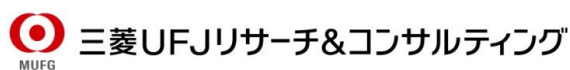


平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業

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 27 年 3 月

<目 次>

はじめに	1
I. なぜ総合事業への移行が必要なのか？	2
1 基本コンセプト：「地域づくり」としての総合事業.....	2
2 介護予防のコンセプトの転換：「地域づくり」の中の介護予防	6
II. 総合事業における「地域づくり」とは何か？	10
3 住民主体の「地域づくり」の方法.....	10
4 新たなサービスの担い手を確保するための方策	15
5 短期集中型サービスは訪問・通所をセットで考える	18
III. 総合事業に向けて準備すべきことは何か？	19
6 総合事業・整備事業への移行	19
7 介護予防ケアマネジメントに向けた準備	27
8 予算・費用管理に向けた準備	30
参考資料	33

はじめに

- 平成 27 年度より、各自治体は、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）に取り組むことになる。本解説書は、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」の内容を理解する上で必要になる政策の背景や基本的なコンセプトを、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。本解説書は、平成 27 年 4 月から総合事業・整備事業に移行する自治体の準備状況に関する聞き取りに加え、厚生労働省の関係各課へのヒアリングを通じて作成されている。
- 「Ⅰ」では、総合事業への移行が必要になっている背景を説明するために、生活支援と介護予防の考え方について整理した上で、総合事業・整備事業の本質が「地域づくり」であることを具体的に説明している。「Ⅱ」では、各自治体が地域の状況にあわせて具体的な地域づくりを進める際の考え方を「支援」や「サービス」を例示しながら解説している。「Ⅲ」では、行政として、総合事業への移行を推進するにあたっての基本的な考え方や移行に必要な準備についてポイントを整理している。
- 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、法令及び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」、「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインQ&A」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改めて読み込むことで、総合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。

I. なぜ総合事業への移行が必要なのか？

1 基本コンセプト：「地域づくり」としての総合事業

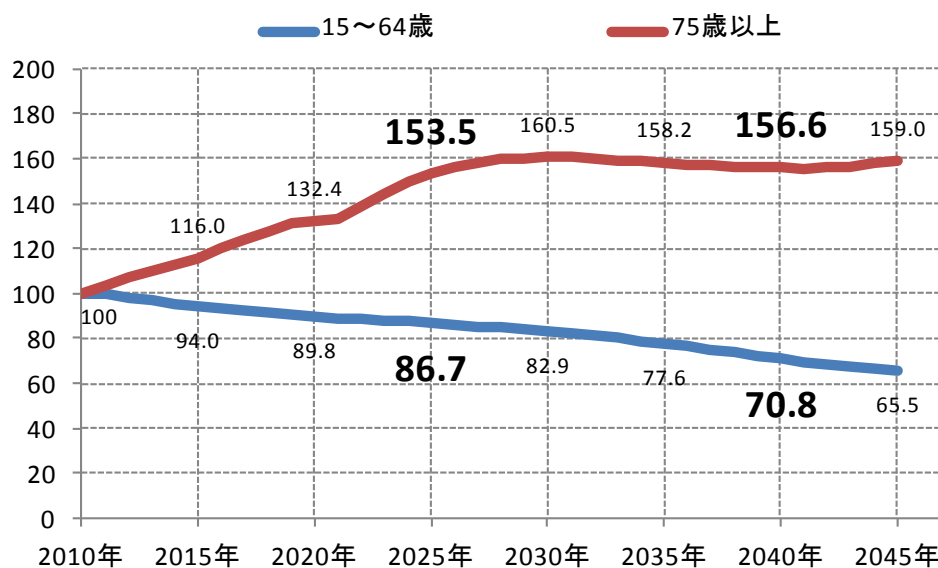
(1) 地域包括ケアシステムと総合事業

- 地域包括ケアシステムは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続するための仕組みである。2025年には団塊の世代が後期高齢者となり、要介護認定者数が大幅に増加することが見込まれており、地域包括ケアの実現のためには、これから約10年間の取組が重要な意味をもつ。
- 住み慣れた地域での生活を継続するためには、心身機能の状態や生活環境の変化に応じて、医療・介護・予防・住まい・生活支援を柔軟に組み合わせて提供する仕組みを、日常生活圏域単位で構築していく必要がある。これが地域包括ケアシステムの目指す姿である。
- 地域包括ケアシステムの構築において、医療や看護、リハビリテーション、介護といった専門職によるサービスの強化が必要なのは当然であるが、在宅生活の前提である調理、買い物、掃除などの生活支援の確保も大きな課題だ。
- また、在宅生活を可能な限り長く継続するためには、高齢者が自らのもつ能力を最大限に生かして、要介護状態を予防することも重要になる。すなわち、介護予防をいかにして効果的なものにしていくかも大きな課題である。
- 各自治体では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成27年度から主に4つの事業が展開される。「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」、「生活支援体制整備事業（以下、整備事業）」、「在宅医療・介護連携推進事業」、「認知症総合支援事業」である。これらの中でも特に、生活支援や介護予防に大きく関係するのは、要支援に相当する比較的軽度の高齢者を対象とした総合事業と、地域全体の生活支援体制の強化を目指す整備事業である。

(2) 総合事業の背景：ニーズの増大と担い手の減少

- 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いく後期高齢者（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早い段階から顕在化しやすい。このことから、在宅生活を支えるための生活支援ニーズは、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、それを支える専門職数の増加は、要介護者の増加に対応できるほどは期待できない。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ことを意味している。

＜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。※2010 年を 100 とした場合の 2045 年までの推計値

(3) 新たな担い手の確保による支援・サービス量の拡大

- 現在、要支援者の訪問介護サービス利用者のニーズのほとんどは、掃除や買い物、調理といった必ずしも専門職でなくても提供可能なサービス内容となっている。これらを高齢者等を含む多様な主体が提供することで、地域の実質的な担い手を増やすことが可能だ。例えば、買い物を近所の方に助けてもらったり、調理や電球の交換などちょっとした困りごとへの対応を住民団体やボランティア団体が担うといったことが想定される。住民主体の活動を地域の中で作りあげていくことで、地域全体としての支援体制を強化していくことができる。
- こうした新たな担い手の確保は、高齢者を含む住民にとっては就労やボランティア活動等を通じた社会参加の機会の確保、事業者にとっては基準緩和（資格要件緩和・サービス提供範囲の弾力化）による人材確保とサービス提供量の拡大や集中、自治体にとっては拡大するニーズへの対応、サービスの多様化による費用の効率化と、いずれの立場においてもメリットがもたらされるものである。
- 現在、前期高齢者の要支援・要介護認定率は 1 割未満となっており、大半の前期高齢者は活動的な生活を送っている。また、安否確認や声かけ、ちょっとした買い物などの支援をしてみたいと回答した高齢者が 80%を超えている調査もある。こうした高齢者等の新たな担い手と地域の増大する生活支援ニーズを、地域の実情にあわせて、うまくマッチングしていくことが重要になっている。
- また、コンビニやスーパーなどをはじめとする民間企業においては、地域における生活支援サービスを独自に展開しつつある。すでに配食サービスや買い物代行、宅配などは様々な地域で展開している。また、地域の商店街等がサービスや支援を提供する動きもみられる。民間事業者のサービスを地域の中で活用していくことも、有効な手段であろう。

- (4) 総合事業で変わる専門職の役割～「一対一」から「一対多」へ
- 総合事業では、専門職の役割や関わり方が変化する。たとえば、専門職が体操教室を直接指導していたものが、住民主体の運営に移行すると、専門職の役割は直接の指導者ではなく、立ち上げ時の短期間だけ指導するといった間接的な支援者に変化する。専門職の役割が直接的なものから間接的なものに変化することで、専門職の活躍の場は、これまで以上に地域全体に広がっていくことになる。
 - 総合事業における地域リハビリテーション活動支援事業は、こうした専門職を地域内の施設や医療機関から派遣した場合に、派遣された専門職の所属元に人件費補てんを行うこともできる。言い換えれば、専門職の役割が、利用者との関係が「一対一」の関係から「一体多」の関係性に変化し、専門職の技術や知識を、より広い範囲に展開することが期待できるといえる。
- (5) 総合事業は、時間をかけた「地域づくり」のプロセス
- 担い手が減少し、専門職のみで地域を支えることが難しくなってきた中で、地域の高齢者や住民、NPOやボランティア、民間事業者など多様な主体による地域の支える仕組みを推進するのであれば、従来の「サービス」の視点を超えて、いかにして「地域づくり」を進めていくかがポイントになる。従来の介護保険行政や高齢者福祉行政においては、「サービスを作る」ことに重点が置かれてきたことは事実であり、そのため、総合事業も「サービスづくり」と理解されることが多いが、この点は、発想の転換が必要だ。
 - 専門職以外の新しい担い手を地域の中で見つけ出し、持続可能なものとして支援する取組こそが、総合事業・整備事業の本質である。そして、その取組は、一般住民の自発的な取組として、「お互いさま」の気持ちを地域の中で具体的な仕組みにしていくという点で、「地域づくり」そのものといえる。
 - こうした支援体制の構築は、全国の先進的な自治体において、10年近い時間をかけて取り組まれ、近年、その成果が目に見える形となってきた。そのことは、「地域づくり」が数年で完成するようなものではなく、時間をかけて醸成していく取組であることを意味している。
- (6) 総合事業は「在宅医療・介護連携推進事業」、「認知症総合支援事業」実施の前提
- 総合事業は、要支援者等の軽度者を対象とした事業である。一方で、今後は中重度の在宅要介護者の増加に応じて、在宅介護サービスにおける身体介護への重点化が求められる。生産年齢人口の減少の中でも、訪問介護員の増員に向けた努力を粘り強く継続する必要があるが、一方で、既存の訪問介護員の役割を変えることによって、訪問介護における身体介護の提供量を拡大することも重要になる。
 - 総合事業を通じて、生活支援を専門職以外の新たな人材が担うことにより、専門職としての既存の訪問介護員は、中重度を中心とした身体介護に重心を移すことが可能になる。こうした流れは、事業所にとっては、より高い介護報酬が設定されたサービスに業務を移行させていくことであり、中長期的には、経営の改善や処遇改善にも資すると思われる。
 - そして何より、介護職の身体介護への移行は、平成27年度から各自治体が強化・推進していく「在宅医療・介護連携推進事業」や「認知症総合支援事業」を実効性の高い取組にする上で、不

可欠な前提条件である。つまり、総合事業・整備事業は、単に軽度者の生活支援サービスを充実させるだけでなく、最終的には、中重度者の在宅生活の継続の可能性を高める上でも重要な役割を担うという意味で、今後の在宅医療介護連携や認知症施策にも大きく貢献する取組であると理解することができるのである。

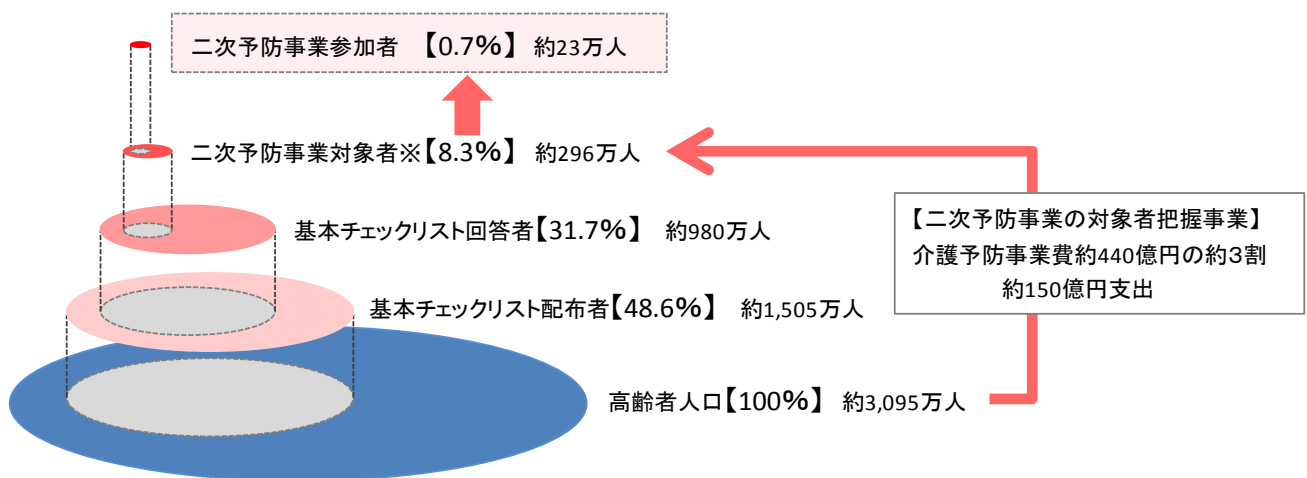
2

介護予防のコンセプトの転換：「地域づくり」の中の介護予防

(1) 平成 18 年度の「介護予防」の問題点

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものであり、その充実に向けては、平成 18 年度の介護保険制度の改正にて介護予防事業が導入され、予防重視型システムへの転換が行われた。しかし、「費用対効果が低い」「虚弱高齢者の把握が不十分」「トレーニングへの偏り」「出口対策の不足」などと評価されたように、期待された効果を得ることができず、大きな方針転換が求められた。
- 要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者を対象に予防を行う二次予防事業では、その対象者の把握として、基本チェックリストの配布が行われた。基本チェックリストの配布及び回収の費用には、全国の介護予防事業費の 3 割にあたる約 150 億円が費やされたが、実際の二次予防事業の参加率は、高齢者の 5% を目標としながら 0.7% にとどまり、費用対効果の低い事業と評価された。また、基本チェックリストの未回答者ほどリスク層としての把握が重要であるものの、人員・費用面での負担が大きく、十分に手が回らなかった点も否めない。

<図表 2：介護予防事業の実施状況>



出所)「平成 24 年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」に基づき、三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成。※二次予防事業対象者:要介護認定更新非該当による対象者(0.1%)、前年度からの継続者(1.2%)を除く

- 二次予防事業参加率が低かった原因の一つとして、事業内容が筋力トレーニングなどに偏り、高齢者の参加意欲を十分に引き出せなかったことが考えられる。確かに、肉体的な意味では、筋力トレーニングは有効であり、実際に身体機能を維持・改善するのに効果的である。しかし、筋力トレーニングへの参加の動機が、「基本チェックリストに該当した二次予防対象者だから」ということで、本人の参加意欲は継続するだろうか。本人の意欲とは関係のないところで参加への動機づけがなされることの限界が、これまでの二次予防事業の問題点であったといえる。
- 一部の自治体では、二次予防事業の「卒業後」も含めて取組を進め、結果的に要支援認定率が低

下したが、多くの自治体では、こうした出口対策まで包括的に取り組むことができなかったことも課題である。「卒業後」、日常生活に戻ったとたんに、活動性が低下し、二次予防事業の成果が持続できないといった問題もあった。卒業後の日常生活における元気高齢者の健康づくりの場として期待された一次予防事業は、開催頻度が低い、動機づけが不十分といった問題から、広がりが限定的で、二次予防事業の成果を維持できるだけの取組に発展しなかった。

(2) 地域の人のつながりの中に介護予防を位置付け、継続性を重視

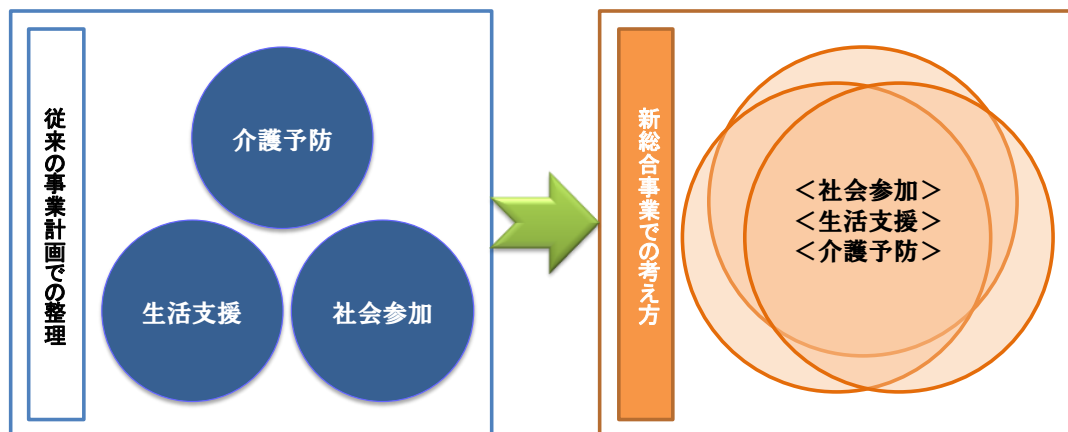
- これらの反省から、新しい総合事業における介護予防は、「高齢者本人の参加意欲を基本に、地域生活の中で活動性を継続的に高める取組」を進める方向に舵が切られた。これを実現する手法も、全数配布による基本チェックリストで選ばれた対象者に専門職がサービスを提供する「個別アプローチ」から、地域における住民主体の自発的な健康づくりを側面的に支援するアプローチへと大きく転換することになる。
- つまり、筋力トレーニングをすることで生活を活発化させるというよりは、自分の興味関心の持てる活動に継続的に参加することで、生活を活発化させ、そのことで心身機能が維持されるような取組を志向すると言い換えることもできる。
- これらの取組においては、継続性を担保するために、住民が自ら参加・活動しようと思えるような「動機づけ」によって、地域における人と人のつながりの中で取組を進めることがポイントになる。先進事例における体操教室などの取組も、一人で取り組むよりも仲間がいるからこそ継続への動機づけがなされるという側面も大きい。また、地域の人と人のつながりの中で生み出される住民主体の取組は、結果的に閉じこもりの高齢者を把握したり、生活支援のニーズを発見するためのネットワークとして機能することも期待できるだろう。

(3) 介護予防・生活支援・社会参加の融合

- 介護予防、生活支援、社会参加は、本来同じ方向性をもつ取組である。たとえば、一人暮らし高齢者宅のごみ出しを、近所の高齢者が手伝う（生活支援）ことによって、手伝っている高齢者は地域社会への参加（社会参加）を通じて、他者に貢献し、そのことが本人の生活意欲を高め、結果的に本人の「介護予防」になるといった考え方である。
- しかしながら、従来の高齢者福祉行政では、介護予防、生活支援、社会参加を別々の取組として別々の部署などで取り扱い、介護予防については、筋力トレーニング、生活支援についてはボランティア団体、社会参加についてはサロン事業といった形で別々に取り組まれることが多かった。より効果的で効率的な介護予防を推進するためには、これら3つの取組を、これまで以上に融合させることが重要になる。
- 「支える側・支えられる側」という垣根を可能な限り取り払い、「担い手となること＝結果的に予防になる」という考え方にに基づき、介護予防・生活支援・社会参加を一体的に融合させる。これが、地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくりにおいて中核となる。
- もちろん、すべての高齢者が、先のごみ出しの例のような生活をできるとは限らず、ADLの低下に伴い、活動の範囲が、「社会」→「地域」→「家庭内」と移行していく高齢者も少なくない。しかし、自らの生活の範囲で、何らかの役割を果たすことは可能である。高齢者の、各々の生活

機能・生活範囲に応じた「社会参加」が可能となるよう、地域の見守りなどの担い手から、支援・サービスを利用しながら「ちょっとしたお手伝い」を行う担い手（例えばサロンに通いながら、その場で、他の利用者にお茶を出すといった小さな貢献）まで、幅広い「社会参加」の機会を提供していくことが重要である。

＜図表 3：介護予防・生活支援・社会参加の融合＞



- そうした「ちょっとした貢献」も含めて考えれば、日常生活を継続する中で結果的に「介護予防」になるという取組には、「提供者」と「利用者」、「支える側」と「支えられる側」という考え方が当てはまらないことが理解できる。従前の、単純な「支える側・支えられる側」の関係を越えて、支えられる側も支える側になりうる「住民の支え合いの仕組みづくり」が、総合事業における「地域づくり」の理念である。

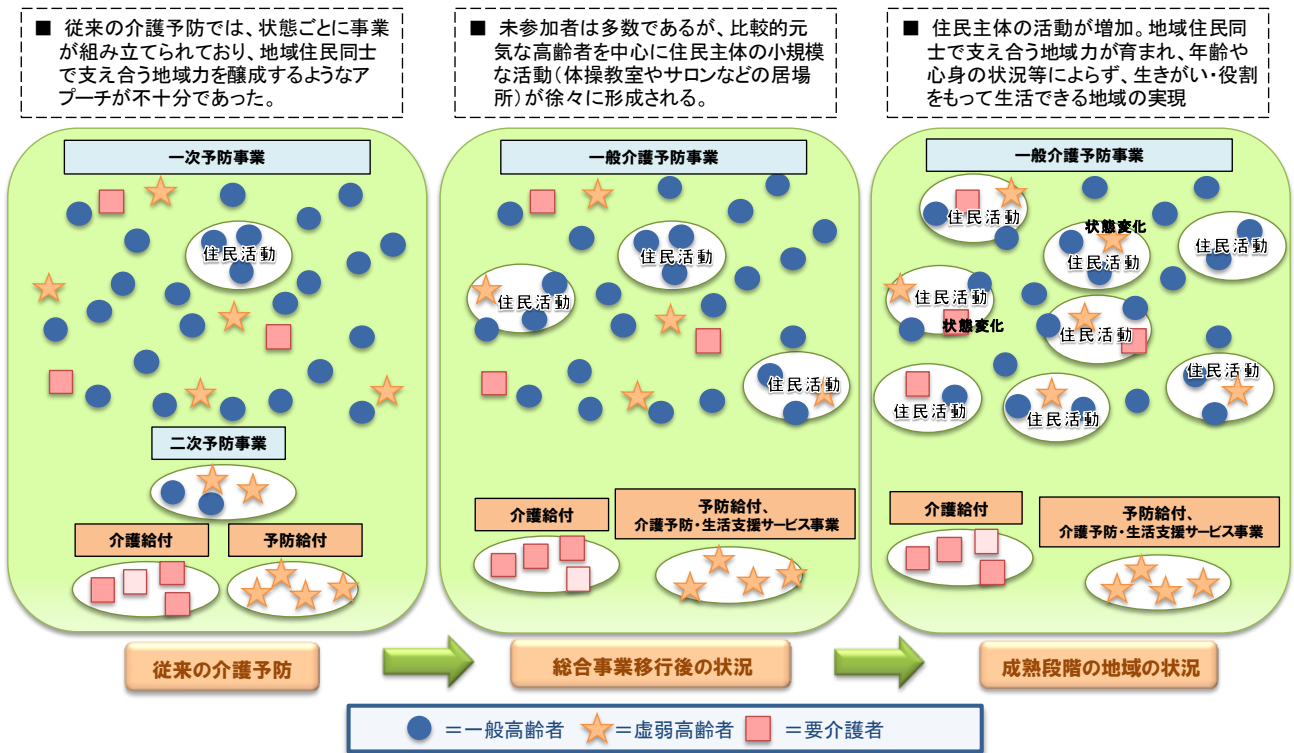
(4) 高齢者の状態の変化に支援を合わせる体制づくり

- 従前の介護予防では、要支援者には予防給付、虚弱高齢者には二次予防事業、元気高齢者には一次予防事業・健康づくり事業というように、高齢者の状態毎に異なる事業を展開してきた。そのため、一次予防事業や健康づくり事業等で展開されている各種の住民活動では、心身機能の低下に伴い、活動から離れることを余儀なくされることも少なくなかった。また、要支援者の機能が向上し非該当となった場合には、要支援給付の対象から地域支援事業の対象へとかわることで、支援・サービスの連続性が担保されない事態が生じていた。
- 地域包括ケアシステムの構築を目指す「住み慣れた地域での生活の継続」は、中重度になった場合のみを想定しているのではなく、元気な状態から、徐々に心身機能が低下していくステージにおいても担保されるべきである。そのためには、多少の心身機能の変化に関わらず、なじみの居場所に通り続けられる地域づくりを行う必要がある。すなわち、支援の内容に合わせて高齢者が、一次予防→二次予防→予防給付と動く仕組みから、高齢者の状態にあわせて支援の内容を柔軟に変化させる仕組みへの転換が求められているのである。元気高齢者の時には社会参加の機会が中心に提供され、虚弱高齢者や要支援者になると、地域の同じ場所で、社会参加の機会に加えて、心身機能の状態にあわせた機能回復訓練や生活支援が提供され自立支援が行われる姿が考えら

れる。

- こうした仕組みを住民の支え合いの中でつくっていくことで住民ネットワークが形成され、①顔見知りの関係による参加しやすさ、②心身機能の状態が変化してもなじみの関係を継続できる環境、を確保することができる。

<図表 4：高齢者の状態の変化に支援を合わせる体制>



Ⅱ. 総合事業における「地域づくり」とは何か？

- 以下では、厚生労働省の示している総合事業のガイドラインに示されているサービス・支援の類型についておおよそのイメージを整理している。ただし、先進地域における住民主体の取組は、もともとガイドラインの類型に基づいて発展してきたわけではなく、地域のニーズに基づき柔軟に発展してきたものである。したがって、現在取り組まれている事業を国が示すサービス類型（A～D）に無理やり当てはめ、活動の柔軟性を失わせるような考え方は避けるべきである。
- これまでの取組の内容や特徴を活かす方向で、取組にあわせて総合事業の基準や類型を検討すべきである。特に、住民主体で取り組まれる支援体制については、住民の自発性や創意工夫によって独自に展開してきたものも多いため、活動の多様性を損なうことがないよう、「今までの取組をさらに柔軟性をもって発展させていくためには、どのような支援方法が適切か」という視点にたって、助成の基準等を検討することがポイントになる。
- なお、高齢者の生活を支える資源としては、住民主体で取り組まれる「支援」と、介護サービス事業所等を通じて提供される介護予防・生活支援サービスや市場の中で民間企業により提供される「サービス」が想定される。本解説書では、これら区別して「支援」「サービス」という用語を用いている。

＜図表 5：支援とサービスのイメージ＞

	支 援	サ ー ビ ス
総合事業での主な類型	地域介護予防活動支援事業（一般介護予防事業） ／B類型／D類型	現行サービス／A類型・C類型
特徴	住民主体のインフォーマルな支え合いの仕組み	提供者と利用者が一対一の関係
主な提供主体	住民、住民団体、ボランティア団体等	介護サービス事業所、各種法人、団体等
報酬・助成の方法	団体に対する助成（1か月あたり等）	利用者1人1回あたりの報酬支払

3

住民主体の「地域づくり」の方法

- (1) 高齢者の「通いの場」づくりから着手する
- 地域における住民主体の支援体制の構築は、「地域づくり」として、総合事業の中核をなすもので、第二層協議体（後述）や生活支援コーディネーターを中心に、5年～10年の時間をかけて作りあげていくものである。
 - 住民主体の支援体制で、まず取り組むべきは、地域の中に「通いの場」を多数作ること、すなわち一般介護予防事業の地域介護予防活動支援事業である。高齢者なら誰でも参加できる通いの場を数多く作っていくことがポイントになる。
 - 地域介護予防活動支援事業は、その名称の通り、地域で介護予防活動を推進する団体や住民グループを自治体として支援する事業である。したがって、自治体がサービスの内容を厳格に指定して、サービス事業を委託するものではない。また、住民が自発的に取り組む多様な活動に対して助成するものであり、個々の利用者に対するサービス提供に報酬を支払うイメージのものではない。

- 一般的には通いの場としての「体操教室」や「サロン」「高齢者の居場所」などがイメージの基本であり、訪問型の支援は想定されていない。先進的な取り組みとしては、週に1回以上の頻度で開催される「体操教室」が、介護予防の効果も高く、各地で住民の評価も高いことから取り組みやすい活動といえるだろう。
- 利用者のイメージは多岐にわたっており、元気な高齢者、基本チェックリスト該当者、要支援・要介護認定者など幅広く想定されているが、要支援認定者や要支援相当の利用者が増加すれば、類型が通所型Bに位置づけられることから、地域介護予防活動支援事業で運営される活動の多くは、当初は、元気な高齢者のイメージとなるだろう。
- すでに各自治体では、地域支援事業の一次予防事業としてサロンや体操教室を運営している場合が多いと思われるが、総合事業では、一次予防事業をそのまま引き継ぐのではなく、その内容を充実させ、開催頻度を増やすなどして、介護予防の観点からより有益なものに転換させる必要がある。
- 従来の通いの場の取組については、いくつかの課題があった。サロンや体操教室は開催頻度が月一回程度のものが中心であったり、活動の内容が心身機能の維持には必ずしも充分ではなく、介護予防の効果が期待できないものも見られた。総合事業で支援・助成する対象については、介護予防に資する取組であるかどうかについて、各自治体で十分に検討し、一定の基準を設けることは重要である。

(2) 「動機づけ」と行政の支援方法

- 通いの場を作る際のポイントは、①地域住民が歩いて通える範囲に一か所程度の通いの場ができることをイメージすること、②行政側から住民に活動実施を依頼せず、住民の自発的な取組意欲を引き出すこと、③自治体にとって持続可能な支援・助成とすること、などである。
- 以下では、先進的な取組事例として「体操教室」を取り上げ、行政の支援方法について例示したい。なお、より具体的な手法については、すでに多数のガイドブック等が公開されているのでこれらを参照していただきたい。

<地域づくりの実践に参考となる資料>

- 「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」さわやか福祉財団
- 「新地域支援 助け合い活動創出ブック」さわやか福祉財団
- 「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編
- 「「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」全国コミュニティライフサポートセンター
- 「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」全国コミュニティライフサポートセンター

- 「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事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業））

【歩いて通える範囲に体操教室を作る】

- 高知県高知市や大阪府大東市、岡山県総社市など、体操教室で成果を上げている地域の取組をみると、おおむね自治体の総人口1万人に10か所程度の体操教室が運営されている。高知市であれば人口約30万人に対して約300か所の体操教室が展開しており、多少の地域差はあるにせよ、おおむね徒歩圏に体操教室があることになる。ただし、高知市でも市内全体に体操教室が広がるまで3年～5年程度、300か所に達するまでに、約10年を必要としていることから、早期からの取組が必要である。

【住民の自発的な取組意欲を引き出す】

- 体操教室の先進地域で共通しているのは「住民にお願いをしない」という点である。最終的な個所数の目標の達成のために、行政側が住民に体操教室の運営をお願いするということは、よくみられる方法ではあるが、先進地域では「住民が自ら取り組みたいと思うような仕掛けづくり」を強調する。
- たとえば、実際に体操教室に参加している高齢者の取組前後の効果などをビデオで収録し、住民説明会で示すと、多くの住民が「こんなに効果があるならやってみたい」といった形で「動機づけ」られるという。その上で、体操教室の運営について興味をもった住民に対して、行政から一定の支援ができることを説明し、取組が地域に拡大していく。
- したがって、事業の開始当初は、自治体単位での健康講座や広報等で取組や行政の支援内容を積極的に周知した上で、住民の反応を待つ時期がどうしても発生する。行政としては、短時間での成果を求めて住民に依頼したくなるところだが、先進地域の担当者は、「住民の力を信じて、我慢して待つことが重要」と強調する。「お願いごと」で始まる取組は長く続かないというのが、先進地域での共通の経験である。住民の動機づけのためのきっかけづくりの仕掛けを考えるのが自治体の役割であり、常に黒子として関わるのが重要である。

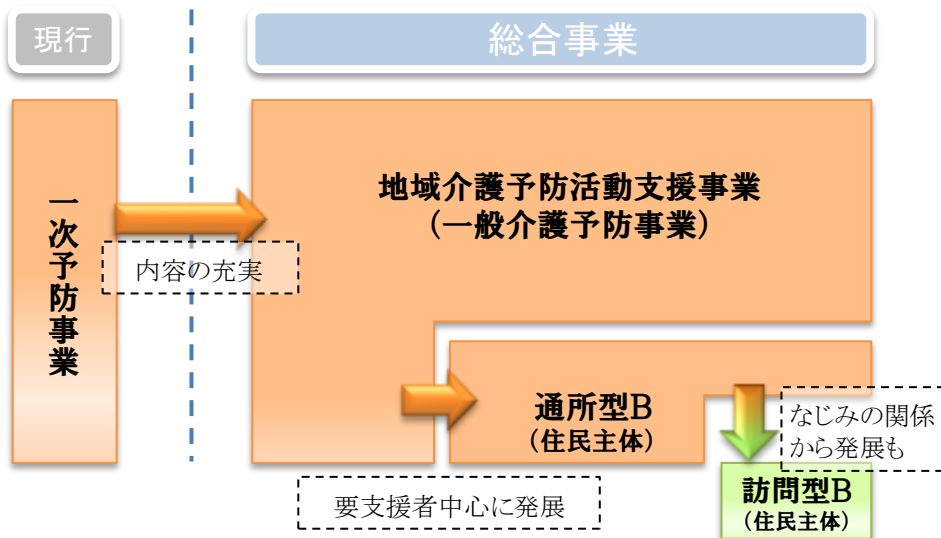
【持続可能な支援・助成とすること】

- 地域に最終的に作る体操教室の数を想定すれば、行政がすべての体操教室に直接的な支援を行うことは現実的ではないことがわかる。そのため先進地域での支援内容は、間接的なものが多い。高知市での支援内容は、①立ち上げ時にリハビリ職が数回訪問して、体操を指導する、②インストラクター代わりのDVDを貸与する、③体操に用いる「重り」（手首や足首に装着することができる）の貸与、④半年から1年に一回程度の専門職やサポーターによる体力測定及びフィードバックや健康講座といった内容になっている。また、体操教室を支えるお世話役やサポーターを育成するなど住民同士が支え合える仕組み作りにより持続可能性を高めている。
- なお、自治体内部にリハビリ職の配置がない自治体において、医療機関や介護保険施設のリハビリ

り職を住民主体の体操教室の指導等に派遣できるようにし、所属元に対する人件費等の補てんを地域リハビリテーション活動支援事業の費用として計上することもできる。

- (3) 時間の経過とともに一部は「通所型B」や「訪問型B」へ発展する可能性も
- 高齢者の「通いの場」が地域の中に多数うまれてくると、その段階ですでに、住民同士の見守りが機能しはじめる。毎回欠かさず出席していた参加者が欠席すると、仲間うちで連絡をとるといったことが、自然に発生してくる。この段階でも、すでに地域の支え合いの仕組みが機能していることになる。
 - また、事業開始当初は元気な高齢者が中心となって取り組む体操教室も5年10年の時間が経過すると、心身機能が弱くなってくる参加者も生まれてくるが、体操教室に集まる高齢者は「サービス利用者」ではなく、「活動仲間」であり、心身機能が当初と変わってしまっても、グループへの参加への動機は継続する可能性が高い。大東市の取組では、要介護状態になった高齢者で体操教室への参加を継続している事例もあるという。
 - また、仲間内で、たとえば送り迎えを行ったり、帰り道に買い物に同行するといった相互扶助が生まれてくる事例もすでにみられる。こうした流れは、第I部で示した「状態の変化に支援を合わせる体制づくり」そのものといえる。

＜図表6：住民主体の支援体制の発展イメージ＞



- このように通いの場に派生的な生活支援の活動が生まれ、参加者に要支援者が増えてくると、その通いの場は、「通所型B」として考えることもできる。その中で買い物に同行することができるようになってくれば、「訪問型B」に発展する可能性も生まれてくる。すべての通いの場が「通所型B」や「訪問型B」になることは難しいとしても、地域の中で発展的に取組が生まれる可能性があるという意味で、「通いの場」づくりは、将来的なB類型への発展に向けた「種まき」として考えることもできるだろう。

(4) 高齢者以外の住民による地域活動を B 類型に位置付ける

- 地域介護予防活動支援事業の例示として「高齢者の通いの場（体操教室）」を出発点とした住民主体の発展イメージを示したが、これは長期的な取組としてゼロから出発する場合のイメージといえる。一方で、地域には、活動が地域の一部に限定されていても、有償ボランティアや NPO などによる支援など、すでに住民主体の取組が立ち上がっている場合も多い。これらについては、比較的容易に B 類型の支援対象として総合事業で支えていくことが可能になるだろう。
- 他方、地域内にこうした支援団体がない場合は、通いの場づくりに加え、今後の発展に向けた取組が必要になる。通いの場は、多くの場合、高齢者が主体となって運営するため、高齢者以外が運営するボランティアや NPO といった地域資源については、地域の中から発掘し、時間をかけて活動を立ち上げ、支援していくことも必要である。そうした発掘・検討・協議の場が「協議体」である。住民主体の取組に関わりたいと考えている住民が、地域の中には確実にいると考えられる。こうした潜在的な人的資源を発掘するのは、協議体の重要な役割の一つである。

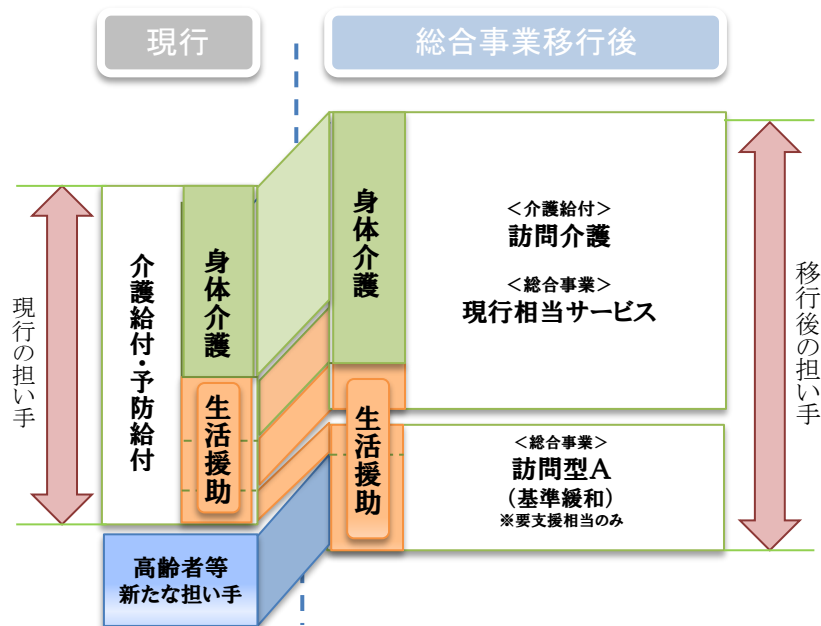
4

新たなサービスの担い手を確保するための方策

(1) 資格要件の緩和による新たなサービス担い手の確保

- 前節では、住民主体の取組が総合事業の中核であるとの認識に基づき、地域介護予防活動支援事業と B 類型についてポイントを整理した。しかし、これらの取組は中長期的な取組であり、具体的な成果が目に見える形になるまで一定の期間を必要とする。すでに介護現場における人材不足が指摘されており、地域づくりが成果を見せるまでの間の過渡期的な対応が必要になる。
- 第 I 部で、総合事業が新たな担い手を確保するためのひとつの方策であることを示したが、過渡期的な取組として、ここでは、訪問型 A を例にあげてポイントを整理したい。
- 訪問型 A は、住民主体の支え合いの「支援」の仕組みとは異なり、「サービス」である。報酬についても自治体による単価設定が行われており、外形的には、従来の訪問介護サービスと大きく変わらない。ただし、サービス提供者については、従来の訪問介護が資格をもつ介護職員であるのに対して、訪問型 A は専門資格を持たない高齢者等の新たな担い手である点がポイントである。訪問型 A については、「新サービスの開発」と考えるよりも「事業者の人員配置に対する規制緩和」と捉えるほうが理解しやすいだろう。
- 訪問型 A では、サービスの提供内容に見合った単価を自治体が設定し、必ずしも専門職によるケアを必要としない高齢者に提供していくことで、利用者にとってはサービス提供内容に見合った費用の負担、市町村にとっては利用者の状況に応じた多様なサービス提供による費用の効率化というメリットをもたらすことになる。

<図表 7：訪問型 A の導入による担い手の拡大イメージ>



- また、既存の指定事業者が訪問型 A を提供すれば、増加する生活支援ニーズに対応できるとともに、専門資格をもつ訪問介護員が身体介護に重点化することで、より報酬単価の高いサービスに経営資源を振り向けることが可能となる。これは、在宅限界点の向上の観点からも中重度者に対するサービスの強化につながるといえる。
- A 類型の導入に向けた自治体の取組としては、既存の介護予防サービス事業者における生活援助や運動・レクリエーションの提供実態の把握、事業所の参入意向の把握、介護サービス従事者の年齢構成等の調査による将来の人材不足の推計、介護サービス事業者に対する身体介護への重点化に向けた働きかけ等の取組が考えられる。
- なお、通所型 A は、現行の通所介護の人員基準を緩和したサービスとして位置づけられ、基本的には、訪問型 A と同様の考え方によって、有資格者でなくても、事業に従事することが認められる。しかしながら、既存の通所介護の人員配置基準を緩和をする余地は少なく、さらに平成 27 年度の改定により介護予防通所介護の報酬が大幅に引き下げられているため、既存の介護サービス事業所にとって、参入に十分なインセンティブがあるとはいえない。

(2) 既存の介護職員に対する支援もセットで考える

- A 類型は、あくまで新しい担い手を確保するための取組であり、既存の訪問介護員についてはスキルアップによって身体介護に向かうよう配慮することが重要である。既存の訪問介護員の中にも、高齢等を理由に身体介護へのシフトが困難な場合が想定されるが、身体介護を提供する技術と体力がある職員については、原則として身体介護に移行することを積極的に推奨すべきである。既存の訪問介護員が身体介護に向かわず、単に A 類型に従事すれば、新しい担い手の確保にもならず、また事業所にとっては、より高い介護報酬収入を期待することもできないことになり、これは、総合事業の基本的なコンセプトとは整合しない。
- したがって、A 類型を整備する場合は、地域内の既存の訪問介護サービス事業所の職員に対する身体介護等の研修の機会を自治体が積極的に提供することではじめて事業の効果が表れる。総合事業における地域リハビリテーション活動支援事業では、医療機関や介護保険施設に所属するリハビリ職員を、こうした研修会等に派遣する際の人件費等を補てんする費用として計上することができるので、これを活用して、介護職員の能力向上もセットで実施するべきである。

(3) B 類型との関係

- 繰り返し述べているように総合事業の本質は「地域づくり」である。もちろん、A 類型を導入することで、高齢者の雇用の場が創出され、就労を通じて高齢者の社会参加が実現し、介護予防に資するという側面はあるが、A 類型だけを整備すれば、地域包括ケアが実現するというものではない。
- 特に、地域づくりの中核となる住民主体の取組である B 類型は、立ち上がりまでに一定の時間を必要とする上に、ボランティア団体や住民のグループ等で運営されるため、A 類型に参加する団体や事業者と比べ、金銭面の基盤でも脆弱な部分がある。
- また、報酬や助成の仕組みも、A 類型は、利用料が設定単価の一定割合で設定されており、利用者の負担が小さいのに対して、B 類型は団体助成であり、有償ボランティアなどで設定されてい

る利用料の全額を利用者が負担することになるため、同じ内容のサービス・支援であれば、利用者は A 類型を選択する可能性がある。このことによって、住民主体の活動の発展が阻害されることがないように、配慮する必要もあるだろう。

- たとえば、A 類型は、サービス事業であり、人員基準は、緩和されるものの、サービス内容については、現行の給付サービスの内容に限定される。他方、B 類型は、団体助成であることから、実施団体は、幅広い支援を提供することで住民のニーズに柔軟に対応できる可能性が高い。こうした特性の違いにも着目して開発を進めることが重要になる。
- また、介護予防・日常生活支援総合事業では、要支援者等でサービスを利用する場合であっても第 1 号被保険者の介護予防に資するボランティア活動であると市町村が判断すれば、「介護支援ボランティアポイント」について一般介護予防事業の枠組みが活用可能とされた。B 類型と介護支援ボランティアポイント制度を組み合わせることにより、実質的な本人負担を軽減することも考えられる。
- いずれにしても、多様な支援を提供している既存の住民団体等を、A 類型にあてはめることには十分な注意が必要である。B 類型は、住民の創意工夫をもとに、多様な支援を提供するものであり、A 類型に多様性は認められていない。A 類型をあてはめることで、住民団体等の自発性や多様性が損なわれることがないように十分に留意すべきであろう。

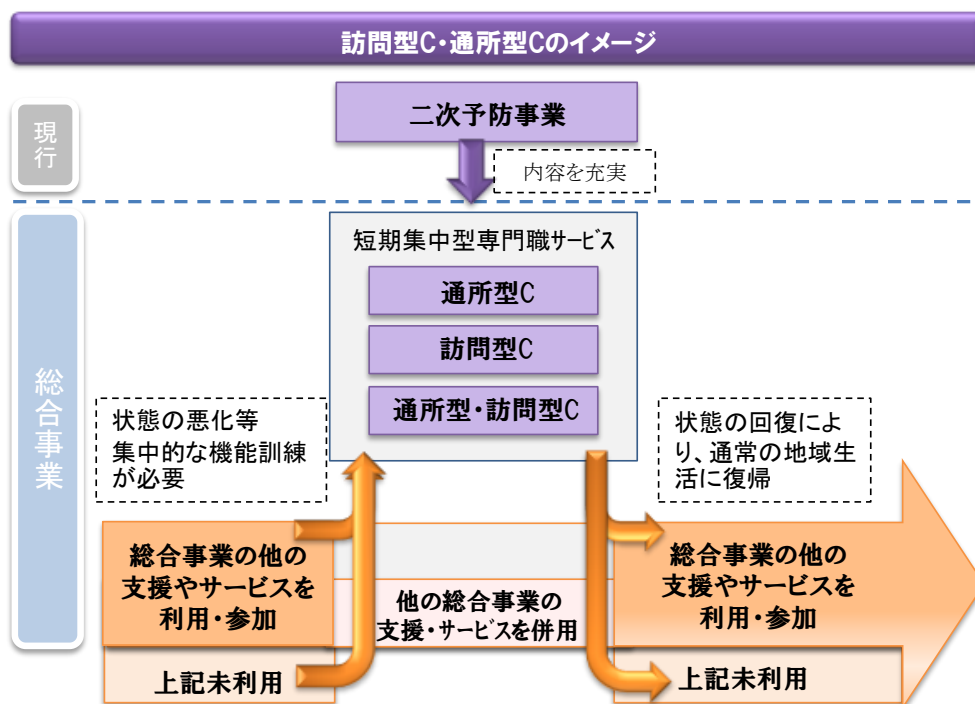
5

短期集中型サービスは訪問・通所をセットで考える

(1) 短期集中型の専門職による支援体制の構築

- C類型は、通所型・訪問型ともに専門職が短期集中で利用者に関与し、状態改善を図る「サービス」である。最長半年程度を目途に「卒業」することが前提となるサービスであり、現行の二次予防事業を総合事業に移行する場合は、その効果を改めて検証の上、事業内容の強化が必要である。
- 基本的には、介護予防の考え方として、単に機能回復訓練を行うことが目的ではなく、たとえば、近所のスーパーまで買い物に行けなくなったといった具体的な生活の困りごとを解消することを目指すものであり、機能回復訓練と生活が関連づけられていることがポイントになる。したがって通所型Cを利用する前に、専門職が利用者宅を訪問し、日頃の生活環境をアセスメントした上で課題を整理し、生活状況に合った個別性のある機能回復訓練等の通所プログラムを提供することが期待されており、訪問型C・通所型Cを組み合わせた上での活用が強く勧められる。
- C類型を検討する際は、地域介護予防活動支援事業における居場所づくりや総合事業における各種サービス・支援の整備・開発も並行して進めることが重要である。C類型は専門職サービスであり、費用対効果を十分に検討したうえで、卒業後の受け皿として、C類型以外の総合事業の支援やサービスも充実させておくことが重要である。また、専門職の参画を得て行う事業であることから、単に量的な拡大を図るのではなく、その後のフォローもあわせて効果を検証しながら、量的なコントロールを行うことが必要だ。

＜図表 8：訪問型 C・通所型 C の利用イメージ＞



Ⅲ. 総合事業に向けて準備すべきことは何か？

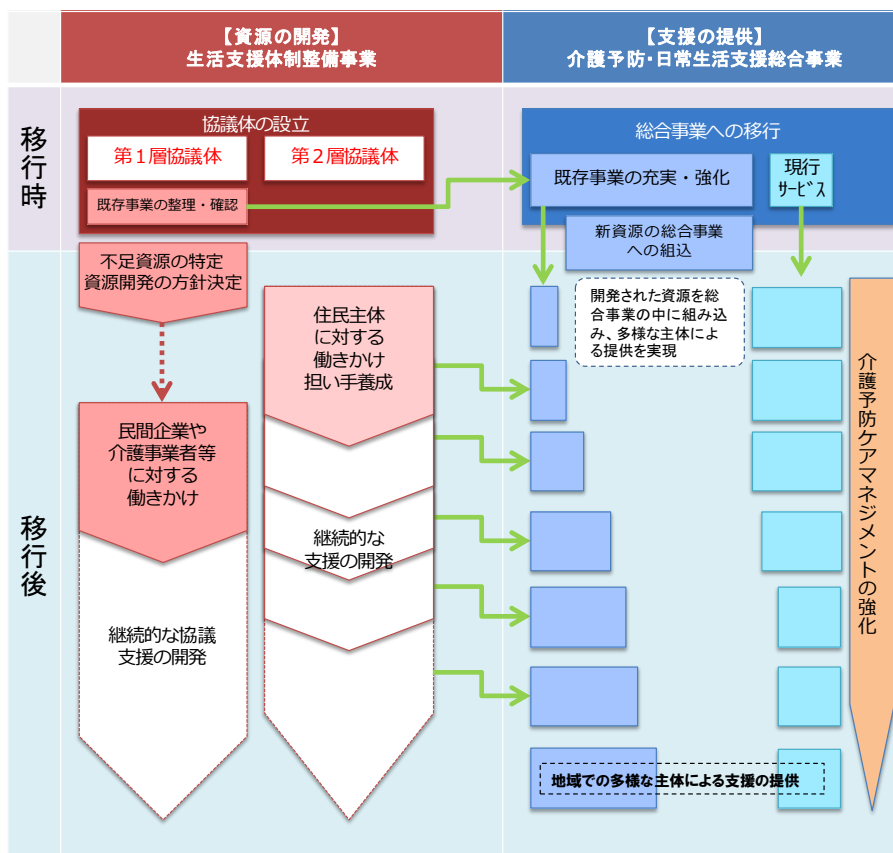
6 総合事業・整備事業への移行

○ 第Ⅱ部では、総合事業・整備事業を実際に進めるにあたり、どのような取組が必要になるのかという点に焦点を当て、全体の過程のイメージとポイントを示したい。

(1) 総合事業における移行とその後のプロセス

○ 総合事業への最小限の移行は、①既存の介護予防訪問介護・通所介護をみなし指定の事業所とし現行サービスを確保し、②協議体を設置することで可能である。移行にあわせて、この時点で、新しいサービスが創設されている必要はなく、ガイドラインで示されているサービスA～D等のサービスタイプの整備が完了している必要もない。移行直後で、十分な地域資源が用意されていない場合は、従来通りの現行サービスを利用することになる。

＜図表9：移行のおおよそのプロセスイメージ＞

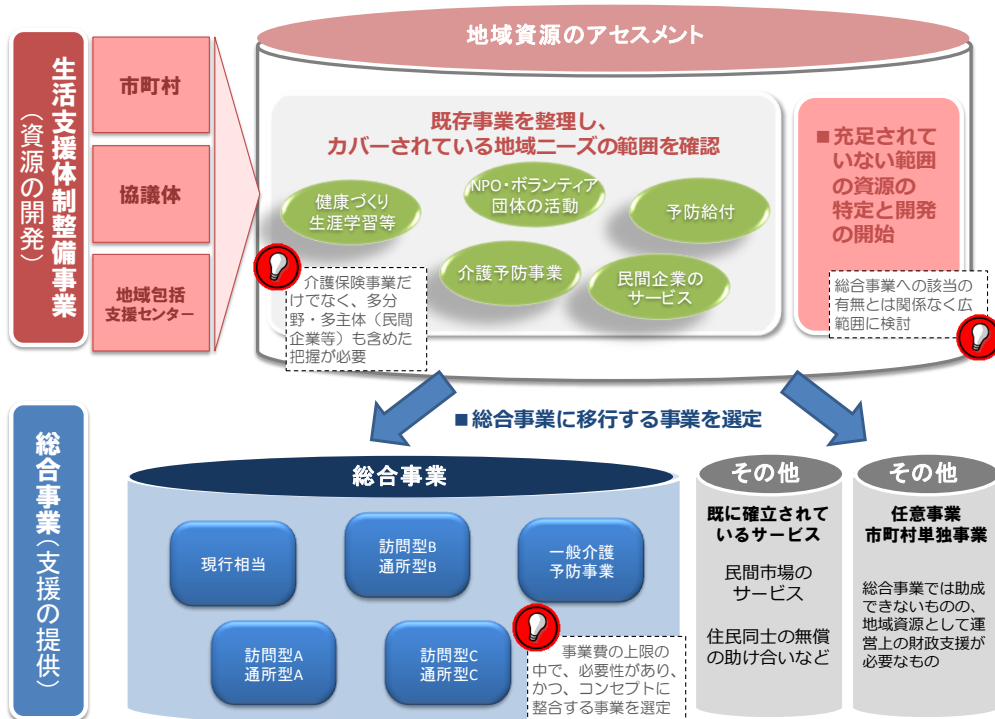


- 総合事業の中核は、中長期の取組によって「自立支援に資する新しい住民の支え合いの仕組みづくり」であるため、最小限の移行にあわせて、①地域介護予防活動支援事業を活用して、高齢者の通いの場を作るための支援体制を確立することと（地域介護予防活動支援事業の助成の要綱を準備）、②地域内の既存の活動や事業の中で、総合事業で支援すべきものについては、内容の充実・強化とあわせて、支援の枠組みを用意しておくことが強く求められる。
- さらに、総合事業に移行後は、協議体の場を最大限活用して、A～D 類型の各支援・サービスについて、整備の方向性を決定し、取組を進めていくことが必要である。各支援・サービスが立ち上げに目途がたったら、その都度、総合事業の中に組み込み、支援を行うことで、徐々に新しい地域づくりが形成されていくというプロセスとなる。地域資源が増加するにしたいが、現行サービスの利用は減少してくることが想定される。

(2) 「資源の開発」と「支援・サービスの提供」に分けて考える

- 具体的に取り組むべきことを検討するには、一旦、総合事業と整備事業を別々に整理すると理解しやすい。地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくりにおいて、主に生活支援・介護予防・社会参加のための【資源の開発】を行うのが「整備事業」であり、その中で形成された支援・サービスのうち、総合事業の趣旨に適合する事業を選定して支援を行い、利用者に対して【支援・サービスの提供】を行うのが「総合事業」である。
- したがって、「総合事業に資する支援・サービスを開発するのが整備事業」ではなく、「(既存の支援・サービスに加え) 整備事業で開発された支援・サービスの中で、総合事業に適合する支援を組み込む」と考えるのが妥当である。

<図表 10：「資源の開発」と「支援の提供」>



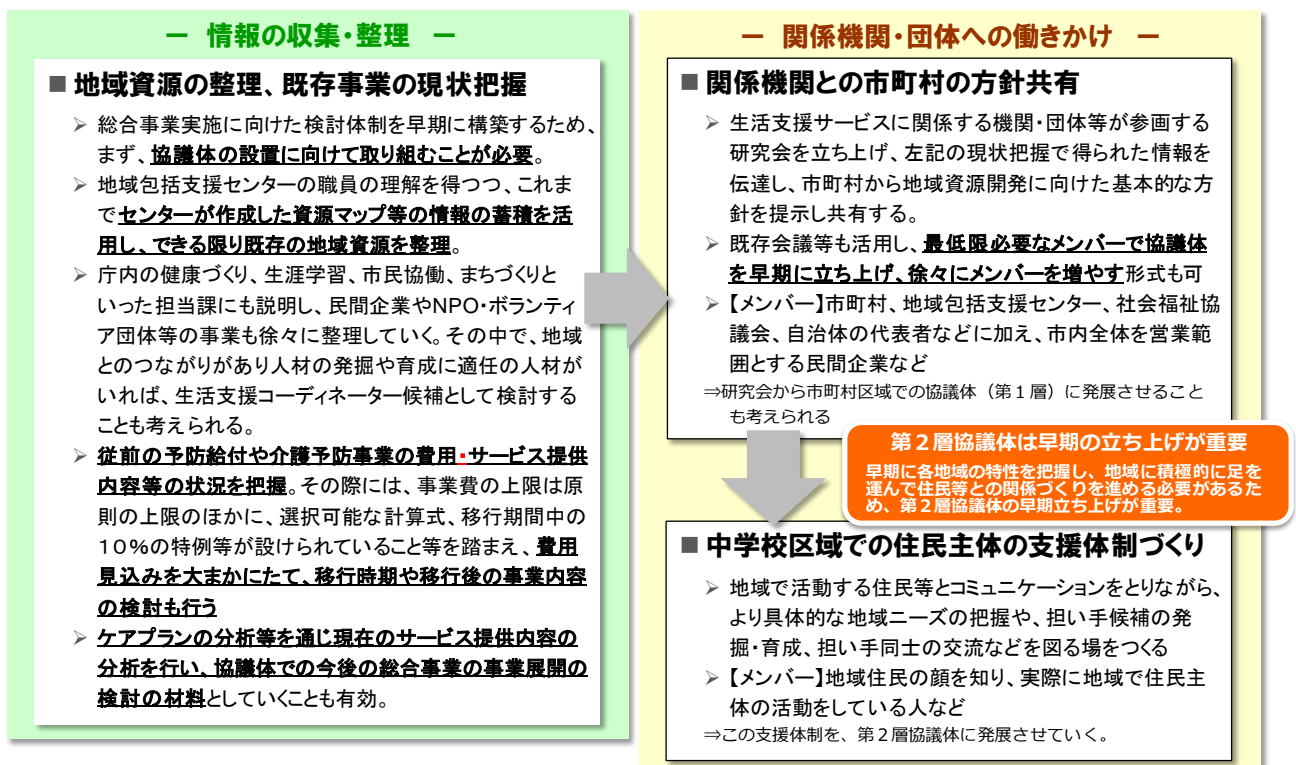
(3) 資源の開発に向けた既存事業の確認・整理

- 総合事業においてもっとも重要なのは、住民主体の地域づくりを推進することであるが、その前段として、地域状況を正確に把握することが重要になる。総合事業の移行そのものは、比較的短期間の準備で可能になるが、住民主体の活動を拡大していくには、中長期的な取り組みになるため、可能な限り早期に着手することが必要である。
- 整備事業を進めるにあたっては、①地域内の既存事業を整理し、現時点でカバーされている介護予防・生活支援ニーズの範囲を確認したうえで、②充足されていないニーズを特定し、必要なサービスや支援の開発を進めることになる。

【地域資源の整理は、「地域資源マップ」等も活用】

- 地域資源を整理する際は、高齢者や介護を所管している部署が把握しているものだけでなく、①健康づくり・生涯学習、地域福祉、市民協働、産業振興の担当課に照会をかけて、これまでよりも幅広く情報収集することが必要だ。また、市町村が関与しているものだけでなく、民間企業やNPO・ボランティア団体等の支援・サービスを、幅広く把握・整理することも必要である。
- 既存事業の整理は、第一層協議体で議論を進めていくことで、関係者間に、地域資源の特徴や不足している資源についての共通認識が生まれ、その後の地域づくりにうまくつながっていく。こうした取組は、すでに事業計画や地域包括ケアシステムの構築の過程で、自治体や地域包括支援センター等を中心に「地域資源マップ」などの形で整理が行われている場合もあるだろう。また、不足している支援・サービスの特定には、地域住民に近い場所として第二層協議体での意見交流会やワークショップなども有効である。

＜図表 11：資源の開発に向けて自治体が取り組むべき方向性＞



＜図表 12：地域資源の整理イメージ（例）＞

区分	公的サービス		保険外サービス（非営利・福祉組織など）							市場分野（民間企業）	
	市福祉サービス (地域支援事業含む)	介護保険サービス	社会福祉協議会	介護事業所	NPO法人	シルバー人材センター	農業協同組合	生活協同組合	地縁団体等		
5つのこと	日常的な家事	買物、掃除、調理、布団干しなど	事業名：生活支援ホームヘルパー派遣 内容：日常の家事支援 料金：1時間200円1回目2時間定 週2回定 要件等：一人暮らし、高齢夫婦世帯	訪問介護事業所 (8事業所)	訪問介護事業所	A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B介護事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所有償ボランティアサービス 1時間950円	家事支援 掃除1時間791円 調理1時間904円～	訪問介護事業所 食材宅配サービス	①生協くらしのたすけあい家事支援 1時間650円 ②食材宅配サービス ③弁当宅配	○A社(家事支援 1時間2100円～) ○B社(弁当・食品配達) ○C社(弁当・食料宅配) ○D社(弁当宅配)(山形市) ○E社(弁当宅配)(山形市) ○F社(冷凍弁当宅配)(河内町) ○G社(冷凍弁当宅配) ○食材宅配H店内で買い物したものを送料324円～発送
	安心	自分の存在を気にかけてくれている人がいる	①事業名：安心訪問サービス 内容：ヤクルト届け安否確認 料金：無料 要件：一人暮らし ②事業名：配食サービス 内容：月・水・金の昼食を届け安否確認を行う。 料金：400円又は300円 要件：一人暮らし・高齢夫婦世帯 ③事業名：緊急通報装置貸出し 内容：3件までの緊急通報装置を予め登録した緊急通報装置を貸し出す。 料金：無料 要件：一人暮らし	訪問介護事業所 (8事業所)	①一人暮らしサロン ②民生委員の訪問	安否確認 話し相手など A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所 安否確認 話し相手など	安否確認 話し相手など 家事支援 掃除1時間791円 調理1時間904円～	安否確認 話し相手など 生活協同組合 家事支援 1時間650円	①老人クラブ活動 ②地域サロンや公民館活動 ○J社(緊急時アザーを押すことで4時間セコムにつながる現場駆けつけや相談可能。基本料金 1890円/月) ○K社(通報ボタンを押すと社へつながる。見守りシステム、安心入浴システムもあり) ○L社(モバイル版緊急通報システム)	
	外出	通院や買物	①事業名：福祉タクシー利用助成 内容：福祉タクシー利用券600円年間18枚迄助成 ②事業名：移送サービス 内容：ストレッチャーでの移送が必要な方に利用券12枚迄助成。所得制限あり。 ③デマンドタクシー 内容：市内交通空白地帯から公共施設、病院等へのタクシー車両による移動支援。 料金：地区により300円又は500円	訪問介護事業所 (8事業所)	介護サービス(訪問介護・乗降助動)	通院買い物付き自費 A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C事業所支援 1時間1500円	A事業所 通院買い物付き自費など B事業所福祉有償運送サービス 内容：介助なしで公共交通機関の利用が困難な方の自家用車を使用し移動支援。 料金：2キロ以内400円 要件：介護度、自立度基準あり	通院買い物付き 1時間904円	福祉有償運送サービス	○Lタクシー(福祉車両) ○Mタクシー(福祉車両) ○N社(福祉タクシー) 朝日町	
	交流	友人、知人等	事業名：介護予防生きがい活動事業(ミニデイ) 内容：各地区公民館等での交流活動 料金：1800円(食費含む) ○ふれあい元気サロン	通所介護(デイサービス)16事業所	①一人暮らしサロン ②一人暮らしの集い	A事業所 OCサロン	通所介護事業所 自費通所介護(デイサービス)料金：2600円	①老人クラブ活動 ②地域サロンや公民館活動			
	非日常的な家事	大掃除や家電製品の買物、雪片付けなど			除雪ボランティア 内容：単身か高齢世帯 既所得、近くに親族居ない世帯の除雪 料金：無料	大掃除、保険対象外の支援など A介護事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所 大掃除、保険対象外の支援など	薪木の手入れ、大掃除 雪片付け1時間1244円～			
ちょこっとしたこと	蛍光灯の交換や硬いふたの開け閉めなど			よるずやボランティア 内容：高齢単身世帯への30分程度の支援 料金：無料							

出所)寒河江市役所提供

【必要資源の特定は、現状のケアプラン分析でも可能】

- 軽度者の生活に必要な支援を特定する際には、ケアプランの分析も有効な手段である。たとえば、現状のケアプランを調査することで、訪問介護や通所介護において具体的にどのような支援が提供されているのかを客観的に分析し、軽度者の「生活支援ニーズ」を特定する方法の他、在宅の継続が困難になっているケースの検討を行うことで、必要な生活支援ニーズを特定するといったことも考えられるだろう。
- たとえば、奈良県大和高田市は、要支援者のケアプランの詳細分析で実態把握を行い、具体的にどのような支援を提供しているのかを分析している。訪問介護であれば、「ごみ出し」「トイレ掃除」「食材の買い物」「衣服の整理」などが利用者の何割に提供されているかについての分析を行うことで、地域に必要な支援の内容を定量的に把握している。大和高田市の調査結果を見ると、現行の要支援者へのサービス提供内容のほとんどは、専門性を必要とせず、高齢者等の新たな担い手等でも対応が可能なるものであることが客観的に把握できる(調査結果については、本解説書の巻末を参照)。こうした分析を通じて、軽度者に必要な支援の内容について関係者間で共通認識を持つことができ、協議体での議論もより具体的かつ精緻に行うことが可能になるだろう。
- また、既存の地域ケア会議を活用して進めることも考えられる。地域ケア会議では、元来、多職

種が協働して個別ケースの課題解決を議論するとともに、その積み上げによって地域の課題を明確化することが主たる目的である。したがって、地域ケア会議の議論の積み上げから必要資源を特定し、協議体で資源開発を担うという役割分担も想定される。また、逆に地域ケア会議に生活支援コーディネーターが参加することで、個別ケースの課題解決に向けて調整が円滑に進むことも考えられる。

- さらに、地域資源の必要性は、生活に困窮する高齢者にとっても同様であり、生活困窮対策の担当課や支援を行う団体等が参加することや団体間・担当課間の調整を行うことが望ましいだろう（「生活困窮者自立支援制度と介護保険制度との連携について（通知）」、社援地発 0327 第 4 号、老振発 0327 第 5 号、平成 27 年 3 月 27 日については、本解説書巻末を参照）。

【資源の整理は、要支援者向けに限定せず、幅広く】

- また、整備事業の資源開発プロセスでは、総合事業の提供サービス・支援に該当するかどうかに関わらず、要介護者や元気な高齢者なども含めた広範囲な対象者に対する生活支援を想定することが重要である。
- 生活支援体制の整備は、総合事業のためだけに行われるものではない。自費でのサービスの購入も含め、地域包括ケアシステムを支える地域資源を全体的に俯瞰して整備を進めることが必要である。たとえば、民間事業者の配食サービスは、市場サービスとして成り立つ場合、総合事業に組み込む必要はないが、在宅の中重度者の生活を支える資源としては有効な資源であり、参加意欲のある民間事業所があれば、総合事業への組み込みとは関係なく、地域資源の開発の対象として、協議体と生活支援コーディネーターを基盤に整備を進めるべきだろう。

(4) 地域資源の開発における協議体・生活支援コーディネーターの役割

- すでに住民主体の取組の整備についてのポイントは、「Ⅱ」で整理しているので、ここでは、その主体となる協議体及び生活支援コーディネーターについて、整備・人選等についてのポイントを整理する。

【協議体・生活支援コーディネーター】

- 地域資源の開発については、いずれも行政・地域包括支援センター・協議体及び生活支援コーディネーターで推進していくべきものである。このうち、協議体がその中心に位置づけられることから、整備事業を進めていく上で、いずれの地域においても最優先に取り組むべきものといえる。
- 生活支援コーディネーターを任命するタイミングについては、それまでの地域の取組がどの程度行われてきたかの過去の経緯によっても違ってくる。たとえば、地域福祉コーディネーターなどが配置され、活発に活動してきた地域では、こうした人材が生活支援コーディネーターを兼務することも一つの選択としてありえるだろう。
- 他方、地域づくりが、これまで円滑に進んできたとはいえない地域では、拙速に生活支援コーディネーターを任命せず、協議体での議論の中でリーダー的な存在を見出し、地域づくりの方針が固まってから任命しても、決して遅くはない。繰り返し指摘しているように、地域づくりは、時間を必要とする取組であり、数年で完成することはあり得ない。生活支援コーディネーターは地域づくりの要であるからこそ、中長期の取組を見据え、慎重に選任することが重要である。

【第一層協議体の設置】

- 第一層協議体は、地域資源を整理するだけでなく「地域づくり」の方針を決定する場所でもある。したがって、メンバーは専門職団体の代表や、社会福祉協議会、自治体の代表者などに加え、市内全体を営業範囲とする民間企業などの参加も想定される。とりわけ民間企業等のサービスの開発については、第一層協議体などを通じて働きかけることが有効である。
- ただし、最初から大規模な会議体を組織する必要は必ずしもなく、生活支援に関する単発の勉強会などを開催し、徐々に拡大していくといった方法も考えられる。また、自治体では、すでに類似の会議体を設置している場合や、新規に設置してもメンバーが既存の会議体とほぼ同じになるような場合も想定される。既存の会議を活用することも効率化の観点から有効であろう。

【住民主体の取組を発掘する第二層協議体】

- 資源開発の中心は、地域介護予防活動支援事業となるような住民による体操教室やサロンなどを中心として整備していくことであり、その中心に位置づけられるのが第二層協議体である。住民活動は、場所の確保さえできれば、大きな費用を必要とすることなく、継続的な活動が可能になる場合が多いことから、既存の住民活動を把握するとともに、「何か活動をしてみたい」と考える住民を発掘し、支援することが主な役割となる。
- 主に中学校区単位で設置される第二層協議体は、住民主体の取組を網の目のように整備し、ネットワークを形成していくことが期待されている。したがって、第二層の協議体は、議論をする場というよりは、住民主体の「支援」体制の担い手を発掘する場としてのイメージを持たせることが必要である。
- また、「支援」は、「サービス」とは異なり、提供方法の技術的な側面よりも、顔見知りの関係や人間関係が重要な起点になることが多い。したがって、第二層協議体の参加者は、公的な組織の代表等よりは、むしろ地域住民の顔を知り、実際に地域で住民主体の活動をしている人や、「地域のもの知り」に依頼することも重要であり、メンバーについても、必ずしも固定化する必要はなく、柔軟に運営することがポイントだ。
- 住民の生活範囲は限定的であるため、隣接する区域の地域特性が似ているという理由だけで、広範囲の第二層協議体を設定することは、必ずしも適切ではないだろう。また、地域によっては、中学校区域の面積が大きい場合や、これまでの小地域福祉活動が、小学校区域等で推進されてきた地域もある。第二層協議体の目的が、地域活動の発掘や推進であることを踏まえ、それぞれの地域の予算の範囲内で、より小さい単位での開催も視野に入れるべきであろう。

(5) 総合事業を通じて提供する支援・サービスの選定

- 【資源の開発】で整理した既存の支援・サービス、新たに形成された支援・サービスの中から、総合事業の枠組みの中で提供する事業の選定を行う。その際、①総合事業の事業費を充てる必要性、②事業が総合事業の基本的なコンセプトに整合しているかどうかの観点から、事業費の上限の中で優先順位をつけ選定を行う。なお、各種の既存の生活支援サービスが総合事業に該当するかどうかについては、たとえば図表 13 のように整理されている。

<図表 13：介護保険制度の改正による新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）との関係>

サービス サービス内容		介護保険事業の該 当の可否・該当す るサービス種別		対象者	事業の 実施方法	市町村の負担方法	その他
買い物支援	買い物代行や 動向	○	訪問型サー ビス A/B	要支援 1～2 事業対象者	事業者指定 委託 補助(助成)	(指定)国保連經由 (委託)包括払い、出来 高払い (補助)間接経費等の一 部を補助	事業者指定を行い、国保連經由で支払いを行う場合 は、限度額管理も行われるところ、高齢者本人に対する 支援という位置づけであるため、現在の要介護者への 訪問介護と同様に、家族の部屋の掃除等は不可。
	配達、移動販 売	×	—	—	—	—	市町村が地域の実情に応じて、「その他生活支援サー ビス」として見守りを兼ねた配達等を認める場合があり える
	地域商店の運 営	×	—	—	—	—	市町村が地域の実情に応じて、通所型サービスBや一 般介護予防事業の「地域介護予防活動支援事業(通い の場関係)」の場で、日用品の販売等を認める場合あり える
家事支援	ゴミ出し、清掃 等	○	訪問型サー ビス A/B	要支援 1～2 事業対象者	事業者指定 委託 補助(助成)	(指定)国保連經由 (委託)包括払い、出来 高払い (補助)間接経費等の一 部を補助	事業者指定を行い、国保連經由で支払いを行う場合 は、限度額管理も行われるところ、高齢者本人に対する 支援という位置づけであるため、現在の要介護者への 訪問介護と同様に、家族の部屋の掃除等は不可。
	庭木の剪定	△	訪問型サー ビス B	要支援 1～2 事業対象者	補助(助成)	(補助)間接経費等の一 部を補助	
雪かき、雪下ろし	屋根の雪下ろ し、雪よせ	△	訪問型サー ビス B	要支援 1～2 事業対象者	補助(助成)	(補助)間接経費等の一 部を補助	雪おろし、除雪は H17 年に軽度生活援助事業として実 施されていたものが一般財源化されているため、指定 や委託の形では実施できない。雪下ろし等を含め地 域のニーズを踏まえた生活支援サービスを提供してい る団体の活動に着目し、その活動の維持に係る間接経 費等の一部を補助するものである。
送迎サービス	通院等をする 場合における 送迎前後の付 き添い	○	訪問型サー ビス D	要支援 1～2 事業対象者	補助	間接経費の一部等を補 助	(移送に関する直接経費は対象外)
	通所型サー ビス B において その送迎のみ 別主体で実施 する場合	○	訪問型サー ビス D	要支援 1～2 事業対象者	補助	立ち上げ経費や活動費 用等に対する補助	
外出支援サービス	コミュニティバ スの運行等	×	—	—	—	—	三位一体の改革で一般財源化された「外出支援サー ビス事業」は対象外
配食サービス	弁当宅配、給 配食サービス (調理)	○	その他の生活 支援サービス	要支援 1～2 事業対象者	事業者指定 委託 補助(助成)	(指定)国保連經由 (委託)包括払い、出来 高払い (補助)間接経費等の一 部を補助	食材料費などの実費は報酬の対象外 ※まず市場におけるサービス提供の活用を前提として、 市場では提供されないサービスを提供するもの。
見守り	戸別訪問等	○	その他の生活 支援サービス	要支援 1～2 事業対象者	委託・補助 (助成)	(委託)包括払い、出来 高払い (補助)間接経費等の一 部を補助	市町村が地域の実情に応じて事業内容は決めていく が、住民主体の声かけ、見守りが基本
交流	住民主体による通いの場、 高齢者サロンの運営	○	通所型サー ビス A/B	要支援1 ～2 事業対象者	事業者指定 委託 補助(助成)	(指定)国保連經由 (委託)包括払い、出来 高払い (補助)間接経費等の一 部を補助	食事代等の実費は報酬の対象外(利用者負担) (補助の場合) 通いの場には、障害者や子どもなども加わることができ る。一般介護予防事業と異なり要支援者等を中心に定 期的な利用が可能な形態を想定
		○	一般介護予 防事業	要介護者 要支援者 事業対象者 一般高齢者	委託・補助 (助成)	(委託)包括払い、出来 高払い (補助)間接経費等の一 部を補助	市町村が介護予防に資する取組としたものが実施され る。 食事代等の実費は報酬の対象外(利用者負担) (補助の場合) 通いの場には障害者や子どもなども加わることができ る

出所)総務省「地域における生活支援サービス提供の調査研究事業報告書(概要版)」

http://www.soumu.go.jp/main_content/000348788.pdf

- この際、地域資源のすべてを総合事業に取り込む必要はない。すでに市場の民間事業所のサービスとして確立されており、行政側の財政的な補助をしなくても成立しているものを総合事業の中に組み込む必要はないだろう。総合事業の事業費を充てる必要性は、基本的に「総合事業で支援をしないと活動の継続や拡大が困難と思われる」取組かどうかポイントになるため、A 類型や現行サービスを除けば、主な対象は、住民主体やボランティア、NPO などになることが多いだろう。
 - なお、行政が実施運営してきた支援や事業について、相談支援や介護者支援など、すでに一般財源化された取組を総合事業に組み込むことは想定されていない。これらの事業の継続の可否等は、総合事業の枠外で改めて検討することになるだろう。
 - 総合事業に組み込む支援・サービスの選定は、【資源の開発】が完了してから開始するものではなく、同時並行で進めていくものである。【資源の開発】には地域への普及啓発から人材育成、取組の立ち上げまで多大な時間がかかるため、形成された支援・サービスから総合事業に組み込むかの検討を行って行くのが妥当である。
- (6) 地域での考え方の共有（規範的統合）が不可欠
- どのような支援やサービスを整備していくにしても、関係者間での「考え方の共有（規範的統合）」は不可欠だ。総合事業は「地域づくり」であるということを考えると、基本的にここでの関係者は、すべての地域住民となる。もちろん、行政職員、介護サービス事業所や NPO、各種団体などがこの中には含まれる。
 - 第Ⅰ部で「通いの場」づくりには個人の動機づけが重要であることを指摘したが、「地域づくり」も同様であり、関係者間で、①現状と将来像に関する共通認識を持ち、②地域として取り組む方向性を検討し、「考え方の共有」を進めることが大前提になる。
 - より具体的には、「なぜ総合事業に取り組む必要があるのか」について、住民も含め関係者が全員理解しているということである。単に「国の制度が変わったから、総合事業を実施する」という考え方では、地域住民や事業者、団体を動機づけることは難しいだろう。
 - 本解説書でも第Ⅰ部には、そのことが整理されている。伝える相手が専門職なのか、住民なのか、民間企業なのかによって、伝えるべきポイントや伝え方は、変わるものの、おおむね第Ⅰ部で整理したコンセプトが共有すべき考え方の基礎になるだろう。
 - こうした取組は、規範的統合とも呼ばれるが、総合事業に固有のプロセスではなく、地域包括ケアシステムを構築していく上においては、その都度、必要になるものであり、既存の体操教室やサロン、町内会などの集まりなどへの出前講座や、自治体が主催している生涯教育のプログラムや市民講座などにおいて根気よく周知していくことが極めて重要である。
 - こうした考え方の共有がないまま「地域づくり」を進めると、取組の初期は順調に進展しても、中心になっている関係者だけの取組にとどまり、地域全体に広がらなくなる。できる限り多くの地域住民が関わる「私たちの地域づくり」にすることが重要だ。
 - また、こうした共有は、自治体内部においても必要である。これまで自治体を中心に進めてきた「地域づくり」の取組の蓄積も相当の量になっているはずであり、これらを改めて全庁的に確認し、部門を越えて、再整理すべきである。そのためには、地域と考え方を共有する前提として、行政内部でも考え方の共有を進めることが重要である。

(1) 総合事業における介護予防ケアマネジメントの強化の重要性

- すでに指摘した通り、総合事業では、移行当初からすべてのサービスや支援を整備する必要はない。しかし、介護予防ケアマネジメントについては、移行した直後から、地域包括支援センターを中心に対応が必要となるため、移行前の段階で介護予防ケアマネジメントの方法について、自治体の方針を決定しておく必要がある。
- 地域資源の開発・発展により形成される各種の支援・サービスは、介護予防ケアマネジメントが十分に機能し、利用者のニーズに応じて活用されて初めて、社会参加による介護予防、顔なじみの関係の中での活動的な日常生活の継続、新たな人材の確保、費用の効率化といった効果が現れるものである。したがって、地域資源の開発と並行して、介護予防ケアマネジメントを強化していくことは、総合事業の実施にあたって重要なポイントになる。
- 介護予防ケアマネジメント強化により目指すのは、心身機能の低下に伴い意欲が低下しないよう、活動性の高い生活を維持することである。したがって、ケアマネジメントでは、本人の意欲へ働きかける技術やニーズに応じて多様な支援サービスを組合せ、状況の変化に応じて柔軟に変化させていく技術が求められる。
- また、介護予防の基本原則は、「心身機能を改善すること」よりも、「生活の継続性」を重視することから、「～ができない」ということよりも、「～ができるようになりたい」のように、生活との関連性に重点をおいてアセスメントを行うことが重要になる。
- 現在、介護保険サービス受給者数・介護給付費の伸び率が、後期高齢者数の増加率を上回っている背景の一つとして、こうした自立支援型のケアマネジメントが十分に機能していないことが考えられる。自治体はこの点をふまえ、地域包括支援センター及び委託先の居宅介護支援事業所と、総合事業のコンセプトや介護予防ケアマネジメントにおける基本的な考えを共有しておくことが求められる。

(2) 介護予防ケアマネジメントの三類型

- 総合事業における介護予防ケアマネジメントは、基本的にインテークから訪問によるアセスメント、ケアプランの原案作成段階までは、従来と同様である。ガイドラインでは、類型として介護予防ケアマネジメント A から C まで3つの類型を示しているが、これらについては、ケアプラン原案が作成された後に、対応が分かれている。なお、A から C の記号は、サービス・支援の類型に付されている A 類型等の記号とは関連性がないため、混同しないよう留意が必要だ。
- 介護予防ケアマネジメントについては、利用するサービス・支援の典型例から、大きく分けると、現行サービス、訪問型・通所型 A・C のように、指定事業所等による「サービス」と、住民主体による「支援」の2系統に分けて理解することができる。
- 本解説書では、総合事業の本質が住民主体の活動を中心とした「地域づくり」であることを説明してきた。ここでも、この住民主体の取組において、ケアマネジメントをどのように活かすのかという点から整理したい。

<図表 14：介護予防ケアマネジメント>

【アセスメント】利用者と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タイプを選択

- 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タイプが決まる。
- 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(案)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(従来型・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、現行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。

(3) 住民主体の支援におけるケアマネジメントC

- 今後の住民主体の地域づくりにおけるケアマネジメント(セルフマネジメント)の中核を担う手法は、ケアマネジメントCである。従来のような専門職による継続的なケアマネジメントではなく、介護予防手帳などを活用した、セルフプランを地域包括支援センターが相談に乗りながら利用者とともに作成する手法である。
- 利用者地域包括支援センターが相談しながら方針を決めていくという点では、これまでの総合相談と基本的な考え方は同様であるが、総合事業では、「生活の活発化による機能の維持向上」「社会参加による介護予防」が重視されている。住民主体の支援を中心に利用する場合、専門職が継続的に関与しないため、セルフマネジメントでこれに対応することが求められる。ケアマネジメントCにて重視されるべきポイントは、以下の2点である。
- 1点目は、心身機能の低下がみられていても、本人がやりたいことやできることを尊重し、それを少しずつでも増やしていく支援により自立を促し、生活の喜びを取り戻すことを目指している点である。生活上の支障に対し支援やサービスをあてるという発想ではない。
- 2点目は、生活の目標を達成するために、地域の様々な住民主体の活動機会を活用する点である。地域包括支援センターでは、従来より、こうした地域資源の把握や活用、担い手との関係づくりが行われてきた。ケアマネジメントCは、こうしたインフォーマルな支援の積極的な活用について改めて評価し、ケアマネジメントの一つとして位置付けるものである(なお、総合事業においては、給付管理を伴わないケアプラン作成に対しても、個別の報酬が支払われる)。

(4) 介護予防手帳を活用したマネジメント

- セルフマネジメントの力を高めるツールとして、本解説書とは別に介護予防手帳を作成している。介護予防手帳を用いて、本人の興味関心を把握した上で生活の目標を設定し、住民主体の支援による社会参加や生活の活発化を促しながら、本人意欲に働きかけていくことが期待される。なお、介護予防手帳は、あくまで例として示されているものである。ケアマネジメント C は、セルフマネジメントを促す取組であるため、高齢者自身が活用しやすいよう、各自治体でより簡素な様式を作成することも考えられる。
- ケアマネジメント C の対象者としては、地域介護予防活動支援事業や訪問型・通所型 B を中心に利用する高齢者が想定される。ただし、移行直後において通いの場などの地域介護予防活動支援事業（一般介護予防事業）の提供量が限られている地域では、介護予防ケアマネジメントに占めるケアマネジメント C の割合は、現状の総合相談の業務量と大きく変わらないと考えられる。住民主体の支援の拡充により、地域介護予防活動支援事業における要支援相当の高齢者の受入や訪問型・通所型 B が創設されれば、ケアマネジメント C の対象者はより拡大すると考えられる。
- ケアマネジメント C では、継続的なモニタリングが行われなため、状況悪化を見過ごさないよう、住民主体の通いの場や訪問型・通所型 B の担い手と地域包括支援センターの関係を構築しておく必要がある。利用者の状況に変化があった場合には、地域包括支援センターは改めて対象者のアセスメントを行い、現行相当サービスや訪問型・通所型 A の利用が必要と認められればケアマネジメント A・B、もしくは要介護認定の申請につなげていくことになる。

(5) 指定事業所サービスなど従来型の「サービス」の介護予防ケアマネジメント A・B

- 指定事業所のサービスや訪問型・通所型 C のサービスを利用する場合は、ケアマネジメント A・B が適用されるが、A と B は基本的には同じである。ケアマネジメントの開始段階では A・B の区別はなく、プロセスの中で状況に応じて、モニタリングの簡素化が可能な場合は B を活用するという考えである。たとえば、短期集中の訪問型・通所型 C を利用している、心身機能の状態が不安定、単身世帯など、定期的なモニタリングが必要と判断される場合は、ケアマネジメント A を適用するといった考え方ができるだろう。
- 基本的に「生活の活発化による機能の維持向上」「社会参加による介護予防」が重視される。したがって、指定事業者によるサービス提供について、受動的なサービス利用となっている等、自立を阻害していないかの確認が求められる。また、訪問型・通所型 C は短期利用を前提としているため、最長半年で住民主体の支援につなげる等、利用者の心身機能の状態に応じて支援・サービスを切り替える視点も必要である。
- 総合事業に移行直後は、現行相当のサービス利用者が主となるため、地域包括支援センターでは大半のケアマネジメントが A・B に該当することになると思われる。

(1) 地域の状況における基本的なデータの整理

- 総合事業は、全国統一の基準ではなく、各地域の特性にあわせて事業と地域の主体を構成できる点が最大の特徴といえる。したがって、総合事業・整備事業にかかる費用は、地域の取組の方法によって大きく変化するため、地域の特徴を正確に把握した上で、整備すべきサービスや支援体制を検討し、費用の管理を適正に行う必要がある。
- 総合事業の費用管理を適正に行うための前提として、各自治体においては、下表に示した項目について整理しておくことが必要である。総合事業の費用管理においては、事業費の伸び率を後期高齢者の伸び率以内に管理することが重要なポイントになる。したがって、現行の予防給付や地域支援事業の実施状況についての客観的な評価が行われていることが前提である。直近の予防給付の伸び率や後期高齢者人口の伸び率等を比較検討し、当該自治体において、どの程度の費用管理が必要かについても十分に検討する必要がある。

＜図表 15：自治体（または協議体）で把握すべき基礎データ＞

把握すべき事項	分析の視点
現行予防給付／地域支援事業の実施状況（給付・事業費）	全体の規模／直近数年間の伸び率等について給付情報から整理する。地域支援事業については、参加率について費用対効果の観点から整理する。また、予防給付における特定高齢者把握事業にかかる費用についても、総合事業では全数配布を実施しないことが原則となるため、確認が必要である。
後期高齢者人口の伸び率	後期高齢者人口の現行の予防給付直近数年間の伸び率と対比することで、事業費管理の必要範囲を知ることが可能。
各サービスについての事業所数、利用者数、従事者数の変化	既存の介護予防サービス事業所が、総合事業を契機に、訪問型 A・通所型 A に参入することも想定される。参入は、事業費用面に直接影響することから、事業所数やそのサービス提供量、利用者の動向を把握する必要がある。
国が示す上限式に当てはめた場合の事業費用	上記の情報から、総合事業を実施した際に、必要となる事業費を計算することができる。試算の結果、事業費の圧縮が必要な場合は、総合事業のコンセプトを改めて確認した上で、事業の整理統合等を検討する。

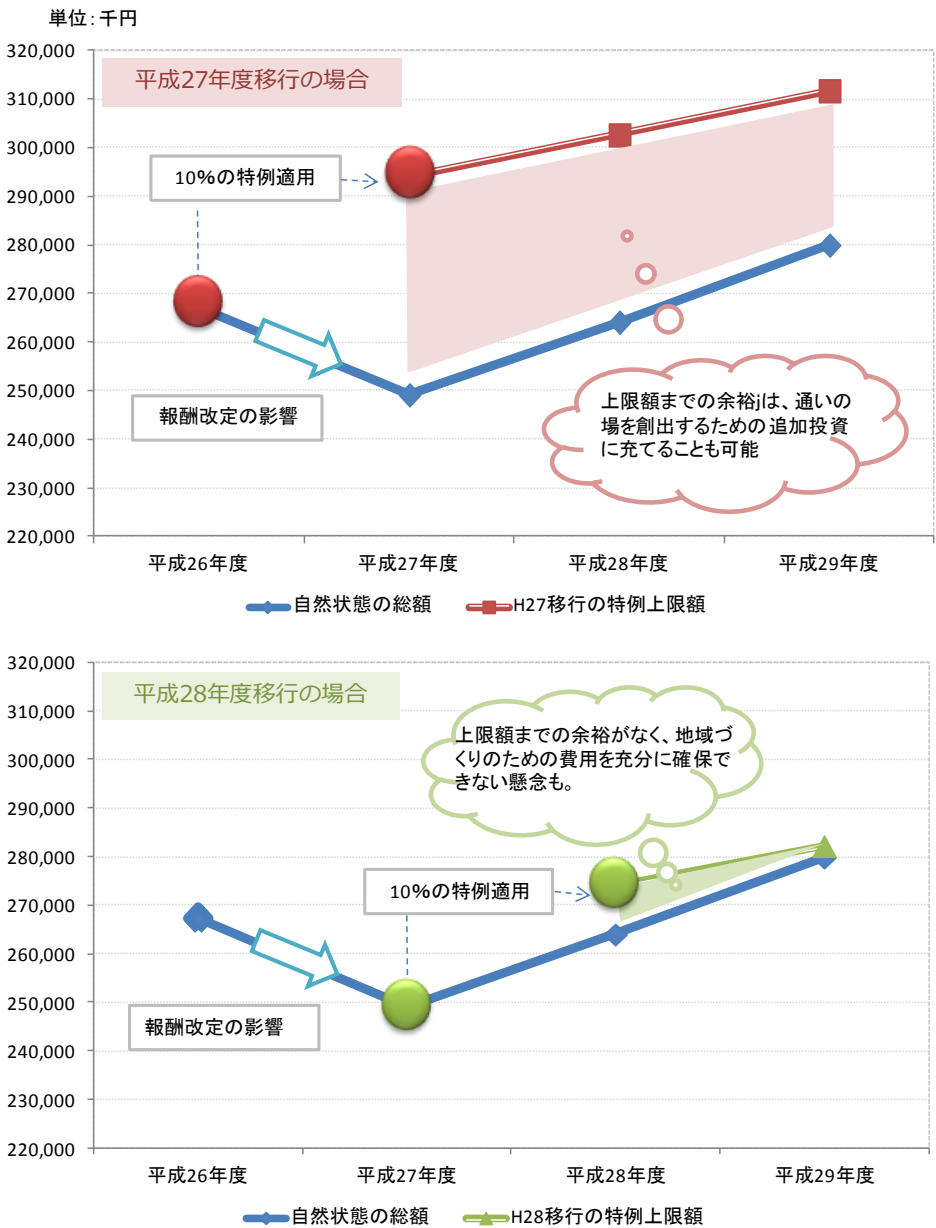
(2) 上限額の管理

- 総合事業では、上限額の管理が重要になる。ガイドラインに示されている通り、各年度の予算額の上限は、前年の事業費用に後期高齢者の増加率を乗じた額となっている。現在、全国的には、後期高齢者人口の増加率は、おおむね 3%程度であるのに対して、要支援者給付の増加率は年 5-6%となっており、予算・費用の管理を行わないまま、総合事業を運営すると多くの自治体で上限額を超えてしまう可能性が高い。
- こうした状況に対して、総合事業には、平成 29 年度末までの特例が設定されており、移行前年度の予防給付等の実績額に 110%を乗じた額を移行後初年度の費用の上限額とすることができる。また、移行翌年から平成 29 年度末までは、特例の上限額に後期高齢者の増加率を乗じた額

を上限額として設定する措置が取られている。これにより、費用額の増加率が後期高齢者人口の増加率を上回っている自治体においても、特例の期間中に、費用の効率化を進めることが可能になる。

- ただし、平成27年度は介護報酬が改定されており、特に介護予防給付サービスの報酬は全体として大きく引き下げられている。平成27年度に総合事業に移行する自治体の特例上限額は、平成26年度の給付実績に10%を乗じた額となるため、報酬改定の影響を受けないが、平成28年度以降に総合事業を開始する自治体においては、引き下げられた介護報酬を基準として特例の上限額を設定することとなる。

＜図表 16：総合事業への移行年度による特例の上限額の試算＞



*1：いずれの推計も75歳以上人口の増加率を3%、予防給付の増加率を各年6%増と仮定した。また、平成27年度報酬改定の影響率としては、介護予防訪問介護については、▲5%、介護予防通所介護については、▲22%、介護予防支援については4%増とし、総合事業対象外サービスのマネジメントが半数程度残ることを想定して計算した。なお、自然状態の総額には、総合事業導入による費用減の効果は見込んでいない。

*2：介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援の一部に係る給付及び、介護予防事業に係る費用の総額。

- その結果、平成 27 年度中の移行と平成 28 年度の移行では、特例の上限額に大きな開きが生じる。上限額までの余裕が小さくなれば、地域包括支援センターは、費用と上限額を意識しながら、介護予防ケアマネジメントを行わなければならないといった懸念も生じる。平成 26 年度実績を参照した特例上限額を適用する条件は、平成 27 年度中の移行となっていることから、たとえば補正予算を組み、平成 28 年 1 月の移行とすることも一つの方法である。

(3) 予算の上限額は、「地域づくり」の投資枠と考える

- 総合事業の予算における特例の上限額は、平成 29 年度末までの特別枠であり、平成 30 年度以降は、特例が適用されないため、前年度の費用に後期高齢者人口の増加率を乗じた額の枠内で事業の管理運営する必要がある。したがって、特例上限額の期間は、費用に関して配慮する必要がないという猶予期間を意味しているわけではない。現行サービスにかかる費用が、後期高齢者人口の増加率を超えたままであれば、平成 30 年度を迎えると同時に、各自治体は、費用管理が著しく困難になってしまう。
- むしろ、特例期間に、サービス等の本体費用を後期高齢者増加率内に管理するための努力（各種タイプのサービスや支援の創設）を継続することが目標になる。その上で、特例上限額までの余裕分については、平成 29 年度末までに、地域づくりの基盤的な整備としての先行投資を行っておくことを意味している。たとえば、「通いの場」を確保するために、公民館のトイレを洋式化する、手すりを設置する、体操教室用の DVD を作成する、といったまとまった初期投資を行うことも想定されるだろう。
- 一般介護予防事業の場合は、すでに言及した通り、中長期的に B 類型等の住民主体の誕生を期待するための「種まき」である。こうしたまとまった投資を、特例上限期間に行っておくことが、総合事業・整備事業の大きなポイントといえるだろう。

<参考資料>

<参考資料①：大和高田市における現行要支援者のケアプラン分析結果の概要>

■介護予防訪問介護の利用者【要支援者全体】（一週間あたりの利用回数別分析）

全体(n=273)	週1回利用	週2回利用	週3回利用	週4回利用	週5回利用	週6回利用	週7回利用	合計	提供されている利用者の割合
ゴミだし	24	8	2	0	0	0	0	34	12.5%
食器洗い	12	11	5	0	0	0	0	28	10.3%
掃除機をかける	178	41	4	0	0	0	0	223	81.7%
拭き掃除	157	35	4	0	0	0	0	196	71.8%
ポータブルトイレの掃除	6	3	1	0	0	1	0	11	4.0%
トイレ掃除	156	41	4	0	0	0	0	201	73.6%
風呂掃除	116	24	5	0	0	0	0	145	53.1%
洗濯機を回す	11	6	0	0	0	0	0	17	6.2%
洗濯物を干す	20	14	2	0	0	0	0	36	13.2%
洗濯物の取り入れ	14	9	1	0	0	0	0	24	8.8%
食材の買物	90	17	8	0	0	0	0	115	42.1%
日用品の買物	79	11	3	0	0	0	0	93	34.1%
薬の受け取り	8	1	0	0	0	0	0	9	3.3%
布団干し	23	5	0	0	0	0	0	28	10.3%
ベッドメイキング	12	11	1	0	0	0	0	24	8.8%
ボタンつけ等衣服の補修	2	0	0	0	0	0	0	2	0.7%
衣服の整理	5	0	0	0	0	0	0	5	1.8%
調理の下ごしらえ	14	14	3	0	0	0	0	31	11.4%
一般食調理	12	22	7	0	0	0	0	41	15.0%
刻み食等特別食調理	1	0	0	0	0	0	0	1	0.4%
治療食調理	0	0	1	0	0	0	0	1	0.4%
調理指導	1	1	1	0	0	0	0	3	1.1%
献立指導	1	1	1	0	0	0	0	3	1.1%
食事介助	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
水分補給	0	0	2	0	0	1	0	3	1.1%
更衣	0	3	0	0	0	0	0	3	1.1%
移乗	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
移動	1	1	0	0	0	0	0	2	0.7%
洗面	1	0	0	0	0	0	0	1	0.4%
整容	1	1	0	0	0	0	0	2	0.7%
爪切り	2	1	0	0	0	0	0	3	1.1%
トイレ誘導	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
おむつ交換	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
全身清拭	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
部分浴(手浴・足浴等)・洗髪	2	4	0	0	0	0	0	6	2.2%
入浴介助	13	14	5	0	0	0	0	32	11.7%
体位変換	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
リハビリ・運動の声掛け	3	2	1	0	0	0	0	6	2.2%
歩行・生活訓練のための散歩	1	0	0	0	0	0	0	1	0.4%
通院介助(車いす介助等)	1	0	0	0	0	0	0	1	0.4%
通院等乗降介護	5	0	0	0	0	0	0	5	1.8%
軟膏塗布	4	2	1	0	0	0	0	7	2.6%
服薬確認	6	7	2	0	0	0	2	17	6.2%
バイタルサインのチェック	4	9	3	0	0	0	0	16	5.9%
喀痰吸引	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
胃瘻注入	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
緊急時訪問介護加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
生活機能向上連携加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
早朝	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
夜間	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
深夜	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
身体介護20分未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%

出所)大和高田市

■介護予防訪問介護の利用者【要支援1】（一週間あたりの利用回数別分析）

全体(n=156)	週1回利用	週2回利用	週3回利用	週4回利用	週5回利用	週6回利用	週7回利用	合計	提供されている利用者の割合
ゴミだし	8	3	0	0	0	0	0	11	7.1%
食器洗い	5	7	0	0	0	0	0	12	7.7%
掃除機をかける	112	19	0	0	0	0	0	131	84.0%
拭き掃除	97	15	0	0	0	0	0	112	71.8%
ポータブルトイレの掃除	3	1	0	0	0	0	0	4	2.6%
トイレ掃除	97	18	0	0	0	0	0	115	73.7%
風呂掃除	75	12	0	0	0	0	0	87	55.8%
洗濯機を回す	3	4	0	0	0	0	0	7	4.5%
洗濯物を干す	8	6	0	0	0	0	0	14	9.0%
洗濯物の取り入れ	6	2	0	0	0	0	0	8	5.1%
食材の買物	49	6	0	0	0	0	0	55	35.3%
日用品の買物	39	4	0	0	0	0	0	43	27.6%
薬の受け取り	4	0	0	0	0	0	0	4	2.6%
布団干し	10	2	0	0	0	0	0	12	7.7%
ベッドメイキング	3	7	0	0	0	0	0	10	6.4%
ボタンつけ等衣服の補修	1	0	0	0	0	0	0	1	0.6%
衣服の整理	1	0	0	0	0	0	0	1	0.6%
調理の下ごしらえ	7	5	0	0	0	0	0	12	7.7%
一般食調理	9	13	0	0	0	0	0	22	14.1%
刻み食等特別食調理	1	0	0	0	0	0	0	1	0.6%
治療食調理	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
調理指導	0	1	0	0	0	0	0	1	0.6%
献立指導	0	1	0	0	0	0	0	1	0.6%
食事介助	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
水分補給	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
更衣	0	1	0	0	0	0	0	1	0.6%
移乗	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
移動	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
洗面	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
整容	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
爪切り	0	1	0	0	0	0	0	1	0.6%
トイレ誘導	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
おむつ交換	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
全身清拭	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
部分浴(手浴・足浴等)・洗髪	1	2	0	0	0	0	0	3	1.9%
入浴介助	6	8	0	0	0	0	0	14	9.0%
体位変換	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
リハビリ・運動の声掛け	2	2	0	0	0	0	0	4	2.6%
歩行・生活訓練のための散歩	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
通院介助(車いす介助等)	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
通院等乗降介護	2	0	0	0	0	0	0	2	1.3%
軟膏塗布	1	0	0	0	0	0	0	1	0.6%
服薬確認	4	4	0	0	0	0	0	8	5.1%
バイタルサインのチェック	3	6	0	0	0	0	0	9	5.8%
喀痰吸引	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
胃瘻注入	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
緊急時訪問介護加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
生活機能向上連携加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
早朝	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
夜間	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
深夜	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
身体介護20分未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%

出所)大和高田市

■介護予防訪問介護の利用者【要支援2】（一週間あたりの利用回数別分析）

全体(n=117)	週1回利用	週2回利用	週3回利用	週4回利用	週5回利用	週6回利用	週7回利用	合計	提供されている利用者の割合
ゴミだし	16	5	2	0	0	0	0	23	19.7%
食器洗い	7	4	5	0	0	0	0	16	13.7%
掃除機をかける	66	22	4	0	0	0	0	92	78.6%
拭き掃除	60	20	3	0	0	0	0	83	70.9%
ポータブルトイレの掃除	3	2	1	0	0	1	0	7	6.0%
トイレ掃除	59	23	4	0	0	0	0	86	73.5%
風呂掃除	41	12	5	0	0	0	0	58	49.6%
洗濯機を回す	8	2	0	0	0	0	0	10	8.5%
洗濯物を干す	12	8	2	0	0	0	0	22	18.8%
洗濯物の取り入れ	8	7	1	0	0	0	0	16	13.7%
食材の買物	41	11	8	0	0	0	0	60	51.3%
日用品の買物	40	7	3	0	0	0	0	50	42.7%
薬の受け取り	4	1	0	0	0	0	0	5	4.3%
布団干し	13	3	0	0	0	0	0	16	13.7%
ベッドメイキング	9	4	1	0	0	0	0	14	12.0%
ボタンつけ等衣服の補修	1	0	0	0	0	0	0	1	0.9%
衣服の整理	4	0	0	0	0	0	0	4	3.4%
調理の下ごしらえ	7	9	3	0	0	0	0	19	16.2%
一般食調理	3	9	7	0	0	0	0	19	16.2%
刻み食等特別食調理	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
治療食調理	0	0	1	0	0	0	0	1	0.9%
調理指導	1	0	1	0	0	0	0	2	1.7%
献立指導	1	0	1	0	0	0	0	2	1.7%
食事介助	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
水分補給	0	0	1	0	0	0	0	1	0.9%
更衣	0	2	0	0	0	0	0	2	1.7%
移乗	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
移動	1	1	0	0	0	0	0	2	1.7%
洗面	1	0	0	0	0	0	0	1	0.9%
整容	1	1	0	0	0	0	0	2	1.7%
爪切り	2	0	0	0	0	0	0	2	1.7%
トイレ誘導	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
おむつ交換	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
全身清拭	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
部分浴(手浴・足浴等)・洗髪	1	2	0	0	0	0	0	3	2.6%
入浴介助	7	6	5	0	0	0	0	18	15.4%
体位変換	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
リハビリ・運動の声掛け	1	0	1	0	0	0	0	2	1.7%
歩行・生活訓練のための散歩	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
通院介助(車いす介助等)	1	0	0	0	0	0	0	1	0.9%
通院等乗降介護	3	0	0	0	0	0	0	3	2.6%
軟膏塗布	3	2	1	0	0	0	0	6	5.1%
服薬確認	2	3	2	0	0	0	0	7	6.0%
バイタルサインのチェック	1	3	3	0	0	0	0	7	6.0%
喀痰吸引	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
胃瘻注入	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
緊急時訪問介護加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
生活機能向上連携加算	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
早朝	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
夜間	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
深夜	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
身体介護20分未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%

出所)大和高田市

■介護予防通所介護の利用者（一週間あたりの利用回数別分析）

	要支援者全体(n=294)					要支援1(n=151)					要支援2(n=143)				
	週1回 利用	週2回 利用	週3回 利用	合計	提供されて いる利用 者の割合	週1回 利用	週2回 利用	週3回 利用	合計	提供されて いる利用 者の割合	週1回 利用	週2回 利用	週3回 利用	合計	提供されて いる利用 者の割合
食事の提供	65	80	5	150	51.0%	52	19	2	73	48.3%	13	59	3	75	52.4%
直接的な食事介助(見守り以外)	3	1	0	4	1.4%	2	0	0	2	1.3%	1	1	0	2	1.4%
栄養改善	4	4	0	8	2.7%	1	2	0	3	2.0%	3	2	0	5	3.5%
口腔機能改善	4	4	0	8	2.7%	1	0	0	1	0.7%	3	4	0	7	4.9%
歯磨き・口腔内清拭	8	24	2	34	11.6%	7	6	0	13	8.6%	1	18	2	21	14.7%
部分浴・洗髪	9	8	0	17	5.8%	4	3	0	7	4.6%	5	5	0	10	7.0%
入浴	62	95	12	169	57.5%	49	26	2	77	51.0%	13	67	10	90	62.9%
爪切り	93	3	0	96	32.7%	47	2	0	49	32.5%	46	1	0	47	32.9%
おむつ交換	2	3	0	5	1.7%		1	0	1	0.7%	2	2	0	4	2.8%
運動機能改善	89	85	4	178	60.5%	74	24	1	99	65.6%	15	61	3	79	55.2%
作業療法	10	9	0	19	6.5%	9	3	0	12	7.9%	1	6	0	7	4.9%
生活訓練	9	11	1	21	7.1%	9	5	1	15	9.9%	0	6	0	6	4.2%
レクリエーション	85	101	7	193	65.6%	71	29	1	101	66.9%	14	71	6	91	63.6%
バイタルサインのチェック	113	134	12	259	88.1%	94	40	2	136	90.1%	19	92	10	121	84.6%
服薬確認	21	39	2	62	21.1%	18	11	0	29	19.2%	3	28	2	33	23.1%
看護師による投薬	1	3	0	4	1.4%	1	0	0	1	0.7%	0	3	0	3	2.1%
看護師による処置	2	4	0	6	2.0%	2	1	0	3	2.0%	0	3	0	3	2.1%
情報提供のための生活リズムの観察	7	7	1	15	5.1%	5	5	0	10	6.6%	2	2	1	5	3.5%
脳トレ・認知症予防	50	56	2	108	36.7%	43	15	1	59	39.1%	7	39	1	47	32.9%
他者との交流・会話	112	139	11	262	89.1%	93	43	2	138	91.4%	19	94	9	122	85.3%
季節行事目的	43	30	2	75	25.5%	26	8	1	35	23.2%	17	20	1	38	26.6%
外出目的	72	82	7	161	54.8%	57	25	1	83	55.0%	15	55	6	76	53.1%
気分転換	92	112	9	213	72.4%	75	36	1	112	74.2%	17	76	8	101	70.6%
見守り	7	24	1	32	10.9%	6	9	1	16	10.6%	1	15	0	16	11.2%
家族のレスパイト	9	13	0	22	7.5%	8	4	0	12	7.9%	1	9	0	10	7.0%
昼間独居対策	7	15	2	24	8.2%	7	6	0	13	8.6%	0	9	2	11	7.7%
ナイトケア	0	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0.0%

出所)大和高田市

<参考資料②：生活困窮者自立支援制度と介護保険制度との連携について（通知）>

社援地発0327第4号
老振発0327第5号
平成27年3月27日

都道府県
指定都市
中核市

生活困窮者自立支援制度主管部（局）長
高齢者保健福祉・介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局地域福祉課長
厚生労働省老健局振興課長
(公 印 省 略)

生活困窮者自立支援制度と介護保険制度との連携について（通知）

平成27年4月から生活保護に至る前の段階にある生活困窮者に対する自立支援策を強化するため、生活困窮者自立支援法（平成25年法律第105号。以下「新法」という。）が施行される。

生活困窮者自立支援制度（以下「新制度」という。）は、失業、疾病、家族の介護、本人の心身の状況など複合的な課題を抱える生活困窮者の自立に向け、自立相談支援事業を中核に、住居確保給付金の支給、就労準備支援事業や家計相談支援事業などによる支援を提供するものである。

一方、介護保険制度に関しては、「団塊の世代」が75歳を迎える2025年に向けて、高齢者が要介護状態になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるようにするため、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が包括的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が求められている。今般、市町村を中心とした取組を更に進めるため、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）により介護保険法が改正されたところ、例えば、生活支援の体制整備に向け、平成27年4月より準備のできた市町村から生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置や協議体の設置等を推進することとされている。

生活困窮者や高齢者等の支援を要する者に対して地域で包括的な支援を行うためには、両制度が連携し、取組を進めることが重要である。

今般、両制度における連携について下記のとおり通知するので、各自治体の関係主管部局におかれては、その趣旨や内容を理解いただき積極的に連携を進めていただくとともに、各都道府県におかれては、管内市町村（指定都市及び中核市を除く。）及び関係機関等に周知いただくよう、よろしく願いしたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定による技術的な助言であることを申し添える。

記

1 連携の基本的な考え方

要介護状態や要支援状態にある高齢者等は介護保険法に基づく保険給付や地域支援事業を利用し、一方、経済的に困窮する者の支援については、新制度を利用することにより、本人の自立に向けた支援を行うことが基本と考えられる。

新制度においては、介護保険制度の要介護、要支援に該当しない者について支援が可能となる場合があると同時に、アウトリーチを含めた対象者の早期発見に取り組むこととしているため、地域包括支援センター等の関係機関とも連携しながら、これまで介護保険制度の利用に至っていなかった支援を要する高齢者を発見し介護保険制度を含む高齢者向けの施策につなぐことが可能になると考えられる。

なお、新制度は稼働年齢層の利用が中心となるが、生活困窮者のうち介護保険制度等の利用が適当な者について、介護保険制度等の利用に向けた調整など高齢者向けの施策を利用するに当たっての支援を行うこと、高齢者が新制度に基づく就労支援、家計相談支援等の高齢者向けの支援施策にはない事業を利用するに当たっての調整等を行うことが考えられる。

また、高齢者向けの施策の対象となっている高齢者の居宅において、稼働年齢層で就労せず引きこもっているといった事例もみられ、こうした世帯において、両制度が機能することで、世帯全体への包括的な支援が可能となる。

さらに、このような個人に対する支援での連携という側面だけでなく、支援を必要な者が地域で自分らしく暮らしていけるような地域づくりを進めるといった側面からも両制度が連携することは極めて重要である。

2 庁内連携体制の構築

地域包括ケアシステム構築を進めるためには、介護保険担当部局や高齢者福祉担当部局だけでなく、首長を中心として、企画部門や財政部門なども含め、全庁的に取組を行うことが望ましいところ。

特に、生活困窮者の早期発見や包括的な支援を行うという観点では、庁内連携体制の構築が必要不可欠であり、介護保険担当部局や高齢者福祉担当部局との連携も重要である。

具体的には、双方の担当者がそれぞれの担当する施策の意義や内容を適切に理解するとともに、それぞれの専門性に応じて具体的な役割分担を定めるなど、実際に機能する連携体制の構築に向けた取組を行うことが望ましい。

連携体制を構築するに際しては、例えば、まず、本通知に添付の各種資料や関連ホームページに掲載されている資料を活用して、学習会を両部局で行い、関係者間で知識の共有を図る等の取組が考えられる。

3 地域包括支援センター等との連携

新制度の取組を通じて、「地域で支えられていた人」が「支える人」に回るなどといった地域づくりを進めることは、現在は介護保険制度を中心に組み込まれている地域包括ケアシステム構築にも資するものであり、高齢者が地域で安心して生活できることにつながるものである。

このようなことを念頭に、庁内に限らず、自立相談支援事業を行う者（以下「自立相談支援機関」という。）と地域包括支援センターなどの関係機関との連携体制の構築も重要である。

また、相談支援のノウハウを持つ地域包括支援センターを運営する法人が、当該センター機能を活用しながら自立相談支援事業を受託することも考えられる。

4 地域ネットワークの整備等に係る連携

新制度では、地域づくりも制度の目指す目標の一つとしており、介護保険制度における生活支援の充実も地域づくりの推進等の観点から実施される。このことから、下記①及び②のとおり、両制度が必要に応じ連携することにより、地域における生活困窮者や高齢者等を取りまく問題、課題等を明確にしつつ、効果的・効率的に事業を行うことが可能となる。

なお、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいく中、各地域において支援のネットワークの整備が進んでいる場合もあると考えられ、新制度においても当該ネットワークを活用することが効果的である。

①支援調整会議等と協議体の連携

地域の関係機関が参集し地域づくり等を検討する場として、新制度においては支援調整会議等、介護保険制度においては協議体等が設けられるが、例えば、小規模な自治体では参集者の重複等も考えられるところ。

このため、地域の実情に応じ、各々が別々に会議を設置・開催するのではなく、分科会形式の設置・開催とすることや、共同設置・開催とするといった方法により会議を効率的に開催することが考えられる。

なお、会議を連携して実施する場合においても、新制度は、制度の狭間を生まないことを目的としているものであることから、自立相談支援機関が会議の中で中核的な役割を果たすことも考えられる。

②自立相談支援事業の相談支援員等と生活支援コーディネーターの連携

新制度においては、生活困窮者支援に関する様々なネットワークづくりや社会資源の開発を行う自立相談支援事業の相談支援員、主任相談支援員が配置され、介護保険制度においては、生活支援サービスの提供体制の構築に向けた社会資源の開発等を行う生活支援コーディネーターが配置される。

地域の実情等を踏まえ、自立相談支援員と生活支援コーディネーターが情報交換の場を持つなど、これらの者が連携して支援に取り組むことが求められる。さらに、必要に応じて両者が兼務することも可能とすることで、総合的な事業展開が可能となる。

なお、両者が兼務する場合においては、補助金等の適正な執行という観点から、例えば、各業務に従事する時間数等で按分するなどの必要があることに留意すること。