資料４

【重点的に取り組む事業】について

１　介護予防・生活支援サービスに関すること（資料Ａ　p. 13）【新規】

⑴　本市の介護予防・日常生活支援総合事業について

ア　介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）の対象者

・　要支援１及び２の方。

・　事業対象者（６５歳以上で、基本チェックリストを実施した結果、要支援・要介護状態になるリスクが高いと判定され、支援が必要と認められた方）。

イ　事業対象者の特徴

・　有効期間の定めがない。

・　要支援１及び２の方と同様に、専門職による介護予防サービスを利用することが可能。（ケアマネジャーのケアマネジメントによりサービス利用が可能となる。）

⑵　本市の総合事業における課題

ア　総合事業の対象者について

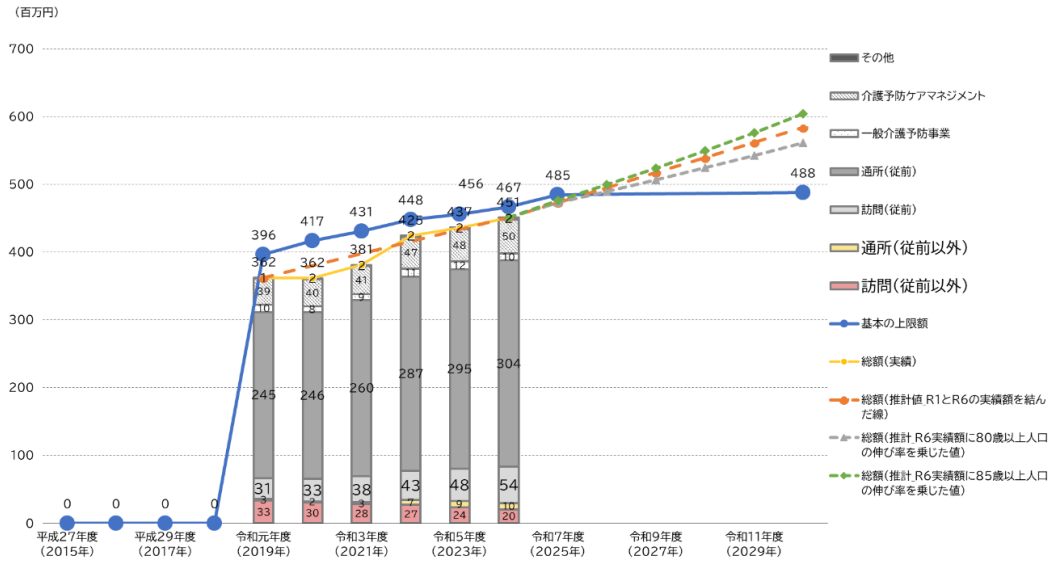
・　事業対象者における有効期間の定めがないことにより、総合事業の対象者数が年々増加している。

・　総合事業の対象者の増加により、地域包括支援センターで取り扱うケアプラン担当件数が年々増加し、ケアプラン作成が地域包括支援センターの業務を圧迫している。

イ　総合事業の総事業費及び地域支援事業交付金について

・　特に従前相当の通所サービス事業費が増加し続ける傾向にあることから、国や県の交付金が交付される「上限額」を超過する可能性がある。

※　従前相当サービス・・・平成２９年度の総合事業開始以前のサービス基準（全国一律）と同等の基準によるサービス



出典：総合事業に関するワークシート

ウ　本市の総合事業の在り方の再確認

(ｱ) 総合事業の目的（出典：地域支援事業実施要綱）

総合事業は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、**自立した日常生活を送ること**、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、**地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施**することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としている。

(ｲ) 総合事業の充実（出典：介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン）

地域のつながりの中で、幅広い世代の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と位置付けるべきである。

(ｳ) 介護予防ケアマネジメントの考え方　（出典：地域支援事業実施要綱）

その状態や置かれている環境に応じて、**目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施及び評価できるよう**、また、高齢者自身が、地域で自立した生活を送るための活動を継続することにより、心身の改善だけではなく、**地域の中で生きがいや役割を持って生活**できるよう、心身機能・活動・参加の視点を踏まえて居宅要支援被保険者等の多様な選択を支援していくことが重要である。

⇒　総合事業においては、その対象である**居宅要支援被保険者等（＝要支援者と事業対象者）が「セルフマネジメント」できるように支援することが前提**となっている。

(ｴ) 本市の介護予防ケアマネジメントの方向性

従前相当サービスは、要支援者や事業対象者のうち、状態が悪化し、要介護認定に移行していくことが見込まれる方を想定したサービスであり、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービス・活動に移行していくことを検討することが重要とされている。

本市の要支援者や事業対象者において、**「セルフマネジメント」できるように支援するサービス**の導入が必要である。

⑶　リハビリテーション専門職同行アセスメントの導入について

ア　リハビリテーション専門職同行アセスメント

ケアマネジャーや地域包括支援センター職員が利用者宅を訪問する際、理学療法士や作業療法士などのリハビリテーション専門職が一緒に訪問し、専門的な視点から、身体機能、生活動作及び住環境を評価、助言する事業。

イ　目的

(ｱ) 生活課題の明確化

本人の能力や予後を予測し、自立支援につながるケアプランを作成する。

(ｲ) 多職種連携

ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が協働し、利用者の「なりたい姿」に向けた具体的な目標を設定する。

(ｳ) 住環境・動作の評価

自宅での実際の動線や動作を確認し、適切なアドバイスを行う。

⑷ 短期集中予防サービス（リエイブルメント）の導入

ア 概要

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が、自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるように、保健・医療専門職が支援（セルフマネジメント支援）するサービス。地域で自立した生活に戻ることを目的とするサービス。

イ リエイブルメントの特徴

(ｱ) 生活の不安を取り除く。

(ｲ) セルフマネジメント能力を高める。

(ｳ) 社会資源を活用して地域につなぐ。

⑸ 自立支援型地域ケア会議の導入（資料Ａ p.17）

ア 本市の地域ケア会議

地域ケア会議は、介護保険法に基づき市町村が設置し、市町村または地域包括支援センターが運営する、行政職員や地域の関係者から構成される会議体。

現在は、高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくことを目的に、地域住民と専門職が対象高齢者の支援策を検討する会議として開催しており、抽出された地域課題を集約し、別途政策形成会議を開催している。

イ 自立支援型地域会議が目指すもの

自立支援型地域ケア会議は、「自立に資するケアマネジメントの支援」を行うことで、自立に資するケアマネジメントの普及や関係者の共通認識の普及等を行う。

２ 居住支援に関すること（資料Ａ p.15）【継続】

⑴ 目的

居住支援協議会等の場を活用することで、居住支援法人を中心に、地域の不動産事業者や支援機関等が連携し、居住に課題を抱える住宅確保要配慮者に対する住まいの確保と見守り等の生活支援を一体的に実施する。

⑵ 現状の課題

居住支援法人を中心に、各支援機関と連携を図りながら、相談者に寄り添った対応を行っているが、協力オーナーによる物件の紹介が主となっており、紹介できる居住物件の確保が課題となっている。多様な課題を抱える相談者が増加し続ける中、住宅確保要配慮者に対する一般流通物件の流通促進が必要である。

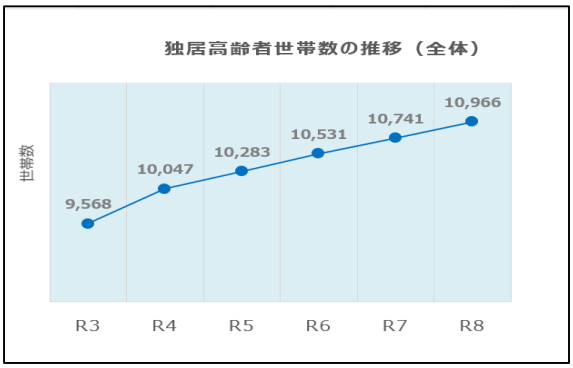
３　認知症施策に関すること（資料Ａ p. 17 に追記予定）【継続】

⑴　認知症高齢者について

ア　認知症高齢者の割合は、2025 年に約 20. 0%（５人に１人）、2040 年に約 24. 6%（４人に１人）、2060 年には約 33. 3%（３人に１人）と推計され、年齢が高くなるほど有病率が上昇。

イ　単独世帯の認知症高齢者の増加は 85 歳以上で特に顕著であり、2025 年に 85 歳以上の男性の 7%、女性の 14%は独居認知症高齢者。

ウ　2026 年時点で、本市（58, 557 世帯）の高齢者のみ世帯は 19, 084 世帯（32. 6%）、高齢者単独世帯は 10, 966 世帯（18. 7%）であり、特に高齢者単独世帯数は増加し続けている。



⑵　本市の認知症施策

①認知症の早期診断・早期対応等を目的とした認知症初期集中支援チームの設置、②認知症に関する正しい知識や理解の啓発、認知症高齢者が地域で暮らしてくことができる体制づくり等を目的とした認知症地域支援推進の配置のほか、③認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業を実施。

⑶　認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業について

ア　チームオレンジ

認知症になっても地域で支え合いながら暮らし続けられる地域づくりを推進するため、認知症の方やその家族の支援ニーズと、認知症サポーターが中心とした支援者をつなぐ仕組み。

イ　取り組み

(ｱ) 認知症の方の「やりたいこと、やってみたいこと」（趣味活動等）に目を向け、支援可能な「オレンジサポーター」とマッチングする「チームオレンジ」の活動（個別活動）を実施。

(ｲ)　認知症ステップアップ研修の実施により、オレンジサポーターとして活躍する担い手増加を図る。