

川崎市 御中

令和4年度

介護予防・生活支援のあり方検討報告書

「介護予防・日常生活支援総合事業のあり方検討会議」運営支援事業報告書

令和5（2023）年3月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

NTT Data

株式会社NTTデータ 経営研究所

目次

1. 事業概要	1
1.1 背景・目的	1
1.2 実施内容	1
2. 介護予防・生活支援施策の現状と課題	7
2.1 介護予防・生活支援をとりまく国の主な政策の流れ	7
2.2 川崎市の要支援・要介護者の現状と課題	10
2.3 要支援者の状態像	13
3. 介護予防・生活支援のあり方検討会議	16
3.1 介護予防・生活支援の方向性（第1回）	16
3.2 対象者像に応じたアプローチの方法（第2回）	23
3.3 対象者の把握方法と地域資源・サービスへのつなぎ方（第3回）	31
3.4 地域資源・サービスの活用・創出に向けた方策（第4回）	38
3.5 自立支援・重度化防止に向けた取組（第5回）	44
3.6 今後の基本方針（第6回）	48
4. 今後の介護予防・生活支援施策の取りまとめ	53
4.1 現行事業の現状と課題	53
4.2 あり方検討会議を踏まえた新たな取組	55
4.3 今後の取組の方向性	56

1. 事業概要

1.1 背景・目的

介護予防・日常生活支援総合事業は、介護保険法第115条の45第1項の規定に基づき、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、地域で支え合う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ために実施することとされている。

2024年度に予定している「かわさきいきいき長寿プラン」の次期改定に向けて、事業の体系化を図りながら、以下の実現のために必要な取組の方向性及びその方策について検討する必要がある状況である。

- ・支援を必要とする者に、的確な支援を提供する
- ・効率的・効果的な支援の提供体制を構築する
- ・自立支援・重度化防止を継続的に推進する仕組みを整備する

上記を踏まえ、上記の検討に際して必要となる情報の収集・分析や、現状に関する検証・評価等を行うとともに、関係団体の代表者によって構成する「介護予防・生活支援のあり方検討会議」の円滑な運営の確保を目的に、本事業を実施した。

1.2 実施内容

本事業では、川崎市の介護予防・生活支援施策について検討を行うため、「介護予防・生活支援のあり方検討会議」を開催、運営した。また、議論において必要な情報の収集・分析を行った。

(1) 会議の設置目的

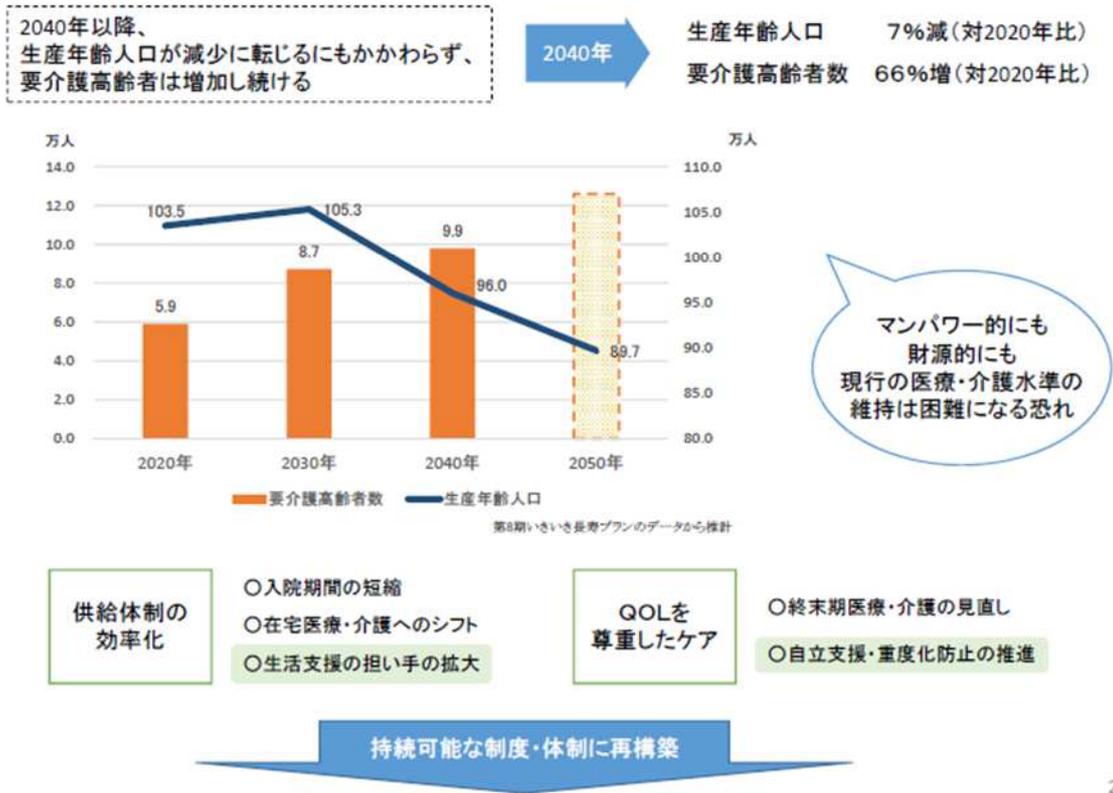
地域のつながりの希薄化等により、様々な分野の地域社会の担い手が減少する中、個人や世帯が抱える生きづらさやリスクが複雑化・多様化していることから、地域社会の持続可能性への懸念が生じている。

そうした中で、2025年以降も急速に少子高齢化が進展し、慢性疾病等を抱える方の増加による「ケアの質」の変化とともに、医療・介護等の「何らかのケアを必要とする人」が増加することが見込まれている。

川崎市においては、こうした背景から、地域包括ケアシステムの構築を重要な課題として位置付けて、様々な取組を推進しているところであるが、自立支援・重度化防止の推進や個別支援の充実と地域力の向上、ニーズに応じた介護基盤の整備等を第8期かわさきいきいき長寿プランで推進する重点事項として位置づけ、その具体化に向けた検討を進めることとしている。

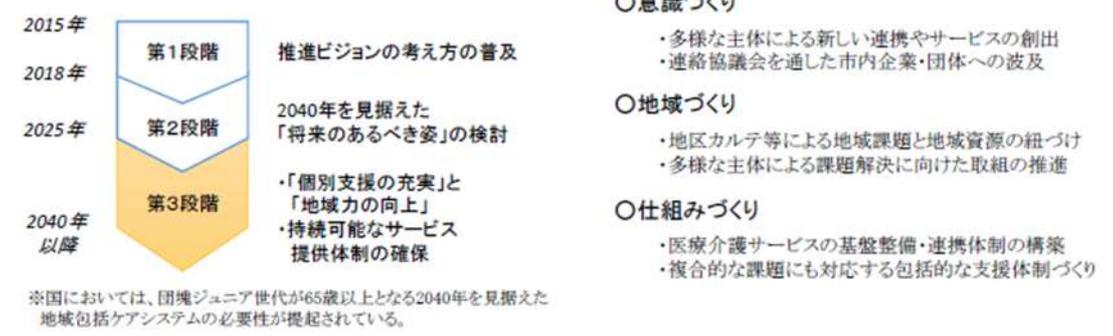
こうした状況を踏まえ、有識者・関係者の意見を踏まえながら、介護予防と生活支援における基本的な考え方を整理するとともに、具体的な取組のあり方について検討するため、「介護予防と生活支援のあり方検討会議」を開催する。

図表 1-1 2040年以降を見据えた持続的な制度・体制の必要性



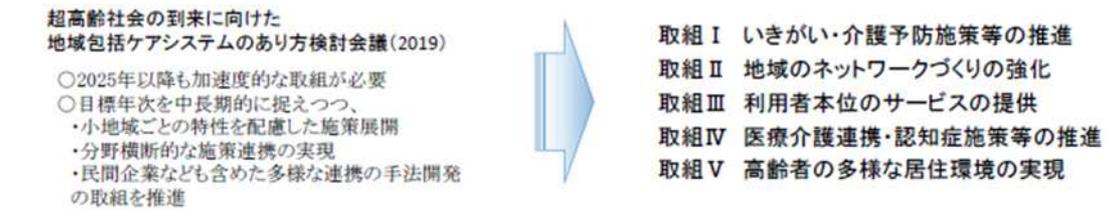
2

地域包括ケアシステムの構築



いきいき長寿プランの推進

介護ニーズの増加と現役世代(担い手)の減少を踏まえた2040年への備え

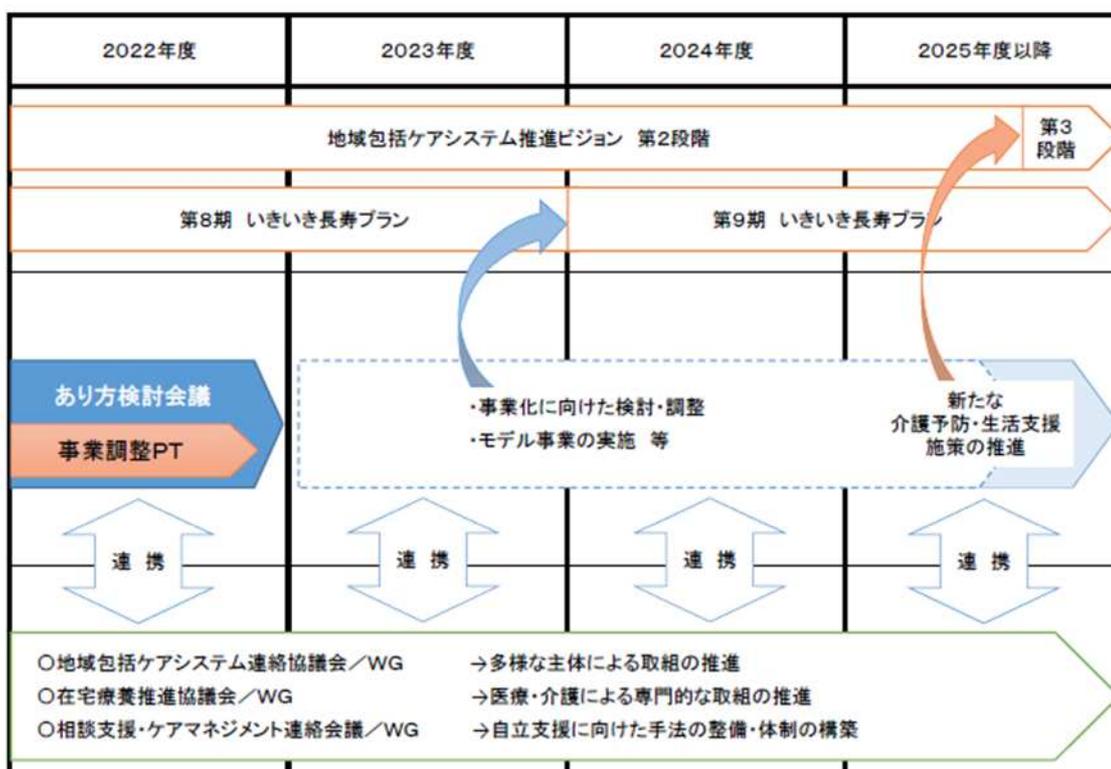


(2) 会議の位置づけ

検討会議は、2024年度の第9期いきいき長寿プラン、2025年度以降の地域包括ケアシステム推進ビジョン第3段階を見据え、川崎市における介護予防・生活支援施策全体のあり方および事業のあり方について検討するものである。

介護予防・生活支援施策に関連する地域包括ケアシステム連絡協議会（WG）、在宅療養推進協議会（WG）、相談支援・ケアマネジメント連絡会議（WG）と適宜連携をとって検討を進める。

図表 1-2 会議の位置づけと進め方



(3) 構成員

本検討会議は、地域包括ケア推進室長が、構成員の参集を求めて開催した。構成員は、介護予防・生活支援に関わる介護関係者、医療機関、支援機関、関係課によって構成した。

図表 1-3 検討会議の構成員

	氏名	分類	所属・役職
1	大橋 博樹	川崎市医師会理事	多摩ファミリークリニック院長
2	渡邊 嘉行	川崎市病院協会理事	医療法人社団和光会理事長 (総合川崎臨港病院)
3	佐藤 奈奈子	地域包括支援センター	みやうち地域包括支援センター長
4	宮田 雅子	川崎市介護支援専門員連絡 会副会長	宮前平訪問看護ステーション
5	原井 龍太郎	総合事業サービス事業者	S O M P Oケア株式会社神奈川静岡 業務部長
6	原 伸幸	地域包括ケアシステム連絡協 議会	富士通 Japan 株式会社 クロスインダストリービジネス本部
7	鈴木 恵子	住民主体の通いの場	特定非営利活動法人すずの会理事長
8	柴田 範子	小地域における生活支援体制 整備事業	特定非営利活動法人楽理事長
9	丹 虎太郎	地域リハビリテーション支援拠点	介護老人保健施設よみうりランドケアセン ター
10	平林 秀敏	社会福祉協議会	川崎市社会福祉協議会総務部企画調 整室長
11	依田 耕一	区・地域ケア推進課	川崎区役所地域ケア推進課長
12	石井 和美	区・地域支援課	大師地区健康福祉ステーション 地域支援・児童家庭担当課長
13	荒木 啓介	区・高齢・障害課	多摩区役所高齢・障害課長

【事務局】

鹿島 智 地域包括ケア推進室長

小田 真智子 地域包括ケア推進室・専門支援担当課長

鈴木 宣子 地域包括ケア推進室・地域保健担当課長

菊川 隆志 長寿社会部・介護保険課長

野木 岳 総合リハビリテーション推進センター担当部長 企画・連携推進課長

【関係課】

久々津 裕敏 地域包括ケア推進室・ケアシステム担当課長

久保 真人 地域包括ケア推進室・地域福祉担当課長
中村 隆永 長寿社会部・高齢者事業推進課長
菅野 智宏 長寿社会部・高齢者在宅サービス課長
丹野 睦 保健医療政策部・健康増進担当課長
三上 佳哉 医療保険部・医療保険課長

(4) 開催経緯

検討会議は、全6回にわたって開催した。取り扱った議題は以下の通りである。

図表 1-4 検討会議の開催経緯

回	日時・場所	議題
第1回	4月28日(木) 15:00~17:00 川崎市医師会館3階ホール	○会議の位置づけと進め方 ○介護予防・生活支援の方向性 1. 検討の視点について 2. 対象者像の整理について
第2回	7月7日(木) 15:00~17:00 川崎市医師会館3階ホール	○対象者像に応じたアプローチの方法 ○現行事業の対応状況 1. 元気高齢者に対するアプローチ 2. 虚弱高齢者・要支援者に対するアプローチ及び生活支援体制の構築に向けた方向性 3. 要介護者に対するアプローチ
第3回	8月25日(木) 15:00~17:00 川崎市医師会館3階ホール	○対象者の把握方法 ○地域資源・サービスへのつなぎ方 1. 対象者の把握方法 2. 支援へのつなぎ方 3. 支援につながりにくい方の把握とつなぎに関する整理
第4回	10月27日(木) 15:00~17:00 川崎市医師会館3階ホール	○地域資源・サービスの活用・創出に向けた方策 1. 地域における活動・参加機会 2. 地域へのつなぎ～生活支援への対応 3. 活動・参加と生活支援の担い手となる地域資源の確保策
第5回	12月22日(木) 15:00~17:00 川崎市医師会館3階ホール	○自立支援・重度化防止に向けた取組 1. 自立支援に向けての情報収集・動機付け 2. 自立支援型サービスの内容・担い手、地域活動へのつなぎ
第6回	2月9日(木) 15:00~17:00 ソリッドスクエア西館 1階第3会議室	○取りまとめ 1. 第1~5回会議の振り返り 2. 各取組・事業の内容、連携 3. 基本方針

2. 介護予防・生活支援施策の現状と課題

2.1 介護予防・生活支援をとりまく国の主な政策の流れ

- **平成 27（2015）年から新たに「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設され、高齢者の社会参加、多様な主体による支援、リハビリテーション専門職等の活用による自立支援の推進を重視した事業が実施されている。川崎市においても国の施策の展開を踏まえて、介護予防と生活支援に資する施策の充実を図る必要がある。**

○予防給付と介護予防事業の創設

介護保険法平成 17（2005）年改正では、旧「要介護 1」のうち、状態の改善の可能性が高い人を「要支援 2」に位置付け、予防給付が創設された。また地域の高齢者に対して要支援・要介護となることを予防するため、現在の「地域包括支援センター」と「地域支援事業」が創設され、市町村による介護予防事業が始まった。

○当初の介護予防事業の課題

しかしながら、当初の介護予防事業には、健診を受けにくる方が対象であるためハイリスク者の把握が不十分である、魅力あるプログラムが少なく参加者が少ない、ケアプランに係る業務負担が大きい等の問題があった。このことから、地域で介護予防につながる活動の場や機会を増やし介護予防に取り組む人を増やすこと、必要な人に情報が行き届きつながるしくみをつくるため市町村他部門や民間企業、NPO等の地域の事業や活動（地域資源）を巻き込むこと、さらに、参加者数の増加を図ることができている市町村では地域やターゲット層を絞った事業を実施していることから、ニーズに合った総合的な支援の実施が課題であった。

○当初の予防給付の課題

また予防給付についても、重度化防止や自立支援のためのサービスというよりも家事等を肩代わりするサービス（「やってあげる」給付サービス）となっているケースも多く、結果として一度サービスを利用開始するとサービスを卒業することができず予防給付の利用者が増加し続けている等の問題があった。

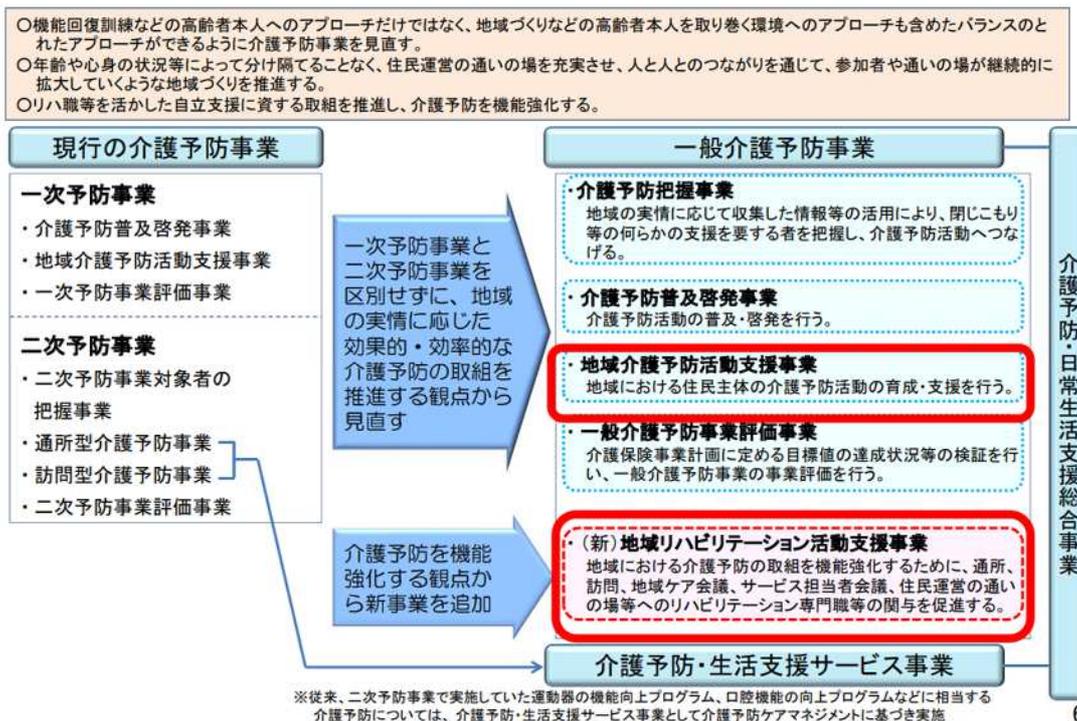
このため、より重度化防止・自立支援に資するサービスを推進する必要があった。

○「介護予防・日常生活支援総合事業」（総合事業）の創設

これらの課題を踏まえ、平成 26（2014）年改正／平成 27（2015）年施行では、介護予防事業と予防給付を再編し、新たに「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。

介護予防事業と予防給付の課題を踏まえ、総合事業では、高齢者自身の参加や活動（社会参加）の場・機会の増加、地域の多様な主体による支援の提供、リハビリテーション専門職等を活用した重度化防止・自立支援に資するサービスの推進が重視されている。また、予防給付と介護予防事業を 1 つの制度に組みこむことで、適切なケアマネジメントに基づき予防給付相当のサービスと生活支援サービスをシームレスに組み合わせることで効果的な介護予防を実施することが期待されている。

図表 2-1 新しい介護予防事業（総合事業）の概要



6

厚生労働省「総合事業の概要」エラー！ハイパーリンクの参照に誤りがあります。

図表 2-2 介護予防・生活支援をとりまく主な政策の流れ

<ul style="list-style-type: none"> ● 平成 12 (2000) 年 介護保険法制定
<ul style="list-style-type: none"> ● 平成 17 (2005) 年改正／平成 18 (2006) 年施行 予防重視型システムへの転換、新たなサービス体系の確立 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 旧「要介護 1」のうち状態の改善の可能性が高い人を「要支援 2」に位置付け。現在の要支援 1・2、要介護 1～5 の 7 区分が確立する。 ➢ 要支援者を対象とした「予防給付」と、「地域包括支援センター」の創設。介護予防事業との連続性を重視し、要支援者への「介護予防ケアマネジメント」をセンター（市町村）が実施する。 ➢ 市町村が実施する「地域支援事業」の創設。要支援・要介護になるおそれの高い高齢者に対する介護予防事業、包括的支援事業、任意事業を主な内容とする。 ➢ 地域密着型サービス（小規模多機能型居宅介護等）の創設。地域包括支援センターの設置とあわせて、住み慣れた地域での生活の継続を目指す。
<ul style="list-style-type: none"> ● 平成 23 (2011) 年改正／平成 24 (2012) 年施行 介護サービスの基盤強化：医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 「介護予防・日常生活支援総合事業」の導入（当時は任意事業）。利用者の状態像や以降を踏まえ、市町村の判断により予防給付が総合事業によるサービスを提供する。 ➢ 日常生活圏域の設定。地域のニーズや課題を踏まえた介護保険事業計画の策定を促す。
<ul style="list-style-type: none"> ● 平成 26 (2014) 年改正／平成 27 (2015) 年施行 地域における医療及び介護の総合的な確保

- 「介護予防・日常生活支援総合事業」の開始。介護予防事業と予防給付を再編し、市町村による地域支援事業に移行（平成 29（2017）年度に完全移行）。全国一律の制度から市町村による地域の実情に応じた取組や、地域の多様な主体の活用を目指す。
- 生活支援体制整備事業の創設。生活支援コーディネーターを中心として、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な事業主体による生活支援サービスの充実・強化を目指す。
- 在宅医療・介護連携推進事業や認知症総合支援事業の創設による地域支援事業の充実。
- 地域ケア会議の制度化。多職種協働や地域の課題把握等、高齢者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制の構築を目指す。

● **平成 29（2017）年改正／平成 30（2018）年施行 地域包括ケアシステムの強化：高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に対する保険者機能の強化等**

- 介護保険事業計画に市町村が定める項目として、地域の高齢者の自立支援・重度化防止に対する施策の追加。
- データに基づいた介護保険事業計画の策定の努力義務化。同時に、市町村、都道府県による評価と評価に対するインセンティブ（保険者機能強化推進交付金）が設定される。
- 市町村による地域包括支援センター評価の義務化。センターの機能強化を目指す。

● **令和 2（2020）年改正／令和 3（2021）年施行 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等**

- 地域支援事業における介護関連データの活用の努力義務化。2040 年を見据え、保険者ごとの介護ニーズや地域特性に応じ PDCA サイクルに沿った効果的・効率的な取組が求められる。
- （関連）社会福祉法改正による重層的支援体制整備事業の創設。高齢者を含め、属性や世代を問わない相談支援、参加支援、地域づくりを実施する。

2.2 川崎市の要支援・要介護者の現状と課題

- 川崎市における要介護認定者は、要支援 1 が 7,467 人、要支援 2 が 7,895 人、要介護 1 が 12,415 人であり、合わせると要支援 1～要介護 1 の比較的軽度の認定者が要介護認定者全体の約半数（48.0%）を占める（令和元年 10 月時点）。

川崎市の要介護認定者数を見ると、要介護 1 が最も多く 12,415 人、次いで要介護 2 が 10,372 人である。また、要支援 1 は 7,467 人、要支援 2 は 7,895 人である。

認定率で見ると、川崎市の認定率は 19.3%と神奈川県全体の認定率 18.0%に対して 1.3 ポイント高い状況である。介護度別に見ると、要介護 1 の認定率が 4.1%と神奈川県全体の 3.4%に対して 0.7 ポイント高いことが影響している可能性が考えられる。

図表 2-3 介護度別の要介護認定者数（全国と県との比較）

【認定者数】	川崎市	神奈川県	全国
要支援1	7,467	53,227	937,871
要支援2	7,895	61,342	940,697
要介護1	12,415	77,772	1,349,147
要介護2	10,372	78,908	1,152,259
要介護3	7,456	55,189	877,586
要介護4	6,824	49,811	815,381
要介護5	5,337	36,848	607,877
合計	57,766	413,097	6,680,818

出典：令和元年 10 月介護保険事業状況報告

図表 2-4 介護度別の要介護認定率（全国と県との比較）

【認定率】	川崎市	神奈川県	全国
要支援1	2.5%	2.3%	2.6%
要支援2	2.6%	2.7%	2.7%
要介護1	4.1%	3.4%	3.8%
要介護2	3.5%	3.4%	3.3%
要介護3	2.5%	2.4%	2.5%
要介護4	2.3%	2.2%	2.3%
要介護5	1.8%	1.6%	1.7%
合計	19.3%	18.0%	18.9%

出典：令和元年 10 月介護保険事業状況報告

- 要介護認定者のサービス利用率は、要支援 1 では 25.4%、要支援 2 では 42.5%と、認定を受けているにもかかわらずサービスを利用していない人が半数以上いる（令和元年 10 月時点）。

介護度別にサービス利用率を見ると、要介護 1～5 では 80%以上の認定者が何らかの介護保険サービスを利用しているのに対し、要支援 1 では利用率 25.4%、要支援 2 では利用率 42.5%と、認定を受けてサービスを利用している人の割合が低い。神奈川県、全国とも同様の傾向ではあるものの、認定を受けているもののサービスを受けていない人が一定数いる状態である。

この状況を踏まえ、サービス未利用者に適切に関与できる重度化防止に資する介護サービスの充実が必要であると考えられる。

図表 2-5 介護度別のサービス利用率（全国と県との比較）

【サービス利用率】	川崎市	神奈川県	全国
要支援 1	25.4%	23.8%	30.2%
要支援 2	42.5%	39.7%	47.8%
要介護 1	82.0%	80.0%	81.8%
要介護 2	89.2%	90.0%	89.4%
要介護 3	91.5%	92.2%	90.1%
要介護 4	88.2%	89.9%	86.8%
要介護 5	83.7%	85.3%	82.9%

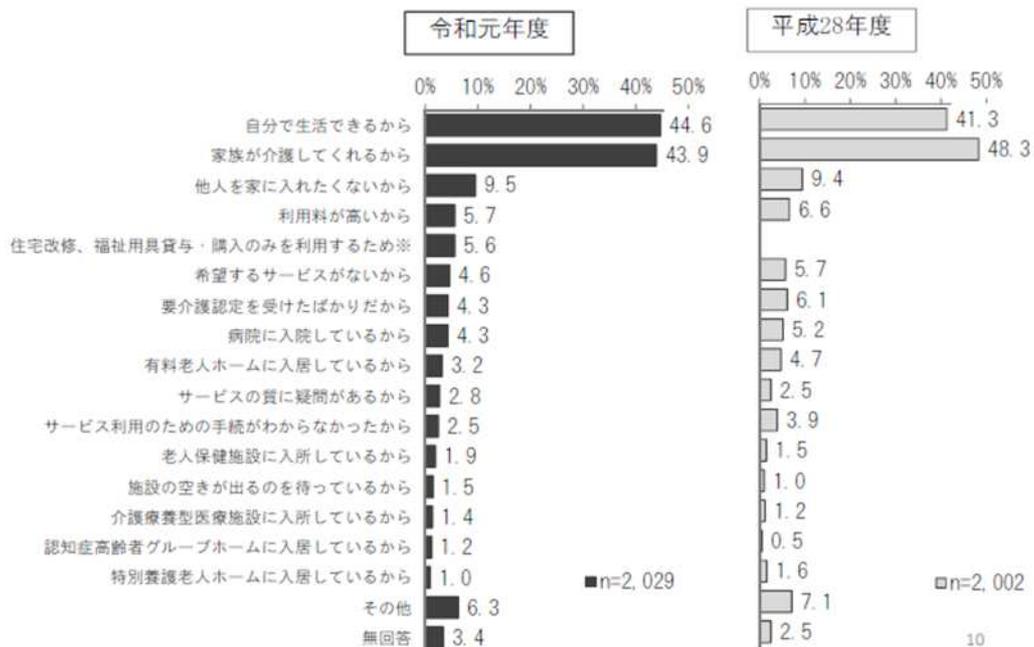
出典：令和元年 10 月介護保険事業状況報告

- 本人や家族が何らかの支援を受ける必要があると考えて認定を申請しているにも関わらず、実際には在宅サービスを利用していないことから、要支援者の支援のニーズと受けられるサービスの内容に差がある可能性が考えられる。

サービス利用率が低いことに関連して、高齢者実態調査において、要介護認定を受けていても在宅サービスを利用していない理由を見ると、「自分で生活できるから」（44.6%）「家族が介護してくれるから」（43.9%）が他の回答と比較して特に高く、生活行為に多少の困難がある状態でも、高齢者本人から見ると、まだサービスを受ける必要がないと感じられている。

本人や家族が何らかの支援を受ける必要があると考えて認定を申請しているにも関わらず、実際にはサービスを利用していないことから、要支援者の支援のニーズと受けられるサービスの内容に差がある可能性が考えられる。サービス利用率の低い要支援者のニーズに合ったサービスを検討することが必要である。

図表 2-6 在宅サービスを利用していない理由（複数回答）



出典：令和元年度川崎市高齢者実態調査要介護・要支援認定者調査 問 17-1

2.3 要支援者の状態像

- 要支援高齢者は、一般高齢者と比較して生活に「はり」や「楽しみ」を感じている割合が低くなっていることから、友人との交流や役割発揮の場面づくりを通じて、モチベーションに働きかけるアプローチが必要である。

一般高齢者と比較すると、要支援者は生活に「はり」や「楽しみ」を感じている割合が低くなっている。生活行為（IADL）の自立度が低下するほかに、友人との交流や役割を發揮できる社会参加の場面が必要であると考えられる。

図表 2-7 生活に「はり」や「楽しみ」を感じている割合

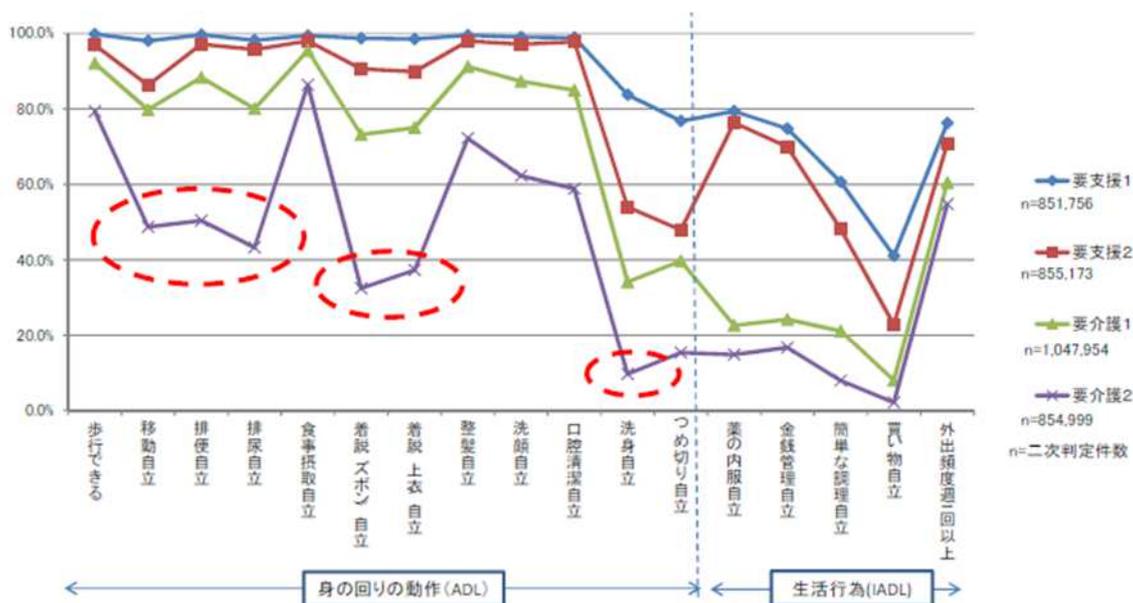
項目	とても感じる	まあ感じる	普通	あまり感じない	全く感じない	「感じている」
要支援1	8.8	17.7	52.5	14.6	3.3	26.5
要支援2	8.5	17.0	51.0	17.8	3.8	25.5
要介護1	7.6	14.4	50.3	20.1	5.7	22.0
要介護2	4.9	16.0	42.7	26.7	7.0	20.9
一般高齢者	14.3	29.1	45.1	8.5	2.0	43.4

出典：令和元年度川崎市高齢者実態調査要介護・要支援認定者調査 問9

- 前述のとおりサービス未利用者がサービスを使わない理由として約 40%が「自分で生活できる」「家族が介護してくれるから」と回答しており、介護領域の専門職やサービスによる介入が難しい状況にあることも踏まえ、地域包括支援センター等に限らず高齢者に接点のある地域の関係者による働きかけが必要である。

要支援 1～要介護 2 の認定調査の判定結果によると、要支援者は、身の回りの動作（ADL）は自立しているが、買い物など生活行為（IADL）の一部が難しくなっている状態である。このことから、要支援者は、食事介助や排泄介助、入浴介助などは必要ないことが多い一方で、生活行為に対する支援が必要であることが分かる。

図表 2-8 要支援 1～要介護 2 の認定調査の判定結果



※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))

出典：厚生労働省介護予防ケアマネジメントの考え方

また、前述のとおり高齢者実態調査において、要介護認定を受けていても在宅サービスを利用していない理由を見ると、「自分で生活できるから」（44.6%）「家族が介護してくれるから」（43.9%）が他の回答と比較して特に高い（図表 2-6）。

このように、要支援者の状態像として食事介助や排泄介助、入浴介助などは必要ないことが多く、自分や家族の介護で対応でき、いわゆる「介護」（主に身体介護）は必要ないと思う人が多いことから、要支援者のサービス利用率が低く、介護の専門職や介護サービスによる介入が難しい場合も少なくない。このため、地域包括支援センター等の専門機関に限らず、高齢者に接点のある地域の関係者を幅広く巻き込み、働きかけることが必要である。

- 要介護 1 になると介護に対する負担感を感じる割合が高くなることから、要支援 1、2 の状態を維持・改善するための介護予防・重度化防止の取組が家族にとっても重要である。

介護者にとっての負担感を見ると、要支援 1、2 では困難や負担を感じる割合がある割合（「いつも感じている」と「時々感じることがある」の割合の合計）は 46.5%である。一方、要介護 1 では 67.8%と、要支援 1、2 とは 20 ポイント以上の差が開いている。このことから、要支援 1、2 の状態をできる限り維持・改善することが、本人だけでなく介護を担う家族にとっても重要であると考えられる。

図表 2-9 介護度別の介護者の介護に対する負担感

項目	回答者数	いつも感じている	時々感じることがある	感じることはない	わからない	「感じる」ことがある
要支援1	558	15.9	30.6	24.2	5.7	46.5
要支援2	702	14.0	32.5	25.8	7.7	46.5
要介護1	888	28.1	39.7	15.8	4.1	67.8
要介護2	784	34.1	41.1	11.3	5.0	75.2
要介護3	479	41.2	40.0	6.9	3.5	81.2
要介護4	265	33.7	47.9	4.8	4.3	81.6
要介護5	201	36.2	37.2	11.8	7.1	73.4

出典：令和元年度川崎市高齢者実態調査要介護・要支援認定者調査 問 34

以上のとおり、国の介護保険制度の展開や川崎市の現況から、要支援者に重点を置いた介護予防と生活支援の推進が必要であると考えられる。

このような状況を踏まえ、必要な施策を検討するにあたり、地域の介護予防と生活支援に関わる有識者や関係者との意見交換が必要であると考えたため、「介護予防・日常生活支援総合事業のあり方検討会議」を開催することとした。

3. 介護予防・生活支援のあり方検討会議

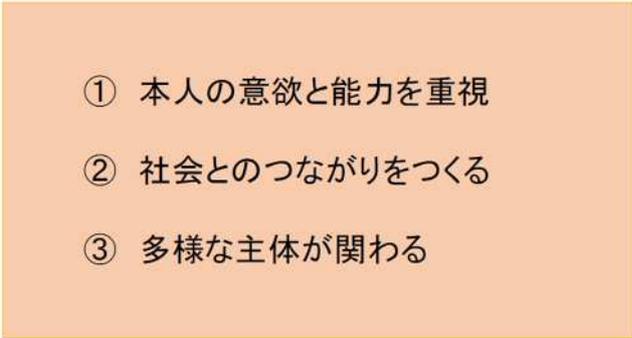
3.1 介護予防・生活支援の方向性（第1回）

(1) 議題

1. 検討の視点について

要支援者の状態像や国の施策の展開を踏まえつつ、介護予防・生活支援の取組について重視すべき視点として、「本人の意欲と能力を重視」すること、「社会とのつながりをつくる」こと、「多様な主体が関わる」ことの3つであると整理した。

図表 3-1 取組の視点（案）

- 
- ① 本人の意欲と能力を重視
 - ② 社会とのつながりをつくる
 - ③ 多様な主体が関わる

取組の視点① 本人の意欲と能力を重視

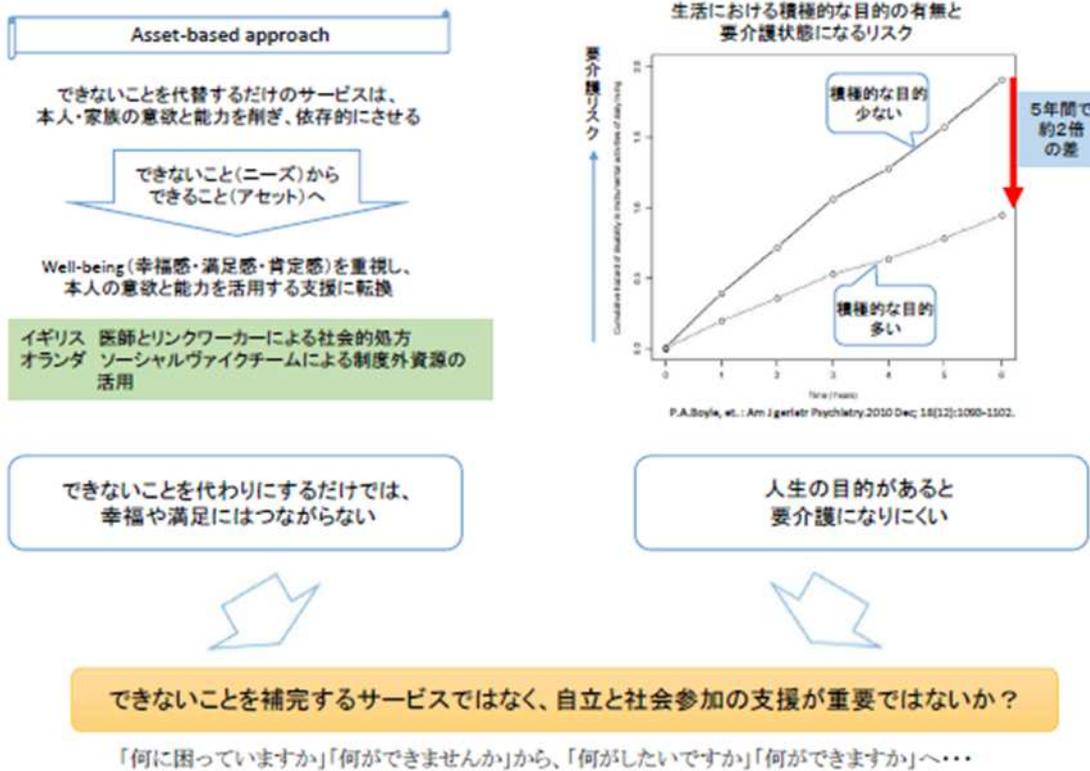
介護予防と生活支援の取組の視点の1点目は、本人の意欲と能力を重視することである。

要支援者等軽度認定者は、買い物など生活行為（IADL）の一部が難しくなっているものの、身の回りの動作（ADL）は自立していることも多く、本人にとっても「自分で生活できる」と感じられていることも多い。このような状態に対しては、単にできないことを支援者が代替するサービスは、本人や家族の「自分でできる」という意欲や、「この部分であればできる」といったその時点で保持している能力を削ぐ可能性があり、かえって状態を落として介護サービスに依存的にさせてしまう可能性がある。そのため、できないこと（ニーズ）からできること（アセット）に着目した支援（asset-based approach）が必要である。

また、生活において積極的な目的の多い人と少ない人で比較すると、5年間で要介護状態になるリスクに2倍の差があるとの研究もある。高齢者の状態の維持・改善に向けて、生活の「はり」や「楽しみ」をより多く持てるような支援が必要である。

以上のことから、介護予防と生活支援の取組としては、できないことを補完するサービスではなく、本人の意欲と能力を重視した自立や社会参加のための支援が重要であると考えられる。

図表 3-2 取組の視点① 本人の意欲と能力を重視



取組の視点② 社会とのつながりをつくる

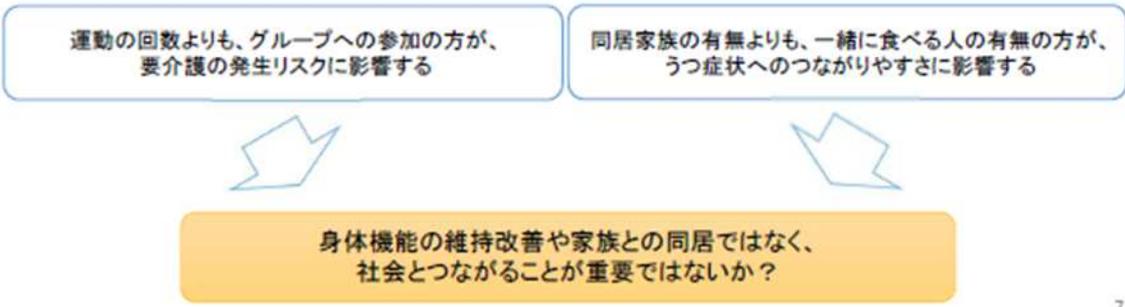
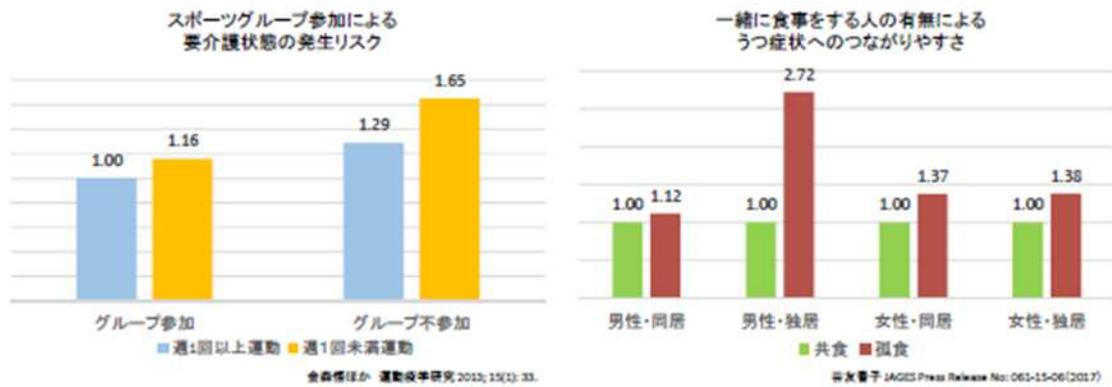
介護予防と生活支援の取組の視点の2点目は、社会とのつながりをつくることである。

スポーツグループへの参加状況と要介護状態となるリスクについての研究によると、運動習慣の有無（週1回以上運動しているかどうか）よりも、グループに参加しているかが要介護となるリスクに影響を与えることがわかっている。身体機能を維持するために運動することは重要であるものの、単に運動をしているかよりも社会的なつながりのなかで活動しているかのほうが、より介護予防には重要であるということである。

また、一緒に食事をする人の有無によるうち状態のつながりやすさについての研究によると、家族と同居しているかによらず、一緒に食事をする人がいない（孤食である）とうつ症状につながりやすいことがわかっている。世帯構成として家族と同居しているかにかかわらず、一緒に食事をするような人との交流が心身の状態を保つのに重要である。

以上のことから、介護予防と生活支援の取組としては、単に身体機能を保つ運動をする、家族と同居しているということ以上に、社会とのつながりをつくることを重視した支援が重要であると考えられる。

図表 3-3 取組の視点② 社会とのつながりをつくる



7

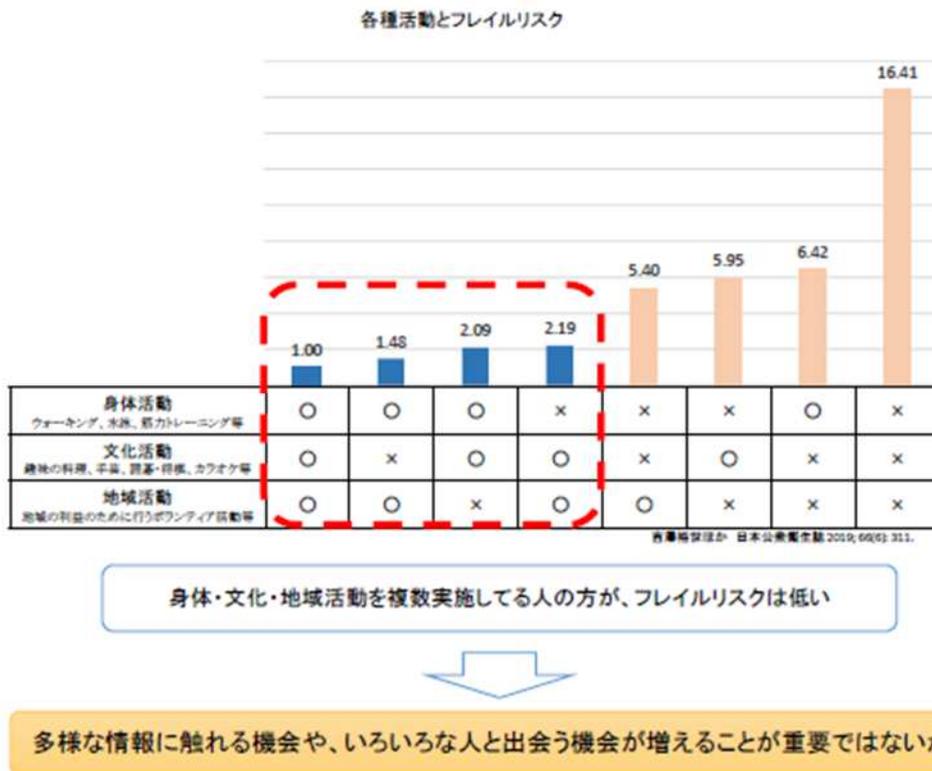
取組の視点③ 多様な主体が関わる

介護予防と生活支援の取組の視点の3点目は、多様な主体が関わることである。

身体活動、文化活動、地域活動の各種活動とフレイル状態となるリスクについての研究によると、身体活動、文化活動、地域活動のうちどの種類の活動を行っているかよりも、いずれか複数種類の活動を実施しているかのほうがリスクに影響を与えることがわかった。

以上のことから、高齢者が身体活動・文化活動・地域活動といった様々な分野について情報に触れ、活動する機会をつくる支援が重要であり、そのために、地域において多様な主体が介護予防・生活支援に関わる必要があると考えられる。

図表 3-4 取組の視点③ 多様な主体が関わる



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

- 介護予防と生活支援の基本方針として、3つの視点から検討を進めることについて、どのように思われるか。
- 上記の視点から、市内の現状や課題として、どのようなことを感じられているか。
- 上記の視点から、実践されていること、取り組まれていることがあれば、ご紹介いただきたい。

2. 対象者像の整理について

取組の視点と同時に、介護予防・生活支援の施策を検討するにあたり、対象者の状態によって取り組むべき課題や手法が異なると考えられることから、施策の対象となる高齢者を状態像に応じて「元気高齢者」「虚弱高齢者（認定を受けていない虚弱傾向のある方）」「要支援者」「要介護者」の4つの区分に整理した。

図表 3-5 対象者像の整理

◇対象者像によって、取り組むべき課題や手法が異なるものと考えられることから、対象者像を一定区分した上で、それぞれに応じた対応を検討していきたい。

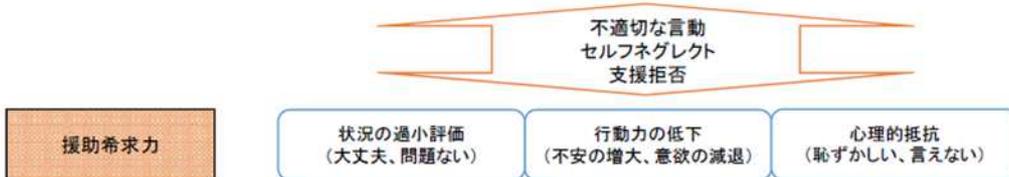
◇具体的な整理の方法として、以下のような区分としてはどうか。

- ①元気高齢者（虚弱傾向がない方）
…主体的な活動・参加の促進
- ②虚弱高齢者（要支援認定を受けていないが虚弱傾向のある方）
…制度外の資源の活用
- ③要支援者（要支援認定を受けた方）
…総合事業・サービスによる支援
- ④要介護者（要介護認定を受けた方）
…介護保険サービスによる支援

◇なお、援助希求力が少ない方は、本人の身体的・精神的・社会的状況にかかわらず課題が生じることが少なくないが、この対応については、相談支援・ケアマネジメント施策において検討することを基本としつつ、連動する部分については、必要に応じて本会議においても検討を行う。

【対象者数の推計】
第8期かわさきいきいき長寿プラン
マナミナ: <https://manamina.valiesccg.com/articles/1091>

	元気高齢者 (21.8万人)	虚弱高齢者 (2.9万人)	要支援者 (1.7万人)	要介護者 (4.8万人)
医療		高血圧症、糖尿病、腰痛症、目の病気、歯の病気など		脳卒中、心不全、がん、骨折など
身体的状況		体重減少、筋力低下、疲れやすい、歩行速度の低下、活動量の減少		立位・座位・歩行などが困難
精神的状況		MCI等 … 記憶力や注意力の低下		認知症・うつなど
社会的状況		外出頻度の低下、家族以外との交流の減少		閉じこもり社会的孤立
介護			要支援1・2	要介護1～5



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

- 対象者像の区分の案について、取組を検討していくに当たり、適した整理となっているか。あるいは、異なる視点や枠組みが考えられるか。
- 次回以降、それぞれの対象者像への対応を検討するにあたり、どのような視点でアプローチしていくことが重要と思われるか。

(2) 構成員意見

会議における構成員のおもな意見を以下にまとめた。

① 市民理解に関すること

介護サービスの捉え方
<ul style="list-style-type: none">● 介護予防の必要性は理解している方でも、負担を軽くしたいからサービスを利用したいということになる。● サービスを使うことを権利として捉えており、使わなくても大丈夫、使わない方がいいという話をしても、なぜ使えないのかと言われてしまう。
普及啓発の必要性
<ul style="list-style-type: none">● 一般市民の方は、介護保険のことをよく知らない状態の方が多く、そうした中で自立支援について理解してもらおうということは、大きな課題である。● 情報を知らない、情報が届かないことも、介護予防に影響しているのではないか。
要支援・要介護者の意識
<ul style="list-style-type: none">● 本人の気持ちや生活の状況は、要介護状態と必ずしも一致しない。要介護認定を受けても、「介護サービスを利用するのではなく、友達に会いに喫茶店に行く」のが本人の希望であり、必要な支援になることもある。● 自分がやりたいこと、できることで役割をもってもらおうと、「自分は要介護状態だ」という認識ではなくなる。食事当番をする、おいしかったと言うことでも、それが自分の役割だと思えば、支える側としての意識が出てくる。

② 支援のあり方に関すること

目標設定の視点
<ul style="list-style-type: none">● 健康でいたいというモチベーションだけでは活動は続かない。● 加齢によって徐々に体が弱ってくると、遠い目標をもちづらいので、日々の暮らしの中で達成できる目標を設定することが必要である。● ごほうびがある、何かが得られるという仕組みがあると、自立支援につながりやすくなる。
介護予防における課題
<ul style="list-style-type: none">● 健康教室をやっても、最後は常連ばかりしか来なくなる。積極的な人を伸ばす仕組みも必要だが、そうではない人に多少なりとも動いてもらう仕組みも必要である。● まだ介護は必要ないが孤立しているような方は、リスクが大きいため何らかの支援につなげたいが、そういう人にデイサービスを勧めても、「自分はある人たちのようになっていない」「あそこに自分の居場所はない」と言われ、通わなくなってしまう。
本人に対するアプローチ
<ul style="list-style-type: none">● 本人のやりたいことを引き出すためには、ヒアリングのスキルが重要である。イベントを用意して誘っても、本人の意向やバックグラウンドが把握できていないと、その先につなぐことはできない。● 相談や申請をしている人は、それだけ意識があるということであり、むしろそれができない虚弱高齢者の

<p>方を、もっと支援していかないといけない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自分から相談には来ないが、こちらから声をかけると、拒否をする人は少ない。そういう人は、集まりがあっても出てこないのので、訪問をして一緒に何かをすることで信頼関係ができ、次の支援につながっていく。
<p>支援の枠組み</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者の区分は、本人から見ても支援する側から見ても重なりあう部分があり、この部分をつなげていくという視点も必要である。 ● 専門職の役割は重要だが、専門職だけが関わるのではなく、その人が信頼できる人など地域社会と何気なくつながっていることも重要である。 ● 支援の受け手として捉えるだけでなく、役割をもってもらおうということも、支援の重要な部分ではないか。

③事業・サービスに関すること

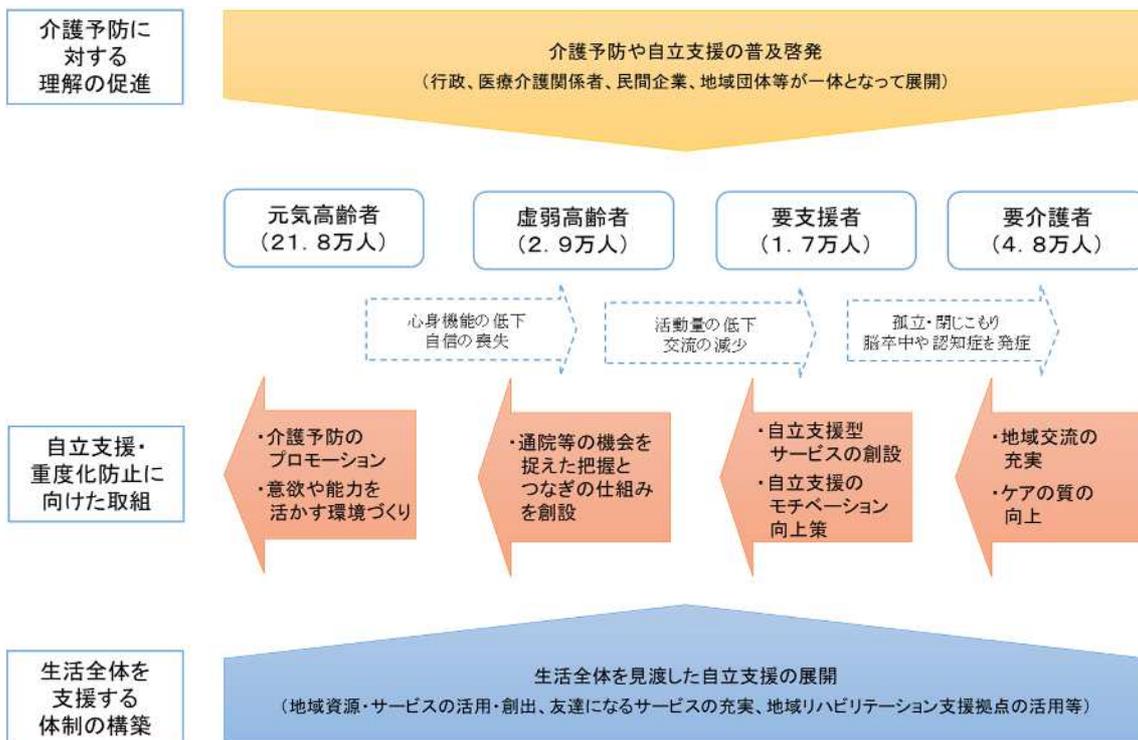
<p>要支援者向けサービスの現状</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 現行の通所介護は、同じフロアで、要支援から要介護の人まで、同じプログラムを受けており、要支援の人でも介護されに来ている空間になっている。 ● 要支援の方にどのように関わっていけばいいのか、事業者はよくわかっていない。現場のスタッフも含めて理解を広げることが必要である。
<p>自立支援に向けた課題</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 現行のサービスでは、本人の気持ちを引き出すために話をする時間を捻出できない。 ● 現行の仕組みでは、自立を支援する方が大変であるにもかかわらず、介護度が低くなると収入が減ってしまう。 ● 要介護度が高い人よりも、元気な人の方がアセスメントに時間がかかるし、支援の幅も広がる。ケアの必要性が少ない人ほど、先行投資として重点的に支援する必要がある。
<p>地域包括支援センターにおける相談支援</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括支援センターでは多くの相談を受けているので、優先順位をつけざるを得ない。地域包括支援センターが対応する相談と、地域包括支援センターでは対応しきれない相談を受け止める役割を整理して、うまく連携できるようになるとよい。

3.2 対象者像に応じたアプローチの方法（第2回）

(1) 議題

取組の全体像のイメージとして、「元気高齢者」「虚弱高齢者（認定を受けていない虚弱傾向のある方）」「要支援者」「要介護者」の各対象者像に応じた自立支援・重度化防止に向けた取組を中心に、介護予防に対する理解の促進と生活全体を支援する体制の構築で支えるものと整理した上で、それぞれの対象者像別にアプローチ（案）を検討することとした。

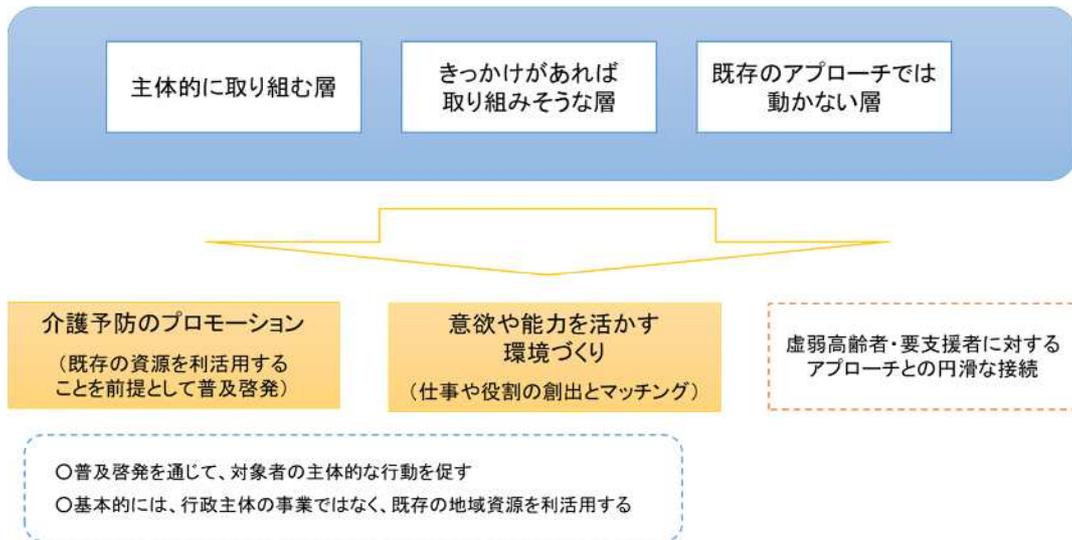
図表 3-6 取組の全体像イメージ



1. 元気高齢者に対するアプローチ

元気高齢者を対象としたアプローチとして、元気高齢者をさらに「主体的に取り組む層」「きっかけがあれば取り組む層」「既存のアプローチでは動かない層」の3層に整理した上で、普及啓発を通じて対象者の主体的な行動を促すことや、基本的には行政主体の事業ではなく、既存の地域資源を利活用すること等を案とした。

図表 3-7 元気高齢者に対するアプローチ（案）



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

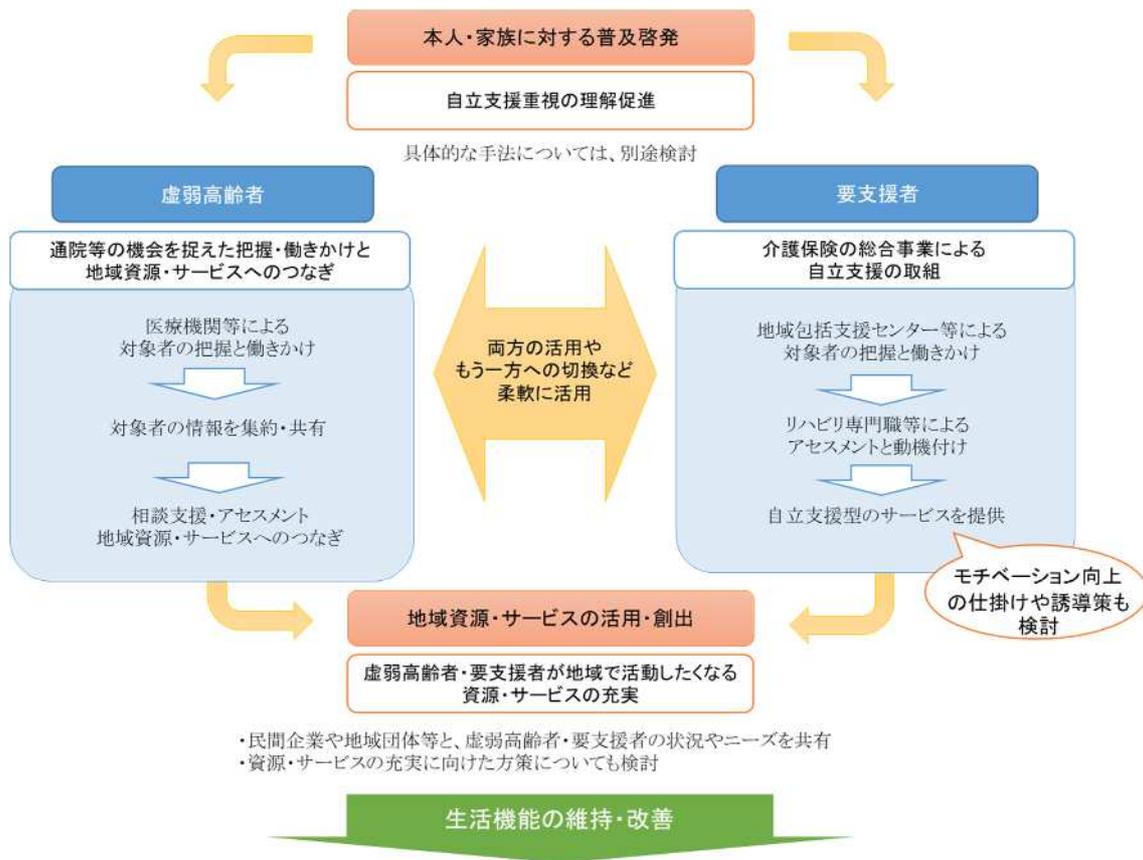
- 介護予防のプロモーションとして、どのような取組が効果的か。
- 介護予防・生活支援の観点から、高齢者の意欲や能力を活かす環境をつくるために、どのような取組が考えられるか。
- 元気高齢者と虚弱高齢者・要支援者の境界にある高齢者も存在するが、こうした方々に対して、どのようにアプローチすることが適当か。

2. 虚弱高齢者・要支援者に対するアプローチ及び生活支援体制の構築に向けた方向性

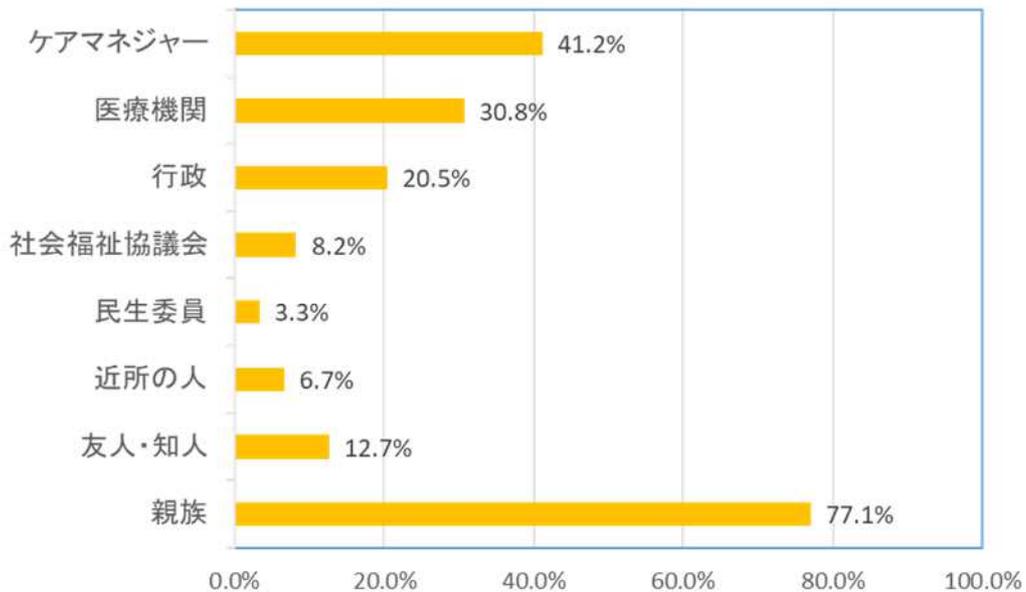
虚弱高齢者に対しては通院等の機会を捉えた把握・働きかけと地域資源・サービスへのつなぎ、要支援者に対しては介護保険の総合事業による自立支援の取組を中心とし、状態が変化しやすい特徴を踏まえて、両方の取組の活用やもう一方への切り替えを柔軟に行うという案を整理した。

要介護認定を受けていない虚弱高齢者に対するアプローチとして「助けを必要とするとき、手助けをお願いしたい人」（川崎市地域福祉実態調査（令和元年度））として、親族、ケアマネジャーについて医療機関が挙げられていること、要介護認定に関わらず、65歳以上の約6割、75歳以上の約7割が、月1回以上定期的に通院していることから介護保険制度と接点がない高齢者の層に接点があると見込まれることから、医療機関等による対象者の把握と働きかけを行う案とした。

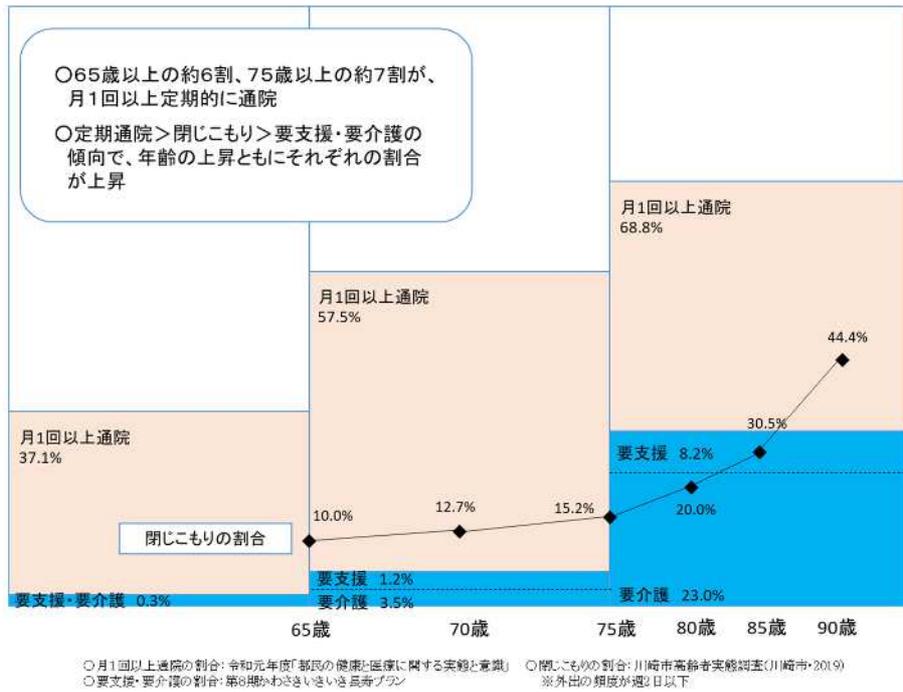
図表 3-8 虚弱高齢者・要支援者に対するアプローチ（案）



助けを必要とするとき、手助けをお願いしたい人



川崎市地域福祉実態調査(令和元年度)
※60代・70代以上の回答

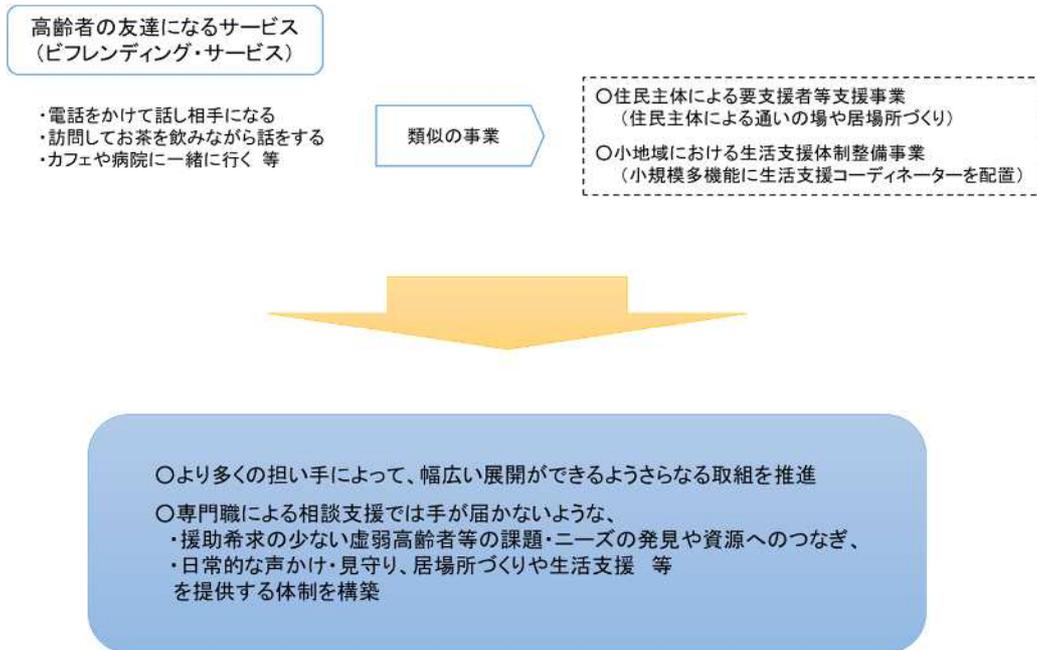


上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

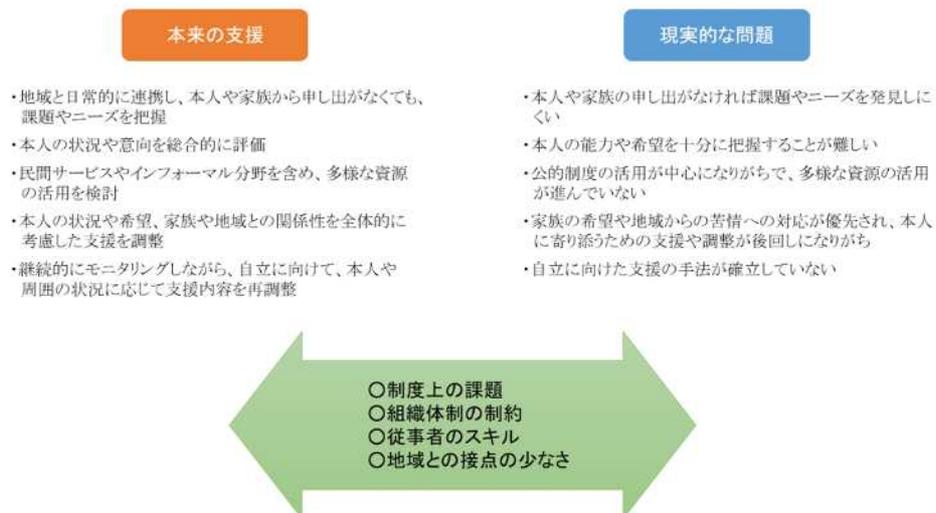
- 活動や交流が低下した虚弱高齢者を把握して、社会とのつながりをもつよう働きかける機会として、医療機関への通院、薬局における処方、相談機関等における相談等の場面を活用することとしてはどうか。
- 要支援者には、心身機能が改善する可能性があることから、集中的に自立を支援するサービスを提供することとしてはどうか。また、このサービスを効果的に利用していただくために、事前相談の段階から、リハビリ専門職によるアセスメントや動機付けを行うこととしてはどうか。
- 要支援者が、自立支援のモチベーションが向上するために、どのような手法が考えられるか。

生活支援体制の構築に向けた方向性としては、既存の類似事業を活用しつつ、幅広く展開できるよう担い手を増やすこと、それによって専門職による相談支援では手が届かないような援助希求の少ない虚弱高齢者等の課題・ニーズの発見や資源へのつなぎ、日常的な声かけ・見守り、居場所づくりや生活支援等を提供する体制を構築すると整理した。

図表 3-9 生活支援体制の構築に向けた方向性（案）



図表 3-10 生活支援に関する課題



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

- 専門職ではない地域の多様な主体が関わることで、どのような効果があると考えられるか。
また、そうした意図を踏まえ、支援の担い手や方法として、どのようなものが想定されるか。
- 専門職ではない主体が生活支援を担う上で、どのような課題が生じると思われるか。
また、そのような場合に、専門職とどのように連携していくことが適切と考えられるか。

3. 要介護者に対するアプローチ

要介護者に対するアプローチとしては、必要な医療・介護サービスを提供するとともに、虚弱高齢者・要支援者に対するアプローチと同様に「地域との交流」「生活支援」「専門職による自立支援」の視点を組み込むことを検討した。

図表 3-11 要介護者に対するアプローチ（案）

地域との交流

要介護状態になっても、何らかのかたちで地域との交流は可能であり、そのことによって生活の「はり」や「楽しみ」が維持される
→可能な限り、要介護者でも地域の資源・サービスとのつながりを持ち続けられるようにする仕組みを検討

生活支援

要介護状態になっても、医療や介護だけで生活を支えるのではなく、本人の意欲や能力を踏まえながら、生活全体に渡る支援を提供していくことで、QOLが維持・改善する
→専門職だけでなく、地域の多様な主体も関わりながらケアを提供する仕組みを検討

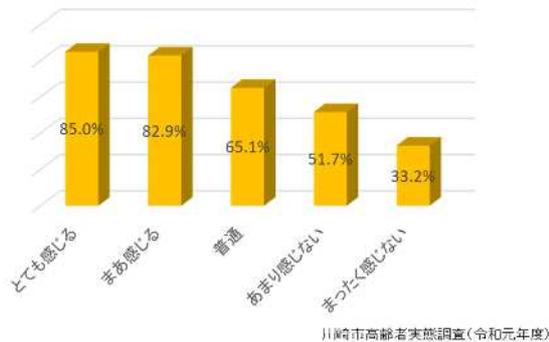
専門職による支援

要介護状態になっても、専門職が関わりながら自立支援に取り組むことで、本人の意欲向上とともにADL・IADLの向上も期待できる
→医療・介護サービスにおいて、自立支援の視点を組み込む体制を構築
※地域リハビリテーション支援拠点の活用を推進

虚弱高齢者・要支援者に対するアプローチ(案)と
基本的には同様の視点

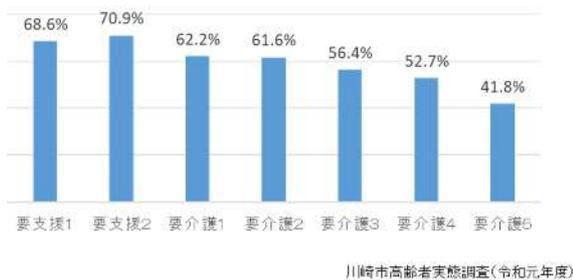
要介護者に対しても、生活支援や自立支援の視点を踏まえたケアを提供できるよう、
虚弱高齢者・要支援者によるアプローチを、シームレスに活用できるよう調整

地域との交流がある人が、生活の「はり」や「楽しみ」を感じる割合



○地域との交流がある人の方が、生活の「はり」や「楽しみ」を感じる割合が高い

地域との交流がある割合



○要介護3～5でも、半数近くの方が、地域との交流がある

※地域との交流

- ・友人や近隣の方との定期的な行き来
- ・老人クラブや趣味の団体に入っている
- ・地域の行事や活動に参加
- ・ボランティアの訪問 等

上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

- 要介護者に対しても、自立支援の視点を踏まえたケアしていくことが必要と考えるが、具体的にどのような取組をすべきか。
- 要介護者の自立支援において、虚弱高齢者・要支援者による自立支援と、どのような部分が重なるか。また、異なる部分があるとするれば、どのような部分か。
- 上記を踏まえて、虚弱高齢者・要支援者に対するアプローチと要介護者に対するアプローチを、どのようにつなぐことが適当か。

(2) 構成員意見

①元気高齢者に対するアプローチ（案）に関すること

活動の場の方向性
<ul style="list-style-type: none"> ● 「介護予防」というキーワードを前面に押し出すのではなく、高齢者が楽しんで地域に出たくなるような機会やきっかけをつくる視点が必要である。 ● 用意された枠組みに参加してもらうのではなく、その人自身の興味関心をもとに、主体的にできる活動の場をつくるという視点が重要である。 ● 要介護認定の有無にかかわらず、高齢者がかつ意欲や能力を、役割・仕事というかたちで発揮できる場が必要である。
活動の広げ方
<ul style="list-style-type: none"> ● 既存の活動になかなか参加できない人にとって、身近な場所で、小さな集まりがあることが地域に出て

いききっかけになる。いきなり大勢を集めるのではなく、小さな集まりから徐々に、自然に輪を広げていく視点が必要である。

② 虚弱高齢者・要支援者に対するアプローチ（案）及び生活支援体制の構築に向けた方向性（案）に関すること

生活支援や介護予防の活動につなげるための専門職の関わり

- 介護や福祉の機関以外だけでなく、医師やリハ職といった専門職による動機付けや、高齢者の生活範囲に情報を届けたり、地域のなかで情報を把握するような仕組みが必要である。

利用しやすい支援の形式

- 有償ボランティアのニーズがある。無償で知り合いに頼むよりも有償のサービスとして利用できる方が、利用者側も気後れすることなく依頼できる。

自立支援型サービスの在り方

- 「要支援」「要介護」といった認定にかかわらず、本人の考えや生き方を尊重しつつ、必要なサービスを見極めるような仕組みやリハ職等専門職の関わりが必要である。
- 自立支援型サービスは内容的に従来の介護サービスとは全く異なるもので、実施主体や体制の確保には工夫が必要である。特に介護人材というよりは、自立支援に特化したコーディネートできる人が必要である。

③ 要介護高齢者に対するアプローチ（案）に関すること

自立支援の重要性・要支援との共通点

- 要介護であっても、自分でできることを減らさないように関わる、地域の一員としての役割や参加という視点が重要である。介護保険を利用しつつも、地域活動との組み合わせが必要である。

家族への支援の重要性

- 在宅では、家族介護の力も大きい。ケアマネジメントのなかに家族の視点を入れること、家族支援の視点も重要である。

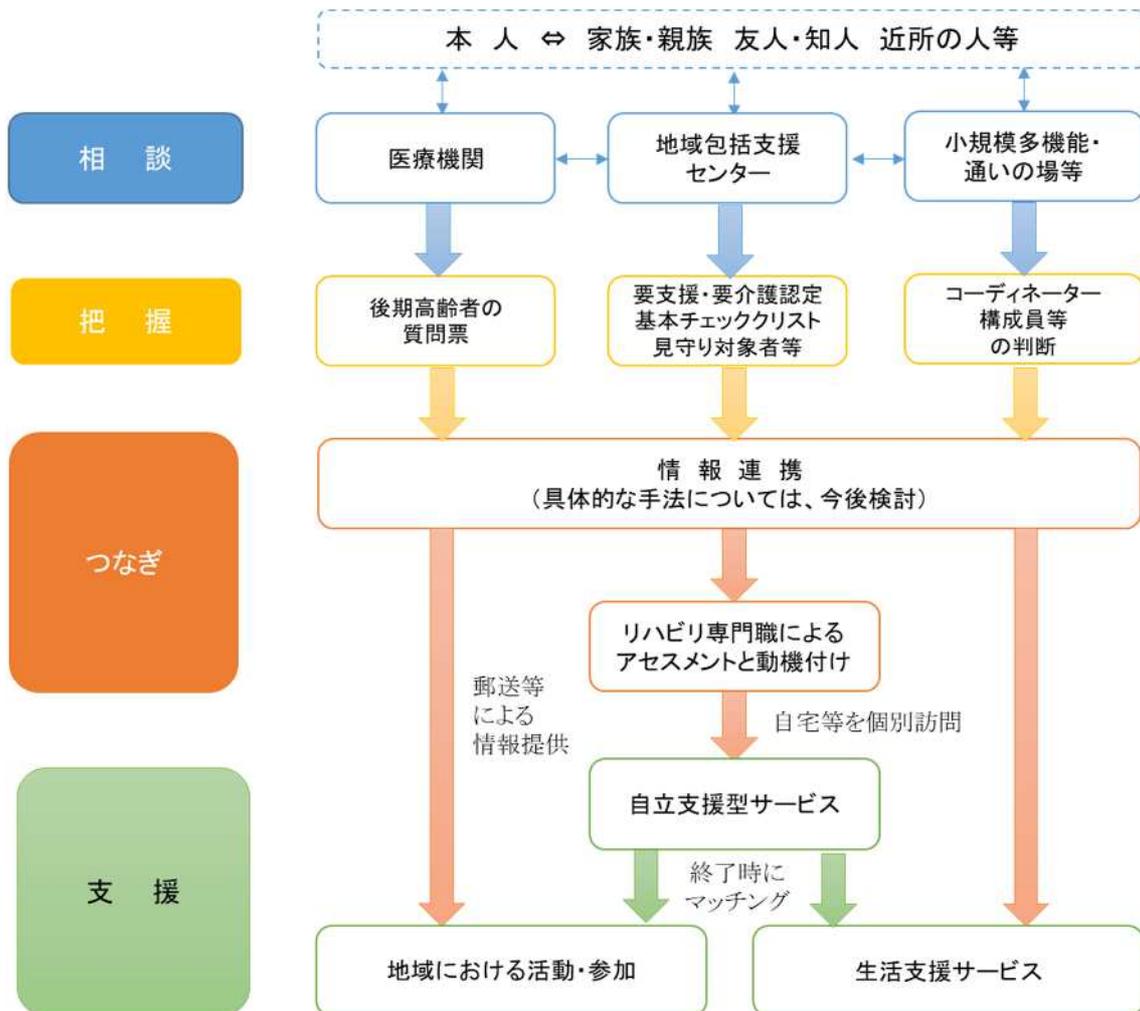
3.3 対象者の把握方法と地域資源・サービスへのつなぎ方（第3回）

(1) 議題

1. 対象者の把握方法

虚弱高齢者・要支援者に対する支援の必要な人の把握方法として、「医療機関による把握」「地域包括支援センターによる把握」「小規模多機能型居宅介護・通いの場等による把握」の3つの方法を整理した。

図表 3-12 虚弱高齢者・要支援者に対する支援の全体的な流れ（イメージ）



図表 3-13 対象者の把握方法（案）

①医療機関による把握

- 主な対象者 定期通院されている方
- 把握の方法 後期高齢者の質問票
- 対象者の抽出 質問票に抽出基準を設定(具体的な基準は、在宅療養推進協議会において検討)

②地域包括支援センターによる把握

- 主な対象者 地域包括支援センターに相談のあった方
- 把握の方法 基本チェックリスト
- 対象者の抽出 総合事業対象者相当

③小規模多機能・通いの場等における相談を通じた把握

- 主な対象者 本人や家族、友人等からの相談を通して把握した方
- 把握の方法 小規模多機能の生活支援コーディネーターや通いの場の構成員等による相談(後期高齢者の質問票や基本チェックリストも活用可能)
- 対象者の抽出 生活支援コーディネーターや構成員等の判断

上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

- ①医療機関においては、定期通院によって身体状況はすでに把握されていることや、限られた診療時間の中で本人の状況を把握する必要があることから、後期高齢者の質問票において一定の基準を満たした方を、対象者として抽出することとしてはどうか。
- ②地域包括支援センターにおいては、介護サービスの利用を希望しているところから相談に入るケースが少なくないことから、要介護認定の手続き前または同時並行で基本チェックリストを実施することとし、総合事業対象者相当となった方を対象者として抽出することとしてはどうか。
- ③小規模多機能や通いの場等においては、時間をかけて信頼関係を築きながら本人の状況を把握するケースが少なくないことから、生活支援コーディネーターや構成員等による相談を経た判断によって、対象者を抽出することとしてはどうか。
- ①から③それぞれにおいて、対象者を適切に把握するために必要な対応や工夫として、どのようなことが考えられるか。
- ①医療機関、②地域包括支援センター、③小規模多機能や通いの場等の3つのルートで、虚弱高齢者と要支援者を把握することができるか。また、他にも把握する機会や方法はあるか。

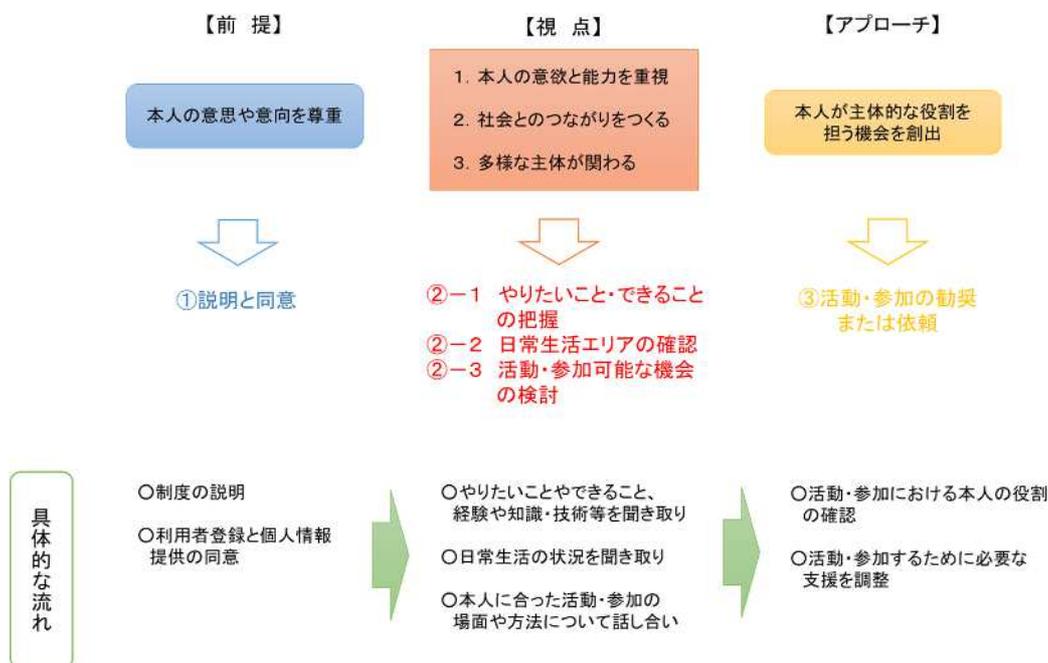
2. 支援へのつなぎ方

把握した対象者を支援につなぎ方として、①説明と同意、②情報の把握とつなぐ先の検討、③活動・参加の勧奨または依頼の流れで実施する案を整理した。

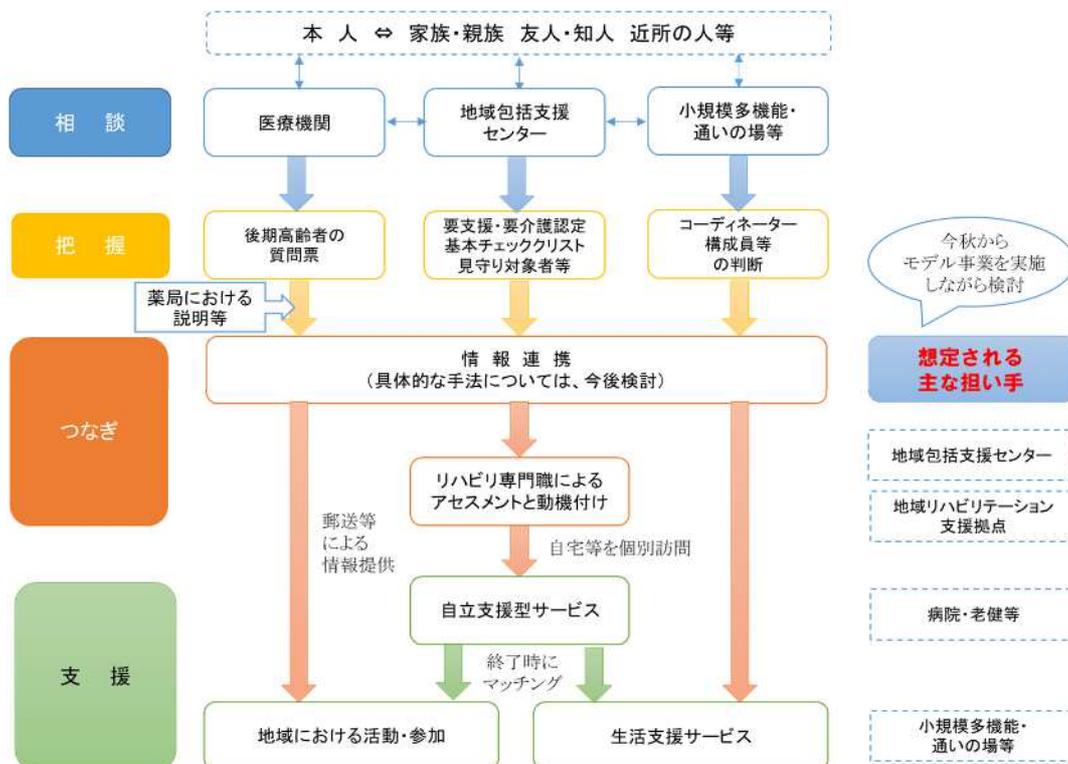
また、虚弱高齢者・要支援者を対象とした支援として、地域包括支援センターとリハビリテーション支

支援拠点が一体的に取り組むリハビリ専門職によるアセスメントと動機付けや、病院・老健等による自立支援型サービスの提供、小規模多機能型居宅介護や通いの場等による活動・参加の機会や生活支援サービスの提供を、モデル事業として実施することについても提案した。

図表 3-14 支援につなぐに当たっての考え方



図表 3-15 虚弱高齢者・要支援者に対する支援の全体的な流れ（イメージ）



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

○説明・同意について、医療機関において説明・同意を一体的に実施することは困難であると考えられることから、薬局等において実施することとしてはどうか。また、地域包括支援センターや小規模多機能、通いの場等においては、相談・把握と一体的に実施することが可能と考えられるが、いかがか。

○自立支援型サービスの利用が適当と考えられる対象者については、リハビリ専門職によるアセスメントや動機付けが必要であると考えられることから、地域包括支援センターと地域リハビリテーション支援拠点が協働で働きかけ・アセスメント・動機付けをすることとしてはどうか。

○要介護者が生活支援サービス等の利用を希望する場合、どのように対応することが適当か。その際に、ケアマネジャーが担うべき役割について、どのように考えるか。

※把握された対象者を適切な支援につなげるために、ICTを活用して当該対象者の個人情報等を共有することについて、どのように考えるか。（共有する情報としては、氏名や住所、年齢等の基本情報と、把握の際に実施した後期高齢者の質問票や基本チェックリストの回答内容等を想定）

3. 支援につながりにくい方の把握とつなぎに関する整理

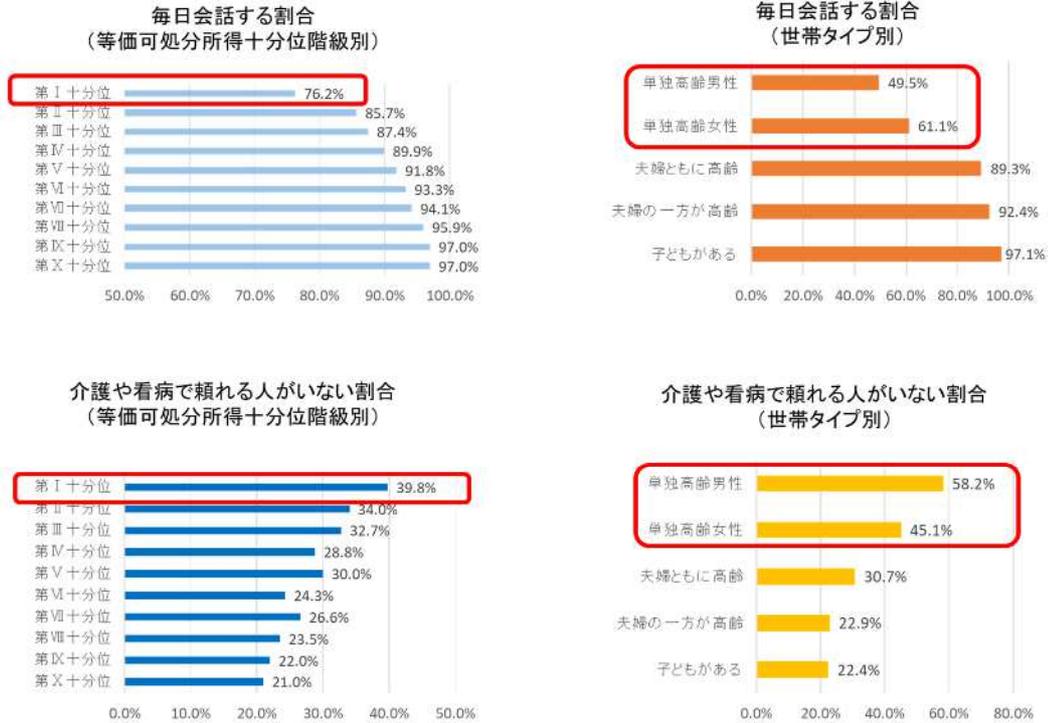
本人からの援助希求が小さい等支援につながりにくい方の把握とつなぎについては、所得が低い方や単身世帯（特に男性）の孤立リスクが高いことを前提として確認した上で、生活保護を受給している方、生活保護以外の制度等で把握されている方、現行の制度等では把握されていない方の3つに分け、どのような機関と連携が必要であるか整理した。

図表 3-16 支援につながりにくい方の把握とつなぎに関する整理

生活保護を受給している方 (単身者を中心として)	虚弱高齢者・要支援者に対して、介護予防・生活支援につなぎ直しができないか精査 →各区・地区保護課(関係機関と連携して対応)
生活保護以外の制度等で 把握されている方	新たな取組の創設を想定した介護予防・生活支援へのつなぎ方について検討 →地域包括支援センター(関係機関と連携して対応)
現行の制度等では 把握されていない方	本人や家族、近隣の方が、気軽に相談できる機会を確保 →小規模多機能や通いの場等(地域包括支援センターや民生委員等と連携して対応)

図表 3-17 孤立リスクが高い方の特徴

生活と支え合いに関する調査(2017年)
国立社会保障・人口問題研究所



○低所得の方ほど、毎日会話する割合が低く、介護や看病で頼れる人がいない割合が高い
※特に第I十分位(最も所得が低い階級)の割合が突出している

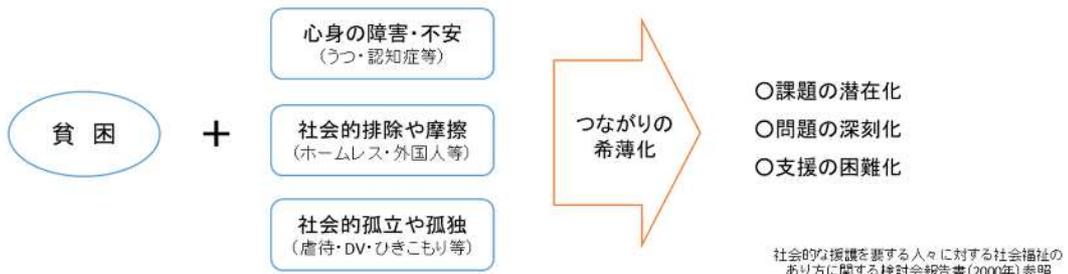
○単独世帯の方は、毎日会話する割合が低く、介護や看病で頼れる人がいない割合が高い
※特に男性の割合が突出している

低所得で単身世帯の男性が、孤立する危険性が最も高い
(女性も、夫婦世帯や子どもがいる世帯よりもリスクは高い)

(参考)

川崎市の高齢者人口	301,151人
うち単身世帯	66,076人(21.9%)
うち単身生活保護受給	11,898人(4.0%)

令和2年国勢調査
生活保護の概況



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

○生活保護を受給している方（特に単身者）に、支援につながりにくい生活課題のある方が多く含まれると思われるが、各区・地区保護課だけでは対応が難しいケースもあることから、どのような関係機関と連携して対応することが適切と考えるか。

○生活保護以外の制度等で把握されている方の中にも、現行では適当な支援につながっていないが、介護予防・生活支援が必要な方がおられると思われることから、今般の新たな取組の創設を想定した場合の介護予防・生活支援へのつなぎ方について検討していくこととしてはどうか。また、その際には、どのように対応することが適切と考えるか。

○現行の制度等では把握されていない方は、相談機関等での把握は困難であると考えられることから、本人や家族、近隣の方が、気軽に相談できる機会を確保する必要があるのではないか。

具体的には、通いの場や小規模多機能による地域の中での把握を基本として、これらの取組を徐々に広げていくこととしてはどうか。

(2) 構成員意見

①対象者の把握方法（案）に関すること

医療機関による把握とつなぎの重要性
<ul style="list-style-type: none">● 医療機関におけるスクリーニングは、特に要支援・要介護認定を受けていない人の把握という点で効果的である。 ただし、医療機関によって対応の方向性に差が生じないよう、事前に趣旨や方法を十分に伝えていく必要がある。
地域で把握する場の重要性
<ul style="list-style-type: none">● 本人の生活や人間関係を、全体的に把握するためには、住民と話しのできる関係を築いていくなかで徐々に捉えていくことが必要である。その際には、地域に出会う場をつくって、集団で把握する方法もある。また、会話のなかで集団に直接来ない方の情報も間接的に集まっていく。
生活支援
<ul style="list-style-type: none">● 民生委員やボランティアと地域包括支援センターや社協が普段から信頼関係を築いていくことで、地域包括支援センターにつなぐ役割を担っていただくことができる。● この取組を円滑に導入するために、地域包括支援センターの負担増につながらないように、把握した後のつなぎについても全体的に検討した方がよい。

②支援へのつなぎ方（案）に関すること

関係者同士の連携の必要性
<ul style="list-style-type: none">● 医療機関におけるスクリーニングは、特に要支援・要介護認定を受けていない人の把握という点で効果的である。 ただし、医療機関によって対応の方向性に差が生じないよう、事前に趣旨や方法を十分に伝えていく

必要がある。
自立支援型サービスの在り方
<p>前提としてすぐ対象者全員を把握することは難しいので、まずは理解の得られる関係者からモデルを始めていく必要がある。情報連携の手段として、地域ケア会議を活用すれば既存の事業の枠組みのなかで実施できるので円滑に導入しやすい。</p> <p>また、行政が担う役割についても位置付ける必要があるのではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● この事業を成り立たせるためには、つなぎ先である地域資源を拡充することが重要である。
生活支援
<ul style="list-style-type: none"> ● 民生委員やボランティアと地域包括支援センターや社協が普段から信頼関係を築いていくことで、地域包括支援センターにつなぐ役割を担っていただくことができる。 ● この取組を円滑に導入するために、地域包括支援センターの負担増につながらないように、把握した後のつなぎについても全体的に検討した方がよい。

③支援につながりにくい方の把握とつなぎに関する整理に関すること

生活困窮の方への支援の視点
<ul style="list-style-type: none"> ● 生活保護を受けている方の中には、支援を受けることを望む方もいるし、馴染めない方もいる。そうした中で、すべてのケースワーカーが一定の対応をすることは難しいので、統一的な対応ができるような工夫が必要である。 ● 生活保護を利用されている方はケースワーカーを中心に情報を把握できるが、生活困窮しているが生活保護を受けていない方、現行の制度で把握されていない方はいっそう支援の必要な場合もあり、体制を作ることが必要である。

3.4 地域資源・サービスの活用・創出に向けた方策（第4回）

(1) 議題

1. 地域における活動・参加機会

地域において高齢者が活動・参加するコンテンツは、コンテンツの内容、社会性、頻度といった要素や、高齢者が参加・利用する立場／活動・働く立場であるか、どのような主体が実施しているかといった観点で整理することができる。

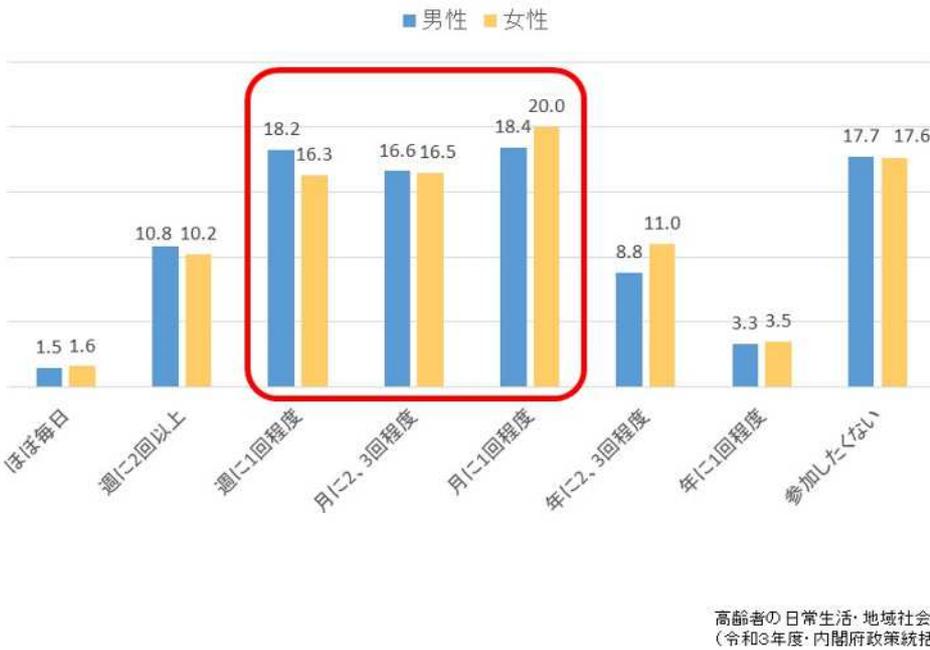
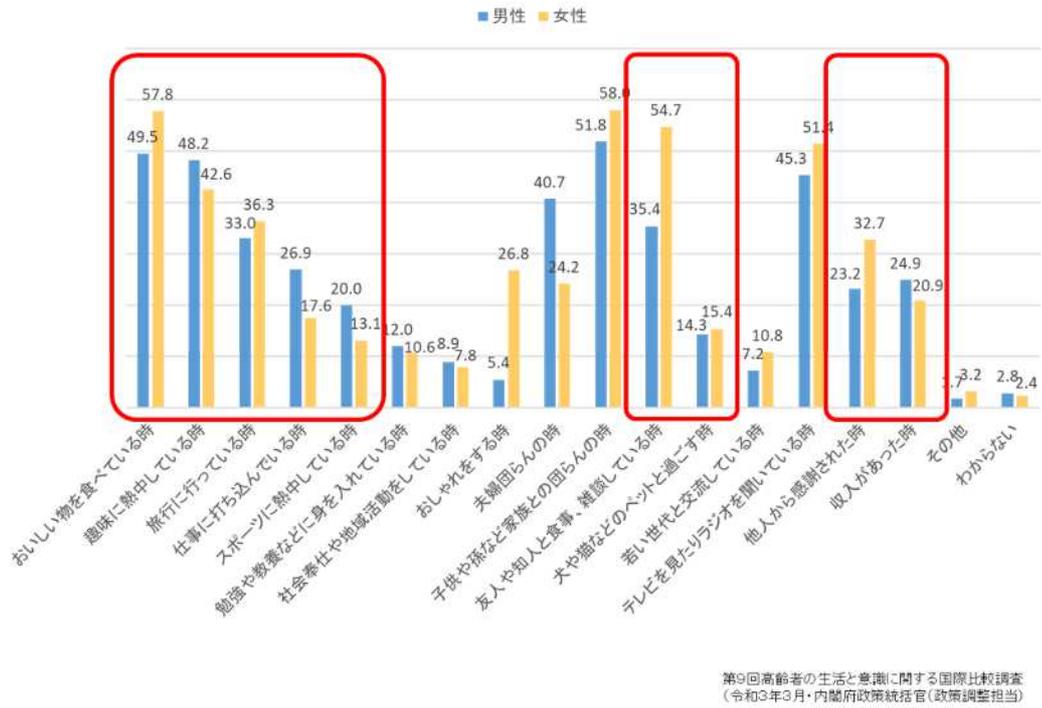
図表 3-18 地域における活動・参加のコンテンツ・イメージ



具体的な例

	友人・近隣等	地域団体・NPO等	営利サービス (民間企業等)
参加 利用	<ul style="list-style-type: none"> ・ランチサークル ・釣り仲間 ・助け合い ・散歩グループ …… 	<ul style="list-style-type: none"> ・食のイベント ・囲碁将棋麻雀大会 ・家事代行 ・健康講座 …… 	<ul style="list-style-type: none"> ・レストラン ・旅行娯楽サービス ・買い物支援サービス ・フィットネスクラブ ……
活動 働く	<ul style="list-style-type: none"> ・食事づくり ・参加の声かけ …… 	<ul style="list-style-type: none"> ・イベントの企画 ・講座の運営 …… 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供 ・利用者のサポート ……

図表 3-19 高齢者の社会活動に関する意識と実態（参考）



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

- 【虚弱高齢者・要支援者が望む活動・参加について】
- 虚弱高齢者・要支援者が望む活動・参加として、どのようなもの・事例があるか。
 - 虚弱高齢者・要支援者は、どのような目的・趣旨であれば、主体的に活動・参加すると考えるか。
- 【参加・利用する資源として】
- 虚弱高齢者・要支援者が参加・利用できるコンテンツとして、どのようなもの・事例が考えられるか。
 - また、どのような主体による取組が考えられるか。

○虚弱高齢者・要支援者が参加・利用する取組には、どのような工夫・配慮が必要か。

【活動する・働く資源として】

○虚弱高齢者・要支援者が活動する・働くコンテンツとして、どのようなもの・事例が考えられるか。

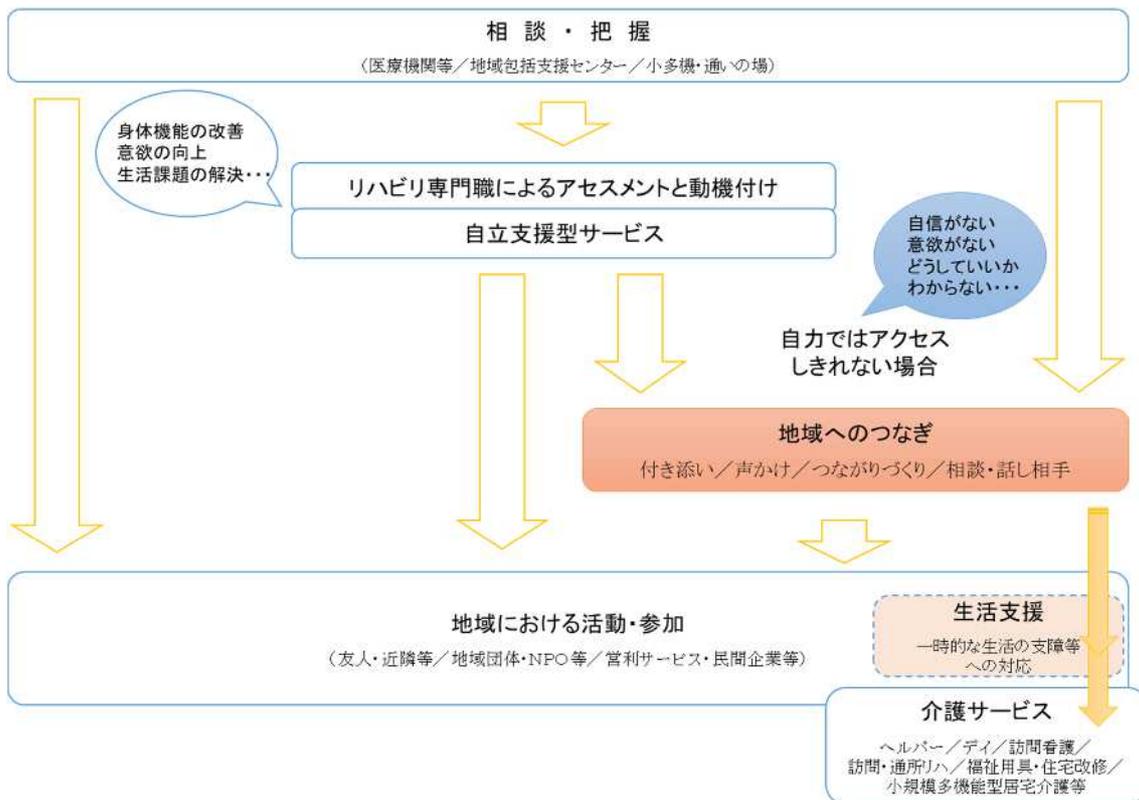
また、どのような主体による取組が考えられるか。

○虚弱高齢者・要支援者が活動する・働く取組には、どのような工夫・配慮が必要か。

2. 地域へのつなぎ～生活支援への対応

虚弱高齢者・要支援者に対する自立支援を重視したサービス（自立支援型サービス）として、支援のニーズを把握したのち、身体機能の改善や意欲の向上、生活課題の解決を担うサービスとして位置づけた。また、サービスを利用後、地域における活動・参加へシフトする際、本人だけでは活動・参加へ移れない場合に地域へのつなぎが必要になると考えられる。また、本人の状態によっては継続的に介護サービスを利用するほどではないが一時的に生活支援を受ける必要があるケースも考えられる。

図表 3-20 地域へのつなぎ～生活支援への対応



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

【地域へのつなぎについて】

○自立支援型サービスを利用しても、自力で地域における活動・参加にアクセスしきれない場合も想定されるが、その場合に、どのような支援が必要と考えるか。

○上記のような支援を実施する担い手として、どのような主体が想定されるか。

【生活支援について】

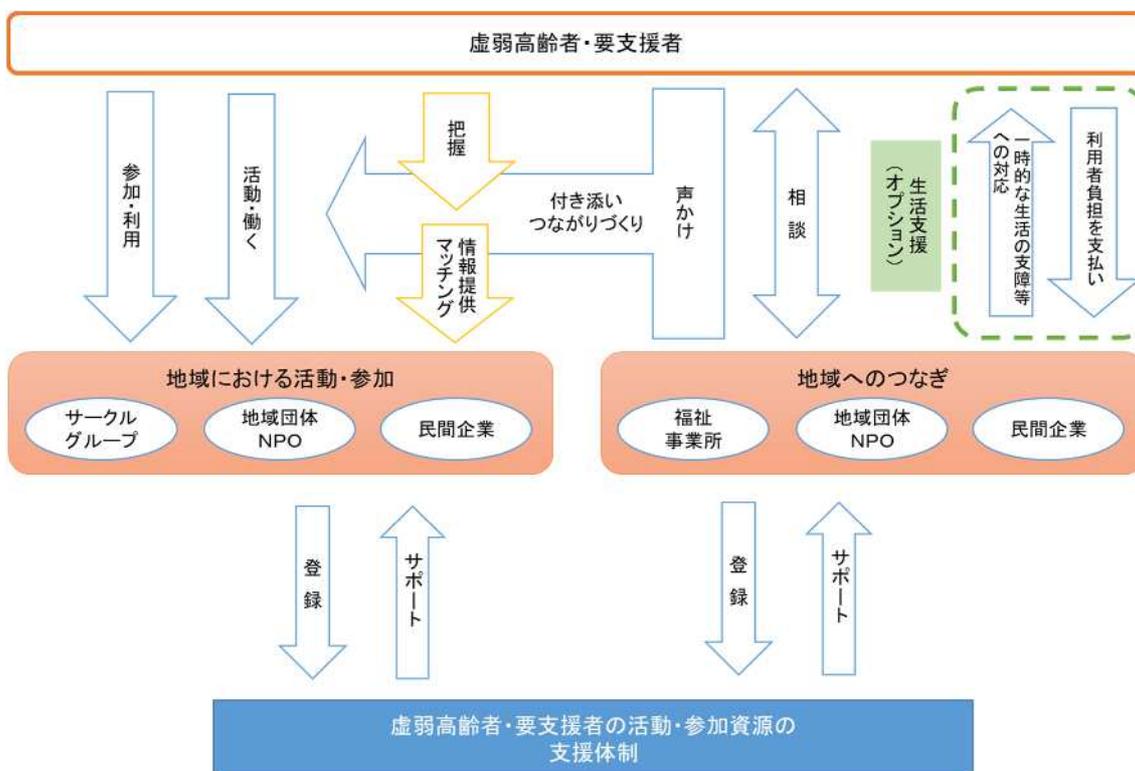
○継続的に介護サービスを利用するほどではないが、一時的な生活の支障が生じる状況も想定される

が、その場合に、本人の「できること」を最大限活かしつつ、どのように支援することが適切と考えるか。
 ○上記のような支援を実施する担い手として、どのような主体が想定されるか。
 ○上記のような支援と、地域とのつなぎ、現行の介護サービスとの連携や役割分担について、どのように考えるか。

3. 活動・参加と生活支援の担い手となる地域資源の確保策

上記の構想においては、地域における活動・参加先となる地域資源や、地域へのつなぎや生活支援を担う担い手を確保する必要がある。地域の既存の活動を実施している関係者と連携する方法として、行政が虚弱高齢者・要支援者の活動・参加資源の支援体制を組み、登録した団体等に対しサポートを行うことが考えられる。

図表 3-21 活動・参加と地域へのつなぎ・生活支援の担い手となる地域資源の確保策イメージ



図表 3-22 活動・参加の担い手となる地域資源の確保策（案）

地域資源の活用方法	想定される課題	対応方法	具体的な対応策
参加・利用する場・機会	<ul style="list-style-type: none"> ○興味・関心が湧く場・機会が少ない ○組織・団体の運営メンバーが確保できない ○虚弱高齢者・要支援者の対応方法が分からない ○参加者・利用者となつながらない ○自分で来られる人でなければ受け入れられない 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健福祉に限らない多様な分野による場・機会の提供を働きかけ ●継続的に活動できる運営基盤を整備 ●専門職による相談・助言機能を設定 ●把握からつなぎの流れで、参加・利用につなげる仕組みを組み入れ ●送迎や付き添いにかかる支援体制を確保 または、地域へのつなぎによって対応 	<ul style="list-style-type: none"> ◆様々な組織・団体を資源化するための支援体制づくり ◆運営費用を助成 ◆リハビリ専門職等による相談・助言体制を整備 ◆地域へのつなぎの仕組みを整備 ◆送迎や付き添いにかかる費用を助成 または、地域へのつなぎの仕組みを活用
活動する・働く場・機会	<ul style="list-style-type: none"> ○活動できる・働ける場・機会少ない ○虚弱高齢者・要支援者ができる活動・仕事のイメージがわからない ○虚弱高齢者・要支援者を活用・雇用するメリットがない ○支払える賃金が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ●保健福祉に限らない多様な分野による場・機会の提供を働きかけ ●専門職による相談・助言機能を設定 ●虚弱高齢者・要支援者を組織・団体の運営メンバーとした場合のインセンティブを設定 	<ul style="list-style-type: none"> ◆様々な組織・団体を資源化するための支援体制づくり ◆リハビリ専門職等による相談・助言体制を整備 ◆活用・雇用した場合に運営費用を助成

図表 3-23 地域へのつなぎ～生活支援の担い手となる地域資源の確保策（案）

地域資源の活用方法	想定される課題	対応方法	具体的な対応策
地域へのつなぎ 付き添い 声掛け つながりづくり 相談	<ul style="list-style-type: none"> ○組織・団体の運営メンバーが確保できない ○虚弱高齢者・要支援者の対応方法が分からない ○利用者となつながらない 	<ul style="list-style-type: none"> ●適当な担い手を配置できる運営基盤を整備 ●専門職による相談・助言機能を設定 ●把握からつなぎの流れで、参加・利用につなげる仕組みを組み入れ 	<ul style="list-style-type: none"> ◆運営費用を助成 ◆リハビリ専門職等による相談・助言体制を整備 ◆把握からつなぎの方法の具体化と合わせて検討
一時的な家事援助 電球や電池の交換 郵便物の整理 簡単な買い物や清掃等 生活環境の整備 粗大ごみや家具の移動 大掃除や風呂・トイレ・キッチン の清掃 草刈りや植木の手入れ等	<ul style="list-style-type: none"> ○意欲が低下している場合、必要な状況になっても利用につながらない ○民間企業でも同様のサービスが提供されている ○低所得者の場合、高額な費用を負担できない 	<ul style="list-style-type: none"> ●上記の支援と一体的に提供 ●利用者が相応の費用を負担しつつ、公費による費用を助成する枠組みを設定 	<ul style="list-style-type: none"> ◆オプションとして位置付け ◆公定価格(サービス費用と利用者負担の両方)を設定

上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

- 地域資源の確保に向けて、多様な分野による場・機会の提供を働きかけるため、組織・団体に対して、どのような支援が期待されるか。
- 合わせて、協力いただける組織・団体の運営基盤を整備するため、費用を助成することとしてはどうか。
また、その場合、どのような活動にどのような費用を助成することが適当か。
- 合わせて、虚弱高齢者・要支援者の対応方法が分からない組織・団体に対して、専門職による相談・助言機能を設定してはどうか。

○一時的な生活の支障等に対応する生活支援については、地域へのつなぎのオプションサービスとして位置付け、利用者が相応の費用を負担しつつ、公費によって費用を助成する枠組みを設定することで、支援体制を確保することとしてはどうか。

○上記の他に、地域資源の確保策として有効と考えられる取組はあるか。

(2) 構成員意見

支援へのつなぎ

- 日ごろの地域での関係性があればこそ、その人の情報を知って、つなげることができる。ただし、地域住民に過度な役割にならないようにしなければならない。
- 地域資源へのつなぎには細やかな手当、ノウハウが必要になる。取り組めるところから取り込んで、徐々に積み上げていく視点が必要ではないか。本人が自信を取り戻していく過程では、包括、リハ職、生活支援コーディネーターなど専門職の連携が重要になるので、積極的に役割を担っていきたい。

生活支援

- 介護保険サービスは、いったん導入すると、状態がよくなっても使い続けられることが多いので、一時的な利用で済みそうな人は、単発で生活支援サービスを利用してもらった方が自立にとってはよい。
- 安易に安いボランティアに頼りすぎるような仕組みにせず、見合った対価を設定しないと担い手は出てこない。それに伴いどこまでを生活支援とするのかルールづくりが必要である。

地域資源の確保策

- コロナを経て改めて、今後集まれる「場所」をどのようにつくっていくか検討が必要である。現在も、ひきこもりがちになった人が発見できても、コロナによる制約があるなかで、つなげられる場所がない状態である。
- 食をテーマにすると、関心を持ちやすく、人も集まる。漫然としたテーマ（健康増進、ボランティア等）よりも、実際にすることを明確に打ち出した方が、人が集まりやすい。
- 最初に新しいコミュニティに入るハードルを下げる必要がある。友達など関係性のある人による後押しや、イベントごとなどの工夫が考えられる。
- 気軽に行ってみようと思ってもらうことが重要であり、徒歩で行けるくらいの範囲で、活動・参加につながる機会をつくっていくという視点が必要である。
- 地域の団体では虚弱や要支援の高齢者の参加できる範囲に限りがある。一方で、虚弱になる以前に仲間との関係ができていれば、直接活動に参加できなくても関係がつづいていくことがある。
- 民間企業でもできること、民間企業の方がやりやすいこともあるが、企業側のメリット（顧客が獲得できるか等）とセットで考える必要がある。

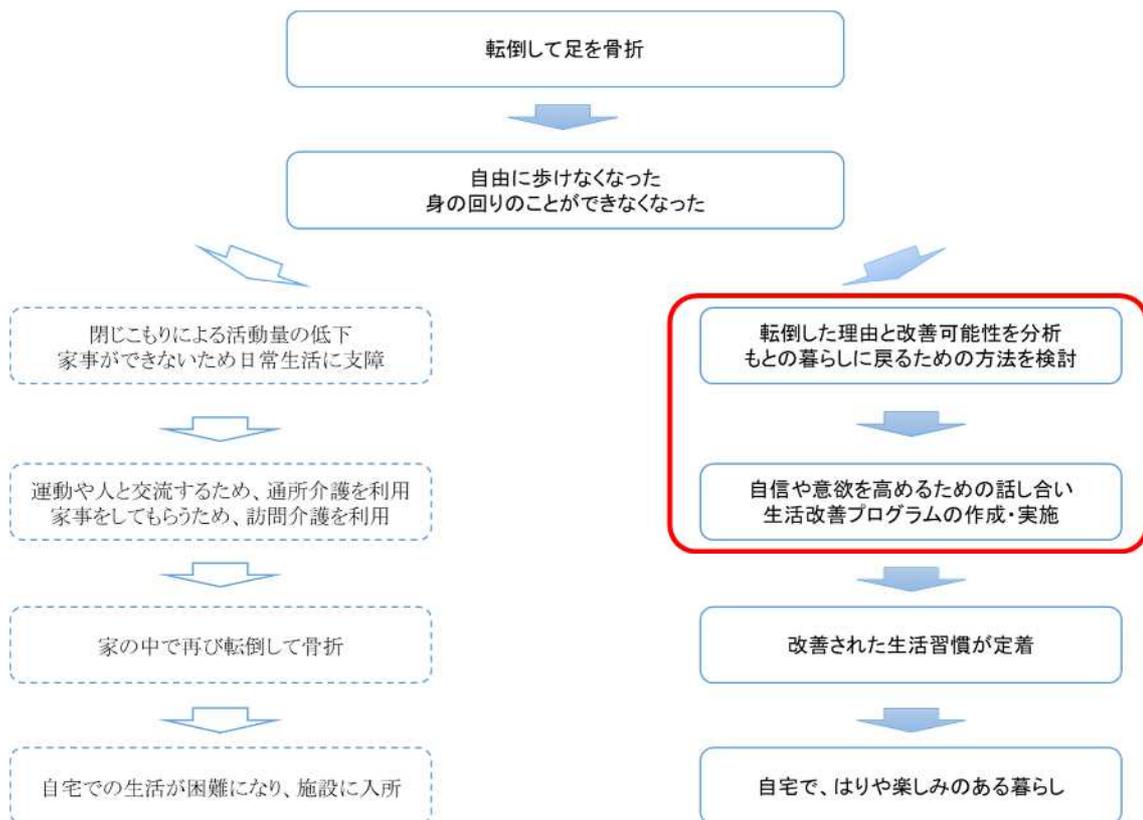
3.5 自立支援・重度化防止に向けた取組（第5回）

(1) 議題

1. 自立支援に向けての情報収集・動機付け

自立支援によって目指す姿においては、もとの暮らしに戻るための方法を検討することとともに、本人の自信や意欲を高めることが重要である。本人に活動を動機付けるためには、本人の意向や生活歴、友人・地域との関係などの情報を適切に把握したうえでの働きかけが必要であると考えられる。

図表 3-24 虚弱高齢者・要支援者の自立支援によって目指す姿



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

【情報収集について】

- 虚弱高齢者・要支援者の自立支援に向けて、本人の思いや意向、生活歴や現在の生活状況、楽しみや得意なこと、友人・地域との関係などの情報を、どのような機会や場面で収集することができるか。
- 本人から、上記の情報を収集するために、どのような働きかけや関係づくりが必要か。

【動機付けについて】

- 虚弱高齢者・要支援者の自立支援に向けて、本人の動機付けにおける課題として、どのようなことがあるか。また、自信や意欲を高めるために、どのような動機付けが効果的か。
- 上記の動機付けを実施するためには、どのような知見やノウハウが必要か。また、どのような場面や人材を

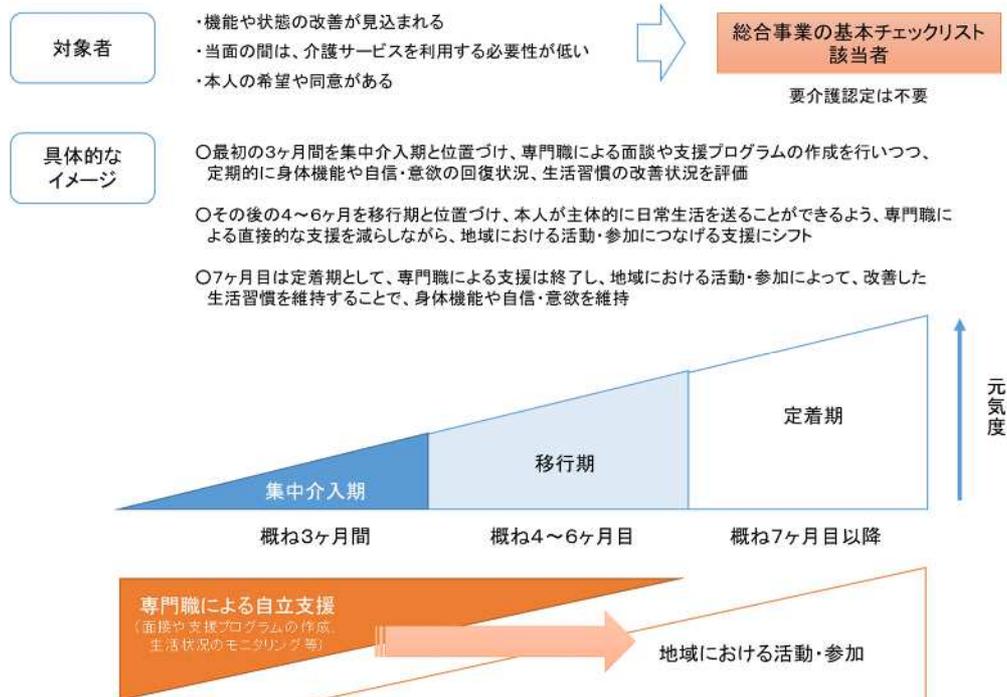
活用することがよいか。

2. 自立支援型サービスの内容・担い手、地域活動へのつなぎ

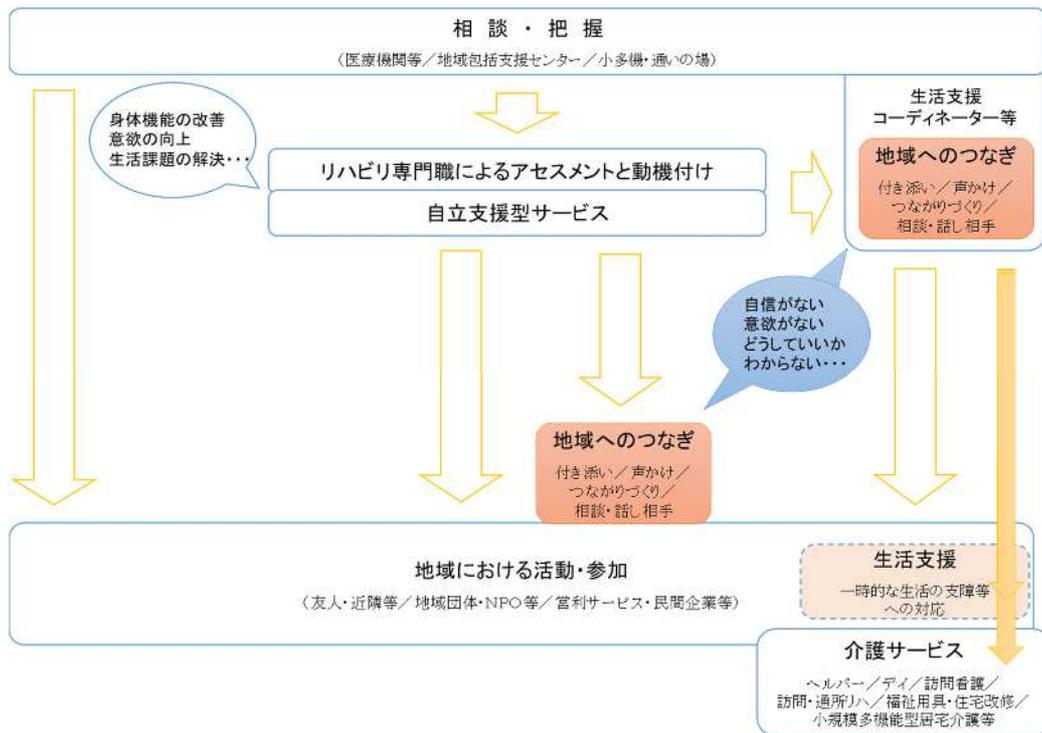
これまでの議論を踏まえ、虚弱高齢者・要支援者に対する自立支援を重視したサービス（自立支援型サービス）の案を、状態に応じて集中介入期、移行期、定着期の大きく3段階に分け、専門職による自立支援と地域における活動・参加へシフトする構成で検討した。

また、自立支援型サービスと地域における活動・参加やその他の関連サービスとの関連を図表3-26のように整理した。

図表 3-25 虚弱高齢者・要支援者に対する自立支援型サービスのコンセプト



図表 3-26 地域へのつなぎ～生活支援への対応（再掲）



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

【サービスの内容と担い手について】

- 自立支援型サービスが、どのような事例に対して、どのような効果があると考えられるか。
- 専門職による支援から、地域における活動・参加につなげるために、どのような取組が必要と考えるか。
- 上記のような取組を進めるために、自立支援型サービスは、どのような人材や事業所が望ましいか。

【地域における活動・参加へのつなぎについて】

- 自立支援型サービスは、3～6ヶ月の間に、地域における活動・参加に移行することを目指すこととしているが、その場合に、どのような課題が想定されるか。また、その課題に対して、どのように対応すべきと考えるか。
- 活動・参加の場や機会となる地域資源は、自立支援型サービス利用者を円滑に受け入れるために、どのような対応や調整が必要となるか。また、円滑な移行には、自立支援型サービス事業所との間で十分な意思疎通を取ることが必要と考えるが、具体的にどのようなやり取りがあるとよいか。
- 活動・参加の場や機会を、営利サービス・民間企業等によって確保・拡充する場合に、どのような支援や調整を行うことで、自立支援型サービス利用者が円滑に移行できるようになるか。

※第4回会議におけるご意見を踏まえ、地域へのつなぎは、（看護）小規模多機能居宅介護事業所に配置する生活支援コーディネーター等とともに、活動・参加の場や機会となる地域資源にも、一定の支援を行うことを前提として、可能な範囲で担っていただくことを想定している。

(2) 構成員意見

情報収集
<ul style="list-style-type: none">● 普段からある程度の関係性を持っているか、時間をかけて話ができるかが重要である。時間をかけて話ができるのであれば興味のあることや得意なことを聞き出すことができると思うが、その時間をいかに確保するかが課題である。● 一方で、困っているときにスピードを持って相談に即応できることも必要である。誰に相談したらいいかと考えてぱっと思い浮かぶような、地域につながるの強い人を増やしていくことが重要ではないか。
動機付け
<ul style="list-style-type: none">● リハビリ専門職の効果は高いが、特定の職種だけが担うのではなく、様々な人材が動機付け等リハビリへの関わりを担うのがよいのではないか。● チェックリストなどのツールの整備、成功事例のノウハウを共有する仕組みがあるとよい。● 本人がこれまでの生活で何を楽しみに、大切にしてきたか、得意なことを知り、それを後押しすることが動機付けになる。
サービスの内容・担い手
<ul style="list-style-type: none">● 大きな目標に向かうにしても、いくつかの無理のないステップを設けて、きめ細かに支援していくことが重要である。● サービスが終わる前に期間を取って、次の行き先に紹介したり同行したり、地域の人にお誘いをしてもらったりすると、地域における活動・参加につながりやすいのではないか。● 地域における活動・参加につなげるためには、地域をよく知っている人でなければ難しいので、地域包括支援センターが中心を担っていくことになるのではないか。ただし、地域包括支援センターだけで担うということではなく、地域との関係をもち続けながら、お互いに相談し合いながら進めていけることが必要である。● リハ職等の特定の専門職が、アセスメントと地域資源とのつなぎ、自立支援サービスを一連で担えると、連動性があってよい。

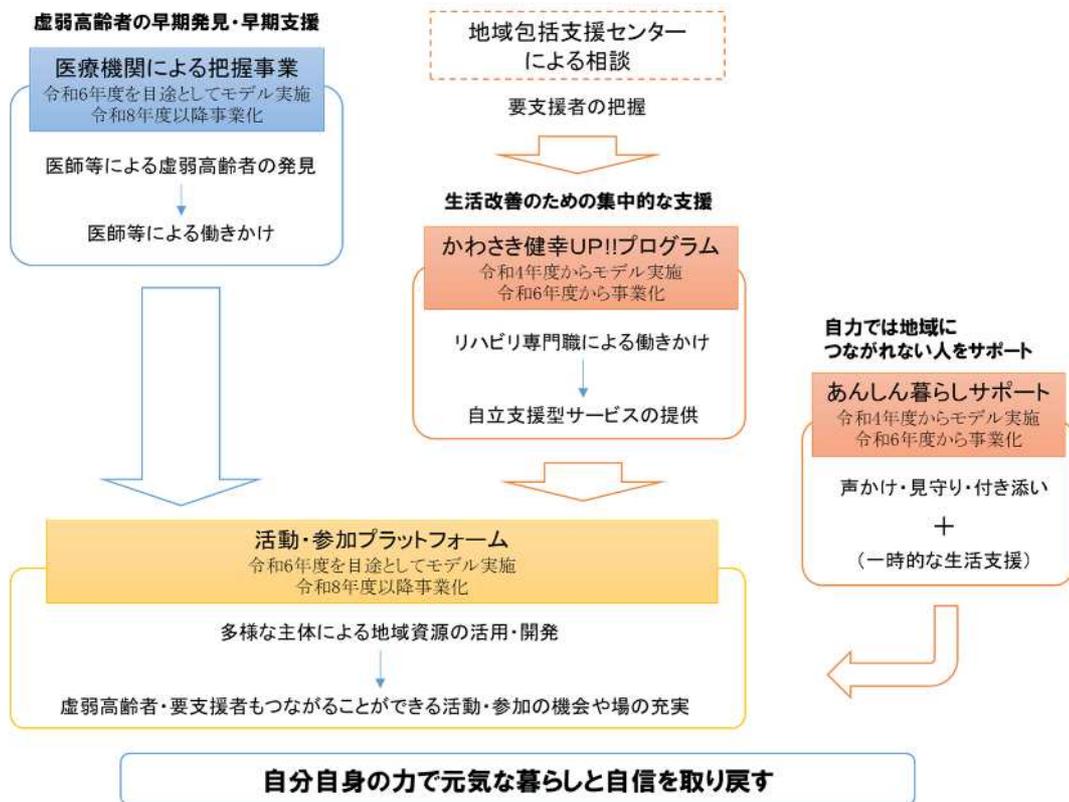
3.6 今後の基本方針（第6回）

(1) 議題

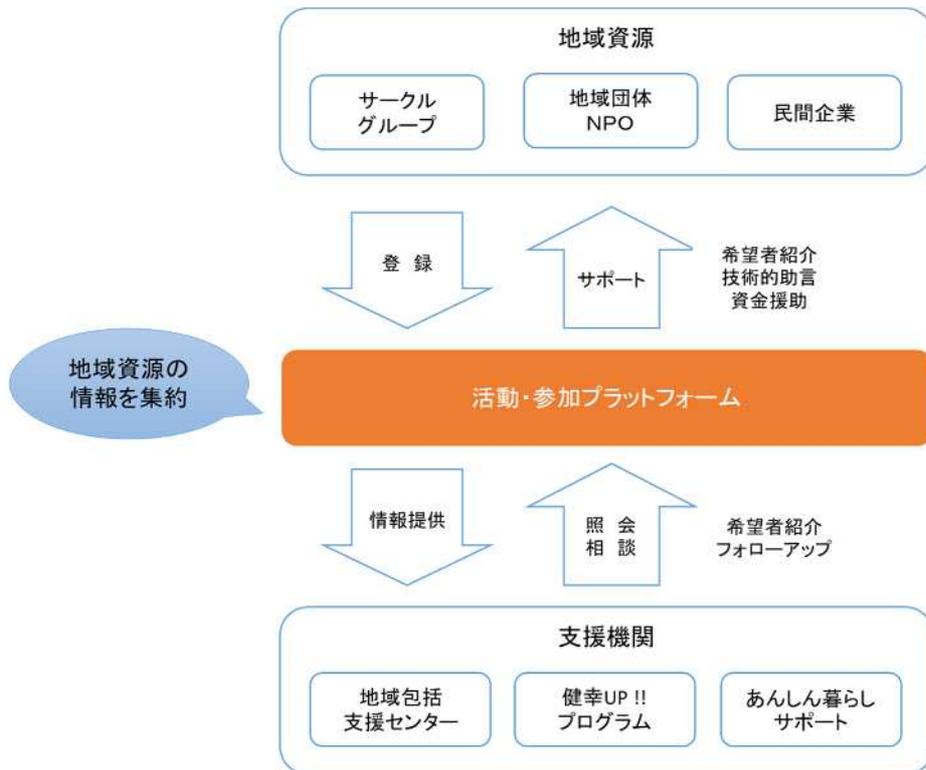
1. 各取組・事業の内容、連携

虚弱高齢者・要支援者に対する介護予防・生活支援に関する各取組・事業について、早期発見・早期支援を医療機関による把握事業が、生活改善のための集中的な支援を「かわさき健幸UP!!プログラム」事業が、自力では地域につながれない人へのサポートを「あんしん暮らしサポート」事業が主に担った上で、それぞれの事業において地域の活動・参加へのつなぎとして「活動・参加プラットフォーム」事業に連携するものと整理した。

図表 3-27 虚弱高齢者・要支援者に対する介護予防・生活支援に関する取組の事業フレーム



図表 3-28 参加・活動プラットフォーム（今後検討・現時点でのイメージ）



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

【各取組・事業の内容について】

○取りまとめとしてお示した取組の整理と事業化フレームを具体化するに当たり、配慮すべきことや留意すべきことは何か。

（考えられる論点の例）

・医療機関による対象者の把握と働きかけが有効とのご意見があったが、具体的にどのような情報が把握され、どういった働きかけがなされることが望ましいか。

・自立支援型サービス及びその前提となる情報収集や動機付けは、リハビリ専門職以外も担うといったご意見があったが、具体的にどのような方が適当と考えられるか。また、どういった育成方法が考えられるか。

・声かけや見守り等の生活支援は、日常的な関係づくりが重要である一方、一時的な支援で終結できる場合は、その方が望ましいといったご意見があったが、両者をどのように整理することが適切か。

・地域における活動・参加を促進するためには、気軽に行ける機会や場所と、本人が行きたくなるきっかけづくりや後押しが必要といったご意見があったが、そうした社会資源を確保するためには、どのような方策が考えられるか。

【各取組・事業間の連携について】

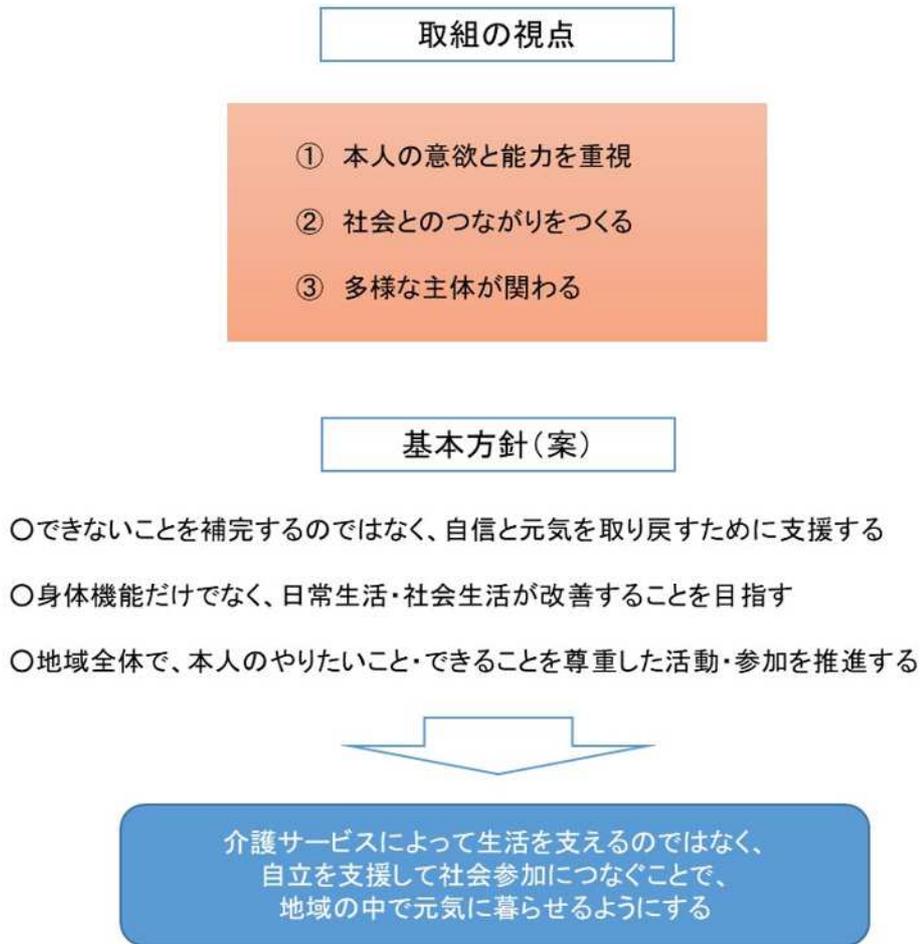
○取りまとめとしてお示した取組の整理と事業フレームは、一体的に推進していくことが重要と思われるが、各取組・事業間の連携において、どのようなことが課題になると想定されるか。

また、それらの課題について、どのように対応することが必要と考えるか。

2. 基本方針

虚弱高齢者・要支援者に対する介護予防・生活支援の基本方針として、「できないことを補完するのではなく、自信と元気を取り戻すために支援する」「身体機能だけでなく、日常生活・社会生活が改善することを目指す」「地域全体で、本人のやりたいこと・できることを尊重した活動・参加を推進する」の3点に整理し、今後の取組にあたって本人・家族や医療・介護専門職、地域の関係者で広く共有することを案とした。

図表 3-29 虚弱高齢者・要支援者に対する介護予防・生活支援の基本方針（案）



上記を踏まえ、検討会において以下の論点を提示した。

【基本方針について】

- 取りまとめとしてお示した基本方針（案）について、この間のご意見を反映・集約したものとなっているか。また、過不足があれば、どのような修正をすることが適当か。
- 取りまとめとしてお示した基本方針（案）は、本人・家族や医療・介護専門職のみならず、地域の住民や団体、NPOや民間企業などに、広く理解していただく必要があるが、それぞれに対して、どのように普及していくことが効果的か。

【要介護者支援との連続性について】

○取りまとめとしてお示した取組の整理と事業フレームは、虚弱高齢者・要支援者を対象として検討を進めてきたが、取組の目的や視点としては、要介護者にも通じるところが多分にあるというご意見があった。虚弱高齢者・要支援者の介護予防を推進しても、いずれは要介護者になることを踏まえると、この取組・事業を、要介護者の支援と連続性を保つことが必要と考えるが、その場合に、どのような工夫や配慮が必要となるか。

(考えられる工夫・配慮の例)

- ・活動・参加プラットフォームは、要介護者及びその支援者も活用できるものとする。
- ・介護サービス事業所とリハビリ専門職が連携しながらサービスを提供する枠組みを整備する。
- ・地域における活動・参加やリハビリ・自立支援に重点を置いたケアマネジメント手法を構築する。

(2) 構成員意見

各取組・事業の内容について
<ul style="list-style-type: none">● 高齢者には医療職からの働きかけが効果的なので、医療職（医師や保健師）から自立支援を促していただく流れをつくるとよい。● 支援につなぐために、本人のニーズがどのようなものなのかを的確に捉えることが必要である。● 本人が行きたいもの・やりたいことを大事にするという視点が重要であり、そのためには既存の場やものを工夫して活用することも必要である。● この取組は、サービスに同意している人が対象だが、同意しないが対応が必要な人もいる。早い段階から行政・保健師を含めた対応ができるとよりよくなる。
各取組・事業間の連携について
<ul style="list-style-type: none">● 自立支援型サービスは、医療や保健と連携できると効果的であり、医療職との情報共有や栄養士との共同指導などができるとうい。● 関係機関が、効果的なタイミングで支援を開始できるよう、情報を伝え合うことができる仕組みが必要である。● 地域包括支援センターと生活支援コーディネーターは、今回を機に、それぞれの特徴を踏まえた機能や役割を整理しつつ、よりいっそう協調して対応できるようにしていく必要がある。
基本方針について
<ul style="list-style-type: none">● 高齢者に直接伝えるだけでなく、日頃から接している方々や専門職、子世代や孫世代を通じて、間接的に伝えることもよいのではないか。その際には、世代に応じてSNSの活用や教育との連携が効果的である。● 義務的・奨励的なニュアンスで伝えるのではなく、そうしたい・そうなりたいと思えるようなメッセージとして伝えるのがよい。● 元気高齢者の方にも役割を担っていただくなど、この取組に多くの方が関わってもらえるようにすることで、理解が広がる。
要介護者支援との連続性について
<ul style="list-style-type: none">● この取組でつくった地域とのつながりは、要介護になっても続くようにしていく必要がある。

- 介護事業所からも、自立支援や社会参加を紹介できるようにするとよい。
- 虚弱な方と要支援の人と要介護の人が一緒に通えるような場を増やし、地域の顔見知りの関係のなかで支えられる立場と役割をもつ立場を柔軟にもちあわせられるようにしていけるとよい。

4. 今後の介護予防・生活支援施策の取りまとめ

4.1 現行事業の現状と課題

あり方検討会議での意見を施策に反映する上で、現行事業の状況や課題について把握するため、所管課へのヒアリングを実施した。ヒアリングの対象とした事業と実施日は以下の通りである。

日時	事業名・取組名	所管課（ヒアリング先）
3月14日（月） 15:30～16:30	地域包括ケアシステム連絡協議会・ ワーキンググループ	健康福祉局地域包括ケア推進 室ケアシステム担当
3月14日（月） 15:30～16:30	ひとり暮らし等高齢者見守り事業	健康福祉局 高齢者在宅サービス課
3月15日（火） 13:00～15:30	介護予防普及啓発事業 （特に「いこい元気広場」の活動）	健康福祉局 保健所健康増進課
3月15日（火） 15:30～16:30	地域介護予防活動支援事業	健康福祉局 保健所健康増進課
4月13日（水） 16:30～18:00	かわさき健幸福寿プロジェクト	長寿社会部 高齢者事業推進課

ヒアリングの結果、各事業について、以下のような問題と課題が挙げられた。

日時	問題	課題
地域包括ケアシステム連絡協議会・ ワーキンググループ	<ul style="list-style-type: none"> 企業・団体が、参画しているメリットを感じられるような情報提供や、ニーズとサービスのマッチングが出来る場になっていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 企業の主体的なサービス開発を促すための、市内の元気・虚弱高齢者の興味の把握、参画企業・団体への情報提供
ひとり暮らし等高齢者見守り事業	<ul style="list-style-type: none"> 実施方法の変更（民生委員の各戸訪問から郵送への変更）によって、対象者をきちんと把握できているのか、課題に感じる 民生委員による見守りから必要な支援につなげる仕組みがないため、ひとり暮らし高齢者にアプローチはするが、その後のフォローは、地域ごとにばらつきがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 効果的・効率的な実施方法の検討 調査情報の地域包括支援センターとの連携による、地域での見守り対応力の向上

	<ul style="list-style-type: none"> 未回答の人こそリスクの高い人なのではないかと考えているが、未回答者を継続的にフォローする仕組みが整っていない。 	
介護予防普及啓発事業 (特に「いこい元気広場」の活動)	<ul style="list-style-type: none"> 参加する人数や対象者像に、教室間の差がある。 事業を利用した後も、継続して介護予防に取り組めるように資源の案内等を行っているが、フォローアップする仕組みが不足している。 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者拡大に向けた関係者との連携・周知の工夫（関係機関を通じた紹介等） 早期からの介護予防の意識付けを目的とした他課の取組との連携 参加後にフォローアップする仕組みの構築
地域介護予防活動支援事業	<ul style="list-style-type: none"> リピーター（色んな活動に参加している人）が多く、新規の参加者が少ない。 女性が多いので、男性にも参加してほしい。 地域の活動が少ない地域での参加機会を増やしたい。 市や区の主催事業以外は、保健師の草の根的活動によって成り立っており、保健師によって取組状況が異なる（保健師に任せてしまっている）。 	<ul style="list-style-type: none"> 全体の活動の活性化を図るための、各区の取組の状況や知見の共有
かわさき健幸福寿プロジェクト	<ul style="list-style-type: none"> 参加者には効果がみられる一方で、他事業所へ波及があまりみられていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 参加事業所を広げるためのスキームの見直し 重度化防止だけでなく、本人の「望む暮らしを実現する」ための支援の視点の強化

ヒアリングで把握した内容をもとに、図表 4-1 において、事業の実施状況の整理を行った。各事業がすでに安定的・継続的に取り組んでいる範囲を青、現在も取り組んでいるが、取り組み方を工夫したり改善する余地があると考えられる範囲を黄色、制度上対象になっても現在は参加者がいない等、取組の対象を拡大する余地があると考えられる範囲を赤で整理した。

あり方検討会議において出された意見や方針を踏まえると、以下のような方向性で課題を整理していく必要があると考えられる。

- 元気高齢者については普及啓発を通じて、対象者の主体的な行動を促すこと
- 虚弱高齢者については状況の把握とサービスへつなぐこと
- 要支援者、要介護者について、生活支援や自立支援の視点を踏まえたケアを行うこと

これらの課題は、あり方検討会議で関係者から挙げられた課題と概ね方向性が一致している結果となった。

図表 4-1 現行事業の実施状況

	元気高齢者	虚弱高齢者	要支援者	要介護者
対象者の特徴・傾向(例)	・活動的な人 ・就労している人 ・本人は社会参加に積極的ではなくも、現在は健康状態に問題がない人	加齢 ・認定を受けていない高齢者のうち、ほとんど外出しない人2.9%/昨年より外出頻度が減った18.9%/家族以外との交流がない 26.4%(R1実態調査) 注 ・現時点で行政への申請に至っていない ・要支援相当であっても援助希望がない	申請 改善 ・定義上、状態改善の見込みがある ・本人や家族が行政に申請に来られる(援助希望がある) ・介護サービスを利用していない要支援者約5千人	加齢 要介護1 12,150人 要介護2 10,036人 要介護3 7,246人 要介護4 6,714人 要介護5 5,172人 (R1実態調査)
普及・啓発(状態に応じて行動する力向上)	マンパワーに限られるなかで、特に虚弱高齢者にどう働きかけるか 介護予防教室 関心薄い人へのアプローチ・参加者増 地域の民間企業との連携(企業・団体、20~50代の現役世代(社員)とその家族) 特定健診・がん検診の受診率向上、健康増進、生活習慣病の重症化の予防	高齢者の生活相談全般、権利擁護、認知症支援の充実(地域包括支援センター)	参加企業・団体がメリットを感じながら主体的に関わっている仕組みの構築 長期間健診未受診の人の行動変容・自己管理の力の向上?	参加事業所の拡大 健康福寿
支援の必要な人の把握の方法	普及啓発を通じて、対象者の主体的な行動を促す	地域・範囲の拡大 生活支援コーディネーター 相談者へのケア提案・利用状況のフォロー サービス利用しない人の変化の把握	どの地域でも安定して見守れる体制の構築、より高リスクな人の把握(調査未回答等) ひとり暮らし等の高齢者への見守り(アンケート調査、民生委員見守り)	
支援へのつなぎ	本人、家族 虚弱高齢者の状況の把握とサービスへのつなぎ	本人、家族 民生委員 生活支援コーディネーター 医療機関	地域包括支援センター 本人、家族 民生委員 生活支援コーディネーター	居宅介護支援事業所 本人、家族 民生委員 生活支援コーディネーター
サービスの受け皿	介護予防教室 いきい、老人クラブ シルバー人材 関心薄い人へのアプローチ・参加者増 行政として特化した取組は必要か? その他の就労支援?	地域の通いの場、サロン、昼食会、住民同士の助け合い・支援等 申請以前の虚弱高齢者への支援	総合事業サービス 状態の維持改善を重視したサービスの展開(本人の意欲と能力の重視) 地域包括支援センターによる地域への活動支援・情報共有全般	介護保険サービス 状態像に応じた自立を支援できる仕組みの構築
サービス利用のない人との関係構築	地域の通いの場、サロン、昼食会、住民同士の助け合い・支援等 団体の活動の継続支援、新たな主体の巻き込み(必要なサービスの創出)	カバールできる地域・範囲の拡大 地域の活動の把握・立ち上げ・育成、住民のニーズと活動のマッチング(生活支援体制整備事業)		
自立支援・維持改善	自立支援・維持改善につなぐ前提としての本人との信頼関係の構築 生活支援や自立支援の視点を踏まえたケア	総合事業サービス 状態の維持改善を重視したサービスの展開(本人の意欲と能力の重視) 介護保険 自立を支援できる仕組み構築 参加事業所の拡大 健康福寿	リハビリテーション専門職の知見の活用 活動の評価と事業の改善・拡大	
	主体的な活動・参加の促進(普及啓発)	制度外の資源の活用・充実	状態の維持・改善と生活支援	介護保険サービスによる支援

4.2 あり方検討会議を踏まえた新たな取組

あり方検討会議で挙げた意見を踏まえ、今後実施すべき新たな取組の方向性及び検討事項については、以下が挙げられる。

○地域包括支援センター事業

- ・ 地域包括支援センターに期待される役割を踏まえた体制の整備を行うこと
- ・ 対象者の把握やその後の社会資源へのつなぎにおいて、関係者(生活支援コーディネーター、民生委員等)との連携を強化すること
- ・ 介護予防ケアマネジメントの充実を図ること(ノウハウの整理、リハ職との連携の強化等)

○医療機関による把握

- ・ 医療機関との協力体制を構築すること
- ・ 具体的な実施手法を整理すること(情報の蓄積・共有の方法、本人や家族に対する説明のあり方等)
- ・ 連携先となる医師、歯科医師、薬剤師等との規範的統合を図ること(研修の実施等)

○自立支援型サービス

- 具体的な実施手法を整理すること（サービスの対象者、支援の内容や手法、生活支援コーディネーターとの連携等）
- 高齢者のアセスメント及びケアマネジメントにおけるリハビリテーション職の活用の仕組みをつくること（リハ拠点によるサポート等）
- 病院・老健・訪問看護ステーション等との協力体制を構築すること

○地域へのつなぎ～生活支援

- 地域に根差した見守り・声掛け・生活支援を担うことのできる人材を確保・養成すること
- 専門職による相談・助言の体制をつくることで、地域へのつなぎや生活支援の対応力を向上させること
- 幅広いニーズに対応できる一時的な生活支援サービスを構築すること

○活動・参加の地域資源づくり

- 地域資源を拡充する枠組みを構築すること
- 地域団体や民間企業の活動を活性化するための財源等の調達を行うこと
- 高齢者の興味や志向の個別化を踏まえた、対象者と資源をマッチングする仕組みを検討すること

○普及啓発

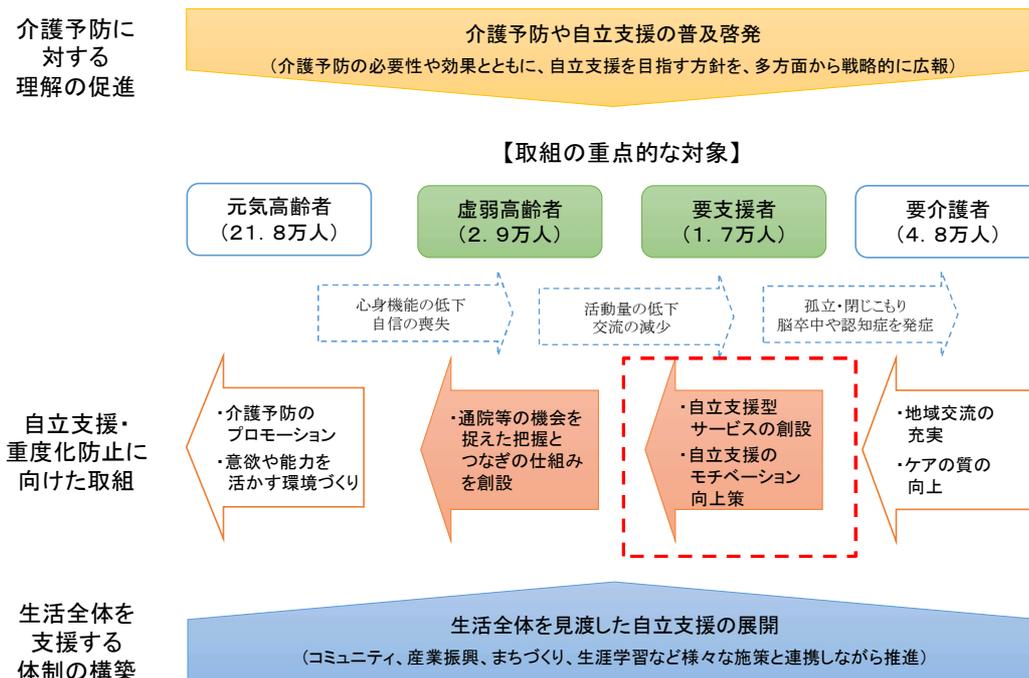
- 虚弱高齢者・要支援者の特性を踏まえた活動・参加を促す仕組みを構築すること（インセンティブの設定を含む）
- 子世代、孫世代を含めた意識の醸成を図ること

4.3 今後の取組の方向性

虚弱高齢者や要支援者は改善可能性のある対象者が多く含まれているため、リハビリテーションの視点等を活用した自立支援の効果が高い。また、その効果を引き出すためには、本人の興味や意欲を踏まえた生活全体への働きかけも重要である。一方で、川崎市の介護予防・生活支援サービス事業の現状においては、ほとんどの事業所において従前相当の給付サービスが踏襲されており、自立支援のためのサービスの提供・利用があまり進んでいるとはいえない状況である。

そのため、虚弱高齢者や要支援者に対しては、早期把握と働きかけ、自立支援に向けたアプローチ、地域における活動・参加を基本とした生活全体を支援する仕組みの構築など、総合的かつ体系的な取り組みが必要と考えられる。

図表 4-2 要支援者向けサービスの再構築の位置づけ

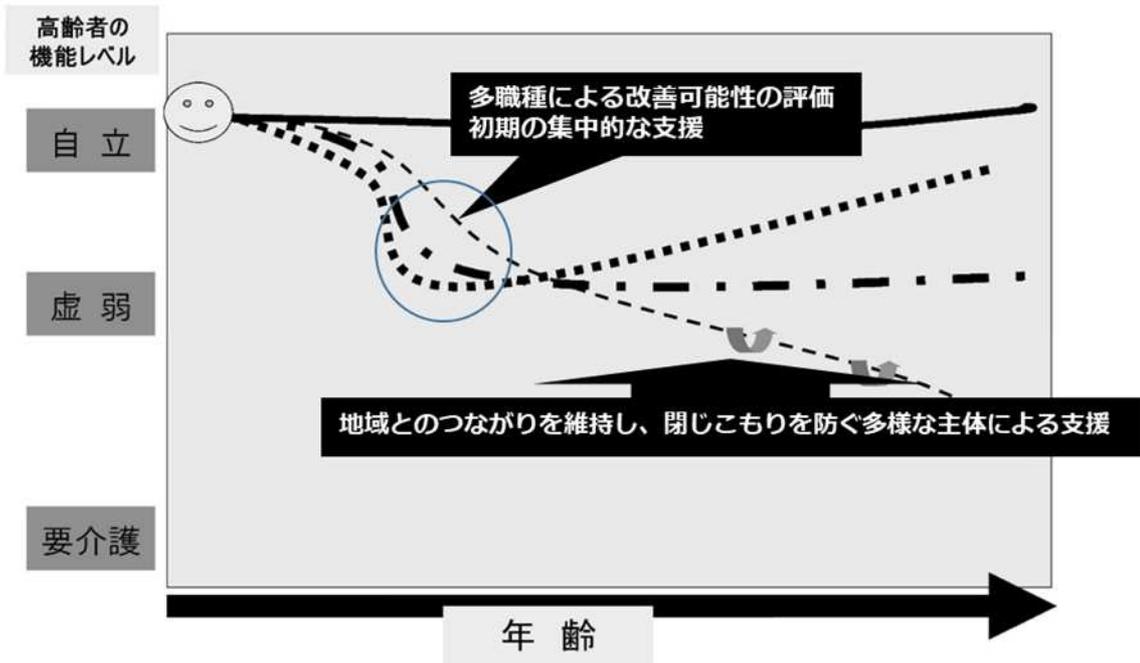


このため、具体的な取組を進める上では、要支援者等に対して、多職種による改善可能性の評価を行った上で、改善可能性の高い対象者には初期の集中的な支援を図るとともに、地域とのつながりを維持し、閉じこもりを防ぐための多様な主体による支援を行うことが必要であると考えられる。(図表 4-3) また、これらの取組の普及・展開においては、「介護予防」という言葉を使わないなど、要支援者等が前向きに取り組むことが出来るような打ち出しを行うことが重要であると考えられる。

これらの支援の実現に向けては、具体的な実施方法や体制は市の現状や活用可能な資源を踏まえて整備を図る必要があることから、今後モデル的に事業を開始し、その成果や課題を踏まえて、市内関係者とともに全市的な事業化に向けた検討を進めることが望ましいと考えられる。

また、上記のような支援を行う上では、包括が相談支援の中で利用者を適切にアセスメントし、適した利用者に適した支援を行うという、介護予防ケアマネジメントの効果的な実施が必要である。そのため、介護予防ケアマネジメントにおけるリハ職との連携等の効果的な実施体制、フロー等について、検討し整理を行う必要があると考えられる。

図表 4-3 要支援者等の状態像を踏まえた新たな支援の方向性



令和4年度介護予防・生活支援のあり方検討報告書

「介護予防・日常生活支援総合事業のあり方検討会議」運営支援事業報告書

令和5年（2023年）3月発行

発行 株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9 JA 共済ビル 9階
TEL 03-3221-7011（代表） FAX 03-3221-7022

不許複製