

介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン案(骨子)

第1 総合事業に関する総則的な事項 (P1~)

- 事業は、要支援者の多様なニーズに、要支援者の能力を最大限活かしつつ、多様なサービスを提供する仕組み。
- 生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり、介護予防の推進、関係者間の意識共有と自立支援に向けたサービスの推進等を基本に事業を実施。
- 住民主体のサービス利用、認定に至らない高齢者増加、重度化予防推進により、結果として費用の効率化。

第2 サービスの種類 (P21~)

- 市町村が基準・単価等を定める際の参考例を提示。
- 現行の訪問介護等に相当するサービスのほか、緩和した基準のサービス、住民主体の支援等の多様なサービスを想定。

第4 サービスの利用の流れ (P55~)

- 認定を受けずに、チェックリストにより、サービスを利用可能。
- ケアマネジメントで、利用者に適切なサービスを提供。

第6 総合事業の制度的な枠組み (P91~)

- 直接実施や委託のほか、指定事業者による実施や、事業者に対する補助による実施が可能。
- 基準・単価等は、国の基準や単価の上限を踏まえ、設定。
- 市町村の事業費の上限は、移行分をまかなえるよう設定。

第3 生活支援・介護予防サービスの充実 (P28~)

- コーディネーターや協議体等を通じ、地域の支え合い体制づくりを推進。
- 担い手の知識・スキルの向上のため、研修実施。
- 市町村で行われているボランティアポイントも活用可能。

第5 関係者間の意識共有と介護予防ケアマネジメント(P73~)

- 一歩進んだケアマネジメントに向け、関係者の意識共有や、短期集中アプローチで自立につなげるケアマネジメントを推進。

第7 円滑な事業への移行・実施 (P128~)

- 事業は29年4月まで猶予可能。市町村は、早期から総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等に一定の時間をかけることも選択肢。
- エリアごとなど、段階的な実施も可。

事業の具体的な内容

基盤整備

第4 サービスの利用の流れ

周知 (P58~)

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

① 相談 (P59~)

- 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明(サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明)。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。
※予防給付(訪問看護や福祉用具貸与等)を希望している場合等は、要介護認定等の申請につなぐ。
※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。



② 基本チェックリストの活用・実施 (P60~)

- 窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分(一般介護予防事業、サービス事業及び給付)の振り分けを実施。



③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始 (P65~)

- 利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行う。
- 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、3パターンに分けて行う。
 - ① 原則的な介護予防ケアマネジメント
 - ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント(サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略)
 - ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント(アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで)

具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方(1)

①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントA)

- ・ 介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合
- ・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合
- ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合

- 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
- ケアプランの確定・交付 (利用者・サービス提供者へ)
- サービス利用開始
- モニタリング (給付管理)

②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントB)

- ・ ①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合 (指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等)

- 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
- ケアプランの確定・交付 (利用者・サービス提供者へ)
- サービス利用開始
- モニタリング (適宜)

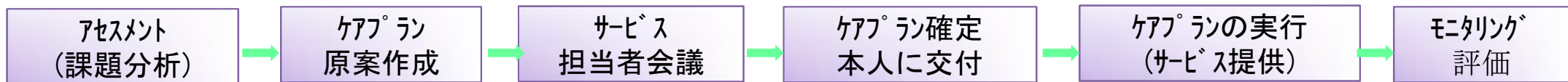
③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス (ケアマネジメントC)

- ・ ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合
(※必要に応じ、その後の状況把握を実施)

- アセスメント
- ケアマネジメント結果案作成
- 利用者への説明・同意
- 利用するサービス提供者等への説明・送付
- サービス利用開始

※ ()内は、必要に応じて実施

具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方(2)



アセスメントにより、導き出した課題を利用者と共有しながら、本人の意欲を引き出し、目標を設定する。

ケアマネジメントA

指定介護予防支援と同様に、地域包括支援センター等によるケアマネジメントを実施する。

ケアマネジメントB

利用者の状態等が安定しており、目標も含めてケアプランの大きな変更はなく、間隔をあげたモニタリングの実施等を想定。利用者の状態等にあわせて簡略化したプロセスでマネジメントを実施する。

ケアマネジメントC

目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と地域包括支援センター等が相談しながら実施する。ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や、目標、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有。

その後は、利用者自身が目標達成に向けてマネジメントを展開する(セルフマネジメントの推進)。

地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。

地域包括支援センター等によるケアマネジメントの実施

地域包括支援センター等によるケアマネジメントの実施

サービス等利用開始後は、本人によるマネジメントの実施

※ ケアマネジメントB又はCの該当者については、随時の本人及び家族からの相談を受けるとともに、利用者の状況変化時などサービス実施主体から、適宜連絡が入る体制をつくることのできる。

介護予防・日常生活支援総合事業のサービスの組み合わせ

問 介護予防ケアマネジメントにおいてサービスの利用を検討する際、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスの各類型について組み合わせることのできないものはあるか。

- 1 介護予防ケアマネジメントにおいては、本人の自立支援を考えながら、利用者と目標やその達成のための具体策を共有し、利用者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できるよう支援していくことが求められる。
- 2 その際、生活機能の改善や自立支援に向けて、利用者本人が取り組む部分と専門職等の支援を受ける部分が生じる場合について、例えば、現行の通所介護相当のサービスや通所型サービスC(短期集中予防サービス)において利用者の状況に応じた身体の動かし方や体操の仕方などを専門職からアドバイスを受け、その他の日は、通所型サービスB(住民主体による支援)を利用するなど、利用者の自立支援に向けて、住民主体の支援等、対象者の状態等にふさわしい支援を組み合わせるなど利用することなどが考えられる。
- 3 いずれにしても、総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、適切なアセスメントの実施により、設定した目標の達成に向けて主体的に取り組めるよう、必要なサービス事業等を適切にマネジメントしていくことが必要である。

初回のみケアマネジメントのプロセス(ケアマネジメントC)について

問 「初回のみ介護予防ケアマネジメント」においては、「初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明」となっているが、ここでいう「簡略化した介護予防ケアマネジメント」は、ケアマネジメントBと同様に、ケアプラン原案を作成するという事か。それとも、ケアマネジメント結果の通知で代用してよいか。

- 1 「初回のみ介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントC)」においては、その対象について、要支援者または基本チェックリスト該当者のうち、地域の通いの場等へ自ら参加し、介護予防に取り組むことができる高齢者を想定している。
- 2 ガイドライン案P72では「初回のみケアマネジメントを行う場合は、サービス事業の利用の前に利用者及びサービス提供者等とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできる」としており、ケアマネジメント結果としては「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取り組み」等本人の取り組みの継続に必要な内容が記載されるべきと考える。
- 3 なお、「初回のみケアマネジメント」を行った際のケアマネジメント結果の様式としては、例えば、介護予防サービス・支援計画書を活用し、①アセスメント領域と現在の状況(現行の4つの領域に限らず課題分析標準項目を参考に実施)、②本人・家族の意欲・意向、③目標、④本人のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス((民間サービス)を追加)、⑤介護保険サービス又は地域支援事業((総合事業のサービス)を追加)、⑥事業所((利用先)を追加)といった項目についてのみ記載して使用する他、市町村において任意の様式を使用することも想定している。
- 4 更に、利用者の継続した取り組みを支援するツールとして、「介護予防手帳」も積極的に活用していただきたい。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

案

No. _____

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、縦書き部分の記載は省略可能

利用者の 姓 (男・女) _____ 歳 誕生日 年 月 日 要定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

国支保1・国支保2

地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 変更の場合：計画作成者(事業者・事業者名及び所在地(道県支)) _____

計画作成(変更)日 年 月 日 (計画作成日 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 意識・意向	領域における課題 (得意・不得)	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 (介護者・介護)	介護保険サービス 又は地域支援事業 (国支保等のサービス)	サービス 提供	事業種 (有無)	期間
(運動・姿勢について)		口有 口無					[]					
(日常生活(移動)に関し て)		口有 口無					[]					
(社会参加、與人関係・コ ミュニケーションにつ いて)		口有 口無					[]					
(認知機能について)		口有 口無					[]					

【介護状態について】
口有は詳細見書、記録結果、観察結果等を記入した留意点

【本で行うべき支援が実施できない場合】
実施の支援の実現に向けた方針

総合的な方針：生活関連領域の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
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 歩行	移動 浴衣	口腔内 ケア	閉じこも リスク	認知 機能	うつ 予防
予防部または 地域支援事業	／0	／2	／3	／1	／3	／3

地域包括 支援セン ター	【意見】
	【確認事項】

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 _____

～～介護予防手帳の導入について～～

総合事業の中で多様化するケアマネジメントにおいて、主に「初回のみ介護予防ケアマネジメント(ケアマネジメントC)」の対象者に対し、高齢者が“セルフマネジメント”に取り組むためのツールとして用いる場合の例として作成

目的

- ◆ 高齢者が住み慣れた地域で生きがいや役割をもって、いきいきと楽しく暮らし続けることができるように支援するためのツール
- ◆ 単にサービスメニューや利用方法、提供体制等について周知するだけでなく、各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを断絶することなく適切な支援を受けることが重要であることを理解してもらう
- ◆ 要支援者等が自らの健康保持や介護予防の意識を高く保ち、関係者と共有して、各種サービスの利用・支援への参加等を促す
- ◆ 従来の介護予防手帳は、高齢者の心身の状況等の情報を共有してきたが、これに加えて、高齢者が自律的に生活を管理(セルフマネジメント)する力を高めるため、自身の興味・関心に基づいた生活の目標をたて、活動計画を作成し、活動経過を記録しながら関係者と共有できるように工夫

主な交付対象者

介護予防・日常生活支援総合事業対象者のうち初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）の対象者、その他交付を希望する者

掲載すべき情報

介護予防手帳（仮）は【携行用】と【保管用】に分かれており、【携行用】は本事業の活動に参加する際に持ち歩き、【保管用】は自宅に保管の上、必要時に活用。

【携行用】

→高齢者の持ち歩きや個人情報保護を考慮した簡易なセルフマネジメントツール

【保管用】

→本事業における介護予防の基本的な考え、【携行用】の記載方法、地域内の活動場所や支援・サービス等について定めている

その他、ケアマネジメントにおいて参考にすべき、あるいは本人と地域の多様な支援者にて共有すべき情報として、次のものが考えられる。

- 利用者基本情報
- 生活の目標・目標を達成するための活動・活用する支援・サービス * 1【携行用】
- 地域内の活動場所、支援・サービスに関する情報 * 2【保管用】
- 心身の状況に関する情報
- 利用している支援・サービスの情報
- 本人が介護予防の知識を習得するための情報
- その他、介護予防に関する書類

第6 総合事業の制度的な枠組み

住所地特例対象者に関する取り扱い

(介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案より抜粋)

(住所地特例対象者に対する地域支援事業の実施)

- 住所地特例対象者に対する総合事業も含めた地域支援事業については、予防給付の介護予防訪問介護等を総合事業に移行すること等を踏まえ、住所地特例対象者がより円滑サービスを受けられることができるよう、**当該者が居住する施設が所在する市町村(以下「施設所在市町村」という。)が行うものとしている(法第115条の45第1項)。**
- **ただし、任意事業については、転居前の市町村(以下「保険者市町村」という。)も行うことができる仕組みになっており、事業の内容(例えば、給付費適正化事業など)によっては、引き続き、保険者市町村が行うことを想定している。**

(住所地特例対象者に対する介護予防・日常生活支援総合事業の実施)

- 住所地特例対象者に対する**総合事業によるサービス提供については、施設所在市町村が行うこととなるため、総合事業による介護予防ケアマネジメントについては、施設所在市町村の地域包括支援センターが行うこととなる。**
- サービス事業のほか、予防給付によるサービス(介護予防訪問看護、福祉用具など)を利用する場合における**要支援者に対するケアマネジメントについては、引き続き、予防給付(介護予防支援)により提供されることとなっているが、その提供する者は、総合事業によるサービスのみを利用している場合と介護予防ケアマネジメントの主体が変わることがないように、施設所在市町村が指定した地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント(介護予防支援)を行うこととなっている(法第58条)。**
- しかし、予防給付による介護予防ケアマネジメント(介護予防支援)については、**施設所在市町村の地域包括支援センターからの請求により、国保連経由で保険者市町村が、給付として審査・支払を行うこと**になるため、給付と総合事業による請求の流れが異なることになることに留意する必要がある。

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」Q&A・抜粋

住所地特例対象者への取扱

問 現在、住所地特例適用居宅要支援被保険者に係る介護予防支援については、保険者市町村の地域包括支援センターが実施主体であるため、住所地特例施設所在市町村に所在する居宅介護支援事業所等へ委託するなどして対応している。今般の介護保険法改正によりこれらの取扱はどのように変わるか。

今般の介護保険法改正により、住所地特例適用居宅要支援被保険者に係る介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの実施主体は、施設所在市町村の地域包括支援センターとされたところ。（介護保険法第58条第1項、第115条の45第1項柱書き）

これにより、総合事業のみを利用する場合、介護予防給付のみを利用する場合、総合事業と介護予防給付を併用する場合のいずれであっても、施設所在市町村の地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント又は介護予防支援を実施することになるため、平成27年4月までに保険者市町村と施設所在市町村との間でこれら変更に伴う引き継ぎ等を済ませておく必要がある。

この引き継ぎ等は、利用者に趣旨の説明をした上で、転出入等による異動で保険者変更を伴う場合の対応と同様に行うことが求められるものであって、この際、利用者との契約についても、施設所在市町村の地域包括支援センターとの契約が必要であることに留意されたい。

なお、予防給付による介護予防支援費については、施設所在市町村の地域包括支援センターの請求により、国保連経由で保険者市町村が給付として審査・支払いを行うことになる一方、総合事業による介護予防ケアマネジメント費については、施設所在市町村が負担金調整依頼書を年1回国保連に提出して、国保連が負担金として財政調整を行う予定である。

※ 住所地特例適用居宅要支援被保険者の総合事業に係る介護予防ケアマネジメントに関しては、年一回の国保連を通じた調整のため、施設所在市町村において円滑に調整できるように資料等を保存しておくことが必要。（様式については今後示す予定）

（参考：住所地特例者に対する各サービスの実施主体）

サービス名	改正前	H27.4～	(参考)総合事業の実施を猶予する場合
介護予防ケアマネジメント (旧制度：包括的支援事業)	保険者市町村	—	施設所在市町村
介護予防ケアマネジメント (新制度：総合事業)	—	施設所在市町村 ※国保連経由で財源調整	— ※国保連経由で財源調整
介護予防支援	保険者市町村	施設所在市町村 ※国保連に請求し保険者が支払	施設所在市町村 ※国保連に請求し保険者が支払
包括的支援事業	保険者市町村	施設所在市町村	施設所在市町村

住所地特例対象者への取扱

問 住所地特例対象者が施設所在市町村で総合事業のサービス事業対象者となった場合、介護予防ケアマネジメント依頼書は保険者市町村に提出することでよいか。その際、サービス事業対象者である旨を記載した被保険者証の発行は、依頼書が提出されたタイミングで保険者市町村が発行することでよいか。

- 1 制度改正に伴って、住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメントは、施設所在市町村で行うこととなるため、介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書は、施設所在市町村に届け出ることとなる。
- 2 一方、保険者市町村は、介護予防・生活支援サービス事業対象者を登録したうえで、被保険者証を交付することが必要であり、施設所在市町村は、届出を受け取ったときは、速やかに保険者市町村に、届出書の写しを送付等することが必要である。
- 3 施設所在市町村から連絡を受けた保険者市町村は、介護予防・生活支援サービス事業の対象者として登録し、被保険者証を発行することとなる。なお、サービス事業費を国保連合会を経由して支払う場合は、保険者市町村から国保連合会に住所地特例対象者を連絡する必要がある。

※ 国保連合会に送る「介護保険 受給者情報異動連絡票」については、住所地特例の欄を設け、施設所在保険者番号等設定できるよう変更となる。

総合事業への早期の移行について

生活支援・介護予防は、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するために、地域包括ケアシステムの基本となる要素。

2025年に向け、介護保険制度の持続可能性を高め、地域の多様な主体・人材を活用し、地域包括ケアシステムを構築するためには、市町村が主体的に総合事業に取り組み、生活支援、介護予防の充実に努めることが必要。

⇒ 例えば、みなし指定によるサービスを適切に実施しつつ、一般介護予防事業の通いの場の強化等を通じて徐々に住民主体の支援の充実に努めるといった形式でも、地域包括ケアシステム構築に資することから、総合事業に移行したこととなる。

住民主体の支援等、地域の 支え合いの体制づくり の推進

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、生活支援・介護予防について、住民が主体的に参加し、自らが担い手となっていくような地域づくりが必要である。
- 住民主体の地域の支え合いの体制づくりには一定の年月が必要となるが、総合事業へ移行することにより早期に促進することができる。

(参考)

総合事業の枠組みを活用して、地域のボランティアや非営利団体等の活動に関する立ち上げ経費や活動経費の補助等を実施可能(総合事業の事業実施方法の一つとしてNPOやボランティアへの補助を想定)

- 総合事業の上限額は、移行当初の事業費の変動への対応や支え合いの体制づくりの構築が必要であること等から、平成27年度から平成29年度までの間は、事業開始の前年度の予防給付（訪問介護、通所介護、介護予防支援）及び介護予防事業の実績額に110%を乗じた額の範囲内で個別判断を不要としている（予防給付全体で上限管理する選択可能な計算式も同様。）。この枠組みを最大限活かした積極的な取組が可能となる。

協議体の早期設置を通じた 関係機関の連携強化

- 協議体を早期に設置し、社会福祉法人、NPO、協同組合、自治会、民間企業等地域の多様な関係者の参加を推進することで、これまで以上に幅広いネットワークが構築され、情報交換や連携が進むことになり、地域での支援に早期から積極的に参画いただくことが可能となる。

※ 地域の受け皿づくりのため、協議体の設置は有効であり、総合事業への移行時期に関わらず早期の取組が求められる。協議体は、地域のネットワーク構築に資する既存の会議と連携し実施することが可能。

(参考)

地域の非営利団体の参画による住民主体の支援の推進とともに、民間企業等も含めた地域の多様な関係者に徐々に参画を求めることで、配食などの高齢者の生活を支える市場（保険外）サービスの充実が図られる。民間企業等の関係機関による見守り協定の締結等、地域貢献の取組の促進も期待される。

総合事業への早期の移行について

地域の多様な人材による 高齢者支援の推進	<ul style="list-style-type: none">● 高齢者の多様なニーズに対応するため、ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体が支援の担い手になることで、地域の多様な人材の活躍の場を広げることができる。 (例) 必ずしも資格を有さない人材に対して研修等により一定の質を確保しつつ活躍の場を創出することで、地域の支え手が増加する。● また、既存の介護サービス事業者（専門職）は中重度者への対応にその専門性を発揮することができる。
市町村による事業所の計 画的な指定の推進	<ul style="list-style-type: none">● 総合事業では、事業所の指定を市町村が裁量を持って行えるため、例えば、市町村の計画量や事業所のサービス提供状況等を踏まえた、計画的な指定ができる。これにより、圏域内の効果的な配置や、質の向上を図ることが可能となる。● 予防給付から移行するみなし指定の事業所についても、有効期間（3年）を市町村の判断で短縮することも可能であり、地域の実情に応じた判断を早期から実施できる。
次期計画策定時に展望が 可能	<ul style="list-style-type: none">● 早期移行により、第6期中の実施状況を踏まえ、例えば、必要に応じて事業内容を見直しつつ第7期を迎えるなど、第7期以降（2018～2024年）の展望が可能。特に平成29年4月移行とした場合は、第7期の計画策定段階で実施データがないため、適正な事業規模を見込めない等、第7期事業計画への反映が困難になり、2025年に向け、地域包括ケアシステムの基本要素である生活支援・介護予防への取組が困難となる恐れ。● 住民等地域の多様な主体に参画を求め、地域の支え合いの体制づくりを推進すること、市町村による質の高いサービスの効果的な配置の推進等を通じ、総合事業の費用の効率化が図られ、介護保険料の水準にも反映される。

(参考) 上記に加えて、総合事業の実施に当たり、市町村の事務負担を軽減するために、以下のような枠組みも整備されている。

○ 市町村による契約・審査・支払事務の負担軽減について

市町村が毎年度委託契約を締結する事務を不要とするため、指定事業者制度を活用。審査・支払について国保連の活用。

○ 要介護認定の事務負担の軽減について

総合事業に全面移行した自治体については、更新申請時の要介護認定等の有効期間の延長を行うことができる。

⇒ 早期に移行する自治体に対しては、移行前・後を通じて、事業実施に係る継続的な支援を検討。

住民周知用のリーフレット

(表)

4月1日から新しい「地域づくり」が始まります。

～介護保険法改正による介護予防・日常生活支援総合事業のご紹介～

高齢者の生活を支えるための地域づくり

介護や生活支援を必要とする高齢者や、単身生活者や高齢者のみの世帯が増える中、生活の継続に必要な買い物や掃除の支援、高齢者が生きがいを持って参加できる活動が、これまで以上に必要になると見込まれます。

このため、従来のホームヘルプやデイサービスだけではなく、住民が実施する取組も含めた、多様な担い手による高齢者の支援体制を、地域の中に作っていくことが必要になっています。

地域のみなさんで一緒に取り組む介護予防活動を応援します

自分らしく地域で暮らし続けるためには、一人ひとりができる限り介護予防に努めるとともに、地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することが大切です。また、役割を担うことは介護予防にもつながります。地域の誰もが参加できる、身近な場所での「体操教室」や「サロン」など、住民の自主的な介護予防活動の立ち上げや、運営について幅広く応援します。

高齢者のための地域活動を応援します

こうした住民の皆さんの参加による、幅広い支え合いの地域づくりを推進するため、〇〇市(町村)では、〇年4月1日から、介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)を実施します。新しい「総合事業」では、地域住民の皆さんによる高齢者の介護予防活動や生活支援の自主的な取組を応援します！

■高齢者が参加できる定期的・継続的な介護予防活動を応援します。
～取組の内容や開催場所は、住民の皆さんのアイデアで～

体操教室をやりたいけど、どのように立ち上げれば良いかわからない	近所、サロンを利用したいけど、場所代の負担が重くて難しい	介護予防教室など施設でボランティアをしたいけど、どうすれば良いかわからない
新たに地域に配置するコーディネーターがアドバイスなど支援をします。	近所の経費費用の一部について、助成を受けることができます。	ボランティア研修を実施します。積極的に参加してみてください。

(裏)

総合事業では、どんな介護予防活動に参加できますか？

近所の皆さんと集まる体操会やサロンの参加はしていますか？

近所で開催されている体操教室への参加はしていますか？

近所の方を誘ってランニングへの参加はしていますか？無理な運動はもうのめんどくさい！

近所の皆さんと集まる近所会やサロンの参加はしていますか？

近所で開催されている体操教室への参加はしていますか？

近所の方を誘ってランニングへの参加はしていますか？無理な運動はもうのめんどくさい！

ボランティアが積極的に参加し、地域がピューンと華やかになっていませんか？

総合事業では、どんな生活支援がありますか？

近所の支え合いの中で、お出しのお手出し、お出しの回数が増えています。

有償ボランティアによる家事支援の利用はしていますか？

お弁当やお味噌汁が、手配しておくれます。

ホームヘルパーがご自宅に訪問しての暮らしを支援しています。

現在、ホームヘルプやデイサービスを利用していますが、継続的に使えますか？

どうやって利用・参加することができますか？

「近所会」の開催などを踏まえ、地域包括支援センターなどのケアマネージャー、専門職による支援が必要と判断された場合は、引き続き市単位の訪問介護や訪問介護員利用することができます。

生活の中での困りごとなどがあっても、これまで通り「地域包括支援センター」にご相談ください。心身や生活の状況によっては、集中チェックリストと呼ばれる検査や相談で、サービスや支援を受けたり、地域の「誰」の場に参加いただくことができます。※申請に対して「要支援認定」を受けることもできます。

詳しくは、お近くの地域包括支援センターまでご連絡ください。

〇〇市 〇〇課
〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番地
電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ホームページ：www.jp/〇〇〇〇〇〇

※ このリーフレットは、平成26年度老人保健健康増進等事業にて検討中のものであり、年度末までに確定案をお示しする予定である。

新しい地域支援事業の全体像

＜現行＞

介護保険制度

＜見直し後＞

【財源構成】
 国 25%
 都道府県 12.5%
 市町村 12.5%
 1号保険料 21%
 2号保険料 29%

【財源構成】
 国 39.5%
 都道府県 19.75%
 市町村 19.75%
 1号保険料 21%

※27年度以降は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)
 訪問看護、福祉用具等
 訪問介護、通所介護

介護予防事業
 又は**介護予防・日常生活支援総合事業**
 ○二次予防事業
 ○一次予防事業
 (介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。)

包括的支援事業
 ○地域包括支援センターの運営
 ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
 ○介護給付費適正化事業
 ○家族介護支援事業
 ○その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
 (要支援1～2、それ以外の者)
 ○介護予防・生活支援サービス事業
 ・訪問型サービス
 ・通所型サービス
 ・生活支援サービス(配食等)
 ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
 ○一般介護予防事業

包括的支援事業
 ○地域包括支援センターの運営
 (左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
 ○**在宅医療・介護連携の推進**
 ○**認知症施策の推進**
 (認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
 ○**生活支援サービスの体制整備**
 (コーディネーターの配置、協議体の設置等)

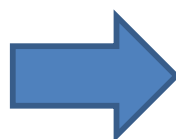
任意事業
 ○介護給付費適正化事業
 ○家族介護支援事業
 ○その他の事業

地域支援事業

地域支援事業の平成27年度予算案の概要(国費ベース)

地域包括ケアシステムの実現に向けて、高齢者の社会参加・介護予防に向けた取組、配食・見守り等の生活支援体制の整備、在宅生活を支える医療と介護の連携及び認知症の方への支援の仕組み等を一体的に推進しながら、市町村において高齢者を地域で支えていく体制を構築。

平成26年度
698億円(注1)



平成27年度(案)
798億円(+100億円)

- 新しい総合事業の段階的实施
又は移行前の介護予防事業の実施
- 地域包括支援センターの実施体制の確保
- 任意事業の実施

680億円 (+4億円)

- 地域支援事業の充実(注2)

118億円 (+97億円)

- ①認知症施策の推進
- ②生活支援の充実・強化
- ③在宅医療・介護連携の推進
- ④地域ケア会議の推進

- ①28億円(+11億)
- ②54億円(+49億)
- ③13億円(新)
- ④24億円(新)

注1: 26年度予算の金額には、当初予算642億円に加えて、予防給付からの27年度移行分見合いの56億円を含む。

注2: ①認知症施策の推進、②生活支援の充実・強化については、26年度は任意事業で実施。介護保険法改正を踏まえ、27年度以降は、①から④は包括的支援事業で実施。

市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策など地域支援事業の充実 118億円(国費ベース)

- 地域包括ケア実現に向けた、充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
 - あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し、サービスの多様化を図る。
 - これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。
- ※「医療・介護連携強化」「認知症施策の推進」「生活支援体制整備」に係る事業については、地域包括支援センター以外の実施主体に事業を委託することも可能

平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携 (13億円)

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策 (28億円)

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議 (24億円)

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化 (54億円)

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等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。(財源は、消費税の増収分を活用)

※2 上記の地域支援事業(包括的支援事業)の負担割合は、国39%、都道府県19.5%、市町村19.5%、1号保険料22%

※3 金額は四捨五入により、億円単位にまとめているため、合計額は一致していない。