

介護予防ケアマネジメント及び短期集中型サービスの
見直しに係る説明会
令和8年2月2日（月）

介護予防ケアマネジメント及び 短期集中型サービスの見直しについて

広島市健康福祉局高齢福祉部
地域包括ケア推進課

はじめに

説明会のねらい

自立支援の取組や今回の見直しの趣旨について正しく理解した上で、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、短期集中型サービス実施事業者、行政が一体となって取組を推進し、今後の課題に対応していきたい

スライド上の表記について

地域包括支援センター等： 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所
サービス事業者 : 短期集中型サービス実施事業者

01 現行の取組状況

02 見直しの背景

03 見直しの目的

04 見直しの内容
(介護予防ケアマネジメント)

05 見直しの内容
(短期集中型サービス)

01 現行の取組状況

02 見直しの背景

03 見直しの目的

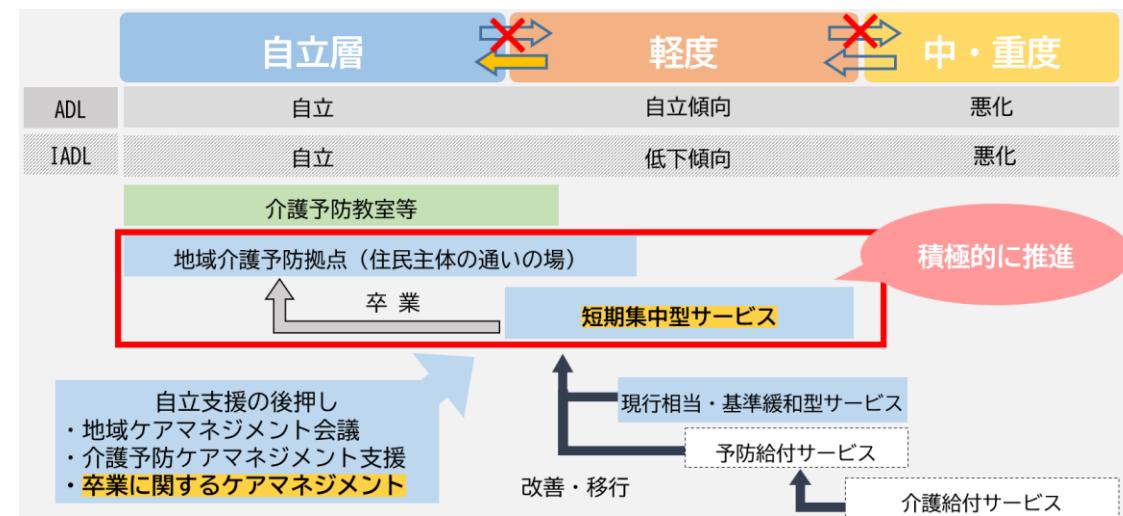
04 見直しの内容 (介護予防ケアマネジメント)

05 見直しの内容 (短期集中型サービス)

自立支援に資する介護予防の取組として、 短期集中型サービス、卒業に関するケアマネジメントを推進

広島市における自立支援の取組

- ・自立支援は介護保険制度の基本理念
- ・対象者の状態像に応じて改善を図り、改善した場合は地域へのつなぎを図る
- ・「短期集中型サービス」及び「卒業に関するケアマネジメント」は、自立支援において重要な取組



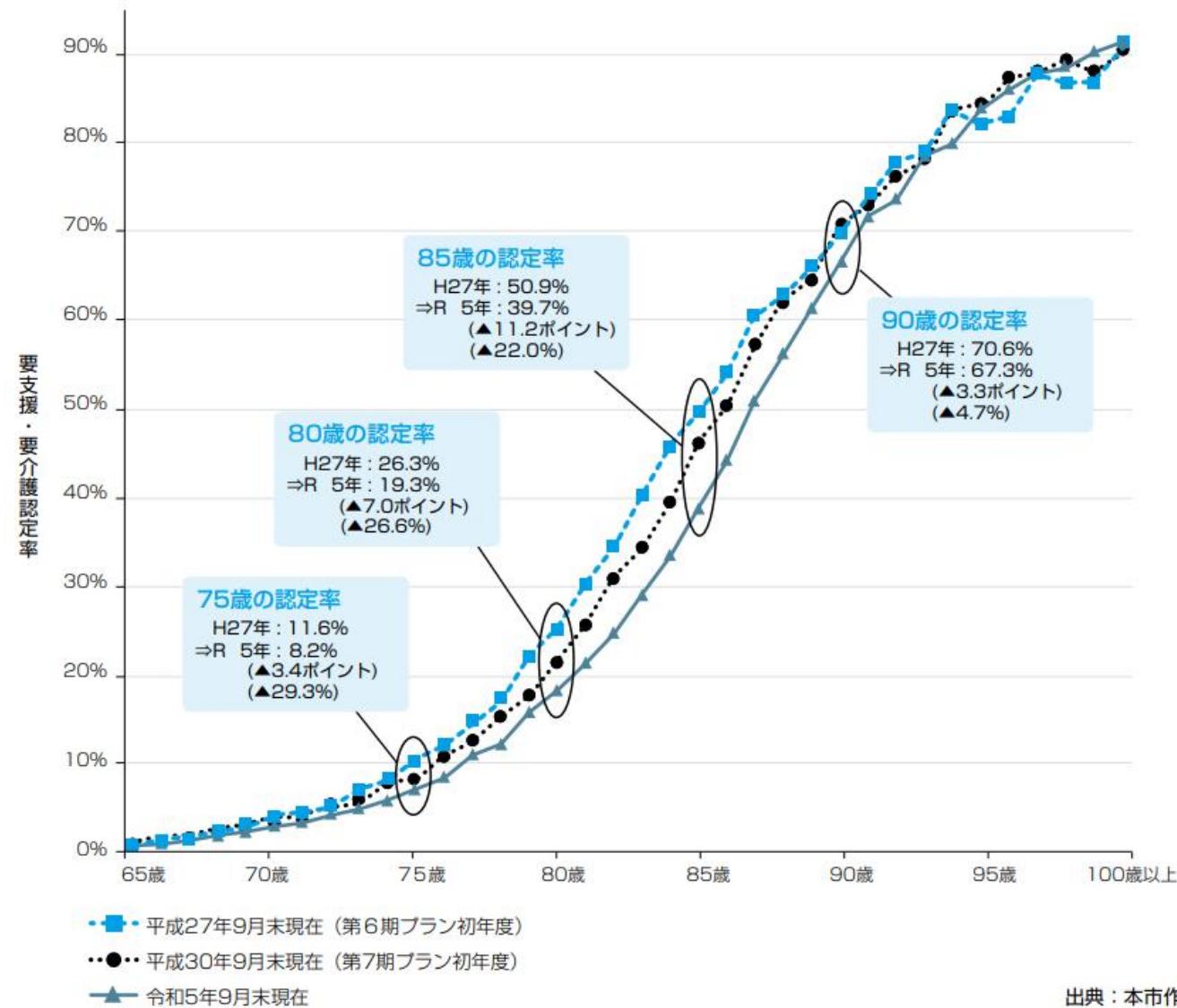
短期集中型サービスとは

- ・**自立支援・重度化防止を目的とした総合事業のサービス**
- ・専門職が3～6か月の短期間に集中的な支援を行う
- ・広島市では、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サービスを実施し、運動・栄養・口腔機能などに幅広くアプローチ

卒業に関するケアマネジメントとは

- ・**自立支援に資するケアマネジメントを評価する地域包括支援センター等へのインセンティブ**
- ・生活機能等の改善により介護保険サービスの利用を終了した者に対し、一般介護予防事業への参加や自主的な介護予防の取組に移行し、主体的に継続するためのケアマネジメントを行い、その取組が3か月以上継続している場合に742単位（7,939円）を請求可能

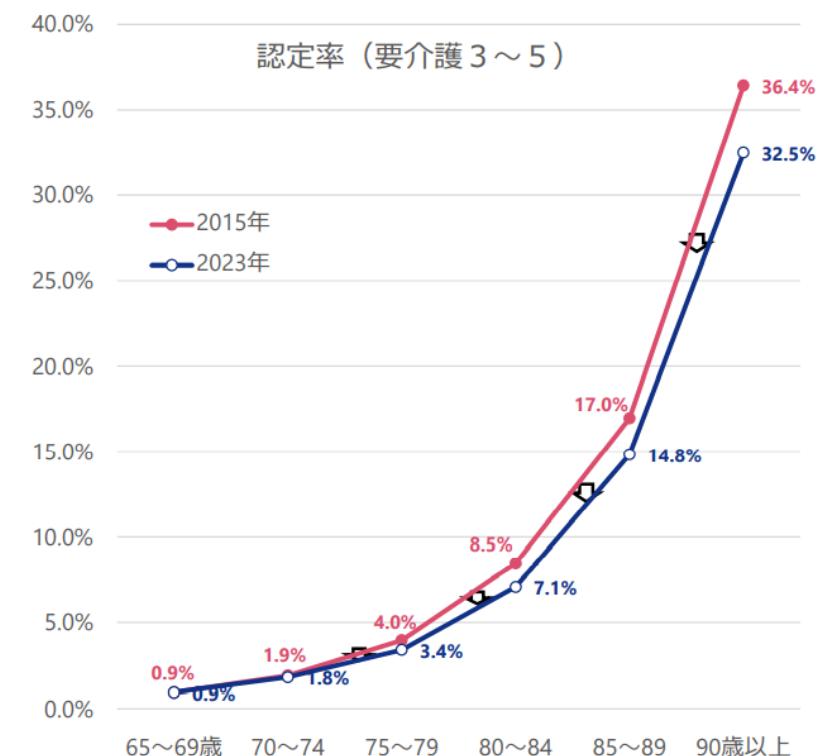
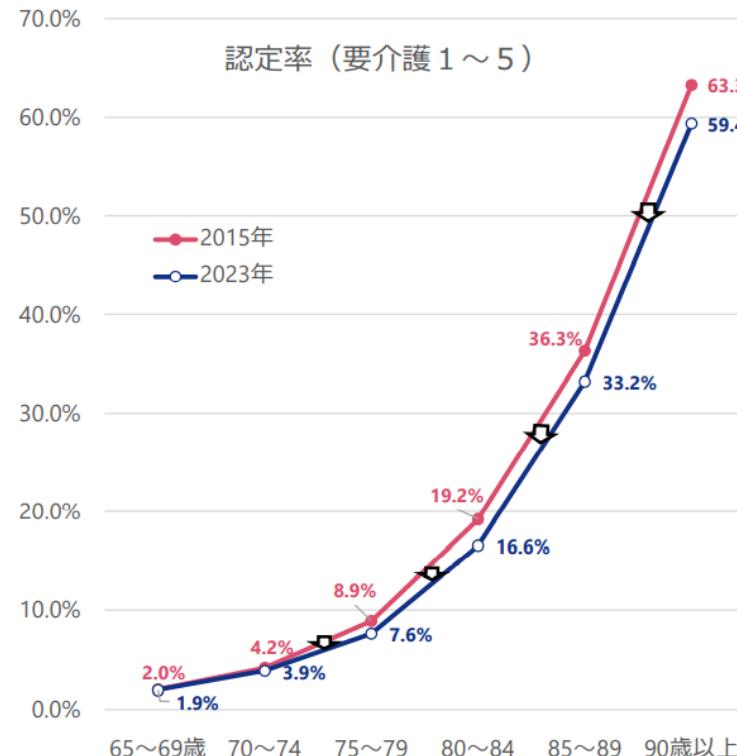
介護予防の取組により要介護認定率は減少傾向



介護予防の取組により要介護認定率は全国的に減少傾向

国資料

第1号被保険者の年齢階級別認定率（人口に対する認定者数の割合）の変化 (介護保険事業状況報告月報及び人口推計から作成)



	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	2.0%	4.2%	8.9%	19.2%	36.3%	63.3%
②2023年	1.9%	3.9%	7.6%	16.6%	33.2%	59.4%
②-①	0.0%	-0.3%	-1.3%	-2.6%	-3.1%	-3.9%

	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳以上
①2015年	0.9%	1.9%	4.0%	8.5%	17.0%	36.4%
②2023年	0.9%	1.8%	3.4%	7.1%	14.8%	32.5%
②-①	0.0%	-0.1%	-0.6%	-1.4%	-2.1%	-3.9%

※ 各年の9月末日時点の認定者数（介護保険事業状況報告月報より）及び10月1日時点の人口（人口推計より）から作成

介護予防の取組に効果があることが近年検証されている

国資料

通いの場への参加による介護予防の効果（概要） -日本老年学的評価研究(JAGES)の知見から(2023年9月時点)

- ・スポーツ・趣味の会では参加頻度が高いほど 6年後に要支援・要介護認定を受ける確率が低かった。
- ・通いの場参加者では3年後の生活機能が良好で、趣味、老人クラブ、学習・教養サークル、ボランティア参加頻度が高く、会った友人の数が多かった。

①スポーツ・趣味の会への参加と要介護リスクの抑制



- ・スポーツ・趣味の会では**参加頻度が高いほど** 6年後に
要支援・要介護認定を受ける確率が低かった

出典: Ide K, Tsuji T, Kanamori S, Watanabe R, Tizuka G, Kondo K. Frequency of social participation by types and functional decline: A six-year longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr. 2023 Sep;112:105018.

②通いの場への参加による健康行動・暮らしの変化

1. 身体/認知的健康	2. 精神的健康	5. 利他的行動
死亡	うつ兆候	ボランティア ↑***
認知症	希望なし	特技伝達 ↑**
全認定	3. 心理的ウェルビーイング	
要介護2以上	幸福感	喫煙
	人生の満足度	肉魚摂取頻度
	4. 社会的ウェルビーイング	野菜果物摂取頻度 ↑**
BMI (Body Mass Index)	スポーツ ↑**	歩行時間
生活機能 ※1	趣味 ↑***	健診・検診 ↑*
高血圧	老人クラブ ↑***	N = 4,232 (通いの場参加: 15.5%)
脳卒中	学習・教養 ↑***	※1: 広用的な日常動作 (買い物, 金銭管理, 病人を見舞うなど)
心疾患	友人と会う頻度 ↑**	
糖尿病	会った友人の数 ↑***	
高脂血症	外出頻度 ↑*	
呼吸器疾患	情緒的サポート	
	手段的サポート	

p値
(結果の確からしさ)

*** <0.0015
** < 0.01
* < 0.05

- ・通いの場参加者では3年後の**生活機能が良好で、趣味、老人クラブ、学習・教養サークル、ボランティア参加頻度が高く、会った友人の数が多く、健康行動も改善**

出典: Ide K, Nakagomi A, Tsuji T, Yamamoto T, Watanabe R, Yokoyama M, Shirai K, Kondo K, Shiba K. Participation in Community Gathering Places and Subsequent Health and Well-being: An Outcome-wide Analysis, Innovation in Aging, 2023;igad084, <https://doi.org/10.1093/geroni/igad084>.

短期集中型サービスは効果的な取組として国の検討会で紹介

大分県の事例：「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（第2回）資料4



「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（第2回）

令和7年2月3日

資料4

大分県における介護予防・自立支援に向けた取組

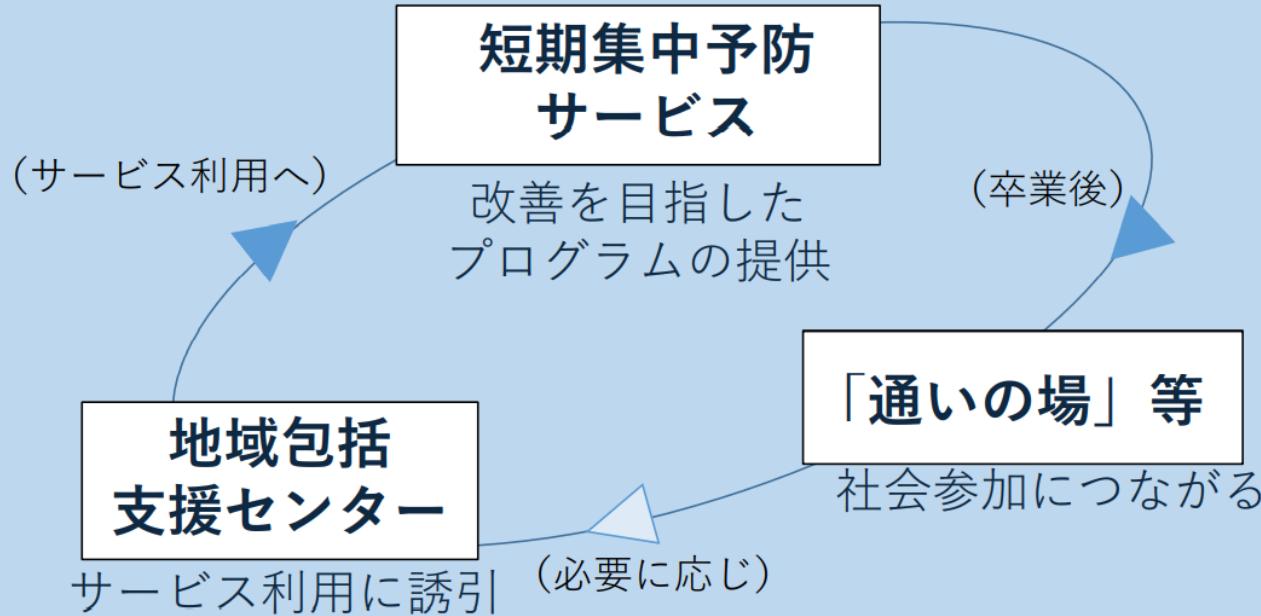


大分県では「自立支援サイクル」の構築に向けて取組

大分県の事例：「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（第2回）資料4

大分県の目指す姿

地域単位で「自立支援サイクル」を構築

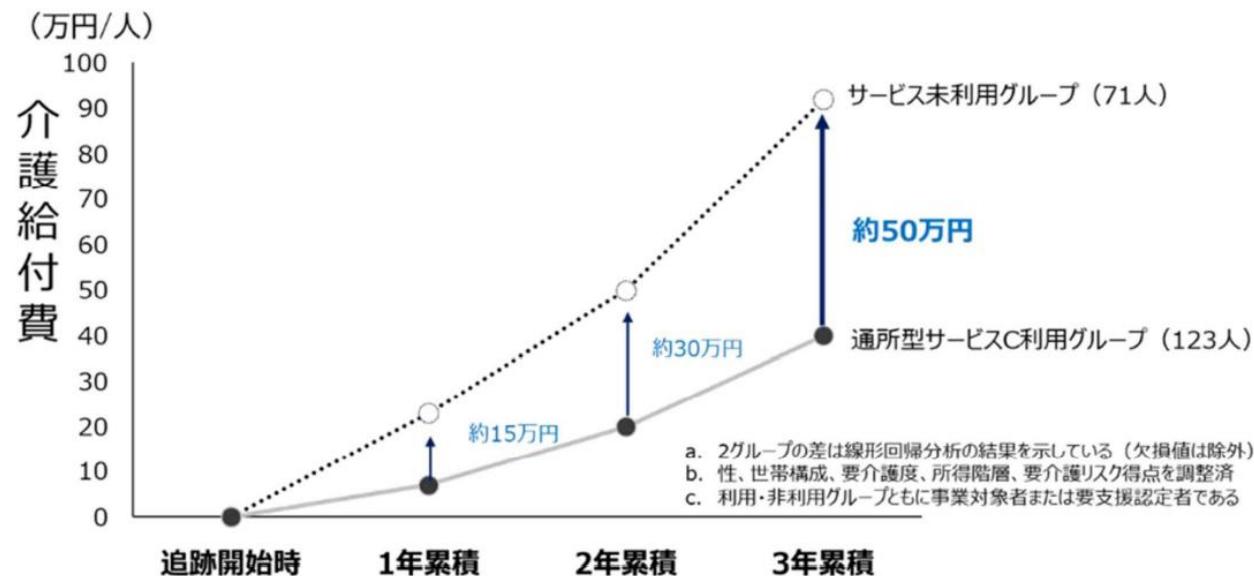


短期集中型サービスの利用で要介護リスク・介護給付費が減少

大分県の事例：「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（第2回）資料4

大分県竹田市における通所型サービスC（短期集中予防サービス）の効果検証 ～要介護リスクが低減し、介護給付費が適正化～ (調査検証団体：JAGES機構、日本福祉大学、オムロン株式会社)

利用グループの3年間の1人あたりの介護給付費は未利用グループを基準に約50万円低い



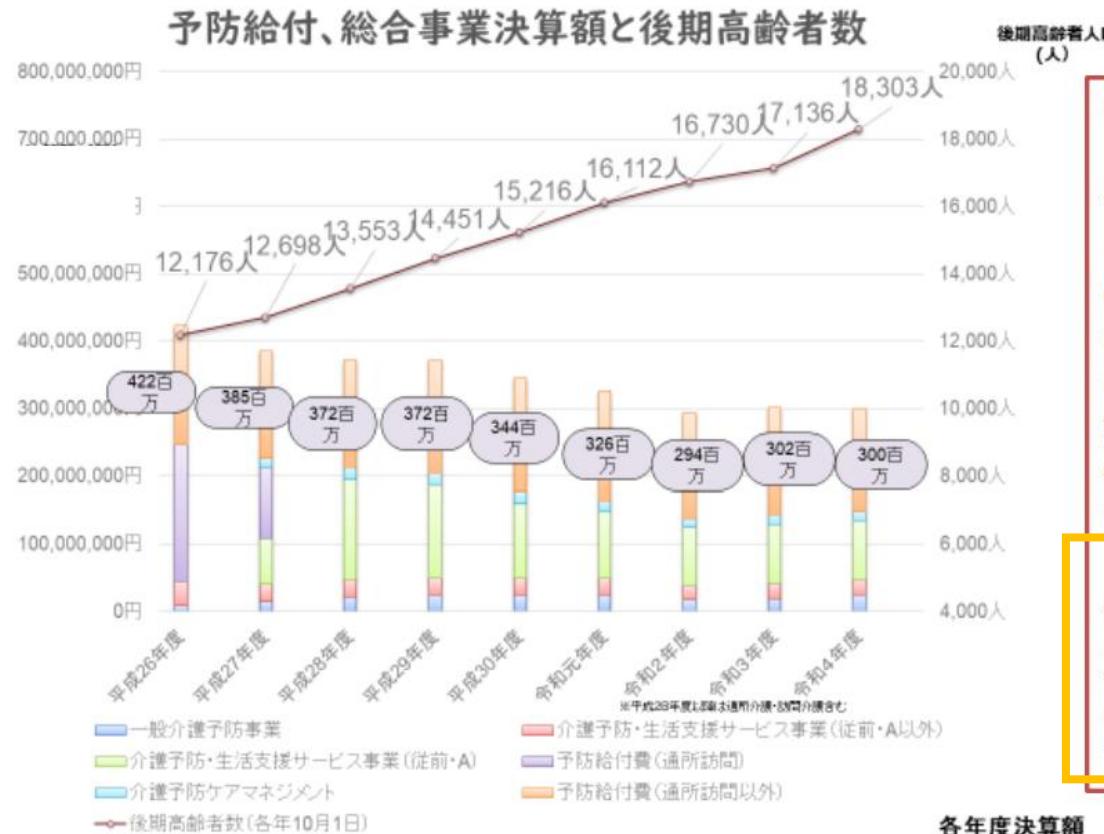
サービス未利用グループの介護給付費の累積値は、利用グループと比較して、1年目、2年目における差より3年目の方が大きくなっている、介護給付費の適正化効果は3年目以降により大きな差となることが推測される。

（出典）オムロン株式会社ホームページ

短期集中型サービスにより介護サービスの利用者増加が抑制

生駒市の事例：「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（第2回）資料4

奈良県生駒市の事例：短期集中予防サービスの導入による費用対効果



介護予防ケアマネジメントが大変で地域包括支援センターが疲弊しているという話を聞くが、生駒市においては後期高齢者数が増加しても事業費そのものは増大しておらず、介護予防ケアマネジメント件数も大幅に伸びていない。

これは、短期集中予防サービスによる効果が大きく、エンドレスサービス利用者が増え続けていないためでもある。

01 現行の取組状況

02 見直しの背景

03 見直しの目的

04 見直しの内容
(介護予防ケアマネジメント)

05 見直しの内容
(短期集中型サービス)

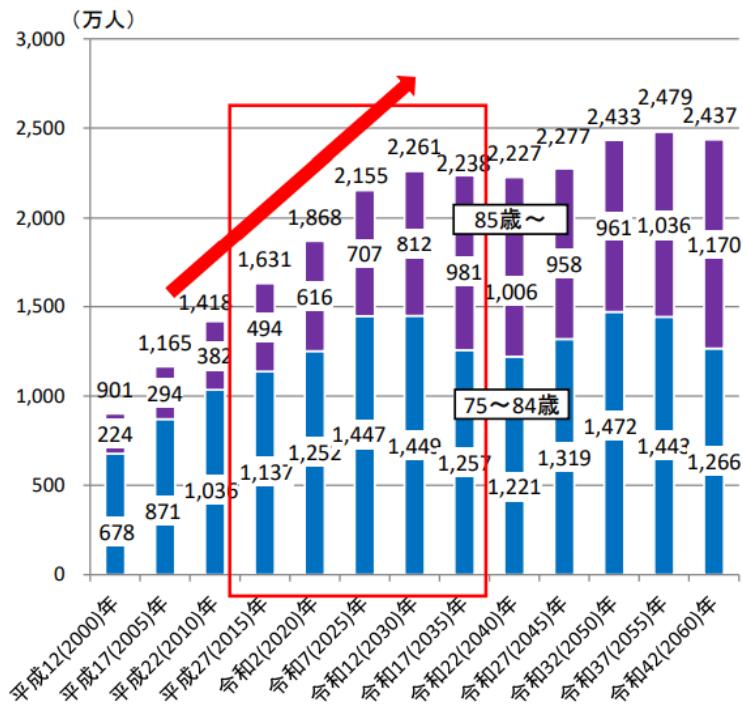
今後は要介護リスクの高い85歳以上人口が急増

国資料

今後の介護保険をとりまく状況(2)

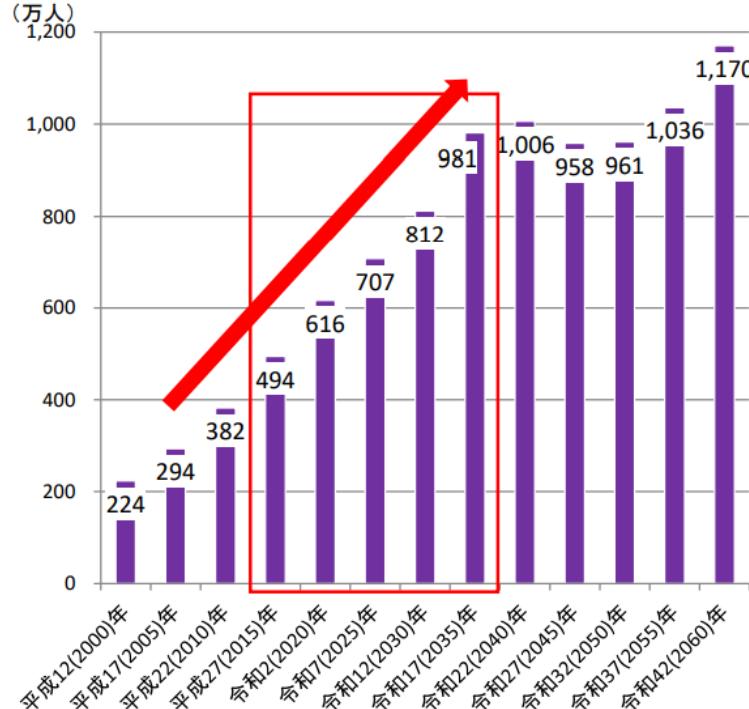
75歳以上の人団の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2015年から2025年までの10年間も、急速に増加。



85歳以上の人団の推移

○85歳以上人口は、2015年から2025年までの10年間、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



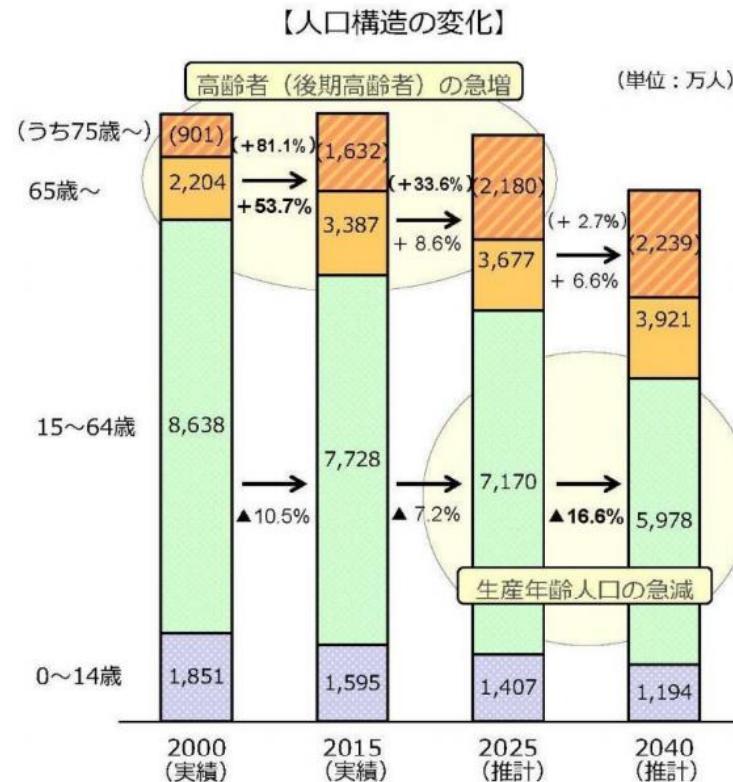
(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)

現役世代は急減し介護人材（専門職）の不足が深刻化

国資料

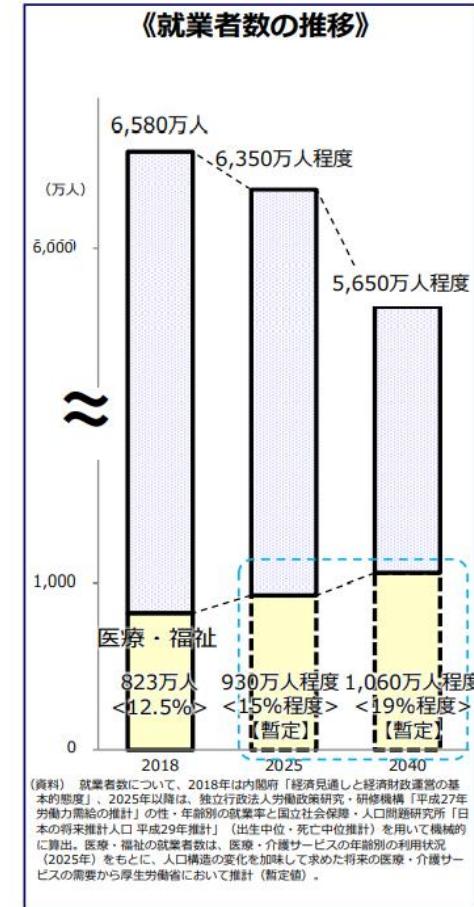
今後の介護保険をとりまく状況(4)

○人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」

(出典)平成30年4月12日経済財政諮問会議加藤臨時委員提出資料(厚生労働省)



国は介護保険制度の持続可能性の確保を見据え、 サービスを充実し、介護予防を推進するための見直しを検討

目指す姿

持続可能な介護保険制度

課題

介護人材不足が深刻化
・要介護者の増加
・生産齢人口の減少



国の見直しの方向性

多様なサービス・活動の充実（サービスの供給↑）

介護予防の推進（介護保険サービスの需要↓）

地域支援事業実施要綱等を改正し、高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントを推進（令和6年8月）

●地域支援事業実施要綱

●介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン

1. 介護保険法・介護保険法施行令・介護保険法施行規則等の法令改正関係
2. 「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」・「介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針」の改正関係
3. 「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」を踏まえた改正
 - (1) 総合事業のうち補助・助成等による実施の場合に居宅要支援被保険者等以外の利用者がいる場合の対象経費の計算方法の見直し
- (2) **高齢者の選択を支援する目標指向型の介護予防ケアマネジメントの明確化**
 - (3) 生活支援体制整備事業における「住民参画・官民連携推進事業」の新設
 - (4) 事業評価の留意事項の更新
4. 各事業における事業内容の変更
5. その他、全体の校正や語句修正等

●介護予防ケアマネジメント実施要領（「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」の別紙1「介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施について」）

1. 「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」における議論の内容を踏まえ、介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの計画の策定に係る業務負担軽減の視点も踏まえつつ、医療・介護専門職の適切なかかわりあいのもとで「高齢者の選択」を適切に支援する観点から、
 - ・**介護予防ケアマネジメント計画の策定が法令等において必須である場合を整理するとともに、**
 - ・**介護予防ケアマネジメント計画の策定業務以外の、介護予防ケアマネジメントに含まれる業務範囲を明確化。**
2. 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）による改正後の介護保険法（平成9年法律第123号）の施行により指定介護予防支援事業者の指定について、新たに指定居宅介護支援事業者が指定を受けて実施できることに伴い生じる指定介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの行き来に関する対応についての対応例を記載。
3. その他用語の定義や文言の修正等

- ① ケアマネジメントBは、ケアプランの省略等が可能
- ② 短期集中型サービス（サービス・活動C）は、ケアマネジメントAからBに変更

国資料

高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの業務範囲等の明確化

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 セータ
○		○	

- 介護予防ケアマネジメントについて、地域包括支援センターの計画の策定に係る業務負担軽減の視点も踏まえつつ、医療・介護専門職の適切なかかわりあいのもとで「高齢者の選択」を適切に支援する観点から、個別のケアプラン作成から地域における包括的なケアマネジメントの実施への重点化を図るため、
 ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定が法令等において必須である場合を整理するとともに、
 ・ 介護予防ケアマネジメント計画の策定業務以外の、介護予防ケアマネジメントに含まれる業務範囲を明確化する。

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
改 正 前	考え方 指定介護予防支援と同様に行われるもの	サービス担当者会議の省略や必要に応じてモニタリング時期を設定するなど簡略化が可能	初回のみ実施し、住民主体の支援等につなげ、その後はモニタリング等は行わない。
	対象の サービス ● 従前相当サービス ● 指定事業者によるサービスA ● サービスC	● 多様な主体による緩和型サービスA	● サービスB・D ● その他生活支援サービス
	費用 ケアプラン作成 1件当たり	ケアプラン作成 1件当たり	初回のケアプラン作成 1件当たり
	件数等 499,232件 (1,455市町村)	39,005件 (327市町村)	2,258件 (267市町村)

個別の計画の策定 → 高齢者の選択と継続的な活動・参加支援の充実

実 施 要 綱 改 正 後	考え方 ケアプランの策定が制度上必須となるもの (介護予防支援と同様に行う必要があるもの)	ケアプランの策定の要否やケアマネジメントプロセスの簡略化などについて、市町村の判断のもとで柔軟に行うもの	専門職のゆるやかな関わり合いのもとで、地域の多様な主体との連携を図りながら実施するもの
	対象の サービス ● 従前相当サービス ● サービス・活動A ● サービス・活動C ※ケアプランと第1号事業費が連動する場合 ※ケアプランで利用期間を定める場合	● ハーフ・活動A ● サービス・活動C	● サービス・活動B・D (サービス・活動A) ● その他生活支援サービス
	業務の性質に 応じた費用等 の考え方 ● ケアプラン作成 1件当たり ※1 ※額の変更のみ可能	● ケアプラン作成 1件あたり ※2 ※独自の評価(加算)設定が可能	● 初回のケアプラン作成 1件当たり ※2 ※独自の評価(加算)設定が可能
	ケアマネジメントB・Cについて、 ・ 高齢者の選択を適切に支援するためのインテーク ・ 孤独・孤立などのハイリスク者のアプローチ ・ 継続参加率向上のための活動状況のフォローアップ ・ リハ職などの連携による支援 など、①～⑥のよう、ケアプラン作成件数単位では評価しがたい高齢者の選択と継続的な活動・参加支援に資する業務の実施体制整備に係る委託費(実施に当たる者の人件費等)を、別途、包括的に支払うことが可能とする	① ケアプラン策定をしない場合のアセスメントや事業実施者との連携 ② サービス・活動事業の利用に至らなかった場合のアセスメントや利用調整等 ③ 孤独・孤立の状況にある者に対する地域の多様な活動への参加支援のためのアウトリーチ等 ④ サービス・活動B・D等の利用者に対し、自宅や活動の場への訪問・実施者からの報告等を通じ、状況等を定期的に把握すること（利用者や事業実施者への助言等を含む） ⑤ 目標の達成等がなされ、サービス・活動事業の利用終了が適切と認められる者に対し、その選択・目標に応じて、地域の多様な活動につなげるための援助 ⑥ 地域のリハビリテーション専門職等との連携・協働（支援方針の検討のためのカンファレンスの実施等） ※市町村は、事前に都道府県・都市区医師会等や地域の医療機関等との調整の上、連携等の体制を整備	※2 : ケアプランの作成要否・内容等含め市町村の判断による

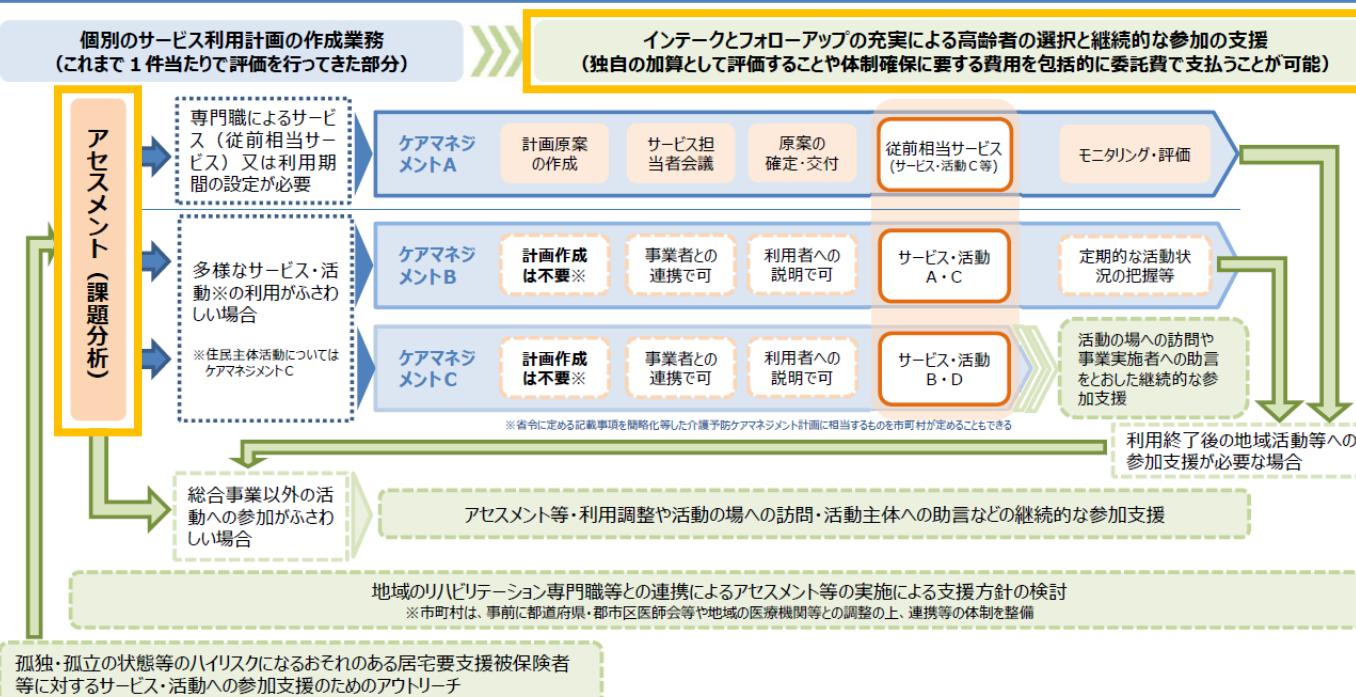
ケアプラン不要は、ケアマネジメントの軽視ではない
アセスメントの重要性が増すのが今回の改正の趣旨

國資料

高齢者の選択を支援するための介護予防ケアマネジメントの推進 (介護予防ケアマネジメント通知の改正)

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメント	4 包括 セタ
		○	

- 介護予防ケアマネジメントについて、多様なサービス・活動の充実が進む場合、必ずしも指定介護予防支援と同様あるいはそのプロセスを基礎として取扱うことよりも、より一層、インテークとフォローアップを効果的に行なうことが必要となる。
 - このため、多様なサービス・活動利用時の介護予防ケアマネジメントについて、個別のサービス利用計画の作成業務から、これまで地域包括支援センターが担ってきた機能である地域づくりに密接に関わる業務への移行を図り、高齢者が、**その選択に基づき、医療・介護の専門職とのかかわりのもとで継続的に地域とつながりながら多様な活動に参加することを支援する。**



国は利用調整に係るプロセスの簡略化を通じて、短期集中型サービスを含む多様なサービス・活動の利用を促進

ケアプラン要

(ケアマネジメントA)

ケアプラン不要

(ケアマネジメントB)
(ケアマネジメントC)

従前相当サービス

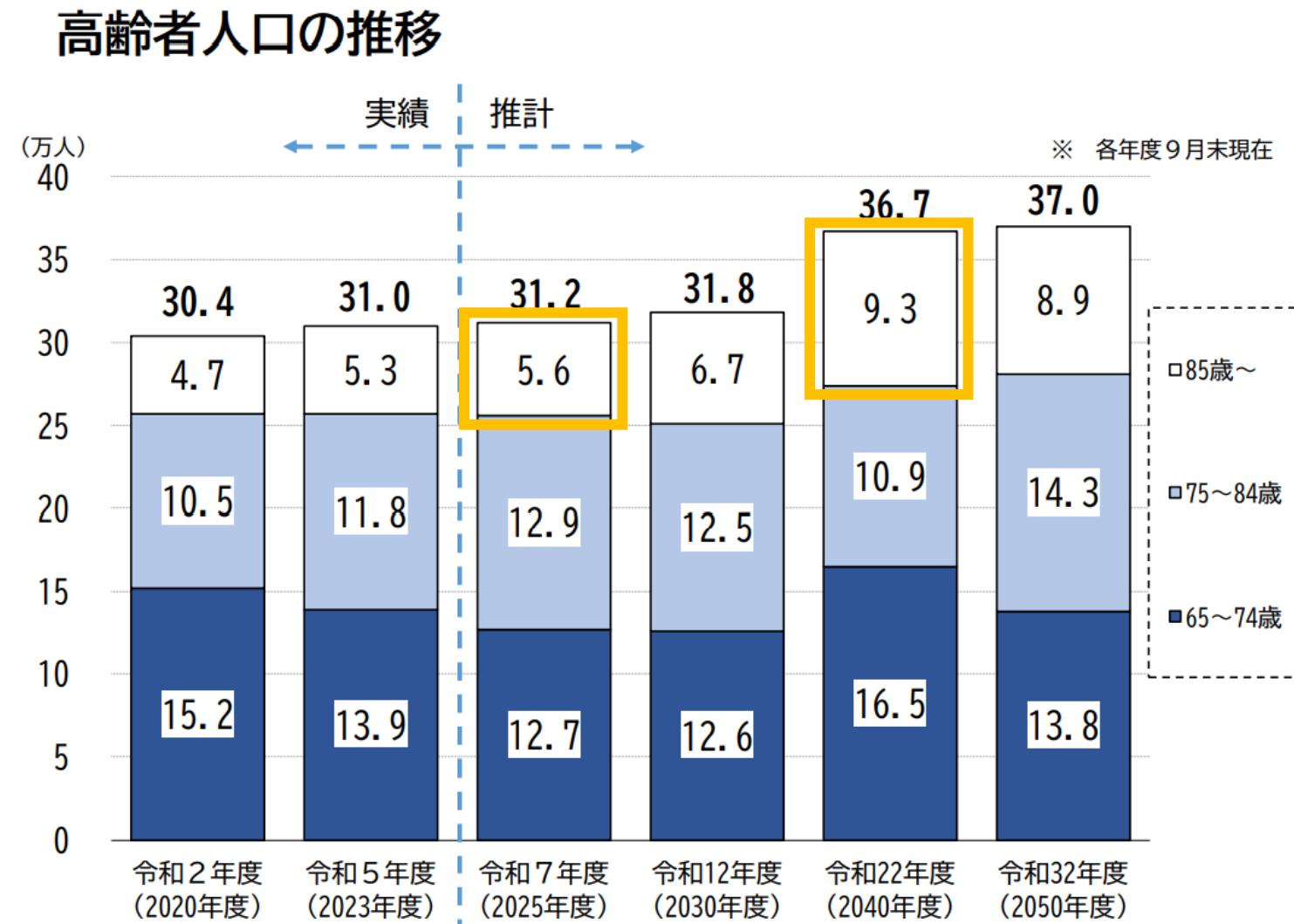


多様な主体による
サービス・活動

住民主体による
サービス・活動

短期集中型サービス

広島市でも今後は要介護リスクの高い85歳以上人口が急増

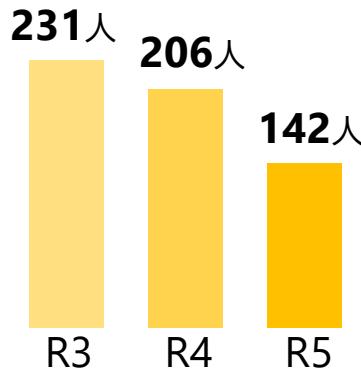


自立支援の取組が十分に進んでいない

短期集中型サービス

① 現状の課題

- ・ 利用者数が減少傾向
- ・ 取組状況の地域差が大きい



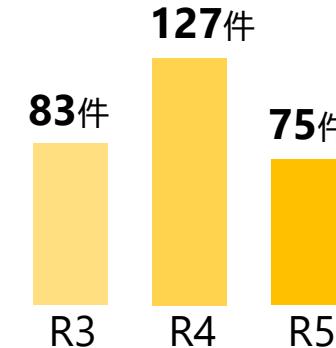
② 理由

- ・ 利用期間が短いため、地域包括支援センター等にとって収益につながりにくい
- ・ 圏域内にサービスを提供する事業所が少ない

卒業に関するケアマネジメント

① 現状の課題

- ・ 請求件数が横ばい
- ・ 取組状況の地域差が大きい



② 理由

- ・ 算定要件が厳格である
- ・ 利用者や家族に自主的な介護予防の取組の必要性を理解してもらうことが難しい

01 現行の取組状況

02 見直しの背景

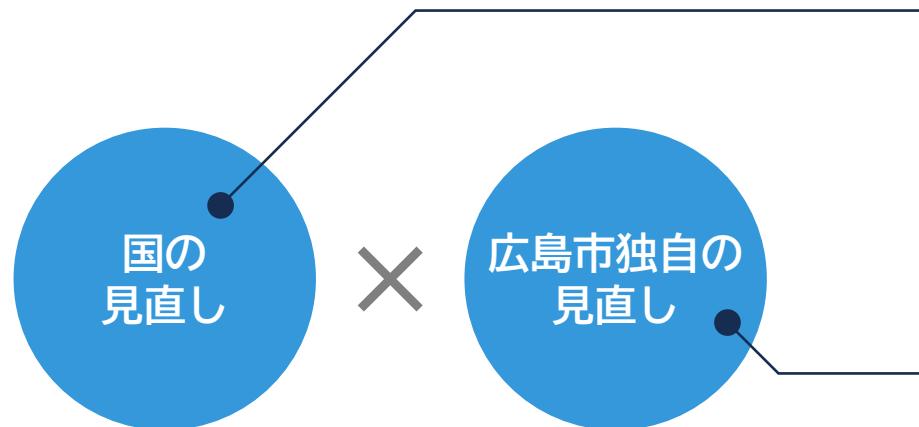
03 見直しの目的

04 見直しの内容
(介護予防ケアマネジメント)

05 見直しの内容
(短期集中型サービス)

制度の簡略化やインセンティブにより自立支援の取組を促進

見直し内容



介護予防ケアマネジメントの見直し

- ・短期集中型サービスをケアマネジメントBに設定
- ・ケアマネジメントBのプロセスの簡略化

介護予防ケアマネジメントの見直し

- ・ケアマネジメントBにおける加算の創設
- ・卒業に関するケアマネジメントの算定要件の緩和

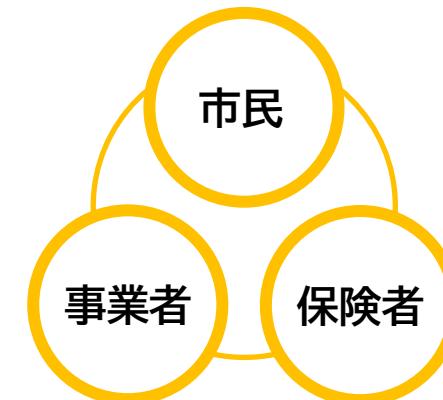
短期集中型サービスの見直し

- ・卒業に関するケアマネジメントを実施した場合のサービス事業者を対象とした加算の創設



目指す姿

市民	その人らしい自立した生活の実現
事業者	自立支援に取り組みやすい環境で対象者を支援
保険者	介護給付費が削減され介護保険制度の持続可能性を確保



01 現行の取組状況

02 見直しの背景

03 見直しの目的

04 見直しの内容
(介護予防ケアマネジメント)

05 見直しの内容
(短期集中型サービス)

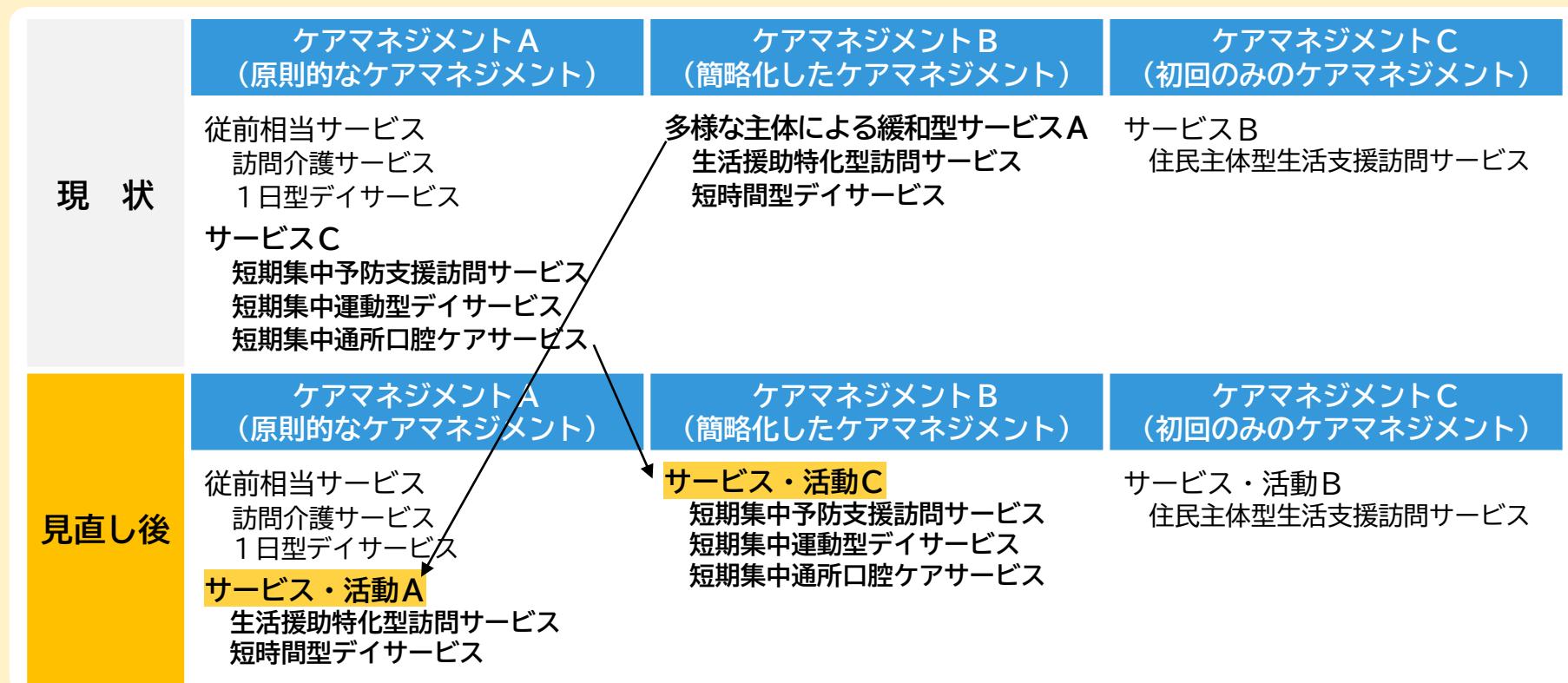
介護予防ケアマネジメントの見直し内容一覧

- ① 介護予防ケアマネジメントの類型の見直し
(短期集中型サービスをケアマネジメントBに設定等)
- ② ケアマネジメントBのプロセスの簡略化
- ③ ケアマネジメントBにおける加算の創設
- ④ 卒業に関するケアマネジメントの算定要件の緩和

サービス・活動Cの短期集中型サービスは、ケアマネジメントBに変更

サービス・活動Aは、ケアマネジメントAに変更

対象：地域包括支援センター等



考え方

サービス・活動C
(短期集中型サービス)

地域包括支援センターの業務負担軽減を図り、対象者を適切にサービスにつなげることが大切との考え方の下、ケアマネジメントBの対象サービスとする。

サービス・活動A

国改正に従い、ケアマネジメントAの対象サービスとする。（「ケアプランと第1号事業費が連動する場合」のサービス・活動Aは、ケアマネジメントAの対象サービスとなる。）

ケアマネジメントBのプロセスを簡略化し、 短期集中型サービスへのつなぎを促進

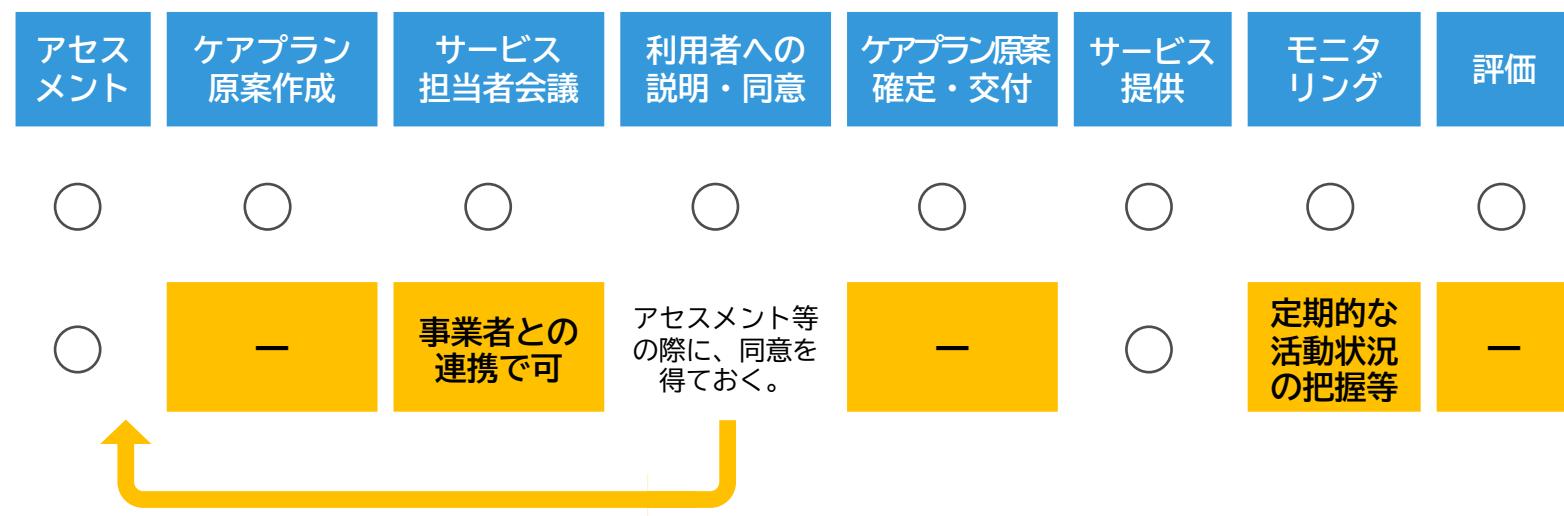
対象：地域包括支援センター等

ケアマネジメントBの簡略化の内容

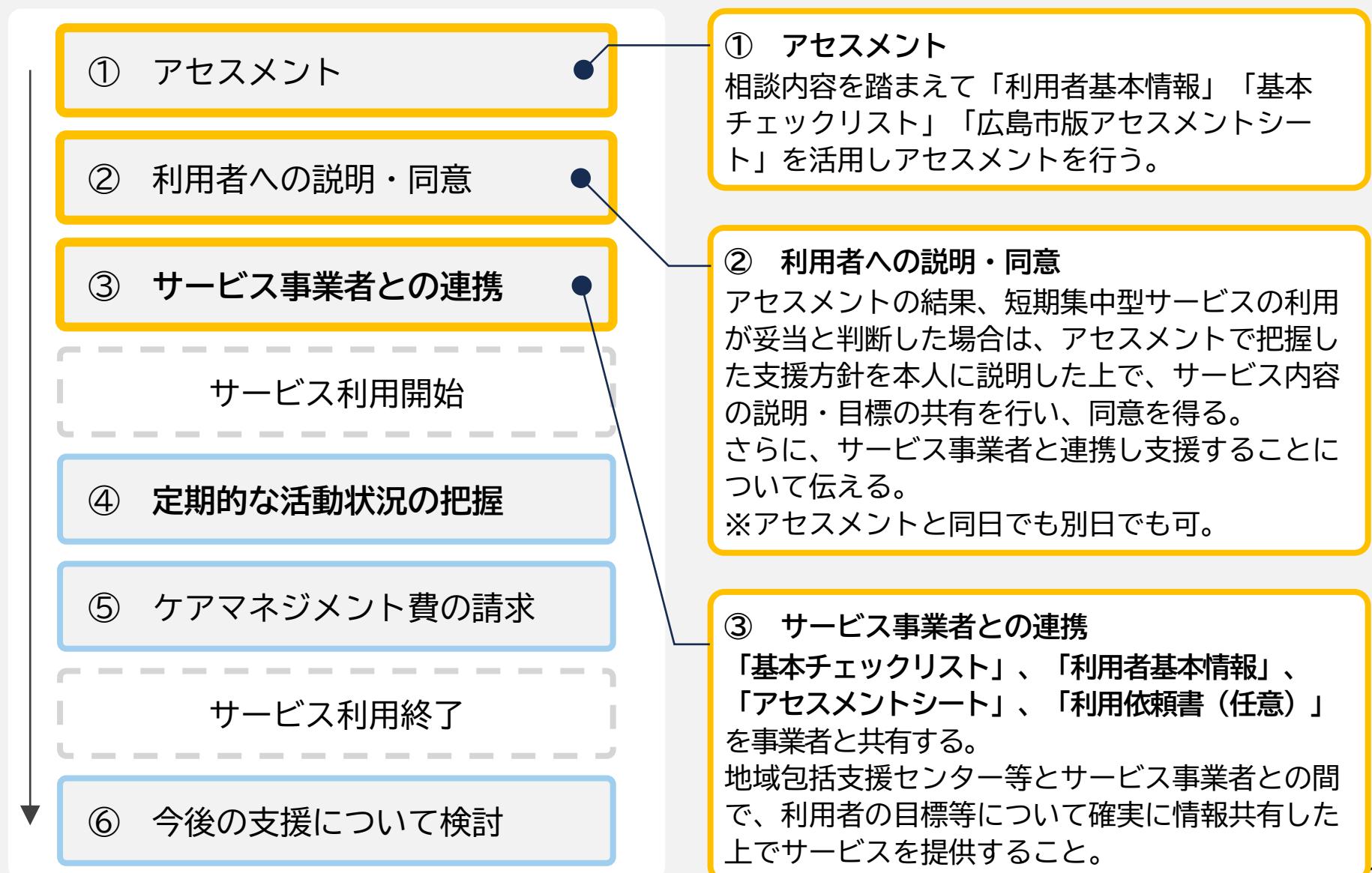
- ・ケアプランの作成を省略
- ・サービス担当者会議を簡略化
- ・モニタリングを簡略化

参考：ケアマネジメントBの対象サービス

- ・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



見直し後の具体的な業務フロー



見直し後の具体的な業務フロー

① アセスメント

② 利用者への説明・同意

③ サービス事業者との連携

サービス利用開始

④ 定期的な活動状況の把握

⑤ ケアマネジメント費の請求

サービス利用終了

⑥ 今後の支援について検討

④ 定期的な活動状況の把握

少なくとも毎月1回、以下のいずれかを実施することにより活動状況を把握し、支援経過記録に記入する。

- ・サービス事業者からの報告書の確認
- ・サービス事業者からの聞き取り
- ・利用者からの聞き取り

※利用者の状況変化等があった際は、サービス事業者から地域包括支援センター等に連絡する。

⑥ 今後の支援について検討

今後の支援について、サービス事業者と連携し、利用者と面談の上、検討する。

利用者のできることを見極め、適切な支援を検討すること。

サービス終了後も利用者が社会参加できるよう働きかけを行う。

※評価表の作成は不要。

利用者の目標等はアセスメントシートにまとめ、 関係者が同じ内容を把握できるようにする

特に大切な項目

★生活機能の低下を起こしている背景・要因、 ★本人の思いや希望、 ★家族の思い、希望や意向、 ★支援方針

★生活機能の低下を起こしている背景・要因(箇条書き)	
【個人因子】	【環境因子】
★本人の思いや希望	
① ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか	
<input type="checkbox"/> はい	↗
② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか	
<input type="checkbox"/> いいえ	
★支援方針（優先度の高い順に箇条書き）	

地域包括支援センター等

利用者の目標等を正しく把握し、サービス事業者が理解できるようにアセスメントシートに落とし込む。

サービス事業者

アセスメントシートから利用者の目標等を正しく把握し、短期集中型サービスにおける個別プランに反映する。

★生活機能の低下を起こしている背景・要因には、 「できること」・「強み」も記載する

★生活機能の低下を起こしている背景・要因(箇条書き)	
<p>【個人因子】</p> <p>※健康状態、生活機能（心身機能・構造、活動、参加）、生活歴など個人的な要因を記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・膝痛はあるが、病院にはタクシーで行くことができる。 ・膝痛はあるが、椅子を使用し簡単な調理や洗濯など家事を工夫しながらできる。 ・高血圧・高脂血症があり、悪化予防のため、栄養バランスの良い食事や塩分控えめを心がけている。 ・性格は明るく、家族・近所との関係は良好である。 ・膝痛により、5分以上続けて歩くことができない。 ・基本チェックリストでうつの項目に該当があり、膝痛からが外出や家事に対する不安が大きい。 ・基本チェックリストで口腔機能の項目に該当があり、歯科受診をしていない。 	<p>【環境因子】</p> <p>※家族、経済状況、住まい、住居環境、社会資源など本人を取り巻くあらゆる状況など環境的な因子を記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅から450m先の集会所で、地域介護予防拠点（いきいき百歳体操などを実施している場所）をしている。 ・家族関係が良好であり、何かあった時に支援を得ることができる。 ・玄関の20cmの上り框がある。 ・浴槽が深い。 ・カラオケ喫茶店と公民館までは600m、集会所までは450mある。 ・団地であり、急な坂がある。 ・自宅から500m先にバス停がある。 ・夫は80歳で運転免許返納した。

地域包括支援センター等

収集した情報から、生活機能の低下を起こしている背景・要因について、【個人因子】と【環境因子】に分けて分析する。
「できること・強み」も併せて記載することで、本人の意欲を高めることにもつながる。

サービス事業者

生活機能の低下を起こしている背景・要因を把握した上で、個別プランを作成する。
「できること・強み」にも着目し、今ある能力を活かした支援を行うことで、本人の自立度や意欲の向上につなげる。

★本人の思いや希望を踏まえ、可能な限り卒業（自立した生活）を見据えた目標設定につなげる

★本人の思いや希望	★家族の思い、希望や意向
<p>① ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい</p> <p>リハビリだと思って家事を続ける。 夫、長女にすべて任せないようにできるだけ自分でするように心がけている。 高血圧、高脂血症が悪化しないようにバランスのよい食事管理を心がけてい るつもり。 膝の負担も軽減するために、痩せないといけないと思う気持ちはある。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>	<p>夫：今まで妻に任せっきり だったが手伝えることは少な いが、できる家事はしたい。 温泉旅行に行きたい。</p>
<p>② 今後、生活機能が改善したら、どんな生活を送りたいですか</p> <ul style="list-style-type: none"> 約半年程度カラオケ喫茶店に行ってないため、膝が良くなったらまた通って歌謡曲を歌いたい。 公民館の洋裁教室やサロンにも行きたい。 オシャレして家族と温泉旅行に行きたい。 	<p>長女：膝が良くなって、カラ オケ喫茶店にまた行ってほし い。 歌がうまいからまたカラオケ 喫茶店で披露してほしい。</p>

地域包括支援センター等

本人の意向に加え、家族がどのように思っているのか、希望や意
向を確認しながら、本人の意欲を高める働きかけをする。
自立に向けた本人の意欲を高めるため、生活機能の改善後のイ
メージを伝え、どのような生活を送りたいか確認しながら、可能
な限り卒業を見据えた目標設定につなげる。

サービス事業者

本人の目標を把握し、目標達成に向けた個別
プランを作成し、支援を行う。
卒業を見据えた目標の場合は特に、サービス
開始時から卒業を見据えた働きかけを行う。

★支援方針は、できないことを補完するだけでなく、可能な限り自立した生活ができるような方策を検討した上で記載する

★支援方針（優先度の高い順に箇条書き）

- ① 膝の痛みを軽減するために、定期受診を継続し、運動の継続・体重管理を行う（BMI〇〇、体重〇〇kg以下）。
- ② 高血圧症、高脂血症の悪化予防のために、定期受診を継続し、食事管理を行う。
- ③ 運動の機会を作り、下肢筋力やバランス向上を図り、公民館やカラオケ喫茶店まで歩いて行けるように体力をつける。
- ④ 歯科受診を行い虫歯や歯周病の早期発見・治療し、口の渴きや飲み込み等の口腔機能の改善につなげる。

地域包括支援センター等

生活機能低下を起こしている個人因子、環境因子と本人の希望や思いを踏まえ、支援方針を立てる。（支援方針は優先順位の高いものから記載する。）できないことを補完するだけでなく、可能な限り自立した生活ができるような方策を支援方針に盛り込むことが重要。

支援方針を定めるに当たり、適切な情報収集と要因分析が重要となる。

サービス事業者

短期集中型サービスだけでなく、全体の支援方針を確認した上で、支援方針に沿った働きかけを行う。

ケアマネジメントBは、地域包括支援センターの評価に関わる介護予防
ケアマネジメント担当件数に算入しないことでサービスの利用を促進

算入対象の介護予防ケアマネジメント



考え方

- ・介護予防ケアマネジメント担当件数の上限は、委託事業を十分かつ適切に実施できるように、広島市地域包括支援センター運営協議会の意見等を踏まえ、本市が設定しているものである（委託職員1人当たり月24件）。
- ・現在の短期集中型サービスの利用件数が少ないことや、ケアプランを作成しないケアマネジメントCについては担当件数に算入していないこと等を考慮し、短期集中型サービスの利用促進を図る観点から、ケアマネジメントBは担当件数に算入しないこととする。

他のサービス（住民主体型生活支援訪問サービスを除く）と併用する場合は、簡略化の対象外となるので注意が必要

簡略化したケアマネジメント（ケアマネジメントB）の対象について

従前どおり (介護予防支援・ケアマネジメントA)	簡略化 (ケアマネジメントB)
<ul style="list-style-type: none">・介護予防サービスと併用<ul style="list-style-type: none">・介護予防訪問看護・介護予防通所リハビリテーション・介護予防福祉用具貸与・介護予防小規模多機能型居宅介護・介護予防認知症対応型通所介護 など・サービス・活動事業と併用（住民主体型生活支援訪問サービスを除く）<ul style="list-style-type: none">・訪問介護サービス・生活援助特化型訪問サービス・1日型デイサービス・短時間型デイサービス	<ul style="list-style-type: none">・短期集中型サービスのみを利用・住民主体型生活支援訪問サービスと併用

ケアマネジメントBにおける加算を創設し、

短期集中型サービスへのつなぎを促進

対象：地域包括支援センター等

名称

短期集中予防支援加算

算定要件

ケアマネジメントBを実施し対象者が短期集中型サービスを利用した場合に初月のみ算定

単位数

300単位

加算創設の考え方

短期集中型サービスの利用が低調な理由として、短期集中型サービスが他の総合事業のサービスと比べ短期間の利用であるにも関わらず、1件の利用調整に係る報酬が同額に留まることが、積極的な利用の妨げになっていると考えられる。このため、短期集中型サービスの利用調整に係る報酬として、新たな加算を創設する。

留意事項

- 介護予防支援、ケアマネジメントAにより短期集中型サービスの利用に至った場合（住民主体型生活支援訪問サービス以外のサービスと併用して利用した場合）は算定不可（介護予防支援、ケアマネジメントAには市町独自の加算設定はできない）
- 初回加算、委託連携加算との同時請求は可能

卒業に関するケアマネジメントの算定要件を緩和し、卒業に向けて取り組む意欲の喚起を後押し

対象：地域包括支援センター等

現在の算定要件

介護予防支援又はケアマネジメントA若しくはケアマネジメントBを実施し、生活機能等が改善したことにより、全ての介護予防サービス（居宅療養管理指導及び特定福祉用具購入費支給を除く。）及び地域密着型介護予防サービス並びに介護予防・生活支援サービスの利用を終了した居宅要支援被保険者等が、一般介護予防事業への参加やその他の自主的な介護予防の取組に移行し、主体的に継続するためのケアマネジメントを行うこと。

ただし、当該取組が3か月以上継続している場合に限るものとし、また、過去1年以内に当該介護予防ケアマネジメントを行った利用者に対して実施することはできない。

変更内容

取組の継続期間を「3か月以上」から、「1か月以上」に緩和する。

算定要件緩和の考え方

「卒業に関するケアマネジメント」の利用が低調な理由として、算定要件が必要以上に厳格であることが考えられる。まずは、卒業に向けて取り組む意欲の喚起を後押しするため、算定要件を緩和する。

自主的な介護予防の取組について

介護予防ケアマネジメントの目標に即した取組であり、以下の全ての項目に該当する場合をいう。

- ① 認知機能や運動機能の維持改善に資する取組であること
- ② 他者（家族以外の人）と交流があること
- ③ おおむね週1回以上取り組んでいること

※これまで、仕事やボランティア活動については、関係者以外との月1回以上の交流が含まれる活動に限っていたが、令和8年4月以降は、仕事やボランティア活動の関係者であっても①～③の全てに該当する場合は「自主的な介護予防の取組」として取り扱う。

見直し後の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	卒業に関する ケアマネジメント
対象サービス	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護サービス 1日型デイサービス 生活援助特化型訪問サービス 短時間型デイサービス 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 住民主体型生活支援訪問サービス 一般介護予防事業（※1） 	
実施内容	<p>アセスメントを行い、ケアプランを作成 併せて対象サービスの利用調整を実施</p> <p>1か月に1回モニタリング (面接は3か月に1回)</p>	<p>アセスメントを行い、対象サービスの利用調整を実施</p> <p>サービス担当者会議及びモニタリングは簡略化して実施</p>	<p>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、サービス実施団体が地域包括支援センターに連絡</p>	<p>介護保険サービスの利用を終了した者に対して、一般介護予防事業への参加やその他の自主的な介護予防の取組に移行し、主体的に継続するためのケアマネジメントを実施</p> <p>※取組が1か月以上継続している場合のみ</p>
委託料	<p>月442単位 (4,729円)</p> <p>・初回加算300単位 (3,210円) ・委託連携加算300単位 (3,210円)</p>	<p>短期集中予防支援加算 300単位 (3,210円)</p>	<p>月742単位 (7,939円)</p>	

※ 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

※1 一般介護予防事業（地域介護予防拠点、高齢者地域交流サロン、認知症カフェ）については、介護予防ケアマネジメントを経ずに利用することも可能

01 現行の取組状況

02 見直しの背景

03 見直しの目的

04 見直しの内容
(介護予防ケアマネジメント)

05 見直しの内容
(短期集中型サービス)

加算を創設し、自立支援に資する取組を促進

対象：サービス事業者

名称

卒業加算

対象

短期集中型サービス

（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）

算定要件

短期集中型サービスの利用により生活機能等が改善し、地域包括支援センターが利用者に対して卒業に関するケアマネジメントを実施するに至った場合

加算額

7,939円（卒業に関するケアマネジメントと同額）

加算創設の考え方

利用者が介護保険サービスの利用を終了し、一般介護予防事業への参加やその他の自主的な介護予防の取組に移行するためには、地域包括支援センター等からの働きかけだけでなく、サービス事業者からの働きかけも不可欠であることから、地域包括支援センター等と協力した自立支援の取組を促進するため、サービス事業者に対して「卒業に関するケアマネジメント」と同等の加算を創設する。

自立支援にはサービス事業者からの働きかけも重要

自立に向けた視点

- ・利用者の目標達成に向けたサービス実施
- ・短期集中型サービスの「セルフケアプログラム」を踏まえたセルフマネジメント能力向上
- ・地域資源へのつなぎを意識した働きかけ（地域包括支援センター等と協力）

卒業加算の算定イメージ

卒業に関するケアマネジメント

短期集中型サービス利用

介護保険サービス
利用終了

一般介護予防事業への参加

- ・地域介護予防拠点
- ・地域高齢者交流サロン
- ・認知症カフェ

または

自主的な介護予防の取組

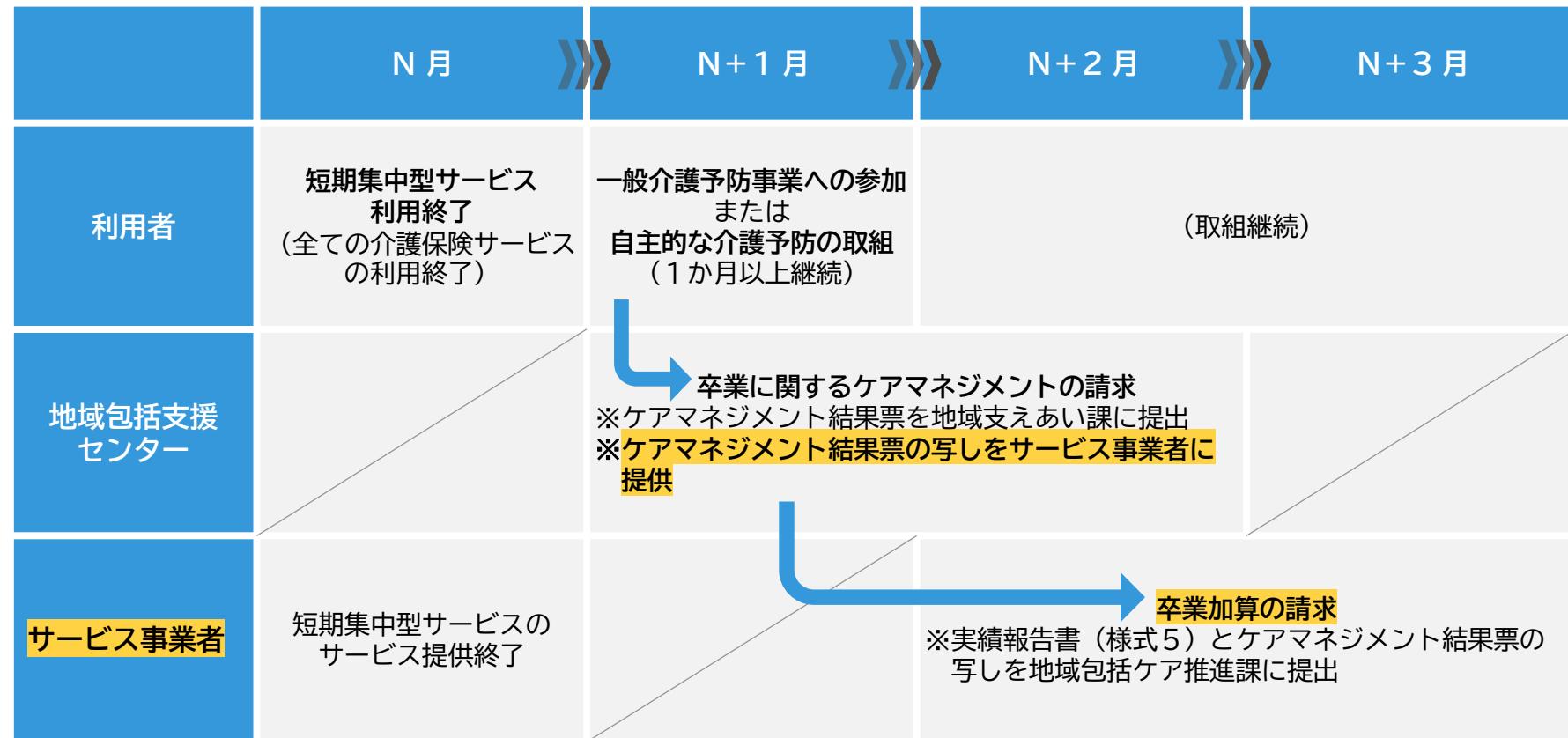
- ①認知機能や運動機能の維持改善に資する取組であること
- ②他者（家族以外の人）と交流があること
- ③おおむね週1回以上取り組んでいること

1か月以上継続



卒業加算請求の流れについて

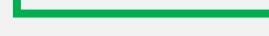
卒業加算請求の流れ



留意事項

卒業加算の対象者は、令和8年4月1日以降に短期集中型サービスの利用を終了した者に限ります。

見直し前後の業務フロー

 地域包括支援センター等
 サービス事業者
 利用者

見直し前

アセスメント

ケアプラン原案作成

サービス担当者会議

利用者への説明・同意

ケアプランの決定・交付

サービス提供開始（初回は事前アセスメントを実施し、2回目までに個別サービス計画の作成）

モニタリング

介護予防支援費・ケアマネジメント費の請求

サービス提供終了（最終回に事後アセスメント・評価を実施）

今後の支援について検討（サービス評価表の作成）

介護保険サービスの利用を終了した後、一般介護予防事業への参加や自主的な介護予防の取組へ移行した場合

卒業に関するケアマネジメントの請求
(取組が3か月以上継続した場合)

見直し後（ケアマネジメントBの場合）

利用者への説明・同意

サービス事業者との連携

定期的な活動状況の把握

ケアマネジメント費の請求（初月は加算あり）

今後の支援について検討

卒業に関するケアマネジメントの請求
(取組が1か月以上継続した場合)

卒業加算の請求

見直しに係るマニュアルは令和8年3月下旬までに案内予定

対象マニュアル

- ・介護予防ケアマネジメント実施マニュアル
- ・短期集中型サービス～地域包括支援センター向け事務マニュアル～
- ・広島市短期集中型サービス実施事務マニュアル
(短期集中予防支援訪問サービス)
- ・広島市短期集中型サービス実施事務マニュアル
(短期集中運動型デイサービス)

御清聴ありがとうございました。

関係者全員が一体となって、自立支援に
資する取組を促進していきましょう