

## V. 各介護予防サービスの報酬・基準に関する基本的な考え方

### 1 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーション

(1) 現行サービスの概要と課題 (参考資料p23～p24参照)

#### ア 現行サービスの仕組み

○現行の通所介護及び通所リハビリテーションにおいては、

- ①一定時間要介護者等が滞在することに伴い、必然的に発生する日常生活上の世話など、サービスを提供する上での基盤となる機能を共通的なものとし、
- ②こうした機能に併せ、それぞれのサービス特有の機能として、機能訓練やリハビリテーションが想定されているところである。

○現行の通所介護及び通所リハビリテーションの介護報酬については、要介護度別に時間単位で評価している。

#### イ 現行サービスの利用状況

○通所介護及び通所リハビリテーションのサービスの利用状況について見ると、要支援及び要介護1の利用者数は、両者ともに、全体の約5割(通所介護：54.3%、通所リハビリテーション：51.3%)を占めており、また、要支援及び要介護1の費用額は、両者ともに、全体の約4割(通所介護：41.0%、通所リハビリテーション：40.8%)を占めている。

○通所介護・通所リハビリテーションの実際の活動実態を見ると、要支援及び要介護1の者については、両者ともに、主として、集団活動により、「健康維持・体操」、「ゲーム」、「会話・語らい」、「音楽」等の活動(いわゆるアクティビティ等)が実施されている。

○また、通所介護・通所リハビリテーションの利用件数に占める「入浴」、「送迎」の利用件数の割合を見ると、入浴は6割前後、送迎は9割前後となっており、軽度者の多くがこれらのサービスを利用している実態がある。

## (2) 基本的な考え方

- 「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」については、法律上、以下のような定義付けがなされている。

### 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの法律上の定義

#### 介護予防通所介護

居宅要支援者について、その介護予防を目的として、老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、厚生労働省で定める期間にわたり、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと（介護予防認知症対応型通所介護に該当するものを除く。）をいう。

#### 介護予防通所リハビリテーション

居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

- こうした法律上の定義を踏まえると、「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」における基本的な機能として、

①それぞれのサービスを提供する上での基盤となる「共通的な機能」として、一定時間要介護者等がサービスを受けることに伴い必然的に発生する日常生活上の支援や利用者の在宅生活における生活行為を向上させるための支援サービスの提供

②サービスの「選択的な機能」として、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」等を位置付けることができる。

- このような「共通的な機能」と「選択的な機能」に基づき、これらのサービスの基本的な構造を組み立てるとした場合、その具体的内容について、以下のように考えることができる。

## 共通的なサービス

「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」に共通的なサービスとして、次の2つが考えられる。

### ①基本的なサービス

：日常生活上の支援等、介護予防サービスを行う中で一定時間要介護者等がサービスを受けることに伴い必然的に提供されるサービス

### ②生活行為向上支援（仮称）

：各生活行為について、利用者が本来持っている能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力が活かされるよう、身体的・精神的な支援を行うサービス

サービスの例)通所施設内の台所(を模擬した場所)等で、調理・配膳などをスムーズに行えるよう、姿勢や物の持ち方等に関する指導や訓練を行う。また、この際には、居宅での家事として定着するように、居宅での生活パターンや台所環境等も考慮する。等

※「介護予防通所リハビリテーション」においては、生活行為向上支援（仮称）に併せてリハビリテーションを一体的に実施する。

## 選択的なサービス

「共通的なサービス」に加え、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションそれぞれについて、利用者の選択に基づき次のようなメニューを提供することが考えられる。

### ①介護予防通所介護

- ・運動器の機能向上
- ・栄養改善
- ・口腔機能の向上
- ・アクティビティ等（現行の通所介護で提供されている主として集団活動に関するメニューのうち、介護予防に資するもの）

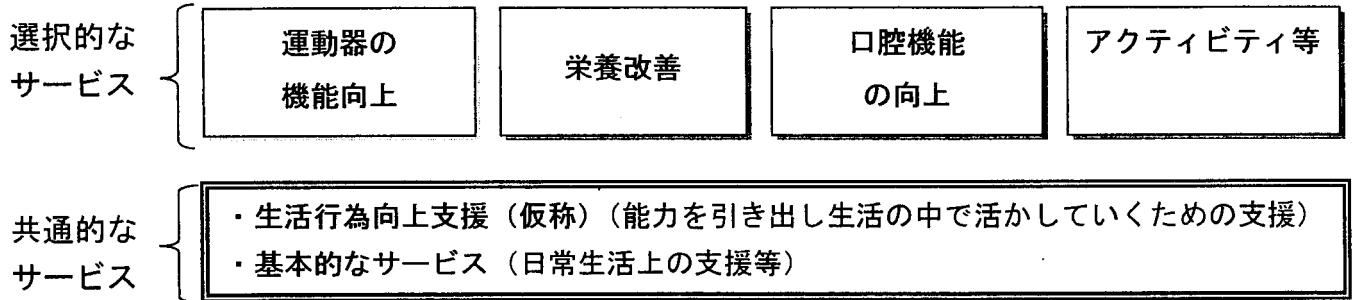
### ②介護予防通所リハビリテーション

- ・運動器の機能向上
- ・栄養改善
- ・口腔機能の向上

※「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」については、「介護予防サービス評価研究委員会」において議論がなされている。

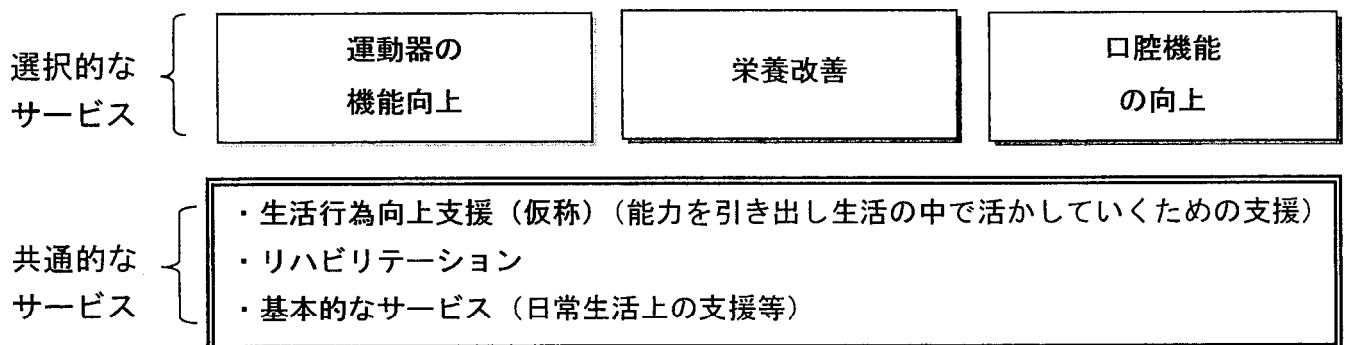
（参考資料p 15, 16）

## 「介護予防通所介護」のサービスイメージ（基本的構造）



○共通的なサービスに加え、選択的なサービスを単独あるいは複数組み合わせることが考えられる。

## 「介護予防通所リハビリテーション」のサービスイメージ（基本的構造）



○共通的なサービスに加え、選択的なサービスを単独あるいは複数組み合わせることが考えられる。

### (3) 報酬に関する論点

#### ア 報酬の基本構造

○現行の「通所介護」及び「通所リハビリテーション」の介護報酬は、「時間単位」の設定を基本としている。

○一方、新予防給付においては、要介護状態等の維持・改善を目的とし、

①要介護認定において、介護の必要度に加え、改善可能性の観点から対象者を選定するとともに、

②サービス提供に当たっては、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントを通じて自立した生活の実現に向けた長期目標、短期目標を明確に設定した上で、各利用者における当該目標の達成のために適切なサービスを計画的に提供する（目標志向型のサービス提供）こととしており、

③また、一定期間経過後には、地域包括支援センターにおいて、当該サービス提供によって所期の目標が達成されたかどうかを評価することとしている。

○このような「目標志向型」のサービス提供をより実効あるものとするためには、「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」の介護報酬については、これまでの時間単位の報酬体系を見直し、「月単位の定額報酬払い」など、包括的な報酬体系とすることが適当である。

○その場合、(2)で整理したサービスの基本構造に即し、「共通的なサービス」と、さらに「選択的なサービス」については、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」等のメニューごとに包括化することが適当である。また、これらのサービスが相互に密接な連携のもとに提供されることにより、更に効果的な介護予防につながると考えられる。

#### イ 「入浴」、「送迎」の取扱い

○「送迎」及び「入浴」については、現行の介護報酬では「加算」となっているが、現在、「通所介護」や「通所リハビリテーション」を利用している要支援及び要介護1の者の「送迎」及び「入浴」の利用回数が、「送迎」では9割以上、「入浴」では約半数以上という実態を踏まえると、「送迎」及び「入浴」にかかる費用は、「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」にかかる報酬の基本部分の中に包括して評価することが適当と考えられる。

#### ウ 目標の達成度に応じた評価

○介護予防サービスの提供においては、その結果として目標が達成できたかどうか（結果の評価の視点）が重要な視点となるが、「目標の達成」やその結果としての利用者の「サービスからの離脱」について、事業者に対してインセンティブを付与するとともに、不適切なサービスが漫然と提供されることを防ぐ観点から、以下に示すような評価の対象、評価指標、報酬支払い先等の技術的な論点を整理しつつ、目標の達成度に応じた介護報酬上の評価の仕組みを導入する方向で検討することが適当である。

<視点1：評価の対象をどう設定するか>

①個々の利用者の目標の達成度に応じて評価

例：利用者ごとに、目標が達成した場合に、一定の加算を認める。

（利点）

- ・評価の趣旨に最も即しており、仕組みが簡単で分かりやすい。

（課題）

- ・複数の事業者のサービスを利用している場合、改善に寄与した事業者の報酬に的確に反映することが困難である。

②個々の事業者の目標の達成度に応じて評価

例：目標の達成度の高い事業者に対し、加算又は一単位当たりの単価を引き上げる。

（利点）

- ・目標の達成度が、直接的に事業者に反映される。
- ・目標の達成度により、利用者が事業者を選定することが可能となる。

（課題）

- ・客観的な評価を行う手法の確立が必要となる。
- ・定期的に目標の達成状況を評価する仕組みが必要となる。
- ・改善の見込まれない要支援者を引き受けないなど、事業者による利用者の選別を誘発するおそれがある。

<視点2： 評価指標をどう設定するか>

① 介護予防ケアマネジメントに基づき当該介護予防サービス計画において位置付けられた生活行為の改善

(利点)

- ・ 個々の利用者にかかる目標の達成を評価に反映することができる。

(課題)

- ・ 目標を達成するために必要な支援の量が利用者ごとに異なるため、公平な評価が困難である。
- ・ 改善の見込まれない要支援者を引き受けないなど、事業者による利用者の選別を誘発するおそれがある。
- ・ 故意に目標を低く設定することを誘発するおそれがある。

② 要介護度の改善

(利点)

- ・ 客観的な評価が可能であり、事業者間の比較が可能である。

(課題)

- ・ 評価のたびに要支援・要介護認定を受けなければならず、利用者及び市町村の負担が増す。
- ・ 維持・改善の見込まれない要支援者を引き受けないなど、事業者による利用者の選別を誘発するおそれがある。

③ 目標を達成したことによるサービスからの離脱

(利点)

- ・ 個々の利用者の目標について、その達成度を直接評価することができる。

(課題)

- ・ 利用者ごとに目標を達成するために必要な支援の量が異なるため、公平な評価に工夫が必要である。
- ・ 改善の見込まれない要支援者を引き受けないなど、事業者による利用者の選別を誘発するおそれがある。

<視点3： 報酬の支払い先をどう設定するか>

① 各事業者に直接給付

(利点)

- ・ 仕組みが簡単で分かりやすい。

(課題)

- ・ 利用者の一割負担が発生する。

② 地域包括支援センターを通じて各事業者に配分

(利点)

- ・ 介護予防ケアマネジメントにより得られる情報を事業者の評価に活用できる。
- ・ 地域包括支援センターの機能を強化できる。
- ・ 利用者の一割負担が発生しない仕組みも可能である。

(課題)

- ・ 地域包括支援センターの事務作業が増える。
- ・ 地域包括支援センターを市町村直営ではなく外部の法人に委託する場合、受託法人がこのような配分事務まで行うことが困難な場合がある。

○上記の論点のうち、

- ①視点1「評価の対象」については、利用者ごとに評価する方法には具体化に当たって問題が多いことから、「事業者単位での評価」が適当である
- ②視点2「評価指標」については、より客観的な指標を設定するという観点から、「要介護度の改善」あるいは「サービスからの離脱」とすることが適当である
- ③視点3「報酬の支払い先」については、地域包括支援センターの事務負担を考慮すると「各事業者に直接給付」する方法が適当であると考えられる。

○ただし、この場合においても、公平・公正な評価、地域全体を視野に入れた評価を確保する視点から、地域包括支援センターが地域の各事業者における成果やサービス提供状況を確認するなど、目標達成に関する評価に係る地域包括支援センターの関与を検討することが必要である。

○また、目標の達成を評価するに当たっては、利用者本人の努力を評価し、利用者本人の意欲を積極的に引き出すような制度上の仕組みも、長期的課題として検討が必要であると考えられる。

○さらに、介護報酬以外の対応として、事業者ごとの目標の達成度を第三者が中立的な立場から客観的指標により評価し、その結果を介護サービス情報として公開していくことも推進していくべきである。

#### (4) 基準に関する論点

##### ① 人員・設備・運営基準について

○人員・設備・運営基準については、サービスの基本的構造に即したものとする必要がある。

○その際、新たに導入されることになる「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」については、それぞれのメニューごとに、必要な基準を追加する必要がある。その場合、同一の対象者に対し複数の事業者が各メニューを分担した場合における効果的な連携の確保に配慮しつつ、3つのメニューの一部を提供する場合についても指定を受けられるようにすることが適当である。



○また、多様なサービス形態や効率的なサービス提供を進める観点から、サービスの質を低下させない範囲で指定基準を緩和することが適当であると考えられる。

## ②介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について

○介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準においては、介護予防の効果を上げるために、全ての事業者が最低限満たすべき実施手順等を提示することが適当である。その際、支援基準の項目は、各事業者の事業評価（プロセス評価）においても活用できるものとし、チェックリスト形式で示すことも一つの方法である。

### 【支援基準のイメージ】

#### 【アセスメント】

- ・介護予防サービス計画における当該サービスの位置付けを踏まえて、個々の利用者ごとに事前・事後のアセスメントを実施し、サービス提供に際して考慮すべきリスクの有無、健康状態、生活機能（心身機能、活動参加）の状況等を把握すること。

#### 【計画の作成】

- ・介護予防サービス計画及び事前のアセスメントに基づき、個々の利用者ごとに実施目標を設定し計画を作成すること。
- ・生活行為向上支援（仮称）の効果的な実施のため、利用者の居宅の環境等を確認すること。
- ・実施計画については、利用者本人に分かりやすく説明し同意を得ること。

#### 【内容】

- ・各利用者個別の生活機能の目標を達成させる目標志向的なプログラムを作る。
- ・メニューの内容は、各利用者の健康状態に合った適度なものとする。
- ・メニューの内容は、国内外の文献等において有効性が確認されている適切なものとする。また、メニューの有効性について明確な根拠を示すことが求められる。
- ・サービスの効果をモニタリングすること。
- ・スタッフの適切な配置、転倒等を予防するための環境整備、参加時の心身の状況に関するチェックの実施、無理のない適度な運動の実施、他の介護予防サービス事業者・その他の保健医療福祉関係者との連携体制の充実、緊急時の体制の確保等に配慮すること。

## 2 介護予防訪問介護

### (1) 現行サービスの概要と課題（参考資料p17～p22参照）

#### ア 現行サービスの仕組み

○現行の「訪問介護」は、「身体介護」、「生活援助」、「通院等乗降介助」の3類型に分けられている。

(※注) このうち、「生活援助」型は、現行、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため本人や家族が家事を行うことが困難な場合に、掃除、洗濯、調理などの日常生活の行為を、利用者に代わってヘルパーが行うものとされており、これらの行為は、本人ができない状態が解消されれば、本人自身が行うことが基本とされている。

○現行の訪問介護の介護報酬のうち、「身体介護」と「生活援助」については、時間単位で評価している。

#### イ 現行サービスの利用状況

○訪問介護のサービスの利用状況について見ると、要支援及び要介護1の利用者数は、要支援・要介護者全体の約6割（61.1%）を占めており、また、要支援及び要介護1の費用額は、全体の約4割（39.3%）を占めている。

○軽度者におけるサービス利用の内訳を見ると、要支援及び要介護1の訪問介護サービスの大部分は「生活援助」であり、特に「清掃」の利用割合が高い。

○また、「生活援助」の利用状況についてみると、要支援及び要介護1では、その傾向に大きな差は見られず、1月当たりの平均的な利用回数は5～6回、1回当たりの利用時間については、「30分以上1時間未満」が4割程度、「1時間以上1時間半未満」が2割強、「1時間半以上2時間未満」が3割程度となっており、9割以上の利用者が2時間以内の利用時間となっている。

○「生活援助」の利用のきっかけは「家族ができなくなったため」が最も多く、家族環境等の要因がサービス利用の背景となっている。また、「生活援助」の利用者の要望では、サービスの内容よりも「ヘルパーが替わ

らないで欲しい」が圧倒的に多い。

- 「生活援助」の利用者は、外出頻度が少なく、「ほとんど外出しない」が3割になる。友達や近所とおしゃべりする機会もほとんどなく、楽しいと感じることは、「テレビやラジオ」が圧倒的に多く、自治会等の社会参加への意欲も低下しがちで、本人の意欲への働きかけや「社会との関わり」、「参加」が重要である。

## (2) 基本的な考え方

- 「介護予防訪問介護」は、法律上、以下のような定義付けがなされている。

### 介護予防訪問介護の法律上の定義

居宅要支援者について、その者の居宅において、その介護予防を目的として、介護福祉士その他政令で定める者により、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

- 新予防給付のサービスは、

- ①食事や家事一般等の日常生活上の基本的活動が、ほぼ自分で行うことが可能であり、
  - ②原疾患は多様であるが、徐々に生活機能の低下する廃用症候群（生活不活発病）の状態にある、あるいはその危険性が高く、適切なサービス利用により状態の維持・改善可能性がかなり高い
- 高齢者を対象としていることを踏まえると、廃用症候群（生活不活発病）予防の観点から、日常生活の活発化に資する通所系サービスを中心として、生活機能の向上を図ることが基本的な利用形態になると考えられる。

- 「介護予防訪問介護」については、利用者の状態等を踏まえ、適切なケアマネジメントに基づいて提供されることとなる。具体的には、①利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、②それについて同居家族による支えや地域の支え合い・支援サービスや他の福祉政策などの代替サービスが利用できないケースについて、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものである。

- 上記の考え方を踏まえ、「介護予防訪問介護」が提供される場合におい

ては、利用者が通所系サービス等を通じて生活機能の改善を図っていく中で、利用者ができる生活行為を増やしていき、在宅生活の中での定着をバックアップする観点から、ホームヘルプサービスを提供していくことが求められる。

- その際、介護予防訪問介護においてホームヘルパーが利用者に代わって支援を行う生活行為の内容は、地域のインフォーマルサービスや介護保険以外の公的サービス等も踏まえつつ、介護予防ケアマネジメントの過程で具体的に明確化されることとなる。
- また、ホームヘルプサービスは、利用者に対して1対1で提供するサービスであり、ともすれば利用者のホームヘルパーへの依存関係を生みやすいことから、本人のできることはできるだけ本人が行うことを基本に、サービスを提供することが求められる。

### (3) 報酬に関する論点

#### ア 介護報酬における評価方法について

- 現行の要支援及び要介護1の者は、食事や入浴、歩行等の生活行為について、一部介助が必要、又はほぼ自立している者であることから、介護予防訪問介護では、利用者の生活行為について、ホームヘルパーが全面的に代行する、又は介助するケースは考えにくく、訪問介護に係るサービス利用の形態や量は、ある程度標準化することが可能であると考えられる。
- また、現行の要支援及び要介護1の者の「生活援助」の利用実態を見ると、1月当たりの平均利用回数は5～6回（週1回程度）となっており、1回当たりの利用時間は、ごく一部例外的に3時間、4時間といった長時間利用する者はいるものの（全体の1%未満）、9割以上の利用者が2時間以内の利用時間となっており、約4割の利用者が1時間未満の短時間の利用となっている。
- こうしたことから、介護予防訪問介護の介護報酬の設定にあたっては、現行の時間単位の報酬設定を前提とせず、その在り方を検討すべきと考えられる。

○具体的には、①本人のできることは可能な限り本人が行うという形で、短い時間でサービスを提供した場合においても、報酬上適切に評価されるとともに、②利用者の状態に応じて、自立支援の観点から、柔軟にサービスを提供することも可能となるような報酬設計を考えることが必要であり、介護報酬の請求事務も考慮すると、「月単位での定額払い」の報酬設定とすることが適当である。

○こうした「月単位の定額払い」の報酬設定により、利用者の特性に応じて、短時間のサービス利用も含めたより柔軟なサービス利用形態が可能となるとともに、現行の時間単位による評価の弊害（サービス提供時間が長ければ長いほど報酬が高く、事業者としてはサービスを長時間提供する方向に向かいやすい。）を防ぐことができる。

○なお、介護報酬の包括化に当たっては、効率的な給付を確保する観点から、介護費用の増加をもたらすことがないよう配慮するとともに、一方で、サービスの質の低下や過少なサービス提供につながらないような制度上の工夫を検討することも必要である。

#### イ サービス区分の考え方について

○軽度者に対する訪問介護サービスについては、以下の特徴がある。

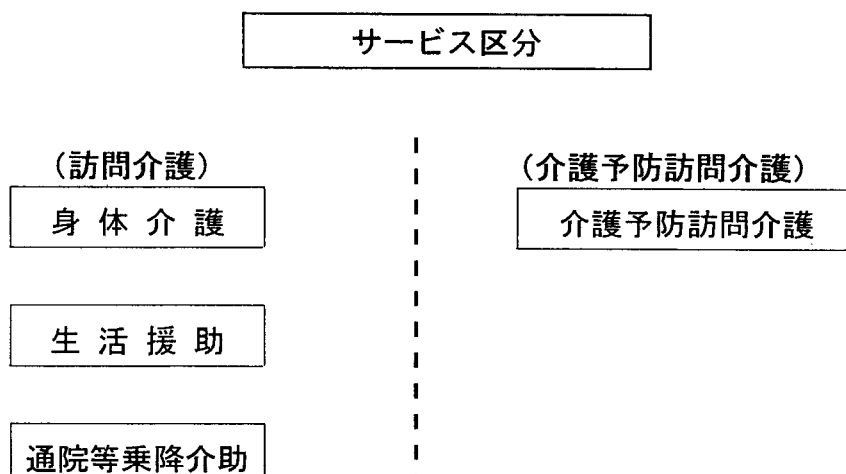
- ①現行は、大半の者が「生活援助」を利用している。
- ②「身体介護」を利用している場合でも、外出介助や自立支援のための見守り介助など、「生活援助」と一体的にサービスが提供されていると考えられる。
- ③排泄介助や入浴介助等は、利用者の状態像からすれば、本来、利用が想定されにくいサービスであり、利用する場合でも、ホームヘルパーが全面的に行うことは想定しづらい生活行為である。

○また、軽度者の中には、「身体介護」的な行為が一部に必要な場合もあるものの、それは「するようになる行為」を増やしていくため、本人の一連の生活行為を支える援助の一部として「生活援助」と一体的に行われるものであり、一連の援助全体に占める純然たる「身体介護」の時間は極めて短く、介護の必要性の高い中重度者に対して提供される「身体介護」とは、位置付けが異なるものである。

○こうしたことから、介護予防訪問介護のサービス区分については、現行の「身体介護」と「生活援助」という従来のサービス区分を一本化する

ことが適当であると考えられる。

- その際、「通院等乗降介助」については、①現行の要支援の者については、そもそも利用ができないこと、②現行の要介護1の該当者は、「移乗」はほぼ自立しており、新予防給付においては「移乗」に係る介助の必要性が乏しいと考えられることを踏まえ、その位置付けについて検討する必要がある。



#### (4) 基準に関する論点

##### ア 人員・設備・運営基準について

- 介護予防訪問介護におけるサービス提供に当たって事業所が遵守すべき人員・設備・運営基準については、現行の基準や訪問介護員等の資格等を踏まえつつ、さらに、訪問介護サービスの提供に関わる基本的姿勢、対処方針等が介護予防を主眼としたものへ適切に変化していくよう、訪問介護員等の研修等についても、その充実を図っていくことが検討される。

##### イ 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について

- 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準においては、介護予防の効果を上げるために、すべての事業者が最低限満たすべき基準として、以下のような考え方に立った基準を示すことが適当である。

##### ①適切なケアマネジメントに基づく提供

「介護予防訪問介護」については、利用者の状態等を踏まえ、適切なケアマネジメントに基づいて提供されることとなる。具体的には、①利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、②それについ

て同居家族による支えや地域の支え合い・支援サービスや他の福祉政策などの代替サービスが利用できないケースについて、ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものであることを踏まえる必要がある。

## ②利用者の個別性を踏まえたサービスの提供

ホームヘルプサービスは、居宅という利用者の生活の基盤における援助であるので、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、利用者の生活の基盤が急激に変化しないよう、利用者の生活のリズムを見極めながら、長期と短期に分けて目標を共有し、徐々に本人の意欲を引き出していき、生活の向上を図っていくことが重要である。

## ③本人ができることはできるだけ本人が行うこと

- ・ 現行の要支援・要介護1の該当者は、食事や入浴、歩行等の日常生活上の行為について、一部介助が必要、又はほぼ自立している者であり、介護予防訪問介護の内容は、ホームヘルパーが全面的に代行することは基本的に想定しにくい。
- ・ 居宅は「生活の場」であり、とりわけ、調理、洗濯、掃除等の家事は在宅生活の基本であることから、本人に代わってホームヘルパーが行う場合には、漫然と代行するのではなく、「本人ができることは可能な限り本人が行う」ことが基本である。
- ・ こうしたサービス提供を可能とするため、サービス提供の場面においては、「積極的介護」の考え方に則り、利用者本人の持つ意欲と能力をできる限り引き出すよう心がけることが必要である。

## ④通所系サービス等の介護予防サービスとの連携の確保

- ・ 介護予防訪問介護は、利用者が通所系サービス等を通じて生活機能の改善を図っていく中で、在宅生活につながるようにバックアップする役割を担っていることから、利用者ができるようになっている生活行為については、利用者が居宅において行うように促すなど、通所系サービスとの連携を図る必要がある。

## ⑤地域のサービスとの連携の確保

- ・調理、掃除、洗濯、買物等の家事は、ホームヘルプサービス以外にも、例えば、地域の有償ボランティア等による配食サービスなど、一部の機能を外部のサービスで代替することが可能である。
- ・また、「生活援助」を利用している軽度者は、外出頻度が少なく、通所介護や地域の交流サービス等を利用していない場合、近隣と触れ合う機会も少ないと考えられることから、生活の中に地域とのつながりを図っていくことが、介護予防の観点からも重要である。
- ・このため、家事のうち、地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策で代替できるものについては、介護予防ケアマネジメントにおいて、当該代替サービスを利用することを基本とすることが適当である。また、市町村においては、その受け皿作りとして、地域支援事業や一般施策等による代替サービスの導入等を検討すべきである。

## ⑥同居家族等の環境との関係

- ・介護予防訪問介護については、現行と同様、本人又は同居の家族が障害等によって行うことが困難な場合に行われるものであり、その趣旨を介護予防ケアマネジメントにおいて徹底していくことが必要である。