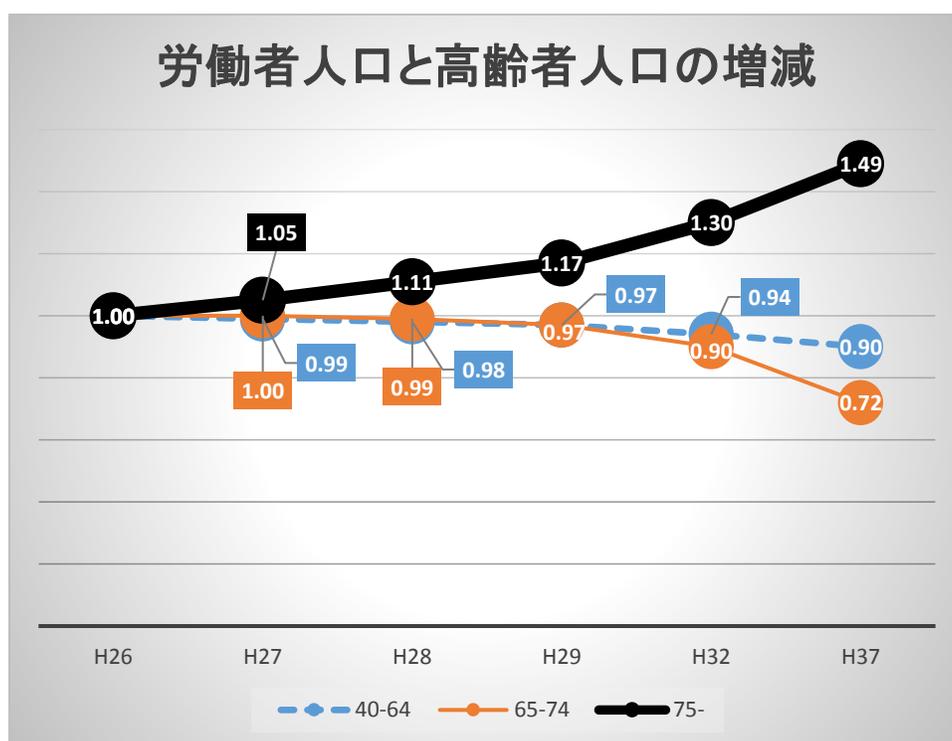


新しい総合事業実施について

はじめに・・・ 総合事業導入の背景

わが国の総人口は減少しているものの、平均寿命の延伸や少子化の進行などにより、65歳以上の高齢者は年々増加し、4人に1人が高齢者という状況となっています。今後は「団塊の世代」が高齢期を迎え、さらに10年後には75歳以上となり、1人暮らし高齢者や高齢者世帯、要介護認定者、認知症高齢者が増加することは避けられない状況です。これは、江南市でも同じ状況です。



このグラフは、平成26年度の江南市の人口を1.00とした時の、今後の年齢別人口の増減を表したグラフです。平成37年度には、75歳以上の高齢者が約1.5倍になるのに対し、労働者人口は約1割減少します。今後10年で「**高齢者が増える**」「**労働力は減る**」という状況が予想される中、どうやって高齢者の生活を支えていくのか、そんなところから考えられたのが総合事業です。

総合事業のイメージ

平成 26 年度に介護保険制度の改正が議論される中、その改正の大きな目玉として総合事業導入が決定しました。このとき、新聞やテレビの報道では、総合事業の本来の意義や目的はほとんど語られず「要支援者の切り捨てだ！」と大きく批判され、総合事業はよくないものだ、というイメージが先行していると思います。ここで、改めて総合事業のイメージを整理してみましょう。

まず、要支援者も従来どおり介護保険サービスを利用できます。

今まで予防給付として利用していた要支援者のヘルパー・デイが総合事業の中で利用するようになるだけで、今まで利用していた人は、今までどおり利用できます。

ただし、一部の専門的でないサービスについては、住民の方たちに力を発揮してもらおうというものです。つまり「**住民の力も借りて高齢者の生活を支えていく**」というのが本来のイメージです。退職した年代である 60～70 代の方々を中心に、地域に入っていて「地域のつながり」や「地域の支え合い」を実現していくことを想定しています。また、これに限らず、ボランティアや雇用契約の形で高齢者を支援していくことも考えられます。

それでもやはり、反対意見はあるとは思いますが。しかし、先に述べたように「**高齢者が増える**」「**労働力は減る**」という状況が予想される中、これ以外に方法はないと思われます。

1. 総合事業の目的

次に、総合事業の目的について、ご説明します。一言で言うと、こんな感じです。

「**住民がいろいろな形で参加して**高齢者を支援することで、**地域の支え合いを実現する**」

総合事業には、2つの大きなポイントがあります。まず、1つめは「**地域のつながりを深める**」ということです。今までは、支援する側とされる側がはっきり分かれている関係性でしたが、地域のちょっとした困りごとをお手伝いするしくみや集まりの場へ参加しながら地域とのつながりを深めていくことを目的としています。

そして、2つめは「**地域の支え合いに参加することが介護予防になる**」ということです。今までは、“運動機能向上プログラム”などのように、やらされ感があって、続かない人が多かったのですが、総合事業では地域の中でそれぞれ役割を持ってもらい、生きがいを持っていただくことがいちばんの介護予防である、というように考えられています。

この話を聞いて、ほとんどの方が「地域の支え合いなんてムリに決まってるでしょ！」と思われると思います。確かに、そのとおりです。こんなことは今すぐできることではありません。しかし、3回目になりますが、「**高齢者が増える**」「**労働力は減る**」という状況が予想される中、これ以外に方法はないと思われます。ですので、今すぐできなくても、少しずつでも、ちょっとずつでも「地域の支え合い」の土壌を養っていけば、10年後には高齢者の生活を地域で支えていく社会が実現できる可能性はある、総合事業はそのように考えられています。

これからの専門職の役割

総合事業の主役はあくまでも“住民”です。これを聞いて「私たち専門職の立場はどうなるんだ？」と心配されていると思います。確かに、総合事業では出番が少なくなってくるかもしれません。

専門職の方々は高度な知識や技術をお持ちです。そのような方々には、身体介護を中心とした中重度の方のケアを集中的にお願いすることになります。「**軽度の方は地域で支えてもらい、中重度の方を集中的に支える**」これが専門職の方の今後の役割となってきます。「**高齢者が増え**

る」「労働力は減る」という状況が予想される中、どうしても専門的なケアが必要な方を優先的に支援していかなければなりません。今後、専門職の方の役割は、少しずつ中重度の方のケアにシフトしていく必要があります。

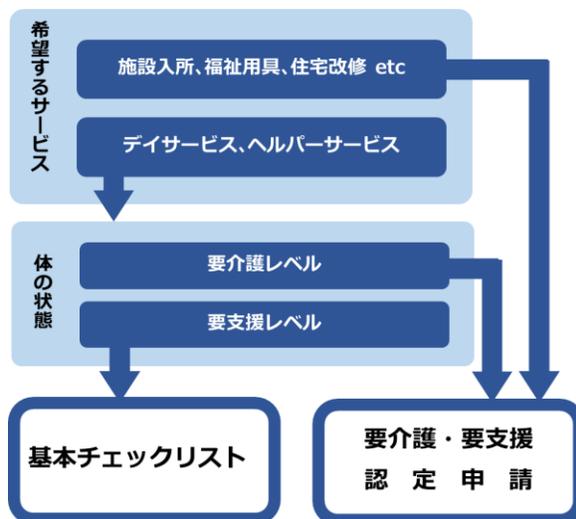
2. 制度的な変更点

総合事業が導入されると、当然、今までのルールと変わってくる場合があります。大きく変わるところは、次の2点です。

1. 要支援者のヘルパー・デイは総合事業で実施
2. 総合事業のみを利用する場合は、認定申請をせず、基本チェックリストの判定で利用できる

「総合事業のイメージ」のところでも少し触れましたが、今まで予防給付として利用していた要支援者のヘルパー・デイが総合事業の中で利用するようになるだけで、今まで利用していた人は、今までどおり利用できます。利用者からすると何も変わりません。全国に先駆けて総合事業を実施している自治体（県内ではH27.4に高浜市で、H28.4からは春日井市や北名古屋市などでスタート）でも、利用者からの苦情もないという報告を受けています。

次に、2つ目のポイントの方は大きな影響があると思います。今まで介護保険のサービスを利用しようとする、必ず認定申請をしなければなりませんでしたが、しかし、総合事業が導入されると、体の状態や使いたいサービスによって、手続きが変わってきます。従来、要支援レベルの方が、ヘルパー・デイを利用したい場合、認定申請をしなくても、基本チェックリストの判定でサービスが受けられるようになります（アセスメント中に総合事業以外のサービスが必要となった場合は認定調査が必要になります）。



また、基本チェックリストでの判定となりますので、要支援レベルより少し状態のいい方（従来の2次予防事業対象者）も総合事業の対象者となってくる可能性があります。

さらに、サービスの利用開始までの期間も格段に短くなります。今まで認定結果が出るまで、1ヶ月待たなければなりませんでした。基本チェックリストで総合事業対象者として判定されれば、早ければ10日程度でサービスの利用を開始できるようになります。

3. 開始・移行時期

江南市は、平成29年4月から総合事業を開始する予定です。これ以降、新たに介護保険サービスを利用する場合、前述のように、基本チェックリストまたは認定申請どちらかを入口として、介護保険サービスにつながっていくことになります。

それ以前から要支援認定を持っている方については、次の更新のタイミングで総合事業に移行することになります。更新の際、可能であれば「従来型を使うか、多様な主体によるサービスを使うか（P17「9. サービスの振り分け」で詳述）」という検討をしながら、地域包括支援センターでケアプランを見直し、1年間かけて順次総合事業に移行していきます。ケアプラン作成の委託を

受けている事業所には、更新の際に地域包括支援センターからご相談させていただくことがありますので、ご協力をお願いいたします。

また、更新の際、ヘルパー・デイ以外の予防給付を利用する予定がなければ、認定更新をする必要もなくなるわけです。

	利用したいサービス	申請方法	支給区分
H29.4以降に要支援レベルの方が新規にサービスを利用したい場合	ヘルパー・デイ	基本チェックリスト	総合事業
	それ以外	認定申請	予防給付
H29.4に要支援者が更新申請をする場合 ※	ヘルパー・デイ	基本チェックリスト	総合事業
	それ以外	更新申請	予防給付
	利用なし	更新不要	—

※ H29.3に要支援者が更新をした場合は、次回更新のH30.3から移行することになります。

4. 利用対象者の予測

では、総合事業が始まると、対象者がどのように増えていくのか、見ていただきたいと思えます。第6期の介護保険事業計画の数値をもとに、予測したものです。総合事業では、従来の要支援者に加え、二次予防事業対象者、自立サービス利用者が対象者となるイメージですが、開始前と比べて、約1.6倍の増加が見込まれます。



平成26年度に策定した「第6期江南市介護保険事業計画及び高齢者福祉計画」では通常の3年計画に加えて、5年後・10年後の予測も推計しました。その中で、今後の利用者推移は、平成27年度と比べて、5年後は32%↑、10年後は53%↑となる見込です。介護度別の利用者割合についても、第6期計画（P53・54）をご参照ください。

重度者向け事業所・軽度者向け事業所のように、利用者の受け入れについて事業所によって棲み分けができてくるのかは、かなり不透明です。今後、介護1・2も総合事業へ移行する可能性もあるため、予測は難しい状況です。

江南市としては、高齢者の方ができる限り住み慣れた地域で、安心して生活していけるよう、医療・保険・介護・福祉が連携を強化して、それぞれのニーズにあった支援策に取り組む必要があると考えています。

5. 総合事業のサービス類型

さて、次は、総合事業の中身についてご説明します。総合事業のサービス類型は、以下の表のとおりです。

	サービス名	サービス種別	備考
訪問型サービス	①訪問介護	従来 of 訪問介護	今までの予防給付と同じもの
	②訪問 A	緩和した基準によるサービス	予防給付より基準を緩くしたもの (今までの自立ヘルパー含む)
	③訪問 B	住民主体による支援	
	④訪問 C	短期集中予防サービス	今までの2次予防事業
	⑤訪問 D	移動支援	
通所型サービス	①通所介護	従来 of 通所介護	今までの予防給付と同じもの
	②通所 A	緩和した基準によるサービス	予防給付より基準を緩くしたもの (今までの自立デイ含む)
	③通所 B	住民主体による支援	
	④通所 C	短期集中予防サービス	今までの2次予防事業
その他の生活支援	①栄養改善を目的とした配食		今までの配食サービス
	②住民ボランティアが行う見守り		
	③訪問型・通所型に準じる生活支援		今までの自立ショート

訪問型サービス・通所型サービスはそれぞれ「従来 of 予防給付+A~D (Dは訪問のみ)」という類型に分かれています。まず、A型は、今までの予防給付の基準より人員基準などを緩和したものになります。基本的には、予防の指定を取っている事業所はA型の指定も合わせて取るイメージになります。詳しくは「資料2 訪問型・通所型サービスの基準・単価について」をご覧ください。C型は短期集中予防サービスで、今までの2次予防事業がそのままこの類型に当てはまります。

また、総合事業は要支援認定を持っていなくても、サービスを利用できるようになることから、従来 of 今まで自立の方を対象にしていたヘルパー・デイ・ショート及び配食サービスも総合事業の中

で実施していく予定です。したがって、今後、これらのサービスは、基本チェックリストに該当しない場合、今後は利用できなくなる、ということになります。

■ 事業所が通所 B を行う場合

基本的な通所 B は、住民主体で実施している、「（要支援者も含めた）だれもが気軽に集まれる場所」と考えています。しかし、住民主体にとどまらず、民間サービスや N P O 法人・団体、事業者などが、通所 B として実施することも可能と考えています。

したがって、特に基準もないため、独自の料金設定は可能です。届出義務まではありませんが、ご利用者様へ通所 B を実施している団体の情報提供をしたいと考えておりますので、通所 B で実施する場合は、市へのご連絡をお願いいたします（登録申込書があります）。

介護デイ、従来型と A 型のサービスを提供しながら、通所 B のサービス提供も可能です。通所 B の満たさなければならない基準などはありませんが、介護デイ、従来型と A 型の基準に反しない範囲で、通所 B を実施していく必要があります。

■ 通所 C の注意点

- ・延長はありません。3ヶ月で改善しなければ他のサービスの検討をお願いします。
- ・年度でリセットされます。

■ 配食の注意点

・介護認定を受けている方はこれまでの基準で利用できますが、介護認定を受けていない方が基本チェックリストに該当しなかった場合は、利用できなくなります。

6. サービス利用までの流れ

もう一度整理させていただくと、要支援や事業対象となれば、総合事業が利用できるようになります。まず、市役所または地域包括支援センターで基本チェックリストの判定を受けます。その判定によって、総合事業を利用できるかどうかが決まります。基本チェックリストのみでの判定となりますが、ガイドラインP59・留意事項2つめにあるとおり、質問の中で、本人の状況や意向を聞き取った上で判断をします。事業対象者になると、地域包括支援センターで予防ケアマネジメント（総合事業におけるケアプラン）をつくり、総合事業の利用計画を立てます。その計画に沿って総合事業を利用していくこととなります。詳しくは（別冊）予防ケアマネジメントの流れをご参照ください。

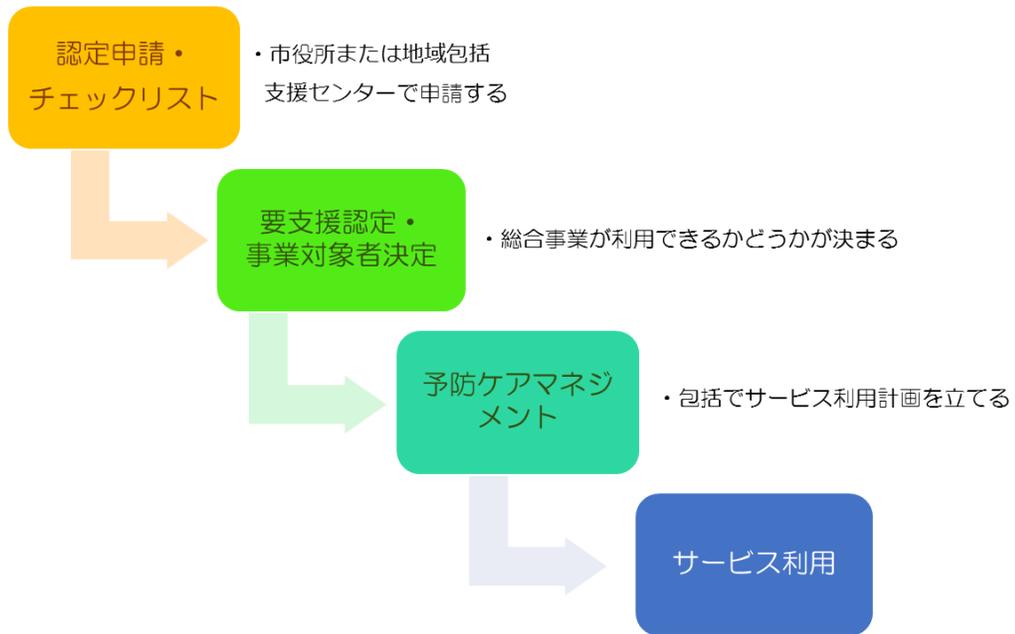
基本は市役所または地域包括支援センターで基本チェックリストの判定を受けますが、市役所または地域包括支援センターに行けない方は、地域包括支援センターの職員の訪問や郵送でのやり取りを想定しています。本人が行った（本人から聞き取りをして行ったものを含む）基本チェックリストを市役所または地域包括支援センターにお届けいただければ、あとは通常の流れに沿って判定させていただきます（ガイドラインP59・1つめの○参照）。

「念のために認定を受けたい」「更新だけしておきたい」といった方は、今までと同じ対応となります。「サービスを使わなければ認定は不要」というお話をした上で、「サービスが必要なときに認定を受けてください」という勧奨をお願いいたします。

漠然とどうしていいかわからずに市役所に来た場合は、その時点で総合事業の説明がされて、チェックリストもしくは介護認定申請を受け付ける判断を窓口担当者が行います。

■ 保険証と負担割合証

要介護、要支援と同じように総合事業の対象となっても介護保険証は交付されます。また、負担割合証についても同じです。



7. 基本チェックリスト

さて、ここで、基本チェックリストについて整理しておきます。

この基本チェックリストについては、職種によってはあまりピンと来ない方も多いかもしれませんが、今までは2次予防事業対象者の判定ツールとして使われていました。それを、今回総合事業の判定ツールとして利用する、ということになります。

その内容ですが、25の質問項目により生活機能の低下をチェックするものです。質問項目は、運動機能・栄養改善・口腔機能・閉じこもり・認知機能などから成ります。原則本人との対面で実施（例外はP10中段参照）して、総合事業の対象となるかどうかの判断材料として使われます。

記入日：平成 年 月 日 ()

氏名	住所	生年月日
希望するサービス内容		
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	0. はい 1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい 1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい 0. いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい 0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい 0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい 0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい 1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい 0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい 0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい 0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1. はい 0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 0. いいえ

(注) BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) が 18.5未満の場合に該当とする

■ 有効期間

基本チェックリストの有効期間は設定しませんので、総合事業を継続して利用していれば、再度基本チェックリストを受けに行く必要はありません。

■ 対象外の方のフォロー

事業の対象者に当てはまらなかった場合、基本的には、地域包括支援センターに連絡が入りません。ただし、対象者に当てはまらなくても、今後フォローの必要がある場合には、地域包括支援センターに連絡が入ります。具体的には、今後生活機能や体力の低下が予想される方、1人暮らしで家族の支援が受けづらい方などが想定されます。なお、その判断は地域包括支援センターが行いません。

■ 判定結果への不服

判定結果が不服（総合事業対象外）な場合は、「今のところ、お体の状態はいいので、また体調に変化があったら、基本チェックリストを受けてください」という説明をお願いします。

また、基本チェックリストの判定に対して行政不服申し立てはできません。これは、基本的に質問項目の趣旨を聞きながら本人が記入し、状況を確認するものであること、相談に来られた方が希望されれば要介護認定等を受けることもできることなどから、行政処分にはあたらないものと整理されています（平成27年9月30日版ガイドラインQ&A 第4・問3参照）。

8. 介護予防ケアマネジメント

総合事業での介護予防ケアマネジメントは、今までの予防ケアプランと同じように、地域包括支援センターが総合事業対象者に対するアセスメントを行い、その状態に置かれている環境に応じて、本人が自立した生活を送ることができるように作成するものです。本人が何をしたいのか、何をできるようになりたいのか、という視点が今まで以上に大事な視点となってきます。

実施主体は、①地域包括支援センター または ②地域包括支援センターから委託されたケアマネ事業所 となります。ただし、予防給付のサービスを利用する場合は、ケアプランを立てるため、予防ケアマネジメントは不要です。

予防ケアマネジメントの類型は、原則的なケアマネジメントA、簡略化したケアマネジメントB、初回のみケアマネジメントCの3種類になります。

まず、原則的Aは、現行のケアプランと同じ考え方です。従来型のサービスを利用する場合にこのタイプのケアマネジメントが必要となります。

次に、簡略化Bです。A型のサービスを利用する場合にこのタイプのケアマネジメントとなります。C型のサービスを利用する場合は、終了後のモニタリングが必要となります。この場合、状態が回復したら、いかに地域と結びつけるかという視点でのマネジメントが必要になります。

最後に、初回のみCは、B型・C型・D型・その他の生活支援のサービスを利用する場合です。本人の「やりたい」「できるようにになりたい」という思いを、いかに実現させるかという視点でのマネジメントが必要になります。趣味の集まりやサロンなど、本人のやりたいことにつなげることが最も大切になってきます。

簡略化B・初回のみCについては、毎月のモニタリングなどが必須でなくなるなどの部分で違いが出てきますが、様式は原則的Aと同じものを使うイメージです。なお、初回のみCについては、「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」についてのQ&A【平成27年1月9日版】(介護保険最新情報 vol.411)P18問9(答)3に詳しい内容が出ていますので、ご参照ください。

実際の総合事業の利用有無は、アセスメントの結果で判断していただきたいと思います。利用の必要がないと判断されれば、総合事業を利用せずに、現在の生活を維持しながら、本人のやりたいことを実現できるようなマネジメントをお願いいたします。

なお、別冊で予防ケアマネジメントの流れをまとめましたので、ご参照ください。この別冊では、ケアマネジメント類型別に必要となる手続き・ケアマネジメント内容(担当者会議やモニタリング、評価等)や流れ、現行高齢者福祉サービスの総合事業への移行などをまとめてあります。

単位数は以下の表のとおりです。

類型	利用するサービス	初回	2回目以降
原則的な ケアマネジメントA	従来型	730 単位 (430 単位+初回加算 300 単位)	430 単位
簡略化した ケアマネジメントB	A型	430 単位	430 単位
初回のみ ケアマネジメントC	B型・C型・ D型・その他	300 単位	—
※ 地域単価		×10.21	

初回加算の算定については、基本的にはケアプランにおける基準に準じて算定できます。

①新たに予防ケアマネジメントを実施する場合

(前回の予防ケアマネジメントが終了して2ヶ月以上経過した場合も含む)

②要介護から改善し、予防ケアマネジメントを実施する場合

(要支援の更新時から総合事業を利用する場合は算定できない)

■ 簡略化B

今までの予防プランと簡略化Bの違いは、サービス担当者会議の開催が必須でなくなること、モニタリングの頻度が3ヶ月に1回か、6ヶ月に1回かで異なることが大きな違いになります。

また、新規の簡略化Bの作成は、原則、地域包括支援センターが担当し、居宅介護支援事業所への委託はしません。継続利用者や利用者が希望する場合は、委託する場合があります。

ケアプラン及びケアマネジメント依頼届出書の提出

ケアプラン及びケアマネジメント依頼届出書の提出要件は以下の表のとおりとなります。届出書提出の際の参考としてください。

市役所の窓口で基本チェックリストを実施した場合は、その場で届出書は作成しません。まず担当包括へ連絡が入り、その後、利用が決定したら、届出書を作成します。ただし、包括で基本チェックリストを実施した場合は、その場で届出書を作成することもできます。詳しくは（別冊）予防ケアマネジメントの流れ「総合事業での窓口受付の流れ」をご覧ください。

区分	提出が必要な依頼届出書			理由
	介護ケアプラン	予防ケアプラン	予防ケアマネジメント	
介護給付 → 予防給付		○		現行と同じ
介護給付 → 総合事業			○	ケアマネ事業所から地域包括支援センターへケアマネジメントの実施者を変更することとなるため
予防給付 ⇔ 総合事業	提出不要			要支援者であることは変わらず、ケアマネジメントを実施する地域包括支援センターも変わらないため
自立 → 総合事業			○	予防ケアマネジメント依頼届出により総合事業対象者として登録するため
届出提出後の ケアマネ事業所委託			○	市役所窓口では地域包括支援センターが委託するか否かは判断できないため

9. サービスの振分け

予防ケアマネジメントに対する考え方も大事な話ですが、ここからの話も、総合事業がうまくいくかどうかの大きなカギを握る部分になります。それは「従来型を使うか、多様な主体によるサービスを使うか」というところです。この部分の考え方を間違えると、きっと総合事業はうまくいかないとはいえます。

総合事業におけるサービスの振分けの優先順位は次のようになります。

1st 多様な主体によるサービス

- まず通所Cを使って、短期間での状態改善を図る
- とりあえず月1回サロンに行って、地域とつなげてみる など

2nd 従来型のサービス

- 多様な主体によるサービスを使ってもうまくいかない
- 身体介助など専門的な支援が必要
- 既に従来型のサービスを使っている、継続が必要

今までは、要支援認定を取ると、ヘルパーやデイの利用に結び付けていたと思います。しかし、総合事業の中では、これらの利用の前に、多様な主体によるサービスを検討する必要があります。従来型のサービスは“最後の切り札”です。この部分の考え方を今までとガラッと変えていただくことがとても重要です。特に、予防ケアマネジメントを作成する地域包括支援センター及び地域包括支援センターから委託を受けたケアマネジャーさんには、注意していただきたいと思います。これからの腕の見せ所は「**いかに地域と結びつけ、本人の状態を維持させるか**」というところになってきます。

この話を聞いて、ほとんどの方が「そんなこと言っても、多様な主体によるサービスなんてないでしょ！」と思われたと思います。確かに、そのとおりです。多様なサービス主体が今すぐできることではありません。しかし、可能性はゼロではありません。実際に、小脇地区には、ちょっとした困りごとをお手伝いするしくみが既にあるそうです（地域住民の方々が担い手となり、会員制で行なっている）。「地域の支え合い」のところでも同じことを言いましたが、今は少なくとも、少しずつでも、ちょっとずつでも多様なサービス主体を増やしていければ、10年後には高齢者の生活を支えていくだけのサービス主体ができると思います。

江南市では、総合事業の導入と並行して、この「地域の支え合い」を増やしていけるように、「生活支援コーディネーター」と「協議体」を設置する予定です。ここでは、詳しい説明は割愛させていただきますが、住民と生活支援コーディネーターが中心となり、地域の力を引き出していこうというものです。

多様な主体によるサービスの確保について、これまでの他市町村の事例などを見てみると、行政主導で始めたものは、住民の方々が受け身に回り、長続きしないものが多く見受けられました。例として、行政が行なっている住民の方々の自主的な活動の支援があげられます。行政が住民活動に関わり過ぎることで、住民の方々の自主性を失ってしまう、という事例もありました。これからは、住民と生活支援コーディネーターが中心となり、地域の力を引き出していく、という方向性で考えています。行政はそのサポート役としてサービス確保に努めてまいります。

■多様な主体によるサービス

現段階で参入を予定している団体は4つです。その内訳は、訪問Bが3団体、訪問Dが1団体です。

■ サービス振り分けの経過

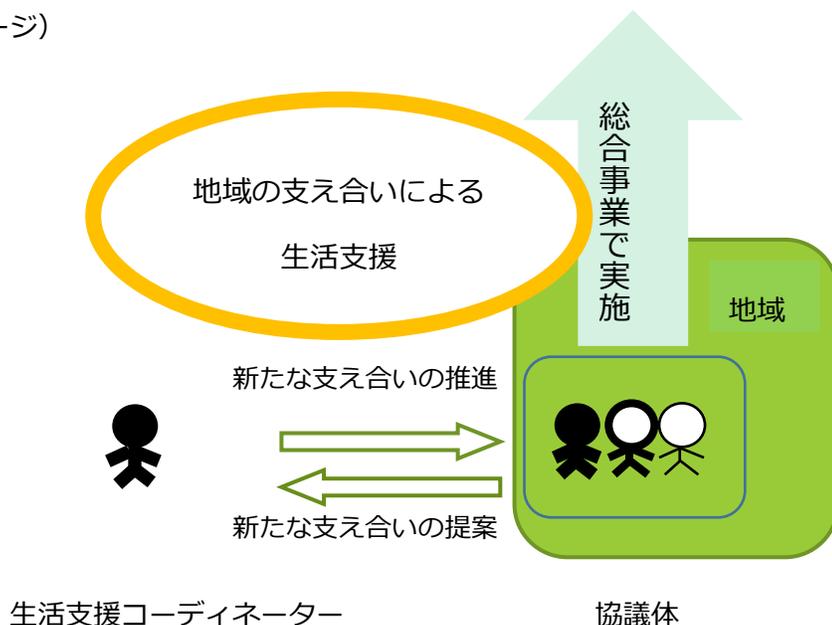
サービス振り分けの優先順位は、どのサービスを利用するかを判断する優先順位であって、①を利用せずに②を利用できない、というわけではありません。初めから、身体介助が必要と判断される場合などは、①を利用せずに②を利用することもできます。

■ 生活支援コーディネーター

生活支援コーディネーターが、“地域の支え合い活動の推進役”となり、住民の方々と話し合いをしながら、地域づくりをサポートしていきます。

今既にある地域の支え合い活動を発掘したり、新たな支え合い活動を推進することが主な役割になります。住民と関係機関などをつなげたり、既存の取り組みや組織をうまく活かしながら、暮らしやすい地域にすることを目指します。

(イメージ)



訪問型サービスの区分イメージ

	従来型	A型	B型
サービス内容	老計 10 号の定める身体介護を含むもの	老計 10 号の定める生活援助	老計 10 号を超えるものも含め、柔軟で多様なサービス
提供者	専門職	専門職でなくてもOK EX.元専門職	民間サービス サービス団体・NPO法人 シルバー人材センター など
目的・意義	専門職の支援が必要な人にサービス提供する	専門職が中重度のケアに集中できる	住民主体で、多様なニーズにこたえることができる

それでは、訪問型サービスの区分を例に、それぞれの違いをまとめてみました。

まず、従来型のサービスは今までの予防給付がベースになりますが、サービス内容は身体介護を含むものに限ります。提供者は、専門職の方々と、身体介護を含む支援が必要な方にサービス提供します。

したがって、生活援助のみが必要な方へのサービスは、次の A 型で提供することになります。A 型の提供者は必ずしも専門職の資格がないといけないわけではありません。例えば、専門職の仕事を定年退職された方、他の福祉関係の仕事の経験がある方などが想定されます。「これからの専門職の役割」のところでもお話をさせていただいたとおり、専門職の方々が少しでも中重度の方のケアに集中できるように考えられています。

最後に、B型ですが、ここが総合事業の主役になるところです。今までの介護保険サービスにとどまらず、柔軟で多様なサービスが想定されています。提供者は、民間サービスから地域のお手伝いまで、様々な地域資源になります。住民主体で、多様なニーズにこたえられるように、少しずつでも、ちよつとずつでも多様なサービス主体を増やしていかなければなりません。

■ 人材確保

特に「こういう方」と決めているわけではなく、例示の方々に限らず、活用できる人材を活用していただければ、と思います。

人材確保については、総合事業のA型では、資格要件が緩和されています。今後も厳しい状況が続くと思われませんが、それを踏まえまして、ご対応をよろしく申し上げます。

(参考) 老計10号抜粋

身体介護		生活援助	
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	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、顔色等の健康状態チェック／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	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
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	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

1-3	体位変換、移動・移乗介助、外出介助	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
1-4	起床及び就寝介助	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）
1-5	服薬介助	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
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）	2-6	買い物・薬の受け取り：日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭・の確認を含む）／薬の受け取り

（補足）総合事業と小規模デイの指定について

最後に、事業所指定について補足させていただきます。

今まで事業所の指定は、地域密着型の指定を除いて、届出先は全て県でした。しかし、総合事業の指定の届出先は、市になります。なお、平成26年度までに予防ヘルパー・デイの指定を受けている全ての事業所は、H27.4.1～H30.3.31までの間、みなし指定を受けています。従って、他市町村の方も引き続きご利用できます。同じ事業所でなければならない理由のある他市町村の方は、継続利用が可能です。ただし、H27.4.1以降に予防ヘルパー・デイの指定を受ける事業所は、みなし指定の対象とならないため、他市町村の指定が必要となります。

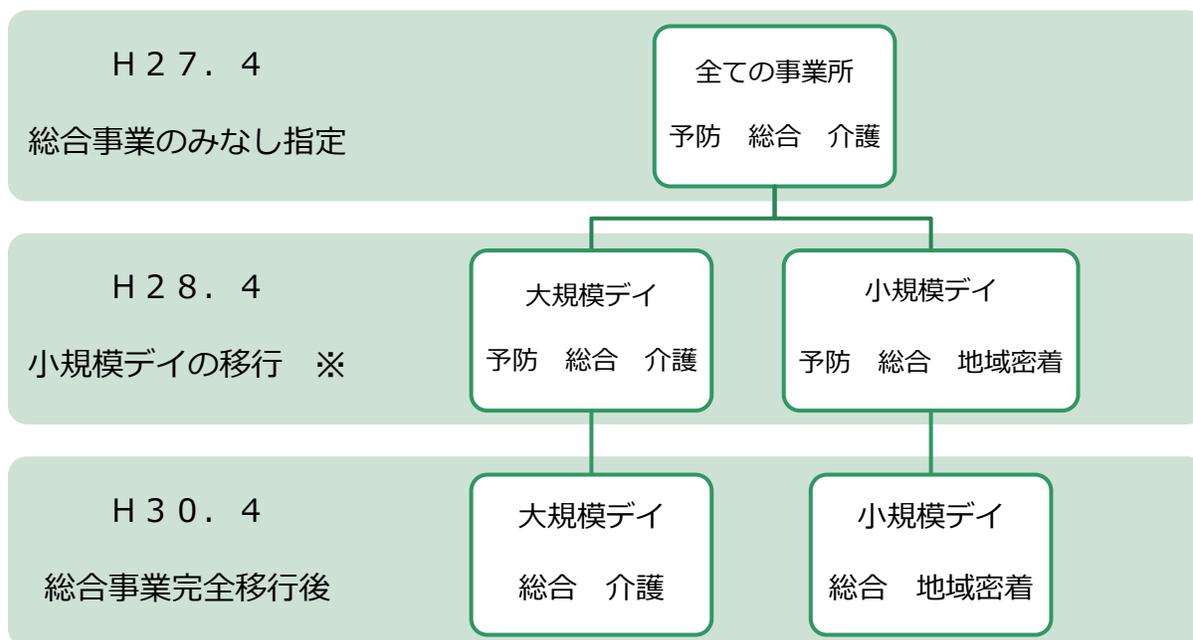
また、総合事業開始後、新たな他市町村の利用者を受け入れることも可能ですが、利用者の保険者となる他市町村についても指定申請を行う必要があります。参考までに、地域密着型デイは原則、新たな他市町村の利用者を受け入れることはできません。

	要件	他市町村継続利用者	他市町村新規利用者
みなし指定あり	H27.3.31までに指定	引き続き利用できる ※	他市町村の指定が必要
みなし指定なし	H27.4.1以降に指定	他市町村の指定が必要	他市町村の指定が必要

※みなし期間終了後は他市町村の指定が必要

これに加えて、H28.4.1には、利用定員18人以下の小規模デイは地域密着型に移行します。総合事業の指定と合わせて考えると、事業所の規模によって受ける指定が変わってくるため、かなり複雑になります。以下の図にまとめましたので、参考にしてください。

なお、H27.4.1～H30.3.31の間に、指定更新を受ける場合、新たに事業所を開設する場合などは、対応が変わってきますので、個別にご相談ください。



※ 市内の8事業所が該当 … 藤ヶ丘、なご家、なかむら2、オリーブ、日和、藤華、よつば、あみーご

■ 運営推進会議

運営推進会議は、事業所が自ら設置するもので、利用者、市町村職員、地域住民の代表者等に対し、提供しているサービス内容等を明らかにすることにより、事業所による利用者の「抱え込み」を防止し、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保を図ることを目的としています。

運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者（町内会役員、民生委員、老人クラブの代表等が考えられる）、市町村の職員または地域包括支援センターの職員、当該サービスについて知見を有する者等で構成します。

おおむね6月に1回以上開催して活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聞く機会を設ける必要があります。また、それらを記録し、公表する必要があります。

地域密着型通所介護に関するQ & A（平成27年12月11日時点版）より

最後に・・・

H28.7に第2次案を提案させていただいたところ、今回も関係者の皆様から、様々なご意見・ご質問をいただきましたので、それらをまとめて最終案とさせていただきます。

今後も、この最終案をもとに総合事業開始に向けて、準備を進めてまいりますので、引き続きご協力のほど、よろしくお願いいたします。