

**通所型介護予防事業（通所C）と  
訪問型介護予防事業（訪問C）  
の同時利用について**

令和3年6月23日

秋田市福祉保健部

長寿福祉課

# 本日の説明内容

- **通所Cと訪問Cの同時利用の流れ**
- **通所Cと訪問Cの同時利用において目指すこと**
- **通所C受託事業者の募集**

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ

※通所Cについて（地域支援事業実施要綱より）

個別的な支援を中心とする短期集中予防サービスであることから、3か月を経過した時点で評価を行い、（中略）サービス終了後も引き続き社会参加に資する取組が維持されるよう配慮すること。

## 1クール目（1～3か月）



## 2クール目（4～6か月）

通所Cの継続が生活行為の改善に効果的であるとされた場合



## 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈対象者〉

- ・ 新規または更新の申請があった事業対象者
- ・ 新規要支援者（更新・区分変更を除く）

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈対象者〉

## 対象者を見直した背景

- 秋田市では、「要支援1」の増加が大きい。
  - 要支援1の主な原因疾患は、関節疾患、骨折・転倒、高齢による衰弱である。
- ※「要介護4、5」の重度者の原因は、脳血管疾患が最多。（生活習慣病が起因している可能性が大きい）

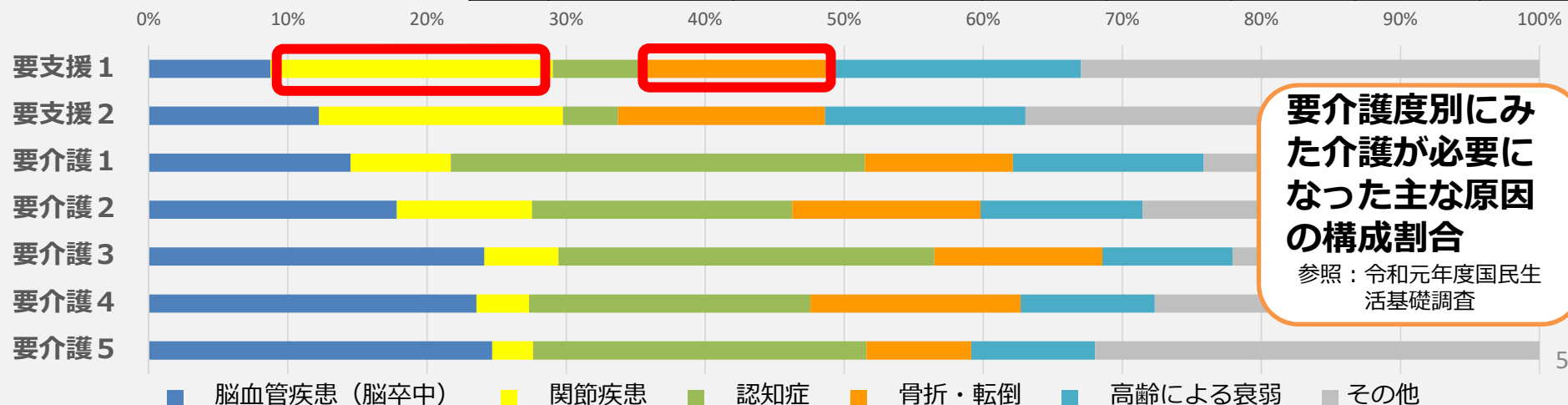


## 介護予防の取組により、ある程度の重度化防止が期待できる

### 認定率

参照：介護保険事業状況報告(暫定)  
秋田市H21.3・R3.3

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
R3	<b>3.1%</b>	2.5%	4.8%	3.4%	3.1%	2.3%	1.5%	20.9%
H21	<b>1.7%</b>	2.2%	4.9%	3.2%	2.8%	2.5%	2.2%	19.6%
差	<b>1.4%</b>	0.3%	-0.1%	0.2%	0.3%	-0.2%	-0.7%	1.3%



# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈対象者〉

## ※通所Cの利用が適切でない状態像

- ・ がん末期
- ・ 進行性の疾患（パーキンソン病、脊髄小脳変性症等）
- ・ 認知症（Ⅱa以上）
- ・ 身体的、精神的に配慮した通所型サービスの利用が必要なかった



ケアプランやサービス担当者会議の記録等を長寿福祉課に提出

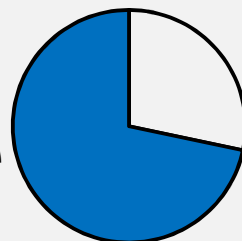
### 【ねらい】

- ・ 通所Cの利用者像を明確にする
- ・ 従前相当サービス利用者の状態像を把握する

#### ※専門職によるサービスを必要とする割合

R2秋田市の指定通所型サービス事業所へのアンケート結果より

必要としない  
71.7%



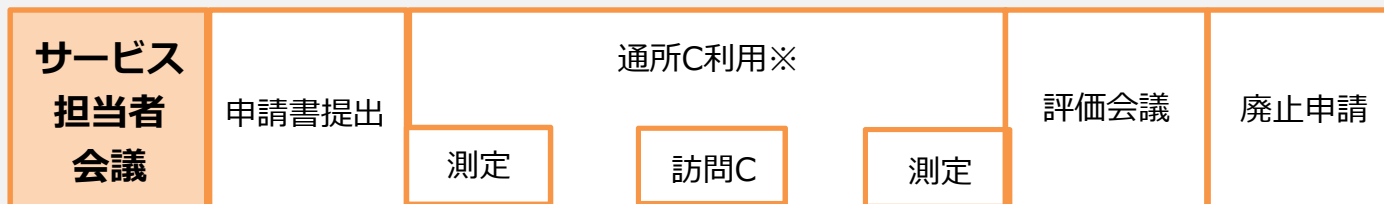
必要とする  
28.3%



従前相当サービス利用者の状態像とは？

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈サービス担当者会議〉

## 1 クール目（1～3か月）



### サービス担当者会議

ケアプラン作成者がサービス担当者会議前に長寿福祉課に提出、連絡するもの  
→ケアプラン、サービス担当者会議の日程

会議の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の心身機能や生活機能、意欲等から導き出されるアセスメント結果を<b>共有</b>する。</li> <li>・ <b>目標や目標達成に向けた取組やゴール後の姿を共有</b>する。</li> </ul>
主催者	ケアプラン作成者
出席者	本人、家族、サービス事業者、長寿福祉課職員等
開催場所	本人の自宅等

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈サービス担当者会議〉

## サービス担当者会議で話し合われた内容をケアプランに落とし込む

介護予防サービス・支援計画書										様式2	
NO. _____											
利用者名 _____ 様		認定年月日 _____		平成 ____年 ____月 ____日		認定の有効期間 ____年 ____月 ____日 ~ ____年 ____月 ____日		初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
計画作成者氏名 _____					委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____						
計画作成(変更)日 ____年 ____月 ____日(初回作成日 ____年 ____月 ____日)					担当地域包括支援センター _____						
目標とする生活											
1日 _____					1年 _____						
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				( )					
健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点				【本未行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針				総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント			
基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。											
	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防					
予防給付または地域支援事業							地域包括支援センター				
							【意見】				
							【確認印】				
							計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。				
							平成 ____年 ____月 ____日 氏名 _____ 印				



# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈通所C利用〉

## 1クール目（1～3か月）



申請書提出：ケアプラン作成者が実施



在宅サービス利用申請書、在宅サービス専用台帳、ケアプランの写し

### 通所C利用

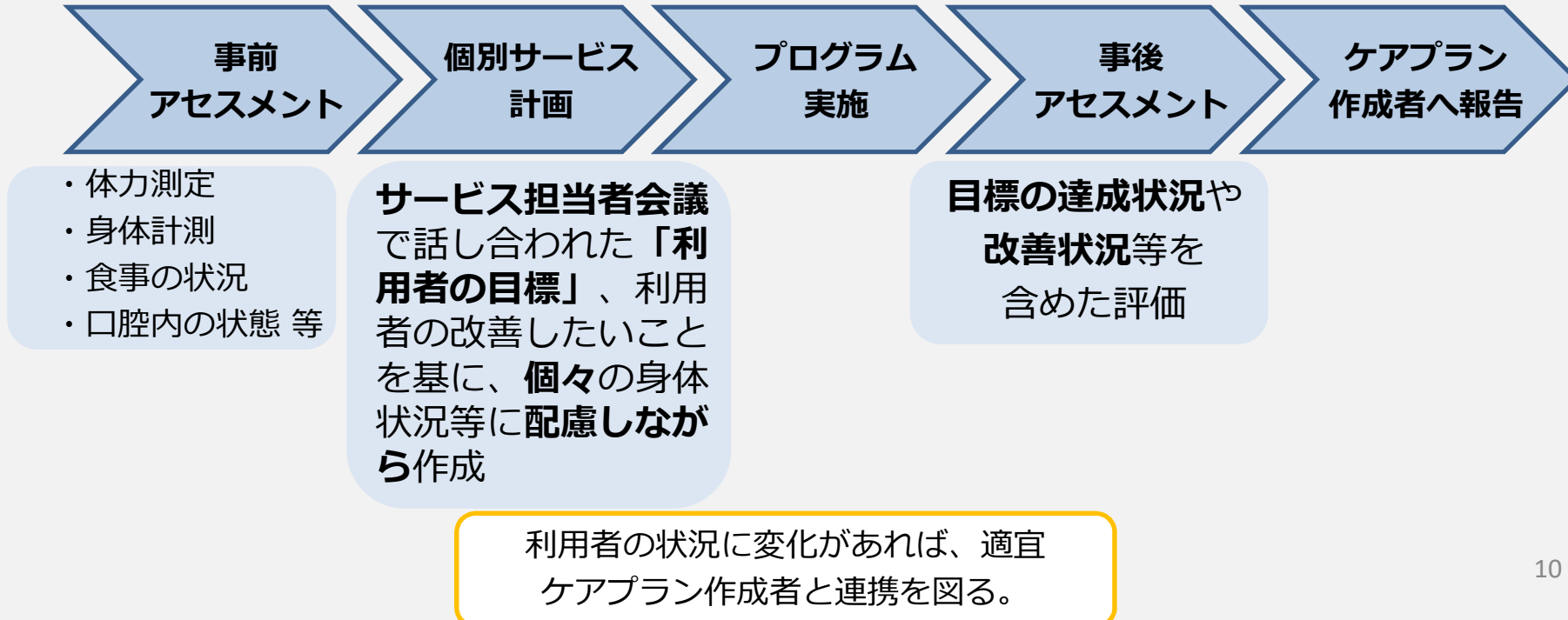
実施期間、時間	1クール：3か月、2時間程度/回
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動器の機能向上プログラム（週1回、全12回）</li> <li>・栄養改善プログラム（月2回、全6回）</li> <li>・口腔機能向上プログラム（月2回、全6回）</li> <li>・複合プログラム（運動器ならびに栄養および口腔）</li> </ul> <p>※プログラムに応じ、従事者の資格が定められている。</p>
指導方式	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集団指導方式 ※開催日を指定すること</li> <li>・個別指導方式 ※本人、包括と相談のうえ、実施日を決定すること</li> </ul>
利用人数	10名程度

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈通所C利用〉

## 1クール目（1～3か月）

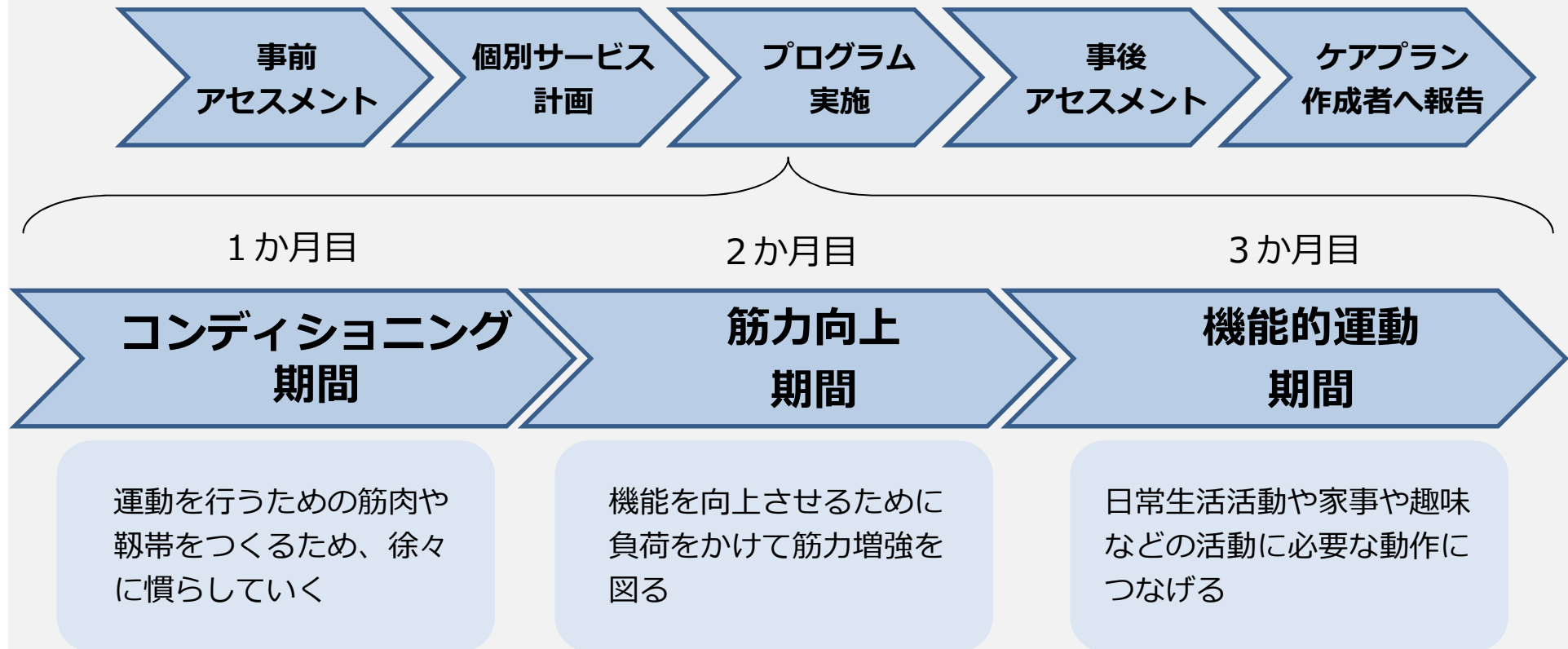


通所C：事業者は「各プログラムに関する基準」に基づき実施する



# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈通所C利用〉

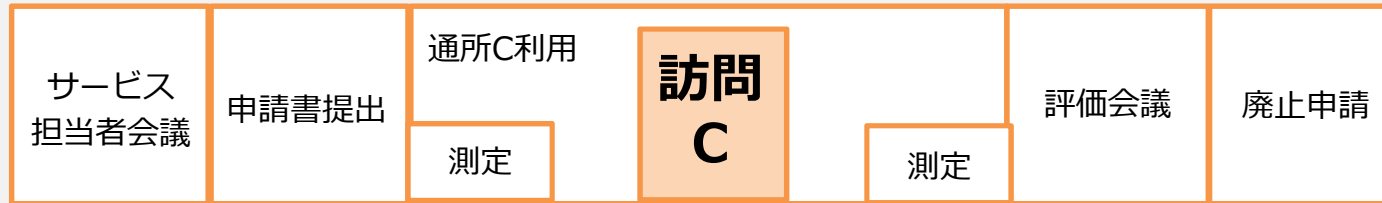
例：運動器の機能向上プログラムに関する通所C



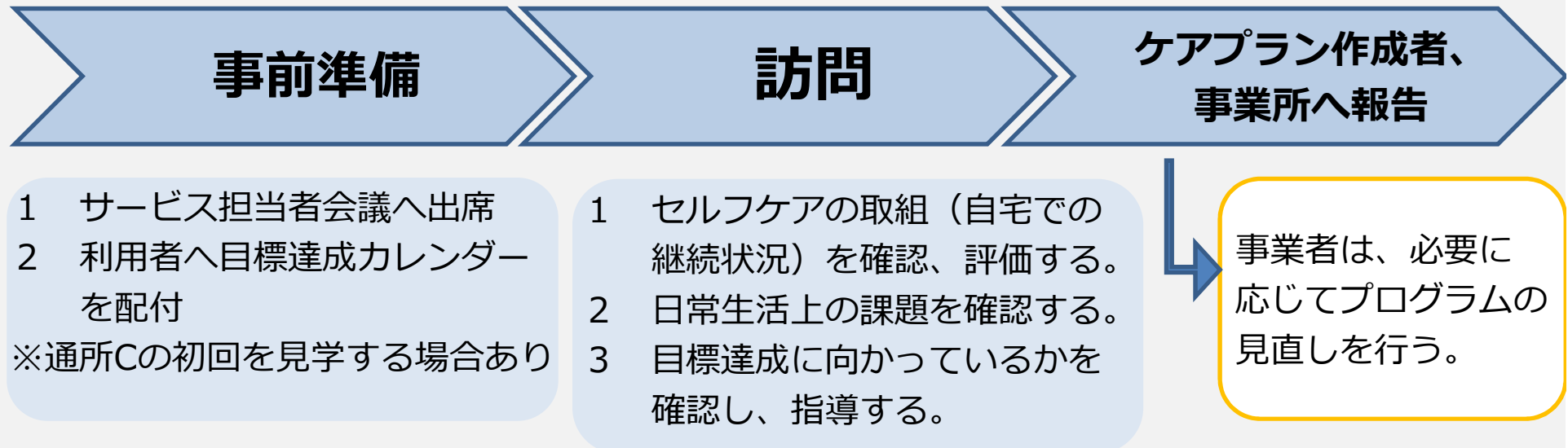
- 【特徴】**
- ・ 個人の目標に沿ったプログラムを提供
  - ・ 自宅でも継続できるように働きかけを実施
  - ・ 3か月の実施で効果の出るプログラムを実施

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈訪問C利用〉

## 1クール目（1～3か月）



**訪問C**：市担当者が実施。（原則1回）




### 【ねらい】

- ・利用者の**生活の場**に訪問し、**セルフケアの取組**を促す。
- ・利用者の**目標達成のため**、**意欲の向上**を促す。


# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈訪問C利用〉

## セルフケアの取組を促すツール：目標達成カレンダー



通所型介護予防事業

### 目標達成カレンダー



期間： 月 日～ 月 日

・ \_\_\_\_\_ で教えてもらった運動メニューを自宅でも  
 ・ わからないこと、聞きたいことなどありましたら、市役所の保健師、看護士 \_\_\_\_\_  
 ください。(☎秋田市役所長寿福祉課在宅サービス担当：888-5668)

目標

いつでも見返せるように、  
目標を記載

自分の頑張りを見返し、介護予防に  
関する行動を習慣化できるように  
自身がカレンダーに記載

これをできるよう  
したい！

### 1週目の記録

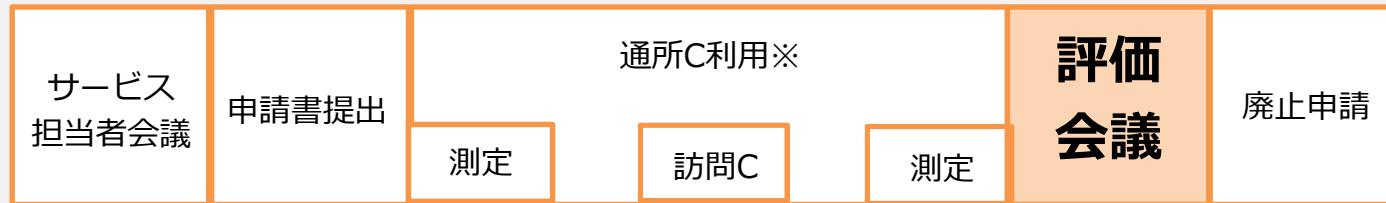
- ・運動などを行ったら、○を書いて記録してみましょう。
- ・今日の一言に書く内容は自由です。毎日書かなくてもかまいません。

(例：今日は晴れていたのて散歩が気持ちよかった。/今日は体調が悪かったので運動はお休みした。)

例	○月○日	○月○日	○月○日	○月○日	○月○日	○月○日	○月○日
運動	○	○	○	×	○	×	○
散歩	○	○	×	×	×	○	○
体調	◎・○・△	◎・○・△	◎・○・△	◎・○・△	◎・○・△	◎・○・△	◎・○・△
今日の一言	今日は整骨院の日 だった。先生から教 えてもらったメニュー を家でもやっという と思う。	天気よかったの で、散歩が気持ちよ かった。	今日は娘がきていた ので体操一緒にし た。楽しかった。	腰が痛かったので運 動と散歩をお休みし た。		友だちの家に遊びに いっておしゃべりをし た。	

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈評価会議〉

## 1 クール目（1～3か月）



### 評価会議（サービス担当者会議と兼ねることも可）

会議の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>目標が達成されたか</b>を確認し、<b>共有</b>する。</li> </ul> <p><b>【達成された場合】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後の生活（セルフケアの継続など）やつなぎ先（通いの場など）を検討し、支援する。</li> </ul> <p><b>【達成されなかった場合】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ その原因を共有し、支援策を検討する。</li> </ul>
主催者	ケアプラン作成者
出席者	サービス事業者、長寿福祉課職員等（必要に応じて本人、家族）
開催場所	本人の自宅等

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈通所C、訪問C利用〉

## 2クール目（4～6か月）



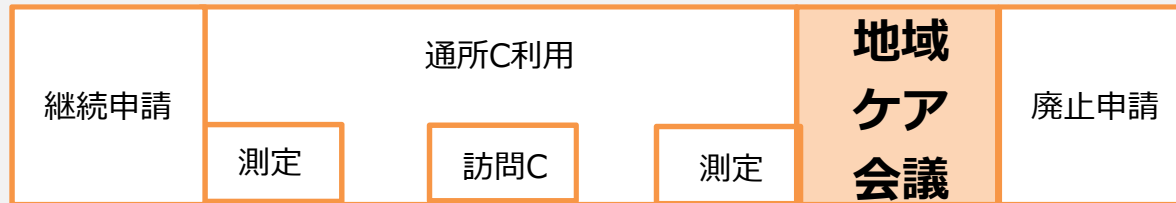
評価会議で話し合われた内容をもとに、通所C、訪問Cを実施する。

### 【2クール目を実施するうえでの注意事項】

- ・ 評価会議で話し合われた目標が**未達成の原因**を踏まえ、「**利用者の目標**」を**達成するために**、個々の身体状況等に配慮しながらプログラムを実施する。
- ・ **自宅でも継続できるように**働きかけを行う。
- ・ 通所Cは2クール利用で終了であることを再認識する。

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈地域ケア会議〉

## 2クール目（4～6か月）



### 地域ケア会議

会議の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目標が達成されたかを確認し、共有する。</li> <li>【達成された場合】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後の生活（セルフケアの継続など）やつなぎ先（通いの場など）を検討し、支援する。</li> </ul> </li> <li>【達成されなかった場合】 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ その原因を共有し、支援策を検討する。</li> <li>・ <b>地域に不足する資源や行政課題など（地域課題）を発見する。</b></li> </ul> </li> </ul>
主催者	地域包括支援センター
出席者	ケアプラン作成者、サービス事業者、長寿福祉課職員等 （必要に応じて本人、家族）
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 開催場所は問わない。</li> <li>・ 自立支援に向けた話し合いが円滑に進むように、任意で「アセスメントシート」を利用する。 ※アセスメントシート：実施マニュアルを参照</li> </ul>

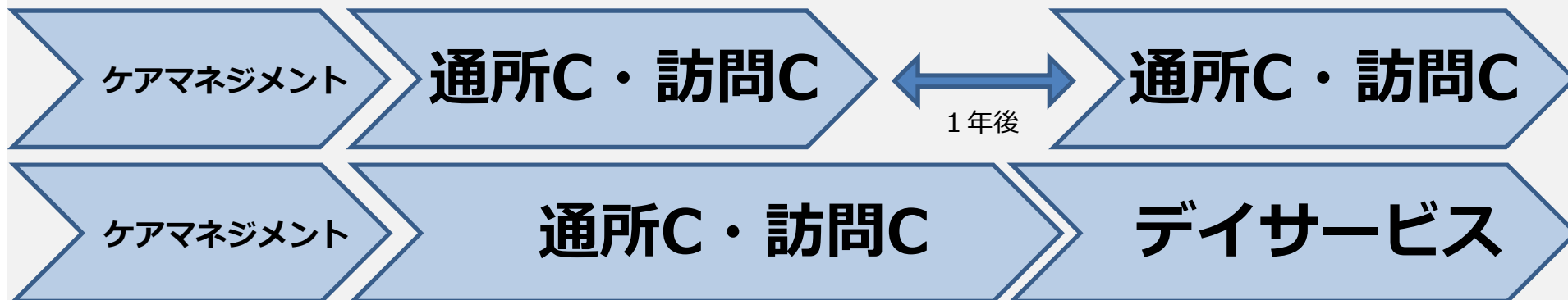


# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈地域ケア会議〉

目指すところ



現実には…



## 【地域ケア会議を活用するねらい】

＝地域ケア会議を活用し、地域の受け皿不足、利用者の意識改革の必要等の課題を共有し、今後の政策形成に生かす。

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈サービスの卒業とは？〉

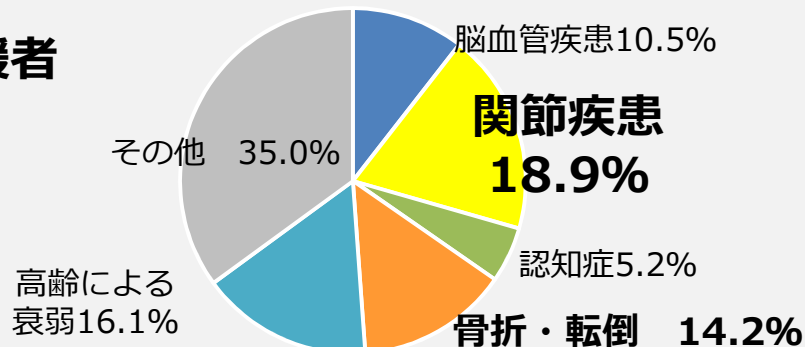
支援を切るということではなく、利用者が自立支援に向かうことができそうだとアセスメントできたところで、卒業を検討する。

<p><b>期間的 自立支援</b></p>	<p>介護サービスの<b>一時的な利用</b>を想定                  (例) 生活機能が、転倒、生活不活発、廃用などにより低下したケース                  →介護保険サービスの一時的な利用により<b>生活機能が向上</b>するよう支援</p>
<p><b>永続的 自立支援</b></p>	<p>介護保険サービスの<b>永続的な利用</b>を想定                  (例) 脳卒中等による身体の部位等の重度な機能不全や、認知症、複数疾患等が原因で生活機能が低下したケース                  →介護保険サービスを永続的に使いながら、可能な限り残存機能を維持・活用できるよう支援</p>

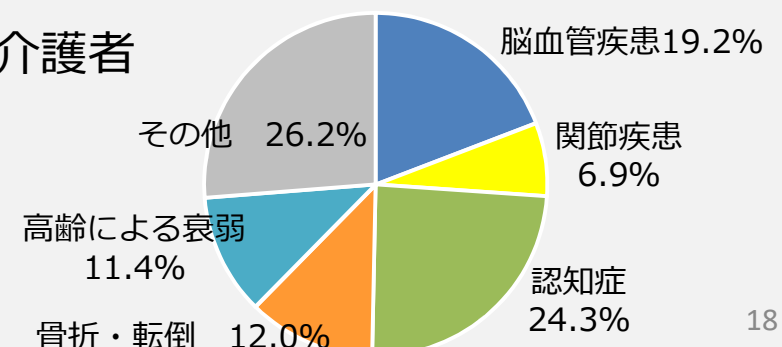
参考：大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議に関する資料

**要介護度別にみた介護が必要になった主な原因の構成割合** 参照：令和元年度国民生活基礎調査

## 要支援者

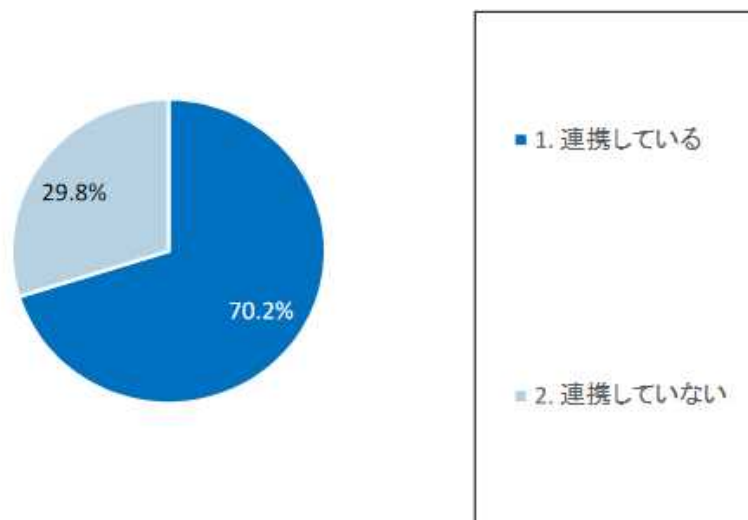


## 要介護者

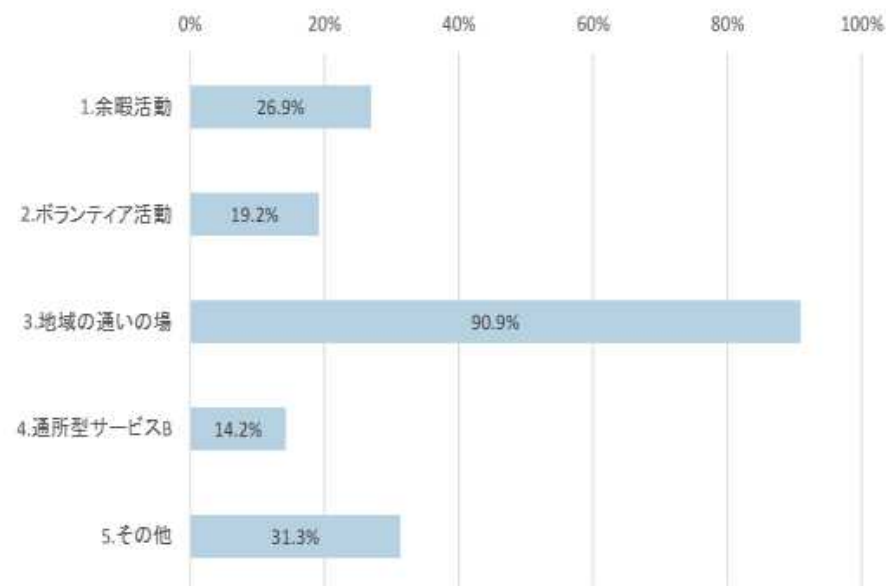


- 短期集中予防サービス(サービスC)は介護予防の考え方にに基づき、短期間の支援後、社会参加に資する取組を継続できるような配慮が求められている。しかし、現状の連携状況としては、約7割にとどまっている。
- さらに、「連携している」と回答する自治体に対し、連携する取組の内容について問うたところ、9割以上が「地域の通いの場」への連携を行っていると回答した。

社会参加に資する取組への連携の有無  
N = 751



連携する社会参加に資する取組の内容  
N = 527



※ 平成30年8月1日現在

(注) 平成30年度老人保健事業推進費等補助金「地域支援事業における介護予防の取組に関する調査研究事業」(株式会社野村総合研究所)を基に作成

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈地域の受け皿〉

## 通所Cを終了した場合

できるようになった生活行為が維持し、セルフケアとして習慣化されるよう、利用者が**主体的かつ効果的に取り組めるような支援（地域の活動の場につなげる等）を行う。**

### ●地域型はつらつくらぶ事業（一般介護予防事業）

- ・ 1 2 か所で実施（コミセン、事業所等）
- ・ 内容：筋力アップ、ヨガ、ストレッチ、茶話会など

### ●いきいきサロン事業（一般介護予防事業）

- ・ 4 か所で実施（老人いこいの家等）
- ・ 内容：ダンスセラピー、ADL体操、作品づくり等

### ●地域の「通いの場」

- ・ 市内各所で開催中
- ・ 内容：場所により異なる

※詳細は「生活支援コーディネーター」に確認してください。

### ●その他：余暇活動、ボランティア活動等

一覧：秋田市HP  
広報ID 1015995


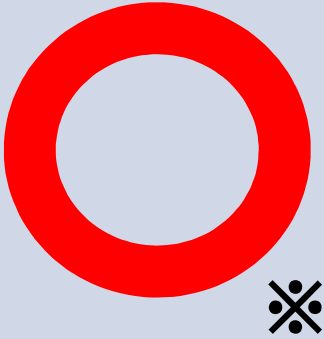
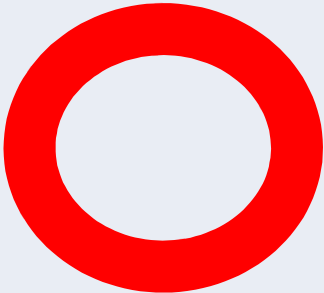
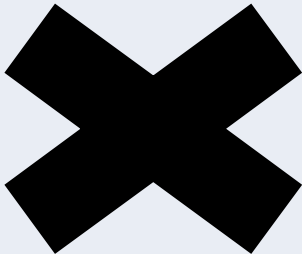


一覧：秋田市HP  
広報ID 1012840



〈参考〉

# 第一号介護予防支援事業は サービス事業に繋がなくても報酬が発生する

	指定介護予防 支援 (予防給付)	第一号介護予 防支援事業 (総合事業)	説明
インフォーマル サービスのみの プラン報酬			ケアマネジメントの結果、一 般介護予防事業や民間事業の みの利用となり、その後のモニ タリング等を行わない場合につ いても、アセスメント等のプロセ スに対して、ケアマネジメント開 始月分のみ、事業によるケア マネジメント費が支払われる。
委託件数による ケアプラン費の 逓減			総合事業における介護予 防ケアマネジメントについて、 報酬の逓減制度を設けて いない。

※ ケアマネジメントC(初回のみ介護予防ケアマネジメント)としての実施が原則

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈まとめ：ポイント〉

<p><b>特徴</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>専門職がサービスを提供する</b>  <small>※医師、歯科医師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、もしくは経験のある介護職員等</small></li> <li>・ <b>利用者自身が自覚をもち、意欲的に取り組めるように支援する</b></li> <li>・ <b>個人の目標等に沿った、個々のプログラムを提供する</b></li> <li>・ <b>サービス終了後の生活を視野に入れながら実施する</b></li> </ul>
<p><b>ポイント</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>利用者が達成可能な目標を設定し、達成感や充実感をもってもらう</b></li> <li>・ <b>利用者へ自立に向けたセルフケアの意識を高めるような働きかけをする</b></li> <li>・ <b>通所Cは慢性的なサービスでないことに留意して利用する。</b>  <small>※介護保険サービスは設定された目標を達成するための一つの手段である。（通所Cに限らず）</small></li> </ul>

# この事業を通じて目指すこと：利用者

## セルフケアの定着

共有した目標に向かい、サービスを利用していないときの過ごし方を考え、自分自身で健康維持や介護予防を行う。  
=利用者自身でできる（セルフケア）範囲を広げる

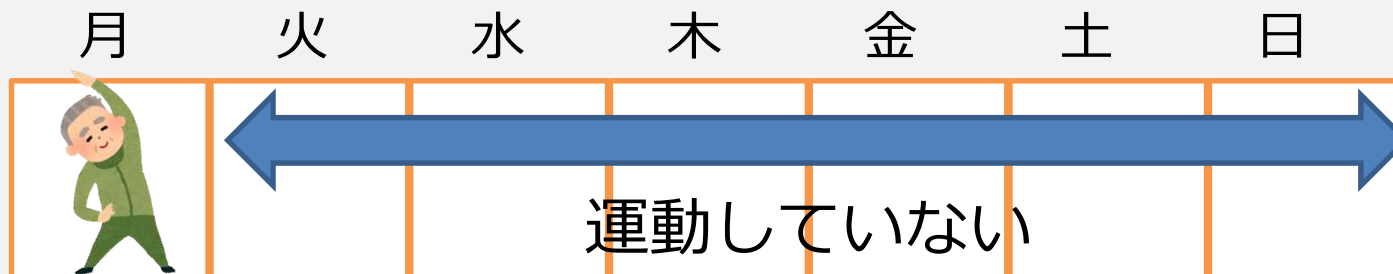
### ※日常生活を送る

=自分のことを自分で行ったり、誰かを気にかけてたりする。

- ・洗濯機や掃除機など、家事分担の軽減に役立つ家電を利用して生活する場合もある。
- ・近所の「支え合い」、自治会などの「活動」を活用して生活する場合もある。

→人間は介護保険サービスよりも多くの「資源」と関わりを持って生活している

→「介護サービスだけで、高齢者の生活全般を支えられるか？」を考えてみる



# この事業を通じて目指すこと：ケアプラン作成者

## ケアマネジメント

※利用者との合意を経て設定した「解決すべき課題」の改善、解決を図るプロセス

### ● 自立支援に向けたアセスメント、モニタリング

- ・ 利用者の「したい・できるようになりたい」生活行為を大切にした目標設定と共有
- ・ 利用者には、目標が達成された後、次の場である「**様々な集いや社会参加の場に通うことが大切**」であることを説明
- ・ サービス導入後の改善の見込みなどの予後予測

### ● 関係者との連携

- ・ 家族、サービス事業所等との間で、利用者の目標、支援の方向性を共有
- ・ 利用者の変化やニーズの変化等を関係者と共有し、必要なプランを見直す



# この事業を通じて目指すこと：ケアプラン作成者

## 【自立支援に向けた支援をするうえで気をつけたいこと】

利用者の困りごとに対して

✖ 単にそれを補うサービスを当てはめる

○ 自身の有する能力を可能な限り活かし、生活の関心を引き出しながら、「できること」への気づきと動機づけとなる働きかけを行うために、家族やサービス事業所等の支援者等からの情報や意見収集して、**予後予測の見立て**を行い、**様々な社会資源（介護サービス含）**を活用して支援をする。

※ケアプラン作成者だけでなく、利用者を含め、関係者が**同じ方向**を見ることも大切

### 【原則、通所Cを活用することのねらい】

= **通所Cを通し、サービス担当者会議、評価会議、地域ケア会議、日ごろの連携**などから、**利用者の目標に向かってどの支援方法が最適なのかを検討し、利用者に対する支援を様々な視点で検討してほしい。**

(通所Cをスクリーニングの場として活用してほしい)

# この事業を通じて目指すこと：サービス事業所

## 利用者の意欲を引き出し、利用者にあったサービスを提供

### ●利用者の意欲を引き出す

- ・利用者 と接する機会が多いため、**利用者の意欲を引き出す**ことが期待されている。

※利用者個々の目標設定 = モチベーションを維持する

### ●利用者 に合ったサービス提供

- ・ **3か月**で効果を出せる**効果的なプログラム**の組立て
- ・利用者 を支援するチームの一員として、**ケアプランに基づき、他のサービスや支援と連動して、利用者 に合ったサービス**を提供

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈通所C受託者について〉

## ●受託事業者数（R3.4.1現在）

8法人 20か所

## ●プログラム別

- |                |      |
|----------------|------|
| ・運動器の機能向上プログラム | 全事業所 |
| ・栄養改善プログラム     | 1事業所 |
| ・口腔機能向上プログラム   | 3事業所 |

## ●地区別（日常生活圏域）

中央：4か所、東：3か所、西：1か所

南：5か所、北：7か所

秋田市HP関連ページ  
広報ID 1015991



利用者が事業を選択しやすくするために受託事業者を増やす必要がある

# 通所Cと訪問Cの同時利用の流れ 〈受託事業者を募集中〉

## 【要件】(抜粋)

過去2年間に市、国（特殊法人等を含む。）もしくは他の地方公共団体と種類および規模をほぼ同じくする契約を複数回にわたって締結し、これらを全て誠実に履行した実績を有する者又は

**New**

※令和3年度の受託先の要件を緩和しています。

秋田市から第一号通所事業もしくは介護予防通所リハビリテーションの事業者指定を受けている者であること。

## 【スケジュール】

募集要項等についての質問受付	令和3年6月11日（金）～令和3年6月25日（金）
募集要項等についての質問回答	令和3年7月2日（金）
応募書類の受付	令和3年7月5日（月）～令和3年7月12日（月）
審査結果の通知および公表	令和3年7月下旬

詳細をお聞きになりたい方は、  
長寿福祉課へお問い合わせください。

秋田市HP関連ページ  
広報ID 1023739



# 第10次秋田市高齢者プラン (第8期秋田市介護保険事業計画) R3~R5

## 【基本目標と重点施策】

### 基本目標6 介護予防・健康づくり施策の充実

自身が持つ意欲や能力を生かし、地域活動への参加や地域における支え手としての役割を担い活躍できるように、高齢者の介護予防・健康づくりに取り組みます。また、医療専門職を含む多様な主体による介護予防サービスの提供体制の充実を図ります。

#### 【重点施策】

- (1)多様な主体による介護予防サービスの提供
- (2)介護予防・健康づくりに関する普及・啓発
- (3)高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### ※国も介護予防を重視している

「高齢者が生きがいを持って生活できる地域の実現を目指す」ことの重要性とそのため「短期集中予防サービスや、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業と連携し進めることが重要」との記載がある。

「介護保健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」より



平成26年法改正までの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

平成26年法改正からの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて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推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。



## 〈参考〉

# 介護保険保険者努力支援交付金・保険者機能強化推進交付金

令和3年度所要額（令和2年度予算額）：400億円（400億円）

400億円の内訳  
 ・保険者機能強化推進交付金：200億円  
 ・介護保険保険者努力支援交付金：200億円（社会保障の充実分）

### 趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための保険者機能強化推進交付金を創設
- 令和2年度においては、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、保険者機能強化推進交付金に加え、介護保険保険者努力支援交付金（社会保障の充実分）を創設し、介護予防・健康づくり等に資する取組を重点的に評価することにより配分基準のメリハリ付けを強化

### 概要

各市町村が行う自立支援・重度化防止の取組及び都道府県が行う市町村に対する取組の支援に対し、それぞれ評価指標の達成状況（評価指標の総合得点）に応じて、交付金を交付する。

- 【主な指標】
- ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
  - ② ケアマネジメントの質の向上
  - ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
  - ④ 介護予防の推進
  - ⑤ 介護給付適正化事業の推進
  - ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

介護予防の取組の更なる強化が  
求められている

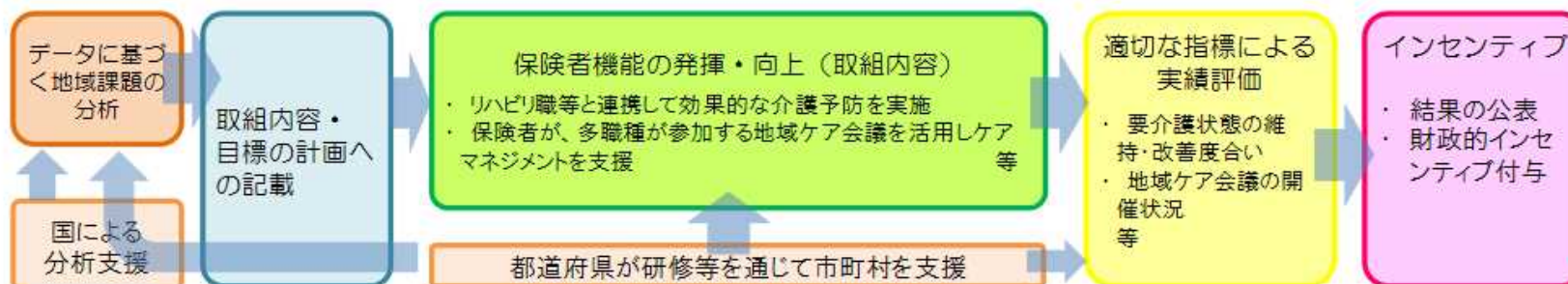
#### <市町村分>

- 1 配分 介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち190億円程度  
保険者機能強化推進交付金200億円のうち190億円程度
- 2 交付対象 市町村（特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。）
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当  
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者は、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要。

#### <都道府県分>

- 1 配分 介護保険保険者努力支援交付金200億円のうち10億円程度  
保険者機能強化推進交付金200億円のうち10億円程度
- 2 交付対象 都道府県
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業（市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等）の事業費に充当。

### <参考>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化

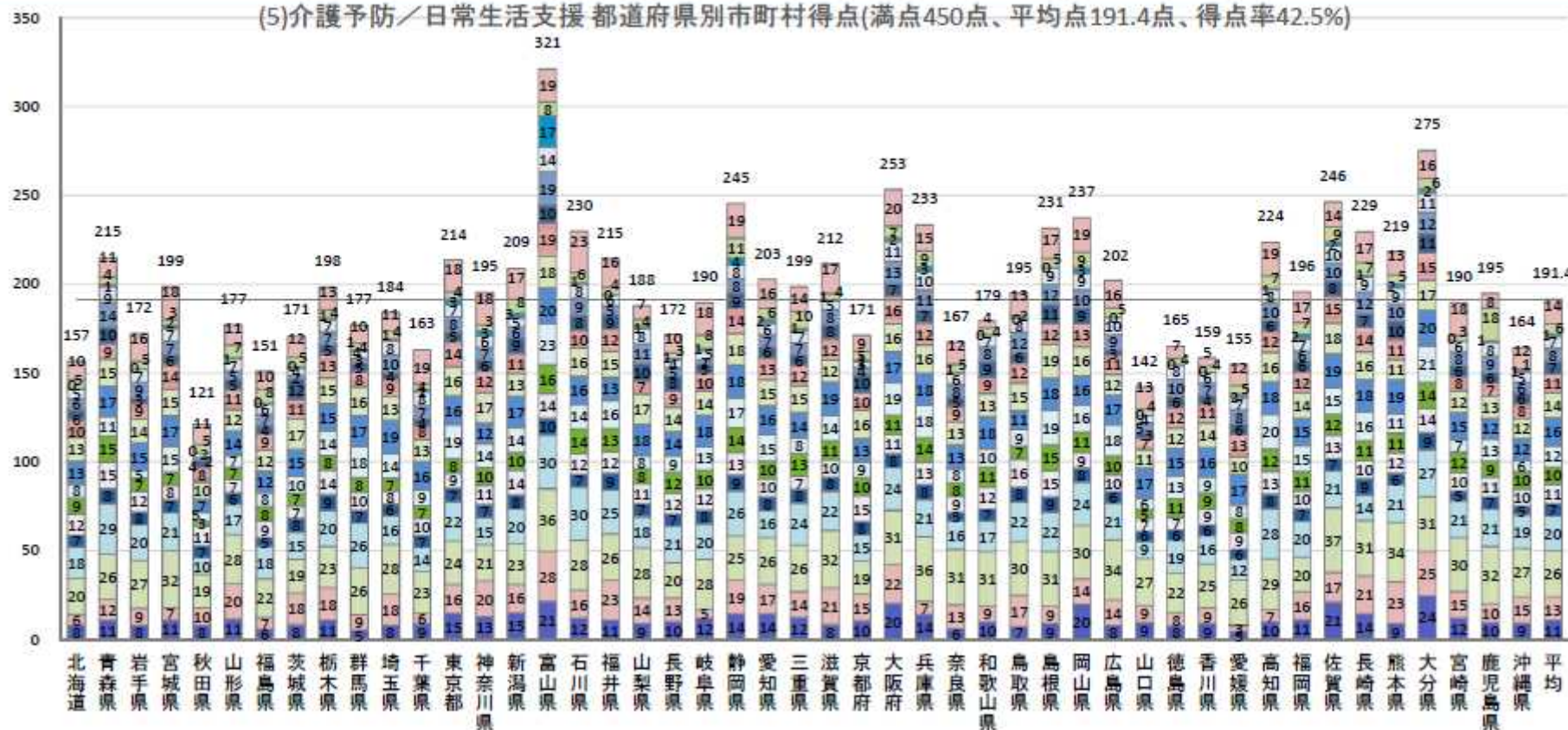




〈参考〉

2021年度（市町村分） II 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進〈推進・支援分〉

(5)介護予防／日常生活支援 都道府県別市町村得点(満点450点、平均点191.4点、得点率42.5%)



自立支援、重度化防止等に資する施策の推進  
(推進・支援分)  
17項目

サービスCを実施し、かつ、サービス終了後に通いの場へつなぐ取組を実施しているか  
(配点：30点)

- サービスCの実施については、当該年度の利用者がいない場合も含む
- サービス終了後に通いの場へつなぐ取組とは、
  - ・ 地域ケア会議等を活用し、通いの場を含むサービス終了後のつながり先を検討する仕組みを構築している場合や
  - ・ サービス終了後に通いの場を紹介する取組等を行っている場合を対象とする。

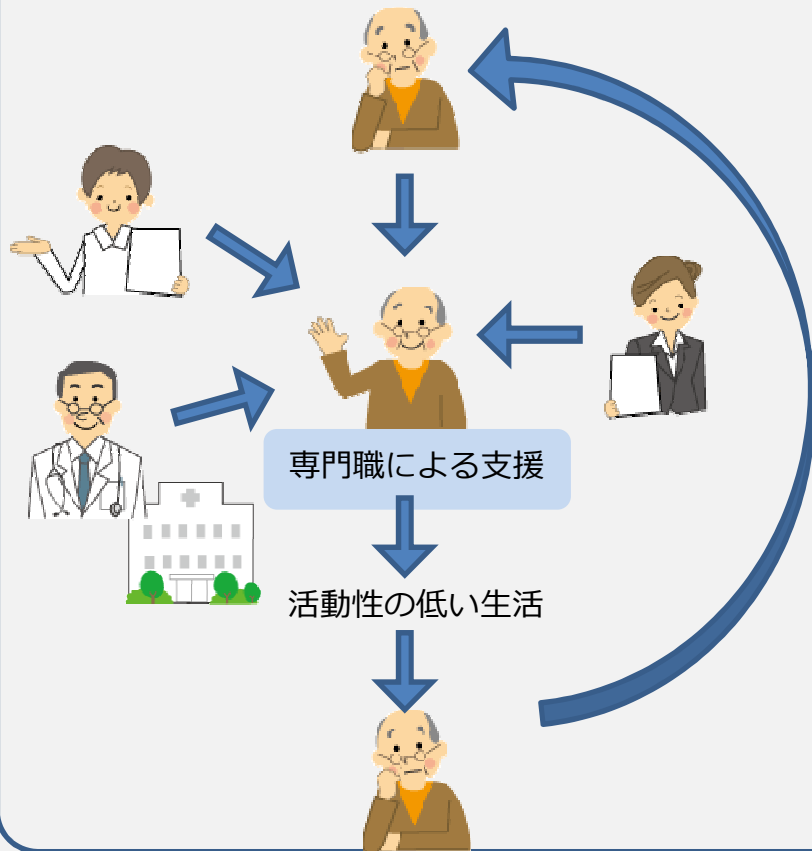


# 目指すイメージ

## これまでの課題

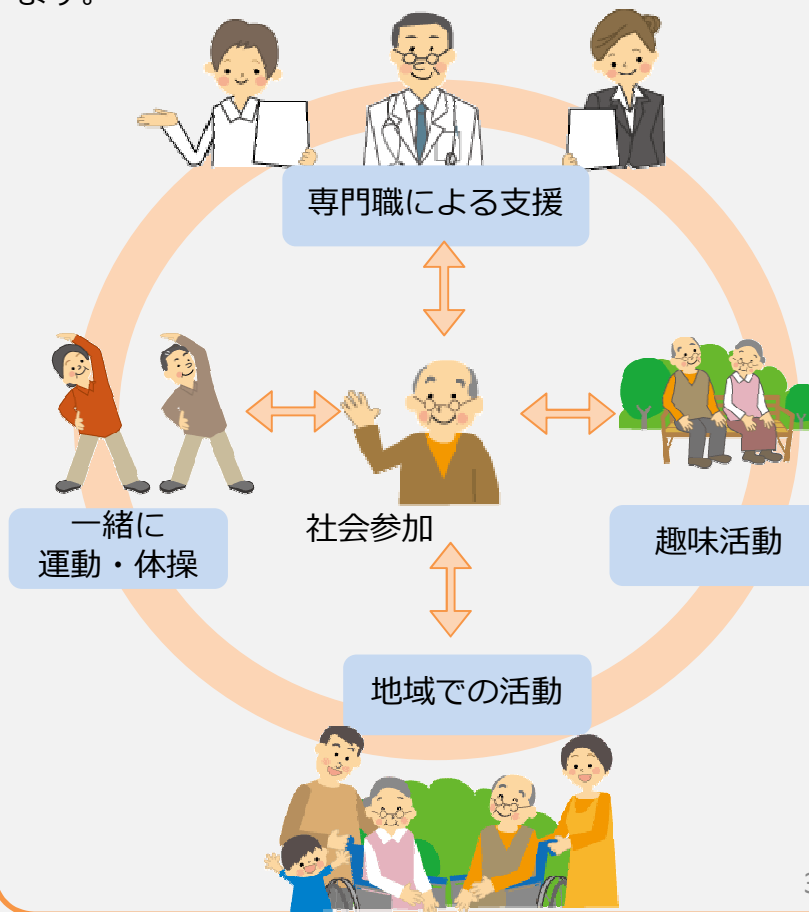
介護予防事業は、専門職による心身機能の向上に焦点があてられたプログラムが中心でした。

プログラムに参加して、効果が見られた場合でも、プログラムが終了してしまうと、再び活動性の低い生活に戻ってしまうことによって、介護予防の効果が継続しないという問題もありました。



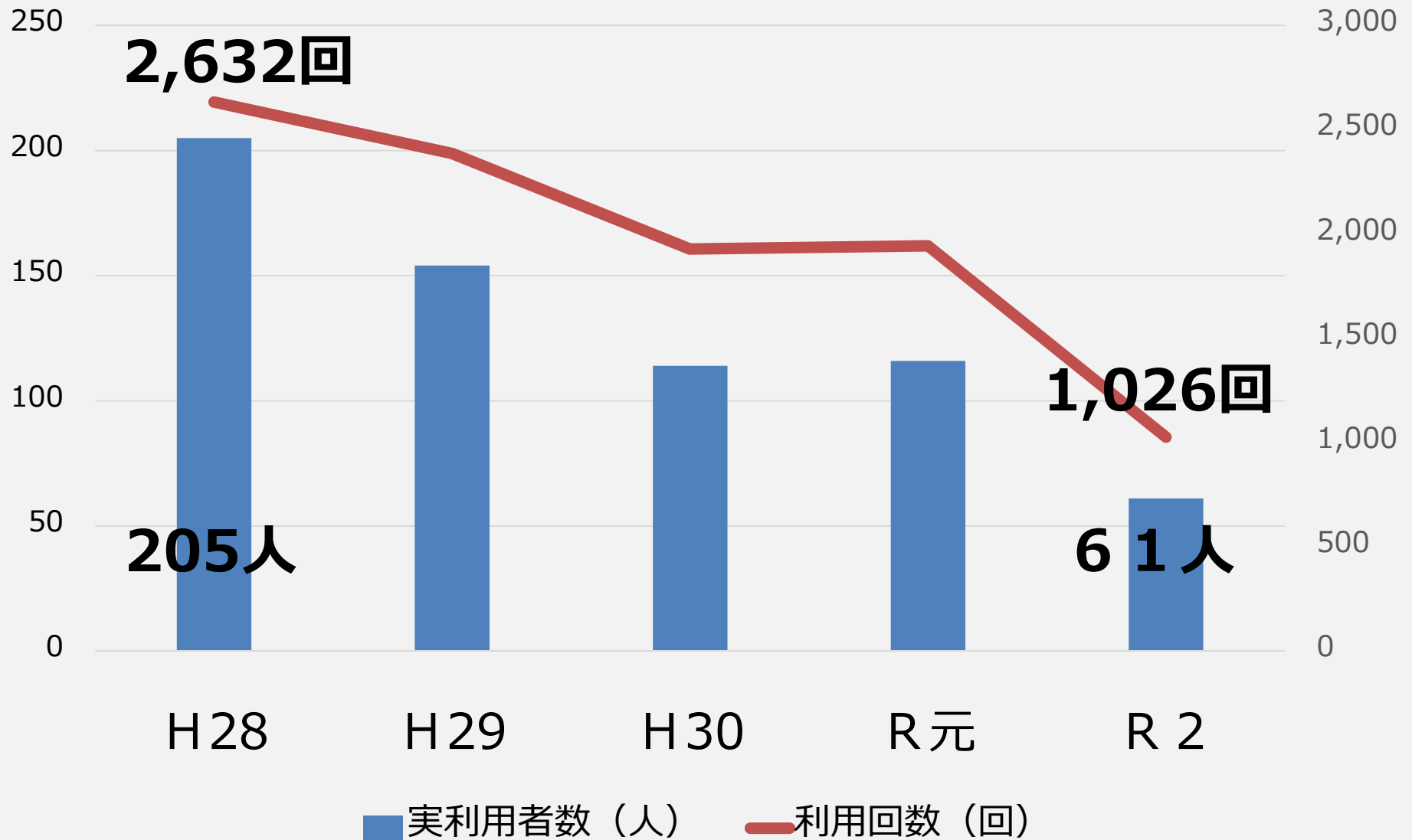
## これからの介護予防

心身機能向上プログラムのみによる介護予防だけでなく「**自分のしたい活動や普通の生活を継続すること**で結果的に介護予防になる」という発想で、積極的な社会参加を促し、専門職は動機づけや活動の側面的な支援を行います。



# 通所型介護予防事業（通所C）の 実績等について

# 通所C利用者、回数の実績



# R3年度 通所Cと訪問Cの同時利用者数

## ●通所Cと訪問Cの同時利用者（R3.6.17現在）

6名

- ・通所C、訪問Cを既に実施している利用者：2名
- ・通所C利用開始。今後、訪問を実施する利用者：4名

## ●通所Cの様子

- ・膝痛がある方には、座って行うように指導
- ・通所C内で実施した運動のほかに、自宅で行う運動を2種類提示
- ・利用者が毎日行っている体操も続けるように指導

# R3年度 通所Cと訪問Cの同時利用者数

## ●訪問Cの様子

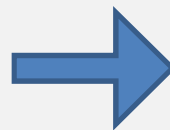
### 【通所C初回終了後の電話かけ】

- ・通所Cで学んだ運動内容の理解度を確認
- ・カレンダーの利用を促す声かけ

### 【訪問時の様子】

- ・カレンダーを活用している様子を確認
- ・運動をするうえで利用者が気をつけることを再確認し、今後の取組を確認

市担当者が来る  
ことに否定的



・訪問時は好意的  
「見られていると思うと  
頑張る意欲が出てくる」

# 最後に

**通所 C、訪問 C の同時利用を通して  
「短期集中」で利用者、関係者が同じ方向を向き、  
介護予防に取り組んでいく**



**自分らしく生きがいをもって輝ける健康長寿社会**

「第10次秋田市高齢者プラン」基本理念より

## 参考資料（順不同）

- ・厚生労働省 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン
- ・国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」
- ・大阪市 「大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議」に関する説明資料
- ・京都市 「介護予防ケアマネジメントの手引」〈資料編〉
- ・清瀬市 「介護予防ケアマネジメント」に関する説明資料
- ・さいたま市 「改訂版ケアマネジメントマニュアルについて」に関する説明資料
- ・東京都 「これからの介護予防と地域ケア個別会議の推進」に関する説明資料
- ・豊島区 「東京都短期集中予防サービス強化支援事業 モデル実施事業説明会」に関する説明資料
- ・広島市 「広島市における自立支援に資する介護予防ケアマネジメント」に関する説明資料