

老 発 0627 第 7 号

令 和 4 年 6 月 27 日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について

標記の事業については、平成 27 年 6 月 5 日老発 0605 第 5 号本職通知の別紙「介護
予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)により行わ
れているところであるが、今般、ガイドラインの一部を別添新旧対照表のとおり改正し、
令和 4 年 4 月 1 日から適用することとしたので通知する。

については、事業の実施について特段の御配慮をお願いするとともに、管内市町村に
対して周知を図り、本事業の円滑な実施について御協力を賜りたい。

新	旧
<p>目次（略）</p> <p>第 1 1～2（1）（略）</p> <p>2（2）一般介護予防事業 （事業内容）</p> <p>○ 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、住民主体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に関する専門的知見を有する者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を構築することにより、介護予防を推進することを目的として、総合事業に位置づけるものである。</p> <p>○ 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。</p> <p>表 5 一般介護予防事業（略）</p> <p>（対象者）</p> <p>○ 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。</p> <p>（削除）</p> <p>3・4（略）</p>	<p>目次（略）</p> <p>第 1 1～2（1）（略）</p> <p>2（2）一般介護予防事業 （事業内容）</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>表 5 一般介護予防事業（略）</p> <p>（対象者）</p> <p>○ 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。</p> <div data-bbox="1205 790 2072 1396" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">一般介護予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなど的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、介護予防を機能強化する。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">26年介護保険法改正以前の 介護予防事業</p> <p>一次予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防普及啓発事業 ・ 地域介護予防活動支援事業 ・ 一次予防事業評価事業 <p>二次予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 二次予防事業対象者把握事業 ・ 通所型介護予防事業 ・ 訪問型介護予防事業 ・ 二次予防事業評価事業 </div> <div style="text-align: center; width: 10%;"> <p>廃止と再編</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">26年介護保険法改正以後の 一般介護予防事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p style="text-align: center;">介護予防・生活支援サービス事業</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px; font-size: small;"> <p>※二次予防事業は、短期集中予防サービス（通所型サービスC、訪問型サービスC）として再編し、介護予防ケアマネジメントに基づき実施。</p> </div> </div>

新	旧
<p>5 好事例・マニュアル等の提供</p> <p>○ 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、厚生労働省のホームページにおいて情報を提供しているので、参照いただきたい。</p> <p>・ 総合事業の先行事例等 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188238.html</p> <p>○ また、これらの好事例については、地域包括ケア「見える化」システム※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</p> <p>※ 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。</p> <p><u>○ このほか、介護予防マニュアルについて、令和3年度老人保健健康増進等事業「エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂に関する研究事業」(実施主体：株式会社野村総合研究所)において改訂を行い、厚生労働省のホームページにおいて公表しているので、参照いただきたい。</u></p> <p><u>今回の改訂では、短期集中予防サービス(サービスC)を中心とした、生活機能が低下した高齢者に対する取組に重点を置き、現行の地域支援事業の制度等が反映されるとともに、平成31年度厚生労働科学研究費長寿科学政策研究事業による成果物「介護予防ガイド実践・エビデンス編」を一部引用し、最新の介護予防の取組方法・評価指標に沿った内容へ更新している。</u></p> <p>・ <u>介護予防マニュアル(第4版)</u> https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html</p> <p>第2～4 (略)</p> <p>第5 1 (1) (略)</p> <p>(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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</p>	<p>5 好事例・マニュアル等の提供</p> <p>○ 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、厚生労働省のホームページにおいて情報を提供しているので、参照いただきたい。</p> <p>・ 総合事業の先行事例等 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188238.html</p> <p>○ また、これらの好事例については、地域包括ケア「見える化」システム※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</p> <p>※ 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。</p> <p>第2～4 (略)</p> <p>第5 1 (1) (略)</p> <p>(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p><u>※(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)</u></p> <p>○ 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</p>

新

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。

(削除)

(以下、略)

(3) ~ (7) (略)

2 (略)

第6 (略)

第7 1、2、3 (1) (略)

(2) 総合事業の上限管理

(原則の上限) ~ (移行期間における 10%の特例) (略)

旧

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
セルフケア 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	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
家庭生活 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	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済ます
対人関係 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	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人と良い関係で過ごす 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
主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 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	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
コミュニケーション 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	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
運動と移動 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	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へ外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
知識の応用（判断・決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	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
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 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	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

(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)

(以下、略)

(3) ~ (7) (略)

2 (略)

第6 (略)

第7 1、2、3 (1) (略)

(2) 総合事業の上限管理

(原則の上限) ~ (移行期間における 10%の特例) (略)

新	旧
<p>(個別判断)</p> <p>○ 市町村における総合事業の円滑な実施に配慮し、<u>一時的に</u>計算式による上限を超える場合について、<u>例外的に</u>個別に判断する枠組みを設ける。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。<u>また個別判断に基づく申請には、上限超過を解消し効率的な事業運営を促すよう、事業費縮減に向けた取組みを推進させる費用低減計画を作成する必要がある。</u></p> <p><事前の判断></p> <ul style="list-style-type: none"> 当該年度の見込額が明らかに<u>一時的に</u>上限を超える場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。 <p>【判断事由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>当該年度の前年度及び当該年度で総合事業の多様なサービス（訪問型／通所型従前相当サービス以外のサービスをいう。第7の3（2）において同じ。）又は一般介護予防事業のプログラムを新たに導入し、費用の伸びが一時的に高くなるが、総合事業の多様なサービスや一般介護予防事業の再構築、地域における産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合。</u> <u>当該年度の前々年度以前に総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを導入し、費用の伸びが一時的に高くなったが、平成30年度又は当該サービス若しくはプログラムを導入した年度のいずれか直近の年度の事業費に対して当該年度の前年度の事業費が減少しており、今後も総合事業の多様なサービスや一般介護予防事業の再構築、地域における産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合。</u> <u>人口一万人未満の市町村において、総合事業の多様なサービスの担い手（NPO法人やボランティア等）が一時的に不足しており、総合事業の多様なサービスの実施が難しい場合。</u> <u>当該年度申請における75歳以上人口変動率（前々々年度から前年度の平均）がマイナスであり、即時的に事業費の上限に合わせることが困難である場合。</u> 介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額の平成30年度から<u>当該年度</u>の変動率が、<u>当該年度</u>申請における75歳以上人口変動率（前々々年度から前年度の平均）よりも大きい場合、仮にその差分に相当する介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額（※）が算定式から控除されていなければ、個別協議が不要である場合。 <ul style="list-style-type: none"> （※）<u>当該年度</u>の介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額に、介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額の平成30年度から<u>当該年度</u>の変動率と<u>当該年度</u>申請における75歳以上人口変動率（前々々年度から前年度の平均）の差分を乗じた金額。 <u>離島等の市町村において事業費が著しく少なく、当該年度における65歳以上高齢者一人当たり事業費額が、全保険者に係る65歳以上高齢者一人当たり事業費額の平均（1万円）未満である場合の一時的な対応</u> <u>介護職員等ベースアップ等支援加算創設により、個別協議が必要である場合（介護職員等ベースアップ等支援加算の実施のために必要な金額（※）の範囲に限る。）</u> <ul style="list-style-type: none"> （※）<u>介護保険法施行規則第140条の63の2第1項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準（令和3年厚生労働省告示第72号）別表1のラ及び2のタの規定を勘案して市町村が算定した額</u> <p><事後の個別判断></p>	<p>(個別判断)</p> <p>○ 市町村における総合事業の円滑な実施に配慮し、計算式による上限を超える場合について、個別に判断する枠組みを設ける。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。</p> <p><事前の判断></p> <ul style="list-style-type: none"> 当該年度の見込額が明らかに上限を超える場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。 <p>【判断事由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>介護予防に効果的なプログラムを新たに導入する場合・介護予防や生活支援サービスの供給体制が近隣市町村と比較して著しく不足している場合・小規模市町村で通いの場等の新たな基盤整備を通じて当該年度だけ費用の伸びが増加する場合など、費用の伸びが一時的に高くなるが、住民主体の取組等が確実に促進され費用の伸びが低減していく見込みである場合</u> <u>令和3年度</u>申請における75歳以上人口変動率（平成30年度から<u>令和2年度</u>の平均）がマイナスであり、即時的に事業費の上限に合わせることが困難である場合。 介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額の平成30年度から<u>令和3年度</u>の変動率が、<u>令和3年度</u>申請における75歳以上人口変動率（平成30年度から<u>令和2年度</u>の平均）よりも大きい場合、仮にその差分に相当する介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額（※）が算定式から控除されていなければ、個別協議が不要である場合。 <ul style="list-style-type: none"> （※）<u>令和3年度</u>の介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額に、介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額の平成30年度から<u>令和3年度</u>の変動率と<u>令和3年度</u>申請における75歳以上人口変動率（平成30年度から<u>令和2年度</u>の平均）の差分を乗じた金額。 <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><事後の個別判断></p>

新	旧
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業実施後、結果として<u>一時的に</u>上限を超えた場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。 <p>【判断事由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病気などの大流行、災害の発生などの避けられない事情により、要支援者等が急増した場合 ・ <u>当該年度に総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを新たに導入する等により費用の効率化に向け政策努力したが、結果として上限以上となった場合で、その後総合事業の多様なサービスや一般介護予防事業の再構築、地域における産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合。ただし、翌年度への費用低減効果が明らかであり、翌年度の事前の個別協議及び同様の事由による事後の個別協議を行わない場合に限る。</u> <p>(削除)</p> <p>※地域支援事業の上限設定の詳細については、「地域支援事業充実分に係る上限の取扱い及び任意事業の見直しについて」(平成 27 年 2 月 18 日事務連絡)を参照のこと。</p> <p>(以下、略)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業実施後、結果として上限を超えた場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。 <p>【判断事由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病気などの大流行、災害の発生などの避けられない事情により、要支援者等が急増した場合 ・ 多様なサービスへの移行促進を図る等費用の効率化に向け政策努力したが、結果として上限以上となった場合で、その後<u>住民主体の取組等が確実に促進され</u>費用の伸びが低減していく見込みである場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>総合事業開始当初、総合事業への移行に伴うやむを得ない事情により、費用の伸び率が高くなった場合</u> <p>※地域支援事業の上限設定の詳細については、「地域支援事業充実分に係る上限の取扱い及び任意事業の見直しについて」(平成 27 年 2 月 18 日事務連絡)を参照のこと。</p> <p>(以下、略)</p>

目次

第1	総合事業の実施に関する総則的な事項	1
1	事業の目的・考え方	1
(1)	総合事業の趣旨	1
(2)	背景・基本的考え方	2
2	総合事業を構成する各事業の内容及び対象者	10
(1)	介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）	12
(2)	一般介護予防事業	14
3	市町村による効果的・効率的な事業実施	15
4	都道府県による市町村への支援	17
5	好事例・マニュアル等の提供	19
第2	サービスの類型（多様化するサービスの典型例）	19
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	27
1	基本的な考え方	27
2	サービスの分類について	29
3	生活支援・介護予防サービスの開発・発掘のための取組	30
(1)	基本的な考え方及び定義	30
(2)	コーディネーターの目的・役割等	32
(3)	協議体の目的・役割等	32
(4)	市町村、都道府県及び国の役割	33
(5)	取組の流れ	34
(6)	就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置	39
(7)	その他	39
4	住民主体の支援活動等の推進	40
(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	40
(2)	介護支援ボランティアポイントの活用	42
(3)	高齢者の社会参加による介護予防等の推進	43
5	地域ケア会議、既存資源、他施策の活用	43
(1)	地域ケア会議の活用	43
(2)	既存資源の活用	45
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	47
(1)	地域包括支援センター型	48
(2)	住民・行政等協働型	49
(3)	社会福祉協議会型	51
(4)	NPO型①	53
(5)	NPO型②	54
(6)	中間支援組織型	57

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）	60
1	周知	63
2	相談	64
3	基本チェックリストの活用・実施	65
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	71
	(1) 介護予防ケアマネジメントの概要	71
	(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	72
	(3) 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項	75
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～	80
1	関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）	80
	(1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合	80
	(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有	80
	(3) ケアプランの作成	83
	(4) モニタリング・評価	83
	(5) 介護予防ケアマネジメントを実施する際の留意点	84
	(6) セルフケア・セルフマネジメントの推進	84
	(7) 「介護予防手帳」等の活用	84
2	好事例等から得られた自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの在 り方～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげ る方策～	87
	(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点	87
	(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	95
第6	継続利用要介護者による住民主体のサービスの利用	97
1	基本的な考え方	97
2	継続利用要介護者に対するケアマネジメントの実施主体	97
3	継続利用要介護者が住民主体のサービスを利用する際の留意事項	98
	(1) サービスの実施に向けての準備	98
	(2) ケアマネジメントの実施	99
	(3) 地域包括センターによる支援	99
	(4) 利用者の状態変化等への対応	99
第7	総合事業の制度的な枠組み	100
1	介護予防・生活支援サービス事業	100
	(1) 介護予防・生活支援サービス事業の概要	100
	(2) 介護予防・生活支援サービス事業の実施方法	100
	(3) 指定事業者制度	104
	(4) サービスの基準	107
	(5) 給付と一体的に実施する場合における給付の基準緩和	110

(6)	単価等	1 1 2
(7)	利用者負担（利用料）	1 1 8
(8)	給付管理.....	1 1 8
(9)	高額介護予防サービス費相当事業等	1 2 0
(10)	審査支払の国保連合会の活用	1 2 3
(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	1 2 4
(12)	その他の制度における総合事業の取扱いについて.....	1 2 5
2	一般介護予防事業.....	1 2 6
(1)	基本的な考え方.....	1 2 6
(2)	事業の実施	1 2 6
(3)	介護予防の取組に関する事業評価.....	1 2 9
(4)	実施に当たっての留意事項.....	1 3 0
3	地域支援事業の上限設定	1 3 2
(1)	概要	1 3 2
(2)	総合事業の上限管理.....	1 3 2
4	定期的な評価・検証.....	1 3 5
5	その他	1 3 6
(1)	住所地特例対象者に対する総合事業の実施	1 3 6
(2)	地域支援事業における財政調整	1 4 0
(3)	事故時の対応	1 4 2
(4)	苦情処理.....	1 4 3
第8	その他	1 4 3
1	総合事業の会計年度、会計の費目	1 4 3

第1 総合事業の実施に関する総則的な事項

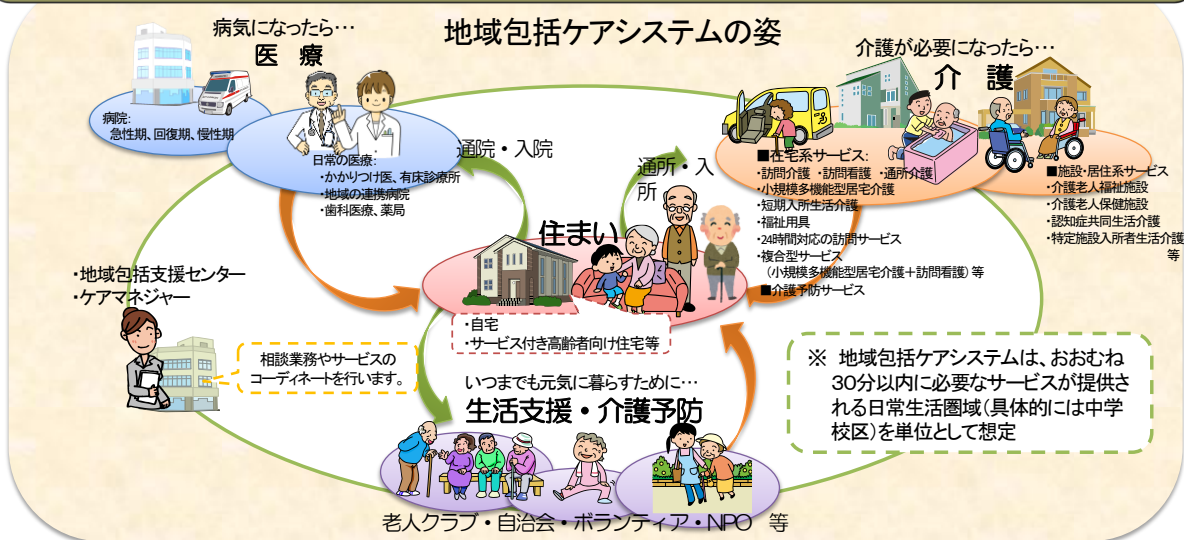
1 事業の目的・考え方

(1) 総合事業の趣旨

- 団塊の世代が75歳以上となる令和7（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。**

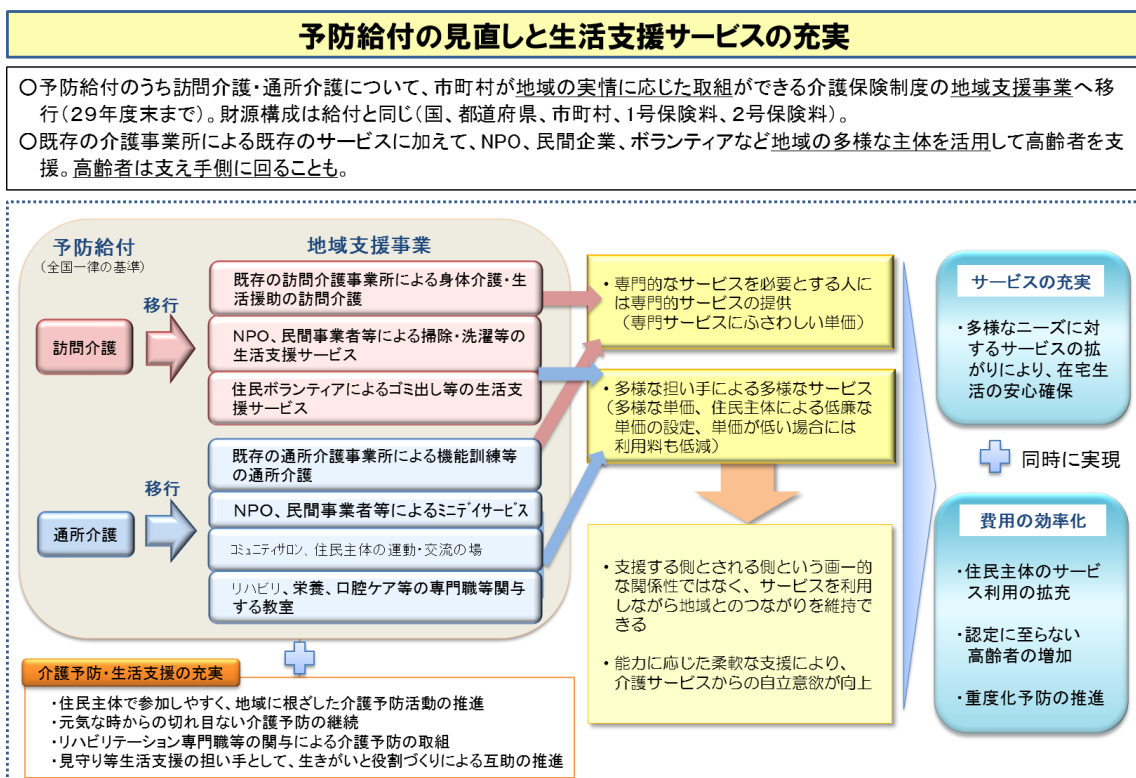


- 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等（居宅要支援被保険者等（同項第1号に規定する居宅要支援被保険者等をいう。以下同じ。）又は法第9条第1号に規定する第1号被保険者をいう。以下同じ。）に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。
- 要支援者等については、掃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、要支援者等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、

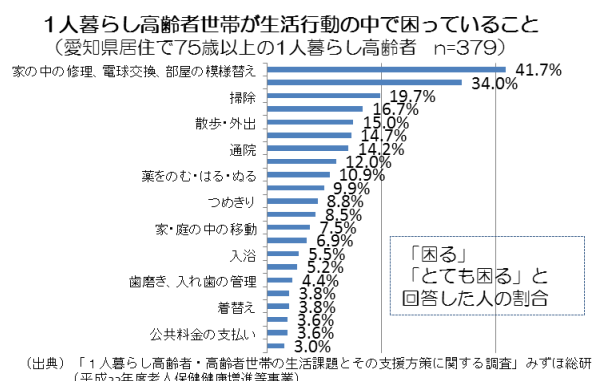
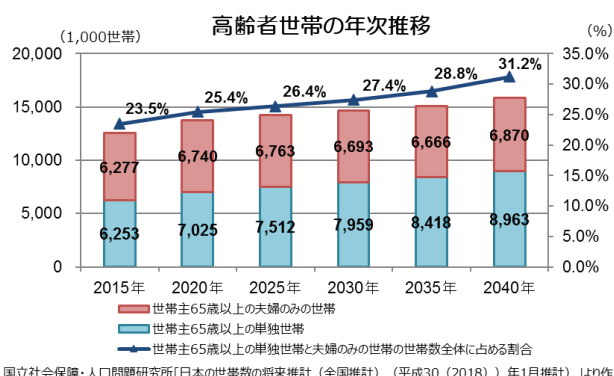
- ① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・

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要介護・要支援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。



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

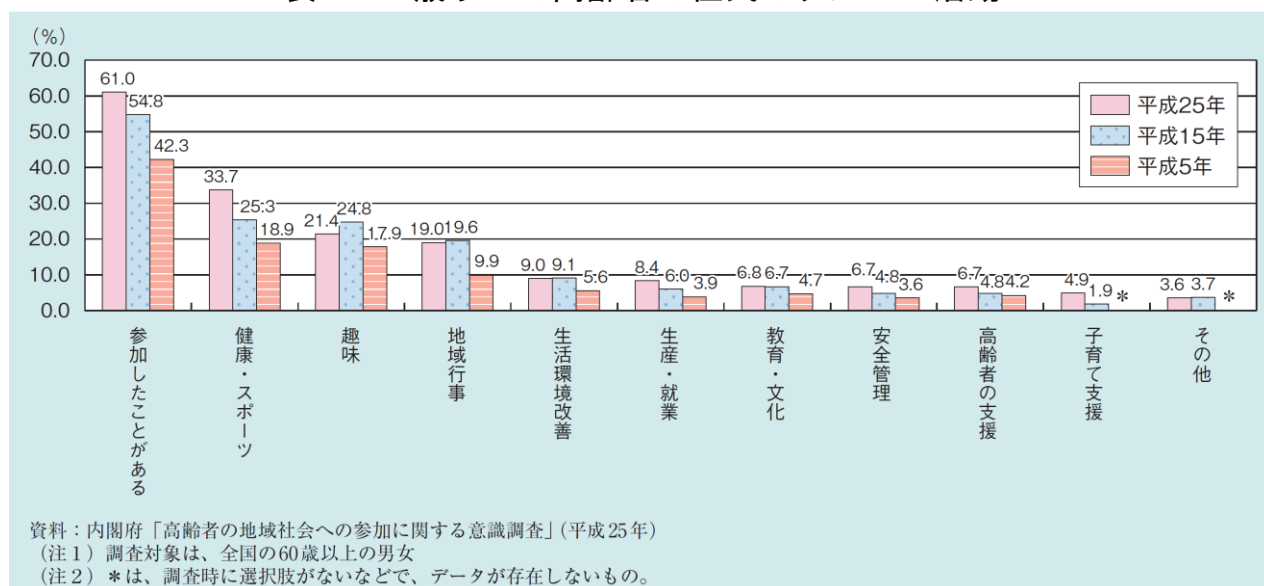


表2 60歳以上の高齢者のグループ活動への参加意向

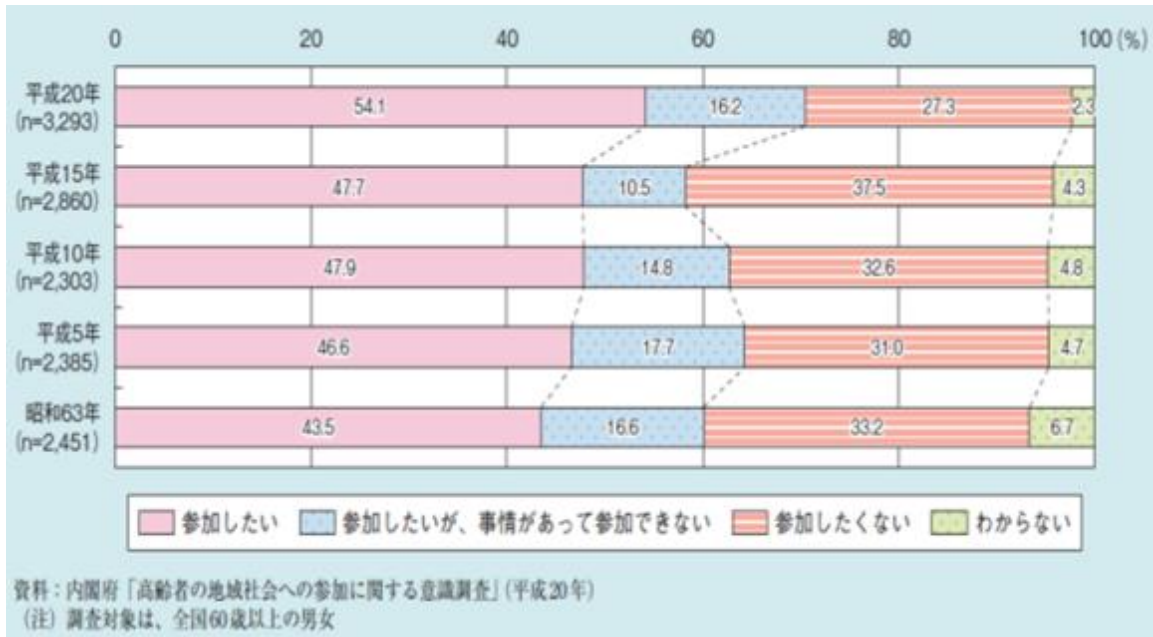
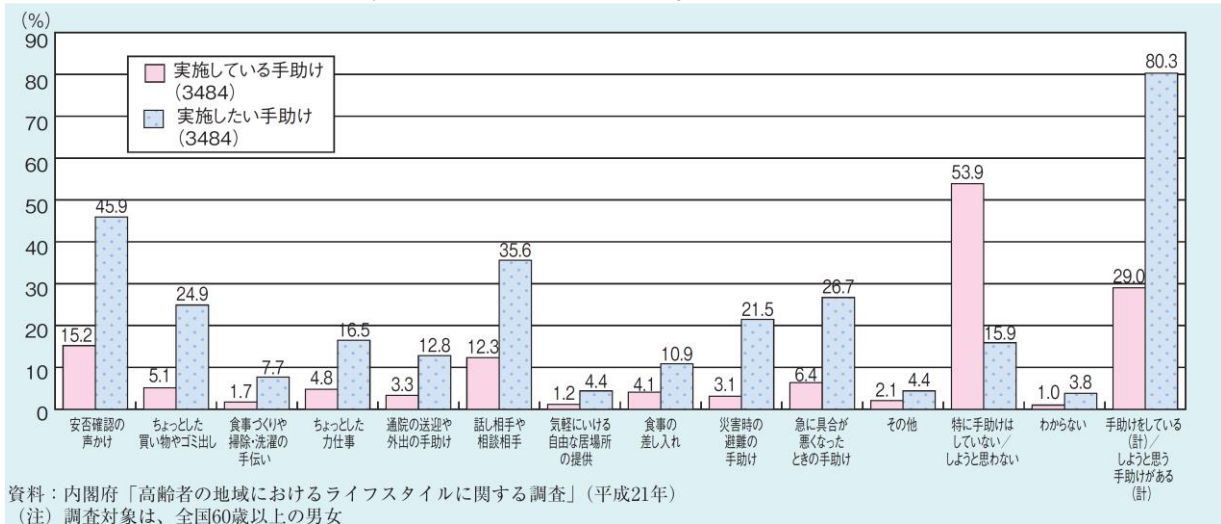


表3 困っている世帯への手助け



○ 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。

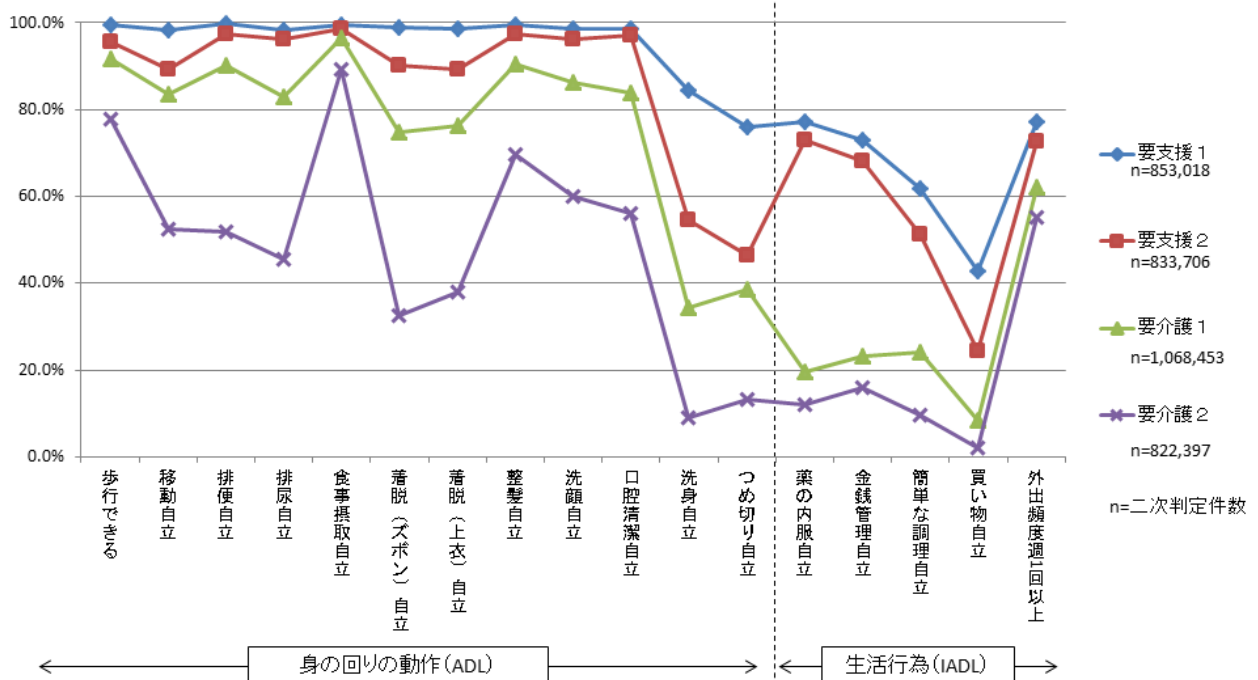
（要支援者等に対する自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント）

- 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の生活行為の多くは、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

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



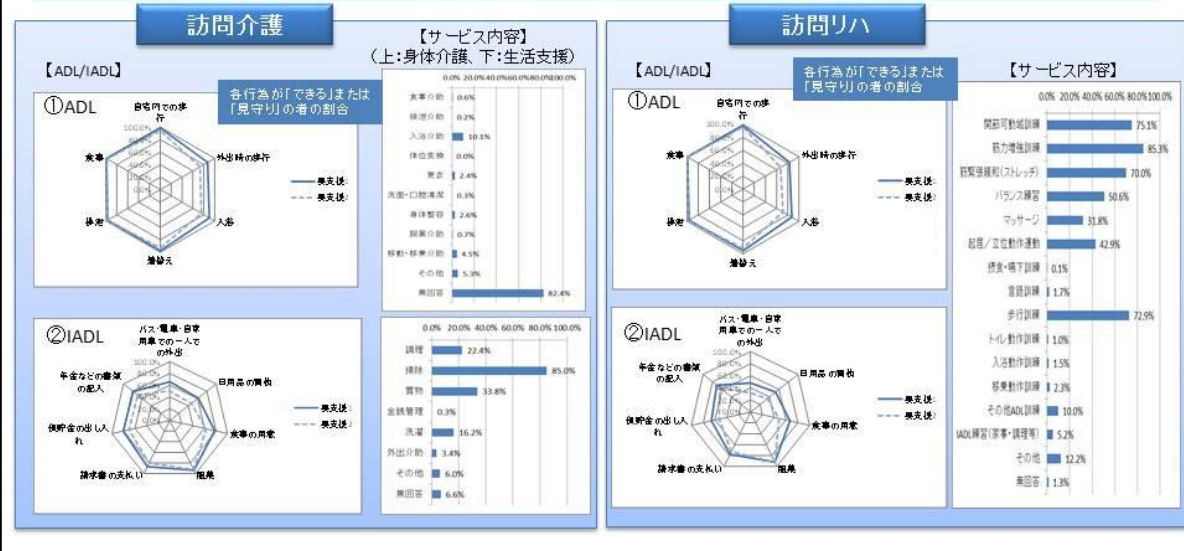
※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成28年度要介護認定における認定調査結果(出典:介護保険総合データベース(平成30年1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

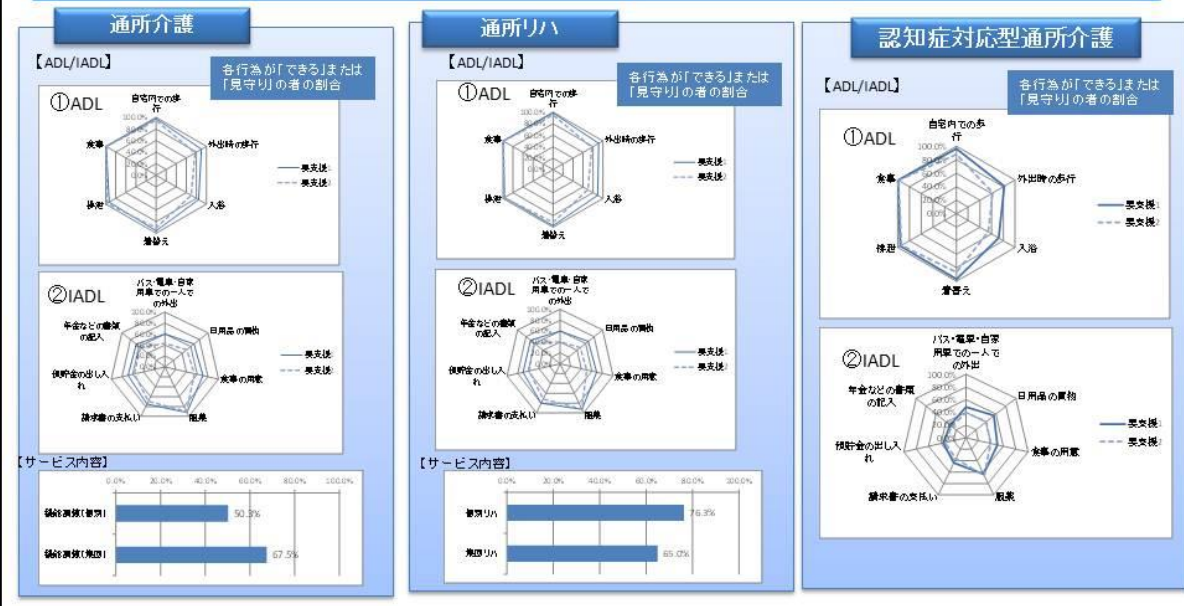
- 訪問介護利用者と訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)の利用者のADLをみると、概ね介助を必要とはしていなかった。IADLをみると、日用品の買い物など介助を必要とする者が一定程度いた。訪問介護の利用者の方が、訪問リハの利用者よりも、IADLにおいて介助を必要としない割合が高い傾向にあった。
- 訪問介護のサービス内容を見ると、身体介護を受けていないと思われる者の割合が約8割で、受けている者では入浴介助が多かった。生活支援サービスはほとんどが受けており、内容は掃除が多かった。
- 訪問リハのサービス内容は、筋力増強訓練、関節可動域訓練、歩行訓練などが多かった。



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平成 24（2012）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、推計によると、令和 7（2025）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、平成 27 年 1 月に「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）」を策定したほか、認知症施策を更に強力に推進するため、平成 30 年 12 月に認知症施策推進関係閣僚会議が設置され、認知症に関する有識者からの意見聴取に加え、認知症の人や家族などの関係者からの意見聴取等や関係省庁との協議を行いながら議論を深め、令和元年 6 月に認知症施策推進大綱が取りまとめられた。

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」、支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み（チームオレンジ）を支援する「チームオレンジコーディネーター」の配置等を位置づけ、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、地域における見守り体制構築

により、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。

○ 令和3年度からは、地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を整備するため、一般介護予防事業（法第115条の45第1項第2号に規定する事業をいう。以下同じ。）における地域介護予防活動支援事業、包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）（法第115条の45第1項第1号二に規定する第1号介護予防支援事業（居宅要支援被保険者に係るものを除く。）を除く）及び生活支援体制整備事業については、対象者の属性を問わない相談支援、多様な参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に行う重層的支援体制整備事業（社会福祉法（昭和26年法律第45号）第106条の4第2項に規定する重層的支援体制整備事業をいう。以下同じ。）として実施することができる。

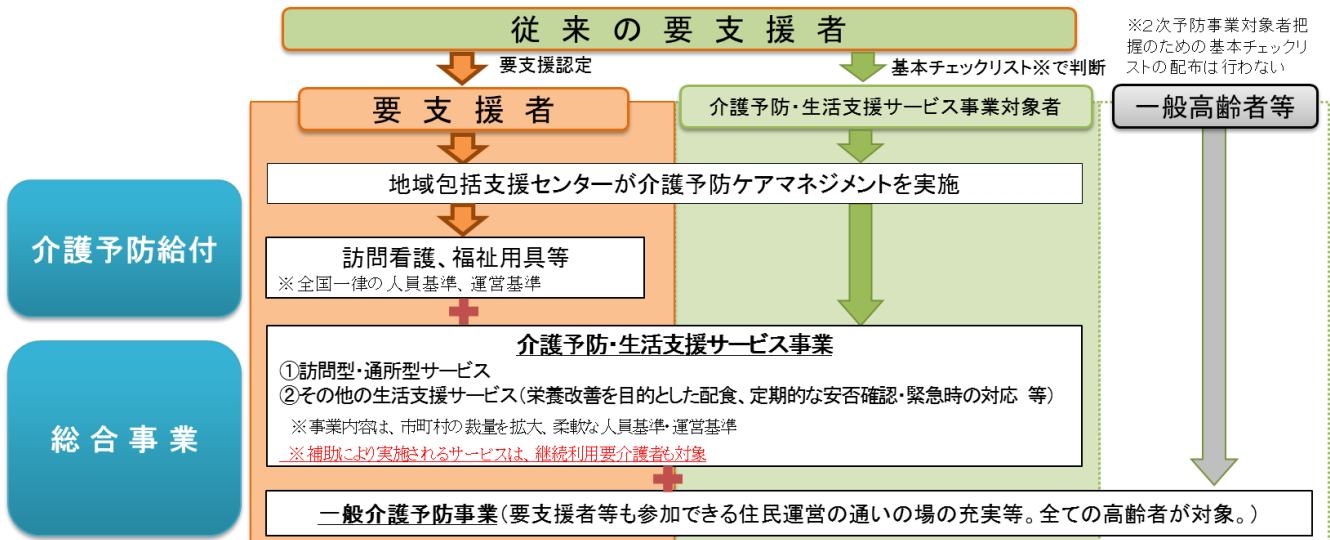
2 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

（総合事業の全体像）

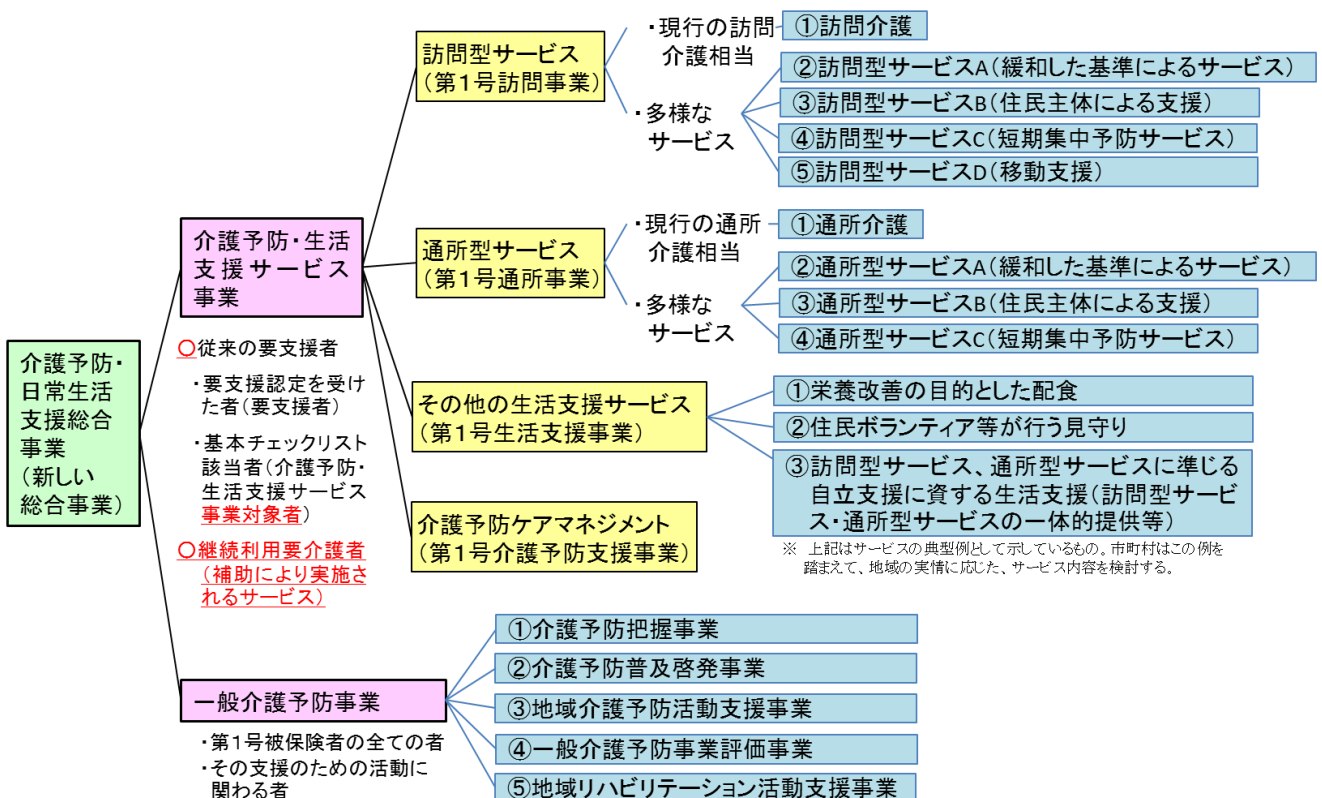
○ 総合事業は、①介護予防訪問介護等に移行し、要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業（法第115条の45第1項第1号）と、②第1号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業からなる。

【参考】総合事業の概要

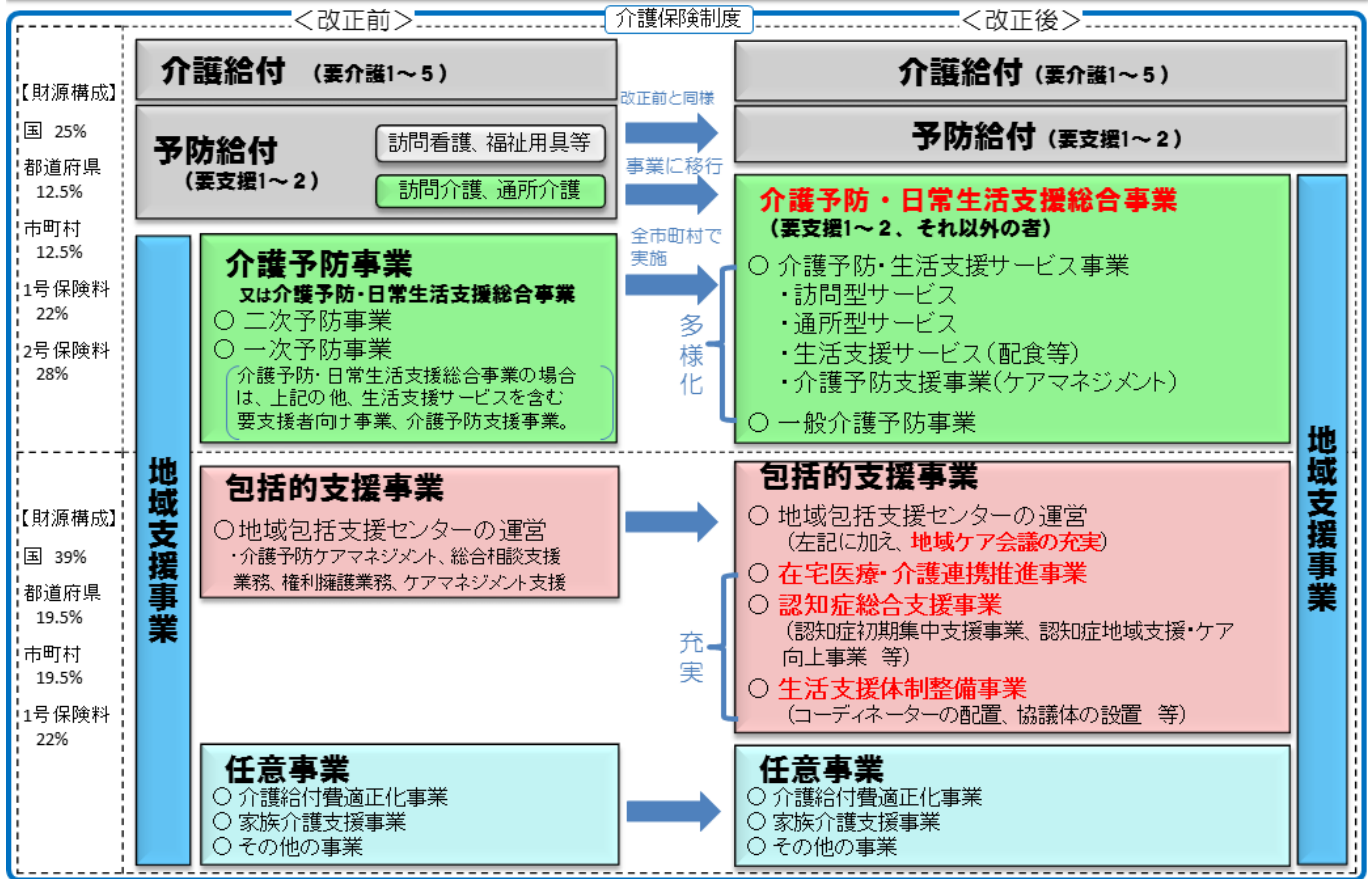
- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
- 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。
- 補助により実施さ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



【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】新しい地域支援事業の全体像(平成26年改正前後)



(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、居宅要支援被保険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）	居宅要支援被保険者等に対し、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）	居宅要支援被保険者等に対し、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）	居宅要支援被保険者等に対し、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）	居宅要支援被保険者等に対し、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、平成26年の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。

- 令和3年度からは、補助（助成）により実施されるサービスについては、要介護認定による介護給付に係る居宅サービス等を受ける前から継続的に利用する要介護者（以下「継続利用要介護者」という。）も対象となる。
- 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、住民主体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に関する専門的知見を有する者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を構築することにより、介護予防を推進することを目的として、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

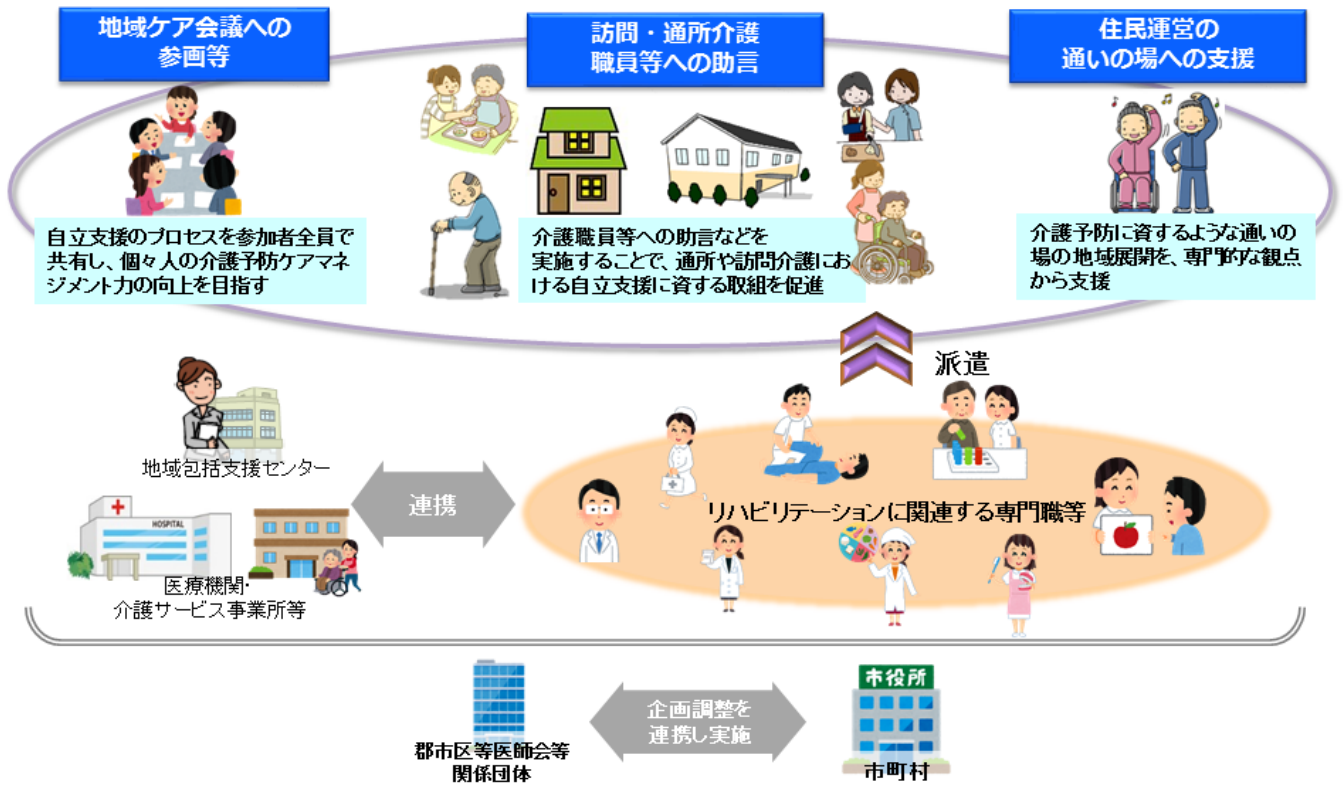
事業	内容
介護予防把握事業	地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する

(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。

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、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、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
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



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が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)

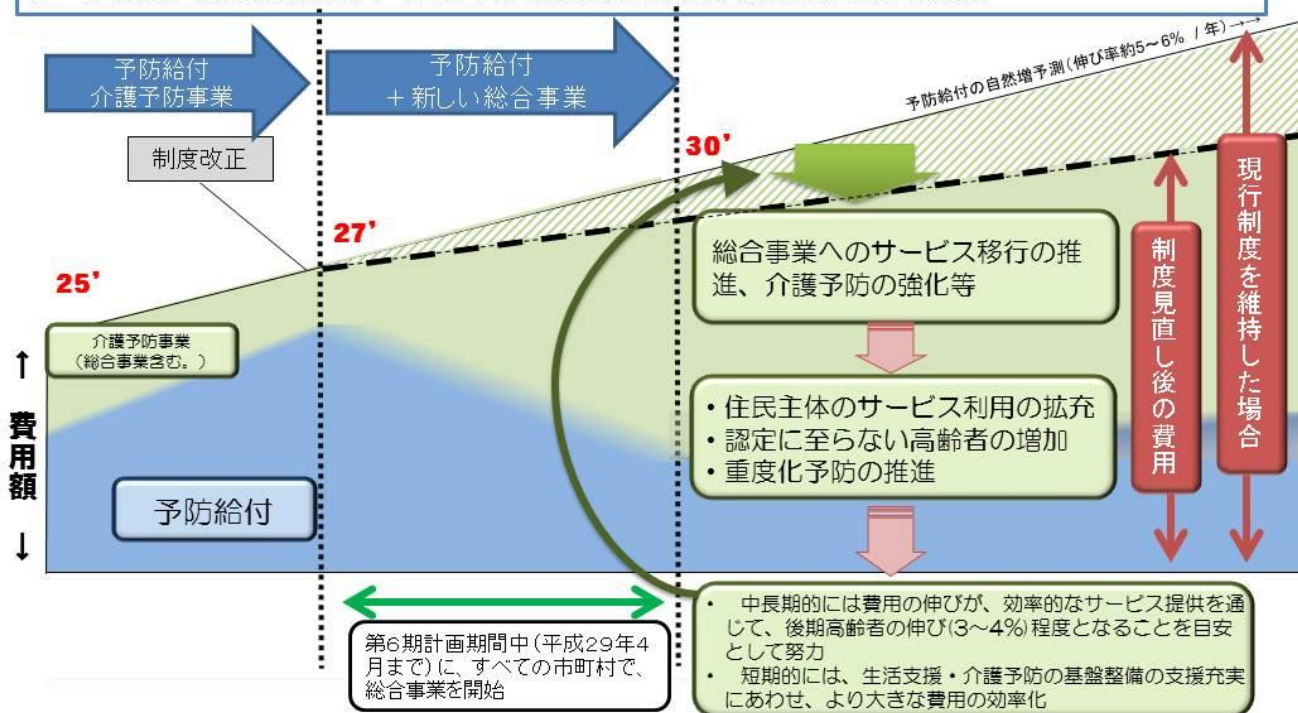
- 目標設定においては、総合事業と予防給付の費用の伸び率が、中長期的に、サービスを主に利用している75歳以上の高齢者数の伸び率程度となることを目安に努力する。
- さらに、近年介護予防通所介護の伸びが著しい市町村があることも踏まえると、今回の法改正により、新たに設けられた生活支援体制整備事業も活用して、市町村において生活支援等サービスの体制整備を急いでいくことなどにより、短期的に、より大きな費用の効率化も期待される。

(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7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7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

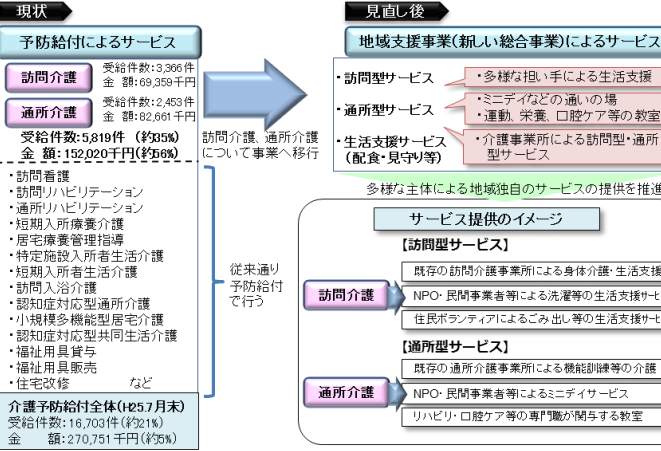
<高知県の取組例>

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



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

高知県 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					
サービス単価の決定等の広域調整 (意見交換会等)					

新しいサービスの段階的な開始

地域の実情に応じたサービス提供体制の構築

- 利用者ニーズを満足させるサービスの確保を目指す！
 - 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！

介護予防給付の市町村事業への円滑な移行【取組イメージ】

高知県 高知家

	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期
トップセミナー	トップセミナー ・介護保険制度改革と市町村(保険者)の役割 ・今年度の取組について			
事業検討セミナー	セミナー開始 ・介護保険制度改革と市町村の役割 ・今年度の取組計画について	地域課題の把握 ・ニーズ調査の分析について ・介護予防事業検討のポイント	事業内容の検討① ・先進自治体の取組 ・先進自治体担当者との意見交換	事業内容の検討② ・先進自治体の取組 ・先進自治体担当者との意見交換
リハビリテーション専門職等の派遣		リハ専門職への研修会① ・介護保険制度改革について ・市町村における介護予防事業について	リハ専門職への研修会② ・効果的な介護予防事業のあり方 ・先進自治体におけるリハ専門職の取組	
市町村における事業の検討				
アドバイザーの派遣 圏域ごとにサービス内容・単価等に関する意見交換				
各市町村への派遣				
(県全体の情報交換)				

○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・マニュアル等の提供

- 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、厚生労働省のホームページにおいて情報を提供しているので、参照いただきたい。

- ・ 総合事業の先行事例等

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188238.html>

- また、これらの好事例については、地域包括ケア「見える化」システム※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>

※ 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。

- このほか、介護予防マニュアルについて、令和3年度老人保健健康増進等事業「エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂に関する研究事業」（実施主体：株式会社野村総合研究所）において改訂を行い、厚生労働省のホームページにおいて公表しているため、参照いただきたい。

今回の改訂では、短期集中予防サービス（サービスC）を中心とした、生活機能が低下した高齢者に対する取組に重点を置き、現行の地域支援事業の制度等が反映されるとともに、平成31年度厚生労働科学研究費長寿科学政策研究事業による成果物「介護予防ガイド実践・エビデンス編」を一部引用し、最新の介護予防の取組方法・評価指標に沿った内容へ更新している。

- ・ 介護予防マニュアル（第4版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html

第2 サービスの類型（多様化するサービスの典型例）

（概要）

- 居宅要支援被保険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7 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、従前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	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	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	○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 ※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		・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 ※3～6ヶ月の短期間で行う	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、従前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	従前の通所介護相当	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、自主的なふっこの場	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、従前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。
- 従前の介護予防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居宅要支援被保険者等については、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従前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。
 - ・ 従前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。
 - ・ 平成30年度より介護給付において創設される生活援助従事者研修の修了者は、生活援助に重点を置いた研修カリキュラムを修めている。市町村は、当該研修の修了者について、総合事業の多様なサービスの従事者としての研修を修了したものととして取り扱うことが可能である。

ロ 通所型サービス

(概要)

- 通所型サービスは、従前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。

- 従前の介護予防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居宅要支援被保険者等については、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従前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つサービスを規定している。（介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）第140条の62の7）
 - 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）

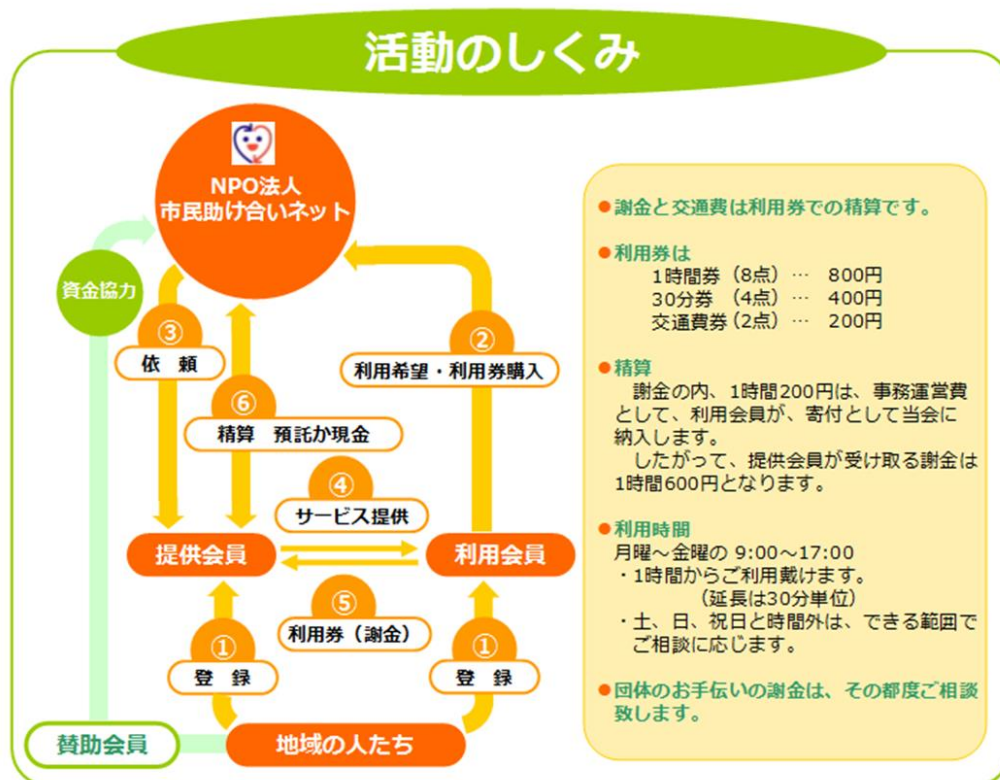
（留意事項）

- 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収受を利用券の収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居宅要支援被保険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、生活支援・介護予防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。

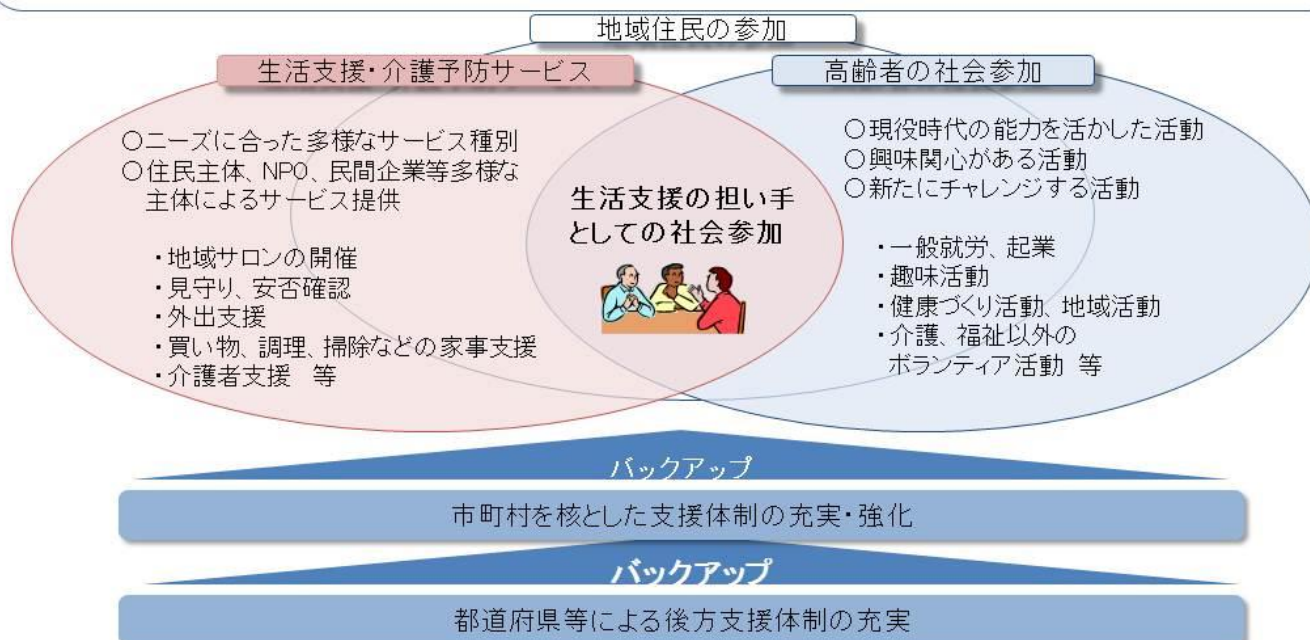
第3 市町村を中心とした生活支援・介護予防サービスの充実等

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・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



- 要支援者等の高齢者は、IADLの低下が見られたり、単身高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が増加していること等から、多様な生活支援が必要となる。
- こうした高齢者の在宅生活を支えるため、支え手の観点では、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等、支え手の裾野を多様な主体に拡げ、重層的にサービスを提供する体制を構築することが重要である。
- 総合事業の発展的成長のためには、このような観点から、地域づくりに必要な、「地域のアセスメント」をしっかりと行う必要がある。
- 具体的には、地域の課題を把握して構造化することや、地域資源の把握を着実にを行うため、以下の対応を重点的に進める。（参考項目：第3-3-(5)）
 - ① 地域のニーズの把握と地域の課題としての構造化

下記ア～エの情報を活用し、地域における課題を把握し、地域で共通した課題とそうでない課題（個別ケースの課題）に分類をした上で、KJ法等により整理を行う。その上で、各課題について、緊急度や発生地域等で構造化を行う。

ア 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の調査結果（圏域ごとの家族構成、経済状況、外出の状況、移動の手段等に関する定量的情報）

イ 地域ケア会議や生活支援体制整備事業の協議体等の関係者が保有する情報

ウ 見える化システムにより把握されているデータ（給付や高齢化率等にかかるデータ）

エ その他、市町村の窓口担当者が把握している情報等
 - ② 地域資源の把握

多様な関係者の多様な視点から、地域の見つめ直し、「高齢者が参加する活動」

「高齢者が利用するサービス」「実施主体」「場・拠点」等の観点に分類するなどして、地域資源を整理して把握する。また、民間企業やNPOなど、主体によって、得意なこととそうでないことが異なることから、それぞれの得手不得手を整理しておくことで、後のサービスの検討を効果的に進めることに繋がる。

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			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合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				

※ 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

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

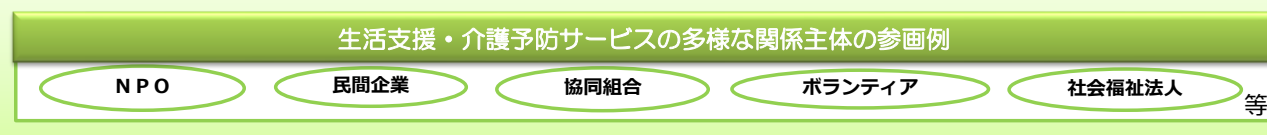
(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の日常生活圏域（中学校区域等）があり、平成29年度までの間に第1及び第2層の充実を目指す。

- ① 第1層 市町村区域で、主に資源開発（不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保）中心
 - ② 第2層 日常生活圏域（中学校区域等）で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開
- ※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防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があるが、これは本事業の対象外



(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進



※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。

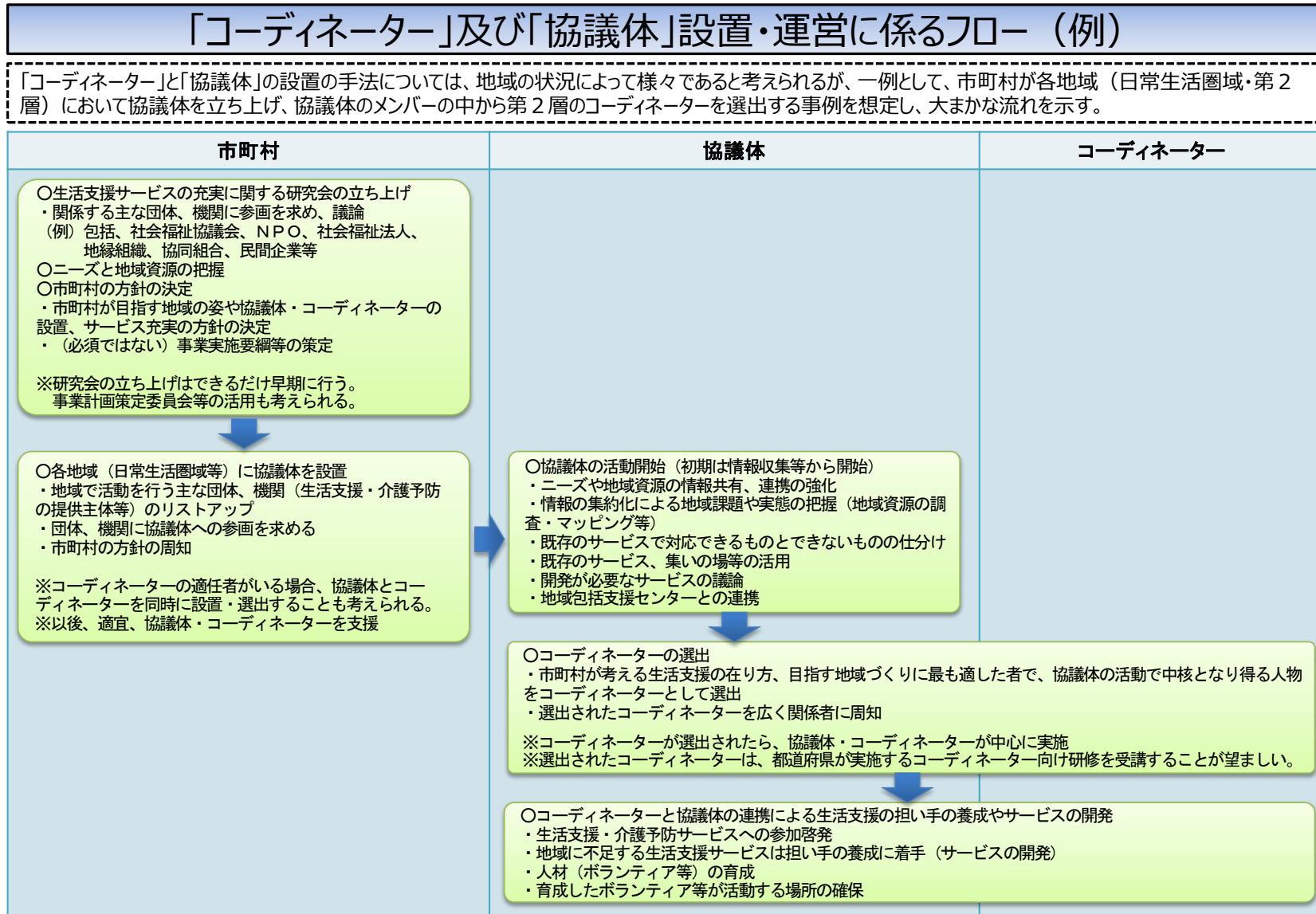
- ② 都道府県は、国が作成したコーディネーター養成カリキュラム、テキストを活用し、市町村で配置を予定している人材の研修を実施する。更に県内のコーディネーターのネットワーク化を進めるとともに、配置状況の偏在や地域事情等に配慮し、適宜市町村と調整する。
- ③ 国は、都道府県で計画的にコーディネーターを養成出来るよう、カリキュラム、テキストを作成する。また、積極的に市町村や関係団体等に対する普及啓発等を行い、全国的な展開が図られるよう配慮する。

(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）。
- 障害を有する高齢者や、支援を必要とする高齢者と障害者が同居しているケースなど、複合的な支援ニーズを有している高齢者に対し、適切な支援を検討し、また、市町村における各会議体の効率的な運営を図る観点から、協議体の開催に当たっては、協議を行う内容を踏まえて、介護保険制度における地域ケア推進会議のほか、障害者施策における（自立支援）協議会や児童施策における会議体との共同開催などの連携を図ること。
- 地域におけるサービスは、地域におけるニーズや資源に基づいて創出するものであり、サービスの創出自体が目的ではなく、地域のニーズ等を十分に把握しないままに創出されたサービスは、地域の実情に沿わないものになってしまう恐れがあることに十分留意すること。（参考1参照）
- なお、地域で協働するための基盤づくりや、地域資源の把握・地域課題の抽出などにおける取組においては、先行事例を元にしてポイントがまとめられているので、参考とされたい。（参考2参照）
- また、住民主体の地域づくりにおいては、住民の主体性を尊重した行政のスタンスが重要である。（参考3参照）

特に、住民主体による取組は、行政があらかじめ枠組みを作ることは、地域の自主性を損なうおそれがあることに留意し、地域にすでにある活動の発見から始め、その活動について、地域ニーズとのマッチングを行っていくという視点を持ち、また、住民主体の取組が必要とする支援は、財政的支援だけでなく、場所等の手配、専門職の派遣など、多様であることを念頭に支援を行うことが重要である。（参考4参照）
- なお、地域づくりは、地域の実情を踏まえて進められるべきものであることから、地域ごとの創意工夫により、取組内容に違いが生じることが想定されるが、地域の実情を踏まえずに市町村全体で同じ取組を行おうとすることは、地域づくりを後退させてしまうおそれがあることに留意が必要である。

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

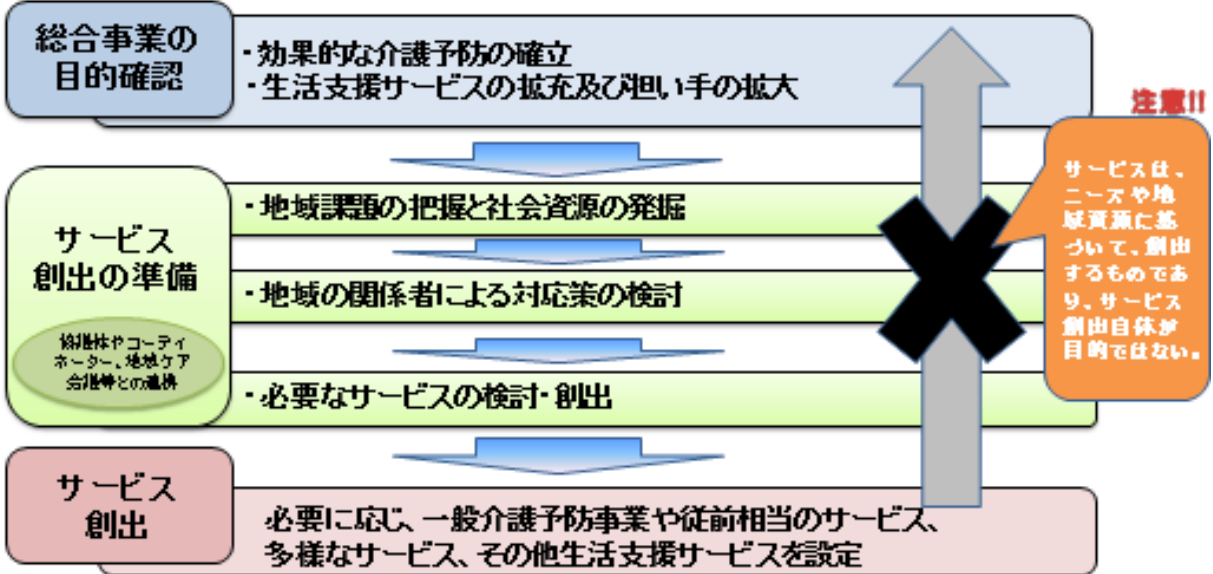


注：上記のフロー図では、市町村が第1層のコーディネーターの機能を担うことで、第2層の協議体とコーディネーターが設置されている。この場合、先に第2層の取組の成功例のパターン化を図り、第1層レベルへ広く普及を図ることも考えられる。小規模市町村では第2層と第1層が重なり合う場合もある。
注：地域で適切な者がいる場合には、コーディネーターの配置を先に行うこともあり。

(参考1)

介護予防・生活支援サービス等の創出を検討する上での考え方

- 総合事業は、市町村が中心となって、地域の实情に応じて、住民など多様な主体の参画による、多様なサービスを充実させることにより、地域の支え合いの体制づくりや介護予防の推進、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目指している。
- 地域ごとの特性や地域資源を把握した上で、必要なサービスについては、行政のみでなく、協議体や生活支援コーディネーターとも連携し検討することが重要である。



(参考2)

生活支援コーディネーター・協議体及び市町村が取り組む地域づくりのポイント

※ 研究事業において、実施状況に関するヒアリングやアンケート調査等を通じて、各取組に関するポイントを整理したもの。

STEP1: 地域で協働する基盤づくり

1-1 生活支援体制の設計

Point ✓ 行政、生活支援コーディネーター等、地域づくりの推進役となるメンバーで、地域における生活支援コーディネーターや協議体のあり方、地域づくりの道筋に関して叩き台をもとに議論を重ね、地域の関係主体と意識の統一を行っておく。

1-2 住民への働きかけ

Point ✓ 住民に対し、座談会の開催、タウン誌による広報など、様々な方法により地域づくりの狙いを理解してもらう。
✓ 行政は、生活支援コーディネーター等、地域の主体が、住民へ働きかけを行いやすいように支援を行う。

1-3 協議体の立ち上げ

Point ✓ 地域づくりのために、強く協議体に関わって欲しい人物には、個別に働きかけを行う。
✓ 協議体の立ち上げ時は、異なる考え方をを持ったメンバーとの関係構築や地域づくりの狙いの共有を図る。

1-4 協議体の運営

Point ✓ 協働の場は、異なる考え方が集まる場であり、地域の活動は、地域の様々に異なった考えから生まれる。
✓ そのため、協働の場は、試行錯誤の繰り返しだが、経験の共有や取組の振り返りを通じて、協働の実感に結びつく。

STEP2: 地域資源の把握、地域課題の抽出

2-1 地域資源の把握

Point ✓ 資源の価値は、見る人や場面によって異なることから、多様な関係者の多様な視点で見つめ直す。
✓ 「高齢者が参加する活動」、「高齢者が利用するサービス」、「実施主体」、「場・拠点」等の観点に分類し、地域の資源を整理して把握する。

2-2 地域課題の抽出

Point ✓ 地域の課題は、一人ひとりの生活の課題の積み重ねである。そのため、個別支援に関わっているケアマネジャー等専門職や、住民、行政等が把握する情報の集約から始める。
✓ 行政は、地域ケア会議等の取組強化を推進し、地域の課題等の抽出機能を強化する。

2-3 課題の構造化

- Point** ✓ 個別事例の検討を通じた地域の共通課題の抽出や、KJ法等を用いた課題の整理を行った上で、各課題について緊急度、発生地域等で構造化を行う。
- ✓ 課題を構造化することで、協議体や地域の関係者が、地域の課題を「自分ごと」として捉えやすくなり、対応策の検討(次項)が進みやすくなる。

2-4 資源の充実に向けた方針の検討

- Point** ✓ 対応出来ていない課題や、未活用の資源があることを協議体のメンバー間で共通認識を持ち、資源を作り出すアイデアは、一人の発想に頼るのではなく、多様な人の発想の組み合わせで膨らませる。
- ✓ 地域だけでは対応が難しい、行政の対応が必要なものについては、市町村全域をカバーする生活支援コーディネーターや協議体、行政内担当部局へ引き継ぐ。

STEP3: 地域資源の充実

3-1 多様な参加のきっかけづくり

- Point** ✓ 地域の活動に興味があっても、参加まで踏み出せないでいる高齢者に対しては、学習会やちょっとした手伝い等の参加のきっかけを用意する。
- ✓ 活動の仲間づくりの観点から支援を行うことで、活動の継続や活発化へのモチベーションが高まる。

3-2 今ある活動やサービスの強化

- Point** ✓ 今ある活動等を地域で知ってもらうために、生活支援コーディネーターや協議体、行政がPRを行う。
- ✓ 意見交換会など、活動の担い手同士が学び合う機会を設けることや、団体・企業同士のマッチングによる協働の推進が地域の基盤強化に繋がる。

3-3 新たな活動やサービスの開発

- Point** ✓ 地域活動に関心のある人物と地域のニーズのコーディネートを行うとともに、その人の新たな活動が継続するよう支援することで新たな活動が生まれる。
- ✓ 行政が考えたものの押しつけではなく、地域の関係者が「出来ること」、「やってみたいこと」から始める。

※ 平成28年度老人保健事業推進費等補助金「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業報告書」～高齢者の活躍と暮らしを応援する地域づくりのヒント集～」をもとに、厚生労働省において作成。

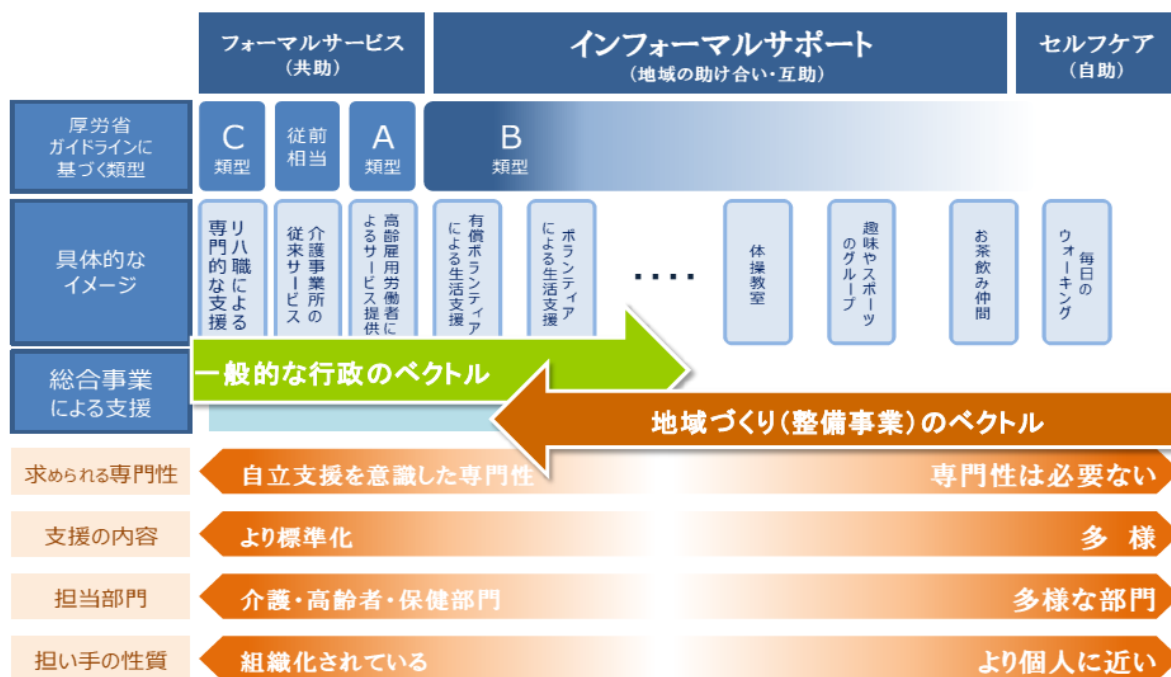
(参考3)

平成28年度老人保健健康増進等事業「国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)(抜粋)

「地域づくり」を積極的に推進するためには、前提として行政側のスタンス(立場、姿勢)が重要になります。住民主体の地域づくりでは、いわゆるボトムアップ型が前提で、住民の主体性が尊重されます。とりわけ、総合事業の中心である「B類型」や「一般介護予防事業」の活動内容は、住民の発意やアイデアによって、行政が想定している以上に幅広いものになりますし、またそうなることが期待されています(地域づくりベクトル)。

一方で、行政の仕事の進め方は、事業内容があらかじめ明確で、標準化されている取組には向いていますが(行政ベクトル)、活動の内容が時間の経過とともに変化したり、あるいは住民グループや地区によって異なったりする場合には、柔軟な対応が難しい場合があります。行政の仕事の仕方と地域づくりのベクトルの違いをしっかりと理解し、住民の地域づくりのベクトルに合わせるような支援方法を強く意識することが、地域づくりを進める際の行政のスタンスとしてまず重要になります。

整備事業では、行政が地域づくりのベクトルにあった仕事の実現するための仕掛けとして、「協議体」や「生活支援コーディネーター」が用意されています。これらの仕掛けをうまく活用していくことが「地域づくり」には大切になります。



(参考 4)

平成 28 年度老人保健健康増進等事業「国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング) (抜粋)

場所・備品の手配

空き教室や商店街の空きスペースなど、活用できる場所が地域にあっても、場所によっては利用のルールが柔軟でない場合もある。また、体操教室の道具やDVDプレーヤー、配食のための調理器具など、備品の費用の捻出に苦労するケースもある。

広報支援

広報のノウハウがないために、活動が地域に広がっていないケースも多い。団体に対し広報ツールを提供する、行政側でリスト化してPRする、広報誌等で活動を取りあげる等の方法がある。特に、活動が評価されるような取組は担い手の動機づけにもつながる。

専門職の派遣

リハビリ職等を体操教室に派遣し体操の仕方を指導する、配食団体に対し栄養士が助言するといったこと等が考えられる。ただし、専門職は貴重な資源であることに留意が必要。広くうすく張り付ける方法を検討する必要がある。

資源同士をつなぐ

NPO・ボランティアなどの機能的団体は、地縁団体や行政との関わりが少ないことが多い。地域の中で活動する団体・事業者等が交流する機会をもつことで、新たな活動のアイデアが生まれることも。第2層協議体の重要な役割でもある。

(6) 就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）の配置

① 配置目的

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）のほか、役割がある形で高齢者の社会参加等を促進することを目的として、「就労的活動支援コーディネーター（就労的活動支援員）」を配置することができる。

② 役割等

就労的活動の場を提供できる民間企業・団体等と就労的活動の取組を実施したい事業者等とをマッチングし、高齢者個人の特性や希望に合った活動をコーディネートする。

※ 就労的活動は、有償又は無償のボランティアとしての活用を想定したものであり、賃金が支払われる労働は含まない。

③ 配置

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 資格・要件

地域の産業に精通している者又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とする。

このように、特定の資格要件は定めるものでないが、生涯現役社会の実現や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や民間企業と連絡調整できる立場の者が望ましい。

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。

(7) その他

- 地域における移動に対するニーズへの対応については、主として交通部局が公共交通施策として対応しているが、その対応を効果的に進めるため、政策立案、情報共有、意識改革等、福祉部局と交通部局が連携した対応が重要である。
- そのため、福祉部局が把握している地域の移動ニーズを交通部局と共有し、
 - ・ 福祉有償運送等に分類される訪問型サービスDを実施しやすい環境の整備
 - ・ 交通部局が把握している高齢者以外の移動ニーズと、福祉部局が把握している高齢者の移動ニーズをあわせた移動サービスの実施
 - ・ 福祉部局が把握している地域の移動ニーズの公共交通施策への反映を行えるよう検討を行う等の対応が考えられる。
- また、地方公共団体（都道府県、市町村）が中心となり、交通事業者・道路管理者・利用者・学識経験者等から成る公共交通に関する協議会が設置されているので、交通部局と福祉部局による検討を進めた上で、
 - ・ 市町村の介護保険担当職員や生活支援コーディネーター等が、上記の公共交通に関する協議会へ参加し、把握しているニーズを伝え、公共交通施策における検討を共に行う
 - ・ 協議体や地域ケア推進会議に公共交通部局担当者を参画させ、地域における

移動に関するニーズへの対応を共に検討する

等の地域の実情に応じた段階的な連携の強化を図ることが効果的である。

- なお、総合事業の対象としては、要支援者等に限られるが、事業として障害者等の要支援者等以外の者を含めた一体的な実施を行うことは可能であり、その場合、運営費の補助については、要支援者数等とその他の者の人数で按分する等、合理的な方法で総合事業の対象を確定することで、運営費補助の対象となる。(参考：第7-1-(6))

(参考) 国土交通省「高齢者の移動手段を確保するための制度・事業モデルパンフレット」

<https://www.mlit.go.jp/common/001317469.pdf>

令和2年度老健事業成果物(介護予防・日常生活支援総合事業等に基づく移動支援サービスの創設に関する調査研究事業)

https://www.murc.jp/report/rc/policy_research/public_report/koukai_210423/

4 住民主体の支援活動等の推進

(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

(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ターしていること。

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	キネステイクストレーナー 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593市町村ある（出典：介護予防・日常生活支援総合事業等（地域支援事業）の実施状況（令和元年度実施分）に関する調査）。
- 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。

- ボランティアポイント制度の設計、運用、評価・改善に向けた考え方や手法等を検討する際の留意点を『ボランティアポイント 制度導入・運用の手引き（令和3年3月）』として作成したので参考とされたい。（厚生労働省ホームページ：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html）

なお、ポイント付与の取組については、参加へのインセンティブや、参加者のデータ収集、多様な主体との連携にもつながることが期待される一方、対象の偏りや費用対効果などの点については、社会的に理解の得られる範囲を見極めながら進めることが重要である。

[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、第9回（令和2年度）は、最優秀賞1件（厚生労働大臣賞）、優秀賞（厚生労働大臣賞）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）として、13件〈企業3、団体5、自治体5〉が表彰された。
- 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。

(3) 高齢者の社会参加による介護予防等の推進

高齢者が社会参加することや、社会的役割を持つことは、高齢者の生きがいづくりや、介護予防の効果が期待できることから、生活支援コーディネーターや協議体の取組においては、新しいサービスの創出だけでなく、元気な高齢者をはじめとした、地域の高齢者の活躍の場を創出するという観点が重要である。

なお、高齢者の活躍の場は、総合事業のサービスの担い手としてだけでなく、障害者施策における就労移行支援事業所、就労継続支援事業所での活動や、子ども食堂での活動など、高齢者施策に限られない広い視野で検討を行うことが重要である。

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。

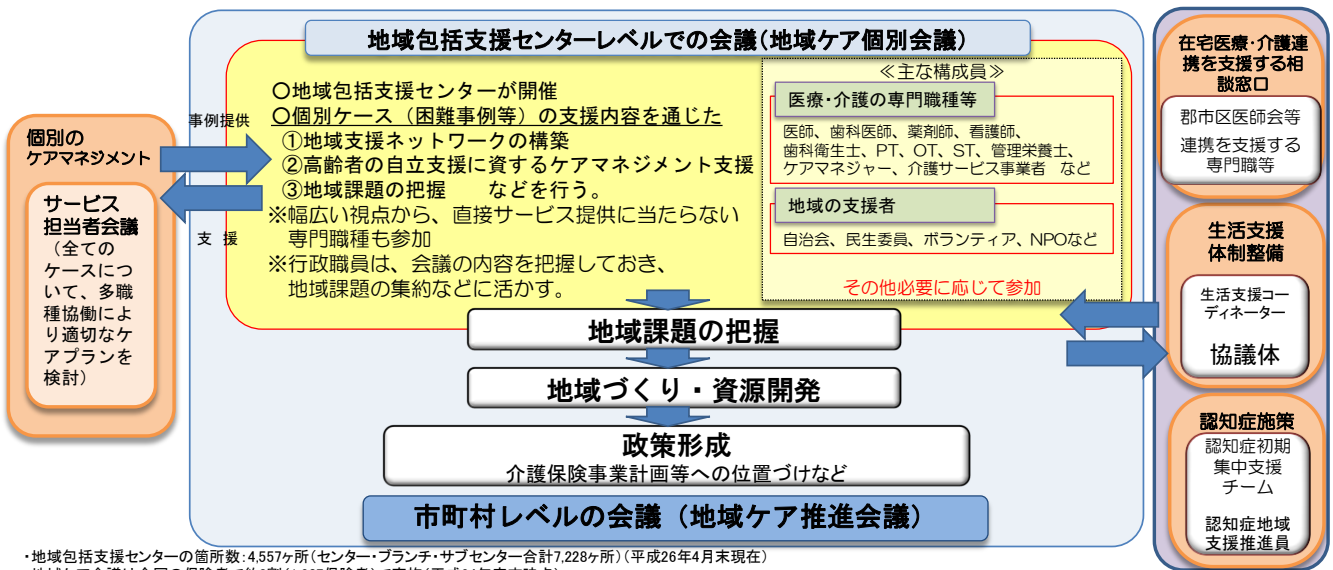
地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

- 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
- 地域ケア会議を、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規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



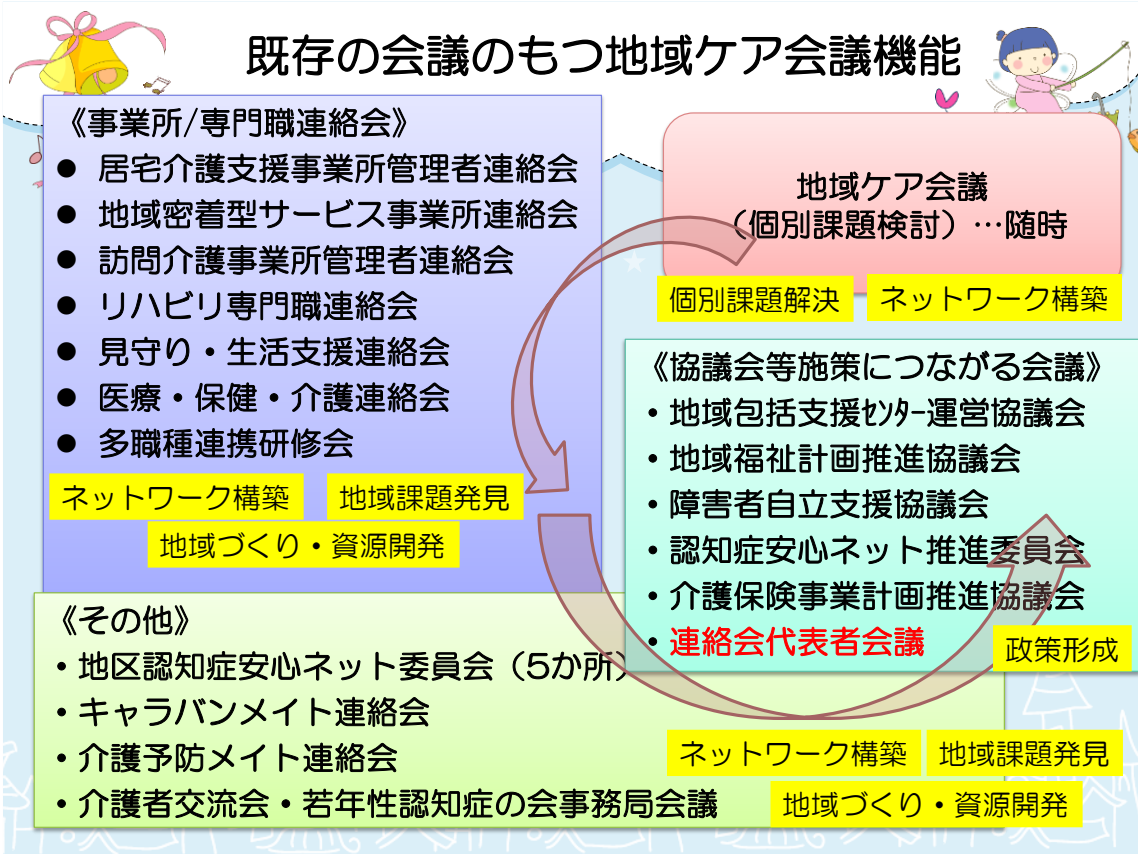
・地域包括支援センターの箇所数: 4,557ヶ所(センター・プラント・サブセンター合計7,228ヶ所)(平成26年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,207保険者)で実施(平成24年度末時点)

(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



<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9万、会員数約500万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。
https://www.sawayakazaidan.or.jp/new_community_support_project/index.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くことが有益である。
 - ・ 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/fukushi/page-c_00268.html

（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、店頭コーナーの売り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（1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・こども・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⇒市町村）

↓
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）

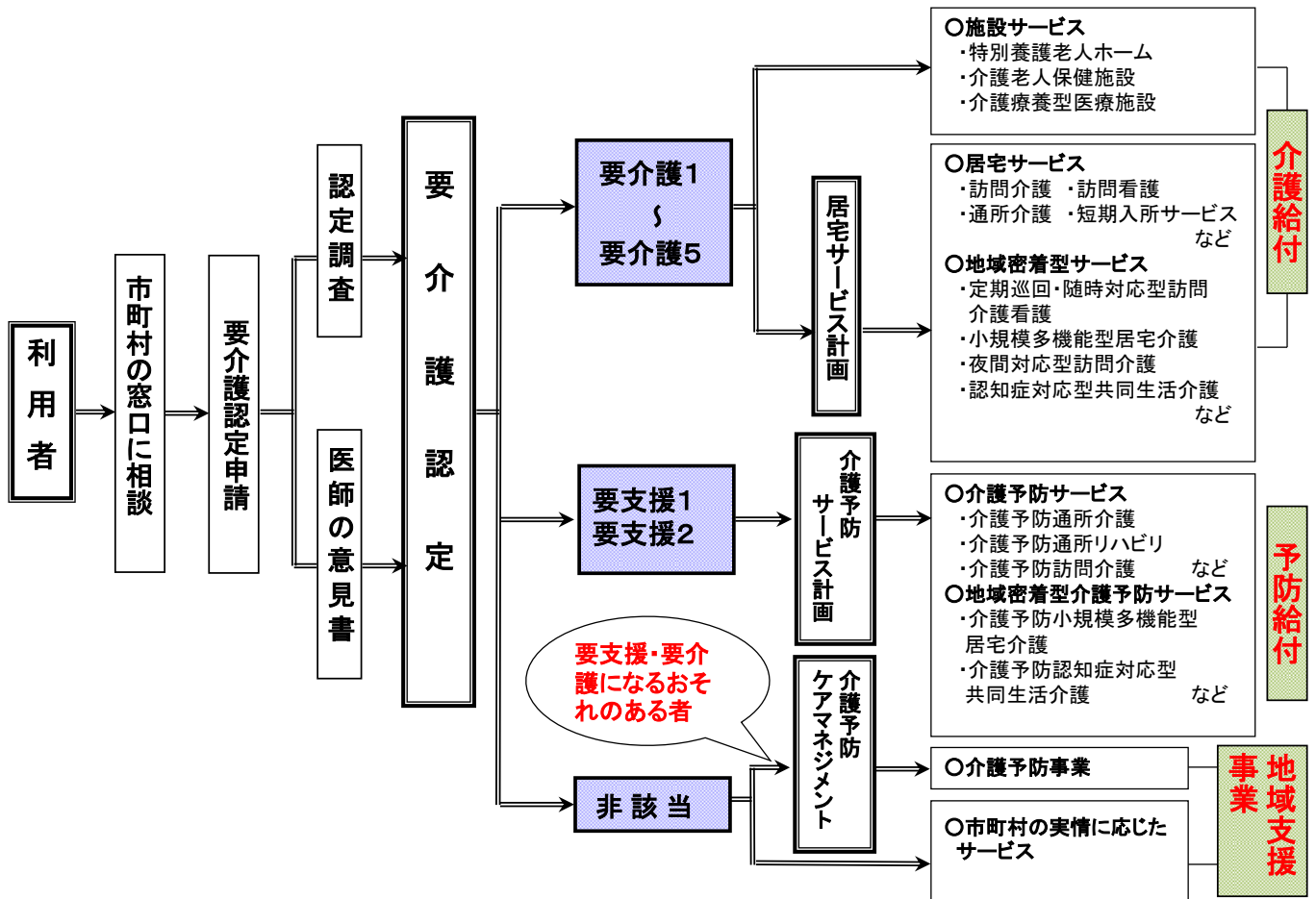
↓
⑨ モニタリング・評価

↓
⑩ 給付管理票作成・国保連合会送付

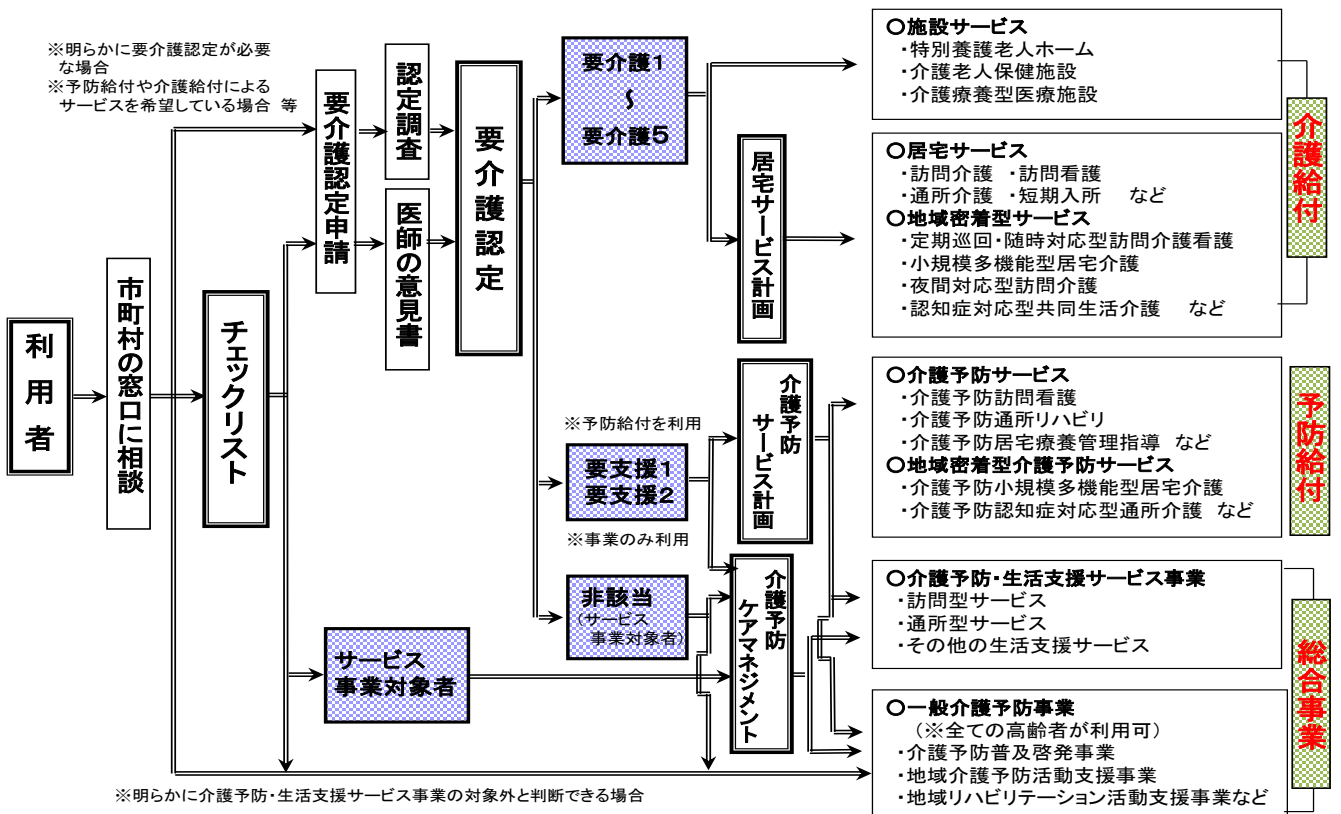
（留意事項）

- 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。

<旧来のサービス利用手続>



<総合事業実施後の利用手続>



※継続利用要介護者の場合、総合事業の利用が可能。

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）

- 基本チェックリストは、必ずしも認定を受けなくても、必要なサービスを事業でできるよう本人の状況を確認するツールとして活用するものであり、要介護認定等の申請に対して影響するものではない。基本チェックリストの実施の結果、非該当と

なった場合に、要介護認定等の申請を不可とするものではなく、申請があった場合には、市町村はこれを受け付けなければならない。

- 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。
- 介護予防等の支援を行う上で、利用者本人の基礎疾患等に関する情報は、支援の有効性や安全性を確保する上で重要となる。基本チェックリストの実施の際には、基礎疾患等に関する情報の重要性に鑑み、要介護認定等の申請に繋げることに付随して医師の意見を確認することや、主治医への個別の確認などにより、利用者の状態を確認すること。
- 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」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とともに、被保険者証とあわせて携帯するような仕組みづくりも考えられる。

表7 基本チェックリスト様式

記入日： 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 様式第一の質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 様式第一の質問項目No.6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
③ 様式第一の質問項目No.11～12 の 2 項目のすべてに該当
④ 様式第一の質問項目No.13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
⑤ 様式第一の質問項目No.16 に該当
⑥ 様式第一の質問項目No.18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
⑦ 様式第一の質問項目No.21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12 を除く。) とは、様式第一の回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当 (No. 12 に限る。) とは、 $BMI = \text{体重}(\text{kg}) \div \text{身長}(\text{m}) \div \text{身長}(\text{m})$ が 18.5 未満の場合をいう。

表9 基本チェックリストについての考え方

【共通事項】		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>		
	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人で自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

	少がありましたか	います。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	口の渇きが気になりますか	口の中の渇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聞かれますか	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ともに利用する場合にあっては、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っては、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7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、従来からの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1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と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。

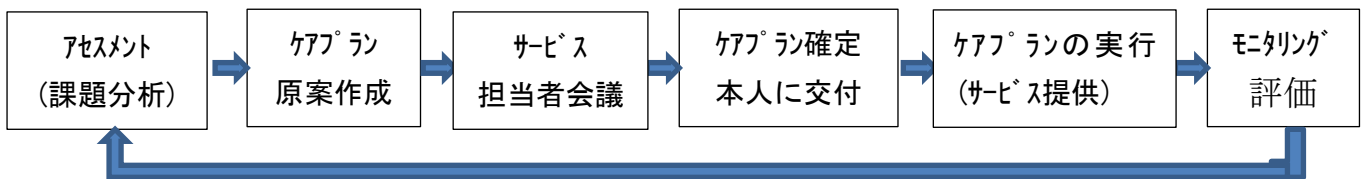
○ このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなる。

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) 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、利用者の状態等や、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、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、典型例として以下のような類型を想定している。

- ① ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメント)
- ② ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)
- ③ ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)

(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ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
<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ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス)	
<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ケアマネジメントC（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 ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）
 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少なくとも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 ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）
 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 ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）
 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、モニタリング等は行わない。
 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。

＜状況悪化を見過ご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！】

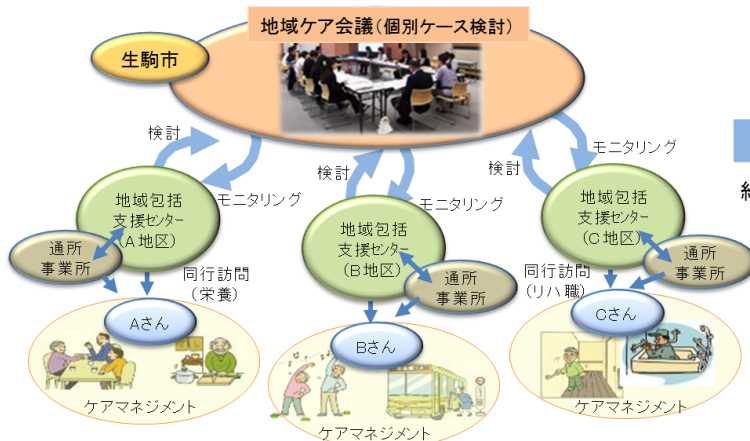
- ①ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ②1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④継続(毎月1回)

- ・ 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。	



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

	【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(クワの使用が可能になる) (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、気持ちが明るくなり、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」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事で、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の例」も参考にされたい。

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の例
(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		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	作成あり	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	
初回だけの ケアマネジメント	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)	×	×	×
		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。
- 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。

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： _____ 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×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、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・麻雀・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・グラウンドゴルフ・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・相撲等観戦			
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) 介護予防ケアマネジメントを実施する際の留意点

- 障害者総合支援法において従来支援を行っていた相談支援専門員と連携する等、制度間のサービス継続が円滑に行われるよう留意すること。
- 利用者に対し、複数の訪問型サービス事業者、通所型サービス事業者、その他生活支援サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等について説明を行い、理解を得る必要があること。
- 介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、あらかじめ、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求める必要があること。
- サービス担当者会議は、利用者及び家族の参加を基本とすること。
- 訪問型サービス事業者、通所型サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の必要と認める事項について、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供すること。

(6) 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。

(7) 「介護予防手帳」等の活用

(「介護予防手帳」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-

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※、「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。

※ 白井市、富山県等。

※老人保健事業及び介護予防事業に関するQ & A (その3) (平成18年3月6日事務連絡)

○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」の活用)

- 「介護予防手帳」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。

- 掲載内容や使用方法、手帳のサイズ、あるいは手帳の形式ではなくファイル形式にするなど、地域の関係者によって適切なツールを検討し、合意の上、使用することが望ましい。
 - 内容を充実させる場合、例えば、市が掲げる地域包括ケアシステム構築のための基本方針や総合事業のメニューの掲載を行ったり、ボランティアポイント手帳と兼ねることも考えられる。逆に持ち歩き等を考慮すれば、ケアプランのエッセンスをわかりやすくA4サイズ1枚程度にまとめ、随時、確認できるようにすることも効果はあると考えられる。
- ※ 事業対象者には対象者であることを証明する何らかの証の交付が必要と考えられるが、これを手帳と合わせて構成することも考えられる。基本的にはお薬手帳程度のコンパクトな手帳が望ましい。

（その他）

- このほか、サービス担当者会議に本人・家族が出席し、専門職の助言を受けられる体制も、セルフマネジメントの推進となりうる。
- なお、地域住民には積極的に生活や健康をセルフマネジメントするとともに、資源が有限であることを認識し、市町村の政策を理解することも求められ、市町村は、地域住民の努力が財政上もたらす効果等を示すことも重要である。

2 好事例等から得られた自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点 (概要)

- 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、居宅要支援被保険者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、居宅要支援被保険者等自身が地域の支え手になることを目指すものである。
- 特にADL・IADLの自立支援では、在宅生活で居宅要支援被保険者等の有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましい。
さらに、この場合は、訪問で居宅での生活パターンや環境をアセスメントし、通所では訪問で把握した生活行為や動作上の問題を集中的に練習するなど、訪問と通所が一体的に提供されることが効果的である。
具体的には、①通所型サービスCや訪問型サービスCを組み合わせる、又は②地域リハビリテーション活動支援事業による生活環境のアセスメントと他の通所型サービスや一般介護予防事業を組み合わせる、などが考えられる。
- 以下は、リハビリテーション専門職等との連携による介護予防ケアマネジメントの視点をそれぞれの構成要素について説明したものであり、ケアマネジメント実施の際に留意して取り組むことが望ましい。

イ 課題分析

- 課題分析の目的は、本人の望む生活(=「したい」)(生活の目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにすることである。
- 課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができる。また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながる。
- 状態を把握する際には、
「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろうか(申請のきっかけ)」、
「なぜ、要支援状態になったのだろうか」、
「生活の中で何か困っていることが生じているのだろうか」、
「それはいつから、具体的にどんなことで、困っているのだろうか」、
「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」、
というように、「なぜ」を考えつつ、本人や家族から、必要な情報をもらさず聞き取

ることが重要である。

- 「なぜ」を考える際には、居宅を訪問した上で、課題分析標準項目を参考に、「どこに問題があるのだろうか」を考え、客観的にかつ「どの程度」といった定量的な情報を把握する。下表に、課題分析標準項目の中で、特に居宅要支援被保険者等について把握が必要な項目を例示する。

表 11 居宅要支援被保険者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目（例）

標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

- 状態の把握にあたっては、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけでなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要である。そのことで、居宅要支援被保険者等の自己有効感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができる。
- また、課題分析では、本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的に「(できれば)してみたい・参加してみたい」ADL・IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取ることが重要である。なぜなら、「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高める

ことができるからである。

- しかし、高齢者は周囲への遠慮や、あきらめ、意欲の低下により、具体的な目標を表明しないこともある。そこで、併せて、家族が本人とどのような生活を望んでいるのか、本人に何をさせたいと考えているのか、といった家族の意向も聞き取ることが重要である。さらに、別添の「興味・関心チェックシート」を活用することで、高齢者自身も忘れていた興味・関心に気づき、それを目標にできる場合があるので積極的活用が望ましい。
- また、課題分析の段階でも、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業（第6の2 一般介護予防事業を参照）を活用し、リハビリテーション専門職等による生活行為の妨げになっている要因のアセスメントや、生活の予後予測等を求めることも考えられる。

□ ケアプラン

- ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。
- 手法としては、3～12か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に
 - ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
 - ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
 - ・「いつ頃までに」（期限）を考慮し、計画を作成することが望ましい。
- また、ケアプランの作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切であること、③目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要である。
- 本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域ケア会議の場等を活用して生活支援コーディネーターや市町村等に情報提供することが望ましい。
- 居宅要支援被保険者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態としては、①健康管理の支援が必要な者、②体力の改善に向けた支援が必要な者、③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者、④閉じこもりに対する支援が必要な者、⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者、に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられる。

ケアプランの作成にあたっては、支援課題別状態に合わせ、対応方法を組み合わせ、リハビリテーション専門職等によるアセスメント訪問と生活機能向上を目的とした通所を一体的に提供し、最終的には一般住民等が実施する身近な通いの場に結びつくよう、段階的、集中的に実施することが求められる。以下に、支援課題別状態から想定される対応方法とケアプランの在り方、モデル事例を例示する。

表 12 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事 例
<p>①健康管理の支援が必要な者</p>	<p>・高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者。</p> <p>・飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者。</p> <p>・健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者</p>	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p> <p>②リハビリテーション専門職等（管理栄養士や保健師等）との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>(1) まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>(2) 次に、自分で管理できるよう健康教育を実施する。</p> <p>(3) 栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p><u>80歳 男性のAさん 要支援1→1</u></p> <p>元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでいて、食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p><u>81歳 男性のBさん 要支援2→更新せず</u></p> <p>旅行を楽しみとしていたBさん。歩くとふらつくということで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労をつよく訴えたこと、糖尿病の管理もうまくいっていないことから受診を勧める。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整えるとともに運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加をすることとなった。</p>

<p>②体力の改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者 ・退院後間もない者 ・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者 ・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p> <p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) まずは、送迎による外出支援 (2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援 (3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるように、屋外歩行の練習など外出練習をする。もし、歩いていける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。 <p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。</p>	<p><u>90歳 Cさん男性 要支援2→2</u></p> <p>シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力が付き、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p> <p><u>75歳 Dさん女性 要支援2→更新せず</u></p> <p>元々デパートへ行くことが楽しみだったDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないということで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場に、ボランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信が付き、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しデパートにも行けるようになった。</p>
<p>③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を 	<p><u>80歳 男性のEさん 要支援1→更新せず</u></p> <p>趣味のグラウンドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指</p>

	<p>・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者</p>	<p>実施する。</p> <p>(2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグラウンドゴルフの会に参加するようになった。</p> <p><u>84歳 女性のFさん 要支援2→2</u></p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事のほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出に対する自信がつき、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>
<p>④閉じこもりに対する支援が必要な者</p>	<p>・病院から退院してまもない者</p> <p>・孤独感や生活の意欲が低下している者</p> <p>・うつや認知機能などが低下している者</p>	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p> <p>②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧める。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のし</p>	<p><u>82歳 Gさん男性 要支援2→1</u></p> <p>囲碁教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信がつき、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加する</p>

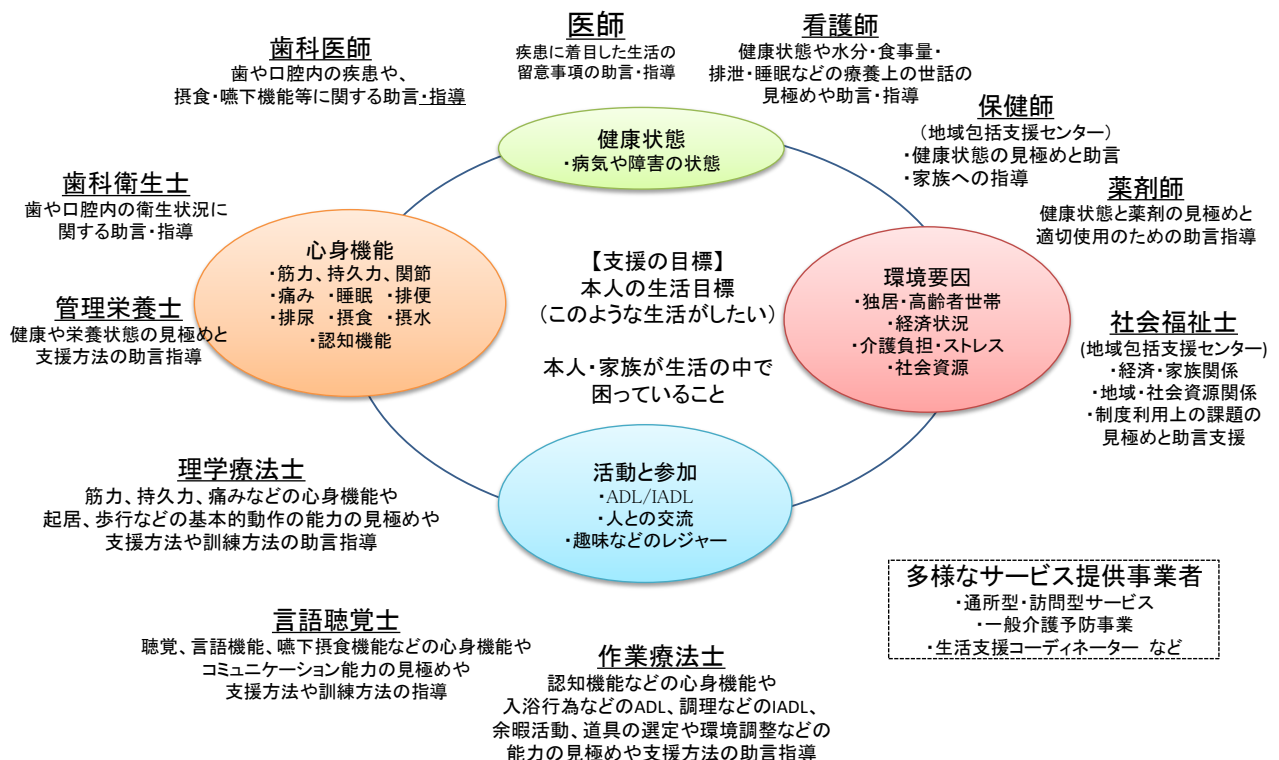
	<ul style="list-style-type: none"> ・日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 ・社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく、閉じこもっている者 ・家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者 	<p>たい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) まず、送迎による外出支援を行いつつ、 (2) 人的な交流 (3) 運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。 <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>	<p>こととした。結果、公民館の囲碁教室に通うようになっている。</p> <p><u>80歳 Hさん女性 要支援2→2</u></p> <p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが出始めたころから、閉じこもりがちになった。体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護から元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>
<p>⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が本人の健康状態に対し不安を持ち、精神的に負担に思っている者 ・本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者 ・ADLやIADLに具体的に介護負担を感じている者 ・他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者 	<p>①家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。</p> <p>②リハビリテーション専門職等の訪問で、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメントし、環境調整を実施する。併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る。 (2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジメント実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する。 <p>②訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う。</p>	<p><u>83歳 Iさん男性 要支援2→2</u></p> <p>山師の仕事を引き退後、畑をしていたがだんだんと日中何もしたがらなくなり、うつ病と診断され、寝たきりになってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつく。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの設置、手すり付きベットを導入する。通所介護は拒否。妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛になっている。訪問介護を導入し、家族の介護負担軽減を目的に通院援助を実施した。また、リハビリテーション専門職等の訪問による運動の指導は受け入れが良好だったので、在宅での運動の指導から徐々に再度通所介護の運動プログラムに参加を進めた。</p>

		<p>(1) 通院援助</p> <p>(2) 介護軽減に向けた環境調整</p> <p>(3) 排泄などのADLの介護支援</p> <p>③併せて通所型サービスを組み合わせ、</p> <p>(1) 家族の休息</p> <p>(2) 本人への運動プログラムや栄養改善のためのプログラム、ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的な練習、生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>④通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑤併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を発揮できるような関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。</p> <p>⑤目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>98歳 Jさん女性 要支援2→2</p> <p>シルバーカーを押して、散歩をするなど生活を送っていたが、徐々に生活機能が低下し、食事量も低下、臥床がちの生活となっていった。また、夜間のトイレの失敗や紙パンツに排便することが増加し、その後始末が家族にとって精神的負担となっていた。保健師の訪問で食事・水分摂取量の確認と医療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方してもらい、栄養を確保した。排便は定期的にあることから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ハ モニタリング

- モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていくことである。
 - モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。
 - 新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、その際にも必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。
- (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
- サービス担当者会議では、サービス提供事業者だけではなく、必要に応じて下図のリハビリテーション専門職等の参加により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通し、効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実践することが望ましい。

サービス担当者会議で求められるリハビリテーション専門職等の発言内容



対象者の生活目標を達成するために、なぜうまくできないのか、困っているかの要因を分析する際に、様々な職種が得意とするアセスメント領域の自立の可能性について意見を参考とすることで、生活の目標を阻害している要因を特定することができる。また、自立に向けた具体的解決策についても提案していただくことで、効果的自立支援が実施できる。

- サービス担当者会議では、
 - ① 会議開催前には、「〇〇さんの自立を支援するためには、どの様な支援が必要

か」をまず考えた上で、図のリハビリテーション専門職等の中から、自立支援に向けたチームをどのように構成するかを検討する。

② 会議開催時には、ケアマネジメント担当者が、ケースの年齢や家族構成などの基本情報、今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、計画の原案を説明する。

③ その後、リハビリテーション専門職等の各職種が得意とする領域から、計画の原案に対して、アセスメントで不足している視点、新たな維持・改善すべき課題の有無・内容、効果的な支援方法などの助言を受けることになるが、積極的な発言が得られるよう、本人の情報を十分に用意するなど配慮する。

④ また、介護予防・生活支援サービス提供事業所が会議に参加することで、

- ・ 要介護者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有でき（支援の方向性の共有）、
- ・ リハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ADL/IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手でき（効果的なアプローチ方法の入手）、
- ・ 的確な通所計画などを立案でき、効果的なサービスの提供を促すことができる。

○ 多職種協働によるサービス担当者会議の開催は、ケアマネジメントのスキルアップのみならず、サービス提供事業所の質の向上にも働きかけることができる。

○ サービス担当者会議は、一事例について、初回、ケアプランの目標が達成する時期ごとに開催することが望ましい。目標達成後は、必要に応じて再度サービス担当者会議を開催し、リハビリテーション専門職種等から、

① 終了後も継続して取り組むとよい体操

② 疾患からみた心身機能の特徴と関わり方

③ 生活行為の仕方や考えられるリスク

などの情報を、次のステップアップの場である地域の通いの場や社会資源のスタッフに提供することは、本人が安心して社会参加する上で有効である。

○ また、このような個別の事例を通じたサービス提供者、住民主体の支援の担い手、一般介護予防事業のスタッフ等の連携は、効果的な体操などが地域の社会資源間のどこでも取り組まれるきっかけとなり、地域全体での生活機能の維持に向けた取組みが推進されることにつながるものである。

第6 継続利用要介護者による住民主体のサービスの利用

1 基本的な考え方

- 介護予防・生活支援サービス事業のうち、補助により実施されるサービス（以下第6において「住民主体のサービス」という。）については、要支援者及び基本チェックリスト該当者に加えて、継続利用要介護者も対象となる。
- これは、要支援者又はチェックリスト該当者が要介護認定を受けた場合、それまで受けていた介護予防・生活支援サービス事業の利用が継続できなくなる点について、本人の希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とする観点から支援するためのものである。
- また、要介護者が継続して住民主体のサービスを利用する場合であっても、介護給付を受けることができることには何ら変更がない点について留意することが必要である。
- なお、住民主体のサービスは自主的に実施されているものであり、要支援から要介護に介護度が上がったことによってボランティア団体等が対応できなくなる可能性もあることから、具体的な利用の可否については、ボランティア団体等と利用者間で決定されるものである。その際、ボランティア団体等の判断に加えて、要介護者本人の希望に基づき、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下第6において単に「介護支援専門員」という。）がケアマネジメントの中で利用の適切性を判断し、助言を行うことが重要となる。

見直しの内容

【令和3年3月まで】
・総合事業の対象者は「要支援者」「基本チェックリスト該当者」とされています。
・総合事業で、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して運営費全体を補助するためには、「要支援者」「基本チェックリスト該当者」が利用者全体の過半数である必要などがあります。

「住民主体のサービスへの補助の例」
※あくまで例ですので、補助の方法は自治体により異なることがあります。

要支援の方々 要支援の方 要介護の方々
5名⇒全体の過半数 4名
要支援の方が全体の過半数なので運営費全体が補助される (5/9⇒100%補助)

現在
要支援の方々 継続利用要介護者 要介護の方々
4名 3名
要支援の方が全体の半数未満なので、運営費は利用者数の按分で補助 (4/9⇒約40%補助)

令和3年4月～
要支援の方々 継続利用要介護者 要介護の方々
5名⇒全体の過半数 4名
見直し後は、継続利用要介護者も事業の対象者として、補助の対象にカウントできる (5/9⇒100%補助)

【令和3年4月以降】
・令和3年4月からの見直しにより、総合事業の補助を受けて実施されている住民主体のサービスを、介護給付を受ける前から継続的に利用する要介護者（継続利用要介護者）も、総合事業の対象者となります。
・これにより、按分の方法により補助額を決定している市町村においては、「継続利用要介護者」の方々も含めて利用者全体の過半数であるかを見ることになるため、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等が、市町村による運営費全体の補助を受けやすくなります。
・これは、継続利用要介護者の方々のご希望を踏まえて、地域とのつながりを継続することを可能とするための見直しです。

2 継続利用要介護者に対するケアマネジメントの実施主体

- 継続利用要介護者は、介護給付を受けながら、本人の希望により住民主体のサービスを利用することとなるため、そのケアマネジメントについては、介護支援専門員が居宅サービス計画に位置付けることとなる。
- ただし、継続利用要介護者が介護給付におけるサービスを利用しなくなり、住民主体のサービスのみを利用することとなった場合は、地域包括支援センターがケア

マネジメントを行うこととなる。

3 継続利用要介護者が住民主体のサービスを利用する際の留意事項

- 継続利用要介護者が安心して住民主体のサービスを利用するためには、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、生活支援コーディネーター、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等が連携を図りながら、必要な取組を進めて行くことが重要である。
- このため、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等の取組事例を踏まえ、サービスの実施に向けての準備、適切なケアマネジメントの実施、状態変化等への対応など、継続利用要介護者がサービスを利用する際の留意事項について、以下の（１）から（４）のとおり整理する。
- とりわけ、介護支援専門員等においては、継続利用要介護者に対し、介護給付を受けながら、引き続き住民主体のサービスを利用できる旨を説明するなど、必ず対応いただきたい内容について【注】を付記しているが、その他についても対応いただくことが望ましい内容である。
- なお、継続利用要介護者が住民主体のサービスを利用する場合には要介護者に対してケアマネジメントが行われるため、介護支援専門員は、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生労働省令第 38 号）等を踏まえ、適切に関係者の専門的な見地からの意見も踏まえることが重要である。
- また、継続利用要介護者の変化の状況や具体的なサービスの利用の状況等については、国において定期的に把握し、公表することとする。

（１）サービスの実施に向けての準備

- 市町村は、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して、必要な研修の機会を提供するなど、要介護者が安心してサービスを継続するための環境づくりを行う。
（例）認知症サポーター養成研修やボランティア養成講座の開催 等
- 市町村や生活支援コーディネーターは、介護支援専門員等が住民主体のサービスの活動情報を把握できるよう、説明会や広報等の普及啓発を行う。介護支援専門員も、必要な活動情報の収集に努める。
- 市町村や地域包括支援センターは、緊急時や状態変化時、長期欠席など利用状況の変化時の対応について、フローチャートやマニュアル等を作成し、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に周知する。【注】
- 住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等は、フローチャート等を参照しながら、要介護者ごとに緊急時等の連絡・相談先（※）を整理する。介護支援専門員は、担当する要介護者に係る相談先等が整理されていることを確認する。【注】
（※）家族、介護支援専門員、地域包括支援センター 等
- 住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等は、要介護者への支援方法に不安がある場合の対応等について、事前に介護支援専門員や地域包括支援センター等に相談する。

(2) ケアマネジメントの実施

- 介護支援専門員は、担当する要介護者が住民主体のサービスの継続利用を検討している場合には、住民主体のサービスを実施しているボランティア団体等に対して、提供できるサービスの内容について確認する。
あわせて、要介護者に対して、
 - ① 介護給付を受けながら、引き続き住民主体のサービスを利用できること
 - ② 住民主体のサービスが提供できる内容について説明した上で、改めて意向を確認する。【注】
- 介護支援専門員は、要介護者の継続利用の意向とアセスメント結果に基づき、居宅サービス計画の原案に住民主体のサービスを位置付ける。【注】
- 保健師やリハビリテーション専門職等は、必要に応じて要介護者を担当する介護支援専門員のアセスメントに同行し、介護給付や住民主体のサービスの適切な選択・利用に向けての助言を行う。
- サービスを実施しているボランティア団体等は、必要に応じてサービス担当者会議に参加し、必要な情報を提供する。

(3) 地域包括センターによる支援

- 地域包括支援センターは、介護給付や住民主体のサービスの適切な選択・利用に向けて、要介護者を担当する介護支援専門員のアセスメントに同行するほか、サービス担当者会議に参加する。
- 市町村や地域包括支援センターは、多職種で構成される地域ケア会議において、必要な支援方策の検討を行う。
- 地域包括支援センターや生活支援コーディネーターは、介護支援専門員やサービスを実施しているボランティア団体等との定期的な情報共有や連携方法の確認を通じて、必要な支援方策の検討を行う。

(4) 利用者の状態変化等への対応

- サービスを実施しているボランティア団体等は、緊急時や状態変化時、長期欠席など利用状況の変化時において、事前に要介護者ごとに整理した連絡・相談先を用いて対応する。【注】
- 介護支援専門員は、モニタリングを通じて要介護者の状態変化等に留意する。
【注】
- 介護支援専門員は、要介護者に状態変化が見られる場合には、改めてアセスメントを行い、要介護者の意向を十分に踏まえた上で、必要な対応（※）を行う。
【注】
（※）住民主体のサービスの利用に関する助言、介護給付の内容の見直し 等

第7 総合事業の制度的な枠組み

1 介護予防・生活支援サービス事業

(1) 介護予防・生活支援サービス事業の概要

- サービス事業については、①直接実施や②委託だけではなく、③指定事業者によるサービス提供や、④NPO等住民主体の支援実施者に対する補助（助成）といった様々な実施方法があることから、以下においてその実施方法及び留意事項について整理する。
- また、サービス事業の実施に当たっては、事業の適切かつ効率的な実施の観点から、市町村において、サービスの種類ごとに、支援等を提供する事業者等が遵守すべき基準やサービス単価、利用者負担（利用料）を定める必要があることから、併せてその考え方を整理する。

(2) 介護予防・生活支援サービス事業の実施方法

（多様な方法による事業の実施）

- 従来の予防給付から市町村実施の地域支援事業（総合事業）に移行するサービス事業については、そのサービス提供量が多いことや、委託契約の締結等市町村の事務負担の軽減等を考慮し、市町村による直接実施や委託だけではなく、現行の給付と同様、指定事業者制度及び国保連合会の審査支払の枠組み（市町村長があらかじめ指定した事業者からサービス提供を受けた場合にその提供に要した費用について、市町村が居宅要支援被保険者等に対して第1号事業支給費を支給することとし、それを指定事業者が代理受領する枠組み）が新たに設けられている（法第115条の45の3）。
- ※ 指定事業者制度の概要については、（3）指定事業者制度を参照。
- また、市町村において、住民主体の支援をその自主性・自発性といった性格を損なうことなく効果的に総合事業の中で実施することができるよう、市町村が訪問型サービス、通所型サービス及び生活支援サービスを提供する者に対して補助（助成）する方法も可能とする。

<サービス事業の実施方法>

実施方法	概要	想定される実施例
①市町村の直接実施	市町村の職員が直接利用者に対して支援等を実施するもの。	保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス
②委託による実施	介護サービス事業者やNPO・民間企業に、居宅要支援被保険者等に対する支援等の提供を委託する。	NPO・民間事業者等が行う生活援助やミニデイサービス
③指定事業者によるサービス提供（第1号事業支給費の支給）	従前の給付と同様、市町村長が指定した事業者が居宅要支援被保険者等にサービスを提供した場合に、その要した費用について居宅要支援被保険者等に対して第1号事業支給費を支給する。	既存の介護サービス事業者が行う従前の介護予防訪問介護等に相当するサービス

④ N P O やボランティア等への補助（補助金（助成金）の支給）	地域において活動している N P O やボランティア等に対して、居宅要支援被保険者等に対するサービス提供などを条件として、その立ち上げ経費や活動に要する費用に対して補助（助成）する。	地域で活動しているボランティア等による生活支援や通いの場
-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

【参考】インフォーマルサービスのネットワーク化、情報提供

- ・ 地域において、既にボランティアや N P O が自立して生活支援等サービスを提供している場合など、総合事業とは別にサービスが提供されるケースも想定される。
- ・ 一方、地域包括支援センターやその委託を受けた居宅介護支援事業所が、介護予防ケアマネジメントを行うに当たっては、インフォーマルサービスをケアプランに位置づけていくことも重要であることから、地域にどのような生活支援等サービスが利用可能かなどの情報が整理して提供されていることが望ましい。
- ・ そのため、市町村や地域包括支援センターは、情報公表制度や生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）等の活用により、このようなインフォーマルサービスについて広くネットワーク化を図り、情報提供に努めていくことが望ましい。

（法令上の留意事項）

① 指定事業者によるサービス提供

（３）指定事業者制度を参照。

② 委託による実施

- ・ サービス事業の委託に当たっては、市町村が「厚生労働省令で定める基準に適合する者」に委託しなければならない（「厚生労働省令で定める基準」の詳細は（４）サービスの基準参照）。
 - ・ 事業の実施に当たっては、第 115 条の 45 第 1 項第 1 号イからニまでに規定する「厚生労働省令で定める基準に従って」実施する必要がある（他の実施方法においても同様。）。
 - ・ 委託の場合には、市町村は受託者より実績報告を受けて、委託料を支払うこととなる。その際、サービス利用者の人数、利用者の氏名、被保険者番号、要支援者・事業対象者の別、提供したサービスの内容等※を報告する必要がある。
- ※ 実績報告の内容については、そのサービス内容に応じて、市町村が定める。

③ 補助（助成）による実施

- ・ 住民主体の支援の場合には、補助（助成）の方法で事業実施することが通常考えられるが、当該補助（助成）の対象や額等については、立ち上げ支援や、活動場所の借り上げ費用、間接経費（光熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等）等、様々な経費を、市町村がその裁量により対象とすることも可能とする。運営費の一部を補助するものであるが、例えば年定額での補助といったことも考えられる。

なお、施設整備の費用、直接居宅要支援被保険者等々に対する支援等と関係

ない費用（従業員の募集・雇用に要する費用、広告・宣伝に要する費用等）は対象とすることはできない。

- ・ サービスを提供するのは補助（助成）を受けた事業者となるが、総合事業の実施に当たっては、法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号イからニまでに規定する「厚生労働省令で定める基準に従って」実施する必要があることから、補助金（助成金）の交付条件等として当該基準を遵守するよう定める必要がある。
- ・ 補助による場合にも、適切にサービスが実施されたかについて、実績の報告を求めることとなる。その際、どのような報告を求めるかについては、その補助の方法やサービス内容によって異なることから、市町村が定める。

（総合事業の事業・対象者ごとの実施方法）

- 総合事業の実施に当たっては、訪問型サービス、通所型サービス及びその他の生活支援サービス（以下「訪問型サービス等」という。）と介護予防ケアマネジメントについてはその実施方法が異なる（表 13）。
 - 訪問型サービス等については、表 13 のとおりその具体的なサービス内容に応じて、直接実施、委託による実施、指定事業者によるサービス提供及び補助といった実施方法がありうる。
 - 一方、介護予防ケアマネジメントについては原則地域包括支援センターが実施するものであることなどから、市町村が直接実施するか、包括的支援事業を受託し地域包括支援センターを設置している法人に委託するかのいずれかの実施方法によることとなる（表 13 参照）。
- ※ また、介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの設置者に対して委託することとするが、その場合にあっても、現行の予防給付（介護予防支援）と同様、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に一部委託することが可能である（法第 115 条の 47 第 5 項及び第 6 項）。
- ※ 委託契約においては、予防給付の場合と同様、一件当たりの介護予防ケアマネジメントごとの単価設定を行い、適切な介護予防ケアマネジメントにつなげていくことが望ましい（国が定める額を勘案して設定）。

表13 総合事業の事業・対象者ごとの実施方法

	要支援者					サービス事業対象者			
	給付	事業				事業			
	指定事業者	直接実施	委託	指定事業者	補助	直接実施	委託	指定事業者	補助
訪問型サービス	/	市町村 (※1)	厚生労働省令に規定する基準に適合する者 (第115条の47)	指定事業者 (第115条の45の5)	省令で規定	市町村 (※1)	厚生労働省令に規定する基準に適合する者 (第115条の47)	指定事業者 (第115条の45の5)	省令で規定
通所型サービス									
その他の生活支援サービス									
介護予防ケアマネジメント	指定介護予防支援事業者 ※地域包括支援センター設置者が申請 (第115条の22)	地域包括支援センター (第115条の46第1項) (第115条の47第1項)	- (※2)	-	-	地域包括支援センター (第115条の46第1項) (第115条の47第1項)	-	-	-

※1 直接実施の場合も、給付と同様のサービスを提供する場合には、指定事業者制度に基づき実施することを想定。

※2 要支援者に対する介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託による実施を想定。

(訪問型サービス・通所型サービスにおける内容に応じた事業実施の方法)

○ 総合事業の実施に当たっては、以下のとおり、多様化するサービス内容に応じて、実施方法を整理する(詳細は、表14を参照)。

- ・ ①介護サービス事業者の従業者による従前の訪問介護、通所介護に相当するサービスについては、総合事業の指定を受けた事業者(以下「指定事業者」という。)によるサービス提供により、給付管理等も行いつつ、事業を効率的かつ効果的に実施する。
- ・ ②緩和した基準による生活支援、ミニデイサービス(訪問型サービスA、通所型サービスA)のうち、指定事業者制度を活用して行われるものについては、①と同様、給付管理を行う。一方、例えば居宅要支援被保険者等の参加人数に応じて支払うサービスについては、委託や補助により実施する。
- ・ ③住民主体の生活援助、通いの場(訪問型サービスB、通所型サービスB)については、指定事業者によるサービス提供や委託になじまないケースも多いと考えられることから、補助(助成)により支援を行っていく。
- ・ ④保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービスについては、従来の2次予防事業と同様、市町村の直接実施や委託による実施を行うことが想定される。

表 14 訪問型サービスや通所型サービスの内容ごとの実施方法

(例)		直接 実施	委託	指定事業者によ るサービス提供	補助
介護予 防・生 活支 援サ ービ ス事 業	①従前の介護予防訪問介護等に相当するサービス	－※	－※	○	－
	②緩和した基準による生活支援、ミニデイサービス（訪問型・通所型サービスA）	△	○	○	△
	③ボランティアなどによる生活支援、通いの場（訪問型・通所型サービスB）	△	△	－	○
	④保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス（従来の2次予防事業に相当）（訪問型・通所型サービスC）			－	－
一般介 護予 防事 業	介護予防に資する住民主体の通いの場づくり	○	○	/	○

※ 市町村が実施する場合も、原則第1号事業支給費の支給により実施する。

(注) △は、一般的なケースとしては考えていないが、このような形式をとることも可能。

(3) 指定事業者制度

(指定事業者制度の概要)

- 市町村の事務負担の軽減等のため、予防給付と同様、居宅要支援被保険者等が、市町村長が指定した事業者によるサービスを利用した場合に、当該サービスに要した費用について、第1号事業支給費を支給することにより、総合事業の実施とみなす規定が新たに法第115条の45の3に定められ、さらに、第115条の45の5から第115条の45の9までにおいて、指定や更新、取消等その手続として必要な事項が定められている。
- 指定事業者の指定に当たっては、「厚生労働省令で定める基準」に従って適正に事業を実施することができないと認められるときは指定してはならないとされている（法第115条の45の5第2項）。この厚生労働省令においては、国が示す基準（従来の予防給付に相当する基準）のほか、市町村が利用者の状態像や地域の実情等に応じて、当該基準とは異なった基準を定めることができる旨を規定している（「厚生労働省令で定める基準」の詳細は、(4) サービスの基準を参照）。

※ 指定事業者についても、総合事業を実施するに当たっては、国で定める「必ず遵守すべき基準」として以下の4つの基準を遵守する必要があることから、市町村においてはこれらの基準を必ず指定事業者の指定に係る基準として規定する（(4) サービスの基準を参照）。

➤ 事故発生時の対応

- 従事者又は従事者であった者による秘密保持
- 従事者の清潔保持と健康状態の管理
- 廃止・休止の届出と便宜の提供

○ また、指定事業者に対して支払う第1号事業支給費の額については、厚生労働省令で定めるところにより算定する額とされているが、この額については、厚生労働省令において、予防給付の介護予防訪問介護等に相当するサービスの額（市町村がこれを勘案して別に定める場合は、その額）を規定したほか、これらのサービスの額や利用者負担については、食事代等の実費相当の費用を事業の対象費用から除くことや、介護給付の利用者負担割合（原則1割。一定以上所得者は2割又は3割。ただし、負担割合3割については、平成30年8月からの取扱。）等を勘案して利用者負担を定める（特に従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスの場合）ことを規定している。（施行規則第140条の63の2）

※ 第1号事業支給費の支給に当たっては、従前の給付と同様、指定事業者に対して国保連合会経由で支払いすることができる旨規定されている。（（10）審査支払の国保連合会の活用を参照）

（市町村の裁量による指定・指定拒否）

○ 給付に係る事業者の指定においては、基準について遵守してサービスを提供できる者と認められる場合にあっては原則指定することと取り扱われている。しかし、総合事業は、市町村が地域の実情に応じて居宅要支援被保険者等に対する多様な支援の形を作っていくものであり、また、委託等による事業実施の一類型として指定の仕組みが位置づけられるものであることなどから、市町村の指定について裁量が認められる幅は広いことを想定している。市町村はその事業者の指定申請に対しては、公正な手続等に留意しつつ、例えば、公募等により、既存のサービスの量の兼ね合いを踏まえつつ、市町村による介護保険の運営において適切と認められる事業者に限って指定し、又は要綱に規定された計画量を超える場合などは指定を行わないなどの取扱いも考えられる。

（指定の有効期間）

○ また、その指定の有効期間について、現行の予防給付では一律6年と定められている。総合事業においては、市町村が地域の実情に応じ事業を柔軟に実施できるよう、その指定の有効期間については、厚生労働省令において市町村が定めるものと規定している。（施行規則第140条の63の7）

○ 市町村において指定の有効期間を定めるに当たっては、必ずしも6年を前提としたものではなく、それより長くも短くも定めることも可能であることから、市町村において地域の実情に応じてその期間を検討し、定める。

（他市町村における指定事業者の指定）

○ 予防給付においては、他市町村に所在する事業所についても利用することが可能となっており、総合事業においても、市町村境に所在する事業所など他市町村の被保険者が利用する場合は生じると考えられる。

- 保険者である市町村は、他の市町村に所在する事業者のサービスを利用する被保険者の便の観点から、当該事業所の指定について配慮することが適当である。また、事業所も、所在市町村以外の市町村の利用者がいる場合は、当該他の市町村への指定申請の手続きを行うことが適当である。
- 「他市町村（市町村A）」が自らの市町村内に所在しない指定事業者の基準を定める際には、例えば、当該基準については所在する市町村（市町村B）の基準による旨を規定することにより、市町村Bに所在し、当該市町村Bから指定がある事業所について申請があった場合には、審査の過程を簡略化することも考えられる。

（指定事業者に対する指導・監督）

- 市町村においては、以下のように、都道府県等による給付の指定事業者の指導・監督において不適切な事例が見つかった場合に、都道府県と連携して指導・監督を行うなど、効率的に適切な総合事業の実施に努める。
- 既存の介護サービス事業者については、引き続き、要介護者及び要支援者双方にサービス提供を行うことが想定されることから、訪問介護事業者や通所介護事業者に対して指定し、その指導・監督を行う都道府県が関与することが適当である。そのため、都道府県においては、その指導・監督において、不正請求や運営基準違反等が判明した場合には、その勧告命令や指定の取消を行うとともに、必要な情報を市町村に提供し、共同で指導・監督を行うなど、市町村に配慮した指導・監督を行うことが望ましい。
- また、それ以外の事業者に対する指導・監督においては、そのサービス内容等に応じた形で実施されることが望ましい。例えば、地域包括支援センターがケアマネジメントによりそのサービスの提供状況について一定程度把握していることから、そこを端緒として必要な指導・監督を行っていくことも考えられる。
- 指導監査等の介護保険法等の根拠について整理すると以下のとおりとなっているので、これらに基づき実施する。

	指定事業者		指定事業者以外の事業者
指導	実地指導	介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（厚生労働省告示第196号）に基づき実施。	介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（厚生労働省告示第196号）に基づき実施。
	集団指導		
監査	介護保険法第115条の45の規定により実施。		市町村は、契約書又は補助要綱等に盛り込んだ上で実施する。

（その他）

- 事業を廃止又は休止しようとする指定介護予防サービス事業者は、その廃止又は休止の1カ月前までにその旨を都道府県知事に届け出なければならない旨規定されている（法第115条の5）。
- 総合事業の指定においても、利用者保護の観点から、市町村において同様の規

定を設け、届け出があった場合には必要に応じて利用者の受け入れ先の調整などを行うことが望ましい。

【参考】総合事業への指定事業者制度の導入

- 給付から事業への移行により、多様な主体による多様なサービスが可能となり、市町村の事業の実施方法も多様となる。国が介護保険法に基づきガイドライン(指針)を定め、円滑な移行を支援。
- 市町村の総合事業の実施方法として、事業者への委託等のほか、予防給付と同様の指定事業者制を導入
 - ・指定事業者制により、事業者と市町村の間で毎年度委託契約を締結することが不要となり、事務負担を軽減
 - ・施行時には、原則、都道府県が指定している予防給付の事業者(訪問介護・通所介護)を、市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置を講じ、事務負担を軽減するとともに、円滑な移行を図る
 - ・審査及び支払についても、従前の予防給付と同様に、国民健康保険団体連合会の活用を推進

<介護予防給付の仕組み>

- ・指定介護予防事業者(都道府県が指定)
- ・介護報酬(全国一律)
- ・国保連に審査・支払いを委託

円滑な移行
(訪問介護・通所介護)

<新しい総合事業の仕組み>

①指定事業者による方法(給付の仕組みと同様)

- ・指定事業者(市町村が指定)
- ・単価は市町村が独自に設定
- ・国保連に審査・支払いの委託が可能

②その他の方法

- ・事業者への委託、事業者への補助、市町村による直接実施
- ・委託費等は市町村が独自に設定(利用者1人当たりに要する費用が、国が定める上限単価を上回らないように設定)

(必要な方への専門的なサービス提供等)

- ・ケアマネジメントを通じて、専門的なサービスを必要とする方に対しては、既存の介護事業者等も活用して、専門的なサービスを提供
- ・専門的なサービスの利用と併せて、市町村を中心とした支え合いの体制づくりを進めることで、ボランティア、NPOなどの多様なサービスの提供を推進
- ・国としては、専門的なサービスについてふさわしい単価設定を行うことなど市町村の取組を支援

(4) サービスの基準

(総合事業によるサービスに対する基準)

- 総合事業によるサービスに関する基準については、それぞれのサービス内容に応じて、以下のような考え方に基づいて、市町村において定める。
- なお、法令上、総合事業によるサービスに対する基準については、①サービスの実施に当たって必ず遵守すべき基準(法第115条の45第1項第1号イからニまで)、②委託する際に受託者が適合すべき基準(法第115条の47第4項)及び③指定事業者の指定に当たって遵守すべき基準(法第115条の45の5第2項)が規定されており、市町村はこれらの基準は遵守する必要がある。

表 15 サービスの基準のイメージ（例）

訪問型サービス(第一号訪問事業)の基準			
	従前の訪問介護相当のサービス (従前の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
訪問型サービスの基準	人員 <ul style="list-style-type: none"> ・管理者※1 常勤・専従1以上 ・訪問介護員等 常勤換算2.5以上 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】 ・サービス提供責任者 常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1人以上 ※2 【資格要件:介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】 <small>※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 ※2 一部非常勤職員も可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 専従1以上 ・従事者 必要数 【資格要件:介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者】 ・訪問事業責任者(仮称) 従事者のうち必要数 【資格要件:従事者同し】 <small>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・従事者 必要数
	設備 <ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品 		<ul style="list-style-type: none"> ・事業の運営に必要な広さを有する区画 ・必要な設備・備品
	運営 <ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ・秘密保持等 事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等 (従前の基準と同様) 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供

※下線は、市町村が基準を定める際に、法令により必ず遵守すべき事項。それ以外は、市町村が基準を策定するに当たっての参考例。

通所型サービス(第一号通所事業)の基準			
	従前の通所介護相当のサービス (従前の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
通所型サービスの基準	人員 <ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 常勤・専従1以上 ・生活相談員 専従1以上 ・看護職員 専従1以上 ・介護職員 15人～ 専従1以上 15人～ 利用者1人に専従0.2以上 (生活相談員・介護職員の以上は常勤) ・機能訓練指導員 1以上 <small>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 専従1以上 ・従事者 15人 専従1以上 15人～ 利用者1人に必要数 <small>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・従事者 必要数
	設備 <ul style="list-style-type: none"> ・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを提供するために必要な場所(3㎡×利用定員以上) ・必要な設備・備品 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを提供するために必要な場所 ・必要な設備・備品
	運営 <ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・秘密保持等 事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等 (従前の基準と同様) 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供

※下線は、市町村が基準を定める際に、法令により必ず遵守すべき事項。それ以外は、市町村が基準を策定するに当たっての参考例。

① 従前の介護予防訪問介護等に相当するサービス

- ・ このサービスに係る指定事業者の指定に当たっては、国が示す介護予防訪問介護等に相当するサービスの基準による。

なお、平成30年度以降も、市町村において、従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスを実施することが可能である。また、訪問型サービスと通所型サービスが併設されている場合で、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、基準上両方のサービスに規定がある事務室、基準上規定がない玄関、廊下、階段などの設備について共用が可能であること。

② 緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA、通所型サービスA）

- ・ 緩和した基準によるサービスの実施に当たっては、指定事業者によるサービス提供と、委託によるものが想定される。

（指定事業者によるサービス提供）

- ・ 指定事業者の指定に当たって遵守すべき基準はサービス内容に応じ市町村が定める。
- ・ 具体的に考えられる基準の例については、訪問型サービス、通所型サービスについて、参考として、それぞれ表 15 のとおり示す。

※ 指定事業者についても、総合事業を実施するに当たっては、国で定める「必ず遵守すべき基準」として以下の4つの基準を遵守する必要があることから、市町村においてはこれらの基準を必ず指定事業者の指定に係る基準として規定する（(4) サービスの基準を参照）。

- 事故発生時の対応
- 従事者又は従事者であった者による秘密保持
- 従事者の清潔保持と健康状態の管理
- 廃止・休止の届出と便宜の提供

（委託による実施：受託者が適合すべき基準）

- ・ 市町村が委託により実施するに当たって、市町村から委託を受けた受託者が適合すべき基準（「厚生労働省令で定める基準」）は、以下のとおり規定している。

（施行規則第 140 条の 69）

- 訪問型サービス、通所型サービス及びその他の生活支援サービスは、サービスの実施に当たって、国で定める「必ず遵守すべき基準」に基づき、総合事業を実施できること
- 第 1 号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）を行う者は、地域包括支援センターの設置者であること（指定居宅介護支援事業者への一部委託も可能）
- ・ 「必ず遵守すべき基準」の具体的な項目については、以下を規定している。（施行規則第 140 条の 62 の 3 第 2 項）
 - 事故発生時の対応
 - 従事者又は従事者であった者の秘密保持
 - 従業者の清潔保持と健康状態の管理
 - 廃止・休止の届出と便宜の提供

③ 住民主体による支援（訪問型サービスB、通所型サービスB）

- ・ ボランティアによる支援については、その自主性等にかんがみ、主に補助（助成）によることを想定している。その基準においても、同様にその自主性を尊重しつつ設定することが望ましく、最低限の基準としては、「必ず遵守すべき基準」※に基づき実施することを想定している（表 15）。（施行規則第 140 の 62 の 3 第 2 項）

※ 「必ず遵守すべき基準」の具体的な項目については、前述のとおり。

- ・ サービスの提供主体は補助（助成）を受ける事業者となるが、総合事業の実施に

当たっては、「必ず遵守すべき基準」に基づいて実施することが必要であることから、補助金（助成金）の交付条件等として当該基準を遵守するよう定める必要がある。

④ 保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス（訪問型サービスC、通所型サービスC）

- ・ 当該サービスも、市町村の地域の実情や考え方に応じて、実施されるものであり、その基準等についても市町村において独自に定める。国で定める「必ず遵守すべき基準」は、市町村がそれぞれに定める基準に含めて実施する。
- ・ 市町村の直接実施や委託による実施を行うことが想定される。委託による実施における基準については、前述のとおり。また、直接実施においても同様であり、総合事業として実施するためには、上述の「必ず遵守すべき基準」を満たすことが必要となる。

○ なお、総合事業によるサービス提供に当たって、個人情報の保護という観点から、総合事業を実施する場合には、「従事者又は従事者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその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」とされている。そのため、市町村においては、当該基準を遵守するために、事業者等に対する委託契約や指定における基準、補助の条件として、当該基準を遵守することを定めることとなる。

○ 予防給付においては、「従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない」とされているが、当該規定は、指定介護予防サービス事業者に対して遵守すべき基準として課せられているものであり、従業者が個人情報を漏洩した場合も、あくまでも事業者の指定が取り消されるだけであり、その従業者に対して罰則等が課せられるものではない。

この点、予防給付も総合事業も同様であり、サービスを提供する事業者等は、サービスに従事する者との契約により、個人情報が漏洩しないよう担保するものである。

(5) 給付と一体的に実施する場合における給付の基準緩和

○ 総合事業を実施するに当たっては、引き続き介護サービス事業者が、居宅要支援被保険者等と要介護者とを一体的にサービスを提供することも想定されることから、要介護者に対する介護給付の基準について、居宅要支援被保険者等に対する総合事業を同一の事業所において一体的に実施する場合には、基準緩和策を設けている。

(従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスと一体的に実施する場合)

- 従業者の専従義務について、総合事業を実施する場合に緩和しているため、平成26年の改正法第5条による改正前の法（以下「旧法」という。）第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護に相当するものとして市町村が定める第一号訪問事業又は旧法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護に相当するもの

として市町村が定める第一号通所事業の人員及び設備基準を満たすことをもって、給付の基準を満たす。

(緩和した基準によるサービスと一体的に実施する場合)

- ▶ プログラム等を分けるなど、要介護者への処遇に影響を与えないことを前提に、居宅要支援被保険者等については総合事業の基準による人員配置等を可能とする。

訪問型サービスと一体的に実施する場合の介護給付の基準

		従前の訪問介護相当のサービス (従前の基準と同様)と一体的に実施	緩和した基準によるサービスと一体的に実施	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)と一体的に実施
一体的に行う場合の介護給付の基準	人員	<ul style="list-style-type: none"> ○要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす ・管理者※1 常勤・専従1人以上 ・訪問介護員等 常勤換算2.5以上 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】 ・サービス提供責任者 常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1以上※2 【資格要件:介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】 ※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 ※2 一部非常勤職員も可能。 【例】利用者が要介護者40人、要支援者80人の場合 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 3人以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護員等は要支援者と要介護者を合わせた数。サービス提供責任者は要介護者数で介護給付の基準を満たし、要支援者には必要数(線部分) ・管理者※1 常勤・専従1人以上 ・訪問介護員等 常勤換算2.5以上 【資格要件:介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】 ・サービス提供責任者 常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1以上※2、※3 【資格要件:介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】 ※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 ※2 一部非常勤職員も可能。 ※3 要介護者の処遇に影響がないよう配慮。 【例】利用者が要介護者40人、要支援者80人の場合 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 1人以上+必要数(市町村の判断) 	<ul style="list-style-type: none"> ○基準の緩和はない。 ※他のサービスと同様、管理者は支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 また、最低基準を下回らない範囲で職員が活動に関与することは可能。
	設備	・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画	・必要な設備・備品	
	運営	・個別サービス計画の作成 ・衛生管理等	・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等	

(注) 介護給付における事業者による廃止・休止の届出と便宜の提供については、介護保険法第74条第5項に規定。

<参考>

		従前の訪問介護相当のサービス (従前の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
一体的に行う場合の訪問型サービスとの基準	人員	<ul style="list-style-type: none"> ○要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす ・管理者※1 常勤・専従1人以上 ・訪問介護員等 常勤換算2.5以上 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】 ・サービス提供責任者 常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1以上※2 【資格要件:介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】 ※1 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 ※2 一部非常勤職員も可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者※ 専従1人以上 ・従事者 必要数 【資格要件:介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者】 ・訪問事業責任者(仮称) 従事者のうち必要数 【資格要件:従事者と同じ】 ※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ・従事者 必要数
	設備	・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品		・事業の運営に必要な広さを有する区画 ・必要な設備・備品
	運営	・個別サービス計画の作成 ・提供拒否の禁止 ・訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ・秘密保持等 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等 (従前の基準と同様)	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供

(注) 訪問型サービスを訪問介護以外の介護サービス(小規模多機能、特養等)と同一敷地内で行う場合は、支障がない場合(入所者の処遇に影響が無しの場合)に、管理者(施設長)及び最低基準を下回らない範囲で、訪問型サービスの従事者との兼務が可能

通所型サービスと通所介護を一体的に実施する場合の介護給付の基準

	従前の通所介護相当のサービス (従前の基準と同様)と一体的に実施	緩和した基準によるサービスと一体的に実施	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)と一体的に実施
一体的に行う場合の介護給付の基準	<p>○従前と同様、従事者が専従要件を満たしているのみならず、要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす(総務部分)</p> <p>・管理者※ 常勤専従1人以上 ・生活相談員 専従1人以上 ・看護職員 専従1人以上 ・介護職員 ～15人 専従1人以上 15人～ 利用者1人に専従0.2人以上</p> <p>(生活相談員・介護職員の1人以上は常勤) ・機能訓練指導員 1人以上</p> <p>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 【例】利用者が要介護者20人、要支援者10人の場合 →介護職員 4人以上</p>	<p>○従事者が専従要件を満たしているのみならず、要介護者数に加え介護給付の基準を満たし、要支援者には必要数(総務部分)</p> <p>・管理者※ 常勤専従1人以上 ・生活相談員 専従1人以上 ・看護職員 専従1人以上 ・介護職員 ～15人 専従1人以上 15人～ 利用者1人に専従0.2人以上</p> <p>(生活相談員・介護職員の1人以上は常勤) ・機能訓練指導員 1人以上</p> <p>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 【例】利用者が要介護者20人、要支援者10人の場合 →介護職員 2人以上+必要数(市町村の判断)</p>	<p>○基準の緩和はない。</p> <p>※他のサービスと同様、管理者は管理上支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 また、最低基準を下回らない範囲で職員が活動に関与することは可能。</p>
設備	<p>○従前と同様、要支援者と要介護者を合わせた数で介護給付の基準を満たす</p> <p>・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品</p>	<p>○従前と同様、要支援者と要介護者を合わせた数でサービスの基準を満たす</p> <p>・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品</p>	
運営	<p>・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・衛生管理等 ・秘密保持等 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等</p>	<p>・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・衛生管理等 ・秘密保持等 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等</p>	
備考		○必ずしも場所を分ける必要はないが、プログラム内容は区分するなど、要介護者の処遇に影響がないよう配慮。	○要介護者の処遇に影響がない範囲で、事業所のスペースを活用することはできる。

(注)介護給付における事業者による廃止・休止の届出と便宜の提供については、介護保険法第74条第5項に規定。

<参考>

	従前の通所介護相当のサービス (従前の基準と同様)	緩和した基準によるサービス	住民ボランティア・住民主体の自主活動 (必ず遵守すべき基準)
一体的に行う場合の通所型サービスの基準	<p>○従前と同様、従事者が専従要件を満たしているのみならず、要支援者と要介護者を合わせた数でサービスの基準を満たす(総務部分)</p> <p>・管理者※ 常勤専従1人以上 ・生活相談員 専従1人以上 ・看護職員 専従1人以上 ・介護職員 ～15人 専従1人以上 15人～ 利用者1人に専従0.2人以上</p> <p>(生活相談員・介護職員の1人以上は常勤) ・機能訓練指導員 1人以上</p> <p>※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</p>	<p>○従事者が専従要件を満たしているのみならず(総務部分)</p> <p>・管理者※ 専従1人以上 ・従事者 ～15人 専従1人以上 15人～ 利用者1人に必要数</p> <p>※別棟がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。</p>	<p>・従事者 必要数</p>
設備	<p>○従前と同様、要支援者と要介護者を合わせた数でサービスの基準を満たす</p> <p>・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品</p>	<p>○従前と同様、要支援者と要介護者を合わせた数でサービスの基準を満たす</p> <p>・サービスを提供するため必要な場所(3㎡×利用定員以上) ・必要な設備・備品</p>	<p>・サービスを提供するため必要な場所 ・必要な設備・備品</p>
運営	<p>・個別サービス計画の作成 ・運営規程等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理・秘密保持等 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等 (従前の基準と同様)</p>	<p>・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供</p>	<p>・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供</p>

(注)通所型サービスを通所介護以外の介護サービスと同一敷地内で行う場合(規模多機能、特養等の空きスペースの活用等)においては、支障がない場合(入所者の処遇に影響が無い場合)に、管理者(施設長)及び最低基準を下回らない範囲で、通所型サービスの従事者との兼務が可能

(6) 単価等

(総合事業によるサービスの内容)

○ 総合事業は、市町村が居宅要支援被保険者等に対して、

- ①従前の訪問介護、通所介護に相当するサービス
- ②緩和した基準によるサービス(訪問型サービスA、通所型サービスA)
- ③住民主体による支援(訪問型サービスB、通所型サービスB)
- ④保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス(従来の2次予防事業に相当)(訪問型サービスC、通所型サービスC)

などの多様な主体による多様なサービスの提供を可能とするものであり、そのサービス内容に応じた単価設定が基本であるが、それぞれの単価の設定について考え方を整理する。

(従前の介護予防訪問介護等に相当するサービス)

- 居宅要支援被保険者等が個別のサービスを受けその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供(第1号事業支給費の支給)により、事業を実施する。
- 第1号事業支給費の額(サービス単価)については、厚生労働省令により、市町村において、国が定める額を勘案して、個別の額(サービス単価)を定めることと規定している。(施行規則第140条の63の2第1項)

※ 国が定める額は、単位で規定。

- 市町村は、サービス単価を設定するに当たって、訪問介護員等による専門的サービスであること、設定する人員基準、運営基準等の内容等を勘案し、地域の実情に応じつつ、国が定める額を勘案しつつ、ふさわしい単価を定めることが望ましい。(施行規則第140条の63の2第2項)
- 単価は、月当たりの包括単価とする場合の他、利用1回ごとの出来高で定めることができるが、この場合、月の合計単価は包括単価を勘案する。
- 限度額管理外とする加算については、国において定められている加算(中山間地域の小規模事業所に対する加算や特別地域加算、処遇改善加算等)のみ、その範囲内で定めることができるものとする。

(緩和した基準によるサービス(訪問型サービスA、通所型サービスA):指定事業者によるサービス提供によるもの)

- 居宅要支援被保険者等が個別のサービスを受けその利用状況に応じて対価を支払うサービスであり、指定事業者によるサービス提供(第1号事業支給費の支給)により、事業を実施する。
- 第1号事業支給費の額(サービス単価)については厚生労働省令により、市町村において、国が定める額を勘案した額を個別の額(サービス単価)として定めることと規定しており、市町村は、サービス内容や時間、基準等を踏まえ定める。
- 単価は、月当たりの包括単価、利用1回ごとの出来高のいずれも可能である。

(その他の訪問型サービス・通所型サービス)

- 上記以外のものについては、委託の場合の単価設定、あるいは補助における補助単価の設定ということになる。
- 委託の場合の単価については、必ずしも市町村において居宅要支援被保険者等個々人に対する個別のサービス単価を設定するものではないことが多いと考えられるため、指定事業者の場合に国が定める額と厳密に比較することになじまないが、事業の実施に当たって、市町村は、利用者一人当たりにより要する費用について国が定める額を勘案し、事業を計画して実施する。
- ただし、保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスについては、医療・保健の専門職が関与するものであることから、この限りではない※。

※ ただし、そのような保健師やリハビリテーション専門職等が関与する短期集中予防サービスは、事業の効果的かつ効率的な実施という観点から、3~6ヶ月等の期間を限定して実施されるべきものである。

- また、補助(助成)の方式により事業実施するものについては、支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価の設定を行う。
- なお、共生社会の観点から、要支援者、チェックリスト該当者、継続利用要介護者以外の高齢者、障害者、児童等を対象に含めた住民主体による支援を実施する場合、支援の対象の半数以上が要支援者、チェックリスト該当者、継続利用要介護者であれば、運営費全体を補助することが可能である。また、半数を下回る場

合は、利用者数で按分する等、合理的な方法で総合事業の対象を確定することで、その範囲において、運営費補助の対象となること。

例1：利用者が、要介護者（継続利用要介護者は含まない。）15人、障害者15人、要支援者・チェックリスト該当者・継続利用要介護者70人の場合
→ 運営費全体を補助の対象とすることが可能。

例2：利用者が、要介護者（継続利用要介護者は含まない。）30人、障害者30人、要支援者・チェックリスト該当者・継続利用要介護者40人の場合
→ 運営費全体の40/100を補助の対象とすることが可能。

この他、居宅要支援被保険者等の人数に対して補助額を設定する等、市町村における創意工夫が可能である。

（その他の生活支援サービス）

- 単価は、サービス内容等に応じて、市町村が定めるものとする。
- また、補助（助成）の方式により事業実施するものについては、支援の内容に応じ、市町村が適切な補助単価の設定を行う。

（サービス単価の設定等に関する留意事項）

- 介護サービスの費用は、おおむね提供者にかかる人件費と事業運営のための間接費で構成され、その比率は、訪問サービスの場合7：3程度、通所サービスの場合5：5程度となっており、これを踏まえて単価の検討を行うことが重要である。

（図1）

基準緩和型の単価については、職員配置基準を緩和するのであれば人件費に影響が出ること、設備基準を緩和すれば賃料等の間接費に影響が生じることを踏まえ、事業者の採算性も考慮した上で設定することが重要である。

- サービス単価の設定は、サービス事業者の採算に対して影響を与えることから、これまで築き上げてきた地域や事業者との関係性を損ねることのないよう、単価や基準の設定の際には、地域のサービス量への影響を考慮するため、サービス事業者の経営状況についてヒアリングを行い、根拠に基づく説明を行うなど、サービス事業者をはじめとした関係機関と十分な協議を重ねること等が大切であること。

また、市町村は、総合事業について、地域において必要と見込まれる事業量の確保に努めること。

- サービス事業者が、市町村の圏域をまたがってサービス提供を行っていることに鑑み、市町村独自の単価設定を行うことの必要性よりも、事業者の事務負担や効率的な事業実施への配慮の必要性が高い場合には、周辺市町村の単価に倣った設定を行うことも考えられる。
- 総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで地域の支え合い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目指すものであり、地域において総合事業を円滑に実施するためには、市町村は、地域のニーズと、ニーズに対するサービスの供給量を踏まえた介護専門職以外の担い手

の確保に取り組む必要がある。(図2)

基準緩和型の訪問型サービスについて、市町村が、訪問介護員の資格を持たない新たな担い手を想定し、従来と比較して低い単価を設定した場合において、新しい担い手の養成が十分でなく、有資格職員が従事することになれば、介護サービス事業所の収入減から、有資格職員の処遇悪化に繋がることが懸念される等、単価の設定においては、地域における担い手の確保に関する見通しの検討が重要である。

なお、介護専門職以外の担い手の確保については、生活支援体制整備事業において、地域支援事業交付金の活用が可能である。

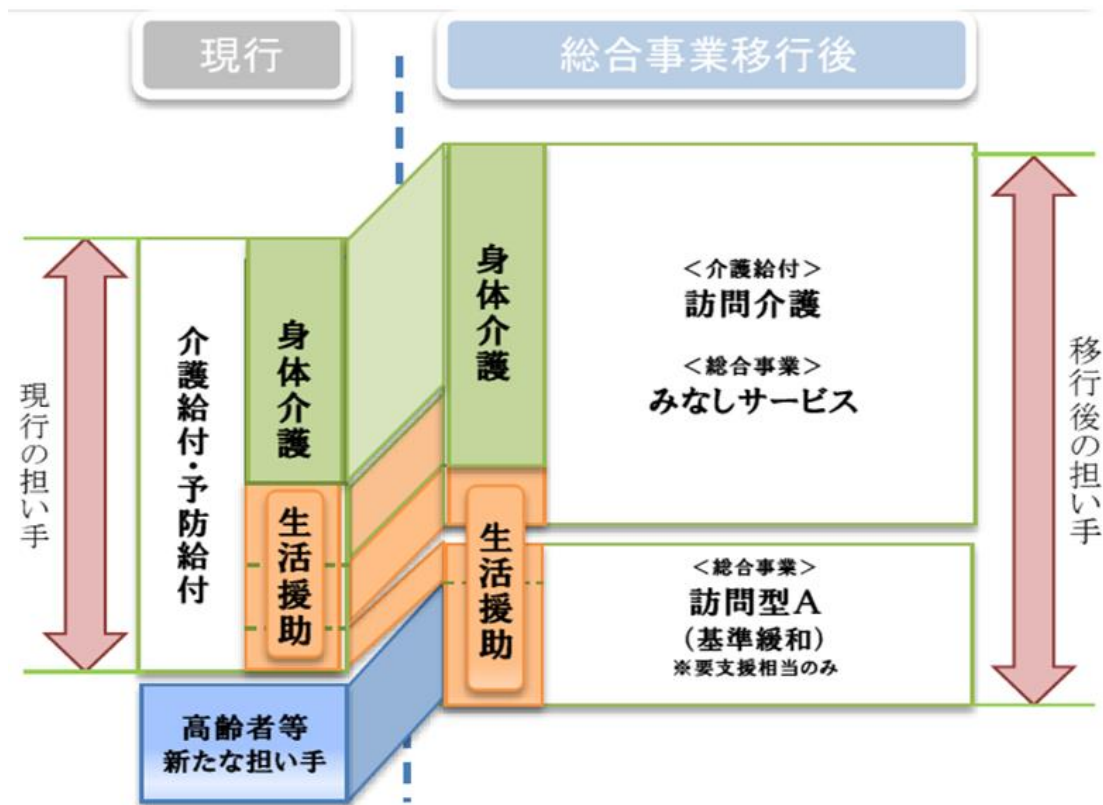
※ 東京都武蔵野市のように、基準緩和型の訪問型サービスについて、既存の有資格職員と、資格を持たない新たな担い手が提供を行う場合で、2種類の単価を設定している例もある。

- サービス単価は設定を行った後、地域のサービス提供等への影響について、事後検証を行うことが重要であり、サービス事業者をはじめとする地域の関係者との協議等を行い、必要に応じて、サービス単価の水準等を見直すことで、より適切なサービス単価となる。
- 国が定めたサービス単価を上回る設定を行う場合は、国において引上げ額及びその理由を定期的に把握し、公表することとする。

(図1)



(図2)



出典)「新しい総合事業の移行戦略ー地域づくりに向けたロードマップ」セミナー資料報告書(平成27年度老人保健健康増進等事業「地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業」(三菱UFJリサーチ&コンサルティング))

※ 各自治体における単価設定の事例

○ 秋田県小坂町

事業者との調整を経て単価設定を行った上で、事業所の稼働状況を踏まえて改めて単価設定を検討することとして事業を開始した。

○ 東京都稲城市

地域の実態把握と課題分析を行った上で、総合事業へ移行するためのシミュレーションを重ね、事業者の同意を得て単価を決定した。

○ 神奈川県小田原市

基準を緩和したサービスについて、基準の緩和度合いを単価に反映させる際に、国の統計資料を活用し、積算根拠の補強を行ったうえで、単価設定を行った。

○ 神奈川県横浜市

基準を緩和したサービスについて、事業者に対し、生活援助のみを提供する者の時給や無資格者の時給を設定する場合の対応についてアンケートを実施し、この結果を参考に単価設定を行った。

○ 新潟県上越市

緩和した基準によるサービスの内容について、事業者に対する意見聴取を実施し、採算性の観点における金額を聞き取り、単価設定の参考とした。

○ 福岡県北九州市

介護保険法に基づくサービスを実施する市内の法人に対して、掃除や洗濯等の介護保険外サービスの実施状況や利用料についてアンケートを実施し、利用料の水準を参考として単価を設定した。

(介護予防ケアマネジメント)

- 介護予防ケアマネジメントは、直接実施又は委託により実施するものとされていることから、前述のとおり、サービス単価を設定するという事は必ずしも生じないが、介護予防ケアマネジメントは居宅要支援被保険者等の個人に対する個別のサービスであることから、委託に当たっては、1件当たりの単価を設定することとし、その単価については、提供する内容等に応じて、国が定める額を勘案して単価を市町村が定める。

(1単位当たりの単価設定)

- 給付においては、1単位10円を基本としつつ、事業所の所在する市町村の地域区分や各サービスの人件費割合に応じて、各サービスごとに、10円から11.40円までの間で、1単位当たりの単価が設定されている。
- 総合事業については、市町村において、訪問型サービスについては介護給付の訪問介護の単価、通所型サービスについては介護給付の通所介護の単価を設定する(例えば、3級地ではそれぞれ11.05円、10.68円)。しかし、介護予防訪問介護等に相当するサービス以外の訪問型サービス及び通所型サービスについては、市町村の判断により、10円の単価を用いることもできるものとする。
- 一方、その他の生活支援サービスについては、市町村が、そのサービスの内容に応じて設定することができる。そのため、例えば、3級地の市町村においては、1単位当たりの単価を10円、10.68円、10.83円、11.05円から選択することができる。

表 16 単位当たり単価

	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	
上乗せ割合	20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%	
人件費割合	70%	11.40円	11.12円	11.05円	10.84円	10.70円	10.42円	10.21円	10円
	55%	11.10円	10.88円	10.83円	10.66円	10.55円	10.33円	10.17円	10円
	45%	10.90円	10.72円	10.68円	10.54円	10.45円	10.27円	10.14円	10円

人件費割合70%のサービス	訪問介護 ／訪問入浴介護／訪問看護／居宅介護支援／定期巡回・随時対応型訪問介護看護／夜間対応型訪問介護
人件費割合55%のサービス	訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／看護小規模多機能型居宅介護／短期入所生活介護
人件費割合45%のサービス	通所介護 ／短期入所療養介護／特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／地域密着型特定施設入居者生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(7) 利用者負担（利用料）

（基本的な考え方）

- 総合事業移行後のサービスは、多様化したものとなることから、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の利用者負担については、市町村が、サービス内容や時間、基準等を踏まえつつ定める。

住民主体の支援等、事業への補助の形式で実施されるものは、自主的に実施されるものであることから、当該支援の提供主体が定めることも考えられる。

（従前の介護予防訪問介護等に相当するサービス）

- 従前の介護予防訪問介護等に相当するサービスについては、介護給付の利用者負担割合（原則1割、一定以上所得者は2割又は3割。ただし、負担割合3割については、平成30年8月施行※）等を勘案し、市町村が定める。ただし、その下限は当該給付の利用者負担割合とする。（施行規則第140条の63の2第1項）

※ 介護予防支援は利用者負担なし。

（留意事項）

- 指定事業者による提供されるサービスについては、上記取扱いを踏まえ、予防給付と同様、高額介護予防サービス費相当の事業の対象とする。それ以外のサービスについては、利用料の設定に当たり、適宜低所得者の配慮を行うことが適当である。
- 生活保護の介護扶助については、平成26年の介護保険法の改正に併せて、生活保護法の改正が行われ、引き続き、総合事業の利用者負担に対しても支給されることとされている。
- 「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」（平成12年老発474号）に基づき、
 - ① 障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置事業
 - ② 社会福祉法人等による生計困難者等に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減制度
 - ③ 離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置事業
 - ④ 中山間地域等の地域における加算に係る利用者負担額軽減措置事業が行われているが、平成26年の改正に伴い、当該通知を改正し、予防給付と同様、総合事業により実施しているサービスのうち、従前相当サービスであって給付と同じ自己負担割合が設定されているサービスについて、対象とすることとされている。（「低所得者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額の軽減制度の実施について」の一部改正について（平成27年4月3日老発0403第2号厚生労働省老健局長））

(8) 給付管理

イ 給付管理の実施

（給付管理の実施）

- 現行の給付では、介護予防サービス等に係る費用について、要支援1から要介

護5までのそれぞれの介護の必要の程度に応じて、それぞれサービス費の支給を受けることができる限度（支給限度額）が規定されている（法第55条第1項等）。

- 要支援者が、総合事業を利用する場合には、引き続き給付に残されたサービスを利用しつつ、総合事業のサービス（指定事業者のサービス）を利用するケースが想定されることなどから、予防給付の支給限度額の範囲内で、給付と事業を一体的に給付管理する。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況なども勘案してケアプランを作成することが適当である。
- 一方で事業対象者については、指定事業者のサービスを利用する場合にのみ、原則給付管理を行う。

（給付管理を行う際の目安）

- 給付管理の上限額の設定については、市町村が事業の実施要綱等において定めるべきものであるが、以下の点に留意すべきである。
 - ・ 事業対象者につき、給付管理を行う際は、予防給付の要支援1の限度額を目安として行う。介護予防ケアマネジメントにおいては、指定事業者によるサービス以外の多様なサービス等の利用状況も勘案してケアプランを作成することが適当であり、利用者の状態※によっては、予防給付の要支援1の限度額を超えることも可能である。
- ※ 例えば、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援につながると思われるようなケース等

□ 給付管理の対象等

（対象となるサービス）

- 給付管理の対象となるサービスについては、主に指定事業者によるサービスを想定している。

ハ 国保連合会の活用

（国保連合会の積極的な活用）

- 予防給付においては、市町村から介護報酬の請求に対する審査・支払の委託を受けた国保連合会が、地域包括支援センターが作成する給付管理票を事業者からの介護報酬の請求に突合させることにより、その支給限度額を管理している。
- 総合事業における給付管理についても、引き続き、国保連合会が実施することが可能な枠組みとしていることから、市町村ではその積極的な活用を検討する。
- なお、国保連合会に給付管理を委託するに当たっては、市町村において以下の点に留意する必要がある。
 - ・ 市町村ごとに定める単価及びその限度額については、単位で定めること
 - ・ 給付管理票やその作成等について、全国統一の様式やルールによること
 - ・ 給付管理の対象とするサービスに関する審査支払を国保連合会に委託すること
 - ・ 給付管理の対象とするサービスか否かをあらかじめ分けて、国保連合会に審

査支払を依頼すること

- ・ 市町村のサービスごとの単価を設定し、国保連合会に登録すること
- ・ 審査・支払のため、受給者台帳や事業者台帳に登録すること

(給付と事業を利用している場合における国保連合会の活用)

- 現行の予防給付においては、地域包括支援センターが作成する給付管理票を事業者からの介護報酬の請求に突合させることにより、その支給限度額を管理しているところ。
- 給付とサービス事業を併せて利用している要支援者に対する支給限度額の審査について、地域包括支援センターが当該要支援者の介護予防支援として行うこととされており、その際給付と事業を併せたケアマネジメントを行うこととされている。
- そのため、給付管理においても、地域包括支援センターが、サービス事業で利用しているサービスも含めて、一括した給付管理票を作成し、国保連合会に送付することとし、当該給付管理票に基づき、国保連合会において限度額を審査することとなる。

(9) 高額介護予防サービス費相当事業等

(高額介護予防サービス費相当事業及びその対象サービス)

- 市町村は、総合事業によるサービス利用に係る利用者負担の家計に与える影響を考慮し、高額介護予防サービス費に相当する事業を実施する。
- その対象となるサービスについては、指定事業者によるサービス提供を行うものとする。

※ なお、基本的には要支援1・2の者については個人で上限額に到達し、高額介護予防サービス費の対象となることは想定されず、夫が要介護で、妻が要支援であるなどの世帯合算の場合のみ該当になると考えられる。

(高額医療合算介護予防サービス費相当の事業の実施)

- 例えば、当該事業により利用者負担を軽減した後においても、なお残る負担額と医療保険の自己負担額を合算した額が年間上限を超えた場合に、高額医療合算介護予防サービス費と同様に、事業により利用者負担を軽減することも想定され、市町村はそのような軽減に配慮した事業を行うことが適当である。

(調整の方法)

- 例えば、給付と事業の双方を受けている利用者世帯がある場合は、法律に基づく高額介護予防サービス費等の調整後に、その自己負担額が月額上限を超える場合に、事業の運用の中で、事業の利用料を償還することを想定している。
- 具体的な額等のルールは現在の高額介護予防サービス費等を踏まえて、以下の例のとおり実施することとする。

また、本ガイドラインに示す参考例のほか、「介護予防・日常生活支援総合事業における高額介護予防サービス費相当事業等の計算事例集の送付について」

（平成 28 年 12 月 27 日事務連絡）において、計算事例を示しているので、参考とされたい。

- なお、令和 3 年 8 月より、高額介護予防サービス費等における自己負担限度額（月額）について、所得階層が一般世帯のうち、課税所得 380 万円から 690 万円未満の場合は 93,000 円、課税所得 690 万円以上の場合は 140,100 円となり、高額介護予防サービス相当事業における自己負担限度額も同様の取扱いとなるので、留意すること。

<参考>

	夫 (78歳・要介護2)	妻 (75歳・要支援2)
介護保険	月 800 単位のサービス (約 0.8 万円) (福祉用具)	月 2,000 単位のサービス (約 2 万円) (通所介護+訪問介護→総合事業)
医療保険	年 9 万円	年 8 万円

※ それぞれ、高額介護予防サービス費の上限額 24,600 円、高額医療合算介護予防サービス費の上限額 310,000 円の場合。

○従来の予防給付

- ・ 高額介護予防サービス費 (月単位)

(上限額との差) $8,000 \text{ 円} + 20,000 \text{ 円} - 24,600 \text{ 円} = 3,400 \text{ 円}$

(サービス費の額) $3,400 \text{ 円} \times (20,000 \text{ 円} \div 28,000 \text{ 円}) = \text{約 } 2,428 \text{ 円の支給}$

世帯における給付の利用額を合算して高額サービス費等を算定

※他に高額介護サービス費より 972 円支給

(月の自己負担額) 夫 : 7,028 円、妻 : 17,572 円

高額サービス費等の対象となったものから、対応する額を算定するため按分

- ・ 高額医療合算介護予防サービス費 (年単位)

(利用額) $24,600 \text{ 円} \times 12 \text{ 月} (295,200 \text{ 円}) + 90,000 \text{ 円} + 80,000 \text{ 円} = 465,200 \text{ 円}$

(上限額との差) $465,200 \text{ 円} - 310,000 \text{ 円} = 155,200 \text{ 円}$

(サービス費の額) $155,200 \text{ 円} \times (17,572 \text{ 円} \times 12 \text{ 月} \div 465,200 \text{ 円}) = \text{約 } 70,348 \text{ 円の支給}$

※他に高額医療合算介護サービス費より約 28,137 円、医療保険より約 56715 円支給

○総合事業による事業案

- ・ 高額介護予防サービス費相当の事業 (月単位)

① 高額介護サービス費の支給

(上限額との差=サービス費の額) $8,000 \text{ 円} - 24,600 \text{ 円} < 0 \text{ 円}$ 高額介護サービス費の対象外

② 高額介護予防サービス費相当の事業による支給

(上限額との差=事業の支給額) $8,000 \text{ 円} + 20,000 \text{ 円} - 24,600 \text{ 円} = 3,400 \text{ 円の支給 (事業)}$

まず、給付の高額サービス費の支給を算定

(月の自己負担額) 夫 : 8,000 円、妻 : 16,600 円

その後高額サービス費相当の事業による支給を算定

- ・ 高額医療合算介護予防サービス費相当の事業 (年単位)

① 高額医療合算介護サービス費等の支給

(利用額) $8,000 \text{ 円} \times 12 \text{ 月} (96,000 \text{ 円}) + 90,000 \text{ 円} + 80,000 \text{ 円} = 266,000 \text{ 円}$

まず、給付の高額サービス費の支給を算定

(上限額との差) $266,000 \text{ 円} - 310,000 \text{ 円} < 0 \text{ 円}$ 高額医療合算

その後高額サービス費相当の事業による支給を算定

②高額医療合算介護予防サービス費相当の事業による支給

(利用額) 24,600円×12月(295,200円)+90,000円+80,000円=465,200

円

(事業の支給額) 465,200円-310,000円=155,200円の支給(事業)

(年の自己負担額) 夫:96,000円、妻:44,000円、医療:170,000円

(その他)

- 高額介護予防サービス費相当事業等の費用の算定については、国保連合会への委託が可能であること。

(10) 審査支払の国保連合会の活用

(予防給付における国保連合会の活用)

- 介護保険の給付(特定福祉用具販売、住宅改修等を除く。)において、市町村が、指定事業者からの請求に対する審査支払を行う(法第41条第9項)が、市町村の事務負担軽減の観点から、当該審査支払は国保連合会に委託でき(法第41条第10項)、實際上給付の審査支払いのほとんどが国保連により行われている。

(国保連合会で審査支払が可能な事項)

- 総合事業においても、市町村の審査支払に関する事務が軽減できるよう、現行の給付と同様、国保連合会の審査支払を活用することができるように規定を設けている(法第115条の45の3)。
- 国保連合会システムにおいては、事業者に対してその人数にかかわらず包括的に支払うこととなっているものや複数の月にまたがった支払いによるものは対応できないことから、給付と同様、①利用者ごとの②利用状況に応じて※支払われる費用の支払決定に係る審査及び支払のみ国保連合会の業務として市町村の委託を受けることとなっており、総合事業においては、指定事業者によるサービスの場合に活用可能である。

※ 1回のサービスごとに報酬が定められているか、月ごとに包括的に報酬が定められているもの

- なお、国保連合会において給付管理の審査を行う場合には、給付管理票を作成する必要がある。

(国保連合会委託において必要な手続)

- 国保連合会に審査支払を委託する場合は、市町村は以下の事務を行う必要がある。「平成27年4月の新しい総合事業等改正介護保険法施行に係る事業所指定事務等の取扱いについて」(平成27年2月24日事務連絡)及び「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について」(平成27年3月31日事務連絡)

- ・ 市町村によるサービスごとの価格の設定・国保連への登録
- ・ 指定事業者の登録(変更届の登録等)

- 市町村台帳の作成・都道府県台帳への登録
- 都道府県台帳による付番・市町村台帳への送付
- 都道府県台帳から国保連合会への登録
- ・ 事業対象者の登録（異動届の登録等）
- ・ 審査支払手数料の支払
- ・ 給付管理票の提出

(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

- チェックリストと介護予防ケアマネジメントによりサービスを利用できる時期と、要支援認定又は要介護認定の時期がずれる場合におけるサービスに要した費用の支払は、表 17 のように整理する。

(留意事項)

- 介護予防ケアマネジメントに関する費用の支払について
要介護等認定を受け、結果が要支援 1・2 の場合、予防給付からのサービス利用があれば、予防給付の介護予防ケアマネジメントの介護報酬が支払われることになり(国保連合会支払)、要支援認定を受けていない事業対象者（申請をしていない者や申請はしたが非該当となった者）又は要支援認定は受けたが総合事業によるサービス利用のみの場合にあっては、総合事業から介護予防ケアマネジメントの費用が、市町村から支払われることになる。
- サービス事業に関する費用の支払について
要介護等認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護 1 以上であっても、認定結果の出た日以前のサービス事業利用分の報酬は、総合事業より支給されるものとする。
- 事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあっては事業対象者として取り扱う。

表 17 要介護認定等の申請期間中のサービス利用と費用の関係

	給付のみ	給付と総合事業	総合事業のみ
非該当・事業対象者	全額自己負担	給付分は全額自己負担 介護予防ケアマネジメントも含めた事業分は事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要支援認定	予防給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は予防給付より支給 事業分は、事業より支給	介護予防ケアマネジメントも含めて、事業より支給
要介護認定	介護給付より支給	介護予防ケアマネジメントを含めた給付分は、介護給付より支給 事業分は、介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給	介護給付サービスの利用を開始するまでのサービス提供分は事業により支給

(注) 上記は、それぞれの指定を受けていることが前提。

(12) その他の制度における総合事業の取扱いについて

イ 生活保護法における介護扶助について

- 平成 26 年の改正に伴い、生活保護法(中国残留邦人等支援法においてその例による場合を含む。以下同じ。)における介護扶助について、介護予防等サービス事業を給付対象とする改正が行われた。(生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)第 15 の 2)
- 給付対象の範囲としては、従前の予防給付と同様の仕組みである指定事業所によるサービス提供に限らず、全てのサービスについて給付対象とすることとする。
- 具体的には、介護扶助費として、指定事業所によるサービス提供については、利用者の自己負担分について給付を行い、また、市町村による直接実施、委託による実施又は補助による実施にて行われるサービスについては、利用者の利用料負担分を給付することとする。

ロ 原子爆弾被爆者に対する公費助成について

- 原子爆弾被爆者については、現在、通所介護や訪問介護等の自己負担部分について、全額公費による助成事業が行われているところであるが、総合事業の実施に伴う助成範囲については、従前相当サービスとして、サービス種類コード A 2、A 6のものとする。

※サービス種類コードの詳細については、「平成 27 年 4 月の新しい総合事業等改正介護保険法施行に係る事業所指定事務等の取扱いについて」(平成 27 年 2 月 24 日事務連絡)及び「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について(確定版)」(平成 27 年 3 月 31 日事務連絡)を参照。

(サービス種類コード A 2、A 6について)

サービス種類コード	サービス	事業所の基準	単価
A 2 A 6	従前の訪問介護・通所介護相当サービス	国が定める基準 又は、国が定める基準を緩和した基準	国が定める額を勘案して市町村が定める単価

ハ 障害給付における介護優先について

- 障害者に係る自立支援給付については、介護保険において自立支援給付のサービスと同等のサービスが提供される場合において、介護保険の保険給付を優先する規定がある。(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(以下、「障害者総合支援法」という。)第 7 条)
- 平成 26 年の障害者総合支援法の改正により、当該規定に地域支援事業(第一号事業に限る。以下同じ。)を追加した(障害者総合支援法施行令第 2 条)ことから、サービス内容や機能を踏まえた上で、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合には、この介護保険サービスに係る保険給付又は地域支援事業を優先

して受け、又は利用することとなる。

○ しかしながら、障害者は、その心身の状況やサービスを必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の状況に応じて当該サービスに相当する介護保険サービスを特定し、一律に介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする。

○ したがって、市町村では、障害者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かを適切に判断することが必要である。

具体的には、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業の適用関係に係る留意事項について」（平成 29 年 7 月 12 日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡）を参照すること。

2 一般介護予防事業

(1) 基本的な考え方

○ 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、住民主体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を構築することにより、要介護状態等となることの予防など介護予防を推進することを目的とする。なお、これらの取組は、認知機能低下の予防に繋がる可能性も高いことから、認知症の発症予防の観点も踏まえ推進されたい。

○ 市町村は、一般介護予防事業を構成する介護予防把握事業、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及び地域リハビリテーション活動支援事業の 5 事業のうち必要な事業を組み合わせて、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施するものとする。

○ その際、短期集中予防サービスや、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業との連携に加えて、運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から高齢者の保健事業と一体的に進めることが重要である。

○ また、一般介護予防事業の充実を図るためには、行政内における様々な分野の担当部局と連携し、分野横断的に進めるための体制を構築するとともに、地域の自治会や医療・介護等関係団体・機関等を含めた多様な主体との連携を進めていくことが重要である。

(2) 事業の実施

(地域の実情に応じた効果的かつ効率的な介護予防の取組の推進)

○ 一般介護予防事業は、基本的な考え方を踏まえて、次のような内容の事業の実施が想定されるが、それぞれの地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防に資する事業が積極的に展開されることが期待される。

- なお、市町村においては、それぞれの地域でどのような介護予防に資する活動がどのように実施されているのか、適宜その把握に努めるとともに、事業の実施に当たっては、地域住民の介護予防に関する理解を深め、地域において育成されたボランティアや地域活動組織を要支援者・要介護者の支援のために積極的に活用するなど、サービス事業との有機的な連携に努めることが必要である。

<事業内容>

- ① 介護予防に資する体操などを行う住民主体の通いの場を充実するために、介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修や、介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援を行う。(介護予防普及啓発事業・地域介護予防活動支援事業)
- ② 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、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。(地域リハビリテーション活動支援事業)
- ③ 地域の実情に応じて収集した情報等(例えば、民生委員等からの情報など)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、介護予防に資する活動へつなげる。(介護予防把握事業)

＜自治体による地域特性に応じた取組（事例発表）の概要＞

○ 愛知県豊明市

豊明市では、元気アップ集中リハビリ（サービスC）や地域リハビリテーション活動支援事業といった「PLUS 集中介入期」の取組とまちかど運動教室（一般介護予防事業）等の「BASIC 生活期」の取組を有機的に組み合わせ、総合事業として、本人のもとの「ふつうの暮らし」に戻すための支援を実施。また、民間企業と連携し、保険外（市場）サービスの活用や多様な「通いの場」の創出、外出促進のプラットフォームの構築（オンデマンド型乗り合い送迎）なども行い、支援やサービスを多様化。

○ 新潟県新潟市

新潟市では、子どもから高齢者まで障がいの有無に関わらず誰もが気軽に集まり交流できる「地域の茶の間」を中心とした一般介護予防事業を展開。参加者が希望する生活の実現を支援するため、保健師等の専門職による相談・アドバイスを定期的に行うとともに、チケットを通じた参加者同士の自然な助け合いなども広がりつつある。今後は、地域共生社会づくりの土台となるよう「地域の茶の間」を推進。

○ 東京都世田谷区

世田谷区では、総合事業の住民主体型サービスとして、週1回、3時間程度、地域住民やNPO法人等が運営し、食事を含む体操やレクリエーション等の活動を行う「地域デイサービス」を展開。「自分の孫も他人の孫も地域の孫」をコンセプトに多世代交流型の活動を行うグループや男性の社会参加の場となっている体操グループ、要介護認定を受けても活動を楽しみに通い続けられる場となっているグループなど、取組は様々。区は、担い手の発掘・養成、会場確保の支援、補助金の交付、専門職の派遣等継続のための支援を実施。

○ 宮城県大河原町

大河原町は、庁内連携が取りやすく、住民との距離が近い小規模自治体の強みをいかし、職員による訪問や地域の医療機関、民生委員運営協議会等との連携によるアウトリーチの取組、住民の意見を踏まえた普及啓発事業、介護予防サポーターの養成、本人宅で家族も参加する地域ケア会議などを実施。また、少ない人員でPDCAサイクルを好循環させるために、まず「実行（D）」から始めて、現場で住民、事業所、行政等と一緒に成功体験を積み重ね、職員も住民も負担なくできることを評価していくよう工夫。

出典)一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ(令和元年12月13日)

<介護予防の取組へのリハビリテーション専門職等を関与させる例>

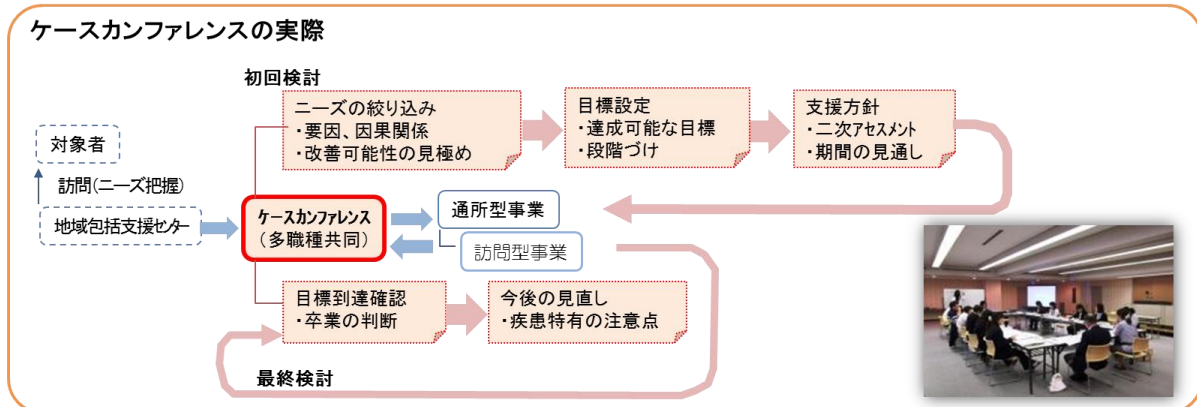
予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割～ケースカンファレンス～

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割：難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職種構成：保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数：3時間程度（1件10～15分程度 × 15～16件）

ケースカンファレンスの実際



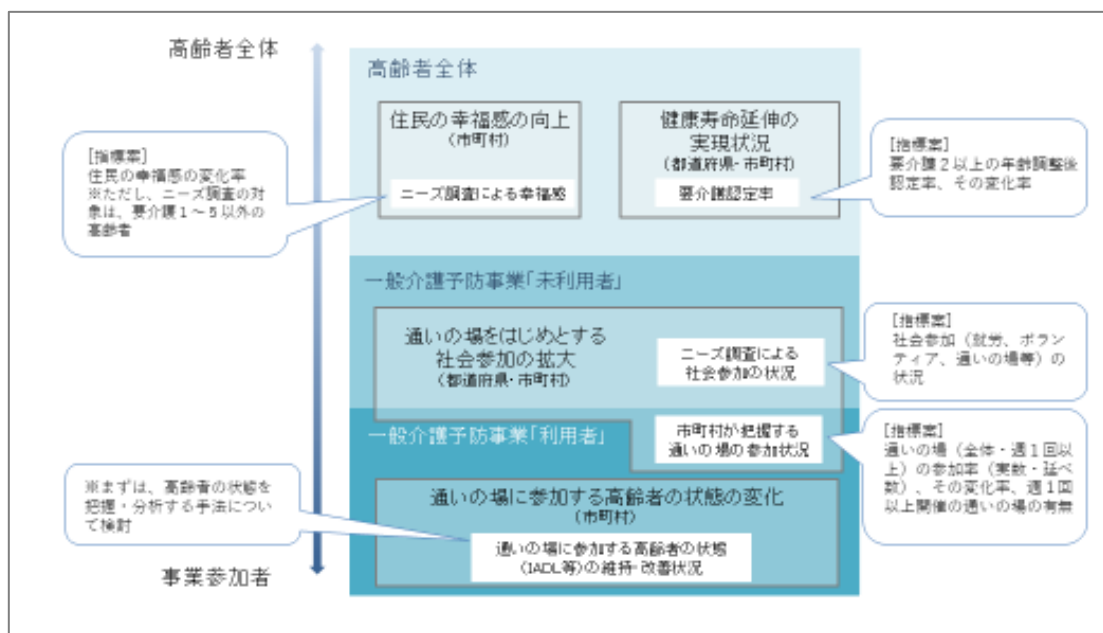
- 地域ケア会議やサービス担当者会議にリハビリテーション専門職等が定期的に関与することにより、①日常生活に支障のある生活行為の要因、②疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通し、③要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法、等について検討しやすくなり、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上につながる。
- 住民運営の通いの場にリハビリテーション専門職等が定期的に関与することにより、①身体障害や関節痛があっても継続的に参加することの出来る運動法の指導、②認知症の方への対応方法等を世話役に指導、③定期的な体力測定、等について実施し、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開することができる。
- 通所や訪問にリハビリテーション専門職等が定期的に関与することにより、①日常生活に支障のある生活行為を改善するための効果的な運動プログラムの提案、②介護職等への助言、等を実施し、通所や訪問における自立支援に資する取組を促すことができる。

(3) 介護予防の取組に関する事業評価

- 地域の実情に応じた効果的かつ効率的な介護予防の取組を推進する観点から、市町村は、定期的に介護予防の取組状況等に関する評価（以下「事業評価」という。）を実施するものとする。事業評価においては、体操などを行う住民運営の通いの場の充実状況や介護予防に関するボランティアの育成状況及び新規認定者の状況等について地域別の時系列評価を行うとともに、人口規模や高齢化率等の状況が同程度の市町村との比較評価を行う。

- 市町村は、事業評価の結果について、積極的に地域住民と情報共有し、地域住民の介護予防に対する理解を深めることに努めるとともに、地域住民からの意見も踏まえ、適宜、事業の内容を見直すなど、地域の実情に応じた住民主体の介護予防活動を展開するために不断の取組を図るものとする。
- なお、事業評価を行うに当たっては、PDCA サイクルに沿って、効果的・効率的に取組が進むよう、介護関連データを活用し、適切かつ有効に行うよう努めること。その際、これまでの事業の変遷や市町村の業務負担も考慮した上で、アウトカム指標及びプロセス指標を組み合わせた事業評価の推進を図っていくことが重要であり、
 - ・アウトカム指標については、事業参加者だけでなく高齢者全体に対する介護予防の成果を判断できるようにするため、個々の事業の状況に加え、高齢者全体の状況を判断する指標を組み合わせ設定する（下図参照）
 - ・プロセス指標については、事業の実施体制や関係団体の参画状況など具体的な取組が把握できるようなもの
 となるよう設定する。各指標について、データソースとともに、短期的・中長期的といった評価の視点を明示することが重要である。

＜介護予防に関する成果の評価イメージ＞



- なお、評価に当たっては、参加者と非参加者との比較、他の市町村との比較、個人を識別した追跡による効果評価、毎年度評価を行うこと等が重要であり、そのための財源として一般介護予防事業評価事業の活用が可能である。
- また、PDCA サイクルに沿った取組の推進に当たっては、事業全体の評価に限らず、通いの場毎の状況など個々の取組状況を評価する等の視点も必要である。

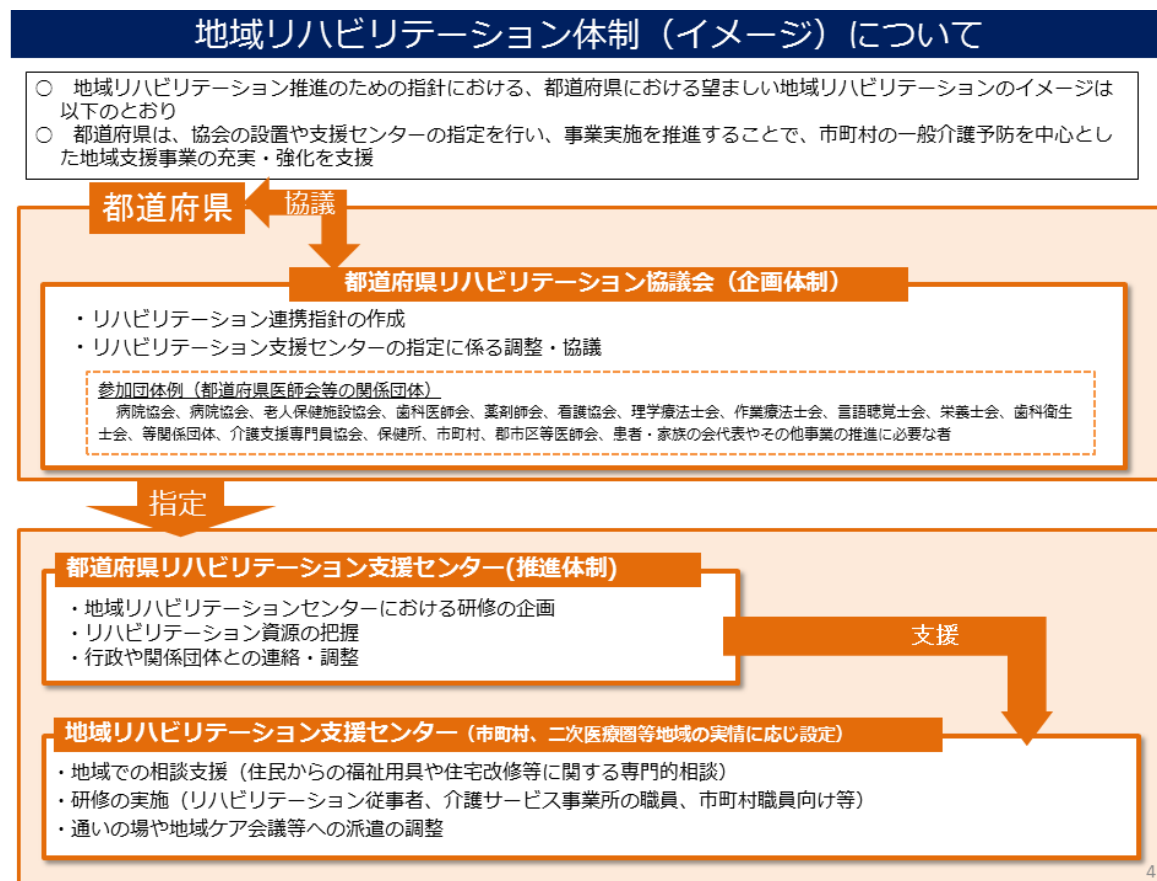
(4) 実施に当たっての留意事項

- 通いの場を始めとする一般介護予防事業の充実を図るためには、人材・財源等を有効に活用しながら介護予防の効果が最大限に発揮されるようにするため、行

政内で、福祉や健康増進、市民協働、教育、産業振興、都市計画等の様々な分野の担当部局と連携し、分野横断的に進めるための体制の構築を進めるとともに、地域の自治会や医療・介護等関係機関、NPO 法人、さらには民間企業等を含めた多様な主体との連携を進めていく。

- また、一般介護予防事業等の推進に当たっては、市町村や地域包括支援センター等の保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職等の専門職も重要な役割を担うことから、関与が十分でない場合には、専門職が配置されている他部門との連携や体制の充実に努める。
- リハビリテーション専門職等の関与を促進するためには、リハビリテーション専門職等は医療機関等に従事していることが多いことから、市町村においては、郡市区等医師会等関係団体やリハビリテーション専門職等が所属する医療機関等と連携して、リハビリテーション専門職等が業務の一環として派遣が受けられるよう、地域の実情にあわせて体制を整備する必要があること。
- なお、地域リハビリテーション支援体制の活性化のため、都道府県においても、都道府県医師会等関係団体と連携したりリハビリテーション協議会の協議により指定された、都道府県リハビリテーション支援センター及び地域リハビリテーション支援センターがリハビリテーション専門職等の広域派遣調整及び研修等を実施している。市町村においては、こうした都道府県の取組の実施状況について把握し、実施されていない場合は先行事例等を参考にし、都道府県と協議すること。
- この他、「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ（令和元年12月13日）」を参照されたい。https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08408.html

(参考)



3 地域支援事業の上限設定

(1) 概要

- 改正前の地域支援事業では、市町村における「介護予防事業」と「包括的支援事業・任意事業」のそれぞれの費用について介護給付費見込額の2%を上限とし、更に地域支援事業全体で介護給付費見込額の3%を上限としていた。
- 介護予防訪問介護等を総合事業に移行した後においても、介護予防訪問介護等の移行分をまかなえるよう地域支援事業の上限を見直しつつ、事業の効果的かつ効率的な実施の観点から引き続き上限を設定する。
- 具体的には、平成27年度からの地域支援事業の上限については、以下の二つの区分で上限管理を行う。なお、地域支援事業全体の上限は設定しない。
 - ① 総合事業
 - ② 包括的支援事業・任意事業
 - ・基本事業分（包括的支援事業（うち総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援）・任意事業）
 - ・重点事業分（新しい包括的支援事業（うち在宅医療・介護連携推進、生活支援体制整備、認知症総合支援、地域ケア会議推進（包括的・継続的ケアマネジメント支援の充実）））
- なお、重層的支援体制整備事業を実施する場合には、同事業に要する費用相当額と地域支援事業の実施に要する額を合算した額を、上記の区分ごとに基準額と比較することにより、上限管理を行う。

(2) 総合事業の上限管理

（原則の上限）

- 予防給付から総合事業に移行するサービスに要する費用がまかなえるように、従前の費用実績を勘案した上限を設定する。具体的には、以下の計算式を基本とする。

総合事業の上限

$$\begin{aligned} &= \text{【①当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）＋介護予防事業）の総額】} \\ &\times \text{【②当該市町村の75歳以上高齢者の伸び】} \end{aligned}$$

【平成27年度から平成29年度まで】

総合事業の上限

$$\begin{aligned} &= \text{【①当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）＋介護予防事業）の総額】} \\ &\times \text{【②当該市町村の75歳以上高齢者の伸び】} \\ &- \text{当該年度の予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）の総額} \end{aligned}$$

【平成 30 年度以降】

総合事業の上限

- = 【①当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）＋介護予防事業）の総額】
- × 【②当該市町村の 75 歳以上高齢者の伸び】
- － 当該年度の介護予防支援の額

注 1 計算式の①部分について

- ・ 総合事業への移行前年度の費用とし、それぞれの市町村の「実績額」とする。

注 2 計算式の②部分について

- ・ 総合事業への移行後は、年度ごとに 75 歳以上高齢者の伸び率を乗じて上限管理をしていくこととする。当該伸び率については、年度ごとに変動があるため、直近 3 か年の 75 歳以上高齢者数の平均伸び率等を用いる。
- ・ 直近 3 か年の 75 歳以上高齢者数の平均伸び率については、直近の 10 月 1 日時点における住民基本台帳上の人数から 3 年間で増減した人数の伸び率を 3 で除したものを、直近 3 か年平均とする。

例) 75 歳以上人口 : 23 年 10 月 (100 人)、24 年 10 月 (105 人)、25 年 10 月 (109 人)、26 年 10 月 (114 人)

→ $(114 \text{ 人} - 100 \text{ 人}) \div 100 \div 3 = 4.67\%$ (小数点第三位未満四捨五入)

(選択可能な計算式)

- 保険者において、以下の計算式を基本とした上限を選択可能とし、予防給付全体での費用効率化の取組を評価し、以下の計算式による上限を選択可能とする。

(選択可能な計算式)

総合事業の上限

- = 【①当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付全体＋介護予防事業）の総額】
- × 【②当該市町村の 75 歳以上高齢者の伸び】
- － 当該市町村の当該年度の予防給付の総額

(移行期間における 10%の特例)

- 平成 27 年度から平成 29 年度までについては、費用の伸びが当該市町村の 75 歳以上高齢者の伸び率を上回った場合に、事業開始の前年度の費用額に 10% を乗じた額（平成 27 年度又は平成 28 年度事業開始の市町村は以下の額）の範囲内で、個別判断を不要とし、翌年度以降は、当該市町村の事業開始の前年度の（予防給付（介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援）＋介護予防事業）の総額をその実績額（事業開始の前年度の費用額に 110% を乗じた額）に置き換える。
 - ・ 平成 27 年度から事業を開始する市町村

平成 27 年度：前年度の費用額の実績 × 110% (= a)

平成 28 年度：(a) × 直近 3 力年平均の 75 歳以上高齢者の伸び率 (= b)

平成 29 年度：(b) × 直近 3 力年平均の 75 歳以上高齢者の伸び率

・平成 28 年度から事業を開始する市町村

平成 28 年度：前年度の費用額の実績 × 110% (= c)

平成 29 年度：(c) × 直近 3 力年平均の 75 歳以上高齢者数の伸び率

※ 平成 27 年度から 29 年度までのいずれかの年度において本特例措置を適用した市町村については、平成 30 年度以降は、平成 29 年度の実績額に平成 30 年度から当該年度までの 75 歳以上高齢者数の伸び率を乗じて得た額となる。

(個別判断)

○ 市町村における総合事業の円滑な実施に配慮し、一時的に計算式による上限を超える場合について、例外的に個別に判断する枠組みを設ける。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。また個別判断に基づく申請には、上限超過を解消し効率的な事業運営を促すよう、事業費縮減に向けた取組みを推進させる費用低減計画を作成する必要がある。

<事前の判断>

・ 当該年度の見込額が明らかに一時的に上限を超える場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。

【判断事由】

- ・ 当該年度の前年度及び当該年度で総合事業の多様なサービス（訪問型／通所型従前相当サービス以外のサービスをいう。第 7 の 3 (2) において同じ。）又は一般介護予防事業のプログラムを新たに導入し、費用の伸びが一時的に高くなるが、総合事業の多様なサービスや一般介護予防事業の再構築、地域における産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合。
- ・ 当該年度の前々年度以前に総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを導入し、費用の伸びが一時的に高くなったが、平成 30 年度又は当該サービス若しくはプログラムを導入した年度のいずれか直近の年度の事業費に対して当該年度の前年度の事業費が減少しており、今後も総合事業の多様なサービスや一般介護予防事業の再構築、地域における産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合。
- ・ 人口一万人未満の市町村において、総合事業の多様なサービスの担い手（NPO 法人やボランティア等）が一時的に不足しており、総合事業の多様なサービスの実施が難しい場合。
- ・ 当該年度申請における 75 歳以上人口変動率（前々々年度から前年度の平均）がマイナスであり、即時的に事業費の上限に合わせることが困難である場合。
- ・ 介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額の平成 30 年度から当該年度の変動率が、当該年度申請における 75 歳以上人口変動率（前々々年度から前年度の平均）よりも大きい場合、仮にその差分に相当する介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額（※）が算定式から控除されていなければ、個別協議が不要

である場合。

(※) 当該年度の介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額に、介護予防支援に係る保険給付に要する費用の額の平成 30 年度から当該年度の変動率と当該年度申請における 75 歳以上人口変動率（前々々年度から前年度の平均）の差分を乗じた金額。

- ・ 離島等の市町村において事業費が著しく少なく、当該年度における 65 歳以上高齢者一人当たり事業費額が、全保険者に係る 65 歳以上高齢者一人当たり事業費額の平均（1 万円）未満である場合の一時的な対応
- ・ 介護職員等ベースアップ等支援加算創設により、個別協議が必要である場合（介護職員等ベースアップ等支援加算の実施のために必要な金額の範囲（※）に限る。）

(※) 介護保険法施行規則第 140 条の 63 の 2 第 1 項第一号に規定する厚生労働大臣が定める基準（令和 3 年厚生労働省告示第 72 号）別表 1 のヲ及び 2 の々の規定を勘案して市町村が算定した額

<事後の個別判断>

- ・ 事業実施後、結果として一時的に上限を超えた場合について、一定の特殊事情を勘案して認める。

【判断事由】

- ・ 病気などの大流行、災害の発生などの避けられない事情により、要支援者等が急増した場合
- ・ 当該年度に総合事業の多様なサービス又は一般介護予防事業のプログラムを新たに導入する等により費用の効率化に向け政策努力したが、結果として上限以上となった場合で、その後総合事業の多様なサービスや一般介護予防事業の再構築、地域における産官学の取組の推進により費用の伸びが低減していく見込みである場合。ただし、翌年度への費用低減効果が明らかであり、翌年度の事前の個別協議及び同様の事由による事後の個別協議を行わない場合に限る。

※地域支援事業の上限設定の詳細については、「地域支援事業充実分に係る上限の取扱い及び任意事業の見直しについて」（平成 27 年 2 月 18 日事務連絡）を参照のこと。

4 定期的な評価・検証

- 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、以降の当該市町村におけるサービス基盤の整備の方針、総合事業の制度設計や運営方針の見直し等につなげ、また、地域包括支援センターを

はじめとする関係者間で共有することで、ケアマネジメントやサービスの質の向上、介護予防・自立支援の取り組みの強化、地域の支え合い体制の強化につなげていく。

- また、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、市町村において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。

5 その他

(1) 住所地特例対象者に対する総合事業の実施

イ 概要

(住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施)

- 住所地特例対象者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、予防給付の介護予防訪問介護等を総合事業に移行すること等を踏まえ、住所地特例対象者がより円滑にサービスを受けることができるよう、当該者が居住する施設が所在する市町村（以下「施設所在市町村」という。）が行うものとしている（法第115条の45第1項）。
- ただし、任意事業については、転居前の市町村（以下「保険者市町村」という。）も行うことができる仕組みになっており、事業の内容（例えば、給付費適正化事業など）によっては、引き続き、保険者市町村が行うことを想定している。

(市町村間の財政調整)

- 住所地特例対象者は、引き続き保険者市町村の被保険者として、保険料も保険者市町村に納めていることから、当該者に対する地域支援事業の費用は、本来保険者市町村が負担することが適当である。
- そのため、市町村間の財政調整の観点から、当該費用については、政令により算定される額を保険者市町村が施設所在市町村に対して負担するものとしている（法第124条の3）。

※ 上記の保険者市町村による費用負担は、保険者市町村による地域支援事業の費用として整理し、他の地域支援事業と合わせた地域支援事業全体にかかった費用について、国や県の負担、地域支援事業費支援交付金（支払基金から交付される第2号被保険者の負担分）が支給される。

ロ 財政調整の方法

(財政調整の対象となるサービス)

- 総合事業で実施される指定事業所によるサービス等は、なるべく実額に近い形での負担の調整を行うことが望ましい。
- そのため、政令において、総合事業に要する費用のうち、①施設所在市町村の指定した指定事業者による提供サービスと、②介護予防ケアマネジメントに要した費用額（総合事業により支出する分）を、保険者市町村が施設所在市町村に対して支払う旨規定している。（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第37条の16、施行規則第140条の72の3）
- それ以外のサービスに要する費用については、費用が小さい一方、その調整のために市町村において一定の事務が必要となること等を踏まえ、市町村間におけ

る財政調整は行わない。

(財政調整の方法)

- 指定事業者に対する費用の支払は、国保連合会経由で行うことを原則とする。その際、上記財政調整に関する市町村の事務負担の軽減という観点から、その費用の支払については、国保連合会は保険者市町村に対して請求することとする。
 - そのため、①のケースはこの過程で財政調整は行われることとなる。
 - また、②介護予防ケアマネジメントに要した費用については、国保連合会経由による支払ではなく、施設所在市町村が介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターに支払うこととなる。
 - その際、指定事業者に対する費用の支払とは異なる仕組みが必要となるため、保険者市町村からの報告に基づき、年1回、国保連合会で全国の市町村と一括して財政調整することができる仕組みを設けている※。市町村においては、費用の請求を行うか否かにかかわらず、国保連合会と委託契約を締結し、財政調整を円滑に実施することが必要となる。
- ※ 毎年1月から12月までを単位として、年明け以降に、市町村からの報告に基づき財政調整を行う。

ハ 住所地特例対象者における必要な事務手続

- 住所地特例対象者についての市町村間の財政調整は、以下のとおり行うものとする。

(事業の対象となる者の特定)

- 事業の対象となる者の特定のため、要支援者・事業対象者について、それぞれ市町村においては以下の手続が必要となる。

(要支援者)

- ・ 施設所在市町村（B市）の窓口相談⇒介護保険給付を希望
(施設所在市町村に相談があった場合は、保険者市町村（A市）に認定申請することを説明)
- ・ 利用者が保険者市町村（A市）に認定申請
- ・ 保険者市町村（A市）は、認定の結果、被保険者証を発行
- ・ 利用者は施設所在市町村（B市）の地域包括支援センターと介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの契約
- ・ 利用者は介護予防サービス計画作成の届出書又は介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書を被保険者証を添付して施設所在市町村（B市）に対して届け出ることにより、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能
- ・ 施設所在市町村（B市）は介護予防サービス計画作成の届出書又は介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付（写しを送付することでもよい。）
- ・ 保険者市町村（A市）は、施設所在市町村（B市）から送付のあった介護予防サービス計画作成の届出書又は介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届

出書（又はその写し）をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、利用者へ郵送

- 居宅介護支援事業者
- 届出年月日

- ・ 保険者市町村（A市）は、該当の住所地特例対象者について、住所地特例項目を設定し地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を所在する都道府県国保連に送付

（事業対象者）

- ・ 施設所在市町村（B市）の窓口で相談⇒総合事業のサービスを希望。施設所在市町村（B市）が基本チェックリストにて該当か否かを確認
- ・ 利用者は介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書を被保険者証を添付して施設所在市町村（B市）に対して届け出。介護予防ケアマネジメントを通じた事業の利用が可能となる。なお、当該地域包括支援センターと被保険者の間で契約が必要。
- ・ 施設所在市町村（B市）は利用者から提出された介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書及び被保険者証を保険者市町村（A市）に送付（写しを送付することでもよい。）
- ・ 保険者市町村（A市）は、施設所在市町村（B市）から送付のあった介護予防ケアマネジメント作成依頼（変更）届出書（又はその写し）をもとに、被保険者証に次の内容を記載し、利用者へ郵送

- 要介護状態区分：事業対象者
- 認定年月日：基本チェックリストを実施した日
- 居宅介護支援事業者：地域包括支援センター等の名称
- 届出年月日：介護予防ケアマネジメントを受けることを届け出た日

- ・ 保険者市町村（A市）は、所在する都道府県の国保連に、事業対象者であること、住所地特例項目及び地域包括支援センターの情報を設定した受給者異動連絡票を送付 ※「平成27年4月の改正介護保険法施行に係る住所地特例の取扱い（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント）について」（平成27年2月27日事務連絡）の「（参考）平成27年4月以後に住所地特例対象者として新たに総合事業を利用する場合」を参照。（サービスの提供）

- B市の地域包括支援センターが、要支援者・事業対象者に対して介護予防ケアマネジメントを実施。

- ケアマネジメントに基づき、B市の指定する事業者等がサービスを提供※

※ 委託事業者や補助による事業者がサービスを提供する場合（介護予防ケアマネジメントを除く。）には、以下の手続はない。

（事業者による費用の請求）

- B市の指定事業者が、国保連合会を通じて、A市に対して第1号事業支給費を請求する。それにより、A市も、B市に対して地域支援事業の財政調整も行ったことになる。

- 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いては、地域包括支援センターがB市に要した費用を請求する。

(介護予防ケアマネジメントに係る財政調整)

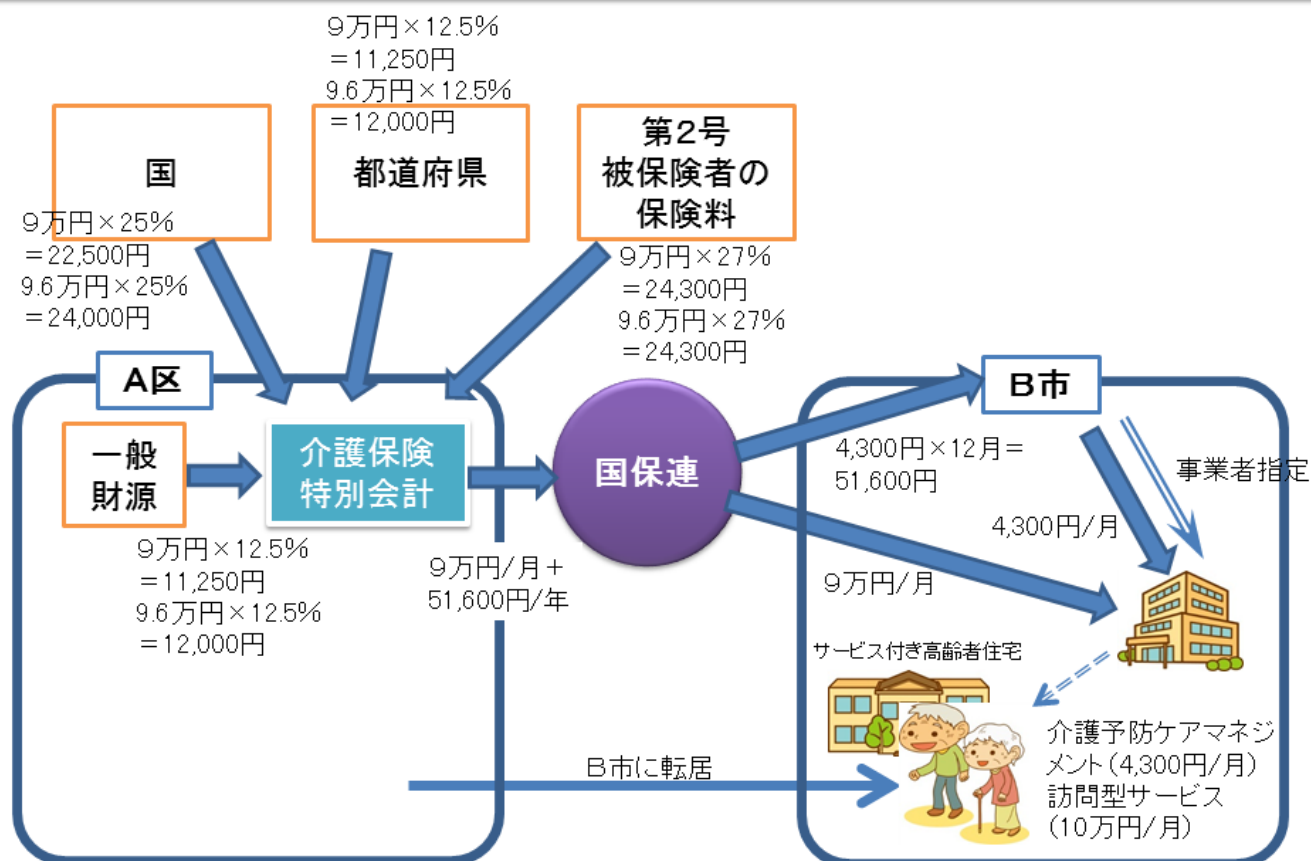
- 市町村と国保連合会間で、財政調整についての委託契約を締結する。
- 介護予防ケアマネジメントに要した費用について、B市が、居宅要支援被保険者等の保険者市町村及び該当する者の数を保険者市町村ごとにまとめた負担金調整依頼書を年に1回国保連合会に提出する。
- 国保連は、全国すべての市町村から受けた人数を整理して、各市町村に対して対象となる住所地特例対象者の数に単価をかけたものを負担金として支払い又は請求する。

※ 「当該年度の前年度の1月1日から当該年度の12月31日までの第1号介護予防支援事業（指定事業者によるものを除く。）の利用実績に、法第58条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した額として介護予防支援費を乗じて得た額とする（施行規則第140条の72の3第3項）。

- ・ 介護予防支援費の単位数で算定。
- ・ 地域単価は加味しない（1単位10円で算出）。
- ・ 加算は含まない。
- ・ したがって、財政調整される金額は、実際に施設所在市町村が地域包括支援センターに支払った額と異なる場合がある。

※ 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅においては、居住する住所地特例対象者がサービスの利用を希望する場合には、施設所在市町村の窓口以案内する。

住所地特例対象者に対する費用負担(イメージ)



三 その他

- 住所地特例対象者に対する総合事業によるサービス提供については、施設所在市町村が行うこととなるため、総合事業による介護予防ケアマネジメントについては、施設所在市町村の地域包括支援センターが行うこととなる。
- サービス事業のほか、予防給付によるサービス（介護予防訪問看護、福祉用具など）を利用する場合における要支援者に対するケアマネジメントについては、引き続き、予防給付（介護予防支援）により提供されることとなっているが、その提供する者は、総合事業によるサービスのみを利用している場合と介護予防ケアマネジメントの主体が変わることがないように、施設所在市町村が指定した地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント（介護予防支援）を行うこととなっている（法第58条）。
- しかし、予防給付による介護予防ケアマネジメント（介護予防支援）については、施設所在市町村の地域包括支援センターからの請求により、国保連合会経由で保険者市町村が、給付として審査・支払を行うことになるため、給付と総合事業による請求の流れが異なることになることに留意する必要がある。

(2) 地域支援事業における財政調整

(地域支援事業交付金の仕組み)

- 地域支援事業交付金については、総合事業に要する費用の25%を、国が市町村

に対して交付する。

○ 従来の介護予防事業においては全ての市町村に対して一律 25%の支給を行っていたものを、予防給付を移行するに当たって、給付の調整交付金と同様の仕組みを設けている。

○ そのため、25%のうち5%部分については、以下の①②により、交付される。
(介護保険法第122条の2第2項に規定する交付金の額の算定に関する省令(平成27年厚生労働省令第58号))

①介護予防・日常生活支援総合事業普通調整交付金

第1号被保険者の年齢階級別の分布状況(第1号被保険者のうち、75歳以上の高齢者の割合)、第1号被保険者の所得の分布状況に応じて、市町村に支給するもの

②介護予防・日常生活支援総合事業特別調整交付金

災害その他特別の事情に応じて、市町村に支給するもの

総合事業における財政調整のための交付金について(総合事業調整交付金)

【内容】

総合事業に係る国の交付金について、一律に交付するものを国庫負担率25%のうち20%とし、残りの5%分については市町村における介護保険財政を調整するために傾斜を付けた交付金として交付する。(総合事業調整交付金)

※介護給付における調整交付金の制度を総合事業に導入するもので、基本的な算定の考え方は同じ

【算定式】

総合事業調整交付金

= 普通調整交付金(①調整基準標準事業費額 × ②交付金交付割合 × ③調整率) + 特別調整交付金

①調整基準標準事業費額

総合事業実施に要する年間の所要額(見込額)・・・算定式は別紙参照

②交付金交付割合

介護給付における調整交付金の算定式と同じ。

※交付金交付割合 = (55/100 - 第2号被保険者負担率) - {(50/100 - 第2号被保険者負担率) × 後期高齢者加入割合補正係数 × 所得段階別加入割合補正係数}

注: 後期高齢者加入割合補正係数及び所得段階別加入割合補正係数の算定式も介護給付の調整交付金と同様

③調整率

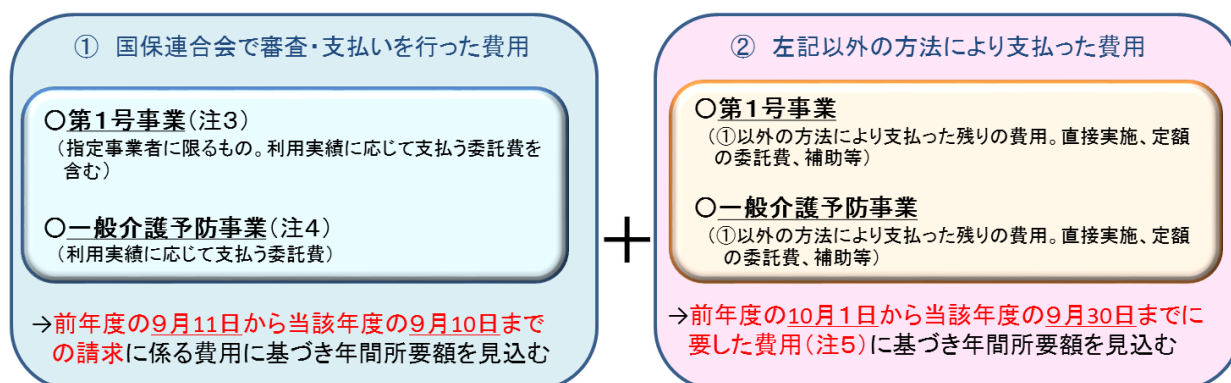
介護給付における調整交付金の算定式から「特別調整交付金」の要素を除いたもの。

※調整率 = 当該年度分として交付する交付金の総額 ÷ 当該年度における「①調整基準標準事業費額」に「②交付金交付割合」を乗じた額

調整基準標準事業費額は、以下の①（国保連により審査・支払いを行った費用）と②（①以外の方法により支払った費用）の合計額とする。

具体的には、毎年度末までに総合事業調整交付金の交付決定を行う必要があることから、当該年度の9月までの直近1年間の費用実績（介護給付費の調整交付金と同様、前年度10月から当該年度の9月までの実績額）（※）に基づき、当該年度の総合事業の年間所要額を推計する。

（※）令和3年度以降の算定対象期間については、「前年度1月から当該年度の12月までの実績額」から「前年度10月から当該年度の9月までの実績額」に3か月前倒しする。ただし、令和3年度については、算定対象期間の重複を避けるため、「令和2年1月から令和3年9月まで」とする。



注1 ①及び②に記載のある費用のうち、市町村で該当(実施)する費用を計上

注2 ①において、国保連合会に審査・支払いを委託していない場合は、審査・支払いができる費用を計上。

注3 第1号事業・・・法第115条の45第1項第1号各号に掲げる事業(第1号訪問事業、通所事業、生活支援事業、介護予防支援事業)

注4 一般介護予防事業・・・法第115条の45第1項第2号に掲げる事業

注5 ②に要した費用は、執行日(支払日)が前年度の10月1日から当該年度の9月30日までのものとする。

(3) 事故時の対応

- 現在も地域支援事業により行われる各種サービス提供時の事故については、サービス内容や実施方法等に応じ、民間事業者や団体等によるサービスは実施主体ごとに、市町村が直接実施する事業は市町村が、それぞれ事故報告の窓口設置や損害保険への加入などの対応を行い、事故発生時に必要な対応がとられている。
- 総合事業による各種サービス事業の提供に当たっても、基本的に同様の考え方に基づく運用となる。例えば、市町村が直接実施する場合等には市町村が、指定制度を活用して指定事業者がサービスを提供する場合や補助により民間事業者や団体等がサービスを提供する場合には実施主体が、保険加入等必要な対応を行うことが適当である。保険者としての市町村は、総合事業全般について、相談等必要な対応を行う体制を整えることが適当である。

[参考] 長崎県佐々町の取組事例

町として保険（全国町村会総合賠償補償保険）に加入。

町村等が主催・共催する行事（活動）及びボランティア活動に参加する住民等第三者が死亡または身体障害（後遺障害を伴うものに限る。）若しくは入院・通院を伴う傷害を被った場合、町村等が規定する総合災害補償規程に基づき当該被災者に支払う補償費用を補填している。

(4) 苦情処理

- サービス利用に当たって苦情等が生じた時は、今の予防給付と同様、以下のとおり、サービス提供者自身の対応はもちろん、介護予防ケアマネジメントをする地域包括支援センター等や市町村、国保連合会においても、必要に応じ、相談に対応する。
 - ・ サービス事業者
日常的な苦情を受け付けるとともに、市町村・国保連合会の調査等に協力し、指導・助言を受けた場合には必要な改善を行うとともに、市町村・国保連合会の求めに応じて改善内容を報告。
 - ・ 地域包括支援センター
介護予防ケアマネジメントを行うものとして、利用者・事業者等から事情を聞き、対応を検討。必要に応じて、利用者に説明し、国保連合会への苦情申立てについての援助を行う。
 - ・ 市町村
苦情の窓口・指定権者として、事業者等に対する調査・指導・助言を実施。
 - ・ 国保連合会
市町村等と適宜調整しつつ、市町村で対応できない苦情等の相談を実施するとともに、申立に基づき、事業者等に対する指導・助言等を実施。

第8 その他

1 総合事業の会計年度、会計の費目

- 市町村における介護保険事業特別会計における費目については、「介護保険特別会計の款項目節区分について」（平成11年10月5日付け厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室長事務連絡）により示しているが、総合事業の実施猶予期間の終了に伴い、別添のとおりとなる。
- 介護保険事業特別会計においては、総合事業の実施に要した費用について実施した年度の会計に計上するものであるが、指定事業者による総合事業の実施については、給付と同様、例えば、平成28年度の会計においては、平成28年4月の請求分（おおむね同年3月利用分）から平成29年3月請求分（おおむね同年2月利用分）までを対象とする。

◎訪問型サービスの例(※典型例として整理したもの)

基準		従前の訪問介護相当		多様なサービス						市場(地域支援事業の外)で提供されるサービス		
サービス種別		I 訪問介護	II 短時間サービス	III 訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)		IV 訪問型サービスB (住民主体による支援)		V 訪問型サービスC (短期集中予防サービス)		VI 訪問型サービスD (移動支援)		
①	サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	訪問介護員による20分未満の生活援助等 (例) ・シャワー入浴の見守り ・近隣の買い物同行 ・調理の下ごしらえ	生活援助等 (例) ・調理、掃除等やその一部介助 ・ゴミの分別やゴミ出し ・重い物の買い物代行や同行		住民ボランティア、住民主体の自主活動として行う生活援助等 (例) ・布団干し、階段の掃除 ・買い物代行や調理、ゴミ出し、電球の交換、代筆 等		①通所型サービスCの利用者に対する、日常生活のアセスメントを主とした訪問 ②保健師等がその者の居宅を訪問して、必要な相談・指導等を実施		介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行う移動支援 移送前後の生活支援 (例) ・通所型サービスの送迎 ・買い物、通院、外出時の支援等	事業者が定めるサービスメニュー (例) ・掃除、洗濯、買い物、調理などの上乘せ ・犬の散歩、大掃除、庭木の剪定、家族の食事準備	
②	対象者となるケースとサービス提供の考え方	○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とケアマネジメントで認められるケース ○ケアマネジメントで、以下のような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ケース (例) ・認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な者 ・ゴミ屋敷となっている者や社会と断絶している者などの専門的な支援を必要とする者 ・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある者 ・ストーマケアが必要な者 等 ※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。 ※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 ※サービス内容は柔軟に提供可能としつつ、ケアマネジメントにより、利用者の自立支援に資するサービスを提供						○ケアマネジメントで、以下のような支援が必要なケース ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・健康管理の維持・改善が必要なケース ・閉じこもりに対する支援が必要なケース ・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース ※住民主体の通いの場など多様な通いの場に移行していくことが重要 ※3～6ヶ月の短期間で行う		※利用者により選択 ※ケースに応じてケアマネジメントの対象
③	事業の実施方法	事業者指定		事業者指定	委託	運営費補助	その他補助や助成	直接実施	委託			
④	ケアマネジメント	ケアプランを作成、モニタリングを実施		ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	初回のケアマネジメントのみ	ケアプランを作成、モニタリングを実施				
⑤	市町村の負担方法	利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの包括払い ※市町村は負担金として支払う	利用1回ごとの出来高払い ※市町村は負担金として支払う	同左	人数等に応じて月・年ごとの包括払い・出来高払い	運営のための事業経費の一部を補助	家賃、光熱水費、年定額等	直接負担	利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの包括払い			
⑥	基準	国が示す基準を基本に市町村が規定		地域の実情に合わせて市町村が規定				地域の実情に合わせて市町村が規定 (サービス内容に応じて、市町村が独自に定める基準)				
⑦	個別サービス計画	作成		必要に応じて作成	任意	任意		必須				
⑧	単価等【単価金額の目安】	・国が示す単価(包括報酬)以下で市町村が設定(出来高払いも可だが月の合計は当該単価以下) 【国が示す単価を踏まえた専門的サービスにふさわしい単価】	・左記以下で市町村が設定(出来高払い) 【サービス内容と時間に応じつつ、予防給付の単価を踏まえた専門職が提供するサービスにふさわしい単価】	・国が示す単価(包括報酬)を下回る単価で市町村が設定(出来高払いも可だが月の合計は当該単価以下) 【サービス内容と時間に応じて、左記より低コストに設定】	なし	支援主体が設定 (無償や実費負担のみ等も考えられる)		なし	なし	訪問型サービスBに準じる	自由価格	
⑨	利用者負担額(利用料)	・介護給付の利用者負担割合(1割。一定以上所得の利用者には2割又は3割。ただし、負担割合3割については、平成30年8月施行。)等を勘案(下限は介護給付の利用者負担割合)		市町村が適切に設定				市町村が適切に設定		同上		
⑩	限度額管理の有無・方法	限度額管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理		限度額管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理	なし	なし		なし				
⑪	事業者への支払い方法	国保連経由で審査・支払		国保連経由で審査・支払	事業者へ直接支払	事業者へ直接支払		—	事業者へ直接支払			
⑫	想定されるサービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)		主に雇用されている労働者【訪問介護員又は一定の研修受講者】(NPO、民間事業者、協同組合等)(シルバー人材センター等による高齢者活用も)		ボランティア主体【訪問介護員又は一定の研修受講者】		保健・医療の専門職【保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等】(市町村)		民間事業者、シルバー人材センター等		
⑬	備考											

◎通所型サービスの例(※典型例として整理したもの)

基準		従前の通所介護相当		多様なサービス				市場(地域支援事業の外)で提供されるサービス	
サービス種別		I 通所介護①	II 通所介護②	III 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	IV 通所型サービスB (住民主体による支援)	V 通所型サービスC (短期集中予防サービス)			
①	サービス内容	通所介護と同様のサービス内容(生活機能向上型を除く。) ・それぞれ利用者のニーズに応じて明確な目標を持ちサービスを提供	生活機能向上型の通所介護(例) ・身体機能の向上のための機能訓練 ・調理や掃除、洗濯といった生活機能向上のためのトレーニング	高齢者の閉じこもり予防や自立支援に資する通所事業(例) ・ミニデイサービス ・運動、レクリエーション活動 等	住民主体による要支援者を中心とする自主的な通いの場づくり(例) ・体操、運動等の活動 ・趣味活動等を通じた日中の居場所づくり ・定期的な交流会、サロン ・会食 等	日常生活に支障のある生活行為を改善するために、利用者の個別性に応じて、下記のプロプログラムを複合的に実施 ・運動器の機能向上 ・栄養改善 ・口腔機能の向上 ・膝痛・腰痛対策 ・閉じこもり予防・支援 ・認知機能の低下予防・支援 ・うつ予防・支援 ・ADL/IADLの改善 (訪問型サービスCによるアセスメント訪問と組み合わせ、日常生活に支障のある生活行為を明らかにした上で実施)		事業者が定めるサービスメニュー(例) ・フィットネスクラブ ・レジャー施設 ・飲食店等のサロン ・文化教室、稽古事 ・趣味の会など	
②	対象者となるケースとサービス提供の考え方	○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とケアマネジメントで認められるケース ※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が重要。 ○「多様なサービス」の利用が難しいケース、不適切なケース		○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(通所型サービスAの利用の場合も、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(通所型サービスBや一般介護予防事業)に移行していくことが重要)		○ケアマネジメントで、以下のような支援が必要なケース ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・健康管理の維持・改善が必要なケース ・閉じこもりに対する支援が必要なケース ・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う		※利用者により選択	
③	事業の実施方法	事業者指定		事業者指定	委託	運営費補助	その他補助や助成	直接実施	委託
④	ケアマネジメント	ケアプランを作成、モニタリングを実施		ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを実施	初回のケアマネジメントのみ	ケアプランを作成、モニタリングを実施	
⑤	市町村の負担方法	利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの包括払い ※市町村は負担金として支払う		同左	人数等に応じて月・年ごとの包括払い・出来高払い	運営のための事業経費を補助	家賃、光熱水費、年定額等	直接負担	利用1回ごとの出来高払い又は月ごとの包括払い
⑥	基準	予防給付の基準を基本に市町村が規定		地域の実情に合わせて市町村が規定(人員などを緩和した基準)		地域の実情に合わせて市町村が規定(個人情報の保護など総合事業を行うに当たって必ず遵守すべき基準)		地域の実情に合わせて市町村が規定(サービス内容に応じて、市町村が独自に定める基準)	
⑦	個別サービス計画	作成		必要に応じて作成	任意	任意		必須	
⑧	単価等【単価金額の目安】	・国が示す単価(包括報酬)以下で市町村が設定(出来高払いも可だが月の合計は当該単価以下)※ 【国が示す単価を踏まえた専門職が提供するサービスにふさわしい単価】		・国が示す単価を下回る単価で市町村が設定(出来高払いも可だが月の合計は当該単価以下)※ 【サービス内容と時間に応じて、左記より低コストに設定】		なし		なし	
⑨	利用者負担額(利用料)	・介護給付の利用者負担割合(1割。一定以上所得の利用者には2割又は3割。ただし、負担割合3割については、平成30年8月施行。)等を勘案(下限は介護給付の利用者負担割合)		市町村が適切に設定		なし		市町村が適切に設定	
⑩	限度額管理の有無・方法	限度額管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理		限度額管理の対象(事業対象者は目安)・国保連で管理	なし	なし		なし	
⑪	事業者への支払い方法	国保連経由で審査・支払		国保連経由で審査・支払	事業者に直接支払	事業者に直接支払		—	事業者に直接支払
⑫	想定されるサービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者		主に雇用されている労働者+ボランティア(NPO、民間事業者、協同組合等)		ボランティア主体		保健・医療の専門職【医師、歯科医師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、機能訓練指導員、経験のある介護職員等】(市町村)	
⑬	備考	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)		※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担) ※一般介護予防事業等で行うサロンと異なり、要支援者等を中心に定期的な利用が可能な形態を想定 ※通いの場には、障害者や子ども、要支援者以外の高齢者なども加わることができる。(共生型)		※食事代などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	

◎一般介護予防事業(関連するもの)

事業		一般介護予防事業	
サービス種別		地域介護予防活動 支援事業(通いの場関係)	地域リハビリテーション 活動支援事業
①	サービス内容	介護予防に資する住民運営の通いの場づくり ・体操、運動等の活動 ・趣味活動等を通じた日中の居場所づくり ・交流会、サロン 等	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
②	対象者となるケースとサービス提供の考え方	〇主に日常生活に支障のない者であって、通いの場に行くことにより介護予防が見込まれるケース	— (※対象者個人へのサービス提供ではない)
③	事業の実施方法	委託/運営費補助 /その他補助や助成	直接実施/委託
④	ケアマネジメント	なし ※サービス事業のケアマネジメントによりつなげることもあり	(総合相談やサービス事業のケアマネジメントによりつなげる)
⑤	市町村の負担方法	人数等に応じて月・年ごとの包括払い/ 運営のための間接経費を補助/ 家賃、光熱水費、年定額 等	直接負担/人数等に応じた月・年ごとの 包括払い
⑥	基準	地域の実情に合わせて市町村が規定	地域の実情に合わせて市町村が規定
⑦	個別サービス計画	なし	なし
⑧	単価等 【単価金額の目安】	なし	なし
⑨	利用者負担額 (利用料)	・市町村が適切に設定 ・補助の場合は、サービス提供主体が 設定することも可	なし
⑩	限度額管理の有無・ 方法	なし	なし
⑪	事業者への支払い方法	事業者に直接支払	事業者に直接支払
⑫	想定される サービス提供者(例)	地域住民主体	リハビリテーション専門職等【理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士等】 (市町村、委託事業者)
⑬	備 考	※食事代などの実費は報酬の対象外 (利用者負担) ※通いの場には、障害者や子どもなども加わることができる。(共生型)	

◎生活支援サービスの例(※典型例として整理したもの)

基準		多様なサービス	市場で提供されるサービス
サービス種別		配食サービス	
①	サービス内容	栄養改善を目的とする配食 ・栄養バランスのとれた食事の提供 ・治療食の提供 一人暮らし高齢者などで見守りを兼ねる配食 ・対面で渡すことで安否の確認 ・他者との交流	・配食 ・業務上での見守り、異変に気づいたときの通報
②	対象者となるケースとサービス提供の考え方	※まず市場におけるサービス提供の活用を前提として、市場では提供されないサービスを提供するもの。 【対象となるケース】 (栄養改善を目的とする配食) ・摂取カロリーが少ない、栄養の偏りが見られる。 ・認知機能や下肢筋力、意欲の低下等により、調理に支障あり。 (見守りを兼ねる配食) ・独居及び高齢者のみ世帯(近隣に家族等の支援者がいない)、同居家族が支援の必要な高齢者、障害者等の世帯 ・認知機能や下肢筋力、意欲の低下等により、外出に支障あり。 ・閉じこもり傾向にあり、安否の確認がとりづらい。	※利用者により選択
③	事業の実施方法	事業者指定／委託／ 運営費補助／ その他補助や助成	
④	ケアマネジメント	初回のケアマネジメントのみ	
⑤	市町村の負担方法	利用1回ごとの出来高払い、月・年ごとの包括払い、一部補助 ※市町村は負担金として支払う	
⑥	基準	地域の実情に合わせて市町村が規定	
⑦	個別サービス計画	任意	
⑧	単価等 【単価設定の目安】	・市町村が適切に設定※ ・補助の場合は提供主体が設定することも可	自由価格
⑨	利用者負担額 (利用料)		同上
⑩	限度額管理	なし	
⑪	事業者への支払い方法	国保連経由で審査・支払／ 事業者への直接支払	
⑫	想定されるサービス提供者(例)	NPO、民間事業者、 協同組合、社会福祉法人等	民間事業者 (配食事業者、新聞、乳酸飲料等の配達事業者、電気、水道事業者等)
⑬	備考	※食材料費などの実費は報酬の対象外(利用者負担)	

◎ケアマネジメントの例(給付によるサービスの利用がなく、総合事業によるサービスのみ利用のケース)(※典型例として整理したもの)

基準		現行の介護予防支援相当	多様なサービス		総合相談
サービス種別		ケアマネジメントA	ケアマネジメントB(緩和した基準によるサービス)	ケアマネジメントC(緩和した基準によるサービス)	
①	サービス内容	介護予防支援と同様のケアマネジメント	プロセス等を簡略化したケアマネジメント (例) ・サービス担当者会議を省略するとともに、モニタリングの間隔をあげたケアマネジメント	初回のみ実施 (例) ・アセスメントをし、ケアプランを作成して、サービスにつなげる(サービス担当者会議やモニタリングはなし)	総合相談
②	対象者となるケースとサービス提供の考え方	○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、訪問型・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場合	○A・C以外のケース(ケアマネジメントの過程で判断)	○主に、ケアマネジメントの結果、補助によるサービスや配食などの生活支援サービスの利用につなげるケース	※本人の希望が明確であり、一般介護予防事業により行われる通いの場、体操教室などを利用するケース
③	事業の実施方法	直接実施/委託	直接実施/委託	直接実施/委託	直接実施/委託
④	ケアマネジメント	ケアプランを作成、モニタリングを実施	ケアプランを作成、モニタリングを適宜実施 (サービス担当者会議などを省略)	初回のみケアマネジメントを実施 ※その後は事業者より適宜情報提供を受け、必要に応じて関与	本人の相談を受け、助言
⑤	市町村の負担方法	月単位で支払い	月単位で支払い	初回のみ月単位で支払い	包括的支援事業により委託費を支払い(又は直接実施)
⑥	基準	予防給付の基準を基本に市町村が規定	予防給付の基準を参考に市町村が規定	同左	地域包括支援センターの運営基準
⑦	給付管理票の作成・記入	原則記入	記入・不要	不要	不要
⑧	単価等【単価設定の目安】	なし (予防給付の単価を踏まえて実施)	なし (予防給付の単価を下回る単価で実施)	なし (予防給付の単価を踏まえて実施)	なし
⑨	利用者負担額(利用料)	なし	なし	なし	なし
⑩	事業者への支払い方法	直接実施/事業者への直接支払	直接実施/事業者への直接支払	直接実施/事業者への直接支払	包括的支援事業として委託法人に直接支払い(直接実施の場合は、直接経費を負担)
⑪	限度額管理	なし	なし	なし	なし
⑫	サービス提供者	地域包括支援センター(居宅介護支援事業所)			地域包括支援センター
⑬	備考				

介護保険特別会計の款項目節区分について(平成11年10月5日付け事務連絡)
(傍線部分は改正部分)

1. ～5. (略)

6. 款項目節の区分

以下に項目節の区分の例を示すので、予算編成の参考にされたい。

保険事業勘定(歳入)

款	項	目	節	適用
1 保険料	1 介護保険料	1 第1号被保険者保険料	現年度分特別徴収保険料 現年度分普通徴収保険料 滞納繰越分普通徴収保険料	節の記載がない各目については、歳出予算の項の区分等に対応して、地方公共団体の長が定めた区分によること
2 分担金及び負担金	1 分担金	1 何費分担金	何費分担金	
	2 負担金	1 認定審査会負担金	認定審査会共同設置負担金 認定審査会委託負担金	審査会の共同設置の場合の負担金の受け入れ(幹事市町村の特別会計に繰入れる) 審査会の委託の場合の負担金受け入れ(委託を受けた市町村の特別会計に繰入れる)
3 使用料及び手数料	1 使用料	1 何使用料	何使用料	
	2 手数料	1 総務手数料 2 督促手数料	総務手数料 督促手数料	証明手数料 保険料の督促手数料の受け入れ
4 国庫支出金	1 国庫負担金	1 介護給付費負担金	現年度分 過年度分	介護及び予防給付に要す費用の20/100(施設等給付に要す費用は15/100)
	2 国庫補助金(削除)	1 調整交付金	現年度分調整交付金 過年度分調整交付金	市町村に交付される交付金
		2 地域支援事業交付金(介護予防・日常生活支援総合事業)	現年度分	
		3 地域支援事業交付金(介護予防・日常生活支援総合事業以外の地域支援)	過年度分 現年度分	
		4 保険者機能強化推進交付金	過年度分 保険者機能強化推進交付金	§ 122の3①に基づく交付金
		5 何費補助金	何費補助金	§ 127に基づく補助金
5 支払基金交付金	1 支払基金交付金	1 介護給付費交付金	現年度分 過年度分	第2号被保険者の介護納付金分に係る支払基金からの交付金

6 都道府県支出金	1 都道府県負担金	2 地域支援事業支援交付	現年度分 過年度分	介護及び予防給付に要す費用の12.5/100(施設等給付に要す費用は17.5/100)	
		1 介護給付費負担金	現年度分 過年度分		
		2 財政安定化基金支出金	交付金		中期財政運営期間の結果によるため、必要のない年度もある
		3 都道府県補助金(削除)	交付金		
		1 地域支援事業交付金(介護予防・日常生活支援総合事業)	現年度分 過年度分 現年度分		
7 相互財政安定化事業交付金	1 相互財政安定化事業交付金	2 地域支援事業交付金(介護予防・日常生活支援総合事業以外の地域支援)	過年度分 現年度分	§ 128に基づく補助金 市町村相互財政安定化事業を行う市町村にのみ適用、行わない場合は、以下1款ずつ繰り上げる	
		3 何費補助金	過年度分 何費補助金		
		1 相互財政安定化事業交付金	相互財政安定化事業交付金		
8 財産収入	1 財産運用収入	1 相互財政安定化事業交付金	相互財政安定化事業交付金	財産運用収入及び財産売却収入	
		1 財産貸付収入	財産貸付収入		
		2 利子及び配当金	利子及び配当金		
		2 財産売払収入	不動産売払収入 物品売払収入		
9 寄附金	1 寄附金	1 不動産売払収入	不動産売払収入	使途を限定しない寄附金 使途を限定する寄附金	
		2 物品売払収入	物品売払収入		
		1 一般寄附金	一般寄附金		
10 繰入金	1 一般会計繰入金(削除)	2 何寄附金	何寄附金		
		1 介護給付費繰入金	現年度分 過年度分	介護及び予防給付に要す費用の12.5/100	
		2 地域支援事業繰入金(介護予防・日常生活支援総合事業)	現年度分 過年度分		
		3 地域支援事業繰入金(介護予防・日常生活支援総合事業以外の地域支援)	現年度分 過年度分		
		4 低所得者保険料軽減繰入金	過年度分 現年度分	低所得者の保険料軽減に要する費用	
		5 その他一般会計繰入金	過年度分 職員給与費等繰入金	職員給与等の一般会計からの繰入金	

11 繰越金	2 基金繰入金	1 介護給付費準備基金繰入金	事務費繰入金	要介護及び要支援認定に係る費用のうち一般会計からの繰入金	
	3 介護サービス事業勘定繰入金	2 何基金繰入金	介護給付費準備基金繰入金		中期財政運営期間中の余剰金を積み立てる介護給付費準備基金の取り崩
12 市町村債	4 他会計繰入金	1 介護サービス事業勘定繰入金	何基金繰入金	介護サービス事業勘定からの繰入金	
	1 繰越金	1 他会計繰入金	他会計繰入金		前年度歳計余剰金の計
13 諸収入	1 繰越金	1 繰越金	繰越金		
	1 市町村債	1 市町村債	市町村債		
	2 財政安定化基金貸付金	1 財政安定化基金貸付金	財政安定化基金貸付金		
	1 延滞金、加算金及び過料	1 第1号被保険者延滞金	第1号被保険者延滞金		
	2 預金利子	2 過料	過料	歳計現金の利子等	
	3 貸付金元利収入	1 預金利子	預金利子		
	4 雑入	1 何貸付金元金収入	1 何貸付金元金収入	何貸付金元金収入	滞納処分に直接要した経費で滞納者の負担に帰すべき弁償金的なもの 財産の亡失、損傷等に係る損害賠償金 工事請負等の違約金及び延納特約などに基づく返納利息等 地自令 § 165の6②による払出後1年経過の小切手の歳入組入れ § 21の第三者行為に係る損害賠償金 § 22の不正利得徴収金 (保険者が直接介護予防・日常生活支援総合事業を実施し、利用者負担を徴収する場合) 利用者負担金
		2 何貸付金利子収入	2 何貸付金利子収入	何貸付金利子収入	
		1 滞納処分費	1 滞納処分費	滞納処分費	
		2 弁償金	2 弁償金	弁償金	
3 違約金及び延納利息		3 違約金及び延納利息	違約金及び延納利息		
4 小切手未払い資金組入れ		4 小切手未払い資金組入れ	小切手未払い資金組入れ		
5 第三者納付金		5 第三者納付金	第三者納付金		
6 返納金	6 返納金	返納金			
7 雑入	7 雑入	雑入			

保険事業勘定(歳出)

款	項	目	節	適用
1 総務費	1 総務管理費	1 一般管理費	報酬 給料 職員手当等	嘱託徴収員等報酬 職員の給料 法律又は条例に基づく手

		共済費	共済組合に対する負担金、雇用保険、健康保険の保険料
		災害補償費 賃金 報償費 旅費 交際費 需用費	臨時職員の賃金 報償費、講師謝礼 職員の旅費
		役務費 委託料 使用料及び賃借料 公有財産購入費 備品購入費 負担金、補助及び交付金 貸付金 公課費 負担金、補助及び交付金	消耗品費、光熱水費等の 共通需用費 通信運搬費、保険料等 共通電算委託料
2 徴収費	2 連合会負担金		庁用器具費、機械器具費 各種団体に対する負担金
	1 賦課徴収費	職員手当等 旅費 需用費 役務費 備品購入費 繰出金	国保連合会に対する負担金 第三者行為求償事務負担金 滞納整理のための職員旅費
	2 納入奨励費	報償費 負担金、補助及び交付金	滞納整理に係る他会計分 への繰出金 完納世帯表彰費等
	3 滞納処分費	賃金 旅費 需用費 役務費 使用料及び賃借料 備品購入費 繰出金	滞納処分のための職員旅費
3 介護認定審査会費	1 介護認定審査会費	報酬 旅費 需用費 役務費 使用料及び賃借料 備品購入費 委託料 負担金、補助及び交付金	滞納処分に係る他会計へ の繰出金(国保料一体徴 収の場合等) 委員等に対する報酬 委員等の費用弁償及び旅費
	2 認定調査等費	職員手当等 旅費 需用費 役務費 使用料及び賃借料 備品購入費 委託料	郵便料等 審査会を委託する場合 審査会を共同設置する場合
	3 認定審査会共同設置負担金	負担金、補助及び交付金	認定調査に係る職員旅費 主治医等意見書
	4 認定審査会委託負担金	負担金、補助及び交付金	指定居宅支援事業者等に 調査委託をした場合 認定審査会の共同設置 の場合の負担金 認定審査会の委託の場 合の負担金 介護保険の趣旨普及に要 する費用
4 趣旨普及費	1 趣旨普及費	賃金 旅費 需用費 役務費	

2 保険給付費	5 計画策定委員会費		委託料 使用料及び賃借料 備品購入費	
	1 計画策定委員会費	1 計画策定委員会費	報酬 旅費 需用費 役務費 使用料及び賃借料 備品購入費 委託料 負担金、補助及び交付金	委員等に対する報酬 委員等の費用弁償及び旅費 郵便料等
	1 介護サービス等諸費			
		1 居宅介護サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		2 特例居宅介護サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		3 地域密着型介護サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		4 特例地域密着型介護サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		5 施設介護サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		6 特例施設介護サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		7 居宅介護福祉用具購入	負担金、補助及び交付金	
		8 居宅介護住宅改修費	負担金、補助及び交付金	
		9 居宅介護サービス計画給付費	負担金、補助及び交付金	
		10 特例居宅介護サービス計画給付費	負担金、補助及び交付金	
	2 介護予防サービス等諸費			
		1 介護予防サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		2 特例介護予防サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		3 地域密着型介護予防サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		4 特例地域密着型介護予防サービス給付費	負担金、補助及び交付金	
		5 介護予防福祉用具購入	負担金、補助及び交付金	
		6 介護予防住宅改修費	負担金、補助及び交付金	
	7 介護予防サービス計画給付費	負担金、補助及び交付金		
	8 特例介護予防サービス計画給付費	負担金、補助及び交付金		
3 その他諸費				
	1 審査支払手数料	役務費	介護給付費請求書の審査支払手数料	
	2 介護給付費請求書電算処理システム料	役務費	電算システム開発費を通常の審査支払手数料と別枠で支払う場合等	
4 高額介護サービス等費				
	1 高額介護サービス費	負担金、補助及び交付金		
	2 高額介護予防サービス費	負担金、補助及び交付金		
5 高額医療合算介護サービス等費				
	1 高額医療合算介護サービス費	負担金、補助及び交付金		
	2 高額医療合算介護予防サービス費	負担金、補助及び交付金		

3	6	市町村特別給付費	1	市町村特別給付費	負担金、補助及び交付金	
	7	特定入所者介護サービス等費	1	特定入所者介護サービス費	負担金、補助及び交付金	
			2	特例特定入所者介護サービス費	負担金、補助及び交付金	
			3	特定入所者介護予防サービス費	負担金、補助及び交付金	
			4	特例特定入所者介護予防サービス費	負担金、補助及び交付金	
	8	何々	1	何々	何々	
			1	財政安定化基金拠出金	負担金、補助及び交付金	年度拠出 市町村相互財政安定化事業を行う市町村にのみ適用、行わない場合は、以下1款ずつ繰り上げる
	4	相互財政安定化事業負担金	1	相互財政安定化事業負担金	負担金、補助及び交付金	
			1	相互財政安定化事業負担金	負担金、補助及び交付金	
	5	地域支援事業費 (削除)	1	介護予防・生活支援サービス事業費	報酬 給料 職員手当等 共済費 災害補償費 賃金 報償費 旅費 需用費 役務費 委託料 使用料及び賃借料 備品購入費 負担金、補助及び交付金	嘱託職員等報酬、費用弁償等 職員の給料 法律又は条例に基づく手 共済組合に対する負担 金、雇用保険、健康保険 の保険料 臨時職員の賃金 講師謝礼、事業謝礼等 職員の旅費 介護用具修繕費 介護用消耗材費 通信運搬費、保険料等 業務等委託料 介護用具購入費 共同事業負担金、事業費 補助金等 嘱託職員等報酬、費用弁 償等
2				介護予防・生活支援サービス事業費(第1号介護予防支援事業費)	報酬 給料 職員手当等 共済費 災害補償費 賃金 報償費 旅費	職員の給料 法律又は条例に基づく手 共済組合に対する負担 金、雇用保険、健康保険 の保険料 臨時職員の賃金 講師謝礼等 職員の旅費

			需用費 役務費 委託料 使用料及び賃借料 備品購入費	消耗品費 通信運搬費、保険料等 業務等委託料 介護用具購入費
	2 一般介護予 防事業費			
		1 一般介護予防事業費	何々	
	3 包括的支援 事業・任意 事業費			
		1 総合相談事業費	何々	
		2 権利擁護事業費	何々	
		3 包括的・継続的ケアマネ ジメント支援事業費	何々	
		4 任意事業費	何々	
		5 在宅医療・介護連携推進 事業費	何々	
		6 生活支援体制整備事業	何々	
		7 認知症総合支援事業費	何々	
	4 その他諸費			
		1 審査支払手数料	役務費	介護予防・日常生活支援 総合事業の実施に必要な 費用の支払決定に係る審 査及び支払の事務を委託 する場合
6 保健福祉事 業費				
	1 保健福祉事 業費			
		1 何々	何々	§ 115の41において市町 村の行う保健福祉事業に 係る費用であって、第1号 保険料を財源とするもの
7 基金積立金				
	1 基金積立金			
		1 介護給付費準備基金積 立金	介護給付費準備基金積 立金	中期財政運営期間中の剰余 金の管理基金への積立金
		2 何基金積立金	積立金	
8 公債費				
	1 公債費			一時借入金利子等
		1 元金	償還金、利子及び割引料	
		2 利子	償還金、利子及び割引料	
		3 公債諸費	何々	
	2 財政安定化 基金償還金			
		1 財政安定化基金償還金	償還金、利子及び割引料	
9 予備費				
	1 予備費			
		1 予備費		
10 諸支出金				
	1 償還金及び 還付加算金			
		1 第1号被保険者保険料還 付金	償還金、利子及び割引料	過年度分に係る保険料払 戻金
		2 償還金	償還金、利子及び割引料	国庫支出金等過年度分 返還金等
		3 小切手支払未済償還金	償還金、利子及び割引料	自治令 § 165の5振り出し た日から1年を経過して支 払を受けていない場合に よる利得償還要求に対す 保険料払戻金に係る還付 加算金
		4 第1号被保険者還付加算 金	償還金、利子及び割引料	
		5 高額介護サービス費貸付 金	貸付金	

	2 延滞金	1 延滞金	償還金、利子及び割引料
	3 繰出金	1 他会計繰出金 2 介護サービス事業勘定繰出金	繰出金 繰出金

介護サービス事業勘定(歳入)

款	項	目	節	適用
1 サービス収入	1 介護給付費収入	1 居宅介護サービス費収入	訪問介護費収入 訪問入浴介護費収入 訪問看護費収入 訪問リハビリテーション費収入 居宅療養管理指導費収入 通所介護費収入 通所リハビリテーション費収入 福祉用具貸与費収入 短期入所生活介護費収入 短期入所療養介護費収入 特定施設入居者生活介護費収入	節の記載がない各目については、歳出予算の項の区分等に対応して、地方公共団体の長が定めた区分によること
		2 特例居宅介護サービス費収入	特例居宅介護サービス費収入	
		3 地域密着型介護サービス費収入	定期巡回・随時対応型訪問介護看護費収入 夜間対応型訪問介護費収入 地域密着型通所介護サービス費収入 認知症対応型通所介護費収入 小規模多機能型居宅介護費収入 認知症対応型共同生活介護費収入 地域密着型特定施設入居者生活介護費収入 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費収入 複合型サービス費収入	
		4 特例地域密着型介護サービス費収入	特例地域密着型介護サービス費収入	
		5 居宅介護福祉用具購入費収入	居宅介護福祉用具購入費収入	
		6 居宅介護住宅改修費収入	居宅介護住宅改修費収入	
		7 居宅介護サービス計画費収入	居宅介護サービス計画費収入	
		8 特例居宅介護サービス計画費収入	特例居宅介護サービス計画費収入	
		9 施設介護サービス費収入	施設介護サービス費収入	
		10 特例施設介護サービス費収入	特例施設介護サービス費収入	
(削除)	2 予防給付費収入	1 介護予防サービス費収入	介護予防訪問入浴介護費収入 介護予防訪問看護費収入 介護予防訪問リハビリテーション費収入	

			介護予防居宅療養管理 指導費収入 介護予防通所リハビリ テーション費収入 介護予防福祉用具貸与 費収入 介護予防短期入所生活 介護費収入 介護予防短期入所療養 介護費収入 介護予防特定施設入所 者生活介護費収入 特例介護予防サービス費 収入 介護予防認知症対応型 通所介護費収入 介護予防小規模多機能 型居宅介護費収入 介護予防認知症対応型 共同生活介護費収入 特例地域密着型介護予 防サービス費収入 介護予防福祉用具購入 費収入 介護予防住宅改修費収 入 介護予防サービス計画費 収入 特例介護予防サービス計 画費収入	
		2 特例介護予防サービス費 収入		
		3 地域密着型介護予防サー ビス費収入		
		4 特例地域密着型介護予 防サービス費収入		
		5 介護予防福祉用具購入 費収入		
		6 介護予防住宅改修費収 入		
		7 介護予防サービス計画費 収入		
		8 特例介護予防サービス計 画費収入		
	3 介護予防・ 日常生活支 援総合事業 費収入	1 訪問型サービス事業費収 入		
		2 通所型サービス事業費収 入		
		3 生活支援サービス事業費 収入		
	4 自己負担金 収入	1 自己負担金収入	自己負担金収入	利用者の自己負担金
	5 特定入所者 介護サービ ス等収入	1 特定入所者介護サービス 費収入	特定入所者介護サービス 費収入	
		2 特例特定入所者介護サー ビス費収入	特例特定入所者介護サー ビス費収入	
		3 特定入所者支援サービス 費収入	特定入所者支援サービス 費収入	
		4 特例特定入所者支援サー ビス費収入	特例特定入所者支援サー ビス費収入	
	6 何々	1 何々	何々	
2 分担金及び 負担金	1 分担金	1 何費分担金	何費分担金	
	2 負担金	1 何費負担金	何費負担金	
3 使用料及び 手数料	1 使用料	1 何使用料	何使用料	

4 国庫支出金	2 手数料	1 文書料 2 何手数料	文書料 何手数料	
	1 国庫補助金	1 施設整備費補助金 2 何費補助金	施設整備費補助金 何費補助金	
5 都道府県支出金	1 都道府県補助金	1 何補助金	何補助金	
6 財産収入	1 財産運用収入	1 財産貸付収入 2 利子及び配当金	財産貸付収入 利子及び配当金	
	2 財産売払収入	1 不動産売払収入 2 物品売払収入	不動産売払収入 物品売払収入	
7 寄附金	1 寄附金	1 一般寄附金 2 何寄附金	一般寄附金 何寄附金	使途を限定しない寄附金 使途を限定する寄附金
8 繰入金	1 他会計繰入金	1 他会計繰入金	他会計繰入金	
	2 何基金繰入金	1 何基金繰入金	何基金繰入金	
	3 保険事業勘定繰入金	1 保険事業勘定繰入金	保険事業勘定繰入金	保険事業勘定からの繰入金
9 繰越金	1 繰越金	1 繰越金	繰越金	前年度歳計余剰金の計上
10 市町村債	1 市町村債	1 市町村債	市町村債	借入金等
11 諸収入	1 預金利子	1 預金利子	預金利子	歳計現金の利子等
	2 雑入	1 弁償金	弁償金	財産の亡失、損傷等に係る損害賠償金
		2 違約金及び延納利息	違約金及び延納利息	工事請負等の違約金及び延納特約などに基づく返納利息等
		3 小切手未払い資金組入れ	小切手未払い資金組入れ	地自令 § 165の6②による払出後1年経過の小切手の歳入組入れ
	4 雑入	雑入		

介護サービス事業勘定(歳出)

款	項	目	節	適用	
1 総務費	1 施設管理費	1 一般管理費	報酬 給料 職員手当等 共済費	職員の給料 法律又は条例に基づく手 共済組合に対する負担 金、雇用保険、健康保険 の保険料	
			災害補償費 賃金 報償費 旅費 交際費 需用費	臨時職員の賃金 報償費、講師謝礼 職員の旅費 消耗品費、光熱水費等の 共通需用費 通信運搬費、保険料等	
2 事業費	2 研究研修費	1 研究研修費	役務費 委託料 使用料及び賃借料 公有財産購入費 備品購入費 負担金、補助及び交付金	一般事務に係るもの 各種団体に対する負担金	
			職員手当等 旅費 需用費 役務費 使用料及び賃借料 備品購入費 繰出金		
2 事業費	1 居宅サービ ス事業費	1 居宅介護サービス事業費	職員手当等 賃金 旅費 需用費	法律又は条例に基づく手 臨時職員の賃金 職員の旅費 介護用具修繕費 介護用消耗材費 介護用具購入費	
			備品購入費 職員手当等	法律又は条例に基づく手 当 臨時職員の賃金 職員の旅費 介護予防用具修繕費 介護予防用消耗材費 介護予防用具購入費	
		2 地域密着型 サービス事 業費	1 地域密着型サービス等事 業費	賃金 旅費 需用費	法律又は条例に基づく手 当 臨時職員の賃金 職員の旅費 介護用具修繕費 介護用消耗材費 介護用具購入費
				備品購入費 職員手当等	法律又は条例に基づく手 当 臨時職員の賃金 職員の旅費 介護予防用具修繕費 介護予防用消耗材費 介護予防用具購入費
		2 地域密着型 サービス事 業費	2 地域密着型介護予防サー ビス等事業費	賃金 旅費 需用費	法律又は条例に基づく手 当 臨時職員の賃金 職員の旅費 介護予防用具修繕費 介護予防用消耗材費 介護予防用具購入費
				備品購入費	法律又は条例に基づく手 当 臨時職員の賃金 職員の旅費 介護予防用具修繕費 介護予防用消耗材費 介護予防用具購入費
	3 居宅介護支 援事業費				

(削除)	4 介護予防・日常生活支援総合事業費	1 居宅介護支援事業費	職員手当等 賃金 旅費 需用費	法律又は条例に基づく手 臨時職員の賃金 管理指導に係る職員旅費 消耗品費、光熱水費等の 共通需用費		
		2 介護予防支援事業費	職員手当等 賃金 旅費 需用費	法律又は条例に基づく手 当 臨時職員の賃金 職員の旅費 消耗品費、光熱水費等の 共通需用費		
		1 訪問型サービス事業費	職員手当等 賃金	法律又は条例に基づく手 臨時職員の賃金		
			旅費 需用費	職員の旅費 介護用具修繕費 介護用消耗材費 介護用具購入費		
			2 通所型サービス事業費	備品購入費 職員手当等 賃金 旅費 需用費	法律又は条例に基づく手 臨時職員の賃金 職員の旅費 介護用具修繕費 介護用消耗材費 介護用具購入費	
		3 生活支援サービス事業費	備品購入費 職員手当等 賃金 旅費 需用費	法律又は条例に基づく手 臨時職員の賃金 職員の旅費 介護用具修繕費 介護用消耗材費 介護用具購入費		
			備品購入費	介護用具購入費		
			5 何々			
		3 施設整備費	1 施設整備費	1 施設整備費	賃金 需用費 役務費 委託料 工事請負費 原材料費 備品購入費	
			4 基金積立金	1 基金積立金	1 何基金積立金	積立金
5 公債費	1 公債費	1 元金	償還金、利子及び割引料	一時借入金の利子等		
		2 利子	償還金、利子及び割引料			
6 予備費	1 予備費	3 公債諸費				
7 諸支出金	1 償還金	1 予備費				
		1 償還金	償還金、利子及び割引料	国庫支出金等過年度分 返還金等		
	2 繰出金	2 小切手未払未済償還金	償還金、利子及び割引料	自治令 § 165の5振り出し た日から1年を経過して支 払を受けていない場合に よる利得償還要求に対す		

8 諸費		1 他会計繰出金 2 保険事業勘定繰出金	繰出金 繰出金	
------	--	-------------------------	------------	--