
新しい総合事業における移行戦略のポイント解説

(中間報告)

地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業

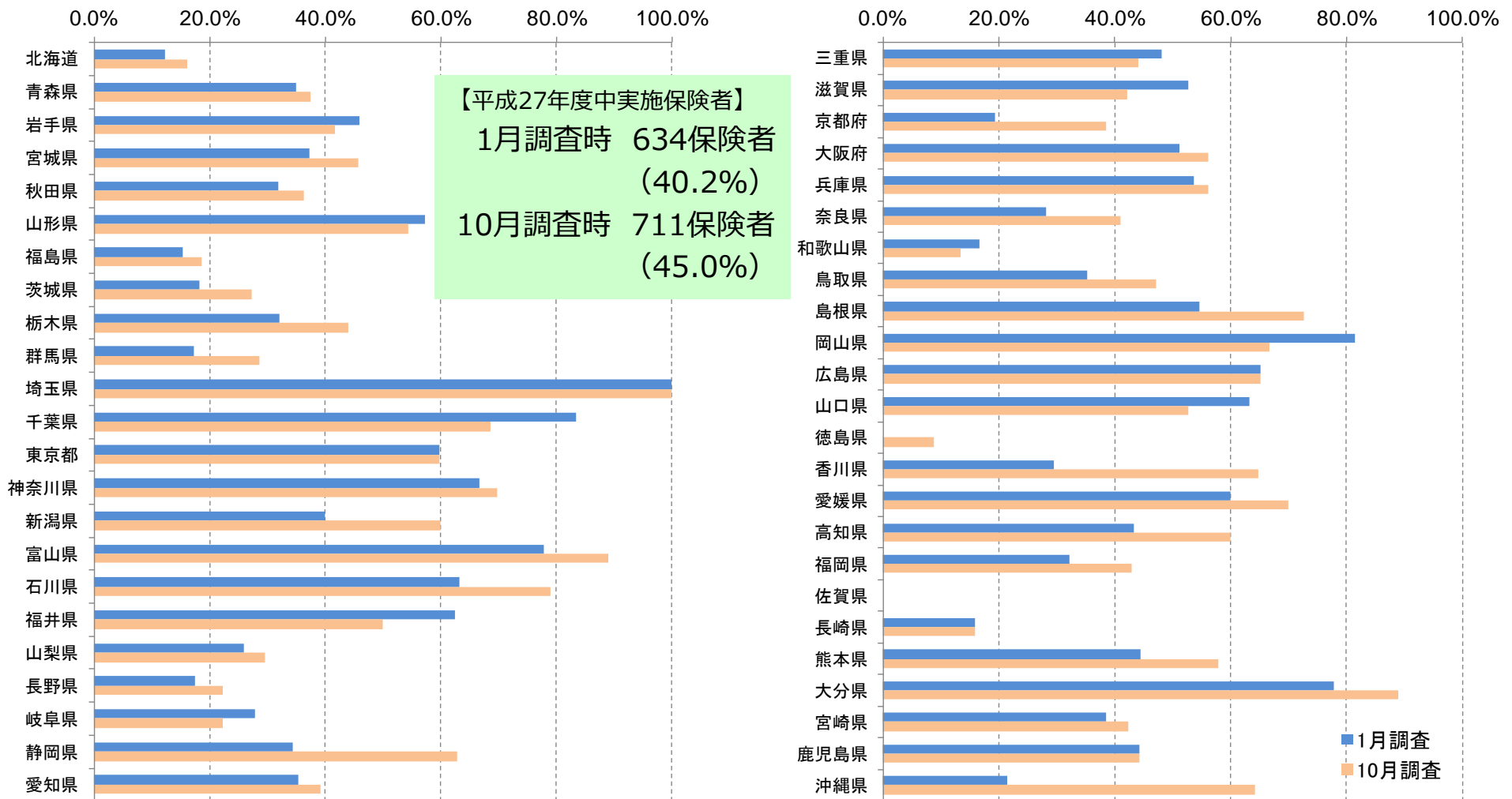
平成27年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)



生活支援体制整備事業の実施状況

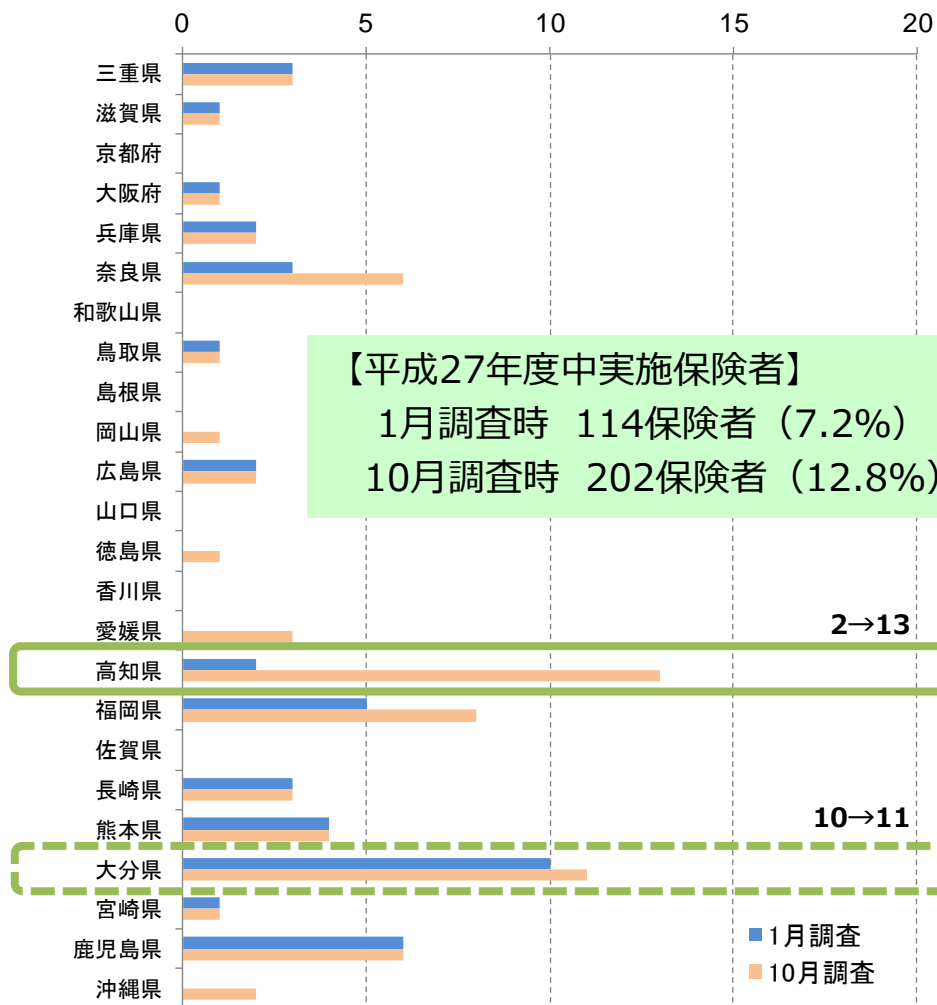
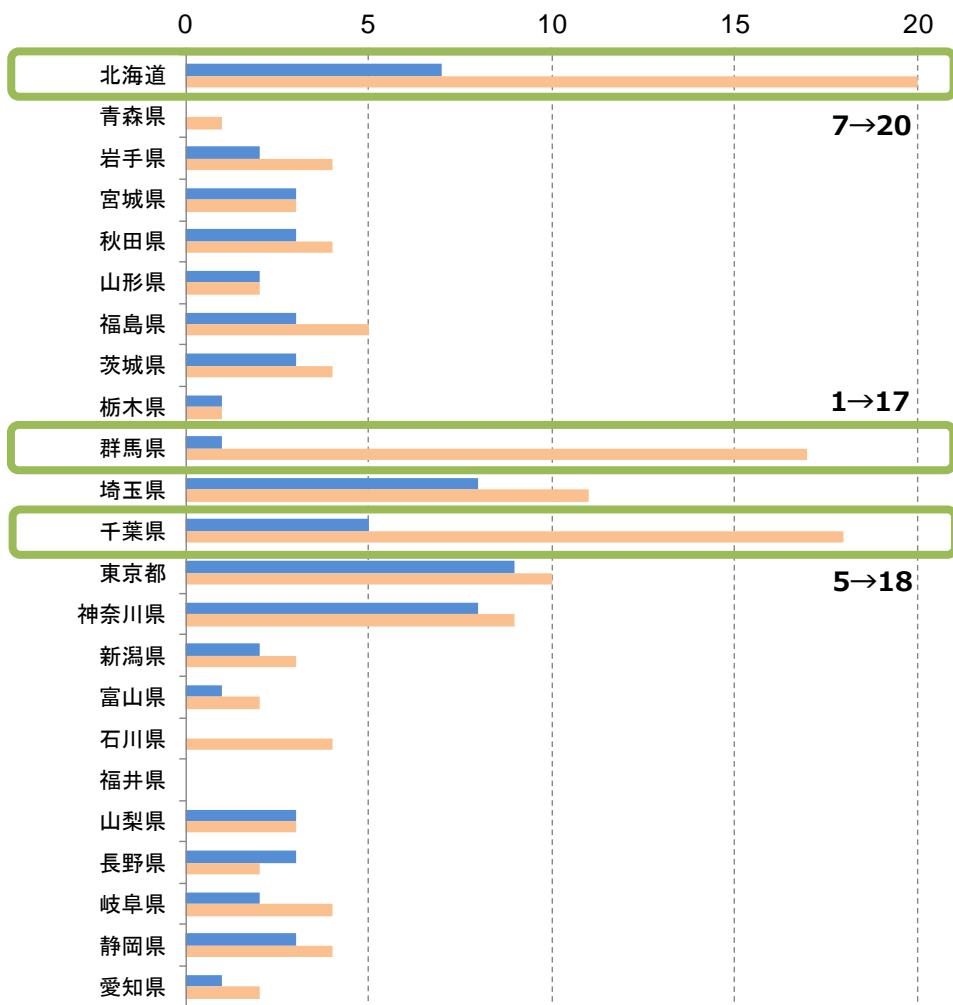
10月調査時：873保険者（55.3%）

＜平成27年度中に「生活支援体制整備事業」の実施を予定する保険者割合（都道府県別）＞



介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況

＜平成27年度中に「介護予防・日常生活支援総合事業」の実施を予定する保険者数（都道府県別）＞



「準備してから移行」ではなく、
「準備するために移行」です。

1. 平成29年度移行とした場合のデメリット

	平成29年度に延期した場合のデメリット
上限額管理	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 上限額の管理においては、マイナス改定前の平成26年度実績を参照基準とする平成27年度移行が最も有利。（平成29年度と平成28年度では平成28年度の方が不利になるケースがあるが、下記の条件を考慮すると、平成29年度の選択は最も厳しい状態となることが予想される） ◆ 平成28・29年度移行の場合、多くの場合、最初から赤字決算となる可能性が高く、一般財源の投入等の対策を検討する必要がある。一般財源を投入しない場合は、保険料への転嫁等、大きな影響がでる。
業務量	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 平成29年度スタートの場合、総合事業初年度を、事業計画の策定業務と同時進行で実施することが求められる他、在宅医療介護連携等の事業の実施も集中し、業務負担が非常に大きくなることが懸念される。
保険料算定	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 平成29年度開始の場合、総合事業にかかる実績値がないため、平成29年度の計画策定段階においては、適切な保険料推計が困難になる。 ◆ また総合事業は地域毎の取組の形態が大きく異なることから、先行して総合事業を実施している周辺自治体の実績も参考にならないことから、費用推計がより困難になる。
事業所指定	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 現状は、通所介護や訪問介護事業所の指定権限は都道府県にあるが、総合事業に移行した場合、市町村が指定権限を持つことになるため、事業所の増加を管理することが可能になるが、実施を延期している間、事業所数を抑制することはできない。
介護の担い手	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 総合事業は、地域の生活支援ニーズへの対応について、従来の専門職以外の担い手で提供することによって、専門職を中重度にシフトさせていくことが一つの狙いとなっているが、総合事業が遅れていけば、担い手不足の深刻化に歯止めがかからなくなることが懸念される。
要支援認定	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 要支援・介護認定の申請件数は、おおむね3年毎の更新期間の延長施策等によって一定の水準が保たれてきた。平成27年度においては、総合事業に移行することで、要支援認定者の有効期間を24月まで延長することが可能になり、これによって、全体の審査件数も抑制されるが、総合事業を延期すれば24月を適用することができない。
地域包括支援センター職員配置	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 地域包括支援センターの職員配置に必要となる予算の算定は、介護予防給付費の2%以内と定められていたため介護予防効果が高い自治体ほど予算が縮小するという問題があったが、総合事業に移行すれば、「2,500万円×高齢者人口/4,500」の公式が適用され、人口規模に応じた人員配置が可能になる。

2. 各年度において移行した場合の条件

	平成27年度中	平成28年度	平成29年度
上限額管理	◎ ほぼ例外なく最も有利	▲ 条件は良くないが、早期対応で保険料への影響は最小化可能	▲ 平成28年度よりは有利だが、多くの場合、初年度から赤字が見込まれる
業務量	◎ 業務量が平準化され、早期に次のテーマに着手することが可能	○ 平成28年度の前半に業務を集中させることで業務の平準化は可能	▲ 事業計画策定年度に業務集中し、医療介護連携事業等を同時並行で実施。
保険料算定	◎ 1年3カ月程度の実績を得て保険料算定が可能	○ 1年分の実績を得て保険料算定が可能	▲ 実績がない状態で保険料算定 他市町村実績は参考にならない
事業所の指定	◎ サービス提供量のコントロールが早期から可能に	○ サービス提供量のコントロールが早期から可能に	▲ 指定事業所の増加に 歯止めがかからない可能性も
介護の担い手	◎ より早期に動き出すことで、生活支援の多様化が早期に進む	○ より早期に動き出すことで、生活支援の多様化が早期に進む	▲ 生活支援の担い手について新しい資源を平成29年度まで支援できず
要支援認定	◎ より早い段階から件数減少が進み、要支援認定業務の負担を抑制可能	○ 件数減少が進み、要介護認定業務の負担を抑制可能	▲ 平成29年4月までは要支援認定の申請件数の増加抑制はできない
地域包括支援センター職員配置	◎ 移行により、多くの場合、地包支C予算の引き上げが可能（新計算式）	○ 移行により、多くの場合、地包支C予算の引き上げが可能（新計算式）	▲ 平成29年度に移行するまでは従来の計算式（26年度実績額×65歳以上高齢者の伸び率）

いろいろやるべきことはあるけど
まず最初に取り組むべきこと
(どこの自治体もこれをやれば移行)

多様なサービスの整備

通所型・訪問型ともに、既存の介護予防事業所はすでに「**みなし指定**」。特に**することはない**。

解説

- ◆ 総合事業におけるサービスの全体戦略について基本方針が固まるまでは、**各サービス類型を拙速に設定せず、まずは「みなし指定」のみ**で移行することが望ましい。
- ◆ 「**みなし指定**」は介護保険における既存の指定介護予防訪問介護・指定介護予防通所介護サービス事業所を、総合事業における指定事業所として「みなす」ものであり、すべての自治体において平成27年4月に効力を発しているため、総合事業の実施にあたって**特別な事務は必要ない**（請求コードの変更等の通知のみ）。

二次予防事業

現行の二次予防事業は**廃止**。予防効果の観点から実効性のある取組を**時間をかけて検討**してよい。

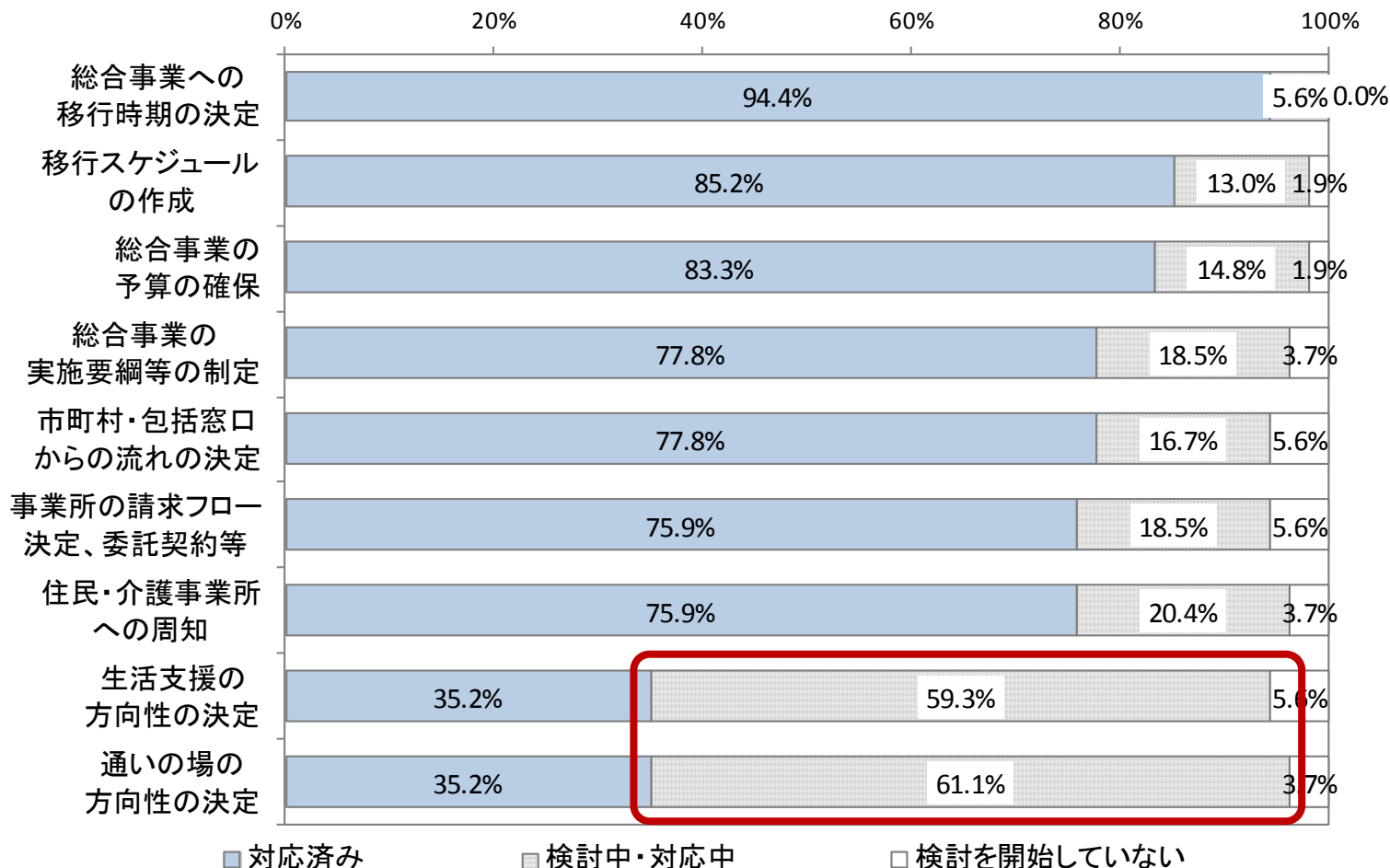
解説

- ◆ 基本的に二次予防事業は、総合事業の開始により廃止となる（総合事業では一次・二次の区別そのものが存在しない）。
- ◆ 総合事業は介護予防の強化を図ることを目的としており、従来の介護予防について、①本人の自立支援に資するものになっていたのか、②終了後の受け皿が明確になっていたのか等、予防効果が高い形になっているかについて十分に再検討した上で、新しい事業の再構築を検討すべきである。
- ◆ 既存の委託先がある関係で廃止が困難な場合は、見直しを前提としつつ、一般介護予防事業の「介護予防普及啓発事業」として継続することも可能。

サービスや支援体制の具体的検討は、移行済み自治体でも6割が検討中。

総合事業に移行済み市町村における移行事務の進捗状況

n=54

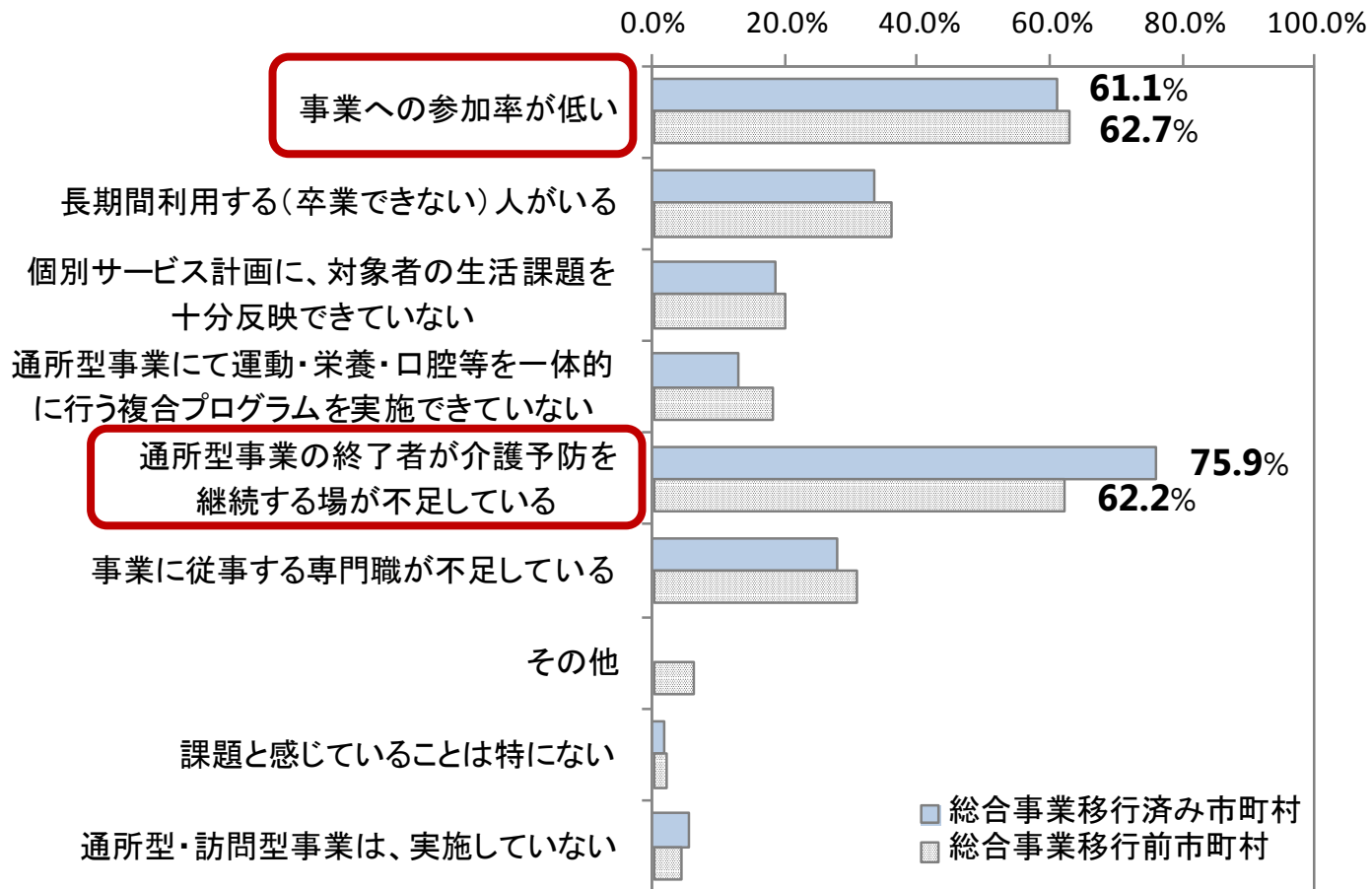


※「総合事業に移行済み市町村」は、平成27年10月時点で介護予防・日常生活支援総合事業を開始済みの市町村を指す

事業参加率、終了後の受け皿問題は、共通の認識。

従来の二次予防事業について課題と感じていること

総合事業移行済みn=54、総合事業移行前n=813



※「総合事業移行済み市町村」は、平成27年10月時点で介護予防・日常生活支援総合事業を開始済みの市町村を指す

一次予防事業

現在の一次予防事業は総合事業の一般介護予防事業に継承

解説

- ◆ 総合事業においては、従来の一次予防事業と二次予防事業の区別はなくなる。一次予防事業については、一般介護予防事業として、引き続き地域住民主体の取組を促進する方向性で取り組む。
- ◆ ただし、住民主体の地域の通いの場づくりなどについては、短期間で構築できるものではないため、地域包括支援センターや協議体、生活支援コーディネーター等との協働を通じて時間をかけて構築することを前提に、移行段階においては、継続して実施するものについて一般介護予防事業に継承する。

要 綱

基本となる要綱を準備する。サンプルはすでに大量にネット上に存在する。先行自治体の要綱を参考に、必要なものだけ準備。

解説

- ◆ 総合事業は、自治体による事業であることから、実施にあたっては、要綱の作成が必要。具体的な事業や取組、準備されるサービスについては、地域によって異なるが、事業開始当初においては、基本となる総合事業の要綱を作成すればよい。
- ◆ なお、みなし指定のサービスについては基準を定める要綱を別に策定する必要はない。
- ◆ 先行する自治体がすでにホームページ等で要綱を公開しているので、これらを参照することで、作成時間を短縮することが可能。

予 算

(みなし指定のみでスタートする場合)
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについては、**提供月数と支払月数に差異が生じるため留意する。**

解 説

- ◆ 年度の途中で移行する場合は、予算費目として、地域支援事業の中に「介護予防・日常生活支援事業費」を新たに設け、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援、介護予防事業で計上している予算から移行後に必要な事業費を区分し、計上する。
- ◆ 4月移行の場合、介護予防支援は前年度3月分～2月分を計上するが、介護予防ケアマネジメントは4月分～翌年3月分までを計上することになるため、移行年度の予算は介護予防ケアマネジメント1ヶ月分(翌年3月分)を増やす必要があることに留意。

ケアマネジメント

「みなし指定」で移行する場合は、**ケアマネジメントA（現行）のみで対応可能。**

解 説

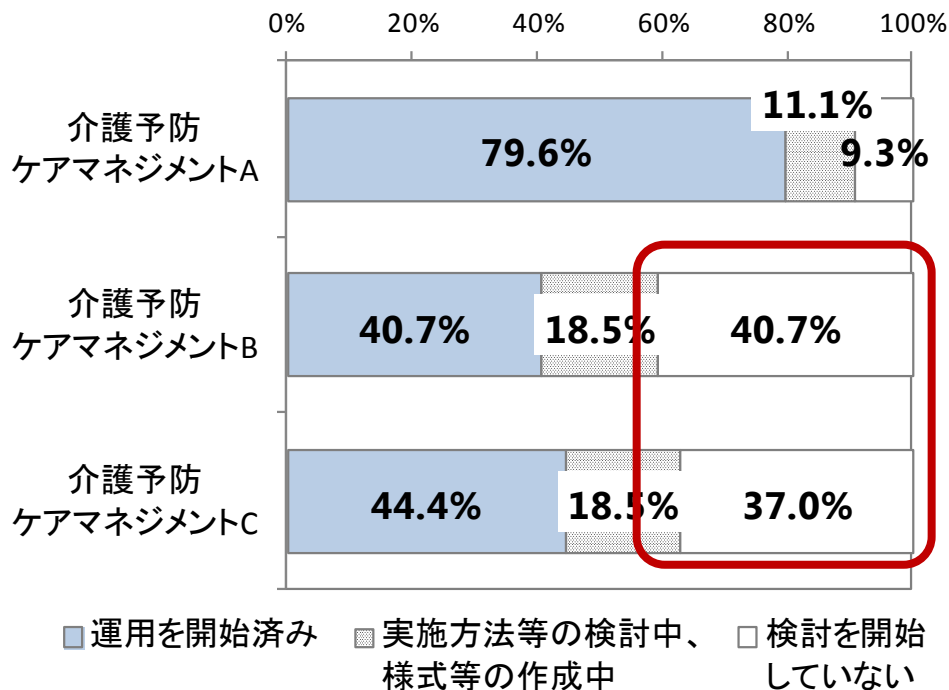
- ◆ みなし指定のみで移行する場合は、住民主体のサービスなど多様な主体によるサービスが整備されていない段階においては、介護予防ケアマネジメントAのみで対応が可能。
- ◆ 介護予防ケアマネジメントAは、既存の介護予防支援と基本的に同様のケアマネジメントを前提にしている。
- ◆ 支援体制の整備がすすめられた段階において、介護予防ケアマネジメントB及びCについて、介護予防ケアマネジメントの高度化とともに進めていけばよい。

移行済み自治体でも4割は介護予防ケアマネジメントB/Cを検討を開始していない。

介護予防ケアマネジメント検討状況

～総合事業に移行済み市町村～

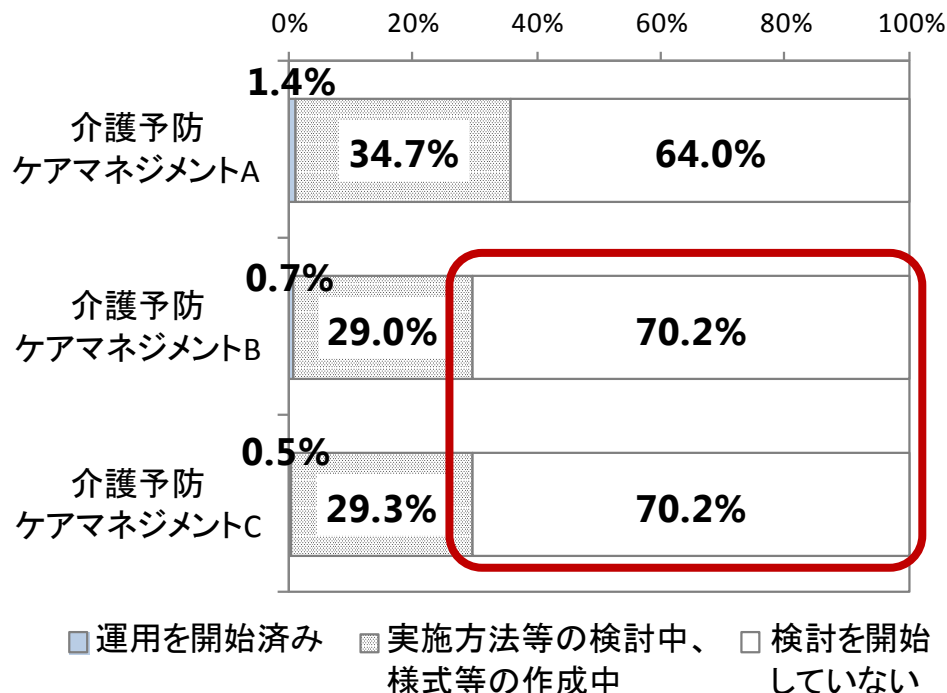
n=54



介護予防ケアマネジメント検討状況

～総合事業に移行前の市町村～

n=813



※「総合事業に移行済み市町村」は、平成27年10月時点で介護予防・日常生活支援総合事業を開始済みの市町村を指す

窓 口

専門職以外が窓口にて基本チェックリストか要支援認定かを判断するケースでは、振り分けのための**マニュアル**や**簡易判定シート**等を作成することも有効。

解 説

- ◆ 窓口対応で最も大きな変化は、窓口における基本チェックリストの導入である。
- ◆ 窓口において専門職以外が対応することを想定する場合や、市町村内の地域包括支援センターが多数の場合などにおいては、窓口の判断方法についてのマニュアル等を用意する必要がある場合もある。
- ◆ 要支援・要介護認定に流すか、基本チェックリストでの対応となるかについての簡易判定シート等を作成することも含め、対応を検討する。

広 報

みなし指定のみで移行する場合は、サービス利用について変化はないので、**簡易な広報**で対応可能。**地域づくり**が強化されることを伝達すべき。

解 説

- ◆ 総合事業を「みなし指定」のみで移行する場合、利用者からみた実体としては従前と大きく変化しないため詳細な広報は必要ない。
- ◆ 総合事業を実施することで変化するのは、基本チェックリストの採用により、要支援認定を受けなくても事業対象者となれば総合事業のサービスや支援を利用することができる点である。この点についての必要な広報を検討すればよい。
- ◆ また、総合事業は生活支援体制整備事業とともに地域資源の開発が主たる目的でもあることから、「新しい地域づくりがはじまる」ということをメッセージに地域の担い手に対して情報発信することが重要である。

協議体・生活支援コーディネーター（生活支援体制整備事業）

協議体は、住民主体の取組を推進するためのメインエンジン。生活支援コーディネーターは、すでに「地域づくり」を担ってきたような適任者がいないなら無理に配置しない。

解説

- ◆ 地域の規模やこれまでの地域づくりの取組の蓄積によって、協議体や生活支援コーディネーターの設置・配置に対する考え方が違ってくる。第一層は、市域全体の生活支援サービスの開発など比較的広域で検討すべきテーマについて具体的な検討、第二層は、地域住民の活動を知り、地域の「あったらいいね」を提案したり、自分たちでできることを話し合う場として機能する。
- ◆ 生活支援コーディネーターや協議体を「あて職」で設定するのは、もっともやってはいけないこと。協議体は、地域の中で話し合いをしていく中で参加してほしい人も変化していく。したがって最初からメンバーを固定化しないことが大切。
- ◆ 生活支援コーディネーターへの丸投げはNG。「任命したんだから地域づくりは生活支援コーディネーターの仕事でしょ」という態度は、生活支援コーディネーターを孤立させる。行政も地域包括支援センターも、生活支援コーディネーターを支えるよう積極的に協働することが基本だ。
- ◆ すでに「地域づくり」を担ってきたような適任者がいない場合は、生活支援コーディネーターの任命を急ぐ必要はない。協議体（準備会、研究会でも可）の事務局的な機能を担う者を決め、先に話し合いを進めるべき。
- ◆ 生活支援コーディネーターは一人でなければならないということでもない。複数でも法人でも可能なので、地域の実情に応じて配置する。

【協議体のイメージ】

第1層の協議体

生活支援資源を
さがす・つくる
地域ケア推進会議への資源の提案

多様な主体（専門職以外も多数）

第2層の協議体

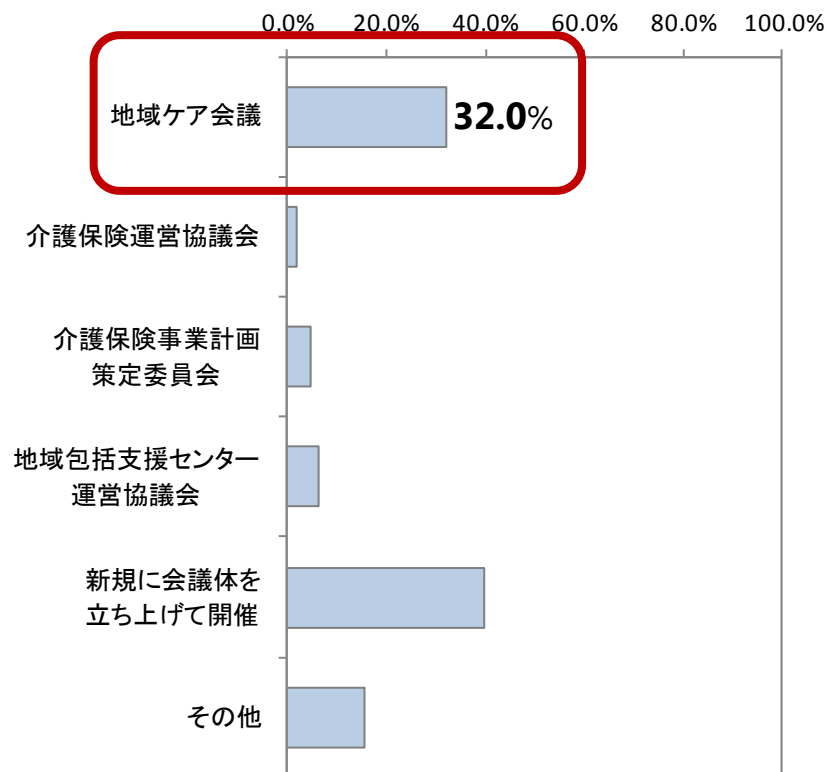
地域のAさんBさんの活動を知り、「すごい」ことに気づき、「こういうのあったらいいね」と提案し、自分たちができることが何か、生活支援コーディネーターと一緒に考える場

多様な主体（住民中心）

地域ケア会議が活用されているが第二層でも専門職中心でよいのか？

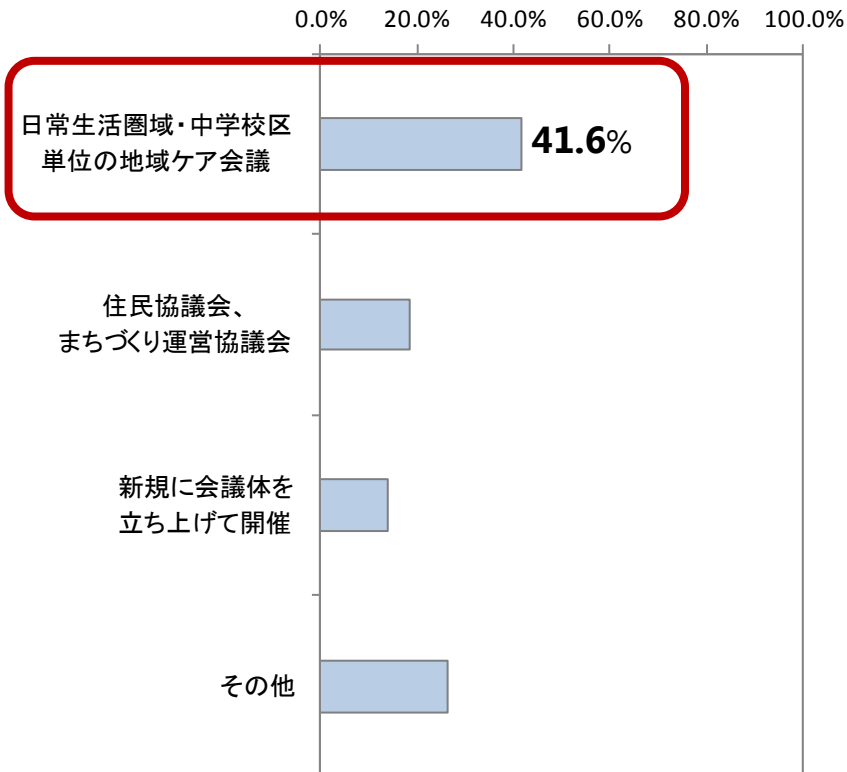
市町村内の生活支援・介護予防について話し合いが行われている場

n=447



小地域単位で地域の互助や通いの場などについて話し合いが行われている場

n=202

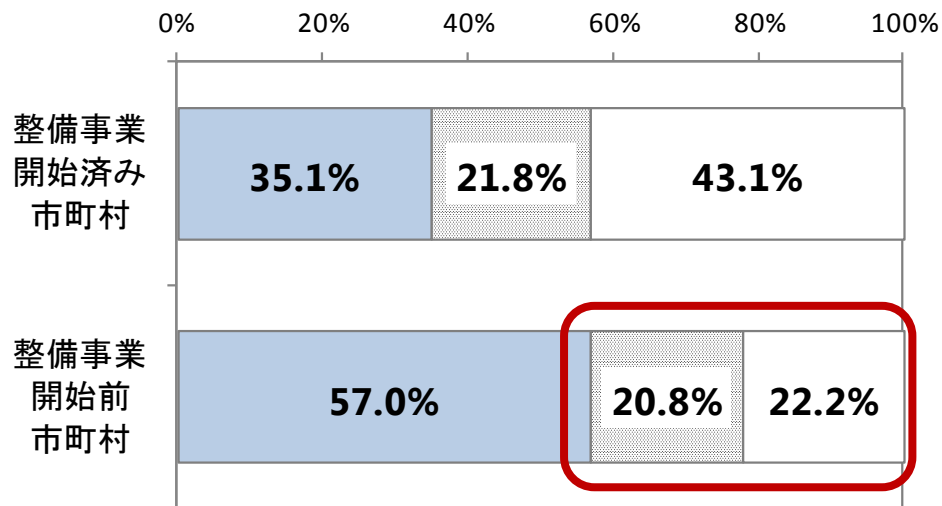


生活支援・介護予防の話し合いの場がある市町村のうち、
3～4割は、地域ケア会議を活用

整備事業開始前の自治体でも協議の場がすでにある自治体も。

市町村内の生活支援・介護予防について話し合う場の有無

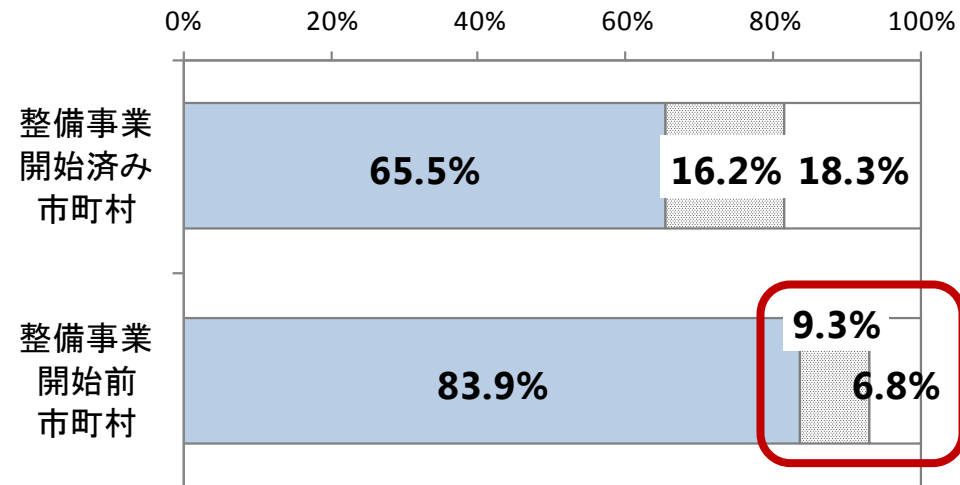
整備事業開始済みn=339、整備事業開始前n=528



■ ない ■ 定期的には行われていないが過去1年間に開催したことがある □ 定期的な場がある

小地域単位で地域の互助や通いの場などについて話し合う場の有無

整備事業開始済みn=339、整備事業開始前n=528



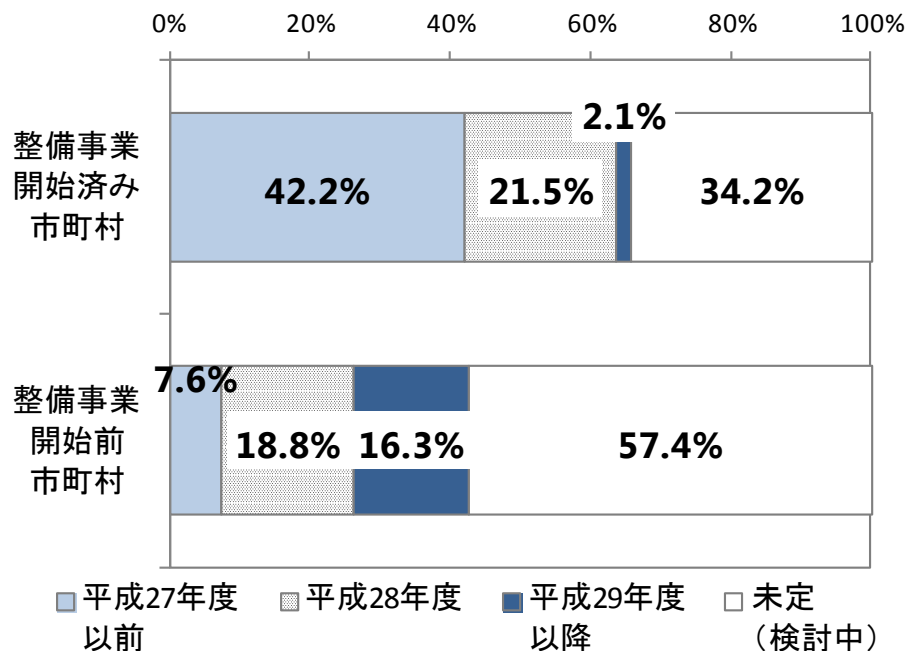
■ ない ■ 定期的には行われていないが過去1年間に開催したことがある □ 定期的な場がある

※「整備事業開始済み市町村」は、平成27年10月時点で生活支援体制整備事業を開始済みの市町村を指す

生活支援コーディネーターは適任者がみつかるまで焦って設置する必要なし。

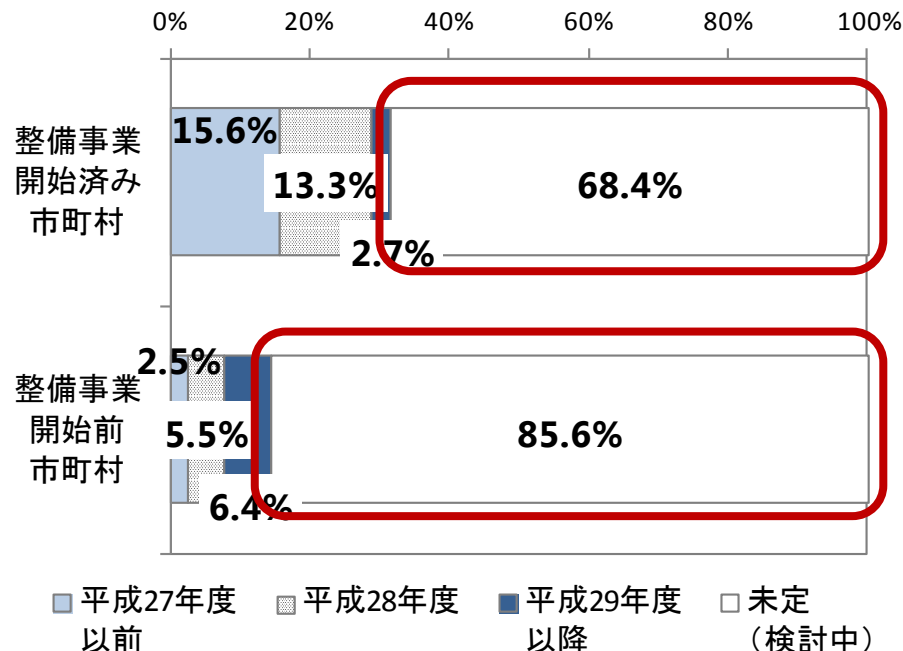
第1層生活支援コーディネーター設置時期

整備事業開始済みn=339、整備事業開始前n=528



第2層生活支援コーディネーター設置時期

整備事業開始済みn=339、整備事業開始前n=528



生活支援体制整備事業をすでに開始している市町村でも、
第2層の生活支援コーディネーター設置時期は「未定」が7割

※「整備事業開始済み市町村」は、平成27年10月時点で生活支援体制整備事業を開始済みの市町村を指す

最小限の移行形態とは何か？ <平成27年度移行を実現する最後の機会>

対応業務	難易度	最小限の移行形態
サービスの整備 (訪問型)	C	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 最低1種類のサービス：介護予防訪問介護に相当するサービスをみなし指定 ◆ 改めての指定は不要であり、単価や基準の設定も不要。現状と変更なし。
サービスの整備 (通所型)	C	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 最低1種類のサービス：介護予防訪問介護に相当するサービスをみなし指定 ◆ 改めての指定は不要であり、単価や基準の設定も不要。現状と変更なし。
サービスの整備 (旧二次予防事業)	B	◆ 原則、二次予防事業は廃止。既存契約の途中で移行となる場合は、委託先と変更契約が必要に。短期集中型の準備が間に合わない場合は、一般介護予防事業への移行を検討。
一般介護予防事業 (通いの場)	C	◆ 既存の一次予防事業をそのまま移行する。支援の内容については、当面、これまでの支援の枠組みを継承する形で構わない。
ケアマネジメント 窓口業務	C	◆ ケアマネジメントAで対応（現状と同じのため移行に伴う準備は不要）
予算	B	◆ 補正予算で対応
要綱	B	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 上記にかかる要綱の作成（小田原市によるガイダンスあり。他自治体のサンプルあり） ◆ 必要となる要綱は、総合事業のベーシックな要綱に限定される。
条例	A	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 延期条例を制定している場合で、事業開始時期を「市長の定める日」等としている場合は議会对応は不要。開始時期を明示している場合は、条例の改正が必要。 ◆ 地域支援事業交付金の上限政令が遅れたため、延期条例を制定した時点では介護報酬改定と上限額の関係性について明確になっていなかったことを議会で説明。
市民・住民への 説明	C	◆ 年度内については、新しいサービスもなく、要支援認定もそのまま実施させているので、実態としてはなんら変化はない。したがって住民に説明する内容も、窓口での基本チェックリストの実施等以外は特になく、次年度以降、具体的な取組を推進する段階で、広報を検討すればよい。

人口減少社会による

担い手不足の中で、

増大する地域のニーズに応える方法：

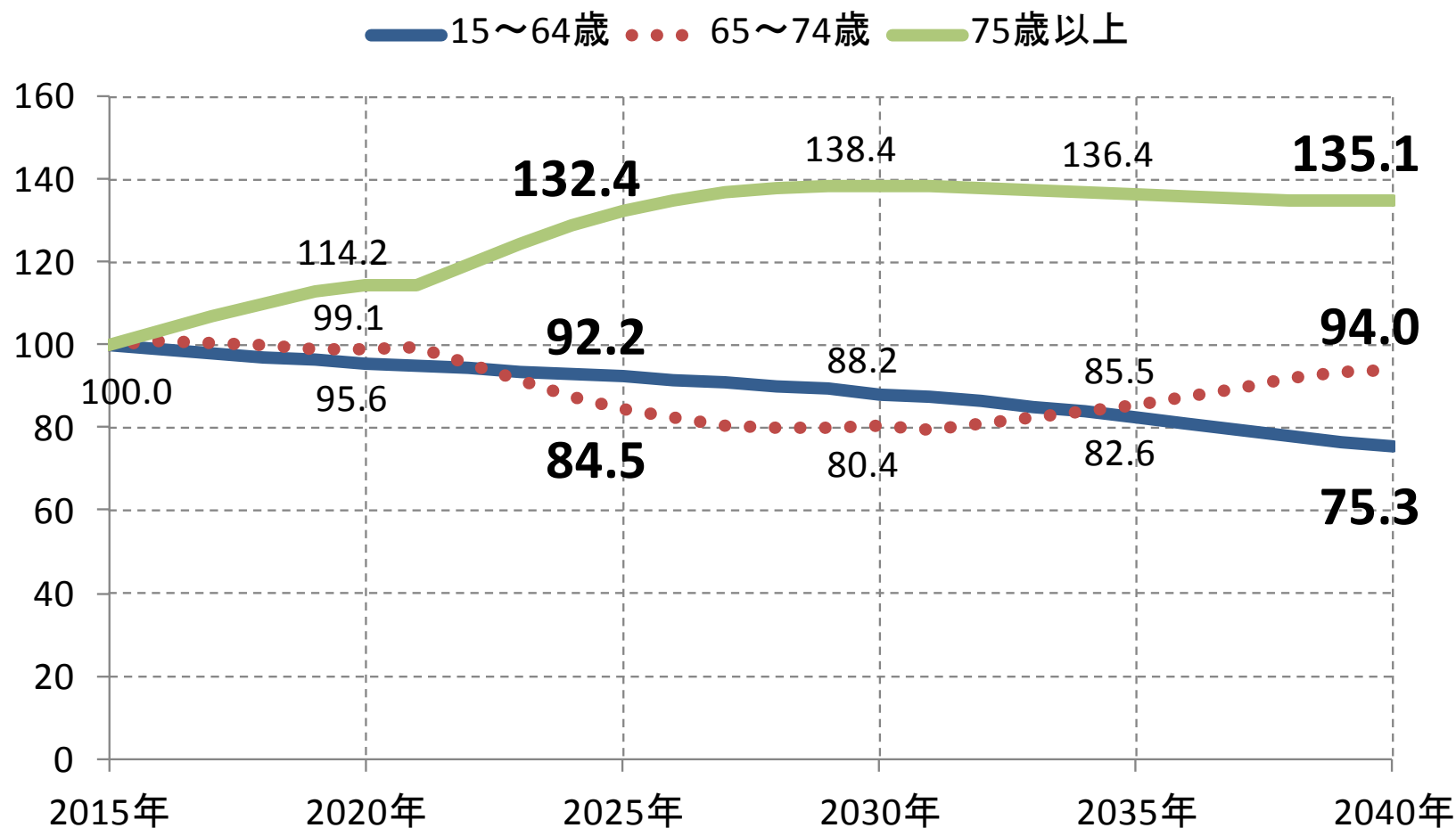
①活動的生活の継続による介護予防の強化

②専門職以外の生活支援の担い手の確保

しかありません。

1. 私たちがこれから直面する「人口減少と需要の増加」に対応する

<生産年齢人口の減少と後期高齢者の増加>

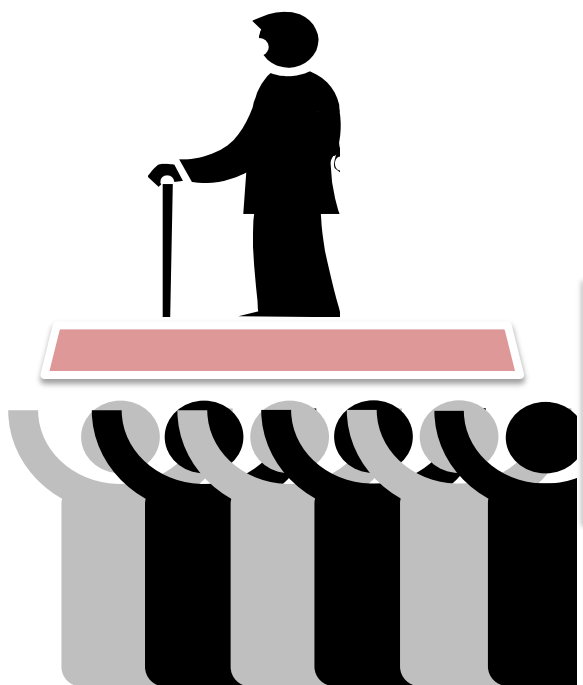


出所) 国立社会保障・人口問題研究所; 日本の将来推計人口(平成24年1月推計)のデータをもとに、三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成。

※2015年を100とした場合の2040年までの推計値

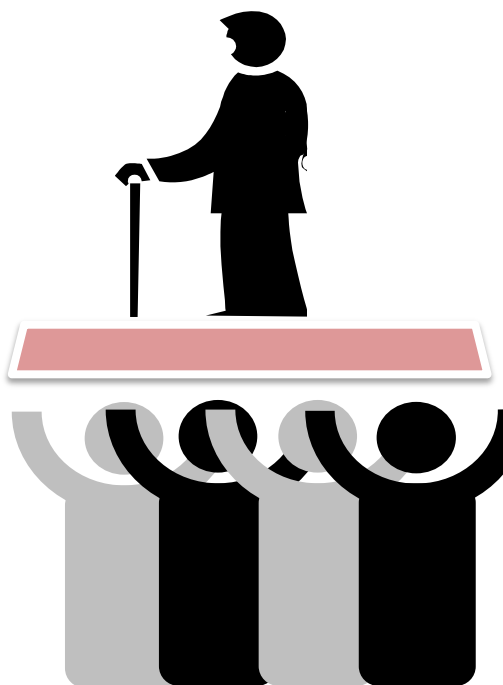
2. どんどん重くなる負担にどうやって対処するか

2015年



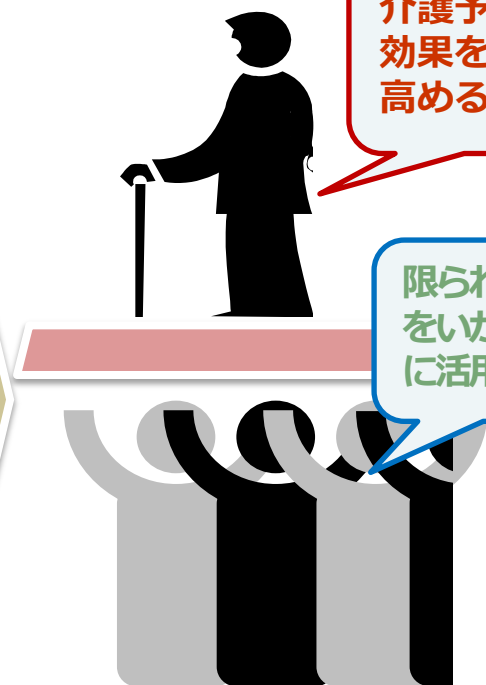
75歳以上1人
に対して
15~74歳は **5.7人**

2025年



75歳以上1人
に対して
15~74歳は **3.9人**
うち **0.68人**は前期高齢者

2040年



75歳以上1人
に対して
15~74歳は **3.3人**
うち **0.74人**は前期高齢者

介護予防の
効果をいかに
高めるか？

限られた人材
をいかに有効
に活用するか？

3. 2025年に向けて目指すもの：総合事業における「地域づくり」の目的

介護 予防

本人の**自発的**な**参加意欲**に基づく、**継続性**のある、
効果的な**介護予防**を実施していくこと

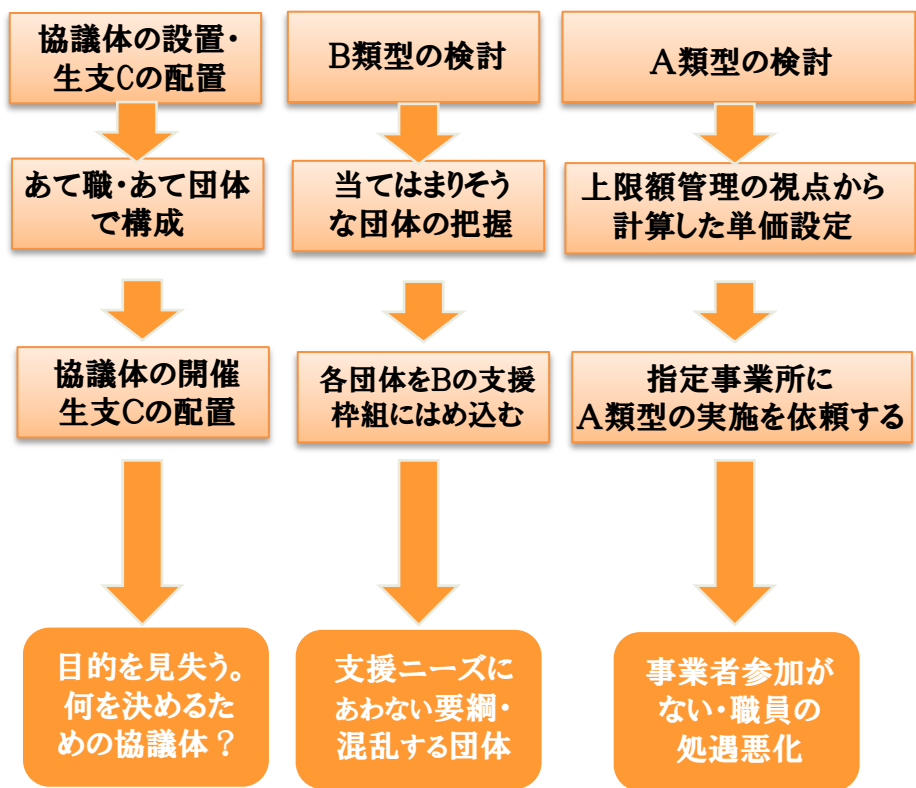
- 「心身機能向上プログラムのみによる介護予防によって普通の生活を送るのではなく、自分のしたい活動や普通の生活を継続することで、**結果的に介護予防になる**」という発想の転換が必要。「**自発性・参加意欲**」と「**継続性**」がキーワード。
- こうした取組が、**結果的に**「閉じこもり予防」「孤立予防」「地域の見守り」に大きく貢献する。将来的には、地域での「**助け合い**」「**支え合い**」への**基盤**になるとともに、本人の自発性に基づく活動は、本人の役割や出番づくりなどの**社会参加**につながっていく。

生活 支援

地域における**自立した日常生活**を実現するために、
地域の**多様な主体**による**多様な生活支援**を地域の中で確保し、
介護専門職は身体介護を中心とした**中重度支援**に**重点化**を進める。

- 今後、日本社会は、後期高齢者や単身世帯の増加にともなう介護・生活支援需要の増加に直面するが、一方で、**生産年齢人口は減少**し、要介護者を支える**担い手も大幅に不足**することが予想される。
- 多様化する高齢者の生活支援ニーズに応えるためには、住民やボランティア、民間企業などの多様な主体による生活支援体制を地域に構築していくことが不可欠だ。こうした**多様なニーズ**に対応した**多様な主体による多様な生活支援体制**が構築され、結果として、専門職としての介護人材が、積極的に身体介護を中心とした中重度のケアに重点化していく流れを形成していくことが2025年に向けた基本的な戦略である。

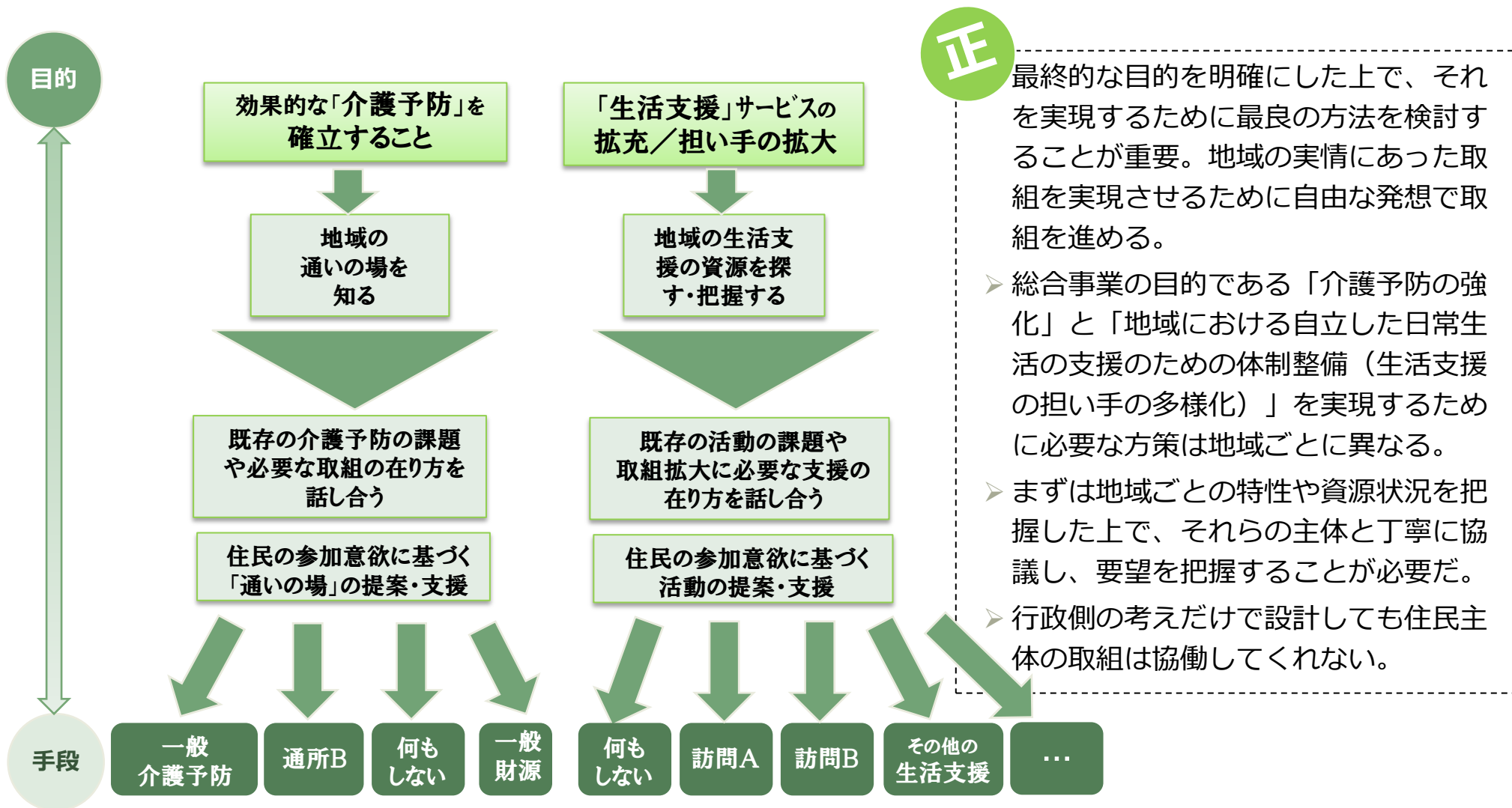
4. サービスを一式そろえることが総合事業のゴールと考えることは危険！



誤

- 総合事業に着手するにあたり、協議体をどのように設置するのか、生活支援コーディネーターを誰にするのか、各サービス類型をどのように整備するのかといった「方法論」からスタートするのは大変危険。
- 本来は施策の目的を実現するための「手段」にすぎないものを「目的化」すると、取り組んでいる当事者には「何のために取り組んでいるのかわからなくなり」、取組が停滞したり、混乱する一因に。
- 総合事業は、地域の様々な主体の協力を得ながら推進する事業であり、一定の方法を行政から押し付けるやり方では円滑に実施することは難しい。

5. 「目的」を明確にした上で、各地域の実情に応じた実現方法を自由に検討する



**総合事業はサービスづくりではありません。
「地域づくり」です。**

**地域づくりの方法はひとつではありません。
地域の実情にあわせて
丁寧に検討していきましょう。**

1. 地域生活は専門職だけでは支えられない —ご近所からボランティア、専門職までみんなで支える

現状の課題

友人・隣人との交流



支援や介護が必要になると、友人・隣人との関係は希薄になり、支援を受ける一方向の人間関係に変化



専門職サービス
はあるけど

これまでの**地域**との
つながりは**疎遠**に？

これから

専門職サービス



一緒に**体操**



おかずを**おすそ分け**



お掃除のお手伝い

友人・隣人との
“お互いさまの
助け合い”



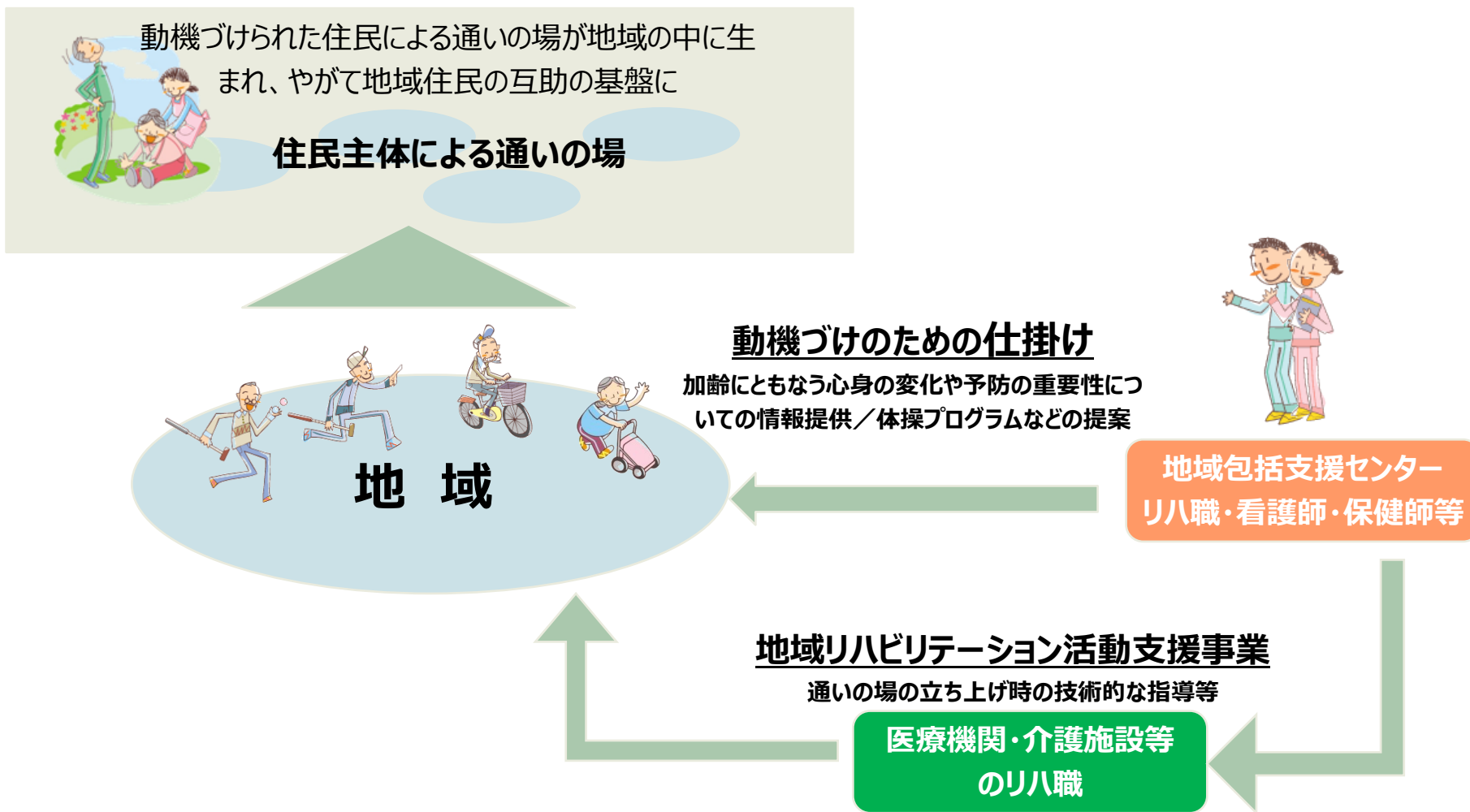
一緒にお買い物



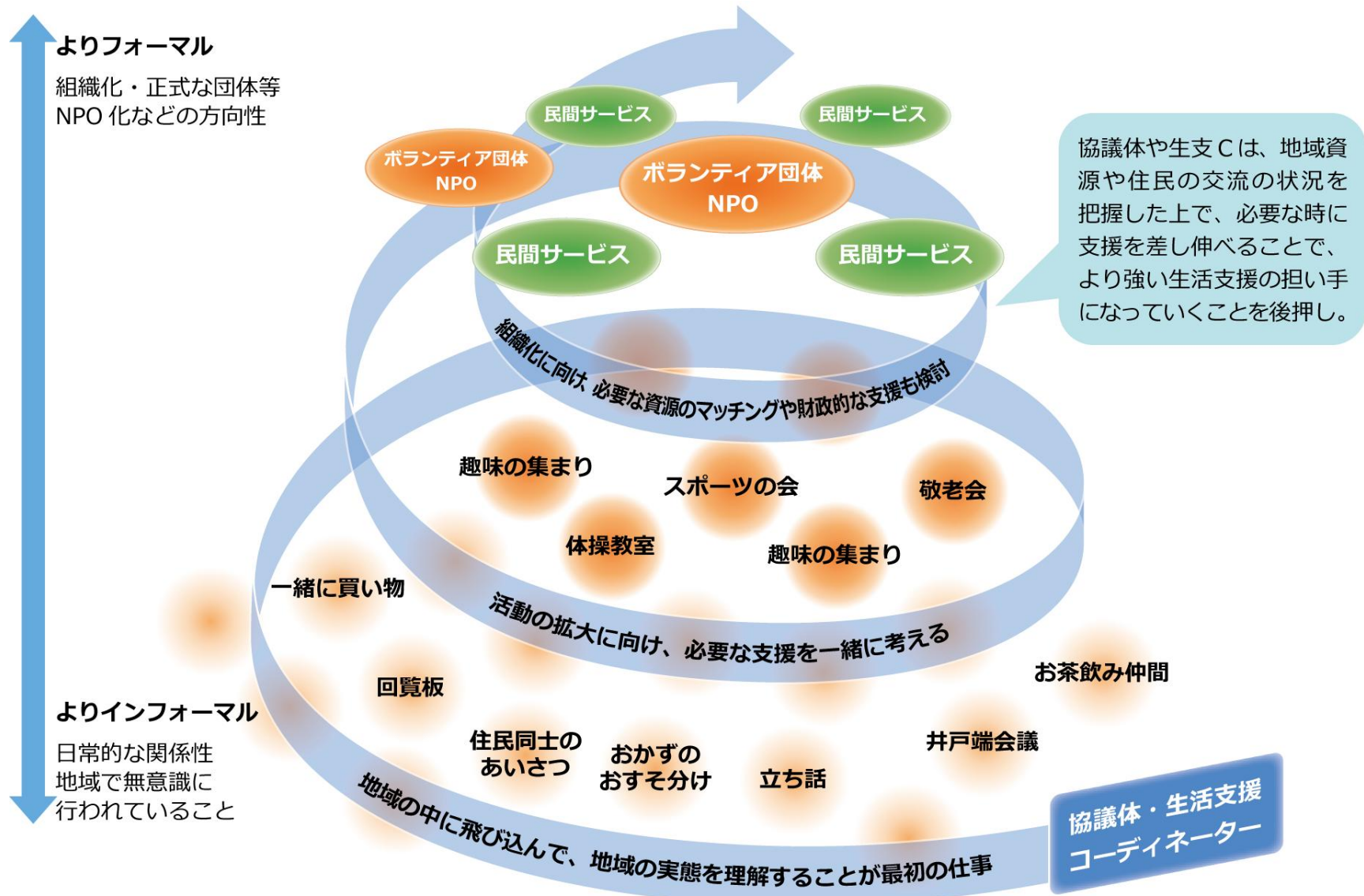
ご近所同士で**茶話会**

“お互いさまの助け合い”の輪を広げていくことで、支援や介護が必要になっても、地域社会の中から切り離されず、なじみの関係を継続できる

2. 地域でより効果の高い介護予防を実現するために【総合事業における地域づくり①】



3. 地域で生活支援体制を構築していくために【総合事業における地域づくり②】



4. 「地域の実情に応じた」という言葉の意味を考えてみる

「いまあるもの」からスタート

- 総合事業では、それぞれの地域の実情に応じた資源で取り組むことになる。基本原則は「新しいものを作る」よりも「**いまある資源をどうやったら強化できるか**」という視点からスタートすべき。
- まったく新しいサービスや支えあいの仕組みを作るのは、長期的な取組として行うべきであり、向こう数年については、**顕在・潜在している既存の資源を把握し、それらを強化する方法**の模索に集中すべき。

都市規模でアプローチは違う

- 一般論として、小規模の自治体においては、関係者の数が少なく、団体や事業所の数も限られていることから、意識の統一が図りやすく、事業の推進においてもハードルが低い場合が多い。
- 大規模の都市では、地域ごとの考え方が違う場合、これを無理に統一しようとする、地域づくりは前に進まない。
- 総合事業は地域住民を中心とした取組なので、近隣自治体のやり方をそのままコピーしてもうまくいかない。

「どの地域でも同じ支援体制」は考えない

- 社会保険として運営する共助の介護保険サービスとは異なり、総合事業は自助や互助を広げていくことを目的としており、それが自発的な参加意欲に基づくものである以上、それぞれの**生活圏域毎の取組に違いが生じるのは当然のこと**である。
- 市町村内の生活圏域毎に、地域資源や環境、交通手段、集住の状況、伝統的な生活習慣なども異なることを踏まえ、画一的なサービスや活動を住民に依頼するのではなく、地域ごとの自発的なアイデアを尊重することが大切である。

地域住民が話し合う場所が必要

- 住民主体で取組を進めて地域を作っていく以上、地域住民が話し合う場所が必要である。また、話し合いが進んでいけば、リーダーも必要になってくる。あるいは、自然とリーダーとなってくる人も現れてくる。
- 協議体や生活支援コーディネーターを設置すれば、地域づくりが始まるわけではない。話し合いをしていくと、協議体や生活支援コーディネーターは自然と必要な形が見えてくる。

「通いの場」を
「理解し」・「育みましょう」。

1. 介護予防にも、生活支援にも「通いの場」は重要な地域の資源

介護
予防

本人の**自発的**な**参加意欲**に基づく、**継続性**のある、
効果的な**介護予防**を実施していくこと

通いの場

生活
支援

地域における**自立**した**日常生活**を実現するために、
地域の**多様な主体**による**多様な生活支援**を地域の中で確保し、
介護専門職は身体介護を中心とした**中重度支援**に**重点化**を進める。

2. 多様な「通いの場」を育むために

◎ 地域の通いの場を「理解する」

- まず地域の中に飛び込んで、住民主体のどんな「通いの場」や活動があるのか理解することから始める。個所数や活動内容を記録するというより、地域住民の活動を体感し、住民がどのような気持ちで取り組んでいるのか、何に困っているのか？といった実情を理解することが大事。第二層の生活支援コーディネーターや地域包括支援センターは、地域に入って、住民の様々な活動をしっかりと理解しなければ仕事はじまらない。

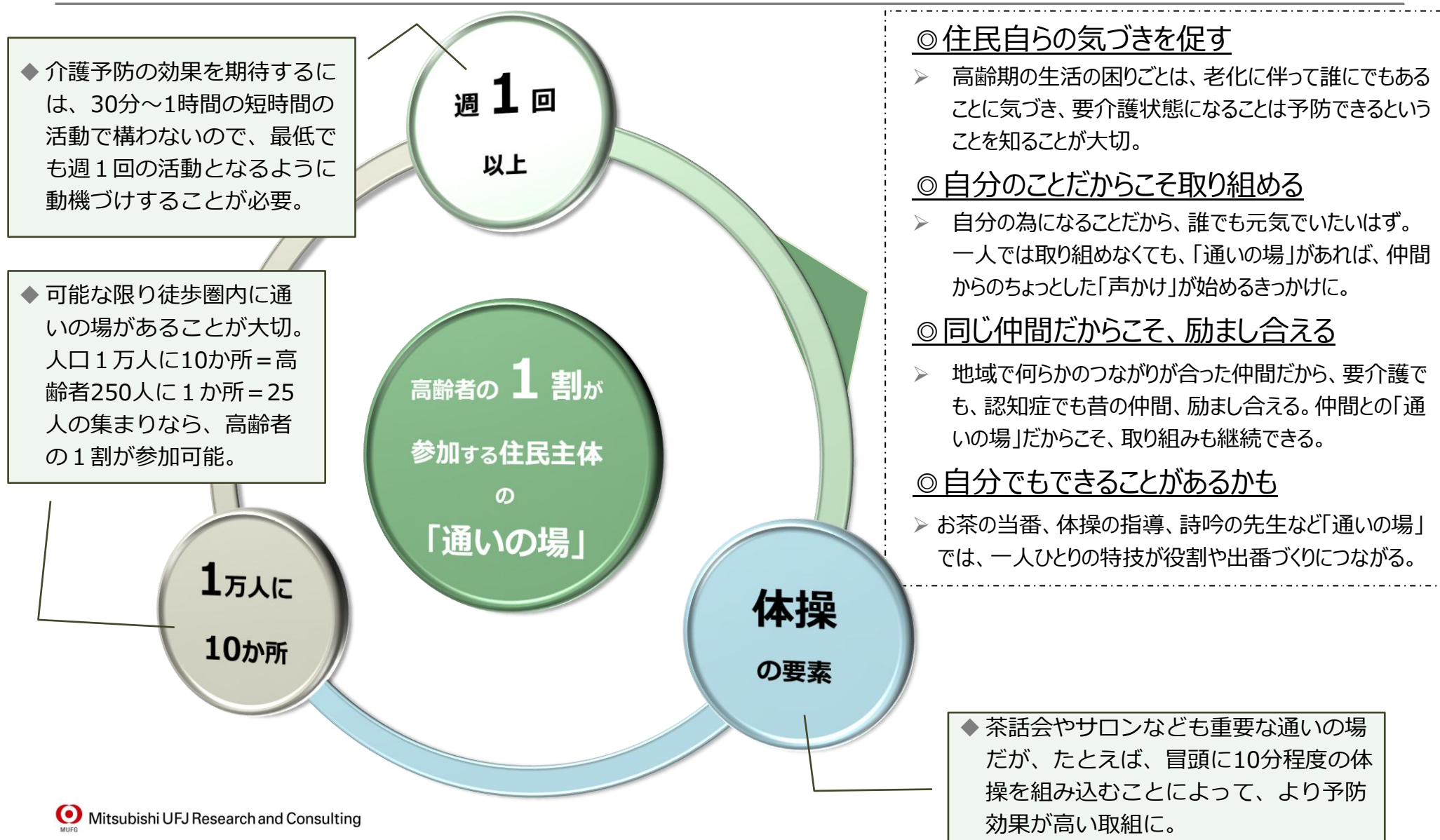
◎ もともとある地域の関係性を「壊さない」

- 住民グループや地域の活動の中には、「そっとしておいてほしい」という人たちも。自分たちの仲間だけで継続したいグループや、行政との関わりを望んでいないグループに無理にアプローチしたり支援の押しつけは厳禁。何か支援が必要になった時にチャンネルを維持しておく以外に特別なことをする必要はない。**壊さないことも大切な地域づくり**。壊さないように配慮できるのは、地域にどのような活動があるのかを「理解」しているから。だから、地域に入って理解することが第一歩。

◎ 中長期的には、介護予防効果の高い通いの場を「仕掛ける」

- 従来の枠組みで行われている通いの場とは別に、「介護予防」の効果が高い住民主体の体操教室などの取組を積極的に仕掛けていく。あくまでも住民主体の取組であり、お願いをして作るのではなく、住民自らが活動したいと感じるような**動機づけ**の機会を仕掛けていくことが必要。

3. 通いの場を「育む」 <一般介護予防事業（地域介護予防活動支援事業）>



4. 「通いの場」を支える際のポイントは？

作ることを考える前に、探すことを考える 実は見落としている宝物が地域には多数ある

- 通いの場を作ることは大切なことだが、地域の中には、すでに多数の通いの場が存在するはず。地域の宝探しをするためには、それぞれの地域の実態をよく知っている人が、地域の中に入っていくことが大切。日常生活圏域に近い場所で活動する第二層の生活支援コーディネーターは、そういう意味で、団体の代表などではなく、地域住民であることが望ましいのではないかな？

行政からお願いしない 住民の主体性を尊重する

- 地域の通いの場は、住民主体によって、自立的にかつ「継続的」に運営されることが重要。そのため、通いの場は、「誰からかのお願いごと」になってはいけない。住民の意欲を掻き立てるためには、活動の内容を説明するのではなく、取り組んだ場合の「Before-After」が明確に感じられるプレゼンテーションが重要。

お金で支援することにとらわれない 住民の取組をお金で買い取るようなことはしない

- 支援の方法は多様。住民の主体的な取組をお金で買い取るような発想はNG。
- 住民主体の取組を拡大しようとするときに必要なものはお金とは限らない。専門家からのちょっとした助言や技術的なサポート、場所の提供や情報提供などでも住民主体の取組を支援することは十分に可能。お金で解決する発想とは「さようなら」する。

最終的に必要になるゴールを設定しながら、 実現方法を考える

- 支援策は、持続性のあるものでなければならない。最初のモデル事業として集中投入するものの、地域全体になると資源的にも息切れしてしまい、拡大が止まってしまうような支援の方法は最初から採用すべきではない。
- 最終的にどの程度の通いの場があるのかをある程度イメージしつつ、その実現に投入できる現実的な投入量を考えて手段を検討する。

5. 「通いの場」を総合事業で支援するなら、まずは一般介護予防事業を最優先に。

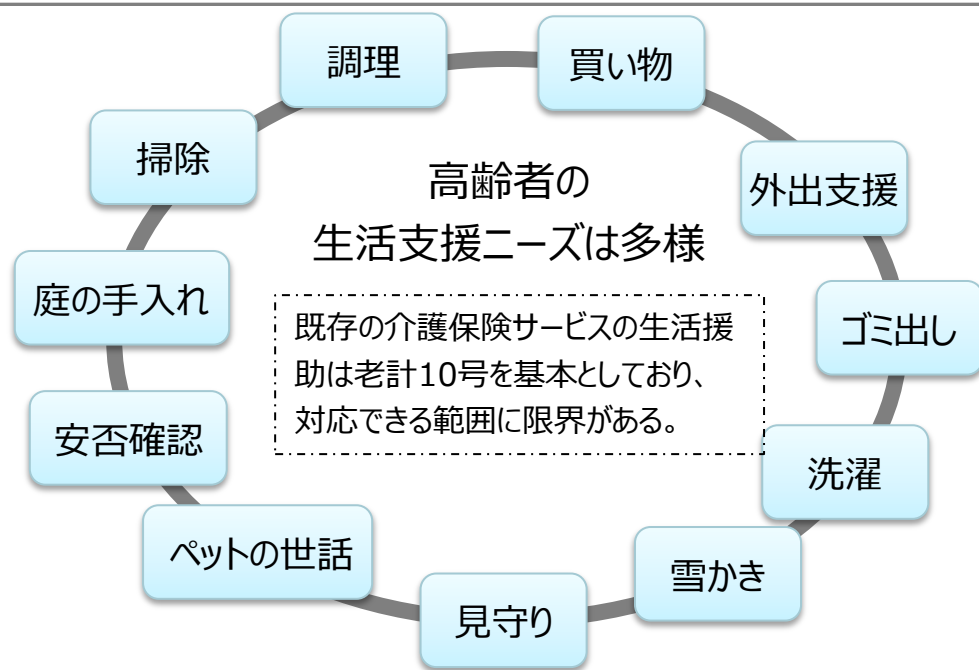
	従前相当	通所型A	通所型B	通所型C	一般介護予防 地域介護予防活動支援事業
支援方法	基本的に保険給付と同等のもの	基本的に従来の保険給付に類するもの	運営費に対する補助が基本。直接サービスを担う人件費を支援する発想はない。	全額を自治体が負担。上限額の対象からも除外	お金で支援するという発想は必ずしも必要ない
アプローチ	現在、利用している介護予防通所介護の継続が必要な人、専門的なサービスを必要とする人のために実施	現在、委託等で実施している通所型サービスを再検討	現在、委託等で実施している通所型サービスを中長期的なスタンスで再検討	高いコストだからこそ良い取組に限定を	短期的には既存の取組をさがす／中長期的には効果的な通いの場をつくる
基本モデル	従前の通所介護事業所	高齢者就労モデル 保険給付からの派生とみることも	住民主体 (ボランティア)	専門職による 短期集中サービス	地域の普通の生活 (共生型)
対象者	要支援レベル 事業対象者	要支援レベル 事業対象者	要支援レベル 事業対象者	要支援レベル 事業対象者	高齢者を中心に、障害者、子どもも含め誰でも
自己負担	定率・定額 (自治体で設定)	定率・定額 (自治体で設定)	利用料	負担なし	利用・負担という考え方がない
総合事業での開発	みなし指定の場合は自治体独自の改変なし。自己負担等について見直しの余地あり	もともと保険給付の通所も基準緩和されており、H27報酬も大幅減のため、事業所には動機づけが小さい。	最も総合事業的であるが、立ち上げまでに相当の時間が必要。	既存の二次予防事業は基本的に廃止。短期集中型は生活上の困りごとを把握してその解消に向けて通所を提供する通所・訪問統合型を志向する。詳細は、後述。	住民の自発的な取組がカギなので、時間がかかる。仕掛けは早めに。
既存資源との整合性	既存の指定事業所が対象となるが、時間の経過とともに、中重度へシフトしていくことを期待。	委託事業として社協等が実施するミニデイなどは、該当する可能性も高い。	要支援者レベルを対象に、既存のボランティア団体等が実施しているサロンや通所があれば、助成を検討。		すでに既存のサロン等、地域資源が多数あるので、まずは把握とケアマネジメントでの活用を。

6. 通いの場づくりを進めるための「地域づくり」のガイドブック等

タイトル	発行団体
「住民参加の基盤を作っていくために 一緒にふれあいの居場所を作っていきますか」	さわやか福祉財団
「ふれあいの居場所づくり ガイドブック」	
「新地域支援 助け合い活動創出ブック」	
「全社協ブックレット（４） 地域にひろげよう“お互いさま”の生活支援サービス～新たな介護予防・日常生活支援総合事業の展開にむけて～」	全国社会福祉協議会編
「「見守り活動」から「見守られ活動」へ 住民歴書とエゴマップのすすめ」	全国コミュニティライフサポートセンター
「地域でともに暮らすための支え合い活動・サービスのすすめ」	
改正介護保険における「新しい地域支援事業」の生活支援コーディネーターと協議体	
「あなたの地域デビュー！ “居場所と出番”のきっかけづくりガイド」	静岡発“地域支援のあり方”委員会、認定NPO 法人市民福祉団体全国協議会（略称「市民協」）
「地域づくりによる介護予防を推進するための手引き」	三菱総合研究所 （平成26年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

住民主体の生活支援サービスを
無理に作りだそうとしても難しい。
民間資源も含め、
まずは徹底してリソース探しと
ケアマネジメントの考え方の再整理を。

1. 在宅生活を支える基盤としての生活支援サービスの多様性



介護保険の生活援助は他の資源で代替できる（例示）

買い物	スーパー等の宅配サービス、移動販売、近所で連れ合っでの買い物 等
調理	配食サービス、おかずのおすそわけ、ご近所に惣菜を買ってきてもらう 等
洗濯	リネン会社等によるランドリーサービス 等
ごみ出し	シルバー人材センターのワンコインサービス、ご近所のお手伝い 等

◎従来の介護保険の生活支援は、限定的

- 介護保険における生活支援は、老計10号によって規定されており、基本的にその提供内容が限定的である。

◎生活支援ニーズは多様

- 実際には、高齢者の生活支援ニーズは相当幅広い。たとえば、ペットが生きがいの高齢者にとっては、ペットの排泄の世話をしてくれるサービスや支援がQOLの観点からも必要だが、介護保険では対応できない。こうした多様なニーズに対応できる生活支援体制が必要。

◎民間サービスからご近所の互助まで

- 生活支援は、介護保険の生活援助以外にも、たくさんのサービスや助け合いの中で提供可能だ。ご近所でごみ出しを手伝うといったことから、スーパーの宅配サービスまで探してみると幅広い。

◎専門職でなくてもできることはたくさんある

- 人口が減少していく中で、専門職はより中重度者のケアにシフトしていく。これまで介護職が対応してきたことであっても、専門性を問わないものであれば民間や地域住民の互助で対応していかなければ、増加しつづける在宅介護のニーズに対応できなくなってしまう。

【参考】老計10号とは？（抜粋）

老計10号は、「老計第10号」として平成12年3月17日に、厚生労働省老健局老人福祉計画課長名で出された「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」と題した通知である。現在の訪問介護におけるサービス内容を規定するものとなるサービス行為の区分であり、「身体介護」と「家事援助」の項に分かれており、それぞれの示す具体的な行為を規定している。

身 体 介 護

- 1-0 サービス準備・記録等：サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック／利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック／環境整備／換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等／相談援助、情報収集・提供／サービス提供後の記録等
- 1-1 排泄・食事介助：排泄介助（トイレ利用・ポータブルトイレ利用・おむつ交換）／食事介助／特段の専門的配慮をもって行う調理
- 1-2 清拭・入浴、身体整容：清拭（全身清拭）／部分浴（手浴及び足浴・洗髪）／全身浴／洗面等／身体整容（日常的な行為としての身体整容）／更衣介助
- 1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- 1-4 起床及び就寝介助
- 1-5 服薬介助
- 1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

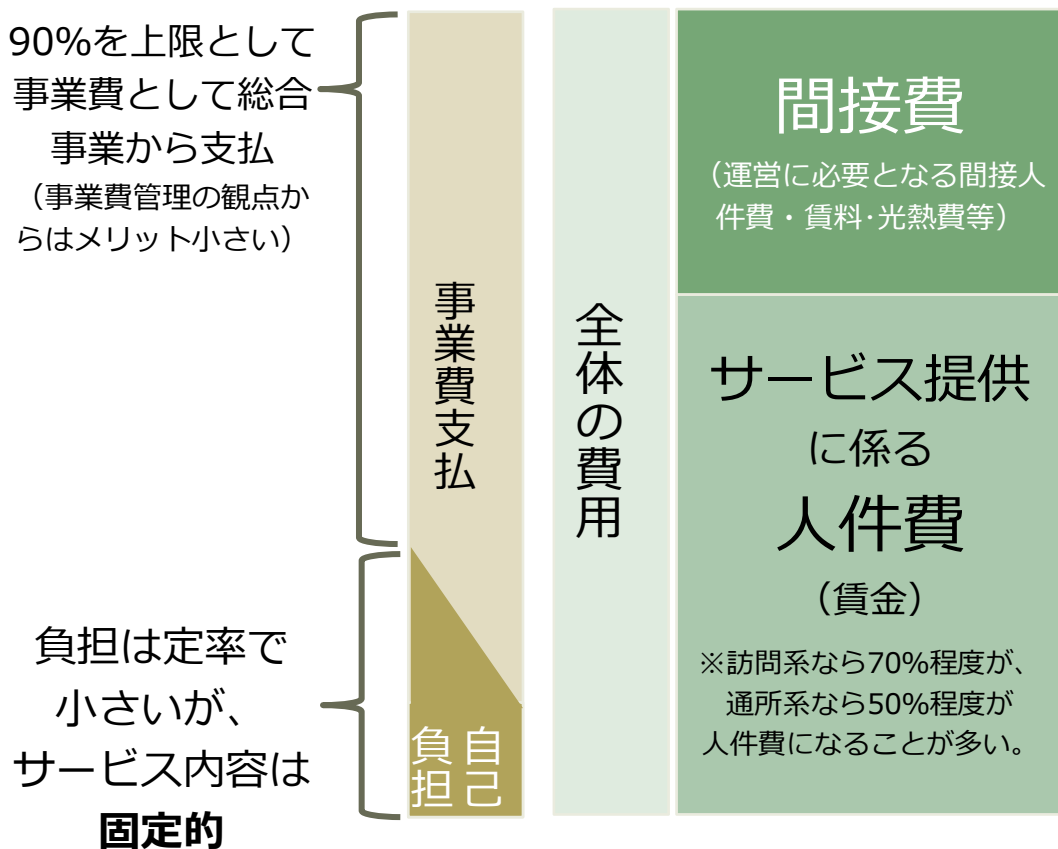
生 活 援 助

- 2-0 サービス準備等：サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック／利用者の安否確認、顔色等のチェック／環境整備／換気、室温・日あたりの調整等／相談援助、情報収集・提供／サービスの提供後の記録等
- 2-1 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ
- 2-2 洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ
- 2-3 ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 2-4 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
- 2-5 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理
- 2-6 買い物・薬の受け取り：日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り

2. その生活支援、Aでささえる？ Bでささえる？ <総合事業における支援方法>

	訪問型（従前相当）	訪問型A	訪問型B
サービス内容	老計10号の定める範囲（身体介護も可能）	老計10号の定める範囲を原則とする（身体介護は含まれない）	老計10号の範囲を超えるものも含め柔軟なサービス内容が可能
利用者負担	定率・定額負担（各自治体の判断により従前保険給付の原則である1割負担を引き上げることが可能）	従前相当のみなし指定との関係性を考慮すれば、従前相当と整合性を取ることが妥当。	提供者への謝礼+運営・管理経費分の利用料設定
支援の方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）／委託
支援の対象	専門職の支援が必要と判断される要支援者及び事業対象者。	従来のサービスと共通点多い。基本的に発生する経費に対して9割を報酬として支払い	運営・管理経費分が支援の対象。人件費や報酬、謝金に対する支援は想定されない。
提供者	有資格者	主に雇用労働者（資格問わず）	ボランティア主体
強み	専門職の支援を必要とする利用者にサービス提供できる。	軽度者の生活支援に従事している有資格の介護人材が 中重度者のケアに集中 することが可能に。住民主体の支え合いが確立されるまでの間の生活支援ニーズに対応可能。	サービス内容の柔軟性・多様性を尊重した形で支援を行うことが可能。サービス内容は 老計10号の範囲を超え、柔軟なため、多様な生活支援ニーズにこたえる ことができる。
弱み	資格をもった介護人材が従事するため、 中重度者への人材の集中を進めることが困難 になる。 サービス内容は 老計10号の範囲 となるため多様なニーズに対応することができない。上限額管理上の効果は小さい。	サービス内容は 老計10号の範囲 となるため多様なニーズに対応することができない。上限額管理上の効果は小さい。	有償ボランティアの設定によっては利用料の面で、Aサービスに対して競争力がない。

3. 従前相当/A類型による支援の考え方



◎基本的には過渡期サービス

- 基本的には、指定事業所による従前相当やA類型、従前の保険給付サービスに類似するタイプであり、住民主体の支え合いの仕組みが地域の中に構築されるまでの間の「**過渡期的対応**」として導入することが想定される。

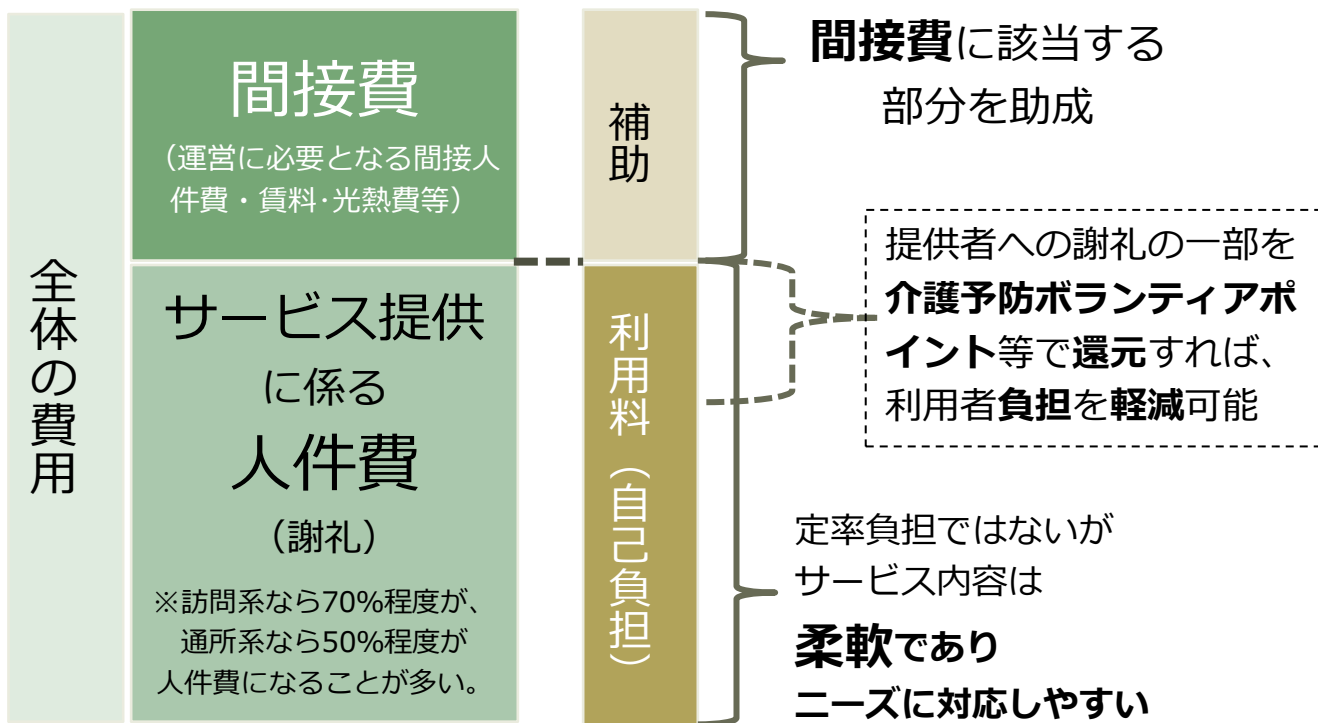
◎A類型の目的は買ったときではない

- A類型は、資格をもたない**高齢者等を新たに雇用することを前提**に、報酬単価も既存の介護報酬を上限に自治体で設定することとしている。既存の有資格介護職の処遇が悪化しないよう配慮することが必要。
- また、A類型を導入する場合は、その目的が、有資格の介護職種が中重度ケアにシフトすることであることを考慮し、訪問介護職員が円滑に身体介護にシフトできるよう、技術的な支援（たとえば地域リハビリテーション活動支援事業を活用）を行うことを合わせて考慮する。

◎従前相当とのバランスから引きあげも検討

- 一般的にA類型では、その報酬を現行サービス以下に設定することになるため、利用者の自己負担も現在以下に軽減されることになることから、自己負担を現在と同水準にする観点から**定額による自己負担を導入**することなども想定できる。
- また一方で住民主体のB類型を支援していく中で、B類型の支援でサービスを提供する団体との自己負担額の格差が問題になる場合もある。
- 適正価格を設定することは、健全な生活支援サービスの利用の基本になることを意識することも重要なポイントである。

4. B類型による支援の考え方



◎多様な生活支援ニーズに対応

- 住民主体の取組（通所・訪問）で要支援相当者を対象としたサービスを支援するのがB類型である。
- B類型は、サービス内容が**老計10号の範囲に限られない**ため柔軟なサービス提供が可能になる。

◎時間をかけたアプローチ

- 住民主体の取組は短期間で作れるものではない。住民の主体性に依存している以上、時間をかけてゆっくりと**土壌を豊かにしていく**ことが大切だ。

◎基本的に助成対象は間接費

- 主な助成対象は、運営費用のうち**の間接費**となる。サービス提供に直接関わる住民への謝金は、助成対象とはならない。
- なお、団体の管理運営にかかる間接人件費については、助成の対象と考えることが可能だ。

◎介護予防ボランティアポイントを活用した還元方法も

- 有償ボランティアなどによる提供の場合、提供者への謝礼をボランティアポイント等で還元することで、利用者の負担を軽減することも可能だ。

5. 生活支援サービスに対する支援体制の考え方

NPOやボランティアの意向と柔軟性を尊重

- 既存の生活支援サービスをどのように支援するかは、支援する側にとっても、支援を受ける側にとっても大きな関心事項。だからこそ、「協議体」での話し合いが重要。
- 支援の方法については協議体等を通じた話し合いの中で、団体の活動の発展のために必要な支援の方法を団体の意向を尊重しながら検討することが大切。支援の枠に団体をはめ込むような支援の方法は、団体の自発性を阻害する。
- 一方で、生活支援の在り方として、利用者の「役割」を尊重し、自分でできることを活かした支援を行うことも重要。

既存資源の整理・新規開発、いずれも協議体

- 民間市場サービスにせよ、住民主体の生活支援にせよ、新たにサービスや支援体制を構築するには、これまで高齢者介護や高齢者福祉に直接かかわってこなかった地域の主体の参加がなければ成り立たない。したがって、協議体は、従来の地域ケア会議とは異なり、いわゆる医療・介護分野以外のメンバーが多く含まれることが重要である。
- 特に第一層の協議体においては、市町村の圏域全体に対するサービスを開発していくことになるので、民間企業や比較的大規模に活動するNPOなどがメンバーとなるだろう。一方、第二層の協議体においては、地域住民が主体となるだろう。

民間サービス

- 生活支援サービスの提供はボランティアやNPOに限定されない。民間市場サービスの提供は都市規模等にも左右されるが、配食、リネン会社による「洗濯サービス」や掃除サービス、ドラッグストアやスーパー等の宅配サービスなど多様だ。
- また介護サービス事業所も自費サービスとして多様なサービスを展開しているだろう。こうした民間サービスは各社の経営の中で持続性を担保している限り、総合事業で支援を行う必要はないだろう。

ケアマネジメントとの連動がカギ

- 単に生活支援サービスの種類を増やすだけでは不十分。実際の生活ニーズに対応するよう、地域の多様な主体を組み込んだケアマネジメントを推進することが前提になる。そのためには、自立支援型のケアマネジメントへの転換が必要である。
- 民間サービスだけでなく、ご近所も大切な生活支援の資源である。ケアマネジメントの中で近隣とのつながりも重要な資源としてとらえる視点が必要だ。

多様なサービスや支援が生まれても
介護予防ケアマネジメントが
変わらなければ意味がありません。

1. 3つのケアマネジメント

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

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

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

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

住民主体の支援(一般・B)が中心になる場合

介護予防ケアマネジメントC

◎自立支援に向けてセルフマネジメントを推進

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

◎状況に応じて、マネジメントの主体が本人⇔包括と変化

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

指定事業者・短期集中サービス(従前相当・A・C)が中心になる場合

介護予防ケアマネジメントA・B

◎従来の介護予防ケアマネジメントを続行するパターン

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

◎モニタリングの実施方法等が異なるAとBを状況に応じ活用

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

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

2. どんな介護予防を目指すのか

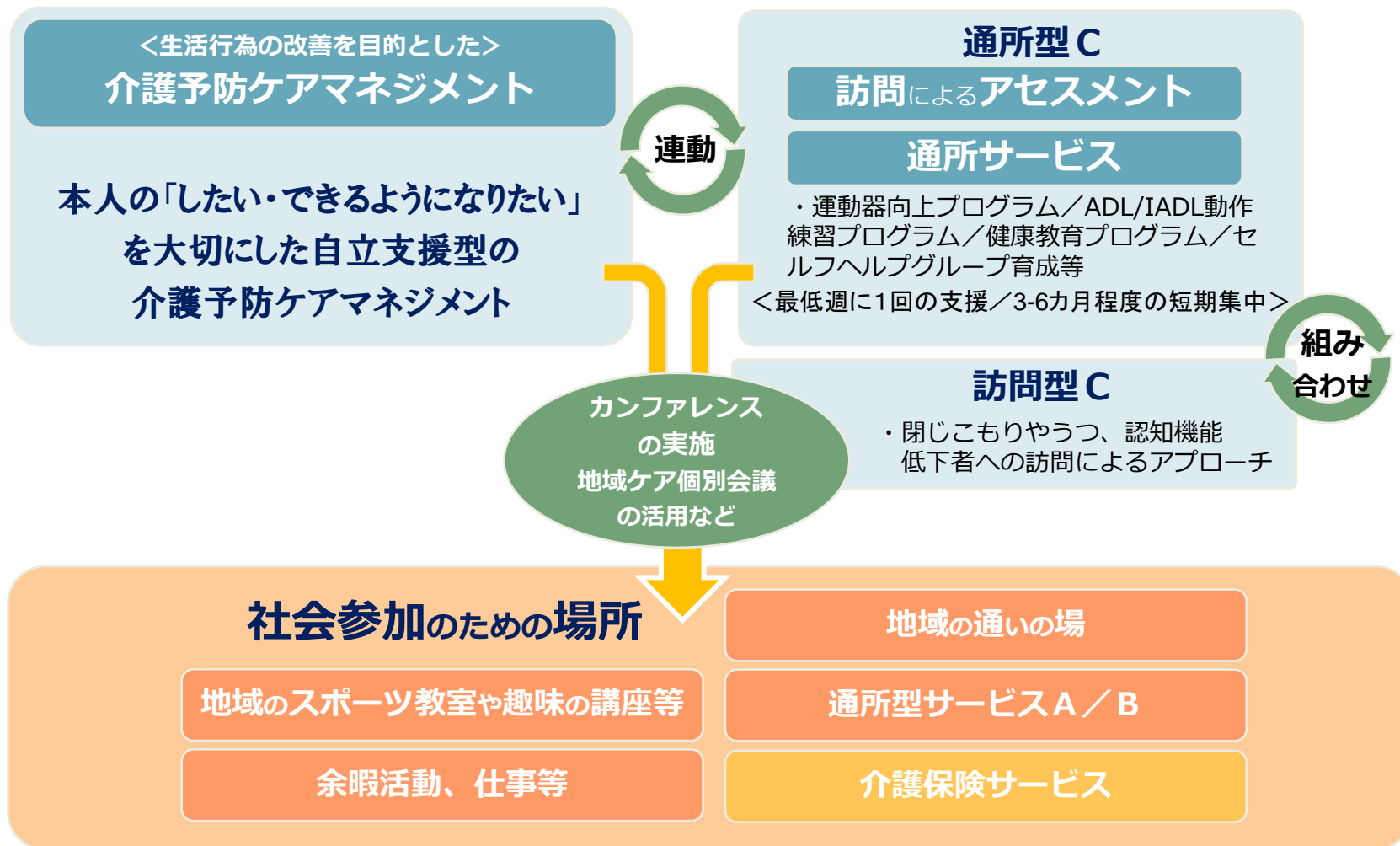
◎ 本人の「**したい・できるようにになりたい**」を大切にする

- これからの介護予防は、生活上の困りごとを把握したうえで、本人の「**したい**」「**できるようにになりたい**」と思う具体的な生活を実現するための取組に。
- だから一番大切になるのは、本人の「**したい**」または「**できるようにになりたい**」生活行為が目標として明確に設定された**介護予防ケアマネジメント**。
- 本人の「**したい**」「**できるようにになりたい**」を実現するためには、生活をしっかり理解した上でのケアマネジメントが必要。だから、たとえば短期集中型C類型では、生活の困りごとを把握するための**アセスメント「訪問」**とできるようにするための**「通所」**を**組み合わせ**て支援することがポイント。

◎ **地域の居場所に**つなぐ**ところまで考えるケアマネジメントを。**

- 保健医療の専門職による**短期集中型**の介護予防サービス（3-6カ月程度）は「**やったら終わり**」ではない。
- 「**したい**」「**できるようにになりたい**」ことができるようになったら、地域の活動への**参加**に結び付けるところまで到達してようやく終了。
- だから地域の中に、たくさんの居場所、**通いの場**が必要だ。それは、趣味の集まりでも、体操教室でも、手芸教室でも、通所型Aでもいい。こうした地域のインフォーマルな資源に積極的につないでいくケアマネジメントが期待されている。

3. 介護予防は、社会への関わりの中で展開



※「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。（通所リハビリテーション注9留意事項通知[老企第36号 第2の8(12)]より）

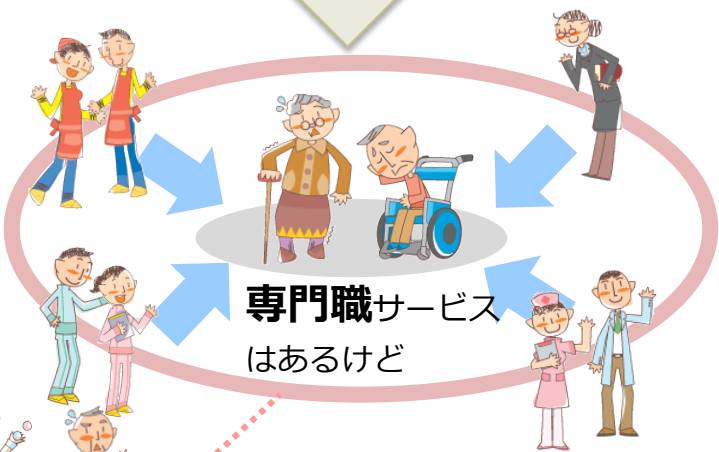
4. 専門サービスだけでなく、地域の多様性の中でケアマネジメントを考える

現状の課題

友人・隣人との交流



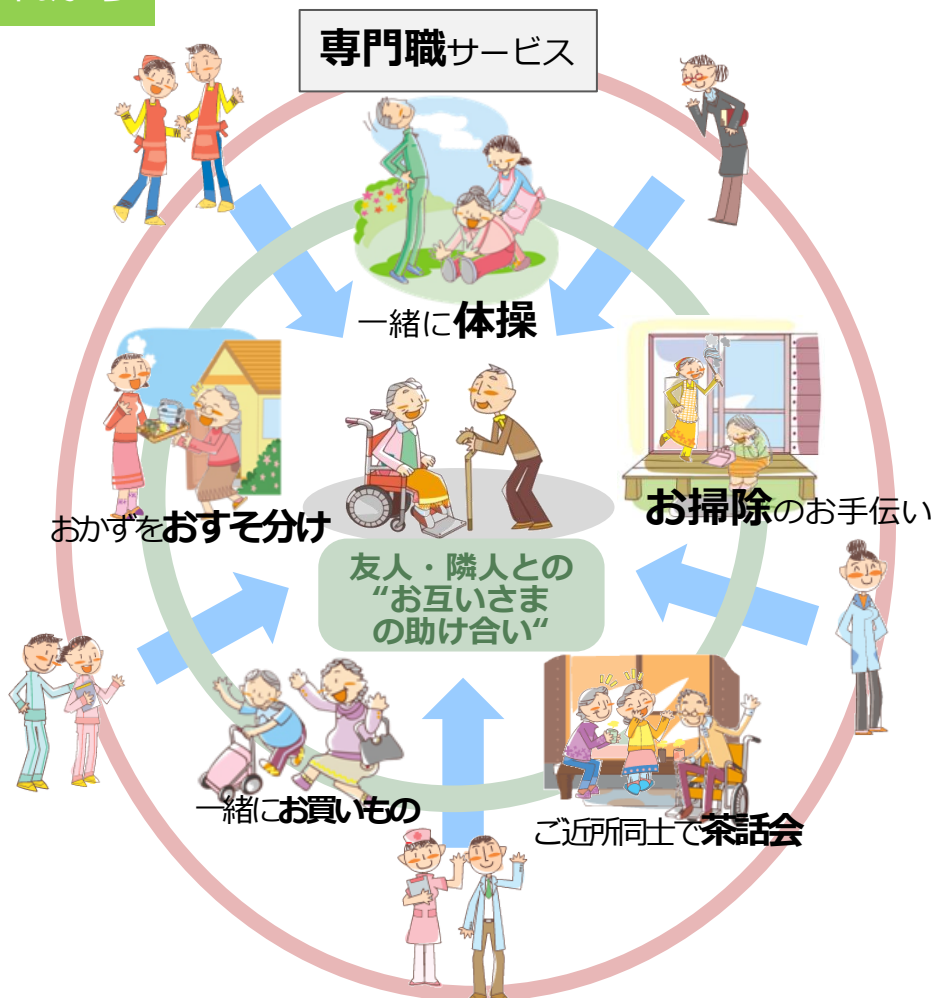
支援や介護が必要になると、友人・隣人との関係は希薄になり、支援を受ける一方向の人間関係に変化



これまでの**地域**との
つながりは**疎遠**に？

これから

専門職サービス



“お互いさまの助け合い”の輪を広げていくことで、支援や介護が必要になっても、地域社会の中から切り離されず、なじみの関係を継続できる

5. 窓口を検討する際の基本的なポイント

◎ まずは、自治体の窓口の職員配置状況を確認する。

- ▶ 窓口には専門職が配置され、相談者の状況を聞き取り、一次的なアセスメントが可能であれば、特に大きな問題にならないが、配置されているのが一般事務職の場合や、市町村の規模が大きく、地域包括支援センター単位での判断基準の標準化が必要な場合はマニュアル等を整備することも想定する。

◎ 基本的な判断のポイントは4つ。

- ▶ 窓口、ケアマネジメントにおいて、判断基準を必要とする分岐は、①「基本チェックリスト」と「要支援（要介護）認定」のいずれに進むかの判断の流れ、②要支援認定で非該当となった場合に基本チェックリストへ誘導する流れ、③要支援認定者のアセスメントの結果、介護予防支援（保険給付）ではなく、介護予防ケアマネジメント（総合事業）が適当と判断する流れ、④総合事業の介護予防ケアマネジメントの結果、要支援認定が必要と判断する流れである。
- ▶ このうち、事務職が対応する窓口業務として判断基準を明確にしておく必要があるのは、①の「基本チェックリスト」と「要支援認定」の分岐における判断基準である。
- ▶ 介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、住宅改修等を希望する場合は、その段階で要支援認定となるが、通所型・訪問型のみの利用希望者については、基本チェックリストで対応可能である。ししながら、要介護1以上の可能性がある対象者については、要支援認定を申請することが望ましい場合がある。
- ▶ 要介護認定制度における「状態の維持改善可能性にかかる審査判定」の基準（認知機能の低下・状態不安定）に該当する可能性のある対象者をスクリーニングするための簡易シート等を準備することも想定される。

訪問型Aや通所型Aを設定したら
上限額管理ができるという考え方は危険。

大きな抑制効果は期待できない。

では、どうすれば？

1. 上限管理を適切に行うために〈シミュレーションのポイント〉

- 上限額の管理は、総合事業における重要なポイントの1つである。総合事業においては、新しいサービス等の創設によって、費用管理を行うことは重要であるが、その効果の範囲については冷静な判断が必要。
- 各種のサービスは、費用を抑制することが主目的ではない。あくまでも人材の確保が基本になっていることに留意することが重要（やみくもな引き下げは地域の人材を疲弊させたり、反発を得るだけである）。

通所型 A による費用の抑制効果は期待できない

- H27年度の通所介護の介護報酬が▲22%と大幅減になっており、通所型 A の費用を大幅に引き下げることは現実的ではない。
- したがって、通所型 A を設定しても、上限額の管理上のメリットはほとんど期待できない。

訪問型 A による費用の抑制効果は限定的

- 訪問型 A についても、その効果は、限定的になる。
- 上限額管理の基本となる通所介護・訪問介護の費用のうちの、訪問介護部分について介護報酬の単価からの引き下げ分の削減効果が表れるが、訪問介護 訪問 A に移行する分（残りは従前相当）に限定されることから、上限額に対する影響は限定的になる。

従前相当の要支援 2 の単価を月 4 回ベースで設定すると抑制効果が最も大きい

- 上限額管理上、最も大きく影響するのは、通所介護の従前相当（要支援 2）について月 4 回ベースの単価設定を行うことで、従来の単価設定に比べて、約半額の費用負担となる。

2. 上限額管理の視点（訪問介護）

（短期的な視点）

- 訪問型 A の設定により移行分の費用削減効果が見込めるが、段階的な移行となることから、短期的には上限額に与えるインパクトは限定的。訪問型 A において導入時に単価を大幅に低く設定する場合、費用抑制のメリットよりも、参入する事業所が少なくなり、その後の非専門職の人材確保が困難になることのリスクの方が大きい点に留意。
- また既存事業所の有資格介護職員の処遇悪化につながらないよう、訪問型 A については、非専門職の雇用を原則とする点について徹底すべき。

■ 利用者の20%が1年間かけて訪問型 A（単価：現行の8.5割と仮定）に段階的に移行した場合（1年後に利用者の20%が移行）の年間の効果は、訪問介護費用額の1.6%程度、費用全体※では**0.5%**程度。

※費用全体：H26年度「介護予防訪問介護」、「介護予防通所介護」、「介護予防支援(50%が地域支援事業に移行と仮定)」費用額、H25年度介護予防事業の総事業費の合算

（中長期的な視点）

- 介護予防訪問介護の費用総額、受給者数の伸び率は、通所介護と比べ低く、上限管理の面からは積極的なインセンティブにはならないが、今後増加が見込まれる中重度者へのケア提供者の人材確保という側面から過渡期的な取組とし導入を検討すべきである。

【後期高齢者人口の伸び率と 介護予防訪問介護の費用額／受給者数の伸び率】

	H23	H24	H25	H26
後期高齢者人口（千人）	14,707	15,191	15,601	15,916
伸び率	-	103.3%	102.7%	102.0%
介護予防訪問介護 費用額（百万円）	101,989	108,378	110,382	111,883
伸び率	-	106.3%	101.8%	101.4%
介護予防訪問介護 受給者数（千人）	5,049.4	5,196.2	5,315.7	5,401.7
伸び率	-	102.9%	102.3%	101.6%

3. 上限額管理の視点（通所介護）

（中長期的な視点）

- 全国の状況を見ると、介護予防通所介護の費用額、受給者数の伸び率は後期高齢者の伸び率を上回っている。平成27年度のマイナス改定により平成27年度の費用額は一時的に抑えられるが、受給者の伸び率が低下しない限り、すべての利用者が従前相当のままであれば、いずれ上限額を超えることが想定される。
- 報酬改定の影響により事業所数の伸び率は一定程度減少することが想定されるが、事業所の指定については地域の利用者状況やサービス資源状況を鑑み、慎重に検討していくが求められる。
- また、介護予防通所介護の費用額（H26年度：210,936百万円）は、介護予防訪問介護（H26年度：111,883百万円）、介護予防支援（50%が地域支援事業に移行すると仮定、H26年度：27,651百万円）、介護予防事業（H25年度：49,600百万円）を合わせた額（400,070百万円）の約**53%**を占めることから、上限額に与える影響も大きい。

【後期高齢者人口の伸び率と 介護予防通所介護の費用額／受給者数の伸び率】

	H23	H24	H25	H26
後期高齢者人口（千人）	14,707	15,191	15,601	15,916
伸び率	-	103.3%	102.7%	102.0%
介護予防通所介護 費用額（百万円）	160,910	172,355	190,466	210,936
伸び率	-	107.1%	110.5%	110.7%
介護予防通所介護 受給者数（千人）	4,421.4	4,828.0	5,359.7	5,901.1
伸び率	-	109.2%	111.0%	110.1%

※後期高齢者人口：「推計人口」（総務省）、介護予防通所介護費用額／受給者数：介護給付費実態調査報告（各年5月審査分～翌4月審査分の累計値）

4. 上限額管理の視点（通所介護）

（短期的な視点）

○平成27年度介護報酬改定にて、介護予防通所介護の改定率は▲22%と大幅に引き下げられていることから、さらに通所型Aの単価を大幅に引き下げることは現実的ではなく、仮に通所型Aを設定したとしても、段階的な移行となることから、短期的には上限額の管理上のメリットは期待できない。

- 利用者の10%が1年間かけて通所型A（単価：現行の9割と仮定）に段階的に移行した場合（1年後に利用者の10%すべてが移行）の年間の効果は、介護予防通所介護費用額の**0.5%**程度。
- その後、毎月の利用者の10%が移行した場合の年間の効果は、**1.0%**程度。費用全体※では**0.5%**程度。

※費用全体：H26年度「介護予防訪問介護」、「介護予防通所介護」、「介護予防支援(50%が地域支援事業に移行と仮定)」費用額、H25年度介護予防事業の総事業費の合算

○予防給付の単価設定は要介護度区分による包括払い（要支援1：1,647、要支援2：3,377）であり、利用頻度が異なっても同じ単価であったが、**従前相当**の要支援2について、週4回の単価を**A6**として設定することで、予防給付で要支援2／週1回利用のケースの費用額を減少させる可能性も。

【要支援2の利用者100人のうち、15人（15%）が週1回利用と仮定した場合】

	包括払い (要支援2)	出来高払い	出来高払い
		(週2回)	(週1回)
利用者数(月)	100人	85人	15人
単価	3,377	3,377	1,647
費用額(月)	3,377,000円	2,870,450円	247,050円

※人口5万人(高齢化率25%)の場合、要支援2の利用者数は約104人
 (第1号被保険者に占める介護予防通所介護(要支援2)利用率:0.83%とした場合)
 介護保険事業状況報告(暫定)平成27年5月分より算出

<出来高払いとした場合の削減額>

259,500円/月

3,114,000円/年

<削減効果>

要支援2の費用額 **▲7.7%**

費用全体に対する影響 **▲2.8%**

厚生労働省 「介護予防・日常生活支援総合事業ホームページ」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html>

厚生労働省の公式ホームページ内の総合事業に関するポータルサイト。ガイドライン、Q&A、関連通知や、各種研修会資料等をダウンロードできる。介護予防手帳や住民説明用資料等もダウンロード可能。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 「介護予防・日常生活支援総合事業ホームページ」

http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_02.html

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社の公式ホームページ内の総合事業に関するポータルサイト。ガイドラインを解説した「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」のPDFファイルや、昨年度セミナーの動画やパネリストの自治体資料を閲覧・ダウンロードすることができる。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 「地域づくりにおける協議体・生活支援コーディネーターの役割 ―総合事業推進に向けて―」セミナー

<http://www.murc.jp/sp/1410/sougou/>

平成27年8月4日に東京で開催した協議体・生活支援コーディネーターに関するセミナーのページ。自治体の先進事例に関する資料やパネリストのプレゼンテーションの動画を閲覧・ダウンロードすることができる。