

介護予防・日常生活支援総合事業推進に向けて ～地域づくりの視点から～

医療経済研究機構 研究部研究員兼研究総務部次長
さわやか福祉財団 研究アドバイザー

服部 真治

自己紹介

◆ 研究分野

介護保険制度、地域包括ケアシステム

◆ 職歴

1996年4月 東京都八王子市入庁

2005年4月 同健康福祉部介護サービス課

その後、介護保険課主査、財政課主査、高齢者いきいき課課長補佐等

2014年4月 厚生労働省老健局総務課・介護保険計画課・振興課併任課長補佐

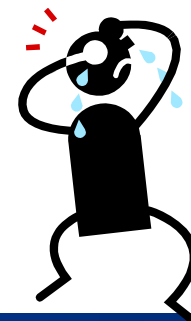
2016年4月 医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長

◆ 著書(書籍)

1. わかりやすい介護保険法の手引, 介護保険法令研究会編, 新日本法規出版, 2006年 (共著)
2. 通知でわかる介護サービス事業の実務, 介護保険行政実務研究会編, 新日本法規出版, 2013年 (共著)
3. 私たちが描く新地域支援事業の姿～地域で助け合いを広める鍵と方策～, 堀田力・服部真治, 中央法規, 2016年 (共編著)
4. 入門 介護予防ケアマネジメント～新しい総合事業対応版, 監修 結城康博・服部真治、総合事業・介護予防ケアマネジメント研究会編, ぎょうせい, 2016年 (共編著)
5. 介護支援専門員実務研修テキスト－新カリキュラム対応－, 佐藤信人・服部真治ほか, 東京都福祉保健財団, 2016年 (共著)

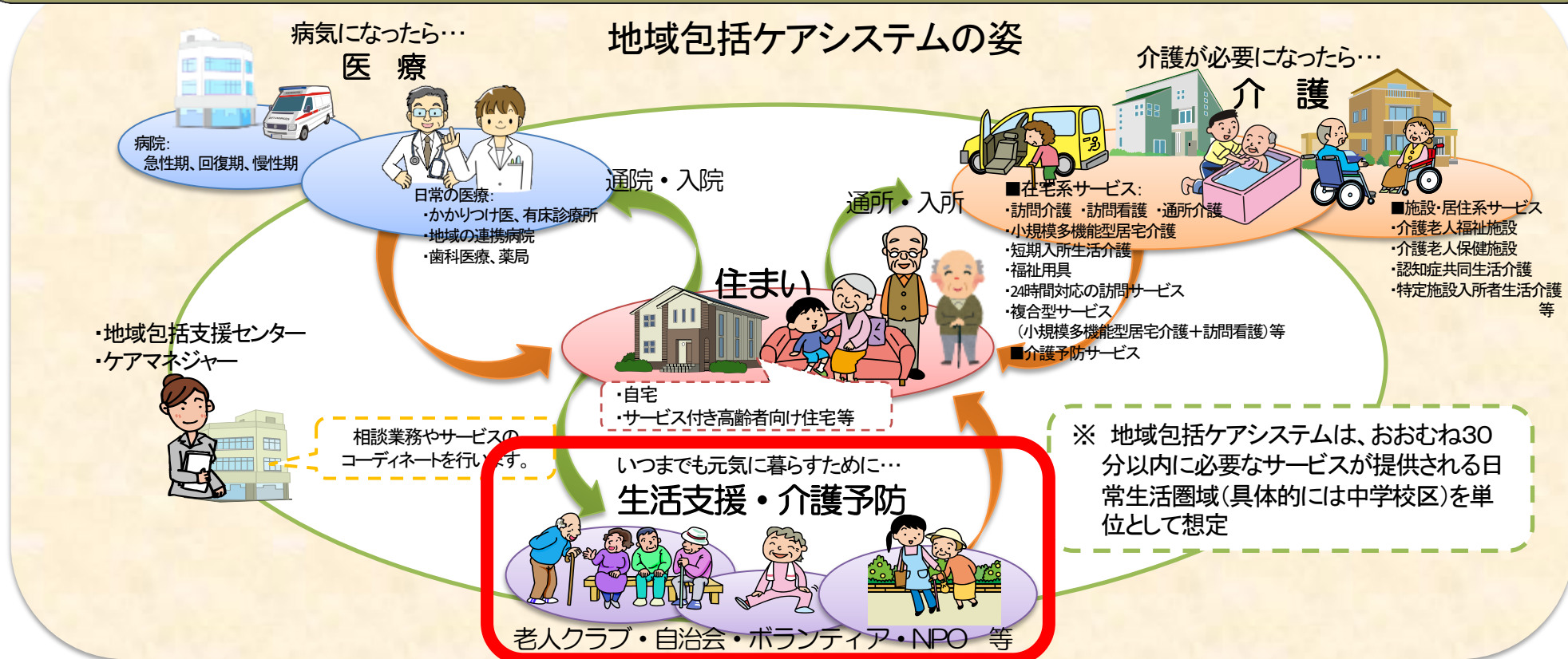
総合事業に関する自治体からの声・疑問

- ◆ 多様な主体と言われても受け皿がない。ボランティアをしてくれる元気な高齢者など見当たらず、地域包括ケアという考え方自体が絵空事で、この町には当てはまらない。
- ◆ 既に地域にはたくさんの仕事をお願いしており、これ以上頼めない。市民からは「予算削減のために公的責任を押し付けるな」と反発を受けている。
- ◆ 介護をボランティアに任せて大丈夫か。事故があったら誰が責任を取るのか。
- ◆ 似たような会議ばかりで協議体を作る必要があるとは思えない。地域ケア会議との違いがわからない。
- ◆ 協議体は作ってみたが何を議論してよいかわからない。
- ◆ そもそも少人数（たった一人の場合も）で業務をこなしており、地域支援事業に取り組む時間がない・・・



なぜ、地域包括ケアシステムを
構築しなければならないのか

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

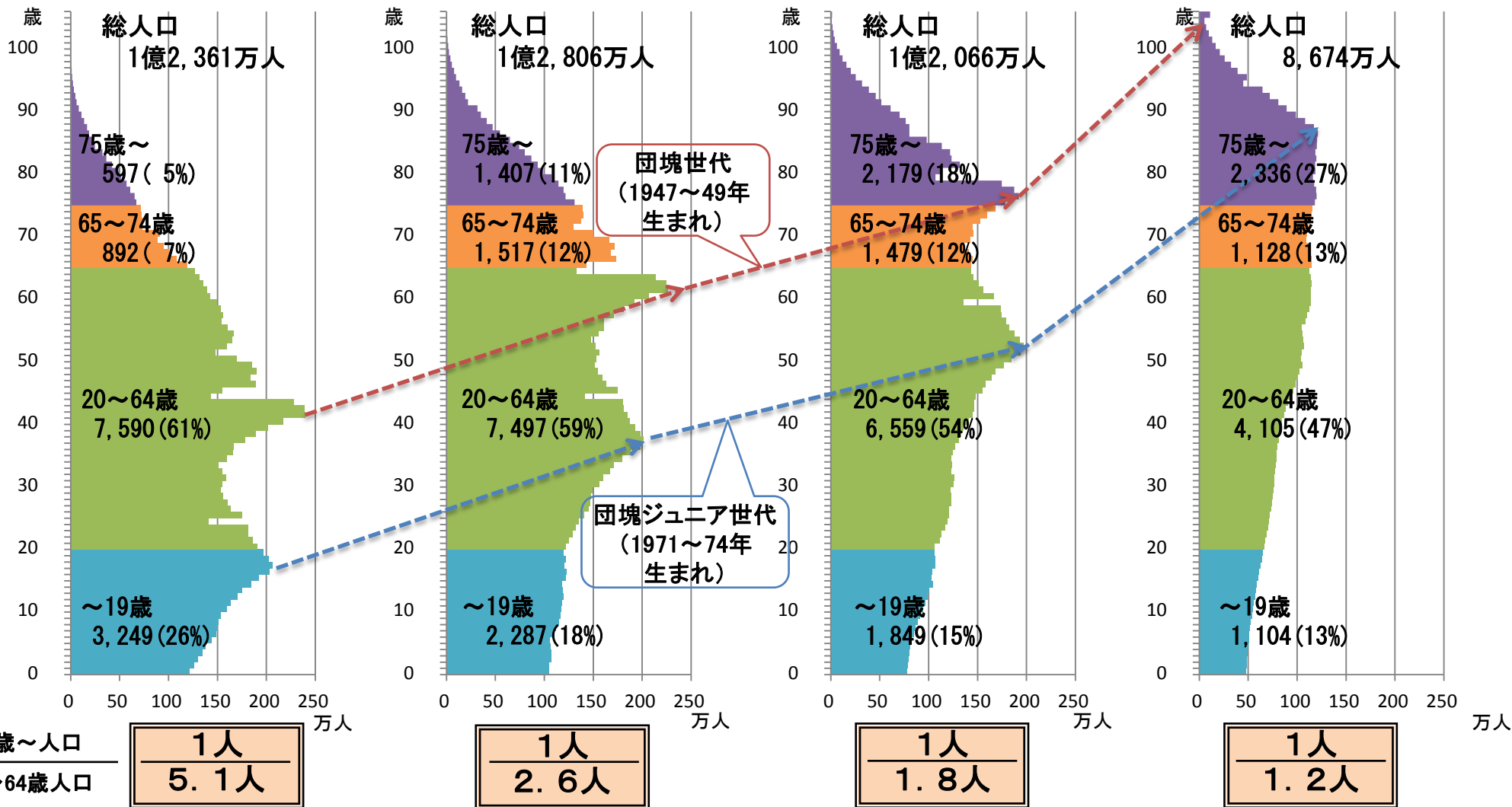
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

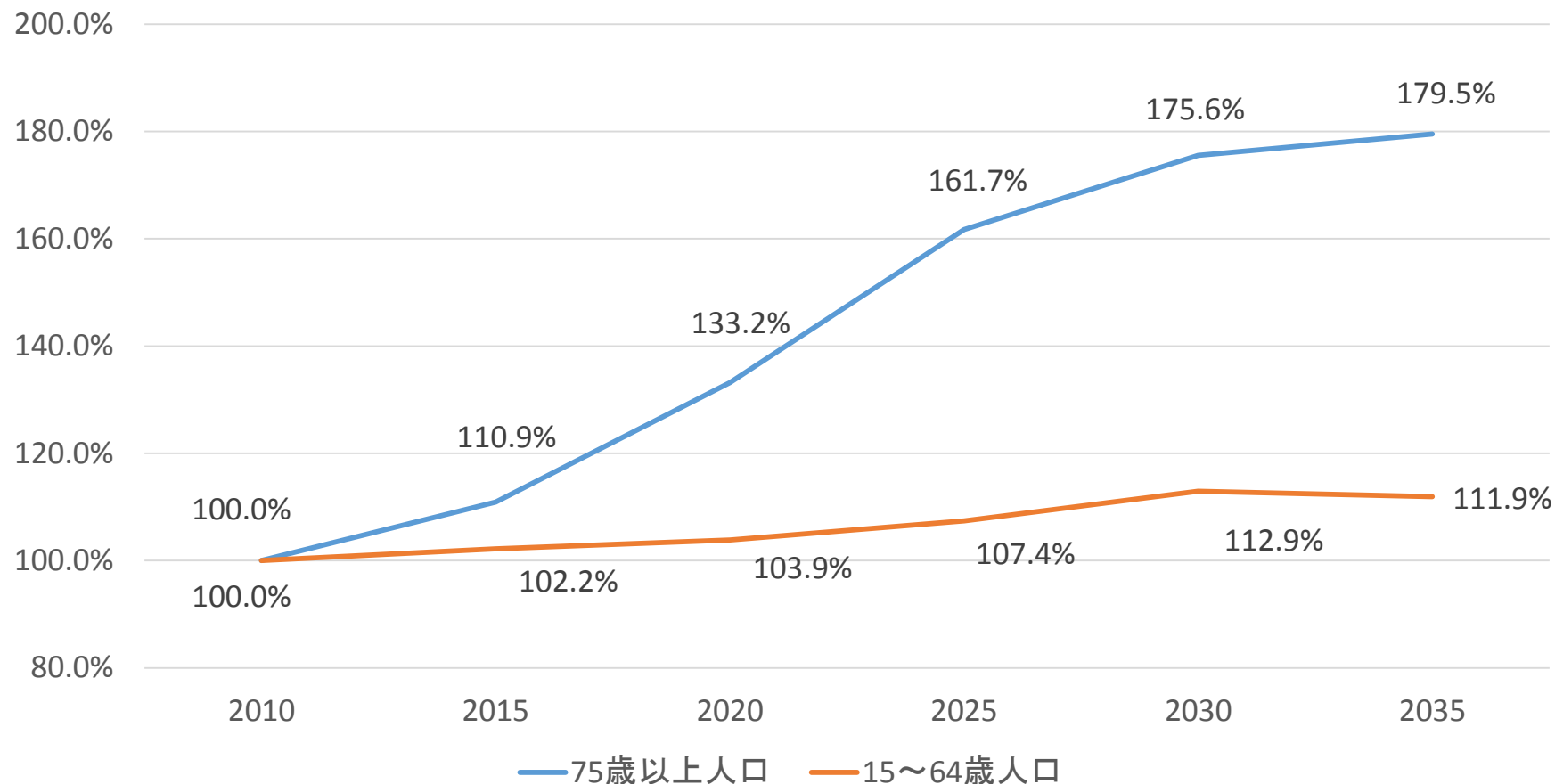
2060年



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、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):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

〇〇県△△市の人口推移

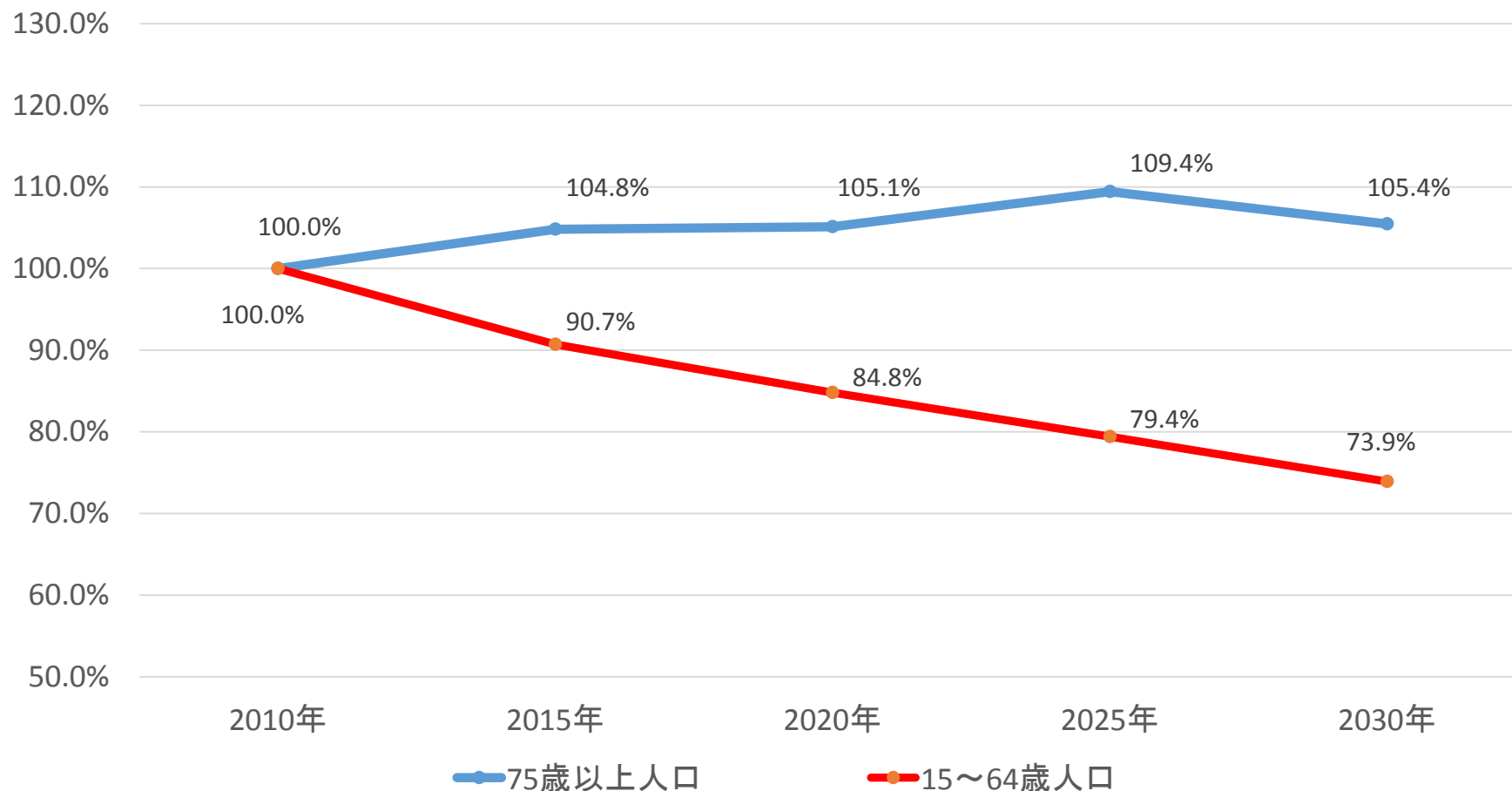
- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、2035年まで急上昇。
- 生産年齢（15-64歳）人口は2030年まで微増するが、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。



(出典) 2010年：総務省「国勢調査」、2015年：住民基本台帳、2020年以降：△△市人口ビジョン（案）
※2010年を100とした場合の2035年までの推計値

□□県◇◇市の人口推移

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、2025年に向けて増加し、その後減少。
- 生産年齢（15-64歳）人口は継続的に減少し、後期高齢者人口とのギャップは拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは人口の増加以上に増加。

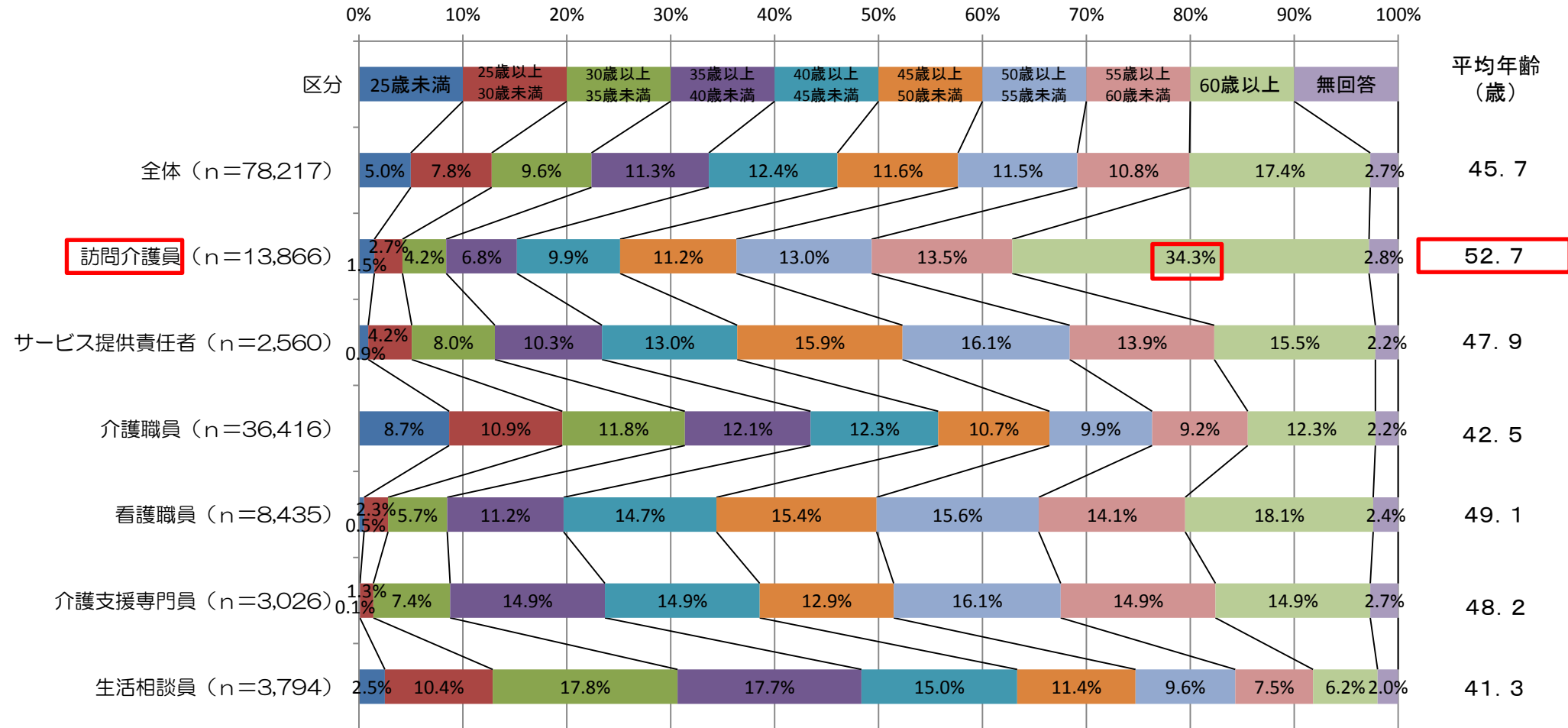


出所：2016年まで◇◇市住民基本台帳数値 4月1日現在 2017年以降推計数値(◇◇市第6期介護保険事業計画より)
※2010年を100とした場合の2030年までの推計値

介護関係職種別の年齢階級別構成割合及び平均年齢の比較

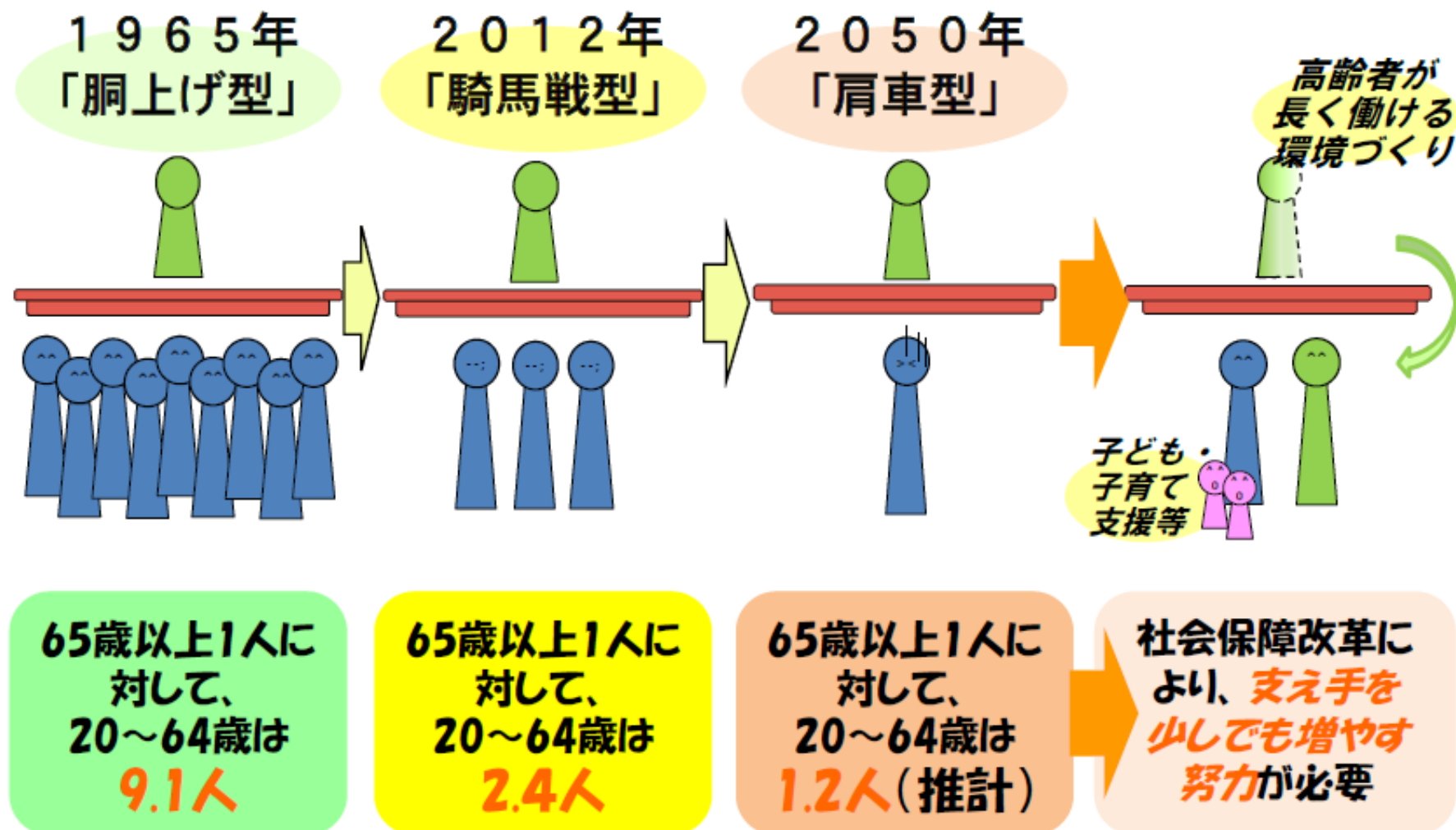
厚生労働省資料

○ 訪問介護員の平均年齢は52.7歳、60歳以上の構成割合が3割を超えている。（平成26年10月1日時点）



【出典】平成26年度介護労働実態調査

「肩車型」社会へ



地域包括ケアシステムの植木鉢



出典：地域包括ケア研究会報告書

左図 「地域包括ケアシステムと地域マネジメント（平成28年3月）」

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

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

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

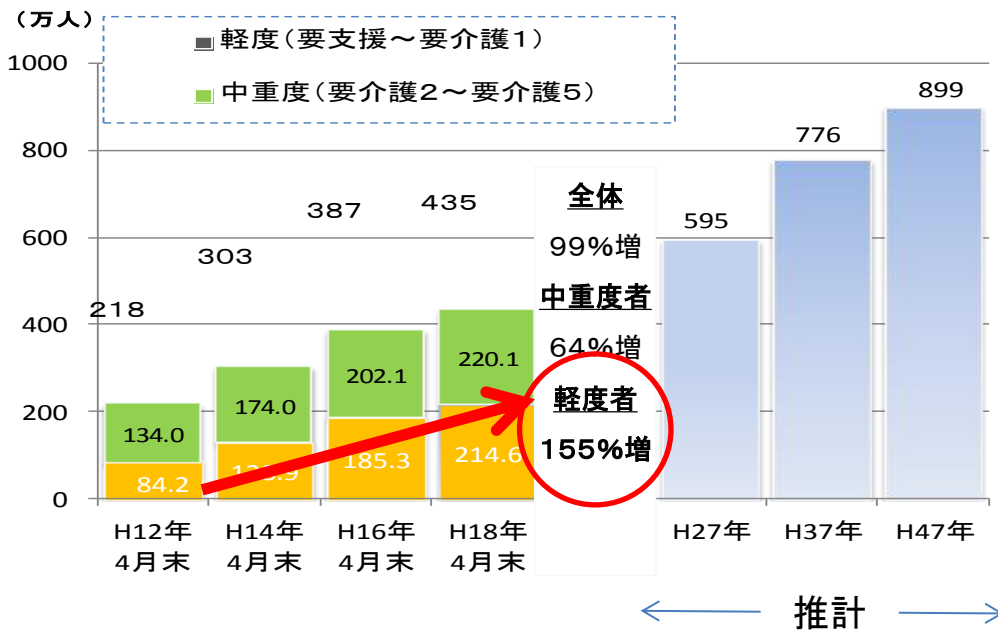
自立の合意形成

介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

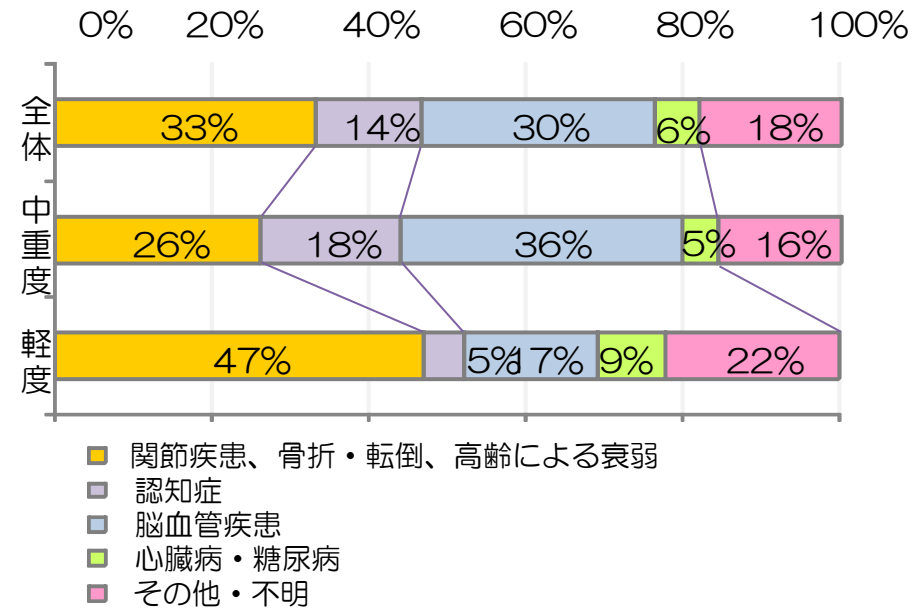
- 要支援・要介護1の認定者（軽度者）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



厚生労働省「平成16年国民生活基礎調査」

介護予防事業
(地域支援事業)

非該当者



重度化防止



改善促進

予防給付

要支援者



重度化防止



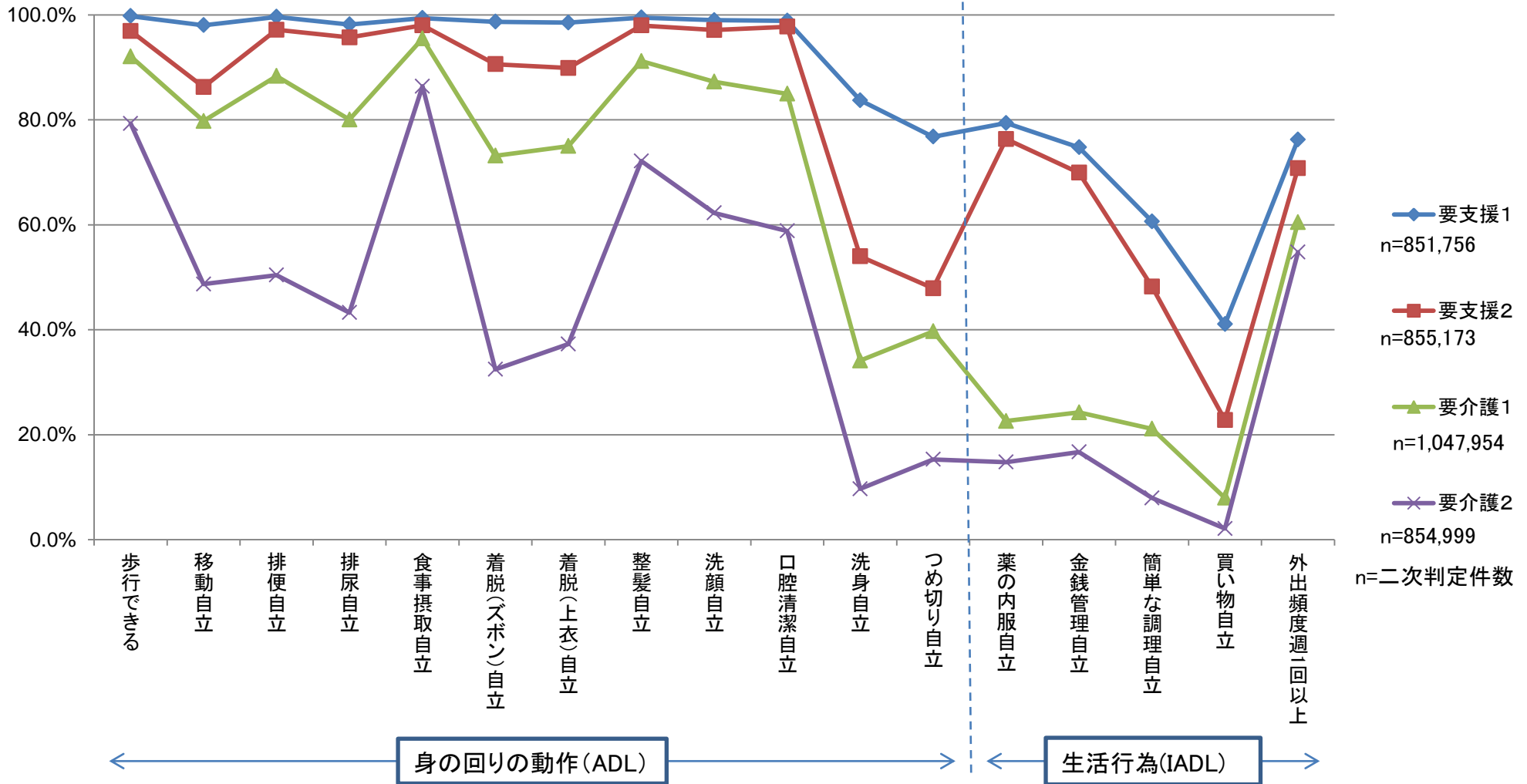
改善促進

介護給付

要介護者

(参考)要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。

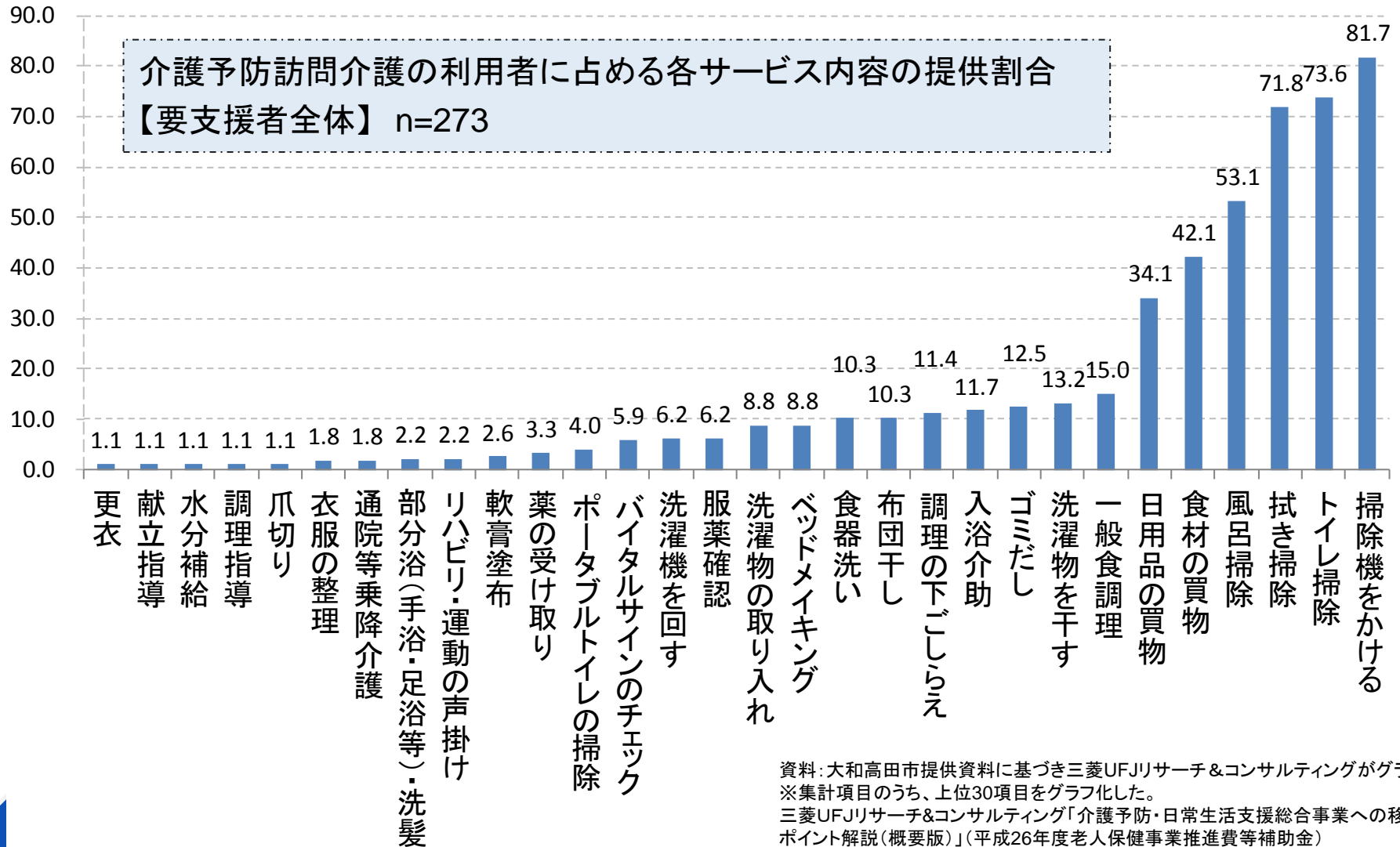


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

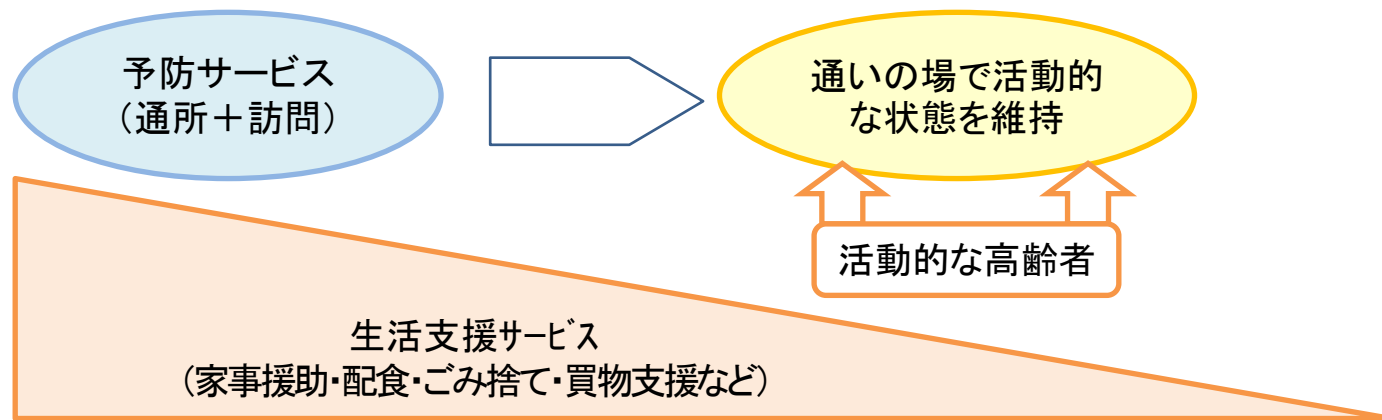
要支援者は、IADLの一部に援助を要する人が多い

(参考)大和高田市のケアプラン分析の例



予防モデル事業における要支援者等の自立支援の考え方 厚生労働省資料

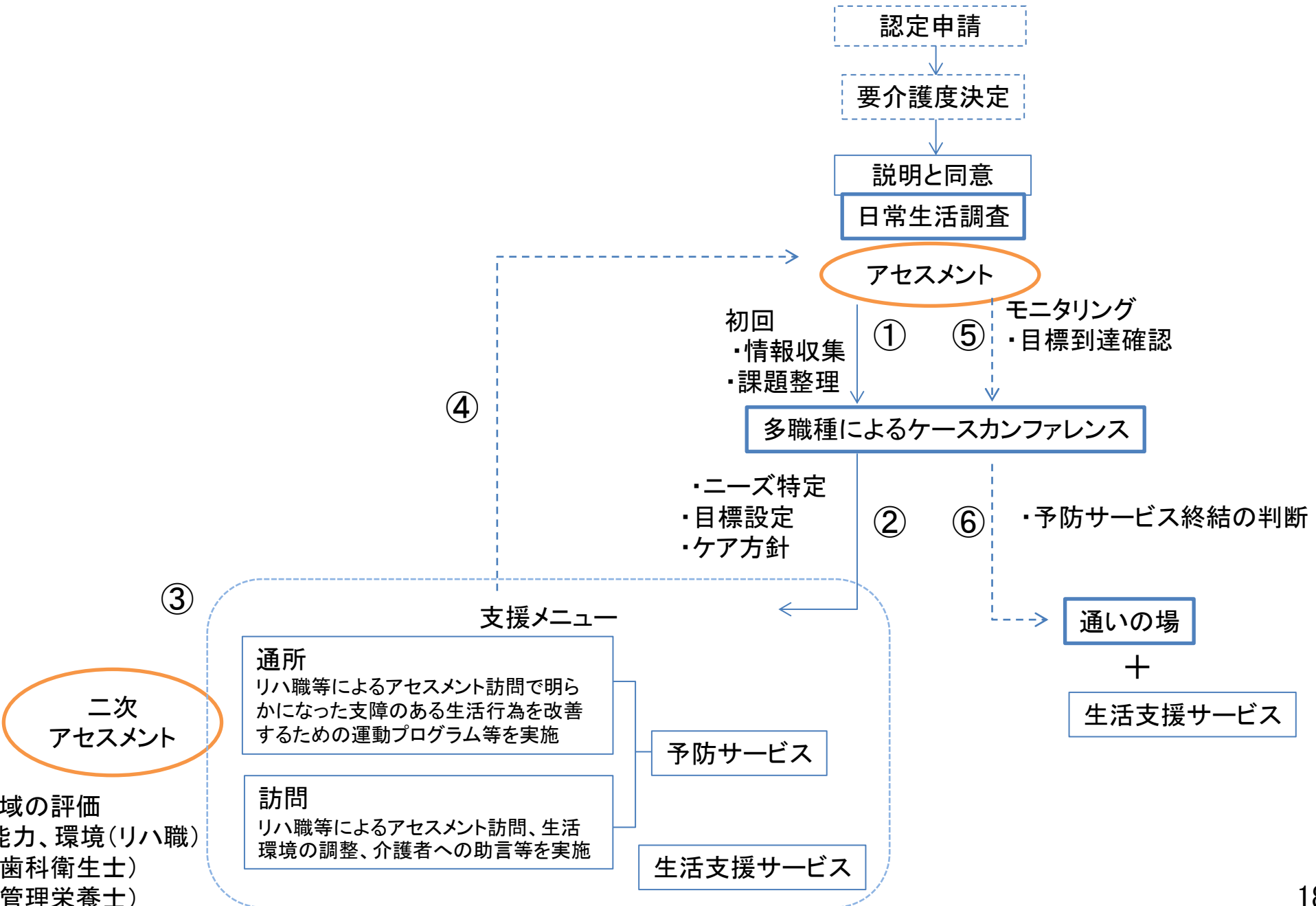
- 要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入(通所と訪問を組み合わせる実施)により、元の生活に戻す(又は可能な限り元の生活に近づける)ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

・通所に消極的な閉じこもりがちの対象者は、当初は訪問で対応しながら、徐々に活動範囲を拡大。(用事を作り外出機会を増やす、興味・関心を高め外出の動機付けを行うなど)

予防モデル事業における自立支援の流れ

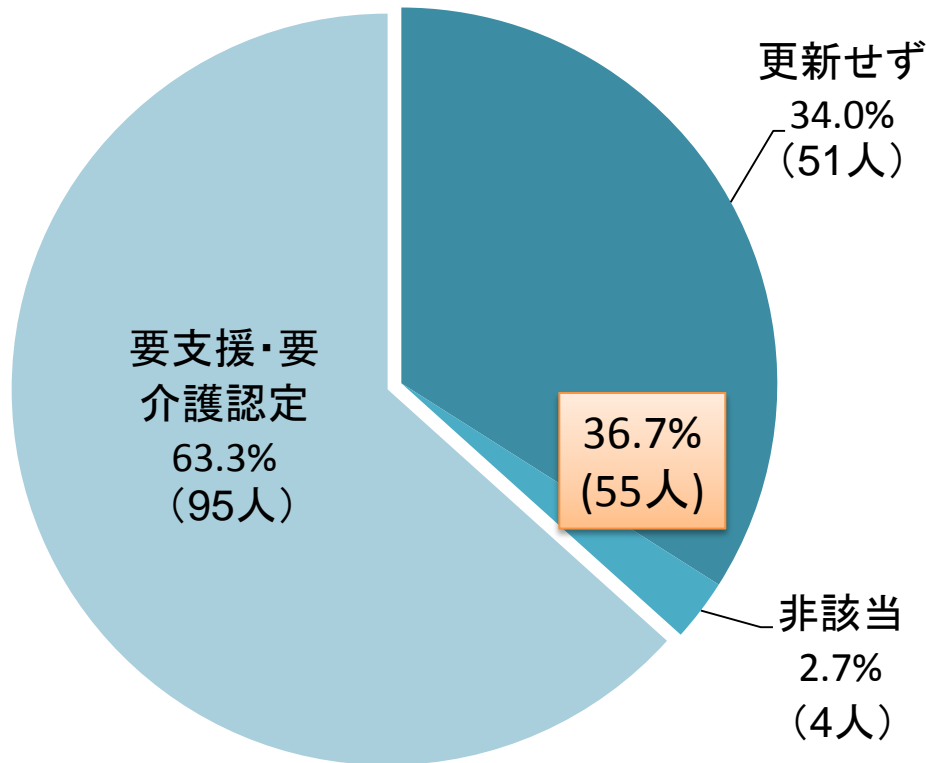


予防モデル事業における1年後の利用者の要介護度

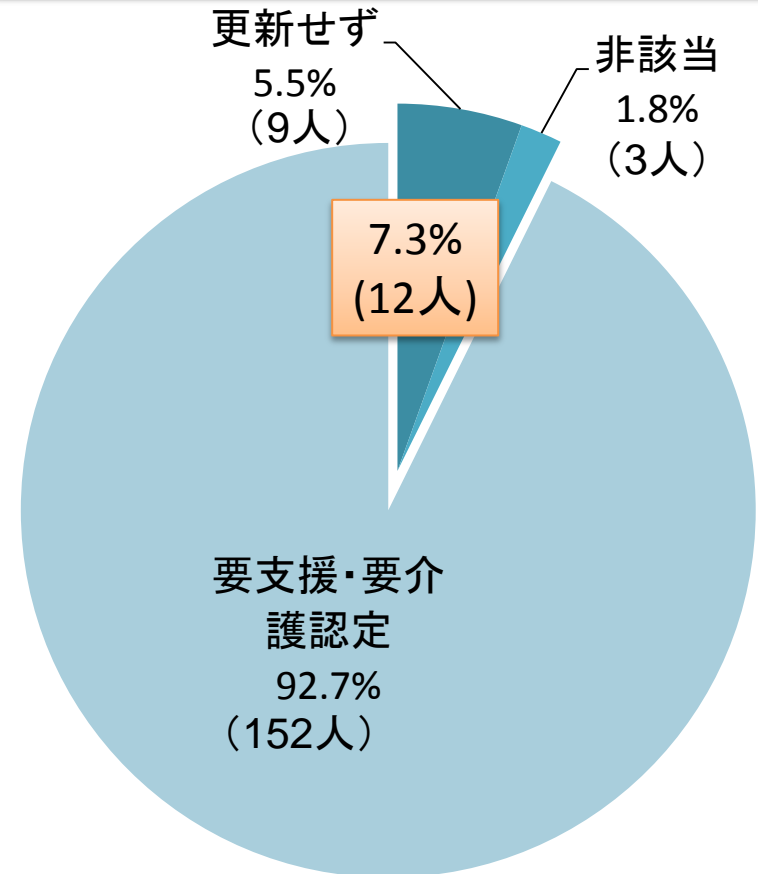
厚生労働省資料

1年後の要介護度については、介入群は比較群と比較して、更新申請を行わなかった者や非該当になった者の割合が高かった。

介入群(モデル事業の利用者)
150人



比較群(保険給付の利用者)
164人



モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、サービス開始後1年間追跡のできた介入群(150人)と比較群(164人)について、1年後の要介護度を集計。

自立の合意形成

利用者、支援者のそれぞれが、“自立”の合意形成のプロセスを踏む。
地域ケア個別会議で到達目標とサービスの具体的検討を行う。

利用者への説明と同意

“自立”の合意形成(対象者)

開始にあたって、自分でできることを増やしていくことが目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなることを予め知ってもらう。

地域ケア個別会議

“自立”の合意形成(支援者)

多機関(保険者、地域包括支援センター等)、多職種(看護職、リハ職、栄養士等)で、各利用者についての到達目標、支援メニューを検討

予防サービス

生活支援サービス

- ・予防サービスは、対象者の身体機能、認知機能だけでなく、**意欲(その気にさせる)の向上**を図る。
- ・生活支援サービスは、地域包括支援センターが、利用者の**自立を損なわないように配慮しつつ、段階的に必要量を見直す。**(必要に応じて、地域ケア個別会議で検討)

地域ケア個別会議

サービス提供から概ね3月後に、目標到達状況を確認し、**終結するサービス、継続するサービスを決定。**

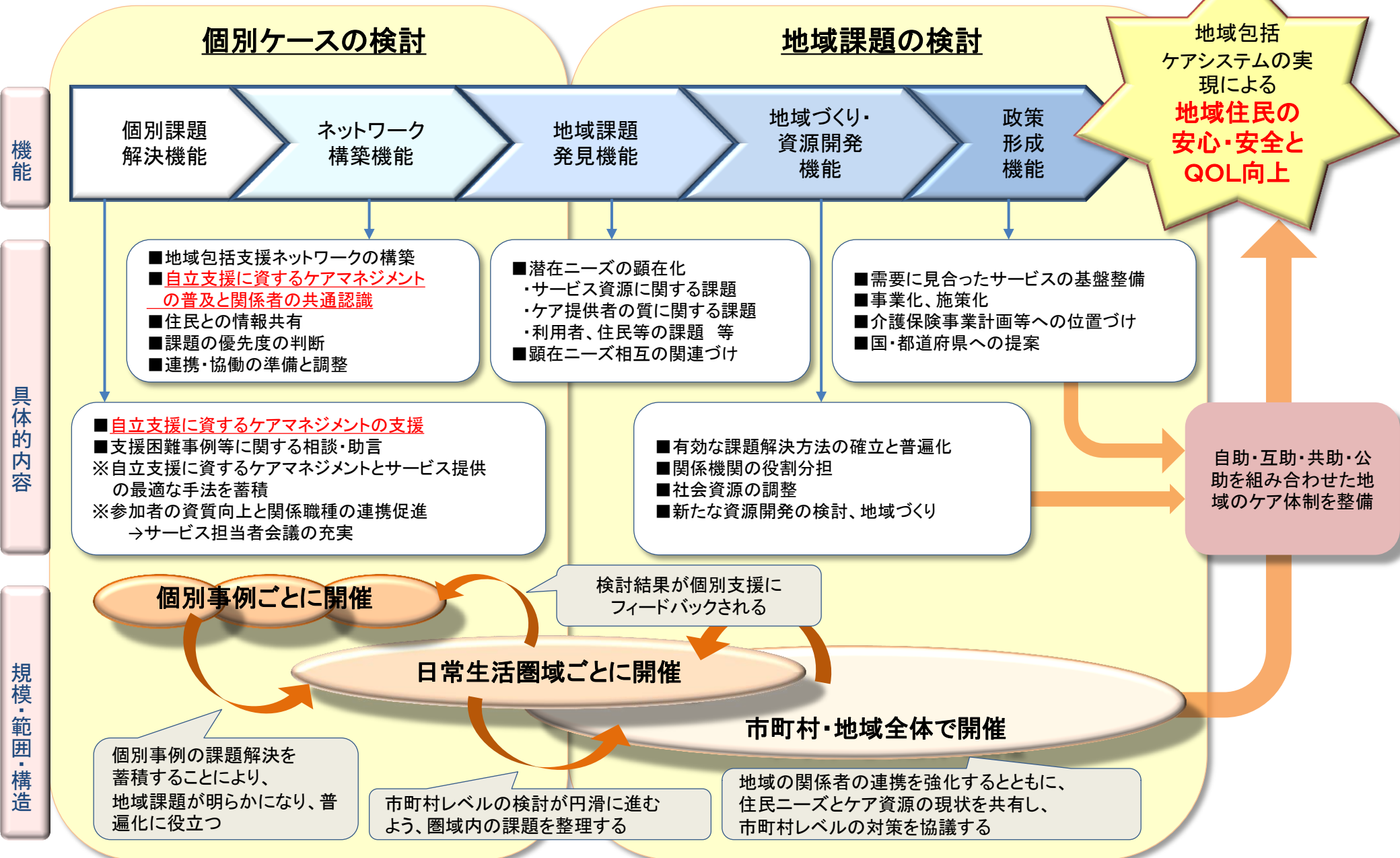
通いの場

生活支援サービス

住民運営による通いの場と必要最小限の生活支援サービスにより、**活動的な生活を維持**

出典：株式会社日本総合研究所（2014）：平成25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分）介護サービス事業所による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集」

「地域ケア会議」の5つの機能



※地域ケア会議の参加者や規模は、検討内容によって異なる。

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

【ここがポイント！】

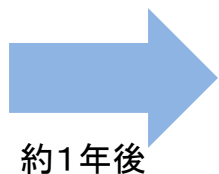
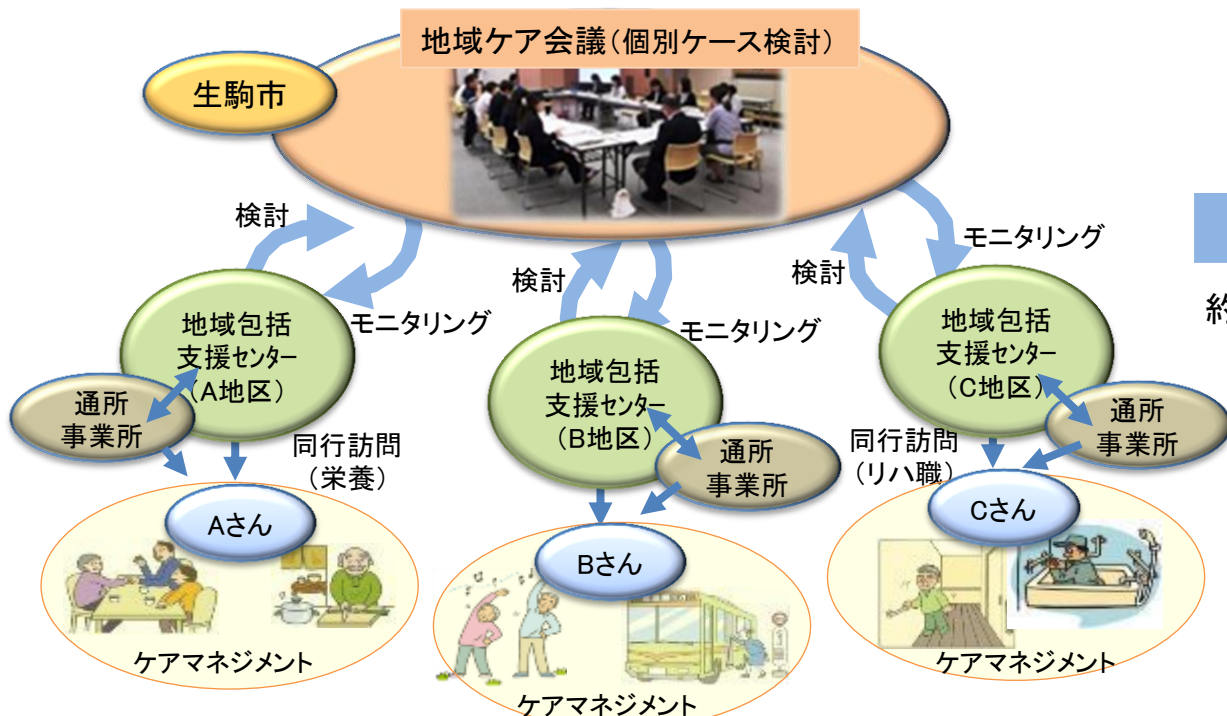
- ① ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ② 1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③ 疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④ 継続(毎月1回)

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
- ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
- ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円

平成25年4月1日現在



○地域包括支援センター

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
- ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
- ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
- ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

○通所事業所

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 的確な個別プログラムが立てられる
- ・ 通所の“卒業”の意識が定着
- ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

多様な主体による多様な支援

1 事業の目的・考え方

(1) 総合事業の趣旨

総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、**住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実**することで、**地域の支え合い体制づくり**を推進し、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することを旨とする。

(2) 背景・基本的考え方

イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

ロ 高齢者の社会参加と**地域における支え合い体制づくり**

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や**居場所と出番づくり**などの環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、**地域づくり**の方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

ホ 認知症施策の推進

ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、**認知症にやさしいまちづくり**に積極的に取り組む。

ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、**豊かな地域づくり**につながっていくため、**要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくり**に心がけることが重要。

サービスの類型

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

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

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

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	旧予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

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

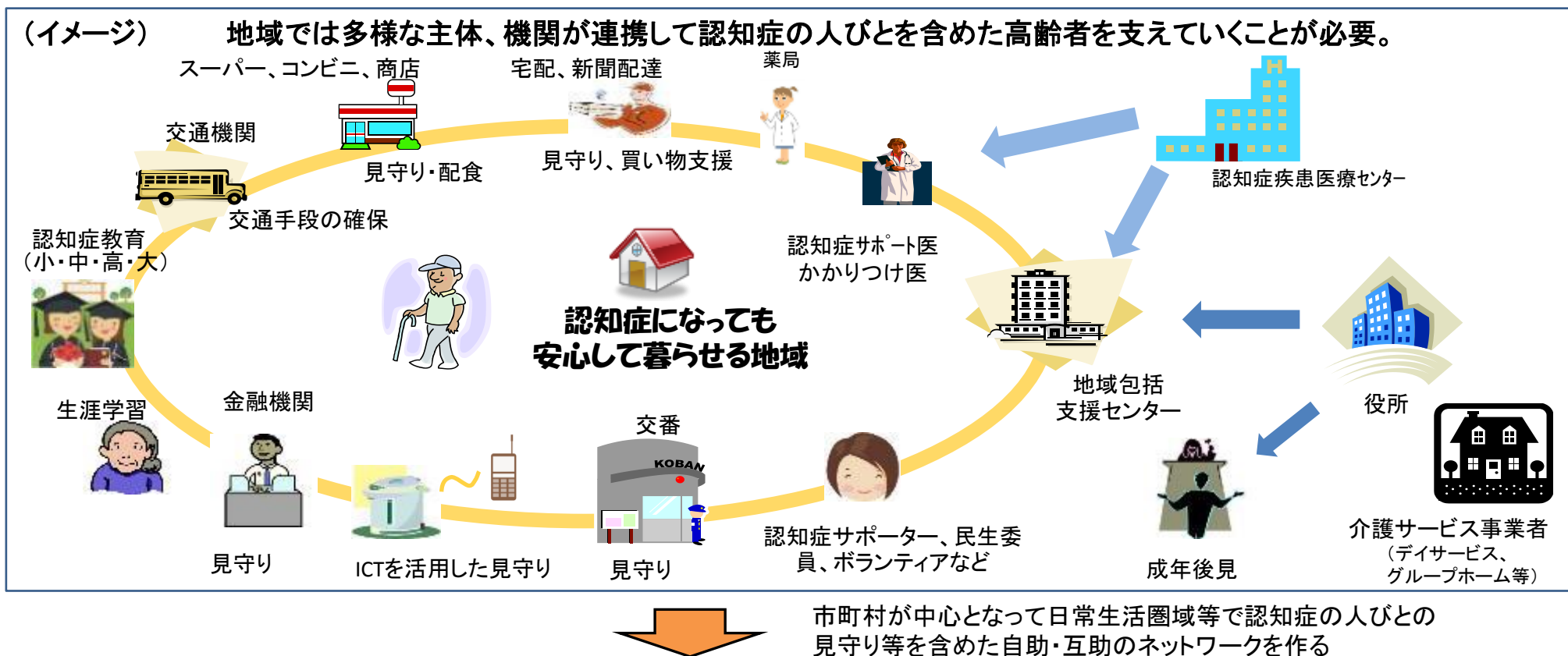
基準	従前の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活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

③その他の生活支援サービス

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

社会全体で認知症の人びとを支える

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



関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

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

各国の身体介護、家事援助、生活支援一覧表（抜粋）

身体介護（在宅）	訪問型	食事介助	生活支援	訪問型	安否確認	見守り・安否確認
		入浴介助			電話による安否確認	
		排泄介助			外出支援	移動支援（その場所まで連れて行く）
		清拭			病院・市役所への付添（説明）	
		身体整容			日常生活支援 （日常的な困りごと支援）	ゴミ出し
		衣服着脱				一時的な家事支援
		体位変換				手紙や電話の音読・代筆（異文化交流・通訳・翻訳含む）
		服薬介助（準備と確認）				簡単な修理・手入れ（家・道具）
		起床・就寝介助			犬の散歩	
		リラックス・ストレッチ			認知症者の見守り	
家事援助	訪問型	掃除	生活支援	訪問型	精神的支援	話し相手（友愛訪問）
		洗濯			散歩同行	
		買物			家族支援	
		調理（あたためのみも含む）			臨終の付添い	
		配下膳（片づけ）			グリーンケア	
		ベッドメイク			孤立防止 （自立支援）	引っぱり出し支援（孤立防止）
					ネットワーク・コーチング	
	家計自己管理支援					
	自助グループ（クライアントグループ含む）					
	交流型	社会的交流	活動センター（公共が場を提供）			
			趣味、教養アクティビティ			
			屋外アクティビティ（体操、ガーデニング、遠足）			
			認知症カフェ			
			各種カフェ（PCカフェも）			
			起業・就労支援			
	福祉サービス型	福祉サービス	アラーム及び緊急時対応			
			配食サービス			
			予防訪問			
			住宅改修			
			補助器具			
			移動支援（タクシー券付与）			
			移動支援（マイクロバス同乗、運転。路線バス同乗）			
	各種相談					
			預貯金管理・契約代理（権利擁護）			

出典：東京家政大学人文学部准教授 松岡洋子氏作成資料を一部抜粋（国際長寿センター（2016）平成27年度老人保健健康増進等事業「地域のインフォーマルセクターによる高齢者の生活支援、認知症高齢者支援に関する国際比較研究」p.109-110）

訪問介護の概要

定義

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者等）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

※「訪問介護員等」

介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう。

訪問介護のサービス類型

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護 >> 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等
 (例：入浴介助、排せつ介助、食事介助 等)
- ② 生活援助 >> 日常生活の援助であり本人の代行的に行われるサービス
 (例：調理、洗濯、掃除 等)
- ③ 通院等乗降介助 >> 通院等のための乗車又は降車の介助（乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む）

2 生活援助

生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。（生活援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるということが出来る。）

※ 次のような行為は家事援助の内容に含まれないものであるので留意すること。

- (1) 商品の販売・農作業等生業の援助的な行為
- (2) 直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

◆ 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。

2-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色等のチェック

2-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整等

2-0-3 相談援助、情報収集・提供

2-0-4 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

※【服部注】なお、以下は身体介護に分類される。

「特段の専門的配慮をもって行う調理」

例：流動食の調理

「自立生活支援のための見守りの支援（自立支援、A D L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）」

例：一緒に手助けしながら行う調理

入浴、行為等の見守り

自立を促すための声かけ 等

【メリット】

- ・ 比較的短期間で創出可能（主に介護事業所との調整のみ）
- ・ 新たな担い手（例：資格を持たない者）を活用可能
- ・ 事故時の対応、質の確保等は従前相当と同等
- ・ 単価を引き下げることで事業費を抑制可能

【デメリット】

- ・ 従前相当と類似したサービスであるため、利用者像の違いも曖昧
- ・ 老計10号の範囲内のサービスに限定されるため、範囲を超えた多様なニーズへの対応は不可
- ・ 担い手の確保に時間を要する
- ・ 事業費の抑制効果はごく限定的
- ・ 単価設定によっては、住民主体の活動を抑制

多様な主体による多様なサービス・支援の充実

○多様な価値観を持つ多様な主体が、協働して課題解決に向かうために必要な条件

1. 直面している危機的状況が、分かりやすく可視化されていること (→**共有**)
2. 解決すべき課題が、具体的に示されていること (→**目標**)
3. 何をやるかが、多様な価値観・多様な主体の当事者に任されていること (→**自由**)

出典：信州大学経法学部 井上信宏教授 作成資料
(松本市地域づくり関係職員研修会 2016 年8 月20 日)

総合事業における補助の考え方①

○介護保険法施行規則

第百四十条の六十二の三 法第百十五条の四十五第一項 本文の厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。

一 法第百十五条の四十五第一項第一号 に規定する第一号 事業（以下「第一号事業」という。）を提供する際には、市町村又は地域包括支援センターが、同号に規定する居宅要支援被保険者等（以下「居宅要支援被保険者等」という。）の意思を最大限に尊重しつつ、当該居宅要支援被保険者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、適切な介護予防支援又は同号二に規定する第一号介護予防支援事業（以下「第一号介護予防支援事業」という。）による援助を行うこと。

二 市町村が、法第百十五条の四十五第一項 に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を実施する際には、補助その他の支援を通じて、地域の人材や社会資源の活用を図るよう努めるものとする。

総合事業における補助の考え方②

地域支援事業実施要綱（老発第0609001号 平成18年6月9日）

- ・ (d)について

補助（助成）の方法で事業を実施する場合について、当該補助（助成）の対象経費や額等については、立ち上げ支援や活動場所の借り上げの費用、間接経費（光熱水費、サービスの利用調整等を行う人件費等）等、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が、ボランティアがサービス提供する場合には、その人件費等は補助の対象とすることはできない。また、施設整備の費用（軽微な改修は除く。）、直接要支援者等に対する支援等と関係ない従業員の募集・雇用に必要な費用、広告・宣伝に必要な費用等も対象とすることはできない。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。

なお、住民主体の自主的な取組や活動を阻害しないよう、実施主体の活動内容については、過去に国庫補助金等から一般財源化された事業も含めて実施を妨げるものではない。

必要な支援は、お金とは限らない

場所・備品の手配

空き教室や商店街の空きスペースなど、活用できる場所が地域にあっても、場所によっては利用のルールが柔軟でない場合もある。また、体操教室の道具やDVDプレーヤー、配食のための調理器具など、備品の費用の捻出に苦労するケースもある。

広報支援

広報のノウハウがないために、活動が地域に広がっていないケースも多い。団体に対し広報ツールを提供する、行政側でリスト化してPRする、広報誌等で活動を取りあげる等の方法がある。特に、活動が評価されるような取組は担い手の動機づけにもつながる。

専門職の派遣

リハビリ職等を体操教室に派遣し体操の仕方を指導する、配食団体に対し栄養士が助言するといったこと等が考えられる。ただし、専門職は貴重な資源であることに留意が必要。広くうすく張り付ける方法を検討する必要がある。

資源同士をつなぐ

NPO・ボランティアなどの機能的団体は、地縁団体や行政との関わりが少ないことが多い。地域の中で活動する団体・事業者等が交流する機会をもつことで、新たな活動のアイデアが生まれることもある。第2層協議体の重要な役割でもある。

出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

多様な主体による多様なサービス・支援の充実

ただで借りられる調理場所は見つかったけど、道具代の捻出が難しい。

道具代の補助

助け合いの仲間を増やしたいけど、どうやって募集すればいいの？

広報の支援



活動の中で起きる困り事は、“住民任せ”にせず協力して対応

住民主体の活動では対応が難しい困難ケースが生じることも多い。こういう時に全面的にバックアップすることで、「何かあれば助けてもらえる」という安心感が活動を継続させる。また、**活動の中の困りごとは、新たな活動の種になる**こともある。

(例)最近、認知症症状のある人がサロンに来るようになり対応に困っている。



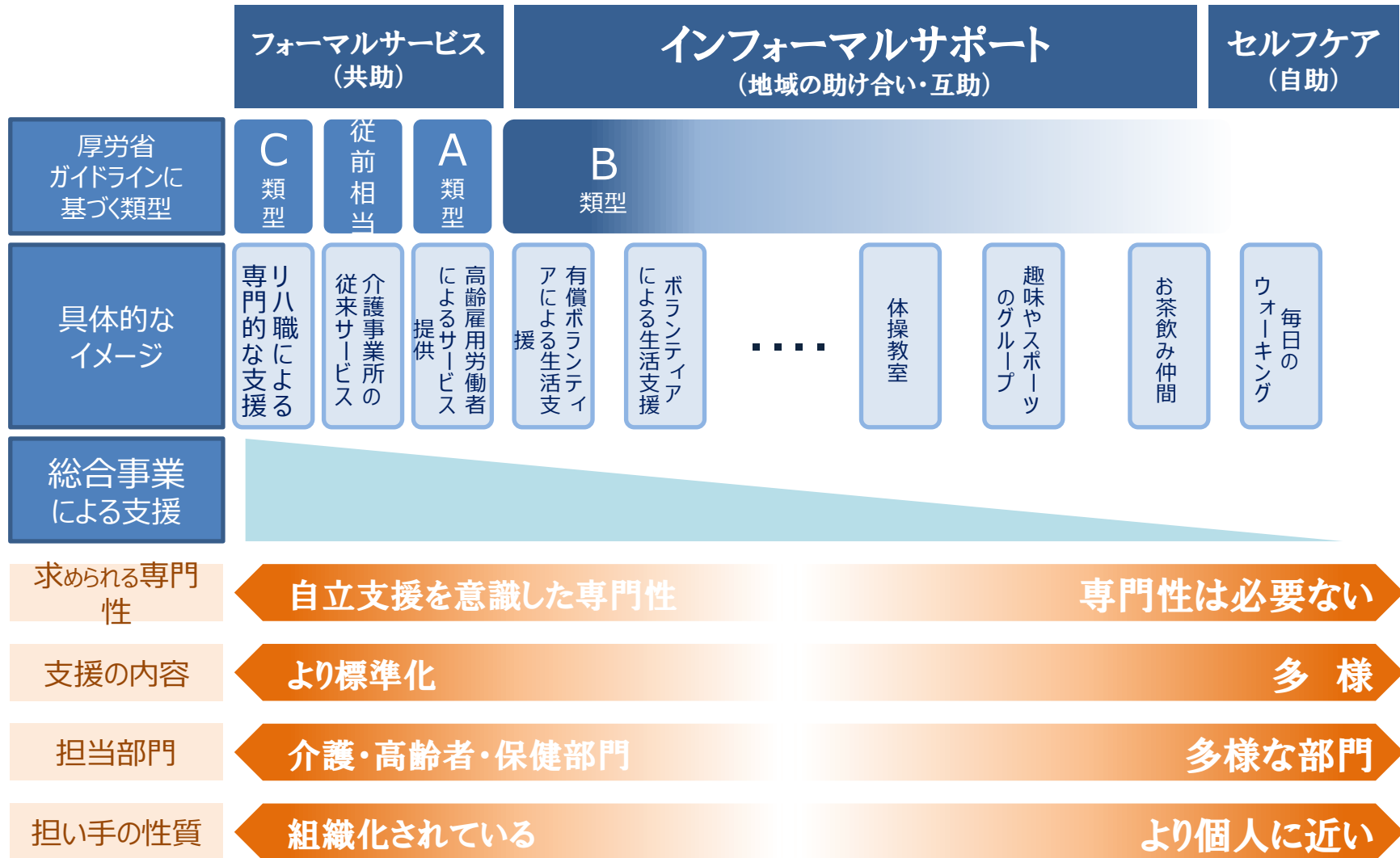
困ったことがあれば、包括等で対応し、必要なサービスにつなげる仕組みを構築。



サロンで認知症サポーター講座を開催し、軽度なら受け入れられるよう体制を強化。

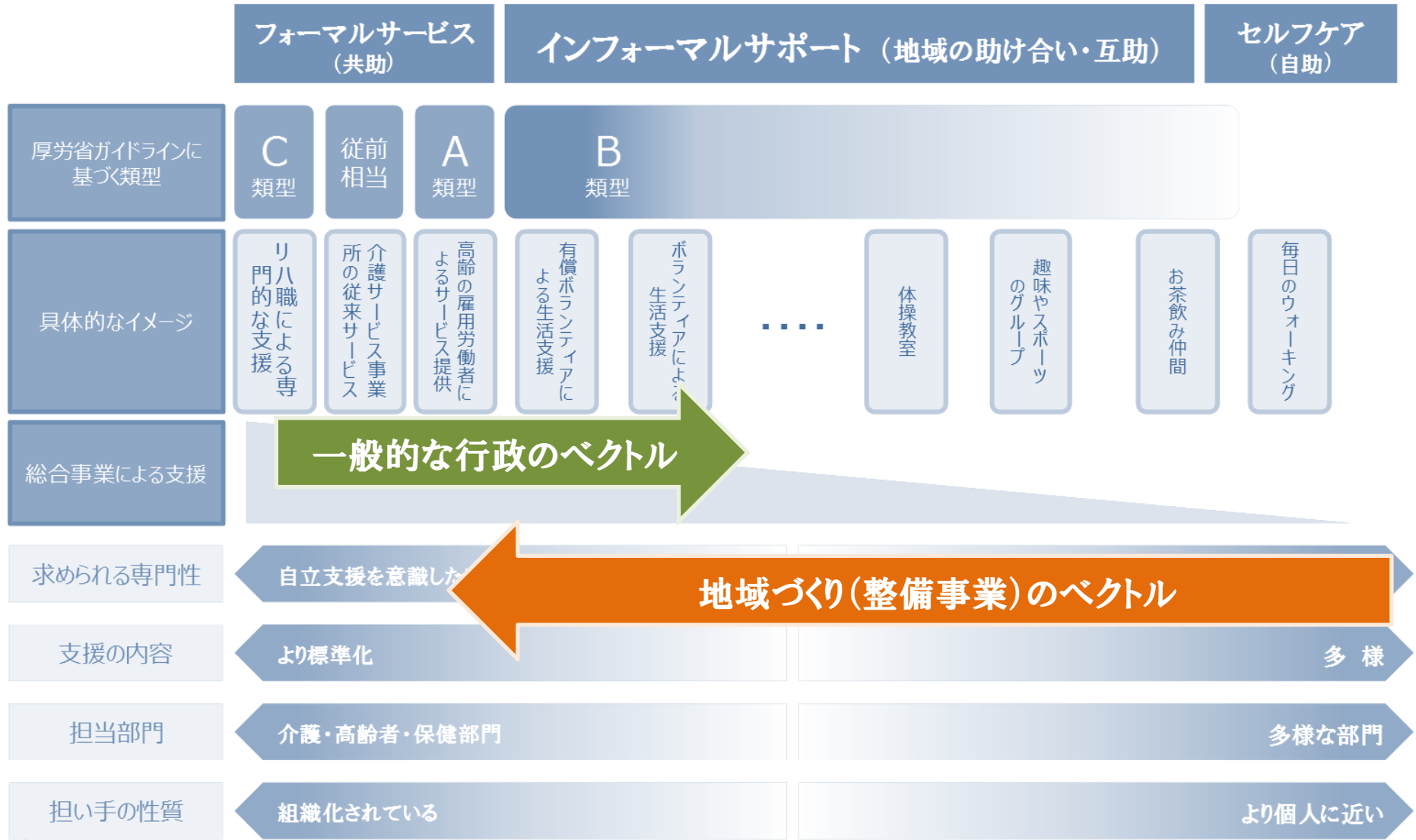
出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

サービス類型の考え方



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成資料

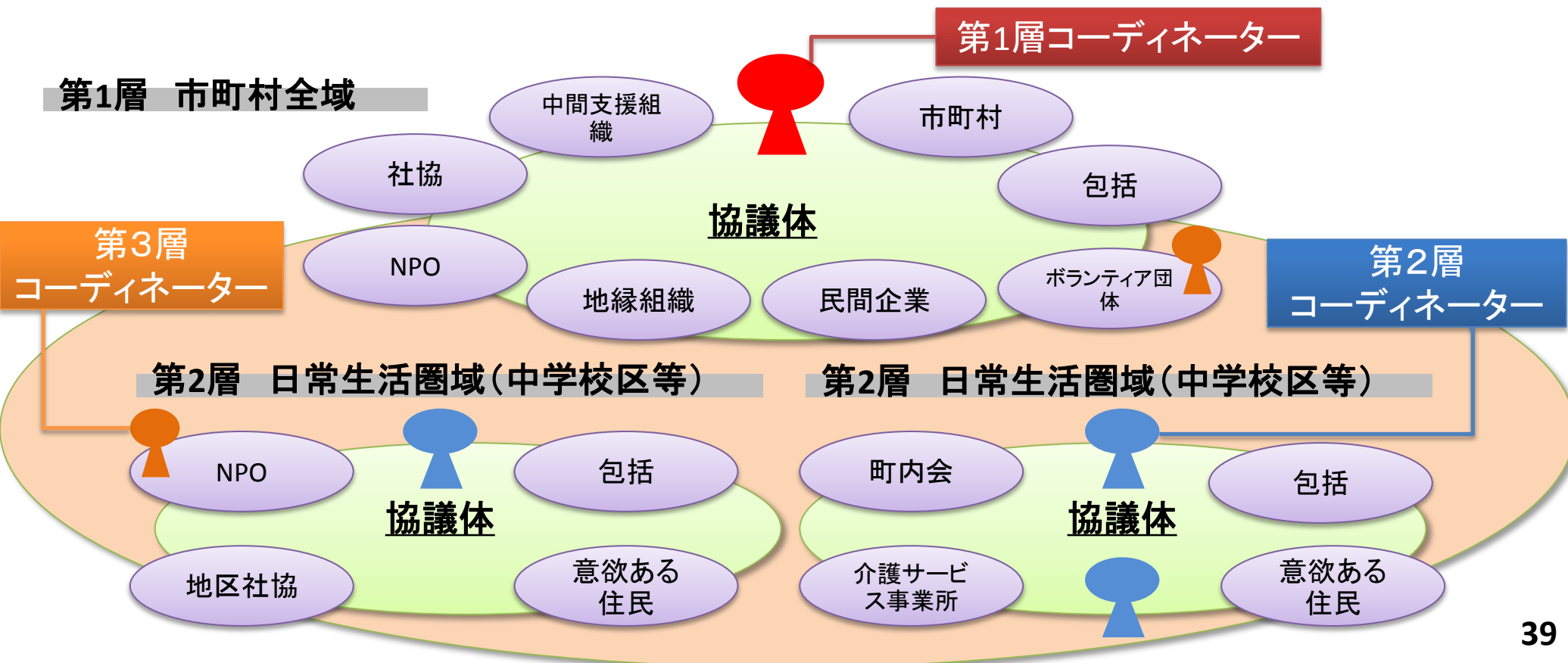
地域づくりのベクトル



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成資料

コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれるため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される。



第2層生活支援コーディネーターは、こんな人？

いつのまにか溶け込んでいる

地域の組織や団体に仲間入りするところから、地域づくりは始まる

ノリがいい

楽しくないと地域づくりは続けられない。地域のムードメーカーとしての期待も大きい。

放っておけない

組織や団体の困りごとに共感し、共に対応する姿勢が関係を構築するカギ

縁の下の力持ち

主役は、あくまで地域で活動している人たち。一步下がって支える姿勢が重要

人をその気にさせる

新規活動の立ち上げや既存の活動の充実には、担い手の動機づけが不可欠



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

はぐくむ前に「みつける」

“サービス”と“助け合い”で、みつける方法は異なる

“サービス”
専門職等

“助け合い”
なじみの関係

訪問介護

民間サービス
(配食、宅配など)

有償ボラによる
生活支援

.....

ボランティア
による生活支援

ご近所のちょっと
した家事援助

ご近所の見守り

通所介護

民間サービス
(スポーツジム等)

有償ボラによる
ミニデイ

.....

体操教室

サークル、サロン

お茶のみ仲間

関係機関等からの情報収集が中心

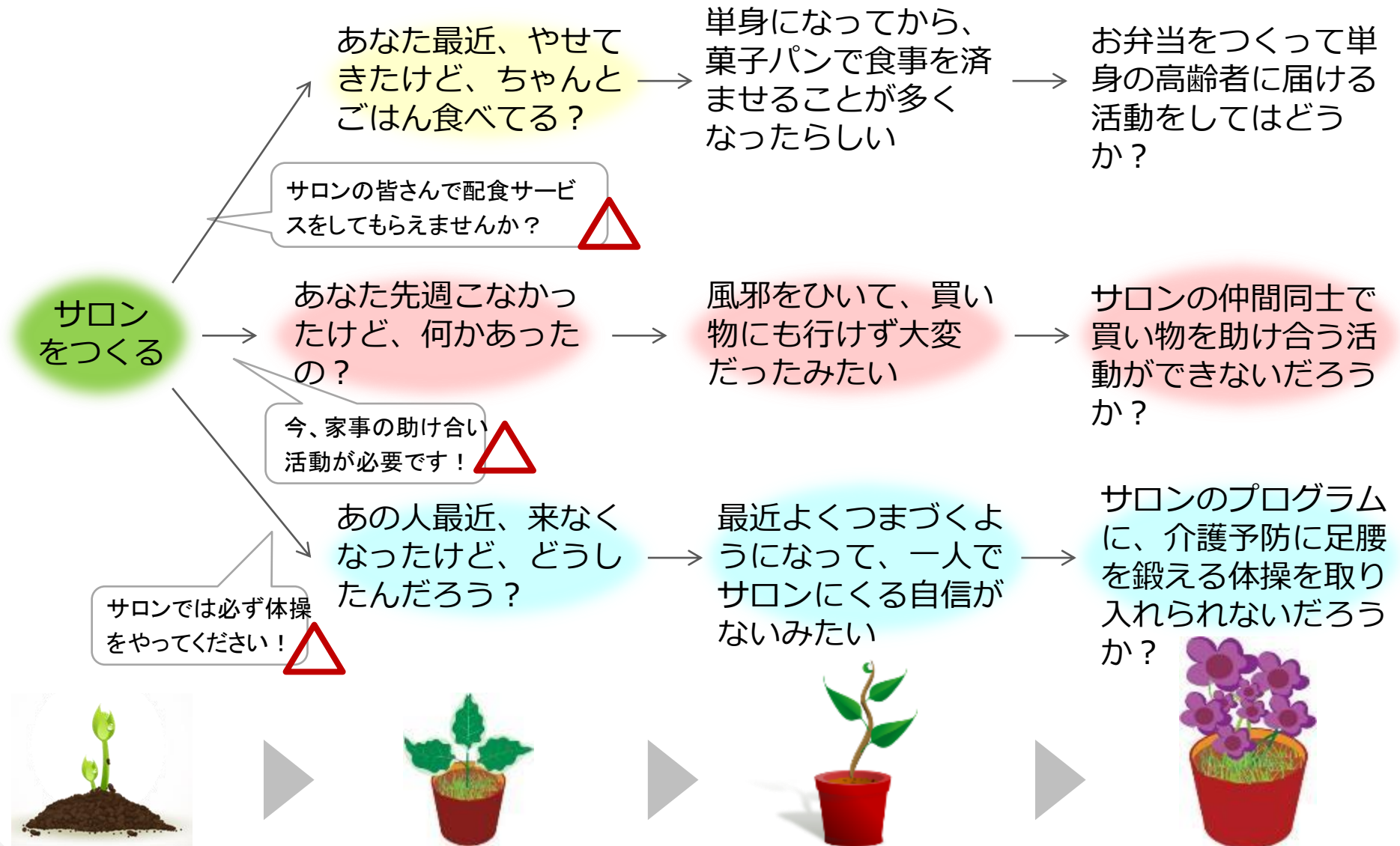
地域包括支援センター
居宅介護支援事業所
庁内の商工セクション
各種情報媒体の収集 / 等

地域に通う + 住民・ケアマネ調査

自治会・町内会、民生委員
老人クラブ
地区社協、NPO・ボランティア団体
地域包括支援センター / 等

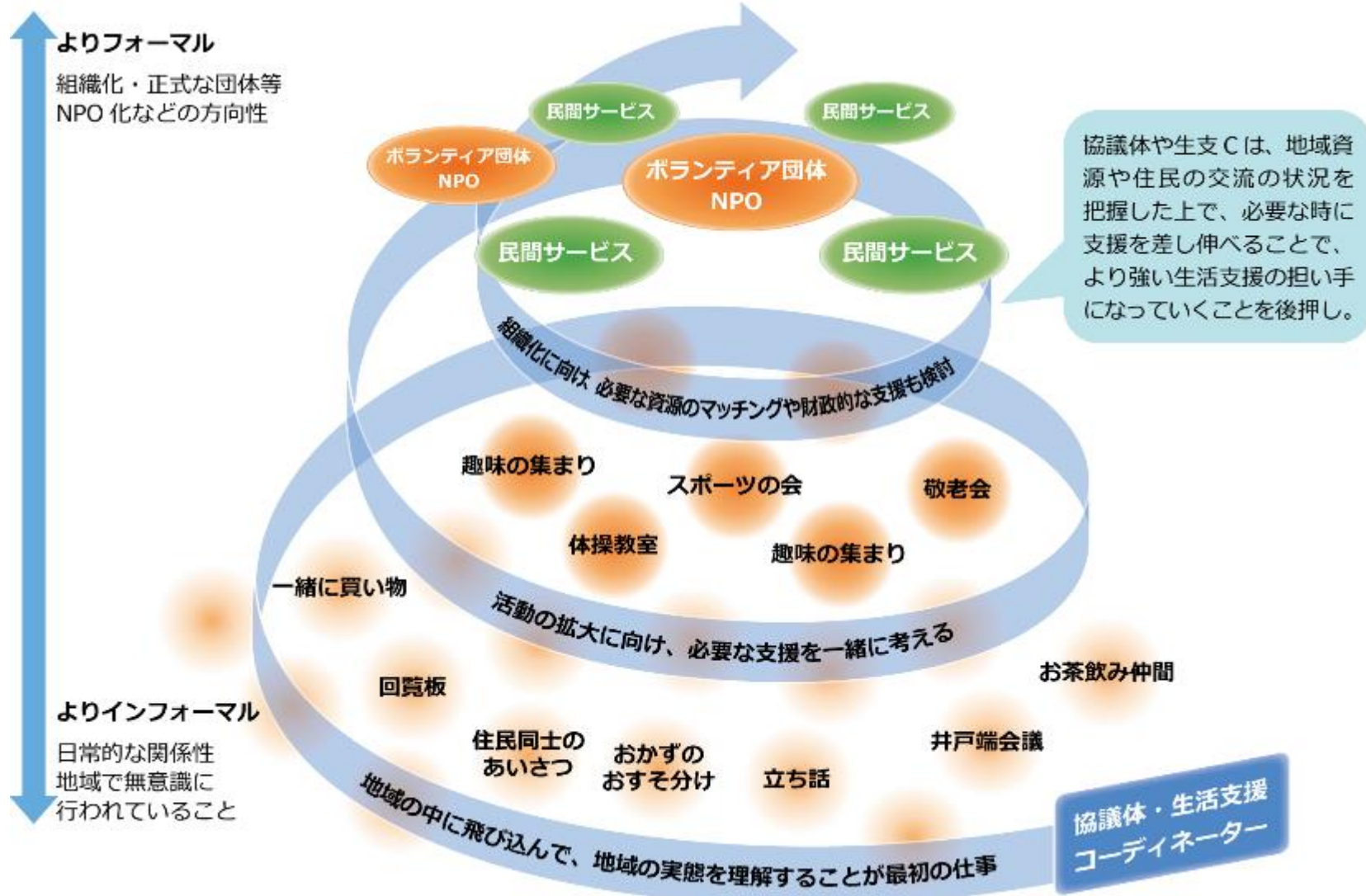
出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

「住民主体の原則」を貫き、“つかずはなれず”支援



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

多様な資源をはぐくむイメージ



資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「新しい総合事業における移行戦略のポイント解説(概要版)」
(平成27年度老人保健事業推進費等補助金)

例えば、こんな風に「はぐくむ」プロセス

であう

どんな活動も一人ではできません。まずは、地域の人たちが集まる場所を仕掛けてみましょう。協議体をそうした場にするのもあり。



つながる

地域の人々が地域について話しているうちに、「これは問題だ」「なんとかしなきゃ」がでてくる。ここは焦らず、ゆっくり時間をかける。



つたえる

生まれた活動は、積極的に外部に発信。活動している人の魅力を伝えることは、新たな担い手の確保や本人の活動の継続にもつながる。



うまれる

活動のアイデアが出てきたら、活動に必要な支援を洗い出して、生活支援コーディネーターや行政と相談。総合事業も積極的に活用しましょう。



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料

協議体で目標を共有する

放っておくと・・・

みんなで目標を共有

自治体

地域づくりの基本方針を示さず、介護保険外の支援・サービスの整備が進まない

地域

行政からの“押しつけ”の負担で疲弊し、自主的な地域づくりが進まない

自治体

地域づくりの基本方針を明示し、ニーズに応じて住民・専門職の取組を支援する

地域

“お互いさまの助け合い”の輪を時間をかけて広げていく

地域のつながりが喪失、人材不足が進む
負の循環

地域のつながりが再生し、専門職も活かされる
正の循環

包括・ケアマネ

介護保険外の支援・サービスが不足し、介護保険への依存が高まる

専門職

専門職でなくても提供できる支援・サービスに従事しなくてはならず、人材が不足する

包括・ケアマネ

住民の支援と専門職サービスを利用に結びつける

専門職

専門職にしか提供できないサービスに特化する

出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング副主任研究員 齋木由利氏作成資料