

地域包括ケアシステム情報支援事業

(全国保険者におけるベストプラクティス抽出調査)

【総合事業への移行 実践事例集】

平成 28 年 3 月
厚生労働省

目次

1	事業の概要	1
1	1. 事業の目的	1
1	2. 事業の対象市町村	1
1	3. 本事例集について	1
2	事例の概要	2
2	1. 掲載市町村一覧	2
3	2. 総合事業への取り組み概要	3
9	3 事例集	9
	◎総合事業への移行済市町村	
	神奈川県横浜市	11
	千葉県松戸市	20
	神奈川県平塚市	31
	神奈川県小田原市	38
	千葉県流山市	46
	岐阜県大垣市	58
	宮城県石巻市	65
	東京都武蔵野市	73
	奈良県生駒市	82
	東京都稲城市	92
	山梨県北杜市	100
	愛知県高浜市	107
	秋田県鹿角市	114
	長崎県佐々町	121
	秋田県小坂町	132
	◎総合事業へこれから移行する予定の市町村	
	愛知県名古屋市	140
	兵庫県神戸市	148
	福岡県北九州市	157
	東京都世田谷区	167
	東京都八王子市	177
	神奈川県横須賀市	185
	埼玉県川越市	192
	高知県高知市	199
	神奈川県秦野市	206
	大阪府大東市	214
	岡山県津山市	224
	茨城県神栖市	231
	北海道恵庭市	241
	岡山県総社市	246
	三重県いなべ市	256
	愛知県武豊町	266

1 事業の概要

1. 事業の目的

本事業は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、新たな地域支援事業の効果的かつ効率的な運営の手法を明らかにするために、先駆的な市町村の協力を得つつ、介護予防・日常生活支援総合事業などの具体的取り組み内容を整理するものである。また、先駆的な市町村の取り組み内容や、市町村間の意見交換を共有できるようにグループウェアを活用した情報共有の仕組みを構築し、効果的かつ効率的な取り組み事例の横展開を図ることを目的として実施している。

2. 事業の対象市町村

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| (1) グループワーク | (2) 情報共有の仕組み（サイボウズへの登録） |
| ①参加対象市町村：32 | ①登録市町村数：132 市町村 |
| ②傍聴対象都道府県：全都道府県 | ②登録都道府県数：44 都道府県 |

■グループワーク参加市町村



3. 本事例集について

本事例集は、グループワーク参加市町村に作成していただいた。

具体的には、平成 27 年 12 月末時点において、総合事業へ移行している市町村と移行していない市町村に分け、移行している市町村には、移行に向けてどのような取り組みを行ったのか、その内容やポイントを整理し、今後移行する予定の市町村の参考として、また総合事業のさらなる充実に向けて活用できるように整理を行ってもらった。また、今後移行する予定の市町村には現在までの取り組み状況と今後の方針などについて整理を行ってもらっている。

本事例集が、これから総合事業へと移行する市町村にとっての「道しるべ」となれば幸いである。

2 事例の概要

1. 掲載市町村一覧

(1) 総合事業への移行済市町村（平成27年12月末時点）※人口規模順

市町村	総人口(人)	高齢者人口(人)		(再掲)後期高齢者人口		掲載ページ
			高齢化率(%)		高齢者人口のうち後期高齢者の占める割合(%)	
神奈川県横浜市	3,722,250	843,736	22.7	384,965	45.6	11～19
千葉県松戸市	487,376	115,746	23.7	49,487	42.8	20～30
神奈川県平塚市	258,065	64,706	25.1	28,072	43.4	31～37
神奈川県小田原市	195,353	52,483	26.9	24,468	46.6	38～45
千葉県流山市	172,659	40,657	23.5	16,822	41.4	46～57
岐阜県大垣市	162,847	40,982	25.2	19,660	48.0	58～64
宮城県石巻市	149,874	43,683	29.1	22,510	51.5	65～72
東京都武蔵野市	142,138	30,635	21.6	15,499	50.6	73～81
奈良県生駒市	121,013	29,986	24.8	12,320	41.1	82～91
東京都稲城市	86,594	17,039	19.7	6,974	40.9	92～99
山梨県北杜市	48,543	16,627	34.3	8,356	50.3	100～106
愛知県高浜市	46,295	8,648	18.7	4,174	48.3	107～113
秋田県鹿角市	33,293	11,684	35.1	6,487	55.5	114～120
長崎県佐々町	13,838	3,396	24.5	1,652	48.6	121～131
秋田県小坂町	5,662	2,314	40.9	1,303	56.3	132～139

出典:総務省「平成27年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)」

(2) 総合事業へこれから移行する予定の市町村（平成27年12月末時点）※人口規模順

市町村	総人口(人)	高齢者人口(人)		(再掲)後期高齢者人口		掲載ページ
			高齢化率(%)		高齢者人口のうち後期高齢者の占める割合(%)	
愛知県名古屋市	2,260,440	533,983	23.6	249,651	46.8	140～147
兵庫県神戸市	1,550,831	399,345	25.8	187,405	46.9	148～156
福岡県北九州市	976,925	272,065	27.8	132,946	48.9	157～166
東京都世田谷区	874,332	174,542	20.0	86,538	49.6	167～176
東京都八王子市	562,572	136,292	24.2	60,068	44.1	177～184
神奈川県横須賀市	418,277	119,832	28.6	55,290	46.1	185～191
埼玉県川越市	349,378	84,779	24.3	34,538	40.7	192～198
高知県高知市	337,412	90,062	26.7	43,597	48.4	199～205
神奈川県秦野市	164,366	41,701	25.4	16,658	39.9	206～213
大阪府大東市	124,150	30,396	24.5	12,286	40.4	214～223
岡山県津山市	104,717	29,240	27.9	15,372	52.6	224～230
茨城県神栖市	94,520	18,640	19.7	7,718	41.4	231～240
北海道恵庭市	68,956	16,730	24.3	7,908	47.3	241～245
岡山県総社市	67,867	17,870	26.3	8,486	47.5	246～255
三重県いなべ市	46,245	11,448	24.8	5,550	48.5	256～265
愛知県武豊町	42,758	9,913	23.2	3,928	39.6	266～275

出典:総務省「平成27年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口(市区町村別)」

2. 総合事業への取り組み概要

(1) 総合事業への移行済市町村（平成27年12月末時点）※人口規模順

市町村	取り組み概要
神奈川県横浜市	<p>◎要介護状態の予防と自立に向けた支援、多様で柔軟な生活支援のある地域づくり</p> <p>横浜市では地域包括ケアシステムの構築に向けて、要介護状態の予防と自立に向けた支援、多様で柔軟な生活支援のある地域づくりを基本的な考え方として、円滑な移行を図るため、平成28年1月から総合事業を実施する。現段階で、現行相当、訪問型サービスA・C、地域リハビリテーション活動支援事業について具体的なやり方を整理している。今後、広報・説明とともに、多様で柔軟な生活支援の検討等に取り組んでいく予定である。</p>
千葉県松戸市	<p>◎3S（Simple、Smooth、Standard）から3M（土台make、地域（人）make、仕組みmake）へ</p> <p>2025年の地域包括ケアシステムの構築は、需要が増加する一方、供給が減少するというトレード・オフの関係の中での実現を目指す必要がある。</p> <p>どんなに素晴らしい仕組みも、それを支える地域と人が必要であり、それを理解する土台がなければなし得ない。</p> <p>手を拱くのではなく、地域と共に積極的に考えることが、来るべき未来につながる。積極的な情報公開と意見交換が重要である。</p>
神奈川県平塚市	<p>◎準備を見据えた総合事業への移行</p> <p>「準備が整った事業から順次移行」が平塚市の総合事業におけるコンセプトである。</p> <p>総合事業は試行錯誤を繰り返しながら事業の盤石化を推進する性質のものである。平成27年度においては、多様なサービスの一部を開始し、一部の地域において第2層協議体等の設置を行った。</p> <p>今後も順次事業を開始させ、その地域の状況に応じて、柔軟に基準を改善させながら、一歩ずつ事業を推進することを図る。</p>
神奈川県小田原市	<p>◎「広く構える」総合事業への移行</p> <p>総合事業を「器」として捉え、これをより広く構えることを基本コンセプトとして、移行に向けた準備を進めた。</p> <p>移行準備では、課内各係で分担しつつも新たに課内定例会議を開催し、規範的統合の維持に努めたほか、将来の選択肢を最大化するために条例を制定し、事業根拠を強化した。</p> <p>緩和類型の費用は、緩和した基準に応じて設定することを基本方針に、国統計資料を活用して、費用積算の根拠とした。</p>
千葉県流山市	<p>◎総合事業を活用した2025年対応のまちづくりへの挑戦</p> <p>平成27年4月から総合事業をスタートし、総合事業を活用してまちづくりを進める視点で、実際に地域に出て情報を集め、既存の社会資源を活かし地域の身近な場所で介護予防に参加できるように、一般介護予防事業を中心に取り組んでいる。訪問型サービスAでは、元気な高齢者や子育てが一段落した主婦等を担い手とし、助け合いの地域づくりの構築に着手している。さらに今後、生活支援体制整備事業を展開し住民参加を推進していく。</p>

岐阜県大垣市	<p>◎総合事業の円滑な移行について</p> <p>大垣市では、当初平成 28 年 4 月移行予定であった総合事業を、平成 27 年度中の移行が有利と判断し、平成 27 年 10 月からの移行へと方針を変更した。</p> <p>総合事業への移行を円滑に行うために、「これまでと同様のサービスをこれまで通りの負担で」利用できるよう、現行相当サービスのみの実施とし、サービス利用者、サービス事業者ともに大きな混乱もなく、総合事業をスタートすることができた。</p>
宮城県石巻市	<p>◎現行相当サービスからのスタート</p> <p>当初から新しいサービスを創るのではなく、既存事業を活用し出来ることから始めるとの考えに基づき、現行相当サービスについて平成 27 年 4 月に移行した。2025 年を目標に既存事業の見直しを進めるとともに地域包括支援センターとの連携強化に取り組んでいる。また協議体と多様なサービスを検討し、高齢者が地域での役割を持ちながら、いきいきとした生活を継続することができるよう、地域の支え合い体制の構築を目指す。</p>
東京都武蔵野市	<p>◎サービス利用までの独自の流れの設定、「武蔵野市認定ヘルパー」の養成、ケアマネジメント様式の工夫、市独自の指定制度の整備等、課題に対応した柔軟な取り組みを推進</p> <p>武蔵野市ではこれまでテンミリオンハウス等の独自事業を実施してきたが、これらを総合事業の住民主体のサービスに位置付けることはせず、両事業の住み分けを図った。新たな試みとしてサービス利用までの独自の流れの設定、「武蔵野市認定ヘルパー」の養成、ケアマネジメント様式の工夫、市独自の指定制度の整備、地域課題を政策へとつなげる流れの設定を行うなど、課題に対して柔軟な取り組みを進めている。</p>
奈良県生駒市	<p>◎介護予防の推進と地域のネットワーク作り～小さな積み重ねを大切に～</p> <p>総合事業は、市町村の裁量で自由に事業を生み出す特権を得ることができるが、自由であるがために創出する事業への責任もかせられるため、地域の実情に応じたサービスを整えることが本当に大変であると実感している。生駒市は一般介護予防事業の更なる展開と集中 C の事業の推進、生活支援サービスの整備を行うことにより、より長期間に渡り、地域でその人らしく暮らせる期間を延伸したいと考えている。</p>
東京都稲城市	<p>◎2025 年まで待たなし！～地域包括ケアシステムの構築を目指して～</p> <p>稲城市では 2025 年に向けての危機意識から平成 27 年 4 月での総合事業移行を決定し、「効率的」かつ「効果的」さらに「円滑」に移行準備に取り組んだ。</p> <p>総合事業に移行するにあたり、今まで築いてきた地域包括支援センター及び介護保険事業者との良好な関係性を基盤として、2025 年に向けての危機意識も共有しつつ円滑移行できた。現在、相当サービス、サービス A、サービス C（通所のみ）を実施中である。</p>
山梨県北杜市	<p>◎人と地域が元気になる超高齢先進地のまちづくり</p> <p>北杜市の高齢化率は 34.6%と高く、今後更なる高齢化が進むと推測されている。高齢者の介護予防や尊厳保持、医療と介護の連携、認知症施策の推進などに取り組む、高齢者が支えられるだけでなく、高齢者の方々が持っている能力を發揮し、地域全体が元気になる地域づくりを目指す。住民・ボランティア団体・サービス提供事業所等の地域の多様な活動組織と行政が協力して取り組む基本理念のもと総合事業を位置付けている。</p>

愛知県高浜市	<p>◎元気高齢者の居場所「健康自生地」を核とした新しい総合事業の取り組み</p> <p>「これまで将来を見据えて取り組んできたものを最大限に活用する」</p> <p>高浜市では、この考え方を原点に、「介護予防・生活支援サービス」については、必要最低限とする一方、元気高齢者のための居場所づくりとして成熟してきた「生涯現役のまちづくり事業」を「一般介護予防事業」に位置づけ、総合事業をスタートしている。</p> <p>住民手づくりの通いの場である「健康自生地」で介護予防を展開するといった個性的なスタイルが特徴的である。</p>
秋田県鹿角市	<p>◎総合事業を活用して、地域に必要なものをつくっていく</p> <p>鹿角市では、高齢者が身近に立ち寄ることができる場所として「地域生き活きサロン」の取り組みを進めている。</p> <p>過疎化によって、若者だけでなく元気な高齢者も減少していく時代になった。住み慣れた地域での生活を支えてきた近隣の支え合いが難しくなっていく可能性がある。</p> <p>総合事業や生活支援体制整備事業を活用して、住民と話し合いながら、これからの地域に必要なものをつくっていく。</p>
長崎県佐々町	<p>◎地域力を活かした住民主体の地域づくり</p> <p>佐々町の高齢者の幸せをそもそもから考えて取り組んできた結果が、今、総合事業といわれるものに類似しており、総合事業への移行に向けての取り組みは、今までの体制を整理し、新たな方向性を明確にしたことに尽きる。</p> <p>これまでの取り組みの過程で、住民の住む地域の中で効果ある介護予防や支え合いによる生活支援が充実することが、本人・家族にとって今までどおりの生活の継続に繋がり、最大のテーマである地域力の向上につながることを確信している。</p>
秋田県小坂町	<p>◎さあ、今だ！いきいきと暮らせる地域社会の実現</p> <p>移行に向けた作業期間が3か月と短期間であったことに加え、少ない職員で作業を進めてきた。町社会福祉協議会を始めとした多くの関係機関の綿密な連携により、地域の力を活かした総合事業の展開に努めている。</p> <p>高齢化率は40%を超えており、生活支援の充実につなげることを目標に介護予防事業の充実を力を入れている。こうした取り組みが共助の力を育む地域づくりに重要な役割を果たしている。</p>

(2) 総合事業へこれから移行する予定の市町村（平成 27 年 12 月末時点）※人口規模順

市町村	取り組み概要
愛知県名古屋市	<p>◎自立に向けたプログラム策定やサロンの設置を始めとした、多様な担い手による多様な高齢者支援体制の構築について</p> <p>平成 28 年 6 月からの新しい総合事業の開始時において、予防専門型サービスに加え、基準緩和サービスとして訪問 A、訪問 B、通所 A、通所 C のサービスを提供するとともに、現在 600 箇所を超える高齢者サロンについても一般介護予防事業として実施する予定である。</p> <p>通所 A と通所 C のサービスでは、利用期間の上限を 6 か月と定め、利用後は高齢者サロンに繋げていくことを想定している。</p>
兵庫県神戸市	<p>◎地域の力をエンジンに、地域に踏み出す第一歩！</p> <p>神戸市では、総合事業で実施するサービスやケアマネジメントについて、事業者や地域包括支援センター職員等の意見を聞くため、ワーキンググループを設け、市民に公開しながら検討を行った。</p> <p>また、市民に介護予防の必要性を理解していただき、自らが介護予防に取り組む必要があると感じていただけるよう「神戸介護未来新聞」を全世帯に配布し、介護予防の啓発を行った。</p>
福岡県北九州市	<p>◎2025 年に向けた地域づくりの取り組み（まずは円滑な移行から・・・）</p> <p>北九州市では、平成 28 年秋からの段階的な移行を予定しており、まずは要支援 1・2 の方のサービス利用が想定される給付相当サービス及び基準を緩和したサービスへの移行を開始する。本市がサービス事業の設計にあたり最も重視したのは「円滑な移行」である。事業者や利用者は移行に対する不安や心配を抱えている。介護事業者や地域包括支援センターなど関係者の意見を参考に制度設計を行った。</p>
東京都世田谷区	<p>◎参加と協働の地域づくりを推進し、多様なサービスの充実を目指しスタート！</p> <p>新しい総合事業の開始に向けて、平成 26 年 7 月から部内 3 課の係長を中心とした検討会を設置し、開始時期やサービス内容や相談窓口の調整、区民周知について検討を重ね準備を進めた。また、移行当初から住民主体のサービスを創設することとし、地域活動が盛んな区の特性を活かした。開始直前には事業者向けの説明会の開催や介護予防ケアマネジメントのマニュアルを作成し、円滑な移行に向けた工夫をした。</p>
東京都八王子市	<p>◎いつまでも安心して暮らせる支え合いの地域づくり</p> <p>総合事業担当課（介護保険課、高齢者福祉課、高齢者いきいき課）内の情報共有及び連携を図るとともに、市内介護保険サービス職能団体と課題等の洗い出しを行った。</p> <p>次に、給付費の伸びと実施時期の違いによる影響額を推計し、開始時期を平成 28 年 3 月とした。開始時期決定後は、3 課プロジェクトチームを設置し、短期集中的に考え方を整理するとともに、先進自治体への視察を実施し、移行当初に実施するサービス内容を決定した。</p>

神奈川県横須賀市	<p>◎庁内や包括との連携がスムーズな移行につながった</p> <p>総合事業の早期移行を決め、平成28年1月から開始した。庁内外のワーキングで短期間に集中的に検討し、目指す地域の方向性やサービスのあり方等意識統一を図り、市民や関係機関への周知、現行相当サービスへのスムーズな移行、第1層協議体の設置を行った。今後は第2層協議体の設置、地域の特性にあったサービスのあり方について検討していくが、庁内外のワーキングを通して連携しながら進めていく。</p>
埼玉県川越市	<p>◎介護予防・日常生活支援総合事業の円滑な実施に向けて</p> <p>川越市では、すこやかプラン・川越（高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画）の策定の際、平成27年度中に介護予防・日常生活支援総合事業を実施することにした。</p> <p>平成28年3月から、介護予防訪問介護・介護予防通所介護相当サービスを実施し、同年4月から短期集中型サービス（訪問型・通所型サービスC）を実施する予定としている。</p>
高知県高知市	<p>◎「居場所」と「つながり」のある地域づくり</p> <p>高知市は、二次予防事業に取り組んでこなかった。一次予防事業を全力で取り組んだ結果、住民主体の介護予防活動である「いきいき百歳体操」が生まれ、市内330箇所以上で取り組まれている。今、「いきいき百歳体操」は元気な高齢者の場として充実しているが、総合事業に向けて「虚弱な高齢者が再び元気になれる場」にすることや、高齢者の生活の困りごとを地域における「助け合い活動」で解決できるよう、取り組んでいる。</p>
神奈川県秦野市	<p>◎通所型サービスBと訪問型サービスDの取り組み</p> <p>持続可能な制度運営を図るため、現行相当サービスは平成28年1月からの実施とした。</p> <p>本市の住民主体によるデイサービスは、住民ボランティアに支えられた人気事業だが、送迎業務継続が課題となっていた。そこで総合事業へ移行し、新たな形での事業実施を考え、平成28年4月から通所型Bと訪問型Dを一体的に実施することとした。高齢者等が支え合いの関係をさらに発展させ、生きがいを持って暮らしていくことを期待するものである。</p>
大阪府大東市	<p>◎とことん住民主体～総合事業は地域の力くらべ、自治体の知恵くらべ</p> <p>地域づくりによる介護予防「大東元気でまっせ体操」をベースに通所介護サービスに代わる通いの場の充実、訪問介護サービスに代わる住民による生活支援を重点的に推進している。総合事業への移行を起点に住民に対しては介護保険サービスのかしこい本来の使い方を、地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス提供事業所に対しては本来の介護保険の理念に基づく提供の周知を図り、みんなが自立支援に向けた取り組みを目指す。</p>
岡山県津山市	<p>◎新総合事業移行に向けて</p> <p>高齢者が「その人らしくいつまでも地域ではつつらつ暮らすつやま」をめざし、国の5本柱に沿って、部会を設置し、高齢者自身の力を活かした自立に向けた支援やともに支え合う地域づくりのため、実務者レベルでのプロジェクトチームで、協議・検討をし、移行準備をすすめている。真の自立支援に向けて、利用者の望む生活の実現のため、個別地域ケア会議を月2回定例で開催し、多職種の質の向上や市民等への事業の理解につなげている。</p>

茨城県神栖市	<p>◎シニア世代と一緒に創る地域づくり ～移動支援サービスを担うNPO法人の設立～</p> <p>神栖市では、適切な交通手段がないために居場所等の介護予防活動に参加できない方を支援するために、市の広報等で「移動支援サービスを実施するメンバー」を呼びかけたところ定年退職後の男性を中心に25人が集まり、NPO法人が立ち上がった。国土交通省や厚生労働省などと協議を重ね「道路運送法上の登録または許可が不要の活動」を開始した。将来的には、買い物支援など活動の広がりを目指している。</p>
北海道恵庭市	<p>◎住民主体の活動と地域資源が連動するサービス開始を目指す</p> <p>恵庭市は平成29年4月の総合事業移行を予定し、サービスは現行相当の訪問介護及び通所介護に住民主体の介護予防活動「いきいき百歳体操」を通所サービスB型に加えスタートすることなどを検討している。また、体制構築に向け協議体（第1層）を設置し、多様なサービスを提供できる体制づくりを進める。平成30年4月には協議体（第2層）を設置し住民主体の活動と地域資源が連動するサービスを開始できるよう取り組む。</p>
岡山県総社市	<p>◎いきいき百歳体操が地域づくりの核になる ～効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開～</p> <p>意欲の低下した高齢者・少しあきらめかけた高齢者を元気にするには、総合事業や介護保険サービスの利用のみでは不十分で、『いきいき百歳体操』等、地域の繋がりの中でこそもう一度頑張ってみようというきっかけをもつことが出来る。住民主体の会議、『小地域ケア会議』を基礎単位とした総社市の地域包括ケアシステムは住民の積極的な参加を原動力として、様々な課題に対し地域づくりの視点で成り立ち、更なる構築・強化をめざす。</p>
三重県いなべ市	<p>◎支援者は、“利用者がサービス利用後にめざす姿”をどう引き出すか？そして、どう近づけるか？～多職種専門職の参画による、卒業に向けた介護予防の取り組み</p> <p>現行相当のサービスの移行に加え、足腰を鍛える「ハッスル教室」、こころとカラダを元気にする「はつらつ教室」、脳とカラダを元気にする「いきいき教室」を短期集中予防サービスに位置付け、介護予防個別ケア会議、ケアマネジメント支援会議で出席者の専門性を高めながら、その他必要な生活支援と、卒業を視野に入れたケアマネジメントの実施により、地域で歩いて通える身近な場所での、自主的な介護予防活動につないでいく。</p>
愛知県武豊町	<p>◎憩いのサロンから広がるまちづくり ～高齢者が安心していきいきと暮らせるまちをめざして～</p> <p>武豊町は平成25年頃から、福祉課、健康課、地域包括支援センターと、既存の介護予防事務担当・地域包括支援センター事務担当者会議において「総合事業についての勉強会」として開始した。平成26年度には第6期計画の策定に合わせて実施した介護サービス調査をもとに、移行の内容について検討をし、平成27年度に福祉課の新メンバーを中心にワーキンググループをつくり、総合事業の構成案、移行スケジュールをもとに作業を進めている。</p>

3 事例集

(※平成 27 年 12 月末時点の情報に基づき作成)

神奈川県 横浜市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

横浜市では、平成3年から本市独自施設である地域ケアプラザによる地域支援を展開し、地域福祉保健計画においては区別・地区別計画を策定・推進するとともに、健康寿命日本一を目指して健康づくり・介護予防を進めるなど、地域包括ケア先進都市として、地域の皆様と暮らしやすい地域づくりに取り組んできた。これまで積み上げてきた経験を活かし、平成28年から「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みをさらに進めていく。

総合事業については、その目的をできるだけ早期に促進し、円滑な移行を図るため、平成28年1月から実施し、段階的に多様なサービスを追加していくことにした。

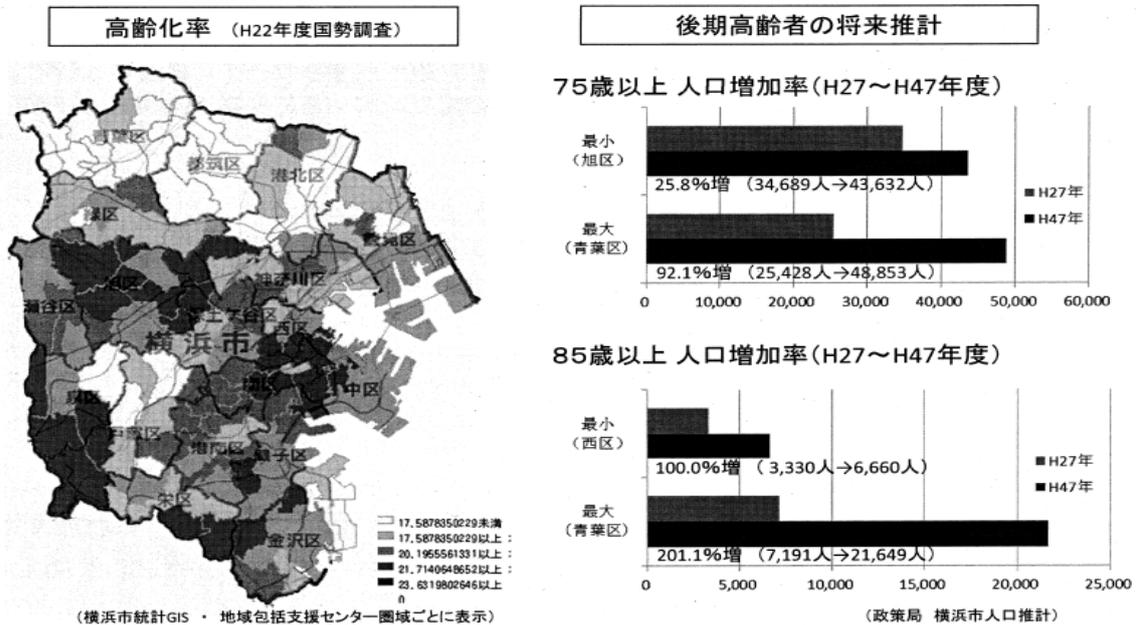
【横浜市総合事業の基本的な考え方】

- 高齢者が要支援・要介護状態になることをできるだけ予防するとともに、高齢者自身の力を活かした自立に向けた支援を行う。
- 高齢者が住み慣れた地域の中で、人とつながり、生き生きと暮らしていくことができる、多様で柔軟な生活支援が受けられる地域づくりを行う。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

平成27年1月現在

総人口 3,711,450人 高齢者人口 850,974人(22.9%) 地域包括支援センター数 138箇所
 2025(平成37)年には、65歳以上の高齢者が97万人、高齢化率は26.1%に達し、要介護認定者が現在の約1.5倍に、在宅医療対象者が約1.7倍になると見込まれている。ただし、横浜市は面積が広く、地域によって高齢化率、高齢者の将来推計等に大きな差がある。



2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

移行までの計画を策定(26年度)

説明会等(区・包括・指定事業者)(27年5月～6月)

アンケート調査(指定事業者・包括・団体)(7月～8月)

介護保険運営協議会で案提示(8月)

指定事業者へ通知(10月)

総合事業の展開に関する検討会(10、12月)

地域リハビリテーション活動支援事業モデル実施(10月～)

区・包括・指定事業者説明会等(11月～)

新しい総合事業へ移行(平成28年1月)

【移行後】

現行相当・訪問型サービスC・介護予防ケアマネジメント開始(28年1月～)

基本チェックリストを1区1包括で試行実施(28年1月～)

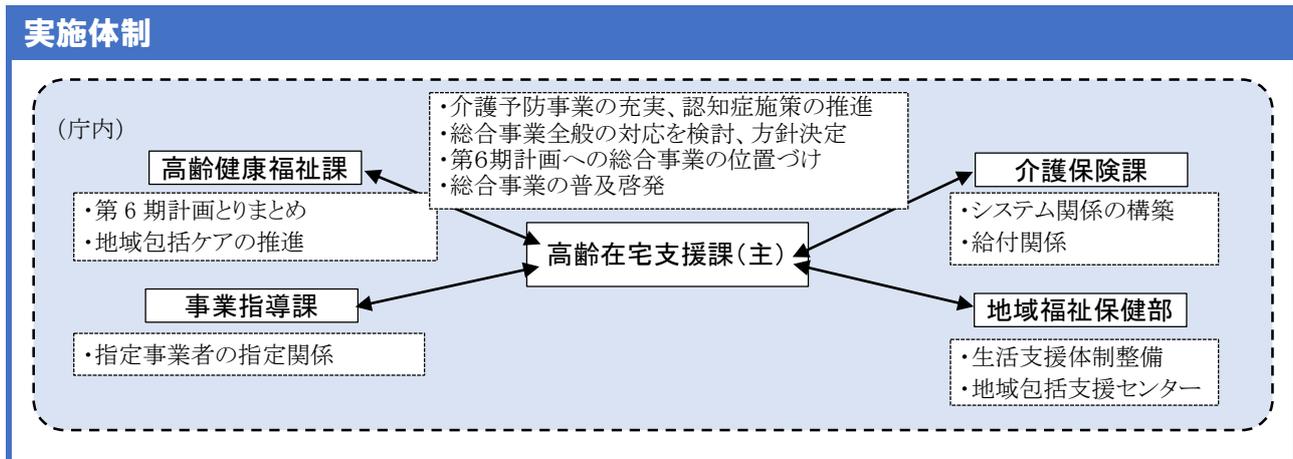
包括・指定事業者から随時質問受付(28年1月～)

生活支援コーディネーター、協議体を設置(28年4月～)

総合事業への移行までの取り組み概要

- ・6月の区職員説明会をはじめ、定例の会議も含め区・包括と丁寧の説明・意見交換を重ねている。
- ・現行相当については、指定事業所に対して5月集団指導講習会、7月アンケート実施、10月通知、11月説明会、随時の質問受付とQ&Aの周知と、計画立てて周知に努めた。
- ・26年度に行ったヒアリング調査を踏まえ、27年7～8月に指定事業者、包括、各種団体に対してアンケート調査を行い、サービスAその他のサービスの立案の参考にしている。
- ・制度設計にあたり、介護保険事業所、シルバー人材センター、市民活動団体との随時意見交換を行っている。
- ・多様なサービスや生活支援体制整備事業については、27年度前半に局・区・地域ケアプラザ・社会福祉協議会で意見交換会を行い、上記アンケート調査の結果も踏まえ、介護保険運営協議会の分科会として「総合事業の検討会」を置き、検討を進めている。

3 移行プロセスにおける主な取り組み



主な取り組み内容等

(1)一般介護予防事業～地域リハビリテーション活動支援事業～

総合事業の移行は平成28年1月からであったが、地域リハビリテーション活動支援事業は平成27年4月から一次予防事業に位置付けて開始した。

【発生した課題と対応策】

- ・市内に派遣する専門職を確保するためには、会員数の多い職能団体の協力が必要と考え、県の理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会と協議し、協力を得られることになった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・27年度からの開始に向け、26年夏から関係機関との調整を行った。
- ・新規事業のため、事業イメージがつきにくかった。リハ専門職とは繰り返し打ち合わせの場を設定し、イメージを共有していった。
- ・区の職員も本事業のイメージができない、ということで関係職員で「事業検討会」を開催し事業内容の理解を深めた。

【取り組みの成果】

- ・事業検討会を実施したことで、当初より派遣内容が広がった。
(ケアマネサロン、地域リーダー研修会等への派遣)
- ・27年10月から2区でモデル的に実施することができた。28年4月からは全市(18区)で実施する予定である。

4 総合事業の概要

◎ 訪問サービス

	予防給付	総合事業	
	介護予防訪問介護	横浜市訪問介護相当サービス	横浜市訪問型短期予防サービス
1 実施時期	認定更新等まで	28年1月以降の認定更新等から	
2 ケアマネジメント	介護予防サービス計画	介護予防サービス計画 又は 介護予防ケアマネジメントA	
3 サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助		アセスメントに基づいた多様なサービス及び地域の通いの場等への参加支援等
4 サービス提供者	介護予防訪問介護の指定事業者	横浜市訪問介護相当サービスの指定事業者	区福祉保健センターの保健師・嘱託看護師
5 サービスの基準	現行	現行と同様	—
6 単価	現行	現行と同様 (1回あたりの単位等を追加)	なし
7 サービスコード	現行	新たなコード (種類コードA1又はA2)	—
8 給付制限	あり	なし	—
9 利用者負担	介護給付の利用者負担割合と同じ		なし
10 限度額管理の有無・方法	限度額管理の対象・国保連で管理		なし
11 事業者への支払い方法	国保連経由で審査・支払		—

◎ 通所サービス

	予防給付	総合事業
	介護予防通所介護	横浜市通所介護相当サービス
1 実施時期	認定更新等まで	28年1月以降の認定更新等から
2 ケアマネジメント	介護予防サービス計画	介護予防サービス計画 又は 介護予防ケアマネジメントA
3 サービス内容	通所介護事業者の従事者によるサービス	
4 サービス提供者	介護予防通所介護の指定事業者	横浜市通所介護相当サービスの指定事業者
5 サービスの基準	現行	現行と同様
6 単価	現行	回数等により整理し、「要支援2・週1回程度」を追加
7 サービスコード	現行	新たなコード (種類コードA6)
8 給付制限	あり	なし
9 利用者負担	介護給付の利用者負担割合と同じ	
10 限度額管理の有無・方法	限度額管理の対象・国保連で管理	
11 事業者への支払い方法	国保連経由で審査・支払	

◎ 介護予防ケアマネジメント

原則的なケアマネジメントAに、一般介護予防事業等を利用する場合等に実施するケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）を加え、利用者の自立に向けた意識を持続・向上できるように1年以内に1回のモニタリングを実施することにした。

類型	利用サービス	実施機関	利用者	委託	開始月単位	2か月目単位	3か月目単位
A	現行相当サービス 訪問型サービスC	指定居宅介護支援事業者 (地域包括支援センターからの委託) 地域包括支援センター	要支援者 事業対象者	可 ※	430 単位 (4,781 円) + 初回加算 300 単位 (3,336 円)	430 単位	430 単位
C	一般介護予防事業等	地域包括支援センター	要支援者 事業対象者	不可	430 単位 (4,781 円) + 初回加算 300 単位 (3,336 円)	なし	なし

※新規の事業対象者の初回の委託は不可
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算は、300 単位

【1自治体1サービス自慢】～相当サービス～

法令、厚生労働省の通知等を読み込み、現行制度を尊重しつつ、工夫した。

- 指定については、一体的に運営することによる質の確保、事業の安定性、事務の簡素化の観点から、それぞれ訪問介護・通所介護の事業者から申請を受け付けることにし、指定の有効期間の満了日は、訪問介護及び通所介護の指定の有効期間の満了日と同日とした。

- 単価について、包括報酬を基本としつつ、訪問型については、サービスAと組み合わせることができるように1回あたりの単位の「4回まで」及び「短時間サービス」を用いることにした。

通所型については、介護予防通所介護の利用実態を調査し、要支援2の利用者のうち約7割の方が週2回程度、約3割の方が週1回程度利用されている実態が分かり、基本報酬を回数等により整理し、要支援2・週1回程度の区分を追加した。これにより事業費の面でも相当の効果が期待される。

- 給付制限については、介護保険法に規定がなく、重度化予防という総合事業の趣旨から、適用しないことにした。

- 事業・手続の簡素化の観点から事業対象者の利用限度額を一律に要支援1と同じにした。

その他、事業者等からの質問を質問票で受け付け、Q&Aを本市ホームページで随時更新している。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)訪問型サービスA

1月の介護保険運営協議会で次の案を提示した。

介護予防訪問介護よりも人員等の基準を緩和し、多様なサービスの一つとして、必ずしも専門的なサービスが必要でない方に生活援助を行えるようにする。

これにより、介護人材のすそ野を広げる。

本サービスを「横浜市訪問型生活援助サービス」といい、以下のとおり考えている。

1 サービス内容

掃除、洗濯、衣類の整理・被服の補修、一般的な調理、配下膳、買い物・薬の受け取り 等

・・・「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（厚生省平成12年老計第10号通知）において示されている生活援助

2 事業者の指定

訪問介護の指定事業者から申請を受け付け、訪問介護の指定事業者が横浜市訪問型生活援助サービスの指定を併せて受けることができるよう手続を行う。

指定の有効期間の満了日は、訪問介護の指定の有効期間の満了日と同日とする。

3 サービスの基準

下表の②「訪問介護員等」を「従事者」として、「一定の研修受講者」でも従事可能とする。

その他の基準については、質を確保する観点から、現行と同様とする。

	横浜市訪問介護相当サービス	横浜市訪問型生活援助サービス
人 員	①管理者 常勤・専従1以上 ※ 支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能	①管理者 常勤・専従1以上 ※ 現行の管理者が兼ねる。
	②訪問介護員等 常勤換算2.5以上 【資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者】	②従事者 必要数 【資格要件：介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又は一定の研修受講者】
	③サービス提供責任者 常勤の訪問介護員等のうち、利用者40人に1人以上 ※一部非常勤職員も可能。 【資格要件：介護福祉士、実務者研修修了者、3年以上介護等の業務に従事した介護職員初任者研修等修了者】	
設 備	・事業の運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品	
運 営 等	・訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ・秘密保持等 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供	・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止休止の届出と便宜の提供 等（現行の基準と同様）

※ 「一定の研修」について

有資格者の採用が難しい現状に鑑み、採用前に受講者の意思で研修を受けて「資格」を取得する流れに替えて、採用後、各事業所において①職員向けの「研修」として行う、又は②民間の研修事業者が行う講義を受講させる、のいずれかの方法により実施することを想定している。

この場合、横浜市が標準テキストを作成することを検討している。

また、講義に加え、同行訪問の実施を必須としている。

【カリキュラム例】

科 目 (案)	
1	職務の理解、職業倫理、秘密保持、衛生管理等
2	尊厳の保持と自立支援
3	介護保険制度等の理解
4	コミュニケーション技術、接遇マナー
5	認知症その他の疾病、障害等の理解
6	生活支援技術
7	リスクマネジメント、緊急時・事故発生時の対応

なお、上記研修の実施については、各市町村が個別に行うのではなく、広域的な観点から神奈川県が地域医療介護総合確保基金（介護分）を活用するなどして統一的に行うことを、横浜市ほか県内複数の市町村が提案中である。

4 単価

1 単位あたりの単価は、横浜市の地域区分単価（11.12 円）と同じとする。

(1) 基本報酬

横浜市訪問介護相当サービスの基本報酬の 90% とする（平成 29 年度まで）。

基本は 1 月あたりの包括単位を用いるが、横浜市訪問介護相当サービスと組み合わせる場合は、1 回あたりの単位（1 月の中で全部で 4 回まで）を用いる。

サービス内容略称	対 象	回数等	算定単位 【利用者負担の 目安（1割負 担の場合）】	参 考 横浜市訪問介護 相当サービス 【同左】
訪問型サービスⅠ／2	事業対象者、 要支援 1・2	週 1 回程度の訪問が 必要とされた方に対 する包括的支援	1 月につき 1,051 単位 【1,168 円】	1 月につき 1,168 単位 【1,298 円】
訪問型サービスⅡ／2	事業対象者、 要支援 1・2	週 2 回程度の訪問が 必要とされた方に対 する包括的支援	1 月につき 2,101 単位 【2,336 円】	1 月につき 2,336 単位 【2,597 円】
訪問型サービスⅢ／2	事業対象者、 要支援 2	週 2 回を超える程度 の訪問が必要とされ た方に対する包括的 支援	1 月につき 3,333 単位 【3,706 円】	1 月につき 3,704 単位 【4,118 円】
訪問型サービスⅣ／2	事業対象者、 要支援 1・2	1 月につき 4 回まで	1 回につき 239 単位 【265 円】	1 回につき 266 単位 【295 円】

「90%」の考え方

人件費割合7割の中で、本市の訪問介護事業所アンケート調査による「生活援助のみの時間給の職員の時給」と「資格を持たない人材を雇用することを想定した場合の時給」の比率により事業所ごとに算出した額を平均すると、「現行単価の85%」と算出されました。

【計算式】 $0.7[\text{人件費割合}] \times [\text{資格を持たない人材を雇用することを想定した場合の時給}] / [\text{生活援助のみの時間給の職員の時給}] + 0.3[\text{人件費以外の割合}]$

これに、介護人材のすそ野を広げるための一定水準の賃金の確保、事業所の参入促進、人材育成の負担等を考慮し、5%を加え「現行単価の90%」とする。

平成30年度以降は、横浜市訪問介護相当サービスの単価等を踏まえ改めて検討する。

(2) 加算・減算

- 初回加算：200 単位加算（現行と同じ単位）
- サービス提供責任者体制減算（介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合）：基本報酬×70%（現行と同じ割合）
- 同一建物に居住する利用者に対する減算：基本報酬×90%（現行と同じ割合）

5 利用者負担

介護給付の利用者負担割合と同じとする。

6 対象者となるケースとサービス提供の考え方（別紙参照）

「横浜市訪問介護相当サービスが必要と認められないケースで、指定事業者によるサービスが必要とケアマネジメントで認められるケース」を想定している。

※ 状態等を踏まえながら、その他の多様なサービスの利用を促進していくことが重要。

7 スケジュール

平成28年3月頃 メール配信システムにより事業者へ周知
6月頃 集団指導講習会において事業者へ説明
10月頃 横浜市訪問型生活援助サービス開始

6 取り組みのポイント及び今後の課題・展開方針

1月の介護保険運営協議会で「多様なサービスに向けた今後の取組内容（案）」を提示した。

1 介護予防・日常生活支援総合事業の全体メッセージの発信

市民全体に向け、総合事業の必要性等についてのメッセージを発信していく。

(1) 市（長）からの発信

総合事業本格実施に向け、広報よこはま（シニア通信）等で発信（総合事業とは何か、一般市民への担い手としてのよびかけ等）

(2) 区・地域レベルでの発信

一般市民、すでに何らかの活動をしている市民、支援者のそれぞれに向けて、総合事業の必要性等を丁寧に説明する中で、課題を共有し、担い手や活動の拡充につなげていく。

2 地域の支え合いの仕組みづくり【住民参加によるサービス多様化の推進策】

早期に「生活支援コーディネーター（仮称）」を配置し、これまでの地域ケアプラザや社会福祉協議会の取り組みを活かしながら、協議体の開催を通して地域の支援者と連携し、活動を様々な形で支援し充実させるとともに、新たな市民（NPO・民間企業等含む）の参画を進めていく。

(1) 「生活支援コーディネーター」の配置〔平成28年4月（予定）〕

地域ケアプラザ（及び特養包括）及び区社会福祉協議会に「生活支援コーディネーター」を各1名配置し、区役所と連携して、日常生活圏域・区域のそれぞれにおいてサービス（支援）の充実を図る。

【主な役割】

① ニーズ、資源の把握等

地域のニーズと資源の把握・分析・整理、不足するサービス（支援）の特定

② ネットワーク構築

支援者間の情報共有・連携協力関係を構築（行政と協力して協議体を開催・運営等）

③ 資源開発

新規団体の立ち上げ支援、既存団体への活動支援、担い手の育成

④ 地域への広報、働きかけ

高齢者に係る課題や自立支援・介護予防の重要性の共有を地域に図っていく

(2) 協議体の設置

区役所と「生活支援コーディネーター」が協力し、日常生活圏域・区域それぞれに協議体を設置する。日常生活圏域の協議体から開始し、各地域のニーズ・資源把握を進め、その状況を踏まえつつ、区域の協議体において各区の課題を明確化し、具体的な取り組み内容を検討していく。

【主な役割】

① 地域ニーズの直接的把握（課題の明確化）

② 地域課題の意識共有（担い手の拡大）

③ サービス（支援）充実のための具体的取り組み内容の企画・立案

④ 事業方針・区目標の共有

【設置方法】

区域の協議体は原則として個別設置、日常生活圏域は地域の実情に応じて設置する。

※ 地域ケア会議や地域福祉保健計画区計画策定・推進検討会、地域ケアプラザ運営協議会など、類似会議の活用も検討。

千葉県 松戸市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

今期の制度改正は、急転直下の感がありますが、これまでの議論を踏まえれば、致し方ない中で、早期移行を決断した理由としては、猶予期間はあるもの、必ず実施しなければならないことからセカンド・ベストをどのように選択し、実施するかにあると考えた。

主な理由としては、次の4点である。

- ① 地域包括ケアシステムは一朝一夕で完成するものではなく、また完成形はないのでブラッシュアップし続ける必要がある
- ② 従来型の行政主導ではなく、将来に向けて地域と共に考える
- ③ 地域に還元できる優遇措置を積極的に活用する
- ④ 要介護認定に有無にかかわらず高齢者全ての自立支援を支える

今後の方向性としては、地域支援事業全体で考えることが重要であり、総合事業で基礎・基本を確立し、包括的支援事業で機能強化、任意事業で効率化や補完措置を行うことが必要である。

まず、着実に共通認識（規範的統合）を図り、それに基づき、住民が地域を作り、地域の特性に応じた仕組みが生まれることにより、未来に対して成長し続けることができると思う。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

面積 61.38 km²

人口 487,919 人 (平成 27 年 4 月)

高齢者人口 116,769 人 (平成 27 年現在)

高齢化率 23.9%

後期高齢者人口 50,401 人 (男性 21,071 人、女性 29,330 人)

世帯数 224,699 世帯 (平成 27 年現在)

要介護認定者数・割合 17,945 人・15.4% (平成 27 年現在)

介護保険料 (基準額) 第 6 期第 1 号保険料 : 5,400 円

地域包括支援センター 直営 0、委託 11

訪問介護事業所 128 (平成 27 年 3 月)

通所介護事業所 167 (平成 27 年 3 月)

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

総合事業の移行検討
(26年11月から12月)

専従チーム設置 (26年12月から27年3月)

総合事業の移行内容の決定
(26年12月から27年1月)

地域包括支援センター・事業所との調整
(26年12月から27年3月)

介護予防ケアマネジメントの調整
(27年1月から3月)

住民・利用者・地域・事業者等への周知・説明
(27年1月から3月)

3月補正
(27年1月から3月)

新しい総合事業に移行
(平成27年4月)

【移行後～平成27年12月末現在】

基本チェックリストによる事業対象者の特定 (27年4月から)

通所・訪問現行相当サービスの実施 (27年4月から)

補正予算による事業の組替え (27年10月から)

通所型短期集中予防サービス (27年10月から)

地域包括支援センター・居宅介護支援事業所との勉強会・研修会 (27年4月から)

特別養護老人ホーム連絡協議会(総合事業研究会設置)の勉強会 (27年5月から)

通所・訪問介護事業との意見交換・勉強会 (27年7月から)

訪問事業所連絡協議会設立 (27年10月から) ※設立補助

セラピストとの意見交換・勉強会 (27年7月から)

住民・地域等との意見交換・説明 (27年5月から)

高齢者を支え合う地域づくり協議体の設置 (27年10月から)

生活支援コーディネーターの暫定配置 (27年10月から)

介護予防の通いの場の公募 (27年11月から)

元気応援キャンペーンの
公募 (27年12月から)

総合事業への移行までの取り組み概要

1. 総合事業への移行検討

情報量が不足する中、11月10日の全国介護保険課長会議の資料の中に、総合事業のグラフが明示された。これまでも、明文化されていたが、やはりグラフ化され認識度が格段に上昇した。

そこで、実際にマイナス報酬改定を見込んだ中での試算では、単年度で1億円以上の差が生じることが判明し、移行の条件を再確認した。

しかし、移行に際しては条件整備も去ることながら、準備に対し市職員が一丸となり取り組むことが前提であり、さらに全て委託している地域包括支援センターの理解と協力が必要不可欠である。

そこで、部長を筆頭に趣旨を説明し、理解を求めると共に、事業所等との勉強会や意見交換会などを開催し、理解を深めた。

2. 専従チーム設置

今回、移行決定後速やかに、短期化の100日程度で実施しなければならないという使命を実現するためには、複数課の事業を取りまとめ、兵站部門である総務や財政との調整が必要であることから、双方の経験者をリーダーに据え、5名の専従職員が任に当たった。

また、必要に応じて、部課長の方針の伝達や意見交換など職員にも配慮しながら実施した。

試行錯誤の連続の中、必要に応じて、先行自治体との情報交換などを行いつつ、市の方針の策定を行い、住民・地域・事業者への説明等を積極的に行った。

3. 移行内容の決定

周知期間も含め短期間であることから、住民・事業者の負担を最小限度に留めるために、3S(Simple, Smooth, Standard)の方向として、現行相当サービスのみ、その他多様なサービスの実施はモデル的な対応ができるような仕組み、そして、事業内容が整ったものから、順次補正等で対応していくことを決定した。

4. 地域包括支援センター・事業者との調整

前述のとおり、勉強会や意見交換会などを開催する中で、対応すべき問題・課題を抽出し、4月実施に向けた調整を行うと共に、事務の簡素化や効率化に向けた調整を行った。

具体的には、介護予防ケアマネジメント料の支払いを簡素化するために、国保連との調整や請求システムのベンダーとの協議などを行い、環境整備を行った。

5. 介護予防ケアマネジメントの調整

従来の要支援者に加え、新たに事業対象者としての区分が新設され、その範囲が要支援2から従来の二次予防対象者という広い状態像に対して、市の総合相談窓口、全ての地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が同じ判断基準で、適切に対応していくための方策の検討を行った。

そこで、淑徳大学の結城教授をアドバイザーとして、市職員、全ての地域包括支援センターから職員を選抜し、さらに居宅支援事業所や訪問・通所事業所の職員を加え、検討会を設置し問題・課題の整理を行い、基本的な方向性を確立し、実際に実施しながらブラッシュ・アップしていくこととした。

6. 住民・利用者・地域・事業者への説明

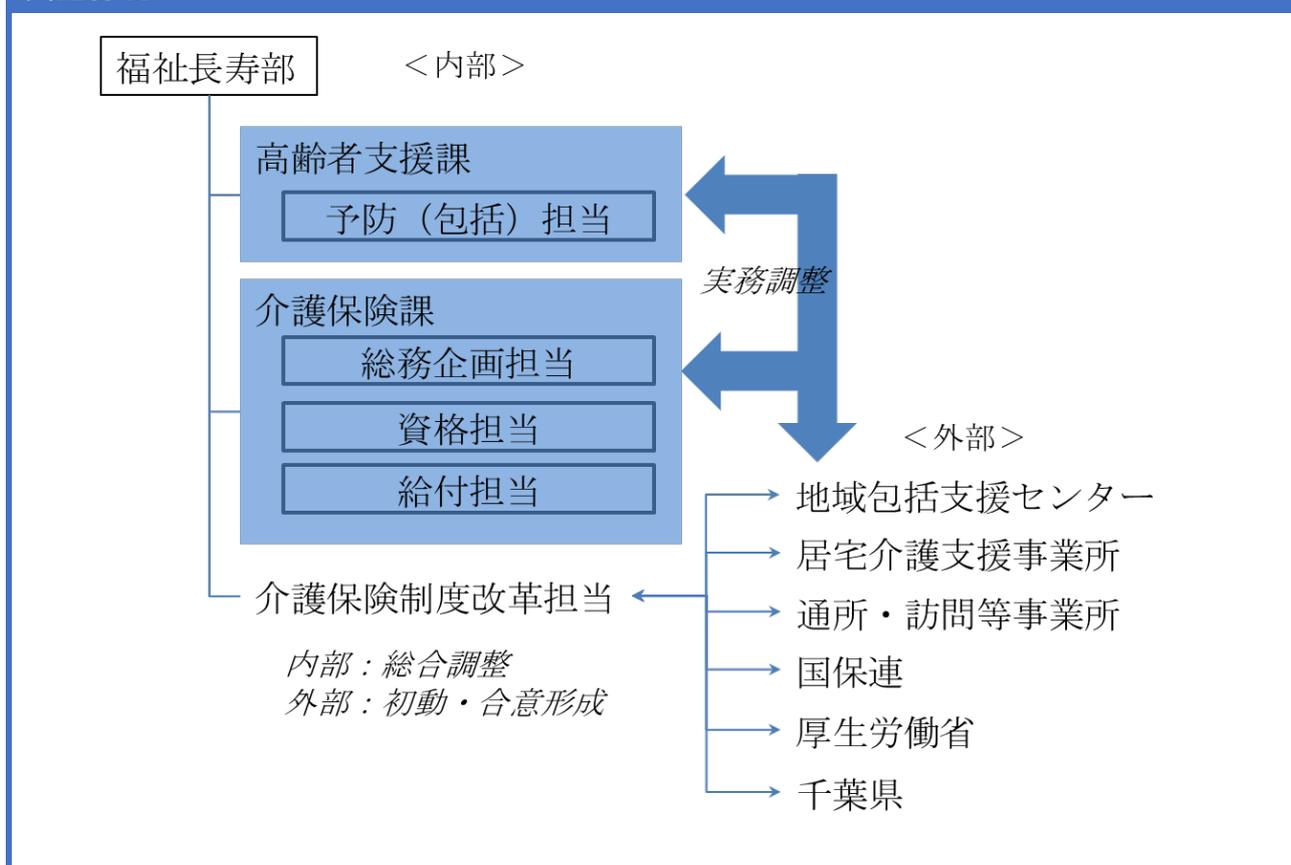
マスコミ報道等で介護保険の制度改正が大きく取り上げられ、多くの方々が誤解している部分が多々あり、先入観を転換させ、正しい理解をしていただくために説明会のほかにコールセンターを設置したり、広報特集号を発行したりと周知・徹底には配慮した。

7. 3月補正

平成27年1月より本格的に移行準備をする中で、本来的には違和感があるが、既存予算を流用し、3月補正で充当した。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 事業対象者に有効期間の設定

事業対象者の状態把握機会（介護保険法施行規則第140条の62の4第2項）を増やし、積極的に自立を促進できるような仕組みを構築した。

【発生した課題と対応策】

- ・国のガイドラインでは、事業対象者に有効期間は不要となっているが、対象者によってはサービスを受けない人がでるが、自立のために積極的に勧奨しなくて良いのかとの疑念が出たため、あえて2年の有効期間を設け、少なくとも一定期間での確認作業を行うこととした。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・他保険者では見られない措置であったため、期間設定や情報システム上の措置や被保証の対応などに苦勞した。
- ・事業対象者が特定された以後、どのような措置で対象者でなくなるか検討した。

【取り組みの成果】

- ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に事業対象者でなくなるということが周知・徹底できた。
- ・地域包括支援センターの職員のモチベーションが高揚できた。

(2)介護予防ケアマネジメントマニュアルの作成

業務の標準化を推進するために、介護予防ケアマネジメントマニュアルの作成を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・全箇所委託で地域包括支援センターを運営していることと併せて、市内に多くの居宅介護支援事業所があることから、事業対象者の適正なアセスメント、ケアプランの作成を行うために、マニュアルを作成した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・地域包括支援センター等の参画意識を高めるために、全箇所より職員を選出し、市と共同で作成した。
- ・現行相当サービスだけの移行であり、その後多様なサービスの創設に合わせ、市の判断などを示し、理解を求めるための研修等の実施が必要となる。
- ・基礎・基本である、インテーク、アセスメント、ケアプランの作成の手順を再確認させること。
- ・サービス・支援が適切に判断できるように独自のアセスメントシートを作成した。

【取り組みの成果】

- ・市職員が給付の適正化以外の視点でケアプランを考えられるようになった。
- ・地域包括支援センターの職員のモチベーションが高揚できた。
- ・事業対象者は、全てのサービス・支援が利用できるものではないということが周知・徹底できた。

(3)現行相当サービスの基準・単価への対応

移行する現行相当サービスの基準・単価をあえて、介護予防給付と同一化した。

【発生した課題と対応策】

- ・現行の予防給付は、包括単価であるが、回数単価を転換すれば、給付費の抑制につながるが、地域支援事業の上限枠を有効に活用するために、実施時期を延期した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・事業所の理解は得やすい。
- ・短期的な視点に陥らず、中・長期的な視点での対応が必要だと思われる。

【取り組みの成果】

- ・事業所のみなし指定拒否が数箇所に留まった。

(4)介護予防ケアマネジメント料への対応

国のガイドライン上では、国保連を活用しないことになっていたが、大都市では対応が困難であることから、国保連を活用できるようにした。

【発生した課題と対応策】

- ・市並びに地域包括支援センターの請求、支払い業務の負担が大きいため、軽減策を検討した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・県内で移行する保険者が少なく、他保険者の賛同を得ることと、県の国保連の理解を得るのに苦勞した。
- ・市の既存の情報システムで集約しなければ、国保連に送れないこと。
- ・今後さらなる制度改正が進展すれば、より一層の対応が必要となるので、巧遅拙速にならぬような対応が必要である。

【取り組みの成果】

- ・平成 27 年 4 月より国保連経由で支払いが可能となった。

(5) 早期実施に伴う、住民・地域の関心度の高揚

周辺地域より先行することにより、住民・地域・事業者の関心度も高く、積極的に自らの役割を再認識する機会となった。

【発生した課題と対応策】

- ・今後、地域の社会環境を理解していただくと共に、これからの時代にいかに対応すべきか共に考える機会としていった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・生活圏域毎の説明会の実施に際しては、元気で自立した参加者の関心は高く、情報の周知を徹底し、将来に対する不安を払拭するための説明を丁寧に行った。
- ・説明会には、あえて質疑応答を設定し、常に正対することとしていた。

【取り組みの成果】

- ・町会・自治会等既存の活動を再認識していただき、今後の事業展開を再考していただく機会となった。

4 総合事業の概要

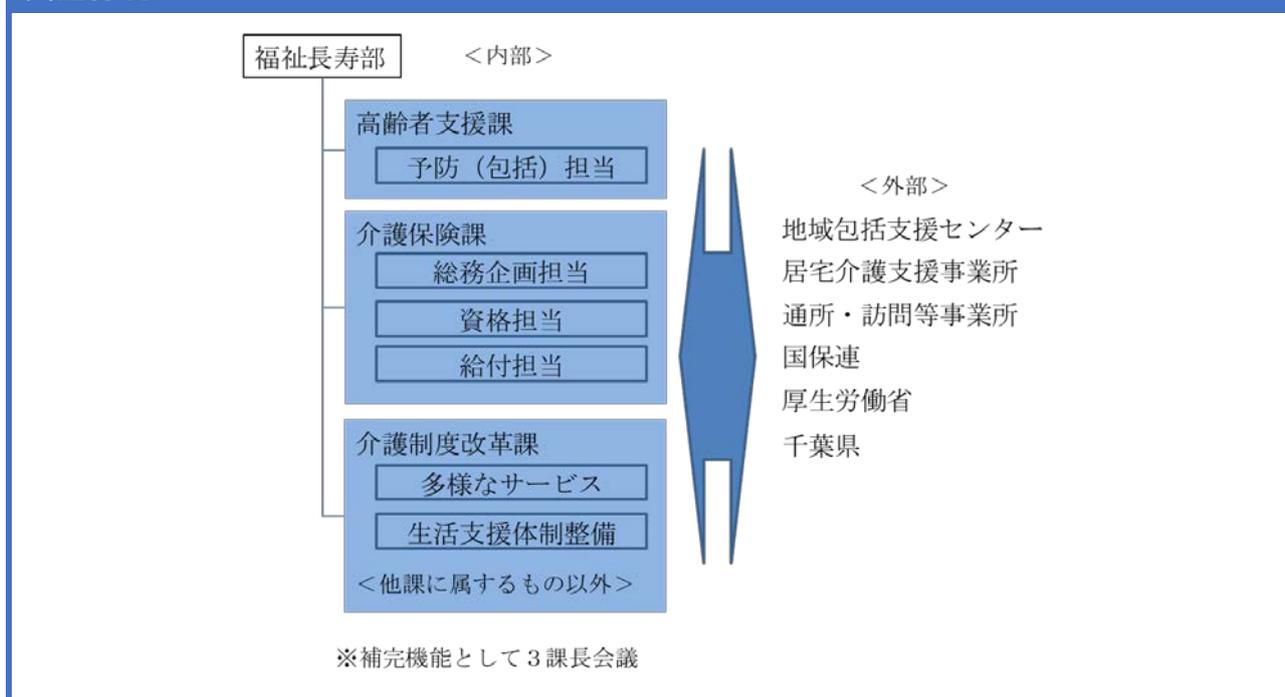
区分	訪問型サービス	通所型サービス
種別	現行相当	
内容	予防給付と同様	
対象者とサービス提供の考え方	予防給付に加え、事業対象者	
実施方法	指定	
基準	予防給付と同様	
サービス提供者		
費用		

【1自治体1サービス自慢】 ~3S~

実施に際しては、多様なサービスの創設や給付費の削減に着目しがちであるが、本来は 2025 年に地域包括ケアシステムの構築であることから、短兵急なものを望まず、手戻りしないような、着実な歩みが重要である。
3S (Simple, Smooth, Standard) から始めることが重要！

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

実施体制



主な取り組み内容等

(1)通所型短期集中予防サービスのリニューアル(平成27年10月スタート)

従来の二次予防事業から、短期集中予防事業に見直しを行う際に、自立支援の意識を高揚させるために、利用者、ケアマネと事業者に対して、インセンティブを設け、積極的な展開を図っていく。

【発生した課題と対応策】

- ・従来の仕組みから脱却するために、新たな制度にするために、インセンティブを加えたこと。
- ・多様なサービスの平等性・公正性などを期すために自己負担を導入したこと。
- ・セルフケア意識を高揚するために、利用に際して介護予防手帳等を活用したこと。
- ・利用終了後の継続的な活動の場を確保するために、参画する事業者に協力を求めたこと。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・利用者に対するインセンティブとして、市長からの卒業証書等を作成した。
- ・ケアマネに対するインセンティブとして、改善加算を設定した。
- ・事業者のインセンティブとして、利用者の5割以上改善した場合は、加算単価を設定した。
- ・利用者の増加や自己負担の収納に対して、国保連を活用する事業者指定方式を採用したこと。

【取り組みの成果】

- ・事業対象者の有効期間とも関係が深いのが、基準の該当の有無を判断する機会を増やすことができることにより、非該当機会となる。
- ・利用者と事業者をつなぐ、介護支援専門員への自立支援意識の高揚が図れる。

(2)多様なサービス(訪問サービスのモデル事業化)

協議体や事業者・住民・地域の意見等を踏まえ、将来に向け安定・継続的な仕組みを構築するために訪問サービスのモデル事業として調整している。

【発生した課題と対応策】

- ・多様なサービスは給付の適正化や介護人材不足を解消しながら、Value for money を実現するものであることから、モデル的な検証事業として実施する。
- ・高齢者の「社会参加・介護予防・生活支援」を融合し、積極的にサービス提供者として参加いただくために、就業とボランティアに分け、制度検討した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・モデル事業の内容としては、下記のとおりであるが、利用者の利便性の向上、費用の効率化の観点から一体的な実施を検討している。

区分	生活支援コース	困りごとコース
国の類型	緩和A	住民主体B
実施方法	指定	補助
基準	・管理者(兼務可) ・事業責任者(兼務可)	・管理者(兼務可) ・コーディネーター(兼務可)
単価	2,000 円/時 ※困りごとコースを同時に実施してもらえるように、連携加算を設置予定	
利用者負担	1・2割	実施団体により異なる
備考	限度額管理対象	※移動支援Dを同時実施で調整中

- ・移動支援Dを困りごとコース（住民主体B）に組み込んで実施
- ・モデル事業実施に際しては、既に生活支援等のサービス提供実績があり、新地域支援構想に賛同している市内に事務所がある団体で実施する。
- ・モデル事業なので、固定的に対応することなく、柔軟に修正を行うこととしている。

【取り組みの成果】

- ・サービス実施者の育成に関しては、市が基本研修を行い、団体が実務研修を行った上で、市に登録する仕組みとした。（潜在サービス実施者を抑制するため）
- ・高齢者を積極的に活用することにより、高齢者の活躍する場と機会と捉えている。
- ・実施に際しては、将来の汎用性を高めるために、ノウハウの構築やマニュアルの作成などを行う。

(3)地域包括支援ネットワークの構築を推進

これから安定・継続的にサービス・支援を確立していくためには、事業所間の競争も必要であるが、適切に質量を確保できるよう、市は事業所間の連携体制を強化するための支援を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・サービス・支援の種別ごとに規模、法人種別や特徴などの相違点はあるが、逆に規模等による役割分担や住み分けを検討し、連携していく必要があること。
- ・介護人材不足は、共通の課題であることから、事業所の枠を越え、大所高所から利用者視点での取り組みが必要であること。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・ネットワークを構築することが目的ではなく、業務を円滑に推進するための勉強会や意見交換会を通じ、現状認識をしていただき、行政はインセンティブとして設立補助金等を創設した。
- ・連絡協議会設立に際しては、準備や講師の要請などの協力を行った。

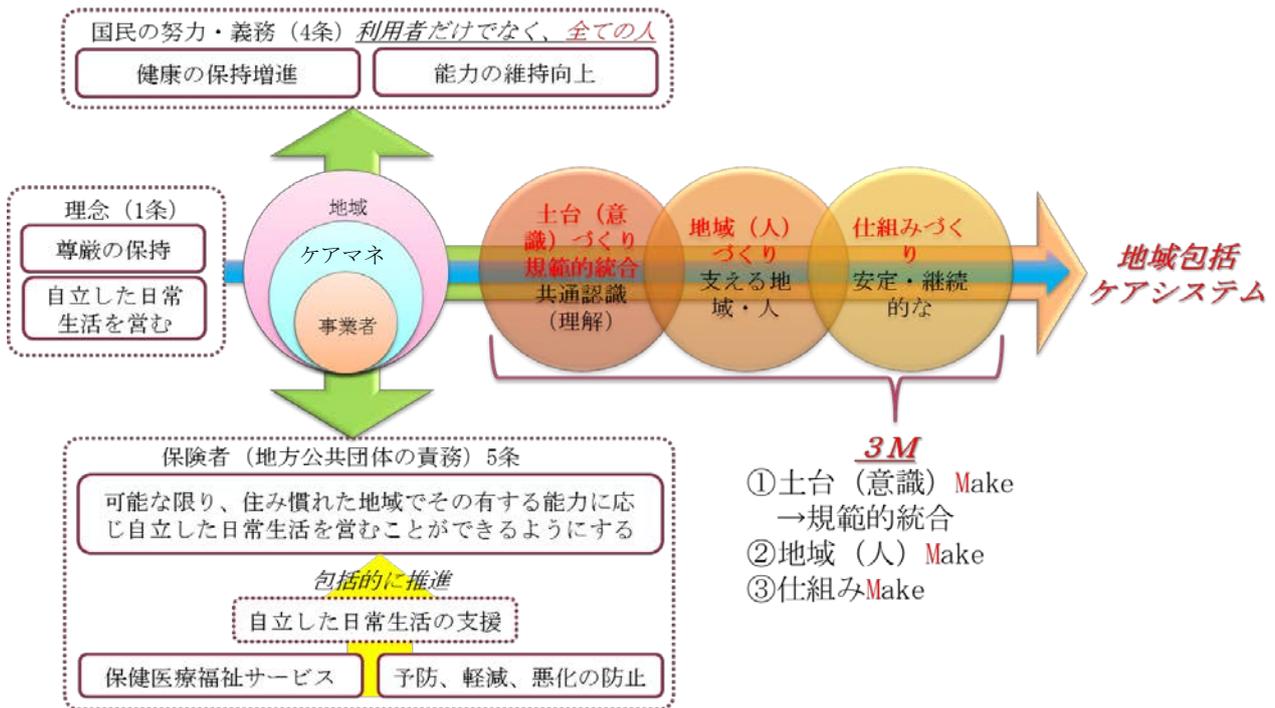
- ・やはり、必要性は理解されるが、連携されない場合も多々ある。

【取り組みの成果】

- ・訪問介護事業所と通所介護事業所の連絡協議会が設立された。

(4)規範的統合の推進

介護保険法の理念を実現するためには、国民と保険者が協力することはもちろんではあるが、サービスや支援を提供する介護支援専門員・事業者・地域も含め向かうべき方向を共通化する必要があることから、土台（意識）づくり、地域（人）づくり、仕組みづくりと地域包括ケアシステムを構築するためには正しく推進しなければならない。



- 3M**
- ①土台 (意識) Make →規範的統合
 - ②地域 (人) Make
 - ③仕組みMake

【発生した課題と対応策】

- ・新たな多様なサービスの構築に目が行きがちであるが、改めて理念を具現化するには時間と機会が必要となる。
- ・地域（人）づくりや仕組みづくりにつなげていくためには、全ての人々が地域に関心を持ち、積極的な地域貢献を考えていけるように意識付けが重要である。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・重層的な展開にしていくために、実費相当で提供される「通いの場」の公募、オリジナルのサービス・支援を提供してくれる「高齢者の元気応援キャンペーン」の協賛団体の公募、モデル的に「住民主体の活動を行うグループ」の公募などを継続的に仕掛けている。
- ・そして最初のピークとして、高齢者の元気応援キャンペーンのキックオフ講演会として、市長からのメッセージ、趣旨説明、協賛団体の認証及びプロモーショングッズの贈呈、元気づくり寄席を行い、きっかけ作りを積極的に行った。



【取り組みの成果】

- ・個人、団体・企業等から応募された「通いの場」、「高齢者の元気応援キャンペーン」の協賛、「住民主体の活動グループ」を決定。

(5)生活支援コーディネーターと高齢者を支え合う地域づくり協議体の設置

生活支援体制整備を推進するためには、生活支援コーディネーターを設置し、それを補完する協議体を設置して、総合事業の多様なサービスや一般介護予防事業などの事業の方向性を検討する。

【発生した課題と対応策】

- ・地域の情報が集約できていない状況の中で、関係者のネットワークや既存の取り組み・組織等も活用しながら基盤整備を行う生活支援コーディネーターを選任する必要があることから、暫定配置とした。
- ・協議体については、地域包括ケアシステムを構築するために、給付の適正化、介護人材不足の解消、受益と負担の適正化などの検討が組み込めるようにした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・生活支援コーディネーターの役割は、ネットワーク化を推進している途中での選任であることから、暫定的に市職員が行うこととした。
- ・協議体については、必要なサービス・支援を構築するために、市民（1号被保険者、2号被保険者、要介護者の家族）と新規参入意向がある団体等を公募した。

【取り組みの成果】

- ・早期に緒に就くことにより、様々な検討が可能であり、現在、作業部会を設置し、モデル的な事業や先行的な地区の検討を行っている。
- ・サービス・支援の利用者・事業者だけの視点ではなく、担い手や将来の利用する可能性を踏まえた検討ができる。

6 取り組みのポイント

1

○規範的統合を推進するための「高齢者の元気応援キャンペーン」

当初から掲げているスタンダードな実践により、2025年に向けて着実に実施し、手戻りがないように成長することを目標に、一番困難性の高い、規範的統合を中心に据えて事業展開に着手している。

どの方法を選択するかは別にして、3M（土台 make、地域（人） make、仕組み make）を順番に実施している稀有な自治体であると思う。

○国の類型に拘らない、モデル事業での検証

地域の特性や実情は異なることから、国の類型に拘ると事業が硬直化し、実用性・汎用性が低いものになってしまう。

将来に向けて安定・継続的に提供できるためには、需要の抑制と供給の確保という命題を解決するための事業を展開する必要がある。

本市は、モデル事業で検証し、汎用性の高い事業として展開できるよう検証しながら総合事業を活用して、欠落している真に必要な事業を実施する。

2

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

これから住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、地域包括ケアシステムの構築の前提となる本人・家族の選択と心構えを大切にしていく必要がある。

それを踏まえ、本人・家族を含め自助の限界点を高め、それを補完する地域の互助を構築し、最終的に保険で行う共助、公助を実現していく。

そのためには、まず住民、地域、事業者、関係機関・団体、行政が共通の認識という土台の上に、支えるための地域（人）が形成され、最終的に安定・継続的な仕組みが機能すると考えている。

引き続き、基礎・基本となる規範的統合の徹底を定着できるようにすることが、重要であると考えている。

【個別の課題と展開方針】

○規範的統合の定着化

来るべき社会に向けて、共通理解を推進し、地域全体が高齢者を支えられるような雰囲気作りが重要である。それにより、高齢者のみならず、子どもたちも、障害を持つ方を含めて誰もが安心して、ソーシャル・インクルージョン的な社会が実現できるよう、そして定着化できるよう、場と機会の創設に努める。

そのためには、行政が総合調整機能をいかに発揮できるかに成否がある。

○安定・継続的で安心できる仕組みが必要

高齢化の進展に伴う需要の増加する一方、生産年齢人口の減少に伴う供給の減少というトレード・オフする関係を解決するためには、需要を抑制するために、自立期間を延伸し、平均寿命との間差を縮小すること、供給を安定化させるために、全ての住民が可能な範囲で能力を発揮し、新たな担い手として活躍できる場と機会を確保していくことが必要である。

神奈川県 平塚市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

後期高齢者が急増すると見込まれている 2025 年に向けた対策として総合事業への移行を早期に開始したものである。

総合事業は開始と課題解決が直結しているものではなく、今後も試行錯誤を繰り返しながら事業を盤石なものへと推進する性質のものである。そのため、2025 年に向けた基盤作りに可能な限り早期に着手する必要があるため、総合事業の各サービスの移行時期の計画や資源開発を進めるに至った。

平塚市においては、準備が整ったサービスから順次総合事業への移行をする姿勢のもと各サービスの開始に向けた対応を推進している。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

【平塚市の基礎データ】

項目	数値	備考
面積	67.82 km ²	
総人口	256,970 人	
高齢者人口 (高齢化率)	65,131 人 (25.4%)	・ 高齢化率は年齢不詳を除いて算定
地域包括支援センター	8 箇所	・ 平成 28 年 10 月に 2 箇所増設予定 ・ 平成 29 年 4 月に 3 箇所増設予定

※平成 27 年 1 月 1 日現在

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【平成 26 年 11 月～平成 27 年 9 月】

庁内関係課による移行時期等の検討会議(26 年 11 月～27 年 7 月)、移行時期決定(27 年 7 月)

移行に関する情報収集(交付金・作業内容・他市の状況 等)(27 年 2 月～7 月)

各分野の準備部会を設置・各サービスの開始時期の検討(27 年 4 月～)

基準・予算の作成準備(27 年 4 月～9 月)

関係団体との調整・事業周知(27 年 3 月～)

【平成 27 年 9 月～平成 28 年 1 月】

要綱・内部基準の作成準備・施行(27 年 9 月～28 年 1 月)

平成 27 年度補正予算・平成 28 年度当初予算要求対応(27 年 9 月～)

広報対応(広報紙・関係団体への説明 等)(27 年 10 月～)

庁内承認・議会報告(27 年 10 月～)

サービス提供者向け説明会(12 月～)

関係団体との細部調整・研修(12 月～)

新しい総合事業に移行(平成 28 年 1 月)

総合事業への移行までの取り組み概要

各サービスのうち、訪問型サービス A 及び通所型サービス C が平成 28 年 1 月に開始できる見通しが立ったため、総合事業移行時期を同時期とし、移行準備のスケジュールを設定した。

主な作業に関する項目は次のとおりである。

【基準の制定】

- ・ 庁内関係課、地域包括支援センター及び関係団体とサービスに関する大枠について協議
- ・ 要綱にて平塚市の基準を整備(総合事業全体の要綱、各サービス実施に関する要綱等)

【サービス利用の整備】

- ・ 地域包括支援センター及びサービス提供者との協議(研修)

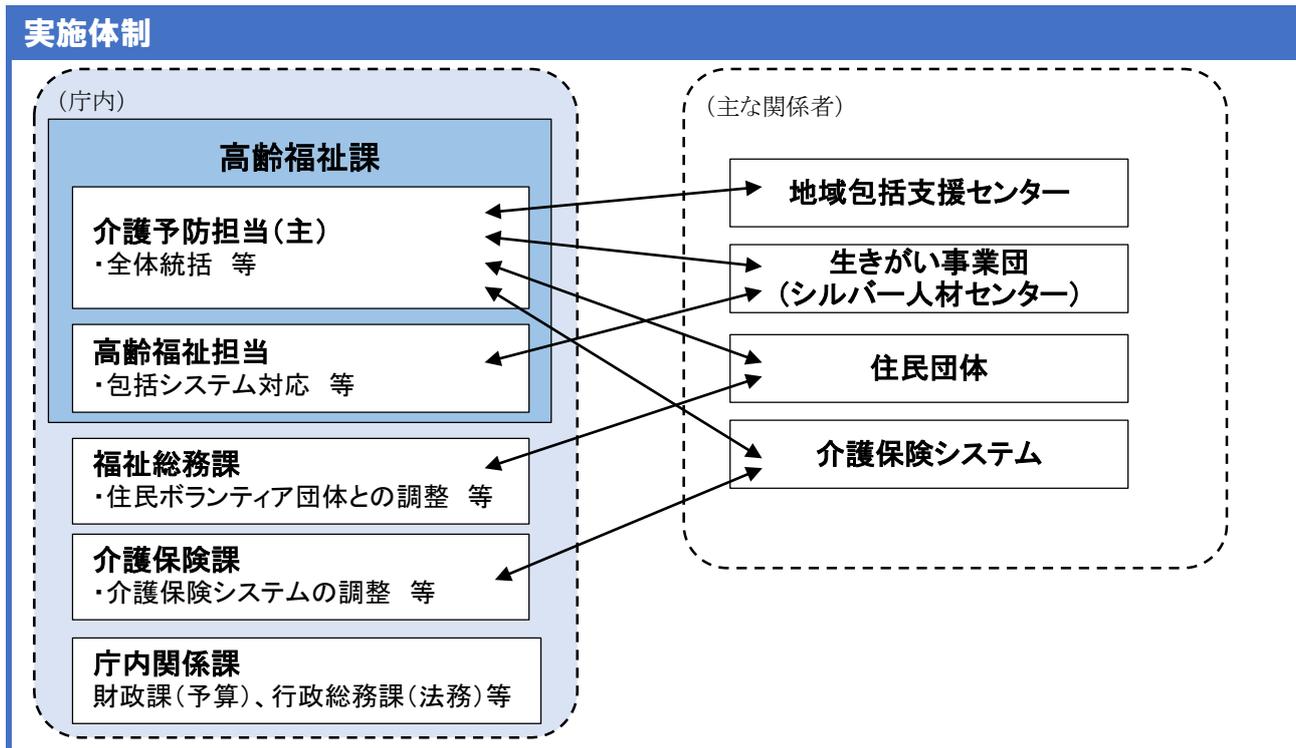
【予算の確保】

- ・ 補正予算要求(費用の積算等)

【報告】

- ・ サービス提供者となり得る者等に対する説明及び広報
- ・ 庁内における事業実施の承認(共通認識の確立)
- ・ 議会への報告

3 移行プロセスにおける主な取り組み



主な取り組み内容等

(1) 移行時期の検討

庁内関係課にて、総合事業の開始時期等に関する検討会議を開催し、移行時期を決定した。

【発生した課題と対応策】

- ・移行時期を決定する際の判断材料について情報収集を行った。
- ・庁内関係課による認識及び方向性を統一するため検討会議を開催した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・庁内関係課による方向性の違いから移行時期を決定するまで時間がかかった。
- ・移行時期が決定できていない状況であったが、各サービスの開始準備に着手しなければ、移行時期が決定したとしてもサービス利用の整備が間に合わない可能性があるため、各サービスについて具体的な準備を進める作業部会を設置した。

【取り組みの成果】

- ・移行時期決定前に各サービスについて具体的な準備を進めたことにより、平成 27 年度中にサービス開始の見通しが立つものがあったため、移行時期を平成 28 年 1 月に決定する判断材料の一つとなった。

(2) 情報共有

総合事業は広範囲な分野に関わるため、庁内関係課や主管課担当内において、各サービスの開始準備に関する情報の共有を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・各サービスにおける専門的な知識の共有が必要であった。
- ・庁内関係課の意識の統一が必要であった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・各サービスについて具体的な準備を進める作業部会等、必要に応じて庁内関係課による協議の場を設けた。
- ・庁内関係課が使用する共通サーバに総合事業のデータ置場を設置し、準備に関する記録や資料の共有を行った。
- ・主管課担当内においても常に同じ方向にて準備を進めるため、週1回事務局内会議を開催し、進捗状況等を共有した。
- ・住民ボランティア団体との調整に際しては、当該団体の主管課がこれまでの経緯や関係性等も考慮しながら積極的な周知及び調整を総合事業の主管課と連携を取りながら行った。

【取り組みの成果】

- ・総合事業の準備が契機となり、庁内関係課の連携が推進した。

4 総合事業の概要

(1)介護予防・生活支援サービス事業

平成28年1月より、次の各事業を開始した。

【訪問型サービス】

基準	多様なサービス
種別	訪問型サービスA
内容	老計10号の定める範囲の身体介護を含まない家事援助
対象者とサービス提供の考え方	家事援助の必要な対象者
実施方法	委託 ※事業者指定にて開始するまでの間のテストケースの意味合いも含めて実施
実施基準	要綱にて規定
サービス提供者	シルバー人材センター
費用	概ね1時間のサービス1回につき1,350円

【通所型サービス】

基準	多様なサービス
種別	通所型サービスC
内容	3か月間の短期集中予防教室
対象者とサービス提供の考え方	専門職による短期集中的な支援が必要な対象者
実施方法	直接実施 ※事業者委託にて開始するまでの間のテストケースの意味合いも含めて実施
実施基準	要綱にて規定
サービス提供者	市
費用	臨時職員人件費等

【介護予防ケアマネジメント】

基準	現行の介護予防支援相当	多様なサービス	多様なサービス
種別	介護予防ケアマネジメントA	介護予防ケアマネジメントB	介護予防ケアマネジメントC
内容	現行と同様のプロセスにて実施するもの	介護予防ケアマネジメントAのプロセスから「サービス担当者会議」及び「給付管理」を省略して実施するもの	介護予防ケアマネジメントBから「モニタリング」を省略して実施するもの ※必要に応じその後の状況把握を実施
対象者とサービス提供の考え方 ※作成日現在開始していないサービスについては想定を記載	<ul style="list-style-type: none"> ・現行の訪問介護相当利用者 ・現行の通所介護相当利用者 ・訪問型サービスA利用者（事業者指定にて実施するもの） ・通所型サービスA利用者（事業者指定にて実施するもの） 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービスA（委託にて実施するもの） ・訪問型サービスC ・通所型サービスC 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービスB ・通所型サービスB
実施方法	委託	委託	委託
実施基準	要綱にて規定	要綱にて規定	要綱にて規定
サービス提供者	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
費用	430単位 ※初回加算300単位	396単位 ※初回加算300単位	188単位 ※初回加算300単位

（2）生活支援体制整備事業

「協議体」及び「生活支援コーディネーター」の設置については、準備が整った地域から順次行っている。なお、当市においては、住民団体の取り組みが活発である状況を踏まえ、第2層から立ち上げを進めている点が特色であると考えられる。また、「生活支援コーディネーター」については、個人ではなく、複数人の組織で対応する「生活支援コーディネートチーム」として設置し、活動を推進している。

【協議体】

種別	第1層	第2層
活動単位	市全域	小学校の通学区域をおおむね対象とした地域
構成	<ul style="list-style-type: none"> ・市 ・地域包括支援センター ・第1層生活支援コーディネートチーム ・第2層生活支援コーディネートチーム 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター ・第2層生活支援コーディネートチーム ・生活支援体制整備事業に関係する団体等
設置時期	会議開催における基準及び枠組みは設計したが会議の開催は本調査時点では未実施。	平成27年度より準備が整った地域から順次設置をしている。
実施基準	要綱にて規定	要綱にて規定

【生活支援コーディネーターチーム】

種別	第1層	第2層
活動単位	市全域	小学校の通学区域をおおむね対象とした地域
選任	市とするが、委託をすることも可能としている。	原則として、第2層協議体における協議を通じ、民主的な手法により公正に選任する。ただし、これによりがたい場合又は第2層協議体が未設置の地区の場合は、地域の実情を考慮しつつ、地域における互助活動、生活支援サービス等の提供実績のある者又は県が実施する生活支援体制整備事業に関する研修を受講した者から選任する。
設置時期	設置における基準及び枠組みは設計したが第1層協議体の会議が本調査時点では未実施であるため設置できていない。	平成27年度より準備が整った地域から順次設置をしている。
実施基準	要綱にて規定	要綱にて規定

【1自治体1サービス自慢】 ～町内福祉村の取り組み～

平塚市においては、住民ボランティア組織として「町内福祉村」という団体が存在し、以前からボランティアとして日々の生活の中における「ちょっとした手助け」を提供していた。

町内福祉村の活動がそのまま全て地域支援事業の枠組みに移行できるわけではないが、多少の調整等を経たうえで、次のとおり活躍の場が想定されている。

活躍の場	相当する庁内福祉村の取り組み
訪問型サービスB	概ね町内福祉村にて行われている「身近な生活支援活動」に相当
地域介護予防活動支援事業(通いの場)	概ね町内福祉村にて行われている「ふれあい交流(サロン)」に相当
生活支援体制整備事業における第2層の生活支援コーディネーター	概ね町内福祉村の会長(事務局)と地域福祉/ボランティアコーディネーターの活動をあわせたものに相当

5 取り組みのポイント

1

○開始サービスの洗い出し

2025年問題へ備え、できるだけ早期に開始できるサービスについて検討したところ、候補に挙げたものが通所型サービスCであった。当該サービスは市の直接実施が示されているものであり、臨時職員として専門職を確保する等のわずかな作業のみで総合事業のサービスを開始できるに至った。

○できるだけ今の取り組みを崩さない

総合事業移行前から熱心に活動をしている住民ボランティア団体等が存在するため、そのような取り組みをできるだけ崩すことなく、総合事業のサービスとして提供していただけるよう調整をする方針である。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

平成28年1月より、総合事業の一部のサービス（訪問型サービスA・通所型サービスC）を開始したことにより第一歩を踏み出した。

2025年に向けて、準備が整い次第、順次サービスを開始するとともに、開始したサービスのさらなる充実を推進する必要がある。そのため、総合事業はサービスの開始時点の基準を変えることなく推進するものではなく、その地域や状況に応じて、柔軟に基準を改善させながら試行錯誤を繰り返し、将来懸念されている高齢者が急増した社会に向けてサービスを盤石なものにすることが最終的な目的であると考えている。

【個別の課題と展開方針】

○庁内関係課のさらなる連携が必要

総合事業の推進に関して、庁内関係課にて協議をしながら推進しているところであるが、今後のさらなるサービスの充実の推進に際し、さらなる連携に努めていく必要がある。

○地域包括支援センターとのさらなる連携が必要

地域包括支援センターとは、総合事業に開始に際し、情報共有をしながら準備を進めてきた。今後のさらなるサービスの充実の推進に際し、実際に利用者と接する機会が多い地域包括支援センターとの連携がますます必要になる見通しである。

神奈川県 小田原市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

介護リスクの高い75歳以上の高齢者が今後10年間で1.4倍になる等、「高齢者の高齢化」が進展している状況にあつて、介護給付費も高い伸びが見込まれ、介護保険料も増加傾向が顕著である。

介護給付費が高い伸びを示すためには、それだけの介護サービスの量が提供される必要があるが、これは介護の担い手もこれまで以上に必要となることも意味しているものと認識している。

しかしながら、生産年齢人口は減少が見込まれており、座視しては介護の担い手は相対的に減少することになるから、今後必要となる介護サービスの量を確保するためにも、現在以上に介護の担い手の確保がより重要となる。

そのため、本市の総合事業は2025年を見据え、介護予防の充実や基準を緩和したサービスの展開によって介護保険給付の増加傾向の抑制を図る『支えられる側への作用』と、現在介護の担い手ではない人の介護への参入障壁を緩和してより多くの方に介護の担い手になってもらう『支える側への作用』の2つを大きな柱として位置づけ、総合事業への移行作業に着手した。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)



小田原市の基礎データ

面積	114.06 km ²	-
総人口	194,502人	27年12月31日時点
高齢者人口 (高齢化率)	53,771人 (27.7%)	27年12月31日時点 32年度:56,552人(29.6%)、37年度:56,581人(30.5%)
後期高齢者人口	25,382人	27年12月31日時点 32年度:29,264人、37年度:33,562人
世帯数	85,297世帯	27年12月31日時点
認定者数	8,571人	27年12月31日時点 (要支援1、2:1,275人、825人) (要介護1~5:2,130人、1,358人、1,103人、1,116人、714人)
介護保険料(基準額)	第6期:年額60,720円(月額5,060円)、第5期:年額49,080円(月額4,090円)	
介護予防事業派生の 自主活動グループ	32団体(838人)	27年3月31日時点

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 9 月】

上限額推計(～4 月)

H27 移行の方針決定(5 月)、準備行程表作成(～6 月)

基本コンセプト決定(6 月)
各領域素案作成(6 月)

各領域での準備作業開始(6 月～)
【条例・規則、サービス基準・費用額、窓口フロー】

市議会 9 月定例会
(移行時期公表)

対外周知(利用者、包括、事業者)(8 月～)

【平成 27 年 9 月～平成 28 年 1 月】

パブリックコメント
(9/15～10/14)

条例案調整(～11 月)

規則調整(11 月～12 月)

基準・報酬の決定(～11 月)

様式整備
(～12 月)

補正予算事務(10 月～)

市議会 12 月定例会
(条例・補正予算上程)

条例公布(12 月)

規則公布(12 月)

新規指定(12 月～)

従事者研修(12 月)

契約事務(12 月)

新しい総合事業に移行(平成 28 年 1 月)

窓口フロー決定(～10 月)

様式整備・システム調整(～12 月)

県国保連との調整(8 月～)【請求・支払関係、包括向け請求システム説明】

包括・事業者向け説明(8 月～)、住民向け説明(10 月～)

総合事業への移行までの取り組み概要

総合事業への移行を平成 28 年 1 月と設定し、逆算により移行準備スケジュールを設定した。

総合事業移行までに召集される 2 回の議会でのどのような対応を行うべきかまず検討し、9 月議会で移行時期の表明を、12 月議会で条例案と補正予算を上程することとした。これにより、それぞれの議会での対応事項をその時点までの到達目標と再整理し、移行に向けた準備を進めることとした。

【議会対応からみた移行準備スケジュールの概要】

9 月議会まで : 基本コンセプト等の理念系事項及びアウトフレームを決定。

9 月議会～12 月議会 : 条例や規則、事業費等の制度体系の決定。

12 月議会～総合事業移行 : 事業所の指定や委託契約の締結等の実務的作業。

また、移行準備スケジュールでは秋頃に準備事項が集中することとなったので、準備すべき事項をカテゴライズし、それぞれの領域ごとに担当者を設けて、同時進行で準備を進めることとした。

【準備事項のカテゴライズ】

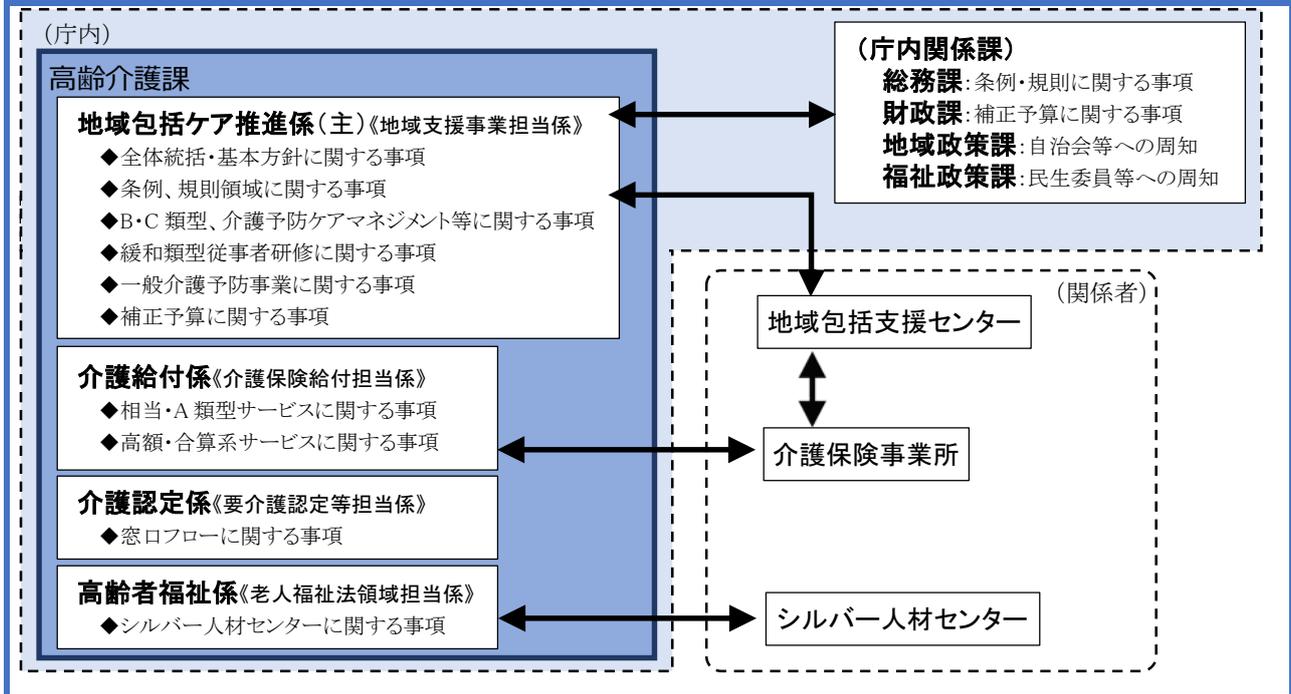
条例・規則領域 : 条例・規則、補正予算編成、緩和類型従事者研修 など

サービス領域 : サービス基準・費用額 など

内部事務領域 : 窓口フロー、システム関係 など

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 移行時期の再検討

事業費推計を再度行い、総合事業への移行時期を平成 28 年 1 月とした。

【発生した課題と対応策】

- ・総合事業移行時期に係る猶予規定を設ける際、判断材料が少なく時期決定を留保した。
- ・第 6 期計画ワークシートを活用した事業費推計を行ったほか、多様なサービスの提供による利用者の選択肢の増や介護の担い手確保の観点等のメリットを見出した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・データに基づく推計をもとに、将来への布石というビジョンで検討を進めた。総合事業への移行が目的ではなく、総合事業によりもたらされる効果に着目し、総合事業への移行を長期的な取り組みのスタートと位置づけた。
- ・総合事業以外の改正事項（認知症施策や医療介護連携等）も踏まえ、事務の平準化という視点でも総合事業の移行時期について検討を行った。

【取り組みの成果】

- ・平成 27 年度中に移行することがベストと判断し、移行時期を早め平成 28 年 1 月と決定した。
- ・検討過程において本市の総合事業のあるべき姿が浮かび上がり、移行準備の早い段階で、本市総合事業の基本コンセプトを共有することができた。

(2)移行準備に係る定例会議の開催

総合事業移行準備の進捗確認や情報の共有の場、さらには基本コンセプト再確認の場として、課全体での会議を開催することとし、定例化することで作業進捗の管理を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・移行準備のために必要な事項は介護保険制度全体に及び、広範な領域での対応と専門性が必要。さらに各領域の実務担当者が総合事業の準備に参画しなければ、移行後の混乱や準備過程で細部に漏れが生じる可能性もある。
- ・そのため、各領域を係ごとに分担して準備にあたることとし、進捗確認や情報の共有の場として、課全体での会議を開催することとした。
- ・分担作業は総合事業全体としての整合を損なう恐れもあるが、定例会議において基本コンセプトを再確認する等、全体整合の維持を図った。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・課全体の会議を定例化（週1回開催）としたことで、おのずと作業スパンは1週間を単位とするこ
とになり、会議で議論した内容を翌週に成果物として報告するなど、スピード感を保てた。
- ・各係においてゼロベースで準備を進めることは極めて不効率であることから、総合事業担当者
において各領域の検討素案を作成し、これをたたき台として各係での議論を開始させた。
- ・総合事業の主担当者はすべての事項に関与し、すべての準備事項について総合事業担当者
と係担当者のダブルチェック体制とした。このとき、総合事業主担当者は、制度や理念などの
全体整合の観点、係担当者は現場の観点と、異なる立場からアプローチすることで課題の抽出
に努めた。
- ・総合事業の主担当者をすべての事項に関与させることで、一人で対応したほうが効率の良
い条例・規則や予算関係の事務に取り組むことが出来た。

【取り組みの成果】

- ・領域をまたぐ案件の対応がスムーズに行え、課題共有も円滑に行えた。
- ・係単位で準備を進めつつ、総合事業としての全体整合を維持することができた。

(3)将来を見据えた総合事業の構築

総合事業への移行を長期的な取り組みのスタートとし、汎用性や冗長性を踏まえて移行準備を進めた。

【発生した課題と対応策】

- ・準備事項を1つ1つ完全に固めてしまうと、他事項の進捗や条件の変更によって修正が必要とな
って不効率となる。逆に決定事項として修正しなければ他事項が迎合する必要があつて、本来
目指すべき総合事業の姿がゆがんでしまう。
- ・総合事業への移行は長期的な取り組みのスタートであるとの認識に立ち、準備段階でベスト
と判断したものが将来においてもベストである保証が無いことを踏まえ、移行段階で構築する
総合事業に汎用性や冗長性を持たせ、将来の充実に対応できるようにした。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・多様な担い手による多様なサービスが提供される 2025 年に目指すべき姿を念頭において、
移行段階で構築する総合事業の体制はアウトラインであると整理。将来の選択肢を制限しない
よう可能な限り努め、多様なサービスとしての「派生」の余地を受け入れ得る制度設計とした。

【取り組みの成果】

- ・総合事業は「器」であり、より広く構えるという基本コンセプトが生まれた。
- ・将来の選択肢を最大化するため、条例による法的根拠を確立するとともに、サービスの追加
や修正を念頭においた規定体系を構築した。

4 総合事業の概要

【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	多様なサービス
種別	国基準訪問型サービス	基準緩和訪問型サービス (GLのA類型に相当)	住民主体訪問型サービス (GLのB類型に近いA類型)
提供主体	指定を受けた介護事業者	指定を受けた法人	指定なし(住民組織でも可能)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	訪問介護員や市指定研修修了者による生活援助	市指定研修修了者による生活援助
サービスの対象者	身体介護の必要な人 生活援助の必要な人	生活援助の必要な人	生活援助の必要な人
実施方法	事業者指定	事業者指定	利用券方式(※1)
人員基準	①管理者 ②訪問介護員等 常勤換算 2.5人以上 (介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者) ③サービス提供責任者	①管理者 ②従事者 1人以上必要数 (介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者、市指定研修修了者) ③サービス提供責任者	①管理者(兼務可) ②従事者 1人以上(市指定研修修了者) ※バックアップ体制は確保
設備基準	現行の介護予防訪問介護と同様	現行の介護予防訪問介護と同様	連絡を受けられる体制を確保
運営基準	現行の介護予防訪問介護と同様	現行の介護予防訪問介護と同様	守秘義務/清潔の保持/事故発生時の対応/事業廃止の事前届出/サービス内容等の説明/サービス提供記録の作成と保存
費用	○1回当たりの報酬単価。 《基本報酬》 週1回程度 266単位/回 (月4回超 1,168単位/月) 週2回程度 270単位/回 (月8回超 2,335単位/月) 週2回超 285単位/回 (月12回超 3,704単位/月) 《加算》 ・現行の介護予防訪問介護と同じ	○1回当たりの報酬単価。 《基本報酬》 週1回程度 219単位/回 (月4回超 962単位/月) 週2回程度 219単位/回 (月8回超 1,894単位/月) 週2回超 219単位/回 (月12回超 2,846単位/月) 《加算》 ・初回加算 200単位/月 ・介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)8.6%、(Ⅱ)4.8% (Ⅲ)(Ⅱ)×0.9、(Ⅳ)(Ⅱ)×0.8	○概ね45分以上のサービスを1回として換算。 ○1回につき1,000円 (支給額900円 +利用者負担100円)

※1 利用券方式：包括が利用者に利用券を交付し、利用者は、自己負担額(100円)に利用券を添えて提供者に渡す。

提供者は利用券を市に持参し、枚数に応じた支給額を受け取る。→タクシー利用助成事業と同様のスキーム

【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	多様なサービス
種別	国基準通所型サービス	基準緩和通所型サービス (GLのA類型に相当)	住民主体通所型サービス (GLのB類型に近いA類型)
提供主体	指定を受けた介護事業者	指定を受けた法人	指定なし(住民組織でも可能)
サービス内容	日常生活上の世話 ※入浴等介助、送迎含む	日常生活上の世話 ※入浴等介助、送迎含まず	日常生活上の世話 ※入浴等介助、送迎含まず
サービスの対象者	入浴、排泄、食事等の介助が必要な人	入浴、排泄、食事等の介助が不要な人	入浴、排泄、食事等の介助が不要な人
実施方法	事業者指定	事業者指定	利用券方式(※2)
人員基準	①管理者 ②生活相談員等 ③看護職員 ④介護職員 ⑤機能訓練指導員	①管理者 ②生活相談員等 ③看護職員(不配置可) ④従事者(市指定研修修了者)	①管理者(兼務可) ②従事者 1人以上(市指定研修修了者) ※バックアップ体制は確保
設備基準	現行の介護予防通所介護と同様 (食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室)	サービス提供に必要な場所 (食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室の設置不要)	サービス提供に必要な場所 (食堂、機能訓練室、静養室、相談室、事務室の設置不要)
運営基準	現行の介護予防通所介護と同様	現行の介護予防通所介護と同様	守秘義務/清潔の保持/事故発生時の対応/事業廃止の事前届出/サービス内容等の説明/サービス提供記録の作成と保存
費用	○1回当たりの報酬単価。 《基本報酬》 要支援1・事業対象者 【週1回程度】378単位/回 (月4回超1,647単位/月) 要支援2・事業対象者 【週2回程度】389単位/回 (月8回超3,377単位/月) 《加算》 ・現行の介護予防通所介護と同様	○1回当たりの報酬単価。 《基本報酬》 要支援1・事業対象者 【週1回程度】257単位/回 (月4回超1,119単位/月) 要支援2・事業対象者 【週2回程度】266単位/回 (月8回超2,313単位/月) 《加算》 ・介護職員処遇改善加算のみ (Ⅰ)4.4%、(Ⅱ)2.2%、 (Ⅲ)(Ⅱ)×0.9、(Ⅳ)(Ⅱ)×0.8	○概ね45分以上のサービスを1回として換算。 ○1回につき1,000円 (支給額900円 +利用者負担100円)

※2 利用券方式： 包括が利用者に利用券を交付し、利用者は、自己負担額(100円)に利用券を添えて提供者に渡す。

提供者は利用券を市に持参し、枚数に応じた支給額を受け取る。 →タクシー利用助成事業と同様のスキーム

【介護予防ケアマネジメント】

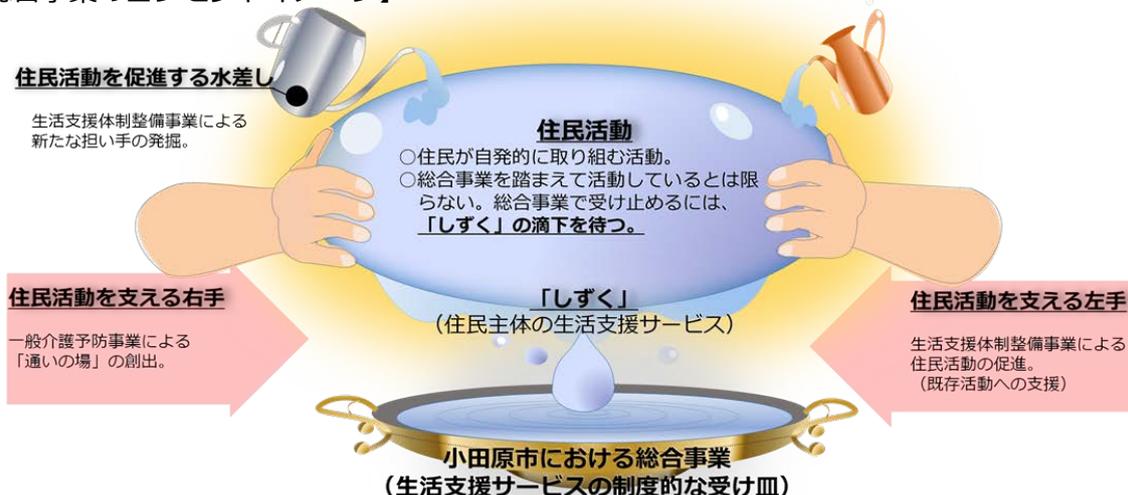
基準	現行の介護予防支援相当	多様なサービス	多様なサービス
種別	介護予防ケアマネジメントA	介護予防ケアマネジメントB	介護予防ケアマネジメントC
提供主体	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
プラン範囲	・総合事業(相当,A,B,C 類型) ・一般介護予防事業へのつなぎ ・インフォーマルサービス	・総合事業(A,B,C 類型) ・一般介護予防事業へのつなぎ ・インフォーマルサービス	・一般介護予防事業へのつなぎ ・インフォーマルサービス
アセスメント	実施	実施	実施(初回のみ)
プラン作成	作成する	作成する	必須ではない
担当者会議	プラン作成・変更の都度	必須ではない	必須ではない
プラン期間	3～6か月	3～12か月	期間なし
訪問・面接	1回/3か月(他月は電話)	1回/6か月(隔月で電話)	必須ではない
報酬	430 単位 ※加算は介護予防支援と同様	323 単位 ※加算は初回加算(300 単位)のみ	187 単位 (≒2,000 円:定額)

【1自治体1サービス自慢】～住民主体型サービスの考え方～

総合事業において多様な担い手による多様なサービスを構築するためには、住民活動をどう取り込んでいくかが重要となるが、住民活動とはそれぞれの問題意識等に基づいた自発的な活動であって、総合事業を念頭に置いているとは限らない。そこで、住民主体型サービスについては、特定の団体を念頭に置かず、保険者として提供して欲しいサービスを提示することとして、興味・関心のある団体が自らの意思で参入するスタンスとした。

結果、特定の団体に偏らない中立的なサービス定義となり、いくつかの団体から参入に向けた前向きな話を伺っている。また、法人が住民団体の事務局機能を担う形のサービス提供の提案を受けるなど、さっそく拡充・発展の兆しを見せている。

【総合事業のコンセプトイメージ】



5 取り組みのポイント

1

○新たな総合事業は広く構える。今後のサービスの加除を前提とした体制を構築。

多くの担い手に参入してもらうためにも総合事業としての「器」を示す必要がある。総合事業への移行時に緩和類型のサービスも制度上位置づけることで総合事業の全体像を示すとともに、今後のサービス加除を前提としてより多くの声に対応することができるよう、事後のサービス加除が容易となるような規定体系を構築した。

○コミュニティビジネスの視点による住民の自発的活動の推進

地域が自らの問題意識に沿って活動を展開するという自発型のフレームが重要であると認識している。これをコミュニティビジネスの視点で見れば、総合事業によるサービス提供が「収益」を生み、これを地域が問題意識を持つ課題に投入するというモデルとなる。

総合事業を「利用」するのではなく、住民に「活用」してもらうものとして、過度に行政が関与しないスタンスで臨んでいる。

2

3

○緩和した基準と緩和類型の単価はリンク。国統計により積算根拠を補強。

緩和類型の単価は、従来相当からサービスの基準を緩和するからこそ従来相当の単価から減じられるものだから、緩和した基準に応じて単価がリンクすることを心がけた。

また、緩和類型の単価については市が説明責任を有するところ、基準の緩和度合いを単価に反映させる際に国の統計資料を活用し、積算根拠を補強した。

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

総合事業への移行段階は終了したので、広く構えた「器」に中身である多様な担い手による多様なサービスを詰めていく段階へと移行する。

現状、事業の浸透がまだ十分に進んでおらず、引き続き周知・理解を進めるとともに、「何かをやってみたい」「やってみたいがどうしたらいいのかわからない」といった方と多様なサービスの提供者とをつなぐマッチング機能を、生活支援体制整備事業を通じて構築するとともに、必要に応じて新たなサービス体系を整え、総合事業によるサービスの充実に努める。

また、介護予防においては、従来の介護予防事業を引き続き展開するとともに、社会参加による介護予防効果の視点から、自発的かつ継続的な介護予防の取り組みを支援していく。

【個別の課題と展開方針】

◎総合事業の周知と理解がさらに必要

事業の存在を知らぬ市民もまだ多く、規範的統合の観点からも総合事業に係る理解を深めていくことが必要。これまで介護保険制度と縁の無かった領域（農業関係、商工業関係、教育関係など）こそアプローチしていくべきと考えている。

◎生活支援体制整備事業との連携

総合事業が「器」ならば、それに中身を送り込むのが生活支援体制整備事業と認識。開発・発掘されたサービスのうち、サポートが必要なサービスに対して総合事業による支援が適切に行えるよう、総合事業と生活支援体制整備事業とが密接に連携する体制を維持していく。

◎社会参加による介護予防の促進

これまでの介護予防教室に加え、「社会参加による介護予防の効果」に着目し、「通いの場」の充実をはじめ、緩和類型サービスの担い手等の社会参加の機会拡大に努める。あわせ、介護予防の効果を目に見える形で周知する等、介護予防に取り組むことのインセンティブ付与に努めていく。

千葉県 流山市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

流山市では、2025 年には、高齢者人口が 48,800 人（2014 年比+9,300 人）となり、高齢化率は 26.7%、4 人に 1 人が高齢者となる見込みである。特に、市内の北部地域の高齢化率は、30%を超えると見込んでいる。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つつ、一方で成熟さを感じられるようなまちとするために、そして、高齢者がいきいきと暮らし、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ではないかと考えていた。

もともと、第 5 期介護保険事業計画において、旧総合事業を平成 26 年度に導入すると位置づけていた。それは、介護支援サポーター事業（いわゆる介護支援ボランティアポイント制度）をメインとし、一般介護予防事業を充実化した内容とする予定であった。しかし、制度改正により旧総合事業が見直されることとなったため、その導入時期を先延ばししようということになったのである。

では、いつから導入するのか？こうした経緯もあって当初は、‘漠然’と平成 27 年度としていた。だが、いま思い起せば、漠然を瞭然に変えたのは地域で出合った偶然だったのではないかと考えている。それは、平成 26 年の春頃、「総合事業に利用できるものはないか」と地域を回っていたところ、それまでは何気ない存在でしかなかった「高齢者ふれあいの家」で、活動する高齢者と語り合ううちに、こうした居場所や笑顔を増やす地域づくりを進めることが、流山市の特性を活かした取り組みではないかと考えるようになったのだ。また、同時期に、NPO 法人、生協などの事業者の中から、「何とかしよう」、「いっしょにやろう」という声をかけていただいた。

こうした、地域のキラキラ光る資源を活かして 2025 年対応のまちづくりを総合事業を活用して進めていくには、あと 10 年しかない。まちづくりには大変時間がかかる。それならば、一刻も早く、着手することが住民のためになることであると考えるに至り、平成 27 年 4 月の導入を決意したのである。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

面積	35.28 km ²	
総人口	174,762 人	27 年 10 月 1 日時点
高齢者人口	41,785 人 (23.9%)	32 年度 47,900 人 (26.5%)、37 年度 48,800 人 (26.7%)
後期高齢者人口	17,796 人	32 年度 23,900 人、37 年度 29,400 人
世帯数	74,196 世帯	27 年 10 月 1 日時点
高齢者世帯の状況	ひとり暮らし世帯：7,970 世帯、高齢者のみ世帯：8,871 世帯	
認定者数		
介護保険料	第 6 期：年額 59,700 円（月額 4,989 円）、第 5 期：年額 55,000 円（月額 4,590 円）	
日常生活圏域	4 圏域	
地域包括支援センター	4 箇所（全て委託）	
介護保険事業者の状況	訪問型サービス事業所（みなし事業所：37 事業所、サービス A：4 事業所） 通所型サービス事業所（みなし事業所：50 事業所） 27 年 12 月 1 日時点	

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

- ①地域包括支援センターの協力により介護予防訪問介護の利用実態と地域の社会資源の状況を把握（26年5月）
- ②地域に飛び出せ！第1弾（26年5月～6月）
～NPO法人等に総合事業への参画を働きかけ～
- ③地域に飛び出せ！第2弾（26年6月～8月）
～訪問対象を高齢者の溜まり場を広げて現場の状況を把握～
- ④現場の情報収集結果に基づき総合事業の基本設計と準備スケジュールを確定（26年8月）
- ⑤地域に飛び出せ！第3弾（26年10月～27年3月）
～高齢者ふれあいの家に重度化防止推進員を派遣しモデル的事業を実施～
- ⑥地域に飛び出せ！番外編（通年）
～自治会・老人会等での出前講座で総合事業をPR～
- ⑦事業開始に向けたITシステムの構築、基準、要綱づくりなど諸準備事務、地域包括支援センターとの打ち合わせ、事業者・市民等への周知（26年10月～27年3月）

新しい総合事業に移行（平成27年4月）

【移行後～平成27年12月末現在】

- ①住民説明会、広報特集号の発行等総合事業の周知
～地域別説明会（27年7月）、広報特集号発行（27年6月）～
- ②第1層（全市域）生活支援コーディネーターの委嘱（27年4月）
- ③（主に訪問型サービスAの）担い手養成研修の実施
～28年1月末時点で資格を有しない者で修了者40名～
（27年5月、7月、10月、1月、3月の計5回）
- ④訪問型サービスAの事業者指定 ～27年12月までに4事業者を指定～
- ⑤地域介護予防活動支援事業を活用し高齢者いきがいの家、自治会館等で介護予防拠点への移行を目指して重度化防止推進員による介護予防教室を実施（通年）
- ⑥第1層協議体の参加予定団体による勉強会の開催（27年9月・10月）、住民の動機づけを目的とした市民フォーラムの開催（さわやか福祉財団主催・市後援による。27年12月）

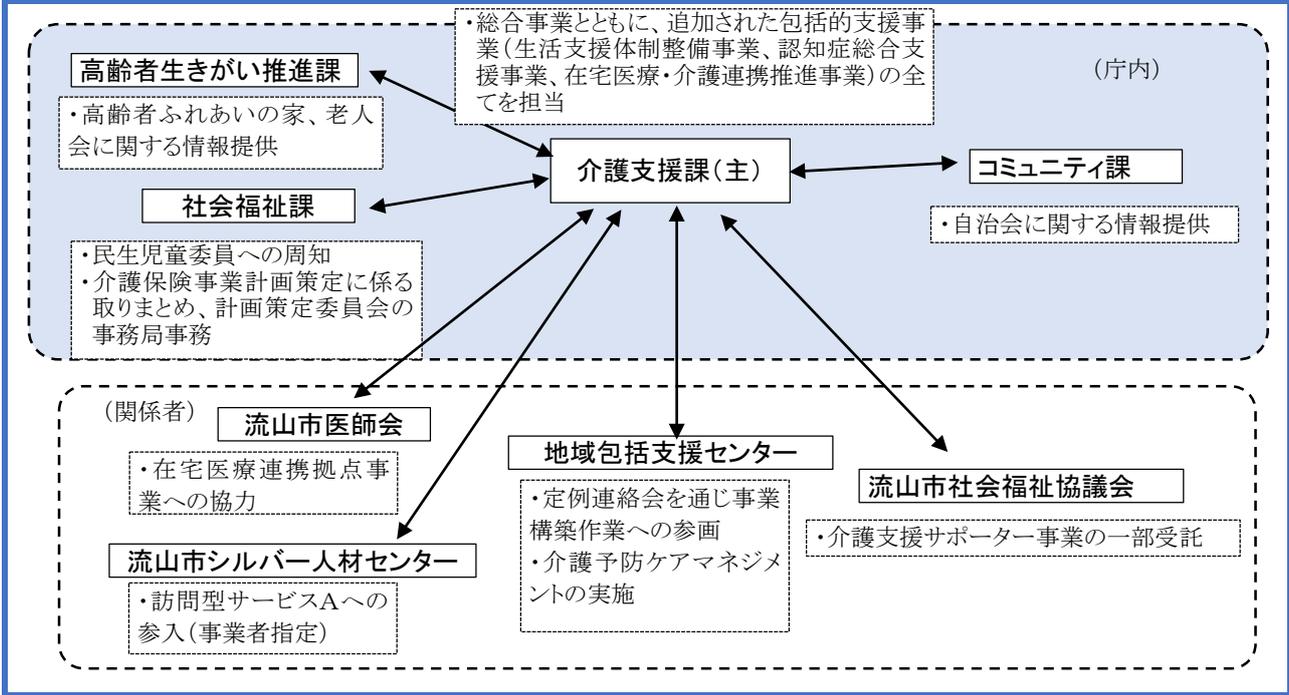
総合事業への移行までの取り組み概要

住民参加型の多様なサービス主体を創るとともに、一般介護予防事業の充実化により地域全体を元気にする取り組みを実施していく。また、既存の資源を活用していくことを基本的な考え方に据えて準備作業を進めていった。

手法としては、「現場主義」を旨とした。準備段階前半では、現場で見て聴いた内容を取り組みに活かしていき、準備段階中盤では、「地域に飛び出せ作戦」を敢行し、その後のサービスAの事業者指定や高齢者ふれあいの家での介護予防教室の試行的実施に結び付けていった。そして準備段階終盤は、システムや予算・要綱づくりなど事務的作業を中心に進めていった。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 介護予防訪問介護の利用実態と、地域の社会資源の状況を把握

要支援1・2の介護予防訪問介護の利用実態と、地域の社会資源の状況について把握するため、地域包括支援センターにアンケート調査（26年3月実績分）を実施した。

【発生した課題と対応策】

- ・介護予防訪問介護を地域支援事業に移行して実施するに当たり、どのようなサービス内容として受け皿を整備したらよいかイメージすることが難しく、また、介護予防通所介護の代替えとなるような地域の住民活動として、どのようなものがあるのか市としてほとんど把握できていなかったため、これらの状況把握を行う必要があると考えた。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・地域の情報を最も良く知る地域包括支援センターの力を借りることとした。また、今後の方向性をイメージすれば良いと考えたため、地域包括支援センターの負担を考慮し、必要最小限のデータを用意してもらうこととした。

【取り組みの成果】

- ・介護予防訪問介護の約9割が生活援助のみの利用であることが判った。また、そのほとんどが、掃除、買い物、調理、洗濯のいずれかのサービス支援（組み合わせた利用含む）を受けており、こうした家事援助の担い手となる住民参加型のサービス主体の構築を働きかければよいと捉えることができた。
- ・介護予防通所介護の受け皿となるような資源は見つけられなかったが、地域では様々な運動、サークル、趣味等の活動が想像以上に展開されていることを知る事ができた。こうした情報が、必要

としている人につながるようにシステムを構築するだけで住民活動がさらに活発化していくのではないかと期待することができた。

(2)地域に飛び出せ！第1弾 ～NPO法人等に総合事業への参画を働きかけ～

住民参加型のサービス主体を立ち上げていくには、NPO法人など住民参加による活動を行っている主体や地域貢献意欲が高い生活協同組合などに働きかけてはどうかと考えた。数箇所の団体や法人に、直接出向き、総合事業の意義と介護予防訪問介護の受け皿となる住民参加型のサービスの立ち上げに関し意見交換を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・総合事業について現場の人たちはどう捉えどう対応しようとしているのかなど、現場の動向や雰囲気は掴めなかったため、どのような段取りとペースで事業主体の多様化を進めていくかロードマップが描けない状況でいた。よって、既に住民参加による活動を行っているNPO法人などに総合事業の内容と市の考えを伝え、事業への参画を促すこととした。

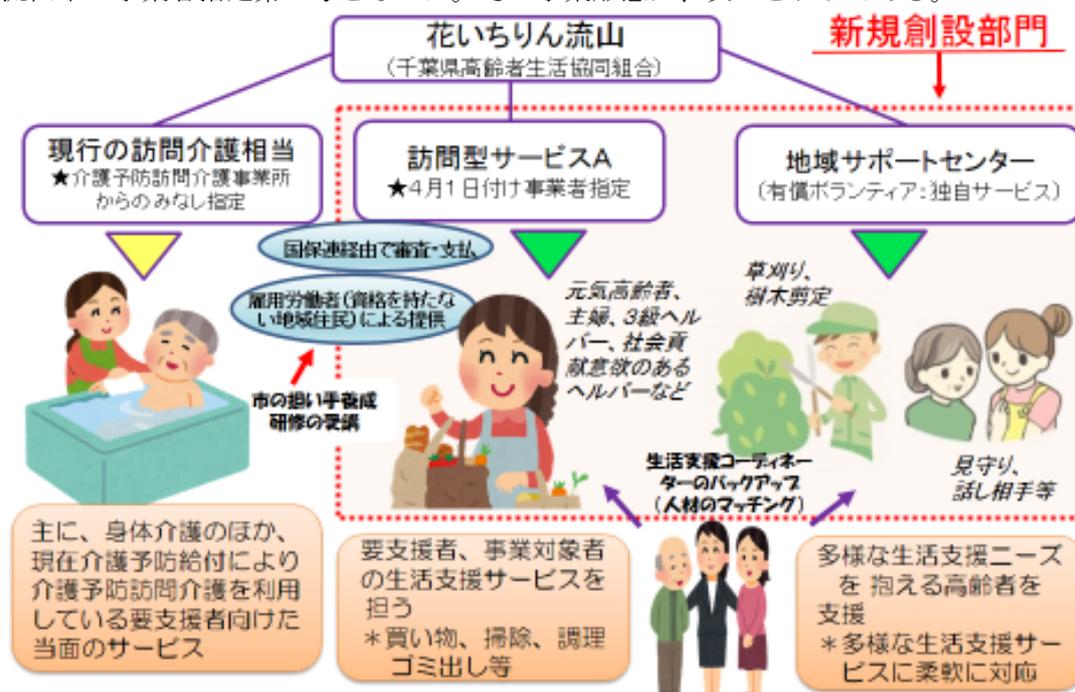
【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・この時点でガイドライン（案）は示されていなかったため、提示した総合事業の設計図は、簡単な青写真程度にとどめた。よって、言葉で総合事業の必要性と2025年に向けたまちづくりへの想いを訴えることにした。相手方の意欲、興味を引き出すことを念頭に置いた。また、市の本気度を伝えるためには、担当者とともに、私（介護支援課長）が足を運んで語りかけたことが必要だと考えた。

【取り組みの成果】

- ・複数の法人から「いっしょに研究していこう」などと前向きな声をいただくことができた。
- ・生活協同組合と流山市シルバー人材センターからは、住民参加型サービスの立ち上げに向けて準備していくという対応が得られた。7月のガイドライン（案）の公表後は、情報交換をしつつ個別協議を進めていった。

* このとき参画意欲を示した生活協同組合が、平成27年4月1日付けで訪問型サービスAとして流山市の事業者指定第1号となった。その事業形態は、次のとおりである。



引用) Vision と戦略 (保健・医療・福祉サービス研究会) 2015年11月号

- * この生活協同組合は、制度改正後は、みなし指定により現行相当の訪問介護を提供することになる事業者であった。そこに一体型として、人員基準を緩和した訪問型サービスA部門を立ち上げたのである。また、現行相当の事業者であることを活かし、その従業者の一部がサービスA部門と兼務することとし、資格を有しない従業者の教育係の役割を果たすこととした。さらに特筆すべきは、有償ボランティア部門を同時に立ち上げたことである。このことにより、身体介護→現行相当の従業者、生活援助→サービスAの担い手、草刈り・話し相手などその他のニーズ→有償ボランティア部門の担い手と、要支援認定者等のニーズに一つの事業所で全て完結させることが可能ということである。利用者にとってみれば、馴染みの事業所から全てのサービス提供が受けられる安心感が得られることになる。いわばちょっとしたビジネスモデルとも言えるであろう。

(3)地域に飛び出せ！第2弾 ～訪問先を高齢者の溜まり場などに広げて現場の状況を把握～

介護予防通所介護の受け皿となるような資源を見つけることが目的であったが、高齢者が集まる場所に出かけて現状を把握することとした。

【発生した課題と対応策】

- ・(2)のとおり、平成26年5～6月にかけてのNPO等への訪問で、介護予防訪問介護の受け皿づくりには、明るい兆しが見えてきたが、介護予防通所介護の受け皿をどうするかという課題の検討はほとんど進んでいなかった。よって、高齢者が集う場所（以下の高齢者ふれあいの家、地区社会福祉協議会のサロン活動など）の状況を把握することとした。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・部内の高齢者生きがい推進課が所管する『高齢者ふれあいの家』については、それまで‘高齢者が集まって茶話会などを行っているところ’というイメージしかなかったが、通所介護の受け皿となる可能性についてとにかく何箇所か訪問し詳しく状況を見て聴いてこようということになった。
- ・活動（趣味の講座や茶話会など）が行われているときに出向き、そこに集う人たちと意見を交わすことが大事だと捉えて訪問した。

【取り組みの成果】

- ・高齢者ふれあいの家に集う高齢者の何ともイキイキとした表情に感激！こうした集いの場の素晴らしさを再発見した。キラリと光る資源がこんな身近にあったということに気付かされた。
- ・流山市の「地域の特性を活かした」総合事業の要はコレだ、と発想。ここに、高齢者の介護予防の拠点としての味付けを総合事業を活用して行っていこう、そしてこうした拠点を地域にきめ細かく配置し、高齢者が歩いて行ける範囲にあるくらいまで拡大していこうと構想した。
- ・こうした既にある資源について総合事業を活用してさらに発展させていくという展開の仕方に気づき、ここまでは「総合事業のために何を準備するか」という考えであったが、「総合事業を活用して何をしていくか ⇒ それは将来に向けたまちづくりである」という発想に転換した。まさに、ターニング・ポイントになったのである。

(4)地域に飛び出せ！第3弾 ～高齢者ふれあいの家でモデル的事業の実施～

この頃、千葉県主催の養成研修を修了した重度化防止推進員（体操等の介護予防指導に関する知識・技能の習得を目指した講習会を修了した者）が18名おり、当初は公民館や福祉会館で地域の高齢者を集めて実施する介護予防教室（年間数回単発的に実施）の指導者として活用を検討していたが、現行の一般介護予防事業を活用して推進員を高齢者ふれあいの家に継続的に派遣し、同所を介護予防拠点に発展させることができるかどうか検討・検証するためのモデル的事業をスタートさせた。

【発生した課題と対応策】

- ・高齢者ふれあいの家では、自主的に運動教室など介護予防の取り組みを行っているところもあるが、‘お楽しみ会’のような活動に留まっているところもあった。そうしたところにどのような働きかけを行えば介護予防の大切さに気づき、主体的に取り組めるようになるかを検討する必要があった。
- ・重度化防止推進員は、スポーツコミュニティリーダーの経験者も含まれているが、一般市民であり、こうした者が高齢者を対象とした介護予防教室の指導者となれるのかどうか実際に行って検証する必要があった。
- ・重度化防止推進員の活動先として高齢者ふれあいの家を結びつけ、市民（推進員）が市民（地域の高齢者）に介護予防指導を行うことができるかどうか、その効果はどうかを検証することとした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・介護支援課保健師と重度化防止推進員が協働で、介護予防教室で行うメニューを開発。体操の前後でコミュニケーションを楽しんだり、脳トレや軽く体を動かしながらのゲームなど 60 分～90 分のプログラムで構成するものとなった。また、重度化防止推進員という名称については、親しみやすいものとして「ながいき応援団」とした。
- ・すべてのふれあいの家を直接訪問して開催を呼びかけた。
- ・やり方として、「住民の皆さんが主催です」というスタイルを貫き、将来的に自主的な介護予防教室の開催に導いていく。
- ・多くの人に継続して行ってもらうためには、プログラムに「楽しさ」も実感できなくてはならないと考えた。市民に馴染みの「流山市民の歌」に合わせて身体を動かす「ながいき体操」をながいき応援団メンバーの考案で取り入れて行うことにした。

【取り組みの成果】

- ・「ながいき体操」は介護予防教室で大変好評を得ている。
- ・体操だけではなく、会話を楽しんだり、脳トレを取り入れた「楽しむ」ことも目標としたことで、徐々に参加者が減ってしまうということはなく推移してきている。
- ・参加者が継続して取り組むことができる。ながいき応援団が介護予防指導者として活動できるということが確認できたことから、平成 27 年 4 月からの総合事業導入後は、地域介護予防活動支援事業を活用して本格実施していくこととした。

（5）地域に飛び出せ！番外編（通年）～自治会・老人会等での出前講座で総合事業をPR～

市職員が講師となって行政に係る制度や事業を地域に出向いて講演する‘出前講座’を積極的に引き受け、地域住民に総合事業のスタートをPRした。

【発生した課題と対応策】

- ・総合事業の導入を高齢者等地域住民に浸透させていく必要があった。
- ・総合事業導入後は、サービスAなど住民参加型の事業主体に元気な高齢者を中心として住民が担い手として積極的に参加していただく必要がある。
- ・地域住民の啓発は、公民館等の大きな会場に集めて説明する方法と、自治会、老人会単位で‘膝を付け合せて’行う方法がある。後者は、総合事業の内容だけではなく、熱意がより伝わりやすいと考えて積極的に地域に出向くことにした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・介護保険制度改正の目指すもの、流山市が目指す 2025 年のイメージ、第 6 期計画の内容をわかりやすく伝えるよう努め、住民との間に意識の共有化を図るよう目指した。

【取り組みの成果】

- ・平成 26 年度 10 件の出前講座を実施した結果、2 箇所自治会から「ここに来て（介護予防教室を）開催してほしい」と希望をもらった。

4 総合事業の概要

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス
種別	訪問介護	訪問型サービスA
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助
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要支援認定者で、地域包括支援センターによるアセスメントを通じ利用継続が必要と認められたケース	新たに要支援認定を受けた者及び事業対象者で、地域包括支援センターによるアセスメントを通じ利用が必要と認められたケースを中心。
実施方法	事業者指定	事業者指定
基準	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	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
サービス提供者	訪問介護員	訪問介護員、市の担い手養成研修を修了した者で指定事業者雇用された者 (生協、NPO法人、シルバー人材センター等)
費用	国の介護報酬と同額(加算含む)。1か月単位の包括報酬	30分以上1時間未満200単位(1単位=10円)。加算はなし。

基準	多様なサービス	多様なサービス(※)
種別	訪問型サービスC	住民主体による支援
内容	市の保健師等が利用者の居宅を訪問して、必要な相談、指導等を実施	生活援助、ゴミ出し、草刈り、話し相手等
対象者とサービス提供の考え方	要支援認定者等のうち地域包括支援センターのアセスメントにより、閉じこもりに対する支援が必要と認められたケースを中心	(NPO法人)
実施方法	直接実施	要支援認定者等のほか、生活支援ニーズを抱えるケースを幅広く支援。地域包括支援センターによるアセスメントを通じて利用するほか、利用者が任意に利用することも可能
基準	流山市総合事業実施要綱	NPO法人の活動として実施
サービス提供者	市の保健師等	—
費用	なし	NPO法人

(※) 市としてサービスBに位置付けているものではなく、インフォーマルサービスであるが、住民主体のサービスであることからここで整理したもの

基準	現行の通所介護相当
種別	通所介護①
内容	通所介護と同様のサービス内容
対象者とサービス提供の考え方	要支援認定者等で、地域包括支援センターによるアセスメントを通じ利用継続が必要と認められたケース
実施方法	事業者指定
基準	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
サービス提供者	通所介護事業者の従業者
費用	国の介護報酬と同額(加算含む)

【1自治体1サービス自慢】

～ながいき応援団の派遣で市民による手作り感覚の介護予防の場づくり～

総合事業では、要支援認定者等の受け皿となる多様なサービス主体の構築がとかく注目されがちであるが、流山市は、一般介護予防を活用した介護予防のまちづくりこそが総合事業で最も重点を置くべき取り組みであり、流山市らしい地域特性が発揮できるものと捉えている。

前掲のとおり、地域の高齢者の集いの場である「高齢者ふれあいの家」に「ながいき応援団」を派遣し介護予防教室を地域介護予防活動支援事業を活用して展開している。これを徐々に市内に107箇所ある自治会館などに拡大し、高齢者が地域の身近な場所で介護予防に参加できる仕組みとなるよう発展させていく計画である。

介護予防教室で指導者となる「ながいき応援団」のメンバーは、千葉県の実成研修を修了した一般市民である。

3年間でメンバーは25人に増えている。もちろん、3日間の養成研修を修了しただけでは、地域で教室を開催し指導役を務めることは難しい。したがって、県の養成研修修了後、市職員(保健師)と、既に地域で活動するながいき応援団メンバーにより、介護予防教室での指導法をレクチャーする

機会を設けている。さらに、新人メンバーが先輩メンバーに同行して実地で学ぶ機会を数か月設け、ながいき応援団として活躍するよう育成している。

右側のプログラムは、ながいき応援団メンバーが主体となって創り上げたものだ。この中の「ながいき体操」は、流山市民の歌に合わせて身体を動かすもので、楽しみながら体を動かす習慣を身に付けてほしいというねらいである。

参加者からは、「ながいき体操は年齢を問わずゆっくりとした体操で誰にでもできる体操だと思う」、「一人ではできないがふれあいの家で皆と集まってやれば体も心も優しくほぐれていいね」という声をいただいております、多くの高齢者が楽しみながら継続して参加するという基本目標は達成しつつある。

元気で意欲のある市民がアイデアを凝らし、地域の高齢者を元気にしていく取り組みを展開する。専門職を投入し、効果の高いプログラムを提供することも必要だが、一方では、こうした市民が中心となった手作りの介護予防の取り組みは、「また次回も楽しみにしているよ」という喜び溢れ、大変魅力あるものとなっている。

～ながいき応援団プログラム(例)～

流山市民の歌うたってみよう

～5分～

体操前のストレッチ ～5分～

流山市民の歌にあわせて、、、

「ながいき体操」 ～30分～

楽しく介護予防

～20分～

- ・脳トレクイズ
- ・指先対応
- ・じゃんけんゲーム
- ・健口体操
- ・リズム体操
- ・筋トレ

*いくつかを組み合わせ実施

終わりのストレッチ ～5分～



高齢者ふれあいの家での「ながいき応援団」による介護予防教室の様子
(中央)

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)ながいき応援団の派遣事業の展開と新たな派遣先を発掘し介護予防拠点を増やす取り組み

すでに平成 26 年度中からスタートしたながいき応援団の派遣事業について、平成 27 年 4 月からは地域介護予防活動支援事業を活用して積極的に派遣し、地域における介護予防教室の実施を進めた。また並行して、ながいき応援団の派遣先を「高齢者ふれあいの家」以外にも拡大し、20 箇所を目標として、地域に働きかけを行った。

【発生した課題と対応策】

- ・新たな派遣先として期待していたのが自治会であった。自治会が自ら主催する場合もあるが、自治会を通じ老人会や自治会内の高齢者グループにつながることはできないのではないかと考えたからである。そこで、平成 26 年 5 月に開催された自治会長研修会で「ながいき体操」の実演を交え呼び掛けを行った。
- ・しかし、その後反応があったのは数自治会しかなく、定期的にながいき応援団を派遣して介護予防教室を開催する拠点数は前年度の 5 箇所から 12 箇所へと 7 箇所の増加にとどまっている。
- ・大きな会場で全自治会を対象とした働きかけでは伝わらないものがあつたのではないかと膝を付け合せて、こちら側の息づかいが感じられるくらい小さな集まりで働きかける方が効果的ではなかったかと反省した。今後は、地域に入り込んで「やってみたい」という興味を引き出して 1 箇所ずつ地道に増やしていくこととした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・一度お試して教室を開催させてもらおうと「また来てほしい」とリクエストをいただくが、地域の高齢者が集まる機会を捉え、ながいき応援団の受け入れにつながりづまが難しい。
- ・ながいき応援団メンバーとともに訪問し、ながいき体操などを実際に体験してもらうようにしている。

【取り組みの成果】

- ・ながいき応援団の派遣に係る平成 27 年 4 月から 10 月までの実績は、81 箇所に対し延べ 103 人のながいき応援団を派遣し、参加者は延べ 1,281 名となっている。
- ・ながいき応援団の特徴は、市民がリーダーとなって市民を指導することである。ながいき応援団メンバーにとっても、地域での出番となり、社会参加を通じた介護予防や生きがいの創造につながっているのである。一例だが、数年前にご家族を亡くされ一時期気落ちされていた方がメンバーとなり、いまでは歓声と笑顔溢れる教室を開催していただいている。「これがわたしにとって『生きている』って感じ」と感想を述べられている。地域で自分らしく輝く場を見つけるということの素晴らしさを教えていただいた思いである。
- ・一方、新たな拠点づくりの 1 年目の成果は、目標の約半数。だが、自主的な開催に移行した拠点も 1 箇所あり、初年度なりの成果ではなかったかと捉えている。2 年目は積極的に地域に入り、参加者に体力チェックを実施して地域のやる気度を引き上げる工夫を取り入れていく。

(2)訪問型サービスAの事業者指定と担い手養成研修の実施で住民参加を推進

訪問型サービスAが総合事業導入と同時に立ち上がったことから、生活援助の担い手を確保していくことが急務となった。担い手となる要件である市の研修について、従来からの介護支援サポーター養成講座をベースとし2日間のプログラムを策定して、年間5回開催を計画して実施している。

【発生した課題と対応策】

- ・第2回目までの研修では、訪問型サービスA事業者には雇用される予定の者を対象として参加者を募集したが、そうした対象者がほぼいなくなった第3回目以降をどう企画するか再検討した結果、訪問型サービスA事業所での従事者だけではなく、有償ボランティア、ボランティアなど、高齢者の支え手として活躍したいという意欲のある人を広く対象として募集することとした。
- ・2日間研修としたことで、知識や技能は十分習得できるのか、という議論があった。これについては、市としては、高齢者を中心とした積極的な社会参加を促進する必要があるほか、研修期間を長期に取った場合、ハードルが高くなり受講者が少なくなってしまうのではないかと考えた。さらには、介護支援サポーター養成講座が1日だけの研修ということ等を勘案し、現時点で、多くの担い手を養成していくことを優先した。なお、訪問型サービスA事業者には、雇用した研修修了者について、現場実習の機会を設けるなど担い手としての育成の機会を持つよう協力を求めて対応していくこととした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・市内にある福祉系の専門学校にマナーやコミュニケーション技能に係る講師役を依頼し、研修プログラムの内容について助言を得つつ策定した。
- ・買い物、掃除といってもサービス利用者に対してどのように接しながら支援していくのかを、実際にサービス提供しているNPO法人（みなし指定事業者）に講師役を依頼した。
- ・第1回目の講義で「総合事業の内容と意義について」説明を行ったところ、受講者の反応から「そもそも介護保険制度の概要がよくわからない」ということが判り、第2回目からは介護保険制度の理解から講義に入っていくよう内容を工夫した。
- ・第3回目から研修プログラム終了後にガイダンスの時間を設け、修了者自身の希望や適性にあった活動先が選択できるよう訪問型サービスAや有償ボランティア等で活動する方法を説明するようにした。特に、訪問型サービスAは、事業者が直接PRする時間を設け修了者の選択に資するよう工夫している。

【取り組みの成果】

- ・第4回目終了時点で、資格を有さない研修修了者は40名となり、これまでに約7割の者がいずれかの訪問型サービスA指定事業者には雇用され、既に担い手となり、又は出番に向けて現場研修を重ねている状況である。第6期中に、100名の担い手を養成することとしており、1年目としては目標を上回るペースとなっている。

(3)生活支援コーディネーターの委嘱と協議体の立ち上げに向けた準備作業

平成27年4月1日付けで第1層（全市域）生活支援コーディネーターを1名委嘱した。協議体の立ち上げに向けて、協議体参加予定団体に呼びかけて勉強会を開催した。今後第2層（4つの地域包括支援センターの圏域）協議体の立ち上げに向けたワークショップの開催に向けて準備を進めていく。

【発生した課題と対応策】

- ・協議体については、第1層協議体の立ち上げ→第2層協議体の立ち上げと計画していたが、当初11月を目途に進めていた第1層の立ち上げの最終段階で庁内調整の結果、第2層から立ち上げるということに方針転換となった。また、地域包括支援センターが構築している既存のネットワークを活かして立ち上げに向けて準備していくこととなった。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・第1層の立ち上げには未だ至っていないが、第1層協議体の参加予定団体を対象として、2回にわたり勉強会を実施した。第1回目は「流山市の高齢者を巡る現状と介護保険制度の理解」、第2回目は「総合事業の意義と協議体・生活支援コーディネーターの役割と連携のあり方」をテーマとしたが、終了後は、参加者の一部から「是非、協議体をやってほしい」という声掛けがあるなど、勉強会を開催した意味があったものと捉えている。

【取り組みの成果】

- ・協議体については未だ成果が出ていないが、地域包括支援センターのネットワークを活かし、広く地域の団体や組織に参加を呼び掛け、ワークショップを開催していく。これを複数回設ける中で、第2層協議体のメンバーや当面の活動の方向性を見出していく。

6 取り組みのポイント

○積極的に地域に出て既存の資源の中から活用できるものはないかを見つけることが大切

1 流山市では既存の『高齢者ふれあいの家』の凄さを再発見し、そこから高齢者の身近な場所に「介護予防の拠点をつくろう」という考えに至った。総合事業は、新しいものを創造することよりも既存の資源の仕様を多少変更して活用していくことで出来ることが沢山あるはずだ。

まずは、積極的に地域に出向いて、いろいろな場所でNPOや自治会、事業者など地域の様々な人たちと語り合うことが必要だ。流山市では‘ほぼ丸腰状態’でそうしたところから入っていったのであるが、参加意欲を持つ事業主体を早期に見つけられるなど、結果として、良かったのかなあと思えることが多々あったのである。

○総合事業をスタートさせるために何をするかではなく、総合事業を活用してまちづくりを進めるという視点が最も重要

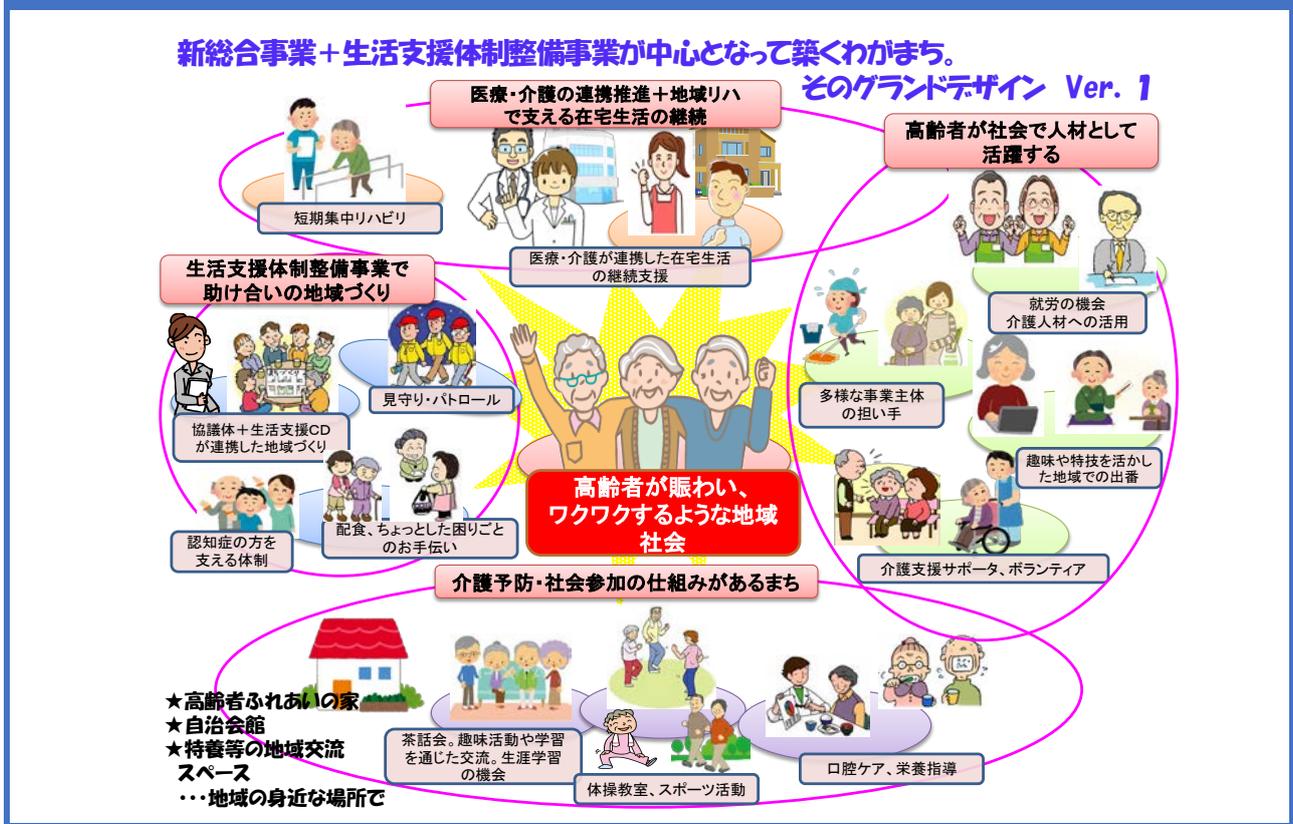
流山市では、準備作業の途中で「総合事業のために何をするか」という視点から「総合事業を活用して将来に向けたまちづくりをする」という発想に転換したところが最も重要なポイントになった。

これから総合事業を導入する市町村は、最初からこうした視点を持っていただくことが必要であり、このことにより総合事業に対して抱いていたハードルが低くなるはずである。

まず総合事業で改編された一般介護予防事業の諸事業を活用して、既存の資源に当ってはめて介護予防のまちづくりを推進することから検討してみるとよい。この検討には、協議体、生活支援コーディネーターを巻き込んで議論（ワークショップ形式でよい）を重ねることで様々なヒントが見つかっていくはずである。

2

総合事業の実施で目指す流山市のグランドデザイン(Ver.1)



【実現に向けて】

◎高齢者の意欲を引き出し、高齢者が社会参加しやすいシステムを構築することが必要

多様なサービス主体の担い手、住民主体の介護予防など高齢者の出番となる仕組みを多彩に整備し、地域の高齢者自身が主役であることを自覚させ参加意欲を高める働きかけを継続していく。

岐阜県 大垣市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

【早期移行とした理由】

- 地域包括ケアの推進
 - ・介護福祉士等の専門職には中重度者支援をお願いし、要支援者等については多様な主体にサービスを担っていただきたい
- 多様な主体によるサービスの提供
 - ・総合事業に位置づけることが可能なサービスについては、多様な主体をお願いしていきたいが、その構築にあたっては時間を要するため、移行できるサービスから早めに移行する
- 財源の確保
 - ・地域支援事業交付金の確保
 - ・要介護認定の有効期間の延長に伴う介護認定事務費の節減

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

【高齢者人口・要介護認定者の推計(各年度10月1日の推計)】

	平成 27 年 (2015 年)	平成 28 年 (2016 年)	平成 29 年 (2017 年)	平成 32 年 (2020 年)	平成 37 年 (2025 年)
総人口	162,729 人	162,503 人	162,226 人	154,852 人	150,168 人
高齢者人口	41,655 人	42,301 人	42,879 人	43,431 人	43,496 人
高齢化率	25.6%	26.0%	26.4%	28.0%	29.0%
要支援・要介護認定者数	7,277 人	7,539 人	7,814 人	8,949 人	9,999 人
うち要支援認定者	1,925 人	2,035 人	2,105 人	2,448 人	2,705 人

- 介護予防支援事業者
 - ・直営 1 箇所、委託 2 箇所 (大垣市社会福祉協議会、大垣市社会福祉事業団)
- 予防プラン作成件数
 - ・直営 254 件、委託 979 件、合計 1,233 件
- 介護予防サービス提供事業所
 - ・介護予防訪問介護事業所 38 事業所
 - ・介護予防通所介護事業所 45 事業所

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

第6期介護保険事業計画策定実態調査(26年1月)

事業計画策定事務打ち合せ会議(26年4月～27年1月)

条例改正、予算策定(26年10月～27年3月)

課内にワーキンググループを設置(27年5月)

事業内容、利用料金等の検討(27年5月～)

要綱制定、システム対応等(27年7月～27年9月)

事業者等説明会(27年7月～27年8月)

新しい総合事業に移行(平成27年10月)

【移行後～平成27年12月末現在】

新規事業所登録(27年10月～)

高額相当サービスについての打ち合せ(27年11月～)

給付制限についての検討(27年12月～)

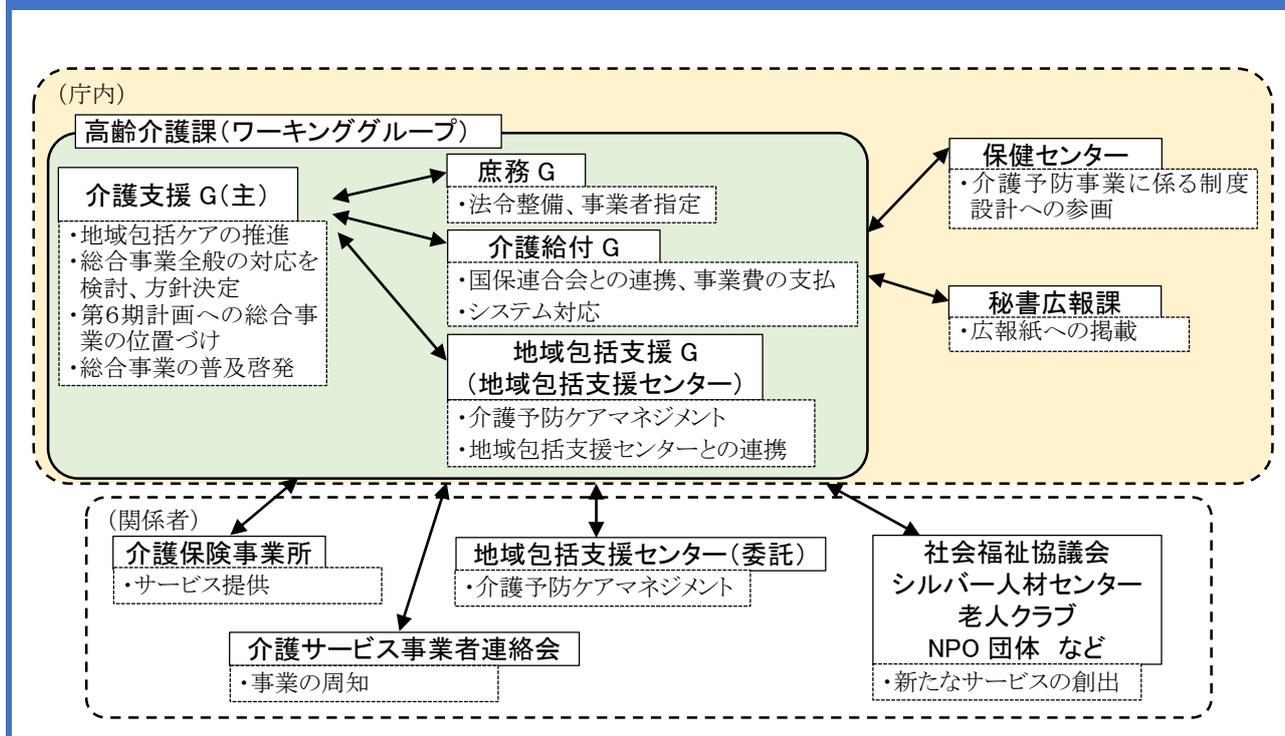
総合事業への移行までの取り組み概要

平成26年8月の時点では平成28年4月の移行予定であったが、その後の先進市の同行やセミナーへの参加等により事業への理解が進み、財政面や新たなサービス整備など、平成27年度中の移行が有利と判断し、平成27年10月からの移行へと方針を変更した(平成27年1月)。

移行への具体的な取り組みは半年を切ってからとなったが、課内にワーキンググループを設置し効率的に作業を進めたことと、円滑な移行を図るため相当サービスのみの実施としたことで、大きな混乱もなく移行をすることができた。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1)ワーキンググループの設置

【発生した課題と対応策】

- ・全体の取りまとめをする介護支援グループでもどのように進めてよいか分からない中で、課内各Gからのワーキンググループを設置し、課を挙げて取り組みを進めた。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・初回の打ち合わせではワーキンググループの全メンバーが集まり、総合事業についての理解を深めた。
- ・2回目以降は、打ち合わせ事項に応じて必要なメンバーが集まり打ち合わせを行った。
- ・打ち合わせで出た課題等については、メンバーが各グループに持ち帰り、グループ内で検討した後、改めて打ち合わせを行った。

【取り組みの成果】

- ・事業実施まであまり時間のない中で、効率的に打ち合わせを行い、事業実施につなげることでできた。

(2)地域包括支援センター向け説明会の開催

【発生した課題と対応策】

- ・介護サービス事業者連絡会 定例会において説明を行うため、事前に同連絡会 役員会で話しをしたところ、会議に参加していた地域包括支援センターの職員から多くの質問が出たため、急遽地域包括支援センター向けの説明会を開催した。

※介護サービス事業者連絡会の役員会と定例会は隔月で実施している。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・地域包括支援センターの職員に総合事業についての理解を深めてもらうため、2回に分けて開催が参加し、全職員の参加を得た。

【取り組みの成果】

- ・地域包括支援センターの職員の総合事業に対する理解が深まり、市民、サービス事業所等からの問い合わせに対しても柔軟に対応していただいている。

(3)地域包括支援センターによる担当者会議への参加

【発生した課題と対応策】

- ・サービス利用者と地域包括支援センターやサービス事業所との契約事務など、介護予防給付から総合事業へのスムーズに移行するため、要支援認定更新時のサービス担当者会議に地域包括支援センター（居宅介護支援事業所に委託の場合は担当ケアマネジャーと一緒に）が参加した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・サービス利用者、担当ケアマネジャー、サービス事業所が参加する担当者会議に地域包括支援センターも参加し、その場で利用者と地域包括支援センター、利用者とサービス事業所の契約事務を行い総合事業へ移行することの理解を得るようにした。

【取り組みの成果】

- ・サービス利用者、サービス事業所ともに、大きな混乱もなくスムーズに総合事業に移行することができた。

4 総合事業の概要

基準	現行の訪問介護相当	現行の通所介護相当
種別	介護予防訪問介護相当サービス	介護予防通所介護相当サービス
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	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
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	○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
実施方法	事業所指定	事業所指定
基準	基準	予防給付の基準を基本
	人員	
	設備	
	運営	<ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス計画 ・運営規定等の説明・同意 ・提供拒否の禁止 ・訪問介護員等の清潔の保持・健康状態の管理 ・秘密保持 等 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等 (現行の基準と同様)
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	通所介護事業者の従事者

【1自治体1サービス自慢】～これまでと同様のサービスをこれまで通りの負担で～

総合事業への移行を円滑に行うため、「これまでと同様のサービスをこれまで通りの負担で」利用できるよう、介護予防訪問介護・通所介護相当サービスの実施としました。サービス利用者、サービス事業者とも大きな混乱もなく、総合事業をスタートすることができました。

今後は、既存の団体による生活支援事業なども取り込みながら、多様な主体によるサービスの整備、住民主体の通いの場の充実など、受け皿づくりに取り組んでいきたいと思っております。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)指定事業者の指定

【発生した課題と対応策】

- ・みなし指定の対象とはならない平成 27 年 4 月 1 日以降に開設した事業所について、事業者説明会までに開設した事業所については、説明会において指定事業者についての説明を行ったが、説明会以降に開設した事業所については、総合事業の制度についての理解がなく、指定事業者の指定申請を行っていない。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・介護サービス事業者連絡会において新たに開設した事業所を把握し、総合事業についての事業者登録を働きかける。

【取り組みの成果】

- ・新たに開設した事業所を全て把握し、総合事業の指定事業者として指定している。

(2)国保連合会における審査支払システムの導入(予定)

【発生した課題と対応策】

- ・総合事業における介護予防ケアマネジメント費については、国保連合会の標準システムでは要支援認定を受けている場合のみ例外的に支払対応できるが、事業対象者については対応ができない。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・国保連合会へ事業対象者についても支払対応できるよう依頼した。

【取り組みの成果】

- ・国保連合会において、事業対象者の介護予防ケアマネジメント費の支払が可能な外付けシステムを導入。
- ・保険者の事務負担の軽減
 - ① 介護予防ケアマネジメント費にかかる審査支払事務(受付・点検・支払)が不要となる。
 - ② 県内間の住所地特例対象者に対する年1回の財政調整が不要となる。
- ・介護給付費の適正化
 - ① 標準システムに提供された給付管理票と管理ソフトで提供された介護予防ケアマネジメント費との突合並びに重複チェックを行う。
- ・平成 28 年度から導入の予定

6 取り組みのポイント

1

○ワーキンググループを設置、課を挙げて総合事業を推進

課内各グループからのメンバーによるワーキンググループを設置し、課を挙げて取り組みを進めた。全体説明会、個別事項の打ち合わせなどを効率的に行い、事業実施まであまり時間のない中で取り組むことができた。

○事業者連絡会、地域包括支援センターと連携

介護サービス授業者連絡会にも協力をしてもらい、全ての加入事業者が参加する定例会の場で、市の総合事業の取り組みについて説明する機会を設けてもらった。

地域包括支援センターについても全職員を対象に説明会を行い、総合事業への理解を深めてもらうとともに、今後の協力についてをお願いをした。

2

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

高齢者が住み慣れた地域で、その有する能力に応じて自立した日常生活を送ることができるよう、中重度者の支援は専門職に、軽度者の支援は多様な主体に担ってもらい、地域全体で高齢者を支援していく仕組みづくりを進めていく（地域包括ケアの推進）。

そのため、まず現行の介護予防給付のサービスを相当サービスとして位置づけ、円滑な移行を図り、利用者の以降もふまえながら、多様な主体によるサービスを整備していきたい。

【個別の課題と展開方針】

◎地域で高齢者を支える仕組みづくりと高齢者の社会参加

地区社会福祉推進協議会やNPO法人などと連携し、介護保険では対応できない様々な地域住民のニーズに応じていくとともに、介護支援ボランティアポイントを活用するなど、元気な高齢者が活躍できる場づくりを進めていく。

◎介護予防事業の推進と住民主体の通いの場の充実

一般介護予防事業として保健センターが「笑・話・歯動場（わははどうじょう）」を毎月1回、各地区において開催している。住民主体の通いの場としては、地域で活動する団体や各地区のサロンなどがあるが、より介護予防の効果の高い取り組みを推進していく必要がある。

宮城県 石巻市の取り組み

1 移行のねらい

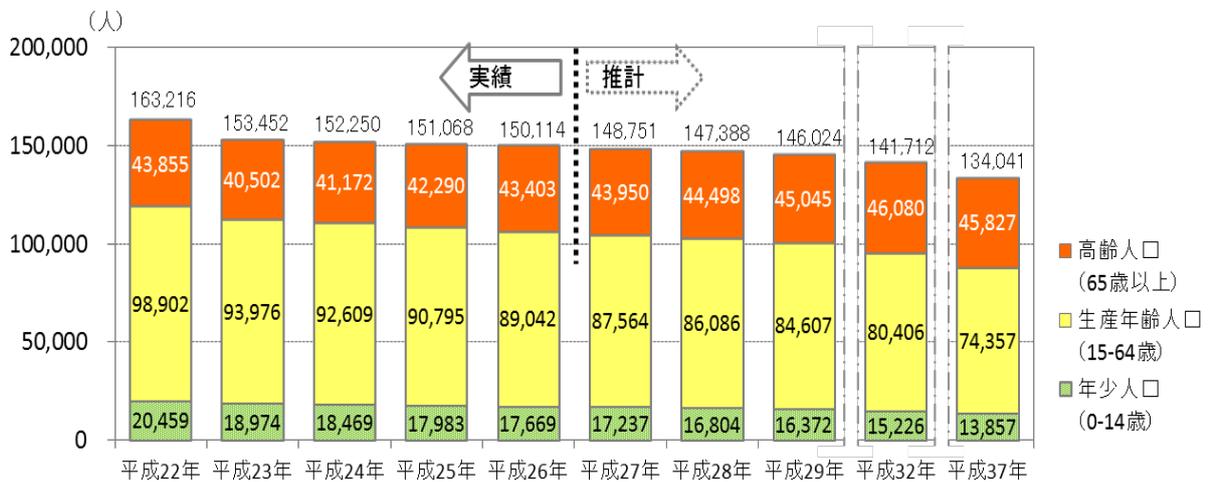
取り組みの背景

平成 37 年に団塊の世代が 75 歳以上となり、高齢者のひとり暮らしや高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者の一層の増加が見込まれる。また、東日本大震災の未曾有の被害により、多くの被災者が仮設住宅等での不自由な生活を余儀なくされ、今後、復興公営住宅等への移転が本格化する中、環境の変化は高齢者にとって大きな負担であり、コミュニティ意識の希薄化も加わり、閉じこもりや生活不活発状態の増加が懸念される。

このことから、被災者を最後のひとりまで支え、安心した生活を取り戻していただくとともに、少子高齢化の進展などを見据え、これまでの専門的なサービスに加え住民主体の多様なサービスの提供体制づくりが必要である。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

高齢人口は増加が見込まれ、高齢化率も上昇し、平成 27 年には 30%を超えた。



地域資源では、震災による自治会の解散や休会、地域組織の弱体化、組織内での高齢化による後継者不足が課題となっているほか、各種団体による連携が十分に図られていない状況である。

また、NPOやボランティア団体などは震災以降に増え、多岐にわたる団体が仮設住宅等で活動している。

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

移行開始時期の検討(平成 26 年 10 月～)

県・国保連との協議、調整(平成 26 年 11 月～)

移行までの介護保険事業計画を策定(平成 26 年 7 月～平成 27 年 2 月)

事業内容、料金形態等の検討(平成 27 年 2 月)

地域包括支援センターへの説明(平成 27 年 2 月)

事業者への説明(平成 27 年 3 月～)

新しい総合事業に移行(平成 27 年 4 月)

【移行後～平成 27 年 12 月末現在】

地域包括支援センター・事業者・住民への説明(平成 27 年 4 月～)

関係機関との事業の見直し(平成 27 年 5 月～)

多様なサービスの検討・創出(平成 27 年 8 月～)

協議体の設置要綱の制定(平成 27 年 12 月 1 日)

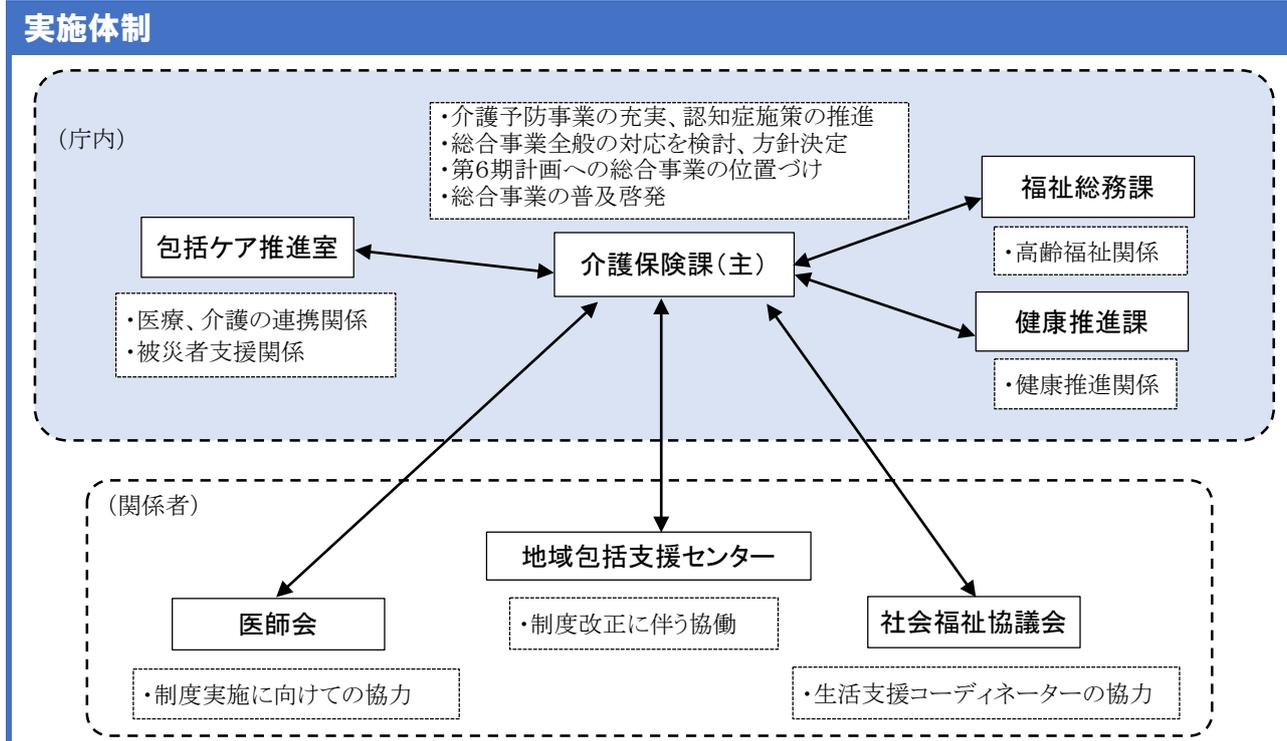
総合事業への移行までの取り組み概要

当初、総合事業は国から介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン案が示されるものの、詳細部分が見えず、どのように事業展開していくのか、また震災以降、震災業務などで職員が足りず、通常業務のほかに新規事業へ取り組める人員体制が取れない状況だった。

しかし、本市では平成 25 年度から地域包括ケアシステムに取り組み、なお一層の推進を図るためには一体的に事業展開する必要があり、また介護保険料の引き上げを始めとした被保険者の費用負担の増加などがあるため、長期的な影響を最小限に抑える必要があることから、平成 27 年 4 月に移行した。

移行に向けては、予防給付の訪問介護と通所介護を現行どおり移行する検討を始めた。その中で、重要な役割を担う地域包括支援センターには、制度の理解やサービスの流れなど説明を行い、また、サービス事業所にも移行する内容について説明会をそれぞれ実施した。

3 移行プロセスにおける主な取り組み



主な取り組み内容等

(1) 要綱・事務処理づくり

総合事業実施に向けて、要綱や事務処理方法について検討・作成を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・参考事例が少なく、どのように実施していくか先が見えない中、とにかく情報収集を行った。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・想定外のケースがあり、その都度、解決策を検討した。

【取り組みの成果】

- ・どのように進めていくかが明確になった。

(2) 地域包括支援センター、サービス事業への説明

介護保険制度の改正や平成27年4月からスタートする総合事業の実施内容について、説明を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・重要な役割を担う地域包括支援センターに対して総合事業への理解と、サービス事業所に対して基準やサービスの内容等について説明会を開催した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・団塊世代が後期高齢者となる2025年問題について、備える必要性がある。

【取り組みの成果】

- ・総合事業は、10年後を見据えた取り組みであると周知できた。

4 総合事業の概要

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス	現行の通所介護相当
種別	I 訪問介護	V 訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	I 通所介護
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	訪問指導員(看護師)等がその者の居宅を訪問して、必要な相談、指導等を実施(3か月～6か月)	通所介護と同様のサービス内容・それぞれ利用者のニーズに応じて明確な目標を持ちサービスを提供
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とケアマネジメントで認められるケース ○基本チェックリストを受けケアマネジメントにより、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められるケース	○基本チェックリストを受けケアマネジメントにより、専門的なサービスが必要と認められるケース	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース ○基本チェックリストを受けケアマネジメントにより、専門的なサービスが必要と認められるケース
実施方法	事業者指定	市で実施	事業者指定
基準	国が示す基準を基本に要綱制定	—	国が示す基準を基本に要綱制定
サービス提供者	訪問介護員	看護師、理学療法士等の専門職	通所介護員
費用	I 事業対象者・要支援1・2 →週1回/月 1,168 単位 II 事業対象者・要支援1・2 →週2回/月 2,335 単位 III 事業対象者・要支援2 →週2回超/月 3,704 単位	なし	事業対象者・要支援1 →月 1,647 単位 事業対象者・要支援2 →月 3,377 単位

【1自治体1サービス自慢】～短期集中予防サービス～

対象者の身体機能の改善に対し、理学療法士が提示した訓練メニューを訪問指導員(看護師)が10日に1回程度家庭訪問し、訓練内容の確認を行っている。

理学療法士が計画した機能訓練メニューを対象者自らが実施し、そして訪問指導員が継続のための指導やメンタルヘルスの支援を行っている。短期間に生活目標を設定し効果が見られるため、対象者は短期集中予防サービスの卒業が決まっても、自宅でリハビリが積極的に行われている。

また、理学療法士や看護師がそれぞれ専門的な役割を指導するだけでなく、連携しながら実施するため、対象者全員の閉じこもり予防や外出するための体力の改善の効果が見られる。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)地域包括支援センター、サービス事業所、地域住民への説明

総合事業への移行後も制度の趣旨等について、説明を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・毎月、地域包括支援センターやサービス事業所に対して説明会を開催、また地域住民からの出前講座でも周知を図った。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・説明会は市全体で実施した他、地域に出向いて圏域ごとにも実施し、現場での問題点等を聞くようにした。

【取り組みの成果】

- ・説明会等を何回も実施することにより、制度の趣旨等が浸透した。

(2)介護予防教室での住民主体の通いの場づくりへの支援

二次予防事業であった専門知識を有する事業者への委託事業「通所型介護予防事業」を一般介護予防に位置づけ、地域包括支援センターと連携して介護予防教室を実施しながら住民主体の通いの場づくりへの支援を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・これまで二次予防事業対象者把握事業で二次予防事業対象者に選定され教室に参加した対象者を、一般介護予防事業の介護予防教室対象者に選定した。
- 地域包括支援センターに事業の目的、内容を説明し選定した。
- ・住民主体に向けた身近な場所の選定（たくさんの会場から場所を選定する際に、地区の現状を把握していないと選べない）。
- 地域包括支援センターと連携し、地域で支援が少なかった地区や自主化ができそうな地区を選定した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・対象者を二次予防の方だけでなく、元気な高齢者や介護予防教室運営に興味のある方へ広げ、通いの場の重要性や教室終了後の自主化に向けた支援について啓発した。
- ・介護予防内容だけでなく、自主活動に向けた取り組みを教室のプログラムに取り入れ、委託事業者と連携して実施した。

【取り組みの成果】

- ・現在教室が継続中のため、今後も自主化に向けた支援を実施していく予定である。
- ・従前の二次予防事業の介護予防教室より参加者が増え住民のロコミで自主化に向けて動いている。

(3)短期集中機能訓練訪問指導事業

要支援者及び事業対象者に対し、体力の改善や日常生活動作改善に向けた支援のため、理学療法士及び訪問指導員（看護師）による3か月程度の機能訓練訪問指導を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・当初、事業対象者のイメージが地域包括支援センター職員に伝わらず、利用者がいなかった。
→介護保険サービスの訪問リハビリとは対象者や内容が若干違うということを理解してもらった。
(料金は無料とする。訓練内容は12項目のタオルを使った体操メニューの組み合わせ)

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・対象者への指導は、10日間に1回程度訪問指導員が機能訓練内容の確認に行くが、メンタルヘルスの支援も同時に実施し、閉じこもり気味の対象者が機能訓練へ前向きになれるよう支援した。

【取り組みの成果】

- ・臥床ぎみの方が離床につながり、室内歩行のみの方が近所まで買い物に行くなど、体力やADLの改善が見られた。また、閉じこもりがちの方が外出するようになるなど、日常生活動作の改善やメンタルヘルス支援により対象者の閉じこもり予防になった。

【対象及びフローチャート】

- 65歳以上の方で身体機能が低下し、日常生活動作や外出等に支障をきたしている方
- 要支援1、2及び事業対象者で基本チェックリストの6～10項目で3項目以上該当する方
- メンタル的、身体的な要因で閉じこもりがちの方
- 主治医より運動が禁止されていない方（但し一部運動制限は可能）
- 機能訓練をすることにより、日常生活動作の改善が見込まれる方

- 1 地域包括支援センター職員が必要と思われるケースについて、介護保険課に相談する。
- 2 介護保険課では、対象となるか、理学療法士（市職員）に相談する。
- 3 地域包括支援センター職員と訪問指導員、理学療法士で自宅に訪問し、機能訓練を行うための問診を行う。
- 4 機能訓練のメニューと機能訓練期間については、理学療法士が決める。
- 5 訪問指導員は、理学療法士が立てたメニューに基づき、10日間に1回程度訪問し機能訓練を行う。
- 6 理学療法士は、必要に応じて機能訓練の中間評価を行う。
- 7 事業終了時は、理学療法士が計画の最終評価をし、地域包括支援センター職員と訪問指導員が今後について話し合いを行い、必要に応じてケアプランの変更を検討する。（自立に向けた目標設定および一般介護予防事業への参加促進）

(4)介護予防ケアマネジメント研修

介護予防ケアマネジメントの理解と予防のためのケアプラン作成方法について、地域包括支援センター職員及び居宅介護支援事業者等について講義とグループワークを行った。

【発生した課題と対応策】

- ・要支援者が事業対象者へと移行するにあたって、さらに介護保険法の基本理念である自立支援に基づいたケアプランの重要性が増す。
→県ケアマネジャー協会事務局長を講師に2日間の研修会を実施した。1日目はケアマネジメントを行うための基本的な考え方やプロセスについての座学を、2日目は介護予防サービス計画の原案作成の演習を実施した。
→県ケアマネジャー協会の理事を講師に、多職種連携（サービス担当者会議）研修会を実施した。サービス担当者会議についての座学とアセスメントに基づいたケアプラン原案を基に、利用者宅でのサービス担当者会議のロールプレイングを実践した。
→両者とも、座学と演習を行い、参加者の理解が図られるようになった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・研修会は地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが企画・運営し、演習時のグループワークではファシリテートを担当する。
- ・サービス担当者のロールプレイングの配役は、サービス事業者、ケアマネジャー等実際に行ってい

る方に依頼する。

【取り組みの成果】

- ・アンケートからは、「わかりやすい」「参考になった」との声が多くあった。
- ・講師からは、県内で介護予防ケアマネジメントやサービス担当者会議の研修会を市町村単位で行っていないとのことで、先駆的な研修会であった。

(5) 医師会への事業対象者に対する診療情報提供書作成への依頼

事業対象者は要介護認定時の主治医意見書がなく、介護予防アセスメントにおいて重要な医療情報把握ができなかったため、市内二つの医師会へ診療情報提供書の作成を依頼した。

【発生した課題と対応策】

- ・医師が診療情報提供書を居宅介護支援事業者へ情報提供できる事について十分周知されていない。さらに、事業対象者は主治医意見書がなくても、サービス利用が出来る事も十分周知されていない。→二つの医師会に事前説明し、医師会を通じて各医師に通知し協力を依頼した。

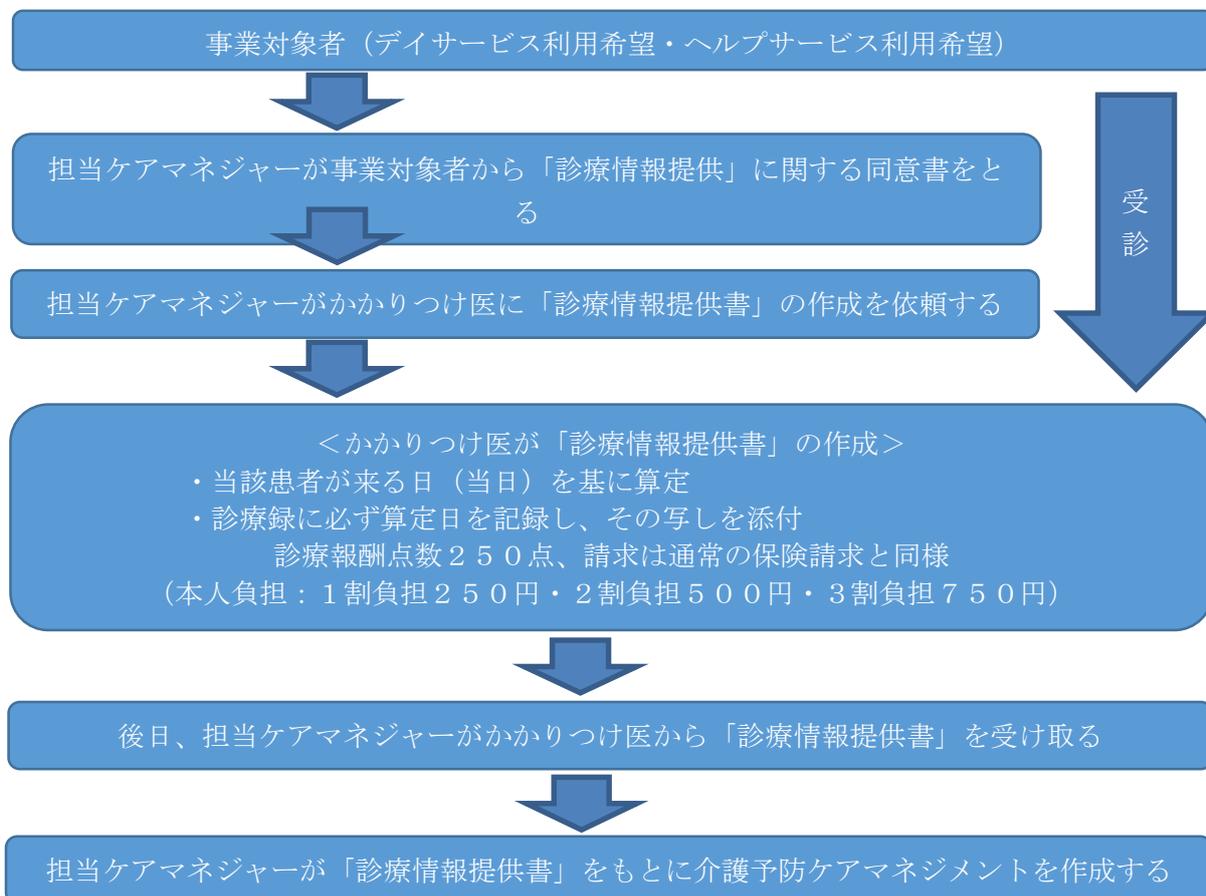
【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・通知発送前に、医師会と事前打ち合わせを行った。さらに、医師会の理事に目を通していただき、各医師に通知書を発送した。
- ・通知発送後、「理解しにくいので、しっかりとしたフローを練って通知してはどうか」との意見があり、フローを見直し改めて通知した。フロー作成に関しても、事前に医師会の理事に目を通していただき意見も反映し作成した。

【取り組みの成果】

- ・ケアマネジャーから、診療情報提供をもらいやすくなったとの声があった。

【診療情報提供書作成手順】



6 取り組みのポイント

1

○現行相当サービスだけでも、十分移行できる

当初から、新しいサービスを創るのではなく、既存の事業を活用して出来ることから取り組むことである。

総合事業へ移行し 2025 年を目標に、現在、関係課と既存事業の見直しや具体的な取り組みについて検討している。

○地域包括支援センターの重要性

総合事業の重要な役割を担っているため、これまで以上の連携・強化が必要である。

2

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

石巻市介護予防・生活支援推進協議会（協議体）と連携し、多様な主体による多様なサービスを検討し、高齢者が地域での役割を持ちながら、いきいきとした生活を継続することができるよう、地域の支え合い体制の構築を目指す。

【個別の課題と展開方針】

◎住民主体による集いの場の充実を図ることが必要

東日本大震災の最大の被災地である本市では、仮設住宅から復興公営住宅への移行が本格化する中、コミュニティ機能の回復が課題となっている。閉じこもりや社会的孤立による心身の健康状態の悪化により要介護状態になることが危惧される。

◎地域福祉コーディネーターの活用

平成 28 年度に石巻市社会福祉協議会へ委託し生活支援コーディネーター13 名を配置予定（地域福祉コーディネーターが生活支援コーディネーターを兼務）。これまでの地域福祉コーディネーターの取り組みを活かして、住民主体による集いの場の充実を図る。

◎協議体の運営

協議体を通じて、地域の課題やニーズを把握するとともに、不足するサービスを検討し、本市の総合事業に繋げていく（通所型サービス、一般介護予防サービスの充実に加えて、訪問型サービス、生活支援サービスの検討）。

◎サービス利用までの独自の流れの設定、「武蔵野市認定ヘルパー」の養成、ケアマネジメント様式の工夫、市独自の指定制度の整備等、課題に対応した柔軟な取り組みを推進

東京都 武蔵野市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

武蔵野市は平成 27 年 10 月に総合事業を開始した。早期実施には総合事業の費用の上限を高めるといふ財源上の理由があるが、事業実施による果実を多く得るとともに、出てきた課題をできる限り次期の介護保険事業計画に反映するという狙いもある。また、開始時期を遅らせるほど、次期制度改正の対応と時期が重なり、事務が集中することが明らかであるため、平成 27 年度中の実施が必須と考えた。

事業開始時に、当面必要となると思われるサービスは概ね揃えたため、まずは事業の安定的な運用を図ることが最大の目標である。ただし、行政側が設定するサービスだけでなく、住民の自主的な活動による地域での支え合いを一層進めることも必要であり、生活支援コーディネーターと協議体を有機的に連動させながら、地域の課題を抽出し、新たな事業展開につなげていくことが今後の課題になると考えている。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

○人口 143,251 人（うち 65 歳以上 31,093 人（高齢化率 21.7%）） 平成 27 年 10 月 1 日現在

○要介護度別認定者数（65 歳以上） 平成 27 年 10 月 1 日現在

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
598 人	617 人	1,388 人	1,205 人	932 人	838 人	656 人	6,234 人

*65 歳以上の要介護・要支援認定率（65 歳以上） 20.0%

○保険料基準額

第 1 期 平成 12～14 年度	第 2 期 平成 15～17 年度	第 3 期 平成 18～20 年度	第 4 期 平成 21～23 年度	第 5 期 平成 24～26 年度	第 6 期 平成 27～29 年度
3,300 円	3,700 円	4,700 円	4,700 円	5,160 円	5,960 円

○相談体制

基幹型地域包括支援センター 1 箇所（市直営）、地域包括支援センターを併設した在宅介護支援センター 6 箇所

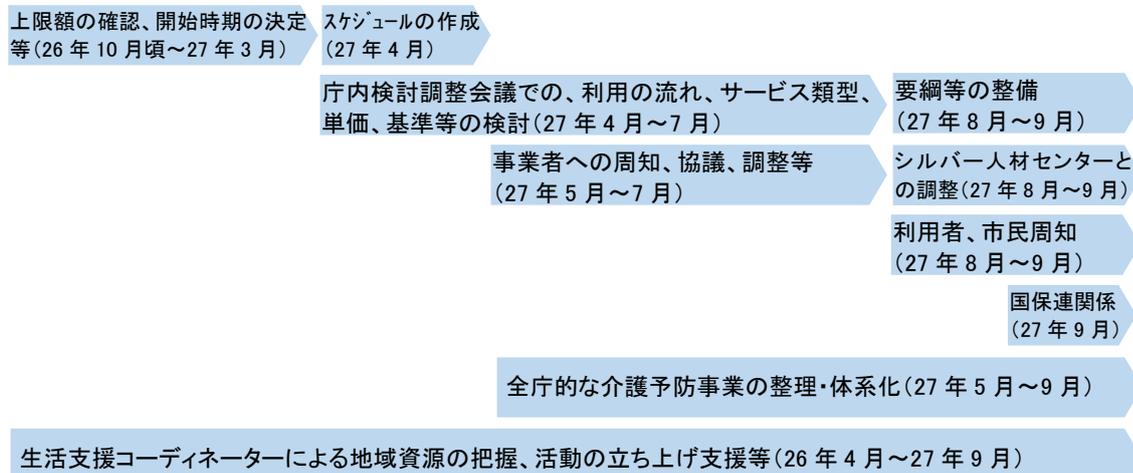
○生活支援体制の整備状況

- ・第 1 生活支援コーディネーターを平成 26 年 4 月より基幹型地域包括支援センターに配置。第 2 層のコーディネーターは平成 28 年度より各エリアの地域包括支援センターに順次配置予定。
- ・第 1 層協議体を平成 28 年度より設置予定（地域包括支援センター運営協議会を発展、拡充）。第 2 層協議体には、地域ケア会議等、協議体の機能を有する既存の会議体を位置付ける。

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

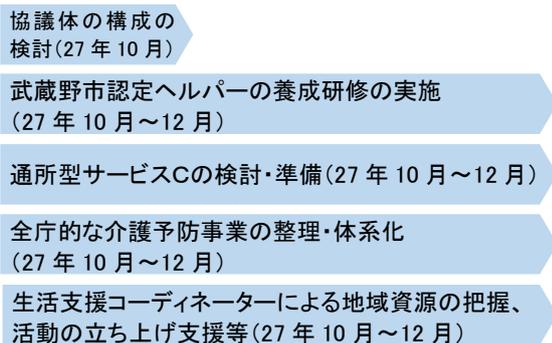
スケジュール

【～移行まで】



新しい総合事業に移行(平成27年10月)

【移行後～平成27年12月末現在】

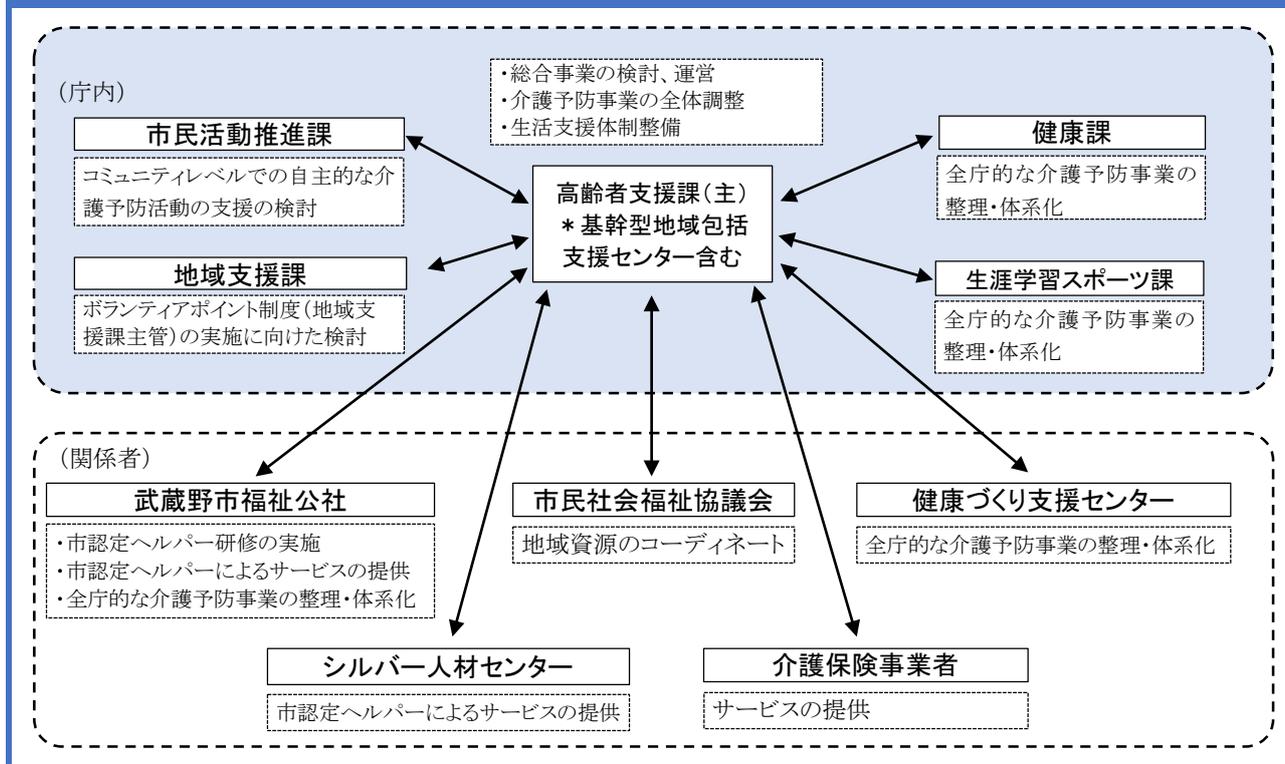


総合事業への移行までの取り組み概要

- 健康福祉部長をトップにした検討調整会議を設置し、利用の流れ、サービス類型、単価、基準、ケアマネジメントの方法等を検討した。
- 事業者との協議、調整は回数を重ねて実施し、総合事業の目指すところ、単価設定の意図等を丁寧に説明することで、最終的に合意に至った。
- 予防給付の利用者には市独自作成パンフレットにより、全市民対象としては市報により制度の周知を図った。
- 介護予防連絡調整会議を設置し、全庁的に介護予防事業の整理・体系化を進めた。(移行後も継続)
- 基幹型地域包括支援センター(市直営)に生活支援コーディネーターを配置し、地域資源の把握を進めた。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 新規利用者は要介護(要支援)認定を必須とした利用の流れを設定

新規利用者と既存の予防給付サービスの利用者に分けて申請からサービス利用までの流れを設定した。

【発生した課題と対応策】

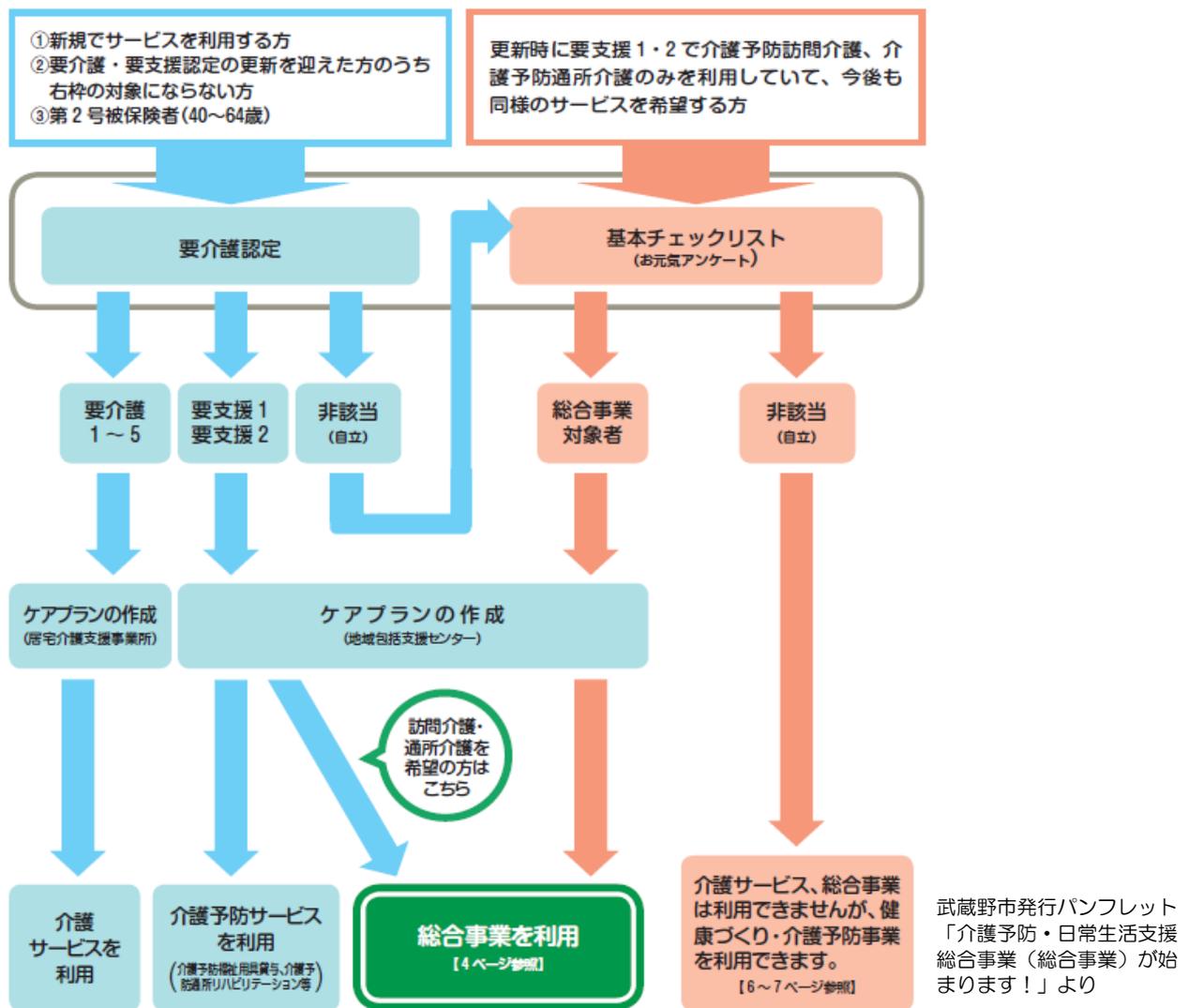
- ・要介護(要支援)認定、基本チェックリストのどちらを案内するかについては、窓口の職員のスキルによって差が生じる可能性があるため、新規の利用の場合は必ず要介護(要支援)認定を受け、更新の際から基本チェックリストのみの実施により総合事業を利用することができるようにした。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・パンフレットに利用までの流れを図示し、利用者が理解しやすいようにした。

【取り組みの成果】

- ・(新規の場合には) 要介護(要支援)認定を必須とすることで、認定を受けるという被保険者の権利を保障するとともに、医師の意見書から医療的な情報が確保できるようになっている(更新時の基本チェックリストの記入は在宅介護支援センターの職員とマンツーマンで行い、現状にあった回答を本人ができるようサポートしている)。



(2)武蔵野市独自の事業者指定制度の整備

介護保険で指定を受けていない事業者等が総合事業において円滑にサービスを提供できるよう、事業費の支払い等に関する仕組みを導入した。

【発生した課題と対応策】

- ・サービス提供主体の多様化を進める中で、介護保険で指定を受けていない（国保連合会を通して報酬を請求することができない）事業者等を総合事業のサービス提供主体として位置付ける必要が出てくるため、武蔵野市独自の事業者指定制度を整備。
 - 市が独自に基準を設定し、事業者を指定。
 - 国保連合会の機能を市が担う（事業者は、市に請求を行い、代理受領により市から事業費の支給を受ける）。
 - 利用料の請求等は事業者が直接、利用者に対して行う。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・独自の事業者指定制度により市の事務負担（利用料の請求等）を軽減するとともに、利用料を差し引いて事業者に委託料を支払う方法の問題点（地方自治法の総計予算主義の原則に反する点）を回避。

【取り組みの成果】

- ・利用者の拡大に伴う市の事務負担の増加を抑えることができています。

(3)介護予防ケアマネジメント様式を工夫

セルフマネジメントを促進するため、介護予防ケアマネジメントの独自様式を作成した。

【発生した課題と対応策】

- これまで、利用者本人がケアプランの作成に積極的に関わることが少なく、目標を意識したサービスの利用が十分には進んでいなかった。そこで、介護予防サービス支援計画表の様式を改編し、利用者が自らの目標を考える機会を持つ支援計画表を作成した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- 本人記入欄を設けることで、利用者が自分で考え、自分の言葉で目標を設定できるようにした。

【取り組みの成果】

- サービス利用の目標の意識化を図りながら、セルフマネジメントを徐々に進めることができている。

No. _____

利用者名 _____ 総合事業・介護予防サービス・支援計画表 計画作成(変更)日 _____ 年 月 日

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

【お元気アンケート結果】

	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況について	いずれかに○を付けて下さい	集計	できるようになると良いこと、目標、そのための取り組みなど	6か月後(評価日)	集計
運動・移動について			ご本人	(年 月 日)	
1 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	はい いいえ			1 はい いいえ	
2 屋外を安全に歩くことができますか	はい いいえ			2 はい いいえ	
3 15分くらい続けて歩けますか	はい いいえ			3 はい いいえ	
4 階段などの段差を何もつかまらずのぼれますか	はい いいえ			4 はい いいえ	
5 交通機関を利用して出かけていますか	はい いいえ	/5		5 はい いいえ	/5
日常生活(家庭生活)について			サービス提供事業所		
6 食事の用意は自分でしていますか	はい いいえ			6 はい いいえ	
7 洗濯を自分でしていますか	はい いいえ			7 はい いいえ	
8 整理整頓や掃除を自分でしていますか	はい いいえ			8 はい いいえ	
9 日用品の買い物を自分でしていますか	はい いいえ		サービス提供事業所	9 はい いいえ	
10 預貯金の出し入れや支払いを自分でしていますか	はい いいえ	/5		10 はい いいえ	/5
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて			ケアマネジャー		
11 1週間に1回以上外出していますか	はい いいえ			11 はい いいえ	
12 家族や友人と1日1回以上話をしていますか	はい いいえ			12 はい いいえ	
13 趣味や楽しみで続けていることがありますか	はい いいえ			13 はい いいえ	
14 地域活動で何か参加していることはありますか	はい いいえ			14 はい いいえ	
15 テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	はい いいえ	/5		15 はい いいえ	/5
健康管理について			地域包括支援センター		
16 健康であると思いますか	はい いいえ			16 はい いいえ	
17 定期的に通院していますか	はい いいえ			17 はい いいえ	
18 トイレの失敗はありますか	はい いいえ			18 はい いいえ	
19 夜はよく眠れますか	はい いいえ			19 はい いいえ	
20 もの忘れが気になりますか	はい いいえ	/5		20 はい いいえ	/5
その他の事項について		計			計
21		/20	21		/20

【ご本人記入欄】総合事業・介護予防サービス・支援計画について、同意します。

_____ 年 月 日
氏名 _____ 印 _____

4 総合事業の概要

基準	現行の介護予防訪問介護相当	市の独自の基準による訪問型サービス
種別	みなし	訪問型サービスA
内容	現行の介護予防訪問介護と同様 家事援助が中心	①訪問介護(有資格者)、②訪問介護(研修修了者) 家事援助が中心(②は家事援助のみ)
対象者とサービス提供の考え方	特別な対応が必要な利用者が対象	全利用者(特別な対応が必要な利用者を除く)が対象
実施方法	事業者指定	事業者指定(市の独自の事業者指定も含む)
基準	現行の介護予防訪問介護と同様	人員等を緩和した基準
サービス提供者	介護予防訪問介護事業者の訪問介護員	①介護予防訪問介護事業者の訪問介護員、②武蔵野市福祉公社、シルバー人材センター等に登録した武蔵野市認定ヘルパー
費用	現行の介護予防訪問介護と同様	①250単位/回、②200単位/回

基準	現行の介護予防通所介護相当	市の独自の基準による通所型サービス
種別	みなし	通所型サービスA
内容	現行の介護予防通所介護と同様	現行の介護予防通所介護と同様
対象者とサービス提供の考え方	特別な対応が必要な利用者が対象	全利用者(特別な対応が必要な利用者を除く)が対象
実施方法	事業者指定	事業者指定
基準	現行の介護予防通所介護と同様	人員、設備等を緩和した基準
サービス提供者	介護予防通所介護事業者の従事者	介護予防通所介護事業者等の従事者
費用	現行の介護予防通所介護と同様	時間及び送迎の有無による

【従来の市の独自事業と総合事業の住み分け】

武蔵野市では、これまで介護保険制度の枠外でテンミリオンハウス（住民団体やNPOが市からの補助を受けてミニデイサービス等を提供）等の独自事業を実施してきた。総合事業の開始にあたりこれらをB型サービス（住民主体のサービス）に位置付けることも検討したが、「要介護認定の有無に関係なく利用できる」、「自由に来所できる」、「ケアプランに位置付けなくても利用できる」といった柔軟性を維持すべきという判断により、総合事業に編入することはせず、両事業の住み分けを図ることとした。

【1自治体1サービス自慢】

【武蔵野市認定ヘルパー】

<事業実施前の課題>

- 今後、介護人材が不足することが予想される中、スキルを持った(有資格の)ヘルパーは専門性を要する中重度の高齢者の介護へシフトしていく必要がある。
- 多様な主体によるサービスを拡充する必要があるが、支援の質の担保も求められる。
- 介護予防訪問介護の支援内容の9割以上が家事援助。

↓ そこで

介護福祉士やヘルパー2級等の資格を有していない人でも、市が指定する研修(講義(3日間計18時間程度)及び実習)を受講することで、「武蔵野市認定ヘルパー」(家事援助のみを提供)として働くことを可能にする仕組みを導入。「軽度者に対するサービスの人材確保」、「支援の質の担保」、「まちぐるみの支え合いの推進」の同時の実現を図っている。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)武蔵野市認定ヘルパー養成研修の実施

市の独自の基準による訪問型サービスの担い手となる武蔵野市認定ヘルパーの養成研修を実施した。

【発生した課題と対応策】

- ・これまで介護職員初任者研修を実施し、ヘルパーに関する研修のノウハウを有している武蔵野市福祉公社に当研修の実施を委託。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・ヘルパーとしてスムーズに業務に就くことができるよう、講義（3日間計18時間）だけでなく、実地研修（同行訪問）も実施。また、サービスの質の維持を図るため、年1回のフォローアップ研修も必修としている。

【取り組みの成果】

- ・研修体制を充実させることで、ヘルパーとして働いた経験がなく、サービス提供に不安を感じていた方も安心して事業に従事できる。

(2)短期集中機能訓練(通所型サービスC)の検討

短期集中機能訓練（通所型サービスC）をモデル事業として実施し、効果等を検証した上で、本格実施に移行するか検討する。

【発生した課題と対応策】

- ・これまで以上に介護予防の効果を高めていくには、高齢者の社会参加を促進すると同時に、要介護状態の手前で自立に戻ることでできる仕組みを導入するなど、取り組みの重層化が必要。そのため、OT、PTによる3か月間の短期集中機能訓練を実施することとした。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・通所介護事業所、クリニックによる事業実施を決めたが、事業者にとっては既存の業務の枠の外にプログラムを設定する必要があり、条件面での調整が難航。

【取り組みの成果】

- ・平成28年1月より市内2箇所で短期集中機能訓練のモデル事業がスタート。3か月間の効果等を検証し、平成28年4月以降の本格実施についての検討材料とする。

(3)介護予防事業の整理・体系化(移行前から継続)

介護予防事業を効果的、効率的に実施するため、全庁的に事業の整理、体系化を行う。

【発生した課題と対応策】

- ・複数の部署（団体）でバラバラに介護予防事業を実施していたことにより、連携や情報の共有が図られず、利用者の状態が変化した際に他の事業へのスムーズな移行ができていないなどの課題が発生していた。そのため、関連部署の職員により構成する「介護予防連絡調整会議」を設置し、全庁的に事業の整理・体系化を進めている。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・介護予防を前面に掲げていないがその効果のある事業を含めて検討を進めるため、生涯学習の担当部署も会議に参加。

【取り組みの成果】

- ・介護予防事業のデータベースの作成（事業の体系化、見える化）、効果測定方法の統一化等により、各部署の連携の推進、事業運営の効率化が図られている。

6 取り組みのポイント

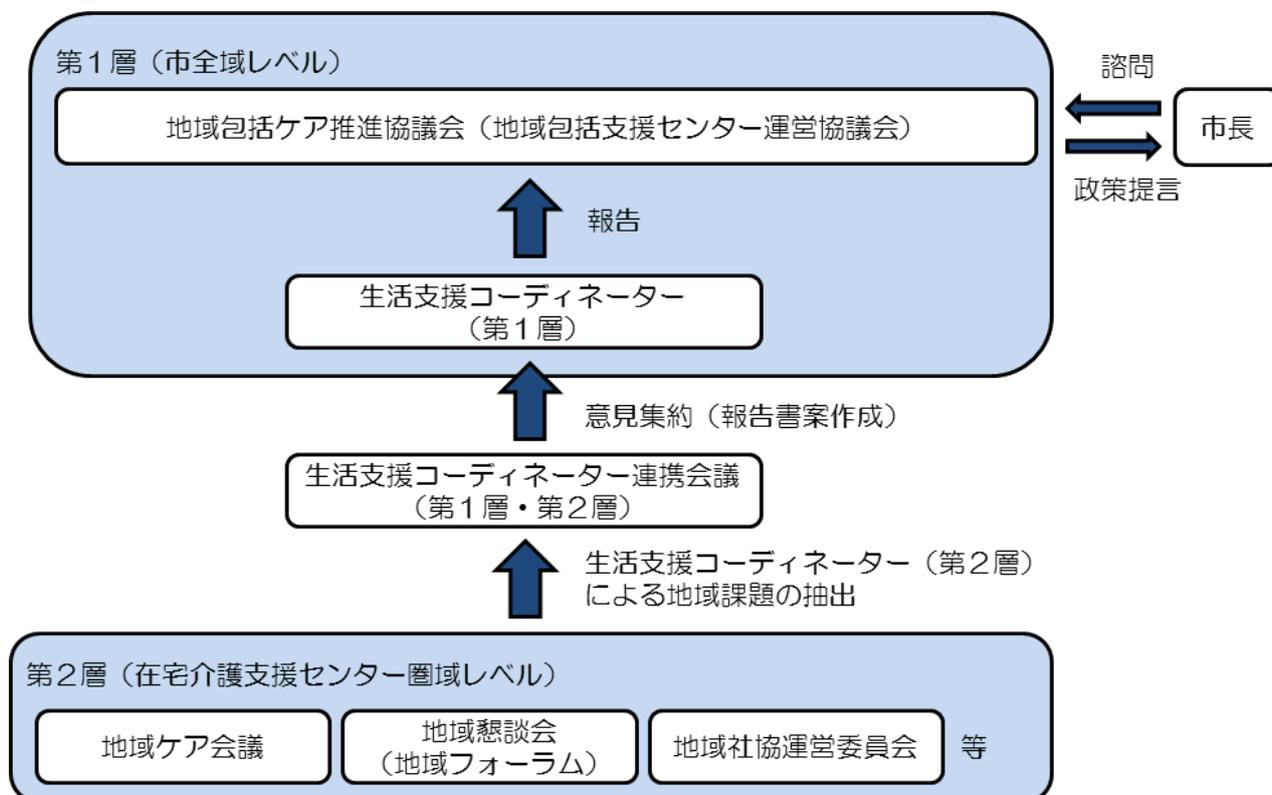
1

○生活支援コーディネーターとの有機的な連動を図った協議体の構成を計画

協議体を設置する上で、

- ・協議内容に実効性を持たせる（会議のための会議としない）
- ・議論されたことをオーソライズされた政策提言とする（単なる意見で終わらせない）
- ・既存の会議体を活用し、会議体の乱立を防ぐことが必要と考えた。

そこで、協議体と生活支援コーディネーターの有機的な連動を重視した構成のもと、平成28年度に協議体を設置することを計画。



<ポイント>

- ・既存の地域包括支援センター運営協議会を、地域包括ケア全般について協議する「地域包括ケア推進協議会」に発展、拡充し、協議体の第1層に位置付ける。

【地域包括ケア推進協議会のメンバー】

- ・学識経験者、医療関係者団体（医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道整復師会）、介護保険事業者（居宅介護支援事業者、訪問介護事業者、特別養護老人ホーム）、権利擁護事業担当（福祉公社）、地域福祉関係者（民生児童委員、地域福祉活動推進協議会、市民社会福祉協議会（平成28年度より））、高齢者団体（老人クラブ連合会、シルバー人材センター（平成28年度より））、第1号被保険者、第2号被保険者
- ・地域ケア会議等を第2層の協議体に位置付け、第2層の生活支援コーディネーターが参加。
- ・生活支援コーディネーター連携会議（第1層・第2層）で地域課題の意見集約を行う。
- ・第1層の生活支援コーディネーターが「地域包括ケア推進協議会」に報告。
- ・「地域包括ケア推進協議会」から市長に政策提言を行う。

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

地域における支え合いの活性化を図るために、取り組みの軸足を市主導のサービスの整備から地域の自主的な活動の支援にシフトする。

【個別の課題と展開方針】

◎地域における自主的な介護予防活動の支援

幅広い高齢者が介護予防活動に参加できるよう、地域の自主的な活動の支援に力を入れていきたいと考えている。

◎武蔵野市認定ヘルパーの拡充

武蔵野市認定ヘルパーの年齢構成が40歳代3%、50歳代10%、60歳代36%、70歳代46%、80歳代4%となっており、高齢者が高齢者を支えるという点においては総合事業の趣旨に沿うが、事業の安定的運営の確保の観点からは、より若い世代の参加を促進する必要がある。そのため、今後はターゲットをより明確にした広報活動等を展開していきたいと考えている。

◎ボランティアポイント制度（「シニア支え合いポイント」）を活用した地域の支え合いの推進

高齢者の社会参加を促進し、地域における支え合いを推進するため、28年度からボランティアポイント制度（「シニア支え合いポイント」）を試行実施、拡大実施、本格実施と段階的に施行する（地域支援課主管）ことを検討中。

奈良県 生駒市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

総合事業の移行を早期に行った背景には、平成24年10月から取り組んだ「市町村介護予防強化推進事業（以下、「モデル事業」という。）の影響が大きかったと思う。モデル事業に参加した13の市町村は、今から3年前に軽度認定者や虚弱高齢者の【自立支援】を考える上で必要な「事業のメニュー」や「居場所づくり」を検証できる機会に恵まれた。本市の総合事業の枠組み作りの特徴のひとつである、状態像別（集中介入期・移行期・維持期）の事業を創出・整理できたのもこのモデル事業がきっかけだった。モデル事業が早期移行を叶えてくれたので、モデル事業で私たちが学んだ6点をここに記しておきたい。

- ①高齢者が生活支援サービスを利用する背景に年齢・性別・価値観・世帯状況の変化・今までの暮らしぶりが大きく影響を及ぼす。
- ②要支援状態の高齢者のADLはほぼ自立しており、IADLは①の状況による個人差が大きい。
- ③高齢者及び周囲の関係者や家族も、「可能性」よりも先に「あきらめ」の感情を抱くことが多い。
- ④生活不活発病の大半は、早期に介入し、適切に手当することで自立に導くことができる。
- ⑤要支援状態の方への支援は、プロでない人でも対応できる人々が一定数存在する。
- ⑥①～⑤の状況を踏まえ、保険者として住民に真に必要なサービスを創出していく責務を全うする。
- ⑦総合事業の周知や啓発には、さまざまな工夫が必要で、事業紹介には手作りのDVDやリーフレット作成、フォーラムや出前講座、広報いこまちへの掲載など、ありとあらゆる方法を検討している。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

面積 53.15 km²
人口 120,893人 (H27.4)
高齢者人口 30,282人 (H27.4)
(高齢化率) 25.05%
後期高齢者数 12,499人
世帯数 48,784世帯 (H27.4)
要介護認定者数・認定率 4,715人・15.6% (H27.4)
介護保険料(基準) 第6期第1号保険料: 4,759円
地域包括支援センター 直営(0)、委託(6)
訪問介護事業所 24箇所 (H27.3)
通所介護事業所 33箇所 (H27.3)

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

地域診断、資源の発掘(H24年9月～)

地域ケア会議「自立支援型」(H24年10月～)

モデル事業の実施(H24年10月～)

移行までの計画を策定(H26年12月～H27年2月)

早期移行の体制の確立(H26年10月～)

事業内容、料金形態等の検討(H27年1月～)

利用者・事業者・住民等への周知・説明会(H27年1月～3月)

地域包括支援センターは、当初から車の両輪⇒市と一緒に移行準備を進めてきた。

新しい総合事業に移行(平成27年4月)

【移行後～平成27年12月末現在】

多様なサービスより開始・自立支援型地域ケア会議の徹底(H27年4月)

ケアマネ向け総合事業の研修(H27年4月)

現行相当の移行に向けた事業者説明会の実施(H27年8月)

医師会向け総合事業の説明会の実施(H27年8月)

通所介護・訪問介護事業を総合事業に移行(H27年10月～)

毎月、地域包括支援センターと総合事業の推進に関する会議や打ち合わせを実施。細かなルールを取り決める。事業対象者の捉え方などのルール化。

総合事業への移行までの取り組み概要

1. 総合事業への移行検討

当初、平成28年4月に総合事業の移行を検討していたため、第6期介護保険事業計画も平成26年12月末時点では、平成28年度開始の計画を盛り込んでいたが、上限額の問題や移行できる事業が既に存在するなどの理由から、現場の地域包括支援センターの声や介護保険運営協議会の意見等も踏まえ、急遽、平成27年4月に移行することに方向性を変え、必要な事業数を算定し、議会や市民・事業者の理解を得た。

2. 役割分担

介護保険課・(旧)予防推進係と認定係、(旧)高齢福祉課で、総合事業への準備を検討。

窓口フローチャートの作成や事業対象候補者の二次アセスメントを実施するための「二次アセスメントツール」の開発を在宅医療・介護連携の場において議論し、ツールを開発。

3. 移行内容の決定

モデル事業から実施してきた事業を平成26年度に地域支援事業の枠組に収め実施してきたため、

それらの事業を総合事業に組み替え、スムーズな移行を目指した。

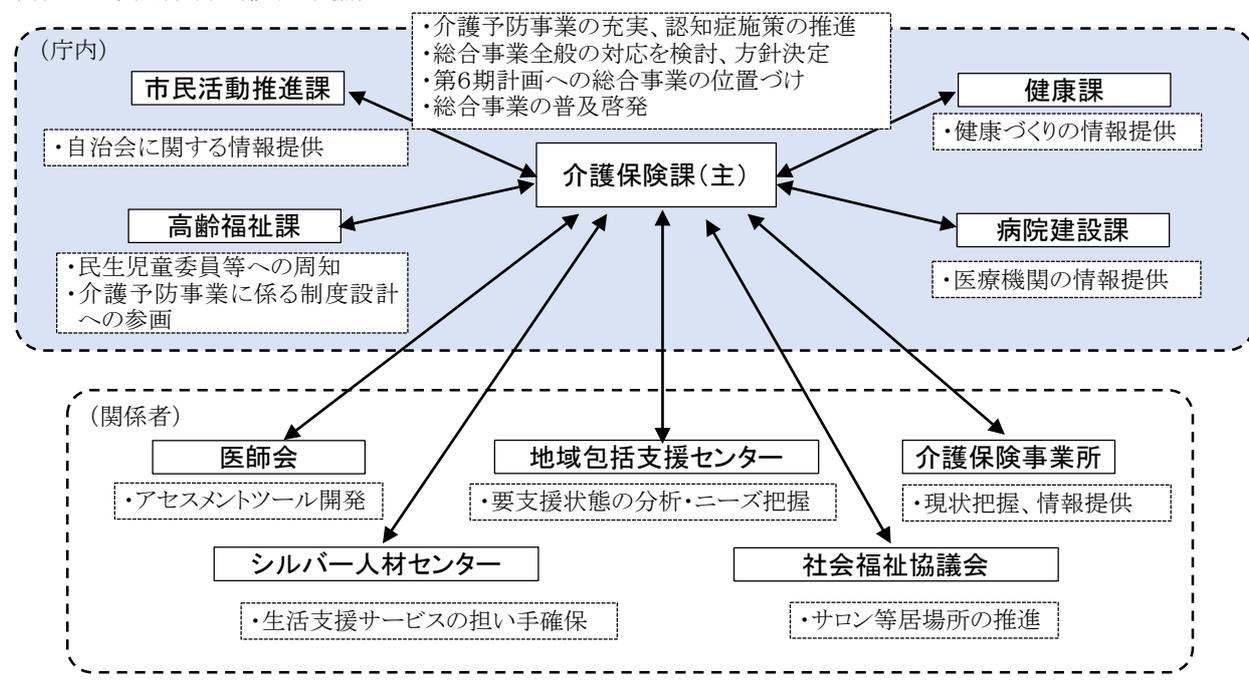
4. 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所・事業者との調整

地域包括支援センターとは、帳票の作成からどのような状態像の方がそれぞれの事業に参加がふさわしいかを考えるクロス票の作成や支払事務に関することまで詳細に打ち合わせや会議を重ね、齟齬のないようにしてきている。また、居宅介護支援事業所や介護事業所向けの研修も重ね、総合事業の理解を促進してきた。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制

平成 26 年度体制（移行準備）



主な取り組み内容等

(1) 新規相談時の対応(フローチャートの作成)

【発生した課題と対応策】

- ・新規に介護保険の窓口や地域包括支援センターに介護認定の申請等に来所された方への対応を平準化するために、保健師以外の職員でも対応可能な窓口フローチャートを作成する必要性を感じ、旧高齢福祉課と介護保険課・地域包括支援センターが話し合いながら本市の基準を作成した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・新規で介護認定を申請するために介護保険課の窓口に来所する人が何人くらいいるかを調べ、代行申請の数が多いことがわかり、丁寧に窓口で説明・対応できることがわかり、フローチャートおよびマニュアルを作成し、事務でも対応できる流れを作ることができた。

【取り組みの成果】

- ・準備段階から様々な場面を想定し、生駒市基準を取り決め、丁寧に窓口等で市民の相談に応じながら、適切に介護認定を進めるのがいいのか、事業対象者として対応するのが良いかについて、おおよその職員が理解し、対応している。

(2)アセスメントツールの開発

【発生した課題と対応策】

- ・介護予防ケアマネジメントの質を高めるために計画作成者が共通に使えるアセスメントツールを開発することで、見落としそうな課題を抽出し、計画に反映させることができるものがあることで、委託先の地域包括支援センターのプラン作成に関する平準化が図れるのではないかと考えた。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・基礎体力のことや疾病の管理のこと、水分と便秘の関係や不眠と活動との関連性、外出しづらい環境因子や、活動や参加に結び付けにくい個人因子など、ICFの考えにもそった内容のツールを開発することで、予防プランに馴染みのない人でもどこをポイントに対象者を見ていくことが大切かわかる内容のものを開発した。
- ・アセスメントツールに関しては、医療・介護連携会議を活用し、医療的な立場の者と介護の現場の者の意見を集約した。毎回の開催が、夜9時以降であったが、欠席者がなく、毎回、遅くまでツールの内容や活用方法について熱く議論することができた。
- ・アセスメントツール作成会議には、医師会の先生が2名、歯科医師会・薬剤師会の先生方や訪問看護職員も加わっていただいております、医学的な見識から高齢者をとらえていただくのみならず、介護予防の必要性や市の様々な事業への更なる理解を深めることにつながった。

【取り組みの成果】

- ・平成27年度にも作成途中のものを使用しながら、使い勝手の悪さや不足の情報等を洗い出し、常に改編しながら進めてきたことにより、平成27年12月によりやくほぼ完成に近い形に仕上げることができた。
- ・現在、予防プランにもなじみが少なかった職員もアセスメントツールを活用しており、ツールがなければついつい要望に流されてしまいそうところを、根拠をもって、ニーズの拾い出しができるようになってきたと報告を受けている。
- ・介護予防ケアマネジメントの質が高まってきており、地域ケア会議に生かせる帳票になっている。

(3)多様なサービスからのスタート

【発生した課題と対応策】

- ・本市は他市とは異なり、システム改修が間に合わず、現行相当を予防給付に残した形で、多様なサービスを先に4月から移行させて総合事業を開始した。
- ・事業対象者で4月～6月まで集中Cのサービスを利用していた人が、卒業後体調を崩し、7月に要支援認定を受け、予防給付のデイサービスに移行した。まだ10月になっていなかったため、予防給付で対応できると思っていたが、いったん、事業対象者となった人がその後、要支援・要介護認定を受けてデイサービスを利用した場合は、みなしでの取り扱いになることを見落としとしており、要綱の見直し等が発生した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・10月から現行相当を移行させることに伴い、すべての利用者にサービス利用に関する契約の変更や介護予防支援の契約から第1号介護予防ケアマネジメントへの契約変更等が生じることになり、関係者はその事務的作業に追われる苦労があった。
- ・丁寧に説明会や研修会を開催し、現場のフォローを行った。

- ・国や先行自治体に情報をいただきながら、要綱の改正等を行い、対応ができた。

【取り組みの成果】

- ・特に大きなトラブルもなく経過している。

(4) 現行相当サービスの基準・単価、多様なサービスの利用料への対応について

【発生した課題と対応策】

- ・現行の予防給付は、包括単価であり、回数単価を用いれば、給付費の低減につながるが、事務の簡素化を考え、従前と同様の取り扱いとし、A1・A5のコードが変わるのみであるという説明にこだわった。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・事業所の理解は得られやすい。

【取り組みの成果】

- ・事業所のみなし指定拒否は基本、市内はなかった。

(5) 介護予防ケアマネジメント料への対応

【発生した課題と対応策】

- ・介護予防ケアマネジメント料については、地域包括支援センターの法人理事者とも協議の場を持ちながら、料金の設定を行った。
- ・第1号介護予防ケアマネジメント費については、奈良県の国保連合会では対応できないこともあり、市が直接支払うため、重複請求になっていないか、請求漏れがないかなどのチェックを行う手間が増えた。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・アセスメントツールを市独自で作成したことにより、マネジメントの時間短縮が図られることもあり、現行の介護予防支援のプラン料金より下げた額で合意形成が図れた。
- ・現場を持つ地域包括支援センターと請求の誤りを少なくするための帳票確認表等を共に作成している。

【取り組みの成果】

- ・10月以降、現行相当が移行してきたため、プラン数が大幅に増えたが、何とか市でプランの支払い事務ができています。

(6) 組織体制について

【発生した課題と対応策】

- ・平成27年4月に総合事業を移行するには、旧介護保険課・予防推進係の人員（係長1名、保健師1名、事務2名、臨時職員1名、担当補佐1名）のみでは、給付管理や新規事業者の指定業務、ケアマネジメントの適正化に新しい事業の創出や人材の創出、医療介護連携の促進や認知症施策の推進等、あまりに多い課題を解決することはできないと考え、組織の改編を求めた。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・旧介護保険課の予防推進係を旧高齢福祉課に係りごと運び、新しく高齢施策課と課の名称も変更し、包括ケア推進係と係りの名称も変えて、地域支援事業を推進していく意思を固めた。

【取り組みの成果】

- ・組織改編をしたことにより、包括ケア推進係には保健師1名、事務1名が増え、一般介護予防事業を高齡対策係に回すことにより、2係で協力し合って総合事業を推進する体制を整えることができた。

4 総合事業の概要

基準	訪問型サービス	通所型サービス
種別	現行相当	
内容	予防給付と同様	
対象者とサービス提供の考え方	要支援1・2、事業対象者	
実施方法	指定	
基準	予防給付と同様	
サービス提供者		
費用		

基準	パワーアップ PLUS 教室	パワーアップ教室	転倒予防教室
種別	集中 C(通所型)	集中 C(通所型)	集中 C(通所型)
内容	週に2回・送迎付サービス 理学療法士・作業療法士・ 看護師・介護福祉士・運動 実践指導者等の専門家＋ ボランティアで運営。パワ ーリハビリの機器を活用 し、集中 C の訪問型とセッ ト利用。	週に1回・送迎付サービ ス、看護師・運動実践指 導者・管理栄養士・歯科 衛生士等の専門家で口 腔・栄養・運動の複合プ ログラムを提供。	週に1回・送迎無。理学療法士 と運動実践指導者とボランティ アで運営。座学と転ばない体づ くりのメニューを提供。
対象者とサービス提供の考え方	要支援1・2、事業対象者		
実施方法	委託	委託	市直営
基準			
サービス提供者	社会福祉協議会	社会福祉法人	市
費用	利用者負担なし		

基準	ひまわりの集い	パワーアップ PLUS 教室	生活支援サービス
種別	緩和 B(通所型)	集中 C(訪問型)	緩和 B(訪問型)
内容	住民主体のミニデイサー ビスで、レクリエーション と脳トレと会食が主。	理学療法士と保健師と 地域包括支援センター が訪問し、自宅と自宅周 辺の環境をアセスメント し、ADL・IADL の向上の ために必要な課題を抽 出し、通所型と連携して 課題解決に向けた支援 を行う。	介護保険の制度に準じた生活支 援サービスを地域包括支援セン ターが立案する訪問介護計画書 に基づき、シルバー人材センタ ーの会員で、市の生活支援サー ビスの担い手になるための研修 を受講した者がサービスを提供。
対象者とサービス提供の考え方	要支援1・2、事業対象者		
実施方法	委託	市直営	委託
基準			
サービス提供者	生駒市健康づくり推進員 連絡協議会	理学療法士・保健師	シルバー人材センターの会員で 一定の研修受講者
費用	食材料費 300円/回	利用者負担なし	1時間160円

【1自治体1サービス自慢】

(パワーアップPLUS教室)

短期集中予防サービスとして創出している本教室は、週に2回・2時間、3か月間送迎付きでセラピストや看護師などの医療職を導入し、ICFの考え方を大切にしたアプローチを行っている。訪問型の集中Cと通いの集中Cがセットとなっているため、自宅での様子や自宅周囲の環境も勘案し、個別課題を通いの場で解決していける心身機能の仕上げを行う。生活不活発病の人はほとんど6か月利用することなく、3か月で卒業し、教室依存者も生まれないのがPLUS教室の自慢である。卒業生の中には、サポーターとして通い続け、そこがその人の居場所となることもあり、生き生きと次のクルールの参加者を迎え、優しくアシストする。新しい参加者の不安を払拭する役割や希望を見いだせるサポーターの活躍は大きい。特にボランティアに移行するための研修を企画したわけでもなく、自然の流れに任せている。その方が先輩ボランティアの出番も増え、新しいボランティアも率先してサポートをおこなってくれるからだ。訪問型では、家族への生活指導や参加者へのセルフケアの推進、自宅で過ごしにくい動作の確認を行い、通所の個別プログラムに反映することで、短期間にできることが増えていき、結果、教室を巣立っていくのである。

(ひまわりの集い)

生駒市健康づくり推進員連絡協議会が、週に1回と隔週1回のレクリエーションと会食を中心とした教室運営に+αして、地域のサロンを巡る「地域巡回型のひまわりの集い」として一般介護予防事業の取り扱いにて、年間12回の出前型会食サロンも実施。一つの団体のみでは、全市のサービスが担えないことから、一般の介護予防事業やサロン運営者のところに出前講座で巡回し、簡単調理を提供することで、孤食の高齢者たちの支援を全市で行えるよう次年度から積極的に提供。平成28年度からは機能訓練教室(わくわく教室)と協働し、地域展開の場所を拡大するために定期的に介入し、教室開催数を増やす予定。

(生活支援サービス)

平成28年2月の広報に特集を組み、新たな担い手を募集し、3月に研修会を企画。高齢者が高齢者を支える仕組み作りは継続して実施していく予定。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

実施体制

今後、さらに膨らんでいく地域支援事業に耐えうる組織にしなければと、現在、組織改編に向けての動きを行っている。人員体制を強化してもらうとともに、制度運営が行いやすい体制の構築に向けて日々進んでいる。

現在は、高齢施策課の包括ケア推進係が、包括支援センターの統括を行い、支援困難ケースのフォローや困難ケースの認定調査、高齢者虐待対応や高齢者虐待の防止に向けた取り組み、総合事業に関する事業対象者の資格証の発行や給付管理、介護予防ケアマネジメント業務の指導、多様なサービスの創出、生活支援体制整備の準備や在宅医療・介護連携の促進など多くの業務を係長1名、保健師2名(1名は育児休暇中)、事務3名(1名は新採)と臨時職員1名で回している状況である。

(1)介護予防ケアマネジメントに関して

【発生した課題と対応策】

- ・「自立支援」に向けた介護予防ケアマネジメントを委託先包括が主に実施しているが、「要支援切り」と新聞など報道が伝える為、誤った認識で総合事業をとらえる事業者もあり、「サービスを切っていくのでは？」と疑われることがあった。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・不安に思う事業者がいても当然なので、電話ではなく、必ず顔を合わせる時間をとるように対応している。総合事業の趣旨説明や「要支援切り」ではなく、「地域づくり」を重んじている話をしながら、現場の現状についても丁寧な聞き取りを行い、事業者の立場も理解するように努めながら、常に実態を把握するようにしている。
- ・サービスの周知がなされるまでは、プロの訪問介護からシルバー人材センターの生活支援に切り替わったケースや デイサービスを終了したケース、新規でデイサービスや訪問介護を利用したケースなど、どのようなアセスメントの結果、そうなったかについて詳しく1ケースごとに包括に確認するなどしながら、介護予防のケアマネジメントが滞りなく進められているかを市が確認している。

【取り組みの成果】

- ・介護予防ケアマネジメントの質が向上し、なぜ？そのサービスをプランニングしたかを根拠と自信をもって説明できる包括に変わってきている。
- ・市民からの苦情も直接市には上がってきてはならず、集中Cのサービス卒業者や家族からは「こんな事業に巡り合えて本当に良かった」という嬉しい声も聞こえてきている。

(2)総合事業のケアマネジメント費

【発生した課題と対応策】

- ・奈良県内は、第1号ケアマネジメント費は直接市に請求することになっているため、実際にケアマネジメントを行っていない地域包括支援センターの事務職が給付管理を行う中で、市への請求分（第1号ケアマネジメント）と国保連への請求分（介護予防支援費）が重なっていないかについて、市で二重にチェック・管理する必要性が生まれた。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・利用者についての個票を各包括支援センターで作成してもらうなどしながら、予防給付を利用していないかどうかを月まとめて報告する報告書を独自で創るなどしながら、チェックをかけている。

【取り組みの成果】

- ・請求誤りが少なく、順調に請求事務が進んでいる。

(3)新規事業者の指定について

【発生した課題と対応策】

- ・介護保険事務に慣れていない職員ばかりで、事務を回しているため、総合事業の新規指定事業者の指定事務について、都道府県によって書類が若干異なることもあり、都道府県に出したものと基本同様といっても書類がうまく整わないなどがあり、確認作業に時間を要した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・奈良県の指定業務を行っている方々に個別に時間をとってもらいながら、指定業務等について細かなアドバイスをいただくなどして支援してもらった。

【取り組みの成果】

- ・奈良県のバックアップもあり、なんとか、事務も遂行できている。

(4)生活支援体制整備の構築に向けて

【発生した課題と対応策】

- ・生活支援体制整備の構築に向けて、住民自治を推進していく「市民活動推進課」と特に連携強化し、中地区でフォーラムを開催し、県の次長を招き、地域包括ケアの構築について基調講演をしてもらった後、高齢施策課課長による「地域力の向上」に向けた講話を行い、地域の課題を共に抽出し、できることから始めようという気運を高めることができた。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・担当課のみでは限られたことしかできないが、庁内での連携を強化することで地域づくり・まちづくりは徐々に形になっていくと感じている。

【取り組みの成果】

- ・継続して集まり、話し合いを続ける中で、地域の中でできる生活支援や介護予防の取り組みを拡充していこうという流れが生まれている。

(5)市民への啓発

【発生した課題と対応策】

- ・総合事業の趣旨やこれから行っていく生活支援体制整備については、市民にあらゆる機会を通して啓発することが大切であると考えている。地域力を活かすためには、とにかく気づきを促すことであることから、広報いこまちの特集で買い物支援を取り上げてもらった。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・生駒市の中で、高齢化の進んでいる地域が自治会をあげて、地域の課題を掘り下げ、買物難民が多い現実を突き止め、自らが発信し、移動販売車を始め、商店の方々が食品を持ち込んでくれる「土曜市」を開催していることなどを紹介し、その記事と併せて生活支援サービスの実態を啓発。新たな担い手をこの特集号に募集する予定である。

【取り組みの成果】

- ・広報はまだ配布されていないが、反響は大きいと予測されるため、3月開催予定の生活支援サービスの担い手向け研修に手を挙げてくれる人が多く現れることを期待したい。

6 取り組みのポイント

1

○集中Cの事業を一般化するために

忙しいけれど、良い事業は視察を受け入れることにより、事業に携わる住民、参加する住民、そしてサービスを提供する事業者が良い刺激を受けており、集中Cのサービスを利用している事やそこでサポーターをしていることに誇りを持つ高齢者が増えている。

他府県からわざわざ見に来る事業に参加している、そうした事業を提供している・・・共にモチベーションがあがり、好循環を生んでいる。こうした積み上げが「介護予防の推進」を地域に後押しさせるのではないかと思っている。

○国の類型に縛られない、自由な発想をもつ

さまざまな類型があるが、本市は一般介護予防事業と集中Cがあり、そこに緩和型Bの事業がいくつかそろっていくことで、地域は回ると考えているため、しばらくは緩和A等の類型の創出は考えていない。わが町が元気であり続けられるようにするには、やはり地域に多くの居場所があり、そこで不自由になると集中Cにしばらく通い、また、元の地域に戻る流れが一番ではないかと感じている。そのために、一般介護予防事業の幅広い展開に積極的に取り組んでいく意気込みである。

2

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

生駒市は、平成11年度から今の高齢者数が半数であった頃から「介護予防の推進」と「地域のネットワークづくりの推進」をスローガンに地道に高齢者の居場所づくりも展開してきている。集中Cのイメージが強い本市ではあるが、介護保険制度がスタートする前から、「介護予防ボランティア」の養成や高齢者サロンの推進を行うために「地域ボランティア講座」などを12年以上前から開催するなど、地域づくりにも力を注いできている。今後はさらに歩いて15分程度の距離の場所に目的の異なる多くの居場所ができるよう一般介護予防事業に力を注いでいきたいと思う。

その一方で、介護人材不足の問題を近々の問題として、介護事業所ともよく話をしながら、わが町の介護の提供体制をしっかりと捉え、健全な介護保険運営を目指していきたいと思う。

【個別の課題と展開方針】

◎規範的統合についての意識化

超高齢社会の到来に向け、市民・事業者・保険者等が共通の理解をもち、地域全体で高齢者を支えられるような街づくりを推進していく意識を強くもつことが重要なため、そのようなことが考えられるような機会・場を積極的に創っていきたいと考えている。

東京都 稲城市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

稲城市介護保険事業計画（第6期）における将来推計では、平成37年（2025年）には平成26年度と比較して第1号被保険者が1.3倍、要介護（支援）者が1.9倍、標準給付費が2.6倍となることが予測されている。

こうしたことをふまえ総合事業への取り組みの考え方について検討を行い、早期移行が必要との結論に至った。稲城市の早期移行の理由は以下のとおりである。

【1】介護サービス基盤整備への時間的制約と危機意識

稲城市では10年後の地域の介護問題が相当に厳しいものと認識した。1～2年もの期間を準備に充てるほどの余裕はなく、スピード感を持って政策的に介護サービス基盤の整備を行っていかねばならないと判断したのである。生産年齢人口が減少する時代を迎え、2025年の介護需要に対応することは地域において自然体では達成できるものではない。10年後には現在のサービス水準を維持することさえ難しいのではという、強い危機意識を持った。

【2】被保険者の負担増を求める一方で、サービス基盤の構築の作業を事務の都合で遅らせることは住民理解が得られない。

平成27年4月の介護保険制度改正では、被保険者の保険料の引き上げをはじめ、一部利用料負担の増など、被保険者の負担増と、総合事業、在宅医療・介護連携推進事業、生活支援体制整備事業及び認知症対策推進事業を中核とした地域包括ケアシステムの構築がセットになっている。負担増だけ先に始めるというのは住民の理解が得られないと判断した。

【3】早期の実施が効率的かつ戦略的に有利

稲城市では早期移行により保険料が確実に抑制できる試算結果がある。重点化に対応して介護サービス事業者が専門性の高い人材確保に早期に着手できることになり、地域に多様なサービス提供主体を早期に開発し、また定着させることは、市民への期待にそうこととなると判断した。

以上により、稲城市では、この「介護予防・日常生活支援総合事業」に併せて、「在宅医療・介護連携推進事業」、「生活支援体制整備事業」、「認知症対策推進事業」を平成27年4月から全て実施し、バランスよく地域包括ケアシステムの構築を図ることが必要と考えた。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ) ※人口は10月1日時点認定者数は9月30日時点

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)		市内介護保険サービス事業所データ(施設数)	
面積	17.97 km ²	訪問型介護施設	17 箇所
総人口	87,326 人	通所型介護施設	18 箇所
世帯数	37,720 世帯	居宅介護支援事業所	10 箇所
高齢者人口	17,582 人	総合事業関連データ	
後期高齢者人口	7,375 人	事業対象者数	203 人
認定者数	2,431 人	総合事業事業者数(みなし除く)	10 事業者
介護保険料(基準額)	月額 4,800 円 (第5期 4,400 円)		

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

実態把握と課題分析
(平成 26 年 5 月～9 月)

介護保険運営協議会での検討(平成 26 年 5 月～平成 27 年 1 月)

サービスの類型の設定と基準・単価の
検討・決定(平成 26 年 9 月～平成 27
年 2 月)

事業者・地域包括支援センター
への説明会、Q&A の発出(平成
26 年 12 月～平成 27 年 3 月)

市民への周知
(平成 27 年 1 月～3 月)

要綱などの検討、作成
(平成 27 年 1 月～3 月)

事業者指定手続
き(平成 27 年 2
月～3 月)

課内の業務分担
の整理(平成 27
年 2 月～3 月)

新しい総合事業に移行(平成 27 年 4 月)

【移行後～平成 27 年 12 月末現在】

総合事業に関する事務の整理(平成 27 年 4 月～)

事業者からの問い合わせ対応、情報交換会の開催など(平成 27 年 4 月～)

新しいサービス創出のための検討(平成 27 年 4 月～)

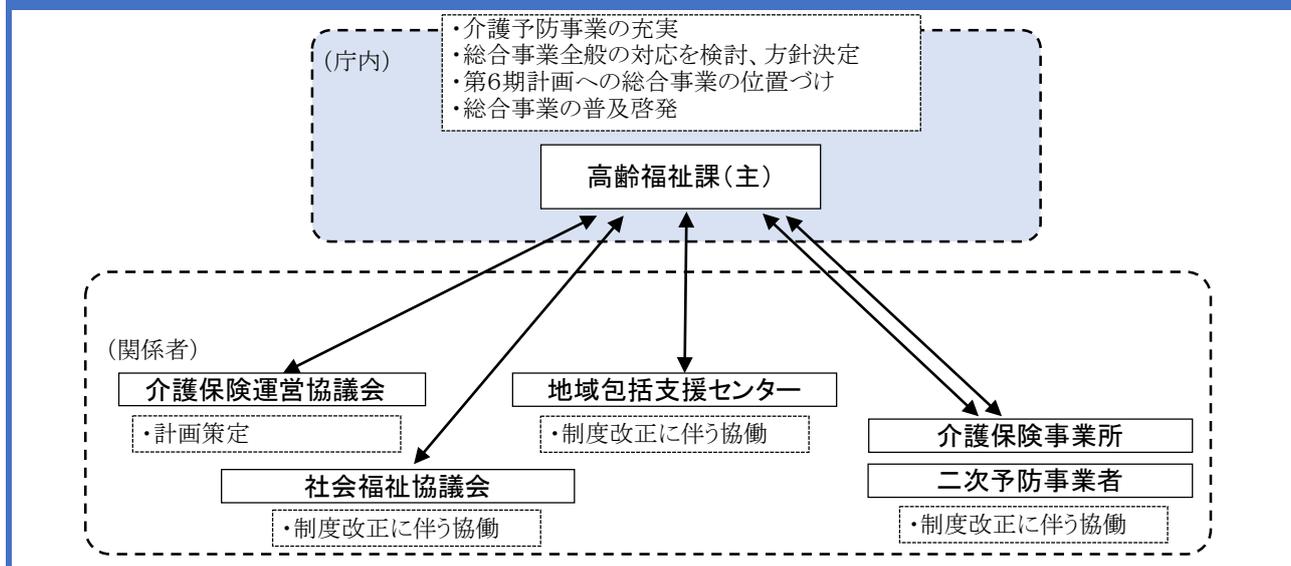
総合事業への移行までの取り組み概要

稲城市では、準備要員を配置することができないという事情もあったが、「効率的」かつ「効果的」、さらに「円滑」に移行することを基本方針とした。この基本方針をベースに移行準備に取り組んだ。具体的には以下の通りである。

- ①現に市内で提供されているサービスを移行対象とすること
- ②サービス提供事業者は希望によりすべて移行できるようにすること
- ③指定事業者制を基本とすること
- ④報酬額、人員体制、運営方法等は、移行前の実績等を考慮して設定すること
※移行後一定期間が経過した時点で、必要な見直しを行うこと
- ⑤多様な主体によるサービスの創造は、平成 28 年度以降の導入を検討すること

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 実態把握と課題分析

【発生した課題と対応策】

- ・総合事業に移行した場合、現状ではどれくらい移行ができそうか。
→介護予防プランの内容を確認することで、保険外サービスの利用状況や、介護予防ケアマネジメントへの移行割合などの試算を行った。
- ・これまで、日常生活圏域ごとには地域資源について情報収集を行っていたが、市全体として情報を一元化し、全体の「見える化」を行った。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・帳票や、データの収集だけでなく、地域包括支援センターのヒアリングも行い、新しい総合事業に移行した場合の具体的なイメージを持って移行作業を行った。

【取り組みの成果】

- ・総合事業のサービス種別の構成を検討するための基礎資料となった。

(2) 介護保険運営協議会での検討

【発生した課題と対応策】

- ・第6期の計画は大きな改正があり、今までのように3年スパンから2025年を見据えた計画の策定
→第6期介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と名づけ、第6期以降の長期的な視点を持ちながらの計画に位置づけた。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・事業計画担当職員を増員、3係（介護保険係：介護保険担当、地域支援係：地域支援事業、介護予防担当、高齢福祉課係：施設整備、一般施策担当）を横断する作業チームを作って、計画策定に向け事前検討を重ねることで、運営協議会での地域包括ケア計画の策定がスムーズにすすんだ。

【取り組みの成果】

- ・早期に平成 27 年 4 月からの移行方針が決定し、準備を進めることができた。また、総合事業以外の施策についてもバランスよく始めることができた。

(3)サービスの類型の設定と基準・単価の検討・決定

【発生した課題と対応策】

- ・サービス事業の単価設定をどのように決定するか
→ (1) で行った実態把握、課題分析より現行委託料や介護報酬を前提として、総合事業へ移行するためのシミュレーションを重ね事業者の同意を得て決定した。
- ・人員、設備及び運営基準をどのように決定するか
→ 予算上限額や保険料影響額の試算なども参考に、円滑移行ということを念頭に、最大限利用者や事業者には混乱がないような基準設定とした。
→ 都指定事業所と併設サービスの基準の設定について、都と調整するが、総合事業の理解がなく、難航したため、併設については見送った。
- ・請求コードの設定については、東京都国保連の担当者とやり取りを行い、市の事業を理解してもらった上でアドバイスをうけた。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・送迎について、加算ではなく体制のありなしで単価をわけることで、請求上の混乱を避けることができた。
- ・通所型サービスCについては、事業者の特性を最大限活かしつつも、一定水準のサービス提供ができるように、人員・設備基準をいくつか作成し、それぞれの事業所に合わせた形とした。

【取り組みの成果】

- ・委託事業の内容から大きな基準変更をすることがなかったため、ほとんどの事業所がサービス事業の指定を受け、サービスを開始することができた。

(4)事業者・地域包括支援センターへの説明会、Q&Aの発出

【発生した課題と対応策】

- ・事業者側も総合事業のガイドラインを読むなど制度改正に対応しようとする動きはあったが、事業者自身の実務にどのような変更が発生するのかが分かりづらく、理解が進まなかった。
→ 市より繰り返し説明の機会を設け、Q&Aの発出などを行った。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・関係者の理解度を深めるために、総合事業の制度だけではなく、今後の稲城市の高齢化の状況なども情報提供し、「地域包括ケアシステムの構築」が必要であるという点から説明することで、規範的統合を図った。
- ・国保連への請求や利用者との契約など、介護保険事業者に発生する直接的な事務についても担当職員が流れを把握し、様式案を示しそのうえで変更点を周知した。
- ・Q&A集を作成し、わかりづらい部分についての関係者での情報共有を行った。

【取り組みの成果】

- ・移行時の混乱は最小限に抑えられ、移行にともなう被保険者からのクレームなどは一件もなかった。
- ・総合事業移行直後、国保連のエラーが多発したという情報があったが、稲城市はとて少なかったと東京都国保連から情報提供があった。

(5)市民への周知

【発生した課題と対応策】

- ・4月から更新のタイミングで順次移行していく方法と決定したため、平成27年1月から、市民への周知を行った。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・更新のお知らせと同時に総合事業の案内をいれ、必要な人に確実に情報が届くようにした。
- ・地域包括支援センターにしっかりと制度を理解してもらうことで、被保険者へのフォローアップ体制も整えた。

【取り組みの成果】

- ・総合事業移行に関しての問い合わせやクレームはまったくなかった。

(6)要綱などの検討・作成

- ・どのように整備するのかを検討し、条例ではなく要綱で規定する方針で市の現状に合わせて作成をすすめた。

(7)事業者指定手続き

【発生した課題と対応策】

- ・多様なサービス(A・C)については、事業者指定をとってもらう方針であったが、想定事業者の中には介護事業者でない事業所もあり、指定を受けるという事務に抵抗感をしめす場合があったため、個別説明と指定事務の簡略化を行った。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・指定を受けたことのない事業者については個別に、事務の流れを説明に行った。
- ・今まで市の事業を受託していた事業者、都の介護事業者としての指定を受けている場合は法人審査を省略とすることで、市と事業者、お互いの事務負担軽減を図った。
- ・東京都国保連から市主催説明会で直接説明をしてもらったり、事務手続きのアドバイスをもらった。

【取り組みの成果】

- ・想定事業所については(急な人員不足で指定を受けられなかったところを除き)すべて指定事業者となり総合事業をスタートできた。

(8)課内の業務分担の整理

【発生した課題と対応策】

- ・介護保険所管と介護予防事業所管のそれぞれの係でどのように分担するのかははっきりしないまま移行事務を進めていたため、整理の必要があった。また、制度の詳細が示されず、システム改修に時間がかかった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・想定される業務をスケジュールとともに表にしたうえで、割り振りを行った。

【取り組みの成果】

- ・最低限の事務分担については、事前に分担することでひとまずスタートすることができたが、実際の事務手順についてはイメージできていない部分もあり、移行後あらためて整理する必要があった。

4 総合事業の概要

基準	介護予防訪問介護相当	多様なサービス
種別	相当サービス	訪問型サービスA
内容	介護予防訪問介護と同様のサービス 訪問介護員による身体介護、生活援助	家事等の生活援助 (身体介護は行わない)
対象者とサービス提供の考え方	○すで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 ○身体介護の必要なケース ○認知機能低下などで専門性の高いサービスが必要なケース	○左記以外で、訪問による生活援助が必要なケース
実施方法	事業者指定	事業者指定
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	訪問介護員(訪問介護事業者)	指定事業者
費用	予防給付と同額	2450 円/回

基準	介護予防通所介護相当	多様なサービス	
種別	相当サービス	通所型サービスA	通所型サービスC
内容	介護予防通所介護と同様のサービス	運動、認知症予防、レクリエーション等事業所の特性を活かした、自立支援に資する通所サービスを提供する	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性に応じて包括的なプログラムを行なうことにより介護予防を行なう
対象者とサービス提供の考え方	○すで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 ○身体介護の必要なケース ○認知機能低下、医療依存度が高い、などで専門性の高いサービスが必要なケース	○左記以外のケースで、定期的な通所型サービスによる介護予防が必要なケース	○生活機能の改善に向けた支援が必要なケース
実施方法	事業者指定	事業者指定	事業者指定
基準	予防給付の基準と同様	設備・人員等を緩和した基準	独自基準
サービス提供者	通所介護事業者の従事者	指定事業者	指定事業者
費用	予防給付と同額	2800～3400 円/回	3600～4300 円/回

【1自治体1サービス自慢】

二次予防事業者の協力により、速やかに通所型サービス A、C を整備できた。被保険者や地域包括にとっても選択肢が増え、介護予防ケアマネジメントにより、より適切なサービスを提供できる体制ができた。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)総合事業に関する事務の整理

【発生した課題と対応策】

- ・総合事業担当が、介護予防事業を所管（地域支援係）としていて介護保険事務をまったく行っていないため、どのような事務が発生するのかガイドラインだけでは、実際の事務の手順やボリュームなどが想定できないまま平成27年4月を迎えた。
→介護保険担当と密に連携をとり、事務の流れなど参考にしながら、内容によっては介護保険担当でまとめて行ってもらうなど、そのつど整理をすすめていった。
- ・介護保険システムが総合事業に対応するのが遅れ遅れとなり、また解釈がわかれてシステムのバージョンアップ内容が実際の事務に即さないなどの問題が生じた。
→システムで対応できない部分（他システムとの連携、サービスコードマスタ作成、介護予防ケアマネジメントの管理、高額医療・介護合算サービス費相当事業の一部など）も残されており、今後の課題である。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・介護保険担当と総合事業担当での連携を強化することで、総合事業開始に伴った事務負担の増をなんとかこなすことができた。

【取り組みの成果】

- ・半年かけておよその事務の流れについて整理できた。

(2)事業者からの問い合わせ対応、情報交換会の開催など

【発生した課題と対応策】

- ・移行後も事業者説明会に出席しても、事業所内での伝達がうまくいかず、再度の問い合わせがあったり、他市の事業者で案内は出しても説明会に来なかった事業者などからの問い合わせがあった。
→直接プランを担当する地域包括支援センターから、丁寧に説明をしてもらうようにし、担当課でも説明会資料などを提供するなどして、移行後もフォローアップを継続した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・担当課での個別対応も丁寧に行うように心がけたが、最初に総合事業に係る事務が事業者側に発生するのは、地域包括支援センターが利用者をサービスにつなげたタイミングからであるので、特に他市の事業者を利用しているようなケースでは、地域包括支援センターからの説明を丁寧にしてもらうようにすることで、理解を求めていった。

【取り組みの成果】

- ・徐々に事業者からの問い合わせ件数は減り、冬頃からはほとんどない状況となっている。

(3)新しいサービス創出のための検討

【発生した課題と対応策】

- ・当初平成28年度から住民主体サービスを開始することを検討しており、協議体および生活支援コーディネーターを配置したが、まず協議体メンバーにその役割、事業の意図を理解してもらうことが難しかった。
→協議体メンバーに対しての勉強会などを行い、規範的統合の推進を図った。
- ・訪問型サービスAの利用率が想定より低い、通所型サービスでも部分的に移行がスムーズでないこ

とがあった。

→9月に地域包括や事業者と情報交換会を実施、うまく多様なサービスに結び付けられないケースにはどういう事情があるのかヒアリングした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・当初計画に沿って住民主体サービスを平成 28 年度からスタートさせなければという焦りがあったが、全体をみなおし、まず協議体の中で規範的統合の推進をしっかりと行い、サービスの創出自体はその後から取り組んでいこうという方針に変更した。
- ・第一層協議体では、課長職から地域包括ケアシステムの構築の全体像と市の施策、この協議体が全体の中でどこに位置づけられるかなどを含めて説明することで、協議体メンバーの理解が得られた。
- ・9月の情報交換会や12月に行った地域包括からの聞き取りを通して緩和型や短期集中型の事業者のサービス提供範囲が狭い、送迎がない、サービス提供時間が合わない、などの事情でうまくサービスにつなげられない状況があることがわかったため、平成 28 年度に向けて公募による新規事業者指定をしていくこととなった。

【取り組みの成果】

- ・第一層協議体の中での規範的統合が進み、サービスの創出に向けての体制を整えられつつある。
- ・緩和型サービスや短期集中型サービスについては平成 27 年 2 月 HP にて公募中。

6 取り組みのポイント

○地域包括支援センターや介護保険事業者との関係性

稲城市は、比較的小規模な自治体であるため、地域包括支援センターはもちろん介護保険事業者とも、以前から「顔の見える関係」はできていた。

1

今回総合事業に移行する際は、今まで築いてきた良好な関係性が大いに役立ったと感じる。もちろん移行に向けても、繰り返し説明会を行う、個別の対応も丁寧に行うなど、自治体側からも事業者側になるべく過度な負担がかからないよう配慮することで、良好な関係性は保ちつつ、2025 年に向けての危機意識も共有できたというのはとても大きいことだったのではないかな。

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

いち早く総合事業に移行はしたが、住民主体のサービスの創出については、今年度取り組み始めたところである。稲城市では平成 16 年から東京都介護予防推進モデル地区としていち早く介護予防に取り組み、また全国に先駆けて平成 19 年度から開始した介護支援ボランティア制度などを通じて、生き生きと活動する高齢者を支援してきた経緯がある。今まで育まれてきた地域の力を活かして、さらに支え合いの地域づくりをしていくには、まず関わっている市民も含めた規範的統合をすすめるという視点は欠かせない。

拙速に市主導でサービスを作り出すのではなく、住民の支え合いの意識が生まれてくるなかでできた活動や居場所をうまく支援して、支え合いの地域づくりを進めていく方針である。

山梨県 北杜市の取り組み

1 移住のねらい

取り組みの背景

北杜市では、地域包括ケアシステムの実現に向けて、全国に先駆けて、平成 24 年度から地域包括支援センターが行う地域支援事業において、介護予防・日常生活支援総合事業を開始するなど、高齢者の生活支援、介護予防事業に積極的に取り組んできました。こうした取り組みの成果は認定率にも現れており、高齢者が総人口の 34.6%を占める中で認定率は約 10%と全国平均を大きく下回る状況となっています。

しかし、北杜市では、現状の人口構成から将来人口を予測すると、前期の方が半分を占める高齢者の健康増進と介護予防の更なる推進と何事にも参加する体制の構築が求められる。

そこで、第 4 次計画では、北杜市の高齢化が進んでいる状況を逆手にとって、超高齢先進地域として、高齢者の介護予防や高齢者の尊厳保持、医療と介護の連携、認知症施策の推進などに取り組み、高齢者が支えられるだけでなく、高齢者の方々が持っている能力を発揮し、高齢者のみならず地域全体が元気になる社会を築くことを目指していきたくと考えています。

そのため、北杜市では、住民・ボランティア団体・サービス提供事業所等の地域の多様な活動組織と市行政が協力して取り組んでいくための基本理念のもと総合事業を位置づけています。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

山梨県北西部に位置

(八ヶ岳南麓地域、塩川釜無川流域地域) 総人口 48,297 人 (高齢者人口 16,714 人)

面積 602.89 km²

高齢化率 34.6% ※平成 26 年 4 月 1 日 33.1% 前年比 1.5 ポイント増

日常生活圏域別高齢者人口

塩川釜無川地域 6,464 人 (35.7%)

八ヶ岳南麓地域 10,250 人 (33.9%)

出生 219 人 (平成 25 年;222 人) 死亡 626 人 (平成 25 年;662 人)

(平成 26 年 1 月 1 日～12 月 31 日)

- ・転入と転出・・・転入者が転出者を上回り、県外からの転入者が約 7 割を占めている。
- ・昼間人口・・・昼間人口が総人口を上回っている (平成 22 年度)

介護保険施設関係 (平成 27 年 4 月 1 日現在)

介護関係事業所 77 事業所

- ・居宅介護支援事業所 15 箇所 (特定事業所 1 箇所; 社会福祉協議会)
- ・特別養護老人ホーム 4 箇所 (355 床)
- ・介護療養病床 (市立甲陽病院) 1 箇所 (24 床)
- ・グループホーム 1 箇所 (定員 9 人)
- ・小規模多機能型居宅介護事業所 3 箇所
- ・認知症対応型通所介護 2 箇所
- ・看護小規模多機能型居宅介護事業所 1 箇所

医療機関関係

- ・市立病院 2箇所
(甲陽病院；一般病床86床と療養病床12床、塩川病院；一般病床54床と療養病床54床)
- ・一般診療所 14箇所 (市立診療所2箇所を含む)
- ・歯科診療所 20箇所
- ・訪問看護ステーション 5箇所 (サテライト1箇所を含む)

介護保険料 4,000円 (月額)

要介護認定者数 (平成28年1月末) 1,707人 認定率 10.1%

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

地域診断、資源の発掘(26年1月～26年5月)

介護事業所及び多様なサービス事業所意見交換(26年8月～26年12月)

事業内容、料金形態等の検討(26年10月～27年1月)

事業所説明会(26年12月～27年3月)

住民との調整・研修等(26年12月～27年3月)

新しい総合事業に移行
(平成27年4月)

【移行後～平成27年12月末現在】

住民主体のサービスの掘り起し(27年4月～)

総合事業への移行までの取り組み概要

総合事業（平成 24 年度～）の実施により、

◎住民主体の多様なサービスの必要性

⇒要支援者の状態等に応じた住民主体のサービス利用促進

⇒身近で気軽に集える場の確保

◎高齢者の社会参加の促進、介護予防のための事業の充実

⇒高齢者の出番を推進 認定に至らない高齢者の増加

◎効果的な介護予防ケアマネジメントと

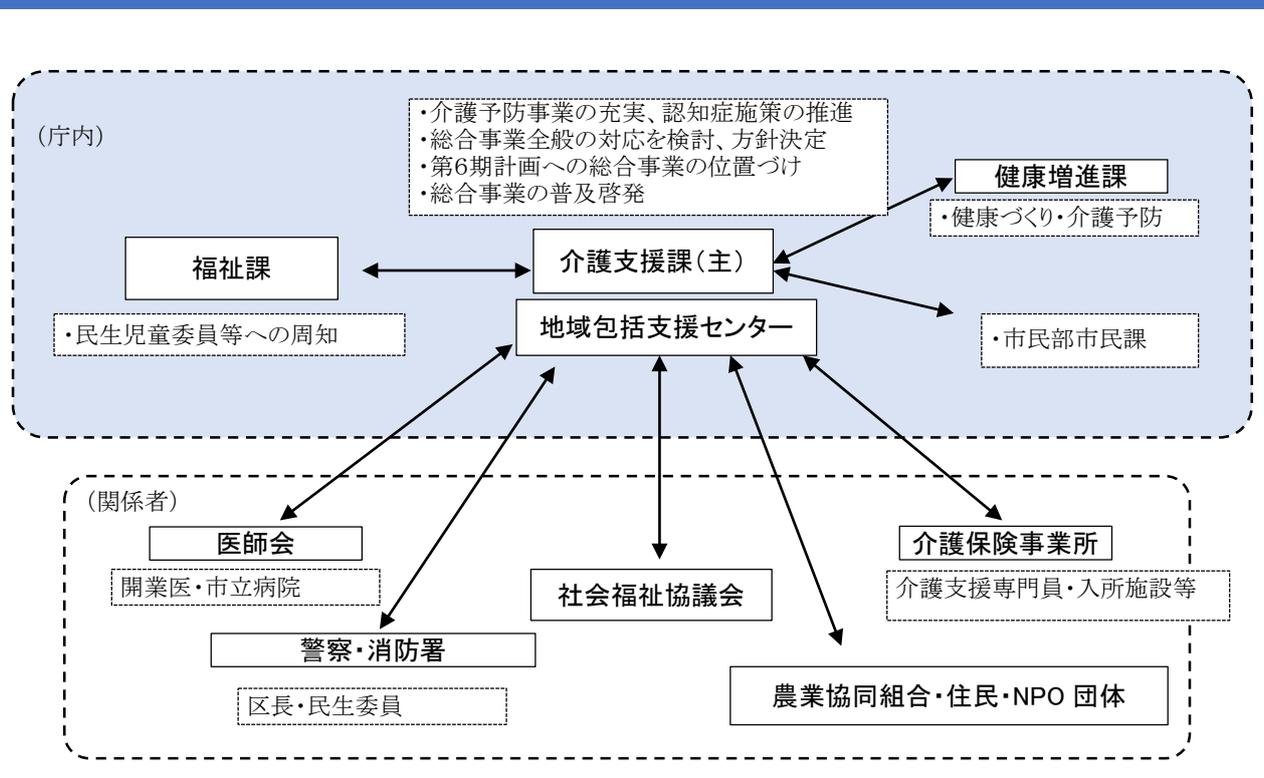
自立支援に向けたサービス実施 ⇒自立の促進や重度化予防の推進

◆平成 25 年度後半より、新しい総合事業について介護支援課内で勉強会研修会へ参加、検討開始。

- 1) 実態把握 ①サービス利用状況 ②意向調査の実施 ③インフォーマルサービスへ聞き取り調査
- 2) 介護給付費の分析と今後の展開をシュミレーション
- 3) 現行サービスと類型の検討

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



(1)地域ケア連絡会で、サービスA・サービスBについて事業の紹介

【発生した課題と対応策】

- ・介護保険事業所は、担当者をはじめ関わっている職員が多様なサービスについてイメージができない。
- ・介護支援専門員も利用者が改善した場合（要支援など）多様なサービスについて説明ができない。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・多様なサービスについて、社会資源の情報共有を行うため、包括職員がすべて事業所に出向き利用している状況を写真や動画におさめ視覚を通して知ってもらう。
- ・実際に多様なサービスを実際に運営している人から、写真・動画を見ながら説明をしてもらった。

【取り組みの成果】

- ・地域ケア連絡会は、市内外の事業者（市民が利用をしている事業所）に限らず、病院連携室・開業薬局、接骨院等が一堂に会し隔月で研修等を定期的に行っている。多様なサービス事業者の方にも参加を促し顔の見える関係を築くことで、利用者の自立支援に向け関係者が情報を共有することができた。

(2)介護予防事業として特に住民主体の公民館カフェの立ち上げ支援

【発生した課題と対応策】

- ・介護予防・生活支援サービスの移行にともない多様なサービスを創設していくことが重要になる。すでに総合事業でふれあい処としてスタートしていた通所サービスBは、市内5箇所があるが市内でもすべての地域へ送迎ができず受け入れに対応できないことは課題になっている。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・定期的な通いの場を、歩いて行ける場所として公民館の活用に着目する中で介護予防サポートリーダーを養成し身近な公民館で担い手になるような支援の取り組みを始めた。又、介護予防サポートリーダーには、定期的にフォローアップ研修しスキルアップに努めた。

【取り組みの成果】

- ・介護予防サポートリーダーが自主的に開催する（最低月1回以上）公民館カフェが、市内で今年度14箇所から21箇所に増えた。
- ・今後も介護予防事業の推進を強化していくとともに、生活支援体制整備事業とも連携しながらサービスBとしても地域のニーズに沿ったサービスの立ち上げを支援していく。

4 総合事業の概要

北杜市 新総合事業通所型サービスの類型

基準	現行の通所介護相当(現行基準と同様)	多様なサービス		
サービスの種別	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通所介護型サービス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)
サービスの内容	通所介護と同様のサービス 通所介護と同様のサービス内容 ・それぞれ利用者のニーズに応じて明確な目標を持ちサービスを提供	ミニデーサービス 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
	デイサービス	ふれあい広場	ふれあい処	筋力元気あつぷ教室
対象者とサービスの提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース ※一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。 * 状態等を踏まえながら、多様なサービス利用を促進していく	○すでにサービスを利用しており、サービス利用の継続が必要なケース ○事業の対象者で事業の利用を希望するケース		○ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース等 * 3~6か月の短期間で実施
報酬	<u>通所型サービス費(みなし)のとおり別紙1</u>	利用者一人当たり2,500円/回 時間:5時間以上7時間未満程度	①利用者が5人以上の場合(週3回まで) 委託料:10,000円/回 ②利用者が1人以上5人未満の場合(週3回まで) 委託料:8,000円/回	
利用回数	週2回まで			1クール(週1回、3ヶ月)
実施方法	事業者指定	事業者指定	委託	委託
サービス提供者	通所介護事業者の従事者	北杜市社会福祉協議会、JA梨北、ほくと・ぬくもり、ほくと・さくら苑	社会福祉協議会ほのぼの茶屋、ふれあい牧、地域サロンそら、CC夢ボケットひろば、CCすたま	保健・医療の専門職・運動指導士

北杜市 新総合事業訪問型サービスの類型

基準	現行の訪問介護相当(現行基準と同様)	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)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容詳細	訪問介護員による身体介護、生活援助	○生活援助 掃除・洗濯・ベッドメイク・衣類の整理・被服の補修・一般的な調理・配下膳・買い物・薬の受け取り	○うつ、閉じこもりの改善に向けた相談指導 ○体力の改善に向けた相談指導 ○ADL、IADLの改善に向けた相談指導
対象者とサービスの提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要とケアマネジメントで認められるケース ○ケアマネジメントで、以下のような訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められるケース (例) ・認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な者 ・ゴミ屋敷となっている者や社会と断絶している者などの専門的な支援を必要とする者 ・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある者 ・ストーマケアが必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。 ※一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援に移行していくことが重要。	○ケアマネジメントに基づき訪問介護員による専門的なサービスまでは必要ないが、自立支援を促し生活援助が必要なケース ※生活援助は原則同居家族がいる場合は利用できない	○うつ、閉じこもりの改善に向けた支援が必要なケース ○体力の改善に向けた支援が必要なケース ○ADL、IADLの改善に向けた支援が必要なケース
報酬	<u>訪問型サービス費(みなし)のとおり別紙1</u>	○1回利用時 30分未満:1360円 30分以上60分未満:2150円 60分以上90分未満:3120円 初回加算1600円/月	
利用回数	週2回 アセスメントにより3回まで可能	週1回(原則3ヶ月 最大2クールまでとする)	
実施方法	事業所指定	事業所指定	直接実施
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	北杜市社会福祉協議会(ヘルパーステーションなのはな・たんぼぼ)、やさしい手北杜、梨北ネットワーク 保健・医療の専門職(訪問看護師・リハ職)	

○ 生活支援サービス

○ あんしんお届サービス

①一人暮らし又は同居家族が介護認定者、事業対象者、障害等を有する場合 ②訪問型サービス及び通所型サービス利用日以外の週3回まで利用可 ③1回につき200円市が負担(本人負担なし、弁当代のみ負担)

【1自治体1サービス自慢】～多様なサービスの組み合わせ～

北杜市は、平成 24 年度からすでに介護予防・日常生活支援総合事業に取り組み、住民主体のサービスを取り入れてきた経過がある。二次予防事業としての通いの場を市内全域の高齢者が利用できる範囲で展開してきた。また、高齢者の見守りとして、あんしんお届サービスも配食の業者との連携で取り入れてきた。それらのことから、平成 27 年度当初から多様なサービスとしてスタートできた。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)昨年度まで実施していた二次予防対象者へのサービスや要支援認定者がスムーズに総合事業に移行できるように丁寧に説明

【発生した課題と対応策】

- ・平成 27 年 4 月スタートのため、人事異動も含め包括職員への流れの周知や予防委託ケアマネにも 3 月には説明会（管理者が主に）を行っていたが実際に担当している介護支援専門員の理解が不足していた。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・要支援 1・2 の方々には、更新時に直接訪問して家族、及び委託先の介護支援専門員の同伴で制度改正の説明（総合事業への移行）を行なった。（1 年間をかけて）年間約 270 人を更新時移行。
- ・4 月に入り、再度介護支援専門員への説明会の実施。
- ・新規に介護保険の相談に来所や電話のあった方にもパンフレット等を利用し丁寧に説明した。

【取り組みの成果】

- ・説明会と更新時には委託介護支援専門員にも同行しながら再度説明を行なっていたので大きな混乱も無く、スムーズに総合事業へ移行することができた。
- ・二次予防事業の利用者には、今までも同様にプランも実施してきたことや自己負担金も同額にしたことで混乱なく移行ができた。

6 取り組みのポイント

1

○多様なサービス提供により、選択肢がある

訪問系：訪問サービス現行相当、サービス A、サービス C（サービス B 以外は実施）

通所系：現行相当、サービス A、B、C 実施

生活支援サービス等多様なサービスを取り入れることによって選択肢の幅を広げている。

○住民、事業者との地域全体の目指すべき方向の共有化に向けて

地域ケア連絡会は主に介護保険関係機関等が主になっていたが、今年度は住民も巻き込んだ各組織にも働きかけたり、生活体制整備事業の準備会の中からも意見を吸い上げるようにし来年度に実施を目指している。また、認知症ネットワーク会議も立ち上げ準備ができ、ともに共有ができる体制を検討。

地域から出前健康教育の依頼が毎年あり、その場でも地域づくりの必要性など説明し住民とも目指す方向の共有も意識をしている。

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

高齢者が地域で安心して暮らし続けることが出来るために、保健医療・福祉サービスや介護保険サービスの隙間を埋めて地域の支え合う体制を推進していく。

【個別の課題と展開方針】

◎市民に向けて「介護予防」の理解と普及へ啓発が必要

介護予防思想の普及と誰もが「お互い様」「レッツお節介」の考え、きょう「今日」いく（行く）ところ、きょう（今日）よう（用事）があるといった、閉じこもり予防・社会参加について市民への普及啓発が必要。

◎通いの場の拡充・充実

多様な主体による身近で気軽にできるだけ自力で参加できる「通いの場」の拡充、男性が参加しやすいような工夫（男性目線）、認知症の方々の受け入れ体制が課題となっている。生活支援体制整備事業：協議体を立ち上げ市民目線のサービス、体制整備の充実を図っていく必要がある。

◎通いの場の担い手の掘り起こしと育成の充実

通いの場の支え手となっている介護予防サポートリーダーのフォローアップ研修（地元の公民館を利用）と、それ以外の集いの場の開催するための、担い手を養成し拡充を図っていく必要がある。

集いの場の立ち上げを希望している住民をサポートしていく体制も重要。

◎総合事業(介護予防マネジメントも含め)に対応する職員等の人材の確保

介護予防・日常生活支援総合事業により、新規に相談に来た（電話も含め）利用者に対し早期に面接・訪問しチェックリストによりサービスが利用しやすくなったことは高齢者にはメリットになった。

しかし、希望してから早期にサービス利用ができるようになったのは、それだけ包括職員が個々のアセスメントからプランの作成、担当者会議への流れを滞りなく進める迅速さがあり、そのため包括職員の業務量が増大していることが課題。

愛知県 高浜市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

高浜市では、高齢化の進展に伴い、地域包括ケアシステムの構築に向け、「介護予防」の充実に力を注ぎ、さまざまな事業を展開してきた。

中でも、重点をおき重点的に取り組んできたのが「生涯現役のまちづくり事業」である。

この事業をはじめ、これまで培ってきた事業やサービスの実施状況から鑑み、総合事業をスタートするための地域資源は整っていると判断し、現にあるものを最大限に活用するといった視点で検討に入った。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

- 面積：13.02 km²
- 総人口：46,835人[2016/3/1]、高齢者人口：8,785人[2016/3/1]
- 高齢化率：18.76%[2016/3/1]
- 要介護認定者数（認定率）：1,477人（16.8%）[2016/1/31]
- 第6期介護保険料：5,480円
- 介護給付費（1人当たり）：2,134,920,104円/年（1,459,275円/年）[H26]
- 認知症高齢者人口（推計）：861人[H26]
- 地域包括支援センター：1箇所、うち委託：0箇所[H27]

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

①庁内検討体制の構築、移行までのスケジュールの作成(26年7月)

②予防プランのチェック(26年7月～26年8月)

③地域資源の整理・確認(26年8月)

④総合事業の考え方の整理(26年9月)

⑤事業内容、料金形態等の検討(26年10月～27年3月)

⑥住民・事業者への説明等(27年1月～27年3月)

⑦関係規定の整備(27年3月)

新しい総合事業に移行(平成27年4月)

【移行後～平成27年12月末現在】

①既存のコーディネーターや協議体を踏まえた次なる体制の検討(27年4月～)

総合事業への移行までの取り組み概要

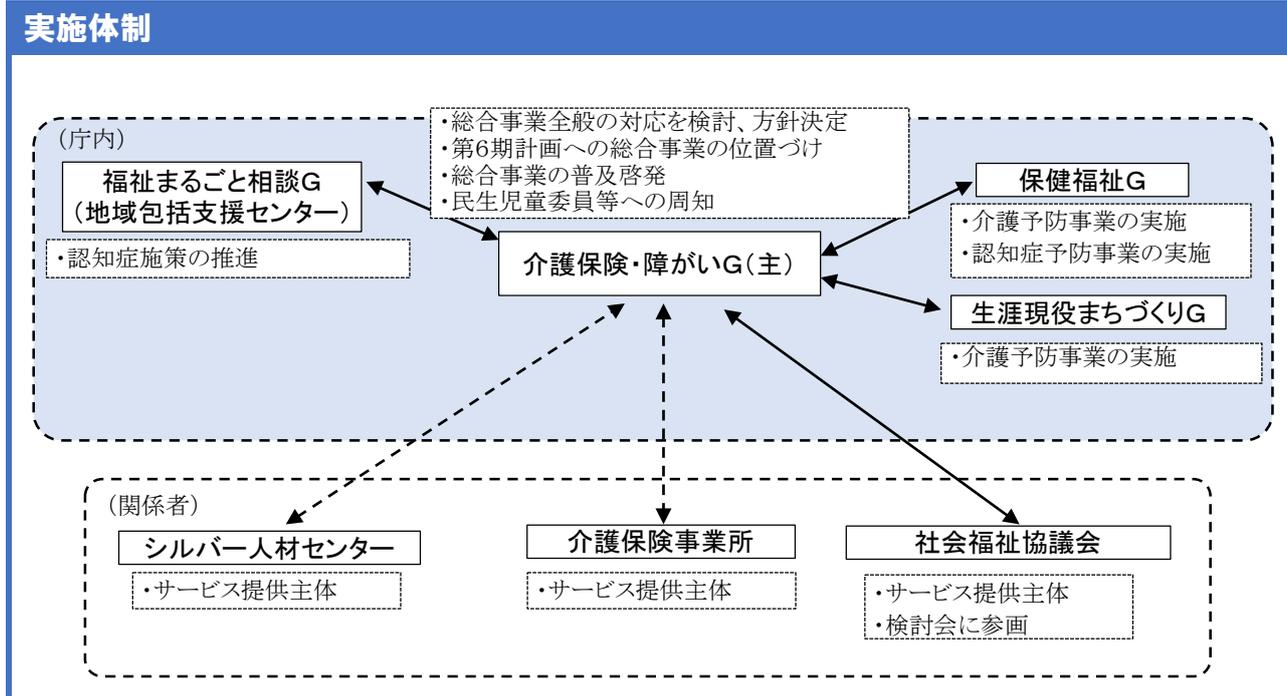
総合事業の実施に向け、まず行ったのは、庁内体制（福祉部のみ）の構築である。

平成26年7月、介護保険・障がいグループを中心に、地域包括支援センター、保健福祉グループ、高浜市社会福祉協議会などの職員が集結し、予防プランのチェックや地域資源の整理・確認を行い、高浜市としての総合事業のあり方について整理を行った。

その結果、「介護予防・生活支援サービス事業」については、現行相当サービス、緩和した基準によるサービス、そして、これまで2次予防事業として取り組んできた事業をそれぞれ位置づけることとした。

また、「一般介護予防事業」についても同様、これまで取り組んできた介護予防拠点施設での活動、いきいき健康マイレージ事業、そして、「生涯現役のまちづくり事業」を地域介護予防活動支援事業に位置づけるとともに、介護予防把握事業、介護予防普及啓発事業、一般介護予防事業評価事業について実施することとした。

3 移行プロセスにおける主な取り組み



主な取り組み内容等

(1) 庁内検討体制の構築

総合事業の移行に向けて、実施体制を構築した。

【発生した課題と対応策】

- ・まずは、福祉部4課10名程度によるコアメンバーでスタートした。
- ・必要時において、関係職員を会議に招集した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・移行時期の確定により短期間での検討が必要となったため、7月移行可能な限り毎週開催することとした。
- ・メンバーには、地域支援事業及び予防給付の現状に精通している若手職員を起用し、柔軟なアイデアや発想を求めることとした。
- ・体制に今後サービスの提供主体となりうる社会福祉協議会を加えた。

【取り組みの成果】

- ・若手職員の活用により、短期間でもって4月からの移行が実現した。

(2)住民・事業者への説明等

総合事業の制度の趣旨について、住民及び事業者に理解してもらうため、説明会等を開催した。

【発生した課題と対応策】

- ・周知期間が短かったため、制度の周知のための市民を対象とした講演会と1回目の事業者説明会を同時に開催し、時間短縮を図った。
- ・事業者への説明会では、決定していない事項も多く、混乱を招く部分もあったが、随時、問い合わせに丁寧な対応をすることで理解を求めた。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・総合事業の周知においては、介護保険事業計画の市民説明会の場を活用した。
- ・講演会には、厚生労働省から職員を派遣していただき、最新情報も加えた充実した内容の提供に努めた。

【取り組みの成果】

- ・H27. 1. 10 介護保険特別講演会「介護保険制度の改正でどうなる？地域における支援のあり方は？」第1回事業者説明会
- ・H27. 1 介護保険事業計画市民説明会（5箇所）
- ・H27. 3. 27 第2回事業者説明会

4 総合事業の概要

■介護予防・生活支援サービス事業

◎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
種別	訪問介護	緩和した基準によるサービス
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等
対象者とサービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○事業対象者、要支援1, 2 ○身体介護や生活援助に関する考え方は現行(H26まで)と同様 ○特別記載のないものについては独居を基本 ○ケアマネジメントで、以下のような訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められるケース <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能低下、疾患に起因するもの ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ○事業対象者、要支援1, 2 ・状態等を踏まえながら利用を促進
実施方法	事業者指定	委託
基準	国が示す基準	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者 専従1以上 ・従事者 必要数 ・訪問事業責任者 必要数 等
サービス提供者	訪問介護事業者	シルバー人材センター【委託】
費用	国が示す単価	60分程度 1,350円

◎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		
種別	通所介護	緩和した基準によるサービス	短期集中予防サービス（高齢者筋力向上トレーニング）	短期集中予防サービス（気軽に体操教室）
内容	通所介護と同様のサービス内容	・食事、入浴などの日常生活上の支援や生活行為向上のための支援 ・運動、レクリエーション	軽運動と機械（マシン）を使用した運動メニューをプログラムに取り入れて実施	運動指導員等による筋力アップ体操などを実施
対象者とサービス提供の考え方	○事業対象者、要支援1, 2 ・ADL低下等、認知機能低下、疾患に起因するもの	○事業対象者、要支援1, 2	○事業対象者、要支援1, 2	○事業対象者、要支援1, 2
実施方法	事業者指定	事業者指定	直営	直営
基準	国が示す基準	・管理者 専従1以上 ・従事者 ～15人 等	-	-
サービス提供者	通所介護事業者	指定事業者	市	市
費用	国が示す単価	2,364 単位/月 運動器機能向上加算 225 単位/月 口腔機能向上加算 150 単位/月	無料	無料

■一般介護予防事業

介護予防把握事業	本人、家族等からの相談、民生委員など地域住民からの情報提供等を活用して、閉じこもり等の何らかの支援が必要な人を把握し、介護予防活動への参加につなげます。		
介護予防普及啓発事業	お達者教室	老人憩の家などの利用者を対象に、血圧測定、健康教育、健康相談等を実施します。	
	生きがい教室	健康相談、健康体操「みんなの体操」等を実施します。また、年1回、集団健康教育を実施します。	
	元気はつらつ教室	筋力の衰えをできる限り防ぎ、要介護状態となることなく暮らせるよう、運動指導員等による筋力アップ体操等を実施します。（NPO 法人全世代楽習塾へ委託）	
	宅老所健康相談（お元気かい）	宅老所利用者を対象に、健康相談、血圧測定、レクリエーション等を実施します。	
地域介護予防活動支援事業	介護予防拠点施設	宅老所	一緒におしゃべりや食事をしながら見守り等を行うとともに、保健師による認知症予防講座など各種健康教育や健康相談を実施します。（市内5箇所）
		ものづくり工房 あかおにどん	木工を中心としたものづくりをサポートします。
		IT工房くりっく	ITに関する利用者のニーズや操作状況等に応じたアドバイスや指導、初心者向け講座等を開催します。
		サロン赤釜	市指定有形民俗文化財「塩焼瓦窯」（通称：赤窯）をはじめ高浜市の郷土について紹介します。
		全世代楽習館	手打ちそば、茶道等の趣味的創作活動を実施します。
	生涯現役のまちづくり事業	高齢者が、市内各所にある、独自の介護予防プログラムを実践する健康自生地を回り、いきいきと活動することで、介護予防、健康増進、地域の活性化を促進します。	
	いきいき健康マイレージ事業	市が認定した福祉ボランティア活動や健康づくりのチャレンジ目標を達成した場合に付与されるポイントを希望商品と交換できます。	

【1自治体1サービス自慢】～地域主体の高齢者の居場所づくり「健康自生地」～

- 高齢者の皆さんが家に閉じこもることなく、いきいきとした生活を送ることができるよう、自分から出かけたいような場所や地域の人と触れ合える場所を「健康自生地」と名付け、認定している。
- 行政に頼らない、地域住民の自主的・主体的な取り組みによる「健康自生地」が広がっており、市内に82箇所(平成28年3月1日予定)創出されている。
- プログラムもバラエティに富んでおり、体を動かす体操やウォーキング、趣味を楽しむ囲碁や社交ダンス、おしゃべりを楽しむことができる商店やお寺の一部スペースの開放、飲食を楽しむ喫茶店などがある。
- より多くの「健康自生地」を巡ってもらうためのしかけである「健康自生地スタンプラリー」では、回を追うごとに参加者が2～3倍増えている。ポイントを貯めて応募できる抽選には、企業、商店、団体から多くの協賛をいただき、当選者だけでなく、全ての方に参加賞をお渡しできたこともあり、参加者にも喜ばれている。
- 「健康自生地」に関する情報は、情報誌「でいでーる」、専用ホームページ「たかはま元気 de ねっと」、市の広報誌などで発信している。特に、「でいでーる」は、高齢者向きの紙媒体による情報発信の手段として力を入れており、できるだけ多くの地域の方に紙面に登場していただくことで、知り合いが掲載され地域で話題になったり、ちょっと笑える風刺的な川柳を表紙に掲載したりして、ただの情報発信だけでなく、読み物としても楽しい情報誌として好評を博している。
- こうした取り組みを通して、スタンプラリー目当てに市内のいろいろなところを歩くようになった方が増えたり、同じ健康自生地に定期的に通っている人同士で新たな顔見知りが増えたり、市内商店に新たな来店者が増えたりして、閉じこもり防止や生きがいづくりといった介護予防から、地域の活性化にもつながっている。
- 元気な内から地域の中で仲間づくりをしておくことで、少し足腰が弱ってきたときに仲間の中で送迎をしたり、しばらく顔を見ないときには情報を交換して様子を確認したりするなど、自然と地域の中での助け合いや見守りの輪が広がっている。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1) 『たかはま版地域包括ケアシステム』の実現に向けた協議体及び生活支援コーディネーターのあり方の検討

協議体及び生活支援コーディネーターのあり方について検討するため、庁内関係職員による体制を整備し、勉強会をスタートした。

【発生した課題と対応策】

- ・地域では、多様な福祉課題やニーズが生じてきていることから、協議体及び生活支援コーディネーターについては、介護保険制度といった枠に捉われず、生活困窮者、障がい者、子どもなどさまざまな方を対象として検討することとした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・本市における高齢者福祉、障がい者福祉及び地域福祉に関わる日本福祉大学の教授にアドバイザーとして関わっていただいた。
- ・協議体の検討にあたっては、新たな協議体の設置に加え、既存の会議体の整理(統合・廃止など)も視野に入れた。

【取り組みの成果】

- ・『たかはま版地域包括ケアシステム』の実現に向けた、協議体及び生活支援コーディネーターのあり方について、大筋が固まった。

6 取り組みのポイント

1

○これまでの取り組みから総合事業を考える

総合事業をスタートするからと言って、総合事業のサービスだけを考えていてはダメである。それぞれの市町村には、これまで信念を持って取り組んできたさまざまな事業が必ずあるはずである。

まずは、現在実施している事業や地域資源をしっかりと把握・分析した上で、総合事業にその取り組みが活かさないか、また、活かせるとしたらどのように活かしていくかを考えることから始めることが必要だと思う。

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

本市が早期移行できたその背景には、数年前から将来を見据えて取り組んできた「生涯現役のまちづくり事業」が、総合事業の目指すべき姿にマッチングしたからである。決して、厚生労働省が示した財政優遇の特例措置を考慮したわけではない。

総合事業スタート後も、住民がこれまで主体的に作ってきた「健康自生地」を市内全域に数多く創出することに加え、この「健康自生地」を軸として、どのように活用・発展させて「まちづくり」に繋げていくのかが大きなカギとなる。

【個別の課題と展開方針】

◎「生涯現役のまちづくり」の新たなランドデザインが必要

市内全域に広がりを見せる「健康自生地」、「生涯現役のまちづくり」の今後のあり方について、次なるランドデザインを構築する必要がある。

◎地域福祉の視点も含めた協議体と生活支援コーディネーターの配置と地域福祉人材の発掘・育成

協議体及び生活支援コーディネーターは、介護の世界だけで考えるのではなく、地域福祉の視点から検討する必要がある。本市では、高齢者に限らず、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けることができるための「たかはま版地域包括ケアシステム」の構築に挑んでいる。また、福祉人材についても同様に、介護に留まらず、幅広い視点をもつ人材育成に取り組む必要がある。

秋田県 鹿角市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

第6期介護保険事業計画の策定作業において、これまで増加を続けてきた65歳以上の高齢者は、2020年をピークに減少に転じることが見込まれた。また、75歳以上の高齢者に限っても、2026年をピークに減少に転じることが見込まれた。

一方で、現在65歳以上の若い世代の人口は、過疎化により非常に少なくなってきている。高齢者人口は減少しても高齢化率は上昇し続けるのである。住み慣れた地域での生活を支えてきた自治会活動や近隣の支え合いが、これまでどおりにいかなくなるのではないかと懸念されている。また、介護人材の不足により、現在提供している介護サービス量も維持していくことが困難になっていくのではないかと懸念されている。

現時点でも高齢者の生活支援や介護予防など、まだまだ取り組まなければならないことが多い。こうした視点から総合事業および生活支援体制整備事業に取り組むこととなったところである。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

面積	707.34 km ²
人口	32,874人(平成27年9月末) ←37年 27,754人
高齢者人口	11,794人(平成27年9月末) ←37年 11,767人
高齢化率	35.9%(平成27年9月末) ←37年 42.4%
後期高齢者人口	6,539人(平成27年9月末) ←37年 7,013人
後期高齢者割合	19.9%(平成27年9月末) ←37年 25.3%
世帯数	13,246世帯(平成27年9月末)
要介護・要支援認定者数	2,091人
認定率	17.7%
介護保険料(基準額)	第6期:年額70,800円(月額5,900円) 第5期:年額66,630円(月額5,553円)

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

平成 27 年 2 月 第 6 期介護保険事業計画説明会、
移行時期を事業者に示す

平成 27 年 3 月 移行時期に関する条例を制定(移
行時期については規則に委任)

平成 27 年 7 月 平成 28 年 1 月移行について規則
を制定

平成 27 年 10 月 国保連と打合せ、市内事業者への
説明会を開催

平成 27 年 12 月 給付管理システム業者と打合せ、
12 月補正にて関係予算組み替え

新しい総合事業に
移行(平成 28
年 1 月)

【移行後～平成 27 年 1 月末現在】

① 個別ケースの対応について、随時、地域包括支
援センターと協議(対応例をつくっていく)

② 移行後 1 か月をめどに、地域包括支援センター
と対応を整理する予定(以降も定期的に)

③ 平成 28 年 4 月から、地域包括支援センター2 箇
所増

総合事業への移行までの取り組み概要

平成 27 年 2 月

- ・ 第 6 期介護保険事業計画事業者説明会を開催。総合事業への移行時期は、平成 28 年 1 月であることを介護サービス事業者へ示した。

平成 27 年 3 月

- ・ 移行時期に関する条例を制定（移行時期については規則に委任）

平成 27 年 7 月

- ・ 平成 28 年 1 月移行について規則を制定（合わせて、生活支援体制整備事業の着手を平成 27 年 8 月からと規定）

平成 27 年 10 月

- ・ 国保連と打ち合わせ。移行時期、サービス種類、単位数等について確認した。
- ・ 市内事業者への説明会を開催。みなしを中心に移行すること、総合事業の概要等について説明した。システムの対応状況の確認を依頼した。

平成 27 年 12 月

- ・ 地域包括支援センター、給付管理システム業者と打ち合わせ。サービスコードについてはマスタの変更で足りることを確認した。
- ・ 相談からサービスまでのフローチャートを作成。認定担当者や地域包括支援センターと流れを再確認した。
- ・ 基本チェックリスト判定一覧表を作成。窓口担当者と使用方法について再確認した。
- ・ 12 月補正にて関係予算の組み替えを行った。

平成 28 年 1 月

- ・ 新しい総合事業に移行

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制

鹿角市役所 (福祉保健センター内)	長寿支援課	長寿生活班	<ul style="list-style-type: none">介護保険事業計画介護保険事業の運営高齢者福祉施策
		地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none">介護予防事業介護予防ケアマネジメント

- 本市では地域包括支援センターが直営 1 箇所のみであり、介護保険事業の運営を担当する長寿生活班と同じ課に所属し、同じ事務室で業務を行っていることから、随時調整が可能であった。
- また、長寿生活班では高齢者福祉施策も担当しているため、地域資源等の情報も多い。
- 福祉保健センター内に社会福祉協議会もあり、随時調整が可能であった。

主な取り組み内容等

(1)生活支援体制整備事業への取り組み

移行時期を平成 28 年 1 月としたことにより、平成 27 年度に入って半年程度の余裕ができた。この間に、多様なサービスを創出することができないか検討したが、結果的にみなしを中心に移行することとした。

一方で、平成 27 年 8 月以降、社会福祉協議会と連携し、生活支援体制整備事業における研究会等の実施に力を入れた。この作業の中で、地域資源の把握につながり、また今後の住民主体のサービスの方向性が見えてきた。

【発生した課題と対応策】

- 新しい総合事業を活用して、鹿角市の住民が必要とする新しい生活支援サービスを創出していきたい。
- 先行して実施している自治体のサービス例を見ても、鹿角市に合うかどうか自信が持てない。多様なサービスの方向性を誤ると、修正が難しくなるのではないかな。
- みなしサービスだけでは事業対象者が増加するだけで、予算が増えるとともに、サービス漬けになる恐れがあるのではないかな。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- 平成 27 年度中に生活支援体制整備事業の位置付け、生活支援コーディネーターおよび協議体の方向性を見極めることとした。また、平成 28 年度には生活支援コーディネーターの配置および協議体の設置を行い、本格的に事業に着手できるよう目標を設定した。
- 社会福祉協議会と連携して研究会等を実施したことにより、効率的に進捗した。以下、実施内容である。

平成 27 年 7 月

- ・ 新地域支援事業市町村等研修会へ社会福祉協議会や地域づくり協議会と一緒に参加
- ・ 生活支援体制整備事業については平成 27 年 8 月に着手することとして規則を制定

平成 27 年 8 月

- ・ 1 回目の研究会を開催。住民を交えてグループワークを実施

平成 27 年 9 月

- ・ 9 月補正にて必要経費を措置（生活支援コーディネーター養成研修参加費用）

平成 27 年 10 月

- ・ 2 回目の研修会を開催。社会福祉協議会の小地域ネットワーク活動研修会と兼ねる。市内好事例の紹介など

平成 27 年 11 月

- ・ 秋田県生活支援コーディネーター養成研修へ参加（包括 1 人、社会福祉協議会 4 人）
- ・ 住民向けのフォーラムを開催。社会福祉協議会主催の社会福祉大会と兼ねる。

【取り組みの成果】

- ・ 第 1 層は地域包括支援センター、第 2 層は社会福祉協議会が担うこととなった。
- ・ 研修会・研究会・フォーラムに参加するような意欲のある住民が知識を深め、活動の幅を広げることにより第 3 層を担っていくような方向性が見えてきた。
- ・ 平成 28 年 4 月からはボランティアポイント制度も導入（社会福祉協議会へ委託）し、ボランティアに関する窓口を社会福祉協議会に一本化しながら、活動の活性化を図っていく。
- ・ 近いうちに、住民主体のサービスが現れるように、生活支援体制整備事業を活用して支援していきたい。

4 総合事業の概要

基準	多様なサービス	多様なサービス
種別	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	通所型サービスC (短期集中予防サービス)
名称	ゆうゆうクラブ	はつらつ体操教室
内容	運動機能向上を目的とした体操やレクリエーション、生きがいつくり活動を取り入れた介護予防教室	専用の運動器具を使用した筋力向上トレーニング教室
対象者とサービス提供の考え方	基本チェックリスト該当者	基本チェックリスト該当者
実施方法	委託	委託
基準	高齢者センター、老人福祉センター、谷内地区市民センターを会場とする。	専用の運動器具が設置されている高齢者センターを会場とする。
サービス提供者	介護サービス事業者	健康運動指導士(総合型スポーツクラブ)
費用	初回のみ 1,000 円(保険料として)	初回のみ 1,000 円(保険料として)

※ これまで実施している「配食サービス」は、その他の生活支援サービス（栄養改善を目的とした配食）に区分した。

※ これまで実施している「口腔・栄養改善教室」は、通所型サービスC（短期集中予防サービス）に区分した。

【1自治体1サービス自慢】～ゆうゆうクラブ・はつらつ体操教室～

これまで実施している「ゆうゆうクラブ」「はつらつ体操教室」は、直営の地域包括支援センターが委託により実施している介護予防教室である。また、これまでも、基本チェックリストを活用して、利用者の決定を行っていた。

新しい総合事業におけるサービスに移行したことにより、今後は利用者の受け皿としての期待が高まることが予想される。

介護サービスと同様に利用状況を常に把握しながら、必要に応じて開催回数や場所を増やしていくといった対応が求められる。

5 取り組みのポイント

1

○**介護保険事業だけでなく、高齢者福祉やまちづくりといった少し広い視点でとらえる。自分たちの町がこれまで培ってきた財産を、組み合わせ、発展させて進める。**

市内には189の自治会が存在し、全世帯のうち約80%の世帯が加入している。組織的に高齢者の生活支援に取り組む自治会も多く、また、高齢者について問題が発生した場合、自治会長と相談して進む場合も多い。本市の場合、自治会は高齢者の暮らしを支える最大の力である。

高齢者福祉では、シルバー人材センターによる間口除雪、自治会による間口除雪、高齢者の集いの場である地域生き生きサロンなど、本市で既に実施して成果を上げている事業がある。こうした既にあるもの（財産・資源）を組み合わせ、発展させて進めて行くことが近道である。

○**住民から得た情報については速やかに反応し、次の展開につなげる。**

新しい総合事業では、行政がサービスの枠をつくり、利用者を当てはめていくことは難しいと感じる。熱意のある住民、介護サービス事業所、社会福祉協議会、地域包括支援センターと情報交換しながら、良いものには速やかに反応して次の展開につなげていく。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

総合事業で実施していくべきことは、2025年に向けて「介護予防」と「生活支援」を充実させていくこと。

本市では、昭和22年から25年生まれの年代の人口が多く、実際には2022年頃から75歳への到達がはじまる。2022年までに体制を準備しておくためには、第6期および第7期介護保険事業計画期間（2020年まで）において一定の成果を出す必要がある。

第6期において見えてきた方向は次のとおり。

平成28年1月

- ・ 新しい総合事業へ移行済

平成28年1月～3月

- ・ 個別ケースの対応について、随時、地域包括支援センターと協議（対応例をつくっていく）
- ・ 移行後1か月をめぐり、地域包括支援センターと対応を整理（以降も定期的に）
- ・ 直営包括1箇所に加え、4月から委託包括2箇所が増えるため、新しい総合事業における対応策を整理していく必要がある。

平成28年4月

- ・ 委託包括2箇所増（高齢者への支援協会の他、総合事業等を活用した地域づくりにも力を入れる必要があると判断）
- ・ 社会福祉協議会へ第2層生活支援コーディネーターおよび協議会を委託
- ・ 社会福祉協議会へ介護予防ボランティア事業（ボランティアポイント）を委託
- ・ 地域生き生きサロン（一般介護予防事業）へのボランティアが増加→活動の充実・多様化
- ・ 介護サービス事業者でもボランティアが増加→場合によっては、高齢者雇用のきっかけに（緩和した基準サービスにつながる）

～相乗効果～

- ・ ボランティア活動の活性化→住民主体のサービス創出

平成29年1月

- ・ みなし→独自サービスコードに移行

平成29年4月

- ・ 多様なサービスの設定・実施

※ 平成24年度から展開している地域生き生きサロンについては、個人のボランティアによる開設を中心に始まり、最近では自治会単位での開設が増加している。平成28年3月現在、合計9箇所。

現在は、広く高齢者に利用していただきたいため、一般介護予防事業で実施しているが、今後は、総合事業における要支援および事業対象者の受け皿（通所型サービスB）としても位置付けていく必要がある。地域包括支援センターと連携し、介護予防ケアマネジメントに積極的に取り入れながら、活動の充実を図っていく。

※ 上記は多様なサービスを創出するために計画しているおおまかな流れ。必要があれば、前倒しして実施していく。

※ 皆と議論し、良いものは補正予算でもどんどん取り入れていく。

【個別の課題と展開方針】

◎熱意のある住民と話し合う場が必要

生活支援体制整備事業を活用し、熱意のある住民と話し合う場を設けていく。

◎地域力を活かした住民主体の地域づくり

佐々町の地域包括ケアに向けた取り組み

～高齢者支援からはじまった地域づくりへの歩み～

キーワード： 地域力は無限大！～可能性を見出し、可能性にかけた関わり～

長崎県 佐々町の取り組み

1 移住のねらい

取り組みの背景

佐々町には、6年前から介護保険制度の再スタートとして進めてきたビジョンがある。

『「住み慣れた地域でいつまでも暮らし続けたい」そんな願いを地域で支えることによってどんな状態になっても安心して過ごせるまち佐々町！』を目指すものである。このビジョンとこれから示す方向性は、今日まで不思議とぶれることなく進んできた。不思議という表現はおかしいと思われるかもしれないが、今、住民と一体化し発展性のあるものとなっている事実、仕掛け人であった私たちが驚き、住民のもつ底知れない力に感謝し続けているからである。

今回は、これまでの住民とともに歩いてきた佐々町の取り組みを振り返り、総合事業のポイントと思われることを伝えていきたい。

スタートは平成22年3月である。

平成18年、地域包括支援センターが設置され、私たち職員は、国の目的に沿った高齢者支援施策にやる気を持って取り組んでいた。その手法は、もちろん国が示す特定高齢者施策等のマニュアル通りのもので、それを全町内会に出向くなどして、住民に向けて国の示すと通りの説明をし、事業の展開を進めていった。しかし、4年間懸命に取り組んでも何の結果も出ず、認定率は増え続け、保険料は県内ワースト1位を維持するばかり。高齢化には太刀打ちできないのかと虚しさを感じていた。

そのような中、和光市の取り組みを知る機会があり、「独自のスタイル！目指すものは何か！ビジョンを持つこと！」のメッセージに衝撃を受け、即行動にかり立てられ、今に至っている。

ここまでの佐々町の振り返り(総合事業のポイント)

- これだけの高齢者ニーズの多様化、地域性の違いがあるのに、国の示したものが全国共通で成功するわけがない。国の方向性を理解しながら、佐々町独自の方向性を伝えなくてはならなかった。
- 現場主義は絶対。和光市に衝撃を受け、即行動に移せたのも、4年間結果が見えなくても回り続けた地域とのつながりが後押しとなった。住民目線で見て聞こえて感じられたことが発想の力となった。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

面積	32.3 km ²
人口	13,804人(男性 6,513人、女性 7,291人) (平成27年9月末現在)
高齢者人口 (高齢化率)	3,503人(平成27年9月末現在) 25.4%
後期高齢者人口	1,667人(男性602人、女性1,065人) (平成27年9月末現在)
世帯数	5,664世帯(平成27年9月末現在)
要介護認定者・割合	493人・14.1%(平成27年9月末現在)
介護保険料(基準額)	第6期1号保険料 6,070円
地域包括支援センター	直営1箇所、委託なし
訪問介護事業所	2箇所
通所介護事業所	2箇所
地域の住民組織等の状況	自治会組織32箇所

2 総合事業への移行に向けた取り組みの概要

実際のところ、総合事業の移行として、佐々町を伝えるのは苦手である。

佐々町の高齢者の幸せをそもそもから考えて取り組んできた結果が、今、総合事業といわれるものに類似しており、総合事業への移行に向けての取り組みは、今までの体制を整理し、新たな方向性を明確にしたことに尽きるからである。

それが故に、実際、地域づくりの成果を感じている佐々町として、今回の総合事業の目的や方向性は十分理解でき、賛成しているところでもある。

高齢者支援から始まった地域づくりへのあゆみ

H18年 地域包括支援センター設立

まじめに国のとおり取り組んだ4年間…
なんの結果も出ず、保険料は増え、認定率は上がっていくばかり。

H22年 佐々町独自で佐々町のこれからの事を考えて歩もう！

(独自の高齢化施策をしていた和光市が刺激に)
現状分析(介護保険サービスの手前で何をすべきなのか)・ビジョンの明確化
⇒関係者・関係機関へことん伝えていった。

H24年 新たなものとの感覚はなく 介護予防・日常生活支援総合事業をスタート

(要支援1・2対象者が給付とともに地域支援事業を使える/地域支援事業に地域力を入れ込む)
○訪問型生活支援サービスを新設

H27年 新たなものとの感覚はなく 新しい総合事業をスタート

(要支援1・2対象者に通所介護・訪問介護が使えなくなる、ちょっと痛いけど地域の中で受け皿をもっと開発していかなければ。)

確信 **それが地域のかとなり住民の自信に変わっていく！自分たちの地域づくりへ**

- これまでの通いの場(介護予防)の体制整理/これまでの生活支援サービスの体制整理
- ポイント制の整備(地域住民の参加促進)
- 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機能の強化
- 協議体設置(住民・民間等とともに協働した資源開発)

総合事業への移行に向けた体制整理表

【現 行】

介護予防給付 (要介護1~5)	
介護看護、通所リハ、福祉用具等	
介護予防・日常生活支援総合事業	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問看護、通所リハ、福祉用具等 ○訪問介護、通所介護
要支援・二次予防対象者事業	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問型生活支援サービス ○訪問型介護予防事業 ○通所型/生きがい教室 (二次予防対象者) ○通所型/個別運動教室 ○通所型/水中運動教室 ○訪問・通所・地域活動による専門職活用 ○5人のケアマネによる地区制担当 ○高齢者見守りネットワーク情報交換会等 ○介護保険事業計画の目標値の達成状況整理
一次予防対象者事業	<ul style="list-style-type: none"> ○各種団体への出前介護予防講座 ○介護予防防犯委員会及び相談会 ○通所型/生きがい教室 (一般高齢者向け) ○地域介護予防活動支援 ○介護予防ボランティア養成・育成 ○介護予防防犯連絡会 (じこり会) ○ポイント制
地域支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険事業計画の目標値の達成状況整理 ○総合相談窓口 ○虐待ケース、困難事例として対応 ○地域ケア会議 ○地域介護支援連絡会 (職研修会) ○困難事例ケアマネジメント支援 ○地域ケア会議
包括的支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ○医療と介護の連携として、介護サービス情報提供書活用 ○もの忘れ外来と連携
任意事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護給付費適正化事業 ○家族介護教室 ○家族介護交流事業 ○介護者支援個別相談 ○介護者支援普及啓発活動 ○認知症サポーター養成事業 ○福祉用具・住宅改修支援事業 ○高齢者ふれあい給食支援事業 ○ひとりの暮らし高齢者一歩訪問事業/ヤクルト ○夜間連絡体制の確保
その他の事業	

【改正後】

介護予防給付 (要介護1~5)	
介護看護、通所リハ、福祉用具等	
介護予防・日常生活支援総合事業 (新しい総合事業)	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問型生活支援サービス (要支援1・2、介護予防対象者) ○通所型サービス (要支援1・2、介護予防対象者)
介護予防・日常生活支援サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護予防支援事業 (ケアマネジメンツ) ○介護予防・サービス評価事業 ○介護予防対象者把握事業 ○介護予防普及啓発事業 ○各種団体への出前介護予防講座 ○介護予防防犯委員会及び相談会 ○地域介護予防活動支援 ○介護予防ボランティア養成・育成 ○介護予防防犯連絡会 (じこり会) ○ポイント制 ○訪問型介護予防事業 ○訪問・通所・地域活動による専門職活用 ○介護保険事業計画の目標値の達成状況整理
一般介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> ○はつらつ塾 等 ○高齢者見守りネットワーク情報交換会等 ○各種団体への出前介護予防講座 ○介護予防防犯委員会及び相談会 ○地域介護予防活動支援 ○介護予防ボランティア養成・育成 ○介護予防防犯連絡会 (じこり会) ○ポイント制 ○訪問型介護予防事業 ○訪問・通所・地域活動による専門職活用 ○介護保険事業計画の目標値の達成状況整理
地域支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ○総合相談窓口 ○虐待ケース、困難事例として対応 ○協議体の設置 ○地域介護支援連絡会 (職研修会) ○ケアマネジメント支援 ○困難事例ケアマネジメント支援 ○地域ケア会議 ○地域の医療・介護の資源の把握 ○地域の医療・介護連携の課題の抽出と対策の検討 ○仰ぐ目のない在宅医療との連携体制の構築推進 ○医療・介護関係者の情報共有の支援 ○在宅医療・介護連携に関する相談支援 ○医療・介護関係者の研修 ○地域住民への普及啓発 ○在宅医療・介護連携に関する関係機関との連携 ○認知症初期集中支援体制の構築 ○認知症地域支援推進員の配置 ○認知症ケアパスの作成・普及
包括的支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護給付費適正化事業 ○家族介護教室 ○家族介護交流事業 ○介護者支援個別相談 ○介護者支援普及啓発活動 ○認知症サポーター養成事業 ○福祉用具・住宅改修支援事業 ○高齢者ふれあい給食支援事業 ○ひとりの暮らし高齢者一歩訪問事業/ヤクルト ○夜間連絡体制の確保
任意事業	<ul style="list-style-type: none"> ○介護給付費適正化事業 ○家族介護教室 ○家族介護交流事業 ○介護者支援個別相談 ○介護者支援普及啓発活動 ○認知症サポーター養成事業 ○福祉用具・住宅改修支援事業 ○高齢者ふれあい給食支援事業 ○ひとりの暮らし高齢者一歩訪問事業/ヤクルト ○夜間連絡体制の確保
その他の事業	

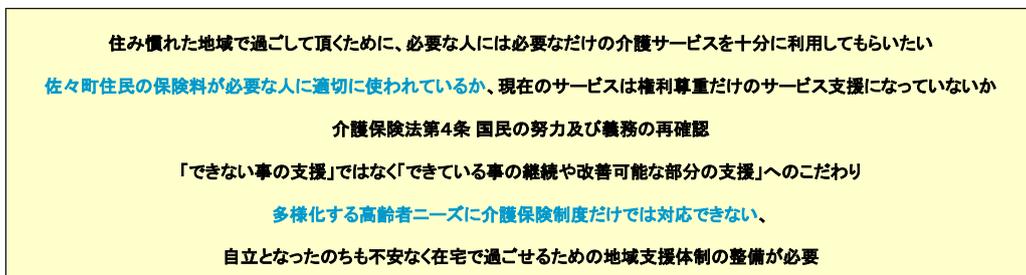
3 移行までの主な取り組み

6年前に描き、今も道しるべとなっているものは下記のものである。第4期計画を進めながら改めて現状分析をし、見えてきたことは、納めていただいた保険料が、「本当に介護サービスが必要な方へ適切に使われているのか。」「現在の給付サービスは、権利尊重だけのサービス支援になっていないか。」ということだった。

介護保険制度への取り組みを改善するためには、介護保険法第四条『国民の努力及び義務』の再確認が必要であり、「できない事の支援」ではなく「できている事の継続や改善可能な部分の支援」が重要であること、また、自立となった後も切れ目のない継続的な支援をするには、地域支援体制の整備が必要であることを感じた。

そこで、「給付の適正な利用」と「介護予防の推進」というテーマを大きな二つの柱とし、また、介護保険制度の原点に立ち返り、「健康の保持増進」を中心に地域支援事業の改善に取り組むこととした。

佐々町の地域支援事業における今後の方向性



給付の適正な利用

- * 認定率を2015年までに国平均レベルに近づける(軽度者数減を指標に！)
= 自立した高齢者割合の増加
 - * 要介護2～5の施設・居住系サービス利用者割合の減を目指す
= 在宅生活者割合の増加
1. 介護認定新規申請事前点検の徹底(介護保険制度・地域支援事業の説明)
 2. 認定者でサービス利用のない方への訪問活動
 3. 『地域ケア会議』における自立支援型ケアマネジメント支援と給付適正化事業を実施(毎週1回)
 - 生活行為評価導入
 - 介護サービス利用に関して廃用症候群・認知症の予防・改善に重点を置く

介護予防を含む地域支援体制の確立

- * 75歳以前からの介護予防(身体機能維持・認知症予防・閉じこもり予防等)が重要
 - 佐々町の介護保険制度の現状とビジョンを伝える出前講座
 - 地区集会所を活用した介護予防活動の推進・介護予防ボランティア育成
 - 団塊の世代を対象とした『地域デビュー講座(仮称)』
 - 総合福祉センターを活用した介護予防事業のメニューの拡大
- * インフォーマルサービスの確立・推進
 - 「こんな支援があれば、まだ在宅ひとり暮らし大丈夫！」というような支援体制の確立(傾聴・家事支援・中学生登校時ゴミ出しなど)
- * 認知症になっても安心して過ごせる地域づくり
 - 認知症サポーター養成、全町内会へ
 - 町立診療所(神経内科)と密接な連携を図る

【将来のビジョン】

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

■給付の適正な利用にあたっての見直し

(1)介護保険申請の窓口でのあり方について(H22年～)

事業の改善に向けてまず取り組んだのが、新規の介護認定申請時における事前点検の徹底である。「介護認定申請時の窓口は、申請受付だけの窓口ではなく、介護相談の窓口でもある」という考えを職員間で統一。相談に訪れた高齢者には、生活機能評価表をもとに聞き取りを行い、①介護サービスがすぐに必要か、②介護予防事業やインフォーマルサービスが必要か、などの情報を把握することにした。①以外の場合には、地域包括支援センターの職員が訪問し、介護給付とともに地域支援事業等について説明をする。その方の可能性にかけた自立支援の方向性を検討することがここから始まる。

【発生した課題と対応策】

- ・数分で終わっていた窓口対応が、訪問等になれば1時間以上かかることとなる。このタイミングに本人や家族に寄り添うことは、信頼関係を築き、自立支援の方向性を提案するには絶好の機会となる。また、この支援の流れを進めていくには地域支援事業のメニューの拡大をしなければ、地域で高齢者を支えることはできなかった。「ここなら参加してみようかな」と思える選択肢を増やしていくことが重要となる。この一人一人の声を聴いた結果が今の介護予防事業の内容決めの大きな要素となっている。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・その当初、いや今もあることだが、介護申請を単純に受け付けないというスタンスは、本人、家族、または医療機関や介護事業所からの反発が強かった。しかし、その度にめげる事無く、各場面で丁寧に説明をしていった。よくぶれずに突き進んできたものだとその当時を思い返す。今思えば結構、辛い道のりであった。
- ・ポイントは、やはり、ビジョンを皆で共有し、それぞれが役割を持って動き、協力体制がとれたこと、また、住民や関係機関、事業所に様々な機会を通じて方向性を伝え続けることが重要で、佐々町の介護申請のあり方を常識化していく地道な活動は必ず周りを変える！という信念を持ち続けたことである。

(2)認定者でサービス利用のない方への訪問活動(H22年～)

未利用者の方が認定者の内2割も存在することに対し、理由を探る為、6年前訪問調査を始めた。

【発生した課題と対応策】

- ・訪問で把握してみると、ほとんどが「念のため」「お守り代わり」という状況。
- ・サービス利用していない方は何らかのサインを出している方だと受け止めた時、地域包括支援センターが向き合わなくてはいけない様々な問題があった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・介護認定者と一般高齢者との間に隠れたこの方々にしっかり関わっていくことが、介護予防や適切な支援へとつながるポイント。
- ・不安から介護申請に至るケースには、定期訪問による介護予防を兼ねた見守り支援が重要となった。

(3)地域ケア会議の推進(H22年～)

町と介護事業者がチームを組み、支援の内容と方向性を検討する「地域ケア会議」のあり方に、「自立支援型ケアマネジメント支援・生活行為評価」を新たに導入していった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・未利用者の訪問を重ねる中で、介護予防の糸口はおもしろいように見えてきた。データや現状を分析した時、傾向として留めず、掘り進めていくことは大事である。
- ・介護予防の推進には介護事業者関係者の連携はとても大切なものとなる。介護事業所に地域で高齢者を支えることの重要性を感じてもらえたのは、佐々町の場合、毎週(現在各週)の「地域ケア会議」と毎月定例で行う介護事業所間の「地域支援連絡会義」。地域ケア会議の個の成功体験を集団の会議において共有化する作業がポイントとなった。有機的な取り組みが重要である。

【取り組みの成果】

- ・高齢者の方が、「何をしてほしいのか」という視点から、「何ができるようになりたいのか」という視点に変えることで、「自立のための支援」を目的としたサービス提供へ転換することになった。
- ・地域ケア会議は保険者と介護関係者がチームとなり、自立支援と地域包括ケアへの方向性を見出し、確認し合う場となった。

4 総合事業の概要

【介護予防・生活支援サービス事業における通所型サービス整理表】

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス	
		生きがい教室	個別運動教室
名称	みなし通所介護サービス	通所型サービスBに近い	通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス種類	通所介護	通所型サービスBに近い	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 生活機能向上のための機能訓練	○運動・脳レク・趣味活動・入浴等 ○1日コース ○6か月を目途に評価し継続有無の判断	○生活機能を改善向上するための運動器の機能向上 ○主に個別対応・2時間コース ○6か月を目途に評価し継続有無の判断
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	支援1・2相当及び積極的な介護予防が必要な概ね65歳以上のケース	○支援1・2相当及び積極的な介護予防が必要な概ね65歳以上のケース ○ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース
実施方法	事業者指定	○町（地域包括支援センター）直接実施 ○介護予防ポイント制活用	町（地域包括支援センター）直接実施
基準	予防給付の基準を基本	個人情報保護等の最低減の基準	個人情報保護等の最低減の基準
サービス提供者	通所介護事業者の従事者	町（地域包括支援センター）＋住民ボランティア	健康運動指導士（パート）＋町（地域包括支援センター）看護師
費用	予防給付の基準を基本	1回200円（事業費1割負担程度）	1回200円（事業費1割負担程度）

【介護予防・生活支援サービス事業における訪問型サービス整理表】

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス	
		訪問型サービスBに近い	訪問型生活支援サービス
名称	みなし訪問介護サービス	訪問型サービスBに近い (住民主体による支援)	訪問型生活支援サービス
サービス種類	訪問介護	訪問型サービスBに近い (住民主体による支援)	訪問型生活支援サービス
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	訪問型サービスBに近い (住民主体による支援)	訪問型生活支援サービス
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	訪問型サービスBに近い (住民主体による支援)	訪問型生活支援サービス
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	○支援1・2相当及び積極的な介護予防が必要な概ね65歳以上のケース ○日常生活の動作において、住民による生活支援があれば自立した生活が送れるケース	○支援1・2相当及び積極的な介護予防が必要な概ね65歳以上のケース ○日常生活の動作において、住民による生活支援があれば自立した生活が送れるケース
実施方法	事業者指定	○町（地域包括支援センター）が事務局 ○介護予防ポイント制を活用	○町（地域包括支援センター）が事務局 ○介護予防ポイント制を活用
基準	予防給付の基準を基本	個人情報保護等の最低減の基準	個人情報保護等の最低減の基準
サービス提供者	訪問介護員（訪問介護事業者の従事者）	訪問型サービスBに近い (住民主体による支援)	訪問型生活支援サービス
費用	予防給付の基準を基本	30分あたり100円（事業費5割負担程度）	30分あたり100円（事業費5割負担程度）

生きがい教室

《目的》介護予防を目的とした生活機能向上プログラムを実施し、住み慣れた地域でその人らしく、いきいきと過ごされることを支援します。
《対象者》積極的な介護予防が必要と思われる佐々町在住の高齢者

《内容》週1回 《参加費》200円
◎午前中は集団活動・午後は個別活動を取り入れています。

【教室のテーマ】自主性が活き、個性豊かに楽しめる空間



時間	スケジュール
9:00~10:00	巡回バス出発 (交通移動困難な方のみ)
10:00~12:00	介護予防教室 ① 運動・講話 ② 脳レク・口腔体操
12:00~13:00	昼食・入浴
13:00~15:00	選択メニュー (手作業・リハビリ・カラオケ・囲碁将棋・習字 など)
15:00~16:00	巡回バス出発 (交通移動困難な方のみ)

個別運動教室

佐々町健康相談センター「リハビリ室」において、積極的な介護予防が必要な方を対象に、運動指導士による個別指導を実施します。

【目的】運動機能を主体とした日常生活動作の自立を図る。個別指導終了後もリハビリ室利用による自主的な介護予防活動ができる。



毎週水曜日 13:30~15:30
(1クール6ヶ月)
おおむね65歳以上の町内在住の方
本人負担 1回200円

●通所 (H22年~)
「支援1・2のレベルの方だったら、介護給付の通所で一日過ごすより、地域の方々の刺激を受けて過ごしたほうが、心身ともに元気になりやすいだろう！」という発想。

訪問型生活支援サービス

日常生活の動作において、住民による生活支援があれば自立した生活が送れる方へ

介護予防ボランティアが訪問

【30分あたり】
本人負担100円
ボランティア1ポイント(200円)

日常生活動作をいっしょに行うことにより、地域の支え合いのもと自立した生活を送るよう支援します！

新しい出会いが
はじまる

新しい役割が
生まれる

地域の人が見えてくる

地域の声が聞こえてくる

●訪問 (H24年~)
「支援1・2のレベルの方の生活って、ヘルパーさんの週1・2回の支援で成り立つの？地域の人が生活全般においてできないところを何気なくサポートした方が、これまでの関係性が保たれずと地域での生活が続かないかな！」という発想。

~介護予防事業をするにあたっての佐々町のこだわり~

- 対象者が選べる多様なコマ！
- 受け入れると決まったら、その方にあった事業展開を！
・・・そこで、受け皿のキャパが広がる。
- 住民主体のおおらかな発想で、柔軟な事業展開。
- 住民同士の刺激を大切にしたい！
- あえて、卒業はない。元気になる場所が通いの場。
慣れてきたら、立場が変わり役割がでてくる！そういうケアプランを。
・・・増えてくる対象者は多様な事業の数で対応。元気高齢者も介護レベルの高齢者も地域で活動する町のイメージ化。
- 対象者の生活スタイルをトータルに見つめ直す。
・・・ただの給付の代替えではなく、地域の中で暮らすということの追求。
- ボランティア(住民)を巻き込んだ事業展開！
そこでつながることで、地域参加がしやすくなり、地域支え合いの支援体制が築かれる。

何気ない発想は、地域と協働することで、地域の可能性や地域力を感じられたから湧き出たもの。総合事業でいう協議体の重要性を感じる。また、佐々町では職員が地域に出向くことを大切に、実践してきたが、大きい自治体になればそれは難しい、そこで重要となるのが、生活支援コーディネーターの存在である。

佐々町では、既存にあった地域づくりを検討する委員会を協議体として置き換え、また、これまで地域づくりを共に励んできたものを生活支援コーディネーターとして配置し、より一層の地域と行政の連携を深めている。

協議体と生活支援コーディネーター

【名称】
佐々町元気高齢者による地域づくり及び
高齢者見守りネットワーク協議会

【設置時期】平成26年12月

【メンバー】
○ 町内会長会
○ 老人クラブ連合会
○ 民生委員会
○ 食生活改善推進連絡協議会
○ 介護予防ボランティアの会
○ 介護者の会
○ 有償ボランティアの会
○ シルバー人材センター
○ 商工会
○ 郵便局
○ 地域包括支援センター運営協議会
○ 社会福祉協議会

以上 所属団体からの1名ずつ 計12名

生活支援コーディネーター

【配置時期】平成27年4月

○ 嘱託職員として配置
○ 元社協職員

【自己PR】

佐々町の自慢を語らせたら誰にも負けません！
【他己紹介】
・ 社協時代、住民支援のことで納得いかないことがあると、行政や包括センターに熱く物申す！
・ ケアマネ時代、「個人を支えるには地域づくりをしていかなければ」と仲間と会合を開き地域づくりを語る！
・ 地域のことでいっしょに泣き、いっしょに笑ってきた人でした！

この存在が行政(包括支援センター)以外にあったから、今の佐々町の
住民主体の地域包括ケアがある！
住民と行政の距離感を補うことが
生活支援コーディネーターの存在する意味

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

(1)体制整理から見えてきた可能性

福祉センターを基盤とした介護予防教室のメニューを増やしてきたが、今回、総合事業の移行に向けて各メニューの見直しを行った。

【発生した課題と対応策】

- ・ 各教室のメニューをそれぞれ見ていくと、教室の内容は深まってより良いものになっているのに、その発展した良さを次のステージにつなげるということに目標を持っていなかったことに気付いた。そして今回、改めて教室一つひとつの可能性にかけた検討をしていった時、新たな展開が見えてきた。
- ・ 男性の閉じこもりや初期の認知症の方を対象としていた「おとこ料理クラブ」や「カントリークラブ」、数年経過した参加者の方々は仲間としての関係性ができ、教室の中でお互い様や支え合いの行動が出るようになっていた。この力を活かす場所を作れないだろうか。
- ・ そこで、立ち上がったのが、自主活動の「元気カフェ（仮称）」。カントリーで採れた野菜も使い、男性が腕を奮う。教室内だけでなく、「まだまだ地域の中で活躍できる。生涯現役で行こう！」を合言葉に平成28年春から活動が始まる。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・ 「元気カフェ」の運営を支えるのは、教室のボランティアとして参加していた食生活改善推進委員のメンバーである。佐々町の介護予防事業のこだわりとした「住民を巻き込んだ事業展開！」、元気カフェは、ここで住民の住民の手による地域展開に向けて効果を発揮することとなる。今後、行政がいつもそばにいるという距離感を保ちながら、住民自らによる地域づくりに展開していくことを期待している。

(2)一般介護予防事業の見直し・より一層の充実

総合事業への移行作業は、介護予防・生活支援サービス事業における通所型サービスの整理をしていく中で、介護予防のそもそもを考える良いきっかけとなった。

【発生した課題と対応策】

- ・6年前から築いてきた介護予防ボランティアによる地域活動を、介護予防の原点に立ち返り将来を見据えて見直すと、たくさんの問題点と課題が見えてきた。
- ・その見直しに大きな力となったのが、高知市の「いきいき百歳体操」である。十数年継続され、全国に発展し続けているいきいき百歳体操のノウハウや成果を学んだ時に、佐々町の介護予防に関する問題点と課題が大きく解決できると判断した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・ボランティアの皆さんと現状と課題を共有し進むべき道を明確にし、平成27年6月からいきいき百歳体操の地域展開を進めている。
- ・週1回の介護予防の効果のある運動をきっかけに、顔の見える関係ができ、お互いを知った時に自然と必要などころにさりげない生活支援が始まる。そんな地域を描きながら。

ここまでの佐々町の振り返り(総合事業のポイント)

支援1・2ケースの受け皿となる介護予防・生活支援サービス事業の整備が大がかりなものと映ってしまうが、佐々町では、一般介護予防事業を改めて見直し、より充実したものにすることを重点課題とすることにした。そもそも、住民の住む地域の中で効果ある介護予防や支え合いによる生活支援が充実することが、本人・家族にとって今までどおりの生活の継続に繋がりを、まして最大のテーマである地域力の向上につながるからである。



地域型介護予防推進活動における問題点・課題

- ・新規開催地の立ち上がり困難。
- ・ボランティアの後継者不足。
- ・介護状態になると地域と疎遠になる。
- ・男性の参加が少ない。
- ・地域活動の中で介護予防の効果を出したい。



地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業② 住民運営の通いの場の充実プログラム

- <コンセプト>
- ◆市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
 - ◆前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
 - ◆住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
 - ◆後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
 - ◆体操などは週1回以上の実施を原則

6 取り組みのポイント ～地域づくりにおける佐々町のこだわり～

地域包括ケアの推進を目指して、住民主体の地域づくりを展開してきたが、そのノウハウであり決め手となっている取り組みが2つある。それは、「高齢者見守りネットワーク情報交換会」と「地区割り担当制の導入」である。

1

○高齢者見守りネットワーク情報交換会(H23年～)

佐々町には自治体組織として32箇所の町内会があるが、地域包括支援センターでは1年を通じ、必ず全町内会を訪れ情報交換会を開催している。個人情報の管理のもと、65歳以上の独自のカスタマイズ表をもとに、個別および地域づくりの検討を行っている。32箇所回るということは、かなりの時間と労力を費やし、地域包括支援センター業務の中でかなりのウェイトを占めている。初年度行った時には、65歳以上のカスタマイズ表をみてもお互いが地元の高齢者のことを知らない状況だった。この取り組みは効率が悪いのかもしれないと半信半疑ながら翌年も次の年も町内会を回り続けた。

そのような中、各地区で次々と感動的な成果が起こってきた。情報交換会に参加する各町内会の町内会長、民生委員、ボランティア関係者が自ら自分たちの地域における情報把握や声掛け、介護予防への誘い出しなど積極的に取り組まれるようになり、その予想以上の動きは逆に私たちを驚かせた。それは、地区ごとに温度差はあっても年々深まっていった。

- 地域住民に考えるきっかけを地道に継続的に提供すること
 - 現地に出向くこと
 - 信頼して頼ること
 - 人や地域は現状を理解し、期待され、役割を持った時、自然と力を発揮する
- 今や、各自治会ごとに小さな地域包括支援センターがあるかのように、自分たちでできるところは自分たちで解決し、困った時には即、地域包括支援センターに情報が入る。初期の段階での問題解決と一般介護予防の推進がスムーズに行われるようになった。

取り組みのポイント！

高齢者見守りネットワーク情報交換会(H23年～)

町内会長会・民生児童委員協議会や老人クラブ連合会・福祉協力委員等と連携を図り、高齢者支援に関する情報交換会を定例(各地区年1回)で行い、日頃の支援体制の強化を図る。

個の支援 ⇒ 地域づくり



地域づくりのきっかけの場

変身もが...

ありや、こないだ見かけたばい!

○地区割り担当制の導入(H25年～)

地域住民と地域包括支援センターとの関係が深まり、地域ごとの高齢者支援の活動が高まってくれば、必然的に早期の相談内容や多くの連携事項が増えてくる。

地域住民のやる気に十分にちやていくために、地域包括支援センター職員の地区割り担当を取り入れることとした。今まで、介護予防推進担当、2次予防プラン担当、予防給付担当など業務割りにしていたが、それらをすべて地区で分け対応する。

結果、5人の職員で32箇所、高齢者人口の同等規模を分担して受け持っている。

取り組みのポイント！

地区割り担当制の導入(H25年～)

地域住民のやる気に十分にちやていくために！

5人の職員で32か所を、高齢者人口の同等規模を分けて受け持つ。

「高齢者は変化しやすいのが特徴」「住民は驚愕りではない」

○初期の段階での問題解決に大きな効果

○職員の地域づくりへの自覚が芽生えた。各職員が個の支援から地域づくりを考えるようになった。

○地域づくりに関し地域力を体感することにより、地域住民への尊敬の念がより一層深まった。

地域によって職員が育つ

○高齢者見守りネットワーク情報交換会
○総合事業対象者・予防給付利用者のプラン作成はもろろん
○イキイキ百歳体操支援
○担当地区の相談はなんでも対応 など

町内会長さんや民生委員さん、地域の方々としっかりつながってます。「私がこの地区の担当です。まかせて下さい(*´▽`*)」



○「決まった担当者に細かいところまで相談しやすくなった」「地域のことを何でも分かってくれている、心強い」「対応が早く、頼れる存在」等の声が聞かれる。

○職員の地域づくりへの自覚が芽生えた。各職員が個の支援から地域づくりを考えるようになった。

○地域づくりに関し地域力を体感することにより、地域住民への尊敬の念がより一層深まった。

2

7 今後の課題と展開方針

改善への取り組みをスタートさせた平成22年から今日までのこの6年間、「佐々町の高齢者支援を将来も発展的に継続していくために何が必要なのか」、「みんなが安心して暮らせるまちづくりのために、今できることは何なのか」を住民の皆さんと共に考え、その取り組みとして、介護保険サービスの在り方や、利用について見直しをし、地域の中での支え合いや、通いの場などの地域づくりを進めてきた。

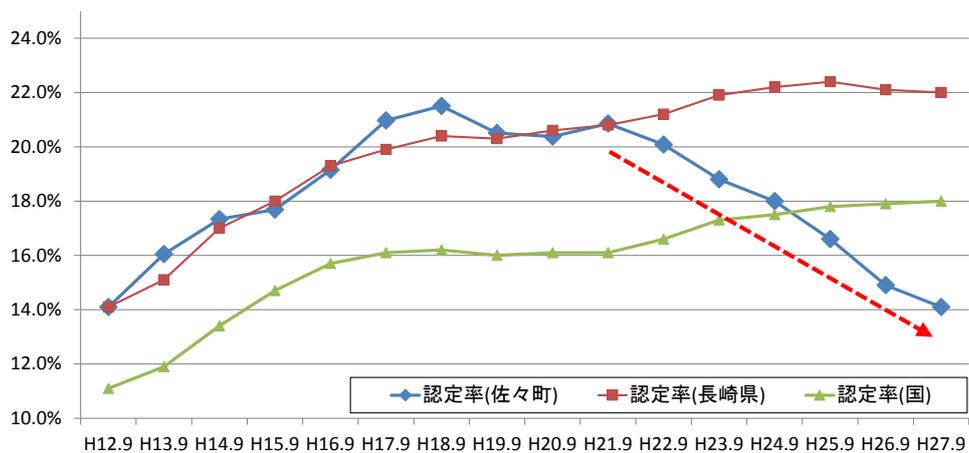
このような取り組みの効果として、要支援・要介護認定率や介護保険給付費の抑制にも影響が現れていると考えられるが、何より良かったことは、介護保険制度に依存していくのではなく、住民の皆さんと共に、自分たちでできる「地域づくり」は何かを追及していくことが、高齢者の方が、明るく楽しく生きがいをもって生活できる環境づくりにつながり、また、「人」と「地域」がふれ合うことで生まれる温かく力強い佐々町の「地域力」を再確認できたことであった。

この「地域力」は、「介護」というテーマをとおして、支える側も、支えられる側も、佐々町で共に幸せに過ごしていくための、素晴らしい力であると感じる。

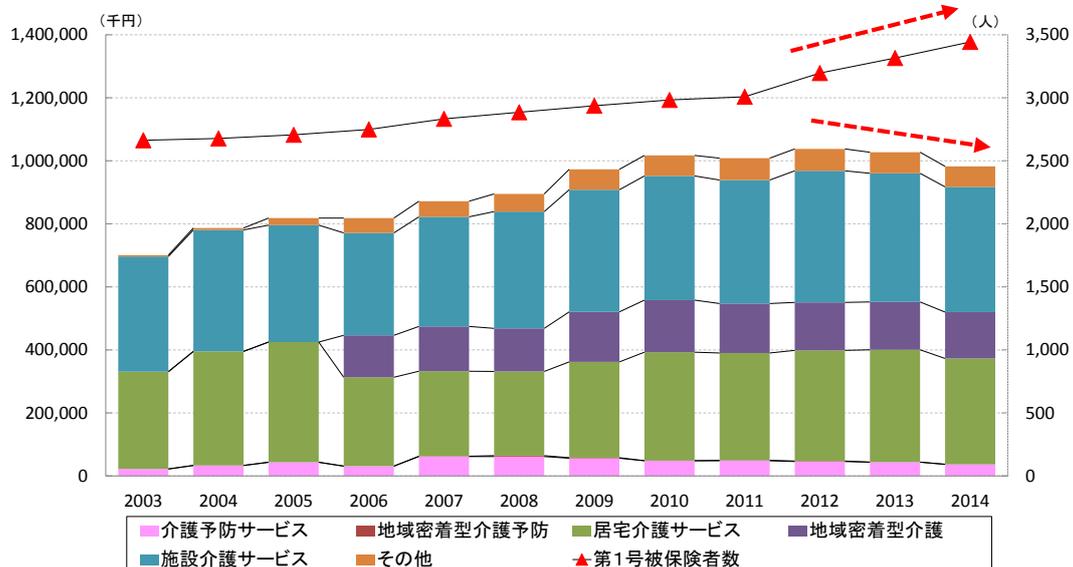
地域包括ケアシステムの構築には地域支援体制の確立、つまり、「地域づくり」が重点課題であり、地域の課題を解決していくためには、地域の人たちが動き出すきっかけをつくり、動きやすい体制を整えることが行政の役割と考える。

これからも、佐々町の「地域力」を最大限に引き出し、明るい希望がもてるまちづくりに取り組んでいきたい。

■平成12年度からの要介護認定率の推移



■給付実績と65歳以上の高齢者の推移



秋田県 小坂町の取り組み

1 移行のきっかけ

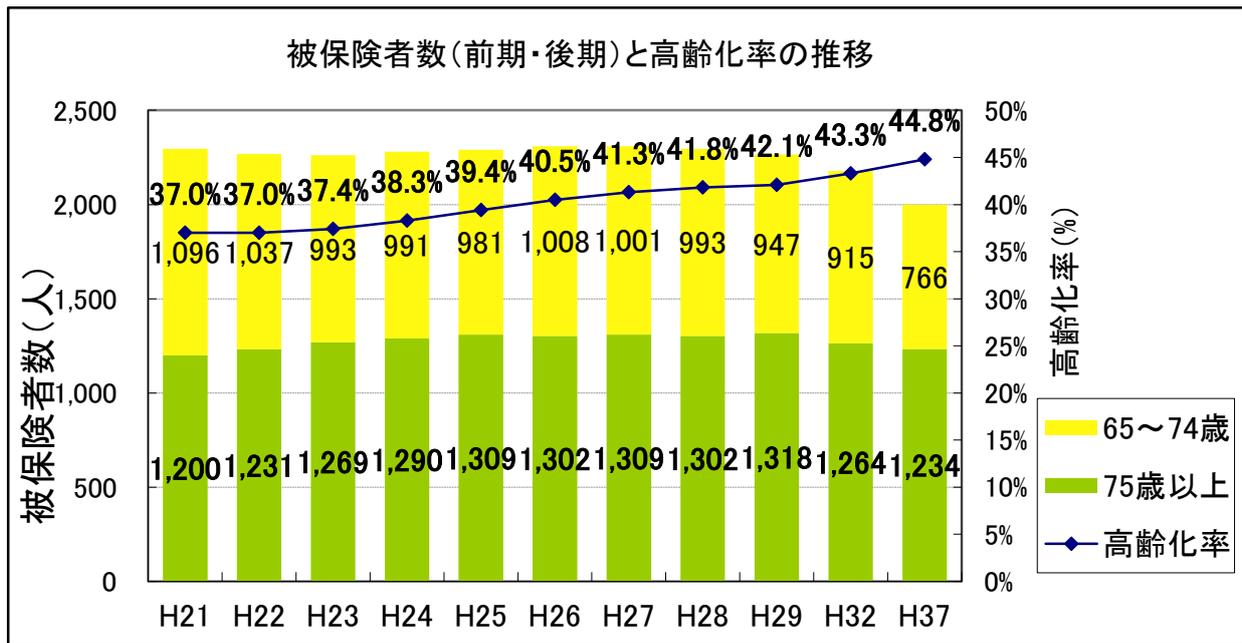
取り組みの背景

小坂町は平成26年度に高齢化率が40%を超えた。さらに近年3年間において、介護認定率が1%以上上昇するなど、地域内の高齢者の状態が悪化している状況が見受けられた。人口減少で衰退が進む地域において、高齢者が安心して生活できる環境を今一度整えていくためには、総合事業に取り組むしかなかった。総合事業は「様々な角度からの地域づくりの巻き起こし」を推進させるための事業であり、小坂町には早期移行を躊躇している時間はなかった。

また、介護保険料の引き上げなど高齢者の生活状況が好転する兆しの中々望めない中で、総合事業を始めとした高齢者の自立促進・協働に向けた施策を展開させていくことで、行政側の努力姿勢を見せる必要があった。行政マンとして、目の前にある地域の課題にどう対処していくのか問われているのではないだろうか。そうした対策を後手に回すことに住民は納得しない。

小坂町は、介護保険制度の開始以前から地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを独自の視点で行ってきた。圏域内（医療圏も含む）で独自にこのシステムを構築し、介護・医療機関とは十分な連携を図ってきた。その上で介護予防事業を推進させる職員を専従で配置し、地域内における様々な活動を通じて地域づくりにも取り組んできた。こうした取り組みが基礎にあることで、総合事業にスムーズに取り組むことができたと考えている。

小坂町における被保険者数と高齢化率の推移



2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～移行まで】

地域診断、資源の発掘

(平成 26 年 7 月～10 月・第 6 期計画と並行)

移行決定(平成 26 年 12 月中旬)

移行まで・移行後のロードマップを策定

(平成 26 年 12 月下旬～平成 27 年 1 月上旬)

移行作業(要綱・システム改修・各種調整等)

(平成 27 年 1 月～3 月下旬)

事業内容、料金形態等の検討

(平成 27 年 1 月中旬～2 月中旬)

住民・議会との調整・研修等

(平成 27 年 2 月下旬～3 月下旬)

新しい総合事業に移行(平成 27 年 4 月)

【移行後～平成 27 年 12 月末現在】

要支援認定期間満了者の移行(平成 27 年 5 月～平成 28 年 4 月にかけて)

訪問系サービス(B型)の実施検討・準備(平成 27 年 8 月～12 月)

総合事業への移行までの取り組み概要

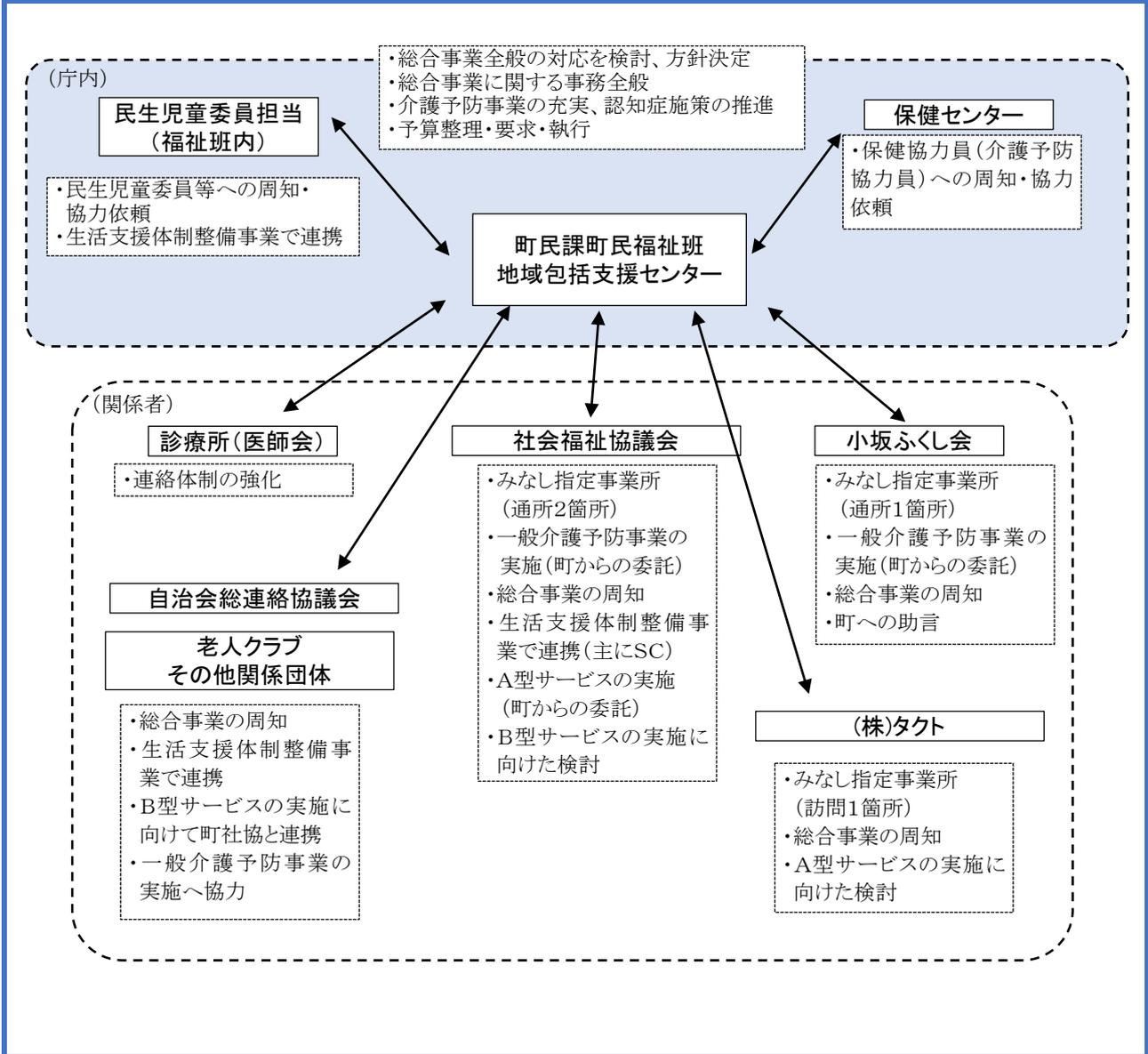
これから総合事業を推進させるためには、まず地域の関係機関の方々とゴールの姿を共有させる必要があった。第 6 期介護保険事業計画の策定と時期が重なり、小坂町なりの地域包括ケアシステムとはどのような姿なのか、時間をかけて議論して方向性を話し合った。同時に、生活支援体制整備事業を推進させていくための初期段階の研修として、町民向けの研修会の開催や先進地の視察を重ねて意識転換を図った。

要支援・チェックリスト対象者向けサービスについては、法人側と 10 日に 1 回程の頻度で意見交換会を兼ねた勉強会を行い、制度への理解を深めた。移行までの時間が限られる中で、実際にサービス提供を行う現場の不安解消に努めた。総合事業に関する新しい情報が入ったり、保険者側の準備状況などを迅速に事業所側へ提供するため、定期的にかかわら版を作成して配信した。同時に他の多様なサービスについても、急ピッチで内容の詰めの協議を行い移行に備えた。

小坂町の場合、一般介護予防事業は昨年度実施していた事業(お元気くらぶなど)をそのまま移行させた。平成 27・28 年度で段階的に見直すこととしている。早期移行により事業費の上限額が増えたことで、新しくポイントカード事業に取り組むこととなり、実施に向けた準備を行った。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 総合事業で取り組むべき事業をプラスに考えて組み立てよう!

総合事業で取り組むべき事項は、過疎地域に属する小規模な自治体こそ早急に取り組むべき事業が詰め込まれている。我々も総合事業の全容を見たときには、「こんなことは出来るはずがない」と最初こそ尻込みをしてしまった。しかしながら、「躊躇している時間は残されていない」「嘆いてばかりはいられない」と皆が意識を転換したことで移行が実現できた。「地域資源やボランティアといった参画する人がいないから総合事業はできない」のではなく、いかに地域の実情に照らし合わせてプラスに捉えることで総合事業に対する見方は大きく変わる。

【発生した課題と対応策】

- ・平成 27 年 4 月は介護保険法の改正と重なるとともに、介護報酬の改定とも重なる時期であった。特にサービス提供事業者においては、介護報酬の改定内容が見えてきたのが 2 月上旬になってからということもあり、その影響を見極めたいという意見も出された。しかし、近隣自治体でも前例が無いなど情報が十分に得られない中で早期移行へ協力を得ることができたのは、日頃から築き上げてきた協力関係が好影響している。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・今回早期移行に向けた組み立てを行うに当たり、足並みを揃えることを念頭に置いて積極的な意見交換の場を設けたことは前述の通りである。その場を活用して、移行に向けた作業の進捗状況を逐次報告するとともに、積極的に意見を出してもらい事業内容に反映させた。
- ・小規模な自治体であれば、当然ながら従事する担当者も少ないことから、分からないことや不安に感じることもあっても相談できる場所が無かったために苦勞が多かった。現在では取り組みを行っている自治体も全国的に増えてきており、情報は十分に確保できる状況になってきている。そのため取り組みへの障壁は小さくなってきていると考えられる。

【取り組みの成果】

- ・移行初年度のため、取り組みの成果を数値的に分析することはまだ出来ていない。しかし、確実に人づくりは進んでおり、意識が変わってきていることを実感できている。総合事業や関連事業の周知がまだ地域全体に十分に行き届いていないため、今後は周知・広報にも力を入れていく必要がある。総合事業の本質を地域住民へきちんと伝え、意識の変化を全町へ波及させていきたい。



関係者との意見交換の様子

(2)急遽盛り込んだ通所型サービスA

小坂町は総合事業の移行に当たり、現行相当の訪問・通所のサービスをみなし指定で行ったほか、ミニデイサービス「くるみ」を開設した。

このミニデイサービス事業所は「小坂町福祉保健総合センター」で行っている。この建物内には、町社会福祉協議会や通所介護事業所があるだけでなく、検診事業や介護予防事業の会場となるなど、町の保健福祉・介護予防の拠点となる施設である。平成 26 年 7 月までは役場の福祉部門や地域包括支援センター、児童館などが入居していたが、庁舎移転に伴う機能統合により退去したため空きスペースが生じていた。このスペースを有効的に活用するため、以前から要望の多かったミニデイサービス設置することとなった。

当初は町単独事業に位置づけて実施する予定であったが、総合事業の早期移行によって多様なサービスの一つとして位置づけが可能と判断し、通所型サービス A（基準緩和型通所事業）として盛り込むこととした。

【発生した課題と対応策】

- ・単価設定をどのようにするか、折り合いがつかずにギリギリまで調整が続いた。包括単価を用いず1回当たりの利用単価を設定することとなったことや、需要（稼働状況）がどの程度見込めるかが不透明だったことが理由である。基本単価に加えて各種加算項目を設けることで単価を設定し、開設後の稼働状況を見極めながら、改めて単価改定を検討することで対応した。
- ・本事業所に限らず、町内の事業所に共通する課題として、介護人材の不足が挙げられている。事業所からは、人口減少が進んでいることで「くるみ」においても人員（スタッフ）の確保が困難であると報告されている。通常の通所介護事業所にも影響を来さないように人員配置に注意する必要があるが、この点についてはボランティア等の力も借りながら対応していきたい。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・既存の通所介護事業者に運営を委託しているため、基準緩和型でありながら専門的で豊富な知識を有するスタッフによるサービス提供が可能である。
- ・デイサービスの利用に抵抗感を持つ利用者・その家族からの評価が特に高い。
- ・利用に際して、出来る限り利用者や家族からの要望に応えるようにしている。その分提供者側の負担は増えるが、利用者の視点に寄り添ったサービスを提供するための最大限の配慮である。

【取り組みの成果】

- ・利用者や家族からの反応はとても良い。設置者である行政側や実際の運営に当たる事業者にとっても、求められているニーズに応えることが出来たと考えている。今後もよりよいサービス提供ができるよう、改善に努めていきたい。



福祉保健総合センター

見届けの手間は増えるが、
利用者のやりたいことなど
の要望には最大限応える。



4 総合事業の概要

○訪問系サービス

基準	訪問型サービス（第1号訪問事業）	にない手さん（訪問型サービスB）
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	住民を主体にして行う生活援助
対象者とサービス提供の考え方	・要支援認定者・チェックリスト対象者 ・訪問介護員によるサービス提供を必要とする方に対して、法で定められた基準によりサービス提供を行う。	・チェックリスト対象者（要支援認定者は対象外） ・下述参照
実施方法	事業者指定（みなし指定）	町社会福祉協議会へ補助
基準	予防給付の基準を基本（国の基準を参照）	必要最低限の基準内容
サービス提供者	訪問介護員（訪問介護事業者）	地域住民で講習を受講した者
費用	—	30分250円を基本

○通所系サービス

基準	通所型サービス（第1号通所事業）	ミニデイサービス くるみ （通所型サービスA 基準緩和型サービス）
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
対象者とサービス提供の考え方	・要支援認定者・チェックリスト対象者 ・通所介護事業者によるサービス提供を必要とする方について、法で定められた基準によりサービス提供を行う。	・チェックリスト対象者（要支援認定者は対象外） ・下述参照
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（国の基準を参照）	人員や設備等の要件を緩和した基準
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
費用	—	利用者負担 1回300円（食費別）

【1自治体】サービス自慢 ～住民主体の訪問型サービス～

町社会福祉協議会は、平成28年1月から総合事業におけるB類型（住民主体によるサービス提供）を開始した。あくまで提供の主体は地域内の住民であるが、町社会福祉協議会がサービスの提供側と受け手側の間に入り、相互のマッチングや普及啓発活動等の事務的役割を担う。

このサービスを展開させる理由は、地域内での支え合い体制の構築に向けたきっかけづくりを推進させるほかに、事業者によるサービス提供では行き届かない部分を補うサービスが不足しているという地域の声に応えるためである。内容などは下記で述べる「小坂町地域支え合い推進協議会」も関わり、内容を検討した。

受け手は30分250円を活動者側に支払うが、活動者には活動実績に応じて「こさかはっぴいポイント」を付与している。これは、活動者側がこの活動に参加することで自らの生きがいがづくりに積極的に取り組んでいる点を評価する必要があることや、利用者負担を可能な限り抑えるためである。

12月に行われた活動者に対する登録研修では、事務局の想定を上回る活動者の登録があり、地域内での支え合い構築に理解を示してくれる人の多さに心強さを感じている。

このネットワークを町内各地区で展開させていくことで、町内どこに住んでいても安心した在宅生活を送ることができるようになる。

5 総合事業の充実に向けた主な取り組み(移行後～現在)

主な取り組み内容等

(1)訪問型サービスBを構築

小坂町社会福祉協議会が独自に実施してきた訪問系サービスを総合事業のB類型(住民主体型)サービスとして平成28年1月から開始した。活動者の住民とサービスを受ける住民の橋渡し役は町社会福祉協議会が間に入って行うが、将来的には活動者らによる組織化に結びつけたい。事務局を担う町社会福祉協議会はお金の受け渡しを行うほか、ポイントカード端末を使用したポイント付与、サポーターの養成講座等を行う。町では、この事業の事務局となる町社会福祉協議会に対し、事務的経費(事務局人件費や通信運搬費など)として平成27年度は50万円の補助を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・活動者側と利用者側の双方に理解される利用料(活動謝礼)の設定の調整に難航した。その対策として、今年度から開始した介護予防ポイントカード「こさかはっぴいポイントカード」を活用し、活動者側に対して謝礼の一部として50ポイント(50円相当)を付与することとした。

【取り組みの成果】

- ・本事業の開始に当たり、町社会福祉協議会において活動者の募集を行ったところ、当初の見込みを上回る多くの方々に活動者として登録していただいた。地域づくりを推進させていく上で、地域内での支え合いの趣旨を理解してくれる地域住民が大勢いたことに力強さを感じた。まだ事業は開始したばかりで軌道に乗るまで時間がかかっているが、この取り組みが単なるサービスの枠を超えた地域内での支え合い体制の構築に向けた契機となることを期待したい。

(2)小坂町地域支え合い推進協議会(協議体)の設置

地域内の関係機関や各種団体間のネットワークづくりと、福祉の視点から支え合い体制の構築を積極的に推進させるため、平成27年11月に「小坂町地域支え合い推進協議会」を設置した。

これまで行政が必要と思われるサービスを構築して提供してきたが、地域の自立性と協働を推進していくと同時に、規範的統合を図っていく目的を併せ持っている。

【発生した課題と対応策】

- ・「地域づくり」という一つの達成目標は、庁内の他課で設置している他の委員会と内容や構成が重複しているという指摘がある。小規模な町なため、町が設置する色々な委員会の委員を兼ねるケースも見られる。会議体が分かれてしまうことで負担が増すとともに連携が取りにくくなる。今後は、既に設置している会議体との統合や連携を図り、総合的な観点からの地域づくりを推進していきたい。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・「なぜ今この取り組みをやらなければならないのか」「取り組むことの必要性」といった問題意識の植え付けはできたものの、「ならば具体的にどうアクションを起こせばよいのか」「どこから手をつければよいのか」といった中身の説明に苦慮している。他自治体の取り組みも参考にするとともに、研修会の場を積極的に設けながら理解を深めていかなければならない。

【取り組みの成果】

- ・様々な方法で支援やサービスに携わっている機関・団体が目的と方向性を共有することは非常に重要である。
- ・協議会で議論を行い、(1)の住民主体の訪問型サービスを開始することとなった。協議会に参加した中で、この事業に協賛していただける方や団体もいて、一体感をもって地域づくりに取り組むことができていると感じる。

6 取り組みのポイント

1

○行政・事業者・医療機関・地域住民が一体となっている。

小規模な町であるとともに、これまで長年にわたって互いの顔が見える良好な関係づくりに努めてきた結果、総合事業の円滑な移行が可能となった。「みんなが一つのチームである」という意識を大切に、同じ方向（将来）を向いている意味は大きい。

過疎が進む地域で安心して暮らしていくために今どう行動すればよいか、問題意識を持っているとともに、互いの出来ることを真剣に考えて実行することができている。

○行政の専門職がきっかけづくりを行い、住民主体の通いの場を形成

介護予防事業を普及・展開させるために専門的に職員を配置し、積極的に地域に出向いて活動してきた。その成果は介護給付費や要介護認定率に現れただけでなく、住民の「気づき」に結びつき、地域住民が自ら通いの場を立ち上げている。

「〇〇地区の△△さんもやっているから、私もやってみよう」と刺激を受けて取り組み始める人もおり、着実に地域に通いの場が増えつつある。

2

7 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

総合事業の実施から半年以上が経過したが、制度の運用上の課題や地域内で解決すべき問題点はまだまだ山積みだ。我々自身がそのことを住民に認識し、解決に向けて力強く動いていかなければならないと考えている。

事業全体で共通している課題は、60～64歳までの住民を担い手としてどう活用していくかである。壮年層の増加や民間事業者による生活支援サービスの供給増加は見込めないことから、特にターゲットを絞って啓発等の活動を行うことで取り込みを図っていきたい。

【個別の課題と展開方針】

○認知症対策と絡めていくことが必要

小坂町の要介護認定者の状況を分析してみると、認知症が関連しているケースは全国平均よりも多い。地域的な要因や季節的な要因など様々な理由があると考えられるが、認知症予防と絡めた事業の展開の必要性は高い。課題解決に向けて、平成28年度から新しい事業に取り組む予定である。

○自宅から気軽に集うことができる、自分の居場所づくりの推進

町内で数地区をモデル地域に指定し、普及啓発や設置者に対する補助制度の創設などを行い、集いの場づくりへの取り組みを推進したい。地域における多様な取り組みが継続して行われるように、町の専門職によるバックアップにも力を入れていきたい。

○「こさかはっぴいポイントカード」ポイント付与対象事業の充実

平成27年4月から、介護予防事業に参加した方や生きがいがづくりに結びつくボランティア活動等に参加した方に対してポイントを付与している。しかしながらポイント付与の対象となる事業はまだ不十分である。より多くの方に利用してもらうとともに、目標意識の高揚を図るためには、対象事業の拡充が不可欠である。

◎自立に向けたプログラム策定やサロンの設置を始めとした、多様な担い手による多様な高齢者支援体制の構築について

愛知県 名古屋市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

団塊の世代が75歳以上となる2025年までに、確固たる地域包括ケアシステムの仕組みを構築するため、本市では平成27～28年度の2か年で地域包括ケアシステムの基礎的基盤の整備を集中的に行っていく。なお、高齢化の問題は人口減少の問題とともに、大都市行政の最大の課題の一つであることから、大都市のモデルを名古屋市から広げていきたいと考えている。

本市の特色として、人口が集中しており団塊世代の方々も多いことから、前期高齢者数が急増している一方、意識的に「互助」の強化を行わなければ、強い「互助」が望めない状態となっている。これに対応するため、60代、70代を中心とした元気な高齢者が多い実情を活かし、高齢者同士の互助の育成を行う事業や、元気な高齢者が積極的に参加できる事業を展開し、高齢者の居場所づくりや社会活動への参加を促進することで、強い「互助」を育むとともに、認定に至らない高齢者を増加させることを目指している。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

○名古屋市の基礎データ

面積	326.44 k m ²	—
総人口	2,285,670人	平成27年11月1日時点(年齢不詳を含む)
高齢者人口 (高齢化率)	545,374人(23.9%)	平成27年11月1日時点 平成32年度:580,000人(25.6%) 平成37年度:588,000人(26.3%)
後期高齢者人口	258,865人	平成27年11月1日時点 平成32年度:305,000人 平成37年度:351,000人
世帯数	1,060,241世帯	平成27年11月1日時点
認定者数	101,696人	平成27年11月末時点 (要支援1～要介護5:14,440人、19,187人、14,738人、19,989人、13,555人、10,818人、8,969人)
介護保険料 (基準額)	第6期:年額70,729円(月額5,894円) 第5期:年額65,282円(月額5,440円)	

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

実施体制

区分		課名等	主な役割、位置付け
庁内	A	介護保険課	<ul style="list-style-type: none"> ・制度設計 ・基準緩和サービスの報酬体系等の構築 ・介護保険システムの改修
	B	地域ケア推進課	<ul style="list-style-type: none"> ・制度設計 ・一般介護予防事業の構築
関係者	a	地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に関するアンケート調査の実施 ・ケアマネジメントに係る意見聴取
	b	区役所・支所	<ul style="list-style-type: none"> ・相談受付業務等に係る意見聴取
	c	保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・一般介護予防事業に係る意見聴取
	d	社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・事業主体としての参画
	e	介護保険事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・基準緩和サービスの報酬体系等に係る意見聴取 ・事業主体としての参画

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

- ①高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定(27年3月)
- ②総合事業システム改修班の設置・総合事業定例会の定期開催(27年4月～)
- ③窓口業務、ケアマネジメント業務等の検討(27年5月～)
- ④基準緩和サービスの料金体系等に係る意見募集(27年8月～27年9月)
- ⑤事業者説明会(27年12月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

- ⑥利用者に対する個別の事前説明(28年1月～28年3月)
- ⑦利用者に対する移行手続きを開始(28年3月～)
- ⑧新しい総合事業の実施(28年6月～)
各項目・事業を検証・評価し、必要な改善を検討(28年8月～29年3月)
新しい総合事業の本格実施(29年4月～)

新しい総合事業に移行
(平成28年6月)

(1)高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定(27年3月)

【発生した課題と対応策】

- ・平成27年～29年の対象者数やサービス量の計画値について、利用者のニーズを把握したうえで見込む必要がある。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・基準緩和サービスの利用割合については、地域包括支援センターに対して行ったアンケート結果を参考とした。アンケートにあたっては、基準緩和サービスを含むサービス類型を示したうえで、状態像や利用状況等を基に、利用者ごとに、移行後に必要になるとと思われるサービス類型を回答してもらい集計した。

【取り組みの成果】

- ・利用者のニーズを踏まえ、より正確な計画値を算出したことにより、予算計上を円滑に行うことや事業規模を踏まえた検討を行うことが可能となった。

(2)総合事業システム改修班の設置・総合事業定例会の定期開催(27年4月～)

【発生した課題と対応策】

- ・関係業務が2課6係にまたがることや、各自が通常業務を行いながらの対応であったことから、検討が思うように進んでいなかった。
- ・平成28年6月からの実施に向け、各事業や業務の検討を加速させるとともに、複数係にまたがる業務内容を集約しながらシステム改修を進めるべく、2課4名の職員により構成する「総合事業システム改修班」を新設した。
- ・情報の共有化を目的に、2課6係の課長級以下職員による定例会を毎月開催することとした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・「総合事業システム改修班」は、システム改修に関わる内容を中心に、各業務や事業の検討にも携わり、必要な調整を行った。

【取り組みの成果】

- ・関係係との調整を行い、システム改修に関わる業務や事業内容を早期に確定させ、当初の予定通り、平成27年6月からシステム改修に着手することができた。

(3)窓口業務、ケアマネジメント業務等の検討(27年5月～)

【発生した課題と対応策】

- ・相談窓口が地域包括支援センターと区役所・支所とに分かれるため、円滑な連携がなされるよう、現場の意見を取り入れながら、窓口業務スキームを構築する必要がある。
- ・ケアマネジメント業務についても、地域包括支援センターによる現場の意見を踏まえたうえで、検討を行う必要があった。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・区役所・支所職員により構成する検討会と、地域包括支援センター職員により構成する検討会を、平成27年5月～7月にかけてそれぞれに開催し、課題等の洗い出しを行った。

【取り組みの成果】

- ・区役所・支所と地域包括支援センターの意見を踏まえた、窓口業務スキームを構築できている。

(4) 基準緩和サービスの報酬体系等に係る意見募集(27年8月～27年9月)

【発生した課題と対応策】

- ・利用者のニーズ及び事業者による意見等を踏まえた報酬体系等を構築する必要がある。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定時に地域包括支援センターに対して実施した、基準緩和サービスのアンケート結果等を踏まえ、報酬体系等を設計した。
- ・平成27年8月に実施した集団指導(約4,000事業所を対象)において、基準緩和サービスの基準や報酬体系等について説明したうえで、意見募集を行った。

【取り組みの成果】

- ・事業者からの意見等を踏まえ、報酬体系を見直すとともに、事業所からの質問に対してもQA一覧の形で示すことができた。

例) 従来の介護予防通所介護では要支援区分ごとの報酬体系であったものを、適当たりの利用回数による報酬体系に改め、要支援2の週1回程度利用の場合の単位数を創設する等の変更を行った。

(5) 事業者説明会(27年12月)

【発生した課題と対応策】

- ・事業者の制度理解を深めることに加えて、サービスが必要な利用者に対して確実に基準緩和サービスが提供されるよう、基準緩和サービスへの事業者の参入を推進する必要がある。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・訪問介護・通所介護事業所、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター等を対象に、説明会を実施した。
- ・事業者に対して、基準緩和サービスへの積極的な参入を依頼した。
- ・疑問点については、後日質問票により送付してもらい、回答をホームページに掲載する予定。

(6) 利用者に対する個別の事前説明(28年1月～28年3月)

【課題と対応策】

- ・制度改正により直接の影響を受ける予防給付等の利用者に対しては、混乱や不安を抱かせることがないように、広報紙等による一般向け広報に加えて、個別に丁寧な説明を行う必要がある。

【取り組みのポイント】

- ・現行サービス等利用者に対し、地域包括支援センター及び委託居宅介護支援事業所が、平成28年1月～3月の間のモニタリング実施時等に、個別の事前説明を実施する。
- ・要支援者への事前説明の際には、制度説明に加えて、認定有効期限到来前であっても本人の希望により、新しい総合事業への早期移行が可能である旨を案内する。(本市では、要支援者について、平成28年5月末以降の認定有効期限到来時に新しい総合事業に順次移行させる予定。)

(7) 利用者に対する移行手続きを開始(28年3月～)

【課題と対応策】

- ・移行手続き時においても利用者に対して丁寧で分かりやすい説明をする必要がある一方で、移行事務を担う地域包括支援センターの事務負担についても配慮する必要がある。

【取り組みのポイント】

- ・要支援者については、認定有効期限到来時に順次新しい総合事業に切り替えることとし、約1年をかけて移行事務を行う。
- ・一方、二次予防事業利用者については、平成28年3月～5月の間に移行手続きを行い、平成28年6月当初より新しい総合事業の利用を可能とする(本市では、現在の二次予防事業から介護予防・

生活支援サービス事業に編成される事業があり、同様のサービスを継続して利用するためには、基本チェックリストの実施等が必須となる。

(8)新しい総合事業の実施(28年6月～)

【課題と対応策】

- ・新しい総合事業の創設により、事業に対する市町村の裁量や自由度が以前より高まったことから、事業の効果検証を行い必要な改善に繋げていくことが重要である。
- ・平成28年6月から新しい総合事業を開始したうえで、基準緩和サービスへの参入状況、利用状況及び相談からサービス利用への流れまで、各項目・事業について幅広く検証や評価を行う予定。
- ・検証や評価の結果を踏まえたうえで、平成29年4月に新しい総合事業を本格実施する。

【取り組みのポイント】

- ・高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づく3か年ごとだけでなく、毎年のPDCAサイクルの中で検証や評価を実施し必要な改善を行っていく。

3 総合事業の概要(予定)

【1自治体1サービス自慢】～介護予防・認知症予防複合プログラムの構築～

本市では、基準緩和サービスの一つである「ミニデイ型通所サービス」の創設にむけ、参入する事業所のサービス提供の指針となるよう、学識経験者及び介護予防の各分野の専門家で構成する策定検討会の検討を踏まえ「なごや介護予防・認知症予防プログラム」を策定した。このプログラムは、原則6か月間、ウォーミングアップを始めアセスメント、運動・栄養・口腔・生活目標の設定等の項目を計画的に組み合わせることによって、高齢者が要支援状態から脱し、今一度自立した日常生活を営むことができるようにしていくことを目的としている。具体的には、プログラムに参加した仲間同士による自主グループ活動や、身近な高齢者サロン（平成27年9月末時点で653箇所、第6期介護保険事業計画期間内に1,000箇所まで拡大予定）の参加につなげることを目指した取り組みである。

○名古屋市の訪問・通所サービス類型

【訪問サービス】

サービス種別	予防専門型 訪問サービス	生活支援型 訪問サービス	地域支えあい型 訪問サービス																								
	<p>現行の介護予防訪問介護と同等の基準の下、ホームヘルパーが家庭を訪問し、利用者の生活機能の維持・向上の観点から、身体介護、生活支援サービスを提供</p>	<p>NPOや協同組合、社協、シルバー人材センター等に所属するホームヘルパーに加え、一定の研修修了者等が家庭を訪問して、自立を目指した相談、指導のもと、日常の掃除・洗濯・家事等の生活支援サービスを提供</p>	<p>各学区の地域福祉推進協議会と連携し、一定の講習を受講した地域の元気高齢者等のボランティアが、ゴミ出しや電球の交換等、日常のちょっとした困りごとに対する生活支援サービスを提供</p>																								
利用者	要支援者及び事業対象者	要支援者及び事業対象者	要支援者及び事業対象者を主に、それ以外の方の利用も可																								
事業主体	本市の指定を受けた法人	本市の指定を受けた法人 (予防専門型と一体的に実施可能)	各学区の地域福祉推進協議会(以下「推進協」という。) (区社会福祉協議会がサポート)																								
サービス内容	身体介護(入浴介助等) 生活支援(掃除・洗濯・家事等)	生活支援(掃除・洗濯・家事等)	高齢者の居場所づくり、見守り 日常のごみ出し、買い物支援、電球の交換等のちょっとした困りごとを支援																								
職員・担い手	介護福祉士・介護職員初任者研修修了者等の資格を有する介護職員	介護福祉士・介護職員初任者研修修了者等 名古屋高齢者日常生活支援研修修了者の資格を有する介護職員	一定の講習を受講した地域のボランティアコーディネーター、元気高齢者等のボランティア																								
事業支給費 1単位=11.05円	<p>・現行の介護予防訪問介護の介護報酬と同額</p> <table border="1"> <tr><th colspan="2">包括報酬(月)</th></tr> <tr><td>週1回</td><td>月1, 168単位</td></tr> <tr><td>週2回</td><td>月2, 335単位</td></tr> <tr><td>週2回超</td><td>月3, 704単位(要支援2のみ)</td></tr> </table>	包括報酬(月)		週1回	月1, 168単位	週2回	月2, 335単位	週2回超	月3, 704単位(要支援2のみ)	<p>・現行の介護予防訪問介護の介護報酬の7割程度 ・訪問介護における「生活援助中心型45分以上」の報酬単価をもとに積算 ・介護保険の処遇改善加算相当分も加味</p> <table border="1"> <tr><th colspan="2">包括報酬(月)</th></tr> <tr><td>週1回</td><td>月 844単位</td></tr> <tr><td>週2回</td><td>月1, 688単位</td></tr> <tr><td>週2回超</td><td>月2, 532単位(要支援2のみ)</td></tr> </table>	包括報酬(月)		週1回	月 844単位	週2回	月1, 688単位	週2回超	月2, 532単位(要支援2のみ)	<p>・ボランティアコーディネーターの謝金として、1日1,000円を支給(月24,000円を上限) ・事務経費として、推進協ごと原則年10万円を上限に補助 ・ボランティアに以下のポイントを付与(年500Pを上限)</p> <table border="1"> <tr><th>活動内容</th><th>ポイント数(1P=10円)</th></tr> <tr><td>生活支援活動</td><td>30分以上 10P 30分未満 5P</td></tr> <tr><td>見守り活動</td><td>1月につき 5P</td></tr> <tr><td>サロン活動</td><td>1時間につき 1P</td></tr> </table>	活動内容	ポイント数(1P=10円)	生活支援活動	30分以上 10P 30分未満 5P	見守り活動	1月につき 5P	サロン活動	1時間につき 1P
	包括報酬(月)																										
週1回	月1, 168単位																										
週2回	月2, 335単位																										
週2回超	月3, 704単位(要支援2のみ)																										
包括報酬(月)																											
週1回	月 844単位																										
週2回	月1, 688単位																										
週2回超	月2, 532単位(要支援2のみ)																										
活動内容	ポイント数(1P=10円)																										
生活支援活動	30分以上 10P 30分未満 5P																										
見守り活動	1月につき 5P																										
サロン活動	1時間につき 1P																										
利用者負担	事業支給費の1割または2割	事業支給費の1割または2割	希望者に地域支えあい手帳を交付(実費として300円徴収)																								
限度額管理の有無	<p>あり</p> <p>要支援2:10,473単位 要支援1及び事業対象者:5,003単位</p>	<p>あり</p> <p>要支援2:10,473単位 要支援1及び事業対象者:5,003単位</p>	なし																								

【通所サービス】

原則6ヶ月のプログラムを終了することで、支援が必要な状態から回復し、元気高齢者になることを目指す。

(参考)

一般介護予防事業として実施

サービス種別	予防専門型 通所サービス	ミニデイ型 通所サービス	運動型 通所サービス	高齢者サロン														
	<p>現行の介護予防通所介護と同等の基準の下、デイサービスセンター等の施設において、入浴や食事その他の日常生活に必要な介護サービスのほか、自宅までの送迎サービスも提供</p>	<p>人員基準を緩和した職員配置の下、デイサービスセンター等の施設において、自立した生活を目指し「なごや介護予防・認知症予防プログラム」を実施</p>	<p>デイサービスセンターや老人保健施設、フィットネスクラブ等において、転倒予防や足腰の筋力保持のため、自宅で可能な軽い運動や体操等を実施</p>	<p>高齢者の居場所づくり、ふれあい活動を実施</p>														
利用者	要支援者及び事業対象者	要支援者及び事業対象者	要支援者及び事業対象者	孤立しがちな高齢者等														
事業主体	本市の指定を受けた法人	本市の指定を受けた法人 (予防専門型と一体的に実施可能)	本市の指定を受けた法人等	地域団体やNPO、協同組合、社会福祉法人等多様な主体による実施を想定 (区社会福祉協議会がサポート)														
サービス内容	機能訓練、レクリエーション等既存の介護予防通所介護と同様のサービス	原則6カ月間の「なごや介護予防・認知症予防プログラム」を活用した機能訓練等	原則6カ月間の運動プログラムを実施	高齢者の交流の場 趣味の集まり 住民主体の食事会 等														
職員・担い手	介護福祉士、介護職員初任者研修修了者 看護職員、機能訓練指導員等	「なごや介護予防・認知症予防プログラム」の研修を受けた介護職員等	機能訓練指導員 介護予防運動指導員等	地域住民主体のボランティア														
事業支給費 1単位=10.68円	<p>・現行の介護予防通所介護の介護報酬と同額</p> <table border="1"> <tr><th colspan="2">包括報酬(月)</th></tr> <tr><td>週1回</td><td>月1, 647単位</td></tr> <tr><td>週2回以上</td><td>月3, 377単位(要支援2のみ)</td></tr> </table>	包括報酬(月)		週1回	月1, 647単位	週2回以上	月3, 377単位(要支援2のみ)	<p>・現行の介護予防通所介護の介護報酬の8割程度 ・小規模通所介護における「要介護者1の2時間以上3時間未満」の報酬単価をもとに積算 ・介護保険の処遇改善加算相当分も加味 ・6ヶ月で自立、または改善した場合は、報酬の上乗せを検討</p> <table border="1"> <tr><th colspan="2">包括報酬(月)</th></tr> <tr><td>週1回</td><td>月1, 371単位</td></tr> </table>	包括報酬(月)		週1回	月1, 371単位	<p>・現行の二次予防事業「得トク運動教室」と同程度の報酬</p> <table border="1"> <tr><th colspan="2">1回あたりの報酬</th></tr> <tr><td></td><td>230単位</td></tr> </table>	1回あたりの報酬			230単位	<p>サロンの規模・実施回数に応じて、開設・運営経費を助成</p>
	包括報酬(月)																	
週1回	月1, 647単位																	
週2回以上	月3, 377単位(要支援2のみ)																	
包括報酬(月)																		
週1回	月1, 371単位																	
1回あたりの報酬																		
	230単位																	
利用者負担	事業支給費の1割または2割	事業支給費の1割または2割	事業支給費の1割または2割	おやつ代等の実費														
限度額管理の有無	<p>あり</p> <p>要支援2:10,473単位 要支援1及び事業対象者:5,003単位</p>	<p>あり</p> <p>要支援2:10,473単位 要支援1及び事業対象者:5,003単位</p>	<p>あり</p> <p>要支援2:10,473単位 要支援1及び事業対象者:5,003単位</p>	なし														

4 取り組みのポイント

1

○基準緩和サービスを含めた総合的なサービス提供を事業開始当初より実現

平成 28 年 6 月からの新しい総合事業の開始時において、予防専門型サービスに加え、基準緩和サービスとして訪問 A、訪問 B、通所 A、通所 C のサービスを提供するとともに、現在 600 箇所を超える高齢者サロンについても一般介護予防事業として実施する予定である。これにより、新しい総合事業への移行当初より、多様なサービスの中から利用者に相応しいサービスを提供することが可能となるものと考えている。

○基本チェックリストに独自項目を追加し必要な方に認定申請を案内

基本チェックリストにおいて、事業対象者の判定で使用する 25 項目のほかに、市独自の 13 項目を追加し、要介護認定申請の必要性の確認のために活用する予定である。これにより、基本チェックリストにより迅速なサービス提供に繋がった場合にも、必要な方に対して認定申請を適切に案内できる運用を検討している。

2

～市独自の 13 項目について～

- ・基本チェックリストにおける本市独自項目は、「要支援者の I A D L 等に関する状態像とサービス利用内容に関する調査研究事業（平成 24 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業）」研究結果を基に導入。
- ・研究結果に基づき、「できない」項目数が 6 個以上の場合に、認定申請への勧奨を行うことを基本に、当面は 3～5 個の場合にも要介護の可能性を伝える運用を予定。
- ・独自項目の数については今後実施結果の検証を行い、将来的には項目数を精査する予定。

No.	質問項目（市独自）
26	一人で外出できますか
27	バスや電車を使って移動できますか
28	日用品の買物ができますか
29	請求書の振込み（窓口、ATMなど）ができますか
30	お金の管理ができますか
31	電話番号を調べることができますか
32	足のツメを自分で切れますか
33	掃除機がけができますか
34	薬の管理ができますか
35	家の鍵の管理ができますか
36	食事を作れますか
37	電子レンジを使えますか
38	ガスコンロ（ガスレンジ）を利用できますか

5 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

地域包括ケアシステムの基礎的基盤を平成 27～28 年度の 2 か年で集中的に整備していくわけであるが、当該システムを構成する 5 つの柱のうち、介護予防と生活支援が新しい総合事業に該当する。

当該システムの基礎的基盤の整備として、元気な高齢者が積極的に地域等へ参加することによって生きがいを持ってもらう仕組みや、多様な主体による多様な生活支援サービスの提供によって要支援者又は要支援者になる恐れのある方を地域全体で支えていく仕組みを早期に作り上げたうえで、各事業の効果・検証によって、より完成度の高いものを目指していく。

【個別の課題と展開方針】

◎基準緩和型通所サービス利用後の通いの場の充実

第 1 号通所事業における基準緩和サービスとして、「ミニデイ型通所サービス」と「運動型通所サービス」を予定している。「ミニデイ型通所サービス」では、デイサービスセンター等の施設において、自立した生活を目指し「なごや介護予防・認知症予防プログラム」を活用した機能訓練等を実施する。また、「運動型通所サービス」では、デイサービスセンターやフィットネスクラブ等において、転倒予防や足腰の筋力保持のため、自宅でもできる軽い運動や体操等を実施する。両サービスとも事業者指定方式とし、利用限度額の範囲内で利用することとなるが、いずれも利用期間の上限を 6 か月と定めようとして、利用後は高齢者サロンに通っていただくよう支援することを考えている。

そのためには、高齢者サロンについて、箇所数やその開催頻度を増やすほか、利用者がサロンへ通っていただくための働きかけの手法などが課題であると考えている。

現時点では、高齢者サロンの実施場所を増やすための方策として、社会福祉法人に対しては特養等といった社会福祉施設のスペースの活用を、小中学校に対しては特別活動室等のような空きスペースの活用を依頼している。

◎地域支えあい型訪問サービスの充実

第 1 号訪問事業における基準緩和サービスとして、「地域支えあい事業」を位置付けており、本市 16 区 266 学区のうち、平成 27 年度は 12 区 50 学区で実施される見込みである。将来的には全市展開をしていきたいと考えているが、今後の事業拡大にあたっては、地域福祉推進協議会（いわゆる地区社会福祉協議会）の協力が得られるかが課題である。この事業を推進することで、高齢者の生活支援や生きがいづくりへの対応ができるとともに、地域住民相互の繋がりが広がることによる地域福祉の推進も期待される。

◎地域の力をエンジンに、地域に踏み出す第一歩！

兵庫県 神戸市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

○健康寿命の延伸

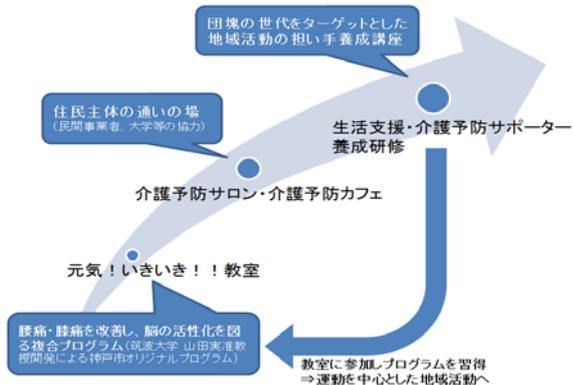
神戸市では、第6期介護保険事業計画において、最重点目標として、「健康寿命の延伸」を掲げている。これは、「健康寿命延伸の取り組みを市民と行政が一体的に取り組み、2025年までに健康寿命と平均寿命の差を2年縮める」というものである。

○総合事業の位置づけ

この健康寿命をのばすために、高齢者の社会参加や地域支え合い体制づくりなど「生涯現役社会づくりの推進」や、新たな担い手によるインフォーマルサービスの整備や総合事業による高齢者の多様なニーズに応じた適切な生活支援サービスの充実など「生活支援・福祉サービスの充実」に取り組んでいく。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

面積	557.02 km ²	-
総人口	1,547,494 人	平成 27 年9月 30 日時点
高齢者人口	406,052 人	平成 27 年9月 30 日時点 32 年度:58,901 人、37 年度:468,701 人
高齢化率	26.2%	平成 27 年9月 30 日時点 32 年度:29.9%、37 年度:31.2%
後期高齢者人口	191,571 人	平成 27 年9月 30 日時点 32 年度:245,774 人、37 年度:288,856 人
総人口のうち後期高齢者の占める割合	12.4%	平成 27 年9月 30 日時点 32 年度:16.0%、37 年度:19.2%
世帯数	743,023 世帯	平成 27 年9月 30 日時点
要介護認定者数	81,152 人	平成 27 年6月 30 日時点(要支援1~要介護5:16,976 人、16,035 人、11,444 人、11,773 人、9,073 人、8,844 人、7,007 人)
面積	557.02 km ²	-
介護保険料(基準額)	第6期:年額 68,748 円(月額 5,729 円)	



「元気！いきいき！！教室」は、短期間での機能回復を目指し、社会参加につなげることを目的として行う教室であり、参加者の8割以上に身体機能の向上がみられている。

また、教室終了後にグループ化し、活動を継続する参加者があることから、生活支援・介護予防サポーターを教室に送り込み、教室終了後にサポーターを中心として運動による地域活動を行なう仕組みを構築中である。

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

介護予防訪問介護等の利用実態の把握、地域資源の把握(26 年 7 月～27 年 3 月)

指定事業者の参入意向調査、保険外サービスの把握(26 年 8 月、27 年 8 月)

住民主体の支え合い活動の創出(モデル実施 26 年 10 月～27 年 3 月、27 年度本格実施)
・生活支援・介護予防サポーター養成研修
・有償ボランティア事業立ち上げ支援

ワーキンググループを設けてサービス内容やケアマネジメント等を検討(27 年 5 月～27 年 12 月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

要綱、様式等策定(28 年 1 月～28 年 10 月)

事業者説明会(28 年 8 月頃～29 年 3 月)

介護予防ケアマネジメント研修(28 年 9 月～29 年 3 月)

利用者、市民向け周知(28 年 12 月頃～29 年 3 月)

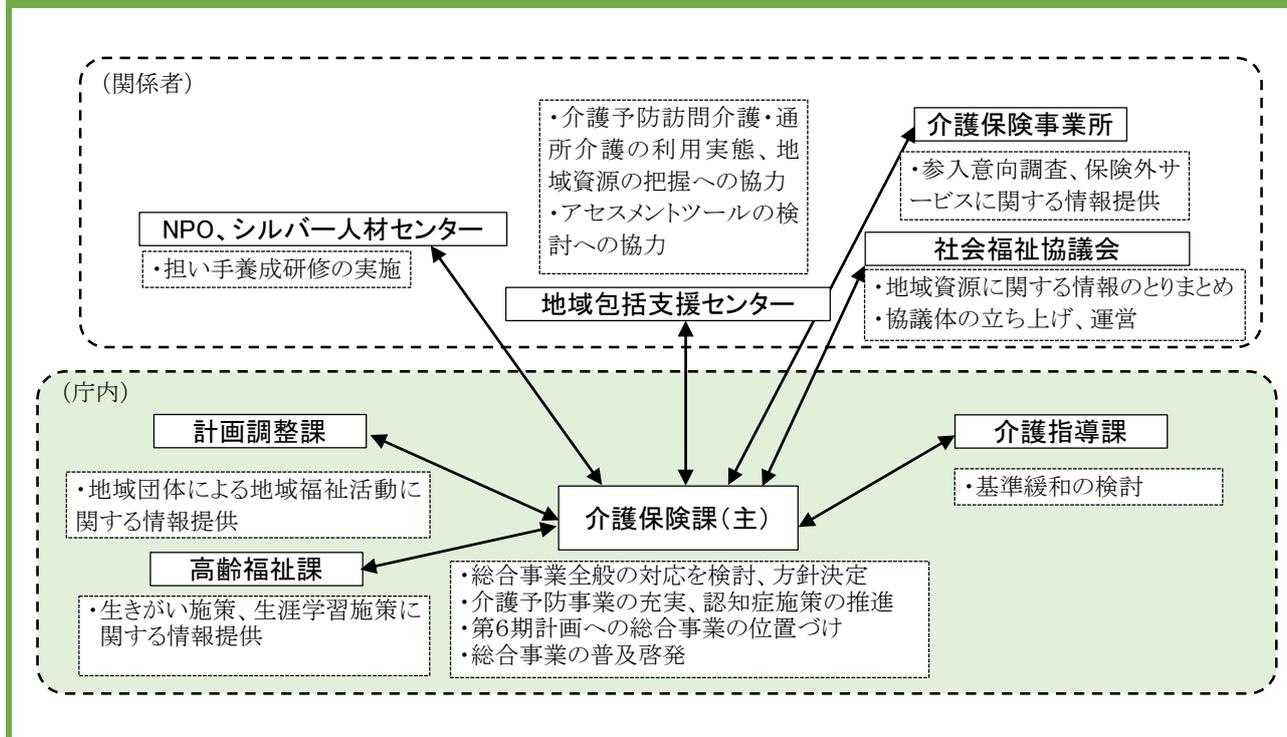
新しい総合事業に移行
(平成 29 年 4 月)

総合事業への移行までの取り組み概要

- ・まず、地域包括支援センターにアンケート調査を行い、要支援者の訪問介護・通所介護の利用実態や、保険外サービスのニーズ、地域資源について把握した。
- ・あわせて、介護予防訪問介護・通所介護の指定事業者にもアンケート調査を行い、総合事業への参入意向や保険外サービスの実施状況を把握した。
- ・また、市内の地域福祉に関する部署から、高齢者の生活支援や介護予防に関する施策について情報提供いただいた。
- ・総合事業の趣旨や概要について区や地域包括支援センター、社会福祉協議会と共通の理解を得るため、研修会を開催するとともに、各区を回り、説明会を実施した。
- ・市民に介護予防の必要性を理解していただくため、市民自らが介護予防に取り組む必要があると感じていただけるよう、「神戸介護未来新聞」を平成 27 年 3 月に全戸配布した。
- ・総合事業で実施するサービスの検討のため、営利企業や NPO、協同組合、社会福祉法人などの事業者や学識経験者をメンバーとしたワーキンググループを設けて、市民にも公開しながら検討を行った。
- ・同様に、介護予防ケアマネジメントの検討のため、学識経験者や地域包括支援センター職員をメンバーとしたワーキンググループを設け、検討を行った。
- ・今後、詳細を確定し、要綱等の策定、事業者説明会の開催、介護予防ケアマネジメント研修の実施等を行う。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 介護予防に対する市民への意識啓発

市民一人ひとりが介護予防の必要性について理解していただくため、「介護予防未来新聞」を発行し、介護予防啓発を行った。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・市民に介護予防の必要性を理解していただくため、市民自らが介護予防に取り組む必要があると感じていただけるよう、平成27年3月に「神戸介護未来新聞」を神戸市全世帯に配布した。将来予測も含めた神戸市が置かれている現状をありのままに伝え、市民の危機意識に働きかけることを試みた。



『神戸介護未来新聞』の作成

市役所内には、保健福祉分野以外にも高齢者支援を行っている部署があります。そこで、組織横断的な連携を図ることにより、効率的・効果的な介護予防の推進につなげたいとの思いから「多部署連携ミーティング」を開催しました。

ミーティングを重ねる中で、メンバーから、高齢者支援につながる様々な取り組みを発信する啓発ツールを作ろうとの声があがり、神戸介護未来新聞が生まれました。

このミーティングを契機として、現在も各部署との連携を図りながら介護予防を推進しています。

【取り組みの成果】

- ・市民からの厳しいご意見も覚悟の上で2025年の介護保険料推定額まで掲載したが、予想に反し、「神戸市の現状がわかった」「介護予防に取り組む必要性がわかった」と掲載に対して評価するご意見が何件も寄せられた。
- ・これからの超高齢社会に挑むには、行政と市民が一体となって取り組む必要があり、そのためには市民を動かす仕掛けが必要である。

資料 神戸市広報紙（平成28年2月号）



「神戸介護未来新聞」はまさにその役割を果たすツールのひとつとなった。

（2）介護予防サロン推進事業

総合事業移行を見据え、身近な地域に多様な通いの場を数多く立ち上げるため、平成26年度より、介護予防サロン推進事業に取り組んでいる。

【発生した課題と対応策】

- ・地域の様々な事情により、通いの場の数には地域差が生じていた。
- ・地域によっては、地域活動に対する意欲のある方が多く、自主的に通いの場を立ち上げ活動しているところもあった。
- ・日常生活圏域ニーズ調査の分析結果から、要介護リスクの地域格差が生じており、リスクの高いエリア程、通いの場が立ち上がりにくい状況があった。
- ・今後、益々高齢者の増加が見込まれる中、身近な地域に通いの場を数多く立ち上げるためには、要介護リスクの高いエリア（モデル地域を選定）に戦略的に介入することにより、本市全体の介護予防推進につなげることを目指すことが必要であると考えた。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・日常生活圏域ニーズ調査結果をはじめとするデータ分析のみならず、地域包括支援センター、各区保健師による地域の様子（質的データ）と合わせ、総合的に判断した上で、通いの場の立ち上げに向けて戦略的に介入する必要性のあるエリアを抽出した。
（参考：介護予防サロン実施対象地区選定シート）
- ・選定されたエリアの課題の洗い出しと地域住民への動機づけについて、地域包括支援センター、区保健師、区社会福祉協議会、介護保険課による作戦会議を開催した。

資料 神戸市介護予防事業「優先」対象地域選定シート（東京大学作成）

区	町	丁目	要介護リスク				社会経済環境	社会資源	区内5分位	市内5分位
			1	2	3	4				
1	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	2	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	3	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	4	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	5	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	6	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	7	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	8	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	9	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	10	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	11	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	12	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	13	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	14	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	15	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	16	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	17	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	18	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	19	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	20	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	21	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	22	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	23	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	24	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	25	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	26	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	27	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	28	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	29	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	30	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	31	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	32	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	33	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	34	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	35	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	36	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	37	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	38	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	39	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	40	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	41	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	42	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	43	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	44	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	45	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	46	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	47	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	48	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	49	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	50	2	3	4	5	6	7	8	

センター圏域ごと

色が赤いほど、各項目のリスクが高い

生の情報を入力（数値化）できる欄

- ・地域住民が通いの場の必要性を感じ、立ち上げに導くためには、支援者があせることなく、住民と共に課題解決の道を探る姿勢で関わることを意識しながら支援を行った。
- ・市内地域包括支援センター（76センター）、各区保健師等を対象とした介護予防サロン推進事業の報告会を開催し、工夫した点、苦勞した点等、通いの場立ち上げに向けたプロセスを共有する機会を設けた。

【取り組みの成果】

- ・通いの場の立ち上げには手間と時間を要するが、地域住民にとって「必要な場」との認識を持たせることにより、支援者に依存することない住民主体の自主活動が可能となった。
- ・要介護リスクの高いエリアであっても、住民主体による通いの場を立ち上げることができ、これまで地域活動に対する意識を持たれていなかった住民への動機づけとなり、その後同じエリア内に複数の通いの場が立ち上がるという好影響もあった。
- ・リスクの高いエリアには通いの場が少ない（または、通いの場はあるが活動が停滞している）傾向にあるため、通いの場を数多く立ち上げていくことが要介護リスクを低下させることにつながるのではないかと考えている。

（3）介護予防ケアマネジメント検討ワーキング

総合事業で実施するケアマネジメントでは、支援者がより一層自立支援に対する意識を持つ必要があるため、ケアマネジメントの実施方法やケアプラン様式・アセスメントツール等を検討するワーキングを開催した。

【発生した課題と対応策】

- ・これまでのケアプランは、アセスメントが十分とは言えないものや、サービスありきのケアプランになる傾向が多く見受けられていた。
- ・高齢者自身がケアプランに記載された目標を理解されておらず、結果として自立支援につながらない傾向があった。
- ・現行のケアマネジメントについて、地域包括支援センターを対象にアンケートを行い、課題の洗い出しを行った。
- ・市内地域包括支援センター4職種（保健師または看護師、社会福祉士、主任ケアマネジャー、地域支え合い推進員）代表と、指定居宅介護支援事業所ケアマネジャー、リハ職、学識経験者をワーキンググループメンバーとした。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・ワーキングでは、10年後の高齢者像と、そのような高齢者を支援するためのマネジメントはどうあるべきか意見交換し、自立支援に対するイメージを膨らませながら検討を行った。
- ・地域包括支援センター職員をメンバーとしたことにより、現場の実状を踏まえたケアマネジメントを検討することができたことや、自立支援に対する意識がおざなりになっていたことに気付く場面がある等、日頃のケアマネジメントを振り返る良い機会となった。
- ・また、ケアマネジメントに従事していないリハ職をメンバーとしたことにより、ケアマネジメントに対する客観的意見を聞くことができた。

【取り組みの成果】

- ・本来のケアマネジメントの目的を再確認し、高齢者主体のケアプランとなるよう、ケアプラン様式の簡素化や、高齢者にわかりやすい表現に変更する等、セルフマネジメントを念頭においたケアプラン様式を検討することができた。
- ・ケアプランは高齢者本人のものであるのに対し、専門職として高齢者の状態像を多角的にアセスメントするためのツールとして「生活状況を確認するためのアセスメントシート」を作成した。アセスメントシートは、専門職の視点で分析した結果を経時的に記載する欄や、ケアプランと連動した

構成にするなどの工夫をした。

- ・現在、介護予防支援に従事しているケアマネジャー等は約 3,000 人であり、介護予防ケアマネジメントの考え方に対する周知徹底が課題として残されている。平成 28 年度には、介護予防ケアマネジメント従事者を対象とした研修会を開催する予定である。

(4)生活支援・介護予防サポーター養成研修の実施

住民主体による支え合い活動の創出を目的に、平成 26 年度にモデル事業として、活動に意欲のある市民を対象に、一定の福祉や介護に関する知識を学んでいただき、その後の活動支援も行う「生活支援・介護予防サポーター養成研修」を実施した。平成 27 年度より本格実施している。

【発生した課題と対応策】

- ・研修の実施とその後の修了者の活動支援を合わせた委託業務としているが、活動につながっていない修了者も多い。
- ・このため、本格実施に当たっては、受託事業者が活動支援を行う際に、地域活動を把握している各区の生活支援コーディネーターと連携して行うこととした。
- ・また、一部の区では、研修修了後に、地域包括支援センターと修了者との顔合わせ会を実施し、人材を求めている地域活動と、したい活動をそれぞれが話し合った。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・研修での現場実習先を、把握している地域活動から紹介してもらうよう区社会福祉協議会に依頼した。
- ・また、受託事業者が、研修最終日に現場実習先のボランティアの募集情報を配布し、現場実習をした修了者がそのまま実習先の活動につながりやすくなるようにした。
- ・また、受託事業者からの提案により、区ごとに修了者が集まり、前年度の修了者に現在の活動状況話を話してもらったり、ボランティアを募集している地域活動の情報をお知らせしたり、それぞれの修了者の個別相談に応じる会を実施した。

【取り組みの成果】

- ・徐々に、活動につながっている修了者や、受託事業者や地域包括支援センターへ相談に訪れる修了者が増えている。

(5)区や地域包括支援センター、社会福祉協議会との総合事業の理解の共有

区や地域包括支援センター、社会福祉協議会職員を対象に、総合事業の研修会を開催するとともに、各区を回り、説明会を実施した。

【発生した課題と対応策】

- ・総合事業の趣旨や概要について、介護保険課だけでなく、各区や、地域包括支援センター（市内 76 センター）、区社会福祉協議会職員にも十分理解してもらう必要があるため、全体研修会と、各区を回って説明会を実施することとした。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・区ごとに説明会を実施することで、少人数の会とすることができた。
- ・説明時間よりも質疑時間を多くとることで、疑問点を多く質問してもらうことができた。
- ・各区からの質問と回答を取りまとめて全区に返すことで、理解の共有を進めた。

【取り組みの成果】

- ・徐々にではあるが、理解が得られつつある。
- ・担当者の入れ替わりもあるため、継続して実施する必要がある。

(6)協議体の設置

総合事業移行に先行して、平成 26 年度にモデルとして 1 区で協議体を設置し、平成 27 年度中にモデル実施区以外の 8 区について順次設置をしている。

【発生した課題と対応策】

- ・各区の地域資源、課題が異なる。また区によっても既存の会議や従前からの取り組みに差があるため、介護保険課が各区を巡回し、区の状況に応じた進め方・参加者等の検討についてヒアリングを行い、協議をしながら進めている。
- ・ヒアリング実施以降も各区において、参加者についての課題や疑義が出るため、そのつど関係機関との調整を行ったり、情報交換をする機会を設けたりしている。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・各区によって地域資源、地域での活動団体の状況等も異なるため、同様の地域課題を抱えつつもアプローチの方法も異なり、協議体で議論する内容・程度の設定を工夫している。
- ・協議体の設置前に検討会のような議論の場を設けている区もある。

【取り組みの成果】

- ・各区にヒアリングを実施することで、介護保険課としても各区の課題を認識し、また事業の内容を理解してもらいながら、それぞれの区での協議体の参加者や運営方法等について個別に協議できる機会となった。
- ・各区において順次設置が始まっている。
- ・協議体の設置を契機に区内連携を図る中で、様々な地域課題やその他通常業務における連携強化につながりつつある。

4 総合事業の概要(予定)

類型	訪問型(現行相当)	訪問型 A(緩和基準)	訪問型 B(住民主体)
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 ・訪問介護員によるサービスが必要なケース	・要支援者 ・事業対象者	・要支援者 ・事業対象者
内容	身体介護、生活援助	生活援助	生活援助(給付外を含む)
基準	国基準どおり	担い手は一定の研修受講者も可 訪問介護計画書の簡素化等	個人情報保護等の最低限の基準
実施方法	指定	指定	補助
サービス提供者	既存訪問介護指定事業所	既存訪問介護指定事業所等	NPO 法人等
単価	国単価どおり	現行相当の8割程度	運営費補助

類型	通所型(現行相当)	通所型C(短期集中 集団)	通所型C(短期集中 個別)
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 など	要支援者、事業対象者のうち以下のようなケース ・体力の改善に向けた支援が必要なケース など	要支援者、事業対象者のうち集団プログラムが困難な以下のようなケース ・体力の改善に向けた支援が必要なケース など
内容	通所介護と同様のサービス(入浴、機能訓練等)	日常生活に支障のある生活行為を改善するために、下記のプログラムを複合的に実施 ・運動器の機能向上 ・栄養改善 ・口腔機能の向上 など	日常生活に支障のある生活行為を改善するために、利用者の個別性に応じて、下記プログラムを実施 ・運動器の機能向上 ・栄養改善 ・口腔機能の向上 など
基準	国基準どおり	職員配置等	職員配置等
実施方法	指定	委託	委託
サービス提供者	既存通所介護指定事業所	事業者等	事業者等
単価	国単価どおり ※本来目的の達成を要件とする	委託料	委託料

【1自治体1サービス自慢】～通所型サービス(現行相当)～

本市では、通所型サービスについて、移行時点でA型(基準緩和)やB型(住民主体)は設けないこととした。これは、本市で昨年9月に、利用者に射幸心をそそるおそれのある遊技を常時又は主として行わせるなどのアミューズメント型デイサービスを規制する条例改正を行ったことも背景に、基準を緩和するのではなく、現行相当型サービスの提供において、本来のデイサービスの目的をしっかりと果たしていただくこととした。

この本来目的の達成をどのように評価するかについて、現在、事業者や専門職の方と意見交換を行っているが、例えば、目標設定と実績評価を行ったレポートの提出を検討している。

また、一般介護予防事業で通いの場を充実させていくことで、B型も設けないこととした。

5 取り組みのポイント

1

○事業者とともに市民公開型でのサービスの検討

総合事業では地域の多様な担い手による多様なサービスの充実が必要なことから、営利企業やNPO、協同組合、社会福祉法人などの事業者や学識経験者をメンバーとしたワーキンググループを介護保険事業計画の策定等の調査審議を行う機関の下に設けて、市民にも公開しながら、事業者とともにサービスの検討を行った。

○介護予防を推進するための啓発活動

市民が介護予防の必要性を感じ、取り組みにつなげてもらうきっかけとして、高齢者本人のみならず、若年者へも必要性を伝えることを目的とし、「神戸介護未来新聞」の発行の他、市長からのメッセージと共に広報紙に介護予防特集記事を掲載する等、様々な手法により継続した啓発活動を行っている。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

神戸市では、「高齢者が地域社会の中で積極的な役割を担い、様々な世代と交流してつながりを持ち、介護が必要になっても生活をともに楽しみながら地域活動に取り組んでいる地域」を目指している。

このため、総合事業において、担い手として、元気なシニア世代の方に、力や経験を積極的に活用していただける仕組みを設けるとともに、居場所づくりに支援を行い、身近な地域に多様な通いの場を増やしていく。

【個別の課題と展開方針】

◎介護予防ケアマネジメントの周知徹底

介護予防ケアマネジメント従事者が自立支援に対する理解を深め、意欲に働きかけるアプローチを周知徹底する必要がある。介護予防ケアマネジメントに関するツール等の作成の他、研修の充実を図り、従事者のスキルアップを図る。

◎介護予防を推進する地域づくりの充実

住民主体の通いの場の必要性を市民一人ひとりが理解し、取り組めるようなしなやかさが必要である。そのためには、地域ケア会議を活用した地域課題の共有や、協議体と連携した地域資源開発等、地域の実情に応じた仕組みの構築と、各種データ分析等による通いの場の効果検証を行い、効果的な介護予防の推進を図る。

◎活動に意欲のあるシニア世代の発掘、養成、活動へのマッチング

元気な高齢者に新たな担い手となっていただくために、そのような意欲のある方をどのように発掘するかが課題である。また、研修を受けるだけで終わらず、できるだけ多くの方に活動につながっていただくため、今後も事業者や社会福祉協議会と連携して、効果的な活動支援について検討していく。

◎協議体と既存の会議との連携や役割分担

各区の進捗状況や課題については、会議等において情報共有を図りながら、課題解決に向けた取り組みを行う。協議体において高齢者の生活支援ニーズや地域課題を把握しながら、不足するサービスの開発に努める。

庁内の他の所管課においても、協議体に類似したもの、例えば子どもや障害関係のネットワーク会議等があるため、既存の会議との連携や役割分担等について、適宜調整しながら協議体の運営を進めていく。

福岡県 北九州市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

北九州市は高齢者数約 28 万人、高齢化率 28.5%と、すべての政令指定都市の中で最も高齢化が進んでいる都市である。

一方で、要支援（介護）認定を受けていない人が約 22 万人（約 8 割）おり、本市の高齢者等実態調査によると、「積極的に社会貢献したい」「自分のできる範囲で社会貢献したい」と考える人が全体の約 6 割を占めている。

高齢者はそれぞれができる範囲で「地域社会の担い手」として活躍することで、支援の必要な高齢者の在宅生活を支える体制づくりの一翼を担う可能性を秘めている。

本市が目指す地域包括ケアシステムは、これまで構築してきた地域福祉のネットワークをベースに、行政だけでシステムづくりを行うのではなく、医療・介護・福祉の専門職や、地域関係者の協力もいただきながら、支援の対象となる本人や家族も一緒になってつくっていききたいと考えている。

本市では、医療・介護等の資源や地域住民同士の支え合いの取り組みが充実していると考えているが、こうした地域の力を更に充実させながら「地域包括ケアシステム」を構築し、高齢者が多様なニーズや状態に応じた生活を選択できるよう、支援の必要な高齢者とその家族の在宅生活を支える環境づくりを行っていききたいと考えている。

さらには、これらの取り組みの蓄積を通じて、高齢者を含むすべての世代が地域の中で各々の役割を見出し、互いに支え合う新しい社会を一緒に創造していききたいと考えている。

北九州市の基礎データ

面積	491.91 k m ²	—
総人口	972,192 人	平成 27 年 9 月末時点
高齢者人口 (高齢化率)	276,674 人 (28.5%)	平成 27 年 9 月末時点
後期高齢者人口	135,643 人	平成 27 年 9 月末時点
世帯数	473,180 世帯	平成 27 年 9 月末時点
要介護（支援）認定者数	61,183 人	平成 27 年 11 月末時点
介護保険料基準額	年額 68,400 円（月額 5,700 円）	

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

①要支援者のサービス利用確認(25年7月)

②生活支援サービス調査(26年7月)

③事業者説明会(27年7月)

④要支援者のサービス利用意向調査(27年11月)

⑤計画策定の議論<市政運営上の会合>(26年4月～)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

⑥事業者説明会(28年1月26, 27日)

⑦周知・広報(28年1月～)

⑧給付相当サービス、サービス A の方針決定
(28年3月)

⑨事業者向け研修・市民説明(28年4月～)

⑩事業者指定(28年5月～)

⑪サービス B,C の検討(28年4月～)

⑫新しい枠組みでの一般介護予防事業の実施(28年4月～)
・認知症支援・介護予防センターの開設

新しい総合事業に移行
(平成 28 年秋頃)

総合事業への移行までの取り組み概要

① 要支援者のサービス利用確認（平成 25 年 7 月）

総合事業のサービス内容の検討にあたり、地域包括支援センターが作成したケアプラン 1 か月分（640 人分）を確認。要支援者のニーズを踏まえ、総合事業のサービス類型を設定。

② 生活支援サービス調査（平成 26 年 7 月）

要支援者を対象に日常生活圏域ニーズ調査を実施。要支援者の状態像を踏まえ、サービス内容を検討。

③ 事業者説明会の開催（平成 27 年 7 月、8 月）

市内すべての介護保険事業者（約 1,900）や、介護事業を実施していない NPO・企業（約 40）を対象に、制度の概要等を説明。アンケートや意見を踏まえ、サービス内容の詳細を検討。

④ 要支援者のサービス利用意向調査（平成 27 年 11 月）

現在、要支援 1、2 の認定を受け、訪問介護又は通所介護を利用している 3,000 人を対象にアンケート調査を実施。本市が検討中の総合事業の 4 つのサービスのうち、どのサービスを利用したいか利用意向を調査。この結果を事業者に情報提供するとともに、サービス基盤の整備に活用。

⑤ 計画策定の議論

本市では、介護保険事業計画の策定や地域包括支援センター運営協議会等の機能を持ち、医師会、事業者関係者、企業関係者、民生委員、市民代表、学識経験者等から構成される「北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議」において、総合事業のあり方について議論してきた。

⑥ 事業者説明会（平成 28 年 1 月）

平成 27 年度第 2 回目の事業者説明会を実施。平成 28 年度秋頃の実施を予定している「予防給付型」「生活支援型」のサービス内容・単価・基準と、介護予防ケアマネジメントの類型、サービス利用の手続きの詳細を説明。事業者説明会でアンケートや意見を募り、年度内に詳細を確定。

⑦ 周知・広報（平成 28 年 1 月）

利用者には「要支援者のサービスが無くなる」と不安を抱えている人もおり、できるだけ早期に不安を解消する必要があることから、地域包括支援センターやケアマネジャーを通じて、利用者にはチラシを配布し、「移行時期が来たらケアマネジャーから連絡します」と説明。

また、要支援認定が出た際に、認定結果通知にそのチラシを同封することとした。

⑧ 「予防給付型」「生活支援型」の方針決定（平成 28 年 3 月）

⑤質の向上推進会議における議論、⑥の事業者からの意見、3 月定例市議会での了承を経て、3 月末にサービスの方針を決定。サービス内容や指定基準等を盛り込んだ実施要綱を制定。

⑨ 事業者向け・市民向け説明会（平成 28 年 4 月）

指定事業者に対し、指定手続や新システムの操作方法等を説明。また、サービス利用者等を中心に行政側が地域に出向いてサービスの詳細を説明する「出前トーク」を開催。

⑩ 事業者指定（平成 28 年 5 月）

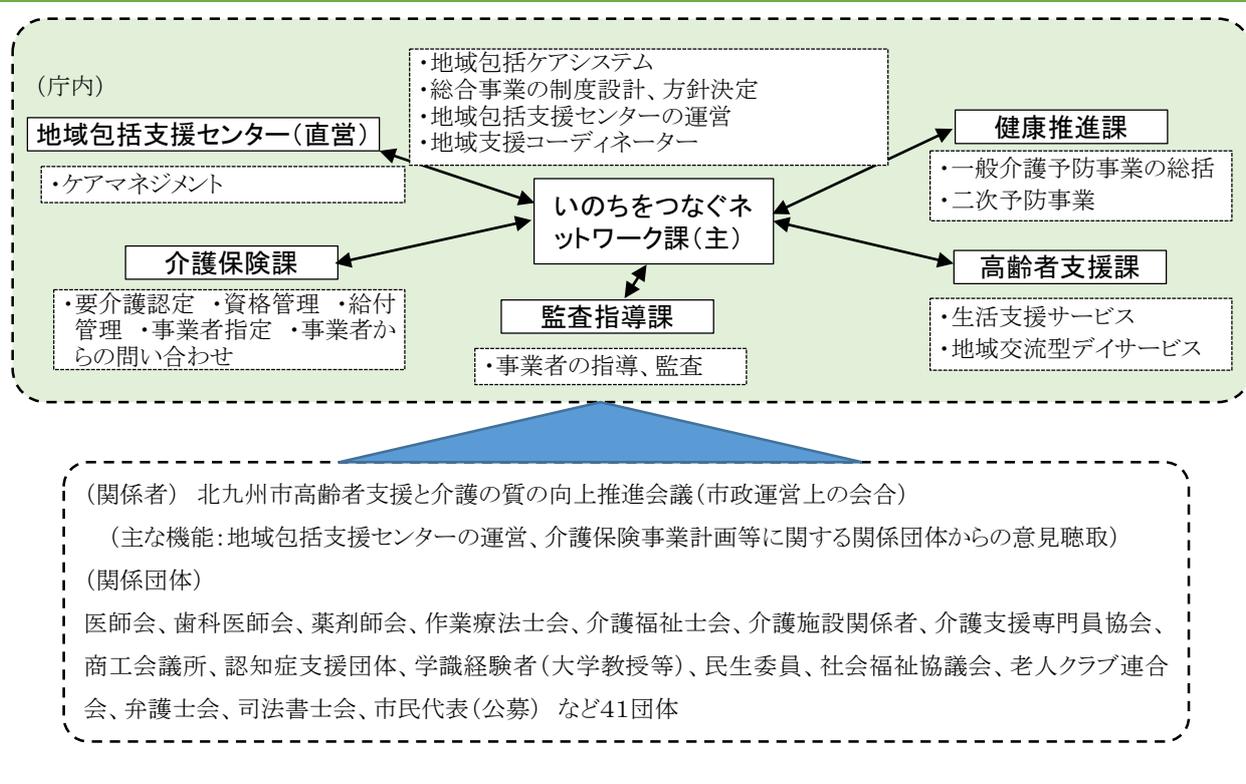
予防給付型・生活支援型の指定申請を受付。既に指定を受けている事業者の申請は簡略化する。

⑪ サービス B、C の検討

サービス B、C は平成 29 年度以降の実施を予定。現在のサービス提供事業者、地域ボランティアの意見を踏まえ、平成 28 年度中にサービスの詳細を決定。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

北九州市における実施体制(平成27年度)



主な取り組み内容等

(1) 給付相当サービス「予防給付型」と緩和した基準によるサービス「生活支援型」の検討

介護予防・生活支援サービスのうち、給付相当のサービスである「予防給付型」及び基準等を緩和したサービスである「生活支援型」について、平成28年秋頃からの実施を予定している。北九州市では、これまで2サービスの内容・単価・指定基準・利用手続・ケアマネジメント等の検討を中心に行ってきた。

【発生した課題と対応策】

- ・「生活支援型」の内容やサービス単価の検討
- ・要介護認定と基本チェックリストの使用法の検討

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・要支援者のサービス利用状況について、地域包括支援センターが作成したケアプランを基に把握。
- ・介護保険事業者が介護保険外で提供する生活支援サービスの単価設定状況を把握。
- ・介護保険事業者や指定を受けていないNPO・企業への説明、アンケートや意見募集の実施、事業所訪問・ヒアリング、勉強会開催。
- ・区役所窓口である介護保険窓口、地域包括支援センターからのヒアリング。

【取り組みの成果】

- ・生活支援型のサービス内容、単価、指定基準の案を決定。
- ・1月の事業者説明会、3月の市議会への説明を経て、最終決定する予定。

- ・利用者や事業者の混乱を避けるため、区役所窓口においては、従来どおり、まずは要介護認定の申請を受け付けることとする。認定非該当の場合等に基本チェックリストを活用し、サービス事業対象者として認定する仕組みとする。

(2)地域包括支援センター・総合事業運用システムの構築

北九州市の地域包括支援センターは24箇所すべて直営で運営している。平成18年4月のセンター設置以来、高齢者等からの各種相談を紙ベースで管理してきたが、総合事業の導入を機に、①地域包括支援センターにおける包括的支援事業をデータで管理し、各種統計・分析を円滑に行う ②地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、サービス提供事業者間で、予防給付及び総合事業の給付管理をインターネット上（WEB）で行う仕組みを構築することとなった。

【発生した課題と対応策】

- ・システム構築に向けた仕様、入札等に関する調整
- ・事業者に対する周知や導入の依頼

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・当課にはシステムに精通した者がいないため、
 - ① システム開発会社への問い合わせ
 - ② 市情報政策課や同様のシステムを構築した関係各課からの情報収集
 - ③ 大学教授からの指摘事項を踏まえた仕様書等の見直しを行い、無事入札は終了。今後、システムを導入するパソコンの配置作業を実施予定。

【取り組みの成果】

- ・地域包括支援センターの業務はセンター設置以来多岐に渡っており、これまで人員の増員により対応したが、今後は、システム導入を含めた事務効率化を図り、センター職員の負担を軽減していく。
- ・多くの居宅介護支援事業者、サービス提供事業者が当システムを導入すれば、三者間で事務作業が簡略化できる。今後、事業者に対し、システム導入を働きかけていく予定。

(3)認知症支援・介護予防センターの開設

政令指定都市の中で最も高齢化が進む北九州市の喫緊の課題である「認知症支援」「介護予防」に一体的に取り組む全市レベルの拠点施設として、「認知症支援・介護予防センター」を平成28年4月に設置することとなった。

センターでは、認知症の総合的な支援や全市的な介護予防の取り組みを推進するとともに、地域での市民や各種団体の実践を総合的にサポートする拠点としての役割を果たすため、

- (1) 専門的な知見に基づく具体的で分かりやすい情報の収集・発信
- (2) 専門職による栄養や運動などの技術的な支援や助言
- (3) 当事者間、専門職間、またそれぞれの団体間の交流の支援
- (4) 相互の関連性を意識した各種支援事業の体系化

などを行う予定である。

【発生した課題と対応策】

- ・それぞれ切り口の異なる「認知症支援」と「介護予防」の一体的な事業実施。
- ・当事者や地域団体、専門職団体、民間企業など、様々な関係者の協働した事業運営。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・これまでの行政主導の事業から幅広い関係者が力と知恵を併せて、新しい知見や技術を生み出しながら地域づくりに取り組むセンターを目指したいと考えている。

・その体制づくりに向けての重点課題は以下のとおり。

- ①市民一人ひとりに届く広報
- ②市民に分かりやすいメッセージ性のある取り組みの展開
- ③幅広い人が集まり、志・想いを共有できる場づくり
- ④地域における認知症予防・介護予防の展開
- ⑤地域・区役所にとっての拠点性の構築
- ⑥情報の収集、活用、共有・発信の仕組み

・また、「認知症支援」と「介護予防」の一体的な事業実施に向けて、柱を「本人・家族支援」、「情報発信・普及啓発」、「人材育成」、「地域活動への支援」の4つとし、今後、上記の重点課題を踏まえ各事業を整理していく予定。

【取り組みの成果】

- ・目標は、認知症高齢者の地域での日常生活・家族支援の強化と、地域での生涯を通じた自主的かつ継続的な健康づくり・介護予防活動の充実を図ることであり、認知症支援・介護予防の視点からの「地域づくり」であると考えている。
- ・センターの取り組みを通じて、地域づくりについての知見やノウハウを蓄積し、地域包括ケアシステム構築の一助にしていきたい。

4 総合事業の概要(平成28年度実施予定分)

<訪問型サービス>

サービス種別	給付相当サービス(予防給付型)	緩和した基準によるサービス(生活支援型)
基準	従来の基準(市条例)と同じ基準 ※市条例で定める本市独自基準を総合事業においても遵守する。	人員基準は国のガイドラインを踏まえ、基準を緩和 その他の基準は、予防給付型と同じ。
内容	従来の給付サービス(身体介護、生活援助)	生活援助のみ
対象者とサービス提供の考え方	従来から利用している人 身体介護が必要な人	日常生活上の支援が必要で、身体介護までは必要でない人
実施方法	事業者指定	事業者指定
サービス提供事業者	介護保険事業者	介護保険事業者、NPO・企業 ※無資格者の場合、市が定める研修を修了する必要がある。
サービス単価(案)	週1回 1,168単位/月 週2回 2,335単位/月 週2回超 3,704単位/月 ※加算も現在の給付と同じ	週1回 915単位/月 週2回 1,830単位/月 週2回超 2,745単位/月 ※加算なし
利用者負担	かかった費用の1割もしくは2割	かかった費用の1割もしくは2割

<通所型サービス>

サービス種別	給付相当サービス(予防給付型)	緩和した基準によるサービス(生活支援型)
基準	従来の基準(市条例)と同じ基準 ※市条例で定める本市独自基準を総合事業においても遵守する。	人員基準・設備基準は国のガイドラインを踏まえ、基準を緩和 その他の基準は、予防給付型と同じ。
内容	従来の給付サービス(1日タイプ)	半日タイプ(2~3時間程度)のミニデイサービス
対象者とサービス提供の考え方	従来から利用している人 日常生活上の支援が必要な人(1日)	日常生活上の支援が必要な人(半日)
実施方法	事業者指定	事業者指定
サービス提供事業者	介護保険事業者	介護保険事業者、NPO・企業
サービス単価(案)	要支援1、事業対象者 1,647単位/月 要支援2 3,377単位/月 ※加算も現在の給付と同じ	要支援1、事業対象者 1,296単位/月 要支援2 2,592単位/月 ※送迎、入浴がある場合は加算
利用者負担	かかった費用の1割もしくは2割	かかった費用の1割もしくは2割

<介護予防ケアマネジメント>

サービス種別	ケアマネジメント A	ケアマネジメント B(※)
サービス内容	予防給付型(給付相当サービス)	生活支援型(サービス A)
サービス提供事業者	地域包括支援センター(直営) 居宅介護支援事業者(一部委託)	地域包括支援センター(直営) 居宅介護支援事業者(一部委託)
ケアマネジメント様式	従来の様式を使用	従来の様式を使用
委託単価	初回:6,500円/件、継続:3,800円/件、小多機加算:2,700円/件 ※予防給付の場合の委託単価と同額	

※ケアマネジメントBは、サービス担当者会議を「必要時」実施、モニタリングを6か月に1回とする。

<一般介護予防事業>

種 別	事業名	内容
介護予防普及啓発事業	介護予防に関する普及啓発事業	講演会や新聞・リーフレットなどを活用したPR活動、健康づくり推進員等の活動支援等
	健康マイレージ事業	各地域で実施される介護予防・生活習慣改善等に関する教室や活動などへの積極的な参加や健康診査の受診へのインセンティブとしてポイントを付与し、景品等に交換することにより、市民への介護予防、健康づくりの重要性の普及啓発と地域や職場での自主的な取り組みの促進を図るもの。また、地域での自主活動のツールとして健康づくり推進員や福祉協力員が積極的に活用することで、要介護状態に移行しがちな高齢者の孤立化、閉じこもりを防止し、社会参加の促進と心身の機能向上につなげるもの
	健康づくり推進事業	高齢者の心身機能の状態や程度に応じた予防プログラムを提供する普及教室等
	高齢者地域交流支援通所事業	閉じこもりがちな高齢者等を対象とした運動・栄養・口腔ケアの総合的なプログラムの提供
地域介護予防活動支援事業	地域介護予防活動実践者支援事業	リーダーとして活動する地域介護予防活動実践者の育成や活動継続に向けた側面的支援等
	地域認知症・介護予防活動支援事業	認知症予防や介護予防の地域活動の場づくりや活動支援等
	介護支援ボランティア事業	介護保険施設等でのボランティア活動に対しポイントを付与し、貯まったポイントを換金または寄付することができる事業を行うことにより、高齢者の健康増進や生きがいづくりにつなげるもの
	高齢者いきがい活動支援事業	高齢者の参加しやすいボランティア活動、生涯学習、仲間づくり情報などの収集と情報提供
地域リハビリテーション活動支援事業	高齢者サロン活動支援事業	小地域集会所等の身近な地域資源を活用し、地域住民が、自分の家から歩いて行ける身近な場所に集まり、ふれあいを通して、生きがい・健康づくり・仲間づくりなどの拠点となるサロンづくりとその運営を行う
	地域リハビリテーション活動支援事業	リハビリテーション専門職等が地域で行われている活動に出向き、介護予防の正しい知識や方法などに関する助言等

5 取り組みのポイント

○現場と対話した内容を事業に反映

総合事業の制度設計にあたっては、要支援者の状況を理解している地域包括支援センターやサービス提供事業者の意見を集約し、事業に反映した。

1

地域包括支援センター担当係長（行政保健師）との定例会議（毎月開催）、介護事業者からのアンケートや意見募集、事業者訪問・ヒアリング、小勉強会の開催、介護事業を運営していないNPO・企業への説明などで互いの理解を深めた。

平成28年秋頃のサービス開始を予定しているが、今後も事業者等の意見も参考に事業の円滑な実施に努めたいと考えている。

○制度設計にあたっての各種調査の実施

要支援者のニーズ把握、サービス内容や単価の検討にあたり、各種調査を実施した。調査の概要は先述のとおり。

- (1) 地域包括支援センターケアプラン調査【平成 25 年 7 月】
- (2) 介護保険サービス参入意向調査【平成 26 年 7 月】
- (3) 生活支援等に関する実態調査【平成 26 年 7 月】
- (4) サービス利用意向調査【平成 27 年 11 月】
- (5) 生活支援サービス実態調査【平成 27 年 12 月】

2

○円滑な移行を重要視

予防給付から総合事業への移行にあたっては、サービス利用者、サービス提供事業者、居宅介護支援事業者、区役所窓口等の手間や混乱が予想されたため、特に移行期は従来の考え方をできるだけ活かすことで混乱等を防ぐことが望ましいと判断した。

円滑な移行を図るために、本市が実施（予定）した取り組みは以下のとおりである。

① 「予防給付型」「生活支援型」の先行実施

サービス事業では4つのサービスを検討中であるが、平成 28 年度の事業実施時は、要支援者の利用が想定される「予防給付型」「生活支援型」の2つのサービスを先行して実施し、円滑な移行を図ることとした。その他のサービスは、平成 29 年度以降に開始することで今後検討していく。

② 要支援者等に対する事業周知（チラシ配付）

サービス提供事業者や居宅介護支援事業者に対し、サービス利用者に不安や混乱を与えないよう「順番が来たら担当ケアマネジャーから連絡があること」「今のサービスは今後も継続利用できること」を案内するよう依頼した。また、要支援者の認定結果通知にもチラシを同封し、全ての利用者に周知することとした。

③ サービス利用の手続

サービス事業の利用対象は、要支援者と基本チェックリストに該当したサービス事業対象者のいずれかとされているが、本市の場合、まずは、従来どおり要支援認定を受け付けることとした。認定結果が非該当となった方などは基本チェックリストに該当すればサービス事業を利用できる手続とした。この結果、予防給付の場合と同じ流れで手続が進行することとなった。

④ サービス単価の設定

「予防給付型」「生活支援型」の報酬単価については、従来どおり包括単価とする予定。今後、すべてのサービスが揃い、サービス利用の多様化を図る際に、再度検討もある。

⑤ ケアマネジメント

ケアマネジメント様式は従来どおり。事業者への委託単価も従来と同額とした。現在委託している利用者分についてはケアマネジメントを継続していただくよう、ケアマネジャーに依頼。利用者が不安にならないよう配慮を求めた。

3

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

生活支援に対するニーズが高い要支援者等の在宅生活を支えていくため、今後は生活支援サービスの充実を図る一方で、これまで介護従事者に頼りがちであった給付サービスについては、多様な主体でも対応できる部分はNPOや企業、住民ボランティアが担っていく方向に転換していかないと、必要な支援を提供することが困難になる。

こうした取り組みは国レベルで一律的に行うのは困難であり、市町村がそれぞれの実情に合わせて組み替えていく必要があり、総合事業を通じて多様な参加者と一緒に地域づくりについて考えていく契機と考えていきたい。

【個別の課題と展開方針】

◎介護の専門職以外の多様な主体の確保が必要

将来、介護の専門職の不足が懸念される中、生活支援サービスの充実を図っていくためには、現在介護事業に従事していないNPO・民間企業や、住民ボランティアなどの多様な主体が担い手となって支援を必要とする高齢者を支えていく仕組みが必要。

特に、本市が実施を予定している「生活支援型」では介護事業者ではなく、NPO・企業が担い手の中心として活躍することを期待しており、今後は、市産業経済局とも連携を図りながら、これら事業者の確保や育成に取り組んでいく予定である。

◎元気な高齢者が地域の支え合い活動の担い手として参加できる仕組みの構築

高齢者の中には、要支援（介護）認定を受けていない元気な人が多く、地域貢献等の活動を希望する人も多い。

また、本市では、ボランティア大学校や年長者大学校など、高齢者を対象にしたボランティア育成や生きがいづくりの取り組みが進んでいる。

今後はこうした貢献意欲の高い高齢者を、総合事業における住民主体の活動の担い手として育成するための仕組み（例、マッチングやポイント付与など）を検討していく必要がある。

◎小学校区毎に設置された「市民センター」の活用

本市では、小学校区ごとに約130の市民センターが設置されており、地域コミュニティの拠点として市民に定着している。市民センターは他都市にはない本市の特徴と考えている。

今後、総合事業における訪問型サービス・通所型サービスを検討する際、高齢者が自宅から通える範囲にある市民センターを活動の拠点として活用していくことを想定している。

◎参加と協働の地域づくりを推進し、多様なサービスの充実を目指しスタート！

東京都 世田谷区の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

世田谷区は住民が主体的に実施しているふれあい・いきいきサロン、支えあいミニデイの数も多く、住民活動が盛んである。こうした区の特徴を活かした新しい総合事業を組み立てていくために、指定事業者が実施するサービス以外の多様なサービスとあわせて開始できるように、平成 27 年度を準備期間とし、開始時期を平成 28 年 4 月とした。事業実施にあたっての基本方針と事業構築の視点は以下の通り。

①基本方針

高齢者の尊厳の保持と自立の支援という介護保険法の理念の下、地域の人材、資源との連携などによる多様な主体を活用したサービスを充実させることにより、介護予防や地域支えあい活動を推進し、在宅生活の安心を確保する。

事業実施にあたっては、第 6 期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づき、区民、地域活動団体、NPO、事業者及び地域包括支援センター、社会福祉協議会等関係機関との連携を図る。

②事業構築の視点

- ア) 介護予防や閉じこもり予防を進め、高齢者の健康寿命の延伸を図る。
- イ) 要支援者等の多様なニーズに対応する。
- ウ) 高齢者の社会参加等、地域人材の活用を進める。
- エ) 自助・互助を重視し、地域の多様な主体による地域活動の創造を働きかける。
- オ) 効率的な費用配分により、介護保険制度の安定的・継続的な運営を図る。

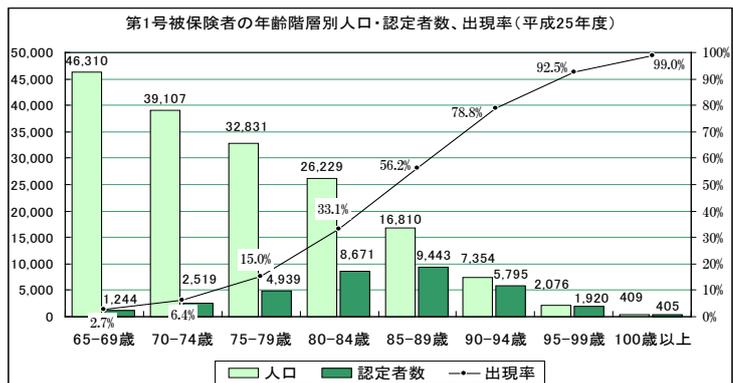
地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

総人口	877,833 人
高齢者人口	175,483 人
高齢化率	20.0%
介護保険認定率	20.6%
要介護認定者数	36,378 人 (第 1 号被保険者)

※平成 27 年 4 月現在

○介護保険の認定率は国と東京都の認定率を上回っている。

○第 6 期介護保険料 月額 5,850 円 (基準額)



世田谷区の地域資源

	区内の実施数	実施主体	内容
ふれあい・いきいきサロン 支えあいミニデイ	サロン 524箇所 子育てサロン 90箇所 ミニデイ 78箇所	区民 (社会福祉協議会が補助金にて支援)	区民の代表者が自宅もしくは区内施設で行う気軽に集える場 ミニデイは食事を提供 サロン等の活動拠点として社会福祉協議会等が管理する「ふれあいの家・ふれあいルーム」が23箇所ある。
高齢者クラブ	95団体 会員数 10,215人	区民	60歳以上の区民が会員となり体操やカラオケなどの活動を行う。
公共施設利用案内システム登録	登録施設 ・集会施設 97箇所 ・登録団体数 22,888件	区民等	区民の公共施設利用の利便性向上と促進を図るために導入されたシステムで団体登録には構成員が5人以上で半数が区内在住、在勤者であることが必要。
介護予防の自主グループ	69グループ	区民	地域包括支援センターやNPOが立ち上げた介護予防を目的とした自主グループ
シニアボランティア	・研修修了者数 1,999人 (27年度末見込 2,226人) ・登録施設数 125箇所 (27年度末見込 138箇所)	65歳以上の方のボランティア活動のきっかけづくりとして、介護保険施設や地域包括支援センターを登録施設として、ボランティア活動にポイントを付与している。 平成27年度からは登録施設に障がい者施設や児童館も加わり、活動の拡大を図っている。	
その他	・シルバー人材センター 1箇所 ・民生委員定数 627人	・区内の大学数 13校	

出典：世田谷区政概要 2015年版
世田谷区保健福祉事業概要 平成27年度版
世田谷区ホームページほか

課題

- ◆世田谷区は地域活動が盛んで区民が自主的に行っている活動は多くあるが、実態が把握しきれていない。
- ◆活動が盛んなため、会場が不足している。
- ◆団体を横につなぐ仕組みとして区民生活領域の所管課が担当する生涯現役ネットワークがあるが福祉分野ではうまく活用できていない。

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【平成26年4月～平成27年12月末まで】

平成26年7月～平成27年3月 移行までの計画を策定 移行時期の決定

平成26年9月～27年1月

・地域の資源の把握と現状調査(計画デイ、特養へのアンケート、ミニデイの現状分析、地域包括支援センターへ利用者の実態調査、事業者へのヒアリング及びアンケート)

平成27年1月～3月

介護予防ケアマネジメント検討会を開催
アセスメントシートを開発

平成27年4月～平成27年12月 事業内容、料金等の検討

平成27年5月

6期計画ワークショップ開催、区民周知

平成27年5月～6月

利用者へのアンケート調査実施、事業者説明会の実施・意見聴取

平成27年9月

民生委員へ周知、意見募集

平成27年12月

サービス内容の決定、事業者説明会

【平成28年1月～移行まで】

平成28年1月～3月

事業者への研修、住民説明

地域包括支援センターへ「介護予防ケアマネジメントマニュアル」配布
システム改修

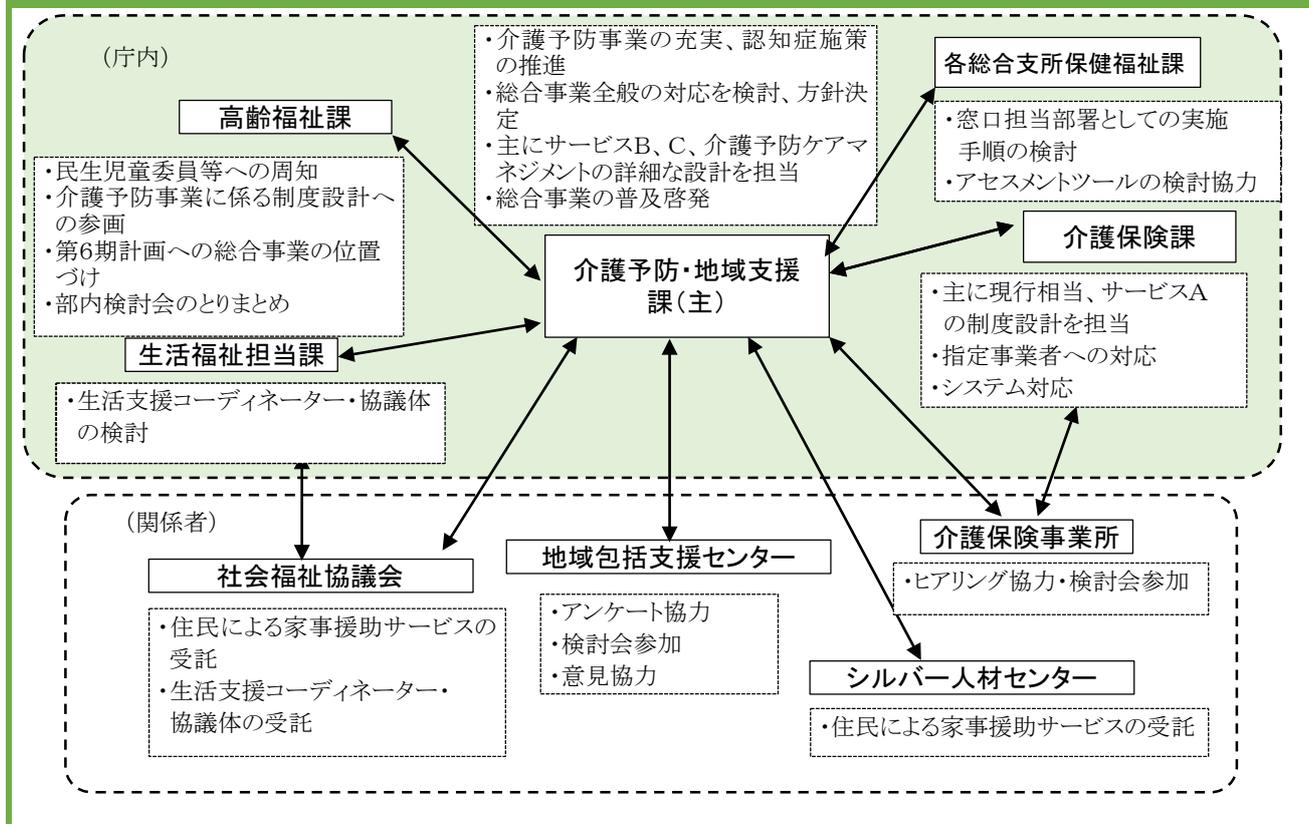
平成28年4月新しい総合事業へ移行

総合事業への移行までの取り組み概要

- 1 新しい総合事業の開始に向けて以下のような多岐にわたる課題の検討が必要なため、平成26年7月から部内検討会を設置し、高齢福祉課、介護保険課、介護予防・地域支援課3課の係長を中心に月2回程度ワーキングを実施して検討を重ねた。
 - (1) 「新しい総合事業」の開始時期の決定
 - (2) 介護事業所による現行予防給付(訪問介護・通所介護)相当サービスの準備
 - (3) 介護事業所による基準を緩和したサービスの検討(・事業の内容・協力事業所の確保)
 - (4) 生活支援サービスの準備
 - (5) その他の多様なサービスの検討
(・現行の総合事業及び任意事業等の組替え・担い手の確保・事業の実施体制)
 - (6) (2)～(5)の各サービスの必要量と予算配分の検討
 - (7) 地域包括支援センターの役割の検討
 - (8) 区民周知(・サービスの周知・介護予防の啓発・地域資源の発掘・育成)
- 2 各個別課題の具体策を検討するために、庁内の窓口担当部署を入れた検討会や、通所サービスBの庁内検討会、地域包括支援センター・ケアマネジャーをメンバーとした介護予防ケアマネジメントの検討会等を実施し、サービス内容や実施手順を検討するとともに、区民への説明会や事業者への説明会を複数回に渡り丁寧に実施し、意見をいただきながら内容を決定した。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 現行相当サービスの移行から開始するのではなく、多様なサービスを準備した上で開始

新しい総合事業の開始にあたっては、制度改正の意義を踏まえ、予防給付のサービスを区の事業に移行するだけでなく、区民の多様なニーズに対応できるよう、サービスB、サービスCも同時に実施する予定で事業の詳細を検討した。

【発生した課題と対応策】

- 基準緩和型のサービスやサービスB、サービスCについて、それぞれの事業の住み分けや、既存事業との整理が課題として発生。

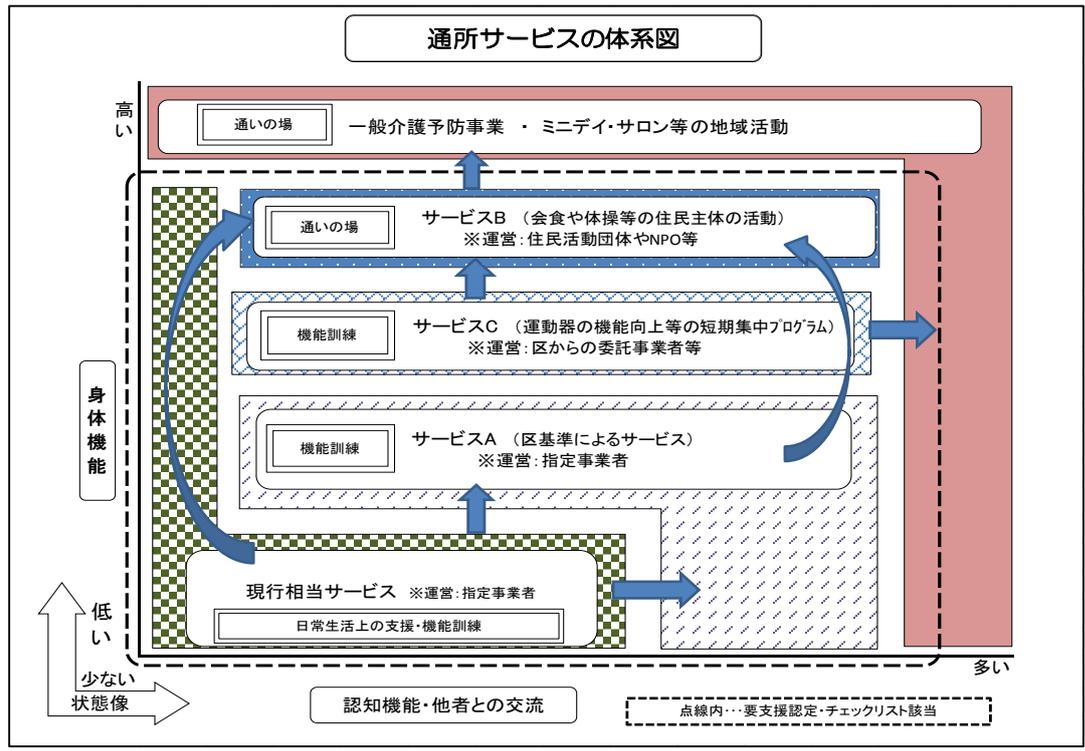
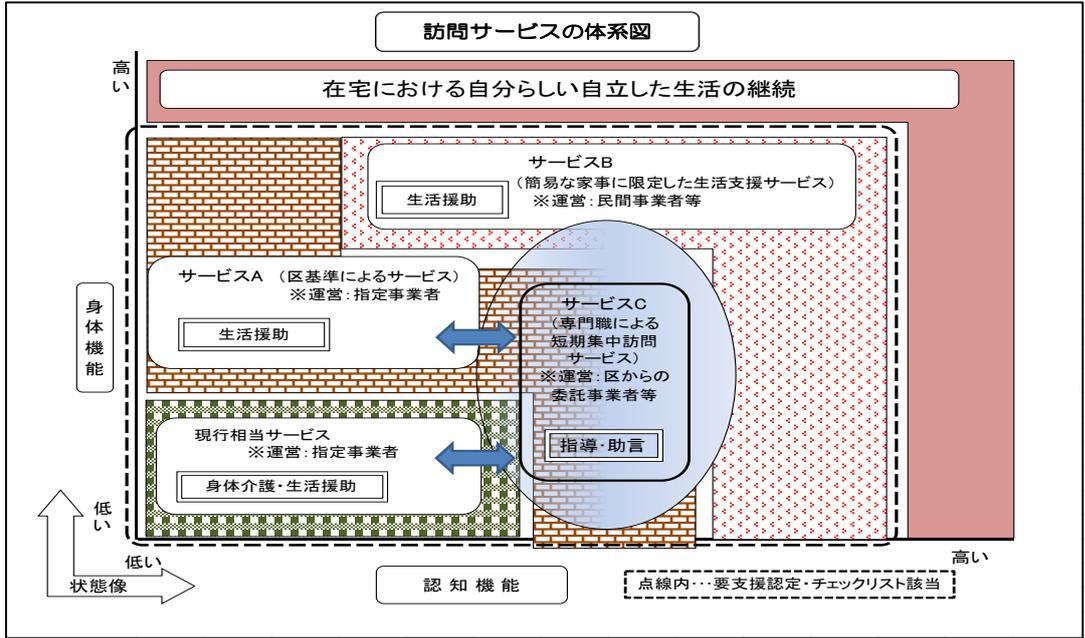
⇒現在のサービス利用状況を分析

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- 分析結果をもとに実施しているサービスの必要性や量を検討し、サービス内容を検討。
- 訪問サービス、通所サービスともに、サービス利用者の状態像を軸に体系図を作成し、サービスの位置付けを整理。訪問サービスCは他の訪問型サービスの類型と特徴が異なるため、身体機能の状況としては幅広い範囲で活用可能なサービスとして位置付け、通所型サービスCは参加期間を限定したサービスであるため、比較的身体機能の向上が見込まれる対象へのサービスとして位置づけた。

【取り組みの成果】

- ・利用者の状況に合わせてサービスが選べるよう、平成 28 年 4 月の開始にあわせ、訪問サービス・通所サービスともに、訪問サービスD以外のサービスはすべて用意して開始する予定。



(2)事業者や区民の意見を取り入れた制度設計に留意

平成 27 年度は 5 月に実施した区民向けのワークショップをはじめ、区民や事業者への説明会を時期を変えて複数回実施するなど、丁寧に意見を聴き検討するプロセスによりサービス内容を決定した。

【発生した課題と対応策】

- ・区独自のサービス内容の決定やサービス B の実施方法の決定に時間を要した。隣接の周辺自治体の状況との違いを考慮する必要があった。

⇒情報収集に努め、利用者が混乱しない方法を検討した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・周辺区との意見交換などを実施した。
- ・通所サービス B については、あらゆる角度で活用可能な実施場所や担い手について庁内の他部署の協力も得ながら検討等を行った。

【取り組みの成果】

- ・サービス供給量の確保。
- ・サービスの担い手として参加できる住民の発掘が進みつつある。
- ・企業等からも実施場所の提供などの協力の申し出が得られている。

高齢者の方を地域で支えあうしくみづくりについて、一緒に考えてみませんか？

お気軽にお越しください！

第 6 期高齢・介護計画の 説明会・ワークショップ

平成 27～29 年度の『第 6 期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画』が出来あがりました。

計画では、基本理念「住み慣れた地域で支えあい、自分らしく安心して暮らし続けられる地域社会の実現」を掲げ、「地域包括ケアシステムの構築」と「参加と協働の地域づくりの推進」を目指しています。

この計画の推進に向け、区民、NPO、地域活動団体、事業者、行政が協働する、地域づくりについて、一緒に考えてみませんか？

■内容

(1) 計画の説明	世田谷区高齢福祉部高齢福祉課長
(2) 活動事例の発表	地域毎に 2 事例
(3) 意見交換	テーマ「参加と協働の地域づくりの推進」

■日時・会場・活動事例発表（時間はいずれも午後 2 時～4 時）

5 月 13 日（水） 玉川区民会館 第 1・2 集会室（東急大井町線 等々力駅）

- ・奥沢・東玉川地区での活動 清水勝代氏
- ・ねたきりゼロをめざすまちの会 益城誠一氏

5 月 19 日（火） 烏山区民会館 集会室（京王線 千歳烏山駅）

- ・NPO 暮らしの家 坪井信子氏
- ・岡さんの家 TOMO 小池良典氏

5 月 25 日（月） 北沢タウンホール 第 1・2 集会室（下北沢駅）

- ・NPO せたがや福祉サポートセンター 光岡明子氏
- ・ノンフィクションライター 中澤まゆみ氏

6 月 2 日（火） 三茶しゃれなあとホール オリオン（三軒茶屋駅）

- ・若林あんしんすこやかセンター「すこやかすてっぶ」参加者
- ・どんぐり会 木村ミドリ氏

6 月 5 日（金） 成城ホール 集会室 C・D（小田急線 成城学園前駅）

- ・老人給食協会ふきのとう 平野寛治氏
- ・NPO 健康フォーラムげやき 21 伊藤昌子氏

○ 住所に関係なく、ご都合のつく会場にご参加ください。

○ 出来るだけ、事前にお申し込みください。電話、FAX、郵送いずれでも可。
（申し込みがなくても、ご参加いただけます。）

【申し込み先】 世田谷区 高齢福祉部高齢福祉課 計画担当
〒154-8504 世田谷区世田谷 4-21-27
電話 03-5432-2768（直通）
FAX 03-5432-3085

4 総合事業の概要(予定)

1 介護予防・生活支援サービス事業の内容

(1)訪問型サービス

	ア.総合事業訪問 介護サービス (現行相当サービス)	イ.総合事業生活 援助サービス (サービスA)	ウ.支えあい サービス事業 (サービスB)	エ.専門職訪問 指導事業 (サービスC)
利用者の 状態像	身体機能や認知機能の低下がみられ、専門的な支援が必要な者	ア.ほどではない者で、本人や家族が家事を行なうことが困難な者	簡易な支援により日常生活が保てる者	身体機能の低下がみられるが、短期集中的な支援により改善が見込まれる者
サービス 内容	訪問介護員による身体介護、生活援助サービス	訪問介護員等(一定の研修受講者を含む)による生活援助サービス(60分以内)	住民等による買い物同行、掃除、洗濯物・布団干し、調理補助、ごみ出し等の簡易なサービス(原則30分以内)	理学療法士や管理栄養士等による訪問指導(1回1時間程度)
実施方法	指定事業者(みなし指定事業者及び平成27年4月以降の指定予防事業者)	指定事業者(ア.のうち、区基準により指定を受けた事業者)	委託(シルバー人材センターや社会福祉協議会によるマッチング等) 委託先に登録した住民がサービスを提供。	委託(社会福祉事業団等)
報酬等の 考え方	月ごとの包括払い ・週1回程度利用 1,168単位(13,315円) ・週2回程度利用 2,335単位(26,619円) ・週2回を超える 3,704単位(42,225円)	利用1回毎の出来高払い 1回 225単位(2,565円) ※利用回数の制限あり	委託先からの従事者への支払:1回500円(プラン上30分を超える場合は1,000円) これらを含めた委託料を委託先に支払う。	委託(単価契約)
利用者負担	原則1割負担 (一定所得以上は2割)		1回200円(プラン上30分を超える場合は400円)	1回目は無料 2回目以降は1回あたり400円

(2)通所型サービス

	ア.総合事業通所介護サービス (現行相当サービス)	イ.総合事業運動器機能向上サービス (サービスA)	ウ.地域デイサービス事業 (サービスB)	エ.介護予防筋力アップ教室 (サービスC)
利用者の 状態像	身体機能や認知機能の低下がみられ、専門的な支援が必要な者	ア.ほどではない者で、運動器の機能向上が必要な者	簡易な支援により日常生活が保てる者、閉じこもりがちな者	身体機能の低下がみられるが、短期集中的な支援により改善が見込まれる者
サービス 内容	日常生活上の支援や機能訓練を行なう3時間以上のサービス	運動器機能訓練を主とした3時間未満のサービス	食事を含む3時間程度の心身活性化のための活動	運動機能の向上を目的とした3か月間程度の継続訓練 ※必要時送迎を実施
実施方法	指定事業者(みなし指定事業者及び平成27年4月以降の指定予防事業者)	指定事業者(ア.のうち、区基準による指定を受けた事業者)	補助(NPO等の地域活動団体、社会福祉法人等)	委託(社会福祉法人等の民間事業者)
報酬等の 考え方	月ごとの包括払い 要支援1、事業対象者 要支援1相当 1,647単位(17,952円) 要支援2相当 ・週1回程度利用 1,647単位(17,952円) ・週2回程度利用 3,377単位(36,809円)	利用1回毎の出来高払い 1回325単位(3,542円) ※利用回数制限あり	一部助成 要支援者等が10人まで: 1回8,500円 11人以上:1回13,000円 会場代又は光熱水費 1回500円 活動立ち上げ時: 上限100,000円	委託 プロポーザル方式による 選定
利用者 負担	原則1割負担(一定所得以上は2割) +食事代等の実費負担		食事代等の実費負担	1教室1,200円

2 一般介護予防事業

事業名	事業目的	実施内容
介護予防把握事業	閉じこもり等支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる。	地域包括支援センター職員による訪問や民生委員等からの情報により孤立気味な高齢者を把握し、必要に応じて区の訪問指導員(看護師)がフォロー訪問を実施。
介護予防普及啓発事業	介護予防に関する知識や活動の普及・啓発を行う。	・口腔機能向上プログラム ・はつらつ介護予防講座・まるごと介護予防講座等の普及啓発講座の実施。
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。	・シニアボランティア・ポイント事業 ・認知症予防プログラム、介護予防・健康づくり自主活動団体補助による自主活動支援を実施。
地域リハビリテーション活動支援事業	リハビリテーション専門職等を活用し、介護予防の取り組みを機能強化する効果があると判断した事業を行う。	住民運営の通いの場へリハビリテーション専門職等を派遣。 ・介護予防ケアマネジメント事例について、他職種が参加する検討会の実施。

【1自治体1サービス自慢】～多様なサービスを用意～

- 利用者の状況に合わせてサービスが選べるよう、平成 28 年4月の総合事業の開始にあわせ、訪問型サービス・通所型サービスともに、訪問サービスD以外のサービスはすべて用意して開始する予定。
- 介護予防ケアマネジメントマニュアルを整備し、個々の利用者の自立支援のケアマネジメントが実施できるよう地域包括支援センターへ周知(1月にケアマネジャーも含め研修を実施)。
- 平成 26 年度から開始した介護予防・日常生活支援総合事業の中で実施していた、住民による簡易な家事援助サービスや専門職の訪問事業について、訪問型サービスB、訪問型サービスCに位置付けるために、見直しを図った。通所型サービスBについても様々な工夫により整備中。
- 通所型、訪問型ともサービスAと現行相当サービスの住み分けを明確にし、ケアマネジメントにより適切なサービス選択がしやすいよう工夫。

5 取り組みのポイント

1

○住民、事業者との地域全体の目指すべき方向を共有

区民向けの5地域で開催したワークショップにおいて、その地域で特色のある地域活動をしている住民を発表者として、参加した区民・事業者・活動団体・NPO・行政職員等でグループワークを実施。こうした住民との協働や、住民自らが担い手となり、地域づくりを行うことが大切との意識の共有を図った。また、これからの総合事業の展開に重要な地域づくりについては、地域づくりによる介護予防推進支援事業にも取り組み、職員向け研修や住民主体の活動へのアプローチを行った。

○区民への周知、窓口対応や支援を円滑に図るよう、相談支援用のシートを開発

相談の流れやアセスメントの質を担保できるよう、区の相談窓口と地域包括支援センターが、共通で利用する相談受付票やアセスメントシートを、地域包括支援センターの職員やケアマネジャー、相談窓口担当の区の職員をメンバーとした検討会を開催し、作成した。それをもとにケアマネジメントマニュアルを作成。説明も複数回行うことにより、総合事業の理解を図り、区民への案内が適切に実施できるようにした。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

総合事業の展開方針～参加と協働の地域づくりの推進～

住み慣れた地域で生き生きと、こころ豊かに暮らしていくことができるよう、健康や予防への関心を高め、健康・体力の維持増進や予防に向けた主体的な取り組みを促すとともに、地域活動に参加できる環境づくりを推進する。

また、高齢となっても今までの経験や知識、趣味、特技等を活かして、地域や社会とつながりを持ちながら、生きがいや活力に溢れた生活を営むことができるよう支援し、介護保険サービスから卒業することを目指せる仕組みを作る。

必要な分だけサービスを受けられるよう、住民主体のサービスなどの多様な担い手によるサービスを増やすとともに、地域全体で元気になっていく取り組みを充実させることにより、住民同士がつながる地域づくりを目指す。

【個別の課題と展開方針】

◎住民主体の通所サービスの実施場所と担い手の確保

民間事業者等の協力も得ながら地域の活用可能な実施場所を確保するとともに、担い手の研修や交流会を実施し、新たな担い手の発掘や区民周知、モチベーションの維持向上に努める。

◎介護予防ケアマネジメントに質の向上と多職種連携の推進

利用者の状態に合わせた自立支援のための適切なケアプランの作成について、事例検討会を開催するなどケアマネジメントの質の確保に努める。また、多職種の視点による多角的な検討が出来るよう地域ケア会議の開催方法についても検討していく。

◎サービスや地域資源の見える化に取り組む

社会福祉協議会の生活支援コーディネーターが中心となり、地域の資源を把握し、その情報を一元化し見える化を図り、サービス利用を促進するとともに、新たな地域資源の開発にも取り組む。

東京都 八王子市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

高齢者人口の増加にあわせ、介護認定者数も年々増加傾向にあり、介護サービスの提供にかかる費用もそれに比例して増加している。

また、介護サービスの提供にかかる専門職の人材不足もあわせて課題となっており、それを補うための住民等による支援活動（住民による見守り活動や生活支援など）の充実が急務となっている。

このような背景の中、地域の多様な主体による生活支援体制を充実させるためには多くの時間を要するとともに、地域の支え合いの意識の醸成が必要である。

そこで、市では『第6期介護保険事業計画（以下、事業計画）』において、総合事業の実施を重点的な取り組みの一つとして位置づけ、早期からの円滑な移行を決定した。

市では、総合事業の基本理念を「高齢者一人ひとりが笑顔でいきいきと暮らせる支え合いの地域を創る」とし、(1) 元気でいきいきと暮らせる健康づくりの支援（介護予防の充実）、(2) 互いに支え合う地域づくりの支援（生活支援体制の整備）を大きな柱とし、“介護予防”と“生活支援”の両輪で総合事業を推進していく。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

- 面積
186.38 k m²
- 高齢者者人口の推移

	平成 22 年	平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年
総人口	554,017	555,818	564,585	563,895	563,482
65 歳以上	114,872	117,387	123,613	129,381	130,715
高齢化率	20.70%	21.10%	21.90%	22.90%	23.20%

- 平成 27 年 12 月末現在の人口
総人口 562,795 人 65 歳以上 140,731 人 高齢化率 25.01%
- 第 1 号認定者数（平成 27 年 9 月末）

年齢区分	平成27年9月30日現在
65歳以上75歳未満	76,788
75歳以上	61,808
(再掲)外国人被保険者	418
(再掲)住所地特例被保険者	635
計	138,596

○ 要介護認定者数等（平成 27 年 9 月末）

要介護度 被保険者別	要支援 1	要支援 2	計	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計	合計
第 1 号被保険者	4,819	2,615	7,434	6,010	3,711	2,368	2,510	2,396	16,995	24,429
※（うち 2 割負担対象者）	(773)	(407)	(1,180)	(976)	(550)	(314)	(315)	(278)	(2,433)	(3,613)
65歳以上75歳未満	703	479	1,182	940	627	345	325	325	2,562	3,744
75歳以上	4,116	2,136	6,252	5,070	3,084	2,023	2,185	2,071	14,433	20,685
第 2 号被保険者	46	67	113	105	135	60	63	100	463	576
総 数	4,865	2,682	7,547	6,115	3,846	2,428	2,573	2,496	17,458	25,005

○ 地域資源データ（平成 27 年 12 月末現在）

団体名	箇所数、人数等
地域包括支援センター	15 箇所（委託）
ふれあいいきいきサロン	108 箇所
常設サロン	5 箇所
シニアクラブ	209 クラブ 会員 14,475 名 （うちシニアクラブ連合会加入 131 クラ ブ 会員 9,529 人）
シルバー人材センター	会員 2,398 名
高齢者活動コーディネートセンター	コーディネーター登録 156 名

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

3課(高齢者福祉課、高齢者いきいき課、介護保険課)による検討(26年5月～)

サービス提供事業者等との意見交換(26年10月～27年11月)

移行時期をH28年3月に決定(27年1月)

生活支援コーディネーター配置(4月～) ※研究会3月設置・協議体10月

行政視察(5月～6月)

当初事業内容の確定(8月)

実施要綱等策定(11月)

説明会(事業者)(12月)

パンフレット作成(12月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

市民周知(広報)(28年1月)

パンフレット配布開始(1月)

行政視察(1月)

訪問A指定申請受付開始(1月)

総合事業の説明会(各地域向け)(2月)

新しい総合事業に移行
(平成28年3月)

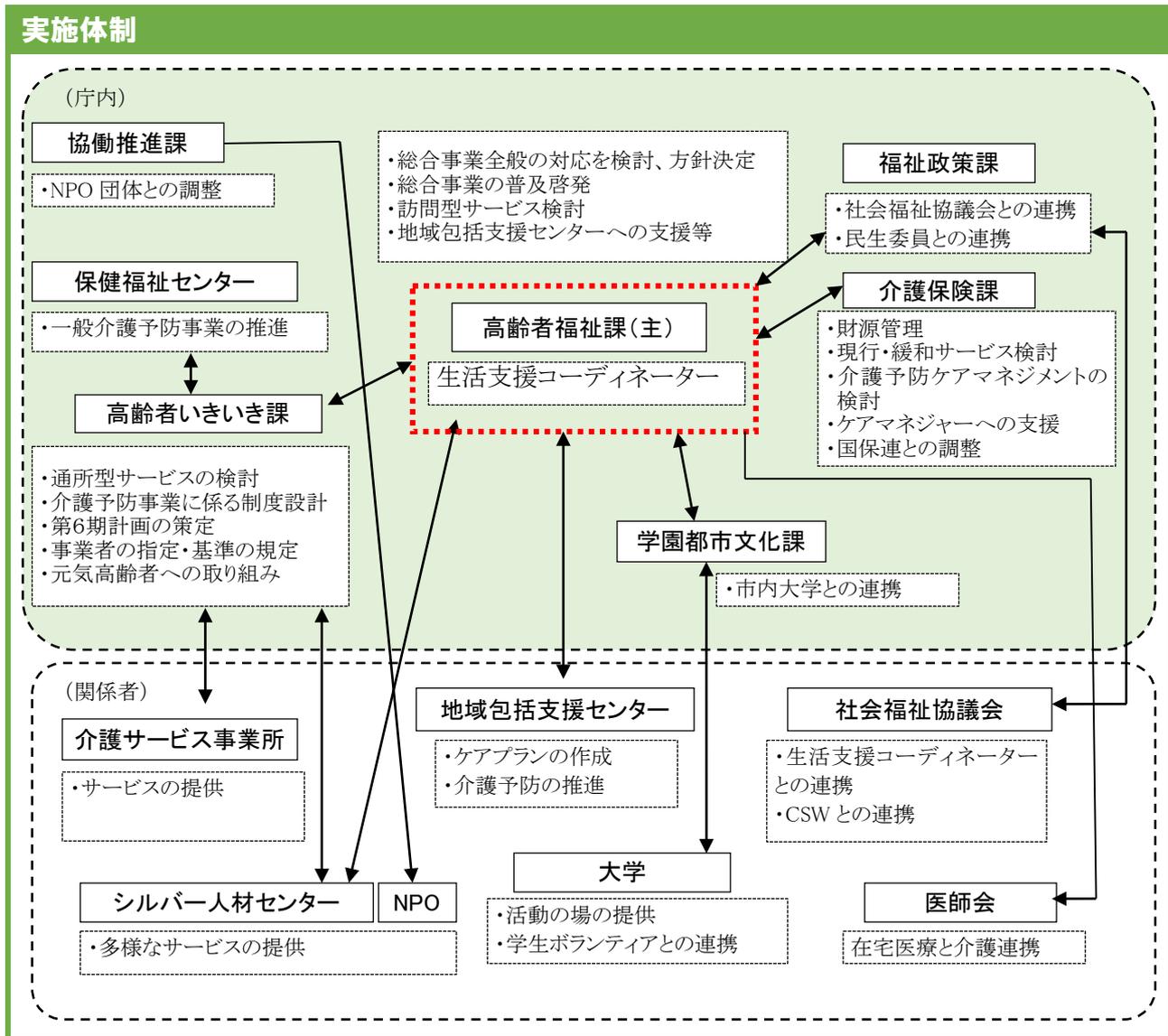
総合事業への移行までの取り組み概要

まず、国発行のガイドラインの読み込みを担当課(介護保険課、高齢者福祉課、高齢者いきいき課)で行ったうえで、3課による打ち合わせをスタート。市内介護保険サービス職能団体と総合事業実施に係る課題等の洗い出しを行った。

つぎに、給付費の伸びと事業実施時期の違いによる10%の特例に与える影響額を推計し、平成27年度中に総合事業に移行すべきとの判断に至ったが、移行までの準備期間を十分確保するために事業開始時期を平成28年3月とした。

開始時期決定後は、3課の中心的な担当者3名によるプロジェクトチームにより、短期集中的に総合事業に対する本市の考え方を整理するとともに、先進自治体(品川区、松戸市、流山市、生駒市)への視察を実施し、総合事業移行当初に実施するサービス内容を確定し、現在に至っている。

3 移行プロセスにおける主な取り組み



主な取り組み内容等

(1) 介護予防ケアマネジメント検討にかかる高齢者の意識等の実態把握

総合事業の実施に伴う新たな介護予防ケアマネジメントの検討を行うにあたり、効果的かつ高齢者の実態にあわせたガイドラインを作成するため、市内の地域包括支援センター（全 15 箇所）を訪問し、ヒアリングを行った。

ヒアリングでは、各圏域における介護予防サービス利用者の意識（サービス利用の意識、自立の意識、ニーズ等）や利用の実態（どのような状態像の方がサービス利用しているのか）を把握し、介護予防ケアマネジメント検討の基礎知識とするため、サービス計画作成担当者や利用者との意見交換を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・行政と地域包括支援センター（現場）の間で、利用者に対する認識に相違があることがわかった。
- ・予防プランの作成や訪問など、サービス利用者の実態を把握しているセンター職員との意見交換を行うことで、双方の疑問点や懸案事項などの解決を図った。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・サービス利用者の生活や意識等の実態をよりの確に把握できるよう、センター職員との意見交換とあわせて、介護予防サービスの利用者宅への訪問同行を行った。

【取り組みの成果】

- ・行政と現場の意識や認識の方向性を確認することで、規範的統合を図ることができた。
- ・総合事業の円滑な実施に向けて、新たな介護予防ケアマネジメントや事業の検討材料を得ることができた。

(2)一般介護予防事業「一般介護予防サロン」の情報収集と制度設計

一般会計で実施していた既存事業の内容を変更し、一般介護予防事業へ見直すにあたり、社会福祉協議会・町会自治会連合会・シニアクラブ連合会・市民活動支援センター（NPO・ボランティア関係）、現在運営しているサロン等に、担い手の可能性についてのヒアリングを行う。

【発生した課題と対応策】

- ・既存事業の発展的見直しについて、関係者等へヒアリングを実施。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・一般会計の「常設サロン」事業として、週3回以上開催しているサロンへの補助を、より介護予防に資する内容とするため検討中。
- ・市民ニーズの高い、週1～2回運営のサロンに対しての補助メニューを新たに追加予定。

【取り組みの成果】

- ・現在、関係者等へのヒアリング及び制度設計中。

4 総合事業の概要(予定)

【1自治体1サービス自慢】

○大学、民間企業と連携した地域活動の場づくり

市内大学と民間企業と連携した地域活性化の取り組みを実施予定。民間企業が、高齢化が進む集合住宅地に活動の場を提供し、大学が主体となって場の運営を行う。自治体は、活動の場で実施する地域向けコンテンツ(介護予防教室や子どもとの交流)を提供し、他世代が活動の場で交流する機会を設けることで、地域の顔の見える関係づくりと支え合い意識の醸成を目指す。

○ サービス卒業生をボランティアとして活用

通所型サービスCにおいては、教室の卒業生を次期教室でボランティアとして活動してもらうことを検討中。通っていた教室からボランティアを始めることで、自らの運動の振り返りの契機とするとともに、地域活動への参加のきっかけとしてもらい、サービスを受けた後、担い手側として活動しやすい仕組みを作っていく。

【訪問型サービス】※実施予定のもののみ

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス	
種別	訪問介護	訪問型サービスA	訪問型サービスB
提供時期	平成 28 年 3 月	平成 28 年 3 月(試行実施)	平成 28 年度中(秋頃予定)
サービス内容	現行の予防訪問介護に同じ	生活援助サービスのみ	掃除や洗濯物干等、ごみ出し等の簡易な生活援助サービス
対象者とサービス提供の考え方	現行の予防訪問介護に同じ	身体介護を必要としない利用者に生活援助を提供	簡易な支援により日常生活が保てる者
実施方法	事業者指定	事業者指定	補助(1回のサービス提供にあたり、上限を1,000円としてサービス提供団体へ補助を行う。また、その他事務費として団体規模に応じた事務経費補助を予定)
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	独自基準
サービス提供者	介護サービス事業者	介護サービス事業者(雇用労働者可)	市の補助要綱等の基準を満たすNPOや協同組合等の団体
費用	現行報酬に同じ	990~2,970 単位	利用者負担1回200円程度を想定(緩和より安価に設定)

※訪問C、移送サービスについては、内容・実施時期について検討中

【通所型サービス】※実施予定のもののみ

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス	
種別	通所介護	通所型サービスB	通所型サービスC
提供時期	平成 28 年 3 月	平成 28 年度中(秋頃予定)	平成 28 年度中(秋頃予定)
内容	現行の予防通所介護に同じ	運動機能、認知機能の向上など心身機能低下の予防を目的とし、介護予防に資する活動や趣味活動などを通じて交流を促す	生活機能の維持改善を目的とし、運動器の機能向上を図るプログラムを3か月程度の短期間で実施
対象者とサービス提供の考え方	現行の予防通所介護に同じ	要支援・事業対象者が中心	要支援者・事業対象者が対象介護予防ケアマネジメントに基づき、各自の状態に応じた個別指導を含めて実施
実施方法	事業者指定	補助	委託
基準	予防給付の基準を基本	独自基準	独自基準
サービス提供者	介護サービス事業者	NPO・任意団体・地域住民等	スポーツクラブ、接骨院
費用	現行報酬に同じ	検討中	検討中

※通所Aについては、内容・実施時期について検討中

5 取り組みのポイント

1

○住民、事業者の理解促進

介護サービス事業者や医療機関、市民活動グループや地域住民等に、総合事業に関する説明会を随時開催し、総合事業の仕組みや市の目指す方向性など、理解および連携強化を図る。

その他、多様なサービスを整備するためには、その仕組みを支える専門職や地域住民の意識作りが不可欠である。総合事業を推進するうえでの土台となる規範的統合を図ることを目的とし、各関係機関等との意見交換の場を積極的に設けている。

○市内の地域資源を調査

市の様々な部署で実施している事業を確認し、総合事業における生活支援や介護予防のサービスに結びつけることができないか検討。

行政が携わる事業や人材を多様な地域資源の一つとして、他部署と連携した新たな施策を提案している。

(小学校で作物や動物の世話をする、公立保育園の給食を園児と一緒に食べる、高齢者向け生涯学習講座を開く→高齢者の就労促進や自身が教える側になる、などを提案)

2

3

○事業者に対する規範的統合の展開

平成 28 年 4 月より、介護予防ケアマネジメントに係る検討委員会を開催し総合事業におけるケアマネジメントの考え方を整理する。検討委員会委員は学識経験者、地域包括支援センター職員、市職員（介護保険課、高齢者福祉課、高齢者いきいき課）で構成し、ケアマネジメントの考え方をマニュアルとして発行する予定。マニュアルは、サービス提供事業者においても規範的統合が推進されるよう考え方を明示する予定。

6 今後の課題と展開方針

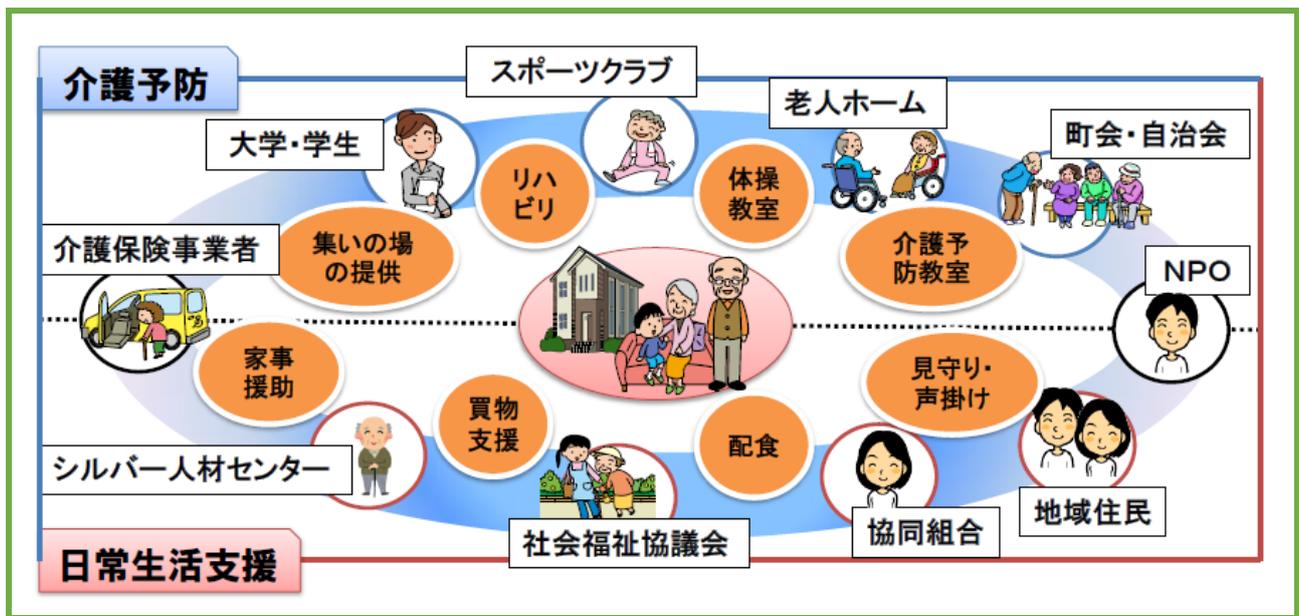
総合事業全体としての展開方針

総合事業の実施により、健康に関する意識啓発や継続した運動の実施、社会参加を促す取り組みを充実させることで、介護予防をより一層充実させるとともに、ボランティアやNPO、介護事業者、民間企業、社会福祉協議会等の地域における多様な担い手を育成し、多様な担い手による身体状況に合わせたサービス提供体制を拡充することで、軽度な支援を必要とする方に生活支援・介護予防にかかるサービスが不足なく提供できる地域を目指す。(介護予防の充実と生活支援体制の整備)

第6期事業計画期間(平成28・29年)では、地域における担い手の育成および担い手の活動の場の整備を集中的に進めるとともに、介護予防や多様な主体によるサービスの効果を検証し、第7期事業計画期間(平成30年～32年)以降、多様な担い手を主軸とした訪問型および通所型サービスの提供体制に移行し、利用対象者の拡充を目指す。

また、あわせて専門職による対応が必要なケースなどといった役割分担の明確化や、一般介護予防の推進をおこない、高齢者自身の生活や身体機能に応じた多様なサービスを選択できる支援体制を構築する。

NPOや住民主体の活動が推進されることで、地域主体の支援が活発となり、地域において互助による生活支援体制が構築されることを目指す。



【個別の課題と展開方針】

◎「活動の場」の確保

介護予防・閉じこもり予防のための自主的・継続的な活動を拡大するため、活動ができる場の確保を進めるとともに、公的な施設だけでなく、民間事業所の余剰スペース等、地域資源も活用しながら、場の確保・充実を図っていく必要がある。

※展開方針については検討中

◎「多様なサービス」の充実

多様な主体による生活支援サービス提供体制の充実や地域における支え合いの体制を推進するうえで、地域ニーズを把握し、その地域で必要とされる人材や資源の開発、関係機関との連携を進めていくことが重要となる。

平成 28 年度では、その仕組み作りで重要な役割を果たす第 2 層の生活支援コーディネーターを地域に配置（6 地域予定）し、多様なサービス提供主体等とで設置する協議体の場なども活用しながら、地域ニーズの把握や情報共有を図り、生活支援体制を充実する。

◎切れ目ない事業のつながりが必要

サービス事業の終了後に、一般介護予防事業や地域での活動に円滑につなげ、継続して生活機能を維持していく取り組みが必要となる。従ってサービス事業とともに、その先の行き場となる地域活動等の整備も進めていく必要がある。

◎高齢者自らが進んで介護予防に取り組む意識の醸成が必要

地域を取り巻く状況（高齢化率、認定者数、生産年齢人口比率等の推移）を示し、市が抱える少子高齢化等の問題を「見える化」し、自らの地域の高齢者の自立を阻害している要因（地域課題）を認識してもらう必要がある。そのうえで、その地域課題解決のために高齢者自らが担い手となる必要があることを認識してもらう（出前講座、コミュニティバスでの広告、ケーブルテレビの特集番組、意識啓発を目的とした講演会・講座の実施等をきめ細かく展開していく）。

◎自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの推進

平成 28 年 4 月以降実施予定の、介護予防ケアマネジメント検討会において、利用者自身が、可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営み、自分の人生を自分で創っていきたいと思ってもらえるようなケアマネジメントができるよう考え方を整理する。

神奈川県 横須賀市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

【早期移行とした理由】

総合事業にかかる費用の上限額の計算が、総合事業開始の前年度の給付実績を基礎としており、介護報酬改定の影響を受けることが明らかになったことを受け、本市としては、一定の準備期間は必要であるが、総合事業を早期に進めることで地域包括ケアシステムの推進への取り組みが加速されると考え、平成 28 年 1 月の実施とした。

【本市の目指している方向】

住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けるために、健康でやさしい心のふれあうまちの実現を目指す。

【総合事業の位置づけ】

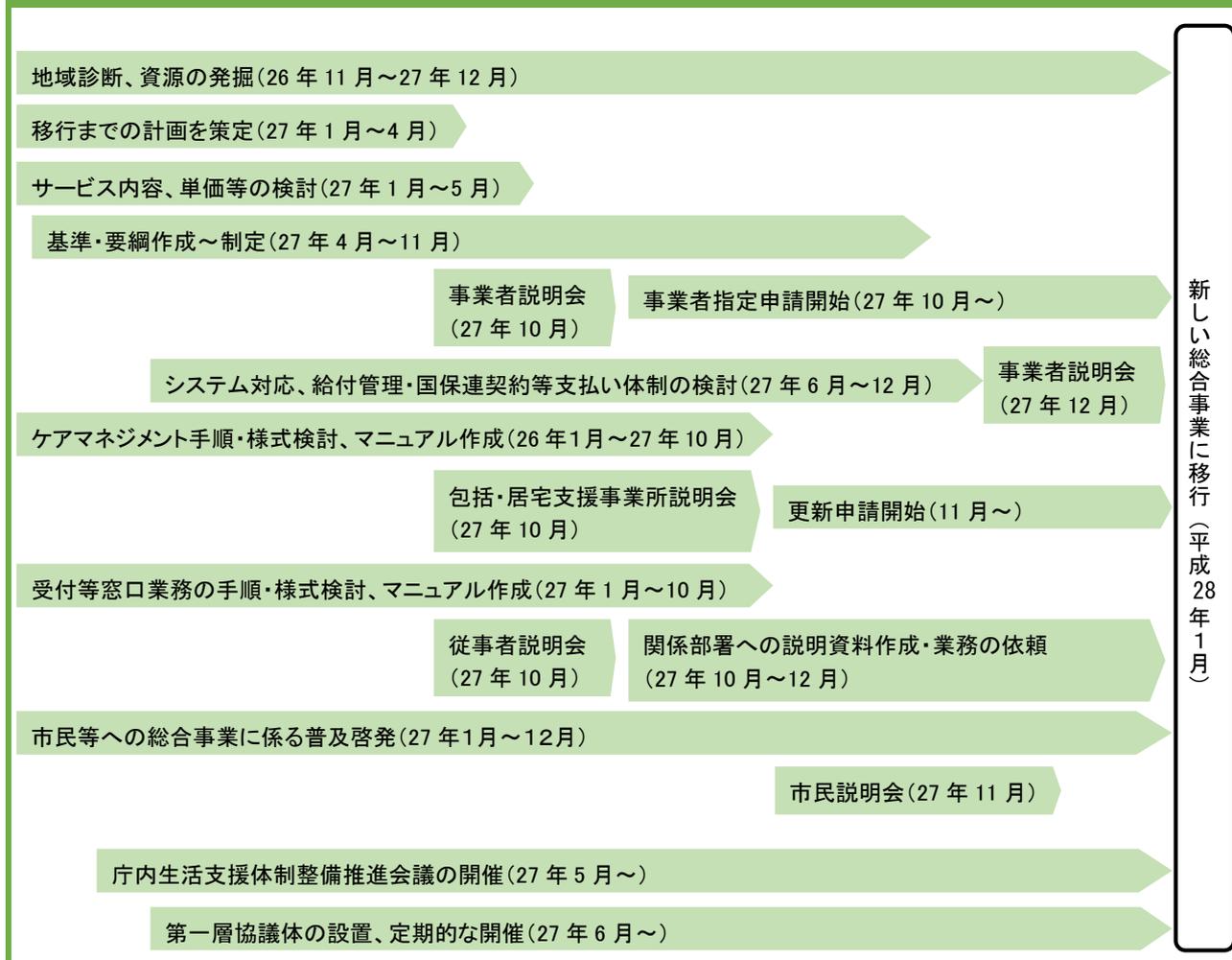
地域包括ケアシステム構築のための事業として、地域で支えあい、住み慣れたまちで暮らせるためのネットワークの推進を図り、多様なライフスタイルに合わせた介護予防・生活支援の環境を整備する。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

面積	100.83 k m ²
人口 (H27. 10. 1 現在)	415,375 人
65 歳以上人口 (H27. 10. 1 現在)	121,792 人
高齢化率 (H27. 10. 1 現在)	29.32 %
ひとり暮らし高齢者登録数 (H27. 7. 1 現在)	10,184 人
要介護・要支援認定数 (H27. 9. 30 現在)	20,850 人(うち要支援者数 5,595 人)
介護保険料 (基準額)	第 5 期 年額 58,800 円 (月額 4,900 円)
	第 6 期 年額 62,400 円 (月額 5,200 円)
地域包括支援センター	13 箇所
介護予防サービス事業所 (H28. 1. 1 現在) ※横須賀市内に所在地のある事業所のみ	訪問介護 91 箇所
	通所介護 118 箇所
サロン (地区社会福祉協議会)	215 箇所 (うち高齢者対象 166 箇所)
介護予防自主活動グループ	263 グループ (地域包括支援センター把握数)
住民主体の自主グループ活動団体	ボランティア 1・生活支援 7・移動支援 2

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール



総合事業への移行までの取り組み概要

平成26年度：高齢福祉課、介護保険課、地域包括支援センターからなるワーキングチームを設置、平成28年10月の総合事業の開始を目指し検討を開始。

平成27年1月：総合事業を平成28年1月から開始することを決定。

（訪問介護相当サービス、通所介護相当サービス、訪問型短期集中予防サービス）

平成27年4月：福祉部高齢福祉課に総合事業担当係を新設。（常勤3名）

生活支援体制整備事業、介護予防・生活支援サービス事業を担当。

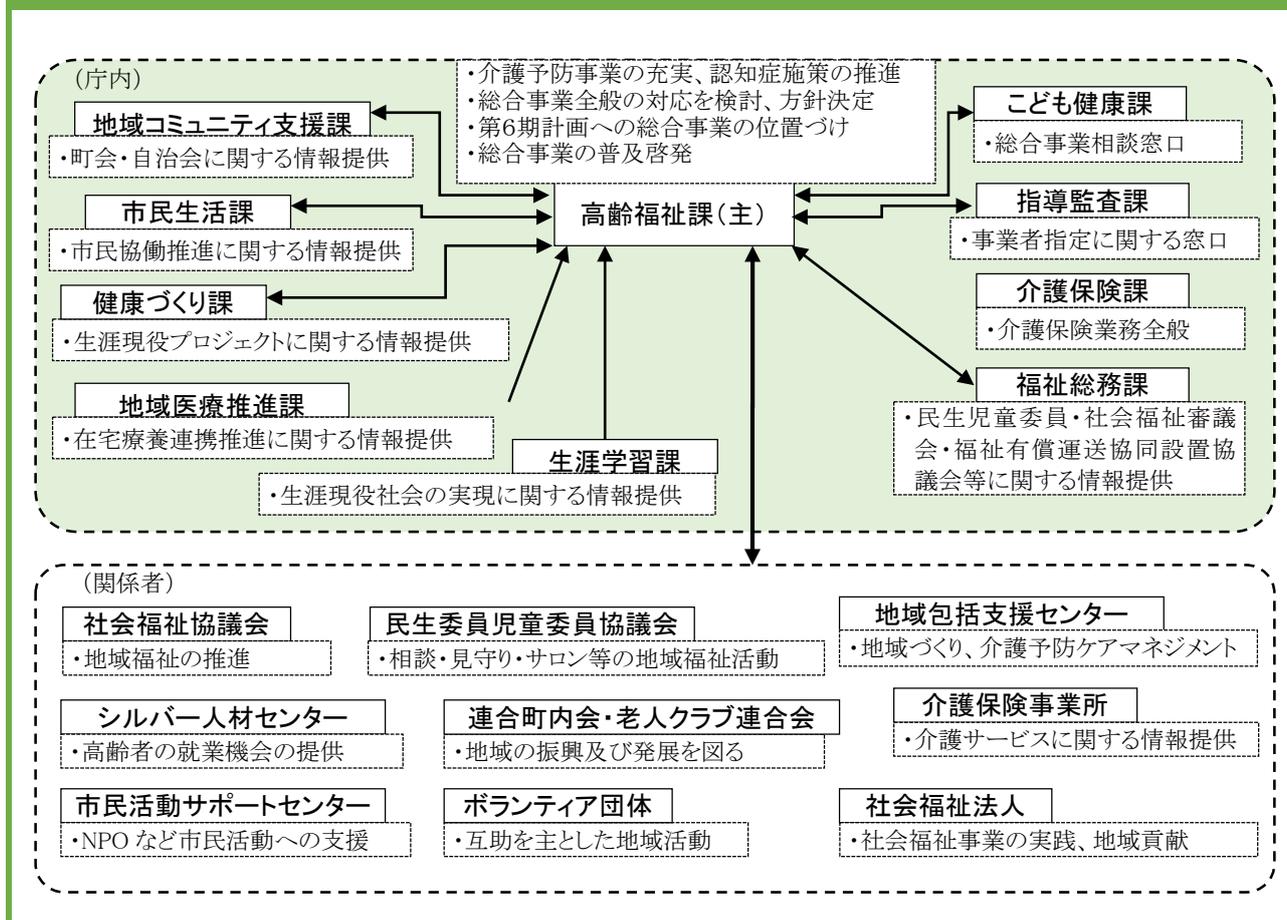
一般介護予防事業は、同課介護予防係が担当。

平成27年4月～12月：サービス事業は、指定事業者管理、事業対象者及びケアマネジメント管理、給付管理別に取り組み、第一層協議体の立ち上げ・運営と並行した。

平成28年1月：総合事業開始。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 総合事業に関する普及啓発

あらゆる機会を利用して、短時間でも総合事業の説明を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・地域づくりを担っている方々（民生委員、町内会など）の、総合事業への理解が得にくかった。
→地域づくりに係る集まり等の機会を活用し、総合事業に係る説明を実施した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・民生委員児童委員協議会、地区社会福祉協議会連絡会、連合町内会役員研修会、老人クラブの総会等地域の集まる機会を活用。
- ・出前トーク（地域要請のあったもの）、他団体主催による関連の研修会等を活用した短時間の説明会を実施。
- ・地域包括支援センターに説明会用パワーポイント、資料を提供し、介護予防教室等を利用した、包括による地域での普及啓発を実践。
- ・市民説明会の実施（市内 10 箇所。うち、土曜日開催（手話・筆記通訳付）1 箇所）。
- ・説明対象者に応じたパワーポイント、資料の準備に思いの外、作業時間を要した。

【取り組みの成果】

- ・「高齢者の社会参加が介護予防につながるとわかった（地区社会福祉協議会会長）」、「総合事業に協力をしないというわけではない（連合町内会会長）」など、少しずつ理解されてきたように感じる。

（２）地域づくりに関する庁内各部署との連携

庁内生活支援体制整備推進会議の設置、運営を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・庁内で統一した見解・認識のもと、地域づくりを展開することの難しさがあった。
- 庁内の他部課が実施している地域づくりに関する事業と生活支援体制整備事業とのすみ分けや情報共有、連携を目的とした、庁内生活支援体制整備推進会議を設置した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・会議への参加メンバーは、協議体の構成員が所属する団体や法人等の所管課から選定した。
- ・各部署の地域づくり事業のあり方や目的を尊重し、各部署の課題解決の視点も取り込むこと等を配慮しながら会議を運営した。

【取り組みの成果】

- ・関係部署と定期的に会議を持つことで、庁内各部署の総合事業への理解が深まった。
- ・地域づくりは重要課題であり、全庁的に取り組むべき課題であるという各部署が共通認識を持つようになった（他部課との協力体制がとりやすくなった）。
- ・他部署主催の研修会等が総合事業に係る短時間説明会の機会につながった。

（３）総合事業の制度設計①（基準・要綱作成など）

総合事業の人員等に関する基準、訪問型サービス・通所型サービス事業（現行相当サービス・訪問型短期集中予防サービス）及び一般介護予防事業の実施要綱の作成を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・国は総合事業を実施するにあたり、要綱でよいと言っているが、要綱はあくまで市の内規となるため、法的に対応できない。
 - ・要綱では総合事業で給付制限や実地指導などを行っていく法的根拠となり得ない。
- 総合事業は開始したばかりであり、今後も制度が変わっていく可能性が高い。現段階では、法的根拠はないが要綱として作成し、国が示す制度の方向性がわかった時点で条例にすることを検討していく。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・庁内法規関連部署、介護保険事業者指定関連部課との相談、連携に努めた。
- ・当市と同一時期に総合事業を開始する他自治体との情報共有。
- ・議会の状況を見極めながらパブリックコメントの実施。
- ・要綱であるため、給付制限は行わず、実地指導も“実地講習”という名称で要領を作成し、強制力を伴わない、あくまでも行政からの依頼という意味で作成し、来年度から実施していく予定。

【取り組みの成果】

- ・総合事業開始時点での事業の全体像が明確化し、今後、基準を緩和したサービス等を検討する際の基点となった。

(4) 総合事業の制度設計②(介護予防ケアマネジメント・窓口業務など)

介護予防ケアマネジメントに至るまでの窓口業務マニュアル、介護予防ケアマネジメントマニュアル作成を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・市内各所にある窓口担当者や地域包括支援センターをはじめ、介護予防ケアマネジメントを実施する居宅介護支援事業者に対する総合事業への理解及び実務手順等についての説明方法等模索した。
- 窓口業務に係るワーキング、介護予防ケアマネジメントに係るワーキングを開催、業務手順について協議・検討した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・ワーキングは、市内各窓口業務担当者や地域包括支援センター等所属や部課を越えたメンバー編成とした。
- ・窓口業務担当者説明会は、窓口の実情に合わせた対応をしてもらうため、各窓口に出向いて小規模説明会として開催した。
- ・居宅支援事業者説明会に加え、包括の協力を得て市内の居宅介護支援事業者をブロックに分け、小規模介護予防ケアマネジメント説明会を開催した。

【取り組みの成果】

- ・小規模説明会の開催により、より実務に即した手順を説明することができた。

(5) 総合事業の制度設計③(部内組織の改編・事務分掌など)

総合事業を機に組織の見直しを行った。

【発生した課題と対応策】

- ・本市は中核市であるため、介護保険の事業者指定事務を実施しているが、総合事業を企画運営している課とは異なる。介護保険の給付等を実施している課も総合事業の企画運営している課とは異なる。
- ・総合事業の実施にあたり、総合事業を企画運営する課は部内の各課との連携や業務分担が必要だったが、総合事業に関する組織内の意識統一を図り、事業者や利用者の利便性を考えながら体制を整えていくのは難しかった。

→総合事業の指定事務は従来の介護保険の指定事務の担当課、総合事業の給付及び事業者への実地指導は総合事業の企画運営している課、総合事業の事業者への監査は、従来の介護保険の監査業務担当課となったが、まだ詳細については未定のまま事業は開始している。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・介護保険担当課職員への総合事業に関する説明会の実施。
- ・事業者指定、事業者監査業務担当課への総合事業の基準に係る説明の実施。
- ・総合事業の企画運営している課が総合事業事業者指定申請受付時の立ち会い、第1号事業についての事業者への助言及び提出書類の確認をする。

【取り組みの成果】

- ・総合事業の企画運営は、介護保険の運営と事業者指定や実施指導に係る多くの課の業務に関わることで関係各課で認識できた。
- ・平成29年度に向けて部内の組織改編等について、現在内部で検討をしている。

4 総合事業の概要(予定)

基準	現行の訪問介護相当	現行の通所介護相当	多様なサービス
種別	訪問介護	通所介護	訪問型短期集中予防サービス
内容	介護予防訪問介護と同様のサービス	介護予防通所介護と同様のサービス	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	<ul style="list-style-type: none"> ・既にサービス利用をしているケースで、サービスの利用が必要なケース ・訪問介護員によるサービスが必要なケース 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・事業対象者 ・ADL や IADL の改善に向けた支援が必要なケース等 ・3か月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定	直接実施
基準	予防給付の基準を基本	予防給付の基準を基本	内容 <ul style="list-style-type: none"> ・体力の改善に向けた支援 ・健康管理の維持・改善に向けた支援 ・閉じこもりに対する支援 ・日常生活動作や手段的日常生活動作の改善に向けた支援
サービス提供者	訪問介護員 (訪問介護事業者)	通所介護事業者の従事者	高齢福祉課の保健師、看護師、理学療法士、管理栄養士
費用	予防給付と同額	予防給付と同額	自己負担なし

【1自治体1サービス自慢】～訪問型短期集中サービス

当市には、訪問型介護予防事業^(注1)を本市職員である保健師、理学療法士、管理栄養士などの専門職が従事していた。この事業を訪問型短期集中サービスとし、直営で実施することができたため、現行相当サービスと同時に開始し、早期の移行につながった。

(注1)訪問型介護予防事業とは、2次介護予防対象者で心身の状況等により通所形態による事業への参加が困難な者を対象に、保健師、理学療法士、栄養士等が居宅等を訪問し、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な指導を行ってきた。

5 取り組みのポイント

1

○市内生活支援体制整備推進会議を開催し、協議体の目指すべき方向の共有化

協議体の設置及び運営に先駆け、市内生活支援体制整備推進会議を立ち上げた。協議体構成員が所属する団体の所管課や地域づくりに係わる部署と、総合事業、生活支援体制整備事業についての共通理解を図り、協議体のバックアップができるよう連携している。

○地域包括支援センターとの目指すべき地域の方向性の共有化

地域包括支援センターとのワーキングを通して、総合事業への取り組みや目指すべき地域のあり方、ケアマネジメント等について意見交換や検討を行い、意識統一を図っている。

また、市内を数箇所のブロックに分け、地域包括支援センターが各ブロックの中心となり、居宅支援事業者に対し、学習会を開催し、総合事業やケアマネジメントへの理解を深めている。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

(以下について協議体で検討中)

- 地域のつながりについて若い世代にも働きかけ、生活支援サービスの充実など、NPO、民間も含め、オールよこすかで支え合う体制づくり。
- 市民の介護予防の意識の向上やサロンなど通いの場を一般介護予防事業に位置付け、充実させていく。
- 高齢者が社会とのつながりを持ち続けるために高齢者の生きがいづくりへの環境整備や、子ども達や子育て世代など様々な世代の人々とのふれあいの場を創出する。高齢者が学べる、地域とのつながりが実践できる場や機会がある。

【個別の課題と展開方針】

◎地域づくりへの啓発が必要

若い世代を含めた地域での支え合いを構築していくため、町内会の活性化などについて、地域住民に地域づくりへの啓発をしていく。

◎介護予防施策の推進

介護予防への意識を高めるとともに、既存のサロンの充実など高齢者の通いの場の充実をはかるためのさまざまなしなかけを地域の中に作っていく。

◎高齢者の活躍の場づくり

民間等の協力を得て、高齢者の生きがいの場づくりをする。若い世代をはじめ、さまざまな世代と高齢者がつながりの持てるふれあいの場、学びを深める場などを充実させる。

埼玉県 川越市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

川越市では、すこやかプラン・川越－川越市高齢者保健福祉計画・第6期川越市介護保険事業計画の基本方針に「高齢者が住み慣れた地域で、安心して生活し続けるため、元気な高齢者も社会参加することで、川越らしい地域包括ケアシステムの構築を実現」を掲げ、地域包括ケアシステムの構築に向けて準備を進めている。

その中でも、包括的支援事業では、川越市医師会の協力により「在宅医療・介護連携推進事業」や「認知症総合支援事業」を早期に着手した。

こうした団体の協力による連携が図られていたことと、生活支援体制整備事業では、多様な主体による地域を支える仕組みづくりに、時間を要することが予想されること、また、国から示される「介護予防・日常生活支援総合事業」の早期移行によるメリットが後押しをし、平成28年3月から介護予防・日常生活支援総合事業を実施することとした。

現在、総合事業の移行に向け、関係課との調整を進め、地域包括支援センターと定期的に会議を行い、「介護予防・日常生活支援総合事業」の実施に向けた最終的な準備を進めている。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

面積	109.13 km ²					
総人口	359,223人 (H28.1.1現在)					
(高齢化率)	(25.02%)					
世帯数	151,745世帯					
認定者数	12,520人 (H27.12.31現在)					
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
1,429人	1,533人	2,600人	2,176人	1,919人	1,646人	1,217人

圏域の状況 14圏域 (別紙参照 (第6期介護保険事業計画より抜粋))

地域包括支援センター数 11 (うち2箇所は分室)

圏域別人口・高齢者数

圏域別	人口(人)	高齢者人口(人)	高齢化率(%)
本庁第1	22,243	5,784	26.0
本庁第2	45,263	9,642	21.3
本庁第3	36,773	8,873	24.1
芳野	5,821	1,249	21.5
古谷	11,076	2,633	23.8
南古谷	24,399	4,840	19.8
高階	51,767	13,169	25.4
福原	20,143	4,953	24.6
大東	34,486	7,568	22.0
霞ヶ関	32,113	7,555	23.5
霞ヶ関北	17,607	5,472	31.1
名細	30,077	7,798	25.9
山田	11,662	2,599	22.3
川鶴	5,887	1,801	30.6
合計	349,317	83,936	24.0

※平成26年10月1日現在の住民基本台帳による。

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

地域診断(26年8月～26年10月)

移行する事業の検討(27年6月～27年10月)

サービス内容の検討(27年9月～27年10月)

総合事業打合せ(地域包括との打合せ)(27年9月～28年2月)

事業者説明会(11月18日)

FAQ作成(27年11月～12月)

要綱・帳票類の作成(27年12月～28年1月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

介護予防手帳の作成(27年12月～28年2月)

要綱・帳票類の作成(27年12月～28年1月)

介護予防ケアマネジメント・窓口マニュアル作成(27年11月～28年2月)

市民への周知(28年1月～28年2月)

・広報掲載1月25日

・パンフレットの作成

・訪問介護・通所介護サービス利用者にDM

新しい総合事業に移行
(平成28年3月)

総合事業への移行までの取り組み概要

川越市では、すこやかプラン・川越（高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画）を策定する際、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）を平成28年3月から実施することとした。

平成27年度当初は、介護予防・生活支援サービス事業に「相当サービス」と、これまで実施している二次予防事業を「多様なサービス」に位置付けられるか検討した。

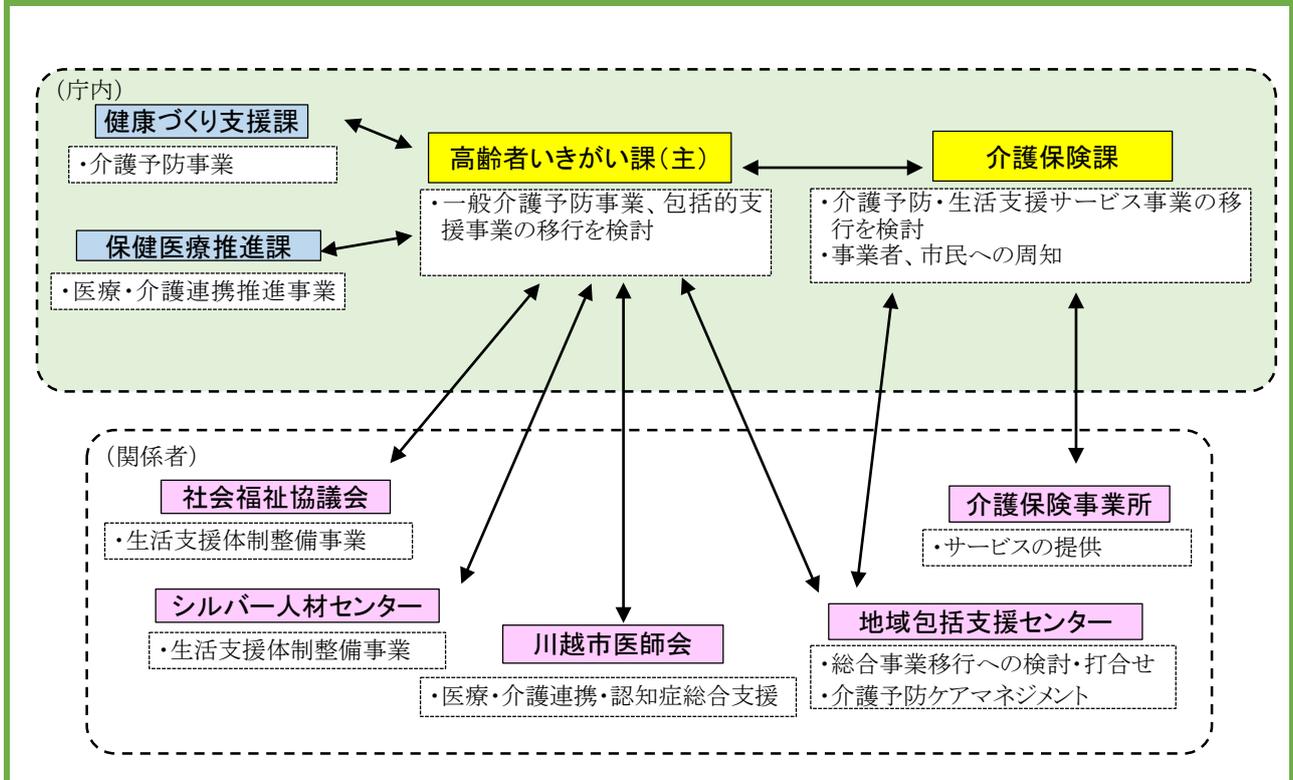
しかし、担当職員は「総合事業の実施」＝「多様なサービスの創設」という考え方から抜け切れず、移行に向けた準備が進まなかった。

そして、「相当サービス」及び「多様なサービス」として、二次予防事業で実施していた事業を短期集中型サービスに位置付けることで方針を固め、介護予防・生活支援サービス事業については介護保険課が、一般介護予防事業及び包括的支援事業を高齢者いきがい課が準備を進める体制とした。

現在、平成28年3月から総合事業の実施に向けて、最終的な準備を進めている。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1)工夫した点、取り組みのポイント

総合事業の検討にあたっては、総合事業の中核となる地域包括支援センター（以下、地域包括）と一体となって進める必要があり、9箇所ある地域包括から4地域包括を選出して、市（高齢者いきがい課、介護保険課）と意見交換を行った。検討内容については、月1回実施している地域包括長会議へ報告し、事業の課題等について情報共有を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・市と代表地域包括との検討の中で、代表地域包括だけでは結論ができない案件があると、それを持ち帰って全地域包括へ下してから決定していくには時間がかかるため、検討会には代表地域包括だけでなく、出席可能な地域包括も出席し、検討していくこととした。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・現場を知らない市職員と実際に現場で活躍する地域包括職員とでは、認識が違っていることもあり、議題がかみ合わないこともあった。

【取り組みの成果】

- ・毎回、ほぼ全地域包括が出席していることで、情報の共有がスムーズに行えるようになった。

4 総合事業の概要(予定)

本市の総合事業のスタートは、介護予防・生活支援サービス事業の現行の介護予防給付の訪問介護と通所介護を相当サービスとして実施する。

基準緩和のサービスは、上限額管理の視点から計算した単価設定を検討し、また住民主体のサービスは、該当すると思われる団体の把握を進め、利用者の生活の担い手となるようなサービスを、平成29年度までに位置付けられるよう検討していく。

介護予防・生活支援サービス事業

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
種別	①訪問介護	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)
事業名	訪問介護	訪問型介護予防事業
内容	訪問介護員による身体介護等	管理栄養士による栄養管理指導を行い、必要に応じて歯科衛生士が指導を行う
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、サービス利用の継続が必要な人 ○訪問介護員によるサービスが必要な人	○通所サービスの利用が困難で、かつ管理栄養士の個別的な栄養相談や指導が必要なケース
実施方法	事業者指定	委託
基準	予防給付の基準	—
サービス提供者	訪問介護事業者	栄養士、歯科衛生士
費用	1割または2割負担	無料

②通所型サービス

基準	現行の通所介護	多様なサービス
種別	①通所介護	④通所型サービスC (短期集中予防サービス)
事業名	通所介護	ときも運動教室(通所型介護予防事業)
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	・運動器機能の向上のためのトレーニング ・栄養改善・口腔機能の向上のための指導
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人 ○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・維持が見込まれる人	○運動器の機能が低下しているまたは低下しているおそれのある人 ○心身機能の改善や環境調整などを通じ、生活機能や参加の向上、QOLの向上を目指す
実施方法	事業者指定	委託
基準	予防給付の基準	—
サービス提供者	通所介護事業者	介護保険施設、医療機関など
費用	1割または2割負担	無料

一般介護予防事業

種別	事業の名称	今後の展開
①介護予防把握事業	介護予防把握事業	継続実施
②介護予防普及啓発事業	認知症予防教室	継続実施
	いもっこ体操教室	継続実施
	介護予防講演会	充実・拡大実施 市全体を対象に大規模な講演会など、内容を充実させ実施。(参考:平成 27 年度ウエスト川越にて開催、参加者 1,057 名)
	小江戸いきいき倶楽部	継続実施
	体力アップ教室	継続実施
	ときも体力測定	継続実施
③地域介護予防活動支援事業	(仮)介護支援ボランティア事業	平成 28 年度実施に向けて実施方法などを検討中
	介護予防サポーター養成講座	拡大実施
	介護予防サポーターフォローアップ講座	
	健康づくり団体への支援	継続実施
④介護予防事業評価事業	介護予防事業評価事業	平成 28 年度実施に向けて、対象事業、実施方法などの検討。
⑤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推進事業 (機能強化型地域包括支援センター*) * 地域における介護予防の取り組みを強化する、地域包括支援センター連雀町に理学療法士を1名配置	継続実施

5 取り組みのポイント

1

○認知症ケア向上推進事業の一つである「オレンジカフェ」の実施

認知症高齢者やその介護者、地域住民等、誰もが参加でき、和やかに集うことができるオレンジカフェを平成 24 年度から実施している。現在、委託先である市内 9 箇所の地域包括支援センターで合計 24 箇所、民間の事業所にて 3 箇所で実施している。

(平成 26 年度実績：168 回延べ参加者数 3,065 名)

認知症高齢者やその介護者、地域住民等、誰もが住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続できるよう、高齢者とその家族を支援するために、実施していく。

○介護予防サポーター等による自主グループ支援

介護予防の取り組みを継続的に行うためには、高齢者が行きやすい場所で継続的に開催される場づくりが必要である。いもっこ体操教室終了後は、住民自身が主体となって活動する自主グループを立ち上げ、介護予防サポーターや民生委員、自治会役員等が支援者となり、活動している。

地域包括支援センターが継続して活動を支援し、市としては、自主グループの立ち上げ、継続した活動についての自治会等のご理解・ご協力について周知を図っている。

現在の介護予防サポーター修了者は 497 名である。また自主グループ 124 箇所となっている。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

川越市は、すこやかプラン・川越－川越市高齢者保健福祉計画・第6期川越市介護保険事業計画－では、基本方針に「高齢者が住み慣れた地域で、安心して生活し続けるため、元気な高齢者も社会参加することで、川越らしい地域包括ケアシステムの構築を実現」を掲げている。

「川越らしい地域包括ケアシステム」とは、それぞれの特色を持つ各地域において、地域の実情に合った地域包括ケアシステムを展開していくことだと考えている。

そのためにも地域の課題、ニーズ等をよく把握し、地域住民の協力による多様なサービスの展開を目指していく。

【個別の課題と展開方針】

◎各地域の特色は様々

川越市は、昭和30年に周辺9か村と合併し、現在の川越市となった。かつての村は現在の日常生活圏域として形成され、それぞれの地域で育まれた歴史と文化は、現在も受け継がれている。

こうした背景の中、それぞれの地域に存在する住民の生活様式、地域資源等も様々であることから、今後、介護予防・生活支援サービスを検討していくには、地域の実情に合ったサービスの創出が必要である。

◎生活支援体制整備事業の強化が急務

地域の実情に合ったサービスの創出には、地域の課題、ニーズなどの情報を把握し、地域住民が主体性をもって進める必要がある。そのためにも生活支援体制整備事業における、協議体及び生活支援コーディネーター設置が重要となってくる。現在、川越市で当該事業を第2層からスタートしようと準備を進めているが、2025年までに地域包括ケアシステムを構築していくには、早期に第1層の整備を進めるなど、より強力で推進していく必要がある。

高知県 高知市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

高知市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画において、重点施策の一つに「自立した生活をめざした支援」を掲げている。総合事業はこの重点施策の一つとして位置づけ、「自立をめざしたケアマネジメントの実施」と「自立をめざしたサービスの提供」に取り組むこととしている。

総合事業移行時には混乱を最小限にできるよう、みなし指定を活用する。また、従前から取り組んでいる住民主体の介護予防活動の充実を図り、高齢者が少しでも自立に近づくことができるサービスの構築に取り組む。

生活支援体制整備については、早い時期に協議体（準備会含む）を立ち上げ、関係団体・住民等と検討を進めていく。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

◎基礎データ

総人口		336,052人	平成28年1月1日現在
高齢者人口		92,224人	平成28年1月1日現在
高齢化率		27.4%	平成28年1月1日現在
後期高齢者人口		44,526人	平成28年1月1日現在
世帯数		162,556世帯	平成28年1月1日現在
要介護認定者数		18,619人	平成27年9月末日現在
要介護認定率		20.3%	平成27年9月末日現在
介護保険料（基準額）		5,491円	第6期月額
介護保険事業所数	訪問介護	105事業所	平成27年12月9日現在
	通所介護	177事業所	平成27年12月9日現在
地域包括支援センター	直営	5センター，1分室	
介護予防活動	住民主体（週1～2回）	330箇所	平成28年1月15日現在

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

予防給付対象者の実態把握、ケアプラン等分析(27 年1月～)

移行までの計画を策定(27 年4月～27 年7月)

予防給付費見込、総合事業上限額試算(27 年4月～)

事業内容、料金形態等の検討(27 年4月～)

関係機関、団体への説明・検討(27 年7月～)

住民主体の介護予防活動の拡充(27 年4月～)

地域資源の把握(27 年5月～27 年7月)

協議体設置に向けた勉強会(27 年 10 月～)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

総合事業パンフレット検討・作成(～28 年5月)

住民・関係者への周知(28 年5月～)

事業対象候補者への説明・意向確認
(28 年7月～)

要綱(実施・指定・基準)作成(27 年9月～28 年5月)

通所事業所アンケート・説明会(28 年3月～28 年5月) 事業所指定事務(28 年6月～)

住民主体の介護予防活動の拡充(27 年4月～)

協議体設置(27 年4月)

生活支援コーディネーターの配置(27 年4月～)

新しい総合事業に移行
(平成 28 年 10 月)

総合事業への移行までの取り組み概要

第1段階：総合事業の共通理解

第2段階：具体化

第3段階：実行

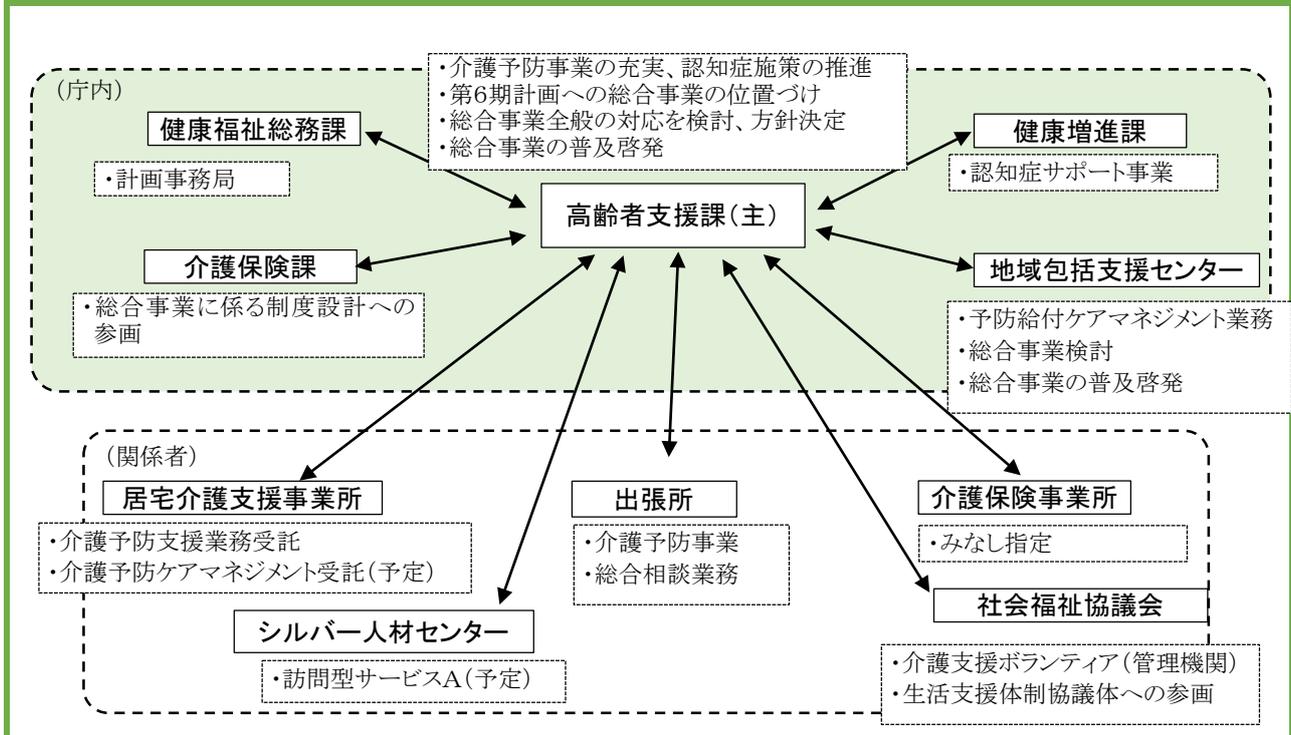
予防給付費見込額と総合事業上限額の試算を行う。要支援認定者のケアプラン分析を行い、総合事業における対象者の状態像を明らかにし、必要なサービスについて検討する。サービス創設については、先進自治体を参考に、市の現状と照らし合わせて検討する。検討過程において、地域包括支援センターや出張所、介護保険課等庁内関係機関、関係団体への説明、意見交換を行い、共通理解を図る。

総合事業実施に関する要綱や窓口対応フロー、各種事務フロー、実務マニュアルを作成する。実務フローを基に介護保険課との業務分担について検討する。市民に周知するためのパンフレットを作成する。

広報紙やパンフレット等を活用して総合事業に関する啓発を行う。事業対象候補者に対して総合事業について説明し、同意を得られた者について総合事業への移行に必要な手続きを行う。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 一般介護予防事業の再点検

住民主体の介護予防活動状況について現状分析を行った。

【発生した課題と対応策】

○課題

- ・地区(町別・行政区別)別で検証した結果、高齢者数に対する体操のカバー率が4%と低い地区がある。
- ・総合事業対象者の参加を想定した場合、徒歩圏内に会場がない地区がある。

○対応策

- ・地区別カバー率を地域包括支援センター・出張所に説明し、地域展開に向けて計画策定を依頼。
- ・カバー率が低い地区を対象としてフィールドワークを実施し、結果を包括・出張所に伝達。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・地区別カバー率の算出方法：①地区別の体操会場数、②65歳以上人口(上位30位)、③要支援認定者数(上位30位)を組み合わせて算出。②及び③の人数に対して、体操会場がない若しくは少ない地区について一覧表にすると共に、カバー率に応じて地図を色で識別し見える化。
- ・フィールドワークについては、地区状況を一番把握している出張所を中心として、対象となる高齢者や世話役ができそうな人、活用可能な会場等を地図にプロットし見える化。民生委員等に趣旨を説明し理解を得た。住民が自然と集っている場での啓発や健康講座を開催による体操の啓発を実施。

【取り組みの成果】

- ・地区別カバー率が明確になったことで、体操会場立ち上げの働きかけが必要な地区が明確になり、関係者間での共有を図ることができた。
- ・フィールドワークを通じて、体操会場がない地区に新規に体操会場が立ち上がった。

(2)通所事業所の現状分析・今後の方針検討

現行の介護予防通所介護事業所の現状分析を行った。

【発生した課題と対応策】

○課題

- ・通所介護における予防給付費の伸びが全国の2倍。
- ・通所介護利用者における介護度維持・改善率が低く、自立をめざした支援ができていないか検証が必要。

○対応策

- ・要支援認定者のケアプラン等分析による対象者像及び通所介護利用目的分析。
- ・通所介護事業所（半日型デイを中心として要支援者の利用率が高い事業所）へのヒアリング。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・地域包括支援センターと協働してケアプラン等分析、通所介護事業所ヒアリングを実施し、意識共有を図った。

【取り組みの成果】

- ・通所介護事業所は自立支援を意識して取り組んでいるものの、目標達成後サービスを卒業している者は少ないことが分かった。

(3)ケアマネジメントの現状分析・今後の方針検討

現行の要支援認定者のケアプラン分析を行った。

【発生した課題と対応策】

○課題

- ・高知市における要支援認定者の状態像について分析ができていない。

○対応策

- ・要支援認定者のうちサービス利用開始から半年経過した者 526 名のケアプランについて分析。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・地域包括支援センターと協働してケアプランを分析し、共有を図った。

【取り組みの成果】

- ・対象者の自立支援のために必要な要素が明らかになった。
- ・ケアマネジメントの資質向上のために必要な視点について議論することができ、ケアマネジャーの資質向上のための研修に取り組み始めている。

4 総合事業の概要(予定)

【訪問型サービス】

種別	介護予防訪問介護相当(みなし指定、新規事業所)	訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)
内容	身体介護、生活援助	生活援助 等
対象者とサービス提供の考え方	<p>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。</p> <p>(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意向を推進する。</p>	<p>シルバー人材センターは現行の会員システムを活用。</p> <p>NPO 法人、生活協同組合に雇用契約で所属する高齢者、有資格者(3級ヘルパー等)が生活援助を提供。</p> <p>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。</p>
実施方法	事業者指定	事業者指定(シルバー人材センター)
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
サービス提供者	現行の指定介護予防訪問事業者	シルバー人材センター、生活協同組合、NPO
費用	予防給付の単位と同様	1回30分以上1時間未満 単位検討中

【通所型サービス】

種別	介護予防通所介護相当(みなし指定、新規事業所)	通所型サービスC(短期集中予防サービス)
内容	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。	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	<p>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。</p> <p>(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。</p>	<p>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促進する。</p> <p>期間終了後は、いきいき百歳体操などの一般介護予防事業等へ繋げていく。</p>
実施方法	事業者指定	事業者への委託
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
サービス提供者	現行の指定介護予防通所事業者	通所介護事業所から公募プロポーザルで選定
費用	予防給付の単位と同様	未定(検討中)

【1自治体1サービス自慢】～住民が取り組む「いきいき百歳体操」～

【住民が主体的に取り組む介護予防活動】

- 市内 330 箇所週1～2回実施
- 運動器機能向上の取り組みに加え、口腔機能向上トレーニング「かみかみ百歳体操」、認知機能向上トレーニング「しゃきしゃき百歳体操」を実施
- 住民サポーターの育成:住民同士で助け合うことができることを目的に年3回実施
- 住民が適切に継続して取り組むことができるよう、専門職が技術支援
 - ・支援内容:介護予防の必要性と高齢者のトレーニングの効果、体操の実施方法・評価等
 - ・支援方法:体操開始時4回、3か月、12か月後
 - ・住民の要望に迅速に対応できるよう、行政の専門職に加え、看護師等の専門職をインストラクターとして養成
- リハ職(理学療法士)の役割:体操の開発、他の専門職の技術向上の支援、住民ボランティアの育成

主役は住民、専門職は最小限のサポートのみ！！

5 取り組みのポイント

1

○住民主体の介護予防活動の展開

平成 14 年度から住民主体の介護予防活動「いきいき百歳体操」に取り組んでいる。現在では、330 箇所実施している。さらなる拡充を目指し、啓発中。

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

「高齢者が自分らしさを活かすことのできる『居場所』と、人との『つながり』のある社会」を目指す。「いきいき百歳体操」を中心として、地域に「いつでも帰ってくることのできる」温かな雰囲気醸成する。地域の居場所に通えなくなった高齢者が通所型Cを利用することで、体の元気だけでなく、自分らしさと自信を取り戻し、再び地域の居場所に帰ることを目指していく。

【個別の課題と展開方針】

○ケアマネジメント能力の向上が必要

要支援認定者のケアプラン分析や事業所ヒアリングの結果、対象者の自立した生活を回復するためには、本人の生活目標を明確にし、その内容や達成時期について本人、ケアマネジャー、サービス事業所が共有して取り組むことが必要であることが分かった。また、ADLの向上等によりサービスの卒業を見据え、本人に合った生活支援や社会参加等の地域のインフォーマルサービスをケアプランに組み込み、丁寧につなげる必要があることも分かった。今後、ケアマネジャーのケアマネジメント能力の向上を目的に研修等の見直しを行う。また、支援者全員が自立支援の視点を持つことができるよう、地域ケア会議等を実施する。

◎介護予防・生活支援・社会参加の一体的な推進

これまで住民主体の介護予防活動である「いきいき百歳体操」の普及啓発に取り組んできており、体操会場が介護予防や社会参加の場になっている。しかし、要支援者等が歩いて通える範囲に会場がない地区もあるため、今後は、会場がない地区を中心に普及啓発に取り組む。また、事業対象者等がサービス卒業後、地域の体操に参加できるように、総合事業の趣旨について周知し、受け皿づくりに取り組む。

平成 27 年 10 月より、生活支援に関わる関係団体と協議体設置に向けた準備会を開始し、生活支援の現状と課題の洗い出しを行っている。課題の一つは、生活支援の担い手が不足していることである。今後は高齢者がこれまで培ってきた技術や特技を活かし、生活支援の担い手として参加できる仕組みが必要である。そのため第 1 弾として、生活支援に関する考え方（方針）を関係者と共有し、平成 28 年 4 月から順次、第 1 層の協議体設置、生活支援コーディネーターの配置を行う。

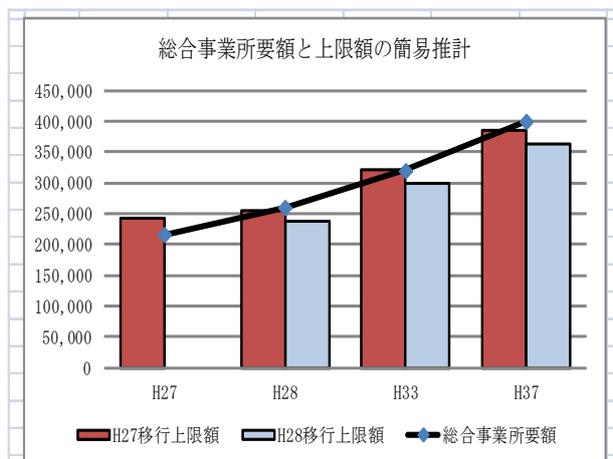
介護予防・生活支援・社会参加が一体的な仕組みとなり、高齢者が暮らす身近な場所で展開されるよう取り組んでいく。

神奈川県 秦野市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

- 本市の高齢化率は、平成 27 年 3 月末で 25.8% であり、国の平均高齢化率 26.8%（平成 26 年度版厚生労働白書）とほぼ同じ水準で推移している。総合事業所要額の試算では、平成 27 年度の 216,411 千円に対し、平成 37 年度には 400,000 千円にまで増大する見込みである。
- 持続可能な制度を運営し、必要なサービスを提供するためには、総合事業へ早期移行するとともに、多様なサービスの構築が不可欠であり、その取り組みの一つとして既存の住民主体の活動を維持・発展させるために必要な支援を行うこととした。



地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

■現在の取り組み

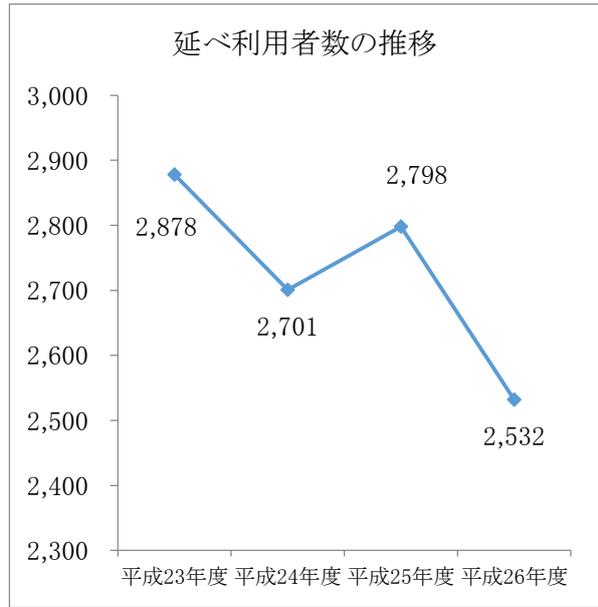
- 住民ボランティアが運営する主体性の強いデイサービス事業「いきがい型デイサービス」は、市の介護予防拠点施設「広畑ふれあいプラザ」を拠点として、活発に活動されている。
- いきがい型デイサービスの利用者の年齢構成は、80歳代が60%、70歳代が25%、90歳代が15%となっている。
- 事業を運営する住民ボランティアの年齢構成は、事業立ち上げ時のメンバーを中心に、70歳代が62%、60歳代19%、80歳代16%、50歳代以下3%となっている。アンケート調査では、自身の生きがいとして活動しているとの声が多い。

事業の企画・運営	ボランティア団体 4グループ（月・水・木・金曜班）
登録者数	利用者 約80名、ボランティア 約70名
活動頻度	1グループ週1回（週延べ4回）
事業内容	介護予防メニュー（体操、歌、ゲーム等）、昼食・おやつ提供
サービス提供時間	5時間（10：00～15：00）
送迎サービス	あり。ただし、地域限定、定員枠あり（先着順）
市の関わり	送迎サービスの委託、看護師の配置、本課の相談窓口

■現状の課題

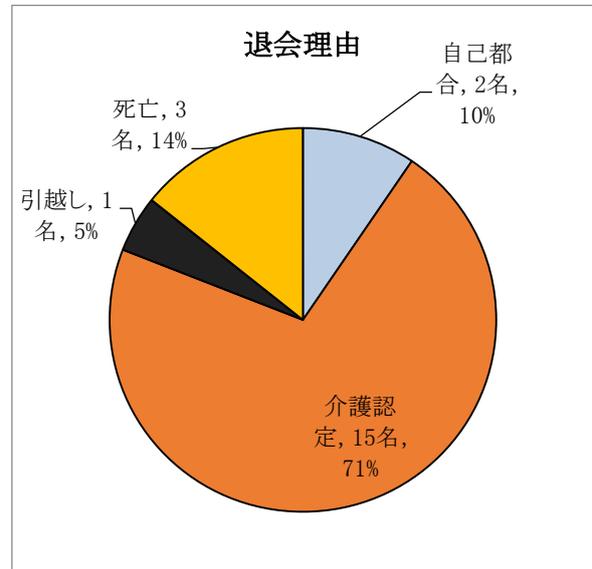
①利用者の減少

- ・近年、いきがい型デイサービスの利用者数が減少している。要因は、退会者数が新規加入者数を上回っていること（現行の基準では要支援・要介護認定者は利用不可。認定による退会が全体の7割を占める。下図参照）、及び他地域からのアクセスが悪く送迎可能地域が限られることがあげられる。
- ・利用者アンケートの結果では、手作りの昼食提供や多彩なサービス内容など、サービスへの満足度は高い。退会者の中には、要支援・要介護認定を受けても利用を続けたいとの要望もある。



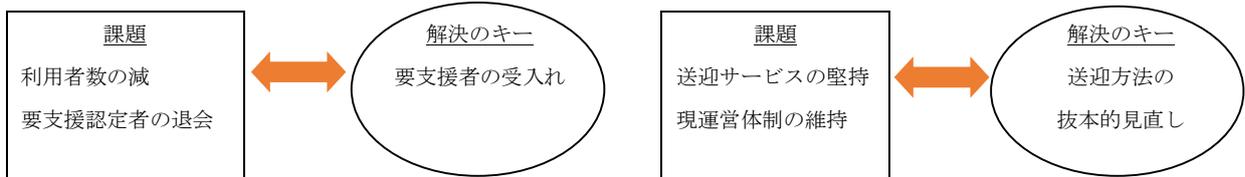
②送迎サービスの確保

- ・いきがい型デイサービス利用者の送迎は、平成26年度までシルバー人材センターに委託していたが、事故が続き、重大事故のリスク回避が喫緊の課題となった。シルバー人材センターからも辞退の申出があり、平成27年度は旅客運送事業者への委託（競争入札）とした。
- ・旅客運送事業者への委託では、輸送の安全性は確保されたが、事業費が予算額を上回ったため、デイサービスの日程を、各グループ月1回ずつ削減せざるを得ない事態となった。



■キーポイント

- ・現行のサービス体制と事業日程を堅持するため、予算の制約をできる限りクリアできる送迎方法を検討する必要があった。
- ・事業継続のポイントとなるのは、要支援者の受入れと送迎サービスであり、この2点をクリアできる方法として、通所型サービスBと訪問型サービスDを組み合わせることを検討した。



2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

いきがい型デイサービスのニーズ調査(利用者、ボランティアアンケート)(27 年 2 月～3 月)

いきがい型デイサービス利用者の基本チェックリスト実施(27 年 6 月～8 月)

福祉有償運送登録事業者との意見交換会(27 年 7 月)

いきがい型デイサービスボランティア向け説明会(27 年 8 月～9 月)

通所型B移行のためのボランティア向け研修(講義:27 年 9 月、実技:10～11月等)

通所型Bモデル事業[要支援者の受入れ](27 年 10 月～11 月)

訪問型Dモデル事業[福祉有償事業者によるモデル事業対象者の送迎](27 年 10 月～11 月)

モデル事業アンケート(対象者、ボランティア)(27 年 11 月～12 月)

介護保険事業者への訪問型D参入意向調査(27 年 11 月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

訪問型D参入意向事業者との意見交換会(28 年 1 月)

秦野市高齢者保健福祉推進委員会への諮問・答申(28 年 2 月)

訪問型D受託事業者説明会、引き継ぎ(28 年 2 月～3 月)

いきがい型デイサービスボランティアへの説明会(28 年 2 月)

訪問型D事業者、地域包括支援センター、いきがい型デイサービスボランティアの
顔合わせ(28 年 3 月)

地域包括支援センターへのケアマネジメント依頼(28 年 2 月)

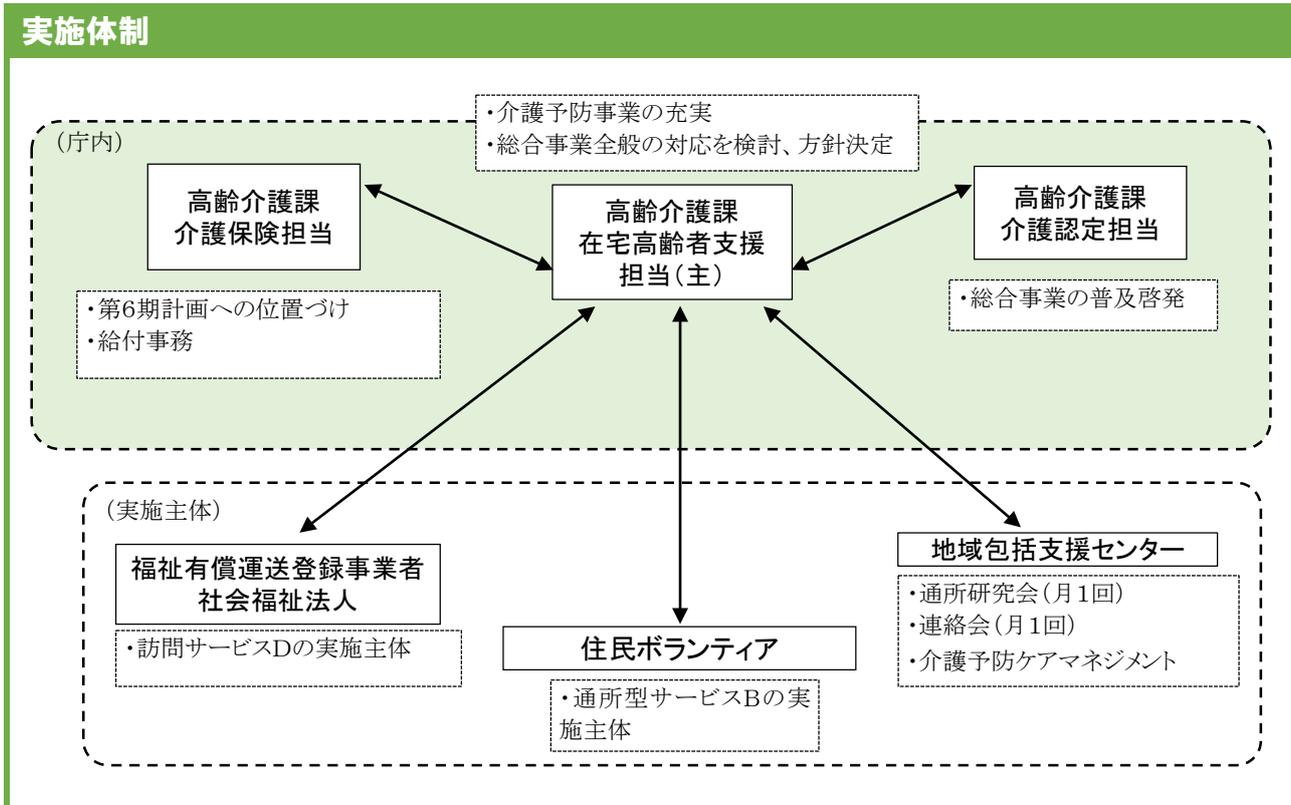
住民主体型通所サービス(通所型B)補助金交付要綱制定(28 年 3 月)

訪問型移動支援サービス(訪問型D)補助金交付要綱制定(28 年 3 月)

予算議決(28 年 3 月)

新しい総合事業に移行
(平成 28 年 4 月)

3 移行プロセスにおける主な取り組み



主な取り組み内容等

(1) ニーズ調査・意見交換

【発生した課題と対応策】

- ・利用者アンケートの結果をもとに、サービスの満足度が高いにも関わらず利用者総数が減少している現状と、要支援認定を受けた後も継続利用を希望する利用者がある現状について、ボランティアと協議した。
- ・送迎サービスについては、一般会計では予算の制約があり、現状の事業日程の維持も困難な状況であることを説明した。
- ・活動の継続、発展のために、現在の活動を総合事業通所型サービスBに移行することを提案した。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・当初、デイサービスの日程を減らすか、グループの統合を行うかの選択肢を提示したが、グループの統合については、利用者、ボランティアともに強い抵抗があった。
- ・通所型Bへの移行のメリットと課題を説明し、ボランティアの理解を得た。
- ・メリットは、①活動継続の保証、②利用者数の増（見込）、③送迎サービスの堅持、④活動費の支援（ボランティアアンケートで挙げられた課題はすべて解決見込みであることを説明）。
- ・課題は、要支援者の受入れ。ボランティアの多くは、要支援者が現在の利用者（認定を受けていない高齢者）とは異なり特別な存在であるとの認識が強かった。

(2)基本チェックリストの実施

【発生した課題と対応策】

- ・現在の利用者に基本チェックリストを実施し、事業対象者（要支援相当）が7割を占めることを確認した。

【取り組みの成果】

- ・ボランティアには、要支援者は特別な存在（車いすや杖を使う等）との認識があったが、現在の利用者の7割が事業対象者と分かったことにより要支援者に対する認識に変化あり、受入れムードが一気に高まった。

(3)ボランティア向けの研修

【発生した課題と対応策】

- ・要支援者の受入れに当たり、研修を実施した。

研修項目	研修の内容	講師等
講義研修	①高齢者の特徴と対応、②認知症の理解、③コミュニケーションの手法、④介護技術、⑤緊急時の対応、⑥守秘義務	地域包括支援センター職員
衛生管理研修	栄養士による衛生管理指導	市栄養士
実技研修	対象の個別性や参加団体の特徴をとらえた介護予防プログラムについて学び、グループでの実技提供できる力を培う。	東海大学教授

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・講義研修は高齢者支援センター委託料の中で実施、衛生管理研修は市職員対応、実技研修は既にボランティア向けに実施している事業の参加者に加えることにより、新たな経費支出を抑えた。

【取り組みの成果】

- ・デイサービス終了後に実施した講義研修はほぼ全員が参加したが、別日程の実技研修は希望制としたため、参加者が限られた。昼食提供を「売り」にしているため、衛生管理研修はボランティアの意識が高かった。アンケートの結果では、講義研修は効果があったとの回答あり。

(4)モデル事業の実施・検証

【発生した課題と対応策】

- ・要支援者で、住民主体サービスの利用が可能な人をモデル事業対象者に選定、10月から11月の2か月間、計6回のデイサービスに参加していただいた。
- ・4グループすべてに1名以上受入れるため、すべての地域包括支援センターに推薦を依頼し、5名を選出した。
- ・モデル事業対象者の送迎は、訪問型サービスDのモデルとして、対象者の居住地に所在する福祉有償運送事業者へ委託。委託料は、それぞれの福祉有償登録の料金表に基づき支出した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・5名のうち3名は、良好な人間関係を築き、うち2名は、継続していきがい型デイサービスを利用している（1名は通所介護事業所のデイサービスを停止）。
- ・1名は、認知傾向があり、サービス中に症状があったため、住民ボランティアによるサービスでは対応が難しかった。

【取り組みの成果】

- ・実際に要支援者を受け入れたことにより、利用者、ボランティアともに要支援者の状況がイメージできるようになり、スムーズな受入れにつながった。

- ・認知傾向のある人は受入れが難しいことが分かり、ケアマネジメントの指標となった。
- ・訪問型サービスDへの参入を検討する事業者が、通所型サービスBの利用者像及び必要なサービスの程度（乗降介助は不要、複数乗車が可能、自宅玄関でなくても乗降が可能など）を把握することができた。

4 通所型B・訪問型Dの概要(予定)

■通所型サービスB

対象者	次のいずれかの要件を満たす人 ①事業利用者の半数以上が介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する要支援認定者または事業対象者であること ②市内に在住する65歳以上の高齢者														
実施方法	デイサービスの運営を行う住民ボランティア団体への間接経費の補助														
補助の基準	1団体への補助額 上限8万円/年 (※単価は変更する可能性があります。)														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>補助額積算内訳</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>報償費（講師謝礼）</td> <td>10,000円</td> </tr> <tr> <td>消耗品費</td> <td>13,000円</td> </tr> <tr> <td>印刷製本費</td> <td>10,000円</td> </tr> <tr> <td>通信運搬費</td> <td>10,000円</td> </tr> <tr> <td>備品購入費</td> <td>10,000円</td> </tr> <tr> <td>利用者、ボランティア保険料</td> <td>27,000円</td> </tr> </tbody> </table>	項目	補助額積算内訳	報償費（講師謝礼）	10,000円	消耗品費	13,000円	印刷製本費	10,000円	通信運搬費	10,000円	備品購入費	10,000円	利用者、ボランティア保険料	27,000円
項目	補助額積算内訳														
報償費（講師謝礼）	10,000円														
消耗品費	13,000円														
印刷製本費	10,000円														
通信運搬費	10,000円														
備品購入費	10,000円														
利用者、ボランティア保険料	27,000円														
サービス提供者の要件	①構成員が5人以上であり、かつ、構成員の半数以上が市内に在住、または在勤、または在学していること。 ②主な活動拠点が市内であること。 ③週におおむね1回以上、かつ、1回当たりおおむね5時間以上の事業を行うこと。														
利用者負担	実費（昼食代等）														

■訪問型サービスD

対象者	次の要件のすべてを満たす人 ①通所型サービスBの利用者 ②ケアマネジメントの結果、送迎を必要とする人																										
実施方法	送迎を行う事業者への間接経費の補助																										
送迎車両	①送迎を行う事業者の所有車両 ②公用車を無償貸与																										
補助の基準	①送迎コーディネーター人件費 ②通信運搬費 ③消耗品費 ④車両任意保険料（補助率1/5）																										
費用	<p>1 事業者への補助額 上限 75 万円/年 （※単価は変更する可能性があります。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1 台稼働ごとに補助単価を設定 ・ 事業者所有車両を使用する場合と公用車を貸与する場合で、補助額を区別 ・ 現在の利用者送迎車両の数は延べ5台のため、上限を5台稼働分とした。 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 台稼働の場合</th> <th>1 台・公用車使用</th> <th>5 台稼働の場合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>送迎コーディネーター</td> <td>49,000 円</td> <td>49,000 円</td> <td>241,000 円</td> </tr> <tr> <td>通信運搬費</td> <td>51,000 円</td> <td>51,000 円</td> <td>51,000 円</td> </tr> <tr> <td>消耗品費</td> <td>12,000 円</td> <td>12,000 円</td> <td>60,000 円</td> </tr> <tr> <td>車両任意保険料</td> <td>79,000 円</td> <td>0 円</td> <td>394,000 円</td> </tr> <tr> <td>補助額合計</td> <td>200,000 円</td> <td>120,000 円</td> <td>750,000 円</td> </tr> </tbody> </table>				1 台稼働の場合	1 台・公用車使用	5 台稼働の場合	送迎コーディネーター	49,000 円	49,000 円	241,000 円	通信運搬費	51,000 円	51,000 円	51,000 円	消耗品費	12,000 円	12,000 円	60,000 円	車両任意保険料	79,000 円	0 円	394,000 円	補助額合計	200,000 円	120,000 円	750,000 円
	1 台稼働の場合	1 台・公用車使用	5 台稼働の場合																								
送迎コーディネーター	49,000 円	49,000 円	241,000 円																								
通信運搬費	51,000 円	51,000 円	51,000 円																								
消耗品費	12,000 円	12,000 円	60,000 円																								
車両任意保険料	79,000 円	0 円	394,000 円																								
補助額合計	200,000 円	120,000 円	750,000 円																								
サービス提供者の要件	①福祉有償運送登録事業者 ②社会福祉法人 ③介護保険事業所 ※①以外は、セダン等運転者講習等の受講を要件とすることを検討中																										
利用者負担	なし																										

5 取り組みのポイント

■通所型サービスB

- ・いきがい型デイサービスでは、利用者がデイサービスの提供時間中に近隣の食品スーパーで買い物をするなど、自己責任下において自由に行動しており、利用者にとっては自立した生活の一部となっている。
- ・デイサービスを運営する住民ボランティアも高齢者であり、自身の生きがいづくりや介護予防につながっている。
- ・ボランティアは、利用者とはほぼマンツーマンの人数構成で、利用者の心身の変化に気づきやすいため、利用者の変化や要望等をキャッチしたら、随時、地域包括支援センターに相談し、必要に応じてケアマネジメントを行い、適切なサービスにつなげられるような体制を構築する。

■訪問型サービスD

- ・移動支援サービス提供者が、移送中に対象者の体調を把握したり、日常生活上支援が必要な事柄などの聴き取りが可能であり、その結果を、地域包括支援センターや住民ボランティアと共有することにより、より迅速に必要なサービスにつなげられる体制を構築する。

○地域包括支援センターへの相談（随時）

○住民ボランティア、地域包括支援センター、移動支援サービス提供者3者の協議の場の設定
⇒デイサービス中又は終了後の打ち合わせ（随時）、年数回のリーダー会議を活用

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

- ・各地域に、歩ける範囲で、住民主体による通いの場が立ち上がるよう支援していく。
- ・各地域の移動困難者のニーズの把握は、第1層、第2層協議体において検討し、地域で必要とされているサービスの構築につなげていく。

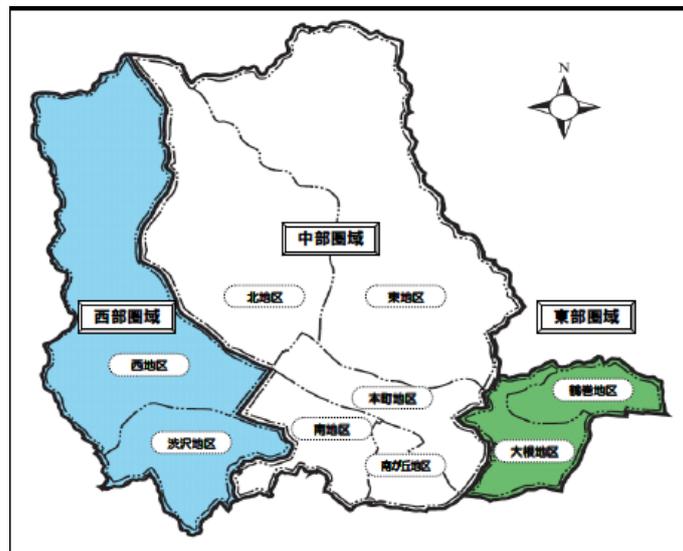
【個別の課題と展開方針】

- ・地形的な特徴（盆地のため坂道が多い。各地区間のアクセスが悪い。）により、本市の公共交通空白地域、不便地域は、次図の西地区、北地区、東地区に集中する。
- ・移動困難者のニーズについては、地区別の高齢化率との相関があると想定される。

地区別高齢化率（H26.9.30現在）

	本町	南	東	北	大根・鶴巻	西	上
住基人口	21,922	32,848	16,501	13,663	37,996	39,265	2,281
高齢者数	5,536	6,973	4,359	3,068	10,105	10,335	812
高齢化率	25.3%	21.2%	26.4%	22.5%	26.6%	26.3%	35.6%

- ・今後は、第1層、第2層協議体を立ち上げ、地域で必要とされるサービスについて把握し、事業化へつなげていきたい。



大阪府 大東市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

住民主体の介護予防や通いの場と住民による生活支援を中軸とした総合事業を目指す。

本市では、平成 17 年度から地域づくりによる介護予防として「大東元気でまっせ体操」の普及に取り組み、住民主体の介護予防活動が市内全域に広がっている。また、平成 26 年度からは住民による生活支援として生活サポーター事業を地区限定で開始し、平成 27 年には全市展開している。総合事業移行前の現在でも、要支援レベルの方が介護保険の通所介護や訪問介護ではなく、「大東元気でまっせ体操」や生活サポーター事業の利用で地域での生活を送っている。

総合事業移行により、本市のこれまでの活動をもとに元気な高齢者も虚弱な高齢者も共に地域でいきいきと暮らし続けることができるまちづくりを今まで以上に加速するとともに、自立支援の理念の規範的統合を推進していく。

本市の総合事業移行は平成 28 年 4 月だが、実態として既に総合事業を行っている状況にあるといえる。総合事業では生活サポート事業を訪問サービス B に位置付ける。また「大東元気でまっせ体操」は一般介護予防事業として位置づけるが、介護保険の通所介護に代わる高齢者の通いの場としての位置づけになる。これ以外にも、訪問サービス A、通所サービス B、通所サービス C を設定している。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

平成 27 年 12 月末現在の総人口 123,397 人、高齢者人口 31,133 人、高齢化率 25.23%、

要介護認定者数 5,677 人、要介護認定率 18.2%

平成 27 年 11 月末現在 要支援 1、2 の高齢者 2,204 人

第 6 期介護保険料 5,820 円

地域資源データ

- ・「大東元気でまっせ体操」週 1 回継続団体 89 団体
- ・ふれあいデイハウス（送迎付きのミニデイ 週 3～4 日開所） 5 箇所
- ・お茶飲み休憩所（週 2 日開所） 5 箇所
- ・高齢者福祉センター 4 箇所
- ・高齢者交流センター 1 箇所
- ・NPO 住まいみまもりたい（生活支援を行う団体）
- ・介護予防サポーター
- ・生活サポーター
- ・介護ボランティア 606 会
- ・食生活改善推進委員
- ・ふれあいサロン 各小学校区に 1～4 箇所
- ・老人クラブ 105 団体

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

地域診断、資源の発掘(平成 17 年 1 月～平成 27 年 12 月)

地域包括支援センターとの協議(平成 26 年 10 月～平成 27 年 12 月)

移行までの計画を策定(平成 26 年 8 月～平成 26 年 9 月)

事業内容、料金形態等の検討(平成 26 年 10 月～平成 27 年 12 月)

事業所向け説明会、自立支援研修会(平成 27 年 1 月～平成 27 年 12 月)

住民との調整・研修等(平成 27 年 1 月～平成 27 年 12 月)

要項制定準備(平成 27 年 9 月～平成 27 年 12 月)

窓口マニュアル作成(平成 27 年 9 月～平成 27 年 12 月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

事業所向け説明会、研修会(平成 28 年 1 月～平成 28 年 3 月)

住民向け説明会(平成 28 年 1 月～平成 28 年 3 月)

要綱制定(平成 28 年 1 月～平成 28 年 3 月)

支払い業務について大阪府、国保連との打ち合わせ(平成 28 年 1 月～平成 28 年 2 月)

新しい総合事業に移行
(平成 28 年 4 月)

総合事業への移行までの取り組み概要

1. 地域ケア会議

- ①市内全ケアマネジャー事業所、全地域包括支援センターが参加

平成 26 年度下半期より大東市の自立支援の定義を作成するとともに自立支援マネジメント事例検討会を開始。

- ②平成 27 年度は年 3 回の自立支援マネジメント事例検討会を開催

平成 28 年度からは新総合事業のサービス事業所指定（みなし指定を含む）を受けた事業所も参加する予定。この会議において、高齢者の自立支援マネジメント事例検討会を実施する。具体的には、市と地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、社会福祉協議会等とで、ケアプランを「大東市の自立支援の定義」の視点で検討する。

2. 医療・介護連携

平成 28 年 2 月、3 月に医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護サービス事業所、ケアマネジャー、地域包括支援センター、保健所で構成する医療・介護連携推進会議にて新総合事業移行の説明および大東市の自立支援の考え方の周知予定。

3. 生活サポーターの養成

平成 26 年度に生活サポーター養成講座を開始。地域限定でモデル事業を実施。要支援 1、2 で既にヘルパーサービスを利用している高齢者をモデルに生活サポーターがサービスを提供。平成 27 年度からは全市展開中。生活サポーターには 30 分単位で 250 円もしくは時間貯金として自身が活動した時間分を将来生活サポーターを利用する際に無料かつ最優先で利用できる権利を付加。

平成 26 年度、27 年度は運営を社会福祉協議会に委託して実施してきたが、平成 28 年度からは NPO に移し、補助を行う予定。

全自治会の役員会、班長会議などを廻り（地域包括の出前講座と連動）、地域住民とのワークショップなどを通じて生活サポーター事業の周知と生活サポーター養成講座の受講者の募集活動を行っていく。

平成 28 年 1 月現在、生活サポーター登録人数 120 人、生活サポーター利用者数 45 人（延べ）。

4. 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の方針

- ①包括が作成する介護予防ケアマネジメント・プランについては、アセスメントの際に地域ケア会議で使用している生活機能評価票を用いて、「～できない」という課題から、「～できるようになる」という目標に変換して、利用者本人の生活機能の低下について自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出すよう取り組む。サービスの利用を検討する際には、広く社会資源の情報を収集し、地域住民の支援、住民主体の活動や民間企業の利用も積極的に組み合わせていく。定期的に目標の達成状況を評価し、改善自立に向けて支援する。

- ②新規相談者には、まず他者からの支援ありきではなく、他者から支援を受けながら、再び支援が不要となるように自立への努力を促し、そのための援助としての通所サービス C の利用を勧める。

- ③利用については、基本的に通所は大東元気でまっせ体操、訪問は B である生活サポート事業から試し、それで適応できなければ A を考える。

- ④既に介護予防通所・訪問の給付を受けている者に関しては、更新を待たずしてモニタリングの際には大東元気でまっせ体操や多様なサービスへの移行へのプランを推奨する。

⑤更新の際には現行相当サービスから多様なサービスへの移行を推奨するとともに、その介護予防ケアマネジメントは市のリハビリテーション専門職、保健師、主任ケアマネジャー、または通所サービスCのリハビリテーション専門職によるプランチェックを行い、自立支援の視点が反映されたプランとなっているかどうか確認した上でサービス利用を開始する。

5. 地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメントへの指導

- ①平成 26 年度より地域包括支援センターの保健師会議で自立支援マネジメントの事例検討として、保健師が担当する事例の介護予防ケアプランの見直しを行い、自立支援に資するケアプランを立てることができるように指導を行っている。
- ②平成 26 年度以降、地域包括支援センター職員向けに地域包括ケアシステムや自立支援の理解のための説明会や研修会を開催している。

6. 主任ケアマネジャーの自立支援の視点でのアセスメントの学び

- ①包括の主任ケアマネジャーは、ケアプラン原案を多職種で点検する際には同席し、自立支援に資するケアプランの作成について主体的に学ぶものとする。
- ②サービスCの立案時のアセスメントを学ぶために5例は事例を持ち、事例検討・報告会には出席して学ぶものとする。
- ③ケアマネジャー研究会において、自立に向けたケアプラン作成の一助となる研修内容を企画・実施する。
- ④次年度以降は、この学びを生かしてケアプラン点検の際には、自立支援に資するケアプランとなるように居宅介護支援事業所を指導するための評価指標を作成し指導する。同時に、介護予防ケアプランについても、プランナーに対して自立支援に資するプラン作成を点検・指導する。

7. 通所・訪問介護事業所向け説明会

平成 26 年度 1 回開催（昼・夜の部開催）

平成 27 年度 市内事業所向け 1 回開催済 6 月（昼・夜の部開催）

市外事業所向け 1 回開催済 11 月（昼・夜の部開催）

市内外事業所向け 平成 28 年 3 月に国保支払方法を含め、最終のサービス単価、利用料金などの説明を行うとともに、大東市の自立支援の方針の徹底周知を図る予定

8. 事業所向け『自立支援』についての研修会

平成 27 年度 5 回開催予定

①平成 27 年 8 月開催済

「転倒予防など運動器の向上、高齢者のトレーニング理論」

②平成 27 年 12 月開催済「認知症への理解と適切なケア」

③平成 28 年 1 月開催予定「通所サービスCについて」

④平成 28 年 2 月開催予定「新総合事業における大東市の通所サービスの基本的方針」

⑤平成 28 年 2 月開催予定「新総合事業における大東市の訪問サービスの基本的方針」

*④以外は毎年開催予定

*④に関しては、通所サービスC利用者の事例検討会として開催

9. 窓口マニュアル

市役所窓口や地域包括支援センターへの新規相談者には、自立支援の考え方、無用な介護申請を避けていただくよう説明するマニュアルを地域包括支援センター管理者と共同で作成

10. 住民への啓発（説明会）

- ①介護予防サポーター向け 平成26年度2回開催済 平成27年度1回 平成28年3月予定
- ②民生委員向け 平成28年3月開催予定
- ③日常生活圏域地域ケア会議（各圏域の区長、自治会長、民生委員、校区福祉委員等参加）
平成28年2月～3月開催予定
- ④老人クラブ役員会 平成28年2月開催予定
- ⑤区長会総会 平成28年5月開催予定
- ⑥生活サポーター向け 平成27年9月開催済
以降は生活サポーター養成講座、及びステップアップ講座で開催予定
- ⑦老人クラブ向け 平成28年2月開催予定 理事会
- ⑧区長向け 平成28年2月予定 区長会役員会または各生活圏域（3圏域）地域ケア会議
- ⑨校区福祉委員向け 平成28年3月開催予定
（西部圏域に関しては2月生活圏域地域ケア会議で説明予定）
- ⑩各自治会向け 平成28年度には全自治会の役員会もしくは班長会議などで説明兼自立支援の啓発、生活サポーター事業の啓発を行う予定（地域包括支援センターと生活サポートセンターの協働）

11. ケアマネジャーへの啓発

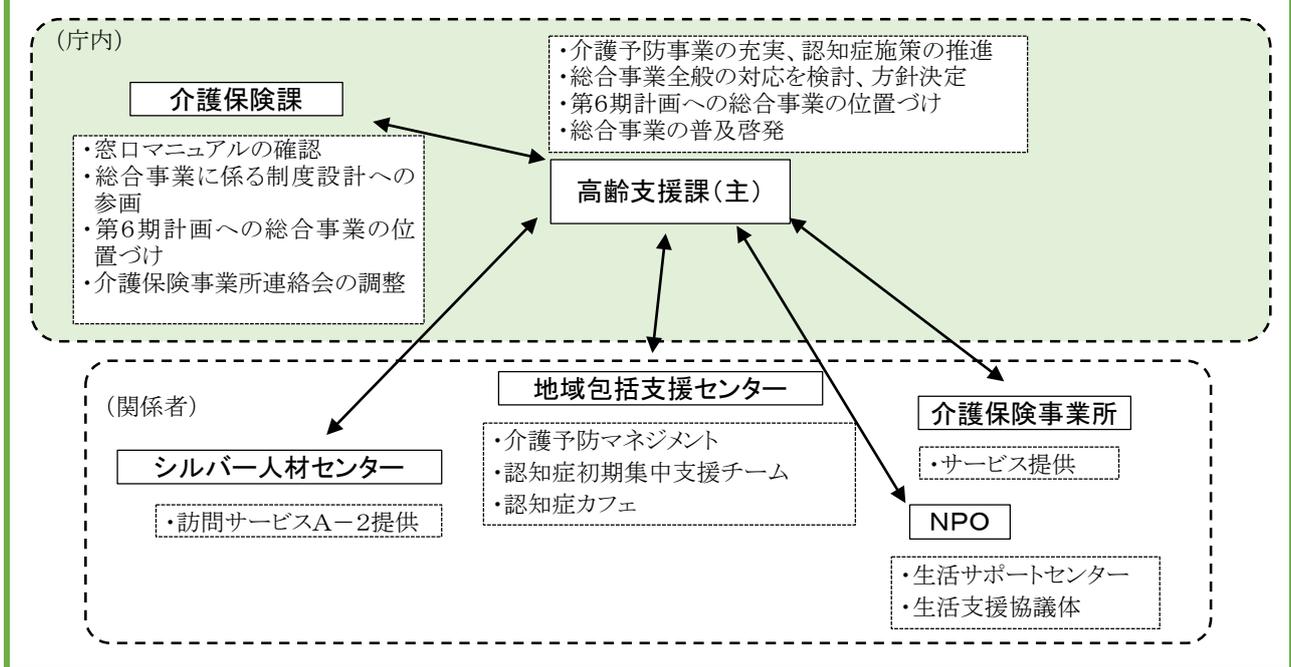
- 平成26年度 2回開催済 ケアマネジャー研究会
「地域包括ケアシステムとは
～大東市の新総合事業の方向性～」
- 平成27年度 2回開催済 ケアマネジャー研究会
「地域ケアシステムにおけるケアマネジャーの役割
～大東市の新総合事業の方向性～」

12. 広報・住民への広報

- 市報掲載は平成28年3月予定
- 平成28年4月 高齢者の暮らしの情報誌に掲載し全戸配布予定
- 平成28年度には市報の特集号に掲載予定

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 高齢支援課内部の意識の統一

【発生した課題と対応策】

- ・平成 25 年度に高齢者一般施策および新総合事業担当課として新設された高齢支援課の職員が地域包括ケアシステムについての基本的な理解ができていなかった。
- ・総合事業への移行の意味や目的についても理解できていなかった。
- ・これらの課題を解決するために課内会議などで地域包括ケアシステムについての勉強会を行った。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・大東市の高齢者の人口や介護認定者の推移などの数値を集め、将来の大東市の高齢者の状況を推測し、それをもとに地域包括ケアの必要性が実感できるように工夫した。

【取り組みの成果】

- ・高齢支援課の職員が一丸となって総合事業に取り組む体制づくりができた。

(2) 自立支援の概念の一致…規範的統合

【発生した課題と対応策】

- ・職種によって「自立」の概念が違う。「自立」の概念が違えば、「自立支援」の概念も違ってくるはず。
- ・職種によっての「自立」の概念を出し合い、違いを確認した上で、一致させる作業が必要と考え、市内の全居宅介護支援事業所参加のもと、地域ケア会議の場を使って「自立」の概念一致を行った。その後、「自立支援」の概念の整理をするとともに、大東市における「自立支援」の定義を作成した。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・地域ケア会議に出席している各事業所の代表者に留まることなく、市内のケアマネジャー全員での取り組みになるように、代表者には会議の後に自身の事業所内でも地域ケア会議で行った作業と同じことを行ってもらい、翌月の地域ケア会議には市内ケアマネジャー全員の意見を集めた。

【取り組みの成果】

- ・「自立支援」の概念を押し付けるのではなく、多職種で共有しながら定義を作成することで、自分たちの定義として、地域ケアの関係者全員の「自立支援」の概念の一致ができた。

4 総合事業の概要(予定)

基準	現行の訪問介護相当	現行の通所介護相当
種別	①訪問介護	①通所介護
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	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
対象者とサービス提供の考え方	例外規定として末期がん、神経筋難病、アルツハイマー病など進行性で重度化を予防することができない疾患、状況の者	例外規定として末期がん、神経筋難病、アルツハイマー病など進行性で重度化を予防することができない疾患、状況の者
実施方法	事業者指定	事業者指定
基準	予防給付の基準を基本	予防給付の基準を基本
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	通所介護事業者の従事者
費用	予防給付と同額	1月に4回まで 78単位/回 1月に5回から8回まで 389単位/回

基準	多様なサービス	多様なサービス
種別	②訪問型サービスA	②通所型サービスA
内容	生活援助等	半日型のデイサービス 生活機能向上のための機能訓練
対象者とサービス提供の考え方	訪問型サービスで対応できない者	「大東元気でまっせ体操」など通いの場に行けない者
実施方法	事業者指定	事業者指定
基準	人員等を緩和した基準	人員などを緩和した基準
サービス提供者	雇用労働者	雇用労働者
費用	A-1 30分 204単位/回 20分 146単位/回 A-2 45分 124単位/回	1回 292単位/回 入浴加算 374円/回

基準	多様なサービス	多様なサービス
種別	③訪問型サービスB	④通所型サービスC
内容	住民ボランティアの生活援助等	短期集中自立支援型サービス
対象者とサービス提供の考え方	生活援助等が必要な者	生活援助等が必要な者
実施方法	補助	委託
サービス提供者	ボランティア(NPO)	リハビリテーション専門職
費用	30分 250円(実費)	通所(通いの場) 1回 60分程度 459単位 訪問 20分 392単位 (単位の利用制限なし)

基準	介護予防ケアマネジメントA	介護予防ケアマネジメントC
内容	原則的なプロセス	初回のみ
対象者とサービス提供の考え方内容	現行相当通所・訪問サービス、通所・訪問サービスA、通所サービスC利用者	訪問サービスB利用者
実施方法	委託(平成29年度からは指定)	委託(平成29年度からは指定)
サービス提供者	地域包括支援センター	地域包括支援センター
費用	400単位 初回加算 300単位 卒業加算 15×12(達成した翌年)* 移行加算 7.5×12(達成した翌年)* *事業所毎に40人以上は140%、70人以上は160%、100人以上は200%の加算率となる	400単位円(初回のみ)

【自治体サービス自慢】 ～とことん住民主体～

平成17年度から普及を開始した地域づくりによる介護予防「大東元気でまっせ体操」の拠点に要支援、要介護の人でも参加できる状況にあり、市内全域に展開できている。元気高齢者の中に虚弱高齢者が混ざって一緒に体操をすることで、自然と見守りや生活支援が生まれている。虚弱になっても通所介護ではなく、地域に通える場があるのは、総合事業移行後の大きな強みである。また、地域で元気な高齢者が元気なままであるためにも地域づくりによる介護予防「大東元気でまっせ体操」の活動は欠かすことができないと考えている。訪問サービスも住民主体の生活サポーター事業が展開されている。家事支援以外にも庭掃除や外出の付き添いなど高齢者の生活の困りごとに対応できる体制が取れている。

5 取り組みのポイント

○地域づくりによる介護予防「大東元気でまっせ体操」と連動させた通所サービスC

大東市の通所サービスCの通所の際は「大東元気でまっせ体操」となっており、通所サービスCの終了後もそのまま体操に通い続けることで、地域の見守りの目と交流の中で自立した生活を継続することができる。

通所サービスCは居宅生活で生活支援が必要な方を対象にリハビリテーション専門職が以下を実施する。

①居宅などへの訪問による支援

訪問により居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価を行うとともに、居宅や地域での生活環境を整備するとともに、自立支援のための生活支援サービスの計画への助言を行う。評価については興味・関心チェックリストを用いて、具体的な目標として明確化すること。また、ADL、IADLの改善を図るための動作練習、トレーニング方法を居宅において実施できるようにプログラムを作成する。運動プログラムについては基本的に「大東元気でまっせ体操」をアレンジする。

対象者が買い物の支援を必要とする場合には、買い物を行う店舗への往復、店舗内での移動の方法、リスクなどのアセスメントを行う。店舗や通いの場までの道路の不具合の問題があれば、市の道路整備担当課と調整、店舗の段差などの問題があれば市が店舗と交渉するなど、市の事業ならではの対応も想定している。

②通いの場での支援

対象となる高齢者が通える「大東元気でまっせ体操」継続グループでの環境設定および、ADL、IADLの改善を図るための動作練習、トレーニング方法を通いの場で実施できるようにプログラムを作成する。運動プログラムについては基本的に「大東元気でまっせ体操」をアレンジする。また、通いの場では、対象となる高齢者以外の参加者の相談も受ける。

なお、対象となる高齢者が「大東元気でまっせ体操」の継続グループに参加ができない場合には、通所サービスAで②を実施する。

③通所サービスCの利用における介護予防マネジメントへの助言

④事例検討・報告会

通所サービスCの実施内容は初回アセスメント、モニタリング後、事業終了後に行う事例検討・報告会で報告する。

○生活サポート事業

生活サポーター事業は高齢者の困りごとを地域住民のボランティアが支援する。30分以内 250円で家事援助をはじめ、窓ふき、電球交換、庭の草引き、大掃除、家具の移動、通いの場への付き添い、話し相手、囲碁等趣味の相手など介護保険では対応できなかったことも対応している。また、生活サポーターは活動した時間を30分単位で250円を現金で受け取るか、時間貯金で貯めておくかを選択できるようになっている。時間貯金は将来、自分が困った時に生活サポーターを時間貯金として貯めた時間分を無料で使え、しかも、その時の待機者リストの最優先となる。また、時間貯金は家族や知り合いにも譲渡することが可能であり、例えば大学生が夏休みに生活サポーターとして活動した分を祖母にプレゼントすることも可能。また、高齢女性が生活サポーターとして家事支援を行い、その時間分を自宅の大掃除を高齢男性に生活サポーターとして手伝ってもらうことも可能。将来、労働人口が減ることは確実に自分が困った時にプロのヘルパーには来てもらえなくなるかもしれないが、元気なうちに生活サポーターとして人のお世話をしていたら、将来、自分が助けってもらえるという安心こそが、この地域で暮らし続けられるという自信につながっていく。加えて、生活サポーターとして活動している高齢者には人の役に立っているという実感と充実感が生まれ、ますます生き生きと過ごすことができている。それこそが何よりの介護予防になっている。生活サポーターは18歳以上（高校生不可）の市民であれば誰でもなることができる。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

将来的には軽度者への生活支援は全て住民が担える地域を目指す。

【個別の課題と展開方針】

◎住民の理解が必要

これからの大東市がどのような状況になるのかを多くの住民に知っていただき、理解していただくことが必要。住民に将来のことを一緒に考えていただき、介護保険を正しく使っていただき、いつまでも元気であるための努力をしていただけるように出前講座を行う。

◎生活サポーター事業説明の出前講座の推進

生活サポーターになることが将来の安心だということを広く住民に知っていただき、理解していただくことが必要である。今までも地域住民との懇談会を通じて高齢者の生活支援について一緒に考え、課題や対策を出していただいていたが、今後は、より小さな単位で住民への説明会や懇談会を繰り返し、より多くの住民にサポーターになっていただく。

◎生活支援協議体の充実

介護や福祉以外の業種以外の事業者にも参画していただき、生活サポーター事業や介護保険サービス以外の高齢者サービスを創出していく。

岡山県 津山市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

<めざす姿>

「高齢者がその人らしく いつまでも地域ではつらつ暮らすまち つやま」をめざし、

- ①活力ある長寿社会をつくります
- ②ともに支え合う地域社会をつくります
- ③利用者本位の環境づくり、自立支援に取り組みます

※高齢者が要支援・要介護状態になることをできるだけ予防するとともに、高齢者自身の力を活かした自立に向けた支援を行う

※高齢者が住み慣れた地域の中で、人と繋がり、生き生きと暮らしていくことができる、多様で柔軟な生活支援が受けられる地域づくりを行う

<総合事業の基本理念>

- ①津山市民に必要であると納得し認められる政策であること
- ②津山市民の健康の推進に寄与すること
- ③適正なサービス利用に資する内容であること
- ④人と制度が繋がり、広がりのある計画であること

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

●基礎データ (H27. 12. 1 現在)

総人口 103,999人 高齢者人口 29,564人 (後期高齢者数 15,394人) 高齢化率 28.43%
要介護認定者 (H27. 9月末) 6,384人 (21.7%) そのうち要支援者 1,597人

●生活ニーズ

- 【訪問介護課題】①買い物に困る(移動手段、重い物を運べない) ②居室・風呂掃除に困る
③毎週のゴミ出しに困る(重くて運べない、収集場所が遠い) ④入浴時の不安(緊急時等の見守り)
【通所介護課題】①通所参加者は交流を求める理由が多く依存傾向にある ②地域の集まる場に出れない人や集まる場がない人への支援 ③移動手段

●地域資源

- ①通所事業・通いの場 介護予防事業(二次:直営5回を1クールとして3クール実施、一次:こないからだ講座 194箇所) 公民館・生涯学習、趣味サークル活動 754種類
ふれあいサロン 169箇所、老人クラブ 195クラブ
- ②家事援助 シルバー人材センター(1) 民間等家事代行サービス(8)
民間宅配(食材等)サービス(22) 民間等配食サービス(14)
- ③外出支援・生活交通 市内循環バス(3) 移送タクシー(7) 民間バス(1)

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

地域診断、資源の発掘・整理(27 年 4 月～27 年 12 月)

事業者研修会(27 年 7 月)

事業内容、料金形態等の検討、案作成後介護予防部会で審議 (27 年 8 月～27 年 12 月)

現要支援者のニーズ把握・個別地域ケア会議運営の検討(27 年 5 月～27 年 12 月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

介護予防部会:事業者との調整(28 年 1 月～28 年 2 月)

介護保険運営協議会で事業内容決定(28 年 2 月)

要綱等の作成(28 年 3 月～28 年 12 月)

生活支援サービスの検討(28 年 1 月～28 年 12 月)

コーディネーターの配置(28 年 4 月～)協議体の設置・運営(28 年 6 月～)

国保連関係の検討・調整(28 年 4 月～)

啓発資材の作成(28 年 4 月～28 年 6 月)

事業者説明・モデル事業(試行実施・評価)(28 年 7 月～28 年 12 月)

住民・事業者への周知(28 年 7 月～29 年 3 月)

新しい総合事業に移行(平成 29 年 4 月)

総合事業への移行までの取り組み概要

地域包括ケアシステム構築をめざすために、国の 5 本柱に沿って、部会を設置し協議・検討を行っている。また、実務者レベルではプロジェクトチームをつくり、移行準備をすすめている。

【部会の取り組み内容】

- ①認知症部会では、津山市のめざす認知症施策についての協議・検討を行った。具体的には、認知症の人とその家族をとりまく関係機関や職域ごとの課題を洗い出し、第 6 期の介護保険事業計画へ反映。
- ②医療連携部会では、津山市医師会・圏域県民局・健康増進課など各関係機関との連携により各代表者部会を開催して、多職種連携の会議や研修会の開催、入退院ルールの手引書を作成。

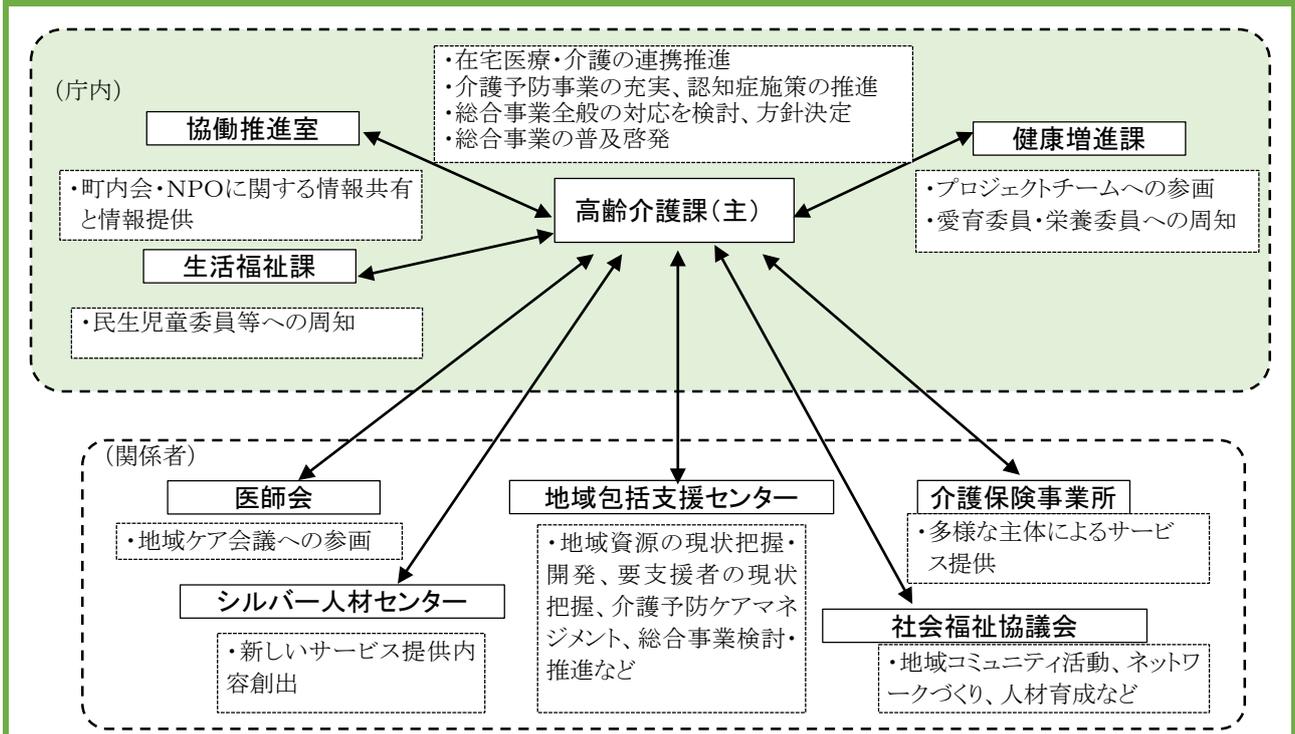
- ③介護予防部会では、要支援者の現状と課題を共有。津山市が考える総合事業のサービス体系についての検討を行っている。
- ④生活支援部会は、協議体設置に向けて内容を検討。
- ⑤個別支援部会では、ケアマネジメントの現状と課題について協議し、「津山市の自立支援の定義」を作成。また、個別地域ケア会議の実施方法を検討し、模擬的に個別地域ケア会議を実施し、実施方法の評価を行った。

【プロジェクトチームの取り組み内容】

- ①認知症プロジェクトでは、地域支援推進員や初期集中支援チーム始動、見守り協定の締結に向けての検討。
- ②要支援プロジェクトにおいて、要支援者のサービス利用状況の把握、利用基準の検討をしている。サービス案を現在介護予防部会で検討中。今後決定予定。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 個別地域ケア会議の運営体制について

真の自立支援に向けて、利用者の望む生活の実現のため「改善すればサービス利用を卒業していく」ことを目標にして、個別地域ケア会議を月2回、定例で開催している。平成29年4月からの事業実施前から実施していくことで、多職種によるケアマネジメントの支援(質の向上)や新規利用者の市民への周知(事業の理解)につなげている。

【発生した課題と対応策】

- ・新規で同意の得られた人を対象に会議を開催しているが、1回2ケースで、1ケース1時間かかっており会議にかける人数が限られてしまい、タイムリーな検討ができていない。事例提出者・司会者など経験を積んでいくことで少しずつ時間短縮をしているところである。今後は、ケースの検証をして、1ケース30分の会議をしていく予定。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・津山方式の会議のやり方を模索中であるが、多職種間の情報共有や共通認識をしていくことがまずは大事であることから、事業者の研修会を開催して、会議の様子を見学してもらい、自立支援をめざす方向性を確認した。今後「卒業」のキーワードをいかに浸透させていくかが課題である。

【取り組みの成果】

- ・会議参加者、アドバイザーについては、ほぼ固定化されている部分で進め方やその方向性の理解については、1年かけてできてきたと考えられる。今後は、専門職としてのスキルアップや広範な参画のために、研修会の開催や事業者別に公開会議の開催が必要になってくる。

(2)サービス体系の検討・整理

現行サービスとそれ以外のサービスについて、積極的に住民主体で取り組んでいる介護予防事業「めざせ元気!!こけないからだ講座」の位置づけともあわせながら整理・検討していった。

【発生した課題と対応策】

- ・現行サービスのまま継続していくケースの状態像、期間限定で改善していくケースの状態像をプランナーの意見を聞きながら、プロジェクトチームで検討後7要件の条件に入る人は継続型、それ以外は改善型に位置づけて、「卒業」をめざすサービス体系を検討中。訪問については、住民ボランティアの力も借りる(生活支援サポーター)仕組みを考えたり、通所については、地域のこけないからだ講座につなげていく方向である。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・サービス案ができた段階で、各事業所を交えての会議(介護予防部会)を開催しているが、基準・人員配置の部分や単価の部分で、決定までに時間がかかっている。

【取り組みの成果】

- ・自立支援をめざすという部分で、大枠のサービス体系についてはほぼ決定している。住民自身の力を借りると言う部分で、生活支援サポーター養成やこけないからだ講座への働きかけをしていくことで、自助や互助の仕組みが地域全体で広がっていけるように考えている。

4 総合事業の概要(予定)

(訪問型サービス案)

基準	現行訪問介護相当	多様なサービス
種別	①継続型 ②改善型	①集中型 ②住民参加型(生活支援サポート)
内容	①身体介護・生活援助 ②生活援助	①リハビリテーション職等専門職による日常生活動作の改善指導・環境調整など ②日常生活支援活動(家事援助中心でちょっとした困りごとの支援)
対象者とサービス提供の考え方	①進行して悪化していくと認められる疾患(7要件)のある方で個別地域ケア会議で判定された要支援認定者 ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、市の要件に該当し、訪問介護員の継続的な支援が必要と判断された場合 ②①以外、基本チェックリストによる事業対象者 ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、訪問介護員が一定期間関わることで、生活上の阻害要因を解決できると判断された場合	①生活の改善が専門職の関与により可能と個別地域ケア会議で判定された要支援認定者 ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、サービス開始当初に専門職が集中的に関わることで、望む在宅生活ができるかと判断された場合 ②生活支援サポーターの関与が必要となり、本人も同意した要支援認定者 健康高齢者の社会参加の場と、住民の互助・共助システムの構築のためにも優先して活用
実施方法	①②事業者指定	①専門職の派遣 ②委託
基準	①②予防給付の基準を基本	①内容に応じた独自の基準 ②個人情報保護等の最低限の基準
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	①保健・医療の専門職 ②ボランティア主体
費用	①②月額報酬	①半日 5,000 円 1 日 10,000 円(岡山県が岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会へ委託する) ②検討中

(通所型サービス案)

基準	現行通所介護相当	多様なサービス
種別	継続型	①改善型 ②メンテナンス型
内容	機能維持・悪化防止に資する継続的な支援サービス	①ADL・IADL改善に特化し、期間を定めた自立支援サービス(個別プログラム有) ②現状評価と、維持改善のための定期的なアドバイス(3か月後のフォローアップ)
対象者とサービス提供の考え方	・進行して悪化していくと認められる疾患(7要件)のある方で個別地域ケア会議で判定された要支援認定者 ・ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、市の要件に該当し、訪問介護員の継続的な支援が必要と判断された場合	①個別地域ケア会議で「改善可能」と判定された要支援認定者、基本チェックリストによる事業対象者 ケアマネジメント及び個別地域ケア会議で、一定期間通所介護事業所にて、個人に応じたプログラムを実施することにより、生活機能の向上が可能と判断された場合 ②改善型通所サービスを卒業した人 ケアマネジメントにおいて、改善状態の維持を目的としたフォローが必要とされた場合
実施方法	①②事業者指定	①事業者指定 ②委託
基準	①②予防給付の基準を基本	①②人員等を緩和した基準
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	①②通所介護事業所
費用	①②月額報酬	検討中

【津山市のサービス自慢】～リハビリテーション専門職の積極的な活用～

多様なサービスの中で、訪問サービスについては、リハビリテーション職をはじめとした専門職が、早期に短期集中で支援していくことで、その人の生活改善をもたらすというサービスを、地域リハビリテーション活動支援事業ともあわせながら実施していく。このことは、訪問介護員の助言指導にもつながり、専門職としての質の向上にもつながると感じている。

また、通所サービスについては、生活機能の改善に特化した通所型サービスの創設を考えており、個別の自立支援プログラムを医療機関・施設等に勤務するリハビリテーション専門職と一緒に作成し、一定期間(3～6か月)事業を実施していく。現在は、市の職員である作業療法士を中心に活用を検討しているが、今後は岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会からの広域的派遣事業も取り入れながら、人材確保をして、全体の質向上につなげていきたい。

5 取り組みのポイント

○「自立支援」を重視したサービス利用に意識改革を！

「専門職によるサービスは自立支援ADL改善のために提供されるべきもの」

個別地域ケア会議で、『自立支援』という介護保険の理念の実現に向けて、その人らしい生活ができるよう、その人の状態像を①維持型②改善型③悪化防止型なのかを意識して、目標到達を阻害している要因、ADL・IADLを阻害している要因について、解決していけるための支援内容を全員で共有し、方向性をだしていく。

今までのケアプランの分析をみると、目標を達成しているのに訪問介護を継続していたり、はっきりした目標がなく、外出場所の一つとして漫然と通所介護を継続しているケースも多く、一度利用を続けると改善が見られてもずっとサービスを利用し続けるというものだった。

サービスは、元気になるために利用して、良くなれば卒業していく。卒業後は住民主体サービスへのつながりを、生活支援コーディネーターが担っていく形になっていく。

「卒業」というのは、大きな意識改革である。より適正なケアマネジメントを推進していくために、事業者・利用者・家族などが意識を共有することが必要になる。まずは、新規申請者で同意した人を対象に実施していくことで、スムーズな移行につなげていくよう考えている。また、市民の意識変容のきっかけとして、介護予防事業で自立支援について市民と一緒に考える機会を持っている。

○地域包括支援センターと市の二人三脚

要支援者の実態把握、サービスの利用状況、地域資源の把握については、地域包括支援センターが相談窓口になり情報をしっかりもっているのが現状である。ただ、現状を把握していてもそれを施策化していくためには、行政との十分な情報共有と分析が必要になる。そのため、要支援プロジェクトとして月1～2回の会議を地域包括支援センターの主任ケアマネと一緒に検討を繰り返す中で、ADL・IADLのアセスメント項目についても個別性が必要性であることを話し合い、独自様式のアセスメント用紙の検討や評価の仕方を研修し、最終的に個別地域ケア会議で判断基準になる7要件についても決定することができた。

今後も最前線で本人や家族、事業者からの意見を聞く機会が多くあると思うので、その声に耳を傾けながら、生活支援サービスの充実に向けて、車の両輪としての意識をしっかりと持って一緒に活動をしていきたい。

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

2025年に向けて地域包括ケアシステム構築をめざす。

- ・すべての要支援者に、自立支援に向けたサービス提供が適切に行われ、望む生活の実現のため手段として介護予防サービス・生活支援サービスが活用される。
- ・住民主体の通い場を拡大することにより、介護予防の充実を図る。
- ・高齢者が住み慣れた地域で、お互いを支え、助け合うことにより生きがいを見つけ、「生涯現役」で居られる地域を共に作る。

【個別の課題と展開方針】

◎生活支援サービスについて庁舎内での情報共有が必要

他部署内との生活支援サービスについての情報共有の場を持ち、地域資源及び社会資源を整理し、「見える化」する。

茨城県 神栖市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

<目指している方向>

高齢者が健康や介護予防に対する意識を高め、高齢者自身が日々の生活に生きがいを見出し、主体的な活動が円滑に進められるように環境を整備し、地域が一体となってサポートする地域づくりを目指す。

<総合事業の位置づけ>

住民同士の助け合いによる「互助」を充実させ、高齢者の社会参加・社会的役割を持つことによる効果的な介護予防への取り組みを推進する。

①介護予防・生活支援サービス事業

実施にあたっては、効率的で柔軟性のある事業実施につなげるため、既存のサービス（予防給付による訪問介護・通所介護）を軸に、これらを多様な担い手による多様なサービスとして再構築し充実させることで、市民にとって使いやすく、多様なニーズに対応できるサービスとする。また、社会福祉協議会やシルバー人材センター等の連携を通じて制度の新たな担い手による地域を支える仕組みづくりを推進していく。

②一般介護予防事業

これまで取り組んできた介護予防事業（シルバーリハビリ体操教室、高齢者の居場所づくり事業等）について、誰もが通いやすい場として充実させることで、社会参加や生きがいづくりを通じた効果的な介護予防への取り組みを推進する。また、えがおあっぷサポーター（介護予防ボランティア）等による住民の自主的な介護予防普及啓発活動への取り組みが更に充実するよう支援していく。

介護予防を機能強化する観点から「地域リハビリテーション活動支援事業」を新たに位置づけ、リハビリテーション専門職等の適切な関与によって高齢者の自立支援に向けた取り組みを行っていく。

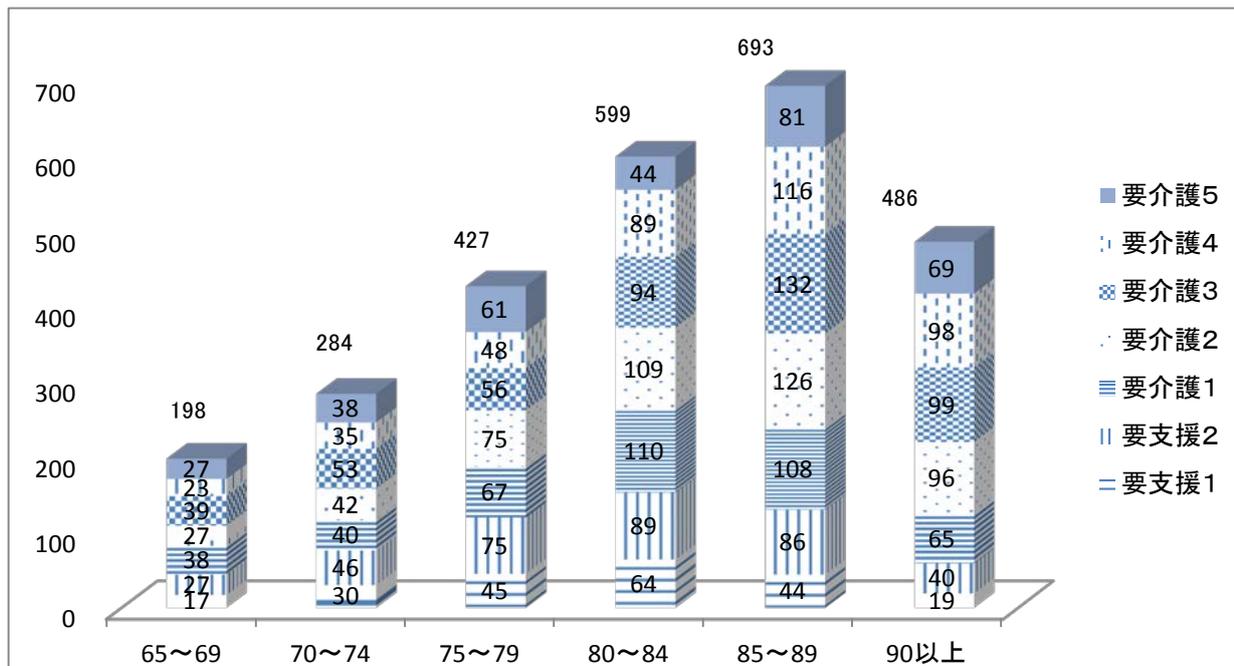
地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

①高齢者に対する要介護者数

平成 27 年 8 月末現在の 65 歳以上の高齢者人口は、19,065 人で、総人口 94,556 人に対して高齢化率は 20.2%となっている。

5 歳ごとの要介護認定者は表 1 のとおりで、年齢が上がるにつれて要介護認定者も増える。(90 歳以上が減るのは、90 歳以上の人口が少ないため)

表1 平成27年8月末現在要介護認定者数



要介護者全体の平均介護度は 2.41 で、年齢層が上がるにつれ平均介護度も上昇する傾向にあるが、各年齢層における介護度別の構成に大きな違いは見られない。

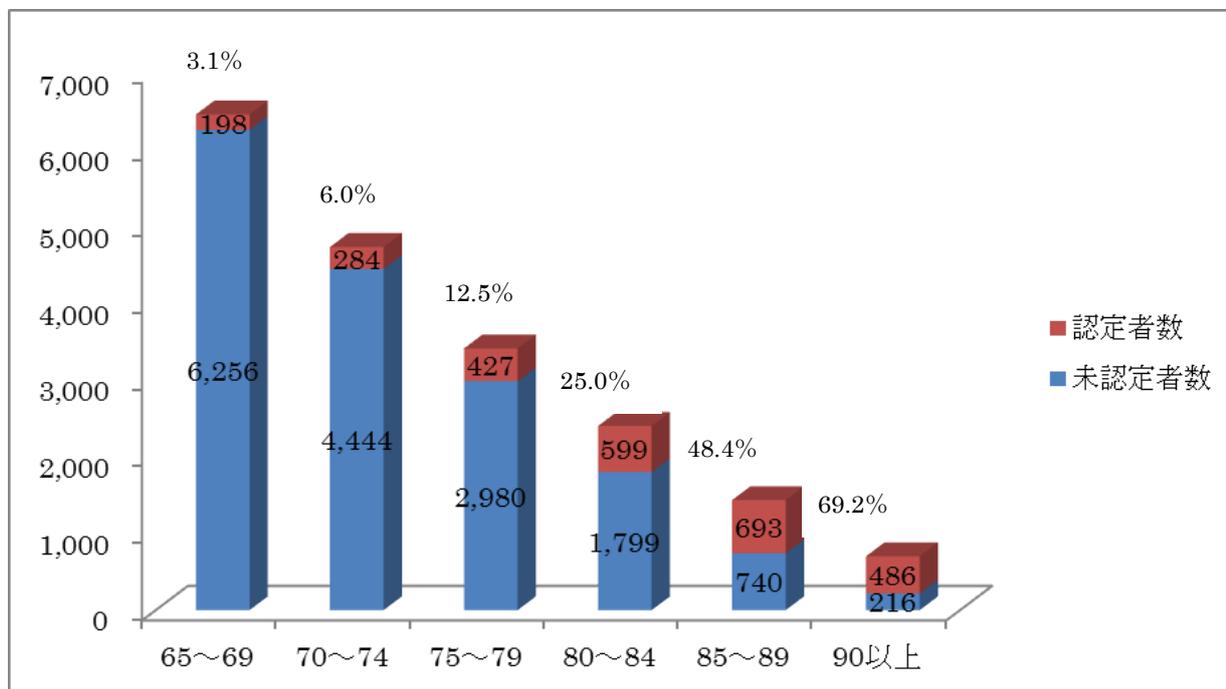
表2 平成 27 年 8 月末現在年代別平均要介護度

年代	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90 以上	全体
平均介護度	2.37	2.36	2.28	2.17	2.49	2.75	2.41

②各年代層に対する要介護認定者の出現率

年齢が上昇するに従って、要介護認定者となる割合も顕著に上昇する。65～69歳代の要介護認定者は3.1%であるが、年齢が上がるごとに認定者の占める割合が上昇し、90歳代以上では、約7割が要介護認定を受けている。

表3 平成27年8月末現在各年代層に対する要介護認定者数



③要介護認定者数と介護サービス受給者

要介護認定を受けている方は、高齢者全体のうち14.1%となっているが、実際にサービスを受けている方は11.4%で、率にして2.7%、人数にして503人が要介護認定を受けているものの、介護サービスを利用していない。この傾向は介護度が軽度の方に顕著に見られ、要支援1の方ではサービス利用者は6割を切っている。

表4 平成27年8月末現在各年代層に対する要介護認定者数

	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
要介護認定者数	219人	363人	428人	475人	473人	409人	320人	2,687人
高齢者に占める割合	1.1%	1.9%	2.2%	2.5%	2.5%	2.1%	1.7%	14.1%
介護サービス受給者数	125人	237人	334人	430人	414人	363人	281人	2,184人
高齢者に占める割合	0.7%	1.2%	1.7%	2.2%	2.2%	1.9%	1.5%	11.4%
認定者に占める割合	57.1%	65.3%	78.0%	90.5%	87.5%	88.8%	87.8%	81.3%
在宅介護サービス受給者数	125人	237人	308人	378人	306人	188人	165人	1,707人
認定者に占める割合	57.1%	65.3%	72.0%	79.6%	64.7%	46.0%	51.6%	63.5%
施設介護サービス受給者数	0人	0人	26人	52人	108人	175人	116人	477人
認定者に占める割合	0.0%	0.0%	6.1%	10.9%	22.8%	42.8%	36.3%	17.8%

④認知症高齢者の状況

認知症高齢者の日常生活自立度別の要介護認定者数は、高齢者総数 19,203 人に対し、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の方が 1,419 人で、比率は 7.39%となる。

このうち、常時の介護が必要と思われるⅢ以上の方は 665 人で、要介護認定者の約 4 分の 1 を占める。高齢者に対する比率は、3.46%である。

表 5 平成 27 年 10 月現在認知症高齢者の日常生活自立度別認定者数

ランク	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb
認定者数	701 人	599 人	114 人	640 人	424 人	75 人

⑤地域の資源

支援内容	提供団体
家事，通院同行	有償ボランティア「ういるかみす」（社会福祉協議会） 自費サービス（民間介護サービス事業者等）
草取り，日曜大工等の生活支援	シルバー人材センター
配食，毎日の見守り訪問	自費サービス（民間介護サービス事業者等） コンビニ・生協
高齢者の居場所	わくわくサロン（社会福祉協議会：市内 16 箇所） シニアクラブ（65 箇所） 公共施設での居場所「いこいこかみす」「こいこいはさき」（2 箇所） 個人宅で開催するサロン（4 箇所）※市が把握している数
高齢者の体操等の教室	シルバーリハビリ体操教室（指導士会） ※実参加者 1,455 人 体操指導士 120 人 はさき健康体操教室（市）※実参加者 79 人 はつらつ体操教室（市）※実参加者 29 人 介護予防継続支援教室（地域包括）※実参加者 142 人 民間の体操教室，フラダンス等の教室
市の高齢福祉サービス	
配食，毎日の見守り訪問	乳製品等の配達「愛の定期便」，昼食弁当の配達
ショートステイ	養護老人ホーム等に 1 週間を限度として利用可
機能回復・作業訓練	脳血管後遺症等の方を対象に月 2 回作業療法士による機能回復訓練を実施（送迎有）
住宅改修	非該当の方を対象に手すりの取り付け※上限 6 万円
通院送迎支援	福祉タクシー
外出支援	デマンドタクシー， 福祉パス（60 歳以上は路線バス料金無料）
高齢者の居場所	生きがい講座（市）※約 1,500 人の高齢者が参加 生涯大学（市）※約 150 人

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

生活支援体制整備づくり(27年4月～27年12月)

生活支援コーディネーターによる資源開発(27年4月～)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

協議体による地域資源の把握(28年1月～28年3月)

移行までの計画を策定(28年2月～28年3月)

事業内容、料金形態等の検討(28年4月～28年6月)

事業所への意向調査(28年4月～28年5月)

要綱作成(28年10月～28年11月)

移行時サービス確定(28年7月～28年8月)

長寿介護課・地域包括支援センター事務フロー説明(28年8月)

事業所説明会(28年10月～28年11月)

9月議会概要説明(28年9月議会)

補正予算案作成(28年10月～28年11月)

住民説明会(28年10月～28年12月)

長寿介護課・地域包括支援センター事務フロー説明(28年11月)

広報原稿(28年12月1日締め切り)

補正予算案提出(28年12月議会)

介護予防事業・包括契約変更(28年12月)

地域包括支援システム改修クリア(28年12月)

国保連請求関係クリア(28年12月)

新しい総合事業に移行
(平成29年1月)

総合事業への移行までの取り組み概要

① 介護予防・生活支援サービス事業

既存サービス等の活用を図るとともに、高齢者が多用なサービスの担い手となれるようにシルバー人材センターの活用を検討しサービス提供基盤の整備を行う。

平成 26 年度から、生活支援コーディネーターを配置しており、コーディネーターが中心となって、高齢者の居場所づくり及び居場所に通う移動手段を支援するための「移送サービス」を担うための団体設立から NPO 法人化など、地域の新たな資源開発と活動の支援を行っている。この「移送サービス」は総合事業の中で、将来的には「訪問型サービス D」としても活用できるように関係省庁とも協議を行い、平成 27 年 9 月より運用を開始した。

市では、「神栖市介護予防ボランティア活動団体活動費補助金交付要項」を定め、高齢者が新たな担い手となり、高齢者自身にとっても社会参加を促進し、多様なサービスの創出を支援する体制整備を行い、協議体を立ち上げ、新たなサービス開発・発掘を検討していく。

② 一般介護予防事業

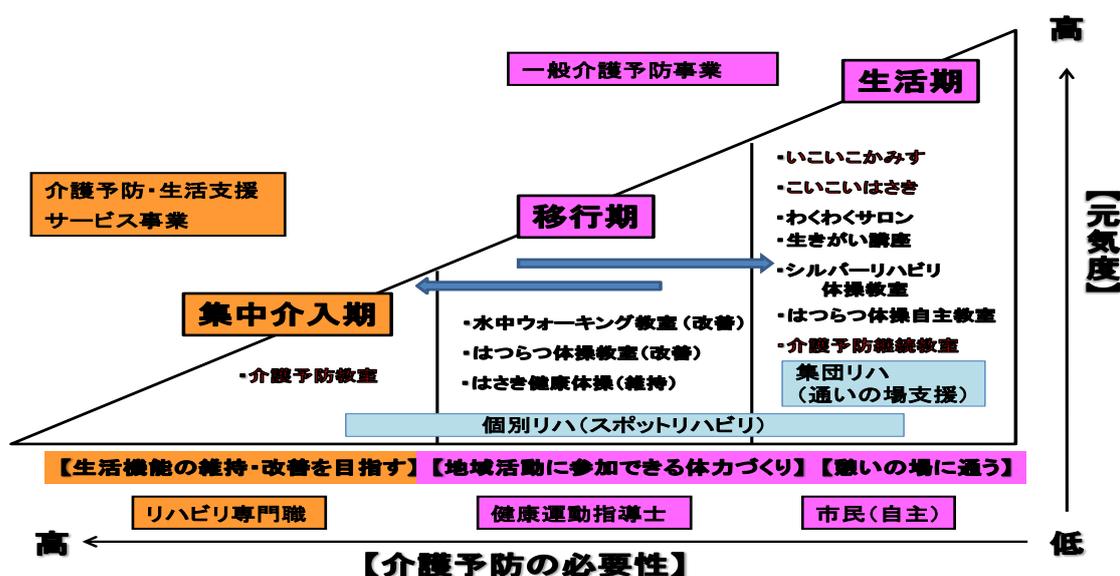
現在、当市では全ての介護予防事業を「一次予防事業」として実施しているが、平成 27 年度からは、リハビリテーション職が関与する『複合型介護予防教室』には要支援者及び二次予防対象者を中心に事業を展開し、地域包括支援センターの保健師や主任介護支援専門員を中心に全数介護予防ケアプランの作成と教室修了前にリハ職を含めた卒業後の進路を検討する「地域ケア会議」を開催している。

総合事業への移行後は、「通所型サービス C」として展開していく。

また、現行でリハビリテーション専門職が個別訪問をする「スポットリハビリ」とシニアクラブなどの地域への出前講座を行う「介護予防継続支援事業」を実施しているが、「地域リハビリテーション活動支援事業」に移行して、地域のリハビリテーション職の積極的な活用を図っていく。

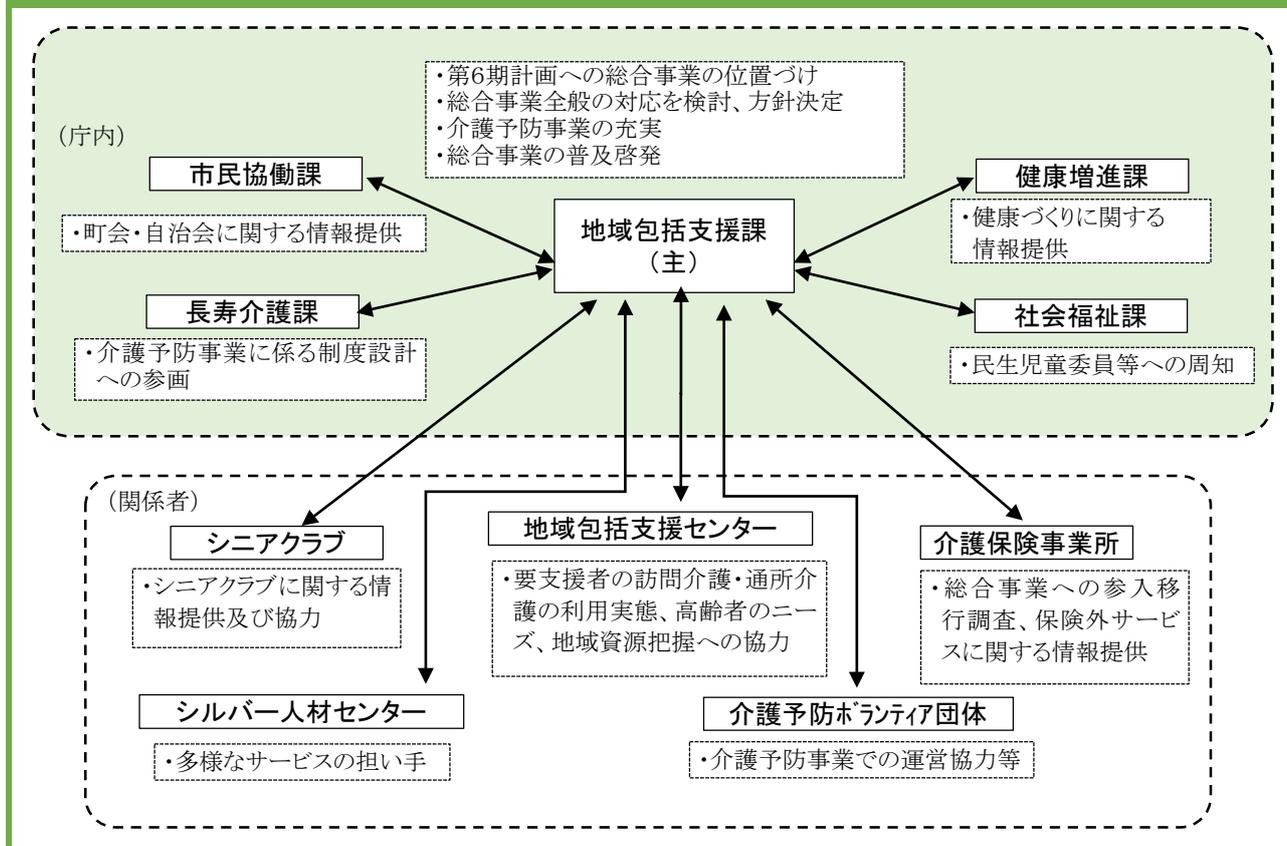
尚、現在実施している多様な介護予防事業を通して、個々の高齢者に合った「居場所」となるように更なる身近な地域での活動の広げていくと共に、シニアクラブとの連携により、地域の見守り体制づくりに取り組んでいる。

神栖市における介護予防事業のイメージ



3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 高齢者の居場所づくり事業

平成 24 年～25 年に実施した介護予防強化推進モデル事業において実施した高齢者の「通いの場」の継続として、平成 26 年度より地域支援事業の中で「高齢者居場所づくり事業」を市内 2 箇所で各々週 3 回実施している。

【発生した課題と対応策】

- ・居場所を運営するボランティア（地域づくり協力員）が集まらない。
⇒介護予防ボランティア活動をする市民への「居場所づくりの意義」についての研修
居場所周辺のシニアクラブ、町内会の会合に出向き周知活動
市の広報やタウン誌を通しての周知
- ・居場所の利用者の固定化。
⇒多様なイベントを実施するための人材発掘
- ・居場所への交通手段がなく利用できない人への対応。
⇒居場所への送迎支援サービスを構築

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・居場所の利用料は、お茶代等として 100 円を実費徴収し、協力員や利用者が管理及び活用。

- ・協力員や利用者の得意なこと（絵手紙、ハーモニカ、体操等）をイベントに組み込み、多様なメニューづくり。
- ・麻雀や囲碁など男性高齢者も参加しやすいメニュー。
- ・市の施設内を会場にし、地域包括支援センター・高齢者相談センターにすぐに相談できる体制。

【取り組みの成果】

- ・利用者同士の「馴染みの関係」が深まった。
- ・利用者の抱える相談が地域包括支援センターにつながりやすくなり、早い段階で対応できるようになった。
- ・送迎支援サービスを担う団体に、利用者のニーズを反映して「買い物支援サービス」の立ち上げの機運が高まってきた。

（２）移動支援サービス

高齢者を中心とした移動支援サービスを担うボランティアを募集し、NPO法人化の支援と居場所への送迎支援サービスを実施している。

【発生した課題と対応策】

- ・法的根拠に基づく運用体制。
 - ⇒一次予防対象者の利用も想定すると福祉有償運送等には該当しないため、道路運送法の「登録または許可を要しない運送」に該当させるための運用について、NPO法人全国移動支援サービスネットワークの協力により国土交通省及び厚生労働省との協議を行った。
 - ※「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」についてのQ&A（平成27年8月19日版）問7を参照
- ・移動支援ボランティアへの補助金。
 - ⇒「神栖市介護予防ボランティア活動団体活動費補助金交付要項」の制定
- ・個人情報の取り扱い。
 - ⇒「神栖市介護予防ボランティア活動団体活動費に関する協定書」に基づく協定
- ・移動支援サービスに使用する車のリース契約。
 - ⇒NPO法人設立への支援

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・新たな担い手の発掘。
 - ⇒生活支援サービスコーディネーターによる企業を退職したOB会への働きかけ
- ・地域のタクシー事業者との調整。
 - ⇒事業の構想の段階からの説明と協力要請
- ・移動支援サービスについての勉強。
 - ⇒NPO法人全国移動支援サービスネットワーク、茨城福祉移動サービス団体連絡会に協力依頼

【取り組みの成果】

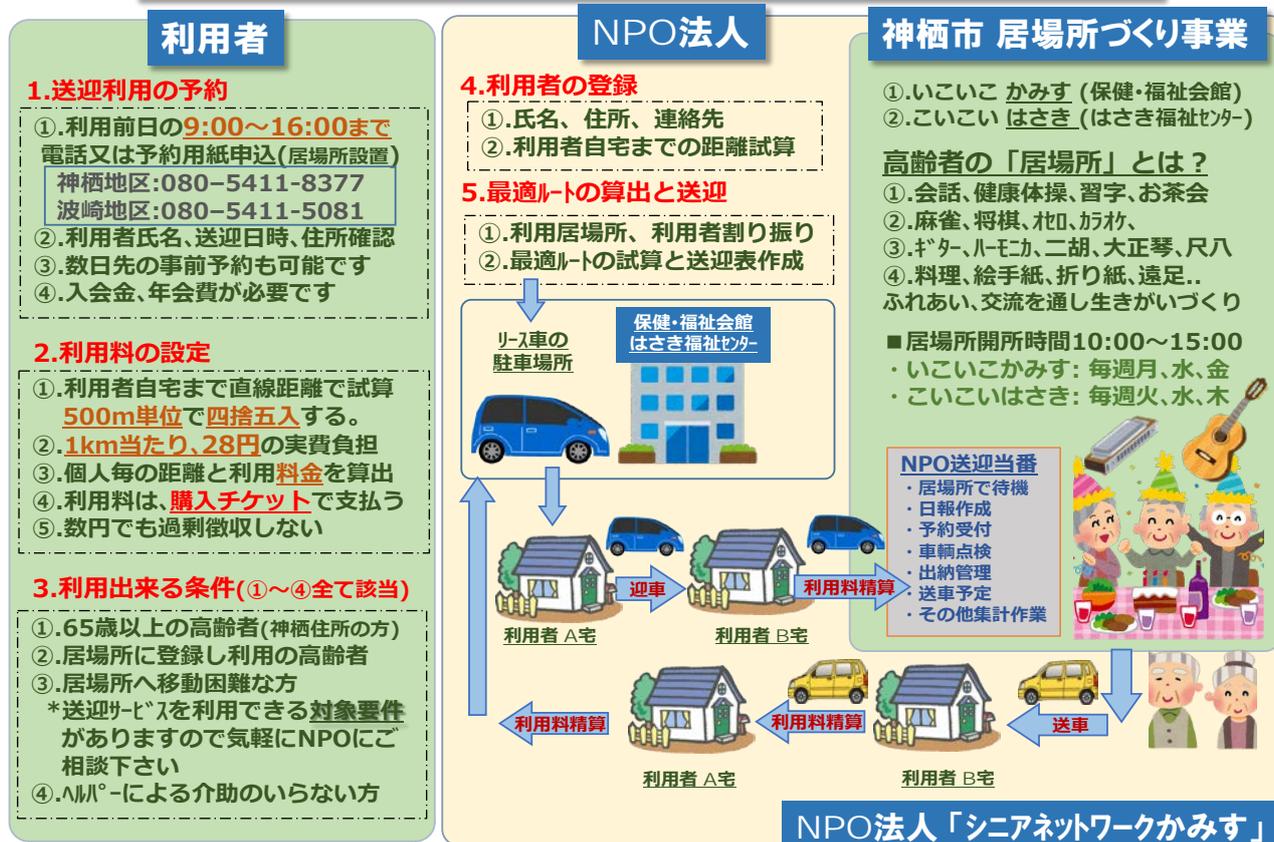
- ・男性高齢者のボランティアデビューに繋がった。
- ・利用者との「馴染みの関係」が出来たことにより、新たなサービス（買い物送迎支援サービス）に向けての機運が高まっている。

4 総合事業の概要(予定)

基準	多様なサービス	一般介護予防事業
種別	通所型サービスC(短期集中予防サービス)	地域リハビリテーション活動支援事業
内容	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・口腔機能向上・認知症予防等のプログラム	リハビリテーションの相談及び住宅改修等について、リハビリテーション専門職がアドバイスを行う
対象者とサービス提供の考え方	ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な方(要支援認定者、チェックリスト該当者) 新規利用者は毎月始めに参加し、期間は4か月のスパンを想定している。 毎月、主に修了前の参加者を対象にした地域ケア会議を開催し、リハビリテーション職や看護職等の多職種による自立支援に向けた検討を行う	ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な方 個別支援リハ:個人に対してのアドバイスを行う 集団活動支援リハ:体操教室や居場所等の集団活動している場の参加者に対してのアドバイスを行う
実施方法	委託	委託
基準	内容に応じた独自の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者	保健・医療・リハビリテーションの専門職	リハビリテーション専門職
費用	266,000円/月×3圏域	44,000円/月×3圏域

【1自治体1サービス自慢】～NPOによる移動支援サービス～

高齢者 移動支援サービス 利用の仕方



5 取り組みのポイント

1

○住民、事業者との地域全体の目指すべき方向の共有化

シニアクラブ（老人クラブ）、介護予防ボランティア、シルバー人材センター会員、生涯大学の受講生に対してこれからの目指すべき方向についての説明と活発な意見交換を行っている。

また、介護予防教室を担っている地域のリハビリテーション専門職と地域包括支援センターで連絡会を定期的に行い、事業の組み立てについて現場目線での協議を行っている。

○生活支援体制整備事業の早期着手

新しい総合事業の開始（平成 29 年 1 月）に先立ち、生活支援体制整備事業を平成 26 年 4 月から取り組み、生活支援コーディネーターを第 1 層に配置。生活支援コーディネーターが中心となって新たな地域資源の開発と第 1 層の協議体の立ち上げを行っている。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

神栖市は、前期高齢者が多いため介護予防の推進は地域包括ケアシステム構築の中でも優先して取り組むべき課題と考えている。

「神栖市介護予防ボランティア活動団体活動費補助金交付要項」を活用して高齢者が主体的に生活支援サービスや介護予防事業の担い手として活動できる地域づくりを目指して、生活支援体制整備事業と連動しながら取り組んでいく。

また、地域で活動しているリハビリテーション専門職の活動の場を広げ、要支援者や機能低下のリスクのある高齢者の自立に導く支援を拡充していく。

【個別の課題と展開方針】

◎介護予防ボランティアのネットワークの構築

地域で介護予防事業のボランティア活動をしている団体のネットワークが未整備のため、各団体が連携できるようにサポートし、協議体の活動に反映させる。

◎介護予防ボランティアポイントの導入

ボランティア活動のモチベーションを向上させる取り組みとして「介護予防ボランティアポイント」制度の導入について検討をしていく。

北海道 恵庭市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

◆恵庭市の目指す方向

恵庭市の目指す方向は第6期恵庭市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（以下、6期計画）の基本理念において、「恵庭市に住む高齢者が、ともに支えあい安心して暮らせるよう、日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築に努め、明るく健やかな地域社会を実現させる」と示されている。

◆総合事業の位置づけ

総合事業の推進は、第6期計画の4つの基本目標の一つに位置付けられ「高齢者が健康でいきいきとした生活をおくり、可能な限り介護や支援を必要としない状態を維持していくための介護予防、健康づくりの充実を図る」としている。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

◆高齢者データ

平成27年10月31日現在

総人口	高齢者人口	前期高齢者	後期高齢者	高齢化率
69,035人	17,293人	9,127人	8,166人	25.05%
認定者総数	要支援者数	要介護者数	認定率	介護サービス受給者
2,832人	1,160人	1,672人	16.38%	2,229人

◆介護保険料(第1号被保険者・月額)

第1期	第2期	第3期	第4期	第5期	第6期
3,100	3,100	3,100	3,000	3,800	4,800

◆地域資源データ(介護保険サービス事業所及び高齢者施設)

地域包括支援センター	居宅介護支援	訪問介護	通所介護	短期入所	特定施設	小規模多機能	グループホーム
3箇所	16事業所	13事業所	定員359人	定員36人	定員100人	登録50人	定員135人
地域密着型特養	特養	老健	療養型施設	有料老人ホーム	ケアハウス	サ高住	
定員87人	定員121人	定員200人	定員60人	定員132人	定員50人	定員137人	

◆地域資源データ(地域活動、非介護保険サービス、その他)

事業主体	名称	活動・事業内容	料金
地域住民	いきいき百歳体操	週1回市内24箇所(27/4)で実施	無料
社会福祉協議会	ボランティアセンター	高齢者施設等にボランティア派遣。延べ1,328人登録(27/8)	無料
社会福祉協議会	ふれあいサロン	週1回市内30箇所(27/10)で開催	無料
NPO法人	おもてなし事業	買物・調理代行、草むしり、など	有料
NPO法人	通所事業(計画)	障がいをもった児童・生徒を対象とした放課後デイの併用を模索(時間帯を調整)	有料
シルバー人材センター	生活支援事業	配食、見守り、買物・通院支援など	有料

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

第6期介護保険事業計画策定(H27.4)

生活支援体制整備に関する部会設置(H27.4)

生活支援体制整備に関する部会開催(H27.11)

NPO による、生活支援サービスへのニーズ調査(H27.12)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

移行までのスケジュール作成(H28.1)

提供サービス内容の検討(介護保険事業者、NPO 等と協議)(～H28.10)

介護予防事業の検討(一般、総合事業へ移行)(～H28.10)

生活支援体制・コーディネーター配置の検討(～H28.10)→1層設置(H29.4)

サービス利用の流れ、ケアマネジメントの検討(H28.4～)

介護保険事業者との調整

予算編成(H28.10～11)

市民への周知(H28.11～)

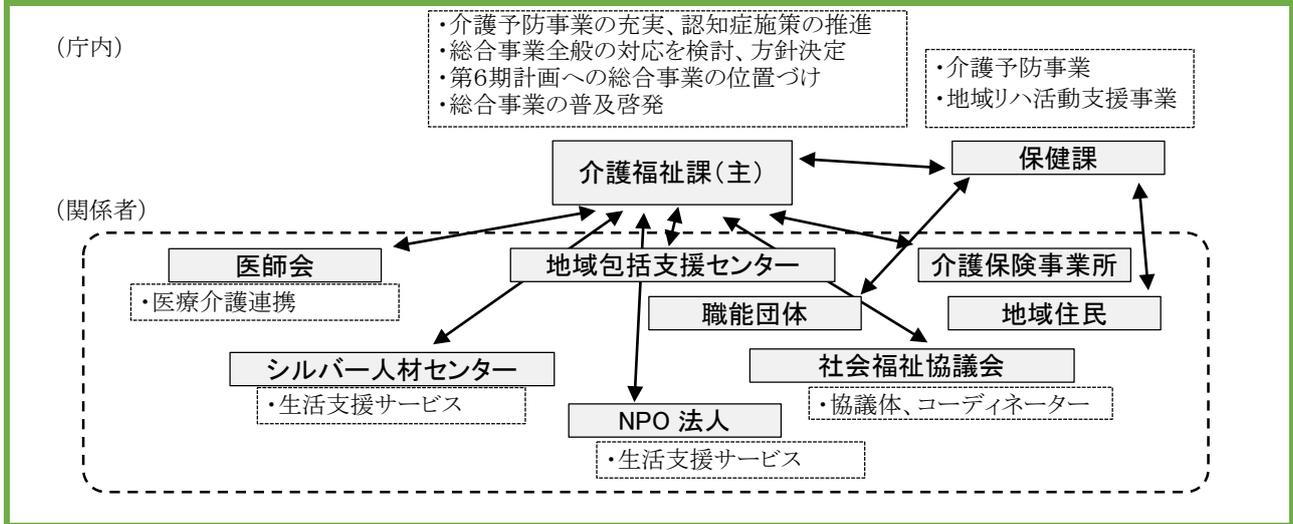
新しい総合事業に
移行(平成29年4月)

総合事業への移行までの取り組み概要

- ・ 移行までのスケジュールを作成し、提供サービスについて検討
 - 現行相当サービス
 - 基準を緩和したサービスの検討
 - 既実施サービスのうち内容が合致するサービスの洗い出し
 - 協議体、コーディネーター設置後に多様サービスの充実
- ・ 介護予防事業の検討
 - 住民主体の活動等の移行の可能性を検討
 - 一般介護予防事業で実施
- ・ 予算編成
 - 予防給付の実績等踏まえて事業費の推計
- ・ 市民周知
 - 説明会の要否検討
 - 広報誌掲載

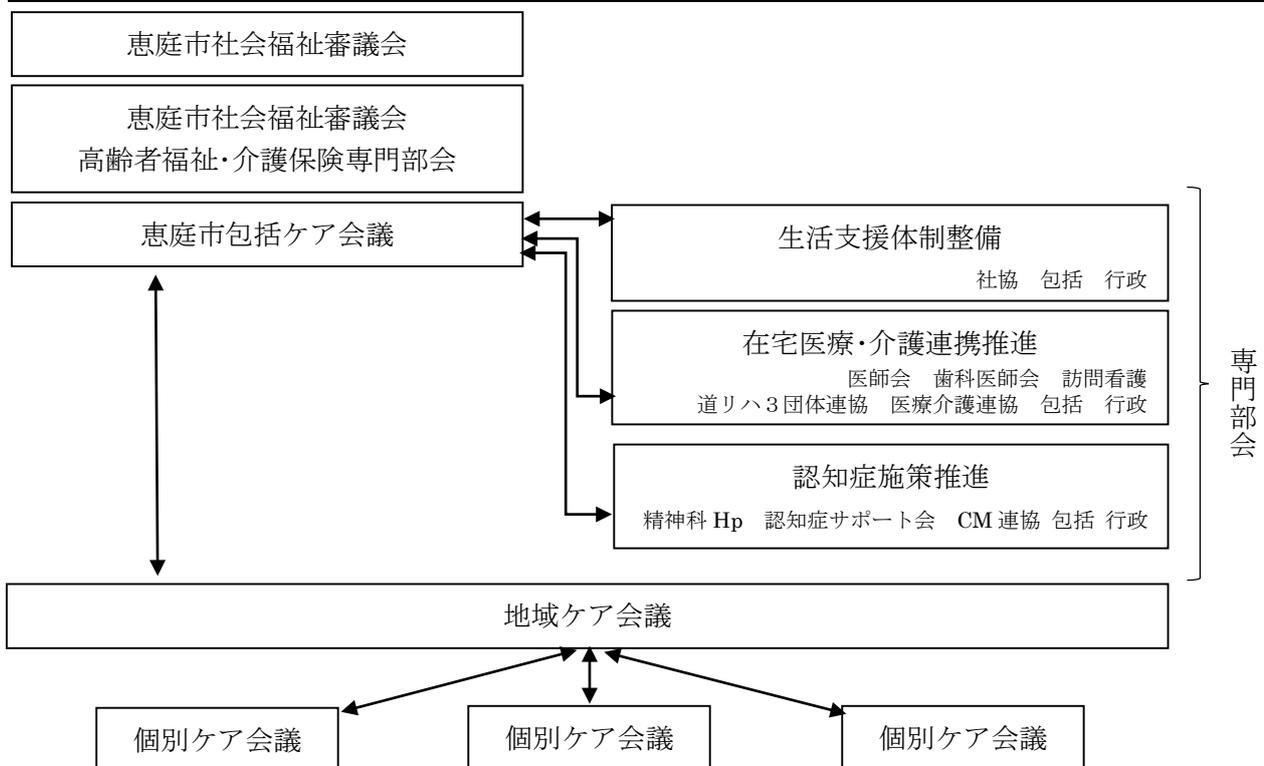
3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



主な取り組み内容等

(1) 専門部会の設置

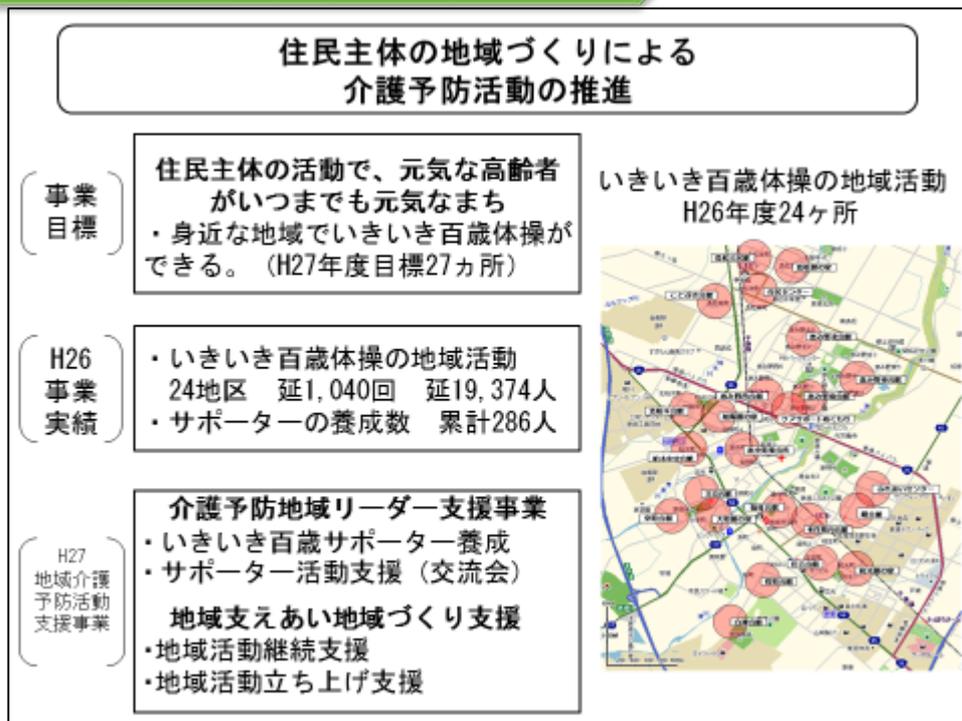


- ・市内の医療機関、介護事業所等で構成される「包括ケア会議」に生活支援体制整備、在宅医療介護連携推進、認知症施策推進に関する専門部会を設け、それぞれ検討できる体制を構築。
- ・包括ケア会議を核として、地域ケア会議から把握された課題等を専門部会で検討できる体制を構築。

4 総合事業の概要(予定)

基準	現行相当	現行相当	多様なサービス(H29 開始検討)
種別	訪問介護	通所介護	通所型サービス B
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	通所介護同様のサービス	いきいき百歳体操
対象者とサービス提供の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用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 <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○既にサービスを利用しており、サービスの利用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。 	<ul style="list-style-type: none"> ○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 ○住民主体による支援は提供者と対象者が住民であるため。既存の活動を通所型 B に位置づけるため以下の整理が現時点で必要と考えている <ul style="list-style-type: none"> ・活動が行政主導にならない留意 ・通所型 B に相当・不相当の判断 ・助成の方法と助成額 など
実施方法	事業者指定	事業者指定	補助(助成)
基準	予防給付の基準を基本	予防給付の基準を基本	個人情報の保護等の最低限の基準
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	通所介護事業者の従事者	地域住民(ボランティア)
費用			

【1自治体】サービス自慢 ～住民主体の通いの場～



平成 19 年度から取り組んできた住民主体のいきいき百歳体操の活動が、少しずつ広がりを見せてきている。現行の一次、二次の介護予防事業の中で進めてきたこの住民主体の地域活動は、総合事業への移行後は、一般介護予防の主軸にするとともに、行政主導にならないよう留意しながら多様なサービスにも位置づけていくことを検討している。

その移行に向けた準備として、平成 28 年度は現行の介護予防の体制において、上記の住民主体のいきいき百歳体操の活動に対して、地域のリハビリテーション職種(PT,OT,ST)による指導を計画している。

移行後はこのリハ職の指導が、一般介護予防事業での地域リハビリテーション活動支援事業に移行していくことを想定して準備にあたっている。

5 取り組みのポイント

1

○「高齢者がいつまでも元気な恵庭市」「高齢者がお互いに支えあう恵庭市」

平成 19 年度より「いきいき百歳体操サポーター養成、及び地域ささえあい地域づくり事業」を開始した。地域展開の開始、継続、サポーター養成、普及啓発を支援して以来、いきいき百歳体操は「主役は住民、行政は黒子」となり徐々に広がり、認知度も上がってきている。実績は平成 21 年度延参加人数 5,361 人（10 箇所実施）、平成 26 年度延参加人数 19,374 人（24 箇所実施）と増加傾向で推移している。

○住民主体の地域づくりによる介護予防活動の推進

平成 28 年度は総合事業移行に向けた準備として、いきいき百歳体操の活動に対し介護予防の取り組みを強化すべく、地域のリハビリテーション専門職種（PT, OT, ST）による指導の実施を計画している。移行後はこのリハ職の指導が、一般介護予防事業での地域リハビリテーション活動支援事業に移行していくことを想定して準備にあたっている。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

恵庭市は、恵庭市に住む高齢者が、ともに支えあい安心して暮らせるよう、日常生活の支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築に努め、明るく健やかな地域社会を実現させることを基本理念とし、総合事業を絡め展開していく。体制構築に向け、まず平成 29 年 4 月に協議体・コーディネーター（第 1 層）を設置する。ここで関係事業者や団体間の連携体制づくりを推進。この協議体から地域ニーズとサービスのマッチングや地域に不足するサービスの創出、サービスを提供できる体制づくりを進める。平成 30 年 4 月協議体・コーディネーター（第 2 層）を設置するとともに、住民主体の活動と地域資源が連動するサービスを開始し総合事業を展開していく。恵庭市は、協議体が支柱となって地域のニーズ、実情、資源を踏まえながら総合事業のオーダーメイドを進め、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう展開し、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制の構築に努める。

【個別の課題と展開方針】

◎既に住民主体の活動として広まっている「いきいき百歳体操」を総合事業としてどう扱うか

平成 27 年度の活動拠点の目標は市内 27 箇所。総合事業となることで事業運営や管理等の事務が発生するほか、要支援者の受け入れなど既存の活動状況に影響を及ぼす懸念もある。現在、各活動拠点の意向を把握するためアンケート調査やヒアリングを実施しており、各拠点の意向や方針を確認したうえで、総合事業に対応可能な拠点については、平成 29 年 4 月より開始する方向で調整していく。

◎個別ケア会議の実施状況と課題について

3 箇所の地域包括ケアセンターがそれぞれ個別ケア会議を実施しており、市職員のほか介護サービス事業所職員、社会福祉協議会、民生委員が参加し、支援の困難な事例検討、地域が抱える課題の把握及び共有、並びに支援策の検討を行っている。個別課題解決に資する一方、ネットワーク構築や地域課題の発見、地域づくり、資源開発、政策形成といった地域ケア会議への一連の流れを作り出すまでには至っていない。今後は地域課題を適切に取捨選択し、いかに地域ケア会議で取り上げ、地域包括ケアを推進していくかが課題となっている。

◎いきいき百歳体操が地域づくりの核になる

～効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開～

岡山県 総社市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

総社市では、高齢者の「通いの場」として住民主体の活動の『いきいき百歳体操』を介護予防の牽引力として位置づけている。介護予防に効果がある体操ということで平成 19 年に高知市へ視察に行き、平成 20 年から住民の自発性と「元気でいたい」「みんなと一緒にだから出来る」という熱い思いによって地域で本格実施してきた活動である。

総合事業を実施するにあたり、『いきいき百歳体操』を更に充実させ、どのように事業に融合させようか、高齢者の居場所としてもっと豊かな内容を目指したい等、『いきいき百歳体操』を発展的に活用できる方法を検討し、在宅生活の維持・継続の力を強めることをめざしている。

介護予防の一環として取り組んできた『いきいき百歳体操』だが、地域住民が自主的にまた、定期的に週 1 回顔を合わせる機会を持つことは、希薄になっている地域の繋がりを再構築するきっかけになっている手ごたえを感じている。

体操会場では、参加者同士の助け合いも生まれている報告もあり、生活支援サービスの充実について考える際、『いきいき百歳体操』での住民の繋がりは総社市の強みである。平成 19 年から養成してきた介護予防サポーターの力を借りて、地域住民、特に高齢者の社会参加の促進や生きがいがづくり、ひいては要支援状態になることの予防を進める活動としてだけでなく、ちょっとした困り事には住民同士で助け合える関係性を築くとともに地域づくりをすすめ、総社らしさを活かして 2025 年を迎えたいと話し合いを重ねているところである。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

総社市の総人口 67,820 人 (H27. 4. 1 現在)

高齢者の状況

高齢者人口 17,999 人

高齢化率 26.5%

要支援・要介護認定者の状況

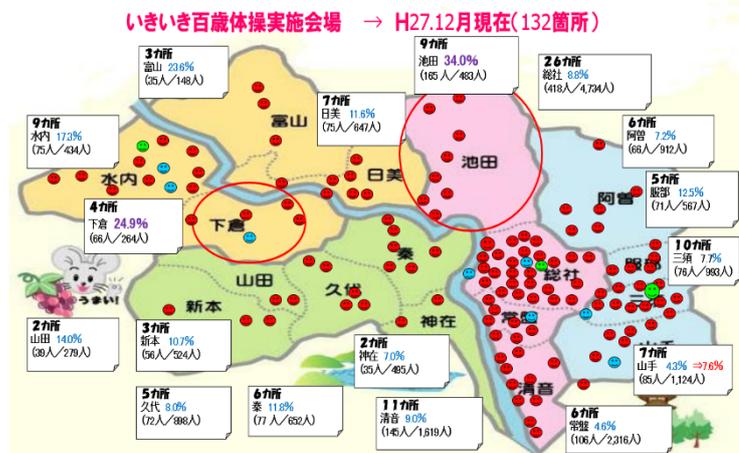
要介護認定者数 2,032 人

要支援認定者数 1,399 人

第 6 期計画

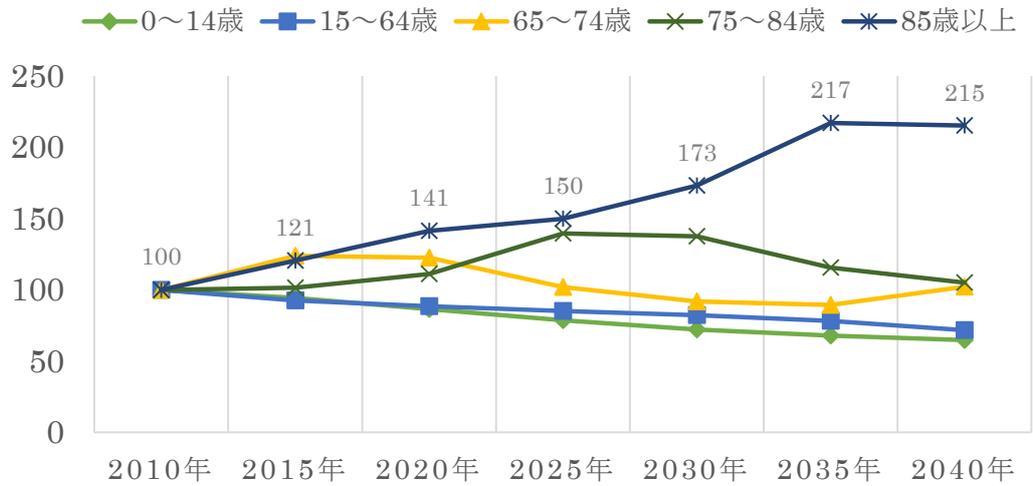
介護保険料基準月額 5,200 円

次のページのグラフにあるように、特に 85 歳以上の男性の伸びに注目し、総合事業の検討が必要と考えた。

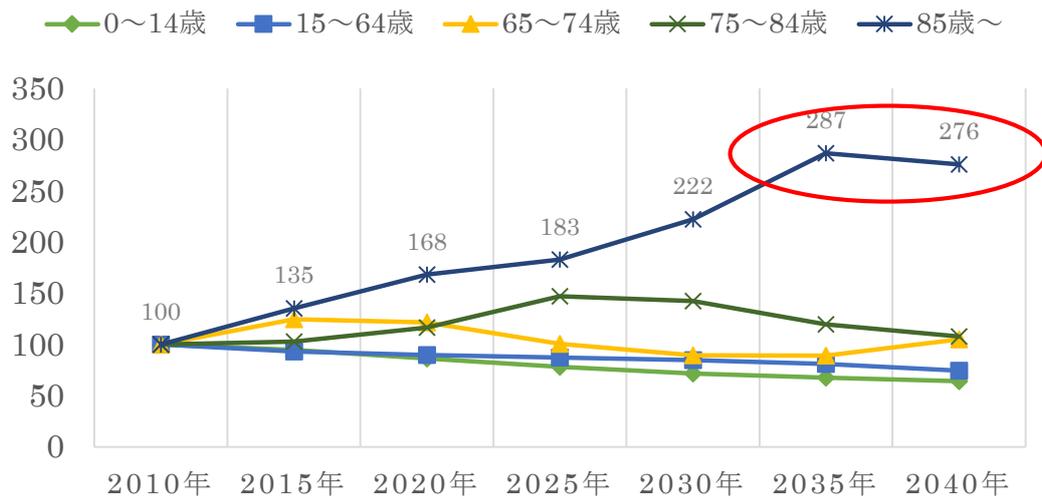


年齢階級別人口の伸び率の推移（総社市）
2010年を100とした場合

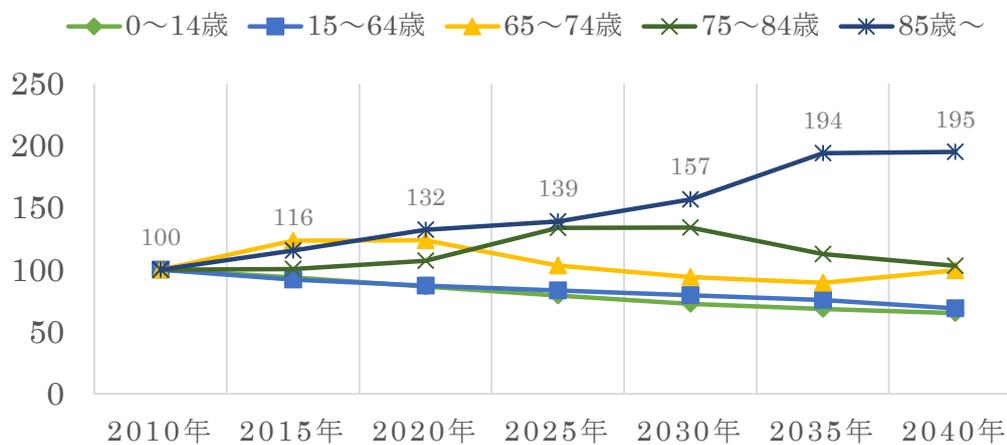
国立社会保障・人口問題研究所
データより



年齢階級別人口の伸び率の推移（男性）
2010年を100とした場合



年齢階級別人口の伸び率の推移（女性）
2010年を100とした場合



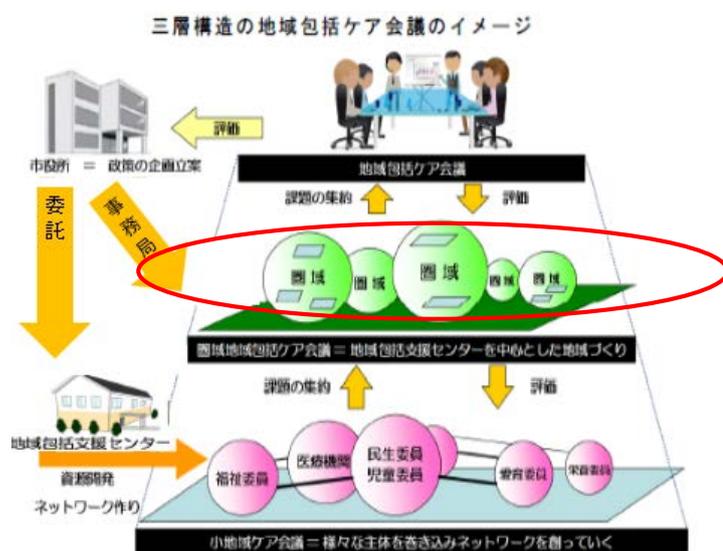
2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

総社市では地域包括ケアシステムの構築に向け、平成 17 年より小地域ケア会議の設置に取り組んできた。小地域ケア会議は、各地区民生委員児童委員協議会単位を基本に市内 21 地区で、地域に密着した情報共有、課題解決の場として開催されている。総社市の地域包括ケアシステムは『小地域ケア会議』を基礎単位とし、小地域から圏域、圏域から市内全域へと繋がる三層構造の体制となっている。(下図参照)

協議体の設置については既存の会議の活用が可能であることから、総社市では圏域ケア会議を協議体と位置づけることをめざした。



効果的な介護予防ケアマネジメントをめざし、個別ケア会議を市内6箇所の地域包括支援センターを中心に開催。あわせて研修等を実施(平成 27 年 4 月～)

各小地域ケア会議、また、圏域ケア会議を中心に、地域診断、資源の発掘(平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月)

介護保険サービス事業所(通所介護・訪問介護)との情報共有会議(平成 27 年 3 月、平成 27 年 6 月)

事業内容の検討(平成 27 年 7 月～平成 28 年 6 月)

いきいき百歳体操大交流会にて総社市のめざす介護予防の方向性を住民に周知(平成 27 年 10 月)

概ね事業内容(案)確定(平成 27 年 12 月)

総合事業(案)事業所へ周知(平成 27 年 12 月)

住民との調整・研修等は出前講座等の機会を活用(平成 27 年中)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

	議 会 関 係	内部事務 関係	会議 ※1（第1層協議体） ※2（第2層協議体）	サービス内容関 係及び対外への 周知	地域包括支援 センター
1月		窓口フロー ～地域ケア 会議検討・手 法確立	高齢者支援部会 全国屈指福祉会議 圏域ケア会議(5 圏域) ※2	生活支援サポ ーター養成 講座開催	講座の中で総 社市の現状、 課題、方向性 について周知
2月			地域包括ケア会議③	サービス事業所 情報共有会議	
3月		事務フロー 検討		圏域別事業所 意見交換会	
4月					
5月			地域包括ケアワーキング①※1 圏域ケア会議(5 圏域) ※2		
6月	■		地域包括ケア会議①		事務フロー 説明
7月					
8月					
9月	■		地域包括ケアワーキング②※1 圏域ケア会議(5 圏域) ※2		
10月		予算案作成	地域包括ケア会議②	要綱作成	移行準備 (契約変更等)
11月					
12月	■				
1月			地域包括ケアワーキング③※1 圏域ケア会議(5 圏域) ※2	広報 (予算内示後) 要綱決裁→公布・ 施行	
2月			地域包括ケア会議③		
3月					

総合事業への移行までの取り組み概要

地域包括支援センターが事務局を持っている小地域ケア会議及び圏域ケア会議において、地域の社会資源の集約・見える化を目的に圏域毎の『地域ケアシステム図』の作成を検討してきた。

圏域毎に地域の特性があり、その圏域の持つ強みと弱みの共有、現状と課題、将来どうあるべきかといった議論を住民とともに重ねた。

地域包括ケア会議では特に生活支援体制整備事業について協議し、骨子を作る目的の「ワーキング」を圏域毎の住民代表・民生委員代表・地域包括支援センター・社会福祉協議会からメンバーを集め開催し、検討を重ねた。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制

下図に示すとおり、総社市には国の示す協議体機能の「定期的な情報の共有・連携強化の場」として、既に圏域ケア会議が存在することから、住民に協議体としての位置づけを説明し、協力が得られるように協議を重ねた。

これまでの課題としては、多様な主体の参画がなかなか得られなかったこともあり、機能の充実・強化をめざした。

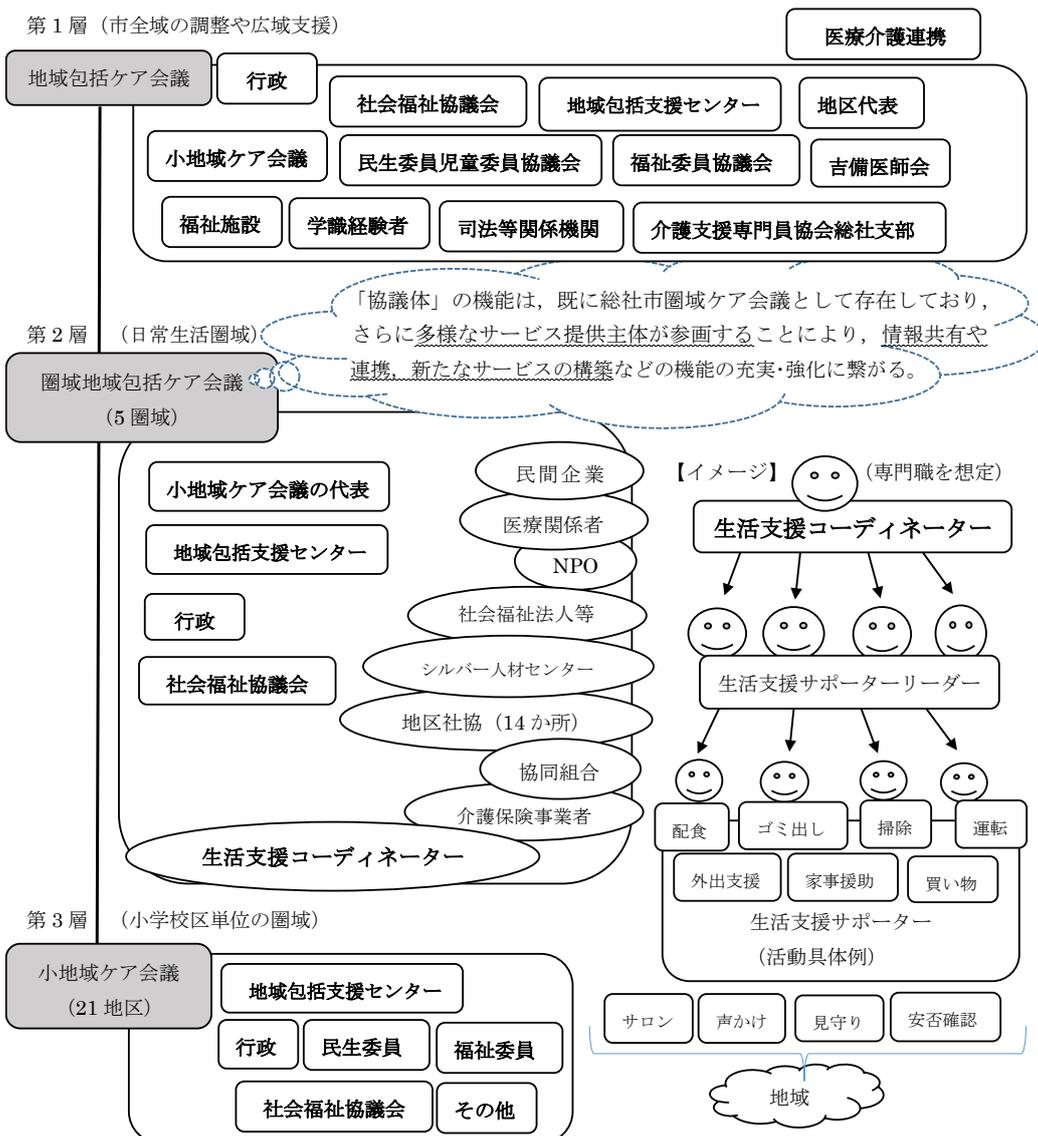
生活支援体制整備事業

○協議体（H28.4～）

- ・市町村が主体となり、生活支援コーディネーターと多様なサービス提供主体が参画。
- ・「定期的な情報共有及び連携強化の場」として中核となるネットワーク。

○生活支援コーディネーターの配置（H28.4～モデル的に配置 H29.4～実施）

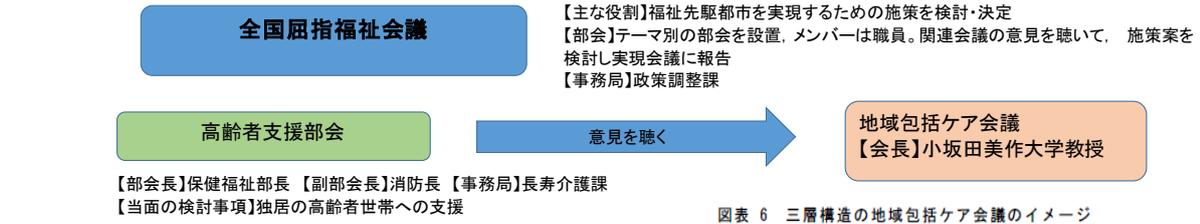
- ・地域で生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能（主に資源開発やネットワーク構築の機能）を果たす者。
- ・職種や配置場所は地域の実情に応じて多様な主体が活用できる仕組みとし、市や地域包括支援センターと連携しながら活動する事が重要。



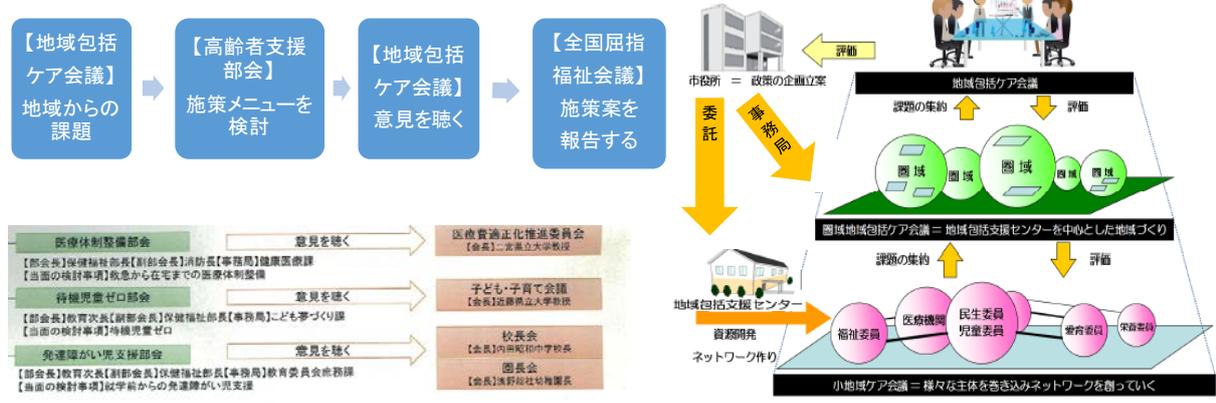
また、総社市は平成 27 年 12 月 3 日、平成 28 年度から 10 年間のまちづくり指針となる第 2 次市総合計画案で掲げた都市像「岡山・倉敷に並ぶ新都心 総社～全国屈指の福祉文化先駆都市～」の実現に向け、市幹部と有識者の計 25 人による全国屈指福祉会議を設置した。

その中の高齢者支援部会は、庁内横断的に多様な分野の職員が集い、高齢者のニーズ、課題を施策に反映すべく検討をし、地域包括ケア会議に諮りながら、全国屈指福祉会議へあげていく役割を担う。地域包括ケア会議は関連会議として位置づけられ、地域の実情に応じた取り組みによる介護予防の充実を図り、一人暮らしの高齢者やその予備軍の孤独感や孤立感からの脱却を目指し、具体的な施策を検討することとなった。

全国屈指の福祉先駆都市を実現するための検討体制を確立



図表 6 三層構造の地域包括ケア会議のイメージ



担い手の養成として、介護予防・生活支援サポーター養成講座を開催した。(H28. 1. 18～2. 24 の 6 日間 8 講座) 高齢者のちょっとした困り事を住民同士で助け合える活動に繋げる。実践活動の場に繋げられるように、コーディネーター (H28. 4～設置予定) と相談しながら、より良い形をめざす。組織育成と活動支援について検討中である。

主な取り組み内容等

(1) 仕組みの再構築: 協議体の設置に向けて

今まで取り組んできた市の仕組みと国が示す会議体の捉え方の整理を行った。

【発生した課題と対応策】

- ・既存の圏域ケア会議を協議体として位置づけることについてなかなか理解が得られなかった。
- ・会議・会議と様々な会議が開催されている中での大きな負担感があった。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・重ねて説明すること、図示して個別に繰り返しの説明が必要だった。

【取り組みの成果】

- ・将来像を示してくれるとわかり易い等、住民同士の連帯が高まり、地域レベルとして前向きな意見を頂けることが多くなった。
- ・施策へ繋げる道筋が見えやすくなってきた。

(2) 住民への周知

これからの介護予防の流れ、市の向かうべき方向性について住民へ周知する機会として、『いきいき百歳体操大交流大会 in 総社』を開催した。

【発生した課題と対応策】

- ・住民への周知方法。
- ・一定のインパクトを持って、舵を切る方向性を発信する必要があるがあった。

【工夫した点、苦勞した点、取り組みのポイント】

- ・市民会館を使つての大きな大会にしたので、準備が大変だった。
- ・内容の検討、普及啓発媒体のコンセプトを検討することに時間を要した。

【取り組みの成果】

- ・80代の女性から「もう百歳体操を卒業しようと思っていたけど、まだまだ頑張らなくては・・・と思えた」等感想が届いた。
- ・まだまだ頑張らなくてはならないと、住民に思ってもらうことが出来た。
- ・「協力できることがあったら言って欲しい」等、積極的な思いを行動に移そうとする住民がいることに気がついた。



4 総合事業の概要(予定)

現在、介護予防通所・訪問介護事業所と情報共有会議を経て、協議中。
 利用単価等については、平成28年6月を目途に検討中(下表は案)。

訪問型サービス					市町村名(総社市)
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サービスA (緩和した基準)	③サービスB (住民主体)	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 生活援助生活機能向上	【もっと生活支援サービス】 家事援助(調理・洗濯・布団干し・掃除機の使用) 衣替え・食品管理・ゴミの分別やゴミ出しなど 1時間以上かかりそうな援助内容	【ちょっと生活支援サービス】 日常的な家事(掃除(風呂・トイレ)拭き掃除・掃除機の使用)・買物・洗濯・簡単な調理・電灯・電池の交換・ストープや扇風機など季節品の出し入れ	機能訓練目的、改善を目指す。目的・課題を明確にし、生活機能の維持・向上を積極的に図る。トレーニング機器等を活用して、運動機能の回復・向上を目指す。⇒卒業生は支え手になる。	移動前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	①日常生活に支障があるような症状・行動を伴う認知症の場合(Ⅱb以上)、被害的言動のある方の遠隔遠慮で集中的に適切な取り組みが必要な場合。またはがんのケアがし等医療ニーズの高い介入が必要な場合、疾患を有する場合	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	対象者の要支援者 ④介護予防・生活支援サービス事業対象者 生活支援コーディネーターを軸として、市指定の障害児支援の生活支援サポーター		
実施方法	事業者指定		補助	事業者指定	
ケアマネジメント	ケアプランを作成、モニタリングを実施			ケアプランを作成、モニタリングを実施	
基準	予防給付の基準を基本的に市町村が規定		一定額の利用料	予防給付の基準を基本的に市町村が規定	
単価等	国が示す単価			検討中	
利用者負担	介護給付の利用者負担割合(1割又は2割)			介護給付の利用者負担割合(1割又は2割)	
限責管理	有り			有り	
想定されるサービスの提供者	訪問介護事業所の訪問介護員		ボランティア主体	通所型サービスC委託先事業所	

通所型サービス					市町村名(総社市)
基準	現行の通所介護相当	多様なサービス			生活機能向上型
サービス種別	①通所介護	緩和した基準	住民主体	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	1日定期的に過ごす 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	身体介護 送迎あり	住民主体による要支援者を中心とした自発的な通いの場 (居場所)体操、趣味活動、会食 週1回以上、2時間以上、食の提供	リハビリテーション専門職が効果的に介入することにより、機能訓練目的、改善をめざす目的を明確にし、生活機能の維持・向上を積極的に図る。 トレーニング機器等を活用して、運動機能の回復・向上を目指す。1.2W → 卒業生は支え手になる。 訪問型サービスCとして ⇒訪問指導加算:糖尿病・糖尿病予備軍の 対象者への訪問及び指導/5回以内 等	インフォーマルサービス (市場で提供されるサービス等)
対象者とサービス提供の考え方	・認知症 Ⅱb以上 ・被害的言動(精神障がい者) (事業所実態把握データ27/379) ・難病 ・がん ・心疾患 ・呼吸器疾患(OOPD等/在宅酸素) ・急性・進行性疾患 (事業所実態把握データ18/379)	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	入浴目的(100/379) 短時間利用	要支援者など	
実施方法	委託		補助	委託	
ケアマネジメント	ケアプランを作成、モニタリングを実施			ケアプランを作成、モニタリングを実施	
基準	予防給付の基準を基本的に市町村が規定		個人情報保護等の最厳格の基準	予防給付の基準を基本的に市町村が規定	
単価等	国が示す単価			検討中	
利用者負担	1割(食費などは別途実費)			1割(食費・入浴料・材料費などは別途実費)	
限責管理	有り				
想定されるサービスの提供者	介護保険事業所		ボランティア主体	介護保険事業所	

【1自治体】サービス自慢 ～住民力がすごい！～

介護保険制度の改正、総合事業の説明、様々なことを住民に対し投げかけ、協議を重ねている。

総社市の住民は『小地域ケア会議』等で自分たちの地域について自分たちで考える・意見することを重ねてきているため、良いことは良い、納得いかないことは納得いかないとハッキリと言う。

住民が求めているものは何なのか、という議論が住民とともに出来ることは、とても幸せなことで、議論するパワーが必要だし、力量も試されるが、とても楽しみながら、時に喧々囂々と議論し、ひとつひとつレンガを積むように形作っていくことに喜びを感じている。これからの総社スタイルを模索しているところである。

5 取り組みのポイント

1

○住民主体の取り組みとして、いきいき百歳体操が133箇所に広がり、さらに、交流大会で刺激を受けた住民が、食の提供等、積極的に検討し始めている、住民力がすごい！！

○生活支援体制整備事業については、様々な意見をいただいたところだが、「一生懸命だからこそ厳しいことも言うのだ」、「どうしても良いと思っていれば意見なんて言わない」、「新しいことをはじめる時には色々大変なものだ。一緒に頑張ろう」等、住民が自分たちの課題として時に厳しく、時に心強く、行政のパートナーとして存在してくれている。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

介護予防をめざし、自立性を向上させるには「活動的な生活」を送る必要があることから、「今日行くところ（居場所）」と「今日用事があること（出番）」が必要であり、気軽に集い、仲間と出会うことが出来る憩いの場づくり、活躍の場が必要だと考えた。

多くの高齢者が、「年だから仕方がない」「もう介護保険の申請をしなければならぬ」、そうつぶやきながら、加齢に伴う体力・意欲の低下を仕方がないことだと思っているのではないかと。

体力・意欲の低下した高齢者や少しあきらめかけた高齢者を元気にするには『いきいき百歳体操』等、地域の繋がりの中に参加し、住民同士のパワーで「元気でこれからも頑張っていこう」と思ってもらえることが大切で、どんなに効果的な総合事業を企画しても、そこへの参加だけでは不十分なのではないかと思う。

男性については、なかなか「いきいき百歳体操」への積極的な参加が得られにくかったが、全国屈指福祉会議の流れで、高齢者の就労についても議論されることとなった。男性は、特に『役割』『意味づけ』が重要であることから、一言で介護予防と言いつつ、様々な選択肢が市内に沢山あることが総社市の豊かさに繋がると考えた。

住民、地域包括支援センター、行政、介護保険サービス事業所等、様々な関係者と介護予防・自立支援についての規範的統合を進めるとともに、介護予防として効果のある総合事業の企画、効果的な地域ケア個別会議の開催とアセスメントに基づく介護予防ケアマネジメントによる事業への参加、そして、早く『いきいき百歳体操』等、地域の繋がりの中に高齢者を戻していただき、その人らしく生活していただけるよう協議を重ね、企画していく。

【個別の課題と展開方針】

◎高齢者の居場所が必要

高齢者の居場所として「いきいき百歳体操」への参加を奨励するとともに、体操の他に食事会や調理実習を付加するなど、会場ごとの個性化を図ることで、これまでの通所介護に代わる魅力的なスタイルへの変遷をめざす。地域のサロン等とも連携・協力し、要支援者の居場所を増やす。

◎生活支援サービスの体制整備の推進

電球の交換やゴミ出し、軽度な支援を必要とする高齢者の需要に対応するため、地域の実情に合わせた多様な生活支援サービスを供給する「生活支援サポーター」を養成するとともに、NPO、各種団体、民間企業等にも協力を働きかける。

◎地域を支える担い手の確保と育成

元気な高齢者が、豊富な知識や経験を活かし、ボランティア活動等を通じてその能力を地域に還元できるよう、就労機会や地域活動、様々な形の社会参加についての情報提供を行う。

また、働く意欲のある高齢者に対しては、生きがいを持って地域で活躍できるよう、シルバー人材センターや民間の支援サービス事業所等の紹介を行い、介護予防につなげる。

◎支援者は、“利用者がサービス利用後にめざす姿”をどう引き出すか？そして、どう近づけるか？～多職種専門職の参画による、卒業に向けた介護予防の取り組み

三重県 いなべ市の取り組み

1 移行のねらい

取り組みの背景

いなべ市では、平成 24～25 年度にかけて国のモデル事業「介護予防強化推進事業」に取り組み、従来の二次予防対象者に対する介護予防事業とは別に、目標設定期間を 3 か月間とする短期集中型の通所型プログラム「足腰を鍛える健康ハッスル教室」、自宅での機能訓練や訪問指導を行う「作業療法士訪問」、生活支援サービスとして家事支援や外出支援を行う「えぷろんサービス」を開始した。

当該モデル事業では、地域包括支援センターのプラン担当者が利用者と面談を行う際、93 項目からなるアセスメントシートを用いて日常生活における課題分析を行うとともに、月 1 回、多職種から構成した「個別ケア会議」を開催し、通所型、訪問型、生活支援の一体的なサービス提供を視野に入れた支援内容の検討や、課題の抽出、利用の評価等を行った。

この取り組みにより、個別支援におけるケアマネジメントの視点が、行政や地域包括支援センターに定着したとともに、更に地域包括支援センターでは、支援対象となる高齢者を当該事業へ利用調整する過程を経て、アセスメントからの課題分析、利用者の意欲を引き出す目標設定、サービス利用後にめざす姿にどう近づけるかの視点を養うことができ、より介護予防効果の高い利用者のスクリーニングが行えるようになった。

また、全国的な平均値と比べれば、もともといなべ市の介護認定率は低い数値ではあったが、特に要支援認定者において、平成 25 年度以降、介護予防サービス利用者数（給付管理件数）が、要介護認定者数の増加に逆行して減少に転じた。

モデル事業が終了した翌年度においては、いなべ市独自の取り組みとしてモデル事業の内容を発展させ、平成 27 年度は新しい総合事業への移行を視野に入れながら、細部の見直しと再構築を行った。そして、いなべ市では、平成 28 年度から新しい総合事業を開始する。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ) ※平成 27 年 10 月 1 日現在

- 1 総人口・・・45,997 人
- 2 高齢者人口・・・11,619 人（前期高齢者：5,937 人、後期高齢者：5,682 人）
- 3 高齢化率・・・25.26%（員弁：22.1%、大安：21.9%、北勢：27.4%、藤原：33.8%）
- 4 認定者数・・・1,896 人（第 2 号被保険者含む）
- 5 認定率・・・15.9%
- 6 第 6 期介護保険料・・・65,108 円（基準年額、全 12 段階）
- 7 自治会数・・・121 自治会
- 8 民生委員数・・・101 名
- 9 老人クラブ数・・・68 団体（会員数：9,785 人）
- 10 医療機関数・・・総合病院 1、病院 3、開業医 35※
- 11 開業医の内訳※・・・内科 12、歯科 17、眼科 3、耳鼻科 1、整形外科 2

- 12 地域包括支援センター・・・・・・・・・・ 1箇所（委託）
- 13 居宅介護支援事業所数・・・・・・・・・・ 12事業所
- 14 居宅サービス事業所・・・・・・・・・・ 62事業所（うち、通所介護 32、訪問介護 5）
- 15 施設サービス事業所・・・・・・・・・・ 15事業所（うち、特養 3、老健 2、有料 6、サ高住 3）
- 16 認知症サポーター数・・・・・・・・・・ 6,553人（キャラバンメイト数：63人）
- 17 シルバー人材センター登録会員数・・・・ 762人（就業率：97.9%）
- 18 平均寿命（2013年）・・・・・・・・・・ 男性：79.2歳、女性：86.8歳
- 19 健康寿命（2013年）・・・・・・・・・・ 男性：77.3歳、女性：81.9歳
- 20 介護が必要な期間（2013年）・・・・・・ 男性：1.9年、女性：4.9年（＝平均寿命－健康寿命）

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

地域包括支援センターとガイドライン等の勉強会（27 年 4 月～6 月）

総合事業の内容確認、事業導入までのスケジュール確認（27 年 6 月～8 月）

総合事業の種類、料金、対象者見込み等の検討（27 年 8 月～11 月）

介護予防ケアマネジメントモニター募集、新様式の試用開始（27 年 10 月～）

サービス事業所管理者向け総合事業説明会の開催（27 年 11 月）

28 年度からの介護予防個別ケア会議の開催調整（27 年 11 月～）

電算会社との調整・打合せ、介護保険システムの導入（27 年 11 月～12 月）

28 年度予算の作成（27 年 11～12 月）

国保連合会との調整・打合せ（27 年 12 月）

【平成 28 年 1 月～移行まで】

ケアマネジャー、デイサービス職員向け介護予防研修会の開催（28 年 1 月）

総合事業実施にかかる要綱及び規則等の告示準備（28 年 1 月～3 月）

ホームページ、広報誌、パンフレット等での制度改正周知（28 年 2 月初旬～）

窓口対応におけるマニュアル・フローチャートの作成、担当者間の打合せ（28 年 2 月）

市民向け（民生委員、老人クラブ含む）説明会（28 年 3 月）

事業所向け説明会（28 年 3 月）

総合事業としての委託契約等の締結準備（28 年 3 月）

既サービス利用者への制度説明（28 年 3 月）

国保連合会とのサービスコード及び事業者登録調整（28 年 3 月末）

新しい総合事業に
移行（平成 28 年 4 月）

総合事業への移行までの取り組み概要

平成 26 年度において、平成 24～25 年度に実施した介護予防強化推進事業の取り組みを、いなべ市独自のメニューとして発展させ、介護予防事業実施の基本ルールとして定着させた。

平成 27 年度においては、総合事業への移行を視野に入れ、介護予防事業を一次予防対象者事業と三次予防対象者事業として実施し、従来の二次予防対象者のほか、三次予防対象者となる要支援認定者の一部を一次予防事業に含め、事業の一元化を行った。

当初は平成 27 年 10 月 1 日からの総合事業導入を予定していたが、総合事業のガイドラインの読み解きや、市内にある地域資源の洗い出し等を行った結果、総合的に判断して、移行時期を平成 28 年 4 月 1 日からに変更し、段階的に予防給付から総合事業への移行を行うこととした。

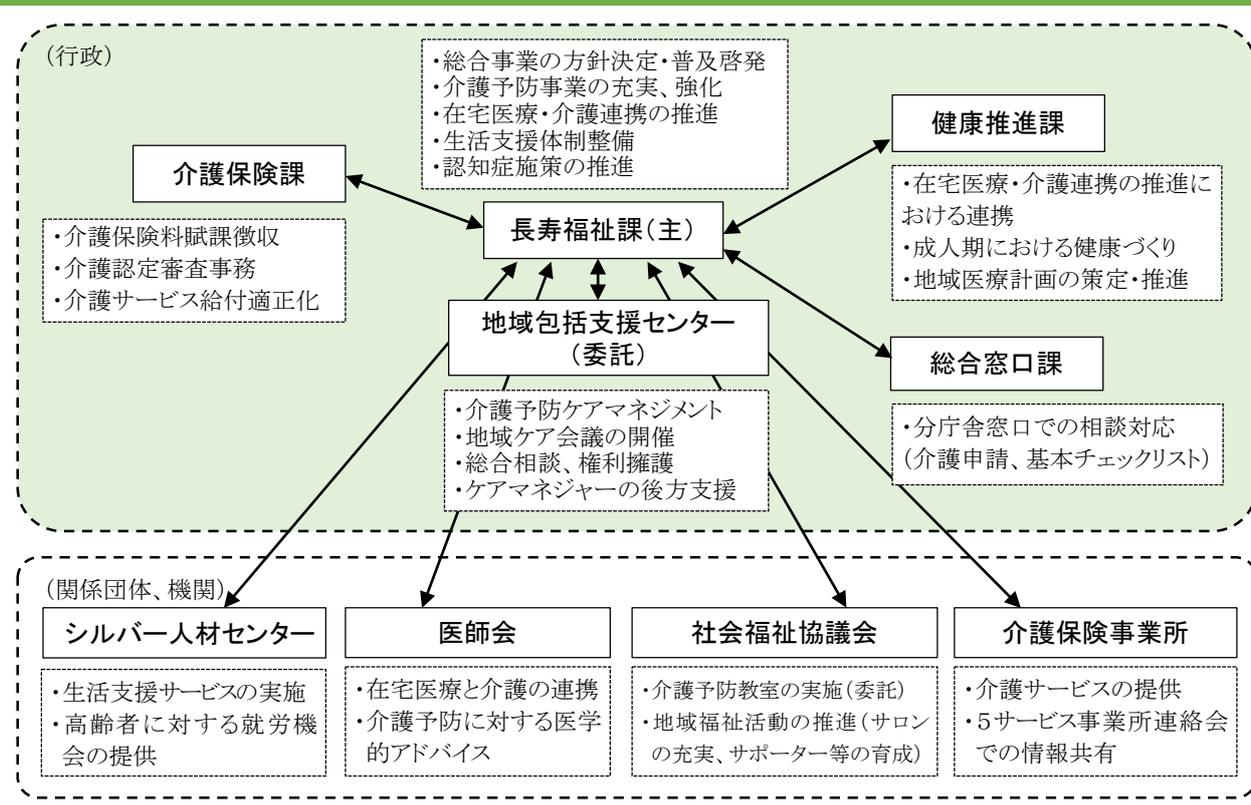
平成 26～27 年度にかけては、厚生労働省地域包括ケアシステム情報支援事業へ参加し、全国で総合事業への早期移行を行っている先進市町の取り組み事例等を参考にしながらも、今回の大きな制度改正となる予防重視型への転換期において、単なる表面上の移行作業で終わらせるのではなく、いなべ市の実情に合った、これまでの取り組みを無駄にしない形での総合事業移行をめざすこととした。

平成 27 年度は総合事業導入に向けた準備期間として、地域包括支援センターやケアマネジャー、サービス事業所、MSW等に対し、説明会や研修会を開催して、総合事業のめざす姿等の説明を念入りに行った。

平成 27 年 10 月からは、総合事業の導入を半年後に控え、新しいケアプラン様式等を試用開始したほか、介護予防プランを委託しているケアマネジャーから初期モニターを募集し、総合事業導入前に介護予防個別ケア会議への参加や事例提出等を促し、新たな事業導入後の雰囲気を一足早く体感してもらうことで、スムーズな総合事業の導入に向けて準備を進めている。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



(1)介護予防個別ケア会議の位置づけ

総合事業を利用する場合、すべてのケースについて、多職種が参画する介護予防個別ケア会議において支援内容や方向性を検討することをマニュアル化した。

【発生した課題と対応策】

- ・サービス利用におけるケアマネジメントの流れの中に、新しく介護予防個別ケア会議（以下、個別ケア会議）が位置づけられることについて、ケアマネジャーや事業所に戸惑いが生じる恐れがある。
⇒初期モニターの募集、介護予防研修会の開催
- ・個別ケア会議において検討する内容や、個別ケア会議に参加を依頼する専門職の人選をどうするか。
⇒卒業を前提とした支援内容の検討と専門職の人選（意識づけ）
- ・サービスを簡便に利用するためのツールとして基本チェックリストが位置づけられたが、個別ケア会議にかける手順が増えることで、サービス利用開始までに日数を要する恐れがある。
⇒2種類の個別ケア会議の設置と柔軟な相互活用

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・総合事業への移行半年前となる平成27年10月から、介護予防プランを委託している居宅介護支援事業所のケアマネジャーに、初期モニターとして個別ケア会議への参加と事例提出を促し、卒業をイメージした介護予防ケアマネジメントの考え方を事前に体感できるよう工夫した。
- ・平成28年1月には、ケアマネジャー向け、デイサービス職員向けに日程を分けて介護予防研修会を開催し、介護予防の視点や、卒業を前提としたサービス利用のあり方について理解を促した。
- ・個別ケア会議は2種類のタイプで開催することとし、居宅介護支援事業所への委託ケースが多く見込まれる要支援認定者については、作業療法士や理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士等が参加する「タイプA」で、地域包括支援センターが直接担当するケースが多い基本チェックリスト該当者（事業対象者）については、短期集中予防サービス担当者、保健師等が参加する「タイプB」で、それぞれ参加する専門職を区分した。
- ・個別ケア会議へ参加を依頼する専門職について、地域の実情を熟知し、会議以外の日々の活動の中で、会議の内容を活用してもらえ可能性の高い地域の身近な専門職にお願いした。
- ・専門職による支援が必要となるケースについては、どの職種の専門職にどの部分を指導してもらうかという具体的な内容まで会議の場で確認するほか、支援内容が過剰にならないよう、どれくらいの頻度で、どれくらいの期間、どれくらいの内容をしてもらうかについても検討範囲とした。
- ・地域で活動するケアマネジャーからの個別ケア会議見学を積極的に受け入れたほか、専門職の意識を高めるため、他市町からの視察研修等についても前向きに受け入れた。
- ・急いでサービスの利用が必要なケースについては、タイプAとタイプBの個別ケア会議について、柔軟に双方の会議を活用できることとした。
- ・できるだけ短時間で会議を進められるよう、資料については事前配布とし、参加者は事前に資料を読み込み、参考となる資料等があれば会議の場で提供してもらうことにした。

【取り組みの成果】

- ・プラン担当者にとって、個別ケア会議へケース案件を提出することは手間が増えるものの、多岐にわたる専門職からの助言や意見等により、新たな気づきが得られるほか、介護予防や自立支援の視点でのスキルアップが図られ、相対的にもケアマネジメント全体の目ぞろいにつながる。
- ・個別ケア会議で出された専門職からの意見等を反映したケアプランにより、その後、プラン担当者がサービス担当者会議を開くことで、本人や家族を含む支援者全員が自立支援に向け、意識を高く持てる。
- ・プラン担当者による評価と、利用者側の希望やサービス事業所側の評価に差異が生じた場合、個別

ケア会議で専門職から出される意見が、ガイドライン的な後ろ盾になる。

- ・ 予防が必要な高齢者について、早い段階で個別ケア会議の案件として上がってくるようになった。
- ・ 一旦は予防事業を卒業したが、状態が悪化して再度支援が必要な状態になった際は、早い段階で支援の流れに乗るようになった。
- ・ 予防事業担当者や地域包括支援センターでは、利用者が事業を卒業した後も、定期的に（年に1回程度）、その後の生活状況や身体状況に変化がないか状況把握を行うようになった。
- ・ 個別ケア会議を通して、プラン担当者だけでなく、専門職を含む参加者全員が自身の専門分野を超えて知識を高めることができ、支援における気づきやアセスメント力、評価の向上等につながった。

(2)卒業を前提とした介護予防事業の展開

社会福祉協議会への委託で実施する介護予防教室を短期集中予防サービス（通所型C）に位置づけ、基本6か月間での卒業をめざす。

【発生した課題と対応策】

- ・ ケアマネジメントの過程において、予防効果や成果を評価するためのツールが必要。
⇒共通のアセスメントシートの位置づけ、個別ケア会議の活用（前述）
- ・ 単に卒業させるだけでは、一定期間後比較的短期間で、サービス利用に逆戻りしてしまう恐れがある。
⇒卒業後の通い先の確保

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・ 総合事業を利用する場合の目標設定期間を基本6か月とし、プラン担当者は93項目からなる共通のアセスメントシートを活用しながら、3か月目で中間評価、6か月目には最終評価を行い、予防事業利用における効果等の測定、評価を行うこととした。
- ・ 初期のアセスメントの段階で、本人がどのようになりたいのか？どのような生活を送りたいのか？という卒業後のめざす姿をイメージして目標を設定し、ケアプランに位置づけることとした。
- ・ 新しく総合事業を利用する場合は、必ず個別ケア会議での検討を義務付け、利用者の基本情報からアセスメント内容、目標の設定や支援内容、利用頻度に至るまで専門職で確認、検討を行うが、評価時においても、計画通り卒業できない場合、プラン担当者利用者等で意見が異なる場合、利用効果の評価に悩むケースの場合等については、再度個別ケア会議で検討を行うことにした。
- ・ 予防事業を卒業した後は、地域のサロンサポーター等が主体となって運営し、広域を対象としたサロン「四季の家」、予防教室の卒業生で運営する「はつらっクラブ」、地域で気軽に参加でき、概ね自治会単位で行われるサロン「ふれあいサロン」、地区の公民館等で運動、介護予防を共に楽しむ「元気リーダーコース」のほか、ボランティアとしての予防教室参加など、いずれかの通いの場に必ずつながるよう、本人への意識づけや橋渡しを行った。
- ・ 集団活動として実施する予防教室の担当者から得られる情報と、専門職が個別に自宅訪問等を行うことによって得られる情報との共有により、それぞれの視点から捉える状態像や解決方法の導き方の擦り合わせを行った。

【取り組みの成果】

- ・ 利用者が卒業後のイメージを持ちながら予防事業へ参加することにより、サービス利用日以外の日であっても、自宅で取り組める自主体操などの活動や、生活の中で気をつけるべきことなどが、生活習慣の中での介護予防の取り組みとして意識付けられ、自助の意識が高まる。
- ・ 参加者同士の横のつながりが増えることで、地域のあちこちで活動の輪が広がれば、新しい地域の助け合いや通いの場として社会資源の形成につながるとともに、日頃の生活（介護予防の効果）をお互いに見守り、確認し合える互助の関係づくりが期待できる。

いなべ市介護予防・日常生活支援総合事業の流れ(平成28年度～)



4 総合事業の概要(予定)

(注) 費用負担割合について、一定以上所得者は1割負担が2割負担になります。

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		
種別	訪問介護相当	訪問型サービス A(緩和した基準によるサービス)		
		作業療法士訪問	管理栄養士訪問	歯科衛生士訪問
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	作業療法士による機能訓練指導	管理栄養士による栄養管理指導	歯科衛生士による口腔衛生指導
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、サービス利用の継続が必要なケース ○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ケース ○退院直後で状態が変化しやすく、専門的支援が特に必要なケース など	○自宅での個別機能訓練指導が必要なケース	○自宅での個別栄養管理指導が必要なケース	○自宅での個別口腔衛生指導が必要なケース
実施方法	事業者指定	委託	直接実施	直接実施
基準	予防給付の基準による	人員等を緩和	-	-
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	事業所職員	嘱託職員	嘱託職員
費用	国基準(1回あたり単価) (利用者は1割)	1時間 3,000円 (利用者は1割)	1時間 5,300円 (利用者は1割)	1時間 3,700円 (利用者は1割)

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		
種別	通所介護相当	通所型サービス C(短期集中予防サービス)		
		ハッスル教室	はつらつ教室	いきいき教室
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	足腰を鍛える介護予防教室	こころを元気にする介護予防教室	脳を活性化する介護予防教室
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、など	○運動器の機能向上プログラムの利用が必要なケース ・週2回6か月コース (10:00~12:00) ×2コース	○うつ・閉じこもり・外出促進が必要なケース ・週1回6か月コース (10:00~12:00)	○もの忘れ予防のプログラムの利用が必要なケース ・週1回6か月コース (10:00~15:00)
実施方法	事業者指定	委託	委託	委託
基準	予防給付の基準による	独自基準	独自基準	独自基準
サービス提供者	通所介護事業者の従業者	社協職員	社協職員	社協職員
費用	国基準(1回あたり単価) (利用者は1割+昼食代等)	契約内容による (利用者は1回 300円)	契約内容による (利用者は1回 300円)	契約内容による (利用者は1回 500円+昼食代)

③その他の生活支援サービス

種別	えぶろんサービス
内容	日常生活における家事支援、外出支援、ゴミ出しなど
対象者とサービス提供の考え方	身のまわりの生活支援が必要なケース(30分コース、60分コース)
実施方法	委託
サービス提供者	シルバー人材センター登録会員
費用	契約内容による(利用者は30分コース:50円、60分コース:100円)

【1自治体】サービス自慢】～元気リーダーコース～

- ・いなべ市における一次予防対象者事業の1メニューとして実施している運動器機能向上事業（元気づくりシステム）は、一般社団法人「元気クラブいなべ」への委託事業として実施しており、「にこやか集会所コース」「元気リーダーコース」の2つのコースを途切れなく、一体的に実施することで、「介護予防」から「健康づくり」へ、「平均寿命」から「健康寿命」へ、更には、「元気寿命」を延ばすことを意識した事業展開ができる形を整えている。
- ・元気づくりシステムは、平成14年4月から通所型の「拠点コース」として始まり、合併前の旧町毎に市内4箇所の体育館等で実施していたが、平成19年4月から出前型の「集会所コース」を新設し、専門のコーディネーターが各地区の集会所等へ出向き、運動を中心に、1回90分間、体操やウォーキング、ボール運動を行うこととした。
- ・集会所コースでは、実施期間を6か月間として卒業という概念を取り入れ、これまで市内約120箇所の自治会のうち、100箇所の自治会で事業を実施。より身近な場所で、近所の人同士が体操できる環境が整ったことで、開始から6か月を迎える頃には、参加者1人ひとりに運動習慣が身についた。
- ・平成20年10月からは、その集会所コースの修了者の中から元気リーダーを育成し、集会所コース終了後も元気リーダーが指導者となって、集会所等で引き続きストレッチ体操等を行う、自主型の「元気リーダーコース」がスタートした。
- ・平成27年度、元気リーダーコースの開催箇所は市内で74箇所、元気リーダーは471名で、その活動のほとんどが週2回、地区の身近な集会所等で開催されており、介護予防としてより効果的な形態として市内全域に位置づいている。
- ・元気リーダーコースで取り入れている基本体操は、「まいまい体操」と名付けた準備・整理体操のほか、筋力アップ体操の「三種の神技」、「5呼吸10種のストレッチ」の3種で、いつでも、どこでも、誰でも無理なく簡単に続けられる体操であり、高齢者にとって最も重要な筋力を、効率よく安全に鍛えていく運動生理学に基づいた内容になっている。これにより、要介護の人や90歳以上の人、認知症の人でも参加している地区がある。
- ・基本体操以外には、集会所毎に2～3kmのウォーキングや、レクリエーションとして風船バレーボール等を取り入れている箇所も多くあり、仲間と共に楽しみながら、日常生活を過ごしやすくするための筋力アップや身体づくりが行えるようになっている。更には、休憩時のお話会等を組み合わせ、より楽しく継続的に行えるよう、元気リーダーや参加者で工夫も行っている。
- ・このほか、元気づくりシステムでは、元気リーダーのフォローアップとして、2か月に1回、市内全域を対象とした元気リーダー同士の「情報交換会」を開催している。
- ・元気リーダーコースを含むこの元気づくりシステムの効果は、高齢者の受診回数の減少や医療費の抑制といった健康増進・介護予防面での効果だけでなく、地域における友人や知人との付き合いが活発化し、そのことが地域活動の原点となり、子育て支援、防犯活動、高齢者の見守りなど、地域活性化の効果にもつながっている。
- ・元気づくりシステムは、第3回健康寿命をのぼそう！アワード（平成26年度開催）、介護予防・高齢者生活支援分野で評価され、厚生労働大臣優秀賞を受賞した。

5 取り組みのポイント

1

○地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターは社会福祉協議会への委託により、現在、市内1箇所で開催されている。市の長寿福祉課と地域包括支援センターでは、総合事業導入に向け、綿密な打ち合わせを重ねながら、共通認識の上で、利用者の自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの考え方、ケアマネジャーの質の向上、介護予防個別ケア会議の運営など、スムーズな総合事業の導入と効果的な実施を視野に入れ、事業展開を行っている。

○サービス事業者との顔の見える関係と体制づくり

市内にある介護サービス事業所において、各サービス部門ごとに5つの連絡会を設置しており、行政からの事業説明や情報共有の機会として活用するほか、各事業者間の横のつながりを持つ機会として活用することとしている。

また、総合事業の導入にあたっては、予防重視型への転換を図る大きな節目となるものであり、各連絡会としての意見を集約できる機会としても役立てられる。

2

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

全国的に少子高齢化や核家族化が今後ますます進行し、高齢者の単身世帯等が増加していく中で、いなべ市では比較的持ち家率が高く、親との同居率も高いものの、近年の家族形態や就労形態の変化等に伴い、介護問題を家族内や介護サービスの利用だけで解決することは難しい状況になってきている。

山間部では外出時における移動手段の確保が厳しく、団地部では地域のつながりが希薄となっており、通所型、訪問型、生活支援の一体的な予防事業の実施にあわせ、サービス卒業後においても歩いて通える地域の集いの場の確保と、平常時の見守りや安否確認など、自助・互助の取り組み強化を推進していく。

こうした各地区における介護予防への取り組みから、人と人とのつながりができ、それが輪となり、自立に向けた大きな力となって地域づくりにも発展するような仕組みづくりを行う。

【個別の課題と展開方針】

◎住民自らが介護予防に取り組む姿勢が必要

サービスを利用している時間帯だけでなく、高齢者が日常生活の中で、自主的に介護予防に対する意識を持ち、取り組みが進められるよう、通所型サービスのほか、訪問型サービスや生活支援サービス、インフォーマルサービス等の有効利用も視野に入れ、ケアマネジメントを行う。

◎事業者と利用者による卒業に向けた取り組みの推進

サービスの利用を目標にするのではなく、支援者が利用者に対して、サービス利用後の姿を明確にイメージできるよう、サービス利用の主旨や目的等を説明し、達成目標を提案することで、本人や家族、サービス事業者等が共通認識のもと、同じ方向に向かって介護予防に取り組む。

◎地域における通いの場と住民相互の支え合いの充実

一定期間のサービスを利用したら支援が終了するのではなく、サービス利用開始時や、サービス利用中からでも、サービス利用者同士の横のつながりを大事にしたり、地域とつながりが持てる場づくりにより、自分たちで相談や見守りができる体制づくりを側面的に支援する。

◎元気な高齢者の活躍の場づくり

元気な高齢者が地域の通いの場であるサロン等の担い手になることはもちろんのこと、予防事業の卒業者も、担い手として通いの場の運営に携わったり、支援者側となってボランティアで活躍するなど、元気になった高齢者の活躍の機会を増やしていく。

◎憩いのサロンから広がるまちづくり

～高齢者が安心していきいきと暮らせるまちをめざして～

愛知県 武豊町の取り組み

1 移住のねらい

取り組みの背景

武豊町は平成 25 年頃から、福祉課課長補佐を中心に福祉課、健康課、地域包括支援センターと総合事業についての話し合いを始め、総合事業への移行時期を平成 29 年 4 月とした。

しかし今年度 4 月、中心人物である課長補佐の異動、福祉課職員の減員による職務の担当替えのため、新たなワーキングメンバーによる、ほぼ 0 からの再検討が始まった。これまでの話し合いに参加していたメンバーもいたが、そもそも総合事業とは何なのか、何から始めていけばいいのか、どんなサービスがあるのか等分からないことばかりにぶつかり、検討作業が止まってしまった。

一方でいろいろな研修では、早期移行を推進する内容が聞かれたり、武豊町の「憩いのサロン」が先駆的事业として取り上げられたりして、気持ちばかりが焦った。

でも協議の結果、こんな時だからこそ改めて、時間をかけてでも、無理せず今の私たちでやれるところから、身の丈に合ったやり方で、武豊町らしい形を作り上げていこうと決めた。

わが町の介護予防事業の目玉、「憩いのサロン」の立ち上げ当初のキャッチフレーズは、「楽しく、無理なく、介護予防」である。今、この言葉を念頭に、職員も楽しく無理なく、総合事業への移行作業を進めている。

「憩いのサロン」は、近隣の大学からとの協働で、一次介護予防事業として平成 19 年度から運営している。町内に高齢者の集いの場を複数開設しながら、運営のボランティアを育成し、地域で互いに支えあう仕組みづくりに取り組んできた。そして、その立ち上げプロセスに最初から住民がいたことが、武豊町の特徴だと思う。

移行に向けて、ようやく今スタートラインに立った状態で、まだ何も形が出来上がっていないが、憩いのサロン立ち上げの時のように、住民と協働で、高齢者が安心していきいきと暮らせるまちづくりを推進していきたい。

地域の状況(高齢者データ、地域資源データ)

- 面積 25.92 km²(東西 4.8 km 南北 6.5 km)
- 総人口 42,744 人 世帯数 17,335 世帯 (平成 27 年 4 月 1 日現在)
- 高齢者数(率) 9,998 人 (23.4%) 一人暮らし高齢者数 472 人
 - 前期高齢者 6,001 人 (前年比 4.1%増)
 - 後期高齢者 3,997 人 (前年比 3.5%増)
- 認定者数(率) 1,356 人 (13.6%)
- 介護給付費 平成 24 年度 1,830,125,719 円
 - 平成 25 年度 1,925,003,319 円
 - 平成 26 年度 2,025,124,654 円
- 介護保険料(月額) 第 5 期 4,780 円
 - 第 6 期 4,850 円

2 総合事業への移行に向けたスケジュールと取り組みの概要

スケジュール

【～平成 27 年 12 月末まで】

総合事業移行に向けた担当者会議(介護予防事務担当者会議・地域包括支援センター事務担当者会議)
(25 年 10 月～)

地域ケア会議学習会(26 年 5 月～27 年 3 月)

在宅介護サービス利用実態調査・
関係機関ヒアリング(26 年 7 月～26 年 10 月)

新サービスの構成案作成(27 年 4 月～27 年 11 月)

予防通所介護・予防訪問介護の利用状況と
地域資源の把握(27 年 4 月～27 年 12 月)

庁内への周知・庁内連携の確認(27 年 4 月～27 年 12 月)

町単独事業(介護保険外サービス)の見直し
(27 年 4 月～27 年 12 月)

指定事業者の参入意向
(27 年 10 月～27 年 12 月)

【平成 28 年 1 月～移行まで】

移行までの計画の策定
(28 年 1 月～28 年 3 月)

町内・近隣事業所への実態調査(28 年 1 月～28 年 6 月)

総合事業に関する要綱・指定基準等の整備(28 年 1 月～28 年 9 月)

既存サービスとの連携の検討・サービス
内容の具体化(28 年 4 月～28 年 9 月)

事業内容、料金形態等の検討
(28 年 4 月～28 年 9 月)

サービス利用者、一般住民への周知・説明(28 年 4 月～28 年 12 月)

総合事業に関する課内検討会議・受付事務に関する課内学習会(28 年 4 月～29 年 3 月)

国保連との調整・各種システム改修(28 年 4 月～29 年 3 月)

窓口用リーフレットの作成・広報
への掲載(28 年 10 月～28 年 12 月)

事業者への説明会(28 年 10 月～29 年 3 月)

総合事業新規申請の受付開始(29 年 2 月～)

新しい総合事業に移行(平成 29 年 4 月)

総合事業への移行までの取り組み概要

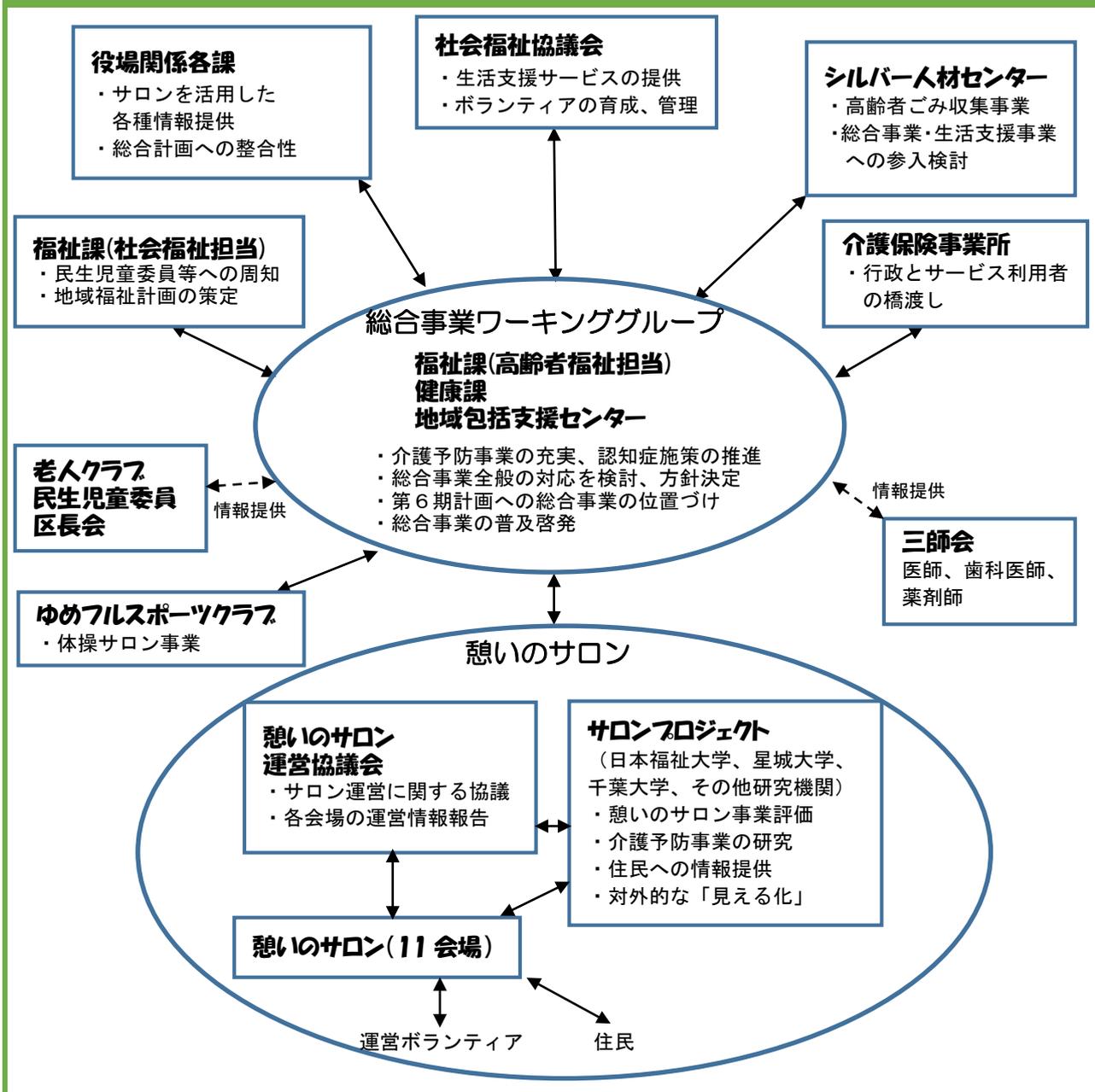
武豊町は平成 25 年頃から、福祉課課長補佐を中心に福祉課、健康課、地域包括支援センターと総合事業移行への取り組みを、定期的に開催していた、介護予防事務担当者会議・地域包括支援センター事務担当者会議において「総合事業についての勉強会」として始めた。

また、平成 26 年度には第 6 期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の策定に合わせ、介護サービス利用者調査、介護支援専門員向けサービス調査を実施し、移行の内容について検討をしていた。

平成 27 年度になり、福祉課のメンバーが変わったことで中断したが、改めてワーキンググループをつくり話し合いを再開した。現在は総合事業の構成案、移行スケジュールをもとに作業を進めている。

3 移行プロセスにおける主な取り組み

実施体制



(1)地域ケア会議の開催

個別の困難事例の検討から地域の課題を明確化し、地域に必要なサービスの検討を行う。

【発生した課題と対応策】

- ・会議の定例化。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

- ・多職種で行うことで多様な支援方法を見出すことができた。
- ・堅苦しい会議にならないように机の配置を半円にした。
- ・事例については共通認識を持てるよう、個別にメモ等は取らず、ホワイトボードに書き足していく方式とした。

【取り組みの成果】

- ・高齢者だけでなく、家族である障害者等個別の状況から、ニーズや地域資源の把握につながることができた。
- ・多職種で話し合うことで、それぞれの思いや、関わる家族の支援など多種多様な取り組みを共有することができた。

(2)高齢者世帯見守り・ごみ収集事業の開始

総合事業への移行を見据え、社会福祉協議会に委託していた「居宅生活支援ホームヘルプ事業」のうちのごみ収集の一部をシルバー人材センターに委託し、ごみ収集だけでなく見守りを兼ねた事業を開始した。

【発生した課題と対応策】

- ・ごみを集積所まで持っていけない虚弱な高齢者が多く、町単独事業として実施していた。

【工夫した点、苦労した点、取り組みのポイント】

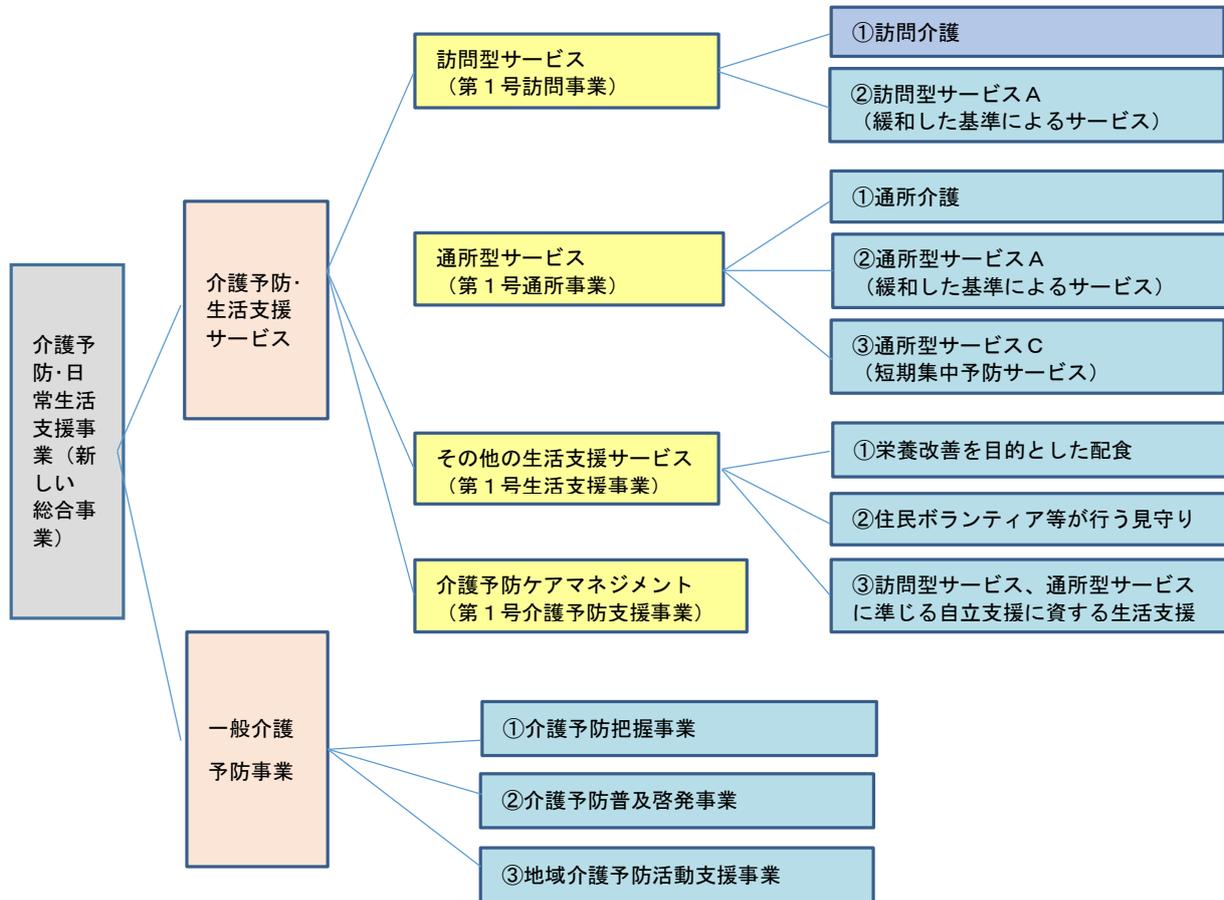
- ・自己負担分の支払いは事前にチケットを購入する方式にした。
- ・対象者をだれにするか。

【取り組みの成果】

- ・高齢者を活用することで共助、互助につながる。
- ・社会福祉協議会だけでなく、他の資源を使うことで事業の広がりを持たせることができる。
- ・費用を時間単価にすることにより、町の負担を抑えることができた。

4 総合事業の概要(予定)

《全体の構成》



《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
種別	訪問介護	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等
対象者とサービス提供の考え方	・すで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 ・身体介護が必要なケース	身体介護が不要なケース
実施方法	事業者指定	事業者指定／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	訪問介護員	主に雇用労働者
費用	1回当たりの報酬単価を設定	1回当たりの報酬単価を設定

《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
種別	通所介護	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	通所型サービスC (短期集中予防サービス)
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	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	・すで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 ・入浴、排せつ、食事等の介助が必要なケース	入浴、排せつ、食事等の介助が不要なケース	ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3か月の短期間で実施
実施方法	・身体介護が必要なケース	事業者指定／委託	委託
基準	事業者指定	人員等を緩和した基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者	予防給付の基準を基本	主に雇用労働者	地域包括支援センター 等
費用	訪問介護員	1回当たりの報酬単価を設定	1事業の必要経費

【1自治体1サービス自慢】～憩いのサロン その1～

「憩いのサロン事業」は、平成 19 年度から、町、社会福祉協議会、地域包括支援センター、近隣の大学が協働して一次介護予防事業として実施している。現在町内 11 箇所で「高齢者の集いの場」として開設しており、住民主体の運営のボランティアを育成し、地域で互いに支え合う仕組みづくりに取り組んでいる。

★憩いのサロンとは・・・身近な場所で高齢者が社会参加できる場

- ・高齢者が身近な場所へ定期的に集まって、趣味・体操・おしゃべり・ボランティアなど、地域のニーズに合った活動を自由に行ないます
- ・高齢者が歩いて通えるよう、町内 11 箇所で開所しています
- ・地域の人（年齢を問わないボランティア）が中心となって活動します
- ・各会場の実施内容は、地域の特性や参加者の希望に合わせて、皆で話し合って決めています
- ・町はボランティアの育成・PR、場所・資金の提供などで活動を支えます
- ・介護予防と地域づくり研究の面で近藤克則教授、竹田徳則教授始め、日本福祉大学・星城大学にご協力いただいています

★武豊町の目指すサロンの合言葉

みんなの笑顔があふれるサロン

ひとりひとりの思いを大切にするサロン

人と人がつながる出会いのサロン

※事業開始にあたり、ご協力いただいたみなさんで考えました

★会場では、体操・脳トレ・おしゃべりなどで楽しいひととき

- ・事前の参加申込みは要りません。開催時間中は自由に参加できます
- ・お茶を飲みながら、参加者同士で楽しく交流できます※参加費は一人1回 100 円（茶菓子代）
- ・健康体操や脳トレ、踊り、歌、季節の行事など、楽しく健康づくりができます
- ・子どもたちとのふれあいなど、世代を超えた交流を進めます

★高齢者から地域へ広がるサロンの輪

- ・地域の関係者や関係団体の協力や見守りのもとで活動します
- ・サロンに参加することで地域の人と顔の見える関係づくりができます



【1自治体1サービス自慢】～憩いのサロン その2～

★憩いのサロンの現状(平成 27 年4月1日現在)

- ・11 会場で開所中
- ・平成 28 年度中に2会場開所予定(総合計画目標値は平成 32 年までに 14 箇所)
- ・会場委託費 1会場 460,000 円(冷暖房費、会場使用料は別途)

会場名	開所日数	延べ参加者数	実参加者数	ボランティア登録数	開所年度
大足会場	12	1,076	151	28	H19
玉貫会場	24	1,384	197	28	H19
上ヶ会場	19	1,266	129	21	H19
馬場会場	23	1,748	185	30	H20
富貴会場	12	803	139	15	H20
東大高会場	12	677	142	17	H21
北山会場	11	555	98	23	H21
下門会場	34	2,332	222	38	H22
小迎会場	12	631	99	21	H24
中山会場	19	1,377	161	30	H24
市場会場	9	323	109	18	H26
合計	187	12,172	965	269	

5 取り組みのポイント

○連携・つながいを大切に

武豊町は面積約 26 km² (東西 4.8 km 南北 6.5 km)のコンパクトなまちで、日常生活圏域は1圏域、地域包括支援センターも1箇所のみである。委託-受託の関係だが、同じ敷地内にあることもあり、“ひとつの課”のような関係でもある。総合事業の移行を検討するにあたり、町だけで何ができるのか、どうしたらいいのか悩んだが、住民および事業所とのパイプ役の担っている地域包括支援センターとの連携なしには考えられず、福祉課、健康課、地域包括支援センターでワーキンググループを作ることになった。今スタートラインに立ったばかりだが、三人四脚で同じ目標に向かっていきたい。

6 今後の課題と展開方針

総合事業全体としての展開方針

～高齢者が安心していきいきと暮らせるまちづくり～

本町ではこれまで、すべての高齢者を対象にした生きがづくりや、身近な場所での介護予防を進めてきた。高齢者が社会の担い手として一層重要となっている中で、社会的な役割を持つことが生きがづくりや介護予防につながることを踏まえ本人の持つ力「自助」を活かし、地域の人やボランティア等の助け合い「共助」を支援し、保健・医療・福祉・介護保険などの「公助」を充実し、まちぐるみで『高齢者が安心していきいきと暮らせるまちづくり』を展開していく。

【個別の課題と展開方針】

◎協議体を早期に設置

協議体の設置については総合事業移行と同時期の平成 29 年 4 月を予定している。移行にあたっては、現状の把握・高齢者や家族のニーズ・地域資源の把握を図り、本町にあった生活支援サービスを検討していかなければならない。そのために早期に協議体を設置し支援体制の整備を進めないといけない。

◎医療連携の推進

本町には町営の病院がない。また、町と医療機関の連携も進んでいるとは言えない状況にある。今後、高齢者福祉事業の推進には医療機関との連携はますます欠かせないものとなる。

知多郡医師会の協力も得て推進を図っていきたい。