

Ⅲ 具体的取組事例

総合事業は、実施に関しては自由度の高い取組が可能となっているが、「どのような視点で取り組めばよいのか」「どのような準備が必要なのか」「具体的にはどのような取組が可能なのか」等については、先進的に取組を進めている事例が参考となることから、平成 24 年度から取組を開始する自治体について、導入に当たっての視点や導入のための準備、そして具体的に導入するサービスの内容について紹介する。

1 山梨県北杜市

地域の概要

人口等(平成 23 年 4 月 1 日現在)

総人口	高齢者人口			高齢化率
	合計	前期高齢者数	後期高齢者数	
49,553 人	14,820 人	6,738 人	8,082 人	29.9%

(1)取組までの経緯

平成 22 年度に行われた高齢者の日常生活圏域ニーズ調査のモデル事業において、健康な高齢者が多い反面、車に頼らなければ外出できず、外出頻度も少なく、老人クラブへの参加率は低下し、高齢者の交流機会が少なくなっている現状があった。また、見守りや配食安否確認、家屋や庭の掃除などの介護保険サービスだけでは解決しない生活支援の希望が多くあった。また、地域包括支援センターを中心に実施していた地域ケア会議においても生活支援が必要なケースが多くあった。こうした経過から高齢者が住み慣れた地域で生活を継続していくために、さらなる予防への取組と、多様な生活ニーズに対応するシステムの構築のため本事業の実施を決定した。

(2)総合事業実施のねらい

本市では、平成 18 年より介護保険申請者数、認定率は横ばい状態が継続しており、介護予防事業については一定の効果があったと評価している。

しかし、地域包括支援センターへの家族や地域の方からの相談内容、関係機関からの連絡、市の人口構成、人口推計等から、本事業を、自助、互助という意識の普及・啓発と地域で支えるしくみを関係者や住民と協働で作り上げていくためのき

かけとして活用していく事にした。

地域で生まれた地区組織、任意団体、NPO法人等は自由な発想と行動力で地域に適した活動を展開しており、市が本事業を委託し関係機関と連携しながら実施することにより、こうした組織、団体が増え、発展していくと考えた。また、他にも介護保険サービス事業者や弁当業者、ボランティアなどさまざまな人や組織が関わり、連携、協働したり、高齢者自身が元気でいきいきと活動出来る場の確保と交流の機会を得ることによって、地域の力が向上すると考えた。

総合事業では、地区組織や任意団体、NPO法人等サービス提供主体としているが、介護保険サービス事業者も参画しており、今後はこうした組織や事業所との連携、協働をすすめ地域力の向上を図るものとしている。

(3)総合事業の方向性と実施に当たっての視点

本市では総合事業を、地域包括ケアシステムの実現に向けた取組として位置づけて取り組むこととしたが、そのポイントは下記の通りである。

- ・介護保険外サービスの創設
- ・高齢者の多様な生活支援サービスを確保するための取組
- ・地区組織、NPO法人、民間等との連携・協働
- ・自助、互助、共助、公助意識の普及、啓発の機会
- ・総合事業の実施による地域力の向上
- ・地域の力を引き出すための事業として活用
- ・市の特徴を生かした地域で支える仕組みづくりの取組

(4)総合事業の実施に向けて実施した準備作業

①高齢者のサービスニーズの把握

要支援1、要支援2、そして2次予防事業対象者に対して、身体の状態や各種サービスの利用状況、そしてサービスの利用目的について実態調査を実施し、総合事業の対象となる高齢者のニーズを把握した。その結果、老人クラブへの参加率が低下している、外出の頻度が少なく閉じこもり傾向がみられる、交流の機会が減少していることなどが明らかになった。また、高齢者世帯が多く、低栄養状態になる高齢者がいることも明らかになった。

②介護保険外サービス事業者との連絡会の実施

地区組織やボランティア団体、NPO法人等との連絡会を実施した。その結果、それらの組織は、現在、各地域において必要とされているサービス、住民ニーズを把握していることが明らかとなった。

③地域資源の再確認

総合事業の内容を検討する過程で、サービス提供の担い手について各方面から情報を収集したところ、地域によっては自主的に食事を作って希望する高齢者に届けているグループがあることが確認されるなど、これまで把握していなかったが総合事業においてサービスの担い手となり得る地域資源が存在することが明らかとなった。

(5)総合事業推進のための基盤：地域ケア会議の開催をすすめる

介護予防事業、総合事業、介護保険、福祉、医療サービス等を包括的、継続的、効果的に提供できる地域の体制をつくるために、単なる担当者会議にとどまらず民生委員やボランティア、NPO 法人等も参加する地域ケア会議を引き続き開催していく。

この地域ケア会議は、「個別ケースの課題を検討・共有化する会議」「小地域での課題を検討・共有化する会議」「市全体での課題を検討・共有化する会議」と重層化に設置することで、きめ細かな対応に結びつくことを期待している。

(6)事業概要

(1)～(5)の経緯を踏まえて、平成24年度から、通所型サービスと生活支援サービスを実施することとした。

①通所型サービス

名称	通所型サービス（ふれあい処）
目的	・外出機会と交流、会話、趣味等によりいきいきとした生活ができる。 ・自分で出来ることを積極的に取り組める場所があり、自立への意欲が高まる
対象者	二次予防事業対象者および要支援者（通所未利用者）。対象者については地域包括支援センターによる適切なマネジメントにより決定する。
内容	週1～2回、地域包括支援センターによる介護予防支援計画書（様式1・2）により実施 【サービス内容】 ・交流、会話 ・趣味 ・事業所の特性を生かした活動 ・提供時間は今後検討（3時間～4時間程度。あくまでも自由） ・送迎については利用者の希望による

費用	利用者自己負担額は 1 回 200 円。 事業者へは月 1 回委託料（1 回 8,000 円）として市から支払う。
サービス提供者	社会福祉協議会 NPO法人 友の会（地域の任意団体で交流会を実施） 介護保険サービス事業所

【利用者負担額の考え方】

- ・要支援 1 を対象としたデイサービスの 1 ヶ月の利用者負担額は 2,226 円なので、月 5 回の利用とした場合は 1 回当たりの利用料金は 445 円となる。
- ・総合事業における利用時間 3～4 時間を想定しているため、通常のデイサービスの半分の時間として、445 円の約半分、200 円を利用者負担額として設定。
- ・なお、平成 23 年度までに地域支え合い体制づくりで施設修理等は終了しているため、現在想定しているサービス提供者においては、当初経費はほとんどかかっていない。

【利用者数等の想定】

- ・二次予防事業対象者（約 1200 人）および要支援者（約 300 人）のうち、1 箇所当たり 10 人が週 2 回まで、本事業を利用すると想定している（平成 24 年度内市内全域で実施予定）。

【市内全域での実施について】

- ・各地区で地道な活動を行ってきた組織に対して意識的に声掛けを行った結果、市内全 8 地区で同時に実施できる体制を組むことができた。
- ・ただし、地区によってサービス提供者が異なることから、導入当初から同じ規模や内容でスタート出来る訳ではないため、サービス提供者に対する支援は継続する。

②生活支援サービス

名 称	生活支援サービス（あんしんお届けサービス）
目 的	・ 配食サービスによる低栄養の予防につながる。 ・ 安否確認と緊急時通報により安心して生活できる。 ・ 声かけ、会話による交流ができる。
対象者	二次予防事業対象者および要支援者。対象者については地域包括支援センターによる適切なマネジメントにより決定する。
内 容	配食、安否確認、緊急時通報。安否確認は週3回。
費 用	利用者負担額のうち、配食サービス（弁当代）は自己負担（350円～400円）で、安否確認については1回200円。 委託料については、実績払いで市から事業者を支払う。
サービス提供者	弁当屋 地区組織 NPO法人

【利用者数等の想定】

- ・ 二次予防事業対象者（約 1200 人）および要支援者（約 300 人）のうち、当初は 40 人が週 3 回まで、本事業を利用することを想定している。なおこの 40 人という数は、日常生活圏域別のニーズ調査結果の分析ならびに地域包括支援センターが把握している情報をもとにした想定である。

(7)利用までの流れ

【サービス利用までのプロセス】

- ・ 総合事業の利用候補者は、利用希望者からの相談や地域包括支援センターで把握している情報、高齢者実態調査等によって把握し、その候補者に対して訪問調査を行う。
- ・ その後、地域包括支援センター内での検討ならびに担当者会議を経て、サービスの利用となる。

⇒＜参考1：利用者基本情報＞

【ケアプランの作成】

- ・ ケアプランは地域包括支援センターが担当する。
- ・ なお、ケアプラン様式は市の仕様による（介護予防支援計画書の様式1・2）。

⇒＜参考2：週間予定表＞

⇒＜参考3：目標設定シート＞

【モニタリングの方法】

- ・モニタリングは6ヶ月に1回実施する。
- ・その際、基本チェックリストを活用する。

【委託先の基準】

事業所基準は下記の通り。

- ・業務上知り得た利用者、家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置が講じられていること。
- ・従事者の清潔保持・健康状態管理対策が講じられていること。
- ・事故発生時の対応策が講じられていること（記録・損害賠償等）。
- ・人員基準については事業が無理なく行える範囲とする。
- ・市で開催する研修会、連絡会への参加を義務付ける。
- ・事業窓口担当者を設置する。
- ・地域ケア会議へ積極的に参加する。

【評価基準】

事業の評価基準は下記の通り。

- ・基本チェックリスト（利用開始当初・6ヶ月・1年）
- ・主体的健康観
- ・利用者アンケート
- ・委託先アンケート
- ・介護保険への移行率

総合事業に取り組むに当たって

総合事業は各自治体がその特性を生かした事業を実施することによって、将来のあるべき姿を実現させるためのツールと考えている。まず、実態把握し関係者間で情報を共有し話し合うことから始めるとよいだろう。

この時点ですでに気づきや発想が生まれると思う。事業は基準等の縛りが緩やかで、アイデアを生かす事が可能である。介護保険はその制度開始から予防・地域というキーワードがあったにも関わらず、事業へ反映出来なかった。

介護保険制度が持続可能で、高齢者にとって有効で真に必要な制度に成長するよう取り組んでいきたい。実施に当たっては、地域づくりという視点を地域包括支援センターを含めた関係機関とどこまで共有できるかが課題と考えている。

<参考1：利用者基本情報>

利 用 者 基 本 情 報

作成担当者：〇〇 〇〇

《基本情報》

相談日	平成 24 年 〇月 〇日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)				
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()						
フリガナ 本人氏名	〇〇 〇〇	男・女	昭和〇〇年 〇月 〇日生 (〇〇) 歳				
住 所	北杜市〇〇町 1234	Tel Fax					
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度				
認定情報							
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()						
本人の 住居環境	自宅 自室あり 1階 林の中の一軒家。ペンション風の作り、自宅前には坂道と砂利がある。 住宅改修 なし						
経済状況	厚生年金						
来所者 (相談者)		家族 構 成	世帯員氏名	者介 護	性 別	年 齢	続 柄
			〇〇 〇〇	主	女	〇	配偶者
住 所 連絡先			続 柄				
	氏名		続 柄	住所・連絡先			
	〇〇 〇〇		北杜市〇〇町 5678 42-〇〇〇〇				
緊急連絡先				家族関係の状況 妻と二人暮らし 子供はいない 親戚等も近所にはいない			

利 用 者 基 本 情 報 (続)

作成担当者：〇〇 〇〇

《介護予防に関する事項》

今までの生活 (運動、移動 について)	元々は東京都××市に住んでいた。会社を退職して 2002 年に〇〇町に引っ越してきた。自宅の隣に自分でストーブ小屋を建てたり、畑をして過ごしてきた。2006 年 2 月に脳梗塞で倒れて△△病院へ入院した。左視床が出血し、右片麻痺が残った。現在は杖歩行で自宅周りを 1 時間程度散歩できるが、下肢の重みとつれを感じている。また、上肢の動かしづらさもある。手先の細かい作業が出来ない。自分で車の運転をするが、腕が思うように動かずに細かいハンドル操作が出来ない。		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1 日の生活・過ごし方		
	浴室の掃除、薪割り (冬期間)、畑仕事、布団干しを自分の仕事として行う。特に薪割りや日曜大工が好きだが、手先が動かないのでチェーンソーで自分を切りそうになることもあり、妻は心配している。 血圧が高めであり、服薬しているが自分で管理している。 病院受診は 4 週に 1 回、△△病院に妻と一緒にいく。		
	時間	本人	介護者・家族
	6 : 30 12 : 00 22 : 00	起床 朝食、身支度 新聞、布団干し 昼食、昼休み 新聞、散歩 風呂掃除 夕食、テレビ 就寝	趣味・楽しみ・特技 ログハウス作り、薪割り、日曜大工 手先を動かして物を作るのが好き 登山、ハイキング 友人・地域との関係 〇〇地区の組に参加している。地区行事は妻が参加する。(本人は身動きをとるのが大変なので)

《現病歴・既往歴と経過》

年月日	病名	医療機関・医師名	経過	治療中の場合は内容
平成 22 年 ●月▲日	五十肩	△△病院 整形外科	治療中 経過観察中 その他	
平成 23 年 ●月▲日	脊柱管狭窄 症術後	◇◇病院 整形外科	治療中 経過観察中 その他	
平成 18 年	脳出血 左視床出血	△△病院脳神経外科 〇〇医師	治療中 経過観察中 その他	外来 月 1 回
50 歳代の頃	高血圧	脳神経外科	治療中 経過観察中 その他	月 1 回
主治医意見作成 医師		備考		

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
	降圧剤、栄養剤が△△病院より処方、現在は 4 週に 1 回受診中。

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

<参考2：週間予定表>

< 様の予定 >

平成24年 月～平成24年 月

日	月	火	水	木	金	土
	いずみ	お弁当 (1食)		お弁当 (1食)		お弁当 (1食)

利用サービス

連絡先

利用料金

ふれあい処 いずみ	42-0000	200円
あんしんお届け	42-0000	1食 400円×3食
★サービスを休む場合は事前に各事業所へ連絡してください。		計 1,400円

☆長期に休む場合、サービス内容を変更したい場合は地域包括支援センター担当まで連絡してください。
北杜市地域包括支援センター XX-XXXX (担当)

<参考3：目標設定シート>

北杜市 『 筋力元気あっぷ事業 』 目標設定シート						
利用者氏名	〇〇 〇〇	年齢	〇〇歳			
実施場所	〇〇保健センター	性別	(男性) ・ 女性			
<p>目標とする1日の生活</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> ストープの蒔割り、自室の片付けなど 重い物を持ち上げる動作が自分でできるようになる </div>						
<p>目標とする1年の生活</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> 毎日歩いて散歩はできているので、若い頃に登山ができていたときに ジョギングができるようになりたい </div>						
<p>事業参加するための目標・評価</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>目標(〇 月)</p> <p>散歩が辛くなく景色を楽しんで歩きたい。散歩の最中のごみ拾いもラクにできるようになりたい。</p> </td> <td style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;">⇒</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>評価(〇 月)</p> <p>「走れるようになりたい」との目標であったが、運動方法を覚えて運動習慣が身に付いてきている。事業がなくても定期的に運動方法を確認したり、気運を高めるためにも自主グループの利用が好ましい。</p> </td> </tr> </table>				<p>目標(〇 月)</p> <p>散歩が辛くなく景色を楽しんで歩きたい。散歩の最中のごみ拾いもラクにできるようになりたい。</p>	⇒	<p>評価(〇 月)</p> <p>「走れるようになりたい」との目標であったが、運動方法を覚えて運動習慣が身に付いてきている。事業がなくても定期的に運動方法を確認したり、気運を高めるためにも自主グループの利用が好ましい。</p>
<p>目標(〇 月)</p> <p>散歩が辛くなく景色を楽しんで歩きたい。散歩の最中のごみ拾いもラクにできるようになりたい。</p>	⇒	<p>評価(〇 月)</p> <p>「走れるようになりたい」との目標であったが、運動方法を覚えて運動習慣が身に付いてきている。事業がなくても定期的に運動方法を確認したり、気運を高めるためにも自主グループの利用が好ましい。</p>				
<p>主観的健康感</p> <p>事業実施前</p> <p style="text-align: center;">よい ・ まあよい ・ ふつう ・ (あまりよくない) ・ よくない</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>事業実施後</p> <p style="text-align: center;">よい ・ まあよい ・ (ふつう) ・ あまりよくない ・ よくない</p>						
<p>担当の評価</p> <p style="text-align: right;">評価年月日 24年 〇月 〇日</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>事前、事後の体力測定評価において、全ての項目で効果がよくなっています。表情も初回と最終日では、別人のよういきいきとしてきています。たった3ヶ月ですが、身体はよくなるものです。「走れるようになる」という目標は、ここからがスタートになりますので、足腰を強くする運動を自宅でも続けていきましょう。</p> </div>						

2 長崎県佐々町

地域の概要

人口等(平成 23 年 5 月末)

総人口	高齢者人口			高齢化率
	合計	前期高齢者数	後期高齢者数	
13,713 人	2,968 人	1,363 人	1,605 人	21.6%

(1)取組までの経緯

地域支援事業の「介護予防事業」として、一次予防事業・二次予防事業により介護予防の推進を行ってきたが、認定を受けているかいないかで高い垣根があり、本来言われる「地域包括ケアとして切れ目のない支援の提供」の実現に難しさを感じていた。

今回、「要支援者」に対して二次予防事業対象者と同じ事業（サービス）が利用できることにより切れ目のない支援をおこない、地域包括ケアの実現に向け、第5期介護保険事業計画の策定作業とともに、本事業導入に着手した。

(2)総合事業実施のねらい

総合事業にかけるテーマ：住民同士の支え合いによる介護予防に取り組む
地域づくりと
団塊の世代の力を活かした地域活力の向上

これまでの二次予防高齢者施策の対象者枠を「要支援者」まで広げることと、二次予防高齢者施策の中で未整備であった訪問型サービスを新たに計画することで受け皿を拡大し、より一層の介護予防の推進を図る。

また、本町では一次予防事業として、「介護予防ボランティア養成」に力を入れ、ボランティアの介護予防推進活動の場として「地域型」「通所型」（36 頁図参照）を展開してきたが「訪問型」は企画途中であった。今回、本事業をきっかけに、介護予防ボランティアの活動の場の拡大を進める。

さらに、今後、見込まれる高齢化と世代交代による地域間交流の希薄化に対し、現在の地域力を維持し、引き出すことを課題とする。住民同士の支え合いによる地域づくりの基盤を団塊の世代を主軸に形成することを重点目標とする。

(3)総合事業の方向性と実施に当たっての視点

本事業の実施に当たって重視している視点と事業の方向性を、下記の4点にまとめる。

①佐々町における高齢者を支える地域支援体制の構築

高齢者がどのような状況になっても切れ目なく支援が提供できるよう、介護保険サービス・地域支援事業・地域はあらゆる手段により常に連携をとり支援体制強化に努める(図1)。

②住民への普及啓発活動の強化

高齢者がいきいきと住み慣れた地域で過ごしていくために、自助・互助からなる地域力、そして安定した介護保険制度が不可欠である。そのバランスを大切にそれぞれの関係者に理解と協力を求め、町全体の地域支援体制づくりを進めていく。

③「地域力」の再確認と「地域包括ケア」の追及

地域支援事業をとおし、「地域」と「人」とじっくりふれあって、佐々町の貴重な『地域力』を住民とともに再確認し、その力を最大限に引き出すことが、高齢者の住み良い「地域包括ケア」を追及する佐々町地域包括支援センターの使命である。

④将来のビジョン

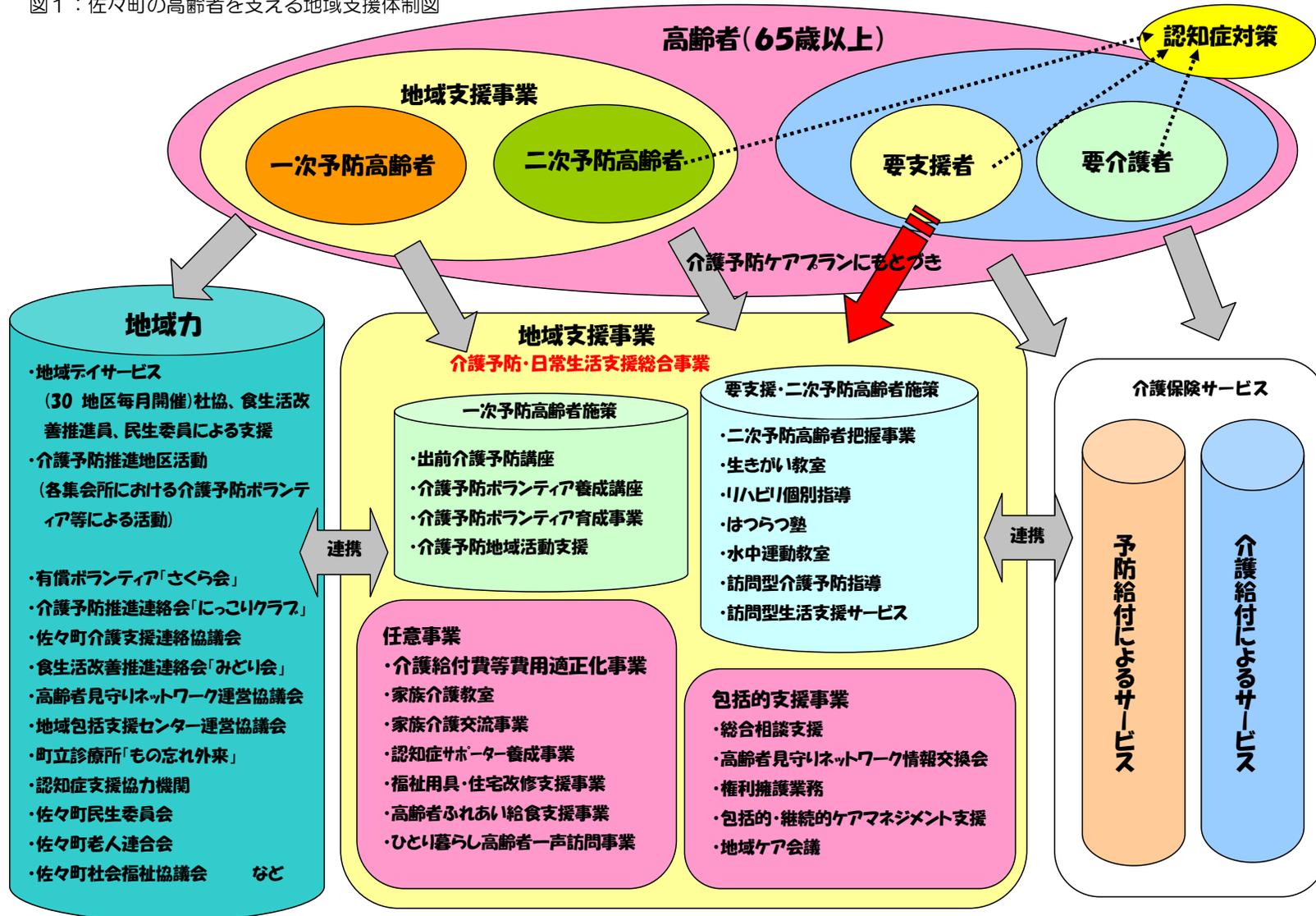
「住み慣れた地域でいつまでも暮らしたい」そんな願いを叶える、地域で支えることによって安心して過ごせるまちを目指す。

(4)導入に向けて実施した準備作業:地域課題の確認

「要支援」と「非該当」を行き来する高齢者に対し、制度上の制約から、通所先や訪問等のサービス内容が変えられ、それぞれの場で自立を目的に利用していた高齢者にとって、自信喪失や仲間を失うことなどの環境の変化に精神的なダメージを受けていた現状があった。高齢者の特徴として、心身の状態の変化が起きやすく、環境に順応しづらいことを勘案し、安心して介護予防に取り組める地域支援体制づくりの必要性があると判断した。

また、本町においては、介護予防事業として通所型のサービスは、「生きがい教室」「はつらつ塾」「個別リハ指導」など選択できる事業メニューを揃えているが、訪問型の生活支援サービスがないため、非該当になったのちも介護認定へのこだわりが強く、自立支援への妨げとなっていた。

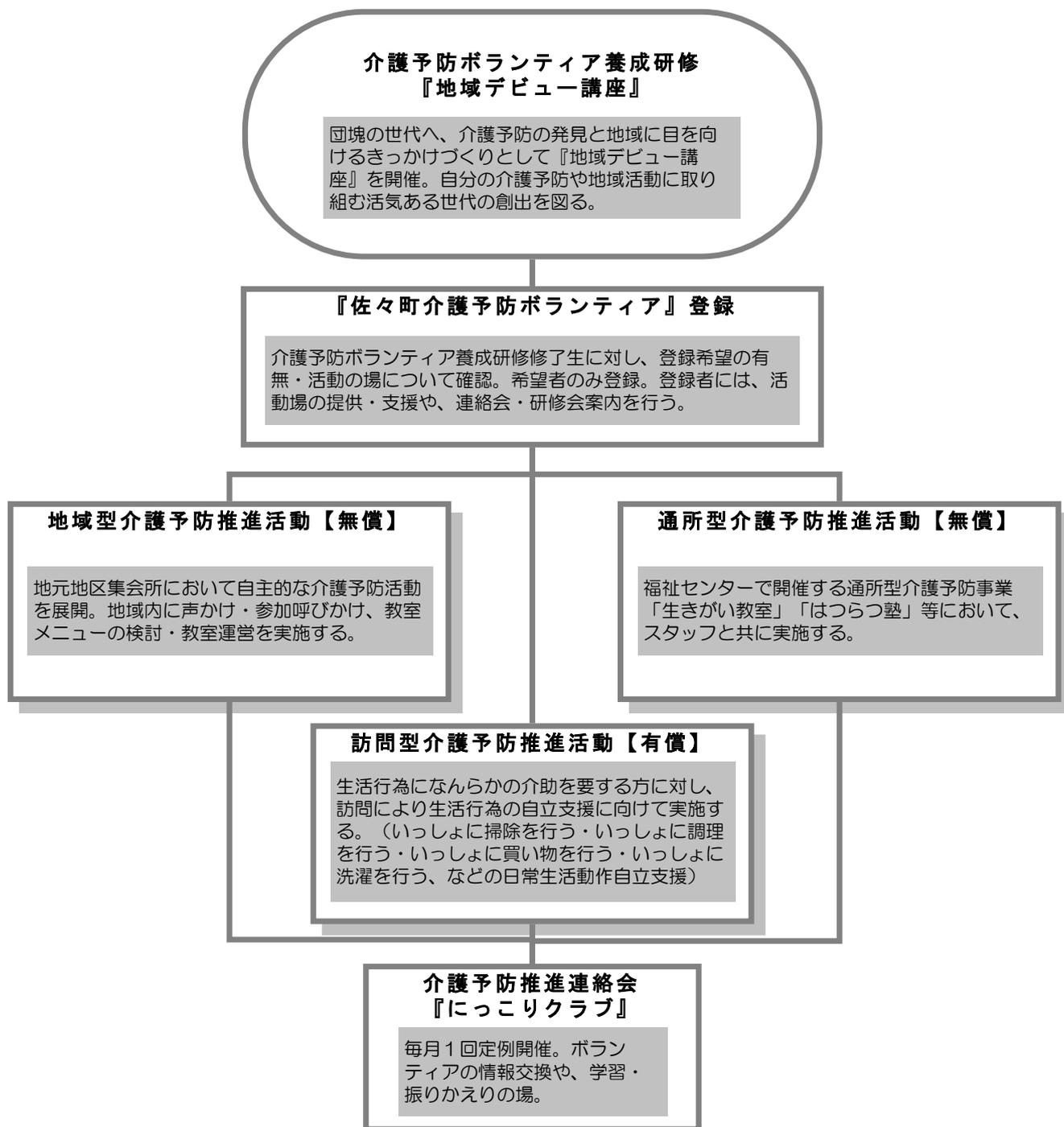
図1：佐々町の高齢者を支える地域支援体制図



(5)総合事業推進のための基盤：介護予防ボランティアの活用

本町においては、「みんなで介護予防に取り組むまち」を目指して、介護予防に関して積極的な取組を行ってきたが、その中の一つに、介護予防ボランティアの養成・活用がある。

平成24年度から導入する総合事業においても、この介護予防ボランティアの活動に期待している。



(6)事業概要

名 称	訪問型生活支援サービス
目 的	日常生活動作において、本人の自立した生活を促すよう、残存機能を最大限に活用した生活援助を行う。
対象者	二次予防事業対象者および要支援者であって、自立支援の観点より訪問型予防サービスが必要と判断された者。
内 容	週1～2回（1回1時間程度）。地域包括支援センターによる介護予防支援計画書（様式1・2）により実施。
費 用	利用者自己負担額は1回300円。 サービス提供者に対しては、請求書に基づき、町から1回当たり300円を支払う。
サービス提供者	佐々町介護予防ボランティア ※地域包括支援センターの主催する「介護予防ボランティア養成研修」を受講した者。

【利用者負担額の考え方】

- ・要支援者の訪問介護1回当たりの利用者負担額、ならびに町内で活動している有償ボランティアの1回当たり費用を参考に決定。

【利用者数等の想定】

- ・二次予防事業対象者（約100人）および要支援者（約90人）のうち、10名程度が平均して週1回、本事業を利用すると想定している。

(7)利用までの流れ

【サービス利用までのプロセス】

- ・総合事業の利用候補者は、利用希望者からの相談や地域包括支援センターで把握している情報等をもとに把握し、その候補者に対して訪問調査を行う。
- ・その後、地域包括支援センター内での検討ならびに地域ケア会議を経て、サービスの利用となる。

⇒<参考1：生活機能評価>

【ケアプランの作成】

- ・ケアプランは地域包括支援センターが担当する。
- ・なお、ケアプラン様式は町の仕様による（介護予防支援計画書の様式1・2）。

⇒<参考2：介護予防支援計画書>

【モニタリングの方法】

- ・モニタリングは6ヶ月に1回実施する。
- ・その際、生活機能評価、基本チェックリストを活用する。

【委託先の基準】

依頼先は佐々町介護予防ボランティアで、地域包括支援センターの主催する「介護予防ボランティア養成研修」を受講した者。

【評価基準】

事業の評価基準は下記の通り。

- ・生活機能評価
- ・基本チェックリスト（利用開始当初・6ヶ月）
- ・主観的健康度評価ならびに利用者満足度
- ・要介護認定率
- ・要介護移行率
- ・介護予防ボランティアの稼働率

総合事業に取り組むに当たって

総合事業は介護保険制度と地域における介護予防の垣根を取り除いたものであり、介護保険制度と地域力を上手く調和させることが、高齢者が安心して過ごせる地域づくりのキーポイントになるかと思う。

平成18年から介護予防事業をはじめ、行政側だけの企画では介護予防活動は浸透しないことを実感した。その後、地域に出向き、あらゆる場において関係者との連携を図ることに時間を費やした。そこで感じたことは、住民の温かさであり、先人たちが築いた地域力の素晴らしさであった。「それを崩してはいけない、未来に伝えていきたい」との思いが込み上げ、自然と『住民への信頼』が芽生えてきた。将来へのビジョンを明確にし、『行政ではできない、住民の力が必要なこと』をオープンに地域に相談している、信じて頼っているのだと思う。

そして、人の幸福感『必要とされた時・役割を持った時・認められた時・愛された時』を、高齢者はもとより住民の方々との関わりの中で追求している。そのことが、人の絆を深め、地域活動の原動力となり、地域力の向上につながっていくのだと感じている。

<参考1：生活機能評価>

生活機能評価

氏名	男性 一人暮らし (78歳)	認定期間	H 年 月 日~H 年 月 日
		介護度	非該当 (前回 要支援 1)
現病	両側変形性膝関節症 (H21年右膝、23年左膝の人工関節置換術施行)、前立腺肥大症		

	事前 月 日	事後 月 日	備考
室内歩行	○2		つたい歩きをしたり、杖を使う。
屋外歩行	○2		近所は杖、買物や町内の病院受診は三輪車を使う。
外出頻度	○1		毎朝散歩を兼ねて、近くのストアーまで買物に行く。通院リハビリ週2回、内科受診1回/2週、町外病院受診1回/2ヶ月、図書館週1回。
排泄	○2		夜間、体の動きが悪く尿が間に合わない時があるが、自分で片づける事ができる。
食事	○1		
入浴	○2		週1回自宅の風呂にて入浴。シャワーチェアとマット付すのこを福祉用具購入して入浴しやすくなった。
着脱衣	○2		ズボンは座ってはく。
掃除	△2		両膝の運動制限と疼痛があり、しゃがむ動作ができない。掃除機かけはたまに行なうが、拭き掃除はできない。
洗濯	○2		洗濯物を干す動作に不安があるが、どうにかできている。
買物	○1		毎日、買物に行く。
調理	○1		長年、調理人をしていた。この頃は凝った料理はしないが、作る事は苦にならない。
整理	○1		
ごみ出し	○2		どうにかできているが、ゴミの分別の仕方がわからず困ることがある。
通院	○2		町内の病院は三輪車で行く。町外の病院はバスやJRを使って受診する。
服薬	○1		
金銭管理	○1		
電話	○1		
社会参加	○2		老人会や地域サービスの参加なし。近所の人と立ち話をしたり、作った料理を持っていく家は2軒程ある。話好きである。

本人意向	自分のできることは、やっていこうと考えている。膝の手術はしたが、痛みがありしゃがむ動作ができないのが不便。家事の一部を手伝ってもらい、一人暮らしを続けていきたい。
家族意向	

IV 介護予防・日常生活支援総合事業に関するQ&A

1. 導入について

Q 現行の地域支援事業でも、生活支援サービスは任意事業で実施できませんが、総合事業を導入すると、市町村にどんなメリットがあるのでしょうか。

A ケアマネジメントに基づき、予防サービスや生活支援サービスを柔軟に組み合わせて提供できるようになることで、利用者の状態像に応じたサービスを切れ目なく総合的に提供できるようになるとともに、効率的な事業運営が可能になります。
また、総合事業全体で介護予防・日常生活支援を総合的に推進する点を勘案し、任意事業と異なり、生活支援サービスも含めた総合事業全体に対して、第二号保険料が投入されることとなっています。

Q 介護予防・日常生活支援総合事業を実施しないことで、何かペナルティ等がありますか。また、平成 24 年度から実施できない場合は、第 5 期介護保険事業計画の期間中に実施体制が整ってから実施するということも可能なのでしょうか。

A 総合事業を実施しないことによるペナルティはありません。また、第 5 期介護保険事業計画期間中に総合事業の実施体制が整えば、第 5 期介護保険事業計画を変更した上で、実施することも可能です。

Q 総合事業の導入に当たり、一部の区域で試行的に実施するなど、試行期間を設けることは可能でしょうか。

A 総合事業の事業内容を一部の地域で試行的に実施する場合は、従来の地域支援事業に基づいて実施することになります。
同一市町村内において、総合事業に基づく予防サービスと従来の地域支援事業に基づく介護予防事業が併存することはありません。

Q 平成 25 年度以降に導入する予定ですが、そのために必要な準備作業としてはどのようなことを行えばよいのですか。

A 「Ⅲ 介護予防・日常生活支援総合事業の導入する上で重要な視点と導入に向けた準備」に、検討していただきたい3つの視点と、導入準備のための4つのポイントをお示ししております。また、市民ボランティアの意識啓発、ボランティア養成講座の開催、介護サービス事業所への介護予防の意識付け等に取り組む予定の市町村もあるようです。

2. 総合事業で実施するサービスについて

◎要支援者・二次予防対象者に係る事業

【実施するサービス】

Q 総合事業を導入するにあたり、予防サービスのみ又は生活支援サービスのみの実施でもよいのでしょうか。

A 総合事業を実施する場合、市町村は、予防サービス、生活支援サービス及びケアマネジメントの全てについて一括して実施する必要があります。

【予防サービス】

Q 要支援者が「予防サービス」として、予防給付サービスを利用する場合に、受けられる予防給付サービスに制限はありますか。

A 違う種類のサービスであれば、総合事業と予防給付を両方実施することも可能です。例えば、要支援者が総合事業で通所型予防サービス（介護予防通所介護）を利用しつつ、予防給付で介護予防訪問介護を利用することは可能です。

【生活支援サービス】

Q これまで、任意事業において配食や見守り等を実施していましたが、総合事業の導入により、これらの配食や見守り等の対象は、総合事業の対象者である要支援者・二次予防事業対象者に限定されることになるのでしょうか。

A 総合事業における生活支援サービスの対象者は要支援者及び二次予防事業対象者です。要支援者及び二次予防事業対象者以外の方に対する配食や見守り等のサービスは、従来どおり任意事業として実施可能です。

Q 生活支援サービスは、「栄養改善を目的とした配食」「自立支援を目的とした定期的な安否確認・緊急時対応」「地域の実情に依りつつ予防サービスと一体的に提供されることにより、介護予防・日常生活支援に資するサービス」のうち、市町村が定めるサービスを行うこととされていますが、市町村は、少なくともこれらのうちのいずれか1つのサービスを実施すれば良いのでしょうか。

A 市町村は、これらの全てのサービスを実施することも、これらのうちの1つのサービスのみ実施することも可能です。総合事業を導入する際に、対象者のニーズをアセスメントし、どのようなサービスが必要とされているのかを検討することが重要です。

【ケアマネジメント】

Q 全ての利用者に対し、ケアプランを作成する必要があるのでしょうか。

A 要支援者に対しては、全てケアプランを作成する必要があります。二次予防事業対象者に対しては、必要に応じて作成することになりますが、作成の必要がない場合には、事業実施担当者と情報共有することによりケアプランの作成に代えることができます。なお、要支援者又は二次予防事業対象者が自らケアプランを作成する、いわゆる「セルフケアケアプラン」に基づくサービス提供も可能です。その場合、様式は任意ですが、利用者から様式の提示を求められた場合は、各市町村で用いている様式を提供する等、柔軟に対応して下さい。

◎1次予防に係る事業

Q 総合事業は、要支援者及び2次予防事業対象者が対象者であるとされていますが、1次予防事業は総合事業には含まれないのでしょうか。

A 総合事業において一体的に提供されるサービス（予防サービス、生活支援サービス及びケアマネジメント）の対象者は、要支援者及び2次予防事業対象者ですが、1次予防事業も総合事業に含まれます。例えば、1次予防事業では、日常生活の中で継続して参加できるような場や機会を住民と協働でつくることや、心身の状況等の改善により2次予防事業対象者でなくなった高齢者等に、ボランティアとして、サービスの提供側に回っていただくということも考えられます。

3. サービスの提供主体について

Q 事業の実施を委託する場合の基準として、人員や設備等の詳細な基準はあるのでしょうか。

A 厚生労働省令では、衛生管理や事故発生時の対応等、利用者の保護等に関する事項が定められていますが、人員や設備等については、全国で一律の基準はありません。

Q 要支援者に対するマネジメントは、市町村から委託を受けた地域包括支援センターから、さらに指定居宅介護支援事業者に委託することが可能となっていますが、その形態は現行でも実施している一部委託になるのでしょうか。

A 市町村から委託を受けた地域包括支援センターから、指定居宅介護支援事業者への委託形態は、一部委託となります。

4. 利用料等について

Q 総合事業での、要支援者に対する訪問・通所介護等の介護予防サービスについて、事業者への支払費用や本人の自己負担額については、市町村が任意に設定することになっていますが、介護予防給付でのサービス利用料と同程度の額にしないと、事業参加に繋げていくのに支障が出るのではないのでしょうか。

A 総合事業の利用者負担額については、市町村において、地域の実情に応じて設定可能ですので、多様な供給主体の確保や効率的な事業運営等により、またサービス内容について多様なメニューを設ける等、市町村の創意工夫により、柔軟な価格設定を行うことが可能です。

Q 利用料は市町村が地域の実情に応じて決定できるとのことですが、区分支給限度額はあるのでしょうか。

A 総合事業の利用について、全国で一律の支給限度額は設定されていません。なお、例えば予防給付を限度額いっぱいまで受けている方が総合事業も利用する場合などについては、保険給付の区分支給限度額の趣旨を損なうことのないように配慮する必要があります。

5. その他

Q 要支援者が、月の途中で予防給付から総合事業へ移行することは可能でしょうか。また、月の途中で予防給付から総合事業へ移行した場合の利用者負担額は日割りとなるのでしょうか。

A 月の途中での移行は、ケアプランの変更により可能です。利用者負担額については、介護予防サービス費の額は包括報酬で日割りできないので、月の途中で予防給付から総合事業に移行した場合は、翌月から利用するなど利用者の負担にならないように工夫する必要があります。