

令和5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

第9期介護保険事業計画期間における
介護予防・日常生活支援総合事業の充実・活性化に向けた方策に
関する調査研究事業

【報告書】

令和6（2024）年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

<目次>

はじめに.....	1
(1) 目的.....	1
(2) 報告書の構成.....	2
(3) 参考資料 ～併せてご覧いただきたい報告書など～.....	3
第1章 総合事業の背景と目的は何であったか？.....	5
1 総合事業は、「人と地域の多様性」の時代に自立支援を進めるための仕組み.....	5
(1) 2040年には、85歳以上人口が1,000万人を超える.....	5
(2) 人生100年時代における「人と地域の多様性」.....	5
(3) 市町村に求められる「地域マネジメント力」の向上.....	7
(4) 総合事業に求められる、「ケア」・「ヒト」・「カネ」の視点.....	9
2 高齢者の自立した日常生活を支えるための選択肢の拡大.....	9
(1) 地域全体がチームとなって、多様なニーズに対応することの必要性.....	9
(2) 自立した日常生活を支える、介護予防・生活支援・社会参加の融合.....	10
(3) 多様な活動・サービスのない地域は持続可能か？.....	10
(4) 従前相当サービスを「なくす」ではなく、「なくなる」将来に備える.....	12
第2章 総合事業の基本コンセプト.....	13
1 本人の生活に合わせたケアの実現.....	13
(1) 支援が必要になっても、「なじみの関係」を継続するために.....	13
(2) 日常生活の中で継続的に活動性を高める介護予防の実現.....	14
(3) 自立に向けた意欲を引き出す支援(自立支援)とセルフマネジメントの定着.....	15
2 人材の確保.....	15
(1) 多様な主体の参画による担い手の確保.....	15
(2) 適切なタスクシフトの推進.....	16
(3) 専門職の地域活動への関わり.....	17
3 財源・費用のモニタリング ～これからの正念場の上限管理.....	18
第3章 総合事業の目標と評価.....	19
1 評価の視点に関する基本的な考え方.....	19
1.1 総合事業の目的は、あくまで「高齢者の生活」を支えること.....	19
1.2 評価の対象領域.....	20
1.3 評価の段階.....	21
(1) 事業実績報告としての「個別事業の実績」(アウトプット).....	22
(2) 事業担当者が最も意識すべき「初期アウトカム」.....	23

(3) 政策立案者として最も意識すべき「中間アウトカム」.....	24
(4) 地域包括ケアの目標に向かっているかを評価する「最終アウトカム」.....	25
2 高齢者の視点からみた評価指標のあり方	26
2.1 ポピュレーション・アプローチに関する評価.....	26
(1) 個別事業の実績(アウトプット)	26
(2) 初期アウトカム指標	26
(3) 中間アウトカム指標	27
2.2 ハイリスク・アプローチに関する評価.....	30
(1) 個別事業の実績(アウトプット)	30
(2) 初期アウトカム指標	30
(3) 中間アウトカム指標	30
2.3 利用者の選択の幅に関する評価	31
(1) 個別事業の実績(アウトプット)	31
(2) 初期アウトカム指標	31
(3) 中間アウトカム指標	31
3 最終アウトカム指標～地域包括ケアシステムとしての成果	33
(1) 要支援・要介護状態に至っていないか？<要介護認定率・初回認定者の平均年齢>	33
(2) 住み慣れた地域での生活を継続できているのか？<在宅生活改善調査の活用>	34
4 制約条件に関するモニタリング ～行政として意識すべき財源・人材の視点.....	35
(1) 費用面における上限管理.....	35
(2) 人材面でのモニタリング.....	35
第4章 目的の達成にむけて総合事業をどうデザインするか.....	37
1 デザインを始める前に知っておくこと.....	37
(1) 個別事業や個別サービスの設計から入らない.....	37
(2) アプローチごとの制約への向き合い方.....	37
2 地域の置かれている状況を知る	39
(1) 介護サービス事業所の現状に耳を傾ける.....	39
(2) 地域の通いの場の状況を知る	40
(3) 誰の生活を支えようとしているのか、「規模と特徴」を知る	40
(4) ケアマネジャー・地域ケア会議を通じて利用現場を知る	41
3 多くの地域関係者に接触してみる.....	41
4 地域の実情に合わせてチューニングする.....	42
(1) 担い手を「型」にはめるのではなく、「型」を調整する	42
(2) 自立支援とのバランスを考えながらチューニングする	43
(3) 費用対効果を念頭に置いた補助金額等の設定	43

第5章 多様な活動・サービスの創出に向けたカタログ(例) 45

1 カタログ(例)の位置付け.....	45
2 多様なサービス・活動のカタログ(例).....	46
A.民間企業等との協働・連携.....	47
A-1.生活支援サービス.....	48
(1)介護事業者以外の民間企業による生活支援サービス.....	48
(2)介護事業者による生活支援サービス.....	51
(3)民間企業と連携した買い物支援.....	51
A-2.通所型サービス.....	53
(1)「通所型サービス×●●」の取組.....	53
(2)介護事業者による通所型サービス.....	55
B.住民が主体となった活動.....	56
B-1.生活支援の活動.....	57
(1)住民主体の生活支援.....	57
(2)地域団体等が事務局機能を担う、ボランティア等のマッチング.....	59
(3)要支援者等を含む幅広い地域住民を対象とした生活支援.....	62
B-2.通いの場等の活動.....	64
(1)住民主体の通いの場等.....	64
(2)広域的な通いの場等.....	65
(3)特定のニーズに特化した通所型サービス.....	66
B-3.生活支援と通いの場等の一体的な実施.....	69
(1)生活支援を含む通いの場の運営等の委託.....	69
(2)住民団体等が企画し、介護事業者等にサービス提供を依頼.....	70
C.短期集中予防サービス等を活用した「暮らし」の再構築.....	71
C-1.総合事業等へ「つなげる」ための取組.....	72
(1)定期的な悉皆調査と必要に応じたアウトリーチ.....	72
(2)窓口等における対応.....	73
(3)医師会・病院等への周知.....	76
C-2.「暮らし」を整えるための支援.....	77
(1)リハ職による自宅への同行訪問.....	77
(2)一人ひとりの状態に応じたメニューの提供.....	78
(3)セルフマネジメント力の向上.....	79
C-3.本人が望む暮らしを適える、多様な選択肢の提案.....	80
D.移動支援.....	81
D-1.通院・買い物等をする場合における付き添い支援・送迎.....	83
(1)通院・買い物等をする場合における送迎前後の付き添い支援(類型①).....	83
(2)生活援助等と一体的に提供される送迎(類型④).....	84

(3) 通院・買い物等をする場合における一般介護予防事業による送迎(類型⑤)	85
D-2. 通所型サービス・通いの場への送迎.....	88
(1) 通所型サービス等の運営主体と別の主体による送迎(類型②).....	88
(2) 通所型サービス等の運営主体と同一の主体による送迎(類型③)	89

～資料編～

総合事業の対象者の弾力化に関する調査結果.....	- 1 -
1 目的.....	- 1 -
2 方法.....	- 1 -
(1) 調査対象・方法	- 1 -
(2) 調査項目	- 2 -
3 結果のまとめ	- 3 -
(1) 継続利用要介護者の受け入れの状況	- 3 -
(2) 要介護者や認知症の利用者を受け入れる際の工夫.....	- 3 -
(3) 弾力化の課題・心配ごとなど.....	- 4 -
(4) 提供しているサービス類型による違い	- 4 -
4 ヒアリング結果の詳細.....	- 6 -
(1) 団体Ⅰ-1(通所型サービスB).....	- 6 -
(2) 団体Ⅰ-2(通所型サービスB).....	- 11 -
(3) 団体Ⅱ(訪問型サービスB)	- 13 -
(4) 団体Ⅲ(訪問型サービスB・訪問型サービスD)	- 16 -
(5) 市町村へのヒアリング結果	- 18 -

はじめに

(1) 目的

- 介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という)は、既存の介護サービス事業者に加え、住民を含む多様な主体によって介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるようにすることで、市町村が地域の実情に応じたサービス提供を行うことができる事業です。
- しかしながら、同事業がスタートした平成 27 年から一定期間が経過しているものの、事業目的を達成できていない市町村が多いとの指摘もみられます。
- 総合事業の設計は、多くの市町村で平成 26 年度から平成 28 年度に取り組みされたものの、その後は職員の異動などが繰り返され、当初の目的や設計の意図が継承されていない、あるいは当初は暫定的に設計された取組が改善されることなく引き継がれているケースも多いと考えられます。
- 市町村で総合事業の見直しが進まない背景としては、例えば、①総合事業の目的が不明確なため、見直すべき点が明らかでない、②評価手法が確立されていないことから、取組の成否を判断することができない、③地域の実情に応じた創意工夫が必要となる総合事業を使いこなすことができていない、といった課題が挙げられます。
- 本報告書では、このような背景に鑑み、以下のような視点で総合事業の背景や目的の再整理、充実に向けた提案等を行っています。
 - ・ 総合事業の背景や目的の再整理(第1章～第2章)
 - ・ 総合事業の目的に沿った、目標と評価方法などの提案(第3章)
 - ・ 総合事業の充実に向けた進め方の提案(第4章)
 - ・ 多様なサービス・活動のカatalog(例)の提示(第5章)
- なお、国においては「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」において、第9期介護保険事業計画期間を通じた総合事業の充実のための取組の検討が行われ、令和5年12月には「中間整理」がまとめられました¹。本報告書と合わせてご覧ください。

¹ [介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会](#)

(2) 報告書の構成

- 本報告書の構成は、以下の通りです。

<本報告書の構成>

第1章

総合事業の背景と
目的は何であったか？

- 以下の2つの視点から、総合事業の目的を再整理
 1. 総合事業は、「人と地域の多様性」の時代に自立支援を進めるための仕組み
 2. 高齢者の自立した日常生活を支えるための選択肢の拡大



第2章

総合事業の
基本コンセプト

- 総合事業の基本コンセプトを「ケア」・「ヒト」・「カネ」の視点から整理
 1. 本人の生活に合わせたケアの実現<ケア>
 2. 人材の確保<ヒト>
 3. 財源・費用のモニタリング<カネ>



第3章

総合事業の目標と
評価

- 第2章の基本コンセプトに沿って評価の考え方を整理
 1. 評価の視点に関する基本的な考え方
 2. 高齢者の視点からみた評価指標のあり方
 3. 最終アウトカム指標
 4. 制約条件に関するモニタリング



第4章

目標を達成するため
に総合事業をどう
デザインするか

- 第3章の目標を達成するための取組の進め方を整理
 1. デザインを始める前に知っておくこと
 2. 地域の置かれている状況を知る
 3. 多くの地域関係者に接触してみる
 4. 地域の実情にあわせてチューニングする



第5章

多様な活動・サービス
の創出に向けた
カタログ(例)

- 総合事業の具体的な取組をカタログ(例)として整理
 - A. 民間企業等との協働・連携
 - B. 住民が主体となった活動
 - C. 短期集中予防サービス等を活用した「暮らし」の再構築
 - D. 移動支援

(3) 参考資料 ～併せてご覧いただきたい報告書など～

- 介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説(平成 27 年3月)

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング,平成 26 年度老人保健健康増進等事業

平成 27 年度の総合事業への移行を前に、「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン(厚生労働省)」の内容を理解する上で必要になる政策の背景や基本的なコンセプトを解説。

(https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/point_honpen.pdf)



- 新しい総合事業の移行戦略 地域づくりに向けたロードマップ(平成 28 年3月)

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング,平成 27 年度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ガイドライン」及び「地域支援事業実施要綱」の内容を理解する上で必要になる背景や基本的なコンセプト、また実際に移行を進めていくプロセスを解説。

(https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/houkatsu_02_01_h27.pdf)



- 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き(平成 29 年3月)

厚生労働省 老健局老人保健課

平成 26 年度から3年間実施された「地域づくりによる介護予防推進支援事業」の成果や事業の展開手法、考え方を整理した手引き(画像はダイジェスト版)。年度ごとの手引きを含めて、以下の厚生労働省ホームページに掲載。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html)

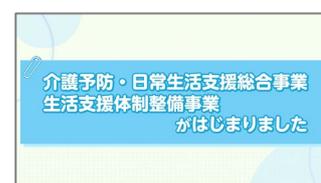


- 介護予防・日常生活支援総合事業に関する研修用動画教材(平成 29 年3月)

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング,平成 28 年度老人保健健康増進等事業

総合事業と生活支援体制整備事業の目的や考え方を整理した動画。「事業導入の背景」、「ケアマネジメントのあり方」、「自立支援に必要な地域資源のつくり方」など。研修会などでも活用可能。

(https://www.murc.jp/houkatsu_02/)



- “助け合い”を広めるための介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業の活用・運用のあり方に関する提言書(平成 29 年8月)

新総合事業研究 住民主体の生活支援推進研究会

サービス B を含む住民同士の助け合い活動の拡大に向けた、総合事業・生活支援体制整備事業の効果的な活用・運用について整理された提言書。

(https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/houkatsu_02_04_1711.pdf)



● これからの地域づくり戦略 3部作(1.0版)(平成31年3月)

厚生労働省

「第1部 集い編～高齢者が集えば、地域が変わる～」、「第2部 互い編～互助を見つける、互助を育む～」、「第3部 知恵を出し合い編～多職種が知恵を出し合い、地域の課題を解決する～」の3部から構成。地域づくりの進め方と参考になる豊富な事例などを掲載。

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000490353.pdf>)



● なぜ「地域支援事業」はなかなか成果がでないのか？(平成31年3月)

三菱UFJリサーチ&コンサルティング,平成30年度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」・「生活支援体制整備事業」・「地域ケア会議」・「在宅医療・介護連携推進事業」・「認知症支援総合事業」の相互の連動性を意識した、ストーリー性を持った事業展開の考え方・方法について整理。

(https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/houkatsu_05_3_2.pdf)



● 地域づくり支援ハンドブック vol.1(令和5年3月)

厚生労働省 株式会社 TRAPE,令和4年度老人保健健康増進等事業

都道府県や地方厚生(支)局が市町村の地域づくりを支援するために必要となる、地域づくりにおいて大事な視点や支援者が持つべき視点や活用ツール、伴走支援における実際の対話イメージなどを整理。

(https://trape.jp/wp-content/themes/local/documents/R4_shien_handbook_vol_01.pdf)



● リエイブルメント 導入マニュアル(令和5年3月)

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部 国際長寿センター <日本> (ICL-Japan)

リエイブルメントと呼ばれる短期集中予防サービスを導入し、自立やサービス費用の軽減などにおいて大きな成果を挙げている防府市の手法や取組について、そのサービス実施マニュアルを再編集した導入マニュアル。

(https://www.ilc-japan.org/study/doc/2022/b_2022_1/all.pdf)

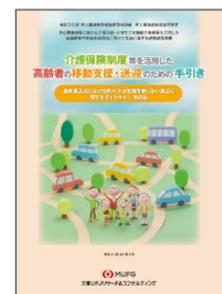


● 介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎のための手引き(令和6年3月)

三菱UFJリサーチ&コンサルティング,令和5年度老人保健健康増進等事業

総合事業等を活用した移動支援の取組について、総合事業と道路運送法の両面からその考え方や制度を解説。また、総合事業を活用した移動支援に関するQ&Aや、全国の先進事例を掲載。

(https://www.murc.jp/houkatsu_08/)



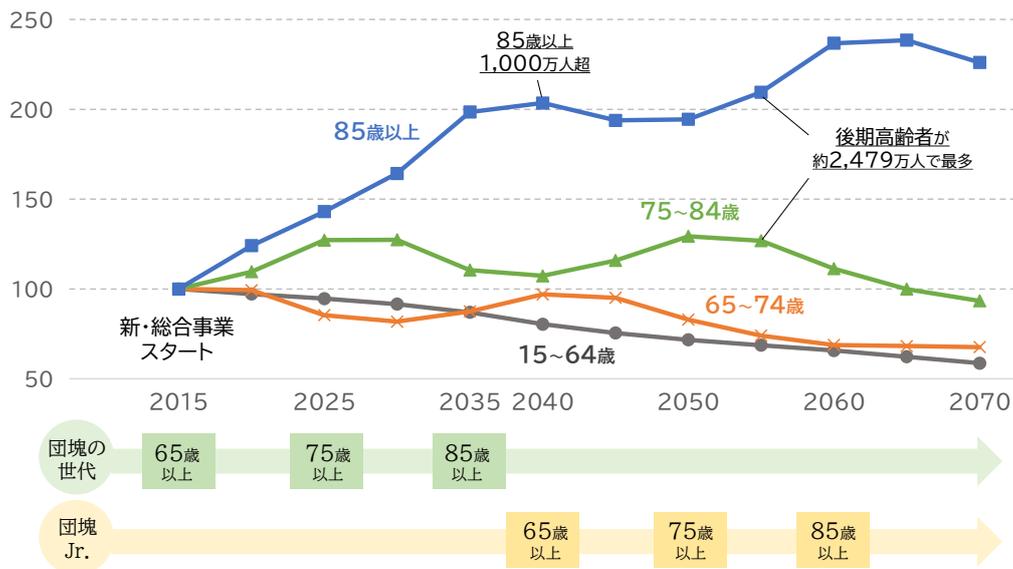
第1章 総合事業の背景と目的は何であったか？

1 総合事業は、「人と地域の多様性」の時代に自立支援を進めるための仕組み

(1) 2040年には、85歳以上人口が1,000万人を超える

- 地域包括ケアシステムは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続するための仕組みであり、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けてその構築が進められてきました。しかしながら、後期高齢者数は2025年以降も引き続き増加する見込みとなっています。
- また85歳以上の高齢者は2040年には1,000万人を超え、さらに団塊ジュニアが85歳以上となる2060年には1,100万人を超える見込みであり、今後は特に中重度の要介護者が増加することが予想されます。また、同時に単身世帯・高齢者のみ世帯の増加も進むことから、医療・介護サービスのみでなく、生活支援のニーズが急速に高まると考えられます。

<日本の将来推計人口(2015年=100)>



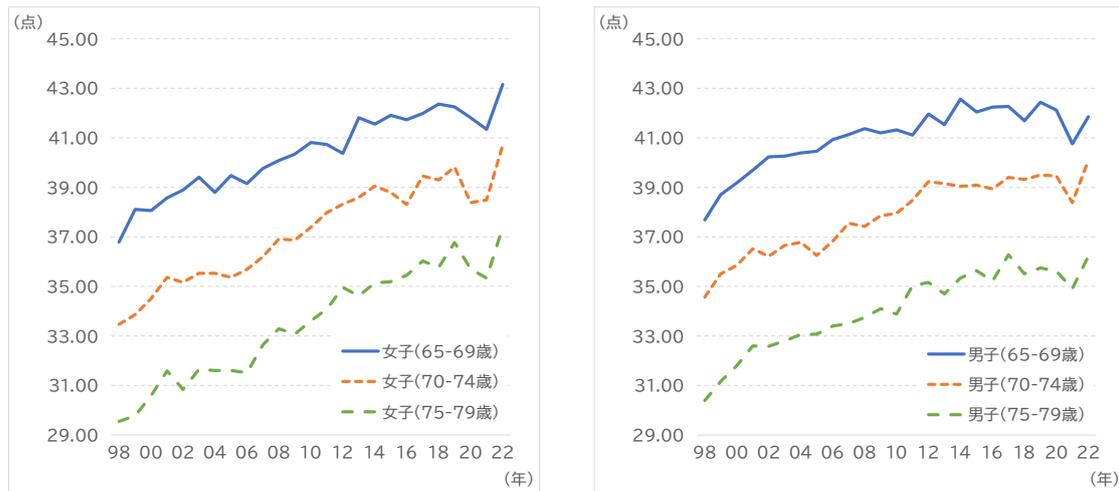
(出典)「日本の将来推計人口(令和5年推計)(出生中位(死亡中位)推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)をもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

(2) 人生100年時代における「人と地域の多様性」

(多様化する高齢者像)

- しかしながら、すべての高齢者がこれまでと同じような年齢で要介護状態になるとは限りません。高齢者の平均体力・運動能力は年々向上しており、現在の75~79歳の後期高齢者は、25年前の前期高齢者と同程度の水準にまで近づいています。

<新体力テストの合計点の年次推移>²³



(出典)「体力・運動能力調査」(文部科学省)をもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

- 年齢階級別の要介護認定率も今後改善していく可能性もあり、高齢になっても元気に活躍できる高齢者が増加すると考えられます。このような傾向は、ポジティブな変化と捉えることができます。
- 一方で、このような状態像は国内の高齢者の平均的な変化であり、一人ひとりの高齢者に目を向ければその状況は多様です。例えば、「90歳を超えても社会参加し、健康を維持する人」もいれば、「70歳でも引きこもりがちな生活を送り、心身機能の低下が進む人」もいるでしょう。
- 「健康日本 21(第二次～第三次)」では、基本方針の1つに「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」が掲げられています。特に85歳以上の高齢者が急増する社会では、「健康格差」はより顕著な問題として表面化することも懸念されます。
- 「人生100年時代」においては、年齢ごとの平均的な高齢者像を想定した施策ではなく、一人ひとりの高齢者に合わせた活躍の場、もしくはケアをきめ細かく提供することができる、多様な体制を地域の中に整えていくことが求められます。

(多様な地域課題、多様な対応策)

- さらに、一人ひとりの高齢者の多様性に加え、各地域が置かれている状況も多様です。「既に要介護者数がピークを越えている地域」もあれば、「2040年以降も引き続き増加する地域」もあります。また、民間サービスや住民同士の助け合いの充実度も地域によって差があります。都市部と農山漁村部では、活用できる地域資源や一人ひとりの住民の生活様式も大きく異なるでしょう。

² 得点基準は、男女により異なる。

³ 2020年度は新型コロナウイルス感染症の影響により、調査を実施できなかった都道府県が多数あったことから経年の比較には留意が必要。

- また、多くの場合、1つの市町村は複数の多様な地域から構成されており、地域が抱える課題やその最適な対応策も、実際にはより狭小な地域(例えば、日常生活圏域など)ごとに検討していくことも求められます。

(「平均的な高齢者像」や「標準的な地域課題・対応策」のない時代)

- このように、これからの「人生100年時代」では、「平均的な高齢者像」や「標準的な地域課題・対応策」という視点が通用なくなります。この新しい時代では、すべての高齢者や地域に単純に全国一律の制度を当てはめることや、他の地域での取組をそのまま実施することが、その人や地域にとっての最適な対応策とはならない可能性が高くなります。
- したがって、基礎自治体ごと、日常生活圏域ごとに地域の課題を分析し、活用できる資源を把握したうえで、地域ごと、さらには一人ひとりの高齢者ごとに最適な対応策を検討していくことが求められます。
- 介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)は、このような「人と地域の多様性」の時代に対応するため、地域の実情に応じた市町村ごとの「地域マネジメント」を可能とするための制度としてスタートしたものです。

(3) 市町村に求められる「地域マネジメント力」の向上

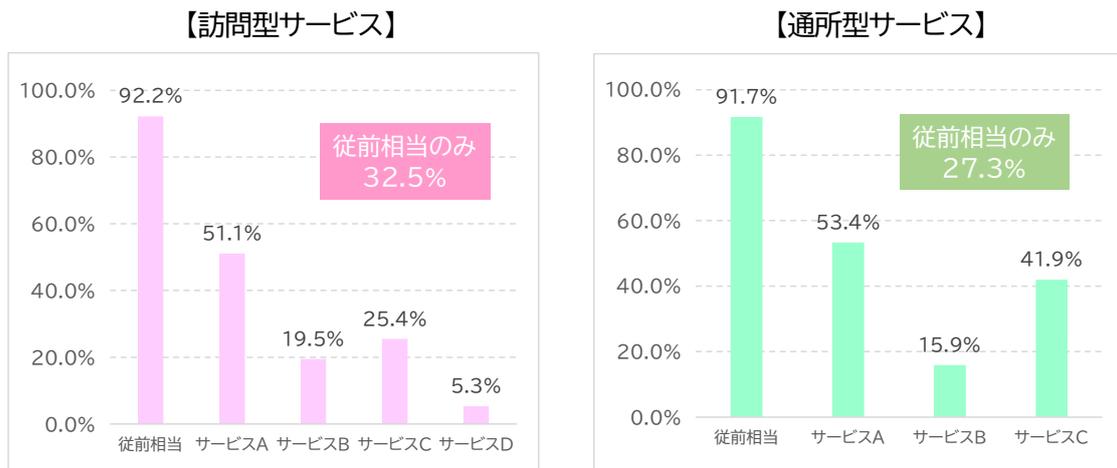
(市町村が担う、新たな権限と責任)

- 総合事業は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年の10年前にあたる2015年にスタートしました。それは、これから訪れる「人生100年時代」という「人と地域の多様性」に対応するため、全国一律の介護予防給付ではなく、市町村が地域の実情に応じた多様なサービス・活動を独自に生み出し、支援することを可能とするものでした。
- これにより市町村にとっては、それまで指定を受けた介護予防事業者が大きな役割を担っていた地域の介護予防について、自ら地域課題を分析し、自ら考えてサービス・活動をつくることができるという、新たな権限と責任が生まれることになりました。

(十分に進んでいない多様な主体の参画)

- それでは、総合事業のスタートから現在に至るまで、市町村の取組はどの程度進んでいるのでしょうか。
- 2022年度(令和4年度)の、市町村の総合事業の実施状況を見ると、多様なサービスのうちサービスAについては、訪問型サービスで51.1%、通所型サービスで53.4%となっています。またサービスBについては、訪問型サービスで19.5%、通所型サービスで15.9%に留まっています。
- さらに、「従前相当サービスのみ」の市町村は、訪問型サービスで32.5%、通所型サービスで27.3%となっています。P.5に示したとおり、今後は多くの市町村で「急速なニーズの増大と担い手の不足」が進むことが懸念される中、現状では十分な進捗とはいえない状況です。

<類型別の総合事業の実施市町村数>(n=1,741)



(出典)「介護予防・日常生活支援総合事業等(地域支援事業)の実施状況(令和4年度実施分)に関する調査」(厚生労働省老健局老人保健課)をもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

(総合事業の主目的の誤解による、地域マネジメントの失敗)

- また、サービス設計の中身についてはどうでしょうか。例えば、一部では「総合事業の報酬単価が低く設定され、国が定めている報酬額の4割減の自治体もある」、「著しく報酬単価が低くなったため事業所を閉鎖した後、自治体から運営事業者がいないので、改めての運営再開を検討してもらえないかとの打診があった」等の指摘もみられます⁴。
- 総合事業の主目的を「費用の削減」ととらえ、報酬単価の引き下げのみを推し進めることは、地域が大切にすべき介護職を失うことにならざるを得ない可能性もあり、このような取組は総合事業の目的や背景が十分に伝わらず、地域マネジメントが十分に発揮されなかった一例といえます。
- 総合事業がスタートした当初、総合事業が「要支援者を介護保険から切り離し、介護保険の財政支出を減らすための制度」といった誤解が生まれたこともありました。もちろん、介護保険財政の安定化は重要な課題の一つですが、それは「増大するニーズへの対応」や「人と地域の多様性への対応」等の結果としてもたらされるべきものです。
- 従前相当サービスの縮小も、利用者が選択した結果として実現されるべきことであり、多様な主体が参加する活動・サービスの創出と並行して進めることが必要です。

⁴ 第2回介護予防・日常生活支援総合事業の充実にに向けた検討会(令和5年5月31日)資料1-4 一般社団法人全国介護事業者連盟 提出資料「介護予防・日常生活支援総合事業の充実にに向けて」

(4) 総合事業に求められる、「ケア」・「ヒト」・「カネ」の視点

- 総合事業の目的は、費用の削減といった「カネ」の側面だけでなく、「ケア(本人の生活に合わせたケア)」、「ヒト(人材の確保)」、「カネ(適正な費用管理)」の3つの側面からとらえることが重要です(第3章参照)。
- 今後、「人と地域の多様性」に対応した「本人の生活に合わせたケア」を実現していくために、「ケアの選択肢を増やしていく」ことが重要であるとともに、同時に多くの地域で進む「中重度の要介護者の急増」と「担い手の大幅な減少」に対応するため、総合事業を通じた「人材の確保」を進めることが求められます。
- また、総合事業の事業費については「費用」としてとらえるのではなく、どのように使えば地域の中に「本人の生活に合わせたケア」を実現するための選択肢を増やすことができ、さらに「人材の確保」も行うことができるかといった、「投資」としてとらえる必要があります。
- 国のガイドラインに記載されたサービス A・B・C 等は多様なサービスの一例として示されているものに過ぎず、これらに限定してサービス類型を設計する必要はありません。総合事業は、市町村が地域の実情に合わせて独自に施策をつくることのできる自由度の高い仕組みです。
- 事業を実施する中で費用対効果を意識した評価をしながら、一人ひとりの高齢者に合わせた活躍の場、もしくはケアをきめ細かく提供することができる多様な体制を地域の中に整えていくことが総合事業の目的といえます。

2 高齢者の自立した日常生活を支えるための選択肢の拡大

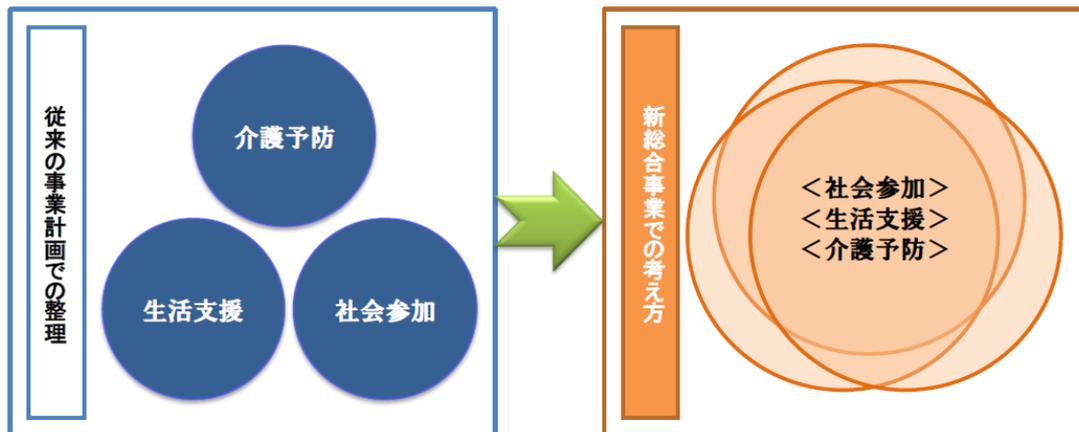
(1) 地域全体がチームとなって、多様なニーズに対応することの必要性

- 多様なサービス・活動は、従前相当サービスを代替する役割を担っているというよりも、従前相当サービスだけでは対応できない高齢者の多様なニーズに柔軟に対応する役割を持っています。
- 訪問型サービスであれば、従前相当サービスではできない生活支援を提供することも可能(住民主体の活動に補助をする場合は、老計 10 号の範囲を超えて支援できる)であり、また通所型サービスについては「道の駅」や「温泉」、「スポーツクラブ」など地域の多様な資源を活用することができます。
- 多様なサービス・活動は、従前相当サービスの廉価版ではなく、より高い付加価値を提供することも可能であり、利用者のニーズに合わせた多様な選択肢を示すことにもつながります。そして、そのような新しいサービス・活動の企画・立案を専門職のみでなく、民間企業や地域住民、市町村職員、生活支援コーディネーターなど地域全体がチームとなって行うことができる仕組みが総合事業です。
- そのためには、市内においても高齢介護担当のみでなく、まちづくり、公共交通、産業振興など、関連する幅広い担当課との協働が必要になります。

(2) 自立した日常生活を支える、介護予防・生活支援・社会参加の融合

- また、総合事業を通じた住民主体の活動の推進に焦点を当てると、介護予防・生活支援・社会参加が融合するような仕組みを構築し、より高い成果につなげることも狙いの1つといえます。
- これは、例えば一人暮らし高齢者宅のごみ出しを、近所の高齢者が手伝う(生活支援)ことによって、手伝っている高齢者は地域社会への参加(社会参加)を通じて、他者に貢献し、そのことが本人の生活意欲を高め、結果的に本人の「介護予防」になるといった考え方です。
- 心身機能が低下し始めた高齢者であっても、できるだけこれまで通りの生活を送ることができるよう、その自立した「日常生活を支援」し、活動性を継続的に高めることにより、「介護予防」を実現していくことが「介護予防・日常生活支援総合事業」の目的の1つです。
- この考え方は、総合事業の目的を単純な人材確保、生活支援等の充足に留めるものではなく、担い手となる住民の社会参加や結果として得られる介護予防にもつなげることで、将来的な要介護者の減少をも企図したものと いえます。
- このように、住民主体の取組の推進は、担い手として参加する住民一人ひとりの社会参加・介護予防の実現など、地域にとってより大きな成果につながることが期待される取組といえます。

<介護予防・生活支援・社会参加の融合>



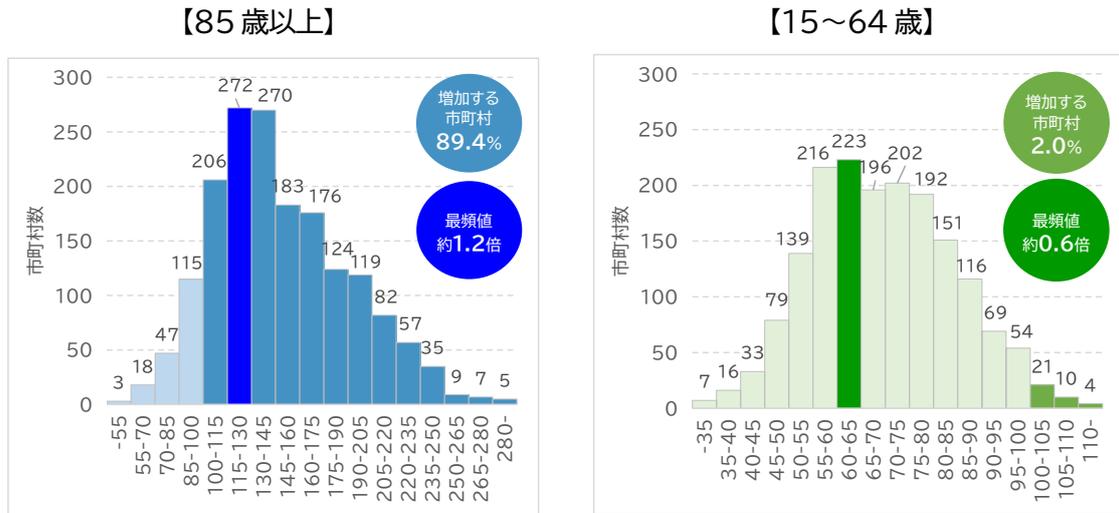
(出典)「介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説」,三菱UFJリサーチ&コンサルティング,平成26年度老人保健健康増進等事業

(3) 多様な活動・サービスのない地域は持続可能か？

(需給ギャップの拡大)

- 今後は中重度の要介護者の増加と、生産年齢(15~64歳)人口の大幅な減少が見込まれており、急速に高まるニーズとのギャップは今後も拡大すると考えられます。
- 人材の確保は既に多くの分野で共通の課題となっていますが、全体の労働人口が限られている以上、単純に「介護職の人数を増やしていく」という施策のみでこの状況を乗り切ることが困難です。

<2020→2040年の将来推計人口の変化の市町村分布(2020=100)> (n=1,728)



(出典)「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)をもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

(担い手がいなければ、サービス利用者数や費用は増えない)

- 現状では、多様な主体の参加が進まず、要支援者等のサービスのほとんどが従前相当サービスのみという状況が続く市町村が多くなっています。しかしながら、そのような地域で最も懸念されることは、介護予防サービス費の増大ではありません。
- 今後は、多くの地域で「中重度の要介護者の急増」と「担い手の大幅な減少」が進み、「人数が限られる介護職が、誰をケアするかを選択せざるを得ない状況」が訪れると考えられるからです。
- そのような状況下では、どれだけ支援を必要とする高齢者が増加したとしても、担い手がいない限りはサービスの利用者数や費用は高止まりし、次第に減少すると考えられます。お金があっても、ニーズがあっても、担い手がいなければサービスを利用することはできません。

(軽度者向けのケア中心では、事業者の経営は成り立たない)

- 今後の介護職は、より高い専門性を必要とし、かつ多くの地域で急増することが見込まれる「中重度の要介護者のケア」を担う必要に迫られることになります。
- さらに、介護事業者としても限られた介護職が相対的に単価の低い軽度者のケアを担うのではなく、中重度者へのサービス提供を増やしていかなければ、経営的にも厳しい状況になると考えられます。このようにして、多くの地域では介護事業者による軽度者向けのケア、従前相当サービスの供給力が自然に低下していくと考えられます。
- 現状においても、「ヘルパー不足で、訪問介護事業所が閉鎖した」、「訪問型サービスの利用について、介護事業所から提供を断られた」といったことが増えている地域はないでしょうか。市町村担当者は、総合事業と介護人材の確保の問題が、密接に関わり合っていることを理解することも必要です。

(4) 従前相当サービスを「なくす」ではなく、「なくなる」将来に備える

(従前相当サービスは、なぜ選択されているのか？)

- 多くの地域では、「専門職が必要だから、従前相当サービスが選択されている」のではなく、「他に選択肢がないから、従前相当サービスが選択されている」のではないのでしょうか。
- 「買い物に行く手段がないから、ヘルパーに頼む」、「送迎付きの通いの場がないから、デイサービスに行く」など、利用者の多様なニーズに応えられるサービスが地域にない中で、他に選択肢がないので従前相当サービスを選択している」という実態はないのでしょうか。
- 仮にそのような実態があるとすれば、それはサービスの利用者と提供者の双方からみて望ましい状態とはいえません。市町村においては、「利用者のニーズにあった多様なサービス・活動の創出」や、「専門職が、本当に専門性を必要とする要介護者等にサービスを提供することができる環境整備」などに取り組むことが必要といえるのではないのでしょうか。

(従前相当サービスが「なくなる」将来に備える)

- 今後は、多くの地域において「中重度の要介護者の急増」と「担い手の大幅な減少」が進み、「人数が限られる介護職が、誰をケアするかを選択せざるを得ない状況」が訪れます。
- そのような状況の下では従前相当サービスの提供量は徐々に減少すると考えられますが、それまでに多様なサービス・活動を創出することができなかった地域においては、要支援者等が利用できるサービスが枯渇する恐れがあります。
- 現状において、多くのケースで従前相当が選択されている理由は「専門職が必要だから」ではなく、「他に選択肢がないから」ではないのでしょうか。民間企業や地域住民、市町村職員、生活支援コーディネーターなどにより、多様なニーズに対応した新しいサービス・活動が創出されれば、利用者の生活にとってもプラスになるのではないのでしょうか。
- 何より、多くの地域では介護分野以外のところからサービスや人材を引き入れることができなければ、急増する生活支援のニーズ等に対応することができなくなるのではないのでしょうか。
- 総合事業では、従前相当サービスの減少を視野に入れてはいますが、それは従前相当サービスをなくすことが目的ではなく、なくなる将来に備えることが目的であることを忘れてはいけません。

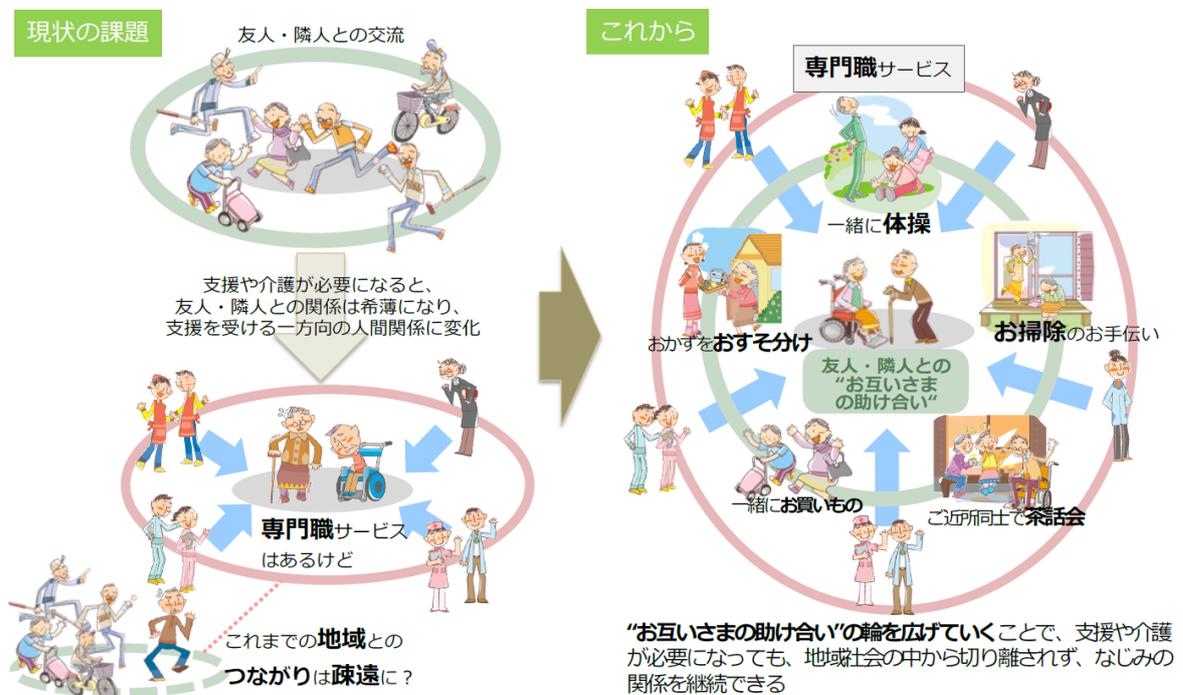
第2章 総合事業の基本コンセプト

1 本人の生活に合わせたケアの実現

(1) 支援が必要になっても、「なじみの関係」を継続するために

- 地域包括ケアシステムの構築が目指す「住み慣れた地域での生活の継続」には、居住する場所が変わらないという意味だけでなく、それまでのなじみの関係を継続するという意味も含まれています。
- すべての地域住民の生活は、様々な自助・互助・共助・公助の中で支えられています。そのバランスは地域や一人ひとりの住民によって異なりますが、支援が必要となった高齢者の生活は、徐々に介護保険サービス(共助)によって支えられる割合が高まることが多くなります。それでも、それまでの近所の付き合いや友人との関係がなるべく継続されるよう支援していくことが、その人らしい生活を継続することにつながります。
- しかし現実には、支援が必要となった高齢者は、これまでの地域生活から切り離され、「専門職と利用者」という狭い関係性の中での生活が中心となり、支援が必要となる前の生活スタイルを変化せざるを得なくなるということも多いのではないのでしょうか。介護保険サービスにより専門職が提供するサービスだけでは、高齢者一人ひとりの多様なニーズに対応することは困難だということです。

<地域生活は専門職だけで支えているわけではない>



(出典)「新しい総合事業の移行戦略～地域づくりに向けたロードマップ」,三菱UFJリサーチ&コンサルティング,平成27年度老人保健健康増進等事業

- 例えば、「これまで参加していた趣味の集まりに行くことができなくなり、デイサービスに通うようになる」、「いつも利用していたスーパーに買い物に行けなくなり、買い物代行を頼むようになる」といった変化は、地域とのつながりの希薄化や日々の活動量の低下などにもつながります。
- 高齢者一人ひとりの生活は、地域にある様々なサービスや社会との関わりの中で成り立っており、専門職等による支援が必要になったとしても、その重要性が変わることはありません。仮に専門職等の支援が始まったことを機会に、利用できるサービスや参加できる活動が大きく制限されるのであれば、それまでの本人の生活スタイルが変化することになり、意欲や活動量の低下につながる懸念されます。
- 総合事業に基づく活動・サービスの創出は、支援が必要となった高齢者が、支援が必要となる前の生活スタイルや活動性をできるだけ維持することができるよう、選択肢を拡大するとともに、高齢者が元気なうちから多様な活動に参加することにより地域社会とつながり、日常生活における活動性を高め、孤独・孤立の状態となることを予防することなども狙いとしています。

(2) 日常生活の中で継続的に活動性を高める介護予防の実現

- フレイルとは健康な状態と要介護状態の中間に位置する状態ですが、適切な介入により生活機能の維持向上が可能な状態でもあり、フレイル予防は要介護状態となることをできる限り防ぐ(遅らせる)ために非常に重要な取組といえます。
- フレイル予防については、ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチがあり、前者はフレイル状態となった個人を特定した後に、該当者に対して専門職が直接関与して行うものであり、後者は地域住民など集団全体に対して行動変容などを促すアプローチを行うものです。
- ポピュレーション・アプローチは、地域全体において住民主体の自発的な健康づくりが進むことを側面的に支援するものであり、いわゆる一次予防のみでなく、予防の意識がない人であっても、無意識に予防に資する行動をしやすいような「環境整備(ゼロ次予防)」も含まれます。
- したがって、環境整備(ゼロ次予防)の観点からは、公共交通担当、まちづくり担当、商工観光担当など庁内における様々な担当課との協働が必要になります。
- 例えば「顔見知りの仲間とお茶会に参加する」、「自分でスーパーへ行って買い物をする」、「趣味の麻雀をするために雀荘に行く」、「仕事をする」、「仲間とスポーツをする」、「一人でウォーキングをする」といった日常生活で行う全ての活動がフレイル予防・介護予防につながるものであり、仮に支援が必要になったとしてもこの日常をできるだけ長く継続することが、本人の意欲の面からも重要となります。
- 心身機能が低下し始めた高齢者であっても、できるだけこれまで通りの生活を送ることができるよう、その自立した「日常生活を支援」し、活動性を継続的に高めることにより、「介護予防」を実現していくことが「介護予防・日常生活支援総合事業」の目的の1つです。

(3) 自立に向けた意欲を引き出す支援(自立支援)とセルフマネジメントの定着

- 自立支援は、単に「できないことを、代わりにやる」という意味での支援ではなく、可能な限り自分でできることは自分で対応し、「できないこと」を可能な限り「できるようにするための」支援を提供するものです。また、自立支援の実現に向けては、外部の専門職の技術的な介入も必要ですが、まずは本人に「自立に向けた意欲」があることが前提となります。
- 要支援者等の生活は、要介護者と比較すると活動の幅が広く、また心身状態も比較的元気な場合が多いため、社会参加のあり方や予防の取組についても多様性があり、すべての対象者に通いの場等で予防に取り組んでもらうという方法が、本人の「自立に向けた意欲」を引き出すことにつながるとは限りません。
- サービスCについても、単に短期集中型の支援で心身機能の回復を図った後に、画一的に地域の通いの場等につなげるのではなく、まずは「就労の場で働く機会を得たい」、「一人でウォーキングをするのが楽しい」など、高齢者一人ひとりの意欲の源を専門職が見極めた上で、その方の望む暮らしの実現に向けた提案を行うことが、本人の「自立に向けた意欲を引き出す支援(自立支援)」につながっていきます。サービスCは、意欲の見極めや動機付けに重点が置かれるべき取組です。
- さらに、本人が日常生活の中でその意欲を継続していくという観点からは、専門職の介入等を通じて「セルフマネジメント」を定着させることが重要といえます。

2 人材の確保

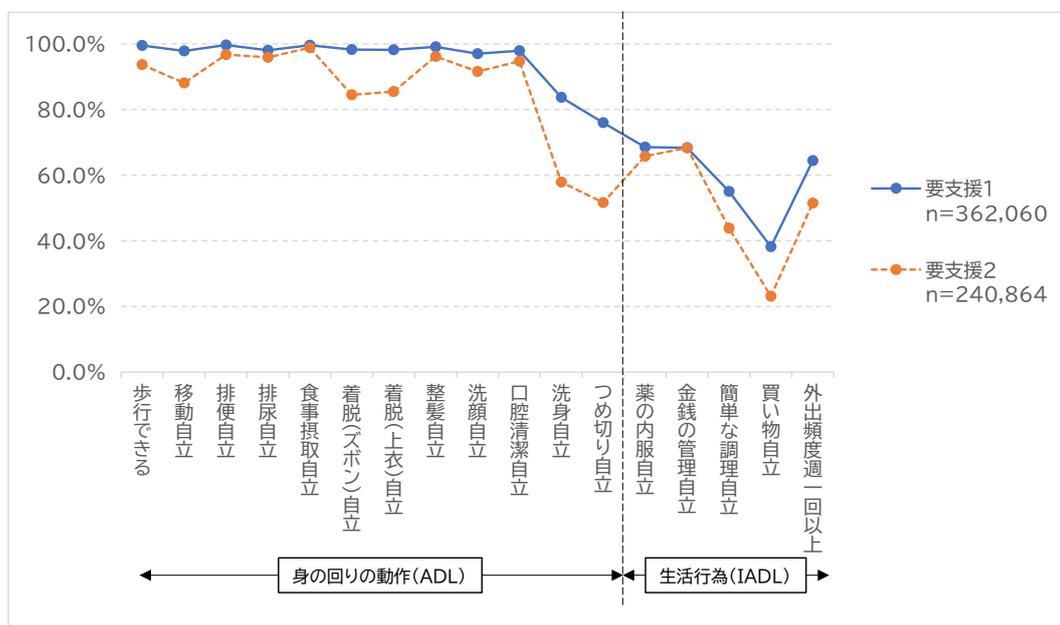
(1) 多様な主体の参画による担い手の確保

- 総合事業における「多様な主体の参画」は、人と地域の多様性に対応するためである一方、地域のケアを担う「人材の確保」という側面もあります。
- 多様な主体の参画については、従前相当サービスを減少させ、介護予防サービス費の削減を目的としているのではないかと指摘もみられますが、多くの地域では費用削減よりも人材確保の方がより大きな課題になっているのではないのでしょうか(P.10 参照)。
- 現状においても、「ヘルパー不足で、訪問介護事業所が閉鎖した」、「訪問型サービスの利用について、介護事業所から提供を断られた」といったことが増えている地域はないでしょうか。市町村担当者は、総合事業と介護人材の確保の問題が、密接に関わり合っていることを理解することも必要です。
- 一方で、多様な主体の参画は、総合事業による委託、補助等を行うサービスを増やすことだけではありません。特に都市部では多様な民間サービスが存在しており、そのような地域資源は介護予防ケアマネジメントを通じてケアプランの中に位置づけることも可能です。
- ケアマネジャーは介護保険制度の枠内のサービス・活動のみでなく、地域の多様な資源を把握し、高齢者の生活と地域の資源を広く結びつける役割を担っています。

(2) 適切なタスクシフトの推進

- 人材の確保は、ケアを提供する人数を増やすことだけでなく、ケアの提供に係る役割分担を見直すことも重要な方策の1つです。
- 例えば、要支援1・2の認定者について、認定調査結果の一部をみると、移動・排泄・清潔保持などの「身の回りの動作(ADL)」については多くの項目で高い割合の者が自立となっており、「生活行為(IADL)」では「簡単な調理」と「買い物」において、自立が50%を下回っています。
- 要支援者の状態像については、調査項目ごとではなく、要支援者一人ひとりの状態を総合的に評価することが必要あり、実際の状態像は非常に多様です。しかしながら、要支援者等の多くは、必ずしも専門職でしか対応できない状態の人とは言えないのではないのでしょうか。
- このような必ずしも専門職によるケアを必要としない軽度者への生活援助について、介護事業所以外の民間サービスや住民主体の活動などの多様な主体が担うことができれば、介護事業所の専門職は身体介護が必要な要介護者等へのサービス提供を増やすことが可能になります。
- このような適切な役割分担の見直し(タスクシフト)は、限られた専門職をより重度な要介護者等のケアに重点的に投入することを可能とし、地域全体の支える力を向上させることにつながります。

<要支援1・2の認定調査結果(新規申請)>⁵



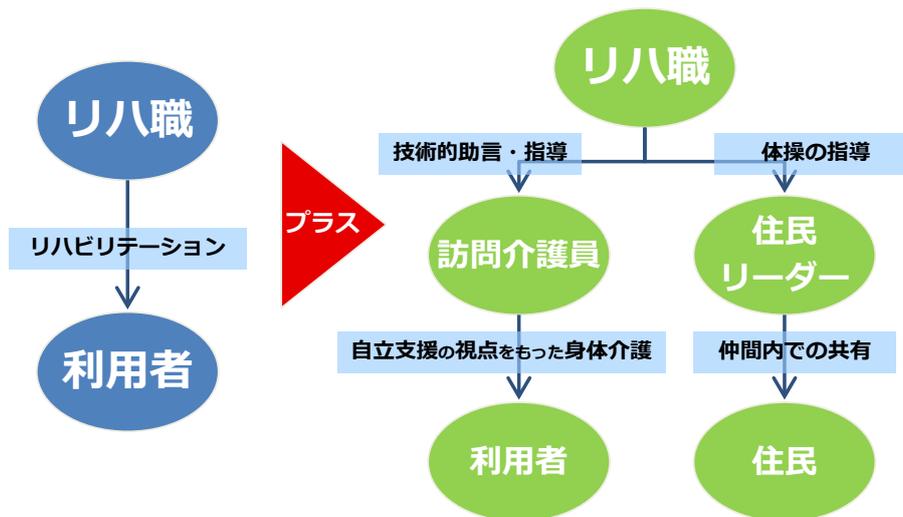
(出典)「第1回介護DBオープンデータ」(認定申請日2019年4月～2020年3月)(厚生労働省)をもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

⁵ 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

(3) 専門職の地域活動への関わり

- 住民主体の活動は、住民の自発性を尊重して行われる取組ですが、それはすべてを住民に任せきりにするというものではありません。地域包括支援センターや自治体のリハビリテーション専門職や保健師などの専門職が関わることで、住民主体の活動をより活発化することも可能です。「体操教室」も運営そのものは、住民主体で十分に可能ですが、専門職が関わることで、住民の動機づけの面のみでなく、技術的な面や介護予防の効果という点でもより高いレベルでの活動を期待することができます。
- 総合事業における地域リハビリテーション活動支援事業では、こうした専門職を例えば地域の施設や医療機関等から派遣した場合に、人件費を補てんすることが可能であり、このような事業の活用は、一般的な専門職と利用者の「一対一」の関係性に加え、専門職と地域活動の言うなれば「一対多」の関係性を生み出すことにつながります。
- 専門職が一人ひとりの高齢者に直接関わる時間には限りがある中で、専門職が住民主体の地域活動に薄く広く関わりを持つことは、専門職の活躍の場がこれまで以上に地域全体に広がっていく機会になるといえます。

<リハビリテーション職種の地域での新しい働き>



(出典)「新しい総合事業の移行戦略～地域づくりに向けたロードマップ」、三菱UFJリサーチ&コンサルティング、平成27年度老人保健健康増進等事業

3 財源・費用のモニタリング ～これからの正念場の上限管理

- 総合事業では、各市町村単位で上限額が設定されており、原則としてその範囲内での運営が求められます。上限額は、総合事業開始以前の給付水準をベースに、75歳以上人口の増加率に比例して設定されています。したがって、介護予防による認定率の低下や、従前相当サービス以外の選択肢が増えれば事業額が抑制され、上限額との差が大きくなることで、市町村の財政的な裁量の幅がより拡大します。
- 2025年には、人口のボリュームゾーンとされるすべての団塊の世代が75歳以上となります。上限額の設定は、75歳以上人口の増加率に比例することから、2025年前後は各市町村において上限額が急伸する最後の機会といえます。一方で、後期高齢者とはいえ、団塊の世代も75歳を超えたばかりで要介護認定率も低く、したがって、「上限額は引きあがるが、費用(要介護者)は増えにくい環境」にあるといえます。
- この状況は、団塊の世代が、80歳前半に入る向こう5～10年で大幅に変化していきます。すなわち、75歳以上人口の伸びは鈍化している中で、費用(要介護者)の急速な増加だけが見込まれる状態が2030年に向けてやってくることを意味しています。したがって、現段階で事業総額が上限額に収まっている市町村においても、今後の人口動態を見極めながら、費用総額の管理をしっかりと行うことが大切です。

第3章 総合事業の目標と評価

1 評価の視点に関する基本的な考え方

1.1 総合事業の目的は、あくまで「高齢者の生活」を支えること

- 第2章で確認したコンセプトに基づき、具体的な評価・モニタリング手法について考えます⁶。ただし、ここで提案している評価指標はあくまでも試案であり、今後の各市町村におけるPDCAを円滑に進めるための提案であることをあらかじめお断りします。
- 実施要綱にも整理されているように、総合事業の直接的な目的は、「介護予防」と「選択可能な生活支援」で「高齢者の自立した生活を支えること」です。
- ここで注意したいのは、総合事業の最終的な目的は、あくまでも高齢者の生活の支援であるということです。総合事業の実施要綱だけでなくガイドラインでも、事業の目的が「費用抑制」や「人材の確保」の文脈で定義されていないように、あくまでも「高齢者の視点」に立った支援が目的です。

<実施要綱における総合事業の「目的」>

【総合事業】

総合事業では、従来、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護(以下「旧介護予防訪問介護等」という。)により提供されていた専門的なサービスに加え、生活支援体制整備事業等により住民主体の支援等の多様なサービス、一般介護予防事業の充実を図り、市町村の独自施策や市場において民間企業により提供される生活支援サービスも活用することにより、要支援者等の能力を最大限いかしつ、要支援者等の状態等に応じたサービスが選択できるようにすることが重要である。

【介護予防・生活支援サービス事業】

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することを目的として実施する。また、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、旧介護予防訪問介護等により提供されていた専門的なサービスに加え住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とし、地域の支え合いの体制づくりを推進することを目的とする。

- 一方で、目的達成のための制約条件として、財政・費用と人材確保の問題にも目を向ける必要があります。したがって、総合事業の評価は、高齢者の視点を「主」、費用や人材の観点を「従」とし、「財政と人材の制約の中で、いかに高齢者の自立した生活が支援されているか」という観点が必要です。

⁶ なお、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインの「1. 事業の目的・考え方」で触れられている通り、その実施にあたっては、総合事業だけでなく、生活支援体制整備事業も活用するとされています。したがって、評価にあたっては、必要に応じて生活支援体制整備事業も範囲に加えた議論が必要です。

<総合事業の評価の視点と狙い>

		評価の狙い	解説
制約・前提条件	高齢者の視点	● 高齢者の生活や行動がどのように変化したか。	● 地域の高齢者の心身状態や生活の状況における成果を評価する視点。ロジックモデルに基づき、事業のアウトプット・初期アウトカム・中間アウトカム・最終アウトカムに基づき評価。 ● 各施策の成果が向かうべきゴールのイメージであり、評価の基本。
	財政の視点	● あらかじめ決められた財政上の制約の中で実現できているか。	● 財政・費用の視点は、評価というよりも、高齢者へのケアを提供する前提条件であり、適切な費用の範囲で実施できているかをモニタリングするための指標。
	人材の視点	● 地域の担い手を増やす方向で実施され、既存専門職の活動を圧迫していないか。	● 人口減少が進む地域に限らず、中重度者への人材の重点化を進めるため、生活支援や軽度者ケアにおいてより多様な主体による支援が実現しているかを確認。本人へのケアを行う上での制約条件の一つ。

1.2 評価の対象領域

- 具体的な評価のあり方について整理するにあたり、まずは、総合事業の取組の3つの領域をみていきましょう。3つの領域は、それぞれの目的と対象、手法によって分かれています。
 - ① 要支援・要介護認定に至らない高齢者を増やしていくポピュレーション・アプローチ
 - ② 本人の能力を最大限活用した自立の促進を支援するハイリスク・アプローチ
 - ③ 選択できる生活支援のサービス・支援の選択肢を増やす取組

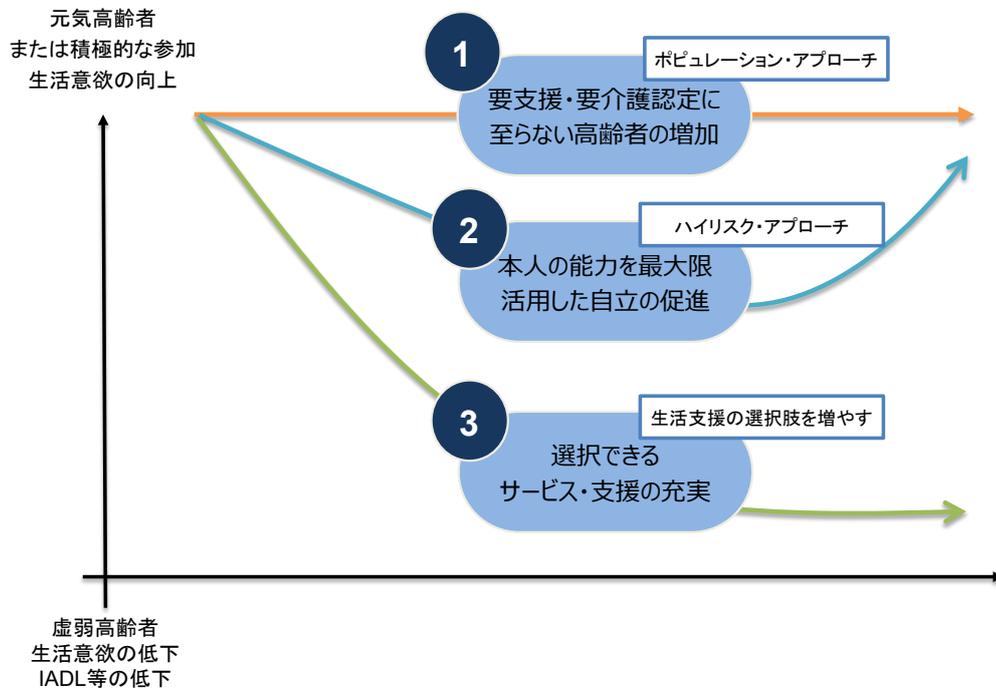
<総合事業の3つの目的とアプローチ・具体的な活動例>

1	要支援・要介護認定に至らない高齢者の増加	【ポピュレーション・アプローチ】 元気な人ができるだけ元気でい続けるために	体操教室／通いの場 活発な社会参加
2	本人の能力を最大限活用した自立の促進	【ハイリスク・アプローチ】 元気がなくなった人をもう一度元気にするために	短期集中プログラム（c型） フレイル初期の集中的介入等
3	選択できるサービス・支援の充実	【利用者の選択肢を増やす】 元気でなくなった人が、その人にあつた支援を選べるために	自費／有償ボランティア 地域の助け合い／等

- 第一に、要支援・要介護認定に至らない高齢者を増やしていくことです。言い換えれば、元気な高齢者ができる限り元気でいられるように、より多くの高齢者が地域の活動に積極的に参加することを支援していく取組への評価です。これらの取組はポピュレーション・アプローチと呼ばれます。地域の高齢者の多くの人に影響を与えることを意識しつつ、住民が自主的に取り組むことを前提に、行政の支援は、広く薄く間接的に行うことが大切になります。
- 第二に、ハイリスク・アプローチへの評価です。ポピュレーション・アプローチによる支援で社会参加や介護予防が進んでも、突発的な怪我や病気でフレイルが進む方や、加齢にともない心身状態が悪化する

る方が出てきます。こうした要支援・要介護リスクが高い人に専門職の介入を行うことで、本人の能力を最大限活用した自立の促進を支援するのがハイリスク・アプローチです。すでに総合事業では、短期集中予防サービスがその代表的な取組として実践されています。

<総合事業の3つのアプローチのイメージ>

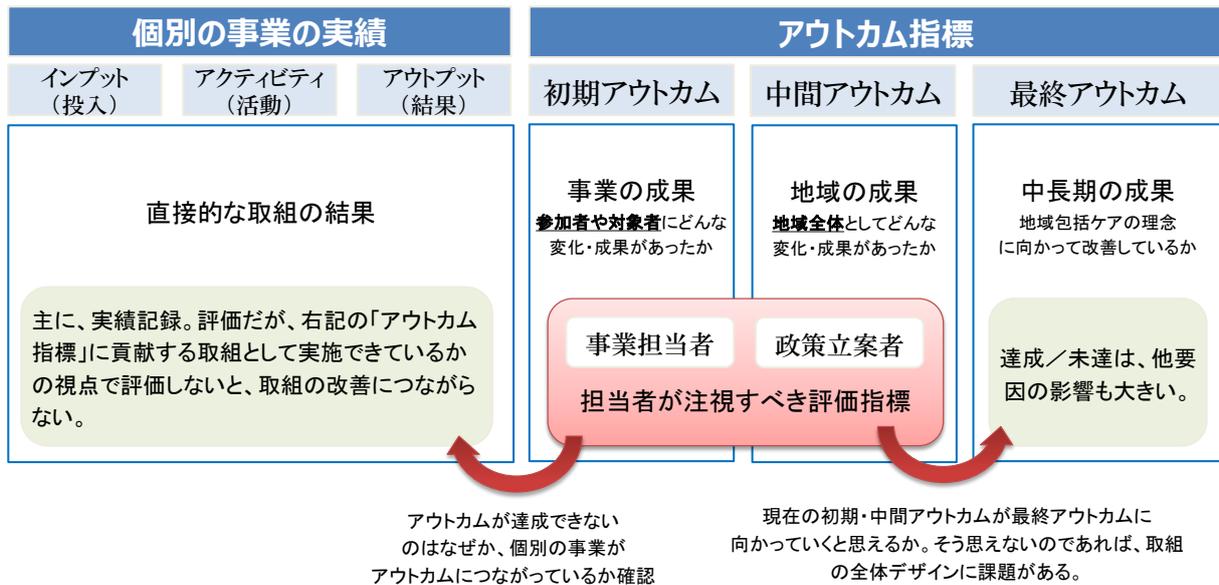


- 最後に、上記2つの取組を進めてもなお、生活に支援が必要になる方に対する取組を評価します。元気でなくなった人が、その人にあった支援を選べるような地域を作っていくことが求められています。単に何らかのサービスを提供するというのではなく、本人の生活ニーズにあわせ選択できるサービス・支援を充実させることを目指します。要支援者や事業対象者へのサービス・支援の選択肢を増やしていくということは、現状を踏まえれば、いわゆる従前相当サービス以外の選択肢を増やしていくことと同義といえます。

1.3 評価の段階

- これら3つの領域のそれぞれについて、以下のような段階ごとに評価指標を設定します。下図の右側に進むほど、上位の「目的・目標」が評価され、左側に進むほど「手段」を評価する構造になっています。右側から「最終アウトカム」、「中間アウトカム」、「初期アウトカム」の順に手段側に下りていきます。最も現場レベルでの評価は、個別の事業評価であり、「インプット(投入)」「活動」、「アウトプット(結果)」にさらに分けることができます。

<総合事業の評価における3つの段階>



<軽度者へのアプローチの評価指標の全体像>

3つのアプローチ	アウトプット	初期アウトカム	中間アウトカム	最終アウトカム
1 ポピュレーション・アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■ 出前講座・説明会の開催数 ■ 通いの場の数 ■ 体力測定会の開催数 ■ 広報活動の回数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 出前講座等に出席した住民の数 ■ 通いの場や参加者の数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 社会参加率 ■ 通いの場における75+等参加率 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 調整済み軽度認定率 ■ 初回認定者の平均年齢 ■ 軽度者の在宅継続数または率(在宅生活改善調査)
2 ハイリスク・アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■ 短期集中予防サービスの開催回数、委託先の数、参加者数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 想定対象者に占める実際の参加者数 ■ 参加者の参加前後の状態変化 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 参加者の一定期間後の状態変化 	
3 利用者の選択肢の幅	<ul style="list-style-type: none"> ■ 選択肢増のための取組実績(協議体開催回数等) ■ 生活支援Coの支援先打ち合わせ回数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 従前相当サービス以外のサービス・活動の種類・数 / 等 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 要支援者等ケアプランにおける「従前相当サービス」を含む割合 	

(1) 事業実績報告としての「個別事業の実績」(アウトプット)

- 個別事業の実績は、いわゆる「インプット(投入)」「アウトプット(結果)」、あるいは「アクティビティ(活動)」として知られるものです。
- 例えば、ケアマネジャーの研修会を開催する「アクティビティ(活動)」であれば、「インプット(投入)」は、講師や会場の手配やその費用(予算の確保)になりますし、「アウトプット(結果)」は、研修会の開催回数や、参加者数になります。

- 例えば、外部委託の際の仕様書で「業務内容」などの項目を立て、「研修会開催:5回」などと記載することがありますが、これがアウトプットのイメージに近いでしょう。これらの数値は、予算事業として実施しているものなら、どこの市町村でも手元で把握・記録しているでしょう。
- ただし、これらの実績記録をみても、政策や取組がどのように高齢者や事業の対象者(例えば専門職向け研修なら参加している専門職の意識や行動)に影響しているのかはわかりません。アウトプットは、個別事業の進捗管理には適した指標ですので、業務委託の際の終了時の実績報告や行政の事業報告書には不可欠なものですが、高齢者を支援する政策の評価指標としては十分とはいえません。

(2) 事業担当者が最も意識すべき「初期アウトカム」

- 一般に、行政には、個別事業の詳細を企画し実行する「事業担当者」と、目的遂行のため多様な事業を組み合わせて市町村の進む方向を検討する「政策立案者」の立場の職員の方がいると思います(小規模市町村であれば兼務もあるでしょう)。事業担当者は、研修担当、地域ケア会議担当などのように個別事業の担当を担っています。現場の最前線で個別の取組を遂行している現場責任者といえます。この事業担当者が特に注視すべき指標が、初期アウトカムです。
- 事業担当者が主として考えるのは、平易に言えば、その事業が「うまくいった」かどうかです。研修会開催の事業であれば「盛会」「好評」であったかです。研修は開催した(アウトプット)けど、参加者の終了時のアンケート結果があまりよくなかったという場合もアウトプットは出たが、初期アウトカムは不芳ということになります。
- 事業担当者にとっては、「自分のやっていることがこういう風になったら嬉しいな」と思えるかの評価であり、数値での表現が難しい場合もあります。例えば地域ケア会議の場合、開催回数、ケースの検討件数といったアウトプットは数字で表せますが、現場での成果である初期アウトカムの定量評価は難しい場合もあります。こうした場合は、無理に定量化せず、「開始当初よりも会議の参加者の発言が増えた」、「ケアマネジャーから『やってもらってよかった』という声が増えてきた」といった定性的な評価も初期アウトカムとして把握しておくべき内容です。逆に「マンネリになっている」「毎回同じような助言になっている」といった不芳な初期アウトカムへの評価があれば、実施方法の見直しが必要でしょう。
- 大切なのは、良い評価が出たときに「事業担当者のモチベーションが高まるかどうか」、そして悪い評価の時に「改善点を考えるきっかけになるか」といえます。そうした意味では、初期アウトカムは現場のリアリティがある「手触り感」のある評価といえます。なお、初期アウトカムの設定は各市町村の取組によって設定が変わりますので、全国統一の指標は設けません。
- 市町村の政策は、地域全体のために行われています。初期アウトカムは、事業の直接の参加者が改善していれば達成といえますが、すべての住民や対象者が参加するわけではありません。政策の効果は、より適切な対象者に的確にアプローチし、参加を得、実際に地域全体に効果が得られることが必要です。

(3) 政策立案者として最も意識すべき「中間アウトカム」

(事業参加者だけでなく、地域の高齢者全体に変化があるのか)

- 一方で、政策立案者(またはチーム)は、もう一步踏み込んだ評価が必要です。事業が順調に進捗しているにもかかわらず、結果的に住民全体にとってプラスに働いたのかどうかの評価がなければ、政策評価としては不十分です。その意味で、中間アウトカムは、より俯瞰的な視点からの評価が必要です。
- 中間アウトカムでは、地域全体の高齢者を視野にいれるとわかりやすいでしょう。事業参加者に対する評価が初期アウトカムであるとするならば、中間アウトカムは、地域の高齢者・要支援者等全員を視野に入れた場合の評価と考えることもできます。
- 例えば、体操教室の普及活動事業において、「高齢者の8%が参加する状態」は、事業の初期アウトカムとして評価できます。しかし、仮に8%の高齢者が参加しても、残り的高齢者は体操教室には参加していません。本来の政策目標は、体操教室の参加者数の増加ではなく、体操教室以外の諸活動も含め、高齢者の積極的な社会参加と介護予防に資する活動的な生活を促すことです。体操教室は、そのための手段の一つにすぎません。したがって、政策目標を達成するには、就労や、趣味のサークル、スポーツサークルへの参加を促すような広報や、地域の資源を見つけ出し住民に伝えていく活動にも意味があるかもしれません。このように考えると、中間アウトカムでは、体操教室も含む多様な通いの場への高齢者の参加が積極的になっているかどうかを地域全体で評価する必要があります。
- 市町村の政策は、地域全体のために行われています。初期アウトカムは、事業参加者数が増えるだけでも十分な成果ですが、当該事業にすべての住民や対象者が参加するわけではありません。政策の効果は、より適切な対象者に的確にアプローチし、参加を得、実際に地域全体に効果が得られることが必要です。中間アウトカム指標が評価するのは、この「地域全体への効果」です

(事業実施の成果は、その後定着しているか)

- また、中間アウトカムにおいては、初期アウトカムがその後の行動につながり定着し、地域全体の成果に表れているかという視点で評価される場合もあります。
- 例えば、短期集中予防サービスは短期的にはプログラムによる本人の意欲向上と心身状態・生活の改善を目指しますが、政策の狙いは、その定着と従来の普通の生活に戻し、自分の持つ能力を最大限に生かした生活を続けることです。したがって、終了直後は、良好(初期アウトカムは良好)であったのに、半年後に状態が維持できず、再びフレイルになっている人が多いようならば、政策の目標の達成状況は不芳ですので、取組の再点検が必要でしょう。

(4) 地域包括ケアの目標に向かっているかを評価する「最終アウトカム」

- 一方で、最終アウトカム指標は、「理念の指標化」ともいうべきものであり、中長期の成果を求める指標です。
- 一般的に最終アウトカムの達成には、総合事業がカバーしている政策領域以外の影響を受ける部分があるため、総合事業の直接の取組評価としては適していない場合もあります。しかし、総合事業もまた地域包括ケアシステムを支える基幹政策ですので、総合事業の成功が最終的に地域包括ケアシステムの目指すゴールに向かっているかどうかは評価の重要なポイントになります。
- 最終アウトカムは、政策全体が最終的に目指す方向性を示す「旗印」としての役割を果たすものです。政策の改善や見直しを行う場合に、その方向性が間違っていないかを考える際の指針になります。逆に、最終アウトカムが達成できていない場合には、中間アウトカム、初期アウトカムと順番に手段を確認していくことで改善点が見えてくる場合もあります。

2 高齢者の視点からみた評価指標のあり方

- 以下では、「1.2 評価の対象領域」で整理した①ポピュレーション・アプローチ、②ハイリスク・アプローチ、③利用者の選択肢を増やす取組の3領域ごとに、「1.3 評価の段階」で確認した (1)個別事業の実績(アウトプット)、(2)初期アウトカム指標、(3)中間アウトカム指標を解説します。
- さらに、次節以降では、3領域すべての共通する評価指標として最終アウトカム指標を解説するとともに、これら的高齢者を支える取組を進めるにあたっての、財政・人材に関する制約についてのモニタリング手法も解説します。

2.1 ポピュレーション・アプローチに関する評価

(1) 個別事業の実績(アウトプット)

- 個別事業のアウトプットは、各市町村の取組内容によって異なるため、全国統一の基準はありませんが、「アウトプット」に設定すべき取組の水準をイメージしやすいように、以下で一例を示します。
- ポピュレーション・アプローチでは、積極的な社会参加が、介護予防において重要な要素であることが多くの学術研究で明らかになっています⁷。近年は、各市町村で介護予防を目的とした通いの場(体操教室等)などが展開され、すでに全国で10万か所を超えるといわれています。住民主体の体操教室の立ち上げ支援などは、典型的なポピュレーション・アプローチの取組の一つです。
- また、出前講座や説明会など、住民に対する社会参加や介護予防への意欲を高めるため、出前講座や説明会の開催も典型的な取組でしょう。またフレイル予防の啓発などで行われる体力測定会の開催や、広報活動の実績もアウトプットになるでしょう。

(2) 初期アウトカム指標

- ポピュレーション・アプローチの取組における初期アウトカムは、アウトプットで実施した取組の成果を評価するものです。例えば、住民に働きかためるための出前講座や説明会に出席した住民の数や、その結果として立ち上がった通いの場の数、その参加者数などが初期アウトカムになります。初期アウトカムは、取組そのものの実績ではなく、取組の結果として生じる変化を評価するものになります。
- 初期アウトカムは、特に事業担当者が意識すべきものですので、取組の性質にもよりますが、評価の頻度は、取組の進捗管理に応じた実施が望ましいでしょう。取組の実施タイミング毎、あるいは年に複数回の確認が一般的でしょう。

⁷ JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクトにおける研究成果が知られている。

(3) 中間アウトカム指標

- 中間アウトカム指標としては、「社会参加率」と「通いの場における75歳以上等参加率」を設定します。

(社会参加率)

- 「社会参加率」は、地域の高齢者の積極的な社会参加の状況を評価する指標です。具体的には、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の標準調査項目の問5について、「選択肢①～⑥のいずれかの項目で『週1回以上』の選択がある回答者、及び『月1～3回』が複数選択されている回答者の合計が全回答者に占める割合」を算出することで、積極的に社会参加している高齢者の割合を指標化します⁸。
- 住民の価値観は多様ですから、社会への関わり方も多様です。自治会活動に積極的に取り組む人、仕事を続けている人、趣味のサークルを友人と楽しむ人など、多様な社会への関わりがあります。行政が支援している体操教室への参加だけに介護予防の効果があるわけでもないでしょう。地域のすべての高齢者が介護予防の取組に参加することも想定できません。
- 最終的に目指すのは高齢者が多様な場で誰かとながら、活動性の高い社会です。住民すべての社会参加を評価することはできませんが、その評価対象の範囲をできるだけ広げ、住民の活動性を評価しようとするのが「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」の問5の設問です。この数値は、制約はあるものの、調査項目が標準化されていることから、他地域との比較や、時系列の比較もしやすい項目です。

<介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問5を活用した社会参加率の考え方>

問5 地域での活動について	週4回以上	週2～3回	週1回	月1～3回	年に数回	参加していない
① ボランティアのグループ	1	2	3	4	5	6
② スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6
③ 趣味関係のグループ	1	2	3	4	5	6
④ 学習・教養サークル	1	2	3	4	5	6
⑤ (介護予防のための通いの場等について各市町村が使っている名称(通いの場が何種類かある場合は列挙する)を入れる)など介護予防のための通いの場				4	5	6
⑥ 老人クラブ	1	2	3	4	5	6

週一回以上を積極的に社会参加している人と整理する。

月1～3回が2項目(または3項目)で選択されていれば、週一回以上とみなす

地域活動の参加者には重複があるのが普通



社会参加している人の実人数を把握したい

地域のトータルの
<社会参加率>
【アウトカム指標の一つに】

⁸ 具体的な集計については、MURCの自動集計ソフト(https://www.murc.jp/houkatsu_06/)を活用できます。

- なお、参加者の居住地区を別の設問で把握していれば、地区ごとの特徴も集計できます。また、社会参加率及び①～⑧の各項目単位の集計結果は、男女別や5歳区分年齢別でも傾向の違いが生じます。これらの分析を通じて、性別・年齢別に社会参加の動向を把握することができます。
- なお、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の分析を行い指標化し、経年で評価する場合は、可能な限り回収率を高く維持することが推奨されます。はがき等によるリマインドの送付、設問数の整理、調査票のデザインを回答しやすいものに改善するなど、回収率を向上させるための工夫も必要です⁹。

<社会参加率>

評価の趣旨	・ 何らかの地域活動に週1回以上のペースで参加している社会参加に積極的な高齢者の割合の増加を評価する。
評価指標	・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の問5の「①～⑧のいずれかの項目で『週1回以上』の選択がある回答者、及び『月1～3回』が複数選択されている回答者の合計が全回答者に占める割合」。
評価の頻度	・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の実施単位。 該当部分の設問のみ抽出した簡略版で毎年評価する方法もある。
データの入手方法	・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査。地域包括ケア「見える化」システムへのアップロードファイルがある場合は、このファイルを専用集計ソフトで再集計することで自動的に「社会参加率」を算出することが可能 ¹⁰ 。

(通いの場における 75-79/80-84/85 歳以上参加率)

- 行政が支援している住民主体の体操教室が広く普及しているのであれば、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査とは別に、それらの通いの場の参加状況を評価する方法もあります。例えば「介護予防のための体操教室等に週一回以上の頻度で参加する75歳以上の住民の参加率」を評価することも可能です。
- 評価の対象を高齢者全体ではなく、後期高齢者(75歳以上)に絞り込む理由の一つは、前期高齢者(65-74歳)は、基本的に心身の能力が高く、行政の支援する場以外にも多様な参加の機会を得ていること、また一方で、後期高齢者は、社会参加への機会が全体的に減少し、行政支援の通いの場の持つ支援効果がより顕著になることが背景にあります。体操教室などの通いの場は継続的参加に意味があり、75歳以降に参加をやめてしまえばフレイルリスクが高まります。
- そこで、「地域の75歳以上の高齢者数」を分母とし、分子に「週に一回以上の頻度で(行政が運営支援をしている)通いの場に継続参加する75歳以上の高齢者」をとることで、地域の後期高齢者参加率を

⁹日常生活圏域ニーズ調査では、虚弱な高齢者において回収率が低くなる可能性もあり(また逆に現役並みに就労している活動性の高い高齢者が回答しない可能性もあります)、社会参加率などを把握する際には、回収率が低い場合にバイアスがかかりやすい点に注意が必要です。また、日常生活圏域ニーズ調査は、対象者に要介護者を含まないため結果の解釈には注意が必要です。

¹⁰ 自動集計ソフトは、こちらからダウンロード可能です。[\(https://www.murc.jp/houkatsu_06/\)](https://www.murc.jp/houkatsu_06/)

算出することができます。なお、初回の要介護認定の初回認定時の平均年齢はおおむね 81 歳から 82 歳、平均寿命が男性 81.05 歳、女性 87.09 歳¹¹、であることからわかる通り、75 歳以上の年齢区分は、前期高齢者よりも年齢幅が広い上に、心身状態の変化が顕著な時期にあたることから、5 歳区分毎にデータを整理することが望ましいでしょう。

- なお、この指標は、通いの場への前期高齢者の参加に意味がないことを示唆するものではありません。前期高齢者が、通いの場のお世話係などの形で貢献している場合や、グループ内での助け合いを促進している場合もあります。ここではあくまで「元気な人ができる限り元気で続ける」という観点から効果を測定しようとするものです。いうまでもなく、すべての参加に、生活支援や社会参加における大きな意味があります。

<通いの場における 75-79/80-84/85 歳以上参加率>

評価の趣旨	・ 行政が支援している（≒データの把握等が比較的容易な）通いの場の参加者数を評価することで、要介護リスクの高い層の参加が得られているかを評価。
評価指標	・ $75-79/80-84/85$ 歳以上の通いの場参加者数 / 地域内の $75-79/80-84/85$ 歳以上高齢者数 $\times 100$ （5 歳年齢区分ごとに算出）。
評価の頻度	・ 年 1 回程度。
データの入手方法	・ 生活支援コーディネーターなどの行政の支援者による把握または通いの場の世話人等からの情報提。

¹¹ 厚生労働省「令和4年簡易生命表」

2.2 ハイリスク・アプローチに関する評価

(1) 個別事業の実績(アウトプット)

- ハイリスク・アプローチも、実施事業が各市町村に応じて異なるため、その評価についても市町村単位で異なります。典型的な取組として短期集中予防サービスが想定されますが、そのアウトプットは、短期集中予防サービスの開催回数／委託の場合は委託先数／参加者数などが、想定されます。当初の計画通りに進捗しているかどうかの判断材料になります。

(2) 初期アウトカム指標

- 市町村による具体的な支援方法の違いが大きいため、一律の評価方法の設定は必ずしも適当ではありません。ハイリスク・アプローチは、ポピュレーション・アプローチと異なり、専門職による直接介入の場合が多く、支援の対象者数も限られているため、直接的な評価がしやすいことが特徴です。
- 短期集中予防サービスにおいては、参加者のプログラム前後での心身能力の変化に関する評価が初期アウトカムとして想定されます。単に身体能力を評価するのではなく、要支援・要介護認定を受けているかどうかをはじめ、生活への意欲や、その人の望む生活に近づいているかも含め、多角的に評価することが望ましいでしょう(その一定期間後の変化は中間アウトカムで評価)。
- また、短期集中予防サービスは市町村ごとに、対象となる利用者像があらかじめ想定されていることもあるため、想定した対象者に対する実際の参加者数(アウトリーチの手法の適否を議論する材料にもなります)も初期アウトカム指標となるでしょう(P.72 など参照)。

(3) 中間アウトカム指標

(一定期間後の状態変化の把握)

- 基本的には、行政がハイリスク・アプローチとして実施している各種の取組の参加者について、そのプログラムの終了前後、及び一定期間後の状態変化を評価することが一般的です。初期アウトカムと同様、身体能力だけでなく、生活意欲も含めた多角的な評価が望ましいでしょう。

<一定期間後の状態の変化の把握>

評価の趣旨	・ 行政がハイリスク・アプローチとして実施する各種の取組参加者の心身状態の改善を評価。
評価指標	・ 各種プログラムの趣旨に則り、評価指標を設定。例えば短期集中型のプログラムでは、終了後6か月後/1年後の追跡調査結果などが考えられる。
評価の頻度	・ 短期のプログラムであれば終了後あるいは終了半年後など。または事業年度ごとに評価することも可能。
データの入手方法	・ 各種プログラムの参加者のフォローアップによってデータを確保。

2.3 利用者の選択の幅に関する評価

(1) 個別事業の実績(アウトプット)

- 地域の生活支援資源を拡張していく取組ですので、生活支援体制整備事業に関わる活動が多くを占めます。利用者の選択肢を増やす取組は、多様な手法があります。地域課題を話し合う協議体の立ち上げ件数や開催回数、生活支援コーディネーターの支援先打ち合わせ回数などがアウトプットになるでしょう。また、民間企業や団体などと協働でサービスを立ち上げたり、社会福祉協議会などの有償ボランティアサービスの仕組みづくりなどを進めたりしている場合は、その進捗状況などがアウトプットになります。

(2) 初期アウトカム指標

- 初期アウトカムは、地域に軽度者を支える多様なサービス・支援資源が実際に生まれたかどうかになります。生活支援コーディネーターの目線からみれば、「今年もまた一つ、新しいサービスが誕生した」、「見つけられていなかったサービス資源があることがわかった」、あるいは、生活支援サービスや通いの場マップのようなものを作成しているのであれば、それらに掲載されるサービス・活動の種類や数が順調に増加しているかどうかを指標とすることなどが考えられます。

(3) 中間アウトカム指標

- 総合事業のみならず、生活支援体制整備事業が着実な成果をあげていけば、地域の生活支援資源や、通いの場資源が増加していきます(初期アウトカム)。さらに、介護予防ケアマネジメントが適切に実施されることで、これらの資源の活用も期待されます。
- 要支援者等の生活を支える上で、選択の幅が広がっているかどうかを評価する方法としては、従前相当サービスが含まれているケアプランの数を計量し、その数値の減少を評価する方法があります。地域内のサービス・支援資源が豊富になるほど、利用者の選択の幅が広がることが想定されることから、行政として情報把握がしやすいケアプランを対象としています。
- この指標の改善を進めるためには、単に地域資源が増加するだけでなく、それらの資源の存在を認識し、利用方法を理解した上で、実際にサービス利用に結び付けるためのケアマネジメントが重要になります。この中間アウトカムを向上させるためには、生活支援体制整備事業による支援だけでなく、地域包括支援センターによる居宅介護支援専門員に対する支援も並行しておこなわれることが必要です。
- なお、この中間アウトカム指標は、初期アウトカム指標と類似性が高くなっていますが、初期アウトカム指標が単に地域の資源の増加を評価しているのに対し、中間アウトカム指標は、その結果として従前相当サービスの選択が減少し、総合事業の制約条件の一つである費用・人材の面でも好ましい影響が生じているか、専門職への負荷が軽減されているかまでも含めて評価しています。

<要支援者等ケアプランにおける「従前相当サービス」を含む割合>

<p>評価の趣旨</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防ケアマネジメントにおいて、より多様な地域資源が選択され、従前相当サービス以外が選択されるようになっているかを評価。
<p>評価指標</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在のケアプランのうち、従前相当サービスを含むケアプランの数、又は割合の減少を評価する。比率で評価する場合は、評価同月の要支援者・事業対象者数を分母とする。 ・ (より直近の利用者の選択行動の変化を把握する観点から) 過去1年間の新規要支援者等のケアプランのうち、従前相当サービスを含むケアプランの数、または割合の減少を評価する。比率で評価する場合の分母は、当該年の延べ要支援者・事業対象者数を12で除した数を用いる。なお、保険外サービス等の利用が進むと、認定に至らない高齢者が増加し分母が減少する可能性もあることから実数・比率の両面での評価が望ましい。
<p>評価の頻度</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年1回。
<p>データの入手方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括支援センター内の記録から作成。 ・ 地域ケア会議などで新規要支援者を全件検討している場合は地域ケア会議の記録などから作成も可能。

3 最終アウトカム指標～地域包括ケアシステムとしての成果

- 中間アウトカムでは、社会参加・介護予防を進めるポピュレーション・アプローチに加え、要支援・要介護リスクの高い人へのハイリスク・アプローチによって、可能な限り自立した生活の継続を支援しつつ、仮に生活支援が必要になっても、多様な資源を選択できる環境をつくっていくことをアウトカムとして設定しました。
- 最終アウトカム指標では、中間アウトカム指標で得られた成果が、さらに異なる別の施策の影響も受けながら最終的な地域包括ケアの理念に整合した成果をもたらしているかを評価します。最終アウトカム指標では、第一に、要支援・要介護状態になることを減らしているかについて評価し、さらに、地域包括ケアシステムの考え方にに基づき、住み慣れた地域での生活を継続できているかを評価しています。

(1) 要支援・要介護状態に至っていないか？ <要介護認定率・初回認定者の平均年齢>

- 積極的な社会参加や介護予防が進むことで、例えば、軽度認定者(要支援1～要介護2)の認定率の低下が想定されます¹²。要介護認定に関するデータは「地域包括ケア見える化システム」でも整理されているため、確認しやすい数値です。
- また、初めて要介護認定を受けた際の年齢の平均値である「初回認定者の平均年齢」も評価に活用できるでしょう。平均年齢は、健康な状態から何らかの問題が生じ、支援が必要になる最初の年齢を意味しますので、介護予防や社会参加、住民の助け合いなどが機能するほど、年齢が高くなる可能性があります。自治体職員 ID で「見える化システム」にログインし、「認定」の項目で参照できます。
- ただし、この数値は、様々な外的要因で変動しますので、評価には注意が必要です。地域のサービス資源が極端に乏しい地域では、被保険者の認定申請に向けた動機付けが低い(認定を得ても使えるサービスがないなど)、平均年齢が高くなることもあります。
- 逆にサービス資源が多い地域は、より軽度の段階から申請がおこなわれる結果、平均年齢が低くなる可能性もあります。また行政の窓口における対応方法や、基本チェックリストの適用に関する運用ルールが変化するだけでも年齢に変化が生じることがあります。時系列・市町村間比較を行う際には、認定率等に影響を与える因子も考慮して活用しましょう。

¹² ただし、要介護認定率の指標は、高齢者に占める後期高齢者の割合によって大きく影響を受けることが知られています。評価に用いる際は、年齢補正後の数値を用いることが大切です。年齢補正後の認定率は、地域包括ケア見える化システムで確認できます。

<要介護認定率・初回認定者の平均年齢>

評価の趣旨	・ 介護予防等の取組が、要支援者をはじめとする軽度者の出現率に与えている影響を評価。
評価指標	・ 年齢補正後の軽度認定率（要支援1～要介護2）。 ・ 初回認定者の平均年齢。
評価の頻度	・ 年1回。
データの入手方法	・ 地域包括ケア「見える化」システム（初回認定者の平均年齢は自治体IDでのみ閲覧可能）。

(2) 住み慣れた地域での生活を継続できているのか？ <在宅生活改善調査の活用>

- 住み慣れた地域での生活継続は、在宅生活改善調査で把握することができます。在宅生活改善調査では、地域内のすべてのケアマネジャーに調査票を配布し、過去1年間に在宅での生活を諦めた人の数を質問しています。この調査を集計することで、在宅生活を断念した人の要介護度の分布を知ることができます。そこで、例えば、要介護2以下、あるいは要支援者の断念者数を評価指標として用いることもできます。
- ただし、社会参加や介護予防の取組が進み、生活支援サービスの選択が増えても、そのことが直ちに在宅生活の継続を保障するわけではありません。要介護2以下の在宅継続を実現するには、入退院支援や認知症のケアなど総合事業以外の支援も欠かせません。
- とはいえ、要支援者・事業対象者について初期・中間アウトカムに設定したような成果が得られれば、中長期的には、在宅での限界点を高める可能性があります。そうした観点から、ここでは最終アウトカム指標として、在宅生活改善調査における要介護2以下で在宅生活を断念した人の数を指標化しています。

<軽度者の在宅継続数または率>

評価の趣旨	・ （軽度者において）在宅生活が継続できている介護サービス利用者の数または割合を評価する。
評価指標	・ 在宅生活改善調査の「過去1年間に自宅等から居場所を変更した（要支援1～要介護2の）利用者」の数（または要支援1～要介護2までの認定者に占める割合）。
評価の頻度	・ 年1回（または調査実施毎）。
データの入手方法	・ 在宅生活改善調査（標準調査票及び自動集計・報告書作成ソフトを無償ダウンロード可能）の実施によってデータを入手。本指標の入手だけの場合は、調査票を簡素化して回答者の負担軽減も可能。

4 制約条件に関するモニタリング ～行政として意識すべき財源・人材の視点

- 本章の冒頭で触れたように、総合事業は、その目的に即して、高齢者の視点から評価されるべきですが、一方で行政の立場からは、所与の財源及び人材の範囲で、取り組むことが求められます。それらの制約条件についてのモニタリングも重要です。

(1) 費用面における上限管理

- 総合事業は、市町村が地域の実情に応じた多様なサービス・活動を創出・支援することが可能であり、市町村にとっては自由度の高い取組を行うことができる仕組みです。
- しかしながら、総合事業の費用の総額には上限が設定されており、この上限を超えた場合は個別判断を経たうえで、超過分を一般財源等で賄うことが必要となります。また、この上限額は年度ごとに75歳以上高齢者の伸び率を乗じることで設定されることから、「75歳以上人口の伸び率以上に、総合事業の費用の総額が増加しないようにする」ための仕組みといえます。
- したがって、総合事業の費用の総額が上限額以内に収まっているか否かは、各市町村における介護予防及び多様な生活支援サービスの創出にかかる取組の費用対効果の妥当性を確認するための1つの指標となります。(P.18, P.43 など参照)

(2) 人材面でのモニタリング

(定性的な状況把握)

- 「人材不足」も地域が直面している大きな制約の一つです。労働人口が減少していく中、総合事業を通じて、多様な主体でサービス・支援を確保していくことで、既存の介護事業者は、より中重度者へのサービス提供にシフトしていく必要があります。そのために、地域内の介護サービス事業者の人材の確保状況について把握しておくことは、取組を検討する上でも重要です。
- 人材の充足状況をアンケートなどで把握することも可能ですが、例えば、地域包括支援センターやケアマネジャーが訪問介護事業所にサービス提供を依頼した場合の反応など、定性的な情報を収集することも十分に意味があります。「要支援者の生活援助については、提供の時間帯を選ぶことができない状況」といった情報でもいいでしょう。こうした現場の声は、取組を検討していく上で踏まえないといけない現実でもあり、サービス提供者側のニーズともいえます。また、取組の結果、地域の中で多様な選択肢が増えてくれば「従前相当サービスは難しくても、有償ボランティアなら対応できるので助かる」といった声が地域から上がってくることになり、それは地域状況の改善ともいえます。

(定量的な把握方法)

- 地域の介護職員の実態は、「介護人材実態調査」で、把握することができます。介護人材については、単に人数だけでなく、常勤・非常勤の別や、職員の年齢、サービス提供の状況、採用・離職の状況も含めた全体的な実態把握が有効です。

- 介護人材実態調査では、訪問介護事業所については、サービス提供内容の詳細について把握することも可能です¹³。要支援者・事業対象者へのサービス提供は、包括報酬となっているため介護レセプトの分析では、実態を把握することができませんが、本調査では、既存の訪問介護(従前相当サービス)が、どの程度の時間のサービス提供を誰が行い、サービス提供内容(調理・買い物・その他等)を数値で把握することができます。これらの実数値を知ることは、地域の置かれている状況を理解し、総合事業の全体デザインを検討する上でも重要な情報源となります。

¹³ 介護人材実態調査については、調査票、自動集計・報告書作成ソフトを以下から無償でダウンロードし活用することができます。https://www.murc.jp/houkatsu_06/

第4章 目的の達成にむけて総合事業をどうデザインするか

1 デザインを始める前に知っておくこと

(1) 個別事業や個別サービスの設計から入らない

- 総合事業はあらかじめ決まった事業設計がありません。市町村の裁量で自由に設計できる総合事業では、市町村職員のデザイン能力が問われます。デザインとは、いわゆる「意匠」の意味ではなく、様々な地域資源や活動を「組み合わせて」地域全体が目標に近づいていくための全体の戦略、設計を意味しています。
- 総合事業のデザインには、事前の「目標設定」と地域状況の具体的な状況の把握が不可欠です。第3章で確認した初期・中間アウトカムを基本として、それぞれの地域の目標を設定し、その目標に到達するために何をすべきかを検討します。国がガイドラインで例示している A/B/C/D にあわせて他市町村の好事例をそのまま実施するなど、目的設定も市場調査もなく個別事業の設計に取り掛かることがないよう注意が必要です。
- 特に、総合事業の担当部署が別々の課に分かれている場合(住民主体の活動への支援と、A型サービスが別の部署となっているケースなど)や、担当者間のしっかりとしたコミュニケーションが保たれていない場合は、全体的な構想がないまま、個別事業の設計に入ってしまうことも多いため特に注意が必要です。
- 以下では、地域における総合事業のデザインを行う際の基本的なプロセスについて、概略を解説します。特に断りがない場合は、主に前節における「③選択できるサービス・支援の充実」を念頭に、地域における取組の設計方法について大枠を説明していきます。

(2) アプローチごとの制約への向き合い方

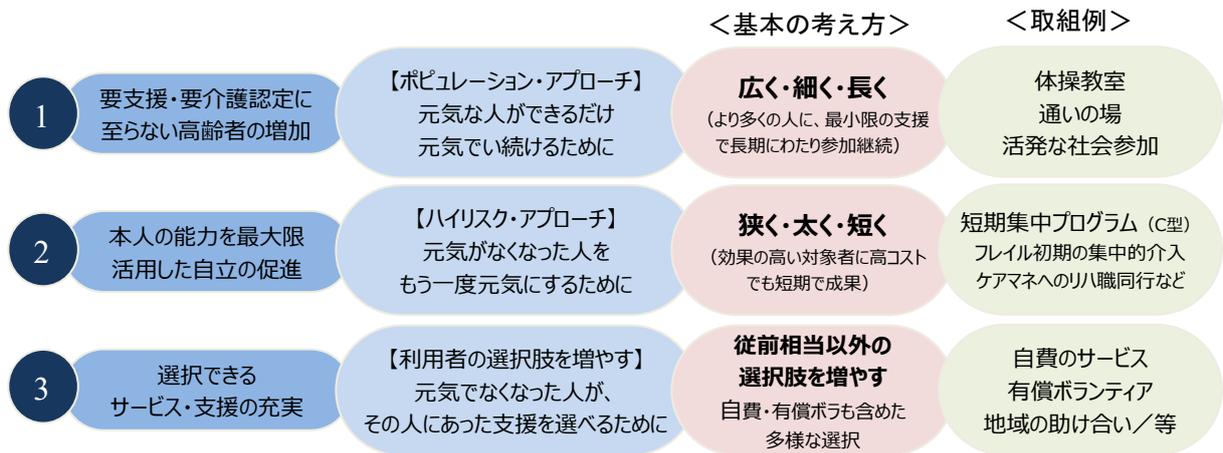
- はじめに、第3章で紹介した3つのアプローチごとに、特に「ヒト」と「カネ」の部分での制約と考え方について整理しておきます。
- 専門職や行政職員の関わりと財源の導入は、軽度者への支援だけでなく、地域包括ケアシステム全体をどのような配分で進めるのかについての戦略に関わる重要なポイントです。専門職や行政職員が、優先すべき取組に集中するためにも、適切な費用と人員配置のバランスを模索しながら、常に全体のバランスを見直すことが重要です。

(ポピュレーション・アプローチへの向き合い方)

- ポピュレーション・アプローチは、地域の高齢者の元気を底上げするような支援が目指されます。一方で、支援する側にも人的・財政的制約がありますので、行政や専門職の関わりは必要最小限で、間接的な支援で実効性を高める必要があります。

- 専門職や行政職が常時張り付く形での支援では、現状以上の展開を期待することも難しいでしょう。高齢者へのインパクト、特に介護予防の点では、長期間にわたる継続参加が重要になります。したがって、基本的な支援の方向性は「広く(地域全体に)・細く(必要最小限で)・長く(継続を目指して)」となります。

<総合事業の3つのアプローチと考え方>



(ハイリスク・アプローチへの向き合い方)

- 一方で、ハイリスク・アプローチは対象者を絞り込み、リスクが高い高齢者に対して、効果的・集中的に資源投入する代わりに、短期間で成果を目指すため、支援の基本方針は「狭く・太く・短く」となります。必然的に費用についても、成果を得る確度を高めるために、従前相当サービス以上の費用をかける場合もでてくるでしょう。「(対象者を)狭く(絞り)」、「(コストは効果がでるなら)太く」、しかし、「(支援期間は)短く」が基本の考え方になります。

(利用者の選択肢を増やすための考え方)

- 利用者の選択肢を増やすにあたっては、基本的に、従前相当サービス以外の方法でのサービス・支援の提供を模索します。自費サービスや有償ボランティア、近隣同士の助け合いなど、多様な形態が想定されます。
- ともしれば、生活支援体制整備事業では、協議体の設置からスタートし、住民主体で進めるといった考え方が強調されますが、主体の多様性を前提とする以上、NPO や、株式会社、社会福祉法人、住民グループなど、まさに多様な団体による可能性を模索することが必要です。また選択肢を提供する主体は、介護や福祉に関連する団体に限られません。スーパーマーケットやドラッグストアも含め多種多様な業種が選択肢を増やす主体となる可能性があります。

2 地域の置かれている状況を知る

- 取組をデザインする前に、足元の実態把握が必要です。総合事業の運営は、上限額の範囲内で行われる必要があります。また、地域の介護サービス事業所の介護人材の状況についても、把握が必要です。この点については、すでに第2章・第3章のそれぞれでモニタリングすべき事項として解説を行いました。

(1) 介護サービス事業所の現状に耳を傾ける

- 前章の最終節でも触れたように、介護事業所への聞き取りは、総合事業の取組を始める際の出発点です。まず、地域の介護サービス事業所の声に耳を傾けてみましょう。既存の介護事業所のサービス提供余力は、限界まで来ている場合があります。とりわけ生活援助サービスにおいては、訪問介護事業所がサービス提供できない状況もあります。こうした事業所の実情を定量・定性の両面から把握することは、地域の実情を理解する第一歩です。

(サービス提供体制の地域特性を把握する)

- そもそも訪問介護サービスの提供量は、地域差も大きいことから、時系列の変化だけでなく、他市町村との対比においてもともとサービス量が多い地域なのか少ない地域なのかの感覚をもっておくことも重要です。

<介護人材実態調査の出力イメージ>



- おおまかな介護サービス提供の状況は、厚生労働省の地域包括ケア「見える化システム」で把握できます。過去10年程度の変化を把握するとともに、全国や都道府県、あるいは特定の市町村との比較ができます。さらに、要介護度別の受給率や被保険者一人当たり給付額などを確認することで、どの要介

護度層に重点的にサービス提供しているかといった特徴を知ることができます。まずはそうした基本的な特徴を理解することが大切です¹⁴。

- なお、訪問介護事業所のサービス提供の実態については、第3章でも触れた通り、介護人材実態調査で把握することができます。

(2) 地域の通いの場の状況を知る

- 一口に高齢者といっても、その心身状態や生活のスタイルは異なります。収入のある仕事への従事も社会参加率を引き上げる要因として寄与しており、特に男性ではその傾向が顕著ですが、後期高齢者になると参加率(就労率)は大きく低下していきます。一方で、体操教室などの通いの場は、女性を中心に後期高齢者で参加が高くなり、85歳以上になると再び低下していく地域もあります。
- 地域でのアウトカム指標としては、後期高齢者の参加率を指標としていますが、具体的な施策の検討の際には、後期高齢者の多様性を踏まえ、性別や年齢を意識しつつ、通いの場がそれぞれの高齢者の生活において持つ意味を考えながら地域づくりの取組を検討していくことが重要です。次の世代も今と同じような通いの場を望んでいるとは限りません。地域住民と丁寧なコミュニケーションをとりながら、それぞれの世代や年齢層の望む場を間接的に支援していくことが大切です。

(3) 誰の生活を支えようとしているのか、「規模と特徴」を知る

- まずは期待されるサービスの規模をイメージするため、自らの地域の規模の整理から始めます。総合事業は、事業対象者と要支援者を対象としているので、その人数が出発点になります(ただし、生活支援サービスにしても潜在的な利用者は要支援者・事業対象者以外にも多数いることは留意が必要です)。以下の観点から地域の実数の把握と将来推計を行います。保険料の算出のような厳密さは不要ですので、概算を推計できれば十分です。要介護者数については、一般的に介護保険事業計画の行政担当者が2040年までの推計値を把握しています。
 - 地域の75-79歳/80-84歳/85歳以上人口(可能ならば世帯類型別)
 - 地域の要支援者・事業対象者数、
 - ◇ うち、各従前相当サービス利用者数/福祉用具・住宅改修のみ利用者/未利用者等
 - ◇ 従前相当サービス利用者におけるニーズの特定と整理
- 要支援者・事業対象者、そのうち、サービス利用者/未利用者について地区別の人数を整理するとともに、可能であれば、世帯類型別(単身・高齢者のみ世帯・その他世帯)の数なども把握しましょう。こうした基本的な数値を把握し、市場のおおよそのイメージを持つことも重要です。

¹⁴ ただし、事業対象者・要支援者に対するサービス提供は、給付関連のデータを提供している地域包括ケア「見える化」システムでは確認することができません。とはいえ、給付(要介護1以上に対するサービス提供)のトレンドを確認することで、時系列にせよ、他市町村の比較にせよ、自らの地域の特徴を捉え、推定することは十分に可能ですので、必ず確認しましょう。

(4) ケアマネジャー・地域ケア会議を通じて利用現場を知る

- 要支援者ニーズを理解するには、地域包括支援センターの職員やケアマネジャーとの対話が欠かせません。利用者のニーズの詳細がわかって、必要なサービスを探し・作ったとしても、これを利用するかどうかは別の問題です。すでに地域内には自費サービスがあるにも関わらず、十分に活用されていない場合もあります。
- 「有償ボランティアはいいのだけど、近所の人が入ってくるのは抵抗がある」、「犬を飼っているので、散歩や犬の世話まで手伝ってくれるサービスがほしい」といった声もあるでしょう。
- サービス利用者の経済事情も考慮する必要があります。多様なサービスが用意されても、それを購入するかどうかは利用者の判断です。本来ならば、地域住民の所得水準について整理するなどの方法もありますが、労力の割に正確なデータを得るのは難しいでしょう。
- また、地域ケア会議は、利用者の現場を知る絶好の機会です。地域ケア会議の運用や対象は、市町村によって異なりますが、いずれの会議でも個別のケースを議論する場が設けられていると思います。利用者の実態を把握する絶好の場といえるでしょう。

3 多くの地域関係者に接触してみる

(地域の食品小売店・移動販売と話してみる)

- 買い物や調理は、高齢者の生活を維持する上では大切な生活機能です。近年は、スーパーやドラッグストアなどが、配達サービスを展開するなど、移動手段に困難を抱える高齢者の生活を支えています。また移動販売も、中山間地域を中心に大きな役割を果たしています。
- 一方で、これらのサービスは、行政の補助などを受けることなく民間事業者の努力で支えられている場合も多く、訪問介護サービスが確保できないような地域で、「移動販売があるから」、「宅配があるからなんとか生活が成り立っている」という世帯は決して少なくありません。
- こうした事業者の経営状況やサービスの利用状況について、行政側は把握しているでしょうか。知らない間に、事業者が苦境に追い込まれ、ある日突然サービスを廃止するというケースもあります。ヘルパー確保が難しい状況の中で、こうしたサービスが命綱になっている以上、行政側も民間事業者の状況を把握し、必要であれば、支援の仕組みを検討するといったことも必要でしょう。

(生活支援サービス事業者と話してみる)

- 近年は単身世帯の増加や介護保険による生活援助サービスの供給不足もあり、自費を前提とした民間企業の生活支援サービスが増えています。インターネットを活用した家事代行サービスのマッチングを提供する企業・地域も増えています。こうした企業に接触し、ビジネス展開の状況やサービスの利用者層などについて理解を深めることも大切です。
- また、すでに地域内に企業が事業展開している場合でも、行政との対話の機会がないということもあるでしょう。行政と民間の双方が持っている地域情報を交換することで新しい発見があることも少なくあ

りません。地域の生活支援サービス事業者が集まってもらい、情報交換会などを開くことも一つの方法です。こうした取組に生活支援コーディネーターが関わっていくことも重要です。

- 生活支援サービスは、単にサービスが存在するを知っているだけでは、利用が進まない場合もあります。具体的にどのような場面で、どのような利用者がサービスを利用しているのかについて、具体的なイメージを持つことは、実際に多様なサービス利用を進める上でも重要になります。

(介護とは縁遠いと思われる企業・団体とも話してみる)

- 生活支援体制整備事業の担当者は、介護保険の財源を用いていることから、どうしても発想が「介護」からのスタートになりやすくなります。対話の相手も地域の中で「介護」や「福祉」に協力的な事業者を探してしまいがちです。
- 地域の助け合い活動にしても、有償ボランティアにしても、社会福祉協議会や、町内会、民生委員など、元々地域活動に熱心に参加している住民や関係者に話を持っていくことが多いと思います。一般論ではありますが、こうした福祉に理解があるとされる団体や住民は、すでに全力で地域を支えていることが多く、行政から新たな「お願い事」を伝えても、対応が難しい場合があります。
- 軽度の高齢者の生活支援は、重度の要介護者とは異なり、一般的なサービスでも十分に対応できることがあります。通いの場も含め、福祉的な視点ではなく自由な発想で検討すると思わぬ化学反応で新しい場所やサービスが生まれることもあります。これまでにはない視点から、新しい協働のパートナーを見つけることも大切です。

4 地域の実情に合わせてチューニングする

(1) 担い手を「型」にはめるのではなく、「型」を調整する

- 地域の関係者や企業、住民活動グループなどと話を進めていくと、地域課題への関心もあって、取組への意欲があるものの、取組の具体化にボトルネックが存在する場合があります。また一旦は活動を開始したものの、費用面や人材面で継続が難しくなってしまうケースもあります。
- 総合事業は元来、市町村の裁量に基づき自由にデザインできる点が特長です。一方で、これまでの介護給付の考え方に縛られすぎると、住民の主体性が抑制されたり、民間事業者の柔軟性が失われたりといった問題も生じやすくなります。そして何よりも、利用者の多様なニーズに対応するサービス・支援の実現が難しくなります。
- 例えば訪問介護では、通称「老計10号」と呼ばれる訪問介護で実施できるサービス内容が規定されています。過疎地域では、通常の訪問介護サービスが難しく、民間事業者が意欲を見せているものの、老計10号に縛られれば、民間企業としては、需要が見込めず参加できないといった場合もあるはずですが、こうした状況に柔軟に対応できるよう、国のガイドラインなどの記載についても、柔軟性を認める方向で改善が図られるべきでしょう。

(2) 自立支援とのバランスを考えながらチューニングする

- もちろん、こうした市町村レベルでの柔軟な対応が、適切な議論の上に行われるべきものであることはいうまでもありません。「老計10号」を超えたサービス提供を民間に委託する手法は、一つ間違えれば民間企業の自費サービスに対して、行政が割引券を発行するような形態でもあります。地域内でのサービス提供の代替手段の有無や、今後の需要予測に基づく上限額との兼ね合いなども検討しながらデザインしていくことが必要です。
- また、自費サービスの場合、利用者の代替として家事などを行う、いわゆる「お世話型」でサービス提供することが一般的でしょう。いわゆる保険給付で行われているような介護予防の観点から家事援助が提供されるとは限りません。介護保険では、自立支援を目的に給付や事業を行っており、制限のない中で単に供給量の確保の観点からあらゆる規制を緩和すれば、もともとの「自立支援」の原則が壊れてしまう可能性もあります。

(3) 費用対効果を念頭に置いた補助金額等の設定

- 総合事業で補助等を行う場合、その金額は費用対効果を念頭に置いて設定することが必要です。
- 市町村が作成する補助要綱や補助金額等については、補助対象となる団体等のニーズを踏まえつつ、例えば「その他の類似の補助制度の金額と同程度」とすることや、「他の市町村の総合事業の補助金額と同程度」とするといった考え方で検討されることもあります。
- しかし、補助等の金額は同程度であっても、実際の利用実態等から「利用者一人当たりの補助金額」を計算すると、市町村ごとに大きなバラつきがあるというケースも珍しくありません。
- 例えば、利用者一人あたりに換算した場合に、従前相当サービス以上の金額が補助されている場合などは補助内容の見直しを検討することも必要であると考えられます(ただし、医療・保健の専門職が関与するサービスCは除く)。また、逆に利用者一人当たりの補助金額が極めて少額な場合などは、その活動をより推進するために、必要に応じて補助金額等を増額することも選択肢となります。
- 例えば、各事業における継続利用者1人あたりの月額費用を算出するのも一つの方法です。講師を招いた介護予防の教室などを年間の予算総額600万円で運営しており、継続参加者の実人数が100人とした場合、1人のか月あたりの費用は5,000円程度と算出できます。一方で、住民主体の体操教室には300人が継続参加し、費用は貸与しているDVDなどの経費のみとすると、実質的には0円に近い金額での運営となります。両事業の効果が仮に同じ程度であると仮定したときに、今後の事業支援のあり方を検討する際の一つの参考指標になるでしょう。
- なお、多様なサービスの利用者については、もしそのサービスがなければ従前相当サービスを利用していた可能性が高いと考えられます。したがって、従前相当サービスの利用者一人あたりの費用を算出し、多様な主体の支援に使用する補助等の金額と比較することで、その妥当性を判断することも一案です(例えば、要支援2の従前相当サービスの利用者について、一人当たり年間××万円程度の費

用が掛かっているのであれば、「この多様なサービスを支援することで、要支援2の利用者が何人減少すればこの補助額がある程度妥当といえるか」という視点から検討を行うなど）。

- ただし、各事業の妥当性は金銭のみに着目した費用対効果で判断されるものではありません。それぞれの事業の費用と効果、また今後の拡張可能性(需要の増大にあわせて予算が確保できるのか)も含めて、検討していく上で大切な情報です。既存の取組を変更する場合は、地域の関係者との丁寧な協議が必要なのはいうまでもありません。

第5章 多様な活動・サービスの創出に向けたカタログ(例)

1 カタログ(例)の位置付け

- 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン(以下、総合事業ガイドライン)」では、総合事業における多様なサービスの類型(典型例)として、訪問型サービス A~D、および通所型サービス A~C が示されています。
- 市町村においては、このような典型例を参考に各地域の実情に応じた活動・サービスを創出することが求められており、そのために生活支援体制整備事業などを活用した地域課題の把握や、多様なサービスの提供体制の整備などが進められてきました。
- しかしながら、総合事業ガイドラインでサービス A~D の典型例が示されていることで、市町村の企画・立案の幅が必要以上にその枠内に限定されてしまうといった実態がみられます。また、逆に典型例の詳細が示されていないことから、市町村において具体的な活動・サービスのアイデアが生まれにくいといった問題もみられます。
- さらに、総合事業については既に多くの先進事例についての情報が提供されていますが、多くの市町村では先進事例の取組をそのまま横展開することは困難であるとともに、そのような横展開が必ずしも他の市町村にとって適切な取組とは限らないといった問題点もあります。
- 本カタログ(例)は、このような問題認識のもと、総合事業ガイドラインで示された「サービス A~D」の典型例と、個別具体的な「先進事例」の「中間」を埋めるものとして作成しています。事例は、柔軟な発想を持ちつつ、総合事業の趣旨に沿った施策づくりをしているものを選定しました。
- 本カタログ(例)は、各市町村が地域の実情に応じた企画・立案を行う際のアイデア出しを、側面的に支援することを目的としています。

2 多様なサービス・活動のカタログ(例)

カタログ(例)			事例	頁
A. 民間企業等との協働・連携	A-1. 生活支援サービス	(1) 介護事業者以外の民間企業による生活支援サービス	大東市	P.48
		(2) 介護事業者による生活支援サービス	-	P.51
		(3) 民間企業と連携した買い物支援	(渋川市)	P.51
	A-2. 通所型サービス	(1) 「通所型サービス×●●」の取組	上野原市、岩沼市	P.53
		(2) 介護事業者による通所型サービス	-	P.55
	B. 住民が主体となった活動	B-1. 生活支援の活動	(1) 住民主体の生活支援	竹田市
(2) 地域団体等が事務局を担う、ボランティア等のマッチング			大阪市、(袋井市・森町)	P.59
(3) 要支援者等を含む幅広い住民を対象とした生活支援			八王子市	P.62
B-2. 通いの場等の活動		(1) 住民主体の通いの場等	高知市	P.64
		(2) 広域的な通いの場等	豊明市	P.66
		(3) 特定のニーズに特化した通所型サービス	大東市、赤磐市	P.66
B-3. 生活支援と通いの場等の一体的な実施		(1) 生活支援を含む通いの場の運営等の委託	川崎市	P.69
		(2) 住民団体等が企画し、介護事業者等にサービス提供を依頼	防府市	P.70
C. 短期集中予防サービス等を活用した「暮らし」の再構築		C-1. 総合事業等へ「つなげる」ための取組	(1) 定期的な悉皆調査と必要に応じたアウトリーチ (※介護予防把握事業など)	
	(2) 窓口等における対応 (※地域包括支援センターの運営など)			P.73
	(3) 医師会・病院等への周知 (※在宅医療・介護連携推進事業など)			P.76
	C-2. 「暮らし」を整えるための支援	(1) リハ職による自宅への同行訪問 (※地域リハビリテーション活動支援事業など)	生駒市 防府市	P.77
		(2) 一人ひとりの状態に応じたメニューの提供 (※地域ケア会議、介護予防ケアマネジメントなど)		P.78
		(3) セルフマネジメント力の向上		P.79
	C-3. 本人が望む暮らしを適える、多様な選択肢の提案 (※生活支援体制整備事業など)		P.80	
D. 移動支援	D-1. 通院・買い物等をする場合における付き添い支援・送迎	(1) 通院・買い物等をする場合における送迎前後の付き添い支援 (類型①)	日野町	P.83
		(2) 生活援助等と一体的に提供される送迎(類型④)	名張市	P.84
		(3) 通院・買い物等をする場合における一般介護予防事業による送迎 (類型⑤)	福山市	P.85
	D-2. 通いの場等への送迎	(1) 通所型サービス等の運営主体と別の主体による送迎 (類型②)	太子町	P.88
		(2) 通所型サービス等と同一の主体による送迎(類型③)	萩市	P.89

※ 事例のうち()書きのものは、総合事業を活用していない事例である。

※ 一般介護予防事業は、「B.住民が主体となった活動」の中でサービス B と合わせて整理している。

※ 短期集中予防サービスについては、他の事業との関係性と合わせた整理をしている。

A. 民間企業等との協働・連携



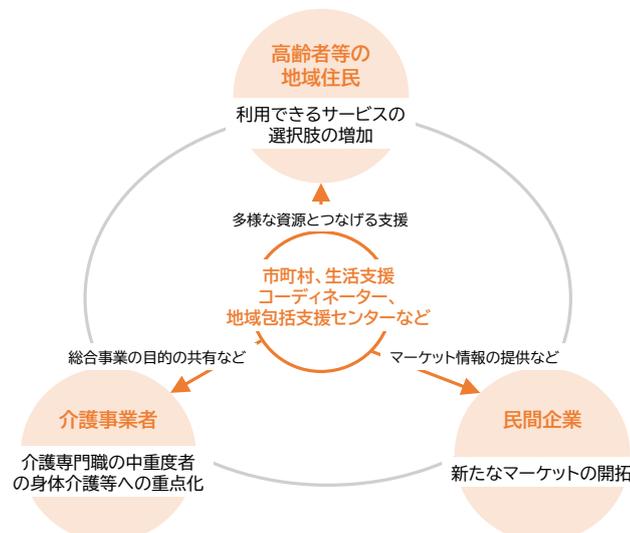
ポイント！！

～介護事業者以外の民間企業への積極的なアプローチの必要性～

- 多様なサービス・活動の創出に向けて、市町村や生活支援コーディネーター等が介護事業者や地域住民へのアプローチは行っているとしても、介護事業者以外の民間企業を巻き込むための取組が十分に行われていないケースがみられます。
- 訪問型サービスについては、掃除・洗濯・買い物支援などのサービス提供を行う民間企業は総合事業の対象になり得るとともに、通所型サービスについてもスーパーやショッピングモール、温泉施設や道の駅、スポーツクラブなど多様な場を活用することが考えられます。
- 特に介護事業者以外の民間企業が参入することは、地域にとっては介護人材の確保につながるとともに、利用者にとっては利用できるサービスの選択肢の増加、さらには参入した民間企業にとっては新たなマーケットの開拓につながることも期待されます。
- 市町村、生活支援コーディネーター等は、地域の関係者間でこのような WIN-WIN の関係を構築することができるよう、介護事業者や地域住民のみでなく、幅広い民間企業を対象に積極的にアプローチをしていくことも必要です。
- その際、民間企業に対しては、総合事業への参入が地域貢献のみでなく、ビジネスとしても魅力的であることを示すことも重要です。そのためには、例えば現在の従前相当サービスで提供されているサービスの内容や利用人数などを分析し、地域で必要とされるサービスやそのマーケット規模などを示すことなどが効果的です。
- また、こうした民間企業の参入が介護事業者にとって競合となるものではなく、介護人材の確保や多様なニーズへの対応といった観点で、地域や介護事業者にとっても必要な取組であることなどを関係者

との対話を通じて十分に説明していくことが求められます。

<民間企業へのアプローチと、関係者間でのWIN-WINの関係の構築>



A-1. 生活支援サービス

(1) 介護事業者以外の民間企業による生活支援サービス

- 地域のニーズに応じた生活支援サービスを提供するため、特に介護事業者以外の民間企業を対象とした委託・補助等を行うものです。総合事業ガイドラインにおける「訪問型サービス A」に該当します。従前相当サービスと異なり、一部のサービス(掃除、調理、買い物など)を切り出して提供することが可能です。
- 「地域支援事業実施要綱¹⁵⁾」においては、訪問型サービスとして想定されるサービスタイプの1つとして、訪問型サービス A が示されており、そこでは「旧介護予防訪問介護等のサービス内容¹⁶⁾の範囲内で、利用者の状態や地域の実情等に応じて柔軟にサービスを提供する」、いわゆる「老計 10 号」の範囲内でのサービス提供を行う例が挙げられています
- 訪問型サービス A は、このように「老計 10 号」の範囲内でサービス提供を行うものですが、地域の実情に応じた活用方法が考えられます。
- 例えば、過疎地域においては、人口減少等を背景に様々な民間企業等が事業の継続が困難となることで、地域の高齢者等の生活を支える主体が不在となるような事態も想定されます。そういった場合に、例えば地域で老計 10 号の範囲内・外の多様なサービス提供を行う民間企業を対象に、老計 10 号の範囲内のサービスを対象とした委託・補助等をサービスAとして行うことで、その他のサービス提供を含む事業全体の継続が可能になるといったことも考えられるでしょう。
- この場合、サービスAの実施が、結果として要支援者等を含む幅広い地域住民を対象としたサービス提供の継続に寄与することにもなります。
- 一方、都市部においては過疎地域とは異なり、総合事業による委託・補助等を行わなくても民間サービス自体は比較的充実していることから、民間企業を総合事業の委託・補助等の対象としなくても、利用者と民間企業をつなげるための取組を推進することなどにより、介護予防ケアマネジメントを通じて自費サービスとして活用することも可能です。

<都市部と過疎地域における民間資源の活用に関する考え方>

● 都市部

- ・豊富な民間資源
- ・介護予防ケアマネジメントを通じて、利用者と民間資源をつなげることが重要
- ・民間企業への委託・補助が利用者の経済負担の軽減策とならないように注意

● 過疎地域

- ・数少ない民間企業の事業の継続が困難となる局面も
- ・訪問型サービスAとして委託・補助等を行うことで、地域における事業の継続を支援
- ・結果として、要支援者等を含む幅広い地域住民を対象としたサービス提供の継続に寄与

¹⁵⁾ [地域支援事業実施要綱\[令和 4 年 3 月 28 日付\(老発 0328 第 1 号\)\]](#)

¹⁶⁾ [「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」\(平成 12 年 3 月 17 日老計第 10 号\)等](#)

- 過疎地域においては、要支援者等を含む幅広い地域住民へのサービス提供を可能にするために、民間企業を含めて必要な地域資源を支えることも想定されますが、都市部においては、総合事業による委託・補助が、利用者の経済負担の軽減策となってしまうように注意する必要があります。
- また、市町村、生活支援コーディネーター等は、地域の民間企業の参入を推進するための企画・立案を行うことが求められるとともに、介護事業者以外の民間企業の情報等を収集するためには、高齢福祉担当部局のみでなく、産業部局などと連携することも必要になります。
- 例えば、大東市(P.50)では、総合事業の開始にあたって現状の介護予防訪問介護の提供実態について分析し、その提供内容が掃除・買い物などの生活支援サービスが中心であることを明らかにしています。そして、そのような情報をもとに市内でサービスを提供しているハウスクリーニング業者への声かけや、大阪府の産業部局の協力を得て集めた企業等への声かけを行い、訪問型サービスAの創出につなげています。

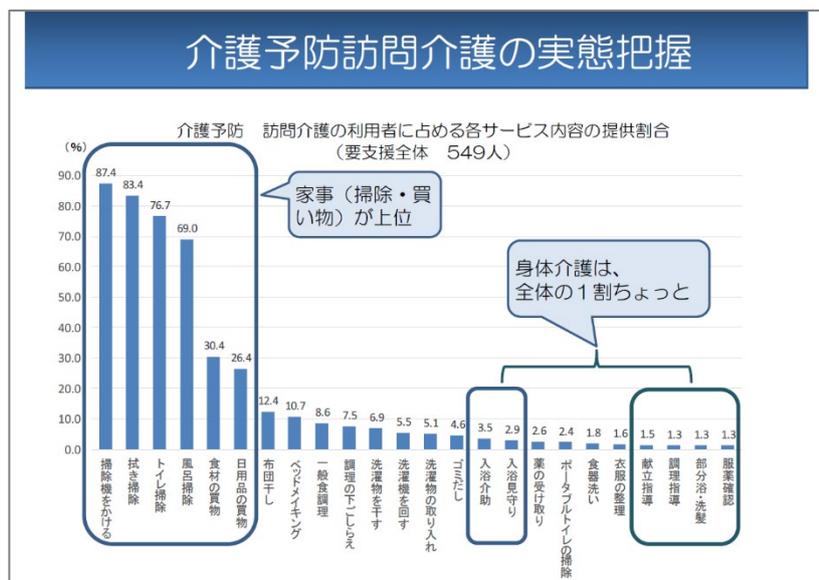
<大阪府・大東市>

現状のサービス提供の実態を把握し、介護事業者以外の民間企業の参入を実現

- ▶ 大東市では、介護予防訪問介護のサービス内容の提供割合についての実態把握を行ったところ、家事(掃除・買い物)が上位である一方、入浴介助など身体介護は全体の1割程度であった。介護人材不足防止のため、介護の有資格者によるサービスは最終手段と考え、専門資格を持たない者による多様なサービスを増やす取組を行った。
- ▶ 要介護度に関係なく利用可能なサービスとして、生活サポート事業(訪問型サービスB)を整備し、生活サポート事業で対応できない人を対象者として生活援助型訪問サービス(訪問型サービスA)を整備した。そして、そのどちらの事業でも対応できない人に対して、短時間介護予防型訪問サービス(訪問介護員による身体介護・生活援助)を実施している。
- ▶ 生活援助型訪問サービスは、民間事業者等に委託して実施している。2023年12月時点では、ハウスクリーニングや家事代行などを事業としている会社、遺品整理や生前整理を主な事業としている会社、シルバー人材センターの3事業者が大東市からの委託を受けて、生活援助型訪問サービスを提供している。
- ▶ 市は、民間事業者の参入促進のため、市内でサービスを提供しているハウスクリーニング業者への声かけや、大阪府の産業部局の協力のもと、「大阪健康寿命延伸産業創出プラットフォーム」に登録している企業への声かけを行った。
- ▶ 市では、担い手の育成と質の担保のため認証や研修を実施している。個人宅での清掃業務に携わった経験がない場合には、生活サポーター養成講座の受講を条件に訪問サービスAの従事者として認証している。

<介護予防訪問介護の実態把握の結果>

また、総合事業の集団指導として、訪問・通所サービス提供事業者を対象に年4回の自立支援技術向上研修会を開催し、緩和型サービス事業者にも参加を要請している。



参考資料:

- ・[介護予防・日常生活支援総合事業の充実にに向けた検討会\(第2回\)\(令和5年5月31日\),資料 1-1 大東市・ロイヤルマネージャー 提出資料](#)
- ・[介護予防・日常生活支援総合事業の充実にに向けた検討会\(第3回\)\(令和5年6月30日\),逢坂構成員提出資料](#)
- ・[大東市 HP, 介護予防・日常生活支援総合事業の事業所一覧](#)

(2) 介護事業者による生活支援サービス

- 従前相当サービスの指定を受けた介護事業者が、別途市町村が定めた「緩和した基準」に基づく指定を受けるか、もしくは市町村による委託等を受けて実施する生活支援サービスです。
- 介護事業所として新たに多様なサービスを提供することが可能になるとともに、専門資格を持たない職員を雇用することで、専門資格を持つ職員を、身体介護など専門職でしか提供できないサービスに重点的に配置することなどが可能になります。
- 「多様なサービスの提供」のみでなく、「介護人材の確保」の視点も重要であることから、「専門資格を持たない職員を新たに雇用」し、生活支援サービスを提供することが重要です。専門資格を持つ職員が、低い単価で生活支援サービスを提供するようなことにならないように注意が必要です。
- 市町村においては、従前相当サービスと比較して報酬単価、委託・補助の金額を大幅に下げ、介護事業者の事業の継続性を低下させることがないようにすることが必要です。

(3) 民間企業と連携した買い物支援

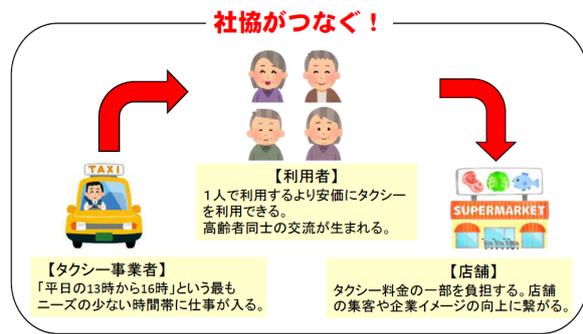
- 生活支援においては、掃除・買い物などのニーズが高いことが多いですが、買い物支援については買い物代行のみでなく、本人が自ら買い物に出かけることを支援することで、生活支援のみでなく介護予防や社会参加につながる効果を期待することもできます。
- スーパーなどの買い物施設への移動手段の確保の方法等については、「D.移動支援(P.81)」に詳細を記載していますが、買い物支援においてタクシー事業者やスーパー等と連携した取組を行う事例もみられます。
- 渋川市では、社会福祉協議会が地域のタクシー事業者と連携して相乗りでスーパーへ買い物に行くことができる事業「あいのり」を実施していますが、行先のスーパーは協賛金として「延べ利用者1人あたり100円以上の協賛金を負担」しています(P.52)。
- この仕組みの構築に向けては、社会福祉協議会の職員が「高齢者が1回あたりの買い物で使う金額」などのデータを収集し、その結果をスーパーに対して示すことで、スーパーにとってもメリットの大きな事業であることを説明し、協力を得ることに成功しています。
- 「あいのり」は渋川市社協の独自事業であり、総合事業の補助等はありませんが、総合事業として、例えば「(1)通院・買い物等をする場合における付き添い支援(P.83)」や「(3)通院・買い物等をする場合における一般介護予防事業による送迎(P.85)」を活用することも想定されます。

<群馬県・渋川市>

タクシー事業者との協働でスーパーへの移動手段を確保し、スーパーは協賛金を拠出

- 渋川市では、買い物が困難な状況にある高齢者が、タクシーに相乗りして買い物に行く事業である、ささえあい買い物事業「あいのり」が渋川市社協により実施されている(平成30年3月より)。
- 料金は、通常のタクシー料金となるが、利用者一人ひとりが距離に応じた支払いをするとともに、足りない差額を渋川市社協が事業費として負担をすることで、住民が個々にタクシーを利用した場合と比較して負担額を低く抑えることができている(総合事業ではなく、渋川市社協の独自事業として実施)。
- 買い物先となる店舗には、「延べ利用者1人あたり100円以上の協賛金を負担」してもらおうという考えでアプローチしたため、最初は多くの店舗から難色を示された。しかしながら、高齢者が1回あたりの買い物で使う額などのデータを示すことで、徐々に協賛店を増やすことに成功した。
- 事業を開始した平成30年3月時点では、市内9地区のうち豊秋地区のみで実施をしたが、事業開始から1年4か月で全市展開となるとともに、令和4年現在で協賛店舗は8店舗となっている。
- さらに、タクシー事業者にとっては「平日の13時から16時」という最もニーズの少ない時間に仕事が入ることになるとともに、店舗にとっては協賛金を拠出するが、「あいのり」を利用して来店する高齢者がそれ以上に買い物をしてくれることで売り上げのアップや企業イメージの向上につながることを期待されている。
- このように、渋川市では、社協が事務局となり、地域住民・タクシー事業者・店舗の3者がWIN-WINとなるような仕組みを構築することに成功している。
- また、「あいのり」を利用する地域住民には、買い物という生活支援のみでなく、買い物をすることによる「考えながら動く」という動作により介護予防の効果が期待されるとともに、安否確認や一緒に買い物に出かける高齢者同士の交流などにもつながっている。

<利用者・タクシー事業者・店舗がWIN-WINとなる仕組み>



(渋川市社協資料)

<協賛店を増やすために実施した買い物調査の内容>

調査内容	協賛店
渋川市社協独自の高齢者買い物額調査:3,989円/週	1店舗
試験運行モニターの平均商品購入額:4,286円/人	3店舗
事業開始後の利用者平均商品購入額:5,747円/人	7店舗

- スーパーの食品における利益率20～25%
100円払っても十分利益は出る!
- 社会貢献しながら顧客単価も上がる。
最近では100円以上の協賛金をくださる店舗も現れ始める!

(渋川市社協資料)

参考資料:

- ・渋川市社会福祉協議会資料
- ・「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き(令和6年3月)」,三菱UFJリサーチ&コンサルティング
- ・解説動画:[三菱UFJリサーチ&コンサルティング HP](#)

A-2. 通所型サービス

(1) 「通所型サービス×●●」の取組

- 民間の地域資源等を活用した方法として、スーパーやショッピングモール、温泉施設などの空きスペースの提供を受け、通所型サービスを実施する例などがみられます。
- こうした民間資源の活用は、人が集まることで店舗でのサービス消費が増えることを期待することができるなど、新たな顧客の開拓につながる可能性があるなどをメリットとして伝えることで、協力が得られる可能性も高くなります。また、利用者にとっては体操に参加した帰りに買い物や食事、入浴などを行うことができ、より魅力的なサービスとなります。
- 通いの場については地域資源を活用しながら、「運営」×「場所」×「活動」などの組み合わせの中で様々な形が想定されます。それぞれの地域資源を活用しながら、柔軟な発想を持つことが必要です。
- 岩沼市では市内の3つのスーパーを通所型サービス A の会場として、「お買い物ミニデイ事業」を実施しています(P.54)。また、上野原市では温泉施設が通所型サービス A の指定を受け、施設内の一室でミニデイサービスを実施しています(P.55)。
- 一方で、こうした場をつくることだけでなく、一人ひとりの住民の動機付けを行い継続した参加を促すことや、介護予防や地域づくりに資する場として機能させていくことも重要です。
- そのためにも、地域リハビリテーション活動支援事業などを通じて、リハビリテーション専門職や保健師などの専門職がその活動に関わることで、住民の動機づけの面のみでなく、技術的な面や介護予防の効果という点でもより高いレベルでの活動を期待することができます。

<通いの場の類型化>

2. 通いの場の類型化		
運営 ※	場所	活動
住民個人(有志・ボランティア等)	個人宅・空き家	体操(運動)
住民団体(自治会、NPO法人等)	公民館・自治会館・集会所	会食
行政(介護予防担当部局)	公園	茶話会
行政(介護予防担当部局以外)	農園	認知症予防
社会福祉協議会	学校・廃校	趣味活動
専門職団体	医療機関の空きスペース	農作業
医療機関(病院、診療所、薬局等)	介護関係施設・事業所の空きスペース	生涯学習
介護関係施設・事業所	店舗の空きスペース・空き店舗	ボランティア活動
民間企業		就労的活動
		多世代交流

※住民以外が運営する場合でも、住民が主体的に取り組むことに留意すること

<「通いの場」の捉え方> 上記の類型化も参考に、
 ① 介護予防に資すると市町村が判断する通いの場であること
 ② 住民が主体的に取り組んでいること
 ③ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援を行っているものに限らないこと
 ④ 月1回以上の活動実績があるもの

「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」を踏まえ、明確化する範囲

なお、類型化で示しているものは例示であり、多様な通いの場の取組が展開されるよう、今後も先進的な事例等を参考に更新予定

(出典) [通いの場の類型化について\(Ver1.0\)\(2021\(令和3\)年8月\),厚生労働省](#)

<宮城県・岩沼市>

「スーパー×送迎付き通所型サービス」で、お買い物もできるミニデイを実施

- ▶ 岩沼市では、市内の3つのスーパーを会場として、「お買い物ミニデイ事業」を実施している。お買い物ミニデイでは、店舗内での買い物・体操・レクリエーションなどを行い、昼食は店舗内で購入し、皆で食べながら交流を図っている。
- ▶ スーパーは、通所型サービス A の会場を提供することで利用者に買い物をしてもらう機会を作ること、地域貢献することができるため、利用者との両者にメリットがある事業となっている。
- ▶ スタッフに元気高齢者(シルバー人材センター会員等)を配置し、安心して買い物ができるようにサポートしている。また、レクリエーションで季節の飾りを作り店舗内に展示するなど、利用者の満足感を高める取組も行っている。
- ▶ 元気な高齢者の活躍の場としてシルバー人材センター会員が運転する車とタクシーで送迎を実施している。
- ▶ 市では、日常生活圏域ニーズ調査において、年齢が高くなるにつれて自分自身で買い物に出かける人が少なくなっていることが分かった。市内4つの地域で特にその傾向が顕著で、高齢者の閉じこもり傾向にも影響していると考えられた。その課題解決を目的として本事業を構想し、市職員が直接市内の商業施設を訪問して地域の課題や事業の目的を説明し、理解を得られたことで実現した。
- ▶ お買い物ミニデイの概要は下記の通りである。
 - ・ 対象者:要支援1、2の介護認定を受けている方もしくは基本チェックリストで該当する方
 - ・ 活動時間:10時～13時
 - ・ 利用回数:1回/週
 - ・ 料金:400円/回(定額)
 - ・ 送迎:自宅から会場までの送迎あり
 - ・ 活動内容:血圧・体調チェック、体操・レクリエーション、お買い物、昼食・交流

参考資料:

- ・ [岩沼市 HP,「介護予防・生活支援サービス事業について」\(令和6年3月時点\)](#)
- ・ [岩沼市 HP,「岩沼市お買い物ミニデイ事業」\(令和6年3月時点\)](#)
- ・ 岩沼市資料

<山梨県・上野原市>

「温泉施設×送迎付き通所型サービス」で、運動・入浴・食事ができる交流の場として機能

- ▶ 上野原市では、市内の温泉施設「秋山温泉」が通所型サービス A の指定を受け、施設内の一室を使って「えがおクラブ」という名称でミニデイサービス(送迎あり)を実施している。
- ▶ 秋山温泉は、指定管理者制度によって管理している市の施設であり、温泉施設職員の中で介護予防運動指導員、健康運動指導士(健康運動実践指導者)の資格を有する者がいたことから、総合事業の開始以前から介護予防事業を委託していた。総合事業の開始に伴い、それまでの介護予防事業のノウハウを生かし、新たに通所型サービス A を開始した。介護予防事業として実施していた運動教室は、現在も一般介護予防事業として実施している。
- ▶ 「えがおクラブ」では、健康チェック、脳トレ、シナプソロジー、ストレッチマシン、簡単な運動などを実施しており、入浴・食事の提供はないが、「えがおクラブ」の活動終了後に本人の希望で施設内の食事処や温泉を別途料金で利用することができる。仲間同士の親睦や知り合いとの交流の場になり、温泉仲間とのなじみの関係の継続につながっている。
- ▶ 利用者は、温泉施設の売店や併設の野菜直売所で買い物をすることもできる。温泉施設を利用して帰る時間が遅くなくても、温泉の一般利用者向け無料周遊バスを利用することができる。



参考資料:

- ・地域包括ケア「見える化」システム 上野原市取組事例資料(令和5年年3月29日)
- ・[秋山温泉 HP](#)、「通所型ミニデイサービス(えがおクラブ)のご案内」(令和6年3月時点)
- ・上野原市資料

(2) 介護事業者による通所型サービス

- 従前相当サービスの指定を受けた介護事業者が、別途市町村が定めた「緩和した基準」に基づく指定を受けるか、もしくは市町村による委託等を受けて実施する通所型サービスです。
- 通所型サービスの基準緩和の内容としては、介護職員や生活相談員、看護職員、機能訓練指導員の配置基準の緩和や、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室などの施設基準の緩和などが多くなっています。
- 「多様なサービスの提供」のみでなく、「介護人材の確保」の視点も重要であることから、「専門資格を持たない職員を新たに雇用」し、通所型サービスを提供することが重要です。専門資格を持つ職員が、低い単価で生活支援サービスを提供するようなことにならないように注意が必要です。
- 市町村においては、従前相当サービスと比較して報酬単価、委託等の金額を大幅に下げ、介護事業者の事業の継続性を低下させることがないようにすることが必要です。

B. 住民が主体となった活動

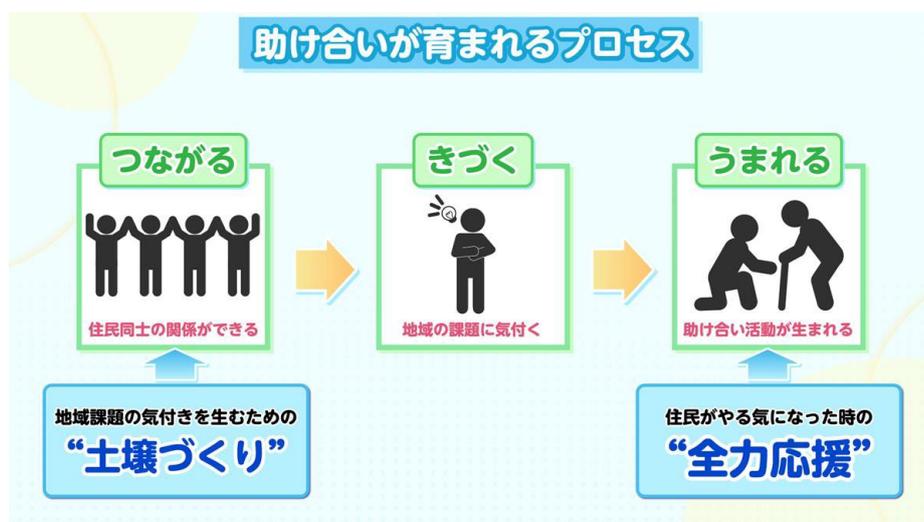


ポイント！！

～住民主体の活動の創出に向けた、生活支援体制整備事業の重要性～

- 「A.民間企業等との協働・連携」では、民間企業の参入を促進するためにビジネスとしての魅力を伝えることが重要であると記載しましたが、それでは地域住民が主体となった活動を創出するために市町村や生活支援コーディネーター等に求められる取組は何でしょうか。
- 住民が主体的に活動するためにはその「動機付け」が重要であり、「地域のために何かしたい」、「このようなことであれば自分達にもできるのではないか」という気持ちを育むことが必要です。
- そのためには、市町村や生活支援コーディネーターは、「新しいサービス」をつくることを意識してアプローチするのではなく、まずは地域課題を共有して必要なサービスを創出していけるよう、「地域の多様な人達がつながる場」や、「地域課題に住民自身が気付く機会」などを提供し、取組が生まれる“土壌づくり”をしっかりと行っていくことが大切です。
- 市町村、生活支援コーディネーター等においては、住民に「やってほしいこと」ではなく、住民が「やりたい」と思うような情報提供等を行うことが必要です。
- 「地域のために何かしたい」と考える住民は少なくありませんが、具体的な行動や取組につながらない理由の一つは、「何が課題なのか」、「どこに困っている人がいるのか」を知らないということもあります。市町村や生活支援コーディネーター等が地域に出向いて「どんな困りごとかあるのか」について出前講座等を行うことも重要な動機付けになります。

<助け合いが育まれるプロセス「つながる」、「きづく」、「うまれる」>



(出典)「地域包括ケアシステムの構築に資する新しい介護予防・日常生活支援総合事業等の推進のための総合的な市町村職員に対する研修プログラムの開発及び普及に関する調査研究事業」、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング、平成28年度老人保健健康増進等事業

B-1. 生活支援の活動

(1) 住民主体の生活支援

- 住民主体の生活支援は、事業者が提供する生活援助と比較して、より地域に密着した活動であり、地域住民同士のつながりの中で行われる支え合いの取組です。
- 竹田市の「暮らしのサポートセンター」は、生活支援コーディネーターや市が住民と丁寧に関わり続けることで介護予防や生活支援の実施団体を生み出した先駆的な事例です。
- 住民主体の生活支援については、新たな活動を生み出すだけでなく、既に地域で生活支援の取組を行っている団体等を対象に、対応できていないニーズや、持続可能な取組としていくための課題などを聞き取り、市町村として総合事業を含む必要な支援を行っていくことなどが想定されます。
- 生活支援コーディネーターには、地域にできるだけ多く足を運ぶことなどにより、このような既存の地域資源を把握し、必要に応じて団体等のニーズに応じた支援策を講じるといった役割を担うことなども期待されます。
- また、住民主体の生活支援は、市町村全域を対象としたものではなく、団体等が特定の地域を対象に活動するケースも多くなっています。市町村においては、このような取組事例を他の地域にも紹介・共有することにより、住民の「やる気」を喚起することにもつながります。
- なお、住民主体の活動に対する支援は、補助のみでなく委託で行うことも可能です。委託は「市町村が仕様書を作成し、委託先と契約を結んで実施する」ものであり実施主体は市町村です。また、補助は「団体等が主体となって行う活動に対し、市町村が補助をする」ものであり、実施主体は住民団体等になります。
- しかしながら、住民団体等のニーズを十分に把握したうえで仕様書を作成し委託をしているケースもあれば、住民団体等のニーズを十分に把握せずに補助要綱を作成し、補助金が活用されないといったケースもあります。補助か委託かに関わらず、団体のこれまでの活動内容を尊重し、団体の持続可能な活動に資する支援をすることが重要です。

<大分県・竹田市>

セミナーの開催や個別訪問による聞き取り調査等を通じて、支え合いの活動を創出

- 暮らしのサポートセンター(くらサポ)は、住民同士の助け合い活動を行う会員制の任意団体であり、市内に7箇所設立されている。市が主催する「暮らしのサポーター養成セミナー」を受講した地域の住民が中心となり、暮らしのサポーター(くらサポの取組を支える会員)として、寄り合い場、広場、生活支援などそれぞれの得意なことを活かした活動を行っている。
- 「暮らしのサポーター養成セミナー」の参加募集の際には、チラシを配布するのみでなく、ひと地域あたり70~80件の家を直接訪問し、参加の呼びかけを行っている。セミナーはそれぞれの地区での立ち上げまでに20回開催し、4地区での参加者数は延べ476人であった。セミナーやその参加者募集は、厚生労働省の地域雇用創造推進事業を活用して取り組んだ。
- さらに、セミナー後には、受講者が中心となって75歳以上の住民への個別訪問による聞き取り調査(生活課題実態調査)を実施している。このように受講者自身が調査をすることは、地域の人の困りごとに直接気づき意識の変化につながるとともに、住民同士がつながる機会にもなっている。
- 「暮らしのサポーター養成セミナー」は、入門的な位置づけの勉強会であり、人材育成のためのセミナーは、その他にもリーダー養成のセミナーなど5段階に分けて実施されている。これにより、活動する人のすそ野を広げつつ、中核的な人材や、組織の立ち上げを担うことのできる人材の育成を推進している。
- こうしてセミナーを受講した地域住民が徐々に集まり、把握された地域課題の解決に向けた検討などを行うことにより、平成24年9月に、第1号のくらサポである、「りんどう」が誕生した。その後、市全域への展開を進めている。
- くらサポは、普段は自由に過ごす「地域のお茶の間」として利用されており、加えて、決まった日時に集まって介護予防の活動をする「くらサポ広場」も実施されている。さらに、生活支援サービスでは、生活課題実態調査の結果を参考に、暮らしのちょっとしたお困りごとを有償でお手伝いするなど、通いの場と生活支援サービスの一体的な提供が行われている。
- 竹田市では、現在、暮らしのサポートセンターでの集いの場や、暮らしの支え合い事業を、一般介護予防事業として実施している。



参考資料:

- ・[第2回九州厚生局市町村セミナー\(平成28年7月26日\)資料「竹田市における介護予防・日常生活支援総合事業の取り組み」](#),大分県竹田市高齢者福祉課(令和6年3月時点)
- ・[「新しい総合事業の移行戦略—地域づくりに向けたロードマップ」](#)セミナー(平成27年11月)資料,「人材育成から始まった「市民が主役の支え合う仕組みづくり」とその実践」,竹田市経済活性化促進協議会 事業支援員 高木 佳奈枝氏資料
- ・[「長寿いきいきプラン」竹田市地域包括ケア計画\(第8期高齢者福祉計画・介護保険事業計画\)](#)(令和6年3月時点)

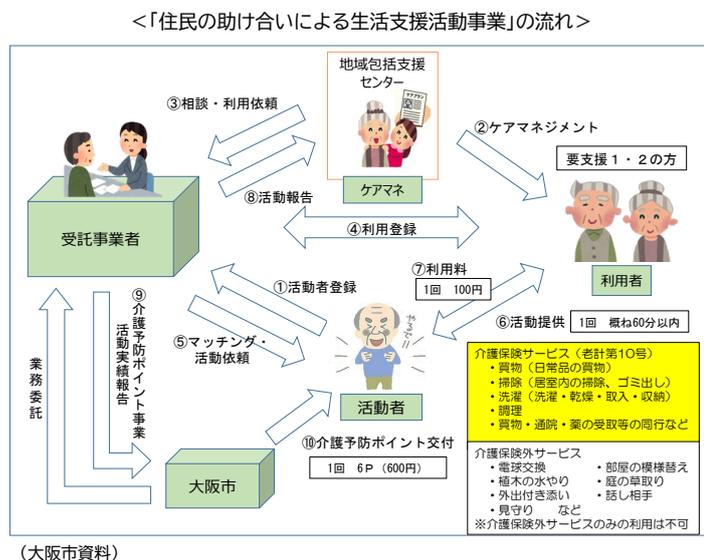
(2) 地域団体等が事務局機能を担う、ボランティア等のマッチング

- 住民主体の活動とは「すべての役割を住民が担う活動」ではなく、既存の地域団体等が事務局機能を担い、有償ボランティアのマッチング等を行う方法も考えられます。
- 特に、住民主体の生活支援を行ううえで、担い手の確保は多くの地域で課題として挙がっていますが、担い手の確保のためには担い手を募集するだけでなく、事務局機能を整え、ボランティアが活動しやすい環境を創出することも効果的です。
- 地域住民の中には、生活支援の活動を行いたいという人がいたとしても、団体の運営への参加までは難しいという方も多くいます。そこで、活動者と支援者のマッチングを行う「事務局機能」については市町村が主体となって整備し、ボランティアは登録をすれば活動できるという環境を整えることも担い手確保策の1つとなります。
- 大阪市では、地域内の NPO 法人や社会福祉法人などに事務局機能を委託し、有償ボランティアのマッチングを行っています(P.60)。こうした取組は、地域の既存の資源から、委託・補助が可能な団体等を見つけ、連携することが効果的です。
- その他にも、袋井市・森町のように、既存のファミリー・サポート・センターを活用することも考えられます(P.61)。ファミリー・サポート・センターは子育て分野における助け合い活動を調整・マッチングする機能を有していますが、これに総合事業の委託・補助をすることにより「介護部門」を追加し、高齢者の生活支援を行う活動者とのマッチングを行うことも可能です。
- このような既存の仕組みを活用することは、新たな仕組みを創設する必要がなく、人材や資源も活用できるといったメリットがあります。
- なお、袋井市・森町では、ファミリー・サポート・センターへの介護部門の追加にあたり一般財源を使用していますが、同様の工夫を他の市町村で実施する場合は、例えば訪問型サービス B として実施することも想定されます。

<大阪府・大阪市>

市が助け合い活動を行う団体に、利用者と活動者のコーディネート業務を委託

- ▶ 大阪市の「住民の助け合いによる生活支援活動事業」(以下、助け合い活動事業)は、市が助け合い活動を行う団体(社会福祉法人・NPO 法人など)に利用者と活動者のコーディネート業務を委託する事業である。委託事業(訪問型サービス A)ではあるが、活動するのは高齢者等の住民であり、いわゆる訪問型サービスBに近い位置づけとなっている。
- ▶ 「助け合い活動事業」は、ケアマネジャーとの連携や、コーディネート機能の確保が重要と考えたことから、住民主体の補助事業として実施するのではなく、コーディネート業務を、助け合い活動を実施する団体に委託するという、住民主体の委託事業として実施されている。
- ▶ 市から「助け合い活動事業」を受託した事業者は、地域包括支援センターやケアマネジャー等と連携し、あらかじめ登録された利用者と活動者のマッチングを行い、市や地域包括支援センター・ケアマネジャー等に利用実績等を報告する。
- ▶ 市は受託事業者からの報告に基づき、活動者に対して1回 6 ポイント(600 円)の介護予防ポイントを交付する(後日に換金可)。また、利用者は活動者に対して1回(概ね 60 分以内)100 円の謝礼を支払う(活動者が受け取るのは、合計で1回 700 円相当)。
- ▶ この「助け合い活動事業」は、利用者と活動者のコーディネートを、助け合い活動を行う団体に委託し、市が活動者個人に「介護予防ポイント」を交付するという、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業を組み合わせたハイブリッドの事業形態となっている。
- ▶ 委託先の1つである NPO 法人フェリスモンテでは、従来からボランティアの確保が課題となっていたが、「助け合い活動事業」を受託することで市の事業となったことや、地域包括支援センターやケアマネジャー等と連携したことなどにより、担い手が増加するなどの効果にもつながっている。
- ▶ 社会福祉法人や NPO 法人等がマッチングを行い、ボランティアは活動者として登録をするという仕組みであるため、活動者にとっては運営の負担がないなど、参加がしやすい仕組みとなっている。



参考資料:

- ・大阪市 HP、「住民の助け合いによる生活支援活動事業」(令和6年3月時点)
- ・「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き(令和6年3月)」,三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング
- ・解説動画:一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 HP

<静岡県・袋井市・森町>

ファミリー・サポート・センター事業に介護部門を追加し、高齢者への生活支援も実現

- 袋井市・森町ではファミリー・サポート・センター事業を「NPO 法人ふぁみりあネット」に委託し、実施している。ふくろいファミリー・サポート・センターには育児部門に加え、介護部門が設置されており、子どものみでなく高齢者を対象とした生活支援も提供されている。ファミリー・サポート・センターは依頼会員からの要請を受け、サポート可能な援助会員とつなぐ役割を担っている。
- 育児部門(ファミリー・サポート・センター事業)の負担割合は、国、都道府県、市が3分の1ずつであるが、袋井市・森町では一般財源による委託で介護部門を追加することで、ファミリー・サポート・センターの活動の対象を広げている(袋井市では平成10年にファミリー・サポート・センターを開設し、平成12年より介護部門を追加した。森町は平成14年度から参加)。
- 袋井市・森町では介護部門の追加にあたり一般財源を使用しているが、同様の工夫を他の市町村で実施する場合は、例えば訪問型サービスBとして実施することも想定される。
- ファミリー・サポート・センター内には、子育て関連の依頼を担当する育児部門と高齢者関係の依頼を担当する介護部門があり、依頼会員と援助会員の登録は部門別に行っている。一方で、依頼の窓口は同一で、援助会員は両部門に登録している人も多い。
- 援助会員のうち7割近くは、育児部門と介護部門の両方に登録している。育児部門の援助会員にも介護部門の活動に参加してもらうことで、担い手として比較的若い世代にもアプローチできる点が強みとなっている。
- 介護部門では、外出・通院の付き添いや身の回りの世話、洗濯・掃除、買い物、簡単な食事作り、話し相手などの支援が対象となっている。ヘルパー等による専門的な支援ではなく、あくまで高齢者の自立を支援するための軽易なサポートを支え合いの枠組みで実施することが前提となっている。
- 利用者については、要介護認定の状況は要件とされていないが、実際には利用者のうち、事業対象者や要支援者が8割程度となっている。
- 全国の多くの市町村が有しているファミリー・サポート・センターの仕組みを活用して地域のボランティアをつなぎ、より広い世代の住民を対象とした活動としていくことは、袋井市・森町以外の地域においても再現性のある取組といえる。

<待合室の付き添い>



(NPO法人ふぁみりあネット資料)

※写真は関係者への説明用に撮影したものであり、実際の活動場面ではありません

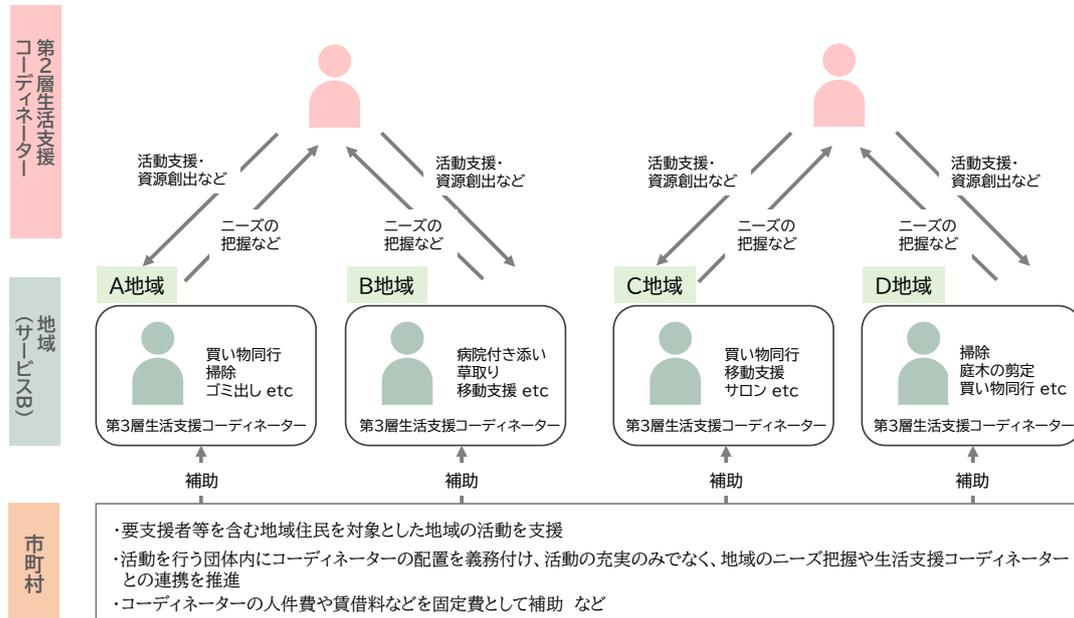
参考資料:

- ・[「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き\(令和6年3月\)」](#),三菱 UFJリサーチ&コンサルティング

(3) 要支援者等を含む幅広い地域住民を対象とした生活支援

- 総合事業は、要支援者、事業対象者、継続利用要介護者が対象となっていますが、補助により支援をする場合は、その他の高齢者や障害者、児童などを含めた一体的な実施をすることも可能です。また、このような運用は、総合事業を地域共生社会の実現に向けた基盤とするためにも重要といえます。
- 例えば、地域内でもともと幅広い住民を対象に生活支援の提供を行う既存の団体があつた場合、総合事業による補助の対象としたことがきっかけで、支援の対象者が限定されてしまうことになるのは望ましいとはいえません。
- このような場合は、「固定費を対象とした補助であれば、利用者の人数によって費用が変動しないため按分は不要」という考え方であれば、要支援者等を含む幅広い住民を対象とした活動を支援することも可能です¹⁷。
- また、その場合、下図のように各団体に第3層の生活支援コーディネーターの配置を義務付け、コーディネーターの人件費等を固定費として補助することも可能です。このような幅広い住民を対象に活動する団体には、地域の困りごとについての情報が集まることなどが期待されます。
- 八王子市では、配置された第3層の生活支援コーディネーターが地域の課題やニーズの把握を行い、第2層の生活支援コーディネーターなどと情報共有することで、新たな活動の創出につなげるといった連携が行われています(P.63)。同様の仕組みは、通所型サービスで構築することも想定されます。

<地域のニーズ把握と必要な地域資源の創出に向けた仕組みづくり>



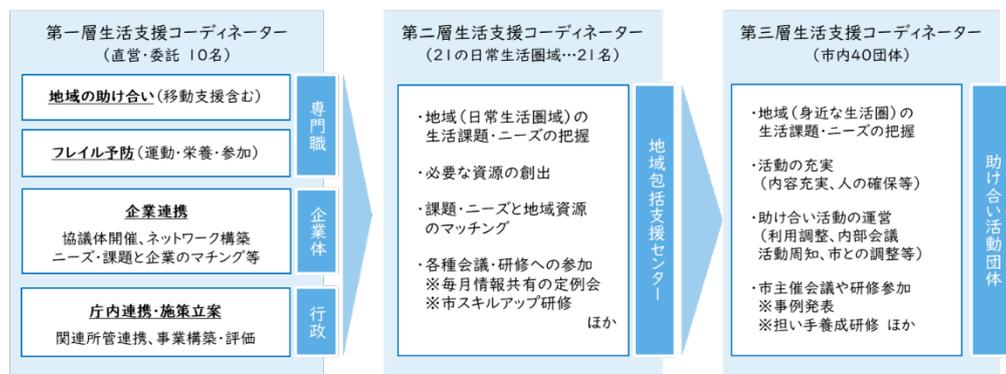
¹⁷ 「総合事業ガイドライン」では、補助により実施する事業について、『共生社会の観点から、要支援者、チェックリスト該当者、継続利用要介護者以外の高齢者、障害者、児童等を対象に含めた住民主体による支援を実施する場合、支援の対象の半数以上が要支援者、チェックリスト該当者、継続利用要介護者であれば、運営費全体を補助することが可能(P.113)』とされ、さらに『半数を下回る場合は、利用者数で按分する等、合理的方法で総合事業の対象を確定することで、その範囲において、運営費補助の対象となる(P.113～114)』とされている。この「合理的方法」については、総合事業ガイドラインに例示された按分方式のみに限定されるものではなく、「固定費を対象とした補助であれば、利用者の人数によって費用が変動しないため按分は不要」とする例もみられる。

<東京都・八王子市>

第3層生活支援コーディネーターを配置した拠点で、幅広い高齢者を対象とした生活支援を提供

- 八王子市では、総合事業の実施前から地域で多くの住民団体が生活支援活動を実施しており、その中で要支援者のみでなく、要介護者を含む多様な住民を対象とした活動が行われていた。
- したがって、総合事業の実施に際して、生活支援の利用者が要支援者等に限定されないよう、訪問Bによる補助を団体内に配置された「助け合いコーディネーター」の人件費を対象に固定費とすることで、利用者の中に要支援者等が一人でもいれば補助要件を満たすようにしている(要支援者等の人数によって、必要な経費等が変動しないため)。
- これにより、団体が受け入れ可能であれば、要介護者であっても活動の対象とすることができるなど、地域ニーズに応じた柔軟な活動が可能になっている。
- また、訪問Bを行う団体に配置が義務付けられている「助け合いコーディネーター」は、第3層生活支援コーディネーターとしても位置付けられており、利用者とのマッチングやサービス内容の検討、新たな担い手探し、などを行っている。そのうえで、市の取り組みへの協力(補助金の報告など市との事務調整、視察対応、市主催のシンポジウムや講座への登壇、など)も担っている。
- なお、訪問Bの実施要綱では、その活動内容について「自らの創意工夫により多様な活動を行うことができる」と定められており、地域の実情に応じた柔軟な活動が行えるよう配慮されているが、完全に団体任せにするのではなく、市が配置する第2層生活支援コーディネーターがその活動内容をチェックすることで、行政課題の解決につながる活動であるかどうかを確認することができるような体制がとられている。
- 補助内容は、「助け合いコーディネーター」の人件費が月額3万円の基準額として補助されているのに加え、「①活動エリア(市内全域とした場合の加算)」、「②地域状況把握(アンケート調査などのニーズ把握を行った場合の加算)」、「③賃借料」、「④車両を利用した生活支援実施」、「⑤通いの場」、「⑥地域課題チャレンジ」の実施に応じて6つの加算が用意されている(③～⑥は一般介護予防事業として実施)。補助額は、合計で8万円/月が上限となっている。

<八王子市の生活支援コーディネーターの配置状況>



(八王子市資料)

参考資料:

- ・「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き(令和6年3月)」,三菱 UFJリサーチ&コンサルティング

B-2. 通いの場等の活動

(1) 住民主体の通いの場等

- 住民主体の通所型サービスや通いの場については、委託で実施する場合であっても主役はあくまで住民であり、市町村はその活動を裏で支える存在となることが重要です。特に、住民の動機付けが不十分なまま市町村主導で立ち上げに至った通いの場等では、参加も継続せず、期待した効果を得ることが難しくなることが懸念されます。
- したがって、まずは地域住民同士で話し合い、地域の課題を共有する場を持つことや、介護予防や地域におけるつながりの重要性、体操の効果などについて学ぶ機会を提供することなどにより、住民一人ひとりの動機づけをし、自発的な活動が生まれるのを後押しするような支援をしていくことが必要です(生活支援体制整備事業)。
- 通いの場は、高知市の例にあるように歩いて 10～15 分程度の身近な場所にあることが望ましいですが、地方部や中山間地域など人口密度の小さい地域では、必要に応じて移動支援の取組と合わせて検討することも必要です(P.88 参照)。

<高知県・高知市>

徒歩圏に、週1～2回の体操等を行う住民主体の通いの場を展開

- 高知市(人口:31万6千人、65歳以上人口:9万7千人)では、市内約350か所の会場で、「いきいき百歳体操」を実施している。歩いて行ける距離に通いの場があるように取組を広げることを目指し、人口千人あたり1か所以上の会場数を確保している。
- 会場は、地域の公民館や集会所が多く、その他に、神社、小学校の生涯学習室、ショッピングセンター(量販店)の一角、個人宅、葬祭会館、宅老所、介護保険施設の地域交流スペース、商店街の空き地等様々な場所を活用している。
- 市は、①体操を行う場所・椅子・テレビ・DVD デッキ等を準備すること、②週1～2回実施し、最低3カ月間は継続すること、③地域の誰でもが参加可能であること、の3つの条件を満たす会場に基幹型地域包括支援センター職員(保健師・理学療法士・歯科衛生士・栄養士・看護師)を派遣し、活動を継続して実施できるよう支援している。
- また、体操に参加している元気な高齢者をサポーター育成教室へ誘うことで、体操会場内でのサポーターを増やし、体操会場が継続できるよう働きかけを行っている。さらに、お世話役・サポーターの交流会を実施し、取組を住民自身が報告する機会と、体操会場同士の情報交換の場を設定することで問題解決や会場の活性化につなげている。



参考資料:

- ・[高知市 HP,「いきいき百歳体操」\(令和6年3月時点\)](#)
- ・[厚生労働省「平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査\(平成25年度調査\)\(11\)生活期リハビリテーションに関する実態調査報告書」](#)

(2) 広域的な通いの場等

- 身近な通いの場ではなく、「公共施設等で実施されている教室であれば参加したい」などといったニーズがある場合は、身近な通いの場に加えて、移動支援のある市町村営の広域的な通いの場を整備することも一案となります。

<愛知県・豊明市>

市全域をカバーする送迎付きの通いの場「らくらす」により、多様な参加ニーズに対応

- ▶ 高齢者健康寿命延伸外出支援事業である「らくらす」は、市内の全ての高齢者が利用できる送迎付きの一般介護予防事業の「通いの場」として実施されている。送迎に使用するバス車両は、小学校の送迎に使用されている車両の朝夕の空き時間などを活用し、8コース(火曜日～金曜日の4日間×2台)が設定されている。
- ▶ 歩いて行けるサロンや体操教室の他に、市全域をカバーする送迎付きの通いの場があることで、「地域の集りには参加しづらい」、「引っ越してきたばかりで知り合いがない」、「公共施設で実施されている教室であれば参加できる」という住民も参加しやすい環境が整えられている。

<「らくらす」での活動の様子>



(豊明市資料)

参考資料:

・[「移動支援等の地域包括ケアの推進に向けた制度横断的取組に関する調査研究」,三菱UFJリサーチ&コンサルティング,令和4年度老人保健健康増進等事業](#)

(3) 特定のニーズに特化した通所型サービス

- サービス A・B では、従前相当サービスとは異なり、一部のサービスを切り出して提供することが可能であり、特定のニーズに対応したサービスを設計することもできます。
- 例えば、大東市や赤磐市では、入浴に特化したサービスが提供されています(P.67、P.68)。入浴支援の必要性は、デイサービス等の利用につながるきっかけとして比較的多い傾向にありますが、軽度の要支援者等であれば専門職による入浴介助は必要なく、ボランティア等による見守りがあれば安心して入浴できるという人も少なくありません。
- そこで両市では、有料老人ホームやデイサービス、障害者グループホームの浴室などの空き時間を活用した送迎付きの入浴サービスが実施されています。
- また、その他にも天童市(山形県)では、訪問型サービス B の中で「風呂見守り」が実施されています。この取組では、利用者が入浴している間、支援者は洗い物や掃除などをしながら2分おきくらいで声をかけるなど、入浴介助は不要だが、一人で入浴することが不安といったニーズに対応しています。
- さらに、入浴のみでなく食事に特化した通いの場等の取組もみられます。国東市の「竹田津くらしのサポートセンターかもめ」による「かもめカフェ」(一般介護予防事業)では、週2日のカフェと、月2回の食事会(送迎付き)が実施されています¹⁸¹⁹。
- 事例としては、サービス B や一般介護予防事業として実施されている例が多いですが、一部のサービスを切り出して提供すること自体はサービス A でも可能であり、「特定のニーズに特化した通所型サービス」はサービス A として実施することも想定されます。

¹⁸ 国東つながる暮らし HP,「[竹田津くらしのサポートセンター かもめ](#)」(令和6年3月時点)

¹⁹ [高齢者向けの移動サービスの創出に向けた事例集\(令和4年度\)\(長野県\)](#)

<大阪府・大東市>

有料老人ホームやデイサービスの浴室を活用した、送迎付き入浴サービス

- ▶ 大東市では、通所型サービスBとして、「お風呂で元気事業」を実施している。有料老人ホームやデイサービスが場所を提供し、住民主体で「大東元気でまっせ体操」とバリアフリー浴槽での「入浴」をセットで行うサービスとして設計されている。
- ▶ 利用料は1回100円(体操のみの参加は無料)であり、入浴のみの利用はできない。
- ▶ 対象者は入浴介助が不要な人で、ボランティアが見守りながら一緒に入浴する。「大東元気でまっせ体操」の参加者よりも虚弱な人が多く(要介護2までは参加実績あり)、訪問Dの移送サービスを利用して参加する人が多い。
- ▶ 介護施設の浴場であるため、緊急時の通報ボタンが設置しており、何かあったら施設職員に助けを求めることも可能である(ただし、基本的には施設職員の関与はない)。
- ▶ 原則としてデイサービスなどが終了した、夕方16時前後以降に実施されている。施設等にとっては、地域住民が施設内の空間を利用することにより、地域住民との交流が生まれ、施設のイメージアップにつながることも期待される。
- ▶ この事業によって、自宅で1人での入浴は難しいが、バリアフリー浴槽で見守りがあれば入浴可能な利用者が、介護サービス等を利用せずに入浴することができている。

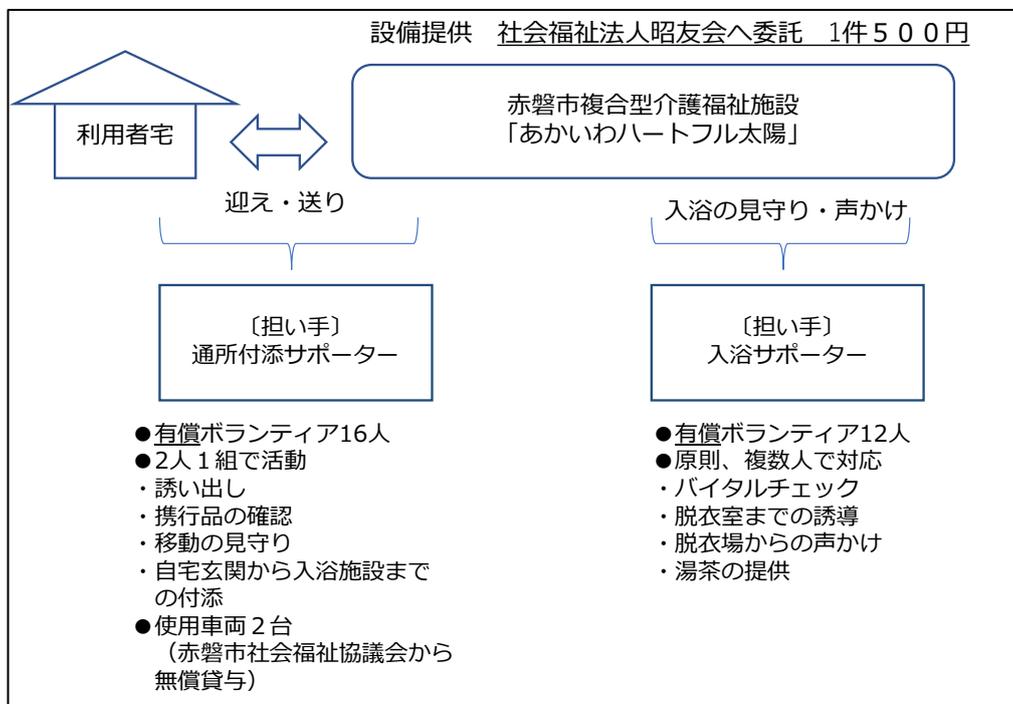
参考資料:

- ・[「介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査研究事業」](#),三菱UFJリサーチ&コンサルティング,令和2年度老人保健健康増進等事業
- ・[「高齢者のための暮らしの情報誌\(令和4年1月\)」](#),大東市(令和6年3月時点)

<岡山県・赤磐市>

障害者グループホームの浴室の空き時間を活用した、送迎付き入浴支援サービス

- 赤磐市では、一人暮らしのため自宅での入浴に強い不安を持つ人や、浴槽がまたげない等環境の問題で自宅での入浴に不安を感じている高齢者を対象に、総合事業の第1号通所型サービスとして送迎付きの入浴通所サービスを実施している。複合型介護福祉施設「あかいわハートフル太陽」の障害者グループホームの浴室の空き時間を活用し、高齢者の入浴をサポートしている。
- 施設では看護師や介護福祉士の資格を持ち、介護経験のある入浴サポーターが、利用者のバイタルを確認し、脱衣室までの誘導及び見守り声掛けをしている。施設までは、市が養成した通所付添サポーター(モモちゃんサポーターの会)が二人一組となり、社会福祉法人から借り受けた車両を利用して、利用者を自宅から誘い出して施設まで送迎するなど、高齢者の入浴ニーズを支えるために複数のボランティアが協力して、サポートしている。
- このサービスは、市が施設提供やリスク管理を社会福祉法人に委託して実施しており、入浴サポーターには1日1,000円、通所付添サポーターには片道1,000円/組をそれぞれ有償ボランティアの対価として交付している。サポーターの活動支援は赤磐市社会福祉協議会が担っており、サポーターとは月に1回のサポーターミーティングを行い、情報共有をしながら事業を進めている。
- 入浴通所サービスの概要は以下の通りである。
 - ・ 対象者:1号事業対象者(要支援者、事業対象者)
 - ・ 利用料:入浴1回100円、送迎1日100円(付添料金として。運転は無料)



参考資料:
 ・赤磐市提供資料

B-3. 生活支援と通いの場等の一体的な実施

(1) 生活支援を含む通いの場の運営等の委託

- 一般介護予防事業は「通いの場」を対象とした委託・補助等が多くなっていますが、「通いの場」の利用者を対象に、生活支援を一体的に提供している例もみられます。
- 川崎市では、高齢者の通いの場を実施する団体等を対象に委託による単価契約を結び、通いの場の利用者数に応じた委託料に加え、生活支援を提供した際の加算を設けています。
- 契約内容は実施団体の事務負担の軽減などを考慮したものであり、支援を開始する以前からサービス提供を行っていた既存の団体の支援ニーズを反映したものとなっています。

<神奈川県・川崎市>

「通いの場」の運営や生活支援等を行う住民団体への、単価契約による委託

- 川崎市の「住民主体による要支援者等支援事業」は、高齢者の通いの場や居場所づくりを進めている住民団体・NPO 法人等対象に、その活動を支援することを目的としており、市がその運営を委託している。
- 基本的には通いの場(体操、趣味の集まり、茶話会、会食など)の利用者数に応じた単価契約であるが、その他にも自宅までの付き添い支援や本人との協働による調理・洗濯、入浴に関する自立生活支援を行った場合などに、1件あたり 500 円の加算(1日あたり2回を限度)がつく仕組みとなっており、通いの場と生活支援を一体的に支援する事業となっている。
- 本事業は委託であることから市が実施主体となるが、そのような形とした理由としては、単価契約とすることで、支援を受ける団体の事務負担を軽減することが可能となることなどが挙げられる。市からの委託業務ではあるものの、それは市内で活動する既存の団体の声を丁寧に反映した結果であり、実際には住民主体の取組に対する支援であるといえる。
- 対象者は、要介護者、要支援者、事業対象者、および団体等が参加者に対して基本チェックリストを実施し、規定のいずれかの基準に該当する者であり、一般介護予防事業として実施されている。

<委託金額上限(令和5年度現在)>

1日あたりの活動時間	単価上限 (活動場所の確保に費用が発生する又は自宅)	単価上限 (活動場所の確保に費用が発生しない場合)
1.5 時間以上 3 時間未満	1,500 円/件	1,000 円/件
3 時間以上 5 時間未満	2,000 円/件	1,500 円/件
5 時間以上	3,300 円/件	2,800 円/件

そのほか、対象者について自宅まで付き添い支援や当該者と協働による調理や洗濯、入浴に関する自立生活支援を行った場合、また欠席時の見守り架電等に 1 件あたり 500 円の加算が認められる場合があります

参考資料:

・川崎市 HP、「住民主体による要支援者等支援事業業務委託について」(令和6年3月時点)

(2) 住民団体等が企画し、介護事業者等にサービス提供を依頼

- 通いの場と買い物支援を組み合わせた事例としては、住民団体等への補助を行い、住民団体が内容を企画し、介護事業者等にサービス提供を依頼する例もみられます。
- 防府市の「幸せますデイステーション」では、西浦地区において、介護予防教室と食事、買い物支援等について、地域団体が企画・運営をしたうえで、介護事業者等にサービス提供を依頼しています。
- これにより、介護予防教室と食事が終了した後に、どこに買い物に行くかを住民自身がその都度企画し、介護事業者の送迎で買い物に行くサービスが展開されています。

<山口県・防府市>

住民が企画・運営し、介護事業者に介護予防教室や買い物支援等のサービス提供を依頼

- 防府市の「幸せますデイステーション」(一般介護予防事業)は、高齢者を対象に公民館や空き家等において介護予防教室と買い物支援等を一体的に提供する取組である(1回2時間以上、月2回以上行うことが要件)。
- 西浦地区の「幸せますデイステーション」では、介護予防教室と食事、買い物支援等について、地域団体が企画・運営をしたうえで、「株式会社夢のみずうみ社」に依頼をして実施している。
- 介護予防教室は公民館か「夢のみずうみ村」の事業所で行い、介護予防教室が終わった後の買い物は行先を特定せず、スーパーや家電量販店など、住民がその都度企画するなど柔軟に決定されている。
- 「幸せますデイステーション」補助金は、市から地域団体に支払われ、介護職委託費や送迎に係る燃料費などは、地域団体から介護事業者等へ支払われる。

<幸せますデイステーション「西浦おでかけ会」の取組>



(防府市資料)

令和2年1月8日スタート
西浦地区の65歳以上
(移動に困る人)を対象。

利用料は500円。
(昼食代は別)

第2・第4水曜日
10時半から14時半まで開催。

特徴
場所を固定せず、毎週流動的に
コースを決定。(利用者が飽き
ないようにするため)

参考資料:

- ・[「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き\(令和6年3月\)」](#),三菱UFJリサーチ&コンサルティング

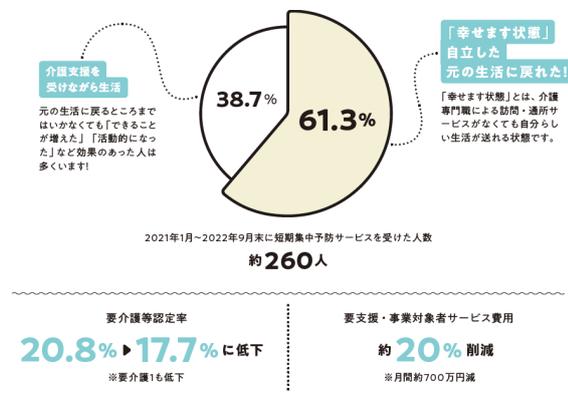
C.短期集中予防サービス等を活用した「暮らし」の再構築



～継続したセルフマネジメントを実現する環境整備と動機付け～

- 短期集中予防サービス(以下、サービス C)は、本人のこれまでの生活の中にある「したいこと」、「今できていること」をできる限り続けられるよう、本人の持っている能力を引き出し、「その人らしい生活の継続」を目指していくことが求められます。
- そのためには、本人のやる気につながる「意欲の源」が何であるかを見極め、どのような暮らしが本人にとって幸せであり、介護予防に資する生活となるかを一緒に考えることで、本人のセルフマネジメント能力が高まるような支援を行うことが必要です。
- また、サービス終了後には一様に通いの場等の利用を勧めるのではなく、本人が楽しむことができる場や役割を一緒に考え、あらゆる資源を活用した「多様な暮らし方(選択肢)」を提案することで、高齢者一人ひとりの「自分らしい暮らし」の再構築につなげることができます。
- 一方、このような取組を進めるには、地域の多様な主体との連携・協働が必要になります。そのためには、市町村はサービス C を活用してどのような地域を目指すのかといった戦略を医療機関や介護事業所、地域包括支援センター等と共有することが必要です。
- なお、このようなサービス C を活用した「自分らしい暮らし」の再構築によって、本人の幸せのみでなく、地域における要介護認定率の低下、介護保険サービス費用の削減、介護人材不足への対応など幅広い効果を期待することが可能です。
- 事業の実施にあたっては、対象者や専門職の確保、プログラムの開発などに加え、対象者数の見込みや実施による効果などを他の市町村の取組例などを参考に試算するなど、費用対効果を見極めながら事業化を進めていくことが重要です。
- サービス C を実施しているが、利用者数が少ない市町村などでは、その費用対効果を検証するとともに、「C-1. 総合事業等へ「つなげる」ための取組」などを参考に、利用者数を増やすための工夫を講じることも求められます。
- 通所型サービス C については多くの場合、実施箇所が限られるため、利用者の確保にあたっては移動支援サービスの構築と併せて検討することも必要です(P.88)。

<短期集中予防サービスの成果(防府市の例)>



参考資料:

・「[リエイブルメント導入マニュアル\(令和5年3月\)](#)」,一般財団法人 [医療経済研究・社会保険福祉協会](#) [医療経済研究機構](#) [政策推進部](#) [国際長寿センター](#)

C-1. 総合事業等へ「つなげる」ための取組

(1) 定期的な悉皆調査と必要に応じたアウトリーチ

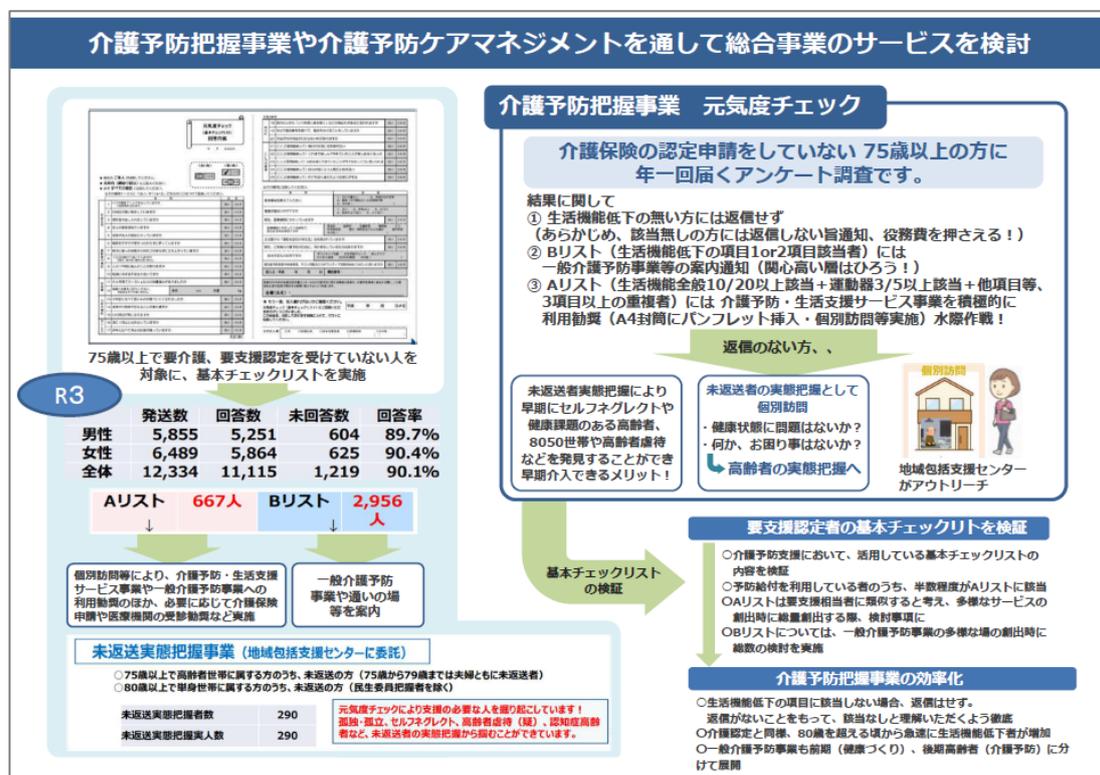
- サービスCを含む総合事業やその他の各種サービスに適切につなげるため、一人ひとりの高齢者を対象に定期的なアンケート調査を実施し、その生活実態等を把握するとともに、必要に応じたアウトリーチを行う事例がみられます。

<奈良県・生駒市>

認定を受けていない75歳以上の方を対象とした悉皆調査や未返送者の実態把握など

- 生駒市では、介護予防把握事業として、要支援・要介護の認定を受けていない75歳以上の後期高齢者(全数)を対象とした基本チェックリストに基づく年1回の郵送のアンケート調査(元気度チェック)を行い、必要に応じてサービスの利用勧奨などを行っている。
- また、地域包括支援センターに「未返送実態把握事業」を委託し、未返送のうち、「75歳以上で高齢者世帯に属する方(75~79歳までは夫婦ともに未返送者)」と「80歳以上で単身世帯に属する方(民生委員把握者を除く)」を対象に、個別訪問等を実施している。
- これにより健康課題やその他の様々な課題を抱える高齢者等の、早期発見や早期介入につなげることができている。

<生駒市の介護予防把握事業など>



参考資料:

・介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会(第1回)(令和5年4月10日)、田中構成員提出資料

(2) 窓口等における対応

- 市町村としてサービスCの利用者を増やしたいと考えているものの、高齢者が市町村の相談窓口や地域包括支援センターに相談に訪れた際に、要介護認定の申請や従前相当サービスの利用ばかりが選択されてしまうといったことも少なくありません。
- このような場合、市町村や地域包括支援センターでの対応方法等を一定程度ルール化することで、サービスCを含む総合事業の利用につなげやすくなるといった効果を期待することもできます。
- 防府市(①原則全員実施型)では、通所サービスの利用を希望するすべての要支援者等は、原則としてサービスCを利用することとしています。原則全員を対象としています。その背景には、防府市のサービスCが面談を中心とした内容であり、その中で行われる高齢者と専門職の面談を、これからの生活について一緒に考えるアセスメント期間と位置づけていることなどがあります(P.74)。
- 生駒市(②サービス対象者抽出型)では、窓口においてチェックリストを使用するか要介護認定を勧めるかの判断についての「ふるい分け表」を作成しています。また、地域包括支援センターや介護事業所、三師会などと一緒にサービスCを含む総合事業のサービスごとの「案内基準」を作成し、「介護予防ケアマネジメントの平準化と効率化」を図る取組が行われています(P.75)。
- なお、いずれのケースも機械的にサービスと結びつけるのではなく、自宅を訪問してのアセスメントなどを経て、適切なサービス利用につなげるための仕組みと合わせて実施されています。

<サービスCの実施形態のパターン整理>²⁰

	パターン① 原則全員実施型	パターン② サービス対象者抽出型
目的	給付サービスの入り口として機能し、サービス自体をアセスメントの場として捉え、その後の生活を支える上で必要なサービスを検討する	専門職が集中的に介入し、高齢者の状態の改善を図る
内容	利用者の生活や家屋の状態を把握した上で、利用者の運動機能等を向上させるため、低負荷な運動指導などを行うケースが多い。	専門職の指導のもと、マシンを使ったトレーニングなど、強度の高い運動等を実施し、日常生活動作の改善に必要な機能の回復を図るケースが多い。
実施形態	・教室型 (開始時期が定められ、複数人が同時にサービスの提供を受けるケースが多い) ・個別機能訓練型 (年間のどのタイミングからでも開始が可能なケースが多い)	
対象者	新規認定者(事業対象者含む)全員	廃用症候群の方など改善可能性の高い高齢者に絞り込む
対象者の絞り込み方法	新規認定者(事業対象者含む)全員を対象とするため、絞り込みは行わない	フロー図等を定め、相談窓口で対象者を適切なサービスに振り分けるほか、自立支援型地域ケア会議など他職種で判断するケースが増える
単価	サービス単価は、5,000円/人・回程度が平均と想定される。 ①よりも②の方が高単価になる傾向がある。 収益の安定性を鑑み、月額あるいは年額で単価を定めるケースも多い。 参考)現行相当サービス 訪問 月12,000円～35,000円程度 通所 月15,000円～35,000円程度	
メリット	対象者の振り分けのノウハウがなくても実施が可能	対象者の状態に応じたサービスの提供が可能
デメリット	受け入れ体制の確保が困難 利用者の状態像が多岐にわたり、パワーリハのような負荷の高い運動を一律に実施することは難しい	対象者の振り分けには適正サービスに振り分ける目利き力(ノウハウ)が必要になるため、窓口での振り分けが難しい 社会参加への連携が、ケアマネジメントの質に左右される
実施事例	寝屋川市、豊明市、佐伯市、能美市	生駒市、和気町、竹田市、袖ヶ浦市、国立市、米沢市、津山市、一宮市、金沢市、広島市

(出典)「地域支援事業における介護予防の取組に関する調査研究事業」,株式会社野村総合研究所,平成30年度老人保健健康増進等事業

²⁰ 防府市は図表中には実施事例として含まれていないが、「①原則全員実施型」に含まれる。

<山口県・防府市>

原則として、通所サービス利用を希望する全ての要支援者等をサービスCにつなげる

- ▶ 防府市では、令和元年6月から、相談受付体制を「要介護認定申請窓口」から「生活の困りごとを聞く窓口」に変更している。
- ▶ これは、生活に不安を感じ始めた高齢者が最初に訪れる相談窓口で、介護サービスの利用を前提とした対応を行うと、本人が「自立支援」を意識することが難しくなることから、窓口ではまず生活での困りごとを聞き、「元の生活に戻る支援」を行うことを伝え、ついで、「自立支援」を意識した流れを構築するための工夫である。
- ▶ 相談窓口では、独自の「介護保険相談票」に沿って生活の困りごとなどを聞き取り、本人の状態像が4項目(介護保険相談票を参照)のいずれかに該当する場合は要介護認定申請を受け付けるが、それ以外の場合は包括職員が自宅を訪問し、アセスメントを行っている。さらに、リハビリテーション専門職が包括職員に同行し、ケアマネジャーと本人が決めていくケアプランへの助言を行っている。

<防府市の「介護保険相談票」>

- ▶ 防府市の総合事業はサービスCを中心に考えられており、令和3年1月より、通所サービスの利用を希望するすべての要支援者等は、原則サービスCを利用することとしている。これは、防府市のサービスCが面談中心のサービスであり、サービスの中で行われる高齢者と専門職の面談を、これからの生活について一緒に考えるアセスメント期間と位置づけているためでもある。

介護保険相談票			
対象者氏名		相談者	本人・家族
住所		電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
L 65歳未満 <input type="checkbox"/>			
1 最初のひとこと(該当があればチェック、その他のひとことがあれば記入)			
(ひとことの種類)			
<input type="checkbox"/> 医師・病院に勧められた <input type="checkbox"/> 民生委員等に勧められた <input type="checkbox"/> 家族等に勧められた <input type="checkbox"/> サービスがほしい <input type="checkbox"/> 困りごとがある <input type="checkbox"/> その他			
(ひとことの内容)			
.....			
2 生活状況について教えてください。(入院中の場合は、退院後の生活状況の見込み)			
<input type="checkbox"/> 一人で歩くことができない <input type="checkbox"/> 一人で食事をすることができない (杖をついたり歩行器を使用している場合も含む)			
<input type="checkbox"/> 一人でトイレに排泄することができない <input type="checkbox"/> 物忘れが進行し、日常生活に支障がある ※環境要因によるものではなく、身体的な状況でチェック <input type="checkbox"/> に1つでもチェックがある場合のみ要介護認定申請			
3 通院の状況を教えてください。			
主疾病			
<input type="checkbox"/> 通院中 (医療機関) (主治医) <input type="checkbox"/> 入院中 (医療機関) (主治医)			
退院予定日(必須)			
※要支援の状態像が見込まれるが、入院中かつ環境要因により要介護認定をする場合には環境要因を記入			
.....			
4 生活のどういったことにお困りですか？(誰が・いつから・何に困っているか)			
.....			
.....			
.....			
連絡先氏名	本人	電話番号	同上
	家族 (続柄)		別の連絡先 ()
住所	同上・別の住所 ()	担当包括	東・西・南・北・市

参考資料:

・「リエイブルメント導入マニュアル(令和5年3月)」,一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部 国際長寿センター

<奈良県・生駒市>

「窓口ふるい分け表」や「総合事業の案内基準」を通じたケアマネジメント等の標準化

- ▶ 生駒市では、住民が窓口で相談に来た際の対応として、チェックリストを使用するか要介護認定を進めるのかの判断について、事務職でも専門職でも対応可能な「ふるい分け表」を作成している。
- ▶ また、行政窓口、地域包括支援センターにおいて総合事業について説明をするための「総合事業説明資料」を作成し、サービスC等に参加した利用者の声や介護保険の理念・仕組み、生駒市の現状などを説明し、総合事業につなげやすくする工夫を行っている。
- ▶ さらに、生駒市では「介護予防ケアマネジメントの平準化と効率化」の観点から、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、介護事業所、訪問看護事業所、三師会が参加する介護予防アセスメントツール作戦会議を開催

<「窓口ふるい分け表」>

し、「市内のどこに暮らそうと、ケアマネジメントに差がない仕組みづくり」に向けた検討を行っている。

- ▶ その成果の1つとして、「従前相当サービス」、「サービスA・B・C」ごとに、それぞれ「日常生活自立度」、「疾病の安定度」、「運動・活動制限の有無」、「疾患例」などの案内基準示し、委託先の地域包括支援センターが平準化されたマネジメントをすることができるようなスクリーニング指標を作成している。
- ▶ このような検討のプロセスは、関係者間で統一した考え方を共有することにもつなげられている。

要介護認定or基本チェックリストの活用について
 <<窓口ふるい分け表>>

まず、お尋ねします。
 下記の①～⑥で該当する項目はありますか？該当するところのチェック欄に○印を付けてください。

項目	該当に○
① 杖をついたり、歩行器を使用しても一人で歩くことができない	
② 認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている	
③ 入浴や体を洗う行為が一人でできない	
④ 服薬や病気の管理のために訪問看護サービス利用を考えている	
⑤ 住宅改修や手すり等の設置や福祉用具のレンタルや購入の希望がある	
⑥ 家族の介護力に問題があり、特に長時間の預かりの場を求めている	

(注意)40歳～64歳の第2号被保険者は、総合事業を利用する場合でも必ず認定が必要です。

上記項目に該当する場合には、要支援・要介護認定の申請をおすすめします。
 上記項目に該当しない場合には、総合事業の利用対象である可能性があります。
 ①総合事業のみの利用であれば、要支援・要介護認定の申請を行わなくても、サービスを利用することができます。
 ②基本チェックリストに回答いただき、事業対象者と判定され、介護予防ケアマネジメントによって、総合事業のサービス利用が必要だと判断されれば、通常の要介護・要支援認定(約1ヶ月程度)の申請より短い期間でサービス利用ができます。
 基本チェックリストへの回答および地域包括支援センターに情報提供することに同意される方は、氏名欄に記入の上、基本チェックリストにご記入ください。

資料：生駒市作成(一部改竄)

<「総合事業の案内基準(訪問型の例)」>

サービスC、緩和型A、従前サービス等への案内基準(訪問型の例)

	従前相当	A	B	C
日常生活自立度 (杖たきり度) Q6	J1～A2	J1～A1	J1～J2	J1～A2
日常生活自立度 (認知機能) Q6	自立～II	自立～I	自立～I	自立～II
疾病の安定度 Q10	病態が不安定 ・急性増悪疾患 ・ADLの急激な低下 ・退院直後	病態が安定 ・慢性疾患 ・廣用経路群 ・骨・関節疾患	病態が安定 ・慢性疾患 ・慢性経路群 ・骨・関節疾患	病態が安定 ・慢性疾患 ・寛容経路群 ・ADLの急激な低下 ・退院直後
改善・維持・悪化 Q9	改善・維持・悪化	維持	維持	改善
疾患例 Q9	全疾患対応	全疾患対応	認知症・精神疾患等を 除く	急性増悪疾患及び、認知 症・精神疾患等除く
身体介護の必要性Q15	必要	不要	不要	必要に応じて(徐々に減)
疾患に配慮した調理 Q15	必要	不要	無	無
専門職関与の有無Q15	必要	概ね不要	不要	必須
意欲 Q11	まあ意欲的である あまり意欲的でない まったく意欲的でない	まあ意欲的である あまり意欲的でない まったく意欲的でない	とても意欲的である まあ意欲的である	とても意欲的である まあ意欲的である

仮説

- #1 従前相当の利用がベターと思える状態像⇒身体介護や疾患に配慮した調理など、専門職の関わりが必要な者
すなわち、急性増悪疾患や病態が不安定、虐待などのリスク有りの人と判断可能
1年前にこういった対象者を選定し、従前相当を利用し、維持・改善ができていたらOKと言えるのでは？
- #2 緩和型Aの利用がベターと思える状態像⇒身体介護や疾患に配慮した調理が不要、専門職の関与も不要ではなく、病態安定者
1年前にこういった対象者を選定し、緩和型Aを利用し、維持・改善ができていたらOKと言えるのでは？
- #3 通所型Bの利用がベターと思える状態像⇒身体介護や疾患に配慮した調理が不要、専門職の関与も不要で日常生活自立度がJ1～J2
自立～Iの範囲で、意欲的な対象者。1年前にこういった対象者を選定し、訪問型Bを利用し、維持・改善ができていたらOK？

参考資料：

・介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会(第1回)(令和5年4月10日)、田中構成員提出資料

(3) 医師会・病院等への周知

- サービス利用に至る流れとしては、例えば入院した高齢者の退院後の生活を見据えて、病院が要介護認定の申請を勧奨し、入院中に要介護認定の申請が出されるケースがあります。
- その際、病院の医師や入退院支援室のソーシャルワーカーなどがサービスCを含む総合事業のサービスの存在やその効果等を知っていれば、一律に要介護認定の申請を勧奨しなくても、適切なサービスとして必要に応じて病院等から総合事業等につなげることも可能になります。
- そのためには、市町村は例えば医師会や病院等を対象とした、サービスCを含む総合事業に関する研修や情報提供を行うことなどが効果的な取組となります。

<奈良県・生駒市>

医師や病院等を対象としたサービスCなどの内容や効果の周知

- 生駒市では、医師会向けに通所Cの類似事業の見学会を実施するとともに、総合事業移行時に、有識者を招き医師向けの研修会を実施し、通所CのDVDの配布なども行っている。参加した医師は、実際の現場や機材、取組を見ることで運動強度を把握し、患者の利用可否を判断できるようになった。
- さらに、全ての病院を回り市の入退院支援マニュアルの説明をするとともに、総合事業に関する市としての考え方や事業内容などを説明し、病院が退院時に要介護認定を進めるか迷う場合は、地域包括支援センターや担当行政に連絡をいれて頂くなどの周知を行っている。
- 生駒市ではその他にも、P.75に記載した、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、介護事業所、訪問看護事業所、三師会が参加する「介護予防アセスメントツール作戦会議」など医療介護連携の場を活用した様々な検討を行っており、そのような取組も合わせて地域全体での理解の共有につながっている。

参考資料:

・[「介護予防・日常生活支援総合事業の利用に関する調査研究事業」](#),三菱UFJリサーチ&コンサルティング,令和2年度老人保健健康増進等事業

C-2.「暮らし」を整えるための支援

(1) リハ職による自宅への同行訪問

- サービス C は、本人の生活上の困りごとを把握し、本人が生活の中で「したいこと」、「できるようになりたいこと」をしっかりと見極めてうえで実施されることが重要です。そのためには、自宅を訪問することなどにより、生活のアセスメントを十分に行うことが基本となります。
- 自宅を訪問して特に丁寧なアセスメントを行う方法としては、「通所型サービス C」に「訪問型サービス C」を組み合わせてモニタリングを行う例や、一般介護予防事業のリハビリテーション活動支援事業を活用して、ケアマネジャーにリハビリテーション専門職が同行訪問する例などがみられます。
- リハ職の同行訪問では、ケアマネジャーによるアセスメントに、リハビリテーション専門職が「心身機能」、「活動」、「参加」といった生活機能評価の視点や、今後の予後予測などの面から助言を行いケアプランに反映させることにより、より適切なサービスにつなげることが可能になるとともに、サービスCが選択された場合においてはより効果的な実施につなげることも可能になります。
- また、ケアマネジャーにリハ職が同行訪問して助言等を行うことにより、ケアマネジャーのアセスメント力の向上にもつながります。

<山口県・防府市>

リハビリテーション専門職の初期アセスメントへの同行訪問

- 防府市では、地域包括支援センター職員によるアセスメントの後、リハ職が包括職員に同行して、高齢者の自宅へ訪問する体制が整えられている(地域リハビリテーション活動支援事業)。
- リハ職は、高齢者の身体や生活の適切な評価を行い、ケアマネジャーと本人が決めていくケアプランへの助言を行う役割を担っている。
- 防府市では、この同行訪問アセスメントの後、多くの高齢者がサービス C を利用することになるが、仮に訪問看護、訪問・通所リハビリテーション、福祉用具の貸与や住宅改修等の予防給付サービスが必要と判断された場合は、このタイミングで要介護等認定の申請が行われる。
- リハ職の同行訪問は、サービス C の効果的な実施のみでなく、身体にあった福祉用具の貸与や適切な住宅改修など、本当に必要な支援の選択にもつながっている。

リハ職同行訪問アセスメントの流れ(1時間程度)



参考資料:

・「[リエイブルメント導入マニュアル\(令和5年3月\)](#)」、一般財団法人 [医療経済研究・社会保険福祉協会](#) [医療経済研究機構](#) [政策推進部](#) [国際長寿センター](#)

(2) 一人ひとりの状態に応じたメニューの提供

- 総合事業に参加する一人ひとりの高齢者の状態は多様であり、各々の状態像に合わせて総合事業全体をどのようにデザインしていくのかといった方針を地域ごとに明確化していくことも必要です。
- 生駒市では、サービス C については、集中介入期の「パワーアップ PLUS 教室」、移行期の「パワーアップ教室」、「転倒予防教室」の3つが用意されています。さらに、通所型サービス C の利用者は地域ケア会議を通じて、多職種の視点から必要な取組が個別に検討される仕組みとなっています。
- フレイルには身体の虚弱のみでなく、こころ／認知の虚弱、社会性の虚弱の3つの側面があり、一人ひとりの状態に合わせたアプローチが必要になります。また、運動機能のみでなく、口腔機能、栄養改善などのプログラムを組み合わせることも、高い効果を期待することができます。

<奈良県・生駒市>

介護予防ケアマネジメントと地域ケア会議、サービス C の連動

- 生駒市では、総合事業について、「集中介入期」、「移行期」、「生活期」の3段階に分けたデザインがされており、サービス C については集中介入期の「パワーアップ PLUS 教室」、移行期の「パワーアップ教室」と「転倒予防教室」の大きく3つが位置づけられている。

- また、通所型サービス C の利用者については全員が地域ケア会議にエントリーすることとされており、自立支援型地域ケアマネジメントの検討が行われている。

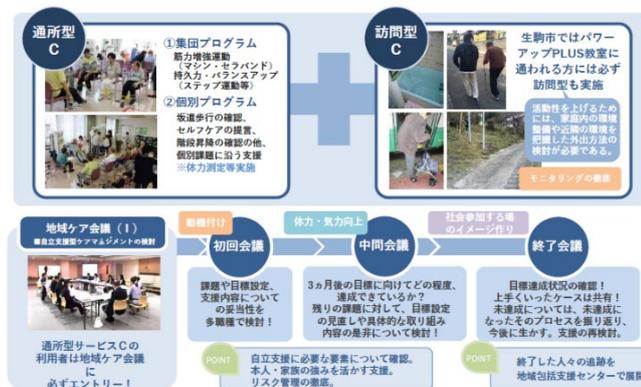
- サービス C の利用者については、このような多職種による個別の検討を経て一人ひとりの状態に応じた効果的な事業に結びつけるための仕組みが機能している(サービス C と介護予防ケアマネジメント・地域ケア会議の連動)。

- 通所型 C のプログラムは「集団プログラム」と「個別プログラム」に分かれており、個別プログラムでは坂道歩行や階段昇降などの個別課題に沿う支援やセルフケアの実現に向けた提案など個別性の高い支援が行われている。

<総合事業のデザイン>



<地域ケア会議と介護予防ケアマネジメントとの連動>



参考資料:

・[介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会\(第1回\)\(令和5年4月10日\)](#),田中構成員提出資料

(3) セルフマネジメント力の向上

- サービス C は、サービスを利用していない残りの6日間、さらにはサービス利用が終了した後の「暮らし方」をいかに整えていくかが重要です。そして、そのためにはサービスCの利用期間中に、本人の「セルフマネジメント力」を引き出すことが必要になります。
- そのためには、専門職による支援のもと、本人が生活の中で「したいこと」、「できるようになりたいこと」を共に見極め、もとの生活を取り戻すための「暮らし方」を一緒に考えることが必要です。
- そのために幅広く実施されている効果的な取組が、「動機付け面談」です。「動機付け面談」では、本人の日々の生活を専門職と一緒に振り返りながら、元の生活を取り戻すために必要な暮らし方を共に考えることにより、本人の意欲を引き出し、自身の生活を主体的にマネジメントできる力を引き出します。
- 防府市では、この動機付け面談をサービス C の中心として位置づけた取組が展開されています。

<山口県・防府市>

動機付け面談(セルフマネジメントプログラム)を中心としたサービス C の実施

- 防府市では、サービス C で実施する「動機付け面談」などを通じて、本人のセルフマネジメント力を向上させる取組に力を入れている。
- 動機付け面談は、リハビリテーション専門職と対象者が毎週、日々を振り返り、話し合うことによって、対象者が自分の可能性に気づき、元の生活を取り戻すための暮らし方を知り、意欲的に自分を管理できるようになることを狙いとしたものである。
- 本人のセルフマネジメント力を向上させることで、サービス C の利用終了後も日々の生活の中で、継続して活動量を増やすことが可能になる。
- 防府市では、このような取組を「リエイブルメント型」の短期集中予防サービスとして、総合事業の中心に位置づけている。

<動機付け面談(セルフマネジメントプログラム)>

短期集中予防型サービスでの最重要ポイント

- ★セルフマネジメントシートを用いて、一週間を一緒に振り返ることで…
- ★利用者さんのできている部分にポジティブフィードバックを行う。
- ★日々の生活に行っていることに一緒に意味づけをしていく。
- ★成功体験の積み重ねにより**自己肯定感**が高まる。
- ★新しいチャレンジへの**意欲が生まれ**生活課題の解決につながる。



➡ 意欲的に自分自身を管理できる = **セルフマネジメント能力が高まる**

<セルフマネジメント能力を高める面談手法>

セルフマネジメント能力を高める面談の手法

動機付け面談と言われる

リハビリテーション専門職と対象者が毎週、

日々を振り返り、話し合うことによって、自分の**可能性に気づき**、元の生活を取り戻すための**暮らし方**を知り、**意欲的に自分を管理**することができるように



- # 1.対象者の日々の暮らしを話あう(語ってもらい、引き出す)
- # 2.肯定的側面をポジティブにフィードバックする
- # 3.行動に対しての意味づけを行う
- # 4.課題に対しての解決方法を**一緒に**考える
- # 5.次の1週間の取り組む課題、過ごし方を



➡ 成功体験を積み重ねていくことで行動変容につながっていく。

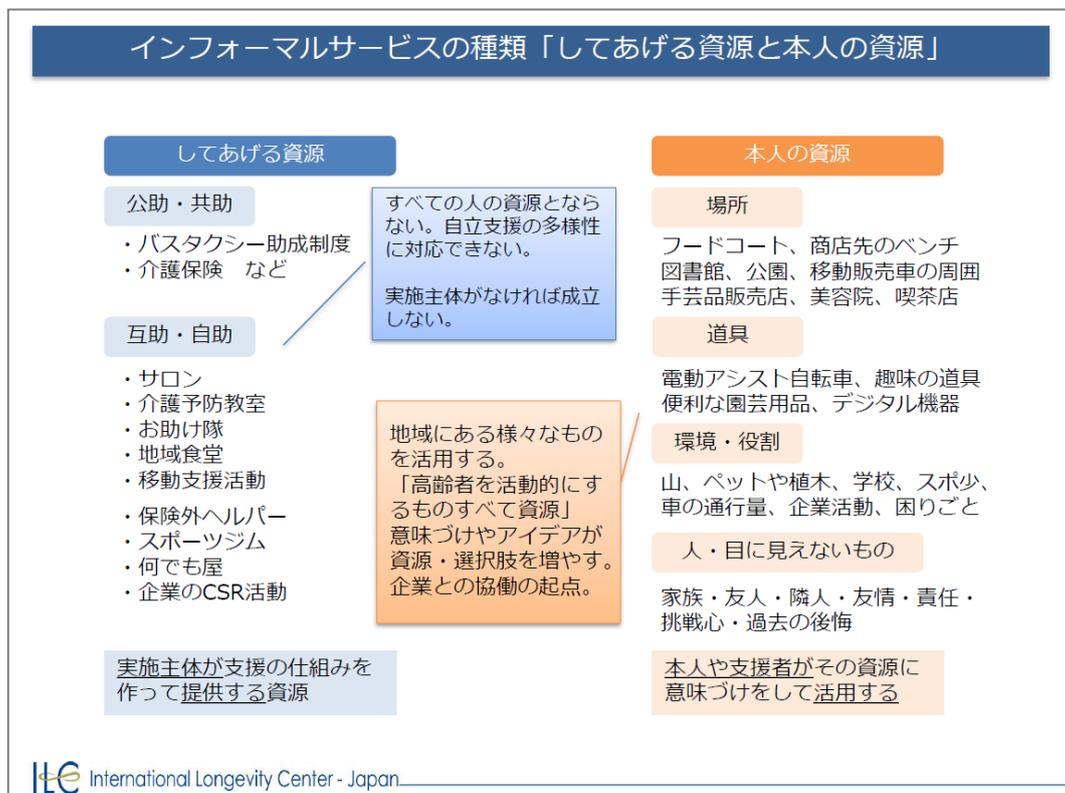
参考資料:

・「短期集中予防通所型サービス～防府市での実践～」,特定医療法人博愛会 老人保健施設はくあい リハビリテーション部 認定理学療法士(地域) 岡崎浩之氏 資料

C-3. 本人が望む暮らしを適える、多様な選択肢の提案

- サービス C の終了後も活動的な生活や社会参加を続けていくには、本人の継続した意欲を支える「資源」が必要です。一般的にはサービスCの後につなげる資源として、一般介護予防事業の通いの場などが多く挙げられますが、多様なニーズに応えるにはより多くの選択肢が必要です。
- また、このような多様なニーズに応えるには、「本人の資源」が何であるかを見極め、本人の「してみたい」、「できたらいいな」という思いを適える「場」や「役割」を探すという視点が必要になります。
- 「本人の資源」とは、場所や道具、環境・役割といった幅広いものであり、感情や人間関係といった「目に見えないもの」も含まれます。利用者の活動性を高める「すべてのものが資源」であり、そのような資源を活用した「暮らし方」を考えるのが「動機付け面談」です(P.79)。
- そしてそのためには、生活支援コーディネーターとケアマネジャー、サービス提供事業所などが「地域のすべてのものが資源」という発想を共有し、例えば自立支援型地域ケア会議の場などで、地域資源の情報を共有することも必要です。
- 本人の継続した活動的な生活を支えるためには、サービス C の利用期間の間で、生活支援体制整備事業を通じて発掘された幅広い「地域資源」と「本人の意欲」を結びつけ、多様な暮らし方を提案していくことが求められます。

<「してあげる資源」と「本人の資源」>



(出典)短期集中予防サービスに効果をもたらすポイント(WEB セミナー リエイブルメントとは)、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 政策推進部 副部長 国際長寿センター ディレクター 中村一郎氏資料

D. 移動支援

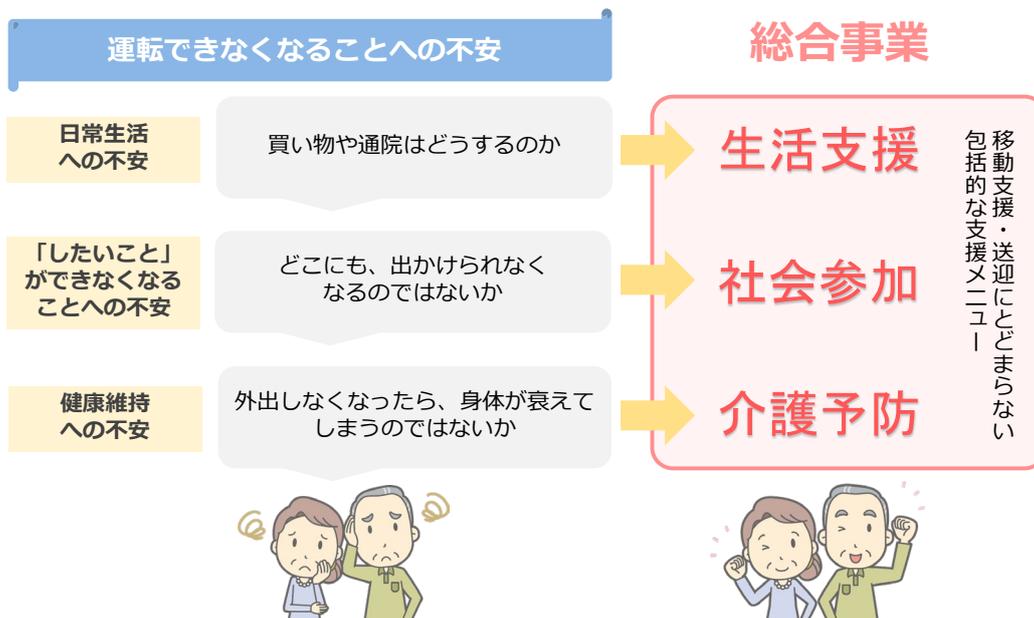


ポイント！！

～移動手段があることで支えられる、「選択できる暮らし」～

- 全国の協議体や地域ケア会議において、「高齢者の移動手段の確保」が課題の1つとして問題提起されるケースが多くなっています。
- 通院や買い物のみでなく、通所型サービスや通いの場へ行くためにも送迎が必要なケースは多く、本人が行きたいと思った通いの場等があっても、移動手段がないことから送迎付きのデイサービスが選択されるといったこともあるのではないのでしょうか。
- このように、移動手段があることは、一人ひとりの「したいこと」を支え、「選択できる暮らし」を実現するために重要な要素となります。
- 一方で、住民主体の活動として移動支援を行うには、車両や運転ボランティアの確保、事故のリスク、道路運送法などの制度の理解など、他の活動と比較しても多くのハードルがあります。
- そのため、住民だけでなく、社会福祉法人や介護事業者、交通事業者など、既に移動支援・送迎の取組を行っている主体も含めて、多様な主体の協働を模索することも必要です。
- また多くの場合「地域交通ネットワーク」の問題解決に向けては、多様な主体との調整が必要になります。したがって、その検討に向けてはできるだけ多くの主体(庁内の他の関係部署も含めて)を巻き込んで進めることも重要です。
- 総合事業を活用した移動支援については、既存の手引きにおいて次ページのような5つの類型が示されています。

<移動支援を通じた「生活支援」、「社会参加」、「介護予防」の一体的な推進>



<総合事業を活用した移動支援の5つの類型>

類型	概要	総合事業	行き先
類型①:通院・買い物等をする場合における送迎前後の付き添い支援	<ul style="list-style-type: none"> 送迎前後の付き添い支援に関する間接経費は補助の対象となるが、送迎に関する直接経費は対象とならない。 送迎利用者から、ガソリン代等実費を受け取ることは可能。 また、車両を使用した送迎が、送迎前後の付き添い支援に対して、あくまで付随して行われるものである場合は、付き添い支援の料金を追加で受け取ることが可能。 	訪問型D ケース1)	介護予防 ケアマネジ メント等に より決定
類型②:通所型サービス等の運営主体と別の主体による送迎	<ul style="list-style-type: none"> 総合事業による「通いの場」等への送迎であるので、間接経費の他、送迎に関する直接経費も補助の対象とすることが可能。 送迎利用者から、ガソリン代等実費を受け取ることも可能。 	訪問型D ケース2)	通所A 通所B 通所C 通いの場
類型③:通所型サービス等の運営主体と同一の主体による送迎	<ul style="list-style-type: none"> 類型②と同様、直接・間接経費を補助することが可能。 通いの場等の利用者からは、一律の通いの場等の利用料金を受け取ることができ、さらに送迎の有無によってガソリン代等実費の範囲で利用料金に差を付けることも可能。 	通所型 B・C/ 一般介護 予防事業	通所B 通所C 通いの場
類型④:生活援助等と一体的に提供される送迎	<ul style="list-style-type: none"> 様々な生活援助等と一体的に送迎を行うもの。また、送迎に関する様々な経費を市町村判断で補助することが可能。 送迎利用者からは定額の生活援助等の料金の他、追加でガソリン代等実費を受け取ることも可能。 	訪問型B	介護予防 ケアマネジ メント等に より決定
類型⑤:通院・買い物等をする場合における一般介護予防事業による送迎	<ul style="list-style-type: none"> 65歳以上の高齢者が行う送迎の取組を支援するもの。また、送迎に関する様々な経費を市町村判断で補助することが可能。 送迎利用者から、ガソリン代等実費を受け取ることは可能。 また、車両を使用した送迎が、送迎前後の付き添い支援に対して、あくまで付随して行われるものである場合は、付き添い支援の料金を追加で受け取ることが可能。 	一般介護 予防事業	市町村 判断

(出典)「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き(令和6年3月)」,三菱UFJリサーチ&コンサルティング

D-1. 通院・買い物等をする場合における付き添い支援・送迎

(1) 通院・買い物等をする場合における送迎前後の付き添い支援(類型①)²¹

【特徴】

- 総合事業で実施しているのは、「送迎前後の付き添い支援」であり、「目的地までの道中」は総合事業の対象外となります。

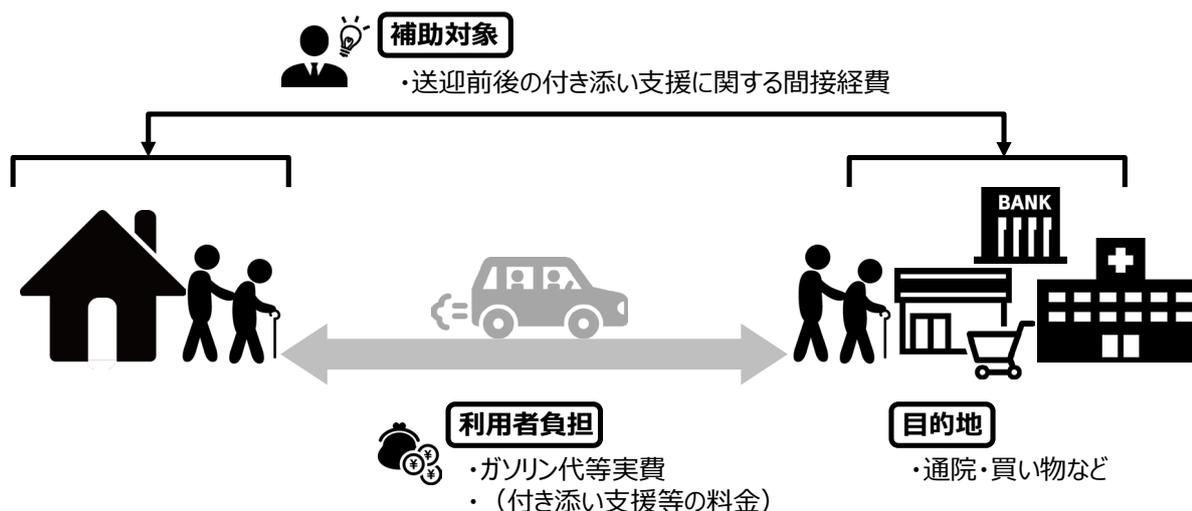
【目的地と補助対象】

- 目的地は、介護予防ケアマネジメント等により決まりますが、医療機関への通院のほか、買い物等において支援をすることも可能です。
- 総合事業による通所型サービス・通いの場への送迎を目的としたものではないことから、「送迎(目的地までの道中)」に関する直接経費は補助等の対象外です。
- 補助等ができるのは、「送迎前後の付き添い支援に関する間接経費」です。

【利用者負担(道路運送法上)】

- 「許可・登録不要の運送」として行う場合は、「ガソリン代等実費」のみであれば、利用者から受け取ることが可能です。
- また、例えば「病院内や買い物施設内などにおける付き添い支援」を提供する団体等において、車両を使用した送迎があくまでそれに付随して行われるものである場合、その支援・サービスが有料であったとしても、移動支援に特定した反対給付がない場合は、許可・登録は不要です。

<通院等をする場合における送迎前後の付き添い支援(類型①)>²²



²¹ 訪問型サービスD ケース1)

²² 「地域支援事業実施要綱(P.21)」より、『(抜粋)通院等をする場合における送迎前後の付き添い支援であるので、移送に関する直接経費は対象とならず、サービスの利用調整の人件費等の間接経費のみが対象となる』

(2) 生活援助等と一体的に提供される送迎(類型④)²³

【特徴】

- 様々な生活援助等を行う団体等が、その1つとして送迎を一体的に行うものです。

【目的地と補助対象】

- 目的地は、介護予防ケアマネジメント等により決まります。生活援助等の範囲内であれば、通院のみでなく買い物等において支援をすることも可能です。
- また、送迎に関する様々な経費を、市町村判断で補助することが可能です。

【利用者負担(道路運送法上)】

- 利用者からは、一律の生活援助等の利用料金を受け取ることができます。さらに送迎の場合は、ガソリン代等実費を追加で受け取ることも可能です。
- その他の生活援助と送迎の間で、利用料金の合計(生活援助等の利用料金+ガソリン代等実費)に差が生じることとなりますが、問題ありません。
- なお、生活援助等の利用料金を 300 円/30 分などとした場合、送迎の前後の付き添い支援の時間のみでなく、送迎を行うボランティアの自宅から利用者の自宅の間の移動時間、利用者の自宅から目的地までの移動時間を対象に含めることが可能です。

<生活援助等と一体的に提供される送迎(類型④)²⁴>



※ すべての生活援助等を、同じ人が提供する必要はない。

※ 実質的に送迎しか行っていないと判断された場合は、「生活援助等の料金」を「送迎の対価」と見なされる可能性があり、その場合は道路運送法に基づく「許可又は登録」が必要となる。

²³ 訪問型サービスB

²⁴ 「地域支援事業実施要綱(P.10)」より、『(一部抜粋)…様々な経費について、市町村がその裁量により対象とすることを可能とするほか、…奨励金(謝金)を補助の対象とすることも可能である。…運営費の一部を補助するものであるが、例えば補助率を設定せずに年定額での補助を行うことも可能である』

(3) 通院・買い物等をする場合における一般介護予防事業による送迎(類型⑤)²⁵

【特徴】

- 一般介護予防事業(地域介護予防活動支援事業)であり、65 歳以上の高齢者が担い手(運転者や添乗者、参加者等)として行う取組を支援するものです。

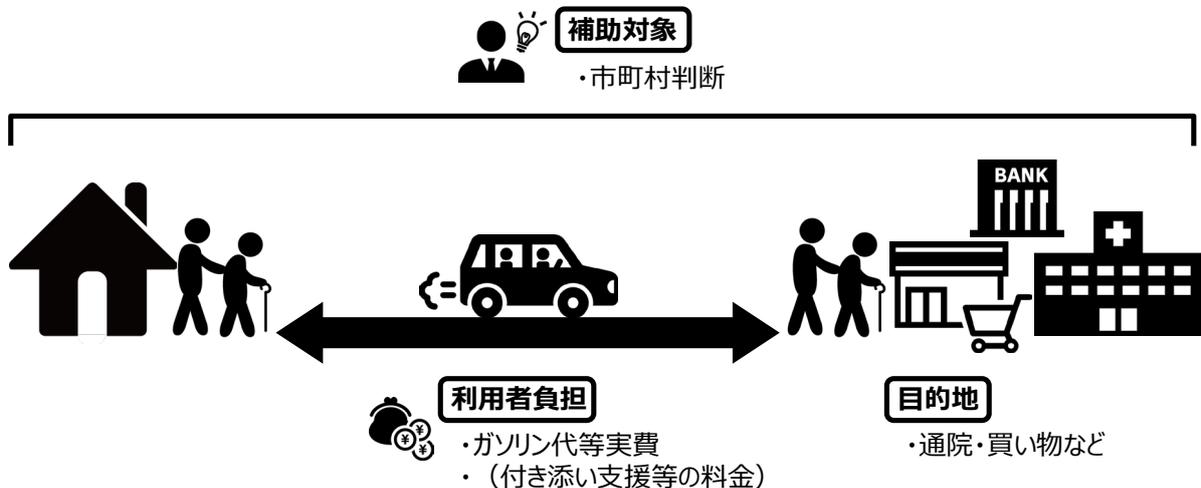
【目的地と補助対象】

- 目的地は、市町村の判断によりますが、医療機関への通院や買い物等の送迎を行うことも可能です。
- 移送に関する様々な経費を、市町村判断で補助することが可能です。

【利用者負担(道路運送法上)】

- 「許可・登録不要の運送」として行う場合は、送迎の利用者から「ガソリン代等実費」のみであれば、受け取ることが可能です。
- また、例えば「病院内や買い物施設内などにおける付き添い支援」を提供する団体等において、車両を使用した送迎があくまでそれに付随して行われるものである場合、その支援・サービスが有料であったとしても、移動支援に特定した反対給付がない場合は、許可・登録は不要です。

<類型⑤:通院・買い物等をする場合における、一般介護予防事業による送迎(一般介護予防事業)>



²⁵ 一般介護予防事業

<滋賀県・日野町>

訪問Dと町単独事業を組み合わせ、幅広い利用・支援を可能に(類型①)

- 日野町では、「東桜谷おしゃべり会」による移動支援事業「おたすけカゴヤ」などが展開されており、地区内に住む高齢者等の通院や買い物支援の足として活用されている(マイカーによる送迎)。
- 補助制度は訪問Dと一般財源の町単独事業を組み合わせた仕組みとなっており、要支援者等以外にも対象となるよう工夫がされている(要支援者等の場合は利用者1人につき1回当たり 150 円、要支援者等以外の高齢者等の場合は同じく 100 円が補助される)。
- また、自家用自動車の任意保険料として、一般財源から従事者1人につき1日当たり 200 円を補助している(訪問Dケース①では補助対象外のため)。

事業概要	補助金額
移動支援に係る付添い支援等(乗車前または乗車後の屋内外における移動の付添い・介助等)の実施に要する人件費、報償費、消耗品費、通信費、保険料その他町長が必要と認める経費	(1)要支援者等 利用者1人につき1回当たり150円 (2)要支援者等以外の高齢者等 利用者1人につき1回当たり100円
移動支援に要する自家用自動車の任意保険料	従事者1人につき1日当たり200円

(日野町資料)

参考資料:

- ・[「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き\(令和6年3月\)」](#),三菱 UFJリサーチ&コンサルティング
- ・解説動画:[三菱UFJリサーチ&コンサルティング HP](#)

<三重県・名張市>

地域づくり組織が、総合事業を活用し、外出支援を含む様々な生活支援を提供(類型④)

- 名張市では、小学校圏域ごとに 15 の「地域づくり組織」が設置されており、地域課題を解決するための活動を支援するため、使途が自由な「ゆめづくり地域交付金」が一括交付されている。
- 日常生活の困りごとなどを対象とした生活支援が11地域で取り組まれており、そのうち移動が困難な方を対象とした外出支援事業は7地域で実施されている(令和2年時点)。
- 総合事業の開始により、市の活動補助金を総合事業の補助(訪問型サービス B)に切り替え、生活支援を行う場合は 40 万円、外出支援を行う場合は追加で 110 万円(車両の購入・リース可)を補助(年間)している。
外出支援の利用(令和2年度実績)は、23,000 件以上にのぼる。
- 名張市の訪問Bの補助は、各地域の活動に係る固定費を対象とした補助であり、利用する人数等に応じて変動しないことから、利用者が要支援者等であるか、その他の高齢者・障害者等であるかに関わらず、補助額を一定としている。

<支援の様子(隠おたがいさん)>



参考資料:

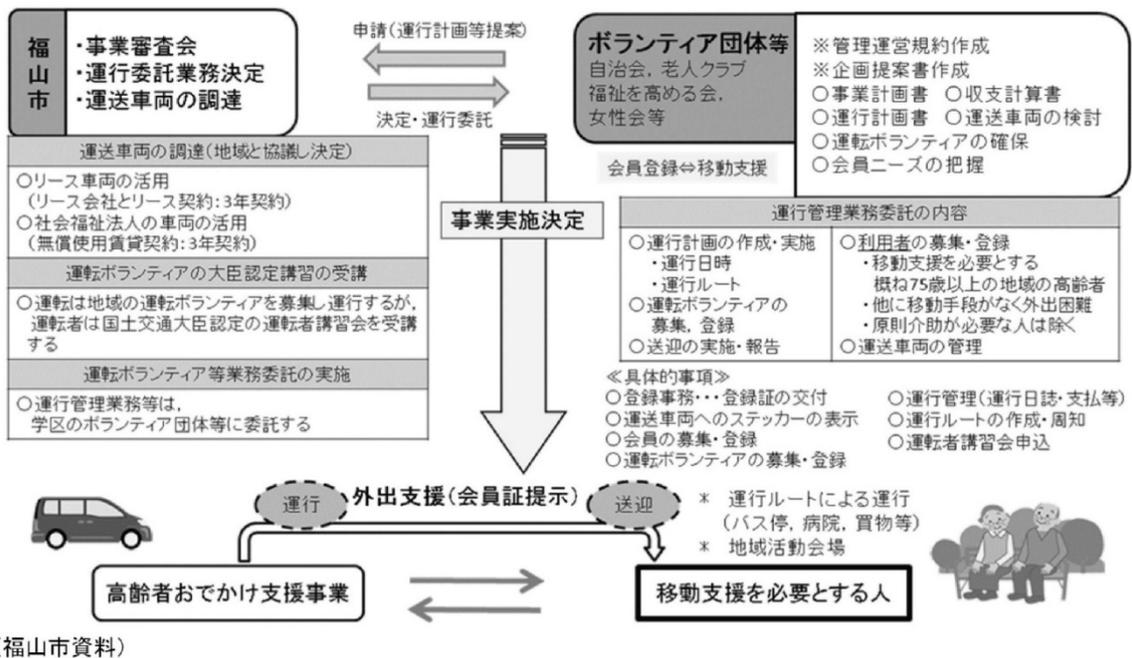
- ・[「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き\(令和6年3月\)」](#),三菱 UFJリサーチ&コンサルティング
- ・解説動画:[一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 HP](#)

<広島県・福山市>

住民が行う通院・買い物等の移動支援を、市が一般介護予防事業として委託(類型⑤)

- 福山市の「高齢者外出支援事業」は、通院や買い物等が困難な地域において、小学校区を単位として、地元住民が主体となって、無償で高齢者の外出支援を行うものである。
- 「高齢者外出支援事業」は、住民が主体的に行う移動支援の取組であるが、車両は市がリースし、地域の有志の会(ボランティア)に運行を委託している(一般介護予防事業)。対象者は75歳以上の後期高齢者であり、他に移動手段がなく外出することが困難であり、乗降に介助の必要のない高齢者としている。
- 委託内容は、車両の管理、運行業務、運行管理業務、運行に係る事務等であり、事業主体は福山市となる。委託事業ではあるが、運転ボランティアの確保や会員ニーズの把握、路線・ルート案の作成などは住民が主体となって作成し、福祉部局が交通部局と事前に調整する仕組みとなっている。
- バス路線と競合する地域は対象外のため、運行地域は概ね郊外や過疎地となる。また、移動支援の範囲は中学校区単位であり、移動ニーズが中学校区単位に収まらない場合などは、別途乗合タクシーを導入するという選択肢がある(いずれを選択するかも地域で検討する)。

<福山市高齢者外出支援事業実施決定までの流れについて>



参考資料:

・「介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き(令和6年3月)」,三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

D-2. 通所型サービス・通いの場への送迎

(1) 通所型サービス等の運営主体と別の主体による送迎(類型②)²⁶

【特徴】

- 通所型サービスや一般介護予防事業の「通いの場」までの送迎を、「通所型サービス・通いの場の運営主体とは別の主体」が行うものです。

【目的地と補助対象】

- 目的地は、総合事業の通所型サービスや一般介護予防事業の「通いの場」ですが、その送迎の前後で買い物等に寄ることも可能です。
- 「通いの場」等への送迎なので、間接経費のみでなく、「送迎(目的地までの道中)」に関する直接経費も総合事業による補助等の対象です。

【利用者負担(道路運送法上)】

- 「許可・登録不要の運送」として行う場合は、送迎の利用者から「ガソリン代等実費」のみであれば、受け取ることが可能です。

<通所型サービス等の運営主体と別の主体による送迎(類型②))²⁷>



²⁶ 訪問型サービスケース2)

²⁷ 『地域支援事業実施要綱(P.21)』より、『(抜粋)対象経費については、間接経費のほか、ガソリン代等送迎にかかる実費、車両購入費等に対する補助等、具体的な対象経費について費用の効率性の観点から市町村において判断』

(2) 通所型サービス等の運営主体と同一の主体による送迎(類型③)²⁸

【特徴】

- 「通いの場」等の運営主体が、送迎も一体的に行うものです。

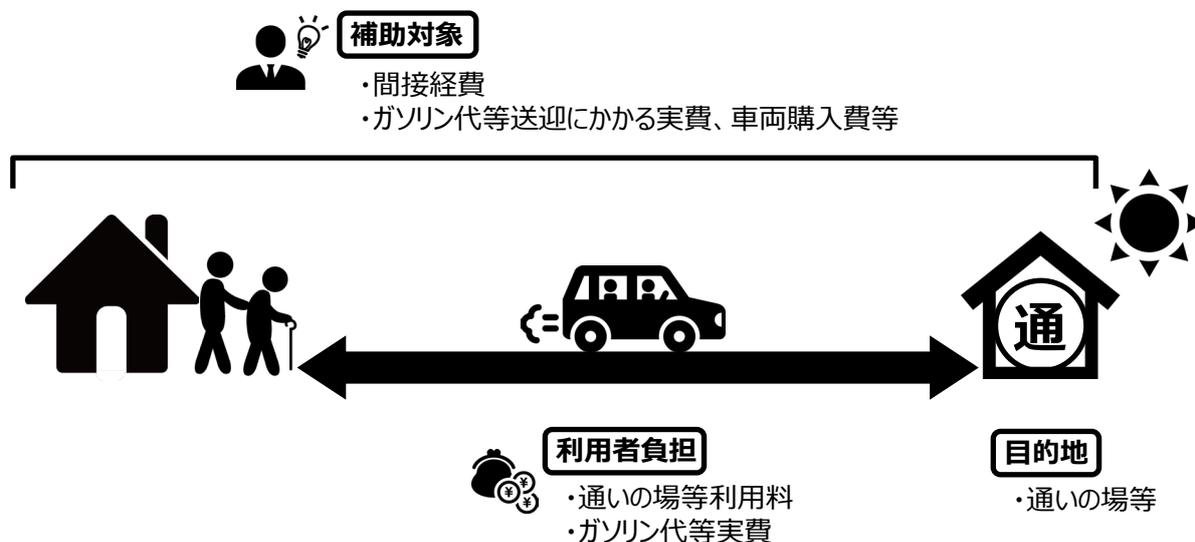
【目的地と補助対象】

- 目的地は、総合事業の通所型サービスや一般介護予防事業の「通いの場」ですが、送迎の前後で買い物等に寄ることも可能です。
- 「通いの場」等への送迎なので、間接経費のみでなく、「送迎(目的地までの道中)」に関する直接経費も総合事業による補助等の対象です。

【利用者負担(道路運送法上)】

- 通いの場等の利用者からは、通いの場等の利用料金を受け取ることができます。さらに、送迎の有無によって、ガソリン代等実費の範囲で利用料金に差を付けることも可能です。
- 利用者ごとに、送迎の利用の有無で、通いの場等の利用料金の合計(通いの場等の利用料金+ガソリン代等実費)に差が生じることとなりますが、問題ありません。

<通所型サービス等の運営主体と同一の主体による送迎(類型③)>

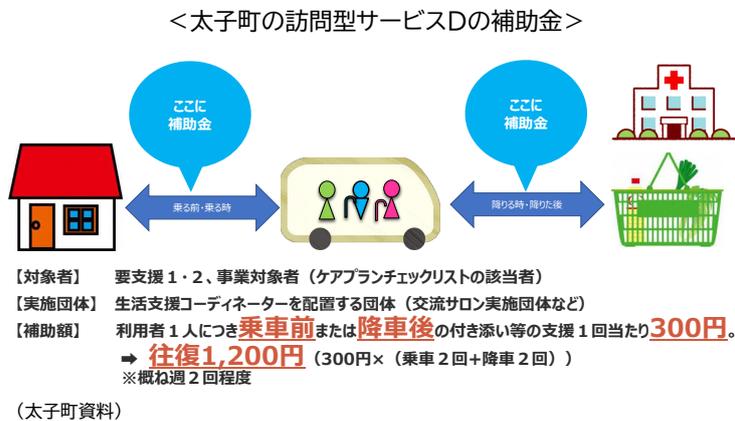


²⁸ 通所型サービスB、通所型サービスC、一般介護予防事業

<大阪府・太子町>

訪問 D(送迎前後の付き添い支援)で、通所 C への送迎等を実施(類型②)

- 太子町の訪問型サービスDは、「利用者1人につき、送迎前後の付き添い支援1回あたり 300 円」が補助されており、往復では1人あたり 1,200 円の補助となる。例えば、通所型サービス C へ1車両で9人を送迎する場合は、往復で 10,800 円の補助となる(プラスワンサービスの例)。
- 対象経費には、「ボランティア活動に対する奨励金(謝礼金)」が含まれており、1時間あたり大阪府最低賃金の 85%程度を上限とすることが定められている。



参考資料:

- ・[介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き(令和6年3月)],三菱 UFJリサーチ&コンサルティング
- ・解説動画:[三菱UFJリサーチ&コンサルティングHP](#)

<山口県・萩市>

市から公用車の貸与を受け、地区社協等が送迎付きの通所 B を実施(類型③)

- 萩市では、市内に 19 の協議体が設置されており、そのうち13地区で訪問型サービスBが、16地区で通所型サービスBが実施されている(令和4年12月現在)(主に地区社協が実施)。
- 移動支援・送迎の取組は、訪問型サービスBでは 9 地区、通所型サービスBでは 16 地区すべてで実施されている。いずれもボランティア2人1組で行っており、1人が車両を運転、もう1人が車両に同乗し見守りを行っている。
- 移動支援・送迎に使用する車両は、市の公用車を使用している。車両の維持管理費(車検、保険、ガソリン代など)は市の負担となり、ボランティアも安心して参加することができる環境が整えられている。
- 車両の購入には、県の中山間の補助金等が活用されている。



(萩市資料)

参考資料:

- ・[介護保険制度等を活用した高齢者の移動支援・送迎の手引き(令和6年3月)],三菱 UFJリサーチ&コンサルティング
- ・解説動画:[三菱UFJリサーチ&コンサルティングHP](#)

資料編

総合事業の対象者の弾力化に関する調査結果

1 目的

- 令和3年4月より施行された総合事業の対象者の弾力化に伴い、継続利用要介護者の受け入れを行っている実施団体の概要や受け入れの実態、受け入れに際して行われている工夫や課題・心配ごとなどを把握する。

2 方法

(1) 調査対象・方法

- 令和4年度に実施された「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究」²⁹において、訪問型サービスB、訪問型サービスD、通所型サービスBのいずれかで対象者の弾力化を実施しており、継続利用要介護者が1名以上いたのは59市区町村だった。
- 当該市区町村から、令和4年度の調査研究においてヒアリング調査を実施した10市区町村を除き、継続利用要介護者の人数が多い市町村を調査対象として抽出した。対象の市町村の担当者及び市町村内のサービス実施団体に電話及び書面によるヒアリングを実施した。また、継続利用要介護者に直接ヒアリングすることが可能だった1団体を訪問し、対面でのヒアリングを実施した。
- 調査対象は次ページに示している3市町村・4団体である。

＜ヒアリング調査の実施概要＞

調査方法	訪問・電話・書面によるヒアリング
調査対象	令和4年度の「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況に関する調査研究」で実施された調査において、訪問型サービスB、訪問型サービスD、通所型サービスBのいずれかで弾力化を実施しており、利用者が1人以上いると回答している市町村の担当者及び市町村内のサービス実施団体
調査実施期間	令和5年12月8日～令和6年2月19日
調査件数	3市町村・4団体

²⁹ NTTデータ経営研究所「介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備の実施状況に関する調査研究 報告書」(令和5年3月)
https://www.nttdata-strategy.com/services/lifefvalue/docs/r04_65_01jigyohokokusho.pdf

<ヒアリング調査の対象(市町村・活動団体)>

市町村	団体名	訪問型サービスB、訪問型サービスD、通所型サービスBのうち実施しているサービス
I市	団体I-1	通所型サービスB
	団体I-2	通所型サービスB
II市	団体II	訪問型サービスB
III町	団体III	訪問型サービスB、訪問型サービスD

(2) 調査項目

- ヒアリング調査では、団体の活動の概要、弾力化の影響や求められる工夫、弾力化の課題や心配ごと等について各団体に調査した。

<ヒアリング調査の主な調査項目>

活動団体に対する調査項目	
団体の活動の概要	<ul style="list-style-type: none"> 実施している活動内容 活動を開始した時期、活動が立ち上がった経緯・地域が抱えている課題 活動の頻度 活動者の人数、利用者・要介護者の人数(うち、継続利用要介護者)を要介護度別に把握しているか、認知症の人の有無 など
弾力化の影響や求められる工夫など	<ul style="list-style-type: none"> 要介護状態になっても、継続して活動に参加できる、サービスが利用できることの「利用者にとっての効果」と「団体・活動者への効果・影響」など 要介護状態になっても受け入れが可能なケースと、困難なケースの例 認知症の人への対応 要介護者を受け入れるにあたって、団体や活動者に求められる対応 要介護者を受け入れるにあたっての、行政やケアマネジャー、地域包括支援センター、介護事業者等との連携の有無 など
弾力化の課題・心配ごとなど	<ul style="list-style-type: none"> 要介護者を受け入れるにあたって、団体・活動者・利用者にとって生じた問題の有無と内容 要介護者を受け入れるにあたっての、心配ごと 専門職にサポートして欲しいと思うこと など
市町村担当者に対する調査項目	
<ul style="list-style-type: none"> 弾力化を実施することにした背景(当時から既に団体が受け入れていた など) 継続利用要介護者の把握方法 弾力化を実施するにあたっての工夫の有無 (アセスメント・ケアプラン作成における工夫、人材育成の取組の有無 など) 弾力化を実施するに当たって設けているルール(モニタリングや緊急時の対応 など) 弾力化による効果・懸念事項 など 	

3 結果のまとめ

(1) 継続利用要介護者の受け入れの状況

- 対象者の弾力化が実施される前から、(補助対象であるか否かに関わらず)要介護者を受け入れている活動団体が多く見られた。また、団体として利用者を継続的に受け入れられるかどうかは、要介護度ではなく、例えば自立歩行できるかなど活動上必要な個別の条件に基づいて判断しているケースが見られた。

(2) 要介護者や認知症の利用者を受け入れる際の工夫

- 要介護者や認知症の利用者を受け入れている活動団体に共通してあげられる特徴としては、①メンバーに専門職がいる、②ケアマネジャーや関係機関との連携体制が構築されている、③活動者同士の話し合いの場が設けられているという3点があった。
- 総合事業の実施主体の状況は団体ごとに多様であるが、このような特徴を持つ団体であれば、比較的要介護者や認知症の利用者を受け入れやすいということが示唆される。

(メンバーに専門職がいる)

- 活動団体のメンバーに1人でもケアマネジャーなどの専門職や介護現場での勤務経験者がいることで、例えば排泄関連のサポートが必要になった時などにも対応することができていた。また、そのメンバーから、専門職ではない他の活動メンバーに対応方法を教えることで、団体全体としての対応力の向上につながっていた。

(ケアマネジャーや関係機関との連携体制が構築されている)

- いずれの団体も、利用者の担当ケアマネジャーや地域包括支援センターなどと情報共有・連携をしながら活動していた。そして、訪問時に困ったことがあった際には担当ケアマネジャーに連絡して対応したというケースがあった。何かあった時にすぐに専門職に頼れるという状況が、活動の際の安心感につながっていると考えられる。
- 要介護者の利用の継続について、担当のケアマネジャーと相談して判断している活動団体もあった。

(活動者同士の話し合いの場が設けられている)

- いずれの団体も、反省会や交流会といった形で、活動者同士が話し合ったり相談したりすることができる場を設けていた。そのような場で、専門職や介護現場での勤務経験のあるメンバーが対応方法についてアドバイスをするなど知見の共有を行ったり、活動時に悩んだことや困ったことを解消したりすることができていた。

(3) 弾力化の課題・心配ごとなど

- 対象者の弾力化が始まる以前から、要介護者を受け入れているケースが多く、特に課題は生じていないとの意見が大半だった。一部の活動団体では、経営・運営面での課題として、継続利用要介護者に該当しない要介護者は総合事業の補助の対象にならないことを挙げていた。
- また、受け入れ可否に関する国の統一したルールがなく、継続利用の希望があっても、受け入れできるかどうかは団体の体制によるため、個々の利用者の状態に応じて各団体の判断となっていることを懸念点としてあげる市町村があった。

(4) 提供しているサービス類型による違い

(通所型サービス B)

- 通所型サービスでは、認知症のある利用者和其他の利用者が一緒に過ごしていてトラブルがないか懸念される場合もあるが、団体 I-1 では、皆が安心して過ごせるように利用者全体に向けて声かけを行ったり、認知症のある利用者のそばについてサポートを行ったりすることで、一緒に場を楽しめるように工夫していた。また、団体 I-2 の場合、長年活動してきた空気感が浸透しており、認知症の利用者に対して他の利用者が戸惑うことはなく、お互いに普通に話して楽しく過ごしているとのことだった。
- 要介護度が上がるにつれて、排泄関連のサポートを必要とする利用者が増加すると考えられる。今回ヒアリングした活動団体では、利用者に対して必要に応じてトイレの声かけをする、トイレまで付き添う、パッド交換のサポートをする、失禁があった際の対処をするなどといったことを行っていた。いずれの団体でも、専門職や介護現場での勤務経験のある活動メンバーが中心となって対応していた。
- 継続利用要介護者本人からは、活動団体が送迎も行ってくれているため今後の利用についても不安がないという声が聞かれた。送迎を実施している通所型サービスでは、要介護者が継続的に利用しやすいということが考えられる。活動団体からは、送迎を行う際には、送り出しや出迎え、体調の申し送りなどといった家族の協力があると、活動しやすいという意見があった。

(訪問型サービス B)

- 活動団体からは、要介護認定を受けていても、身体介護以外の周辺的なことを手伝う分には対応ができていたという話があった。また、認知症の利用者は対応が難しい場合もあるが、何か困ることがあった際にはケアマネジャーに相談して対応してもらっているとのことだった。訪問時には、1対1での対応となるため、困ることがあった場合の相談先が確保されていることが重要と考察される。
- また、今回ヒアリングした団体 II では、コーディネーターが個々の利用者の依頼に対して問題なく対応可能と考えられる援助会員を派遣するようにしているとのことだった。団体 II の場合、援助会員の中にヘルパー資格の保有者もいるため、利用者や依頼内容に応じて派遣する人を調整することで、要介護者や認知症の利用者の対応も問題なくできていると考えられる。
- さらに、訪問型サービスの場合は訪問時には1対1の対応になるが、団体 II の場合、援助会員同士の交流会や車いす操作の学習会などを行って、悩みや困りごとの解決や個々の会員の対応力の向上につなげていた。

(訪問型サービス D・移動支援)

- 介護の資格を持っていないボランティアが支援を行うにあたり、座位や立位が不安定な利用者、迎えに行く日時の約束ができない利用者の対応は難しいという話があった。ただし、利用者の身体機能・認知機能の状況は要介護度と対応しているわけではないため、要介護度による一律の線引きではなく、活動団体ごとに基準を設定し、継続利用できるかどうか判断することが望ましいと考えられる。

4 ヒアリング結果の詳細

(1) 団体 I -1(通所型サービス B)

事業内容	福祉有償運送 通所型サービス B(送迎あり)
活動日	通所型サービス:週2回(月・木)13時～15時
利用料	カフェ:1回 300円 福祉有償運送、通院付添サポート: 最初の1時間について1,500円、30分超過毎に500円増
活動者数	福祉有償運送:4名(講習を受けたドライバーが担当) カフェのスタッフなど:19名
利用者数	累計の契約者数:約210名(施設入所した人、亡くなった人なども約1割含む) カフェの登録者:25名、1回あたりの利用者:13名～14名ほど
継続利用 要介護者	8名 (要介護2:4名、要介護3:2名、要介護4:2名)

○活動の経緯と概要

- ・ 地域に高齢者のみ世帯・独居世帯が増加してきている中、孤立して外に出られない人を安い運賃で支援できないかと考え、2019年にNPO法人を設立し、福祉有償運送の活動を始めた。買い物・病院への送迎に加えて、通院付添サポートも実施するようになった。2022年10月に事務所の場所が変わったのを機に、移転先の場所で通所型サービス Bを開始した。
- ・ 福祉有償運送の利用者と、通所 Bのカフェの利用者は、6～7割は重複している。

○継続利用要介護者の状況

- ・ 累計の契約者数は約210名(施設入所・死亡などで利用がなくなった人も約1割含む)。そのうち、継続利用要介護者は8名あり、主には要支援2から要介護1や2になった利用者である。継続利用要介護者のうち、要介護度が最も重いのは、要支援2から要介護4になった利用者である。
- ・ 継続利用要介護者は、全員福祉有償運送・通院付添サポートを利用している。要介護2程度の人は、カフェも利用している。要介護4の利用者は、カフェは利用していない。
- ・ 要介護認定を受けている利用者のほとんどは、デイサービスを併用している。

○要介護者・認知症の人の受け入れに関わる工夫等

- ・ 総合事業の利用者が要支援から要介護になった際には、引き続きサービスを利用可能かどうか担当のケアマネジャーと相談しながら判断している。当法人でも、福祉用具の変更があった場合に情報を共有してもらい、車に積載可能かどうかなど判断している。
- ・ 利用者の背景に家族、ケアマネジャー、障害分野の支援者など、協力してくれる人がいるかということ

も継続利用の可否に関わってくる。家族が声をかけてくれたり送り出してくれたりすると、家から外に出るのがスムーズになり、活動する側としてはやりやすい。また、家族から本人の体調などの情報を伝えてもらえると、活動時の配慮につなげることができる。

- ・ カフェの利用者には、元気な方も、認知機能が低下してきた方もいるが、例えば「この人と一緒に座れないならもう来ない」「この席に座るのはやめて」など、そういった強い発言があった時には利用者全員に向けて話をしている。ここがどういう目的の場なのか理解を促し、新しい人が入ってきやすい環境を皆で作っていきましょうと伝えている。
- ・ カフェのスタッフには、専門職として働いていた人もいる。排泄などに関して直接対応してくれている。排泄の介助時に気づきがあれば教えてくれるので、ケアマネジャーにも報告できている。

○対応が難しいケースについて

- ・ 福祉有償運送の運転手はヘルパー2級などの介護の資格は持っておらず、自家用車を使用していることもあるため、失禁のある利用者の送迎対応は難しい。福祉有償運送では、座位や立位が不安定な方に加え、迎えに行く日時などの約束ができない方の対応は難しい。利用者宅のカレンダーに予定を書いたりすることはできるが、本人に日付の認識がないと利用の約束をすることができない。
- ・ カフェは、介護に関する経験があるスタッフばかりではないので、対応が難しくなってきた利用者については、皆で相談して、デイケアやデイサービスに移行してもらう時期と判断することもある。

○行政、ケアマネ、包括、介護事業者との連携

- ・ 補助を受けていることもあり、市が状況を見に来てくれている。
- ・ 地域包括支援センターやケアマネジャーと、参加者についての情報共有をしている。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の職員も、活動を見に来る。
- ・ NPO 法人の副理事長自身が元々は地域包括支援センターでケアマネジャーとして勤めていたため、連携は取りやすい。
- ・ 地域包括支援センターや地域包括支援センターが委託している居宅介護支援事業所のケアマネジャーから連絡が来て、利用につながっている。利用開始時の初回訪問では、重要事項説明書やサービス利用の流れについて説明をするが、その際、地域包括支援センターの職員や居宅介護支援事業所のケアマネジャーも概ね立ち会っている。

○弾力化に関する課題、心配事

- ・ 利用者のことというよりは、経営・運営面での課題はある。要支援認定の時に福祉有償運送の利用を開始し、その後に要介護認定を受けてから初めてカフェを利用する場合、カフェの方は新規利用の扱いになって、補助対象とならない。お茶・おやつの提供などもあって活動に費用がかかっていることもあり、補助の対象にならないのは厳しいと感じている。
- ・ ヘルパーの仕事の経験がある人など、自分が培ってきたスキルを活かして地域で何かしたい人は必ずいると思う。何かしたいと思っても、どうしていいかわからないという人もいるので、そういった人

の手を借りられるように工夫をしていくことが必要ではないか。

○要介護認定を受けている利用者の状況

【Nさん】

団体 I-1 が提供するサービスの利用状況	カフェ(通所型サービス B):週1回 福祉有償運送(通院時の付添)
利用している介護保険サービス	訪問看護:週1回、訪問介護:週2回、デイケア:週3回 居宅療養管理指導
その他のサービス・生活支援	A市の配食サービス(デイケアがない日に利用)
要介護度	要介護3
同居の有無	一人暮らし
認知症	診断あり

(Nさん本人の話)

- ・ いつから利用しているか、利用し始めたきっかけは覚えていない。
- ・ ここのカフェに来ている人たちとは、カフェで初めて会った。
- ・ 歌を歌うことが好きなので、カフェではみんなで歌って楽しく過ごしている。
- ・ 今は健康のことが不安。このカフェは、家まで迎えに来てくれるので、使い続けることができると思う。

(カフェでのNさんの様子)

- ・ 簡単な話題の受け答えはできるが、数分後には同じ話を始めるなど短期記憶を保持することが難しい様子だった。
- ・ 他の利用者とは、何となくなじみはあるようだったが、名前を知っている(覚えている)わけではなかった。
- ・ 体操や脳トレといったアクティビティの時間には、動作は小さめだったが、周りに合わせて同じ動きをして過ごしていた。
- ・ 杖・歩行器などは使用せずに一人で歩くことができている。送迎時、乗車する際はスタッフが横について見守っているが、身体に触れて介助をするわけではなかった。シートベルトはスタッフがつけていた。

(活動団体のスタッフの話)

- ・ 認知症の進行度合いとしては、お話をしてもその5分後には忘れてしまうような状況。通院付添をする際には、前日、当日の朝に電話して、直前にも電話しているが、毎回初めて聞いたような反応をする。迎えに行っても家にいないこともある。何ができて何ができなくなっているか自分ではわからず、これができなくて困るだろうという見通しを持っていない。
- ・ 保険証をなくして再発行するといったことがよくある。そういった場合の手続きの支援はケアマネジャーが行ったり、団体 I-1 のスタッフが行ったりしている。

- ・ 近くに仲の良い友達も住んでいて、気にかけてもらいながら生活することができている。何かあるとその友人からNさんの息子さんに電話していたりする。できれば今の生活を続けられたらと思っている。
- ・ 一時期介護老人保健施設に入所していたが、現在は在宅復帰している。疾患の状態としては、ペースメーカーをつけているが、安定的に管理できている状況。薬を飲めば問題なく過ごすことができる。ただし、本人が自分で忘れずに飲むのは難しいのでデイケアに持参して服薬している。

【Oさん】

団体 I -1 が提供するサービスの利用状況	カフェ(通所型サービス B):週2回
利用している介護保険サービス	デイサービス:週3回
要介護度	要介護1
同居の有無	娘家族と同居
認知症	診断あり

(Oさん本人のお話)

- ・ このカフェに来ている人とは、もともとは知り合いではない。
- ・ 最近、デイサービスにも通い始めた。そこでは、手芸や習字などをして楽しく過ごしている。
- ・ 娘家族と同居しており、家事は娘がやってくれている。娘は普段家にいるが、娘とはぶつかってしまうことも多い(よくけんかをするというようなニュアンス)。
- ・ カフェに来てみんなとおしゃべりをして楽しく過ごしている。
- ・ このカフェはスタッフが家まで迎えにきてくれるので、今後も利用を続けることに不安はない。

(カフェでのOさん本人の様子)

- ・ Nさんよりは、同じ話を繰り返すことは少なかった。
- ・ 杖・歩行器などは使用せずに1人で歩くことができている。
- ・ トイレから席までの行き来も自分ですることができている。スタッフはなんとなく様子を見守っている。
- ・ 脳トレの活動の際は、スタッフが隣について、今何をしているのか説明していた。説明を聞いて、活動に参加することができていた。
- ・ 活動の終盤、歌の動画を流しながらみんなで歌っている最中に、スタッフが声をかけてトイレに行っていた。

(活動団体のスタッフの話)

- ・ カフェは月曜・木曜に利用し、カフェの開催がない残り3日の平日にデイサービスを利用している。家族同居だが、娘さんに事情もあり、娘さんが面倒を見るということは難しい。
- ・ 家族同居のためヘルパーは利用していない。

- ・ 脳トレなどの活動の際は、隣について今やっていることの説明をしている。説明をすることで、今やっていることがわかり参加することができるのであれば、それがよいと感じている。時には伝わらないこともあるが、できるだけ一緒に活動できるようにサポートしたいと考えている。
- ・ トイレの声かけや尿取りパッドの交換など、排泄関係のサポートも行っている。そういったサポートは、副理事長(元々ケアマネジャーとして勤務)や、普段デイサービスで勤務しているボランティアが担当している。現段階では、住民ボランティアにそこまで期待することは難しいと感じている。

(2) 団体 I -2(通所型サービス B)

事業内容	通所型サービス B
活動日	毎月第2・4水曜日 13 時～15 時
利用料	1回 100 円
活動者数	21 名(女性 15 名、男性6名) 1回の活動に参加するスタッフは 12 名前後
利用者数	登録者数(令和4年度)の合計:46 名 ・46 名のうち補助対象者(要支援1・2、事業対象者、継続利用要介護者):28 名、 利用開始時から要介護認定を受けている利用者:3 名 回ごとの平均利用者数:22 名 ※令和4年度
継続利用要介護者	5名(要介護1:3名、要介護2:2名)

○活動の経緯と概要

- ・ 認知症サポーター養成講座のステップアップ講座に参加したメンバーが、問題意識を持って勉強を始めて準備し、2017 年に認知症サロンの活動を開始した。
- ・ 2021 年より、市介護保険課の協力を得て、通所型サービス B として活動している。

○継続利用要介護者の状況

- ・ 総合事業の補助対象者 20～25 名のうち、継続利用要介護者は5名(要介護1が3名、要介護2が2名)である。
- ・ 利用者には身体的な理由で要支援・要介護認定を受けている人もいるが、多いのは認知症の人である。継続利用要介護者の5人は、周辺症状もみられる。活動メンバーから見て、認知症が進んできたと感じている。
- ・ 軽度の認知症の人もいれば、進行してきている人もいる。軽度の人には、ところどころ忘れていたりあるが、顔は覚えていて、「また会えたね」と会話したりする。認知症が進行してきている人は、サロンに来ると楽しんで過ごしているが、以前にしたことをすっぱり忘れていて、方向感覚がなくなってきて、お手洗いにいっても一人で帰ってこられない。そのため、お手洗いの際にも活動メンバーが必ずついていくようにしている。
- ・ 要支援から要介護になっても継続して来たいという本人・家族の希望はある。利用者は、ここに来ると嬉しいとよく言ってくれる。楽しそうに笑いながら、みんなで活動している。

○要介護者・認知症の人の受け入れに関わる工夫等

- ・ サロン後に1時間ほど活動メンバーで反省会をしている。例えば利用者の紙パンツが汚れてしまったといった問題があった時には、必ず次回のフォローの仕方や、今後の対応について話す。それが活動メ

ンバーの知識になっていき、徐々に対応できるようになる。

- ・ 活動メンバーには、元ケアマネ(女性・70代)や、ヘルパーの経験者がいる。そういったメンバーは、紙パンツを汚した時の対応などをわかっているため、他のメンバーは対応方法を教えてもらっている。
- ・ 利用者に接する際に、認知症はあまり意識しておらず、サロンに来て楽しんでいただくことをモットーにしている。認知症であることは、心には入れているが、接する時は普通のおじいちゃん・おばあちゃんとして接している。そういった接し方が心地よいのではないかと思う。
- ・ 認知症の利用者がいて、他の利用者が戸惑ってしまうようなことはない。みんな普通に話していて、認知症の人に対する差別がない。利用者に対して認知症について勉強をしてもらおうといったことがあるわけではなく、長年やってきた空気が皆さんに浸透していると思う。

○対応が難しいケースについて

- ・ 昨年10月に要介護2の利用者の利用を断ったケースがあった。送迎時に団体のボランティアが2人で付き添って利用者の居室まで連れていく必要があり、それが団体として負担になった。
- ・ 家族が送迎をするのであれば今後も受け入れ可能とケアマネジャーを通して伝えたが、それはできないということになり、お断りすることにした。本人はサロンで楽しそうに過ごしており、送迎に関して家族の理解や協力があれば受け入れは可能だったと考えている。

○行政、ケアマネ、包括、介護事業者との連携

- ・ デイサービスも利用して、サロンにも来ている方もいる。一方、デイサービスには行きたくないがサロンには行きたいという人も結構いる。サロンでの過ごし方は、自由で、いつまでに何をするといいのかわからないのかと思う。
- ・ 地域包括支援センターが、参加者リストを作成している。介護保険課や地域包括ケア推進課には、何かあった時に連絡をしている。出欠は、地域包括支援センターが事前に利用者1人ずつに電話で連絡し、確認をしている。予定を忘れてしまう人もいるので、地域包括支援センターから前日と当日朝にも電話してくれている。電話した際に、利用者に何かある(入院など)と分かった場合、連絡が来る。
- ・ 地域包括支援センターは、活動日には必ず来る。支え合い推進員ともう1人の2名で来る。何かあった時はすぐに対応してくれるし、活動も手伝っている。

○弾力化に関する課題、心配事など

- ・ 今要介護2の方の要介護度がさらに上がった場合でも、家族の協力があれば受け入れられると感じる。現在サロンを利用している要介護2の利用者は、家族がフォローしてくれている。例えば今日はここに行くんだよと声をかけるなど、任せきりではなく、行っておいでと送り出してくれて、迎えてくれる、それだけでも違うと感じる。
- ・ サロンでは、来るもの拒まずという感じで自然に普通に受け入れているだけなので、要介護者を継続的に受け入れるために必要なことを聞かれても、どう説明してよいかわからない。地域包括支援センターや市役所は、よくサポートしてくれていると思っている。

(3) 団体Ⅱ(訪問型サービス B)

事業内容	訪問型サービス B
活動日	平日 10 時～16 時の依頼に対応(1日1時間～4時間までが基本)
利用料	1,020 円(謝礼 800 円・運営協力費 220 円)/1 時間+交通費
活動者数	援助会員登録人数 43 名(女性 42 名、男性1名) うち総合事業訪問B従事者31名 ※市の研修を受講済の援助会員数 現在、実際に総合事業で活動しているのは約 10 名
利用者数	利用会員数(Ⅱ市):40 名 ・うち総合事業の補助対象者:9名 ・利用開始時から要介護認定を受けている利用者も多くいる
継続利用 要介護者	2名(要介護2～3程度)

○活動の経緯と概要

- ・ 当会では、暮らしの中の困りごとを、組合の組合員による有償ボランティアによって助け合う活動を行っている。
- ・ 当会は1990年に発足し、当市での活動は 1997 年に開始した。当会の活動範囲は県内全域であるが、それぞれの市町村ごとに運営している。
- ・ 援助会員の車に乗せての移送、クレジットカードを使っての買い物、留守宅に入って行かう支援、介護保険で実施する身体介護はしないと決めているが、それ以外のことについては相談しながら対応している。暮らしの中の困りごとのうち、介護保険でできないことを中心に支援している。具体的には、掃除、洗濯、買い物、通院同行、食事づくりなどを行っている。

○継続利用要介護者の状況

- ・ 1997 年に活動を開始し、市が総合事業を開始した 2016 年から訪問型サービス Bとしての補助を受けている。当会では要介護認定の状況に関係なく依頼に対応しており、総合事業の開始前から要介護認定者が多く利用していた。
- ・ 総合事業の補助対象者9名のうち、継続利用要介護者は2名で、要介護度は2～3程度である。一方、継続利用要介護者ではないが、要介護認定を受けている利用会員も多くいる。サービス利用開始前から要介護認定を受けていた利用者であるため、総合事業の補助の対象になっていない。
- ・ 要介護認定を受けている人は対応が少し難しいということはあるが、対応を断った方はいない。要介護認定を受けていても、身体介護以外の周辺的なことを手伝う分には対応ができています。要介護認定を受けている方で利用がなくなるのは、施設入所や入院を機会に利用がなくなるケースである。

○総合事業対象者の状況

- ・ 総合事業の利用者からの依頼で多いのは、通院同行である。通院同行は介護保険外のサービスであ

り、介護事業者に依頼をすると費用が高いため、1時間 1,020 円で対応できる当会选择されているのではないかと。通院同行は会が所有する車での移送をするわけではなく、タクシーに同乗し、タクシー料金は利用者が負担している。

- ・ 通院同行の際、乗降時の手助けは、病院によっては看護師がやってくれることもあるが、援助会員が対応することもある。乗降時に手助けが必要な利用者からのお願いには、援助会員の中でもそういったことの対応ができる人に行ってもらっている。車いすの操作については、当会で学習会の実施もしており、もちろんこれまで事故なく活動してきている。
- ・ 活動で身体介助はしないと決めているが、手助けが必要な場合、ただ見ているだけというわけにはいかないため、多少の手助けをしている。立位をとることができる方の、タクシーから車いすへの移動などを手伝っている。
- ・ 立位をとることが難しい人は、介護タクシーを利用する。車いすに乗ったまま乗車して、車いすのまま降りるので、移乗の介助はいらない。そういったケースで付き添うこともある。
- ・ 掃除など介護保険で対応可能なことについても、当会を利用する人もいる。介護保険の1割負担と比較すると料金は高いが、慣れている人に来てもらいたいといった理由で利用してくれている。親近感や信頼感があるのだと思う。

○要介護者・認知症の人の受け入れに関わる工夫等

- ・ 認知症の人は、言うことがころころ変わってしまい対応が難しいと感じる。一時期、独居の認知症の人の利用が多かった。対応が難しい場合には、ケアマネジャーに入ってもらっている。例えば、通院同行のために援助会員が家に伺ったところ、利用者から「お願いしていない」、「自分は病気ではない」と言われるケースがあった。その時は、ケアマネジャーから病院に連絡してもらい、薬を取りに行くだけにするようになった。そのように、活動者が困ったことを伝えるとケアマネジャーが対応してくれる。
- ・ 援助会員 43 名中、10 名弱ほどの会員がヘルパー資格を持っている。ケアマネジャーの経験者もいる。代表自身もヘルパー資格を保持しており、訪問介護事業所でも勤務している。その中で学んだことを援助会員に伝えたりしている。
- ・ 毎月援助会員の交流会をして、何でも話してねと声をかけてみんなでおしゃべりをしている。対応が難しい人がいても、みんなで話して考えると、また頑張ってみるわという感じになることが多い。自分のやれる範囲のことをやるという考え方で、無理なく活動している。
- ・ 交流会の場で悩みを聞いたりして、交流会が援助会員の支えになっている。また、ケアマネジャーがいること、ヘルパー資格がある人が周りにいるという環境も活動のしやすさにつながっている。

○行政、ケアマネ、包括、介護事業者との連携

- ・ 要介護認定を受けている人については、利用している介護事業所や担当ケアマネジャー、既往歴などを把握している。要介護認定を受けている人は、他の介護保険サービスも利用した上で、当会のサービスを利用しているということが多い。最近では、当会のサービスの利用をケアプランに位置付けているケアマネジャーも増えており、ケアマネジャーからサービス担当者会議に出席してほしいと言われるこ

ともある。

- ・ 総合事業の場合、利用者はほとんど地域包括支援センターからの紹介で入ってくる。総合事業の対象でない利用者についても、介護事業所のケアマネジャーや、病院のソーシャルワーカーなど専門職経由で相談が来ることが多い。
- ・ 何かあればケアマネジャーや事業所、家族と連携している。家族が遠方に住んでいる場合は、緊急連絡先を把握して連携をとっている。

○課題など

- ・ 新しく活動してくれる人の確保が課題である。援助会員の年代が高齢化してきたため、次の世代の人を確保しなければならないと感じている。ただ、80歳の人も元気で動くことができている、当会での活動が援助会員の活力につながっていると感じている。

(4) 団体Ⅲ(訪問型サービス B・訪問型サービス D)

事業内容	生活支援事業 訪問型サービス D、訪問型サービス B
活動日	月～金曜日(土曜日は要相談)
利用料	費用:入会金 500 円(利用会員登録時)、利用料:800 円/1時間
活動者数	サポート会員:40 名が登録
利用者数	利用会員:335 名 そのうち、移動支援登録数 159 名(うち、要介護1:9 名、要介護2:6名)
継続利用 要介護者	要介護者 15 名のうち継続利用要介護者は 6 名

※令和4年度末現在

○活動の経緯と概要

- ・ 日常のちょっとした困りごとの生活支援を行うために 2012 年に活動を開始した。2014 年までは無償で活動していたが、2015 年より有償ボランティアとして生活支援事業を、2019 年には移動支援も開始した。
- ・ 利用会員がコーディネーターに相談・依頼をする。コーディネーターがサポート会員に対して、日程・人数の調整を行い、サポート会員が依頼を受けた作業を行う。
- ・ 当会が、サポート会員同士のコミュニティの場になっている。サポート会員の生きがい・介護予防につながっている。

○継続利用要介護者の状況

- ・ 有償ボランティアとしての活動を開始した 2015 年の時点では、利用会員登録時に身辺自立を条件としていたため、要介護認定の有無を把握する必要がなかった。現在は、移動支援を希望する方については、要支援か要介護かを確認している。生活支援だけの利用者については正確に把握できていない。
- ・ 令和 4 年度末、申込時に把握している要支援 1 の利用者は 15 名、要支援 2 の利用者は 13 名である。
- ・ 要支援で利用している方の、要介護になっても引き続き利用したいという希望は多くある。特に移動支援を利用したいという人が多い。

○対応が難しいケースについて

- ・ 要介護になって、利用が難しくなるということもかなりある。活動者に介護の技能があるわけではないので、身体機能がだんだんと低下し、自立歩行が困難になってきたケースで福祉タクシーや介護タクシーを紹介した例が数件あった。
- ・ 移動支援については、運転者は運転者講習会を受講している。生活支援については、特に研修などは実施していない。

○要介護者・認知症の人の受け入れに関わる工夫等

- ・ 毎月1回サポート会員が集まって定例会をしている。それぞれが生活支援や移動支援の場で気になったこと、注意した方がよいことを話題にし、情報を共有した上で支援にあたっている。
- ・ 移動支援で家族(同居・別居)の付添は、同乗誓約書を提出することで可能としている。病院内の移動や医師等の面談の役割を担っている。

○行政、ケアマネ、包括、介護事業者との連携

- ・ 地域包括支援センターから、総合事業の対象者の「介護予防サービス・支援計画」の提供を受け、情報を共有している。配慮事項を参考にして、移動支援を実施している。総合事業の対象者以外については、生活支援の場で状況把握につとめている。

○活動上の課題など

- ・ サポート会員の大部分は設立当初から関わっており高齢化が進んでいる(運転者の平均年齢 75.2歳)ことが課題である。後継者の確保も困難になっている。

(5) 市町村へのヒアリング結果

	I 市	II 市	III 町
弾力化を実施することにした背景	「介護保険法施行規則の一部を改正する省令の公布について(通知)」(老発1022 第1号)に基づき実施要綱を改正。	改正省令(令和2年厚生労働省令第176号)の公布に合わせ、令和3年4月1日付で弾力化を実施。	活動団体が既に要介護認定を受けている利用者を受け入れていたこと、及び地域とのつながりの継続の観点から。
継続利用要介護者の把握方法	活動団体から提出された参加者名簿と過去の参加者名簿を照合し、継続利用要介護者かどうかを確認している。	活動団体からの実績報告で把握している。	ケアプランと活動団体からの報告書で把握している。
弾力化を実施するにあたっての工夫の有無	特になし	<ul style="list-style-type: none"> ・継続利用要介護者がサービス B のみ利用する場合、地域包括支援センターがケアプランを作成することとしている。 ・利用者がサービス B のみ利用する場合、ケアマネジメント C(初回のみ)を行うこととしている。 ・要介護への認定変更にあたり、改めてケアマネジメントを行う場合、報酬請求を可能としている。 ・継続利用要介護者もサービス B 団体補助金の対象者としている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネ連絡会や介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の手引きを活用し、居宅介護支援事業所への制度の周知を行っている。 ・継続利用要介護者は総合事業の補助の対象としている。ただし、本人が希望すれば全て対象とする訳ではなく、町として必要性を判断しケアプランへの位置づけをした上で、補助金の対象としている。
弾力化を実施するにあたって設けているルール	特になし	・ケアプランの作成にあたり、介護保険所管課に届出を行い、被保険者証に担当事業所を刻印することとしている(将来的な居宅サービスの利用による、ケアプラン作成者の変更が発生した際の引継ぎ等を考慮)。	特になし

	I市	II市	III町
弾力化による効果・懸念事項など	<p>【効果】要介護度に変化があっても、慣れ親しんだ場に通り続けることで孤立防止に繋げることができる。</p> <p>【懸念】弾力化に関しては、受け入れ可否に関する国の統一したルール(介護度による線引き等)がないことから、継続利用の希望があっても、受入れできるかどうかは活動団体の受け入れ体制によるため、個々の利用者の状態に応じて各団体の判断となっている。</p>	特になし	<p>【効果】以前から要介護者がサービスを利用していたため影響は少ないと考えられるが、要介護者に対しサービスを提供していて困った時に、担当ケアマネジャーに相談できる体制が作られたと思われる。</p>

令和5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
第9期介護保険事業計画期間における
介護予防・日常生活支援総合事業の充実・活性化に向けた方策に関する
調査研究事業
報 告 書

令和6（2024）年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

mail: kaigo-keikaku@murc.jp