

# 短期集中サービスを活用した 自立支援型ケアマネジメント促進モデル事業 の実施について

※文中の「手引き」とは、  
「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の手引き  
【自立支援型ケアマネジメント促進モデル事業編】を指します。

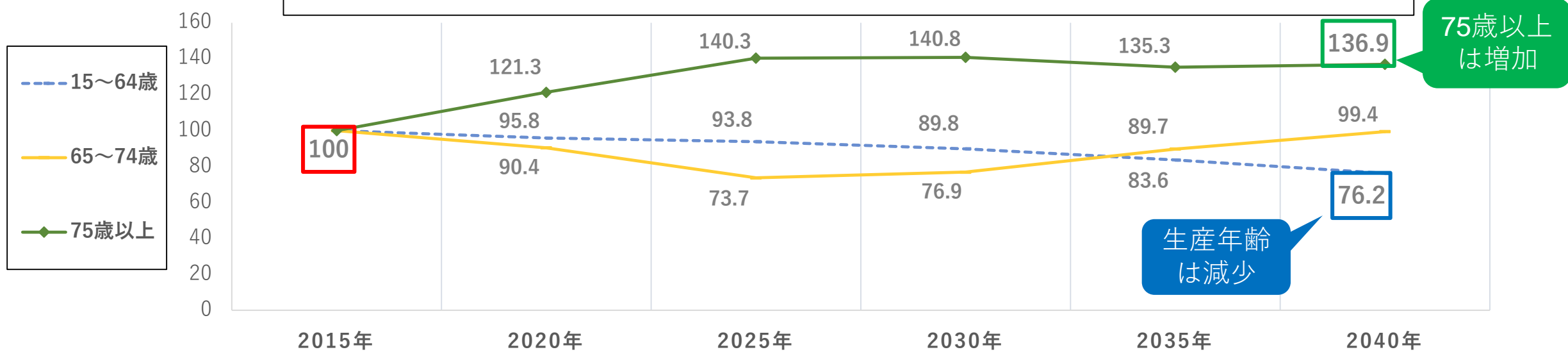
豊中市福祉部  
長寿安心課

なぜ今、モデル事業を実施するのか？

# 豊中市が直面する人口減少と世代間構成の変化

全体としては人口減少していくが、**75歳以上の後期高齢者は増え続けていく**

豊中市の年齢別推計人口（\*2015年を100とした場合の推計値）

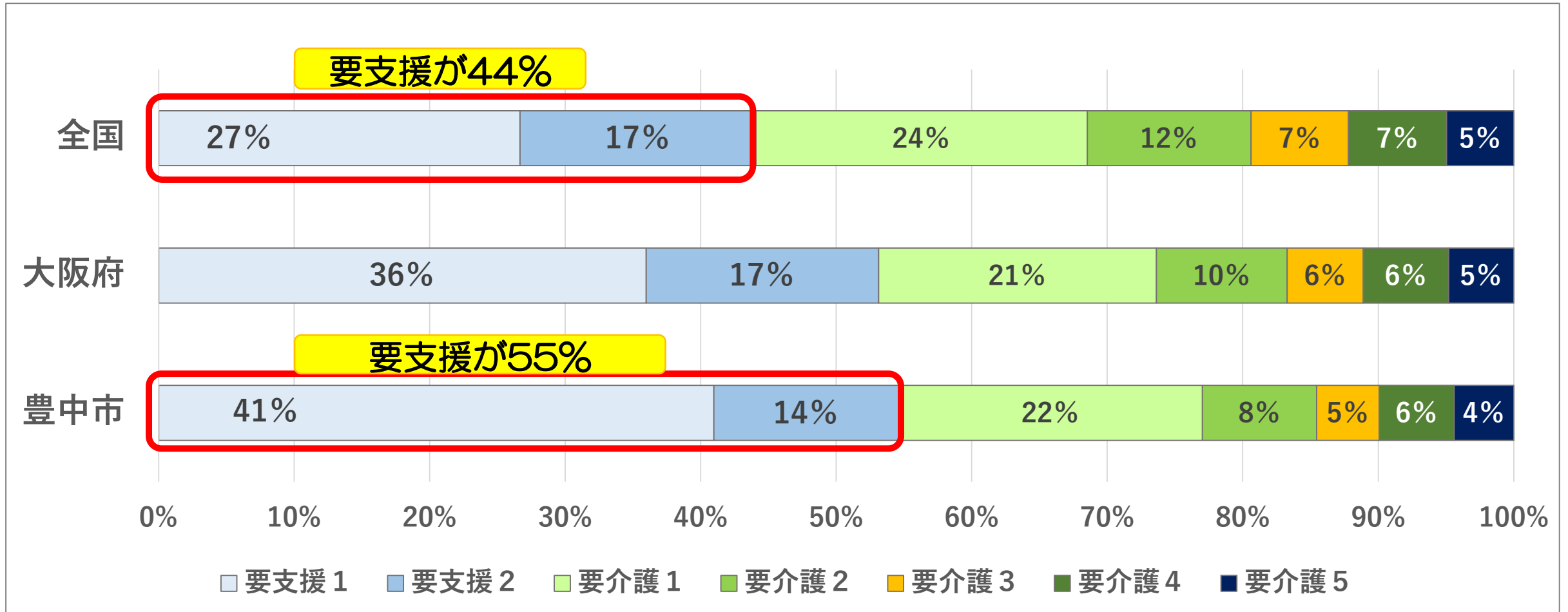


		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
人口（豊中市）	（人）	395,479	382,209	372,894	361,283	348,390	335,026
高齢化率（豊中市）	（%）	25.3	27.4	28.2	29.6	31.9	34.9
高齢化率（大阪府）	（%）	25.8	28.5	29.2	30.5	32.7	36.0
高齢化率（全国）	（%）	26.3	29.1	30.3	31.6	33.4	36.1

（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」のデータをもとに豊中市長寿安心課が作成

# 新規認定者の介護度分布

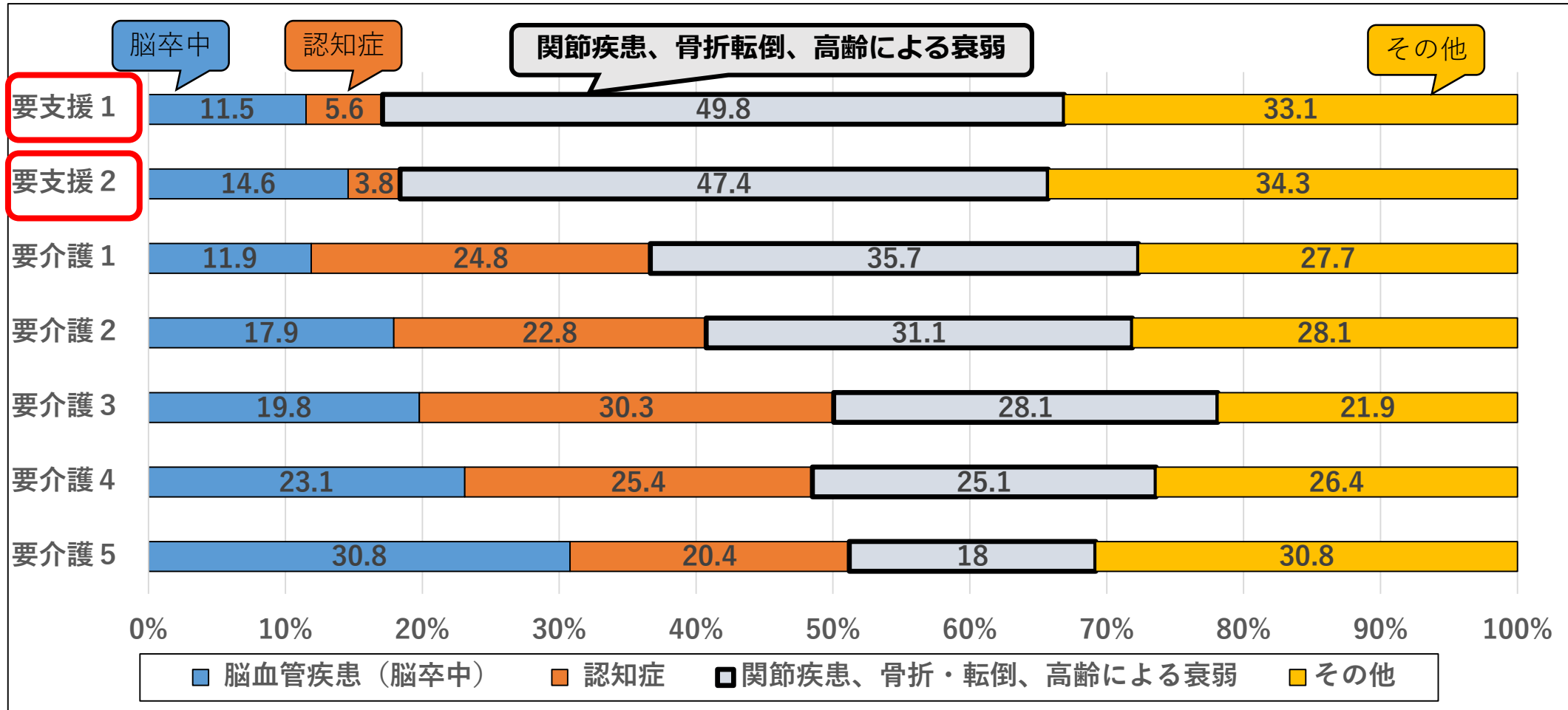
新規認定者のうち過半数が軽度者（要支援者）で、全国平均より高い。



(出典) 厚生労働省「介護保険総合データベース」(平成31年4月10日時点データにて集計)のデータをもとに、豊中市長寿安心課が作成。

# 要介護状態に陥った理由

「要支援1・2」の主な原因は、関節疾患、骨折転倒、高齢による衰弱。  
⇒介護予防の取組により、ある程度は重度化の未然防止が期待できる



(出典) 厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」のデータをもとに、豊中市長寿安心課が作成。

# 重くなっていく負担

「神輿型」から「騎馬戦型」へ

2015年



このままいくと・・・

2040年



目指すべき未来の姿

効果的な介護予防や  
自立支援を推進。  
地域の支え手として  
活躍の場を広げる。



- 総合事業開始以来、要支援者の重度化率が低下、維持率は上昇しており、重度化防止の取組みが進んできたと考えられる。
- 健康寿命の延伸をめざし、今後は軽度化をはじめ、自立支援、特に生活機能改善に向けた取組みの強化を図る必要がある。



総合事業開始以来のデータより、通所訪問型短期集中サービスは生活機能の改善に効果的だと考えられる。しかし、利用者数はまだ少ないのが現状。



**要支援者に対する効果的な介護予防の取組み  
(通所訪問型短期集中サービスの利用促進)**

# 介護保険法の理念を再確認

## (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。

介護サービスを提供する目的を「要介護状態になってもその人らしい生活（自立した日常生活）ができるよう必要な保健医療・福祉サービスの給付を行う」と規定。



# 介護保険法の理念を再確認

## (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、加齢に伴って生ず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の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。

国民は「要介護状態とならないよう予防をし、要介護状態になってもサービスを活用しながら、今より状態が悪くならないように努める」と規定。

# 自立支援型ケアマネジメントの推進

## ■ 自立支援型ケアマネジメントとは

~~「できないことを代わりにする」ではなく~~

可能な限り「できるようにするための支援」

支援者の意識

## ■ 本人の「したい」「できるようにになりたい」を実現するためには

- ・ 目標を明確に設定し、具体的な取り組みなどを本人と共有する。
- ・ 本人が「自立支援に向けた意欲」を持ち、自ら介護予防などに取り組めるように支援する。

本人の意識

自立支援型ケアマネジメントの推進  
(介護予防ケアマネジメントにリハビリ職の視点を加える)

要支援者に対する効果的な  
介護予防の取り組み

(通所訪問型短期集中サービス  
の利用を促進する)

×

自立支援型ケアマネジメントの  
推進

(介護予防ケアマネジメントに  
リハビリ職の視点を加える)

＝

自立支援型ケアマネジメント促進モデル事業

# モデル事業について

# 目的

- 自立支援型ケアマネジメンツの考え方を地域全体に広げていくための仕組みを構築する。
- 自立支援・重度化防止に資するケアマネジメンツに関して、多職種の視点を活用する。
- 要支援者に対し、通所訪問型短期集中サービスの利用による生活機能改善を促進することで、要介護状態になることを予防する（健康寿命の延伸）。

# 概要

- 介護予防ケアマネジメントの初期の段階から市リハビリ職が介入し、ケアマネジャーのアセスメントの実施を支援する。
- 新規の（サービス利用を新たに開始する）要支援認定者及び事業対象者に対し、まず通所訪問型短期集中サービスの利用を提案する。
- 市リハビリ職がケアマネジャーとともに本人の生活上の課題を抽出し、適切な目標を設定する。

## ■モデル圏域の設定（1圏域）

### 少路圏域

上野坂、上野西1～3・4（1～4番）、上野東、  
東豊中町、永楽荘、春日町3～5、  
北緑丘、西緑丘、緑丘、向丘2～3

## ■実施期間（予定）

令和2年（2020年）6月1日～令和4年（2022年）3月31日

# モデル事業の対象者

## ■市リハビリ職による同行訪問の対象者

少路圏域に在住（豊中市の被保険者）し、新たにサービス利用を開始する要支援認定者及び事業対象者（以下「新規認定者等」）。

＊市リハビリ職による同行訪問は、モデル圏域以外でも利用可能。

ただし、日程調整はモデル圏域に在住する方を優先します。

## ■短期集中サービスを提案する対象者

「新規認定者等」で、主治医の意見書やアセスメントの結果、通所訪問型短期集中サービスの対象条件（がん末期、難病、認知症（認知症自立度Ⅱa以上）といった進行性疾患を除く）に該当すると思われる要支援認定者及び事業対象者（以下「短期集中サービス対象者」）。



## 従来の流れ

要支援認定・事業対象者

ケアマネジャーによる  
アセスメント

ケアプラン作成  
(状態に応じたサービス)

サービス担当者会議

利用者への説明・  
サービス開始

モニタリング・評価

## モデル事業（モデル圏域）

要支援認定・事業対象者

ケアマネジャーによるアセスメント  
市のリハビリ職が訪問に同行  
(短期集中サービスの利用対象者には同意を得る)

同意あり

短期集中サービスを入れた  
ケアプラン作成

※訪問リハ、訪問看護の機能訓練、  
通所型サービスの併用は原則不可

サービス担当者会議

利用者への説明・サービス開始

モニタリング・評価

モニタリング・評価（市）

同意なし 及び 短期集中  
サービス利用対象外

ケアプラン作成  
(状態に応じたサービス)

アセスメント  
にリハビリ専門職の  
視点が加わる

# 実施手順 1. 同行訪問の日程調整

ケアマネジャーが新規認定者等からの相談を受ける



ケアマネジャーが本人に  
訪問希望日時を確認する

本人が希望する日時のうち、ケアマネジャーが訪問可能な日時を3つ程度挙げておく  
※短期集中サービスの対象かどうかは、この時点では不問です。

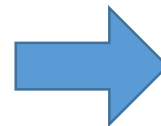


ケアマネジャーが  
市へ電話する

豊中市 長寿安心課 介護予防係へ連絡 (06-6858-2236)  
※詳細は、手引き (p.7)を参照  
※この時点で本人の基本情報等がなくても、市リハビリ職の同行は可能です。



ケアマネジャーが本人へ、決定した訪問日を伝える



**実施手順 2へ**

※市リハビリ職の同行訪問はモデル圏域以外でも利用できますが、モデル圏域優先での日程調整になります。

# 実施手順 2. 同行訪問の実施

## アセスメント

ケアマネジャーの  
アセスメント力の向上

ADLやIADLについてケアマネジャーのアセスメントを、市リハビリ職がサポートします。  
(※ケアマネジャーのアセスメントをリハ職が「代わりに行う」ではありません。)  
アンケート(手引きp.16参照)を用いて、心身の状況や生活の広がりについてアセスメントします。

## 短期集中サービスの 利用の提案

サービス対象者との  
合意形成を市リハ職  
がサポート

本人の状態をアセスメントしたうえで、短期集中サービス対象者に該当する場合、サービスの内容を必要性を説明し、利用の合意形成をサポートします。

※サービスの利用を申込む場合は、手引きp.11「豊中市通所訪問型短期集中サービス利用申込書兼個人情報使用同意書」を使用します。  
※短期集中サービスの利用申込みは、前月20日が締め切りです。  
(20日が土日祝の場合、その直前の開庁日が締切日です)

## 目標の共有

市リハビリ職がケアマネジャー・本人と一緒に、本人の生活課題を整理し、目標を設定します。設定した目標は、三者で共有し、通所訪問型短期集中サービスの個別プログラムの設定に反映されます。  
(手引きp.13「自己実現シート」を使用します)

※訪問時の情報(機能評価や本人目標等)は、市リハビリ職よりサービス実施事業所のリハビリ職に情報提供されます。  
※モデル事業への協力に同意する場合、同意書(手引きp.12参照)を使用します。

# 実施手順3. ケアプランの作成

同行訪問でのアセスメントの結果 . . . . .



短期集中サービスを組み込んだ  
ケアプランの作成へ

状態に応じた  
ケアプランの作成へ

リハ職の指導のみで終了

短期集中サービス対象者で、サービスの利用に同意が得られた場合

※ただし、訪問リハビリ、訪問看護の機能訓練、通所型サービスの併用は原則不可

実施手順4へ

- ①短期集中サービス対象者に該当するが、サービスの利用に同意が得られない場合
- ②短期集中サービス対象者に該当しない場合

通常の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントへ移行

セルフマネジメントや地域の活動へ繋がった場合

ケアマネジメントCとして1年以内のモニタリングを行い終了  
(包括から居宅への委託は不可)

# 実施手順 4. サービス担当者会議

## サービス担当者会議

サービス実施事業所、利用者・家族などと共通認識を図るためにサービス担当者会議を開催します。

※同行訪問時の情報（機能評価や本人目標等）は、市リハビリ職よりサービス実施事業所のリハビリ職に情報提供されます。



切れ目のない  
支援



## ケアプランの確定・交付

### サービス実施事業所

運営法人 社会福祉法人大阪府社会福祉事業団 軽費老人ホーム（ケアハウス）豊寿荘  
事務所 豊中市原田元町三丁目13番1号 原田介護予防センター2階  
連絡先 TEL： 080-7486-0176 FAX： 06-6843-5440  
E-mail： toyonakahatsuratsu@outlook.jp

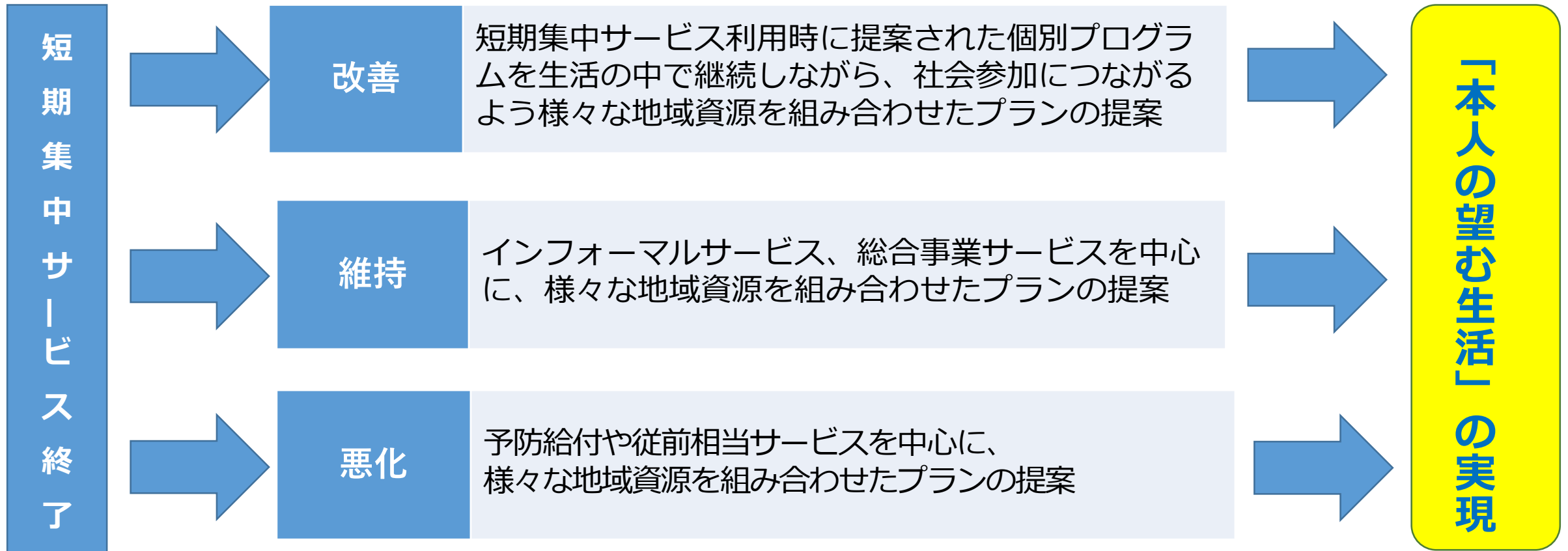
# 実施手順 5. プログラムの実施

- 本人の状態に応じた個別プログラムを実施します。
- サービス実施事業所が自宅で行う運動（ホームエクササイズ）等を提案し、本人と一緒に進捗を確認します。（手引きp.14「セルフマネジメントシート」参照）
- プログラム参加中は、機能訓練だけでなく、口腔・栄養や認知症予防、自立支援等に関する講話があります。
- プログラム終了後にも活用できる地域資源（通いの場、介護予防センター等）について紹介します。
- ケアマネジャーによるモニタリングは、通常通り実施します。
- 利用状況は毎月、サービス実施事業所からケアマネジャーに送付されます。（手引きp.15参照）
- プログラム実施期間中に、サービス実施事業所のリハビリ職が本人宅へ訪問し、生活上の課題が解決できているかを確認します。
- 延長についてはリハビリ職が通所と訪問の状況を踏まえたうえで判断します。

**単に身体機能の向上だけではなく、サービス終了後も本人が継続して健康づくりに取り組み、望む暮らしの実現に向かえるよう、プログラム参加中にセルフマネジメントの習慣を身につけることをめざします。**

# 実施手順6. サービス終了時の評価・再アセスメント

サービス実施事業所から報告を受け、運動機能や栄養状態の変化、目標達成状況の変化等を把握し、利用者の生活機能全体に関する評価を行います。その結果、利用者の状態に応じて次のようなサービス等を想定したケアマネジメントを実施します。



\* 上図はあくまでもイメージです。必要なサービスの利用を制限するものではありません。

利用者の状態に応じて、次のようなサービス等に繋がられると想定。

	予防給付	総合事業	その他	備考
改善	( 福祉用具 )	( サービスB )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通いの場</li> <li>・セルフマネジメント</li> <li>・地域活動 など</li> </ul>	
維持	福祉用具	サービスA・BまたはC	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通いの場</li> <li>・セルフマネジメント</li> <li>・地域活動 など</li> </ul>	サービスCは必要に応じて、3か月の延長が可能。
悪化	予防給付全般	従前相当サービス		

\* サービスA：基準緩和サービス    サービスB：住民主体ささえあい活動（ぐんぐん元気塾、福祉便利屋）    サービスC：短期集中サービス  
 \* 上図はあくまでもイメージです。必要なサービスの利用を制限するものではありません。

**目標達成後もさまざまな地域資源を活用しながら、その地域における活動と参加を通じて、今まで以上に元気になられ、自宅における生活を末永く維持してもらえるよう支援します。**



# 実施手順7. プログラム終了3か月後のモニタリング

プログラム終了3か月後、市リハビリ職が本人を訪問します。

- 初回訪問（同行訪問）で実施したアンケート（手引きp.16参照）を再度実施し、心身の状況や生活の広がりの変化を確認します。
- プログラム参加中の体力測定の結果をふまえ、終了後の生活機能の変化を評価します。
- 生活機能の改善だけでなく、本人の「したいこと」の実現について聞き取りで確認します。

# 最後に・・・

モデル事業は実施予定期間 2 年間で  
試行錯誤を重ねながら  
市全域への展開をめざします。

ご理解とご協力を  
よろしくお願いいたします。

