

平成 23 年度厚生労働省  
老人保健健康増進等事業

# 介護予防・日常生活支援総合事業の手引き

平成 24 年 3 月  
みずほ情報総研株式会社





<b>2 長崎県佐々町 .....</b>	<b>34</b>
(1) 取組までの経緯.....	34
(2) 総合事業実施のねらい.....	34
(3) 総合事業の方向性と実施に当たっての視点 .....	35
(4) 導入に向けて実施した準備作業：地域課題の確認 .....	35
(5) 総合事業推進のための基盤：介護予防ボランティアの活用 .....	37
(6) 事業概要.....	38
(7) 利用までの流れ.....	38
総合事業に取り組むに当たって .....	39
 <b>IV 介護予防・日常生活支援総合事業に関するQ &amp; A .....</b>	<b>43</b>
<b>1. 導入について.....</b>	<b>43</b>
<b>2. 総合事業で実施するサービスについて.....</b>	<b>44</b>
<b>3. サービスの提供主体について .....</b>	<b>46</b>
<b>4. 利用料等について .....</b>	<b>47</b>
<b>5. その他 .....</b>	<b>47</b>
 <b>資料編.....</b>	<b>49</b>

## 序章 介護予防・日常生活支援総合事業の創設に当たって

介護予防において目指すものは「高齢者本人の自己実現」と「生きがいを持っていただき、自分らしい生活を創っていただく」ことへの支援である。比較的若い時期からの疾病（生活習慣病）予防同様、高齢期には日々の生活を自立して暮らすために要介護状態等となることの予防、すなわち介護予防の取組が必須となる。一方、様々な基礎疾患を有していることも多く、身体状況が変化しやすい高齢者にとっては、介護予防も含め可能な限り住み慣れた地域・自宅においてその人らしく自立した日常生活を営むことが望ましく、そのために地域のさまざまな社会資源を活用し、連携し、適切に組み合わせる仕組み、すなわち地域包括ケアシステムを構築することが喫緊の課題ともなっている。

今回、要支援者と要支援状態となるおそれのある高齢者を対象として、介護予防と日常生活への支援とを切れ目なく提供する仕組みとして「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。本総合事業は、市町村の判断により、地域支援事業において、多様な人材資源を含む社会資源の活用を図ることにより、二次予防事業対象者から要支援者になった場合や、要支援者から二次予防事業対象者になった場合にも、自立支援が途切れることのないよう、適切なサービスを効果的に提供する仕組みであり、まさに地域包括ケアを具現化する第一歩と言っても過言ではない。介護予防・日常生活支援総合事業の活用については市町村の判断と裁量に任されている。このことは、本事業が自治体にとって比較的自由度の高い事業である一方、自治体の積極的取組と熱意、そして適切なマネジメントの能力も必要となることを意味している。

今後、益々進展する我が国の超高齢社会において、地域を基盤とした高齢者への自立支援に対する総合的取組は不可避である。この介護予防・日常生活支援総合事業が各自治体において有効かつ効果的に活用されることを強く期待している。

この手引きは、自治体の担当者等を含めた検討会において、計6回の議論を重ねて作成してのものである。介護予防・日常生活支援総合事業に取り組もうとする多くの自治体の担当者にとって参考となれば幸いである。



# I 介護予防・日常生活支援総合事業とは

## 1. 介護予防・日常生活支援総合事業の基本的考え方

### (1) 制度趣旨

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成 23 年法律第 72 号）により、地域支援事業の中に介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が創設された。

この総合事業は、市町村の主体性を重視し、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源の活用等を図りながら、要支援者・二次予防事業対象者に対して、介護予防や、配食・見守り等の生活支援サービス等を、市町村の判断・創意工夫により、総合的に提供することができる事業である。

### (2) 従来との違い

#### 【利用者の視点に立った柔軟な対応が可能に】

従来、制度上の制約から十分なサービス提供ができなかった部分についても、この総合事業により、利用者の視点に立った柔軟な対応や、既存の枠組みにとらわれないサービスの提供が可能となる。

具体的には、以下のような支援を充実することが可能となると考えられる。

- ・要介護認定において「要支援」と「非該当」を行き来するような高齢者に対する、切れ目のない総合的なサービスの提供
- ・虚弱・引きこもりなど介護保険利用に結び付かない高齢者に対する円滑なサービスの導入
- ・自立や社会参加の意欲の高い者に対する、ボランティアによるこの事業への参加や活動の場の提供
- ・生活支援の必要性が高い要支援者に対する、地域の実情に応じた、生活を支えるための総合的なサービスの提供

#### 【地域活力の向上に向けた取組が可能に】

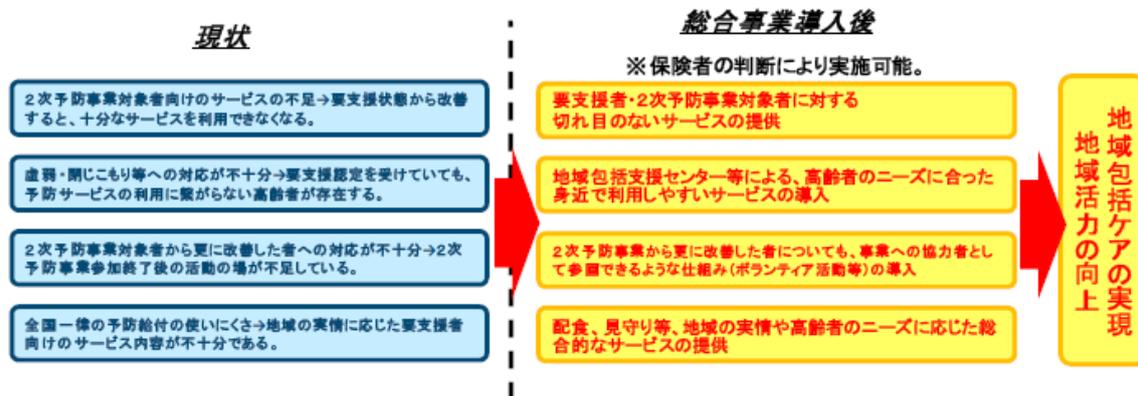
このように、総合事業の導入により、地域全体で高齢者の自立した生活を支援するための取組が推進され、高齢になっても、障害や疾病を有していても、地域で安心して暮らすことのできる地域づくり、すなわち地域活力の向上にもつながるものと考えられるため、各市町村が積極的に取り組むことが望まれる。

（☞詳細は【コラム】「“地域力”について」（14 頁）参照）

## 【地域包括ケアの実現に向けた取組が可能に】

なお、総合事業は、各市町村の主体的な判断による導入・活用が原則であり、この取組自体が、地域包括ケアの具現化につながる取組でもある。住民に対しては、ケアマネジメントに基づき、予防サービスや生活支援サービスを柔軟に組み合わせ提供できることから、利用者の状態像に応じた総合的なサービス提供が可能になる。そして、市町村の財政面に関しては、生活支援サービスについて2号保険料の投入が可能になる。

特に、これまでの地域支援事業では、要介護認定を受けている高齢者に対しては、各市町村が用意している非該当者向けのサービスを利用できないという制度上の制約があったが、この問題を解消する自由な制度設計が可能である。



## 【取組に当たってはニーズの把握と市町村の主体的な判断が必要】

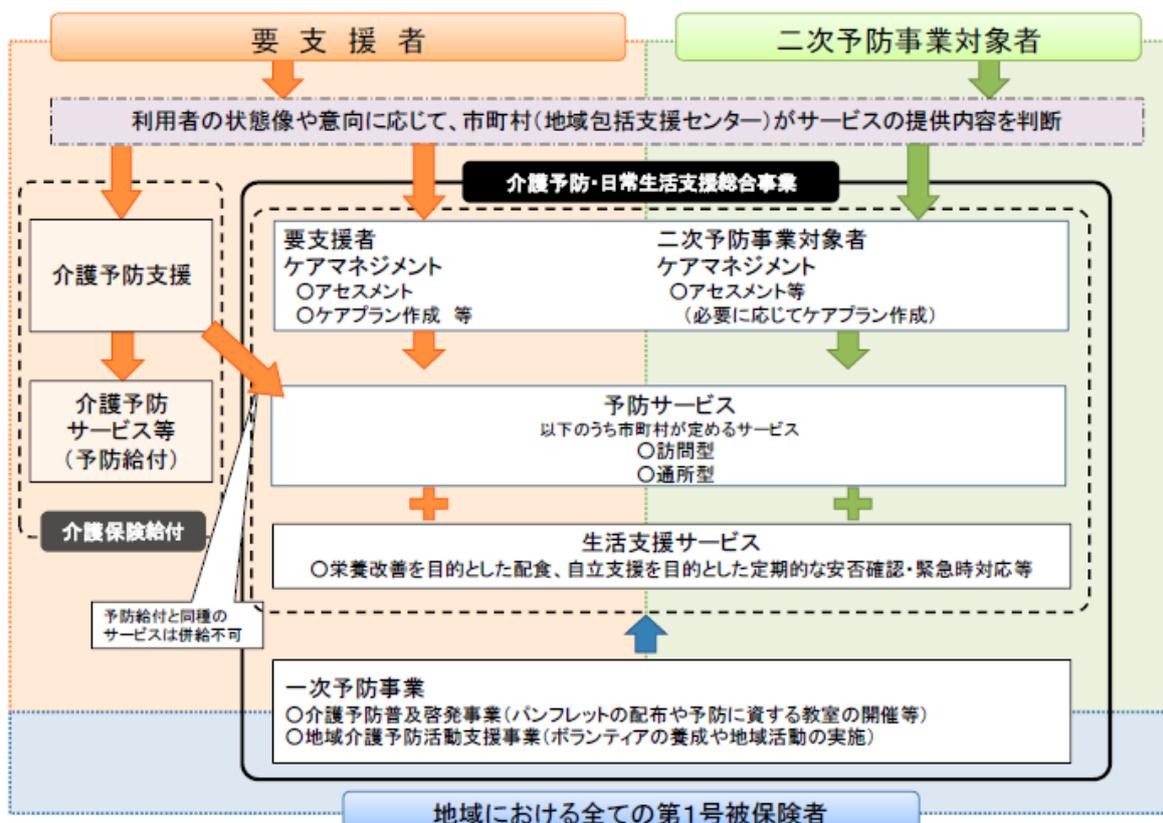
市町村の主体性を重視するという本事業のねらいは、地域の資源を十分活用して、今後の超高齢社会に適応した地域づくりを市町村が地域住民と協働して行うことにある。市町村は、まず自らの地域の高齢者の健康状態・ニーズを把握し、加齢に伴い支援が必要になっても、地域において安全・安心に暮らしていくためにはどのようなサービスが必要なのか、また、どのような地域の社会資源等が活用可能なのかを考える必要がある。なお、総合事業は、地域のコミュニティ（地域住民、行政、民間事業者、ボランティア等）により支えられていくことが求められており、必要な供給量・質を考えると、新たなコミュニティビジネスの創出も必要とされるため、各市町村においては、総合事業を推進するための基盤整備も必要である。したがって、高齢者福祉所管課のみならず健康づくり所管課や、コミュニティビジネス、NPO、ボランティアとの関わりのある所管課や社会福祉協議会等の関係団体との連携も不可欠である。

これらの連携により、介護予防と健康づくり、そして地域づくりを一体に取り組んでいくことが期待される。

## 2. サービスの内容

### 【サービスの主な内容】

総合事業は、要支援者および二次予防事業対象者に対して、「予防サービス」「生活支援サービス」「ケアマネジメント」の全てにおいて総合的に実施する事業である。



この「予防サービス」「生活支援サービス」「ケアマネジメント」それぞれの主な内容は次に示すとおりである。

## 各事業の主な内容

<p>予防サービスに係る事業</p>	<p>○予防サービスに係る事業は、要支援者及び二次予防事業対象者に対して、訪問型予防サービス、通所型予防サービス等のうち市町村が定めるサービスを行う事業とする。</p> <p>○要支援者に対しては、訪問型予防サービス及び通所型予防サービス以外の介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスのうち市町村が定めるサービスを行うことができる。</p> <p>○二次予防事業対象者に対しては、自立支援の効果を高める観点から、通所型予防サービスによって対応することを基本とする。一方、要介護状態等から改善した二次予防事業対象者であって、ケアマネジメントに基づき特に必要があると認められる者に対しては、訪問型予防サービスを実施するとともに、通所型予防サービスへの参加が困難である二次予防事業対象者に対しては、保健師等が居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握及び評価し、必要な相談や指導を実施する。</p>
<p>生活支援サービスに係る事業</p>	<p>○生活支援サービスに係る事業は、要支援者及び二次予防事業対象者に対して、次に掲げる事業のうち市町村が定めるものを実施する事業とする。</p> <p>①栄養の改善を目的として、配食を行う事業</p> <p>②要支援者及び二次予防事業対象者が自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、定期的な安否確認及び緊急時の対応を行う事業</p> <p>③その他地域の実情に応じつつ、予防サービスに係る事業と一体的に行われることにより、介護予防及び地域における自立した日常生活の支援に資する事業</p> <p>○なお、③の事業において提供するサービスは、地域の実情に応じて、市町村において独自に定めるものであり、複数のサービスを実施することが可能である。</p>
<p>ケアマネジメントに係る事業</p>	<p>○ケアマネジメントに係る事業は、要支援者（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。この項目において同じ。）及び二次予防事業対象者に対して、介護予防を目的として、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、予防サービスに係る事業、生活支援サービスに係る事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業とする。</p> <p>○このため、ケアマネジメントに係る事業の実施に当たっては、要支援者又は二次予防事業対象者ごとの状況等に関する課題分析等が行われるとともに、当該分析等の結果を踏まえたケアプランが作成され、当該ケアプランに基づいた事業の実施が必要であるとともに、事業実施後には、要支援者又は二次予防事業対象者の状況等の再評価が必要である。なお、二次予防事業対象者については、ケアプランの作成の必要がない場合には、事業の実施前及び実施後に、事業実施担当者と情報を共有することにより、ケアプランの作成に代えることができる。</p> <p>○ケアマネジメントに当たっては、利用者自身による取組、地域住民等による支援等を積極的に位置づけるよう努めることとする。</p>

「介護予防・日常生活支援総合事業の円滑な実施を図るための指針」より作成

## 【事業の創出に当たっては柔軟な取組が可能】

総合事業の実施に当たっては、市町村の創意工夫により新しい事業を創出するとともに、さらに各事業の中にさまざまな工夫を加え、柔軟に事業を組み立てることが可能である。地域における互助・インフォーマルな支援の活用、民間事業者によるシルバーサービスの活用など、従来の枠組にとらわれないサービスの創出が期待される。

(例)

- ・ 公民館・保健センター等で、機能訓練に併せて生活などに関する相談・助言、健康状態の確認等を実施
- ・ 自宅にホームヘルパーが訪問し、生活機能向上のための運動や活動を実施
- ・ 民間事業者、シルバー人材センター、ボランティア等による栄養改善のための配食や自立支援のための安否確認

このように総合事業においては市町村による柔軟な取組が可能であるが、特に以下の点については留意する必要がある。

- ① 予防サービスは、自立支援の効果を高める観点を考慮してその内容を決定する必要がある。

(☞訪問型予防サービスの取組例については

【コラム】「生活機能向上の手法に関する研究紹介」(15頁)参照)

- ② 予防給付を受けている要支援者については、支給対象となった予防給付と同種のサービスを総合事業に基づいて提供することはできない。

例えば、介護予防訪問介護に係る予防給付を受けている要支援者が、総合事業に基づいて訪問型予防サービスを利用することはできない。

- ③ 総合事業を導入した市町村においても、要支援認定者が従来の「予防給付サービス」を利用できなくなる訳ではないので、その点については利用者に対して十分に説明することが大切である。

- ④ 総合事業では、既存の介護予防事業や健康づくり事業を活用することも可能であるが、既存の事業を活用する場合は、目標や実施内容が介護予防に資する内容となるように組み替える等の事業の見直しが必要である。

### 【サービスの質の確保】

総合事業は、これまでの予防給付とは異なり、サービスの担い手も多岐に渡ってくることから、サービスの質をいかに確保するかが重要となる。この点に関しては、例えば組織・団体に事業を委託する場合に、利用者のニーズや事業の目的、委託内容を明確に示し、取り組みやすくする必要がある。本事業に取り組むにあたって、これまで以上に行政とサービス提供者との連携・協働が求められることを考えると、行政とサービス提供者との定期的な連絡会等によって、常に問題意識の共有を図ることも重要である。

さらに総合事業を効果的かつ効率的に実施する観点から、市町村は、定期的に総合事業の実施状況等に関する評価を実施する必要がある。事業評価においては、事業の成果に係る評価を行うとともに、投入された資源量や事業量に係る評価及び事業の実施の過程に係る評価を行うことが望ましい。事業開始間もない段階では実施過程に係る評価（プロセス評価）から始め、徐々に資源投入量（アウトプット評価）や改善の効果（アウトカム評価）へと進めていくことも考えられる。

## 3. サービス提供のあり方

### 【サービス提供者の確保】

市町村は、予防サービス・生活支援サービスについて、厚生労働省令で定める基準に適合する者に対して事業を委託することができる。具体的には、下記の3点（衛生管理、事故発生時の対応、プライバシーの保護など、事業の実施に当たって遵守すべき必要事項）に適合する者の中から、市町村が地域の実情に応じて柔軟に決定することができる。

- ・サービスの従事者又はサービスに従事していた者が、正当な理由なく、業務上知り得た利用者・家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置が講じられていること。
- ・従事者の清潔の保持・健康状態管理のための対策が講じられていること。
- ・サービスの実施により事故が発生した場合に、以下の措置を講じる旨及びその実施方法を定めていること。

＊事故発生時は、市町村・家族・地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じること。

＊事故の状況・事故に際して採った措置を記録すること。

＊サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うこと。

## 【ケアマネジメント】

ケアマネジメントの実施については、厚生労働省令で定める基準を満たす地域包括支援センターに委託可能である。さらに対象者のうち要支援者に対するケアマネジメントについては、市町村から委託を受けた地域包括支援センターから、厚生労働省令で定める者（指定居宅介護支援事業者）に対し、その一部を委託することも可能である。その際、総合事業の対象者はADLが比較的自立している状態であることから、ケアマネジメントは、特に生活機能の向上を目指して行われる必要があることを、委託時に伝えることが重要である。

## 【地域のマネジメント力強化への取組の必要性】

総合事業においては、介護予防の実現に向けて、地域の資源を掘り起こし、有効に活用するマネジメント力が求められる。市町村の主体性を重視した本事業の実施により期待される地域活力の向上という効果を発揮するためには、個々のケースのマネジメントだけでなく、地域社会全体のマネジメント機能を果たすことが求められる。

そのためには人材育成が不可欠であり、ケアマネジャーや行政職に対する研修と併せて、保健師等の職能の十分な活用を図ることがマネジメントを機能させることに効果的である。

## 【サービス提供者の育成と安定的なサービス供給】

サービス提供者に関しては、既存の枠組みにとらわれず、ボランティアやコミュニティビジネス等新たな担い手の育成も必要である。特に総合事業は地域活力の向上をも目指した取組であることから、地域資源を発掘・育成・連携し、有効に活用することが重要である。

ただし、ボランティアやコミュニティビジネス等のみでは、サービスの安定的な供給が困難な場合もあるので、サービスの必要量を見極め、民間営利事業者とも連携した取組が必要である。

## 【サービス提供者との連携・協働による取組の必要性】

業務を委託する際には、委託先と本事業の目的や地域の課題を共有し、協働して企画運営や実践することが期待される。委託先と協働関係を築くためには、十分に意思疎通を図り、常に課題や方向性を共有し、適時軌道修正しながら進めることが不可欠である。

## 4. 費用

### 【利用料・委託料は地域の実情等に応じて市町村が自由に設定】

利用料の設定にあたっては下記の点に留意することが望ましい。

- ・利用料の額等の利用料に関する事項は、地域の実情に応じて、市町村において決定することになるが、利用料の額の設定にあたっては、予防給付とのバランス等を勘案しながら、適切に設定する。
- ・総合事業では、全国一律の区分支給限度額は設定されないが、例えば、予防給付において限度額の上限まで利用している利用者が総合事業を利用する場合、区分支給限度額の趣旨を損なうことのないよう（例：予防給付の代替として総合事業を利用等）に配慮が必要。

また、市町村が事業者に対して支払う費用については、地域の実情に応じて柔軟に決定することができる。その場合の供給量の確保ならびに質の担保に向けては、下記のような事項にも取り組むことが望ましい。

- 例1 多様なサービス提供者の参入を促進するため、委託すべき事業の基準を緩和し、現場での人員配置等柔軟な対応を可能にすること
- 例2 公共施設（保健センター・コミュニティ施設等）の活用などによる運営費の節減（行政施設の有効利用促進）
- 例3 通所サービスに係る備品の購入費等の助成

### 【事業者に対する費用の審査・支払は国保連に委託可能】

総合事業での各種サービスの実施を委託した場合、利用者ごとの利用状況に応じて支払われる費用の支払決定に係る審査・支払事務を国民健康保険団体連合会に委託することができる。

## 5. 利用者の決定

### 【適切なケアマネジメントによる対象者の決定】

総合事業の対象者は、要支援者及び二次予防事業対象者であり、いずれにおいても、市町村または地域包括支援センターが、適切なケアマネジメントに基づき判断することとなる。

- ・要支援者：本人の意向を最大限尊重しつつ、利用者の状態像に応じて適切なケアマネジメントに基づき判断する。
- ・二次予防事業対象者：要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる高齢者を基本として適切なケアマネジメントに基づき判断する。

なお、「適切なケアマネジメント」については、本事業の趣旨に基づき、市町村において考えていくことが望まれるが、その際のポイントは以下の4点である。

- ①改めてケアマネジメントの本質を考え直す
- ②利用者の意向とケアマネジメント担当者の客観的な判断との統合
- ③地域に出向き・働きかける
- ④地域資源を産み出す取組の必要性

（☞詳細は【コラム】「総合事業において求められるケアマネジメントについて」（16頁）参照）

### 【要支援者に対しては「本人の意向を最大限尊重」】

特に要支援者に関しては、「本人の意向を最大限尊重」とされており、ケアマネジメントを行う者は、要支援者の意思に反して給付を受けられないということがないよう、要支援者とよく話し合う必要がある。例えば要支援者に関しては、生活援助（生活支援）のサービスが、予防給付（介護予防訪問介護）と総合事業（訪問型予防サービス）のどちらからでも受けられるケースも想定される。その場合にどちらのサービスを提供すべきか、それぞれの事業の目的に沿い、アセスメントの結果ならびに本人の意向を元に判断することが必要である。そして、各自治体においては、「どのような場合にどのような視点からどちらのサービスを提供するのか」といった、それぞれのサービス提供における一定の判断すべき基準等、説明できる根拠を設けておくことが望まれる。

### 【ケアマネジメントの留意点】

要支援者と二次予防事業対象者のケアマネジメントは、生活機能の向上に留意して行われることが重要である。「生活機能の低下は加齢によるものだから仕方がない」と肩代わりするのではなく、将来にわたり可能な限り生活機能を維持できるように支援することが求められる。

例えばまずアセスメントにより次の点を明らかにし、対応方針を組み立てていくとよい。

- ①現在有している能力→最大限に発揮できる方法を検討する。
- ②低下している機能→環境調整も含め、低下している機能を補う方法を検討する。
- ③今後改善が見込まれる機能改善を図る方法について段階的に検討する。

### 【従来のサービスにのみとられないケアマネジメントの必要性】

総合事業は、全てケアマネジメントに基づいて実施される。ただし、既に介護予防支援によるケアマネジメントを受け、予防給付の支給を受けている要支援者に対しては、当該介護予防支援に基づくケアプランの変更により対応できるため、改めて総合事業によるケアマネジメントを行う必要はない。

ケアマネジメントの実施に当たっては、従来のサービスのみにとられることなく、インフォーマルな支援等も含めた地域資源についても、柔軟に活用することが必要である。

### 【ケアプランの様式は任意】

総合事業はケアマネジメントに基づいて実施するものであるが、アセスメントやプランニング、モニタリング等に関しては全国一律のものは定められていない。ケアプランについても市町村の判断により任意の形式で対応可能である。

二次予防事業対象者に対するケアプランについては、必要と認められる場合に作成できるものとし（総合事業を実施しない場合と同様）、ケアプラン作成の必要がない場合には実施前・実施後に事業実施担当者と情報共有することにより替えることができることとなっている。

また、予防給付を受けていない要支援者については、必ずケアプランを作成しなければならないが、その様式は総合事業用のケアプラン様式で対応可能である。

なお、要支援者・二次予防事業対象者が自らケアプランを作成し、市町村・地域包括支援センターが適当と認めた場合には、当該要支援者・二次予防事業対象者に対するサービスに要する費用を、総合事業から支出可能である（予防給付と同様）。

### 【地域ケア会議の開催等による日常生活圏域内での生活課題の共有化も必要】

冒頭でも述べたとおり、総合事業への取組が、地域包括ケアの具現化、「地域力」の向上に資するものであることから、地域ケア会議等の定期的な開催により、個別ケースの課題のみならず、日常生活圏域内での生活課題を共有化することも必要である。

そのためにも、日常生活圏域（さらには町内会ごと等の小地域）ごとに地域のニーズを把握・分析し、そのニーズを満たすための地域資源の発掘を含め、必要な支援策について検討することが必要である。具体的には、地域資源マップ等を作成することにより、既存資源や不足している資源等を明らかにし、地域内で不足しているサービスについては新たに確保・育成する取組も求められる。

なお、ここでのニーズとは、地域住民の単なる要望や意向を指すのではない。まず、個々人の生活機能について、現状および将来にわたって維持向上が可能な項目や困難となってくるであろう項目について、十分にアセスメントを行うことが重要である。その上で、生活機能を可能な限り維持向上しつつ少しでも長く住み慣れた地域で自立した生活を送るために必要と判断される、サービスや環境整備等を指すことに注意すべきである。

## 【コラム】“地域力”について

### ○“地域力”とは

そして何故“地域力”が必要なのか

安心や豊かさは、人間社会における最も重要かつ基本的な条件である。地域で暮らし地域をもっと良くしたいという地域住民の主体的な意志や取組こそがその原動力となる。そのためには、地域自身が主体的に取り組む意識や姿勢を強く持つことが求められている。

そして行政が、住民ニーズに注目し地域の資源を掘り起こし、地域の主体性を引き出してこそ、複雑に見えた課題もシンプルに抽出され、解決に向けた一歩を踏み出すことができるのである。

これまでも地方分権の重要性が何度となく強調されてきたが、地方分権の意義は、住民の主体的な取組を如何に引き出し協働するかにかかっている。地域住民のニーズや地域特性を踏まえ、しっかりと地域に根付いた住民活動こそ、住民主役のまちづくりにつながる。この力が“地域力”であり、この期にピンチをチャンスに変える唯一かつ最も効果的な原動力だと言っても過言ではない。

“地域力”は、その必要性や有効性を十分理解した地域住民と行政とが、知恵と力を合わせて支え合う仕組みをつくる、いわゆる「共助」の再構築を図る上で無くてはならないものである。住民自身が現状と向き合い、「学び」「知る」ことによって、地域社会の持つエネルギーをどのように賦活化していくことができるのか、まさに地域のエンパワメントとして“地域力”が期待される。

### ○“地域力”を引き出すために

“地域力”を引き出すには、地方行政の存在意義を見直し、行政が住民と共にこの期に思い切った意識改革を行うことが鍵となる。「住民にしてあげる」から、「住民の力を引き出す」という姿勢への転換が必要である。住民ニーズを知れば知るほど、行政が関わる範囲のみでは到底解決できない「限界」を自覚する。したがって、今後地域づくりに欠くことのできない“地域力”の重要性の認識と、それを引き出す役割を認識したスキルアップが必要である。

この“地域力”は、個人の住民力＝individual empowerment の集合体としての community empowerment として説明されることがある。それぞれ個と集団という異なるアプローチで区別され、従来の公衆衛生（予防）活動は後者に

重きが置かれていたものの、昨今では特定健診に代表されるように、前者に大きくシフトしてきた。どちらが良いという選択ではなく、個人も地域コミュニティも、共通の目的の実現に向けて協働することにより、“empowerment”を図るという視点が重要である。

なお、“地域力”を引き出すには、行政には以下のような姿勢が求められる。

- 1) 地域住民および“地域力”を信頼する
- 2) 住民を主役に置くことの真価について理解する
- 3) 住民の真のニーズを明確化し共有する
- 4) 地域の資源を育成・支援するという姿勢や能力を持つこと

同時に地域住民自身には、下記のような姿勢が期待される。

- 1) 知ること・参画すること・学ぶこと
- 2) 発言すること・まちづくりに向けて住民の声をしっかり伝えること
- 3) わがままではなく、住民の真のニーズを明らかにすること

「住民のために」ではなく、“地域力”を引き出すこと、つまり“エンパワメント”を狙いとして、住民との話し合いの場を確保し、互いに目指す方向を模索し共有化する課程で、真のパートナーシップを築いていくことが、住民を主役にした“協働のまちづくり”に進展させていく方策ではないだろうか。

### ○ベクトルの方向を見定めて

これまで述べてきたように、“地域力”を引き出すということは、「住民の真のニーズを実現するために協働する」ということをミッション・目指す方向（ベクトル）として明確化することである。その実現に向けて、地域の保健・医療・福祉他あらゆる地域資源をソーシャル・キャピタルと位置づけ、各分野の範疇に留まらず、生活モデルの観点でマネジメントすること、つまり“共助”の強化を図ることが大切である。

現在、それぞれが行っていることを、このベクトルに照らし合わせて、その実現のため、これまでの取組を見直し、実践することが本来の連携である。そのためにも、地域の取組を「コンセンサス（共有）」「コラボレーション（協働）」「エンパワメント（潜在能力を引き出し合う）」を意識して、それぞれができることを結集することが、まさに“地域力”そのものである。

## 【コラム】生活機能向上の手法に関する研究紹介

介護保険制度では、創設当時からの基本理念として「自立支援」が掲げられ、さらに、平成 18 年度からは予防重視型システムへの転換が図られた。

この「自立支援」を実現するため、北九州市では、平成 22 年度、介護予防訪問介護で、生活機能向上サービスの提供に取り組んだ。その結果、サービスを行った方は、行わなかった方と比較して、体力や活動量、IADL など、様々な項目が改善していたという結果が得られ、かつ、サービス提供者・利用者双方から好評が得られるという成果も上がった。その取組内容を以下に紹介する。総合事業で訪問型予防サービスに取り組まれる場合の参考とされたい。

**【対象者】** 過去 2 年間継続して介護予防訪問介護を利用し、認定介護度が重度化した要支援者 50 名(介入 25 名・非介入 25 名)。

**【支援計画（プラン）】** 包括支援センター職員（以下「包括」）が、アセスメントに基づき介入対象者ごとに、生活機能向上プログラムの提供が必要と明記（利用者合意）。

**【個別サービス計画・総合評価表】** 事業所のサービス提供責任者（以下「サ責」）が具体的な機能向上メニューと、利用者のセルフケア実施について記入し、契約。

**【介入プログラム研修】** 担当ヘルパーを対象に、介入プログラムの内容について研修会を実施。講義と実技（2 日）。

**【事前調査】** 全対象者に、14 種目の体力測定、筋量検査（体水分）、活動量計測定（1 週間装着）、家事遂行能力尺度調査（36 項目、5 段階評価）、IADL 調査を実施。

**【地域ケア会議】** 包括・ケアマネジャー・サ責、および調査実施専門職、市職員により開催し、事前調査結果を元に、アドバイス。個別サービス計画を検討・決定。

**【ヘルパー介入】** 3 ヶ月間、週 1 回の訪問日に、生活支援終了後、30 分間運動メニューを実施し記録。併せて、セルフケア実施記録チェック・回収。（メニューのポスター配布）。必要に応じセルフケアの指導を実施。

**【モニタリング】** サ責が月 1 回実施・評価・報告。必要に応じ作業療法士が同行・指導。

**【介入後調査】** （事前調査と同様に実施）。

**【結果の概要】** 以下のとおり、介入群と非介入群で明らかな違いが見られた。

	介入群（平均値）	非介入群（平均値）
体力測定	14 項目 12 項目で改善	12 項目で変化無し～低下
体水分	改善	悪化
活動量	増加	減少
家事遂行能力	全領域で有意に向上	1 領域のみ向上、他は変化無し
IADL	向上	変化無し

## 【コラム】総合事業において求められるケアマネジメントについて

総合事業においては、「適切なケアマネジメント」に基づいてサービスの利用者が決定され、サービスが提供される。その内容については、本事業の趣旨に基づき、市町村において考えていくことが望まれるが、その際のポイントは以下の4点である。

### ①改めてケアマネジメントの本質を考え直す

ケアマネジメントとは、「一方ではケアを受ける個人（家族）のニーズの変化に合わせてケアをダイナミックに提供できるシステムであり、他方では社会的サービスが適切に利用されることによって、必要な費用（コスト）をコントロールできることが期待されている」（1991 全米老年医学会）ものであることを、ケアマネジメント担当者が理解することが前提である。つまり、ニーズに合わせたケアを提供する仕組みであると同時に、それが実行されることで、利用者の状態の改善が起きたり、不必要なケアが除外されたり、現状のケアが見直しをされることで費用の効率化をもたらすものである点の理解が欠かせない。このために、アセスメントはもとより、サービスの実行後のモニタリング、エバリュエーション（評価）、ケアプラン見直しの過程が重要となる。PDCA サイクルでいえば、C（check）と A（act）にあたる部分の重要性を保険者・ケアマネジメント担当者が認識し、そのシステムの整備を地域で行わなければならないだろう。

### ②利用者の意向とケアマネジメント担当者の客観的な判断との統合

利用者の意向や希望は踏まえながらも、ケアマネジメント担当者の客観的な判断も踏まえ、相談・支援の過程でその両者を統合させて、利用者のより望ましい状態を共通認識し、それに向かったケアを利用・提供するものであることの理解も必要である。利用者の意向だけで展開されるものでもないし、担当者の客観的な判断のみで展開されるものでもない。そのような相談・支援が求められる点の再確認が必要だろう。

### ③地域に出向き・働きかける

地域内に潜在し、顕在化していない利用者を、地域に出向いて掘り起こしていくような活動（アウト・リーチ）の姿勢や活動がケアマネジメントの基本である。意欲の乏しいあるいはサービスの拒否、経済的に困窮しているケース、生活背景や出自から地域内で偏見や差別の対象となり孤立しているケースなど、今日のわが国のケアマネジメントで「困難ケース」とされているような人びとにこそこのような総合事業は必要であり、担当者にはそこに切り込んでいくような意識と姿勢、技術が必要である。

### ④地域資源を産み出す取組の必要性

ケアマネジメントは、地域資源を産み出すような取り組みと並行して進められなければ効果があがらない。地域資源をコーディネート・マネジメントしていくことがケアマネジメントの肝要な点であるが、その地域資源が足りなければ機能しない。つまり、各地域のなかで、何が足りず、何を造る必要があるのかといったコミュニティ・ワーク的な動きも重要となる。もちろん、こうした活動はケアマネジメント担当者だけで行うことができるわけではない。保健・医療・福祉の関係者と市民・住民の共同作業で行われて初めて実効のあがるものであり、そうした仕掛けも求められる。

# Ⅱ 介護予防・日常生活支援総合事業の導入する上で重要な視点と導入に向けた準備

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を導入する上で、重要な視点と導入に向けた準備のポイントは、次のとおりである。

## 1 導入する上で重要な視点

### 🔔 視点1

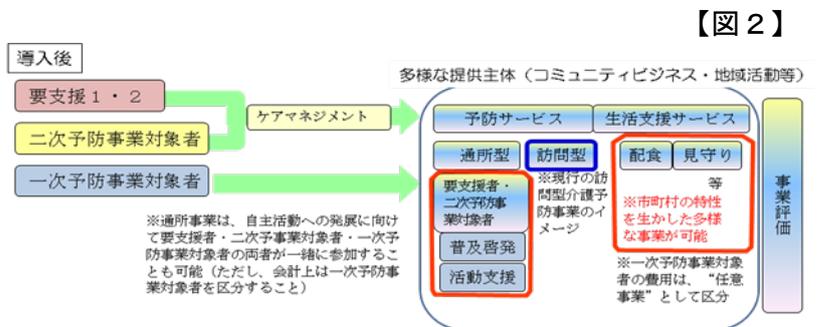
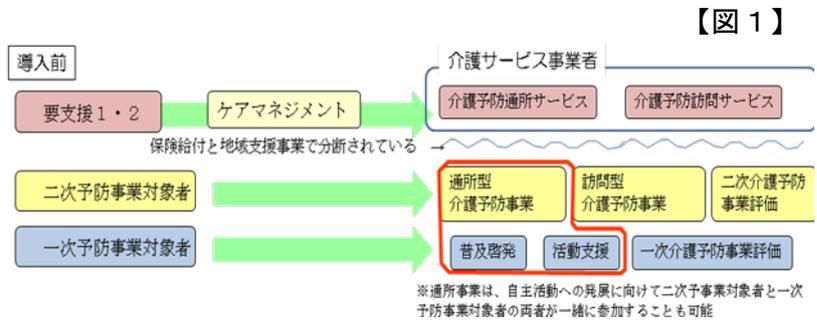
要支援者と二次予防事業対象者に対して、シームレスに対応することで、介護予防を効果的に進めながら、かつ生活支援ニーズにも対応する。

現行では、要支援者に対しては、保険給付による介護予防サービスが、二次予防事業対象者に対しては、地域支援事業による介護予防事業が、それぞれ別々に行われている。つまり、保険給付と地域支援事業とは、対象者や提供主体が区分されている(図1)。

これに対して、総合事業は、要支援者と二次予防事業対象者に対し、地域の多様な提供主体が、介護予防

と生活支援を一体的に行うものである(図2)。このことにより、例えば、要支援者でなくなった場合や、その逆に、新たに要支援状態になった場合でも、介護予防や生活支援を切れ目なく利用することが可能となる。

人は、加齢に伴い、ADLは自立していてもADLに支障をきたす部分が出てくる。例えば、風呂掃除や掃除機使用等の複雑な家事動作、ごみの分別や衣替え等の生活管理、公共交通の利用や車の運転等の外出行動等は、要支援者だけでなく二次予防事業対象者の中にもニーズをもつ人が存在する。総合事業では、これらの共通のニーズに対して、介護予防サービス等事業と日常生活支援事業を組み合わせ、利用者が有する能力を発揮できるようにしながら、併せて必要な部分を支えていくことができる事業である。



## ❗ 視点2

高齢者の中には、介護予防や生活支援の担い手となろうとする意思をもつ人が少なからず存在している。こうした高齢者が活躍できる“出番”や、高齢者が参加できる“居場所”をつくる。

社会との接点を持ち続けながら元気でいたいと願う高齢者は、地域の中に数多く存在している。活動的な高齢者を対象に介護予防サポーター研修等を実施して地域活動のリーダーを育てることや、老人クラブ・町内会等に見守りの協力を呼びかけるなど、総合事業は、高齢者が活躍できる出番を数多く作り出すことができる事業でもある。

高齢者が活躍できる“出番”や“居場所”をつくる方法としては、例えば、ワークショップ等を開催して徒歩圏内に、どのような参加の場や機会があればよいか、高齢者自身にアイデアを出し合ってもらい一緒に考え、協働で体操やウォーキングなどの運動を楽しく行うことのできる場や参加できる居場所を作る方法などが考えられる。高齢者自身の主体的な活動への発展や活動の継続を図るためには、市町村と地域包括支援センターが一方向的に提案し協力者を募ったり、ボランティアを育成し既存の活動への協力を求めるのではなく、目的を共有し相互の理解のもとに作り出していくことが望ましい。自助・互助の支援体制が構築された地域を作るために、市町村と地域包括支援センターは、高齢者を交えて共に考える手法を積極的に取り入れるとよい。

## ❗ 視点3

これまでの保険給付や保健福祉事業の枠組みにとらわれず、地域のさまざまな資源を活用する。

総合事業のサービスの提供主体は、保健医療福祉分野の事業やサービスに限らず、さまざまな業種の営利事業や非営利活動等を含め、地域に活用できる資源がないか、俯瞰し把握することが重要である。また、異業種を交えて地域のニーズについて検討することにより、思いもつかないアイデアが生まれる可能性がある。既存資源で足りない部分は、地域活動の立ち上げ支援などにより、必要な活動等を創り出すことも必要である。

〈既存資源の例〉

- ・各種営利事業（コンビニ、飲食店、タクシー、ミール宅配、掃除用品レンタル、スポーツジム等）
- ・公民館活動（各種サークル、講座等）、生涯学習（高齢者大学等）
- ・組織・団体（商工会、生協、農協等） 等

〈地域活動の立ち上げ支援の例〉

- ・NPO、有償ボランティア等の非営利活動
- ・老人クラブ、町内会、婦人会等の団体活動の拡充 等

## 2 総合事業の導入に向けた準備のポイント

### ポイント1

総合事業の利用が適していると考えられる人が、どこにどのくらい存在しているか把握し、どのようなニーズがあるかアセスメントする。

どのような人が総合事業に適している人なのかについては、市町村（保険者）ごとに検討することが重要である。その上で、対象数を把握する。

〈対象者の考え方と人数の把握方法（例）〉

- ①要支援認定を受けているがサービスを利用していない人  
→保険者の介護保険システムから抽出
- ②二次予防事業対象者（二次予防事業の参加者／二次予防事業に結びつかない人）  
→基本チェックリスト・日常生活圏域ニーズ調査から把握。このうち、二次予防事業の参加者と非参加者をそれぞれ把握
- ③予防給付を利用している人のうち、総合事業に移行できそうな人  
→市町村（保険者）、地域包括支援センター、介護予防サービス計画を作成している居宅介護支援事業所が合同で個別の事例検討（総合事業だけで対応可能な人、総合事業と予防給付の組み合わせが必要な人、予防給付が適している人等の具体的な状態像を、事例検討を通じて明らかにしていく。）

〈対象者はどこに何人か〉

上記で推計した対象者を、地区（日常生活圏域単位や中学校区単位、町内会単位等）別に集計する。

また、総合事業で実施するサービスについて検討する前に、総合事業の対象者のニーズをアセスメントすることが重要である。

- ◎どのような健康課題を持つ人が多いか（地区別、年齢層別、男女別等）  
→基本チェックリスト・日常生活圏域ニーズ調査・要支援認定調査票、その他健康診査の結果等から把握
- ◎世帯構成や地域活動への参加状況（ソーシャル・サポートや人とのつながりなど）  
→日常生活圏域ニーズ調査等から把握

## ポイント2

**総合事業で実施するサービスの種類と量を検討する。**

まず、上記「ポイント1」で示した方法等で総合事業の対象者数を把握した後、それらの対象者に対してどのようなサービスが必要か検討する。

検討項目①：予防サービスに係る事業、生活支援サービスに係る事業の具体的なサービス

検討項目②：対象者に共通して必要なサービス、個別性の高いサービス等・各サービスの提供頻度を検討

検討項目③：ほぼ毎日必要なもの、週単位で必要なもの、月単位でもよいもの等

そして、サービスの内容を検討した後、各サービスの必要量を検討する。

→推計対象者数、提供頻度等から推計

さらに、各サービスの開始時期を大まかに分ける。

→既存資源、既存事業を活用すれば早期に実施可能なもの、一定の準備期間を経て1年以内に実施可能なもの、人材・組織育成等の準備を必要とし開始までに1年以上かかるもの等

なお、総合事業のサービスの種類と量を検討する際、地域住民の活動やボランティア等の参加・協力を得て実施する場合は、サービスの内容や価格・事業費等を検討する段階から、地域住民と協働で行うなどにより、地域の問題や短期・長期的なビジョンを共有し、パートナーシップを築きながら行うことが重要である。

## ポイント3

**サービス提供主体を具体化する。サービス提供主体と地域のニーズ等を共有し、協働で準備を進める。**

各サービスの内容、必要量等を検討した後、提供主体を具体化する方法を検討する。サービス提供主体としては、介護サービス事業者、民間事業者によるシルバーサービス、ボランティア、地域活動組織、NPO法人など地域における多様な主体を積極的に活用する。

→公募する、地域団体にはたらきかける、人材養成・組織育成する（例えば、介護予防サポーター研修の開催、老人クラブの自主活動支援等）

そして、地域住民、団体等と協働で具体的なサービスの内容等を検討する準備を行う。

→ワークショップの開催、地域団体の会合の場に出向いて地域のニーズ等について伝え意見交換を実施する 等

## ポイント4

各サービスの価格・事業費をサービスの提供主体ごとに検討する。提供主体を地域住民の活動やボランティア等と考え、協力や参加の働きかけを行う場合、協働で検討する。

最終段階として、サービス提供主体の募集や交渉に入る前に、提供価格と事業費を見込んでおく。

そして、各サービスはどのような提供主体が実施するのかを検討する。

→営利事業者を活用するもの（例えば、配食等）、NPO等の非営利事業者を活用するもの（例えば、通所型介護予防等）、地域団体の活動によるもの（例えば、見守り等）

各サービスの価格・事業費を検討する。

→有償サービスと無償サービスの整理（例えば、配食は有償、見守りは無償等）、サービスの提供価格、利用者負担額、地域団体等の活動補助金、委託料等

# 総合事業導入に向けての検討イメージ

22

事前準備	総合事業で実施する 予防サービス/生活支援サービス	総合事業導入に向けた準備 (概ね6ヶ月程度を想定)												総合事業実施																	
		4月			5月			6月			7月			8月			9月			10月			11月			12月			1月		
		上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬
対象者の把握	通所型元気アップ事業 (運動器・栄養改善・口腔機能 向上の複合型プログラム) ※従来の二次予防事業の衣替え	報酬単価の決定	サービス内容詳細の検討 事業者等へのアナウンス												総合事業スタート																
		各種様式・アセスメントツール・評価項目等の検討	委託先の選定												指定事業者向け研修・指定事務等																
		プログラム・仕様・指定基準等の検討	事業者説明会												指定申請受付・事務手続																
		指定事業者向け研修委託先検討・打診	事業者説明会												指定事業者向け研修																
地域課題の抽出	訪問型栄養改善プログラム	報酬単価の決定	事業スキームの決定												既存事業との役割分担・調整等																
		各種様式・アセスメントツール・評価項目等の検討	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
		プログラム・仕様・指定基準等の検討	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
		指定事業者向け研修委託先検討・打診	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
地域資源の掘り起こし	訪問型生活支援サービス	報酬単価の決定	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
		各種様式・アセスメントツール・評価項目等の検討	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
		プログラム・仕様・事業所指定基準等の検討	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
		指定事業者向け研修委託先検討・打診	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
介護予防・日常生活支援総合事業	通所型サービス (高齢者の外出・交流の機会となる場の提供)	報酬単価の決定	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
		各種様式・アセスメントツール・評価項目等の検討	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
		プログラム・仕様・指定基準等の検討	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																
		指定事業者向け研修委託先検討・打診	事業スキームの決定												指定申請受付・事務手続																

各事業の目的を確認  
実施する事業の決定  
総合事業導入の方向性を決定

適切なケアマネジメントによる対象者の決定  
事業利用者のイメージを実施者・委託事業所等と共有

生活機能の向上  
交流の機会の増加  
自立への意欲の向上

「要支援から自立」、  
「二次予防事業対象者  
から一次予防事業対  
象者」への状態の改善

サービス提供における  
ボランティアとしての  
参加(地域活動の場や  
役割の獲得)

定期的なモニタリング・事業評価

適切なケアマネジメントにより設定した目標達成

