

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発を行い、高齢者の社会参加及び生活支援・介護予防の充実を推進する。

※介護保険法改正により、平成27年度から地域支援事業(包括的支援事業)に位置づけ

(1) 生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)の配置 ⇒多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。コーディネート機能は、以下のA～Cの機能があるが、当面AとBの機能を中心に充実。

(A) 資源開発	(B) ネットワーク構築	(C) ニーズと取組のマッチング
○ 地域に不足するサービスの創出 ○ サービスの担い手の養成 ○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など	○ 関係者間の情報共有 ○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など	○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など

エリアとしては、第1層の市町村区域、第2層の中学校区域があり、平成26年度は第1層、平成29年度までの間に第2層の充実を目指す。

① 第1層 市町村区域で、主に資源開発(不足するサービスや担い手の創出・養成、活動する場の確保)中心

② 第2層 中学校区域で、第1層の機能の下で具体的な活動を展開

※ コーディネート機能には、第3層として、個々の生活支援・介護予防サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能があるが、これは本事業の対象外



(2) 協議体の設置 ⇒多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進

生活支援・介護予防サービスの多様な関係主体の参画例

NPO

民間企業

協同組合

ボランティア

社会福祉法人

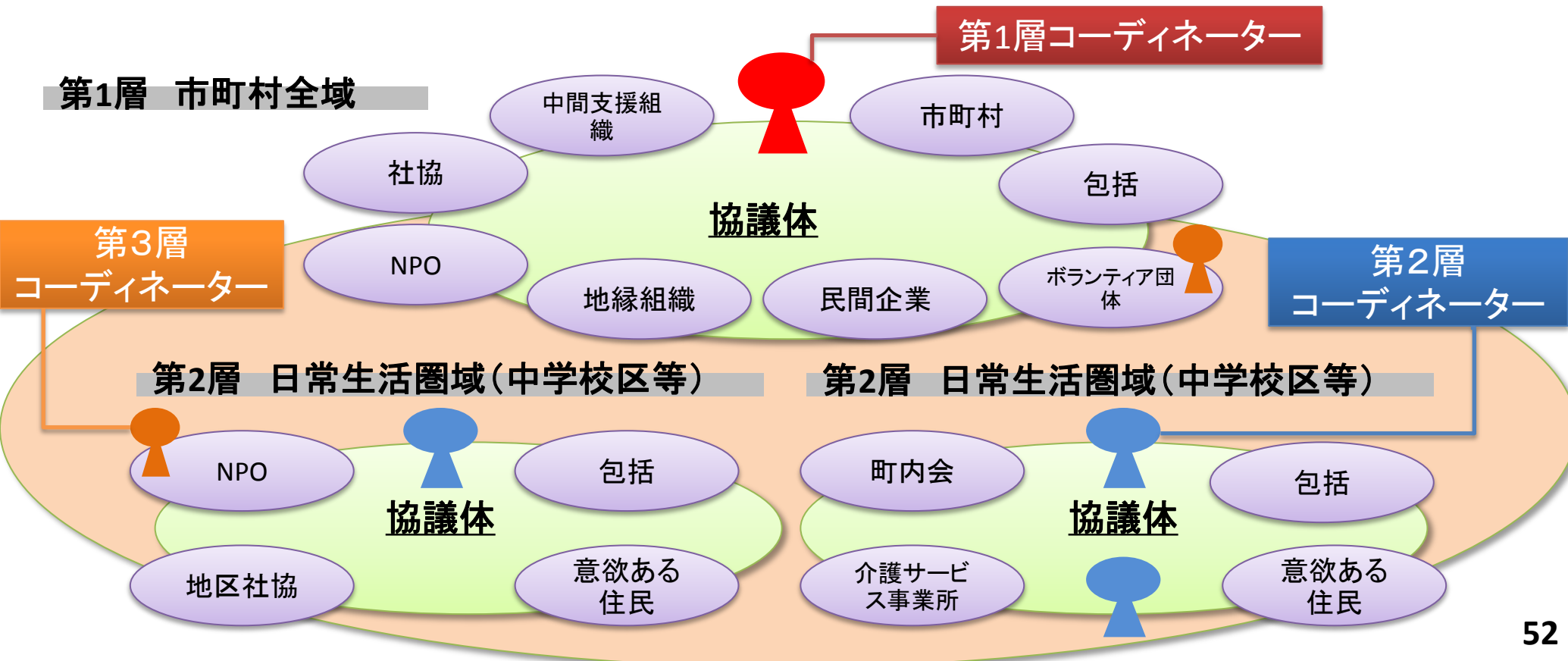
等

※元気な高齢者等を含めた生活支援の担い手に係る養成研修も実施可能

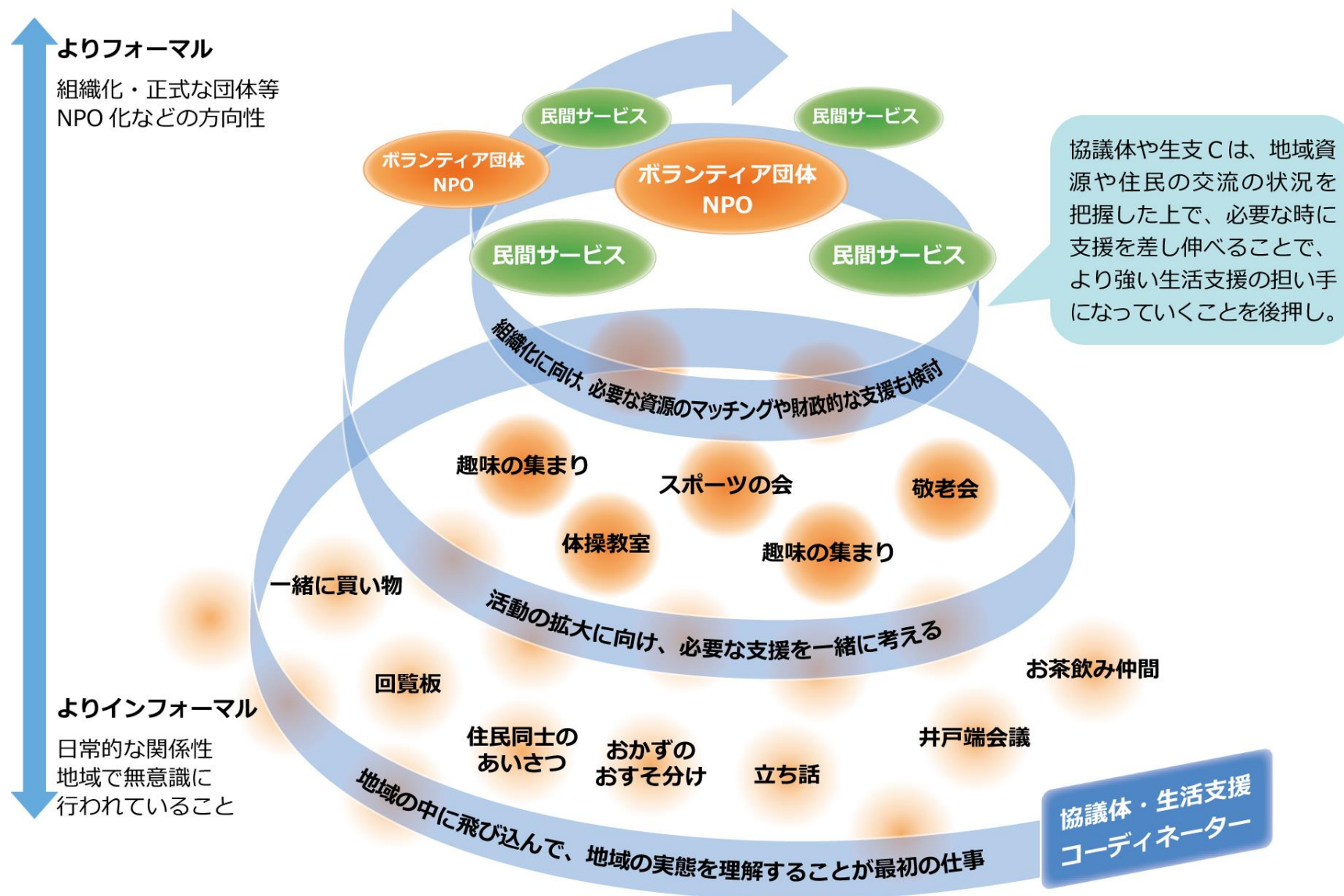
※生活支援コーディネーターの養成は、地域医療介護総合確保基金(介護分)の介護人材確保対策事業において実施可能

コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれるため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される。

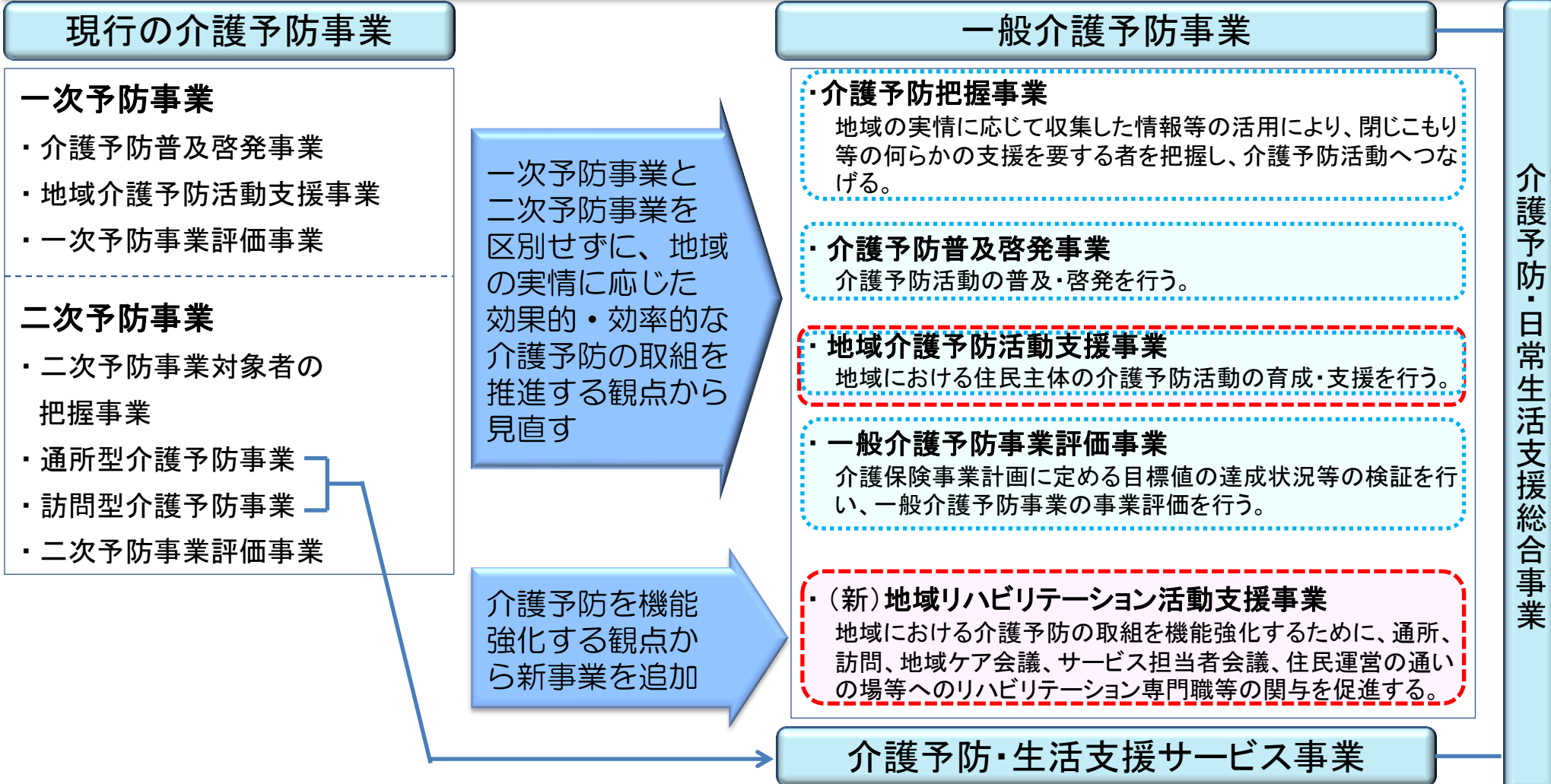


3. 地域で生活支援体制を構築していくために【総合事業における地域づくり②】



【参考】新しい介護予防事業

- 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、地域づくりなどの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できるように介護予防事業を見直す。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、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。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



※従来、二次予防事業で実施していた運動器の機能向上プログラム、口腔機能の向上プログラムなどに相当する介護予防については、介護予防・生活支援サービス事業として介護予防ケアマネジメントに基づき実施

介護予防・日常生活支援総合事業

地域づくりによる介護予防とは

住民運営の通いの場の充実プログラム

<コンセプト>

- ◆市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
- ◆前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- ◆住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
- ◆後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- ◆体操などは週1回以上の実施を原則

(参考) 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き

http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h26/h26_07_tebiki.pdf

I-3 一般介護予防事業

住民主体の介護予防活動とその支援

- 市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
 - 前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者といった幅広い参加を促進(高齢者人口の10%の参加を目標)
 - 住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
- 具体的には、
- 住民主体の通いの場は、原則として週1回以上の開催
 - 後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
 - 出前講座による栄養教室や口腔教室などを組み合わせることにより、住民主体の取組の効果を高める
 - ボランティアの育成・支援等を通じて、地域における互助の関係を促進
 - 総合事業に移行していない市町村においても、原則として二次予防事業を見直し、一次予防事業において住民主体の介護予防活動を優先して実施

(参考)住民主体の介護予防活動に向けた体操の条件

- ①初めての人でも簡単にできる
- ②虚弱な高齢者でも安全にできる
- ③虚弱高齢者から元気高齢者まで誰もが一緒にできる
- ④住民自身が体操の効果を実感できる
- ⑤介護予防の効果が実証されている

スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつリスクが低い傾向がみられる。

JAGES2010/11調査フィールド

Japan Geomorphological Evaluation Study

調査実施の都道府県
 道庁数 約17万人
 自治体数 約11万人
 調査率 約68.3%

大規模調査実施地域

- 札幌市
- 仙台市
- 東京都
- 名古屋市
- 大阪市
- 神戸市
- 福岡市
- 北九州市
- 鹿児島市
- 那覇市

協力保護者 ●
 研究組織 ★

- ★東北大学
- ★国立社会福祉院
- ★人間環境学研究所
- ★神奈川歯科大学
- ★山梨大学
- ★千葉大学
- ★浜松医科大学
- ★日本看護大学
- ★愛媛大学
- ★新潟大学
- ★産業医科大学
- ★筑波女子大学
- ★琉球大学

各自治体、関係機関、大学、研究機関、市民団体等との協力を得て、調査を実施。調査対象は、小学生、中学生、高校生、大学生、社会人、一般民衆、高齢者、障害者、外国人、少数民族、外国人労働者、外国人学生など。

【対象】
JAGES参加25歳以上の高齢者

【変数】
Y軸：高齢者生活満足度（JAGES得点）の平均（JAGES）
X軸：高齢者生活に関心のあるグループへの参加割合

趣味関係のグループへの参加割合

65-74歳の者に限定

小学校区 (n=65)

過去1年間に転居歴1回以上の者の割合(%)

スポーツ組織に週1回以上参加している者の割合(%)

$r = -0.66$

転倒率：
11.8%～33.9%
スポーツ組織参
加率が高い小学
校区では転倒者
の割合が少ない

23市町村141小学校区在住の後期高齢者22,721名

農村部 $r = -0.32, p < 0.01$; 準都市部 $r = -0.39, p < 0.05$; 都市部 $r = -0.33, p = 0.051$

可住地人口密度
農村部: ~ 1000 人/km²
準都市部: ~ 1500 人/km²
都市部: 1500 人 $\sim$ /km²

8種類の地域組織(敬称略)
団体、業界・同業者団体、ボランティアのグループ、老人クラブ、宗教関係の団体、スポーツ関係の団体、町内会・自治会、趣味関係のグループ

いずれかへの参加率

グループ参加率が高い(絆の強い)地域では認知症リスク者率が低い

グループ参加率が高い(絆の強い)地域では認知症リスク率が低い

2. 介護予防のコンセプトの転換：「地域づくり」の中の介護予防

「地域づくり」の中に介護予防を位置付ける方向へ

新しい総合事業における介護予防は、「高齢者本人の参加意欲を基本に、地域生活の中で活動性を継続的に高める取組」を進める方向に舵が切れ、地域における住民主体の自発的な健康づくりを側面的に支援するアプローチへと大きく転換。

地域に介護予防を位置付け継続性を重視

■ 介護予防アプローチの転換

- 新しい総合事業では、「高齢者本人の参加意欲を基本に、地域生活の中で活動性を継続的に高める取組」を進める方向に転換。
- 基本チェックリストで選ばれた対象者に専門職がサービス提供する「個別アプローチ」から、地域住民の自発的な健康づくりを側面的に支援するアプローチへ転換。

■ 生活の活発化で心身機能の維持

- 支援の内容に合わせて、一次予防、二次予防、予防給付と高齢者が動く仕組みから、高齢者の状態にあわせて支援の内容を柔軟に変化させる仕組みへの転換。

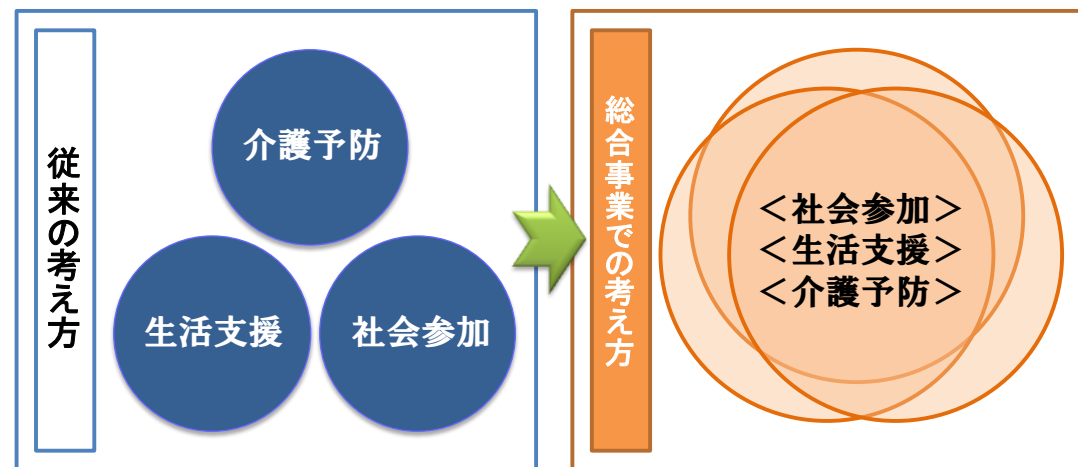
■ 地域の人とのつながりの中で推進することがポイント

- 住民が自ら参加したいと思えるような動機づけにより、地域の仲間と一緒に取り組むような仕掛けづくりがポイント。
- 住民主体の取組は結果的に地域の見守りネットワークとして機能することも期待できる。

介護予防・生活支援・社会参加の融合

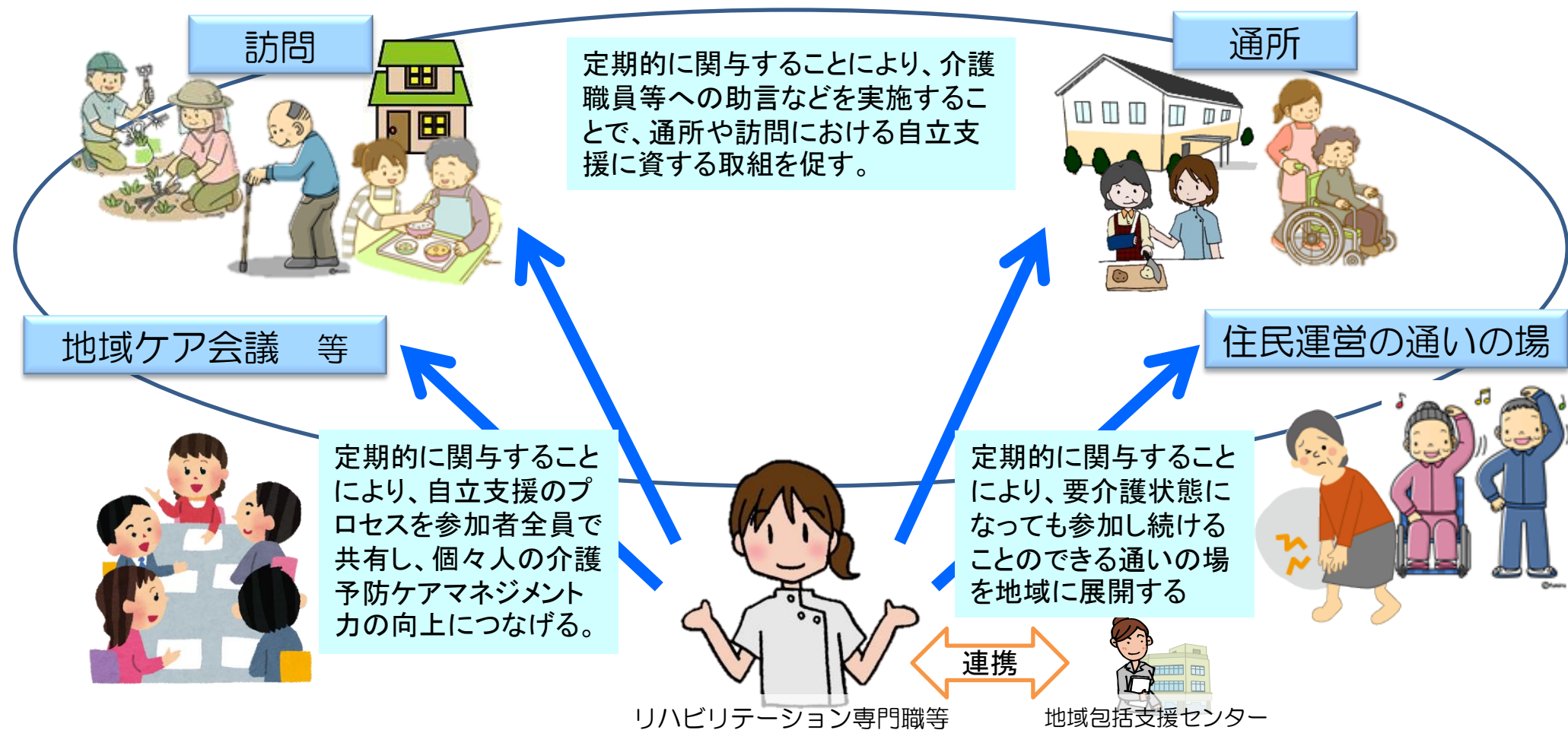
■ 結果的に介護予防になるという考え方

- 介護予防、生活支援、社会参加をこれまで以上に融合させることが重要。
- たとえば、一人暮らし高齢者のごみ出しを、近所の高齢者が手伝う(生活支援)ことによって、地域社会への参加(社会参加)を通じて、手伝っている本人の生活意欲を高め、結果的に「介護予防」になるといった考え方。
- 「支える側・支えられる側」という垣根を可能な限り取り払い、「担い手となること＝結果的に予防になる」という考え方が中心となる。



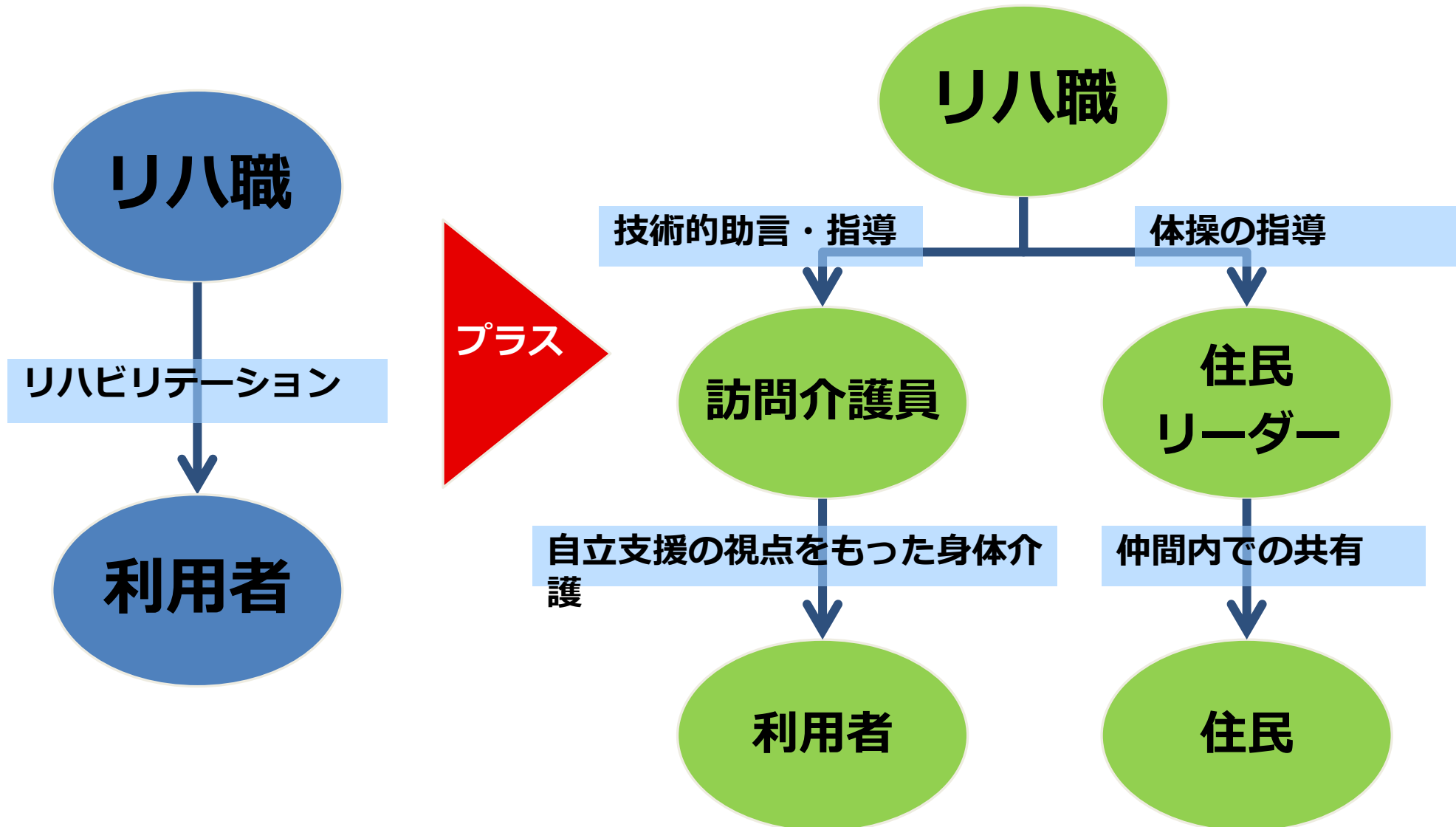
地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



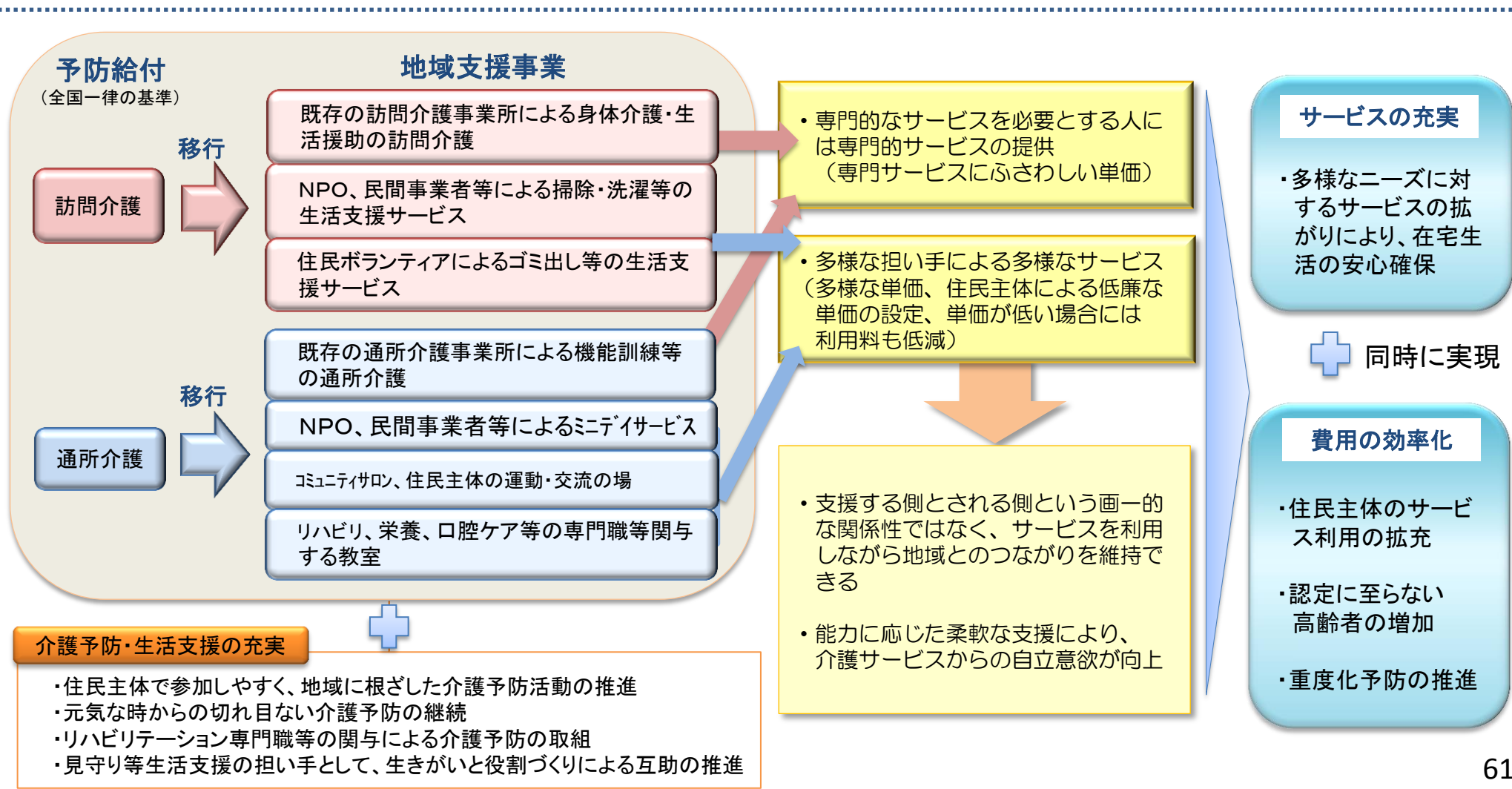
リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

専門職は「一対一」から「一対多」へ (例示)



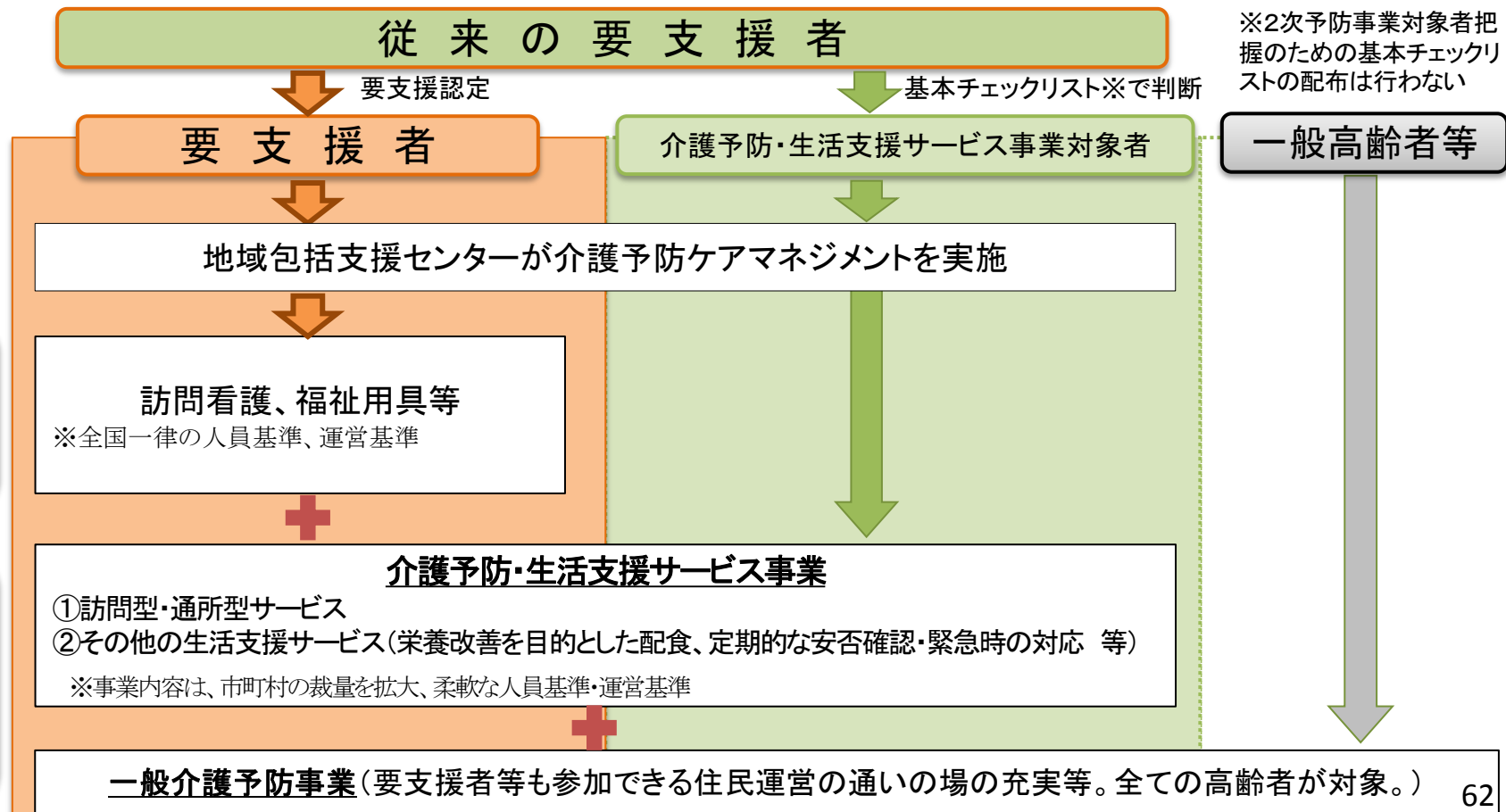
予防給付の見直しと生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 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）のサービス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によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



※2次予防事業対象者把握のための基本チェックリストの配布は行わない

(参考)サービスの類型

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

第2 サービスの種類

問 訪問型サービスにおいて、典型的な例として訪問型サービスA～Dが示されているが、全てを実施しなければならないのか。また、典型例として示されたサービス種別以外のサービスを実施することは可能か。

(答)

- 1 新しい総合事業は、生活支援コーディネーターの配置等を通じて地域の支え合いの体制づくりを推進し、既存の介護サービス事業者によるサービス提供から、高齢者を始め住民が担い手として積極的に参加する支援まで、それぞれの地域の実情に応じてサービスの多様化を図っていき、高齢者のニーズに応じていくことを目的としている。
- 2 ガイドライン案で示したサービスの類型は、多様なサービスを提供していくためには、市町村が地域の実情に応じてサービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要であることから、地域の好事例を踏まえて整理した典型的な例であって、全てを実施する必要はなく、また地域の実情に応じて異なる類型を定めることを妨げるものではない。

- 総合事業の実施体制を「移行条件クリア段階」、「サービス充実段階」、「成熟段階」と分けて考えたとき、「成熟段階」は2025（平成37）年に目指す姿であるから、ゴールは2025（平成37）年で固定。
- そのため、総合事業への移行が遅れる分だけ「成熟段階」に向けた準備期間が圧縮されることになる。
- 「移行条件クリア段階」では、総合事業に係るすべてのサービスを構築しておく必要はなく、総合事業移行のための準備のみを考えたとき、対応すべき事項は限定されてくる。

	訪問型サービス	通所型サービス	その他生活支援サービス	介護予防ケアマネジメント	一般介護予防事業
移行前	○介護予防訪問介護	○介護予防通所介護	○地域支援事業等	○介護予防支援	○二次予防事業 ○一次予防事業
移行条件クリア段階 (例)	○何か1種類 ※介護予防訪問介護 相当サービス(みなし 指定)等	○何か1種類 ※介護予防訪問介護 相当サービス(みなし 指定)等		○介護予防ケアマネジメント (GLでいう介護予防 ケアマネジメントA)	○一般介護予防事業 (介護予防事業の組 み換え)
サービス充実段階 ※多様なサービスの充 実を図っている状態。	○介護予防訪問介護 相当サービス (みなし指定) 〔○緩和した基準によ るサービス【充実 中】(GLでいうA～D 類型)〕	○介護予防訪問介護 相当サービス (みなし指定) 〔○緩和した基準によ るサービス【充実 中】(GLでいうA～C 類型)〕	○その他生活支援 サービス (見守り、配食等)	○介護予防ケアマネジメント (GLでいう介護予防 ケアマネジメントA～C)	○一般介護予防事業 (充実)
成熟段階 ※緩和系サービスも含 め、多様なサービスが 提供される状態。	○介護予防訪問介護 相当サービス (みなし指定) ○緩和した基準によ るサービス (GLでいうA～D類型)	○介護予防訪問介護 相当サービス (みなし指定) ○緩和した基準によ るサービス (GLでいうA～C類型)	○その他生活支援 サービス (見守り、配食等)	○介護予防ケアマネジメント (GLでいう介護予防 ケアマネジメントA～C)	○一般介護予防事業 (充実)

整備の進捗

2025年
に
目指す姿

1. 上限管理を適切に行うために<シミュレーションのポイント>

- 上限額の管理は、総合事業における重要なポイントの1つである。総合事業においては、新しいサービス等の創設によって、費用管理を行うことは重要であるが、その効果の範囲については冷静な判断が必要。
- 各種のサービスは、費用を抑制することが主目的ではない。あくまでも人材の確保が基本になっていることに留意することが重要（やみくもな引き下げは地域の人材を疲弊させたり、反発を得るだけである）。

**通所型 A による費用の
抑制効果は期待できない**

- H27年度の通所介護の介護報酬が▲22%と大幅減になっており、通所型 A の費用を大幅に引き下げることは現実的ではない。
- したがって、通所型 A を設定しても、上限額の管理上のメリットはほとんど期待できない。

**訪問型 A による費用の
抑制効果は限定的**

- 訪問型 A についても、その効果は、限定的になる。
- 上限額管理の基本となる通所介護・訪問介護の費用のうちの、訪問介護部分について介護報酬の単価からの引き下げ分の削減効果が表れるが、訪問介護 訪問 A に移行する分（残りは従前相当）に限定されることから、上限額に対する影響は限定的になる。

**従前相当の要支援 2 の単価を
月 4 回ベースで設定すると
抑制効果が最も大きい**

- 上限額管理上、最も大きく影響するのは、通所介護の従前相当（要支援 2）について月 4 回ベースの単価設定を行うことで、従来の単価設定に比べて、約半額の費用負担となる。

2. 上限額管理の視点（訪問介護）

（短期的な視点）

- 訪問型 A の設定により移行分の費用削減効果が見込めるが、段階的な移行となることから、短期的には上限額に与えるインパクトは限定的。訪問型 A において導入時に単価を大幅に低く設定する場合、費用抑制のメリットよりも、参入する事業所が少なくなり、その後の非専門職の人材確保が困難になることのリスクの方が大きい点に留意。
- また既存事業所の有資格介護職員の処遇悪化につながらないよう、訪問型 A については、非専門職の雇用を原則とする点について徹底すべき。

■ 利用者の20%が1年間かけて訪問型 A（単価：現行の8.5割と仮定）に段階的に移行した場合（1年後に利用者の20%が移行）の年間の効果は、訪問介護費用額の1.6%程度、費用全体では**0.5%**程度。

（中長期的な視点）

- 介護予防訪問介護の費用総額、受給者数の伸び率は、通所介護と比べ低く、上限管理の面からは積極的なインセンティブにはならないが、今後増加が見込まれる中重度者へのケア提供者の人材確保という側面から過渡期的な取組とし導入を検討すべきである。

【後期高齢者人口の伸び率と 介護予防訪問介護の費用額／受給者数の伸び率】

	H23	H24	H25	H26
後期高齢者人口（千人）	14,707	15,191	15,601	15,916
伸び率	-	103.3%	102.7%	102.0%
介護予防訪問介護 費用額（百万円）	101,989	108,378	110,382	111,883
伸び率	-	106.3%	101.8%	101.4%
介護予防訪問介護 受給者数（千人）	5,049.4	5,196.2	5,315.7	5,401.7
伸び率	-	102.9%	102.3%	101.6%

3. 上限額管理の視点（通所介護）

（中長期的な視点）

- 全国状況をみると、介護予防通所介護の費用額、受給者数の伸び率は後期高齢者の伸び率を上回っている。平成27年度のマイナス改定により平成27年度の費用額は一時的に抑えられるが、受給者の伸び率が低下しない限り、すべての利用者が従前相当のままであれば、いずれ上限額を超えることが想定される。
- 報酬改定の影響により事業所数の伸び率は一定程度減少することが想定されるが、事業所の指定については地域の利用者状況やサービス資源状況を鑑み、慎重に検討していくが求められる。
- また、介護予防通所介護の費用額（210,936百万円）は、介護予防訪問介護（111,883百万円）、介護予防支援（55,302百万円）を合わせた額（378,121百万円）の約**56%**を占めることから（平成26年度）、上限額に与える影響も大きい。

【後期高齢者人口の伸び率と 介護予防通所介護の費用額／受給者数の伸び率】

	H23	H24	H25	H26
後期高齢者人口（千人）	14,707	15,191	15,601	15,916
伸び率	-	103.3%	102.7%	102.0%
介護予防通所介護 費用額（百万円）	160,910	172,355	190,466	210,936
伸び率	-	107.1%	110.5%	110.7%
介護予防通所介護 受給者数（千人）	4,421.4	4,828.0	5,359.7	5,901.1
伸び率	-	109.2%	111.0%	110.1%

※後期高齢者人口：「推計人口」（総務省）、介護予防通所介護費用額／受給者数：介護給付費実態調査報告（各年5月審査分～翌4月審査分の累計値）

4. 上限額管理の視点（通所介護）

（短期的な視点）

○平成27年度介護報酬改定にて、介護予防通所介護の改定率は▲22%と大幅に引き下げられていることから、さらに通所型 A の単価を大幅に引き下げることは現実的ではなく、仮に通所型 A を設定したとしても、段階的な移行となることから、短期的には上限額の管理上のメリットは期待できない。

- 利用者の10%が1年間かけて通所型 A（単価：現行の9割と仮定）に段階的に移行した場合（1年後に利用者の10%すべてが移行）の年間の効果は、介護予防通所介護費用額の**0.5%**程度。
- その後、毎月の利用者の10%が移行した場合の年間の効果は、1.0%程度。費用全体では**0.6%**程度。

○予防給付の単価設定は要介護度区分による包括払い（要支援1：1,647、要支援2：3,377）であり、利用頻度が異なっても同じ単価であったが、**従前相当**の要支援2について、週4回の単価を**A6**として設定することで、予防給付で要支援2／週1回利用のケースの費用額を減らすことが可能。

【要支援2の利用者100人のうち、15人（15%）が週1回利用と仮定した場合】

	包括払い (要支援2)	出来高払い (週2回)	出来高払い (週1回)
利用者数(月)	100人	85人	15人
単価	3,377	3,377	1,647
費用額(月)	3,377,000円	2,870,450円	247,050円

※人口5万人(高齢化率25%)の場合、要支援2の利用者数は約104人
 (第1号被保険者に占める介護予防通所介護(要支援2)利用率:0.83%とした場合)
 介護保険事業状況報告(暫定)平成27年5月分より算出

＜出来高払いとした場合の削減額＞

259,500円／月

3,114,000円／年

＜削減効果＞

要支援2の費用額 **▲7.7%**

費用全体に対する影響 **▲3.0%**

I-4 短期集中予防サービス 専門職による生活行為課題の解決

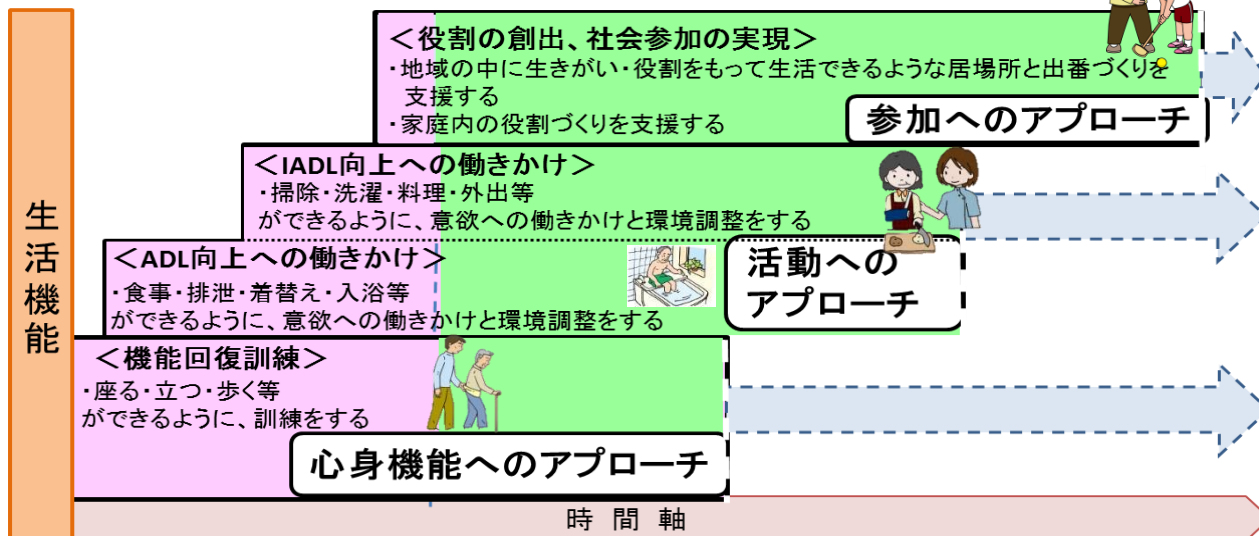
- 要支援者の多くは、身の回りの動作は自立しているが、買い物や調理など生活行為の一部がしづらくなっている
- 従来の二次介護予防事業の参加率が低く、効果が持続しなかったという問題は、要支援者の抱える生活行為課題の解決に十分には繋がっていなかったことが原因の一つとして考えられる
- 一方で、介護予防機能強化推進事業(平成26年度)において、生活行為課題に着目した適切なアセスメントと専門職による短期集中的な介入により、要支援者がサービス利用から卒業し、ボランティア活動等に取り組むような効果的なモデルが明らかとなった
- ハイリスク・アプローチによる介護予防については、「生活行為向上リハビリテーション」の考え方と同様に、居宅訪問による生活行為課題のアセスメント、興味・関心チェックシートなどを活用した利用者本人の意欲把握と動機付け、サービス終了後の社会参加を見据えた保健・医療専門職によって提供される介護予防サービスを、一般介護予防事業と組み合わせる実施した場合には高い効果が得られる可能性がある
- 介護予防ケアマネジメントに基づき、以上のような取組を行う場合については、現行の給付相当サービスを超えた基準で実施可能なサービスとして設定できるようにした

(参考1-①、②)

<参考> 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

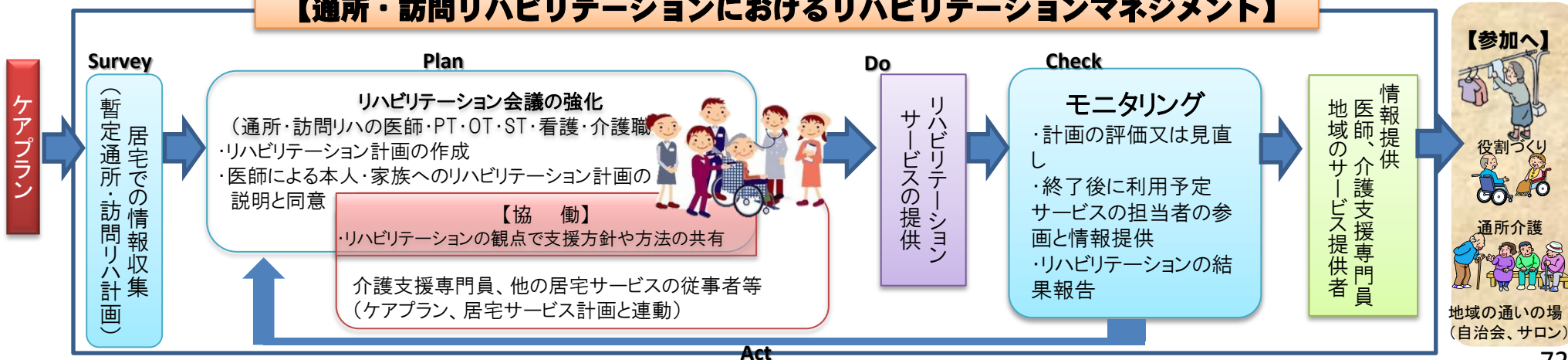
- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

【高齢者のリハビリテーション】



○リハビリテーションの目的
リハビリテーションは、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

【通所・訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント】



<参考> 通所リハビリテーション（5）活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系（生活行為向上リハビリテーション）の導入

概要

- ・ ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな生活行為向上リハビリテーションとして、居宅などの実際の生活場面における具体的な指導等において、訪問と通所を組み合わせることが可能となるような新たな報酬体系を導入する。

点数の新旧

（新設）

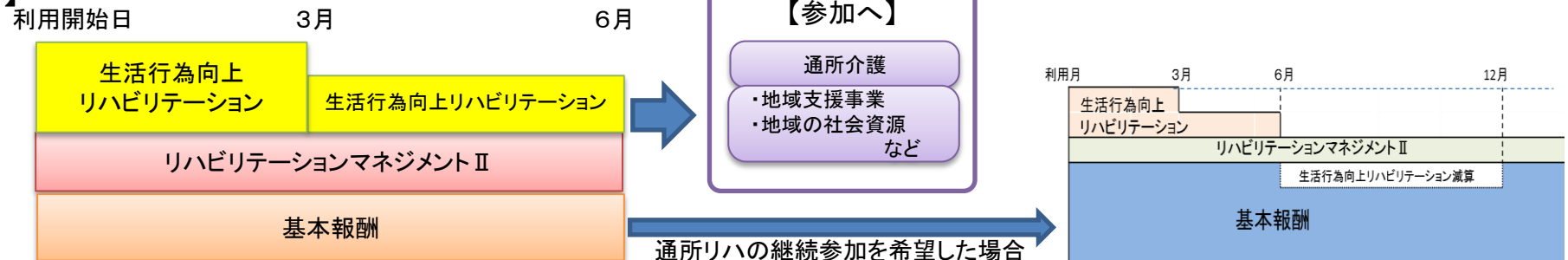
開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合 2000単位/月
開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合 1000単位/月

ただし、当該加算を算定後に通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する

算定要件

- ・ 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置すること。
- ・ 目標及びリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された生活行為向上リハビリテーション実施計画書を作成すること。
- ・ 当該リハビリテーションの終了前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況及び実施結果を報告すること。

【イメージ】



【参考】「興味・関心チェックシート」(一部)

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会(2014.3)

7. 介護予防ケアマネジメントに向けた準備 ～介護予防ケアマネジメントの三類型

【アセスメント】利用者で自立支援に向けた目標を共有。介護予防への意欲を引き出せるよう、信頼関係を構築。

- より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」等を利用し、本人の趣味、社会的活動、生活歴等も聞き取り、「～できない」という課題から「～したい」「～できるようになりたい」という目標に変換させる作業が重要。
- この段階から、生活機能の低下等についての自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出せるよう、利用者本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

【ケアプラン原案の作成開始】利用サービス内容とその後の関わりを検討した上で、介護予防ケアマネジメント類型を選択

- 利用者の状況に応じて切り替える支援・サービスと、その後の利用者への関わりの必要度合いによって、介護予防ケアマネジメントの類型が決まる。
- ケアマネジメントAは、現行の介護予防支援と同様。ケアマネジメントBは、専門職によるモニタリングは必要だが、本人の状況は安定しており、ケアプランの大きな変更もなく、間隔をあけたモニタリングでよい者を想定。ケアマネジメントCは、セルフマネジメント前提の者で、モニタリングは行わない。

住民主体の支援(一般・B)が中心になる場合

介護予防ケアマネジメントC

◎自立支援に向けてセルフマネジメントを推進

- 本人とともに生活の目標を設定、セルフマネジメントでの「社会参加による介護予防」につなげる
- その際、①本人のやりたいことやできることを最大化すること、②社会参加の場として住民主体の活動につなげるため、これまで蓄積してきた地域資源の情報を活用することが重要
- セルフマネジメント支援ツールとして介護予防手帳(案)が活用可能

◎状況に応じて、マネジメントの主体が本人⇔包括と変化

- ケアマネジメント結果の共有後は本人主体でマネジメントを行うが、状況が悪化したり、本人から相談があった場合は、適宜マネジメント主体を地域包括支援センターに変更

指定事業者・短期集中サービス(従来型・A・C)が中心になる場合

介護予防ケアマネジメントA・B

◎従来の介護予防ケアマネジメントを続行するパターン

- 「生活の活発化による介護予防」を重視し、サービスが自立を阻害していないか確認。また、特に短期集中サービスの場合は、計画的に利用し、終了後の状況に応じて支援・サービスを切り替える

◎モニタリングの実施方法等が異なるAとBを状況に応じ活用

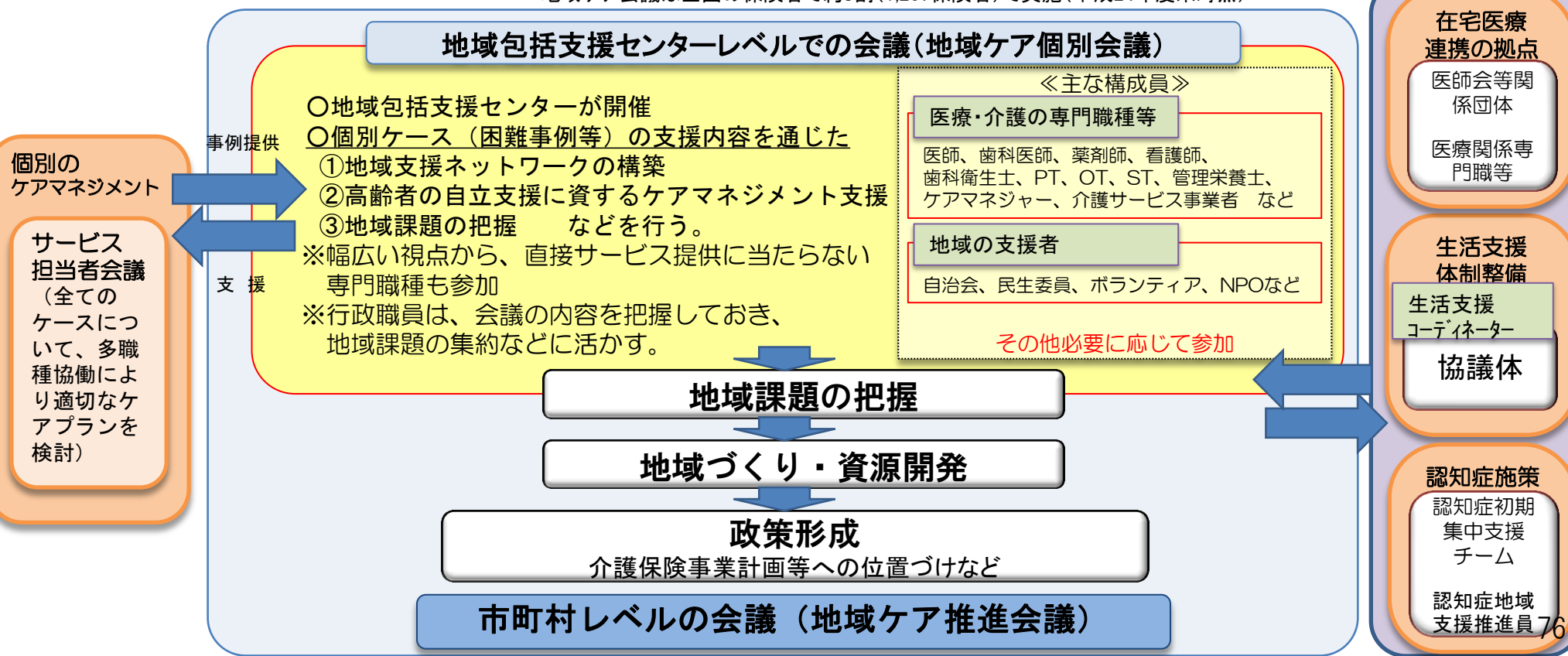
- 利用者の状況が安定し、サービス担当者会議、モニタリングを一部省略可能であればB。変化があった場合はAと、状況に応じ活用される。

※支援・サービスの拡充に伴う介護予防ケアマネジメントの変化

総合事業への移行直後は、現行相当サービス利用者も多く、大半のケアマネジメントがAに相当。住民主体の支援が拡充してくれば、介護予防ケアマネジメントCに移行するケースや開始時点から介護予防ケアマネジメントCを採用するケースが増えると考えられる。

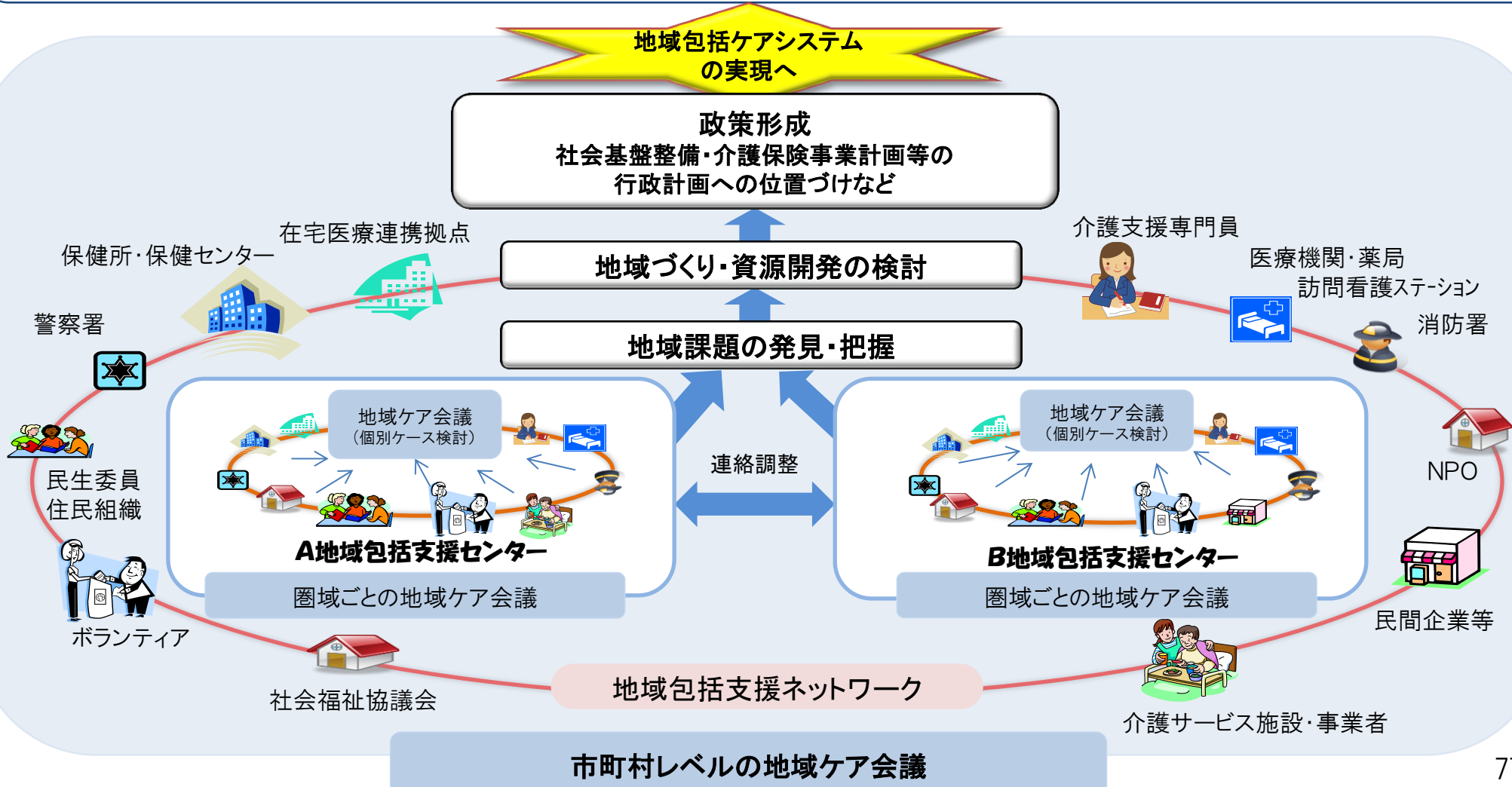
- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援等を行うとともに、地域づくり・政策形成等につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
 - ・「適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行う」ものとして位置づけ
 - ・市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・地域ケア会議参加者に対する守秘義務を規定、関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能 等

・地域包括支援センターの箇所数：4,484ヶ所（センター・ランチ・サブセンター合計7,196ヶ所）（平成25年4月末現在）
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,207保険者）で実施（平成24年度末時点）



「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



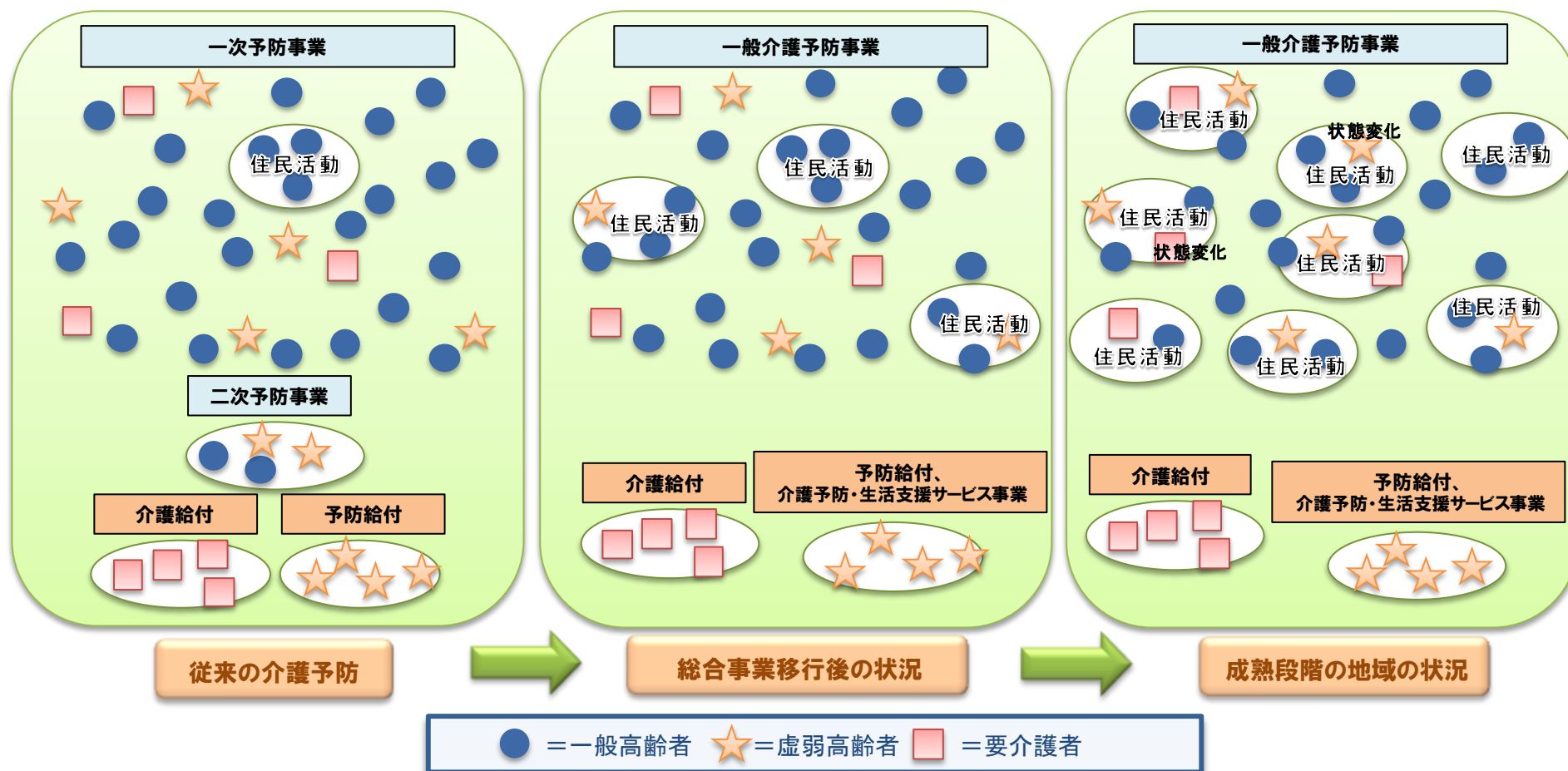
2. 介護予防のコンセプトの転換：「地域づくり」の中の介護予防

高齢者の状態の変化に支援を合わせる体制づくり

■ 従来の介護予防では、状態ごとに事業が組み立てられており、地域住民同士で支え合う地域力を醸成するようなアプローチが不十分であった。

■ 未参加者は多数であるが、比較的元気な高齢者を中心に住民主体の小規模な活動(体操教室やサロンなどの居場所)が徐々に形成される。

■ 住民主体の活動が増加。地域住民同士で支え合う地域力が育まれ、年齢や心身の状況等によらず、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現



1. 地域生活は専門職だけでは支えられない ーご近所からボランティア、専門職までみんなで支える

現状の課題

友人・隣人との交流



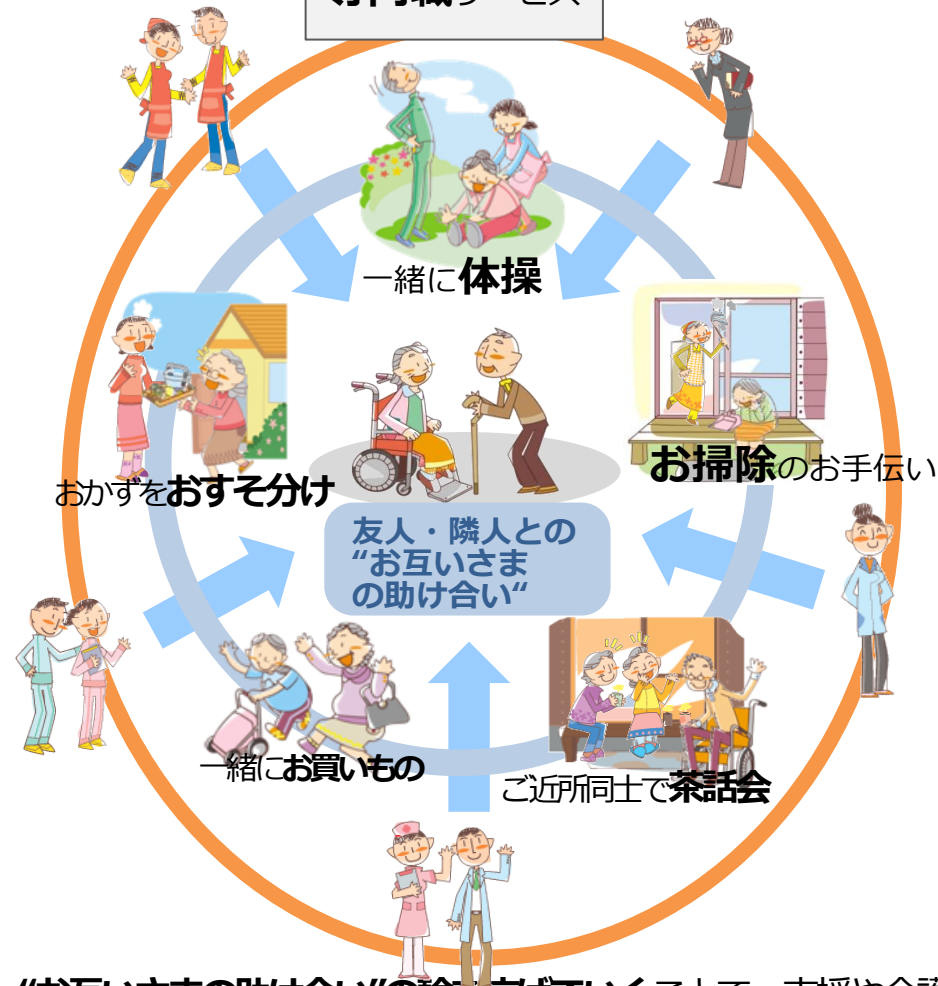
支援や介護が必要になると、
友人・隣人との関係は希薄になり、
支援を受ける一方向の人間関係に変化



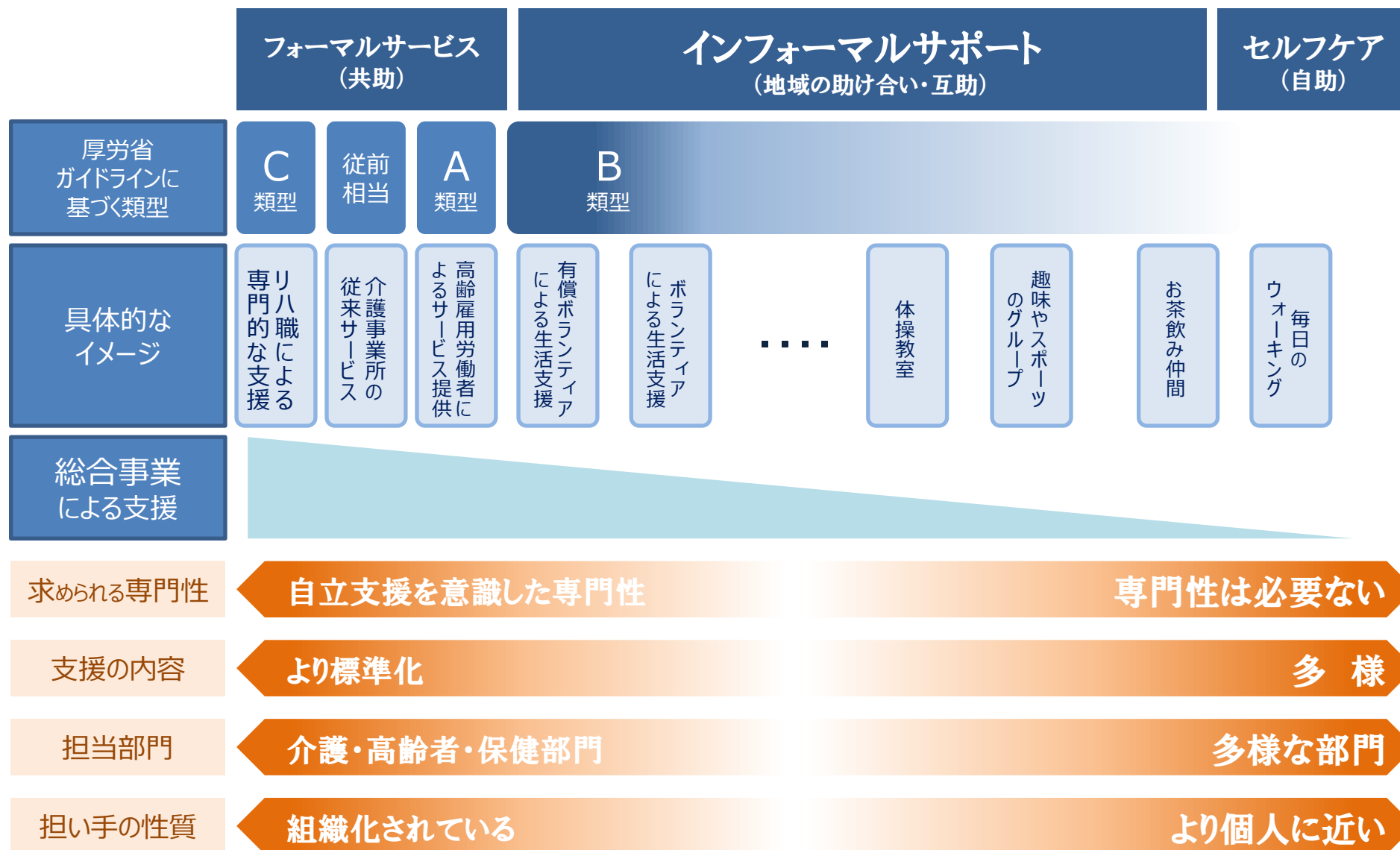
これまでの**地域**との
つながりは**疎遠**に？

これから

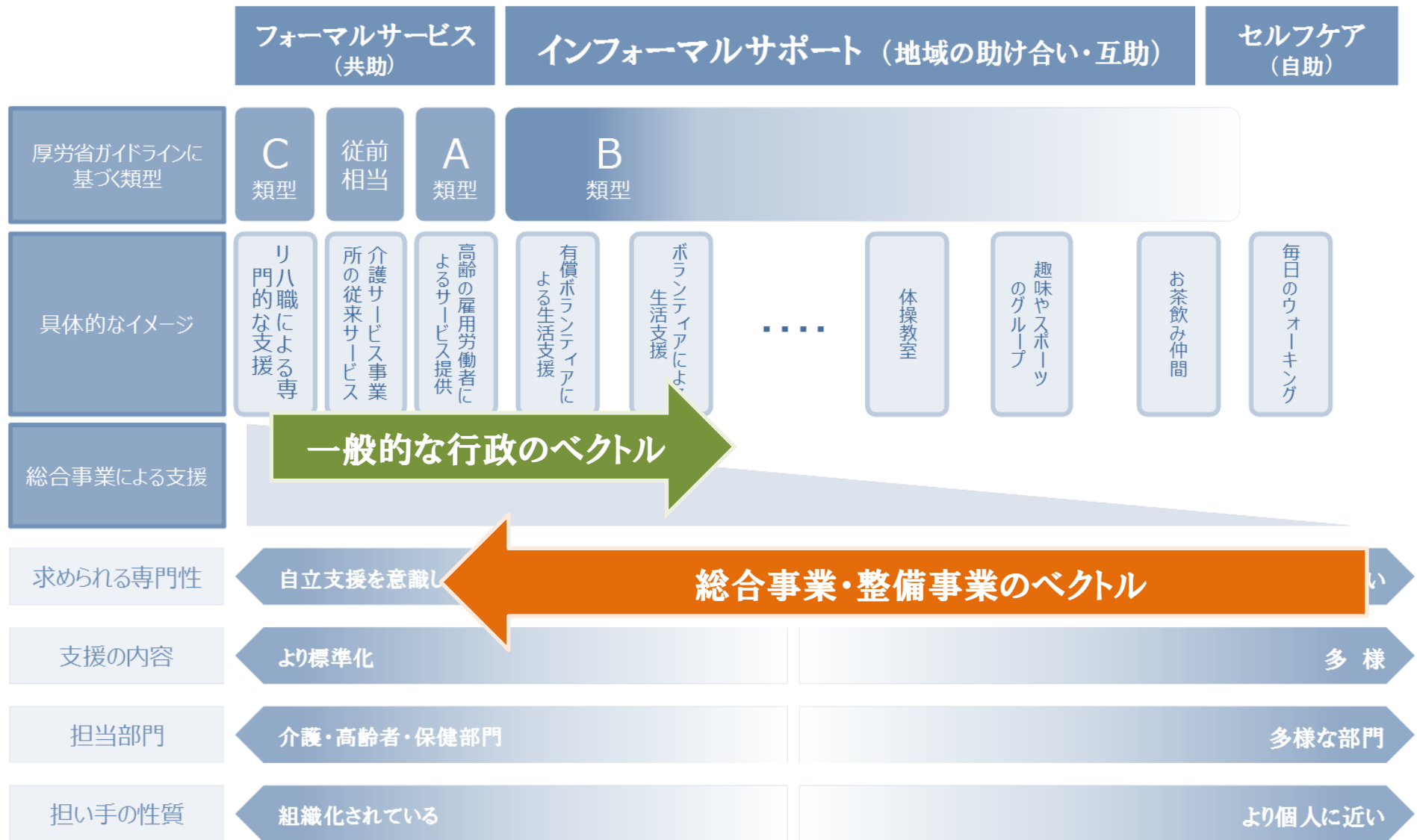
専門職サービス



“お互いさまの助け合い”の輪を**広げていく**ことで、支援や介護
が必要になっても、**地域社会の中から切り離されず**、**なじみの**
関係を継続できる



(参考)三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成資料



市町村による新しい地域づくりの推進(生活支援・介護予防の充実)

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

(例)

- ・サロン
- ・住民主体の交流の場
- ・コミュニティカフェ
- ・認知症カフェ
- ・ミニデイサービス
- ・体操教室
- ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援

(例)

- ・ゴミ出し
- ・洗濯物の取り入れ
- ・食器洗い
- ・配食
- ・見守り
- ・安否確認

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

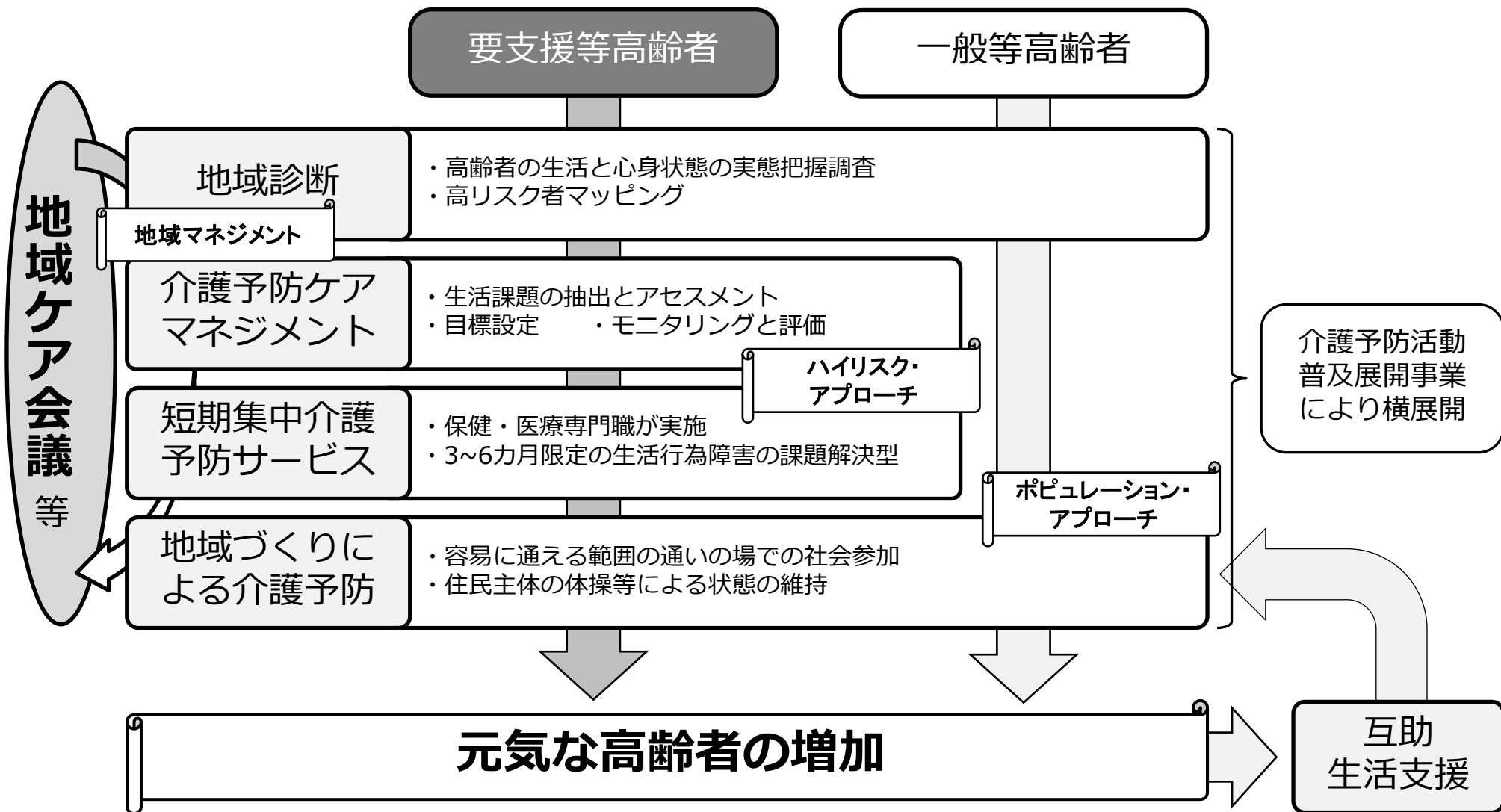
連携・協力

コーディネーター・協議体

参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

一億総活躍社会実現に向けた健康寿命の延伸 ～ 効果的な介護予防の取組と戦略的な組合せ ～



市としての総合事業の進め方について

- 平成27年9月議会において、市長が以下を表明。 → 高齢者が元気で活躍できる地域づくりの推進
 - ①総合事業へ平成28年3月に移行することを前提に検討を進めること
 - ②地域づくりを推進するために協議の場を早期に立ち上げること(平成27年10月)



【説明・周知等】

- 地域包括支援センター、介護事業所に対してそれぞれ3回説明会を開催
- チラシを要支援1・2の認定を受けられている方(約8000人)に送付。
- 広報くらしき別冊号を発行

【高齢者活躍推進地域づくりネットワーク会議(協議の場)の設置】平成27年10月立ち上げ

- 地域包括支援センター、社会福祉協議会、市の関係部署(生涯学習課、スポーツ振興課、市民活動推進課等)をメンバーとする協議の場を立ち上げ。地域にさまざまな形であるサロンなどをガイドブックにまとめ、見える化を図る。

→ 市の健康長寿課が補助しているサロンが160箇所あるほか、市の他の部署、社協が支援するサロン、市民が自主的に実施するサロンなどがあり、市として全容を把握することが必要。

このような地域資源の見える化の取組を進めることにあわせて、NPOやボランティア団体を協議の場にゲストスピーカーとして招き、具体的な取組内容等の把握に努める。



市として、地域づくり推進の観点から、国の実施期限(平成29年4月)を待たず、県内で一番早く平成28年3月から事業を開始。

→ 平成28年度からは地域づくりを中心に行う生活支援コーディネーターを社協に配置するとともに、短期集中予防モデル事業の実施やいきいきポイント(介護支援ボランティアポイント)の強化等に取り組む。

市としての移行時点における考え方について

- 円滑な移行を進めるため、基本的には現行のサービスの形を維持したまま移行を進める。
- ↓
- 要支援者で現在訪問介護や通所介護を利用している方がケアマネジメントの結果、必要と判断された場合は従来と同様のサービスが受けられるようにしていく。
 - このような趣旨を記載したチラシを12月下旬に現在要支援1、要支援2の認定を受けられている方（約8000人）に送付している。

介護保険の要支援1、2の認定を受けておられる方へのご案内
介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)が始まります!



平成28年3月から、要支援1・2の方のホームヘルプサービスやデイサービスを、認定の更新時に合わせて「総合事業」に移行します。

介護保険制度改正に伴い、現在要支援1・2の認定を受けた方に提供されている「ホームヘルプサービス(介護予防訪問介護)」と「デイサービス(介護予防通所介護)」は、市町村が実施する「介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)」に移行することとなりました。

全ての市町村が、平成29年4月までに総合事業を実施することとされていますが、倉敷市では、平成28年3月から実施します。

現在要支援1・2の方でホームヘルプサービスとデイサービスを利用されている方は、認定の更新時に総合事業に移行することになりますが、ケアマネジメントに基づき、必要な方は引き続き従来と同様のサービスを受けることができます。



※ 介護予防を強化する目的で、サロン等の集える場の充実を時間をかけて進め、高齢者の方々が地域でいきいきと暮らしていける地域づくりを推進してまいります。

★総合事業へ移行したらどうなるの？

①必要な方は従来の「ホームヘルプサービス」や、「デイサービス」と同様のサービスがご利用いただけます。

総合事業への移行後も高齢者支援センター等によるケアマネジメントに基づき、必要な方は引き続き従来の「ホームヘルプサービス」や「デイサービス」と同様のサービスを受けられます。

②現在の介護保険の被保険者証(認定)は、そのまま使えます。(認定期間満了まで)

③要支援認定申請(更新)は今までどおり行えます。

④現行の「ホームヘルプサービス」や「デイサービス」と同様のサービスを利用する場合、サービス利用料金に変更はありません。

※介護予防訪問看護・介護予防通所リハビリテーション(デイケア)等の利用、福祉用具の貸与等については現行どおりです。

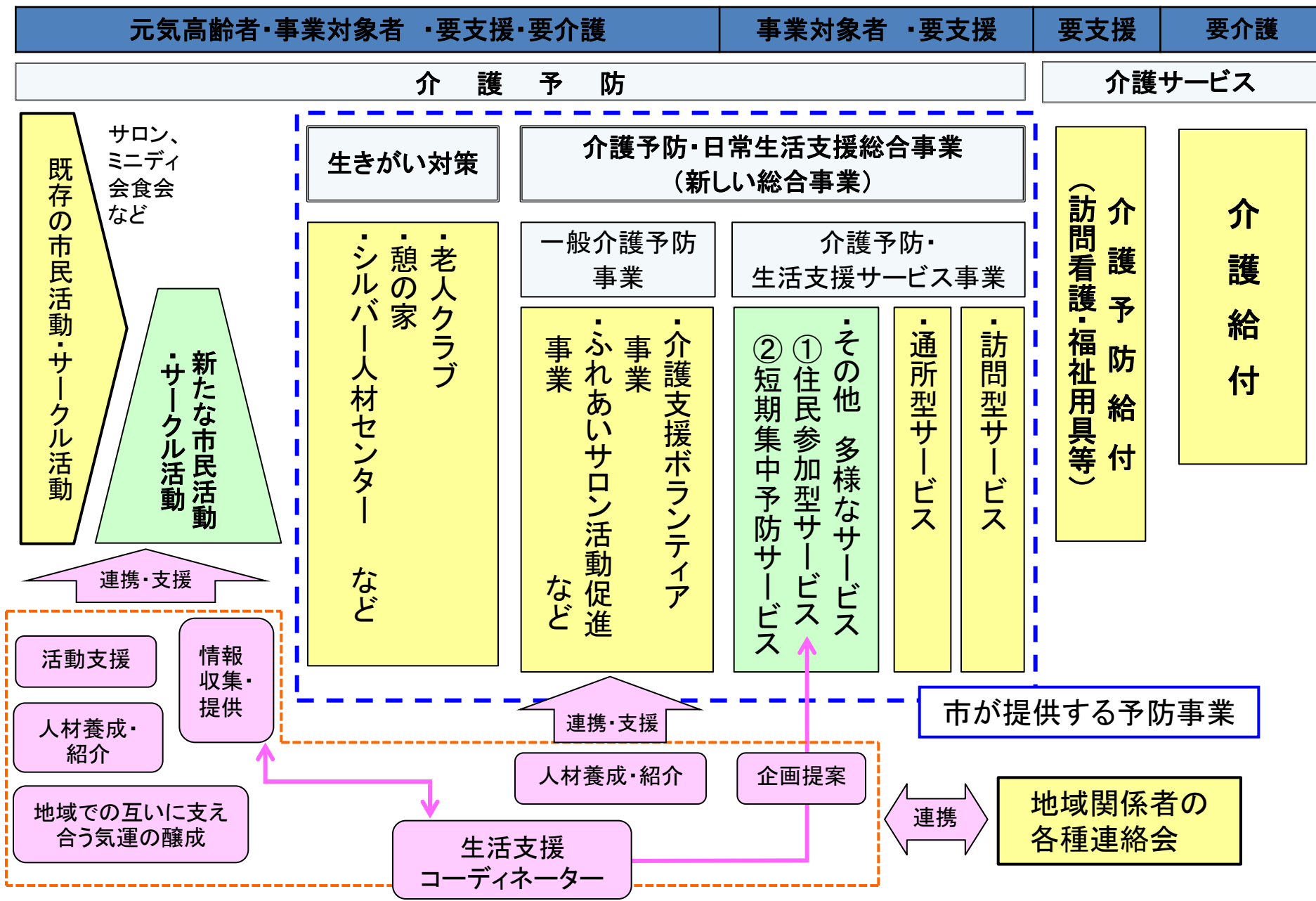


ご相談
窓口

詳しくは管轄の高齢者支援センター
にお尋ねください。

(問い合わせ先)
倉敷市健康長寿課地域包括ケア推進室
電話 086-426-3417

高齢者が元気で活躍できる地域づくりの推進のための施策図

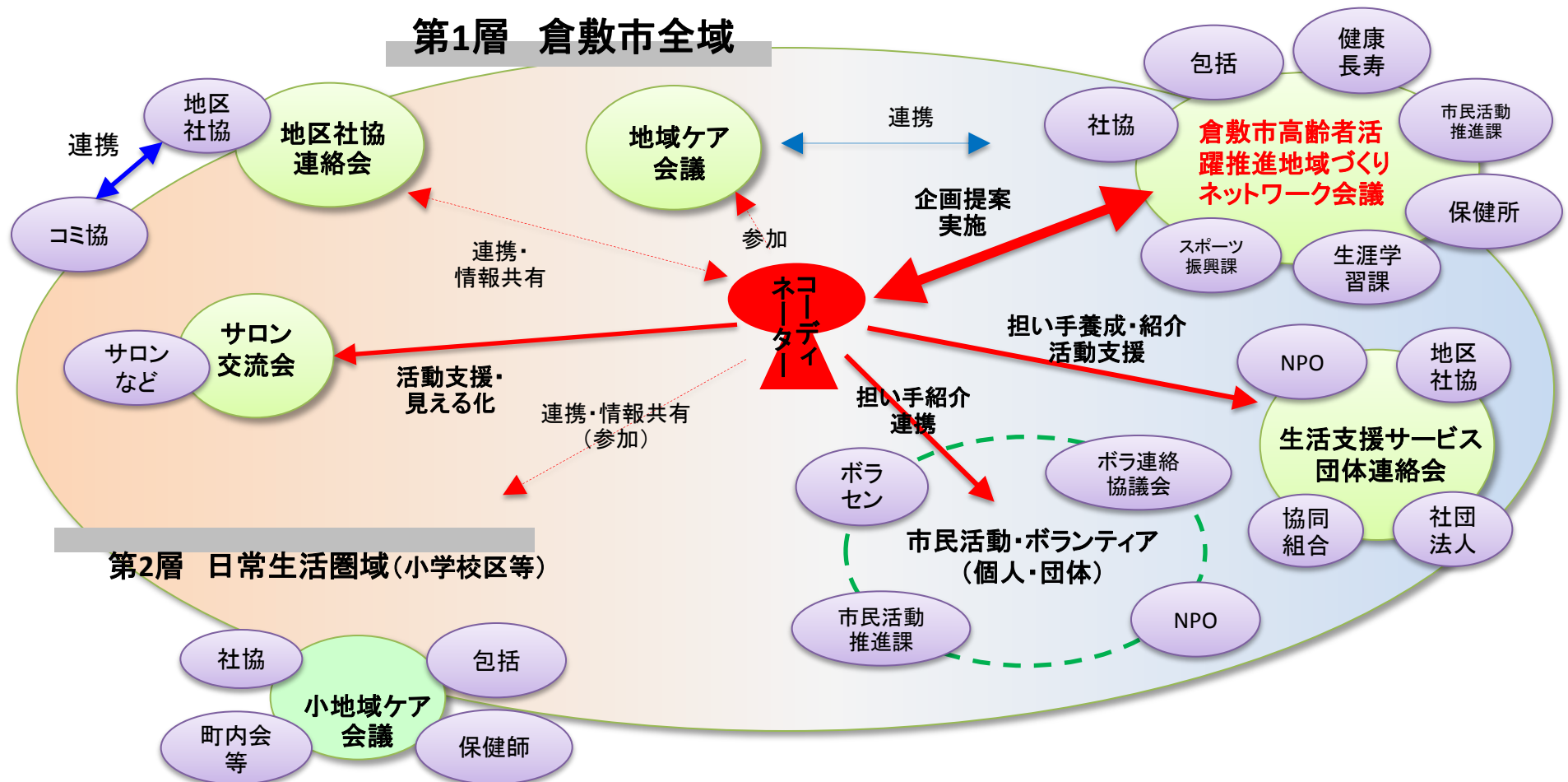


＜地域で支えあう体制を整備するための取組み＞

地域づくりを進めるため社会福祉協議会にコーディネーターを配置

○コーディネーターの役割

- ①地域づくりの中心人物として、地区の会議等に参加し、地域のニーズ・現状をとりまとめ、ネットワーク会議で報告する。また、地域づくりに必要な事業の企画・提案を行う。
- ②地域で生活支援(居場所の提供や家事援助など)の担い手となる人材育成や育成した人材の活動支援(各種団体への紹介、地域で新たなサービスの開始など)を行う。
- ③地域資源の取りまとめと見える化、地域資源間の連携・支援により、地域づくりを推進する。



(参考) ボランティアハウス どまんなか(倉敷市中庄地区)について

- 小地域ケア会議での議論から、「誰でもいつでも気軽に集える場所」として中庄地区(人口16,713人、高齢化率24.8%)に平成21年8月に開設。
- 地域の空き家を活用し、毎日型のサロンとして地区社協が運営。健康教室、日本舞踊、囲碁将棋などの講座が月曜日から土曜日までほぼ毎日住民ボランティアにより開催されている。
- 昼食も3つの住民ボランティアグループが順番で提供。月7回、1食350円。
- 利用者は月平均約250名(延べ人数)、ボランティアの人数は約70名。地区社協の役員、ボランティアリーダー、高齢者支援センター等で月1回リーダー会議を開催。参加者からの意見等を共有し、より良い運営につなげている。



(参考)エンジョイスポーツの会と健康サロン(倉敷市水島地区)について

- 住民の自主組織である「エンジョイスポーツの会」が体操とウォーキングをそれぞれ月1回開催。毎回60～70名程度が集まる(参加費は100円)。
- 平成21年に水島保健推進室が運動習慣を身につけるためにイベントを開催したのがきっかけ。24年度からは住民主導の自主運営となる。この頃から参加者が急増。
- エンジョイスポーツの会は水島地区全体を対象にしており「遠くて参加できない」という声が出たため、小学校単位での会議等で徹底的に話し合うこと等を通じて関係者の理解を深め、身近に運動できる場(健康サロン)を増やす取組を推進。
- 現在13小学校区のうち7学区12ヶ所で住民主体で実施。体操等に加え、親子を招き3世代交流を行うサロンも出てきている。運営者を対象とした研修会も定期的の実施され、活動が活性化されている。

エンジョイスポーツの会・室内運動



健康サロン・屋内での体操



健康サロン・3世代交流



エンジョイスポーツの会・ウォーキング



健康サロン運営者を対象とした研修会

(参考)世代を超えた交流の場としての「駄菓子屋」について(倉敷市東町地区)

- 川崎医療福祉大学医療福祉学科においては、倉敷市の東町に、倉敷東学区社会福祉協議会、倉敷市東町町内会、NPO法人倉敷町家トラストと共同でe-コミュニティ研究所を開設し、学生と共に地域の課題などを調査し、課題解決に向けた活動を実施。
- 訪問調査の結果「地域参加はしたいが、そういった機会や場所が地域にない、地域が用意できていない」という問題意識を地域の方々と共有。その解決に向け、一人暮らし高齢者の方にも店番などで手伝ってもらい、世代を超えた交流を図る場を作る「駄菓子屋」プロジェクトを本年3月より開始。
- 月1回第一土曜日10時から15時まで駄菓子屋をオープン。駄菓子だけでなく、ぶんぶんゴマなどの昔遊びなどでもできるようになっており、多く子どもたちが訪れている。高齢者の憩いのスペースも用意し、自然と子どもから高齢者までが交わる場を提供。子どもたちにとっては、駄菓子を購入することによって、お金を計算する学習にもなっている。
- 商品をいれる編み箱などは地元婦人会と学生が手作りで作成。今後は編み箱作りなどを子どもたちへのワークショップとして実施することも検討(講師が地域の高齢者。高齢者も一緒に参加)。店番は、当面は研究所メンバーが実施するが、将来的には地域の高齢者にも参加してもらうことを検討。



地元婦人会と学生が手作りで作成した編み箱



(参考)小規模多機能型居宅介護の地域交流スペースを活用した「駄菓子屋」(倉敷市船穂町)

- 小規模多機能型居宅介護を運営する事業所が、地域貢献の一環として地域交流スペースで駄菓子屋「菓々子(かかし)」をオープン。駄菓子約400品目をそろえ、平日の昼間に開店。子どもたち(1日約30人)が出入りし、事業所の高齢者とのふれあいが始まっている。子どもに連れられ地域の大人も出入りし楽しむ。
- このスペースでは、「気軽に集まれる場所が欲しい」という地域の声や運営推進会議での意見を踏まえ、「自分達も、お世話になっている地域に貢献したい」と利用者の家族会代表が発起人となり、月1回バイキング形式の食堂(茶々遊亭(ちゃーちゃーゆうてい))も実施。旬のものを取り入れた「おばんざい」をメインにした家庭料理が500円で楽しめる。利用者の家族等もリフレッシュも兼ねて利用。オレンジリング持参で食事代が無料となる仕掛けを取り入れ「地域の福祉に関心の高い人たちが繋がる拠点になれば」と、地域にアピールしている。

地域交流スペースの外観



茶々遊亭での食事



駄菓子を選ぶ子どもたち



(参考)民間企業によるサポーター養成の取組(倉敷市茶屋町地区)について

- 地域住民主体による地域活性を目的として、平成27年9月から倉敷市茶屋町在住の地域の方の希望者を集め全3回からなる「地域養成サポーター養成講座」を実施。参加者11名。
 - 第1回: ボランティアとは...、倉敷市のボランティア制度について
 - 第2回: 健康教室のメニューを実際に体験していただく
 - 第3回: トレーニングメニューの理解、教室運営お手伝いのデモンストレーション
- 地域の方々がコミュニケーションできる場を増やすため、平成27年7月から2ヵ月に1回(第2土曜日)地域コミュニティイベント「Chayaの市」で健康教室、フリーマーケットを実施してきた(健康教室には10名、来場者は50名程度が参加)が、平成28年1月からは作業療法士が関与しつつ地域養成サポーターによる健康予防教室を推進することとしている。
- 今後は地域養成サポーターの方々のお手伝いの場や人数を増やしていき、倉敷市茶屋町に住まれている高齢者の方々に安心して暮らせる環境を整備していく。

地域養成サポーター講座



地域コミュニティスペースChaya-Café
(27年6月開設)



※ 幼稚園の園児、家族と認知症対応型デイサービスと季節ごとの集会を実施。(毎回50名近く参加)

地域づくり推進の好事例を横展開するための研修の実施について

- 地域づくり推進のため、平成26年度後半から市と社会福祉協議会の議論を開始。
- 平成27年7月にさわやか福祉財団を招き、「倉敷版地域包括ケアを考える～地域づくり・人づくりのために～」と題する研修会を開催。市の地域包括ケアシステム連絡会議の構成員、社会福祉協議会、地域包括支援センターなどに参加いただき、地域づくり推進のための機運を醸成。
- さらに平成28年1月には地域の関係者250名が参加する研修も実施。

地域包括ケアシステム構築のための研修会
(倉敷版地域包括ケアを考える ～地域づくり・人づくりのために～)

○日時：平成27年7月27日（月）13：00～16：50

○研修会参加者 77名
倉敷市地域包括ケアシステム連絡会議構成員
倉敷市社会福祉協議会、地域包括支援センターなど

○内容：地域包括ケアシステムの理解を深め、地域で高齢者を支えていく仕組み作りへの意識統一を図るための研修、意見交換

①講演

「生活支援の充実と介護予防の強化について」（市役所）
「倉敷版地域包括ケアを考える」～地域づくり・人づくりのために～
（公益財団法人さわやか福祉財団 清水理事長）

②パネルディスカッション

市内の助け合い活動（中庄、粒江地区）の事例発表、情報提供

③グループワーク

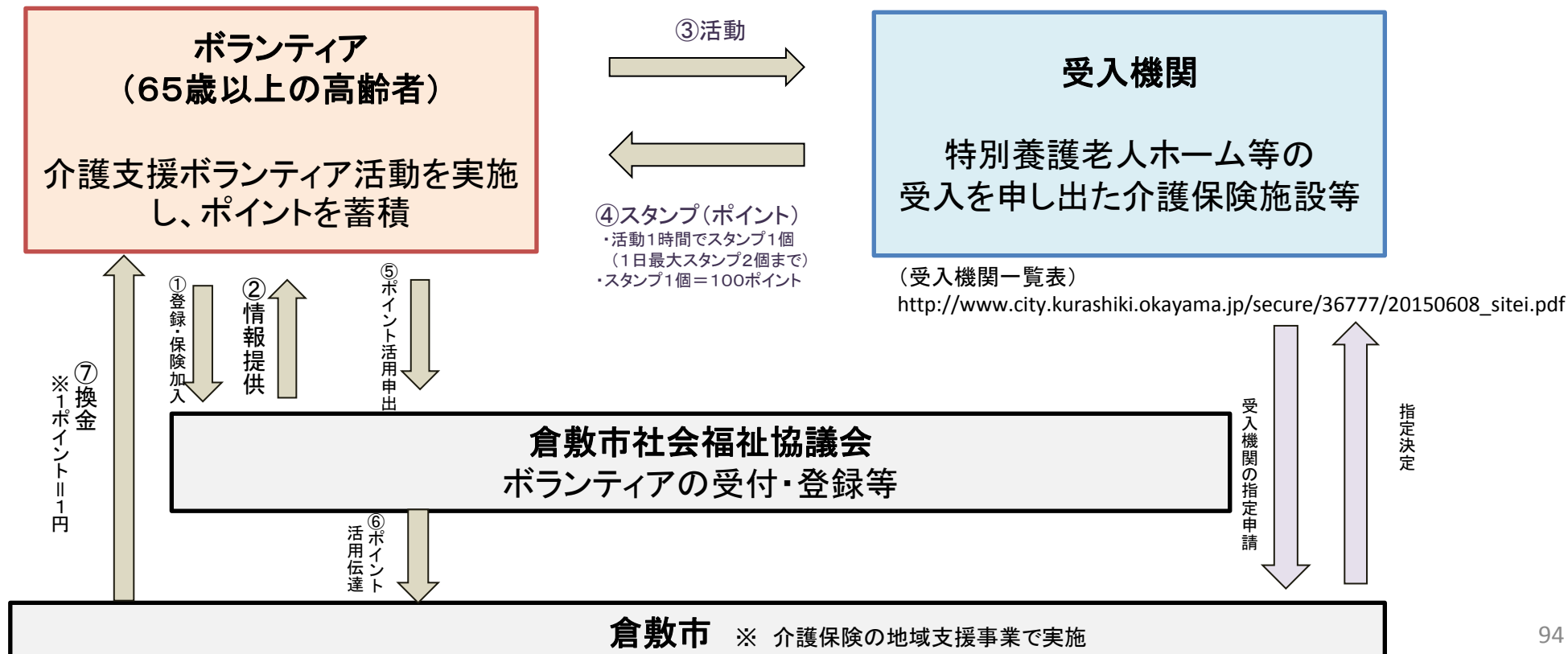
各地域での支え合い活動についての情報交換。



(参考)介護支援いきいきポイント制度について

- 本市では、地域で活躍する元気な高齢者が増え、いきいきとしたまちになることを目指し、高齢者の方が介護保険施設等でボランティア活動を行い、その実績に応じてたまったポイントを換金できる仕組み「倉敷市介護支援いきいきポイント制度」を実施している。(平成22年10月～)
 - 高齢者の方が、ボランティア活動に取り組むことで、地域貢献になるのはもちろんのこと、社会参加を通じた高齢者自身の健康増進にもつながる。またポイントの換金等を通じて、実質的に介護保険料の負担軽減をすることもできる。(原則年間最大5000円まで換金可)
 - ※ 登録者数 606人 (27年12月31日現在) 介護保険施設等の受入機関 280ヶ所(28年1月1日現在)
- ⇒ 28年度は子育て支援施設に対象を拡大する方向で検討。

(参考)介護支援いきいきポイント制度の仕組みについて



短期集中予防サービス(体力アップ健幸教室)のモデル実施について

- 要支援者の状態を改善に導くような支援が重要であることから、平成29年度からの本格実施を見据えつつ、今年度、リハビリテーション専門職等が3～6ヶ月間の短期間で集中的に働きかけ、自立に向けた支援を行う「体力アップ健幸教室」を新たに2つの法人でモデル実施。
- この教室では、心身機能とともに、日常生活での生活行為も改善し、在宅での自立した生活を支援していくことが重要であるとの基本的な考え方の下、例えば、
 - ・ リハビリテーション専門職が利用者の家庭を訪問し、風呂やトイレなどの生活行為の課題を把握した上で、家庭の生活環境の改善を図りつつ、教室においては自立に向けて教室に通う日以外にも自宅で行える機能訓練を実施すること
 - ・ 栄養士が低栄養傾向の利用者に対して、それを改善するため栄養面に配慮したレシピの提供や調理指導を行うことなど利用者の個々の状態にあった支援を提供することを目指す。

(現在計画中の事業内容)

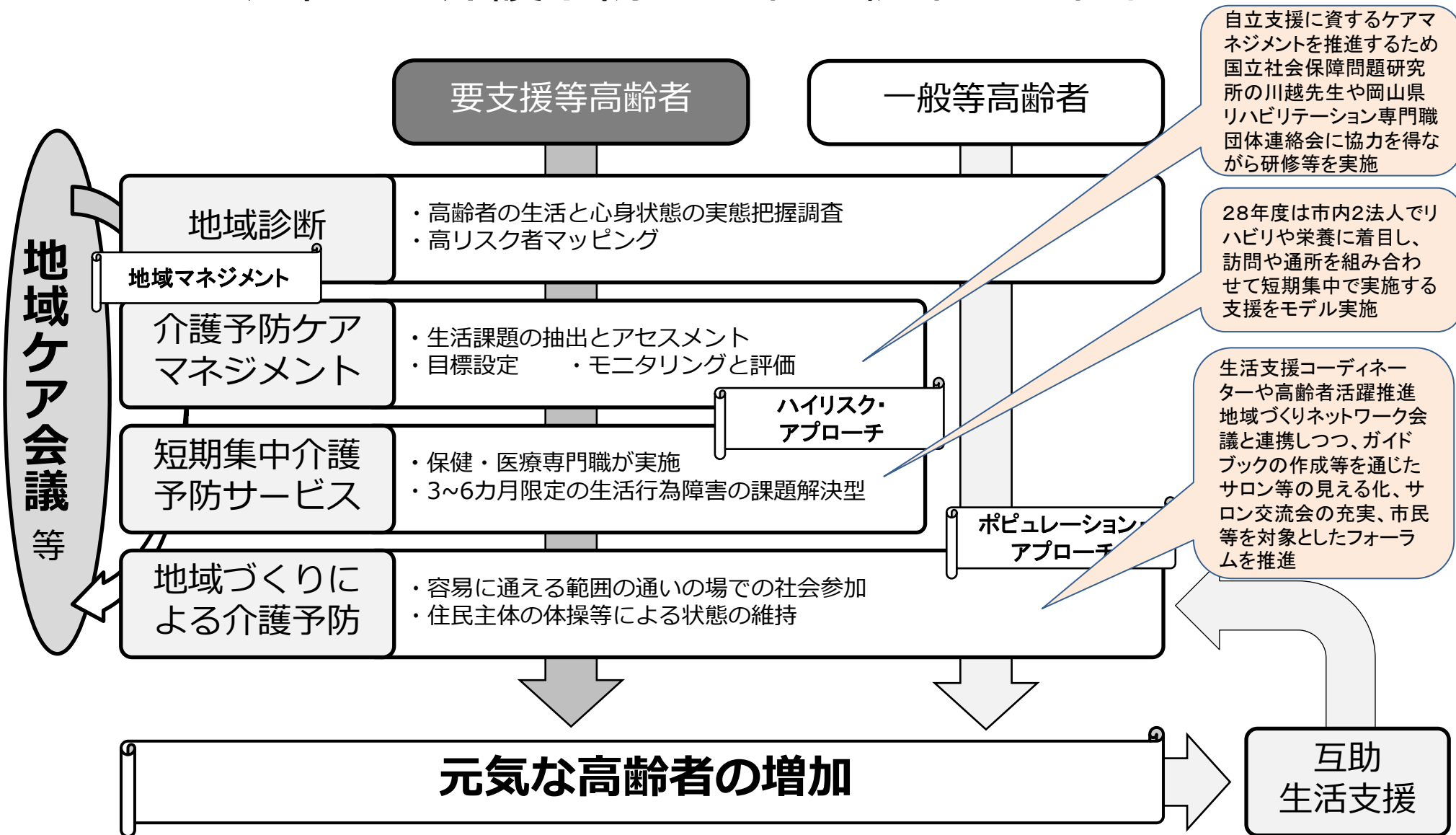
A法人

- ・ 居宅訪問による生活行為課題のアセスメント・興味・関心ごとによる機能改善への意欲・動機づけ、サービス終了後の社会参加を見据えたサービスをリハ職等により提供
- ・ 低栄養の高齢者へ栄養に配慮した調理法、レシピ指導による居宅食事支援

B法人

- ・ リハ職が自宅を訪問し、利用者の生活環境を確認し、利用者主体の具体的な目標設定を実施
- ・ 教室参加時は毎回、目標達成度を利用者に主観的評価してもらい、教室のプログラム終了後(3～6ヶ月経過後)の住民によるサロンへの参加を促す。

一億総活躍社会実現に向けた健康寿命の延伸 ～ 効果的な介護予防の取組と戦略的な組合せ ～



倉敷市としての取組～「地域で元気！高齢者活躍戦略」

～高齢者から光齢者に、そして幸齢者へ～

県内で一番早く平成28年3月から総合事業を実施することを契機に、地域で高齢者が元気に活躍できる地域づくりを本格的に進める。

① 地域で楽しく集える場を充実する

○地域の通いの場等の見える化の推進

地域で実施されているサロン等の通いの場等について、新たに配置するコーディネーターが中心となって協議の場で整理し、ガイドブック等にまとめて、高齢者が利用しやすいように情報発信を強化。

○サロン・老人クラブの交流の推進

サロンや老人クラブの代表者等を対象にして、体操を積極的に実施するなど活動の充実、活性化を図るため、好事例の紹介や情報交換を行う交流会を開催する。

- ※ 現在も実施しているサロンや老人クラブへの支援は引き続きしっかりと実施していく。
- ※ 市民や地域の活動団体向けのフォーラムも開催。機運の醸成を図る。

② 地域で役割を持って活躍できる方を増やす

○介護支援いきいきポイント制度の拡充

65歳以上の方がボランティアを行った際ポイントを受け、保険料等に還元できるいきいきポイント制度について、現在は対象が介護事業所のみであるところ、子育て支援施設等にも対象を広げ、社会参加の機会の拡大を図る。

○生活・介護支援サポーター養成の推進(充実・強化)

地域で活動の担い手となる生活・介護サポーターの養成について、新たにフォローアップ講座を開催し、担い手のレベルアップを図り、実際の活動につなげていく。

○認知症サポーターの養成の推進(充実・強化)

認知症についての正しい知識と理解を持ち、地域での見守り等を担う認知症サポーターの養成を推進する。

- ※ 高梁川流域連携中枢都市圏事業として、認知症サポーター養成講座の講師を行う認知症キャラバンメイトの養成講座も開催。

③ 高齢者が活躍できる地域の土台を充実する

○コーディネーターの配置

平成27年10月に立ち上げた協議の場(社協、センター、保健所、生涯学習課、スポーツ振興課、市民活動推進課が参加)や地域ケア会議・小地域ケア会議などと連携して、地域の通いの場の見える化(上記参照)の推進等地域づくりの取組を中心的に行う。

総合事業(平成28年3月開始)は基本的に現行のサービスを維持する形で当面推進し、上記の高齢者活躍戦略を進めつつ、多様な支援を徐々に拡大していく。