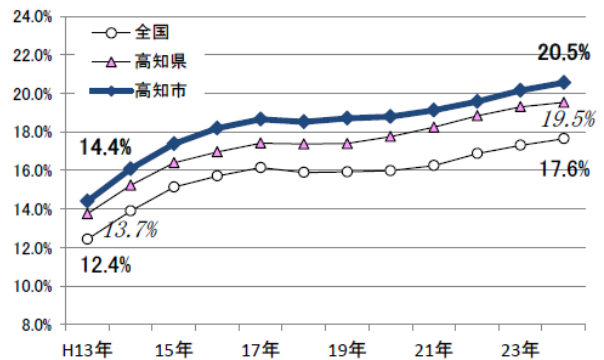
■継続実施施設数の推移



■専門職の関わりについて

- 「いきいき百歳体操」と「かみかみ百歳体操」の実施支援を行うため、地域の看護師、保健師、理学療法士、歯科衛生士を対象に、インストラクターを養成
- 体操開始時にインストラクターや市の専門職が、3～4回の技術支援を行い、以後継続支援として、3、12ヶ月後にフォローを実施
- 体操の集いの場で、歯科衛生士等が口腔機能向上に関する健康講座を実施し、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア及び定期的な歯科受診の必要性を啓発

■継続実施施設数の推移



<図表 27 大東元気でまっせ体操（大阪府大東市）>

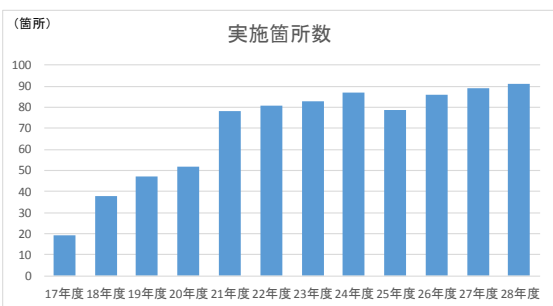
■概要

- 住民主体の「大東元気でまっせ体操」を一般介護予防事業に位置付けた。
- 総人口約 12 万人に対し、体操会場は約 90 会場
- 高齢者の約 1 割が参加
- 運営主体は、介護予防サポーター養成講座終了者、自治会、老人クラブ、校区福祉委員会等
- 体操教室の立ち上げ時に行政は、ビデオ・DVD、血圧計、血圧測定結果を記載できる出席簿無償で提供するとともに、体力測定の実施や運動指導員を 3 回派遣を行っている。

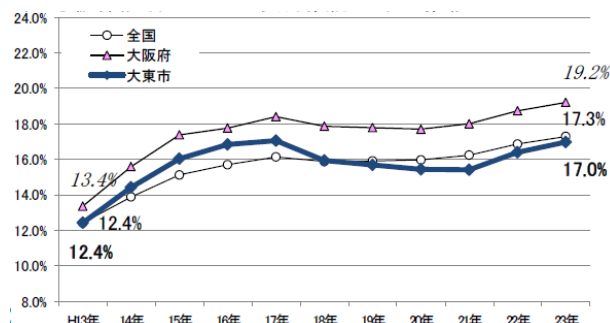
■専門職の関わりについて

- 啓発活動を、保健師とリハ職のペアで実施
- 介護予防サポーターの養成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が実施
- 身体障害や関節痛により同じように体操ができない高齢者に対しては、リハ職が訪問し、運動可能な方法を指導
- 体操のリーダーやサポーターから包括へ脱落者について報告された場合、包括職員は原因を把握して個別対応する

■実施※箇所数の推移 ※週 1 回



■第 1 号被保険者の要介護認定率の推移



○ また③については、地域住民の誰もが参加できるようにするためには、元気高齢者の場合であっても、徒歩圏に会場があることが望ましいことを意味している。それぞれの地域の人口密度等によっても異なるものの、おおむね総人口 1 万人につき、10 か所程度の通いの場が生まれてくれば、おおむね地域内で徒歩圏に通いの場ができる形になり、またそれぞれの会場に 25 人平均の参加者があれば、おおむね高齢者人口の 10%がこの取組に参加することになる¹²。

4

通いの場づくりと移送サービスの組み合わせ

(1) 移動支援は、活動的な生活を支える基盤

- 要支援者の介護予防において、社会参加は最も重要な生活の側面といえる。一般的には、単に通院などだけではなく、買い物や街に出かけてお茶を飲むといった楽しみも含め、幅広い意味で社会参加が基本となるが、移送については、これまで要支援者に対して十分な支援があったとはいえない。一方で、趣味や娯楽を目的にした移送も重要であることから、地域の助け合いの中で提供されたり、住民主体の通いの場とセットで提供されることも想定されるだろう。
- 地方都市では、人口の減少にあわせ、公共交通が減少するといった問題も指摘されている。自治

¹² いうまでもなく、この計算は、概算の規模感を把握するための数字であり、実際の規模や箇所数は地域の人口密度等によって大きく異なることがある。それぞれの地域で徒歩圏に通いの場があったら、どの程度の数になるのかは、検討されたい。

体によってはコミュニティバスが運行している地域もあるが、こうしたインフラも過疎化の中で持続が困難なケースもでてきている。また、公的なサービスとして、移送サービスが提供されている場合もあるが、目的が通院に限定されている場合など、日常生活を活発に過ごすための移送については、十分な支援がないのが現状である。

(2) 総合事業で移送サービスを組み合わせる

- タクシーなどのいわゆる「緑ナンバー」以外で移送サービスを行うには、大きく2種類の方法が考えられる。平成18年10月施行の改正道路運送法、平成18年9月29日に発出された事務連絡「道路運送法における登録又は許可を要しない運送の態様について」により、NPO等による福祉有償運送が登録制度として認められることになった¹³。福祉有償運送については、それぞれの地域の住民や公共交通機関等で構成される「運営協議会」によって福祉有償運送の必要性や運送の区域、対価などについてあらかじめ合意が得られていることを条件に、登録によってNPO等による有償のサービス提供が可能になっている。神奈川県秦野市は、通いの場である通所型Bへの移送を条件とした移送サービスを訪問型サービスDとして支援している。
- 一方、茨城県神栖市は、道路運送法の対象外（登録・許可を必要としない運送）となる、住民主体の通いの場（居場所）への移送を目的としたサービスを支援している。料金は、道路運送法に抵触しない範囲で、ガソリン代等に相当する程度の金額として、直線距離1キロあたり28円の設定でサービスを提供している。
- 移送サービスの提供にあたっては、地域の公共交通機関との調整が必要な場合が多く、一定の時間を要するが、交通手段の乏しい地域では、移送手段に対する支援は社会参加の上でも、また介護予防の効果の観点からも、優先度は高いことから、適切な協議を経た支援を進めるべきである。

¹³ 国土交通省自動車交通局旅客課「福祉有償運送ガイドブック(平成20年3月)」によれば、福祉有償運送は、「NPO法人等が要介護者や身体障害者等の会員に対して、実費の範囲内で、営利とは認められない範囲の対価によって、乗車定員11人未満の自動車を使用して、原則としてドア・ツー・ドアの個別輸送を行うもの」と定義づけられている。福祉有償運送の他にも市町村が直接運営を行う市町村運営有償運送など様々な方法が提示されている。

＜図表 28 通いの場と移送サービスの組み合わせ＞

		神奈川県秦野市	茨城県神栖市
提供者		・福祉有償運送登録事業者 ・社会福祉法人 ・介護保険事業所等	・NPO 法人「シオネットワークかみす」
提供者への自治体からの補助内容	総合事業	・送迎コーディネーター人件費 ・消耗品費 ・通信運搬費 ・車両任意保険料	(総合事業実施後は、一般介護予防事業として実施を予定)
	その他	—	(介護保険特別会計・一次予防事業) ・車 2 台のリース代 ・保険の加入代 ・携帯電話 (本体 2 台、通信費用) ・継続維持費 (事務経費の一部)
利用対象条件		・下記①～③全て満たす必要あり ①通所型 B 利用者 ②要支援者または事業対象者 ③ケアマネジメントにより送迎の必要があると判断された者	・65 歳以上の居場所の利用者で、かつ、下記①～③のいずれかに該当するもの ①住民主体の通いの場の利用者 ②居場所への移動が困難 ③要支援者または二次予防事業対象者
利用者負担		・なし (週 1 回、ボランティアで通所型 B 利用者の移動支援を行うことに賛同した事業者が実施)	・自宅から居場所までの直線距離の実費 (距離 (km) × 28 円 / km) ・片道上限料金 300 円

5

多様な「通いの場」を育む際のポイント

(1) 地域の通いの場を「理解する」

- 地域の中には、すでに多数の通いの場が存在している。地域の資源探しをするためには、それぞれの地域の実態をよく知っている人が、地域の中に入っていくことが重要になる。日常生活圏域に近い場所で活動する第二層の生活支援コーディネーターは、まさに地域内の様々な通いの場（それが助成されている活動であるかどうかとは関係なく）を知っている「知恵袋」として活躍することが想定されている。生活支援コーディネーターの候補者は様々な立場の住民が想定されるが、団体の代表だからといった理由ではなく、細かく地域の中に入り込み、地域住民の目線で地域のことを把握できる人が望ましいといえるだろう。
- こうした地域住民の目線による地域把握をするために、まず地域の中に飛び込んで、住民主体のどんな「通いの場」や活動があるのか理解することから始める。通いの場の個所数や活動内容を定型の書式に整理して台帳を作る作業も大切ではあるが、記録するというより地域住民の活動を体感し、住民がどのような気持ちで取り組んでいるのか、何に困っているのか、といった実情を理解することが第一歩になるだろう。

(2) もともとある地域の関係性を「壊さない」

- 一方、地域住民のグループや地域の活動の中には、「そっとしておいてほしい」という人たちも

少なくない。自分たちの仲間だけで継続したいグループや、行政との関わりを望んでいないグループに無理にアプローチしたり、行政からの支援の押しつけをするようなことは、結局、住民の自発的な活動を阻害し、積極的な取組への動機づけにはならない。

- 何か支援が必要になった時に窓口を維持しておく以外に特別なことをする必要はないだろう。地域のささやかで自発的な活動を壊さないことも大切な地域づくりである。壊さないように配慮するためには、地域にどのような活動があるのかを「理解」している必要がある。生活支援コーディネーターが、地域にしっかりと入り込んで、地域の状況を理解することが重要といわれるのはそのためである。

(3) 最終的に必要になるゴールを設定しながら、実現方法を考える

- 行政が総合事業で実施する支援策は、持続性があり、実現可能なものでなければならない。取組の初期段階においては、モデル事業として集中投入するものの、地域全体になると資源的にも息切れしてしまい、拡大が止まってしまうような支援の方法は最初から採用すべきではない。
- 最終的にどの程度の通いの場があるのかをある程度イメージしつつ、その実現に投入できる現実的な投入量を考えて手段を検討する。すでに触れたように、総人口 1 万人につき 10 か所程度の通いの場を想定した場合、行政の関わる範囲は、極めて限定的になる。最終的な取組の姿をイメージしておくことは行政側の関わり方の必要量を考える上でも重要である。

(4) 行政からお願いしない 住民の参加意欲に訴えるプレゼンテーションもカギ

- 地域づくりである以上、住民主体によって、「自立的」にかつ「継続的」に運営されることが重要であり、そのためには、通いの場の運営が、「行政からのお願いごと」になってはいけない。住民の参加意欲を高め、動機づけるためには、活動の内容を単に説明するのではなく、取り組んだ場合の「Before-After」が明確に感じられるプレゼンテーションを行うことも重要である。

■参考：通いの場づくりに関する各種のガイドブック■

タイトル	発行団体
「住民参加の基盤を作っていくために 一緒にふれあいの居場所を作っていきますか」	さわやか福祉財団
「ふれあいの居場所づくり ガイドブック」	
「新地域支援 助け合い活動創出ブック」	
「全社協ブックレット（４） 地域にひろげよう “お互いさま” の生活支援サービス～新たな介護予防・日常生活支援総合事業の展開にむけて～」	全国社会福祉協議会
「シリーズ住民主体の生活支援サービスマニュアル 居場所・サロンづくり 〈第3巻〉」（さわやか福祉財団編）	全国コミュニティライフサポートセンター
「「見守り活動」から「見守られ活動」へ 住民歴書とエゴマップのすすめ」	
「地域でともに暮らすための支え合い活動・サービスのすすめ」	
改正介護保険における「新しい地域支援事業」の生活支援コーディネーターと協議体	
生活支援コーディネーター養成テキスト	
「あなたの地域デビュー！ ”居場所と出番” のきっかけづくりガイド」	静岡発”地域支援のあり方“委員会、認定 NPO 法人市民福祉団体全国協議会（略称「市民協」）
「地域づくりによる介護予防を推進するための手引き」	三菱総合研究所（平成 26 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

Ⅵ. 生活支援体制を多様化する

1 総合事業における生活支援

- 総合事業では、専門職が中重度者の身体介護等に重点化を進めていくことを目指すため、基本的には、指定訪問介護サービス事業者の業務に占める軽度者向け生活支援の比率は減少していく流れが想定されている。総合事業における生活支援の多様化は、従来の保険給付サービスとほぼ同内容の「従前相当」が中心となっている現状から、いかにして「民間市場サービス」や「地域の助け合い」、あるいは住民主体の「訪問型 B」へ移行していくかということがポイントとなる。

＜図表 29：総合事業における「生活支援」の類型＞

	訪問型C	訪問型（従前相当）	訪問型A	訪問型B
サービス内容	保健師等による居宅での相談指導等（3～6ヶ月の短期間で実施）	老計第10号の定める範囲（身体介護も可能）	老計第10号の定める範囲を原則とする（身体介護は含まれない）	老計第10号の範囲を超えるものも含め柔軟なサービス内容が可能
利用者負担	サービスの内容に応じて市町村が適切に設定	定率・定額負担（各自治体の判断により従前保険給付の原則である1割負担を引き上げることが可能）	従前相当のみなし指定との関係性を考慮すれば、従前相当と整合性を取ることが妥当	提供者への謝礼＋運営・管理経費分の利用料設定
支援の方法	直接実施／委託	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）／委託
支援の対象	閉じこもりやうつ、認知機能低下者への支援、ADL・IADLの改善に向けた支援が必要な要支援者及び事業対象者	専門職の支援が必要と判断される要支援者及び事業対象者	従来のサービスと共通点多い。基本的に発生する経費に対して9割を報酬として支払い	運営・管理経費分が支援の対象。人件費や報酬、謝金に対する支援は想定されない
提供者	保健・医療の専門職	有資格者	主に雇用労働者（資格問わず）	ボランティア主体
強み	保健・医療の専門職による短期集中の取組により、効果的に心身機能改善が期待できる。	専門職の支援を必要とする利用者にサービス提供できる。	軽度者の生活支援に従事している有資格の介護人材が 中重度者のケアに集中 することが可能に。住民主体の支え合いが確立されるまでの間の生活支援ニーズに対応可能。	サービス内容の柔軟性・多様性を尊重した形で支援を行うことが可能。サービス内容は 老計第10号の範囲を超え、柔軟なため、多様な生活支援ニーズにこたえる ことができる。
弱み	一定の保健・医療の専門職の確保、一定のコストが必要となる。	資格をもった介護人材に従事するため、 中重度者への人材の集中を進めることが困難 になる。サービス内容は 老計第10号の範囲 となるため多様なニーズに対応することができない。上限額管理上の効果は小さい。	サービス内容は 老計第10号の範囲 となるため多様なニーズに対応することができない。上限額管理上の効果は小さい。	有償ボランティアの設定によっては利用料の面で、Aサービスに対して競争力が低い。

- もちろん、住民やボランティアによる支援体制や互助の強化は、一朝一夕に成立するものではなく、長い時間をかけて地域の土壌の中から形成されるものであるため、その成果を急ぐことは難しい（だからこそ早急に着手すべきである）。また、生活支援を必要とする利用者は、指定介護サービス事業者のまさに目の前におり、その受け皿ができるまでの間は、当面、生活支援のノウハウを持つ指定介護サービス事業者が、従事者の資格要件等に係る基準を緩和することで、より担い手の裾野を広げる形でサービスを提供することが期待されている。これを総合事業では「訪問型 A」として位置付けている。

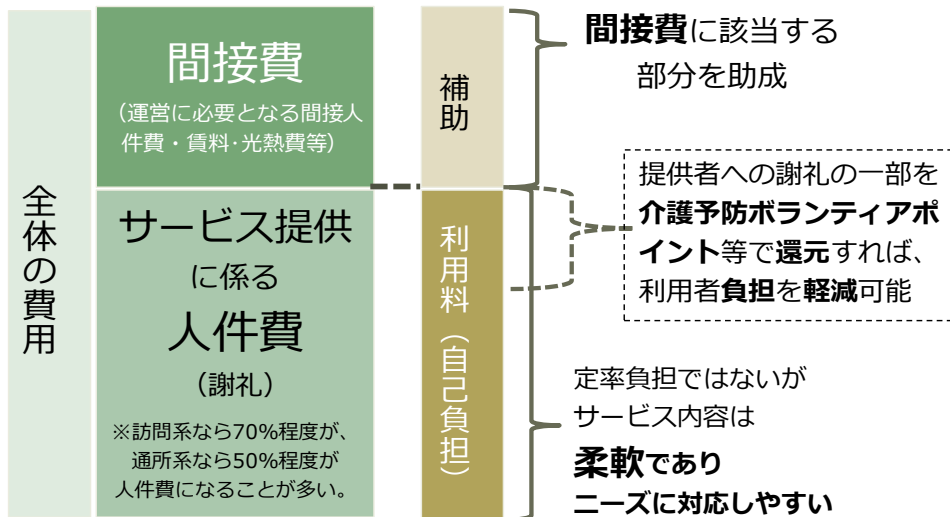
2

「地域の助け合い」の促進

(1) 基本的な考え方

- 住民による「地域の助け合い」には大きな幅あり、ご近所づきあいのレベルから、ボランティア団体によるサービス、社会福祉協議会がコーディネートする有償ボランティアのような形態まで幅広く取組が想定される。すでにこのことについては、13ページの図表8で解説した。
- 訪問型 A と大きく異なる点は、地域の助け合いの場合は、主体がいわゆる法人ではなく、住民グループなどのインフォーマルな形態であること、また、サービス内容がいわゆる「老計第10号」の範囲に限られないため多様な生活ニーズに対応できる柔軟なサービス提供が可能になる点である。

<図表 30：住民主体による地域の助け合い（訪問型 B）の費用構造>



<図表 31 大分県竹田市の事例>

■暮らしのサポートセンター・久住「りんどう」

- 竹田市は高齢化率が高く、担い手不足の問題を抱えていた。地域に根差した雇用創出を図るために申請した「地域雇用創造推進事業」により、経済活性化促進協議会を設置。
- 経済活性化促進協議会がコミュニティビジネスとして暮らしのサポートセンターの運営を支援。
- 「暮らしのサポートセンター・久住「りんどう」」は、介護保険外サービスとして、生活支援サービスを有償で提供している。担い手は、元気な高齢者を中心とする「暮らしのサポーター」
- サービス内容は、食事の準備、掃除洗濯、ごみ出し、見守り、話し相手、買物代行などの家事のお手伝いや、趣味の農作業支援、草刈り等
- 利用料は 30 分 400 円、1 時間 800 円（機械使用時は 100 円加算）

■生活支援サービス実施件数



りんどう生活支援実施件数一覧表 できる人ができる時にできる事を!



支援内容	H24年度	H25年度	H26年度	平成27年度												合計
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月				
見守り・健康確認・話し相手	85	126	46	1	1	8	6	13	14	11	3	3	317			
外出支援	59	217	49		1	6	4	3	2	1	5		347			
入浴中の支援	18	25	14	2	2	4	5	2	7	1	3		83			
掃除、洗濯、整理整頓	19	99	20	1	1	1	1	3	1	1	1	2	150			
ゴミ捨て	9	30	12		1	1							53			
車列の導引・草木伐採	11	43	42	21	5	3	9	8	7	6	3	2	160			
買物代行	6	43	9			1	3		3	3	1		69			
大工仕事、修理修繕	0	17	9				4						30			
趣味の農作業支援	3	11	19	1	1								35			
自治会行事代金（車列の立会等）	1	9	5	1			1						17			
その他（ペットの世話・手紙送代行・障子・薪割等）	9	15	6	2	2		4		5	2			45			
	220	635	231	29	14	23	38	29	39	25	16	7	1306			

- ただし、一方で、主な助成対象は、運営費用のうちの間接費に限定される。サービス提供に直接関わる住民への謝金は、助成対象とはならない（もちろん謝金を伴わない純粋なボランティアの場合なども想定されている）。なお、団体の管理運営にかかる間接人件費、たとえば有償ボランティアと利用者をマッチングするコーディネーターに係る人件費については、助成の対象と考えることが可能だ。したがって有償ボランティアを社会福祉協議会がコーディネートしている場合などは、行政から社会福祉協議会に対して訪問型 B を委託するという方法も検討可能である。

(2) ボランティアポイントは地域住民の動機づけと参加に効果的

- 住民主体の取組を活性化するのは、住民意識の啓発という地道な作業が王道ではあるが、ボランティアポイント制度の導入なども住民意識を高め、地域活動への参加を促す上で、効果的である。小規模の町だけでなく、横浜市などの大規模都市でも採用されるなど全国に広がりを見せている。
- 地域の様々な活動に参加した場合に、ポイントが付与され、一定のポイントがたまったら段階で商店街の商品券と交換が可能といった仕組みである。商品券にかかる費用は総合事業から支出することができる。こうした動機づけにより地域の生活支援に参加する高齢者が増加すれば、まさに生活支援という社会参加を通じて、自分自身の介護予防にもつながっていくという好循環を生み出すことも可能になる。また、そこで得られたポイントが、地域の商店街などで使用されれば、地域経済にも貢献できるという意味で、地域づくりの有力なツールになっている。

<図表 32 ボランティアポイントの活用事例>

■ ささえあいサービス事業（埼玉県吉見町）	■ こさかはっぴいカード（秋田県小坂町）
<ul style="list-style-type: none"> ➢ 吉見町社会福祉協議会が運営する既存のサービスで、総合事業への移行後に、訪問型 B として位置付けられた。 ➢ ささえあいサポート会員（有償ボランティア）として登録した地域の住民が、利用者の身の回りの生活支援サービス（買い物代行、外出の支援、部屋の掃除、簡単な調理等）を1時間提供するごとに、吉見町商工会が発行する「吉見町地域通貨（共通商品券）」500円分を受け取ることが出来る。 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 埼玉県志木市や神奈川県横浜市の取組を参考に、介護予防ポイントカード事業（一般介護予防事業）を平成27年4月より開始した。交付数は、事業開始から半年で第1号被保険者の約20%に達している。 ➢ 町内の65歳以上の高齢者を対象に、一般介護予防事業の参加者（運営の補助を含む）、訪問型 B のボランティアにポイントを付与し、1年間の累計ポイントに応じて、商品券と交換出来る仕組みとしている。

(3) 現行相当・訪問型 A の価格優位性に対してどのように対応するか

- また、住民主体の訪問型 B に関して、しばしば議論になる点は、従来の保険給付のようなサービス（従前相当や基準緩和の訪問型 A など）に比べ、自己負担が高いため、利用者の選択が自己負担の安い訪問型 A に偏り、ボランティアや住民主体の取組が育たないのではないかという懸念についてである。
- 訪問型 A は、既存の従前相当の訪問介護をベースに設計されていることが多いため、自己負担が1割（または2割）に設定されることが多い一方で、訪問型 B については、補助の範囲が間接費に限定されるため、人件費にあたるボランティアに対する謝礼などは、利用者の自己負担となる。そのため、自己負担だけに着眼すると訪問型 A の自己負担額の低さに目がいくが、訪問型 A と訪問型 B はサービス提供の範囲は柔軟性において異なる点が多いということには留意が必要である。訪問型 B は老計第10号の範囲を超えるサービスの提供も可能であり、より多様

な生活支援ニーズに対応できることから、必ずしも自己負担額の面だけで両者が競合するわけではない。

- また、先に触れたボランティアポイント制度を併用することで、こうした価格差を縮小することも可能だ。間接費用部分については、総合事業の支援を受けつつ、ボランティアポイント制度を行政が設定した上で、サービス提供にかかる人件費（謝礼）の一部をボランティアポイントで有償ボランティアに付与することによって、実質的な利用者負担を軽減することも可能である。

3 地域の助け合いを促進する上でのポイント

（1） 地域状況と課題の共有が最短ルート

- 「地域のために何かしたい」と考える住民は少なくないが、具体的な行動や取組につながらない理由の一つは、「何が課題なのか」「どこに困っている人がいるのか」を知らないということがあ。行政側から地域に出向いて「どんな困りごと」があるのかについて出前講座等を行うことも重要な動機づけになる。

（2） NPOやボランティアの意向と柔軟性を尊重

- 既存の生活支援サービスをどのように支援するかは、支援する側にとっても、支援を受ける側に大きな関心事項である。ただし、NPOであっても、住民グループであっても基本的には、行政のために活動しているわけではない。また既存の枠組みにとらわれず自由に活動しているからこそ、柔軟な支援を提供できていることも少なくない。したがって、支援内容や方法を検討するにあたっては、各団体の意向を最大限に尊重することが重要である。

（3） 民間サービス

- 生活支援サービスの提供はボランティアやNPOに限定されない。民間市場サービスの提供は都市規模等にも左右されるが、配食、リネン会社による「洗濯サービス」や掃除サービス、ドラッグストア、スーパー等の宅配サービスなど多様だ。
- また介護サービス事業所も自費サービスとして多様なサービスを展開しているだろう。こうした民間サービスは各社の経営の中で持続性を担保している限り、総合事業で支援を行う必要はないが、地域づくりを進めるうえでは、地域にある民間サービスを高齢者の生活支援や介護予防に資する地域資源として把握し、活用を推進していくことも重要だ。

（4） ケアマネジメントとの連動がカギ

- 単に生活支援サービスの種類を増やすだけでは不十分である。実際の生活ニーズに対応するよう、地域の多様な主体を組み込んだケアマネジメントを推進することが前提になる。
- 介護保険サービスだけでなく、民間市場も、ご近所も大切な生活支援の資源である。ケアマネジメントの中で近隣とのつながりも重要な資源としてとらえる視点が必要だ。地域の多様な資源が生まれてもこれをケアマネジメントが十分に活用できなければ意味がないだろう。単に費用面で

の効率性が高いといった視点からだけでなく、そもそも住民の生活は地域の中にあることを前提に、介護保険のサービス以外も含め多様な支援やサービスを、利用者の具体的な目標の実現に向けて組み合わせることが重要である。

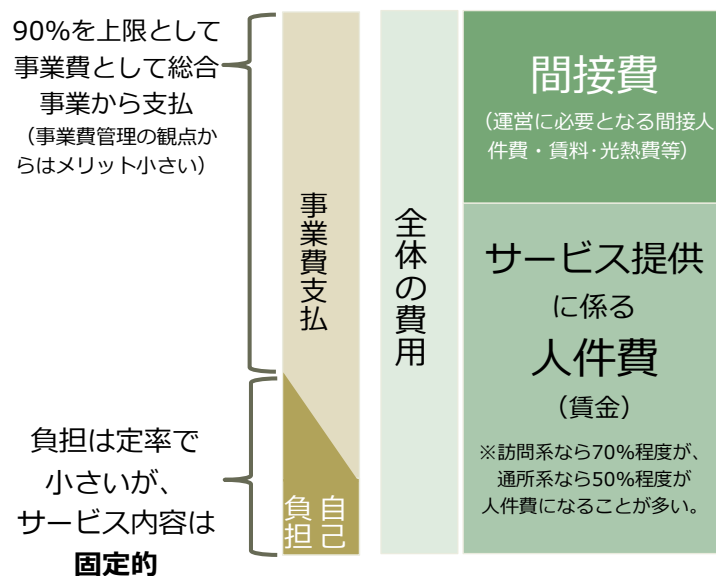
4 法人や指定介護サービス事業者等による「生活支援サービス」

- 総合事業に関して自治体の職員の皆さんと話をする、「A 類型の単価」に話題が集中することが多い。しかし、「考え方編」でも整理したように、A 類型についての議論は総合事業のごく一部であり、A 類型の設計そのものは、長期にわたる「地域づくり」の重要性からみると、補助的なものと認識される事項である。
- A 類型については、地域づくりが時間をかけて取り組まれる中であっては、過渡期的には不可欠なものである。それでも、本章において、「法人や介護サービス事業者による生活支援(A 類型)」が最終節に置かれているのは、この取組が総合事業・整備事業においては、補助的なものだからである。

(1) 基本的な設計のポイント

- 基準緩和型のサービス(訪問型 A)は、資格をもたない高齢者等を新たにサービス提供者として雇用することを前提に、報酬単価も既存の介護報酬を上限として自治体が設計する要支援者及び事業対象者向けの訪問介護サービスである。サービス提供内容は、既存の介護予防訪問介護と同様であり、いわゆる老計第 10 号を基本としており、サービス内容を現行の訪問介護から柔軟に変更することは想定されていない。

<図表 33：基準が緩和された訪問型サービスの費用構造>

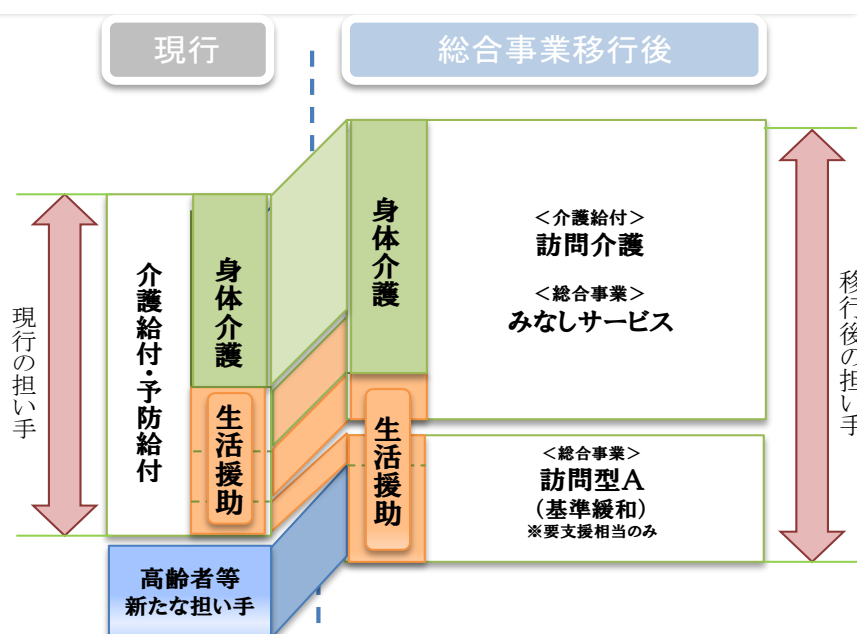


- 利用者の負担は、自治体単位で設定することが可能であり、既存の1割または2割に限定せず、定額・定率の自己負担を設定することが可能である。ただし、基本的な考え方として訪問型Aは、従前相当から訪問型B等へ移行する際の橋渡しの役割を担うことが想定されるため、従前相当よりも自己負担が高くなるような変更を行う場合は、住民に対して丁寧な説明を行う必要があるだろう。
- また報酬の設定に際して、大幅に引き下げを行えば費用抑制効果の面では一見すると有利に見えるが、後述する通り、その効果は極めて限定的である。自己負担は1割（または2割）であり、大幅な引き下げは、利用者にとっては利用しやすくなるかもしれないが、地域の多様な支援体制を構築していく上で、プラスに働くかは大きな疑問が残る。慎重な検討が必要である。

(2) 訪問型Aの設計における2つの留意点

- 総合事業の目的が、地域人材の有効活用であり、とりわけ既存の介護専門職が中重度支援に重点化できるようにすることだとすれば、訪問型Aの設計にあたっては、以下の2点に十分に留意することが重要である。
- 第一に、訪問型Aに従事する職員は、あくまでも資格を持たない高齢者等の新規の従事者を想定し、既存の資格をもつ介護職員が従事することは、高齢の介護職員等を除いて基本的には考えないということである。費用抑制の観点のみで訪問型Aを検討すると、既存の訪問介護の報酬を引き下げる発想になってしまう。しかし、「Ⅷ.上限額管理」でも整理しているように、訪問型Aによる費用抑制効果は限定的である。
- もちろん地域内のすべての訪問介護事業者が身体介護に重点化できれば収益上は問題はないが、現在の利用者の受け皿ができるまでの間は、既存の事業者もサービス提供を停止するわけにはいかない。したがって、資格をもつ職員が単価の引き下げられた訪問型Aにすると、介護サービス事業所の収入減となり、最終的には資格を持つ職員の処遇悪化につながることも懸念される。

<図表 34：基準が緩和された訪問型サービスを人材戦略の観点から見た場合のイメージ>



- 冒頭に確認したように、総合事業の目的は、担い手の拡大であり、地域全体として人材戦略の性格をもつ。資格をもつ既存の介護職員は貴重な人的資源であり、処遇を悪化させてしまえば、本来の総合事業の目的からみて本末転倒となってしまう。したがって、訪問型 A で有資格者がサービス提供を行う場合は、従前相当と同額の報酬とするなどの措置をとるか、あくまでも有資格の介護職員が従事するのは、従前相当に限定するなどの規制を設けることが重要だろう。実際、東京都武蔵野市は訪問型 A について、既存の資格を持つ職員と、資格を持たない新たな人材が提供を行う場合で2種類の単価を設定している。
- 第二に、訪問介護事業所に対して、適切な技術的支援を行い、身体介護への重点化を支援するということである。生活援助を中心にサービス提供を行ってきた事業所にとっては、介護報酬の面で身体介護の方が高いとはいっても、身体介護に不慣れな職員がいる場合もある。とりわけ小規模事業所の場合、十分な研修体制を自社で構築することが難しいため、地域全体の人材戦略の観点から、たとえば地域リハビリテーション活動支援事業などを活用して、地域内の訪問介護事業所に医療機関や介護保険施設に勤務するリハビリテーション職員を派遣するといったことも可能である。

(3) 単価設定に関する基本的な考え方

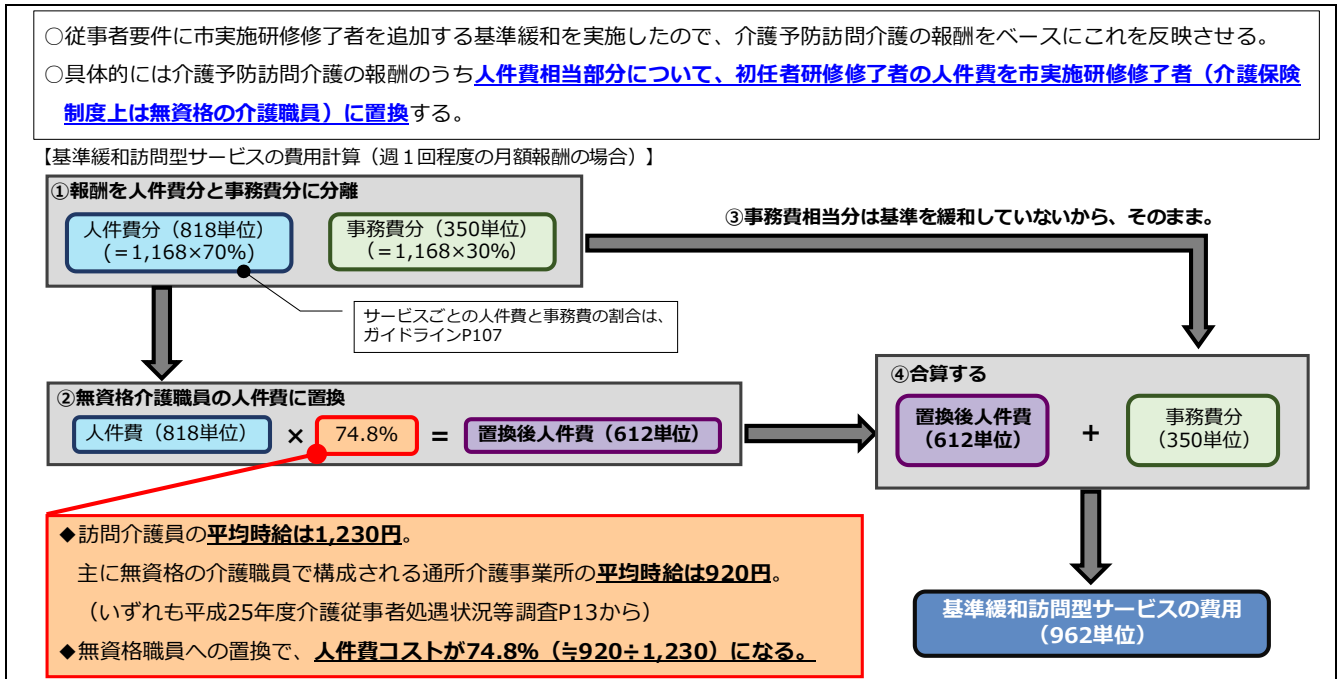
- 基準緩和型のサービス単価を検討する際は、サービスの何を緩和するのかを理解した上で、事業者の採算性も考慮した上で、設定することが重要である。職員配置基準を緩和するのであれば人件費に影響が出るし、設備基準を緩和すれば、家賃等に影響が生じるといった形でコストの観点から設定を検討することになる。
- 訪問型 A の報酬を従前相当の訪問介護以下に設定する場合は、費用構造のどの点が従前相当と異なるのかという点に留意しつつ、論理的に検討を行うことが重要である。費用抑制の観点から「買い叩き」のような価格設定を行うことは、保険者と事業所の信頼関係にも影響を及ぼすので、事業所との協議を重ね、地域全体の人材戦略の観点から、事業の必要性の理解を求めた上で、報酬に関する協議を行うべきである。
- この点も、前項の留意点と同様に、基本的に全体的な費用抑制の観点から訪問型 A を設定することは、地域の人材戦略上も誤りである。介護サービス事業者及びその従業員は、人口減少社会の中で地域を支える貴重な人材である。介護専門職にはより中重度を支えてもらうためにも、保険者はしかるべき措置を十分にとった上で、適切な費用を設定すべきであろう。

(4) 単価設定の計算方法のイメージ

- 厚生労働省のガイドラインにも記されている通り、介護サービスの費用は、おおむね提供者にかかる直接費（人件費）と事業を運営するのに必要となる間接費で構成されている。訪問介護サービスの場合、直接費と間接費の構成比は 7：3 程度と考えられている。
- したがって、従前相当の訪問介護の報酬の約 7 割が人件費相当（つまり提供者に支払われる賃金に相当）と考えることができる。訪問型 A では、基準を緩和して特に資格を持っていない高齢者等を雇用することを想定するので、必要となる人件費の単価は、従前相当の職員よりも若干なりとも安価になることが想定される。神奈川県小田原市は、介護の専門職で構成される介護予

防訪問介護と、専門職以外の職員が多数含まれている介護予防通所介護の従業員人件費を厚生労働省の介護事業経営実態調査から引用し、従前相当に従事する職員の人件費との比を算出した上で、これを従前相当の直接費に乗じることで、訪問型 A の人件費相当額の算定を試みている。

<図表 35：小田原市における訪問型 A の単価の考え方>



出所) 神奈川県小田原市「基準緩和サービスに係る考え方について」

- また間接費については、人員配置基準が緩和されても、特に費用が低下する要素が想定できないので、費用は変化しないとして固定し、先に計算した訪問型 A の人件費総額に加えた額を、訪問型 A の報酬として算出している。
- この計算式のポイントは、従前相当の人件費と訪問型 A の人件費の比率をどのように設定するかということになる。たとえば、小規模な町であれば、実際に訪問介護事業所に対して調査を行い、現行の賃金を確認した上で、事業所として、どの程度の賃金設定で訪問型 A に係る職員を雇用する予定かについて把握した上で、報酬を計算することも一つの方法であろう。

Ⅷ. 上限額管理

- 総合事業では、従来の保険給付とは異なり毎年の予算に上限額が設定され、自治体は上限額の範囲で事業を運営することになる。すなわち、前年度の事業実績額に後期高齢者の伸び率を乗じた予算額の範囲で事業を運営することが求められる。実績額が上限額を越えた部分については、自治体の一般財源で対応することになることから、上限額の管理は総合事業における重要な要素の一つである。
- 総合事業の本旨は、地域づくりであり、本来、上限額の管理は地域づくりや介護予防ケアマネジメント等の進捗の総合的な結果であり、実績額をどのようにして上限額の範囲で管理するかという発想は必ずしも適切ではないものの、担当職員にとっては、重要な関心事であるだろう。

1

上限額管理の基本は、総合事業移行直前の実績額の分析

- 適切な事業費管理の第一歩は、総合事業に移行する直前数年間の給付費の分析である。一般的に、予防給付の約半分は通所介護にかかる費用であるため、後期高齢者人口の伸び率を越える給付額の伸びを示す地域では、これらのサービス利用の伸びが影響している場合が多い。
- 費用が上限額を上回る場合としては、大きく分けて2つの可能性がある。第一に、サービス利用の増加であり、第二に、人口構造上の要因である。要支援者の場合、包括払いを採用しているため、利用者の増加がそのまま給付の増加につながる構造がある。したがって、給付費の増加は、利用者の増加または事業者の増加が意味を持つ。全国の傾向としても、過去数年間にわたり通所介護事業所が増加しており、この傾向が顕著に出ている地域では、給付の伸び率が高くなっているだろう。

＜図表 36 給付額の増加率が後期高齢者の人口増加率を越える場合＞

	状 況	対 策
サービス利用の増加	後期高齢者の人口増加のペース以上にサービス利用者が増加している場合に上限を超える場合が想定される。その背景として、事業者数の増加や事業者の営業強化などが想定される。	サービス利用に関するアセスメントが適切に行われているかどうかポイントになる。必要なのは、給付抑制ではなく、適切なアセスメントとケアマネジメントによるサービス利用。
人口構造上の問題から上限額を越える場合	後期高齢者人口は横這いまたは減少局面に入っており、上限額が漸減していく状況にあるが、85歳以上人口は相対的に増加しているために、要介護者が増加している状況。	地域の人口特性上、避けられない状況であり、厚生労働省との個別協議等も検討する。

- 総合事業に移行した場合は、介護予防通所介護の指定権限は市町村に移行するため、必要量を越える通所介護サービス事業所については、指定を拒否することも可能である。当然ながらサービスを必要としている利用者に対してサービスを確保するのは保険者の責任だが、適切なケアマネ

ジメントを通じてサービス提供が行われることが基本であり、地域ケア会議などの場を活用していくことも重要である。自立支援が進められた結果としてのサービス利用の増加なのかについても検証・検討が必要である。

- 第二の要因である人口構造の変化が主たる要因となって上限額を越えてしまうケースである。主に中山間地域などでみられる現象であり、後期高齢者の人口は横ばいまたは減少局面にあるため、計算式から算出される上限額も横ばいまたは低下していく中で、後期高齢者のうちのさらに高齢の層（たとえば85歳以上）の占める割合が相対的に増加傾向にある場合などが想定される。この場合、要介護者が増加するため、上限額を越えた伸びが想定される。こうした状況は、人口構造上の問題であり、行政側として打つ手は少なく、ガイドラインにも示されている通り、上限額の管理については、厚生労働省と個別協議を行うことも想定されるだろう。
- 上限額の管理は、単に既存サービスの単価の設定の問題ではなく、適切なケアマネジメントを推進することこそが、上限額管理の基本である。また、そのような地域での日常生活を前提とした自立支援型のケアマネジメントを展開するためには、多様な資源が必要であり、整備事業は、このような多様な資源を開発するプロセスであり、その開発過程が進捗していけば（つまり多様な地域生活の支援体制ができてくれば）、徐々に現行相当の占める割合が相対的に減少していくことになる。そのことは、決して、従前相当のサービスを抑制していくという意味ではなく、より豊かな地域の支援の選択肢が増加していくことを前提にしているのである。

2

訪問介護・通所介護におけるシミュレーションのポイント

(1) 訪問型 A 導入時の費用抑制効果

- 訪問型 A を導入した場合、従前相当よりも単価を引き下げて設定すれば削減効果が想定されるが、実際には、すべての訪問介護サービス利用者が訪問型 A に移行するわけではないため、上限額に対する影響はごく限定的になる。特に、訪問型 A については、事業所が新規に資格を持たない高齢者等を雇用することを前提にすると、短期間に急拡大することは難しく、費用抑制効果も限定的となる見込みである。また、訪問型 A において導入時に単価を大幅に低く設定した場合、費用抑制のメリットよりも、参入する事業所が少なくなり、その後の人材確保が困難になることへのリスクに留意すべきである。

図表 37 訪問型 A を導入した場合の費用抑制効果の例

(費用抑制効果の例) ※訪問型 A 単価：従前相当の 85%と仮定

利用者の 20%が 1 年間かけて訪問型 A に段階的に移行（1 年後に利用者の 20%が移行）した場合の年間の効果は、介護予防訪問介護費用額の 1.6%程度、費用全体[※]では 0.5%程

※費用全体：H26 年度「介護予防訪問介護」、「介護予防通所介護」、「介護予防支援(50%が地域支援事業に移行と仮定)」費用額、H25 年度介護予防事業の総事業費の合算

- 訪問型 A の単価を従前相当の 85%に設定したと仮定し、従前相当の訪問介護の利用者の約

20%が1年かけて訪問型Aの利用に切り替わったと仮定した場合、費用抑制効果は、訪問介護費用の1.6%、費用全体では0.5%にとどまる試算となっている。

(2) 通所型A導入時の費用抑制効果

- H27年度の介護予防通所介護の介護報酬は、改定により22%の大幅減になっている。総合事業における従前相当サービスや通所型Aの報酬は、介護報酬を上限に、各自治体で設定することになるが、すでに大幅に引き下げられており、さらに通所型Aの報酬を引き下げて設定することは既存の通所介護事業所がサービス提供することを前提にした場合は、現実的ではなく、結果的に通所型Aでの費用抑制効果は期待できない¹⁴。

図表 38 通所型Aを導入した場合の費用抑制効果の例

(費用抑制効果の例) ※通所型A単価：現行の90%と仮定

利用者の10%が1年かけて通所型Aに段階的に移行（1年後に利用者の10%すべてが移行）した場合の年間の効果は、介護予防通所介護費用額の0.5%程度。その後、毎月の利用者の10%が移行した場合の年間の効果は1.0%程度、費用全体では0.5%程度。

(3) 通所介護の要支援2の利用頻度を週1回と仮定した場合の費用抑制効果

- 一方で、予防給付の単価設定は要介護度区分による包括払い（要支援1：1,647、要支援2：3,377）であり、利用頻度が異なっても同じ単価であったが、従前相当の要支援2について、週1回程度の単価として設定することで、予防給付で要支援2/週1回利用のケースの費用額を減少させる可能性があり、従来の単価設定に比べて、約半額の費用負担となることで、上限額管理上の効果が期待できる。
- 要支援2の通所介護利用者のうち15%の利用者が週1回程度の単価（1,647単位）となった場合、費用全体において2.8%の費用抑制効果が見込まれる。

図表 39 要支援2の利用頻度を週1回と仮定した場合の費用抑制効果の例

(費用抑制効果の例) ※要支援2の利用者100人のうち15人が週1回利用と仮定

従前の包括払い（単価：3,377）の利用者100人のうち、週1回利用の15人（15%）が週1回の単価（単価：1,647）に移行した場合の効果は、年間3,114,000円の削減効果があり、要支援2の費用額の7.7%程度、費用全体では2.8%程度。

¹⁴ 各種団体等がミニデイサービスのような形で実施する通いの場を支援する形で通所型A類型を想定することは十分に考えられるであろう。