

※ 本案は、年度末に通知することを予定しているものである。

第1 総合事業の実施に関する総則的な事項

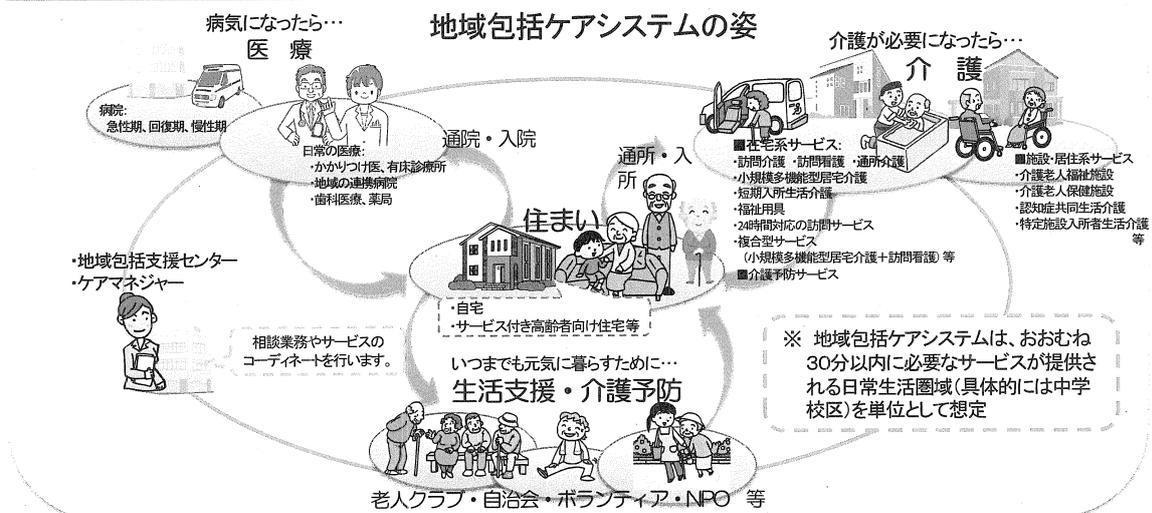
1 事業の目的・考え方

(1) 総合事業の趣旨

- 団塊の世代が75歳以上となる平成37(2025)年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者の増加が予想されるなか、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けることができるようにするため、市町村が中心となって、介護だけではなく、医療や予防、生活支援、住まいを包括的に提供する地域包括ケアシステムの構築が重要な政策課題となっている。

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



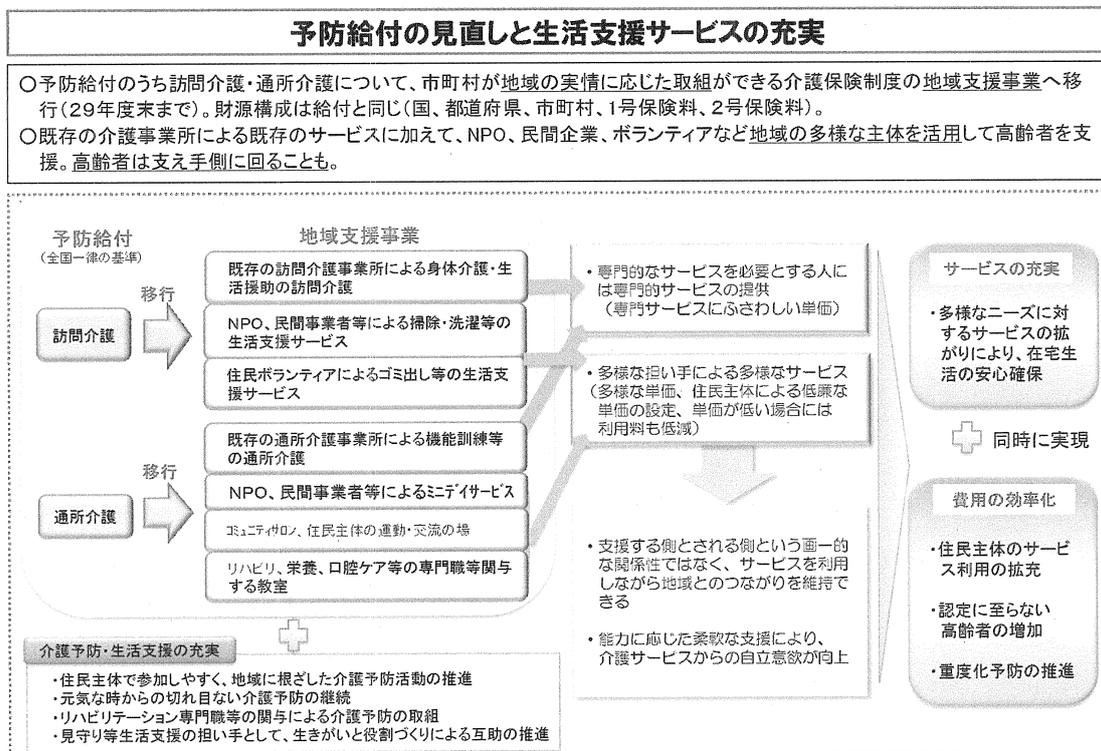
- 介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。)は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。
- 要支援者については、掃除や買い物などの生活行為(以下「IADL」という。)の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為(以下「ADL」という。)は自立している者が多い。このような要支援者の状態を踏まえると、支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを

維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待される。

○ そのため、要支援者の多様な生活支援ニーズについて、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護（以下「介護予防訪問介護等」という。）を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供可能な仕組みに見直すこととした。

○ また、総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。60歳代、70歳代をはじめとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っておらず、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていく。できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながる。

このため、総合事業の実施主体である市町村は、地域支援事業に新たに設けられた生活支援・介護予防サービス（以下「生活支援等サービス」という。）の体制整備を図るための事業（法第115条の45第2項第5号）（以下「生活支援体制整備事業」という。）を活用しながら、地域において、NPOやボランティア、地縁組織等の活動を支援し、これを総合事業と一体的かつ総合的に企画し、実施することが望ましい。



○ この指針は、市町村が、総合事業を適切かつ有効に実施するための基本的な事項を示すものである。

(2) 背景・基本的考え方

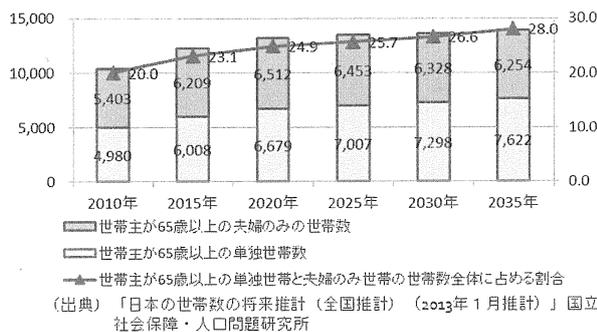
○ 総合事業では、

- ① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、
- ② 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指す。

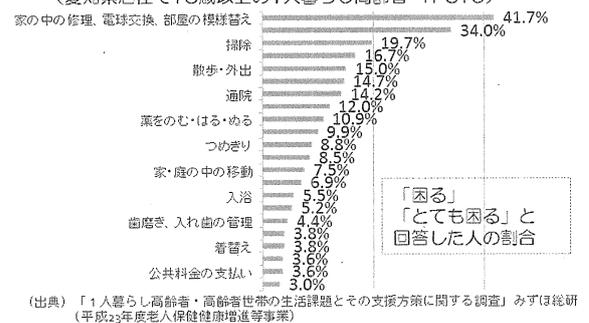
イ 多様な生活支援の充実

- 要支援者等軽度の高齢者については、IADLの低下に対応した日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が求められる。また、今後、多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となる単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が世帯類型の中で大きな割合を占めていくことを踏まえ、高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスを充実していくことが求められる。
- 総合事業では、介護予防訪問介護等だけではなく、住民主体の多様な生活支援等サービスを支援の対象としていくとともに、包括的支援事業の生活支援体制整備事業により、NPO、ボランティア、地縁組織、協同組合、民間企業、社会福祉法人、シルバー人材センター等による生活支援等サービスの開発、ネットワーク化を進める。また、こうした取組と合わせ、地域の生活支援等サービスの情報提供を進めるなど、高齢者がサービスにアクセスしやすい環境の整備も同時に進めていく必要がある。

高齢者世帯の年次推移



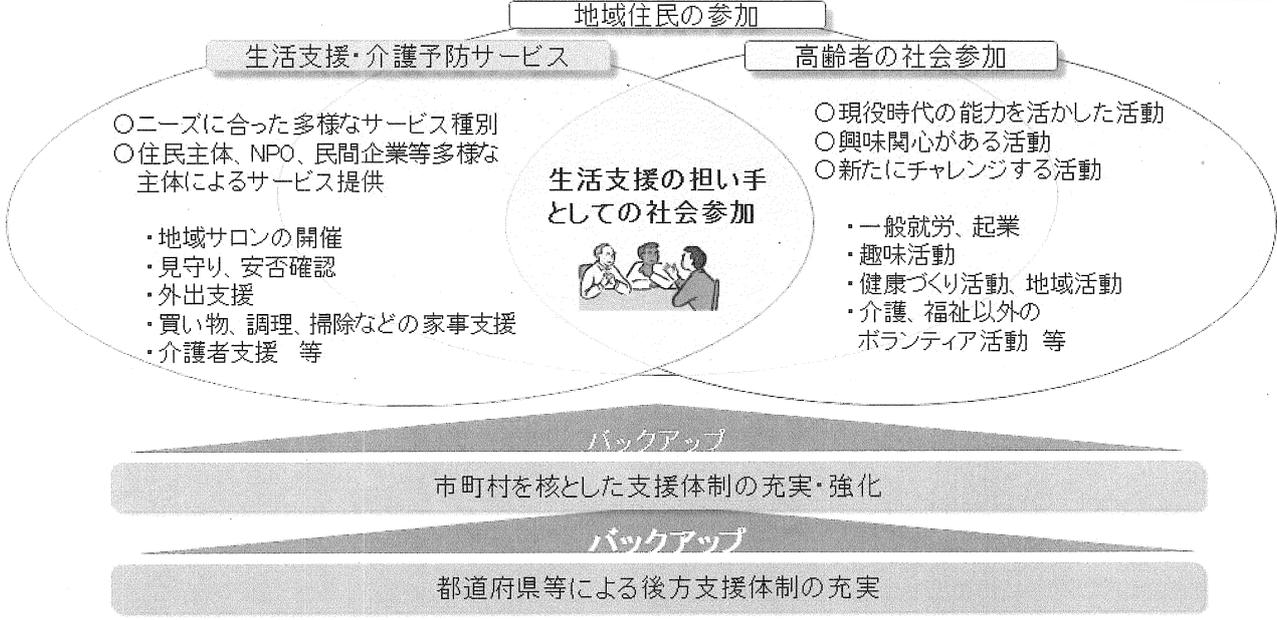
1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること
(愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)



- なお、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(以下「改正法」という。)においては、総合事業の施行期日は平成27年4月1日となっているが、市町村による実施は平成29年4月まで猶予できることとされている(改正法附則第14条第1項)。生活支援等サービスの体制整備等を進め、円滑な制度移行が行うことができるようにする趣旨である。

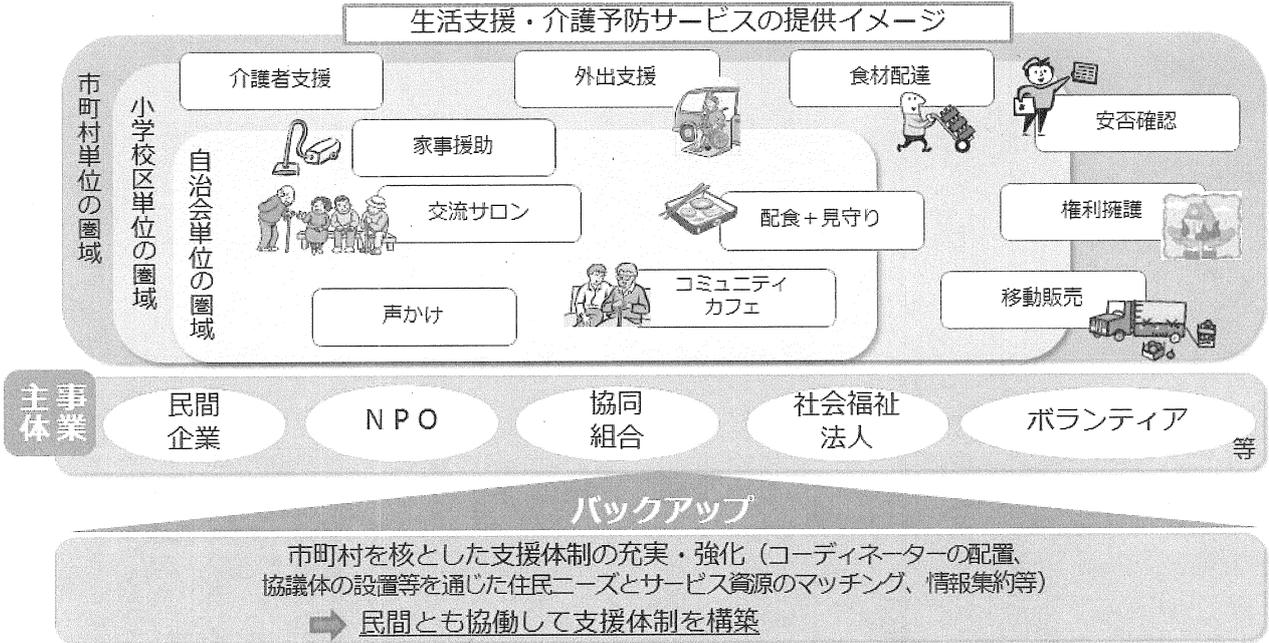
生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

- 高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援
- ➡ 介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ➡ 「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援

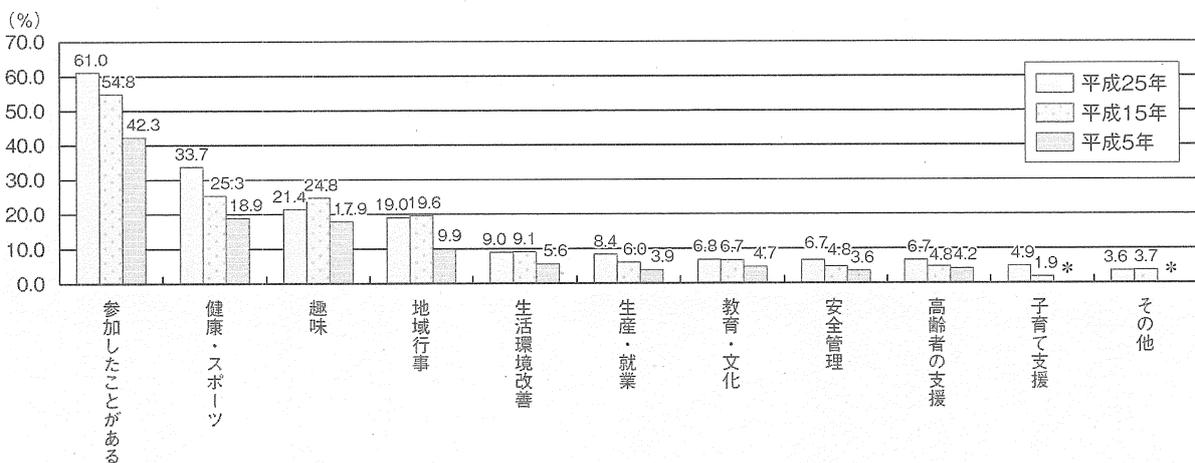


ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくり

(高齢者の社会参加)

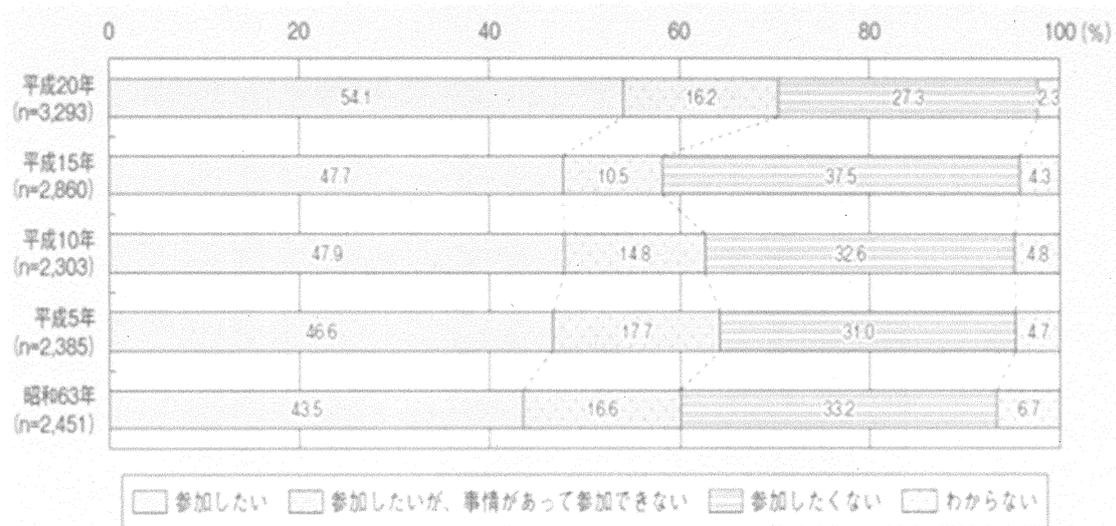
- 多様化する生活支援の担い手となりうる高齢者自身のグループ活動の参加状況については、平成15年が54.8%であったが、平成25年では61.0%と増加している。また、今後の参加意向について「参加したい」と回答した者が54.1%となっているなど、高齢者の社会参加のニーズは高い。
- 一方、その活動内容では、高齢者の支援、子育て支援などは、低い割合にとどまっている。
- 別の調査では、安否確認の声かけ、話し相手や相談相手、ちょっとした買い物やゴミ出しなどの支援を実施したいという高齢者が80%を超えているというものもあり、地域における支え合いの力は可能性を秘めている。
- このような高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいにつながり、また、介護予防や閉じこもり防止ともなることから、市町村においても積極的な取組を推進することが重要である。
- また、地域貢献はしたいが何をどのようにしてよいかわからないとの声もあり、これらを地域の力として生かしていくことができるよう、今後、市町村が中心となって、地域支援事業の生活支援体制整備事業等も活用しつつ、生活支援等サービスを提供するボランティアとなるための研修を継続的に実施するなど、高齢者も含めた生活支援等サービスを提供したいと考えている者と地域における生活支援のニーズをマッチングしていく必要がある。

表1：60歳以上の高齢者の住民のグループ活動



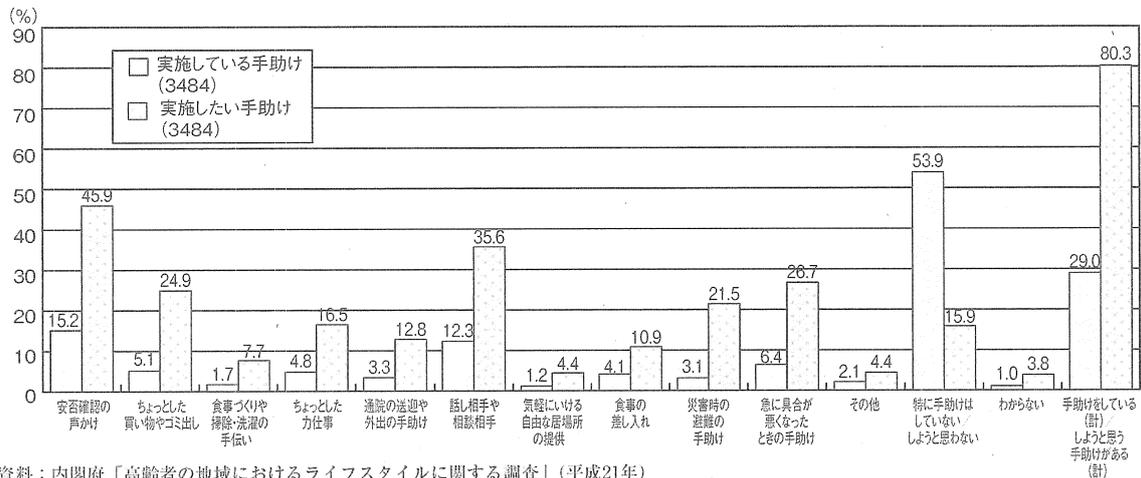
資料：内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(平成25年)
 (注1) 調査対象は、全国の60歳以上の男女
 (注2) *は、調査時に選択肢がないなどで、データが存在しないもの。

表2：60歳以上の高齢者のグループ活動への参加意向



資料：内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」（平成20年）
 (注) 調査対象は、全国60歳以上の男女

表3：困っている世帯への手助け



資料：内閣府「高齢者の地域におけるライフスタイルに関する調査」（平成21年）
 (注) 調査対象は、全国60歳以上の男女

- 人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現するためにも、健康寿命の延伸により長寿を実現することが重要であることに鑑み、介護保険の給付によるサービスとともに、個人の選択を尊重しつつ、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励することが重要である。また、併せて、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図ることが重要である。

ハ 介護予防の推進

(基本的な考え方)

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活

動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものである。

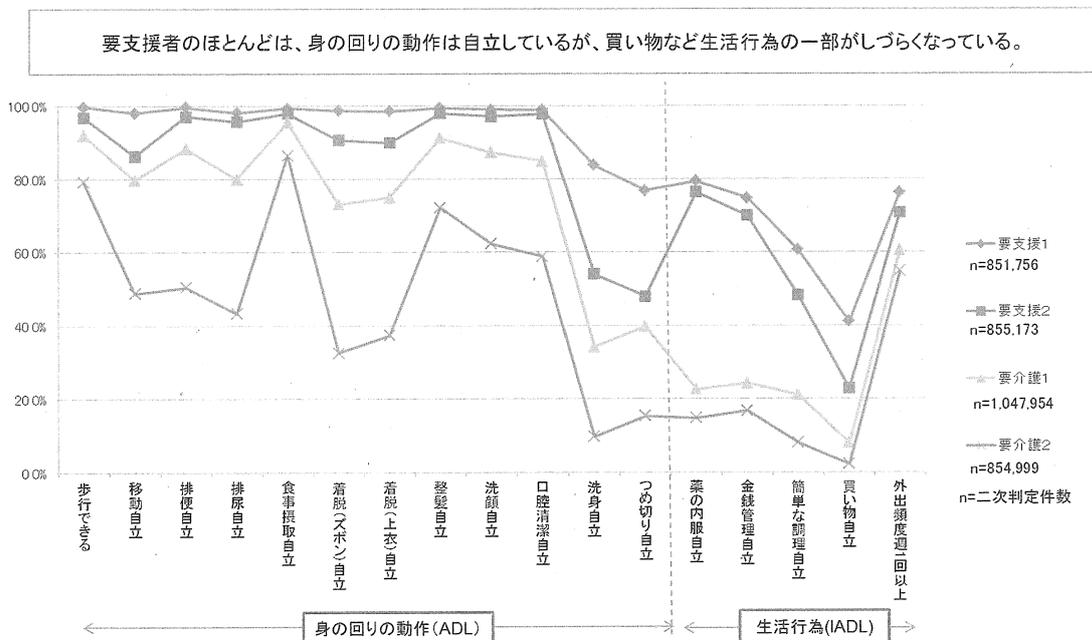
- 一方で、これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。
- このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。このような効果的なアプローチを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。

(要支援者等に対する自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント)

- 要支援者は、ADLは自立しているが、IADLの一部が行いにくくなっている者が多い。このような支障のある日常生活行為の多くは、生活の仕方や道具を工夫することで、自立をすることが期待できる。例えば、掃除であれば掃除機からほうきやモップに変える、買い物であればカゴ付き歩行車を活用するなど、環境調整やその動作を練習することで改善することができる。

<要支援者の状態>

要支援1～要介護2の認定調査結果



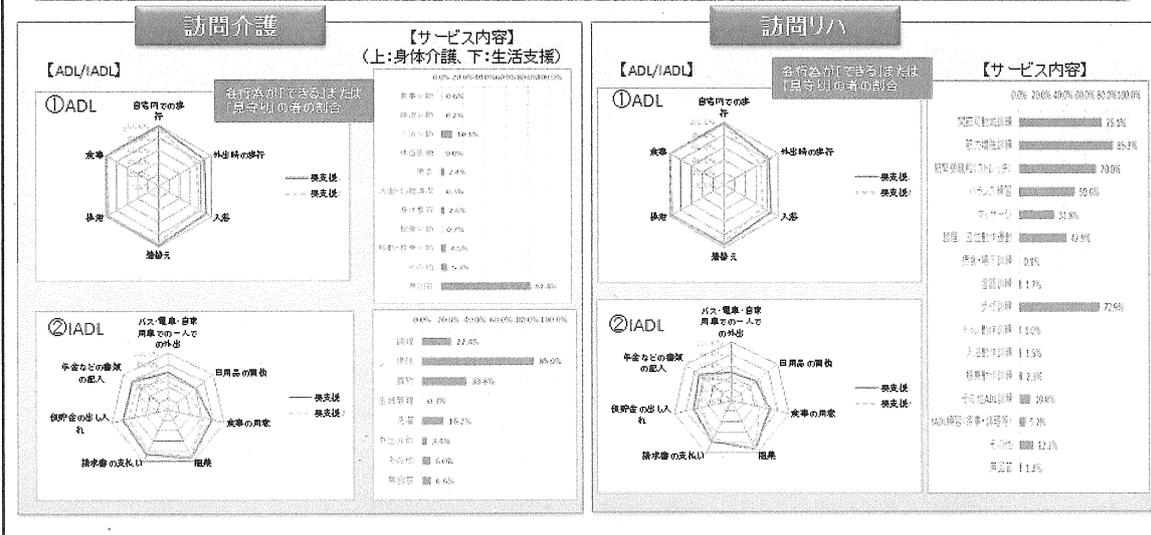
※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

予防サービスの提供に関する実態調査(I-1 利用者特性とサービス内容: 訪問系)

I-1 訪問系サービス: 利用者特性とサービス内容について

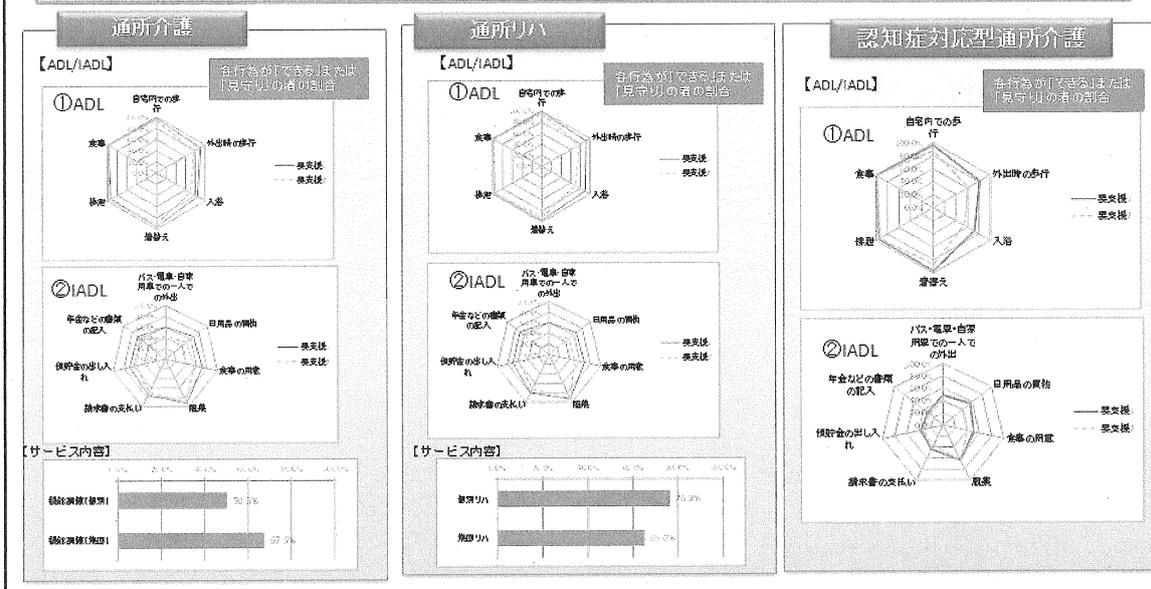
- 訪問介護利用者と訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)の利用者のADLをみると、概ね介助を必要とはしていなかった。IADLをみると、日用品の買い物など介助を必要とする者が一定程度いた。訪問介護の利用者の方が、訪問リハの利用者よりも、IADLにおいて介助を必要としない割合が高い傾向にあった。
- 訪問介護のサービス内容を見ると、身体介護を受けていないと思われる者の割合が約8割で、受けている者では入浴介助が多かった。生活支援サービスはほとんどが受けており、内容は掃除が多かった。
- 訪問リハのサービス内容は、筋力増強訓練、関節可動域訓練、歩行訓練などが多かった。



予防サービスの提供に関する実態調査(I-1 利用者特性とサービス内容: 通所系)

I-1 通所系サービス: 利用者特性とサービス内容について

- 通所介護、通所リハの利用者も、訪問介護や訪問リハと同様、ADLをみると、概ね介助を必要とはしていなかったが、IADLをみると、日用品の買い物など介助を必要とする者が一定程度いた。また、認知症対応型通所介護利用者のIADLをみると、介助を必要とする割合が40~60%程度であった。
- 個別機能訓練/個別リハの実施率をみると、「通所介護」は50.3%、「通所リハ」は76.3%であった。



○ 要支援者を含め私たちの生活は、ADLやIADL、社会との交流などさまざまな生活行為の連続で成り立っている。このような当たり前の生活が、病気によ

る体調の不調や、加齢に伴う視力や聴力の低下などをきっかけに生活がうまくできなくなり、その結果生活の意欲が低下し、閉じこもり状態に至ることもある。また、親しい友人や配偶者との死別をきっかけとして、孤独感から意欲が低下したり、一人暮らし高齢者が家族との同居をきっかけとして、家事などの家庭内の役割を喪失し、「何もできない」と落ち込み、うつ状態に至ることもある。

- このため、高齢者に対する支援に当たっては、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点をあて、生活の意欲を高める働きかけが求められる。

二 市町村、地域包括支援センター、住民、事業者等の関係者間における意識の共有（規範的統合）と自立支援に向けたサービス・支援の展開

- 今後高齢者が地域において健康で自立した生活を送るためには、保険者である市町村、地域包括支援センター、住民、事業者等の関係者の間で、介護保険の自立支援や介護予防といった理念や、高齢者自らが健康保持増進や介護予防に取り組むといった基本的な考え方、わがまちの地域包括ケアシステムや地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種の専門的視点を活用しながら自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント支援を行うことが求められる。

（自立支援や介護予防の理念・意識の共有）

- 法第4条においては、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」こととされている。
- 被保険者は、給付や総合事業により、ニーズに応じたサービスを利用することが可能であるが、その利用に当たっては適切なサービス内容を公正中立に判断するために、地域包括支援センターや介護支援専門員等の専門職が介護予防ケアマネジメントによりサービス提供につなげる枠組みとなっている。
- こうした介護予防ケアマネジメントの主体と、要支援者等やサービス提供者が、介護保険制度の自立支援の理念や介護予防の重要性等を共有し、具体的な支援の在り方を考えることが重要である。
- また、多様なニーズや多様な価値観がある中で、支援する側の知識・技術・価値観によって判断が変わることも少なくない。そのため、対人支援に関わる者は自らの判断だけによるのではなく、地域ケア会議などにより、積極的に多職種の視点を取り入れることが重要である。

（セルフマネジメントの視点）

- 地域住民が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、状態の悪化が免れない場合であっても、その進行をできるだけ緩やかにし、医療や介護、生活支援等を必要とする状態になっても住み慣れた地域で暮らし、その

生活の質を維持・向上させるためには、高齢者自身がその健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

- 住民一人一人が医療・介護・予防などのリテラシーを高めることによって、個人の健康寿命の延伸と生活の質の向上につながり、個人が情報や支援にアクセスできない場合には、家族がその機能を補うことができ、家族が果たせない場合には近隣が支えていくことができるというように、地域全体の力が高まっていく。
- 総合事業の実施に当たっては、単にサービスメニューや利用方法、提供体制等について周知するだけでなく、各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを断絶することなく適切な支援を受けることが重要であることを理解してもらう必要がある。要支援者等の状態等によっては、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントにより継続的に関与しないケースも想定されることから、要支援者等自らが自らの健康保持や介護予防の意識を共有し、各種サービスの利用・支援への参加等をしていくことが重要である。

ホ 認知症施策の推進

- 我が国における認知症の人の数は2012（平成24）年で約462万人、65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されている。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群とも言われている。また、この数は高齢化の進展に伴いさらに増加が見込まれており、今般、現在 利用可能なデータに基づき新たな推計を行ったところ、2025（平成37）年には認知症の人は約700万人前後になり、65歳以上高齢者に対する割合は、現状の約7人に1人から約5人に1人に上昇する見込みとの結果が明らかとなった。
- 認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、国において、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」を策定し、地域支援事業においても、初期の段階で医療と介護との連携の下に認知症の人や家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う「認知症初期集中支援チーム」、医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」の設置等を位置づけ、取組を推進することとしている。
- 総合事業の実施においても、地域のボランティア活動に参加する高齢者等に対して認知症の理解に関する研修を実施することや、地域において見守り体制を構築し、必要な場合にはその初期において認知症地域支援推進員や地域包括支援センターなど専門機関につなぐなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、地域の住民に認知症に対する正しい理解を促進するため、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む必要がある。

へ 共生社会の推進

○ 住民主体の支援等を実施していくに当たっては、地域のニーズが要支援者等のみに限定されるものではなく、また、多様な人との関わりやつながりが高齢者の支援にとっても有効であることから、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等も含めた、対象を限定しない豊かな地域づくりを心がけることが重要である。

そのため、総合事業の実施に当たっては、柔軟な事業実施に心がけるとともに、子育て支援施策や障害者施策等と連携した対応が重要である。

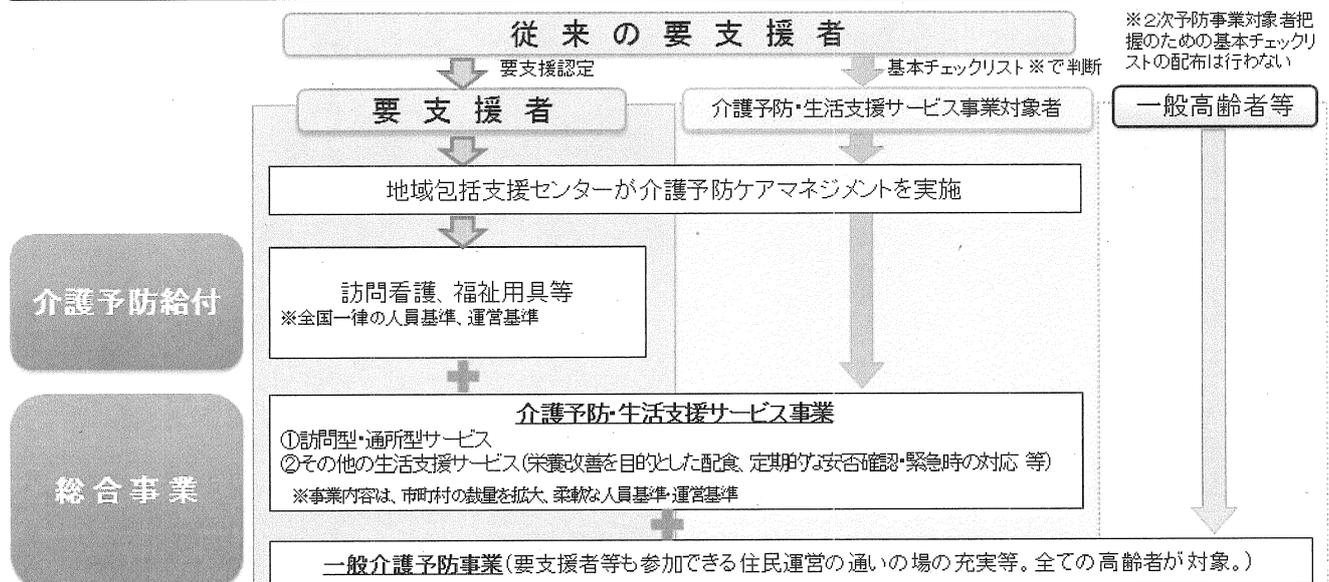
2 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(総合事業の全体像)

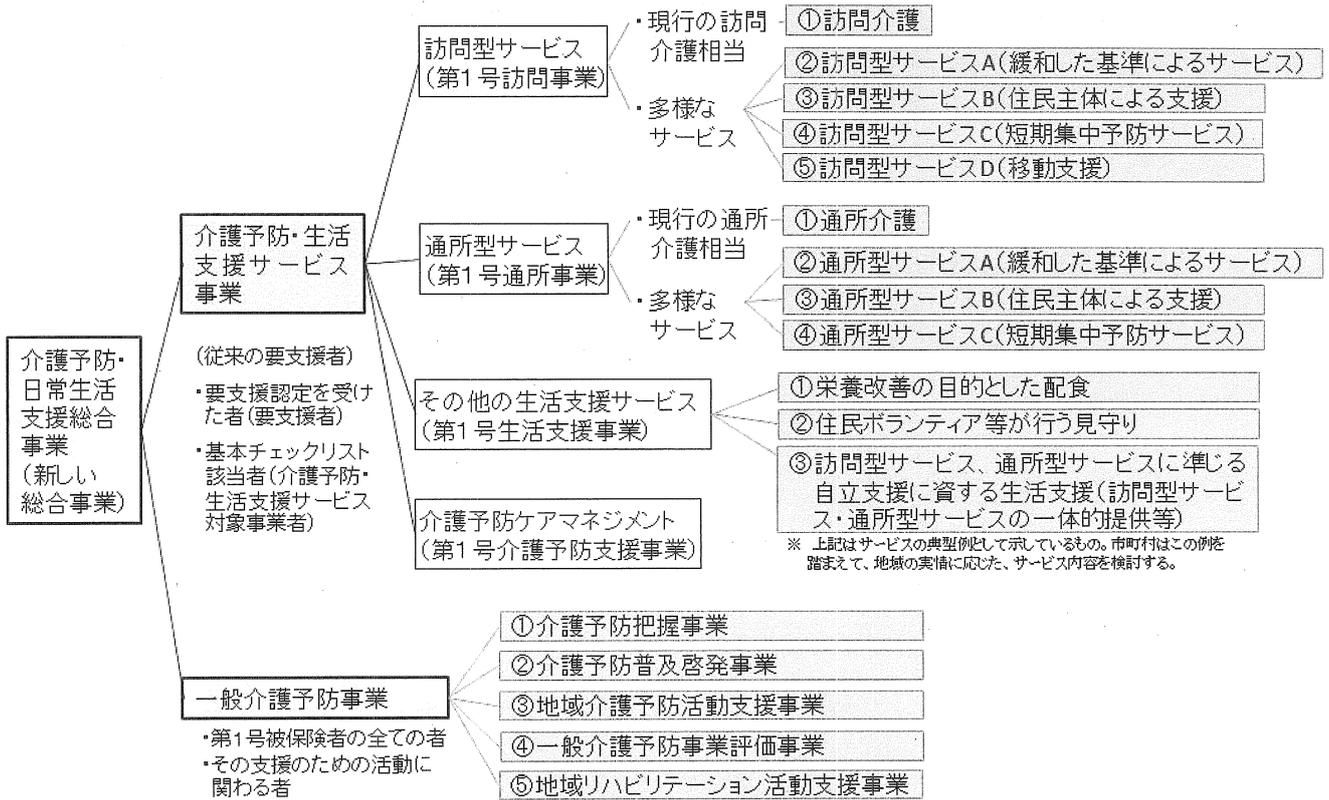
○ 総合事業は、①介護予防訪問介護等に移行し、要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業（法第115条の45第1項第1号。以下「サービス事業」という。）と、②第1号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業（法第115条の45第1項第2号）からなる（詳細は別紙参照）。

【参考】総合事業の概要

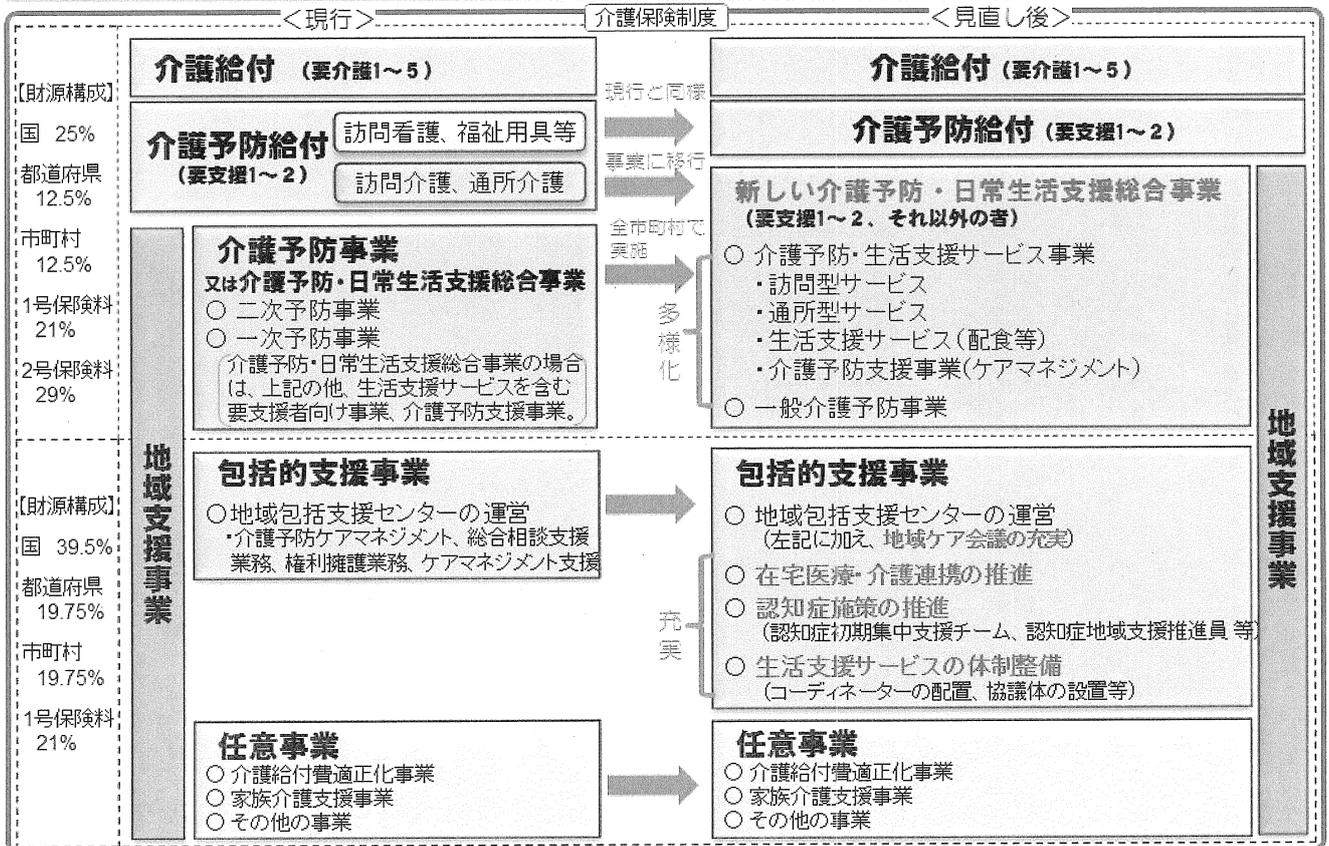
- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



【参考】介護予防・日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の構成



(1) 介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）

（事業内容）

- 介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）（以下サービス事業という。）は、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、介護予防訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援等も含め、多様なサービスを制度（総合事業）の対象として支援する。
- この事業は、「訪問型サービス（第1号訪問事業）」、「通所型サービス（第1号通所事業）」、「その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）」及び「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）」から構成される。

<表4：介護予防・生活支援サービス事業>

事業	内容
訪問型サービス（第1号訪問事業） （法第115条の45第1項第1号イ）	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス（第1号通所事業） （同号ロ）	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業） （同号ハ）	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） （同号ニ）	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

（対象者）

- 対象者は、改正法による改正前の要支援者に相当する者であるが、サービス事業においては、サービス利用に至る流れとして、要支援認定を受け介護予防ケアマネジメントを受ける流れのほかに、基本チェックリスト※を用いた簡易な形でまず対象者を判断し、介護予防ケアマネジメントを通じて必要なサービスにつなげる流れも設ける。前者は要支援者、後者は介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下「事業対象者」という。）として、サービス事業の対象とする。

※ 市町村においては、基本チェックリストが、従来の2次予防事業対象者の把握事業のように、市町村から被保険者に対して積極的に配布するものではなく、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、要支援認定ではなく、簡便にサービスにつなぐために実施するものであることに留意する必要がある。

- 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等のサービスを利用する場合については、引き続き要支援認定を受ける必要があるが、サービス事業のサービスのみを利用する場合には、要支援認定を受けず、上記簡便な形でのサービス利用が可能となる。
- 基本チェックリストの活用にあたっては、従来の利用方法とは異なり、市町村又は地域包括支援センターに、サービスの利用相談に来た被保険者（第1号被保険者に限る。）に対して、①対面で基本チェックリストを用い、相談を受け、基本

チェックリストにより事業対象者に該当した者には、②更に介護予防ケアマネジメントを行う。

なお、事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定しており、そのような状態等に該当しないケースについては、一般介護予防事業の利用等につなげていくことが重要である（詳細は、第4 サービスの流れ（被保険者の自立支援に資するサービスのための介護予防ケアマネジメントや基本チェックリストの活用・実施、サービス提供等）を参照）。

- なお、第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため、基本チェックリストを実施するのではなく、要介護認定等申請を行う。

(2) 一般介護予防事業

(事業内容)

- 一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指すことを目的として、総合事業に位置づけるものである。
- この事業は、「介護予防把握事業」「介護予防普及啓発事業」「地域介護予防活動支援事業」「一般介護予防事業評価事業」「地域リハビリテーション活動支援事業」から構成される。

<表5：一般介護予防事業>

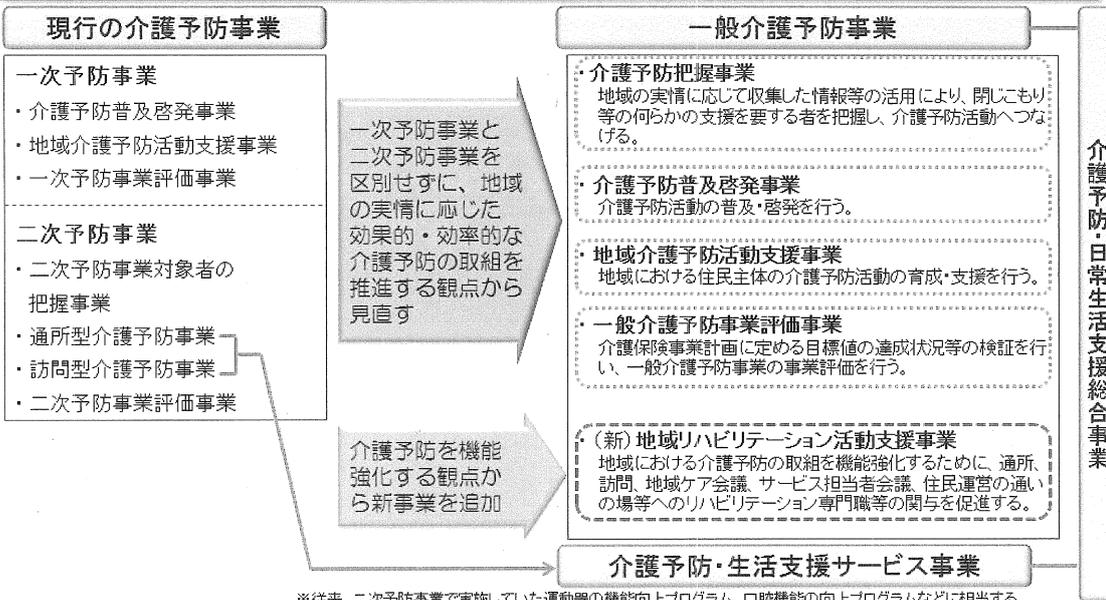
事業	内容
介護予防把握事業	地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する

(対象者)

- 第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者とする。

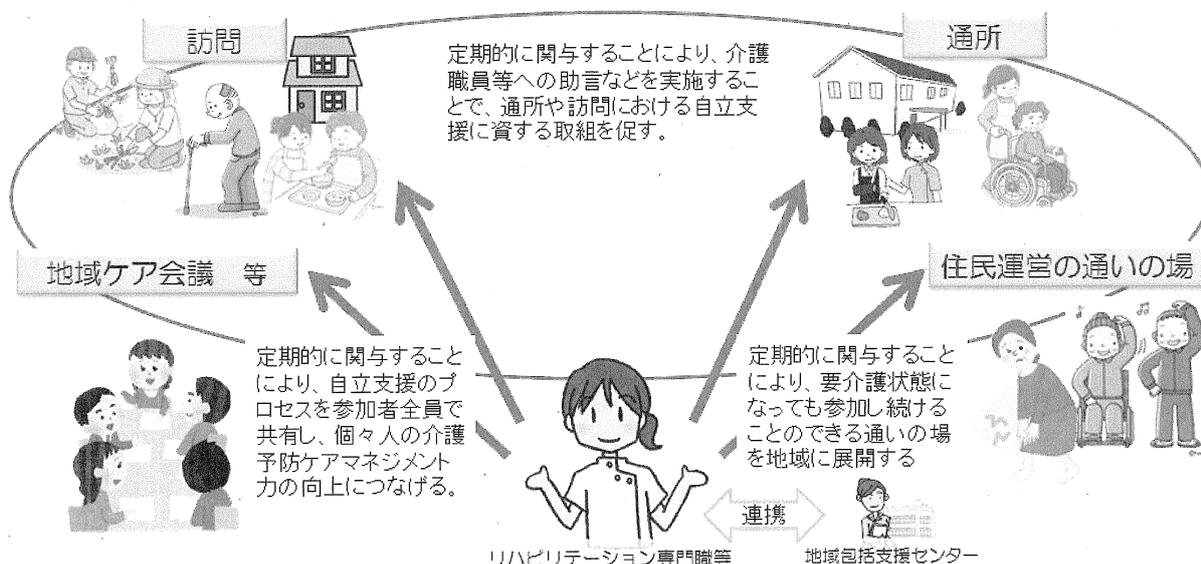
新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

3 市町村による効果的・効率的な事業実施

- 総合事業の実施に当たっては、市町村は効率的な事業実施につなげていくことが求められる。そのため、市町村は以下のような取組により、効率的な事業実施に努める。

- ・ 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、状態等に応じた住民主体のサービス利用の促進（サービス内容に応じた単価や利用料の設定。結果として、低廉な単価のサービスの利用普及）
- ・ 高齢者の社会参加の促進（支援を必要とする高齢者への支援の担い手としての参加等）や要支援状態となることを予防する事業（身近な地域における体操の集いの普及、短期集中予防サービス、地域リハビリテーション活動支援事業の活用等）の充実による認定に至らない高齢者の増加
- ・ 効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス実施による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等

により、結果として費用の効率化を図られることを目指す。

その際、市町村、地域包括支援センター、事業者、利用者、住民等、関係者間で意識の共有が図られることが重要である。

（目標設定）

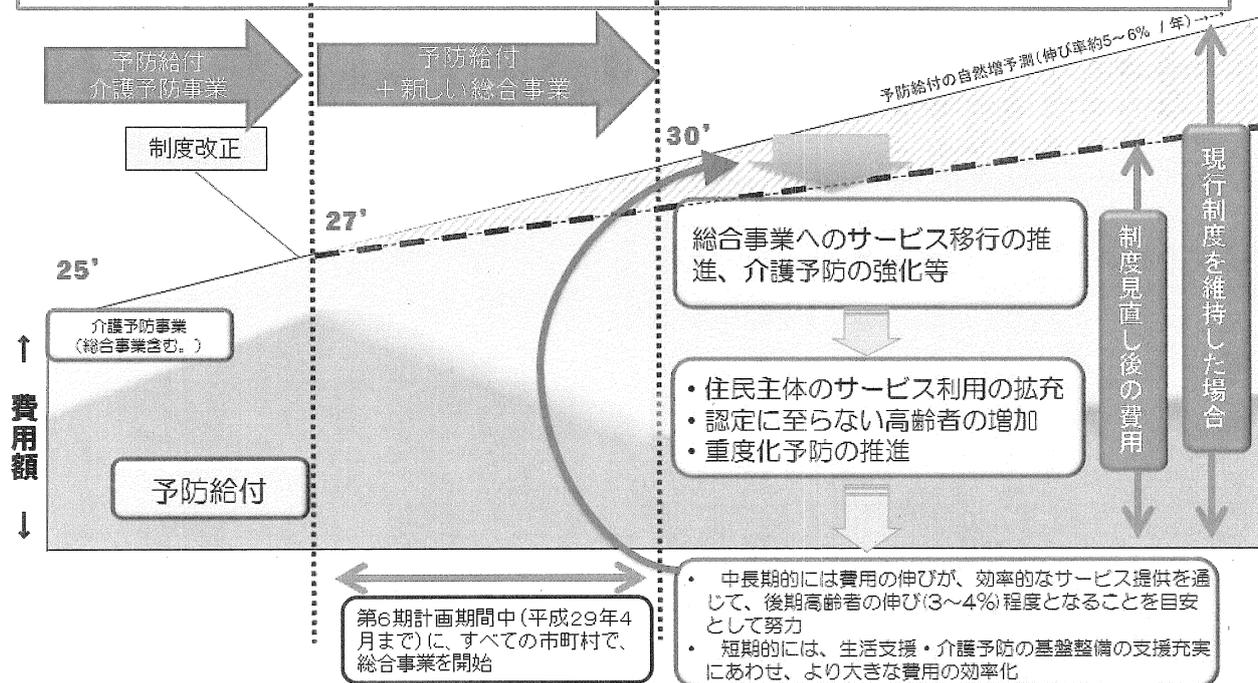
- 目標設定においては、総合事業と予防給付の費用の伸び率が、中長期的に、サービスを主に利用している 75 歳以上の高齢者数の伸び率程度となることを目安に努力する。
- さらに、近年介護予防通所介護の伸びが著しい市町村があることも踏まえると、今回の法改正により、新たに設けられた生活支援体制整備事業も活用して、市町村において生活支援等サービスの体制整備を急いでいくことなどにより、短期的に、より大きな費用の効率化も期待される。

（事業の評価・検証と次期計画への反映）

- 総合事業を効率的に実施していくためには、個々の事業評価と併せて、市町村による総合事業の結果等の評価・検証と次期計画期間への取組の反映が重要である。
- 総合事業の評価は、ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトカム指標といった評価指標で評価することが考えられる。
評価結果については、市町村、地域包括支援センターをはじめとする関係者で共有することで、以降のケアプラン作成におけるサービス選定や、サービスの質の向上に活用することにもつながる。
- さらに、評価の実施に当たっては、関係者間での議論が重要であることから、各市町村で開催している介護保険運営協議会や地域包括支援センター運営協議会等において議論することが重要である。（総合事業の検証の詳細については、第6の4定期的な評価・検証を参照）

総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化（イメージ）

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりを推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



4 都道府県による市町村への支援

(都道府県による支援)

- 総合事業は、市町村が、その地域の実情に応じて、取組を実施するものであり、多様なサービスの充実等による地域の支え合い体制づくりや、多様なサービスにおける単価や基準、利用者負担の設定など、多岐にわたる事務が生じることとなる。
- そのため、国において、指定事業者制度や国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）による審査支払を可能とするなどの仕組みを設けるとともに、市町村における総合事業の円滑な実施のための本ガイドラインの提示や生活支援体制整備事業の創設など、市町村が事業を円滑に実施することができるよう配慮している。
- 都道府県においても、市町村が総合事業を円滑に実施することができるよう、その実情に応じた市町村への支援が重要であることから、市町村支援に取り組むことが求められる。

(具体的な支援)

- 都道府県においては、その地域の実情に応じて、例えば以下のような取組を行うことが重要である。

<現状把握>

- ・ 市町村における総合事業の検討状況の把握や必要な支援についての調査

<相談・助言>

- ・ 市町村からの相談に対する助言・支援

- ・ 地域における好事例などの収集・情報提供

＜人材育成・人材確保＞

- ・ 市町村職員や地域包括支援センターの職員など、総合事業において中核を担う者に対する研修の実施
- ・ 生活支援コーディネーターの養成（研修の実施など）
- ・ 保健師やリハビリテーション専門職等の広域派遣調整（地域ケア会議や地域リハビリテーション活動支援事業など）

＜広域調整＞

- ・ 市町村と各団体・組織との連絡調整、ネットワーク化
- ・ 市町村間の連絡調整

＜その他＞

- ・ 総合事業実施の評価及びフィードバック
- ・ 都道府県・市町村における地域福祉担当課との協働支援
- ・ 要介護者に対する訪問介護や通所介護とともに総合事業を提供している指定事業者に対する監督・指導、不適切な事例が見つかった場合における市町村への通知（第6の1（3）指定事業者制度を参照）
- ・ 高齢者の社会活動等の振興のための組織づくりや人づくり（指導者の養成）等を行っている明るい長寿社会づくり推進機構を通じた市町村支援

※ほかに、都道府県施設の利用への協力や広報等の広告媒体での協力など

＜高知県の取組例＞

介護保険制度改革への迅速な対応！

新 予防給付の市町村事業への円滑な移行

介護保険制度見直しの方向性

全市町村が29年4月までに予防給付（訪問介護・通所介護）の地域支援事業への移行を開始

現状

予防給付によるサービス

- 訪問介護 受給件数: 3,366件 金額: 68,559千円
- 通所介護 受給件数: 2,453件 金額: 82,691千円

受給件数: 5,819件 (約95%)
金額: 152,250千円 (約96%)

- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 通所リハビリテーション
- 短期入所療養介護
- 居宅療養管理指導
- 特定施設入所者生活介護
- 短期入所者生活介護
- 訪問入浴介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 福祉用具貸与
- 福祉用具販売
- 住宅改修 など

介護予防給付全体(H25.7月末)
受給件数: 16,703件 (約21%)
金額: 270,751千円 (約95%)

見直し後

地域支援事業(新しい総合事業)によるサービス

- 訪問型サービス
 - ・多様な担い手による生活支援
 - ・ミニデイなどの通いの場
- 通所型サービス
 - ・運動、栄養、口腔ケア等の教室
- 生活支援サービス(配食・見守り等)
- 介護事業所による訪問型・通所型サービス

多様な主体による地域独自のサービスの提供を推進

サービス提供のイメージ

- 【訪問型サービス】**
 - 既存の訪問介護事業所による身介・生活支援
 - 訪問介護 NPO・民間事業者等による洗濯等の生活支援サービス
 - 住民ボランティアによるごみ出し等の生活支援サービス
- 【通所型サービス】**
 - 既存の通所介護事業所による機能訓練等の介護
 - 通所介護 NPO・民間事業者等によるミニデイサービス
 - リハビリ・口腔ケア等の専門職が関与する教室

従来通り予防給付で行う

課題

地域ニーズに応じたサービスの提供

- 地域の実情に応じた多様な主体による効果的かつ効率的なサービスの提供が可能となる体制を構築する

リハビリテーションの視点(総費用の低減化)

- 今後の介護給付費の増大をにらみ、リハビリテーションの専門職等を活かした介護予防機能の強化を図る

高齢者福祉課 高知家

【予算額】
H25当初 0千円 → H26 2,542千円

平成26年度の取り組み

市町村支援の取り組み

要支援者に対する予防給付のうち、地域支援事業に移行するサービス（訪問介護・通所介護）について、地域の実情に応じた効果的かつ効率的なサービスの提供が可能となるよう全ての市町村を支援する。

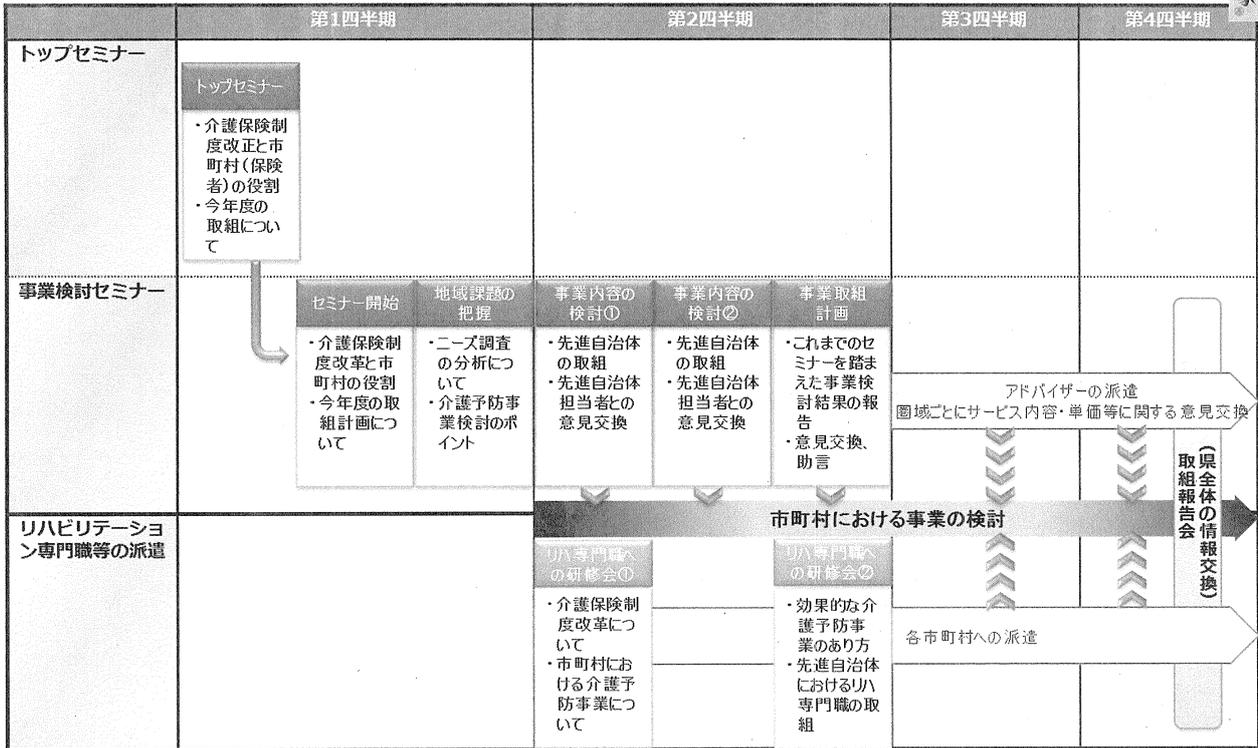
- **セミナーの開催とアドバイザーの派遣**
日常生活圏域ニーズ調査や介護給付データを活用することにより、高齢者のニーズを把握したうえで、地域の実情やニーズに応じた事業の在り方を検討するため、全市町村を対象にしたセミナーを開催するとともに、圏域ごとに必要となるアドバイザーを派遣する。
- **リハビリテーションの専門職等の広域派遣**
地域ケア会議や要支援者に対する介護予防事業を検討する際に、リハビリテーションの専門職の助言が得られるよう、県理学療法士会・県作業療法士会などと連携して、アドバイザーを派遣する。

	H26	H27	H28	H29	H30
予防給付	段階的な移行	段階的な移行	段階的な移行	全ての市町村で移行開始	新しい総合事業
セミナーの開催・アドバイザーの派遣	○	○	○	○	○
リハビリ等専門職の広域派遣調整	○	○	○	○	○
サービス制度の決定等の広域調整(意見交換会等)	○	○	○	○	○
新しいサービスの試験的な開始	○	○	○	○	○

地域の実情に応じたサービス提供体制の構築

- 1 利用者ニーズを満足させるサービスの確保を目指す！
- 2 リハビリテーションの専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する！

これからの高知家では「いつまでも元気に暮らせる地域づくり」を目指す！



○これらの取組の中で 市町村の参考となる自治体の取組を積極的に情報提供する

5 好事例の提供

○ 市町村による効率的・効果的な総合事業の実施のため、各種好事例を収集し、以下のような事例集を取りまとめていることから、参照いただきたい。

併せて、参照しやすいよう、別添（好事例のいくつかを見やすくまとめたもの）も示す。

介護予防強化推進事業(予防モデル事業)の好事例	市町村介護予防強化推進事業報告書 ～ 資源開発・地域づくり 事例集～ (平成26年3月 厚生労働省)	http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/jitsurei.html
介護予防事業の好事例等	平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成25年度調査) (11)生活期リハビリテーションに関する実態調査報告書 「生活期リハビリテーションに関する自治体の取組事例集」	http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/yobou/torikumi_02.html
現在の総合事業の好事例	介護予防・日常生活支援総合事業の実施効果に関する調査研究事業報告書(平成26年3月 みずほ情報総研(株))(平成25年度老人保健健康増進等事業)	http://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_kaigo2014_01.pdf

地域包括ケアシステムの事例集	事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集～できること探しの素材集～（平成 26 年 3 月 （株）日本総合研究所）（平成 25 年度老人保健健康増進等事業）	http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/c_hiiki-houkatsu/dl/jirei.pdf
	過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に関する調査研究事業報告書（平成 26 年 3 月 （一社）北海道総合研究調査会）（平成 25 年度老人保健健康増進等事業）	http://www.hit-north.or.jp/houkokusyo/2013tiikihokatsu.pdf
生活支援サービスに関する取組の事例集	地域における生活支援サービスのコーディネーターの育成に関する調査研究事業報告書（平成 26 年 3 月 （株）日本能率協会総合研究所）（平成 25 年度老人保健健康増進等事業）	http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-123000-00-Roukenkyoku/0000046377.pdf
地域ケア会議の事例集	地域包括ケアの実現に向けた地域ケア会議実践事例集 ～地域の特色を活かした実践のために～（平成 26 年 3 月 厚生労働省老健局）	http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/c_hiiki-houkatsu/dl/link3-0-01.pdf

※ 介護予防強化推進事業（予防モデル事業）とは、平成 24 年度及び平成 25 年度に、全国 13 市町村で取り組んだ。要支援者等に必要な予防サービス及び生活支援サービスを明らかにするため、一次予防事業対象者から要介護 2 までの者であって、ADL が自立又は見守りレベルかつ日常生活の支援の必要性のある者に対するサービスニーズの把握、必要なサービス（予防サービス及び生活支援サービス）の実施、効果の計測及び課題の整理を目的とした事業。

- また、これらの好事例については、昨年度から運用している地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）※においても公表しており、そちらも積極的に活用いただきたい。

<http://mieruka.mhlw.go.jp/visualization/>

※ 公的統計や介護保険レセプトデータ等を活用し、全国・都道府県・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等、介護保険事業の現状分析を客観的かつ容易に把握できるようにすることにより、その地域の実情に合わせた、市町村における地域包括ケアシステムの構築を支援するもの。平成 26 年 2 月末から運用を開始している。

第2 サービスの類型（多様化するサービスの典型例）

（概要）

- 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業により多様なサービスを提供していくためには、市町村が中心となって、その地域の実情に応じて、総合事業によるサービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要である。
- そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す（別紙も参照。別紙における事業の実施方法や各サービスの基準などの詳細については、第6 総合事業の制度的な枠組みに記載）ので、市町村においては、これらを参考にしつつ、その地域の実情に応じて、そのサービス提供の在り方について検討する。

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
		②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス種別	①訪問介護				
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 <p>※ 状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 		<ul style="list-style-type: none"> ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース <p>※3～6ヶ月の短期計で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

イ 訪問型サービス

(概要)

- 訪問型サービスは、現行の介護予防訪問介護に相当するもの(訪問介護員等によるサービス)と、それ以外の多様なサービスからなる。
- 現行の訪問介護相当のものについては、訪問介護員等による短時間の生活援助といったサービス内容も想定される。
- 多様なサービスについては、主に以下のようなサービス類型が想定される。
 - ・ 主に雇用されている労働者により提供される緩和した基準によるサービス(訪問型サービスA)
 - ・ 有償・無償のボランティア等により提供される、住民主体による支援(訪問型サービスB)
 - ・ 保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるもの(訪問型サービスC)
 - ・ 介護予防・生活支援サービスと一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援(訪問型サービスD)

(留意事項)

- 市町村において、総合事業の実施に当たっては、以下の点に留意する必要がある。
 - ・ 総合事業開始の時点で既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用

継続が必要とケアマネジメントにおいて認められるケースについては、介護予防訪問介護相当のサービスの利用に配慮する。

- ・ 新しく事業の対象となる要支援者等については、自らの能力を最大限活用しつつ、住民主体による支援等の多様なサービスの利用を促す。
- ・ 訪問介護員等による現行の介護予防訪問介護相当のサービスについては、主に、認知機能の低下等により日常生活に支障があるような症状や行動を伴うケース等、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定される。
- ・ 現行の介護予防訪問介護相当のサービスを利用する場合や訪問型サービスAを利用する場合については、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の支援に移行していくことを検討することが重要である。
- ・ 多様なサービスについては、サービス内容は柔軟に提供可能とし、ケアマネジメントにより、利用者の自立支援に資する支援を提供する。

□ 通所型サービス

(概要)

- 通所型サービスは、現行の介護予防通所介護に相当するもの（通所介護事業者の従事者によるサービス）と、それ以外の多様なサービスからなる。
- 現行の通所介護相当のものについては、サービス内容や想定される状態の違い等に対応して、生活機能向上型のサービス内容のものとそれ以外のものの2つの種類が想定される。
- 多様なサービスについては、主に以下のようなサービス類型が想定される。
 - ・ 主に雇用されている労働者により提供される、又は労働者とともにボランティアが補助的に加わった形により提供される、緩和した基準によるサービス（通所型サービスA）
 - ・ 有償・無償のボランティア等により提供される、住民主体による支援（通所型サービスB）
 - ・ 保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるもの（通所型サービスC）

(留意事項)

- 市町村において、総合事業の実施に当たっては、以下の点に留意する必要がある。
 - ・ 総合事業開始の時点で既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用継続が必要とケアマネジメントにおいて認められるケースについては、介護予防通所介護相当のサービスの利用に配慮する。
 - ・ 新しく事業の対象となる要支援者等については、自らの能力を最大限活用しつつ、住民主体による支援等の多様なサービスの利用を促す。
 - ・ 通所介護事業者の従事者による現行の介護予防通所介護相当のサービスについては、主に、「多様なサービス」の利用が難しいケース・不適切なケースや、専門職の指導を受けながら生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで生活機能の改善・維持が見込まれるケース等、通所介護事業者の従事者による専門的な

サービスが必要と認められる場合に利用することが想定される。この場合、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の支援に移行していくことを検討することが重要である。

- ・ 多様なサービスについては、サービス内容は柔軟に提供可能とし、ケアマネジメントにより、利用者の自立支援に資する支援を提供する。

ハ その他の生活支援サービス

(概要)

- その他の生活支援サービスは、被保険者の地域における自立した日常生活の支援のための事業であって、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる場合に効果があると認められるものとして厚生労働省令で定めるものと規定されている（法第115条の45第1項第1号ハ）。
- 厚生労働省令においては、その他の生活支援サービスとして総合事業により実施することができるものについて、以下の3つサービスを規定することを予定している。
 - ① 配食：栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者に対する見守りとともに行う配食など
 - ② 定期的な安否確認及び緊急時の対応（以下「見守り」という。）：住民ボランティアなどが行う訪問による見守り
 - ③ その他、訪問型サービス、通所型サービスに準じる生活支援であって、地域における自立した日常生活の支援に資するサービスとして市町村が定める生活支援（訪問型サービス及び通所型サービスの一体的提供等）

(留意事項)

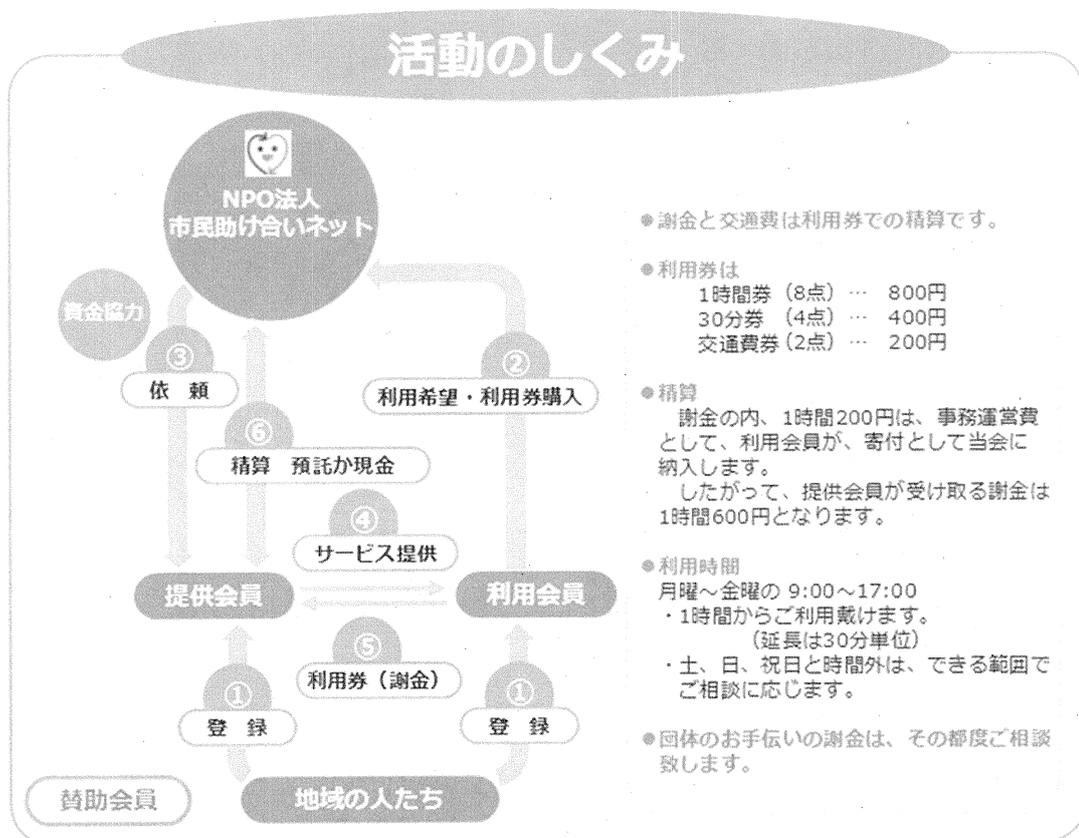
- サービスの実施に当たっては、以下の点に留意する必要がある。
 - ・ 総合事業によるその他の生活支援サービスは、市場におけるサービス提供の活用を補足するものとして提供するものである。
 - ・ 配食については、食材費などの補助を行う趣旨ではないことから、食材費などの実費については利用者に負担を求める。

[参考] 利用券を発行・利用して、ボランティアがサービスを提供する事例
～NPO法人市民助け合いネット（千葉県流山市）の活動～

- 住民主体の生活支援を円滑に提供することができるよう、ボランティア等が生活支援を提供する場合に、利用者とボランティア間での謝金の收受を利用券の收受で代用する仕組みを設けているところもある。その一例として、NPO法人市民助け合いネット（千葉県流山市）の活動を紹介する。
- NPO法人市民助け合いネットは、平成16年4月から、高齢者が日常生活を低額な謝金で支え合う有償ボランティア活動に取り組んでいる。
- 活動の仕組みは下図のとおりで、まず、サービスを提供したい人は「提供会員」

として、予め提供できるサービスの内容、活動可能な地域、曜日等を登録する。また、サービスを利用したい人は「利用会員」として登録し、サービス利用前に利用券を購入しておく。利用会員はサービスが必要な時は事務局に要請し、事務局は依頼を受けたサービスを提供できる提供会員を選定し、調整後、利用者宅に赴いてサービスを提供してもらう。サービス提供後には、提供会員が、予め利用会員が購入している利用券を受け取って事務局に持参し精算するという流れである。

- 提供会員は、1時間の利用ならば800円のうち600円を謝金として会から受け取り、残りの200円は会の運営事務費に充てる。また居宅に赴く場合は、利用者から受け取った交通費券に基づいて、200円が提供会員に精算される仕組みである。
- 登録している提供会員は、平成26年4月現在で406名、利用会員は595名に上る。年齢についての制約はないが30歳代から90歳代まで幅広く利用しており、最も多いのは60歳代となっている。
- 福祉関係の助け合いの例としては、高齢者を始め、障害者や病気の方等の家事、外出支援、ごみ出し、網戸の掃除等、生活全般に関わる支援を行っている。
- 同ネットでは、活動の目的を「多くの市民が、親切を少しずつ寄せ合って、誰もが、住み慣れた所で“安心して暮らせる街”をつくる一助とする。」「この社会貢献の活動を、第2の人生の“生きがい”と“健康”さらに“仲間づくり”に役立て、“元気シニア”を目指し、介護予防に寄与させる。」「定年退職後の就労機会を提供する。」と位置づけており、年々、会員が増加するなど、着実に地域に根付いている。



※利用時間は、利用希望の受付時間のこと。実際の利用においては、利用者の利用希望時間と提供者の提供可能時間の調整によるため、利用時間はこの限りではない。

二 介護予防ケアマネジメント

(概要)

- 総合事業による介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成するものである。
 - 要支援者で、予防給付によるサービスを利用するケースについては、予防給付の介護予防サービス計画費が支給される。要支援者等で、予防給付によるサービスの利用がないケースについては、本介護予防ケアマネジメントが行われる。
 - ケースに応じ、以下のような種類の介護予防ケアマネジメントが想定される。
 - ・ 主に、訪問型・通所型サービスにおいて、指定事業者のサービスを利用するケースや、訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせた複数のサービスを利用するケース（現行の介護予防支援に相当。ケアマネジメントA）
 - ・ 主に、ケアマネジメントの結果、事業の実施方法が「補助」に該当するようなサービスや配食などのその他の生活支援サービス、又は一般介護予防事業の利用につなげるケース（緩和した基準によるケアマネジメントで、基本的にサービス利用開始時のみ行うもの。ケアマネジメントC）
 - ・ 主に、ケアマネジメントAやC以外のケース（緩和した基準によるケアマネジメントで、サービス担当者会議などを省略可。ケアマネジメントB）
- (介護予防ケアマネジメントの詳細については、第4の4 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始を参照。)

(留意事項)

- 市町村は、多様なサービスを総合事業に位置付け、要支援者等に提供していくに当たって、以下の事項に留意する。
 - ・ 総合事業では、既存のサービス類型である介護予防訪問介護等の専門的なサービスに加え、住民主体の支援等の多様なサービス、一般介護予防事業による事業の充実を図り、市町村の独自施策や市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、総合的なサービス提供が行われ、要支援者等の状態等にあったふさわしいサービスが選択できるようにすることが重要である。その際、新しく総合事業によるサービスを利用する要支援者等については、住民主体の支援等の多様なサービスの利用促進を図っていくことが重要である。
 - ・ 市町村は、あらかじめ、地域支援事業の生活支援体制整備事業などを活用して、NPOやボランティアなどの多様な主体による多様なサービスの提供体制を地域において整備するとともに、介護予防・生活支援サービスの提供に当たっては、総合事業の効果的かつ効率的な実施のため、住民主体の支援等に一部運営費補助を行うなど、住民主体の活動を積極的に支援することが望ましい。
 - ・ 介護予防ケアマネジメントにより、サービスの提供をケアプランに位置付けるに当たっては、単に支援をつなげるだけではなく、要支援者等がその知識や能力を生かして、地域における集いの場に自ら積極的に参加していくよう促していくなど、社会とのつながりをつくっていくことができるよう支援する。

- ・ 訪問型サービスC、通所型サービスCは、従来2次予防事業として実施されていたものに、予防モデル事業の成果も反映させて取り組むことが想定されており、住民主体の支援と合わせ、新しい介護予防の考え方に基づき、短期間（3～6か月程度）に保健・医療の専門職が支援を行い、一般介護予防事業による支援につなげていくことが求められる。
- ・ 一般介護予防事業における地域リハビリテーション活動支援事業は、リハビリテーション専門職等が、通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援するものであり、多職種協働による介護予防ケアマネジメントとともに、積極的に推進されることが期待される。
- ・ 高齢者の外出機会の確保、多様な生活支援の提供等を考えたとき、今後地域における移動支援ニーズが高まってくることが予想され、また、サロン等をはじめとしたサービス事業を効果的に実施していく上でも移動支援のニーズは高いことから、訪問型サービスDとしての事業の活用とともに、市町村の単独施策としての充実が望まれる。
- ・ その他の生活支援サービスを中心に、総合事業は、市場において提供されるサービスでは満たされないニーズに対応するものであることから、市場における民間サービス（総合事業の枠外のサービス）を積極的に活用していくことが重要である。
- ・ 介護予防等訪問介護等の専門的サービス提供に当たっては、介護予防ケアマネジメントで設定された長期目標、短期目標の達成に向け、意識を共有し、具体的なサービス提供につなげていくことが重要である。また、定期的なモニタリングにより、自立支援、介護予防にサービスがつながっているかどうかの点検・評価を共有し、住民主体の支援等、要支援者等の状態等にふさわしい支援にできる限りつなげていくことが重要である。
- ・ サービスが多様化し、指定や補助など様々な方法により総合事業を実施することが可能となるが、従来一般会計で行っていた事業を総合事業に振り替えるようなことは想定していない。

第3 市町村を中心とした生活支援・介護予防サービスの充実等

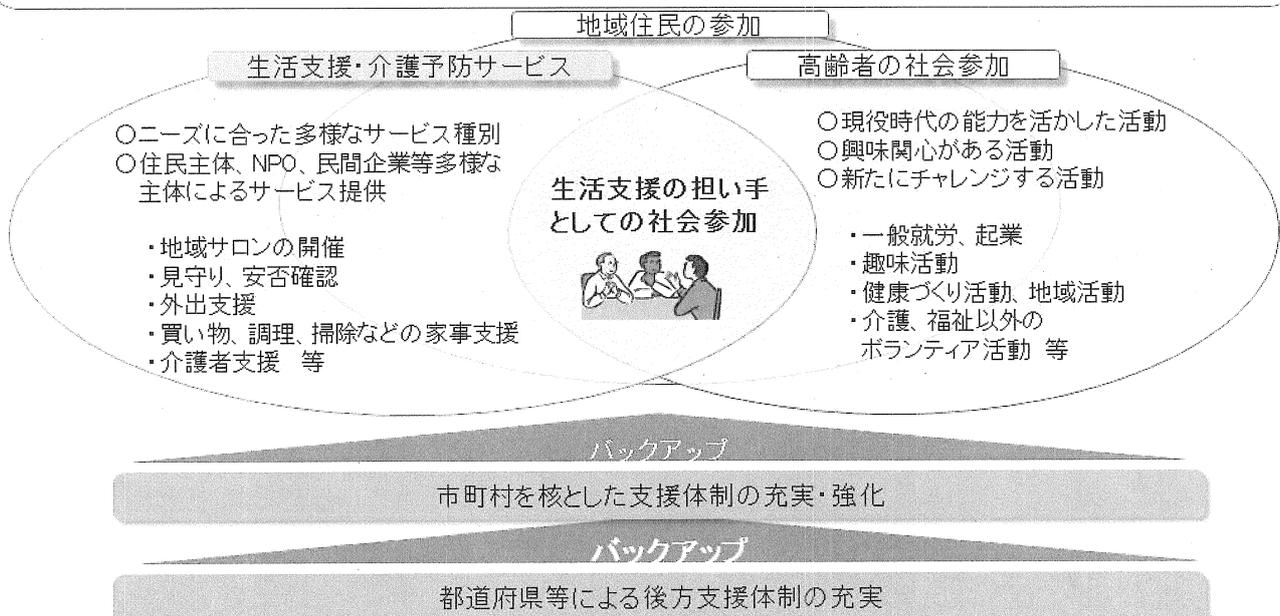
1 基本的な考え方

- 要支援者等軽度の高齢者については、IADLの低下に対応した日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が求められる。また、今後、多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となる単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が世帯類型の中で大きな割合を占めていくことを踏まえ、高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスを充実していくことが求められる。
また、高齢者がその担い手となることで、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが可能となり、高齢者自身の介護予防の効果も期待できる。
- 新たに設けられた地域支援事業の生活支援体制整備事業の活用などにより、市町村を中心とした支援体制の充実強化を図り、地域全体で多様な主体によるサービス提供を推進していくことが重要である。
- 市町村における具体的な取組については、以下において各地域における好事例を踏まえた取組例を取りまとめたので、参考にして実施していただきたい。

<生活支援等防サービスの充実と高齢者の社会参加>

生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。

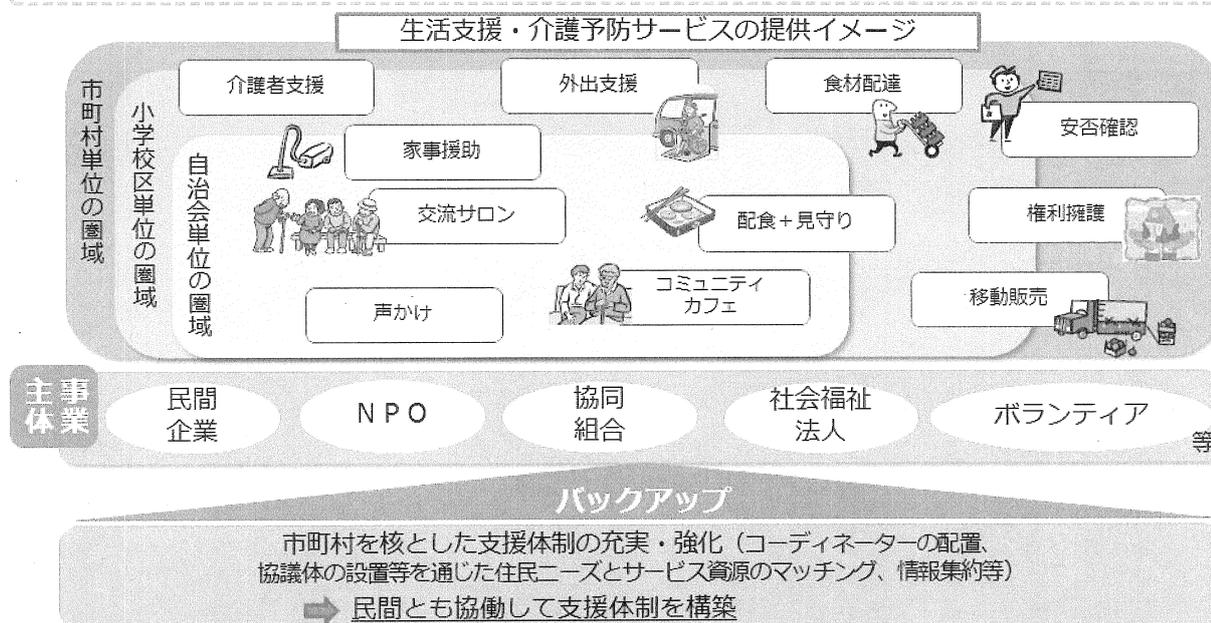


<多様な主体による生活支援等サービスの重層的な提供>

多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援



2 サービスの分類について

○ 生活支援等サービスは、以下のような事業実施の枠組みの分類があり、サービス内容に応じ、適切な枠組みを活用する。

<介護保険制度の地域支援事業>

- ① 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・その他の生活支援サービス
- ② 一般介護予防事業（市町村や地域の住民が主体となった体操教室等）
- ③ 任意事業（要介護者等を対象とした配食・見守り等）

<介護保険制度外>

- ④ その他市町村実施事業（移動支援、宅配、訪問理美容サービス等）
- ⑤ 民間市場でのサービス提供

※ 地域支援事業の実施に当たっては、三位一体改革において一般財源化された事業は実施できないことに留意。

※ サービスが多様化し、指定や補助など様々な方法により総合事業を実施することが可能となるが、従来一般会計で行っていた事業を総合事業に振り替える

ようなことは想定していない。

生活支援・介護予防サービスの分類と活用例

サービスの分類	サービス事業	一般介護予防	任意事業	市町村実施	民間市場	地域の助け合い	備考
①介護者支援			総合事業の対象外であり、任意事業、市町村の独自事業での実施を想定。介護者の集い、介護教室等。				
②家事援助	訪問型サービスで実施。NPO・ボランティアを主に活用			要介護者の生活支援は任意事業で実施可能。一般財源化された軽度生活支援は市町村独自で実施可能。			
③交流サロン		要支援者を中心に定期的な利用が可能な形態は総合事業の通所型サービス、その他の地域住民の通いの場は一般介護予防事業を主に想定。住民、ボランティア等を中心に実施。					
④外出支援	訪問型サービスDで実施。担い手はNPO、ボランティア			左記以外は、市町村・民間事業者が独自に実施			
⑤配食+見守り	その他の生活支援サービスを活用可。担い手はNPO、民間事業者等		左記以外は、任意事業又は市町村・民間事業者が独自に実施				サービス事業では、民間市場で提供されないサービスを提供
⑥見守り・安否確認	その他の生活支援サービスを活用。担い手は住民、ボランティア等		左記以外は、地域の地縁組織・民間事業者等による緩やかな見守り				

※1 任意事業は再整理も有り得る。

※2 上表中、地縁組織は地区社会福祉協議会、自治会、町内会、地域協議会等を意味する。

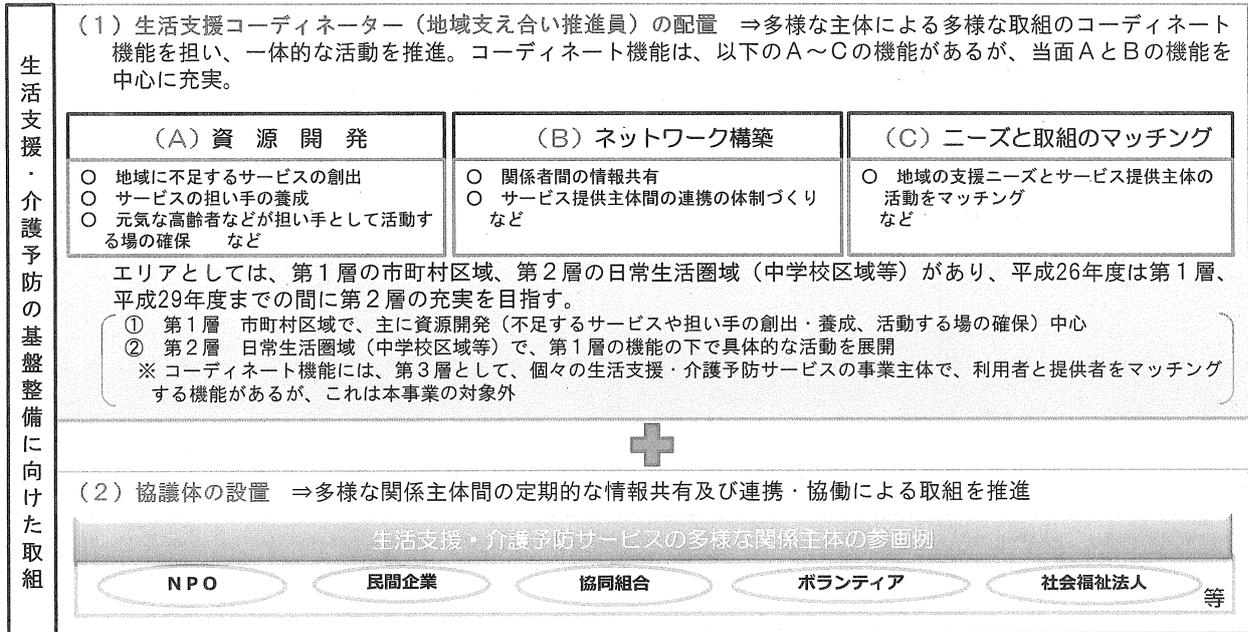
3 生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組

(1) 基本的な考え方及び定義

(概要)

- 生活支援等サービスの体制整備にあたっては、市町村が中心となって、元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センターなどの多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していく必要がある。
- その際、生活支援体制整備事業を活用した「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」や「協議体」の設置等を通じて、互助を基本とした生活支援等サービスが創出されるよう次項の取組を積極的に進める。

生活支援・介護予防の体制整備におけるコーディネーター・協議体の役割



※ コーディネーターの職種や配置場所については、一律には限定せず、地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとする予定であるが、市町村や地域包括支援センターと連携しながら活動することが重要

（生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員））

- 高齢者の生活支援等サービスの体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者を「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」（以下「コーディネーター」という。）とする。

（協議体）

- 市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援等サービスの提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークを「協議体」とする。

（コーディネーターと協議体によるコーディネート機能の考え方）

- 日常生活ニーズ調査や地域ケア会議等により、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握していくことと連携しながら、地域における以下の取組を総合的に支援・推進。
 - ① 地域のニーズと資源の状況の見える化、問題提起
 - ② 地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ
 - ③ 関係者のネットワーク化
 - ④ 目指す地域の姿・方針の共有、意識の統一
 - ⑤ 生活支援の担い手の養成やサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）
 - ⑥ ニーズとサービスのマッチング

- コーディネート機能は、概ね以下の3層で展開されることが考えられるが、生活支援体制整備事業は第1層・第2層の機能を充実し、体制整備を推進していくことが重要。

- ・ 第1層 市町村区域で①～⑤を中心に行う機能
- ・ 第2層 日常生活圏域（中学校区域等）で、第1層の機能の下、①～⑥を行う機能
- ・ 第3層 個々の生活支援等サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能

(2) コーディネーターの目的・役割等

① コーディネーターの設置目的

市町村が定める活動区域ごとに、関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、上記のコーディネート業務を実施することにより、地域における生活支援等サービスの提供体制の整備に向けた取組を推進することを目的とする。

② コーディネーターの役割等

- ・ 生活支援の担い手の養成、サービスの開発（第1層、第2層）
- ・ 関係者のネットワーク化（第1層、第2層）
- ・ ニーズとサービスのマッチング（第2層）

③ 配置

地域包括支援センターとの連携を前提とした上で、配置先や市町村ごとの配置人数等は限定せず、地域の実情に応じた多様な配置を可能とする。

④ コーディネーターの資格・要件

地域における助け合いや生活支援等サービスの提供実績のある者、または中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者。

※ 特定の資格要件は定めないが、市民活動への理解があり、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者であって、国や都道府県が実施する研修を修了した者が望ましい。

※ コーディネーターが属する組織の活動の枠組みを超えた視点、地域の公益的活動の視点、公平中立な視点を有することが適当。

⑤ 費用負担

人件費、委託費、活動費用については、地域支援事業包括的支援事業が活用可能

(3) 協議体の目的・役割等

① 協議体の設置目的

生活支援等サービスの体制整備に向けて、多様な主体の参画が求められることから、市町村が主体となって、「定期的な情報の共有・連携強化の場」として設置

することにより、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することを目的とする。

② 協議体の役割等

- コーディネーターの組織的な補完
- 地域ニーズの把握（アンケート調査やマッピング等の実施）
- 情報の見える化の推進
- 企画、立案、方針策定を行う場
- 地域づくりにおける意識の統一を図る場
- 情報交換の場
- 働きかけの場

（例）

- ・地域の課題についての問題提起
- ・課題に対する取組の具体的協力依頼
- ・他団体の参加依頼（A団体単独では不可能な事もB団体が協力することで可能になることも）

③ 協議体の設置主体

市町村と第1層のコーディネーターが協力して地域の関係者のネットワーク化を図り、協議体を設置する。

※ 地域の実情に応じた様々なネットワーク化の手法が考えられるため、既に類似の目的を持ったネットワーク会議等が開催されている場合は、その枠組みを活用することも可能。協議体の事務局については、市町村におかないことも考えられ、地域の実情に応じた形で実施可能。

※ 特定の事業者の活動の枠組みを超えた協議が行われることが重要であり、例えば、当面は、市町村が中心となって協議の場を設けるなどし、関係者間の情報共有を目的とした緩やかな連携の場を設置することも一つの方法。

④ 協議体の構成団体等

- ・行政機関（市町村、地域包括支援センター等）
- ・コーディネーター
- ・地域の関係者（NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、ボランティア団体、介護サービス事業者、シルバー人材センター等）

※ この他にも地域の実情に応じて適宜参画者を募ることが望ましい。

⑤ 費用負担

人件費、委託費、活動費用については、地域支援事業（包括的支援事業）が活用可能

（4） 市町村、都道府県及び国の役割

- ① 市町村は、日常生活ニーズ調査や地域ケア会議等も活用し、地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握した上で、それらの見える化や問題提起、地縁組織等多様な主体への協力依頼などの働きかけ、目指す地域の姿・方針の決定、共有、意識の統一を行う。また、地域の実情に応じた生活支援等サービスの体制

整備の推進に向けて、「コーディネーター」を特定するとともに協議体の設置を進める。

- ② 都道府県は、国が作成したコーディネーター養成カリキュラム、テキストを活用し、市町村で配置を予定している人材の研修を実施する。更に県内のコーディネーターのネットワーク化を進めるとともに、配置状況の偏在や地域事情等に配慮し、適宜市町村と調整する。
- ③ 国は、都道府県で計画的にコーディネーターを養成出来るよう、カリキュラム、テキストを作成する。また、積極的に市町村や関係団体等に対する普及啓発等を行い、全国的な展開が図られるよう配慮する。

(5) 取組の流れ

- 「コーディネーター」と「協議体」の設置の手法については、地域の状況によって様々であると考えられるが、一例として、市町村が各地域（日常生活圏域・第2層）において協議体を立ち上げ、協議体のメンバーの中から第2層のコーディネーターを選出する事例を想定し、大まかな流れを示す（表6参照）。

4. 住民主体の支援活動の推進

(1) ボランティア等の支援の担い手に対する研修・人材育成の実施

- 生活支援や介護予防の担い手となるボランティア等が、要支援者等に対して適切な生活支援や介護予防を提供するとともに、必要なときに地域包括支援センターなど必要な機関に連絡することができるようにするためには、これらの者に対して、介護保険制度や高齢者の特徴、緊急対応などについて、市町村が主体的に、研修を行うことが望ましい。
- そこで、各地域における好事例を参考に、以下のとおり研修のカリキュラムの内容を例示する。市町村においては、当該カリキュラムを参考に、地域の実情に応じた研修を実施することが望ましい。

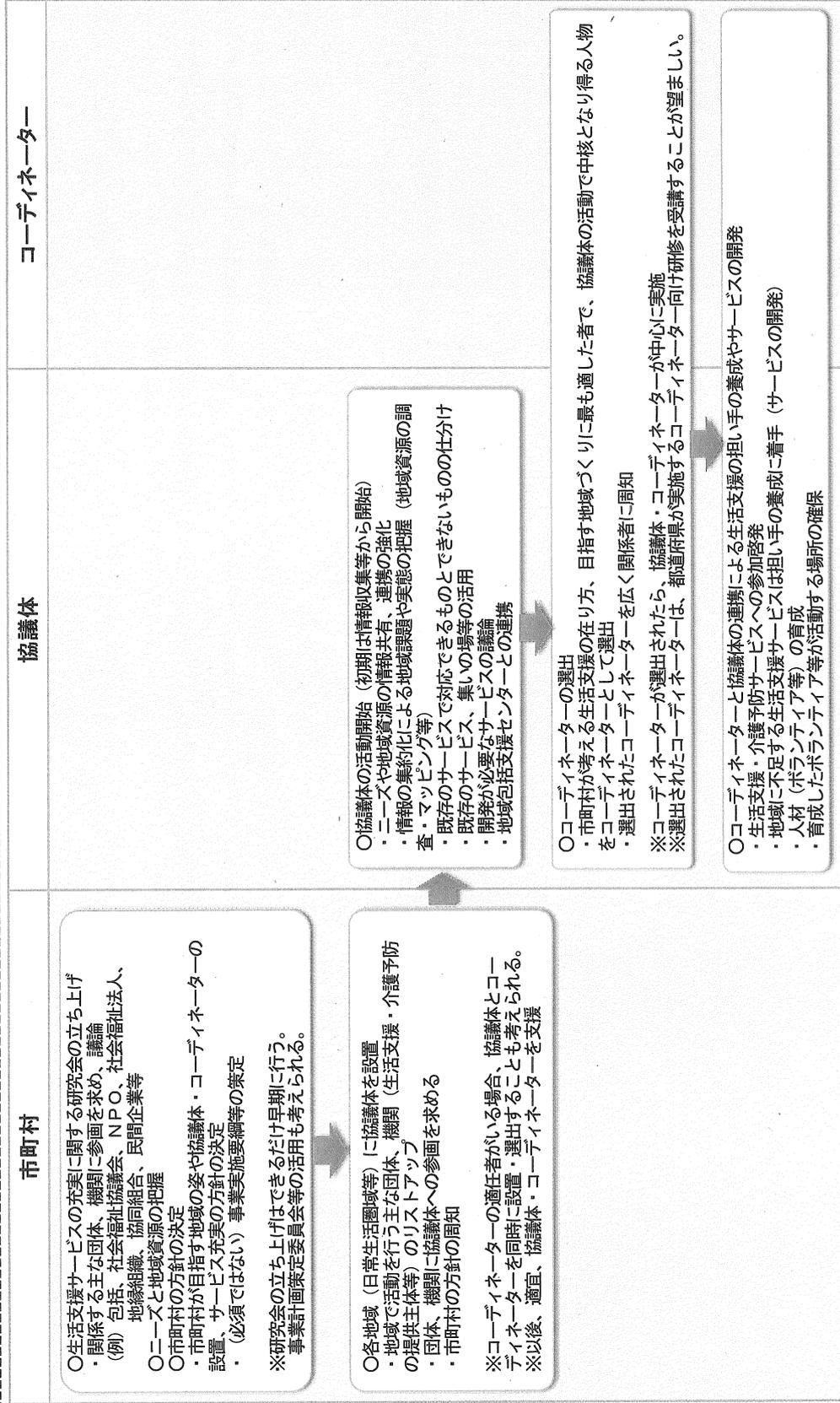
(カリキュラムの例示)

- ・ 介護保険制度、介護概論
- ・ 高齢者の特徴と対応（高齢者や家族の心理）
- ・ 介護技術
- ・ ボランティア活動の意義
- ・ 緊急対応（困った時の対応）
- ・ 認知症の理解（認知症サポーター研修等）
- ・ コミュニケーションの手法、訪問マナー
- ・ 訪問実習オリエンテーション

表 6 コーディネーター及び協議体の設置・運用に係る取組例

「コーディネーター」及び「協議体」設置・運営に係るフロー（例）

「コーディネーター」「協議体」の設置の手法については、地域の状況によって様々であると考えられるが、一例として、市町村が各地域（日常生活圏域・第2層）において協議体を立ち上げ、協議体のメンバーの中から第2層のコーディネーターを選出する事例を想定し、大まかな流れを示す。



注：上記のフロー図では、市町村が第1層のコーディネーターの機能を担うことで、第2層の協議体とコーディネーターが設置されている。この場合、先に第2層の取組の成功例のパターン化を図り、第1層レベルへ広く普及を図ることも考えられる。小規模市町村では第2層と第1層が重なり合う場合もある。

注：地域で適切な者がいる場合には、コーディネーターの配置を先に行うこともあり。

(研修の実例)

【岐阜県大垣市の事例】

高齢者の日常生活の困りごと（家事・外出支援・電球の交換・庭の草取り・使用していない部屋の掃除等）に適切に対応する住民参加型の活動として、「ライフサポート事業」を「さんさん広場つつみ」を拠点として実施している。

具体的には、定年退職などで時間に余裕のできた団塊世代の住民等（60代から70代が中心）を対象にライフサポーターの養成を行い、地域の高齢者の日常生活の困りごとに対応してもらう役割を担ってもらうもの。

※利用料金は、1時間1,000円の利用料金（チケット制）であり、そのうち500円（交通費含む）はサポーターへの謝礼に、残りの500円はサポーターの会の運営に充てられる。

ライフサポーターにとっては、いきがい・やりがい・人とのつながり、社会とのつながり・学びの機会、自分と社会の今後を考える機会を得られるものとなっている。

また、この事業を実施することで、専門的な身体介護はヘルパーに、日常生活の困りごとへの対応はライフサポーターに任せるという整理ができています。

ライフサポーターが継続して事業に関わっていく仕組みとして、以下の特徴が挙げられる。

- ①サポーター研修として14時間の講習会の中で、自立支援を基本とした介護保険制度やコミュニケーション・高齢者の心理や車椅子の介助方法などの介護基礎・訪問マナーなど在宅介護の基本的な研修を終了すること。
- ②1人のライフサポーターが1人の利用者を担当するのではなく、チームで関わりを情報共有するチームケアを行うこと。
- ③毎月1回、学習や報告を通じて問題を解決し合える場として、サポーター会議を実施していること。
- ④ライフサポーターの得意分野を生かした対応ができるようにコーディネートしていること。

なお、サポーター養成講座のカリキュラムは以下のとおり。

<ライフサポーター養成講座カリキュラム>

時間		科目	講師もしくは担当者
1日目	10:00~12:00	ライフサポート事業について 現状を考えよう	介護福祉士
2日目	10:00~12:00	コミュニケーション	社会福祉士
3日目	10:00~12:00	障がい者の心理・家族の心理	経験者
4日目	10:00~12:00	認知症の理解	専門職
5日目	10:00~12:00	介護技術（現場で活用）	介護福祉士
6日目	10:00~12:00	ライフサポートの基本 訪問マナー（守秘義務）・困った時の対応	コーディネーター・ライフサポーター
7日目	10:00~11:00	実習オリエンテーション 講座の振り返り	コーディネーター・ライフサポーター
	11:00~12:00	修了式 （サポーター登録・ボランティア保険について）	事務局

※7日目終了後 ライフサポーターに同行して訪問する実習を行う。

【神奈川県鎌倉市の事例】

鎌倉市が設置した「鎌倉市高齢者生活支援サポートセンター」を拠点として、加齢に伴い日常生活が少しずつ不自由になってきた方等を対象に、高齢者生活支援サポーターを派遣し、趣味や生きがいのための外出支援、話し相手、将棋等の趣味の相手、自立を妨げない程度の家事援助等を行い、在宅での暮らしを支援するもの。

※利用料金は、1時間 900 円及び交通費実費であり、全額サポーターへの謝礼に充てられる。

事業の特徴は以下のとおり。

- ①担い手である高齢者生活支援サポーターは、高齢者生活支援サポーター養成講座として、高齢者の生活支援に関する基礎知識を学ぶ2日間の講座を修了すること。
- ②鎌倉市高齢者生活支援サポートセンターにはコーディネーター（相談員）が配置されており、このコーディネーターが利用者からの相談を受け付け、利用者宅を訪問して依頼内容を確認し、自立の妨げにならない支援についてサポーターを紹介する。
- ③登録された高齢者生活支援サポーターを対象に、スキルアップを目的として、月1回高齢者生活支援サポーター会議を開催している。

また、高齢者生活支援サポーター養成講座のカリキュラムは以下のとおり。

＜鎌倉市高齢者生活支援サポーター養成講座カリキュラム＞

時間	講義の目的	内容	講師	
1日目	9:30~10:40	鎌倉市の高齢者の現状と介護保険制度、介護保険外のサービスについて知る	介護保険制度の現状と、介護保険外の高齢者への公的サービスについて	高齢者いきいき課
	10:50~12:00	高齢者の身体的変化と老化についてと地域福祉のあり方について知る	高齢者の特性と暮らし 地域包括支援センターの役割について	高齢者いきいき課
	13:00~15:00	信頼関係をつくるコミュニケーションについて学ぶ	対人援助の技術と実技	キネステティクストレーナー 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター
	15:10~16:00	鎌倉市高齢者生活支援サポーター制度の仕組みを知る	生活支援サポーターの必要性	かまくら地域介護支援機構
2日目	9:30~10:50	実際の活動内容を知る 生活支援サポーターのあり方	1 外出支援 2 お話し相手 3 家事支援 活動の心得	生活支援サポーター 現在活動しているサポーターの報告 鎌倉市高齢者生活支援サポートセンター
	11:00~12:00	食支援について	高齢者の食支援	料理研究家
	13:00~15:00	認知症の人とのコミュニケーションのあり方について知る	認知症の理解 当事者家族の話を聞く	かまくら認知症ネットワーク かまくらりんどうの会
	15:10~16:00		サポーターの登録について	鎌倉市高齢者生活支援サポートセンター

(2) 介護支援ボランティアポイントの活用

- 市町村において、高齢者が地域のサロン、会食会、外出の補助、介護施設等の介護の実施場所等でボランティア活動を行った場合にポイントを付与する介護支援ボランティアポイントの制度を設けているところが209市町村ある(平成25年4月現在。一般会計によるものも含む)。
- 平成19年度から先駆的に取り組んでいる稲城市では、574人の登録者(平成26年3月31日現在)が参加し、自らの知識や能力などを生かしたレクリエーションなどの指導・参加支援、行事などの手伝い(模擬店、会場設営、利用者の移動補助、芸能披露など)、話し相手となるなどのボランティアを行った場合に、スタンプを押し、そのスタンプの数に応じて、ポイントを付与する取組を行っている。
- 介護支援ボランティアポイントの取り組みは、地域支援事業の一般介護予防事業の枠組みが活用可能である。

[参考] 表彰制度の積極的な活用

- 厚生労働省において、平成24年度から健康増進分野において実施している「健康寿命をのばそう!アワード」が拡充され、平成26年度から、介護予防・高齢者生活支援分野が新設され、最優秀賞1件(厚生労働大臣賞)とともに、優秀賞(厚生労働大臣賞)として3件<企業1、団体1、自治体1>、更に優良賞(厚生労働省老健局長賞)が企業部門、自治体部門、団体部門で2件ずつ表彰された。
- 市町村においては、このような表彰制度を活用するとともに、市町村においても独自に表彰制度や報償費等を活用した仕組みを設ける等により、地域における住民主体の活動を積極的に推進することが考えられる。

5 地域ケア会議、既存資源、他施策の活用

(1) 地域ケア会議の活用

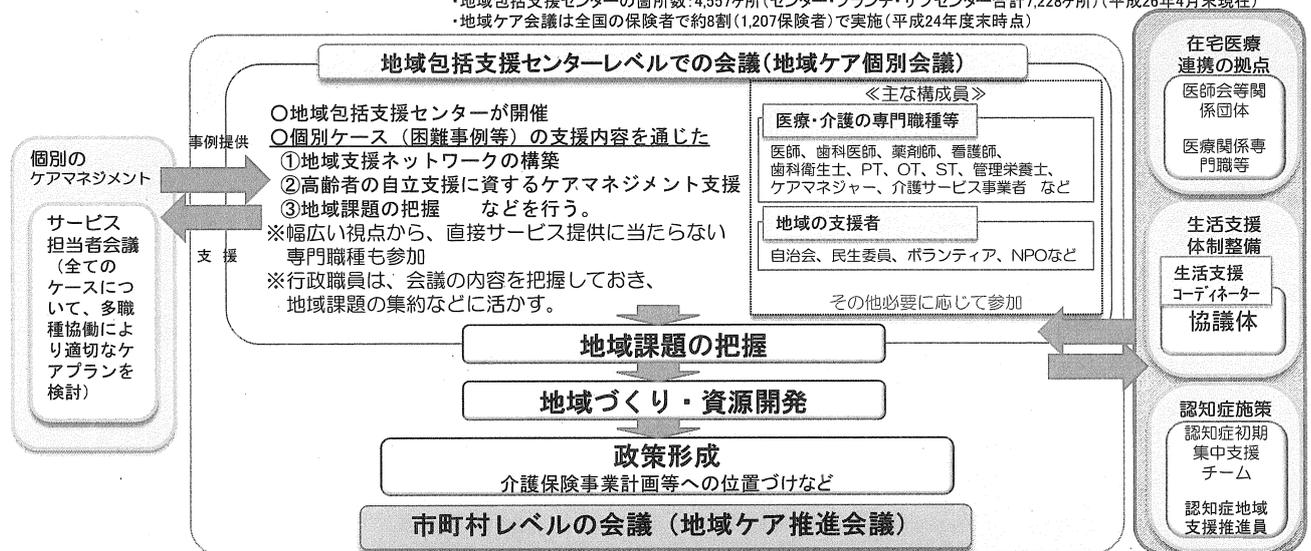
- 生活支援等サービスの開発については、市町村とコーディネーターが中心となって実施することになるが、ニーズに対応するサービス全てを新しく開発する必要はなく、既に存在し利用できる地域資源については、その活用を図ることになる。
- 地域ケア会議は、個別ケースについて、多職種、住民等の地域の関係者間で検討を重ねることにより、地域の共通課題を関係者で共有し、課題解決に向け、関係者間の調整、ネットワーク化、新たな資源開発、さらには施策化を、ボトムアップで図っていく仕組みであり、生活支援等サービスの充実を図っていく上で、コーディネーターや協議体の仕組みと連携しながら、積極的に活用を図っていくことが望ましい。

<地域ケア会議の推進>

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取り組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うとともに、地域づくり・政策形成等につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
 - ・適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
 - ・市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・地域ケア会議参加者に対する守秘義務を規定、関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能 等

・地域包括支援センターの箇所数:4,557ヶ所(センター・プラチ・サブセンター合計7,228ヶ所)(平成26年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,207保険者)で実施(平成24年度末時点)



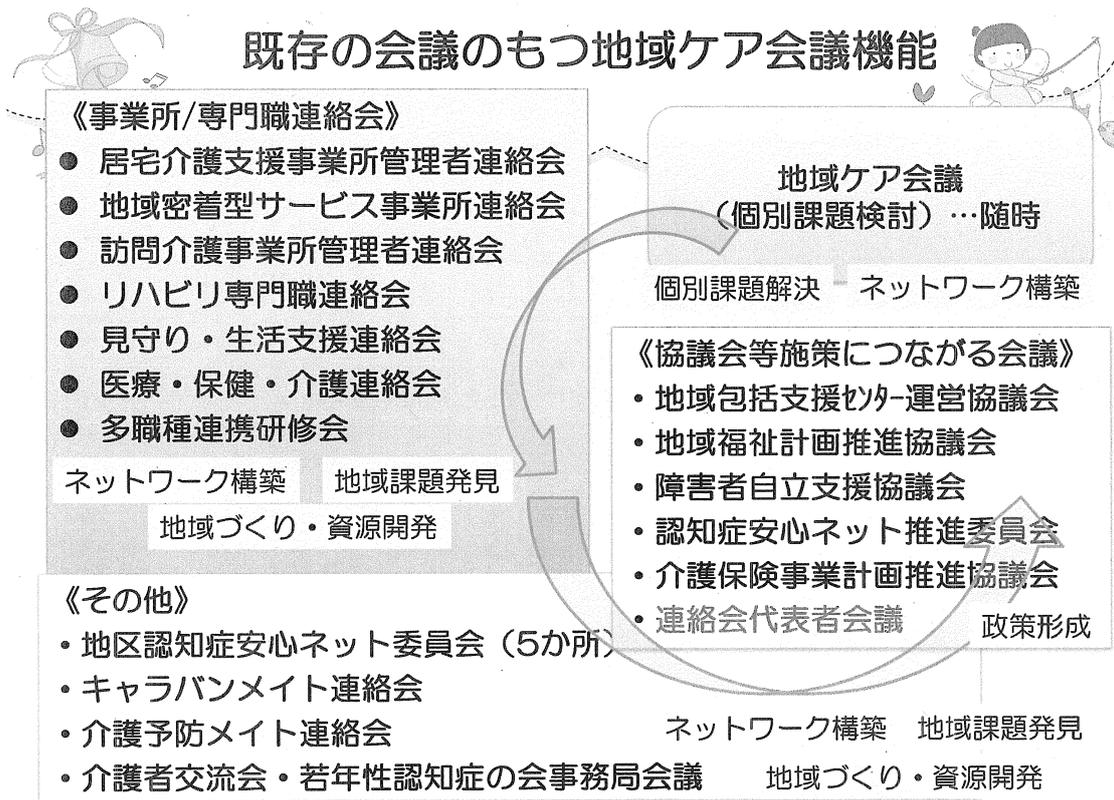
(地域ケア会議を活用したサービス開発の事例)

【石川県津幡町の事例】

<サービス開発の流れ>

- ① 個別事例ごとに開催する地域ケア会議(直営の地域包括支援センターが主催)
 - ・地域生活継続のための個別課題の把握と整理、地域課題の発見につながるアセスメントを重視した総合相談の仕組みづくり
 - ・その人が地域生活を継続するための包括的課題解決策の検討
 ⇒地域ケア会議の個別課題解決機能、ネットワーク構築機能
- ② 地区単位・各種ネットワーク単位で開催される地域ケア会議(直営の地域包括支援センターが主催)
 - ・個別事例ごとの地域ケア会議の積み重ねの中で把握した地域課題及び課題解決策の検討
 ⇒地域ケア会議の地域課題の発見機能、地域づくり機能、資源開発機能
- ③ 町レベルで開催される地域ケア会議(町が主催)
 - ・一部地域の課題解決策を全町的取組・施策に反映させるための検討
 ⇒地域ケア会議の政策形成機能

<既存会議のもつ地域ケア会議機能の活用>



<取組の効果>

○ 買い物支援

北陸地域づくり協会「北陸地域の活性化に関する研究助成事業」による「新・買い物支援システム：オンデマンド商店街の可能性調査・研究」の「買い物支援事業実行部会」で移動販売車の活動について検討。商工会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、大学・高専の研究者、町担当者が検討に参加しており、平成26年2月から販売拠点を17か所設定し、移動販売車による買い物支援を開始した。

○ 町単位の地域見守りネットワークの構築

平成26年度に、業務中に異変に気付いた場合に通報する、緩やかな見守りに係る協定を電力会社や生協等と締結した。

○ 身近な地域での介護予防活動

これまでの高齢者サロンの殆どは月1回程度の開催であったため、平成25年度に安心生活サポート事業を活用し、モデル的に特定地区のサロン（JAが地域のボランティアと運営）について、地域の介護予防の拠点、生活支援の拠点とすべく、回数を増やし、内容の充実のための備品も購入した。

(2) 既存資源の活用

○ 生活支援等サービスの開発の際、活用可能な資源として、以下のような例が挙げられる。なお、過去に一般財源化された生活支援等については、地域支援事業で実施できないことには留意する必要がある。

<既存資源の例>

- ・ NPO、協同組合、ボランティア団体等の非営利組織
生協、農協、NPO、ボランティアは地域による濃淡はあるものの、既に生活支援の活動を実施しており、資源開発の前に地域の資源を確認することが重要。
- ・ 民生委員、老人クラブ、自治会、まちづくり協議会、商工会、シルバー人材センター、食生活改善推進員等
地縁組織等、地域に根ざした様々な組織、マンパワーを用途に合わせて活用を図ることが重要。
- ・ 社会福祉協議会（地域福祉コーディネーター、地区社協）
ソーシャルワークの専門職の視点から、既に地域で互助の活動推進を行っている地域福祉コーディネーターとの協力や地縁組織としての地区社協との連携により、社会基盤を有効に活用することが重要。
- ・ 特別養護老人ホーム、老人保健施設、小規模多機能居宅介護等
既存施設の地域交流スペース等の活用をはじめ、地域にある高齢者施設等の資源を有効活用することにより、相互の理解が深まり地域の生活支援に資することからこれらの取組を推進することが重要。社会福祉法人については、その地域貢献の一つとしても、地域に対する生活支援等サービスの提供が求められる。
- ・ 地域包括支援センターの専門職、保健センターの保健師等の専門職
生活支援を充実していく中で生じる各種問題について、専門分野の知見を有するものについては、地域包括支援センター等の専門職に適宜相談、支援要請を行い、専門的な知見を取り入れた活動を行うことが重要。
- ・ 民間企業主体の取組（社会貢献活動、市場ベースで提供する生活支援）
民間企業の社会貢献の取組を地域に呼び込み、また、情報提供等により市場によるサービスの利用も促進する。
- ・ その他、他施策として取り組まれている生活支援の体制整備に活用可能な各種資源
総務省の人材の活用施策（地域おこし協力隊、集落支援員等）、ICT活用、法務省の法テラスにおける司法ソーシャルワーク、農林水産省の介護食品普及支援、国土交通省の街づくり支援等の他施策を適宜活用することが重要。

[参考] 老人クラブの役割・活動

- 全国に約11万、会員数約650万人である老人クラブにおいては、植木の処理、雨どいの取り替え、蛍光灯やコンセントの取り替え等の生活支援からサロン活動まで幅広い活動を行うなどの地域活動を行っている。
- 老人クラブは、元気な高齢者が集う団体として、今後、地域における生活支援における担い手としての役割が期待される。

（一般財源化された事業について）

- 「三位一体の改革」として国から地方に財源移譲された（一般財源化）事業に

については、事業の必要性は引き続きあるが、地方が自主性をもって取り組むことが必要であると整理されたものである。市町村は下記に例示する一般財源化された事業についても、地域における支え合い体制作りの一環として、必要に応じその充実に努める。

- ・ 外出支援サービス事業
（医療機関への通院等の移送サービス）
 - ・ 訪問理美容サービス事業
（移動理美容車や衛生管理を備えた施設等での出張サービス）
- ※施設等で実施する場合は衛生管理の徹底を図る必要有

等

【参考】新地域支援構想会議の提言（「新地域支援構想」）

- 「助け合い活動」を実践・支援している非営利の全国的組織が自主的に集まった「新地域支援構想会議」が、総合事業の実施に向け、平成26年6月20日に提言を行っている（「新地域支援構想」）。
この構想は、総合事業の制度改正の動きを踏まえ、本年の年初より精力的に検討を重ね、提言としてとりまとめられたものである。
※ 構成メンバー、当該構想、提言については以下を参照。
http://www.shakyo.or.jp/news/chiki_20140715.html
- 総合事業の実施に当たっては、住民主体の支援の充実・活用が重要である。一方で、住民主体の助け合い活動は、自主性、自発性を持って行われるもので、行政としての関わり方も、その活動の趣旨にあった形で行うことが適当である。
- 本構想は、以下の諸点について、助け合い活動を行う側の視点から、総合事業において主体的に役割を果たしていこうという趣旨でとりまとめられており、市町村において具体的制度設計・事業運営を行っていく上で十分に参考にしていけることが有益である。
 - ・ 助け合い活動の基本的理念や総合事業における意義
 - ・ 住民主体の支援を行っていく際の自主的・自発的活動という性格への配慮
 - ・ ケアマネジメントとの関係、公費助成との関係での留意事項
 - ・ コーディネーター、協議会の取組を進める上での考え方
 - ・ 助け合い活動を担う組織として、NPO等の「テーマ型組織」と自治会、地区社協、老人クラブ等の「地縁型組織」の特色と留意点
 - ・ 助け合い活動の種類ごとの特徴と留意点
 - ・ 市町村等への提言 等

6 協議体・コーディネーター設置について参考となる実際の事例

協議体の立ち上げや活動には様々な手法、パターンが存在するが、便宜上、以下の類型に分け、代表的な事例を紹介する。

①地域包括支援センター型

地域包括支援センターの3職種（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員）
が中核となって設置した事例

②住民・行政等協働型

行政が仕組みづくり（制度化）を実施し、住民と協働して設置した事例

③社会福祉協議会型

社会福祉協議会が中核となり、市町村と協働して設置した事例

④NPO型

テーマ型の活動を行うNPOが中核となり、市町村と協働して設置した事例

⑤中間支援組織型

自らが事業を実施せず、事業を行うNPOを側面から支援するNPOのような組織のはたらきかけ等により設置した事例

(1) 地域包括支援センター型

【長崎県佐々町地域包括支援センター（長崎県佐々町）の取組事例】

（コーディネーター）

地域包括支援センター（保健師）

（協議体の構成団体）

- ・ 地域包括支援センター（直営）
- ・ 介護予防ボランティア講座で養成した新たな担い手
- ・ 有償ボランティアの会（さくらの会）
- ・ シルバー人材センター（シルバー人材サービス）
- ・ 社会福祉協議会（地域デイサービス）
- ・ 診療所（認知症専門医療の提供）
- ・ 総合福祉センター
- ・ 民生委員

（取組の経緯）

- 佐々町では、軽度の要介護認定等を受けていた者が多く、認定率も20%を超え、介護保険料も長崎県内でも最も高い約6,000円まで増加し、介護予防の必要性が明確化してきており、また、住民の在宅生活に向けた自発的な活動意識も弱い状況にあった。
- その状況下において、地域包括支援センターが中心となって介護保険情勢の厳しさを伝え、元気な高齢者にボランティアを呼びかけた結果、地域支援体制をコーディネートしていくとともにまちづくりの中核となるのが地域包括支援センターの主要な役割である、という認識が生まれ、地域包括支援センターの保健師がコーディネーターとなり取組が行われるようになった。

（地域ニーズの把握）

- 介護予防ボランティア養成講座を開催し、介護予防ボランティアの活動の場として「通所型介護予防推進活動」、「地域型介護予防推進活動」、「訪問型介護予防

推進活動」を整備。ボランティアとの連携、情報交換を通じニーズを把握。

(地域資源の開発)

- 「訪問型介護予防指導」(理学療法士・作業療法士・管理栄養士による対象者(要介護2までを対象)の自宅への訪問と指導)を導入
- 介護予防・日常生活支援総合事業及び介護予防強化推進事業(予防モデル事業)の活用による訪問型介護予防指導、訪問型生活支援サービス、介護予防推進地区活動等の支援メニューの充実

(協議体の拡大)

- ボランティアをはじめとした関係者間が相互に連携し、情報交換及び介護予防に関する知識の習得を行い、ボランティアのモチベーションを維持するとともに、地域における介護予防の推進を図るための「介護予防推進連絡会(にっこり会)」の開催(毎月1回定期開催)

(取組の効果)

- 平成21年に20%を超えていた要介護・要支援認定率が、その後減少を続け、平成26年2月には全国平均を下回る15.5%となった。
- 平成20年から開始された介護予防ボランティア養成講座には約6年間で260人もの受講者があり、そのうち50人が介護予防ボランティアとして活動しており、町内14地区で講話や運動指導などの活動を担当している。

(2) 住民・行政等協働型

【神奈川県平塚市(町内福祉村事業)の取組事例】

(コーディネーター)

第1層のコーディネーターは平塚市職員(2名)

第2層のコーディネーターは各町内福祉村の専任コーディネーター

(参考)専任コーディネーターの要件等

保健福祉に関する総合相談業務や地区内の関係団体及び関係機関等によるネットワークづくりの支援等を行い、地域福祉の推進に情熱のある人で、配置期間は1年、配置日数は最低週4日以上、配置時間は1日4時間以上で必ずしも1名に限られるものではなくローテーションも可能であるとされている。

(協議体の構成団体)

- ・自治会連合会
- ・地区社協
- ・民生委員、児童委員

(取組の経緯)

- 昔ながらの近隣同士のふれあいが薄らぎ、少子化、高齢化、核家族化傾向が増

すにつれ、家庭や地域が持つ福祉力が弱まっている状況下において、介護保険制度やその他の公的福祉サービスでは対応できない身近な生活支援やふれあい交流が必要であることから、地域で共に支え合うことができる仕組みづくりとして、平成7年4月に「町内福祉村構想」を市長が将来を見据えて考案した。その後、同年8月に市内に「町内福祉村構想」検討委員会（部会）を設置し、検討を重ね、平成10年度に町内福祉村構想モデル事業第1号として、廃園幼稚園の後施設を福祉村の拠点とした松原地区町内福祉村が設立され、現在までに15地区整備されている。

- 現在、平塚市においては総合計画に「地域福祉推進事業」として、町内福祉村を市内各地区（参加しやすい地区公民館区（おおむね小学校区）25地区）に設置する方針であり、住民の自主的、主体的な参加を基本に、行政や社協、地元企業、関係機関などとパートナーシップを築き、相互が連携、協力しながら、福祉活動を主体とした安心して心豊かに生活できる環境づくりを目指している。
- 事業費は、福祉村1か所あたり年間128万円（そのうち60万円がコーディネーターの経費、残りの68万円がその他の事務経費）を上限に委託料として、市の単独費で各町内福祉村の運営委員会（法人格を有さない）に支出している。

（地域ニーズの把握）

- 地域から募集した各町内福祉村の専任のコーディネーターによる、住民からの保健福祉に関する相談の受付によって、ニーズを継続的に把握。

（地域資源の開発）

- 地域から募集した各町内福祉村の専任のコーディネーターによる、福祉村ボランティアへの支援活動に係るコーディネート。

（町内福祉村で対応が困難な場合には、行政や関係機関につなげる）

- ボランティアの中心的な担い手は、自治会や福祉関連団体を経験した方。

（活動拠点）

- 地区内の既存資源の有効活用を基本に、平塚市と住民で共に確保。

（平塚市の役割）

- 組織づくりの支援、活動拠点の設置、運営費用、研修機会、情報提供など。

（町内福祉村開設までのプロセス）

- 簡単な流れは以下のとおり。

- ①まずは「地域福祉推進事業」として町内福祉村が制度化されており、町内福祉村の運営費用や町内福祉村の活動拠点の相談等が受けられる体制となっている。
- ②市担当者が町内福祉村未設置地区に出向き、町内福祉村の意義を説明。
- ③地域が自主的に町内福祉村の立ち上げに声を上げる。
- ④町内福祉村設立準備委員会が設立される。

※準備委員会は、地区社協や自治会長が中心であり、第2層に近いイメージ

- ⑤市と市社協が連携した、地域住民を対象とした地域の課題発見を目的としたワークショップの開催
- ⑥市職員は、委託料（運営費用）、活動拠点の設置、情報提供等、様々な面で調整を行う。
※市職員は、第1層のコーディネーターの役割
- ⑦社協は、地域ニーズや地域の課題抽出、ボランティア研修会等への支援を行う。
※社協は、第1層のコーディネーターを補助する役割
- ⑧準備委員会において、地域ニーズを把握し、ボランティアを募集（地域資源の開発）する。
- ⑨町内福祉村設立
※設立された町内福祉村の評議委員会委員がそのまま協議体となるイメージ
評議委員会委員…自治会連合会、社協、民生委員、児童委員、防犯指導員等

具体的には、以下を参照のこと。

<http://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp/chiiki/process.htm>

（取組の効果）

- 現在までに15地区で町内福祉村が整備されており、その主な活動は、地区内の援助が必要な人のためのボランティアによる外出時の付き添い、話し相手、庭の手入れといった「身近な生活支援活動」と、地域の人が気軽に立ち寄れる居場所である「ふれあい交流活動」の2本の柱となっている。「ふれあい交流活動」は、町内福祉村の拠点で実施するほか、拠点まで歩いてこられない方のために自治会館などを利用した「出向きサロン」も開催している。
これらの活動により、住民同士のつながりが醸成された。

（3） 社会福祉協議会型

【伊賀市社会福祉協議会（三重県伊賀市）の取組事例】

（コーディネーター）

市社会福祉協議会エリア担当者

（協議体の構成団体）

- 地域ケアネットワーク会議
 - ・住民自治協議会
 - ・自治会
 - ・地元企業
 - ・民生委員、児童委員
 - ・福祉サービス事業所
 - ・地区市民センター
 - ・ボランティア
 - ・市社会福祉協議会 など

(取組の経緯)

- 平成 16 年度に 1 市 3 町 2 村の合併により伊賀市が誕生した。合併時に制定された自治基本条例において、自治会、ボランティア、市民活動団体や地域の事業者などが主体となったまちづくりを行う住民自治が位置づけられ、地域住民により「住民自治協議会」が自発的に設置されるとともに、地域課題の解決を図るための計画である「地域まちづくり計画」が策定された。
- 平成 23 年度からの第 2 次伊賀市地域福祉計画の推進では、安心生活創造事業で得たノウハウを活かし、全ての住民自治協議会単位に地域課題の解決に向けた検討の場となる地域ケアネットワーク会議を設置することを目標としている。
- 平成 25 年度からは、行政が市社会福祉協議会に地域福祉体制づくり事業を委託し、行政と市社会福祉協議会の連携による、計画的な地域ケアネットワーク会議の設置支援を行っている。

(地域ニーズの把握)

- 住民自治協議会単位で設置する地域ケアネットワーク会議の基礎となる会議として自治会単位で開催する地域会議で地域のニーズを把握し、その解決策を検討するため地域ケアネットワーク会議を開催する。
- 一方、支援者側としては、行政の専門職が行う個人支援（ソーシャルワーク）と、市社会福祉協議会のエリア担当者が行う地域支援（コミュニティ・ソーシャルワーク）の両面から、地域ニーズの把握を行う。

(地域資源の開発)

- 各住民自治協議会の地域福祉活動に関する連絡組織（連絡協議会）の設置を進め、地域課題に対する取り組み事例などの情報交換や研修を行う場づくりを行う。
- 地域ケアネットワーク会議において地域における生活課題を検討し、居場所づくりや生活支援のしくみづくりなど、住民主体による地域福祉活動の支援を行う。

(協議体の拡大)

- 地域ケアネットワーク会議で検討された事項は、地域福祉活動計画分野を担う社会福祉協議会が設置している住民参加の検討の場（地域福祉推進委員会、地域福祉活動推進会議）で解決に向けた検討を行い、施策検討が必要な事項は行政の附属機関である審議会（地域福祉計画推進委員会）での検討につなげる。
- 地域包括ケアシステム構築に向け、行政として「保健・医療・福祉分野の連携」「福祉総合相談体制の構築」「自助・互助・共助のしくみづくり」の 3 つの施策を推進している中で、行政から社会福祉協議会へ委託している協議体設置支援に関する事業の効果もあり、現在、約 2 割の地域で地域課題の解決に向けた協議体が設置されている。

(取組の効果)

- 市社会福祉協議会のエリア担当者によるきめ細かい地域支援を行うことで、地域の中でも協議体に関する認識度が高まってきている。住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための大きな取り組みとして、継続的・計画的な支援をすすめて

いく。

- 地域課題の解決に向けた協議体（地域ケアネットワーク会議）が立ち上がることにより、地域における支え合い活動などの地域福祉活動が活性化され、地域包括ケアシステムの構築に向けた「自助・互助・共助のしくみづくり」が高まっている。

(4) NPO型①

【NPO法人ふらっとステーション・ドリーム（神奈川県横浜市）の取組事例】

（コーディネーター）

NPO法人ふらっとステーション・ドリーム

（協議体の構成団体）

- ・ 高齢者関係団体 6 団体
- ・ 子育て関係団体 3 団体
- ・ まちづくり関係団体 2 団体
- ・ 自治会関係 3 自治会
- ・ 学校関係 小学校校長・PTA
- ・ 行政 区役所

以上の団体が「地域運営協議会」を構成し、月1回集まり、将来に向けた地域の課題等について話し合いを行っている。

（取組の経緯）

- 横浜市戸塚区の南西に位置するドリームハイツは、約40年前に分譲された大規模中高層団地で、入居開始当初は30～40代の子育て世代が多く入居したが、現在その世代の多くは高齢化し、その子ども世代は独立して、人口の減少が進んでいる状況である。また、最寄り駅まで遠く、交通の便が悪い場所であり、さらには、団地内に店舗や医療・福祉施設もほとんどなかったため、地域住民が自発的に必要なサービスを共助の精神で築き上げてきた。

第1期（1974～）自主保育、保育園、学童等の子育て関係

第2期（1985～）高齢者向けの配食サービス、家事・介護の助け合い、
介護保険介護予防・高齢者向けのサロン

第3期（1996～）障がい児・者支援、（放課後の居場所、地域作業所）
地域の居場所（ふらっとステーション・ドリーム）
まちづくり活動

第4期（2007～）市民主体の「地域運営協議会」がスタート

- その動きの中で、第3期には団地住民の高齢化と共に、介護や見守り、居場所が地域の課題となり、高齢者を支援する3つの団体、「ドリーム地域給食の会（高齢者向けの給食サービス）」、「ふれあいドリーム（介護保険事業、障害福祉サービス事業等）」、「いこいの家 夢みん（介護予防プログラムを実施する交流サロン）」が中心となり、平成17年にコミュニティカフェ「ふらっとステーション・ドリーム」が開設された。

- ふらっとステーション・ドリーム設立のきっかけは、戸塚区の地域福祉計画策定委員が行った 30 回以上に及ぶ懇話会であり、その中で、区役所まで足を運ばずに必要な情報が手に入る場所が欲しい、日頃の悩みを相談できる場所が欲しいといった、気軽に地域で集うことができる場所を要望する住民の声が見えてきた。こうした意見を受け、薬局の空き店舗を改装して、住民同士が交流し支え合う憩いの場「ふらっとステーション・ドリーム」が創設された。

(地域ニーズの把握)

- 以下の事業を通じたニーズの把握
 - ・ 年齢、障がいの有無等対象者を問わず、皆が飲食を共にし、交流できるサロン事業の運営（日曜祝日を含む毎日営業）。
 - ・ 高齢者の医療福祉に関する情報提供や、担当者による健康相談などを実施するよろず相談所の運営。
 - ・ 地域の高齢者の抱える不安を解消する手段として、地域住民ニーズに合わせた講座を定期的に関講する文化交流事業の実施。

(地域資源の開発)

- 高齢者や子ども向けの福祉などの地域課題を住民が解決することを目指し、自治会や市民活動団体等 7 団体が主体となって結成された「ドリームハイツ地域運営協議会」が運営する見守りネットセンターが取り組む、「安心カード」の全住民への配布や家庭の電力量変化で部屋の異変を関知する高齢者に係る見守りシステムの実施に向けた検証。
 - ※ 「ドリームハイツ地域運営協議会」は、ふらっとステーション・ドリームが事務局を担当し、横浜市のエリアマネジメントのモデル事業（身近な地域・元気づくりモデル事業）として採択され、市民が主体的に地域課題を解決し、行政がその後押しをする、行政と市民の対等な関係が構築されている

(協議体の拡大)

- 空き店舗を改築して法人事務所として使用しているが、そこを有料でギャラリーとして地域に開放したり、店頭コーナーの売上げの一部を納めてもらったりすることによる安定的な収入の確保や、地元農家や商店、自家菜園から野菜等を提供してもらい、ランチの食材費を抑える等支出抑制の工夫による活動継続のための取組を推進している。

(取組の効果)

- ふらっとステーション・ドリームは、後に NPO 法人格を取得し、地域住民の交流の場を提供する活動を中心に、様々な地域づくり事業を行っており、今では 18 の組織同士が互いにネットワークを組んで、利用者の利便性を図っている。
- ふらっとステーション・ドリームは、仲間づくりや新たな自己発見を通じた利用者の生活の質の向上や、栄養バランスの良い食事の提供を通じた健康維持・管理等に寄与している。

(5) NPO型②

【NPO法人介護者サポートネットワークセンターアラジン（東京都杉並区）の取組事例】
（コーディネーター）

NPO法人介護者サポートネットワークセンターアラジン

（協議体の構成団体）

- ・ NPO法人介護者サポートネットワークセンターアラジン
- ・ 移動サービスNPO（おでかけサービス杉並）
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 町会長
- ・ 老人会世話人
- ・ 民生委員
- ・ 見守りボランティア

（取組の経緯）

- NPO法人介護者サポートネットワークセンターアラジンが事務局となり、平成24年度地域支えあい体制づくり補助金（東京都補助金）により「高齢者の居場所づくりとしてのコミュニティカフェおよび地域づくり事業」を杉並区成田東地域で提案。地域包括支援センター（ケア24松ノ木）並びに移動サービスNPO（おでかけサービス杉並）と共に実行委員会を立ち上げ、企画実施の提案を行った。
- その後、成田東地域に居住するひとり暮らしの高齢者が地域高齢者のコミュニティカフェの場として、個人宅のリビング（23畳）を週1回地域に開放することに承諾いただき、カフェスペースの確保ができた。
- 企画内容としては、①カフェボランティア養成講座の開催、②地域資源マップ作成、③地域運営推進委員会の開催、④日帰り外出ツアーなどがあげられる。

（地域ニーズの把握）

- 地域包括支援センター等地域ネットワークのこれまでの情報のやりとりの中で、従前から高齢者の居場所や社会参加の場の必要性を共有していた。

（地域資源の開発）

- カフェボランティア養成講座において、地域で高齢者の居場所としてカフェ等を運営するボランティアをしたいというメンバーが集まり、平成25年3月よりカフェ活動をスタートした。NPO法人介護者サポートネットワークセンターアラジンは、ボランティアのコーディネートやミニ講座企画などの支援を行った。
- 地域包括支援センターを中心に、商店やつどい場などをマッピングした地域資源マップを作成し、町会を通じて配布を行った。
- 3つの地域包括支援センター（阿佐ヶ谷ブロック）の共同会議を経て、3地区でのつどい場掘り起し活動を行い、次の居場所づくりのための資源マップを作成した。（平成25年度杉並区長寿応援ファンド助成金活用）

(協議体の拡大)

- カフェがきっかけとなり、町会長や民生委員等を構成団体とした協議体の集まりを隔月で開催し始め、各団体の活動報告や地域の課題などを共有する機会を設けた。
- 1つの地域包括支援センターから3つの包括支援センターへ居場所の活動が拡がり、新たなカフェとのネットワークもできた。

(取組の効果)

- 平成26年3月には、ボランティアグループ「ららカフェ」として、ボランティアが全ての企画・運営を担う自主グループとして育ち、自立に至った。
- ノルディックウォークや歌声喫茶などの企画により70代～80代の高齢男性が生き生きと参加する姿が増えた。中には認知症の初期の高齢者もあり、確実に地域の住民による自主的な見守り機能を含む居場所となっている。
- 地域運営推進委員会についても、平成26年7月より、地域包括支援センターが運営を担うことになり、協議体は地域のネットワーク機関として継続運営されることになった。

※《参考事例：家族介護者の孤立を予防するケアラーコミュニティの形成システム》

(コーディネーター)

介護者の会ネットワーク

(協議体の構成団体)

- ・ NPO法人介護者サポートネットワークセンターアラジン
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 介護者の会
- ・ 介護者サポーター
- ・ 介護者の会ネットワーク会議
- ・ 行政 他

(取組の経緯)

- かねてより杉並区は、介護保険制度施行等により、要介護者支援の施策が示されたものの、家族介護者等に対する支援が不足しているとの認識を持っており、地域で家族介護者等を支援するボランティアを養成するために、平成17年秋に「介護者サポーター養成講座」を開催した。
- その後、平成18年3月に、その修了生が「杉並介護者応援団」を結成し、行政や専門機関、地域住民と協力しながら、介護者の会の運営とネットワーク化の支援をするなどの活動を行っている。
- NPO法人介護者サポートネットワークセンターアラジンでは、介護者の会の立ち上げ及び活動支援を行い、要介護者本人と家族同士の地域でのネットワーク

の形成と社会参加を推進することにより、家族が地域で孤立しないよう支援する地域体制をつくることに力点を置いている。

(地域ニーズの把握)

- 介護者の会（月1回程度のペースで家族介護者等が集う会）のリーダー間のネットワークを通じた、首都圏における介護者の会の整備状況のマッピングやその必要性、取組の課題等の共有
- 介護者サポーター養成講座で養成された介護者サポーターによる、介護者の会等を通じた介護者のニーズを把握（地域包括支援センター等とつなぐ）

(地域資源の開発)

- 杉並区内を中心に、地域包括支援センターとの共同により、介護者の会の立ち上げ（区内15か所）と並行して、立ち上げを支援する介護者サポーターを養成
- 養成された介護者サポーターが中心となった、家族介護者等の支援のための中核的な拠点となる新たなNPOや市民グループの立ち上げ

(協議体の拡大)

- 結成された首都圏の介護者の会のリーダーが集まる「介護者の会ネットワーク会議」を年4回程度開催
- 「市民発！介護なんでも文化祭」を平成17年から年1回開催し、展示や相談、交流、セミナーなど様々な取り組みを実施し、介護者を中心として、専門職、企業、事業者、支援者、行政などとのネットワークを生み出している。

(取組の効果)

- 新たな市民グループ等の活動をきっかけに、杉並区以外にも港区や練馬区、目黒区、豊島区、新宿区等にも取組が展開。
- 介護者の会以外に「ケアラズカフェ」として、敷居を低くした介護者の居場所づくりが展開（平成24年4月杉並区）。

(6) 中間支援組織型

【NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸（兵庫県神戸市）の取組事例】
(コーディネーター)

NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸

(協議体の構成団体)

- ・ NPO法人コミュニティ・サポートセンター神戸
- ・ (公財) 神戸いきいき勤労財団
- ・ 大学（兵庫県立大学・甲南大学・神戸学院大学等）
- ・ 社会福祉協議会
- ・ 生活協同組合
- ・ 行政（兵庫県・神戸市等）

・企業（一部上場・地元企業等）

（取組の経緯）

- 平成7年1月の阪神・淡路大震災を契機に生まれたボランティアグループ 東灘地域助け合いネットワーク（現NPO法人東灘地域助け合いネットワーク）が前身。「自立と共生」に基づくコミュニティづくりを支援する地域密着型サポートセンターとして平成8年10月に発足した。
- 誰もが孤立することなく、誰かとつながり、居場所と社会的役割が得られることを、「ヒト・モノ・カネ・情報」の側面から総合的に支援している。
- NPOの活動開始等に関する情報提供、相談、地域の状況把握、講座、仲間づくり、組織づくり、ネットワークづくり、評価までのプロセスを寄り添い型で支援している。

（地域ニーズの把握）

- 神戸市の「NPO法人認証相談窓口」事業を受託し、NPOに関する様々な情報や基礎知識、NPOの設立や運営などの相談の受付。
- NPOに関する知識提供にとどまらず、活動の実現のため、これまで築いてきたネットワークを活用しながらのサポートの実施。

（地域資源の開発）

- コミュニティビジネス（CB）実践講座
ビジネス手法を用いて地域の課題解決を目指す。事業の企画から起業までを総括的にフォローする短期集中型の研修で、個別相談会も行い、各プランにあった人材・基金・拠点、さらに先進事例や行政担当部署の紹介など、経験豊富な講師陣が実践的なノウハウを提供する。
- 社会貢献塾
特に担い手となる人材開発では、社会貢献塾において、座学や実践を通じた地域のしごとや活動について総括的に学ぶ研修プログラムを（公財）神戸いきいき勤労財団と協働で講座を開催しており、修了生の多くが地域のさまざまな仕事や活動に参画し、居場所づくりや里山保全に取り組むグループも立ち上がっている。修了生と現役受講生の交流もさかんである。

（協議体の拡大）

- トータルケアシステム
 - ・助け合いサービスを提供する10団体の団体によるネットワークを形成し、人材開発の共同講座やワンストップ窓口を開くことにより、協議体で展開する基礎を築いた。
 - ・このような流れが、平成24年度に「介護予防・総合事業に関する神戸研究会」につながり、4団体3機関の共同研究として、高齢者ケアのあり方について神戸市に政策提案した。
- つなごう神戸

- ・地域活動や市民活動をする人たちを互いにつなぐためのホームページ。
- ・地域活動や市民活動をする人たちをつなぐホームページ・サイトを通じてNPO・企業・大学・行政の様々な活動情報を提供し、それに参加・協力・利用したい個人や団体との橋渡しをしている。
- 全県キャンパス事業
 - ・兵庫県立大学のプロジェクト『全県キャンパスプログラム』の一環で、様々な企画立案やコーディネート業務を行っている。
 - ・県立大学のキャンパス所在地を中心に、小規模作業所の商品開発やNPOプロモーションビデオ作成など、大学とNPOが協力して地域課題の解決に向けたプロジェクトを実施している。

(取組の効果)

- 人づくりの成果
 - ・相談者年間平均 2,000 人 ※うち 150 人が就職し、140 人が活動に従事。
設立から 18 年間で約 4,000 人が地域のための仕事や活動に就いたことになる。
 - ・各種講座を年間平均 30 講座開催で、地域活動の担い手養成、組織運営支援を行い、導入から継続まで系統的にフォローできる体制を整えている。
 - ・インターンシップ
勤労者・学生には短期長期の「NPO 研究員」インターンシッププログラムを準備し潜在層の掘り起こしに努めている。
- 組織づくりの成果
 - ・相談や講座から生まれた地域活動団体は 350 団体を超え、高齢者・障がい者・子ども・まちづくり・文化スポーツ・防災・環境等幅広い分野で神戸市内を中心に活動。
 - ・組織形態は、NPO 法人が 52%、任意団体が 35%、営利法人が 7%となっている。
- ネットワークづくりの成果
 - ・個人の支援、団体の支援からさまざまなネットワークを生み、さらに共同活動や協働事業を行うように進化してきている。
 - ・NPO とのネットワークである「東灘 NPO フォーラム」や企業との協働事業体「まちづくりスポット神戸」「ハンズオン」(手帳を持たない若者支援)に代表される他セクターとの協働事業は、短期中期に地域課題を解決し、今後の地域活動モデルとして期待される。

第4 サービスの利用の流れ（被保険者の自立支援に資するサービスのための介護予防ケアマネジメントや基本チェックリストの活用・実施、サービス提供等）

（概要）

- 総合事業は、多様なニーズに対して、対象者の要介護状態等となることの予防又は自立した日常生活の支援を目的として実施するものである。

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、介護予防と自立支援の視点を踏まえ、対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から、必要な援助を行うことを目的としている。

さらに、この介護予防ケアマネジメントの考え方は、サービス利用を終了した場合においても利用者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけるとともに、知識や技術の提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要である。

- 総合事業におけるサービス事業の利用においては、必要に応じて住民主体の支援等多様なサービスを効率的に利用促進することとともに、認定に至らない高齢者の増加、自立支援・重症化予防につなげることが重要である。以下に、相談から、基本チェックリストの使用、介護予防ケアマネジメント、サービス提供の流れ等を示す。

（総合事業（サービス事業）の利用の流れ）

① 相談

↓
② 基本チェックリスト／(明らかに)要介護認定等申請／(明らかに)一般介護予防

↓
③ 介護予防・生活支援サービス事業対象者／要介護認定等申請／一般介護予防

↓
④ 介護予防ケアマネジメント依頼書提出（対象者⇒市）

↓
⑤ 名簿登録・被保険者証発行

↓
⑥ 介護予防ケアマネジメント実施
（アセスメント、ケアプランの作成、サービス担当者会議等）

↓
⑦ ケアプラン交付

↓
⑧ サービス事業利用（利用料の支払い等）

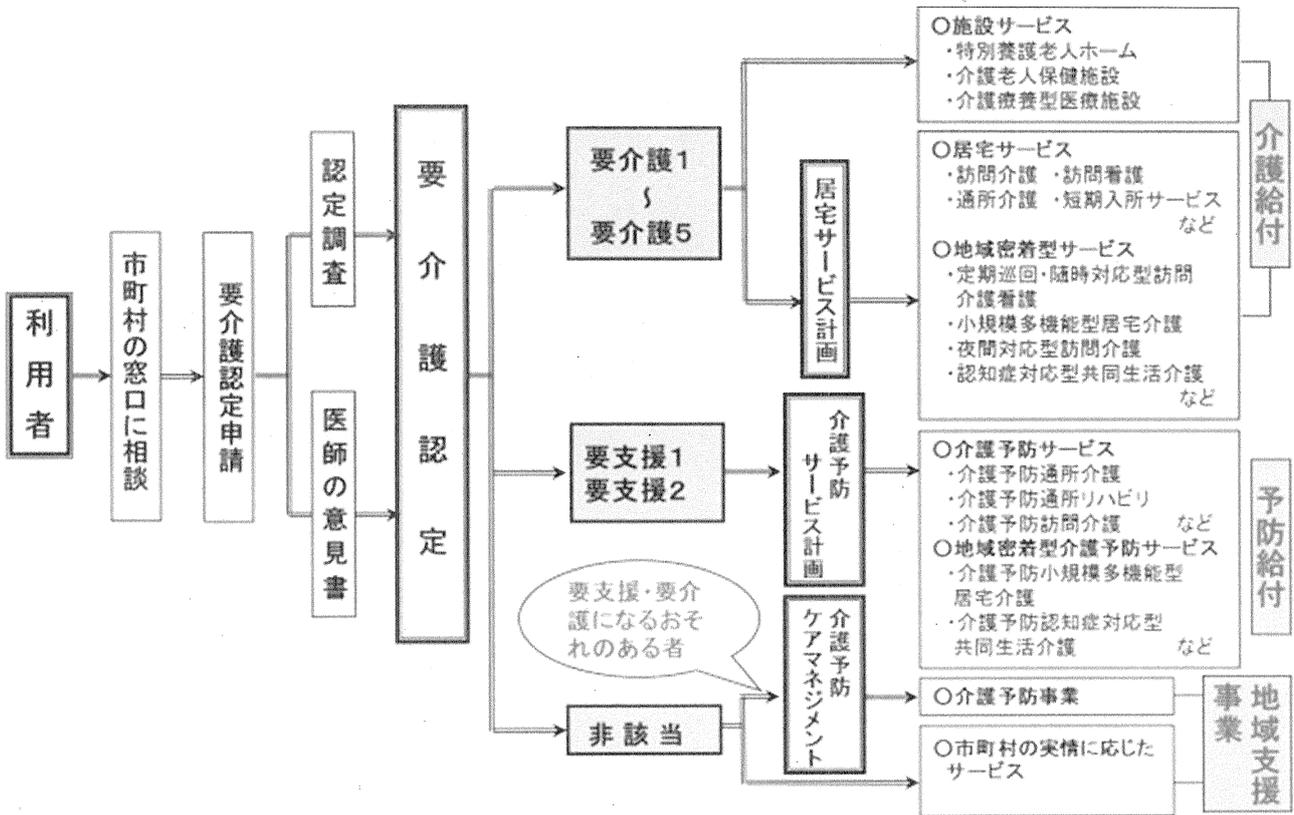
↓
⑨ モニタリング

↓
⑩ 給付管理票作成・国保連合会送付

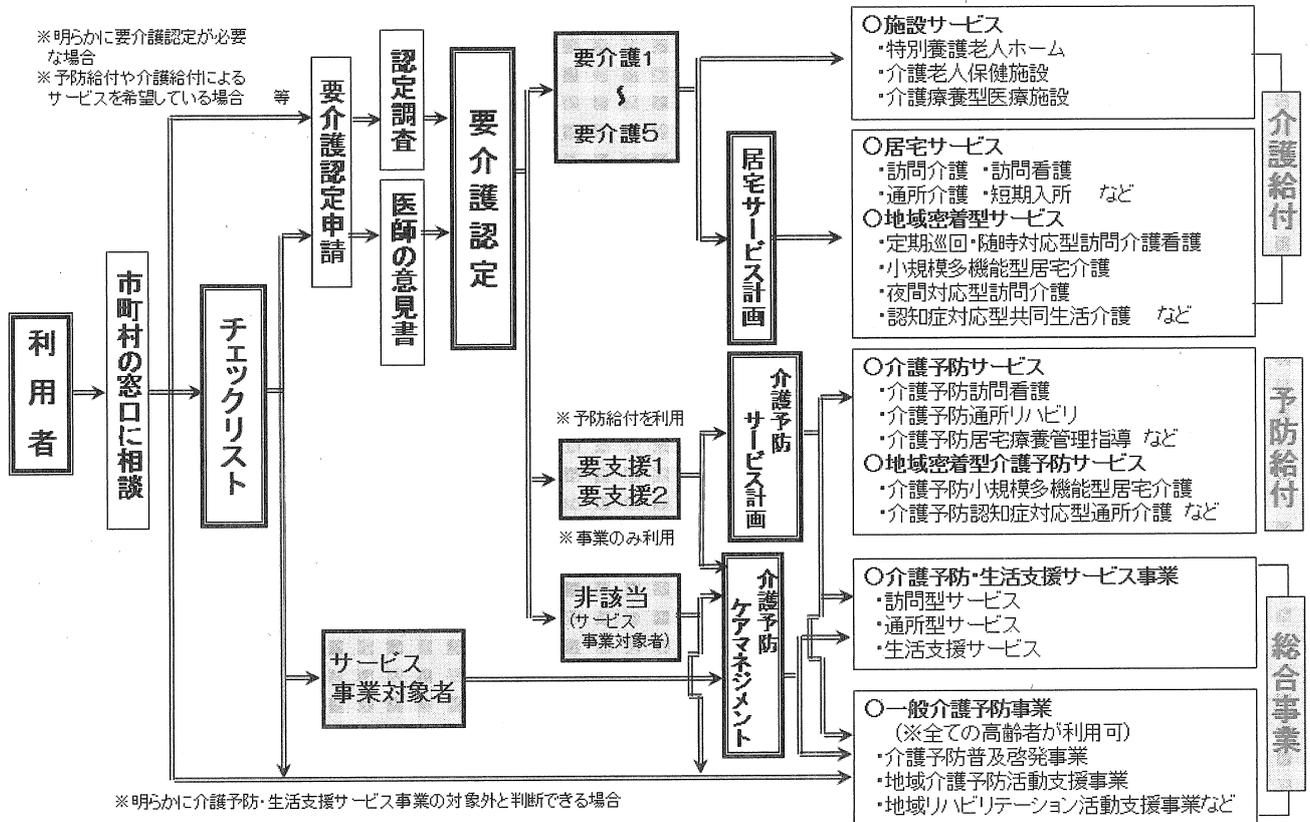
(留意事項)

- 基本チェックリストは、従来のような二次予防事業対象者の把握のためという活用方法ではなく、相談窓口において、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを事業で利用できるよう本人の状況を確認するツールとして用いる。
- 介護予防ケアマネジメントでは、利用者本人や家族との面接にて基本チェックリストの内容をアセスメントによって更に深め、利用者の状況や希望等も踏まえて、自立支援に向けたケアプランを作成し、サービス利用につなげる。

< 現行のサービス利用手続 >



< 総合事業実施後の利用手続 >



1 周知

- 事業を開始するに当たっては、市町村において、総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知を図る。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明できることが望ましい。

◆ パンフレットへの記載が望ましい事項

- ・ 総合事業の目的、対象者、利用開始までの流れ、自立支援の理念等
- ・ サービスの類型ごとのサービス内容、利用方法、月ごと（週ごと）の利用できる回数の目安、利用者負担
- ・ サービス提供事業所一覧
（サービス事業、一般介護予防事業、市町村の単独施策や民間サービスなども参照できることが望ましい。）
- ・ 介護予防ケアマネジメントに関する留意事項（評価等）
- ・ サービス事業利用終了後について
（セルフケアの重要性、一般介護予防事業への参加）

[参考]～地域ネットワークによる支援が必要な対象者の発見と情報の共有～ （地域づくりによる効率的な事業運営）

- ・ 本人や家族からの申請を必ずしも待たずに、また、基本チェックリストの一律配布等によらずに、地域の重層的なネットワークを構築することにより、支援が必要な高齢者を早期発見・早期支援し、自立支援を促進する。
- ・ 一般介護予防事業を地域で活性化させることにより、閉じこもり等で参加が困難な者、重度化により参加できなくなった者等に対して、住民・自治会・民生委員・ボランティア等から地域包括支援センターへの相談を勧めるほか、地域包括支援センターに情報提供する仕組みをつくる（住民ネットワーク）。
- ・ 医療機関や介護サービス事業者、その他の相談機関等では、支援が必要な高齢者を把握した場合に、一律に要介護認定等申請を勧めるのではなく、総合事業におけるサービス事業や一般介護予防事業への参加を紹介するほか、地域包括支援センターへの相談を勧める、本人の了解を得て地域包括支援センターに情報提供するなどの対応を行う（専門機関によるネットワーク）。
- ・ その他、高齢者が日常的に利用する機関（銀行、郵便局、商店など）が、支援を必要とする高齢者を把握した場合は、本人やその家族に対して市町村窓口または地域包括支援センターへの相談を勧めるなどの対応を行う（民間事業者を活用したネットワーク）。
- ・ これらの情報に基づいて、地域包括支援センター等は当該高齢者宅に訪問するなどのアウトリーチ機能を発揮して状況を把握するとともに、適切な医療・介護・生活支援・介護予防につなぐ。その際、基本チェックリストの活用・実施によって事業対象者に該当した場合は、サービス事業を紹介する。
- ・ 上記のような重層的なネットワーク構築のためには、市町村や地域包括支援センターが中心となって、住民や関係機関、地域のあらゆる社会資源に対する普及啓発が必要であり、一般介護予防事業、サービス事業及び給付について、

誰もが理解できるようこれらの制度を周知していく必要がある。

- ・ また、相談を勧めても適切な支援につながらない高齢者については、支援が必要になった時に地域住民や関係機関が市町村窓口や地域包括支援センターにつなぐことができるよう、日頃から関係づくりを行っておくことが重要である。

[参考]～市町村及び地域包括支援センターの日常業務における対象者の把握～

- ・ 市町村や地域包括支援センターは、通常の業務において可能な限り地域の高齢者の状況把握に努め、支援を必要とする高齢者については適切な医療、介護、生活支援、予防等のサービスにつなげる。
- ・ 市町村は、介護分野のみならず、保健部門、高齢者福祉部門、障害者福祉部門、まちづくり部門等との横断的な連携を行い、支援を必要とする高齢者を把握した場合は適切なサービスや事業につなげる体制づくりを強化する。
- ・ 特に保健部門においては、各種健康診査の機会を捉えて利用者を把握したり、地域の健康づくり活動等の事業と結びつけたり、総合事業との連続的な支援ができるよう工夫する。
- ・ 地域包括支援センターは、高齢者が一般介護予防事業に積極的に参加し、孤立しそうな高齢者を地域の力で支え、必要なときに適切なサービスや支援につなげられるよう、包括的支援事業の各種業務等を通じて地域に働きかける。

2 相談

(相談受付)

- 相談受付時は、まず、被保険者より、相談の目的や希望するサービスを聴き取る。
- 窓口担当者は、サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明を行う。(特に、サービス事業は、その目的や内容、メニュー、手続き等について、十分説明を行う。)
- ※ 明らかに要介護認定が必要な場合や予防給付(介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等)や介護給付によるサービスを希望している場合等は、要介護認定等の申請の手続につなぐ。
- ※ 介護予防のための住民主体の通いの場など、一般介護予防事業の利用のみを希望する場合は、それらのサービスにつなぐ。
- 総合事業の説明の際には、①サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して基本チェックリストを用いて事業対象者とし、迅速なサービスの利用が可能であること、②事業対象者となった後や、サービス事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であることを説明する。
- あわせて、介護予防・日常生活支援総合事業の趣旨として、①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進をはかる事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを、説明する。

例えば、サービス事業における医療・保健の専門職（保健師、リハビリテーション専門職等）が関与する訪問型サービスC、通所型サービスCについては、ケアマネジメントにより、維持・改善すべき課題（目標）に対して有効なサービスを利用し、課題（目標）達成後は、地域の集いの場に移行するものである等、事業の趣旨を利用者に説明の上、事業でのサービス提供について理解を得る。

- サービス事業利用のための手続きは、原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて行う。ただし、本人が来所できない（入院中である、相談窓口が遠い、外出に支障がある等）場合は、電話や家族の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聴き取る。

このような場合における基本チェックリストの活用・実施については、本人や家族が行ったものに基づき、介護予防ケアマネジメントのプロセスで、地域包括支援センター等が本人の状況を確認するとともに、事業の説明等を行い、適切なサービスの利用につなげる。

居宅介護支援事業所等からの代行によるチェックリストの提出も可とするが、本人が来所出来ない場合と同様の扱いとする。

- なお、「第1の2（1）介護予防・生活支援サービス事業」のとおり、第2号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため、基本チェックリストを実施するのではなく、要介護認定等申請を行う。

3 基本チェックリストの活用・実施

（概要）

- 地域包括支援センターや市町村窓口において、生活の困りごと等の相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを行う。

基本チェックリストの質問項目及び基準については、改正前の二次予防事業対象者の把握として利用していたものと変わらないものとし、以下に掲げる＜事業対象者に該当する基準＞に該当する者について、地域包括支援センター等において介護予防ケアマネジメントを実施する。その際、対象者の基準については「閉じこもり」「認知機能の低下」「うつ病の可能性」を判断する項目についても活用する。

- 実施に際しては、後述の「基本チェックリストの使い方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら、本人等に記入してもらう。
- 「表8 事業対象者に該当する基準」のある1つの基準のみに該当（例えば「口腔機能の低下」のみに該当）した場合でも、介護予防ケアマネジメントにおいてアセスメントを行い、該当した基準の項目に関係なく、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、必要なサービスにつなげる。

（留意事項）

- 市町村窓口においては、必ずしも専門職でなくてもよい。
- 基本チェックリストの活用・実施の際には、質問項目と併せ、利用者本人の状況やサービス利用の意向を聞き取った上で、振り分けを判断する。

- 市町村窓口で基本チェックリストを実施した場合には、一般介護予防事業のみを利用する場合を除いて、基本チェックリストの実施結果等を地域包括支援センターに送付し、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを開始する。
- 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、一般介護予防へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行う。
- なお、基本チェックリストの活用・実施により、要介護認定等の申請が必要と判断した場合は、認定申請を受け付ける。
- また、要介護認定等の申請とサービス事業の利用を並行して進める場合や、事業対象者として介護予防ケアマネジメントを行っている中で要介護認定等申請を行う場合もある。
- 介護予防ケアマネジメント活用・実施に当たって、市町村窓口で基本チェックリストを実施した場合は、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けけることを、利用者から市町村に対して届け出ることとし、その届出があった場合に市町村は当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。
また、地域包括支援センターで基本チェックリストを実施した場合は、利用者は市町村に対してセンターを通じて、地域包括支援センターから介護予防ケアマネジメントを受けけることを届け出ることとし、その届出があった場合に市町村は当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。
- 被保険者証には、事業対象者である旨、チェックリスト実施日、担当地域包括支援センター名を記載する。
- また、セルフマネジメントの推進のため、本人の介護予防に関する情報が集約されたものとして、「介護予防手帳（仮称）」を作成し、被保険者証への記載事項の代用とすることも可能とする。

表7 基本チェックリスト様式例

記入日：平成 年 月 日()

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目			回答：いずれかに○ をお付けください	
1	バスや電車で1人で外出していますか			0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか			0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか			0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか			0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか			0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか			0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか			1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか			1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか			1. はい	0. いいえ
12	身長	cm	体重	kg	(BMI =) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか			1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか			1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか			1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか			0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか			1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか			1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか			0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか			1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない			1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった			1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる			1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない			1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする			1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5 未満の場合に該当とする

表8 事業対象者に該当する基準

①	No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	(複数の項目に支障)
②	No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当	(運動機能の低下)
③	No.11～12 の 2 項目のすべてに該当	(低栄養状態)
④	No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当	(口腔機能の低下)
⑤	No.16～17 の 2 項目のうち No.16 に該当	(閉じこもり)
⑥	No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当	(認知機能の低下)
⑦	No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当	(うつ病の可能性)

表9 基本チェックリストについての考え方

【共通事項】		
①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。		
②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。		
③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。		
④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。		
	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねてい

	少がありましたか	ます。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

4 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

介護予防ケアマネジメントは、利用者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うものである。

(1) 介護予防ケアマネジメントの概要

(概要)

- 介護予防ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施するものとするが、市町村の状況に応じて、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に対する委託も可能である。
- 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、市町村においてその地域の実情に応じて、どのような実施体制が望ましいかについて検討し、実施する。

<望ましい実施体制の例>

ア 地域包括支援センターが、すべて介護予防ケアマネジメントを行う。

イ 初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行い、(1クール終了後の)ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所で行い、適宜、地域包括支援センターが関与する。

※ 居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、地域包括支援センターは初回の介護予防ケアマネジメント実施時には立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与する。

(予防給付とサービス事業を併用する場合)

- 予防給付とサービス事業によるサービスをともに利用する場合にあつては、予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われる。

給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理の必要なものについては、併せて限度額管理を行う。

- 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、前述と同様、事業によるサービスを利用している場合にあつても、事業によるケアマネジメント費を支給しない。

(要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント)

- 福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請を行うことになる。
- 要介護認定等申請とあわせて、サービス事業による訪問型サービスや通所型サービス等の利用を開始する場合は、現行の予防給付の様式で介護予防ケアマネジメントを実施する。
- 要介護認定等申請とあわせて基本チェックリストを実施した場合は、基本チェ

ックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス事業のサービスを利用することができる。その後、「要介護1以上」の認定がなされた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間、サービス事業によるサービスの利用を継続することができる。

なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行してサービス事業を利用することはできない。

※ 認定結果と利用サービスや報酬の関係は、第6の1(11)サービス利用開始又は認定更新時期における費用負担を参照。

(2) 総合事業における介護予防ケアマネジメントの考え方と類型

介護予防ケアマネジメントの考え方

○ 介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

○ 新しい総合事業における「介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）」は、生活上の困りごとがあり、何らかの支援を必要として窓口に来た者のうち、基本チェックリストの記入により、「事業対象者に該当する基準」のいずれかに該当した者に対して行うものである。

※ 新しい総合事業に移行することによって、これまでの二次予防事業は廃止となり、二次予防事業対象者に対して必要に応じて実施していた「介護予防ケアマネジメント業務」も廃止される。

○ 地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状態になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

○ 新しい総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。

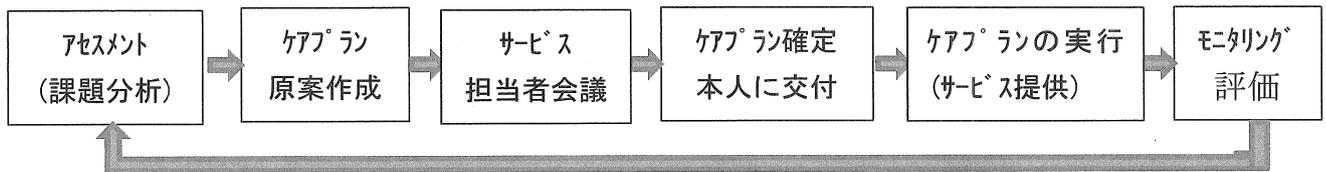
○ このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

介護予防ケアマネジメントの類型

○ 介護予防ケアマネジメントにおいては、高齢者の自立支援を考えながら、利用者と、目標やその達成のための具体策を共有し、利用者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できるよう支援することが求められる。

そのためには、より身近に、分かりやすい情報や、専門職の助言、サービス事業の利用による効果などを得られる体制をつくりつつ、利用者がそれらを理解して、自身の行動を変えていくよう、ケアマネジメントのプロセスにおいて、利用者の状態等について説明しながら、共有していくことが必要である。

(参考) 原則的なケアマネジメントのプロセス



○ 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、

- ① 原則的な介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントA)
 - ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントB)
 - ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントC)
- の3パターンに分けて行う。

(具体的な介護予防ケアマネジメント (アセスメント、ケアプラン等) の考え方)

①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントA)	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 (利用者・サービス提供者へ) →サービス利用開始 →モニタリング (給付管理)
②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントB)	
<ul style="list-style-type: none"> ・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合 (指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等) 	アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 (利用者・サービス提供者へ)

	→サービス利用開始 →モニタリング（適宜）
③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントC）	
・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 （※必要に応じ、その後の状況把握を実施）	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※（ ）内は、必要に応じて実施

① 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。

モニタリングについてはおおむね3ヶ月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）と同様であるが、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等を行わない。

また、その者の状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらう。

このとき、第5の1（6）で示す「介護予防手帳」の利用も想定している。

ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、事業によるケアマネジメント費が支払われる。

（初回のみ介護予防ケアマネジメントにおける留意事項）

- 初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施することとした場合は、その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とする。
- 初回のみ介護予防ケアマネジメントや簡略化した介護予防ケアマネジメントによりモニタリングを省略する場合は、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておくことが適当である。

＜状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例＞

- ・ サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ・ 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ・ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ・ 出席簿を作成の上、毎月報告を求める。

- 市町村（地域包括支援センター等）の判断により、①から③までの介護予防ケアマネジメントのプロセスは、その途中においても、利用者本人の状況等に応じて、変更できるものである。
- 介護予防ケアマネジメントを行い、整理された課題に対する具体的ケアプラン（好事例等）については、第5の2（1）自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点を参照。
- ケアプラン、ケアマネジメント結果等を交付された後、利用者は、サービスの利用を開始する。
- モニタリング、サービス担当者会議の実施と報酬に関しては、「表 10 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費」「第5の2（2） サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援」をあわせて参照のこと。

（3） 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

- 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果適当と判断したサービスの内容について、利用者が十分に理解し、納得する必要がある。そのため、地域包括支援センターは、利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、専門的な視点からサービスを検討し、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているのか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供することが重要である。
- 給付管理を伴わないサービス利用の場合においても、指定サービスについて給付管理が行われる趣旨が損なわれることのないよう、利用者の状態等に応じた内容・量のサービスをすることが適当である。
- 総合事業における介護予防ケアマネジメントは、第1号介護予防支援事業として地域包括支援センターによって行われるものであり、指定介護予防支援事業所により行われる指定介護予防支援とは異なる。また、ケアプランの自己作成に基

づくサービス事業の利用は想定していない。予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、市町村の承認が必要である（介護給付と異なる）が、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつないでいくことが適当である。

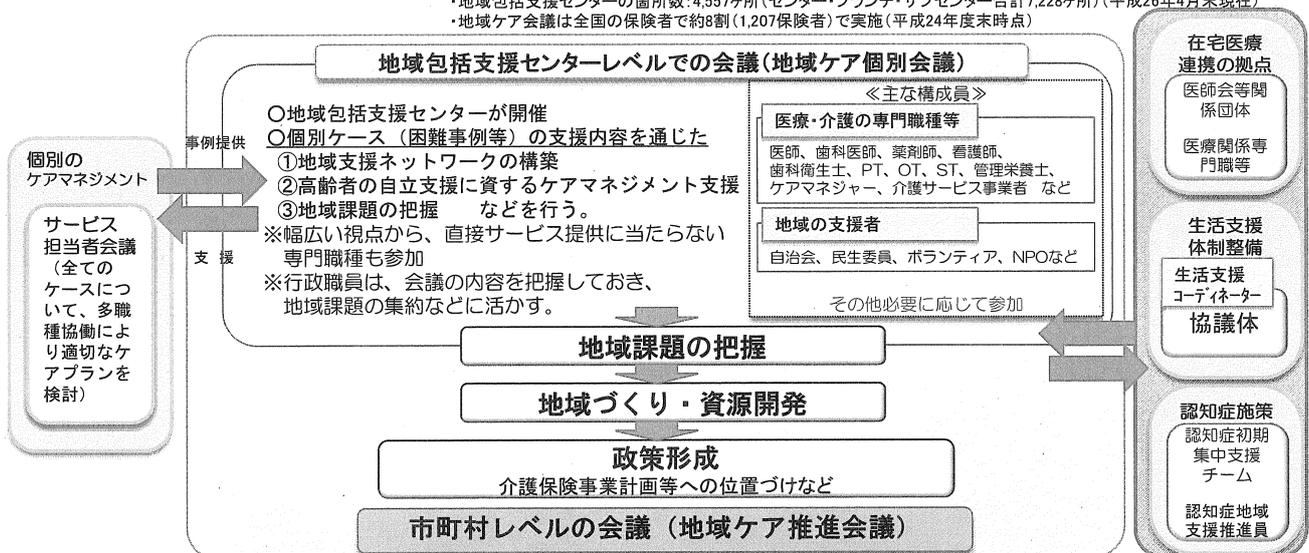
- 総合事業の介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものであり、その介護予防ケアマネジメントの支援の一つとして、地域ケア会議の活用が考えられる（以下参照）。

<地域ケア会議のイメージ>

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」（地域包括支援センター及び市町村レベルの会議）については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うとともに、地域づくり・政策形成等につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
 - ・適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
 - ・市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・地域ケア会議参加者に対する守秘義務を規定、関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能 等

・地域包括支援センターの箇所数：4,557ヶ所（センター・プラチ・サブセンター合計7,228ヶ所）（平成26年4月末現在）
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,207保険者）で実施（平成24年度末時点）



<地域ケア会議で介護予防ケアマネジメント支援を行っている取組例>

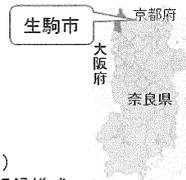
地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

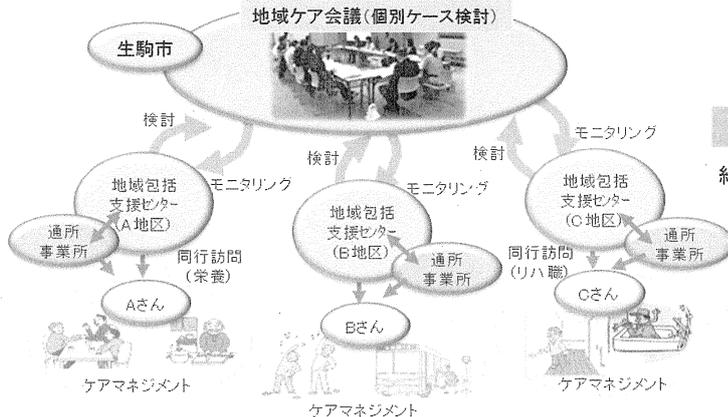
【ここがポイント！】

- ① ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ② 1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③ 疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④ 継続(毎月1回)

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
- ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
- ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円
平成25年4月1日現在	



- 地域包括支援センター
- ・ 自立支援の視点が定着
 - ・ アセスメント力が向上
 - ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
 - ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
 - ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
 - ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

- 通所事業所
- ・ 自立支援の視点が定着
 - ・ アセスメント力が向上
 - ・ 的確な個別プログラムが立てられる
 - ・ 通所の“卒業”の意識が定着
 - ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

事例 (生駒市)	84歳 男性 高齢世帯(夫)	要支援1(2012/6/1～2013/5/31)	⇒ 更新せず
	83歳 女性 (妻)	要介護1(2012/6/1～2013/5/31)	⇒ 要介護1
要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。			



	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能となる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域ケア会議による検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ(週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 ↓ 夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10)
リハ職の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	(夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ち明るくなり、活動的になっている。

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供

(介護予防ケアマネジメントにおける様式)

○ 介護予防ケアマネジメントに関する様式については、予防給付で用いている様

式を活用する他、市町村の判断で任意の様式を使用することも可能である。

また、介護予防ケアマネジメントを簡略化する場合においては、市町村の判断でケアプランの様式を任意で簡略化したものを作成して使用することも可能である。ただし、市町村で統一しておくことが望ましい。

- ケアプランの作成の必要がなく、初回のみケアマネジメントを行う場合は、サービス事業の利用の前に利用者及びサービス提供者等とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできる。ケアマネジメント結果としては、「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策（利用サービス）」「目標を達成するための取り組み」等については記載がのぞましい。

また、介護予防ケアマネジメントの形態にかかわらず、ケアプラン内容やケアマネジメントの結果の他、本人の介護予防に関する情報を記載して、本人に携帯してもらえるような取組なども検討することが望ましい。

※ 第5の1(6)「介護予防手帳（仮称）」等の活用も参照

- 市町村においては、統一した様式を使用するに当たって、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等とも、使用方法や認識の統一を図ることが望ましい。
- また、自立支援に向けたケアマネジメントを進める観点や、多職種間で意識の共有を進める観点から、アセスメントや、課題分析、モニタリングの参考様式として、「興味・関心チェックシート」「課題整理総括表」、「評価表」、「アセスメント地域個別ケア会議総合記録票（モデル事業様式）」等について、積極的に活用することが望ましい。

（サービスの利用開始と費用の支払）

- 事業対象者の特定は、前述のとおり基本チェックリストの活用・実施により行う。基本チェックリストの活用・実施後、介護予防ケアマネジメントが開始されるが、その際、名簿への記載等により、介護予防ケアマネジメントの対象者を特定しておく。
- 事業対象者である旨の証（被保険者証）は、基本チェックリスト実施により事業対象者であると特定された後、介護予防ケアマネジメントの依頼を受けたタイミングで発行する。（予防給付における「介護予防サービス計画作成依頼届出書」の提出に代わり、事業では「介護予防ケアマネジメント依頼書」を提出する。）
- 要介護認定等申請を行い、非該当となった場合は、基本チェックリストを実施し、サービス事業の対象とすることができる。（通常の流れと同じく、「介護予防ケアマネジメント依頼書」の作成、名簿登録、被保険者証の発行を行う。）

なお、要支援認定を受けている者が要支援認定を更新せずに継続的にサービスを利用することができるよう、有効期間終了時に介護予防・生活支援サービス事業の対象者とするすることで、引き続き介護予防ケアマネジメントに基づき、切れ目のないサービスを利用することを可能とする。

- ケアマネジメントの各類型による、介護予防ケアマネジメント費の考え方については、「表 10 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費」を参照のこと。

＜表 10 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費（サービス提供開始の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方）＞

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービスの	サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3ヶ月後)		
原則的な ケアマネジメント		指定事業者 のサービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○	
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (面接による) (※1)	
			報酬	基本報酬 + 初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬	
		訪問型C・ 通所型C サービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○	
			モニタリング等	—	○	○	○	
			報酬	基本報酬 + 初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬	
簡略化した ケアマネジメント		その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	△ (必要時実施)	×	×	×	
			モニタリング等	—	×	×	△ (必要時実施)	
			報酬	(基本報酬-X-Y) + 初回加算 (※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	
		作成なし ケアマネ ジメント 結果の 通知	その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	×	×	×	×
				モニタリング等	—	×	×	×
				報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×
初回のみ ケアマネジメント		一般介護 予防・民間 事業のみ	サービス担当者 会議	×	×	×	×	
			モニタリング等	—	×	×	×	
			報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×	

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要

(※2) 基本報酬: 予防給付の単価を踏まえた単価を設定

(※3) X: サービス担当者会議実施分相当単位, Y: モニタリング実施分相当単位

(※4) 2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～

1 関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）

(1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

- 地域包括ケアシステムの構築においては、市町村は、介護保険事業計画等で目指すべき方向性を明確にし、地域単位で具体的な基本方針を定め、その基本方針を介護サービス事業者・医療機関・民間企業・NPO・地縁組織・住民等のあらゆる関係者に働きかけて共有することによって、地域内に分散しているフォーマル・インフォーマル資源を統合していくことが重要である。

(参考) 市町村が進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有されることを表すものとして、「規範的統合」という表現がある（価値観、文化、視点の共有）。

※ (『地域包括ケアシステムの構築に向けては、市町村は具体的な基本方針を明示し、関係者に働きかけて共有していく「規範的統合」が必要となる。市町村が示す基本方針の背景についての十分な理解がないままに、システムのみ統合を図っても、その効果は発揮できないため、「規範的統合」は重要な意味を持つ。』地域包括ケア研究会(2014.3)「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムの在り方に関する調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング)

- 総合事業における、各利用者へのサービス提供に係る地域包括支援センターや市町村、事業主体といった関係者間の情報共有及びサービス提供にあたっての意識共有も「規範的統合」であり、ここでは、サービス提供における「規範的統合」を推進するために必要な事項を示す。

(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

- 総合事業では、介護事業所のみならず、NPOや民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、地縁組織、シルバー人材センター等、多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となる。また、高齢者自身が担い手として活躍することで、生きがいや介護予防にもつながるものである。このような幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要である。
- 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要がある。
- そのためには、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、②介護予防に一定期間（例：3か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして③それが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましい※。もちろん、設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。

※ (介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

- 生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合

も少なくない。その際、ケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールとして、「興味・関心チェックシート」が開発されているので、その活用も一つの方法である。

(参考) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<p><u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする</p>
<p><u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます</p>
<p><u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など</p>	<p>関係：家族と仲良く過ごす、近所の人とい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>
<p><u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ</p>	<p>仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理</p>
<p><u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p><u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p><u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める</p>
<p><u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</p>	<p>交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ</p>

(介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別（男・女）記入日：H____年____月____日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×を付けてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014. 3)

- なお、介護予防は終わりのない取組であり、事業の利用が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。さらに、介護予防とは単に総合事業その他の市町村事業だけでなく、家庭でのセルフケアや地域での様々な支援をも含むものであるから、総合事業の直接の関係者のみならず、地域の支え手である民生委員や老人クラブ、自治会・町内会等の役割も重要であり、それらの多様な主体が高齢者の継続した取組を支援するため、「地域が目指すべき目標」について「規範的統合」が図られていくことも重要である。

(3) ケアプランの作成

- 総合事業は、多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となることから、従前の予防給付のようなサービス提供責任者が存在しない形態も想定される。そこで、総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。
 - ※ 従前の予防給付に相当する専門性を要するサービスを提供する場合には、当該事業所と地域包括支援センターが連携し、ケアプランに基づいて個別サービス計画を作成することになる。
- したがって、初回のサービス担当者会議は充実した内容とすることが適当であり、将来を予測した支援の内容等を、一定程度定めておくことが必要になる。
- また、適切な目標設定、サービス選定のためには、アセスメントによる利用者の心身の状況（特にADL、IADL）の正確な把握が欠かせない。課題整理総括表等を活用し、関係者で共有することも望ましい方策である。
 - ※ 市町村で既に活用している様式があれば、当該様式を活用しても可。
- なお、利用者本人が自らのケアプランであると実感し、ケアプランで立てたステップからの乖離に自ら気づくためには、専門用語の使用はできるだけ避けるか、十分に説明をし、理解を得た上で使用する必要があることに留意する必要がある。このことは、多様な事業主体が連携するためにも有効である。

(4) モニタリング・評価

- 地域包括支援センターは、利用者にサービス事業による支援が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、目標との乖離が見られた場合には、再度、ケアプランを作成することになるが、順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接等により評価を行う。この場合は、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業の紹介等、必要な情報提供、アドバイスを行うことが不可欠である。
- また、サービスを利用する過程において、ケアプランで立てたステップからの乖離が見られた時には、事業実施者はもちろんのこと利用者本人や家族もそれに気づき、適宜、地域包括支援センターに情報を集約することで、状況に応じて適切なサービスが提供されるよう努めることも重要である。

(5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

- 法第4条第1項において「国民の努力及び義務」※として示されているように、高齢者には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められている。

※ 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

- 高齢者自身が、必要な支援・サービスを選択し利用しながら、自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められるとともに、自ら健康を保持増進していく過程に対する動機をもち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要である。
- そのためには、セルフマネジメントのプログラムの提供が有効であり、専門機関、専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的と考えられる。具体的には、地域住民に対するセルフマネジメント講習の実施や、地域包括支援センターや保健師・看護師、ケアマネジャー等が、高齢者との接する中で、適宜、その役割を担う体制が期待される。

(6) 「介護予防手帳（仮称）」等の活用

（「介護予防手帳（仮称）」について）

- セルフマネジメントを推進するため、あるいは多様な支援者が本人の心身の状況等を把握し、共有化された支援の方針や目標に向かって支援していくためのツールとして、母子保健において活用されてきた「母子健康手帳」の概念を総合事業に活用することが考えられる※。

※『日本の公衆衛生史のなかでも一定の効果をあげてきた母子保健において、セルフマネジメントのツールとして活用されてきた母子健康手帳の概念を、他の世代にも活用する試みも効果的と考えられる。「養生」の意識が比較的高いと考えられる介護予防の対象者への介入を先行させることも一つの方法である。』

（地域包括ケア研究会（2014.3）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムの在り方に関する調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

- 母子健康手帳の意義は、妊娠期から乳幼児期までの健康に関する重要な情報が、一つの手帳で管理されることにある。母子健康手帳には、各種の健康診査や訪問指導、保健指導といった母子保健サービスを受けた際の記録が一つの手帳に記載されるため、異なる場所で、異なる時期に、異なる専門職が母子保健サービスを行う場合でも、これまでの記録を参照するなどして、継続性・一貫性のあるケアを提供できるメリットがある※。

※「母子健康手帳の交付・活用の手引き」

- 高齢者の分野においても、これまで老人保健事業における「健康手帳」や地域支援事業における「介護予防手帳」が活用されており※1、「介護予防手帳」については、以下を参考とするよう示しているところである※2。

※1 白井市、富山県等。

- 名称：各市町村で命名して差し支えない。
- 用途：介護予防事業の効果的な実施のためには、本人、家族、地域包括支援センター、事業者等の関係者が、介護予防事業に関する情報を共有することが求められる。このため、生活機能の状況や、介護予防ケアプランの内容等をファイリングし、本人に携行させる媒体として、介護予防手帳を活用するものとする。
- 交付対象者：特定高齢者及びその他希望する者
- 大きさ：A4版を標準とする。
- 形態：二穴ファイルを標準とする。
- ファイリングする書類の例：
 - ①基本チェックリスト
 - ②健康診査等の結果票
 - ③医療機関から提供された診療情報
 - ④利用者基本情報
 - ⑤介護予防サービス・支援計画書
 - ⑥介護予防サービス・支援評価表
 - ⑦事業者による事前・事後アセスメントの結果票
 - ⑧介護予防に関する啓発資料
(各プログラムの内容、地域のサービス資源、相談窓口のリスト等)
 - ⑨その他、介護予防に関する書類

(「介護予防手帳(仮称)」の活用)

- 「介護予防手帳(仮称)」は、セルフマネジメントを推進し、規範的統合を図る目的では、以下のように活用することが考えられる。
 - ①地域包括支援センターによるアセスメント結果(心身の状況)や、状態を維持改善するためのアドバイス、必要な支援・サービス、到達すべき短期目標・長期目標等が記入された手帳を交付。
 - ②本人がいつでも手帳の記載内容を確認できるようにすることで、本人のセルフマネジメントを促す。
 - ③サービス利用時には手帳を必ず持参することとし、その都度、サービス提供者も手帳の内容を確認してからサービスを実施し、必ず記録。
 - ④各サービス提供者が他のサービスの実施状況も確認できるようになることで、状況に応じた、より適切なサービス提供が期待でき、まさに規範的統合を推進するツールにもなり得る。
 - ⑤手帳にセルフケアの記録欄等を設けることで、総合事業の利用終了により地域包括支援センターから離れても、セルフマネジメントにより介護予防を継続するためのツールとなる。