

介護予防・日常生活支援総合事業について (平成29年4月開始)

平成29年(2017年)1月30日
広島市健康福祉局高齢福祉部

目 次

I. 地域包括ケアシステムの構築と介護予防・日常生活支援総合事業	2
II. 介護予防・日常生活支援総合事業の概要	7
(1) 導入の目的	7
(2) 総合事業の全体像	8
(3) 事業の構成、サービス内容等	10
(4) 広島市の基本的な考え方	11
III. 対象者と利用までの流れ	12
(1) 対象者	12
(2) 利用までの流れ	14
(3) 地域ケアマネジメント会議（仮称）について（案）	16
IV. 広島市の総合事業で実施するサービス内容	20
(1) 訪問型サービス	20
(2) 通所型サービス・一般介護予防事業	23
(3) 介護予防ケアマネジメント	27
(4) サービスの支給限度額	29
V. 介護予防・日常生活支援総合事業への移行	30
参考資料	31

I. 地域包括ケアシステムの構築と介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 地域包括ケアシステムとは

- 高齢者 1 人 1 人がいきいきと暮らし、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が、日常生活の場（日常生活圏域）において、包括的に確保される体制をいう。
- 多くの市民は、介護を受けている場合、受けていない場合のいずれでも、できる限り在宅で暮らしたいと思っている一方で、広島市が置かれている現状は以下の通りとなっている。

○急速な少子高齢化と人口減少

2025年に75歳以上人口は1.5倍(2010年比)。「肩車型社会」へ

○家族形態の変化

共働き世帯の一般化、単身世帯の増加

1人暮らし高齢者(65歳以上) 42,600人 2005年以降大幅に増加

○健康上の課題を抱える高齢者

平均寿命 男性79.93歳 女性86.86歳(2010)

健康寿命 男性69.96歳 女性72.19歳(2010)

全国平均より長く

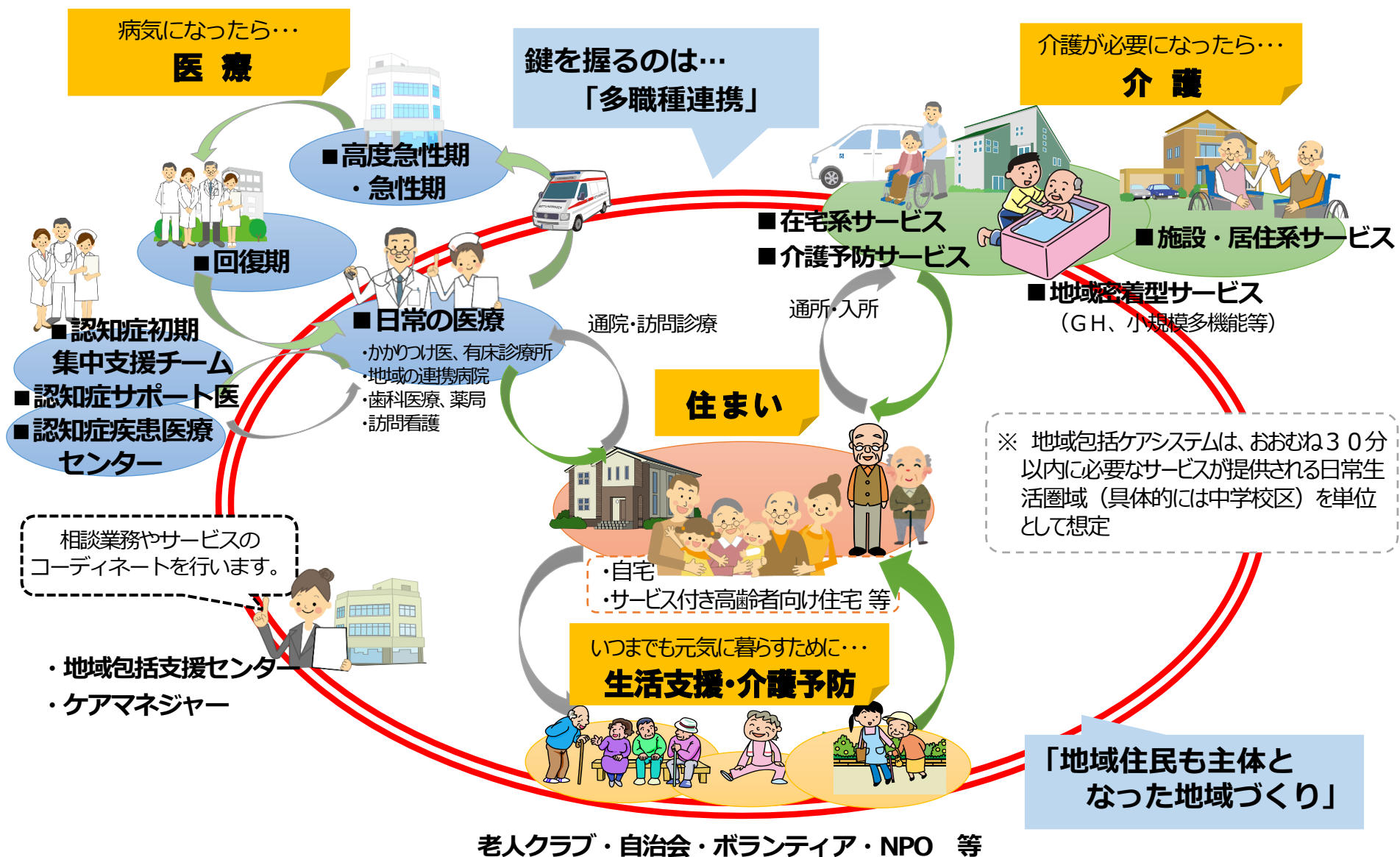
全国平均より短い

○地域コミュニティの希薄化

町内会・自治会加入率 61%(2015) 毎年1%程度ずつ低下

こうした社会構造の変容に対応し、高齢者 1 人 1 人がいきいきと、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会を実現していくために、地域包括ケアシステムの構築が求められている。

地域包括ケアシステムのあるべき姿（今後のイメージ）



(2) 地域包括ケアシステムの構築に向けて

- 地域包括ケアシステムの構築により、できる限り住み慣れた地域での生活＝在宅生活（「おおむね在宅、時々入院」）を実現していくためには、以下の視点がポイントとなる。

①介護予防・健康づくり

- 健康寿命の延伸には、介護予防・健康づくりの取組が必要不可欠であり、そのためには、日常的に通い、交流できる場であることが重要であり、そうした居場所づくりが求められる。

②日常生活の支援

- 在宅生活の継続には、日常生活を支えるサービスが前提となるが、そのためには、多様なサービスを、元気高齢者を含む多様な担い手で提供していくことが重要となる。

③介護人材の重点化

- 少子高齢化・人口減少に伴い、要介護・支援認定を受ける高齢者は増える一方、介護サービスの担い手の大幅増は見込めない状況であり、中重度など、より専門性が求められるケースへの人材の重点配分が必要となる。

介護予防・日常生活支援総合事業と密接に関連
＝
地域住民も主体となった地域づくり

④在宅医療・介護等の連携

- 入院患者が在宅に復帰するとともに、在宅看取りを実現していくには、退院時を皮切りに、在宅医療・介護等の密な連携と協働が必要不可欠となる。

⑤認知症高齢者への対応

- 今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者の増加が見込まれている。
- 認知症高齢者本人には、馴染みのある環境での生活の継続が特に重要となる。そのためには、早期診断・早期対応をはじめ、症状・容態に応じた適切な医療・介護サービスが提供できる体制づくりが求められている。



**地域包括ケアシステムの構築により、これらを実現するためには、
「地域住民も主体となった地域づくり」と「多職種連携」が鍵を握る。
とりわけ、前者に関しては、総合事業における取組が重要となる。**

(3) 広島市における地域包括ケアシステムの構築に向けた取組

- 「広島市高齢者施策推進プラン（平成27年度（2015年度）～平成29年度（2017年度））では、「2025年を見据えた地域包括ケアシステムの基盤づくり」を掲げ、以下の3点を重点施策として、特に力を入れて取り組んでいる。

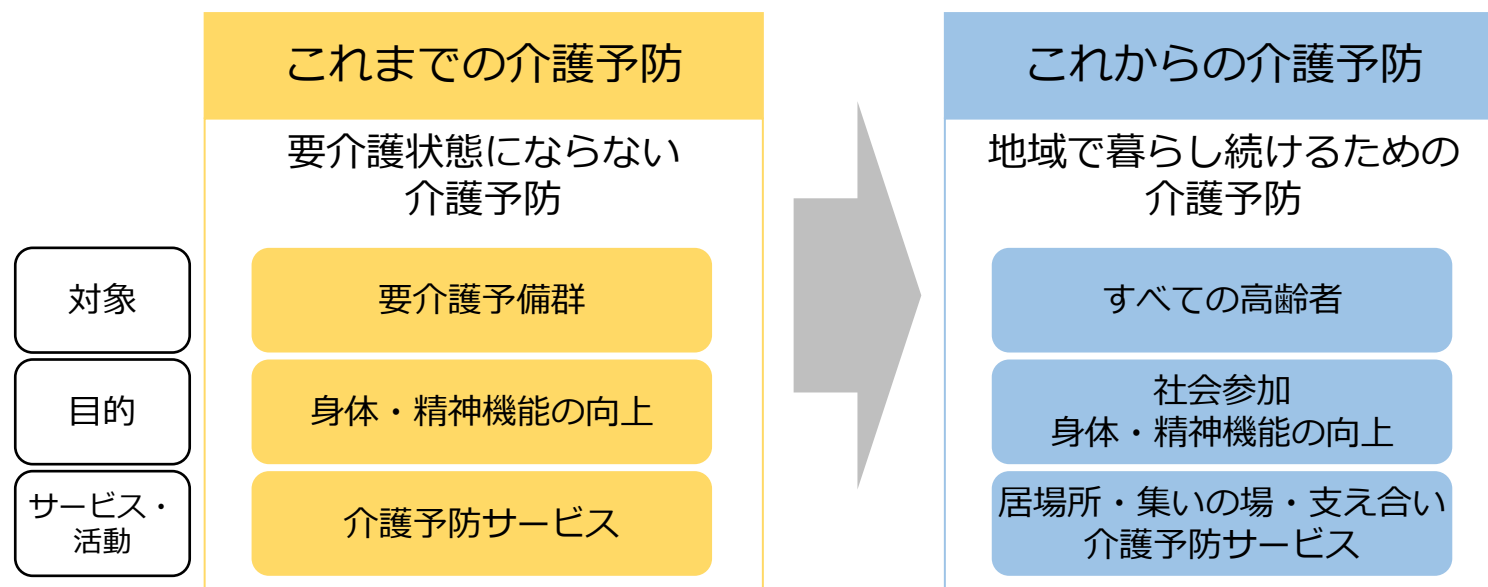
	重点施策	重点施策の内容
I	高齢者がいきいきと暮らしていくための健康づくりと介護予防の促進	比較的軽度の要支援・要介護認定者が多い本市の現状を踏まえ、できる限り高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、高齢者自らが、健康づくりと介護予防に取り組める環境づくりを進める。
II	高齢者を見守り支え合う地域づくり	本市の在宅高齢者のうち高齢者のみの世帯は年々増加傾向にあり、今後も増え続けることが見込まれることを踏まえ、共助の精神で、高齢者を見守り、支え合うことができる地域づくりの促進を図る。
III	在宅医療・介護連携の推進	今後の75歳以上高齢者の増加を見据えて、介護が必要な状態になっても、高齢者ができる限り在宅で暮らすことができるよう医療と介護の連携の推進を図る。

介護予防・日常生活支援総合事業により加速化

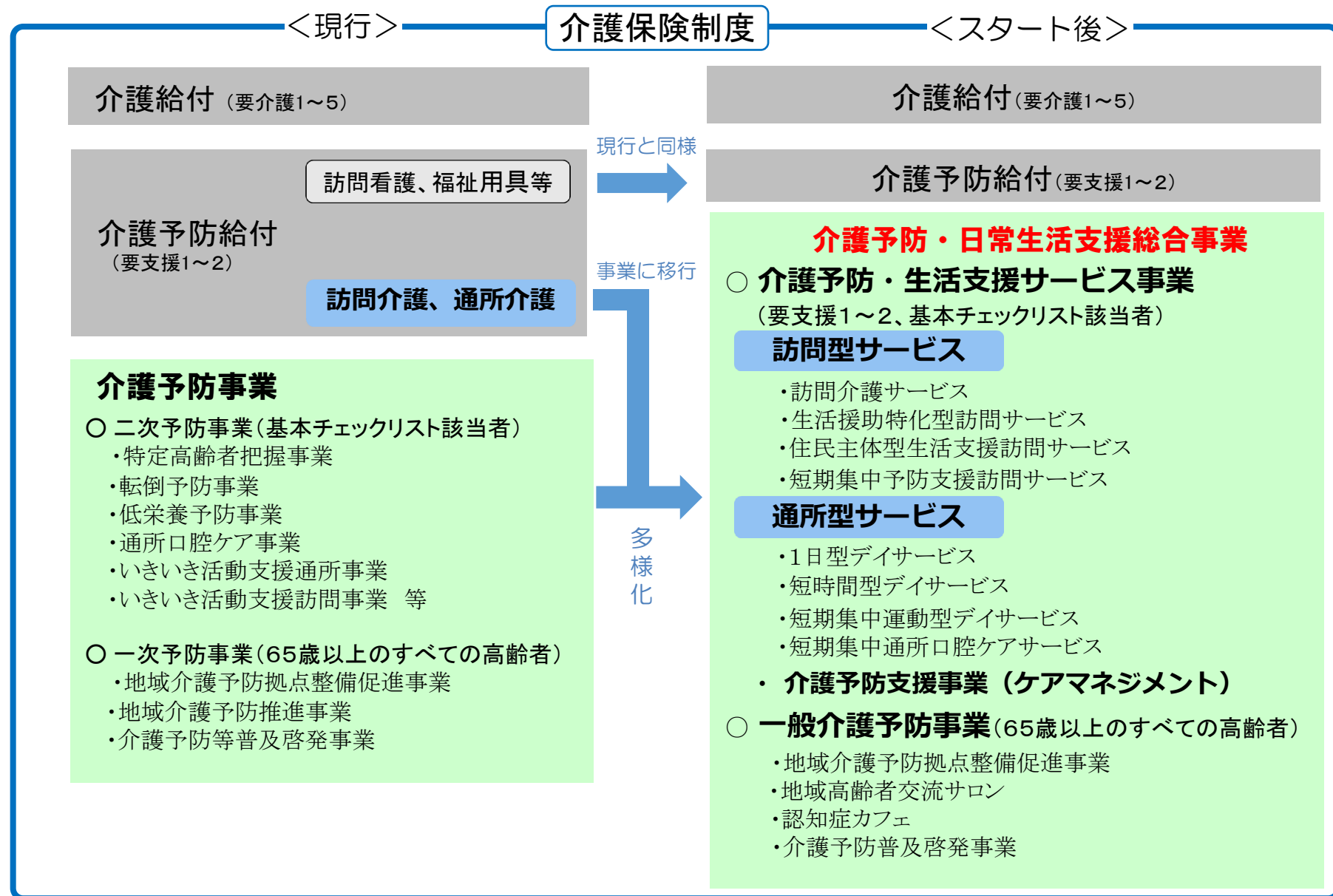
II. 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)の概要

(1) 導入の目的

- 従来の要介護予備群のみを対象としたサービスだけではなく、地域で暮らし続けるための社会参加を新たな軸として、すべての高齢者を視野に入れた体系づくりを行う必要がある。
- 要支援者等の高齢者は、身体介護までは必要ないものの、掃除、洗濯、ゴミ出しなど、日常生活を営む上で不自由を感じることにへの支援を望む方が増える傾向にある。
- こうした多様なニーズに応えるため、これまで予防給付として全国一律の基準で提供してきた訪問介護及び通所介護を、市町村が地域の実情に応じて取り組む事業に移行し、既存の介護事業所によるサービスに加えて、地域団体やNPO、ボランティアなどの多様な主体も含め、多様な支援・サービスを提供する体制を構築する。

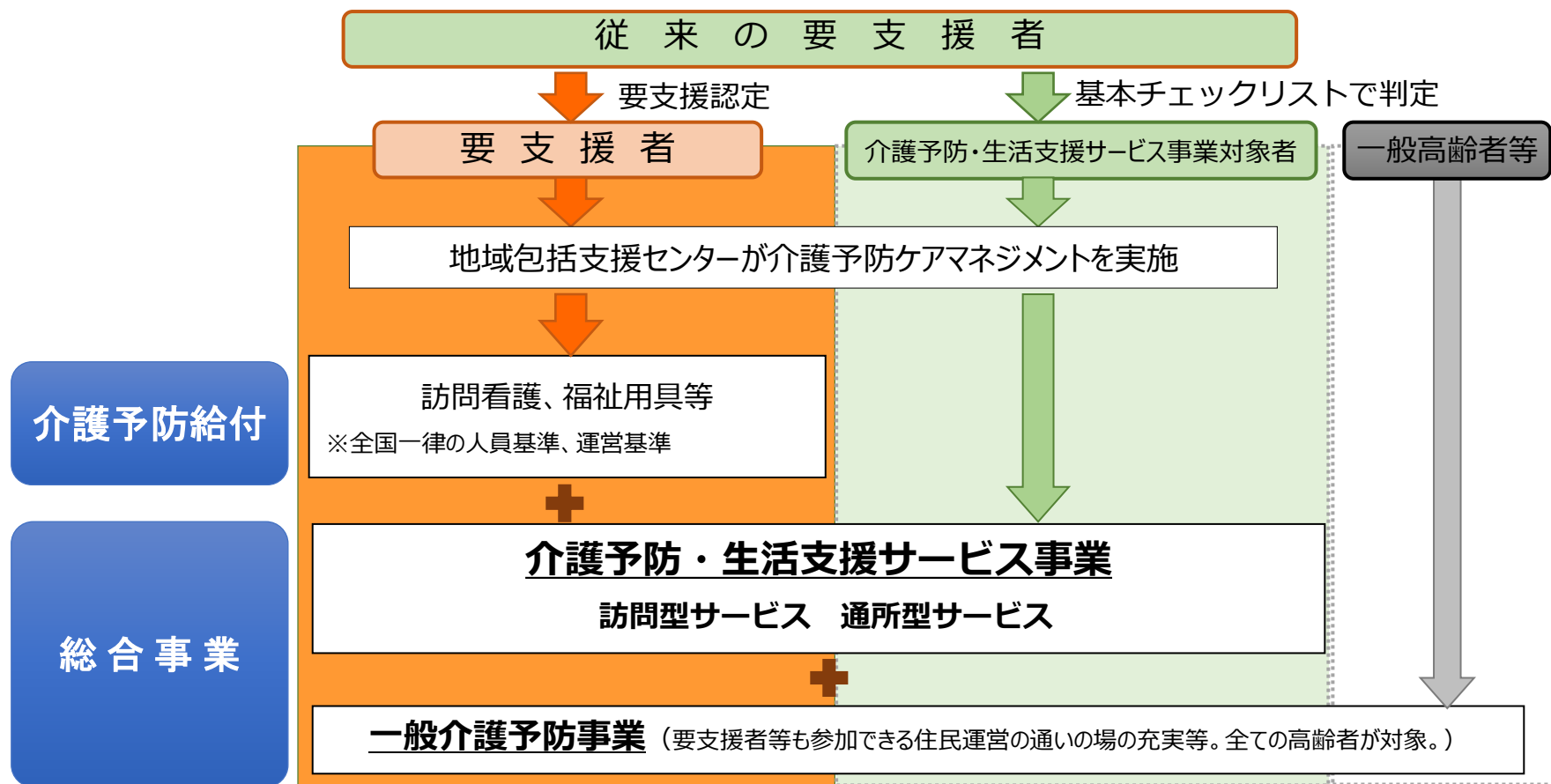


(2) 総合事業の全体像



(3) 総合事業の概要

- 訪問看護、福祉用具等、訪問介護、通所介護以外のサービスは、引き続き介護予防給付による提供を継続。
- 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）と介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
- 介護予防・生活支援サービス事業のみを利用する場合は、要介護認定等に代えて、基本チェックリストにより事業対象者とし、迅速なサービス利用を可能に。



(3) 事業の構成、サービス内容等

- 介護予防・日常生活支援総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」（以下、「サービス事業」という。）と「一般介護予防事業」で構成される。
- サービス事業は要支援者等の多様なニーズに対応するものであり、「訪問型サービス」と「通所型サービス」に分類される。
- 具体的なサービス内容は、本人の意向を踏まえつつ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントを経て決定する。
- 一般介護予防事業は65歳以上の全ての高齢者が対象となるものであり、住民運営の通いの場を充実させ、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを目指すものである。

(4) 広島市の基本的な考え方

- 今後、75歳以上の高齢者人口が急速に増加することが見込まれる中で、可能な限り住み慣れた地域において生活を継続していくために、まずは、日常生活において、社会参加や健康づくりによって健康寿命を延ばす取組みを後押ししていくことが必要である。
- その際、地域住民がお互いに関心を持つこと、地域のサロン等、多種多様な地域の活動の輪を広げていくことを働きかけていく。要支援等、介護サービスを利用する場合でも、地域との顔馴染みの関係を維持していくことが重要である。
- また、多様な主体によるサービス・支援により、要支援者・事業対象者の様々なニーズに対応していくとともに、高齢者の参加等、地域の人材が活躍する場づくりを進めていく。
- 事業の利用に当たっては、利用者本人と自立支援に向けた課題と目標を共有し、介護予防に対する意欲を引き出すことで、自立を応援し、地域で暮らし続けることができるようなケアマネジメントを行っていく必要がある。その前提として、市（保険者）・地域包括支援センター・介護保険事業者・利用者等の間で意識・方向性の共有を図っていくことが重要である。
- 市民に向けては、できる限り自立した生活を送ることが一番幸せであることや、地域の活動に参加することの大事さを理解していただけるような意識の醸成も大切となる。
- こうした取組を通じて、介護を必要としない元気な高齢者をできるだけ増やし、その上で、元気で活動的な高齢者が地域を支える存在として活躍するまち、自立した生活が難しくなった高齢者を地域全体が支え安心して暮らせるまちを築き上げていくことが、市民の心が通い合うコミュニティを再生することにもつながる。

Ⅲ. 対象者と利用までの流れ

(1) 対象者

① サービス事業

要支援認定者及び基本チェックリスト該当者

(地域包括支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントでサービス利用が必要であると認められた者)

② 一般介護予防事業

65歳以上の高齢者（介護保険の第1号被保険者）の
全ての者

(参考) 基本チェックリスト

	質問事項
1	バスや電車で1人で外出していますか
2	日用品の買物をしていますか
3	預貯金の出し入れをしていますか
4	友人の家を訪ねていますか
5	家族や友人の相談にのっていますか
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか
8	15分位続けて歩いていますか
9	この1年間に転んだことがありますか
10	転倒に対する不安は大きいですか
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか
12	身長 c m 体重 k g (BMI =) (注)
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか
14	お茶や汁物等でむせることがありますか
15	口の渇きが気になりますか
16	週に1回以上は外出していますか
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
20	今日が何月何日かわからない時がありますか
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする

【判定基準】

No1～20	10項目以上 (複数項目に支障)
No6～10	3項目以上 (運動機能の低下)
No11～12	2項目 (低栄養状態)
No13～15	2項目以上 (口腔機能の低下)
No16	1項目 (閉じこもり)
No18～20	1項目以上 (認知機能の低下)
No21～25	2項目以上 (うつ病の可能性)

(2) 利用までの流れ

① 利用相談、認定・判定

- ・利用希望者等は、区役所健康長寿課又は地域包括支援センターにおいて利用相談を行う。
- ・本人の状況や希望するサービスの内容等を踏まえ、要介護・要支援認定又は基本チェックリストによる判定を受ける。
(「対象者窓口確認票」を活用し、要介護認定申請が必要かどうかの判断をする。)

② 介護予防ケアマネジメント

- ・サービス利用にあたっては、地域包括支援センター等がアセスメントを行い、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成する。

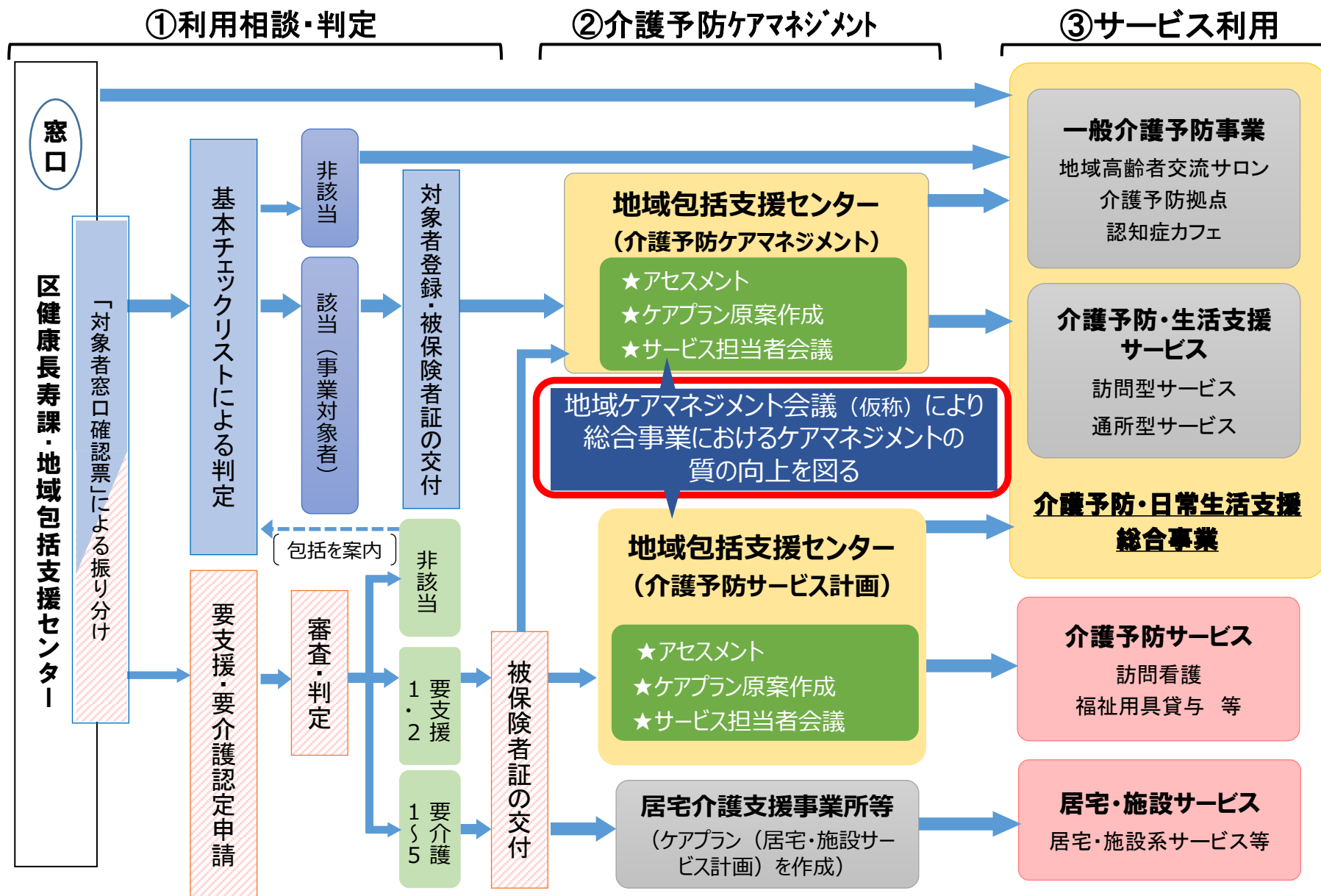
③ サービス利用

地域ケアマネジメント会議（仮称）

専門職の客観的な助言により、地域包括支援センター等が行う介護予防ケアマネジメントの質の向上を図り、利用者の自立支援を後押し。

※詳細はP16以降

【参考】総合事業の利用までの流れ



(3) 地域ケアマネジメント会議（仮称）について（案）

- 本年4月からの総合事業の実施に当たり、地域包括支援センター等が行う介護予防ケアマネジメントがより一層重要になってくることから、今年度、地域ケアマネジメント会議（仮称）を試行実施している。その結果等を踏まえ、平成29年度においては、以下の実施体制とする。

1. 目的

- ①抽出された個別のアセスメント・ケアプランに対する助言、支援を通じ、地域包括支援センター等、参加者の介護予防ケアマネジメントに係る質をより一層強化・改善する。
- ②介護保険制度の本旨である「自立支援」に向けて、保険者と多職種の連携の下、意識を共有していく。

2. 実施体制

- ・現在、広島市役所本庁において実施しているが、来年度から、各区（8区）において実施することとする（本庁地域包括ケア推進課に配置される保健師をコーディネーターとして、各区（8区）に巡回して実施）。
- ・円滑な実施に向けては、各区における実情を把握した職員が必要不可欠であることから、各区健康長寿課に配置されている保健師等も従事する。
- ・また、平成30年度以降を見据え、全区での実施体制を整備していくに当たって、今年度の試行実施と同様に、各区の保健師も経験を蓄積していくことも重要であると考えていることから、年度途中より、各区保健師が コーディネーターを勤める会議も設ける。

3. 実施頻度

- ・年度当初（6ヶ月程度）は、“慣らし期間”として、各区月1回（1ヶ月当たり計8回）の開催とする。
- ・6ヶ月後を目処に、原則、各区月2回の開催とし、うち1回は上記の各区保健師がコーディネーターを勤める 会議とする。

4. 対象者

- ・平成29年4月以降、新規に要支援認定又は基本チェックリストにより事業対象者となった者
- ・年度当初（～各区の地域包括支援センターが一巡するまで。6ヶ月程度メド）は、地域包括支援センターが自ら アセスメント・ケアプラン作成を行った対象者とする。
- ・上記後、地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託してアセスメント・ケアプラン作成を行った対象者を含め、実施することとする。

※広島市に居住しており、市内のサービスを利用する被保険者又は近隣他市町のサービスを利用する被保険者（他市町の住所地特例の対象となる被保険者は対象外とする）

※ケアマネジメントC（住民主体サービスのみを利用するケース）は対象外

5. 対象となるケース等

- ・1回の会議当たり3～5件を目処に実施する。
※試行実施において、1件当たり30分程度は要しているため、1回当たりの件数は3～5件とする。

【対象ケース（案）】

- ・高齢者の状態像、利用するサービス、介護度、包括のバランスなどを考慮して抽出

6. 会議の委員

- ・会議の委員は、原則、各区（8区）単位で参加していただく体制とする。
- ・今年度の試行実施における委員（10名）に加え、看護師（訪問看護事業所）、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれかも参加する体制とする（最大11名体制）
※試行実施における委員は、医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・介護支援専門員・通所介護事業所・訪問介護事業所・市社会福祉協議会（生活支援コーディネーター）の10名
- ・ただし、会議の開催頻度等を踏まえ、1回当たり、最低6名程度（P）は参加していただく体制とする（年度当初は慣らし期間であることを踏まえ、原則、全員に参加していただく）

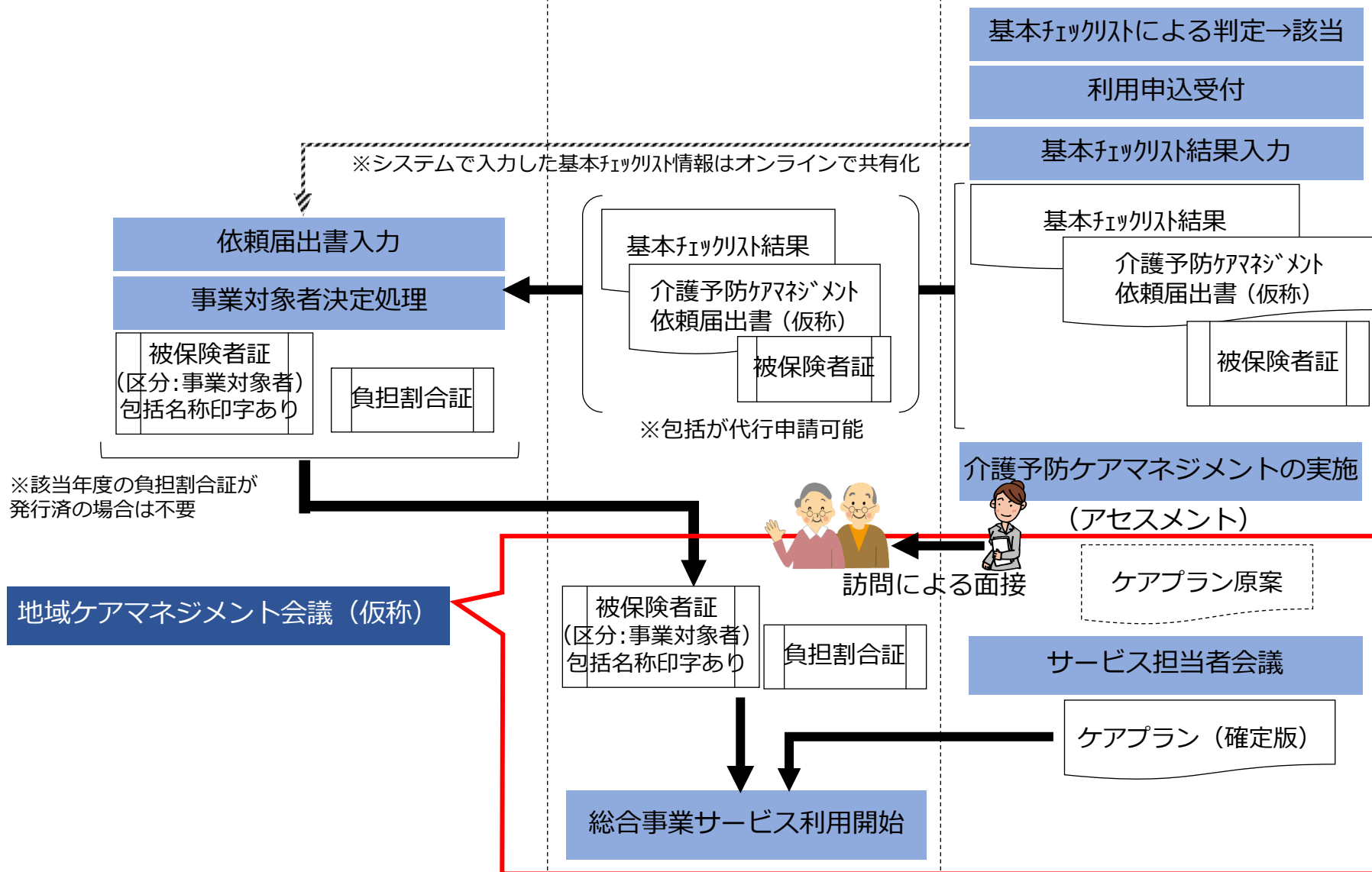
※各団体等との調整が前提

基本的な流れ（基本チェックリストによる判定ケース）

区健康長寿課

利用者

地域包括支援センター



(参考) アセスメントの視点 (例)

✓ 御本人の日常生活の自立度

✓ 健康状態

✓ **A D L** (日常生活を送る上で必要な動作)

例) 立ち上がりや歩行の状況は？
入浴や洗身は？

✓ **I A D L**
(家事等の応用的な日常生活動作)

例) 調理、掃除、洗濯、ごみ出しはできる？
外出、買い物や金銭管理はできる？

✓ **生活環境**

例) 地域で参加している（していた）活動は？
家族や近所との交流は？
自宅や周囲環境で不自由・不安なところは？

✓ **生活機能が低下している背景・要因、改善可能性**

✓ **御本人や家族の思いや希望**

例) 本人自身はどのようになりたい（したい）？

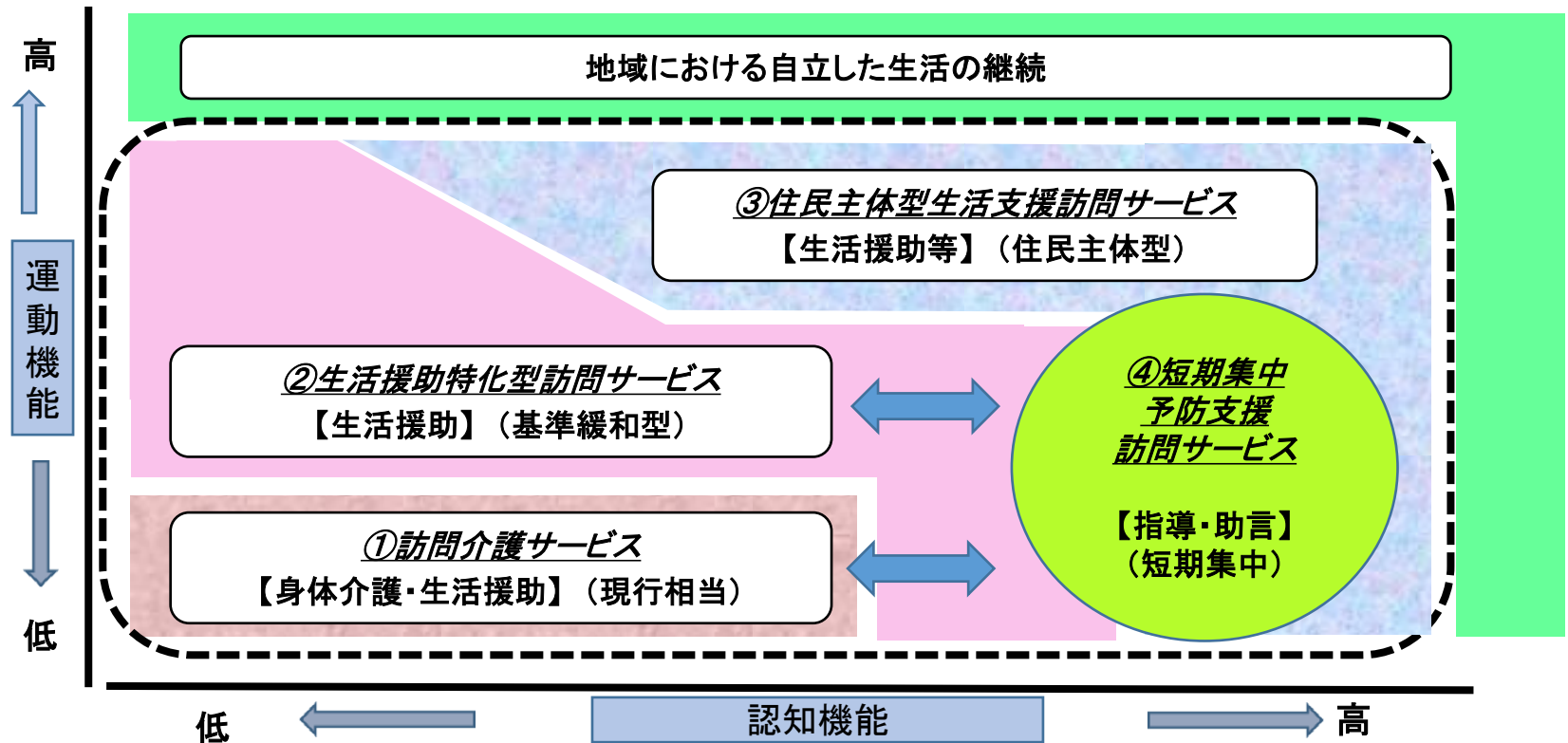
✓ **支援方針**

例) 「～できない課題」を「～したい」、「～できるようになりたい」と変換し、意欲を引き出す

Ⅳ. 広島市の総合事業で実施するサービス内容

(1) 訪問型サービス（全体像）

- ・ 人員基準等を緩和した「生活援助特化型訪問サービス」、住民主体の「住民主体型生活支援訪問サービス」、専門職による「短期集中予防支援訪問サービス」を新設し、多様な提供主体による様々なサービス提供を可能にするとともに、機能訓練や栄養改善などの短期集中的な支援を組み合わせることによって効果的に機能回復を図る。



※ 各サービスの詳細は次頁以降

点線内: 要支援認定、事業対象者

(1) 訪問型サービス（①訪問介護・②生活援助特化型）

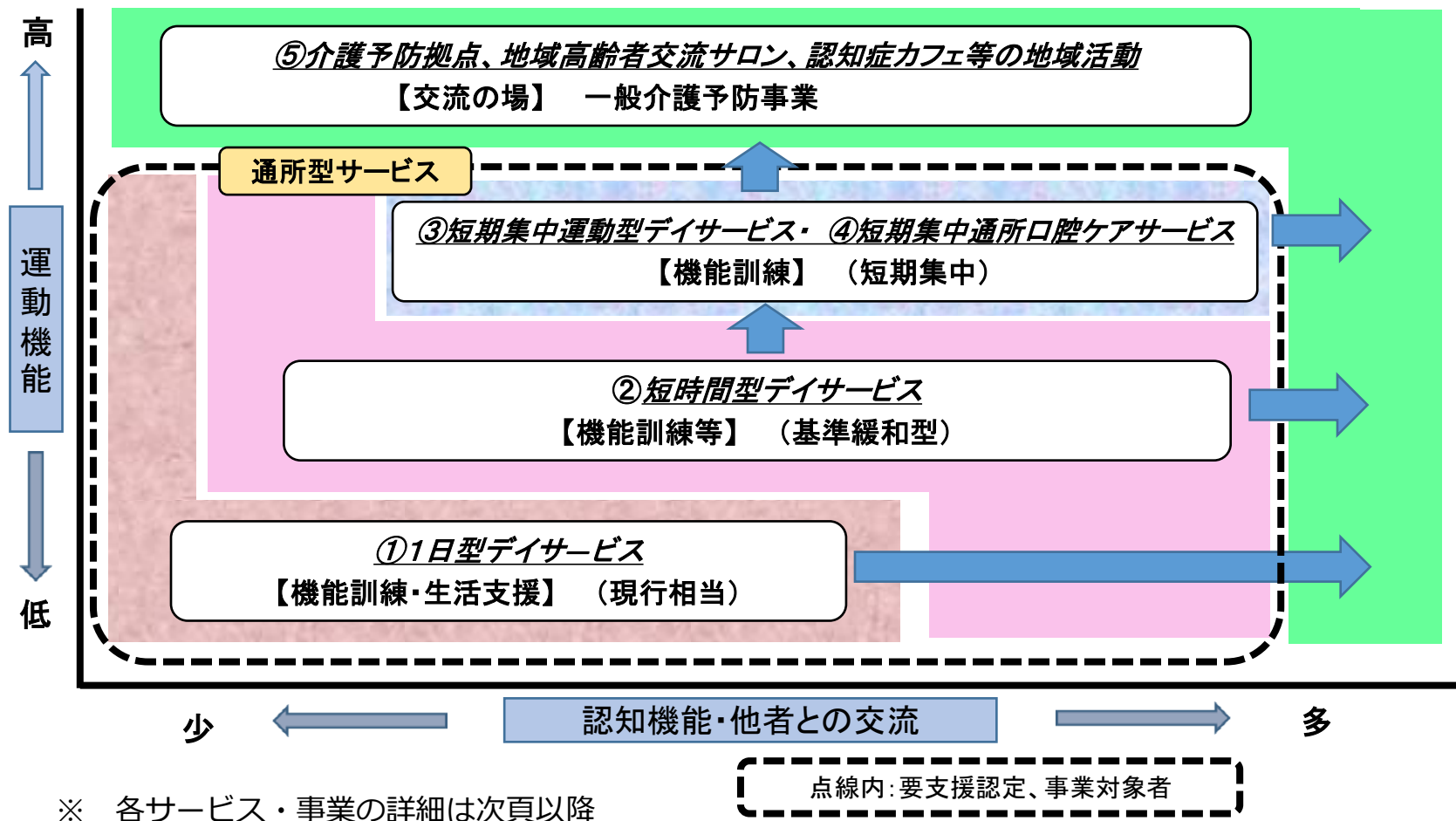
区分	①訪問介護サービス（現行相当型）	②生活援助特化型訪問サービス（基準緩和型）
サービス提供の考え方	現行の介護予防訪問介護に相当する訪問型サービス。既に訪問介護サービスを利用しており、サービス利用の継続が必要な方や、身体介護を伴うため訪問介護員による専門的なサービスが必要な方に対し、これまでと同様のサービス提供を行う。	現行の介護予防訪問介護の人員基準等を緩和した訪問型サービス。現行の訪問介護員や、一定の基準の研修を受けた生活援助員が、生活援助の必要な方に対してサービス提供を行う。
サービス内容	身体介護、生活援助	生活援助
利用回数・提供時間	ケアプランに基づき決定	ケアプランに基づき決定
単価	週1回程度 1,168単位 週2回程度 2,335単位 週2回超(要支援2のみ) 3,704単位	現行の介護予防給付の8割程度（検討中）
利用者負担	介護予防給付の利用者負担割合と同様 1割又は2割	介護予防給付の利用者負担割合と同様 1割又は2割
実施主体	・実施主体 現行と同様（指定事業者） ・サービス従事者 訪問介護員	・実施主体 現行と同様（指定事業者） ・サービス従事者 訪問介護員 生活援助員（一定の研修修了者）
指定基準	現行の省令基準通り	○ 訪問介護サービスと一体実施の場合 現行の省令基準どおり。 ・生活援助員は実情に応じた適当数を配置 （配置しないことも可能） ○ 単独実施の場合 ・管理者 ・サービス提供責任者（1人以上の配置、 初任者研修修了以上、常勤勤務要件無し） 生活援助員（常勤換算1.0人以上、一定の研修修了者）

(1) 訪問型サービス（③住民主体型・④短期集中予防支援）

区分	③住民主体型生活支援訪問サービス(住民主体型)	④短期集中予防支援訪問サービス
サービス提供の考え方	簡易な生活支援があれば、居宅で自立した生活を送ることが可能な高齢者に対し、地域団体等により、家事の援助やこれまで提供していなかった生活援助等を提供する。	理学療法士や作業療法士、管理栄養士が心身の状況や生活環境に応じ、日常生活動作や生活機能の改善に向けた相談支援を短期間集中的に行うサービス。
サービス内容	・上記の①、②と同じ「生活援助」に相当するサービス (例) 掃除、洗濯、一般的な調理など ・上記に加えて、高齢者の生活支援のために提供することが適当なサービス (例) 草むしり、家具の移動・修繕、書類の代読、買い物などの外出の付き添いなど	専門職による自立に向けた相談支援 ※要支援者は居宅療養管理指導の併用不可
利用頻度等	ケアプランに基づき決定	2週間に1回、3～6か月間
単価 (団体補助額)	・運営費 10万円(限度額) ・ボランティアコーディネーターへの謝礼金 活動日1日当たり1000円(限度額)	・1回あたり 30分 5,800円(検討中) 60分 11,600円(検討中)
利用者負担	有償ボランティアにふさわしい範囲で、各実施団体が設定	1割負担
実施主体	町内会、地区社協、老人クラブ、NPO法人等のうち、実施団体として市が認めたもの(補助)	介護保険事業所、医療機関等(委託)

(2) 通所型サービス・一般介護予防事業（全体像）

- ・ 心身機能、認知機能等の状態に応じて、生活支援を含めて提供する 1 日型デイサービスと機能訓練等を中心とした短時間デイサービス、専門職による短期間集中的なサービスのいずれかを利用することにより、効果的な機能回復を図る。
- ・ 機能が改善した場合には、可能な限り地域の介護予防拠点等の利用への移行を目指すものとする。



※ 各サービス・事業の詳細は次頁以降

(2) 通所型サービス（① 1 日型・②短時間型）

区 分	① 1 日型デイサービス（現行相当型）	②短時間型デイサービス（基準緩和型）
サービス提供 の考え方	現行の介護予防通所介護に相当する通所型サービス。既に通所介護サービスを利用しており、サービス利用の継続が必要な方、生活支援（入浴や食事）が必要な方、長時間利用が必要な方などに、これまでと同様のサービス提供を行う。	現行の介護予防通所介護の人員基準等を緩和した通所型サービス。運動機能の低下により、3か月から12か月の機能訓練で改善が見込まれる方に、概ね3時間程度のサービス提供を行う。
サービス内容	生活支援、機能訓練、レクリエーション、送迎	運動を中心とした機能訓練等、送迎
利用回数・ 提供時間	ケアプランに基づき決定 利用時間 5 時間以上	ケアプランに基づき決定 週1回程度、利用時間 3 時間以下、 利用期間 原則 3～12か月
単価	事業対象者、要支援 1（週1回程度） 1,647単位 要支援 2（週1回程度） 1,647単位 要支援 2（週2回程度） 3,377単位	現行の介護予防給付の8割程度（検討中） ※ 機能改善等を評価する加算を検討中
利用者負担	介護予防給付の利用者負担割合と同様 1割又は2割	介護予防給付の利用者負担割合と同様 1割又は2割
実施主体	・実施主体 現行と同様（指定事業者） ・サービス従事者 現行と同様（介護職員等）	・実施主体 現行と同様（指定事業者） ・サービス従事者 現行と同様（介護職員等）
指定基準	現行の省令基準通り	・看護職員配置不要等の人員基準緩和 ・静養室の施設基準緩和

(2) 通所型サービス

(③短期集中運動型デイサービス・④短期集中通所口腔ケアサービス)

区分	③短期集中運動型デイサービス	④短期集中通所口腔ケアサービス
サービス提供の考え方	理学療法士や作業療法士などの専門職が生活機能の改善のため、運動器の機能向上プログラムを提供するサービス。	口腔機能低下がみられる方に対して、歯科医師や歯科衛生士が口腔清掃の自立支援 や摂食、嚥下機能向上のための支援を提供するサービス。
サービス内容	専門職による運動器の機能向上プログラム	歯科医師又は歯科衛生士による口腔機能向上プログラム
利用頻度等	週1回、1回あたり1～2時間、3か月間	2週間に1回程度、全7回、1回あたり15分以上
単価	1回あたり 4,700円（検討中）	1回あたり 2,300円（検討中）
利用者負担	1割負担	1割負担
実施主体	介護保険事業所等（委託）	歯科医師会（委託）

(2) 一般介護予防事業

(⑤介護予防拠点・地域高齢者交流サロン・認知症カフェ)

区分	介護予防拠点	地域高齢者交流サロン	認知症カフェ
基本的な考え方	歩いて通える場所に地域に開かれた住民運営の介護予防拠点を整備し、誰もが介護予防に取り組める地域づくりを進める。	地域団体（町内会・自治会、地区社会福祉協議会など）が実施する「ふれあい・いきいきサロン」などを活用し、高齢者の誰もが参加でき、介護予防に資する様々な「通いの場」の活性化を図る。	認知症の人とその家族、地域住民、専門職等が気軽に集うことができ、相互交流や専門職による相談・助言等により、認知症の人とその家族の孤立化防止や地域で認知症の人とその家族を支える体制づくりを進める。
活動内容	・住民主体で運動を中心とした介護予防につながる活動 ・一定の場所で活動し、地域の高齢者の誰もが参加できる ・毎回の参加人数が、概ね10名以上	・定期的を開催し、概ね10名程度の参加者がいる ・広く地域の高齢者が参加できるものとする ・レクリエーション、歌、情報交換等の多様な活動を展開	・気軽に集い、交流できる場の提供 ・医療・介護・福祉等の専門職による相談 ・サービスに関する情報提供や認知症に関する講習会の実施等
活動頻度	週1回程度	介護予防に資する活動として適切な回数（当面月1～2回）	毎月1回以上、1回当たり3時間以上の定期的な活動
補助単価	参加人数に応じて1箇所当たり10～15万円を上限（検討中）	サロン1箇所5万円を上限（検討中）	1箇所当たり年額40万円を上限（検討中）
利用者負担	原則無料	原則無料（食事代などの実費は利用者負担）	原則無料（食事代などの実費は利用者負担）
実施主体	地域団体等	地域団体等	法人その他の団体、個人

(3) 介護予防ケアマネジメント

①概要

- ・地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、高齢者が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成する。
 - ・介護予防ケアマネジメントの類型及び内容は、利用するサービスに応じて決定する。
- ※ 現行相当、短期集中型及び基準緩和型のサービスは、介護ケアマネジメントA又はBを行い、住民主体型サービスや一般介護予防事業は、初回のみのケアマネジメントCを行う。

★ 介護予防ケアマネジメントの流れ

実施内容	ケアマネジメントA・B	ケアマネジメントC
1 アセスメント（課題分析）	○	○
2 ケアプラン原案作成 （サービス担当者会議後、利用者の同意を得て確定する。）	○	—
3 サービス担当者会議	○	—
4 サービス利用開始	○	○
5 モニタリング（給付管理）	○	—
6 評価 （実施期間終了後、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定）	○	—

② 介護予防ケアマネジメントの類型

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
対象 サービス	現行相当サービス 短期集中型サービス	基準緩和型サービス	住民主体型サービス 一般介護予防事業
実施内容	アセスメントを行い、ケアプランを作成する。併せて対象サービス事業所等との利用調整を実施 ※通所サービス利用後は、一般介護予防事業等へ積極的につなぐ		アセスメントを行い、対象サービスの利用調整を実施 ※サービス利用中に再度ケアマネジメントが必要になった場合は、実施団体等が地域包括支援センターに連絡
	1か月に1回モニタリング (面接は3か月に1回)	1か月に1回モニタリング (面接は3か月目及び終了時に必須)	
実施主体	地域包括支援センター（委託） (要支援者に限り居宅介護支援事業所への再委託も可)		地域包括支援センター (委託)
委託料	月430単位（4,601円） 初回加算300単位（3,210円）	月430単位（4,601円） 初回加算300単位（3,210円）	月730単位（7,811円） ※初回のみ

※類型の異なる複数のサービスを利用する場合は、A＞B＞Cの順で、より上位のケアマネジメントを適用する。

(3) サービスの支給限度額

① 限度額管理の対象

区分	訪問型サービス	通所型サービス
限度額管理の対象	訪問介護サービス（現行相当型） 生活援助特化型訪問サービス（基準緩和型）	1日型デイサービス（現行相当型） 短時間型デイサービス（基準緩和型）
限度額管理の対象外	住民主体型生活支援訪問サービス（住民主体型） 短期集中予防支援訪問サービス	短期集中運動型デイサービス 短期集中通所口腔ケアサービス

② 支給限度額

区 分	支給限度額
事業対象者	5,003単位
要支援1	5,003単位
要支援2	10,473単位

※ 要支援者の場合は、介護予防給付のサービスと総合事業のサービスについて一体的に限度額管理を行う。

V . 介護予防・日常生活支援総合事業への移行

介護予防・日常生活支援総合事業への移行の例

区 分			平成29年 3月末	4月～	平成30年 4月～
要支援認定者	新規	平成29年4月1日以降の新規の要支援認定者は、認定の有効期間開始日から総合事業のサービスを利用		新規認定	総合事業の現行相当型サービス等
	継続	平成29年4月1日時点で引き続き要支援認定者の場合、認定更新までは予防給付のサービスを継続し、更新後総合事業へ移行	介護予防給付の訪問・通所介護	認定更新	総合事業の現行相当型サービス等
事業対象者	新規	平成29年4月1日以降の新規の事業対象者は、事業対象者決定日から総合事業のサービスを利用		新規決定	総合事業の現行相当型サービス等
	継続	平成28年度末時点の二次予防事業のプラン期間未満了者)は、平成29年4月1日付けで事業対象者として決定し、総合事業のサービスに移行	二次予防事業	新規決定	総合事業の現行相当型サービス等

参考資料

1. 地域包括ケアシステムが必要となる背景

i) 広島市を取り巻く状況

	2015(平成27)年度 (推計)	2025(平成37)年度 (推計)
総人口 (A)	1,189,792人	1,183,037人
高齢者人口 (B)	277,989人	309,427人
75歳以上の高齢者人口 (C)	123,362人	181,753人
高齢化率 (B/A)	23.4%	26.2%
75歳以上の高齢者の割合 (C/A)	10.4%	15.4%
要支援・要介護認定者数	54,966人	76,275人
認定率	19.4%	24.3%
認知症者数	31,707人	44,188人
平均介護保険料額 (月額)	5,868円	9,200円程度

1.5倍



1.25倍



1.4倍



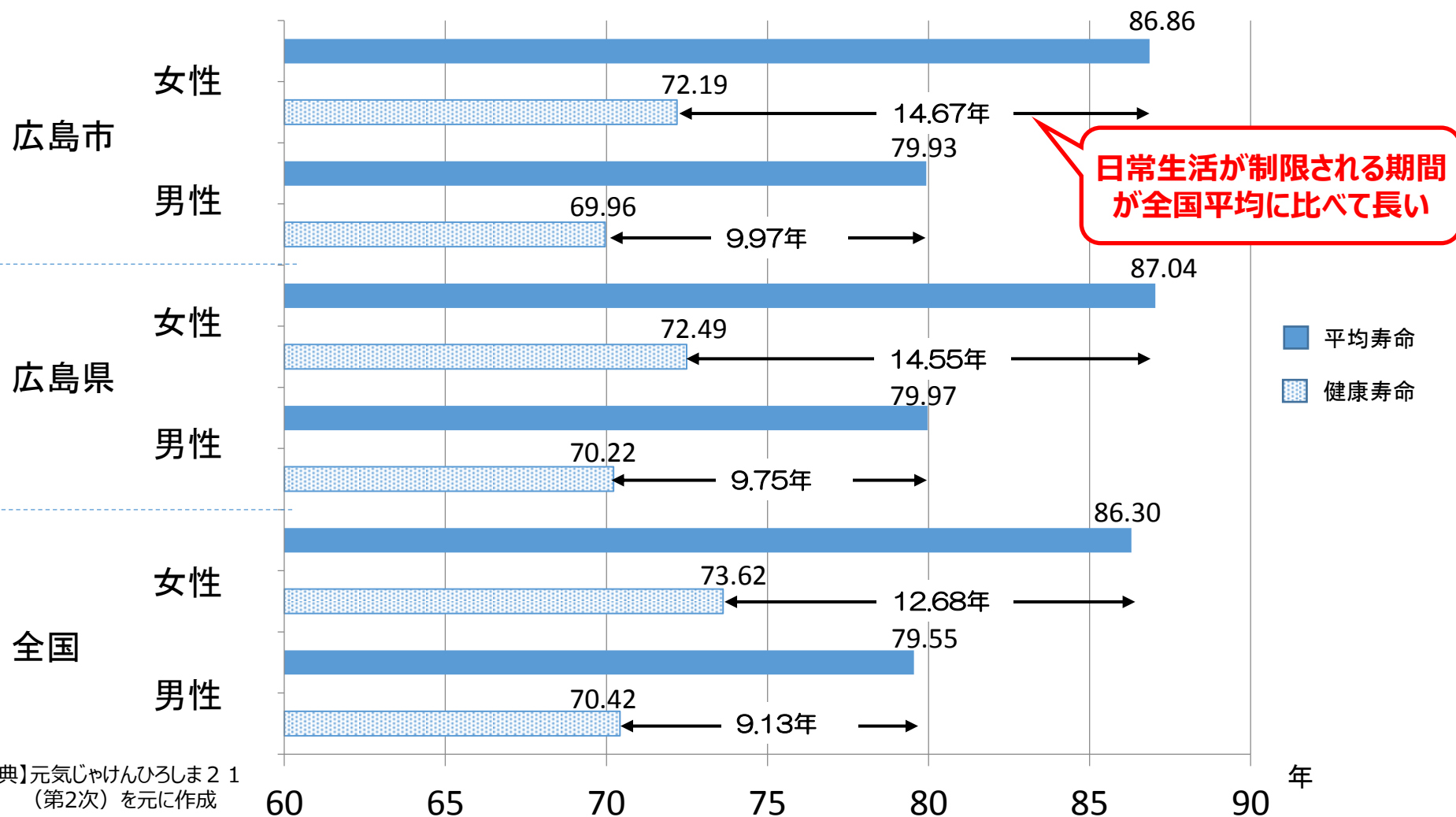
1.6倍

※認定率：高齢者人口に占める要支援・要介護認定を受けている65歳以上の第1号被保険者数の割合

【出典】広島市高齢者施策推進プラン（平成27年度（2015年度）～平成29年度（2017年度））における推計値

ii) 本市の平均寿命と健康寿命

- 本市の「平均寿命」は、全国平均に比べ若干長くなっている。
- 一方、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間である「健康寿命」が全国平均に比べて短いため、全国に比べ平均寿命と健康寿命の差は大きくなっている。

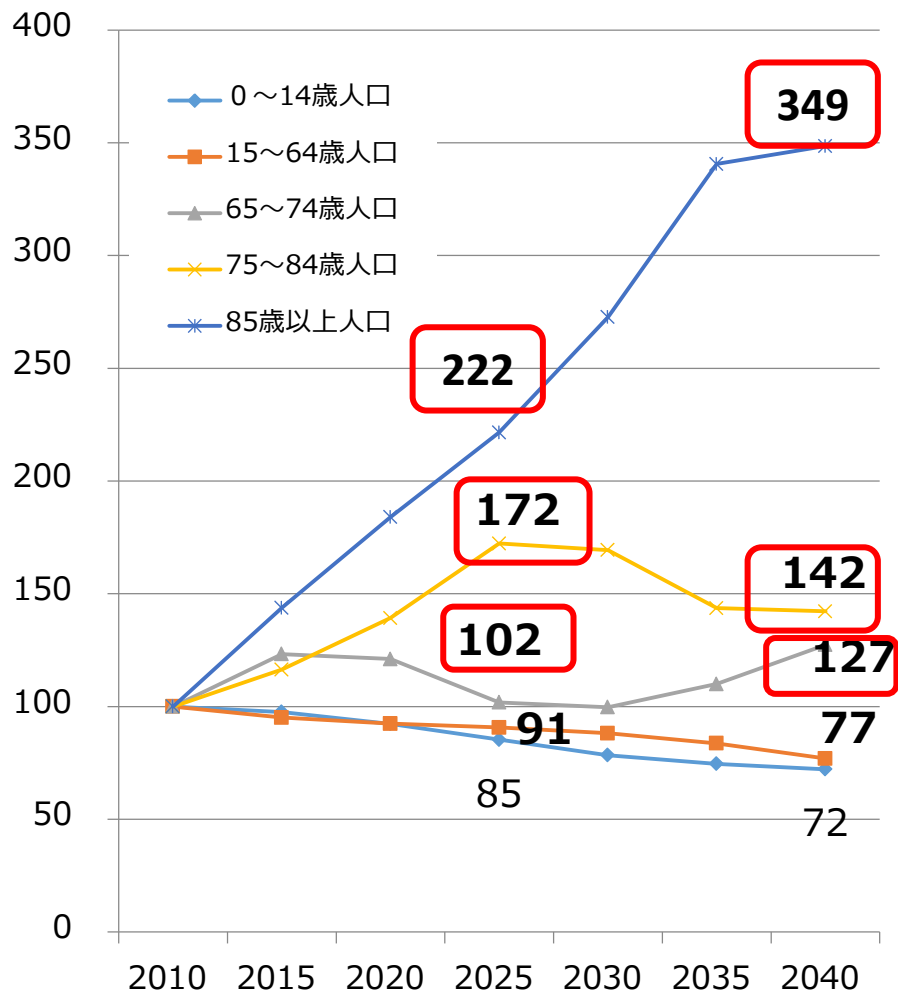


【出典】元気じゃけんひろしま 2 1
(第2次) を元に作成

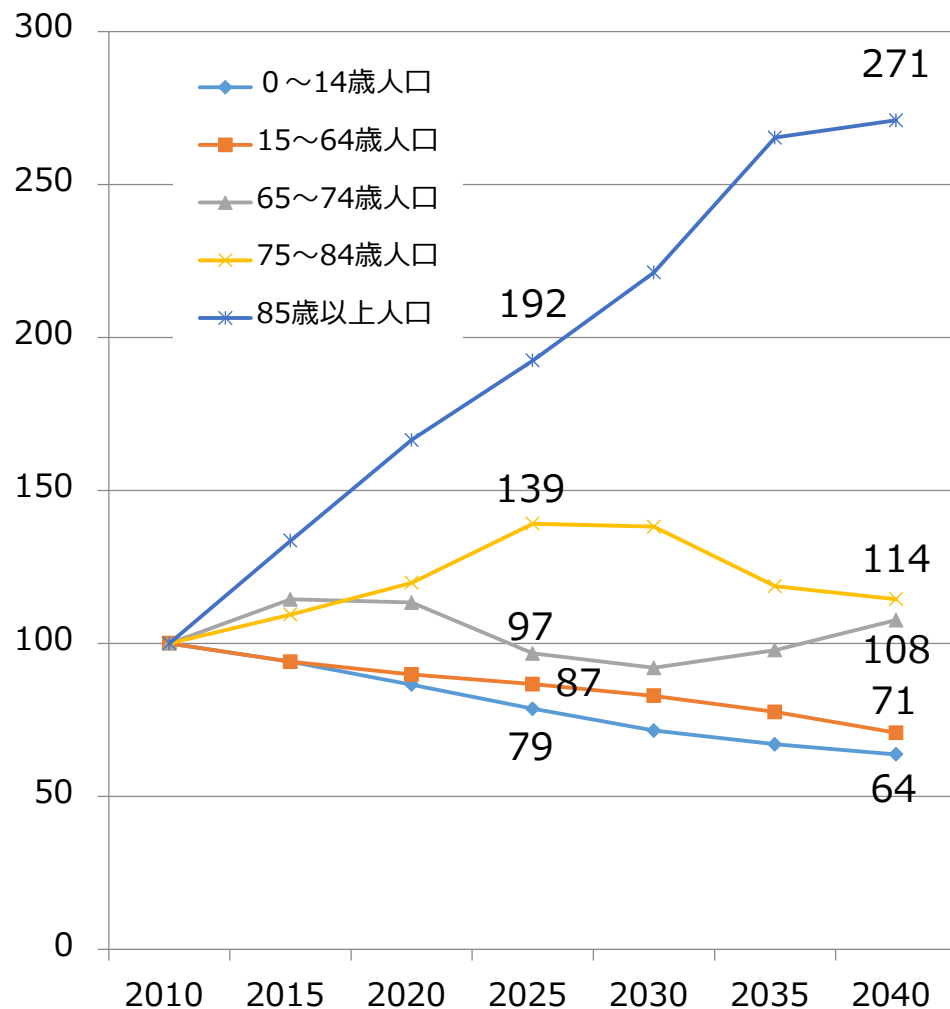
iii) 統計年齢階級別人口の伸長率（推計） 2010年を100とした場合

- 本市では、他の都市部と同様、65歳以上の高齢者人口は増加を続け、特に、75歳以上の高齢者が急増することが見込まれており、全国平均と比較しても、その伸長率は大きい。

広島市



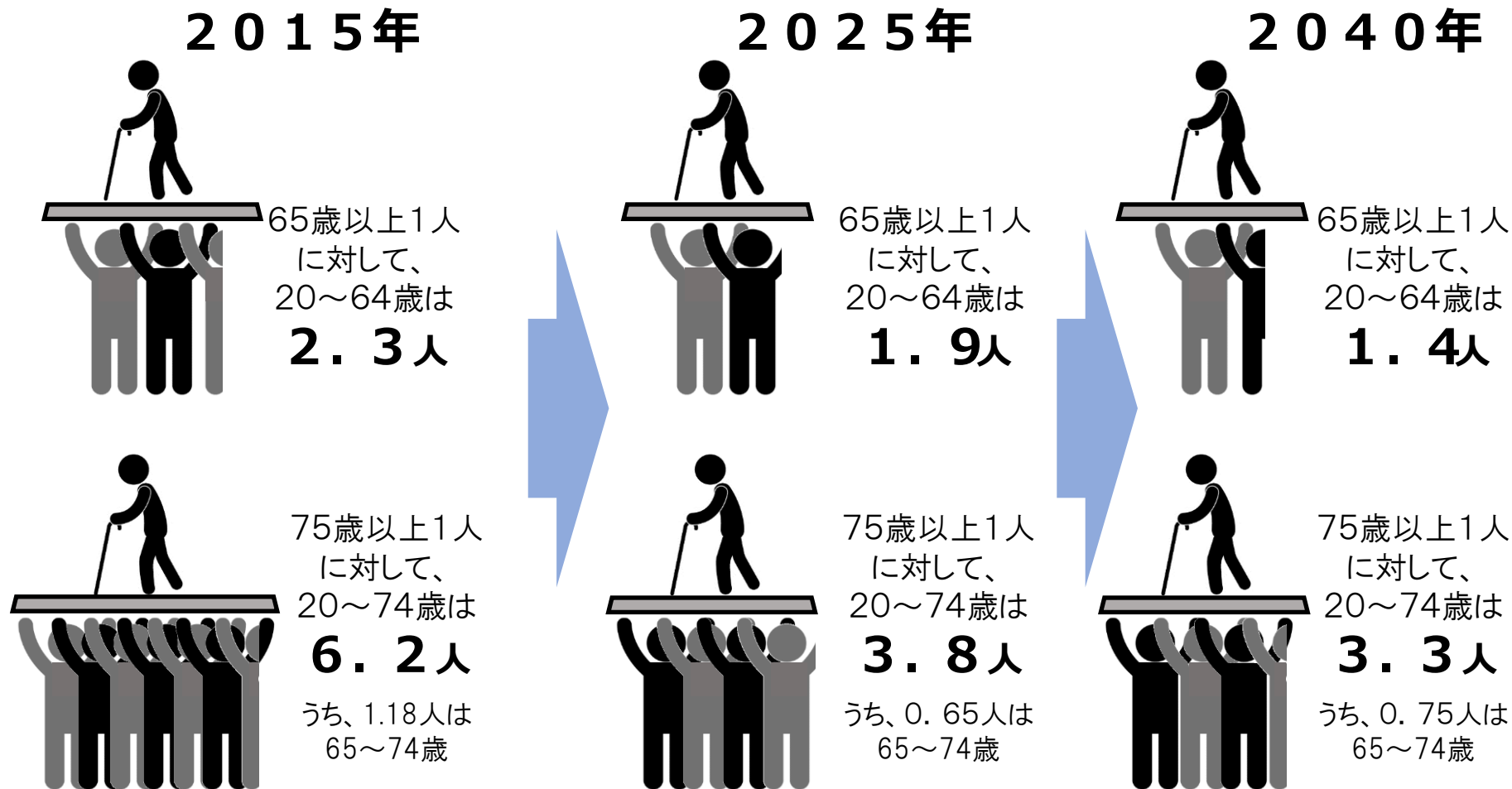
全国



【出典】 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」より

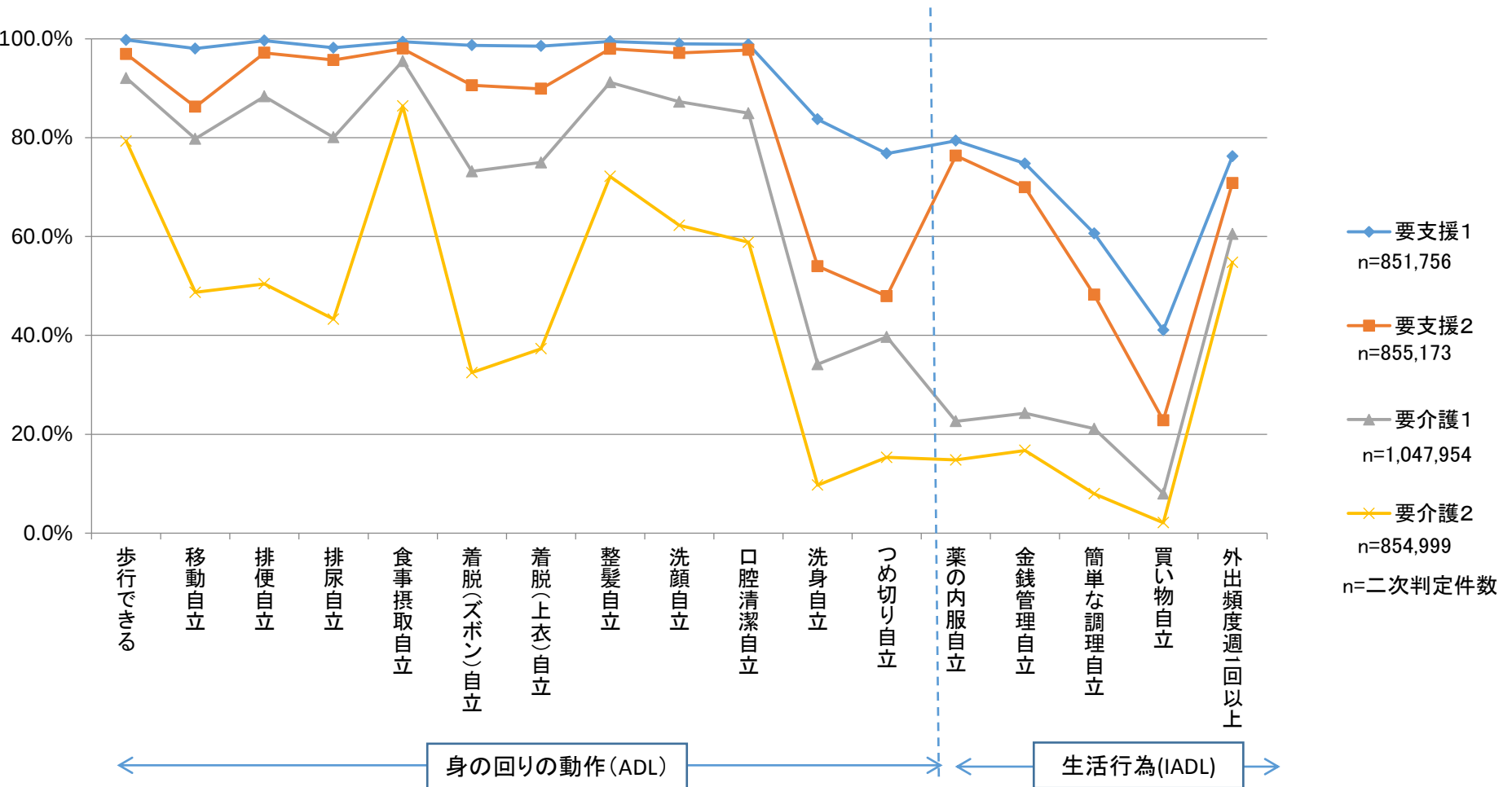
iv) 人口構造の変化

- 高齢者人口が急増し、1人暮らし高齢者も増える一方で、担い手となる人口が減少し、いわゆる「騎馬戦型」から「肩車型」へと変化することが想定される中、どう対応していくのかが問われている。
- とりわけ、健康寿命の延伸、高齢者の社会参加による担い手の増加が重要となる。



(参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

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



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

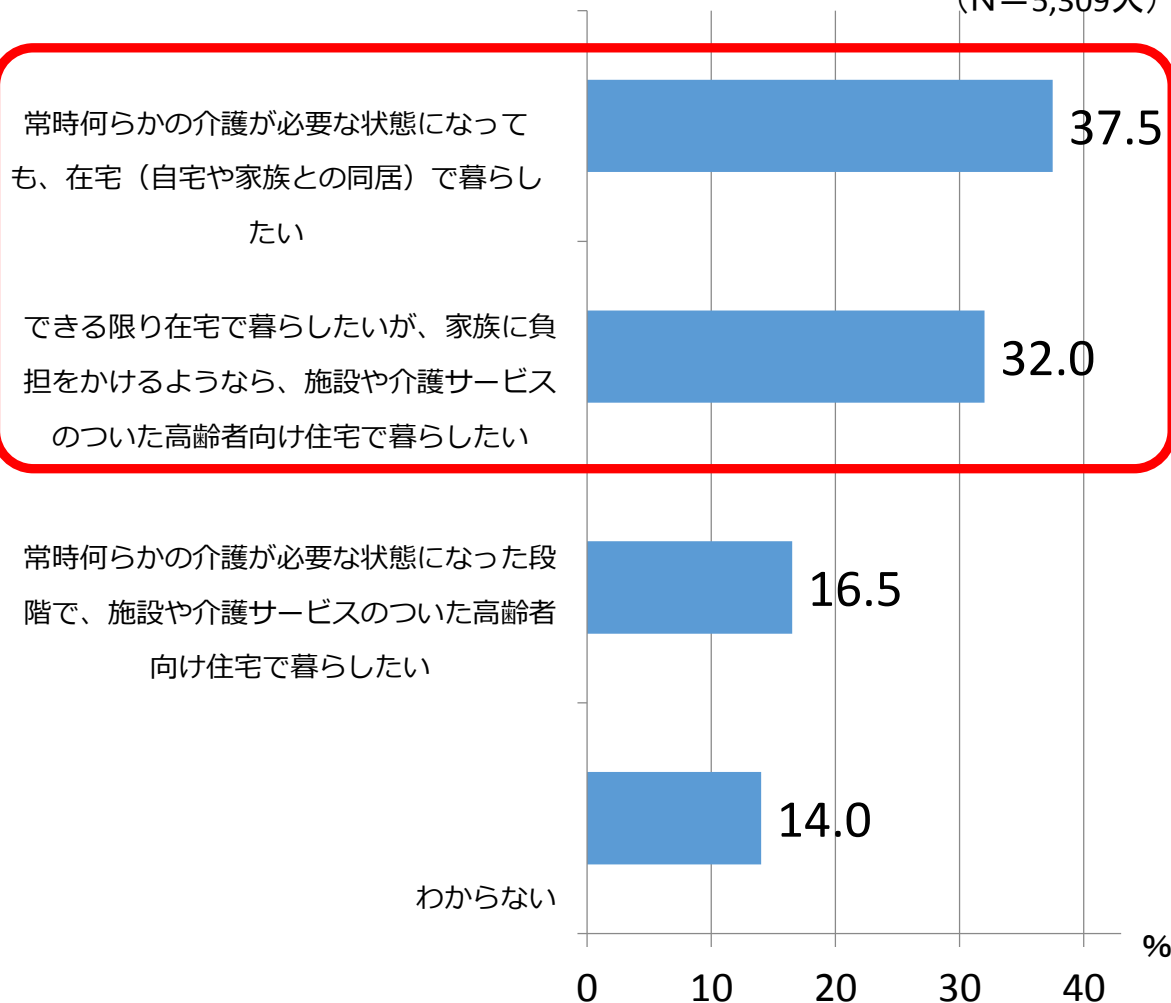
※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果【出典】認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点)

v) 介護を受けて暮らしたい場所

- 要支援・要介護認定を受けている、受けていないにかかわらず、いずれも、できる限り在宅で暮らしたいと考えている高齢者が過半数を占めている。

【要支援・要介護認定を受けている高齢者】

(N=5,309人)



【認定を受けていない高齢者】

(N=5,560人)

