

文部科学省科学研究費 研究成果／

愛知県健康増進財団研究助成 研究成果 による

介護予防・日常生活支援総合事業の
これからの考えるシンポジウム

報 告 集

日 時 : 2024年3月2日(土) 14:00

会 場 : ウィンクあいち 1104号室

主 催 : 文部科学省科学研究費 研究代表者
岐阜保健大学 看護学部教授 鈴木 岸子

2014年の介護保険法の改正時に、高齢者の介護予防を目指す「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」が追加されました。それに伴い、生活支援コーディネーター（以下、SC）が、総合事業の推進役として各協議体に配置され、介護予防や生活支援に関連するサービスのコーディネートを実行しています。

高齢者の介護予防は、フレイルに関連し、高齢化が進む日本において積極的に推進すべき喫緊の課題であると考えます。2024年度の介護保険制度の見直しにおいても、総合事業の在り方が検討されていますが、地域の実情が大きく関わる総合事業は様々な課題を含んでいます。

研究調査からは、SCがコーディネート機能を発揮する一方で、ネットワークづくりや担い手不足等の困難にも直面していました。他方、総合事業に参加する利用者および支援者には社会参加の機会となっており、フレイル予防の効果が期待できると示唆されました。

シンポジウムは、はじめに研究報告、実践報告及び講演を行います。その後、現状を踏まえながら、「これからの総合事業に求められるもの」について、参加者全員で意見交換を行います。

< プログラム >

● 研究成果報告

「生活支援コーディネーターのコーディネート機能に関連する要因」

「総合事業への参加が利用者・支援者の日常生活に与える変化」

鈴木 岸子 研究代表者（岐阜保健大学 看護学部 教授）

P1~18

● 実践報告

「介護予防・日常生活支援 総合事業の これまで と これから」

荒木 篤（岐阜県笠松町地域包括支援センター長）

P19~34

● 講演

「次期介護報酬改定とそれへの対応」

白澤 政和（国際医療福祉大学大学院教授／日本ケアマネジメント学会理事長）

P35~55

● シンポジウム

「これからの総合事業に求められるもの」

－ 予防効果のある総合事業を、開発側、利用・支援する側から考える

P56

● 研究成果報告

「生活支援コーディネーターのコーディネート機能に関連する要因」

「総合事業への参加が利用者・支援者の日常生活に与える変化」

鈴木 岸子 研究代表者（岐阜保健大学 看護学部 教授）

< 講師プロフィール >

鈴木 岸子 (すずき きしこ)

【現職】 岐阜保健大学大学院看護学研究科教授 博士（看護学）

【略歴】

2008年 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科修士課程福祉マネジメント専攻修了
修士（福祉マネジメント学）

2013年 名古屋大学大学院医学系研究科博士前期課程看護学専攻修了 修士（看護学）

2016年 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期課程修了 博士（看護学）
勤務経歴

保健師、ケアマネジャーとして勤務の後、2013年より大学教員となり現在に至る。
（専門領域：地域・在宅看護学領域）

【活動】

日本福祉大学ケアマネジメント技術研究会および医療福祉研究塾（二木ゼミ）に所属し、ケアマネジメントに関連した研究を主に実施している。また、教育に関しては、保健師およびケアマネジャーに従事した実績を生かし、地域に貢献できる専門職の人事育成を目標に、学部生および大学院生の指導に当たっている。

【主な著書】

- ・「介護支援専門員によるケアマネジメントガイド」
サービス提供困難ケースの対応法と解決策 共著 日総研出版（2001）
- ・<加除式>「医療福祉相談ガイド」共著 医療福祉相談研究会（2006）
- ・「ケアマネジメントの実務－Q&Aと事例－」共著 新日本法規出版株式会社（2011）
- ・その他 家族介護者、認知症、終末期、ケアマネジメント、介護予防に関連した論文

研究動機

はじめに、2つの研究全体の動機について説明します。2015年の改正介護保険法施行により、地域支援事業が再編されて「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が始まりました。ガイドラインによれば、総合事業の目的は、「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により、地域の支え合いの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にすることを旨とする」とされています。しかし、地域の実情が関わる総合事業は、どのような内容や方法で実施すれば、国が期待する成果に結びつくのかと関心を持ちました。

そこで、生活支援コーディネーター（以下「SC」という。）が開発した総合事業に、継続参加する利用者と支援者の生活上の変化を明らかにするために、後述する調査を実施しました。（「総合事業への参加が利用者・支援者の日常生活に与える変化」）。その調査の過程で、地域におけるSCの働きの重要性に気づいたことが、本研究の動機となりました。

SCは、市町村が定める活動区域ごとに、コーディネート業務を実施することで、地域における生活支援・介護予防サービスの提供体制の整備を推進することを目的に設置されました。しかし、SCには、特定の資格要件は定められておらず、地域における助け合いや生活支援等サービスの提供実績のある者等で、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者とされています。特定の資格要件を有しないSCは、どのような方法を用いて、地域課題を把握し、コーディネート業務を遂行しているか。SCが役割を遂行する上で必要な知識や技術は何か、どのような方法を駆使すれば、役割を果たせるのか等に疑問&関心を持ちました。その疑問を明らかにするために、SCのコーディネート機能遂行に関連する要因について調査を始めました。今回はその一部を報告します。

表題：生活支援コーディネーターのコーディネート機能に関連する要因

—資源開発を促進する要因、阻害する要因に着目して—

I 研究背景

総合事業を利用する人の生活上の変化を調査した鈴木ら¹⁾は、独居者や他者に勧められて利用した人には、生活意欲を高める変化があると報告しています。総合事業への参加は高齢者の社会参加を促進し、フレイル予防に寄与する可能性があるため、今後とも多様なサービスの構築が求められます。住み慣れた地域で住民が質の高い生活を継続する上で、地域の実情に応じた総合事業等の資源開発は重要だと考えます。

しかし、さわやか福祉財団の「政令指定都市における生活支援体制整備の現状とあり方に関する調査・提言」²⁾によれば、SCの選任に関して適任者が見つけられない。地域への働きかけが進まない。協議体が未設置などの課題が報告されています。協議体に関する永田

ら³⁾の報告では、協議体の組織団体において内部連絡体制が不備で、SCを補佐する機能を持ち得ていないとの報告もあります。これらの文献からは、総合事業の推進役であるSCが、協議体と連携し、総合事業等の資源開発を進めることは、困難な状況があるとわかりました。そこで、SC業務のうち資源開発（サービスの創出、担い手養成等）に焦点をあて、SCの資源開発を促進する要因、阻害する要因を明らかにすることを目的に調査をしました。

II 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は、機縁法により募集したSCで、配属協議体の有無、勤務年数、勤務形態を問わず、現在SC業務に従事する人としてしました。具体的には、施設長とSC本人に対して研究倫理を含む調査協力依頼書を送付した後、調査への協力の同意が書面にて得られた9人を研究協力者としてしました。

2. 調査方法および調査項目

9人のSCに対して半構造化面接を実施しました。調査項目は、①資源開発の現状、②資源開発を促進した要因と阻害した要因で、面接内容は許可を取ってICレコーダにて録音しました（実施期間は2021年3月から7月）。面接に際しては、質問が恣意的にならぬよう、また、誘導しないよう極力注意し、SC自身の思いが語れるように努めました。

3. 解析方法

はじめに、録音データを逐語録にまとめ、本調査目的に関連する文節を抽出しました。抽出した文節は促進要因と阻害要因にわけ、それぞれのコード<>、サブカテゴリー《》、カテゴリー【】を生成し、協議体別のマトリックス表（第1層協議体（以下「1層」という。）、第2層協議体（以下「2層」という。）、配属協議体自体が無い（以下「協議体無」という。））に分類して分析しました。分析には、うへの式質的分析法を参考にしました。

4. 倫理的配慮

本研究は名古屋学芸大学倫理委員会の承認（承認番号499、承認年月日2019年11月11日）を得た後実施しました。協力を得るにあたり施設長およびSCには、①研究目的、②研究方法、③研究協力の任意性と協力辞退の自由、④個人情報の保護、⑤研究結果の公表、⑥データ保管に関する説明等について文書を用いて説明をしました。

III 研究結果および考察

1. 研究協力者の背景と資源開発

協力者の性別は、男4人、女5人、年齢は30代5人、40～50代4人、保有資格（複数回答）は、社会福祉士8人、保育士2人、保健師1人、医療ソーシャルワーカー1人でした。所属は社会福祉協議会8人、地域包括支援センター1人で、配属協議体は、1層が3人、2層が5人、協議体無が1人でした。総合事業等の資源開発は、通いの場づくり4件、担い手の養成講座3件、担い手の確保2件、移動支援（買い物）、社会資源情報誌作成各1件がありました。さらに、2層協議体の設置2件、地域の要請による福祉授業の出前講座、子どもの見守り支援各1件、現在開発中の生活支援体制整備事業の支援2件と、訪問系サービス1件もありました。2層SCの活動を分析した岩垣⁴⁾は、SCの地域との積極的な関りが、高齢者の生きがいづくりに貢献すると報告しています。SCが地域と積極的に関わるこ

とで開発できたこれらの資源は、高齢者の介護予防や生きがいづくりに結び付いたと推測します。さらに、高齢者に限らない資源開発があったことから、SCは地域共生社会の実現を意識した上で、住民のニーズを受け止め、コーディネート機能を発揮して、地域に必要な資源開発に臨んだと考えます。

2. SCの資源開発を促進する要因

生成したカテゴリーは4で、発言数の多い順に、【住民主体を支援】【地域をコーディネートする知識・技術】【根回しから信頼関係を構築】【意図的な課題収集】で構成されました。サブカテゴリーは11、コードは30を生成しました。以下カテゴリーに沿って結果考察をします。【住民主体を支援】は、概ね半数以上のSCが促進要因に挙げ、発言数が最も多く、SCは、《裏方として関わる》支援と、《SCの姿勢》を意識していたと考えます。9人に共通性が高かったコードは、＜住民の意欲を支える後方支援＞＜住民ニーズを支援＞＜住民の意識を高める＞＜聞く姿勢と一緒に取り組む姿勢＞の4つでした。住民主体の支援について、関本ら⁵⁾は、保健師の住民支援の特徴から、住民活動には補佐的な立場で関わることの効果を報告しています。地域支援に関わるSCも、《裏方として関わる》ことを通して、住民を補佐したと言えます。

2番目に発言数が多い【地域をコーディネートする知識・技術】は、SCが《自己学習と自己研鑽》により知識・技術を高め、《地域マネジメント》を実践したことが挙げられます。住民支援に用いたコーディネートの知識・技術について、三矢ら⁶⁾は、多様な主体が集まる地域では、組織をマネジメントするコーディネーターが必要と述べています。SCの持つ知識・技術が地域のコーディネートに生かされ、SCの役割を遂行したと推測できます。

【根回しから信頼関係を構築】は、SCが資源開発の事前準備として、《地域・地縁組織との関係構築》《所属間との関係構築》《行政との関係構築》を試みていたと言えます。地域・地縁組織への根回しは、積極的に＜地域に出向いて関係構築＞したことが、＜地域人材の発掘から担い手養成＞に繋がったと考えます。根回しは、組織の管理職⁷⁾や、ケアマネジャー⁸⁾が組織や地域を巻き込んで活動を展開する際に用いると有効だと言われていることから、SCも根回し力を用いて地域との信頼関係を構築したと推測します。

【意図的な課題収集】は、様々な組織との信頼関係をベースに、《住民からの情報収集の方法》と《ネットワークを活用した情報収集》を用いてました。ただ、半数以上のSCは、SC個人のネットワークを活用したものでした。

3. SCの資源開発を阻害する要因

生成したカテゴリーは4で、発言数の多い順に、【地域・地縁組織との関係構築の困難さ】【ジレンマ】【勤務体制】【SCの知識・技術不足】で構成されました。サブカテゴリーは6、コードは18を生成しましたが、半数以上のSCに発言があったコードは2つのみで、それ以外は発言数が概ね3以下でした。以下、カテゴリーに沿って結果考察を示します。

【地域・地縁組織との関係構築の困難さ】は、＜SCの知名度が低い＞ことと、＜地域・地縁組織との関係性＞や＜住民の理解を得る難しさ＞から《地域の受け入れ困難》を感じたことにありました。さらに、＜住民同士の思いの対立＞等の《地域の実情》も相まって、地域の関係構築の難しさが阻害要因となりました。一方で、地域・地縁組織との関係構築

は、根回しに生かされ促進要因にもなっています。作野⁹⁾は、地域運営の中で、地域住民と行政には認識のずれがあり、地域住民との間に軋轢が生じることが多いと報告していますが、地域での繋がりづくりを支援するSCも同様の難しさを感じたと思われます。

【ジレンマ】は、高齢者以外のニーズを支援したSCが《制度と地域課題の齟齬》を感じた結果起きたことと考えます。しかし、促進要因から考えると、SCはジレンマを覚えつつも、住民の側に立ってニーズを掘り起こし、＜マネジメント力＞を生かして住民主体を支えたと考えます。その他、【勤務体制】【SCの知識・技術不足】は共に発言数が少なく、共通性は見られませんでした。

IV 結論

本調査目的は、SCの資源開発を促進する要因、阻害する要因を明らかにすることでした。はじめに、SCに共通した促進要因は、SCが資源開発の前後で裏方に徹し【住民主体を支援】したことだと示唆されました。その先行要件は【地域をコーディネートする知識・技術】を基盤に、様々な組織への積極的な【根回しから信頼関係を構築】し、住民ニーズを支える資源開発に繋がったこと。協議体別では、2層と協議体無に《所属内の関係構築》の良さがあったことが促進要因に関連したと考えます。

次に、阻害に共通した要因は、【地域・地縁組織との関係構築の困難さ】で、＜SCの知名度が低い＞こと、＜地域・地縁組織との関係性＞が、《地域の受け入れ困難》に関連したと示唆されました。地域・地縁組織との関係構築は、促進要因にも関連しているため、地域にある様々な組織とどう関わるか、その関わり方が今後のSCの役割遂行に影響すると考えます。また、SCの発言数の差は、促進要因、阻害要因とも、協議体の特性やSCの個性の影響によるものであると示唆されました。

謝辞：本調査にご協力頂いた生活支援コーディネーターの皆様に深謝申し上げます。本調査は科学研究費（若手研究：課題番号19k13996）を受諾して実施しました。

先行文献

- 1) 鈴木岸子, 玉腰浩司, 佐久間清美. 介護予防・日常生活支援総合事業が利用者の日常生活に与える変化. 東海公衆衛生雑誌 2019;7(1):95-100.
- 2) 公益財団法人さわやか福祉財団. 政令指定都市における生活支援体制整備の現状とあり方に関する調査・提言書. 2018.
- 3) 永田志津子, 林美枝子. 協議体網成因の特性から見た生活支援体制整備事業の現状と課題. 札幌大谷大学紀要 2019;49:43-54.
- 4) 岩垣穂大. 埼玉県所沢市における第2層生活支援コーディネーターの活動分析. 社会福祉 2021;61:75-87.
- 5) 関本真奈美, 鈴木知代, 川村佐和子. 住民主体の介護予防活動“通いの場”における活動の特徴. せいの看護学会誌 2021;11(2):7-14.
- 6) 三矢勝司, 吉村輝彦, 秀島栄三. 多様な主体の協働による地域自治を推進する組織マネジメントとネットワークの形成の支援. 社会技術研究論文集 2014;11:44-54.
- 7) 松永由紀子. 部下・上司・多職種と上手に協働するための説得交渉&調整スキル【師長に絶対に必要な巻き込み力&根回し力! 他部署・他部門との連携強化で病院経営に貢献. ナースマネジャー2016;18(7):31-36.

8) 伊庭裕美. 「あの手この手」でスキルアップ サービス担当者会議は「根回し」がカギ. ケアマネジャー 2014;16(11):50-51.

9) 作野広和. 特集地域を守る「つながり」の力 地域の「つながり」を再構築する地域運営組織. 連合総研レポート D10 2023;35(1):24-29.

2024年3月2日

愛知県健康増進財団研究助成研究成果報告

研究代表鈴木岸子（岐阜保健大学大学院看護学研究科 教授）

表題

「総合事業への参加が利用者・支援者の日常生活に与える変化」

本研究の概略

本研究は、最初の研究動機から派生したもので、愛知県健康増進財団研究助成を受諾して調査を実施しました。その結果を論文にまとめ東海公衆衛生雑誌に投稿しました（「介護予防・日常生活支援総合事業が利用者の日常生活に与える変化」）。もう1つは、科研の調査の一部を合わせて論文にまとめ、地域ケアリングに投稿しました（「生活支援コーディネーターの役割と彼らが開発した総合事業の現状—総合事業を利用する高齢者と支援者の日常生活より—」）。ここでは、2つの論文を要約したものを報告させていただきますが、詳細は、別添の論文をご確認ください。

はじめに、本調査協力者のうち、利用者について簡単にご説明します。かれらは、SCが開発した総合事業に既に参加している人で、継続期間は3か月から1年以上経っている99人です。従って、総合事業の利用の有無から、総合事業の効果を見る調査ではなく、既に利用している人にとって、利用前と比べて生活にどのような変化が有ったかを明らかにしました。一方で、支援者（ボランティア）は、25人で、1年以上総合事業に参加している人を対象とし、利用者と同様、参加する前と比べて生活上の変化を明らかにしました。結果は以下の通りです。

総合事業利用者の日常生活の変化

調査協力者99人の特性は以下の通りです。性別は、男性14人、女性85人、平均年齢80.2±7.0歳（男78.3±8.7歳、女80.5±6.8歳）。介護認定等の有無は、無と答えた人が55人（55.6%）、要支援1から要介護2までの介護認定有は24人、障害手帳有9人、無回答11人でした。主な病気（複数回答）は、高血圧、脳卒中、心臓病などの循環器疾患が半数以上で52人、次いで、筋骨格系疾患22人、高脂血症18人が見られました。総合事業に参加した結果、参加以前の生活と比べて何らかの変化が見られた人は、約6割の60人ありました。

日常生活の変化に関連する要因を見るために、性別、独居、自発的な参加、他者の勧めの有無を、 χ^2 検定で調べたところ、性別や自発的な参加においては、関連は認められませんでした。一方、他者の勧めによって参加を継続している群では、「よく人と話すようにな

った」、「運動することが増えた」、「健康を意識するようになった」の3つの割合が有意に高かったです。独居の群では、「食事に気を配るようになった」の割合が有意に高く出ました。本調査結果から、総合事業への継続参加は、他者に勧められて参加継続している人と、独居の人には、全般的に生活意欲が高まる変化が見られました。

加えて、彼らの居住地の特性は、85人が、全体的に暮らしやすい地域だと評価し、地域の愛着度は79人が有ると答えています。本地域のように、住みよい環境があることも総合事業の開発に関連し、高齢者の総合事業への継続意思を維持したと推測します。先行文献には、介護予防給付サービスが地域支援事業に移行した結果、サービス利用ができず逆に介護度が高くなったという報告もあります。地域の実情に関わる地域支援は、資源開発の難しい地域もあると想像できますが、地域が住みよい場所であれば、高齢者の社会参加を促し、生活に良い影響を与える可能性があります。今後は、地域ケア会議等を有効に活用し、地域の環境整備と共に、地域ニーズの掘り起こしと、それに見合うサービス開発を柔軟に進めていく必要があると考えます。

総合事業支援者の日常生活の変化

総合事業を支援する高齢者25人の性別は男性6人、女性19人、平均年齢69.7±8.2歳（うち、男75.3±8.1歳、女68.0±7.6歳）で、男性の方が高齢でした。健康状態は8割以上が良好と回答しましたが、病気（複数回答）もあり、前述の利用者と同様循環器疾患10人、次いで、筋骨格系疾患7人、高脂血症4人でした。総合事業の支援を開始した時期は1年以上前から22人で、そのきっかけで多かったのは、関心があり自発的に参加した人で18人ありました。前述の利用者は、他者に勧められ参加が多かった一方で、支援者は自らの意思で総合事業の支援に参加していたことがわかります。20人は総合事業に関わる以前の生活と比べて変化があると答えました。具体的な変化（複数回答）は、「新しい知人友人が出来た」15人、「人に関心を持つようになった」、「事業参加がきっかけで外出の機会が増えた」が各7人、「よく笑うようになった」、「健康を意識するようになった」が各5人でした。この結果からは、支援者が積極的に総合事業に参加したことで、自身の生活の質が向上したと示唆されました。

全体のまとめ

SCに関連する調査報告や先行文献から、SCの役割遂行の現状には、地域の実情が大きく関わっていました。地域共生社会を目指す地域包括ケアの中であって、SCと地域包括支援センターおよび協議体との連携や、SCコーディネータ力は、資源開発に欠かせないものと思われれます。彼らが開発した総合事業への参加は、利用者の生活の質を高め、支援者は、総合事業への支援をきっかけに外出する機会を増やしました。地域の環境が全体的に整備されることで、高齢者はそれぞれの社会参加を広める可能性があり、それがフレイル予防に繋がると推測されます。

掲載文献

1) 鈴木岸子, 玉腰浩司, 佐久間清美. 介護予防・日常生活支援総合事業が利用者の日常生活に与える変化」. 東海公衆衛生雑誌 2019;7(1):95-100.

2) 鈴木岸子. 生活支援コーディネーターの役割と彼らが開発した総合事業の現状—総合事業を利用する高齢者と支援者の日常生活より—. 地域ケアリング 2023;25(6):74-77.

生活支援コーディネーターの役割と 彼らが開発した総合事業の現状

—総合事業を利用する高齢者と支援者の日常生活より—

Current conduct of life support coordinators' role and the comprehensive business they develop:
Studying its daily use by the elderly and supporters

鈴木 岸子 Kishiko Suzuki

岐阜保健大学 Gifu University Health Sciences

— 概 要 —

生活支援コーディネーターは、地域の実情に応じて、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者として、市町村に配置された。彼らの役割遂行の現状は、地域によって差がみられ、地域包括支援センターや協議体との連携に課題があった。しかし、彼らが資源開発した総合事業は、それに参加する高齢者や支援者の、社会参加を広める機会となり、フレイル予防に貢献する可能性があった。

はじめに

2015年施行の改正介護保険法で、介護予防給付サービス（予防訪問介護と予防通所介護）は、「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」として地域支援事業に移行した。本総合事業は、2017年4月から、新たに65歳以上のすべての人を対象に始まった。この事業の目的の1つは、高齢者の社会参加と住民による地域の支えあい体制づくりである。高齢化率の上昇とともに、日常生活に不自由さを持つ高齢者が増えてくることを踏まえて、地域住民が参画して高齢者を支えることが求められている。その自助、互助の支え合いは、地域包括ケアシステムが目指す介護予防や地域共生社会に繋がると期待される。その推進役として、生活支援コーディネーター（以下、SC）が、地域支援事業に配置された。

開発、ネットワーク機能構築、ニーズと活動のマッチング）を果たす者とする。資源開発とは、総合事業および生活支援体制整備事業の整備で、地域における「助け合い活動」の創出と言える。SCの資格要件は定められず、地域のサービス提供者と連絡調整できる立場の者で、国や都道府県が実施する研修を修了した者が望ましいとされる。さらに、配置人員も限定せず、地域の実情に応じた多様な配置が可能となっている。

SCの配置は地域包括支援センターとの連携を前提とし、地域の実情に応じて以下3つの協議体に配置された。協議体とは、様々な主体の参画を得て、地域課題やニーズを共有し、協働し、サービスや資源開発を進める場であり、SC活動に組織的な裏づけを与えることが役割である。第1層協議体のSCは、市町村区域を担当し、市町村全域への生活支援サービスの開発・普及や基盤整備を推進する。第2層協議体のSCは、日常生活圏域において、生活支援サービス提供団体間の連携協働を促進する。第3層協議体のSCは、生活支援サービス提供組織において、利用者へのサービス提供を行うとされている。そして、

表1 総合事業利用中の高齢者と支援者の特性

	n(%)	
	総合事業利用者	総合事業支援者
1.平均年齢(歳)	80.2±7.0	69.7±8.2
男性平均年齢(歳)	78.3±8.7	75.3±8.1
女性平均年齢(歳)	80.5±6.8	68.0±7.6
2.性別		
男	14(14.1%)	6(24.0%)
女	85(85.9%)	19(76.0%)
3.介護認定等の有無(複数回答)		
要支援1、2	22(22.2%)	0
要介護1、2	2(2.0%)	0
障害者手帳	9(9.1%)	0
なし	55(55.6%)	25(100.0%)
無回答	11(11.1%)	0
4.主な病気(今までにかかった病気や治療中の病気 複数回答)		
循環器疾患(高血圧、脳卒中、心疾患)	52(52.6%)	10(40.0%)
筋骨格系の病気	22(22.2%)	7(28.0%)
高脂血症	18(18.2%)	4(16.0%)
糖尿病	10(10.1%)	2(8.0%)
その他	36(36.4%)	12(48.0%)
なし	25(25.3%)	6(24.0%)
5.総合事業利用のきっかけ、支援者は支援のきっかけ		
自発的	9(9.1%)	18(72.0%)
他者に勧められて	53(53.5%)	7(28.0%)
その他、無回答	37(37.4%)	0

表2 総合事業参加(支援)以前の生活と比べた日常生活上の変化(複数回答)

	n(%)	
	総合事業利用者	総合事業支援者
新しい知人友人が出来た	40(40.4%)	15(60.0%)
ストレスが増えた	0	0
趣味やお稽古が増えた	15(15.2%)	1(4.0%)
よく笑うようになった	15(15.2%)	5(20.0%)
よく人と話すようになった	25(25.3%)	4(16.0%)
食事に気を配ることが増えた	10(10.1%)	2(8.0%)
人に関心を持つようになった	13(13.1%)	7(28.0%)
ストレスが減った	10(10.1%)	1(4.0%)
規則正しい生活が出来る	17(17.2%)	3(12.0%)
運動が増えた	25(25.3%)	2(4.0%)
健康を意識するようになった	26(26.3%)	5(20.0%)
生活が不規則になった	0	0
今までできていた趣味や仕事が減った	3(3.0%)	0
積極的に生活が楽しくなった	15(15.2%)	4(16.0%)
人間関係が傾わしくなった	1(1.0%)	0
サービス利用がきっかけで外出の機会が増えた	22(22.2%)	7(28.0%)
身だしなみを気にするようになった	15(15.2%)	3(12.0%)
よく眠れるようになった	5(5.1%)	1(4.0%)

(p=0.01)、「健康を意識するようになった」(p=0.02)の3つの割合が高かった。独居の群では、「食事に気を配るようになった」(p=0.04)の割合が高かった。本調査は、総合事業に参加していない人と比較した調査ではないため、総合事業に介護予防の効果があるとは言えない。しかし、総合事業への継続参加は、参加前よりも社会活動を活発にした。特に、他者に勧められて参加継続している人と、独居の人には、全般的に生活意欲が高まる変化が見られた。

加えて、彼らの居住地の特性は、85人が、全体的に暮らしやすい地域だと評価した。また、地域の愛着度は高く、79人(79・8%)があると答えた。本地域のように、住みよい環境があることも総合事業の開発に関連し、高齢者の総合事業への継続意思を維持したと推測する。

先行文献には、介護予防給付サービスが地域支援事業に移行した結果、サービス利用ができず逆に介護度が高くなったという報告もいくつかある。地域の実情が大きく関わる地域支援は、資源開発の難しい地域もあると想像できるが、地域が住みよい場所であれば、

高齢者の社会参加を促し、生活に良い影響を与える可能性がある。今後は、地域ケア会議等を有効に活用し、地域の環境整備と共に、地域ニーズの掘り起こしと、それに見合うサービス開発を柔軟に進めていく必要があると考える。

3. 総合事業支援者の日常生活

次に、上記調査時に、同市の総合事業を支援する高齢者25人にも、同様の調査を実施した。調査協力者が少ない関係で単純集計の結果のみを示す。性別は男性6人、女性19人、平均年齢69・7±8・2歳(うち、男75・3±8・1歳、女68・0±7・6歳)で、男性の年齢が高かった。健康状態は8割以上が良好と回答したが、病気(複数回答)もあり、前述の利用者と同様循環器疾患10人、次いで、筋骨格系疾患7人、高脂血症4人だった。総合事業の支援を開始した時期は1年以上前から22人で、そのきっかけが多かったのは、関心があり自発的に参加した人で、18人だった。前述の利用者は、他者に勧められ参加が多かった一方で、支援者は自らの意思で総合

2018年4月までに協議体の設置とSCの配置が、各市町村に義務付けられた。

1. 生活支援コーディネーターの役割遂行の現状

SCの活動に対する文献を調べたところ、報告書はいくつかあるが、論文化されたものは少なかった。レビューした報告書や論文から、主に以下のような現状が明らかになった。さわやか福祉財団の調査によると、SCの選任に関して適任者が見つけれられない。地域への働きかけが進まない。協議体が未設置などの課題が報告された。2019年度に筆者が確認した東海3県でも協議体未設置の地域は1割程あった。

SCは配置された協議体の中で、資源開発やネットワークの構築を推進するものである。しかし、国際長寿センターの調査では、SCの連携が分断され、ネットワークの構築に苦慮していると報告があった。SCが地域の中で与えられた役割を遂行するためには、協議体からの支援は欠かせないが、協議体の中には、連携の悪さから、SCを補佐する機能を

持たない協議体もあるとの報告があった。これらの報告から、SCは地域包括支援センターとの連携や、協議体の支援が乏しい中で役割遂行に向かうという、役割遂行上の困難さが垣間見られた。

一方で、株式会社NTTデータ経営研究所の報告には、全国1、741市町村の6、7割で、SCは資源開発をしたとある。その資源開発に関連して、西出らによると、役割遂行意識の高いSCは、地域の特性や社会資源の把握を行っているとの報告した。だが、役割意識が高くても、自治体、地域住民のニーズ、サービス提供者や支援者とのマッチングが、効果的に作用しなければ、総合事業等の資源開発にはつながらないと考える。今後、SCが役割を果たすには、地域戦略として協議体が後盾となり、SCがニーズの発掘から資源開発、マッチングまでをマネジメントできる体制づくりが求められる。

2. 総合事業利用者の日常生活

SCが役割を担って開発した総合事業を継続利用している高齢者は、日常生活にどのよ

うな変化があるか報告する。本調査は、A市の総合事業を継続利用(3か月から1年以上)している高齢者を対象に調査をした(調査期間2018年12月)。調査協力者99人(回収率82・5%)の特性は以下の通りである。性別は、男性14人、女性85人、平均年齢80・2±7・0歳(男78・3±8・7歳、女80・5±6・8歳)、介護認定等の有無は、無と答えた人が55人(55・6%)、要支援1から要介護2までの介護認定有は24人、障害手帳有9人、無回答11人だった。主な病気(複数回答)は、高血圧、脳卒中、心臓病などの循環器疾患52人(52・6%)、次いで、筋骨格系疾患22人(22・2%)、高脂血症18人(18・2%)が見られた。総合事業に参加した結果、参加以前の生活と比べて何らかの変化が見られた人は、60人(60・6%)あった。

日常生活の変化に関連する要因を見るために、性別、独居、自発的な参加、他者の勧めの有無を、 χ^2 検定で調べたところ、性別や自発的な参加においては、関連は認められなかった。一方、他者の勧めによって参加を継続している群では、「よく人と話すようになった」(p=0.03)、「運動することが増えた」

介護予防・日常生活支援総合事業が 利用者の日常生活に与える変化

すずき きしこ たまこし こうじ さくま きよみ
鈴木 岸子* 玉腰 浩司^{2*} 佐久間 清美*

表3 総合事業利用者の日常生活の変化に影響する要因の検討 (χ²検定)

	他者からの勧め群 (n=53), n(%)	自発・その他群 (n=46), n(%)	p値	独居群 (n=23), n(%)	同居群 (n=76), n(%)	p値
新しい知人友人が来た						
有	26(49.1%)	14(30.4%)	0.06*	10(43.5%)	30(39.5%)	0.73
無	27(50.9%)	32(69.6%)		13(56.5%)	46(60.5%)	
よく人と話すようになった						
有	19(34.0%)	7(15.2%)	0.03*	6(26.1%)	19(25.0%)	0.02
無	35(66.0%)	39(84.8%)		17(73.9%)	57(75.0%)	
食事に気を配ることが増えた						
有	7(13.2%)	3(6.5%)	0.27	5(21.7%)	5(6.6%)	0.04*
無	46(86.8%)	43(93.5%)		18(78.3%)	71(93.4%)	
運動が増えた						
有	19(35.8%)	6(13.0%)	0.01*	7(30.4%)	18(23.7%)	0.51
無	34(64.2%)	40(87.0%)		16(69.6%)	58(76.3%)	
健康を意識するようになった						
有	19(35.8%)	7(15.2%)	0.02*	7(30.4%)	19(25.0%)	0.60
無	34(64.2%)	39(84.8%)		16(69.6%)	57(75.0%)	

* = p < 0.05, データは有意差のあったものみ抜粋

事業の支援に参加していた。総合事業に関わる以前の生活と比べた変化は、20人が有と答えた。具体的な変化(複数回答)は、「新しい知人友人が来た」15人、「人に関心を持つようになった」15人、「事業参加がきっかけで外出の機会が増えた」が各々7人、「よく笑うようになった」15人、「健康を意識するようになった」が各々5人あった。この結果からは、支援

者が積極的に総合事業に参加したこと、自身の生活の質が向上したことを伺われた。

住んでいる地域に対する評価(複数回答)は、22人が全体に暮らしやすさを評価していた。地域に対する愛着も22人があると感じていた。支援者の地域に対する評価からも、住みよい地域に暮らすことが、総合事業の開発・維持に影響すると示唆された。

4. まとめ

SCに関連する調査報告や先行文献から、SCの役割遂行の現状には、地域の実情が大きく関わっていた。地域共生社会を目指す地域包括ケアの中にあつて、SCと地域包括支援センターおよび協議体との連携や、SCの高いマネジメント力は、資源開発に欠かせないものと思われる。彼らが開発した総合事業への参加は、利用者の生活の質を高め、支援者は、総合事業への支援をきっかけに外出する機会を増やした。地域の環境が整備されることで、高齢者はそれぞれの社会参加を促す可能性があり、それがフレイル予防に繋がると推測する。

文献

- 厚生労働省老健局振興課：介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン(概要)2015.
- 公益財団法人さわやか福祉財団：政令指定都市における生活支援体制整備の現状とあり方に関する調査・提言書.2018.
- 国際長寿センター：令和2年度自治体と民間企業の協働による都市部における地域づくりの展開に向けた調査研究報告書.2021.
- 永田志津子, 林美枝子：協議体網成因の特性から見た生活支援体制整備事業の現状と課題.札幌大谷大学紀要, 49, 43-54, 2019.
- 株式会社NTTデータ経営研究所：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事業報告書.2020.
- 西出りつ子, 河田志帆, 水谷真由美, 他：地域包括ケアに関わる人々の連携を推進させる要素.日本健康医学会雑誌, 27(4), 339-346, 2018.
- 鈴木岸子, 玉腰浩司, 佐久間清美：介護予防・日常生活支援総合事業が利用者の日常生活に与える変化.東海公衆衛生学会, 7(1), 95-100, 2019.

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様へ心より感謝申し上げます。なお、本研究は、一般社団法人愛知健康増進財団医学研究・健康増進活動等の助成金(2017年度)ならびに、日本学術振興科学研究費助成事業(若手研究、代表鈴木岸子)(2019年から2023年)によって実施したものである。

目的 介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」)を利用している高齢を対象に、総合事業への参加が日常生活に与える変化を明らかにすることを目的に調査した。

方法 対象者はN市内にある総合事業の利用者に対して、質問紙調査を実施した。質問紙は120名に配布し回収できた99名を対象とした。対象者の性別、年齢等の属性、健康状態、介護度、日常生活動作、生活習慣、日常生活上の変化などを把握した。

結果 対象者99名の特性は、性別、男性14名(14.1%)女性85名(85.9%)だった。平均年齢80.2±7.0歳(男78.3±8.7歳,女80.5±6.8歳)、介護認定等の有無(複数回答)では、無と答えた人が55名(55.6%)だった。総合事業を利用したことによる生活上の変化があったのは60名(60.6%)だった。具体的な変化の中で、ネガティブな変化を訴える人は少なかった。性別、独居、自発的な参加、他者の勧めによる参加との関連を見るためにχ²検定をしたところ、性別や自発的な参加においては、関連は認められなかった。しかし、他者の勧めによる参加群では、「よく人と話すようになった」(p=0.03)、「運動することが増えた」(p=0.01)、「健康を意識するようになった」(p=0.02)の3つの割合が高かった。独居群では、「食事に気を配るようになった」(p=0.04)の割合が高かった。

結論 本調査からは、総合事業に参加した結果日常生活に何らかの変化が見られた人は約6割あった。そのうち、他者に勧められて参加した人と独居の人に全般的に生活意欲が高まる変化が見られた。本結果からは、総合事業への参加は、利用者の日常生活の質に良好な変化をもたらしていた。

Key words : 総合事業, 介護予防, 日常生活, 地域包括ケアシステム

I 緒言

地域包括ケアシステム¹⁾の構築が進む中、介護予防と自立した日常生活の支援を目的に、様々な取り組みが実施されている²⁻⁴⁾。2017年4月からは、全市町村の65歳以上のすべての人を対象に、新たな介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という。)が始まった⁵⁾。今後、日常生活に軽度の不自由さを持つ高齢者が増えてくるであろうことを踏まえて、地域住民が参画して高齢者を支えることが求められている。その支え合いが介護予防に繋がると期待される。

* 名古屋学芸大学看護学部看護学科
2* 名古屋大学大学院医学系研究科
連絡先: 〒460-0001 名古屋市中区三の丸4-1-1
名古屋学芸大学看護学部看護学科
E-mail: k-suzuki@nuas.ac.jp

しかし、どのような総合事業でも国が期待する結果が得られるのであろうか。事業の内容や実施方法、参加する利用者・支援者(住民ボランティア)の状況によっては、国が期待する結果が得られるとはいいがたい。介護予防に資する事業はどんな内容を、どの程度の期間提供すれば、利用者、支援者の介護予防に貢献できるかは、十分明らかになっていない。

超高齢社会において、高齢者自身の健康状態を維持することは、大きな関心事である。総合事業利用者の日常生活がどのように変化したかを明らかにすることは、利用者の介護予防に貢献できる総合事業の内容を検討するためのエビデンスとして必要であると考える。そこで、筆者らは、2年間の調査期間を設定し、地域の総合事業を利用している高齢者を対象に、総合事業への参加が、日常生活に与える変化を明らかにすることを目的に調査をした。今回は2018年のベースライン調査で明らかになったことを報告する。

用語の定義

本調査での介護予防の定義は、厚生労働省の「こ

れからの介護予防⁶⁾から引用し, “高齢者が要介護状態等となることの予防, または, 要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止” とした。

II 研究方法

1. 対象者

対象者はN市内にある総合事業の利用者である。調査依頼は, 総合事業を提供している事業者または事業所を個別訪問して研究協力を依頼し, 参加の協力を得た。なお, 協力を得るにあたって, ①研究目的, ②研究方法, ③研究協力の任意性と協力辞退の自由, ④個人情報の保護, ⑤研究結果の公表に関する説明を行い, 協力の承諾を得た。120名に質問紙を配布して回答があった99名である(回収率82.5%)。

2. 調査項目

対象者の性別, 年齢等の属性, 健康状態, 介護度, 日常生活動作, 生活習慣, 日常生活上の変化の有無などを把握した。なお, 日常生活上の変化に関する質問項目は, 先行文献^{7~11)}を参考にして設定した。

3. 分析方法

ベースラインに当たる今年度の統計解析方法は, 各調査項目の単純集計と, 日常生活の変化と性別, 独居の有無, 参加の契機(自発的, 他者の勧め)との関連を χ^2 検定とFisher 正確確率検定を用いて解析した。有意水準は5%とし, 解析にはSPSS25.0JforWindowsを使用した。

倫理的配慮

本研究は名古屋学芸大学倫理審査委員会にて承認され調査をした(承認日2018年9月5日, 承認番号273)。

III 研究結果

1. 利用者の特性

表1に示す対象者99名の特性は以下の通りであった。性別, 男性14名(14.1%)女性85名(85.9%)と女性が多かった。平均年齢80.2±7.0歳(うち, 男78.3±8.7歳, 女80.5±6.8歳), 介護認定等の有無(複数回答)では, 無と答えた人が55名(55.6%), 有は33名(33.3%)その内, 要支援1, 2は22名(22.2%), 要介護1, 2は2名(2.0%)で, 障害者手帳有9名(9.1%)だった。約2割の人が介護認定を受けていた。健康状態は, とても良い, まあ良いを合わせて80名(80.8%)で比較的良好な健康状態であった。主な病気(複数回答)は, 高血圧, 脳卒中, 心臓病などの循環器疾患が合わせて52名(52.6%), 次いで, 筋骨格系疾患22

名(22.2%), 高脂血症18名(18.2%)が見られた。

表1. 総合事業利用中の利用者の特性

	n(%)
1.平均年齢(歳)	80.2±7.0
男性平均年齢(歳)	78.3±8.7
女性平均年齢(歳)	80.5±6.8
2.性別	
男	14(14.1%)
女	85(85.9%)
3.介護認定等の有無(複数回答)	
要支援1, 2	22(22.2%)
要介護1, 2	2(2.0%)
障害者手帳	9(9.1%)
なし	55(55.6%)
無回答	11(11.1%)
4.健康状態	
とてもよい	11(11.1%)
まあ良い	69(69.7%)
あまりよくない	15(15.2%)
良くない	2(2.0%)
無回答	2(2.0%)
5.主な病気(今までにかかった病気や治療中の病気 複数回答)	
高血圧	36(36.4%)
脳卒中	5(5.1%)
心臓病	11(11.1%)
糖尿病	10(10.1%)
高脂血症	18(18.2%)
筋骨格系の病気	22(22.2%)
その他	36(36.4%)
なし	25(25.3%)
6.ストレス(現在, 日常生活でどの程度ストレスを感じますか)	
強く感じる	3(3.0%)
感じる	37(37.4%)
余り感じない	47(47.5%)
まったく感じない	9(9.1%)
無回答	3(3.0%)
7.外出頻度(畑や買い物に行くことも含めて)	
週4回以上	63(63.6%)
週2-3回	28(28.3%)
週1回	4(4.0%)
月1-3回	3(3.0%)
無回答	1(1.0%)
8.同居の有無	
有	76(76.8%)
無	23(23.2%)

病気なしは25名(25.3%)で, ストレスを感じる人

は40名(40.4%)と半数以下だった。外出頻度は全体に高く, 週4回以上が63名(63.6%), 週2-3回が28名(28.3%)と9割以上の方が週2回以上の外出をしていた。同居の有無では, 同居有は76名(76.8%), 独居は23名(23.2%)だった。

表2に示す総合事業の利用状況は, 利用している事業(複数回答)は, 通所系が97名(98.0%), 訪問系は6名だった。利用頻度は週1回58名(58.6%), 週2回以上は21名(21.2%)あった。総合事業を利用するきっかけ(複数回答)は, 主に, 友人, 包括支援センター, ケアマネジャー等に勧められたが61名(61.7%), 不便を感じ自発的に参加した人は9名(9.1%)だった。また, 設問項目の不備が考えられるが, その他14名, 無回答23名(全体の37.3%)の人は, この設問にないきっかけで参加していた。そのサービス満足度は, ある程度満足以上が54名(54.5%)で, 半数以上はある程度満足していた。

表2. 総合事業の利用状況

	n(%)
1.利用しているサービス(複数回答)	
訪問系サービス	6(6.1%)
通所系サービス	97(98.0%)
2.利用頻度	
週4回以上	7(7.1%)
週2-3回	14(14.1%)
週1回	58(58.6%)
週1回未満	20(20.2%)
3.総合事業利用のきっかけ(複数回答)	
自発的	9(9.1%)
友人に勧められて	25(25.3%)
包括支援センターから勧められて	17(17.2%)
町内の方に勧められて	9(9.1%)
ケアマネジャーに勧められて	10(10.1%)
その他	14(14.1%)
無回答	23(23.2%)
4.サービスの満足度	
満足	24(24.2%)
ある程度満足	30(30.3%)
やや満足	8(8.1%)
やや不満	1(1.0%)
無回答	36(36.4%)

表3に示す総合事業を利用したことによる生活上の変化があったのは60名(60.6%)と, 6割の人が何らかの変化を感じていた。具体的な生活上の変化(複数回答)の主なものは, 新しい知人友人が出来た40名(40.4%), 健康を意識するようになった26名(26.3%), よく人と話すようになった25名(25.3%),

運動が増えた25名(25.3%), サービス利用がきっかけで外出の機会が増えた22名(22.2%)など, 前向きで良好な変化を述べていた。逆に, ストレスが増えた, 生活が不規則になったなどのネガティブな発言は少なかった。

表3. 総合事業を利用したことによる日常生活の変化

	n(%)
1.総合事業の利用による生活上の変化	
有	60(60.6%)
無	15(15.2%)
無回答	24(24.2%)
2.生活上の変化(複数回答)	
新しい知人友人が出来た	40(40.4%)
ストレスが増えた	0
趣味やお稽古が増えた	15(15.2%)
よく笑うようになった	15(15.2%)
よく人と話すようになった	25(25.3%)
食事に気を配ることが増えた	10(10.1%)
人に関心を持つようになった	13(13.1%)
ストレスが減った	10(10.1%)
規則正しい生活が出来る	17(17.2%)
運動が増えた	25(25.3%)
健康を意識するようになった	26(26.3%)
生活が不規則になった	0
今までできていた趣味や仕事が減った	3(3.0%)
積極的に生活が楽しめるようになった	15(15.2%)
人間関係が煩わしくなった	1(1.0%)
サービス利用がきっかけで外出の機会が増えた	22(22.2%)
身だしなみを気にするようになった	15(15.2%)
よく眠れるようになった	5(5.1%)

表4. 総合事業利用以前の利用者の趣味・外出

	n(%)
1.外出頻度(畑や買い物に行くことも含めて)	
週4回以上	47(47.5%)
週2-3回	25(25.3%)
週1回	6(6.1%)
週1回未満	6(6.1%)
無回答	15(15.2%)
2.趣味・町内行事への参加	
週4回以上	9(9.1%)
週2-3回	19(19.2%)
週1回	10(10.1%)
週1回未満	19(19.1%)
参加なし	17(17.2%)
無回答	25(25.2%)

表4に示す総合事業利用以前の様子では, 外出頻度は週4回以上が47名(47.5%), 週2-3回が25名(25.3%)

と全体の7割程度あった。また、それ以前に趣味や町内会の行事等に参加していたかを訊ねたところ、週1回以上参加したと答えた人は38名(38.4%)、逆に、趣味や行事に参加したことがない人たちが、17名あった。

表5. 日常生活上の変化に影響する要因

	他者からの勧め 群(n=53), n(%)	自発・その他 群(n=46), n(%)	p値	独居群 (n=23), n(%)	同居群 (n=76), n(%)	p値
新しい知人友人が出来た	有	26(49.1%)	0.06	10(43.5%)	30(39.5%)	0.73
	無	27(50.9%)		13(56.5%)	46(60.5%)	
趣味やお稽古が増えた	有	9(17.0%)	0.59	4(17.4%)	11(14.5%)	0.73
	無	44(83.0%)		19(82.6%)	65(85.5%)	
よく笑うようになった	有	10(18.9%)	0.27	4(17.4%)	11(14.5%)	0.73
	無	43(81.1%)		19(82.6%)	65(85.5%)	
よく人と話すようになった	有	18(34.0%)	0.03	6(26.1%)	19(25.0%)	0.92
	無	35(66.0%)		17(73.9%)	57(75.0%)	
食事に気を配ることが増えた	有	7(13.2%)	0.27	5(21.7%)	5(6.6%)	0.04
	無	46(86.8%)		18(78.3%)	71(93.4%)	
人に關心を持つようになった	有	6(11.3%)	0.57	2(8.7%)	11(14.5%)	0.47
	無	47(88.7%)		21(91.3%)	65(85.5%)	
ストレスが減った	有	6(11.3%)	0.67	3(30.0%)	7(9.2%)	0.59
	無	47(88.7%)		20(87.0%)	69(90.8%)	
規則正しい生活が出来る	有	11(20.8%)	0.31	6(26.1%)	11(14.5%)	0.20
	無	42(79.2%)		17(73.9%)	65(85.5%)	
運動が増えた	有	19(35.8%)	0.01	7(30.4%)	18(23.7%)	0.51
	無	34(64.2%)		16(69.6%)	58(76.3%)	
健康を意識するようになった	有	19(35.8%)	0.02	7(30.4%)	19(25.0%)	0.60
	無	34(64.2%)		16(69.6%)	57(75.0%)	
今までできた趣味や仕事が減った	有	2(3.8%)	0.64	1(4.3%)	2(2.6%)	0.55
	無	51(96.2%)		22(95.7%)	74(97.4%)	
積極的に生活が楽しめるようになった	有	9(17.0%)	0.59	3(13.0%)	12(15.8%)	1.00
	無	44(83.0%)		20(87.0%)	64(84.2%)	
サービス利用がきっかけで外出の機会が増えた	有	15(28.3%)	0.12	6(26.1%)	16(21.1%)	0.61
	無	38(71.7%)		17(73.9%)	60(78.9%)	
身だしなみを気にするようになった	有	3(5.7%)	1.00	4(17.4%)	11(14.5%)	0.75
	無	50(94.3%)		19(82.6%)	65(85.5%)	

・他者からの勧め群の「身だしなみを気にするようになった」はFisherの正確確率検定、その他は χ^2 検定
 ・独居群の「人に關心を持つようになった」「ストレスが減った」「今までできた趣味や仕事が減った」「身だしなみを気にするようになった」は、Fisherの正確確率検定、それ以外は χ^2 検定
 ・「ストレスが増えた」「生活が不規則になった」「人間関係が煩わしくなった」「よく眠れるようになった」は、2値(有無)にならなかったため、表から削除した。

表5に日常生活の変化と参加の契機、独居の有無との関連を示す。参加の契機を勧められて参加した群は、表2の総合事業の利用のきっかけ(複数回答)で得られた、誰か(友人、包括、ケアマネなど)に勧められて参加した人の実人数53人と、自発・その他及び無回答の理由で参加した群46人を比較した。その結果、前者は、後者に比して全般的に日常生活に変化があったとの回答が多く、「よく人と話すようになった」(p=0.03)、「運動することが増えた」(p=0.01)、「健康を意識するようになった」(p=0.02)と回答した者の割合が有意に高かった。また、独居群も、同

居群に比して日常生活に変化があったとの回答が多く、「食事に気を配るようになった」(p=0.04)と回答した者の割合が有意に高かった。日常生活の変化と性別との間には有意な関連はみられなかった。

IV 考 察

1. 利用者の特性について

利用者の平均年齢は80.2±7.0歳で、介護認定を受けている人は約24%だった。これは、内閣府¹²⁾の75歳以上の要介護認定割合の32.5%と比較すると少なかった。無回答が11名あるものの利用者の多くは、介護認定を受けていない人たちで、介護予防への関心が高いと思われた。半数以上の人に高血圧等の循環器疾患が見られたが、病気無が25名あり、健康評価は8割の人が良好と答えた。また、ストレスを余り感じない人が半数以上見られた。これらから、年齢は80歳代と高く何らかの疾患はあるものの、主観的健康感が高く、健康への関心が高い人たちであると推測した。

利用している総合事業では、通所系が97名(98.0%)と多かった。通所系の利用が多いという結果は、松田らの調査¹³⁾と同様であった。しかし、全国的にも訪問系の総合事業を提供している事業所が少ない¹⁴⁾ため、これが影響したと考える。外出頻度は、総合事業利用以前では、週2回以上の外出がある人は約7割で比較的高い割合だったが、総合事業利用以降では、9割を超える人が週2回以上の外出をしていた。

このことから、利用者は、総合事業への参加がきっかけとなって、社会参加を拡大した可能性がある。それを裏付けるような発言として「外出の機会が増えた」が聞かれた。新開らの10年間の調査報告¹⁵⁾では、社会参加の拡大が要介護認定率の低下につながったと述べている。このような外出頻度が維持できれば、本調査対象者も介護予防につながる可能性が示唆される。

一方で、社会参加により高血圧が改善したとの報告がある¹⁶⁾。これは社会参加により身体活動が高まった効果と言える。本調査対象者は、高血圧など循環器疾患を有する人が5割を超すことから、総合事業を含めた外出頻度を維持することは、健康管理上有意義と考える。

Tomiokaらの調査¹⁷⁾では、自主的な参加が主観的健康感を高めると報告していた。しかし、本調査では、6割が誰かに勧められて利用していた。誰かに勧められて始めたことでも、サービス内容や参加者同士の関わりが利用者自身に合えば、高い健康感につながると示唆された。

また、サービス利用による日常生活の変化では、ストレスが増えた、生活が不規則になったなどのネガティブな変化はなかった。反って、「健康を意識するようになった」、「運動が増えた」、「外出の機会が増えた」など生活の質が高まったと感じる変化が示されている。

2. 日常生活への変化と影響について

他者の勧めで参加した群は、自発・その他の理由で参加した群に比して全般的に日常生活に良い変化が見られたとの回答が多かった。特に、よく人と話すようになった、運動することが増えた、健康を意識するようになった、の3項目で顕著であった。これは、自発的でなくても、他者の勧めを受け入れて参加した人は、総合事業への参加を肯定的にとらえ、それが結果として、介護予防につながるような前向きな発言を引き出したと考えられる。地域においては、住民同士や専門職とのつながりと、声かけが大切であることが示唆された。

田中らの調査¹⁸⁾では、社会参加が低い高齢者ほど身体活動が低下しやすいと報告している。同様に、健診参加者と不参加者の健康寿命拡大要因を調査した報告¹⁹⁾では、不参加者ほど活動能力が低下していた。この点からも、本研究結果は、総合事業への参加が参加者らの身体的虚弱の予防に繋がることを示唆するものである。

一方で、設問の不備で、どのようなきっかけで参加に至ったか明らかでない人達を含めた、「自発・その他群」に変化が見られなかったことは、総合事業利用前から積極的に生活している人たちであったかも知れない。そのため、差が見られるような変化が出なかったと推測される。次回の調査時にこの点が明確になるように質問紙を工夫する。

次いで、独居の人では、「食事に気を配るようになった」の割合が高かったことは、介護予防につながる変化として注目できると考える。独居高齢者の栄養摂取不足を調査した研究²⁰⁾では、男性が栄養不足に陥りやすいと報告している。さらに、要支援者の認定悪化につながる要因を検討した新井²¹⁾は、要支援者の状態悪化には低栄養が関連していたと報告している。また、施設入所者の栄養状態を調査した研究²²⁾で、低栄養は日常生活動作の低下とも関連していたと報告している。これらの報告から考えると、独居の人が食事に気を配るようになったことは、意義のある変化であると言える。

他方、厚生労働省が平成29年度に行った総合事業に関する調査¹⁴⁾からは、従来のサービス以外の地域の実情に応じた多様なサービスも展開されているこ

とがわかった。本調査対象者が利用しているサービスも、健康体操、創作活動、音楽活動、お茶とおしゃべりなど多彩であった。そのうちどのようなサービスの内容が、日常生活の変化に影響していたかは今回の調査では明らかにできなかった。次回の調査ではその点を明らかにし、介護予防に貢献できる総合事業の内容を検討したいと考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究は2017年度に新たに始まった総合事業の参加者を対象とした調査である。そのため、本研究の限界の1つに総合事業への参加者が、まだそれほど多くはない現状があったこと。また、本年度は、ベータライン調査であるため、因果関係までは明らかにできていないことがある。今後は、出来るだけ多くの対象者を獲得して、次年度の調査につなげたい。

V 結 語

本調査から、事業に参加したことで日常生活に何らかの変化が見られた人は約6割あった。特に、他者に勧められて参加した人と独居の人に①よく人と話すようになった。②運動することが増えた。③健康を意識するようになった。④食事に気を配るようになったなど、全般的に生活意欲が高まる変化が見られた。本結果からは、総合事業への参加は、利用者の日常生活の質に良好な変化をもたらしていた。

謝辞

本研究調査実施にあたりご協力いただきました利用者の皆様、ならびに、ご協力ご配慮を頂きました総合事業提供事業所のスタッフの皆様、厚く御礼申し上げます。なお、本研究は、一般社団法人愛知健康増進財団医学研究・健康増進活動等の2017年度助成金を頂いて調査を行いました。記して感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2018年12月01日アクセス可能)
- 2) 近藤克則, 平井寛, 竹田徳則, 他. ソーシャルキャピタルと健康. 行動計量学2010; 37: 27-37.

- 3) 厚生労働省. 介護予防・日常生活支援総合事業.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html> (2018年12月01日アクセス可能)
- 4) 木村美佳, 守安愛, 熊谷修, 他. 一自治体における複合プログラムによる介護予防事業(すみだテイクテン)の評価. 日本公衆衛生雑誌 2016; 63(11): 682-693.
- 5) 厚生労働省. 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について. 老発0628第9号. 2017.
- 6) 厚生労働省. これからの介護予防.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html (2018年12月01日アクセス可能)
- 7) 日本老年学的评价機構. 健康と暮らしの調査プロジェクト. <https://www.jages.net/survey/> (2019年1月25日アクセス可能)
- 8) 西澤 哲, 高橋 千賀子, 勅使河原 麻衣, 他. 地域在宅高齢者に対する作業活動による介護予防介入の試み. 東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科紀要2012;8(1):43-57.
- 9) 小野 隆, 涌井 佐和子, 前上里 直, 他. 地域における介護予防事業の自己効力感に対する効果についての縦断的研究. 理学療法科学2013; 28(1):53-58.
- 10) 木村 大介, 竹田 徳則, 砂原 伸行, 他. 運営ボランティアとして介護予防事業に参加している地域在住高齢者の認知機能と社会活動の2年間の変化. 日本認知症ケア学会誌2013;12(2):429-439.
- 11) 内山 薫, 山田 和子, 森岡 郁晴. 介護予防における高齢者の運動教室の身体的・心理的効果と運動継続への課題. 日本医学看護学教育学会誌2015; 24(1):14-20.
- 12) 内閣府. 平成29年版高齢社会白書.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_2_3.html
 (2018年12月01日アクセス可能)
- 13) 松田晋哉, 藤本賢治, 藤野善久. 医療・介護のビッグデータ分析 介護予防・生活総合事業の経済的効果に関する試行的検討. 社会保険旬報2018; 2719: 20-25.
- 14) 厚生労働省. 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(平成29年度)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000211210.html> (2019年1月25日アクセス可

- 能)
- 15) 新開省二, 吉田裕人, 藤原佳典, 他. 群馬県草津町における介護予防10年間の歩みと成果. 日本公衆衛生雑誌2013; 60(9):596-605.
- 16) Yazawa A, Inoue Y, Fujiwara T, et al. Association between social participation and hypertension among older people in Japan: the JAGES Study. Hypertension Res 2016; 39: 818-824.
- 17) Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Association between the frequency and autonomy of social participation and self-rated health. Geriatr Gerontol Int 2017; 17: 2537-2544.
- 18) 田中博史, 菊池宏幸, 小田切優子, 他. 日本人高齢者の社会参加と身体的虚弱との関連 国民健康・栄養調査を用いた横断研究. 東京医科大学雑誌 2018; 76(1): 47-56.
- 19) 一柳歩美, 中村裕之, 谷俊一, 他. 健診参加者・不参加者を比較した高齢者の生活背景と健康寿命拡大要因についての考察. 看護・保健科学研究誌 2007; 7(2):93-99.
- 20) Nozue M, Ishikawa M, Takemi Y, et al. Prevalence of Inadequate Nutrient Intake in Japanese Community-Dwelling Older Adults Who Live Alone. J Nutr Sci Vitaminol 2016; 62: 116-122.
- 21) 新井武志. 要支援者の認定状況の悪化に関連する要因の分析. 目白大学健康科学研究2017; 10: 1-7.
- 22) Nakamura H, Fukushima H, Miwa Y, et al. A Longitudinal Study on the Nutritional State of Elderly Women at a Nursing Home in Japan. Intern Med 2006; 45:1113-1120.

● 実践報告

「介護予防・日常生活支援 総合事業のこれまでとこれから」

荒木 篤 (岐阜県笠松町地域包括支援センター長)

<講師プロフィール>

荒木 篤 (あらかき あつし)

【学歴】

日本福祉大学福祉学部卒

日本福祉大学大学院 社会福祉学研究科福祉マネジメント専攻修士課程修了

【職歴】

笠松町社会福祉協議会福祉活動専門員、笠松町総合在宅介護支援センター長を経て、現在、笠松町地域包括支援センター長兼主任介護支援専門員

【公益業務】

岐阜・愛知・三重県 介護支援専門員 法定研修講師
 特定非営利法人 岐阜県居宅介護支援事業協議会 理事
 名古屋市名東区介護認定審査会 委員

【書籍】

「がん患者のケアマネジメント」 中央法規出版 2015 共著

介護予防・日常生活支援 総合事業の これまでとこれから

笠松町地域包括支援センター
センター長 荒木 篤

生活支援コーディネーターの 皆さんへ

人が人を想う…

人と人がつながる…

もし、生活支援コーディネーターが「出会いの場」を創ることが役割であるならば

それは、誰かの人生の交差点に立つことを意味します。

であるからこそ、人と人がつながることの価値に気づく時かもしれません。

そして、つながりが一番必要なのは、あなたかもしれません

なぜ介護予防なのだろうか？

ひとりひとりの願い・想い

健康でいつまでも… もありますが、加えて
住み慣れた このまちで… が一番の願いかも…

地域的な視点で見ると

人口減少と高齢化…

担い手になってくれる人をいかに増やすか…

今日のお話し

介護予防・日常生活支援総合事業

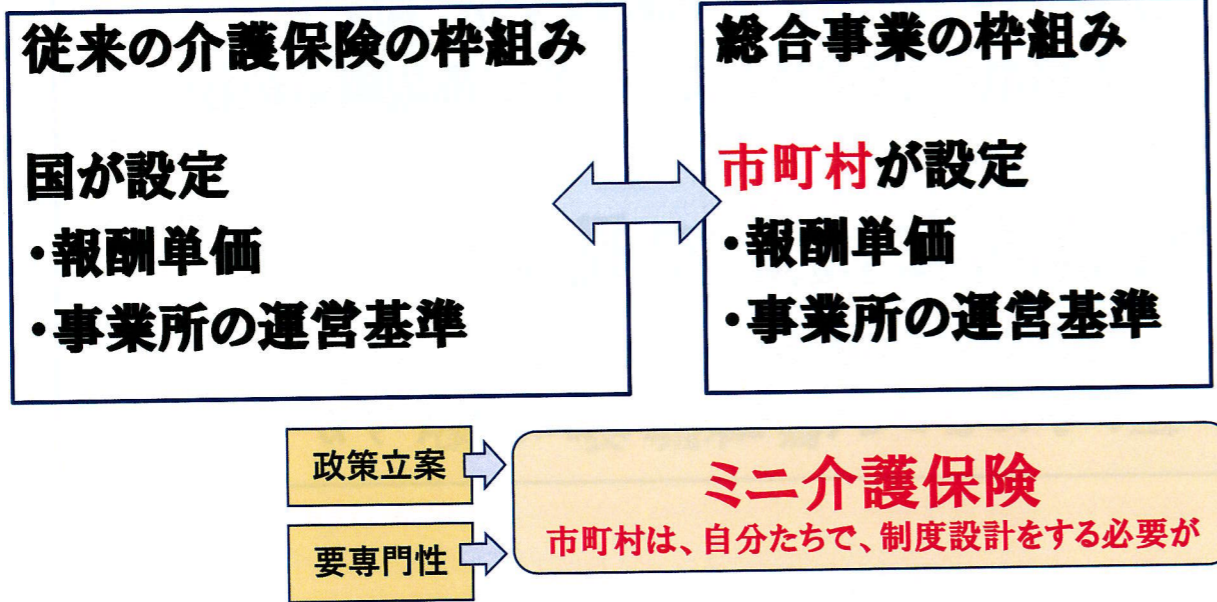
スタートによる市町村の景色の変化

笠松町のこれまでの歩み

コロナ禍を経験しての

これから

平成29年度以降 介護予防日常生活支援総合事業 が全市町村でスタート



再確認：地域支援事業等の構成

介護保険制度	
<p>【財源構成】</p> <p>国 25%</p> <p>都道府県 12.5%</p> <p>市町村 12.5%</p> <p>1号保険料 23%</p> <p>2号保険料 27%</p>	<p style="text-align: center;">介護給付 (要介護1~5)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">介護予防給付 (要支援1~2)</p> <hr/> <p>介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1~2、それ以外の者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防・生活支援サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問型サービス ・通所型サービス ・その他生活支援サービス (配食等) ・介護予防ケアマネジメント ○ 一般介護予防事業 <p style="text-align: right; font-size: 2em; margin-left: 10px;">} 多様化</p>
<p>【財源構成】</p> <p>国 38.5%</p> <p>都道府県 19.25%</p> <p>市町村 19.25%</p> <p>1号保険料 23%</p>	<p style="text-align: center;">包括的支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センターの運営 (総合相談支援、権利擁護、第1号介護予防支援、包括的・継続的ケアマネジメント支援) ○ 在宅医療・介護連携推進事業 ○ 認知症総合支援事業 (認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等) ○ 生活支援整備事業 (コーディネーターの配置、協議体の設置等) ○ 地域ケア会議推進事業 <p style="text-align: right; font-size: 2em; margin-left: 10px;">} 充実</p>
	<p style="text-align: center;">任意事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護給付等費用適正化事業 ○ 家族介護支援事業 ○ その他の事業

笠松町



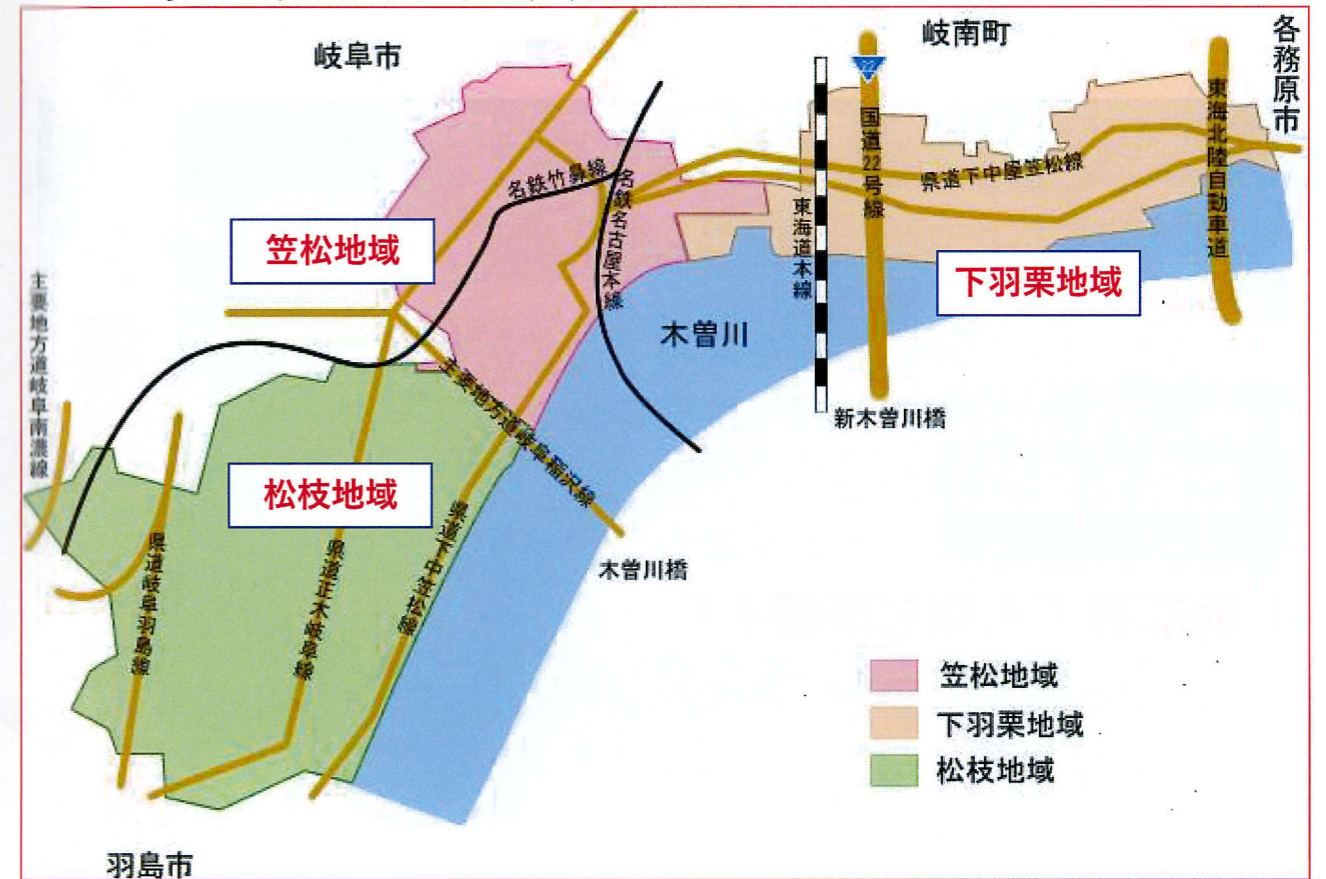
岐阜県南部の濃尾平野に位置し、町の3分の1を流れる木曾川に沿う位置。江戸時代は幕府直轄地として笠松陣屋が置かれ、江戸時代の終わりには笠松県の県庁、明治時代の初期には岐阜県庁が置かれており、県庁が岐阜市に移るまでは、岐阜県の中心となっていました。2019年には、町政130年を迎えました。

(令和5年1月1日現在)
人口 21,828人 世帯数 8,925世帯

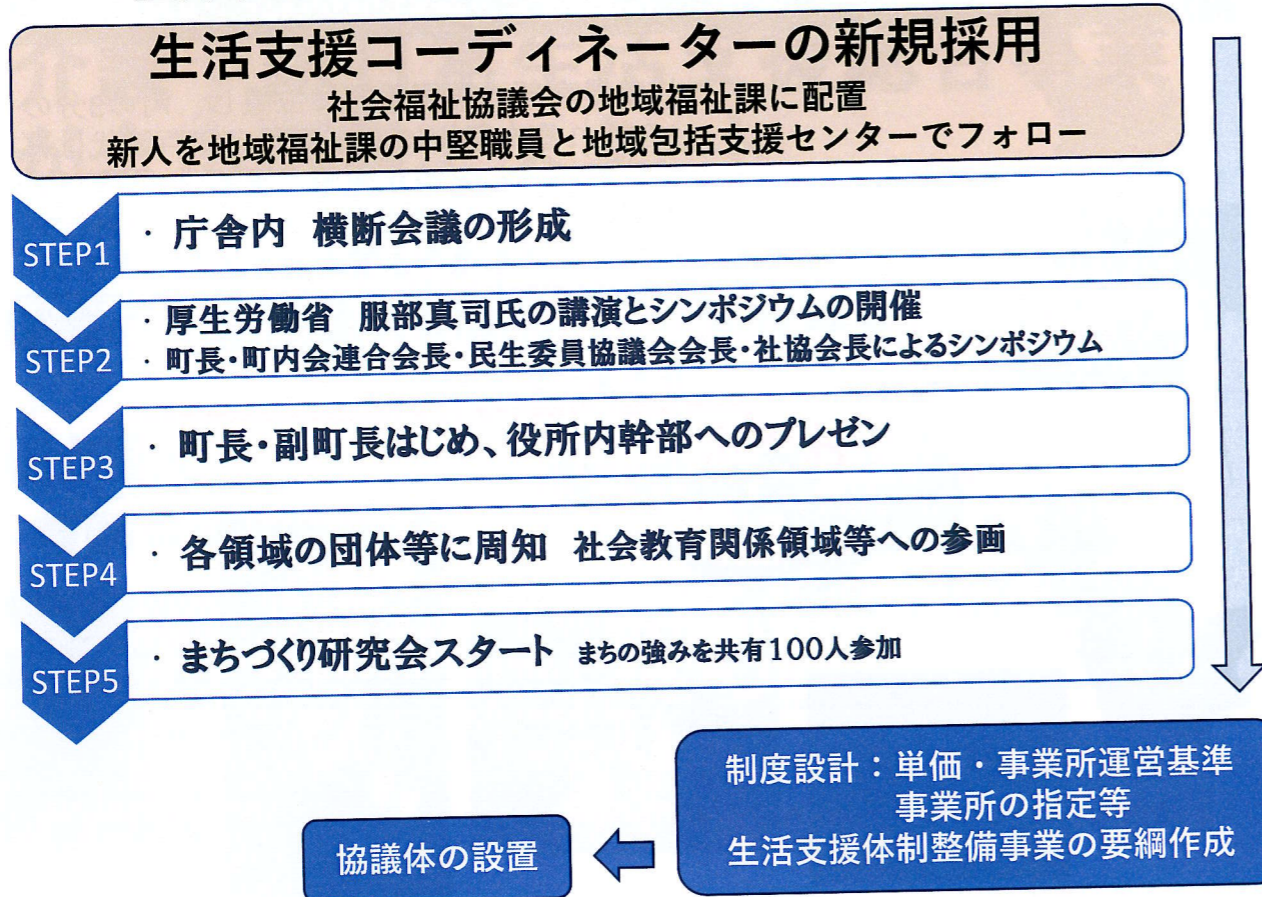





笠松町 小学校区



笠松町 平成28年度のスタートアップ

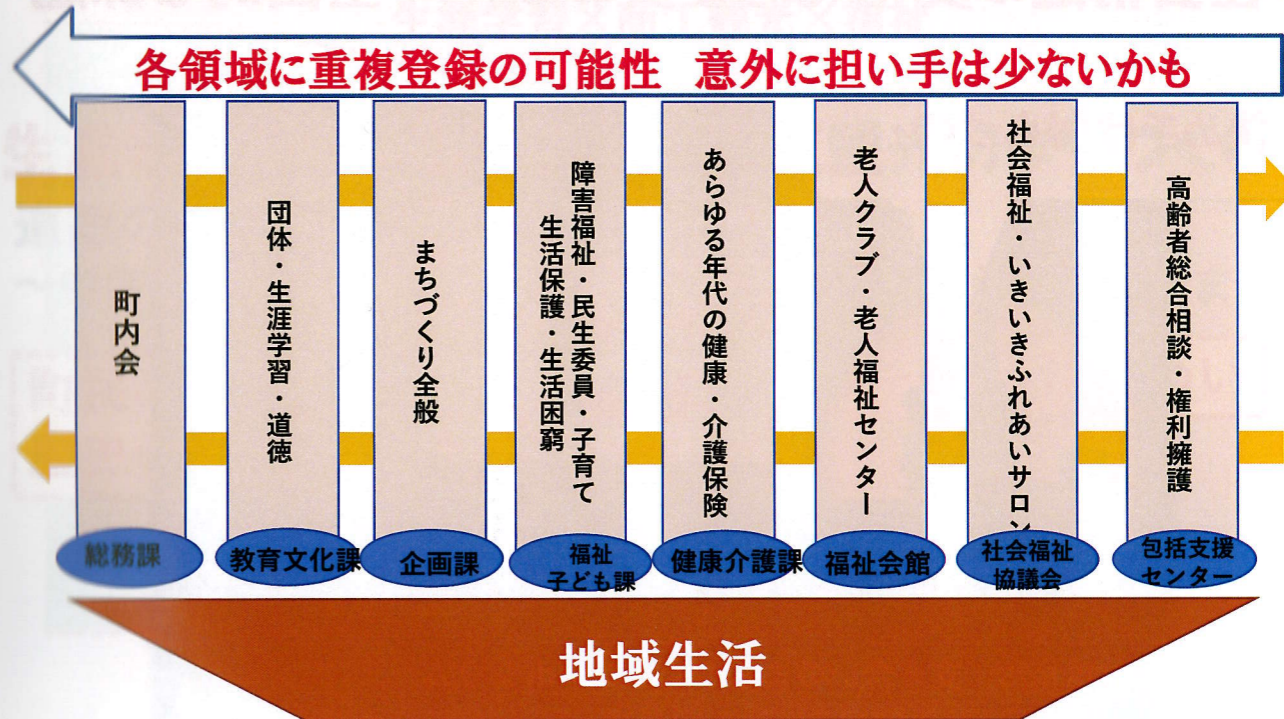


横断会議のきっかけ Step 1

背景要因	
1	少子高齢社会 2025年・2040年問題
2	多岐にわたる地域問題 1) 寝たきりの高齢な母親と障害の息子の生活困難 2) 母子家庭の介護・育児のダブルワーク 等
3	財政も緊迫した状況 ⇒ 地域力を借りないと乗り切れない
4	他部署でも同じ問題を抱えている可能性があ ⇒ 住民さんからも指摘

まちの活力低下

横断会議のコンセプト→横からの串刺し



皆で考える機会の創設 Step 2

今こそ、求められる
 地域包括ケアシステム
まちづくり

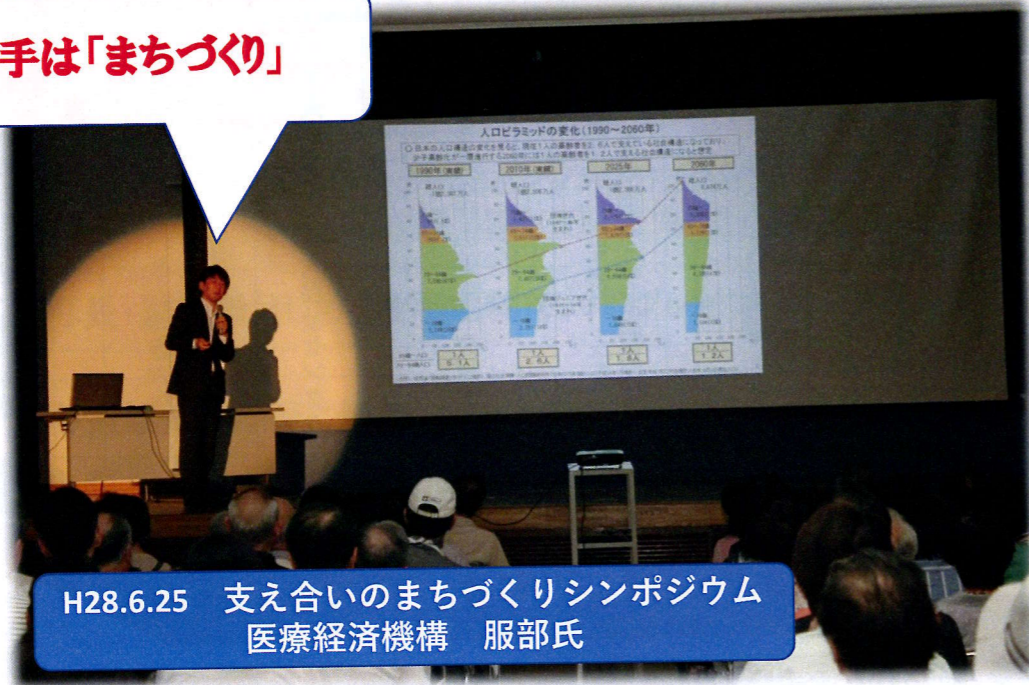


シンポジウム開催
 平成28年6月25日
 笠松中央公民館

高齢化・少子化

社会構造の変化(まちが変わる) ⇒ 全国的な課題

決め手は「まちづくり」



H28.6.25 支え合いのまちづくりシンポジウム
医療経済機構 服部氏

まちの底力 再発見(その1)

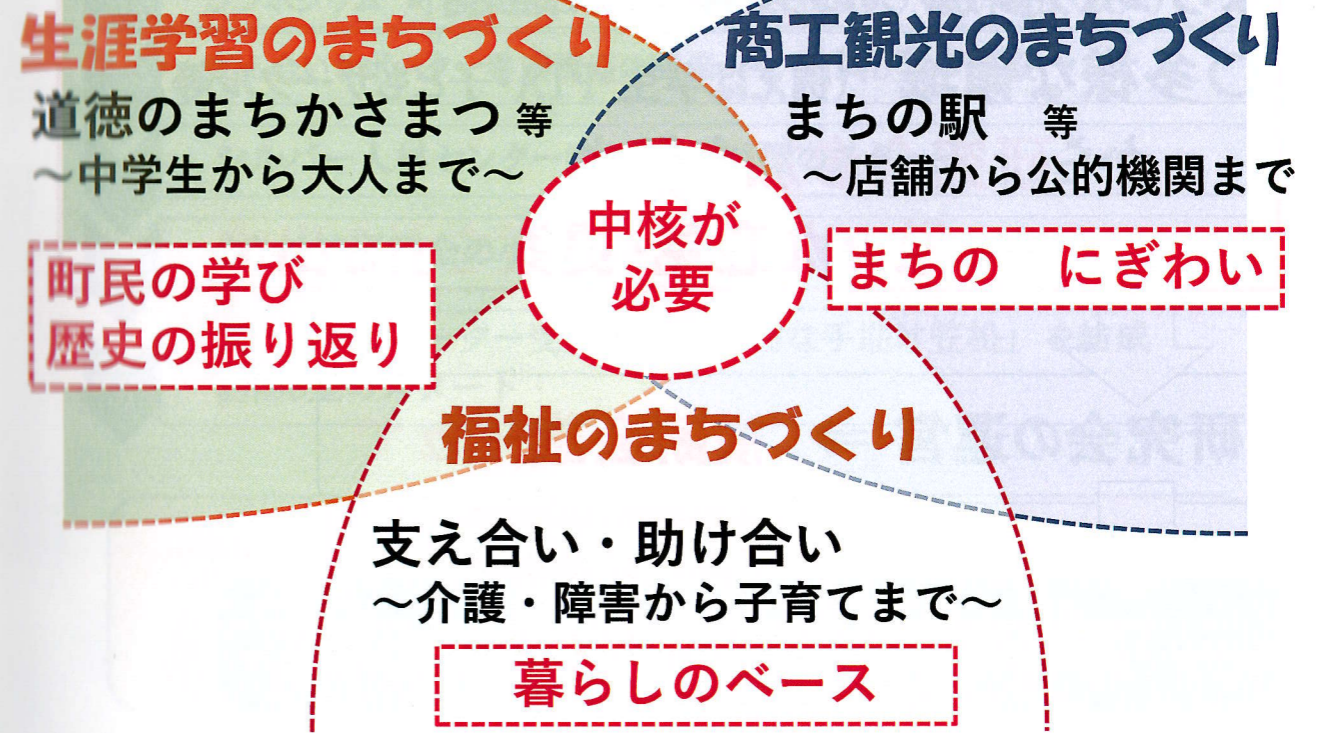
眠る宝 強みを見つける・示す

- ⇒ ① 個々に頑張っている活動が、相互に繋がると相当な力となるはず。
- ② 笠松の由緒ある歴史が、次世代に継承されていけば、笠松町を担う人財が育っていくはず。
- ③ 町内全体で民生委員さん等を応援する仕組みがあれば、お互いが助かるはず。

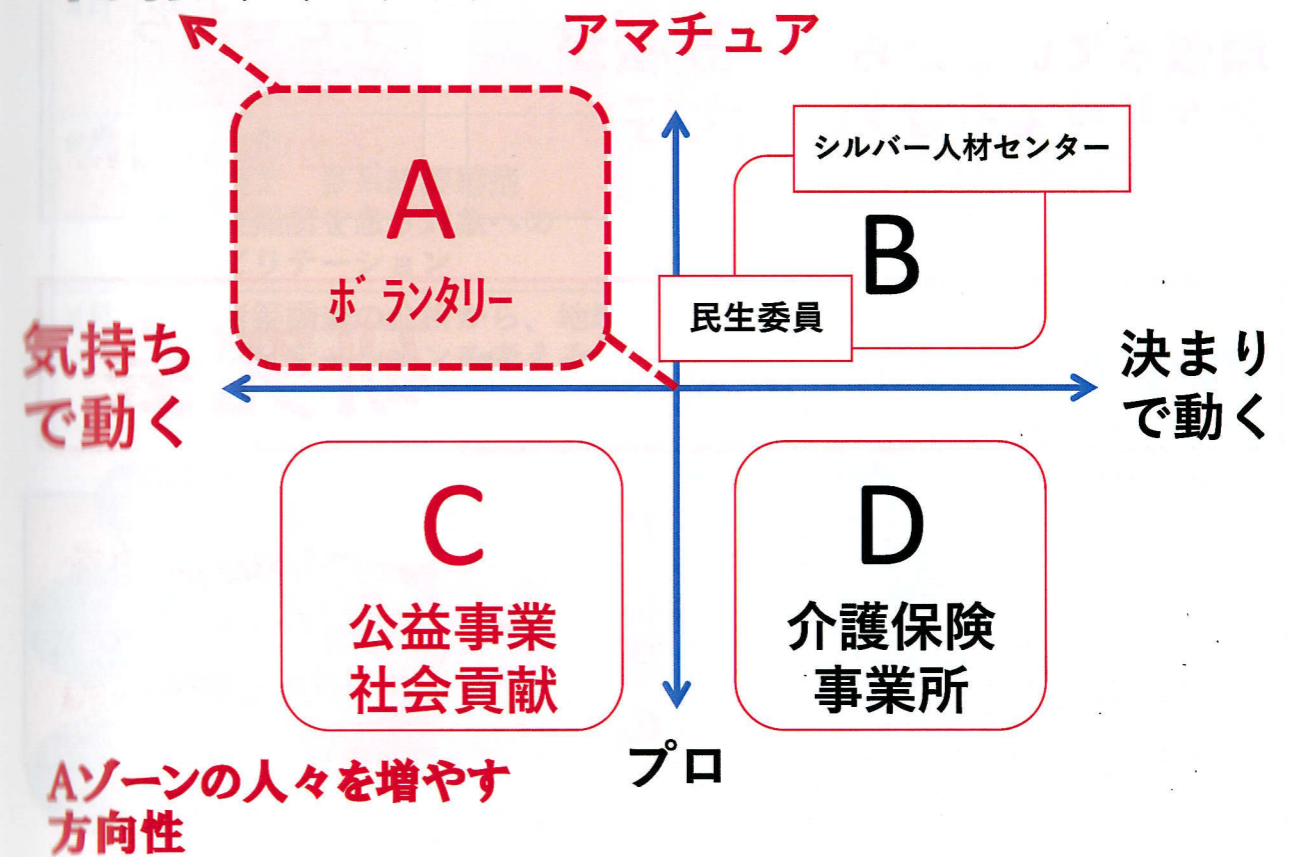
再チャレンジの時が来ている

まちづくりの諸相

生涯学習×商工観光×福祉



目指す方向性



まちの底力 再発見(その2)

まちづくり参加への具体的な道筋

○多様な領域 (例えば学生・PTA・子どもサークル等)
から研究会参加を促す
⇒ 様々な意見・提案を引き出す

研究会の運営 ⇒ 横断会議 + aで

「志のある人材」の発見とサポート

頑張っているから
分かり合えるよね

笠松が
大好き!!

子どもたちの
未来を
確かなものに

各まちづくりの交差点 ⇒ 研究会

いろいろな
意見が言える
場所が欲しい

まちづくりは
経済も循環させ
ないと上手く
いかないのでは

お互いの活動を
知らないのは
もったいないね

平成29年度以降 総合事業スタート

- STEP1 ・まちづくり研究会 ⇒ 福祉と社会教育のコラボ
・シンポジウム 町長・社協会長・平野教授(福祉大)・益川教授(岐大)
- STEP2 ・支え合いサポーター養成講座の開催 ⇒ 訪問B型の創設
- STEP3 ・シルバー人材センターによる訪問A型のスタート
- STEP4 ・まちづくり研究会の小学校区での開催 小地域展開へ
- STEP5 ・支え合いサポーター受講者で、「小さな手助け笠松」を結成
訪問B型のスタート

従来の地域ケア会議に自立支援モデルを併設
支援会議として、地域の医療機関のPT,OT,歯科衛生士
と生活支援コーディネーター、管理栄養士、保健師で構成

支援会議(令和2) 要支援等 軽度の方への支援方法を検討

4月	コロナ感染症予防のため中止	10月	78歳男性 要支援2 円背・下肢機能低下 住宅改修に関する考察
6月	60歳女性 要支援2 多系統萎縮症 進行性難病を患う対象への リハビリテーション	12月	85歳男性 円背・脊柱管狭窄症 統合失調症の長男と同居。
8月	高齢者等調査の分析から、地域 リハビリテーションを考える	2月	事業対象者10人の検討 支援会議とまちのリハビリテ ーション教室の有効活用



- STEP 6 ・ 介護予防リーダー養成 ⇒ 通所Bの創設の担い手として
- STEP 7 ・ 介護予防リーダー活動 ⇒ 老人クラブの体力測定等への協力
認知症予防講演会への協力
- STEP 8 ・ ふれあい通信の発行 ⇒ 研究会の開催案内
町民地域活動の啓発
・ (年4回)

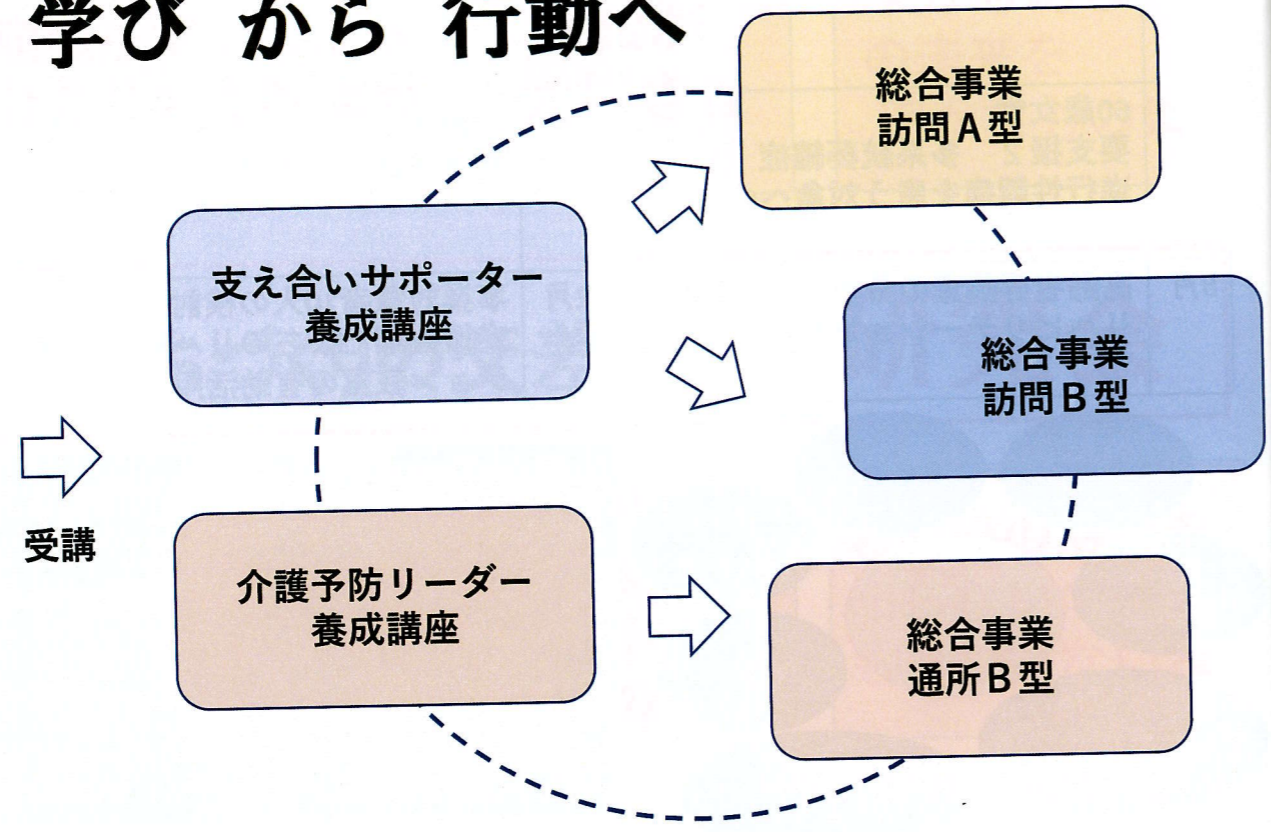
支え合いサポーターによる
**小さな手助け笠松
訪問でサポート**

ボランティアな活動が
ベース

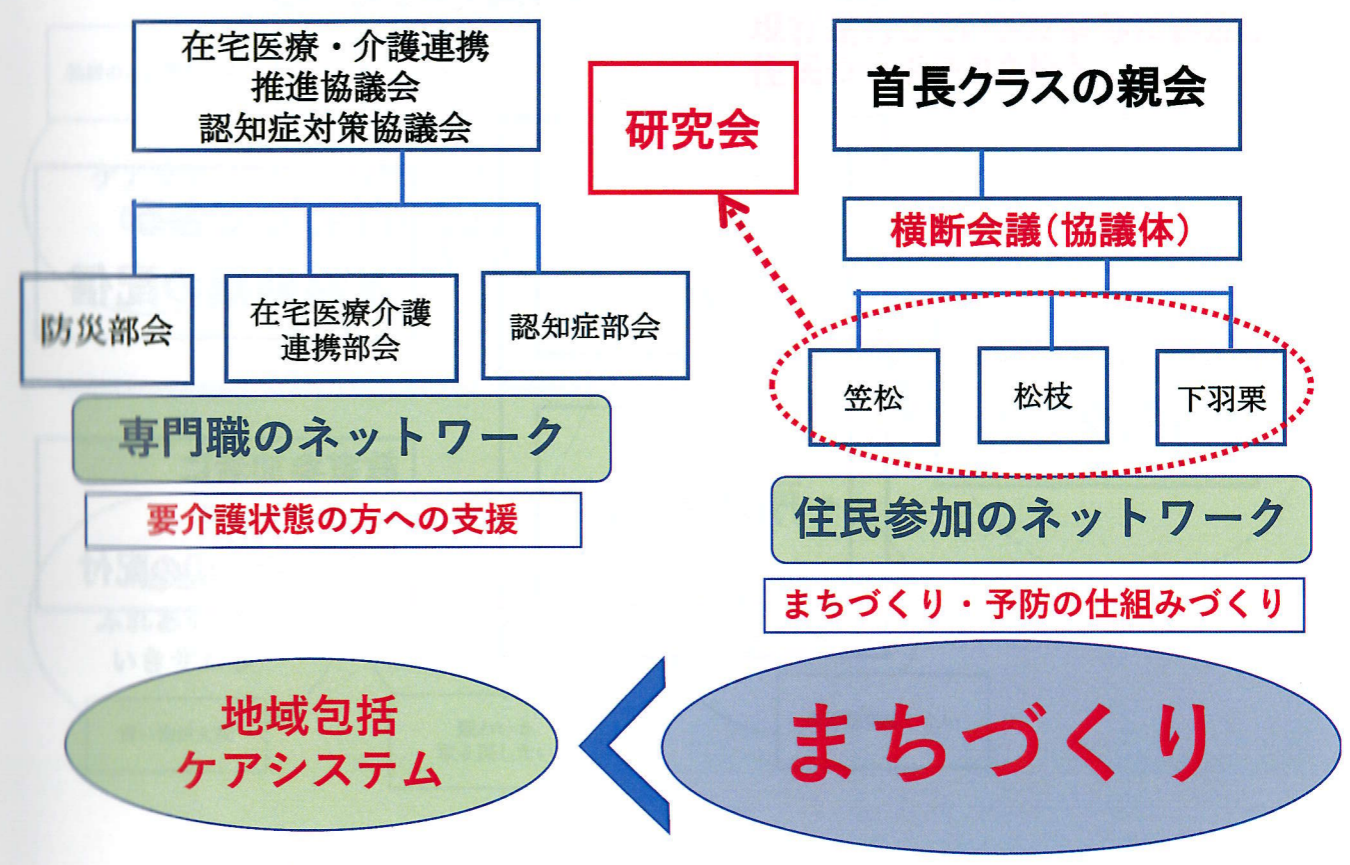
介護予防リーダーによる
場の創設

介護予防を目的に

学び から 行動へ



笠松町の体系



コロナ禍による影響

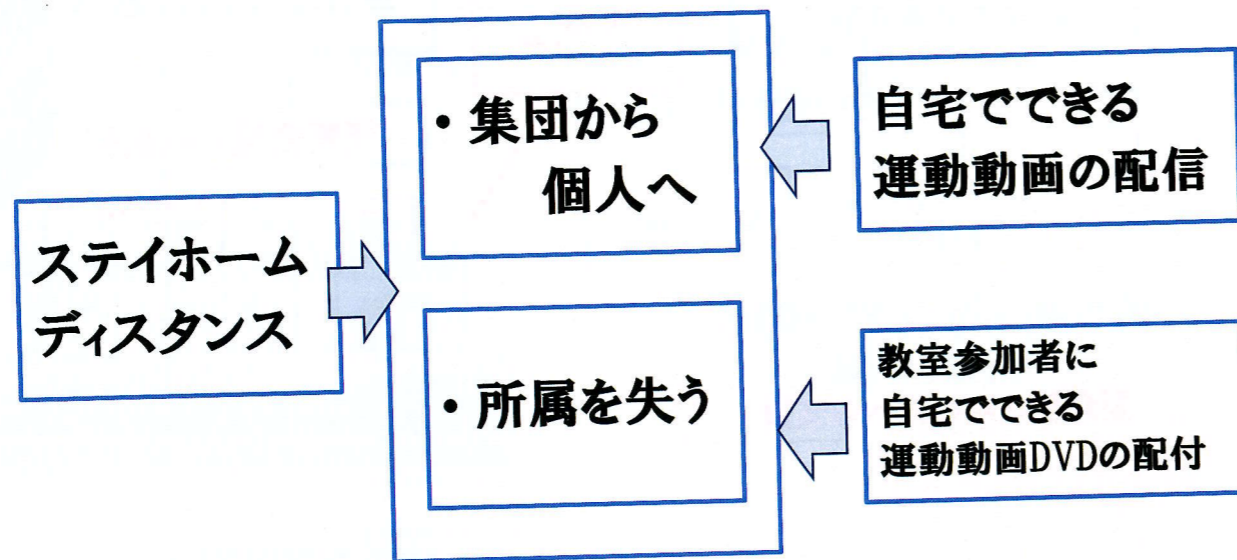
「集まって話して決めていく」
のカードが切れない

会わなくても・集まらなくても
日常を過ごすことは可能

端折っても、労力を使わなくても
なんとかなっていく日常

感染の恐怖
孤独という
やっかいな病の
まん延

団体戦から個人戦に変化



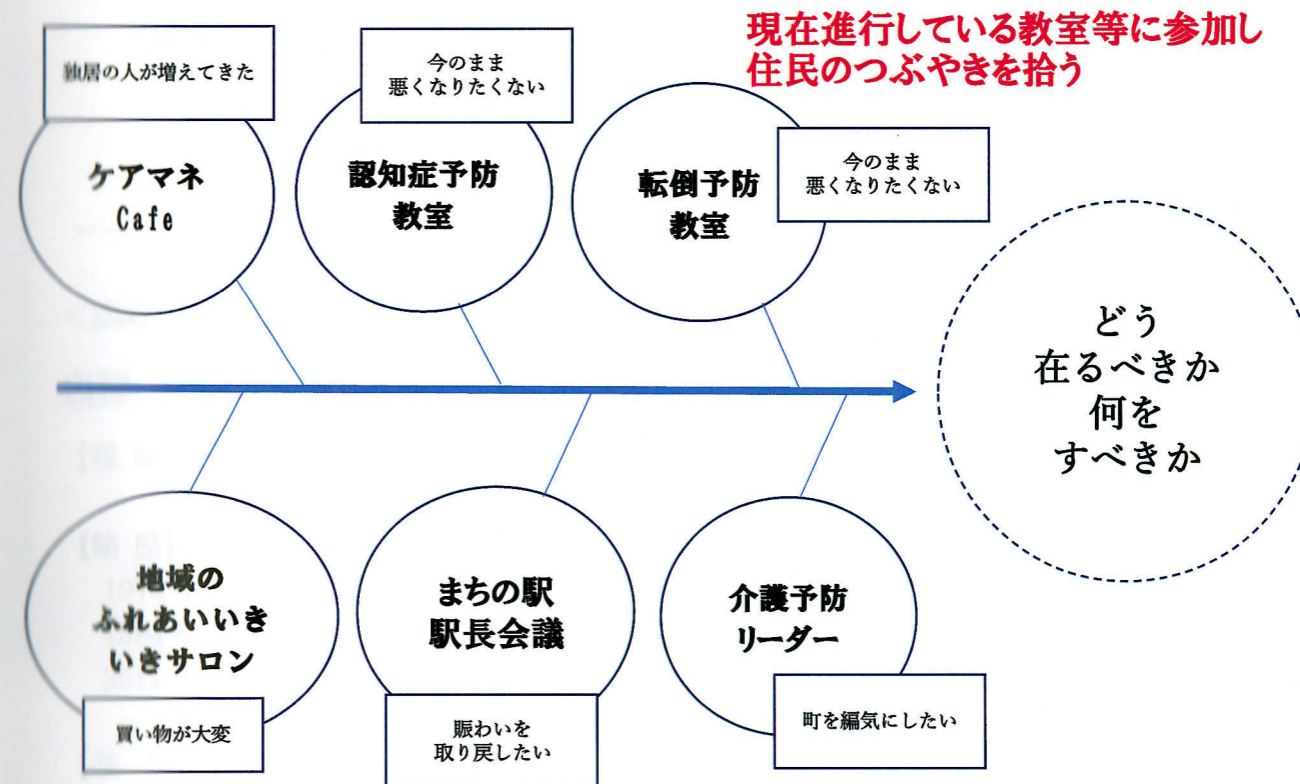
令和5年度
地域福祉計画作成に伴う懇談会を
小学校区で開催したが...

わずかな参加者...

「集まって話して決めていく」
のカードが切れない
会わなくても・集まらなくても
日常を過ごすことは可能
端折っても、労力を使わなくても
なんとかなっていく日常

意識が変わってしまっている可能性

どうする？ 笠松



● 講演

「次期介護報酬改定とそれへの対応」

白澤 政和 (国際医療福祉大学大学院教授

／日本ケアマネジメント学会理事長)

<講師プロフィール>

白澤 政和 (しらさわ まさかず)

【現職】 国際医療福祉大学大学院教授 日本福祉大学客員教授 社会学博士

【略歴】

1974年 大阪市立大学大学院修士課程修了(社会福祉学)

1994年 大阪市立大学生活科学部人間福祉学科 教授

2011年3月 大阪市立大学名誉教授

【役職】 日本学術会議連携会員、日本ケアマネジメント学会理事長、日本社会福祉士養成校協会前会長、日本在宅ケア学会前理事長、日本社会福祉学会前会長、日本介護福祉学会前副会長、など

【活動】 日本で最初にケアマネジメントに関する論文や著書を書き、日本の土壌でのケアマネジメントを提唱し、日本型のサービス・デリバリー・システムの構築に貢献した。在宅介護支援センターの創設や介護保険での介護支援専門員の創設に関わってきた。最近では、ストレングスに視点を当てたソーシャルワークの方法やその有効性についての研究に焦点をあてている。また、個人支援のケアマネジメントと地域支援の地域のネットワークを一体的に実施するソーシャルワークの理論化・実践化を進めている。

【主な著書】

『ケースマネジメントの理論と実際』白澤政和、中央法規出版(1992年)

『老人保健福祉計画実現へのアプローチ』白澤政和、中央法規出版(1994年)

『介護保険とケアマネジメント』白澤政和、中央法規出版(1998年)

『ケアマネジメントハンドブック』白澤政和、医学書院、(1998年)

『「介護保険制度」のあるべき姿—利用者主体のケアマネジメントをもとに』筒井書房(2011年)

『キーワードでたどる福祉の30年』中央法規出版(2011年)

『地域のネットワークのつくり方—地域包括ケアを推進するために—』中央法規出版(2013年)

その他 介護保険、保健・医療・福祉の連携、ケアマネジメントに関する著書・論文多数

【主な受賞】

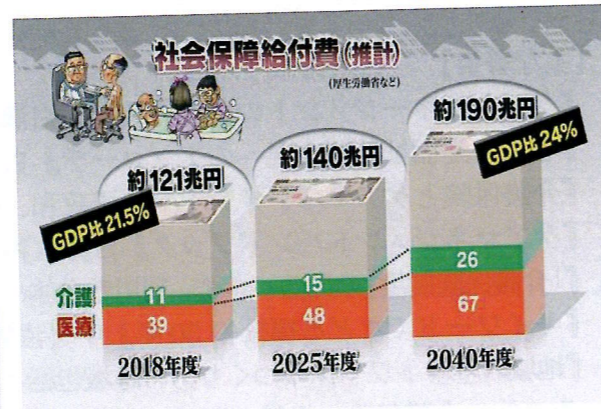
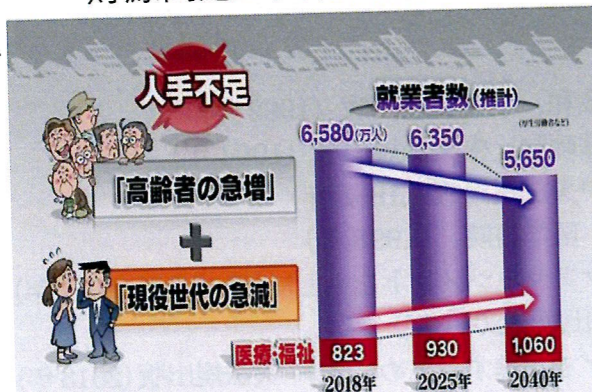
吉村仁賞 (『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版により)

福武直賞 (『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版により)

次期介護報酬改定とそれへの対応

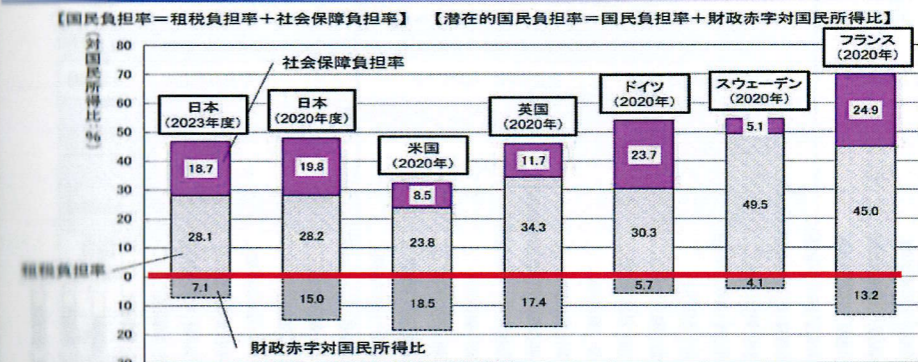
国際医療福祉大学大学院
白澤政和

・財源問題と人材問題



介護人材の確保のためには、十分な介護保険財源の確保が不可欠であり、両者は一体的なものであり、海保報酬改定で方向付けしていかなければならない。
次期報酬改定は、道を切り開いたか。✗

国民負担率の国際比較



国民負担率	46.8 (34.5)	47.9 (33.5)	32.3 (26.1)	46.0 (34.7)	54.0 (40.7)	54.5 (36.7)	69.9 (47.7)
潜在的国民負担率	53.9 (39.7)	62.9 (43.9)	50.8 (41.1)	63.4 (47.8)	59.7 (45.1)	58.6 (39.5)	83.0 (56.7)

【国民負担率=租税負担率+社会保障負担率】 【潜在的国民負担率=国民負担率+財政赤字対国民所得比】
対国民所得比: % (括弧内は対GDP比)

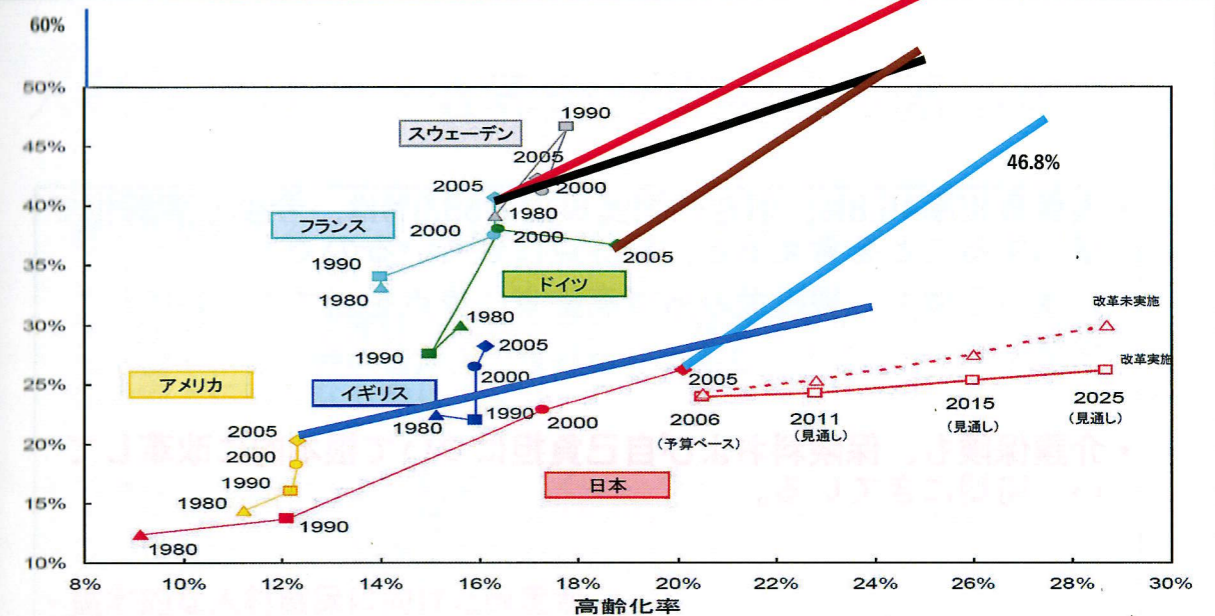
「国民負担率の国際比較」 | 財務省

以下の議論が求められている

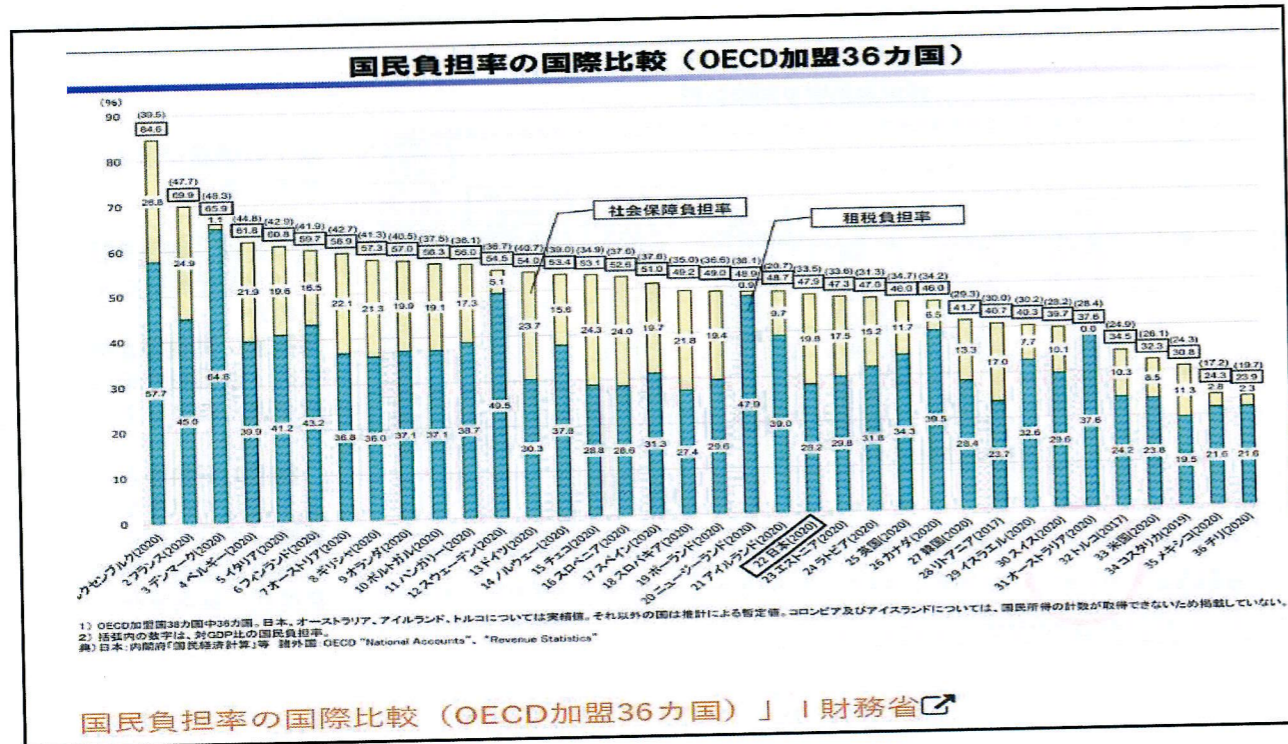
○国民は、国民負担率46.8%を高いとするのか
高福祉・高負担か
中負担・中福祉かの決断が迫られている。

○負担の対象をどのようにしてバランスを取っていくのか。
高齢の富裕層、高齢者世代、就労世代、

介護保険制度の課題



出典: 実績はOECD: "Social Expenditure Database 2008"等、見通しは厚生労働省: "社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月)"に基づき、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室で算出したもの。
実績はOECD社会支出基準に基づく社会支出データを用いているため、社会保障給付費よりも広い範囲の費用(公的住宅費用、施設整備費等)も計上されている。



国民負担率は限界か

- 国民負担率46.8%、潜在的国民負担率53.9%は、今後も高齢化で増加することを考えると、限界点にきているので。
- 介護や医療も、現役並み所得高齢者に焦点を当てて、対応している。
- **介護保険も、保険料および自己負担について根本的に改革していく時期にきている。**

選択の視点

(第3回「選択する未来」委員会内閣府事務局資料(平成28年2月24日)より抜粋)

分野	現状	選択の視点		
		長期的な人口減少を許容	8千~9千万人規模の維持	1億人超を目指す
人口	人口減少・高齢化の進展	一人当たりGDP・GNIを重視	GDP・GNI全体を重視	
経済成長	長期的な停滞	新しい産業が育っていない国(金融資産、サービスで食いつなぐ?)	新しい産業が育って成長を支える国	
世界経済における日本	産業空洞化	日本の経済シェアの低下 新興国の台頭	極東の静かな国	国際社会で活躍し、ヒト・モノ・カネ・情報の集まる国
国際競争力	生産性の低迷 交易条件の悪化	コスト削減重視による生産性向上	付加価値重視による生産性向上 交易条件改善	
社会保障	中福祉低負担 高齢者中心の資源配分	低福祉低負担	中福祉中負担	高福祉高負担
教育	グローバル人材の不足	平均的な学力の引上げ重視	「元氣な高齢者」を増やし、資源配分の重点を子どもへ	プレイヤーになれる人材の育成重視
雇用	無限定正社員・男性中心 非正規雇用の増加(労働市場の二極化)	無限定正社員が中心 長時間労働の恒常化	ジョブ型労働市場中心 性別・年齢に関係なく労働参加 ワークライフバランス重視	
地域政策	東京への人口流入継続 地方の人口減少・高齢化	市場に任せた緩やかな衰退	人口減少に応じた地方の縮小・撤退	地方から東京への人口流出抑制
外国人	高度人材の受入れ 外国人技能実習制度の活用	高度人材の受入れ拡大	技能者、技術者中心に移住受入れ (例えば、年間20万人)	

人口減少と日本の未来の選択
(「選択する未来」委員会の検討状況)

外国人政策も転換期を迎えている。技能実習制度で日本に来る人は減少していく。専門職に対して在留資格を出し、日本で永続的に生活できることを目指さないと、対応できないのではないかと。

介護については、国家資格介護福祉士を取得して、在留資格を取得する方法が安定した介護人材の確保方法ではないのか。

現実には、**専門介護で介護人材になっている外国人介護職が最も多くなっている。**

人材問題は生産性の向上で突破できるのか

- 生産性の向上で、人材を効果的・効率的に活用することで、介護人材の圧縮を図ろうとしている。
- 介護領域では、生産性の向上で目立って有効なものは施設での見守り機器や、記録時の音声入力機器程度である。介護そのものの生産性の向上に有効なものは少ない
- 介護は生産性の向上に馴染みにくい、フェースツフェースの仕事であるため、根本的な介護人材確保が必要であるが、介護職員の月6千円の賃上げで、人材確保できるのか。
- **抜本的な人材確保に向けた改定か**

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）① (令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会)

○全世代対応型の持続可能な社会保障制度の構築に向けて、質の高い医療・介護を効率的に提供するための基盤整備が必要。
○次期計画期間中に2025年を迎えるが、今後、85歳以上人口の割合が上昇し、サービス需要や給付額は増加する一方、生産年齢人口は急減。
○地域ニーズに対応したサービス等基盤の整備や、人材確保、保険制度の持続可能性の確保に向けた早急な対応が必要。
○社会環境の変化の中でも、高齢者の自己決定に基づき、必要なサービスを受けられ、希望する所で安心して生活できる社会を実現する必要。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1. 生活を支える介護サービス等の基盤の整備

○地域の実情に応じた介護サービスの基盤整備
・長期的な介護ニーズの見直しや必要な介護職員数を踏まえ計画を策定。その際、既存施設・事業所の今後のあり方も含め検討

○在宅サービスの基盤整備
・複数の在宅サービス（訪問や通所など）を組み合わせて提供する複合型サービスの類型の新設を検討
・看護小規模多機能型居宅介護のサービスの明確化など、看護小規模多機能型居宅介護等の更なる普及方策について検討

○ケアマネジメントの質の向上
・質の向上・人材確保の観点から第9期を通じて包括的な方策を検討
・適切なケアマネジメント手法の更なる普及・定着
・ケアプラン情報の利活用を通じた質の向上
・質の高い主任ケアマネジャーを養成する環境の整備、業務効率化等の取組も含めた働く環境の改善

○医療・介護連携等
・医療計画と介護保険事業（支援）計画との整合性の確保
・地域リハビリテーション支援体制の構築の推進
・かかりつけ医機能の検討状況を踏まえ、必要に対応

○施設サービス等の基盤整備
・特養における特養入所の運用実態を把握の上、改めて、その趣旨の明確化を図るなど、地域の実情を踏まえ適切に運用

○住まいと生活の一体的支援
・モデル事業の結果等を踏まえ、住宅分野や福祉分野等の施策との連携や役割分担のあり方も含め引き続き検討

○介護情報利活用の推進
・自治体・利用者・介護事業者・医療機関等が、介護情報等を電子的に閲覧できる情報基盤を整備するため、介護情報等の取集の関係等に係る事業を地域支援事業に位置づける方向で、自治体等の関係者の意見も十分に踏まえながら検討

○科学的介護の推進
・LIFEのフィードバックの改善や収集項目の精査を検討

2. 様々な生活上の困難を支え合う地域共生社会の実現

○総合事業の多様なサービスの在り方
・実施状況・効果等について検証を実施
・第9期を通じて充実化のための包括的な方策を検討。その際、地域の受け皿整備のため、生活支援体制整備事業を一層推進。また、多様なサービスをケアプラン作成時に適切に選択できる仕組みの検討

○運いの場合、一般介護予防事業
・多様な機能を有する場として発展させるため、各地域の状況や課題毎に活用・参照しやすいよう情報提供。専門職の関与を推進

○認知症施策の推進
・認知症施策推進大綱の中間評価を踏まえた施策の推進

○地域包括支援センターの体制整備等
・家族介護者支援等の充実に向け、センターの総合相談支援機能の活用、センター以外の各種取組との連携
・センターの業務負担軽減のため、介護予防支援の指定対象を居宅介護支援事業所に拡大
・総合相談支援業務におけるプランナー等の活用推進。市町村からの業務の部分委託を可能とする等の見直し
・3職種配置は原則としつつ、職員配置の柔軟化

3. 保険者機能の強化

○保険者機能強化推進交付金等
・評価指標の見直し・縮減とアウトカムに関する指標の充実

○給付適正化・地域差分析
・給付適正化主要5事業の取組の重点化・内容の充実・見える化

○要介護認定
・より多くの保険者が審査の簡素化に取り組むよう、簡素化事例の収集・周知。今後、ICTやAIの活用に向けて検討
・コロナの感染状況を踏まえ、ICTを活用して認定審査会を実施できるとする取扱いについて、コロナの感染状況を問わず継続

介護報酬改定の方向

介護保険制度の見直しに関する意見（概要）② (令和4年12月20日 社会保障審議会介護保険部会)

II 介護現場の生産性向上の推進、制度の持続可能性の確保

1. 介護人材の確保、介護現場の生産性向上の推進

(1) 総合的な介護人材確保対策
・処遇の改善、人材育成への支援、職場環境の改善による雇止め防止、介護職の魅力向上、外国人材の受け入れ環境整備など総合的に実施
・介護福祉士のキャリアアップや処遇につながる仕組みの検討
・外国人介護人材の介護福祉士資格取得支援等の推進

(2) 生産性の向上により、負担が軽減され働きやすい介護現場の実現
○地域における生産性向上の推進体制の整備
・生産性向上等につながる取組を行う介護事業者へ認証を付与する取組により、優良事例を模範例
・都道府県主導のもと、様々な支援・施策を一括して取り扱い、適切な支援につながるワンストップ窓口の設置など総合的な事業者支援
・地方公共団体の役割を法令上明確化

○施設や在宅におけるテクノロジー（介護ロボット・ICT等）の活用
・相談窓口を通じた体験展示、研修会、個別相談対応等の推進
・施設における介護ロボットのパッケージ導入モデル等の活用推進
・在宅におけるテクノロジー活用に向けた課題等に関する調査研究

○介護現場のタスクシェア・タスクシフティング
・いわゆる介護助手について、業務の切り分け、制度上の位置付け等の検討。人材の確保については、特定の年齢層に限らず柔軟に対応

○経営の大規模化・協働化等
・社会福祉連携推進法人の活用促進も含め、好事例の更なる模範例
・「デジタル原則」に照らした規制の一元見直しも踏まえ、各サービスにおける管理者等の常駐等について、必要な検討

○文書負担の軽減
・標準様式や「電子申請・届出システム」の基本原則化について所要の法令上の措置を遅滞なく実施

○財務状況等の見える化
・介護サービス事業所の経営情報を詳細に把握・分析できるよう、事業者が都道府県知事に届け出る経営情報について、厚生労働大臣がデータベースを整備し公表
・介護サービス情報公表制度について、事業者の財務状況を公表。伊せて、一人当たりの資金等についても公表の対象への追加を検討

2. 給付と負担

(1) 高齢者の負担能力に応じた負担の見直し
○1号保険料負担の在り方
・国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率公表と保険料多段階化の役割分担等について、次期計画に向けた保険料の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る

○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準
・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○補足給付に関する給付の在り方
・給付の実態やマイナナンバー制度を取り巻く状況なども踏まえつつ引き続き検討
(※) 次期計画に向けて結論を得るとされた事項については、遅くとも来年度中に結論を得るべく引き続き議論

(2) 制度間の公平性や均衡等を踏まえた給付内容の見直し
○多床室の賃料負担
・看護施設及び介護医療院等について、在宅との負担の公平性、各施設の能や利用実態等を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の定等も含めた検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

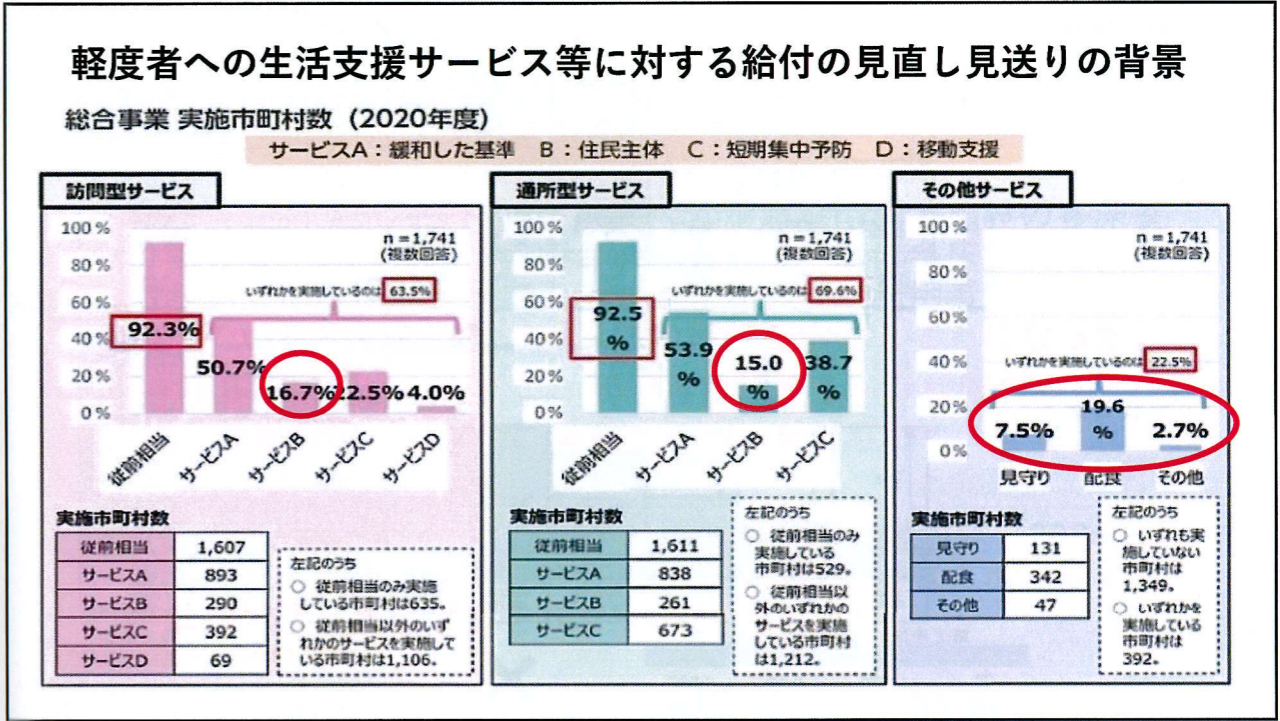
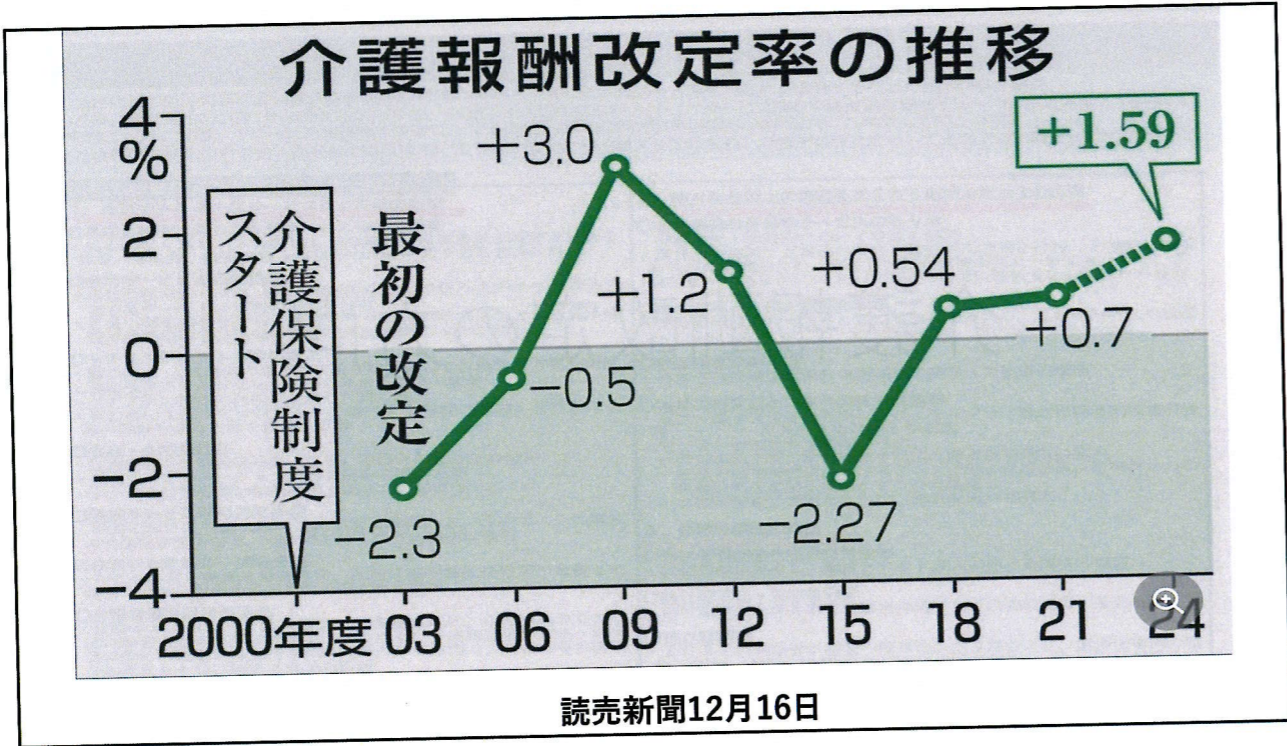
○ケアマネジメントに関する給付の在り方
・利用者やケアマネジメントに与える影響、他サービスとの均衡等を踏まえ包括的に検討し、第10期計画期間の開始までに結論を得る

○障害者への生活援助サービス等に関する給付の在り方
・現在の総合事業に関する評価・分析等を踏まえ包括的に検討し第10期計画期間の開始までに結論を得る

(3) 被保険者範囲・受給者範囲
・第2号被保険者の対象年齢を引き下げることに伴って、介護報酬を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

介護報酬はアップ

- ・ 介護職員の処遇改善分 +0.98% (令和6年6月施行) とその他の改定率 +0.61% を含め **1.59%** の引き上げ。
- ・ これとは別に、施設の光熱水費といった物価高への対応分として「**0.45%相当**」を用意する。
- ・ 実質的に2.04%相当の引き上げ効果が見込まれる。
- ・ 参考
- ・ 診療報酬改定は、医師や看護師などの人件費などの本体部分について **0.88% プラス**、薬価部分は1%程度の引き下げで、診療報酬全体では **マイナス改定**
- ・ 障害福祉サービス事業所への報酬は **1.12% プラス**



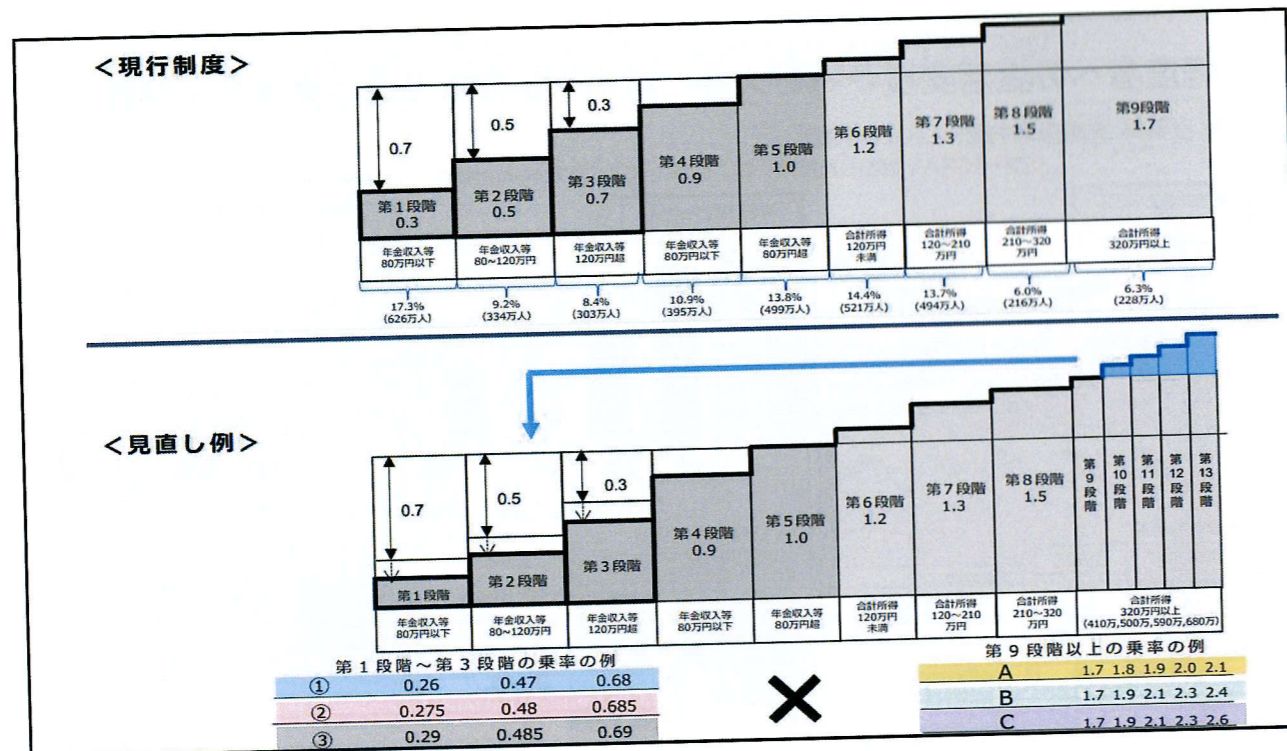
- ### 介護保険部会での審議結果
- (1) ケアマネジメントの有料化 ×
 - 2027年度に始まる次の次の見直しまで結論が先送り
 - (2) 軽度者への生活支援サービス等に対する給付の見直し ×
 - 2027年度に始まる次の次の見直しまで結論が先送り
 - (3) 2割負担の対象者拡大 × および介護保険料の多段階化 ○
 - 2割対象者拡大は2027年度に始まる次の次の見直しまで結論が先送り、多段階化は既に先駆的に実施している市町村あり
 - (4) 多床室料の負担見直し ○
 - 2023年度に本格化する2024年度介護報酬改定で決着
 - (5) (新) 施設等に生産性向上委員会の設置の義務化 (3年間の経過措置)

表1: 総合事業の利用者数 (実利用者数)

訪問型	利用者数 (人)	比率 (%)	制度の概要
従前相当	302,319	76.4	・ 制度改正前からの移行分
訪問A型	84,798	21.4	・ 市町村独自で認定する事業
訪問B型	5,144	1.3	・ 住民主体による事業
訪問C型	1,892	0.5	・ 短期集中のリハビリ事業
訪問D型	1,146	0.3	・ 住民主体の移動支援事業
その他	191	0.0	—
合計	395,490	100.0	—

通所型	利用者数 (人)	比率 (%)	制度の概要
従前相当	498,296	81.8	・ 制度改正前からの移行分
通所A型	88,394	14.5	・ 市町村独自で認定する事業
通所B型	12,350	2.0	・ 住民主体による事業
通所C型	9,831	1.6	・ 短期集中のリハビリ事業
その他	386	0.1	—
合計	609,257	100.0	—

出典: 厚生労働省資料を基に作成
注: 2021年3月現在の実利用者数。



○多床室料の負担見直し

・介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の多床室に関して、室料負担が徴収されておらず、既に多床室の室料を徴収している特別養護老人ホームに比べて、利用者負担が低くなっているとして、**室料相当額の徴収を求めることになった。**

月額8千円相当（ただし、利用者負担第1～3段階の者については、補足給付により利用者負担を増加させない。

・2023年度から本格的に議論される次期介護報酬改定（2024年度実施）での設定も視野に入れつつ、**特別養護老人ホームでも基準費用額（居住費）を60円/日引き上げる。**

×2割負担・3割負担の拡大

・後期高齢者医療制度では、現役世代の負担を抑え、出産育児一時金を増額する財源にも充てるため、75歳以上の方が所得などに応じて支払う保険料上限額を年間66万円から80万円に、2024年4月から引き上げる。

・物価高で、高齢者も経済的に低位が状況になっている。
 ・自己負担額を上げることで、サービス利用を抑制することになる。**利用控えがないよう配慮して、政府が決めることになった。その結果、今回は見送ることになった。**

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合) ※年金収入の場合: 合計所得金額=年金収入額-公的年金等控除(基本的に120万円)



今回の改定での議論

×訪問介護と通所介護での新サービスを創設

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(看護)小規模多機能型居宅介護の更なる普及に加え、例えば、特に都市部における居宅要介護者の様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複数の在宅サービス(訪問や通所系サービスなど)を組み合わせる複合型サービスの類型などを設けることも検討することが適当。

○地域密着サービス? 包括払い方式?

○ケアマネジャーは外付け(活用を促進するため)、このことは定期巡回・随時対応型訪問介護看護、(看護)小規模多機能型居宅介護もケアマネジャーが外付けに移行する可能性がある。

次期に持ち越された議論

- 今回ではなく、今後に持ち越した議論
- 施設の人員配置基準を**3対1から4対1へ**（ICTや介護ロボットの活用で生産性の向上）
- 特養の入所基準を要介護1に戻す
- 特養の待機者が減少し空床がでてきたことと、他の施設は要介護1を基準にしていること
- ○特別養護老人ホームが在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化されている趣旨等を踏まえ、**特例入所の運用状況や空床が生じている原因などについて早急に実態を把握の上、改めて、特例入所の趣旨の明確化を図るなど、地域における実情を踏まえた適切な運用を図ることが適当である。**

生産性の向上

- 生産性向上に関する事業所の相談に対応するワンストップ窓口を都道府県に設置
- ▽生産性向上に向けた自治体の役割を法令上、明確化、
- ▽現場の生産性向上に関する好事例の発信、
- ▽ロボットなどのテクノロジー導入に向けた伴走支援、
- ▽経営規模の大規模化に向けた好事例の発信、
- ▽文書作成の負担を軽減するため、標準形式の統一化に向けた法令上の措置
- 人員配置を3対1から4対1については、サービスの質の低下で、今後の議論

介護人材確保に向けて

- 厚生労働省が「介護職員の働く環境改善に向けた政策パッケージ」
- (1) 介護現場革新のワンストップ窓口の設置⇒都道府県
- (2) 介護ロボット、ICT（情報通信技術）の導入支援、
- (3) 優良事業者・職員の表彰などを通じた好事例の普及促進、
- (4) 介護サービス事業者の経営の見える化、
- (5) 福祉用具、在宅介護におけるテクノロジーの導入・活用促進、
- (6) 生産性向上に向けた処遇改善加算の見直し、
- (7) 職員配置基準の柔軟化の検討、
- (8) 介護行政手続きの原則デジタル化

福祉用具の貸与種目と販売種目

- 福祉用具貸与のみを位置付けるケアプランの扱いについては、2024年度報酬改定で対応は見送られる。
- 福祉用具貸与・特定福祉用具販売における「選択性」を導入する場合、その対象は、「比較的廉価であり、利用者の状況を踏まえて判断された、ある程度中長期の利用が実態上見受けられる用具」
- 「固定用スロープ」「歩行器（歩行車は除く）」「単点杖（松葉杖を除く）」「多点杖」の4つとする。これらは可動部がない用具が多く、利用開始後のメンテナンスの必要性が比較的低い

令和5年度介護事業経営実態調査の結果

- ・相対的に、施設の収支差率が厳しく、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリの訪問系サービスの収支差率が大きい。
- ・居宅介護もこの間は黒字転換している。
- ・地域密着では、定期巡回・随時対応訪問介護看護の収支差率が大きい。

サービスの種類	令和5年度実態調査			サービスの種類	令和5年度実態調査		
	令和4年度概況調査 令和3年度決算	令和4年度決算	対3年度増減		令和4年度概況調査 令和3年度決算	令和4年度決算	対3年度増減
施設サービス				施設サービス			
介護老人福祉施設	1.2%	▲1.0%	▲2.2%	福祉用具貸与	3.4%	6.4%	+3.0%
介護老人保健施設	1.5%	▲1.1%	▲2.6%	居宅介護支援	3.7%	4.9%	+1.2%
介護医療院	5.2%	0.4%	▲4.8%	地域密着型サービス			
居宅サービス				地域密着型サービス			
訪問介護	5.8%	7.8%	+2.0%	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	8.1%	11.0%	+2.9%
訪問入浴介護	3.6%	3.0%	▲0.6%	地域密着型通所介護	3.8%	9.9%	+6.1%
訪問看護	7.2%	5.9%	▲1.3%	認知症対応型通所介護	4.3%	4.3%	0.0%
訪問リハビリテーション	▲0.4%	9.1%	+9.5%	小規模多機能型居宅介護	4.6%	3.5%	▲1.1%
通所介護	0.7%	1.5%	+0.8%	認知症対応型共同生活介護	4.8%	3.5%	▲1.3%
通所リハビリテーション	▲0.3%	1.8%	+2.1%	地域密着型特定施設入居者生活介護	2.8%	1.9%	▲0.9%
短期入所生活介護	3.2%	2.6%	▲0.6%	地域密着型介護老人福祉施設	1.1%	▲1.1%	▲2.2%
特定施設入居者生活介護	3.9%	2.9%	▲1.0%	看護小規模多機能型居宅介護	4.4%	4.5%	+0.1%
				全サービス平均	2.0%	2.4%	▲0.4%

夜間対応型訪問介護 基本報酬

単位数

	< 現行 >	< 改定後 >
夜間対応型訪問介護 (I) 【定額】 + 【出来高】		
【定額】		
基本夜間対応型訪問介護費 (オペレーションサービス部分)	1,025単位/月	989単位/月
【出来高】		
定期巡回サービス費 (訪問サービス部分)	386単位/回	372単位/回
随時訪問サービス費 (I) (訪問サービス部分)	588単位/回	567単位/回
随時訪問サービス費 (II) (訪問サービス部分)	792単位/回	764単位/回
夜間対応型訪問介護 (II) 【包括報酬】	2,800単位/回	2,702単位/回

収支差率結果が次期介護報酬単価に影響

- ・訪問介護と定期巡回・随時対応訪問介護看護の単価が下がったが、他の介護サービスについては単価があがった。

訪問介護 基本報酬

単位数	※以下の単位数はすべて1回あたり		
	< 現行 >	< 改定後 >	
身体介護	20分未満	167単位	163単位
	20分以上30分未満	250単位	244単位
	30分以上1時間未満	396単位	387単位
	1時間以上1時間30分未満	579単位	567単位
	以降30分を増すごとに算定	84単位	82単位
生活援助	20分以上45分未満	183単位	179単位
	45分以上	225単位	220単位
	身体介護に引き続き生活援助を行った場合	67単位	65単位
通院等乗降介助	99単位	97単位	

定期巡回・随時対応型訪問介護看護 基本報酬

単位数

※以下の単位数は1月あたり(夜間訪問型の定期巡回サービス費及び随時訪問サービス費を除く)

	< 現行 >	< 改定後 >		< 現行 >	< 改定後 >
一体型事業所 (訪問看護なし)			一体型事業所 (訪問看護あり)		
要介護1	5,697単位	5,446単位	要介護1	8,312単位	7,946単位
要介護2	10,168単位	9,720単位	要介護2	12,985単位	12,413単位
要介護3	16,883単位	16,140単位	要介護3	19,821単位	18,948単位
要介護4	21,357単位	20,417単位	要介護4	24,434単位	23,358単位
要介護5	25,829単位	24,692単位	要介護5	29,601単位	28,298単位
連携型事業所 (訪問看護なし)			夜間訪問型 (新設)		
要介護1	5,697単位	5,446単位	基本夜間訪問型サービス費	989単位	
要介護2	10,168単位	9,720単位	定期巡回サービス費	372単位	
要介護3	16,883単位	16,140単位	随時訪問サービス費 (I)	567単位	
要介護4	21,357単位	20,417単位	随時訪問サービス費 (II)	764単位	
要介護5	25,829単位	24,692単位			

※定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、処遇改善加算については、今回の改定で高い加算率としており、賃金体系等の整備、一定の月額賃金配分等により、まずは14.5%から、経験技能のある職員等の配置による最大24.5%まで、取得できるように設定している。

訪問介護・訪問入浴の報酬改定の論点

- 訪問介護の特定事業所加算における重度者対応要件として、「**看取り期にある者**」を要件に追加
- 訪問介護の特定事業所加算は、訪問介護員の質の向上に向けた取組や事業所を適切に評価することから、**現行の区分の整理統合と要件の見直し**
- 訪問入浴介護の**看取り期の利用者**への対応について、新たな加算の設定
- **サ高住等でケアマネジメントを提供する**事業者には、同一建物減算の適用。
- 訪問介護等も、利用者が**同一建物に集中**している場合には一層の減算
- **中山間地域等**で、やむを得ず移動距離等を要し、事業運営が非効率にならざるを得ない状況について、新たに評価

居宅介護支援事業の報酬改定の論点

- 入院時情報連携加算の要件について、入院後3日以内又は入院後7日以内に利用者情報を提供した場合に評価しているが、**入院当日中又は入院後3日以内**に見直し
- 医療と介護の連携を強化し、**通院時情報連携加算**について、**歯科医師**の診察を受ける際に同席した場合も対象
- ターミナルケアマネジメント加算について、**対象となる疾患を限定**しない
- 利用者に対する**説明義務を努力義務**に改める
- 特定事業所加算の要件に、**ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加**を加える
- 特定事業所加算の要件の、**常勤の主任介護支援専門員の配置**について、**介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合に、兼務も可とする**
- 現行、40件から逡減制が適用される居宅介護支援費（1）について**45件から適用**。
- 事務職員の配置に加えてケアプラン データ連携システムの活用による業務効率化を図っている場合においては、**50件からとする**
- 要支援者を担当する場合の取扱件数については、要支援者の利用者数は2分の1の扱いから、**3分の1の扱い**

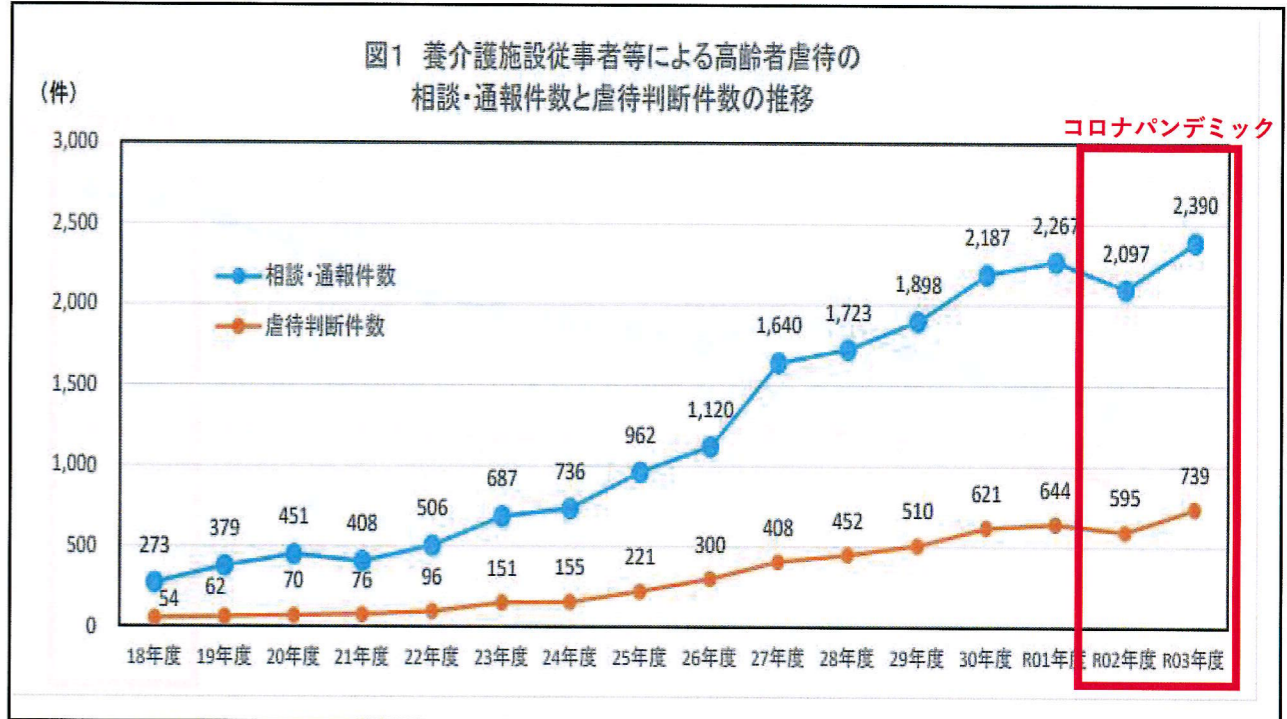
（地域密着型）通所介護および認知症対応型通所介護の報酬改定の論点

- **入浴介助加算（I）**では、入浴介助の技術研修を算定要件に組み込む。**入浴介助加算（II）**では、利用者宅浴室の環境評価・助言について、医師等に代わり介護職員が訪問し、医師等の指示のもとICT機器を活用して状況把握を行い、医師等が評価・助言する場合も算定
- **機能訓練指導員**の配置に対して緩和し、個別機能訓練の**上位加算（I）**口について適正化を図る
- 感染症や大規模災害により、通所介護等が利用困難となる可能性があるため、**3%加算や規模区分の特例**は緊急時に対応できる加算として存置する
- 当日の利用者の心身の状況から、実際の通所介護の提供がやむを得ず短くなった場合には通所介護計画上の単位数の算定可であるが、**積雪等**のやむを得ない事情についても可とする。
-

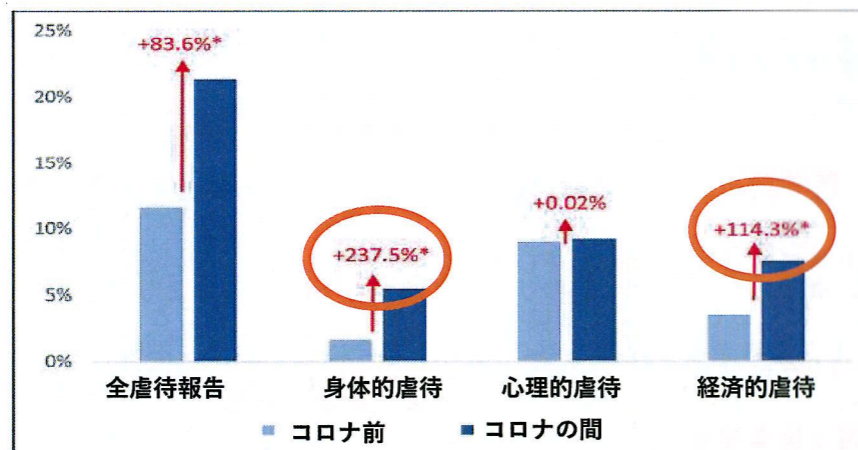
居宅介護支援事業での介護予防支援の実施に関する報酬改定の論点

- 居宅介護支援事業所が**現在の体制**を維持したまま円滑に指定を受けられることを前提に**運営基準を見直し**
- これまでどおり少なくとも3月に1回の訪問を原則としつつ、居宅介護支援と同様に、一定の要件を設けた上で、**テレビ電話装置等を活用したモニタリング**を行うことも可能としてはどうか。
- 具体的には以下の要件を設けてはどうか。①利用者の同意を得ること②サービス担当者会議等において、主治医、サービス事業者等から以下の合意が得られていること「利用者の状態が安定していること」「利用者がテレビ電話装置等を使用して意思表示できること」「テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報については、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること」③少なくとも6月に1回は利用者の居宅を訪問すること
- 居宅介護支援事業者が指定を受けて行う場合については、市町村長に対し、介護予防サービス計画の実施状況等に関して**情報提供**することを運営基準上義務づけるとともに、これに伴う手間・コストを**基本報酬上評価**
- **居宅介護支援事業者**が指定介護予防支援を行う場合は、居宅介護支援と同様に特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算及び中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の対象とする

生産性向上で質が担保
されるのか
ケアマネジャーを例にして



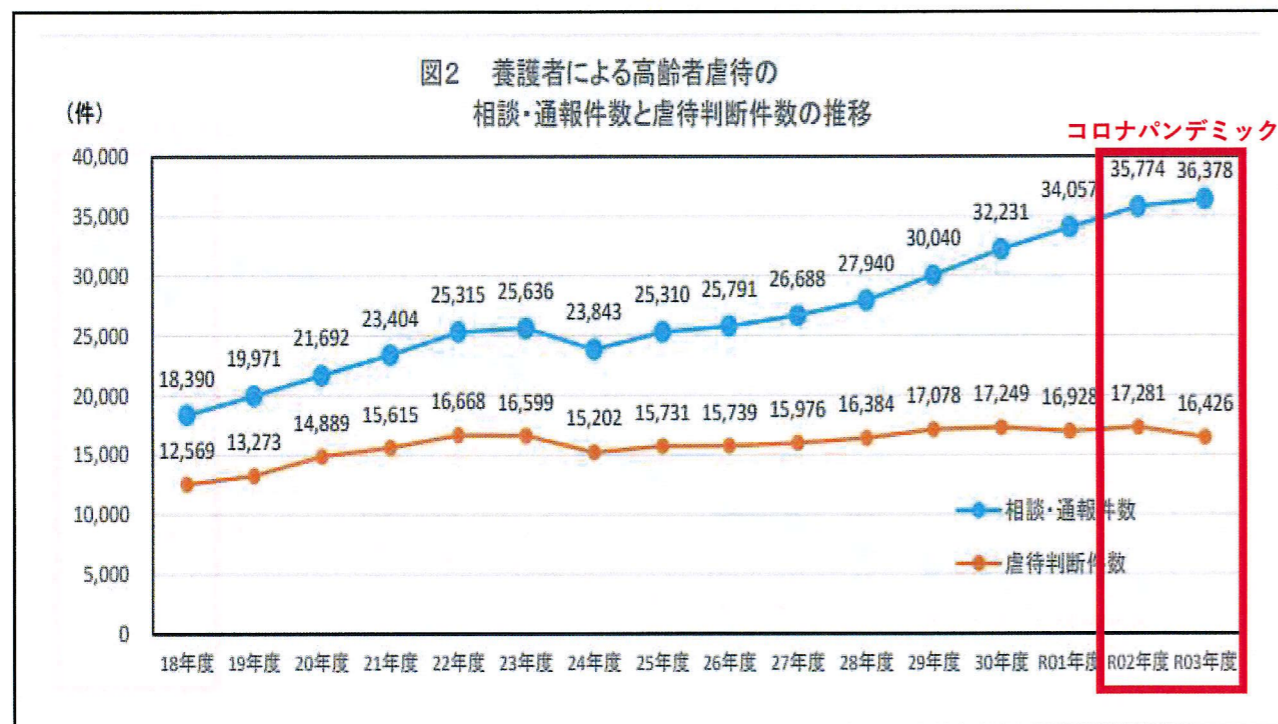
アメリカでの在宅でのコロナ前後での高齢者虐待の比較



High Prevalence of Elder Abuse
During the COVID-19 Pandemic:
Risk and Resilience Factors
Am J of Geriatric Psychiatry 29:11 (2021) 1152-1159
E-Shien Chang, M.PHIL., M.A., Betta R. Levy, PhD

通報者の変化

	家族等	当該施設の(元)職員・管理者
・パンデミック前		
・平成30年度	19.7%	44.5%
・令和元年度	18.9%	46.1%
<hr/>		
・パンデミック中		
・令和2年度	13.9%	51.1%
・令和3年度	13.2%	56.1%
・コロナで	減少	増加



ケアマネジャーの担当ケース数の増加 + オンライン面接

- 生産性の向上の名目のもと、どこまで増やし緩めるのか。本来、ケアマネジメントの質に影響しないことの検証をベースに議論されるべき。
 - 利用者不在の議論であったのではないのか。
 - ケアマネジャーがさらに繁忙究めることについての危惧
 - コロナ禍で、電話等での対応が可能になったことから生じた課題（虐待）
- 根本的には、ケアマネジャーのなり手がなくなった原因を明らかにし、ケアマネジャーを増やすこと。
 - ①給料が安いこと 東京都 介護職員とケアマネジャー 居住支援特別手当 勤続5年以内は 月2万円 勤続6年以上は 月1万円
 - ②介護職がケアマネジャーにならない 給与の一部逆転 受験資格者要件の再検討
 - ③ケアマネジャーの仕事はやりたい仕事であるにもかかわらず、そうしたやりたいことにインセンティブが働かない

通報者の変化(複数回答)

	警察	ケアマネジャー
パンデミック前		
平成30年度	24.7%	28.4%
令和元年度	27.2%	27.5%
<hr/>		
パンデミック中		
令和2年度	31.2%	25.4%
令和3年度	32.7%	24.9%
コロナで	増加	減少

ご清聴ありがとうございました。

● シンポジウム

「これからの総合事業に求められるもの

- 予防効果のある総合事業を、開発側、利用・支援する側から考える」

シンポジウムは、研究報告、実践報告、講演を踏まえながら、「これからの総合事業に求められるもの」について、参加者全員で意見交換を行います。