

# 寝屋川市

## 介護予防・日常生活支援総合事業に係る説明会 ～ 平成31年度の運用について ～

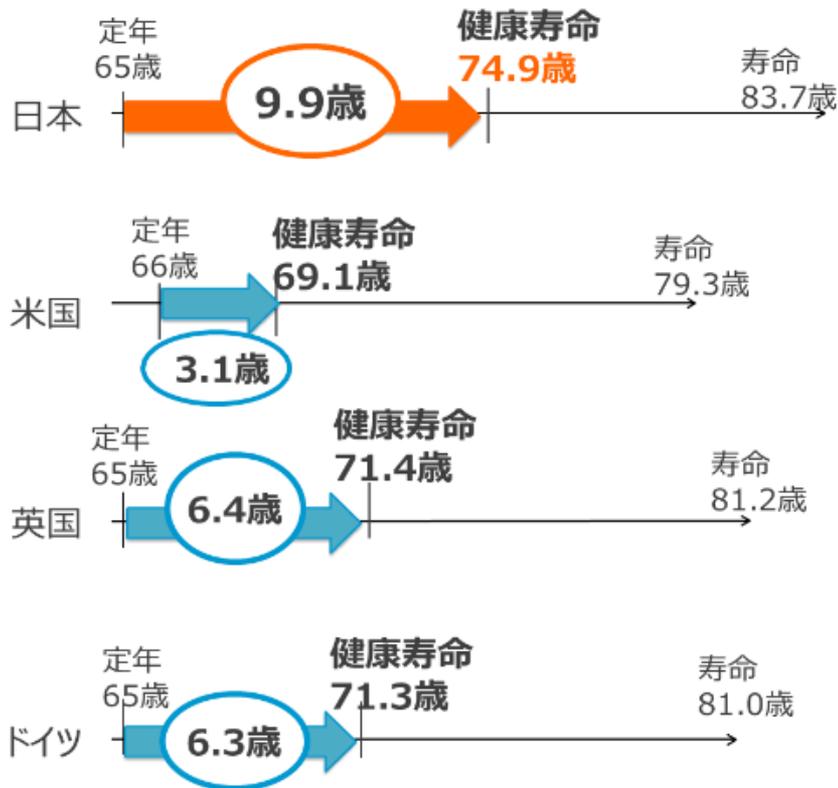
※ 今後内容を変更する場合があります

平成31年2月19日(火)14時～  
2月20日(水)14時～  
寝屋川市 福祉部 高齢介護室

参考：経産省 次官・若手プロジェクト「不安な個人、立ちすくむ国家～モデル無き時代をどう前向きに生き抜くか～」平成29年5月 より

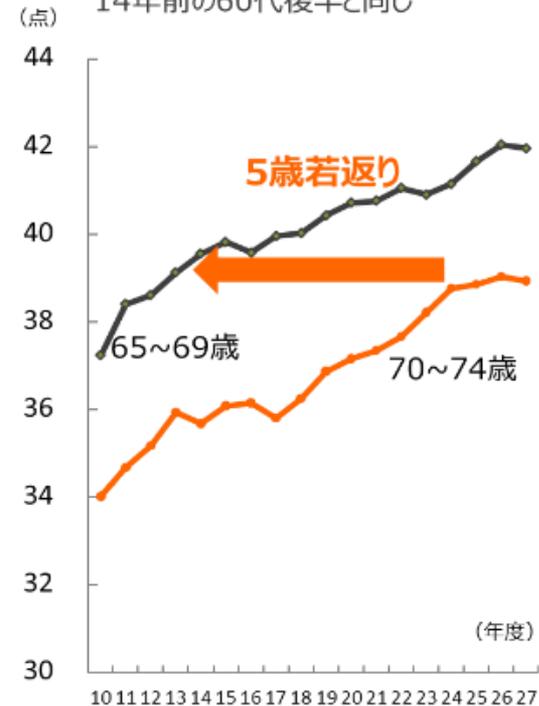
## 日本の健康寿命は世界一。 健康に過ごせる老後は、どんどん伸びている

**65歳以上≠高齢者**

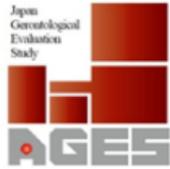


## 高齢者の体力・運動能力の推移

今の70代前半の高齢者の能力は  
14年前の60代後半と同じ



(出典) OECD(2015), WHO(2016), 文部科学省(2015)より経済産業省作成



日本老年学的評価研究

JAGES調査フィールド

Japan Gerontological Evaluation Study

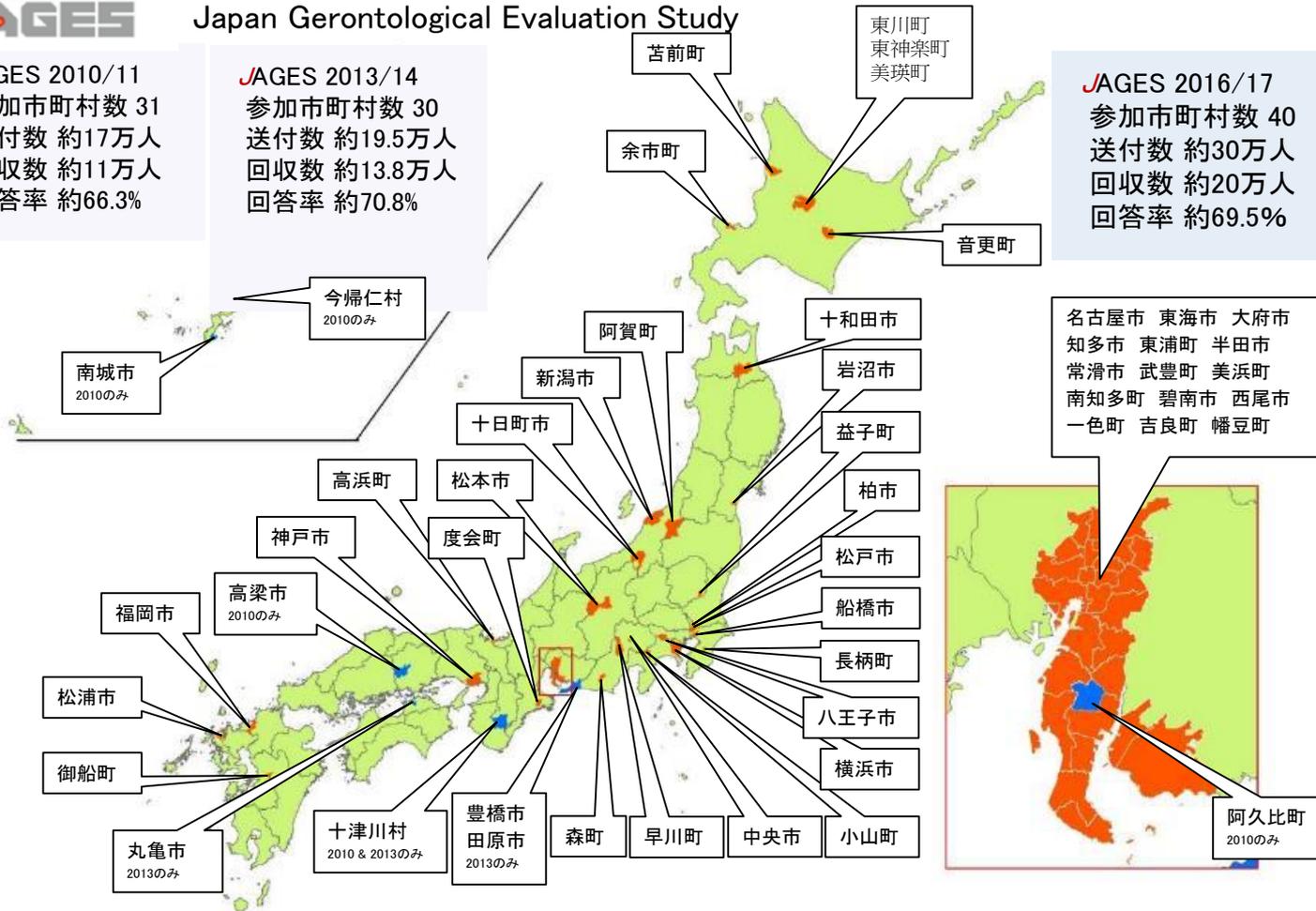
2016調査協力保険者

過去の協力保険者

JAGES 2010/11  
 参加市町村数 31  
 送付数 約17万人  
 回収数 約11万人  
 回答率 約66.3%

JAGES 2013/14  
 参加市町村数 30  
 送付数 約19.5万人  
 回収数 約13.8万人  
 回答率 約70.8%

JAGES 2016/17  
 参加市町村数 40  
 送付数 約30万人  
 回収数 約20万人  
 回答率 約69.5%

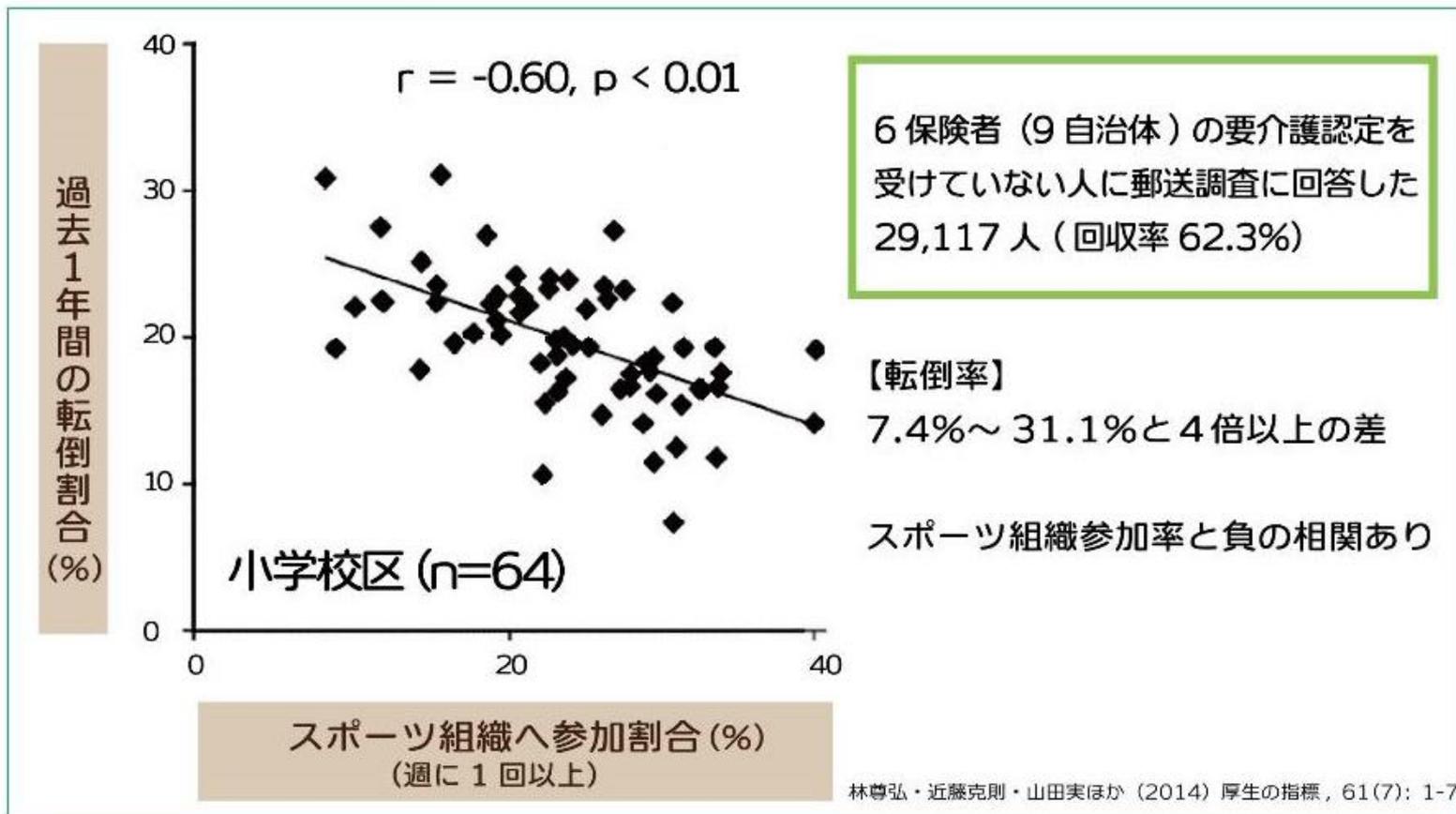


# スポーツ組織参加率が高いと

転倒率



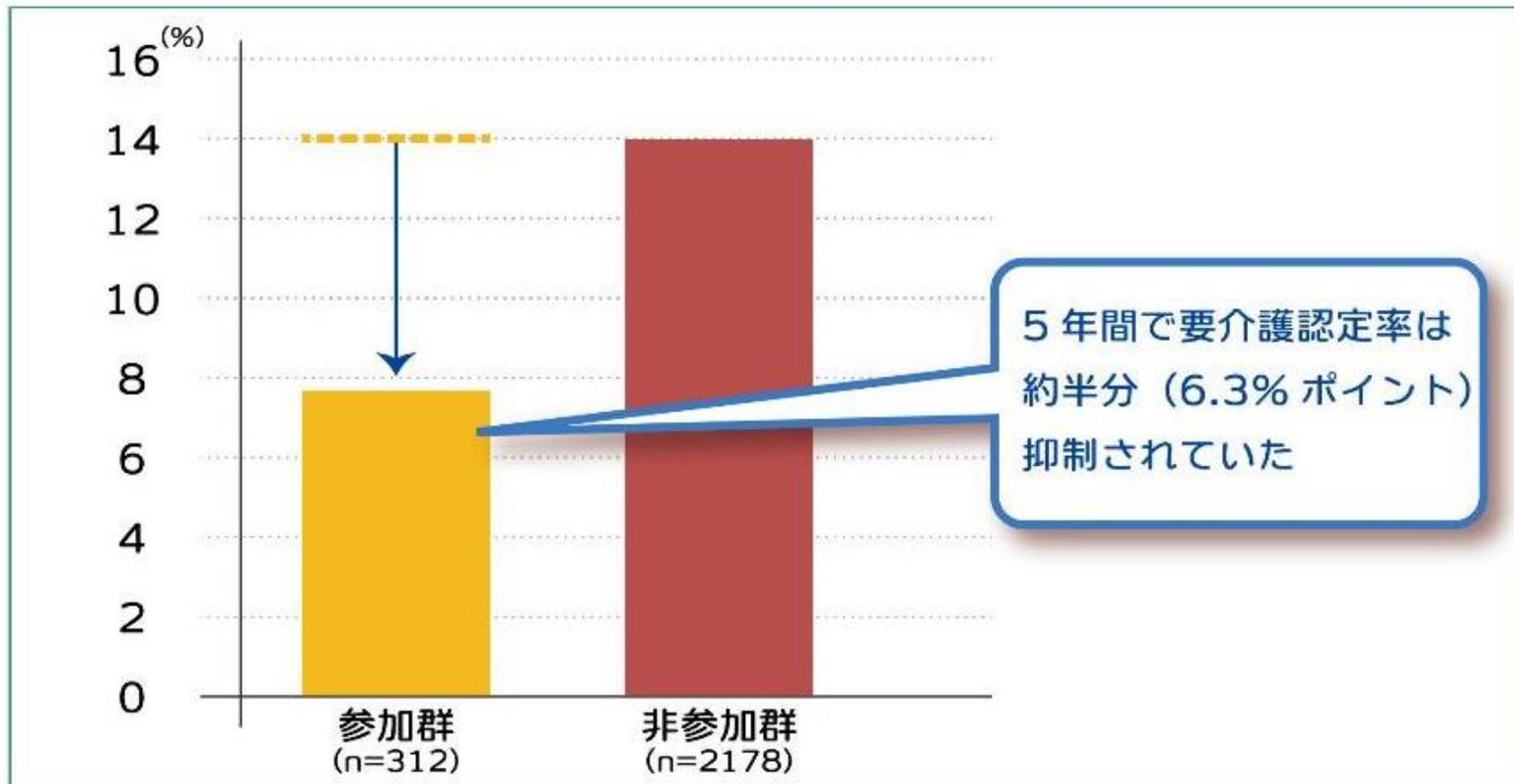
～65-74 歳の者に限定～



# サロン参加群で要介護認定率が低い

～ 5年間の追跡した結果 ～

2007年から2012年までの5年間の要介護認定率を参加群と非参加群で比較した



5年間のコホートデータを使用。約2400人を解析した結果。

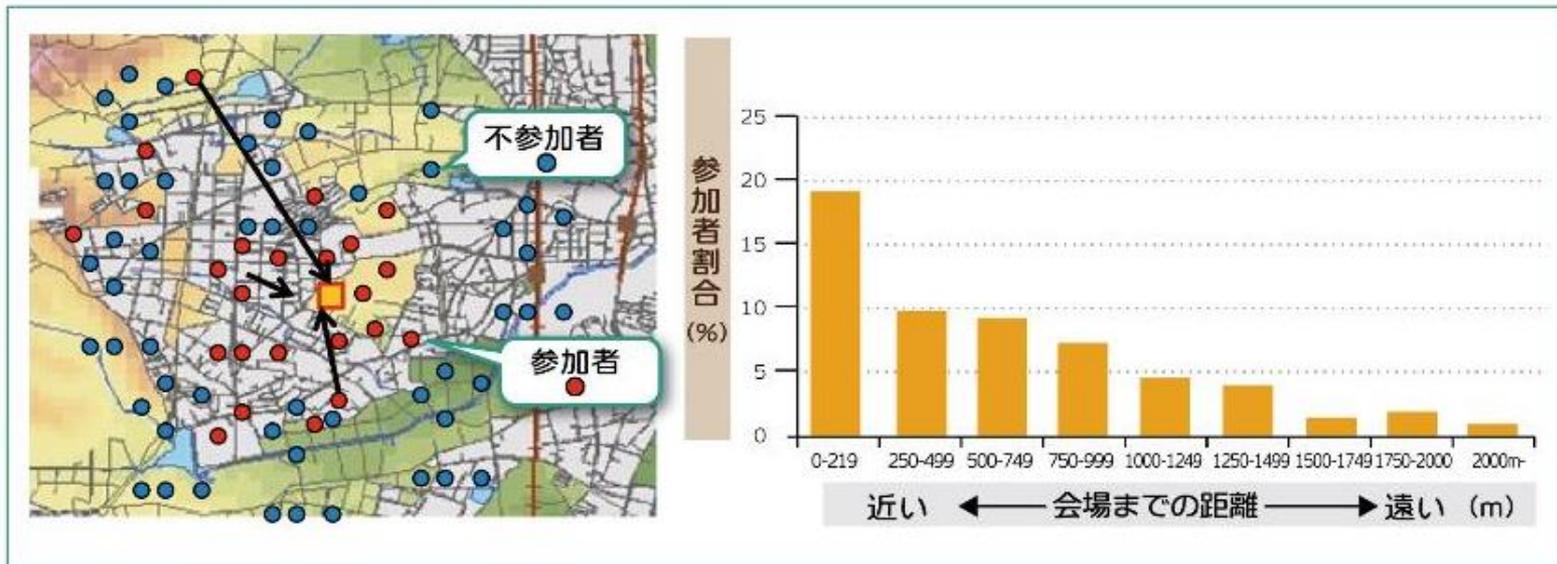
Hikichi H., Kondo N., Kondo K., et al. (2015) Journal of Epidemiology and Community Health (doi: 10.1136/jech-2014-205345)

### 評価視点 3

## 近い人ほど参加している



- ・ 地理情報システム (GIS) により計測した会場までの距離を測定
- ・ 近くに住んでいる人ほど、主観的健康感は改善



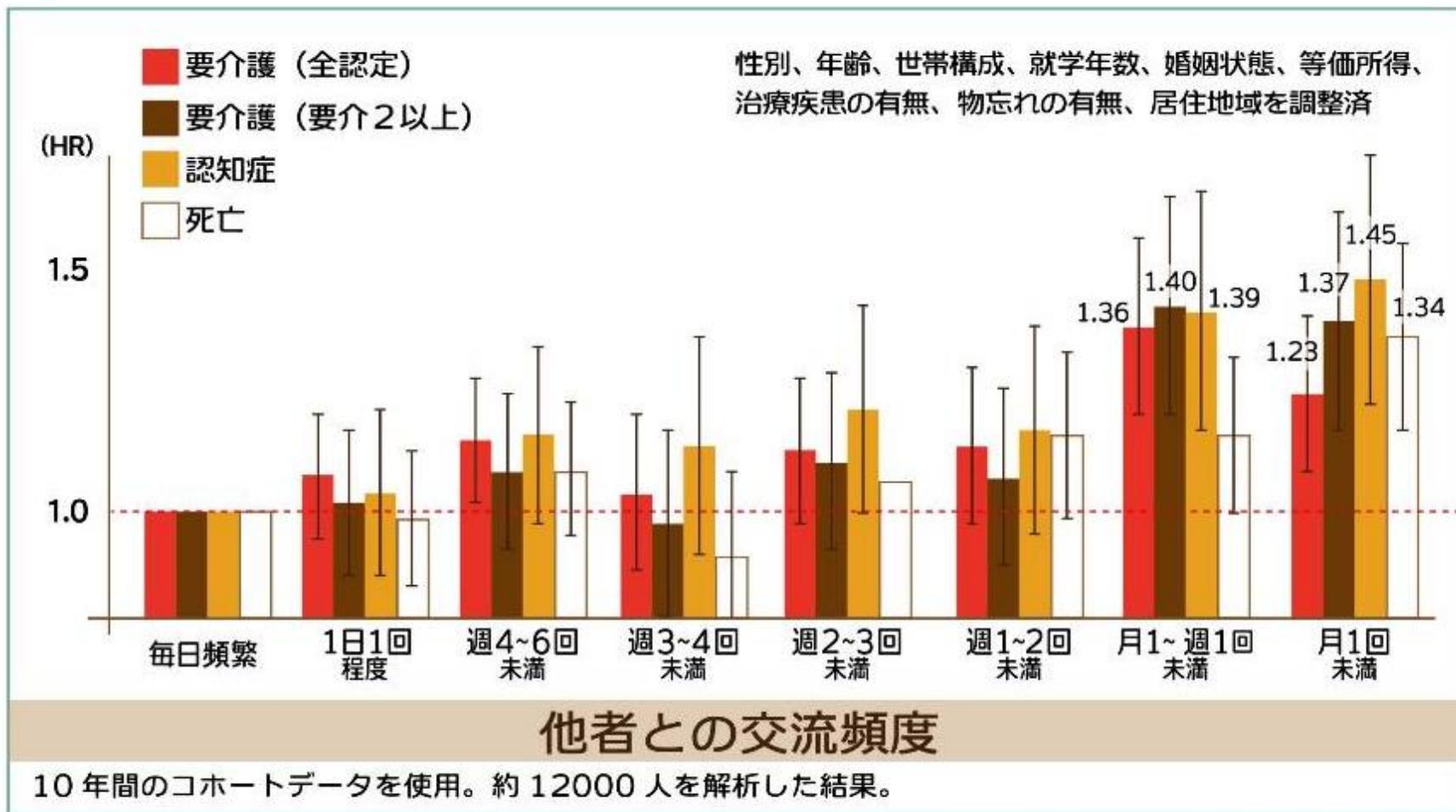
Ichida Y., Hirai H., Kondo K., et al. (2013) Social Science & Medicine, 94:83-90  
より作成

#### 本評価に必要なデータ

- ✓ 利用者の名簿と住所
- ✓ サロン会場の住所
- ✓ 当該地域の高齢者の住所
- ✓ 当該地域の高齢者へのプログラム実施前と実施後の質問紙調査データ

# 人との交流は週1回未満から健康リスクに

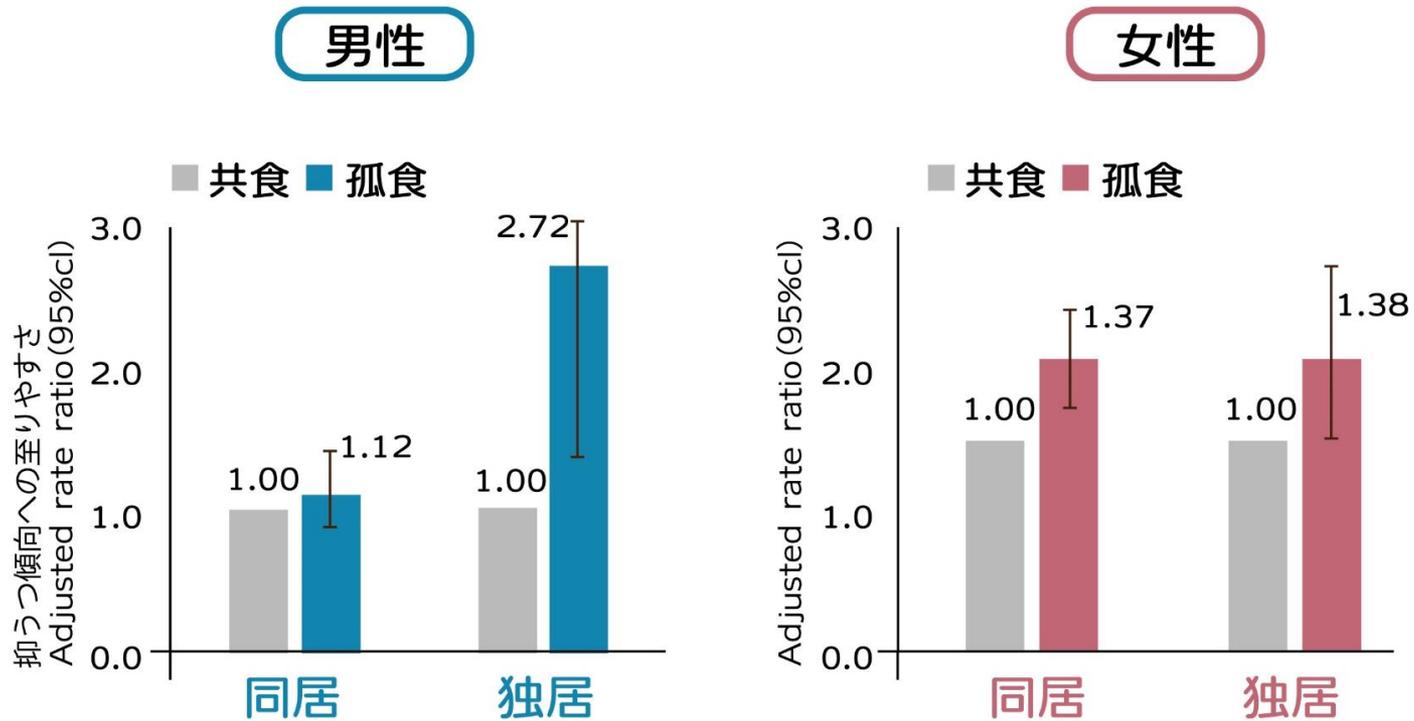
～ 月1回未満では1.3倍、早期死亡に至りやすい～



斉藤雅茂・近藤克則・尾島俊之ほか (2015) 日本公衆衛生雑誌. 62(3) より

# 配食サービスよりも会食のほうが良い？

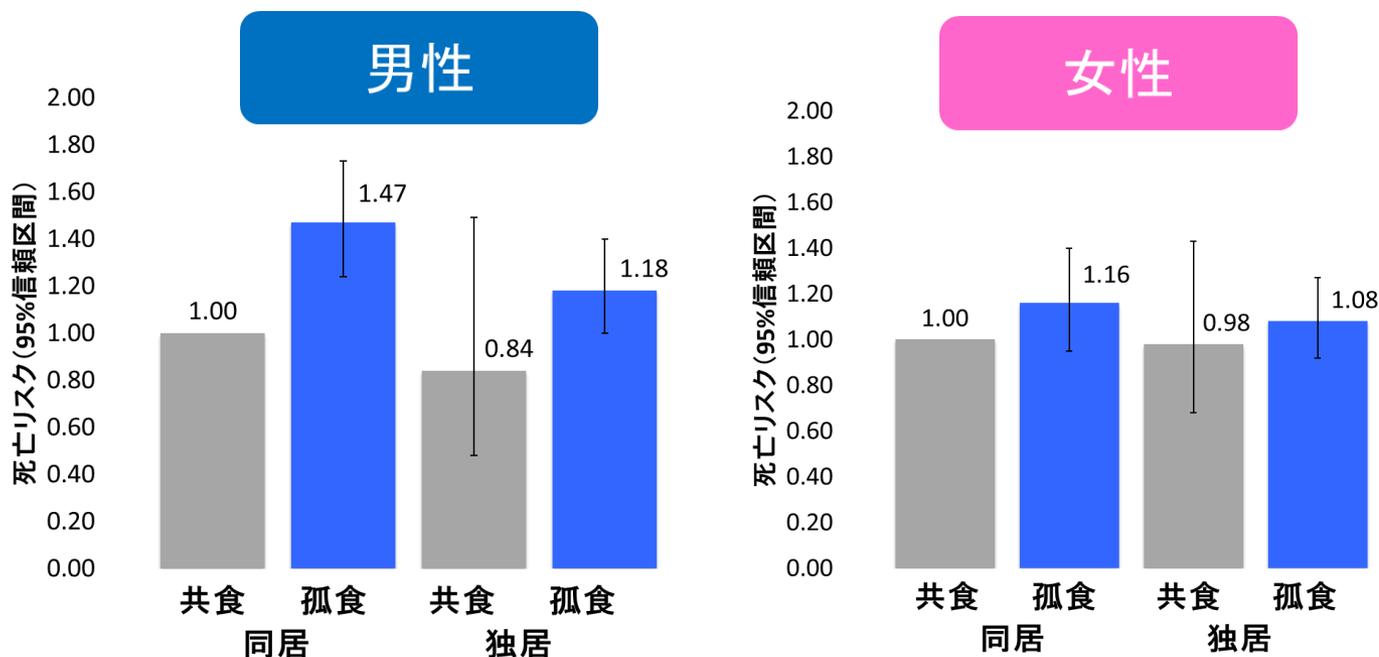
～ 独居の孤食は2.7倍、抑うつ傾向に至りやすい～



2時点のパネルデータを使用。ベースライン時点で抑うつ傾向にあった人を除いた約40000人を解析した結果。

# 男性は同居にも関わらず孤食だと死亡リスク1.5倍

JAGES2010調査, 全国24市町の65歳以上の男33,083名, 女38,698名



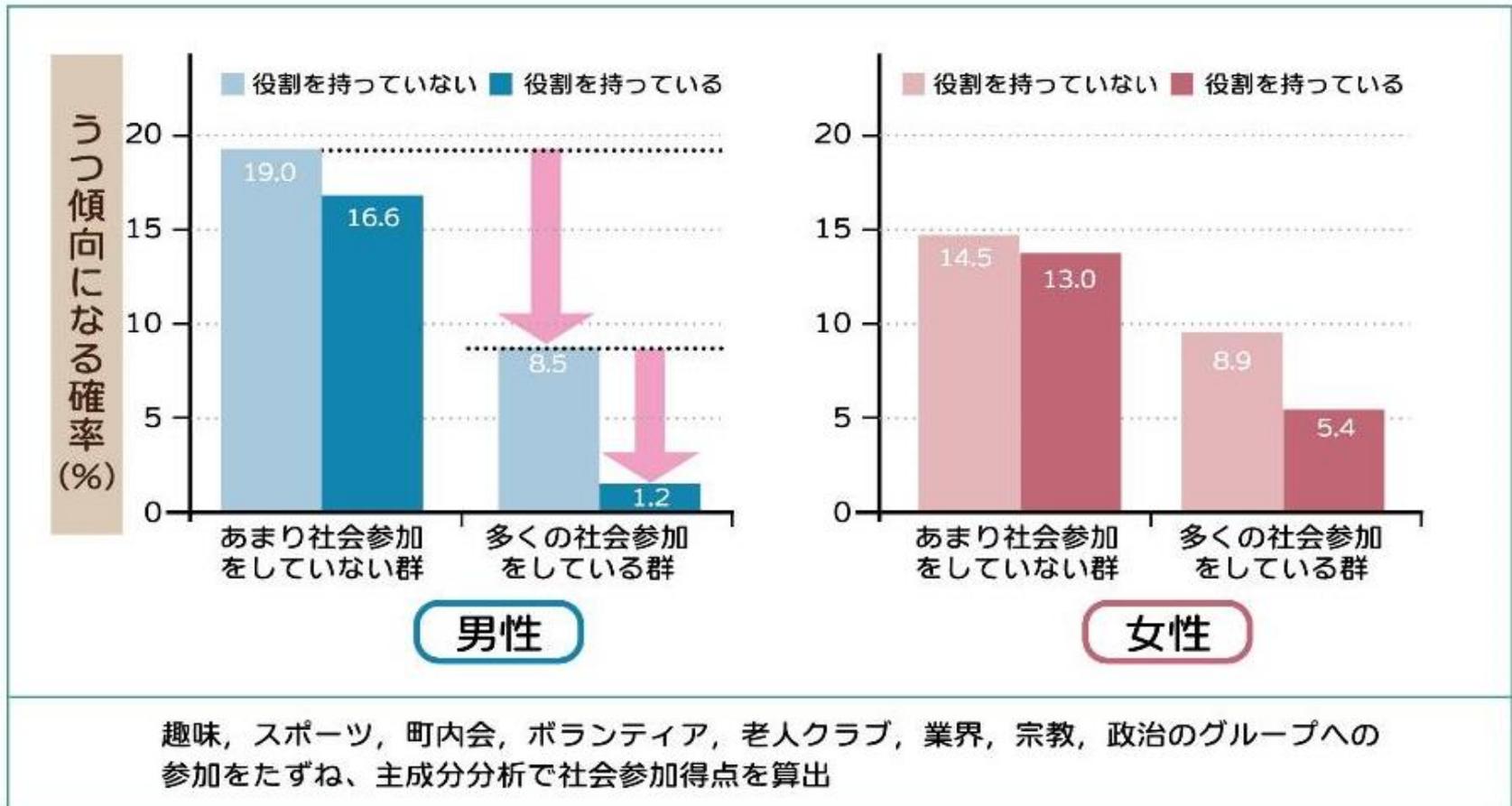
年齢、治療中の疾患、生活機能、教育歴、経済状況の影響を調整

Tani Y, Kondo N, Noma H, Miyaguni Y, Kondo K.: Eating alone yet living with others is associated with mortality in older men: The JAGES cohort survey. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci (2017)

役割を担って

# 社会参加している 男性はうつ発症リスクが 7分の1

AGES 2003 年調査時点でうつ傾向が無く、2006 調査にも回答した 65 歳以上の 2728 人

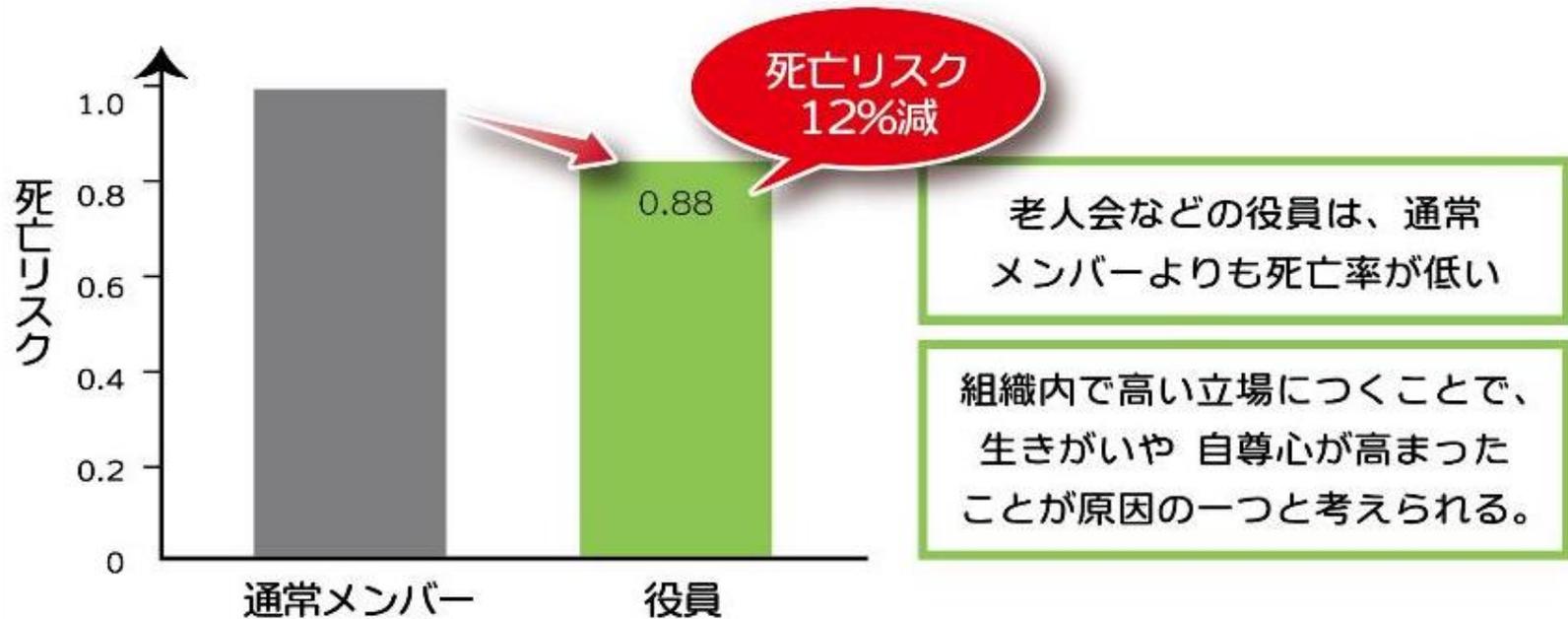


Takagi, D., Kondo, K., & Kawachi, I. (2013). BMC Public Health, 13: 701, doi: 10.1186/1471-2458-13-701.

# 地域で役割のある高齢者は長生きしやすい

(死亡率12%減)

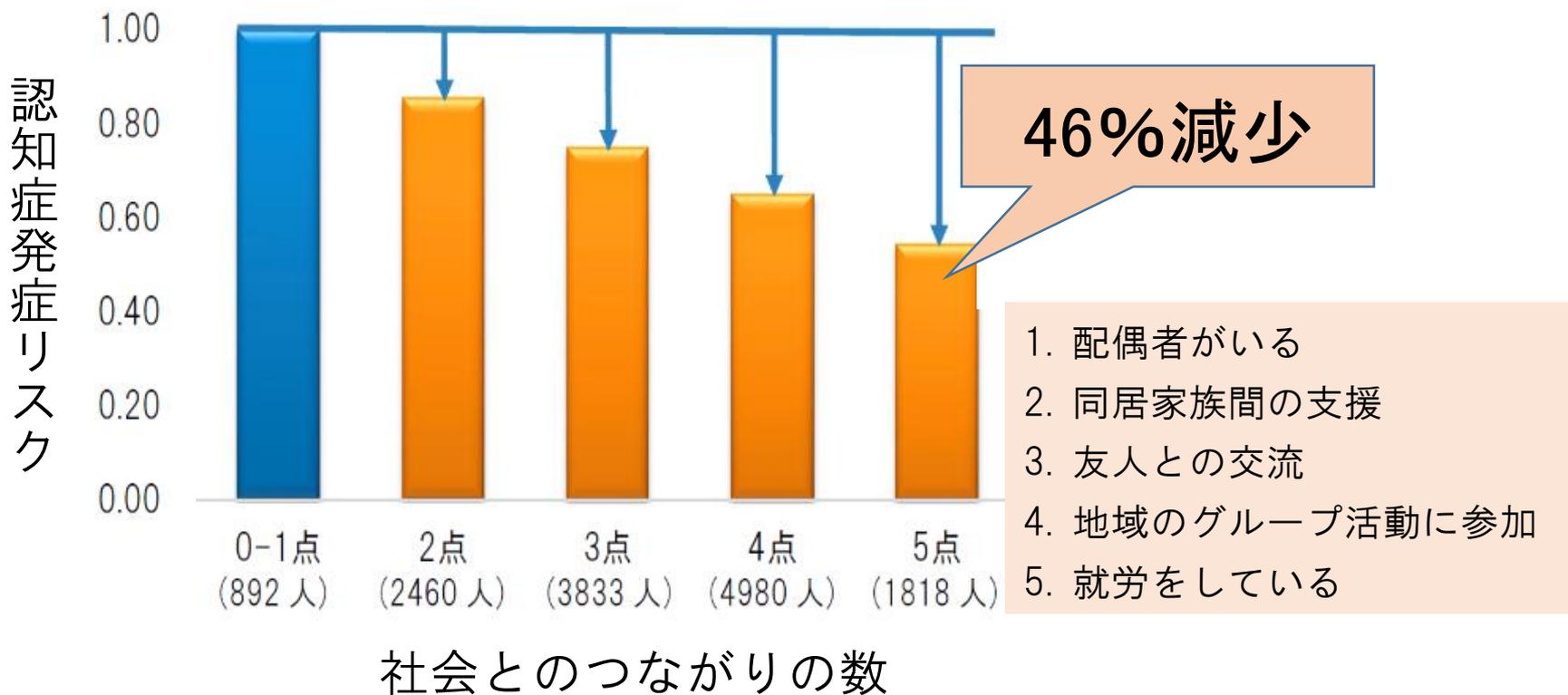
65歳以上の高齢者 10,271名を5年間追跡した結果...



(自治会などの) 通常メンバーと役員死亡リスク比較

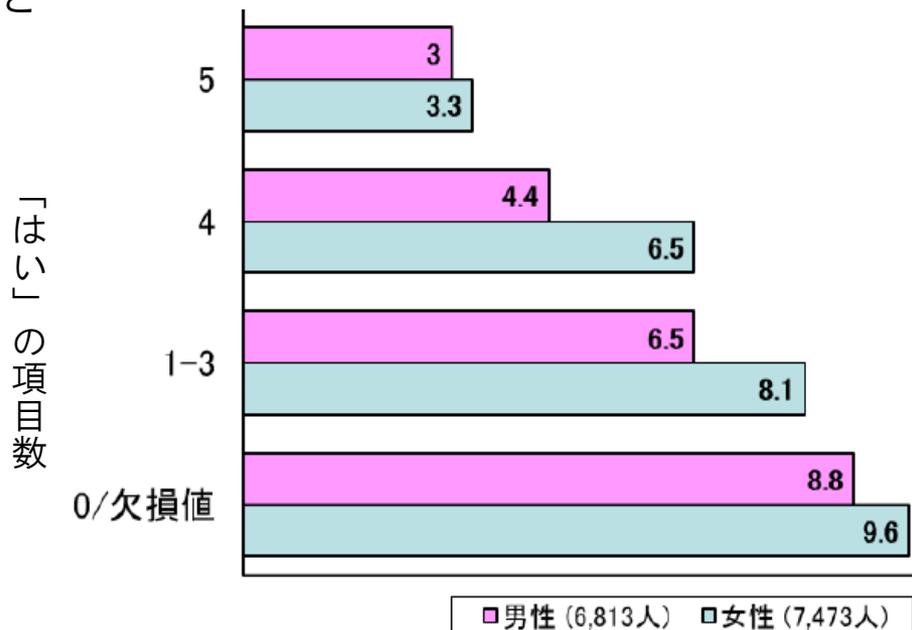
# 社会との多様なつながりがある人は 認知症発症リスクが半減

13,984名を9.4年追跡



# ポジティブ感情で認知症リスク半減

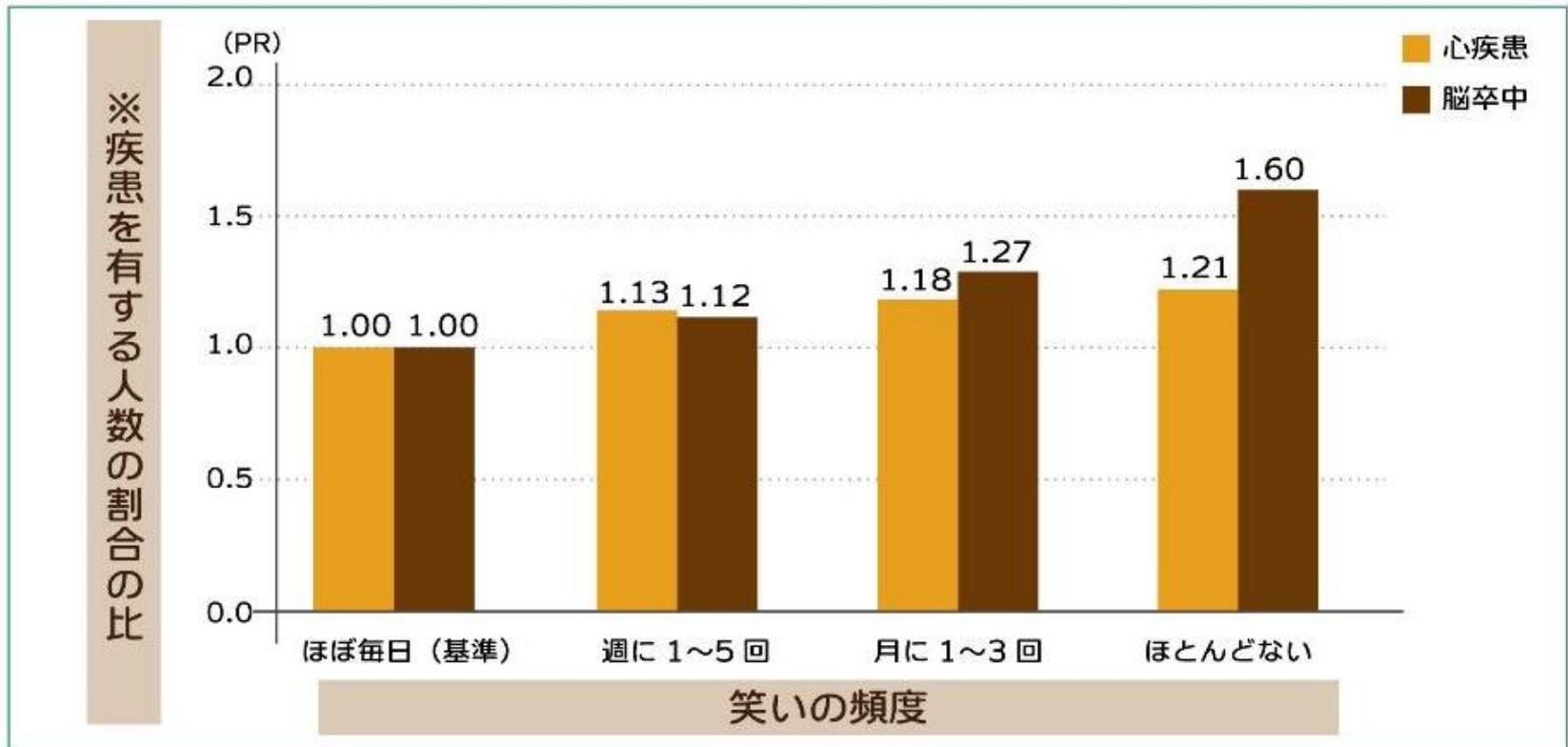
1. 今の生活に満足していますか
2. 普段は気分がよいですか
3. 自分は幸せなほうだと思いますか
4. こうして生きていることはすばらしいと思いますか
5. 自分は活力が満ちていると思いますか



4年間で認知症になった人の割合(%)

# 笑わない人は脳卒中リスク1.6倍増

ほぼ毎日笑う高齢者に比べ、笑う頻度が最も少ない高齢者は、脳卒中を有する割合が1.6倍、心疾患では1.2倍高い。



横断調査データを使用。約 21000 人を解析した結果。

Hayashi K., Kawachi I., Ohira T., Kondo T., Shirai K., Kondo K., et al. Journal of Epidemiology

## 通所型サービス（短期集中）

H30 実証事業 A 群(介入群)サービス終了後(8月評価会議時点)

	介護保険サービス終了		提案対象		継続		計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
新規	8人	40.0%	2人	10.0%	10人	50.0%	20人
既存	18人	16.1%	29人	25.9%	65人	58.0%	112人
計	26人	19.7%	31人	23.5%	75人	56.8%	132人

※ 新規：短期集中通所サービス以外利用なし

既存：短期集中通所サービス以外利用あり

# 課題

## ・規範的統合

必要ではない、高齢者の生活機能が低下するようなサービスは終了することが高齢者にとって重要

## ・機能改善後のセルフマネジメント支援

短期集中サービス利用中は自宅で自己管理で行っていた運動等を継続できるよう、モチベーションを維持することが重要

# 介護予防・日常生活支援総合事業 H30モデル事業の実施を踏まえたH. 31の運用

## H30 モデル事業で把握した効果・課題等

アセスメントを目的に実施したりハビリテーション専門職による訪問指導のみで生活機能を向上させ、**自立(介護保険サービスを利用しない)生活を再獲得**できる事例があった

H. 29～多職種の視点によるケアプランの質の向上を目的に自立支援型地域ケア会議を実施したが、より効果的な自立支援を進めるため、モデル実施で生活機能改善の効果があつた**訪問指導における多職種連携に転換**。

評価のための自立支援型地域ケア会議については、事業者間連携に加えて保険者としての適正なサービス利用に係る実績把握・指導を行う場として活用するため継続して実施する

通所型サービス(短期集中)のプログラムに生活機能向上に係る内容を追加し、通所リハビリテーションに近い取組(生活機能向上のための短期目標の設定、自己管理力向上のための面談等)を求めることとなった。指定事業者の制限(新規申請受付休止)し、質を確保する。

介護保険サービスを終了するに当たり、支援を受けずに生活することに不安を抱く高齢者が多いことを把握。**専門職によるセルフマネジメント支援(ケアマネジャーによる関わりの継続)**を一定期間行うことで、不安なく、自立生活を継続することができることとなる。

## H. 31

**訪問指導の創設**  
(地域リハビリテーション活動支援事業：報償費)

**自立支援型地域ケア会議の縮小**  
(地域リハビリテーション活動支援事業：報償費)

**通所型サービス(短期集中)プログラムの充実**  
(介護予防・生活支援サービス事業：負担金)

**介護予防ケアマネジメント(セルフマネジメント支援)の創設**  
介護予防・生活支援サービス事業：負担金

# 介護保険サービスの利用の考え方

従来	支援が必要 ⇒ 利用を継続して重度化予防
総合事業 (短期集中サービス)	従来の考え方(重度化予防)に加え、支援が必要 ⇒ 短期間・集中的な支援で機能改善 ⇒ 介護保険サービスではない元の生活を継続して介護予防

事業実施により自立支援に関する意識を醸成し、他サービス提供時にもサービス終了を目指す視点をもつよう関係者間の規範的統合を図る。

## 《参考》要支援認定者数見込み

新たに要支援認定を受ける人(要介護からの変更を含む) 約1,600人/年

介護保険サービス利用 約1,370人/年

介護保険サービス利用なし 約230人/年

### 訪問指導対象者

総合事業サービスを要する人  
約720人/年

### その他

給付サービスを要する人  
650人/年

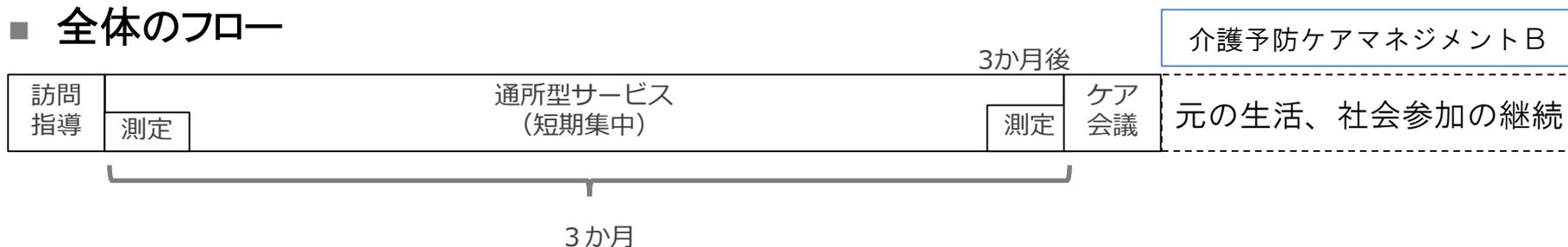
### 通所型サービス(短期集中)対象者

3要件【がん末期、認知症、難病】に該当しない人  
480人/年

その他サービス利用継続

# H31 訪問指導・通所型サービス(短期集中)の内容

## ■ 全体のフロー



## ■ 具体的内容

訪問指導	<p>リハビリテーション専門職がケアマネジャーと対象者の自宅を訪問し、ICFの視点でアセスメントを行い、生活課題、取り戻したい元の生活の把握、生活環境や道具の工夫の助言、実際の場での生活行為を指導を行う。</p> <p>※ ICF:国際生活機能分類(International Classification of Functioning , disability and Health)          診断名ではなく、生活の中での困難さに焦点を当て、複数の要素(心身機能・身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子)間の相互作用を重視して評価する生活機能と障害の分類の考え方</p>
通所型サービス(短期集中)	<p>① セルフマネジメントプログラム          ② 運動器機能向上プログラム          ③ 口腔器機能向上プログラム          ④ 栄養改善プログラム          ⑤ その他生活行為改善に効果的なプログラム</p> <p>● 利用前後(3か月間)の成果測定、介護保険サービス終了後の地域資源へのつなぎ</p>
自立支援型地域ケア会議(評価)	<p>包括主体で実施し、ケアマネジャー,通所サービス短期集中事業者,その他の介護事業者が集まり、サービス開始時に対象者と設定した元の生活を再獲得できたかについて判定会議を実施する。</p>

# 平成31年度運用(新規要支援者がまず利用するサービス)

	訪問指導 (地域リハビリテーション活動支援事業)	通所型サービス(短期集中) (介護予防・生活支援サービス事業)
実施者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当ケアマネジャー</li> <li>・寝屋川市リハビリテーション連絡会に所属するリハビリテーション専門職(理学療法士又は作業療法士)</li> </ul>	指定通所型サービス(短期集中)事業所
対象者	総合事業(訪問型・通所型)サービスを要する人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・3要件【がん末期、認知症、難病】に非該当</li> <li>・総合事業(訪問型・通所型)サービスを要する人</li> </ul>
内容	<p>担当ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が要支援者宅に同行訪問</p> <p>①アセスメント</p> <p>②生活機能・環境に応じた指導、通所型サービス(短期集中)利用を前提とした目標設定</p> <p>※ 訪問による指導により生活機能改善が見込まれる対象者について、4回を限度に実施(2回目以降はリハビリテーション専門職のみの訪問でも可)</p>	<p>ケアプランに基づき、週1回2時間約3か月間のプログラムを実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運動器機能向上</li> <li>・口腔器機能向上</li> <li>・栄養改善</li> <li>・社会参加促進を含めたセルフマネジメント支援</li> </ul>
一人当たり 利用回数等	4回まで (自己負担無料・給付管理対象外)	3か月 (自己負担無料・給付管理対象外) 生活機能向上が見込まれる人については、3か月延長可。ただし、延長分は自己負担1回1,000円。

# 寝屋川市介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)

## 介護予防ケアマネジメント(通常プラン)

①	通常月	基本報酬 430単位	加算なし	計430単位
②	初回月		初回加算 300単位	計730単位
③	小多機連携月		連携加算 300単位	計730単位
④	初回、小多機連携月		初回・連携加算 600単位	計1,030単位
⑤	有償活動員による 支援のみ利用時	基本報酬 430単位	加算なし	計430単位

## 介護予防ケアマネジメントB (セルフマネジメント支援プラン)

⑥	短期集中利用後 セルフマネジメント支援	基本報酬 430単位	加算なし	計430単位
---	------------------------	---------------	------	--------

①～⑤は変更なし。  
 ⑥は通所型サービス(短期集中)又は訪問アセス利用後、介護保険サービス未利用状態を維持している期間(最長6か月間)算定することができる。

寝屋川市介護予防・日常生活支援総合事業  
 ～平成31年度の運用変更等について～

		H30	H31案
3要件	末期がん	主治医意見書または医師に確認した記録	同
	難病	受給者証	受給者証、主治医意見書または医師に確認した記録
	認知症	Ⅲa以上	Ⅱa以上
その他	うつ等精神疾患	自立支援型地域ケア会議で検討	訪問指導で検討 (包括によるプラン確認含む)
サービス 利用要件	通所 現行相当	3要件、その他、 経過措置(H29.3利用あり) ※その他の場合加算算定不可	3要件、その他 その他は訪問指導で検討 (包括によるプラン確認含む)
	訪問 現行相当	身体介護が必要	同
サービス提供期間		6か月(自立支援型地域ケア会議における評価時期)	ケアプランに位置付けた目標の期間

# 新規要支援者に対するサービス提供の流れ

## ① ケアマネジャーによる訪問アセスメント

- 総合事業サービスの利用を要する新規要支援者について、「アセスメントシート(CM)」を作成
- 総合事業サービス(デイ、ヘルパー)の利用を要しない(福祉用具貸与等の)利用者について、従来どおり(プラン原案の包括確認コメント⇒サ担会議⇒サービス提供)

※ この場合でも総合事業サービス(デイ、ヘルパー)を要することとなった時点で「アセスメントシート(CM)」を作成。

## ② ケアマネジャー・リハ職による訪問指導

- 担当包括を通じてリハ職に連絡、ケアマネとリハ職が日程調整の上、利用者宅に訪問
- 生活機能・環境を把握し、自立支援に向けた指導、通所型サービス(短期集中)利用を前提とした目標設定
- リハ職が「アセスメントシート(PT・OT)」を作成
- 訪問指導により生活機能改善が見込まれる対象者について、4回を限度に実施(2回目以降はケアマネと情報共有の上、リハ職のみの訪問でも可)
- 訪問指導のみで介護保険サービスを終了することとなる場合⑥へ

## ③ ケアプラン作成

- ケアマネは、訪問指導において明確にした目標、具体的な取組内容を記載したケアプランを作成し、「アセスメントシート(PT・OT)」と合わせて担当包括に提出
- 担当包括はケアプランの内容を確認、コメントを記載し、ケアマネに返却
- サ担会議を開催し、サービス事業所にケアプランと合わせて「アセスメントシート(PT・OT)」を交付

# 新規要支援者に対するサービス提供の流れ

## ④ 通所型サービス(短期集中)

- 介護保険サービスを終了して在宅生活が継続できるよう、生活機能向上プログラムを実施。特にセルフマネジメント支援に重点を置き、社会参加活動の促進を図ることで長期的な介護予防を推進する
- **通所型サービス(短期集中)利用中**の目標達成に伴う目標変更は即時行う必要があるため、ケアプランの変更について、関係者間が本人の状態、目標を共有した上で、「軽微な変更」として取扱う

## ⑤ 自立支援型地域ケア会議

- 担当包括を通じて会議日程を予約。第1・3火・木曜日 午前9:30~12:30、午後1:30~4:30の1月合計8回(1回につき上限5件)開催
- ケアマネ、サービス事業所担当者、包括(ファシリテーター)、市高齢介護室が出席
- 生活機能、活動量から、介護保険サービスを終了することができるかを評価
- 介護保険サービスを要する場合、サービスの種類や内容、留意点について確認、検討

## ⑥ セルフマネジメント支援

- ケアマネは、訪問指導又は通所型サービス(短期集中)で生活機能が高まった高齢者の精神面(セルフマネジメント)を一定期間支援
- 6か月間のうち、訪問によりモニタリングを行った月について介護報酬を請求できる(430単位)

## ⑥-2 介護保険サービス利用

- 自立支援型地域ケア会議における検討結果を踏まえ、ケアプランを作成しサービス利用
- 高齢でも機能改善が望めること、自分でできることをする生活が介護予防に効果的であることを意識して生活機能向上を図る