

【セミナー資料】

総合事業への早期移行に向けた市町村職員を対象とするセミナー

平成27年5月15日（金） 会場：愛媛県松山市

平成27年5月20日（水） 会場：石川県金沢市

平成27年5月22日（金） 会場：岩手県盛岡市

主催：厚生労働省 老健局 振興課

目 次

1. セミナープログラム・・・・・・・・・・ P 1

2. 制度説明 資料・・・・・・・・・・ P 5

『介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けて』

【説 明】服部 真治

(厚生労働省老健局総務課 介護保険計画課併任 振興課併任 課長補佐)

3. 講演 資料・・・・・・・・・・ P 3 1

『介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説』

【講 師】岩名 礼介 氏

(三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部 社会政策グループ長 主任研究員)

4. パネルディスカッション 資料・・・・・・・・ P 4 3

『介護予防・日常生活支援総合事業への移行の実際』

【パネリスト】

- ・千葉県流山市 健康福祉部 介護支援課 課長 早川 仁 氏 (P 4 5～)
- ・千葉県松戸市 健康福祉部 介護制度改革課 専門監 中沢 豊 氏 (P 8 9～)
- ・奈良県生駒市 福祉部 高齢施策課 課長補佐 田中 明美 氏 (P 1 0 9～)
- ・新潟県上越市 健康福祉部 高齢者支援課 係長 細谷 早苗 氏 (P 1 4 7～)
- ・秋田県小坂町 町民課町民福祉班 三政 貴秀 氏 (P 1 5 9～)

5 / 1 5 松山会場	千葉県流山市 健康福祉部 介護支援課 課長 早川 仁 氏	千葉県松戸市 健康福祉部 介護制度改革課 専門監 中沢 豊 氏	奈良県生駒市 福祉部 高齢施策課 課長補佐 田中 明美 氏
5 / 2 0 金沢会場	千葉県流山市 健康福祉部 介護支援課 課長 早川 仁 氏	千葉県松戸市 健康福祉部 介護制度改革課 専門監 中沢 豊 氏	新潟県上越市 健康福祉部 高齢者支援課 係長 細谷 早苗 氏
5 / 2 2 盛岡会場	千葉県流山市 健康福祉部 介護支援課 課長 早川 仁 氏	奈良県生駒市 福祉部 高齢施策課 課長補佐 田中 明美 氏	秋田県小坂町 町民課町民福祉班 三政 貴秀 氏

【コーディネーター】

- ・岩名 礼介 氏 (三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員)
- ・服部 真治 (厚生労働省老健局振興課 課長補佐)

1. セミナープログラム

(松山会場) 平成27年5月15日(金)

13:00 (30分)	制度説明 『介護予防・日常生活支援総合事業の推進 に向けて』	【説明者】 服部 真治 (厚生労働省老健局振興課 課長 補佐)
13:30 (70分)	講演 『介護予防・日常生活支援総合事業への移 行のためのポイント解説』	【講師】 岩名 礼介 氏 (三菱UFJリサーチ&コン サルティング株式会社 主 任研究員)
14:40 (15分)	休憩	
14:55 (125分)	パネルディスカッション 『介護予防・日常生活支援総合事業への移 行の実際』	【コーディネーター】 岩名 礼介 氏 (三菱UFJリサーチ&コン サルティング株式会社 主 任研究員) 服部 真治 (厚生労働省老健局振興課 課長 補佐) 【パネリスト】 早川 仁 氏 (千葉県流山市 健康福祉部 介護 支援課 課長) 中沢 豊 氏 (千葉県松戸市 健康福祉部 介護 制度改革課 専門監) 田中 明美 氏 (奈良県生駒市 福祉部 高齢施 策課 課長補佐)

(金沢会場) 平成27年5月20日(水)

13:00 (30分)	制度説明 『介護予防・日常生活支援総合事業の推進 に向けて』	【説明者】 服部 真治 (厚生労働省老健局振興課 課長 補佐)
13:30 (70分)	講演 『介護予防・日常生活支援総合事業への移 行のためのポイント解説』	【講師】 岩名 礼介 氏 (三菱UFJリサーチ&コン サルティング株式会社 主 任研究員)
14:40 (15分)	休憩	
14:55 (125分)	パネルディスカッション 『介護予防・日常生活支援総合事業への移 行の実際』	【コーディネーター】 岩名 礼介 氏 (三菱UFJリサーチ&コン サルティング株式会社 主 任研究員) 服部 真治 (厚生労働省老健局振興課 課長 補佐) 【パネリスト】 早川 仁 氏 (千葉県流山市 健康福祉部 介護 支援課 課長) 中沢 豊 氏 (千葉県松戸市 健康福祉部 介護 制度改革課 専門監) 細谷 早苗 氏 (新潟県上越市 健康福祉部 高 齢者支援課 係長)

(盛岡会場) 平成27年5月22日(金)

13:00 (30分)	制度説明 『介護予防・日常生活支援総合事業の推進 に向けて』	【説明者】 服部 真治 (厚生労働省老健局振興課 課長 補佐)
13:30 (70分)	講演 『介護予防・日常生活支援総合事業への移 行のためのポイント解説』	【講師】 岩名 礼介 氏 (三菱UFJリサーチ&コン サルティング株式会社 主 任研究員)
14:40 (15分)	休憩	
14:55 (125分)	パネルディスカッション 『介護予防・日常生活支援総合事業への移 行の実際』	【コーディネーター】 岩名 礼介 氏 (三菱UFJリサーチ&コン サルティング株式会社 主 任研究員) 服部 真治 (厚生労働省老健局振興課 課長 補佐) 【パネリスト】 早川 仁 氏 (千葉県流山市 健康福祉部 介護 支援課 課長) 田中 明美 氏 (奈良県生駒市 福祉部 高齢施 策課 課長補佐) 三政 貴秀 氏 (秋田県小坂町 町民課町民福 祉班)

2. 制度説明 資料

『介護予防・日常生活支援総合事業の推進に向けて』

【説 明】

服部 真治

(厚生労働省老健局総務課 介護保険計画課併任 振興課併任 課長補佐)

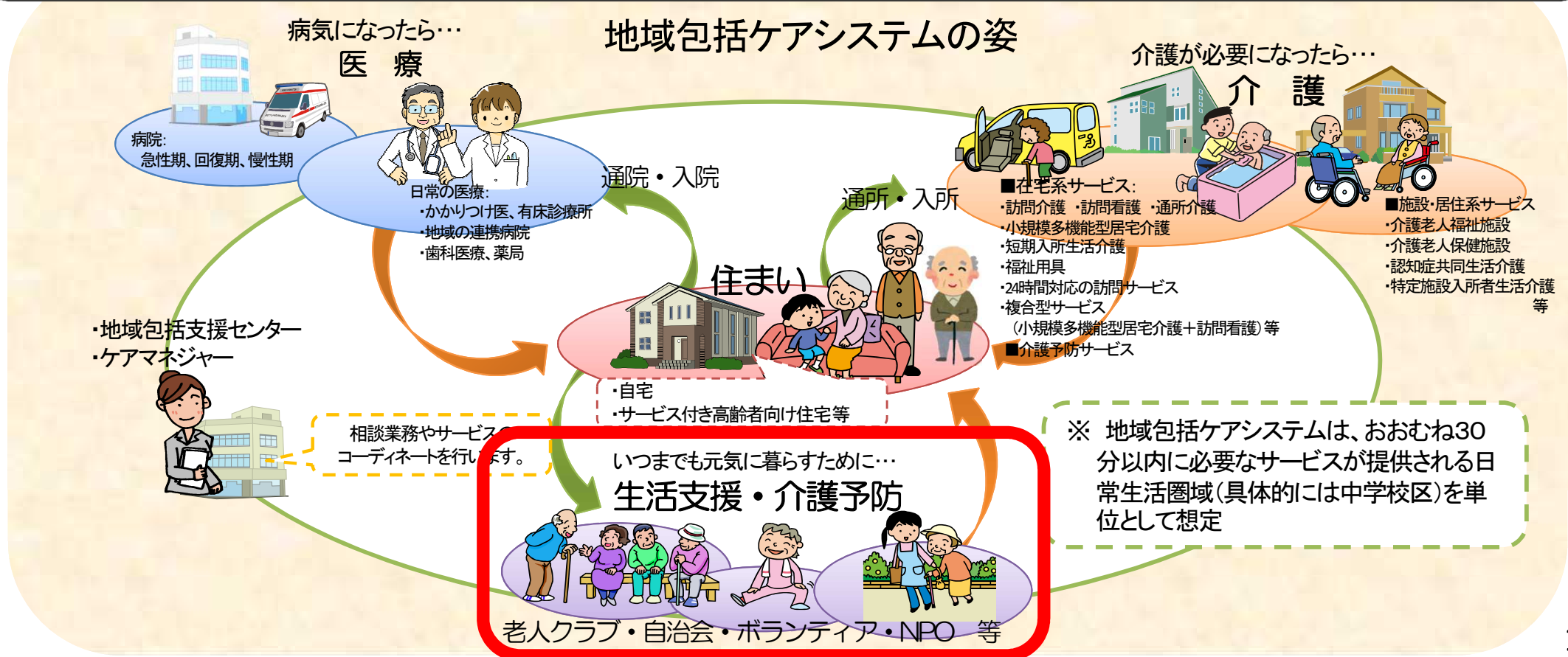


介護予防・日常生活支援総合事業 の推進に向けて

平成27年5月
厚生労働省 老健局振興課

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。**

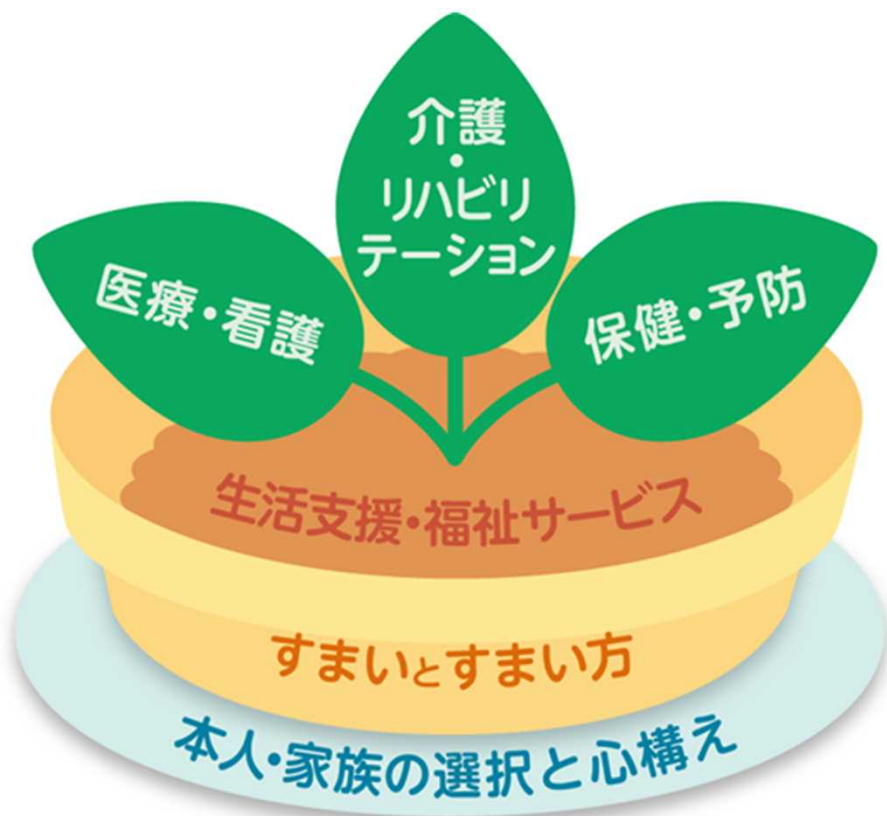


支え合いによる地域包括ケアシステムの構築について

○地域包括ケアシステムの構築に当たっては、「介護」「医療」「予防」といった専門的サービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉」といった分野が重要である。

○自助・共助・互助・公助をつなぎあわせる(体系化・組織化する)役割が必要。

○とりわけ、都市部では、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」を期待できない。



自助：・介護保険・医療保険の自己負担部分
・市場サービスの購入
・自身や家族による対応

互助：・費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援、地域住民の取り組み

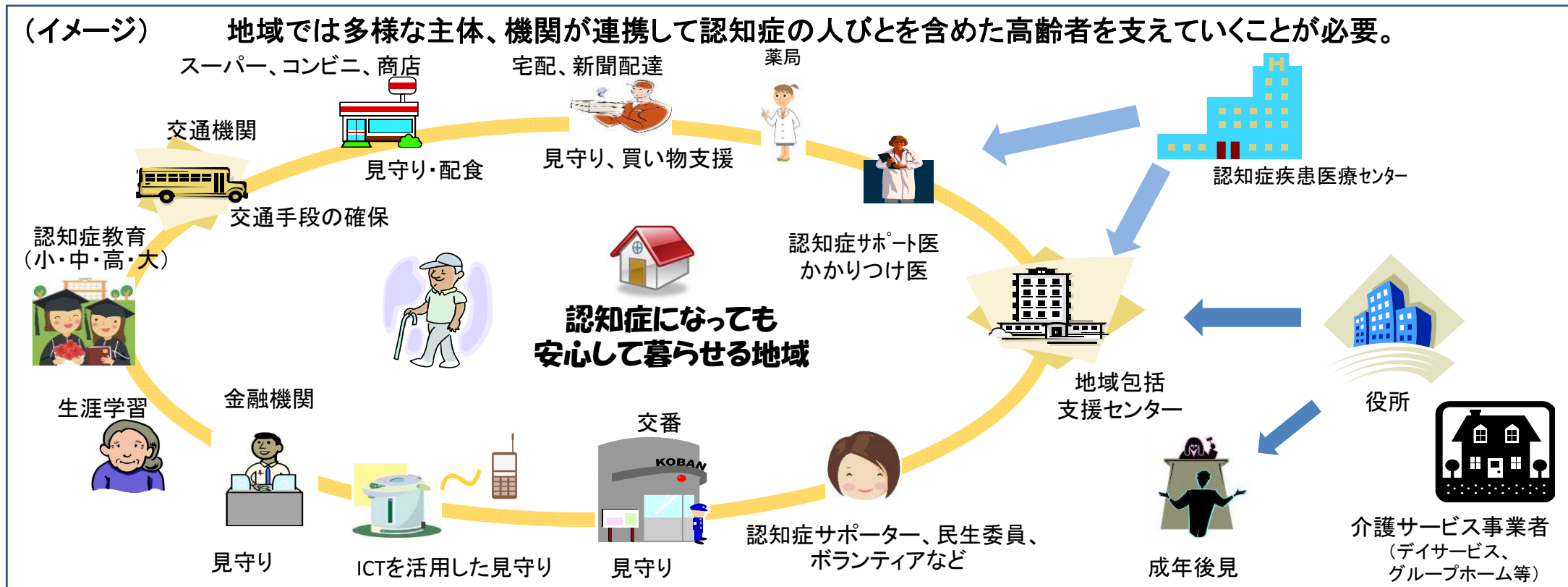
共助：・介護保険・医療保険制度による給付

公助：・介護保険・医療保険の公費（税金）部分
・自治体等が提供するサービス

地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(平成25年3月)より

社会全体で認知症の人びとを支える

○社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。



市町村が中心となって日常生活圏域等で認知症の人びとの見守り等を含めた自助・互助のネットワークを作る

関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開

改正前の介護保険制度の仕組み

- 介護保険制度の中には、①要介護者(1～5)に対する介護給付、②要支援者(1・2)に対する予防給付のほか、保険者である市町村が、「事業」という形で、要介護・要支援認定者のみならず、地域の高齢者全般を対象に、**地域で必要とされているサービスを提供する「地域支援事業」という仕組みがある**(平成17年改正で導入。平成18年度から施行)。
※介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成は変わらない。
- 要介護者・要支援者以外の高齢者(**2次予防事業対象者など**)への**介護予防事業は、「地域支援事業」で実施**。
- 市町村の選択により、「地域支援事業」において、**要支援者・2次予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業(「総合事業」)を創設**(平成23年改正で導入。平成24年度から施行)。

介護保険制度

介護給付(要介護者)

約7兆1000億円(平成23年度)*

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆全国一律の人員基準・運営基準

予防給付(要支援者)

約4100億円(平成23年度)*

個別給付

- ◆法定のサービス類型
(訪問介護・通所介護等)
- ◆全国一律の人員基準・運営基準

地域支援事業

約1570億円(平成23年度)

介護予防事業・総合事業

- ◆内容は市町村の裁量
- ◆全国一律の人員基準
・運営基準なし

包括的支援事業

・任意事業

- ◆地域包括支援センター
の運営等

財源構成 (国)25%:(都道府県/市町村)12.5%:(1号保険料)21%:(2号保険料)29%

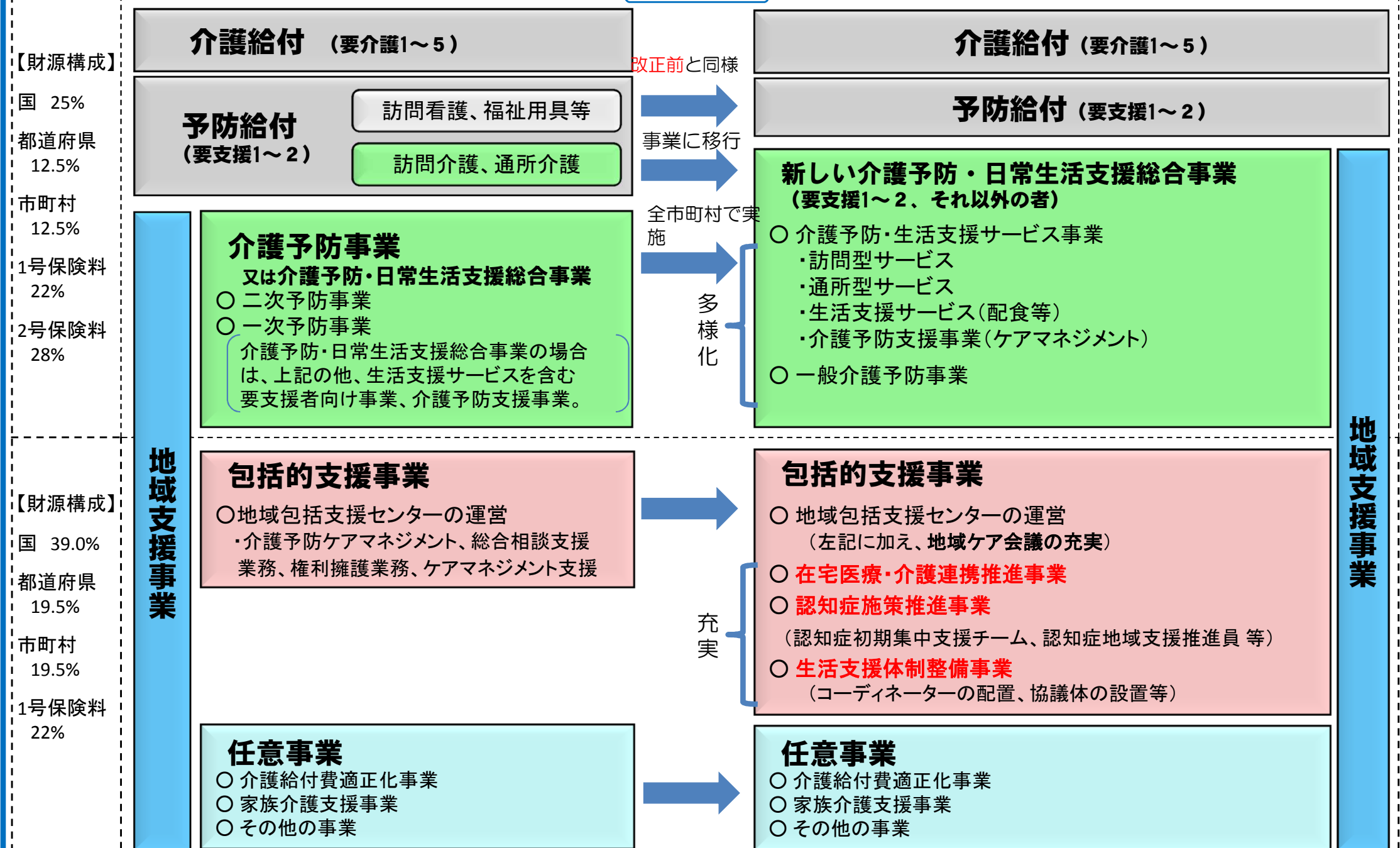
財源構成 (国)39.5%:(都道府県/市町村)19.75%:(1号保険料)21%

地域支援事業の全体像

< 改正前 >

介護保険制度

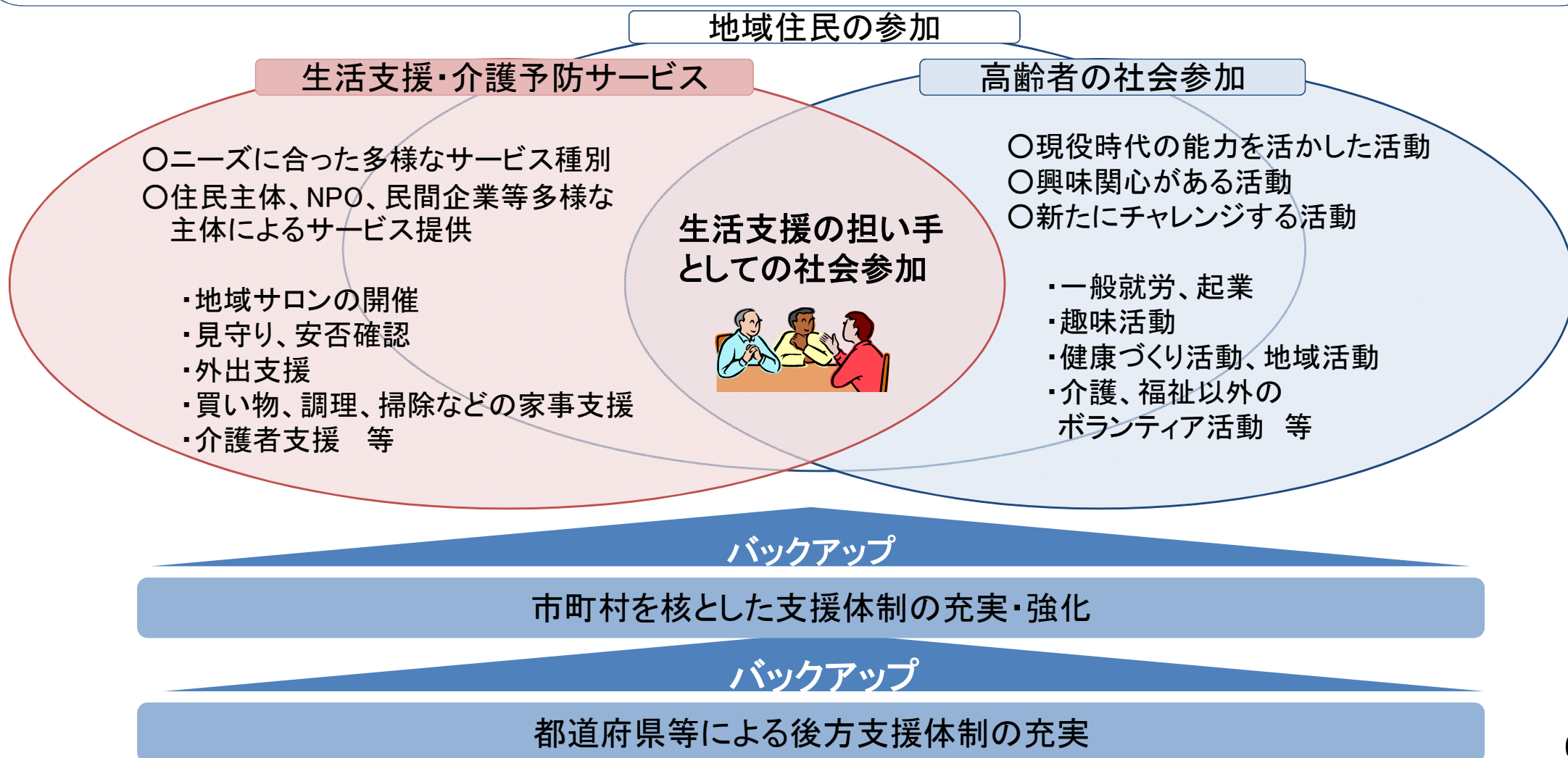
< 改正後 >



地域支援事業

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。



介護予防事業の概要

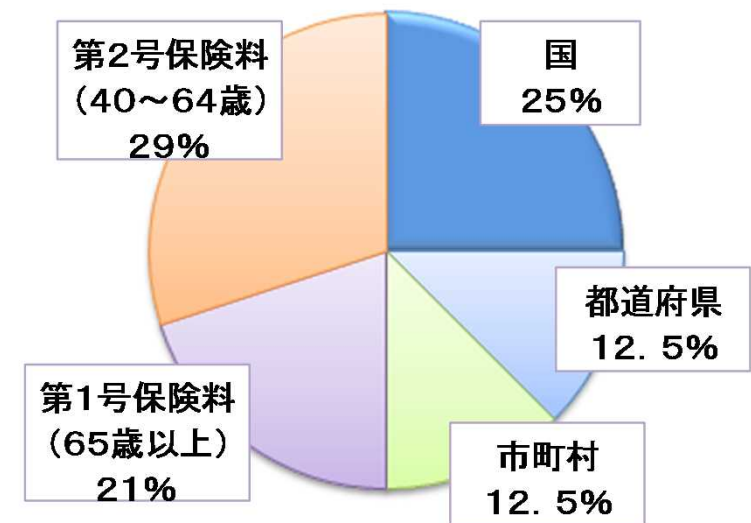
- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）
- 平成25年度 国費：124億円 総事業費：496億円 （介護保険法第122条の2）
（国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料（1号2/10、2号3/10））

一次予防事業（旧：一般高齢者施策）

【対象者】 高齢者全般

【事業内容】

- 介護予防普及啓発事業、
講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等



二次予防事業（旧：特定高齢者施策）

【対象者】 要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム、複合プログラム 等
- 訪問型介護予防事業
閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等

二次予防事業の実績の推移

二次予防事業への参加者数の目標を高齢者人口の5%を目安として取り組んできたが、平成23年度の実績は0.8%と低調である。

		高齢者人口に対する割合				
年度	高齢者人口 ^{*1} (人)	基本チェックリスト 配布者 ^{*2} (配布者数)	基本チェックリスト 回収者 ^{*3} (回収者数)	基本チェックリスト 回収率 【回収者数／ 配布者数(%)	二次予防事業 対象者 ^{*4} (対象者数)	二次予防事業 参加者 ^{*5} (参加者数)
H18	26,761,472	—	—	—	0.6% (157,518人)	0.2% (50,965人)
H19	27,487,395	—	—	—	3.3% (898,404人)	0.4% (109,356人)
H20	28,291,360	52.4% (14,827,663人)	30.7% (8,694,702人)	58.6%	3.7% (1,052,195人)	0.5% (128,253人)
H21	28,933,063	52.2% (15,098,378人)	30.1% (8,715,167人)	57.7%	3.4% (984,795人)	0.5% (143,205人)
H22	29,066,130	54.2% (15,754,629人)	29.7% (8,627,751人)	54.8%	4.2% (1,227,956人)	0.5% (155,044人)
H23	29,748,674	55.8% (16,586,054人)	34.9% (10,391,259人)	62.6%	9.4% (2,806,685人)	0.8% (225,667人)

*1 高齢者人口：各年度末の高齢者人口を計上

*2,3基本チェックリスト配布者、回収者：平成18年度、19年度については調査なし

*4 二次予防事業対象者：当該年度に新たに決定した二次予防事業の対象者と前年度より継続している二次予防事業者の総数

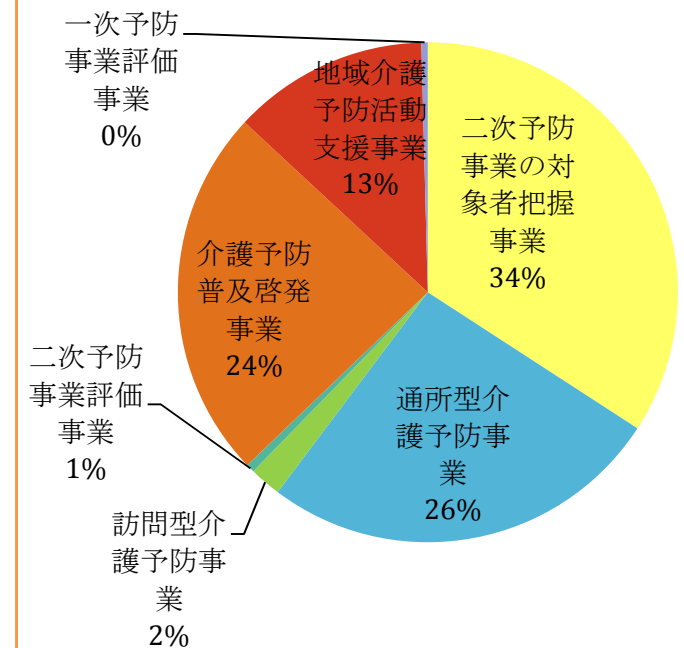
*5 二次予防事業参加者：通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、および通所型・訪問型介護予防事業以外で介護予防に相当する事業に参加した者を含む

平成23年度の介護予防事業の実績

	内容		実施 保険者数	対象経費実支出額
二次予防事業	二次予防事業の対象者把握事業		1,550	15,009,789,382円
	通所型介護 予防事業	運動器機能向上	1,137	11,467,101,458円
		栄養改善	285	
		口腔機能向上	595	
		認知機能低下予防・支援	214	
		複合	816	
		その他	119	
	訪問型介護 予防事業	運動器機能向上	212	894,200,888円
		栄養改善	224	
		口腔機能向上	192	
		認知機能低下予防・支援	142	
閉じこもり予防・支援		202		
うつ予防・支援		176		
複合		149		
二次予防事業評価事業		931	249,221,350円	
一次予防事業	介護予防普 及啓発事業	パンフレット等の作成・配布	1,270	10,566,271,561円
		講演会・相談会	1,187	
		介護予防教室等	1,467	
		介護予防事業の記録等管理媒 体の配布	493	
		その他	254	
	地域介護予 防活動支援 事業	ボランティア等の人材育成	872	5,573,533,569円
		地域活動組織への支援・協力等	955	
		その他	216	
	一次予防事業評価事業		802	181,152,153円
合計			1,594	43,941,270,361円

「二次予防事業の対象者把握事業」が全体の3割強を占める

介護予防事業費の内訳



H23年度介護予防事業実施状況調査

【介護予防の取組】 ①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

○住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。

○介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

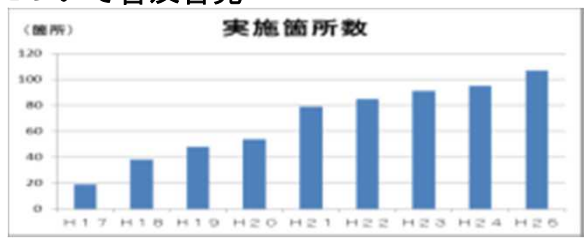
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	3	力所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

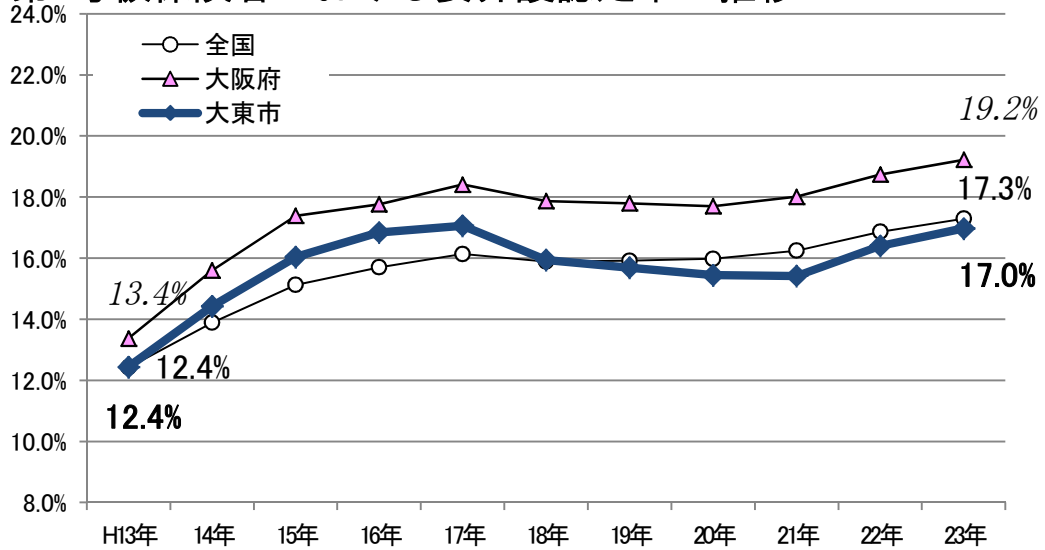
- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する



65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	9.3 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

元気な高齢者と要支援・要介護認定を受けている高齢者が一緒に行う住民運営の体操の集いが、公民館や個人宅で、毎週1回開催されており、平成25年現在、市内全域に110会場が誕生し、徒歩圏内で参加できるようになっている。

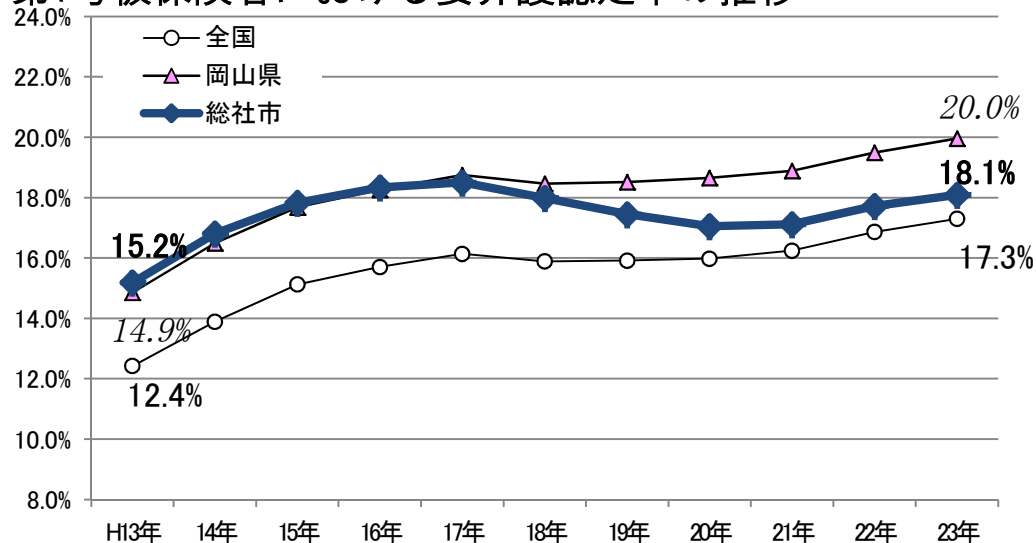
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	力所
	委託	6	力所
総人口		66,861	人
65歳以上高齢者人口		16,017	人
		24.0	%
75歳以上高齢者人口		8,226	人
		12.3	%
第5期1号保険料		4,700	円



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

- 〈平成12年〉要介護認定の非該当者の受け皿として、「健康づくりの集い」を介護予防教室として実施。（作業療法士・理学療法士・保健師主導、月1回、17会場）
- 〈平成17年〉小学校区単位で小地域ケア会議を開始。住民・社協・ケアマネ・保険者等の意見交換の場として定着。
- 〈平成20年〉地域包括支援センター（当時直営）が、小地域ケア会議に働きかけ、各地区で週1回の体操の集いが始まる。
- 〈平成24年〉ケーブルテレビ等の各種媒体で市民に広報した結果、100会場まで増える。

H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%



※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い

専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターの3職種が事務局（H24.4より委託）、行政の保健師・理学療法士は一委員として、市内21地区で1～2ヶ月に1回開催される小地域ケア会議に参加し、一緒に地域の課題を話し合う。
- 体操の集いの立ち上げ時には、行政もしくは地域包括支援センターの専門職が体操を具体的に指導。
- 集いの全ての会場で年1回体力測定を実施。随時、利用者の変調について住民から情報が入るので、専門職がアセスメントと助言指導を行う。

社会参加と介護予防効果の関係について

スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつ病のリスクが低い傾向がみられる。

調査方法

2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査（一部の自治体は訪問調査）を実施。
112,123人から回答。
（回収率66.3%）

【研究デザインと分析方法】

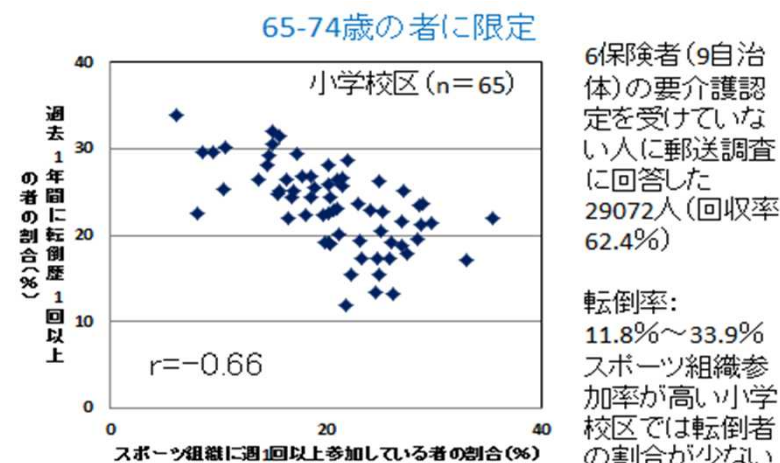
研究デザイン：横断研究

分析方法：地域相関分析

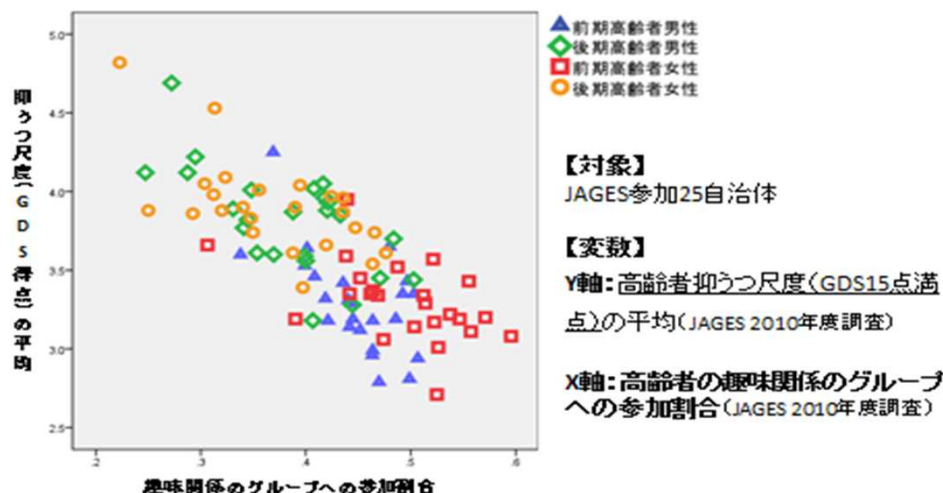
JAGES（日本老年学的評価研究）プロジェクト



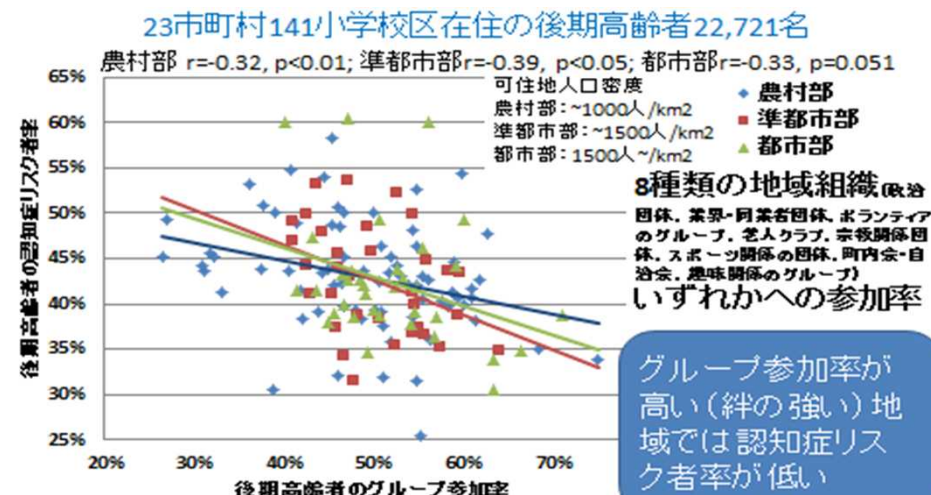
スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことのある前期高齢者が少ない相関が認められた。



趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。



ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。



これからの介護予防の具体的なアプローチについて

リハ職等を活かした介護予防の機能強化

- リハ職等が、ケアカンファレンス等に参加することにより、疾病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。
- リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づくADL訓練やIADL訓練を提供することにより、「活動」を高めることができる。
- リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。

住民運営の通いの場の充実

- 市町村が住民に対し強い動機付けを行い、住民主体の活動的な通いの場を創出する。
- 住民主体の体操教室などの通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得した上で指導役を担うことにより役割や生きがいを認識するとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場として魅力的な場になる。また、参加している高齢者も指導者として通いの場の運営に参加するという動機づけにもつながっていく。
- 市町村の積極的な広報により、生活機能の改善効果が住民に理解され、更に、実際に生活機能の改善した参加者の声が口コミ等により拡がることで、住民主体の通いの場が新たに展開されるようになる。
- このような好循環が生まれると、住民主体の活動的な通いの場が持続的に拡大していく。

高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進

- 定年後の社会参加を支援する等を通じて、シニア世代に担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防にもつながる。

新しい介護予防事業

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

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・ 介護予防普及啓発事業
- ・ 地域介護予防活動支援事業
- ・ 一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・ 二次予防事業対象者の把握事業
- ・ 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

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

・ 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。

・ (新) 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。

介護予防・生活支援サービス事業

※従来、二次予防事業で実施していた運動器の機能向上プログラム、口腔機能の向上プログラムなどに相当する介護予防については、介護予防・生活支援サービス事業として介護予防ケアマネジメントに基づき実施

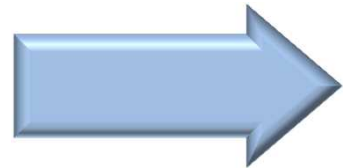
要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行(介護予防・生活支援サービス事業)

- 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行(平成29年度末まで)
- その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用

予防給付によるサービス

- ・訪問介護
- ・通所介護

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



訪問介護、通所介護
について事業へ移行

新しい総合事業によるサービス (介護予防・生活支援サービス事業)

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

※多様な主体による多様なサービスの提供を推進
※総合事業のみ利用の場合は、基本チェックリスト該当で利用可

従来通り
予防給付で行う

予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。

予防給付

（全国一律の基準）

移行

訪問介護

地域支援事業

既存の訪問介護事業所による身体介護・生活援助の訪問介護

NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス

住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス

既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護

NPO、民間事業者等によるミニデイサービス

コミュニティサロン、住民主体の運動・交流の場

リハビリ、栄養、口腔ケア等の専門職等関与する教室

移行

通所介護

・専門的なサービスを必要とする人には専門的サービスの提供（専門サービスにふさわしい単価）

・多様な担い手による多様なサービス（多様な単価、住民主体による低廉な単価の設定、単価が低い場合には利用料も低減）

・支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、サービスを利用しながら地域とのつながりを維持できる

・能力に応じた柔軟な支援により、介護サービスからの自立意欲が向上

サービスの充実

- ・多様なニーズに対するサービスの拡がりにより、在宅生活の安心確保

＋同時に実現

費用の効率化

- ・住民主体のサービス利用の拡充
- ・認定に至らない高齢者の増加
- ・重度化予防の推進

介護予防・生活支援の充実

- ・住民主体で参加しやすく、地域に根ざした介護予防活動の推進
- ・元気な時からの切れ目ない介護予防の継続
- ・リハビリテーション専門職等の関与による介護予防の取組
- ・見守り等生活支援の担い手として、生きがいと役割づくりによる互助の推進

総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。

- ① 要支援認定を受けた者
- ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

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

※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。

※ 基本チェックリストは、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、簡便にサービスにつなぐためのもの。

※ 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を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

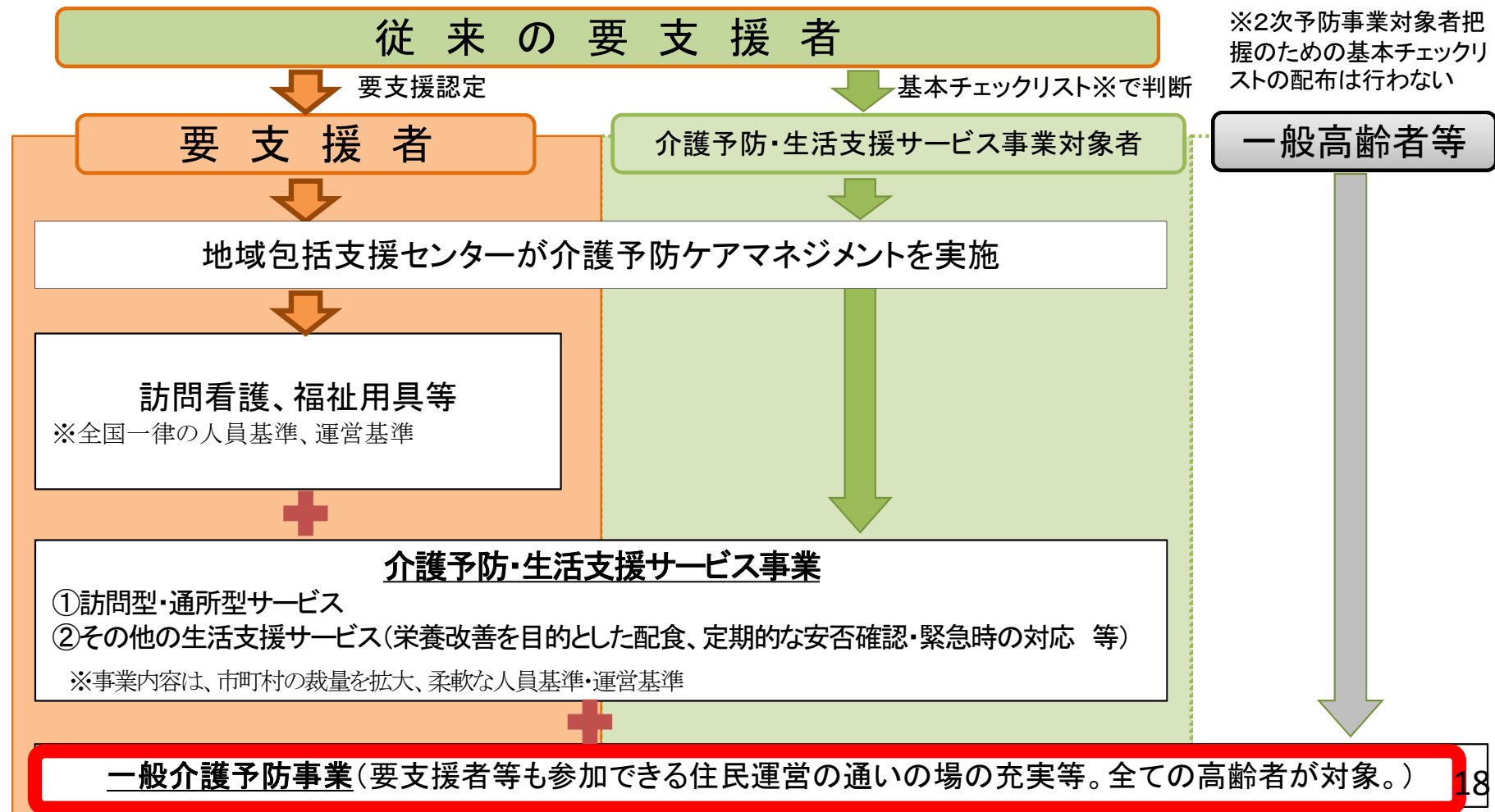
(2) 一般介護予防事業

○ 対象者は、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。

事業	内容
介護予防把握事業	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	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を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

【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。



介護予防給付

総合事業

サービスの類型

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

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

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

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

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

③その他の生活支援サービス

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

【参考】「通所型サービスB」と「地域介護予防活動支援事業」の比較

事業	介護予防・生活支援サービス事業	一般介護予防事業
サービス種別	通所型サービスB (住民主体による支援)	地域介護予防活動支援事業 (通いの場関係)
サービス内容	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 ・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	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
対象者とサービス提供の考え方	要支援者等	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
実施方法	運営費補助／その他補助や助成	委託／運営費補助／その他補助や助成
市町村の負担方法	運営のための事業経費を補助 ／家賃、光熱水費、年定額 等	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
ケアマネジメント	あり	なし
利用者負担額	サービス提供主体が設定 (補助の条件で、市町村が設定することも可)	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)
サービス提供者(例)	ボランティア主体	地域住民主体
備考	※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) ※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)

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 118億円(公費:236億円)

参考

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
 - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
 - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携 13億円(公費:26億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策 28億円(公費:56億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本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地域の構築を推進

地域ケア会議 24億円(公費:47億円)

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

生活支援の充実・強化 54億円(公費:107億円)

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。

新しい包括的支援事業(新規4事業)の「標準額」について

以下の①～④の算定式の**合計額**を「標準額」とし、これを基本として、各市町村の実情に応じて算定した額とする。

※平成29年度まで(実施の猶予期間)においては、①から④の実施する事業に係る算定式の合計額とする。

※4事業の合計額(「標準額」)の範囲内で柔軟に実施ができる

※市町村の日常生活圏域の設定状況、地域包括支援センターの整備状況及び事業の進捗等を踏まえて、必要に応じて「標準額」を超えることも可能であり、その場合は厚生労働省に追加額を協議して定めた額まで事業を実施することを可能とする。(次項に追加協議の参考例)

①生活支援体制整備事業

■第1層 8,000千円

※指定都市の場合は、行政区の数に乗じる

■第2層 4,000千円 × 日常生活圏域の数

※日常生活圏域が一つの市町村は、第1層分のみを算定。

③在宅医療・介護連携推進事業

■基礎事業分 1,058千円

■規模連動分 3,761千円 × 地域包括支援センター数

②認知症施策推進事業

■認知症初期集中支援事業 10,266千円

※指定都市の場合は、行政区の数に乗じる

■認知症地域支援・ケア向上推進事業 6,802千円

④地域ケア会議推進事業

■1,272千円 × 地域包括支援センター数

＜標準額を超える協議の例＞

生活支援体制整備事業

- 日常生活圏域の中にサブセンターやランチなどを設置した小圏域を設定しており、生活支援コーディネーターや協議体を当該小圏域単位に配置
- 第2層における生活支援コーディネーターに、専門職などを配置
- 1つの日常生活圏域に生活支援コーディネーターや協議体を複数配置

認知症施策推進事業

- 認知症初期集中支援チームについて、市町村の規模が大きく、かつ、施策の対象となる者が多く見込まれることが明らかな場合
- 認知症地域支援推進員について、市町村の規模が大きく、かつ、地域での相談件数やサービス事業所等の数も多い場合

在宅医療・介護連携推進事業

- 医療機関数・介護事業者数が多いため、資源把握にかかる調査を重点的に実施
- 医療ニーズの高い要介護者が多く、在宅医療・介護連携に関する相談窓口を複数設置する必要がある
- 多職種研修や普及啓発事業などについて、山間部や離島等、会場へのアクセスが難しいために、通常以上に開催しなければならない

地域ケア会議推進事業

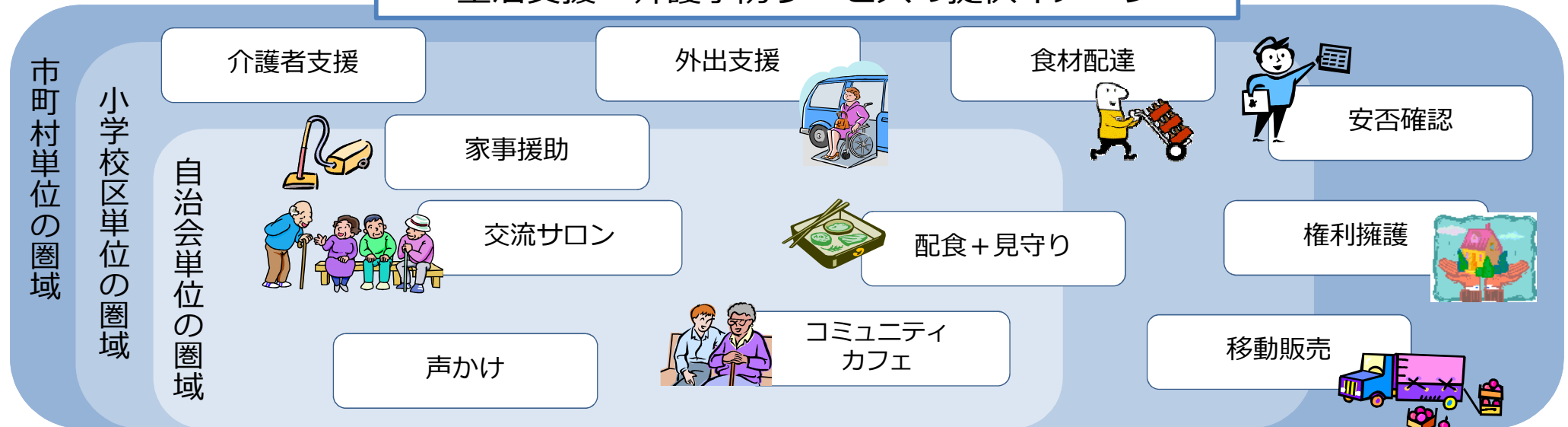
- 通常の地域ケア会議に加え、地域包括支援センターの後方支援等を行う基幹的機能を有するセンター等が、自らの担当地区以外の支援困難事例を検討する会議や多数の専門職が必要な会議を開催する場合

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

生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

等

バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

➡ 民間とも協働して支援体制を構築

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

(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
○ 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	○ 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	○ 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26年度は第1層、平成29年度までの間に第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

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

等

※1 これらの取組については、平成26年度予算においても先行的に取り組めるよう5億円を計上。

※2 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・介護予防サービスの基盤整備事業の活用例(案)

前提

- 市町村全域において実施する必要はなく、地域を限定してモデル的に取り組むことも可能。
- 当初はコーディネーターや協議体が配置、設置されていなくとも、活用が可能。
- 協議体の機能を有するような既存の会議等も積極的に活用しつつ、最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やしていくなどといった方法も有効。

活用例

- 協議体の設置に向けた生活支援・介護予防サービスの充実に係る研究会等の立ち上げや開催に係る経費
研究会等出席に係る謝金(報償費)、開催調整に係る旅費、資料印刷費(印刷製本費)、会場借上料(使用料及び賃借料) 等
- 研究会や協議体等が中心となって実施する地域資源の実態調査等の情報収集に係る経費
調査様式印刷費(印刷製本費)、調査様式郵送料(通信運搬費)、調査に係る委託料 等
- 生活支援・介護予防サービスに係るボランティア等の担い手に対する研修等実施に係る経費
研修の講師謝金(報償費)、研修調整に係る旅費、資料印刷費(印刷製本費)、会場借上料(使用料及び賃借料) 等
- コーディネーターの配置及び活動に係る経費や協議体の開催に係る経費

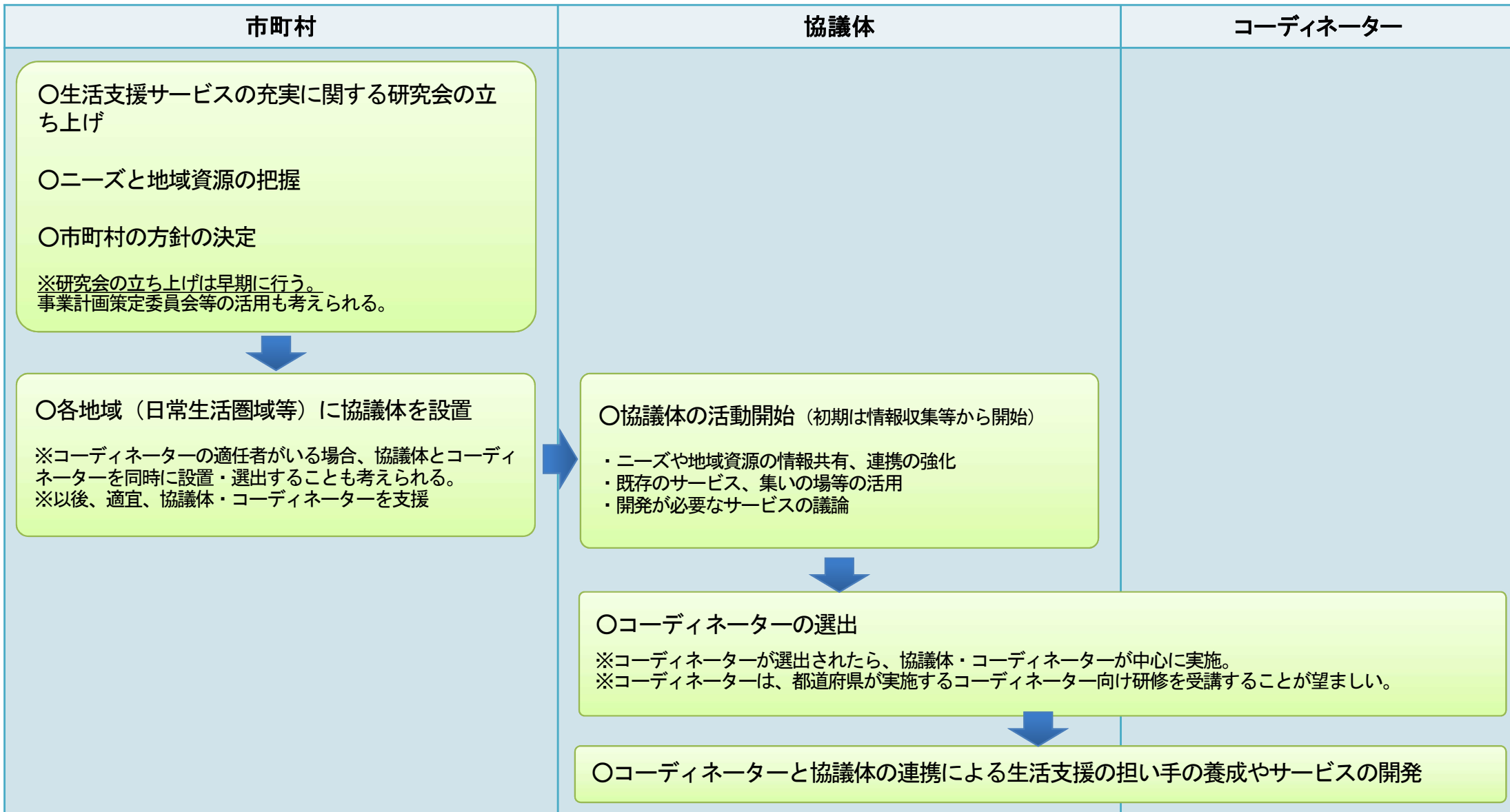
生活支援・介護予防サービスの分類と活用例

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

※ 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。

「コーディネーター」及び「協議体」設置・運営に係るフロー（例）

「コーディネーター」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。



※ 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。

コーディネーター及び協議体設置に係る参考事例

①地域包括支援センター型

【佐々町地域包括支援センター（長崎県佐々町）の取組事例】

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

【神奈川県平塚市（町内福祉村事業）の取組事例】

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

【伊賀市社会福祉協議会（三重県伊賀市）の取組事例】

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

【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】

【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】

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

【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】

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

「城島ふれあいの里」のできるまで

町内福祉村について学ぶ会(平成15年10月)から
現在(平成17年3月)まで<経過報告>

1

福祉村解説チラシの配布 4/27

- 福祉村解説チラシ『町内福祉村って何ですか?』を各戸配布(約1500世帯)



3

町内福祉村について学ぶ会 H15/10/28

- 地区社会福祉協議会、地区民生委員児童委員協議会及びボランティアグループが町内福祉村推進事業について学ぶ。
(説明者 平塚市福祉政策課福祉政策担当職員)

↓
金田福祉村を見学
平成16年1月30日

↓
自治会連絡協議会が福祉村の基本的な考え方に関する説明を受ける(説明者 市福祉政策課)
平成16年4月19日

2

城島地区町内福祉村説明会 6/9

- 自治会連絡協議会、地区社会福祉協議会が主催

地域住民55人が参加

- 「町内福祉村って何ですか?～地域で支え合うしくみをみんなでつくる～」(説明:平塚市福祉政策課)
- ビデオ上映、質疑応答
- 主催者からの提案 ⇒福祉村設立の合意形成

4

福祉村拠点施設検討会 6/16



- 城島分庁舎1階の現状調査
- おかざき鈴の里及び松原地区町内福祉村の拠点施設の視察
- 城島地区町内福祉村の拠点施設の検討

5

話し合いグループの募集 7/13～8/10

● 募集チラシの各戸配布

自治会の協力で約1500世帯へ

● 応募者31人

地域の各種団体に所属している人も、所属していない人も個人の資格で応募



7

第1回設立準備委員会 7/12

● 福祉村推進事業の基本的な考え方について

● 設立準備委員会について

- 役割と日程
- 委員会役員の選出
- 話し合いグループのメンバー募集



6

話し合いグループ(前期) 8/26～11/4

● 城島地区の地域課題の抽出

KJ法による抽出・整理

● 実践活動検討チームによる活動(案)の作成

- ① 身近な生活支援チーム
- ② ふれあい交流チーム
- ③ 拠点施設の運営・広報他チーム



8

実践活動検討チーム



9

第2回設立準備委員会 11/8

- 第1回設立準備委員会以降の取組みについて
- 福祉村実践活動(案)の作成(話し合いグループからの報告)
- 議題
 - 設立準備スケジュールの変更
 - ボランティアの募集



11

ボランティア団体を対象とした福祉村説明会

10/25

- 城島地区で活動しているボランティアグループへの町内福祉村事業の説明
(説明:市福祉政策課)

<参加団体>

城所ボランティアつくしグループ
友愛チーム
ボランティア若葉なぎさ
城島乳幼児支援ボランティア
ママの会



10

話し合いグループ(後期) 11/11~12/2

●福祉村実践活動マニュアル(案)の作成

- ①身近な生活支援編(基本ルール・活動の個別マニュアル)
- ②ふれあい交流編(ふれあいサロン、地区ふれあいサロンの運営マニュアル)
- ③拠点施設の運営編

●福祉村運営協議会の組織体制(案)の作成

●(仮称)城島地区福祉村の名称の検討

12

ボランティア第1次募集 11/10～12/10

●募集チラシ

各戸配布 約1500世帯

●応募者数(12月16日現在)

87人



13

第3回設立準備委員会 1/24

●ボランティアの登録状況 (報告)

●福祉村運営協議会設立総会 への提出議案

●設立準備委員会の解散



15

ボランティア説明会 12/16、12/19

●経過報告、活動説明

●講話

『地域に根ざすボランティア
活動とは』

平塚市社会福祉協議会
地域福祉活動支援グループ

●ボランティア登録



14

ボランティア研修会 1/28, 2/14, 2/16, 3/8

第1回(1/28昼・夜)

<仲間を知る>

- 助けられ上手・助け上手体験ゲーム
- 守秘義務(信頼される活動)について

第2回(2/14昼、2/16夜)

<事例検討(相談って何?)>

- 相談その1、相談その2 ⇒ワーク
- ボランティア活動を知ろう①

第3回(3/8昼・夜)

<自分を知る(自分を知って他者を知る)>

- 自分自身をふりかえる
- 他者を知る(聴覚障害者、視覚障害者、知的障害者、在住外国人)
- 車いすの操作方法
- ボランティア活動を知ろう②

講師:平塚市社会福祉協議会
地域福祉活動支援グループ



16

運営協議会設立総会 2/1

設立までの経過報告

議題

- 運営協議会規約(案)
- 役員の選出
- 平成16年度事業実施計画(案)
- 平成16年度収入支出予算(案)

名称は、『城島ふれあいの里』

17

ボランティア第2次募集 2/12~3/15

- 募集チラシ
各戸配布 約1500世帯
- 応募者数(3月10日現在)
22人
- 第1次募集87人+22人
=109人



19

理事会の開催 2/3,10,24,3/10,17,24

- ボランティア第2次募集
- ミニサロンの開催
- 拠点開設準備

物品購入リストの作成
開所式(4/2)の準備



18

ミニサロンの開催 2/21,3/3,10,17,24

- 大島団地(集会所・2/21)
参加26人
- 下島(自治会館・3/3)
参加33人
- 大島(自治会館・3/10)
参加31人
- 城所(自治会館・3/17)
参加30人
- 小鍋島(城島公民館・3/24)
参加23人



20

コーディネーター研修会 3/16,3/22

第1回(2/16)

ボランティアコーディネーター概論

～相談への対応を中心に～

- 今日のボランティア活動の現状・動向
- ボランティアコーディネーターのスキル(技術)とは?
- ボランティアコーディネーター相談業務の実際

第2回(2/22)

ボランティアコーディネート実務の実際

～相談への対応を中心に～

- 事例パターン1
- 事例パターン2



21

町内福祉村のコーディネーター



第1～3層の担い手

町内福祉村に置き換えると

- 1層＝市の職員
- 2層＝村長
- 3層＝地域福祉コーディネーター



村 長

- ・村の責任者
- ・他団体との調整役
- ・組織の統括

地福コーディネーター

- ・福祉村の拠点に常駐
- ・相談の窓口役
- ・相談案件の振り分け

23

「城島ふれあいの里」開所式

日時 4月2日(土)10:00～12:00

会場 城島分庁舎 城島ふれあいの里拠点施設

22

町内福祉村と協議体



情報共有、連携の事例



24

參考資料

コーディネーターの目的・役割等について

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、資源開発、関係者のネットワーク化、地域の支援ニーズとサービス提供主体のマッチング等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・介護予防サービスの提供体制の整備に向けた取組を推進する。

役割

- 生活支援の担い手の養成、サービスの開発等の資源開発……第1層、第2層
- サービス提供主体等の関係者のネットワーク構築……第1層、第2層
- 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動のマッチング ……第2層

配置

常勤・非常勤やボランティアなどの雇用形態については問わず、また、職種、人数、配置場所、勤務形態等は一律には限定せず、地域の実情に応じた多様な配置が可能であるが、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。

資格・要件

- 地域における助け合いや生活支援・介護予防サービスの提供実績がある者、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ず、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。

コーディネーターの配置について

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問6 地域包括支援センターに、コーディネーターを配置する場合は、現在の地域包括支援センターの職員のほかに配置する必要があるのか。業務に支障が無い場合は兼務しても差し支えないか。

(答)

1 コーディネーターについては、ガイドライン案では

・「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」

・「地域における助け合いや生活支援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」

などとしているところ。

既存の職員が兼務をすることを否定するものではないが、地域包括支援センターの職員の業務量等現状も踏まえれば、**基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定**している。

2 なお、新たに配置するコーディネーターの職種や配置場所については、地域の実情に応じて柔軟に設定していただければ良いと考えているが、生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うコーディネーターの役割を効果的に果たすことができる職種や配置場所を、市町村が中心となって、例えば、協議体とも連携しつつ、幅広く検討していただきたいと考えている。

問7 コーディネーターを、市町村の職員が兼務して実施することは可能か。

(答)

1 全問の回答で記載したとおり、**基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定しており、既存の市町村の職員が兼務をすることは想定していない。**

コーディネーターの配置について

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問4 平成26年9月30日版Q&A(P22 問7)では、市町村の職員がコーディネーターになることは想定していない旨の記述があったが、先進事例として紹介されている平塚市の福祉村では、市職員が第1層(市町村区域)のコーディネーターの役割を担っているとある。Q&Aの「想定していない」とはコーディネーターとなることができないということか。

(答)

1 コーディネーターについては、ガイドライン案では

- ・「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」
- ・「地域における助け合いや生活支援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」

などとしているところ。

2 このように基本的には地域の人材をコーディネーターとして新たに配置することを想定しているところ、新たに人員を配置することに対する財政支援を想定し、平成26年度から予算を確保してきており、そのような観点から平成26年9月30日付けのQ&Aでは既存の市町村の職員が兼務をすることは想定していないと回答した。コーディネーターとして市町村職員を配置することについて全て否定するものではなく、コーディネーターの役割が十分に果たせる者の任命について、市町村は、協議体とも連携しつつ、十分に検討していただきたいと考えている。

コーディネーターの配置について

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問3 コーディネーターは、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー(地域福祉コーディネーター)のような他職種と兼務することは差し支えないか。また、兼務が可能であった場合、それぞれの職種について、別々の財源を充当することは可能か。

(答)

- 1 生活支援の担い手の養成、サービスの開発等を行うコーディネーターについては、生活困窮者対策の相談支援員、主任相談支援員や、社会福祉協議会のコミュニティソーシャルワーカー(地域福祉コーディネーター)等とも連携し、地域のネットワークを活かして、取り組んでいただきたいと考えるが、経験や実績のある人材の確保・活用の観点や小規模な自治体など自治体の状況に応じた取組の推進の観点から、必要に応じて他職種と兼務することも可能である。
- 2 両者を兼務した場合に、その人件費にそれぞれの補助金・負担金を財源として充当することは差し支えないが、それぞれの補助目的にそった支出が求められることとなるため、業務量等により按分し、区分経理を行えるようにすることが必要だと考える。

協議体の目的・役割等について

設置目的

生活支援・介護予防サービスの体制整備に向けて、多様なサービス提供主体の参画が求められることから、**市町村が主体**となって、「**定期的な情報の共有・連携強化の場**」として**設置する**ことにより、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進する。

役割

- コーディネーターの組織的な補完
- 地域ニーズの把握、情報の見える化の推進（アンケート調査やマッピング等の実施）
- 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

設置主体

設置主体は市町村であり、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、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。

※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。

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。

協議体の配置について

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問4 協議体の設置を推進するとのことだが、どのようなメンバーに声かけをすれば良いか。民間企業にも積極的に参加してもらうのか。

(答)

1 協議体については、ガイドライン案・3「(3)協議体の目的・役割等」「④協議体の構成団体等」にもお示ししているとおり、市町村、地域包括支援センター等の行政機関、生活支援コーディネーターのほか、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の地域の関係者で構成されることを想定しており、この他にも地域の実情に応じて適宜参加者を募ることが望ましいと考えている。

2 また、生活支援体制整備事業は、市町村の生活支援・介護予防サービスの体制整備を目的としており、ガイドライン案・2にもお示ししているとおり、介護保険制度でのサービスのみならず、市町村実施事業や民間市場、あるいは地域の支え合いで行われているサービスを含めて市町村内の資源を把握し、保険外のサービスの活用を促進しつつ、互助を基本とした生活支援・介護予防サービスが創出されるような取組を積極的に進める必要がある。

したがって、配食事業者、移動販売事業者等、地域の高齢者の生活を支える上で必要不可欠な民間企業にも地域の実情に応じて参画いただくことを想定している。

(参考)

総合事業のケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、ケアマネジメントの結果、保険外の民間企業のサービスのみの利用となり、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、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。

3 いずれにしても、地域の資源開発や多様な主体のネットワーク化等を図るため、協議体の設置を早期に行うことが重要であり、例えば、まず、協議体の機能を有するような既存の会議等も積極的に活用しつつ、最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やしていくなどといった方法も有効であると考えている。

地域ケア会議と協議体の関係

第3 生活支援・介護予防サービスの充実

問 地域ケア会議と協議体との連携についての記載があるが、どのような関係なのか。構成メンバーは共通するものではないか。

1 地域ケア会議については、多職種による個別事例の検討を通じ、高齢者の自立に資するケアプランにつなげていくとともに、個別事例の検討を積み重ねることで、地域課題を発見し、新たな資源開発などにつなげていくもの。

このように地域ケア会議については、地域資源の把握・開発という側面で協議体の取組をサポートするものであることから、ガイドライン案でお示ししているとおり、「生活支援・介護予防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」と考えており、例えば、地域ケア会議にコーディネーターが参加するなど地域の実情に応じた連携した取組を進めていただきたいと考えている。(なお、ガイドライン案において地域ケア会議によるサービス開発の事例も紹介している。)

2 地域ケア会議は、個別事例の検討を通じて医療関係職種などを含めた多職種協働によるケアマネジメント支援を行うことが基本である一方、協議体は、多様なサービス提供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としている。このように性格等は異なるが、協議体の構成メンバーは、地域ケア会議のうち、地域包括支援ネットワークを支える職種・機関の代表者レベルが集まり、地域づくり・資源開発、政策の形成の観点から議論する市町村レベルの会議と一般的には一部重複することも想定されるので、例えば、小規模な自治体では両者を連続した時間で開催する等効率的な運営を図っていただきたい。この場合も、コーディネーターの補完や地域ニーズの把握等の協議体に期待される役割を全うできるメンバーを選定いただきたい。

コーディネーターの養成について(イメージ)

(1) コーディネーターの確保に向けた考え方

- 市町村におけるコーディネーターの確保にあたっては、全国的な活動水準の確保や計画的な育成の必要性を踏まえ、国において、研修カリキュラム・テキストの開発や広域的な範囲での養成研修の実施等を通じて、市町村等の取組を支援する。
- コーディネーターは、養成研修を受講した者が望ましいが、必ずしも研修受講を要件とするものではなく、コーディネーター就任後に養成研修を受講することも可能とする。

(2) コーディネーターの養成イメージ

<①. 各主体の役割>

- 国：研修カリキュラム・テキストの開発、中央研修の実施・運営
- 都道府県：中央研修の受講者の推薦、都道府県単位の研修を実施
- 市町村：都道府県研修の受講者の推薦、研修受講者を活用したコーディネーターの配置

<②. 研修体系>

- 中央研修（平成26～27年度）：全国から受講者（都道府県からの推薦）を集め、都道府県研修における講師を養成するための研修を実施
- 都道府県研修（平成27～29年度）：主に中央研修受講者が講師となり、各都道府県において地域医療介護総合確保基金を活用してコーディネーター養成のための研修を実施

<③. 研修の受講要件>

- 地域のニーズを踏まえたボランティア養成、サロンの立ち上げ等地域資源開発の実績がある者が望ましい。
- 既に地域でコーディネート業務を担っている者が受講することを想定し、資格要件等は設けない。

3. 講演 資料

『介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説』

【講 師】

岩名 礼介 氏

(三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部 社会政策グループ長 主任研究員)

介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説

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
(概要版)

平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)



1. 基本コンセプト：「地域づくり」としての総合事業

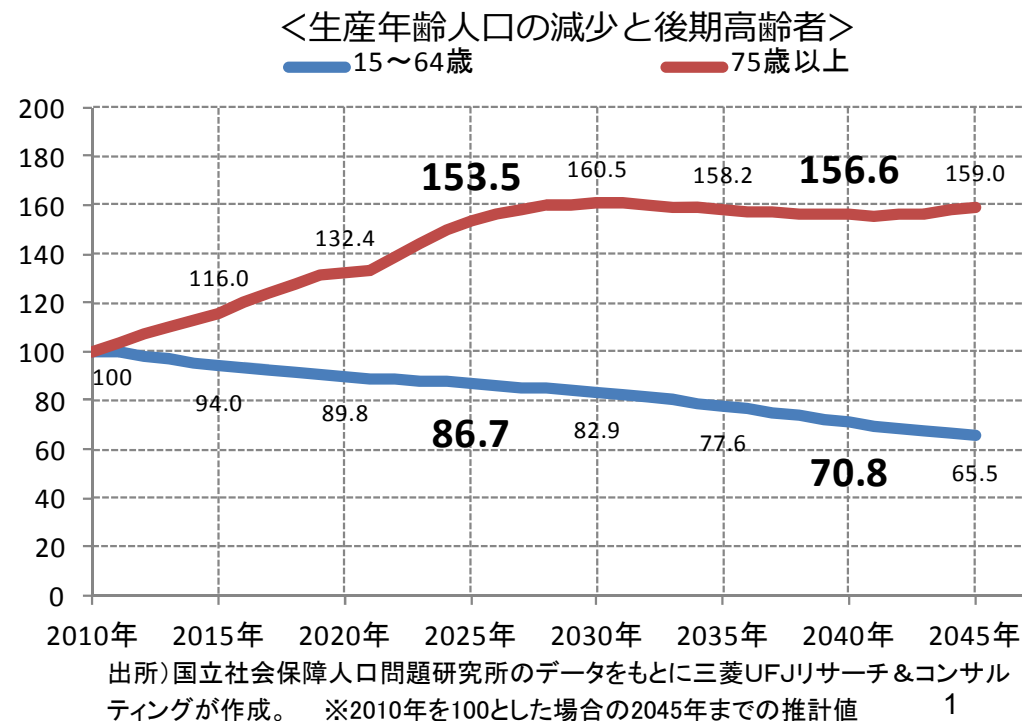
■ 2025年に向けた地域包括ケアシステム構築の必要性と総合事業

◎2025年に向けて医療・介護・予防・住まい・生活支援の一体的な提供の仕組みづくりが必要

- 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継続するための仕組みとしての地域包括ケアシステムの構築に向けては、医療や介護サービスの強化が必要なのは当然だが、調理、買い物、掃除などの生活支援の確保や、介護予防をいかにして効果的なものにしていくかも大きな課題。
- 各自治体では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成27年度から主に4つの事業が展開される。「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」、「生活支援体制整備事業（以下、整備事業）」、「在宅医療・介護連携推進事業」、「認知症総合支援事業」である。これら中でも特に、生活支援や介護予防に大きく関係するのは、要支援に相当する比較的低度の高齢者を対象とした総合事業と、地域全体の生活支援体制の強化を目指す整備事業である。

◎総合事業の背景：ニーズの増大と担い手の減少

- 要介護リスクが高くなっていく後期高齢者（75歳以上）人口は、今後2025年に向けて増加し続ける一方で、生産年齢（15～64歳）人口は継続的に減少し、そのギャップは拡大しつづける。
- 単身世帯・高齢者のみ世帯の増加により生活支援ニーズは、人口の増加以上に、急速に高まってくることが予想される。
- 他方、在宅介護のニーズが増加する中で、それを支える専門職数の増加は、要介護度者の増加に対応できるほどは期待できない。
- 増加するニーズへの対応と生産年齢人口の減少という、二つの困難な条件のもとに進められなければならないことを意味している。



1. 基本コンセプト：「地域づくり」としての総合事業 ～総合事業の狙い

①新たな担い手確保による支援・サービス量の拡大

■ 新たな担い手が生活支援を提供

要支援者のニーズの大半は専門職でなくても提供可能な生活支援であり、これらを高齢者や民間事業者を含む多様な主体が提供することで、地域全体の担い手を拡大し、支援体制を強化することが可能。

■ 高齢者も新たな担い手として期待される

前期高齢者の認定率は1割未満であり、地域活動を希望する高齢者等をうまくマッチングすることで、増大する生活支援ニーズに対応することが可能。

③時間をかけた住民主体の「地域づくり」のプロセス

■ 「サービスづくり」ではなく「地域づくり」

専門職以外の地域の多様な主体で地域の「支える仕組み」をつくることが総合事業の本質という点から、総合事業は「サービスづくり」ではなく、多様な主体による「地域づくり」であり、従来とは発想の転換が不可欠。

■ 「お互いさま」の気持を具体化

一般住民の自発的な取組を中心に「お互いさま」の気持を地域の中で具体的な仕組みにしていくという点で「地域づくり」そのものといえる。

②総合事業で変わる専門職の役割

■ 「一対一」の関係から「一対多」の関係へ

体操教室の立ち上げ支援など、専門職の役割が利用者への直接的なサービス提供だけでなく、住民主体の取組に対する側面的な支援に広がることで、専門職の活躍の場は、これまで以上に地域全体に展開する。

■ 地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業は、こうした専門職を施設等から派遣した際の人件費補てん等を行うこともでき、専門職の技術や知識を、より地域全体に展開することが可能に。

④中重度者を支えるための前提

■ 生活支援の担い手の多様化で介護人材は身体介護へ

生活支援の担い手が拡大することで既存の介護人材はより重度の利用者へのサービス提供にシフト可能。

■ 在宅医療介護連携と認知症施策の充実に向けた前提

「在宅医療介護連携推進事業」「認知症総合支援事業」をより実効性の高い取組とする上で、「総合事業」「整備事業」は不可欠な前提条件といえる。

2. 介護予防のコンセプトの転換：「地域づくり」の中の介護予防

■ 平成18年度の介護予防に関する考え方・方法の大幅な見直し

◎費用対効果が低い

リスク層の予防を目的とした二次予防事業は、対象者の把握に介護予防事業費の約3割を投入するも、参加率は高齢者人口の0.7%にとどまるなど費用対効果の低い事業となった。

◎虚弱高齢者の把握が不十分

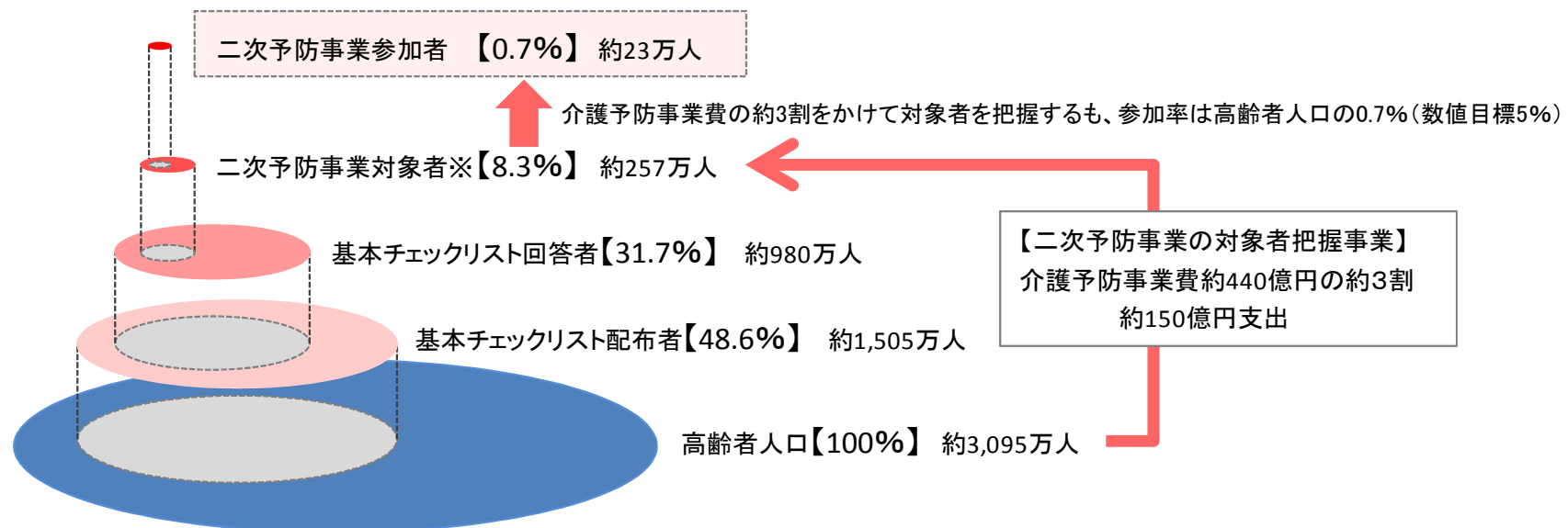
基本チェックリストの未回収・未回答者の状況把握にまで手が回らなかった。

◎事業参加率の低迷

サービスが筋力トレーニングなどに偏り、取組に関心を持ってない高齢者の参加を促すことができなかった。

◎高齢者の主体性を尊重する通いの場の創出が不十分

年齢や心身の状況等によらず、地域の住民と一緒に参加することのできる通いの場を創出する取組が不十分であった。



資料)「平成24年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」に基づき三菱UFJリサーチ & コンサルティング株式会社が作成
※二次予防事業対象者: 要介護認定更新非該当による対象者(0.1%)、前年度からの継続者(1.2%)を除く

2. 介護予防のコンセプトの転換：「地域づくり」の中の介護予防

「地域づくり」の中に介護予防を位置付ける方向へ

新しい総合事業における介護予防は、「高齢者本人の参加意欲を基本に、地域生活の中で活動性を継続的に高める取組」を進める方向に舵が切られ、地域における住民主体の自発的な健康づくりを側面的に支援するアプローチへと大きく転換。

地域に介護予防を位置付け継続性を重視

■ 介護予防アプローチの転換

- 新しい総合事業では、「高齢者本人の参加意欲を基本に、地域生活の中で活動性を継続的に高める取組」を進める方向に転換。
- 基本チェックリストで選ばれた対象者に専門職がサービス提供する「個別アプローチ」から、地域住民の自発的な健康づくりを側面的に支援するアプローチへ転換。

■ 生活の活発化で心身機能の維持

- 支援の内容に合わせて、一次予防、二次予防、予防給付と高齢者が動く仕組みから、高齢者の状態にあわせて支援の内容を柔軟に変化させる仕組みへの転換。

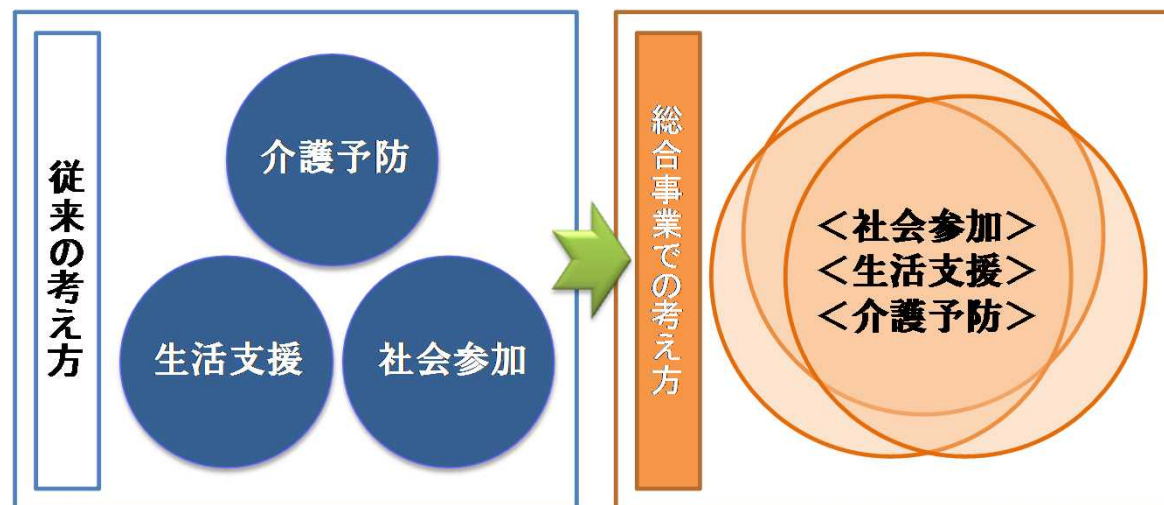
■ 地域の人とのつながりの中で推進することがポイント

- 住民が自ら参加したいと思えるような動機づけにより、地域の仲間と一緒に取り組むような仕掛けづくりがポイント。
- 住民主体の取組は結果的に地域の見守りネットワークとして機能することも期待できる。

介護予防・生活支援・社会参加の融合

■ 結果的に介護予防になるという考え方

- 介護予防、生活支援、社会参加をこれまで以上に融合させることが重要。
- たとえば、一人暮らし高齢者のごみ出しを、近所の高齢者が手伝う（生活支援）ことによって、地域社会への参加（社会参加）を通じて、手伝っている本人の生活意欲を高め、結果的に「介護予防」になるといった考え方。
- 「支える側・支えられる側」という垣根を可能な限り取り払い、「担い手となること＝結果的に予防になる」という考え方が中心となる。



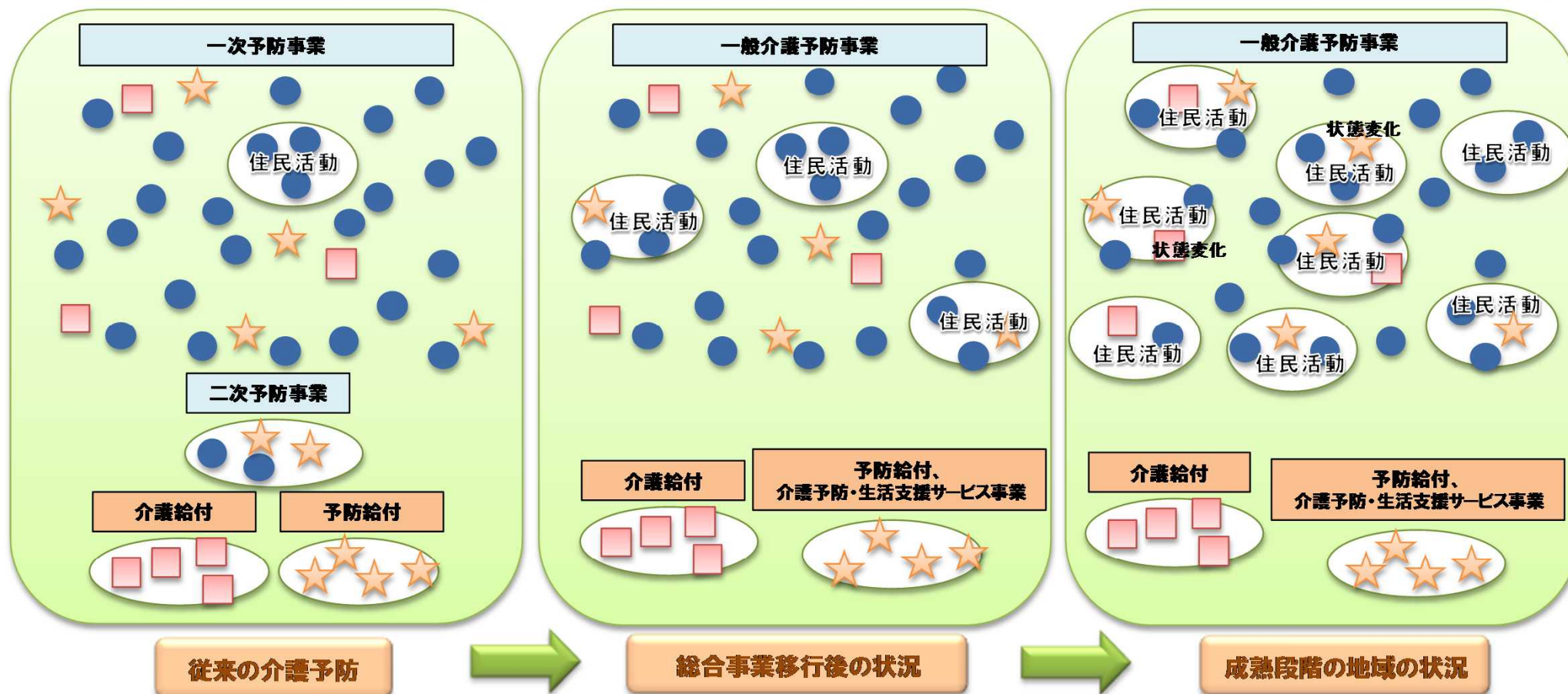
2. 介護予防のコンセプトの転換：「地域づくり」の中の介護予防

高齢者の状態の変化に支援を合わせる体制づくり

■ 従来の介護予防では、状態ごとに事業が組み立てられており、地域住民同士で支え合う地域力を醸成するようなアプローチが不十分であった。

■ 未参加者は多数であるが、比較的元気な高齢者を中心に住民主体の小規模な活動(体操教室やサロンなどの居場所)が徐々に形成される。

■ 住民主体の活動が増加。地域住民同士で支え合う地域力が育まれ、年齢や心身の状況等によらず、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現



● = 一般高齢者 ★ = 虚弱高齢者 □ = 要介護者

3. 住民主体の「地域づくり」の方法

【一次予防事業 → 一般介護予防事業 → 通所型B(住民主体) → 訪問型B(住民主体)】

■ 「地域介護予防活動支援事業」が中核

従来の一次予防事業は、意識啓発等の「介護予防普及啓発事業」が中心であったが、総合事業では、地域における住民の主体的な取組の育成・支援を行う「地域介護予防活動支援事業」が中心的な事業となる。

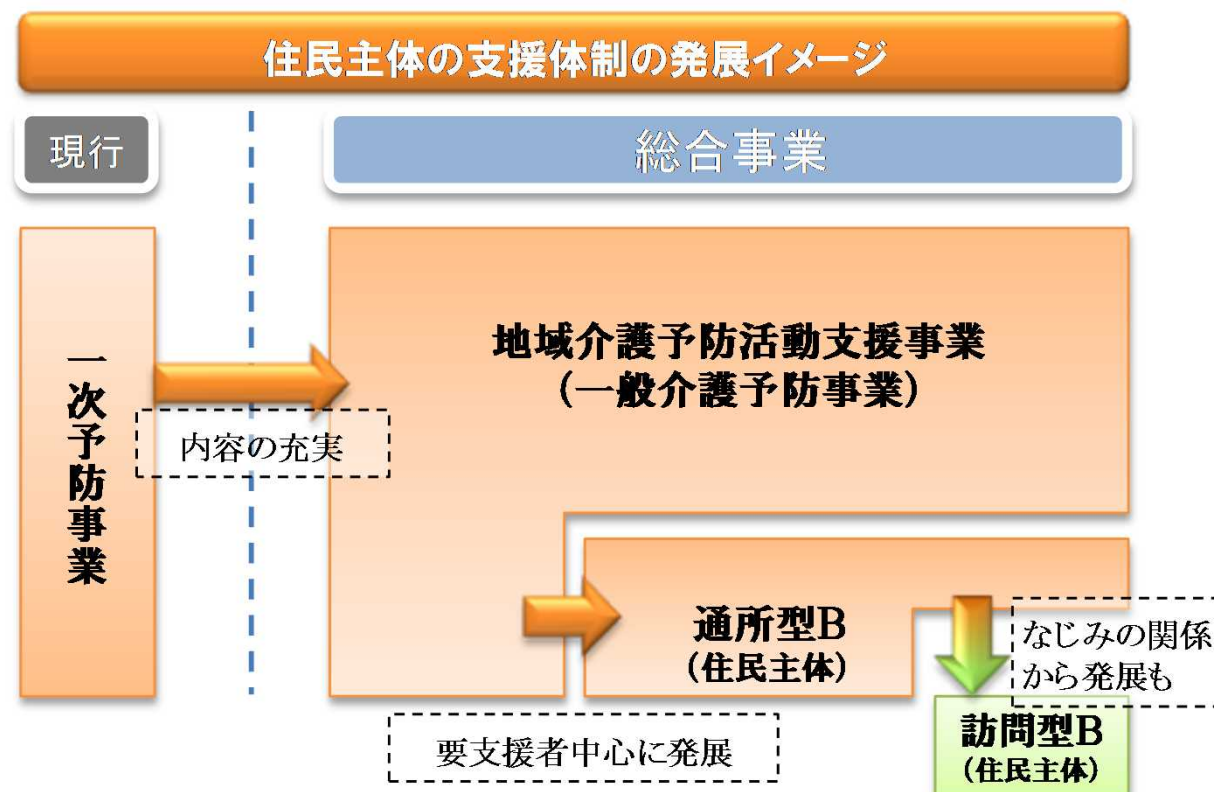
また、「通いの場」など現行の一次予防事業の類似の事業については、週に1回の活動を複数回に増やす、予防的な要素を組み込むなど、助成の交付も含め、目的にあった取組に強化・改善することが求められる。

■ 要支援者中心のサービスに発展させ通所型Bを整備

一般介護予防事業の利用者は全ての高齢者を対象としているが、初期の段階では元気高齢者の利用が多いと考えられる。要支援者相当の利用者が増えていく過程で、通所型B(住民主体の支援)への発展的な移行も考えられる。

■ 通所型Bから訪問型Bへの発展の可能性も

訪問型Bは、生活支援を住民主体で行うものであり、信頼関係やなじみの関係が重要な前提となる。通所型B(住民主体)の継続的な運営により住民間のなじみの関係が構築されると、簡単なゴミ出しや買い物支援などを提供する訪問型Bに発展することが期待される。



※留意点

例示は、あくまで典型的な支援やサービスのイメージを示すもので、各地域における生活支援体制は、地域の状況を踏まえて創意工夫のもとに開発されるものであり、その姿は、地域毎に異なるものとなることが予想される。
また、示しているもの以外の発展パターンをとることも充分に考えられる。

4. 新たなサービスの担い手を確保するための方策

【訪問介護員によるサービス提供 → 訪問介護員＋新たな担い手による提供】

■ 現行の介護予防訪問介護は、みなしサービスへ

現行の介護予防訪問介護は、経過期間において、その大半が、スライドする形で「みなしサービス」に移行し、従来どおりのサービスを提供することが想定される。

■ 訪問型Aの整備により、新しい担い手を確保できる可能性

「訪問型A」のポイントは、ホームヘルパーに加えて、新たに高齢者等が担い手となる点である。提供するサービスについては、典型的には、身体介護を含まず、生活援助だけを担うことが想定され、その中では、高齢者等の新たな担い手が活躍することが可能となり、地域の中でより多くの人材を確保することができると考えられる。

■ 利用者・事業者・市町村のメリット

【利用者】

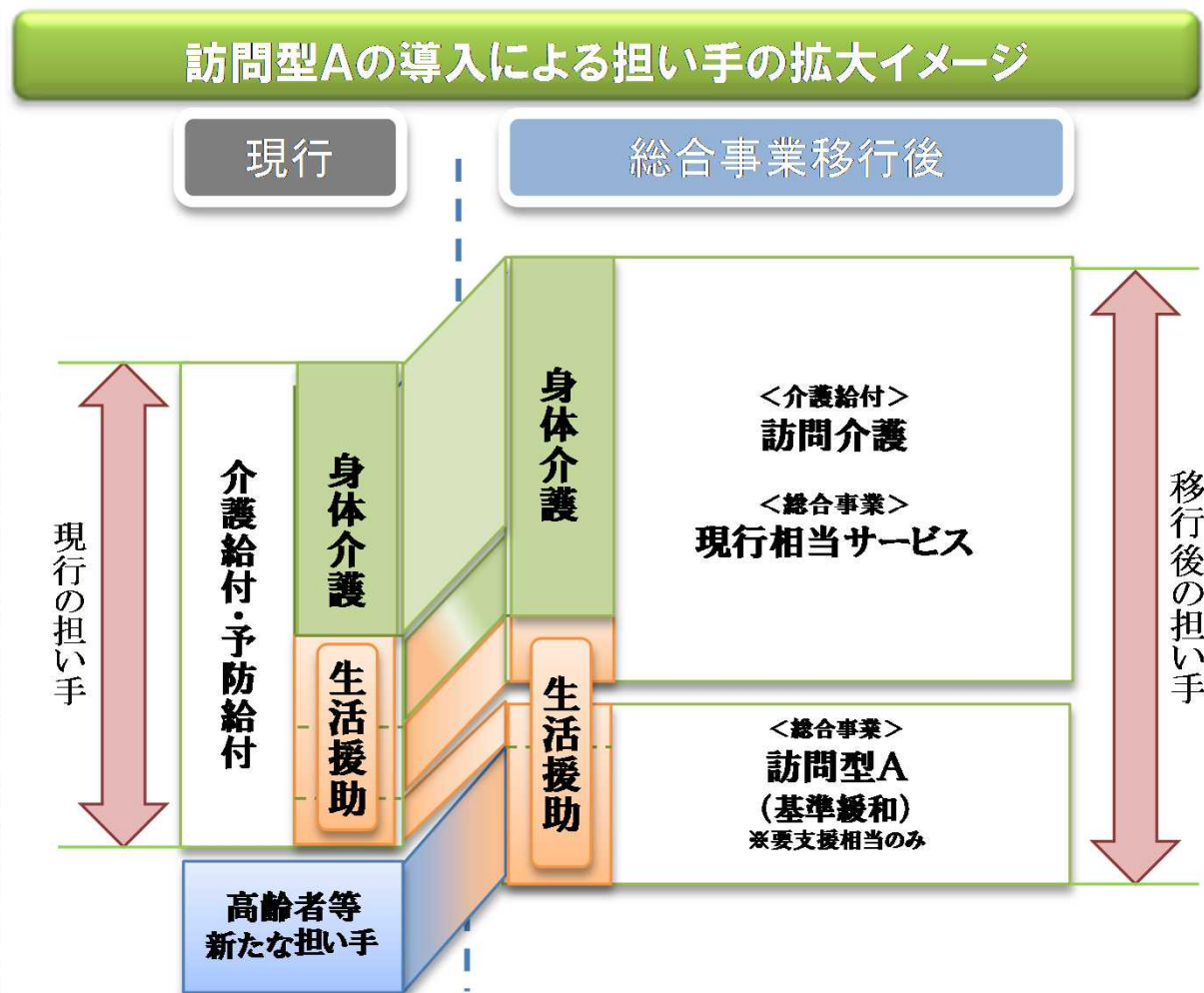
高齢者等の新たな担い手による提供に見合った単価の設定により、利用者はサービス内容に見合った費用負担となる。

【事業者】

ホームヘルパーが身体介護に重点化することで、より単価の高いサービス提供が可能となる。また、指定基準が緩和された訪問型Aにより、ニーズの増加が見込まれる生活支援の提供を拡大できる。

【市町村】

利用者の状況に応じた多様なサービスを提供できることで、費用の効率化が図られる。



5. 短期集中型サービスは訪問・通所をセットで考える

【二次予防事業 → 内容強化＋通所・訪問をセットで提供＋受け皿づくり → 訪問型・通所型C】

■ 現行の二次予防事業の効果検証の上、取組強化

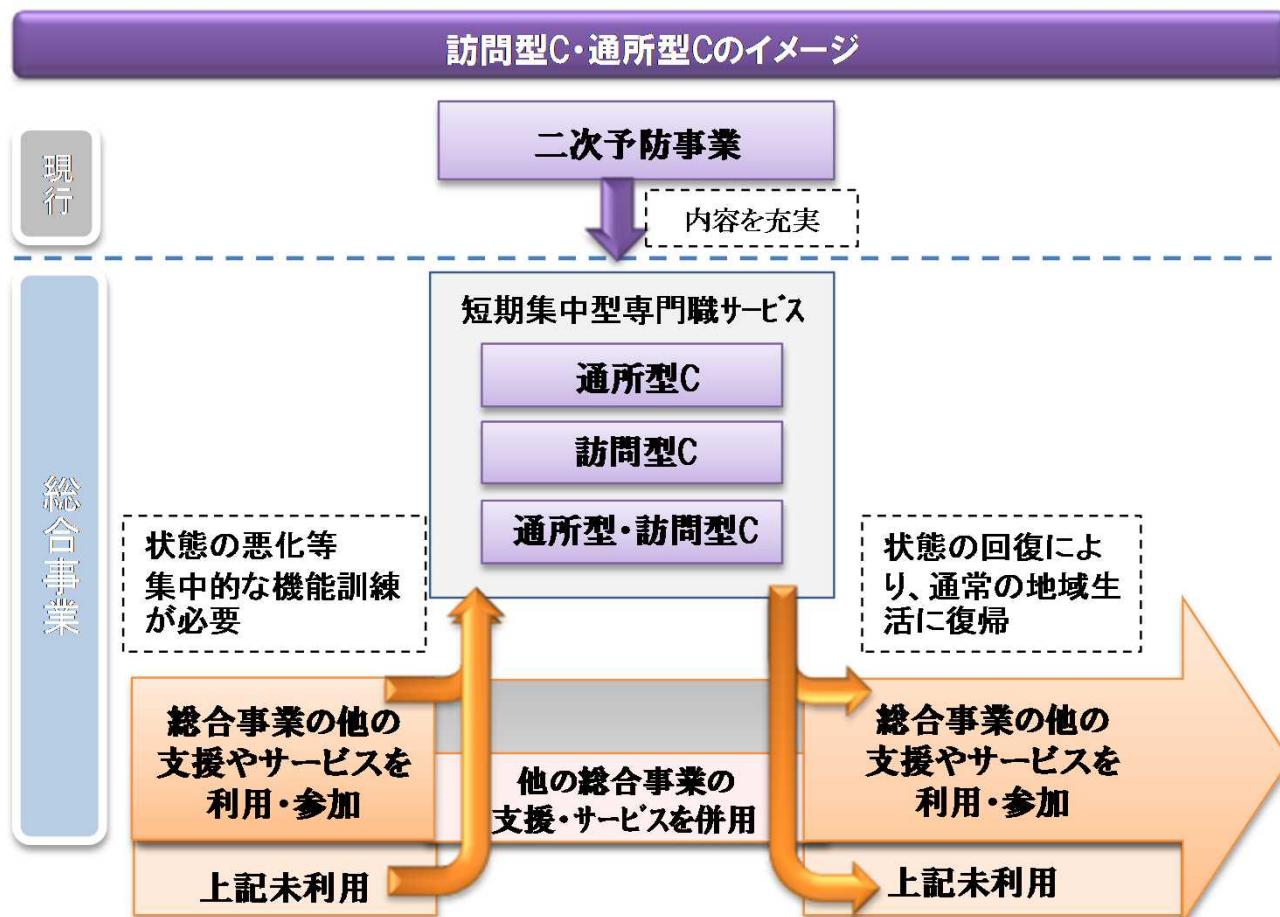
専門職が短期集中で利用者に関与し、状態改善を図る「サービス」。最長半年程度を目途に「卒業」が前提であり、現行の二次予防事業を移行の場合は、効果検証の上、事業内容を強化。

■ アセスメントに基づき、通所と訪問をセットで提供

単なる機能回復訓練ではなく、具体的な生活の困りごとを解消することを目指すもの。利用者宅を訪問し、生活をアセスメントした上で、個別性のある通所プログラムを提供することが期待されており、訪問型C・通所型Cを組み合わせた上での活用が強く勧められる。

■ 卒業後の受け皿づくりも並行して進める

C類型を検討する際は、卒業後の受け皿として、住民主体の通いの場や各種サービス・支援の整備・開発も並行して進めることが重要。また、専門職の参画を得て行う事業であることから、単に量的な拡大を図るのではなく、その後のフォローもあわせて効果を検証ながら、量的なコントロールを行うことが必要。



6. 総合事業・整備事業への移行 ①総合事業における移行とその後のプロセス

■「移行」に必要なことは？

◎支援の提供:既存体制からの最小限の移行

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

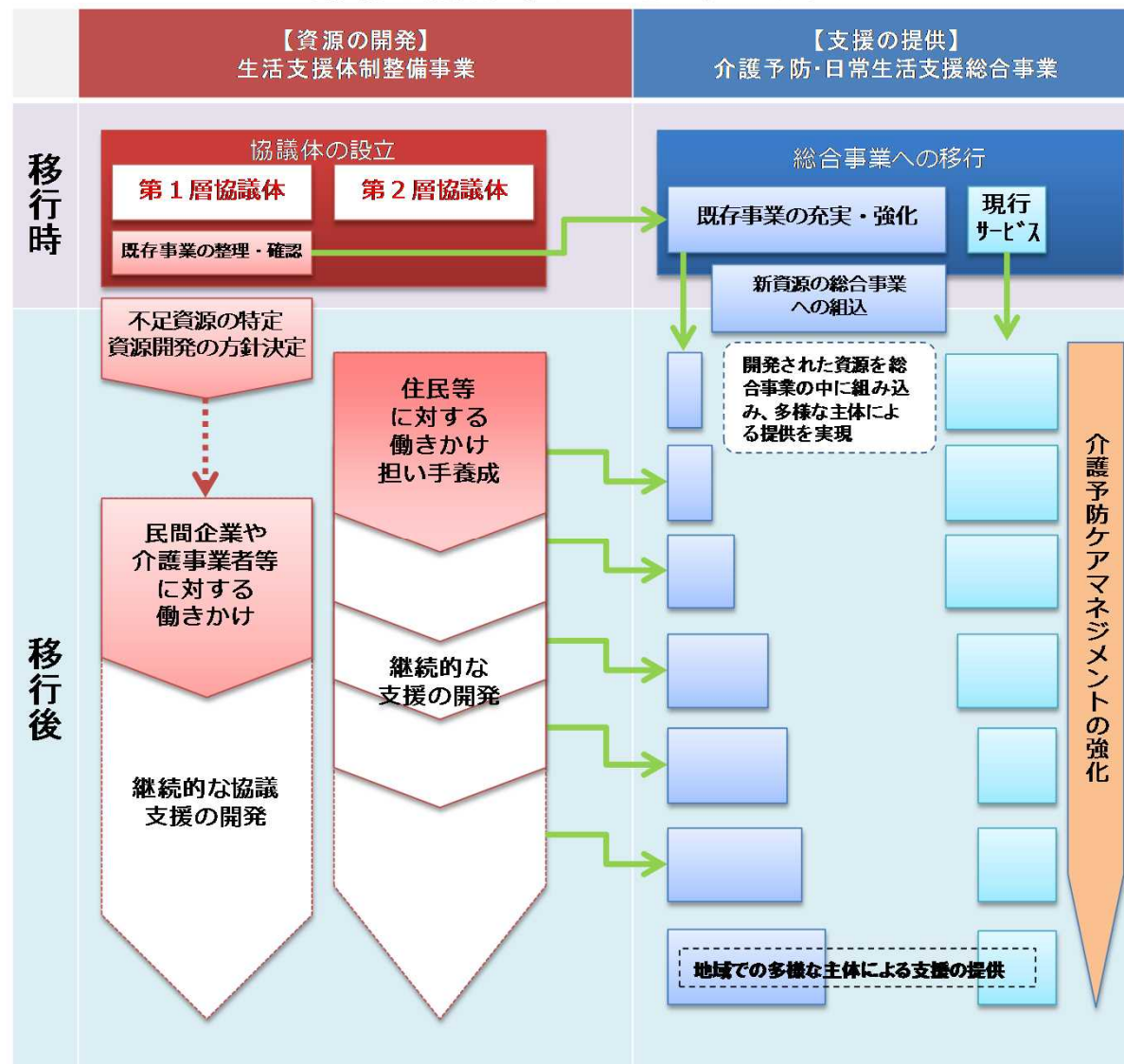
厚労省がガイドライン案で示す現行相当、サービスA～D等のサービス類型は例示であり、移行当初に当該サービスが全てそろっている必要はない。

◎資源の開発:協議体の設置が最優先

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

この時点で新しいサービスが創設されている必要はない。

＜移行のおおよそのプロセスイメージ＞



6. 総合事業・整備事業への移行 ②「資源の開発」と「支援・サービスの提供」に分けて考える

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

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

【地域資源の開発】

◎既存の地域資源の整理・確認

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

◎地域に不足している資源の特定と開発

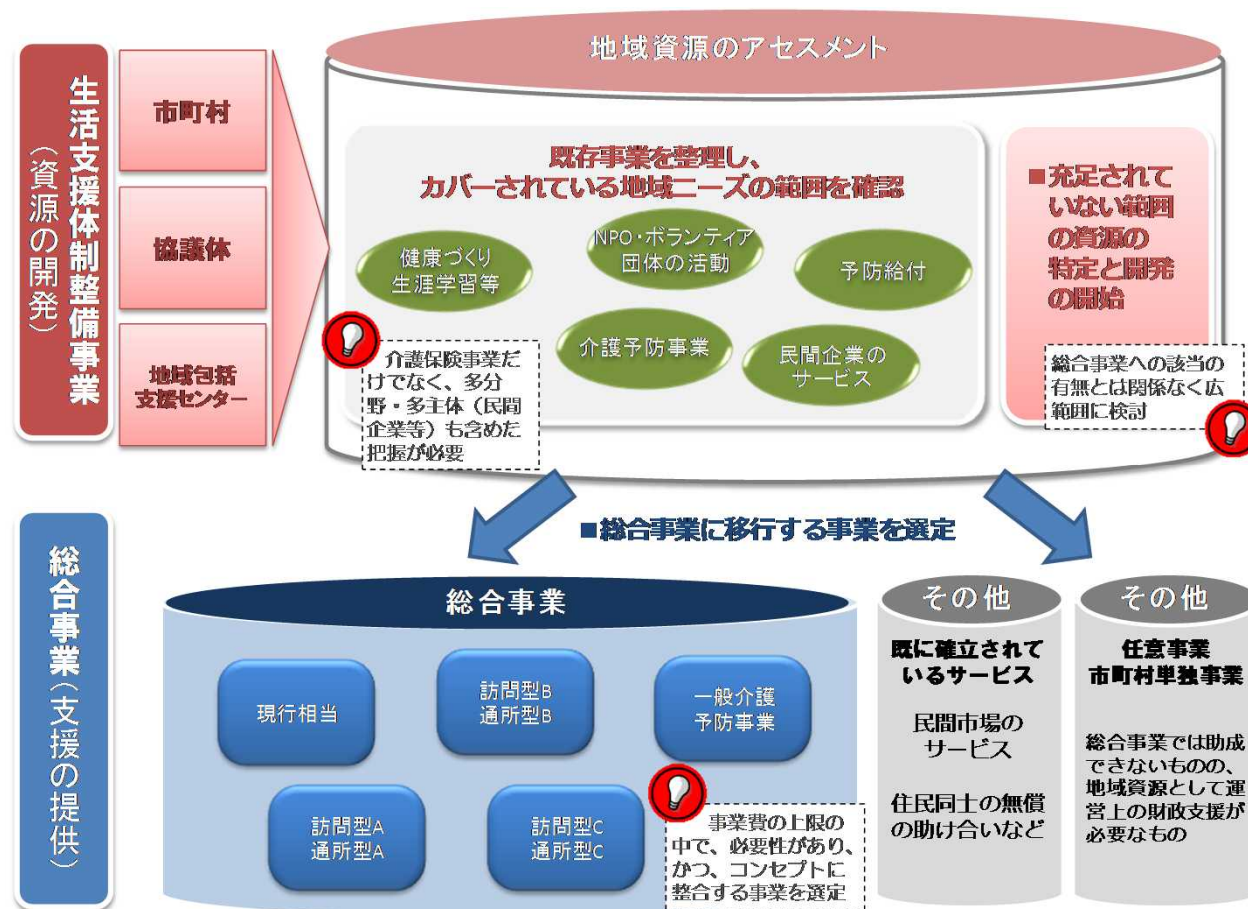
既存の地域資源では対応できていない生活支援ニーズを特定し、協議体を活用し、時間をかけて資源開発していくことが重要。

【支援の提供】

◎総合事業に移行する事業を選定

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

<「地域資源の開発」と「支援の提供」>



※地域資源のすべてを総合事業に取り込む必要はない

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

6. 総合事業・整備事業への移行 ～資源の開発に向けて自治体に取り組むべき方向性

－ 情報の収集・整理 －

■ 地域資源の整理、既存事業の現状把握

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

－ 関係機関・団体への働きかけ －

■ 関係機関との市町村の方針共有

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

第2層協議体は早期の立ち上げが重要

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

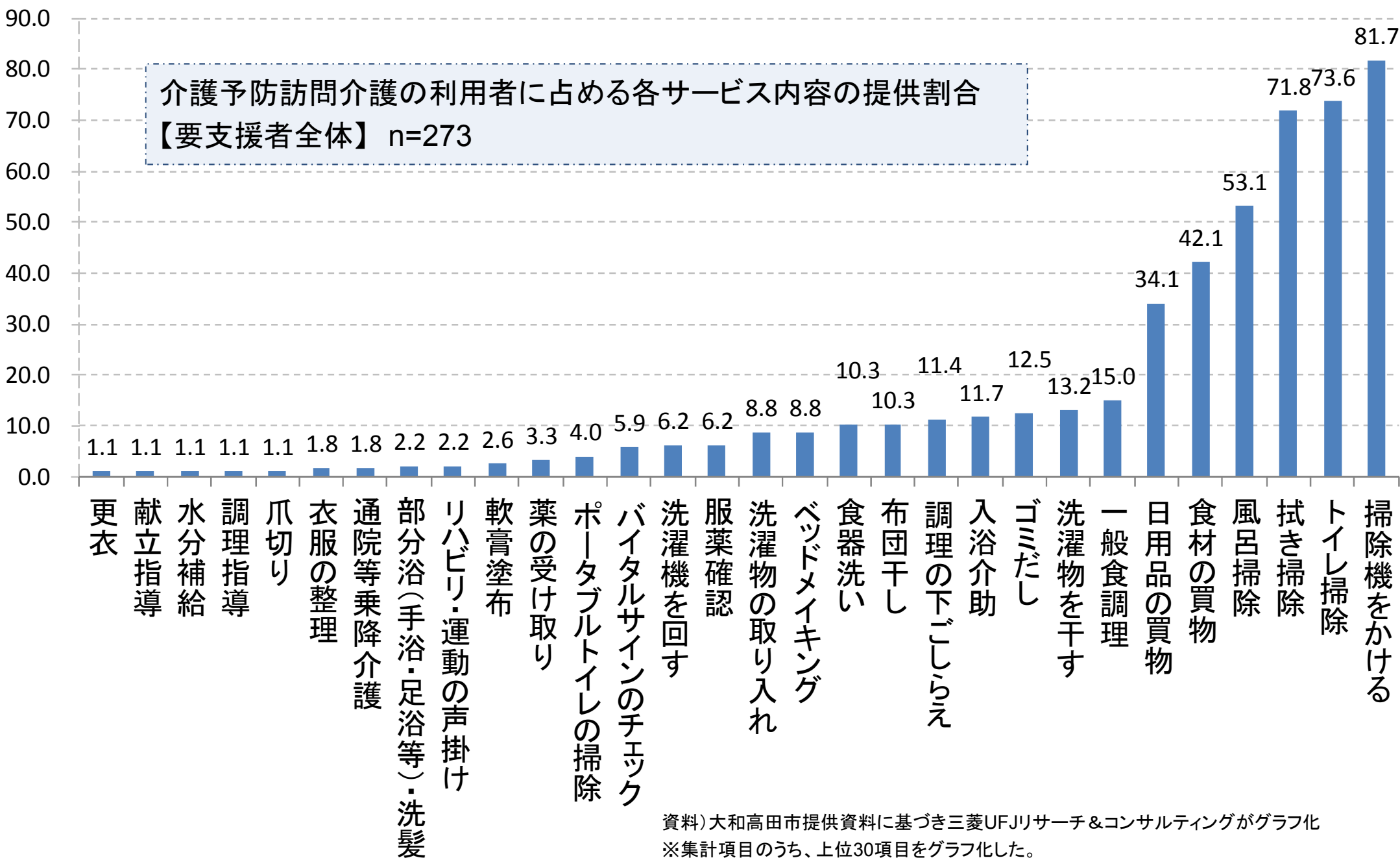
■ 中学校区域での住民主体の支援体制づくり

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

6. 総合事業・整備事業への移行 【参考】寒河江市の資源マップづくりの例

区 分			公的サービス		保険外サービス（非営利・福祉組織など）							市場分野 (民間企業)
			市福祉サービス (地域支援事業含む)	介護保険 サービス	社会福祉 協議会	介護事業所	NPO法人	シルバー 人材 センター	農業 協同 組合	生活 協同 組合	地縁 団体 等	
5つのこと	日常的な家事	買物、掃除、調理、布団干しなど	事業名:生活支援ホームヘルパー派遣 内容:日常の家事支援 料金:1時間200円1回2時間迄、週2回迄 要件等:一人暮らし、高齢夫婦世帯	訪問介護事業所 (8事業所)	訪問介護事業所	A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B介護事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所有償ボランティアサービス 1時間950円	家事支援 掃除1時間791円～ 調理1時間904円～	訪問介護事業所 食材宅配サービス	①生協くらしのたすけあい(家事支援 1時間650円) ②食材宅配サービス ③弁当宅配		○A社(家事支援 1時間2100円～) ○B社(弁当・食品配達) ○C社(弁当・食材宅配) ○D社(弁当宅配)(山形市) ○E社(弁当宅配)(山形市) ○F社(冷凍弁当宅配)(河北町) ○G社(冷凍弁当配達) ○食材宅配H店内で買い物をしたものを送料324円～発送
	安心	自分の存在を気にかけている人がいる	①事業名:安心訪問サービス 内容:ヤクルト届け安否確認 料金:無料 要件:一人暮らし ②事業名:配食サービス 内容:月・水・金の昼食を届け安否確認を行う。 料金:400円又は300円 要件:一人暮らし・高齢夫婦世帯 ③事業名:緊急通報装置貸し出し 内容:3件までの緊急時連絡先を予め登録した緊急通報装置を貸し出す。 料金:無料 要件:一人暮らし	訪問介護事業所 (8事業所)	①一人暮らしサロン ②民生委員の訪問	安否確認 話し相手など A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所 安否確認 話し相手など	安否確認 話し相手など 家事支援 掃除1時間791円～ 調理1時間904円～	安否確認 話し相手など 生協くらしのたすけあい(家事支援 1時間650円)	①老人クラブ活動 ②地域サロンや公民館活動		○J社(緊急時プザーを押すことで24時間セコムにつながり現場駆けつけや相談可能。基本料金 1890円/月) ○J社(通報ボタンを押すと社へつながる。見守りシステム、安心入浴システム他あり。) ○K社(モバイル版緊急通報システム)
	外出	通院や買物	①事業名:福祉タクシー利用助成 内容:福祉タクシー利用券600円年間18枚迄助成 ②事業名:移送サービス 内容:ストレッチャーでの移送が必要な方に利用券12枚迄助成。所得制限あり。 ③デマンドタクシー 内容:市内交通空白地帯から公共施設、病院等へのタクシー車両による移動支援。 料金:地区により300円又は500円	訪問介護事業所 (8事業所)	介護サービス(訪問介護・乗降介助)	通院買い物付き添いなど A事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C事業所支援 1時間1500円	A事業所 通院買い物付き添いなど B事業所福祉有償運送サービス 内容:介助なしでは公共交通機関の利用が困難な方の自家用車を使用しての移動支援。 料金:2キロ以内400円 要件:介護度、自立度基準あり。	通院買い物付き添い 1時間904円	福祉有償運送サービス			○Lタクシー(福祉車両) ○Mタクシー(福祉車両) ○N社(福祉タクシー) 朝日町
	交流	友人、知人等	事業名:介護予防生きがい活動事業(ミニデイ) 内容:各地区公民館等での交流活動 料金:1800円(食費含む) ○ふれあい元気サロン	通所介護(デイサービス)16事業所	①一人暮らしサロン ②一人暮らしの集い		A事業所 OCサロン		通所介護事業所 自費通所介護(デイサービス)料金:2600円		①老人クラブ活動 ②地域サロンや公民館活動	
	非日常的な家事	大掃除や家電製品の買物、雪片付けなど			除雪ボランティア 内容:単身か高齢世帯低所得、近くに親族居ない世帯の除雪 料金:無料	大掃除、保険対象外の支援など A介護事業所介護保険外自費サービス 1時間2000円 B事業所家事代行サービス 1時間2625円～(スポットサービス) C介護事業所支援 1時間1500円	A事業所 大掃除、保険対象外の支援など	庭木の手入れ、大掃除 雪片付け1時間1244円～				
ちょこっとしたこと		蛍光灯の交換や硬いふたの開け閉めなど			よろずボランティア 内容:高齢単身世帯への30分程度の支援 料金:無料							

6. 総合事業・整備事業への移行 【参考】大和高田市のケアプラン分析の例



7. 介護予防ケアマネジメントに向けた準備 ～介護予防ケアマネジメントの三類型

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

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

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

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

住民主体の支援(一般・B)が中心になる場合

介護予防ケアマネジメントC

◎自立支援に向けてセルフマネジメントを推進

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

◎状況に応じて、マネジメントの主体が本人⇔包括と変化

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

指定事業者・短期集中サービス(従来型・A・C)が中心になる場合

介護予防ケアマネジメントA・B

◎従来の介護予防ケアマネジメントを続行するパターン

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

◎モニタリングの実施方法等が異なるAとBを状況に応じ活用

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

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

※参考 介護予防手帳イメージ

市町村名

介護予防手帳
～ 私のプラン ～

年 月 日 交付

● 氏名

● No.

手帳の構成

この手帳は **4つの項目** から構成されています

していることや興味の確認

内 容：あなたがしていること、趣味、興味のあること、得意なことなどを確認しましょう。

書くひと：あなた

私のプラン

内 容：あなたの暮らしの支えになる活動の目標やその達成に向けて必要な取り組みを書いてください。

書くひと：地域包括支援センターの担当者

活動記録

内 容：あなたが通所参加する場所での活動の様子を書いてください。

書くひと：あなたとあなたの活動に関わる人

介護支援ボランティアポイント

内 容：あなたが得意なこと、したいことができることを活かした活動で出し、介護支援ボランティアポイントもらいましょう。

書くひと：あなたの活動に関わる人

していることや興味の確認

あなたが日常的に行っている行為や興味のあることなどを確認しましょう。

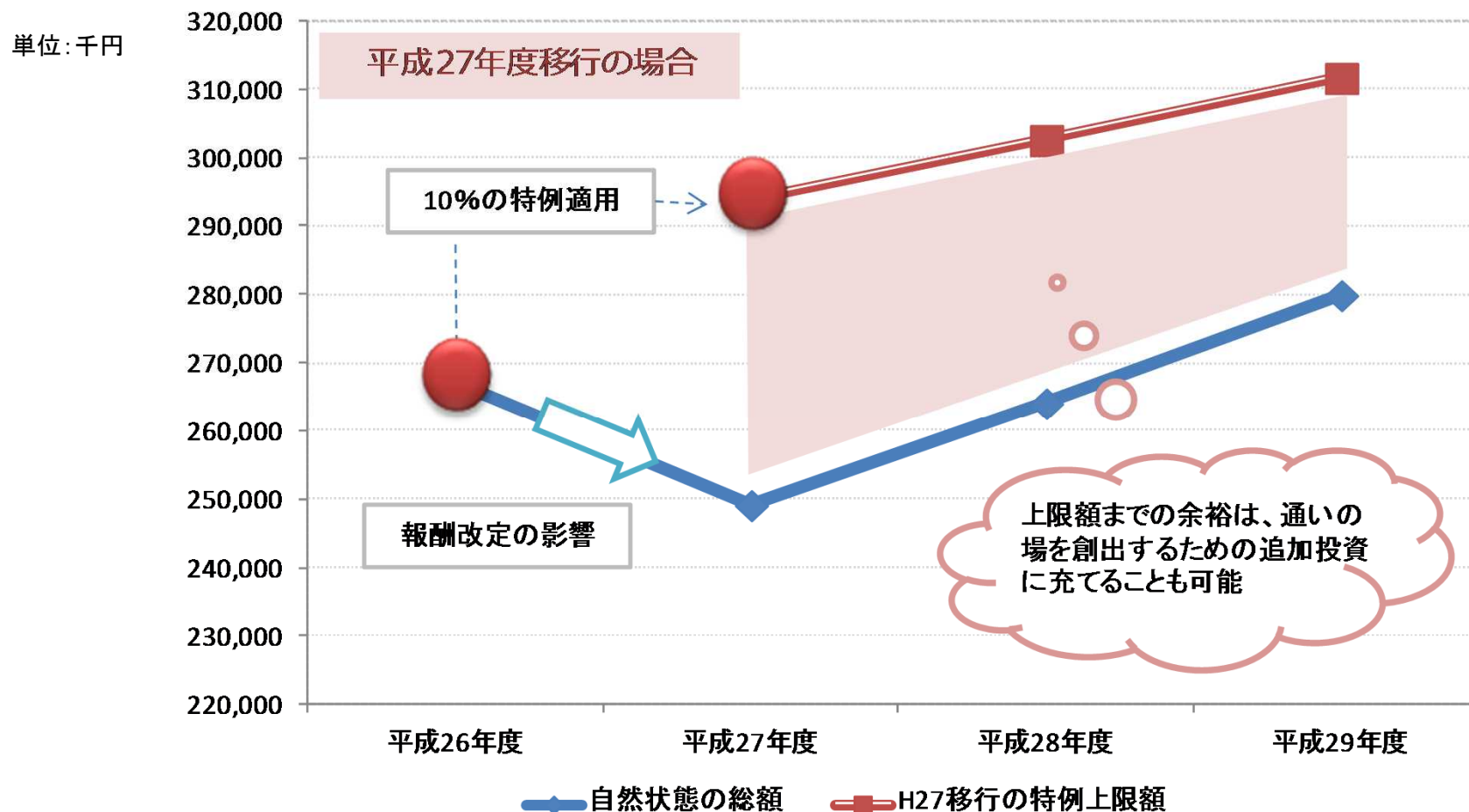
■ 以下の行為について 該当するものに○をつけてください。

01	買い物をする	している・してみたい
02	料理を作る	している・してみたい
03	掃除をする	している・してみたい
04	洗濯物を干す	している・してみたい
05	自分でお風呂に入る	している・してみたい

■ 趣味や興味のあるものについて該当するものに○をつけてください。

01	読書・生涯学習・歴史	している・してみたい・興味がある
02	俳句	している・してみたい・興味がある
03	書道・習字	している・してみたい・興味がある
04	絵を描く・絵手紙	している・してみたい・興味がある
05	パソコン・ワープロ	している・してみたい・興味がある
06	写真	している・してみたい・興味がある
07	映画・観劇・演奏会に行く	している・してみたい・興味がある
08	お茶・お花	している・してみたい・興味がある
09	歌を歌う・カラオケ	している・してみたい・興味がある
10	音楽を聴く・楽器演奏	している・してみたい・興味がある
11	編み物・針仕事	している・してみたい・興味がある
12	畑仕事	している・してみたい・興味がある
13	家族との団らん・孫の世話	している・してみたい・興味がある
14	地域の子どもの世話	している・してみたい・興味がある
15	動物の世話	している・してみたい・興味がある

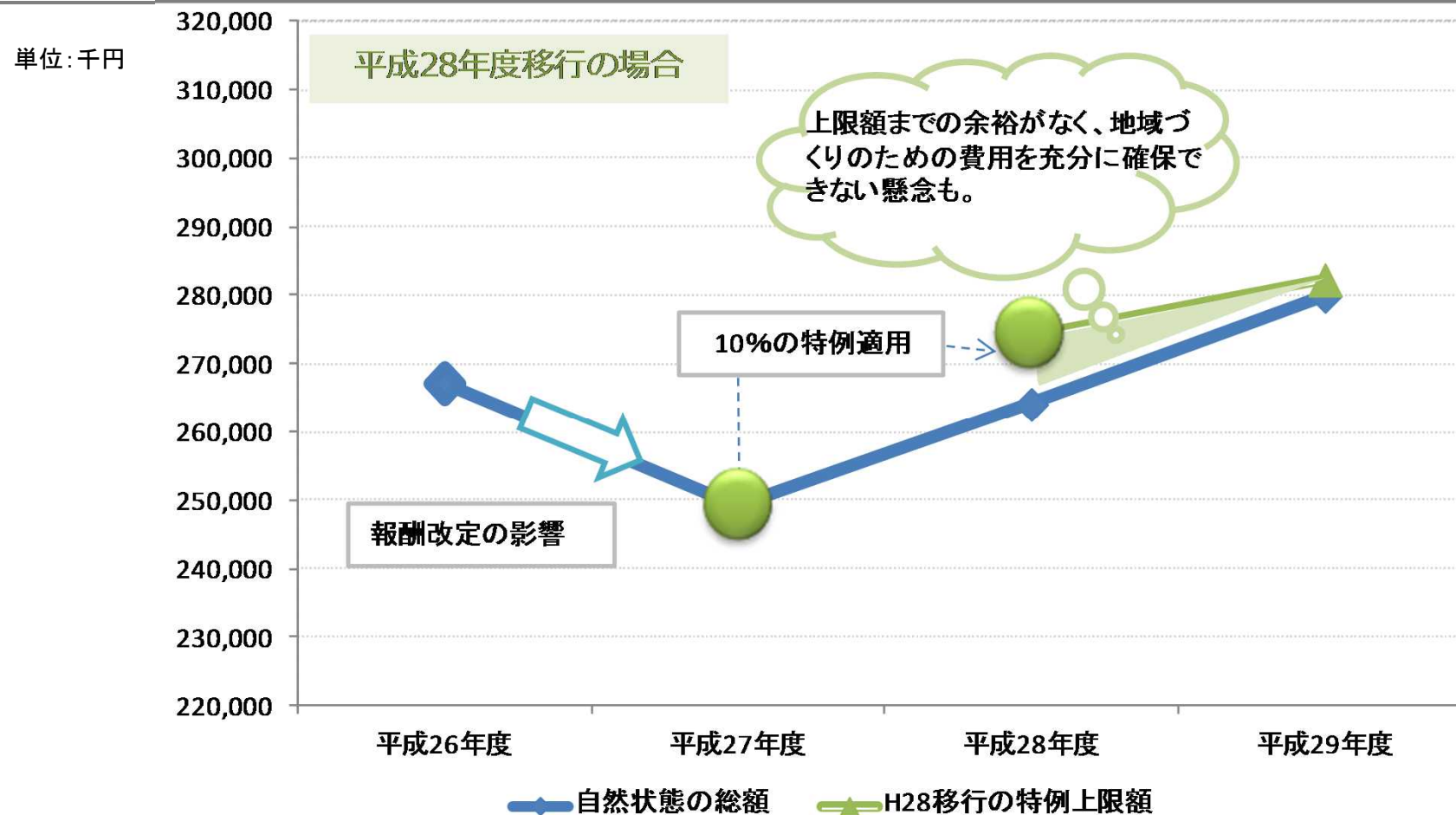
8. 予算・費用管理に向けた準備 ①平成27年度中の実施における特例上限額



※本シミュレーションは、本事業において独自に前提を置き、試行したもの。

*1：いずれの推計も75歳以上人口の増加率を3%、過去3年間の予防給付の増加率を6%と仮定した。また、平成27年度報酬改定の影響率としては、介護予防訪問介護については、▲5%、介護予防通所介護については、▲22%、介護予防支援については▲4%増（ただし給付に対するケアマネジメントも存在するため、総額は折半して計算）を想定した。また、総合事業の導入による費用抑制効果は、見込んでいない。

8. 予算・費用管理に向けた準備 ②平成28年度以降の実施における特例上限額



※本シミュレーションは、本事業において独自に前提を置き、試行したもの。

*1：いずれの推計も75歳以上人口の増加率を3%、過去3年間の予防給付の増加率を6%と仮定した。また、平成27年度報酬改定の影響率としては、介護予防訪問介護については、▲5%、介護予防通所介護については、▲22%、介護予防支援については▲4%増（ただし給付に対するケアマネジメントも存在するため、総額は折半して計算）を想定した。また、総合事業の導入による費用抑制効果は、見込んでいない。

4. パネルディスカッション 資料

『介護予防・日常生活支援総合事業への移行の実際』

【パネリスト】

- ・千葉県流山市 健康福祉部 介護支援課 課長 早川 仁 氏
- ・千葉県松戸市 健康福祉部 介護制度改革課 専門監 中沢 豊 氏
- ・奈良県生駒市 福祉部 高齢施策課 課長補佐 田中 明美 氏
- ・新潟県上越市 健康福祉部 高齢者支援課 係長 細谷 早苗 氏
- ・秋田県小坂町 町民課町民福祉班 三政 貴秀 氏

5 / 1 5 松山会場	千葉県流山市 健康福祉部 介護支援課 課長 早川 仁 氏	千葉県松戸市 健康福祉部 介護制度改革課 専門監 中沢 豊 氏	奈良県生駒市 福祉部 高齢施策課 課長補佐 田中 明美 氏
5 / 2 0 金沢会場	千葉県流山市 健康福祉部 介護支援課 課長 早川 仁 氏	千葉県松戸市 健康福祉部 介護制度改革課 専門監 中沢 豊 氏	新潟県上越市 健康福祉部 高齢者支援課 係長 細谷 早苗 氏
5 / 2 2 盛岡会場	千葉県流山市 健康福祉部 介護支援課 課長 早川 仁 氏	奈良県生駒市 福祉部 高齢施策課 課長補佐 田中 明美 氏	秋田県小坂町 町民課町民福祉班 三政 貴秀 氏

【コーディネーター】

- ・岩名 礼介 氏（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 主任研究員）
- ・服部 真治（厚生労働省老健局振興課 課長補佐）

パネルリスト資料 1

千葉県流山市

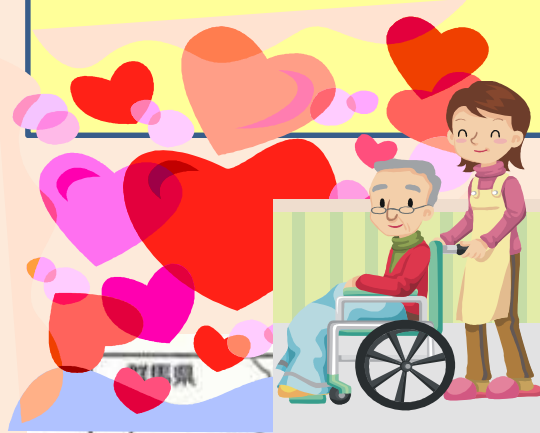
健康福祉部 介護支援課

課長 早川 仁 氏

総合事業を活用した2025年対応型の地域社会づくり

千葉県流山市健康福祉部介護支援課

課長 早川 仁



★ 千葉県北西部に位置する

流山市は、東京都心から30km圏内にある首都近郊の住宅都市として昭和42年に市制施行となり、平成27年4月1日現在、総人口170,493人の都市となっている。市域の面積は、35.28km²。

特に、昭和30年代後半からの高度経済成長に伴う東京圏の外延化とともに発展し、各鉄道沿線に市街地が形成されてきた。

最近では、平成17年にはつくばエクスプレスが開通し、利便性が飛躍的に向上するとともに沿線整備が進められている。

* H27.4現在データ(住基データに基づく)

○総人口 173,556人(+3,063)

○高齢者数: 41,059人(+1,605)

○高齢化率: 23.7%(+0.6)

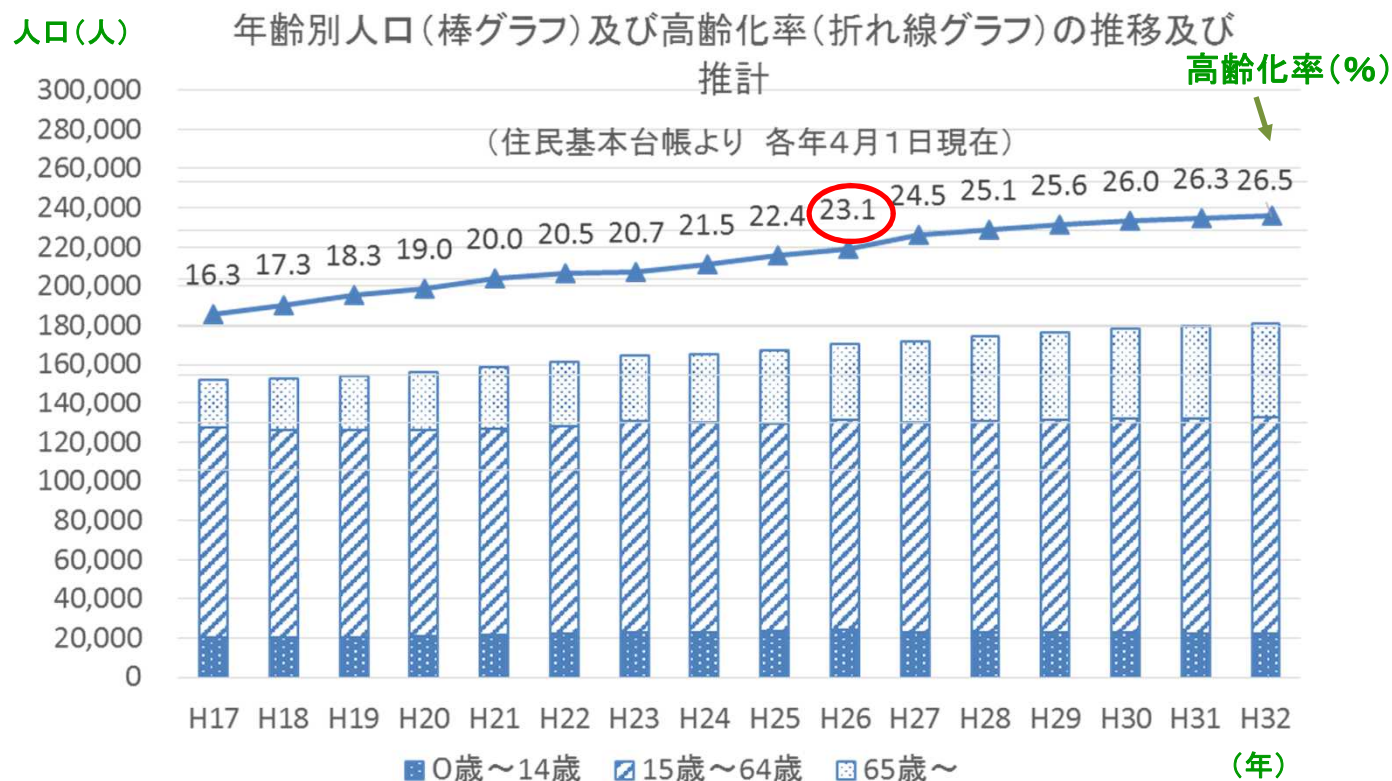
○要介護(要支援)認定者: 6,536人

○うち要支援認定者数: 1,416人

流山市の高齢者人口等の状況

★ 高齢化が年々進んでおり、平成17年から平成26年までの9年間で、14, 532人増え高齢化率は6. 8ポイント伸びている。

近年では、75歳以上の高齢者数が急増しており、H18年からの6年間で約4, 300人増加、1. 44倍と、同じ期間の65歳～74歳人口の伸び(1. 28倍)を上回っている。今後団塊の世代が後期高齢者となっていくことから、より急激な伸びが懸念されている。



* 75歳以上人口の実績値
(登録人口に基づく)

年	75歳以上	高齢者人口に占める割合
H17年	9, 578人	38. 4%
H18年	10, 196人	38. 5%
H19年	10, 725人	38. 0%
H20年	11, 436人	38. 4%
H21年	12, 119人	38. 3%
H22年	12, 890人	39. 0%
H23年	13, 812人	40. 6%
H24年	14, 675人	41. 2%

※いずれもH26までは実績値、H27以降は推計値

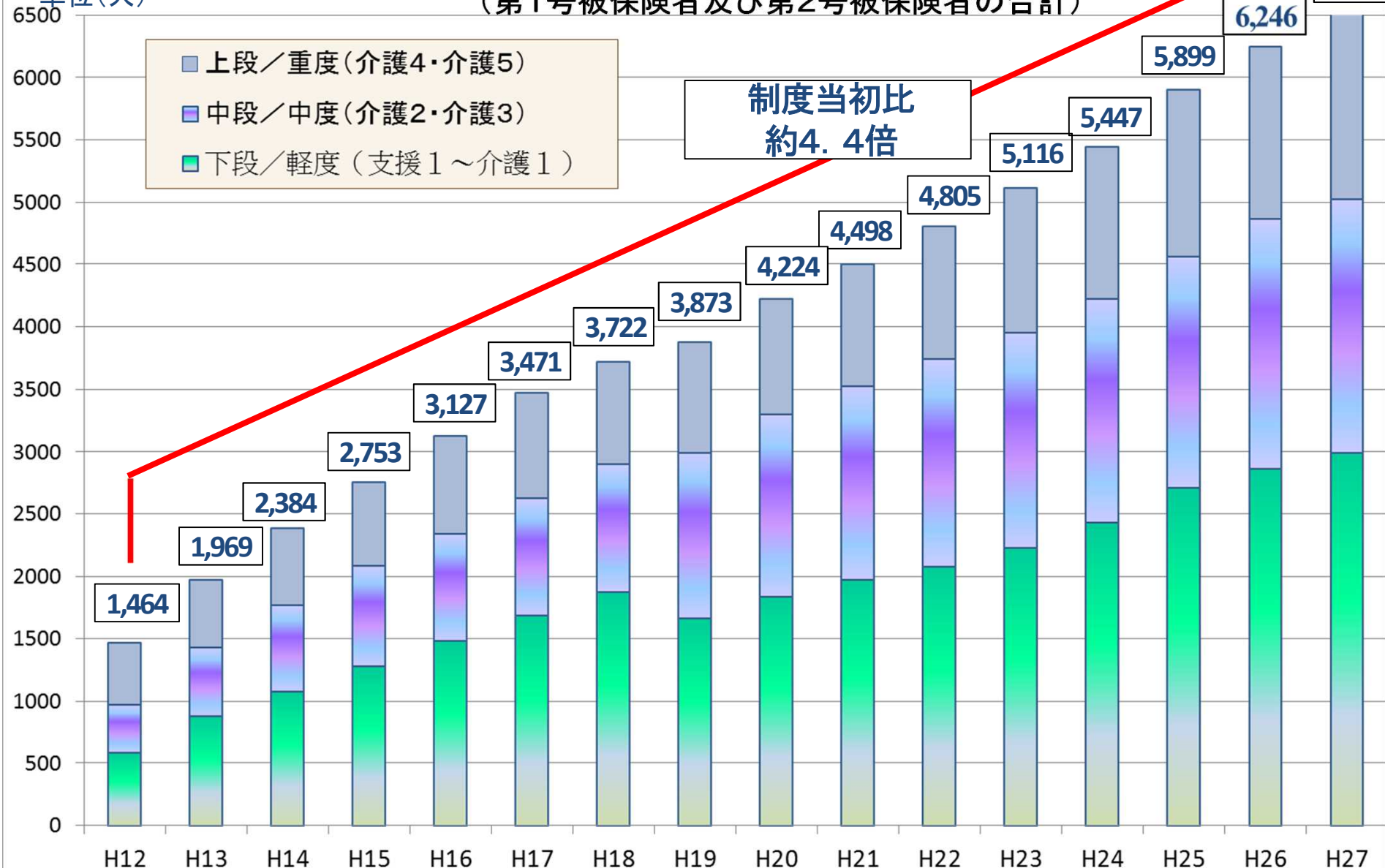
流山市の要支援・要介護認定者数の推移

(第1号被保険者及び第2号被保険者の合計)

単位(人)

- 上段／重度(介護4・介護5)
- 中段／中度(介護2・介護3)
- 下段／軽度(支援1～介護1)

制度当初比
約4.4倍



* 各年の3月末日時点の実数

(年)

【 I 】 総合事業の導入の必要性を再確認する

第6期介護保険事業計画をもう一度眺めて
考えてみる。

高齢者人口の推移と将来推計

△ 前期高齢者数と後期高齢者数の比率

26年度実績 → 【 1 : 1.35 】

32年度推計 → 【 1 : 1.00 】

37年度推計 → 【 ▲1.51 : 1 】

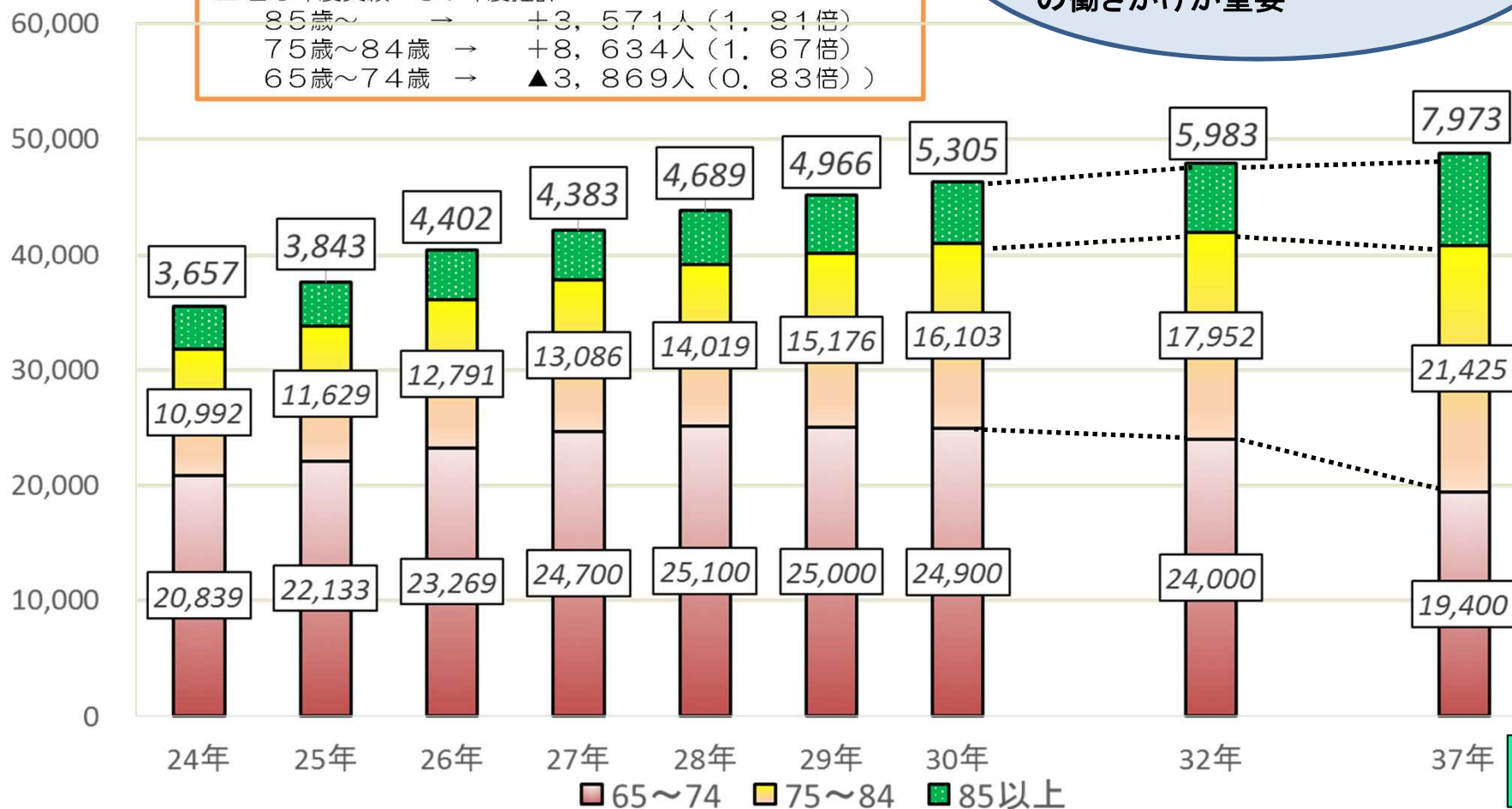
△ 26年度実績～37年度推計

85歳～ → +3,571人 (1.81倍)

75歳～84歳 → +8,634人 (1.67倍)

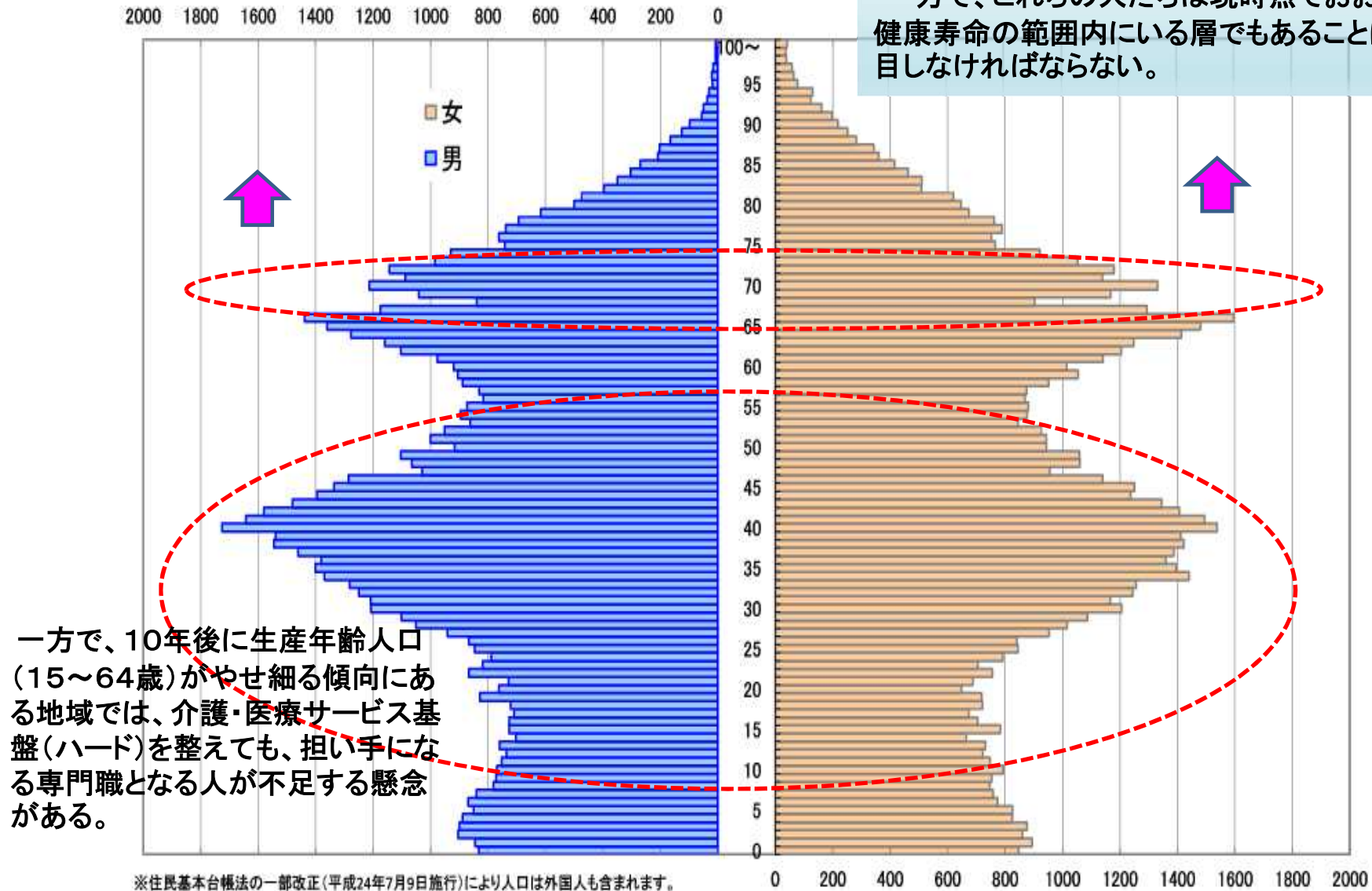
65歳～74歳 → ▲3,869人 (0.83倍)

2025年に向け75歳以上、特に、
ハイリスク層の85歳以上が増えていく。
今から10年後にリスクを抱える人への
働きかけが重要



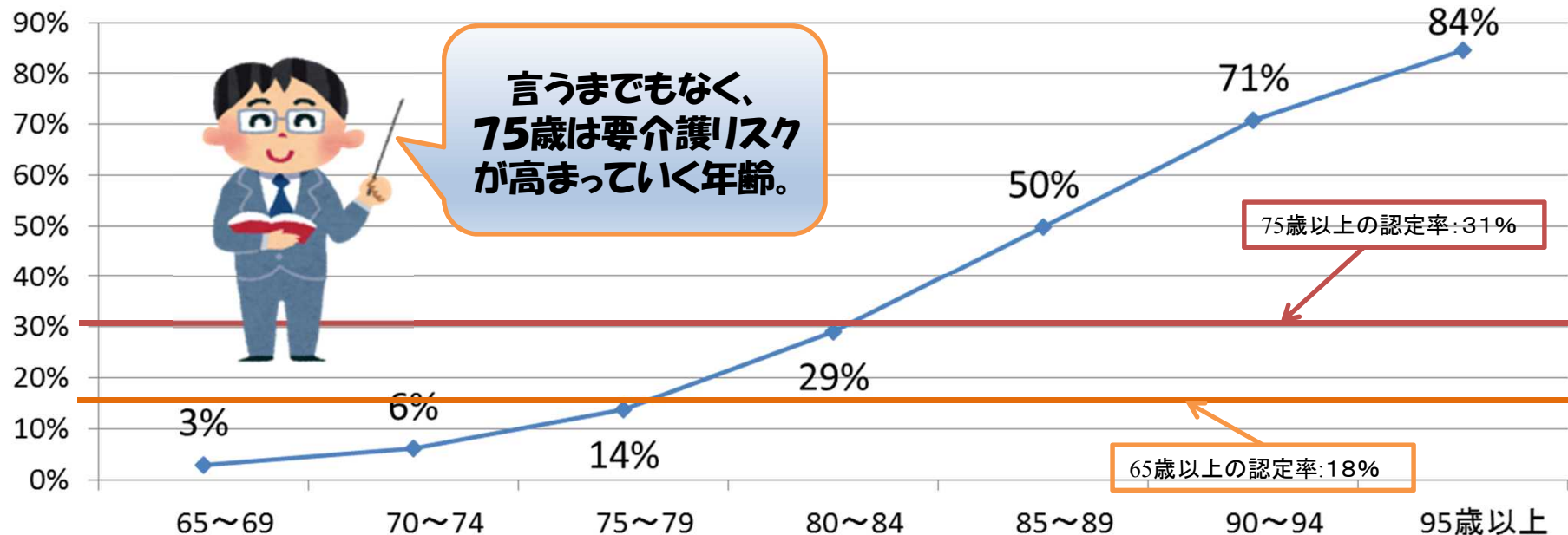
人口ピラミッド(流山市。H25年版)

これから10年先にリスク～ハイリスク層に移行する人たちのボリュームに危機感を感じる。
一方で、これらの人たちは現時点でおよそ健康寿命の範囲内にいる層でもあることに着目しなければならない。



(参考) 年齢階層別の要介護認定率 (全国推計)

- 要介護(支援)認定率は、年齢とともに上昇し、85歳～89歳では約半数が認定を受けているが、一号被保険者全体で認定を受けている率は、約18%程度である。
- 後期高齢者医療での受診率は96.9%であるのに対し、75歳以上の要介護(支援)認定率は31%となっている。



出典: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成24年11月審査分)

【参考】平成22年度1年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者(合計)の割合

協会(一般)	84.8%
組合健保	85.0%
国民健康保険	84.0%
後期高齢者医療	96.9%

(資料) 平成22年度 医療給付実態調査

高齢者実態調査(日常生活圏域調査)

… 基本チェックリスト項目から抽出した一般高齢者の状態像

★運動器の機能低下がみられた人

181人（10.7%）

★低栄養状態 ★口腔機能の低下

**低栄養状態は 12人（0.7%）だが、
口腔機能低下は 272人（16.1%）**

★閉じこもり ★うつ傾向

**閉じこもりは 64人（3.8%）だが、
うつ傾向は 285人（16.9%）**

高齢者実態調査(日常生活圏域調査)からの声

口腔・栄養について
(対象:要支援者)

- お茶や汁物でむせることがあるか。
要支援1=135人(要支援1の37%)、要支援2=124人(要支援2の43%)
- BMI:18.5未満 → 計73人(要支援者の11%)
要支援1=40人(要支援1の11%)、要支援2=33人(要支援2の11%)

口腔・栄養について
(対象:一般高齢者)

- お茶や汁物でむせることがあるか。(はい) → 348人(回答者の21%)
- BMI:18.5未満 → 104人(回答者の6%)

・生活状況について
・日常生活について
・健康について
(対象:要支援者)

- 介護・介助が必要になった主な病気
高血圧→計116人(要支援者の30%)、糖尿病→計56人(要支援者の15%)
- 日常生活を送るうえで困ったり不安なこと
買い物→計191人(要支援者の29%)、掃除・洗濯→167人(要支援者の26%)
- 健康について知りたい内容
・バランスの良い食生活→要支援1=121人(32%)、要支援2=84人(29%)
・転倒予防 →要支援1= 94人(26%)、要支援2=85人(29%)

・生活状況について
・健康について
(対象:一般高齢者)

- 現在治療中の病気
高血圧→633人(回答者の38%)、糖尿病→189人(回答者の11%)
- 心身の不安について
体力がおちること → 1,050人(62%)
- 健康について知りたいこと
・生活習慣病にならないための工夫→618人(37%)
- 元気で暮らすためにあったら良いと思う講座など
・ストレッチや体操の講座→692人(41%)
・身近な場所で集える場→527人(31%)
・社会参加ができる仕組み→495人(29%)
- 介護が必要になっても自宅で暮らしたい→955(57%)

ボリューム感のある10年後にハイリスク層に移行する65歳~74歳の高齢者層への働きかけはこのままで良いのか。

介護予防・社会参加の機会を持たせ、そして継続しやすい仕組みを構築する必要があるのではないか。

一般高齢者、要支援者ともに、一定の不安を抱いている一方で、自分の健康維持に関して「知りたい」「取り組んでみたい」意欲がうかがえる。

第6期計画の一端から考えても
今から何か手を打つべき状況であることが見えてくる！

【Ⅱ】 流山市の総合事業を早期導入の考え方と準備の過程

2025年には、高齢者人口が48,800人（+9,300人）となり、高齢化率は26.7%、4人に1人が高齢者のまちとなる見込み。また、市内の北部地域の高齢化率は、30%を超える見込みです。

こうした‘高齢者が中心のまち’となっても、まちの活力を維持し、成熟さが感じられるようなまちとするためには、また、高齢者がいきいきと、人生でもう一度輝くことができるまちとするためには、どうあるべきかを市民とともに追及し、実践していくことが必要と考えました。



しかし、はじめは、総合事業の新しいルールのもとで予防訪問介護と予防通所介護の受け皿をどう確保していくかに執着してしまいました。

また、既存の有償ボランティア活動を行うNPO法人の活用についてもどのように新制度と整合させるか悩み、新しい仕組みの設計をなかなか進めることができませんでした。

そこで、現場に出て、自分たちのまちがどうなっているのか、実際に見て、活用できるものがないか考える事にしました。地域に出て行ってみると、キラキラ光る様々な資源、「何とかしよう」という気概を抱いている人たちがいました。

これならば、総合事業を推進することで、地域コミュニティの再生を図りつつ、高齢者が互いに支え合う仕組みを中心とし、さらには子育てが一段落した主婦の方々も可能な限り巻き込んで、高齢者が目標と生きがいをもって、明日も生きることを希望と自信を持って約束できる‘わがまちづくり’に積極的に取り組めるという確信に至ったのです。

高齢化のピークまで、あと11年しかない。まちづくりには大変時間がかかるものだ。一刻も早く、こうした‘わがまちづくり’に着手することが市に求められていると判断しました。

総合事業のルールに合わせてモノをつくるのではなく、総合事業を手段として活用して、まちづくりを進めようと、発想を転換したのです。

総合事業に対する 発想の転換

**地域に
飛び出せ！**



まず最初に行った作業・・・
地域包括支援センターから地域の現状を取材すること。

各地域包括支援センターさま

担当する圏域内の社会資源の状況等に関するアンケート

内容の問い合わせは、
介護支援課長 早川
までお願いします。

- ★ 現在国会で審議中の介護保険改正法案の改正事項のひとつである「要支援１・２の保険給付サービスの地域支援事業への移行」、「高齢者の生活支援サービスの充実」に関し、流山市における今後の仕組みを検討していく上での重要な資料とするために、以下の事項にご回答をお願いします。
- ★ 回答期限は、５月１６日（金）とします。
- ★ 提出は、直接持参（１６日の包括連絡会の席上でも可）、メール送信のいずれでも構いません。

平成２７年度以降、要支援１・２、虚弱高齢者、元気高齢者を含めた幅広い地域の高齢者の生活や生きがいを支援する社会資源（介護保険指定事業所を除く。）として期待できるものを把握したいと考えています。

したがって、各地域包括支援センターの担当圏域内にこういった社会資源（人的・物的の両方）があるかを教えてください。

現在把握できている範囲内でお答えください。

※注：「高齢者ふれあいの家」については、対象から除きます。ただし、地区社協については、名称を記入した上で、高齢者の生活支援に関わるような活動としてどのようなものを行っているか判る範囲内で記入してください。

社会資源の名称（法人、団体、グループ、自治会等の名称）	構成員の状況	活動（支援）の内容を詳しく記入してください。	備考（その他特記すべき事項を記入してください。）
【記入例】 A地区支え合いの会	A地区内の高齢者有志約20人	・高齢者サロン活動を行っている。 ・月に1度A地区の自治会館を利用して高齢者を招待し、お茶出しと演芸を披露している。参加費は無料（自治会が活動を補助しているとのこと）。約1年前から始まったが毎回好評で30人程度が参加している。	

- ★ この結果、福社会館、自治会館などを拠点に様々な活動が展開されていること（＝資源）を把握できました。地域包括支援センターの情報量は予想以上のものがあります。

同時に、予防プランに基づく要支援者のサービス利用量集計も行いましたが、生活支援ニーズと実際の利用量・種類に剥離が感じられたため、参考程度にとどめました。

同時に進めたこと。
地域を活動フィールドとする組織・団体・グループに直接、想いを伝えること。

★ その結果、市の考え方に共鳴し、「いっしょにやろう」と意思表示していただけるところがあらわれました。

有償ボランティア活動を行うNPO法人

培われた実践能力・活用できる人材を有する

流山市シルバー人材センター

地域のニーズに対応できる人を会員として有する。

生活協同組合

生協としての地域貢献意欲を有する。

高齢者ふれあいの家のみなさん

地域の高齢者の拠点として機能を発揮したいという活動意欲を有する。

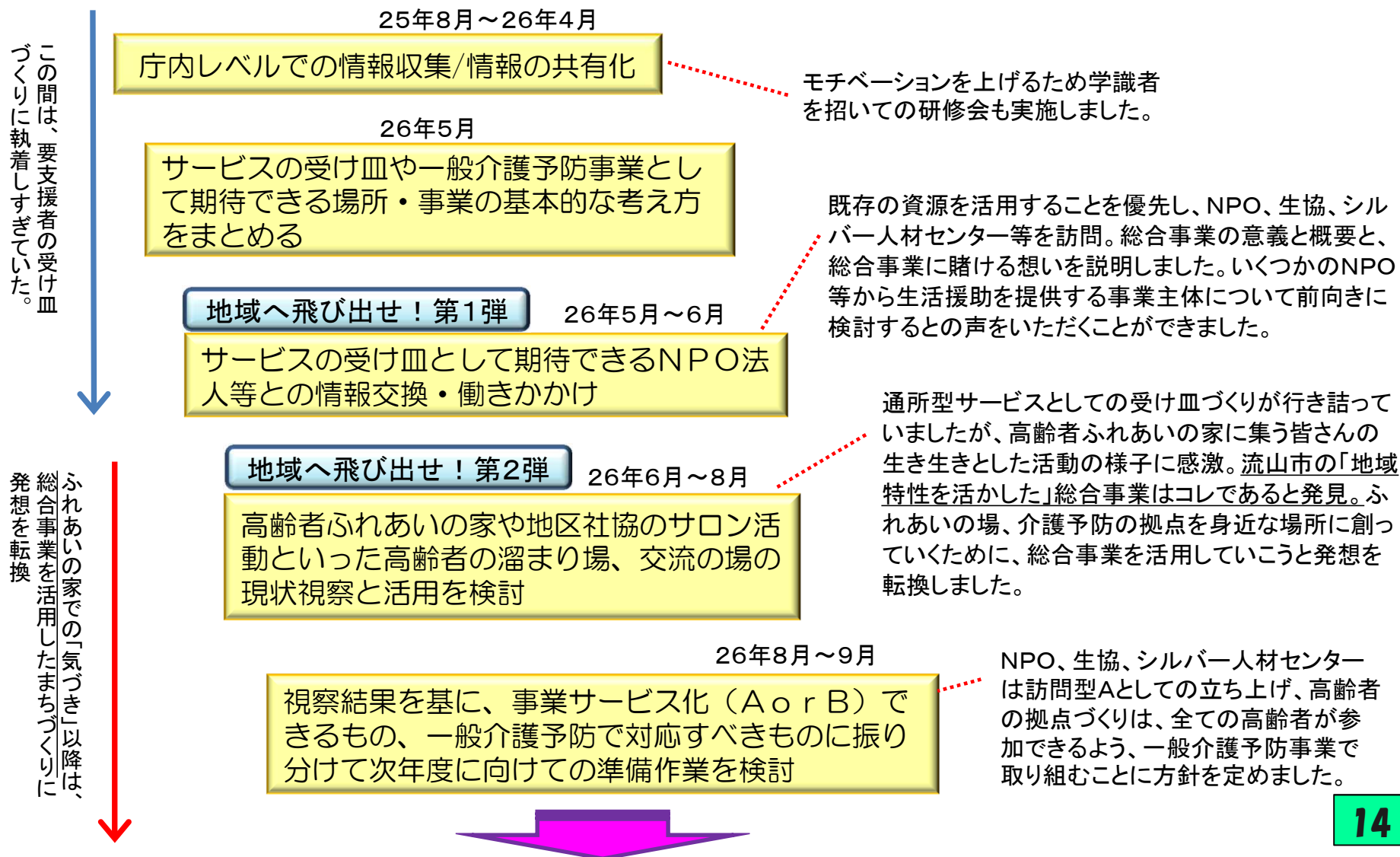


- ★ 高齢者を対象とした活動を行っている組織、団体等とは、方向性を共有化しやすい。
- ・ 2025年型のまちづくりの必要性が迫られていること。
 - ・ 「何をめざしているのか」とスケジュールを判りやすく（見える化して）示す。
 - ・ まちづくりの主役は「みなさん」であること。
- 以上を、繰り返し伝えに行くことが必要。

集めた情報に基づいて
基本目標を設定し、次のような流れで進めていった。

フローその①

「住民参加型で、多様化された介護予防の仕組みをつくる」という目標を掲げ、それに向けたスケジュールを設定



26年9月

第1層の生活支援コーディネーターの候補者の選出（1名）と国の養成研修への派遣

主に、事業者基準を想定した組織づくり、地域住民にどのように参加を働きかけるかといったことを共に検討

26年9月頃～（以降継続）

事業サービス（訪問型A）として参入を想定する主体との打ち合わせ

介護予防の運動指導ができる「重度化防止推進員」（18名）を高齢者ふれあいの家に派遣し、定期的に介護予防に取り組む機会を提供する試行的事業を開始。

地域へ飛び出せ！第3弾

26年9月頃～（以降継続）

ふれあいの家を対象としたモデル的事业を開始

市の職員が自治会等に出向き、事業や施策を説明する「出前講座」（広報担当課所管事業）で、支え合いの仕組みづくり、地域の互助の強化の必要性をアピール

地域へ飛び出せ！番外編

年間を通して実施

予算編成作業

自治会・老人会・地区社協等を対象とした「出前講座」で、総合事業の意義と流山市での方向性をPR

地域へ飛び出せ！第4弾

26年10月～（以降継続）

隣り合う制度：医療と介護の連携推進（在宅医療拠点事業）を県モデル事業として開始

26年度当初から県モデル事業に参画することを決定していた。予想を超える反響と協力。この事業を通じて地域のリハ職の活用（地域リハビリテーション活動支援事業）に目途がつけました。

千葉県国保連の協力（来庁～打ち合わせ）を得てシステムを構築。総合事業支援システムの構築は現在もベンダーと協議継続中

26年12月～（以降継続）

報酬支払システム、事業支援システムの構築に向けたITベンダーとの打ち合わせ

27年1月～（以降継続）

市民向け説明会、事業者向け説明会の実施

総合事業に関する事業者向け説明会は1月と3月、市民向けは3月に実施。未だ十分とは言えない状況。今後も継続して地域での説明会を開催予定。

27年1月～3月

実施要綱、事業者基準要綱、コーディネーター設置要綱等を策定。ケアマネジメントの方向性を地域包括支援センターと協議

流山市における総合事業のサービス類型への対応・(4月ver)・【訪問型サービス】

	基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
典型的例	サービス種別	①介護予防訪問介護と同様のサービス	② 訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 訪問型サービスB (住民主体による支援)	④ 訪問型サービスC	
流山市における対応	サービス等提供主体	現行の指定介護予防訪問事業者 (現在の事業所数:33事業所)	・生活協同組合(4月～) ・シルバー人材センター(準備出来次第) ・民間法人(有限会社)・流山市社会福祉協議会・NPO法人(協議継続中)	・NPO法人×2法人 ・生活協同組合	市 (保健師又は看護師)	
	総合事業におけるサービスのあり方	○現行の介護予防訪問介護と同様のサービス ○生活機能の向上を図る目標を明確に定め、目標達成に資するサービスの提供を図る。	○NPO法人、生活協同組合に雇用契約で所属する高齢者、主婦、有資格者(3級ヘルパー等)が生活援助を提供する。 ○シルバー人材センターは現行の会員システムを維持したまま実施。	○既存のNPO法人はチケット方式による有償ボランティアサービスを既に展開している。 ○生活協同組合も同様に4月以降実施していく。	○市職看護師が1～3か月程度を目安に居宅を訪問し、通所サービスにつなぐことを目的として予防指導・情報提供を行う	
	対象者とサービス提供の考え方	○総合事業導入時に既に介護予防訪問介護を利用している者で、適切なケアマネジメントの結果、利用の継続が必要と判断されるものが中心に利用する。 ○(仮)介護予防訪問型サービス計画に定める目標の達成状況に基づき、多様なサービス主体への移行を推進する。	○総合事業導入後(当該サービスの提供開始後)、新たに要支援認定又は事業対象者となった者について、適切なケアマネジメントを通じ利用する。 ●訪問型サービスAの利用基準は、要支援1及び事業対象者は、原則1か月当たり4回まで、要支援2は、原則8回まで。例外利用については、地域包括支援センターを通じ、保険者に協議を申し出て利用。	—	○事業対象者のうち、うつ・閉じこもりの傾向が認められた者の利用を想定。地域包括支援センターのアセスメントにより、通所サービスの利用が望ましいが、利用拒否が見られるような場合を想定している。	
	実施方法	事業者指定(みなし指定)	・事業者指定(生活協同組合・法人) ・委託(シルバー人材センター)	—	市が直接実施する	
	事業者基準	予防給付の基準に準じた市の基準による。	市独自の基準による。	—	—	
	報酬額	予防給付の報酬額と同額 (地域区分採用)	1回30分以上1時間未満 200単位 (1単位=10円)	—	—	
	備考	●実施時期:平成27年4月1日～ ●支払方法:国保連經由	●実施時期:平成27年4月1日～ ●支払方法: 生協・法人=国保連經由 シルバー人材=市から直接支払 ●マナー、技能向上等の人材教育は市が講座等を開催し実施する。	●既存の仕組みとして成り立っているため補助等を行う予定はない(従来どおりの制度外としての仕組みとして利用)。 ●市が実施する人材教育の受講の機会を提供する。	●利用料は無料。	

「担い手養成研修」の内容と計画（4月ver）

	時間	講座	内容	講師等
1 日 目	10:30 ～10:45	開講式～オリエンテーション	研修日程・内容、目的等の説明	介護支援課
	10:45 ～12:00	総合事業の意義と高齢者の生活支援・介護予防について	総合事業の概要と住民参加サービスについて市の考え方と目指す方向性を理解する。	介護支援課
	13:00 ～14:00	利用者への接し方について①（講義）	対人援助に関し、マナーとコミュニケーション技能、守秘義務について学ぶ。	江戸川大学総合福祉専門学校
	14:10 ～15:10	利用者への接し方について②（演習：グループワーク）	6～10人程度のグループでの課題に対する検討～発表	
	15:20 ～16:20	利用者への接し方について③（講義・まとめ）	課題発表への講評とまとめの講義	
2 日 目	9:30 ～10:45	高齢者の心身の特性と暮らしについて	高齢者の心身の特性、特有の疾病とその意味。緊急時の対応。	介護支援課
	11:00 ～12:00	認知症の理解と対応について	認知症の意味と適切な対応方法を学ぶ。	地域包括支援センター
	13:00 ～14:00	生活援助の実際について	掃除、買い物、洗濯、調理などの生活援助の提供方法と自立支援について	NPO法人流山ユー・アイネット
	14:00 ～14:30	修了式	研修のまとめ～修了証の交付	介護支援課

17

第1回
5月22日及び25日

第2回（予定）
7月22日及び23日

第3回（予定）
10月20日及び21日

第4回（予定）
1月15日及び18日

第5回（予定）
3月24日及び25日

要支援1の認定を受けた
独居の利用者



訪問型サービスの展開イメージ

いろいろな人に支えても
らえる安心感があるね。
自分に合ったものを選べ
ばいいんだね。

その人のニーズ
(必要性)に柔軟に
対応できるようになります。



地域包括支援センターの専門職が適
切なサービス利用を支援します。

お風呂に入る
のが不安。

一緒に買い
物に行っ
てほしい。

掃除や調理が
辛くなって
きてねえ。

ひとり暮らしは
不安。時々お
しゃべりがした
いね。

ホームヘルパー
が入浴の介助を
します
(身体介護)

NPO法人やシルバー人材センター
が提供する訪問型サービスを利用し
て、ちょっと手伝ってもらいましょう。
ボランティアの有償サービスなら、も
っと、いろいろ支援してくれます。

定期的に介護支援サポーター
に来てもらって話し相手にな
ってもらいましょう。
普段は、自治会のパトロール
活動で見守ってもらいましょう

従来の制度では、多様な担い手づくりは地域任せであったため予防プランは限定的にならざるを得なかった。

総合事業で担い手の多様化を進めることにより本人のニーズに見合ったサービス・支援に結びつけ易くなります。

高

利用者負担

低

18

訪問型サービスAとして参画した生協の 事業実施展開イメージ

花いちりん流山
(千葉県高齢者生活協同組合)

新規創設部門

現行の訪問介護相当
★介護予防訪問介護事業所
からのみなし指定

訪問型サービスA
★4月1日付け事業者指定

地域サポートセンター
(有償ボランティア:独自サービス)

国保連経由で審査・支払

雇用労働者(資格を持たない
地域住民)による提供

元気高齢者、
主婦、3級ヘル
パー、社会貢
献意欲のある
ヘルパー

草刈り、
樹木剪定

市の担い手養成
研修の受講

生活支援コーディ
ネーターのバック
アップ(人材のマ
ッチング)

見守り、
話し相手等

主に、身体介護のほか、
現在介護予防給付により
介護予防訪問介護を利用
している要支援者向けの
当面のサービス

要支援者、事業対象者
の生活支援サービスを
担う
＊買い物、掃除、調理
ゴミ出し等



多様な生活支援ニーズ
を抱える高齢者を
支援
＊多様な生活支援サー
ビスに柔軟に対応

シルバー人材センターを訪問型サービスAの 事業主体として活用するイメージ

公益社団法人
流山市シルバー人材センター

新たな対応部門

個別の注文に応じ会員が生活支援等のサービスを提供

訪問型サービスA実施部門
(委託による実施)
会員による提供形態は今までと同様

センターは既に住民参加型サービスとして体制が整っています。いかにして『その気』にさせるかがカギ。

大掃除



草刈り、
樹木剪定



市民からの要請に個別に対応。サービス内容及び時間に基づいて料金を個別に決定。庭木の剪定、草刈り、大掃除等幅広く対応
(生活援助の注文は月2、3件)

調理

買い物



地域包括支援センターのケアマネジメントに応じ、あらかじめ設定されたサービス内容、単価により、要支援者・事業対象者の生活支援サービスを担う。

* 買い物、掃除、調理、ゴミ出し等

提供人数等に応じた一定期間ごとの包括払いを予定(実績報告～精算有り)。センターに直接支払い。

掃除



訪問型サービス(A)の単価設定

現行（第5期）の介護予防訪問介護の報酬単価は、1, 226単位/月（週1回程度の場合）。これを1単位10円で計算し、サービス1回当たりの単価に換算すると1回当たり、3, 065円となります。

＊第6期の単価で同様に計算すると1, 168単位→2, 920円

A

一方、流山市におけるNPOが実施する有償ボランティアに係る1回当たり（約1時間）の費用は、最大1, 000円（利用料600円、交通費200円、協力費200円）

B

訪問型サービス（A）として支援する者は、雇用契約に基づき従事することとなるため、千葉県の最低賃金、798円を保障しなければならない。

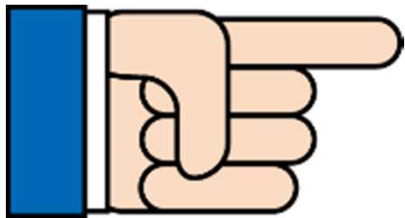
必ずしも資格を有しない者が従事する訪問型サービスA（生活援助）の単価は、有償ボランティアよりは高く、有資格者の単価よりは低いものとしつつ、事業主体がサービスAとして成り立つ単価設定として決めました。

30分以上1時間未満 200単位
(1単位を10円とする。)

A

B

みなし指定に係る現行相当サービスに係る報酬単価は、訪問型サービス及び通所型サービスとも、第6期の介護報酬に定める単価どおりに設定し、1単位の単価について地域区分を適用して算定



訪問型サービスの 真の戦略

【2025年に向けた支え合いの地域社会づくり】
生活支援ニーズには、住民参加型のサービス・
仕組みでサポートできるように移行を進める。

超高齢化への対応をきっかけ
とした地域コミュニティの
再生への発展

訪問型サービス(A)

**有償ボランティアによる支援
(サービスB)**

**介護支援サポーターに
よる支援**

**ボランティア、ご近所の助け合い
(互助の強化)**

流山市における総合事業のサービス類型への対応・(4月ver)・・【通所型サービス】

	基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
典型的例	サービス種別	①介護予防通所介護と同様のサービス	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)
流山市における対応	サービス等提供主体	現行の指定介護予防通所事業者 (現在の事業所数:34事業所)	—	—	運営等基準を満たす事業者 (新たに指定)
	総合事業におけるサービス提供のあり方	○現行の介護予防通所介護と同様のサービス ○生活機能の向上を図る目標を明確に定め、目標達成に資する機能訓練を実施する。 ○基本的に介護支援サポーターを受け入れ、ふれあい感のあるサービスとして充実化を図る。	—	—	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を、3か月～6か月の短期間で集中して実施する。
	対象者とサービス提供の考え方	○総合事業導入時に既に介護予防通所介護を利用している者で、適切なケアマネジメントの結果、利用の継続が必要と判断されるものが中心に利用する。 ○(仮)介護予防通所型サービス計画に定める目標の達成状況に基づき、一般介護予防事業への移行を推進する。	—		○総合事業導入後(当該サービスの提供開始後)、新たに要支援認定又は事業対象者となった者について、適切なケアマネジメントを通じ利用する。特に、ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケースの積極的な利用を推進する。
	実施方法	事業者指定(みなし指定)	—	—	事業者指定
	事業者基準	予防給付の基準に準じた市の基準による。	—	—	市独自の基準を定める。
	備考	●実施時期:平成27年4月1日～ ●支払方法:国保連経由	●第6期中に協議体で検討する。		●現行の指定介護予防事業者の中から適合するものを想定 ●実施時期:平成27年9月頃までのスタートを目標 ●支払方法:国保連経由
				●介護予防拠点づくりを一般介護予防事業で支援。 ●現行の地区社会福祉協議会のサロン活動の回数を増やす働きかけを継続	

通所型サービスの短期集中Cの構想について

【発想】

- ・第6期以降、総合事業の伸びは過去3年間の後期高齢者数の伸び率への抑制が必要
- ・一方で、高齢者数の増加に伴う虚弱高齢者等の出現は避けられない可能性もあります。
- ・要支援者の状態像はそもそも改善可能性が比較的高い状態にある。それが複数年以上通所サービスを利用していることが本当に適切であるのか。
- ・目標達成に基づく要支援者の‘卒業’を現在の仕組みに期待することがどこまで可能か。

- ・ サービス内容は、機械を使用した筋力向上、ストレッチ運動など、運動機能や生活機能の向上を図る（できる限りエビデンスのある）メニューを取り入れること。また、利用者の特性に応じ、栄養改善、口腔機能改善、嚥下機能改善といった取り組みを含めることも可能とするよう検討

【課題】

- ・一定期間経過後の評価手法の確立（原則終了or目標達成確認で終了）
- ・地域での受け皿をどうするか。
- ・一定期間での‘卒業’を定着化させるにはケアマネへの教育・啓蒙も必要（意識改革）

目標は
27年9月頃
までに

○地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、ケアマネの教育・啓蒙の機会を設けてはどうか
・・・地域包括支援センターで実施

- * 講座メニュー(例)・・・事例検討を通じて実施
 - ・対象者の全体像の捉え方とリハビリテーションの正しい理解
 - ・対象者の自己管理を指導していくための方法論

○地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、地域に‘卒業生’の教育・啓蒙の場を設けてはどうか。・・・月●回程度

▲利用者・家族の相談機能を併設してはどうか。

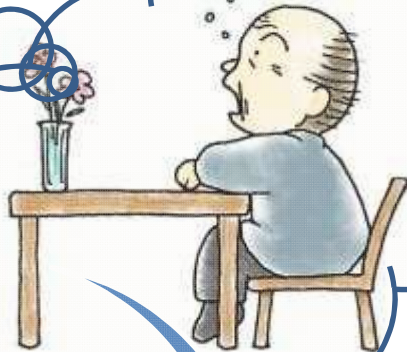
- * 講座メニュー(例)
 - ・転倒予防教室
 - ・心身の自己管理方法の指導
 - ・認知症の正しい理解
 - ・家族へのケア
 - ・介護者負担軽減のための指導教室
 - ・誤嚥性肺炎予防対策

ふれあいの家など身
近な場所を活用

3～6か月程度を提供単位とした通所サービスCを創設に向けて取り組む。

通所型サービスの展開イメージ

要支援者等は残存能力が高い傾向にある。積極的に生活機能向上に取り組むことが大切。座りきりの時間が長いと効果的ではありません。



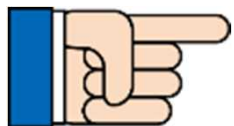
目標を明確化し、生活機能の維持・向上を積極的に図る通所型サービスとして構築



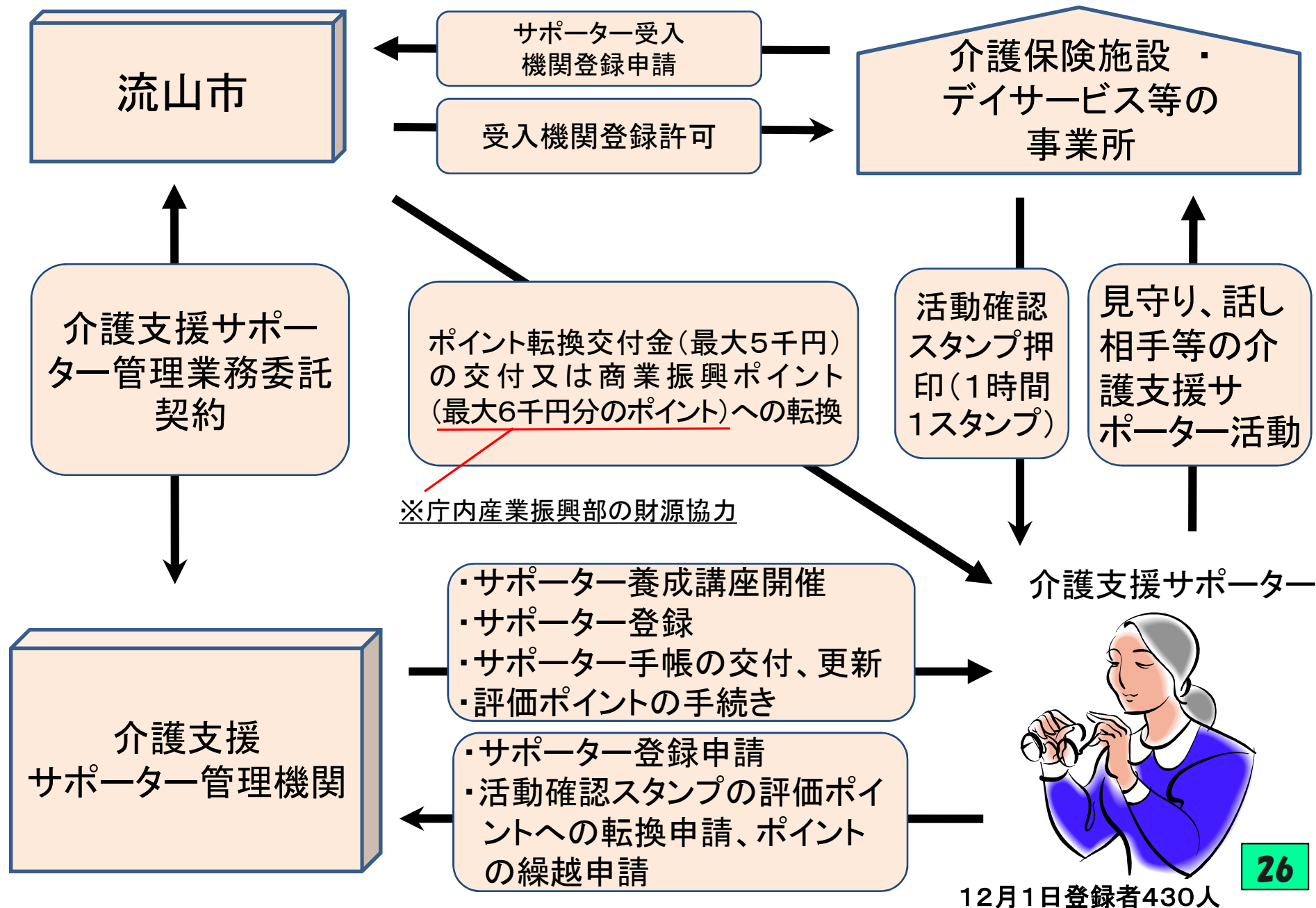
元気な高齢者などの地域のマンパワーを活用し、ふれあいの感じられる通所型サービスを構築する。

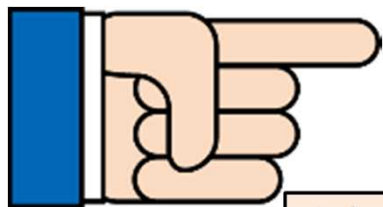


短期集中型（C型）
の導入を図っていく



流山市における介護支援サポーター事業 (地域介護予防活動支援事業に位置付け)





通所型サービスの
真の戦略

地域の身近な場所に介護予防・にぎわいの場を
つくっていく…一般介護予防事業で促進

★★
高齢者ふれあいの家

地区社協のサロン
活動とのコラボ
が期待できる
★★

★★
福祉会館・自治会館・町内会館

★★
特養等の地域交流スペース

★
イメージとしては
要支援1の方が歩
いて行ける距離が
望ましい
★

介護予防。生活支援サービス事業
終了者の受け皿にも…



高齢者ふれあいの家等への「ながいき応援団」の派遣事業（H26年度～）
※4月から一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）に位置付けて実施中

★地域へ介護予防教室のデリバリー★

流山市には、空き家等を住民・NPOが運営し、高齢者の集いの場となっている『高齢者ふれあいの家』が、15箇所あります。

こうした流山市の特性を活かし、高齢者ふれあいの家に介護予防メニューを取り入れていただくために、以下の介護予防教室が開催できる人材をデリバリーする事業（「ながいき応援団」の派遣事業）を26年度から実施しています。

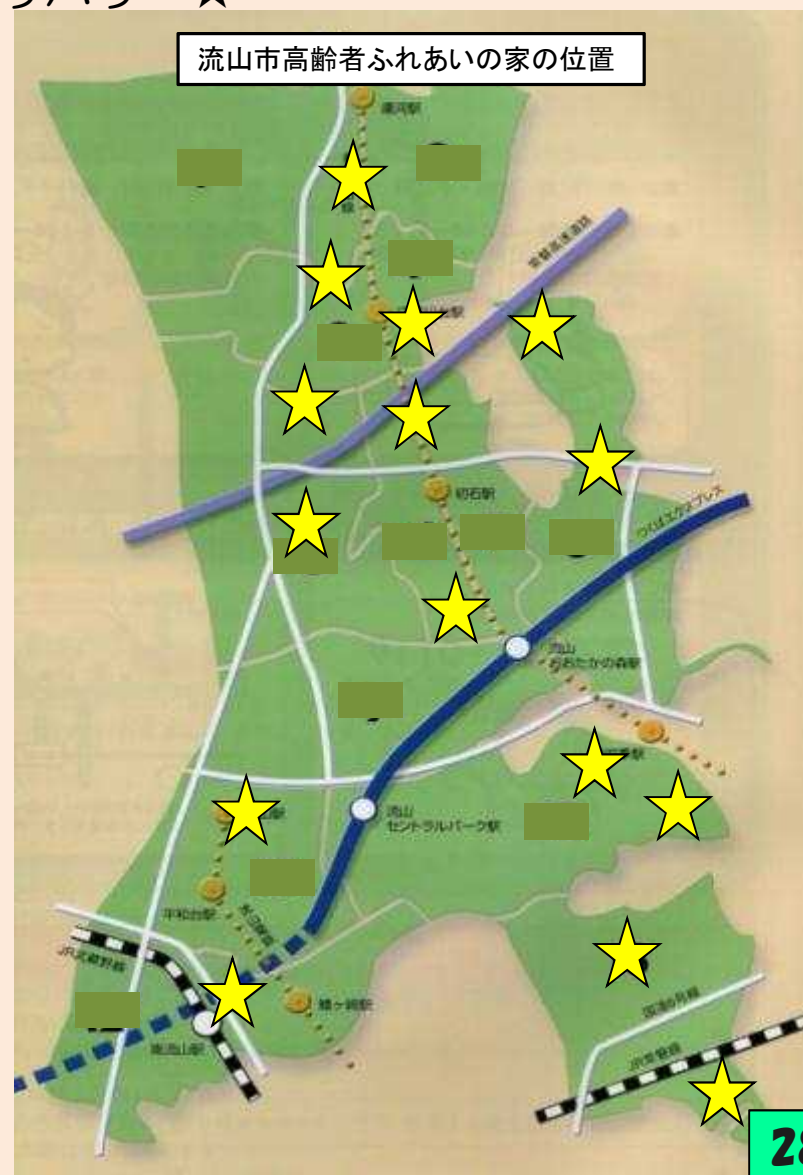
★元気づくり体操を指導できる指導者
（重度化防止推進員）

★音楽を利用した介護予防指導者
（音楽療法士）

第6期では、重度化防止推進員の派遣先を、自治会館（市内に100箇所以上）のほか、特養等の地域交流スペースを対象に拡大していく作戦。

また、デリバリーメニューに、口腔機能、栄養改善などを追加していく（地域リハビリテーション活動支援事業の活用を検討）。

こうした取り組みにより、認定に至らない高齢者を増やすことと共に、介護予防・生活支援サービス事業から‘一般介護予防事業’に移行した方の受け皿づくりを進めていきます。



ながいき応援団派遣の概要(26年度)

派遣先	高齢者ふれあいの家等で主に 高齢者が参加する団体等
派遣費用	無料
報償費 (推進員への 支払)	1回 2,500円
派遣時間	1時間から1時間半程度
実施内容	介護予防に資する体操や 脳トレ、レクリエーション
派遣日数	月2回～4回
保険対応	「全国市長会」 市民総合賠償補償保険

ながいき応援団

プログラム

～プログラムの一例～

流山市民の歌紹介～5分～

体操の前のストレッチ
～5分～

ながいき体操
～30分～

楽しく介護予防
～20分～

- ・脳トレ
- ・指体操
- ・じゃんけんゲーム
- ・肩たたき
- ・健口体操
- ・リズム体操
- ・筋トレ

(いくつか組み合わせて実施します)

終わりのストレッチ
～5分～



知っていますか
「流山市民の歌」
歌って健口
目指しましょう！

体をほぐして
「ながいき体操」
覚えよう！

口や指先動かして
脳もいきいき活性化
楽しみながら介護予防

お疲れ様でした！
次回もお楽しみに！！



ながいき体操



① ♪前奏



足踏みをしなが
ら、手をフ
ラフラと上下
に動かす

② ♪風わたる



手を組み手の
ひらひらと上下に
動かす

③ ♪川辺を行けば



手を組み手の
ひらひらと上下に
動かす

④ ♪うつりゆく



両手を組み
足を横に
だし、弾み
をつけて
体を左横に倒
す

⑤ ♪季節の香り



両手を組み
足を横に
だし、弾み
をつけて
体を右横に倒
す

⑥ ♪朝ごとに



膝に弾みをつ
けながら
両足を叩く



両手を体に
巻きつける
左→右

⑦ ♪富士を眺めて



両手を体に
巻きつける
右→左

⑧ ♪今日もまた



両手を左右
に振りその
反動で左の
体側を伸ば
す

⑨ ♪胸に太陽



両手を右左
に振りその
反動で右の
体側を伸ば
す

⑩ ♪ああ 流山



両手を胸の前で交差し
左足を上げてから後ろ
に下げて元に戻す

⑪ ♪光の街



両手を胸の前で交差し
右足を上げてから後ろ
に下げて元に戻す

⑫ ♪若い希望が



足踏みをしなが
ら8
歩でぐるっとまわ
る



4歩目で仲間
とタッチ!

⑬ ♪生まれるように



両手を下から上
にあげ、深呼吸

⑭ ♪間奏

腕を流れるように振りながら自由に動
き場所を移動する



体操を行うときは注意しましょう
・具合が悪くないですか
・痛みがある場合、無理をするのはやめましょう
・座って行う場合、椅子はしっかりしたものを使用しましょう
・水分補給を忘れずに

現在YOU TUBEで閲覧
できるよう準備中です

【ながいき応援団（重度化防止推進員）によるながいき体操の指導の様子】



ながいき応援団 派遣実績(26年度)

H27. 2までの集計

派遣先	回数	参加者(延)	ながいき応援団人数(延)
高齢者 ふれあいの家 (要請による派遣)	5か所 30回	280名	56名
地域の団体等 (要請による派遣)	9回	472名	12名
一次予防事業 (自治体事業への協力)	6回	163名	12名
合計	45回	915名	80名

☆参加者の声

- * 活発に運動やストレッチができ、楽しく取り組んでいる。
- * 一人ではできないがふれあいの家で皆と集まって体も心も優しくほぐれてよい。
- * 脳トレやじゃんけんなど色々取り入れているので楽しい。
- * ながいき体操は年齢を問わずゆっくりした体操で誰にでもできる体操だと思う。
市民の歌とともに広がると思う。

【高齢者ふれあいの家】

…地域住民が運営する「花みずき」（流山市平和台5丁目）



【認知症サポーター養成講座・・・地域包括支援センターを招いて開催】



【みんなで介護予防体操】



【高齢者ふれあいの家】

…NPO法人が運営する「えがお」（若葉台）



【ホール：バンド演奏会の様子】



【高齢者ふれあいの家】

…自治会館を利用した「豊台ふれあいの家」



同じ地域の方が講師役になって、パッチワーク教室



【高齢者ふれあいの家】
元個人診療所を利用
した「野馬土手」

...

この地域には元教授などが多く
文学講座が開催されている。



【高齢者ふれあいの家】
…自宅2階をふれあいの
家として開放



健康麻雀は毎週火曜日。
毎週待ち遠しい！



高齢者ふれあいの家支援事業の概要 (一般会計で実施中)

開設に当たっての支援

ふれあいの家の開設に当たっての家屋の改修、備品等の調達等を要する場合
200,000円（限度額）を支給

支援費の支給



利用人数 実施回数	1回の開催において 最高10人以上	1回の開催において 最高5人以上10人未満
週5回～7回	年額150,000円	年額100,000円
週3回～4回	// 100,000円	// 75,000円
週2回	// 75,000円	// 75,000円

* いずれも支給限度額

賃借料の支援



ふれあいの家が賃貸借契約に基づき賃貸料を支払う場合
月額20,000円（限度額）を支給

【提案】

地縁による組織を巻き込んで溜まり場や介護予防拠点づくり
→ サービスBへの発展ができないか。

それには、庁内で介護保険部門と地縁組織担当部門との連携が必要

介護保険担当課



地縁組織担当課



協議体や生活支援コーディネーターの協力

やっという……



地縁による組織は、都市部よりも地方部の方が活動的あるいは結びつきが強いのでは。それは強みにならないか。



自治会や老人会など地縁を絆とする団体や組織に働きかける。

地域リハビリテーション活動支援事業を活用して専門職による教室を開催

はじめは、、、、
楽しく集い交流する溜まり場

徐々に
生きがいの場、
介護予防に取り
組む拠点



地域介護予防活動支援事業を活用して主体的な介護予防の取り組みを支援

やっという……

互いに支え合う拠点へと発展

介護予防・生活支援サービス事業 【その他の生活支援サービス】



栄養改善のための配食。



直接手渡しによる安否確認

訪問型サービス又は通所型サービスを利用する被保険者で、栄養改善が必要な方を対象とし、食の自立支援配食サービスを実施（現行、二次予防事業で実施する事業を移行して行うもの）。民間事業者への委託により実施。

介護予防把握事業の展開 ～薬局薬剤師を活用した生活機能が低下した高齢者の抽出～

従来の悉皆調査方式の二次予防事業対象者の把握事業はH26年度をもって終了。



生活機能低下リスクを有する方を埋もれさせないために、その対応を
どうするか。

- * 民生委員による地域活動
- * 自治会を中心とする見守り活動



薬局薬剤師の協力により、窓口の対応のなかで高齢者にアプローチし
基本チェックリスト等を用いて生活機能低下リスクの可能性のある方
を抽出し、地域包括支援センターにつなぐ、早期発見・早期対応事業
を実施することを検討中。実施する場合は、薬剤師会に委託により行
う方向。

27年度予算計上額は、
40万円

在宅生活の限界点を引き上げることが「地域のミッション」

… 生活支援コーディネーターが地域づくりの、よろず相談・指南役になっていく。

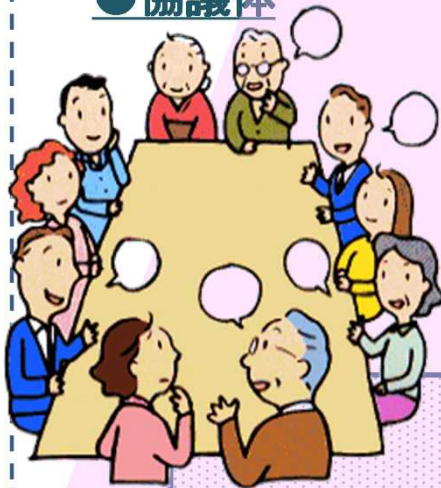
●生活支援コーディネーター



流山市では、4圏域に1名ずつ、全体の指導的立場の者1名の5名を委嘱予定

地域包括支援センターと連携。協議体が支援する仕組みとする。地域課題の把握、人材の発掘・養成、社会資源の創生・活性化支援等支え合いの地域社会づくりを推進する。

●協議体



●地域包括支援センター

▼NPO、シルバー、社協、生協、民生委員など

わが地域のために何かしたい、と思っているんだけど、どうしたら良いかわからないなあ、..

担い手の発掘・養成支援

(個人)



(グループ)



活動の機会、団体にコーディネートしていく。



・サポーター
・ボランティア
・サービスA事業者
・団体、グループ など

高齢者の生活支援の
マンパワーとして発展

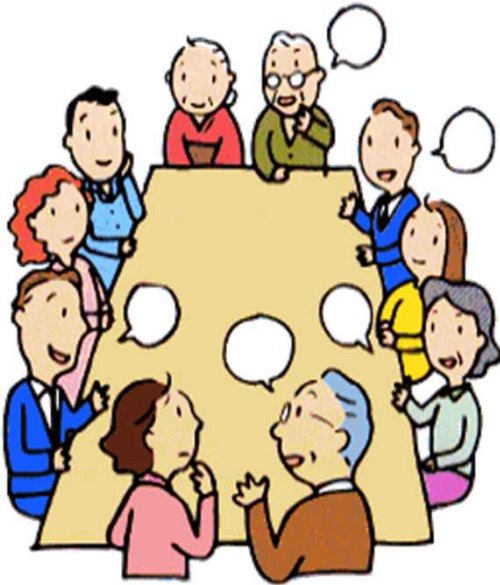
地域の社会資源となるようサポート



・ボランティアグループ
・サロン活動
・NPO立上げ など

協議体の立ち上げ、運営の方向性

第1段階



平成27年7月までに、市内全体を対象エリア（第1層）とした協議体を立ち上げる。

参加組織、団体等(予定)

- NPO法人
- 社会福祉協議会
- シルバー人材センター
- 民生委員
- 生活協同組合(生活支援事業を行うもの)
- 社会福祉法人(生活支援事業を行うもの)
- 農業協同組合
- 高齢者ふれあいの家を運営するグループ等
- その他地域の高齢者を対象とした生活支援事業を行う団体等

市町村担当者、
地域包括支援センター、
生活支援コーディネーターは、
事務局側として参画

▼機能、担当事項

- ・地域の高齢者生活支援の現状と生活支援ニーズの抽出
- ・ニーズに対応した社会資源の充足について
- ・今後の地域づくりの方向性
- ・住民参加による生活支援の仕組み、拠点づくりについて
- ・社会資源マップの作成
- ・生活支援コーディネーターとの連携

等

第2段階

日常生活圏域を対象エリア(第2層)とした協議体については、H27年度末までに立ち上げを推進する。

第2層の協議体の場合は、地元密着型になることから、開催日を周知し、一般市民のオブザーバ参加を検討する価値があるのではないかと。

流山市における総合事業導入に係る上限管理の試算(27年度導入)

*総合事業開始前年度(平成26年度)の給付等の見込み

(予)訪問介護給付見込額	(予)通所介護給付見込額	予防支援給付見込額	介護予防事業見込額	平成26年度の総額見込み
46,054,000	130,615,000	34,873,000	49,185,000	260,727,000

直近3年の後期高齢者数の伸び率 5.72%

平成27年度の総合事業上限額(原則割合) = 275,640,584円(A)

*当該年度の訪問・通所・予防支援の給付費見込額控除後

(A) - *146,574,745円 = 129,065,839円 (原)

*27年度既見込額について報酬改定を考慮して見直した額

★ 10%特例割合を活用する場合 286,799,700円(B)

(当該年度の訪問・通所・予防支援の給付費見込額控除後)

(B) - 146,574,745円 = 140,224,955円 (特)

【選択可能な計算式による】平成27年度の総合事業上限額

386,491,464円 × 5.72% - (146,224,955円 + 114,211,237円)

= 148,162,583円 (選)

★ 選択可能な計算式に10%特例割合を活用する場合

386,491,464円 × 10% - (146,224,955円 + 114,211,237円)

= 165,055,272円 (選特)

(参考) 流山市のH27年度総合事業の予算額 = 122,360,000円

流山市における総合事業導入に係る上限管理の試算(仮に28年度導入の場合)

*総合事業開始前年度(平成27年度)の給付等の見込み

(予)訪問介護給付見込額	(予)通所介護給付見込額	予防支援給付見込額	介護予防事業見込額	平成27年度の総額見込み
49,709,719	113,256,556	39,769,838	34,085,000	236,821,113

直近3年の後期高齢者数の伸び率 5.72%

平成27年度の総合事業上限額(原則割合) = 250,367,280円(A)

*当該年度の訪問・通所・予防支援の給付費見込額控除後

(A) - *146,574,745円 = 103,792,535円 (原)

★ 10%特例割合を活用する場合 260,503,224円(B)

(当該年度の訪問・通所・予防支援の給付費見込額控除後)

(B) - 146,574,745円 = 113,933,479円 (特)

【選択可能な計算式による】平成27年度の総合事業上限額

351,032,350円 × 5.72% - (146,574,745円 + 114,211,237円)

= 110,325,418円 (選)

★ 選択可能な計算式に10%特例割合を活用する場合

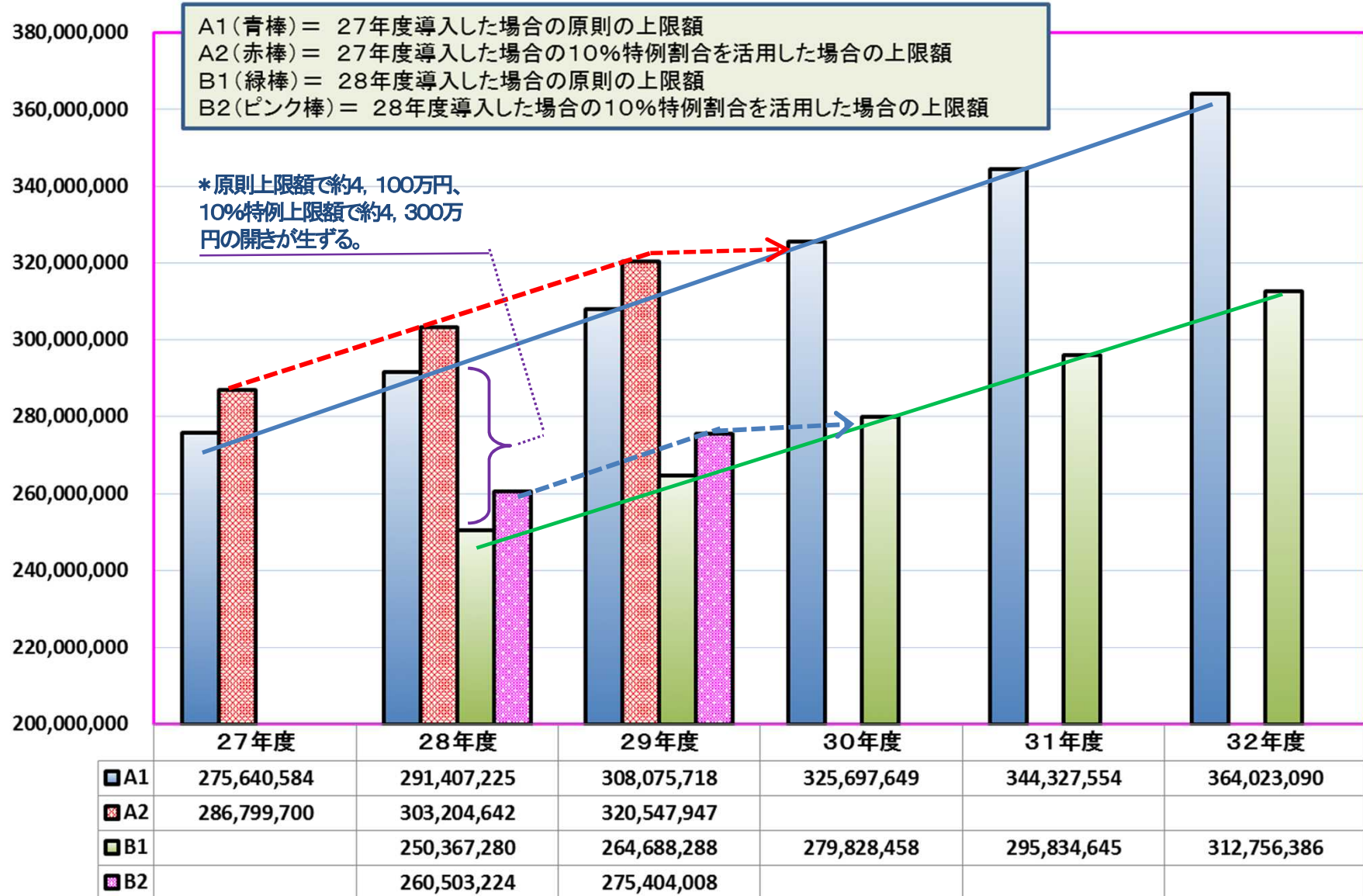
351,032,350円 × 10% - (153,967,725円 + 114,211,237円)

= 125,349,603円 (選特)

(参考) 流山市のH27年度総合事業の予算額 = 122,360,000円

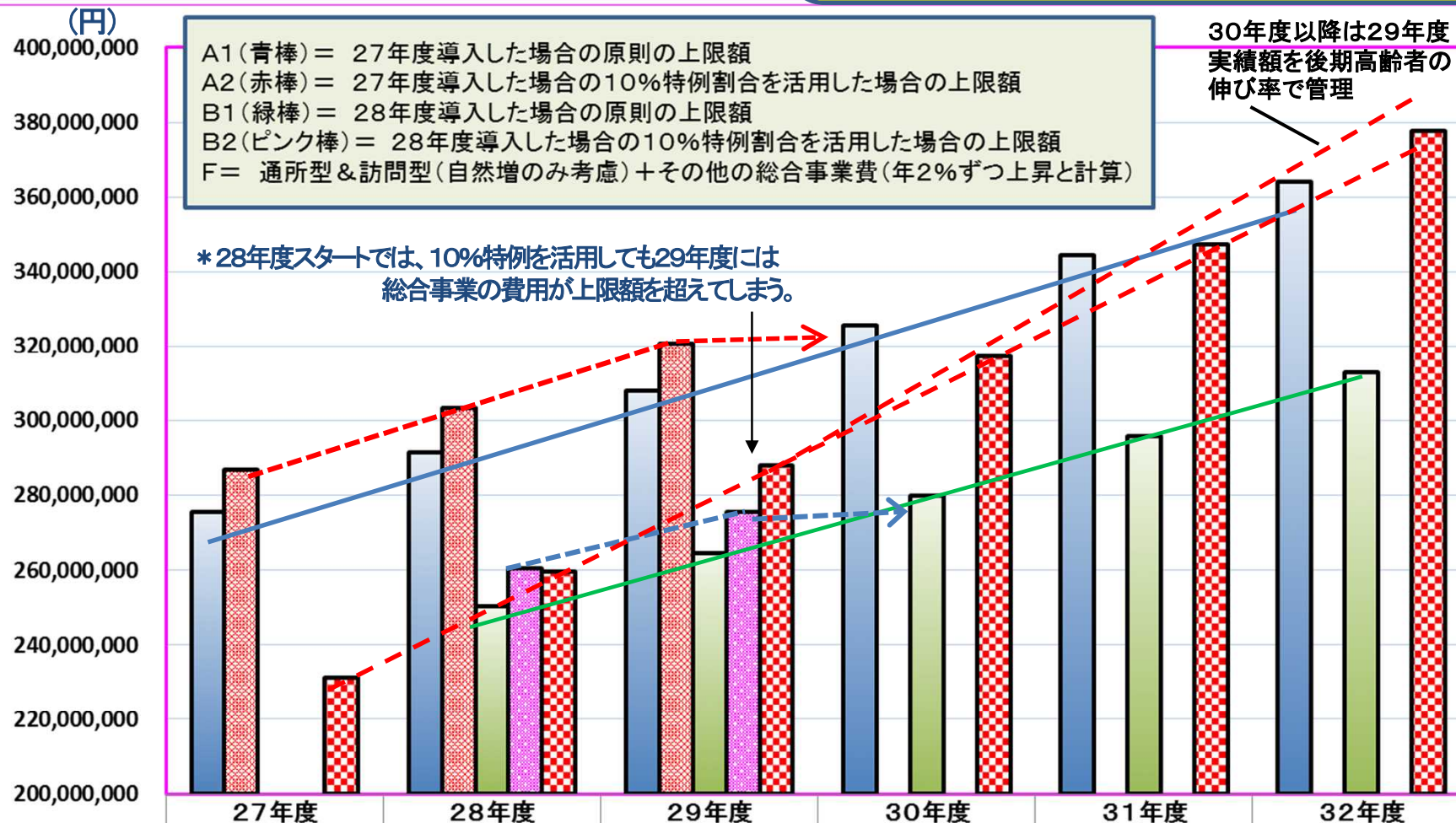
総合事業の導入時期が27年度→28年度となることによる 上限額の比較(粗い推計)

(円)



上限額の比較に総合事業の費用推計を重ね合わせた比較表(粗い計算)

介護報酬改定前の費用額で計算する27年度スタートでないとメリットが生じないのは明らか！



	27年度	28年度	29年度	30年度	31年度	32年度
■ A1	275,640,584	291,407,225	308,075,718	325,697,649	344,327,554	364,023,090
■ A2	286,799,700	303,204,642	320,547,947			
■ B1		250,367,280	264,688,288	279,828,458	295,834,645	312,756,386
■ B2		260,503,224	275,404,008			
■ F	231,409,593	259,534,233	287,901,880	317,296,778	347,314,742	377,601,867

**総合事業の展開は、地域包括支援センターの力が発揮
できる 때가来た と捉えるべき。**



在宅医療・介護連携

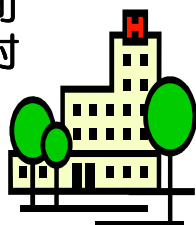
医師会等の協力を得て連携を強化し、在宅医療・介護の一体的な提供体制を構築



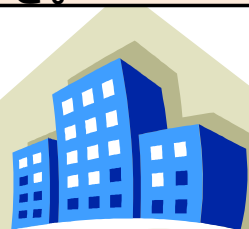
認知症対策の推進

早期診断・早期対応等により、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制づくりを推進。認知症初期集中支援チームの構築。

市
町
村



地域包括支援センターを信頼し、総合事業の展開を共に進めていく。



地域包括支援センターの 機能強化

- △市と緊密な連携を図った運営
- △人員体制の充実
- △PDCAによる運営状況の改善と公表
- △新総合事業など制度改正への対応

センター業務の評価・ 運営内容の公表

PDCAサイクルによる業務の評価・改善により、効率的・効果的なセンター運営を実現。運営内容の公表により市民の信頼性を確立

新総合事業による介護 予防の推進

利用者の状態を適切に評価し、生活機能の維持・改善につながる介護予防ケアマネジメントを実施

生活支援サービスの体制整備

生活支援コーディネーターと連携し、高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより、多様な主体による生活支援を充実。地域のマンパワーの発掘と活用を図る。

地域ケア会議の開催

多職種協働による個別事例のケアマネジメントの充実と地域課題の共有化と解決により地域包括ケアシステムの構築に資する。

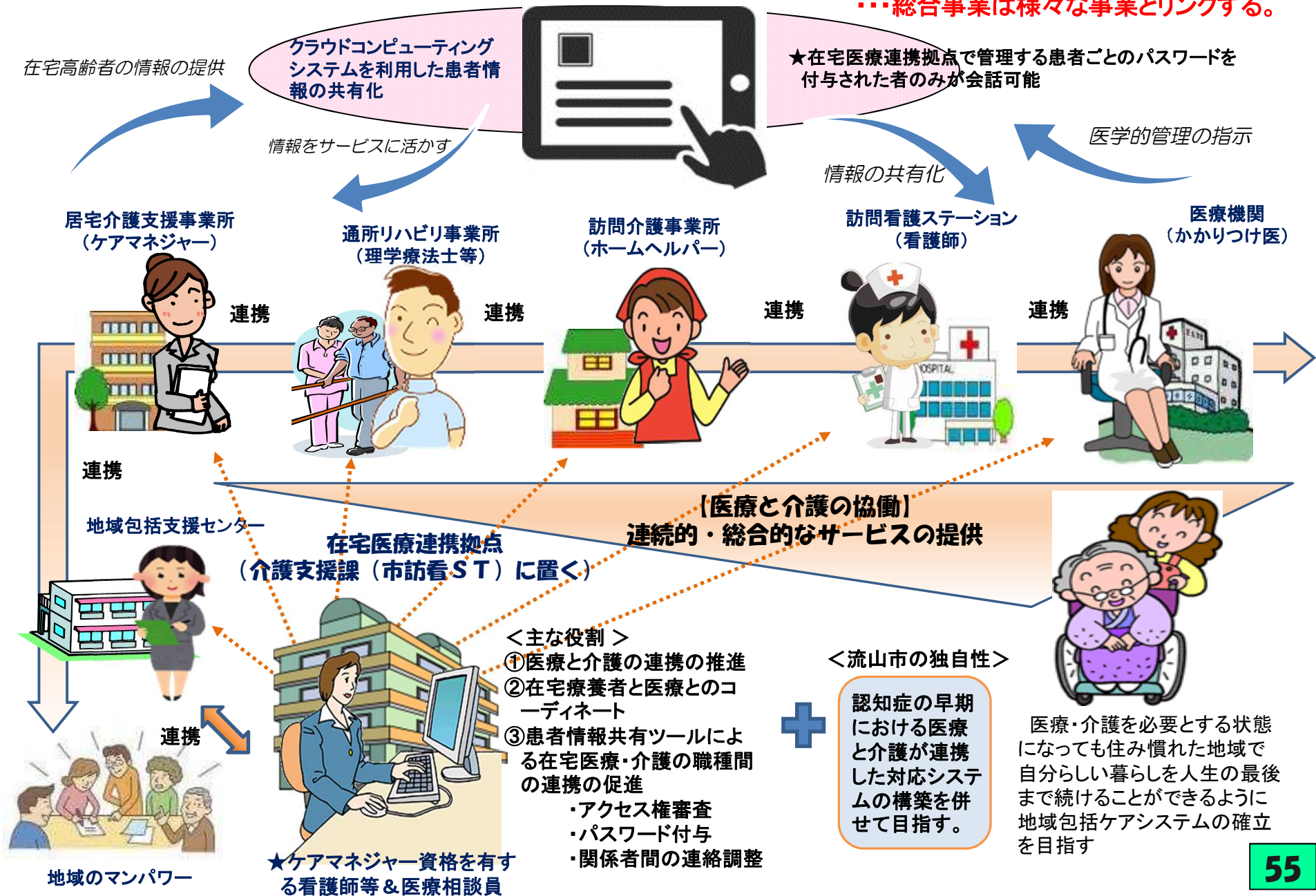


地域包括支援センターは、市町村に対し、「こうやっていこう」と自信をもって提案すべき。

在宅医療連携拠点事業(医療と介護の連携)では、ICTを活用した情報共有化を推進する(H26年度～)。

個別ケースの対応を通じて発見した地域課題は、協議体での社会資源の開発の議論に投げかけることができる。

…総合事業は様々な事業とリンクする。



新しいケアマネジメントの方針について

【基本チェックリストの実施について】

当面は、地域包括支援センターへの来所者の相談内容を丁寧に聴きだし、2号被保険者である場合や予防給付の併用(希望)がある場合は、要支援・要介護認定を案内するほか、本人の強い希望がある場合も要支援・要介護認定の手続きを案内する方針。

基本チェックリストのメリット(すみやかな総合事業の利用)を説明し、理解を得た上で、チェックリストを実施し、該当したときは、その後のアセスメントにより適切な総合事業の利用につなげていく。

制度実施が進むとともに基本チェックリストのメリットが周知されるのを見計らい、徐々に、その活用を積極的に進めていく考えです。

マクロ的観点

- 第6期計画で位置付けた目指すべき介護予防のあり方や地域包括ケアシステムの推進の必要性を、地域包括支援センター、ケアマネジャー(事業所)と共有化する。
- 総合事業導入後におけるケアマネジメントとは従来の介護予防ケアマネジメントの延長であるという先入観であってはならない。新しいケアマネジメントの方針をまとめ、地域包括支援センター等に示していく。

ミクロ的観点

- 要支援者等を対象とした適切なアセスメントに基づき、生活機能の改善等の目標とその達成時期を明確化し、利用者、家族と共有化する。目標の達成後は、一般介護予防事業等の社会参加の仕組みの中で生活機能が維持できるようにマネジメントを行っていく。
- 目標達成に資するサービス、支援について、多様な選択肢の中から組み合わせて介護予防ケアプランに位置付ける。
- PDCAの徹底によるケアプランの柔軟な見直し、目標達成のための取り組みに努力し、漫然なマネジメントとしない。必要に応じ、個別検討方式の地域ケア会議を活用する。

平成27年度中に総合事業をスタートする方向で再検討・取り組む場合のフロー案

7月頃までに

- ・第6期における総合事業の導入・推進方針を再検討
- ・第6期計画の趣旨・内容を、地域包括支援センター及び事業者と共有（説明の機会）

* 一般介護予防事業又は介護予防・生活支援サービス事業として活用が期待できるところには直接出向き情報収集する。

9月頃までに

- ・地域包括支援センター等から地域の社会資源、人材資源の状況を取材する。
- ・モデルとなる先行事例を研究
- ・事業台帳システム、支払システムの構築に向けた準備

予算補正
条例改正

12月補正予算＋条例改正

* 以下の費用に係る補正が考えられる。

- ・協議体立ち上げ、運営のための費用（報償費等）
- ・切り替え以後の介護予防事業費から地域支援事業費への付け替え（歳入・歳出とも）
- ・システム改修費用 等

* 条例で既定した総合事業開始時期の変更改正を行う。

* 一般会計や無報償で召集できれば、総合事業スタート前に協議体を立ち上げて話し合いを先行させることも考えられる。

総合事業のスタート(28年1月又は2月)・・・上限設定のメリットが使える！

協議体（第1層）の立ち上げ

- ・総合事業に向けた課題抽出と解決の方向性
- ・住民主体、住民参加の拠点探し、拠点づくり
- ・社会資源、人材資源の充足状況

- ・新たな介護予防ケアマネジメントの実施方針
- ・事業者基準、利用料基準、事務処理要綱等

多様化されたサービス、事業が徐々に展開していく

* 総合事業スタートの際に準備できた事業主体の種類により策定の範囲、時期は異なる。

H28年度からの本格実施に向けた事業設計～スケジュール

総合事業の導入に向けたメッセージ

- 2025年型のまちづくりに向けて、猶予はあと11年しかありません。総合事業を活用したまちづくりを、いち早くスタートさせる必要があります。
- 総合事業への切り替え直後は、事業化に伴う費用が多くかかる可能性があります。よって、10%特例のメリットを最大限に活用できる平成27年度中の移行が得策です。
- 総合事業は、サービスの受け皿づくりを行うだけの仕事ではありません。総合事業を積極的に活用して高齢者が生きがいと目標をもって住み慣れた地域で暮らせるように、わがまちづくりを進めるプロジェクトです。
- 居場所づくり、拠点づくりを進め、そこで地域の人たちが自分たちで「やってみたい」という意欲が生まれ、自発的な介護予防が根付いていく。こうした、まちづくりによる介護予防の推進が第6期の介護予防のテーマです。
- 各自治体で先行して取り組んでいる事例を積極的に参考としてみましょう。その後の運用で必要なところをカスタマイズしていけば、最適な‘わがまち仕様’にできます。
- 庁内に横断的組織を立ち上げることが求められます。特に、都市計画や地域振興部門との連携が必要です。
- 今回の総合事業を上手く進めていくための推進エンジンは、どれだけ‘熱く’なれるか。その熱意を地域の方々に伝え、信頼関係を築き上げられれば、地域に介護予防の新しい‘波’が生まれるはず。全ての市町村で総合事業を活用したまちづくりの‘熱波’を津々浦々まで伝えていきましょう。

流山市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第23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。）の実施に関し、法及び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。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、法及び施行規則において使用する用語の例による。

(事業の内容)

第3条 市長は、総合事業として、次の各号に掲げる事業を実施するものとする。

(1) サービス事業

- ア 第1号訪問事業
- イ 第1号通所事業
- ウ 第1号生活支援事業
- エ 第1号介護予防支援事業

(2) 一般介護予防事業

- ア 介護予防把握事業
- イ 介護予防普及啓発事業
- ウ 地域介護予防活動支援事業
- エ 地域リハビリテーション活動支援事業
- オ 一般介護予防事業評価事業

(総合事業の実施方法)

第4条 市長は、総合事業について、市が直接実施するもののほか、次の各号に掲げる方法により実施できるものとする。

- (1) 法第115条の45の3第1項に基づく指定事業者による実施
- (2) 法第115条の47第4項の規定に基づく施行規則第140条の69の規定に適合する者に対する委託による実施
- (3) 法施行規則第140条の62の3第1項第2号の規定に基づく補助

(一般介護予防事業の実施方法)

第5条 市長は、一般介護予防事業について、市が直接実施するもののほか、次の各号に掲げる方法により実施できるものとする。

- (1) 法第115条の47第4項の規定に基づく施行規則第140条の69の規定に適合する者に対する委託による実施
- (2) 法施行規則第140条の62の3第1項第2号の規定に基づく補助

(第1号事業支給費)

第6条 総合事業に係る第1号事業支給費の額は、当該各号に掲げる事業ごとに、当該各号に定めるとおりとする。

- (1) 施行規則第140条の63第1号イに規定する基準に従う第1号

訪問事業 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）第5条の規定による改正前の法（以下「平成26年改正前法」という。）第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護（以下「旧介護予防訪問介護」という。）に係る平成26年改正前法第53条第2項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準の例により算定した費用の額（当該額が現に当該事業のサービスに要した費用の額を超えるときは、当該事業のサービスに要した費用の額とする。）

の100分の90に相当する額

- (2) 施行規則第140条の63第1号イに規定する基準に従う第1号通所事業 平成26年改正前法第8条の2第7項に規定する介護予防通所介護（以下「旧介護予防通所介護」という。）に係る平成26年改正前法第53条第2項第1号に規定する厚生労働大臣が定める基準の例により算定した費用の額（当該額が現に当該事業のサービスに要した費用の額を超えるときは、当該事業のサービスに要した費用の額とする。）の100分の90に相当する額

- (3) 施行規則第140条の63の6第1号イに規定する基準に従う第1号介護予防支援事業 法第58条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準の例により算定した費用の額（当該額が現に当該事業のサービスに要した費用の額を超えるときは、当該事業のサービスに要した費用の額とする。以下「第1号介護予防支援事業基準額」という。）の100分の100に相当する額

- (4) 施行規則第140条の63の6第2号に規定する基準に従う第1号訪問事業のうち、主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス1回の利用につき200単位に1単位につき10円を乗じて得た額（当該額が現に当該事業のサービスに要した費用の額を超えるときは、当該事業のサービスに要した費用の額とする。）の100分の90に相当する額

- (5) 施行規則第140条の63の6第2号に規定する基準に従う第1号介護予防支援事業のうち、主にサービス利用開始時のみに行う介護予防ケアマネジメント 原則として、サービス提供開始月についてのみ、法第58条第2項に規定する厚生労働大臣が定める基準の例により算定した費用の額（当該額が現に当該事業のサービスに要した費用の額を超えるときは、当該事業のサービスに要した費用の額とする。）の100分の100に相当する額

2 前項に定めるもののほか、第1号事業支給費に関して必要な事項は市長が別に定める。

(給付管理)

第7条 居宅要支援被保険者が総合事業を利用する場合の支給限度額は、要支援状態区分に応じ、法第55条第2項の規定に基づいて介護予防サービス費等区分支給限度基準額として厚生労働大臣が定める額（以下「介護予防サービス費等区分支給限度基準額」という。）について同条第1項の規定により算定した額とする。

- 2 厚生労働省告示で定める基本チェックリストの記入内容が事業対象基準に該当した者（以下「事業対象者」という。）が総合事業を利用する場合（指定事業者のサービスを利用する場合のみ）の支給限度額は、要支援１に係る介護予防サービス費等区分支給限度基準額について同条第１項の規定により算定した額（以下「事業対象者支給限度額」という。）とする。
- 3 前項の規定にかかわらず、利用者の自立支援を推進するものとして市長が必要と認めた場合には、前項の事業対象者支給限度額を超える額を事業対象者支給限度額とすることができる。
（指定の有効期間）
- 第８条 施行規則第１４０条の６３の７の規定により、市が定める期間は、６年とする。
（指定事業者の基準等）
- 第９条 法第１４０条の６３の６第１号イの基準により市が定める基準及び同条第２号の基準により市が定める基準並びに法第１１５条の４５の３第１項の指定に関する手続きは、市長が別に定める。
（利用料）
- 第１０条 法第１１５条の４５第５項の規定より、居宅要支援被保険者及び事業対象者が総合事業を利用したときの利用料については、当該事業ごとに次の各号に定めるとおりとする。
- （１）施行規則第１４０条の６３第１号イに規定する基準に従う第１号訪問事業 旧介護予防訪問介護に係る平成２６年改正前法第５３条第２項第１号に規定する厚生労働大臣が定める基準の例により算定した費用の額（当該額が現に当該事業のサービスに要した費用の額を超えるときは、当該事業のサービスに要した費用の額とする。）の１００分の１０に相当する額（２）施行規則第１４０条の６３第１号イに規定する基準に従う第１号通所事業 旧介護予防通所介護に係る平成２６年改正前法第５３条第２項第１号に規定する厚生労働大臣が定める基準の例により算定した費用の額（当該額が現に当該事業のサービスに要した費用の額を超えるときは、当該事業のサービスに要した費用の額とする。）の１００分の１０に相当する額
- （３）施行規則第１４０条の６３の６第２号に規定する基準に従う第１号訪問事業のうち、主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス１回の利用につき２００単位に１単位につき１０円を乗じて得た額（当該額が現に当該事業のサービスに要した費用の額を超えるときは、当該事業のサービスに要した費用の額とする。）の１００分の１０に相当する額
（委任）
- 第１１条 この要綱に定めるもののほか、総合事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。
附 則
この要綱は、平成２７年４月１日から施行する。

流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第23号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する第1号事業を行う事業者の指定に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、法及び施行規則において使用する用語の例による。

(事業者指定)

第3条 法第115条の45の5第1項の規定に基づき指定事業者の指定を受けようとする者は、流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書（別記第1号様式）に、関係書類を添えて市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、指定の可否を決定し、流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定通知書（別記第2号様式）又は流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請却下通知書（別記第3号様式）により、同項の申請をした者に通知するものとする。

3 前項の規定により指定する旨の通知を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に掲示しなければならない。

(指定の更新)

第4条 法第115条の45の6第1項の規定に基づき指定事業者の更新を受けようとする者は、流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書（別記第4号様式）に、関係書類を添えて市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、指定更新の可否を決定し、流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書（別記第5号様式）又は流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請却下通知書（別記第6号様式）により、同項の申請をした者に通知するものとする。

3 前項の規定により指定する旨の通知を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に掲示しなければならない。

(変更の届出等)

第5条 第5条第2項の規定による指定事業者の指定（第10条第2項の規定による指定の更新に係る指定を含む。）を受けている者（以下「指定事業者」という。）は、施行規則第140条の63の5第1項で定める事項に変更があったときは、10日以内に、流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書（別記第7号様式）により、市長に届け出なければならない。

2 指定事業者は、当該指定に係る事業を廃止し、又は休止しようとするときは、流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書（別記第8号様式）により、当該廃止又は休止の日の1月

前までに市長に届け出なければならない。

3 指定事業者は、休止した当該指定に係る事業を再開したときは、10日以内に、流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書（別記第9号様式）により、市長に届け出なければならない。（指定の取消し等）

第6条 市長は、法第115条の45の9の規定により、指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止したときは、流山市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定取消し・停止通知書（別記第10号様式）により、当該指定の取消し又は停止に係る者に通知するものとする。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、第1号事業を行う事業者の指定に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

【 別記様式 一略一 】

参考資料編③ 訪問型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱

流山市指定訪問型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第23号。以下「法」という。）第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業（以下「訪問型サービス」という。）のうち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63の6第2号の規定に基づき、主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス（以下「訪問型サービスA」という。）の事業の人員及び運営に関する基準について定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 旧介護予防訪問介護 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成26年法律第83号)第5条の規定による改正前の法第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護をいう。
- (2) 地域包括支援センター等 地域包括支援センター及び地域包括支援センターからの委託に基づいて予防ケアマネジメントを実施する居宅介護支援事業者をいう。
- (3) 要支援者等 要支援認定者及び厚生労働省告示で定める基本チェックリスト（以下「基本チェックリスト」という。）の記入内容が事業対象基準に該当した者（以下「事業対象者」という。）
- (4) 常勤換算方法 当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の員数に換算する方法をいう。

(事業の一般原則)

第3条 法第115条の45の5第1項の規定により訪問型サービスAの事業に係る指定事業者の指定を受けた者（以下「指定訪問型A事業者」という。）は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。

2 指定訪問型A事業者は、事業を運営するに当たっては、地域との結びつきを重視し、市、他のサービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。（基本方針）

第4条 指定訪問型A事業者から当該指定に係る訪問型サービスAを行う事業所により行われる訪問型サービスA（以下「指定訪問型サービスA」という。）の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善又は生活機能の維持又は向上を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、掃除、買い物、調理などの生活支援を行うことにより、利用者の心身機能の維

持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

2 指定訪問型サービスAの事業は、当該サービスの利用により生活機能の維持、向上等を図ることが適切であることを地域包括支援センター等のケアマネジメントにより認められた要支援者等が利用するものとする。

3 指定訪問型A事業者は、要支援者等のニーズに応じて明確な目標を定めて、自立支援に資するサービスを提供することにより、一般介護予防事業等への移行を図るよう努めなければならない。

(従業者等の員数)

第5条 指定訪問A事業者は、当該事業を行う事業所（以下「指定訪問型A事業所」という。）ごとに、従業者（指定訪問型サービスAの提供に当たる介護福祉士、法第8条の2第2項に規定する政令で定める者、別に市長が定める研修を受講した者をいう。以下同じ。）について、当該指定訪問型サービスAの提供を適切に実施するために必要な員数を置かなければならない。

2 指定訪問型A事業者が指定訪問介護事業者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第5条第1項に規定する指定訪問介護事業者をいう。以下同じ。）又は指定介護予防訪問介護事業者（介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成27年省令第4号）第5条の規定による改正前の指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号。以下「旧指定介護予防サービス等基準」という。）第5条第1項に規定する指定介護予防訪問介護事業者をいう。以下同じ。）の指定を併せて受け、かつ、指定訪問型サービスAの事業と指定訪問介護（指定居宅サービス等基準第3条に規定する指定訪問介護をいう。以下同じ。）又は指定介護予防訪問介護（旧指定介護予防サービス等基準第4条に規定する指定介護予防訪問介護をいう。以下同じ。）の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、当該事業所における指定訪問型サービスA及び指定訪問介護又は指定介護予防訪問介護に係る訪問介護員等（指定居宅サービス等基準第5条第1項又は旧指定介護予防サービス等基準第5条第1項の訪問介護員等をいう。）の員数を、常勤換算方法で、2.5人以上とする。

3 指定訪問型A事業者は、指定訪問型A事業所ごとに、従業者のうち、当該事業所における指定訪問型サービスAに係る利用者の数に応じ、必要な数の者を訪問事業責任者としなければならない。

4 指定訪問型A事業者が指定訪問介護事業者又は指定介護予防訪問介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定訪問型サービスAの事業と指定訪問介護の事業又は指定介護予防訪問介護の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定居宅サ-

ビス等基準第5条第2項又は旧指定介護予防サービス等基準第5条第2項の規定により置くべきサービス提供責任者の員数は、当該事業所における指定訪問介護又は指定介護予防訪問介護に係る利用者（以下「指定訪問介護等利用者」という。）の数が40又はその端数を増すごとに1人以上の者を置かなければならない。この場合において、当該サービス提供責任者の員数については、指定訪問介護等利用者の数に応じて常勤換算方法によることができる。

5 前項の利用者の数は、前3月の平均値とする。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。

6 指定訪問型A事業者が指定訪問介護事業者又は指定介護予防訪問介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定訪問型サービスAの事業と指定訪問介護の事業又は指定介護予防訪問介護の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定居宅サービス等基準第5条第1項から第4項まで又は旧介護予防サービス等基準第5条第1項から第4項までに規定する人員に関する基準を満たすことをもって、第2項及び第4項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

（管理者）

第6条 指定訪問型A事業者は、指定訪問型A事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問型A事業所の管理上支障がない場合は、当該指定訪問型A事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

（設備に関する基準）

第7条 指定訪問型A事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定訪問型サービスAの提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

2 指定訪問型A事業者が、指定訪問介護事業者又は指定介護予防訪問介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定訪問型サービスAの事業と指定訪問介護の事業又は指定介護予防訪問介護の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定居宅サービス等基準第7条第1項又は旧指定介護予防サービス等基準第7条第1項に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、前項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

（内容及び手続きの説明及び同意）

第8条 指定訪問型A事業者は、指定訪問型サービスAの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第12条に規定する重要事項に関する規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

（提供拒否の禁止）

第9条 指定訪問型A事業者は、正当な理由なく、指定訪問型サービス

Aの提供を拒んではならない。

（サービスの提供の記録）

第10条 指定訪問型A事業者は、指定訪問型サービスAを提供した際には、当該指定訪問型サービスAの提供日及び内容、法定代理受領（法第115条の45の3第3項の規定により第1号事業支給費が利用者に代わり当該訪問A事業者を支払われることをいう。以下同じ。）に係る第1号事業支給費（同条第2項に規定する第1号事業支給費をいう。以下同じ。）の額その他必要な事項を、当該利用者の指定訪問型サービスAの提供に係る計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

2 指定訪問型A事業者は、指定訪問型サービスAを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

（利用料等の受領）

第11条 指定訪問型A事業者は、法定代理受領に係る指定訪問型サービスAを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定訪問型サービスAに係る第1号事業支給費基準額（法第115条の45の3第2項に規定する厚生労働省令で定めるところにより市が算定した費用の額（その額が現に当該指定訪問型サービスAに要した費用の額を超えときは、当該現に指定訪問型サービスAに要した費用の額とする。）をいう。以下同じ。）から当該指定訪問型A事業者を支払われる第1号事業支給費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

2 指定訪問型A事業者は、法定代理受領に該当しない指定訪問型サービスAを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定訪問型サービスAに係る第1号事業支給費基準額との間に不合理な差額が生じないようにしなければならない。

3 指定訪問型A事業者は、前2項の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問型サービスAを行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができる。

4 指定訪問型A事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

（運営規程）

第12条 指定訪問型A事業者は、指定訪問型A事業所ごとに、事業の目的及び運営の方針、営業日及び営業時間、従業者の員数及び職務内容、指定訪問型サービスAの内容及び利用料その他の費用の額、通常の事業の実施地域、緊急時等における対応方法その他の運営に関する重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

（衛生管理等）

第13条 指定訪問型A事業者は、従業者の清潔の保持及び健康状態の管理のための対策を講じなければならない。

（秘密保持等）

第14条 指定訪問A事業者は、従業者又は従業者であった者が、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すことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

（苦情処理）

第15条 指定訪問型A事業者は、提供した指定訪問型サービスAに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するための必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問型A事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

3 指定訪問型A事業者は、提供した指定訪問型サービスAに関し、法第115条の45の7の規定により市が行う報告等の求め、市の職員からの質問、帳簿書類その他の物件の検査等に応じるとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 指定訪問型A事業者は、市からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市に報告しなければならない。

（事故発生時の対応）

第16条 指定訪問型A事業者は、利用者に対する指定訪問型サービスAの実施により事故が発生した場合に、次の各号に掲げる措置を講ずる旨及びその実施方法を定めなければならない。

（1）当該利用者の家族、当該利用者に係る指定訪問型サービスAの事業による援助を行う地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずること。

（2）事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

（3）賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと。

（個別サービス計画）

第17条 訪問事業責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、必要に応じ、指定訪問型サービスAの目標、当該目標を達成するためのサービスの提供内容等を記載した個別サービス計画（以下「個別サービス計画」という。）を作成するものとする。

2 個別サービス計画は、既に法第8条の2第16項に規定する介護予防サービス計画（施行規則第83条の9第1号ハ及びニに規定する計画を含む。）又は施行規則第140条の62の5第1項第1号に規定する居宅要支援被保険者等ごとに作成される計画（以下「介護予防サービス計画等」という。）が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成するものとする。

3 訪問事業責任者は、個別サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4 訪問事業責任者は、個別サービス計画を作成した際には、当該個別

サービス計画を利用者に交付しなければならない。

5 訪問事業責任者は、個別サービス計画に係る利用者の状態、当該利用者に対する指定訪問型サービスAの提供状況等について、適時、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した指定介護予防支援事業者に報告するものとする。

6 訪問事業責任者は、必要に応じ、当該個別サービス計画の実施状況の把握を行い、その結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した指定介護予防支援事業者に報告するものとする。

（記録の整備）

第18条 指定訪問型A事業者は、利用者に対する指定訪問型サービスAの提供に関し、前条の個別サービス計画（作成した場合に限る。）、提供した具体的なサービスの内容等の記録、利用者及びその家族からの苦情の内容等の記録並びに発生した事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

（廃止・休止の届出と便宜の提供）

第19条 指定訪問型A事業者は、当該指定訪問型サービスAの事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の日の1月前までに、次の各号に掲げる事項を市長に届け出なければならない。

（1）廃止し、又は休止しようとする年月日

（2）廃止し、又は休止しようとする理由

（3）現に指定訪問型サービスAを受けている者に対する措置

（4）休止しようとする場合にあっては、休止の予定期間

2 指定訪問型A事業者は、前項の規定による事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日前1月以内に当該指定訪問型サービスAを受けていた者であって、当該事業の廃止又は休止の日以後においても引き続き当該指定訪問型サービスAに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な指定訪問型サービスA等が継続的に提供されるよう、指定訪問型A事業者その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行うこと。

（準用）

第20条 介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成27年厚生労働省令第4号）附則第2条第3号若しくは第4条第3号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第11条、第13条、第14条（第2項を除く。）、第16条、第18条、第21条、第22条、第24条、第25条、第30条、第32条、第33条、第36条の規定は、指定訪問型サービスAの事業の基準について準用する。この場合において、これらの規定中「指定介護予防訪問介護事業者」とあるのは「指定訪問型A事業者」と、「指定介護予防訪問介護」とあるのは「指定訪問型サービス

A」と、「介護予防訪問介護」とあるのは「訪問型サービスA」と、「訪問介護員」及びとあるのは「従業者」と、「サービス提供責任者」とあるのは「訪問事業責任者」と、第11条第1項中「要支援認定の有無」とあるのは「要支援認定又は事業対象者であることの有無」と、第25条第3項中「第5条第2項」を「流山市指定訪問型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱第5条第3項」と読み替えるものとする。

（委任）

第21条 第3条から前条に定めるもののほか、指定訪問型サービスAの事業の人員、設備及び運営に関する基準については、市長が別に定める。

附則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

参考資料編④ 生活支援コーディネーターの設置に関する要綱

流山市生活支援コーディネーターの設置に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、生活支援コーディネーターの設置に関し、必要な事項を定めるものとする。

(設置)

第2条 地域における多様な主体による多様な取り組みのコーディネート機能を果たし、高齢者の生活支援・介護予防サービスの体制整備を推進することを目的として、生活支援コーディネーターを設置する。

2 生活支援コーディネーターは、流山市域（以下「市域」という。）で活動するコーディネーター（以下「市域コーディネーター」という。）及び日常生活圏域（以下「圏域」という。）で活動する生活支援コーディネーター（以下「圏域コーディネーター」という。）で構成する。

(委嘱)

第3条 生活支援コーディネーターは、次に掲げる要件を満たす者から市長が委嘱する。

- (1) 市民活動への理解があり、地域における助け合いや高齢者の生活支援に関する活動等に従事した実績がある者
- (2) 地域の公益的活動の視点を持ち、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体と連絡調整ができる者
- (3) 公平・公正な視点をもって活動に従事できる者

(市域コーディネーターの活動内容)

第4条 市域コーディネーターは、市域において、次の各号に掲げる活動を行う。

- (1) 市域における協議体の設置及び運営の検討に関すること。
- (2) 地域包括支援センター等の関係機関と連携した市域のニーズの把握及び社会資源の創出に関すること。
- (3) 市域における関係機関のネットワークの構築に関すること。
- (4) 圏域コーディネーターの活動の支援に関すること。

(圏域コーディネーターの活動内容)

第5条 圏域コーディネーターは、圏域において、次の各号に掲げる活動を行う。

- (1) 地域包括支援センター等の関係機関と連携した圏域のニーズの把握及び社会資源の創出に関すること。
- (2) 圏域における関係機関のネットワークの構築に関すること。

(3) 高齢者の生活支援に関する提供体制の構築のためのサービスの担い手の発掘及び養成に関すること。

(4) 地域の支援ニーズに応じたサービス提供主体の活動の結びつけに関すること。

(設置人数)

第6条 生活支援コーディネーターの設置人数は、以下のとおりとする。

- (1) 市域コーディネーター 1名
- (2) 圏域コーディネーター 圏域ごとに1名

(報告)

第7条 生活支援コーディネーターは、その活動の状況について、活動を実施した月の翌月10日までに、生活支援コーディネーター活動報告書（別記様式）により報告するものとする。

(報償)

第8条 市長は、前条の規定による報告に基づき、生活支援コーディネーターに対し、1日につき7,200円を報償費として支払うものとする。

(服務)

第9条 生活支援コーディネーターは、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 活動上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。
- (2) 生活支援コーディネーターとしての信頼を失墜させ、又は失墜させるおそれのある行為をしてはならない。

(任期)

第10条 生活支援コーディネーターの任期は、委嘱の日から介護保険法（平成9年法律第123号）第117条第1項の規定により市が定める市町村介護保険事業計画の1期の終期までとする。

2 前項の任期の満了までの間に生活支援コーディネーターが欠けたときは、速やかに公認の生活支援コーディネーターを補充するものとする。この場合において、当該後任の生活支援コーディネーターの任期は、前任者の残任期間とする。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、生活支援コーディネーターの設置に必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

流山市生活支援コーディネーターの 設置・活動に関する手引き (協議体の設置運営に関する指針を含む)

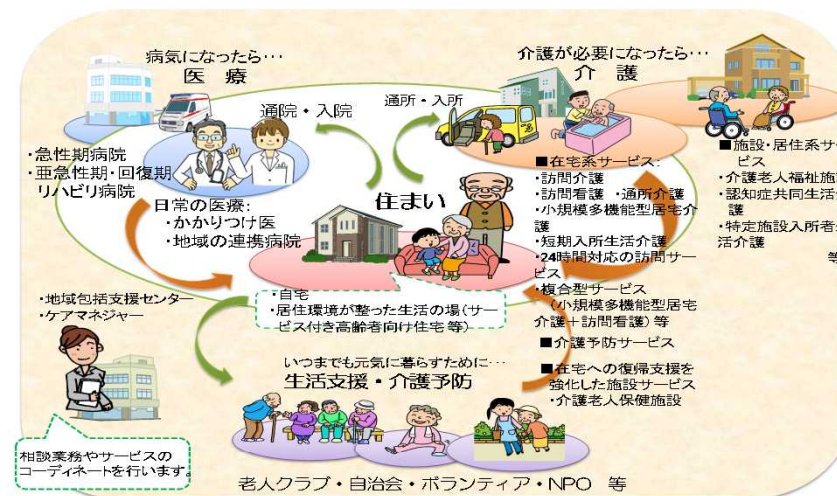


<平成27年4月制度スタート編>
流山市健康福祉部介護支援課

1

1 地域包括ケアシステムの構築と介護予防・日常生活支援総合事業の導入

2025年に向けて、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られるようにするために、市町村が中心となって介護、医療、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課題となっている。



(図1)地域包括ケアシステムのイメージ
*国のガイドライン資料から抜粋

こうしたことから、平成27年4月1日施行の改正介護保険法では、115条の4第1項において、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を位置づけるとともに、総合事業の実施について、市町村が中心となって、地域の実情に応じ、住民等の多様な主体が参画して多様なサービスの充実を図ることで、支え合いの地域社会づくりを推進しようとするものである。

特に、軽度の援助が必要な要支援者（要支援1及び要支援2の者をいう。以下同じ。）については、掃除や買い物などの生活行為の一部が難しくなっている傾向にあるが、日常生活行為（ADL）は自立している場合が多い。

したがって、こうした要支援者の多様な生活支援ニーズについて、従来予防給付として援助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、市町村の行う総合事業に移行し、要支援者の能力を最大限に活かしつつ、地域の特性を活かした住民等が参加した多様なサービスを総合的に提供する仕組みを構築していくこととなったものである。

2 総合事業の考え方・背景

総合事業では、住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の利用できる支援サービスの多様化を図っていく。

その結果として、高齢者の社会参加の促進や住民同士の支え合いの地域社会の仕組み構築・推進が図られていくとともに、認定に至らない高齢者の増加や、要支援状態からの自立の促進や重度化予防が推進され、費用の効率化が図られる効果も期待できる。

また、住民が参加した多様なサービス主体の構築については、介護保険法第140条の4第2項第5号に規定する生活支援体制整備事業（包括的支援事業の一類型）に基づいて、NPO、ボランティア、地縁組織（自治会等）、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やネットワークの構築を進めていく。

さらに、これからの介護予防については、地域の中に生きがいや、本人が何らかの役割をもって生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者が活動的な状態を維持するような仕組みづくりが重要となる。

3 地域における生活支援・介護予防の仕組みの充実と住民参加について

要支援者や軽度の支援を要する高齢者については、生活機能の低下に起因する日常生活上の困りごとなど多様な支援が求められている。

今後、地域ではひとり暮らし高齢者や、高齢者のみ世帯がますます増加していく。したがって、元気な高齢者をはじめとする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ていく。

- 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「生活支援サービスコーディネーター」の配置などを内容とする生活支援体制整備事業について、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



(図2)生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加
*国のガイドライン資料から抜粋

3

4 生活支援・介護予防サービスの充実化のための地域の社会資源・人材の開発・発掘のための取り組み

2及び3に記載したとおり、総合事業の実施や軽度の支援を要する高齢者への生活支援サービスの充実を推進していくためには、地域住民が担い手に加わることや、高齢者の社会参加による支え合いの地域社会の構築を図ることが必要となる。さらに高齢者の生きがい、役割づくりのための居場所や出番づくりを進め、高齢者が活動的な状態を維持できるような仕組みを地域社会に構築する必要がある。

具体的には、総合事業においては、サービスの提供主体が、従来の指定サービス事業者に加え、訪問介護員と雇用労働者（資格を有しない者）が従事者となり人員等の基準を緩和したサービス提供主体や、ボランティアが主体となった住民主体によるサービス提供主体が、要支援者等に対し、訪問又は通所のサービスを提供する仕組みが展開されていくようになっていく。

このように、今後の生活支援・介護予防サービスの体制整備においては、地域住民が担い手として参加していく仕組みを講じていくこととなるが、そのためには、地域の中から元気高齢者をはじめとした住民が、積極的にNPOや、社会福祉法人、地縁組織などに加入し、又は参加し、若しくは（有償）ボランティア活動に従事するようになっていく必要がある。

また、高齢者の居場所や出番づくりが地域で展開されていくためには、身近なところに拠点や場所、仕組みが整備されていく必要がある。

こうした必要性から、今回の制度改正では、介護保険法の規定に基づく生活支援体制整備事業として、『生活支援コーディネーター』及び『協議体』の設置・活用を通じて、軽度の支援が必要な方々の支援の担い手として地域の人材発掘のほか、住民主体の生活支援サービスの創設など、地域の互助力を高める取り組みを積極的に進めていくことになったものである。

5 生活支援コーディネーターの配置について

(1) 生活支援コーディネーターの定義

高齢者の生活支援・介護予防サービスに関し住民が参加した多様な提供体制整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等の提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に人材発掘・育成、地域のニーズの把握と社会資源の開発、ネットワーク構築の機能）を果たす者とする。

○ コーディネート機能は、概ね以下の3層で展開する。

なお、介護保険法第140条の4第2項第5号の生活支援体制整備事業は、第1層及び第2層の機能を充実し、体制整備を推進していくものである。

- ・ 第1層 流山市全域を対象としコーディネート機能を展開するもの
- ・ 第2層 日常生活圏域(地域包括支援センターの担当地域)を対象としコーディネート機能を展開するもの
- ・ 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を展開するもの

(図3)生活支援コーディネーターの概要

生活支援コーディネーターの配置				
	担当区域等	役割	委嘱の方向性	その他
高齢者の生活支援の基盤整備に向けた取り組み	流山市域（第1層）	(A) 資源開発 ○ 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	現時点（＝平成27年3月15日）で、国の実施するコーディネーター養成研修を修了した者がおり、この者を平成27年4月1日付けで第1層のコーディネーターに委嘱する。	第1層のコーディネーター機能として、協議体の設置に向けた活動、第2層のコーディネーターへの助言・指導機能を含む。
	日常生活圏域（地域包括支援センターの担当地域）を（第2層）対象として	(B) ネットワーク構築 ○ 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 (C) ニーズと取組のマッチング ○ 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	委嘱要件（(2)の③のイ参照）を備えた者を日常生活圏域ごとに1名ずつ委嘱する。今後、適任者の選出に向けて準備を進めるが、必要に応じて、協議体の意見を反映しつつ選出していくものとする。平成27年度中に委嘱することを目指す。	

※ 上記以外に、コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援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。

(2) 生活支援コーディネーターの役割

- ア 生活支援等の担い手の養成、サービスの開発 …… 第1層及び第2層
- イ 関係者のネットワーク …… 第1層及び第2層
- ウ ニーズとサービスのマッチング …… 第2層

(3) 生活支援コーディネーターの委嘱

- ア 第1層（市域レベルの生活支援コーディネーター）
第1層のコーディネーターを1名委嘱する。（2）の役割に基づき、以下の業務を遂行する。
→ 流山市域における関係者のネットワークづくり、生活支援の担い手、サービスの開発に関する仕組み・手法に関し地域包括支援センターと連携し構築する。
当面（平成27年度）は、6に記する「協議体」の設置に向けて取り組む。また、次のイの日常生活圏域ごとに配置する第2層のコーディネーターの活動等の助言・支援を行うものとする。
- イ 日常生活圏域（＝地域包括支援センターの担当地域）において（2）のア～ウの業務を遂行するコーディネーターを日常生活圏域ごとに1名ずつ委嘱する。平成27年度中に配置することを目指す。
- ウ 生活支援コーディネーターの委嘱要件
生活支援コーディネーターの役割が、主に地域の人材や社会資源の開発、連携作りを行うものであることから、市民活動への理解が求められるほか、一定の経験、専門性も必要になる。

5

したがって、地域の支え合いや高齢者に関するNPO活動等に従事した経験がある者であるほか、今回の介護保険制度改正の理念と流山市における地域包括ケアシステムの構築を理解し、公平・公正な視点をもって活動することが期待できる者をコーディネーターに委嘱する。

また、委嘱の際には、国又は県の実施するコーディネーター養成研修を修了することを要件とする。なお、特定の資格を必要とするものではない。

エ 第1層のコーディネーターについて

現時点（＝平成27年3月15日）で、上記イの資質を備えた者（NPO法人に所属する者）で、国の実施するコーディネーター養成研修を修了したものがおり、この者を平成27年4月1日付けで第1層のコーディネーターに委嘱する。

オ 第2層のコーディネーターの委嘱候補者選出の進め方について

上記ウの要件を備えた者を日常生活圏域ごとに1名ずつ委嘱するが、今後、適任者の選出に向けて準備を進めるが、必要に応じて、以下に記述する『協議体』の意見を反映しつつ選出していくものとする。

第2層のコーディネーターは、平成27年度中に委嘱することを目指す。

カ コーディネーターの委嘱期間等

- ・第1層のコーディネーター＝ 平成27年4月1日～平成30年3月31日
- ・第2層のコーディネーター＝ 委嘱した日～平成30年3月31日

* いずれも介護保険事業計画期間との整合を図ったもの。

また、いずれも再任を妨げないものとし、コーディネーターが委嘱期間の途中で辞した場合の後任の者の委嘱期間は、前任者の残任期間とする。

キ コーディネーターの活動費用について

当面は、協議体の設置に向けた取り組み、地域包括支援センターと地域の社会資源等の把握に係る情報共有を中心に活動することから、流山市が指定又は認めた会議等への参加・出席をした場合に、1回につき、7,200円を支給する。

平成27年度後半以降、第2層のコーディネーターの委嘱に伴っては、コーディネーターの地域におけるコーディネート活動を行った場合の費用の支払い方法については、単価、支給対象、確認方法等を定めた上で確立していくこととする。

6 協議体の設置・運用について

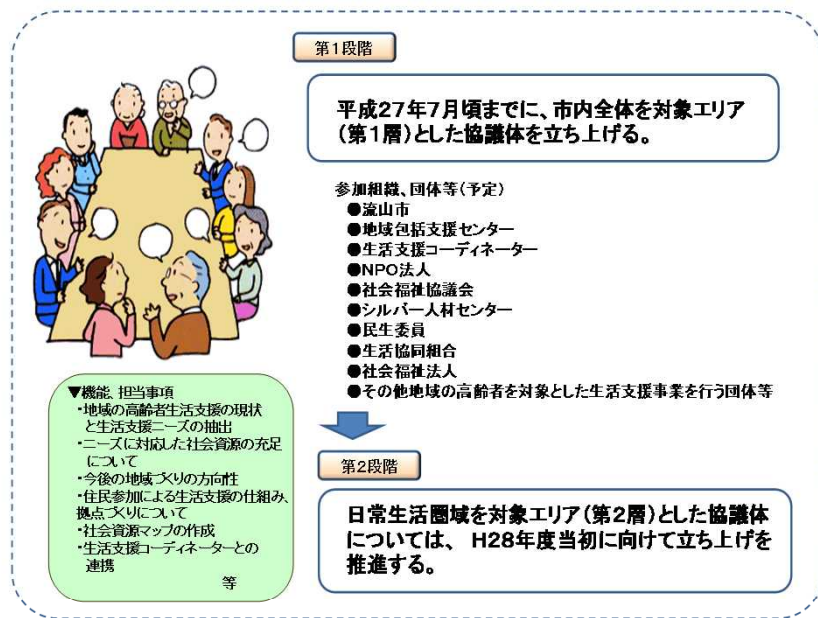
(1) 協議体の設置目的

生活支援等サービスの体制整備・強化に向けて、多様な主体の参画と活動の活発化が求められる。

しかしながら、これまでは、高齢者に関する生活支援等を担う団体・機関等が、それぞれ個々の活動が活発に行われてきた。今後は、こうした団体・機関等の連携を推進することにより、それぞれの活動をより効果的に展開するよう図るとともに、連携した活動の展開を推進することにより、高齢者の多様な生活支援ニーズに応えていくことを可能としていく。

よって、「定期的な情報の共有、連携強化の場」として『協議体』を設置することにより、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することを目的とするものである。

(図4)協議体の設置イメージ



(2) 協議体の役割等(国のガイドラインからの抜粋)

- ア コーディネーターの組織的な補完(コーディネーターのバックアップ機能)
- イ 地域ニーズの把握
- ウ 情報の見える化の推進
- エ 企画、立案、方針策定を行う場
- オ 地域づくりにおける意識の統一を図る場
- カ 情報交換の場

(3) 協議体の設置主体、時期

流山市が主体となって設置するが、設置に際しては、第1層のコーディネーターの協力を得て、協議体を設置する。

平成27年7月頃を目標に、まず、第1層の協議体を設置する。

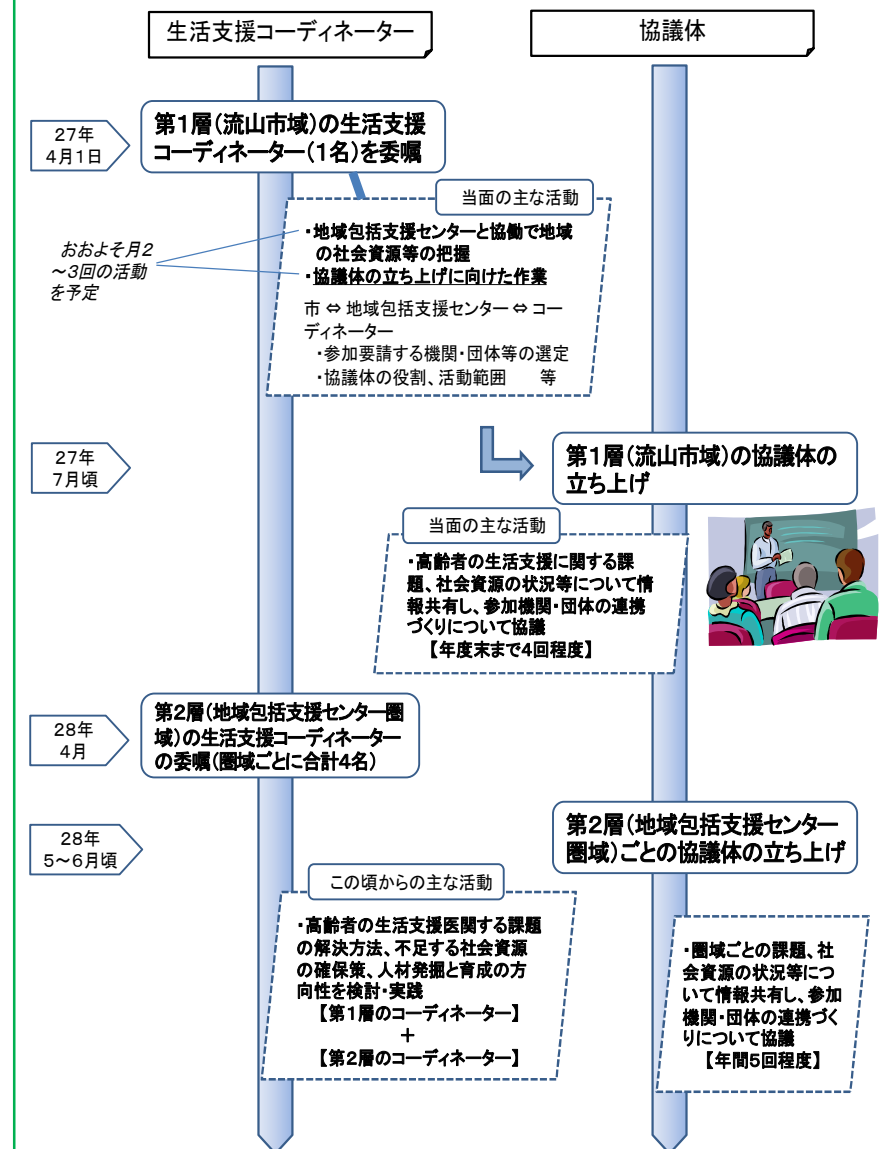
その後、第1層の協議体での意見交換に基づいて、平成28年度の早期を目標に、第2層(=日常生活圏域)ごとに、協議体を設置する。

協議体の運営主体は、当面、流山市が行うが、将来的には地域包括支援センター又は自主的な運営を図ることを推進する。特に、第2層の協議体の運営は、設置後、早い時点で地域包括支援センターが運営主体となることとする。

(4) 協議体の構成団体等

- ア 流山市
- イ 地域包括支援センター
- ウ コーディネーター
- エ 地域の関係機関・団体(NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、生活協同組合、ボランティア団体、シルバー人材センター、介護サービス事業者等)

【平成27年度～平成28年度のコーディネーターの配置及び協議体の設置運営に係る】



参考資料編⑥ 現行の介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービスの人員等の基準に関する要綱

流山市現行の指定介護予防訪問介護相当サービス及び指定介護予防通所介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める要綱

第1章 総則

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第23号。以下「法」という。）第115条の45第1項第1号イに規定する第1号訪問事業（以下「訪問型サービス」という。）のうち訪問介護相当のサービスの事業の人員及び運営に関する基準並びに訪問介護相当のサービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準並びに第115条の45第1項第1号ロに規定する第1号通所事業（以下「通所型サービス」という。）のうち通所介護相当のサービスの事業の人員及び運営に関する基準並びに通所介護相当サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 指定介護予防訪問介護相当サービス 訪問型サービスのうち地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。以下「整備法」という。）附則第11条又は第14条第2項の規定によりなおその効力を有するものとされた整備法第5条の規定（整備法附則第1条第3号に掲げる改正規定に限る。）による改正前の介護保険法（以下「旧法」という。）第53条第1項に規定する指定介護予防サービスに該当する旧法第8条の2第2項に規定する介護予防訪問介護をいう。
- (2) 介護予防通所介護相当サービス 整備法附則第11条又は第14条第2項の規定によりなおその効力を有するものとされた整備法第5条の規定（整備法附則第1条第3号に掲げる改正規定に限る。）による旧法第53条第1項に規定する指定介護予防サービスに該当する旧法第8条の2第7項に規定する介護予防訪問介護をいう。
- (3) 地域包括支援センター等 地域包括支援センター及び地域包括支援センターからの委託に基づいて予防ケアマネジメントを実施する居宅介護支援事業者をいう。
- (4) 要支援者等 要支援認定者及び基本チェックリストの実施により総合事業の対象者と認められた者をいう。

- (5) 常勤換算方法 当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の員数に換算する方法をいう。

第2章 指定に係る申請者の資格

(指定に係る申請者の資格)

第3条 法第115条の2第2項第1号に規定する条例で定める者は、法人とする。

第3章 事業の一般原則

(事業の一般原則)

第4条 法第115条の5第1項の規定により指定介護予防訪問介護相当サービスの事業に係る指定事業者の指定を受けた者（以下「指定訪問介護相当サービス事業者」という。）及び同項の規定により介護予防通所介護相当サービスの事業に係る指定事業者の指定を受けた者（以下「指定通所介護相当サービス事業者」という。）は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者及び指定通所介護相当サービス事業者は、訪問型サービス又は通所型サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市、他の介護予防サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

第4章 介護予防訪問介護

(基本方針)

第5条 指定訪問介護相当サービス事業者から当該指定に係る介護予防訪問介護相当サービスを行う事業所により行われる介護予防訪問介護相当サービス（以下「指定介護予防訪問介護相当サービス」という。）の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介

護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

（訪問介護員等の員数）

第6条 指定訪問介護相当サービス事業者が当該事業を行う事業所（以下「指定訪問介護相当サービス事業所」という。）ごとに置くべき訪問介護員等の員数は、常勤換算方法で、2.5以上とする。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定訪問介護相当サービス事業所ごとに、常勤の訪問介護員等のうち、利用者（当該指定訪問介護相当サービス事業者が指定訪問介護事業者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号以下「指定居宅サービス等基準」という。）第5条第1項に規定する指定訪問介護事業者をいう。以下同じ。）又は指定介護予防訪問介護事業者（介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成27年省令第4号）第5条の規定による改正前の指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号。以下「旧指定介護予防サービス等基準」という。）第5条第1項に規定する指定介護予防訪問介護事業者をいう。以下同じ。）の指定を併せて受け、かつ、指定介護予防訪問介護相当サービスの事業と、指定訪問介護（指定居宅サービス等基準第3条に規定する指定訪問介護をいう。以下同じ。）の事業又は指定介護予防訪問介護（旧指定介護予防サービス等基準第4条に規定する指定介護予防訪問介護をいう。以下同じ。）の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、当該事業所における指定介護予防訪問介護相当サービス及び指定訪問介護又は指定介護予防訪問介護の利用者。以下この条において同じ。）の数が40又はその端数を増すごとに一人以上の者をサービス提供責任者としなければならない。この場合において、当該サービス提供責任者の員数については、利用者の数に応じて常勤換算方法によることができる。

3 前項の利用者の数は、前3月の平均値とする。ただし、新規に指定を受ける場合は、推定数による。

4 第2項前段のサービス提供責任者は、介護福祉士その他規則で定める者であって、専ら指定介護予防訪問介護相当サービスに従事するものをもって充てなければならない。ただし、利用者に対する指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に支障がない場合は、同一敷地内にある指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は指定夜間対応型訪問介護事業所に従事することができる。

5 指定訪問介護相当サービス事業者が指定訪問介護事業者又は指定介護予防訪問介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定介護予防訪問介護相当サービスの事業と指定訪問介護の事業又は指定介護予防訪問介護の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定居宅サービス等基準第5条第1項から第4項まで又は旧指定介護予防サービス等基準第5条第1項から第4項までに規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

（管理者）

第7条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定訪問介護相当サービス事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問介護相当サービス事業所の管理上支障がない場合は、当該指定訪問介護相当サービス事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

（設備及び備品等）

第8条 指定訪問介護相当サービス事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者が指定訪問介護事業者又は指定介護予防訪問介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定介護予防訪問介護相当サービスの事業と指定訪問介護の事業又は指定介護予防訪問介護の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定居宅サービス等基準第7条第1項又は旧指定介護予防サービス等基準第7条第1項に規定する設備に関する基準を満たすこ

とをもって、前項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

（内容及び手続の説明及び同意）

第9条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第27条に規定する重要事項に関する規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、前項の規定による文書の交付に代えて、別に定めるところにより、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって別に定めるものにより提供することができる。この場合において、当該指定訪問介護相当サービス事業者は、当該文書を交付したものとみなす。

（提供拒否の禁止）

第10条 指定訪問介護相当サービス事業者は、正当な理由なく指定介護予防訪問介護相当サービスの提供を拒んではならない。

（サービス提供困難時の対応）

第11条 指定介護予防訪問介護相当サービスは、当該指定訪問介護相当サービス事業所の通常の事業の実施地域等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な指定介護予防訪問介護相当サービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る介護予防支援事業者への連絡、適当な他の指定訪問介護相当サービス事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。

（受給資格等の確認）

第12条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間を確かめるものとする。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、前項の被保険者証に、法第

115条の3第2項の規定により認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定介護予防訪問介護相当サービスを提供するように努めなければならない。

（要支援認定の申請に係る援助）

第13条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供の開始に際し、要支援認定を受けていない利用申込者については、要支援認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、介護予防支援（これに相当するサービスを含む。）が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行わなければならない。

（心身の状況等の把握）

第14条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たっては、利用者に係る介護予防支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

（介護予防支援事業者等との連携）

第15条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスを提供するに当たっては、介護予防支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る介護予防支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

（介護予防サービス費の支給を受けるための援助）

第 16 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供の開始に際し、利用申込者が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 83 条の 9 各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、介護予防サービス計画の作成を介護予防支援事業者に依頼する旨を市に対して届け出ること等により、介護予防サービス費の支給を受けることができる旨を説明すること、介護予防支援事業者に関する情報を提供することその他の介護予防サービス費の支給を受けるために必要な援助を行わなければならない。

（介護予防サービス計画に沿ったサービスの提供）

第 17 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、介護予防サービス計画（施行規則第 83 条の 9 第 1 号ハ及びニに規定する計画を含む。）又は施行規則第 140 条の 62 の 5 第 1 項第 1 号に規定する居宅要支援被保険者等ごとに作成される計画（以下「事業サービス計画」という。）が作成されている場合は、当該計画に沿った指定介護予防訪問介護相当サービスを提供しなければならない。

（介護予防サービス計画等の変更の援助）

第 18 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、利用者が介護予防サービス計画又は事業サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る介護予防支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければならない。

（身分を証する書類の携行）

第 19 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、訪問介護員等に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

（サービスの提供の記録）

第 20 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスを提供した際には、当該指定介護予防訪問介護相当サービスの提供日及び内容、当該指定介護予防訪問介護相当サービスについて法第 115 条の 45 の 3 第 3 項の規定により利用者に代わって支払を受ける第 1 号事業支給費の額その他必要な事項を、利用者の介護予防サービス計画を記載した書面若しくはサービス利用計画を記載し

た書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

（利用料等の受領）

第 21 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定介護予防訪問介護相当サービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定介護予防訪問介護相当サービスに係る第 1 号事業費基準額（法第 115 条の 45 の 3 第 2 項に規定する厚生労働省令で定めるところにより市が算定した費用の額（その額が現に当該指定介護予防訪問介護相当サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に指定介護予防訪問介護相当サービスに要した費用の額とする。）をいう。以下同じ。）から当該指定訪問介護相当サービス事業者に支払われる第 1 号事業費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定介護予防訪問介護相当サービスを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定介護予防訪問介護相当サービスに係る第 1 号事業費基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

3 指定訪問介護相当サービス事業者は、前各項の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定介護予防訪問介護相当サービスを行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができる。

4 指定訪問介護相当サービス事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

（保険給付の請求のための証明書の交付）

第 22 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、法定代理受領サービス

に該当しない指定介護予防訪問介護相当サービスに係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定介護予防訪問介護相当サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

（同居家族に対するサービス提供の禁止）

第23条 指定訪問介護相当サービス事業者は、訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する指定介護予防訪問介護相当サービスの提供をさせてはならない。

（利用者に関する市への通知）

第24条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスを受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市に通知しなければならない。

- （1）正当な理由なしに指定介護予防訪問介護相当サービスの利用に関する指示に従わないことにより、要支援状態の程度を増進させたと認められるとき又は要介護状態になったと認められるとき。
- （2）偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

（緊急時等の対応）

第25条 訪問介護員等は、現に指定介護予防訪問介護相当サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

（管理者及びサービス提供責任者の責務）

第26条 指定訪問介護相当サービス事業所の管理者は、当該指定訪問介護相当サービス事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業所の管理者は、当該指定訪問介護相当サービス事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

3 サービス提供責任者（第6条第2項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この節及び次節において同じ。）は、次の各号に掲げる業務を行うものとする。

（1）指定介護予防訪問介護相当サービスの利用の申込みに係る調整をすること。

（2）利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握すること。

（3）サービス担当者会議への出席等介護予防支援事業者等との連携に関すること。

（4）訪問介護員等（サービス提供責任者を除く。以下この条において同じ。）に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに利用者の状況についての情報を伝達すること。

（5）訪問介護員等の業務の実施状況を把握すること。

（6）訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施すること。

（7）訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施すること。

（8）その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。

（運営規程）

第27条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定訪問介護相当サービス事業所ごとに、次の各号に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかななければならない。

（1）事業の目的及び運営の方針

（2）従業者の職種、員数及び職務の内容

（3）営業日及び営業時間

（4）指定介護予防訪問介護相当サービス内容及び利用料その他の費用の額

（5）通常の事業の実施地域

（6）緊急時等における対応方法

（7）その他運営に関する重要事項

（介護等の総合的な提供）

第28条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの事業の運営に当たっては、入浴、排せつ、食事等の介護又は調理、洗濯、掃除等の家事（以下この条において「介護等」という。）を常に総合的に提供するものとし、介護等のうち特定の支援に偏することがあってはならない。

（勤務体制の確保等）

第 29 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、利用者に対し適切な介護予防訪問介護相当サービスを提供できるよう、指定訪問介護相当サービス事業所ごとに、訪問介護員等の勤務の体制を定めておかなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定訪問介護相当サービス事業所ごとに、当該指定訪問介護相当サービス事業所の訪問介護員等によって指定介護予防訪問介護相当サービスを提供しなければならない。

3 指定訪問介護相当サービス事業者は、訪問介護員等の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

（衛生管理等）

第 30 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定訪問介護相当サービス事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

（掲示）

第 31 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定訪問介護相当サービス事業所の見やすい場所に、第 27 条に規定する重要事項に関する規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

（秘密保持等）

第 32 条 指定訪問介護相当サービス事業所の従業者は、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。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、当該指定訪問介護相当サービス事業所の従業者であった者が、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すことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

3 指定訪問介護相当サービス事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により

得ておかなければならない。

（広告）

第 33 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定訪問介護相当サービス事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

（介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止）

第 34 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、介護予防支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

（苦情処理）

第 35 条 指定訪問介護相当サービス事業者は、提供した指定介護予防訪問介護相当サービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

3 指定訪問介護相当サービス事業者は、提供した介護予防訪問介護相当サービスに関し、法第 23 条の規定により市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 指定訪問介護相当サービス事業者は、市からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市に報告しなければならない。

5 指定訪問介護相当サービス事業者は、提供した介護予防訪問介護相当サービスに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第 176 条第 1 項第 3 号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

6 指定訪問介護相当サービス事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合

会に報告しなければならない。

（地域との連携）

第36条 指定訪問介護相当サービス事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定介護予防訪問介護相当サービスに関する利用者からの苦情に関して市が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

（事故発生時の対応）

第37条 指定訪問介護相当サービス事業者は、利用者に対する指定介護予防訪問介護相当サービスの提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る介護予防支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録しなければならない。

3 指定訪問介護相当サービス事業者は、利用者に対する指定指定介護予防訪問介護相当サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

（会計の区分）

第38条 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定訪問介護相当サービス事業所ごとに経理を区分するとともに、指定介護予防訪問介護相当サービスの事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。

（記録の整備）

第39条 指定訪問介護相当サービス事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかななければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、利用者に対する指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

（1）第41条第2号に規定する介護予防訪問介護相当サービス計画

（2）第20条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録

（3）第24条に規定する市への通知に係る記録

（4）第35条第2項に規定する苦情の内容等の記録

（5）第37条第2項に規定する事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

（指定介護予防訪問介護相当サービスの基本取扱方針）

第40条 指定介護予防訪問介護相当サービスは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

2 指定訪問介護相当サービス事業者は、自らその提供する指定介護予防訪問介護相当サービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

3 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たり、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。

4 指定訪問介護相当サービス事業者は、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければならない。

5 指定訪問介護相当サービス事業者は、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければならない。

（指定介護予防訪問介護相当サービスの具体的取扱方針）

第41条 訪問介護員等の行う指定介護予防訪問介護相当サービスの方針は、第5条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次の各号に掲げるところによる。

（1）指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うこと。

（2）サービス提供責任者は、前号に規定する利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防訪問介護相当サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した計画（以下「介護予防訪問介護相当

サービス計画」という。)を作成すること。

- (3) 介護予防訪問介護相当サービス計画は、既に介護予防サービス計画又は施行規則第140条の62の5第1項第1号に規定する居宅要支援支援保険者等ごとに作成される計画(以下「介護予防サービス計画等」という。)が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならないこと。
- (4) サービス提供責任者は、介護予防訪問介護相当サービス計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならないこと。
- (5) サービス提供責任者は、介護予防訪問介護相当サービス計画を作成した際には、当該介護予防訪問介護相当サービス計画を利用者に交付しなければならないこと。
- (6) 指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たっては、介護予防訪問介護相当サービス計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な支援を行うこと。
- (7) 指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行うこと。
- (8) 指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うこと。
- (9) サービス提供責任者は、介護予防訪問介護相当サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、少なくとも一月に一回は、当該介護予防訪問介護相当サービス計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した指定介護予防支援事業者に報告するとともに、当該介護予防訪問介護相当サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも一回は、当該介護予防訪問介護相当サービス計画の実施状況の把握(以下この条において「モニタリング」という。)を行うこと。
- (10) サービス提供責任者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成し

た指定介護予防支援事業者に報告しなければならないこと。

- (11) サービス提供責任者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防訪問介護相当サービス計画の変更を行うこと。

この場合においては、前各号の規定を準用する。

(指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たっての留意点)

第42条 指定介護予防訪問介護相当サービスの提供に当たっては、介護予防の効果を最大限高める観点から、次の各号に掲げる事項に留意しながら行わなければならない。

- (1) 指定訪問介護相当サービス事業者は、サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメントにおいて把握された課題、指定介護予防訪問介護相当サービスの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービス提供に努めること。
- (2) 指定訪問介護相当サービス事業者は、自立支援の観点から、利用者が、可能な限り、自ら家事等を行うことができるよう配慮するとともに、利用者の家族、地域の住民による自主的な取組等による支援、他の福祉サービスの利用の可能性についても考慮しなければならないこと。

第5章 介護予防通所介護

(基本方針)

第48条 指定通所介護相当サービス事業者から当該指定に係る介護予防通所介護相当サービスを行う事業所により行われる介護予防通所介護相当サービス(以下「指定介護予防通所介護相当サービス」という。)の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

(従業者の員数)

第49条 指定介護予防通所介護相当サービスの事業を行う者(以下「指定通所介護相当サービス事業者」という。)が当該事業を行う事業所(以下「指定通所介護相当サービス事業所」という。)ごとに置くべき従業者(以下この節から第5節までにおいて「介護予防通所介護相

当サービス従業者」という。)の員数は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 生活相談員 指定介護予防通所介護相当サービスの提供日ごとに、指定介護予防通所介護相当サービスを提供している時間帯に生活相談員(専ら当該指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たる者に限る。)が勤務している時間数の合計を当該指定介護予防通所介護相当サービスを提供している時間帯の時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数

(2) 看護師又は准看護師(以下この章において「看護職員」という。) 指定介護予防通所介護相当サービスの単位ごとに、専ら当該指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たる看護職員が1以上確保されるために必要と認められる数

(3) 介護職員 指定介護予防通所介護相当サービスの単位ごとに、当該指定介護予防通所介護相当サービスを提供している時間帯に介護職員(専ら当該指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たる者に限る。)が勤務している時間数の合計数を当該指定介護予防通所介護相当サービスを提供している時間数(次項において「提供単位時間数」という。)で除して得た数が利用者(当該指定通所介護相当サービス事業者が指定通所介護事業者(指定居宅サービス等基準第93条第1項に規定する指定通所介護事業者をいう。以下同じ。)又は指定介護予防通所介護事業者(旧指定介護予防サービス等基準第97条第1項に規定する指定介護予防通所介護事業者)をいう。以下同じ。)の指定を併せて受け、かつ、指定介護予防通所介護相当サービスの事業と、指定通所介護(指定通所介護指定居宅サービス等基準第92条に規定する指定通所介護をいう。以下同じ。)の事業又は指定介護予防通所介護(旧指定介護予防サービス等基準第96条に規定する指定介護予防通所介護をいう。以下同じ。)の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合にあつては、当該事業所における指定介護予防通所介護相当サービス及び指定通所介護又は指定介護予防通所介護の利用者。以下この条において同じ。)の数が15人までの場合にあつては1以上、利用者の数が15人を超える場合にあつては15人を超える部分の数を五で除して得た数

に一を加えた数以上確保されるために必要と認められる数

(4) 機能訓練指導員 1以上

2 当該指定通所介護相当サービス事業所の利用定員が10人以下である場合にあつては、前項の規定にかかわらず、看護職員及び介護職員の員数を、指定介護予防通所介護相当サービスの単位ごとに、当該指定介護予防通所介護相当サービスを提供している時間帯に看護職員又は介護職員(いずれも専ら当該指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たる者に限る。)が勤務している時間数の合計数を提供単位時間数で除して得た数が1以上確保されるために必要と認められる数とすることができる。

3 指定通所介護相当サービス事業者は、指定介護予防通所介護相当サービスの単位ごとに、第1項第3号の介護職員(前項の規定の適用を受ける場合にあつては、同項の看護職員又は介護職員。次項及び第7項において同じ。)を、常時1人以上当該指定介護予防通所介護相当サービスに従事させなければならない。

4 第1項及び第2項の規定にかかわらず、介護職員は、利用者の処遇に支障がない場合は、他の指定介護予防通所介護相当サービスの単位の介護職員として従事することができる。

5 前各項の指定介護予防通所介護相当サービスの単位は、指定介護予防通所介護相当サービスであつて、その提供が同時に1又は複数の利用者に対して一体的に行われるものをいう。

6 第1項第4号の機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する者とし、当該指定通所介護相当サービス事業所の他の職務に従事することができる。

7 第1項の生活相談員又は介護職員のうち、1人以上は、常勤でなければならない。

8 指定通所介護相当サービス事業者が指定通所介護事業者又は指定介護予防通所介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定介護予防通所介護相当サービスの事業と指定通所介護の事業又は指定介護予防通所介護が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定居宅サービス等基準第93条第1項から第7項まで又は旧指定介護予防サービス等基準第97条第1項から第7項までに規定する

人員に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなす。

（管理者）

第50条 指定通所介護相当サービス事業者は、指定通所介護相当サービス事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定通所介護相当サービス事業所の管理上支障がない場合は、当該指定通所介護相当サービス事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができる。

（設備及び備品等）

第51条 指定通所介護相当サービス事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定介護予防通所介護相当サービスの提供に必要なその他の設備及び備品等を備えなければならない。

2 前項に掲げる設備の基準は、次の各号に掲げるとおりとする。

- （1）食堂及び機能訓練室 それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上とすること。ただし、食事の提供の際にはその提供に支障がない広さを確保でき、かつ、機能訓練を行う際にはその実施に支障がない広さを確保できる場合にあっては、同一の場所とすることができる。
- （2）相談室 遮蔽物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されていること。

3 第1項に掲げる設備は、専ら当該指定介護予防通所介護相当サービスの事業の用に供するものでなければならない。ただし、利用者に対する指定介護予防通所介護相当サービスの提供に支障がない場合は、この限りでない。

4 前項ただし書の場合（指定通所介護相当サービス事業者が第1項の設備を利用し、夜間及び深夜に指定介護予防通所介護相当サービス以外のサービスを提供する場合に限る。）には、当該サービスの内容を当該サービスの提供の開始前に市長に届け出るものとする。

5 指定通所介護相当サービス事業者が指定通所介護事業者又は指定介護予防通所介護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定介護予防通

所介護相当サービスの事業と指定通所介護の事業又は指定介護予防通所介護の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定居宅サービス等基準第95条第1項から第3項まで又は旧指定介護予防サービス等基準第1項から第3項までに規定する設備に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなす。

（利用料の受領）

第52条 指定通所介護相当サービス事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定介護予防通所介護相当サービスを提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定介護予防通所介護相当サービスに係る第1号事業費基準額から当該指定通所介護相当サービス事業者に支払われる第1号事業費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

2 指定通所介護相当サービス事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定介護予防通所介護相当サービスを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、指定介護予防通所介護相当サービスに係る第1号事業費基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

3 指定通所介護相当サービス事業者は、前各項の支払を受ける額のほか、次の各号に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。

- （1）利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用
- （2）食事の提供に要する費用
- （3）おむつ代
- （4）前各号に掲げるもののほか、指定介護予防通所介護相当サービスの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの

4 前項第2号に掲げる費用については、居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（平成17年厚生労働省告示第419号）に定めるところによる。

5 指定通所介護相当サービス事業者は、第3項各号に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

（運営規程）

第53条 指定通所介護相当サービス事業者は、指定通所介護相当サービス事業所ごとに、次の各号に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程を定めておかなければならない。

- （1）事業の目的及び運営の方針
- （2）従業者の職種、員数及び職務の内容
- （3）営業日及び営業時間
- （4）指定介護予防通所介護相当サービスの利用定員
- （5）指定介護予防通所介護相当サービスの内容及び利用料その他の費用の額
- （6）通常の事業の実施地域
- （7）サービス利用に当たっての留意事項
- （8）緊急時等における対応方法
- （9）非常災害対策
- （10）その他運営に関する重要事項
（勤務体制の確保等）

第54条 指定通所介護相当サービス事業者は、利用者に対し適切な指定介護予防通所介護相当サービスを提供できるよう、指定通所介護相当サービス事業所ごとに従業者の勤務の体制を定めておかなければならない。

2 指定通所介護相当サービス事業者は、指定通所介護相当サービス事業所ごとに、当該指定通所介護相当サービス事業所の従業者によって指定介護予防通所介護相当サービスを提供しなければならない。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。

3 指定通所介護相当サービス事業者は、指定介護予防通所介護相当サービス従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

（定員の遵守）

第55条 指定通所介護相当サービス事業者は、利用定員を超えて指定介護予防通所介護相当サービスの提供を行ってはならない。

ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（非常災害対策）

第56条 指定通所介護相当サービス事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携の体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他の必要な訓練を行わなければならない。

（衛生管理等）

第57条 指定通所介護相当サービス事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

2 指定通所介護相当サービス事業者は、当該指定通所介護相当サービス事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

（記録の整備）

第59条 指定通所介護相当サービス事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定通所介護相当サービス事業者は、利用者に対する指定介護予防通所介護相当サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

- （1）第62条第2号に規定する介護予防通所介護相当サービス計画
- （2）次条において準用する第20第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- （3）次条において準用する第24条に規定する市への通知に係る記録
- （4）次条において準用する第35条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- （5）次条において準用する第37条第2項に規定する事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録
（準用）

第60条 第9条から第18条まで、第20条、第22条、第24条、第25条、第31条から第38条までの規定は、指定通所介護相当サービスの事業について準用する。この場合において、第9条第1項及び第31条中「第27条」とあるのは「第53条」と、第9条第1項、第25条及び第31条中「訪問介護員等」とあるのは「介護予防通所介護相当サービス従業者」と読み替えるものとする。

（指定介護予防通所介護相当サービスの基本取扱方針）

第61条 指定介護予防通所介護相当サービスは、利用者の介護予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければならない。

2 指定通所介護相当サービス事業者は、自らその提供する指定介護予防通所介護相当サービスの質の評価を行うとともに、主治の医師又は歯科医師とも連携を図りつつ、常にその改善を図らなければならない。

3 指定通所介護相当サービス事業者は、指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たり、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔（くう）機能の向上等の特定の心身機能に着目した改善等を目的とするものではなく、当該心身機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。

4 指定通所介護相当サービス事業者は、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければならない。

5 指定通所介護相当サービス事業者は、指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たり、利用者とのコミュニケーションを十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加するよう適切な働きかけに努めなければならない。

（指定介護予防通所介護相当サービスの具体的取扱方針）

第62条 指定介護予防通所介護相当サービスの方針は、第48条に規定する基本方針及び前条に規定する基本取扱方針に基づき、次の各号に掲げるところによる。

（1）指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、主治の

当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画又は事業サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告するとともに、当該介護予防通所介護相当サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、当該介護予防通所介護相当サービス計画の実施状況の把握（以下この条において「モニタリング」という。）を行うこと。

（10）指定通所介護相当サービス事業所の管理者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画又は事業サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告しなければならないこと。

（11）指定通所介護相当サービス事業所の管理者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所介護相当サービス計画の変更を行うこと。この場合においては、前各号の規定を準用する。（指定介護予防通所介護の提供に当たっての留意点）

第63条 指定介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、介護予防の効果を最大限高める観点から、次の各号に掲げる事項に留意しながら行わなければならない。

（1）指定通所介護相当サービス事業者は、サービスの提供に当たり、介護予防支援におけるアセスメントにおいて把握された課題、指定介護予防通所介護相当サービスの提供による当該課題に係る改善状況等を踏まえつつ、効率的かつ柔軟なサービスの提供に努めること。

（2）指定通所介護相当サービス事業者は、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔（くう）機能向上サービスを提供するに当たっては、国内外の文献等において有効性が確認されている等の適切なものとする。

（3）指定通所介護相当サービス事業者は、サービスの提供に当たり、利用者が虚弱な高齢者であることに十分に配慮し、利用者に危険が伴うような強い負荷を伴うサービスの提供は行わないとともに、次条に規定する安全管理体制等の確保を図ること等を通じて、利用者の安全面に最大限配慮すること。

（安全管理体制等の確保）

第 6 4 条 指定通所介護相当サービス事業者は、サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、その事業所内の従業者に周知徹底を図るとともに、速やかに主治の医師への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めておかなければならない。

2 指定通所介護相当サービス事業者は、サービスの提供に当たり、転倒等を防止するための環境整備に努めなければならない。

3 指定通所介護相当サービス事業者は、サービスの提供に当たり、事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を確認するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めなければならない。

4 指定通所介護相当サービス事業者は、サービスの提供を行っているときにおいても、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

第 6 章 委任 (委任)

第 6 5 条 この要綱に定めるもののほか、指定介護予防訪問介護相当サービス及び指定介護予防通所介護相当サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準については、市長が別に定める。

附則

この要綱は、平成 2 7 年 4 月 1 日から施行する。

パネルリスト資料2

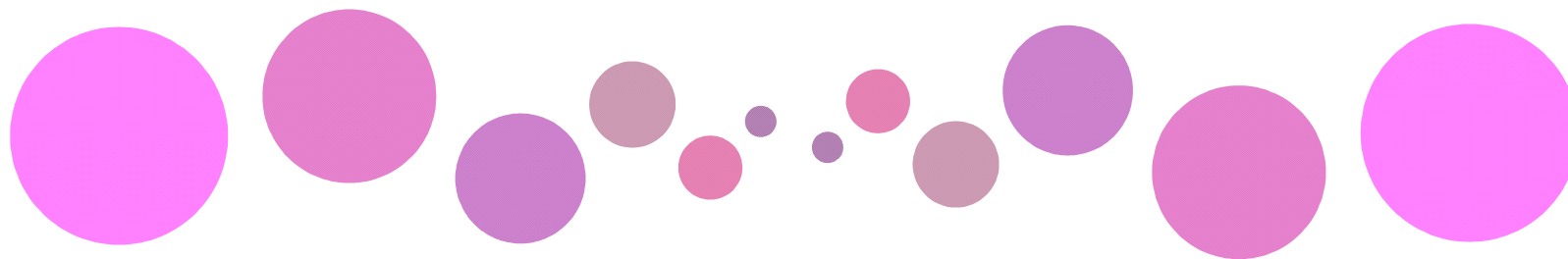
千葉県松戸市

健康福祉部 介護制度改革課

専門監 中沢 豊 氏

新しい総合事業のイメージと移行のプロセス ～地域包括ケアへの挑戦～

2025年に向けた仕組みづくり・地域づくり
～現行相当からの移行（先ず隼より始める）～
3S (*Simple*、*Smooth*、*Standard*)

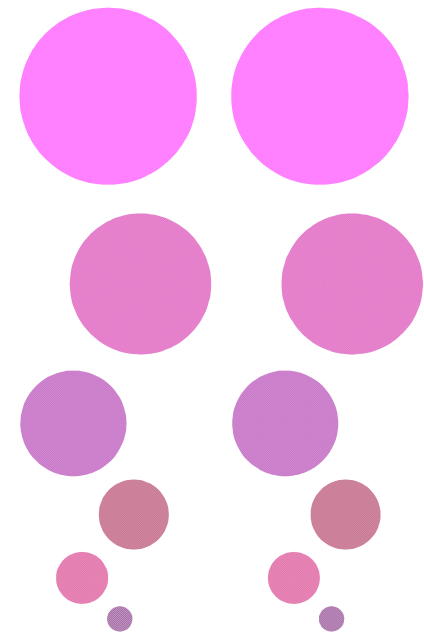


松戸市



東京都・埼玉県に隣接
(東京駅から30分程度)

※流山市の隣



1. 人口動態

人口推計（各年10月1日現在）

（単位：人）

介護保険事業計画	第4期介護保険事業計画			第5期介護保険事業計画			第6期介護保険事業計画			将来推計	
年齢 \ 年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成32年	平成37年
総人口	489,776	491,222	490,535	486,537	486,185	487,304	485,945	484,516	483,012	477,884	466,549
40歳未満	230,951	226,949	221,039	212,757	207,589	203,897	199,711	195,863	192,416	183,583	172,447
40～64歳	164,943	167,339	170,187	169,262	169,028	168,733	168,162	168,016	168,028	168,651	167,076
65歳～	93,882	96,934	99,309	104,518	109,568	114,674	118,072	120,637	122,568	125,650	127,026
65～74歳	58,534	58,825	58,399	60,770	63,076	65,800	66,742	66,241	65,077	60,980	49,756
75歳以上	35,348	38,109	40,910	43,748	46,492	48,874	51,330	54,396	57,491	64,670	77,270
高齢化率	19.2%	19.7%	20.2%	21.5%	22.5%	23.5%	24.3%	24.9%	25.4%	26.3%	27.2%
国：高齢化率(H26高齢社会白書)		23.0%			25.1%		26.8%			29.1%	30.3%

- ・ 総人口は減少傾向
- ・ 75歳以上の後期高齢者のみ増加
- ・ H32年に前期高齢者と後期高齢者の人数が逆転
- ・ 国より高齢化率の進展は遅い

<その他>

- ・ H22年の国勢調査で、高齢者のみ世帯（単身17,470人、夫婦17,234人）
- ・ 生活圏域により、H32年に高齢化率が50%を越える圏域が出現

2. 認定状況

介護度		平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成32年度	平成37年度	伸び率 H37-H26
要支援1 (うち総合事業対象者)		1,612	1,817	2,008	2,211 (416)	2,415 (909)	2,644 (995)	3,141 (1,183)	3,583 (1,349)	78.4%
要支援2 (うち総合事業対象者)		2,238	2,484	2,615	2,795 (517)	2,990 (1,106)	3,211 (1,187)	3,774 (1,396)	4,504 (1,666)	72.2%
要介護1		2,311	2,445	2,661	2,819	2,989	3,176	3,712	4,476	68.2%
要介護2		3,736	4,004	4,154	4,319	4,493	4,699	5,329	6,399	54.0%
要介護3		2,401	2,509	2,708	2,832	2,968	3,116	3,614	4,388	62.0%
要介護4		1,950	2,170	2,226	2,339	2,462	2,596	3,038	3,789	70.2%
要介護5		1,724	1,827	1,844	1,881	1,920	1,962	2,223	2,775	50.5%
認定者総数		15,972	17,256	18,216	19,196	20,237	21,404	24,831	29,914	64.2%
65歳以上に 対する認定者率		15.3%	15.7%	15.9%	16.3%	16.8%	17.5%	19.8%	23.5%	
第2号被 保険者 (40～ 64歳)	認定者数	703	681	668	650	633	617	613	607	△9.1%
	総数	169,262	169,028	168,733	168,162	168,016	168,028	168,651	167,076	
	認定率	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	
第1号被 保険者 (65歳 以上)	認定者数	15,269	16,575	17,548	18,546	19,604	20,787	24,218	29,307	67.0%
	総数	104,518	109,568	114,674	118,072	120,637	122,568	125,650	127,026	
	認定率	14.6%	15.1%	15.3%	15.7%	16.3%	17.0%	19.3%	23.1%	
前期高齢 者 (65～ 74歳)	認定者数	2,587	2,772	2,930	3,001	2,986	3,043	3,161	2,543	△13.2%
	総数	60,770	63,076	65,800	66,742	66,241	65,077	60,980	49,756	
	認定率	4.26%	4.39%	4.45%	4.50%	4.51%	4.68%	5.18%	5.11%	
後期高齢 者 (75歳 以上)	認定者数	12,682	13,803	14,618	15,545	16,618	17,744	21,057	26,764	83.1%
	総数	43,748	46,492	48,874	51,330	54,396	57,491	64,670	77,270	
	認定率	29.0%	29.7%	29.9%	30.3%	30.6%	30.9%	32.6%	34.6%	

- ・ 事業対象者の動向が鍵
- ・ 後期高齢の認定者のみ増加

3. 制度改正

(1) 給付→報酬改定

(2) 地域支援事業

①2017年4月まで（総合事業）

②2018年4月まで（在宅医療・介護連携、認知症、生活支援の体制整備）

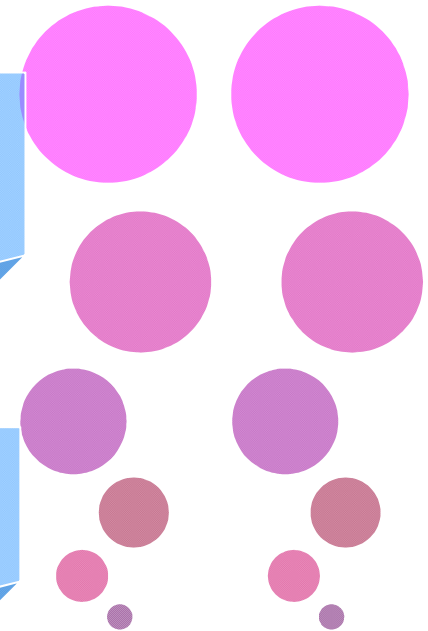
(3) 費用負担→公平化



求められているもの
→2025年に向けた市町村単位の仕組みづくり
→そのためには、支え合う地域づくり



自立期間を延伸
→サービス量を適正化し、保険料の抑制



(参考) 制度改正を甘受して

制度・制約の中で選択（セカンドベスト：抗うのではなく、受入れ・いなす）

＜介護保険制度創設の意義＞

① 老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みを創設するという「介護の社会化」の導入

→介護制度が社会全体で一定の水準に達したことから、よりきめ細かな対応を地域で行うよう「社会全体から地域へ」

② 給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みである「社会保険方式」の導入

→給付と負担の上昇に伴い、安定・継続的な制度運営のために見直さざるをえない

③ 従来の老人福祉と老人医療に分かれている縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、民間事業者も含め多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる「利用者本位のサービス利用システム」の創設

→介護人材など担い手不足や住民主体のサービスなど多様性を持たせ、選択肢を拡大していく

④ 社会的入院解消の条件整備を図るとともに、医療保険から介護部分を切り離して疾病の治療という本来の目的にふさわしいものとする前提をつくるなどの「社会保障構造改革の第1歩」

→2018年は診療報酬と介護報酬の同時改定、医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画なども一斉に見直す時期に当たり、継続的に見直しが行われている

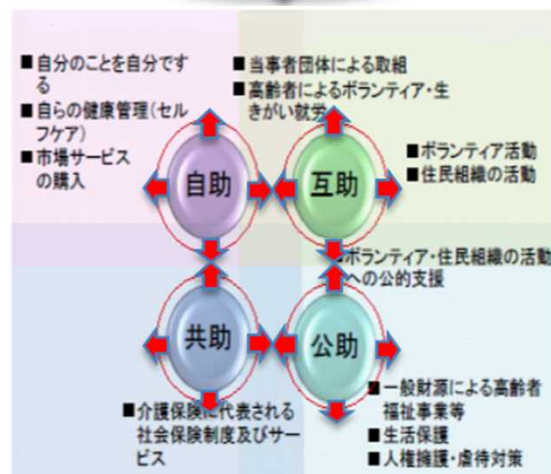
4. 目指すべき基本的な方向性



在宅の限界点を高めるためには、何時でも医療や看護が受けられる体制
また、緊急時には施設に入所できるなどのセーフティネットが必要です。
→本人・家族が安心して選択できるような5つの構成要素の整備が必要です。
既存の仕組みにとらわれることなく、地域で支え合う仕組み（地域づくり）が重要です

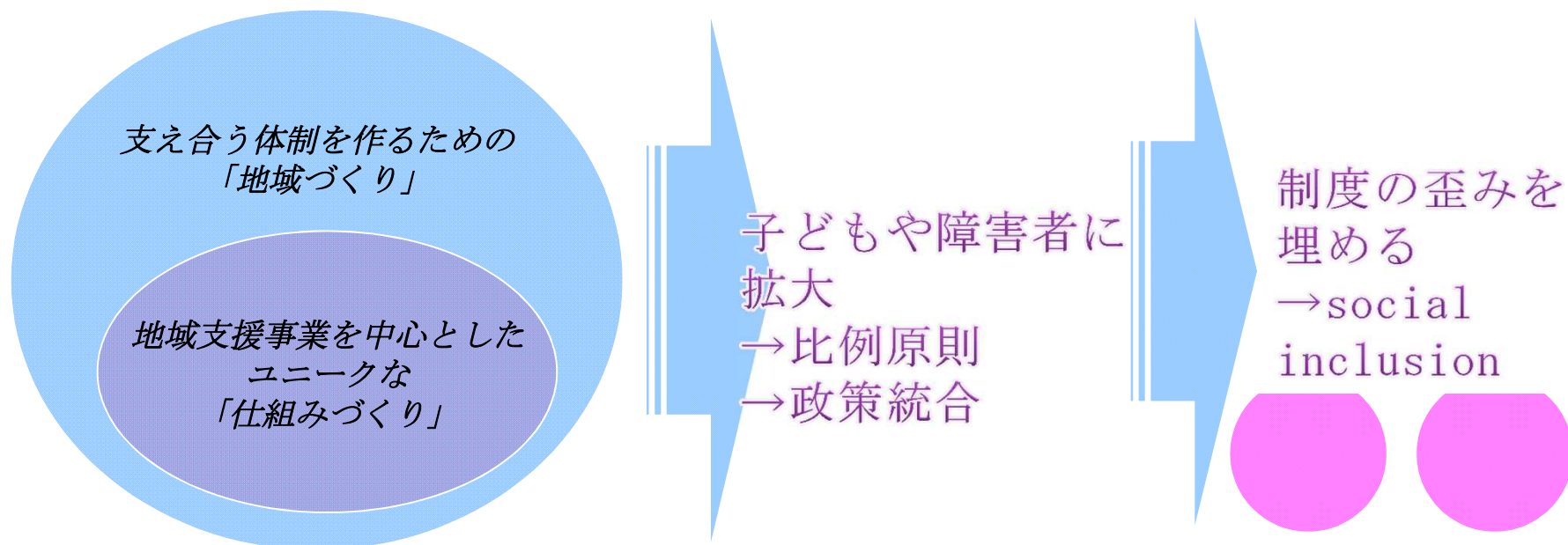
それぞれの
限界点を高める

補完性の原理



まず、それぞれの限界点を高め、できないことを補う（補完性の原理）
→（自助）自分でできることはまずやる
→（互助）それを地域で支え合う社会を実現する
→（共助）それでもできないことは保険で補完する
→（公助）最後は公で支える

5. 地域包括ケアシステムの考え方



地域包括ケアシステムは既存制度にとらわれることなく、地域支援事業を中心とした市町村の特性に応じた仕組みづくりをしていくことが重要です。

それに併せて、それを支える地域づくりが必要となります。地域づくりは、一朝一夕で実現できるものではありません。

着実なものを作るためには、できるだけ早期に地域と話し合い、そして共に考えていかなければなりません。2025年は待ってられません。

→ 将来の福祉の地域拠点として、高齢者を中心とした地域包括ケアシステムを成功させることにより子どもや障害者に拡大（比例原則・政策統合）

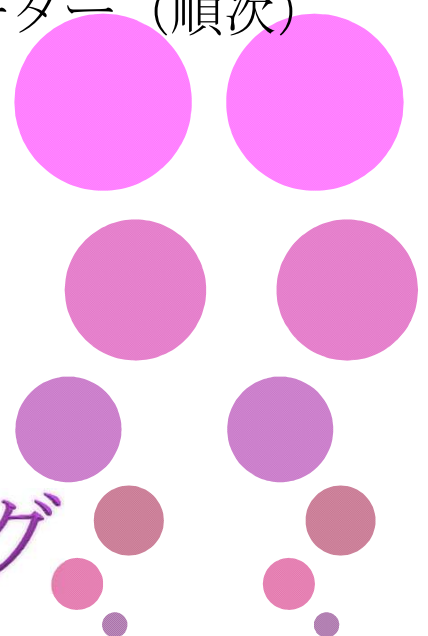
→ どんな精巧な仕組みでも制度上の歪みを補完できるような支え合う仕組みを目指す（social inclusion）

6. 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（骨子）

- ・ 介護予防・日常生活総合事業
(H27/4) 現行相当サービスのみ
(H29/4) 多様なサービスを順次整備
- ・ 一般介護予防事業（段階的に実施）
- ・ 介護認定の有効期間の延長（H27/4）
- ・ 協議体の設置（H27第1層）、生活支援コーディネーター（順次）
- ・ 地域包括支援センターの充実
(H27増員、H29：4箇所増設、うち1箇所直営・基幹)
- ・ 在宅医療・介護連携（H27/4）※一部医師会委託
- ・ 認知症初期集中支援チーム（H27/4）※医師会委託



2025年に向けたプロローグ



7. 策定段階での最終判断

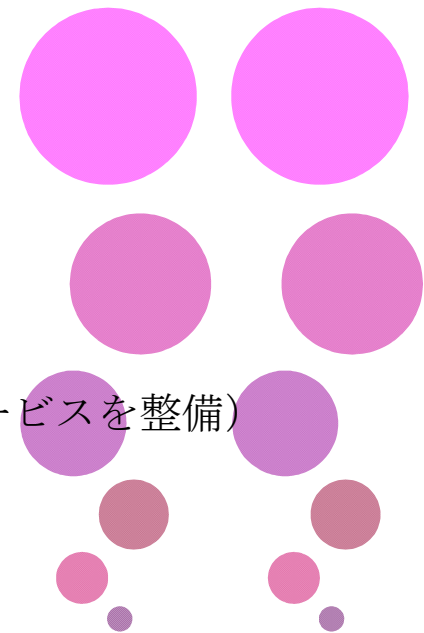
- ・ H26/10/3 高齢者保健福祉推進会議（中間報告）
→総合事業はH29/4実施
- ・ H26/11/10 全国介護保険担当課長会議
- ・ H26/11/21 高齢者保健福祉推進会議
→総合事業のH27実施可能性について検討

<検討内容>

- ① 将来の給付費と保険料
- ② 総合事業の基本的な考え方
- ③ 移行の条件
- ④ 移行した際の影響額
- ⑤ 移行に伴う事務量等

- ・ H26/12/12 高齢者保健福祉推進会議（最終報告）
→総合事業をH27/4実施（現行相当で移行し、H29までに多様なサービスを整備）
- ・ H26/12/18 議会に説明
- ・ H26/12/30 事業費、新年度予算の組替え

※推進するための体制の確立



8. 検討内容

① 将来の給付費と保険料

→対象者、認定率の増加に伴い給付費が上昇し、保険料が高額化（2025年には全国平均を上回る）

② 総合事業の基本的な考え方

→2025年に向けた方向性の確認（利用者のリテラシーの向上、費用の効率化、選択肢の拡大）

③ 移行の条件

→当初、多様なサービスありきで模索していたが、制度上は現行相当のみで可能

→逆にスムーズな移行を考えた場合、現行相当のみの方が混乱が少ない

→拙速に現行相当の単価や基準を変更することは、既存事業者に影響が多く、サービスの過不足を生む

→多様なサービスの創設は、利用者と事業者、住民主体のサービス提供者等の意見を踏まえ協議体の中で検討

④ 移行した際の影響額

→億単位での間差が生じる（次頁）

→実施に伴う、保険料への影響

→拡大した事業費を地域づくり（初期投資）に活用し、将来への影響を軽減

⑤ 移行に伴う事務量等

→まだまだ不確定要素があるが、モデルの先行自治体の好事例が参考になる

→いつから実施しようとも、事務量は同じ

→やる前から諦めるのではなく、住民の利益のためにチャレンジする

※最大の懸念事項は、利用者、事業者と住民主体のサービス提供者の理解と協力（規範的統合）

(参考) 保険料と事業費

1. 対象者の増加により、保険料は右肩上がり（H32年：同等、H37年：上回る）
2. 給付費の適正化を推進するためには、川上対策の予防で対応すべき
3. 予防と併せ、生きがい対策を充実すべき
4. そのためには、地域支援事業費の拡充（後期高齢者の伸び率は6%前後）
5. 活用するタイミングは、前年度実績額がより大きい年度（時点判断）

- ① H27年度実施
- ② H28年度実施（介護報酬のマイナス改定の影響で下がる）
- ③ H29年度実施（利用者の伸びで若干回復）

	決見	後期高齢 伸び率	開始年度		
			H27	H28	H29
H26	100				
H27	95	6.49%	110		
H28	104	5.78%	116	104	
H29		5.67%	122	109	114
H30		5.88%	129	115	120

注1：決見はH26年度を100とし、報酬マイナス改定分考慮

注2：特例10%を活用した開始年度に網掛け

6. 実施に伴う保険料への影響はある
→数十円単位で上昇。今後は、市町村によりサービス内容が異なるので
単純比較は困難になる
7. 対象者が少ない時期に、サービス費用を抑制できるような仕組みと地域づくり
→サービス費用を抑制できれば、保険料へ好循環できる

(参考) 実施検討資料

		メリット		デメリット
		短期	中・長期	短期
住民		①手続きの簡素化ができる	①予防機会が強化され、自立期間が延伸できる	①周知期間が短い
利用者		①事業対象者は認定審査が不要となる ②認定期間の延長できる	①多様なサービスによる選択肢が増加する	
地域		①互助機能の強化できる	①活躍の場が拡大される ②ネットワークが構築しやすくなる	
事業者		①新たなサービスの創出が可能となる	①機能分化による人材不足の解消できる	
市	地域包括支援センター	①現行事業の見直し	①地域情報の集約ができる	①準備期間が短い
	行政	①市の裁量権の拡大できる ②財政効果が期待できる	①早期に体制整備の準備ができる ②国の継続的な支援が期待できる	

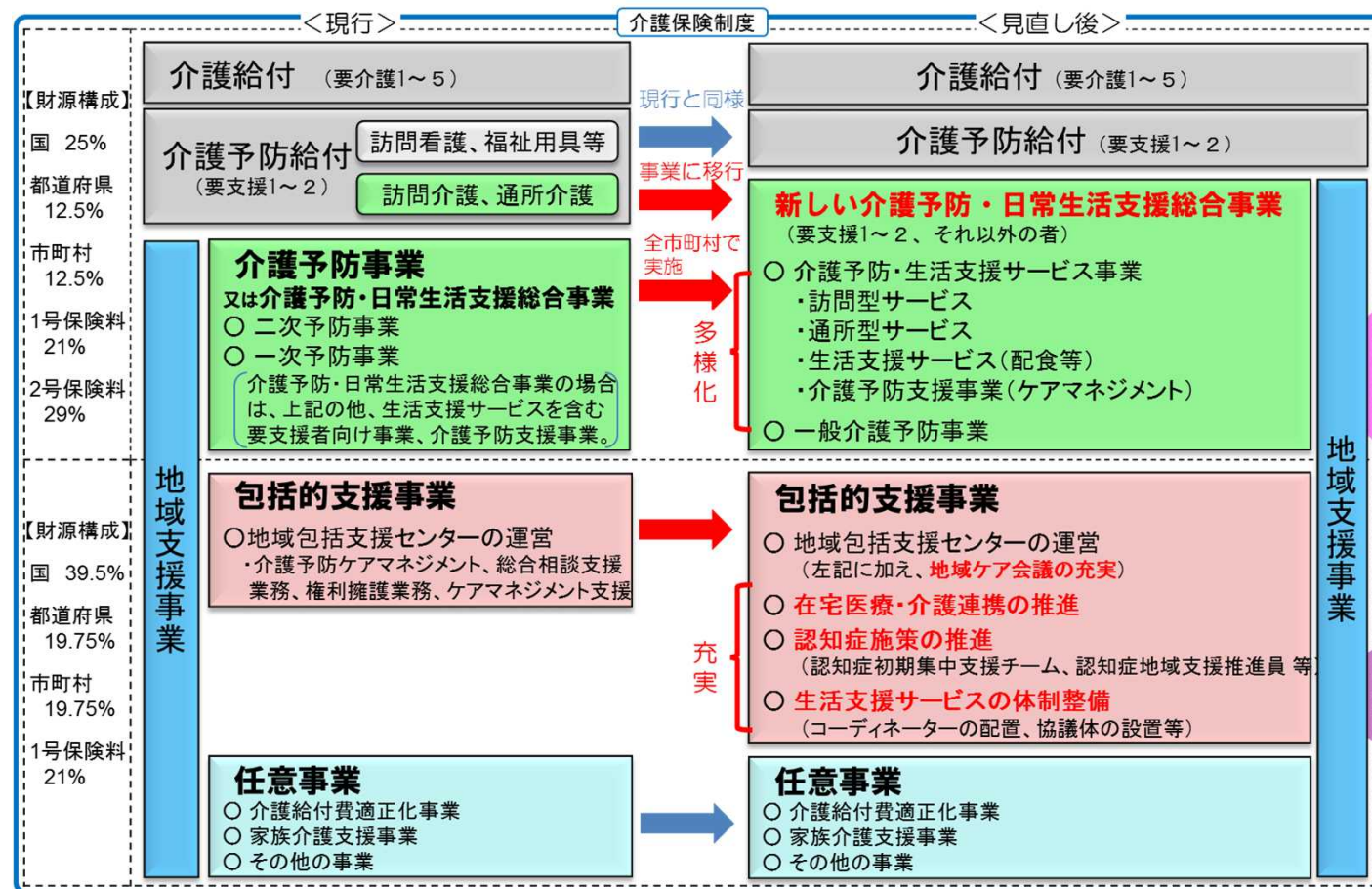
9. 実施工程

年	月	日	国	市	備考
2013	10	7		高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定のための 高齢者保健推進会議設置	庁内ワーキングの設置
	12	20	社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度見直しに関する意見」		
2014	1	21		制度改正の研修会（高齢者保健福祉推進会議、職員等）	
	↓			市民アンケート調査実施 （若年・高齢者・認定者・施設利用者）	
	7	28	ガイドライン（案）		
	8	1		高齢者保健福祉推進会議	
	9			事業者等アンケート調査実施 （施設経営者・従事者、新たな供給主体）	
	10	3		高齢者保健福祉推進会議（中間報告） →総合事業H29年度実施	
	11	21		高齢者保健福祉推進会議（中間報告） →総合事業H27年度実施検討	
		1			介護保険制度改革担当4名発令
		3			委託する地域包括支援センターから意見聴取
		12		高齢者保健福祉推進会議（最終報告） →総合事業H27年4月実施	
				介護保険事業費の見直し開始	
		18		議会説明	
		22			地域包括支援センター法人説明
		24			地域包括支援センター巡回訪問
		30		新年度予算組替え案策定	
					介護保険制度改革担当1名追加発令
2015	1	14			地域包括支援センター巡回訪問
		19			地域密着集団指導で説明
		20			ケアマネジメント検討会の設置
		30		市民説明会	
		1		パブリック・コメントの手続き	
		2			コールセンター設置
	2	4		地域包括支援センター勉強会	
				事業者説明会	
				HP（資料・Q&A）のアップ	
				3月補正予算	
				生活圏域毎地区説明会	
	3	20		事業者説明会	
		23		議会説明	
		27		広報特集号発行	
	4	1		実施	介護制度改革課の設置（常勤7名）
		21		地域包括支援センター勉強会	

10. 地域支援事業に対する考え方

(全国) 一律から脱却し、地域特性に応じた仕組み
将来負担を抑制できる仕組み

事業範囲の拡大、独自サービスの構築
→ 地方分権 (裁量権の拡大)



H27/4から
条例化4事業全て実施
①総合事業
②在宅医療・介護
③認知症
④生活支援サービス体制

1 1. 新しい「介護予防・日常生活支援総合事業」への対応

＜基本的な考え方＞

(1) 介護予防・生活支援サービス事業

① 訪問型・通所型サービス

- 円滑な移行（現行相当サービスのみ）
- 利用者と事業者、住民主体のサービス提供者等を含め「需給」「受益と負担」等を協議体でサービスを検討
- 給付の適正化と介護人材不足を解消できるような多様なサービスの構築（H29を目途に）

② 生活支援サービス

- 利用者と提供者を含め協議体でサービスを検討
- 財政的な特例を活用した事業の構築

③ 介護予防支援事業

- 法の趣旨に基づく自立支援のあり方を検討（自助努力の促進）
- 松戸市版ケアマネジメントマニュアルの作成（アセスメントシート等）

(2) 一般介護予防事業

- 特例財源を活用し、自立の延伸できる住民主体の事業の充実（場所の確保や指導者養成の支援）

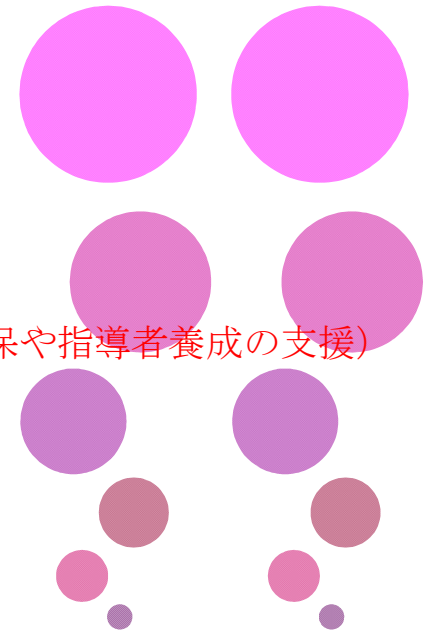
※ その他

① 利用者・事業者の理解の促進

- 説明会・広報・HP・コールセンター等

② 事務負担の軽減

- 認定期間の延長、介護予防マネジメント費用の国保連等の活用 等



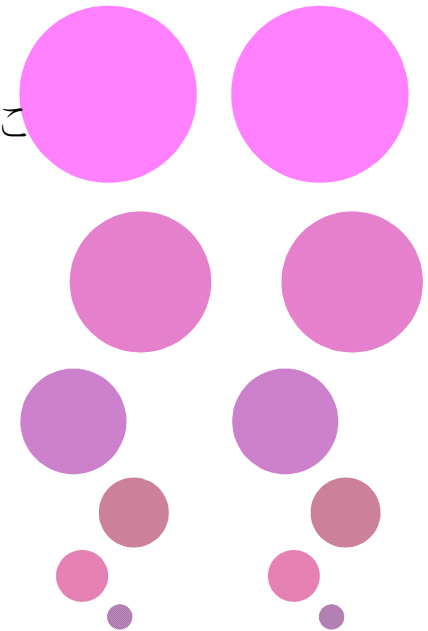
(参考) 実施時期の選択

＜検討過程では3つの実施時期の検討が行われた＞

- ・ 4月実施：報酬改定に併せ、契約書等の更新を行い負担軽減
- ・ 10月実施：定期人事異動が行われた後で、事務処理能力の低下が懸念
上半期保険料の改定、負担割合の見直しなど繁忙
- ・ 2月実施：次年度の予算に実績がない



仕組みづくりや地域づくりは一朝一夕ではできないので早期に



1 2. 総合事業実施に伴う、問題・課題の整理

<基本チェックリスト>

- ・ 利用者の機会の公平性や適正な運用が必要
- ・ これまで活用してきた基本チェックリストなので、該当項目が流布

→市及び委託の地域包括支援センターでの総合相談の標準化（介護予防ケアマネジメントマニュアルを作成中）

<事業対象者>

- ・ 従来の二次予防対象者から要支援2相当までと対象者の範囲が広い
- ・ 制度の理解がなければ、利用しにくい
- ・ 適切なアセスメントがなければ、安易に対象者を増やす危険がある
- ・ 安易なサービス利用につながる危険がある（自立を阻害）

→市民への介護保険制度の理解促進（給付と負担の関係）

→ケアプランのモラルハザードを抑制（松戸版アセスメントシートを作成中）

→事業対象者に有効期間を2年に設定

<事業（サービス）>

- ・ 当初は選択肢を増やさない（現行相当のサービスにも問題・課題が内在していた）
- ・ 多様なサービスは、利用者と事業者・提供者を含め協議体で検討し、創設
- ・ 多様なサービスは、国が例示した類型にはとらわれない

1 3. 介護予防・生活支援サービス（訪問・通所）

円滑な移行を目指す

＜現行相当＞→今後のサービスのあり方が多様なサービスに影響を及ぼす

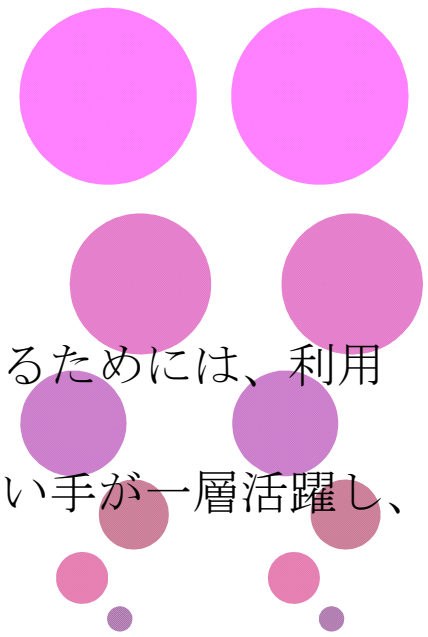
- ・ 実施要綱の策定（次頁）
- ・ 利用者・事業者に円滑な移行をしてもらうために「基準・単価は同一」
- ・ ただし、要綱のみなし事業名称が異なる（名称設定可能※近隣と調整すべき）



- ・ 現行相当だけでも、利用者・事業者に誤解があった
→介護報酬改定と同時であったため
- ・ 実際上の問題（要支援1と事業対象者の限度額の逆転）

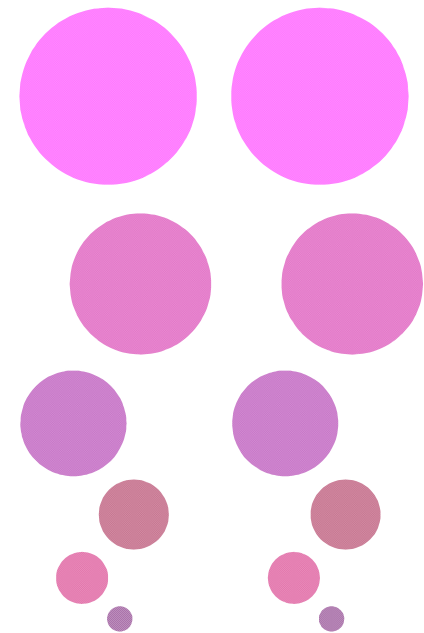
＜多様なサービス＞

- ・ 本来の目的である給付の適正化と介護人材不足解消を実現するためには、利用者・事業者の理解と協力が必要である（規範的統合）
- ・ 既存の事業者や住民主体の活動が淘汰される懸念（既存の担い手が一層活躍し、新規参入機会の促進）
- ・ 利用者の選択基準の明確化（自立のためのサービスの選択）

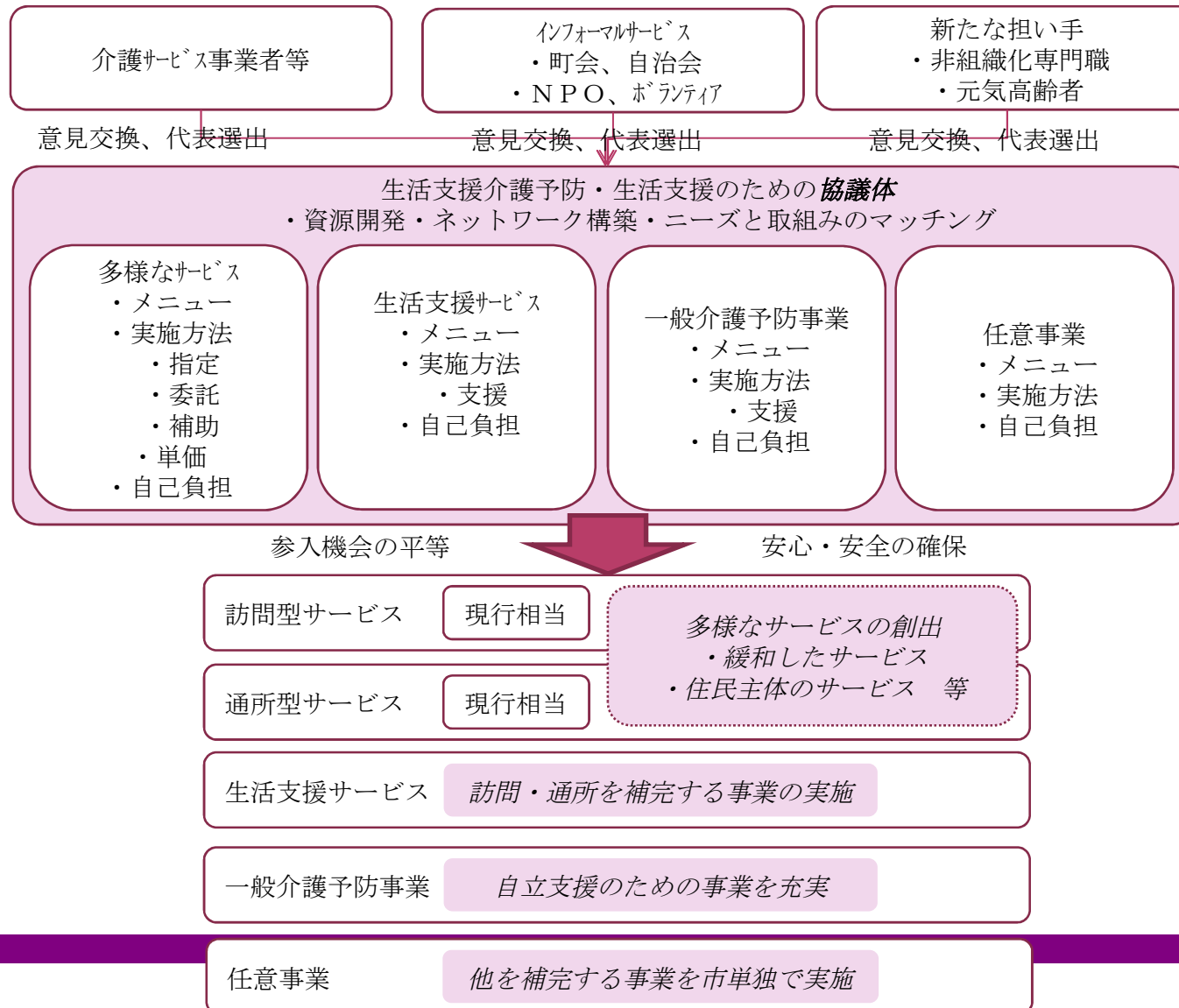


(参考) 介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

第1条	(趣旨)
第2条	(事業の目的)
第3条	(定義)
第4条	(事業の内容)
第5条	(総合事業の実施方法)
第6条	(指定事業の費用)
第7条	(第一号事業支給費の支給)
第8条	(支給限度額)
第9条	(高額介護予防サービス費等相当事業)
第10条	(指定拒否)
第11条	(指定の更新)
第12条	(指定事業者の基準)
第13条	(本市の区域の外の事業所に係る特例)
第14条	(事業の委託)
第15条	(補助)
第16条	(総合事業の利用料)
第17条	(事業対象特定有効期間)
第18条	(委任)



(参考) 多様なサービス等の構築イメージ



多様なサービス等は選択肢を増やすことが目的ではなく、給付の適正化や介護人材不足を解消することを実現しなければ意味がない。

だからこそ、利用者と事業者・提供者が需要と供給や受益と負担を踏まえて話し合い、住み分けを推進する
→現在、意見交換を呼びかけている
→非組織化団体との連携が必要不可欠

1 4. 介護予防・生活支援サービス（生活支援）

地域が、そして高齢者が積極的に活躍できる場と機会の創出

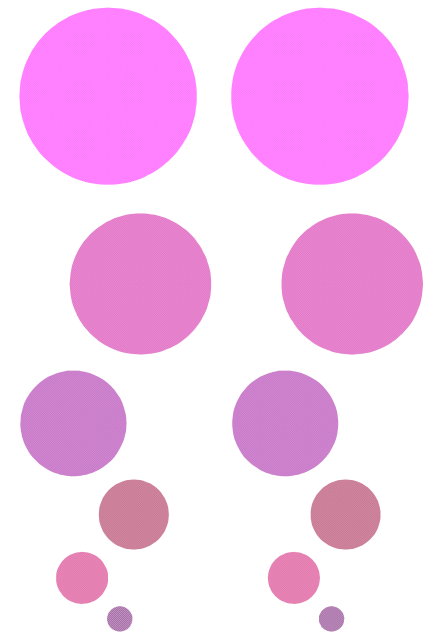
- ・ 既存事業を活用した地域特性に応じたサービスの検討
- ・ 地域と意見交換しながら新規参入機会の促進（平等性・公平性の確保）
- ・ 2025年を見据えたサービスの構築（巧遅拙速）



安定・継続的なサービスが提供できる仕組み作り



生きがい対策（介護予防）



1 5. 介護予防・生活支援サービス（介護予防支援）

介護保険法の趣旨の普及・啓発

（国民の努力及び義務）

第四条 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。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

- 
- ・ 自助努力の重要性
 - ・ サービスの過不足による不利益

- 
- ・ 直営包括（基幹を付加）を設置し、ケアプランの適正化を推進

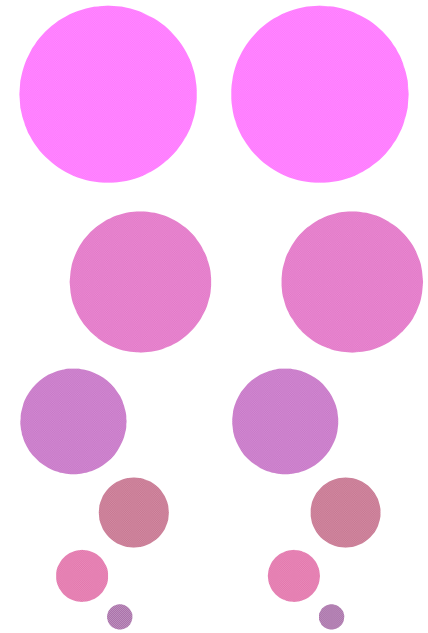
16. 介護予防・生活支援サービス（一般介護予防）

自らできる保険料抑制策

- ・ 地区説明会の中では、自主的に行っている
- ・ 65歳以上（第1号被保険者）になる前からの健康増進と担い手の確保
- ・ 二次予防悉皆調査の代替手段の検討



- ・ 特例財源を活用した安定・継続化していくための支援



17. 利用者・事業者の理解の促進

<委託している地域包括支援センター>

- ・ 今回の改正で総合相談など大きな役割を担うため、理解が必要
- ・ 意見交換、法人説明、勉強会など機会を捉えて実施
- ・ 特に、ケアマネジメントについては包括から代表者を出し、共に検討
→介護予防ケアマネジメントマニュアルを作成中（次頁）

<利用者>

- ・ 介護保険制度導入に匹敵する改正なので丁寧な説明
→全体説明、生活圏域ごとの地区説明、コールセンター開設、広報特集号

<事業者>

- ・ 総合事業の早期実施により特別な事態が起こっているとの誤解
→HPなどの質疑応答（当分の間継続）

(参考) 介護予防ケアマネジメントマニュアル(案) -目次

監修の言葉 (淑徳大学 結城康博 教授)

第1章 はじめに

- 1 介護予防の基本的な考え方
- 2 マニュアル作成経過等
- 3 マニュアルの活用(使用)に当たって
- 4 目指すべき姿

第2章 介護予防事業・日常生活支援総合事業

- 1 総合事業とは(介護予防事業・日常生活支援総合事業のガイドライン(案))
- 2 松戸市の総合事業
- 3 介護予防ケアマネジメントの考え方
- 4 介護予防ケアマネジメントの類型
- 5 総合事業利用の流れ

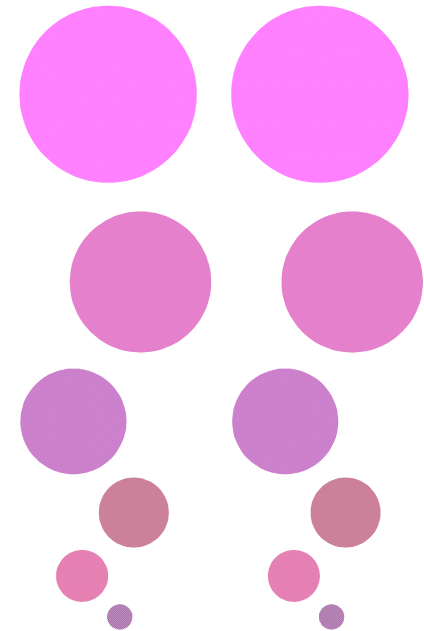
第3章 相談・受付

- 1 聞き取りと説明
- 2 基本チェックリストの活用・実施
- 3 介護予防ケアマネジメントの実施
 - (1) 訪問日時の調整
 - (2) アセスメント(課題分析)
 - (3) プランの作成
 - (4) サービス担当者会議
 - (5) モニタリング・評価
 - (6) 請求・利用限度額管理

第4章 事例

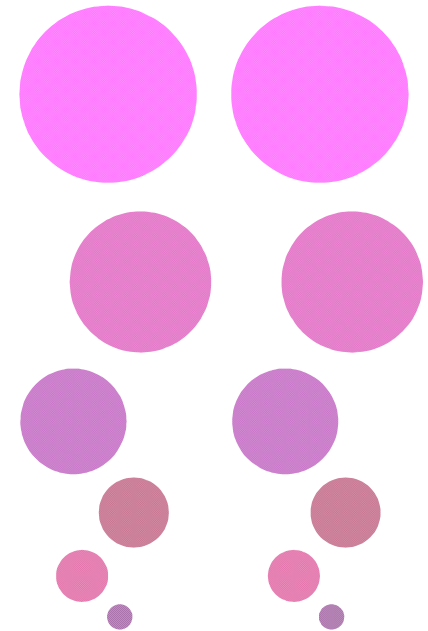
第5章 参考資料・様式

現在、活用し、検証し、改定作業中



18. 事務負担の軽減

- ・ 行政内部の軽減
 - ① 既存事業・事務の見直し
 - ② 情報システムの見直し
- ・ 地域包括支援センターの軽減
 - ① 業務見直し
 - ② 新たなシステムの検討（給付管理から相談・予防を重視）
- ・ 事業所負担の軽減
 - ① 移行に伴う、契約書(案)等の作成
 - ② コールセンターの設置
 - ③ HPによる質疑応答
- ・ その他
 - ① 事業対象者の特定（新規4/1、認定更新6/1）



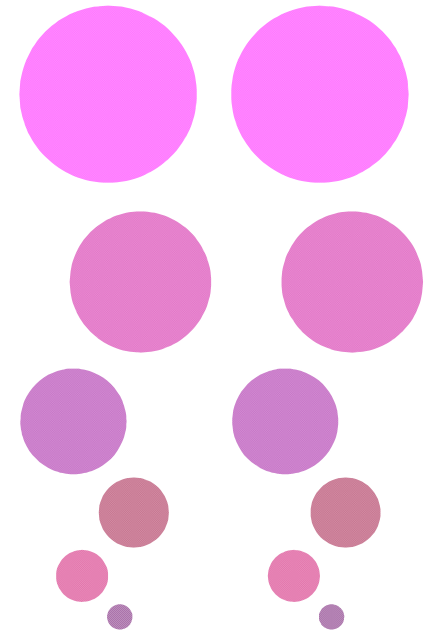
19. 総合事業実施に伴う作業

- ・ 予算の組替え（款・項の設定）
- ・ 予算額の増減
（保険給付から介護予防・生活支援サービスへの移管）
（保険料の上昇）→基準額5,400円（全国平均5,514円）
（認定費用の減額）
- ・ 実施方法の策定
（訪問・通所等サービスの明確化）→みなし指定拒否（市内2）
（事業対象者の対象、時期等）
（事務フロー、要綱等の整備）
- ・ 利用者・事業者（契約書・重要事項説明書・運営規程の変更）への周知等

※社会福祉法人等の場合、定款等の変更が生じる場合がある

20. 新年度からの問題・課題

- ・ ケアマネジメントの適正化
 - 事業対象者へのアプローチ
 - 直営基幹包括支援センターの設置
- ・ 報酬改定による影響（総合事業と実施との誤解）
 - 要支援切り（契約更新しない、入浴サービスのカット等）
- ・ 総合相談からの情報システム
 - （既存のシステムは給付から逆算されている）



2 1. 早期実施・推進体制

区分		計画策定		実施
		WG	専従	
健康福祉部	健康福祉政策課	5	2	
	地域福祉課	1		
	地域医療課	1		
	健康推進課	2		
福祉長寿部	高齢者支援課	4	1	
	介護保険課	6	2	
	国民健康保険課			
	国民年金課			
	生活支援課			
	障害福祉課			
	介護制度改革課			7
計		19	5	7

計画策定段階

- ・ワーキングを設置

(H25年度は不定期、H26年度は週1)

H26年12月に専従を設置

- ・総合事業等の推進

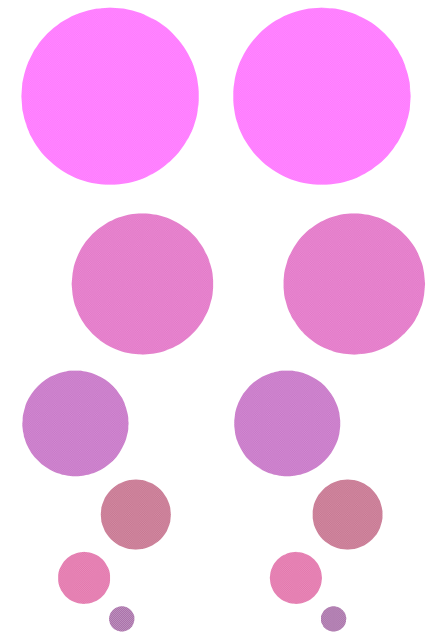
H27年4月に新課を設置

・高齢者支援課、介護保険課は窓口等の既存事務が繁忙であることから、新規事業を推進するために新課を2年限定で設置

(参考) 新年度予算 (総合事業関連)

- ・ 制度改正用臨時職員 12,010千円
- ・ 視察費用 218千円
- ・ 多様なサービス公募費用 28千円
- ・ 介護保険管理システム (みなし指定) 33千円
- ・ 認定審査関係 △8,818千円
- ・ 法改正コールセンター 3,360千円
- ・ 訪問型サービス (現行相当等) 115,756千円
- ・ 通所型サービス (現行相当等) 303,072千円
- ・ 住民主体による支援サービス構築講演会費用 50千円×2
- ・ 住民主体による支援サービス (補助) 初期費用 4,200千円×2
- ・ 移動支援サービス (補助) 初期費用 900千円
- ・ 通所短期集中予防サービス (6ヶ月分) 38,805千円
- ・ 介護予防ケアプラン委託料等 70,250千円
- ・ 介護予防手帳 1,048千円
- ・ 介護予防把握 (ポピュレーションアプローチ) 16,475千円
- ・ 地域の介護予防活動支援 850千円
- ・ 地域包括支援ネットワーク
- ・ 家族介護支援 1,200千円
- ・ 一般介護予防評価 1,848千円
- ・ 総合相談 13,553千円
- ・ 協議体関係 2,075千円
- ・ 審査支払手数料 1,165千円

- ① 前年度3月補正で、広報特集号、コールセンター他を予算化
- ② 生きがい対策・介護予防等の事業の充実を今年度補正予算で追加予定



22. 今後のスケジュール（案）

No.	事業	概要	H27	H28	H29
	地域包括ケアシステム	医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供される仕組みをH37年を目指し段階的に充実・強化	充実・強化		
1	総合事業	H27年4月より移行	現行相当サービスの実施 多様なサービスの検討・実施		
2	地域包括支援ネットワークの構築	多様な職種や機関との連携協働するためのネットワークを構築する	基盤づくり	設置準備	設置
3	日常生活支援サービスの充実	多様なサービスを実現するための協議体を設置し、早期にコーディネーターを配置	協議体の設置	コーディネーターの育成	コーディネーターの配置
4	介護予防の強化	自立期間の延伸のために多様なサービスを含め事業の充実・強化	事業の創設（地域リハ等）	事業の強化・充実	
5	地域包括支援センター	段階的に充実・強化	人員の増員	増設準備 基幹包括の準備	15包括体制へ移行 基幹包括の設置
6	在宅医療・介護連携の推進	医師会と協議し、早期に完全実施	事業充実の協議	相談窓口の設置	
7	認知症施策の推進	初期集中支援チームの設置・増設、地域支援推進員の増員等	初期集中支援チームの設置 地域支援推進員の増員 認知症チェッカーの導入	初期集中支援チームの増設	
8	特別養護老人ホームの入所要件の見直し	法に基づき、指針の見直し			
9	費用負担の公平化	法に基づき順次実施			
10	施設の整備	引き続き、新規施設の誘導	小規模多機能（複合型）の新設 定期巡回・随時対応型訪問の新設	特養の新設 小規模多機能（複合型）の新設 認知症対応型共同生活介護の新設 定期巡回・随時対応型訪問の新設	特養・老健の新設 小規模多機能（複合型）の新設 認知症対応型共同生活介護の新設 定期巡回・随時対応型訪問の新設
11	保険料の見直し	基準額の見直し			
12	その他	既存事業の見直し	基本チェックリストの実施方法見直し お元気クラブの見直し 家族介護教室の実施 総合相談（あんしん100番）		

□■□早期移行への「試案」□■□

今回の制度改正は、総合事業を始めとする地域支援事業にどのように対応し、2025年に向けて地域包括ケアシステムを構築するかがポイントだと考えます。また、制度が不十分であるからこそ、市町村の裁量で多くのことが実現できる可能性がある。

- ① 改正の目的である、給付の適正化や担い手の確保は一朝一夕では実現できない→早期着手
- ② 地域支援事業は、市町村単位で実施することから、地域特性に応じて創意工夫が可能
- ③ 短期的な目標も重要であるが、中長期的な視点で負担者・利用者・事業者・提供者と協議しなければ、安定・継続な社会が実現できない

※ 単に多様なサービスを創出することは、既存事業者や地域の主体的な活動を阻害（淘汰する恐れ）する。やはり、役割分担や住み分けが重要

第6期介護保険事業計画

- ・事業費
- ・保険料

総合事業

今期、計画期間中に総合事業実施のための事業費と保険料が盛り込まれている。

そこで、「計画（事業費・保険料）」を変えずに

総合事業をH27年度中に実施決定（現行相当）

補正予算にて「総合事業」を設定

2025年を目指し、地域支援事業を早期に始める
→利用者・事業者・提供者と話し始める

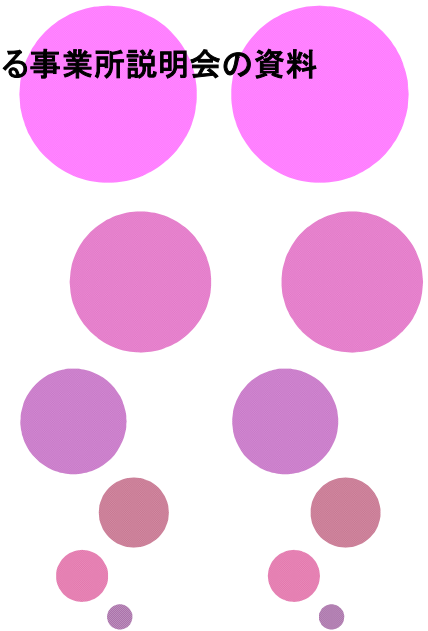
本来であれば、住民のために計画を見直すべき

(参考) 松戸市のHP

(事業者向け) http://www.city.matsudo.chiba.jp/jigyosya/fukushi/kaigohoken_jigyousya.html

介護保険サービス事業所向け

- ・ 更新日:2015年3月26日
- ・ **1.全国介護保険担当課長会議資料**
- ・ [全国介護保険担当課長会議資料](#)
- ・ **2.社会保障審議会(介護給付費分科会)**
- ・ [介護給付費分科会\(資料・議事録\)](#)
- ・ **3.介護保険最新情報(厚生労働省通知)**
- ・ [介護保険最新情報\(WAMNET参照\)](#)
- ・ **4.いきいき安心プラン5まつど(案)(第7期高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画)に関する事業所説明会の資料**
- ・ [計画の概要について\(平成27年2月4日\)\(PDF:7,922KB\)](#)
- ・ [改正介護保険と総合事業のポイント\(平成27年2月4日\)\(PDF:853KB\)](#)
- ・ [介護予防・日常生活支援総合事業について\(平成27年2月4日\)\(PDF:4,531KB\)](#)
- ・ **5.介護保険制度改正にかかる事業所説明会の資料**
- ・ [事業所説明会資料\(平成27年3月20日\)\(PDF:14,438KB\)](#)
- ・ [\(事業所説明会\)質問票に対する回答\(PDF:174KB\)](#)
- ・ [問い合わせ先\(PDF:129KB\)](#)
- ・ **【その他】**
- ・ [介護予防・日常生活支援総合事業関係](#)
- ・ [平成27年度介護報酬改定関係](#)



最後に

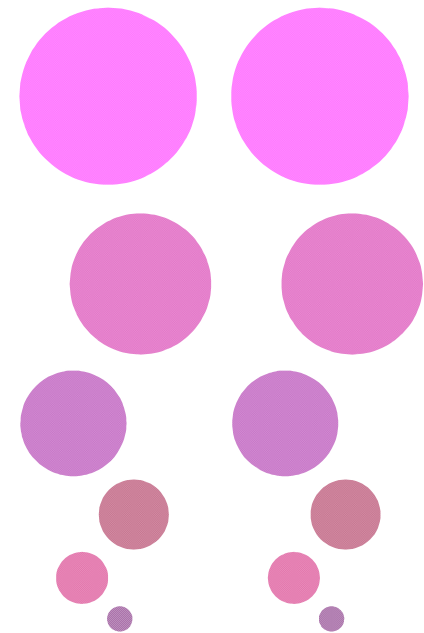
経歴 S 63/4 保育（統廃合等、人事）
（兼務 選挙管理委員会）
（兼務 文化会館開設室）
H 8/4 情報システム室
H10/4 事務管理課（組織・定数）
H12/4 総務企画本部企画管理室（総合計画、行政評価）
H14/10 政策調整課
H15/4 財務本部企画管理室
H17/4 病院事業管理局企画管理室（人事・労務）
H22/4 新病院開設課
H23/4 財政課
H25/4 健康福祉政策課
（兼務 地域福祉課）
（兼務 健康推進課）
（兼務 高齢者支援課）
（兼務 介護保険課）
（兼務 国民健康保険課）
（兼務 障害福祉課）
H26/12 介護保険制度改革担当
H27/4 介護制度改革課

1. 組織改革

2. 行財政改革

3. 給与構造改革

4. 介護制度改革



パネルリスト資料3

奈良県生駒市

福祉部 高齢施策課

課長補佐 田中 明美 氏

総合事業の導入に向けた歩み

生駒市 高齢施策課
課長補佐 田中 明美

1. 生駒市の概況

要介護認定者数
(第1号被保険者)

基本情報 (H27.4.1)	
人口	120,893人
第1号被保険者数	30,282人
65～74歳	17,783人
75歳以上	12,499人
高齢化率	25.05%
ひとり暮らし高齢者数	3,351人

要支援1	535人
要支援2	793人
要介護1	929人
要介護2	970人
要介護3	603人
要介護4	590人
要介護5	395人
計	4,815人
認定率	15.9%

<生駒市特徴>

- ・奈良県北西部に位置し、京都・大阪に囲まれた近畿のほぼ中央にあり、南北に細長い形状で、面積は53.18km²。
- ・江戸時代に創建された生駒聖天・宝山寺の門前町と発展し、現在は大阪のベッドタウンとして、年々人口は増加傾向にある。
- ・大都市隣接の利便性を活かし、低層住宅を中心とした質の高い住宅都市として、発展。
- ・市民の高い定住意向の割合：83.9%（全国平均64.7%）
(平成20年度 生活総合調査)

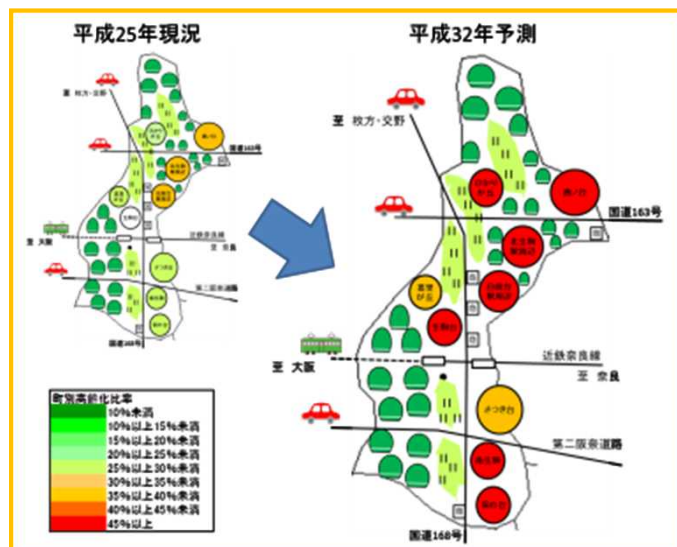


生駒市の特徴 ～高齢者に視点を向けて～

- 地理的特徴：南北に細長い地形を呈し、**坂道が多い**街並み
- いったん膝・腰を痛めると「閉じこもりがちな生活」を余儀なくされる
- 前期高齢者17,783人 > 後期高齢者 12,499人** (H27.4.1)
- 軽度認定者**が多い。
- 高齢化率25.91%** (H26.4.1) で、全国、奈良県に比し、低い方である
(平成25年10月1日現在：生駒市の高齢化率23.2%、全国25.1%、奈良県26.05%)
- 75歳以上の人口伸び** (2015～2025年) が高く、全国1.32倍に比し、**1.7倍の見込み**
- 今後、後期高齢者数の地域格差が大きくなる
- ひとり暮らし高齢者数も例年伸び続けている (H25年:3,122人民生調べ)
- 高齢者虐待・認知症に関する相談が増えている。

※日常生活圏域は10圏域
⇒ 地域包括支援センターは6箇所設置 (委託)

→ 平成32年度における
生駒市の高齢者マップ



写真：坂道の様子
高齢者にとっては
きつい！！

2、新しい総合事業に向けた準備

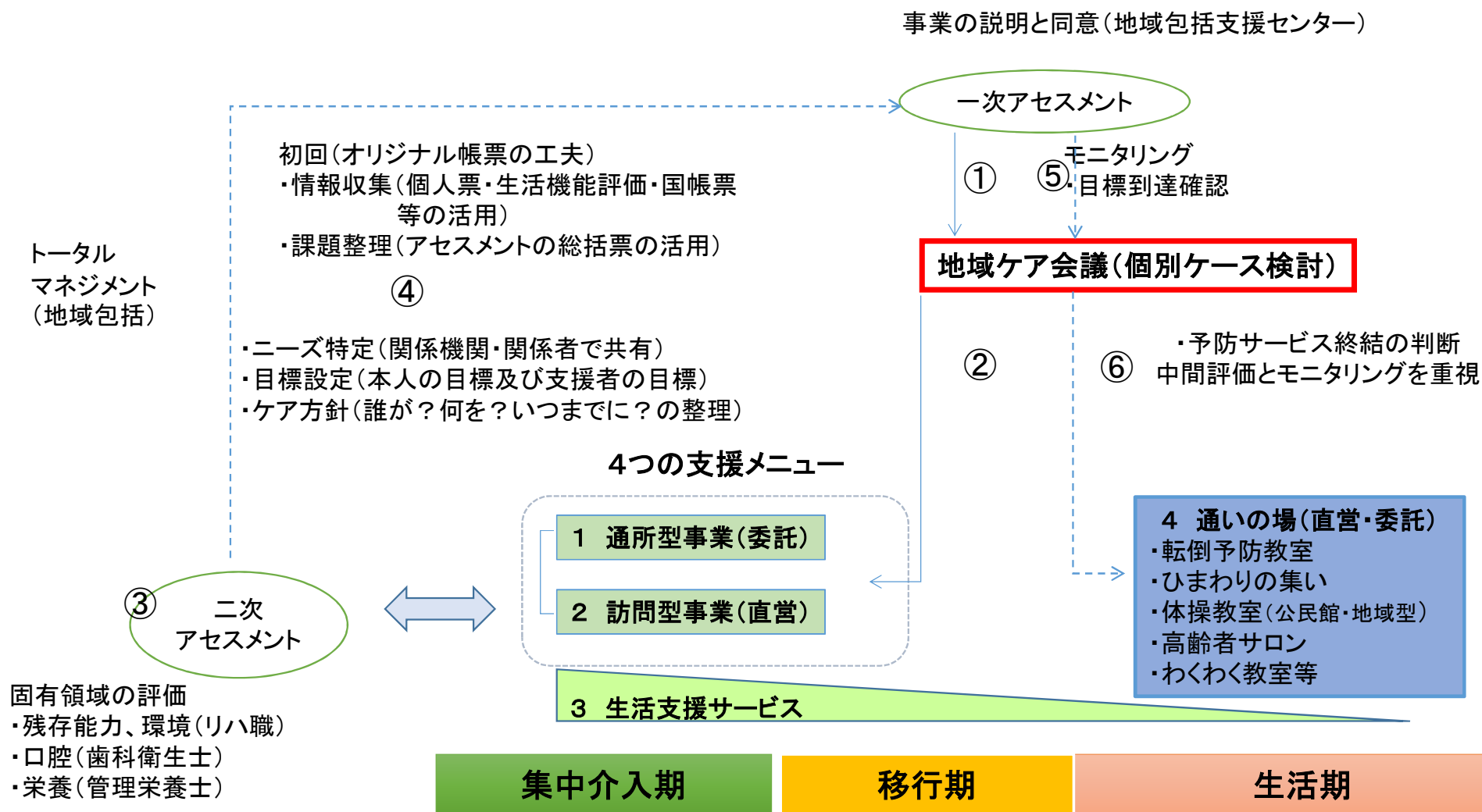
(1)市町村介護予防強化推進事業(国のモデル事業) (平成24年10月～26年3月末)に参加

全国13ヶ
所の市町村が参加



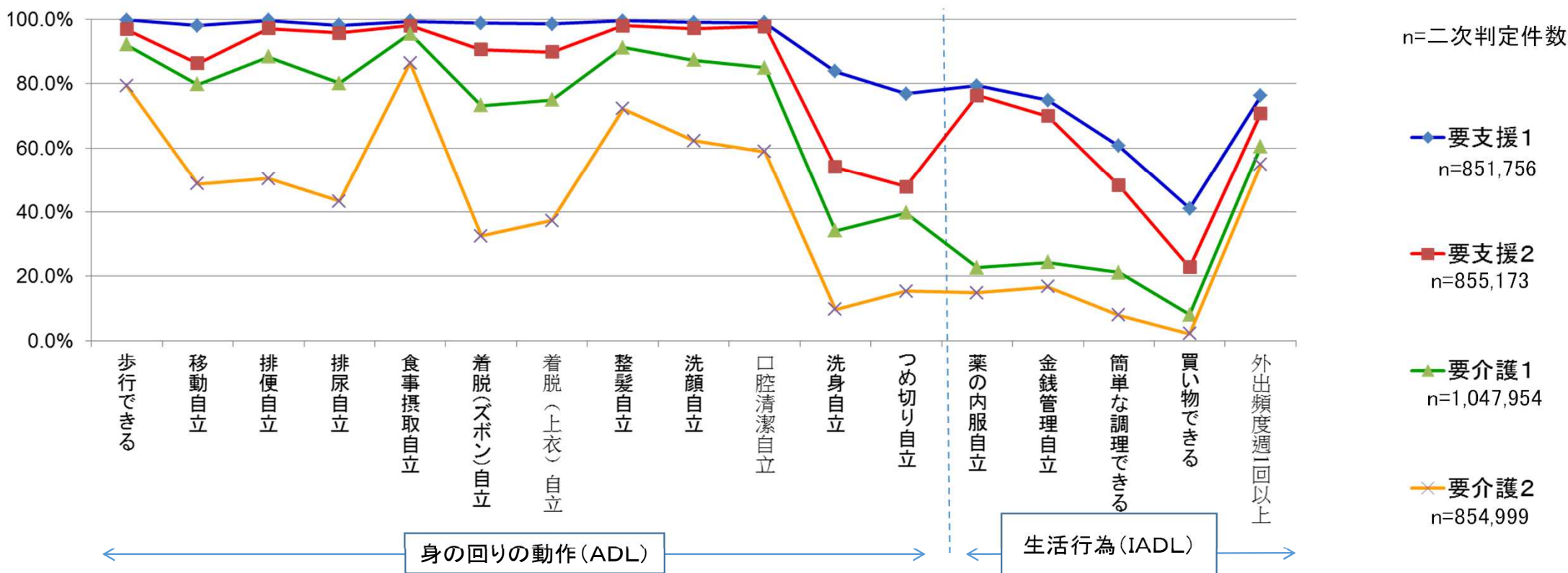
①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちょう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

3. 介護予防強化推進事業（モデル事業）における自立支援の流れ



4. 要支援者のケアマネジメントの特徴

- 要支援者は、ADLは自立し、わずかにIADLの一部に援助を要する程度。このため、日常生活上の不自由さを援助し、あるがままの状態を支えるサービス提供が行われてきた。
- 二次的に生じる生活上の問題を予測して、不自由さを最大限軽減する「自立支援型ケアマネジメント」の発想をもたなければ、重度化を食い止めることは困難。



【出典】平成23年度要介護認定における認定調査結果（認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点)）
岡山県長寿社会課作成

5. 要支援者に向けた新しいサービスを創出できるかを検討

【現状】

（介護予防通所介護 1）

利用者の大半が、人との交流を求めるなど、交流や社会参加のニーズが高い。



【新しいサービスの検討】

社会参加や交流の場があれば、デイサービス以外でも送迎の問題をクリアできれば、介護予防通所介護以外の通いの場があるのではないかな？

（介護予防通所介護 2）

自宅での入浴が不安、または困難という理由から、サービス利用を希望する家族が多い。



入浴できる動作改善や環境の整備が出来れば、自宅での入浴が可能になるのではないかな？

（介護予防訪問介護）

膝や腰を痛めて、外出が困難となり、買物や掃除が不自由になったという理由でサービス利用を希望する割合が高い。身体介護を必要とする人は要支援認定者では少なく、健康な家族が同居していたら、サービス利用は不要。



訪問介護員というプロでなくても、家族に代わる人がいたら、家事等の生活支援サービスは届けられるのではないかな？

6. 要支援者の実態把握（認定調査結果や包括からの情報収集）

- **ADLでは、起き上がり・立ち上がり・片足立ち・歩行に一部介助が多く、一部の人に洗身・爪切りにも一部介助が必要な人がいる。**



整形外科的疾患による痛みやしびれの影響、喪失体験等による意欲の低下から閉じこもりがちになり、廃用性の進行による下肢筋力や体幹機能の低下

- **IADLでは、世帯の状況や性別、家族の介護力による影響もあり、身体能力的には可能な動作であっても、生活行為による習慣性がなく、一部介助となっている人も一定数いる。**
- **精神疾患（認知症やうつ病、統合失調症等）、難病や癌などの急性憎悪疾患で、認定直後のADLは高くても、体調との兼ね合いで、生活行為としては、「声掛けや見守り、一部の手助け」が必要になってくる人も要支援者に一定数、存在する。**

7. モデル事業の結果（集中介入期の事業に参加した94名）

急性介入期の通所型・訪問型事業及び生活支援サービス利用者数(延べ)
(H24.10月～H26.3月末 1～6クール終了時の状況)

集中介入期
の事業が鍵

対象者区分	利用者数	予防サービス(通所事業＋訪問事業)					中断	継続
		卒業者(再掲)	うち通いのみ	うち自主・ボラ	うち給付移行	その他		
要介護2	7人	3人	—	2人	1人	—	—	4人
要介護1	19人	6人	—	2人	3人	1人	3人	10人
要支援2	15人	10人	5人	5人	—	—	4人	1人
要支援1	41人	35人	20人	10人	3人	2人	4人	2人
2次予防	12人	10人	4人	5人	—	1人	1人	1人
計	94人	64人	29人	24人	7人	4人	12人	18人

※その他は、入院、転出、死亡等

○通所型・訪問型サービス利用者94人のうち、一人暮らしは21人(22.3%)、高齢者二人暮らしは39人(41.5%)
○H26年3月末までに、介護保険の更新を迎えた51人のうち、更新不要になった人が21人(41.2%)

8. 平成27年4月に「**総合事業導入**」に踏み切った理由

(1) 地域包括支援センターの声

- 現行の介護保険サービスにない事業が要支援者には必要
 - ・ 自立を目指す専門性の高いプログラム中心の教室
 - ・ 状態像の似通った人が通う「運動とレク」中心の短時間サービス
 - ・ 要支援者等を対象とすることで人員基準が緩和できる
 - ・ 生活支援サービスなら、プロでなくてもできるのでは？という期待
- 地域の居場所に戻る高齢者を増やしたいという切なる現場の声
 - ・ 短期集中で廃用性を改善し、介護保険サービスから離脱
 - ・ 短期集中型Cの事業を創出し、卒業を意識（利用者・事業者・包括・市）
 - ・ 地域の居場所に戻ることを目標としたケアプランの作成

(2) 住民主体の居場所づくりに関して、意欲的な市民団体の声

- 高齢化の進展を心配する住民が徐々に増加
 - ・ 自分達でできることを検討しようという「自主的な集いの場」の現れ
 - ・ 2025年問題を真摯に受け止める住民層が微増



補助金を活用し、【生活・介護支援サポーター養成講座】を開催し「人財」ストックを図る

- 団体から市との協働事業に関する継続の声
 - ・ 一次予防事業で実施していた「会食サロン」が週に1回・隔週1回の定期開催と地域展開の可能性！
 - ・ 閉じこもり高齢者の外出場所の拡大が必要！
 - ・ シルバー人材センターから事業拡大の意向！



緩和型Bの事業を創出（ひまわりの集い・生活支援サービス）

(3) 介護人材不足を懸念する事業者からの声

- プロとアマの混在し合う事業の検討が必要
- 2025年問題を今から考え、徐々に「地ならし」することが大切
- 「訪問介護」の代替え案や「緩和型A」の事業を検討
 - ➡ 訪問介護Bや緩和型Aの通所型事業を検討

(4) 「市町村事業」という言葉に魅了された関係者の声

- 様々な事業所・NPO・住民等を巻き込んで、必要な事業が作れる魅力
 - ➡ 事業所から具体的な事業の提案
 - ➡ NPO等から介護予防事業の提案
 - ➡ 住民からの居場所づくりの提案
- 坂道が多い街並み、後期高齢者の伸びが、今後急速に加速への対応
 - ➡ 本市オリジナルのサービスを、時間をかけて作りだすことが可能
 - ➡ 市・民間・住民力による事業のすみわけ
 - ➡ 元気高齢者も事業の担い手とする期待

(5) 厚労省のバックアップ体制が本気モード

- **不安な事は、即時解決できる体制**（電話・メール・ベストプラクティス等）
 - ・市町村・担当職員として大きな安心
 - ・組織・管理職等の安心感にもつながっている
- **共に走る市町村間の連携力が後押し**（電話・メール・ベストプラクティス等）
 - ・契約書や実施要綱、説明会資料や帳票類など、互いに惜しみなく提供しあう関係
 - ・仲間がいる安心感はモチベーション維持につながっている

(6) ある事業を組み替えるだけでもスタートは可能

- 実施しながら、ベターな方法を関係機関・関係者・住民とともに議論し、少しずつ形を整えていく方法を選択
 - ・平成27年4月からは多様なサービスのみ開始、予防給付は上半期残したまま展開
 - ・平成27年10月からは全面移行の予定
 - ・やり方も市町村の実情に応じた方法が選択できる。
 - ・まだまだ年度途中でも「総合事業」への移行は可能

9. 生駒市における「総合事業」導入に向けた3つの視点

1. 自立支援の視点

⇒新しくリハビリテーション職を事業に導入し、短期・集中的な介入により「自立」や「QOLの向上」を目指す事業

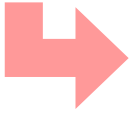
2. 人材育成の視点

⇒地域づくりや介護予防への関心を高め、2025年問題を真剣に考え、わがまちに必要な「地域包括ケア」に向けた体制整備を共に作り上げることを目指す

3. 人財活用の視点

⇒一般市民や既存団体、介護事業所等の協力を得ながら、市との協働で作り上げることができる事業の選定

10. 新しく創出した事業

- ① **【パワーアップ教室PLUS】**
健康管理、痛みのコントロールや評価を行いながら、可動域や活動量を向上する事業（理学療法士・作業療法士・保健師・看護師・運動実践指導者・介護職などの多職種と高齢者のボランティアとのコラボレーション）
 「通所型」と「訪問型」のセット事業
* 自宅と自宅周辺の環境も精査した上で、行動範囲が拡大できるメニューの考案がポイント！
- ② **【転倒予防教室】**
理学療法士が中心となり、運動実践指導者と共に、①で活動性を上げ卒業してきた人の「地域移行の場」として、その体力を維持・向上するための事業
- ③ **【生活支援サービス】**
シルバー人材センターに研修を行った上で、家事支援を中心とした生活支援サービスの提供を行う事業
- ④ **【ひまわりの集い】**
生駒市健康づくり推進員連絡協議会にて、閉じこもりがちな高齢者の居場所と外出機会の確保のための手作りの食事を提供する「会食サロン」事業

11. 新しく創出した事業の紹介



集中介入期：通所型事業（OT・PT・NS・運動指導員・介護職・ボランティア等）



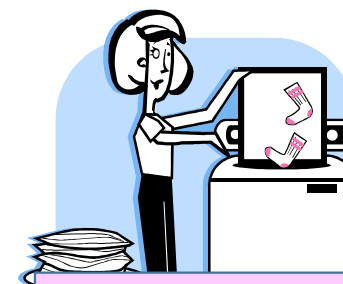
集中介入期：訪問型事業
（OT・PT・保健師・包括職員等）



移行期：転倒予防教室
（PT・介護予防運動指導員）



生活期：ひまわりの集い
（生駒市健康づくり推進員）



集中介入期～生活期
生活支援サービス
（シルバー人材）

事業例の紹介 ひまわりの集い～会食サロン～

生駒市健康づくり推進員連絡協議会に委託して事業実施
地域支援事業の一次予防事業～介護予防・生活支援サービスに移行



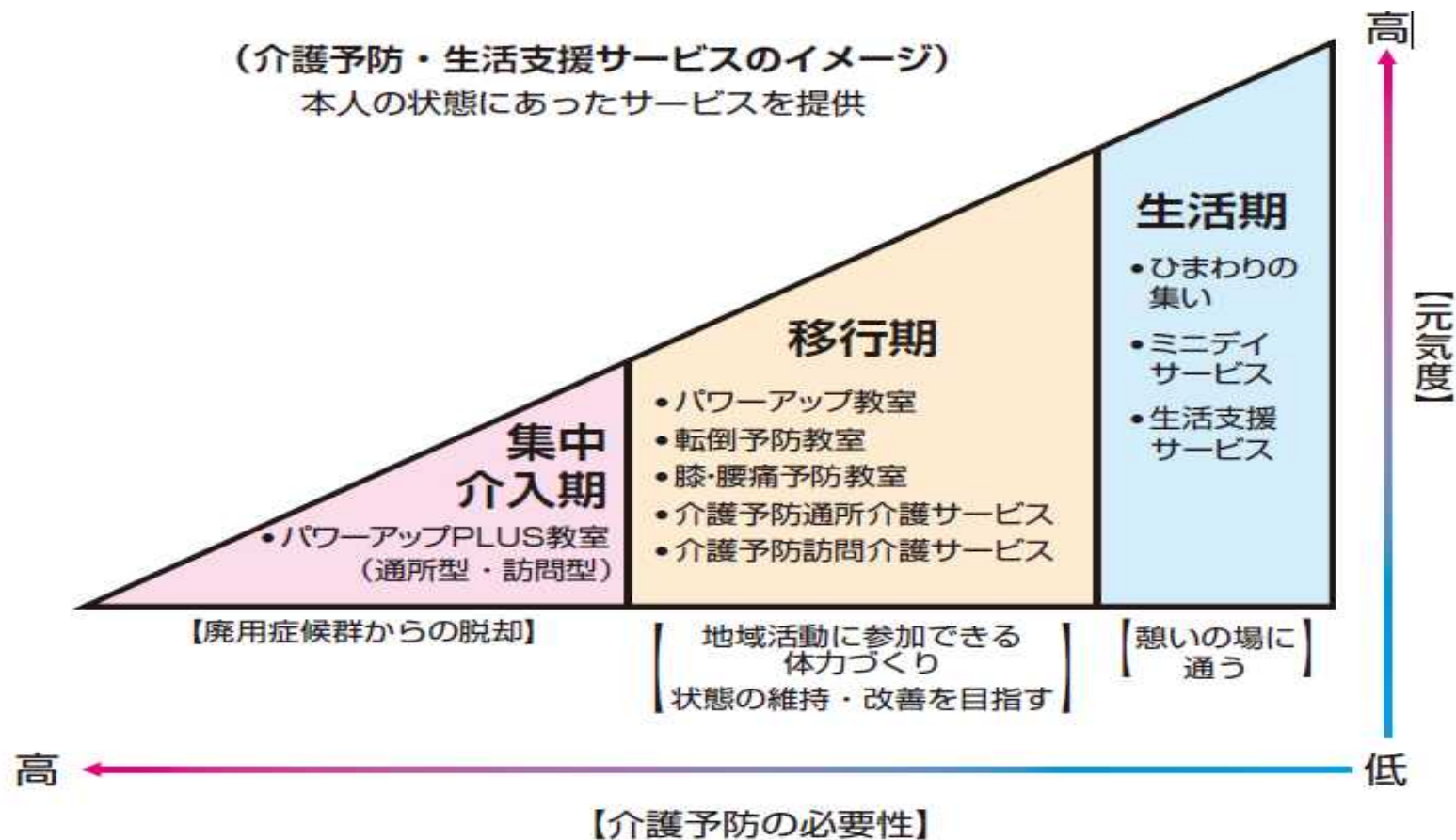
【一般市民団体に依頼や委託するときのポイント】

«市 側»

- ハードルをあえて下げての事業依頼 「いや、それでは . . . 」
- 余裕で出来る内容をまずは提案 「もっと、こんな風に . . . 」
- 具体的にイメージできる方法で伝達 「それなら、できる！」
- DVD・リーフレット・広報・報道の活用 . . . 「会員のやる気を喚起！」

«市民団体»

1 2. 生駒市の事業体系図のイメージ図



(注1) 過度の安静や活動性が低下したことによりおこる身体の状態。
主な症状の例: 関節の拘縮や筋力低下、心肺機能低下、うつ状態など

13. 生駒市の総合事業の体系(緑の囲い)

旧体系(H27.3まで)

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付
(要支援1～2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業

【二次予防事業】

- 二次予防事業対象者把握事業
- 通所型介護予防事業
⇒パワーアップ教室5教室
⇒転倒予防教室
- 訪問介護予防事業

【一次予防事業】

- 介護予防普及啓発事業
⇒介護予防教室、介護予防講演会、体操教室(36教室)、介護予防出前講座、認知症サポーター養成講座、脳の若返り教室(11教室)、物忘れ相談事業、ひまわりの集い(2教室)
- 地域介護予防活動支援事業
⇒わくわく教室(9教室)、介護予防ボランティア養成講座、徘徊高齢者模擬訓練等

現行と同様

10月から総合事業に移行

事業実施

新体系(H27.4～)

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1～2、それ以外の者)

【介護予防・生活支援サービス事業】

○訪問型サービス

- ⇒パワーアップPLUS教室(訪問型)
- ⇒**現行相当の介護予防訪問介護サービス**
- ⇒シルバー人材センターの生活支援サービス

○通所型サービス

- ⇒パワーアップPLUS教室(1教室)
- ⇒パワーアップ教室(4教室)
- ⇒転倒予防教室(1教室)
- ⇒**現行相当の介護予防通所介護サービス**
- ⇒ひまわりの集い(2教室)

○介護予防支援事業(ケアマネジメント)

○一般介護予防事業

- ★左記の一次予防教室に+α介護予防把握事業、コグニサイズ教室、ひまわりの集い地域型等追加

14. 生駒市における総合事業導入の行程

《平成26年度》

介護保険運営協議会予防部
会にて...

【総合事業内容の検討】

介護保険運営協議会にて...

【国のガイドライン・生駒市案
の提示等】

地域包括支援センター会議にて...

【二次アセスメントシート案
作成等】

アセスメントツール作成会議にて...

【二次アセスメントシート検討
・利用の流れの提示】

《平成27年度(4～9月)》

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付
(要支援1～2)

訪問介護・通所介護

総合事業に移行

新しい介護予防・日常生活支援
総合事業 (要支援1～2、それ以外の者)

○介護予防・生活支援サービス事業

- ・訪問型サービス(第1号訪問事業)
『パワーアップPLUS教室(訪問型)』
『生活支援サービス』
- ・通所型サービス(第1号通所事業)
『パワーアップPLUS教室(通所型)』
『パワーアップ教室』
『転倒予防教室』
『ひまわりの集い』

- ・その他の生活支援サービス
(第1号生活支援事業)
- ・介護予防ケアマネジメント
(第1号介護予防支援事業)

○一般介護予防事業

現在、
事業実施
なし

《平成27年度(10月～全面移行)》

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付
(要支援1～2)

※訪問介護・通所介護以外

新しい介護予防・日常生活支援総
合事業 (要支援1～2、それ以外の者)

○介護予防・生活支援サービス事業

- ・訪問型サービス(第1号訪問事業)
『パワーアップPLUS教室(訪問型)』
『生活支援サービス』
- ・通所型サービス(第1号通所事業)
『パワーアップPLUS教室(通所型)』
『パワーアップ教室』
『転倒予防教室』
『ひまわりの集い』
...

・その他の生活支援サービス
(第1号生活支援事業)

・介護予防ケアマネジメント
(第1号介護予防支援事業)

○一般介護予防事業

15. 生駒市の総合事業の体系2

事業名	直営・委託・指定	形態	人員基準	利用者実人数の見込み	期間と時間数	事業費(円)
パワーアップPLUS教室	委託	集中型C	PTorOT、看護師、介護予防実践指導者、介護士、社会福祉士等各1名、ボランティア(4～5)名	90名	1時～3時 週に2回利用 (送迎付き)	11,472,000
パワーアップ教室 (4教室)	委託	集中型C	運動実践指導者、介護士、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、ボランティア等	279名	1時半～4時 週に1回利用 (送迎付き)	18,414,000
転倒予防教室	直営	集中型C	理学療法士、介護予防運動実践指導者、ボランティア6名等	42名	10時～11時30分 週に1回利用	1,360,000
ひまわりの集い (2教室)	委託	緩和型B	生駒市健康づくり推進員連絡協議会会員COOP5名、たけまるホール10名	COOP30名、たけまる50名	10時半～1時 手作りランチ付き 週に1回or隔週利用	2,689,000
生活支援サービス	委託	緩和型B	シルバー人材センターの会員で市の研修受講者	110名	介護予防ケアマネジメントによる必要数	5,492,000
パワーアップplus 教室訪問型	直営	集中型C	PTorOT1名と、市の保健師と担当包括職員	90名	1件あたり50分～60分 程度の訪問	1,137,000
介護予防通所介護 介護予防訪問介護	指定	現行相当		148名 198名	現行相当の予定	

16. 開始時期による上限額の差

地域支援事業の上限設定について
【案①：平成27年度から総合事業開始】

地域支援事業総額の上限設定については、

1. 総合事業

2. 包括的支援事業・任意事業

の2区分で管理を行う。

《介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン》より

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率】※※

※※ 各年度の直近3カ年平均の75歳以上高齢者人口の伸び率

総合事業費の上限額		
平成27年度	$305,876,330円 \times 1.1$ ※※	336,463,963円
平成28年度	$336,463,963円 \times 1.047$ ※※	352,277,769円
平成29年度	$352,277,769円 \times 1.057$ ※※	372,357,602円
※※ 各年度の直近3カ年平均の75歳以上高齢者人口の伸び率 (10月1日時点)		

《① 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》					
	予防給付費 ※1			介護予防事業 ※2	合計
	介護予防訪問介護	介護予防通所介護	介護予防支援		
平成26年度	66,858,626円	145,243,154円	41,111,550円	52,663,000円	305,876,330円

※1 平成26年度7月分までの給付実績データによる推計値から算出した、平成26年度の見込み値を入力。
※2 平成26年度の介護予防事業費見込み値を入力。

地域支援事業の上限設定について
【平成28年度から総合事業開始】
※平成27年度については、現行通り介護予防事業で実施

地域支援事業総額の上限設定については、

1. 総合事業

2. 包括的支援事業・任意事業

の2区分で管理を行う。

《介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン》より

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率】※※

※※ 各年度の直近3カ年平均の75歳以上高齢者人口の伸び率

総合事業費の上限額		
平成28年度	$315,366,460円 \times 1.047$ ※※	330,188,684円
平成29年度	$330,188,684円 \times 1.057$ ※※	349,009,439円
※※ 各年度の直近3カ年平均の75歳以上高齢者人口の伸び率 (10月1日時点)		

《① 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》					
	予防給付費 ※1			介護予防事業 ※2	合計
	介護予防訪問介護	介護予防通所介護	介護予防支援		
平成27年度	77,773,000円	182,749,000円	47,229,000円	57,671,510円	365,422,510円
平成27年度 (報酬改定)	73,884,350円	137,061,750円	47,229,000円	57,191,360円	315,366,460円

地域支援事業の上限設定について
【平成29年度から総合事業開始】
※平成27、28年度については、現行通り介護予防事業で実施

地域支援事業総額の上限設定については、

1. 総合事業

2. 包括的支援事業・任意事業

の2区分で管理を行う。

《介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン》より

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率】※※

※※ 各年度の直近3カ年平均の75歳以上高齢者人口の伸び率

総合事業費の上限額		
平成29年度	$341,614,109円 \times 1.057$ ※※	361,086,113円
※※ 各年度の直近3カ年平均の75歳以上高齢者人口の伸び率 (10月1日時点)		

《① 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》					
	予防給付費 ※1			介護予防事業 ※2	合計
	介護予防訪問介護	介護予防通所介護	介護予防支援		
平成28年度	80,495,832円	212,128,442円	48,855,378円	57,191,360円	398,671,012円
平成28年度 (報酬改定)	76,471,040円	159,096,331円	48,855,378円	57,191,360円	341,614,109円

17. 上限額・事業量の算定(案)

(1) 上限額・事業量の算出方法

【保険者】

- 高齢者人口の推計（前期・後期高齢者数の割合）
要支援 1・2 の認定者の推計
新規申請者の推計
現行サービスでの利用推計
市民意識調査から市民ニーズの把握

【地域包括支援センター】

- 新規申請者から「新しい介護予防・生活支援サービス事業」への移行割合の推定（包括の実態調査）
現行サービス利用者から新しい「介護予防・生活支援サービス事業」への移行割合の推定（包括の実態調査）

(2) 上限額・事業量の算定(平成27年度から実施の例)

地域支援事業の上限設定について

【平成27年度から総合事業開始】

地域支援事業総額の上限設定については、

1. 総合事業
 2. 包括的支援事業・任意事業
- の2区分で管理を行う。

《介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン》より

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率】※※

※※ 各年度の直近3カ年平均の75歳以上高齢者人口の伸び率

総合事業費の上限額

平成27年度	319,220,000円 × 1.05 ※※	335,181,000円
平成28年度	335,181,000円 × 1.047 ※※	350,934,507円
平成29年度	350,934,507円 × 1.057 ※※	366,523,286円

※※ 各年度の直近3カ年平均の75歳以上高齢者人口の伸び率
(10月1日時点)

《① 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》

	予防給付費 ※1			介護予防事業 ※2	合計
	介護予防訪問介護	介護予防通所介護	介護予防支援		
平成26年度	74,151,000円	149,790,000円	42,616,000円	52,663,000円	319,220,000円

※1 平成26年度7月分までの給付実績データによる推計値から算出した、平成26年度の見込み値を入力。

※2 平成26年度の介護予防事業費見込み値を入力。

＜とりまとめ表＞

平成27年度～平成29年度 地域支援事業費の見込み(暫定値修正版)

※平成27年度から新総合事業開始

				平成27年度	平成28年度	平成29年度	
費用	介護予防・生活支援サービス	訪問型サービス	訪問介護 (円/年)	87,420,470円	90,136,738円	93,151,956円	
			訪問型サービスA (円/年)	7,257,600円	7,603,200円	7,948,800円	
			訪問型サービスB (円/年)	—	—	1,250,000円	
			訪問型サービスC (円/年)	2,160,000円	2,250,000円	2,550,000円	
			計 (円/年)	96,838,070円	99,989,938円	104,900,756円	
		通所型サービス	通所介護 (円/年)	134,276,557円	137,345,691円	140,159,420円	
			通所型サービスA (円/年)	21,628,000円	21,628,000円	23,128,000円	
			通所型サービスB (円/年)	2,800,000円	2,800,000円	2,800,000円	
			通所型サービスC (円/年)	12,606,000円	16,808,000円	21,010,000円	
			計 (円/年)	171,310,557円	178,581,691円	187,097,420円	
		介護予防ケアマネジメント ※ (円/年)			42,616,000円	47,229,000円	48,983,000円
		小計 (円/年)			310,764,627円	325,800,629円	340,981,176円
	一般介護予防事業	介護予防把握事業 (円/年)	8,189,600円	8,749,600円	9,129,600円		
		介護予防普及啓発事業 (円/年)	12,799,360円	12,747,660円	12,756,760円		
		地域介護予防活動支援事業 (円/年)	1,925,150円	1,955,150円	1,965,150円		
		一般介護予防事業評価事業 (円/年)	1,000,000円	1,200,000円	1,200,000円		
		地域リハビリテーション活動支援事業 (円/年)	480,000円	480,000円	480,000円		
		小計 (円/年)	24,394,110円	25,132,410円	25,531,510円		
	サービス給付費見込み額合計 (円/年)			335,158,737円	350,933,039円	366,512,686円	
	総合事業上限額 (円/年)			335,181,000円	350,934,507円	366,523,286円	
	包括的支援事業費			123,321,000	147,102,400	159,710,400	
	任意事業			8,823,000	8,994,000	9,737,600	
	地域支援事業合計			467,302,737円	507,029,439円	535,960,686円	

訪問型介護予防事業利用者数推計

《参考資料1「要介護認定者数の推計」より》

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
認定者 (人)	要支援1	584	647	681	709	746
	要支援2	700	785	832	873	916
うち新規認定者 (人)	要支援1	270	297	314	331	349
	要支援2	250	275	291	306	322

(認定者700人中、訪問介護利用者数212人の割合)

(認定者584人中、訪問介護利用者数170人の割合)

《参考資料2「平成25年度生駒市地域包括支援センター別サービス利用状況」による推計》

訪問介護(人)	要支援1	170	188	197	206	216
	要支援2	212	236	250	262	275
うち新規認定者 (人)	要支援1	43	47	49	52	54
	要支援2	50	54	58	60	63

要支援1
シルバー人材センター利用見込み 24人 ※1
現行訪問介護利用見込み 25人 ※2

要支援2
シルバー人材センター利用見込み 19人 ※3
現行訪問介護利用見込み 39人 ※4

※参考資料3「介護予防訪問介護・介護予防通所介護利用者の総合事業利用移行予測について」により、割合を利用

平成27年度訪問型介護予防事業算定内訳

【利用対象者数】

- 新規申請者
①シルバー人材センター 43人(支1 24人+支2 19人 ※1、3)
(生活支援サービス)
②訪問型介護予防事業(直営) 99人(通所型介護予防利用予定者と同数)
③現行訪問介護 64人(支1 25人+支2 39人 ※2、4)

○二次予防事業対象者

- ①シルバー人材センター 21人(20人×1.05)×48回=1,008人
(生活支援サービス)
※平成26年の生活支援の見込×1.05(H26～H27高齢者数の推計伸び率)で算定

【事業費】

- ①シルバー人材センター
二次予防事業 1,008人×1,200円=1,209,600円
要支援1 24人×8回×12ヶ月×1,200円=2,764,800円
要支援2 19人×12回×12ヶ月×1,200円=3,283,200円
※要支援1:週に2回1日あたり1時間利用見込み
要支援2:週に3回1日あたり1時間利用見込み

計 7,257,600円……ア

②訪問型介護予防事業(直営)

- 72回(48回(4クール)+24回(2クール))×30,000円=2,160,000円……イ
※週1回1日あたり3件の訪問を設定。通所介護との併用利用

③現行訪問介護

- 要支援1 : 197人(a)-49人(c)=148人 148人+(25人(※2)×0.9)=171人
1回/週 171人×75%=128 128人×12,200円×12ヶ月=18,739,200円
2回/週 171人×25%=43 43人×24,400円×12ヶ月=12,590,400円
※※

要支援2 : 250人(b)-58人(d)=192人 192人+(39人(※4)×0.9)=227人

- 1回/週 227人×54%=123 123人×12,200円×12ヶ月=18,007,200円
2回/週 227人×31%=70 70人×24,400円×12ヶ月=20,496,000円
3回/週 227人×15%=34 34人×38,700円×12ヶ月=15,789,600円
※※

※※ 平成25年度実績から割合算出 (参考資料4)

計 85,622,400円……ウ

ア+イ+ウ=95,040,000円

(注)①シルバー人材センター、③現行訪問介護は、主に生活支援(家事援助)。
②訪問型介護予防事業は、ADL、IADLに関する動作、生活指導を行うものである。

通所型介護予防事業利用者数推計

《参考資料1「要介護認定者数の推計」より》

		平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
認定者 (人)	要支援1	584	647	681	709	746
	要支援2	700	785	832	873	916
うち新規認定者(人)	要支援1	270	297	314	331	349
	要支援2	250	275	291	306	322

(認定者700人中、通所介護利用者数216人の割合)
31%

(認定者584人中、通所介護利用者数115人の割合)
20%

《参考資料2「平成25年度生駒市地域包括支援センター別サービス利用状況」による推計》

通所介護 (人)	要支援1	115	129	(a)	136	142	149
	要支援2	216	243	(b)	258	271	284
うち新規認定者(人)	要支援1	67	$\times 19.3\% = 15$ 人	(c)	79	$\times 28.2\% = 22$ 人	82
	要支援2	76	$\times 19.3\% = 18$ 人	(d)	90	$\times 5.7\% = 5$ 人	95

要支援1
集中介入期利用者見込み 22人 ※1
移行期利用者見込み 15人 ※2
生活期利用者見込み 5人 ※3

要支援2
集中介入期利用者見込み 25人 ※5
移行期利用者見込み 18人 ※6
生活期利用者見込み 5人 ※7

要支援1、2
維持期利用者見込み 79人 ※4 (要支援1 79人+要支援2 90人=169人 169人 $\times 46.8\%$ =79人)

*参考資料3「介護予防訪問介護・介護予防通所介護利用者の総合事業利用移行予測について」により、割合を利用

平成27年度通所型介護予防事業算定内訳

【利用対象者数】

- 新規申請者
①集中介入期 47人(支1 22人+支2 25人 ※1、5)……ア
②移行期 33人(支1 15人+支2 18人 ※2、6)
③生活期 10人(支1 5人+支2 5人 ※3、7)
④維持期 79人(※4) ……イ

○二次予防事業対象者

- ①集中介入期(事業所Ⅰ) 13人 $\times 4$ クラス=52人……ウ
②移行期
パワーアップ教室(事業所Ⅱ) 15人 $\times 4$ クラス $\times 4$ クール $\times 1.05$ =252人
転倒予防教室 10人 $\times 4$ クラス $\times 1.05$ =42人
膝・関節教室 10人 $\times 4$ クラス=40人
③生活期 ひまわりの集い 60人 $\times 2$ クラス+地域型

【事業費】

- ①集中介入期
事業所委託 47人+52人=99人(ア+ウ) 99人 $\div 15$ 人=6クラス
12,606,000円 ……(1)
※平成26年度 4クラス 8,404,000円

②移行期

33人+従前の二次予防事業対象者の1.05倍

パワーアップ教室 252人 $\times 6,000$ 円 $\times 10$ 回=15,120,000円
252人 $\times 3,000$ 円 $\times 2$ 回= 1,512,000円

転倒予防教室(健康運動指導士、看護師等への報酬費) 4クラス
委託料:2,368,000円

膝痛・関節教室(セラピスト、看護師等への報酬費) 4クラス
委託料:2,628,000円

計 21,628,000円 ……(2)

③生活期

ひまわりの集い 2,800,000円 ……(3)

④維持期

現行の通所介護への移行割合 要支援1:1/3 要支援2:2/3

要支援1 136人(a)-79人(c)+(26人(※4 $\times 1/3$) $\times 0.9$)=80人
要支援2 258人(b)-90人(d)+(53人(※4 $\times 2/3$) $\times 0.9$)=216人

要支援1: 80人 $\times 12$ ヶ月 $\times 2099$ 単位 $\times 10$ = 20,150,400円
要支援2: 216人 $\times 12$ ヶ月 $\times 4205$ 単位 $\times 10$ =108,993,600円

計 129,144,000円 ……(4)

(1)+(2)+(3)+(4)=166,178,000円

18. 移行に向けての準備

(1) 市の役割

● 基礎数字の把握

高齢者数・認定者数・一人暮らし高齢者数の推計、世帯構成、給付費の伸び、人口推移、サービス量の推計、認知症高齢者の推計、新規申請者の推計、現行サービスの利用状況、市民意識調査からのニーズ把握、要支援1・2の認定者の推計等etc…

● 課内での議論

上限額設定に関しては、前年度の実績が大きく影響
現行の地域支援事業のように給付費の3%が上限という設定でないことに留意
総合事業の開始年度をいつにするかについて、年度も検討
組織改編に及ぶ議論を重ね、介護保険課予防推進係は高齢福祉課に統合され、
高齢施策課となり、包括ケア推進係と生まれ変わり総合事業を推進

● 理事者・議会等への説明

- ・ 事業の狙いを説明（決して要支援者切ではないこと、多様なサービスにより選択の幅が広がるメリットを強調、強制的にサービス利用の誘導を行うわけではないことも説明）
- ・ 市民福祉委員会に向けては、地域包括ケアの勉強会を活用し、総合事業の説明実施
- ・ 上限額（事業費）のからくりを説明（早期に開始することの保険者・住民・事業者に関するメリットを説明）

● 関係課との調整

財政当局との調整

- ・ 開始時期をいつにするかによって、予算編成も通念と変わるため、密に連携を図りながら、予算の修正を図った

地域包括ケア推進会議を設置

- ・ 多様なサービスの創出、医療介護の連携、生活支援体制整備について、他部署と部課横断的な連携を図る体制を整備

● 医師会との調整

- ・ 主治医の理解が必要なため、総合事業の趣旨説明
- ・ 総合事業をきっかけに「医療・介護の連携会議」の場を創設
- ・ 二次アセスメントシートの作成
- ・ 本市オリジナルの診療情報提供書等の微修正を図る

● 介護保険運営協議会での検討

【開始時期】

- 平成 27 年度から「総合事業」開始
- 平成 28 年度から「総合事業」開始
- 平成 27 年度 予防給付を残したまま「総合事業」開始

★平成 27 年度 上半期は予防給付を残したまま「総合事業」を開始し、下半期から全面移行

⇒必要なサービスの種類と内容

⇒必要な事業量の算定と人材確保等

● 地域包括支援センターとの調整

◆ 総合事業の要は「地域包括支援センター」である

総合事業の趣旨や包括が担う役割、事業の整理や相談時の流れについて、整理するために定例会議を新たに追加

◆ 奇数月の第3(木)に集まり、総合事業に向けた準備会議を開催

作業部会として「予防部会」を立ち上げる

● 予防部会での作業

- 開始時期とサービス種類と内容及びサービス量の検討
- 要支援1・2の認定者のサービス利用傾向の分析
- 現行サービスから新しいサービスへの移行割合の算出
- 利用者の意向確認
- 必要なサービスの内容を検討
- 窓口での対応に関するフローチャートや包括来所・相談時のフローチャートの作成
- 基本チェックリスト後のアセスメントツール案の検討
- 必要な帳票類の整理
- 介護予防ケアマネジメントの流の作成
- 介護予防ケアプランの費用案の作成
- 総合事業に向けた多様な事業でのシミュレーションの実施
 - 現行サービス利用者にアセスメントツール案を試行
 - サービス利用体系図の作成等
- 契約書のひな形・重要事項説明書等の作成

● 担当課としての役割

- ・ システム改修の準備
- ・ 介護予防事業の実施要綱の廃止及び総合事業の実施要綱等の作成
- ・ 事業参加者数の推定及び予算の確保
- ・ 事業対象者の証 発行準備
- ・ 申請書類や窓口対応マニュアルの作成
- ・ 委託契約書の作成や請求方法の検討
- ・ 事業運営マニュアルの作成等
- ・ 包括法人理事者向け代表者会議で総合事業の説明会を実施

19. 2014年 総合事業開始に向けての準備(タイムスケジュール)

10月半ばから準備開始

上限額の設定

事業体系・事業内容及び事業量の算定し直し
介護保険運営協議会で、再度開始時期の検討
第6木介護保険事業計画の修正
H27年の地域支援事業にかかる予算の見直し

11月

総合事業の実施に向け、奇数月の包括会議を新たに追加

総合事業のケアマネジメントの考え方の統一と共有化

総合事業の実施に向け、医師会との調整
総合事業の内容・事業数・サービス量の確定
第1回 システム会社との打ち合わせ
上限額の設定見直し
事業量の算定見直し
平成27年度予算案の確定

12月

医療・介護の連携会議の場を設置
(第1回会議)
第2回 システム会社との打ち合わせ

2015年

1月

奇数月の包括会議の下部組織として「**予防部会**」を設置

総合事業のリーフレット作成開始

第2回 医療・介護の連携会議
(アセスメントツール作成に向けて)
アセスメントツール(案)の検証
ケアプランの単価設定(案)作成
プラン請求方法の検討

窓口対応マニュアル(案)作成

総合事業に関するマネジメント特性の整理
第3回 システム会社との打ち合わせ
奈良県国保連豪快との打ち合わせ会議
ケアプランの帳票類(案)の作成
広報の打ち合わせ

2月

包括理事者向け、総合事業の説明会実施

総合事業導入に向け市民啓発として
市民フォーラムの開催
生活・介護支援サポーター養成講座の実施
(基礎編→3回開催)
第3回 医療・介護の連携会議
広報での市民周知
計画作成依頼届出書の作成
介護保険の更新案内の挿入文書の変更
総合事業のコンセプトのまとめ
総合事業の必要書類の確定
一般介護予防事業向け、運動DVDの作成
基本チェックリストの帳票作成

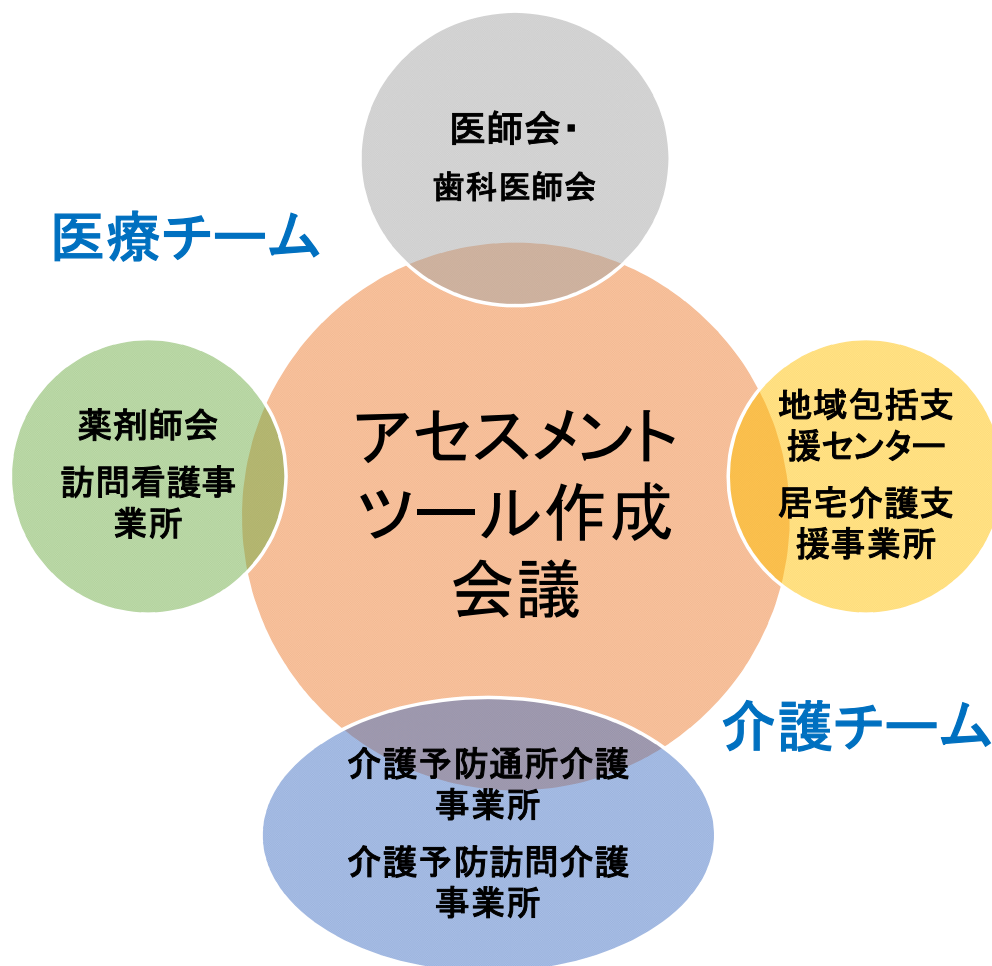
3月

介護予防ケアマネジメントの契約書(案)作成
介護予防ケアマネジメントの重要事項説明書(案)作成
第4回医療・介護の連携会議
介護予防事業に関する実施要綱の廃止に向けた準備
多様なサービスに関する契約書・仕様書の作成
総合事業の実施に向けた**事業所説明会の実施**
事業対象者の証発行準備
生活・介護支援サポーター養成研修
(基礎編3回、実用編6回、計9回の実施)
新規申請者の窓口対応マニュアルの確定
システム会社との打ち合わせ
「事業対象者の証」発行テスト
生活支援サービスで稼働できる人員の確認
総合事業のプラン再委託の金額調整

4月

総合事業に関する**介護予防ケアマネジメント研修の実施**
多様なサービスに向け事業所等との委託契約
総合事業利用者の受付台帳の整備
直営事業の見直し(効率化と簡素化を図りつつ、質は向上)
新しい体制での担当者の見直しと総合事業の内容を共有化
5月のケアプランの支払い準備(包括との突合)
生活支援サービスの担い手に対する研修会の調整
生活・介護支援サポーター養成講座修了者のOB会実施
(自主開催への展開)
一般介護予防事業に関する介護予防把握事業の整理
介護予防拠点施設でのサービス内容の(案)作成
認知症初期集中支援チームの稼働に向けて準備会議
集中型Cの事業所との打ち合わせ
医師会向け、総合事業の研修会企画(8月28日開催予定)
事業対象者の証発行

20. 医療と介護の連携の場を調整(アセスメントツール作成会議)



スケジュール

- H26.11月末まで
 - ・ アセスメントツール案の作成
 - ・ ご協力いただける医師を医師会から推薦（2名）
 - ・ 他に医療チーム、介護チームから推薦いただき
合計 11名の参加による会議を開催
- 12月22日：第1回 作成会議
⇒アセスメントツール案を利用して、事業選定基準が導き出されるか、要検討（宿題）
- H27. 1月22日：第2回アセスメントツール作成会議
- 2月：第3回アセスメントツール作成会議
- 3月～ 試行的にツールを使用
- 6月：第4回アセスメントツールの検証
及び修正等
- 8月：医師会向け「総合事業説明会」
- 9月：広報等において、再度周知

H27年10月 総合事業の本格的な開始

21. アセスメントツール(案)

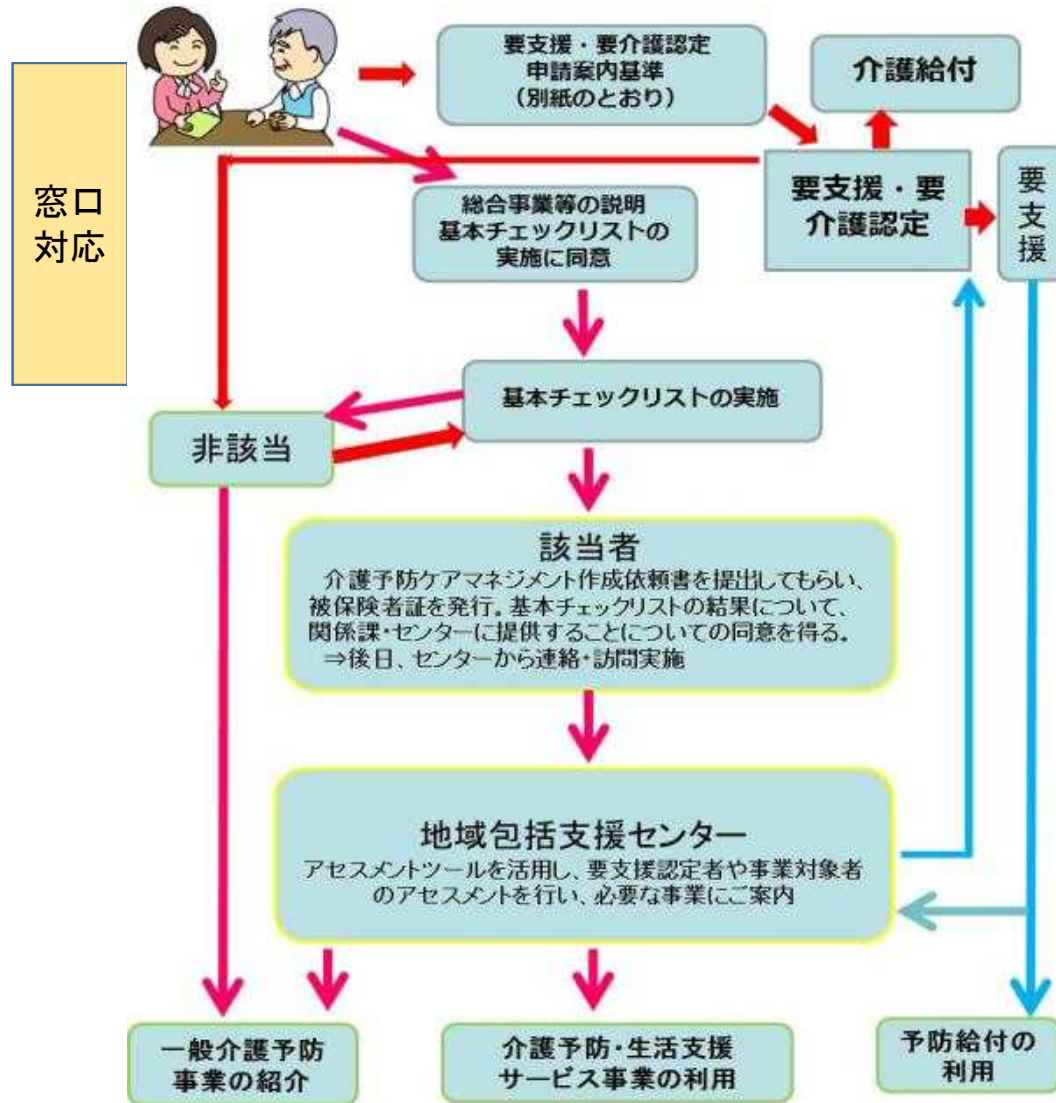
生駒市版 (おもて・案)	
ふりがな	
利用者氏名	生年月日 昭和 年 月 日 (歳)
住所	生駒市 電話 (-)
世帯区分	1.単身 2.高齢者のみ 3.その他
障がい高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度
●主訴	
●家族の意向	
I. 健康状態	
1	現在の主な疾患 定期受診 : ○回/月 マッサージや整骨院 : ○回/月
2	既往歴
3	服薬 ○○種類(内容:)
4	お薬手帳を利用していますか はい ・ いいえ
5	平常時の血圧 / mmHg 服薬 有 () ・ 無
6	肉類、卵、魚介類のうち、いずれかを毎日、一つ以上食べていますか。 はい ・ いいえ
7	1日にとる水分について 合計 cc

現行の予防給付作成プランにも対応可能。
 能力と行為が明確になるように工夫。
 国のガイドラインの要素も加味しながら、作成中。

● 医療介護の連携の場で作成

➡ 地域包括支援センターの全面的な協力の元、実施！

2 2. 生駒市における新規申請者への窓口対応の流れ



【対応窓口】

介護保険課・高齢福祉課・地域包括支援センター

1. 来所者の主訴を尋ね、おおまかな状態像を聞き取り、あきらかに要介護認定が必要な人は、介護申請を案内。
2. 介護保険サービスや総合事業のサービス等の説明を行い、基本チェックリストの実施について同意いただいた人に実施。
3. 非該当者については、一般介護予防事業等のご案内
4. チェックリスト該当者については、介護予防ケアマネジメント依頼書を提出してもらい、被保険者証を発行。後日、担当の地域包括支援センターから連絡が入る旨伝え、情報提供に同意を得る。
5. 担当課より地域包括支援センターに情報提供し、再度、制度の説明を行った上、総合事業の利用希望者には、介護予防ケアマネジメントを始める。
6. センターは、速やかにサービス事業所に連絡を入れ、サービス利用を開始する。

23. 申請案内を勧める場合の例（案）を作成中

- 自分一人で杖をつき歩行することや歩行器を使用しても一人で歩くことができない高齢者
（移動は車いす、もしくは寝たきりである。）
- 認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている高齢者
（買う品物を忘れてしまうため、必要な物を一人で購入することができない。料理をする段取りを忘れてしまい、一人で調理ができなくなっている。金銭の管理ができない。）
- 一人での入浴や体を洗う行為ができなくなっており、入浴を目的とするサービス意向が強い場合
- 服薬や病気の管理のために「訪問看護サービス」の利用目的がある場合
- 自宅内での移動や外出、浴槽が深いなどの理由から「住宅改修」や「手すり等の設置」が必要な場合や「福祉用具のレンタルや購入」の希望が明確な場合
- 家族の介護力の問題で、長時間の預かりの場を求めている場合
（不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、家族との分離が必要なため、定期・不定期のショートステイ利用が必要な場合など。）
- その他

24. 総合事業利用時のマネジメント費（案）及び簡易プラン（案）

＜ 総合事業のみ利用の場合のケアマネジメント費（案） ＞

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（3ヶ月後）
原則的な ケアマネジメント （ケアマネジメントA）	作成あり	訪問型C・通所型Cサービス 集中介入期 パワーアップPLUS教室 移行期 介護予防通所介護 介護予防訪問介護	サービス担当者会議	○	×	○
			モニタリング等	－	○	○
			報酬（案）	4,000円 +3,000円	4,000円	4,000円
簡略化した ケアマネジメント （ケアマネジメントB）		その他 （委託・補助）のサービス 移行期 パワーアップ教室 転倒予防教室	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（案）	4,000円 +3,000円	－	4,000円
初回のみ ケアマネジメント （ケアマネジメントC）	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 生活期 ひまわりのつどい 生活支援サービス	サービス担当者会議	×	×	×
			モニタリング等	－	×	×
			報酬	（新規）7,000円 （継続）4,000円	－	－

25. 総合事業についての普及啓発

2月15日号に「総合事業」の特集掲載

2月22日（日）市民フォーラム開催
（地域力向上について啓発とした
キックオフ会議的なフォーラム）

2月24・25・26日

「生活・介護支援サポーター養成講座」

- ・生活支援サービスの担い手の確保
- ・介護予防普及推進員の確保

総合事業のリーフレット及びDVDの作成

地域包括支援センターのDVD作成

3月24日 総合事業に関する事業者説明会

4月14日 総合事業に関するケアマネジメント研修会



11月15日の広報でもA3 3枚で介護予防の啓発特集

生駒市の総合事業用 パンフレット！

2015

新しい介護予防・ 日常生活支援総合事業のご案内



生駒市

パンフレットの裏面のメッセージは、高齢施策課長が考えました。
全体的な流れは、市・包括・事業所で考えました。
総合事業は、ありとあらゆる人の輪でできるものだと思います。

これからの高齢化社会に向けて…

地域の力で高齢者の生活を 支えあうまちづくりが重要です

介護や生活支援を必要とする高齢者や、一人暮らし・高齢者のみの世帯が増える中、生活の維持に必要な買い物や掃除の支援、

高齢者が生きがいを持って参加できる活動が

これまで以上に必要になってくると考えられます。

そのため、従来のホームヘルプサービスやデイサービスだけでなく、住民が中心となって実施する取り組みも含めた、多様な担い手による高齢者の支援体制を、地域の中に創っていくことが重要となります。

みなさまのご理解・ご支援をお願いします。



生駒市高齢施策課

〒630-0288奈良県生駒市東新町8番38号 ☎0743-74-1111(内線487・488)

発行:平成27年4月

1. パワーアップPLUS教室（通所型・訪問型）

① 運動プログラム

-筋力増強運動- （マシン・セラバンド）

セラバンドやマシンを使って小さい負荷からスタートし、少しずつ負荷をあげて筋力をアップさせながら体をつくっていきます。セラバンドの運動はご自宅でも気軽にできるものです。教室以外でも自主トレーニングを続けることが大切です。



-持久力・バランス力アップ-

リズムに合わせて足を前後・左右に出し、ステップ運動を行います。バランス力を向上し、続けてステップを踏むことで、持久力も向上させていきます。



バランス運動



ステップ運動

② -個別プログラム-

個々に抱える課題を解決していくために、理学療法士・作業療法士が指導します。



例)階段の昇降練習

③ 口腔機能向上・栄養状態改善プログラム

④ 訪問型プログラム

パワーアップPLUS教室（通所型）（P.04・05）を利用している方のお宅に、訪問型として、利用期間中1～3回程度、理学療法士・作業療法士等が訪問し、自宅での動作で困っている動きがないか、環境（浴室・トイレ・玄関・階段等）を変えた方がよいところはないかなどの検討を行います。必要に応じて、自宅内での自主トレーニングメニューの提案や住宅改修等の相談に応じ、活発かつ持続可能な自宅での生活スタイルを提案します。

運営スタッフ

理学療法士・作業療法士、保健師、地域包括支援センター職員

定員

15名程度

実施日時

通所型サービスを利用中に1～3回程度
水曜日の午後 1回あたり40～60分
① 14:00～② 15:00～③ 16:00～

利用料

無料

場所

自宅及びその周辺



理学療法士・作業療法士等のリハビリの専門家達が、お宅での体験指導を行います。



理学療法士や作業療法士が、お宅周辺の歩行環境や散歩時のポイントなども指導します。

風呂場、廊下、トイレ、玄関などの手すり設置に際しても指導します。



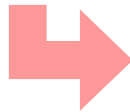
パンフレットの
中身を
一部抜粋
↓
集中型Cのサ
ービス
ページの
ご紹介！

パンフレットは
すべて自前で
作成

写真はすべて
生駒市民

26. 「総合事業」開始直前の動き

● 組織の改編



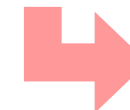
- ・ H27. 4.1より介護保険課・予防推進係が高齢福祉課に統合され、高齢施策課
- ・ 包括ケア推進係と生まれ変わり、地域包括ケアを含めた体制作りを本格化
- ・ とにかく係内会議や打ち合わせの機会を推進
- ・ できすぎる人が少数派より、出来る人が多数派の方が効率が良い
- ・ 役割分担の明確化と進行管理の徹底

● 要綱・契約書・帳票類の整備



- ・ 多様なサービス事業の実施要綱・委託契約書・使用する帳票等の作成
- ・ 第1号介護予防支援に関する委託契約書・重要事項説明書等の作成
- ・ ケアプランの請求・支払方法等の確定

● 予防部会での作業



- ・ 対象者の選定からリストアップ→市に提出書類のまとめ
- ・ 診療情報提供書等の見直し（案）の作成
- ・ 介護予防ケアマネジメントの考え方について、意識の統一

● 事業者説明会の実施や多様な事業のシミュレーション作業



- ・ 平成27年3月24日 事業者向け説明会
- ・ 平成27年4月14日 居宅介護支援事業者向け「介護予防ケアマネジメント研修」の開催
- ・ 総合事業に向けた多様な事業をシミュレーション
- ・ 緩和型デイの内容検討
- ・ 総合事業に関するサポーターの養成・育成→OB会への支援

27. 総合事業の利用者の声

● 緩和型Bに参加している人

杖歩行して車押している人がたくさんいることに安心。
多くのサポーターさんに暖かく迎えてもらうのは魅力、
食事もおいしくて会話しながら食べれる嬉しさ満喫。



● 集中型Cに参加している人

リハビリはあきらめていたけれど、やってみる価値がある。
体が軽くなり、気持ちが明るくなっている。次はサポーター
を目指したい。



● 緩和型の生活支援サービスを利用している人

元気なシルバーさんにとってもよくしてもらっている。
いつも同じ人が来てくれる安心感は強いものです。
同じ時代を生き抜いてきた者同士、気持ちが通います。



28. 今後の方向性

これからの後期高齢者の伸びに耐えられる

「地域・住民力の向上」に向けた様々な企画が要！

1. 男性の社会参加・家事能力向上に向けて

- 寿大学等の卒業生からなる社会貢献事業を狙い目に、住民主体の憩いの場の担い手となるNPO等の立ち上げ
- 「老い方講座」や「男性の料理教室」、「家事能力アップ事業」など、单身になっても困らない男性を育てる事業の拡充

2. 若い主婦等の短時間労働を意識して

- 幼稚園等に通いだした子を持つ親の短時間の家事支援サービスも視野に入れた対応

3. 地域支援体制整備事業を通して

- 地縁団体の活動を詳細に把握⇒計画的なサービスの創出と導入
- 社会資源の発掘やマッピング⇒「勉強会」の立ち上げから、「協議体」への移行
- 適切な生活支援コーディネーターの選定と確保

4. 認知症施策の推進

- 徘徊高齢者の模擬訓練等を通して、地域のネットワーク構築を推進
- 認知症地域支援推進員の積極的な活用

4. 医療介護の連携促進

5. 多様なサービスの更なる創出

29. 全面移行に向けた準備

- 緩和型Aの内容検討
- 多様なサービスが良循環をめぐる内容検討
- シルバー人材センターの会員向け、生活支援サービス提供に関する研修会の実施（活動会員の増加と質の向上を目指す）

30. 協議体と生活支援コーディネーターについて

- 第1層：介護保険運営協議会のメンバー＋αで検討

市民活動推進課と社会福祉協議会と高齢施策課においてニーズ調査の実施（案）、ボランティアの養成・育成等
- 第2層：市民自治協議会との連携、平成27年度は「勉強会」の立ち上げ
- ひまわりの集い等を全市拡大していく方法論の検討等

31. ま と め

- 総合事業のガイドラインは、複雑で読み取りにくいですが、実際始めてみると、「実はシンプル」
- 今ある事業を組み替えていくだけでも「総合事業」は開始できる。
- 多様なサービスの4類型にとらわれず、わがまちに必要なものを焦らず、じっくりと実践しながら、考え、膨らませていくことが大事。
- 「ピンチ」を「チャンス」に切り替える発想も必要。
- 当時の担当者は誰だ？とのちのち、恨まれないようにだけ、「できること」を「できる時」にしておきましょう。

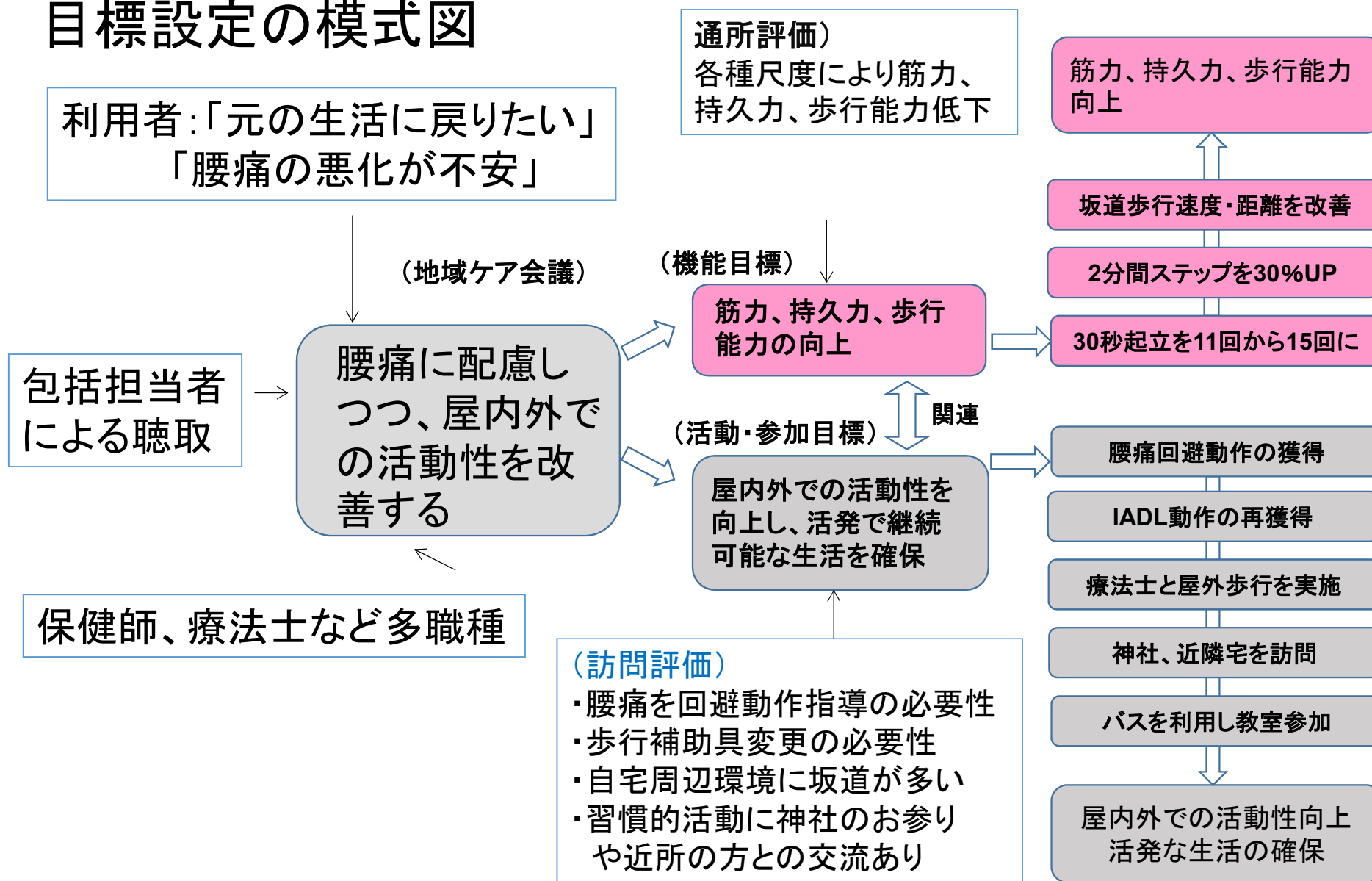
ご清聴ありがとうございました。

参考資料

事例紹介(訪問型・サービスCの集中ケア)

- 参加者: 要支援2 の70歳代女性
- 疾患: 肺炎(廃用症候群)
- 既往: 腰椎椎体偽関節、圧迫骨折、慢性心不全
- 目標: バスに乗って転倒予防教室に通うことができるようになる。
- 身体機能状況: 筋力・全身持久力・バランス能力低下、歩行能力低下
基本動作・ADL・IADL(買い物、趣味等)一部介助
コルセット使用、腰が痛いが屋内移動は何とか可能
(機能レベル): 下肢筋力・全身持久力・歩行能力改善
(活動・参加レベル): 腰痛回避動作の獲得、屋外歩行手段の獲得、
IADLの拡大(屋外歩行、趣味再開等)
- 介入内容
 - ・ 通所: 身体機能改善プログラム、歩行補助具の評価、坂道歩行練習
 - ・ 訪問: 腰痛回避動作指導、屋外歩行、バスの利用練習、家族支援等
 - ・ セルフケア: 階段昇降、自宅周囲の散歩等

目標設定の模式図



■ 3か月後の結果

- ・ 機能：下肢筋力・全身持久力・歩行能力改善
- ・ 活動・参加：
 - ① 洗濯物の取り入れなどが可能となり、習慣化
 - ② 近所の神社へお参り、友人宅へ訪問を再開
 - ③ 家族とともにスーパーへ買い物
 - ④ バスを使用し、転倒予防教室に参加

■ 今後の支援方針：

転倒予防教室を利用して機能改善・維持を図るとともに
友人宅を訪ねるなど活発な日常生活を送る

本人の「元の生活を取り戻したい」という意欲を目標に取り込み、関連のある小目標を段階的に設定し、それを達成していくことにより、機能・活動・参加での改善がみられた。



明日の『元気』を今つくる



膝を手術して体力が
おちたんです。
息切れもするし…。

分かりました。
Kさんにオススメの介護予
防教室を紹介しますよ。

そろそろ介護が必要？
実は、違う選択肢があるかもしれません。
しかも、もっと元気になれるかも。そん
な介護予防の可能性を探ります。

介護ではなく、介護予防

**先輩といっしょに
元気をとりもどしました。**

多くのボランティアが支える介護予防の
「パワーアップ教室（幸楽）」
両膝を手術し支援が必要（要支援2）と
認定された、K氏に受講の状況を再現し
てもらいました。

11年ぐらい前から膝が痛くなり、両膝を手術したのが、去年と一昨年。手術後は杖が必要な状態で、体力も低下していました。

介護保険制度を使わず、自分の力でなんとかしたいと、去年の3月に介護保険課を訪れました。



人の世話にはなりたくないんです。トレーニングしたら、ようなるかな。

Kさん。
「パワーアップ教室(幸楽)」に参加してみましよう！



介護保険課課長補佐 田中明美



Kさん(80)

市内在住
消防の仕事を長年務めあげ、体力には自信があった。2年程前に、心臓にペースメーカーを入れる手術を受けている。



自宅でセルフケアが出来るように、PTより
通所型で指導を受けています。

通所型参加の様子

右側に卒業生の男性サポーターが声をかけ、
正しい姿勢で運動が出来るよう指導しています。



卒業後はボランティアとして支える側に

一人だと閉じこもってしまうからね。これが一番悪い。受講者の人も親しくしてくれるし、相談もしてくれる。ここでは、冗談も言えるし、面白い話しながらやっていますねん。



不思議とようなりましてん。1人でやっても、どんな歩き方でどのくらい歩いたらいいか、誰もおしえてくれません。ここでは、理学療法士の先生が指導してくれますし、先輩と取り組むことで、やっていたことが、間違っていたと気づくこともあるんです。

毎回、運動量を記録。川合さんも目に見えて体力を取り戻しました。

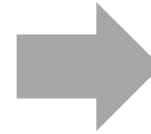
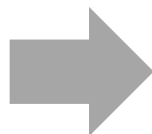
毎週火曜・金曜日に、柔軟体操、マシントレーニング歩行練習などを3ヶ月。



「パワーアップ教室(幸楽)」とは？

介護予防のモデル事業として、市が平成24年度に始めた事業の1つ。生活機能が低下している高齢者を対象に、リハビリのためのトレーニング機器を使用し、運動機能の回復、向上を目指す。卒業生の多くがボランティアとして参加する先進的な事業。市内全域が対象。

事例 (生駒市)	78 歳 妻と長女の3人暮らし 要支援1 (H26.2.1～ H28.1.31) ⇒ 更新せず
	要支援認定を受けた経緯： ペースメーカーや右膝の手術、脊椎すべり症から、徐々に動作に時間がかかり、自信と気力が低下。リハビリ目的で申請。



	【開始時点】 (2014.4.)	【3か月後】 (2014.6)	【6か月後】 (2014.9)
ADL IADL	- 各生活動作、各動作はできているものの時間がかかり、両膝関節痛があるため歩く機会が減少、廃用性の筋力低下。 - 畑仕事が十分にできなくなっている。	中間時点で20分続けて歩けるようになっており、日常生活動作でも効果を実感。	- 散歩、畑仕事、週2回のボランティア活動が継続できている。 - 新しい参加者にとって良きアドバイザーとして活躍中である。
地域 ケア 会議 による 検討	「畑仕事を継続する体力の維持とともに、15分間続けて歩けるようになり、散歩が楽しみとなる。」という目標達成のための支援方針の検討 - 通所：筋力・体力・持久力アップ - 訪問：自宅周辺の散歩コースの確認	- 通所終了。 - 人の役に立ちたいとボランティア活動へ。 - セルフケアが定着しているが、過活動にならないよう声かけや見守り必要。	 【現在】(2014.10) ボランティア活動の場で、参加者に自身の経験談を伝えながら、安心を利用者に届けている。新しい仲間が増え、通所事業の場が大きな社会参加の場となっている。
リハ職の 対応	- 筋力・バランス力を向上し、持久力をアップ。 - 痛みの評価。 - セルフケアの指導、自宅周囲の環境確認。	- 動作、セルフケアの確認 - 駅前から事業所までの坂道を安全に、歩行できるかの確認 - 通所事業での役割の確認	

H27.4 以降 プラン作成届出先 及び プラン請求先

< プラン内容 >

< 届出書提出課 >

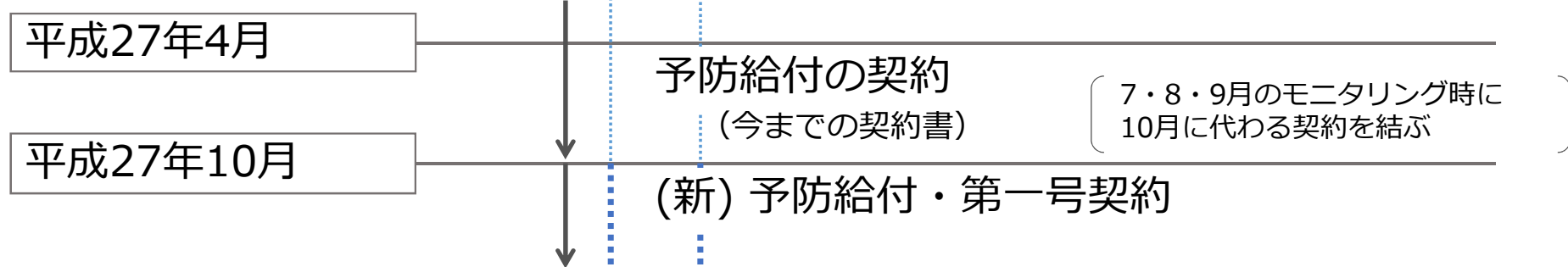
< プラン料請求先 >

要支援 1・2	予防給付のみ	介護保険課	国保連
	予防給付＋総合事業	介護保険課	国保連
	総合事業のみ	介護保険課	高齢施策課
対象者 事業	総合事業のみ	高齢施策課	高齢施策課

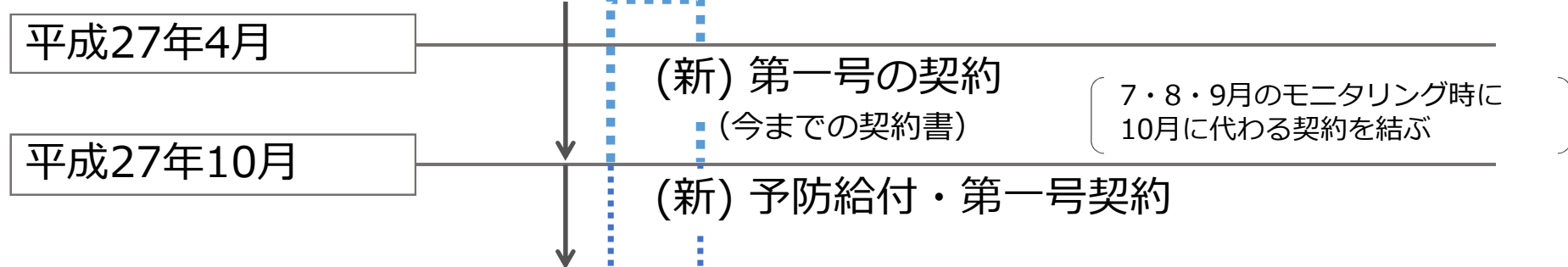
※一度、総合事業を利用するとH27年10月までに予防訪問介護・予防通所介護の利用に 戻
る時には、みなし指定（現行担当サービス）の取り扱いとなることに留意しましょう。

契約書の考え方

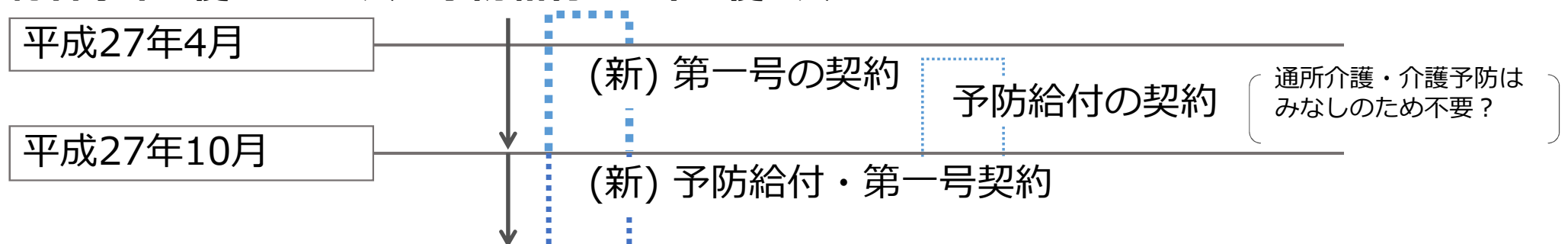
予防給付を使っている人



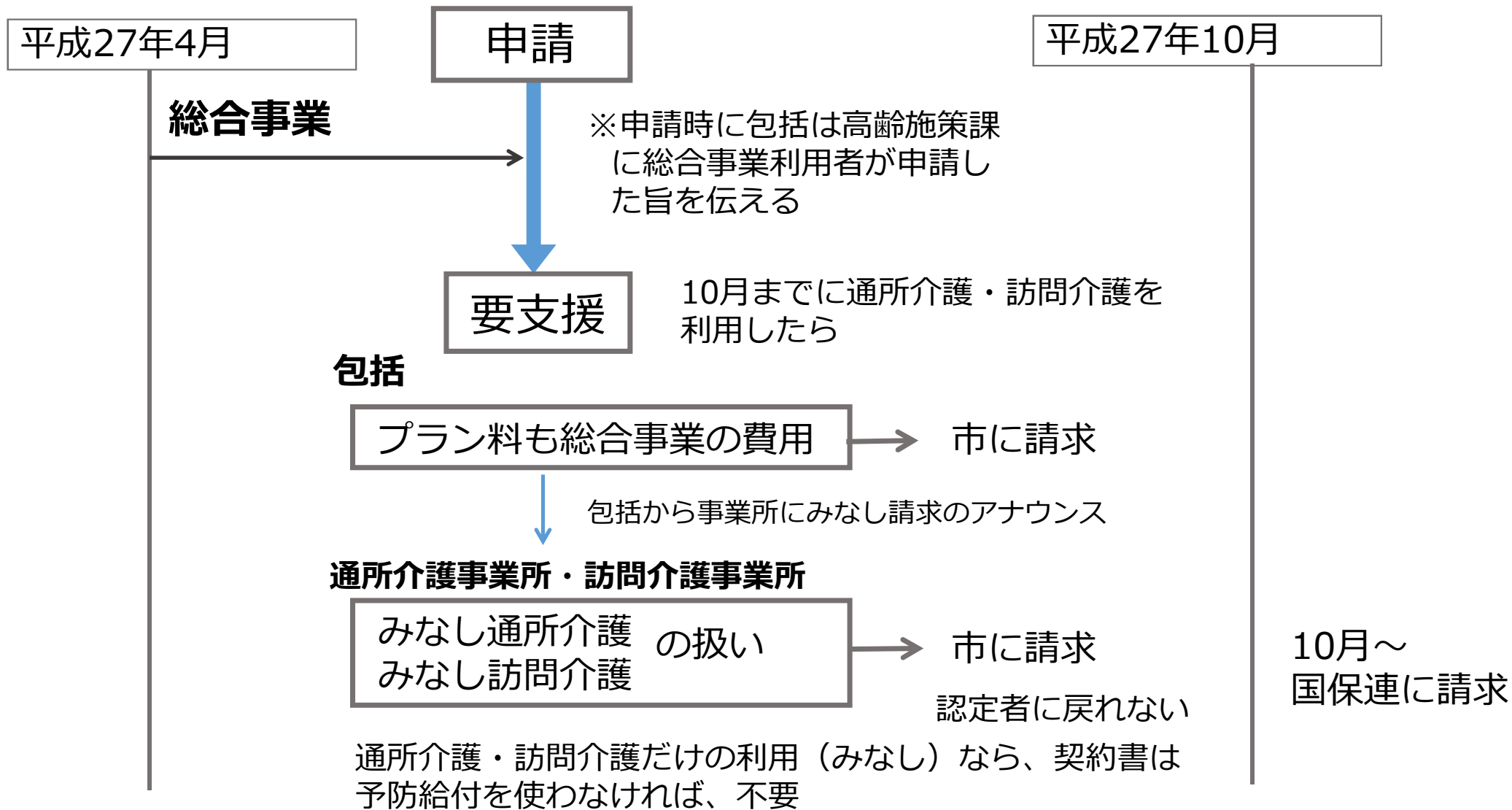
総合事業を使っている人



総合事業を使っている人が予防給付を途中で使う人



9月30日まで事業対象者が介護申請した場合



基本チェックリストの左（表面）

右（裏面）

介護保険課・高齢施策課・地域包括支援センター等、どこでそれが受け付けたかがわかるように右上にチェック欄を設けている。

被保険者NO.		受付者 介護・高齢・包括	
住所：生駒市		電話：（ ）	
氏名：（ 年 月 日生）		代理：（ 続柄 ）	
基本チェックリスト		実施日：平成 年 月 日	
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た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おおきいですか	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言われますか	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ではおっくうになった	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
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない	
(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			
社会生活	運動	低栄養	口腔
閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康感

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名

事業対象者に該当し、後日、地域包括が介護予防ケアマネジメントに訪問する際に、誰にいつ連絡していいか、都合良い訪問日時を事前に把握できることにより、予定が立てやすいという利便を図っている。

状況調査について

記入上の注意点

1. 状況調査の連絡先について記入してください。（平日の昼間連絡のとれる電話番号をご記入下さい）
2. 訪問が未所面談かの日時が決まりましたら、下記（※）の同席される方にお伝え下さい。

連絡先	氏名			本人との関係	
	電話番号	()			
	携帯番号	()			
状況調査の方法		☐ 包括での面談 ☐ 本人自宅 ☐ その他 ()			
訪問先住所		☐ 本人自宅			
どちらかに返してください		住所			
		訪問先名	電話番号 ()		
状況調査日時について		・希望日は特にな ・曜日の希望あり 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 ・時間の希望あり 午前・午後 時頃			
状況調査時に同席される方はいますか？（※）		・いる (同席される方) ・いない ※当市では状況調査を正確におこなうために家族等の同席をお願いしております。できるだけご協力をお願いします。			
特記事項					

		□居宅介護・介護予防指導書		平成 年	
		□診療情報提供書（どちらかにチェックして下さい。）			
【介護サービス・総合事業/利用目的（該当するものに○）：在宅 ・ 通所 ・ 短期入所 ・ 入所 介護提供事業者・生駒市長					
		療		医療機関名 担当医師氏名	
利用者氏名		生年月日 M・T・S 年 月 日 性別 男 ・ 女			
利用者住所		電話番号 （ - ）			
診療形態		1 外来（定期・不定期） 3 入院 年 月 日より		2 訪問診療（第 曜日・第 曜日・不定期） 4 その他（ ）	
病名 1		病名 2			
病名 3		病名 4			
治療内容(投薬内容含む)					
病態の安定性		☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 ☐ 悪化			
発生の可能性が高い病態		☐ 転倒・骨折 ☐ 尿失禁 ☐ 移動能力の低下 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 痛み ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下障害 ☐ 脱水 ☐ 徘徊 ☐ 褥瘡 ☐ 嚥下性肺炎 ☐ 腸閉塞 ☐ 癌等による疼痛			
障がい高齢者の日常生活自立度（該当するものに○）				認知症高齢者の日常生活自立度（該当するものに○）	
自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C				自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
サービス利用における生活機能の維持・改善の見通し				1 期待できる 2 期待できない	
医学的管理の必要性		☐ 通所リハビリテーション ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 訪問看護 ☐ 訪問診療 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 短期入所療養介護			
サービス提供時における医学的観点からの留意事項					
内服治療薬及び外用薬について		☐ 特になし ☐ 確認が必要 ☐ 管理が必要			
血圧について		入浴可能な身体状況 血圧: / mmHg以下、 / mmHg以上 平常コントロール値 (/ mmHg) 体温 (℃)			
移動について		☐ 特になし ☐ 転倒に注意 ☐ 移動時見守りが必要 ☐ 移動時介助が必要 ☐ 移動時間に制限有り (分以内) ☐ 施設の手車移送に耐えられる			
食事の形態について		☐ 特になし ☐ 流動食・きざみ食・軟食 ☐ カラー制限 無・有(kcal			
水分摂取(嚥下)について		☐ 特になし ☐ 見守り ☐ 介助 ☐ トロミ等が必要 ☐ 水分制限 無・有(cc/日)			
認知症に関して、理解及び記憶・問題行動についての留意事項					
※運動器の機能向上やリハビリテーション施行について実施する上での留意事項					
☐ 安静時心電図 1.正常範囲 2.調律異常 3.心肥大 4.刺激伝導異常 5.虚血性変化 6.その他()					
☐ 運動可能な血圧の上限 (/mmHg) ☐ 運動可能な最大心拍数 回/分					
☐ 運動への参加 1.可・否 (分まで)					
☐ リハビリテーション施行について (時間的制限 有・無 約 分まで) 実施 ☐ 禁止 ☐ リハビリテーションをすすめて良い 内容 ☐ 可動域制限 無・有() ☐ 疼痛 無・有(箇所:) ☐ 他動運動は禁止 ☐ 自動運動・他動運動 ☐ メンタルリハビリ(音楽療法・作業療法)					
その他留意事項:					
その他、介護サービス・総合事業利用に関する意見(栄養機能改善や、口腔機能向上に関すること等を含む)					

集中型Cの事業等、運動を行うリスクアセスメントや主治医との連携促進のために、オリジナルの診療情報提供書を医師会と協議しながら作成し、プラン作成時には、最新の情報をもってマネジメントを行うようにしている。

左が市オリジナルの情報提供書、右が主治医に依頼するときの鏡として活用。

御中		様式														
介護予防サービス(総合事業・予防給付)利用予定表		作成日 _____														
担当地域包括支援センター 又は、委託した居宅介護支援事業者:		連絡先 _____ 電話: _____ FAX: _____														
介護保険被保険者番号: _____ 被保険者氏名: _____																
介護度(要支援1・要支援2) 有効期限 H _____ ~ H _____																
☐ 事業対象者(基本チェックリスト実施日: H _____)																
基本チェックリスト		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">社会生活</td> <td style="width: 15%;">運動</td> <td style="width: 15%;">低栄養</td> <td style="width: 15%;">口腔</td> <td style="width: 15%;">閉じこもり</td> <td style="width: 15%;">認知機能</td> <td style="width: 15%;">うつ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ							
社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ										
介護予防サービス内容		備考														
総合事業	☐ パワーアップPLUS	☒ 週 ※本人・家族の意向、希望サービス等														
	☐ パワーアップ教室	☒ 週 無 ・ 有														
	☐ 転倒予防教室	☒ 週 (有の場合の具体的な内容)														
	☐ 生活支援サービス	☒ 週														
	☐ その他 ()	☒ 週														
	☐ 介護予防通所サービス	☐ 介護(予防デイサービス)	☒ 週													
		☐ 選択メニュー (運動 ・ 栄養 ・ 口腔)														
		☐ リハビリテーション(予防デイケア)	☒ 週													
	予防給付	☐ 選択メニュー (運動 ・ 栄養 ・ 口腔)														
		☐ 介護予防訪問介護	☒ 週													
☐ 介護予防福祉用具貸与		☒ 週														
☐ 特定介護予防福祉用具販売		☒ 週														
☐ 介護予防訪問入浴介護		☒ 週														
☐ 介護予防訪問リハビリテーション		☒ 週														
☐ 介護予防訪問看護		☒ 週														
☐ 介護予防短期入所		☐ 生活介護	☒ 月													
☐ (予防ショートステイ)		☐ 療養介護	☒ 月													
☐ 介護予防住宅改修																
☐ その他 ()																
※医師への指示依頼内容		※医師への指示依頼内容														

介護予防支援計画表および評価シート（案）

No. 利用者氏名 様 歳（年度末時点での年齢記載）

把握経路:①本人・家族からの相談 ②基本チェックリスト ③医療機関からの情報提供 ④民生委員からの情報提供 ⑤地域住民からの情報提供
⑥要介護認定非該当 ⑦訪問活動による実態把握 ⑧要支援・要介護者からの移行 ⑨その他（ ）

計画作成日 平成 年 月 日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	目 標	支 援 計 画			評 価
			本人のセルフケアや家族の支援 ・インフォーマルサービス	総合事業のサービス	利用先	評価日（ 年 月 日 ）
活動（運動・移動）について						
日常生活（家庭生活）について						
社会参加・対人関係 （コミュニケーションについて）						
健康管理について						

評価まで1枚のプランで
行う形式で、今後の方針
までを明確にできるスタ
イルに作成！

基本チェックリスト結果（生活機能評価時またはアセスメント時）									基本チェックリスト結果（評価時）								
全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感	全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感
／25	／20	／5	／2	／3	／2	／3	／5		／25	／20	／5	／2	／3	／2	／3	／5	

健康状態について

☐ 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名

地域包括 支援センター	年 月 日
	担当者

①プラン終了（改善→終了「わくわく・のびのび・サロン等」に移行・趣味活動の再開・セルフケア等）
②プラン継続（ ）③プラン変更（悪化により終了⇒要支援・要介護認定申請→結果：要
支援 要介護に移行）④死亡 ⑤その他（入院・転居・本人の意思による中止・中断）

今後の方針: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

第 1 号介護予防支援事業契約書（平成 2 7． 4 ～ 9）

様（以下「利用者」という。）と生駒市〇〇〇〇地域包括支援センター（以下「事業者」という。）は、利用者に対して行う第 1 号介護予防支援事業について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第 1 条 事業者は、介護保険法等の関係法令に従い、当該担当地域内に居住する利用者に対し、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むために必要な介護予防・生活支援サービス等が適切に利用できるよう、利用者の選択に基づいて介護予防サービス・支援計画表または介護予防支援計画表および評価シート（以下「介護予防プラン」という。）を作成するとともに、当該計画に基づいて適切な介護予防・生活支援サービス等の提供が確保されるよう、介護予防・生活支援サービス事業者および関係機関との連絡調整その他の便宜を提供します。

（契約期間）

第 2 条 第 1 号介護予防支援事業に関するサービスの契約期間は、契約日から文書による終了の申し出を受けた日までとします。

（第 1 号介護予防支援事業の担当者）

- 第 3 条 事業者は、第 1 号介護予防支援事業の担当者を選任し、適切な介護予防・生活支援サービス等の提供に努めます。
- 2 事業者は、前項の担当者を選任し、または変更する場合には利用者の状況とその意向に配慮して行い、事業者側の事情により担当者を変更する場合には、あらかじめ利用者及びその家族に連絡します。
- 3 事業者は、担当者に対し、専門職として常に利用者の立場に立ち、誠意をもってその職務を遂行するよう指導するとともに、必要な対応を行います。

（介護予防プランの作成）

- 第 4 条 事業者は、担当者に次の各号に定める事項を担当させ、介護予防プランの作成を支援します。
- (1) 第 1 号介護予防支援事業の提供にあたっては懇切丁寧を旨とし、利用者及びその家族にサービスの提供方法等、理解しやすいように説明します。
- (2) 介護予防プランの作成にあたっては、適切にサービスが選択できるよう、介護予防・生活支援サービス等の内容、利用料の情報を利用者及びその家族にお知らせし、サービスの選択を求めます。
- (3) 介護予防プランの作成に当たり、利用者およびその家族の意向等を踏まえ、利用者が自立した日常生活が出来るよう支援すべき課題を把握するため、利用者の居宅を訪

問し、利用者及びその家族に面接します。

- (4) 利用者の意向及び把握した課題を踏まえ、利用者が目標とする生活に対して、事業者が専門的観点から目標と具体策を提案した上で、利用者及びその家族の意向を踏まえた具体的な目標、その目標を達成するための支援の留意点及び目標を達成するための支援内容並びにその期間等を記載した介護予防プランの原案を作成します。
- (5) 介護予防プランの原案にある介護予防・生活支援サービス等について、内容、利用料等について利用者およびその家族に説明し、利用者から文書による同意を得ます。この場合、介護予防プランの写しを利用者に交付します。

（実施状況の把握・介護予防プランの変更等）

第 5 条 事業者は、介護予防プランの作成後、実施状況の把握や評価について、担当者に確認させます。

- (1) 介護予防プランの実施状況の把握を行い、必要に応じて介護予防プランの変更、介護予防・生活支援サービス事業者との連絡調整その他の便宜を提供します。なお、利用者が介護予防プランの変更を希望した場合、又は、事業者が介護予防プランの変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意をもって介護予防プランを変更します。
- (2) 前号の実施状況の把握にあたっては、利用者及びその家族、介護予防・生活支援サービス事業者との連絡を継続的に行います。

（サービス提供の記録）

- 第 6 条 事業者は、第 1 号介護予防支援事業の提供に関する記録を作成することとし、これをサービス提供後 5 年間保管します。
- 2 利用者は事業者の営業時間内にその事業者に対して、当該利用者に関する第 1 項のサービス提供記録を閲覧し、または実費負担によりその写しの交付を受けることができます。
- 3 事業者は、利用者が要介護認定を受けた場合等、利用者から居宅介護支援事業所等に情報提供する上で必要な資料の提供に関する申し出があった場合には、利用者に対し、直近の介護予防プランおよびその実施状況に関する書類を交付します。

（契約の終了）

- 第 7 条 利用者は、第 1 号介護予防支援事業に対して、文書で通知することにより、いつでもこの契約を解除することができます。
- 2 事業者は、次の事由に該当した場合は、この契約を解除することができます。
- (1) やむを得ない事情がある場合、利用者に対して 1 か月の予告期間において、理由を示した文書で本契約を終了する通知をしたとき。
- (2) 利用者またはその家族が事業者または担当者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行い、その状況の改善が見込めないとき。
- 3 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- (1) 利用者が必要な介護予防・生活支援サービス事業等の利用を終了した場合
- (2) 利用者が要介護認定を申請し、要介護者と認定された場合
- (3) 利用者が生駒市外へ転出した場合又は死亡した場合

(秘密保持)

第8条 事業者は、業務上知り得た利用者およびその家族に関する秘密については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間中および契約終了後も第三者に漏らすことはありません。

- 2 事業者は、あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合には、利用者にサービスを提供するサービス事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、個人情報を用いることができるものとします。
- 3 事業者は、第2項において同意を得た個人情報使用同意書に基づき、担当者及びその他の従業者が、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のないよう、必要な措置を講じます。

(事故発生時の対応と賠償責任)

第9条 事業者は、第1号介護予防支援事業の実施に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

- 2 事業者は、第1号介護予防支援事業の実施にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意または過失によらないときは、この限りではありません。

(身分証携行義務)

第10条 事業者の職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者及びその家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

(相談・苦情対応)

第11条 事業者は、利用者からの相談、苦情に対する窓口を設置し、自ら提供した第1号介護予防支援事業又は自らが介護予防プランに位置付けた介護予防・生活支援サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

(善管注意義務)

第12条 事業者は、利用者及びその家族から委託された業務を行うにあたっては、法令を遵守し、善良なる管理者の注意をもってその業務を遂行します。

(契約外の事項)

第13条 利用者及びその家族と事業者は、信義誠意を持って本契約を履行するものとします。

- 2 この契約及び介護保険法の関係法令で定められていない事項については、関係条例の

趣旨を尊重して、利用者と事業者の協議により定めます。

(裁判管轄)

第14条 利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所と第1審の専属的管轄裁判所とすることを予め同意します。

上記のとおり、第1号介護予防支援事業の契約を締結します。

年 月 日

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

上記代理人（代理人を選任した場合）
住所 _____
氏名 _____ 印

立会人
住所 _____
氏名 _____ 印

(注)「立会人」欄には、本人と共に契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

事業者 所在地 _____
事業者名 生駒市〇〇〇地域包括支援センター
代表者名 _____ 印

生駒市通所型サービスC事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の4第1項第1号に規定する事業（以下「サービス事業」という。）で、介護予防ケアマネジメント事業により個々の要支援者等の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、要支援者等の選択に基づき、適切な事業を包括的かつ効率的に実施することを目的とする。

(内容)

第2条 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保健・医療の専門職により下記のプロプログラムを複合的に実施する。この際、訪問型サービスCによるアセスメント訪問を組み合わせ、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するものとする。

- (1) 運動器の機能向上プログラム
- (2) 栄養改善プログラム
- (3) 口腔機能の向上プログラム
- (4) 膝痛・腰痛対策プログラム
- (5) 閉じこもり予防・支援プログラム
- (6) 認知機能の低下予防・支援プログラム
- (7) うつ予防・支援プログラム
- (8) ADL／IADLの改善プログラム
- (9) その他第1条の目的を達成する事業

(サービスの種類)

第3条 当該サービスの種類は次のとおりとする。

- (1) パワーアップPLUS教室
- (2) パワーアップ教室
- (3) 転倒予防教室

(利用対象者の範囲)

第4条 当該事業を利用することができる者（以下、「利用対象者」という。）は次のとおりとし、いずれの対象者も、担当地域包括支援センターによる支援計画に基づいて利用するものとする。

- (1) 65歳以上の要支援認定者（介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション利用者を除く。）
- (2) 65歳以上で、国の基準に従って決定されたサービス事業対象者
- (3) その他市長が適当と認めた者

(利用の申請)

第5条 利用の申請にあたっては、生駒市地域包括支援センター（指定居宅介護支援事業者を含む。）が、介護予防ケアマネジメントを実施し、総合事業利用申請書（様式1）、利用者基本情報（様式2）、二次アセスメントシート（様式3）、介護予防サービス・支援計画書（様式4）又は、介護予防支援計画表および評価シート（様式5）、診療情報提供書（様式6）又は生活機能検査記録票（様式7）を市長に提出するものとする。

(委託)

第6条 当該事業は、市長が適当と認める法人（以下「事業実施法人」という。）に委託することもできる。

(定員)

第7条 1教室あたりの定員は、15名程度とする。

(実施場所および実施施設基準)

第8条 実施場所および設備基準については、次のとおりとする。

- (1) 介護予防の目的から、徒歩で参加する利用対象者の存在を考慮し、生駒市内において実施するものとする。
- (2) 教室を実施する部屋の広さは30㎡以上とし、個別相談にも対応できるスペースが確保できるものとする。

(運営体制)

第9条 教室の運営にあたっては、別表1の人員をもって運営するものとする。

(利用期間)

第10条 当該サービスは3～6ヶ月の短期間の利用とする。

(報告)

第11条 事業実施法人は、別表2に定める書類の写しを市に提出し、実績報告を行うものとする。

(衛生管理)

第12条 事業実施法人は、従業者の清潔の保持及び健康状態の管理に努めなければならない。

(安全配慮義務)

第13条 事業実施法人は、善良な管理者の注意を持って、安全管理に配慮するものとする。

2 事業実施法人は、事故が発生する恐れがある場合、または発生した場合、適切な措置を講じるとともに、速やかに市に報告するものとする。

(個人情報の保護)

第14条 事業実施法人は、従事者又は従事者であった者が個人情報を取り扱う場合は生駒市個人情報保護条例（平成10年3月生駒市条例第1号）第13条の規定及び特記事項に掲げる事項を遵守させ、個人情報の保護に努めさせなければならない。

(事業の廃止・休止)

第15条 事業実施法人は、事業の廃止・休止をする場合は廃止・休止届出書（様式14）市に提出するものとする。

2 事業実施法人は、廃止・休止時における利用者に対する継続的なサービス提供のための便宜の提供を図るものとする。

(その他)

第16条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別途定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から実施する。

通所型Cサービスの
要綱(例)

通所型サービスBの要綱(例)

(目的)

第1条 この事業は、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の4第1項第1号に規定する事業（以下「サービス事業」という。）で、介護予防ケアマネジメント事業により個々の要支援者等の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、要支援者等の選択に基づき、適切な事業を包括的かつ効率的に実施することを目的とする。

(内容)

第2条 当該事業の内容は、次のとおりとする。

- (1) 在宅で暮らす65歳以上の閉じこもりがちで、孤食の状態にある高齢者に、(a)から(d)の事業を実施することで、食生活の改善と生活意欲の向上を図る。
 - (a) レクリエーションを通して、脳の活性化を図る。
 - (b) 献立説明や調理実習等を通して、低栄養防止に関する知識の普及を図る。
 - (c) コミュニケーションを図り、仲間作りを促進する。
 - (d) 定期的な外出の機会の確保により、体力の向上を図る。

- (2) その他第1条の目的を達成する事業

(利用対象者の範囲)

第3条 当該事業を利用することができる者（以下、「利用対象者」という。）は、次のとおりとし、いずれの対象者も、担当地域包括支援センターによる支援計画に基づいて利用するものとする。

- (1) 65歳以上の要支援認定者
- (2) 65歳以上で、国の基準に従って決定されたサービス事業対象者
- (3) その他市長が適当と認めた者

(利用の申請)

第4条 利用の申請にあたっては、生駒市地域包括支援センター（指定居宅介護支援事業者を含む。）が、介護予防ケアマネジメントを実施し、総合事業利用申請書（様式1）、利用者基本情報（様式2）、二次アセスメントシート（様式3）、介護予防サービス・支援計画書（様式4）又は、介護予防支援計画表および評価シート（様式5）を市長に提出するものとする。

(委託)

第5条 当該事業は、市長が適当と認める団体（以下「事業実施団体」という。）に委託して行うものとする。

(食材料費等の実費)

第6条 事業実施団体は、当該事業に係る料金（食材料費等実費相当）を利用対象者から徴収し、その金額を市へ報告するものとする。

(研修会の実施)

第7条 事業実施団体は、有識者などを講師として迎え研修会を企画し、介護予防事業に関する知識の自己研鑽に努めなければならない。

また、研修会を企画実施した際は、研修会実施報告書を作成し、市へ報告するものとする。

(報告)

第8条 事業実施団体は、ひまわりの集い実績報告書（様式6）、ひまわりの集い活動記録（様式7）、ひまわりの集い出欠表（様式8）を作成し、市に実績報告を行うものとする。

(衛生管理)

第9条 事業実施団体は、従業員の清潔の保持及び健康状態の管理に努めなければならない。

(安全配慮義務)

第10条 事業実施団体は、善良な管理者の注意を持って、安全管理に配慮するものとする。

2 事業実施団体は、事故が発生する恐れがある場合、または発生した場合、適切な措置を講じるとともに、速やかに市に報告するものとする。

(個人情報の保護)

第11条 事業実施団体は、従事者又は従事者であった者が個人情報を取り扱う場合は生駒市個人情報保護条例（平成10年3月生駒市条例第1号）第13条の規定及び特記事項に掲げる事項を遵守させ、個人情報の保護に努めさせなければならない。

(事業の廃止・休止)

第12条 事業実施団体は、事業の廃止・休止をする場合は廃止・休止届出書（様式9）を市に提出するものとする。

2 事業実施団体は、廃止・休止時における利用者に対する継続的なサービス提供のための便宜の提供を図るものとする。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別途定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から実施する。

総合事業の導入に向けた市民フォーラムの開催

市民フォーラム (市民公開講座)

～高齢社会を支えるのは「地域の底力」～

住み慣れた地域で生活するには、行政のサポートや介護保険サービスだけでなく、地域でお互いに支え、助け合う地域づくりが必要です。「地域力」について、自ら出来る事を考えてみましょう。

日時 2015年(平成27年)

2月22日(日) 13:30～16:30

場所 生駒市コミュニティセンター文化ホール

参加費 無料 定員 260名



第一部

13:40～14:10

「介護保険制度改正の 内容と方向性について」

厚生労働省 老健局振興課 課長補佐 服部 真治氏

第二部

14:20～15:20

「これからの介護保険」

支え合いのある、
あたたかい地域を
住民パワーとともに

堀田 力(はつた つとむ)

京都大学法学部を卒業後、検事として活躍。京都地検特捜部時はロッキード事件を担当。法務大臣官房長官を歴任後の現在は、さわやか福祉財団会長。現在、厚生労働省と連携・協働し共生型社会・地域支え合いづくりの活動を展開中。



公益財団法人
さわやか福祉財団 会長

堀田 力氏

第三部

15:30～16:30

「活動報告」 市内の活動実践報告

ひまわりの集い (通いの場)

健康づくり推進員連絡協議会
藤尾 庸子さん

市内2ヵ所で開催。レクリエーションや作り立ての食事の提供。高齢者の通いの場として、体力・気力の向上や仲間づくりを目指す。

支えあう まちづくりの会

代表
岡村 信行さん

買い物支援「土曜市」の開催。「あすか野サポートクラブ」による高齢者宅への買い物物の宅配や、日曜大工などの生活援助サービス提供を地域独自で企画・運営。

あいさつ運動

香分小学校区
やまびこネットワーク
清水 泰之さん

全ての人の人権が尊重され、「安全・安心」が実感できる街づくりを目指し、「あいさつ」から始まるさすなづきを実践。

【主催】さわやか福祉財団 【後援】生駒市

問合せ:生駒市介護保険課 TEL (0743) 74-1111(内線488) FAX (0743) 72-1320

PICK UP 02

皆さんの生活に直結するニュースや情報を紹介します

市民 公開講座

これからの介護保険

～支え合いのある、あたたかい地域を住民パワーとともに～

2/22日

13:30～16:30

【ところ】コミュニティセンター文化ホール

【費用】無料(申込不要) — 公共交通機関を利用してください。

▼問合せ 介護保険課 ☎ 074-374-1111(内線488)

▼定員 260名

▼開会式 介護保険課 ☎ 074-374-1111(内線488)

団塊世代が65歳を迎え、本市も2年後には4人に1人が高齢者になります。高齢者夫婦や単身の高齢者世帯も増え、近い将来、介護や家事のサービスが必要とする人は急増する見込みです。一方、介護人材の確保は困難です。高齢になっても住み慣れた家で生活するには、行政のサポートや介護保険制度のサービスだけでなく、地域でお互いに支え、助け合う地域づくりが必要です。「地域力」についての話を聞き、自らが出来ることを考えてみましょう。

堀田力さん
はつたつとむ。京都大学法学部を卒業後、検事として活躍。東京地検特捜部時はロッキード事件を担当。法務大臣官房長官を歴任後の現在は、さわやか福祉財団会長として福祉活動に情熱を注ぐ。



生活・介護支援サポーター養成講座(基礎編)の日程

と き	と ころ	内 容
1 2月 24日(水)	たけまるホール 小ホール	市職員による本市の高齢者の現状と課題、生活・介護支援サポーターの役割
2 25日(木)	セラビー いこま	近畿大学総合社会学部教授の久保浩さんによる地域づくり事例の紹介など
3 26日(金)	セラビー いこま	大垣市ライフサポート事業事務局職員とNPO法人みんな元気塾の古海リズ子さんによる取組事例の紹介、市職員によるワークショップ

◇時間は13:30～16:30です。

「生活がい・支え合い・いきいきいこま・ち」
生活・介護支援サポーター
養成講座の受講生募集

本市の高齢者の現状・課題や先進事例を学びましょう。受講後、生活・介護支援サポーター養成講座(実務編)3月予定)もあります。

▼対象 市内に住み、地域の福祉や支え合い活動に関心のある人

▼定員 50人(申込込)

▼費用 無料

▼申込み・問合せ 1月27日(火)から電話か直接、介護保険課 ☎ 074-374-1111(内線488)



11 2015.1月合併号 いこまち

広報誌

通所系・訪問系の事業者向け説明会の実施

シルバー産業新聞

2015年(平成27年)
4月10日
(金曜日)

毎月1回10日発行 第222号
購読料(1年)¥6685

<http://www.care-news.jp>

(平成9年11月5日第3種郵便物認可)

表1

生駒市「要支援・要介護認定への申請案内基準(例)」
下記の状態像や意向などがある場合には、総合事業ではなく、要介護認定をすすめる

- ①つえや歩行器を使っても1人歩行ができない場合
- ②認知症の悪化により日常生活に支障がある場合(買物品物を忘れ必要な物を1人で購入できない。料理の取扱いができない。洗濯機の使用や掃除の取扱いが分からず家事が遂行できない)
- ③入浴や体を洗う行為が1人でできないため、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い場合
- ④服薬や病気の管理のために訪問看護サービスの利用目的がある場合
- ⑤自宅内での移動や外出、浴槽が深いなどの理由から住宅改修や手すり等の設置が必要な場合や、福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合
- ⑥家族の介護力の課題で、長時間の預かりの場を求めている場合
- ⑦その他

生駒市は、総合事業の要となる地域包括支援センターの開設では、2カ月に1回「総合事業」に向けた準備会議と作業部会を

4月から15年介護保険改正の中核として新しい介護予防・日常生活支援総合事業が始まった。1月時点での国の調べでは、15年度中の移行は114市町村、うち4月実施は78市町村。第6期介護保険事業計画(15・17年度)中に、全国の市町村は予防給付の通所介護・訪問介護を市町村による新総合事業に移行しなければならない。100万人以上の利用者が、約6万の予防給付事業者に影響が出る。早期にスタートを切った市町村の態様や意向は様々だ(6・7面に各市町村の詳細記事)。

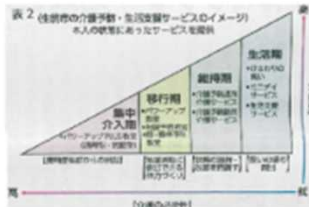
15年改正

新総合事業始まる

早期移行市町村多様な展開

奈良県生駒市

奈良県生駒市は、2015年新しい介護予防・日常生活支援総合事業の「案内」A4版16頁という市民向けのパンフレットを作成した。新総合事業の整備によってどのようなサービスを利用できるのかを多岐入りで説明する。新事業を周知し地域の力の結集を図るのが目的だ。4月に多様なサービス、10月に予防給付から移行した現行相当サービスを実施する。参画した国のモデル事業では、自立



をめざす介護予防サービスのコストが、予防給付の継続利用の給付費に比べて意に効率的だった。議会には、「要支援切り」の追求には、「多様なサービスの創出によってサービス利用の幅を広げるもの。強制的に誘導はしない」と推進部が答へ、準備の中で、生駒市独自の「要支援・要介護認定への申請案内基準(案)」を作成し、つづき歩行器を使っても1人歩行ができない場合や、住宅改修や福祉用具サービスの希望が明確な場合などを例示した(表1)。「自立した生活期に向けて、専門職が介入する短期集中予防サービス」だが、介護予防・生活支援サービスの要(表2)と、同市の田中副市長が、要支援や要介護になる水際でしっかりと食い止めることが重要と語る。

奈良県では生駒市が4月から予防給付の移行は15年度、16年度は予定していない。「もったもつ」な移行を検討した結果(同市介護保険課)という。

【平成27. 3. 24 説明会実施】

- 総合事業の概要
- 総合事業の趣旨説明
- 早期移行のメリット
- 生駒市の現状
- 生駒市における総合事業の流れ
- 窓口から利用までの流れ
- 要支援・要介護認定への申請案内基準例
- 第1号介護予防支援事業委託料
- 総合事業の留意事項について
- 総合事業に関するQ&Aの紹介
- リーフレットの配布

生駒市 総合事業に関する事業者説明 事前質問票に対する回答

生駒市では、高齢者の生活支援と介護予防の推進を図るため、総合事業を実施しています。総合事業とは、介護予防、介護、介護後支援サービスを一括して提供する事業です。総合事業の趣旨や内容、利用方法などについて、事業者説明会を開催しました。事前質問票に対する回答を掲載します。

総合事業の趣旨
総合事業は、高齢者の生活支援と介護予防の推進を図るため、介護予防、介護、介護後支援サービスを一括して提供する事業です。総合事業の趣旨や内容、利用方法などについて、事業者説明会を開催しました。事前質問票に対する回答を掲載します。

総合事業の内容
総合事業は、介護予防、介護、介護後支援サービスを一括して提供する事業です。総合事業の内容や利用方法などについて、事業者説明会を開催しました。事前質問票に対する回答を掲載します。

総合事業の利用方法
総合事業は、介護予防、介護、介護後支援サービスを一括して提供する事業です。総合事業の利用方法などについて、事業者説明会を開催しました。事前質問票に対する回答を掲載します。

生駒市の現状

生駒市は、高齢化が進む中、高齢者の生活支援と介護予防の推進を図るため、総合事業を実施しています。総合事業の趣旨や内容、利用方法などについて、事業者説明会を開催しました。事前質問票に対する回答を掲載します。

生駒市の現状
生駒市は、高齢化が進む中、高齢者の生活支援と介護予防の推進を図るため、総合事業を実施しています。総合事業の趣旨や内容、利用方法などについて、事業者説明会を開催しました。事前質問票に対する回答を掲載します。

要支援者ニーズ分析 新サービス創出を検討

生駒市では、要支援者のニーズを把握し、新しいサービスの創出を検討しています。要支援者のニーズは、生活支援、介護予防、介護後支援サービスなどです。要支援者のニーズを把握し、新しいサービスの創出を検討しています。

要支援者のニーズ分析
生駒市では、要支援者のニーズを把握し、新しいサービスの創出を検討しています。要支援者のニーズは、生活支援、介護予防、介護後支援サービスなどです。要支援者のニーズを把握し、新しいサービスの創出を検討しています。



モデル事業の準備によるカンファレンスの風景
(生駒市ホームページより)



市内のパンフレットをもって説明する市立総合介護支援センター職員

移行時期 2段階
●2015年4月 多様なサービス
●2015年10月 介護予防訪問介護・通所介護の移行
●2016年3月 介護予防訪問介護・通所介護の移行
●2016年3月 介護予防訪問介護・通所介護の移行

移行時期 2段階
●2015年4月 多様なサービス
●2015年10月 介護予防訪問介護・通所介護の移行
●2016年3月 介護予防訪問介護・通所介護の移行
●2016年3月 介護予防訪問介護・通所介護の移行

総合事業への移行市町村 2段階で10月移行完了 集中介入の事業こそ鍵

生駒市では、総合事業への移行を2段階で行っています。1段階は、介護予防、介護、介護後支援サービスの一括提供です。2段階は、集中介入の事業です。集中介入の事業は、要支援者のニーズを把握し、新しいサービスの創出を検討しています。

集中介入の事業
生駒市では、総合事業への移行を2段階で行っています。1段階は、介護予防、介護、介護後支援サービスの一括提供です。2段階は、集中介入の事業です。集中介入の事業は、要支援者のニーズを把握し、新しいサービスの創出を検討しています。

(表1) パワーアップ PLUS教室 (通所型・訪問型)の流れ (例)

対象：要支援1・2、事業対象者 (要支援相当)
スタッフ：PT、OT、運動機能指導者、看護士、介護士、福祉士、調理師、ボランティア
定員：15名程度
実施日：毎週火・金 (週2回、3ヵ月、90分)

利用料：無料 (定額あり)
11:00~11:30 運動機能チェック
11:30~12:00 運動機能チェック
12:00~12:30 運動機能チェック
12:30~13:00 運動機能チェック

13:00~13:30 運動機能チェック
13:30~14:00 運動機能チェック
14:00~14:30 運動機能チェック
14:30~15:00 運動機能チェック

15:00~15:30 運動機能チェック
15:30~16:00 運動機能チェック
16:00~16:30 運動機能チェック
16:30~17:00 運動機能チェック

17:00~17:30 運動機能チェック
17:30~18:00 運動機能チェック
18:00~18:30 運動機能チェック
18:30~19:00 運動機能チェック

19:00~19:30 運動機能チェック
19:30~20:00 運動機能チェック
20:00~20:30 運動機能チェック
20:30~21:00 運動機能チェック

21:00~21:30 運動機能チェック
21:30~22:00 運動機能チェック
22:00~22:30 運動機能チェック
22:30~23:00 運動機能チェック

23:00~23:30 運動機能チェック
23:30~24:00 運動機能チェック
24:00~24:30 運動機能チェック
24:30~25:00 運動機能チェック

25:00~25:30 運動機能チェック
25:30~26:00 運動機能チェック
26:00~26:30 運動機能チェック
26:30~27:00 運動機能チェック

27:00~27:30 運動機能チェック
27:30~28:00 運動機能チェック
28:00~28:30 運動機能チェック
28:30~29:00 運動機能チェック

【シルバー産業新聞が掲載】

- 2段階での全面移行
- 集中型サービスCの紹介
- 要支援者ニーズ分析
- 事前質問表に対する回答

平成27年4月14日

介護予防ケアマネジメント研修の開催 (対象)

- 生駒市居宅介護支援事業者協会
- 市外の予防プラン再委託先の居宅介護支援事業所

(内容)

- 総合事業の趣旨説明
- 生駒市における総合事業の内容
- ケアマネジメントを行う上での留意事項

○再委託時の委託料

- 利用者家族で総合事業の利用が望ましいと思える方への情報提供等

あすの 安心

軽度の介護 地域が担う

介護保険制度で「要支援」と認定された軽度者に、地域のボランティアらが担い手となってサービスを提供する「介護予防・日常生活支援総合事業(新総合事業)」が4月にスタートした。市町村や高齢者の実情に応じた多様なサービスが可能になり、増加する介護費用の抑制が期待されるが、課題も多い。(板垣茂良)

「右手をクレーンにして、左手はチョキですよ」
奈良県生駒市の生涯学習施設で週1回開かれている「ひまわりの集い」。70、80歳代の「要支援」の高齢者ら21人が、ボランティアのかけ声に合わせて、体操を楽しく行っていた。その後は、スタッフ手作りの昼食の時間を。自宅から15分の道のりを杖をついて通う女性(82)は「膝や腰が痛くて家にこもりがちだったけど、今は友達とおしゃべりできる木曜が待ち遠しい」と笑う。
同市のこの集いは、4月に国が始めた「新総合事業」の一つだ。介護保険サービスの使っていた要支援者や要介護になる恐れのある高齢者に、地域の元氣な高齢者や主婦らの力を借りて、介護予防の体操やゲームなどをを行う。利用料は1回300円。同市高齢施策課の田中明美課長補佐は「市の筋力アップ事業と組み合わせ、自立支援につなげたい」と意欲を話す。

費用を抑制 ■ 事業の格差懸念

なぜ、こうした取り組みが必要なのか。
最大の狙いは、増え続ける介護費用の抑制だ。介護保険の総費用は、現在約10兆円。10年後には約21兆円に膨らみ、月約5000億円(全国平均)の介護保険料も8200億円程度になる見通しだ。費用の膨張を抑えつつ、手厚い介護が必要な重度者向けサービスに財源を回すには、軽度者向けの見直しが必要だった。

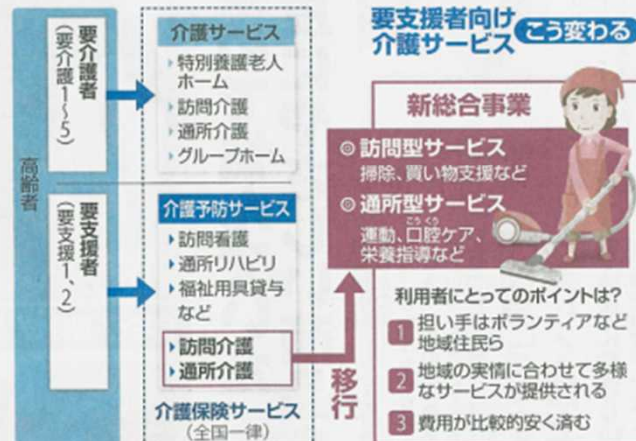
また、地域住民らの力を活用することで、不足する介護職員が重度者に集中できるようにする狙いもある。現在の介護保険サービスには「画一的で軽度者の自立支援につなげていない」との批判も出ていた。

これに対し、先行して事業を始めた生駒市では、2012年10月から1年間



で、要支援者1人当たりの介護費用が従来の約半額に減った。要介護認定の更新を迎えた51人のうち、21人が介護が必要ない状態に改善する効果が表れた。また、4月から事業を始める千葉、長野、山梨、新潟、富山、石川、福井、岐阜、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、奈良、和歌山、徳島、香川、高松、愛媛、高知、福岡、佐賀、大分、熊本、鹿児島、沖縄の21都府県では、町内にNPO団体は「1つだけ」担当者は「そもそも地域に人材がいらない」。北海道石狩市も「話し相手をしつたり、施設で手品を披露したりするボランティアはいるが……」と頭を抱える。

介護保険制度に詳しい結城康博・淑徳大学教授(社会福祉学)は「国は新総合事業で地域の実情に応じた多様なサービスを期待しているが、市町村の力量次第で、サービスの質や量に大きな差が生まれる。国も自治体任せにせず、積極的に関わるべきだ」と指摘する。



2段階の判定で認定

介護の必要度は、介護保険制度の「要介護認定」で判定される。必要度が軽い順に「要支援1、2」「要介護1～5」の7段階ある。

要介護認定を受けるには、本人か家族などが市町村に申請し、市町村職員らの訪問調査を受ける。職員は全国共通の調査票を使い、歩行などの身体機能、衣服の着脱などの生活能力、物忘れなどを確認。結果をコンピューターで分析して「1次判定」を行う。次に、医療や福祉の専門家による「介護認定審査会」で、主治医の意見書を参考に検討。2段階の判定を経て、要介護度が決まる。

新総合事業は、「要支援1、2」と認定された人に加え、「階段を手すりや壁をつたわずに上れるか」「貯金の出し入れができるか」など、国のチェックリストで支援が必要と判断された高齢者も対象となる。

地域包括支援センター紹介DVD
オリジナル体操DVD



地域包括支援センター
紹介DVD



平成27年1月
生駒市役所介護保険課 予防推進係

あなたとわたしの 介護予防

～生駒市の介護予防事業のご案内～



生駒市

一般介護予防事業のパンフレット これも手作り

3.高齢者体操教室 地域型

地域みんなで元気に!!

近隣の仲間と身体を動かす習慣を作り、元気な地域づくりを目指したいという地域限定の体操教室です。体操を行う場所の確保・参加者の招集・毎回の参加者の出欠の確認等を行ってくれる、下記条件を満たす地域に月1回程度、健康運動指導士等の派遣を行います。

対象 65歳以上の方で10人以上集まれる自治会・老人会等のグループ。

時間 月1回、45分程度(平日の同一曜日を年間で設定してください)。

場所 集会所など、各グループで確保してください。

平成25年度から
あすなろ地域で
体操教室を立ち上げられました!



参加者Aさん 75歳

退職してから身体を動かす機会も減り、体操とは無縁でしたが、近所の人に誘われて参加し始め、もう3年になります。なかなか一人で運動するのはおっくうになりがちですが、みんなと一緒に身体を動かすことはとても気持ち良いです。体操の後に、皆さんとおしゃべりするのを楽しみます。

4.脳の若返り教室

認知症予防のために前頭前野を鍛えるプログラム(簡単な計算・読み書き・数字盤の活用)を学習サポーターの支援を受けながら行います。他の参加者や学習サポーターとの会話も前頭前野の活性化を高めることにつながります。

日時 前期4月～9月、後期10月～3月 (1クール6か月間)
毎週金曜日 ①9:15～10:05、②10:15～11:05、③11:15～12:05
※開催曜日・時間は、年度ごとに変更する可能性があります。

費用 月額2,260円(教材費の実費負担をいただいています)

問い合わせ

広報いこまで詳細をお知らせし、介護保険課で学習者を募集します。また、学習者の募集と同時に学習サポーターの募集も行います。※学習サポーターとは、学習の支援を行うボランティアです。

参加者に対して、学習サポーターが寄り添い支援します。



数字盤

1～100の数字を数字が書かれたマスの中に素早く並べていきます。

教材①計算

② 計算しなさい。

$13 + 28$	$12 + 32$
$21 + 35$	$45 + 25$
$37 + 21$	$78 + 58$
$52 + 44$	$49 + 15$
$34 + 39$	$59 + 37$

教材②読み書き

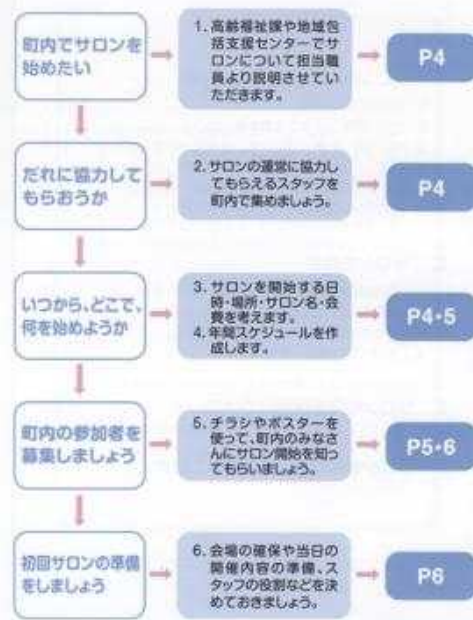
サロンを 立ち上げたい

～設立・運営マニュアル～

憩いの場所の立ち上げ用に 「サロン」立ち上げに向けたマニュアル作成

I. サロン開設までの流れ（手順）

サロン開設までの流れ（フロー図）



3 | さまざまなバックアップ

① 地域ねつとのつどい

高齢者サロンなどの活動をしている方々の地域におけるネットワークづくりを目的として1年に1回開催しています。高齢福祉課からご案内させていただきます。



② サロンボランティア研修会

サロン運営の活性化のために、サロンボランティアを対象とした研修会を開催します。社会福祉協議会からご案内させていただきます。

③ 保険の加入

サロン活動中における事故に対応するための傷害保険に加入することができます。（保険について……13ページ）

④ 講師の派遣

サロンのプログラムを考える上で、低額な料金または無料で、講師を依頼することができます。講師派遣の依頼は「4. 依頼可能な講師一覧表」（10～12ページ）を参考にしてください。



レクリエーションで楽しんでいます。

⑤ サロングッズの貸し出し

ボールや旗上げ、玉入れなどのレクリエーショングッズの貸し出しを行っています。事前のご予約が必要です。高齢福祉課までご連絡ください。



サイコロ



カルタ



おうちDVD

⑥ 文房具等の貸し出し

サロンの準備や開催のために必要な文房具等の貸し出しを行っています。事前のご予約が必要です。高齢福祉課までご連絡ください。

⑦ プログラム企画の相談

プログラムの組み立てや進行についての相談やボランティアに関する情報の提供を行っています。
市民活動推進センターらぽーと（TEL：75-6000）

4 | 依頼可能な講師一覧表

（平成25年1月現在）

11・12ページにある一覧はサロンのプログラムを企画するにあたって、依頼が可能な講師の一覧です。大きく「健康・福祉」と「安全・安心」、「生涯学習人材バンク」に分けて掲載しています。

<依頼方法>

講師の依頼は、日時・内容が決まった段階で、それぞれの依頼先にご連絡ください。

<注意点>

- ・プログラムの内容によっては、講師がサロン代表の方に連絡させていただく場合があります。その際は、サロンの連絡先になっている方のお電話番号をお教えすることがありますのでご了承ください。
- ・講師の都合によりご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。
- ・日程があまりに直近ですと講師の手配ができない場合があります。
- ・講師派遣をすでに依頼していて、サロンの都合により内容や日程等を変更したい場合には、講師の連絡先までご連絡ください。

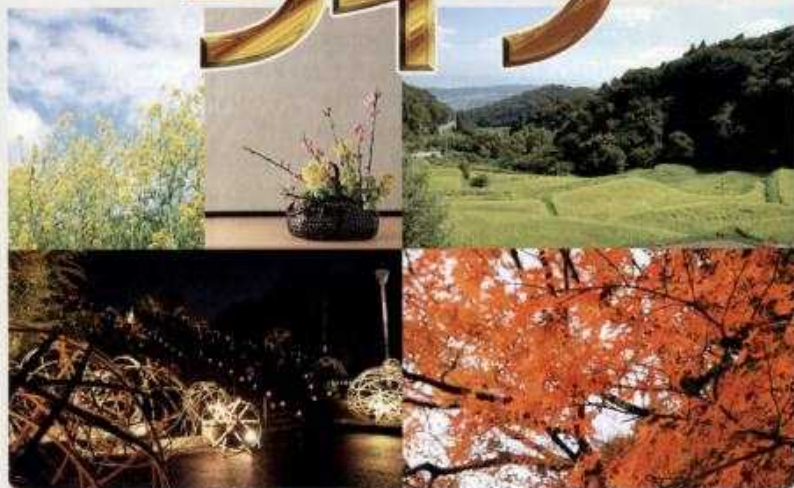




介護予防実践「いきいき元気高齢者」10組をご紹介します

いつでも、どこでも、
自分らしく。

私のいきいきライフ vol.2



「大きなボールを使った体操を日課に」

水原 シモ子さん(93歳)
大正7年12月5日生まれ



約7年前、懸命の看病も届かず娘さんを亡くして、精神的にも辛く、体調を崩した時期もありながらも、頑張って乗り越えてきた水原さん。とても93歳とは思えないくらい機敏に身体を動かし、土がいっぱいに入っている大きな植木鉢も、ひよいと軽々持ちあげます。日課は大きなボールを使った体操です。腹ばいの姿勢で乗ったり、足踏みも100回したりするそうです。

料理をするための食材の買い出しや老人会への参加、友人宅への訪問など、外出も定期的に行い、かかりつけ医からも「93歳(の水原さんは)、元気やな」と太鼓判を押してもらっています。

水原さんは10年以上の水墨画の経験を持ち、部屋にはきれいな桜を描いた水墨画が飾られています。現在、趣味の中心は鑑賞ですが、最近になって友人に教わって始めたというから、チャレンジ精神も豊富です。また、家の周りで花を育て、それらを仏壇に供えるということも続けており、お供えの花を1日も欠かさないのだそうです。

また、今年はトマト栽培に挑戦したそうで、「実がなっているのを見たときは嬉しかった」と言う水原さんの笑顔は本当にいきいきとしていました。

買い物や野菜作りなど、軽やかに身体を動かされている水原さん。毎日の暮らしの中で、楽しみをみつけながら生活することが介護予防のポイントです。



社会福祉協議会
地域包括支援センター
保健師 世古 奈津江さん(左)
主任介護支援専門員
由利 千佳子さん(右)

- 介護予防のキーワード
- 趣味がある(年齢に応じて変化させている)
 - 好き嫌いをなく食べる
 - よく体を動かす
 - 野菜や花を育てている
 - 定期的に外出の機会がある
 - 向上心が強い

私のいきいきライフ

予防プランの目標「●●を頑張って、次は私がいきいきライフに掲載されること！」
……手作りに冊子……



「早寝早起きと夫婦二人三脚で元気に」
大石 徳雄さん(89歳) 大正11年1月3日生まれ
千津さん(85歳) 大正15年3月10日生まれ

3年ほど前、千津さんの入院をきっかけに、ご主人の徳雄さんは、慣れない料理や風呂掃除などの家事を懸命に手伝うようになったそうです。子どもの頃に左股関節を脱臼して難病となった徳雄さんが誰かと話すとき、千津さんは隣に座り、必要なら耳元で繰り返して伝えてあげます。大石ご夫妻は、そんな風に互いを支え合いながら毎日を元気に送っています。

千津さんは腰が弱く、足腰のバランスが取りづらいので杖を使って歩きますが、デイケアに通っていた頃に覚えた体操を、自分でいろいろ工夫を加えながら行っています。徳雄さんも積極的に体操教室に通って運動を続けている他、市の絵画教室にも参加して学生を楽しんでいるそうです。

バランス良い食事にも掛け、おふたりとも自分の歯が22本以上あるそうですが、何よりも元気の秘訣は「早寝早起き」の実践だと言います。ともに夜9時に寝て朝5時に起きる生活を続けています。地域包括支援センターのスタッフによる心のケアや老後の暮らし方へのアドバイスも非常に嬉しいものだそうです。

「両親からもらった命、二人三脚で明るく長生きさせて頂きたい」と言う。神様まじり素敵なご夫妻です。

- 介護予防のキーワード
- 早寝早起き
 - 趣味がある
 - 自分の役割がある
 - よく運動をする
 - 外出の機会が多い
 - 自分の歯が多い

できない部分を補い合うだけでなく、相手の為に自分自身が健康であり続けようと努力する。お二人は本当に仲の良い支え合い夫婦ですね。

生野市フォレスト
地域包括支援センター
社会福祉士 川端 康之さん



パネルリスト資料 4

新潟県上越市

健康福祉部 高齢者支援課

係長 細谷 早苗 氏

上越市における 新しい総合事業の取組について

上越市健康福祉部 高齢者支援課
細谷 早苗

上越市の位置



北陸新幹線開業

美のこころ
謙信公の地
いざ出陣

北陸新幹線開業 上越地域の統一スローガン

広域的な移動時間の短縮

東京	から 1時間48分 (約 14 分短縮)
長野	から 19分 (約 1時間4分短縮)
富山	から 30分 (約1時間15分短縮)
金沢	から 49分 (約 1時間33分短縮)

長野～金沢
平成27年3月
14日開業！



上越市の概要

人口：199,079人（平成27年4月1日現在）

面積：973平方キロメートル

歴史：昭和46年4月、上越地方の経済の中心で
文教都市として発展した古くからの城下町
高田市と直江津港後背の臨海工業都市とし
て発展した直江津市が対等合併して誕生。



○平成17年1月1日に
近隣13町村と合併し
新生上越市がスタート



当市の介護保険の現状 1

区 分	人数及び割合
人 口	199,900人
65歳以上人口	58,094人
高齢化率	29.06%

要介護認定を受けていない
元気な65歳以上の人は・・・
45,117人(77.7%)

平成27年2月末

介護保険の 認定の状況

	区 分	人 数	割 合
認定者数	75歳以上	11,624人	(38.0%)
	65歳以上74歳以下	1,320人	(4.9%)
	40歳以上64歳以下	296人	
内訳	要支援1・2	3,461人	26.2%
	要介護1・2・3	6,757人	51.0%
	要介護4・5	3,022人	22.8%

当市の介護保険の現状2

区 分	H24.4月末	H25.4月末	H27.3月末
要介護認定者数	12,392 	12,788	 13,271
65歳以上認定者数	12,044 	12,452	 12,977
65歳以上認定率	22.3% 	22.5%	 22.3%
64歳以下認定者数	348 	336	294  54人減
要支援1・2	3,011 	3,202	 3,470
要介護1・2・3	6,199 	6,498	 6,784
要介護4・5	3,182 	3,088	3,017  165人減

本年4月からの当市における介護予防の取組

市の取組の方針：疾病の重症化を予防する

○生活習慣病の重症化予防に向けた、保健指導の実施

特定健康診査の結果から、生活習慣病の重症化により、脳血管疾患発症のリスクが高い人を対象に、2年間で9回の家庭訪問による介護予防事業を展開（1年度の対象者1,000人）累計6,000人

○介護の重度化を予防するためのケアプラン作成：500人

ケアマネージャーが作成するケアプランを、市の保健師・栄養士が連携して作成し、再発等による介護の重症化を予防（要支援1・2、要介護1・2の脳血管疾患の既往のある74歳以下の人）

○地域で高齢者を支えるシステムの構築

地域で取組んでいる高齢者サロン事業などの居場所づくりを拡充し、地域における元気な高齢者の出番を創出し、支援が必要な高齢者を支える体制をつくる

介護予防事業の成果

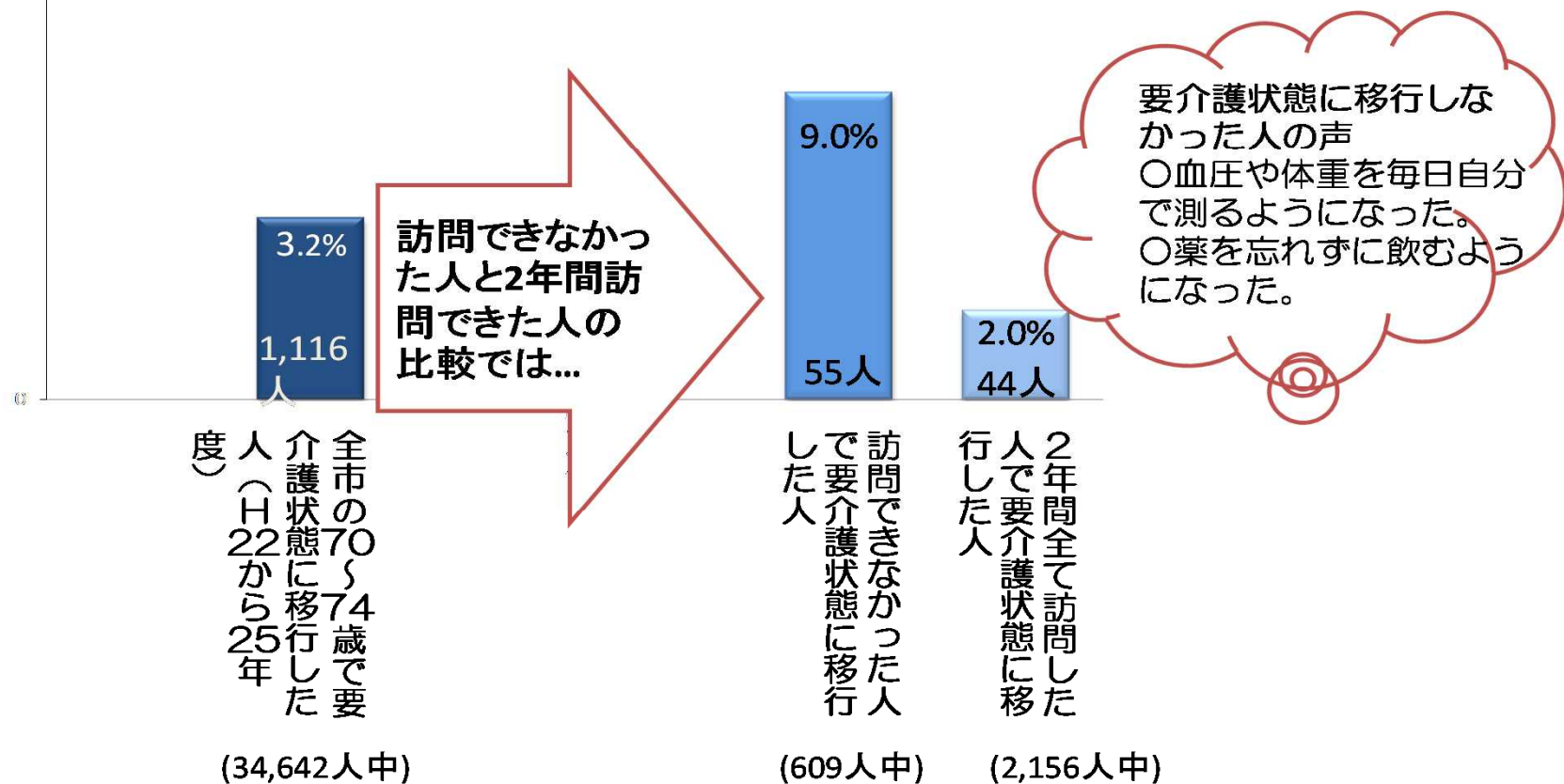
＜上越市における要介護状態の現状＞

- 1 生活習慣病の悪化により脳血管疾患を発症する人が多い
- 2 75歳以上になると要介護状態となる割合が急に増加する

75歳前の生活習慣病のハイリスク者に対しての取組を開始
(H22年度～)

高齢者健康支援訪問の成果

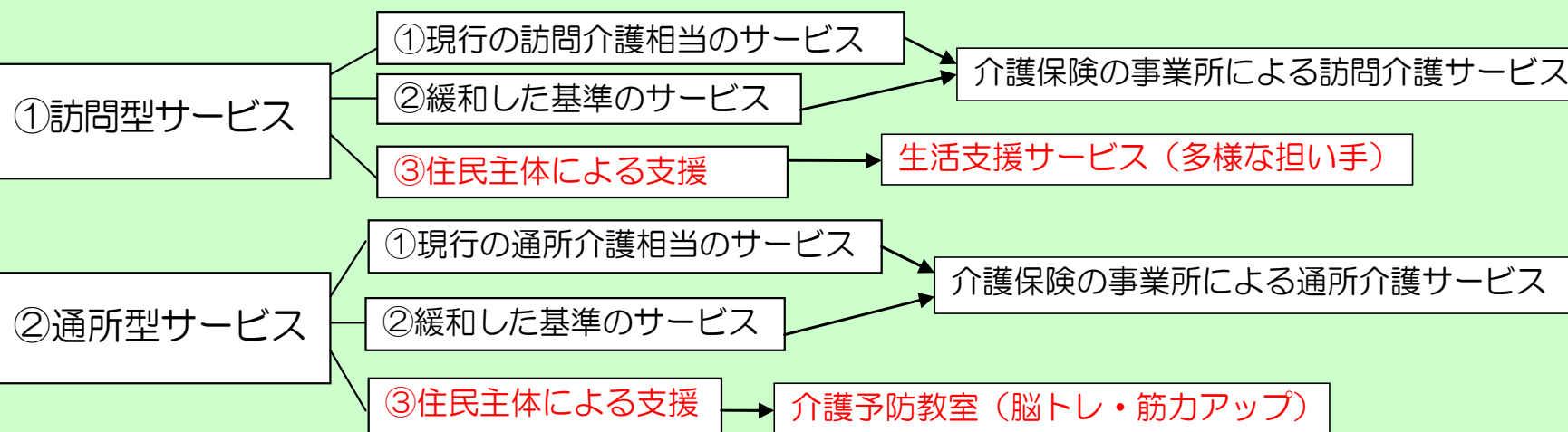
平成22～25年度 高齢者健康支援訪問事業の要介護状態への移行率



上越市における総合事業の類型

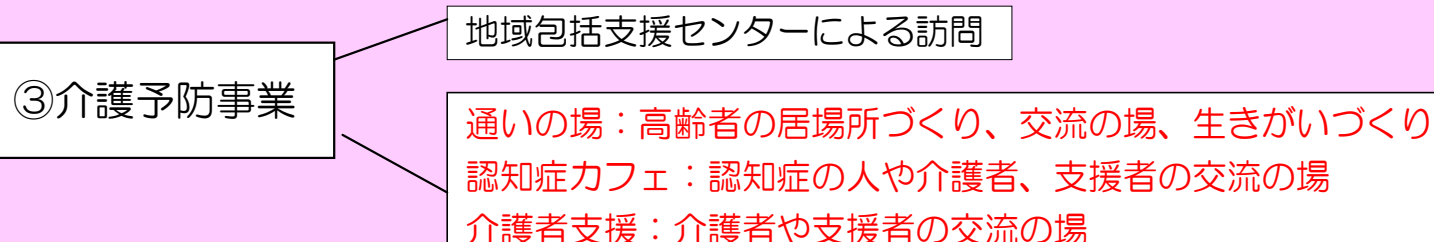
要支援認定者、チェックリスト該当者向けの事業

○サービス利用に当たっては、地域包括支援センター職員がケアプランを作成



元気な人も含めた、65 歳以上の全ての人が対象の事業

○事業参加に申請の必要なし



地域自治区と住民組織の活動について

○平成17年の合併の際に旧町村単位で、第二役場の機能を持ち、地域住民が自ら地域自治を行う目的で住民組織の立ち上げが行われた。

○合併した13町村では、住民組織があるが、合併前上越市の15地区においては、住民組織と同等の組織が全ての地域で立ち上がっていない。

○地域自治区：下の地図の市内28地区

◎新総合事業は、この28地区の地域自治区単位で実施する



<地域で行う通いの場イメージ図>

○介護予防を目的とした通いの場の開設 (地域自治区ごとに28地区で実施)

- 対象：65歳以上の高齢者
- 週3日、9時から3時、送迎あり

活動拠点：各区コミュニティプラザ、公民館など

事務局：生活支援コーディネーターを1名配置

サポート：社会福祉協議会、地域包括支援センター、食生活改善推進員・運動普及推進員、スポーツ推進委員、健康づくりリーダー、ボランティア、行政など

- 血圧測定等の健康チェック、日常生活の聞き取り
保健指導、各種相談

介護予防教室：通所B
(運動、脳トレ、口腔ケア
生活習慣病重症化予防)

介護者家族の集い

介護予防等の講座

認知症サポーター養成
講座

認知症カフェ

ロコモティブ運動

●住民組織に委託

- ・常勤職員の雇用
- ・プログラムの作成
- ・講師の選定
- ・参加へのPR
(参加者増加)
- ・協議体会議の開催
- ・地域のボランティア
の参加

●期待する効果

- ・高齢者福祉をきっかけとした地域づくり
- ・住民組織の新たな自主事業の創出(資金の確保)
- ・生きがいづくりの創出

＜地域支え合い事業１＞

- 合併した１３区⇒住民組織に委託
- 合併前上越市の１５区⇒社会福祉協議会に委託（住民組織の立ち上げも含む）

１ 生活支援コーディネーター（第２層）２８地区の地域自治区単位に配置）

※第１層：生活支援コーディネーターはH26年度に４名養成済み

○H27年度新規に養成（市独自研修と県研修受講が必須条件）市の研修は毎月１回程度実施予定
＜市の研修内容＞

- 市の高齢者の実態、地区把握の方法を学ぶ（地区担当保健師・地域包括支援センター職員）
- 生活支援コーディネーター同士の情報交換
- 地域支え合い事業の内容、工夫点、参加者の状況などの報告

○常勤職員の要件：地域事情に精通し、高齢者福祉・地域づくりに意欲のある人
公民館協力員、会社員、退職後の保健師など経歴は様々

○業務内容：委託事業の企画・調整・周知、講師の依頼、支援員の手配、当日の運営など

２ 協議体（第２層）：地域自治区ごと（２８地区）に設置

○協議体メンバー

事業受託住民組織役員、町内会長、民生委員、学校、ボランティア組織、商工会、消防署
警察署、介護保険事業所、健康づくりリーダー、食生活改善推進員、運動普及推進員
社会福祉協議会、行政等

３ 協議体会議（第２層）（協議体ごと開催）：年３回会議を実施する

- 内容：地域ごとに、生活支援コーディネーターと生活支援・介護予防の提供主体や協議体メンバーが参画し、定期的な情報共有及び連携を行う

＜地域支え合い事業2＞

3 実施事業

①すこやかサロン：自己負担1回100円

目的：高齢者が気軽に集い、交流を行うことにより閉じこもりを予防し心身の機能低下を予防する

内容：週3回の開催。希望者には送迎あり。

血圧測定などの健康チェックを行い、専門的な相談は専門機関へつなげる。

その他：昼食は実費とし1日を通じて参加できるものとする。

その他、実費にかかる部分については、本人負担とする。

②介護予防教室：通所型B：自己負担1回200円

目的：生活習慣病の重症化、運動機能低下、認知機能低下等のリスクが高い人の介護予防を行う

内容：①健康チェック、年1回健診を受診する

②脳トレ（パズルやクロスワード、計算、漢字、言葉遊びなど）

③運動指導（講師：理学療法士、作業療法士、接骨師による指導）

④参加者の健診データの分析や機能評価を実施

③家族の集い・認知症カフェ（月2回）自己負担1回100円

目的：認知症の心配のある人や家族同士が交流し、認知症状への対応や在宅生活を送る上でのアドバイスを受け、在宅での生活が継続できるよう支援する。認知症初期集中支援チーム員が参加し、早期からの認知症の適切な支援を図る。

＜住民組織への委託への道のり＞

①H26年6月開催のさわやか福祉財団のフォーラムにて、市長がパネリストとして参加したことがきっかけとなり、H27年4月からの総合事業開始が決まる

「早くから取組を行い、他市の真似をするのではなく、上越市バージョンの事業を作れば良い」

②H26年9月～：予算立案と介護保険事業計画策定、総合事業の組み立てを同時に実施
政策協議や財政との協議を重ね、最終決定！

③10月～：13か所の総合事務所への説明→1回目の説明では、不可能との意見が大多数！
「介護保険の取組ではあるが、中山間地域の課題となっている地域づくりに資する事業となるよう元気な高齢者の活躍の場としても展開していきたい」旨を説明

④住民組織代表者、役員等に説明（13区ごとに4回以上、説明に出向く）

～住民組織の反応は様々～

- ・住民組織が取り組まなければいけない。地域の活性化に何とかつなげたい！
- ・自分たちは福祉なんて知らない。介護のプロにやってもらった方が良い。
- ・委託料では足りずに、採算が合わなくなるのではないか。
- ・送迎ができないと高齢者は来たくても、参加することができないから無理。

この間、
地域に出向
いて説明し
た回数は、
80回
以上！

⑤第6期介護保険事業計画の市民説明会（全市で16会場で開催）

⑥受託するかどうかは住民組織側が判断…13区全ての住民組織が受託を決定！！（H27.2月末）

⑦仕様書、要綱、契約等の事務手続きを開始→平成27年4月1日契約へ

<住民組織への委託、地域づくりへの展開>

◎地域づくりの事業へと展開させるための仕掛けづくり

①住民組織→NPOが6か所、その他が7か所
NPO取得の説明会をこの機会に実施

②地域・自治振興課と連携し、住民組織に対し、**送迎車購入費を補助**

☆地域支え合い事業を受託することが、絶対条件

- ・地域支え合い事業以外にも活用できるように、購入補助とする
- ・住民組織は、車両を取得していなかったものでちょうど良いタイミング！



<独自事業の実施へ>

- ・買い物ツアー
- ・観光ツアー
- ・医療機関、銀行、役所などへの送迎
- ・住民組織主催のイベント時の送迎 など

上越市における総合事業予算

①生活支援体制整備事業費	45,452千円
・生活支援コーディネーター業務委託料	45,309千円
・研修旅費	143千円
②一般介護予防事業費	30,972千円
・すこやかサロン、認知症カフェ、介護者家族の集い	30,472千円
・ボランティア育成事業	500千円
③介護予防・生活支援サービス事業費	237,981千円
・介護予防教室委託料（通所B）	4,742千円
・介護予防・生活支援サービス事業費負担金	233,239千円
④介護予防ケアマネジメント業務委託料	27,473千円
合 計	341,878千円

専門職と連携した通いの場の運営

参加者の介護予防の支援を行うため・・・

◎地域包括支援センター
生活支援コーディネーター
地区担当保健師・栄養士

- ・ 地域に実態に合ったアプローチ方法や参加者の選定などを検討
- ・ 地域で気になるハイリスク者に参加してもらい、見守りを強化



例えば・・・

- ・ 薬の飲み忘れの多い人⇒内服の確認を行う
- ・ 日中独居で、栄養が偏っている人⇒昼食の提供と体調管理
- ・ 健診会場で血圧が高い⇒日々の血圧のチェック⇒必要時、受診勧奨
- ・ 生活習慣病が重症化している⇒参加することで間食（お菓子や漬物）の量が減る

①高齢者が住み慣れた地域でサービスや支援を受けるなど地域支え合いの体制が構築されている

②一人ひとりが介護予防の重要性を認識し、生活習慣病等の重症化を始めとして介護予防に取り組んでいる状態

③家族や地域の人々が認知症を正しく理解し、全ての認知症の人が安全・安心な生活を営んでいる状態

④重度な介護状態になっても、24時間365日安心して快適な生活を送ることができるよう、医療・介護・住まいなどの環境が充実している状態

2025年の当市のあるべき姿

上越市における地域包括ケアシステムのイメージ

<介護サービスの提供>

- ・介護が必要な人に、適切なサービスの提供
- ・本人の状態に合った、自立支援に資するケアプランの作成
- ・多職種連携による、チームケア



<医療>

上越医師会、上越歯科医師会、上越薬剤師会との連携の強化、在宅医療の推進



高齢になっても
住み慣れた上越市で暮らすために・・・

<介護予防・重症化予防>

- ・生活習慣病の重症化予防の取組
- ・個々の実態に合った個別保健指導の実施
- ・介護の重度化予防のためのケアプランの作成
- ・認知症初期集中支援チームによる早期からの支援の実施



<地域住民の支え合い>

- ・新総合事業の実施による地域支え合い体制の構築
- ・地域との交流を図り、孤立の防止、見守り支援の実施
- ・担い手側の生きがいづくり、介護予防につなげる取組の実施
- ・認知症サポーター養成



<日常生活圏域における地域ケア会議の推進>

- ・包括単位での地域ケア会議、個別地域ケア会議を通じ、地域課題の抽出、支援策の検討



パネルリスト資料5

秋田県小坂町

町民課町民福祉班

三政 貴秀 氏

介護予防・日常生活支援総合事業
早期移行に向けた取組み

秋田県小坂町町民課 三政 貴秀

小坂町の位置・人口等

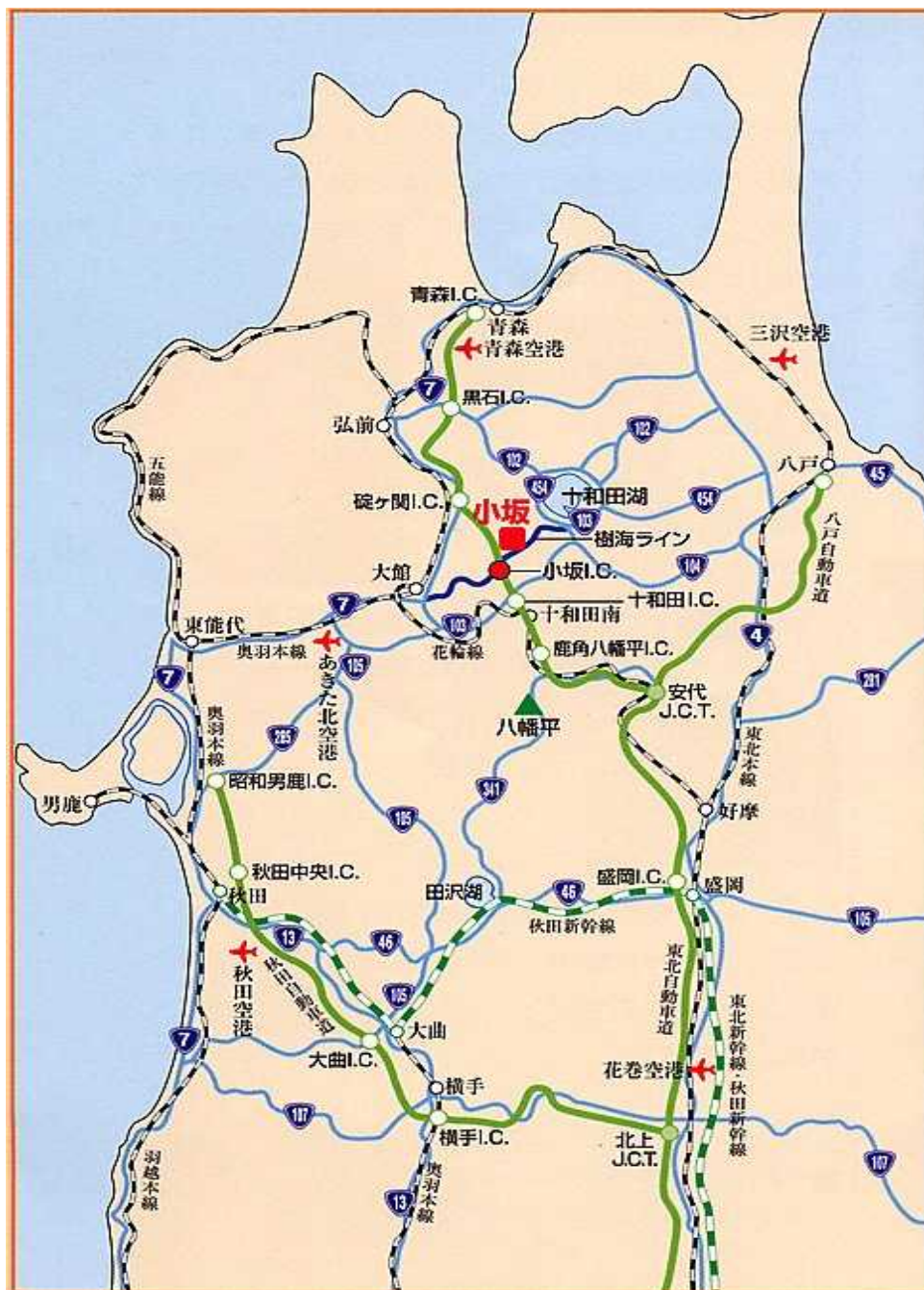
人 口:5, 592人(男2, 605人 女2, 987人)

世帯数:2, 503世帯

高齢者人口:2, 283人 高齢化率:40. 8% (いずれも平成27年4月1日現在)

介護保険料基準月額:5, 300円(基準額は第5段階・標準9階層で設定)

- ★秋田県の北東部に位置し、青森県との県境に接している。
町内の7割が森林であり、町を南北に縦断する東北自動車道や国道282号線沿い、十和田湖周辺が主な居住地となっている。
- ★小坂鉱山の発見により明治初期から「鉱山の町」として発展してきた。
鉱山閉山後はこれまで培った鉱山技術を活用した最先端の環境リサイクル産業への転換を図り、都市鉱山として発展を遂げている。
- ★近隣市と連携してリサイクル産業を柱にするだけでなく、町の近代化遺産を活かした観光分野も大きな柱になっている。
- ★大正9年には17, 100人(県内2位)の人口を有していたが、鉱山の業態変化や都市部への流出により人口減少が続いている。



面積:201.70km²

東西:21.1km

南北:24.6km

北隣:青森県平川市

南隣:鹿角市

西隣:大館市

東隣:鹿角市・青森県十和田市

主な地域指定:広域市町村圏
(ふるさと)

過疎

辺地

振興山村

地方拠点

十和田湖に代表される美しい自然、そして鉱山の歴史に彩られた近代化産業遺産の建物群がヨーロッパの町にも似た独特の風景を形づくっています。

十和田湖



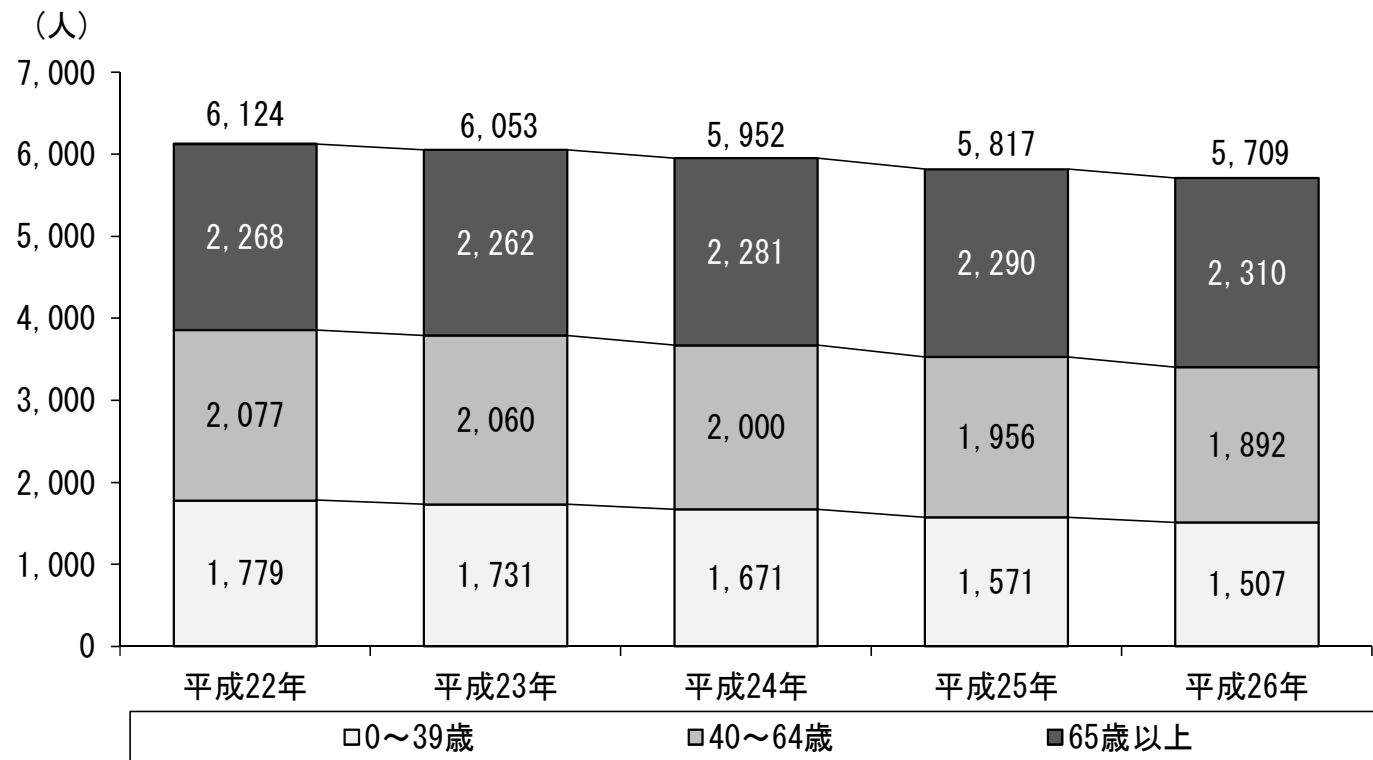
小坂鉦山事務所

康楽館



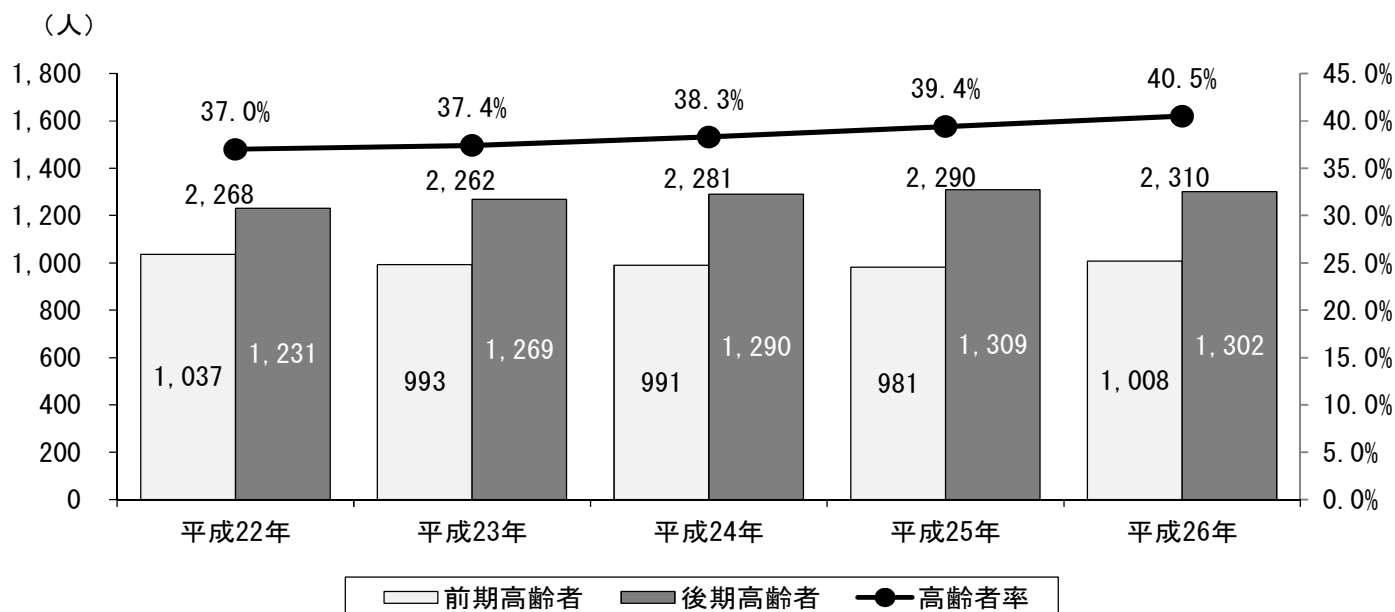
平成26年6月に小坂鉄道レールパークがオープンしました。
機関車の運転やレールバイクなど鉄道に関する多彩な体験ができる施設です。
ぜひ一度足を運んでみてください！

小坂町の人口の状況等について



★高齢化が年々進んでいることは、総人口の減少に反比例して伸びる高齢者数から推測される。総人口にあっては年100人前後のペースで減少している。
特に若年層・生産年齢層は、都市への流出などの流れに歯止めがかからず減少を続けていて、近年は少子高齢化の流れが一段と加速している。

高齢者数の推移



	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
高齢化率	37.0	37.4	38.3	39.4	40.5
前期高齢者 割合	16.9	16.4	16.6	16.9	17.7
後期高齢者 割合	20.1	21.0	21.7	22.5	22.8

★近年は、75歳以上の高齢者数が一定の増加を続けている。
 高齢化率は年1%程度上昇しており、地域の高齢者が自立した生活を送るために
 持続的かつ効果的な支援体制の整備が求められている。

要介護認定者数の状況

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
平成 21年度末	25	52	60	43	35	44	41	300 13.2%
平成 22年度末	28	37	69	43	39	52	32	300 13.4%
平成 23年度末	25	26	87	48	35	56	30	307 13.7%
平成 24年度末	17	34	95	51	40	64	35	336 15.0%
平成 25年度末	26	35	88	54	36	64	32	335 15.1%
平成 26年度末	23	34	92	57	43	68	35	352 15.4%

★要支援認定者の数が近年減少傾向なのに対し、要介護認定者は増加を続けている。
特に要介護1～2、4の伸びが顕著であるが、年齢別でみると80代半ば以降の認定者が増加している。この点については、加齢に伴う部分が大きいと推測される。
一方、前期高齢者であっても要介護認定を受けるケースも増加傾向であるが、主に男性の数が増加している。この点は、介護予防事業への男性の参加率が低いことや生活習慣が影響しているものと考えられている。

小坂町の介護保険の状況

人口(平成27年4月1日)	5, 592人
高齢者人口	2, 283人
高齢化率	40. 8%
前期高齢者人口	988人
後期高齢者人口	1, 295人
要介護認定者(平成27年4月1日時点)	352人
要介護認定率	15. 4%
介護サービス利用者数(平成27年3月末時点)	331人
居宅サービス	173人
地域密着型サービス	57人
施設サービス	101人
保険給付費(平成26年度速報値)	6億9, 264万2, 355円
居宅サービス	1億9, 632万9, 437円
地域密着型サービス	1億1, 358万4, 140円
施設サービス	3億2, 605万5, 201円
特定入所者サービス	3, 965万8, 300円
その他	1, 701万5, 277円

介護予防・日常生活支援総合事業等 開始に至るまでの経緯・取組方針

平成26年度半ばに小坂町の高齢化率は初めて40%を超えた。時期を同じくして、地域における高齢者の孤独死への対応が発生したり、現場から認知症高齢者や虚弱高齢者が急激に増加している状況が報告されており、早急な対策が急務であった。

小坂町の行政組織体制は、介護保険全般（総合事業含む）の担当が専任1人、地域支援事業の事務担当が兼任で1人となっているが、直営型地域包括支援センターを併設している状況が円滑な介護保険行政の運営に大きな効果をもたらしている。内部はもちろんのこと、町内外の医療機関や事業者と常に連絡調整を図りながら業務に当たっている。

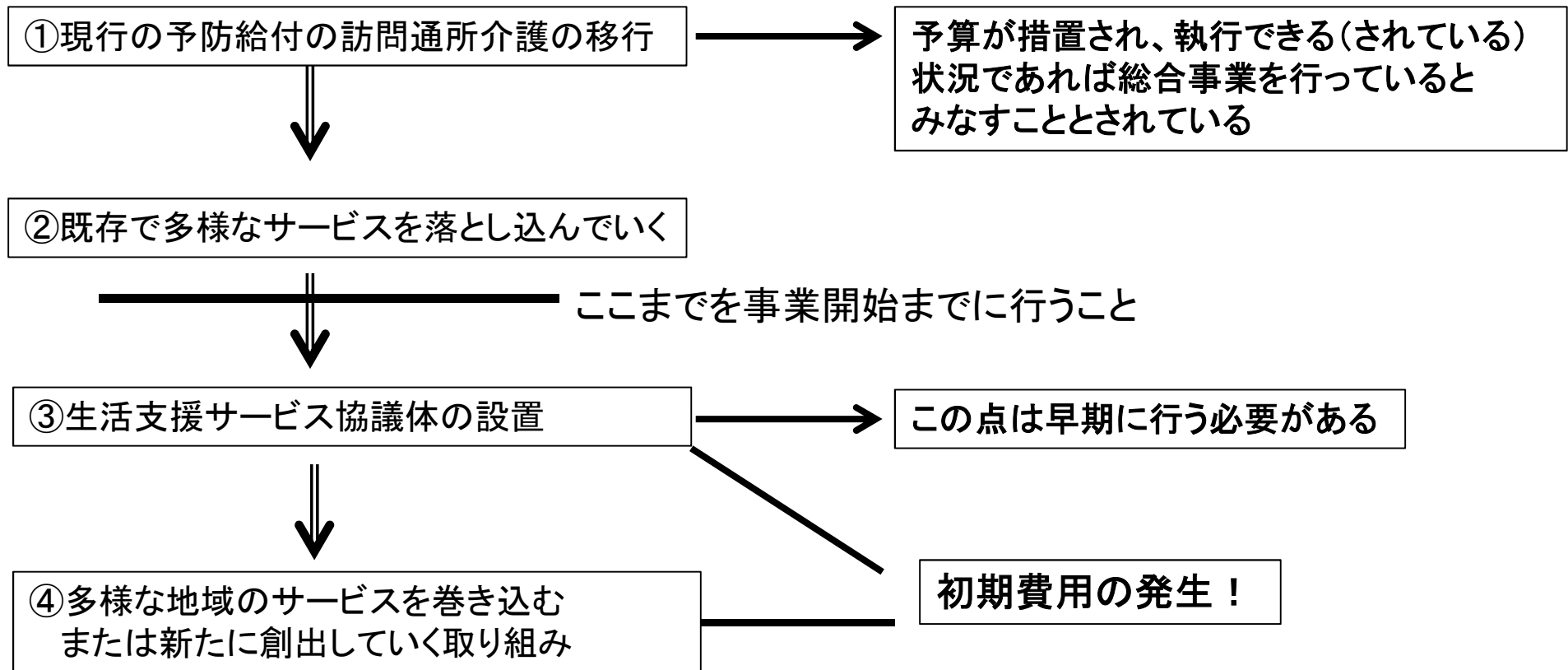
- ① 今回の介護保険法の改正は、介護保険料の引き上げを始めとした費用負担の増加など被保険者に相当の負担をお願いする項目も多いことから、長期的な影響を最小限に抑えるためには総合事業の早期実施が必要。
- ② 介護予防事業が創設される以前から取り組んできた様々な事業が、総合事業にスムーズに落とし込むことが可能。

①と②の判断から、本年4月からの実施をすることが決定した。

第6期介護保険事業計画期間内の早期に総合事業を実施することで、第7期以降の計画がより充実した内容となると判断したことに加え、早期の実施が長期的視点に立つと効率的かつ戦略的に有利であると考えます。

現行において実施している事業を見直し、関係機関と十分な連携を図りながら拡充していくことで、「小坂版地域包括ケアシステム」が構築されていく。将来、高齢になっても元気に暮らせる町づくりを目指す。

総合事業の実施に向けた組み立て(小坂町の場合)



たとえ簡素な内容であっても、最低限予防給付の訪問・通所介護が移行されていればよい事業者との協議を通じて、基本方針を確立させ、総合事業を早期に実施した方が有利な点が多い。ただし、サービスの低下を招かないために基準等の設定には配慮が必要。

平成27年度からの総合事業実施までの作業の流れ

平成26年8月	7月に行われた全国課長会議を受けて移行に向けた検討を内部で開始
9月	総合事業の影響を受ける主な2法人・1民間事業者を対象に総合事業への早期移行について打診・協議を開始
10月 ～12月	総合事業において総合事業へ移行が可能なサービスを洗い出し、類型・基準等の検討や調整、課題の洗い出し作業 仙台市で行われた総合事業関係のセミナーへの参加
平成27年1月	事業者に対して総合事業で行うサービスの詳細に関する説明、必要な調整 平成27年度当初予算の編成作業（介護報酬改定も影響し一部を2月上旬まで延長）
3月	介護保険業務システムの改修業務についてシステムベンダーと契約締結 町議会に対して総合事業の実施について説明 住民説明会を開催（第6期介護保険計画と並行して実施） 要綱・委託契約書等の整備 介護保険業務システムの改修作業 国保連合会との業務の委託範囲について調整（審査支払事務等）
4月	国保連合会と事業対象者の台帳情報の試験登録を実施
5月	国保連合会に正規の台帳情報を登録 事業者（事業委託分）から前月の利用実績で委託料の支払い

★この他に、事業者から個別に相談が出た際には適宜対応している。

総合事業の開始の遅れに伴う影響

総合事業を早期に開始する場合、四例の計算式から選択が可能となっている。

平成27年度 介護予防・日常生活支援総合事業費支出予定額 21,054,000円…①

☆小坂町の場合、原則的な計算方法で上限額を算出すると約430万円超過する。

〈平成26年度の介護予防給付(訪問・通所)＋介護予防事業の合計額〉×
(75歳以上の高齢者数の伸び)－〈平成27年度の介護予防給付(訪問・通所)予算額〉

27,729,081円×1.009－11,239,817円＝16,738,825円…②(原則上限額)

②－①＝－4,315,175円 ← 上限額を超過する



☆有利な10%特例を利用して上限額を算出した場合には約180万円の超過に圧縮される。

→上限額を超過しても早期実施自治体は個別協議により上限額を超過することが可能

〈平成26年度の介護予防給付(訪問・通所)＋介護予防事業の合計額〉×1.1
－〈平成27年度の介護予防給付(訪問・通所)予算額〉

27,729,081円×1.1－11,239,817円＝19,262,172円…③(10%特例上限額)

③－①＝－1,791,828円 ← 上限額を超過するが個別協議で超過可能

平成27年度から29年度の移行期においては、10%の特例措置を活用することができるものの、平成30年度以降は特例措置はなくなる見込みである。

移行期には、体制整備に向けた初期投資(体制構築に係る費用)が発生したり、移行初年度は給付と事業が混在するため、通常よりも所要事業費が増大することが想定される。

他の早期実施自治体で行った試算においても、総合事業への移行が遅くなる程費用面での影響が増大することが報告されている。



**早期の総合事業の実施と体制の確立により、長期的に給付費(事業費)の抑制を図る
→地域住民の保険料負担を抑えることにも繋がる**

★前年度の予防給付費の実績も加味して上限額を設定するため、来年度以降に総合事業を実施する場合には、今年の介護報酬の影響を多大に受けることとなる。
今年度中に総合事業を実施した方が、事業費上限額が高く設定されるために事業を組み立てやすい。

総合事業の各サービス種別に相当するサービスや単価等の現状

①訪問型サービス

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス
サービス種別	①訪問介護(第1号訪問事業)	②訪問型サービスB
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	住民を主体として行う生活援助
対象者とサービス内容の考え方	○既にサービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、今後も継続してサービス提供の必要がある方が対象 ○現行の基準に沿い、訪問介護員によるサービス提供を必要とする場合	○利用者の状態等も踏まえながら、利用を促す ○現在町社会福祉協議会において実施しているサービスを当てはめ、総合事業において実施することができないか協議を継続中
実施方法	事業者指定(みなし指定)	補助(助成)
基準	予防給付の基準を基本	必要最小限の基準内容とする予定
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	ボランティア主体
提供開始年月	平成27年4月	平成27年7月

★その他、基準緩和型の訪問サービス(訪問型サービスA相当)の実施が可能かについて検討・協議中である。

②通所型サービス

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス
サービス種別	①通所介護(第1号通所事業)	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能向上のための機能訓練	ミニデイサービス
対象者とサービス 内容の考え方	○既にサービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、 今後も継続してサービス提供の必要がある方が対象 ○現行の基準に沿ったサービス提供を必要とする場合	○既に通所系サービスを利用している又は新たに利用の必要がある方で、状態や 利用希望等も踏まえて緩和した基準によるサービス提供が可能な方が対象 ○既存の事業所に併設する形での運用を想定
実施方法	事業者指定(みなし指定)	委 託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準
サービス提供者	通所介護事業者の従事者	通所介護事業者の従事者＋ボランティア
提供開始年月	平成27年4月	平成27年4月

町の保健福祉の拠点施設・小坂町福祉保健総合センター「ゆーとりあ」



★町中心部に位置し、通所介護の他、総合事業における第1号通所事業やミニデイサービス、保健センターによる検診事業等を一体的に行っている。
また、町社会福祉協議会が施設の指定管理者となることで、福祉に関する活動拠点の役割を担っている。

多様なサービスの例 ―ミニデイサービス「くるみ」

既存の通所介護で提供しているサービス全てを必要としない方を対象に、時間や内容をある程度限定し、基準等を緩和したミニデイサービスを平成27年4月から開始した。町が事業主体となり、管理運営を町社会福祉協議会へ委託している。

福祉保健総合センター内に設置し、設備等で通所介護と共有できる部分は共有している。利用者からの評判は良く、今後さらに内容の充実を図りながら安定した運営を行っていく。

～「くるみ」の利用者の様子①～



利用者の方が塗り絵をしている様子です

～「くるみ」の利用者の様子②～



利用者が得意としている
裁縫をしている様子です

一般介護予防事業の実施状況

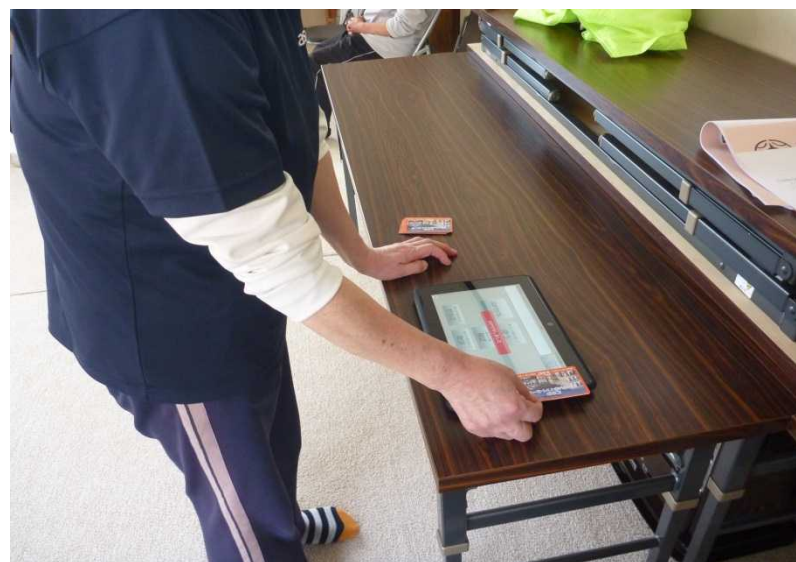
①こさかはっぴいカード

町が実施している各種介護予防事業の参加者(特に男性)の掘り起こしを目的に、埼玉県志木市・神奈川県横浜市の取り組みを参考にして介護予防ポイントカード事業を開始した。

町内の65歳以上の高齢者に対しポイントカードを交付し、事業参加者と運営ボランティアにポイントを付与している。年間の累計ポイント数に応じて、商品券と交換することとしている。

交付状況は、事業開始からわずか1カ月で第1号被保険者数の約20%に達した状況であり、カードを交付した被保険者からの反応も上々である。

今後は町社会福祉協議会が実施する事業も交付対象とする予定であり、より意欲を持って様々な事業に参加していただけるように努めていく。



②生きがいづくり事業(仮称)

高齢者と小中学校児童との交流の機会を通じ、生きがいを創出する事業である。

教育委員会とのタイアップ企画とし、小中学生との交流だけでなく、認知症予防を目的とした脳のトレーニング、運動機能維持を目的とした各種トレーニング、栄養改善を目的に学校給食の提供などを事業の柱とし、全てを学校校舎を利用して実施する予定である。

平成28年度から(状況により27年度中に前倒し)の実施を目指し、準備を進めている。



★平成25年4月に小中一貫教育を開始。
また、公民館・体育施設も隣接(渡り廊下で接続)しており、大規模にハード面を整備することなく実施が可能である。

小坂小学校・中学校の外観

③お元気くらぶ

町内の第1号被保険者を対象に、介護予防事業が創設される以前から取り組んできた。

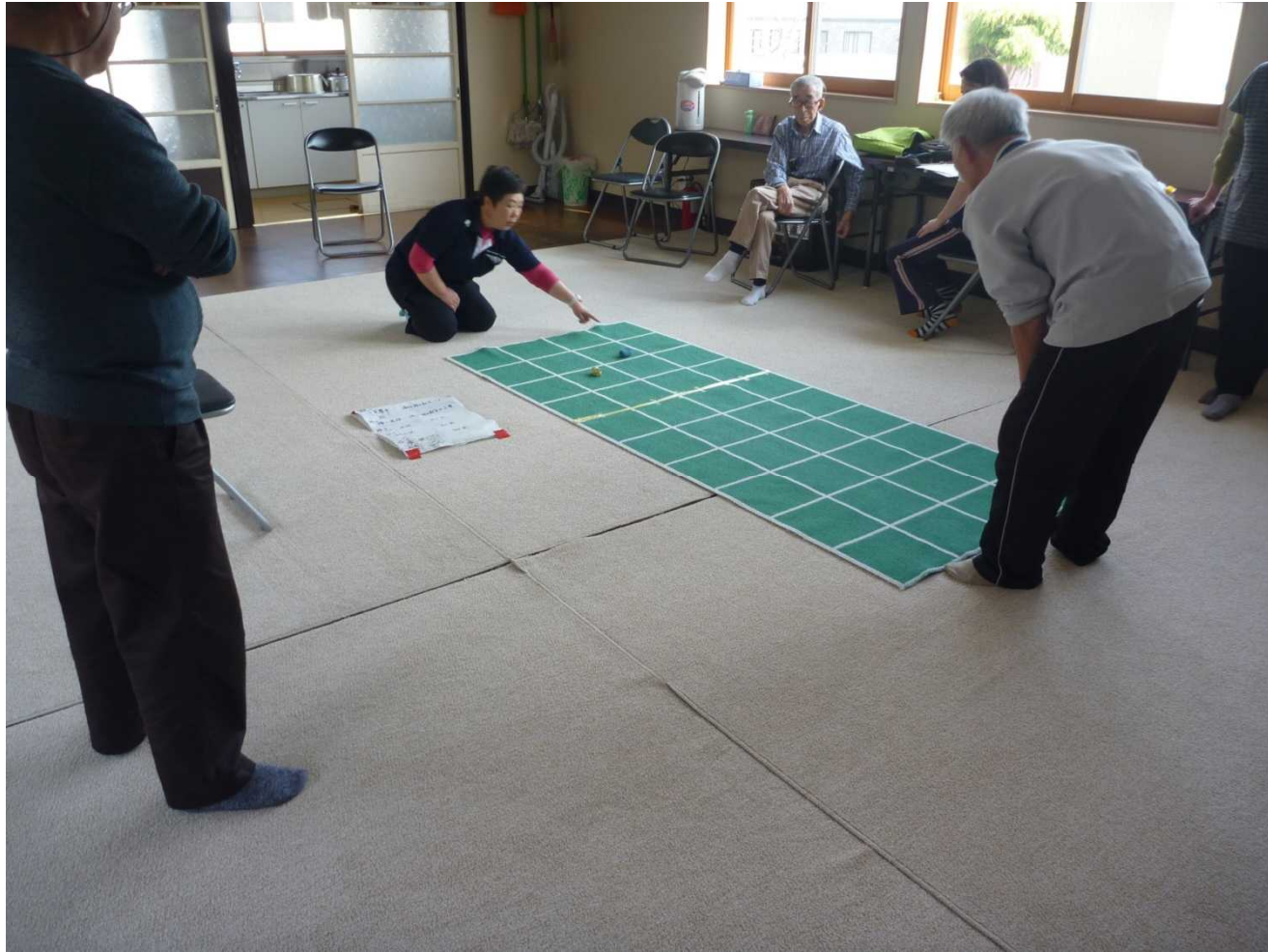
閉じこもり予防と認知症予防・運動機能の維持の普及啓発の場として、交流を主体とした事業である。地域包括支援センターの保健師等が町内各自治会館などへ出向き、地域に密着した形での事業を展開している。

この機会を利用して血圧測定や健康相談も実施しており、町内の高齢者の健康状況などを把握する手段の一つにもなっている。

～お元気くらぶの活動風景①～



～お元気くらぶの活動風景②～



④いきいき交流

虚弱高齢者を対象として、楽しく集える場を提供し、交流活動を通じて生きがいづくりを進め、要介護状態への進行を防止します。

本事業は、社会福祉法人 小坂ふくし会へ委託し、「はいから倶楽部」を拠点に実施しています。

※はいから倶楽部・・・特別養護老人ホーム「あかしあの郷」に併設された地域交流スペース。
近隣には銀行、スーパーマーケット、診療所などがあり、地域住民が気軽に立ち寄れるための拠点として整備されました。



はいから倶楽部外観

～はいから倶楽部の内部の状況～



その他包括的支援事業の実施状況

①地域包括支援センター運営事業

町内1カ所の町直営地域包括支援センターは、正職員4名（保健師3名・社会福祉士1名）、臨時職員（看護師、介護支援専門員）の体制で運営している。障害者相談支援事業所を併設しているだけでなく、福祉担当や保健センターとも隣接していることから、きめ細やかな総合相談支援体制が構築されている。

その他、事業所からの各種相談や助言等にも積極的に対応している。

②地域ケア会議の開催

医療関係者やサービス事業者を始めとする多職種の実務者が集まり、個別ケースの検討や通常サービスを提供する中で出た課題の共有、地域課題の洗い出しなどを行っている。月1回の頻度で開催しており、小坂版地域包括ケアシステムの基礎的役割を担っている。

★小坂町地域ケア会議の委員の構成

医療関係者……町内の診療所の医師1名

居宅介護支援事業所……町内外の居宅介護支援事業所計5カ所から各1名

サービス事業所……町内の介護老人福祉施設2カ所から各1名

訪問介護事業所1カ所から1名

通所介護事業所4カ所から各1名

福祉関係者……町社会福祉協議会から1名

行政関係者……福祉担当職員・保健センター職員

地域包括支援センター職員

合計18名で構成され、多職種連携を図るための基盤となっている。

～小坂町地域包括支援センター～



小坂町に1ヵ所の地域包括支援センターは町直営方式で、役場内に設置されている。
保健センターとフロアを共にしているだけでなく、福祉担当課も隣接していることから、住民からの
様々な相談にも連携してワンストップでの対応が可能となっています。

小坂町における認知症施策の取組状況

①認知症地域支援推進員の配置

町内の認知症高齢者が可能な限り良い環境で暮らすことができるよう支援を行う目的に立ち、認知症施策の企画調整や専門的相談業務を行うことができるよう、認知症地域支援推進員を配置した。

現在、町直営の地域包括支援センターが幅広い相談業務に対応しており、その他相談業務と一貫性を保つために地域包括支援センター内に配置している。認知症初期集中支援チームと連携を図る点においても、非常に有効である。

②認知症初期集中支援チームの設置

複数の専門職が参加し、認知症が疑われる人や認知症の人、その家族等を包括的かつ集中的に支援していく体制の構築を進めることとしている。

現在、体制の構築に向けて関係機関と協議を進めるとともに、認知症に関する専門的知識を習得してもらうため、県社会福祉協議会等が実施している研修の受講を促している。

その他関連する情報と共有を図れる点や迅速な対応が可能である点などを考慮し、地域包括支援センターに設置する方向としている。

③認知症サポーターの育成

認知症に対する理解の普及、地域住民全体で支えていくための取り組みとして認知症サポーターの育成を推進している。

また、町社会福祉協議会が主体となり、町内の小中学校で養成講座を開催している。幅広い年齢層に認知症への理解を図ることで、増加する認知症高齢者を支えていく環境の構築を目指している。

生活支援サービス協議体の設置、生活支援コーディネーター の配置等の状況について

多様なサービスの構築に向けた協議体の設置は、関係機関との調整の影響もあって今年度中の設置を目指している。内容(方針)については、以下の方向としている。

☆地域包括支援センター主体による協議体の設置

○町では地域包括支援センターが中心となって、高齢者に関する情報の把握、様々な介護予防事業を展開している。また、地域支援体制をコーディネートしていくとともに、多様な関係機関の先頭に立って、その中核となっているのは地域包括支援センターである。

この認識は既に全町に定着していることから、第1層のコーディネーターは地域包括支援センターの保健師とした取組を予定している。

○既に地域ケア会議の実施を通じて、サービス提供側の多職種連携の構築を図ることができている。このネットワークを基盤として、他の関係団体を可能な限り巻き込んだ枠組みを形成することを目指し、早期の協議体の設置を図っていく。

○総合事業の実施に当たり、多様なサービスを構築する(巻き込む)ためには、行政単独では不可能である。協議体を設置し、その中で生み出される様々な地域資源の発掘や関係機関との連携を通じた取り組みが重要になってくる。総合事業の早期実施に関わらず、この点を早期に行う必要性を感じている。

☆設置の意義

生活支援サービスの体制整備・拡充に向けて、多様な主体の参画が必要不可欠である。
関係機関の情報共有や連携を図るとともに、地域資源の発掘や構築を目的とした場として「生活支援サービス協議体」の設置を行う。
地域ケア会議で出された地域課題の共有等を図るために、町（地域包括支援センター）に協議体を設置する。

☆協議体に求める役割

- 体制の構築に向け、企画立案や必要な協議・調整を行うこと
- コーディネーターを組織的に支えること
- 各団体が把握している地域ニーズを共有すること

☆現在想定している協議体の構成

- ・町社会福祉協議会
- ・社会福祉法人1団体
- ・町内外の主要な訪問型・通所型サービス提供事業者
- ・医療関係者（町内診療所）
- ・老人クラブ
- ・自治会長（各自治会の総連絡組織の参加を想定）
- ・民生委員
- ・学識経験者
- ・行政関係者（福祉担当職員・地域包括支援センター職員）

☆設置時期

平成27年の夏ころを予定

☆勉強会の開催等

より早期に趣旨を理解してもらい、スムーズな体制構築・整備を行う観点から、第6期介護保険事業計画策定時に協議体の構成員として任命する予定である方々を策定委員に任命した。事業計画策定までの流れの中で、生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置による多様なサービスの創出等について、住民の代表として理解を深めていただいた。

また、本年2月に住民主体による多様なサービスの構築をテーマにしたセミナーを開催し、自治会や民生委員などの地域住民の方々や、各種団体の関係者に多数参加していただき、周知を図った。



2月に開催した勉強会の様子

☆今後のスケジュール

上記のセミナーを開催後、自治会側から自主的に通いのサービス(多様なサービスB相当)の実施について提案を受け、1自治会を先行モデルで試行を予定としている。

並行しながら協議体の設置を早期に行い、多様なサービスの整備・構築を支援していく。

総合事業の実施における課題

①事業者側に対して、制度の周知・広報が不足していた

→現場において、理解不足から一部に混乱を招いた。特にこの4月は制度の改正対応が多く、事業者には相当の負担をかけることとなった。

②多様なサービスを構築することの難しさ

→一度に多様なサービスを全て構築することは不可能であると判断したため、開始時期をずらすなどして対応することとした。多様なサービスを構築するための協議体を早期に設置することで、より内容を充実させて実施することが可能である。住民による新しいサービス等受け皿の拡大を図ることも計画しているが、地域の理解を得るためにはある程度の時間を要する。

③地域包括支援センターの負担増加

→小規模な町であるが故に職員体制の確保が困難な状況にある。
仕事量の増加が職員に負担をかけている。

④マスコミ報道などの影響

→新聞報道などで要支援者に対するサービスの質の低下に関する報道が相次ぎ、一部住民から総合事業実施に関して不安視する意見が出された。
実際には要支援者に対しては、現行の基準相当のサービスを提供したり、多様なサービスを構築したりすることなどで、サービスに幅と選択肢が広がることから、質の低下にはつながらないと考えている。

総合事業に移行してよかった点

①地域包括ケアシステムの構築に早急に取り組む必要性

→地域が加速度的に高齢化する中で、行政側の都合で総合事業への移行を先延ばしすることに疑問を感じた。移行を先延ばしにしている時間的余裕は無いのではないか。

②第7期介護保険事業計画の策定が容易になる

→データが蓄積されることで、事業計画策定における推計がより正確になる。
総合事業の実施により表面化した課題への対処を図ることが可能となり、事業の充実を図ることができる。

③事業費の上限引き上げ

→早期の総合事業への移行によって事業費の上限が引き上げられたことにより、新しい事業に取り組むことができた。原則的な計算法で算出すると、上限額を超過する可能性もあるため、早期移行が有利である。

④住民意識の転換

→地域住民も、現在住んでいる地域の現状や将来に問題意識を持っている。
連携してこの課題に早期に取り組む必要がある。

★データを分析し、必要な改善を行うこととする。

多様なサービスを構築することで、いつまでも安心して暮らすことができる地域を目指していきたい。