

令和2年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する
調査研究事業

【報告書】

～「なじみの関係」を大切にしたい「その人らしい生活の継続」のために～

令和3（2021）年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

<目次>

序章 事業の概要	1
1 事業の目的	1
2 事業の内容	2
第1章 総合事業の対象者の弾力化とは？	4
1 対象者の弾力化の目的	4
(1) 目指すのは、「なじみの関係」を大切に「その人らしい生活の継続」	4
(2) 弾力化の結果として期待される「共生社会」と「地域力強化」の推進	6
(3) 総合事業が支える「つながり」は、一人ひとりの大切な「なじみの関係」の一部	6
2 制度改正の背景と概要	7
(1) 総合事業の実施において、対象者が要支援者等に限られることが課題に	7
(2) 介護保険部会の意見書において、総合事業の対象者等の弾力化の必要性を明記	8
(3) 意見書を踏まえ、総合事業の対象者とサービス価格の上限を弾力化(省令の改正)	8
(4) 総合事業の対象者等の弾力化の目的と、留意すべき事項	9
3 弾力化の実施意向など	10
(1) 住民主体のサービスについて、要介護者も利用している市町村の割合	10
(2) 総合事業の対象者の弾力化を「実施予定」の市町村は、約 16.3%	11
(3) 総合事業のサービス価格の上限の弾力化を「実施予定」の市町村は、約 4.9%	12
4 弾力化を考える前に持つべき基本認識	14
(1) 総合事業の補助等の有無によらず、地域の住民主体のサービスは「誰でも利用可」	14
(2) 弾力化で追加されたのは「利用できる対象者」でなく「運営費を補助する対象者」	14
(3) 「利用できるサービス(選択肢)が増える」ことは、利用者にプラス	15
(4) 「継続的に利用する要介護者」とは何か？	15
(5) 「要支援者等」or「要介護者」では、個別性の高いケアは実現できない	16
(6) ケアプランに、住民主体のサービスを組み込んでいくことの重要性	17
(7) 総合事業のサービス価格の上限の弾力化は、各市町村の戦略を反映する武器	18
第2章 住民主体のサービス・活動における、要介護者等の適切な利用・参加の ための取組	19
1 基本的な考え方	19
(1) 「利用者の状態に応じた適切な対応」の必要性	19
(2) 個々の活動の主体性・多様性を尊重することが大切	20
(3) 市町村は、「適切なケアマネジメント」を実現するための仕組みを構築	21
2 住民主体の活動における、要介護者等の適切な参加のための取組	22
2-1 基本的な考え方・ルール等の明確化と共有	25
2-2 適切な受け入れ体制等の構築(※中長期的な取組)	26
(1) ケアマネジャーと住民主体のサービス提供団体等との連携支援	26
(2) 人材育成・意識の共有	27
2-3 適切なケアマネジメントの実施(※主に、一人ひとりの要介護者等を対象とした取組)	31
(1) アセスメント・意向確認	31
(2) ケアプランの作成など	34

(3) モニタリング・緊急時の対応	37
第3章 介護予防・日常生活支援総合事業の 利用に関する調査(アンケート調査).....	39
1 実施概要	39
2 調査の結果.....	40
2-1 回収結果.....	40
2-2 調査結果.....	41
(1) 各サービス・事業の現状における要介護者の利用の有無	41
(2) 総合事業の対象者・サービス価格の上限の「弾力化の実施意向」.....	44
(3) 弾力化の対象とするサービスの種類.....	46
(4) 対象者の弾力化を「実施する方針」とした理由・しなかった理由	54
(5) 弾力化の実施に向けて取り組むべき事項	57
(6) 要介護者や要支援者等への適切なサービス提供に向けた取組・工夫	59
第4章 ヒアリング調査結果.....	71
1 実施概要	71
2 ヒアリング調査結果概要.....	72
2-1 神奈川県秦野市.....	72
2-2 東京都八王子市.....	77
2-3 大阪府大東市.....	83
2-4 島根県美郷町.....	90
2-5 奈良県生駒市.....	93
2-6 東京都世田谷区.....	99
2-7 茨城県取手市.....	109
2-8 岐阜県大垣市.....	114

資料編

介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査 アンケート調査票

序章 事業の概要

1 事業の目的

- 「介護保険制度の見直しに関する意見(介護保険部会,令和元年 12 月)」では、介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)について、適切なケアマネジメントの担保等を前提とした、対象者の弾力化を進めることが重要であることが示されました。
- そして、それを受けて総合事業の対象者の弾力化、およびサービス価格の上限の弾力化を行うことを明記した「介護保険法施行規則の一部を改正する省令」が公布(令和2年 10 月 22 日)、令和3年4月1日から施行されることとなりました。
- 「対象者の弾力化」とは、すなわち『住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対する補助事業(B型・D型)について、要支援者等に加えて、介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者(継続利用要介護者)も対象となる』というものです。
- また、「サービス価格の上限の弾力化」とは、『サービス価格(単価)については、国が定める額を「上限」ではなく「目安」とし、市町村において国が定める目安の額を勘案して具体的な額を定めることが可能になる。』というものです。
- このように、今後は総合事業の補助によって実施される住民主体のサービス(B型・D型)を継続的に利用する要介護者については、当該サービスをより一層活用しやすい環境となることから、今後は、一人ひとりの利用者の生活ニーズに応じて、多様な資源を組み合わせる適切なケアマネジメントを実現していくことが、より一層重要となります。
- 本事業では、このようなケアマネジメントの実現に向けて、総合事業のサービス・活動に既に要介護者が参加している自治体、適切なケアマネジメントの実践を実現する仕組み等を構築している自治体へのヒアリング調査を行います。
- また、総合事業の対象者の弾力化に関する自治体の取組予定や課題等を把握するためのアンケート調査を実施し、検討委員会における議論等を通じて、総合事業の対象者等の弾力化にあたっての、適切なケアマネジメントの実現に向けた基本的な考え方や先進自治体の取組事例等を整理することを目的とします。

2 事業の内容

① 検討委員会の設置・運営

有識者による検討委員会を立ち上げ、本報告書を取りまとめました。

【検討委員会】

油野 初音	広島市古田地域包括支援センター
石川貴美子	秦野市 福祉部高齢介護課 参事(兼)高齢者支援担当課長
瓜生 律子	社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団 世田谷福祉人材育成・研修センター センター長
大西 淑子	生駒市東生駒地域包括支援センター センター長
金城 美香	糸満市 福祉部介護長寿課 糸満市地域包括支援センター
◎ 高良 麻子	法政大学 現代福祉学部 福祉コミュニティ学科 教授
西 ミキ	加賀市 健康福祉部長寿課 加賀市地域包括支援センター 所長

◎は委員長

【オブザーバー 厚生労働省老健局】

佐々木忠信	認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 室長補佐
平嶋 由人	認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 地域包括ケア推進係長
藤原 里美	認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 地域包括ケア推進官
清水 智子	認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 地域包括ケア推進係
岩田 卓	認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 地域包括ケア推進係

【事務局 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社】

岩名 礼介	共生・社会政策部 部長・主席研究員
鈴木 俊之	共生・社会政策部 主任研究員
古賀 祥子	共生・社会政策部 研究員

検討委員会は、3回開催しました。なお、新型コロナウイルスの感染防止対策という観点から、検討委員会は、WEBを通じた会議としました。

	日時	主な議事
第1回	令和2年8月 17 日(月) 18:00～20:00	・本事業の実施概要 ・アンケート調査票 ・ヒアリング調査
第2回	令和3年1月 26 日(水) 10:00～12:00	・アンケート調査結果(中間報告) ・ヒアリング調査結果(中間報告) ・報告書の構成(案)
第3回	令和3年3月 17 日(水) 18:00～20:00	・報告書(案)

② 市町村を対象としたアンケート調査の実施

令和3年4月以降の総合事業の対象者及びサービス価格の上限の弾力化の実施に向けて、全国の市町村における総合事業の実施に係る現状や、次年度以降の弾力化に関する取組予定等を把握することを目的としたアンケート調査を実施しました。

(主な調査内容)

- ・ 現在の総合事業(補助)の実施状況と、要介護者の利用の有無
- ・ 「総合事業の対象者の弾力化」の実施意向とその理由
- ・ 「総合事業のサービス価格(単価)の上限の弾力化」の実施意向とそのイメージ
- ・ 弾力化の対象とするサービスの種類
- ・ 要介護者や要支援者等への適切なサービス提供に向けた取組・工夫 など

③ ヒアリング調査の実施

総合事業のサービス・活動に既に要介護者が参加している自治体、適切なケアマネジメントの実践を実現する仕組み等を構築している自治体へのヒアリング調査を行い、要支援者・要介護者等への適切なサービス利用に向けて行っている工夫・取組などについて把握しました。

(主な調査内容)

- ・ 現状における総合事業の実施状況
- ・ 総合事業のサービス利用時における工夫
- ・ 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫
- ・ その他の中長期的な取組・工夫 など

④ 報告書の作成

①～③の調査・検討結果について、報告書として取りまとめました。

第1章 総合事業の対象者の弾力化とは？

1 対象者の弾力化の目的

(1) 目指すのは、「なじみの関係」を大切にした「その人らしい生活の継続」

- 「介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)」は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体の参画により、多様なサービス・活動を充実させ、地域の支え合いの仕組みづくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等の実現を目的としています。
- 高齢者一人ひとりの生活は、地域にある様々なサービスの利用や社会との関わりにより成り立っており、要支援・要介護認定を受けたとしても、その重要性が変わることはありません。仮に要支援・要介護認定を受けた後に、利用できるサービスや参加できる活動が直ちに限定されるのであれば、それまで本人が築き上げてきた生活が大きく変化することになり、意欲の低下につながることも懸念されます。
- したがって、総合事業においては、高齢者一人ひとりの心身の状態が変化したとしても、本人のこれまでの生活の中にある「したいこと」、「今できていること」を出来る限り続けられるよう、「本人の持っている能力を引き出し、身体機能の維持改善と自立した生活を継続していけるような支援体制を構築し、「その人らしい生活の継続」を目指していくことが重要です。
- そして、そのためには、介護予防ケアマネジメントにおいて、高齢者一人ひとりの「意欲の源を見極め」、その意欲が失われることがないように、「なじみの関係からなるべく切り離さない」ことが重要とされます。

図表 1-1 介護予防ケアマネジメントで重要なこと¹



¹ 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業 報告書」,平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

- 「総合事業の対象者の弾力化」は、要介護者となり、介護保険給付を受けるようになった後も、本人がこれまで利用・参加してきた住民主体のサービス(補助事業のB型・D型)を、引き続き利用しやすくするためのものです。
- これは、要介護者になっても、「なじみの関係」を大切にしたい「その人らしい生活の継続」を実現するためのものであり、介護保険給付によるサービスの利用を抑制するためのものではありません。
- もちろん、心身の状態の悪化に伴い、「助け合い」でカバーできる範囲は徐々に少なくなっていくかもしれません。しかしながら、心身の状態や生活スタイル、さらには「意欲の源」が何であるかは高齢者一人ひとりで異なります。要介護認定を受けたことだけを理由に、本人の意向によらず、本人が築き上げた「なじみの関係」に参加することを一律に抑制することは、適当といえるでしょうか。
- もし本人が継続して参加したいという意向を持っているにも関わらず、「要介護認定を受けたら、通い慣れたこのサロンに引き続き参加することができなくなる」と知ったら、要介護認定を受けることをためらうかもしれません。そのようなケースこそ、介護保険給付のサービス利用の抑制につながることを懸念すべきではないでしょうか。
- 総合事業の対象者の弾力化は、「要介護者」であることだけを理由に画一的にサービスの利用・活動への参加を制約してきたこれまでの仕組みをより柔軟なものとし、高齢者一人ひとりに対する適切なケアマネジメントを通じてその多様なニーズに応えることにより、本人のより良い介護予防や「ウェルビーイング」(well-Being)の増進につなげることを目的とするものです。

(2) 弾力化の結果として期待される「共生社会」と「地域力強化」の推進

- (1)のとおり、住民主体のサービス・活動について、引き続き利用・参加したいと希望する要介護者がいる場合は、本人のニーズに応え、「その人らしい生活の継続」を実現していただくことは、本人の自立支援・重度化防止や「ウェルビーイング」(well-Being)の増進といった観点から効果的であるといえます。
- 一方で、住民主体のサービス・活動の利用・参加は、活動を行う住民と参加する住民の双方の希望があって初めて実現するものです。本人のニーズを重視するあまり、そこで活動をする住民ボランティア等に無理が生じてしまい、その自主的な活動の妨げになることがあってはいけません。
- しかしながら、要支援者等の多くが住民主体のサービス・活動に参加するようになった地域では、今後徐々に「継続参加を希望する要介護者」と、それを「受け入れたいと希望する団体等」が増えていくことも期待できるのではないのでしょうか。
- そして、対象者の弾力化を経て、徐々に要介護者の参加が多くなった「場」では、それが日常となり、自然と「共生社会」と「地域力強化」が推進されていくことになるのではないのでしょうか。
- 多くの地域で要介護者の増加とその生活を支える専門職の不足が問題となる中、このような高齢者一人ひとりの「なじみの関係」とそれを支える一人ひとりの活動を支援することは、より多くの要介護者等を支えることができる「地域力強化」につながることも期待できます。
- 総合事業の対象者の弾力化は、本人のより良い自立支援・重度化防止や「ウェルビーイング」の増進につなげるためのものですが、その結果として、地域における「共生社会」と「地域力強化」の推進など、地域全体の目標につながることを見据えつつ、中長期的な取組を継続していくことが重要です。

(3) 総合事業が支える「つながり」は、一人ひとりの大切な「なじみの関係」の一部

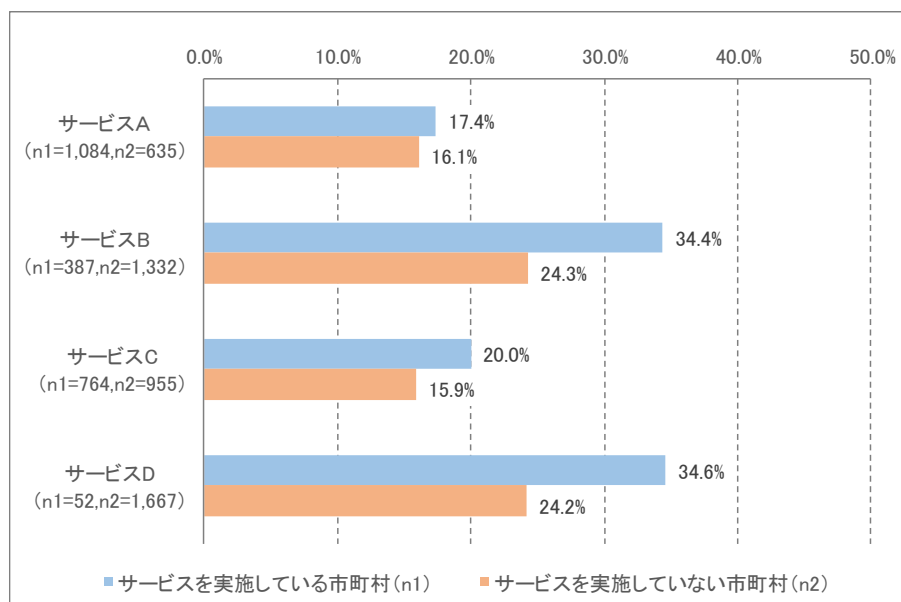
- 本報告書は、総合事業の弾力化を主たるテーマとしているため、総合事業の住民主体のサービス・活動に継続して参加することが、「なじみの関係」の維持に寄与するという視点から記載をしています。
- しかしながら、総合事業が支える「つながり」は、多くの場合一人ひとりの生活を支えている「なじみの関係」のほんの一部です。ここに記載する「その人らしい生活の継続」を目指すには、より広い視点から本人の生活を支えている「一人ひとりにとっての」地域資源を把握し、その関係性を出来るだけ維持していくための取組を推進していくことが大切です。
- 「なじみの関係」を大切にしたい「その人らしい生活の継続」は、総合事業の対象者の弾力化という狭い視点からみる目標ではなく、すべての市町村が取り組むべき「適切なケアマネジメントの推進」という視点からみることが必要です。

2 制度改正の背景と概要

(1) 総合事業の実施において、対象者が要支援者等に限られることが課題に

- 総合事業の対象者は、現状(令和2年度)では、要支援認定者・チェックリスト該当者(以下、要支援者等)に限定されています。ただし、共生社会の観点から、その他の高齢者、障害者、児童等を対象に含めた住民主体の支援については、支援の対象の半数以上が要支援者等であれば、「運営費全体」を補助することが可能とされています²。
- このように、総合事業の対象者が原則として「要支援者等に限られてしまっている」ことについては、それが原因で「事業が実施しにくい」と感じている市町村も多いのが現状です(図表 1-2)。

図表 1-2 各サービスを実施する上での課題(複数回答)について、「対象者が要支援等に限られてしまっていることで、事業が実施しにくい」を選択した市町村の割合



(出典)株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究事業」,令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

² 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(P.112)

(2) 介護保険部会の意見書において、総合事業の対象者等の弾力化の必要性を明記

- このような状況を踏まえ、「介護保険制度の見直しに関する意見(以下、意見書)」（令和元年 12 月 27 日社会保障審議会介護保険部会）では、総合事業を「より効果的に推進」し、「地域のつながり機能を強化していく」ために、以下の内容等が明記されました。

(意見書 P.5 抜粋) ※下線は本報告書にて加筆

- 現在、総合事業の対象者が要支援者等に限定されており、要介護認定を受けると、それまで受けていた総合事業のサービスの利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続することを可能とする観点から、介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、弾力化を行うことが重要である。その際、認知症など利用者の状態に応じた適切な対応を行うことや、適正な事業規模とすべきことに留意が必要である。具体的には、総合事業の対象者の弾力化にあたり、ケアマネジメントを通じて適切な事業の利用が担保されること、あわせて、国において弾力化後の事業の利用者の変化の状況や具体的なサービスの利用の状況などを定期的に把握・公表することが重要である。
- 国がサービス価格の上限を定める仕組みについて、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため、弾力化を行うことが重要である。その際、適正な事業規模とするよう留意が必要である。また、引き続き基準となる単価設定は必要との意見があることにも留意が必要である。国が定めたサービス価格の上限を上回る価格設定を行う場合は、国において引上げ額及びその理由を定期的に把握・公表することが重要である。

(3) 意見書を踏まえ、総合事業の対象者とサービス価格の上限を弾力化（省令の改正）

- (2)の意見書の内容を踏まえ、「介護保険法施行規則の一部を改正する省令(以下、改正省令)」が公布(令和2年 10 月 22 日)、令和3年4月1日から施行されることになりました。改正の内容については、「介護保険法施行規則の一部を改正する省令の公布について(通知)(以下、通知)」において、「第1号事業に関する見直し」として、以下が明記されました。

(通知 P.2 抜粋)

- (1) 第1号事業の対象者の弾力化(則第 140 条の 62 の4関係)第1号事業の対象者に、要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービス並びにこれらに相当するサービスを受ける前から市町村の補助により実施される第1号事業のサービスを継続的に利用する居宅要介護被保険者を追加することとする。
- (2) 第1号事業のサービス価格の上限の弾力化(則第 140 条の 63 の2関係)
第1号事業のサービス価格について、国が定める額を勧告して市町村が定めることとする。

- これは、(1)が「対象者の弾力化」、(2)が「サービス価格(単価)の上限の弾力化」です。
- (1)については、すなわち『要介護認定による介護給付のサービスを受ける前から「市町村の補助により実施される住民主体のサービス(B型・D型)を利用しており、介護給付サービスを利用した後も、当該事業を継続的に利用する要介護者を、市町村の判断により事業の対象に加えることが可能になる。』というものです。
- また、(2)については、『介護予防・生活支援サービス事業(第1号事業)のサービス価格(単価)については、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため、国が定める額を「上限」ではなく「目安」とし、市町村において国が定める目安の額を勘案して具体的な額を定めることが可能になる。』というものです。「基本単価と加算を含め、国が定める価格の上限を超えて設定する」ことができるようになります。
- 以下では、「(1)総合事業の対象者の弾力化」と「(2)総合事業のサービス価格(単価)の上限の弾力化」を合わせて、「総合事業の対象者等の弾力化」と記載します。

(4) 総合事業の対象者等の弾力化の目的と、留意すべき事項

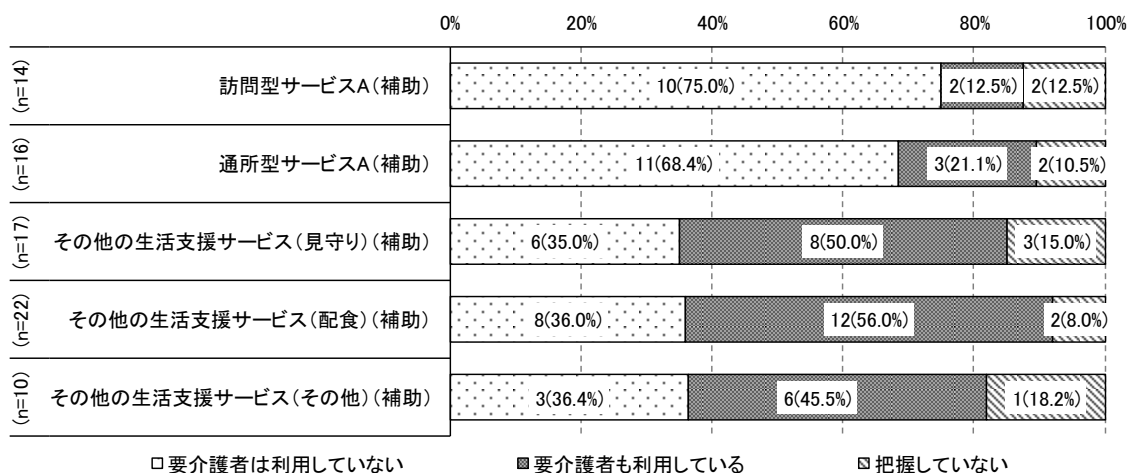
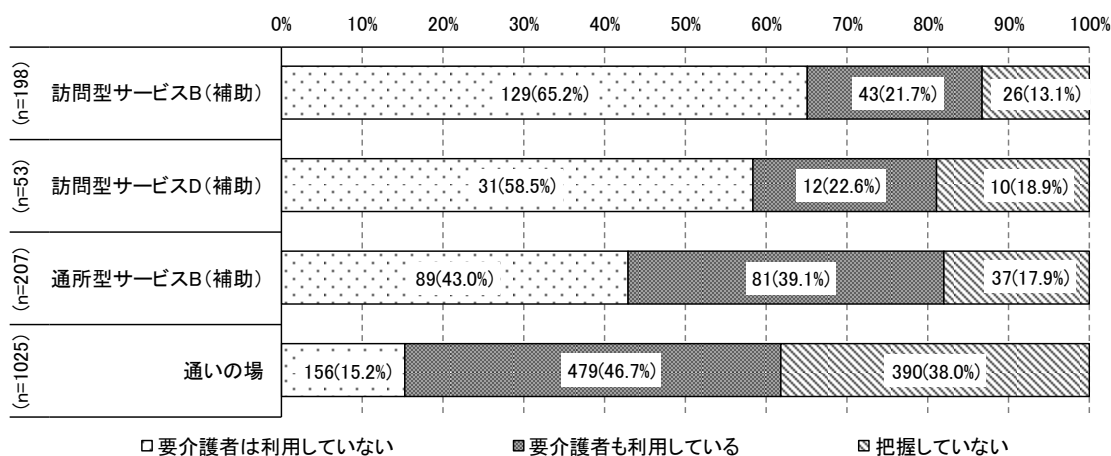
- 総合事業の対象者等の弾力化の目的は、意見書に記載されたとおり「総合事業の効果的な推進」と「地域のつながり機能の強化」であるといえます。一方で、対象者の弾力化については、同じく意見書で示されたとおり「認知症など利用者の状態に応じた適切な対応を行うこと」など、「ケアマネジメントを通じた適切な事業の利用が担保」される必要があることに留意する必要があります。
- また、総合事業の対象者等の弾力化については、「要介護者が給付を受けられなくなることに反対」、「生活援助サービスを総合事業へ『移行』することに反対」などといった意見も見受けられます。
- 実際に、このような懸念に当てはまるような運用がなされないよう、留意することが重要です。

3 弾力化の実施意向など

(1) 住民主体のサービスについて、要介護者も利用している市町村の割合

- 補助により実施する各サービス・事業を実施している市町村について、「要介護者も利用している」との回答数が最も多かったのは「通いの場」で 479 市町村(46.7%)、次いで「通所型サービスB」で 81 市町村(39.1%)、訪問型サービスBで 43 市町村(21.7%)でした。

図表 1-3 要介護者の利用の有無(サービス・事業を実施している市町村について)³



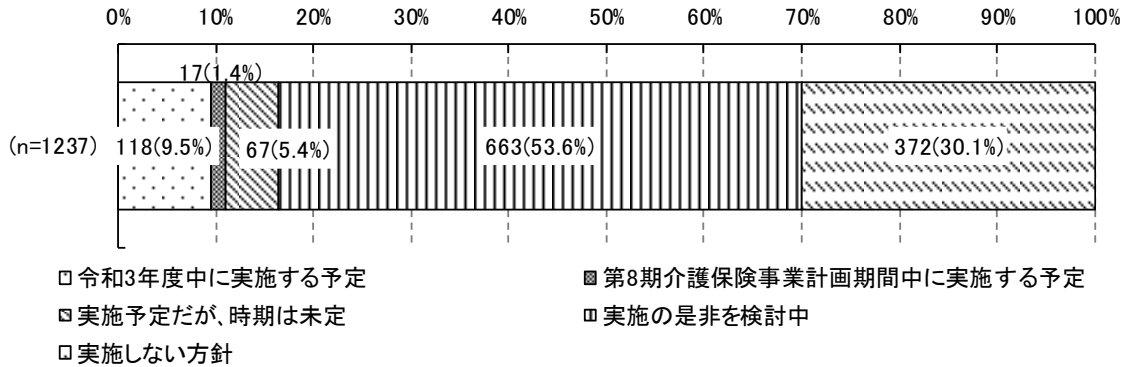
(出典) 本事業で実施した「介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査」

³ 令和2年10月末時点でサービスを実施している市町村が回答の対象。要介護者の利用の有無については、厳密な時点・期間は定めず、概ね、直近1年間程度の期間を想定してご回答いただいた。また、新型コロナウイルス感染症に係る対策の影響等で、状況が大きく変化している場合は、変化する前の状況でご回答いただいた。

(2) 総合事業の対象者の弾力化を「実施予定」の市町村は、約 16.3%

- 総合事業の対象者の弾力化については、「1. 令和3年度中に実施する予定」、「2. 第8期介護保険事業計画期間中に実施する予定」、「3. 実施予定だが、時期は未定」の3つの回答を合算した「実施予定」の市町村は、約 16.3%(202 市町村)でした。

図表 1-4 総合事業の対象者の弾力化の実施意向



(出典)本事業で実施した「介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査」

- 図表 1-5 は、対象者の弾力化を「実施予定」と回答した市町村について、「実施する方針とした理由」を自由回答でご回答いただいた結果です。これによれば、「ニーズがあるから(利用者・団体等からのニーズを含む)」が最も多く、ついで「本人の意向、適切なサービス選択が可能になる」といった回答が多くなっています。

図表 1-5 対象者の弾力化を実施する方針とした理由(自由回答)(複数回答可)

自由回答の内容	回答数	割合
ニーズがあるから	68	36.4%
本人の意向、適切なサービス選択が可能になる	49	26.2%
制度改正への対応	20	10.7%
現在、要介護者が利用しているから	13	7.0%
要介護状態になった場合に、サービス利用が途切れないように	11	5.9%
地域とのつながりを維持するため	14	7.5%
自立支援・重度化防止により効果的	6	3.2%
介護人材の不足に対応するため	2	1.1%
その他(検討中、はっきりと決まっていない 等)	32	17.1%
合計	187	100.0%

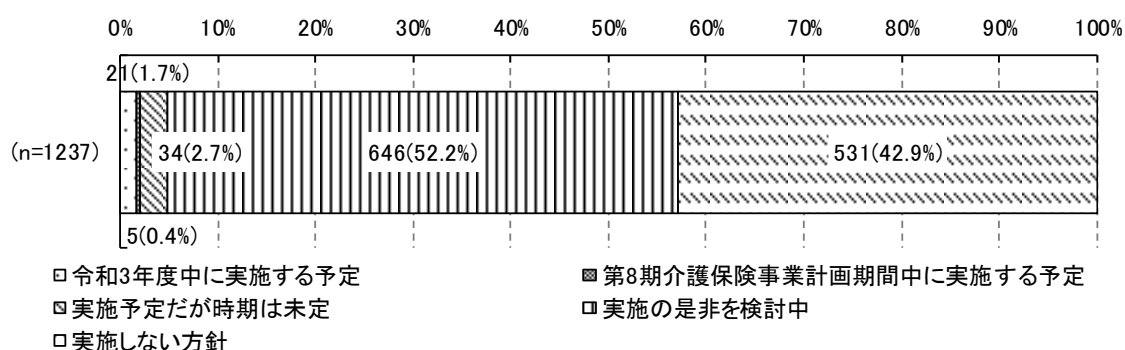
(出典)本事業で実施した「介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査」

- また、「要介護状態になった場合に、サービス利用が途切れないように」や「地域とのつながりを維持するため」といった、住民主体のサービス・地域とのつながりの継続を挙げている市町村も多くなっています。

(3) 総合事業のサービス価格の上限の弾力化を「実施予定」の市町村は、約 4.9%

- 総合事業のサービス価格の上限の弾力化については、「1. 令和 3 年度中に実施する予定」、「2. 第 8 期介護保険事業計画期間中に実施する予定」、「3. 実施予定だが、時期は未定」の3つの回答を合算した「実施予定」の市町村は、約 4.9%(60 市町村)でした。

図表 1-6 総合事業のサービス価格の上限の弾力化の実施意向



(出典)本事業で実施した「介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査」

- 図表 1-7 は、アンケート調査において「サービス価格の弾力化を実施する予定」と回答した市町村⁴について、「実施イメージ」の自由回答の結果を集計したものです。これによれば、「サービス内容や地域特性に応じた加算の設定」が最も多く、ついで「介護予防ケアマネジメントの質・労力に見合った見直し」、「基本単価の見直し」などといった回答が多くなっています。

⁴ 総合事業のサービス価格の弾力化について、「1. 令和 3 年度中に実施する予定」、「2. 第 8 期介護保険事業計画期間中に実施する予定」、「3. 実施予定だが、時期は未定」のいずれかを選択した 60 市町村が回答の対象

図表 1-7 サービス価格の弾力化の実施イメージ(自由回答)(複数回答可)

自由回答の内容	回答数	割合
サービス内容や地域特性に応じた加算の設定	10	29.4%
介護予防ケアマネジメントの質・労力に見合った見直し	7	20.6%
基本単価の見直し	6	17.6%
国や近隣市町村をみて判断	5	14.7%
検討中	3	8.8%
利用上限額の見直し	3	8.8%
事業の継続のための見直し	2	5.9%
その他	7	20.6%
合計	34	100.0%

(出典)本事業で実施した「介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査」

※ 基本単価の見直しや加算の設定といった回答のうち、「介護予防ケアマネジメント」と対象サービスを特定していた回答を「介護予防ケアマネジメントの質・労力に見合った見直し」に含めている

- このように、対象者の弾力化については「本人の意向を踏まえた、適切なケアマネジメント」や「地域とのつながりの維持」を、価格の弾力化については「サービス内容や地域特性に応じた加算」といった市町村の創意工夫を発揮する手段として選択する市町村が多いことがわかります。
- このような動きは、意見書で示された「総合事業の効果的な推進」と「地域をつながり機能の強化」に沿ったものであるといえます。

4 弾力化を考える前に持つべき基本認識

(1) 総合事業の補助等の有無によらず、地域の住民主体のサービスは「誰でも利用可」

- この度の「総合事業の対象者の弾力化」により、総合事業の補助により実施される住民主体の活動については、要介護者であっても、当該事業の継続的な利用者であれば、市町村の判断により「事業の対象に加えること」が可能になりました。
- なお、これは「事業の対象に加えること」を可能にしたもので、「サービスを利用すること(活動に参加すること)」自体は、対象者が弾力化される以前からももちろん可能でした。個々の住民主体の活動は、地域の中に複数ある資源のうちの1つであり、総合事業の補助等の対象になっているか否かでその利用対象者が制限されるということはありません。
- 地域の住民主体のサービスは、サービス利用者(参加者)とサービス提供団体等(その他の参加者)の双方の希望があれば、要支援者等以外のその他の高齢者、障がい者、児童等であっても、誰もが自由に利用・参加することが可能です。それが、総合事業の補助等の対象になることで、妨げられるということはありません。
- なお、介護予防ケアマネジメントの中で住民主体のサービスの利用・参加を位置付けていくことの重要性については広く共通認識が得られていますが、各市町村が個別に条件を設定しない限りは、介護予防ケアマネジメントの有無が利用・参加の絶対条件になることもありません。

(2) 弾力化で追加されたのは「利用できる対象者」でなく「運営費を補助する対象者」

- 一方で、総合事業として障がい者等の要支援者等以外の者を含めた一体的な実施を行うケースで、事業の運営費等を総合事業から補助する場合は、「合理的な方法で総合事業の対象を確定」し、「要支援者等の人数に対して補助額を設定する等、市町村における創意工夫」により、補助することが可能とされています⁵。
- 同じく、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(P.112)」では、「半数を下回る場合は、利用者数で按分する等、合理的な方法で総合事業の対象を確定することで、その範囲において、運営費補助の対象となる」として、人数による按分で補助対象を確定する方法が例示されています。
- この例示に当てはめて表現すれば、この度の総合事業の対象者の弾力化とは、「補助により実施する住民主体の活動を『利用することができる対象者』に、当該事業を継続利用する要介護者が追加された」のではなく、「補助により実施する住民主体の活動の『運営費を補助する対象者』に、当該事業を継続利用する要介護者が追加された」ものであるといえます。
- したがって、ガイドラインで示された按分による方法によった場合、住民主体の活動の参加者のうち半分以上が要支援者等であれば、要介護者が参加していたとしても、対象者の弾力化の前後で何も変わることはありません。引き続き、運営費の全額もしくはその一部を補助することが可能です。

⁵ 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(P.112)

(3) 「利用できるサービス（選択肢）が増える」ことは、利用者プラス

- 総合事業の対象者等の弾力化については、「要介護者が給付を受けられなくなることに反対」、「生活援助サービスを総合事業へ『移行』することに反対」などといった意見も見受けられます。
- しかしながら、意見書で明記されているとおり、この度の総合事業の対象者の弾力化は「本人の希望を踏まえて地域とのつながりを継続することを可能とする観点から、介護保険の給付が受けられることを前提としつつ、弾力化を行う」ものであり、「給付サービスから総合事業に移行する」、「総合事業で給付サービスを代替する」といった類のものではありません。
- 利用者にとってプラスであれば、それを選択すれば良い。利用者にとってマイナスであるならば、選択しなければ良い。選択できるサービスの種類が増えることは、基本的には利用者にとってはプラスです。適切なサービス選択とは、適切なケアマネジメントによって達成されるものではないでしょうか。

(4) 「継続的に利用する要介護者」とは何か？

- この度の総合事業の対象者の弾力化では、「(介護給付)サービスを受ける前から市町村の補助により実施される第1号事業のサービスを継続的に利用する居宅要介護被保険者を追加する」とされます。この時、「継続的に利用する要介護者」とはどのように考えれば良いでしょうか。
- 例えば、要介護者が給付サービスの訪問介護を利用する場合、老計十号⁶の対象となっているサービスのみを利用することが可能です。しかしながら、住民主体の「訪問型サービスB」を使うことができれば、給付の訪問介護と「訪問型サービスB」を組み合わせることで、より多様な支援を受けることが可能になります。
- さらに、「訪問型サービスB」を要支援者等であったころから継続的に利用していたのであれば、要介護認定を受ける前からの住民ボランティアとのつながりを、引き続き維持することができます。昔から利用者のことを知っている住民ボランティアは、利用者の人柄・生活をより良く知る人でもあるでしょう。このような住民ボランティアと訪問介護員、ケアマネジャーが連携してその人の生活を支えていくことは、ケアの質という観点からも大きなプラスになると考えられます。
- また、「通所型サービスB」を利用していた人が要介護認定を受けた後も、週に2回は給付の通所介護、週に1回は「通所型サービスB」を利用するというケースも想定されるでしょう。給付の通所介護に完全に移行すれば、それまであった地域とのつながりもなくなってしまうかもしれませんが、こういった形で地域とのつながりを維持することができれば、利用者のQOLの向上にも寄与することが期待されます。
- なお、特に「通所型サービスB」の場合、「支える側」と「支えられる側」の関係が、必ずしも明確とはいえないケースもあります。そのような場合、要支援者等として参加していなかった人が脳梗塞などで入院し、退院後に要介護認定を受けたとして、その人が「なじみの関係」のあった「通所型サービスB」を利

⁶ 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について(平成12年3月17日老計第10号)

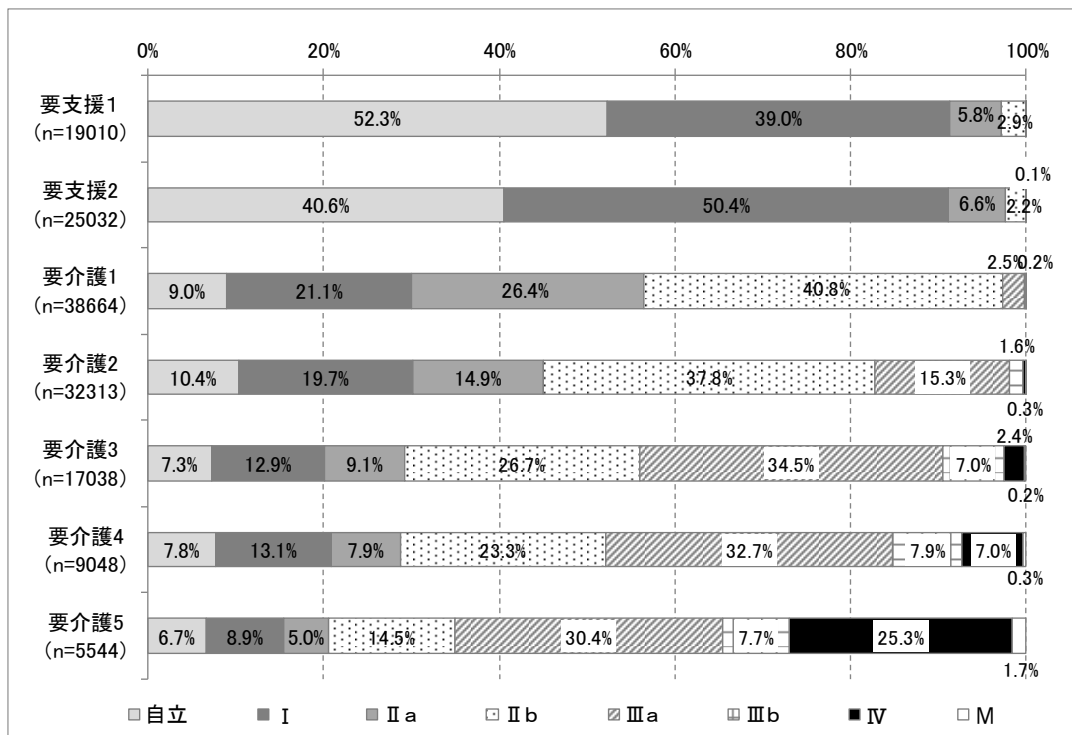
用するケースは、「継続的に利用する要介護者」といえるのでしょうか。

- 意見書のとおり、総合事業の対象者の弾力化の目的は、総合事業を「より効果的に推進」し、「地域のつながり機能を強化していく」ためです。「なじみの関係」を大切にすることや、「地域のつながり」を維持することは、総合事業の対象者の弾力化の目的そのものであるといえます。
- 「継続的に利用する要介護者とは何か？」について、一律のルールを当てはめると、個別性の高いケアを実現することは困難になります。「継続的に利用する要介護者」については、総合事業の対象者の弾力化の目的に鑑み、個別ケースごとに判断することが必要です。

(5) 「要支援者等」 or 「要介護者」では、個別性の高いケアは実現できない

- ケアプランの作成に際して、一人ひとりの「個別性」を重視すべきという認識は、広く共有されているものであるといえます。そのような中、総合事業と給付サービスの選択が「要支援者等」であるか「要介護者」であるかという基準のみで明確に線が引かれていることは、「個別性」の高いケアの実現に向けて適当であるといえるでしょうか。
- 図表 1-8 は、要支援・要介護度別の認知症高齢者の日常生活自立度(以下、認知症自立度)の内訳です。これをみても、要介護1以上の方で、認知症自立度が自立もしくはⅠの方が大勢いることがわかります。認知症の人であっても中核症状のみの人なのか、周辺症状のある人なのか、それぞれどういった症状であるのかなど、一人ひとりの状態は多様です。また、要支援の人であっても、認知症自立度がⅡ以上の方はいます。

図表 1-8 要支援・要介護度別の認知症高齢者の日常生活自立度の内訳



(出典)三菱UFJリサーチ&コンサルティング「在宅介護実態調査結果の分析に関する調査研究事業」, 令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

- 個別性の高いケアを実現していくためには、「要支援者等」であるか「要介護者」であるかという基準のみで、利用可能なサービスを明確に線引きすることは妥当であるとはいえません。総合事業の対象者の弾力化とは、一人ひとりの個別性に応じたケアを実現するための1つの手段です。
- 同様に「介護給付のサービス」であるか「住民主体のサービス」であるかという基準のみで、そのサービスの特性に明確に線を引くことは妥当でしょうか。「住民主体のサービス」であれば、要介護者が利用することは適当でないと一律に考えることが妥当でしょうか。「介護給付のサービス」であれば、一人ひとりのニーズに的確に応えることができると一律にいえるでしょうか。
- 特に、「住民主体のサービス」は、個々の活動ごとにその特性は多様です。介護の経験の少ない住民が集まった活動もあれば、介護の経験が多い住民が集まった活動、専門職が参加している活動などもあります。法人格をもった団体等が、活動を行っているケースもあります。
- したがって、一人ひとりの個別性に応じたケアを実現するためには、利用者の特性のみでなく、地域資源の特性を把握し、その両者を適切にマッチングする機能が必要になります。そして、それを担うのが適切なケアマネジメントであるといえます。

(6) ケアプランに、住民主体のサービスを組み込んでいくことの重要性

- これまでも、総合事業の住民主体のサービスを、要介護者が利用することは可能でしたが、総合事業の対象者の弾力化は、要介護者が総合事業の住民主体のサービスを、より一層積極的に活用していくことの1つのきっかけになるものといえます。
- 今後は、地域包括支援センターの職員のみでなく、居宅介護支援事業所のケアマネジャーを含めて、そのような意識を共有し、サービスの利用に際しては、ケアプランの中に明確に位置付けていくことが必要であるといえます。
- 一方で、多様な資源をケアプランに組み込んでいくことの重要性は、総合事業のサービスに限った話ではありません。「一人の人間の生活は、介護保険サービスのみで成り立っている訳ではない」という前提に立てば、その生活を支えていくために、地域の多様な資源を積極的に活用していくことが効果的であるケースは多いと考えられます。
- 総合事業の住民主体のサービスを要介護者のケアプランに組み込んでいくことは、利用そのものや団体等に補助をするための絶対条件ではありません。しかしながら、利用者の適切なサービス利用を担保していくためには、ケアプランの中に明確に位置付け、ケアマネジャーが適切にマネジメントしていくことが重要であるといえます。
- そして、そのことは、総合事業のサービスに限らず、地域のすべての資源について同様のことがいえます。

(7) 総合事業のサービス価格の上限の弾力化は、各市町村の戦略を反映する武器

- 総合事業のサービス価格の上限の弾力化については、P.12 のとおり、「実施予定」と回答した市町村は約 4.9%(60 市町村)であり、決して多いとはいえません。
- 「サービス価格の上限の弾力化」は、「対象者の弾力化」とは別のものです。「サービス価格の上限の弾力化」の対象となるサービスは、この度の「対象者の弾力化」の対象とはならない「従前相当サービス」と「訪問型・通所型サービスA」、および「介護予防ケアマネジメント」です。
- それでは、「サービス価格の上限の弾力化」を「実施予定」と回答した市町村は、具体的にどのような内容をイメージしているのでしょうか。以下は、その一例です。

(自由回答の例)

- ・ 介護予防ケアマネジメント費について、自立支援のインセンティブ加算をつけることを検討
 - ・ 介護予防ケアマネジメントの質の向上に伴う業務負担に合わせて、基本単価を上げることを検討
 - ・ 通所サービスAについて、入浴加算を検討 など
- これらは、「要支援者等の自立支援を推進する」、「介護予防ケアマネジメントの質の向上を図る」、「多様なサービスを支えるための加算を新設する」など、それぞれの市町村の狙い、創意工夫を発揮する手段として考えられていることがわかります。
 - 総合事業のサービス価格の上限の弾力化は、市町村が質の高いサービスの提供を戦略的に推進するための武器の1つです。そして、その推進に際しては、市町村として考える「質の高いケアとは何か？」を明確にすることや、地域の関係者にその考え方を伝えていくこと、さらにはそれを実現していくためのその他の取組(例えば、質の高いケアマネジメントを実現していくための研修・人材の育成など)をセットで進めていくことが必要ではないでしょうか。

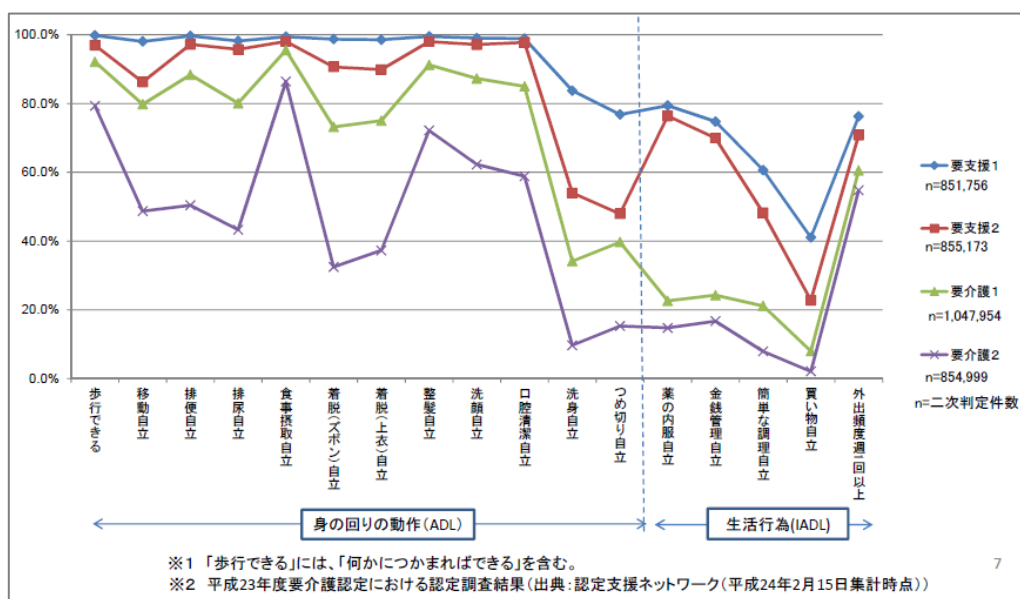
第2章 住民主体のサービス・活動における、 要介護者等の適切な利用・参加の ための取組

1 基本的な考え方

(1) 「利用者の状態に応じた適切な対応」の必要性

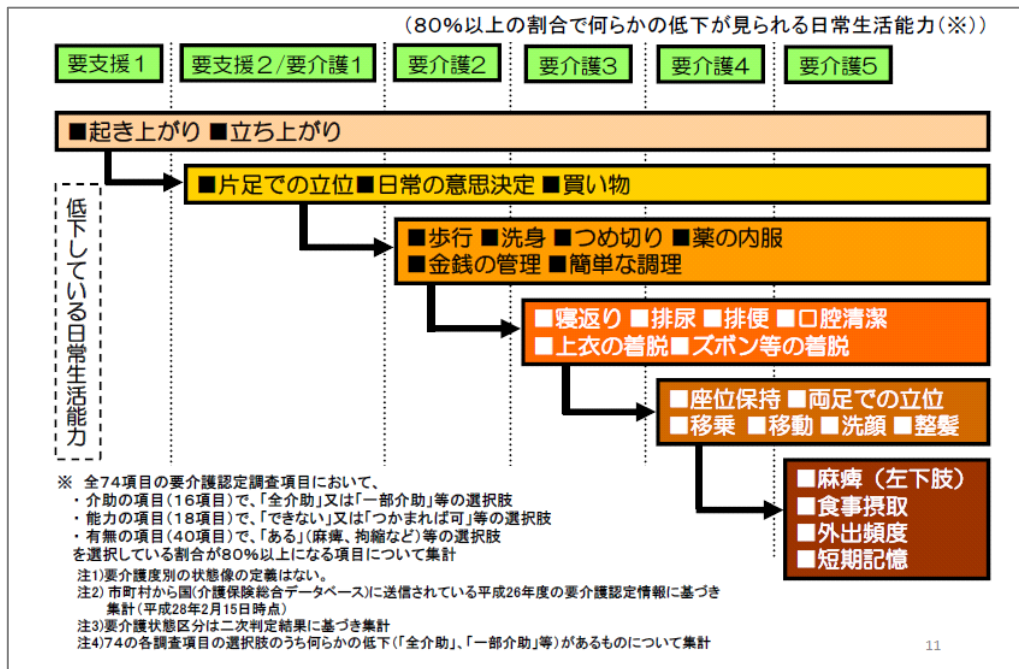
- 意見書では、対象者の弾力化にあたっては、「認知症など利用者の状態に応じた適切な対応を行うことや、適正な事業規模とすべきことに留意が必要」とされています。
- 第1章に記載したとおり、要支援者等か要介護者かだけでは、「一人ひとりの個別性」を知ることはできませんが、「要支援者等」と「要介護者」を集団でみた場合には、それぞれの代表的な状態像の目安は大きく異なります。
- 特に、要介護1では要支援2と比較して、認知症の人の割合が高くなります(図表 1-7)。また、要介護1では要支援2と比較して「生活行為(IADL)」の低下が、要介護2では要介護1と比較して「身の回りの動作(ADL)」の低下がみられるケースが多くなります(図表 2-2、図表 2-3)。

図表 2-1 要支援1～要介護2の認定調査結果



(出典) 社会保障審議会介護保険部会(第45回), 平成25年6月6日 資料

図表 2-2 要介護状態区分別の状態像



(出典)厚生労働省老健局老人保健課資料「要介護認定の仕組みと手順」

- したがって、総合事業の対象者の弾力化に伴い、住民主体のサービス・活動において、このような要介護者の利用・参加の割合が現状よりも高くなるのであれば、ケアマネジメントや現場での利用に際して、より慎重且つ適切な対応が必要になるといえます。
- 市町村は、そのような住民主体のサービス・活動に対して補助金を交付するのみでなく、運営団体と参加者が共に安心して参加できる環境を整えるために、適切な支援をすることが求められます。

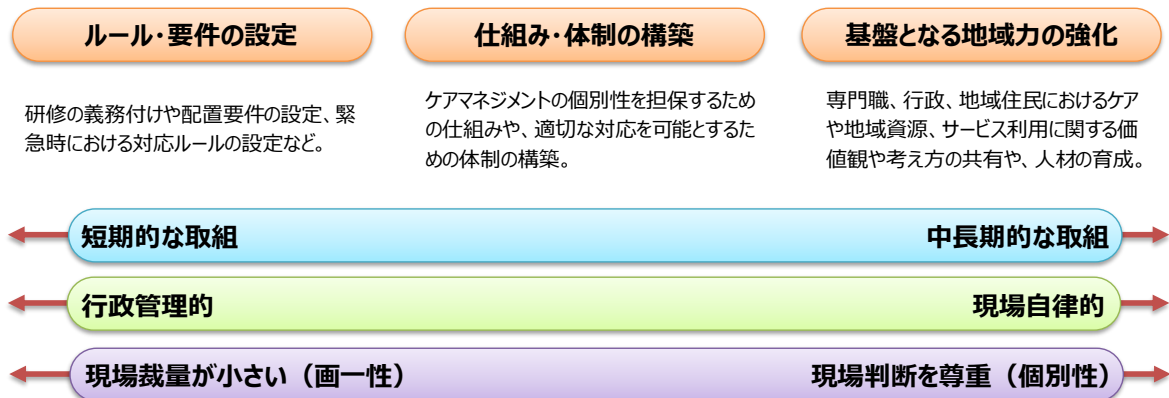
(2) 個々の活動の主体性・多様性を尊重することが大切

- 住民主体のサービス・活動において、要介護者も参加できる環境が整うことは、要介護者にとって参加できるサービス・活動の選択肢が広がるという観点からも、地域全体にとっては望ましいといえます。
- しかしながら、それは住民主体のサービス・活動を行う団体等に対して、強制されるものではありません。
- それぞれの地域で住民がどのような活動をするか、誰を対象に活動するかは各団体等が主体的に決定するものです。また、住民主体のサービス・活動の利用・参加は、活動を行う住民と参加する住民の双方の希望があって初めて実現するものです
- 補助金の交付にあたって一定程度の要件を設定することはもちろんありますが、それが住民主体のサービス・活動の主体性・多様性を損なうものとならないように注意することが大切です。

(3) 市町村は、「適切なケアマネジメント」を実現するための仕組みを構築

- 適切な対応を実現するための仕組みは、「画一的なルール・要件」と「個別性を担保する仕組み・体制」をバランス良く構築することが大切です。
- 「画一的なルール・要件」としては、例えば、「住民主体の活動を行うボランティアを対象とした研修の義務付け」や「一定程度の研修を受けたリーダーの配置要件の設定」、「緊急時における対応ルールの設定」を行うことなどが考えられます。
- また、「個別性を担保する仕組み・体制」としては、例えば「ケアマネジメントに関する仕組みの構築」、「地域ケア会議を通じた適切なサービス利用の検討」などが挙げられます。さらに、そのような仕組みの構築や人材の育成は、より中長期的な「地域力の醸成」につながることを期待されます。

図表 2-3 「適切な対応」を実現するための仕組みの構築



2 住民主体の活動における、要介護者等の適切な参加のための取組

- 第3章および第4章で整理した、アンケート調査・ヒアリング調査などから得られた情報等を参考に、「住民主体の活動における、要介護者等の適切な参加のための取組」について、以下の図表 2-4 のように整理しました。

図表 2-4 住民主体の活動における、要介護者等の適切な参加のための取組

1 基本的な考え方・ルール等の明確化と共有

- ・ 要介護認定を受けても、訪問型サービスB・D、通所型サービスBを適切に継続利用できるよう、市町村としての基本的な考え方や取組等を明確化するとともに、地域の関係主体と共有する。
- ・ 具体的には、以下の「2」「3」のような取組についてマニュアル化し、共有することなどが考えられる。

2 適切な受け入れ体制等の構築

(※主に、訪問型サービスB・D、通所型サービスBを対象とした中長期的な取組)

(1) ケアマネジャーと住民主体のサービス提供団体等との連携支援

(2) 人材育成・意識の共有

- ① 地域ケア会議を活用した人材育成など
- ② 住民ボランティア等を対象とした研修
- ③ 住民主体のサービス提供団体等との定期的な関わりによる情報共有・助言など
- ④ 住民主体のサービスへの専門職の関わり



※ 個別ケースへの対応を通じて、中長期的な受け入れ体制等の構築につなげる

3 適切なケアマネジメント等の実施

(※主に、一人ひとりの要介護者等を対象とした取組)

(1) アセスメント・意向確認

- ① 本人の意向確認
- ② 複数の専門職によるアセスメント

(2) ケアプランの作成など

- ① サービス担当者会議への参加
- ② サービス利用時等に留意すべき点の共有
- ③ サービス提供にあたっての連携

(3) モニタリング・緊急時の対応

- ① 利用者に関する記録と定期的な報告
- ② 緊急時・状態変化時の連絡

○ 前ページの図表 2-5 の取組について、そのより具体的な内容と、「取組を行う主体」・「取組を通じて働きかける対象」を表形式で整理しました。

図表 2-5 住民主体の活動における、要介護者等の適切な参加のための取組

地域の目標	住民主体の活動における、要介護者等の適切な参加のための取組			●：取組を行う主体／△：働きかける対象 ⁷								
				市町村・包括	住民団体	ケアマネ	専門職	SC	本人			
要介護認定を受けても、住民主体のサービス ⁸ の利用・参加を適切に継続できる地域の実現	1. 基本的な考え方・ルール等の明確化と共有			・ 市町村・地域包括支援センターは、本人や住民主体のサービス提供団体等が「要介護認定を受けても、安心してサービスの継続利用・参加ができる」よう、基本的な考え方やルール等を明確化し、関係主体と共有する	●	△	△	△	△	△		
	2. 適切な受け入れ体制等の構築 (※ 主に、訪問型サービスB・D、通所型サービスBを対象とした中長期的な取組)	(2) 人材育成・意識の共有	(1) ケアマネジャーと住民主体のサービス提供団体等との連携支援	・ 市町村・地域包括支援センターは、ケアマネジャーが住民主体のサービス・活動を適切にケアプランに位置付けることができるよう、ケアマネジャーと住民主体のサービス提供団体等の活動内容・体制等に係る情報共有を図る	●	△	△					
			① 地域ケア会議を活用した人材育成など	・ 市町村・地域包括支援センターは、地域ケア会議へのケアマネジャーや住民主体のサービス提供団体等の多様な主体の参加を促し、多職種による個別ケースの検討等を通じた人材育成や情報・意識の共有を図る	●	△	△	△	△			
			② 住民ボランティア等を対象とした研修	・ 市町村・地域包括支援センターは、住民ボランティア等を対象とした研修の実施や住民主体のサービス提供団体等における配置要件を設定するなど、住民主体のサービス提供団体等の必要に応じた受け入れ体制の強化を図る	●	△						
			③ 住民主体のサービス提供団体等との定期的な関わりによる情報共有・助言など	・ 市町村・地域包括支援センターや生活支援コーディネーターは、住民ボランティア団体等が要介護者の利用・参加を安心して受け入れることができるよう、住民主体のサービス提供団体等との定期的な関わりを持ち、情報の共有や助言等を行う	●	△				●		
			④ 住民主体のサービスへの専門職の関わり	・ 市町村・地域包括支援センターは、住民ボランティア団体等が要介護者の利用・参加を安心して受け入れることができるよう、地域の専門職(保健師やリハビリ専門職等)が住民主体のサービス提供団体等と定期的な関わりを持つ仕組みを構築する ・ 地域の専門職は、住民主体のサービス提供団体等との定期的な情報共有や助言等を行う	●	△		●				
	3. 適切なケアマネジメント等の実施 (※ 主に、一人ひとりの要介護者等を対象とした取組)	(1) アセスメント・意向確認	① 本人の意向確認	・ 市町村・地域包括支援センターは、要介護者に住民主体のサービスの利用・参加意向がある場合に、本人に特に確認すべき事項等を明確化し、ケアマネジャーと共有する。 ・ ケアマネジャーは、特に確認すべき事項等を踏まえた本人の意向確認を行う	●		●				△	
			② 複数の専門職によるアセスメント	・ 地域の専門職(保健師やリハビリ専門職等)は、必要に応じてケアマネジャーのアセスメントに同行し住民主体のサービスの適切な利用に係る助言等を行う				●			△	
		(2) ケアプランの作成など	① サービス担当者会議への参加	・ 地域包括支援センター、住民主体のサービス提供団体等は、必要に応じてサービス担当者会議に参加し、情報共有や必要な助言等を行う		●						△
			② サービス利用時等に留意すべき点の共有	・ ケアマネジャーと住民主体のサービス提供団体等は、住民主体のサービスを利用する要介護者について、サービス利用時等に留意すべき点を事前に把握し、共有する		●	●					△
			③ サービス提供にあたっての連携	・ 例えば、訪問型サービスBについては、有資格者が行う訪問介護と同じタイミングでサービスを提供するなど、ケアマネジャーは住民主体のサービス提供団体等と介護事業所との連携等を図る		●	●	●				△
		(3) モニタリング・緊急時の対応	① 利用者に関する記録と定期的な報告	・ 市町村・地域包括支援センターは、利用者に関する記録と定期的な報告のルールや報告様式等を明確化し、住民主体のサービス提供団体等と共有する ・ 住民主体のサービス提供団体等は、利用者の状態等に関する記録を行うとともに、市町村・地域包括支援センターへの定期的な報告を行う	●	●						△
② 緊急時・状態変化時の連絡			・ 市町村・地域包括支援センターは、緊急時・状態変化時の連絡方法等を明確化し、住民主体のサービス提供団体等と共有する ・ 住民主体のサービス提供団体等は、利用者の状態変化時や緊急時などの際に、あらかじめ作成していた連絡方法に従い、速やかに連絡・相談等を行う	●	●						△	

⁷ 「市町村・包括」＝「市町村・地域包括支援センター」、「住民団体」＝「住民主体のサービス提供団体等」、「ケアマネ」＝「ケアマネジャー」、「専門職」＝「地域の専門職(保健師やリハビリ専門職等)」、「SC」＝「生活支援コーディネーター」、「本人」＝「サービス利用者」

⁸ ここでの「住民主体のサービス」や「住民主体のサービス提供団体等」とは、総合事業の補助の対象となっている訪問型サービスB・D、通所型サービスBを指す。

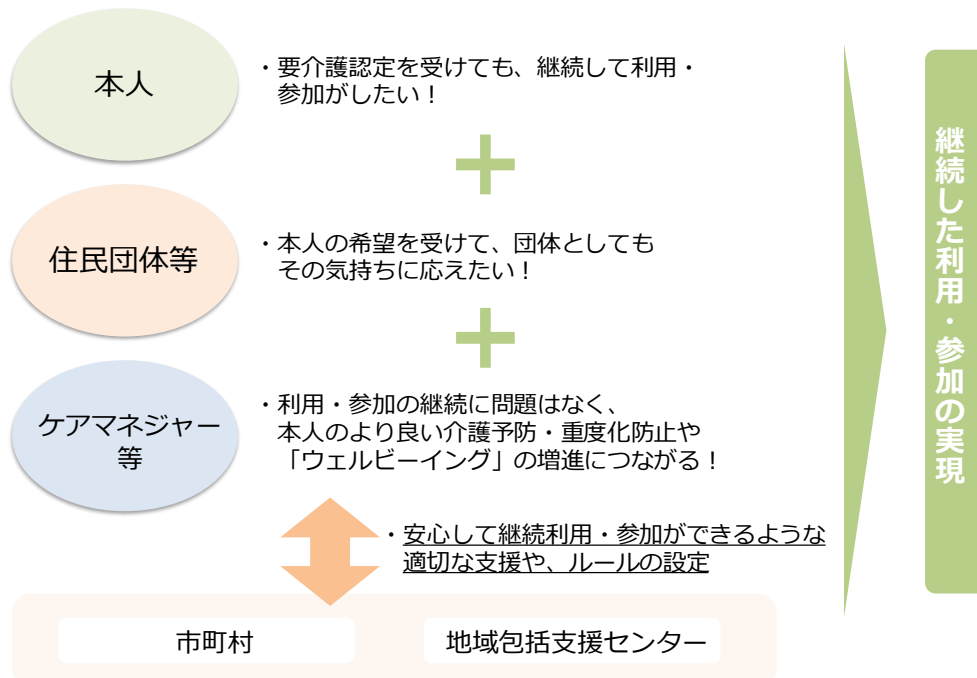
2-1 基本的な考え方・ルール等の明確化と共有

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター】

- ✓ 市町村・地域包括支援センターは、本人や住民主体のサービス提供団体等が「要介護認定を受けても、安心してサービスの継続利用・参加ができる」ようにするための基本的な考え方やルール等を明確化し、関係主体と共有する。
- まずは、「対象者の弾力化」が目指すものが、「なじみの関係」を大切にした「その人らしい生活の継続」であり、介護保険の給付サービスの利用抑制などではないといった、制度の基本的な考え方や、市町村としての考え方・ルール等について明確化し、関係者間で共有することが必要です。
- 特に、市町村が対象者の弾力化を実施するといっても、それは各団体等に対して強制されるものではなく、本人が継続した利用・参加を希望し、そこで活動する住民団体等もその気持ちに応えたいと希望し、さらには担当のケアマネジャー等の専門職が本人のより良い自立支援・重度化防止や「ウェルビーイング」の増進につながると判断した場合に、実現するものであるということを説明することは重要です。

図表 2-6 住民主体のサービス・活動への、要介護者の継続した利用・参加の実現に向けて



- 市町村ごとに考え方や、必要な支援・ルールを明確化し関係者間で共有するにあたっては、本報告書に記載された対象者の弾力化等の考え方や、適切な利用・参加のための工夫・取組などを参考にご検討ください。

2-2 適切な受け入れ体制等の構築（※中長期的な取組）

(1) ケアマネジャーと住民主体のサービス提供団体等との連携支援

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター】

- ✓ 市町村・地域包括支援センターは、ケアマネジャーが住民主体のサービス・活動を適切にケアプランに位置付けることができるよう、ケアマネジャーと住民主体のサービス提供団体等の活動内容・体制等に係る情報共有を図る。
- 住民主体のサービス・活動における要介護者の適切な利用・参加を進めていくためには、ケアマネジャーが住民主体のサービス・活動をケアプランに位置付けながら、適切なケアマネジメントのもとで進めていくことが望ましいといえます。
- しかしながら、現在、既に総合事業の住民主体のサービス・活動を、要介護者が利用・参加している実績のある市町村においても、ケアマネジャーがケアプランに位置付けずに利用・参加しているケースも多く、ケアプランへの位置付けは課題となっている例がみられました。
- 住民主体のサービス・活動は、その内容等を含めて団体ごとに多様であることから、ケアマネジャーがケアプランの中に明確に位置付けるためには、ケアマネジャーがその具体的な活動内容や体制、参加することにより見込まれる効果などを理解しておくことが重要です。
- ケアマネジャーが住民主体のサービス・活動の概要等を知る機会としては、市町村や地域包括支援センターが「住民団体とケアマネジャー等のマッチング会」を開催する事例や、「地域ケア会議への住民ボランティア団体の参加」を通じて専門職と情報交換をする事例などがみられます。

図表 2-7 ボランティア団体の活動内容・体制等の共有（事例）

工夫・取組	事例概要
1. 住民団体とケアマネジャー等のマッチング会 【八王子市 P.77】	・ ケアマネジャーへの情報提供の機会として、地域包括支援センターが、ケアマネジャーと住民ボランティアとのマッチング会を実施している(訪問B)。
2. 生活支援コーディネーターによる状況確認と関係機関との連携	・ 生活支援コーディネーターを中心に、参加者や担当介護支援専門員等の情報を集約し、必要に応じて関係機関につないでいる(個別支援などケアプランとのすり合わせも含む)。(通所B)
3. 住民ボランティア団体の地域ケア会議への参加	・ 地域ケア会議において、検討の対象となっている利用者が参加する住民ボランティア団体が、地域ケア会議に参加することで、専門職との情報交換を通じてその活動内容等について情報を共有している(訪問B)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

(2) 人材育成・意識の共有

① 地域ケア会議を活用した人材育成など

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター】

- ✓ 市町村・地域包括支援センターは、多職種で構成される地域ケア会議へのケアマネジャーや住民主体のサービス提供団体等の参加を促し、多職種による個別ケースの検討等を通じた人材育成や情報・意識の共有を図る。

- 地域ケア会議については、ケアマネジャーなど会議に参加する多職種による検討や、住民団体等の参加などにより、その個別ケースの検討の積み上げが、人材の育成や意識の共有につながります。
- また、参加者や民生委員、老人クラブの会長、自治会長、区長などが集まり「地域ケア会議」を開催し、地域課題の検討などしている例もみられましたが、このような取組は専門職のみでなく、住民を中心とした地域力の強化につながることが期待されます。

図表 2-8 地域ケア会議を活用した適切なサービス利用の検討(事例)

工夫・取組	事例概要
1. 地域ケア会議でのケース検討を通じた、居宅のケアマネジャーの育成 【秦野市 P.72】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要支援等の新規は全員を、リハ職や栄養・口腔、病院関係の専門職が参加する地域ケア会議(月3回実施)にかけ、サービス利用の検討などを行っている。半年後にその目標を達成できたかを、全数確認している。 ・ 弾力化した後に要介護の人が総合事業を利用する場合には、対象ケースを地域ケア会議にかけようと考えている。これまで、地域ケア会議を通じて包括の職員の育成が進んだことから、次は居宅のケアマネジャーの育成につなげる。
2. 利用者・民生委員らが参加する「地域ケア会議」による、地域課題等に関する検討 【大東市 P.83】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通いの場の開催後には、1～2か月に1回程度、主だった参加者、民生委員、老人クラブの会長、自治会長、区長が集まり、地域ケア会議が開かれる。生活等で課題を抱える地域住民、町内の状況・課題、住民としてできたことできなかったことなどが議論される(通いの場)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

② 住民ボランティア等を対象とした研修

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター】

- ✓ 市町村・地域包括支援センターは、住民ボランティア等を対象とした研修の実施や住民主体のサービス提供団体等における配置要件を設定するなど、住民主体のサービス提供団体等の必要に応じた受け入れ体制の強化を図る

- 住民主体のサービス・活動を要介護者が利用・参加するにあたっては、住民ボランティア向けの研修の充実を図ることで、要介護者が安心して利用・参加できる環境を整えることが求められる。
- 現状においても、多くの市町村で住民ボランティア向けの研修は行われているが、対象者の弾力化にあたっては、要介護者の利用の増加を踏まえた認知症サポーター養成研修を行うことや、訪問型サービスDの提供にあたっては、福祉有償運送の研修を行うことなどが考えられる。

図表 2-9 地域ケア会議を活用した適切なサービス利用の検討(事例)

工夫・取組	事例概要
1. 一定の研修を受講した運営リーダーの育成と配置要件の設定 【世田谷区 P.99】	・ 通所Bでは、団体の中心となって機能する「運営リーダー」の配置要件を設けている。運営リーダーに対して、年5回の研修を実施しており、理学療法士、事務職、外部講師等が講師となって、制度の説明、レクリエーションや体操の方法等の研修を行っている(通所B)。
2. 訪問Dを担う住民ボランティアに福祉有償運送の研修を義務付け 【美郷町 P.90】	・ 訪問B・Dを担う住民グループのメンバーには、必ず県や国が実施する生活支援従事者や福祉有償運送の研修を受講してもらっている(通所B・D)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

③ 住民主体のサービス提供団体等との定期的な関わりによる情報共有・助言など

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター、生活支援コーディネーター】

✓ 市町村・地域包括支援センターや生活支援コーディネーターは、住民ボランティア団体等が要介護者の利用・参加を安心して受け入れることができるよう、住民主体のサービス提供団体等との定期的な関わりを持ち、情報の共有や助言等を行う。

- 地域包括支援センターの職員や生活支援コーディネーターが、ケアマネジャーや住民ボランティア団体と定期的に関わりを持ち、最近の状況や抱えている問題、不安に感じている事項などの情報を共有し、必要な支援策等を一緒に検討することは、住民ボランティア団体の活動の質の向上や安心につながる効果的な取組といえます。
- 「生活支援コーディネーターが参加者の状況等を記録から確認し、必要に応じて関係者へつなげている」事例や、「生活支援コーディネーターが訪問Bの立ち上げ支援や、活動開始後の課題解決の支援」を行っている事例などがみられます。

図表 2-10 生活支援コーディネーター等の関わり(事例)

工夫・取組	事例概要
1. 生活支援コーディネーターによる状況確認と関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 参加者の状況をボランティアの方に記録していただく。必要に応じて生活支援コーディネーターが状況確認を行い、関係機関に引き継ぐようになっている。(通所B)
2. 生活支援コーディネーターによる立ち上げ時と活動開始後の支援 【八王子市 P.77】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第2層生活支援コーディネーターが、訪問Bを行う団体の活動支援を行っている。ボランティア団体の補助金の交付申請時から、第2層生活支援コーディネーターが関わっており、3か月ほどかけて規約の作成、地域課題を踏まえた活動内容等を検討している。 ・ 活動開始後も、定期的にミーティングを行い、周知が難しい、利用者が集まらないという課題に対して、第2層生活支援コーディネーターが情報提供をして改善を図る。申請時から、団体と第2層生活支援コーディネーターの関係性が構築できているので、自然に団体も頼るようになる(訪問B)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

④ 住民主体のサービスへの専門職の関わり

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター、地域の専門職】

- ✓ 市町村・地域包括支援センターは、住民ボランティア団体等が要介護者の利用・参加を安心して受け入れることができるよう、地域の専門職(保健師やリハビリ専門職等)が住民主体のサービス提供団体等と定期的な関わりを持つ仕組みを構築する
- ✓ 地域の専門職は、住民主体のサービス提供団体等との定期的な情報共有や助言等を行う

- 住民ボランティア団体の活動に、専門職等が関わることにより、活動を行う場の環境改善や住民ボランティアの安心感の醸成につながる事が期待されます。
- 地域リハビリテーション活動支援事業を活用した訪問Bの提供環境の整備や、通所型サービスBに地域包括支援センターの専門職が定期的に訪問をしている事例などがみられます。

図表 2-11 住民ボランティア団体への専門職の関わり(事例)

工夫・取組	事例概要
1. リハビリテーション専門職の関わり	・ 地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、リハビリテーション専門職が支援内容の整理や環境設定をしてから訪問サービスBを導入することができる(訪問B)。
2. 地域包括支援センターの専門職の関わり 【世田谷区 P.99】	・ 通所Bについては、地域包括支援センターが週 1 回参加している団体もあるなど、包括の訪問頻度は高い。住民ボランティアも、地域包括支援センターが定期的に訪問していることで、安心感につながっていると思われる(通所B)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

2-3 適切なケアマネジメントの実施（※主に、一人ひとりの要介護者等を対象とした取組）

（1）アセスメント・意向確認

① 本人の意向確認

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター、ケアマネジャー】

- ✓ 市町村・地域包括支援センターは、要介護者に住民主体のサービスの利用・参加意向がある場合に、本人に特に確認すべき事項等を明確化し、ケアマネジャーと共有する。
- ✓ ケアマネジャーは、特に確認すべき事項等を踏まえた本人の意向確認を行う

- 本人の住民主体のサービス(B型・D型)の利用・参加の有無や、今後の継続意向については、ケアマネジャーから本人に対して確認をしなければ、情報として得ることができないことも想定されます。したがって、まずは要介護認定を受ける前のサービス利用や活動への参加の状況について、本人に確認をすることが必要です。
- なお、これは総合事業という制度の範囲の話ではなく、「本人の意欲の源」を見極めることと、「なじみの関係からなるべく切り離さない」ことが重要という「適切なケアマネジメント」という視点から行うものであり、本人の生活や意欲を支える「つながり」の全体像を把握するためのものです。
- そして、総合事業の住民主体のサービス(B型・D型)をはじめ、本人が継続して利用・参加することを希望する資源があれば、ケアマネジャーからその一つひとつの資源が支援できることや、利用・参加にあたっての留意事項などを説明することが必要です。
- また、介護給付サービスの利用を抑制するため、総合事業のサービスの利用を強いられているといった誤解がないよう、住民主体のサービス(B型・D型)の利用・参加をしながら、一人ひとりの必要に応じて介護給付サービスを利用することができるといった説明を行うことも重要です。
- 本人の意向を確認するうえで行うべき、現状把握や説明については、例えば次ページのとおりです。

<意向確認の際に行うべきこと>

■ 本人の生活や意欲を支える「つながり」の把握

- ・ 総合事業のサービスに限定せず、まずは本人の生活や意欲を支える「つながり」の全体像を把握し、本人の意向を聞き取るとともに、自立支援・重度化予防、ウェルビーイングの増進のために何が必要であるかを見極める。

■ 利用・参加する住民主体のサービス・活動が支援できる内容・範囲などの説明

- ・ ケアマネジャーは対象者に適切な情報を提供するため、住民主体のサービス(B型・D型)を含めた、地域のイ資源の特性を理解・把握しておくことが求められる。
- ・ 市町村はケアマネジャーに対して住民主体のサービス等の情報提供や、ケアプランにインフォーマル資源を含む多様な資源を位置付けることの重要性を継続して伝えていく必要がある。

■ 介護給付サービスと総合事業の住民主体のサービスを併用できることの説明

- ・ 総合事業の住民主体のサービスの利用・参加が、介護給付サービスの利用を妨げるものではないことを説明する。

■ 本人の意向の確認

- ・ 上記を踏まえ、要介護者の住民主体のサービス(B型・D型)等の利用意向を確認する。

② 複数の専門職によるアセスメント

<取組を行う主体と概要>

【地域の専門職】

- ✓ 地域の専門職（保健師やリハビリ専門職等）は、必要に応じてケアマネジャーのアセスメントに同行し住民主体のサービスの適切な利用に係る助言等を行う

- 多職種によるアセスメントをする方法として、他の専門職がアセスメントに同行する事例がみられます。
- 下表の、地域リハビリテーション支援事業を活用した、リハ職がアセスメントに同行する事例については、住民主体のサービスの利用の適切性のみでなく、自立支援の視点からの専門的なアドバイスや介護者の介助方法、サービス計画などへの助言を得る機会としても機能しています。
- また、市町村や地域包括支援センターの保健師等がアセスメントを行い、その内容を担当ケアマネジャーやサービス提供者と共有するなどの事例もみられます。

図表 2-12 複数の専門職によるアセスメント(事例)

工夫・取組	事例概要
1-1. 地域リハビリテーション活動支援事業の活用によるリハ職の同行	・ リハビリ専門職がケアマネジャーのアセスメントに同行し、暮らしの評価や予後予測によるサービス導入の効果等、自立を目指した技術的助言を提供(適切な現状把握と目標設定への支援)(訪問B)
【大東市 P.83】	・ 地域リハビリテーション活動支援として PT、OT、ST をケアマネジャーの訪問に同行する体制を取っている。介護者の介助方法やサービス計画への助言、必要に応じてサービス提供場面の確認も行う(訪問B)。
2. 市町村・地域包括支援センターの保健師等の同行	・ (要介護者も含めて)サービス利用前には、必ず包括支援センターの保健師が訪問して、本人や家族と面接して、状況を把握するとともに、利用サービスの支援内容や支援方法の確認、チェックリストを実施して、アセスメントをする(訪問B・D)
【美郷町 P.90】	

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

(2) ケアプランの作成など

① サービス担当者会議への参加

<取組を行う主体と概要>

【地域包括支援センター、住民主体のサービスの提供団体等】

- ✓ 地域包括支援センター、住民主体のサービス提供団体等は、必要に応じてサービス担当者会議に参加し、情報共有や必要な助言等を行う

- サービス担当者会議には、必要に応じて対象者が利用・参加する住民主体のサービスの運営者や生活支援—ディネーターも参加することで、対象者の状態や抱えている問題などについての情報の共有が図られるとともに、ケアマネジャーや介護事業所の専門職との顔の見える関係の構築につながるなどが期待できます。
- サービス担当者会議に、地域包括支援センターの職員が参加しているという事例もみられます。

図表 2-13 サービス担当者会議への参加(事例)

工夫・取組	事例概要
地域包括支援センターの職員と、住民ボランティア等の参加 【世田谷区 P.99】	・ 初回利用時(サービス担当者会議)には「地域包括支援センター職員」が同行訪問し、利用者本人とサービス実施事業者間で情報を共有している(モニタリングは概ね3か月ごと)(訪問B)。
【美郷町 P.90】	・ 要支援・要介護者が訪問A～Dを利用する際は必ず包括センター保健師が担当ケアマネジャーにサービス利用の連絡を行い、ケアプランに記入してもらうとともに、必要時はサービス担当者会議にも訪問A～Dの事業担当者に参加してもらうようになっている(訪問A～D)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

② サービス利用時等に留意すべき点の共有

<取組を行う主体と概要>

【ケアマネジャー、住民主体のサービスの提供団体等】

- ✓ ケアマネジャーと住民主体のサービス提供団体等は、住民主体のサービスを利用する要介護者について、サービス利用時等に留意すべき点を事前に把握し、共有する

- 住民主体のサービスを要介護者が利用する場合、抱えている疾患や必要な介助等の留意すべき点などについて、住民主体のサービスの提供者・参加者等と予め共有しておくことが重要です。
- 具体的には、住民主体のサービスを利用する際の「利用申込書」に抱えている疾患や不安な事項などを記載する欄を設け、必要な情報を収集している事例などがみられます。
- また、継続利用の要介護者については、主治医意見書から対象者の医療情報を得ることができることから、ケアマネジャーからサービス提供時等に留意すべき点などについて、事前に共有しておくことなどが考えられます。

図表 2-14 サービス利用時等に留意すべき点の共有(事例)

工夫・取組	事例概要
利用申込書による病歴等の把握とサービス提供時における活用	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービスBの利用開始前に実施団体に提出する「利用申込書」の【留意点】に既往や現病歴、日常生活で不安な事等を記入又は聞き取りをして、サービス提供時に活用している(通所B)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

③ サービス提供にあたっての連携

<取組を行う主体と概要>

【ケアマネジャー、訪問介護事業所、住民主体のサービスの提供団体等】

- ✓ 例えば、訪問型サービスBについては、有資格者が行う訪問介護と同じタイミングでサービスを提供するなど、ケアマネジャーは住民主体のサービス提供団体等と介護事業所との連携等を図る。
- 訪問型サービスBの提供にあたっては、サービスを提供するタイミングを同じにするほか、タイミングが別であったとしても情報を共有しながら役割分担を行っている事例がみられます。
- 専門職と一緒に、もしくは連携してサービスを提供するという環境を整えるということは、住民ボランティア一人ひとりの安心にもつながることが期待できます。
- 訪問型サービスについては、住民主体のサービスが、介護保険の給付サービスでは提供することができないサービスを同じタイミングで提供することにより、役割分担を明確にしつつ、十分な連携を図ることが可能になります。

図表 2-15 サービス利用にあたっての連携(事例)

工夫・取組	事例概要
有資格者と同じタイミングでのサービス提供 【大東市 P.83】	・ 訪問サービスBは有資格者と同じタイミングで支援を行う。または、タイミングは別でも有資格者と情報を共有しながら役割を分担する(訪問B)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

(3) モニタリング・緊急時の対応

① 利用者に関する記録と定期的な報告

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター、住民主体のサービス提供団体等】

- ✓ 市町村・地域包括支援センターは、利用者に関する記録と定期的な報告のルールや報告様式等を明確化し、住民主体のサービス提供団体等と共有する。
- ✓ 住民主体のサービス提供団体等は、利用者の状態等に関する記録を行うとともに、市町村・地域包括支援センターへの定期的な報告を行う。

- 利用者の状態変化の把握のため、ケアマネジャーによるモニタリングのみでなく、利用者の状態について、利用・参加の場で気付いたことを住民ボランティア等が記録として残し、ケアマネジャーや市町村、地域包括支援センターと定期的に情報共有をしている事例がみられます。
- 市町村は、日々の記録や定期的な報告のための様式を作成し、住民団体等に提供、報告を依頼するなどの工夫を行うことなどが考えられます。

図表 2-16 利用者の状態変化に気づくための工夫(事例)

工夫・取組	事例概要
1. 利用者ごとの活動報告書を提出 【世田谷区 P.99】	・ 住民ボランティア一人ひとりが、利用者ごとに、提供サービスの内容、利用者の体調等を記入した活動報告書を、月に 1 回事業所に提出する。状態の変化が報告されると、委託事業所が地域包括支援センターに連絡相談するスキームが構築されている(訪問 B)。
2. サービス提供時に気付いたことの記録と、必要に応じた関係者への報告	・ 支援を提供する際には、利用者に直接声をかけたり、手渡しで食事を提供するなどして、利用者の様子や顔色、話し方などの変化の有無や、生活環境に異常がないかを確認し、記録を残すようにしている。気になる点があれば、家族や地域包括支援センター、委託先のケアマネジャーなどへ報告する(訪問B・通所B)

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

② 緊急時・状態変化時の連絡

<取組を行う主体と概要>

【市町村・地域包括支援センター、住民主体のサービス提供団体等】

✓ 市町村・地域包括支援センターは、緊急時・状態変化時の連絡方法等を明確化し、住民主体のサービス提供団体等と共有する。

- 利用者の安全・安心な利用・参加の環境を整えるため、利用者の状態変化に気づいた時や、サービス提供中に利用者の状態が悪化したような緊急時に団体等がとるべき対応について、市町村は予めフローチャート等に整理したうえで、関係者で共有しておく必要があります。
- また、状態変化時や緊急時、長期の欠席などがあった場合の対応方法については、住民団体やケアマネジャーなどを対象とした研修等を通じて周知すること重要です。
- なお、住民主体のサービスの場で、利用者・参加者の状態変化に気づくための工夫としては、「利用者ごとに担当のボランティアを決定」することによる、細かな状態変化に気付くことのできる体制の構築や、長期欠席が続く人に対する、地域包括支援センターからもフォローなどの事例がみられました。

図表 2-17 利用者の状態変化に気づくための工夫(事例)

工夫・取組	事例概要
1. 利用者ごとに担当のボランティアを決定 【生駒市 P.93】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所Bでは利用者一人ひとりについて、誰が担当のボランティアであるかを決めており、それぞれの利用者の細かな変化に気付くことができるような工夫をしている。 ・ 担当のボランティアは、例えば杖を使って歩く人の歩行リズムが遅くなった、受付時にお金を支払う動作が遅くなった、忘れっぽくなったなどの細かな変化を確認している。市は、見るべきポイントを研修等で事前に住民に共有している(通所B)。
2. 長期欠席者などの把握とフォロー 【生駒市 P.93】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所Bについては、月に1回、出欠票(出欠状況と備考等)を市役所に持参してもらい、欠席を続けている人に対しては、地域包括支援センターが連絡や訪問を行っている(通所B)。

※ 本事業のアンケート調査・ヒアリング調査から得られた取組・工夫の事例などを参考に作成

第3章 介護予防・日常生活支援総合事業の 利用に関する調査（アンケート調査）

1 実施概要

① 調査の目的

令和3年4月以降の総合事業の対象者及びサービス価格の上限の弾力化の実施に向けて、全国の市町村における総合事業の実施に係る現状や、次年度以降の弾力化に関する取組予定等を把握することを目的としたアンケート調査を実施しました。

（主な調査内容）

- ・ 現在の総合事業（補助）の実施状況と、要介護者の利用の有無
- ・ 「総合事業の対象者の弾力化」の実施意向とその理由
- ・ 「総合事業のサービス価格（単価）の上限の弾力化」の実施意向とそのイメージ
- ・ 弾力化の対象とするサービスの種類
- ・ 要介護者や要支援者等への適切なサービス提供に向けた取組・工夫 など

② 調査の対象

・1,741 市町村（悉皆調査）

③ 調査の方法

- ・ WEBアンケート調査
- ・ 都道府県を通じて、各市町村の総合事業担当課宛に依頼状や調査票をメールで送付別途、ID/PW を郵送で送付し、各市町村はログインをして回答を入力

④ 調査のスケジュール

- ・ 実施期間：令和2年12月14日（金）～令和3年1月6日（水）

2 調査の結果

2-1 回収結果

回収結果は、以下の通りでした。回収率は、71.1%(1,237 市町村／1,741 市町村)でした。

図表 3-1 回収結果

	配布数	回収数	回収率		配布数	回収数	回収率
北海道	179	119	66.5%	滋賀県	19	16	84.2%
青森県	40	35	87.5%	京都府	26	18	69.2%
岩手県	33	29	87.9%	大阪府	43	36	83.7%
宮城県	35	28	80.0%	兵庫県	41	35	85.4%
秋田県	25	21	84.0%	奈良県	39	23	59.0%
山形県	35	26	74.3%	和歌山県	31	21	67.7%
福島県	59	27	45.8%	鳥取県	18	10	55.6%
茨城県	44	33	75.0%	島根県	19	14	73.7%
栃木県	25	21	84.0%	岡山県	27	20	74.1%
群馬県	35	23	65.7%	広島県	23	16	69.6%
埼玉県	63	45	71.4%	山口県	19	15	78.9%
千葉県	54	34	63.0%	徳島県	24	14	58.3%
東京都	62	41	66.1%	香川県	17	15	88.2%
神奈川県	33	30	90.9%	愛媛県	20	17	85.0%
新潟県	30	19	63.3%	高知県	34	16	47.1%
富山県	15	14	93.3%	福岡県	60	44	73.3%
石川県	19	14	73.7%	佐賀県	20	16	80.0%
福井県	17	12	70.6%	長崎県	21	18	85.7%
山梨県	27	17	63.0%	熊本県	45	23	51.1%
長野県	77	50	64.9%	大分県	18	13	72.2%
岐阜県	42	34	81.0%	宮崎県	26	16	61.5%
静岡県	35	31	88.6%	鹿児島県	43	29	67.4%
愛知県	54	42	77.8%	沖縄県	41	25	61.0%
三重県	29	22	75.9%				

全国計	1,741	1,237	71.1%
-----	-------	-------	-------

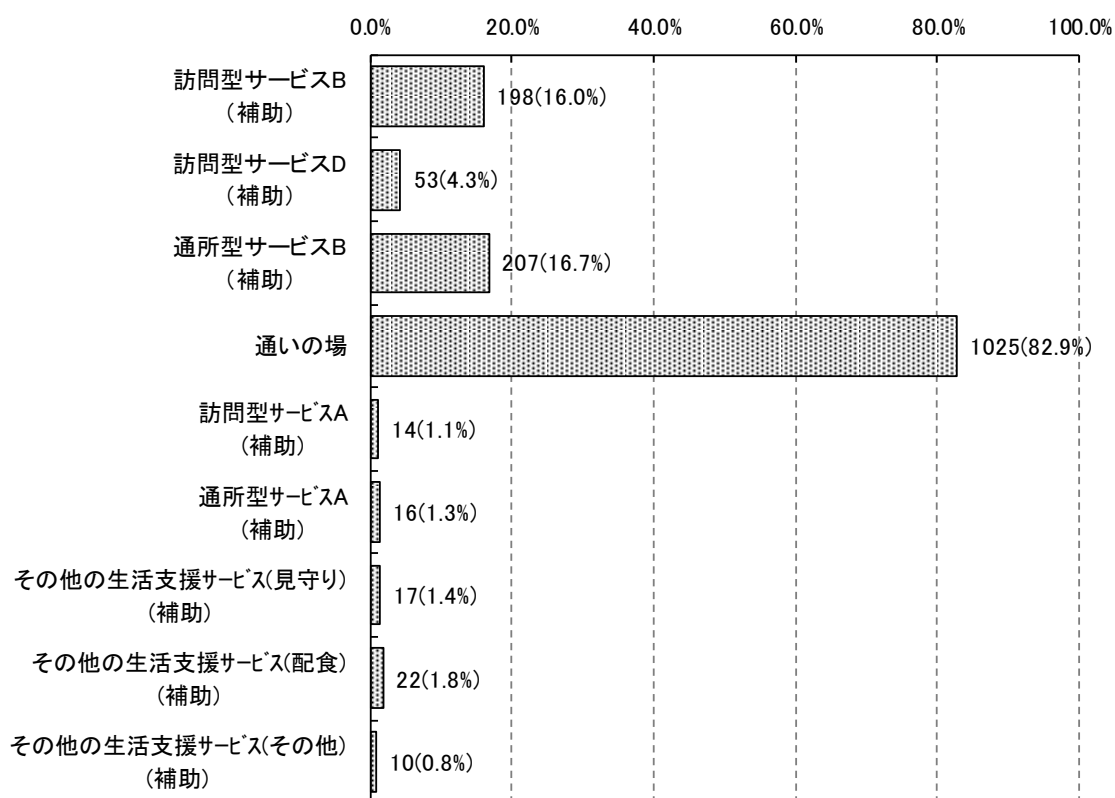
2-2 調査結果

(1) 各サービス・事業の現状における要介護者の利用の有無

- 各サービス(補助)・事業の実施状況を見ると、もっとも多いのは「通いの場」で 1,025 市町村(82.9%)であった。次いで、通所型サービスB(補助)は 207 市町村(16.7%)、訪問型サービスB(補助)は 198 市町村(16.0%)、訪問型サービスD(補助)は 53 市町村(4.3%)でした。

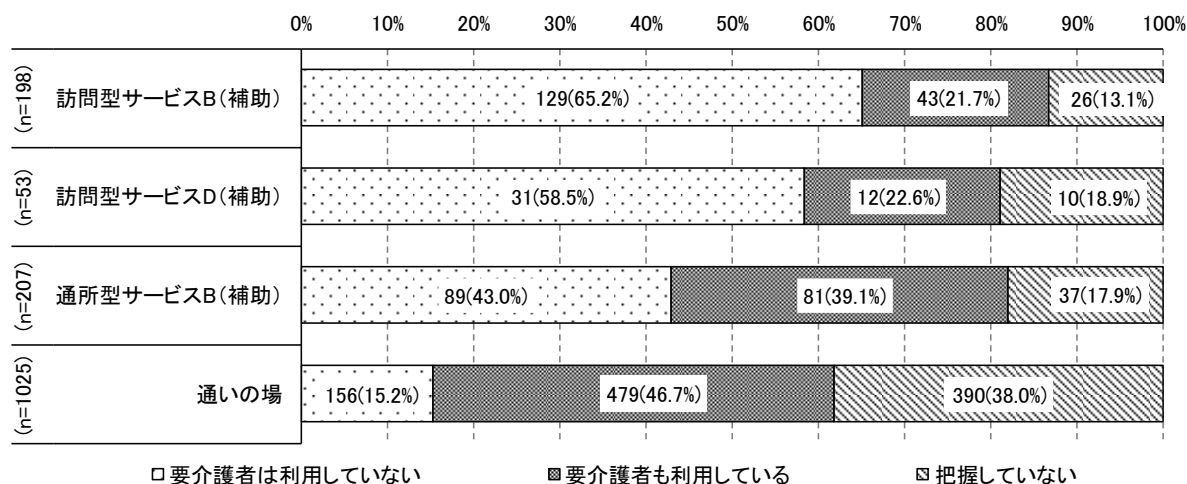
図表 3-2 各サービス(補助)・事業の実施状況

(n=1237)



- 各サービス(補助)・事業を実施している市町村について、要介護者の利用状況をみると、「要介護者も利用している」との回答数が最も多かったのは「通いの場」で 479 市町村(46.7%)、次いで「通所型サービスB」で 81 市町村(39.1%)、訪問型サービスBで 43 市町村(21.7%)でした⁹。

図表 3-3 各サービス(補助)・事業における要介護者の利用状況

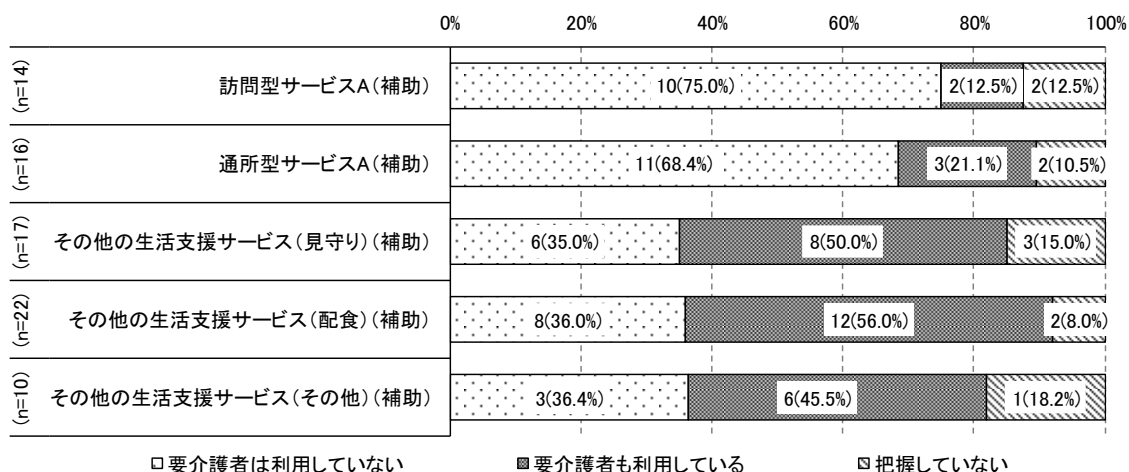


	合計	要介護者は 利用していない	要介護者も 利用している	把握して いない
訪問型サービスB (補助)	198 (100.0%)	129 (65.2%)	43 (21.7%)	26 (13.1%)
訪問型サービスD (補助)	53 (100.0%)	31 (58.5%)	12 (22.6%)	10 (18.9%)
通所型サービスB (補助)	207 (100.0%)	89 (43.0%)	81 (39.1%)	37 (17.9%)
通いの場	1025 (100.0%)	156 (15.2%)	479 (46.7%)	390 (38.0%)

⁹ 「1. サービス・事業を実施していない」の回答を除き、サービス・事業を実施している市町村の要介護者の利用状況のみを集計

- サービスA(補助)、その他の生活支援サービス(補助)については、「要介護者も利用している」との回答数が最も多かったのは「生活支援サービス(配食)」で12市町村(56.0%)、次いで「生活支援サービス(見守り)」で8市町村(50.0%)でした。

図表 3-4 各サービス(補助)・事業における要介護者の利用状況



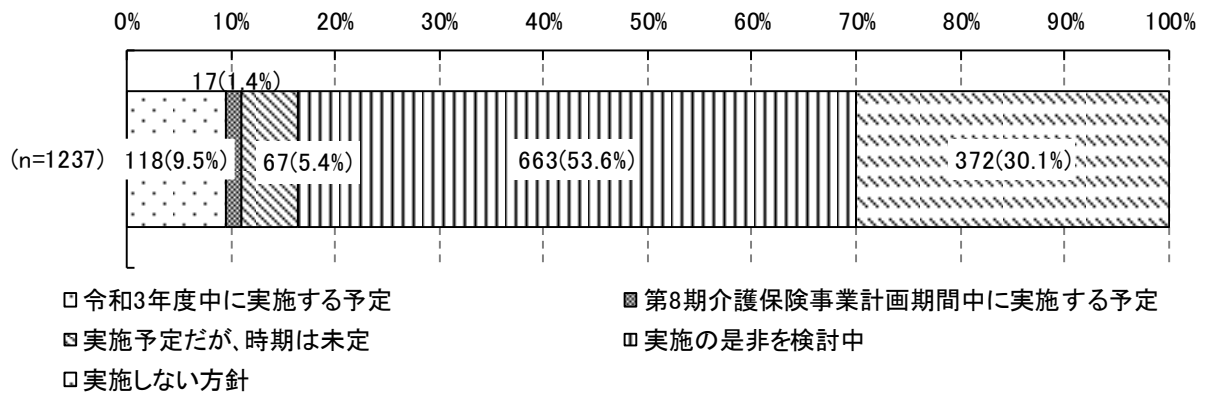
	合計	要介護者は 利用していない	要介護者も 利用している	把握して いない
訪問型サービスA (補助)	14 (100.0%)	10 (75.0%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)
通所型サービスA (補助)	16 (100.0%)	11 (68.4%)	3 (21.1%)	2 (10.5%)
その他の生活支援 サービス(見守り)(補助)	17 (100.0%)	6 (35.0%)	8 (50.0%)	3 (15.0%)
その他の生活支援 サービス(配食)(補助)	22 (100.0%)	8 (36.0%)	12 (56.0%)	2 (8.0%)
その他の生活支援 サービス(その他)(補助)	10 (100.0%)	3 (36.4%)	6 (45.5%)	1 (18.2%)

(2) 総合事業の対象者・サービス価格の上限の「弾力化の実施意向」

① 対象者の弾力化

- 総合事業の「対象者」の弾力化については、「令和3年度中に実施する予定」が118市町村(9.5%)、「第8期介護保険事業計画期間中に実施する予定」が17市町村(1.4%)、「実施予定だが、時期は未定」が67市町村(5.4%)でした。
- なお、この3つの回答を合計した「実施する予定」は202市町村(16.3%)でした。

図表 3-5 総合事業の「対象者の弾力化」の実施意向

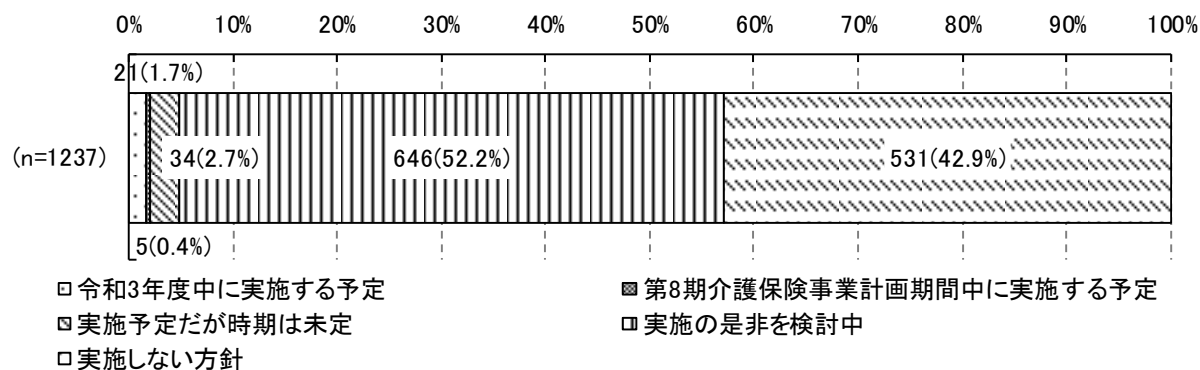


	合計	令和3年度中に実施する予定	第8期介護保険事業計画期間中に実施する予定	実施予定だが、時期は未定	実施の是非を検討中	実施しない方針
合計	1237	118	17	67	663	372
	(100.0%)	(9.5%)	(1.4%)	(5.4%)	(53.6%)	(30.1%)

② サービス価格の上限の弾力化

- 総合事業の「サービス価格の上限」の弾力化については、「令和3年度中に実施する予定」が 21 市町村(1.7%)、「第8期介護保険事業計画期間中に実施する予定」が 5 市町村(0.4%)、「実施予定だが、時期は未定」が 34 市町村(2.7%)でした。
- なお、この3つの回答を合計した「実施する予定」は 60 市町村(4.8%)でした。

図表 3-6 総合事業の「サービス価格の上限」の実施意向



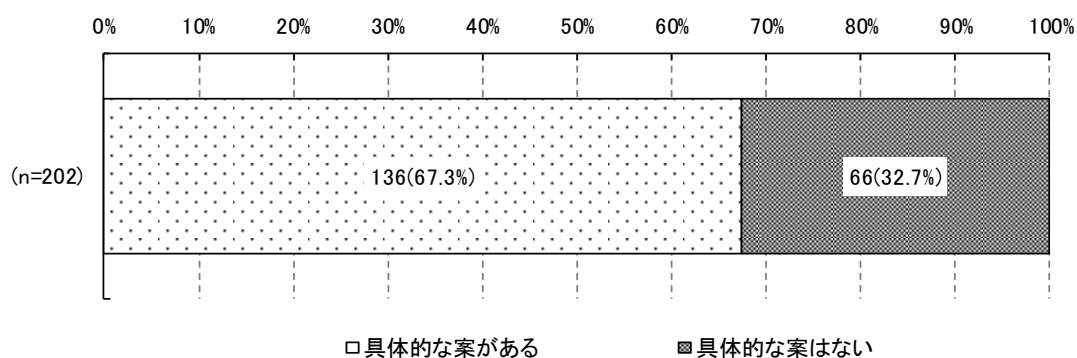
	合計	令和3年度中に実施する予定	第8期介護保険事業計画期間中に実施する予定	実施予定だが時期は未定	実施の是非を検討中	実施しない方針
合計	1237	21	5	34	646	531
	(100.0)	(1.7)	(0.4)	(2.7)	(52.2)	(42.9)

(3) 弾力化の対象とするサービスの種類

① 対象者の弾力化

- 総合事業の「対象者の弾力化」について、「実施する予定」と回答した市町村を対象とした、「対象サービスの種類の具体的な案の有無」の回答結果が以下です。
- 「具体的な案がある」と回答したのは、136 市町村(67.3%)でした。

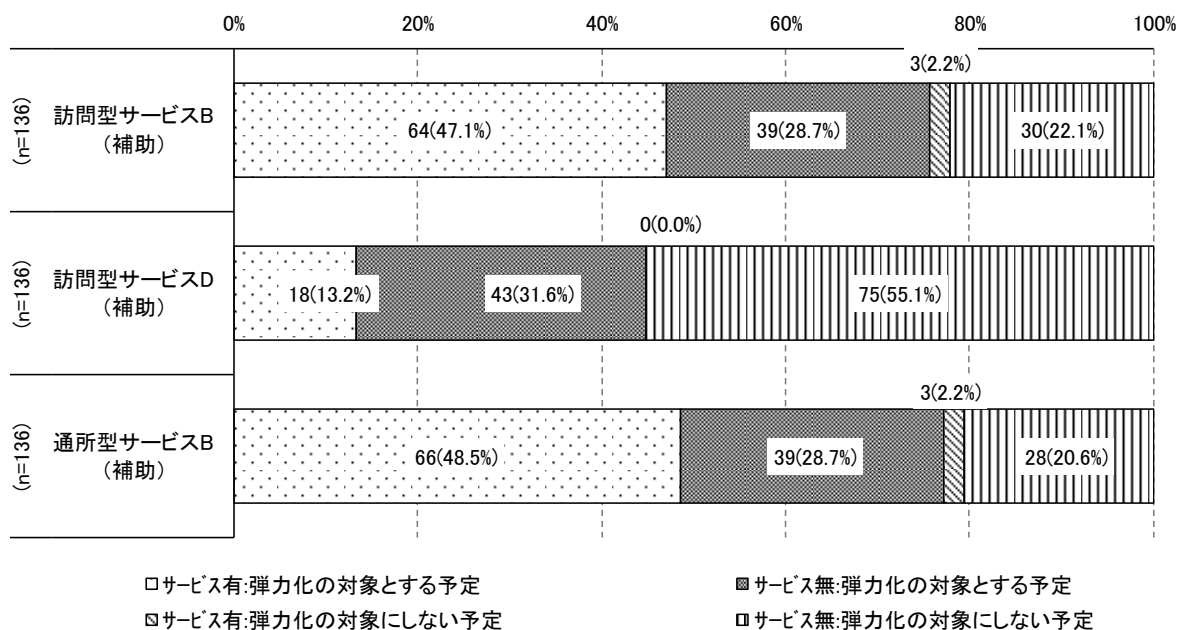
図表 3-7 総合事業の「対象者の弾力化」の、対象サービスの種類の具体的な案の有無



	合計	具体的な案が ある	具体的な案は ない
合計	202	136	66
	(100.0%)	(67.3%)	(32.7%)

- 「対象者の弾力化」の対象とするサービスについて具体的な案があると回答した市町村について、対象とする具体的なサービスの種類をお伺いしたところ、最も多いのは「通所型サービスB」で 105 市町村(77.2%)、次いで「訪問型サービスB」で 103 市町村(75.8%)でした。

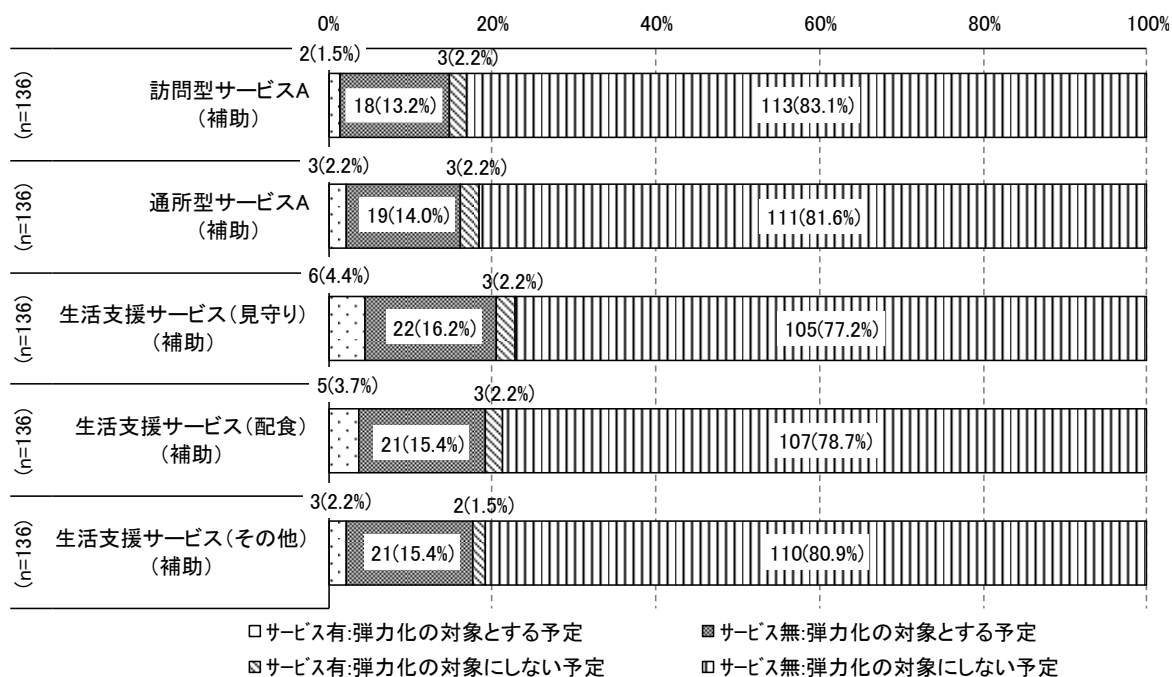
図表 3-8 総合事業の「対象者の弾力化」の、対象とするサービスの種類①



	合計	弾力化の対象とする予定		弾力化の対象にしない予定	
		サービス有り	サービス無し	サービス有り	サービス無し
訪問型サービスB (補助)	136 (100.0%)	64 (47.1%)	39 (28.7%)	3 (2.2%)	30 (22.1%)
訪問型サービスD (補助)	136 (100.0%)	18 (13.2%)	43 (31.6%)	0 (0.0%)	75 (55.1%)
通所型サービスB (補助)	136 (100.0%)	66 (48.5%)	39 (28.7%)	3 (2.2%)	28 (20.6%)

- 訪問型サービスA(補助)・その他の生活支援サービス(補助)については、「対象とする予定」との回答数が最も多かったのは「生活支援サービス(見守り)」で28市町村(20.6%)、次いで「生活支援サービス(配食)」で26市町村(19.1%)でした。

図表 3-9 総合事業の「対象者の弾力化」の、対象とするサービスの種類②



	合計	弾力化の対象とする予定		弾力化の対象にしない予定	
		サービス有り	サービス無し	サービス有り	サービス無し
訪問型サービスA(補助)	136	2	18	3	113
	(100.0)	(1.5%)	(13.2%)	(2.2%)	(83.1%)
通所型サービスA(補助)	136	3	19	3	111
	(100.0)	(2.2%)	(14.0%)	(2.2%)	(81.6%)
生活支援サービス(見守り)(補助)	136	6	22	3	105
	(100.0)	(4.4%)	(16.2%)	(2.2%)	(77.2%)
生活支援サービス(配食)(補助)	136	5	21	3	107
	(100.0)	(3.7%)	(15.4%)	(2.2%)	(78.7%)
生活支援サービス(その他)(補助)	136	3	21	2	110
	(100.0)	(2.2%)	(15.4%)	(1.5%)	(80.9%)

- 下図は、対象者の弾力化にあたり、対象と想定する要介護者の要件について、自由回答を集計したものです。
- これをみると、訪問型サービスについては、「一律の基準は設けない」という主旨の回答が 37.3%と最も多く、通所型サービスとその他の生活支援では、「ADL(特に排泄)がほぼ自立」という主旨の回答が最も多くなっています。

図表 3-10 「対象者の弾力化」の、対象と想定する要介護者の具体的な要件の案

	訪問型		通所型		その他の生活支援	
	回答数	回答割合	回答数	回答割合	回答数	回答割合
要介護1のみ	2	3.9%	2	3.2%		0.0%
要介護1・2以下	3	5.9%	3	4.8%	1	4.2%
認知症自立度 I 以下／ コミュニケーションが可能	6	11.8%	5	8.1%	3	12.5%
ADL(特に排泄)がほぼ 自立	14	27.5%	29	46.8%	8	33.3%
専門的な支援を必要とし ないこと	6	11.8%	1	1.6%	-	-
訪問型サービスDについ て、自ら乗車／買い物な どが可能なこと	2	3.9%	-	-	-	-
移動が自立／自分で通 えること	-	-	6	9.7%	-	-
一律の基準は設けない	19	37.3%	22	35.5%	6	25.0%
その他	3	5.9%	4	6.5%	6	25.0%
合計	51	100.0%	62	100.0%	24	100.0%

※ 「検討中」や「未定」といった回答を除く

- 下図は、対象者の弾力化にあたり、対象と想定するサービス提供団体等のイメージについて、自由回答を集計したものです。
- これをみると、訪問型サービス・通所型サービスについては、「実施規定に該当する団体」という主旨の回答が最も多く、新たな条件を設けず、現在の規定に該当する団体はすべて対象とするという回答が多くなっています。
- その他では、「養成講座の受講」といった回答が多く見られました。

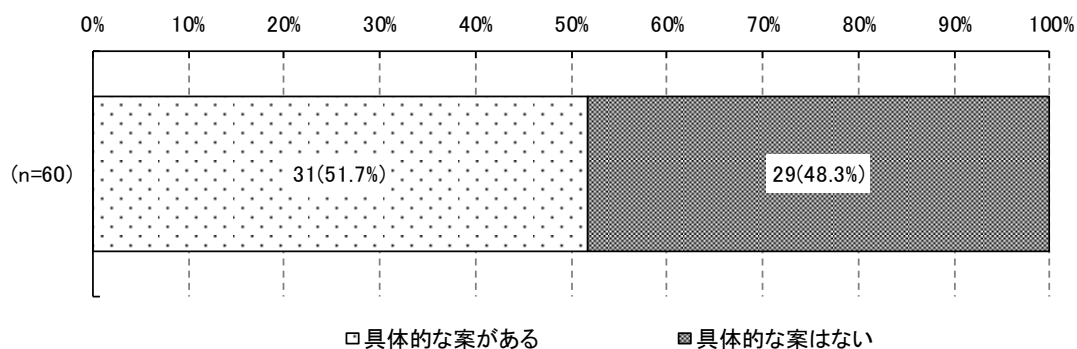
図表 3-11 「対象者の弾力化」の、対象と想定するサービス提供団体等の具体的なイメージ

	訪問型		通所型		その他の生活支援	
	回答数	回答割合	回答数	回答割合	回答数	回答割合
社協・NPO 法人など	6	13.3%	3	8.1%	1	6.7%
養成講座の受講など	13	28.9%	8	21.6%	7	46.7%
実施規定に該当する団体	17	37.8%	19	51.4%	6	40.0%
一律の基準は設けない	1	2.2%	1	2.7%	-	-
その他	9	20.0%	7	18.9%	1	6.7%
合計	45	100.0%	37	100.0%	15	100.0%

② サービス価格の上限の弾力化

- 総合事業の「サービス価格の上限の弾力化」について、「実施する予定」と回答した市町村を対象とした、「対象サービスの種類の具体的な案の有無」の回答結果が以下です。
- 「具体的な案がある」と回答したのは、31 市町村(51.7%)でした。

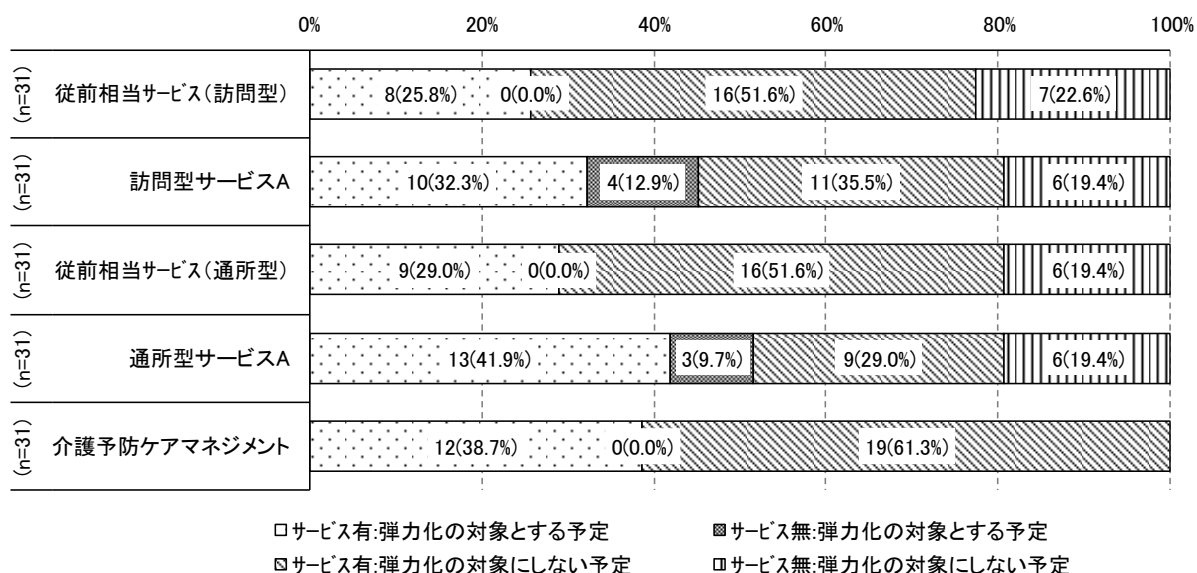
図表 3-12 総合事業の「サービス価格の上限」の、対象サービスの種類の具体的な案の有無



	合計	具体的な案がある	具体的な案はない
合計	60	31	29
	(100.0)	(51.7)	(48.3)

- 「サービス価格の上限の弾力化」の対象とするサービスについて具体的な案があると回答した市町村について、対象とする具体的なサービスの種類をお伺いしたところ、最も多いのは「通所型サービスA」で16市町村(51.6%)、次いで「訪問型サービスA」で14市町村(45.2%)でした。

図表 3-13 総合事業の「サービス価格の上限の弾力化」の、対象とするサービスの種類



	合計	弾力化の対象とする予定		弾力化の対象にしない予定	
		サービス有り	サービス無し	サービス有り	サービス無し
従前相当サービス(訪問型)	31 (100.0)	8 (25.8)	0 (0.0)	16 (51.6)	7 (22.6)
訪問型サービスA	31 (100.0)	10 (32.3)	4 (12.9)	11 (35.5)	6 (19.4)
従前相当サービス(通所型)	31 (100.0)	9 (29.0)	0 (0.0)	16 (51.6)	6 (19.4)
通所型サービスA	31 (100.0)	13 (41.9)	3 (9.7)	9 (29.0)	6 (19.4)
介護予防ケアマネジメント	31 (100.0)	12 (38.7)	0 (0.0)	19 (61.3)	0 (0.0)

- 「サービス価格の上限の弾力化について」、その具体的なイメージをお伺いしたところ、「サービス内容や地域特性に応じた加算の設定」が最も多く 10 市町村(29.4%)、次いで「介護予防ケアマネジメントの質・労力に見合った見直し」が 7 市町村(20.6%)でした。

図表 3-14 「サービス価格の上限弾力化」の実施のイメージ(自由回答)(複数回答可)

自由回答の内容	回答数	割合
サービス内容や地域特性に応じた加算の設定	10	29.4%
介護予防ケアマネジメントの質・労力に見合った見直し	7	20.6%
基本単価の見直し	6	17.6%
国や近隣市町村をみて判断	5	14.7%
検討中	3	8.8%
利用上限額の見直し	3	8.8%
事業の継続のための見直し	2	5.9%
その他	7	20.6%
合計	34	100.0%

(4) 対象者の弾力化を「実施する方針」とした理由・しなかった理由

① 対象者の弾力化を、実施する方針と「した理由」

- 「対象者の弾力化を実施する方針」とした理由について、自由回答の結果を集計した結果が下図です。
- これによれば、対象者の弾力化を実施する方針とした理由としては、「ニーズがあるから」が最も多く68市町村(36.4%)、次いで「本人の意向、適切なサービス選択が可能になる」が49市町村(26.2%)でした。

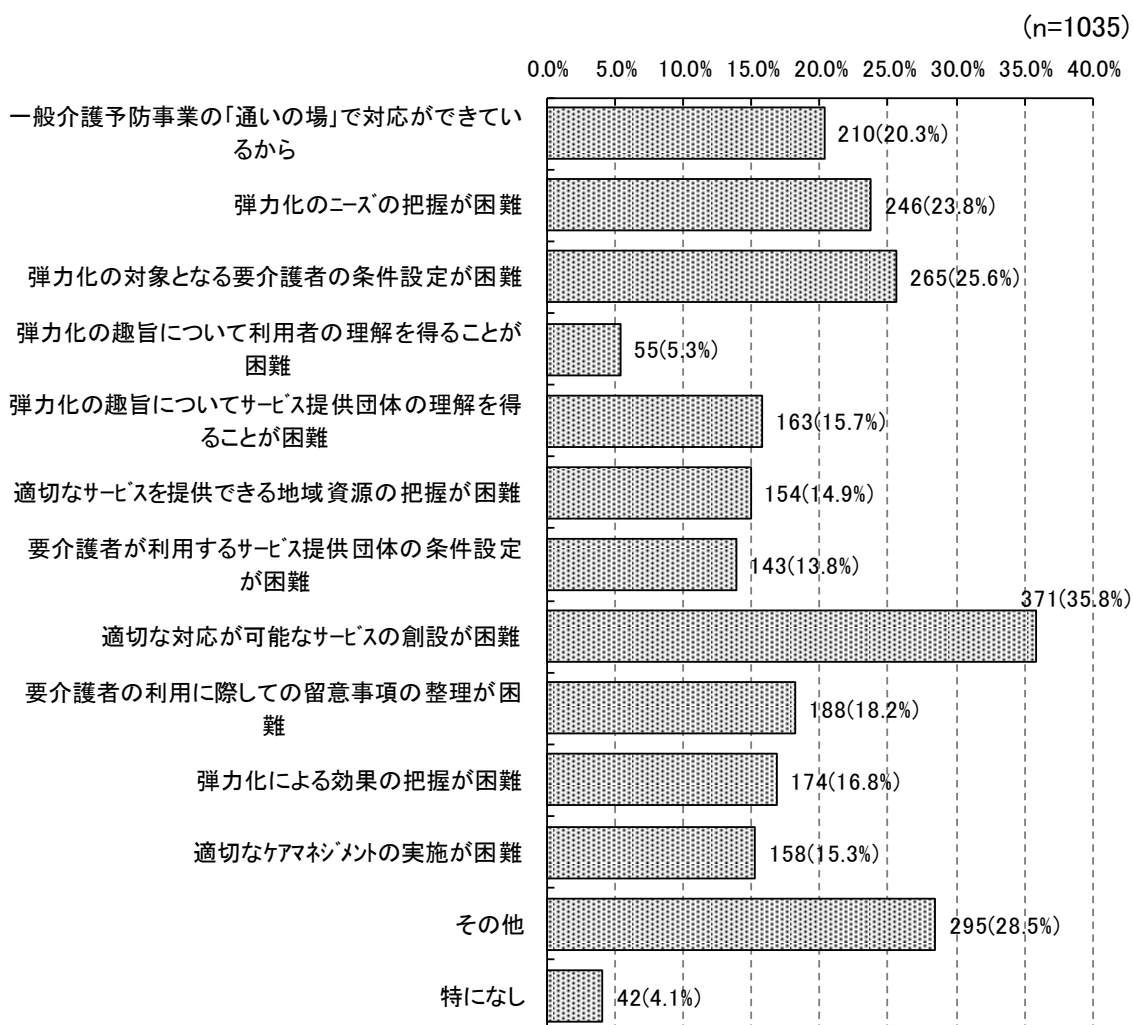
図表 3-15 対象者の弾力化を実施する方針とした理由(自由回答)(複数回答可)

自由回答の内容	回答数	割合
ニーズがあるから	68	36.4%
本人の意向、適切なサービス選択が可能になる	49	26.2%
制度改正への対応	20	10.7%
現在、要介護者が利用しているから	13	7.0%
要介護状態になった場合に、サービス利用が途切れないように	11	5.9%
地域とのつながりを維持するため	14	7.5%
自立支援・重度化防止により効果的	6	3.2%
介護人材の不足に対応するため	2	1.1%
その他	32	17.1%
合計	187	100.0%

② 対象者の弾力化を、実施する方針と「しなかった理由」

- 「対象者の弾力化を実施しない方針」とした理由については、最も多いのは「適切な対応が可能なサービスの創設が困難」が371市町村(35.8%)、次いで「弾力化の対象となる要介護者の条件設定が困難」が265市町村(25.6%)でした。

図表 3-16 弾力化を実施する方針としなかった理由(対象者の弾力化)(自由回答)(複数回答可)



- 「その他」としては「該当するサービスがない」がないが 199 市町村(67.5%)と最も多く、次いで「検討中／検討できていない」が 32 市町村(10.8%)でした。

図表 3-17 弾力化を実施する方針としなかった理由(その他)(対象者の弾力化)(自由回答)

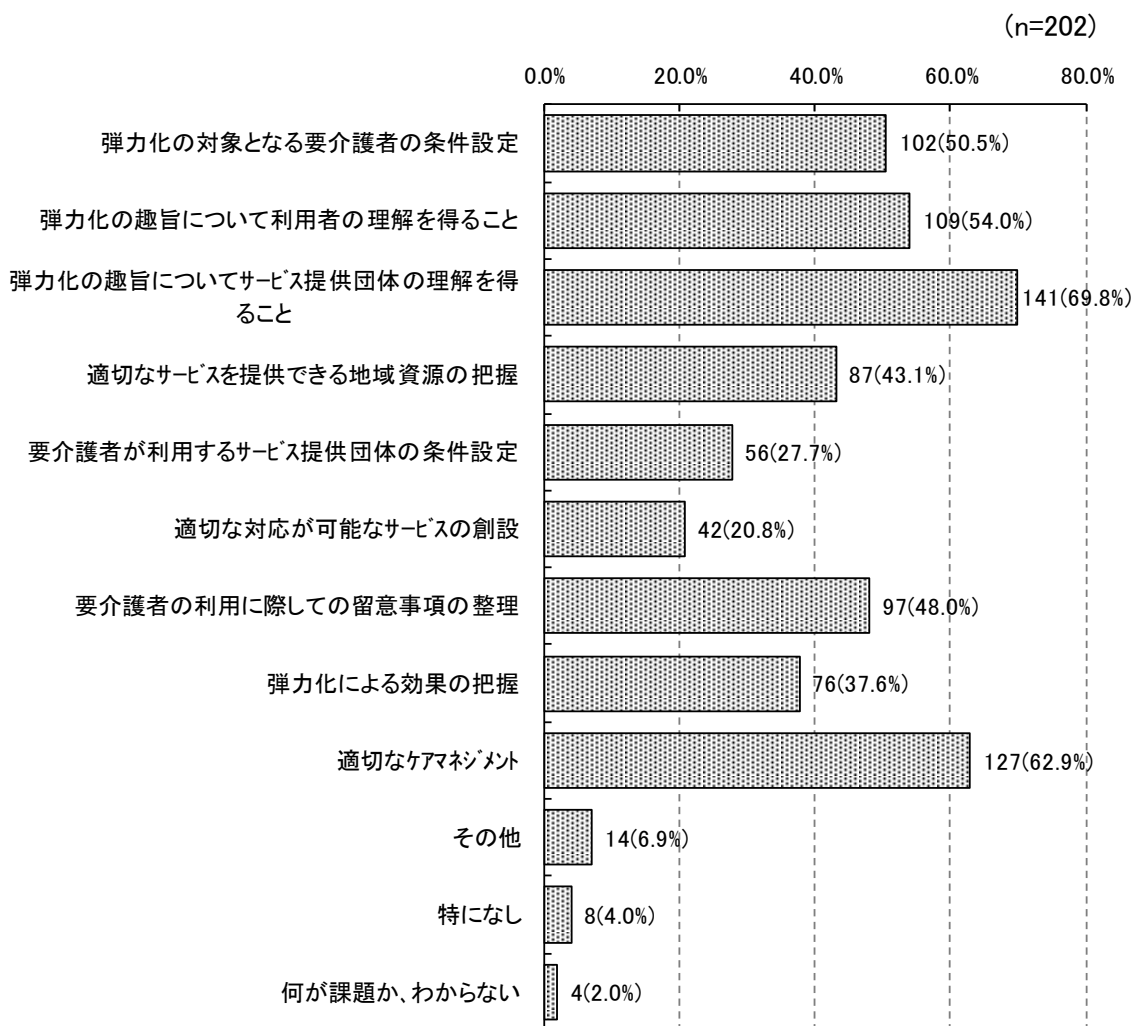
自由回答の内容	回答数	割合
該当するサービスがない/検討中	199	67.5%
検討中/検討できていない	32	10.8%
対応可能な資源・人材不足	18	6.1%
ニーズがない/今後見極める	10	3.4%
制度の詳細が不明	9	3.1%
現時点で利用者を限定していない	6	2.0%
上限限度額の超過／地域支援事業費の増加	4	1.4%
専門職対応が適当	1	0.3%
その他	22	7.5%
合計	295	100.0%

(5) 弾力化の実施に向けて取り組むべき事項

① 対象者の弾力化

- 弾力化の実施に向けて取り組むべき事項としては、「対象者の弾力化」については、「弾力化の趣旨についてサービス提供団体の理解を得ること」が最も多く141市町村(69.8%)、次いで「適切なケアマネジメント」が127市町村(62.9%)でした。

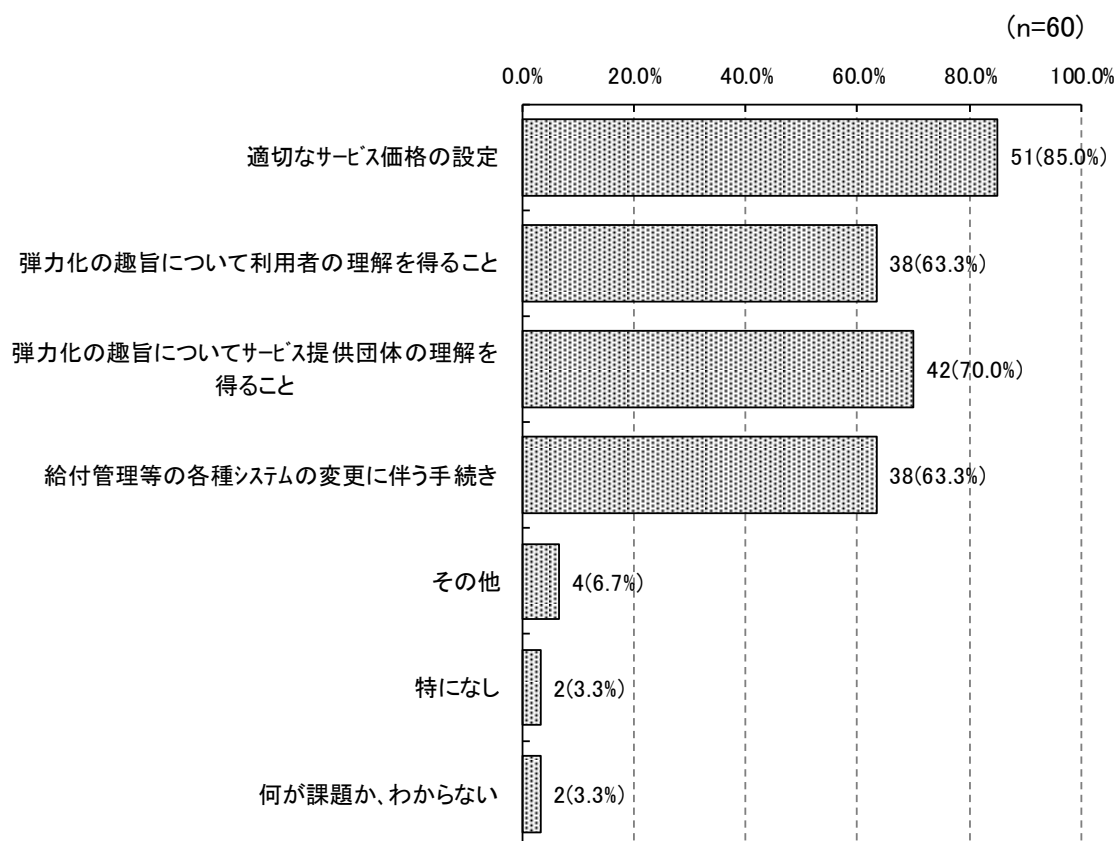
図表 3-18 実施に向けて取り組むべき事項(対象者の弾力化)(自由回答)



② サービス価格の上限の弾力化

- 弾力化の実施に向けて取り組むべき事項としては、「サービス価格の上限の弾力化」については、「適正なサービス価格の設定」が最も多く51市町村(85.0%)、次いで「弾力化の趣旨についてサービス提供団体の理解を得ること」が42市町村(70.0%)でした。

図表 3-19 実施に向けて取り組むべき事項(サービス価格の上限の弾力化)(自由回答)



(6) 要介護者や要支援者等への適切なサービス提供に向けた取組・工夫

- ここでは、各補助によるサービス等(サービス B、サービス D、地域介護予防活動支援事業(通いの場)、その他生活支援サービス等)を利用する要介護者や要支援者等への適切なサービス提供に向けて行っている取組や工夫について、自由回答から得られた結果を整理しました。
- 特に、以下は住民主体のサービス・事業を「要介護者も利用している」と回答した市町村の自由回答のうち、要介護者、もしくは要介護者を含む利用者全員を対象とした取組をまとめたものです。
- なお、()内の下線は、該当する取組・工夫を行っている、「要介護者も利用しているサービス」です。

<サービス提供体制・人材育成>

- ・ 訪問型サービスD実施団体に福祉有償運送登録を義務付け(訪問D)
- ・ 訪問サービスBを提供するサポーターは一定の講習を受講した者(訪問B)
- ・ 専門講師(PT、健康運動指導士等)の配置、ボランティアが対応に困った際の助言(通所B)

<意向確認>

- ・ 利用前に「住民主体による活動である」ため団体ごと支援が可能な範囲を明確に説明(訪問B)
- ・ 初回の相談時には、必ず役場の保健師が訪問により本人・家族と面接して、本人・家族の状況及び意向を確認して、アセスメントを行い、利用するサービスについて説明し、その内容を担当ケアマネジャー、サービス提供者に情報提供する(訪問B・D)

<地域ケア会議>

- ・ 介護度に限らず支援困難ケースについては、地域包括支援センターが主催する「地域ケア個別会議」を開催し、適切な利用が可能かを検討(訪問B・D、通所B)
- ・ 個別ケア会議にて、多職種によるケアプランのチェック(訪問B)

<サービス利用時>

- ・ 活動が中止になった場合には、利用者宅に訪問又は電話連絡をして、安否確認など聞き取りを行い孤立を防ぐ(通所B)
- ・ 訪問サービスBは有資格者と同じタイミングで支援を行う。または、タイミングは別でも有資格者と情報を共有しながら役割を分担(訪問B)

<モニタリング・状態変化>

- ・ 緊急時の対応についてマニュアル化、初動体制について意思統一(通所B)
- ・ グループリーダーから区、包括に欠席が続く人、気になる人等の連絡があり、必要な支援につなげている(通いの場)

- ・ 要支援および担当ケアマネがない要介護者の場合には、心配事や不具合があれば、通いの場のリーダーなどや生活サポートセンターから包括に連絡が入るしくみ(訪問B)
- ・ 担い手が、利用者の状態変化や長期欠席等を把握した場合、地域包括支援センターに連絡することを徹底(通所B)
- ・ 利用者の介護度や状況に応じて定期的にモニタリング(通所B)

<ケアマネジメント>

- ・ サービス利用が可能か確認するために、必要に応じて下見を実施している。その際、住民ボランティアの方の他に生活支援コーディネーターやケアマネジャーが同行(訪問B)
- ・ 各利用者を支援する際の注意事項については、サービス提供者に事前に情報提供(訪問B・D)
- ・ 事前の確認票を用いて総合事業の対象者であるかを適切に判断(通所B)
- ・ 保健師による住民訪問や総合検診、地域相談等の情報も活用しつつ、保険者・包括・保健師が参加する介護予防カンファレンスで検討を行う。その結果により、介護給付(ケアマネ)に依頼するか、通いの場を継続するかを判断(通いの場)
- ・ 地域リハビリテーション活動支援としてPT、OT、ST をケアマネジャーの訪問に同行する体制を取っている。介護者の介助方法やサービス計画への助言、必要に応じてサービス提供場面の確認も行う(訪問B)。
- ・ コーディネーターが利用者の状態と支援者の限界を把握し、どこからプロに任せるべきかを判断し、マッチング(訪問B)

- 以下は、実際の自由回答の一部を抜粋したものです。
- 「対象サービス」とは、自由回答を回答した市町村が「要介護者も利用している」と回答したサービスです。
- また、右には、それぞれの取組の対象に「●」を記載しています。

対象サービス	自由回答	要介護	全員	要支援
通所B	緊急時の対応についてマニュアル化、初動体制について意思統一		●	
	必要に応じて専門職と同行訪問、医療機関との連携(連携用ツールを活用)			●
訪問B	訪問型サービスB・D 通所型サービスB 多職種により利用開始時に支援方針や目標設定について検討し、 <u>6か月後に目標達成状況等について確認している(全数)</u> 。 訪問型サービスD 通所型サービスB 看護師等の専門職が参加者の状態を確認し、状況に応じて家族や地域包括支援センターに連絡をしている。			●
訪問B+通所B	体調や日常生活の変化等の利用者の状況について関係者間で適宜共有。 <u>サービス利用時の状況について確認できるように個人記録票を作成。</u>			●
通所B	市主催の基準緩和型サービス従事者研修を実施しており、サービスを立ち上げたりサービス提供に従事するにあたっては事前に当該研修を修了することを要件としている。研修内容は要支援者のサービス利用を対象としており、市職員が講師を担当している。 <u>※要介護者のサービス利用も対象とした内容とする場合、認知症などについてより深い専門的な内容を説明できる保健師等の専門職による講義が必要となり、講師人材の面で国や県の支援が求められると考える。</u>			●
通所B	区から補助を受けサービスを提供する <u>団体の中心となって要支援者等を見守る役割を担う者(以下、「運営リーダー」という。)</u> は、 <u>認知症サポーター養成講座を含めた、区が実施する研修を受講することとしている。</u> あわせて、団体へのフォローアップ研修や団体同士の情報交換の場を定期的に設けている。 また、サービス提供時には、 <u>利用する要支援者等の人数に応じて、区が規定する運営リーダーを配置することとしている。</u>			●
訪問B+通所B	・通いの場において <u>グループリーダーから区、包括に欠席が続く人、気になる人等の連絡があり、必要な支援につなげている。</u> ・研修(市・区)を実施。		●	

対象サービス	自由回答	要 介 護	全 員	要 支 援
	<p>サービスBにおいて、<u>事業実施のための手引きを作成</u>するとともに、説明会等で周知している。</p> <p>・好事例の紹介：月1回、団体と地域ケアプラザで定例の情報共有の場を設定し、利用者の状況を確認するとともに、より効果的なプログラムの実施等について検討する機会を設けている。</p> <p>・状況把握と専門職へのつなぎ：<u>支援を提供する際には、利用者</u> <u>に直接声をかけたり、手渡しで食事を提供するなどして、利用者</u> <u>の様子や顔色、話し方などの変化の有無や、生活環境に異常が</u> <u>ないかを確認し、記録を残すようにしている。気になる点があれば、</u> <u>家族や地域包括支援センター、委託先のケアマネジャーな</u> <u>どへ報告する</u>ようにしている。</p> <p>・事故対応のポイント：<u>緊急連絡先の把握や、事故発生時の対応順</u> <u>序等</u>について示している。</p>			●
通所B	<p>アセスメント時の専門職の同行。</p> <p>必要に応じたかかりつけ医等の関係者との連携・情報共有。 (サービス担当者会議や退院時カンファレンスの開催)</p> <p>アセスメントの充実による介護予防やセルフケアに向けた取組。</p>			●
訪問B	<p>・<u>訪問サービスBは有資格者と同じタイミングで支援を行う。また</u> <u>は、タイミングは別でも有資格者と情報を共有しながら役割を</u> <u>分担</u></p> <p>・要介護者への支援で不安なところは包括の専門職(リハビリテーショ ン専門職を含む)に相談</p> <p>・ケアマネジャーが地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、サ ポーターがリハビリテーション専門職によるアドバイスを受けることも可 能</p> <p>・訪問サービスBを提供するサポーターは一定の講習を受講した者</p> <p>・<u>地域リハビリテーション活動支援としてPT、OT、STをケアマ</u> <u>ネジャーの訪問に同行する</u>体制を取っている。介護者の介助方法 やサービス計画への助言、必要に応じてサービス提供場面の確認も 行う。</p> <p>・<u>リハビリテーション専門職は主治医へのリスク管理の確認事</u> <u>項についての助言(どういう項目を確認するのか、どういう言</u> <u>い方をすればよいか等)</u>も行っています。ケアプランへのアドバイス も行います。</p>	●		

対象サービス	自由回答	要介護	全員	要支援
	<p>・<u>ケアマネジャーとかかりつけ医との連携はFAXで医師と連絡が取れるように医師会との間で仕組みを構築</u></p> <p>・<u>コーディネーターが利用者の状態と支援者の限界を把握し、どこからプロに任せるべきかを判断し、マッチングを行う。</u></p> <p>・<u>要介護の方には地域リハビリテーション活動支援事業、要支援レベルの方にはサービスCでリハビリテーション専門職が支援内容の整理や環境設定をしてから訪問サービスBを導入することも可能</u></p> <p>・<u>通いの場では要介護の方には地域リハビリテーション活動支援事業、要支援レベルの方にはサービスCでリハビリテーション専門職が当事者が通う通いの場までの移動の安全確認や会場での配慮、工夫などをアセスメント、環境設定することも可能</u></p> <p>・<u>自宅の住所・電話番号、緊急連絡先、持病についての情報を包括が管理し、参加者に何かあれば包括に連絡が入り、包括のスタッフが対処することになっている</u></p> <p>・<u>同意書では介護情報や医療情報など介護予防に資する情報の提供についても承諾を得られる様式になっていることから、介護度、担当ケアマネジャーなどの情報も管理することが可能</u></p> <p>・<u>総合相談では、情報誌を活用しながら総合事業について説明。市の人口推計や介護人材不足の課題などがトップページに掲載されており、今のサービスの使い方次第で市の介護の未来が変わることを一人一人が理解し、かしこくサービスを選択することが大切であることを説明した後、総合事業のサービスの説明をする。</u></p> <p>・<u>要支援および担当ケアマネがない要介護者の場合には、心配事や不具合があれば、通いの場のリーダーなどや生活サポートセンターから包括に連絡が入るしくみとなっている。</u></p>		●	
	<p>・<u>要支援レベルのプランは必ず包括の専門職（3職種+PT、OT）が複数で内容を確認し、アドバイスを行う。</u></p> <p>・<u>かかりつけ医との連携の取り方については訪問サービスCとしてPT、OTがアドバイスを行う。</u></p> <p>・<u>訪問サービスCの初回訪問時は必ず担当ケアマネジャーが同行することになっている。また、月に1回はサービスC担当リハビリテーション専門職とケアマネジャーはカンファレンスを行い、情報共有、プランの見直しをすることになっている。</u></p>			●

対象サービス	自由回答	要 介 護	全 員	要 支 援
通所B	・ <u>包括支援センター職員による現地での利用状況の確認</u> 。状態変化時は適切なサービスへの再アセスメント実施。			●
通所B	・体調不良等があれば、家族、サービススタッフ等に遠慮なく伝えるよう本人に伝える。 【通所型サービスBの場合】 ・ <u>自力での通所が困難な場合は、通所付添サポートの利用につなぐ。</u>			●
訪問B	・ボランティア養成研修(2日間8時間)を受講した地域住民を、訪問型サービスA(ゴミ出し、調理、買い物代行、ベッドメイク、掃除、洗濯、衣類の整理等)の担い手としている。 ・ <u>住民ボランティア団体より、月1回サービス利用状況の報告と合わせて、利用者の体調等の報告を市およびプラン作成担当者へ書面で行っている</u>			●
通所B	・ <u>はじめて通所型サービスを利用する被保険者に適切なサービスを検討する会議を区において実施している。</u> ・通所型サービスB(介護予防に資する活動を行っている自主グループへの参加)は、グループの活動にあたり介護予防に関する知識を有するコーディネーターを必須としている。 ・通所型サービスBの利用時において、利用者の体調に心配な点が見受けられた場合に、団体のコーディネーターから包括に連絡する仕組みがある。			●
通所B	【通所B】 ・ <u>活動が中止になった場合には、利用者宅に訪問又は電話連絡をして、安否確認など聞き取りを行い孤立を防ぐ。</u>		●	
	・ <u>サービスBの利用開始前に実施団体に提出する「利用申込書」の【留意点】に既往や現病歴、日常生活で不安な事等を記入又は聞き取りをして、サービス提供時に活用している。</u> ・地域包括支援センターと介護予防支援、介護予防ケアマネジメント委託契約を行っている委託事業者及び直営職員を対象にレベル別ケアマネジメント研修の中でサービスBの利用やその効果も含め、周知啓発してケアマネジャーの理解を促している。 サービスB利用にかかる利用者の要望があればサービスBの地区組織に伝えるなど連携をとっている。			●

対象サービス	自由回答	要 介 護	全 員	要 支 援
	<p>【訪問B】</p> <p>・<u>緊急対応マニュアルを作成。（利用者の異変を早期に発見し、迅速な対応が取れる体制づくり）</u></p> <p>・<u>依頼を受け、調整役が現在の環境（範囲、伸び等）把握のため一度下見に行き、状況を把握することで、担い手及び利用者が、スムーズにサービス開始につなげる。</u></p>			
訪問B	<p>・訪問Bの担い手向け養成研修の実施</p> <p>・<u>利用前に「住民主体による活動である」ため団体ごと支援が可能な範囲を明確に説明。</u></p> <p>・活動内容の周知が進むよう、市広報や動画(大学と連携した活動団体のPR動画)等で住民主体の活動を紹介。</p> <p>・<u>市の考え方が「要介護認定を受けた方もできる範囲で支援対象とすること」を補助要件としており、その活動そのものにかかる経常経費(コーディネーターの人件費)に対する補助を行っているため、ケアマネジメントを介さずインフォーマルサポートとしても利用することも可。</u></p>		●	
	<p>・リハビリ専門職がケアマネのアセスメントに同行し、暮らしの評価や予後予測によるサービス導入の効果等、自立を目指した技術的助言を提供(適切な現状把握と目標設定への支援)</p>			●
通所B	<p><u>利用者の介護度や状況に応じて定期的にモニタリング</u>を行っている。(事業対象者は除く)</p> <p>総合事業利用の事業対象者については状態変化や気になるときに訪問を行っている。</p>		●	
通所B	<p><u>担い手が、利用者の状態変化や長期欠席等を把握した場合、地域包括支援センターに連絡することを徹底。</u></p>		●	
通所B	<p><u>専門講師（PT、健康運動指導士等）の配置、ボランティアが対応に困った際の助言</u></p>		●	
訪問B	<p><u>サービス利用が可能か確認するために、必要に応じて下見を実施している。その際、住民ボランティアの方の他に生活支援コーディネーターやケアマネジャーが同行している。</u></p>		●	
訪問D+通所B	<p>・<u>訪問型サービスDの運転者には市の指定する研修受講を要件としている。</u></p> <p>・<u>通所型サービスBにおいて感染症対策チェックリストを提供し、感染症予防に努めている。</u></p>		●	

対象サービス	自由回答	要 介 護	全 員	要 支 援
通所B	<ul style="list-style-type: none"> ・併用利用しているケースの場合、利用している通所サービス事業所での提供内容の検討調整を行っている。 ・リハ専門職による自宅や通いの場へ訪問してのアセスメントを行っている。 ・担当CM への情報提供 		●	
通所B	<ul style="list-style-type: none"> ・普段からボランティア間で情報共有できるように、月1回以上、打ち合わせの場を設けている。 ・生活支援コーディネーターを中心に、参加者や担当介護支援専門員等の情報を集約し、必要に応じて関係機関につないでいる。（個別支援などケアプランとのすり合わせも含む） ・参加者の状況をボランティアの方に記録していただく。必要に応じて生活支援コーディネーターが状況確認を行い、関係機関に引き継ぐようになっている。 		●	
全部	<ul style="list-style-type: none"> ・特に訪問型サービスBについては、困難ケース事案が多い旨及び必ず地域包括支援センターが介入している旨を説明し、利用時の相談支援体制を構築している。 ・介護度に限らず支援困難ケースについては、地域包括支援センターが主催する「地域ケア個別会議」を開催し、適切な利用が可能かを検討する。その際、あわせて成年後見制度や日常生活自立支援事業の導入も検討する。 <p>なお、この際、可能な限り本人やその家族にも参加していただく。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用時の契約や重要事項説明を行う際には、必ず地域包括支援センターが同行している。 		●	
通所B	<ul style="list-style-type: none"> ・町立病院や近隣の病院との定期的なカンファレンスを行い、情報共有を行っている。 ・サービス導入前に、事業所や通いの場運営者、本人とその家族、担当ケアマネ、包括職員が集まり、サービス担当会議を開催し、利用者の情報共有、サービス利用時の注意点などを話し合っている。 		●	
通所B	<ul style="list-style-type: none"> ・事前の確認票を用いて総合事業の対象者であるかを適切に判断している。電子連絡帳を活用した情報共有。 		●	
通所B	<ul style="list-style-type: none"> ・指導員として看護師を配置している。 ・来所時は、健康チェックとして血圧測定を行っている。 		●	
訪問B	<ul style="list-style-type: none"> ・個別ケア会議にて、多職種によるケアプランのチェックを行っている。 		●	

対象サービス	自由回答	要 介 護	全 員	要 支 援
通所B	<p>・サービス未利用者に対しては、保健師が訪問し、状態や意向の確認を行い、サービスの説明を実施。</p> <p>・<u>通所型サービスBについては、元看護師の協力のもと、体調管理、感染対策等を実施。</u></p>		●	
訪問B+通所B	<p>・サービスB:従事者の内、<u>介護系資格を有していない者に対し旧ヘルパー3級程度の内容の研修を実施</u></p> <p>・地域介護予防活動支援事業:一定の講習(介護予防リーダー養成講座)受講者を配置しリスク管理を徹底している、認知症サポーター養成講座の受講</p> <p>・サービスB:通所型サービスBにおいては、軽体操や体操チューブによる軽運動などを取り入れ、体調の維持・向上を図っている。</p> <p>・地域介護予防活動支援事業:参加前の血圧・体調のチェック、緊急連絡先の把握等のリスクマネジメント</p> <p>・サービスB:<u>利用者の状態変化や認定区分、介護サービス利用の変更(短期入所生活介護の緊急利用など)の際は、地域包括支援センターとサービスB団体において連絡、情報共有を図るよう依頼している。</u></p> <p>・地域介護予防活動支援事業:地域包括支援センター職員が通いの場立ち上げ時及び、随時、利用者の状況確認を含めた現地確認を行っている。</p>		●	
訪問B+D	<p>・*訪問Aは介護事業所に委託実施で、<u>訪問B・Dを実施する住民グループのメンバーは必ず県や国が主催する生活支援提供者を対象とした研修を受講してもらっている。</u>*サービス提供中に利用者の体調などや利用者からの緊急時の相談があった場合の<u>フローチャートを役場が作成し、周知している。</u>全員ではないが、サービス提供者には認知症サポーター講座を受けてもらうようになっている。</p> <p>・<u>初回の相談時には、必ず役場の保健師が訪問により本人・家族と面接して、本人・家族の状況及び意向を確認して、アセスメントを行い、利用するサービスについて説明し、その内容を担当ケアマネジャー、サービス提供者に情報提供する。</u><u>近所の人や民生委員からも生活状況を情報収集する。</u>事業対象者は本人と相談して、独自の様式に本人の今後の目標を聞き、記入する。</p> <p>・<u>各利用者を支援する際の注意事項については、サービス提供者に事前に情報提供して、何かあれば、すぐ包括支援センターへ連</u></p>		●	

対象サービス	自由回答	要 介 護	全 員	要 支 援
	<p>絡してもらうことになっている。</p> <p>モニタリングは開始直後に包括の担当保健師が利用者本人やサービス提供者に電話または訪問して、サービス利用時の状況や本人の気持ちを書くことになっている。<u>随時、サービス利用については包括へ本人から連絡をもらうようにしている。</u>また、利用者の状態変化があった場合はサービス提供者から随時、役場包括へ連絡が入るルールになっている。また、<u>緊急時のフローチャートを包括が作成し、訪問B・Dの事業者には渡している。</u></p>			
訪問B	<p>(訪問型サービスBに関して)活動の手引き書の作成、担い手研修会の実施、生活支援コーディネーターによるサポートを行っている。</p> <p>(通いの場に関して)<u>過半数の通いの場に、養成講座を受講した健康づくり推進員を1～2名配置している。</u></p> <p>(訪問型サービスBに関して)<u>地域包括支援センターと共有している窓口対応マニュアルに、補助団体の生活支援活動と利用希望者の支援ニーズを橋渡しする際の留意点をまとめ、関係者に周知している。</u></p> <p>(通いの場に関して)<u>利用者を通いの場を橋渡しするための、ケアマネ、保健師、通いの場代表者の3者の連携手順、文例を整備している。</u></p>		●	
通所B	<p>認知症サポーター養成講座の受講</p> <p>保健師、OT等の専門職の配置</p>	●		
通所B	<p>・<u>通いの場へ、看護師を派遣し健康管理を行う。</u></p> <p>・<u>訪問にて本人の利用状況や意向を確認している。</u></p>	●		
通所B	<p>市が行う一定の講習を受講した地域ボランティアの配置、定期的な市保健師や管理栄養士、PT、歯科衛生士、健康運動指導士の介入、配置を行っている。</p>		●	
	<p>通所型サービスBでは事業終了後、<u>住民ボランティア、送迎ボランティア、事務局、包括支援センターが調整会議を行い、参加者に対する注意点や状況、送迎時や自宅訪問時の状況などを共有する会議にてモニタリング等も行っている。</u>緊急連絡先なども随時確認し、連絡をとれる状態にしている。</p>			●

対象サービス	自由回答	要 介 護	全 員	要 支 援
通所B	<p><u>通いの場については定期的に専門職（リハ職、看護師等）が関わり、継続的に実施できるようにするとともに利用者の状況が把握できるような支援体制をとっている。</u></p> <p>通所型サービスBにおいては利用者の状態変化が生じた際には担当CMまたは地域包括支援センターへ連絡をしてもらう体制をとっている。</p> <p>できる限り利用者がこれまで関わりのあったなじみの場所の利用が継続できるような関わり方へのアドバイスをとっている。</p> <p>通所型サービスBについては、送迎を行う場合の加算の設定を行い、利用しやすくする工夫を行っている。</p> <p>緊急時の連絡方法をあらかじめ決めている。</p>		●	
通所B	<p>一定の講習を受講した地域住民・ボランティアの配置、<u>介護認定申請時の受付確認シートの活用</u>、新規参入の呼びかけ（事業所等に対し）</p> <p>通いの場立ち上げに係る専門職の派遣、包括による支援、立ち上げ後のフォローアップ支援、通いの場への専門職派遣、<u>通いの場参加者の生活機能等の定期的評価・経過的評価（基本チェックリスト、体力測定）</u></p>		●	
訪問B+D	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア等の養成講座を随時開催している。 ・<u>訪問型サービスD実施団体に福祉有償運送登録を義務付けている。</u> ・通いの場の立ち上げを見据えて介護予防教室や出前講座を開催している。 ・市養成の介護予防リーダーに通いの場の立ち上げ、運営にかかわってもらっている。 ・通いの場の実施内容の相談に際し、メニューの提示、包括主体での実践など情報提供している。 ・インフォーマルサポートの利用を検討し、ケアプランに位置付けるようにしている。 ・<u>地域との関わりについてもケアプランに含むことを検討している。</u> ・<u>本人の同意のもと地域の方とケアマネジャーが連携するために情報共有の呼びかけを実施している。</u> ・医療と介護の連携を密にするため、<u>医療介護共通連絡票を活用し</u> 		●	

対象サービス	自由回答	要介護	全員	要支援
	<p>ている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケースカンファレンスを実施し、包括内または関係機関を含めて支援方法を検討している。 ・総合事業についてのケアプランチェックを実施し、ケアマネジメントの適正化を図っている。 			
通いの場のみ	<p>地域介護予防活動支援事業(通いの場)への要介護者を受け入れるため、生活支援サポーター養成講座(認知症サポーター養成講座も含む)を開催し地域住民のよりよい運営のために支援体制を構築している。また、通いの場の支援者から包括や生活支援コーディネーターが助言、支援を行っている。</p>	●		
通いの場のみ	<p><u>事前に状態を把握し、担当で1名職員がつくようにしている。</u></p>	●		
通いの場のみ	<p>・基本チェックリストの活用を基本としつつ、<u>保健師による住民訪問や総合検診、地域相談等の情報も活用しつつ、保険者・包括・保健師が参加する介護予防カンファレンスで検討を行う。その結果により、介護給付(ケアマネ)に依頼するか、通いの場を継続するかを判断する。</u></p>	●		
通いの場のみ	<p>・要支援要介護事業対象関係なく利用できるように、一般介護予防事業においてボランティアを養成し、協力をいただくことで多様なサービスと同様の事業を展開している。</p> <p>・<u>認定申請時にデイや訪問介護(生活援助)を希望されるのであれば、まず一般介護予防事業の通いの場等に参加を勧奨している。またケアマネジャーにもその旨を周知している。地域ケア会議においても、通いの場やボランティアによる生活援助的な支援が受けられないか検討している。</u></p> <p>・<u>参加者の緩やかな経過変化については、地域包括とケアマネ・ボランティアで協議しデイサービス等の専門職へ移行。</u></p> <p>・適時連絡を取り合い、ケースについて協議をしている。<u>職員側常に協力的である姿勢を示し続けることが大切と考えている。</u></p>		●	

第4章 ヒアリング調査結果

1 実施概要

① 調査の目的

総合事業のサービス・活動に既に要介護者が参加している自治体、適切なケアマネジメントの実践を実現する仕組み等を構築している自治体へのヒアリング調査を行い、要支援者・要介護者等への適切なサービス利用に向けて行っている工夫・取組などについて把握しました。

(主な調査内容)

- ・ 現状における総合事業の実施状況
- ・ 総合事業のサービス利用時における工夫
- ・ 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫
- ・ その他の中長期的な取組・工夫 など

② 調査の対象

・8市区町村

③ 調査の方法

対象	ヒアリングの場所・方法など
神奈川県秦野市	WEB会議
東京都八王子市	WEB会議
大阪府大東市	WEB会議
島根県美郷町	※書面回答
奈良県生駒市	弊社会議室
東京都世田谷区	世田谷区役所
茨城県取手市	弊社会議室
岐阜県大垣市	WEB会議

2 ヒアリング調査結果概要

2-1 神奈川県秦野市

■ 要介護者が利用しているのは、訪問Bと通所B

- ・ 要介護者が既に総合事業を利用しているのは、訪問Bと通所Bである。訪問Bは、令和元年度は実利用人数 70 人のうち、要介護者は 23 人でした。
- ・ 通所Bは、要支援者等の時に通所Bを利用していた人が要介護状態になっても要介護認定の申請をせずに継続的に利用する人がいます。

■ 訪問Bは、給付の訪問介護と併用するケースが多い

- ・ 要介護の人は、訪問介護を利用しながら訪問Bを利用しているケースが多くなっています。
- ・ 訪問Bは、大掃除や草むしり、傾聴など、訪問介護では提供できないサービスが必要な場合に利用しています。自由度が高く、利用しやすいようです。

■ 専門職がいる通所Bでは、要介護者も継続利用できるケースが多い

- ・ 専門職の人が常にいる通所Bが1箇所あります。そこであれば要介護になっても受け入れることができると思います。その理由はケアの技術というよりは、何かあった時でも専門職の人がいるという安心感によるものと思われます。
- ・ 専門職が 1 人いるだけで、大きく違います。住民ボランティアの方であっても、介護についての理解がある人が増えてくれば、要介護になっても受け入れることができるようになることも期待できます。

■ 地域ケア会議を通じた専門職の育成

- ・ 要支援等の新規は全員を地域ケア会議(月3回実施)にかけており、本人の予後予測や目標設定など、リハ職や栄養・口腔、病院関係の専門職の意見を聞いています。半年後にその目標を達成できたかを全数確認しています。
- ・ 弾力化した後に要介護の人が総合事業を利用する場合には、同様に地域ケア会議にかけるようにしようと考えています。地域ケア会議を通じて包括等の職員のレベルの向上したことから、居宅介護支援事業所のケアマネジャー広げていきたいと思っています。

【ヒアリングメモ】

(1) 現状における総合事業の実施状況

① 総合事業の実施状況／要介護者の利用状況

- 秦野市では、訪問A～D、通所A～Cはすべて実施している。
- 従前相当の利用者は、ほぼゼロである。地域包括支援センターがケアマネジメントの段階で、身体介護が必要ないと判断されれば、指定サービスの中ではAを紹介している。
- 需要に対して供給が足りているか、将来どのようになるかなどを分析して、事業者の説明することで事業者の理解も進んでいる。どうしても従前相当が良いという人を断るようなことはないが、何故他のサービスでは駄目なのかを考えて取り組んでいった結果、ほとんどいなくなった。
- 訪問Aは市の研修を受けた人やシルバー人材センターの人がサービスを提供している。
- 通所については、需要に比べて供給量が多く、サービス利用者が定員を大きく下回っている事業者もかなりあるような状況になっていた。第7計画のときに、Aをやるところのみ従前相当の更新をすると計画に記し、総量規制をした経緯がある。
- 要介護者になっても継続して利用しているのは、訪問Bと通所Bである。訪問Bは、令和元年度は実利用人数 70 人のうち、要介護者は 23 人であった。
- 通所Bは、要支援者等の時に通所Bを利用していた人が要介護状態になっても継続的に利用している人はいるが、要介護認定は受けていない人が多く、はっきりと誰が要介護状態であるかはわからない。

② 総合事業を利用する要介護者の状態像／利用に至る経緯など

- 訪問Bは、大掃除や草むしり、傾聴など訪問介護で提供できないサービスが必要な場合に利用している。
- 訪問Bは生活援助なので一人暮らしの人の利用が多く、要支援等の時に訪問Bを利用していた人が要介護になっても継続して利用している人はいる。
- 要介護の人は、介護給付の訪問介護を利用しながら訪問Bを利用している人が多い。給付の訪問介護であると家族がいると生活援助を提供できないなどの制約もあるが、訪問Bは規制が少ないので利用しやすい。
- 要介護の人が訪問Bを利用する場合、居宅介護支援事業所のケアマネジャーはケアプランには組み込んでいない。
- 担当のケアマネジャーは、訪問Bを利用しているかどうか認識していないケースもあると思う。市からインフォーマル資源について説明をしているが、あまり知らないケアマネジャーもあり、インフォーマル資源をケアプランにあまり組み込んでいない状況がある。

- 退院後に要介護2・3の人が、毎日のようにサービスを利用して、改善して要支援になった時にどうしてこんなにサービスが利用できないのかと不満になる人がいる。本人に応じたケアプランやサービス利用ということについて、ケアマネジャーの理解を深めることの重要性は地域包括支援センターでも感じている。
- 総合事業の対象者の弾力化を良い機会として、自立支援に対するケアマネジャーの理解を進めていきたい。
- 通所Bについては、要支援等のときに利用していた人が実質的に要介護状態になっても利用したいという場合に、要介護認定を受けずに継続して利用をしているケースがある。歩けなくなったとか、福祉用具貸与を使用したいとか、色々な背景で要介護認定を受ける人がいるが、要介護認定を受けると基本的にはデイサービスに移っていくケースが多い。
- 通所Bを利用している人の多くは要介護になってもそのままサービスの利用を継続したいと思っている。要介護になって介護給付のデイサービスに移行するのは、本人としては仕方がないと思っているように思う。デイサービスの方に行くと、認知症の人も多く利用者同士でコミュニケーションをとることも難しくなるので、通所Bの方が断然人気は高い。
- 通所Bは住民ボランティアの人も要介護者は対象ではないと考えているので、現段階では、要介護となった場合は、デイサービスの方に移行するようにしている。

(2) 総合事業のサービス等の利用時における工夫

① 利用者に対する住民ボランティアの対応

- 認知症が進んだ人については、ボランティアで運営する通所Bで適切な対応をするには限界がある。通所Bを利用している人で、認知症が進んできたときに適切なデイサービスに移行させるのに、地域包括支援センターが苦慮した例はあった。
- 利用者同士で言い合いになったり、みんなで一緒に行くことに合わせることができず孤立してしまう場合などは、継続は難しく専門職の人がいるサービスに移行した方が良いという話になる。同じ話を何度もするようになったり、以前に言っていたことと全然違うことを言うようになると利用者同士のコミュニケーションが難しくなる。
- 住民ボランティアの人も、認知症の人に注意をしてしまうようになると、注意をされた人も意固地になって関係性が悪化したりする。
- 一人暮らしで認知症が進んでいる人で、失禁しているのに着替えずに通所Bに参加した方がいたが、住民ボランティアも利用者も離れて行ってしまうことがある。そのような状況になると難しい。
- 身体介護の方でいうと、車椅子になると難しくなってくる。要介護1くらいであれば何とか参加できているが、要介護3くらいになると認知症がなかったとしても難しいのではないかと思う。
- ボランティア養成講座は、ボランティアが少なくなって足りない状況になると開催している(2～3日間のコースなど)。そこに来た人が全員そのボランティアになる訳ではないが、それぞれの地域でボランティ

アを始めたりすることもある。

- あとは、市が行う研修の案内を出す。また、食事を提供する場には年に1～2回市の管理栄養士が出向いてフォローをしている。
- 出前講座では、熱中症の予防やコロナの対策、フレイル・認知症予防の話をしったりしている。

② 専門職の関わり

- 専門職の人が常にいるような通所Bであれば、要介護になっても受け入れは可能だと思われる。1箇所、専門職が常にいる通所Bがある。その通所Bを始めたまっかけは、認知症で失禁し、ゴミ屋敷に住んでいた精神疾患のある人が、住民の輪の中に入れていけなかったが、本人がどうしても通いたいという思いがあったので、そのような方を受け入れることができるよう専門職が常にいる小規模の通所Bをつくったという経緯がある。そこであれば、要介護になっても受け入れは大丈夫だと思う。
- 専門職が常にいる通所Bが要介護になっても受け入れが可能と判断した理由は、ケアの技術というよりは、何かあった時でも専門職の人がいるという安心感による部分の方が大きい。
- 専門職が1人いるだけで、大きく違う。今は専門職がいるところの多くは、通所Aでやっている。住民ボランティアの方であっても、介護についての理解がある人が増えてきて、上手に運営してくれるようになれば、要介護になっても受け入れることができるようになると思う。
- 訪問Bの利用者については、基本的に給付のサービスも利用しており担当のケアマネジャーがいるので、訪問介護を利用する度にヘルパーの目が入る形になる。

③ ボランティアと市役所・包括との連携

- 通所については、出前講座でフォローしている。気になる人がいる場合はボランティアに話を聞いて、地域包括支援センターにつなげている。出前講座は、団体によって頻度は異なるが来て欲しいという団体には月に1回程度行くときもある。
- 公的な施設の場合はボランティアが施設の職員に相談したり、欠席が続いている利用者がある場合は地域包括支援センターに連絡をしったりしている。
- 通所Bと訪問Dで送迎をしているので、送迎の運転手が利用者のことで気になることがあれば地域包括支援センターに連絡することはある。

(3) 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫

① 地域ケア会議との連携

- 要支援等の新規は全員を地域ケア会議(月3回実施)にかけており、本人の予後予測や目標設定など、リハ職や栄養・口腔、病院関係の専門職の意見を聞いている。半年後にどうなっていたいかという自立支援にむけての目標設定などを中心に検討して、半年後にその目標を達成できたかを全数確認している。

- サービスとして何を使うかも、地域ケア会議で検討をしている。
- かつては更新の方も含めて全件を対象としていたが、今は新規の人のみを対象に実施している。
- 地域ケア会議で、自立支援の考え方の共有などを繰り返し行っている。
- まずは、地域包括支援センターに理解してもらう必要があるということで取り組んでいる。地域包括支援センターにはケアマネジャー資格を持っていない社会福祉士などもいるので、しっかり理解してもらう必要がある。
- 地域包括支援センターは、月に1回は必ず地域ケア会議で事例を提出するようにしている。7包括あるので、月3回の地域ケア会議に2か所・2か所・3か所の地域包括支援センターが参加するようにして、他の地域包括支援センターの支援内容や多職種の意見を聞く機会を持っている。
- 元気になって総合事業のサービスを卒業した人(例えば、Cを卒業して一般介護予防につながった人など)が、平成28年度は年間で20人程度であったが令和元年度は100人を超える程度に増えてきた。
- 地域ケア会議にケアマネジャーも出席しているが、一部の主任ケアマネジャーだけなので、自立支援の重要性が十分に浸透していない。また、本市では介護予防ケアマネジメントの再委託をしていないので、居宅介護支援事業所が地域包括支援センターのケアプラン作成の方針を学習する機会が少ないと感じる。

(4) その他

- 通所Aを利用したい人が、生活援助をしてもらう中で信頼関係を築いてきたのに、要介護になると同じ生活援助であっても継続して利用できずに担当者が代わることになる。通所Aも弾力化の対象になれば、本人の希望を継続できようになる。地域包括支援センターの手続きも煩雑になるので、弾力化されるとこの辺りも解消される。
- 弾力化した後に要介護の人が総合事業を利用する場合には、要介護の方のケアプランも地域ケア会議にかけるようにしようと考えている。つまり、居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランを地域ケア会議にかけることになるので、居宅介護支援事業所のケアマネジャーにも自立支援の考え方について広く理解してもらえるようになる。

以上

2-2 東京都八王子市

■ 訪問Bの利用者の約3割が要介護者

- ・ 利用者の自発的な意向から利用につながることが多い。訪問Bのボランティアは、長く地域の見守り活動や助け合いを行っている人が多いので、住民ボランティア自身が気になる方を地域包括支援センターにつなげたり、直接利用者に声掛けして様子を確認することも行っています。
- ・ 訪問Bは、要介護者も利用しています。年間延べ利用件数の内訳は、要支援者等(要支援1・2と事業対象者)が20.3%、要介護が30%、自立又は不明が49.7%(認定状況が把握できない人)。

■ 参加する住民等を対象に研修を実施

- ・ 年4回、住民主体の団体向けの1日研修を実施している。もともとは団体立ち上げ時の受講を想定していたが、徐々に活動の幅を広げるような研修内容に移行しています。
- ・ 大学教員や介護事業所の職員からは高齢者の身体的な特徴や認知症、緊急時の対応方法について、行政から住民主体サービスの考え方や支援方針・個人情報の取り扱い、訪問Bの既存団体から立ち上げの苦労や運用上の工夫について伝えています。必ずどの団体も1回は参加します。

■ 状態変化時の伝達フローを作成。各団体ごとに必要な情報を収集

- ・ 状態変化時についての地域包括支援センター・ケアマネジャーへの伝達フロー(活動マニュアルのようなもの)を用意し、補助金交付時に案内するほか、研修の中でも伝達しています。
- ・ 団体ごと独自に利用申込書を作成しており、既往歴、かかりつけ医、服薬状況、緊急時の対応方法の記入欄などを設けて、情報収集を行っている団体もあります。

■ ケアマネジャーへの情報提供機会の確保

- ・ ケアマネジャーへの情報提供の機会として、一部の地域包括支援センターでは、ケアマネジャーと訪問Bの住民ボランティアとのマッチング会を実施しています。

【ヒアリングメモ】

(1) 現状における総合事業の実施状況

① 総合事業の実施状況／要介護者の利用状況

- 八王子市では、訪問は従前相当・A・B・C、通所は従前相当のみを実施している。10月より通所Cの試行を実施中である。
- 通所Bは予算要求中である。以前に、一般介護予防事業で行っている介護予防サロン(対象は一般高齢者、要介護者の利用はない)を通所Bに移行しようと試行を実施したが、既存の取組との差が見られずに断念した経緯がある。
- 訪問Bは、要介護者も利用している。令和元年度の利用実績は、年間延べ利用件数は6,910件、延べ利用人数は6,606人であった。このうち、要支援者等(要支援1・2と事業対象者)が20.3%、要介護が30%、自立又は不明が49.7%(認定状況が把握できない人)。要介護度の内訳や、利用者実人数は把握していない。
- 地域活動を行うにあたって、毎月の報告書で利用件数等は把握しているが、プライベートな内容である要介護度は聞きづらいという意見があり、要介護度の詳細は把握できていない。聞ける範囲で聞いてもらっている。したがって、不明の人の中にも、要介護者が含まれている可能性はある。
- 訪問Bに配置している第3層コーディネーター(詳細は後述)の person 費として、月額3万円の補助をしている。この3万円は固定費(利用者数によって変動しない費用)であるとの考えから、要支援者等の利用者数やそれ以外の利用者数を調べて補助額を按分するなどはしていない。
- そのため、市として、要支援者等の利用割合や実施件数は把握していない。コーディネーターの活動内容は、団体と利用者のマッチング、行政との意見交換、人材育成のための研修への関与等である。
- 財源は組み合わせで実施しており、コーディネーターの person 費(3万円)が基本部分として訪問Bで、団体ごとに活動内容が異なるのでそれに合わせて加算する分の財源については一般介護予防事業等から出している。

② 総合事業を利用する要介護者の状態像／利用に至る経緯など

- 八王子市では、訪問Bの開始前からボランティア活動が進んでおり、「支援が可能な人に対しては、状態を問わずボランティアの出来る範囲で支援する」という素地があった。平成29年4月の訪問B開始にあたり、平成28年11月に、既に生活支援を行っていたボランティア6団体で試行を実施した。試行時に利用者の属性や気持ちの変化などを調査したところ、要介護者の利用が27%、要支援1・2の利用が31%あったため、総合事業の補助をすることで対象者を限定してしまわないよう、対象者を制限しないような仕組みを構築することとした。
- 訪問Bは29箇所ある。要介護者の利用状況は、団体によって濃淡がある。

- 利用者の自発的な意向から利用につながることが多い。訪問Bのボランティアは、地域の見守り活動を行っている人が多いので、住民ボランティア自身が地域包括支援センターへの相談や利用者への声掛けなどを直接行っている。八王子市としては、住民活動を充実させることが目的であり、訪問Bという仕組みを利用してその活動を支援しているというイメージである。
- 居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、担当している要介護者のケアプランに訪問Bを組み込むことで、要介護者が訪問Bにつながってくるというケースは基本的にない。ケアプランに組み込まれた給付の訪問介護を利用しながら、訪問Bをインフォーマルの資源としてケアプランに組み込まずに利用しているケースが多い。
- 利用内容としては、給付の訪問介護ではできないことを訪問Bで行うといったことが多い。全体としては掃除が最も多く、次いで外出の付き添い、見守り(ヘルパー・家族の不在時の傾聴)が多い。草むしり等の、庭の手入れに関する依頼も多い。
- アンケート結果より、訪問Bは、サービスを利用することだけでなく、「地域の誰かとつながっている」ということで安心感を得ることができるという効果があることがわかっている。生活支援が入ることで、友人や外部とのつながりが増えることが大切である。

③ ケアマネジャーの総合事業への関わり

- 居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、住民主体のサービスを含めてインフォーマルの資源をケアプランに組み込むことができていないというのは課題の1つではある。訪問Bは、インフォーマルの資源として利用することが可能であるが、要介護者のケアプランに組み込まれているという実態はない。
- 居宅介護支援事業所のケアマネジャーは訪問Bの活動実態を良くは知らないので、事故発生などの不安を感じてケアプランに組み込めないのではないかと考える。ケアマネジャーへの情報提供の機会として、地域包括支援センターが、ケアマネジャーと訪問Bの住民ボランティアとのマッチング会を年1回実施している。
- ケアマネジャーの関与なく、あくまでも住民主体のボランティアサービスの利用として、本人・団体間で利用・提供をしているケースが多い。仮に訪問Bをケアプランの中に位置づけているのであれば、地域包括支援センター又はケアマネジャーによるモニタリングがある。
- 自立でケアマネジメントが不要な人や要支援でもケアマネジメントが不要と判断された人は、ケアプランは作成せずに、地域包括支援センターがつないだ団体と個別の利用申し込みをしてもらうことになる(要支援の半数以上はこのケースに該当する)。各団体には、何か状態に変化があったら、包括に伝えるようにしてほしいとは依頼している。

④ サービスが利用中止になるケース

- 訪問Bの利用を中止したケースについて、その理由などは把握していない。住民同士のつながりに基づく活動なので詳細は聞けないが、家族がプロでない住民が提供するサービスにリスクを感じ、利用を止めざるを得なかったという出来事があったという話は聞いたことがある。

- 訪問Bを利用する前に、その適切性を判断するタイミングももちろんある。本人や家族の希望で訪問Bを利用したいという話があり、住民ボランティアが実際にお伺いしたところ本人の状態が思ったよりも悪いと判断し、地域包括支援センターにつなぎ、包括のケアマネジャーが訪問してのアセスメントを行うというケースもある(担当のケアマネジャーがいる場合は、ケアマネジャーに連絡)。
- ケアプランへの組み込みの有無に関わらず、ボランティア団体は、担当ケアマネジャーに情報共有するようにお願いしているので、ケアマネジャーは住民ボランティアの関与については把握している。

(2) 総合事業のサービス等の利用時における工夫

① 住民主体のサービスの利用者への専門職の関わり

- 訪問Bを利用する要介護者は、併用している給付サービスがあるため、何らかの形で専門職が関与していることになる。
- また、訪問Bには、介護福祉士、ケアマネジャー出身者などの専門職が参加している団体がいくつかある。身体介護ができるボランティアがいる場合の「身体介護の提供の可否」について問い合わせがあった際には、安心安全が担保できる範囲ならば実施可能と伝えた。仮に市として公式にアナウンスする場合には、研修等が必要になるだろう。

② サービスに参加する住民等を対象とした研修の実施

- 年4回、住民主体の団体向けの1日研修を実施している。もともとは立ち上げ時の受講を想定していたが、徐々に活動の幅を広げるような研修に移行している。大学教員や介護事業所の職員から高齢者の特徴、緊急時の対応方法、行政から方針・個人情報の取り扱い、訪問Bの既存団体から立ち上げの苦労や運用上の工夫について伝えている。必ずどの団体も1回は参加するようにお願いしている。
- 最近では、既に研修を参加したことのある人が増えてきたので、内容を変更したいと考えている。

③ 状態変化時・懸念事項発生時の対応方針

- 状態変化時の地域包括支援センター・ケアマネジャーへの伝達フロー(活動マニュアルのようなもの)を用意して、補助金交付時に案内している。前述の研修の中でも伝達している。
- なお、利用者の医療情報等を把握している団体は少ない。団体とケアマネジャーの協力関係の中で、個別に利用者の情報を団体が持つことはあるかもしれないが、行政としては、そうした仕組みは取り入れていない。団体としても不必要な個人情報を持ちたくないということがあると思う。必要以上の個人情報を取得したくないという団体の意向もあり、利用者本人次第の申告となる。各団体では、独自に利用申込書を作成しており、既往歴、かかりつけ医、服薬状況、緊急時の対応方法の記入欄などを設けている。
- 救急搬送、状態が悪化して訪問不可となったという事例は耳にしない。気づいたことがあれば地域包括支援センターへ連絡するようにこまめに言っているため、状態が悪化する前に包括につながっている

ように感じる。

- 他の自治体と比較すると、従来から住民活動は盛んなほうだろう。試行時点で、地域支援事業の開始前から活動している団体が6つ、会員数が100人以上の団体が複数あるという状態だった。既に医療介護とのネットワークが形成できている団体もあった。

④ 第2層コーディネーターの関与、第3層コーディネーター配置による方針共有

- 八王子市には、第2層コーディネーターが12人おり、訪問Bを行う団体の活動支援を行っている。ボランティア団体の補助金の交付申請時から、第2層コーディネーターが関わっており、3か月ほどかけて規約の作成、地域課題を踏まえた活動内容等を検討している。
- 活動開始後も、定期的にミーティングを行い、周知が難しい、利用者が集まらないという課題に対して、第2層コーディネーターが情報提供をして改善を図る。申請時から、団体と第2層コーディネーターの関係性が構築できているので、自然に団体も頼るようになる。
- また、ボランティア団体内に第3層のコーディネーターを必須配置とし、団体内でのストッパーの役割を果たしてもらっている。年に1回は、第3層コーディネーターを対象とした研修を行い、方針や運営上の注意点を伝えている。
- 第3層コーディネーターからは、月に1度、活動内容、地域のニーズや課題、行政への連絡事項等を取りまとめて報告してもらっている(統計的な集計や気付きなどについて)。なお、各団体ごとに個別に行っている記録としては、簡単な訪問記録程度の団体から、総合相談票のような利用者ごとの個票を作って管理している団体まで様々である。
- 第3層コーディネーターは男性が多く、元サラリーマン、会社役員などが多い。コーディネーターには研修講師、資料作成などの事務作業が多いことが背景にあるのかもしれない。
- 団体間の情報交流の機会は積極的に設けており、他団体の良い点や課題も把握している。
- 市としては、団体数が増えることで、行政からの情報や支援が行き届かず、意図しない方向に進むことを危惧している。地域のニーズと合致しない、自己満足で終わってしまい利用者がいつまで経ってもいない、といったような活動が増えてしまわないように、立ち上げ段階から第2層コーディネーターが関与して、コントロールをしているということもある。
- 第3層コーディネーターは、第2層コーディネーターから活動の拡大を勧められると慎重になることも多い。住民主体の取組は、「自分たちのできることを出来る範囲で」ということで進めているので、各団体の第3層コーディネーターの把握できる範囲を越えて活動をするについては、あくまで慎重だと思う。
- また市としても活動団体が増加している中で第2層コーディネーターがモニタリングできなくなってくれば、それぞれの活動についての不安は出てくると思う。一つ一つの団体の活動拡大や団体数の増加を図りたいが、団体数を増やせば、モニタリングが難しくなるというジレンマがある。助け合い活動なので、住民の気持ちを尊重し、総合事業における給付の代替と位置付ける意識はない。

(3) 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫

① 地域ケア会議との関わり

- 地域ケア会議の関りについては、訪問Bの利用者について地域ケア会議で検討を行う場合に、関与しているボランティア団体が呼ばれる程度である。

② 本人や家族等の意向確認のための工夫、利用できるサービスの説明に係る工夫

- 地域住民への活動周知については、生活支援コーディネーターが町内会の集まりや、お祭り、イベント等に出向き、チラシ等を使って紹介することが多い。住民主体サービスは、生活支援体制整備事業を進めた結果の副産物というイメージを持っている。
- どのような方が支援してくれるのかという、住民主体の活動の実際を知り、雰囲気を感じ取ることが安心して利用いただくために重要である。通いの場でも「友人のあの人がいるから、そこに通いたい」ということが多く「知っている人がいる」安心感は住民主体サービスにおいても重要な視点。
- 地域包括支援センターでは、高齢者自身が利用したい住民主体サービスを言うこともあるし、アセスメントの結果として、住民主体のサービスを案内することもある。もちろん、住民主体だけでなく従前相当のサービス等についても説明しているので、住民主体に限定するような言い方はしていない。

(4) その他

- 訪問Bは、サービスではなく、助け合いによる互助と担い手の介護予防を推進する取組と考えており、活動の持続可能性を重視して支援している。当初訪問Bの制度を構築する際、既存の活動団体から「互助活動は給付の代替ではない」と指摘を受けている。これをきっかけに平成 28 年度から、各団体の活動を支援する目的として、訪問Bを実施するという考えをとっている。介護人材不足緩和等の副次的な効果は期待しているものの、それは目的ではない。

以上

2-3 大阪府大東市

■ 要介護者が訪問 B を利用する際には、給付サービスの併用が必須

- ・ 要介護者が総合事業のサービスを利用する際には、専門職の関与が必要と考えており、訪問Bは、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが付く給付サービス(多くは訪問介護)を併用することを必須としています。

■ 訪問 B のサービス提供は、有資格者と同じタイミングで支援

- ・ 訪問サービスBは有資格者と同じタイミングで支援を行う、もしくは、タイミングは別でも有資格者と情報を共有しながら役割分担をしています。
- ・ また、要介護者への支援で不安なところは地域包括支援センターの専門職(リハビリテーション専門職を含む)に相談することになっています。ケアマネジャーが地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、サポーターがリハビリテーション専門職によるアドバイスを受けることも可能です。

■ コーディネーターが利用者と支援者をマッチング

- ・ 訪問Bは、生活サポートセンターのコーディネーターが月 1 回～2 か月に 1 回、利用者の自宅を訪問し、状況を確認します。コーディネーターによる利用者と支援者とのマッチングがポイントであり、支援者の限界を整理しておく必要があります。
- ・ どこからがプロに任せるのか、例えば認知症や精神で関わり方が難しい方、住民では対応が難しい方(性格的にトラブルが起こってしまうような方を含む)はサービスAや従前相当などにつなげています。

■ 地域リハビリ活動支援の活用

- ・ 地域リハビリテーション活動支援として PT、OT、ST をケアマネジャーの訪問に同行する体制を取っています。介護者の介助方法やサービス計画への助言、必要に応じてサービス提供場面の確認も行います。

【ヒアリングメモ】

（１）現状における総合事業の実施状況

① 総合事業の各サービス等の実施状況

（一般介護予防事業の「通いの場」）

- 一般介護予防事業で行っている「大東元気でまっせ体操」（現在、118 か所で実施、後期高齢者の 1 割以上が参加）が取組の中核である。

（訪問A）

- 訪問Aとして、専門職が 45 分以内の短時間で訪問サービスと掃除専門業者などの無資格者による 45分以上の訪問サービスを実施。

（訪問B）

- 訪問Bとして、委託先のNPO法人が生活支援を行う「生活サポート事業」を実施。最重度の利用実績は要介護5。

（訪問D）

- 訪問Dとして、「高齢者向け移動支援サービス」を実施。利用者負担は0円。

（通所B）

- 通所Bとして、「お風呂で元気」を実施。有料老人ホームやデイサービスが場所を提供し、住民主体で「大東元気でまっせ体操」とバリアフリー浴槽での「入浴」を行うセットで行うサービスとして設計している（自己負担額 100 円。体操のみの参加は無料）。
- 対象者は入浴介助が不要な人であり、ボランティアが見守りながら一緒に入浴する。訪問Dの移送サービスを利用して参加する人が多いので、「大東元気でまっせ体操」の参加者よりも虚弱な人が多い（要介護 2 までは参加実績あり）。
- 介護施設の浴場であるため、緊急時の通報ボタンが設置してある。何かあったら施設職員に助けを求めることも可能である。ただし、基本的には施設職員の関与はない。
- 原則としてデイサービスなどが終了した、夕方 16 時前後以降に実施している。施設側は安価に場所を提供してくれている。これは、当該施設が近隣住民の通いなれた場所となることで、対象者がデイサービスの利用が必要となった時に、そのデイサービスの利用者となる可能性が高くなるというのも1つの理由である。有料老人ホームについても同様であり、地域住民が施設内の空間を利用することにより、地域住民との交流が生まれ、施設のイメージアップにつながることを期待される。
- ただ、「大東元気でまっせ体操」の参加者は、状態が悪くなることはあまりない。

(通所A)

- 通所Aは、移送サービスや通いの場が充実するまでの“つなぎのサービス”という位置づけで行っていたこともあり、移送サービスができた現在は、新規利用者がいなくなった。
- 現在は、利用者が「大東元気でまっせ体操」に自力で通えるようになるまで、移送サービスの利用やタクシー利用券の配布で対応している。これは、虚弱高齢者にとって、交流する顔ぶれは変わらない方が参加は継続しやすいという考えのもと、通所系サービスを一定期間利用してから通いの場に移行するのではなく、最初から大東元気でまっせ体操に通い、将来にわたっても通い続ける場とするためである。

(訪問・通所従前相当)

- 従前相当は、障害福祉サービスの利用者や軽度化して要支援になった人が、継続で利用している。新規利用者は、年間1～2名である。退院後の短期間のみ入浴介助が必要な要支援者、認知症の初期段階で早めに慣れることが必要な人などが利用している。

(訪問C／通所C)

- 「短期集中自立支援型サービスC(訪問・通所)」は、「大東元気でまっせ体操」に参加することを目標に、短期間、自宅や通いの場等の必要な場所に、専門職が介入するプログラムである。
- まずは、専門職が自宅に訪問してアセスメントを行う。専門職が、どのような動き・体操であれば問題ないかを確認し、自宅内の動作確認、運動方法の指導等(セルフトレーニング)を行う。必要に応じて、通所Cの専門職のマネジメントのもと、目的と目標を設定し、一定期間限定で訪問看護又は訪問リハを導入する。
- 地域包括支援センターのケアマネジャーが行うアセスメントにリハ職が同行しており、月1回はリハ職とケアマネジャーがカンファレンスを行い情報共有している。

(その他)

- その他のサービスとして、ヘルパーに頼らず掃除ができる人を増やすために、軽い掃除機やロボット掃除機の貸出しを行っている。総合事業外になるが、事業所向けに同様の取組も行っている。

② 総合事業についての基本方針

- 状態に応じて通いの場を変えるのではなく、いつ、どのような状態でも同じ場所に通えることが理想である。なじみの関係を維持することで、結果的に介護予防が可能になると考え、「大東元気でまっせ体操」という地域のコミュニティの場に、元気な人から要介護者まで参加できることを目指した。そのため、通所Cの機能を外付け(一般介護予防事業の「大東元気でまっせ体操」に専門職が必要に応じて関わる仕組み)にしたり、入浴が自立で行えるうちは住民主体のサービスを利用できるように、通所B(お風呂で元気)を「大東元気でまっせ体操」に関連付けたりしている。
- どのグループにも、「重度の人が参加していること」は良いことだと伝えている。地域住民は、お風呂に入るのがデイサービス、地域住民と過ごすのが通いの場と認識している。

③ 要介護者の総合事業の利用の有無

- 総合事業の利用者のうち、要介護者は全体の 1 割程度である。最重度は要介護5であり、利用を開始してから改善する人もいる。
- 訪問Bを開始した当初は、介護給付を優先しており、給付上限に達した要介護者が、自費サービスを利用する際に、その補填を目的として訪問Bを利用していた。しかし、その後、必ずしも介護給付を優先する必要はないと考えて方針を変更した。
- なお、「大東元気でまっせ体操」にも要介護者はいる。参加者のうち、要支援者等と要介護者が 4 分の 1 を占めており、このうち、要介護者がそのさらに4分の1程度となっており、最重度は要介護5。「大東元気でまっせ体操」の参加者は、徐々に元気になるため給付サービスの利用量は減っていく。

④ 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの総合事業の活用状況 等

- 地域包括支援センターは、掃除・洗濯・買い物の利用だけで問題ない人については、訪問Bを勧める。見守りや健康管理等など専門職による関与が必要で、利用が短時間(45 分以内)の人は、訪問Aを勧める。専門職の関与が必要で 45 分以上のサービス利用のケースは従前相当となるが、新規利用者での該当者はほとんどいない。
- 要支援者のケアプランの再委託が進み、総合事業を活用できるケアマネジャーが育ち始めてきた。今後は、要介護者のケアプランでも総合事業を組み込める人が増えるだろう。

(2) 総合事業のサービス等の利用時における工夫

① サービスに参加する住民等を対象とした研修の実施

- 大東市では、地域で「大東元気でまっせ体操」の自主グループの運営や、グループ活動のサポートをしている人々を「介護予防サポーター」と呼び、研修を行っている。
- 過去では、まず、「大東元気でまっせ体操」を始めようと考えているグループ又は現在「大東元気でまっせ体操」を実施していて、サポーターがいないグループ等を対象に、介護予防をテーマに、様々な角度からの講義を実施(介護予防サポーター養成講座)し、介護予防サポーターへの登録を促していた。
- 次に、介護予防サポーターを対象に、サポーター同士の交流や情報交換、活動に取り入れやすい内容を情報提供する「ステップアップ講座」(年4回)を開催している。各グループから 3 名程度参加してもらい、講座の内容をグループ内で共有してもらっている。
- ステップアップ講座では、各グループにどのような取組をしているかを発表してもらい、グループごとに参考にできそうな取組を学んでもらったり、互いに称賛などすることでモチベーションを高めるような場としても機能している。
- 現在、市は敢えてサポーター養成講座は開催しておらず、各グループにおける日常の活動を通じる中で人材が育成される仕組みを構築している。具体的には、既にサポーター養成講座を受講した人や、

ステップアップ講座を受講した数名が各グループの活動に継続的に関わっていく中で、サポーター養成講座を受けたいレベルの人は日常的に育成をされているという状況である。

- また、各団体に対しては、専門職が年 1 回訪問し、摂食嚥下・運動理論の説明や実技の練習等を行い、住民からの相談にも乗っている。「大東元気でまっせ体操」に参加すると、介護予防サポーター養成講座も受講できるようなイメージである。

② 状態変化時・懸念事項発生時の対応方針の明確化

- 「大東元気でまっせ体操」には、歯科衛生士、管理栄養士、リハ職種、保健師の各専門職が、年 1～2 回関与する機会を設けている。また、状態変化時や相談が必要な際には、住民から地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーなどに報連相が行われる。
- 「大東元気でまっせ体操」の開始時には、住民に対して、膝が痛い人、腰が痛い人などの特徴別に体操のルールを教える。通いたい人を拒絶するのではなく、専門職と一緒に運動をする方法を考えるので、必ず相談してほしいと住民に伝えている。
- このように専門職が関わったり、地域住民が養成講座を受ける機会を確保することで、地域住民のレベルが引き上げられる。このような地域住民が日常的に関わることで、半ば継続的にモニタリングができるような状況になる。専門職が3か月に1回モニタリングするよりも、効果は高いのではないか。

(3) 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫

① アセスメントやケアプランの作成に係る専門職・地域ケア会議の関わり

- 大東市としては、要介護者が総合事業のサービスを利用する際には、専門職の関与が必要と考えており、訪問Bは、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが付く給付サービス(多くは訪問介護)を併用することを必須としている。
- こうすることで、訪問Bに携わる住民ボランティアは、何か困ったことがあれば、担当ケアマネジャーに相談ができる。また、認知症の人について、例えば給付サービスと訪問Bの利用のタイミングを合わせることで、専門職と住民が現場で、共同で支援するといった工夫を行っている。
- 要介護1以上の人の相談を地域包括支援センターに挙げていては、地域包括支援センターが大変になるので、要介護者の場合は、住民ボランティアは居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーに相談することになっている。
- なお、「大東元気でまっせ体操」、訪問B、通所Bは住民主体のサービスなので、要支援等の利用者についても、必ずしもケアプランを作成する必要はないと考えている。「大東元気でまっせ体操」に重層的に専門職が関与しており、住民に対しても、研修と「大東元気でまっせ体操」の場で、気づきの視点を情報発信して質の向上を図っているからである。
- なお、このケアプランを作成せずに住民主体のサービスを利用している要支援者等については、補助額の按分の対象になるとは考えていない。

- 総合相談後に、地域包括支援センターが「大東元気でまっせ体操」につなげた人については、詳細なアセスメントは行わない。しかし、「大東元気でまっせ体操」の参加中に実施する体力測定や、通所Cに
関与しているリハ職や地域包括支援センターが関わる中で、状態の変化に気づくことができる。体操参
加中に、住民ボランティアや本人が専門職に相談をする流れができています。

② アセスメントやケアプラン作成に係る工夫

- 要支援者の介護予防ケアマネジメントを再委託した居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作成し
たケアプランについては、地域包括支援センターの複数職種が、その内容確認を行っている。特に、サ
ービス終了時には、複数名で判断するようにしている。
- 再委託先のケアマネジャーによるケアマネジメントの質の担保のために、大東市では、「認証ケアマネジ
ャー」という更新制の資格を設けた。「認証ケアマネジャー」がいる事業所でないと、介護予防ケアマネ
ジメントの再委託を受けることができない。
- 資格要件は、大東市が行う研修、事例検討会、ケアマネジャー研究会[※]への参加である。要支援時の
担当ケアマネジャーが、要介護移行時も担当を継続するため、市内のほとんどのケアマネジャーが認
証を受けている。また、ケアマネジャーは、自分が担当する要支援者が要介護になった時にも担当を
継続できるように、資格取得に積極的になる。
- 資格導入にあたっては、市が居宅介護事業所を個別に訪問し、趣旨説明を行った。説明では、自立
支援の力を付けてほしいということ、多職種の関与や研修実施等でのバックアップ体制を構築している
ことを伝えた。
- また、大東市では、居宅介護支援事業所向けのインセンティブとして、独自加算を設けている。要支援
者を週に1回以上、3か月間、インフォーマルサービスに繋がったら、「インフォーマル加算」として、要介
護1、2と介護予防の差額の半年分を付与している。さらに、総合事業のサービス終了時点で、「元気
でまっせ体操」に週1回通うことができたら、「地域活動加算」が付く。
- どちらの加算も、インセンティブ交付金を財源として、地域支援事業から介護予防推進事業という名称
で、マネジメントとは別の立て付けで3,756単位を付与している。

※ケアマネジャー研究会

- ケアマネジャー研究会¹⁰は、事業者連絡会の下部組織である。介護保険導入とともに立ち上がっており、
加入率は98%に達する。
- ケアマネジャー研究会は、事例検討等のケアマネジャーの技術向上、市からの発信等の役割を担っ
ている(地域ケア会議と異なる点は、課題解決策の検討を行わないこと)。自立支援の事例検討会は、
年2回ほどケアマネジャー研究会で行っている。
- ケアマネジャーが協賛費をもとに主体的に運営して、会場費等は一部市が負担している。

¹⁰ <https://DAito-CAreken.AmeBAownD.Com/>

(4) その他の中長期的な取組・工夫

① 地域包括支援センターの体制強化

- 昨年度、市内に3つあった地域包括支援センター支援センターを 1 か所に集約するとともに、人員を 11 人体制から 22 人体制(うち、リハ職が 4 人)に増強した。来年度には、リハ職 2 人、3 職種2人を追加して、26 人体制とする予定である。
- 生活圏域は 1 つという小さな市に、人口 12 万人、高齢者人口 3.2 万人がいる。地域包括支援センターは 1 か所で、4 地区での担当制としている。

② 「大東元気でまっせ体操」を活用した地域との連携

- 100 か所を超える「大東元気でまっせ体操」の場に、地域でリスクを抱える人が集まっており、地域包括支援センターの職員が出向けば、地域ごとの課題抽出等ができるシステムになっている。
- 「大東元気でまっせ体操」の開催後には、1～2 か月に 1 回程度、主だった参加者、民生委員、老人クラブの会長、自治会長、区長が集まり、小地域ケア会議が開かれる。生活等で課題を抱える地域住民、町内の状況・課題、住民としてできたことできなかつたことなどが議論される。

③ 給付サービスと「元気でまっせ体操」・総合事業のすみわけ

- 大東市では、保険給付サービスと大東元気でまっせ体操・総合事業が対立しないように、配慮しながらサービスの導入を進めてきた。総合事業開始前の 2 年間にわたって、市は介護保険事業所に対して、「『大東元気でまっせ体操』・総合事業は、プロの介護サービスを下支えする位置づけとして考えており、介護保険事業所には、重度の要介護者の受入れをお願いしたい」という考えを伝えてきた。
- まずは、市の考え方を理解してくれるであろう一部の介護予防事業所で勉強会を行い、その後、全事業所に対して発信を行った。自治体ごとに、総合事業の意味と役割を持たせる必要がある。

以上

2-4 島根県美郷町

■ 訪問B・Dについては、要介護者も利用

- ・ 訪問B及びDは要介護者も利用していて、サービス提供者は町内のNPO及び連合自治会など住民グループです。
- ・ 総合事業対象者以外の方(要介護認定者や身体・知的・精神障害者など)は、町単独事業として一般財源でサービス事業者を支援しています。

■ サービス利用前には、必ず包括の保健師が訪問

- ・ サービス利用前には、必ず包括支援センターの保健師が訪問して、本人や家族と面接して、状況を把握するとともに、利用サービスの支援内容や支援方法の確認、チェックリストを実施して、アセスメントを行い、総合事業対象者には独自の簡単な目標を記入したケアプランを作成します。
- ・ 要支援・要介護者が訪問A～Dを利用する際は必ず包括センター保健師が担当ケアマネジャーにサービス利用の連絡を行い、ケアプランに記入してもらうとともに、必要時はサービス担当者会議にも訪問A～Dの事業担当者に参加してもらうようにしています。

■ 訪問B・Dを担う住民は、必ず研修を受講

- ・ 訪問B・Dを担う住民グループのメンバーには、必ず県や国が実施する生活支援従事者や福祉有償運送の研修を受講してもらっています。

■ 利用者の状態変化時や緊急時のためのフロー図を包括が作成

- ・ 利用者の状態変化時や緊急時のためのフロー図を包括支援センターが作成して、事業者へ配布している。また、その時には必ず包括支援センターへ連絡してもらうことにしています。

【ヒアリングメモ】

(1) 現状における総合事業の実施状況

① 総合事業の各サービス等の実施状況

- 総合事業は、訪問サービスA～Dまで実施している。訪問Aは介護事業者へ委託実施のため、要支援者及び総合事業対象者のみ対象で、要介護者は対象外である。
- 訪問B及びDは要介護者も利用していて、サービス提供者は町内のNPO及び連合自治会など住民グループであり、住民の自主活動として実施されている活動なので、町が地域支援事業対象外として、単独で活動の支援助成を実施している。
- 総合事業対象者以外の方(要介護認定者や身体・知的・精神障害者など)は、美郷町単独事業として一般財源でサービス事業者を支援している。
- ・訪問Cは退院後間もない方や急に機能低下した方で、未認定者や介護認定は受けているが、介護サービスをまだ全く利用していない人を対象に短期間でのリハビリを近隣の医療機関のリハビリ職に実施してもらい、介護サービスや介護予防教室へつなげていく目的で実施している。人の同意と、地域包括支援センターによるアセスメントの2段階でその妥当性を確認する必要があるだろう。

② 町が支援する理由

- 美郷町では高齢化が進み、独居高齢者や高齢者世帯が全世帯の約半数を占めていて、介護者の有無に関わらず、外出時の付き添いや外出時の準備や車の乗降、ゴミ捨てやストーブの灯油入れなどの軽度生活においても支援が必要なケースが多く、上記の内容への支援のニーズが高く、外出の交通手段とともに、受診などの付き添いの要望も高齢者の課題としては、町の最重要課題である。
- そこで、町としても、今はまだ町の全ての地域で、訪問B・Dが実施されてはいないが、住民の自主活動として、この事業が実施されている地域では、住民が地域で安心して生活されており、この活動を地域全体に拡大していきたいと考えている。
- また、この活動を各地域で住民が自主的に実施することで、地域の支えあいや地域づくりにつながっている。また、美郷町は訪問介護事業所が1か所しかないので、要支援者や総合事業、要介護者のすべてに対して、軽度なサービスもヘルパーが訪問して実施することは人員的に不可能なので、住民の自主活動が不足する訪問サービスを担っている。利用する住民も気軽に、また困った時にタイムリーに支援を受けることができるメリットがある。

(2) 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫

- 訪問B・Dにおける利用希望者は要介護者も含めて、利用登録者として利用申請書を記入してもらい、その申請書のコピーを必ず包括支援センターへ送付してもらい、利用者台帳に登録する。サービス利用前には、必ず包括支援センターの保健師が訪問して、本人や家族と面接して、状況を把握するとともに、利用サービスの支援内容や支援方法の確認、チェックリストを実施して、アセスメントを行い、総合事業対象者には独自の簡単な目標を記入したケアプランを作成する。
- 要支援・要介護者が訪問A～Dを利用する際は必ず包括センター保健師が担当ケアマネジャーにサービス利用の連絡を行い、ケアプランに記入してもらうとともに、必要時はサービス担当者会議にも訪問A～Dの事業担当者に参加してもらうようにしている。
- 訪問B・Dを担う住民グループのメンバーには、必ず県や国が実施する生活支援従事者や福祉有償運送の研修を受講してもらっている。
- 利用者の状態変化時や緊急時のためのフロー図を包括支援センターが作成して、事業者へ配布している。また、その時には必ず包括支援センターへ連絡してもらうことにしている。
- 必要時には、事業実施者と包括支援センターとが随時、連絡をとっている。

2-5 奈良県生駒市

■ 通所A・B・Cについては要介護相当の利用者が利用

- ・ 生駒市では、訪問D以外は実施。通所A・B・Cには、要介護相当の人の参加がある。要介護相当とは、実際に要介護認定は受けていないが、概ね要介護1に該当すると思われる人で、特に認知症の人が多くなっています。

■ 通所Bでは、各利用者に担当のボランティアがおり状態変化を把握

- ・ 通所Bでは利用者一人ひとりについて、誰が担当のボランティアであるかを決めており、それぞれの利用者の細かな変化に気付くことができるような工夫をしています。
- ・ 担当のボランティアは、例えば杖を使って歩く人の歩行リズムが遅くなった、受付時にお金を支払う動作が遅くなった、忘れっぽくなったなどの細かな変化を確認している。市は、見るべきポイントを研修等で事前に住民に共有しています。

■ 総合事業と給付で包括が迷った場合は、地域ケア会議で合意形成

- ・ 地域包括支援センターの総合相談に来た人について、通所Bのひまわりの集いにつなぐか要介護認定の申請をするかで悩む場合や、通所Cの利用者について利用期間終了後の活動の提案や当初の予測に反して状態が改善しない場合についての継続の判断などは、地域ケア会議の場で多職種での検討を基に行っています。
- ・ 基本的に総合相談に来た人について判断に迷った人、通所Cの利用者については全員を対象に地域ケア会議を行っています。

■ 医師会と相談し、医療情報を共有するための独自の帳票を作成

- ・ 生駒市では、医師会に相談の上、医療情報を共有するための独自の帳票を作成した。手順としては、①地域包括支援センターのケアマネジャーが本人・家族に趣旨を説明、②地域包括支援センターのケアマネジャーが主治医に連絡し、さらに手紙を添えて主治医に帳票記載を依頼、③主治医は、地域包括支援センターから提供された生活状況等を確認しながら、所見を帳票に記載する、という流れで診療情報提供をして頂いています。

【ヒアリングメモ】

(1) 現状における総合事業の実施状況

① 総合事業の実施状況／要介護者の利用状況

- 生駒市では、訪問D以外は実施している。
- 通所A・B・Cには、要介護相当の人の参加もある。要介護相当とは、実際に要介護認定は受けていないが、シミュレーション上では一次判定で要介護1等に該当する人のことで、特に認知症の人が多い。
- 通所Cのパワーアップ PLUS 教室、パワーアップ教室、転倒予防教室では、それぞれ要介護相当の人が20%、15%、6.2%程度でいる。通所Bは22.6%であり、この辺りは世田谷区と良く似ている。誰が要介護相当の人であるかは、認識をしている。

② 総合事業を利用する要介護者の状態像／利用に至る経緯など

- 要介護相当の利用者として、短期記憶の喪失のある認知症の人などがいる。半年間、通所Cと訪問Cで、専門職がアセスメントや体調管理、家族への助言等を行った後、通所型Cと訪問型Cの一体的な実施を行うパワーアップ PLUS 教室において、専門職が関与しなくてもよくなっていることを確認した上、一般介護予防事業の対象者として受入をしている。通所型Cと一般介護予防事業を一体的に運用しており、空間としては同じで利用者にとっても馴染みの場所である。通所Cと一般介護予防事業の参加者の違いは、「専門職の関与の有無」だけである。
- 家族の勧めで要介護認定を受けてもいざ、サービス調整を始めると給付サービスの利用に拒否感を示す人もいる。介護度の高い人がいる場には馴染みたくないという人もいるため、そういった方で運動等を行ってもかまわないのであれば、通所Cが比較的参加しやすいサービスとなる。廃用性で要介護相当であった方の中には、通所Cに馴染んだ後、3～6か月経過したタイミングで、教室のボランティアに誘って、通所型Cのボランティア等で活躍されるようになる方もいる。この判断は、すべて地域ケア会議を通してしている。認知症の人にも、役割を持って貰い、通所型Cのボランティア等を努めて頂くことで、生きがいを感じ、いきいきとされる方もおられ、本人のためにも効果的である。
ただし、こうした取組にお誘いする場合には、必ず主治医と連携をとりながら、包括支援センターやケアマネジャーだけの判断で進めるわけではなく、また、地域ケア会議の場もふまえて利用につなげている。
- 認知症の人については、専門職が関わることだけが最善というわけではない。中には、元気な人たちに交じって活動してこそ、重度化防止の効果がある人もいるのである。
- また、「なじみの関係」を維持できるように、移行できる人数がある程度集まったら、まとめて通所Aに移行することもある。通所Aも同じ建物で行っており、通う時間帯が変わるだけであるため、なじみの関係を維持しながら利用ができています。

- 「ここに行きたい」と思う利用者は、給付サービスの自己負担が発生してでも通所型B等の事業に参加したいと申し出る人もいます。中には更新申請で要介護認定が出た人は、認定を取り下げて、保険給付を受けられなくなっても、通所Bに通い続けたいと申し出るケースがあるということである(例えば、要介護認定は取り下げて、福祉用具貸与は自己負担としながら、通所Bに通い続けるなど)。なお、チェックリストの人が認定を受けた場合、給付サービスを使うまでの間は、利用が可能である。

(2) 総合事業のサービス等の利用時における工夫

① 利用者に対する住民ボランティアの対応

- 通所型Bの「ひまわりの集い」では、ターミナル期の人であっても、本人・家族、主治医等とも話しながら利用を希望し、きめ細やかな対応ができる場合では、通いを可能にしている。状態悪化の気付きなどを細かにボランティアが変化を見極めて必要に応じて包括につなげている。包括もそうした利用者がある場合は、意識してモニタリングを行っている。
- 例えば、通所Bでは利用者一人ひとりについて、誰が担当のボランティアであるかを決めており、それぞれの利用者の細かな変化に気付くことができるような工夫をしている。担当のボランティアは、例えば杖を使って歩く人の歩行リズムが遅くなった、受付時にお金を支払う動作が遅くなった、忘れっぽくなったなどの細かな変化を確認している。市は、見るべきポイントを研修等で事前に住民に共有している。
- 住民は、普段から利用者の変化に気を配り、必要に応じて地域包括支援センター等につなごうという意識がある。
- 通所Cには、2割程度認知症の人が参加しているので、住民が、自然に認知症の方の接し方を学ぶことができ、地域での活動にもそれが活かされている。

② ボランティアと市役所・包括との連携

- 通所Bで活動する住民ボランティアの教育として、事前研修で高齢者の特徴(躓きやすい等のリスク、トイレや入口がハイリスクであることなど)を伝え、定期的に職員が訪問して現場を確認し、振り返りの反省会でのフィードバックを行っている。
- 通所Bについては、月に1回、出欠票(出欠状況と備考等)を市役所に持参してもらい、欠席を続けている人に対しては、地域包括支援センターが連絡や訪問を行っている。
- 一般介護予防事業でも出欠管理をしており、2回欠席したら、講師を派遣している場合は講師から、講師がいない場合は住民ボランティアから本人に連絡している。欠席が3~4回になると水際での生活機能の向上が図りにくいと考えており、早めの対応を心掛けている。
- 住民ボランティアは、地域包括支援センターに連絡した方が良い場合は連絡している。どのような場合に連絡すべきか、というチェックリストもある。
- 「一般介護予防事業は長く続けることが大事、通所Cは早く卒業することが大事」と住民には繰り返し伝えている。住民ボランティアもその意識を持ち、「自分たちが関わることで、健康な期間が長くなってほし

い」という使命感を持っている人が多いし、そういう気持ちになるような働きかけを行政・包括で担ってきている。

- 生駒市は人口が約 12 万人で地域包括支援センターが 6 か所であるが、これよりも包括が少ないと厳しいと現場は感じている。

(3) 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫

① 多職種でのアセスメント・検討

- 生駒市では、地域ケア会議を通じた多職種での合意形成を行っている。例えば、地域包括支援センターの総合相談に来た人について、どこに繋ぐのがよいか、判断に迷う時は、地域ケア会議の場を活用し、多職種の意見を聴くようにしている。例えば、総合事業のみの利用でよいか、給付のサービスも合わせて活用する方がよいか、住民主体の活動の場である通所Bのひまわりにつなぐかなど、どのサービスや事業がより本人にとってよいか、迷う場合に相談できる場が地域ケア会議の場である。
- 通所Cの利用者については、全員を対象に地域ケア会議を行っている。
- 基本チェックリスト該当者は、主治医意見書がないため、別途医療についての情報を共有するための仕組みを構築している。
- 生駒市では、医師会に相談の上、医療介護連携の場を活用して、医療情報を共有するための独自の帳票を作成した。また、総合事業利用に合致する心身状況等についても医療介護連携の場を通して、関係機関・者で目安を決めるなどして展開してきている。手順としては、①地域包括支援センターのケアマネジャーが本人・家族に趣旨を説明、②地域包括支援センターのケアマネジャーが主治医に連絡し、さらに手紙を添えて主治医に帳票記載を依頼、③主治医は、地域包括支援センターから提供された生活状況等を確認しながら、所見を帳票に記載する、という流れで診療情報提供として頂いている。
- 主治医による帳票作成の費用は、居宅療養管理指導か、医療保険か、主治医に判断してもらっている。
- このような医療介護連携の取組が進むことで、要介護認定の際の主治医意見書についても、主治医が特記事項を書いてくれるようになった。
- また、生駒市では、医師会向けに過去に通所Cの類似事業の見学会を実施した。また、総合事業以降時には、有識者も招き研修会を実施し、通所CのDVDを配布している。参加した医師は、実際の現場や機材、取組を見ることで運動強度を把握し、患者の利用可否を判断できるようになった。昨年度は、医療介護連携の場で、総合事業や認知症施策、地域のインフォーマル資源等の把握不足があるとの意見もあり、全ての病院を回って入退院支援マニュアルの説明に加えて、総合事業に関する市としての考え方や事業内容を知って貰い、要介護認定を進めるか、迷う場合は地域包括支援センターや担当行政に連絡をいれて頂くなどの周知を行い、ご理解を頂いている。

② 本人・家族への案内方法

- 例えば、複数回の徘徊をして警察が関わることになった高齢者の家族が、市役所に相談に来られる。

さまざまな困りごとなどをききながら、介護保険をすすめることが一般的だが、同居家族がまだ、サービスを利用せず、家族で面倒を見たいと主張し、本人もサービス利用を拒否する場合がある。家庭訪問や面談を繰り返しながら、本人・家族の意向や主治医の意見も伺いながら、家庭内で過ごせる支援や認知症の方のケアの進め方などをお伝えするとともに、場合によっては、外出をすることでアセスメントや関係性構築がさらにできる可能性がある場合、通所型Cを勧めることもある。

- デイサービスには参加したくないと感じる人もいるため、家族や本人の意向次第では、通所Cの利用となることがある。通所型サービスCは、同一法人内での同じ建物でデイサービス、通所型Cを行っているので、家族には両方を見てもらって判断してもらうことも多い。大腿骨頸部骨折等の手術後で、術後すぐでは要介護2相当であっても、入院期間中のリハビリ等によって改善していく場合もあり、予後予測を見極めながら主治医と相談し、退院後に地域での活動再開を目標に通所型Cを案内することもある。
- 地域包括支援センターは、デイサービスと通所型Cを中立的に見ているが、改善可能性の高い人は、基本的には通所型Cを勧める。家族がデイサービス利用を強く訴えられても通所型Cが良いと思った場合には、本人同行で家族とともに見学を行い、デイサービスと通所型Cの両方を案内するようにしている。結果的には通所型Cの熱気があるて楽しそうな雰囲気を目にすると、家族も本人も通所Cを希望するようになることが多い。
- 通所型Cの案内DVDも作成している。地域包括支援センターの職員はポータブルDVDプレイヤーを持っており、利用者の自宅でもテレビにつなげることで案内できるようにしている。また、地域包括支援センター内でもDVDを流しており、相談に来た際にDVDをみて、この教室に行ってみたいという気持ちになる方もいる。

③ その他

- 生駒市では、ケアマネジメントA、B、Cは次のように整理している。パワーアッププラス教室と普通の予防給付は、ケアマネジメントA。通所型Cのパワーアップ教室と転倒予防教室は、ケアマネジメントB。通所型Bのひまわりは、ケアマネジメントC。ただし、ケアマネジメントCだからと言って初回以降に何もしないわけではない。
- 個人単位で、ケアマネジメントA、B、Cを使い分けることは負担が大きく、総合事業によって生駒市の担当課の事務負担は増えた。

(4) その他

- ひまわりは、要支援1・2相当者を対象としており、カートを押したり杖を突いたりしている人、家事等ではできるが転倒・転落リスクの高い人などが多い。ひまわりの集いの参加者には、送迎がない。タクシーに乗ってくるか、家族の送迎か、もしくはなんとか杖等で休み休み歩いて来られる人しか参加はできない。
- ひまわりの集いは、駅前ともう1ヶ所しかないため、送迎等は課題である。対象の人は、いきいき百歳体操に通っている人達よりも状態像としては重い人が多い。
- 一般介護予防事業の通いの場合は15～20分歩いて通うものが中心であるが、送迎付きの通いの場もある。

り、十数種類以上行っている¹¹。

- 生駒市は、一般介護予防事業のメニューが多いのと、通いの場の数が多い為、通所型Cの利用後の選択肢が多種多様にあるのが良い点である。
- 通所型Cの受け皿としての一般介護予防事業やかよいの場の創出は、地域ケア会議で必要という声が経年的に多数があがっていたので、ニーズに応じて種類を増やしていった。取りやめたのは、認知症料理教室くらいで、一般介護予防事業と通いの場は今も増加傾向にある。

以上

¹¹ <https://www.City.ikomA.lg.jp/Cmsfiles/Contents/0000005/5535/keikAku.pDf>

2-6 東京都世田谷区

■ 要介護者が利用しているのは通所Bだが、詳細は把握していない

- ・ 通所Bでは、要介護者の参加もあるという話は聞いているが、要介護者数の報告を義務付けていない。要支援者等以外の「一般参加者等」という整理で集計されるため、詳細は把握していません。

■ 通所Bには「運営リーダー」を配置要件に

- ・ 通所Bでは、団体の中心となって機能する「運営リーダー」の配置要件を設けています。運営リーダーに対して、年5回の研修を実施しており、理学療法士、事務職、外部講師等が講師となって、制度の説明、レクリエーションや体操の方法等の研修を行っています。

■ 訪問B・Cの初回利用時には包括職員が同行訪問

- ・ 訪問Bおよび訪問Cは、ケアマネジメントBで実施されますが、初回利用時(サービス担当者会議)には「地域包括支援センター職員」が同行訪問し、利用者本人とサービス実施事業者間で情報を共有しています(モニタリングは概ね3か月ごと)。

■ 利用者の体調等を記入した活動報告書を作成・提出

- ・ 住民ボランティア一人ひとりが、利用者ごとに、提供サービスの内容、利用者の体調等を記入した活動報告書を、月に1回事業所に提出する。状態の変化が報告されると、委託事業所が地域包括支援センターに連絡相談するスキームが構築できています。
- ・ なお、報告書は区に提出されるため、区としても個人単位での状況把握が可能となっています。

【ヒアリングメモ】

(1) 現状における総合事業の実施状況

① 総合事業の実施状況／要介護者の利用状況

- 通所Bの利用者が要介護になった場合も、引き続き利用することを妨げることはないが、「要介護者を含めて総合事業を実施している」わけではない。
- 訪問も通所のいずれも、従前相当、A、B、Cを実施している。総合事業の利用者の多くは、従前相当を利用している。

■ 訪問型サービス

事業名	①総合事業 訪問介護サービス	②総合事業 生活援助サービス	③支えあいサービス	④専門職 訪問指導
内容	介護事業所による従前相当のサービス	介護事業所による区独自基準のサービス	住民参加型サービス	短期集中型サービス
利用人数等	実:3,410人 延べ:30,165人	実:199人 延べ:1,730人	実:108人 延べ:1,001人	実:125人 延べ:180人

■ 通所型サービス

事業名	①総合事業 通所介護サービス	②総合事業 運動器機能向上サービス	③地域デイサービス	④介護予防筋力アップ教室
内容	介護事業所による従前相当のサービス	介護事業所による区独自基準のサービス	住民主体型サービス	短期集中型サービス
開催回数等	—	—	登録団体 19 活動団体 18	36 教室 (延べ 432 回)
利用人数等	実:3,786人 延べ:32,125人	実:70人 延べ:656人	実:134人 延べ:2,834人	実:256人 延べ:2,565人

(出典)世田谷区資料

- 実施事業所・団体数(令和元年度実績)は、訪問型では、訪問B(③支えあいサービス)が2か所、訪問C(④専門職訪問指導)が1事業所である。通所では、通所B(③地域デイサービス)が活動団体18か所、通所C(④介護予防筋力アップ教室)が12事業所である。なお、訪問Bについては、シルバー人材センターと社協に委託している。
- なお、世田谷区提供資料における利用人数は、要支援者等に限定した数である。通所Bでは、要介

- 護者の参加もあるという話は聞いているが、要支援者等以外の「一般参加者等」という整理で報告されるため、区としてはその内訳（一般高齢者であるか、要介護認定者であるか 等）は把握していない。
- なお、通所B(③地域デイサービス)の一般参加者等は、正確ではないが全利用者のうち10～20%程度という印象である。

② 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの総合事業の活用状況

- 再委託先の居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、総合事業の対象となっているサービスをどの程度ケアプランに組み込んでいるかは、把握していない。
- 区は、地域包括支援センターの職員に対して、ケアマネジメント研修を実施しており、アセスメントの考え方等を伝えている。原則、介護予防ケアマネジメントA(従前相当・サービスAのみ)を行う場合のみ居宅介護支援事業所への再委託を可としており、今後は、再委託先の居宅介護支援事業所のケアマネジャーも研修の対象にしていく予定である。
- 区では「介護予防ケアマネジメントマニュアル」を作成しており、総合事業のサービスのみでなくインフォーマルサービスも含めて検討することの重要性などを伝えている。
- 訪問Bの利用者は介護予防ケアマネジメントB、通所Bの利用者は介護予防ケアマネジメントCとしている。

(2) 総合事業のサービス等の利用時における工夫

① 住民ボランティア等を対象とした研修の実施

(訪問B ③支えあいサービス)

- ボランティア登録には、事前の研修受講が必要としている。登録前研修の内容は、高齢者に対する安全面での配慮の仕方、コミュニケーションの取り方等である。その後、任意参加のフォローアップ研修を年2回行っている。
- 登録ボランティアは、2団体で579人。このうち、実際にマッチングして活動しているのは半数程度ではないかと思われる。

(通所B ③地域デイサービス)

- 補助金交付の要件として、参加する要支援者等の数に応じて、「運営リーダー」¹²の配置要件を設けている。要支援者等の数が、1～10人、11～20人、21～30人に対して、運営リーダーの配置数はそれぞれ、2人以上、3人以上、4人以上となる。
- 運営リーダーに対しては、年5回の研修を実施しており、活動開始前もしくは開始後速やかに必ず受講するように伝えている。毎年ほぼ同じ内容の研修を繰り返しているが、団体には複数の運営リーダー

¹²「運営リーダー」は、要支援者等の受入れその他の活動参加に関する連絡・調整や参加中の要支援者等の見守りを行うなど、団体の中心となって活動を支える役目を負う人で、その内、少なくとも1名は、区(又は区の委託先)が行う運営リーダー向け研修を、活動開始前又は活動開始後速やかに受講する必要がある(世田谷区地域デイサービス事業の手引き) https://www.City.setAgAyA.lg.jp/theme/008/003/D00181141_D/fil/teBiki.pDf

がいるため、順番に参加してもらったり、新規リーダーに参加してもらったりしている。

- 研修の講師は、区の理学療法士、事務職、外部講師等が担っている。事務職は地域デイサービスの説明、外部講師はレクリエーションや体操の方法等を紹介する。
- また、団体を一堂に会しての団体交流会・研修を年 2 回実施している。研修テーマは、時期に合わせて、感染症対策、熱中症対策、体操の方法等を設定している。

② 状態変化時・懸念事項発生時の対応方針の明確化

（訪問 B ③ 支えあいサービス）

- 住民ボランティア一人ひとりが、利用者ごとに、提供サービスの内容、利用者の体調等を記入した活動報告書を、月に 1 回事業所に提出する。状態の変化が報告されると、委託事業所が地域包括支援センターに連絡相談するスキームが構築できている。なお、報告書は区に提出されるため、区としても個人単位での状況把握が可能となっている。
- ボランティアと利用者は、居住地が近い人同士でマッチングすることが多く、訪問ボランティアは基本的に固定化していることから、利用者のささいな変化にも気づきやすい。「腰が痛そう」、「足を引きずっている様子が見られた」といった報告があると、地域包括支援センターが訪問してアセスメントを行うなどの対応をとる。連続したキャンセルがあったなどのことも、報告書で気付くことができる。

（通所 B ③ 地域デイサービス）

- 運営リーダーが気になる参加者がいた場合は、地域包括支援センターに連絡・相談する。
- 通所Bから区に対して、活動日、活動内容、当日の運営担当リーダー、参加要支援者名等を記載した報告書が提出される。区は、報告内容のうち、利用者ごとの参加件数程度をデータベース化して保管している。
- 要介護者の体調変化時については、区として正確に把握できていないが、地域包括支援センターに相談するのではないかと。通所Bについては、地域包括支援センターが週 1 回参加している団体もあるなど、包括の訪問頻度は高い。住民ボランティアも、地域包括支援センターが定期的に訪問していることで、安心感につながっていると思われる。

（訪問 C ④ 専門職訪問指導）

- 訪問Cは、最大 4 回まで、PT・OT・ST、看護師、管理栄養士が関与する。地域包括支援センターの依頼目的に対する実施内容、終了・継続の理由、他の専門職関与の必要性等を報告してもらい、区の保健師、管理栄養士と理学療法士が内容の確認を行っている。

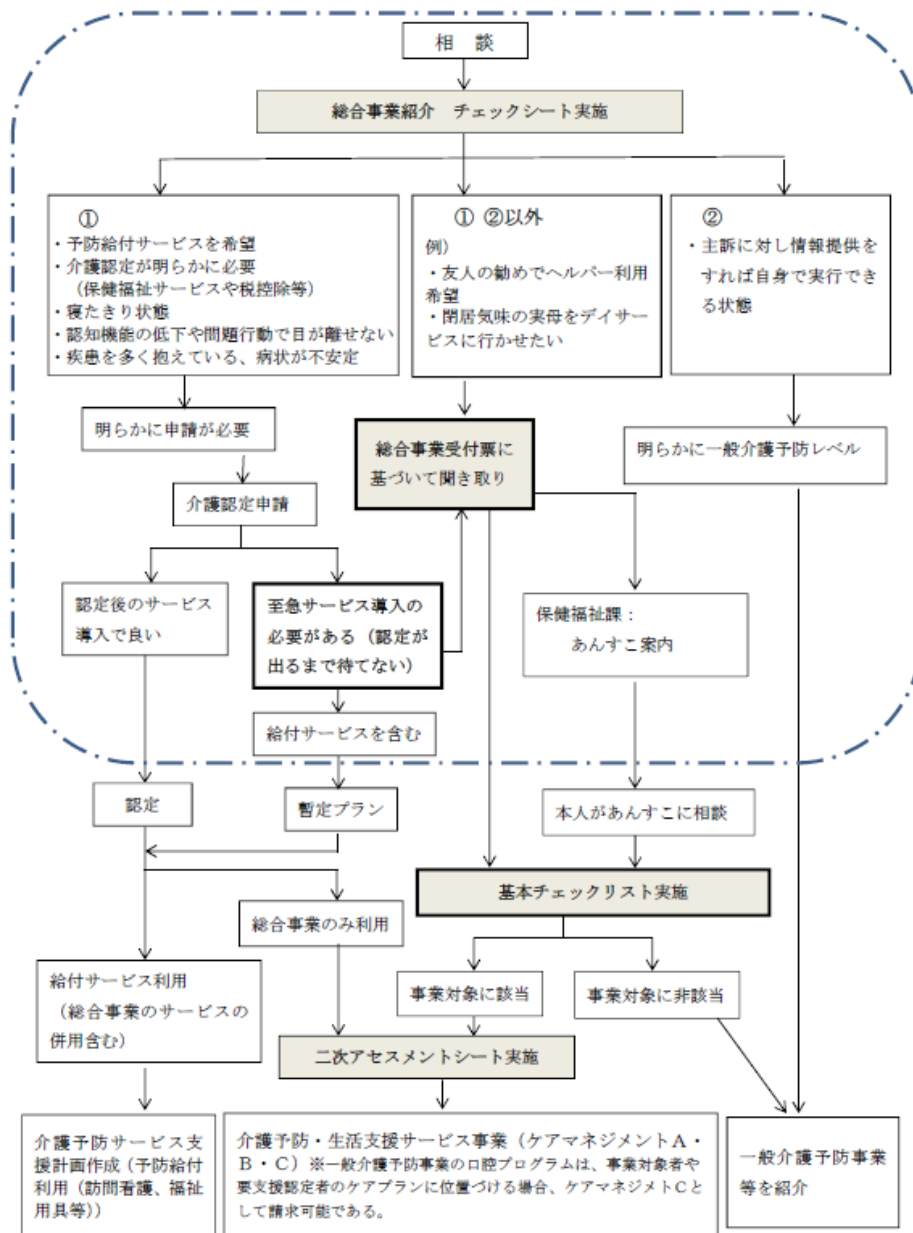
（通所 C ④ 介護予防筋力アップ教室）

- 通所Cは、1 クール 12 回(約3か月)なので、1クール終了後に、本人の目標、体力測定の変化、取組前・中・後の地域包括支援センターと運営事業者とのカンファレンス内容等について報告をしてもらう。実施期間中に区職員が実施会場の巡回を実施し、参加者の状態像やプログラムの運営方法、安全管理について確認している。

(3) 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫

① 相談からケアマネジメントの流れ

- 地域包括支援センターでは、相談を受けた際には、チェックシートを参考にしながら「総合事業の対象か否かを振り分けた」後、明らかに介護認定申請が必要、もしくは明らかに一般介護予防レベルの場合を除いたケースについて、「総合相談票」に基づいた聞き取りと「基本チェックリスト」を実施し、事業対象者に該当する場合は独自の「二次アセスメントシート」を用いた、より自立支援に焦点を置いたアセスメントを実施する。



(出典)世田谷区 介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防ケアマネジメントマニュアル(令和2年3月改訂)

② 総合事業を紹介する際のチェック・受付など

- 地域包括支援センターの窓口において、総合事業の対象か否か振り分ける際に必要に応じて使用するチェックシートを用意している(※ 以下参照)。
- また、本人から訪問介護サービスや通所型サービスの利用希望がある場合は、必要に応じて「総合事業受付票」を作成する(※ 次ページ参照)。

※必要時活用

総合事業紹介 チェックシート

帳票 1

氏名 _____

	質問	回答	
		A	B
1	以下のサービスのいずれかを希望しているか。 [訪問看護 ・ 住宅改修 ・ 福祉用具貸与、購入費支給 通所リハビリ ・ 訪問リハビリ ・ 訪問入浴 ・ 居宅療養管理指導]	はい	いいえ
2	要介護認定により受けられる、障害者控除(障害者・特別障害者)や医療費控除等のサービス受給を希望しているか。	はい	いいえ
3	本人は寝たきりの状態、またはそれに近い状態か。	はい	いいえ
4	本人は、認知機能の低下や問題行動で目が離せない状態か。	はい	いいえ

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図(P. 7)「※1」を参照

1～4のうち、
1つでも「A」
に該当する
↓
明らかに申請
が必要
↓
介護認定申
請を行う

	質問	回答	
		A	B
5	訪問介護サービスや通所介護サービスの利用を希望しているか。	はい	いいえ

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図(P. 7)「※1※2以外」を参照

「A」に該当する
↓
総合事業対象
の可能性あり
↓
・総合事業紹介
・相談受付票
にて聞き取り

	質問	回答	
		A	B
6	主訴が地域情報(介護予防教室やサロン等)提供で、情報提供 すれば自身で実行できるか。	いいえ	はい

相談からケアマネジメントの請求までの流れフロー図(P. 7)「※2」を参照

どちらも、必要に
応じてあんすこ
を紹介
「A」に該当する
場合、相談受付
票にて聞き取り

(出典)世田谷区 介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防ケアマネジメントマニュアル(令和2年3月改訂)

総合事業受付票 ※必要時活用

帳票 2
あんすこ

■基本情報 相談日： 年 月 日 相談受付者： ()

相談方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問	相談に来た方	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外
本人の 氏名・住所 連絡先等	フリガナ 男・女	相談者の 氏名・住所 連絡先	フリガナ (本人との関係)
	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		住所
	世田谷区		電話 ()
	電話 ()		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> その他 ()		

■相談内容

【医療情報】主治医 無 有 (主治医名) (通院頻度)
 【具体的なサービスの希望】無 有→【訪問介護・通所介護・住宅改修・福祉用具・その他】
 【主訴】

サービス導入の緊急性(有・無)、介護保険申請手続き(有・無)

----- 以下はあんしんすこやかセンター記入欄 -----

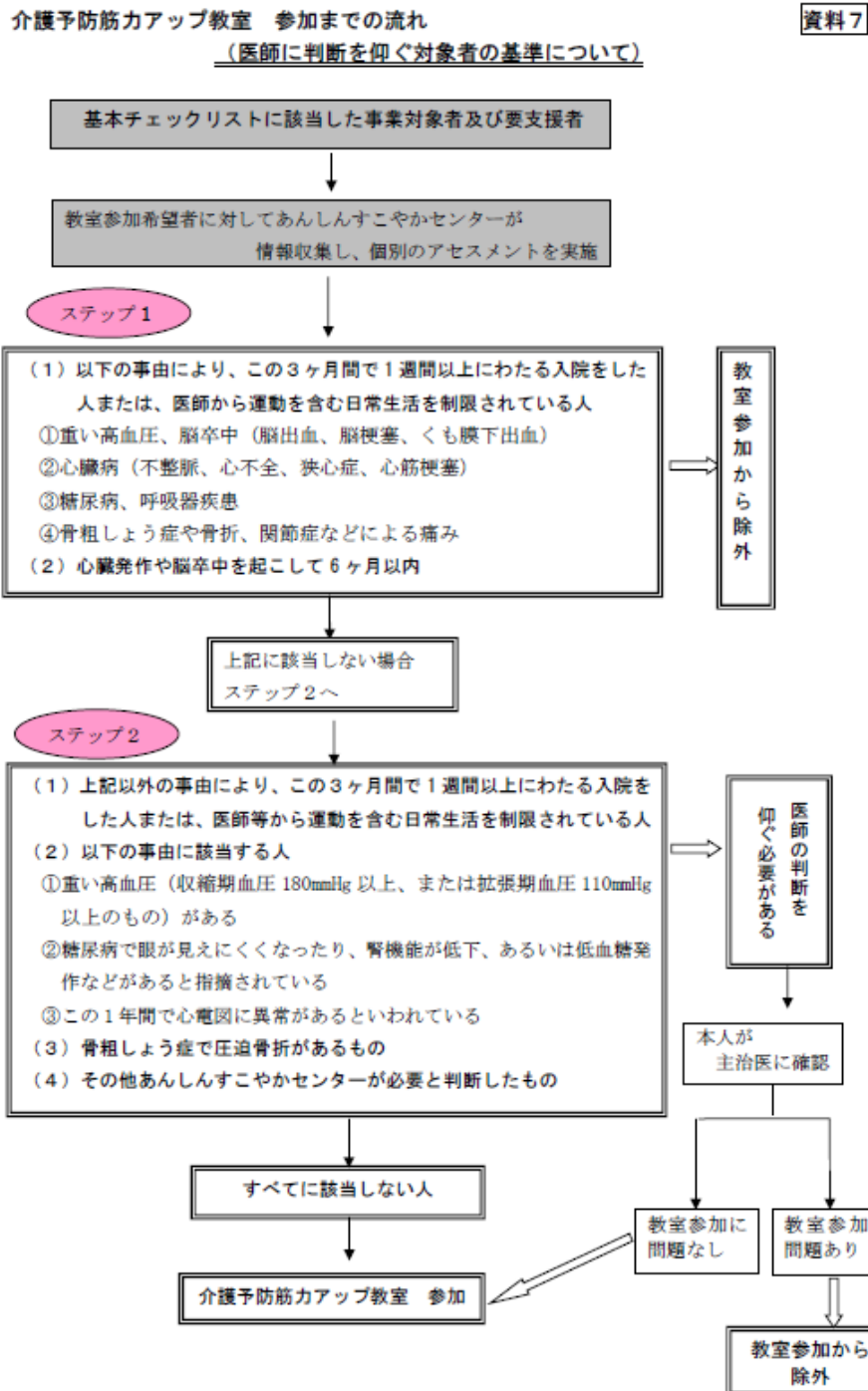
■身体状況・生活行為 (相談者が困っている項目は□にレ点チェックし、詳細を「備考」欄に記入する)

	項目	備考		項目	備考
体調	<input type="checkbox"/> 痛み	部位など	IADL	<input type="checkbox"/> 買い物	
	<input type="checkbox"/> 麻痺・拘縮	部位など		<input type="checkbox"/> 服薬管理	
	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 金銭管理	
ADL	<input type="checkbox"/> 歩行		<input type="checkbox"/> 掃除		
	<input type="checkbox"/> 階段昇降		<input type="checkbox"/> 食事の支度		
	<input type="checkbox"/> 立ち座り		<input type="checkbox"/> 洗濯		
	<input type="checkbox"/> 食事摂取		<input type="checkbox"/> 家族との関わり	頻度、内容など	
	<input type="checkbox"/> 排泄行為		<input type="checkbox"/> 他者との交流	頻度、内容など	
環境	<input type="checkbox"/> 保清(入浴)		<input type="checkbox"/> 普段の交通手段	例) バス、電車など	
	<input type="checkbox"/> 住居の状況等	戸建て・集合住宅、坂道が多いなど	【あんすこ処理欄】 <input type="checkbox"/> 基本チェックリストの実施 (結果) <input type="checkbox"/> 総合事業の利用 (利用サービス)		

(出典)世田谷区 介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防ケアマネジメントマニュアル(令和2年3月改訂)

③ 総合事業の利用に係る医師の関わり

- 二次アセスメントシートでは、健康管理についての項目(主観的健康感、痛み、排泄、認知機能、服薬管理、既往歴・現病歴など)があり、医師に判断を仰ぐ必要がある場合は、本人より医師に確認を取った上で、適切なサービスを決定するとされる。
- また、通所Cの利用にあたって、医師に判断を仰ぐ対象者の基準が明確化されている。



(出典)世田谷区 介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防ケアマネジメントマニュアル(令和2年3月改訂)

※ ご本人からかかりつけ医に相談をしていただく場合に、あんしんすこやかセンターからご本人にお渡しする依頼文

様

「介護予防筋力アップ教室」のご案内及びかかりつけ医への確認のお願い

世田谷区では、転倒や筋力の低下、閉じこもり、低栄養などが心配な方を対象に、筋力アップ及びセルフケア能力向上を目的とした教室「介護予防筋力アップ教室」を開催しています。先に行っていただいた「基本チェックリスト」の結果や介護認定の結果から、必要と思われる方に参加をお勧めしています。

以前に入院等をされた方や重い高血圧等の持病のある方は、教室に参加していただくにあたり、あらかじめ、かかりつけ医のご意見を伺い、教室の参加に問題がないことを確認する必要があります。

つきましては、かかりつけの医療機関で診察を受けられる際に、参加に関しての医師のご意見を確認し、あんしんすこやかセンターの担当者にお伝えください。特に書面で提出していただく必要はありません。

なお、診察に係る費用については、ご本人様の負担となりますので、あらかじめご了承下さい。

必ずご本人へ説明してください。

☆教室の概要

- ・週1回で、期間は約3ヶ月です。
- ・1回の時間は、講話を含めて120分程度です。
- ・教室スタートの最初と、3ヶ月後の終了時に、体力測定を行います。
- ・費用は、3ヶ月で2,400円です。

【内容（裏面参照）】

- 問診・体調チェック ⇒ 体操の前に、今日の体調をチェックします。
- ミニレクチャー ⇒ 介護予防についての講話を行います。
- 筋力アップ体操 ⇒ 体操前後にストレッチを行い、「世田谷いきいき体操」を行います。おもりは個人の状態に合わせて調節します。
- クールダウン ⇒ 整理体操をします。

※教室の日程や会場については別紙のチラシをご参照下さい。

区担当課：世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課 ☎03-5432-2953

【お問い合わせ】 () あんしんすこやかセンター
 担当者名：()
 連絡先電話番号：

(出典)世田谷区 介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防ケアマネジメントマニュアル(令和2年3月改訂)

④ 専門職・地域ケア会議の関わり

- 訪問Bおよび訪問Cは、ケアマネジメントBで実施されるが、初回利用時(サービス担当者会議)には「地域包括支援センター職員」が同行訪問し、利用者本人とサービス実施事業者間で情報を共有している(モニタリングは概ね3か月ごと)。
- 通所Bは、ケアマネジメントCで実施されるが、評価はサービス提供開始後、概ね3か月後に実施する(モニタリングは必須でないが、利用者の健康状態、生活状況などに応じて、状況把握に努めるとともに、利用者や家族及びサービス事業者や運営団体等から連絡が入る体制等を整えておき、必要時にモニタリングを行うこととしている)
- 世田谷区の、自立支援型の地域ケア会議は、区から派遣するリハビリテーション専門職を入れ、各地域包括支援センターが年 3 回程度、地域で自立した生活をおくるために必要なサービスを含支援方針等について検討する。利用するサービスの目的の再確認、従前相当サービス等の終了にあたっての支援方針や役割を持つ場・社会参加の機会として本人に合ったインフォーマルサービスの選択などを検討する。自宅での生活場面の評価が必要な場合は訪問Cが選択肢となる場合がある。通所Cは事業実施期間中に終了後の地域のつなぎ先や支援方針についてカンファレンスを実施しているため、地域ケア会議の検討対象となることはほとんどない。

以上

2-7 茨城県取手市

■ 要介護者は、訪問B・D、通所B、その他生活支援を利用

- ・ ケアマネジャーが、家がゴミだらけになっていたり、ペットの面倒が見られなかったりする要介護者の困難事例を抱えきれず、地域包括支援センターに相談することで、総合事業の利用につながります。
- ・ 要介護認定のある人が利用可能なサービスは、訪問B、訪問D、通所B、傾聴ボランティア、買い物支援(送迎付)です。全利用者のうち2～3割は要介護者(認知症状が強い人を除き、ADL が歩行以上の要介護1・2の人)。

■ 担っている住民主体のサービスは、介護経験者が設立した団体

- ・ 取手市の住民主体のサービスは、訪問介護の関係者やデイサービスの代表者等が立ち上げた団体等であるので、完全に一般の住民というのとは異なる。そのため、特別な研修等はありません。
- ・ 完全に一般住民が主体となった活動というのは、少ない。住民主体のサービスといっても、専門性がやや高い団体で構成されています。

■ ケアマネジャーと地域包括支援センターの協働ケアマネジメント

- ・ ケアマネジャーから地域包括支援センターへの相談をきっかけとして、総合事業につながる困難事例のケースでは、ケアマネジャーと地域包括支援センターによる協働ケアマネジメントとなります。要介護者であれば、ケアマネジャーが月1回モニタリングをするので、問題があれば地域包括支援センターに連絡があります。

■ 地域ケア個別会議で、適切なサービス利用について判断

- ・ 介護度に限らず支援困難ケースについては、地域包括支援センターが主催する「地域ケア個別会議」を開催し、適切な利用が可能かを検討します。

【ヒアリングメモ】

(1) 現状における総合事業の実施状況

① 総合事業の実施状況／要介護者の利用状況

- 訪問は、従前相当とB・D、通所は、従前相当とA・Bを実施している。また、その他の生活支援サービスとして、配食サービス、傾聴ボランティア、買い物支援(送迎付)がある。
- 要介護認定のある人が利用可能なサービスは、訪問B、訪問D、通所B、傾聴ボランティア、買い物支援(送迎付)である。給付サービスでは担いきれない生活サポートとして利用されており、全利用者のうち2～3割は要介護者である。

(訪問Bについて)

- 訪問Bについては、保険給付の補完的な位置づけとして、生活支援を行うことが多い。利用回数は、1か月で延べ15回程度である。総合事業のサービスのうち、要介護者の利用が一番多いのは、訪問Bである。
- 訪問Bの実施団体は、2つある。1つは「フルスマイルとりで(30～40代の男性が多い)」で、もう1つは「ワーカーズ・コレクティブ 杜のポケット(女性が多い団体)」である。「フルスマイルとりで」は、要介護者の困難事例(ごみ屋敷の大掃除等)に対応することが多い。「杜のポケット」は、認知症や心身不安定な要介護者の居宅に訪問している。
- 団体数は、継続が困難という理由で3か所から2か所に減った。ボランティアの高齢化も進んでおり、住民主体では継続が難しい。
- 訪問Bに対する補助は、事務所経費、交通費等に限り(年間15万円を上限としているが、立ち上げ時には別途初年度のみ20万円上限の補助がある)。また、1回の利用料金は500円である。

(訪問Dについて)

- 訪問Dは4団体全てが福祉有償運送の登録を受けており、もともと要介護者の利用が多かった。社会福祉法人が3団体、NPO法人が1団体であり、ほとんどが病院送迎である。
- 福祉有償運送の登録団体が送迎を行っているため、要介護者が利用することが多くなっても不安はない。

(通所A・Bについて)

- 通所Aは、事業対象者向けに専門職を配置したうえで、健康教育、転倒予防の体操、シルバーリハビリ体操等を行っている。社会福祉法人や公益財団法人に委託し、市の関連施設に理学療法士・シルバーリハビリ体操指導士が行って、教室を開催している。
- 通所Aは、送迎がないため、公共交通機関等を利用して“通える人”に利用が限定されているため、デ

イサービスと競合しないようになっている。令和3年4月以降は、要介護者まで対象拡大し、通いたいという意向のある人について、ケアマネジメントを行ったうえで、利用してもらおうと考えている。

- 通所Bは、3団体が実施している。

② 総合事業を利用する要介護者の状態像／利用に至る経緯など

- 要介護者では、認知症状が強い人を除き、ADLが歩行以上の要介護1・2の人が利用している。要介護3以上の利用者は、まずいない。
- 例えば、草むしりや大掃除ができない要介護1・2の人は、訪問Bを活用している。介護保険給付の訪問介護は、傾聴や見守りだけの利用ができないので、傾聴ボランティアのニーズも高い。精神疾患のある利用者は、介護保険のヘルパーを拒否し、なじみの関係でのサポートを望む場合が多く、インフォーマルサービスを活用せざるを得ないということもある。
- 総合事業は、困難ケースでの利用が多い。取手市では、平成28年度より成年後見制度を積極的に利用しており、年間の市長申し立てが20～30件ある。成年後見人が付くには至らないが、保佐人、補助人がついての在宅生活をおくる人を、訪問Bや傾聴ボランティアが支えている。
- 利用に至る経緯としては、例えばケアマネジャーが困難事例(要介護者で家がゴミだらけになっている人、ペットの面倒が見られない人等)を抱えきれず、地域包括支援センターに相談することで総合事業につながるケースが多い。
- 地域包括支援センターの方が地域の社会資源や権利擁護支援等の情報を多く持っていることから、困難ケースを抱えたケアマネジャーが頼ってきているという状況である。

(2) 総合事業のサービス等の利用時における工夫

① サービスに参加する住民等を対象とした研修の実施

- 取手市の住民主体のサービスは、訪問介護の関係者やデイサービスの代表等が立ち上げた団体等であるので、完全に一般の住民というとは異なる。そのため、特別な研修等はない。
- 完全に一般住民が主体となった活動というのは、少ない。住民主体のサービスといっても、専門性がやや高い団体で構成されている。

(3) 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫

① アセスメントやケアプランの作成に係る専門職の関わり

- ケアマネジャーが困難事例(要介護者で家がゴミだらけになっている人、ペットの面倒が見られない人等)について、地域包括支援センターに相談し、成年後見制度の利用支援や総合事業のサービスにつながるケースが多い。訪問Bは、人とのつながりを活かして大掃除など介護保険で利用できないことを行うので、総合事業につなげることについてケアマネジャーも抵抗感はない。
- このような流れで総合事業につながるケースは、結果としてケアマネジャーと地域包括支援センターによる協働ケアマネジメントとなる。要介護者であれば、ケアマネジャーが月1回モニタリングをするので、問題があれば地域包括支援センターに連絡がくる。
- ゴミ屋敷化しているようなケースは、認知症や精神疾患に起因することが多いので、社協の事業や成年後見制度などに繋ぐことになる。借金等については弁護士、心理関係については臨床心理士、成年後見制度については社会福祉士・行政書士等、認知症については認知症サポート医など、必要に応じて地域包括支援センターが支援先をマッチングする。
- 本市では成年後見について、市長申し立てを多く行っている方である。
- 困難事例以外(事業対象者や要支援者)で生活支援を望む人については、地域包括支援センターがまずは基本チェックリストにかけたうえで、サービスの振り分けを行っている。市と地域包括支援センター4か所は月に1回情報交換を行い、個別事例で連携が必要な場合はそれ以外に個別に相談に乗っている。
- なお、一般介護予防事業の通いの場には要介護者はいないと思う。そこには不安がある。
- 要支援時から総合事業を利用しており要介護になる人、新規申請で要介護となってから総合事業を利用する人もいる。ケアマネジャーが、ケアプランに介護給付サービスと訪問Bの両方を組み込む。数としては多くないが、居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、総合事業を含めたケアマネジメントを行うようになっている。

② 地域ケア会議の関わり

- 困難事例として地域ケア会議にあがってきた際には、市や法的アドバイスが必要な場合は弁護士も一緒に検討を行う(権利擁護の観点から地域包括支援センターが弁護士に相談することは多く、4つの地域包括支援センターで年間70件以上の地域ケア個別会議を開催している。

(4) その他

- 要介護者が、専門職のいない団体の住民主体のサービスを利用するのは、市としては不安がある。退院直後の要介護1の人であればまだ良いが、認知症で何度も徘徊を繰り返している要介護1の人もある。同じ要介護度でも、介護の手間の内容は多様である。

- 本人の同意と、地域包括支援センターによるアセスメントの2段階でその妥当性を確認する必要があるだろう。
- 弾力化のメリットとしては、本人が通いたい・訪問してほしいという希望があった場合にそれを叶えることができるということなどが考えられる。

以上

2-8 岐阜県大垣市

■ 車いすの介助程度までであれば、通所Bで対応可能

- ・ 大垣市の通所Bでは、利用者が移動できない状態や会話できない状態になったら、ケアマネジャーに相談をして利用を控えることになるだろうが、著しい認知機能の低下でない限りは利用を断ることはしていません。
- ・ 重度の要介護者の受入れは想定されていないが、車いすの介助程度であれば施設内もバリアフリーに改装しており、対応することが可能です。

■ 事業開始前に、緊急時の対応方法等の情報共有を徹底

- ・ 事業の開始前に、緊急時には市と地域包括支援センターに連絡してほしいことや、認知症患者の対応方法などを説明しています。
- ・ なお、通所Bのボランティアには介護職の経験者はいる。そのため、市として特別な研修等は行っていません。

■ 独自のアセスメントシートを作成し、リスクを評価

- ・ 介護予防ケアマネジメントの、独自のアセスメントシートを作成している。アセスメントシートには、聞き取りのチェック項目が基本チェックシートの倍程度あり、IADL や実施可能な行動等の詳細な把握が可能です。

【ヒアリングメモ】

(1) 現状における総合事業の実施状況

① 総合事業の各サービス等の実施状況

- 訪問型サービスは、A、従前相当、Bを実施。訪問型の利用の多くは、従前相当である。訪問型Aは 4 事業所あるが、利用者は少ない。訪問型Bは、現在実施なし(通所と同様の要綱設定)。
- 通所型サービスは、従前相当、B、Cを実施。通所型Bは 1 団体で、利用者は 70 人超である(コロナの影響で現在休止中)。通所型Cは、令和 2 年度は 6 事業所に委託している。
- その他、配食やボランティアが行う見守りは、市の単独事業と社協との連携で実施している。
- ケアマネジメントは、A、Cを実施。包括支援センターは 7 圏域で実施。
- 通いの場については、正確に把握していないが、300~400 程度はあるだろう。公表することを嫌がる団体や、自治会単位の実施でクローズドにしている団体が多いため、国に報告している数はこの 4 分の 1 程度である。

② 要介護者の総合事業の利用状況

- 通所型Bについては、要介護者の利用があった。
- マネジメントCを行って通所型Bを利用していたのは6人で、要介護者で利用していたのは上記 1 人。ただし、市が把握していないだけでインフォーマル資源として要介護者が利用していることも考えられる。利用者は公的なサービスとして認識せずに使用している。現在は、市を介した要介護者の利用はない。

③ 団体の要介護者の受入状況

- 大垣市の通所型Bは、既に活動している NPO 法人に協力を依頼する形で、サービス提供に至っている。そのため、NPO では、要支援者や認知症初期の利用者に社会参加してもらって、進行を遅らせたという気持ちがある一方で、今まで利用していた人にも自由に利用してほしいという気持ちがある。市としては、要綱(要支援者の構成比、実施日数等)を満たしてもらえたら十分と考え、利用者の状態像については特段求めることはせず、支援している。
- 利用者が移動できない状態や会話できない状態になったら、ケアマネに相談をして利用を控えることになるだろうが、認知状況で利用を断ることはないようである。重度の要介護者の受入れは想定されていないが、トイレをバリアフリーに改装しており、車いすの介助程度であれば対応している。
- NPO の代表者曰く、デイサービスに通い始めた後も、遊びに来る感覚で家族に送迎されて利用している人がいるとのこと。ケアマネジャーが通所Bを利用していることを知った場合には、ケアプランに入れている場合もあるかもしれない。

④ 要介護者の受入に関する市の意向

- 市は、通所型Bを行っている NPO の求めに応じて支援するスタンスである。もし、通所型Bを担う別の団体が、要介護者に対応できないと言ったとしても、市から受け入れを求めることはしない。通所型Bの団体が多くなってきたら、標準化が必要になるかもしれないが、現時点では、1 つでも多くの団体に協力していただきたいので、無理をお願いすることはないだろう。
- そもそも、サービスBは担い手が少ないという課題がある。地域介護予防活動支援事業で体操を行いたいという希望は多くあるが、サービスBで集いの場を作りたいという人はいない。
- 生活支援サービスとしての実施となると、制度的な理解が必要だが、制度や要介護移行時の対応等について話すとフェードアウトされる。実施する住民も利用者も、サービスBとデイサービスの違いを分かっておらず、段階設定ができていないように感じている。具体的なイメージ醸成ができていないことが課題かもしれない。

(2) 総合事業のサービス等の利用時における工夫

- 通所Bのスタッフに専門職はいるが、介護職の経験者はいる。そのため、市として特別な研修等は行っていない。ただし、事業の開始前に、緊急時には市と包括支援センターに連絡してほしいことや、認知症患者の対応方法などを説明している。
- 利用者の通所が途絶えた、状態が悪化したといった話は市に寄せられていない。利用者は、曜日単位で安定的に利用をできているようである。
- 1 年に 1 回、団体から市に書面報告をしてもらう。一般の人がほとんどの団体なので、定期的な書類提出は嫌がられる。そのため、書類提出の回数は少なくし、緊急時の情報共有を徹底してもらっている。

(3) 総合事業のサービス等の利用までに至るプロセスにおける工夫

- 大垣市では、直営包括が、委託先の包括(社協委託 3 か所、事業団委託 2 か所)をサポートしている。
- 直営包括では、聞き取りの個人差が生じないように、介護予防ケアマネジメントのアセスメントシートを作成している。アセスメントシートには、聞き取りのチェック項目が基本チェックシートの倍程度あり、IADL や実施可能な行動等の詳細な把握が可能である。包括支援センターでは、基本チェックリスト+アセスメントシートで、リスクの評価が行われている。
- ただし、介護予防支援業務の委託先となる居宅介護事業所については、日ごろのモニタリングで活用されていないようであり、包括支援センターでの活用にとどまっている。

(4) その他

① サービスBの実施団体拡大について

- 同じ通所型Bであっても、介護保険事業所が母体になる場合と、住民団体の取組をBに移行した場合の2パターンがある。制度が変更の際に、協力を得られそうな介護保険事業所や住民主体の団体に対して説明を行っている。また、地区ごとの生活支援コーディネーターが、生活支援講座等で互助活動について話す際に、市としての補助の仕組みを説明してもらっている。
- 前者の事業所が母体になる場合は、採算が取れないことを理由に断られる。後者の住民主体の団体の場合は、自由に好きな人とやりたいという気持ちが強く、市に管理されることへの抵抗感がある。これまで自分たちの意思で自由にやってきたのに対し、市のルールで実施しなければならないことは嫌がられる。市から利用者の受入れを求めると対応してくれるが、書類提出等の事務作業を依頼すると「もういい」となってしまうこともある。
- 利用者のモニタリングについては、住民主体の団体については特に負担を感じるだろう。ただし、通いの人の状態、健康管理等は良く把握しており、市が訪問すると細かく伝えていただける。

② サービスBの利用者拡大について

- 総合事業のサービスも、「事業対象者」という文言も浸透していない。制度の違い、自己負担額の違いが十分に理解していただかず、事業対象者からクレームを受けた。
- 窓口では、「デイサービスに行きたい」、「家の調理をしたい」というような元気な人が来た時に、チェックリストを活用している。デイサービスの利用希望については、「家で時間を持てあまして」、「隣の人が行っているから行きたい」といった理由が多く、介護保険サービスであるという認識が低い。社会参加可能なサロンやカフェなどの提案を行うが、地域のしがらみから出たいという人の方が多く、住民主体の場に行きたいという話にはならない。社協の方には依頼があるのかもしれない。

③ 弾力化について

- もともと、要支援者と要介護者を隔てる必要がないと思っている。要介護1の状態が長引くことは少なく、要介護2～要支援2は状態像としては大きく変わらない状態である。制度上区別するのは本人にとっても良くないし、団体での把握・管理も困難である。既存の団体にサービスを実施してもらうべく、制度の話をするとう嫌がられる。維持・改善をできる人を、制度の立て付けを理由に、利用するサービスを変更させる必要性はないと思う。
- サービスBなど補助で行っているものについては、そこまで強制する必要はないという認識である。状態が悪い人についても一生懸命対応しようとする団体については、市としては支援を行っていきたい。八王子スタイルでの補助も考えている。

④ 上限額の設定について

- ケアマネジャーは、県や保険者をまたがって支援する場合がある。住所変更をせずに、利用者のみ遠方にいる場合に、地域によって差が大きすぎると大変ではないか。
- 例えば、サービスAでは、A3、A7 といった独自のサービスコードを作成する必要がある。また、国保連が負担割合を判断してくれないため、自己負担割合に応じてサービスコードを設定しなければならない。ケアマネジャーは負担割合に応じて、サービスコードを選択する必要があり、負担は大きいだろう。
- 市町村独自の取組が生まれるのはいいことだが、差が生じすぎることには疑問がある。介護については県指定の部分が残るので、県と市での監査の判断の違い等も生じてしまう。ある程度の基準は、設けておいてもらわないと、事業所の負担が増すだろう。

以上

資料編

介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査

- ※ 本調査票は、各市町村の介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」）のご担当者様にご記入いただくことを想定しています。
- ※ 選択する選択肢の数は原則1つです。複数選択が可能な設問については、設問文に「複数回答可」と記載しています。
- ※ 本調査票における「サービス」とは、総合事業の「介護予防・生活支援サービス事業」（「Ⅰ」「Ⅱ」は、補助により実施するものに限る）を指します。
- ※ 本調査票の調査時点、および、現状・現時点の記載は、特に補足がない限り、令和2年10月末時点とします。

I. 貴市町村における、総合事業のサービス・事業「要介護者の利用」に係る現状について

問 I-1. 各サービス・事業の取組状況について、ご回答ください。時点・期間は明確には定めませんが、直近1年間程度の期間を想定してご回答ください。また、新型コロナウイルス感染症に係る対策の影響等で、状況が大きく変化している場合は、変化する前の状況でご回答ください。

(1) 訪問型サービスB・D（補助）、通所型サービスB（補助）、通いの場について

各サービス・事業を実施していない場合は「1.」を選択し、実施している場合は「要介護者の利用の状況」について、ご回答ください。

なお、①～③について、委託等による実施のみの場合は、「1.」を選択してください。

		1. サービス・事業を実施していない	サービス・事業を実施している場合の「要介護者の利用状況」		
			2. 要介護者は利用していない	3. 要介護者も利用している*	4. 把握していない
訪問型	① サービスB（補助）	1	2	3	4
	② サービスD（補助）	1	2	3	4
通所型	③ サービスB（補助）	1	2	3	4
	④ 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）	1	2	3	4

(2) 補助により実施する(1)を除くサービスについて

各市町村において実施しているサービスを選択したうえで、各サービスの「要介護者の利用の状況」について、ご回答ください。なお、実施しているサービスがない場合（委託等による実施のみの場合を含む）は「6」を選択してください。また、実施しているサービスについて全て回答が終了したら、最後に「6」を選択してください（最後に6を選択することで、次の設問に進みます）。

実施しているサービスを選択（※ 補助による実施のみが対象です）	1. 要介護者は利用していない	2. 要介護者も利用している*	3. 把握していない
①訪問型サービスA（補助）、②通所型サービスA（補助）、③その他の生活支援サービス（見守り）（補助）、④その他の生活支援サービス（配食）（補助）、⑤その他の生活支援サービス（その他）（補助）、⑥既に回答したサービス以外に該当するものはない ◆ ①～⑥をプルダウンで選択。①～⑤は、1つ入力して回答するごとに、新たな回答ページを追加 ◆ 最後に⑥を選択することで、次の設問に進む	1	2	3

※ (1)の「3.」と(2)の「2.」(要介護者も利用している)は、頻度・人数の多少は問いません。

※ 「要介護者も利用しているケース」としては、以下の2つを想定しています。

- ① 要支援者等が中心となっているサービス等について、要介護者も利用・参加しているケース
- ② 『事業対象者としてサービス事業からサービス提供された後に要介護の認定が出た場合、介護給付サービスを利用するまでの間は、事業対象者として取り扱う』という現行制度に基づき利用・参加しているケース

◆ 問 I-1の(1)で①～④において全て「1.」を選択し、且つ(2)で「6」のみが選択された場合は、問 II-1を表示。それ以外のケースは、問 I-2を表示。

問 I-2. 問 I-1 で選択した補助によるサービス等（サービス B、サービス D、地域介護予防活動支援事業（通いの場）、その他生活支援サービス等）を利用する要介護者や要支援者等への適切なサービス提供に向けて行っていることなどについて、その内容を具体的にご記入ください。

特に、認知症の方や身体介護が必要な方への対応、地域ケア会議の活用についての取組がありましたら、今後の取組の参考にしたいと考えておりますので、可能な限り詳細にご記入ください。例えば、地域ケア会議であれば、目的・対象・頻度・メンバーなど含めてください。（自由回答）

※ 自由回答は、以下のように①～③に分けて記載してください。例えば、【要介護者】と【要支援者・事業対象者】について、それぞれ異なる取組・工夫がある場合は、①と③にご記入ください。

サービス提供体制・人材育成

(1) 適切なサービス提供のための、「サービス提供体制・人材育成」に関する取組・工夫を、可能な限り詳細にご記入ください。（自由回答）

（例：認知症サポーター養成講座の受講、一定の講習を受講した地域住民・ボランティアの配置、保健師、OT 等の専門職の配置など）

① 【要介護者】 要介護者に関する取組・工夫	
② 【要介護者・要支援者・事業対象者※】 要介護者を含めた利用者全員に共通する取組・工夫	
③ 【要支援者・事業対象者※】 要支援者・事業対象者に関する取組・工夫 （例えば、利用者に要介護者がいない場合等）	

※ 地域介護予防活動支援事業（通いの場）に参加する高齢者を含む

意向確認

(2) 適切なサービス利用のための、「本人の意向確認」に関する取組・工夫を、可能な限り詳細にご記入ください。総合相談時や認定申請時、ケアマネジメント実施時、利用者が要介護者になった場合など、場面ごとに取組・工夫があれば場面ごとにご記入ください。（自由回答）

（例：活用可能なサービスの説明の徹底、介護給付サービスを利用していない要介護者への介護給付サービス利用の説明、認知症のある方への説明の工夫など）

① 【要介護者】 要介護者に関する取組・工夫	
② 【要介護者・要支援者・事業対象者※】 要介護者を含めた利用者全員に共通する取組・工夫	
③ 【要支援者・事業対象者※】 要支援者・事業対象者に関する取組・工夫 （例えば、利用者に要介護者がいない場合等）	

※ 地域介護予防活動支援事業（通いの場）に参加する高齢者を含む

ケアマネジメント

(3) 適切なサービス利用のための、利用者本人への「適切なケアマネジメント」の実施に関する取組・工夫を、可能な限り詳細にご記入ください。(自由回答)

(例：アセスメント時の専門職の同行、必要に応じたかかりつけ医等の関係者との連携・情報共有やそのための仕組みの構築、独自のアセスメント様式の作成など)

① 【要介護者】 要介護者に関する取組・工夫	
② 【要介護者・要支援者・事業対象者※】 要介護者を含めた利用者全員に共通する 取組・工夫	
③ 【要支援者・事業対象者※】 要支援者・事業対象者に関する取組・工夫 (例えば、利用者に要介護者がいない場合等)	

※ 地域介護予防活動支援事業（通いの場）に参加する高齢者を含む

地域ケア会議

(4) 適切なサービス利用のための、「地域ケア会議」の活用に関する取組・工夫を、可能な限り詳細にご記入ください。(自由回答)

(例：地域ケア会議を通じた多職種による検討など)

① 【要介護者】 要介護者に関する取組・工夫	
② 【要介護者・要支援者・事業対象者※】 要介護者を含めた利用者全員に共通する 取組・工夫	
③ 【要支援者・事業対象者※】 要支援者・事業対象者に関する取組・工夫 (例えば、利用者に要介護者がいない場合等)	

※ 地域介護予防活動支援事業（通いの場）に参加する高齢者を含む

利用時

(4) 適切なサービス利用のための、「サービス利用時」における取組・工夫を、可能な限り詳細にご記入ください。(自由回答)

(例：転倒予防策や転倒時の対応方法の検討、普段の体調管理のための工夫、栄養管理・服薬介助・送迎に係る工夫など)

① 【要介護者】 要介護者に関する取組・工夫	
② 【要介護者・要支援者・事業対象者※】 要介護者を含めた利用者全員に共通する 取組・工夫	
③ 【要支援者・事業対象者※】 要支援者・事業対象者に関する取組・工夫 (例えば、利用者に要介護者がいない場合等)	

※ 地域介護予防活動支援事業（通いの場）に参加する高齢者を含む

モニタリング・状態変化時

(5) 適切なサービス利用のための、「サービス利用開始後のモニタリング」や「利用者の状態変化時の対応」などの利用者本人に関する取組・工夫を、可能な限り詳細にご記入ください。(自由回答)

(例：地域包括支援センター職員やケアマネジャーの現地での利用状況の確認と、利用状況に応じた市町村への報告やそのための仕組みの構築、利用者の状態が変化した場合など、住民ボランティアから地域包括支援センター等への連絡やそのためのルールの明確化など)

① 【要介護者】 要介護者に関する取組・工夫	
② 【要介護者・要支援者・事業対象者※】 要介護者を含めた利用者全員に共通する 取組・工夫	
③ 【要支援者・事業対象者※】 要支援者・事業対象者に関する取組・工夫 (例えば、利用者に要介護者がいない場合等)	

※ 地域介護予防活動支援事業（通いの場）に参加する高齢者を含む

その他

(6) その他、利用者本人に関する適切なサービス利用・提供のための、地域ケア会議の活用など情報共有や関係者間の連携体制の構築のために工夫している取組を、可能な限り詳細にご記入ください。(自由回答)

① 【要介護者】 要介護者に関する取組・工夫	
② 【要介護者・要支援者・事業対象者※】 要介護者を含めた利用者全員に共通する 取組・工夫	
③ 【要支援者・事業対象者※】 要支援者・事業対象者に関する取組・工夫 (例えば、利用者に要介護者がいない場合等)	

※ 地域介護予防活動支援事業（通いの場）に参加する高齢者を含む

II. 「総合事業の対象者の弾力化」について、以降の設問にご回答ください。

■ 総合事業の対象者の弾力化

令和3年4月より、介護予防・生活支援サービス事業（以下、第1号事業）の対象者に、要介護認定による介護給付のサービスを受ける前から「市町村の補助により実施される第1号事業※（住民主体のサービス）」を利用しており、介護給付サービスを利用した後も、当該事業を継続的に利用する要介護者を、市町村の判断により事業の対象に加えることが可能になります。

※ すなわち、市町村の補助（委託等は含まない）により実施される訪問型サービスB・D、通所型サービスB等を、要介護認定による介護給付のサービスを利用する以前から利用していた者については、そのまま継続して利用する（事業の対象とする）ことが可能になります。

問II-1. 貴市町村における、「総合事業の対象者の弾力化」の実施意向について、ご回答ください。

- | | |
|---|----------|
| 1. 令和3年度中に実施する予定 | ⇒ 問II-2へ |
| 2. 「1.」を除く、第8期介護保険事業計画期間中（令和4～5年度）に実施する予定 | ⇒ 問II-2へ |
| 3. 実施予定だが、時期は未定 | ⇒ 問II-2へ |
| 4. 実施の是非を検討中 | ⇒ 問II-9へ |
| 5. 実施しない方針 | ⇒ 問II-9へ |

◆ 「1.」～「3.」を選択した場合は問II-2を表示。「4.」、「5.」を選択した場合は問II-9を表示。

問II-2. 問II-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。「総合事業の対象者の弾力化」の実施を予定している理由について、出来る限り詳細にご回答ください。（自由回答）

（例：要介護者から利用のニーズがあるなど）

問II-3. 問II-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。「総合事業の対象者の弾力化」の対象とする「サービスの種類※」について、現状の案の有無をご回答ください。

- | | |
|---------------------------|----------|
| 1. 「サービスの種類」について、具体的な案がある | ⇒ 問II-4へ |
| 2. 「サービスの種類」について、具体的な案はない | ⇒ 問II-5へ |

※ 「サービスの種類」とは、例えば「訪問型サービスB」や「訪問型サービスD」などサービス類型を指す。

◆ 「1.」を選択した場合は問II-4を表示。「2.」を選択した場合は問II-5を表示。

問Ⅱ-4. 問Ⅱ-3で「1.」を選択した市町村にお伺いします。現状で想定している「総合事業の対象者の弾力化」の対象とする「サービスの種類」について、ご回答ください※1。

なお、同じサービスであっても一部の限られたサービス提供団体等のみを対象とする場合(例えば、サービスBを提供する団体等のうち、一部のサービスB提供団体等のみを対象とする場合など)についても、「1. 弾力化の対象とする予定」としてご回答ください。

(1) 訪問型サービスB・D(補助)、通所型サービスB(補助)について

		A. 既にサービスがある		B. 現状では、サービスはない	
		1. 弾力化の対象とする 予定	2. 弾力化の対象にしない 予定	3. 弾力化の対象とする 予定※2	4. 弾力化の対象にしない 予定※3
訪問型	① サービスB(補助)	1	2	3	4
	② サービスD(補助)	1	2	3	4
通所型	③ サービスB(補助)	1	2	3	4

- ◆ 問Ⅰ-1(1)の①～③で「1.」を選択した場合、対応する問Ⅱ-4(1)の①～③について、「1.」「2.」は選択不可
- ◆ 問Ⅰ-1(1)の①～③で「2.」～「4.」を選択した場合、対応する問Ⅱ-4(1)の①～③について、「3.」「4.」は選択不可

(2) 補助により実施する(1)を除くサービスについて

		A. 既にサービスがある		B. 現状では、サービスはない	
		1. 弾力化の対象とする 予定	2. 弾力化の対象にしない 予定	3. 弾力化の対象とする 予定※2	4. 弾力化の対象にしない 予定※3
訪問型	① サービスA(補助)	1	2	3	4
通所型	② サービスA(補助)	1	2	3	4
その他の生活 支援サービス	③ 見守り(補助)	1	2	3	4
	④ 配食(補助)	1	2	3	4
	⑤ その他(補助)	1	2	3	4

- ◆ 問Ⅰ-1(2)で「①」～「⑤」を選択した場合、対応する問Ⅱ-4(2)の①～⑤について、「3.」「4.」は選択不可

※1 本設問でお伺いしている「予定」とは、第8期介護保険事業計画期間中に限定するものではありません。
 ※2 「B. 現状では、サービスはない」が、「3. 弾力化の対象とする予定」とは、新たにサービスを創設したうえで、弾力化の対象とするケースを想定しています。
 ※3 新たにサービスを創設する・しないに関わらず、「弾力化の対象にしない予定」であれば「4.」を選択してください。

問Ⅱ-5. 問Ⅱ-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。「総合事業の対象者の弾力化」の
対象と想定する要介護者の具体的な要件の案があれば、出来る限り詳細にご回答ください。

(自由回答)

(例：排せつ行為などのADLが自立している方など)

① 訪問型サービス	
② 通所型サービス	
③ その他の生活支援サービス	

問Ⅱ-6. 問Ⅱ-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。「総合事業の対象者の弾力化」に
 ついて、弾力化の対象が利用するサービス提供団体等の範囲について、ご回答ください。

(訪問型サービスと通所型サービスで異なる場合などは、「5. その他」にその具体的な内容をご記入ください)

<p>1. 一定の条件を満たした団体等のみを対象とする予定</p> <p>2. 希望する団体等は全て対象とする予定</p> <p>3. 全ての団体等を対象とする予定</p> <p>4. 現状では、具体的なイメージはない</p> <p>5. その他〔具体的に： _____〕</p>
--

問Ⅱ-7. 問Ⅱ-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。「総合事業の対象者の弾力化」に
 ついて、弾力化の対象が利用するサービス提供団体等の具体的なイメージ（要綱等で規定
 する要件や団体等の特徴など）があれば、出来る限り詳細にご回答ください。(自由回答)

(例：職員の認知症サポーター養成講座等の受講、特定の有資格者の配置など)

① 訪問型サービス	
② 通所型サービス	
③ その他の生活支援サービス	

問Ⅱ-8. 問Ⅱ-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。「総合事業の対象者の弾力化」を実施する場合、貴市町村が取り組むべきと考える事項について、ご回答ください。
(複数選択可)

1. 弾力化の対象となる要介護者の条件設定
2. 弾力化の趣旨について利用者の理解を得ること
3. 弾力化の趣旨についてサービス提供団体の理解を得ること
4. 適切なサービスを提供できる地域資源（団体等）の把握
5. 弾力化の対象となる要介護者が利用するサービス提供団体の条件設定
6. 適切な対応が可能なサービスの創設
7. 要介護者の利用に際しての留意事項の整理
8. 弾力化による効果の把握
9. 適切なケアマネジメント
10. その他〔具体的に： _____ 〕
11. 特になし
12. 何が課題か、わからない

◆ 問Ⅲ-1を表示。

問Ⅱ-9. 問Ⅱ-1で「4.」～「5.」を選択した市町村にお伺いします。「総合事業の対象者の弾力化」について、貴市町村が現時点で、「実施の是非を検討中」の理由、もしくは「弾力化を実施しない方針」とした理由について、ご回答ください。(複数選択可)

1. 一般介護予防事業の「通いの場」において要介護者も含めた対応ができているから
2. 弾力化のニーズの把握が困難
3. 弾力化の対象となる要介護者の条件設定が困難
4. 弾力化の趣旨について利用者の理解を得ることが困難
5. 弾力化の趣旨についてサービス提供団体の理解を得ることが困難
6. 適切なサービスを提供できる地域資源（団体等）の把握が困難
7. 弾力化の対象となる要介護者が利用するサービス提供団体の条件設定が困難
8. 適切な対応が可能なサービスの創設が困難
9. 要介護者の利用に際しての留意事項の整理が困難
10. 弾力化による効果の把握が困難
11. 適切なケアマネジメントの実施が困難
12. その他〔具体的に： _____ 〕
13. 特になし

◆ 問Ⅲ-1を表示。

◆ ここからは、再び全員が回答

Ⅲ. 「サービス価格（単価）の上限の弾力化」について、以降の設問にご回答ください。

■ サービス価格（単価）の上限の弾力化

令和3年4月より、介護予防・生活支援サービス事業のサービス価格（単価）については、市町村が創意工夫を発揮できるようにするため、国が定める額を「上限」ではなく「目安」とし、市町村において国が定める目安の額を勘案して具体的な額を定めることが可能になります。

なお、以下の設問における「サービス価格の弾力化」とは、「基本単価と加算を含め、国が定める価格の上限を超えて設定する場合」を指します。

問Ⅲ-1. 貴市町村における、「サービス価格の上限の弾力化」の実施意向について、ご回答ください。

- | | |
|---|---------|
| 1. 令和3年度中に実施する予定 | ⇒ 問Ⅲ-2へ |
| 2. 「1.」を除く、第8期介護保険事業計画期間中（令和4～5年度）に実施する予定 | ⇒ 問Ⅲ-2へ |
| 3. 実施予定だが時期は未定 | ⇒ 問Ⅲ-2へ |
| 4. 実施の是非を検討中 | ⇒ 問Ⅲ-6へ |
| 5. 実施しない方針 | ⇒ 問Ⅲ-6へ |

◆ 問Ⅲ-1で、「1.」～「3.」を選択した場合は問Ⅲ-2を表示。「4.」、「5.」を選択した場合は問Ⅲ-6を表示。

問Ⅲ-2. 問Ⅲ-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。「サービス価格の上限の弾力化」の対象とする「サービスの種類※」について、現状での案の有無をご回答ください。

- | | |
|---------------------------|---------|
| 1. 「サービスの種類」について、具体的な案がある | ⇒ 問Ⅲ-3へ |
| 2. 「サービスの種類」について、具体的な案はない | ⇒ 問Ⅲ-4へ |

※ 「サービスの種類」とは、例えば「訪問型サービスA」や「介護予防ケアマネジメント」などを指す。

◆ 問Ⅲ-2で、「1.」を選択した場合は問Ⅲ-3を表示。「2.」を選択した場合は問Ⅲ-4を表示。

問Ⅲ-3. 問Ⅲ-2で「1.」を選択した市町村にお伺いします。現状で想定している「サービス価格の上限の弾力化」の対象とする「サービスの種類」について、ご回答ください※1。

		A. 既にサービスがある		B. 現状では、サービスはない	
		1. 弾力化の 対象とする 予定	2. 弾力化の 対象にしない 予定	3. 弾力化の 対象とする 予定※2	4. 弾力化の 対象にしない 予定※3
訪問型	① 従前相当 サービス	1	2	3	4
	② サービスA	1	2	3	4
通所型	③ 従前相当 サービス	1	2	3	4
	④ サービスA	1	2	3	4
⑤ 介護予防 ケアマネジメント		1	2		

※1 本設問でお伺いしている「予定」とは、第8期介護保険事業計画期間中に限定するものではありません。

※2 「B. 現状では、サービスはない」が、「3. 弾力化の対象とする予定」とは、新たにサービスを創出したうえで、弾力化の対象とするケースを想定しています。

※3 新たにサービスを創設する・しないに関わらず、「弾力化の対象にしない予定」であれば「4.」を選択する。

問Ⅲ-4. 問Ⅲ-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。具体的なサービス価格の上限の弾力化のイメージについて、出来る限り詳細にご回答ください。(自由回答)

(例：サービス内容を充実させ基本単価を上げる、基本単価は変更せず加算を新設するなど)

問Ⅲ-5. 問Ⅲ-1で「1.」～「3.」を選択した市町村にお伺いします。「サービス価格の上限の弾力化」を実施することを想定した場合、貴市町村が取り組むべきと考える事項について、ご回答ください。(複数選択可)

1. 適切なサービス価格の設定
2. 弾力化の趣旨について利用者の理解を得ること
3. 弾力化の趣旨についてサービス提供団体の理解を得ること
4. 給付管理等の各種システムの変更に伴う手続き
5. その他〔具体的に： _____〕
6. 特になし
7. 何が課題か、わからない

◆ ここからは、再び全員が回答

問Ⅲ-6. 「総合事業の対象者の弾力化」および「サービス価格の上限の弾力化」の実施に向けて提供を希望する情報や事例、参考としたいノウハウ、その他ご意見などがあれば、ご記入ください。(自由回答)

--

IV. 最後に、アンケートにご記入をいただきましたご担当者様について、お伺いします。

問Ⅳ-1 本調査にご回答をいただいた、ご回答者様について、以下にご記入ください。

自治体名	都・道・府・県	市・区・町・村
所属部署	部	課
連絡先 (E-mail)	@	

※ 設問は以上です。調査にご協力いただき、ありがとうございました。

令和2年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査研究事業
報 告 書

令和3（2021）年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

電話：03-6733-1024

