

# 4. 「地域資源の開発」と「支援の提供」を分けて考える

＜「地域資源の開発」と「支援の提供」＞

## ■「生活支援体制整備事業（地域資源の開発）」と「総合事業（支援の提供）」は、分けて考える

「総合事業に資するサービスを開発するのが生活支援体制整備事業」ではなく、「（既存サービスに加え）生活支援体制整備事業で開発された支援・サービスの中で、総合事業に適合する支援を組み込む」と考えるべき。

### 【地域資源の開発】

#### ◎既存の地域資源の整理・確認

他部署等の住民主体の取組（健康づくり・生涯学習等）、市町村以外の活動（民間企業やNPO・ボランティア団体等）も含めた幅広い既存事業を把握・整理することが重要。例えば、地域包括支援センターが作成した資源マップなど既存で整理されたものを活用する視点も求められる。

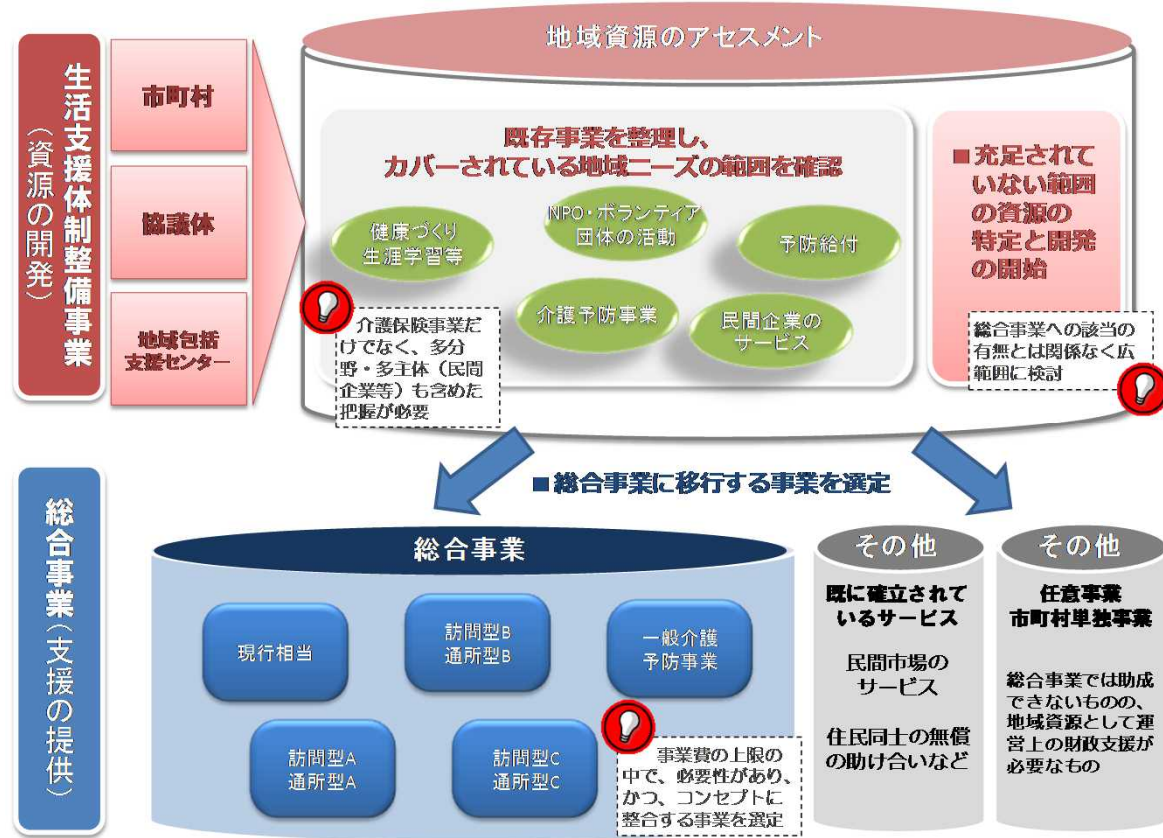
#### ◎地域に不足している資源の特定と開発

既存の地域資源では対応できていない生活支援ニーズを特定し、協議体を活用し、時間をかけて資源開発していくことが重要。

### 【支援の提供】

#### ◎総合事業に移行する事業を選定

①事業費を充てる必要性、②総合事業のコンセプトとの整合性、の観点から優先順位を付けて選定。



※地域資源のすべてを総合事業に取り込む必要はない

※総合事業に組み込む支援・サービスの選定は、【資源の開発】と同時並行で進める。【資源の開発】は多大な時間がかかるため、創設された支援・サービスから総合事業に組み込むかどうかの検討を行って行くのが妥当

# 5. 総合事業への移行プロセス 「移行」に必要なこと

## ■「移行」に必要なことは？

### ◎支援の提供:既存体制からの最小限の移行

一般介護予防事業の通いの場の充実を図りつつ、既存の介護予防訪問介護・通所介護をみなし指定の事業所として、総合事業の中で活用することで移行が可能。

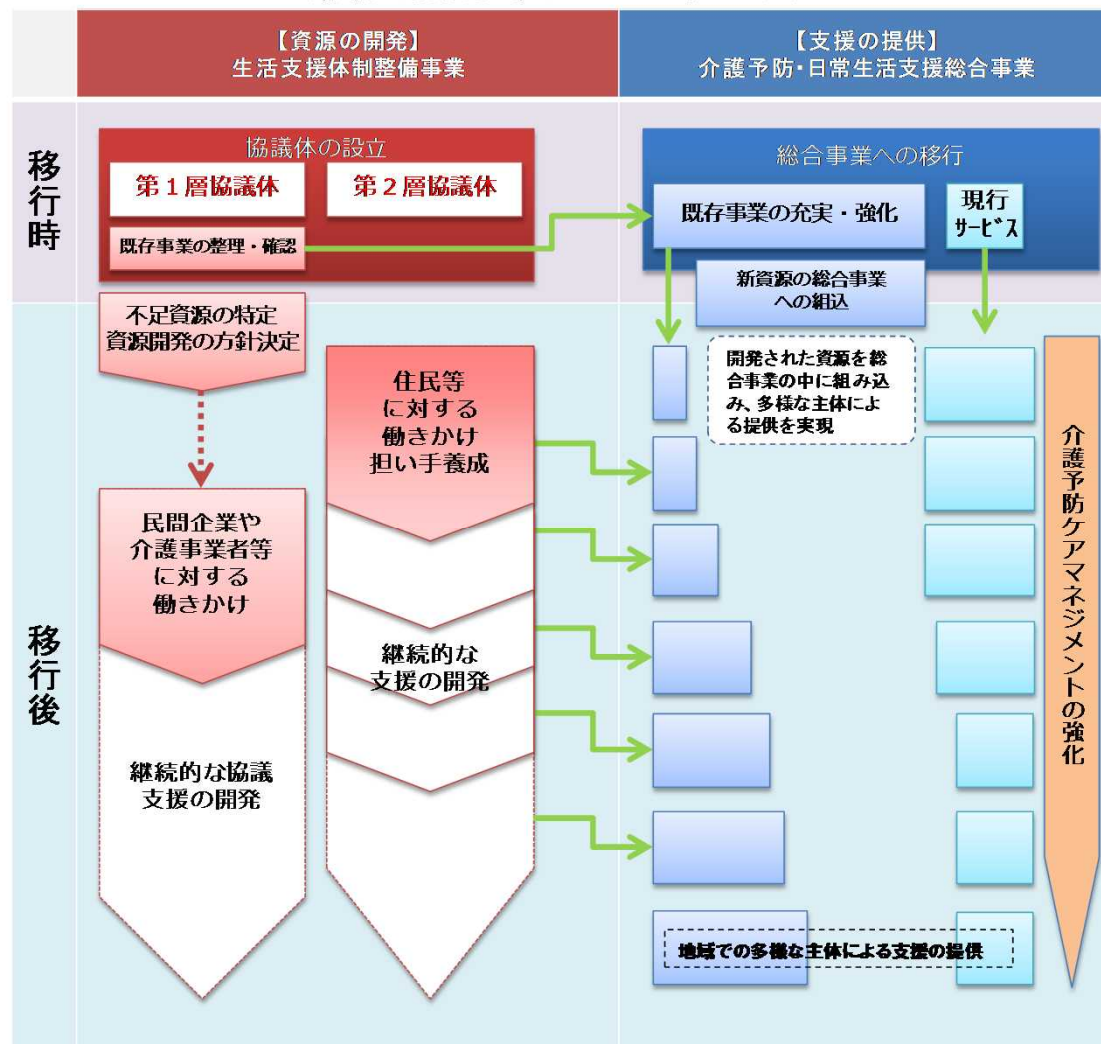
厚労省がガイドライン案で示す現行相当、サービスA～D等のサービス類型は例示であり、移行当初に当該サービスが全てそろっている必要はない。

### ◎資源の開発:協議体の設置が最優先

総合事業の中核は「自立支援に資する新しい住民の支え合いの仕組みづくり」である。この仕組みづくりには移行後に一定の時間を要することから、まずは移行に向けて協議体を早期に設置することが最優先となる。

この時点で新しいサービスが創設されている必要はない。

＜移行のおおよそのプロセスイメージ＞



## 6. 市町村の役割 ～協議体の活動開始前に当面実施すべきこと～

### — 情報の収集・整理 —

#### ■ 地域資源の整理、既存事業の現状把握

- 総合事業実施に向けた検討体制を早期に構築するため、まず、協議体の設置に向けて取り組むことが必要。
- 地域包括支援センターの職員の理解を得つつ、これまでセンターが作成した資源マップ等の情報の蓄積を活用し、できる限り既存の地域資源を整理。
- 庁内の健康づくり、生涯学習、市民協働、まちづくりといった担当課にも説明し、民間企業やNPO・ボランティア団体等の事業も徐々に整理していく。その中で、地域とのつながりがあり人材の発掘や育成に適任の人材がいれば、生活支援コーディネーター候補として検討することも考えられる。
- 従前の予防給付や介護予防事業の費用・サービス提供内容等の状況を把握。その際には、事業費の上限は原則の上限のほか、選択可能な計算式、移行期間中の10%の特例等が設けられていること等を踏まえ、費用見込みを大まかにたて、移行時期や移行後の事業内容の検討も行う
- ケアプランの分析等を通じ現在のサービス提供内容の分析を行い、協議体での今後の総合事業の事業展開の検討の材料としていくことも有効。

### — 関係機関・団体への働きかけ —

#### ■ 関係機関との市町村の方針共有

- 生活支援サービスに関係する機関・団体等が参画する研究会を立ち上げ、左記の現状把握で得られた情報を伝達し、市町村から地域資源開発に向けた基本的な方針を提示し共有する。
- 既存会議等も活用し、最低限必要なメンバーで協議体を早期に立ち上げ、徐々にメンバーを増やす形式も可
- 【メンバー】市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治体の代表者などに加え、市内全体を営業範囲とする民間企業など  
⇒研究会から市町村区域での協議体（第1層）に発展させることも考えられる

#### 第2層協議体は早期の立ち上げが重要

早期に各地域の特性を把握し、地域に積極的に足を運んで住民等との関係づくりを進める必要があるため、第2層協議体の早期立ち上げが重要。

#### ■ 中学校区域での住民主体の支援体制づくり

- 地域で活動する住民等とコミュニケーションをとりながら、より具体的な地域ニーズの把握や、担い手候補の発掘・育成、担い手同士の交流などを図る場をつくる
- 【メンバー】地域住民の顔を知り、実際に地域で住民主体の活動をしている人など  
⇒この支援体制を、第2層協議体に発展させていく。

## 7. 地域包括支援センターの役割 ①窓口業務イメージ

支援が必要な  
高齢者の把握

◎支援が必要な高齢者の把握方法は、「基本チェックリスト送付」から「地域の見守り」に転換

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりでは、支援が必要な高齢者の把握は、従前の基本チェックリスト送付による方法ではなく、住民同士、あるいは多様な主体による見守りの中で、地域包括支援センターにつなげる仕組みの構築を目指す

基本チェックリスト  
/ 要介護認定等申請  
/ 一般介護予防  
の振り分け  
(意向の確認)

◎「迅速かつ簡易に支援・サービスへつなぐ手段」としての基本チェックリストの活用

- 今後、基本チェックリストは支援が必要な高齢者の把握のためではなく、必ずしも要介護等認定を要しない総合事業等のサービスに迅速かつ簡易につなぐために用いる
- サービスの多様化を受け、窓口においては制度について十分な説明が必要。その中で、明らかに要介護認定等が必要な場合、介護給付・予防給付を希望している場合は要介護認定等の申請につなぐ
- 基本チェックリストを活用することにより、利用者が迅速かつ簡易にサービスを利用することが可能になるだけでなく、要介護認定等が不要になることで、その費用や事務負担を軽減することが可能

介護予防  
ケアマネジメント  
の実施

◎住民主体の支援の重視について、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所と意識共有

- 住民主体の支援を積極的に活用しつつ、自立支援に向けた取組をより進めるため、介護予防ケアマネジメントでのアセスメントにより本人の状況等をしっかりと把握することが重要
- さらに介護予防ケアマネジメントでは、これまでも増して、本人の意欲にはたらきかける技術、ニーズに応じて多様な支援・サービスを組み合わせ、状況の変化に応じて柔軟に変化させる技術が求められる
- 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の介護予防ケアマネジメントを強化していくため、各市町村は、住民主体の支援の利用を広げていくことの重要性について、意識共有をしておくことが極めて重要

## 7. 地域包括支援センターの役割 ②介護予防ケアマネジメントの三類型

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

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

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

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

住民主体の支援(一般・B)が中心になる場合

### 介護予防ケアマネジメントC

#### ◎自立支援に向けてセルフマネジメントを推進

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

#### ◎状況に応じて、マネジメントの主体が本人⇔包括と変化

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

指定事業者・短期集中サービス(従来型・A・C)が中心になる場合

### 介護予防ケアマネジメントA・B

#### ◎従来の介護予防ケアマネジメントを続行するパターン

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

#### ◎モニタリングの実施方法等が異なるAとBを状況に応じ活用

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

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

# ※参考 介護予防手帳イメージ

市町村名

## 介護予防手帳（仮）

● 携行用 ●

年 月 日 交付

● 氏名 \_\_\_\_\_

● No. \_\_\_\_\_

※ この「介護予防手帳（仮）」は、平成26年度老人保健健康増進等事業にて検討中の中間案であり、今後、市町村等関係者の意見を幅広く聞いて、年度末までに確定案をお示しする予定である。

### 手帳の構成

この手帳は4つの項目から構成されています

内 容：あなたがしていること、興味、 していることや 興味の確認	内 容：あなたがしていること、趣味、 興味のあること、得意なことなどを 確認しましょう。
書くひと：あなた	書くひと：あなた
私のプラン	内 容：あなたの暮らしの支えになるような 活動の目標やその達成に向けて 必要な取り組みを書いてください。
書くひと：地域包括支援センターの担当者 とあなた	書くひと：地域包括支援センターの担当者 とあなた
活動記録	内 容：あなたが過ごし参加する場所での 活動の様子を書いてください。
書くひと：あなたとあなたの活動に関わる人	書くひと：あなたとあなたの活動に関わる人
介護支援 ボランティア ポイント	内 容：あなたが得意なこと、したいこと、 できることを活かした活動で地域に貢献 し、介護支援ボランティアポイントを もらいましょう。
書くひと：あなたの活動に関わる人	書くひと：あなたの活動に関わる人

- 2 -

※ この「介護予防手帳（仮）」は、平成26年度老人保健健康増進等事業にて検討中の中間案であり、今後、市町村等関係者の意見を幅広く聞いて、年度末までに修正版をお示しする予定