

京都市高齢者施策推進協議会

第2回 介護・施設サービス等向上ワーキンググループ

本日のテーマ

要支援者等の自立支援・重度化防止について



日時：令和8年7月29日 13時30分～15時
場所：京都市役所分庁舎 第1会議室

本日の流れ

1 論点

2 背景

(要支援者の状態像、要支援者等に対する支援)

3 実施中の関連事業

4 他都市事例

5 意見交換

6 意見のとりまとめ・方向性

1 論点

テーマ 要支援者等の自立支援・重度化防止について

論点① 要支援者等に対する個別支援の充実

高齢者が地域の中で「居場所」と「出番」を持ちながら、自身の健康や生活を自分自身で維持できるようにすることは、市民のウェルビーイング向上に寄与するものである。ケアマネジメント※¹を通じて「自分らしい生活を長く続けるためのセルフケア」を育む支援をどのように充実するか。

※¹ ケアマネジメント … 介護や支援が必要な方が、自身の希望に沿った自立した生活を送れるように専門職がサポートする一連のプロセス

論点② 多職種連携の効果的な取組

要支援者等の改善可能性に着目したリエイブルメント※²を推進するためには、医療・介護・リハビリ・栄養・口腔等の専門職など地域の多様な主体が、共通の目標のもとで取り組む体制が不可欠である。地域包括支援センターを核に、多職種連携のもと、自立支援・重度化防止に向けた地域づくりを進めるためには、どのような取組が効果的か。

※² リエイブルメント … 「再び自分らしい生活をできるようにする」こと

2 背景

① 要支援者の状態像

現在の要介護度別にみた介護が必要となった原因（上位3位）

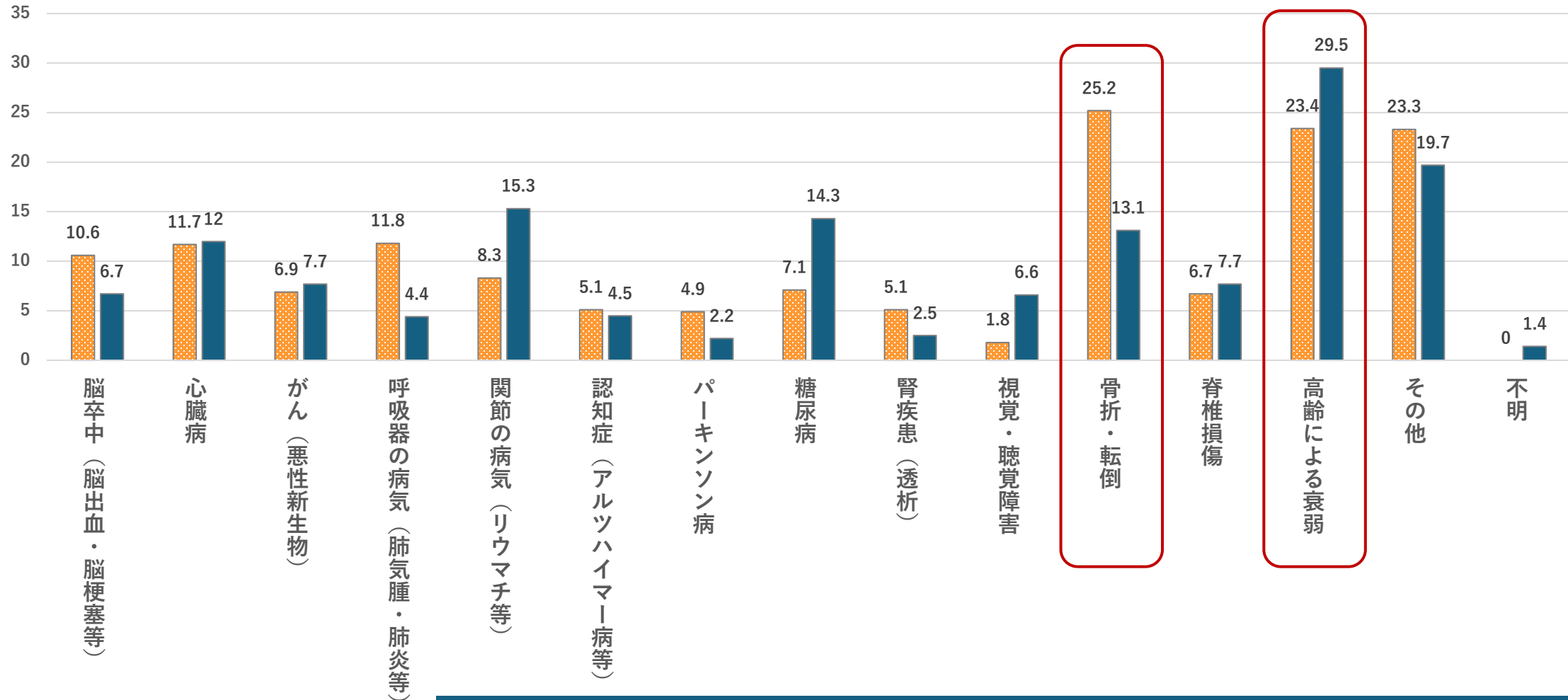
（単位：％）

要介護度	第1位		第2位		第3位	
要支援者	高齢による衰弱	17.7	関節疾患	14.8	骨折・転倒	14.7
要支援1	高齢による衰弱	18.6	骨折・転倒	13.8	関節疾患	13.3
要支援2	高齢による衰弱	16.9	関節疾患	16.3	骨折・転倒	15.6
要介護者	認知症	23.6	骨折・転倒	14.8	高齢による衰弱	14.5
要介護1	認知症	24.2	高齢による衰弱	18.8	骨折・転倒	14.5
要介護2	認知症	24.0	高齢による衰弱	16.8	骨折・転倒	16.1
要介護3	認知症	23.3	脳血管疾患（脳卒中）	18.8	骨折・転倒	15.2
要介護4	認知症	21.6	脳血管疾患（脳卒中）	15.2	骨折・転倒	14.8
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	27.6	認知症	23.8	高齢による衰弱	11.5

令和7年度「すこやかアンケート」調査結果(抜粋)

問9-1 介護・介助が必要になった原因

■ 要支援1 ■ 要支援2



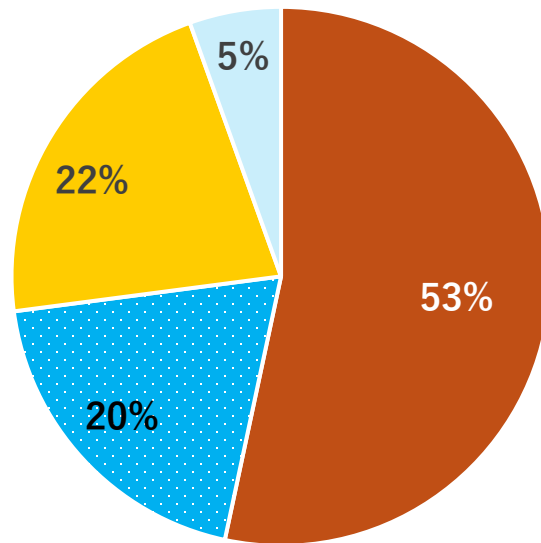
要支援1では「骨折・転倒」が、要支援2では「高齢による衰弱」が最多

令和7年度「すこやかアンケート」調査結果(抜粋)

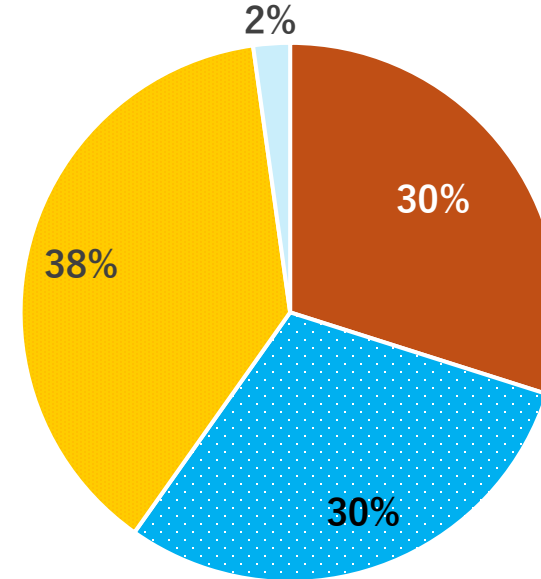
要支援1の53%、要支援2の30%が「介護・介助は必要ない」と回答

問9 介護・介助の必要性の有無

要支援1 (n=137)



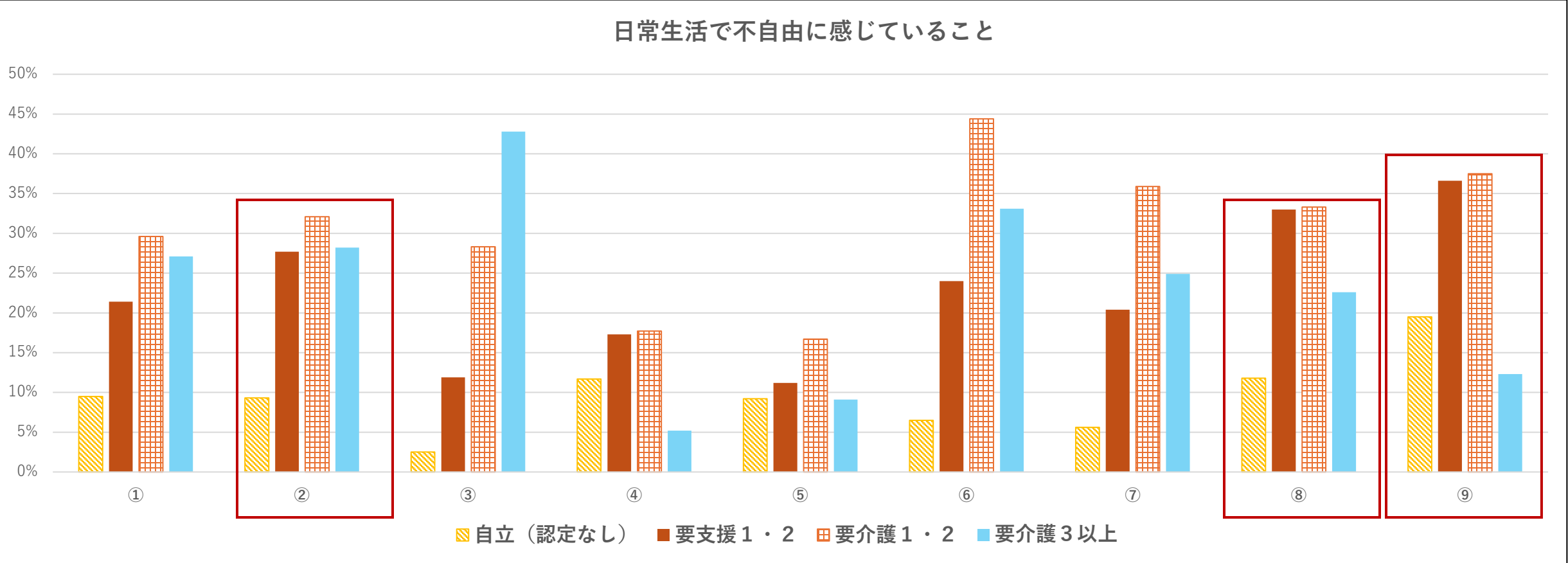
要支援2 (n=128)



- 介護・介助は必要ない
- 何らかの介護・介助は必要だが、現在は受けていない
- 何らかの介護を受けている
- 無回答

令和7年度「すこやかアンケート」調査結果（抜粋）

要支援者は身の回りの動作は自立している者が多いが、生活行為の一部に不自由さを感じている。

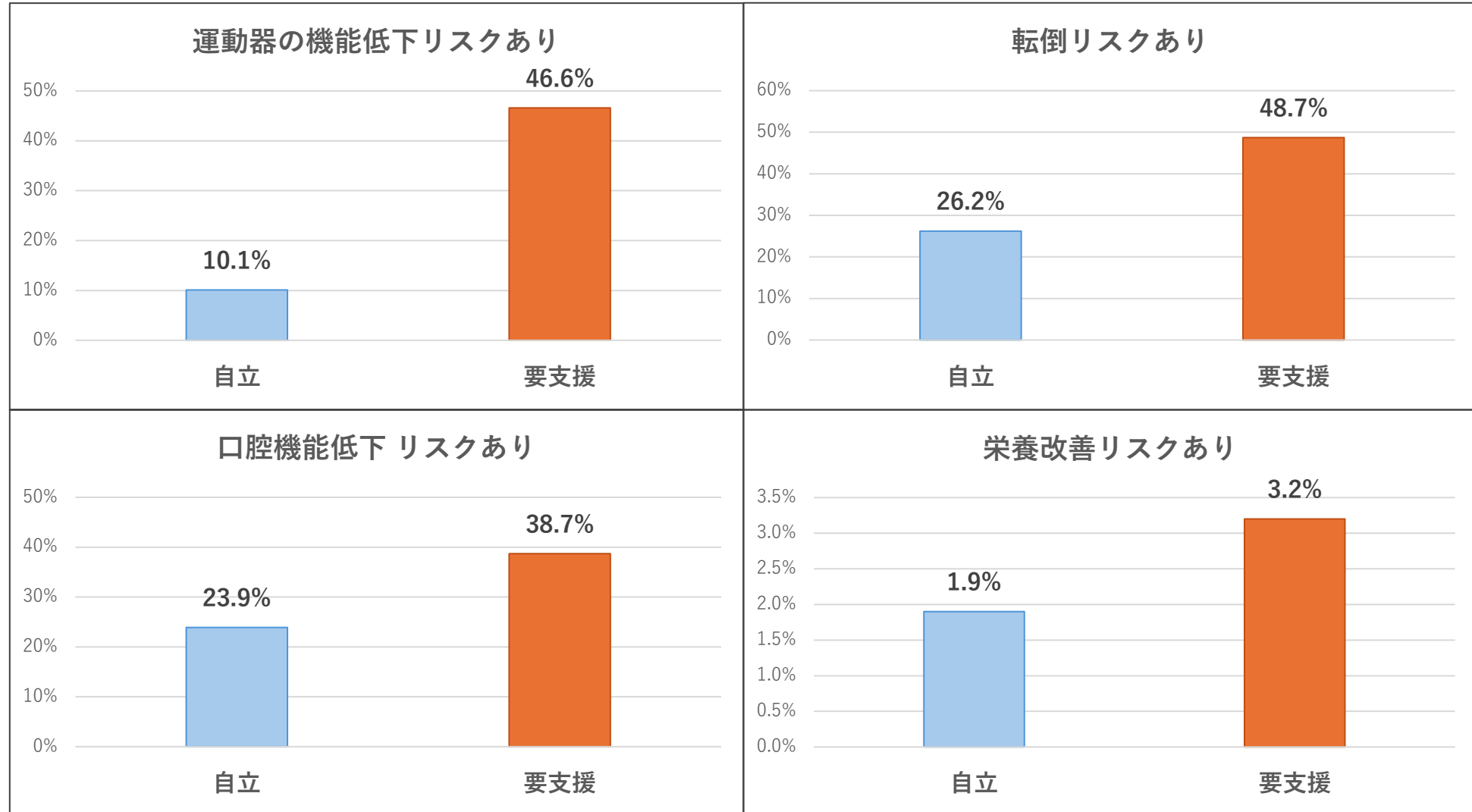


- ① 食事の準備・後片付けをすること
- ② 掃除・ごみ出し・洗濯などの家事をすること
- ③ 衣服の着脱・食事・入浴に関すること
- ④ 段差や間取り、耐震など住まいの建物構造に関すること
- ⑤ 契約や財産管理の手続きをすること

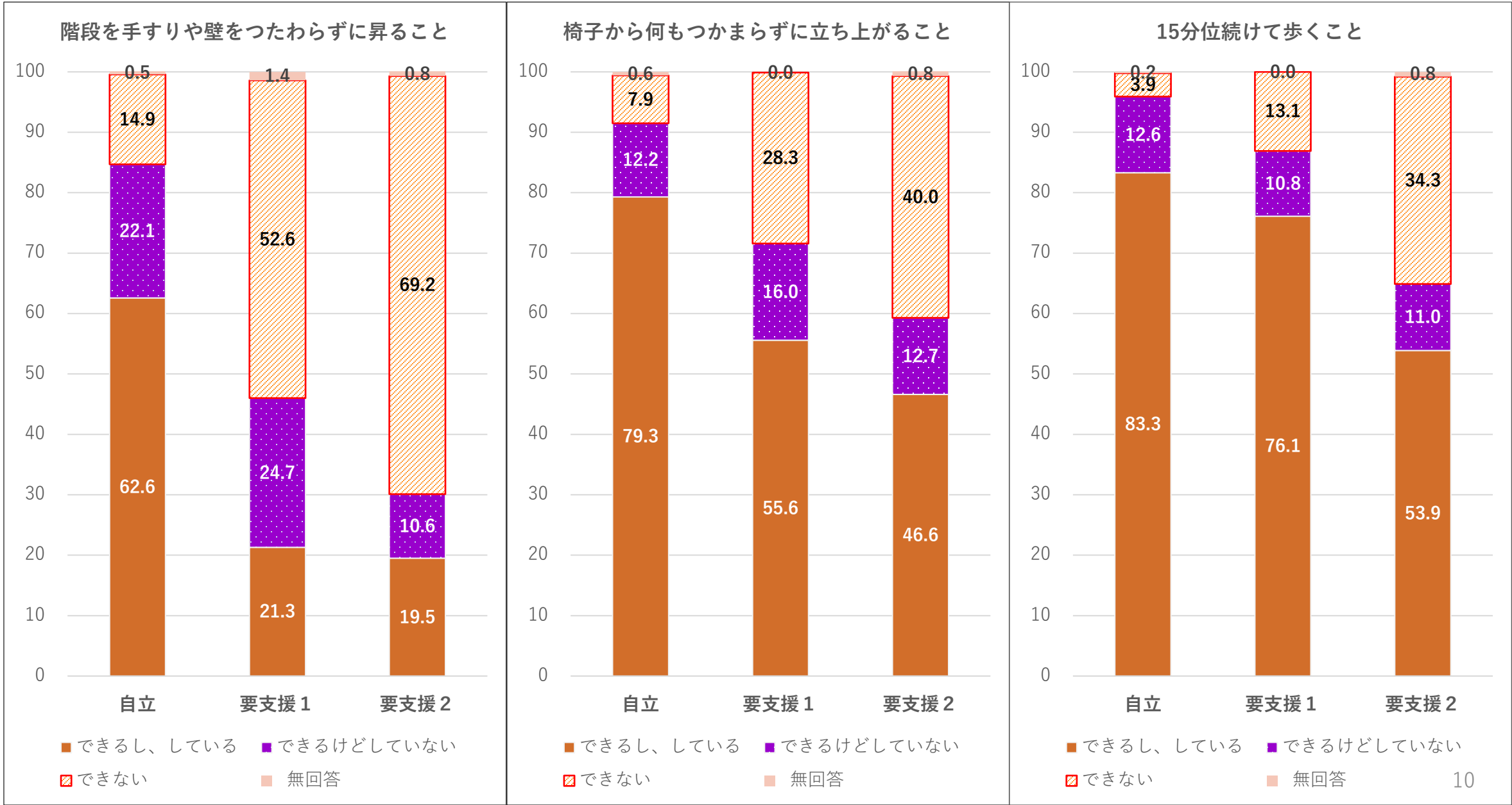
- ⑥ 外出時の移動が負担であること
- ⑦ 病院に通院すること
- ⑧ 買い物したり、荷物を持ち運ぶこと
- ⑨ 電球の交換、部屋の模様替え、庭木の手入れ等をする

令和7年度「すこやかアンケート」調査結果(抜粋)

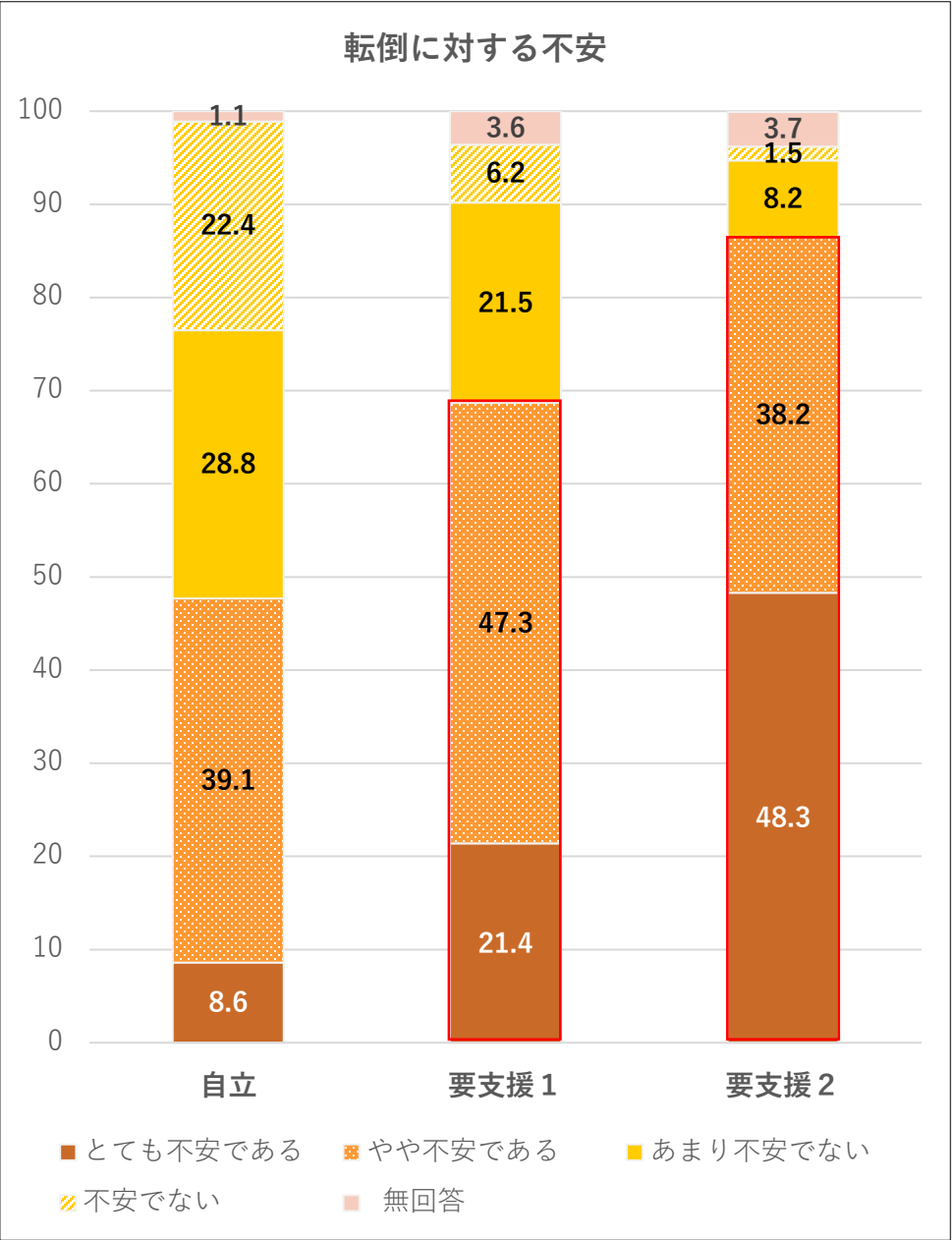
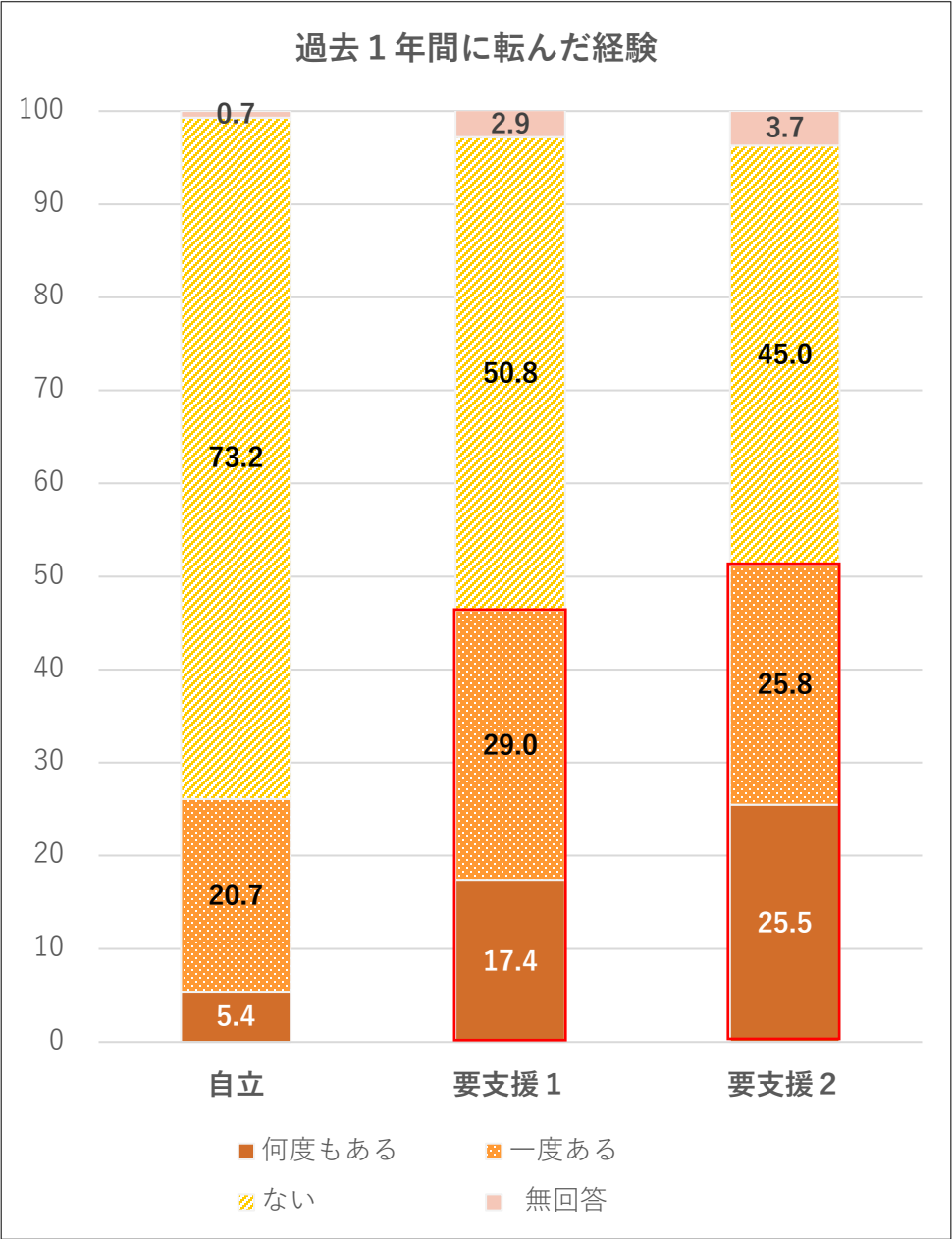
要支援者においては、運動機能、栄養面、口腔機能の各分野でリスクを抱えている人の割合が高い



令和7年度「すこやかアンケート」調査結果(抜粋)

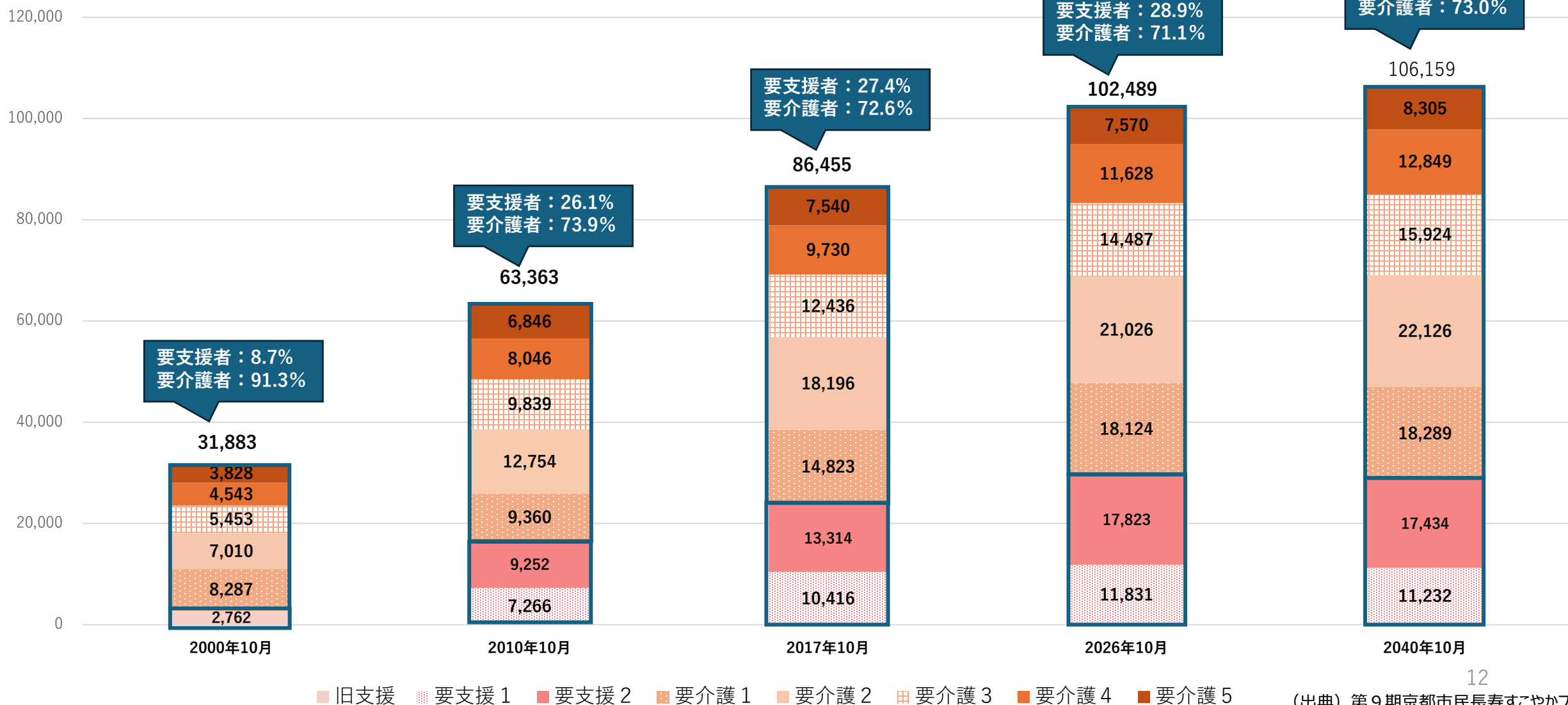


令和7年度「すこやかアンケート」調査結果(抜粋)

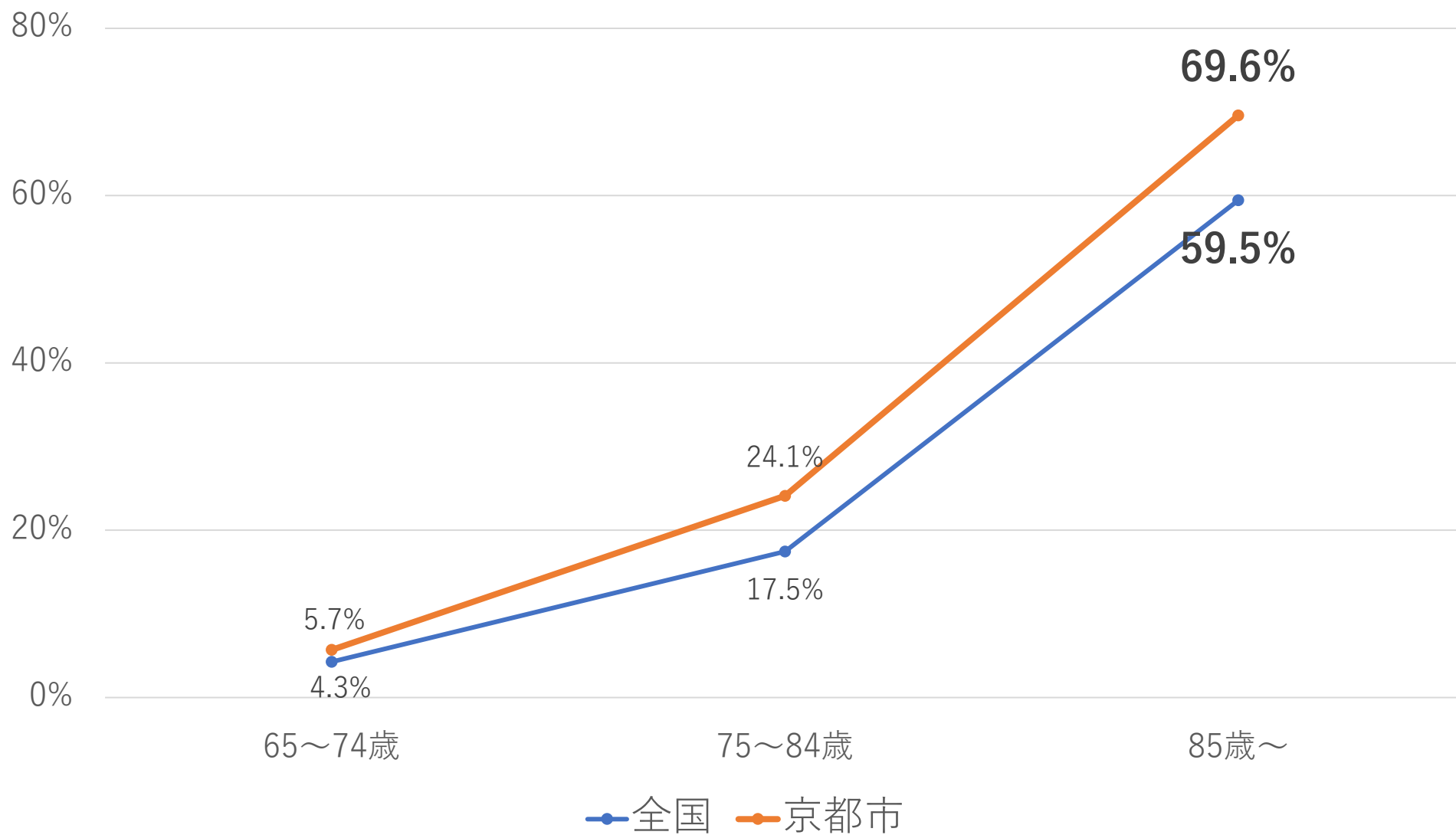


要支援・要介護認定者数の推移と今後の推計

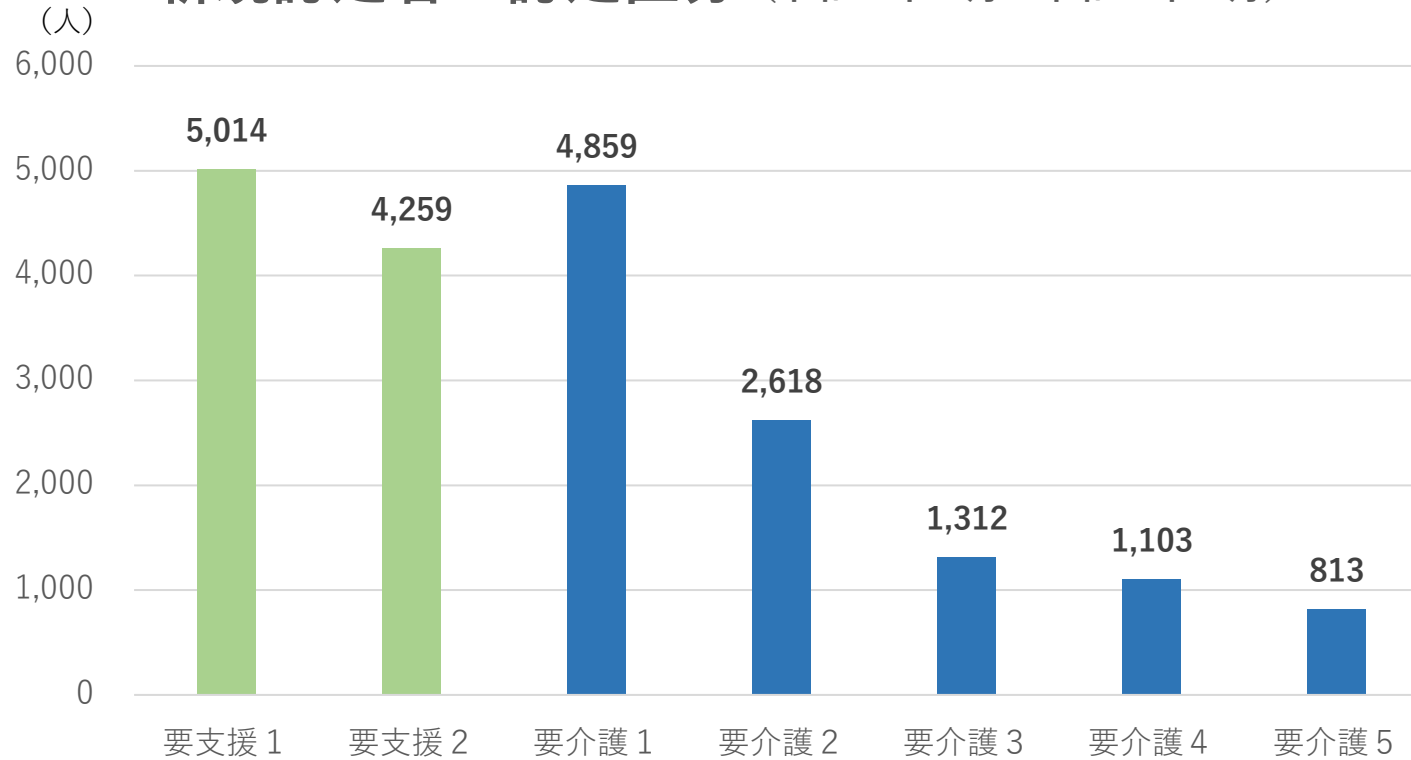
2040年まで要支援・要介護認定者数は増え続け、要支援者は3割、要介護者は7割程度で推移



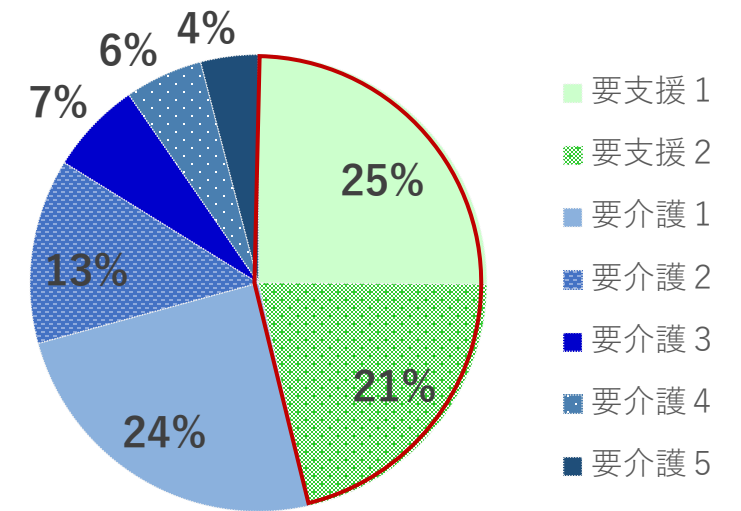
年代別認定率（令和 8 年 3 月末時点）



新規認定者の認定区分（令和7年4月～令和8年3月）



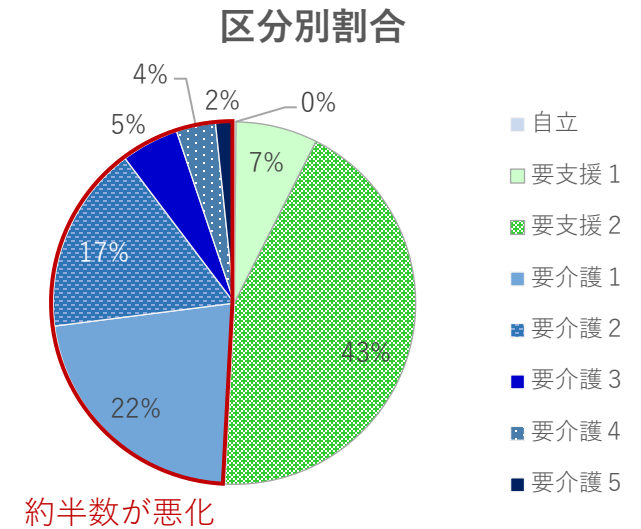
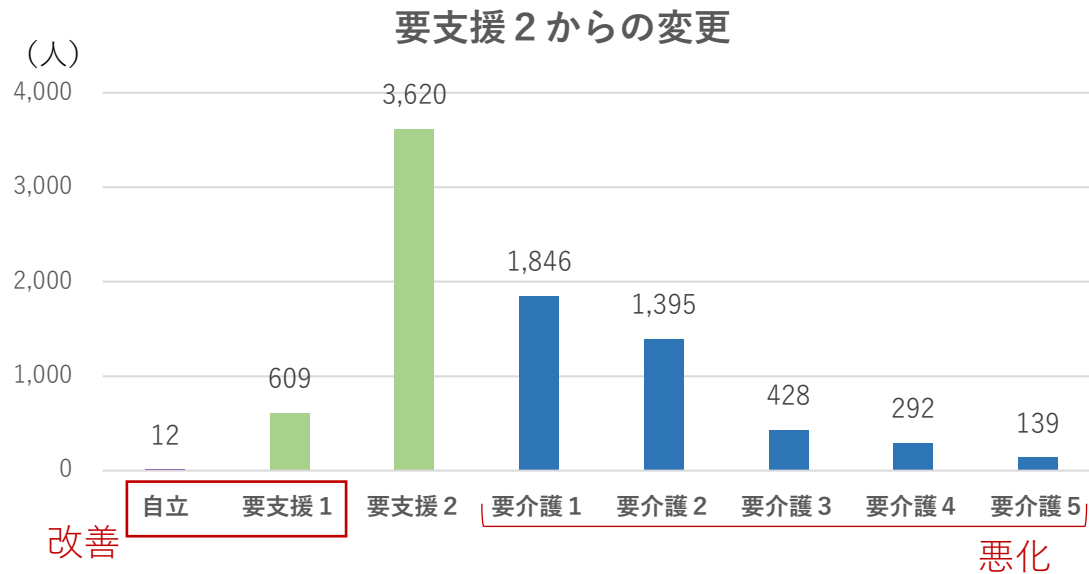
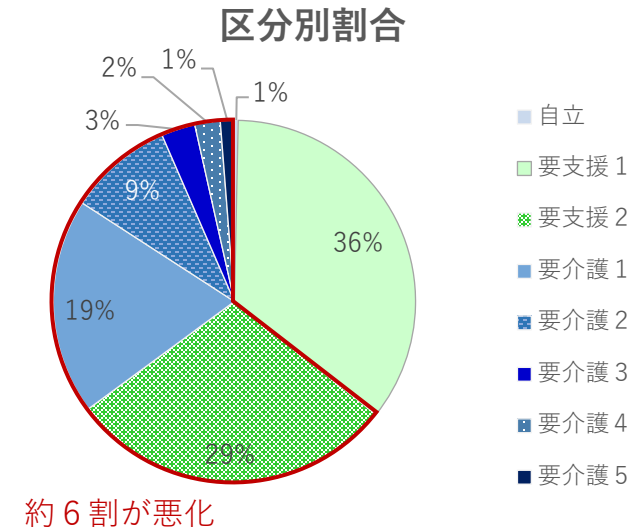
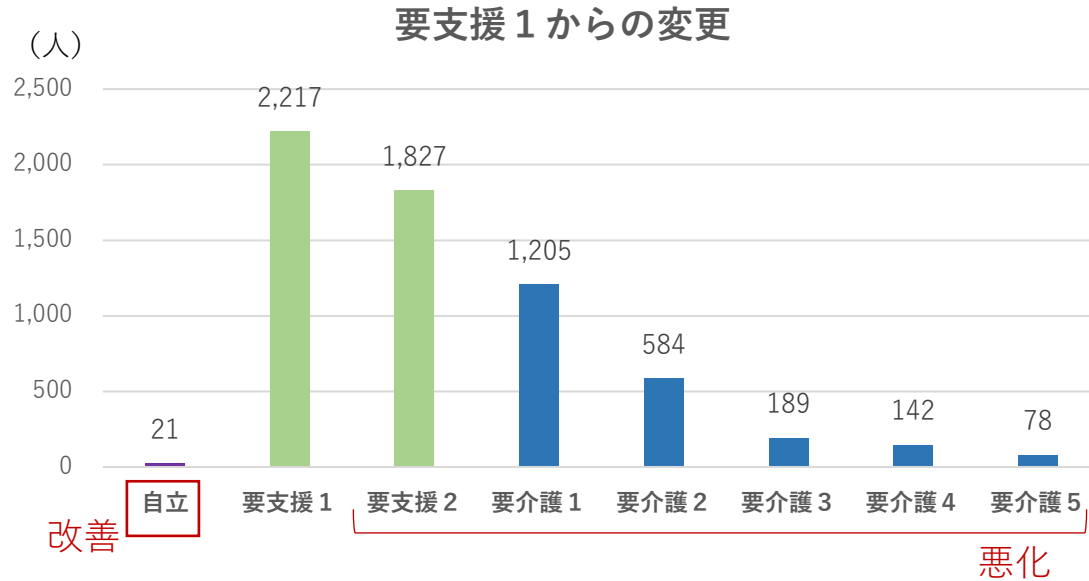
区分別割合



新規認定者の約半数が要支援者

要支援からの変更※結果（令和7年4月～令和8年3月）

※更新及び区分変更の合計



2 背景

②要支援者等に対する支援

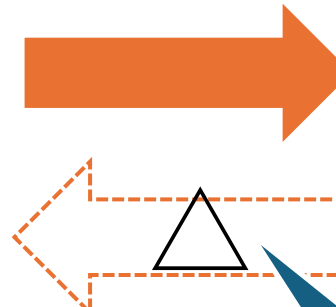
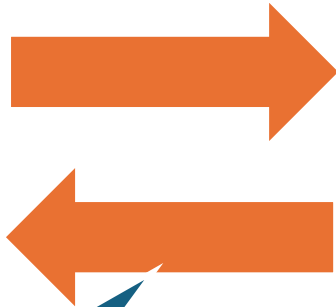
高齢による衰弱と骨折・転倒の原因になるもの

何らかの原因による
活動量の低下によって
フレイルになる

健康

フレイル

要介護



生活課題を解決し、活動量を増加させるための支援を実施することで健康な状態に戻れる

運動機能低下
栄養状態の悪化
口腔機能低下

要介護状態になると心身機能に不可逆的な課題を抱えることが多い

フレイルの改善に向けた支援

高齢者版

【推奨事項】

個人差を踏まえ、強度や量を調整し、可能なものから取り組む。今よりも少しでも多く身体を動かす。

筋力・バランス・柔軟性など多要素な運動を週3日以上行うことを推奨する。

筋力トレーニングを週2～3日行うことを推奨する（多要素な運動に含めてもよい）。

【科学的根拠】

多要素な運動によって、転倒・骨折が減少し、身体機能が維持・向上する。多要素な運動を主体とした運動プログラムにより、転倒リスクは12～32%、転倒・骨折のリスクは15～66%の低減が認められている。科学的根拠となるランダム化比較試験の運動プログラムの頻度は、週3日が最も多く採用されていた。

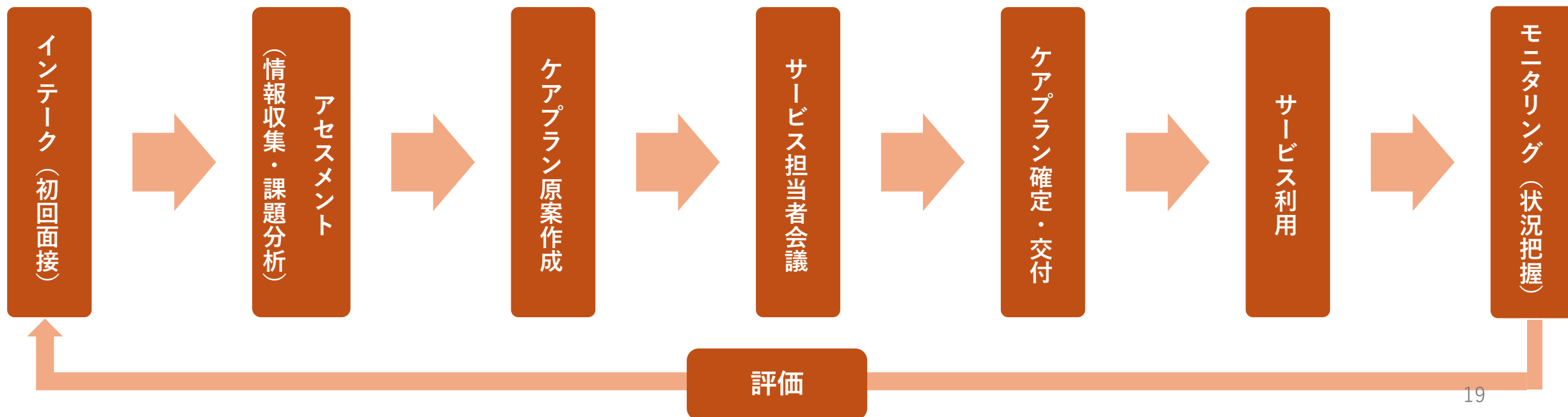
高齢期においても週3回以上の運動、及び週2～3回の筋力トレーニングを行うことで、転倒・骨折リスクの低減に効果がある。

フレイルの状態にある要支援者への支援においても、週3回以上の運動機会を確保するための働きかけが必要。

介護予防ケアマネジメントとは

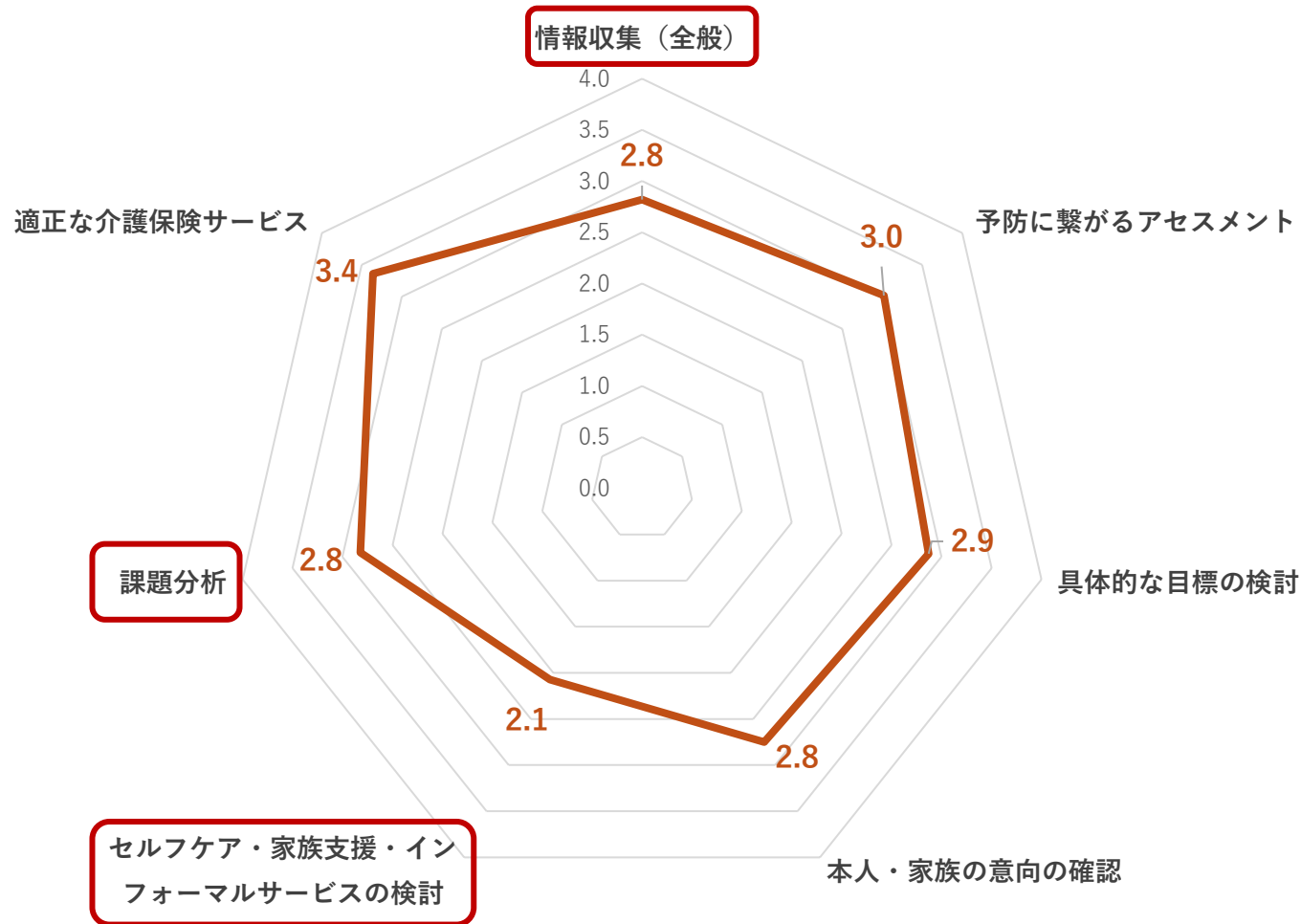
介護予防ケアマネジメントは、要支援者や事業対象者等（以下、「要支援者等」という。）に対して、介護予防や社会参加の推進を目的として、利用者の選択に基づき、予防給付や総合事業、インフォーマルサービスなどを必要に応じて組み合わせ、利用者の状態像の維持・改善に向けたサービスが総合的かつ効率的に提供されるよう配慮し、必要な援助を行うこと。

【介護予防ケアマネジメントの流れ】



介護予防ケアマネジメントの現状

ケアプラン点検の結果（R6～7年度実施分）



介護予防ケアマネジメント支援事業(4巡目)の実施結果より(n=122)

適正な介護保険サービスへの接続はできているが、**情報収集**や**課題分析**に課題がある。

↓
このため、要介護度等に応じて、**本人のできないことを補うサービス**へ接続される傾向にある。

本人の状態の改善や**自分らしい生活の実現**に向けた個別具体的な提案が少ない。

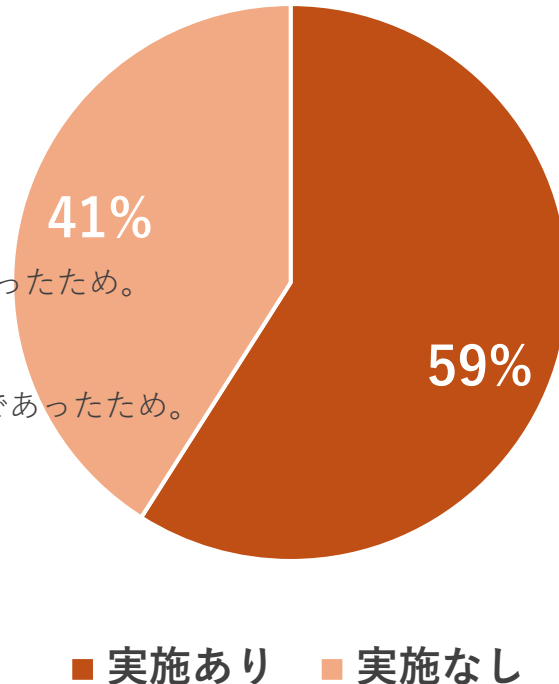
セルフケアの実施や**インフォーマルサービス**の活用を検討されることが少ない。

リハビリ専門職との連携状況

リハビリ専門職と連携したケアマネジメント 実施の有無

連携できなかった主な理由

- ・上手く調整できなかった。
- ・リハビリ専門職と連携する必要がなかったため。
- ・本人や家族からの希望がない。
- ・日常業務をこなすことで手いっぱいであったため。
- ・対象となる事例がなかったため。



全61地域包括支援センターへのアンケート調査(R7年度実施)の結果から

地域包括支援センターの
6割しかリハビリ専門職と
の連携ができていない。

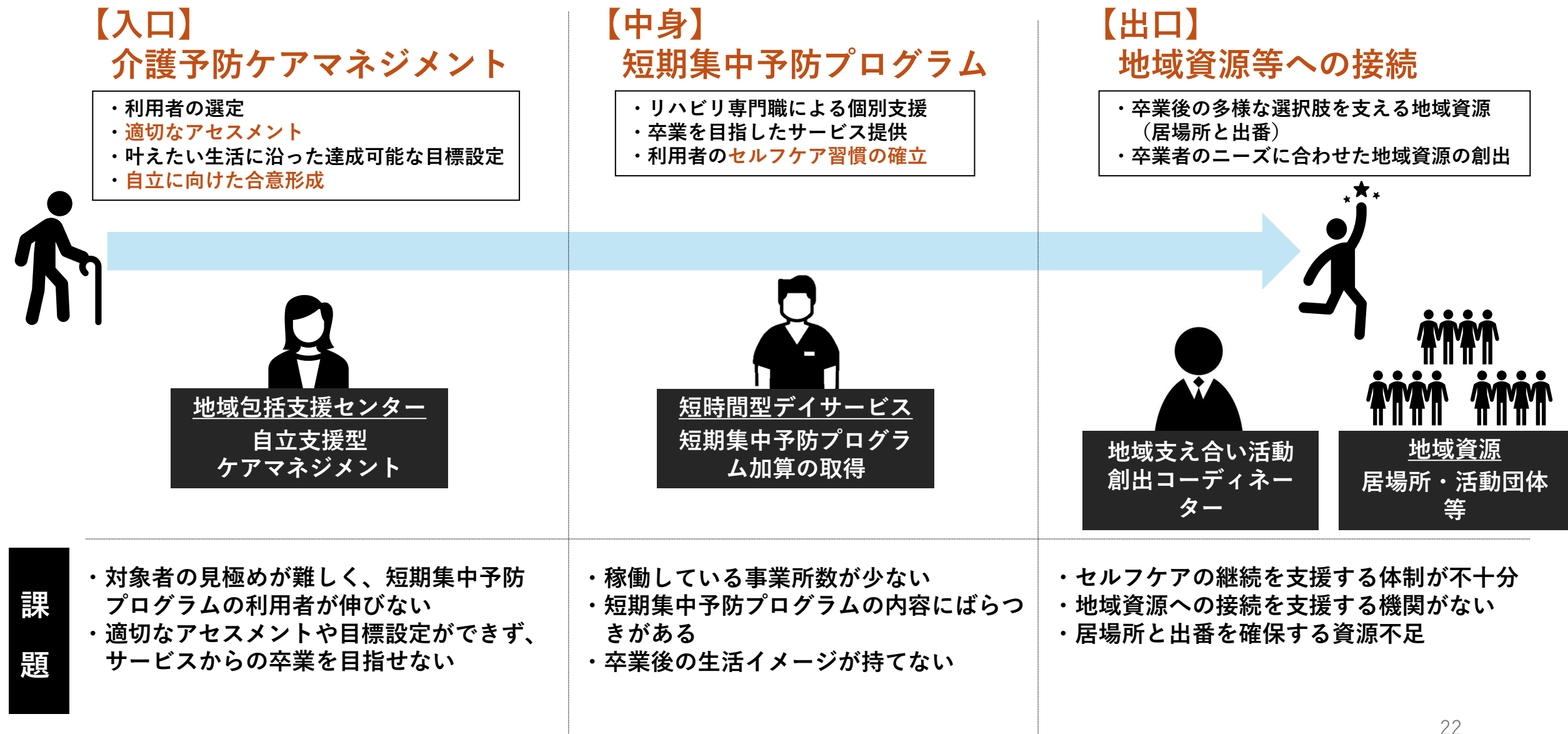


アセスメント等において、
リハビリ専門職の知見を
活かし、**本人の改善可能性を見出す取組**が充分に
行われていない。

その理由として、
「**必要性がなかった**」
「**対象がいなかった**」
「**多忙**」

等が挙がっており、**連携
機会の創出や必要性に対
する普及啓発が必要。**

利用者が短期集中予防プログラムの利用により再自立する流れ



3 実施中の関連事業

- 1 自立支援型地域ケア会議
- 2 リハビリ専門職派遣助成事業
- 3 ICTを活用した介護予防ケアマネジメントの強化事業
- 4 短期集中予防プログラム
(介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス・活動C)
- 5 地域介護予防推進センター

1 自立支援型地域ケア会議

■ 事業内容

地域包括支援センターの担当する要支援者等の事例を対象として、本市が主催する地域ケア会議。高齢者一人一人の「したい・できるようになりたい」を最優先に据え、専門性の高い議論を通じて、自立支援に向けたアセスメントの深化や、個別性の高い目標設定、セルフケアと地域資源の積極的な活用を促進する仕組みを構築することや、会議を通じて高齢者の改善可能性に着目したケアマネジメント手法を普及することを目的として実施している。

■ 構成員

地域包括支援センター職員、栄養士、歯科衛生士、リハビリ専門職、地域支え合い活動創出コーディネーター、地域介護予防推進センター職員、行政職員

■ 経過

多職種連携の機会の創出を目的として、H30年度からR7年度まで「介護予防ケアマネジメント支援会議（全61地域包括支援センターを対象とした事例検討会）」を実施してきたが、ケアマネジメントの課題を解消するに至らなかった。R8年7月からは本事業として手法を転換したうえで運用を開始しており、「本人の望む生活」や「改善可能性」、生活課題における「阻害要因」を検証し、多職種からの助言を得て心身機能の改善に資する支援策を再検討する場として会議運営を行っている。

2 リハビリ専門職派遣助成事業

■ 事業内容

地域包括支援センター等が、介護予防ケアマネジメントにおける「事例検討会」や「アセスメント訪問」を実施する際、京都府地域リハビリテーション支援センターからリハビリ専門職の派遣を受けるために要する費用を助成するもの。リハビリ専門職との連携を推進し、利用者の「改善可能性の発見」や「心身機能の改善に向けた支援策の検討」を支援することを目的として実施している。

■ 利用実績

年度	前期		後期		計
	包括数	派遣回数	包括数	派遣回数	派遣回数
R6年度	16	40	17	53	93
R7年度	17	44	17	44	88

■ 課題

平成31年度の事業開始以降、案内の送付や研修等様々な機会を通じて事業周知を行ってきたが、利用率は全61センターのうち3割程度にとどまっている。リハビリ専門職との連携状況のアンケート結果を踏まえると、活用の対象やタイミングが分かりにくいことや多忙により事業を活用する余裕がないことが活用に繋がらない要因となっている可能性がある。

3 ICTを活用した介護予防ケアマネジメントの強化事業

■ 事業概要

オムロン株式会社の提供するICT「ハレクルWith」を、公募によって選定した3か所（**大宅・陶化・醍醐北部**）の地域包括支援センターに導入し、高齢者の生活機能の改善可能性に着目したアセスメントや個別性の高いケアプラン作成等を支援するモデル事業。「ハレクルWith」の導入により、以下の効果を検証し、全市展開を目指している。

- 1 再自立者数の増加
- 2 利用者の主観的幸福感（ウェルビーイング）の向上
- 3 地域包括支援センターの業務負担軽減

先行導入自治体においては認定率低下効果が認められている



ハレクルWith ウィズ

OMRON

初心者でも、今すぐ専門的なケアマネジメントを実践できる

介護予防ケアマネジメント支援システム

《対応タスク》利用者管理／アセスメント／ケアプラン／モニタリング／サービス評価／支援経過記録／ほか

ケアマネジメントの質が向上 **97%** 実感¹⁾

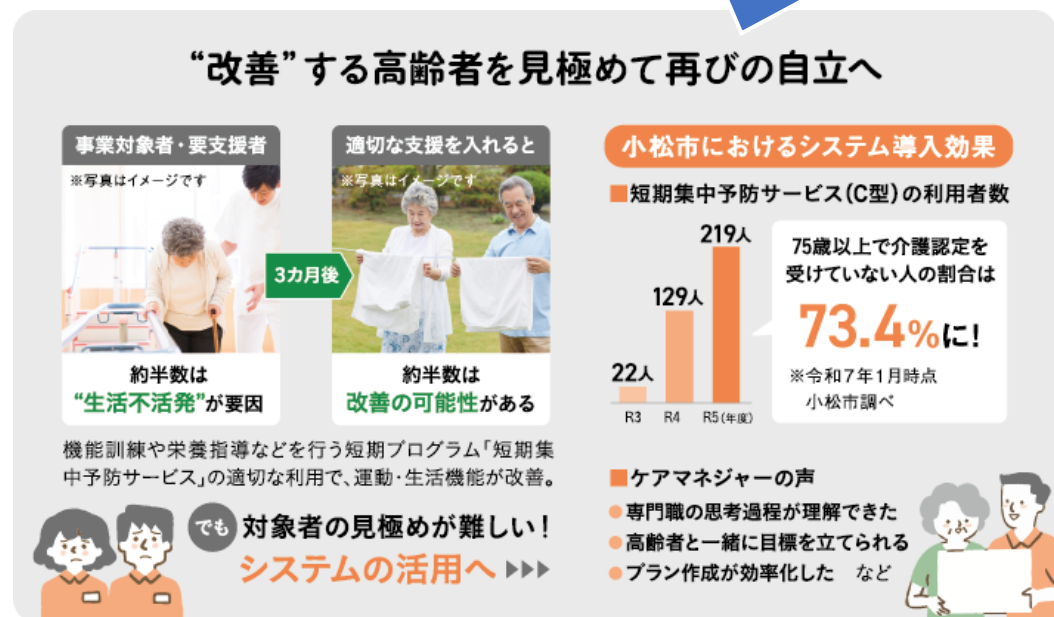
負担と時間の軽減効果 **3割** 削減²⁾

自立支援サービス利用者数 **10倍** 増加³⁾

地域包括支援センター向け

介護予防スペシャリストの専門性と経験値をDX化

ハレクルWithは、介護予防に関わる専門家・熟練者のノウハウを、学びながら実践できる最先端のICTです



“改善”する高齢者を見極めて再びの自立へ

事業対象者・要支援者 ※写真はイメージです

適切な支援を入れると ※写真はイメージです

3カ月後

約半数は“生活不活発”が要因

約半数は改善の可能性がある

機能訓練や栄養指導などを行う短期プログラム「短期集中予防サービス」の適切な利用で、運動・生活機能が改善。

でも 対象者の見極めが難しい！

システムの活用へ ▶▶▶

小松市におけるシステム導入効果

短期集中予防サービス(C型)の利用者数

22人 R3 129人 R4 219人 R5(年度)

75歳以上で介護認定を受けていない人の割合は **73.4%に!**

※令和7年1月時点 小松市調べ

ケアマネジャーの声

- 専門職の思考過程が理解できた
- 高齢者と一緒に目標を立てられる
- プラン作成が効率化した など

4 短期集中予防プログラム

原則3か月間（必要に応じて最大6か月間）で、
リハビリ専門職による支援を受けながら、
生活機能の改善を目指すプログラム（通所型サービス・活動C）

特徴

- ・事業所での運動を主体としたサービスではなく、**自立後を見据えたセルフケア習慣づくり**を主体としたサービス。
- ・**リハビリ専門職によるコーチング**を通じて、利用者の自己効力感を引き出し、利用者が自ら望む生活を思い描き、意欲的に介護予防に取り組むことで、自立を目指すもの。
- ・3か月の期間終了後は、介護保険サービスを利用しない状態となり、地域の通いの場等を活用しながら再び自分らしい生活を送る（リエイブルメント）。
- ・本市では、短時間型デイサービスの加算として実施。

報酬（加算分）

サービス提供頻度	報酬単価
週1回程度	1,260単位／月
週2回程度	1,450単位／月

算定要件

リハビリ専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等）の配置が必要。

※兼務可・非常勤可・外部連携可

- ・要支援者等の自立には、リハビリ専門職による短期集中的な支援の有効性が全国的に認められており、先進自治体では250名～500名が利用し、6～7割が自立している一方、本市の現状として、利用者数等は限られている。

R 7 年度実績 稼働事業所数：4 か所 ⇒ほか、1 か所申請中
自立者数：10 人／実利用者数：106 人

<事業所の声>

- ・地域包括支援センターからプログラム利用希望者の紹介がない
- ・事業所の経営の観点から、3か月で利用者が入れ替わる中、継続的に利用者が確保できるか不安
- ・そのような状態の中、リハビリ専門職を確保することが難しい
- ・3か月で終了した後、利用者が心身機能を維持できるか不安

<地域包括支援センターの声>

- ・利用者や家族は、家事援助等のサービスの継続的な利用を念頭に相談に来られ、3か月のプログラムで自立できるようになるというイメージを持っていない
- ・改善可能性の見極めには高い専門性に基づくケアマネジメントが必要で、包括として不安感もあり、期間限定のプログラムを紹介しにくい



高齢による衰弱に係る適切な対策による可逆性について、関係機関はもとより、市民にも周知していくとともに、自立支援型地域ケア会議やICT等により、地域包括支援センターのケアマネジメントの質の向上を図り、個々の要支援者等の改善可能性を客観的に把握することで、事業所に経常的に対象者を繋ぐ仕組みを構築していく。

事業を推進するための取組

(1) 自立支援を学ぶリエイブルメント研修

○概要

自立支援についての理解促進と関係者間の方向性の共有（規範的統合）を目的に、地域包括支援センターをはじめとする関係機関を対象とした研修を実施。

地域包括支援センター、地域介護予防推進センター、地域支え合い活動創出コーディネーター、居宅介護支援事業所、通所型サービス事業所等

○実施方法

オンデマンド研修（動画配信）及び参集型研修（講義・グループワーク等）

○令和7年度受講者数

オンデマンド研修	67人
参集型研修（全2回）	第1回、第2回ともに50人

<受講者の声>

- ・自立の考え方について、忘れていた捉え方を思い出すことができた。日々の多忙の中、サービス中心に考えてしまうが、本来は改善可能性を考え、卒業を視野に入れる必要があることを改めて感じた。
- ・これまでの支援の中では「卒業できる」という発想がなかったが、研修を受講し、意識を変えることができた。

事業を推進するための取組

(2) モデルケース創出に向けた伴走支援事業

○事業概要

短期集中予防プログラムを活用したモデルケースを創出するため、アドバイザーを事業所に派遣し、伴走支援を実施するもの。

自立支援に係る知見・スキルを有するリハビリ専門職
(京都橘大学小川教授の監修のもと、NPO法人ともつくにより複数名選定)

○実施方法

- ・アドバイザーの監修のもと、対象者の選定からアセスメント、プログラムの実施、プログラム終了後の行き先へのつながりまでの一連の流れを実施する中で、課題を抽出し、助言を行うとともに、支援終了後も事業所として自走できる体制の構築を支援
- ・アドバイザーが事業所を訪問し、目標設定、コーチング手法等の助言・指導等の現地支援を実施（3～6回程度）

○令和7年度実施結果

2事業所において実施（対象者3名）

⇒ 卒業後も、身につけたセルフケアや新たな就労を継続するなど、自分らしい生活を維持 30

5 地域介護予防推進センター

■ センター概要

- ・本市が市内12か所に設置している地域における介護予防（一般介護予防事業）の拠点
- ・地域の身近な会場で、専門スタッフが、介護予防教室、介護予防に関する普及啓発、地域の団体・グループ等への介護予防活動の支援等を実施
 - ※ 専門スタッフ：健康運動指導士、管理栄養士、理学療法士など
- ・利用対象者は、65歳以上の京都市在住の方
ただし、自身で実施場所に来ることができ、
介護予防教室等の参加の際に個別的介助の必要がない方



■ 要配慮者向け介護予防教室（要支援者等を対象とした取組）

運動器の機能向上を主とし、集団で一定の強度を持った運動等を実施する介護予防プログラム

頻度・期間：1回／週・3か月（異なる場合もあり）

対象者：介護予防ケアマネジメント等において、一般介護予防事業の運動器の機能向上を主とする複合型プログラムの利用が位置付けられている方

利用料：原則無料（ただし、教材費や実費相当分が自己負担となる場合あり）

（１）ボランティア育成・グループ立ち上げ支援

地域で自主的に介護予防に取り組みたい方に対して、運動やグループ運営の注意点などを伝えるボランティア育成支援、さらにはグループ立ち上げの伴走支援を実施

年度	令和３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度 (速報値)
サポート サークル（※）数	210	262	297	344	409

※ 地域介護予防推進センターの介護予防教室等に参加した方が、同センターの支援のもと立ち上げたグループの総数（活動休止中や解散したグループを除く）

（２）通いの場等の活動継続支援

地域で自主的に介護予防に取り組むグループ（※）を定期的に訪問し、運動の助言や体力測定などにより、活動の継続を支援

※ サポートサークル以外のグループも含む。



【リハビリテーション専門職との連携】

R7実績：延べ512回（速報値。フレイル対策支援事業（次ページ）による支援も含む。）

（参考）① 本市における通いの場の数 … 940か所（R7実績）

② 健康すこやか学級の数（介護予防の取組を実施） … 167か所（R7実績）

■ フレイル対策支援事業（「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の一部）

（１）ハイリスクアプローチ（個別支援）

健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスへの接続

ア 前年度に健康診査を受けていない方などに対する体力測定会

イ 測定会の結果等に応じて、医療専門職（※）による個別相談や受診勧奨等

（２）ポピュレーションアプローチ（通いの場支援）

通いの場に対し、体力測定によるフレイル状態の高齢者の把握と評価、及びそれに基づく健康教育・健康相談などを実施

ア 体力測定による状態把握（支援前後）

イ 測定結果に基づくグループアセスメント（評価）

ウ アセスメントに基づく医療専門職（※）による支援
（運動、栄養・口腔・聞こえの講話等）

※ 保健師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）等

4 他都市事例

- 1 介護予防ケアマネジメントにおける多職種連携
- 2 短期集中予防サービス（通所型サービス・活動C）
- 3 基本チェックリストの活用事例
- 4 要介護者に対する自立支援・重度化防止の取組

1 介護予防ケアマネジメントにおける多職種連携

同行訪問（お悩み解決！訪問）

大阪府藤井寺市

高齢化率：28.7%（大阪府：27.7%）

認定率：21.6%（大阪府：23.2%） ※令和5年9月時点

■ 事業内容

ケアマネジャーまたは地域包括支援センター職員とお悩みに応じたりハビリ専門職・管理栄養士または歯科衛生士と一緒に自宅に訪問し、助言するもの。セルフケアの習得や適切な支援の検討のために活用されている。

■ 対象

- (1) 本人が希望する場合
- (2) 担当ケアマネジャーが必要を感じる場合
- (3) 新規申請で要支援1・2となり、次の3つのいずれかの場合
 - ・ 新規でヘルパーを利用するケース
 - ・ 新規で福祉用具のみを利用するケース
 - ・ 新規で基本チェックリスト栄養2項目に該当するケース

専門職の先生方に
いきいき笑顔で暮らせるヒントを教えてください

藤井寺市いきいき笑顔応援プロジェクト

日常生活の中でできないことや困ったことが出てきたとき、何もしていないと状態が悪化して、介護が必要となってしまうことがあります。それを防ぐためには今、介護予防に取り組むことが大切です！

- 1 体力や動作のことで気になる方**
☑今まで楽にできていた洗濯や掃除など
家事の動作がしんどくなってきた
☑最近疲れやすくなった
☑家の中でつまずいたり滑ったりする
☑歩くのが遅くなった など
体の状態をチェックし、運動や動作のアドバイスをします。
訪問します！
理学療法士・作業療法士
- 2 食事や栄養のことで気になる方**
☑食事管理が上手くいかず、
病状や身体の機能が悪化してきた
☑退院後、どのように食事管理を
すればいいかわからない
☑この1年で4～5kg 体重が減った
☑栄養不足・偏りが心配 など
栄養状態を確認し、食事や調理のアドバイスをします。
訪問します！
管理栄養士
- 3 お口や歯のことで気になる方**
☑錠剤が飲み込みにくくなった
☑お茶や汁物でむせるようになってきた
☑口の乾きが気になる
☑かたいものが食べにくくなった
☑入れ歯が合わなくなった など
お口の状態を確認し、美味しく食べられるアドバイスをします。
訪問します！
歯科衛生士

状態が悪化してしまう前に、介護予防に取り組みましょう！
専門家による助言・指導で、いきいき笑顔な暮らしを応援します。

対象：概ね65歳以上で体に不安や困り事のある方。
要介護認定があってもなくてもかまいません。
費用：無料
回数：概ね2回（初回訪問＋3カ月後訪問）
※状態に応じて、必要なサービスを提案することもあります。

「いきいき笑顔さん」を増やしたい！

問合先 高齢介護課（1階3番窓口） ☎939・1164
地域包括支援センター ☎937・2641

多職種合同カンファレンス

愛知県豊明市

高齢化率：26.2%（愛知県：25.7%）

認定率：16.1%（愛知県：21.4%） ※令和5年度時点

■ 事業概要

「規範的統合」「自立支援の徹底」「重度化防止」「専門性の向上と技術移転」を目的として、豊明市が主催する多職種参画型の地域ケア個別会議。

■ 特徴

「自立」を本人にとっての「普通の暮らしを取り戻すこと」と定義し、なぜ今の状態になったのか、どんな暮らしを目指すのか、それに向けて解決すべきことはなにかを抽出し、本人・家族が課題と向き合い、行動変容を起こすための支援策について検討する。不足している資源を補うため、民間企業との連携やインフォーマルサービスの創出・活用促進など会議を通じて把握した地域課題に対して、課題解決に向けた政策の検討・実現も行っている。

多職種合同ケアカンファレンスの ただひとつの 理念



「おだやかな暮らし」「ささいな幸せ」「真の豊かさ」
ふつうに暮らせるしあわせをいかに守り支えるか



豊明市 多職種合同ケアカンファレンス

グランドルール 3Ground Rules

① オープンカンファレンス式

参加自由（無報酬）アドバイザー不在（対等な関係）
それぞれの専門分野の英知の結集

② ケーススタディ型

よくある症例を検討 この方「で」考える 次に活かす

③ 「生活モデル」に基づくディスカッション

暮らしを支える視点で検討 議論ではなく対話重視

リハ職によるケアマネ同行訪問

愛知県豊明市

高齢化率：26.2%（愛知県：25.7%）

認定率：16.1%（愛知県：21.4%） ※令和5年度時点

■ 事業概要

サービス開始前に、サービス導入により達成する生活目標の設定や、サービスのゴール設定を本人や家族と合意形成するために、リハ専門職がケアマネに同行訪問し、側方支援するもの。

■ 特徴

多職種合同カンファレンスの中で、「利用者や家族が自立支援を理解してくれないこと」や「ケアマネのアセスメントの技量の差が大きい」といった課題を把握したため、解決に向けた取組として開始された。動作指導・福祉用具選定・環境調整などを実施。自立支援・重度化防止のための、アセスメントや目標設定、利用者の動機づけなどもリハビリ専門職が支援する。



コミュニティケア会議

埼玉県和光市

高齢化率：18.2%（埼玉県：27.4%）

認定率：12.5%（埼玉県：22.1%） ※令和5年3月時点

■ 事業概要

中央ケア会議、包括ケア会議、地域ケア推進会議の3つの階層の会議を連動して実施し、多職種連携による介護予防ケアマネジメントの強化と地域課題の解決を図っている。包括ケア会議の場で、ほぼ全ての介護予防ケアプランについて、薬剤師や理学療法士、生活支援コーディネーター等の多職種による検証及びネットワーク強化を実施している。

■ 特徴

コミュニティケア会議が人材育成機能を果たしている。
また、コミュニティケア会議によるケアマネジメントの強化だけでなく、在宅介護サービス事業者介護予防講習会により、ケアマネジャーや訪問介護、通所介護等の高齢者の介護予防、自立支援についての基礎知識の取得を促し、包括的な介護予防ケアマネジメントの強化を実施している。



図表 4-14 コミュニティケア会議のイメージ図

その他の取組

中核人材の養成

- ・アセスメント力の向上を目的として、リハビリ専門職を対象に「生活課題アセスメント訪問指導者養成スクール」を開設。修了者はアセスメント同行訪問や地域のリハビリ専門職への指導者として活躍（大阪府）

アセスメントツールの作成

- ・医療・介護連携会議を活用して、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、通所・訪問介護事業所、医師会、歯科医師会、薬剤師会など多くの職種で議論し、二次アセスメントツールを作成（奈良県生駒市）

ICTを活用した連携体制の整備

- ・リハビリ専門職のスケジュール管理や訪問エリアの調整、同行訪問の報告書作成等について、ICTを活用した情報共有の仕組みを整備（山口県山口市）

2 短期集中予防サービス（サービス・活動C）

（１）利用者確保のための取組

入口ルールの設定

- ・新規要支援認定者・事業対象者は原則全員、サービス・活動Cが第一選択（神奈川県相模原市、愛知県豊明市、大阪府寝屋川市等） ※なお、これらの自治体では利用者負担無料
- ・除外要件（認知機能の低下、難病、がん末期、精神疾患・急性疾患など）の設定により対象者像を明確化（大分県国東市、熊本県荒尾市等）
- ・フローチャートや案内基準を作成（新潟県新発田市、奈良県生駒市等）

対象者把握の強化

- ・集団健診や介護予防教室など複数のルートからのアウトリーチにより対象者を把握（新潟県佐渡市等）
- ・民生委員、老人クラブ連合会、自治会長、各種ボランティア団体向けに「介護予防フォーラム」を開催し、サービス・活動Cについて周知啓発を実施（奈良県生駒市）

（２）質の向上のための取組

セルフケアを継続するための支援

千葉県南房総市

- ・短期集中予防サービスを終了した後もセルフケアを継続していけるよう、利用者と地域包括支援センターで介護予防手帳を作成
- ・手帳に書き込んだ目標などについて、地域包括支援センター職員が 月 1 回、伴走支援（取組継続の確認と助言）を実施
- ・役割の獲得や継続的な社会参加が図られるように支援
- ・地域包括支援センターはケアマネジメント B として、最長 1 年間、 ケアマネジメント費を請求可能

南房総市
介護予防手帳

[令和7年度版]



年 月 日交付

氏名 _____

3

わたしのプラン

◆ 目標とその達成に向けたミッションを決めましょう。

目標

作成日

年

月

(例) 足腰をきたえて、夫との旅行に年1回以上出かける。

ミッション

目標を達成するために取り組むこと

健康づくり

(例)

- ・ ジンギスカンをがらからと食べを3日やる。
- ・ たんぱく質を確保して食事をとる。

家庭での役割

(例)

- ・ 毎日の献立のレパートリーを増やす。
- ・ 畑の手入れを毎日する。

社会参加

(例)

- ・ 地域の老健者サークルに参加する。
- ・ 新しい野菜を育てて、近所の方で売ってみる。

手帳の構成

- ### 1 自分のいまを知ろう

あなたの心身の状態と、生活行為や興味・関心ごとの実施状況を改めて確認してみましょう。
- ### 2 過去・現在・未来

あなたのこれまでの人生と、現在のあなた、そして未来で叶えたい自分の姿を思い描きましょう。
- ### 3 わたしのプラン

専門職のアドバイスのもと、これからの目標を定めて、そのために取り組むミッションを決めましょう。
- ### 4 取り組みの記録

ミッションの達成状況の記録をつけて、定期的に振り返り、目標に近づいているかを確認しましょう。

[illegible]

（２）質の向上のための取組

事業設計の工夫

取組	内容・目的	自治体名
訪問支援の強化	事前・中間・終了前の３回の居宅訪問により、家屋状況や実際の生活行為、周辺環境等を把握	長野県長和町等
デイサービス施設との分離	終了後にデイサービスに移行するのを防止するため、会場を施設外に変更するとともに、商業施設を地域生活の練習の場として活用	熊本県荒尾市
成果の見える化	利用者の変化を動画で可視化し、関係者間で共有	新潟県佐渡市、大分県国東市等
終了判定	３か月目に関係者で終了判定会議を実施	熊本県荒尾市
終了後の行き先への接続支援	生活支援コーディネーターによる社会資源の紹介や体験機会、同行をプログラムに組み込み	東京都豊島区、富山県上市町等
終了後のフォローアップ	終了後一定期間（３か月、６か月等）後に事業所のリハビリ専門職が生活機能の維持状況を確認	大阪府寝屋川市、熊本県益城町等

（２）質の向上のための取組

事業所への加算の設定

名称	要件	自治体名
カンファレンス加算	1 か月目、2 か月目、最終月の3 回カンファレンスを実施	新潟県新発田市、熊本県益城町
訪問指導加算	利用者の自宅を訪問し、生活場面での動作指導を実施	熊本県益城町
成果加算	終了時及び終了後6 か月時点の生活機能評価が維持又は改善	新潟県新発田市
状態改善加算	終了後に要支援認定を取り下げても在宅生活に支障のないことを確認	大分県国東市
卒業加算	終了後3 か月間通所系サービスを未利用	熊本県荒尾市
社会参加加算	終了後に社会資源に接続	大分県九重町
フォローアップ加算	終了から一定期間経過後に利用者の状態を確認	熊本県益城町

（3）多職種連携

関係機関との協働による取組推進

神奈川県相模原市

令和3年度からモデル的に事業を始め、3年間で事業所を25か所に拡大

年度	実施形態	事業所数	利用者数	卒業者数	卒業率(%)
R 3	直営	1	6	5	83.3
R 4	委託＋直営	10	36	26	72.2
R 5	委託＋直営	13	191	120	62.8
R 6	委託＋直営	25	543	344	63.6

R6.10～本格実施

R6調査で、利用者の97%が
「満足」又は「やや満足」と回答

< 本格実施までの経過 >

- ・ R 3 直営にてモデル事業を実施
- ・ R 4 理学療法士会・作業療法士会に委託先事業所の確保を依頼
NPO法人に委託し送迎体制を確保
すべての地域包括支援センターを訪問して協力依頼
成果報告会を開催し、成功事例を発表

- ・ R 5 事業規模を拡大（年間1クール→3クール）
無作為比較試験を実施
庁内関係課によるワーキンググループ開催
すべての地域包括支援センターを訪問してヒアリングを実施
- ・ R 6 医師会、病院協会等に説明
すべての介護サービス事業所に説明会を開催
広報媒体等で市民周知

（3）多職種連携

多職種との協働による質の向上

- ・リハビリテーション従事者連絡会、歯科医師会、栄養士会との調整を通じて運動・栄養・口腔を組み合わせた複合型プログラムを構築（東京都豊島区）
- ・町立の総合病院と委託契約を結び、病院のリハビリ専門職が週2回程度、地域包括支援センターの業務に関与する体制を整備（富山県上市町）
- ・管理栄養士と歯科衛生士が配置された口腔栄養ステーションを設置し、アセスメントやカンファレンスに関与（大分県国東市）

医療介護連携

- ・医療機関や薬局にリーフレットを配布し、サービス・活動Cへの接続を強化（新潟県新発田市）
- ・医師会向けの見学会、すべての病院に入退院支援マニュアルの説明を実施（奈良県生駒市）
- ・入院中の患者に対して、退院後にサービス・活動Cに円滑に繋ぐ仕組みを構築中（大分県国東市）

3 基本チェックリストの活用事例

迅速なサービス接続による自立支援の推進

山口県防府市

- ・相談受付体制を「要介護認定の申請窓口」から「生活の困りごとを聞く窓口」に変更
- ・歩行・食事・排せつができない場合や認知症の症状のある場合は認定申請を受け付けるが、それ以外の場合は、まず地域包括支援センターによるアセスメントを実施
- ・アセスメントの結果、総合事業のみの利用の場合は、基本チェックリストの実施のみで迅速にサービス利用を開始

介護保険相談票

利用者の氏名	性別	年齢	本人・家族
住所	電話番号	年	月
生年月日	性別・大正・昭和	日	年

1. 最初のひとこと（該当があればチェック、その他のひとことがあれば記入）

（ひとことの種類）

☐ 医師・病院に勧められた ☐ 民生委員等に勧められた ☐ 家族等に勧められた

☐ サービスがほしい ☐ 困りごとがある ☐ その他

（ひとことの内容）

2. 生活状況について書いてください。（入院中の場合は、退院後の生活状況の書き込み）

☐ 一人で生活することができない ☐ 一人で生活することができない

（日常生活に支障を来している場合は記入）

☐ 一人で生活することができない ☐ 物忘れがひどい、日常生活に支障がある

（日常生活に支障を来している場合は記入）

3. 介護の状況を書いてください。

介護の種類

☐ 通所中（介護施設） ☐ 在宅介護

☐ 入院中（介護施設） ☐ 在宅介護

介護予定日（必要）

必要年度の介護費が決定されるが、入院や介護施設により介護費決定する場合は介護費額を記入

4. 生活のどういったことにお困りですか？（誰か・いつから・何に困っているか）

介護者の氏名

介護者の住所

介護者の電話番号

介護者の氏名

介護者の住所

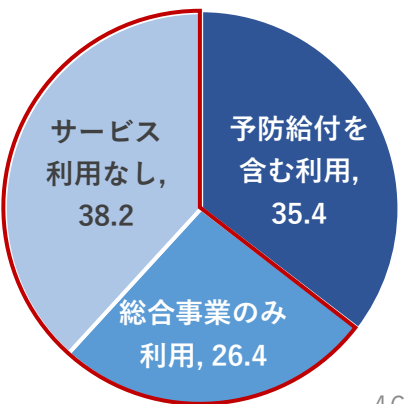
介護者の電話番号

図1. 介護保険相談票

適切な運用による認定事務の効率化

兵庫県宝塚市

- ・要支援者のうち、要支援認定が必要な予防給付サービスの利用者は約35%
- ・認定更新時、総合事業のみの利用者（26%）及びサービス利用のない方（38%）は更新を行わず、基本チェックリストにより事業対象者に移行



4 要介護者の自立支援・重度化防止

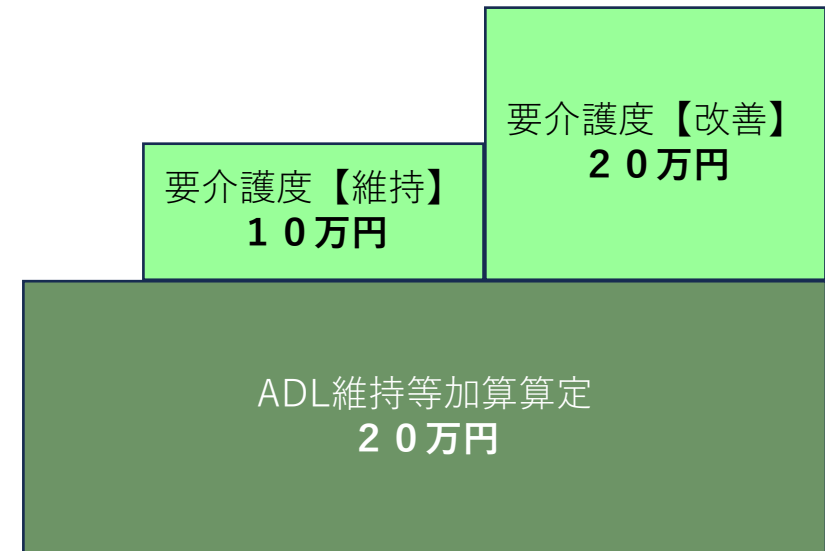
要介護度等改善促進事業（報奨金の交付）

東京都

- ・利用者のADL（日常生活動作）及び要介護度の維持・改善に資する取組を行った事業者に対し、独自に報奨金を支給
- ・ADL維持等加算を算定している場合には基礎分として20万円、要介護度の維持・改善が客観的に認められる場合には、加算分としてさらに10万円（維持）又は20万円（改善）を加えて支給（1事業所当たり）

対象サービス

- ・通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設



参考資料

- 1 介護保険制度の基本理念
- 2 介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会資料
- 3 介護保険制度の見直しに関する意見

介護保険制度の基本理念

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態、又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(国民の努力及び義務)

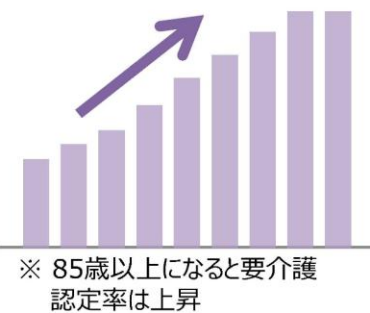
第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

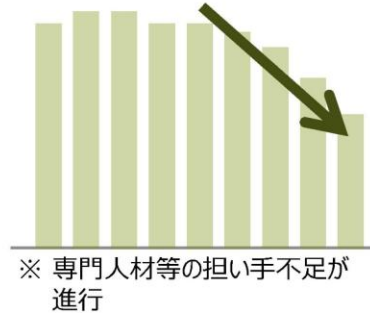
総合事業の充実に向けた基本的な考え方

- 2025年以降、現役世代が減少し医療・介護専門職の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加していく。また、こうした人口動態や地域資源は地域によって異なる。
- こうした中、高齢者の尊厳と自立した日常生活を地域で支えていくためには、市町村が中心となって、医療・介護専門職がより専門性を発揮しつつ、高齢者や多様な主体を含めた地域の力を組み合わせるという視点に立ち、地域をデザインしていくことが必要。
- 総合事業をこうした地域づくりの基盤と位置づけ、その充実を図ることで高齢者が尊厳を保持し自立した日常生活を継続できるよう支援するための体制を構築する。

85歳以上人口の増加

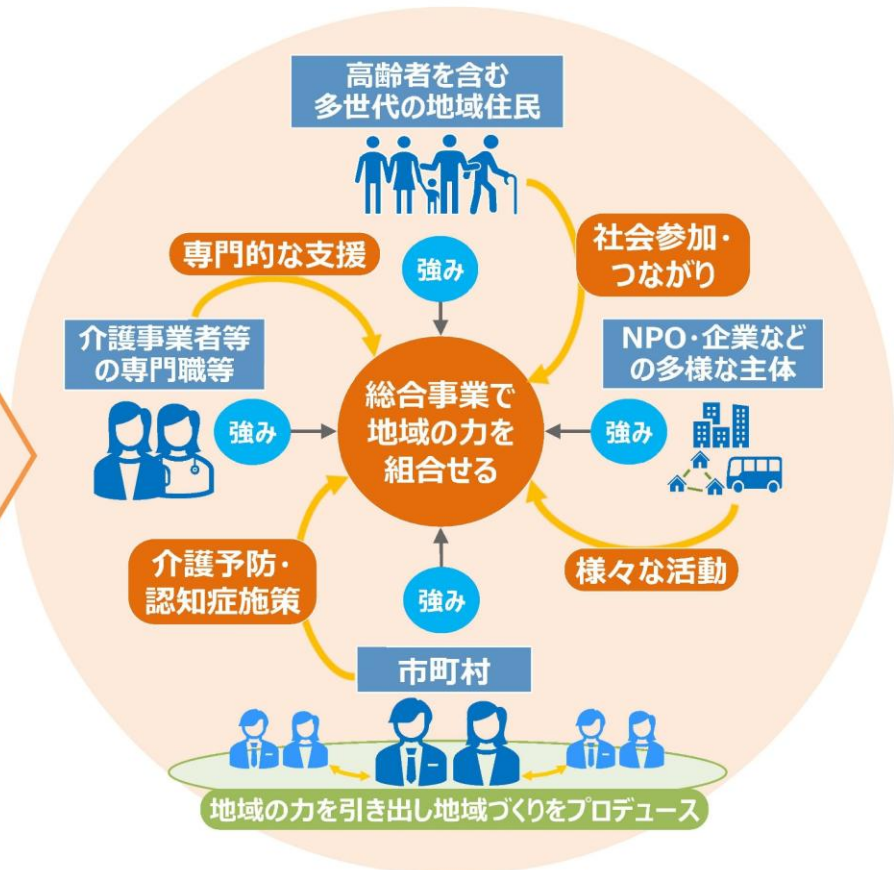


現役世代の減少



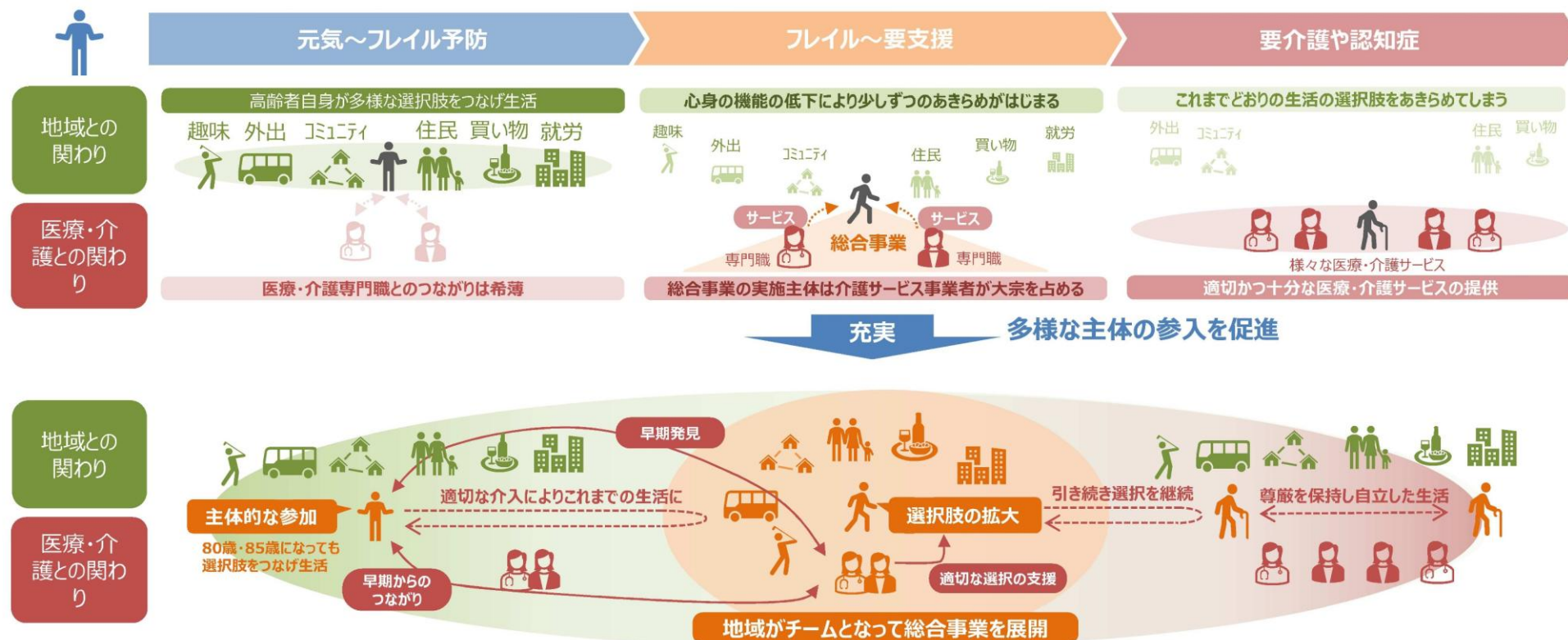
地域で暮らす人やそこにあるものは地域によって様々

地域共生社会の実現



高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



多様なサービス・活動の分類（交付金の取扱いによるもの）

（注）以下に示す総合事業の類型については、あくまでも制度に基づく実施手法等による分類であり、**多様なサービス・活動は、高齢者の目線に立ち、選択肢の拡充を図るものである必要がある。**

訪問型 サービス・ 通所型 サービス	従前相当サービス	多様なサービス・活動				その他
		サービス・活動A （多様な主体によるサービス・活動）		サービス・活動B、 サービス・活動D（訪問型のみ） （住民主体によるサービス・活動）	サービス・活動C （短期集中予防サービス）	
		指定	委託			
実施手法	指定事業者が行うもの（第1号事業支給費の支給）	委託費の支払い		活動団体等に対する補助・助成	委託費の支払い	これらによらないもの （委託と補助の組み合わせなど）
想定される 実施主体	● 介護サービス事業者等 （訪問介護・通所介護等事業者）	● 介護サービス事業者等以外の多様な主体 ● （介護サービス事業者等）		● ボランティア活動など地域住民の主体的な活動を行う団体 ● 当該活動を支援する団体	● 保健医療に関する専門的な知識を有する者が置かれる団体・機関等	
基準	国が定める基準を例にしたもの	サービス・活動の内容に応じて市町村が定めるもの				
費用	国が定める額（単位数）	サービス・活動の内容に応じて市町村が定める額				
	額の変更のみ可					
対象者	● 要支援者・事業対象者	● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者		● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者 ※ 対象者以外の地域住民が参加することも想定	● 要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が増大すると認められる者	
サービス内容 （訪問型）	旧介護予防訪問介護と同様* * 身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ偏りなく老計10号の範囲内で実施することが求められる	● 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 ● 介護予防のための地域住民等による見守り的援助の実施 ● 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援*を行う活動 など * 市町村の判断により老計10号の範囲を越えてサービス・活動を行うことも可能 ● 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援（原則としてB・Dでの実施を想定）			● 対象者に対し、3月以上6月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス	
サービス内容 （通所型）	旧介護予防通所介護と同様* * 運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる	● 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）することができる活動 ● セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣をつけるための活動 ● 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動を支援するもの ● 住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴、食事等を支援する活動 など ● 送迎のみの実施				
支援の 提供者	国が定める基準による	市町村が定める基準による				
	訪問型:訪問介護員等 サービス提供責任者 通所型:生活相談員、看護職員 介護職員、機能訓練指導員	● 地域の多様な主体の従事者 ● 高齢者を含む多世代の地域住民 ● （有償・無償のボランティア）		● 有償・無償のボランティア ● マッチングなどの利用調整を行う者	● 保健医療専門職	

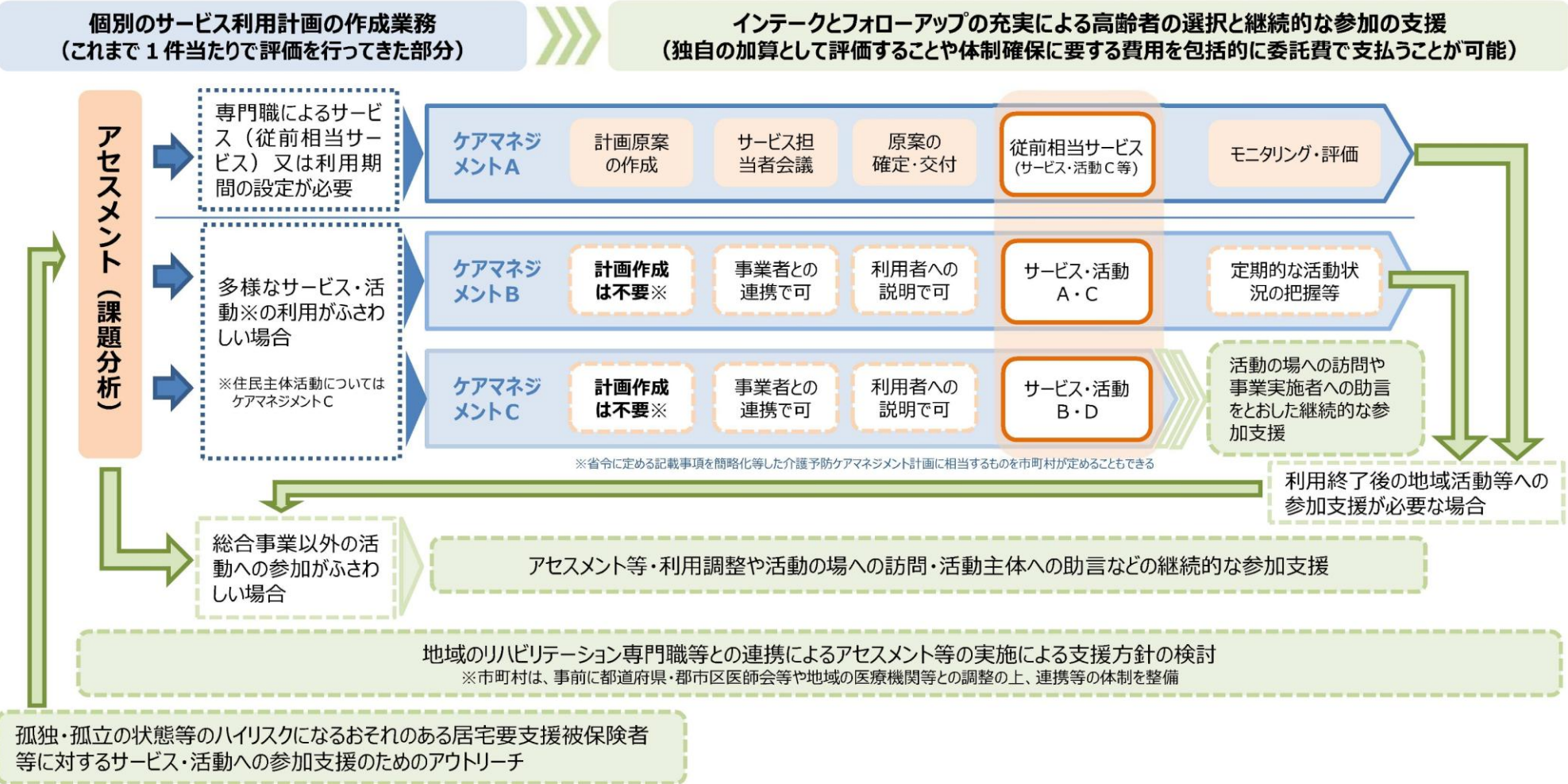
その他生活支援 サービス

その他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活動支援（訪問型サービス・通所型サービスの複合的提供等）からなる。

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

1 実施 要綱	2 ガイド ライン	3 ケアマネ ジメン ト	4 包括 センター
		○	

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



令和7年12月25日 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」(抜粋)

II 地域包括ケアシステムの深化

4 介護予防の推進、総合事業の在り方

(総合事業)

○ 各サービス・活動の質の向上のために、利用者の要介護度や利用者への効果に着目して分析・評価を行うことが重要である。特に、介護予防及び自立支援の効果が増大すると認められる者に対して、本人の目標達成のための計画的な支援を保健医療専門職により提供するサービス・活動Cについては、実施状況とともに、利用者の要介護度や心身機能の変化を把握することが重要であることから、指定事業者による請求・支払の仕組みを活用して介護レセプトとして実施の状況等を収集する新たな仕組みを構築するとともに、関連データを組み合わせた評価を可能とすることが適当である。なお、サービス・活動C以外についても、全ての種類のサービス・活動の利用者の利用状況や要介護度を把握できるように、データベースを作り見える化すべきとの意見があった。

○ 高齢者の介護予防や日常生活支援は総合事業だけで実現できるものではなく、地域における互助を推進するとともに、総合事業に該当しない多様な活動や事業を含めた、地域の支え合い体制の状況把握と評価が重要である。

○ 都道府県が実施している地域リハビリテーション支援体制の整備や市町村が実施している通いの場の取組、サービス・活動C、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施等の介護予防関連施策は、従来、個別事業として取り組んできたが、効果的な介護予防の取組を進めるためには、地域の実情に応じた関連施策の連携の方法や医療専門職等の適切な関与の方策について議論を進めていく必要がある。

○ 通いの場での医療専門職の活用が推奨されているが、現状として医療専門職の確保が困難な中で、例えば、年に数回、介護老人保健施設等において通いの場を開催することで医療専門職が関与する機会を確保し、活動の質を高めるなど、施設と連携した体制を構築していくことも重要である。