

予防給付の見直しと地域支援事業の充実 について

(1) 予防給付の見直し	1
(2) 地域支援事業の充実	10
(3) 介護予防の見直し	17
(4) 新しい総合事業の事務負担の軽減及び費用	29

(1) 予防給付の見直し

介護予防給付の地域支援事業への移行(案)

- 要支援者に対する介護予防給付については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスの提供をできるよう、地域支援事業の形式に見直すことを検討。
- 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
- 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- 事業への移行にあたっては、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿を地域に整備するため、地域の実情に合わせて、一定程度時間をかけて行う。

介護保険制度

*これ以外に高額介護サービス費等が含まれる。

介護給付(要介護者)

約7兆1000億円(平成23年度)*

個別給付

- ◆法定のサービス類型(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆全国一律の人員基準・運営基準

予防給付(要支援者)

約4100億円(平成23年度)*

個別給付

- ◆法定のサービス類型(訪問介護・通所介護等)
- ◆全国一律の人員基準・運営基準

地域支援事業

約1570億円(平成23年度)

介護予防事業 ・総合事業

- ◆事業内容については市町村の裁量
- ◆全国一律の人員基準・運営基準なし

包括的支援事業 ・任意事業

- ◆地域包括支援センターの運営等

財源構成 (国)25%:(都道府県/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/市町村)19.75%:(1号保険料)21%

事業化

新しい地域支援事業

個別給付

- ◆法定のサービス類型(特養・訪問介護・通所介護等)
- ◆全国一律の人員基準・運営基準

新しい総合事業(要支援事業・新しい介護予防事業)

- ◆事業内容については市町村の裁量を拡大
- ◆柔軟な人員基準・運営基準

新しい包括的支援事業 ・任意事業

- ◆地域包括支援センターの運営等

※地域支援事業は地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

(見直し前)

(見直し後)

予防給付から移行する要支援者に対する事業(案)

〈要支援者に対する事業のイメージ〉

- 1 実施主体：市町村（事業者への委託、市町村が特定した事業者が事業を実施した費用の支払等）
- 2 対象者：要支援者について、現行の予防給付を段階的(27～29年度)に廃止し、新総合事業の中で実施
※ 既にサービスを利用している者については事業移行後も必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とする。
- 3 利用手続き：要支援認定を受けてケアマネジメントに基づきサービスを利用
- 4 事業の内容：現行の予防給付、予防事業を移行し、予防サービス、生活支援サービスを一体的、効率的に実施
予防給付のすべてのメニューを事業に移行。

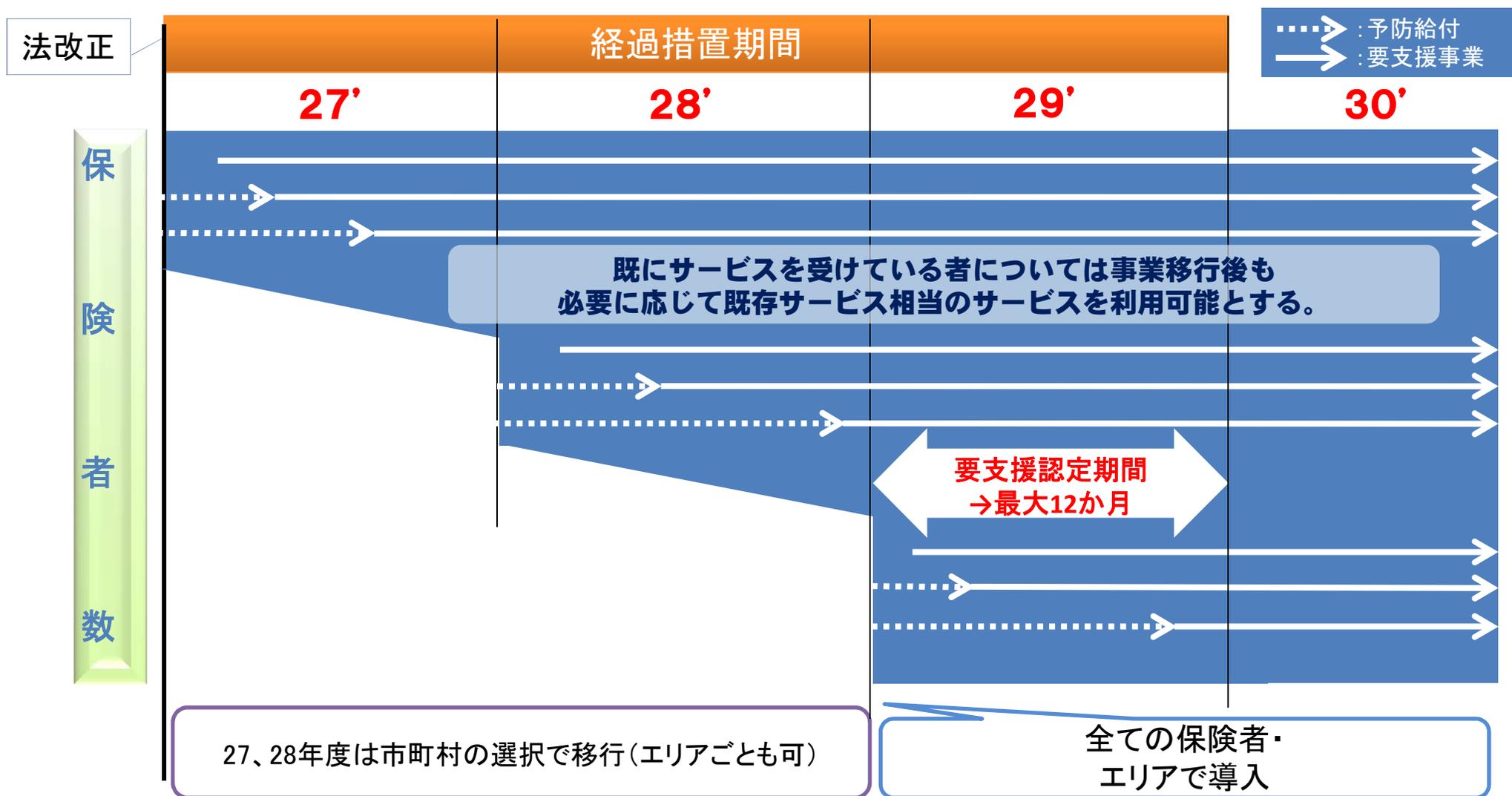
[各個別サービスについて](詳細は6ページ参照)

- ①訪問型・通所型サービス(現行の訪問介護、通所介護から移行等)
人員基準等を緩和し、地域で多様なサービスの提供を推進。訪問型・通所型サービスについて市町村が何らかの事業を実施する義務。
- ②①以外のサービス：
国が一定程度の基準を提示。それぞれのサービスについて市町村は必要に応じて事業を実施する義務。
- 5 事業費の単価：訪問型・通所型サービス(上記①)については、サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。これらも含め上限単価等全国的なルールのもと市町村が設定する仕組みを検討。
- 6 利用料：地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。
※ 従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)
- 7 事業者：市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下事業者が事業を実施した場合事後的に費用の支払いを行う仕組みを検討。
- 8 ガイドライン：介護保険法に基づき厚生労働大臣が指針を策定し、市町村による事業の円滑な実施を推進。
- 9 財源：1号保険料、2号保険料、国、都道府県、市町村(予防給付と同じ)

※事務負担の軽減及び費用については29～31ページを参照

予防給付から地域支援事業への移行スケジュールについて(イメージ)

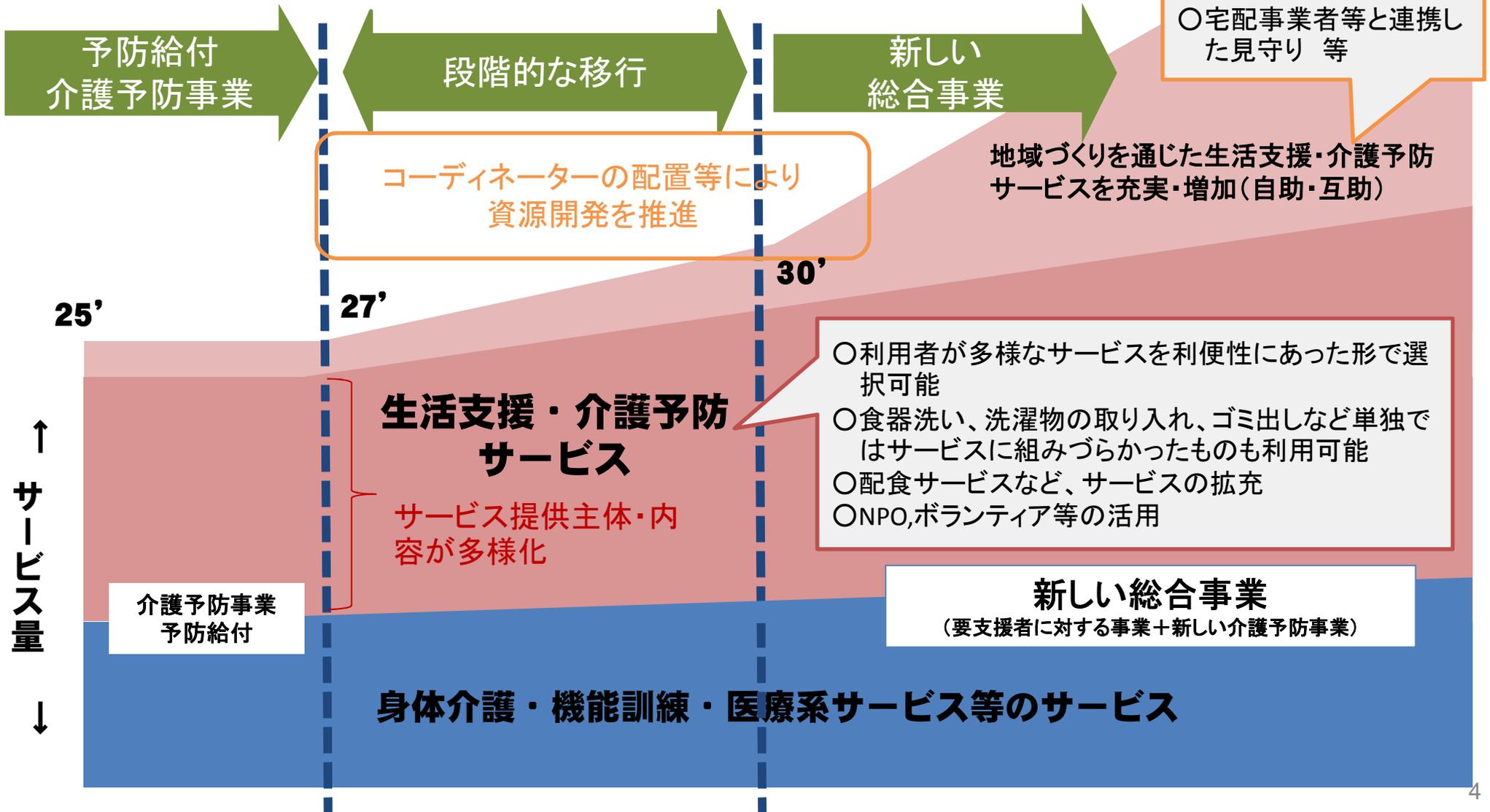
- 平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する地域支援事業を開始。(27、28年度は市町村の選択)
- 平成29年度末をもって、全国で予防給付が終了。



予防給付から地域支援事業への移行による生活支援・介護予防サービスの充実(イメージ)

- 要支援者の支援については、予防給付から地域支援事業へ段階的に移行。
- 互助の取組や民間サービスの基盤整備を行い、高齢者の生活支援サービスを充実。

- 外出支援、寝具類洗濯乾燥(過去一般財源化された事業)
- 互助による見守り
- 宅配事業者等と連携した見守り等

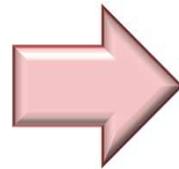


要支援者に対するサービスの多様化のイメージ

- 全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、事業に移行することにより、多様なサービスが多様な主体により提供され、サービス量が増加。利用者が多様なサービスを選択可能となる。

【参考例】

訪問介護



既存の訪問介護事業所による身体介護等の訪問介護

NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス

住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス

通所介護



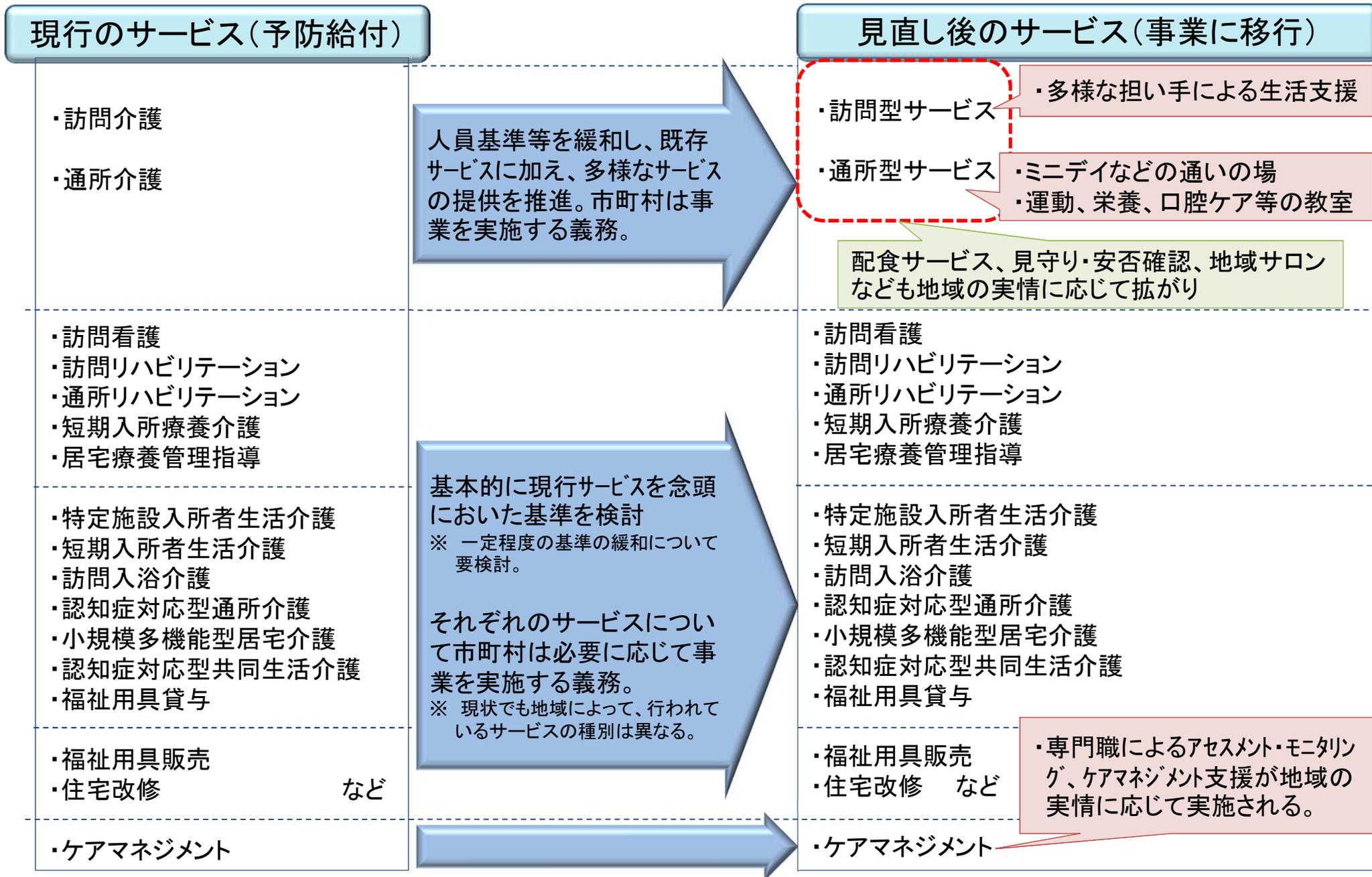
既存の通所介護事業所による機能訓練等の通所介護

NPO、民間事業者等によるミニデイサービス

コミュニティサロン、住民主体の運動・交流の場

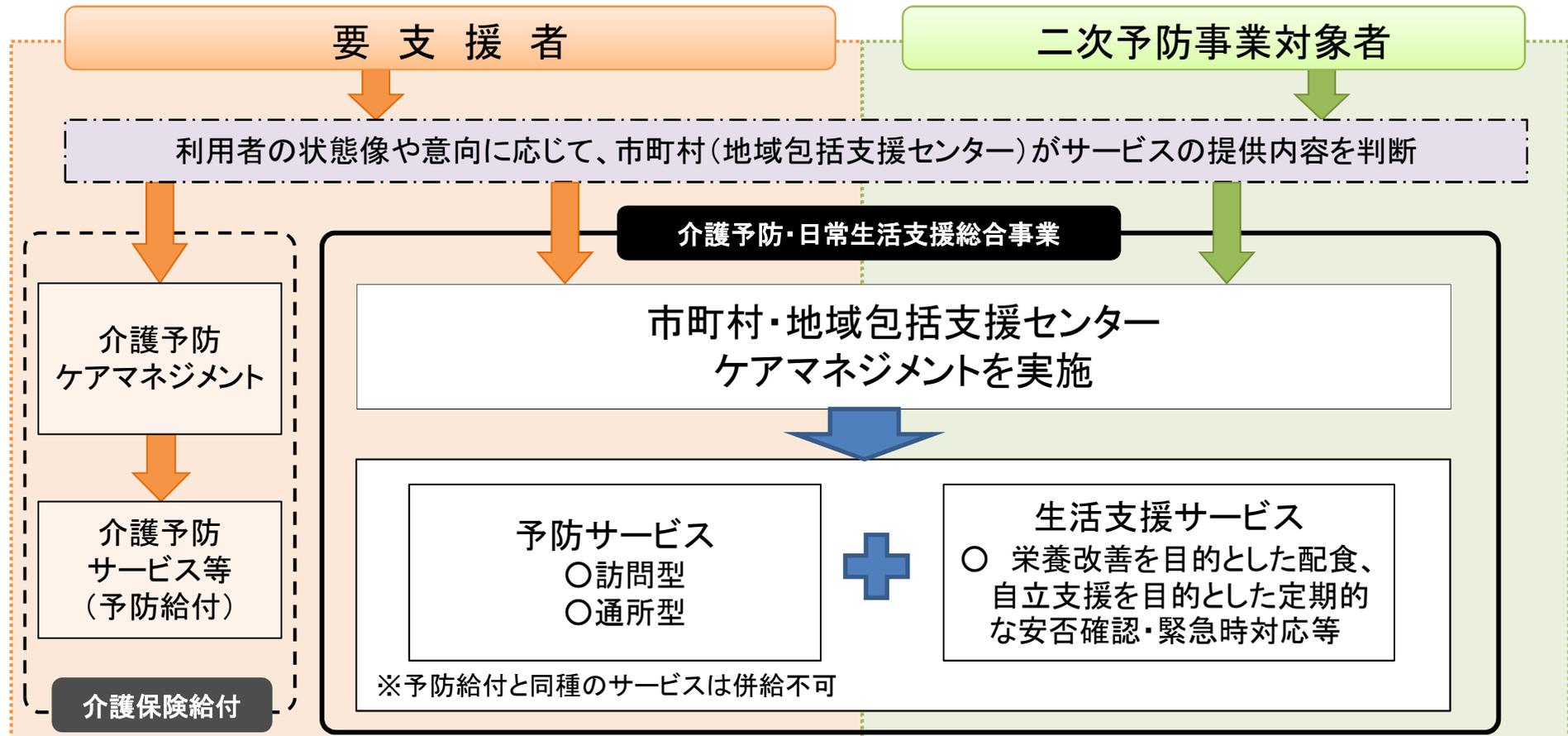
リハビリ、栄養、口腔ケア等の専門職等が関与する教室

要支援者の生活支援・介護予防サービスの全体イメージ



(参考) 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)

- 市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・2次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業を創設(平成24年4月～)
- 同事業の導入により、多様なマンパワーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組の推進が期待される。
(例)
 - ・ 要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供
 - ・ 虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者には、円滑にサービスを導入
 - ・ 自立や社会参加意欲の高い人には、社会参加や活動の場を提供
- 平成24年度では、27保険者(市町村等)が実施。(第五期介護保険事業計画期間では約132の保険者が実施予定)

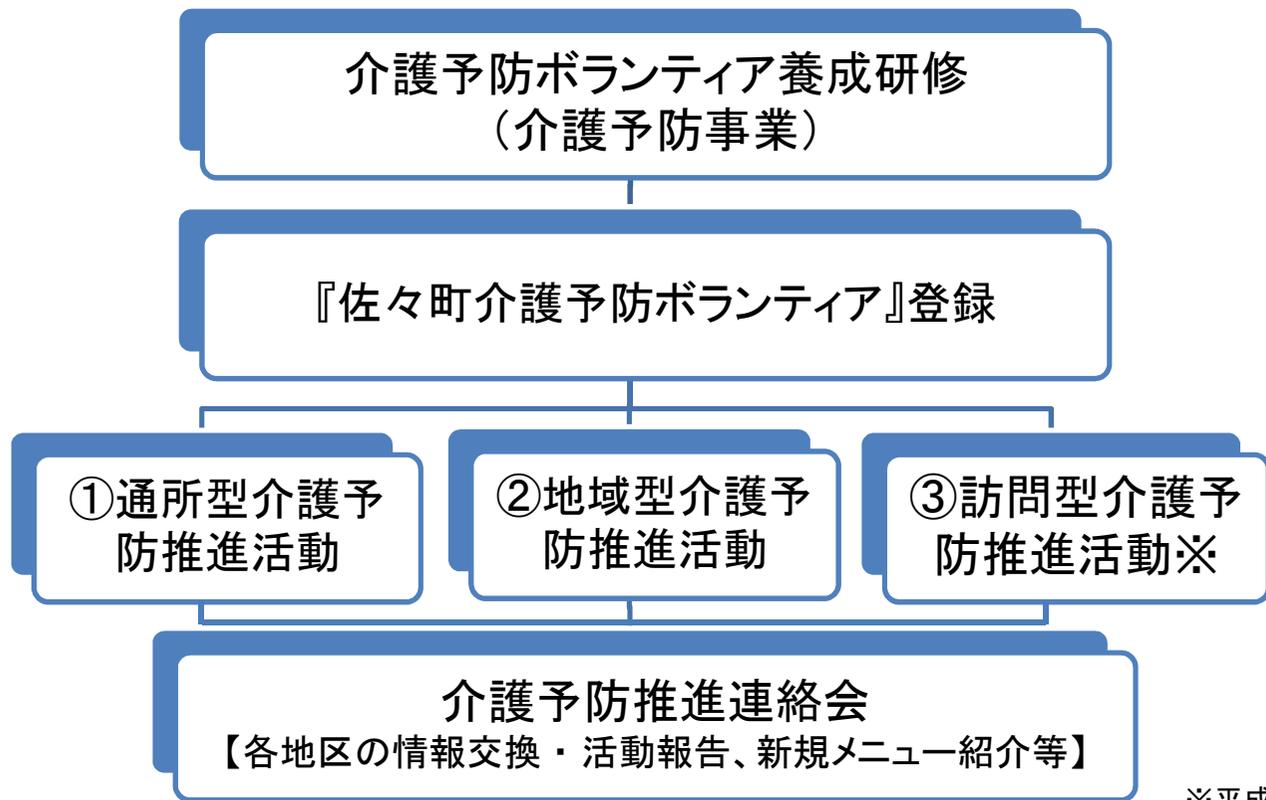


(参考)介護予防・日常生活支援総合事業の取組(長崎県佐々町)

～介護予防ボランティアによる介護予防と日常生活支援～

- 「介護予防ボランティア養成研修」を受けた65歳以上の高齢者が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 平成20年度から実施し、平成24年12月現在45名が登録・活動中。
- 平成24年度からは介護保険法改正により導入した介護予防・日常生活支援総合事業で実施。

佐々町の介護予防ボランティア組織図



※平成24年度より

(参考)介護予防・日常生活支援総合事業の取組(山梨県北杜市)

～地域住民の支え合いによる通いの場づくりと生活支援～

- 地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすため、医療や介護、介護保険外サービスを含めた様々なサービスを日常生活の場で提供
- 利用者の視点に立った柔軟な対応、地域活力の向上に向けた取組、地域包括ケアの実現に向けた取組を目指し、住民ボランティアの協力による①通所型予防サービス、②配食・見守り・安否確認等の生活支援サービスを実施

通所型予防サービス(ふれあい処北杜)

- 運営(8か所)
NPO、社協、地区組織、JA、介護事業所
- 内容
交流、会話、趣味、事業所の特性を生かした活動(週1～2回)
- スタッフは1～2名。他はボランティア。
- ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
- 地域の人誰でも気軽に立ち寄れる場所

※地域支え合い体制づくり事業で整備

生活支援サービス

- 内容
 - ・配食＋安否確認(緊急連絡を含む)
 - ・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
 - ・異常があった時の連絡義務づけ
 - ・弁当業者、ボランティア、NPO等が連携(5か所の事業者が参入)



(2) 地域支援事業の充実

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

生活支援・介護予防の充実

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

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

高齢者が自立した生活を継続できる地域づくり

○生活支援サービスの充実、介護予防の推進に加え、多職種協働による専門的支援の充実を図ることにより、要支援者の生活機能の改善が図られるなど、高齢者の自立が促進される。

コーディネーターによる地域資源の把握、マッチング、生活支援サービスの創造

コミュニティビジネスの展開
やボランティア活動の推進



行政や専門職との
橋渡し役



コーディネーター等を活用した生活支援サービスの充実

民間事業者等と協働したサービス資源の開発



配達事業者による見守り



買い物支援
外出支援など

生活機能の改善へ

地域の
連携・協働

一般高齢者

要支援者

要介護者

市町村に
よる基盤整備

市町村が中心となって地域づくりを進めることで
専門的支援と生活支援・介護予防の一体的提供を実現

多職種協働による専門的支援の充実

- ・地域ケア会議
- ・認知症初期集中支援チーム
- ・ケアカンファレンス



医療介護連携による
入退院時支援

多様な参加の場づくりと
専門職の適切なアプローチにより
予防を推進し、自立支援を促進

多様な参加の場づくりと 地域におけるリハビリの推進



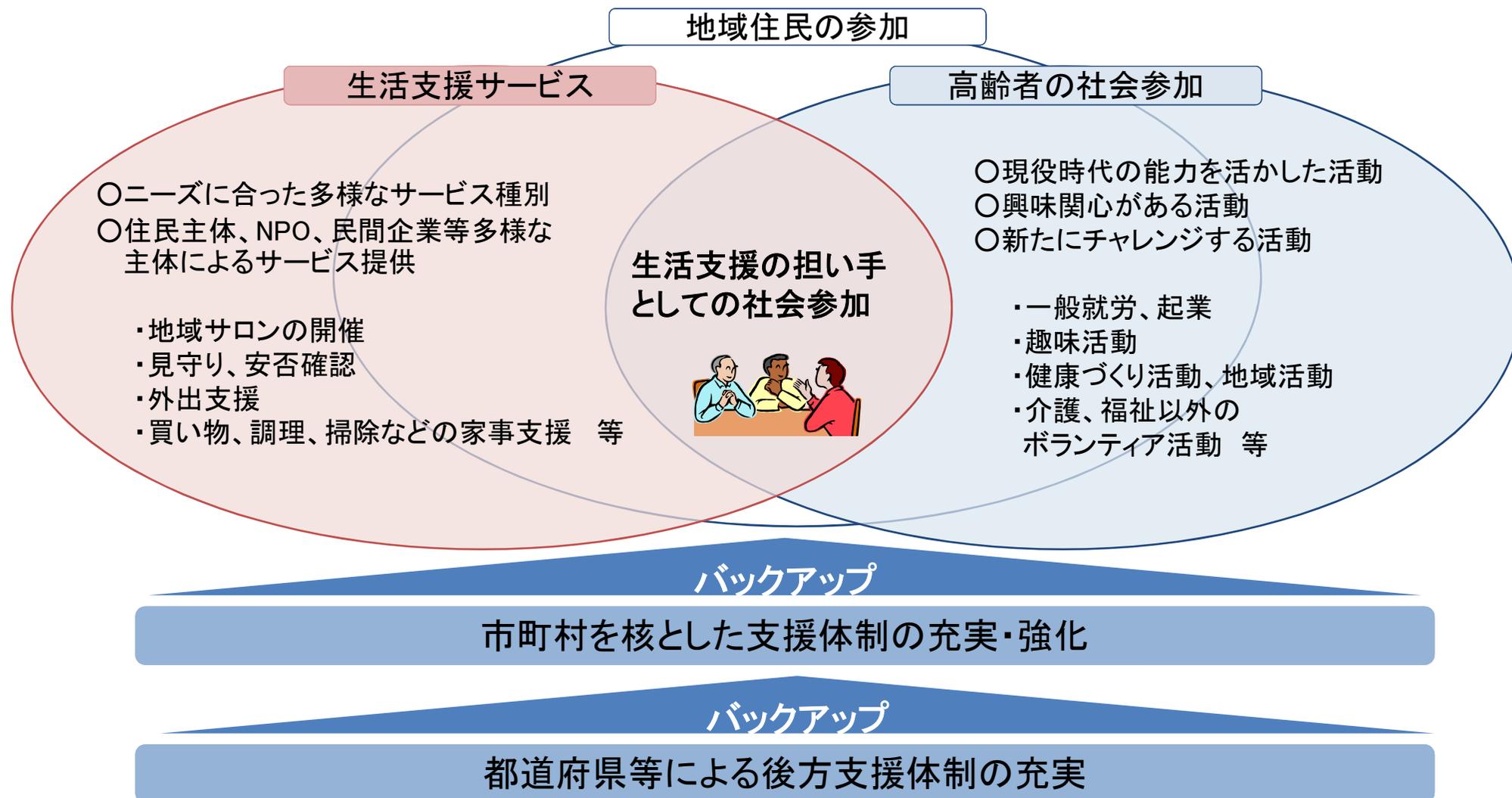
多様な
参加の場づくり

リハビリ専門職等の
支援による
生活機能の向上



(参考)生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、見守り・配食等の生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の社会参加をより一層推進することを通じて、元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍することも期待される。このように、高齢者が社会的役割をもつことにより、生きがいや介護予防にもつながる。



(参考) 多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援



- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生涯現役コーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援サービスの提供イメージ

市町村単位の圏域

小学校区単位の圏域

自治会単位の圏域

介護者支援



外出支援



食材配達



安否確認



家事援助



交流サロン

配食+見守り



権利擁護



声かけ

コミュニティ
カフェ



移動販売



事業主体

民間
企業

NPO

協同
組合

社会福祉
法人

ボランティア

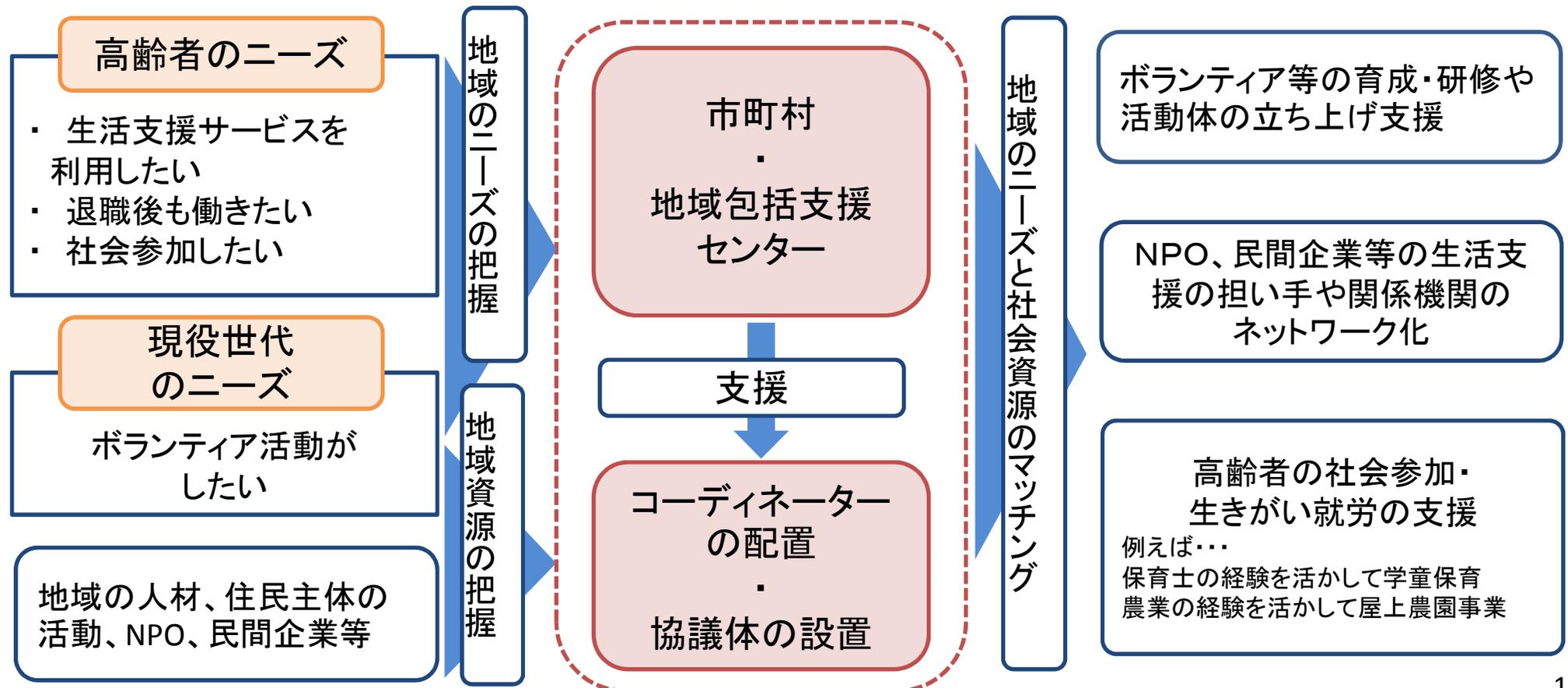
バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

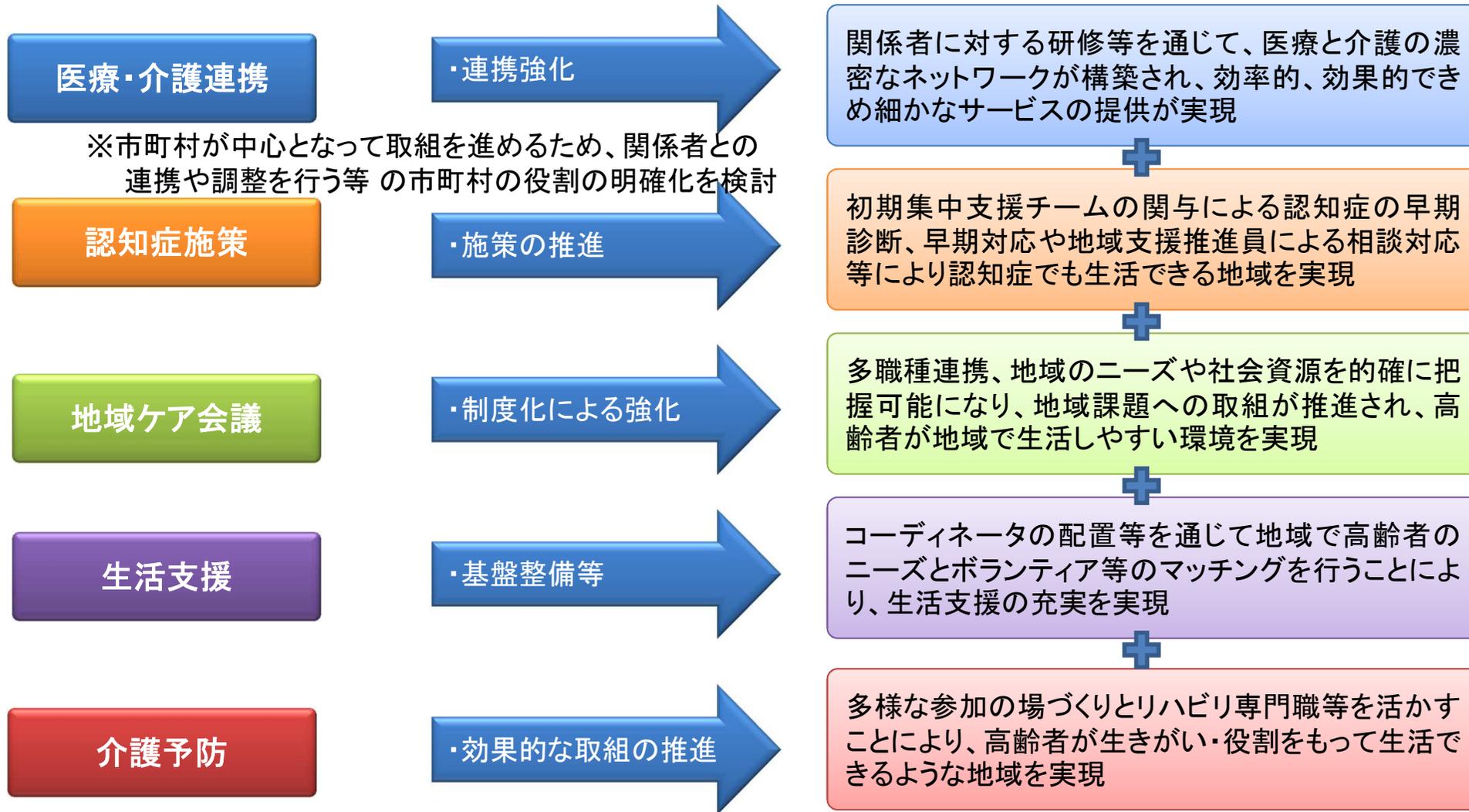
➡ 民間とも協働して支援体制を構築

(参考)市町村を核とした生活支援サービス支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加の推進

- 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。
- 生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化(コーディネーターの配置、協議体の設置等)については、市町村が行う地域支援事業の枠組みで行う。
- これらを通じ、高齢者が積極的に社会参加し、生活支援の担い手となって支援が必要な高齢者を支える社会を実現していく。これにより、高齢者は実際に介護サービスが必要となった場合に主体的に介護保険制度に関わることができる。(高齢者が中心となった地域の支え合い(互助)の仕組みの構築)

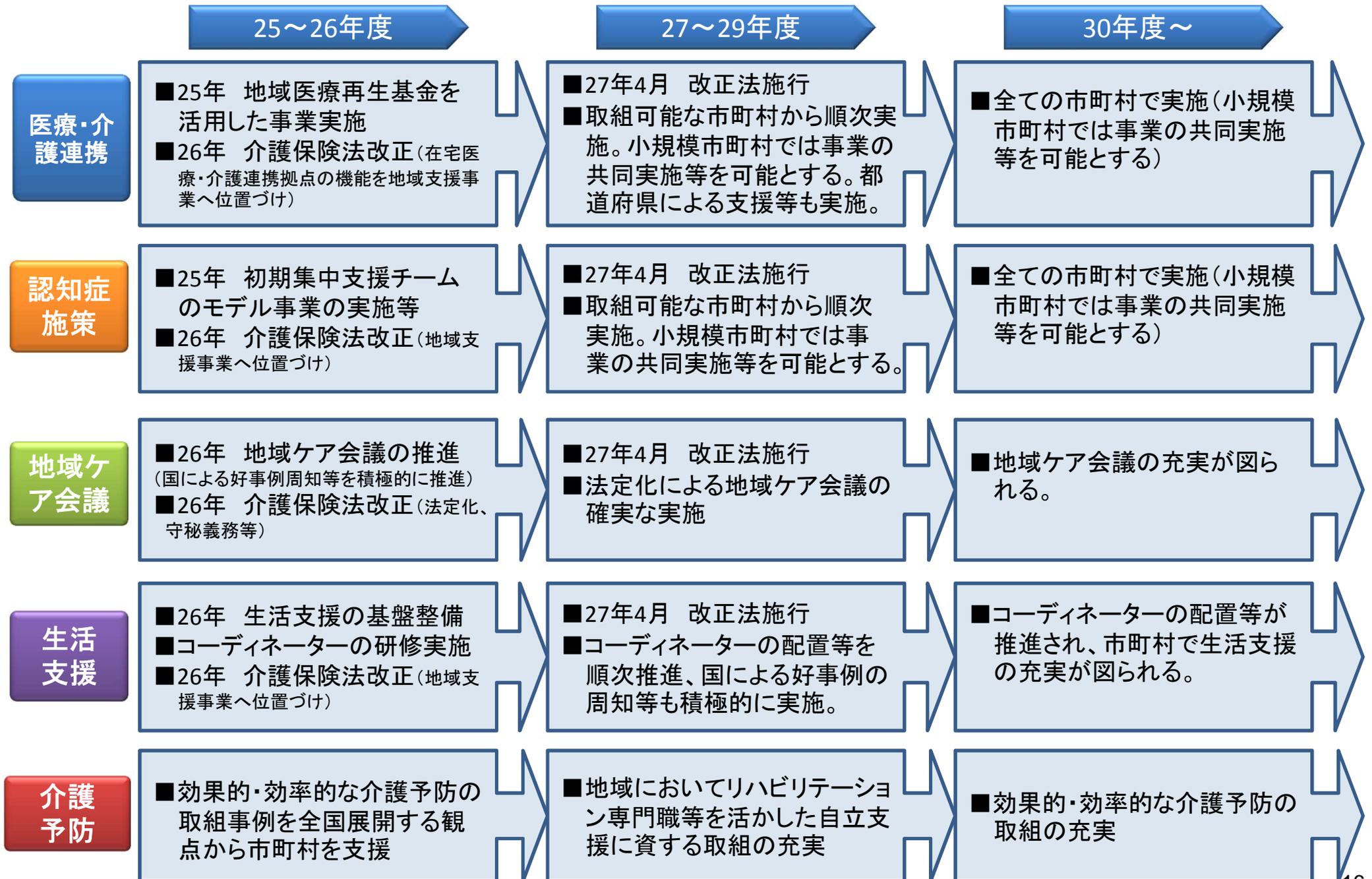


医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援・介護予防の充実・強化



- 地域包括ケア実現のため、上記の充実・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。
- 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、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実のスケジュール



これからの介護予防について

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」…ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これ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と。

これ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。

これからの介護予防の具体的アプローチについて

リハ職等を活かした介護予防の機能強化

- リハ職等が、ケアカンファレンス等に参加することにより、疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。
- リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づくADL訓練やIADL訓練を提供することにより、「活動」を高めることができる。
- リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。

住民運営の通いの場の充実

- 市町村が住民に対し強い動機付けを行い、住民主体の活動的な通いの場を創出する。
- 住民主体の体操教室などの通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得した上で指導役を担うことにより役割や生きがいを認識するとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場として魅力的な場になる。また、参加している高齢者も指導者として通いの場の運営に参加するという動機づけにもつながっていく。
- 市町村の積極的な広報により、生活機能の改善効果が住民に理解され、更に、実際に生活機能の改善した参加者の声が口コミ等により拡がることで、住民主体の通いの場が新たに展開されるようになる。
- このような好循環が生まれると、住民主体の活動的な通いの場が持続的に拡大していく。

高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進

- 定年後の社会参加を支援する等を通じて、シニア世代に担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防にもつながる。

新しい介護予防事業のイメージ

- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、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。

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

見直し後の介護予防事業

・介護予防事業対象者の把握事業

- ・地域の実情に応じて収集した情報等(例えば、民生委員等からの情報など)の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応(基本チェックリストを活用することも可能)

・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・介護予防事業評価事業

- ・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業

- ・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進

- ・(新)地域リハビリテーション活動支援事業

リハビリテーションの理念

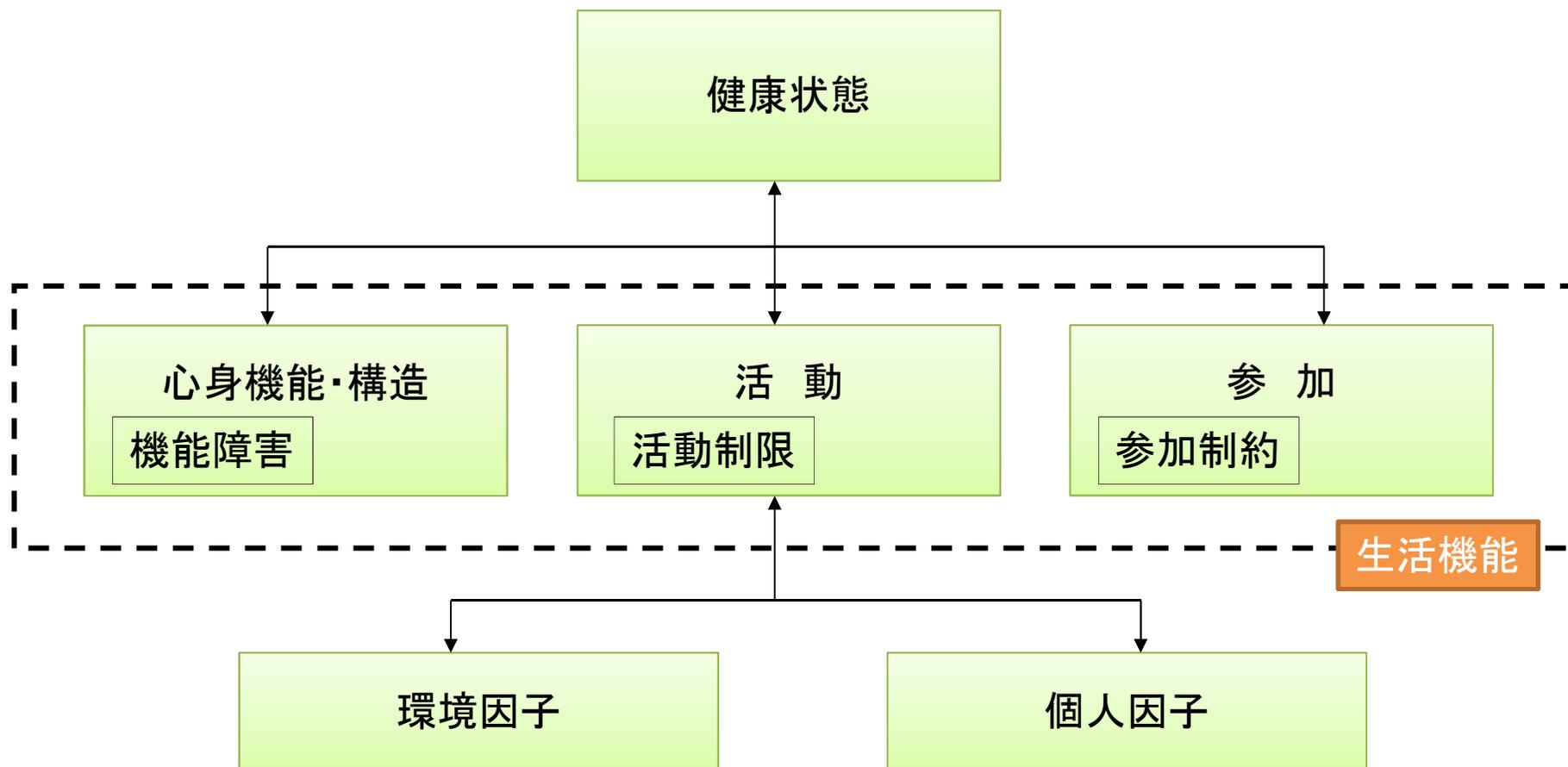
リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

高齢者のリハビリテーションに求められるもの

生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注)個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

国際生活機能分類（ICF）



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

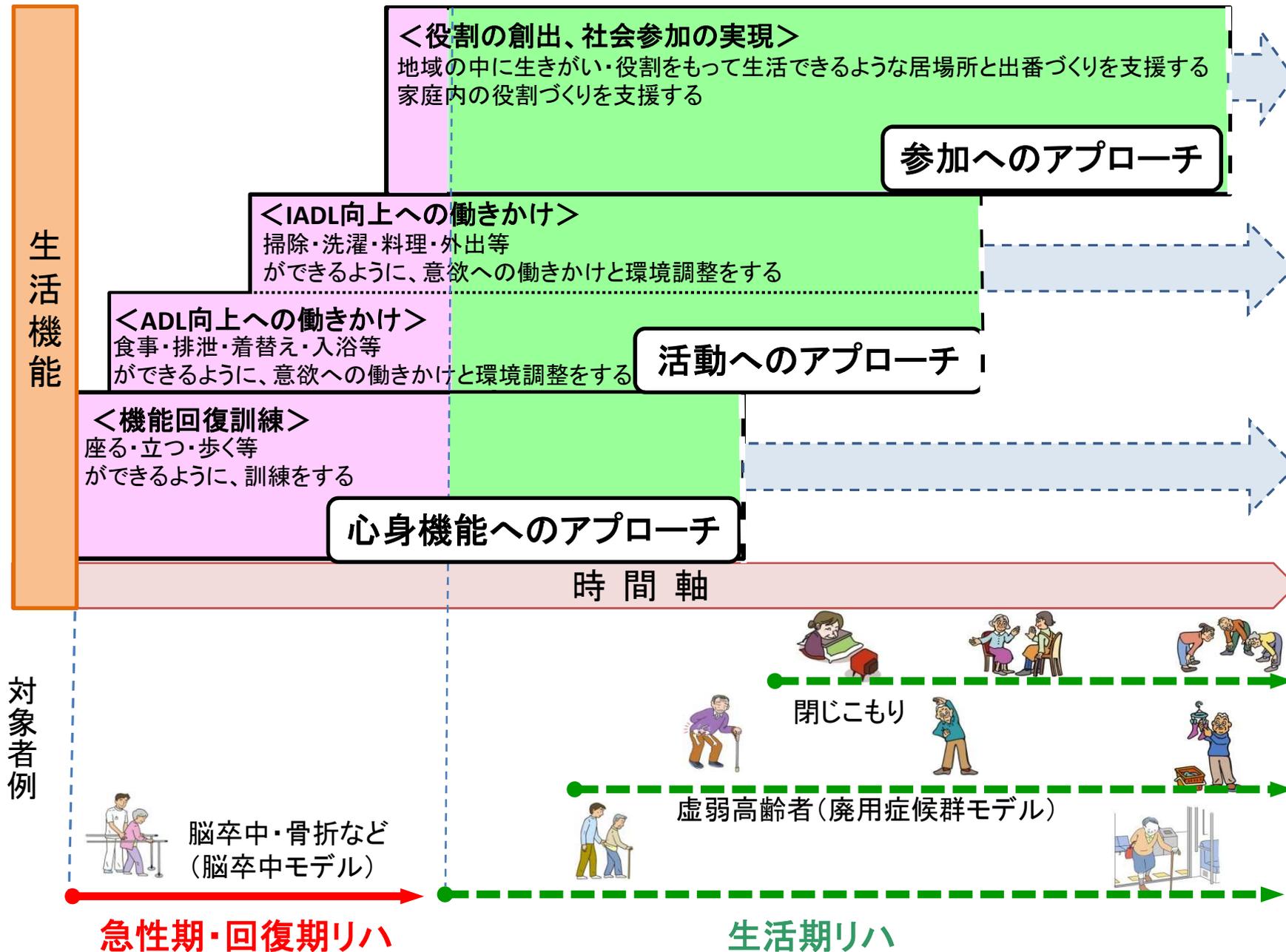
①体の働きや精神の働きである「心身機能」

②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

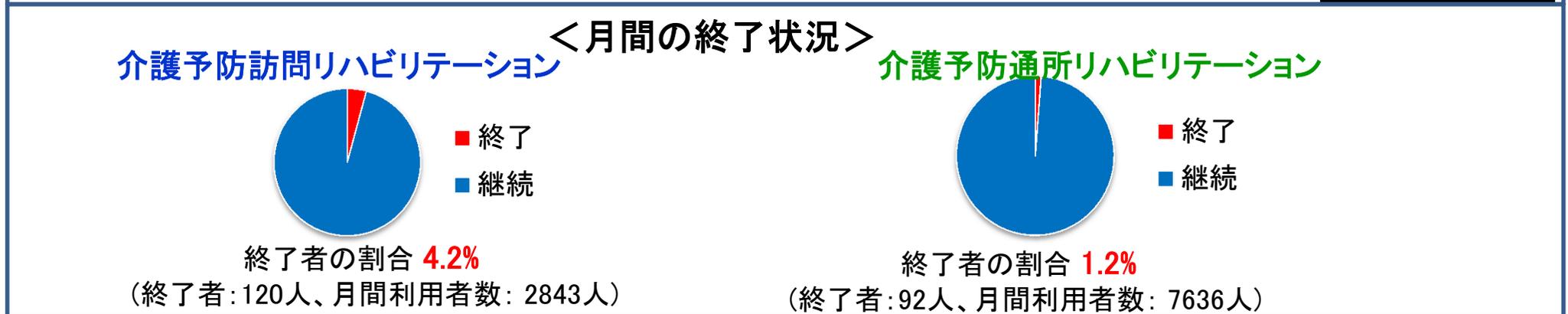
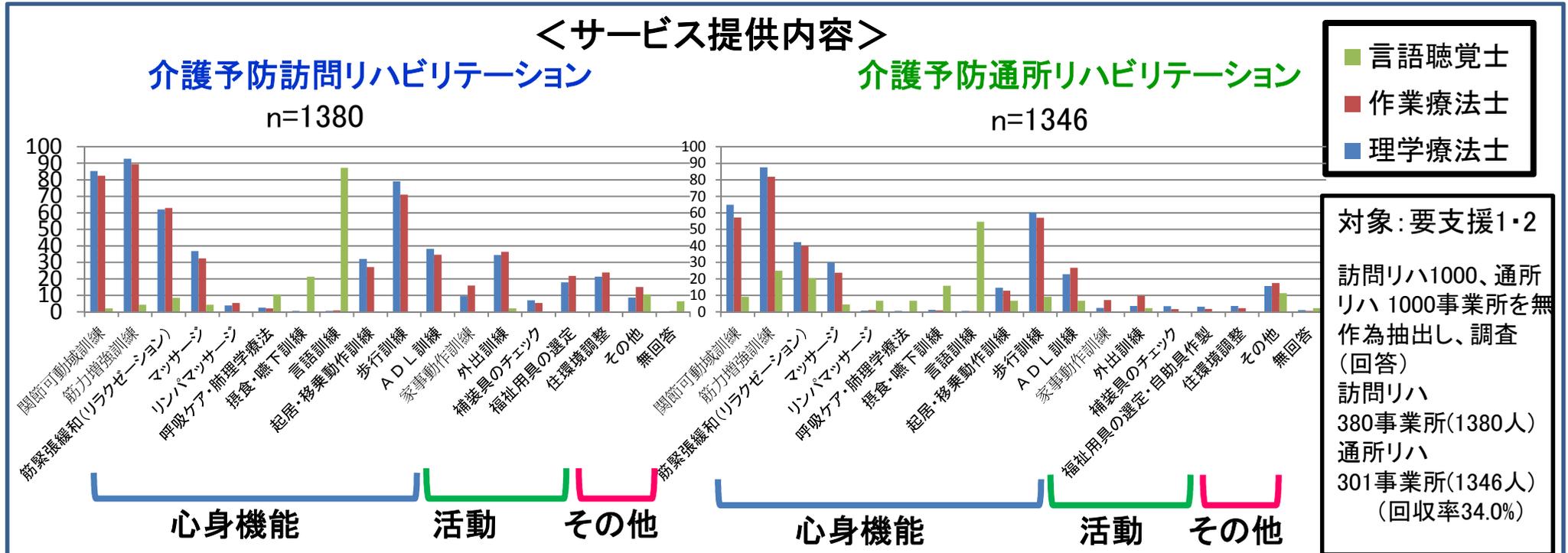
の3つの構成要素からなる

高齢者リハビリテーションのイメージ



(参考) 介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用状況

- 要支援者に対するサービス提供内容は、機能回復訓練に偏っている。
- 月間利用者総数に占める終了者の割合は、5%未満である。



出典: 平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「要支援者・要介護者のIADL等に関する状態像とサービス利用内容に関する調査研究事業査」

①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

○住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。
○介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

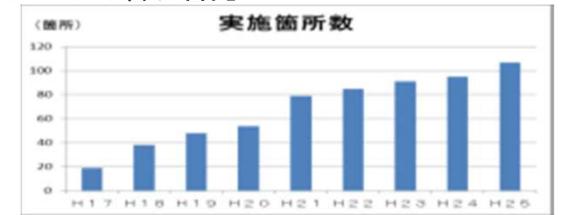
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	3	カ所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

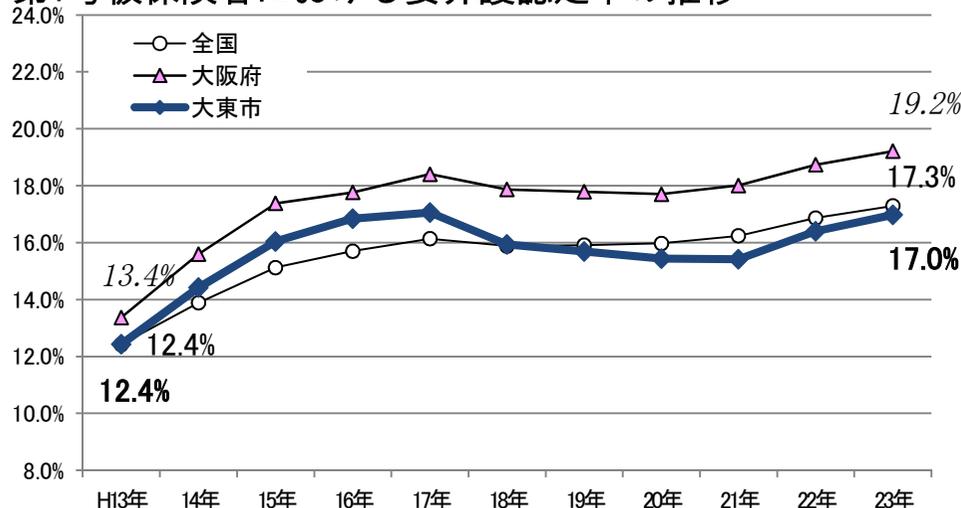
- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する



65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	9.3 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	2.7 %

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

元気な高齢者と要支援・要介護認定を受けている高齢者が一緒に行う住民運営の体操の集いが、公民館や個人宅で、毎週1回開催されており、平成25年現在、市内全域に110会場が誕生し、徒歩圏内で参加できるようになっている。

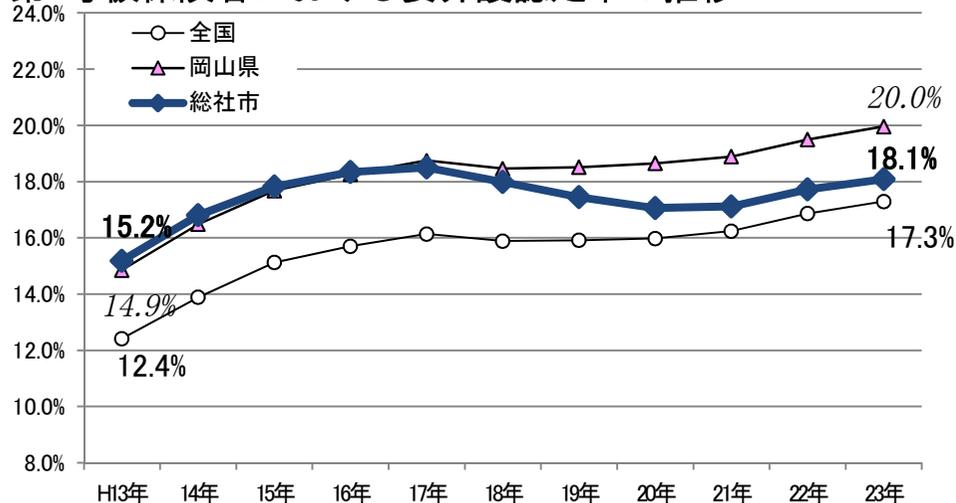
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	6	カ所
総人口		66,861	人
65歳以上高齢者人口		16,017	人
		24.0	%
75歳以上高齢者人口		8,226	人
		12.3	%
第5期1号保険料		4,700	円



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

- 〈平成12年〉要介護認定の非該当者の受け皿として、「健康づくりの集い」を介護予防教室として実施。（作業療法士・理学療法士・保健師主導、月1回、17会場）
- 〈平成17年〉小学校区単位で小地域ケア会議を開始。住民・社協・ケアマネ・保険者等の意見交換の場として定着。
- 〈平成20年〉地域包括支援センター（当時直営）が、小地域ケア会議に働きかけ、各地区で週1回の体操の集いが始まる。
- 〈平成24年〉ケーブルテレビ等の各種媒体で市民に広報した結果、100会場まで増える。

H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%



※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い

専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターの3職種が事務局（H24.4より委託）、行政の保健師・理学療法士は一委員として、市内21地区で1～2ヶ月に1回開催される小地域ケア会議に参加し、一緒に地域の課題を話し合う。
- 体操の集いの立ち上げ時には、行政もしくは地域包括支援センターの専門職が体操を具体的に指導。
- 集いの全ての会場で年1回体力測定を実施。随時、利用者の変調について住民から情報が入るので、専門職がアセスメントと助言指導を行う。

③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

町・大学・社会福祉協議会が一体となり住民ボランティアに対して支援し(サロン立ち上げ支援、ボランティア育成、運営支援)、徒歩15分圏内(500m圏内)にサロンを設置。その結果、住民が主体的に参加し社会活動をする場として機能している。

基本情報 (平成25年4月1日現在)

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	1	カ所
総人口		41,927	人
65歳以上高齢者人口		8,711	人
		20.8	%
75歳以上高齢者人口		3,519	人
		8.4	%
第5期1号保険料		4,780	円

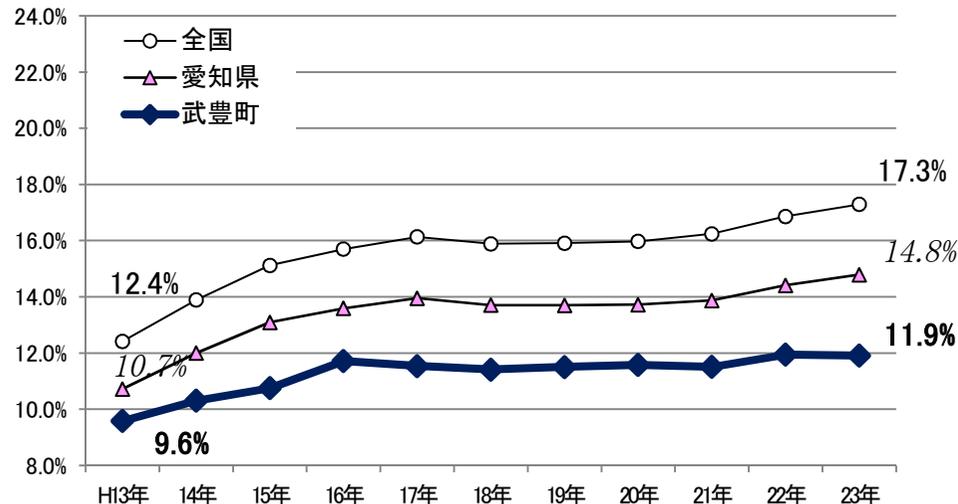


介護予防の取組の変遷

- (平成17年) 町・社会福祉協議会(社協)・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「憩いのサロン」の事業計画を開始(H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる)
- (平成18年) ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- (平成19年) 3会場から始め、500m圏(徒歩15分で通える圏内)にサロンを設置することを目標に順次増設

65才以上高齢者に占める参加者の割合	9.8 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	1.0 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターは、サロン立ち上げから1年間は、ボランティア運営組織が自立して金銭管理・サロン運営が出来る様に支援
1年経過後は2~3ヶ月に1回の巡回と、各サロン会場の運営者連絡会を開催(隔月)しサポート
- 町の福祉課は、広報と新規会場の立ち上げ支援、健康課(保健師)は各サロンに順次出向き、健康講話・健康相談を実施
- 共同研究協定を結んでいる大学は町と協力して、事業効果検証や体力測定、認知症検査を実施
- 社協は、ボランティア研修や、ボランティアが加入する保険管理、求められた時にボランティアの派遣調整などを実施

④茨城県利根町 ～シルバーリハビリ体操指導士の体操普及活動～

茨城県立健康プラザの主催する講習会を終了した60歳以上の世代の住民ボランティア「シルバーリハビリ体操指導士」が、公民館等で高齢者のための体操教室を立ち上げ、自主活動として運営。町内13箇所で月2～4回、延13,390人が参加しており、地域に定着している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		17,592	人
65歳以上高齢者人口		5,272	人
		30.0	%
75歳以上高齢者人口		2,009	人
		11.4	%
第5期1号保険料		4,070	円



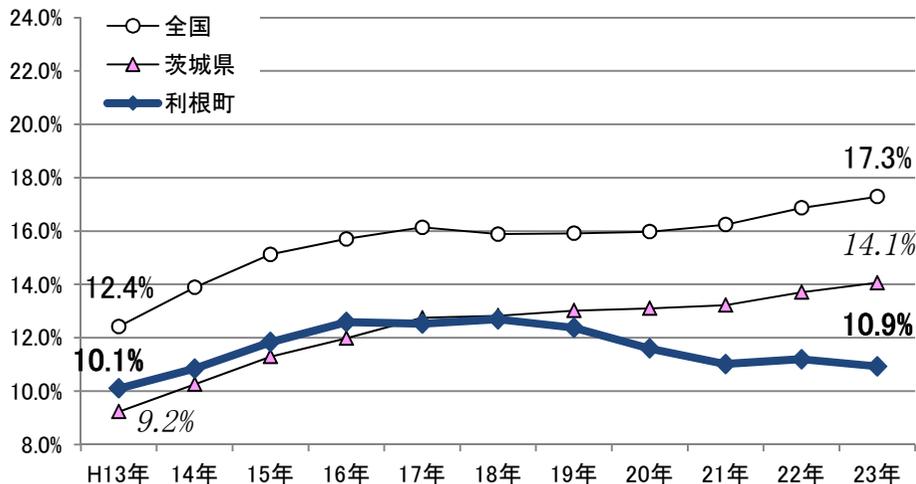
介護予防の取組の変遷

- 平成16年 利根町社会福祉協議会による定年男性のためのボランティア講座と県立健康プラザのシルバーリハビリ体操が結びつき、高齢者のための体操指導者の養成を開始。
- 平成17年 養成された「シルバーリハビリ体操指導士（以下、指導士）」が国保診療所の一室で外来受診者も交えて、地域の高齢者に体操を指導するようになった。
- 平成18年 二次予防事業のサポート役として指導士が参加
- 指導士の活動は、高齢世代が高齢世代を支え合う互助の活動として、町内に定着している。



H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
544人	10.3%

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 保健師
指導士の体操教室を、町内に広報。必要な人に体操の参加を勧める。
- 地域包括支援センターの主任ケアマネ・社会福祉士
体操に来れなくなった人に訪問、状況把握
- 国保診療所の医師
診療所の外来受診者に体操への参加を勧め、指導士の活動を後押し

⑤長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

○中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場で、担い手として活躍している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		13,786	人
65歳以上高齢者人口		3,034	人
		22.0	%
75歳以上高齢者人口		1,626	人
		11.8	%
第5期1号保険料		5,590	円

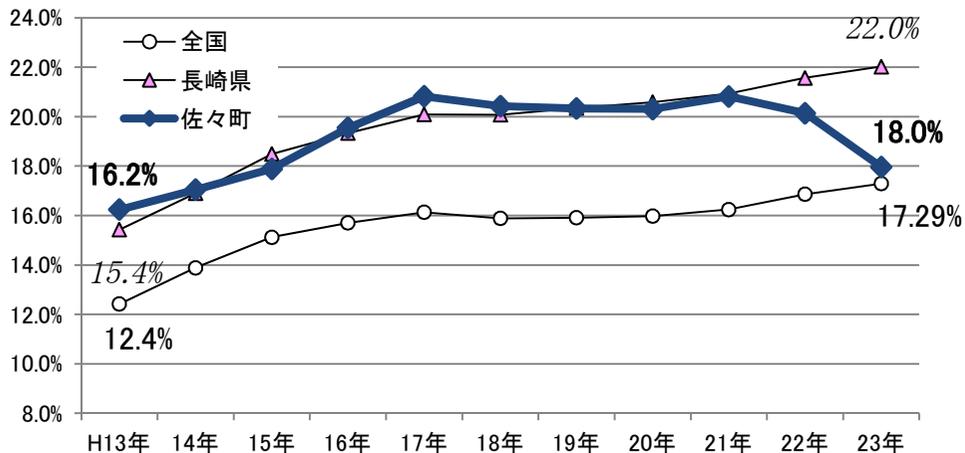


介護予防の取組の変遷

- 平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
- 平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組むようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。
- 以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

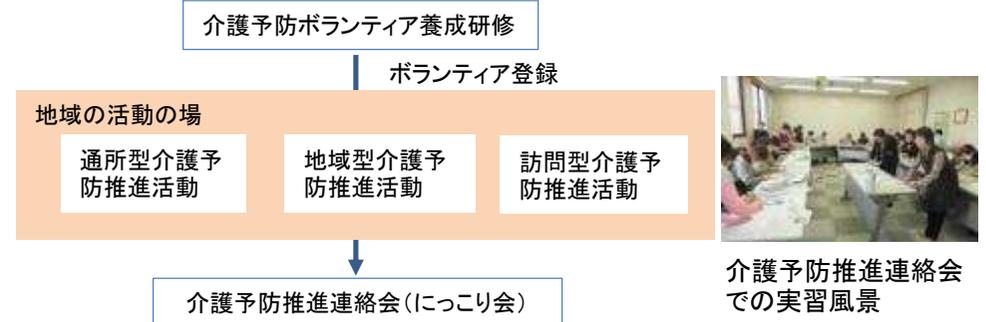
65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施
- 月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ（にっこり会）
- 住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有



市町村の事務負担の軽減等について

○予防給付を市町村の地域支援事業に移行することにより、市町村の契約等の事務が増加することが見込まれるため、円滑に事務を遂行するために以下のような市町村に対する支援策を実施。

1 市町村による契約・審査・支払事務の負担軽減

- 都道府県との適切な役割分担のもと市町村が事業所を認定等により特定する仕組みを導入
 - ・ 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、現在の指定事業所の枠組みを参考にしつつ事業所を認定等により特定する仕組みを設け、推進。
- 審査・支払について国保連の活用
 - ・ サービス提供主体である事業者等から費用の請求に係る審査・支払については国保連の活用を推進。既存サービス相当のサービス等については、あわせて簡易な限度額管理も行う。

2 市町村で地域の実情に応じた事業を展開しやすいようなさまざまな支援策の実施

(例)要支援事業を円滑に実施するための指針(ガイドライン)の策定

日常生活圏域ニーズ調査、地域ケア会議、介護・医療関連情報の「見える化」の推進

生活支援サービスのコーディネーターの配置の推進

地域包括ケア好事例集の作成

等

3 介護認定の有効期間の延長について検討

効率的な事業の実施について

効率的な事業実施に向けて中長期的に取り組むが、まず第6期計画期間中に以下のような取組みに着手し、集中的に推進。

【弾力的な事業実施】

(1) 予防給付について、柔軟なサービスの内容等に応じて人員基準、運営基準、単価等について柔軟に設定できる地域支援事業に移行すれば、事業の実施主体である市町村の判断で以下のような取組を実施し、効率的に事業を実施することが可能

- ① 例えば、既存の介護事業者を活用する場合でも、柔軟な人員配置等により効率的な単価で事業を実施
- ② NPO、ボランティア等の地域資源の有効活用により効率的に事業を実施
- ③ 要支援者に対する事業に付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせた多様なサービス内容の事業を実施。
- ④ 多様なサービス内容に応じた利用者負担を設定し、事業を実施

※ 従来の給付から移行するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)

* ①～④の取組を通じた効率的な実施について国としてガイドラインで市町村に対して周知。

【市町村による自立支援に資する地域マネジメントの強化】

(2) あわせて、要支援認定に至らない高齢者も地域で自立した生活を継続できるよう、生活支援の充実などを通じた地域で高齢者を支える地域づくりと、より効果的・効率的な介護予防の事業を組み合わせ、自立支援に資する地域マネジメントを推進する、市町村による取組を強化。

※ 介護予防に集中的に取り組むことや、高齢者の社会参加に積極的に取り組むことで、認定率の伸びを抑えられている市町村の例もある。

事業費の上限の設定の見直しについて(イメージ)

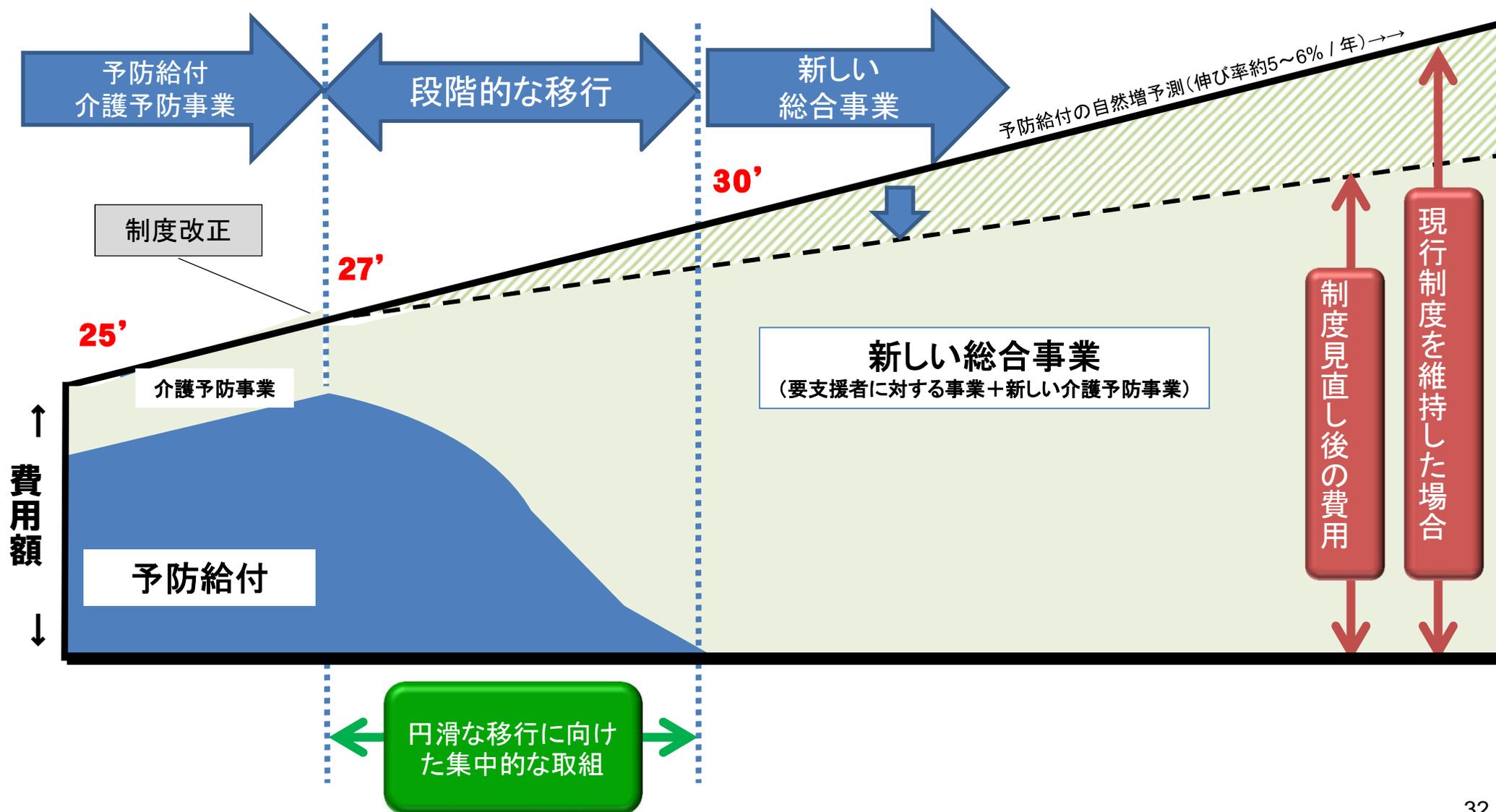
- すべての市町村で予防給付の事業への移行に際し、前頁のような効率的な事業実施に努めることで、事業の総費用額の伸びを低減させる。
- 市町村毎の地域支援事業の費用の上限は、現在、当該市町村の介護給付見込額の3%以内などとされているが、予防給付の地域支援事業への移行に伴い、市町村による効率的な事業実施が推進されるように見直すことを検討。

(見直しのイメージ)

- ・ 予防給付の給付額は高齢者の伸び以上に伸びているが、事業に移行し、効率的な事業実施に努めることで、「要支援者に対する事業と新しい介護予防事業」の費用について、給付見込額の伸び(約5~6%程度)から認定率が高まる後期高齢者の人数の伸び(約3~4%)程度に効率化されることを推進。
- ・ 特に、予防給付から要支援事業に移行する過程である第6期については、介護予防・生活支援の基盤整備に重点的に取り組むことにあわせて、集中的に費用の効率化の効果が図られ、伸び率もより低減されることを推進。
- ・ 地域支援事業の上限については、現在事業全体で設定しているが、「要支援者に対する事業と新しい介護予防事業」「包括的支援事業」などと事業の種類ごとに分ける。
- ・ 「要支援者に対する事業と新しい介護予防事業」の上限は、予防給付からの移行分をまかなえるよう引き上げる。

予防給付から地域支援事業への移行による費用の効率化(イメージ)

- 要支援者の支援については、予防給付から地域支援事業へ段階的に移行。
- 全国一律の基準・規制を緩和することにより、効率的な実施体制を実現し保険料・公費を抑制



介護予防給付の地域支援事業への移行についてのこれまでの主な意見

(総論)

- 総論的に賛成だが、経過的な措置が必要。今、予防給付でサービスを受けている人が、急に受けられないことにならないように、既存の事業所等から基本的に継続的に受けられるような仕組みが必要。
- これまでの国の画一的な制度から、市町村独自のきめ細かなものになるが、市町村の要望をしっかりと受け止めて、納得・合意の上でスタートするということがなければならない。
- 人材の確保等、大変な問題があり、市町村で体制整備されるまで、十分な実施期間や猶予期間があればいい。
- 市町村が全て決めてしまうことにならないよう、利用者の自由な選択という権利が冒されないことを十分念頭に置くべき。

(地域での受け皿や担い手)

- 受け皿づくりについて国の指導や何らかの支援措置をお願いしたい。
- 移行したが費用や効果も従来と変わらないのでは全く意味はない。市町村で知恵を出し、ボランティアやNPOの地域の資源を活用し、費用を抑え、効果を高めることが重要。
- 真に自立支援のためのサービス提供や認知症の初期段階での対応は、介護の専門職が携わるべき。
- 見守りや話し相手などのボランティア活動と公的な資金に基づく住民参加型事業との区別を明確に行うべき。

(市町村間での差)

- 地域の独自性、知恵を生かした事業が期待されるが、地域格差を生じさせないためにも一定の基準が必要。
- 市町村間での差が生じるという懸念は、当面は多少考慮せざるをえないが、市町村の能力を高めるためにも、市町村に委ねて、その能力を育てていくことが重要。市町村に移行したからといって、直ちに切り捨てられるというものではない。

(費用)

- 6,000億円弱程度の予算規模というのは、確実に最低限確保された上で、それぞれ市町村がその地域の実情に応じて事業を展開することが必要。
- 地域支援事業の上限額は緩いと保険料・公費の増加につながる。介護の質を低下させないことを条件に、地域支援事業の上限額をしっかりと設けることが重要。
- 地域支援事業の上限額は、現行通り、給付費を尺度とし、8%強とすべき。
- 地域支援事業は、市町村の裁量で内容が決められる仕組みであり、集いの場や見守りなどに、2号保険料を使う理由について整理が必要。

參考資料

(参考) 平成24年度介護予防サービス費用額

	年間累計費用額 (百万円)			構成比
		要支援1	要支援2	
総数	468 512	149199	318578	-
介護予防居宅サービス	411 670	125859	285133	87.9%
介護予防訪問介護	108 378	41797	66369	23.1%
介護予防訪問入浴介護	197	21	175	0.04%
介護予防訪問看護	11 935	2828	9069	2.5%
介護予防訪問リハビリテーション	3 474	751	2718	0.7%
介護予防通所介護	172 355	49272	122864	36.8%
介護予防通所リハビリテーション	62 677	15255	47357	13.4%
介護予防福祉用具貸与	18 190	5134	13036	3.9%
介護予防短期入所生活介護	3 824	671	3115	0.8%
介護予防短期入所療養介護	533	73	448	0.1%
介護予防居宅療養管理指導	3 235	1314	1909	0.7%
介護予防特定施設入居者生活介護	26 871	8743	18073	5.7%
介護予防支援	48 554	21578	26946	10.4%
介護予防地域密着型サービス	8 288	1763	6499	1.8%
介護予防認知症対応型通所介護	507	175	330	0.1%
介護予防小規模多機能型居宅介護	5 304	1588	3701	1.1%
介護予防認知症対応型共同生活介護	2 477	—	2468	0.5%

注：総数には、月の途中で要支援から要介護に変更となった者を含む。

【出典】介護給付費実態調査

(参考) 平成24年度介護予防サービス受給者数

	年間累計受給者数 (千人)			年間実受給者数 (千人)
		要支援1	要支援2	
総数	11 707.9	5182.7	6486.2	1 342.0
介護予防居宅サービス	11 528.0	5102.1	6388.6	1 329.7
介護予防訪問介護	5 196.2	2333.9	2844.4	595.2
介護予防訪問入浴介護	5.5	0.7	4.7	1.4
介護予防訪問看護	384.7	115.8	266.8	56.3
介護予防訪問リハビリテーション	117.8	30.7	86.7	17.8
介護予防通所介護	4 828.0	2097.4	2718.6	607.7
介護予防通所リハビリテーション	1 458.3	555.1	900.2	178.7
介護予防福祉用具貸与	2 903.4	920.6	1976.1	370.3
介護予防短期入所生活介護	109.6	28	80.4	37.5
介護予防短期入所療養介護	13.1	2.8	10.1	5.7
介護予防居宅療養管理指導	308.6	124.6	182.5	48.0
介護予防特定施設入居者生活介護	275.4	142.4	131.6	33.9
介護予防支援	11 085.9	4912.7	6166.1	1 292.4
介護予防地域密着型サービス	98.6	38.1	59.7	15.2
介護予防認知症対応型通所介護	10.6	5.1	5.4	1.8
介護予防小規模多機能型居宅介護	77.5	33	43.9	11.4
介護予防認知症対応型共同生活介護	10.5	-	10.4	2.0

※ 「年間累計受給者数」は24年5月から25年4月の各審査月の介護予防サービス受給者の合計である。

「年間実受給者数」は24年5月から25年4月の各審査月の介護予防サービス受給者について名寄せを行ったもの。(当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には別受給者として計上。)

【出典】介護給付費実態調査

(参考) 介護予防サービス請求事業所

	事業所数	費用額 (百万円)	1事業所あたり費用額 (千円)
介護予防訪問介護	26 763	9 139	341
介護予防訪問入浴介護	344	16	47
介護予防訪問看護	6 093	1 073	176
介護予防訪問リハビリテーション	2 248	306	136
介護予防通所介護	31 769	15 491	488
介護予防通所リハビリテーション	6 817	5 425	796
介護予防福祉用具貸与	6 068	1 687	278
介護予防短期入所生活介護	4 381	331	76
介護予防短期入所療養介護	796	46	58
介護予防居宅療養管理指導	8 213	297	36
介護予防特定施設入居者生活介護	3 354	2 315	690
介護予防支援	4 466	4 246	951
介護予防認知症対応型通所介護	578	43	74
介護予防小規模多機能型居宅介護	2 546	499	196
介護予防認知症対応型共同生活介護	744	204	274

【出典】介護給付費実態調査 平成25年7月審査分

(参考) 介護予防サービス事業所の開設主体別の割合 (平成23年10月1日現在)

	総数	地方公共 団体	社会福祉 協議会	社会福祉法人 (社会福祉 協議会以外)	医療法人	社団・財団 法人	協同組合	営利法人	特定非営利活 動法人(NPO)	その他
介護予防訪問介護	20,830	109	1,546	3,505	1,379	239	640	12,145	1,131	136
(割合)		0.5%	7.4%	16.8%	6.6%	1.1%	3.1%	58.3%	5.4%	0.7%
介護予防訪問入浴介護	1,837	10	401	328	29	14	15	1,021	17	2
(割合)		0.5%	21.8%	17.9%	1.6%	0.8%	0.8%	55.6%	0.9%	0.1%
介護予防訪問看護ステーション	5,103	174	434		2,012	676	181	1,368	80	178
(割合)		3.4%	8.5%		39.4%	13.2%	3.5%	26.8%	1.6%	3.5%
介護予防通所介護	23,481	261	1,487	7,438	1,784	129	441	10,613	1,194	134
(割合)		1.1%	6.3%	31.7%	7.6%	0.5%	1.9%	45.2%	5.1%	0.6%
介護予防通所リハビリテーション事業所	5,829	168	551		4,499	165	—	5	—	441
(割合)		2.9%	9.5%		77.2%	2.8%	—	0.1%	—	7.6%
介護予防短期入所生活介護	7,177	209	80	5,984	237	2	26	605	27	7
(割合)		2.9%	1.1%	83.4%	3.3%	0.0%	0.4%	8.4%	0.4%	0.1%
介護予防短期入所療養介護	4,561	178	521		3,530	129	—	0	—	203
(割合)		3.9%	11.4%		77.4%	2.8%	—	0.0%	—	4.5%
介護予防特定施設入居者生活介護	2,991	37	7	749	89	19	8	2,044	10	28
(割合)		1.2%	0.2%	25.0%	3.0%	0.6%	0.3%	68.3%	0.3%	0.9%
介護予防福祉用具貸与	5,169	6	58	85	75	19	122	4,738	36	30
(割合)		0.1%	1.1%	1.6%	1.5%	0.4%	2.4%	91.7%	0.7%	0.6%
特定介護予防福祉用具販売	5,326	5	19	62	54	16	114	4,993	34	29
(割合)		0.1%	0.4%	1.2%	1.0%	0.3%	2.1%	93.7%	0.6%	0.5%
介護予防認知症対応型通所介護	2,989	17	114	1,376	381	29	47	828	190	7
(割合)		0.6%	3.8%	46.0%	12.7%	1.0%	1.6%	27.7%	6.4%	0.2%
介護予防小規模多機能型居宅介護	2,099	2	37	658	314	11	30	896	144	7
(割合)		0.1%	1.8%	31.3%	15.0%	0.5%	1.4%	42.7%	6.9%	0.3%
介護予防認知症対応型共同生活介護	9,144	12	48	2,114	1,641	28	40	4,813	432	16
(割合)		0.1%	0.5%	23.1%	17.9%	0.3%	0.4%	52.6%	4.7%	0.2%
介護予防支援	3,961	1,166	491	1,469	471	159	42	130	28	5
(割合)		29.4%	12.4%	37.1%	11.9%	4.0%	1.1%	3.3%	0.7%	0.1%

(参考) 介護予防訪問介護の報酬について (現行制度の概要等)

※加算・減算は主なものを記載

指定介護予防訪問介護の介護報酬のイメージ (1月あたり)

標準的に想定される1週当たりのサービス提供頻度に基づく基本サービス費

週1回程度	1,220単位
週2回程度	2,440単位
週2回を超える程度 (要支援2のみ)	3,870単位

利用者の状態に応じたサービス提供や事業所の体制に対する加算・減算



初回時等のサービス提供責任者による対応
(200単位/月)

中山間地域等でのサービス提供
(+5%~+15%)

リハビリテーション職との連携
(100単位/月)

介護予防訪問介護の主な加算の算定状況

○初回加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち初回加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
初回加算の算定状況	3.6%	3.7%

※初回加算の提供件数÷介護予防訪問介護の提供件数から算出

・初回加算の算定件数(単位:千件)

	H24. 4	H25. 4
初回加算(200単位)	15.0	15.9

○生活機能向上連携加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち生活機能向上連携加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
生活機能向上連携加算の算定状況	0.0%	0.0%

※生活機能向上連携加算の提供件数÷介護予防訪問介護の提供件数から算出

・生活機能向上連携加算の算定件数(単位:千件)

	H24. 4	H25. 4
生活機能向上連携加算(100単位)	0.0	0.0

※H24.4に約3,000単位、H25.4に約2,000単位の算定実績がある。

○中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定状況

・介護予防訪問介護のうち中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算を算定している割合

	H24. 4	H25. 4
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定状況	0.072%	0.092%

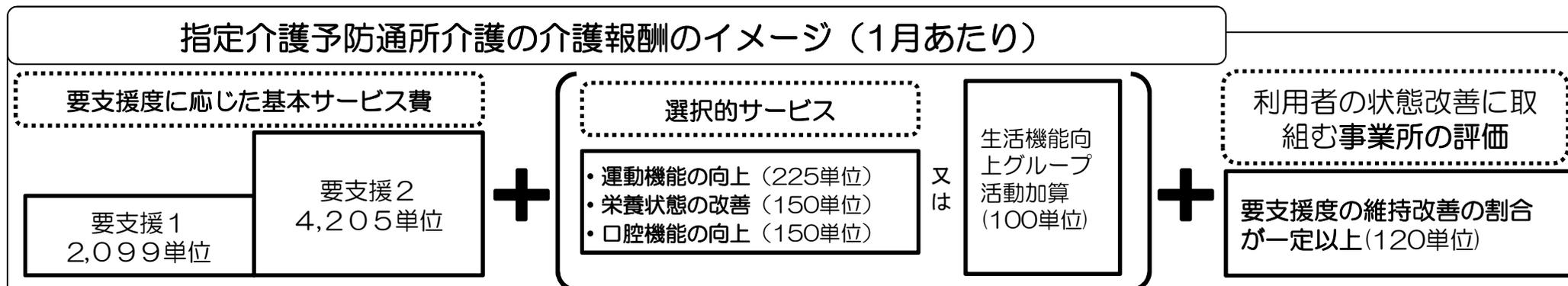
※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の提供回数÷介護予防訪問介護の提供回数から算出

・中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の算定件数(単位:千回)

	H24. 4	H25. 4
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0.3	0.4

(参考) 介護予防訪問介護の平均利用回数(実績)
利用者1人あたり6.1回/月

(参考) 介護予防通所介護の報酬について (現行制度の概要等)



介護予防通所介護の主な加算の算定状況

○選択的サービス複数実施加算の算定状況

【算定割合】

	H24.4	H25.4
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	1.84%	2.05%
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	0.03%	0.02%

【算定件数(単位:千件)】

	H24.4	H25.4
選択的サービス複数実施加算Ⅰ	6.9	8.7
選択的サービス複数実施加算Ⅱ	0.1	0.1

(注1) 選択的サービス複数実施加算Ⅰは、運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち2種類のサービスを実施した場合に算定。

(注2) 選択的サービス複数実施加算Ⅱは、運動機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれのサービスも実施した場合に算定。

○運動機能向上加算の算定状況

【算定割合】

	H24.4	H25.4
運動機能向上加算	52.0%	55.6%

【算定件数(単位:千件)】

	H24.4	H25.4
運動機能向上加算	195.3	235.9

○口腔機能向上加算の算定状況

【算定割合】

	H24.4	H25.4
口腔機能向上加算	0.7%	0.9%

【算定件数(単位:千件)】

	H24.4	H25.4
口腔機能向上加算	2.5	3.7

○生活機能向上グループ活動加算の算定状況

【算定割合】

	H24.4	H25.4
生活機能向上グループ活動加算	7.6%	4.9%

【算定件数(単位:千件)】

	H24.4	H25.4
生活機能向上グループ活動加算	28.4	20.9

○事業所評価加算の算定状況

【算定割合】

	H24.4	H25.4
事業所評価加算	15.4%	16.8%

【算定件数(単位:千件)】

	H24.4	H25.4
事業所評価加算	57.9	71.2

※栄養改善加算の算定実績は平成25年4月に100件の算定実績がある。

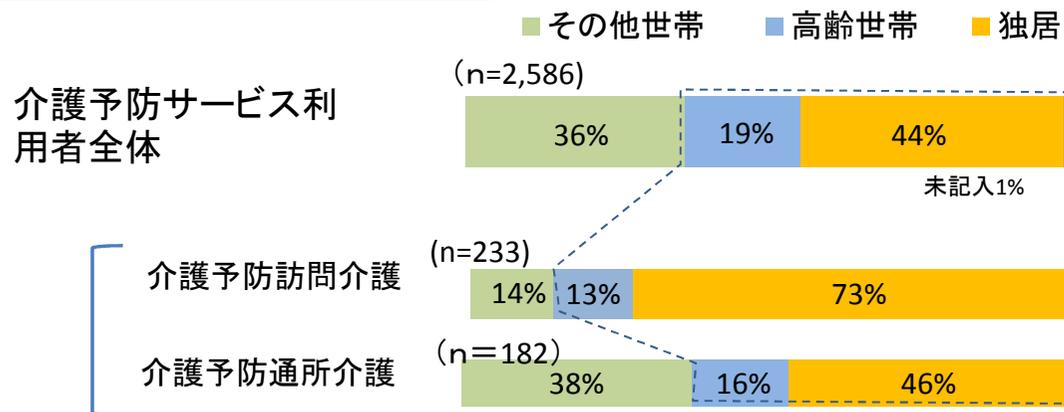
(出典) 介護給付費実態調査月報 (平均利用回数については平成23年介護サービス施設・事業所調査 (平成23年9月中の利用実績))

(参考) 介護予防通所介護の平均利用回数 (実績)

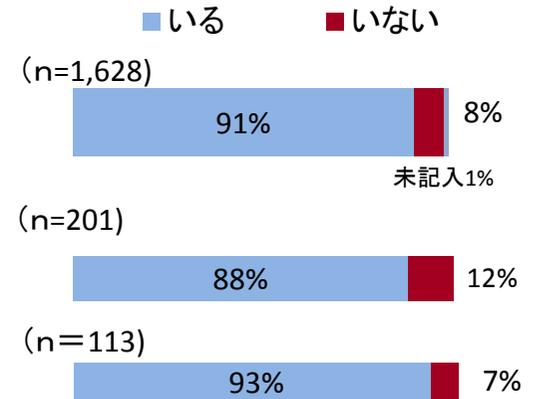
利用者1人あたり5.5回/月

介護予防サービスの利用者の特徴

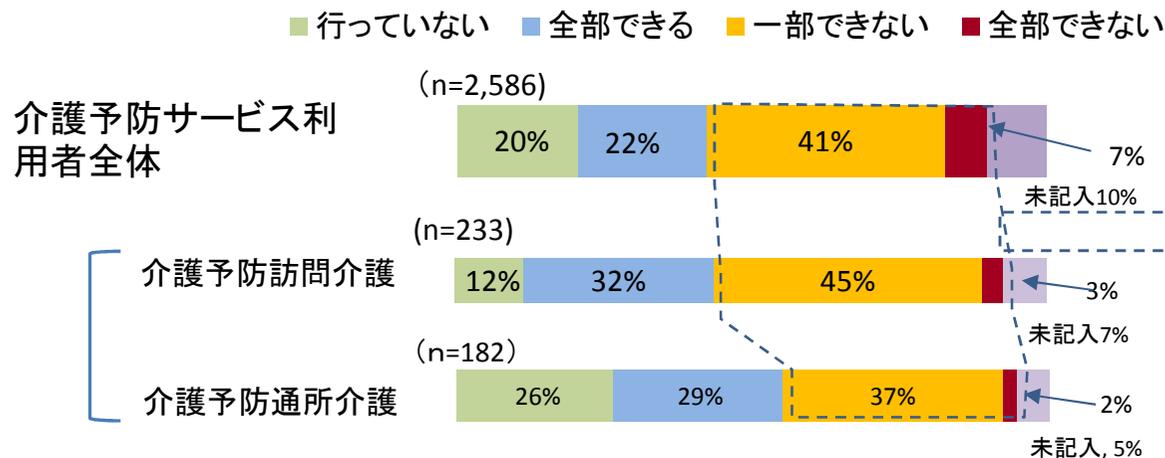
世帯構成・頼れる人の存在



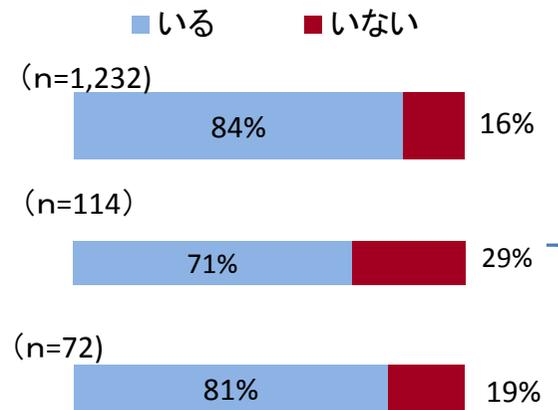
病気のときや一人でできない家の周りの仕事で頼れる人はいますか



IADL(居室掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)・日常生活の支援者



日常生活の支援者はいますか



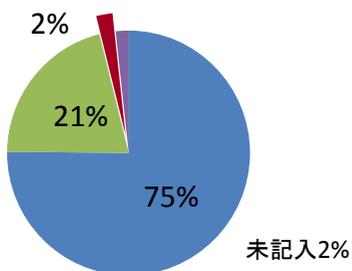
調査方法

- 全ての介護予防サービス（16種類）について、各サービスの給付実績のある保険者に所在する地域包括支援センター3、289事業所、地域密着型介護予防サービス事業所1,000事業所を無作為に抽出し、調査票を郵送配布。（予め、介護予防サービスの種類を割り当てて、当該サービスの利用者について調査）
- 回収率 55.2%。
- ケアプラン作成者が、割り当てられた介護予防サービスの利用者について、聞き取り等により自記式でIADLや支援の状況等を記入

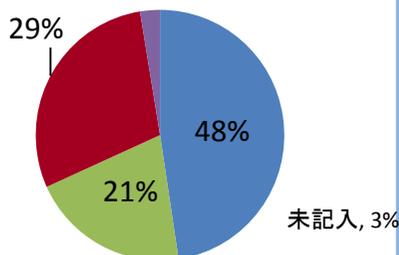
(参考) 介護予防訪問介護の利用者の特徴 (n=233)

ADL(排泄・入浴・屋内歩行・屋外歩行)

- 排泄・入浴のいずれも特に問題なし
- 排泄・入浴のいずれか一方に問題あり
- 排泄・入浴の両方に問題あり

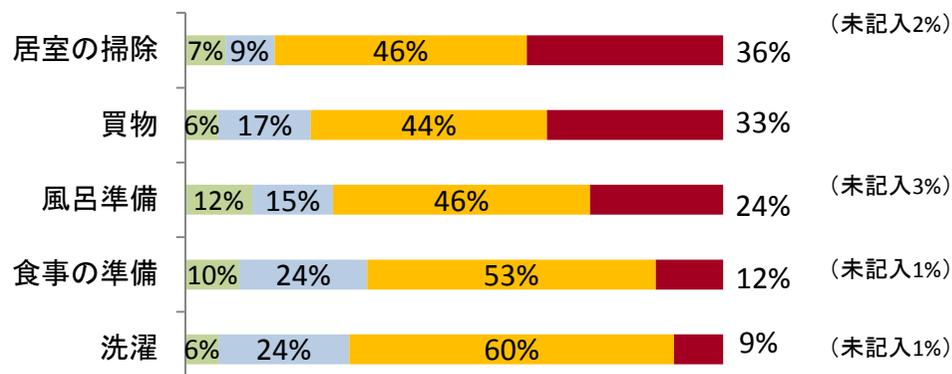


- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまって歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまって歩く



IADLの行為ごとの状態 (掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

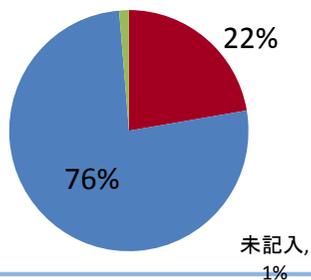
- 必要がないので行っていない
- 特に問題がない
- 動作が不自由だが何とかできる
- 自分でできない



一週間の外出 ・ 来訪者の有無

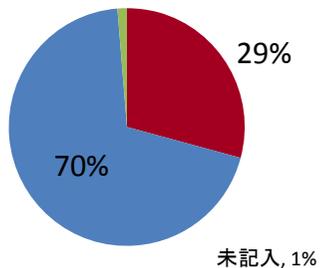
一週間の外出

- ほとんど外出しない
- 週1回以上



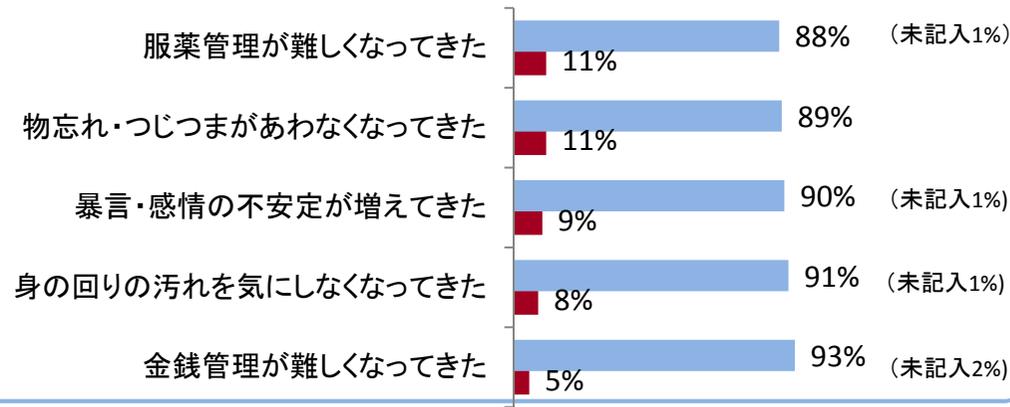
一週間の来訪者 (別居の家族・近隣等)

- ほとんど訪ねてこない
- 1回以上訪ねてくる



認知機能の状態

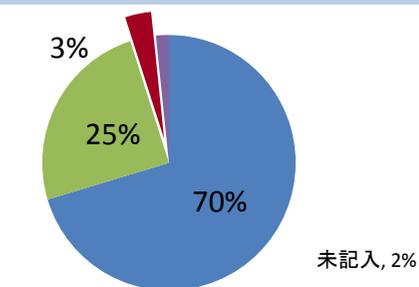
- そう思えない
- そう思える



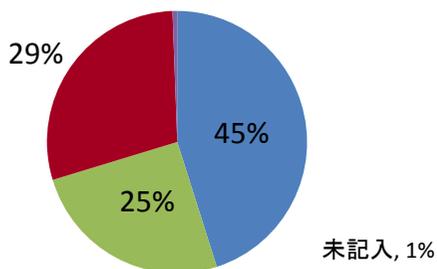
(参考) 介護予防通所介護の利用者の特徴 (n=182)

ADL(排泄・入浴・屋内歩行・屋外歩行)

- 排泄・入浴のいずれも特に問題なし
- 排泄・入浴のいずれか一方に問題あり
- 排泄・入浴の両方に問題あり

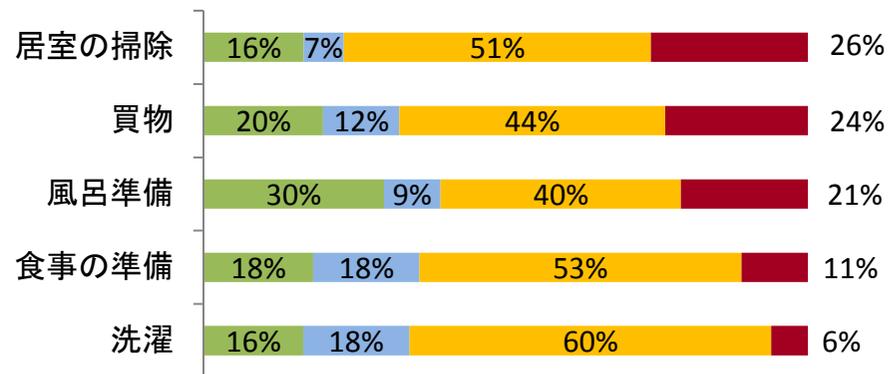


- 屋内・屋外歩行ともに段差以外はつかまらずに歩く
- 屋外・屋内の一方のみつかまって歩く
- 屋内・屋外の両方ともつかまって歩く



IADLの行為ごとの状態 (掃除・買物・風呂準備・食事準備・洗濯)

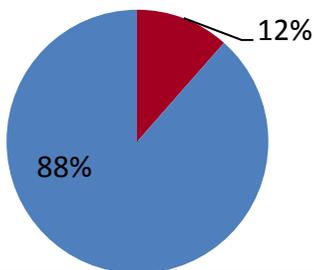
- 必要がないので行っていない
- 特に問題がない
- 動作が不自由だが何とかできる
- 自分でできない



一週間の外出・来訪者の有無

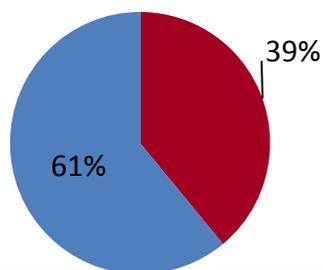
一週間の外出

- ほとんど外出しない
- 1回以上外出する



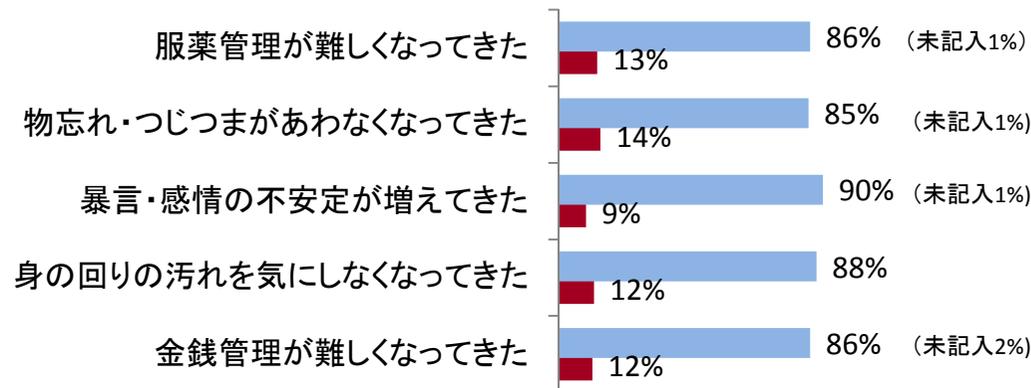
一週間の来訪者 (別居の家族・近隣等)

- ほとんど訪ねてこない
- 週1回以上訪ねてくる



認知機能の状態

- そう思えない
- そう思える



(参考) 市町村介護予防強化推進事業 (予防モデル事業) の概要

事業の目的

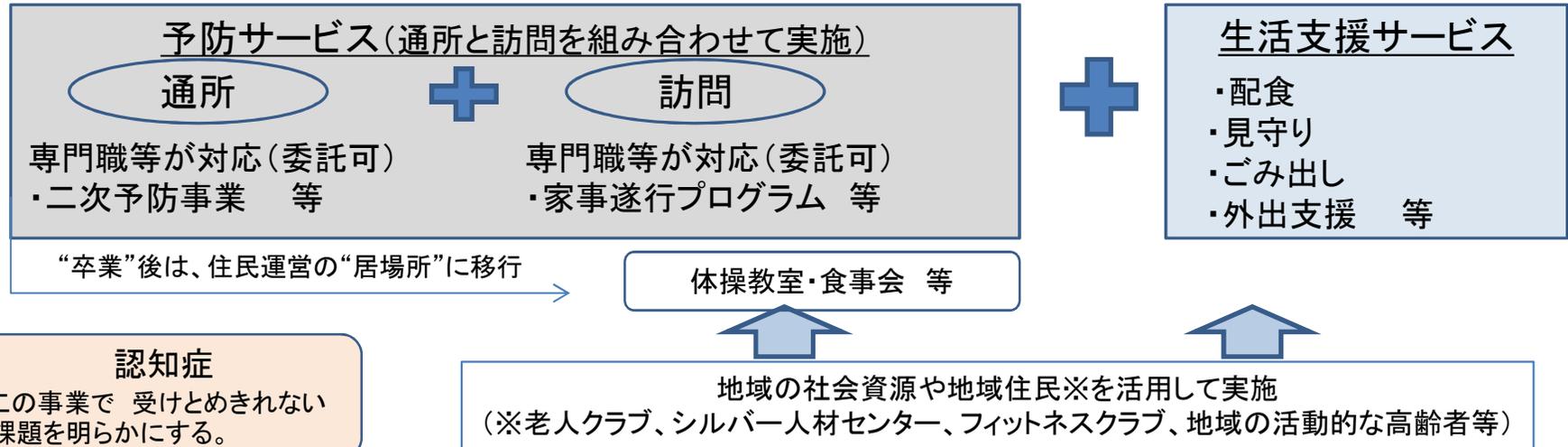
※平成24-25年度の予算事業として実施

要支援者等に必要な予防サービス及び生活支援サービスを明らかにするために、一次予防事業対象者から要介護2までの者であって、ADLが自立又は見守りレベルかつ日常生活行為の支援の必要可能性のある者に対するサービスニーズの把握、必要なサービス(予防サービス及び生活支援サービス)の実施、効果の計測及び課題の整理。

1年目 (平成24年度) モデル市区町村(13市区町村)において、以下の流れにより事業を実施。

Step1 事前評価 (IADLの自己評価及び保健師等による評価)

Step2 予防サービス及び生活支援サービスの実施



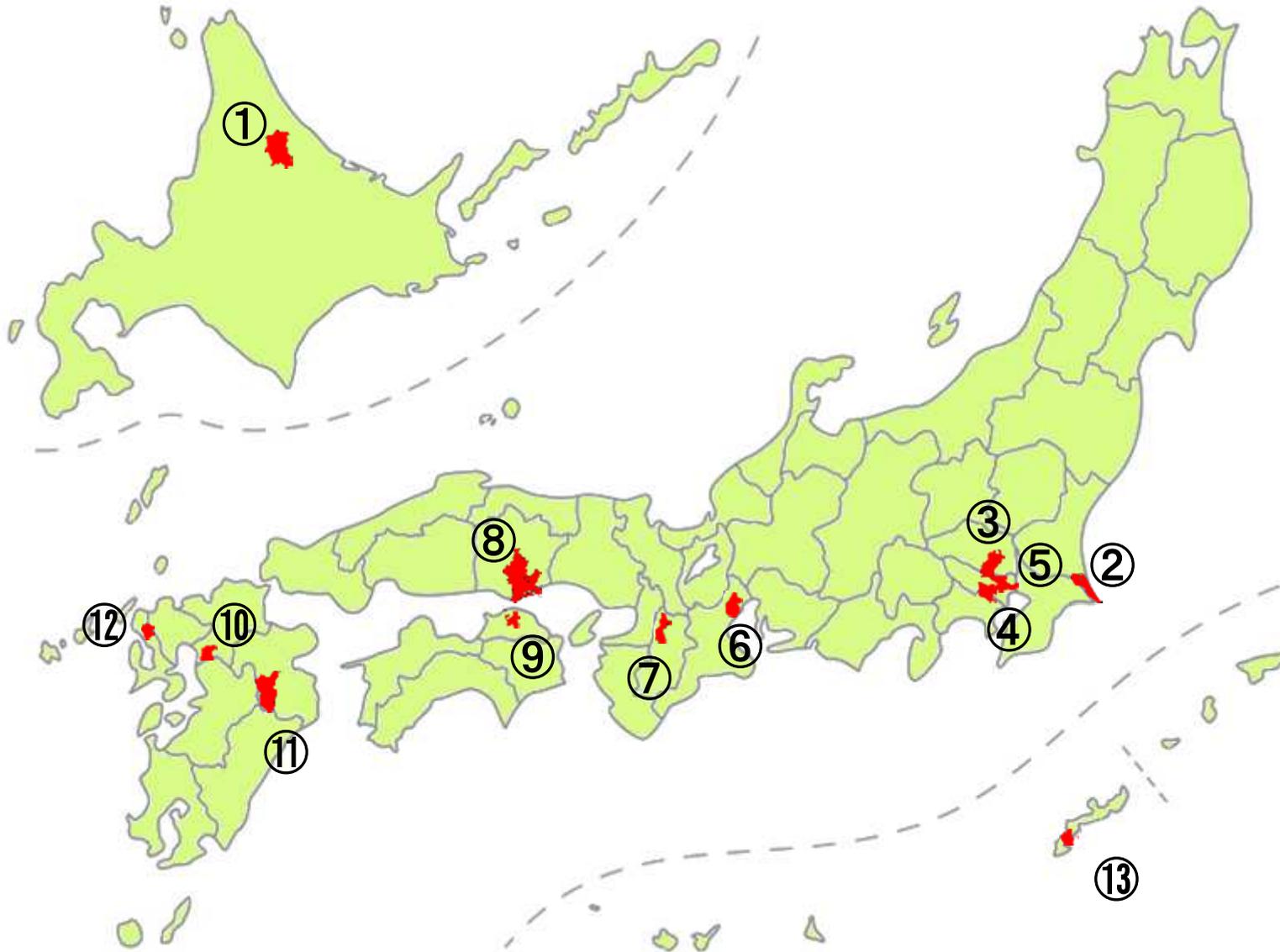
Step3 事後評価 (IADLの自己評価及び保健師等による評価)

2年目 (平成25年度)

引き続き予防モデル事業を実施。

- ・モデル市町村において実施された事業の内容・結果を厚生労働省に報告。
- ・厚生労働省において、予防サービス及び生活支援サービスの類型化及び好事例の紹介。

(参考) 予防モデル事業実施市区町村



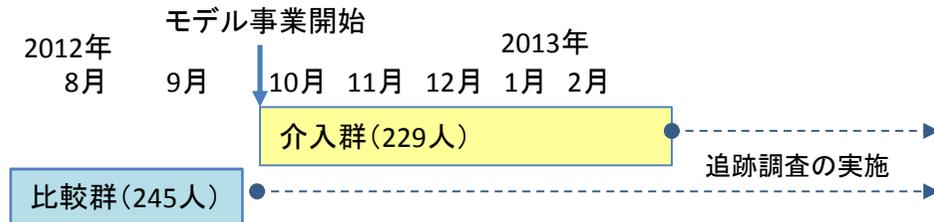
①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちょう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

(参考) 予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1~要介護2)は、家事や散歩の他、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

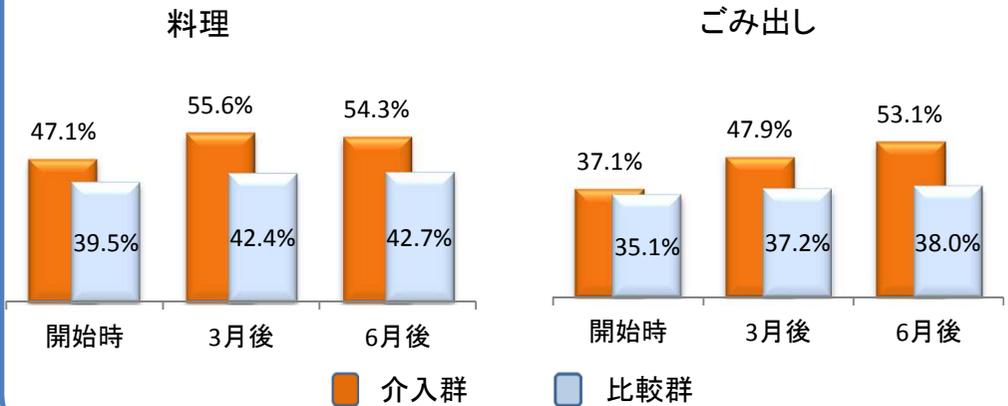
調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

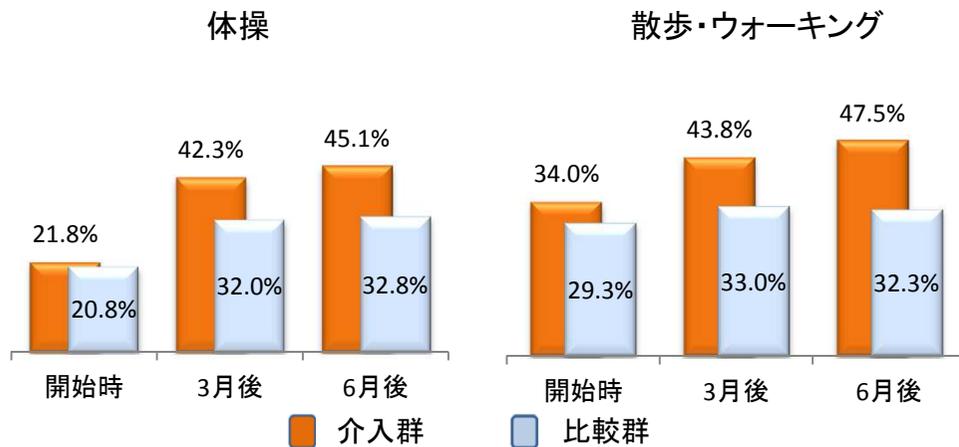


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
 3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。
 6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。

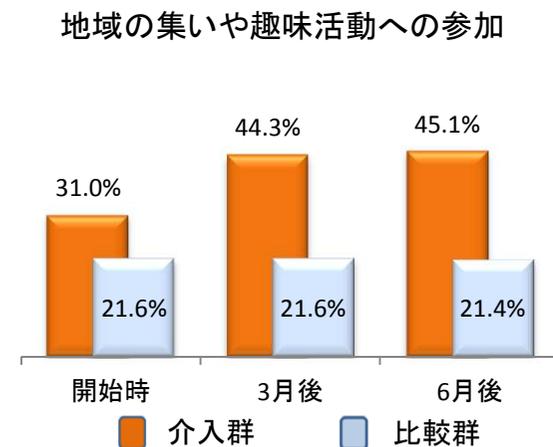
家事：介入群では、自分で料理やごみ出しをする人の割合が高くなっていった。



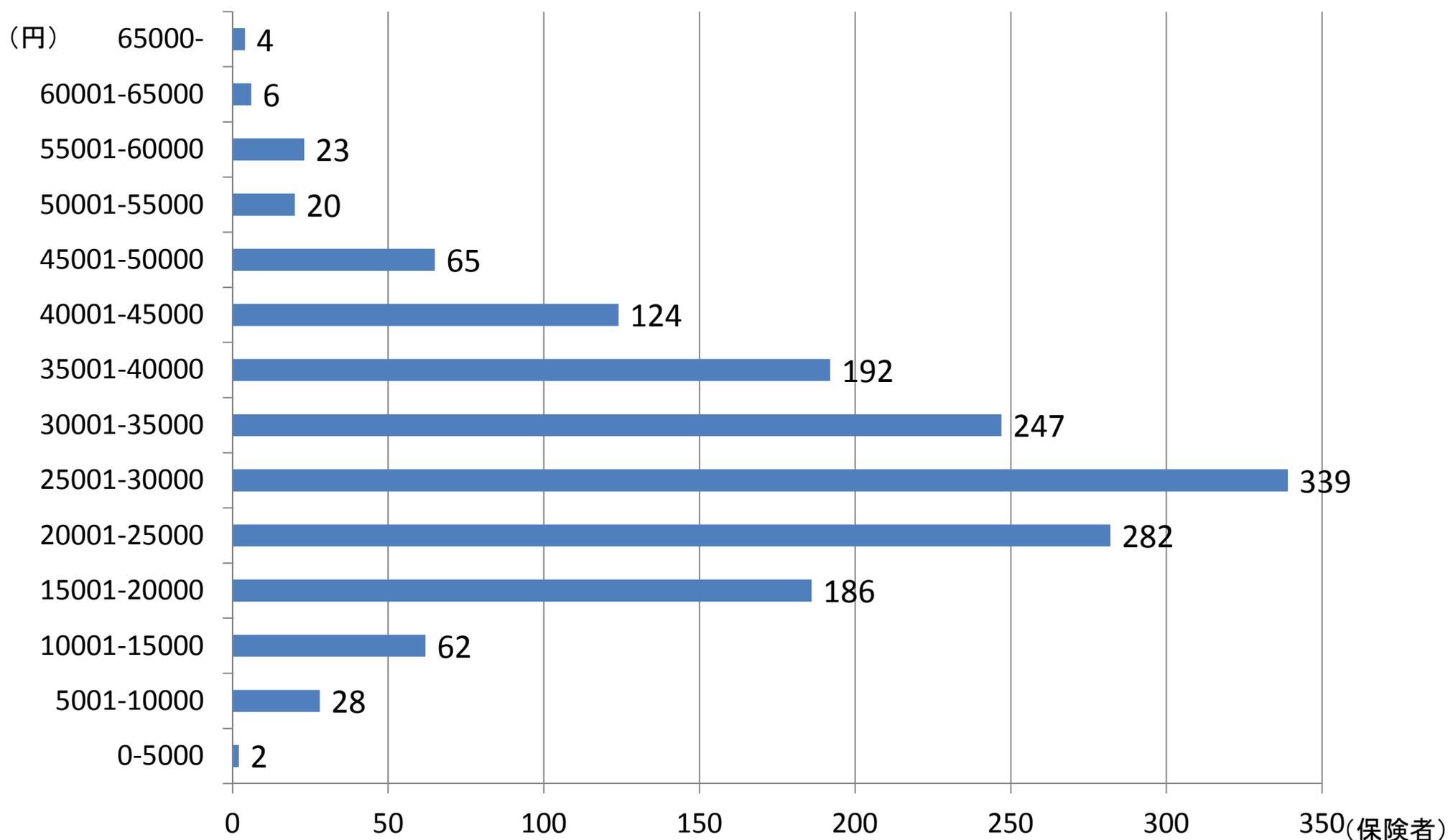
活動：体操や散歩・ウォーキングをする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。



(参考)後期高齢者1人あたりの予防費用額・介護予防事業費



※予防費用額は平成23年度介護保険状況報告調査の数値。介護予防事業費は平成23年度実績報告の事業費。
※全国平均額は3.4万円。中央値は2.9万円。