

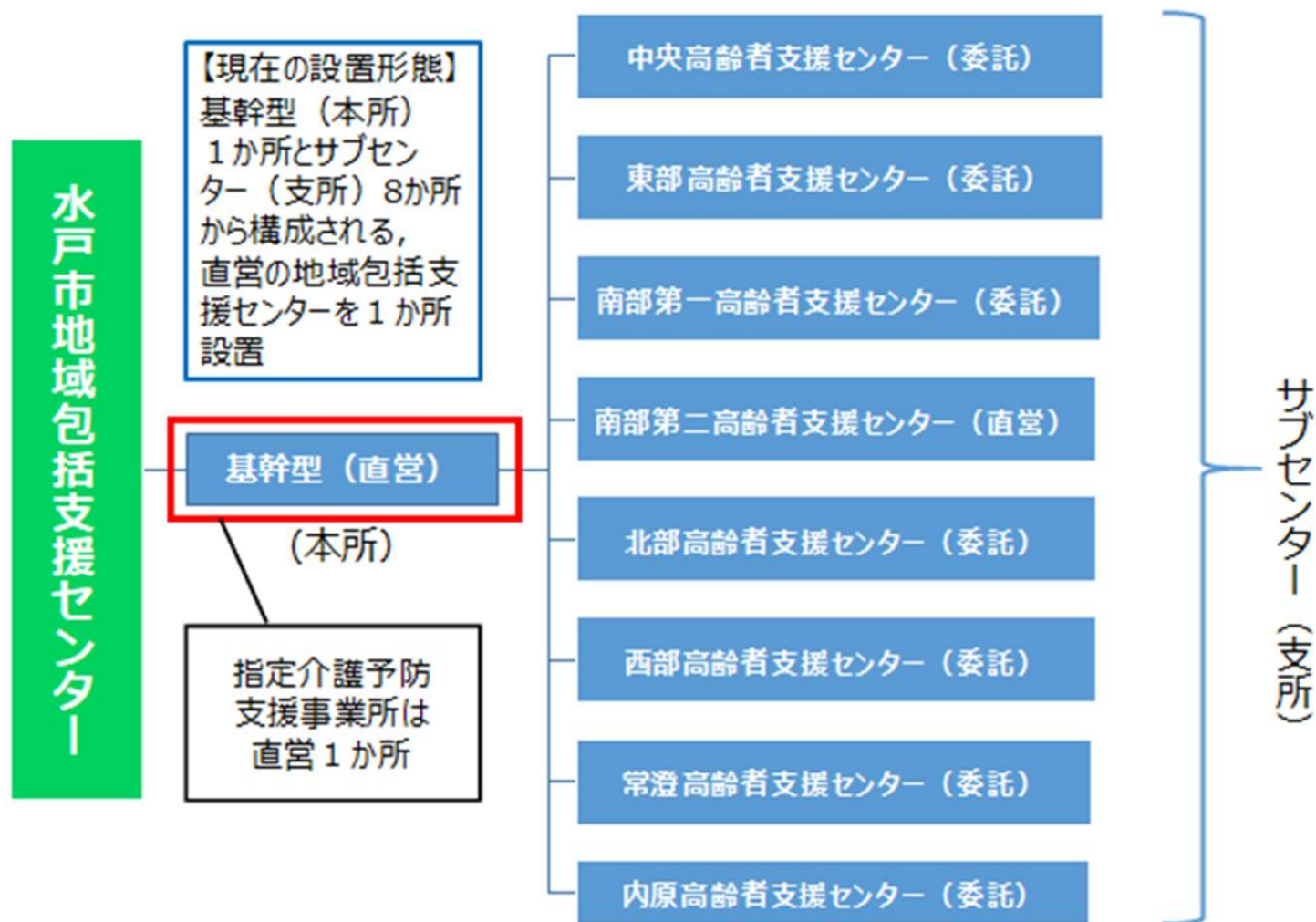
地域包括支援センターの体制変更及び 介護予防・日常生活支援総合事業の見直し に係る説明会

令和 7 年10月31日（金）
水戸市高齢福祉課地域支援センター

本日のご説明

1. 地域包括支援センターの体制変更について
2. 介護予防・日常生活支援総合事業の見直しについて

1. 地域包括支援センターの体制変更について



【見直し後の設置形態】

基幹型 1 か所と
圏域型 8 か所を合わせて、
センターを 9 か所設置
※本所、支所の関係はなく、
それぞれ単独の地域包括支
援センターとして設置。

8 か所のセンターが
それぞれ指定介護
予防支援事業所の
指定を受ける

基幹型高齢者支援センター（直営）

中央地域包括支援センター（委託）

東部地域包括支援センター（委託）

南部第一地域包括支援センター（委託）

南部第二地域包括支援センター（委託）

北部地域包括支援センター（委託）

西部地域包括支援センター（委託）

常澄地域包括支援センター（委託）

内原地域包括支援センター（委託）

圏域型地域包括支援センター

基幹型地域包括支援センター

令和 8 年 4 月から包括の体制が変更

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務

現包括（1 か所）⇒ 新包括（8 か所）が実施。

利用者の居住地の包括が担当となります。

2 段階に分けケースを移行します

段階	ケース	データ移行	新包括開始
第 1 段階	現包括のケース	3 月中旬	4 月～
第 2 段階	R8.4月より前からの 委託ケース	6 月中旬	7 月～

包括担当の切り替え

	現包括ケース・ R8.4月以降の新規ケース	R8.4月より前からの 委託ケース
現包括	R 8.3月まで	R 8.6月まで
新包括	R 8.4月から	R 8.7月から

※R8.4月より前からの委託ケースのR8.6月実績分までの月遅れや返戻は、
現包括が対応。

※休止していたケースがR8.4月以降に再開する場合は、新包括が対応。

包括体制変更に伴う事務手続き

1. 新包括と居宅介護支援事業所（以下、居宅）の業務委託契約締結

（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託契約書）

2. 新包括と利用者の契約締結

（介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの提供に係る契約書）

- ・居宅届の提出

契約の時期と方法

契約等事務	時期	契約者
(1) 新包括と居宅の 業務委託契約	R8.4月～	利用者居住地の新包括と 居宅
(2) 新包括と利用者の ・ 契約 ・ 重要事項説明書 ・ 居宅届提出	新規ケース（新規の委託含む） R8.4月～	新包括と利用者
	R8.4月より前からの委託ケース R8.4～R8.6	委託先居宅と利用者

※新包括の契約書等の提出先は、新包括となります。

※現包括はR8.4月より前からの委託ケースをR8.6月まで担当するため、現包括と居宅の業務委託契約も必要となります。

包括体制変更に伴う事務手続き等の変更

利用者の居住地の新包括が担当となります。

■書類の提出

ケアプラン、給付管理票・請求書、実績等

認定情報開示請求（転入、住所地特例、2号生保に限る）

■報告

区分変更や更新時の認定結果の報告等

■介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料支払い

■新包括と利用者の契約締結

新包括が行います。

カナミックの利用者のデータ移行

- 2段階に分けて新包括へ移行します。
 - 1段階：3月中旬 現包括担当ケース
 - 2段階：6月中旬 R8.4月より前からの委託ケース
- データ移行にかかる数日間は、カナミックの利用が不可となります。

※詳細は、後日お知らせいたします。

書類の変更と差し替え

■ 包括変更月以降の利用票や提供票を現包括名で交付した場合、後日新包括名が記載されたものと差し替えます。

■ ケアプランを変更し、差し替えます。

【変更内容】 担当地域包括支援センター名、期間：開始日を令和8年7月1日に変更。
計画作成（変更）日：プランを作成した日を記入。

新包括の意見をもらい、本人の同意を得て、本人へ交付、ケアプラン原本を新包括へ、写しを事業所へ提出。

※包括変更のみの場合、評価やサービス担当者会議は必要なし。（初回加算の算定なし）

※介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の委託連携加算の算定あり。

◎カナミックの利用者のデータ移行完了後に新包括の表示が反映されます。

体制移行スケジュール

	3月	4月	5月	6月	7月	8月
データ移行	・データ移行 中旬予定 (現包括引継ぎケース分) カナミック使用不可			・データ移行 中旬予定 (R8.4月より前からの委託ケース分) カナミック使用不可		
新包括		○新規利用者と新包括の契約開始 ○新規ケース、現包括引継ぎケースのケアマネジメント開始				
					○R8.4月より前からの委託ケースの担当開始	
		○新包括と居宅の委託契約締結 新規委託開始				
委託居宅		○R8.4月より前からの委託ケースの契約締結代行(4月～6月)				
				○利用表、提供表、ケアプランを新包括名へ変更・差し替え		
		○新包括と居宅の委託契約締結 新包括より新規受託開始				
現包括	○委託先居宅契約締結 契約期間R8.4～R8.6	○新規ケース受け入れ中止				
					7月10日給付管理で終了 返戻等対応は随時実施	

まとめ

- R8.4月から 8 か所の新包括が設置されます。
- 利用者の居住地の包括が担当となります。
- 新規ケースは、4 月から新包括が担当します。
- R8.4 月より前からのケースは、4 月と7月の2段階で移行し新包括が担当となります。

皆様のご協力をお願いいたします。

2. 介護予防・日常生活支援総合事業の見直しについて

地域支援事業の目指すこと

地域包括ケアシステムの構築

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的の下で、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制の構築

地域支援事業の目的及び趣旨について

- 被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談、及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制、及び認知症高齢者への支援体制を一体的に推進する。

住み慣れた地域での自分らしい暮らし
日常生活

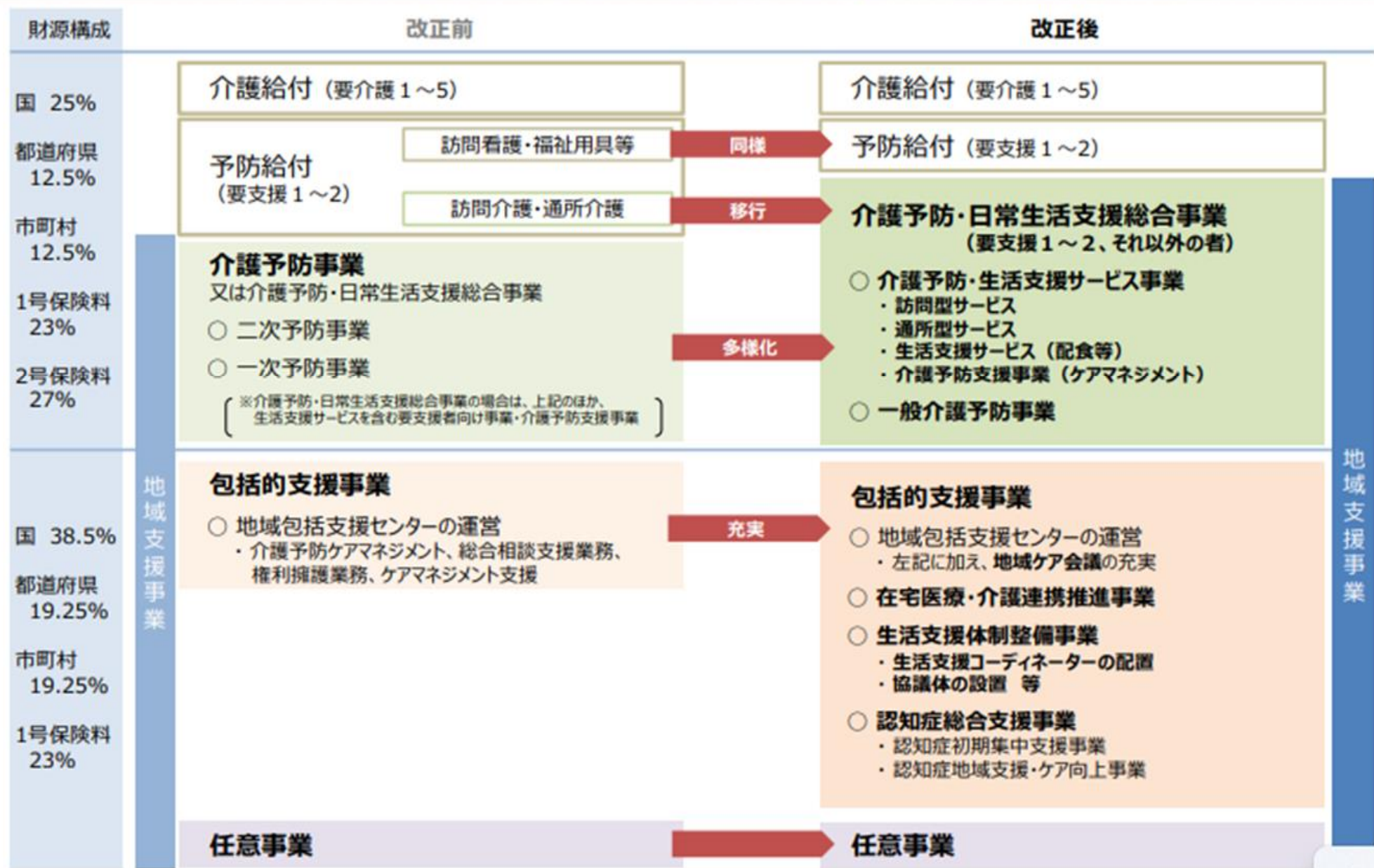


地域支援事業

地域包括ケアシステム



地域支援事業の再編（平成26年介護保険法改正）

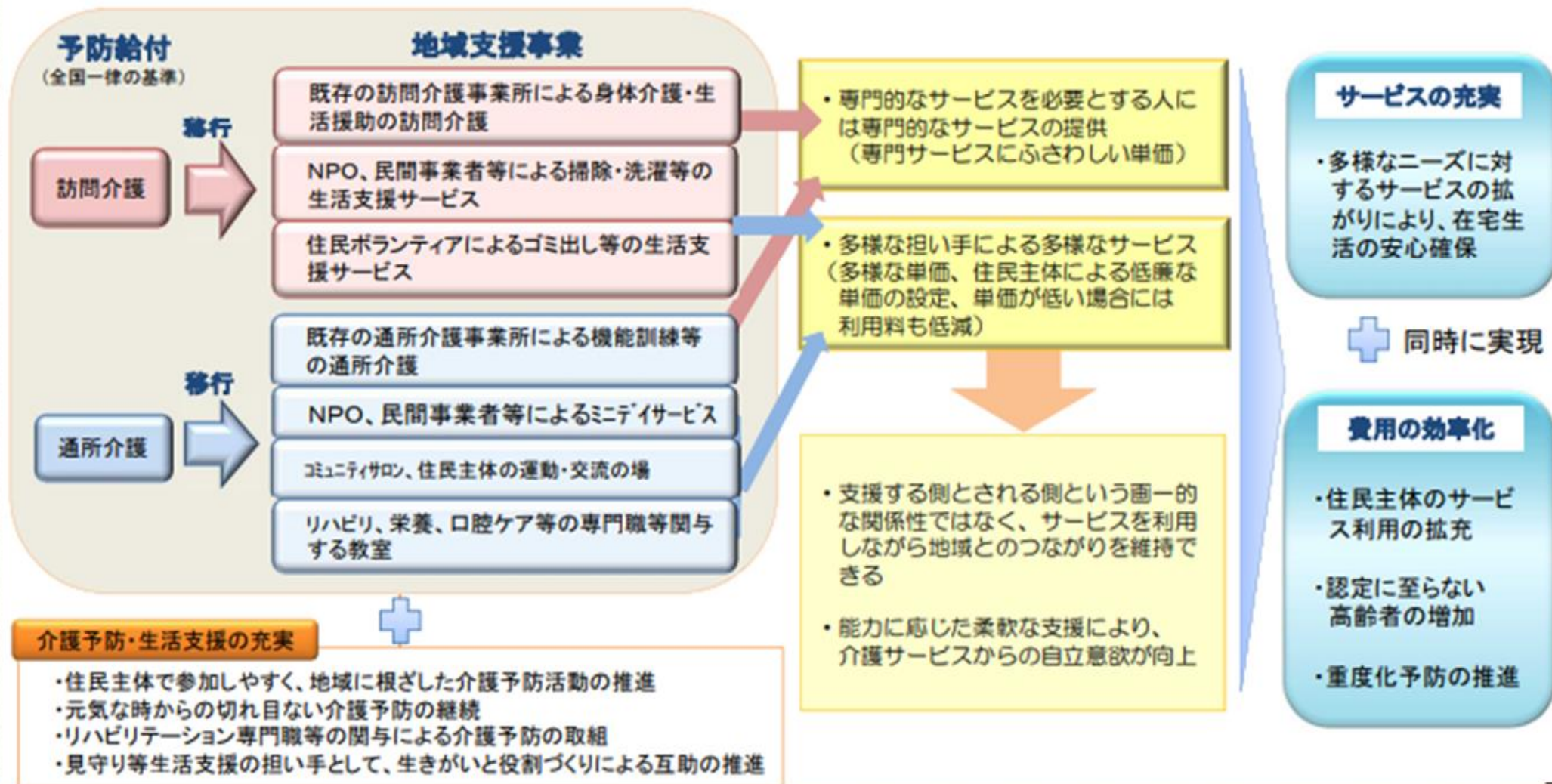


地域支援事業

総合事業と生活支援サービスの充実

○予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。

○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



介護予防重視型システムの確率（平成17年介護保険法改正）

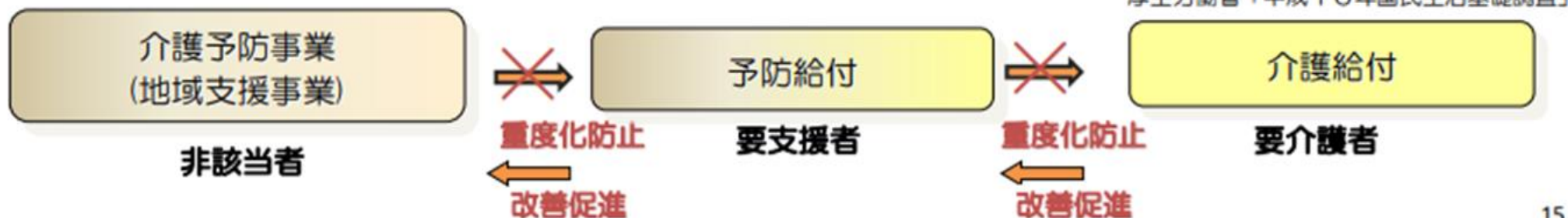
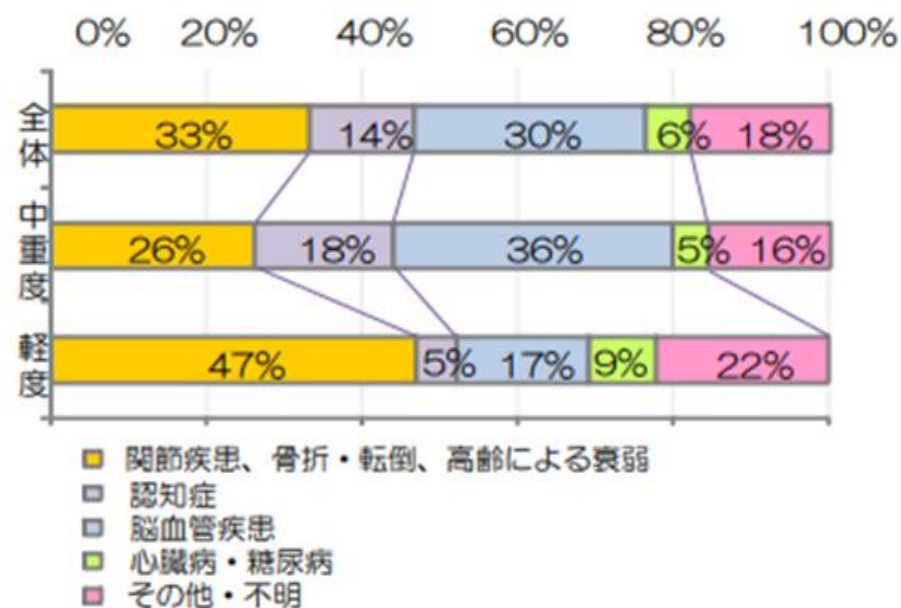
- 要支援・要介護1の認定者（軽度者）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

要介護度別認定者数の推移



要介護度別の原因疾患



課題

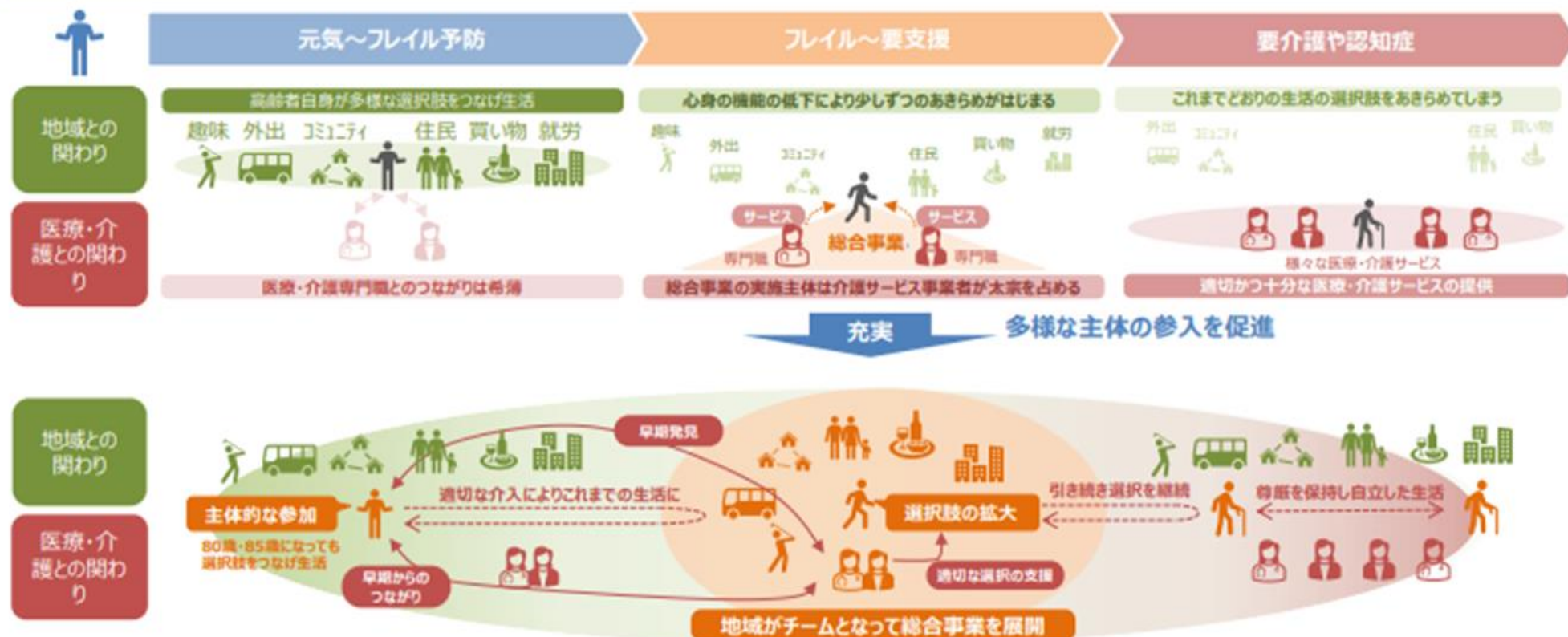
- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- **介護予防終了後の活動的な状態を維持**するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

平成26年改正法以降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。

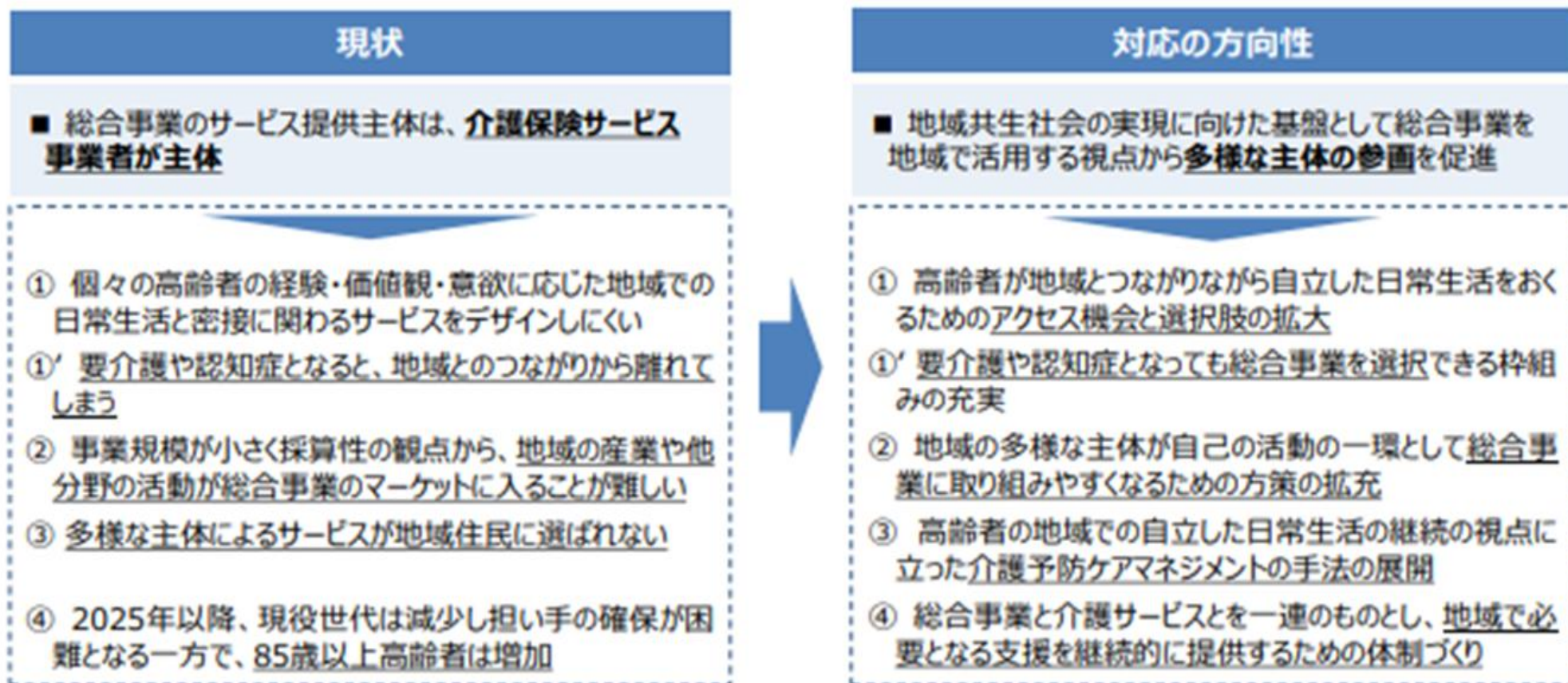
高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

- 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、高齢者が元気づ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。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

総合事業の充実のための対応の方向性



高齢者一人一人の
介護予防・社会参加・生活支援

- ・後期高齢者の認定率等
- ・主体的な選択による社会参加
- ・自立した地域生活の継続

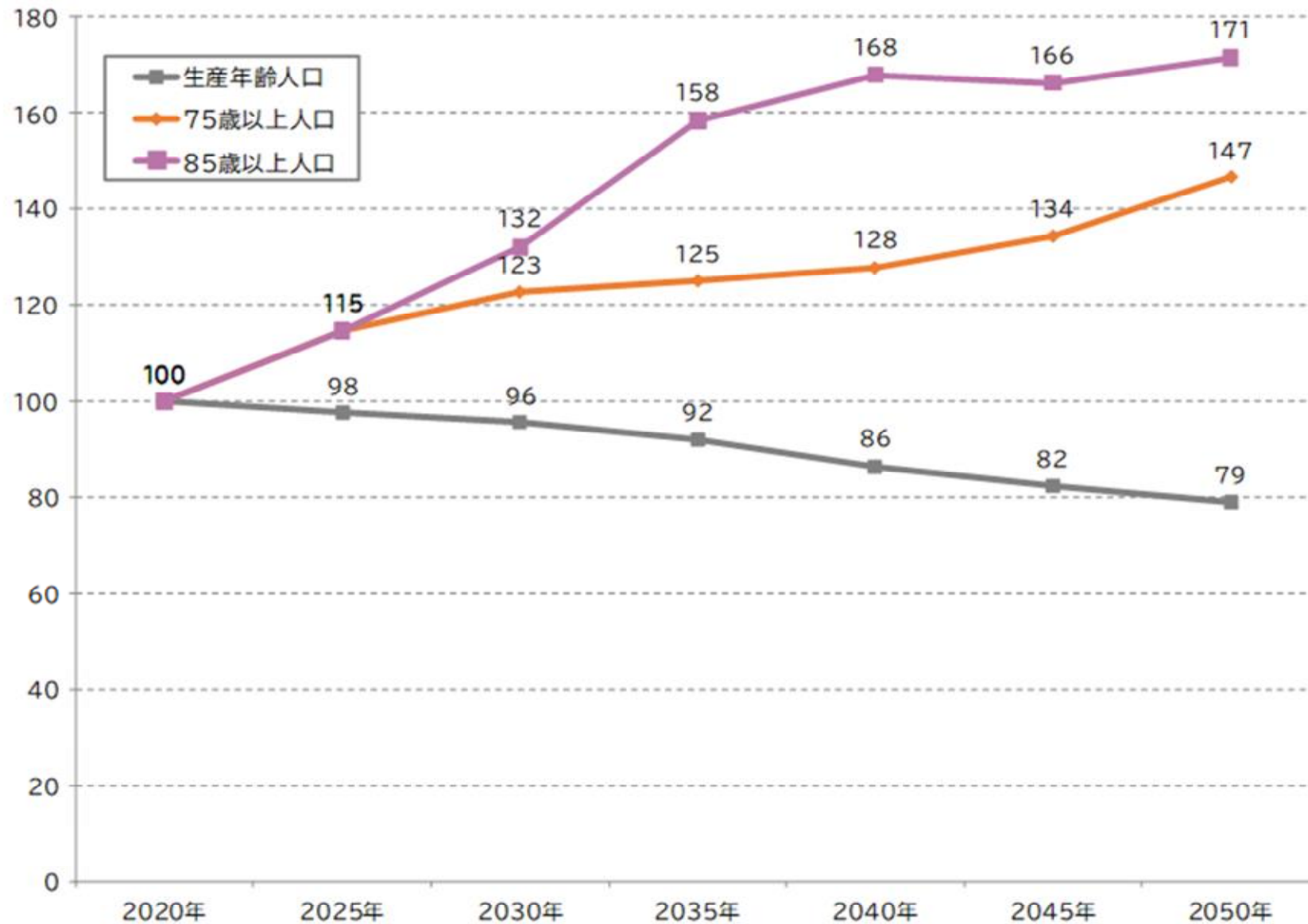


総合事業により創出され
る価値の再確認

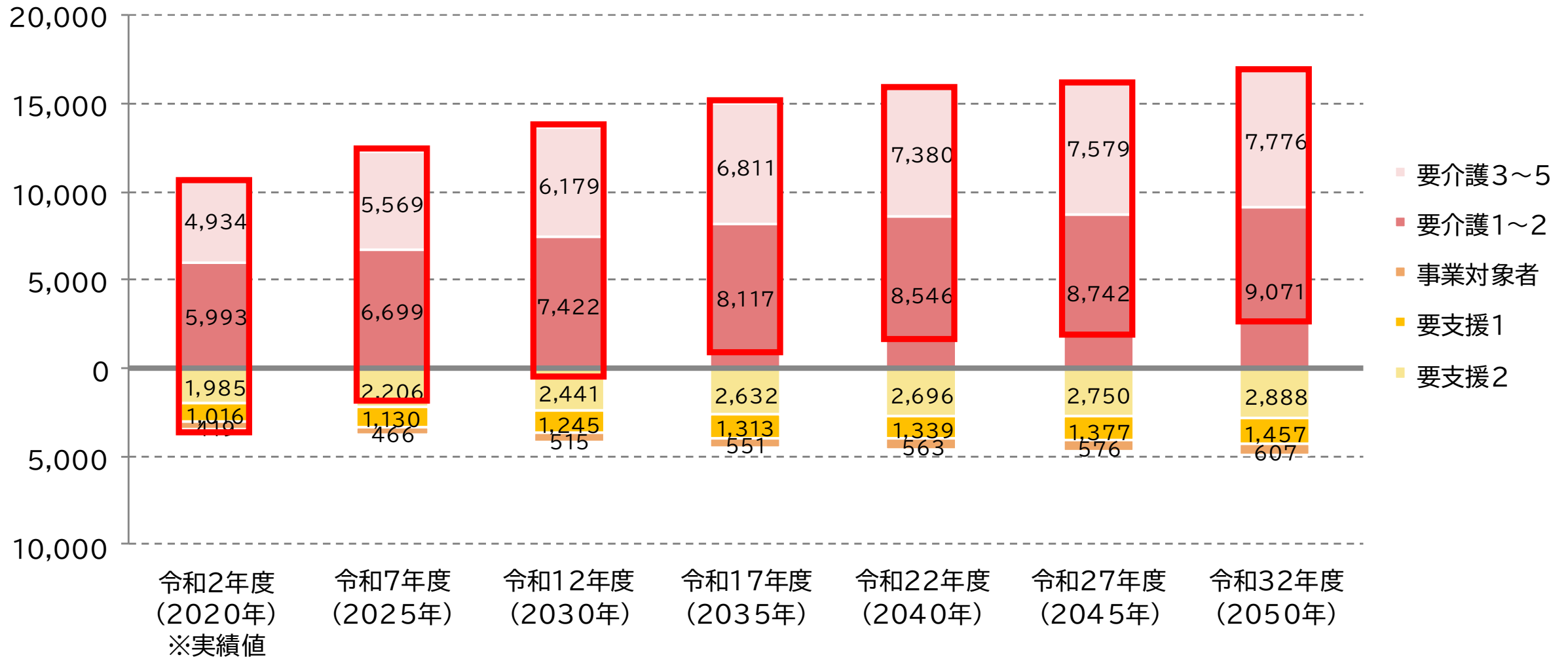
地域共生社会の実現

- ・高齢者の地域生活の選択肢の拡大
- ・地域の産業の活性化（≒地域づくり）
- ・地域で必要となる支援の提供体制の確保

水戸市の年齢層別人口推計



水戸市の要介護認定者数の推計



地域包括ケアシステムとは？



重度な要介護状態となっても、**住み慣れた地域で自分らしい暮らしを**人生の最後まで**続ける**ことができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を**一体的に提供する体制**

高齢者を地域の中で支える

介護予防

生活支援







通所介護サービス

日常的に通う場所として利用



訪問介護サービス

買い物・調理のサービスを利用



友人との助け合い



謝礼の支払いやお菓子の準備を分担

介護予防のトレーニング



足腰を鍛える

民間サービス



大きな、重い日用品は宅配サービスを利用

ご近所との助け合い



ご近所と一緒に買い物

× 「できなくなっていること」を
ただ補う

○ 「したいこと」「今できていること」を
続けられるよう支援する

人生や生活で「**したいこと**」を
「**なじみの**」環境の中で続ける

「**手芸・家事**」を続ける

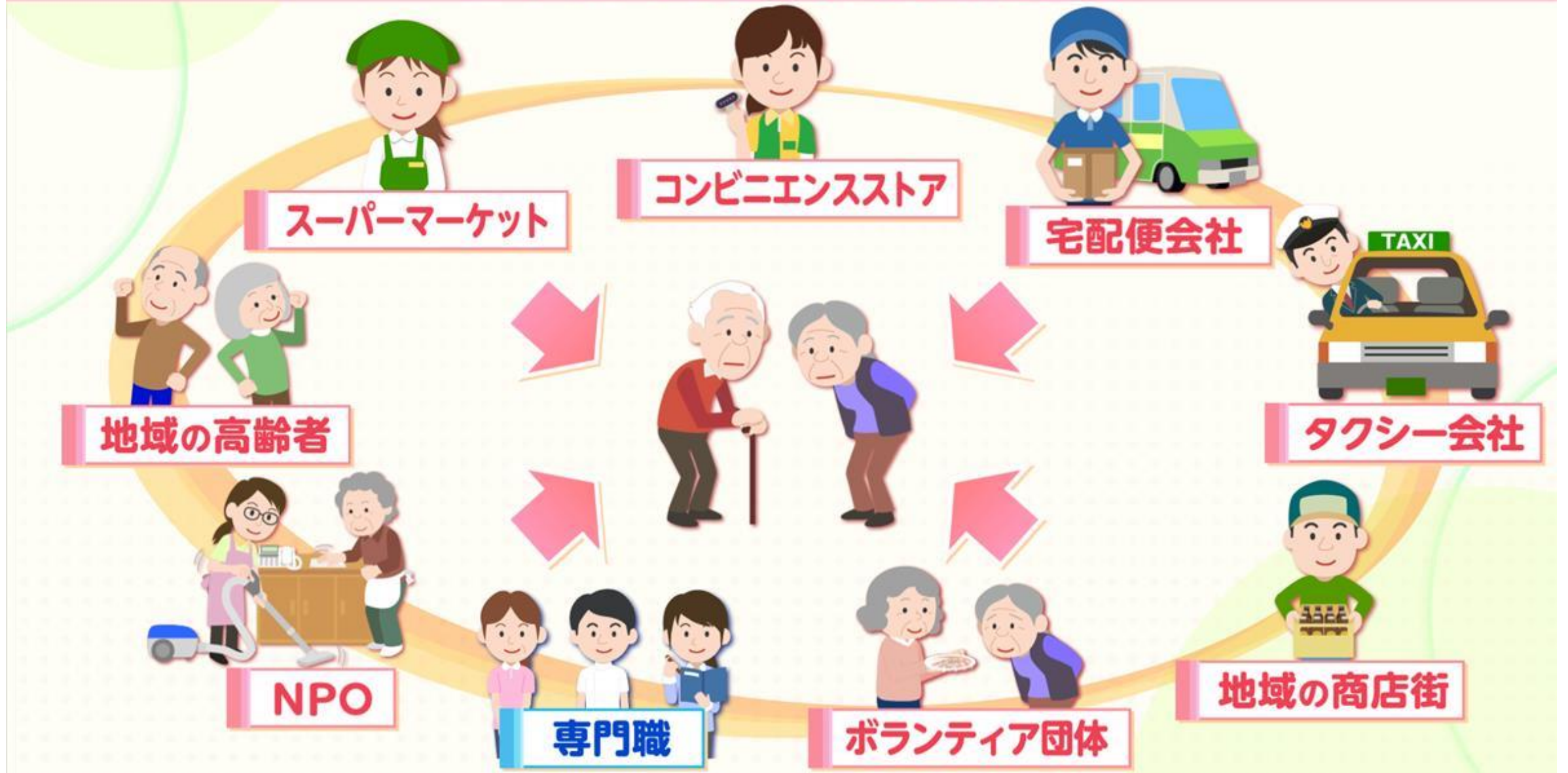
「**友達との関係**」も途切れない



その人が主体的に
生活できるよう支援する

= **自立支援**

これからの高齢者支援



図表10 市町村介護予防強化推進事業における要支援者等の自立支援の考え方

- 要支援者等に対し、**一定期間の予防サービスの介入**（通所と訪問を組み合わせ実施）により、**元の生活に戻す（又は可能な限り元の生活に近づける）**ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



- 通所に消極的な閉じこもりがちの対象者は、当初は訪問で対応しながら、徐々に活動範囲を拡大。
(用事を作り外出機会を増やす、興味・関心を高め外出の動機付けを行うなど)

出典：厚生労働省老健局、「市町村介護予防強化推進事業の概要」、厚生労働省、2012。

リエイブルメントサービスとは

「してあげる支援」ではない、「元の生活を取り戻す（Re-ablement）」を叶えるサービス

特徴

- ・期間限定のサービス
- ・リハビリテーション専門職を中心に集中的に介入する。
- ・身体機能の改善だけでなく、社会生活の回復も目標とする。
- ・対象者に触れず、特別な器具を使わず、**動機づけ面談**が中心。
- ・自信と能力を取り戻し、**セルフマネジメント**を獲得する。

～リエイブルメント型～ 短期集中予防サービスのイメージ

歩くのが不安で買い物に行けない。以前のように料理ができない。再びできるようになりたい。



フレイル状態の要支援・事業対象者

3か月間の通所で集中的に支援
(週1回＝全12回)



リハ職による
動機付け面談



参加者同士の交流



セルフマネジメントの習慣化



日常における活動量が増加(家事, 散歩, 体操…)



買い物など、やりたかった事がまたできるようになる(リエイブルメント)



3か月後～

卒業後もセルフマネジメントで活動量を維持

セルフマネジメント＝サービスがない残り6日と22時間をいかに活動的に過ごすか

【事例】

- 85歳 男性 要支援 1 妻と2人暮らし

【**もとの暮らし**】肺気腫の既往があるが、妻と千波湖を散歩したり、近所の市民センターのシルバーリハビリ体操教室に通っていた。

- R 7 年 1 月に腰椎圧迫骨折。自宅療養を選択し、退院後は通院による運動療法を実施。
- 低活動の生活が続きフレイル状態に。
- 両下肢・体幹筋力低下，右上肢挙上不全，右肩関節疼痛，肺気腫による息切れあり。
- 過去に国勢調査の調査員をしていたが，今回は諦めていた。
- R 7 年 6 月から短期集中予防サービス利用開始



支援経過

1 週目

- ・セルフマネジメントシートの課題設定
- ①踵上げ
- ②スクワット
- ③股関節伸展
- ④外出記録
- ・面談中に息切れあり。

2 週目

- ・課題は自宅にて 1 週間継続して実施
- ・以前通っていたシルバーリハビリ体操教室の参加には消極的
- ・肺気腫については病院から呼吸法について指導があり、運動後に実施する呼吸法を検討。

4 週目

- ・腰部の痛みが改善しており、通院の頻度が減少。
- ・取り組んでいる運動のセット数、回数を増やすよう指導。
- 肩の痛みについて、肩周りの体操実施を検討。



支援経過

5 週目

- ・肩周りの運動を継続し、可動域を広げていく。駐車場の発券機から券がとれるようになった。
- ・イオンへ外出。休憩のタイミングをセルフマネジメントしながら休憩する。

6 週目

- ・課題に継続して取り組むことができおり、右肩の運動については可動域改善の自覚あり。
- ・以前は長時間の座位保持で仙骨付近の痛みが生じていたが、気にならなくなる。「お尻の筋肉がついた！」という気づき。
- ・面談中の息切れも最初の頃ほど目立たなくなる。

7 週目

- ・課題に意欲的に取り組んでいる。
- ・下肢筋力の強化、肩の可動域の改善、呼吸機能の向上を実感。
- ・1,700歩、イオンを休憩無しで歩くことができた。



支援経過

8 週目

・国勢調査の調査員を担当することになる。

・役割や事務が多く、家族は心配していたが、本人自身にできる能力があること伝え、挑戦を後押し。

・調査に向けたスケジュールや、体調管理を意識するようになる。

9 週目

・国勢調査に向けた体力作りのため、1人でイオンに出かける。

・イオンに行った際に吸入器を携帯していたものの使用せずに済んだ。

10週目

・外出した際、家族がそれまでの本人の歩くペースに合わせて歩いていたところ、それを上回るスピードで歩くことができた。

・駐車場の駐車券の取り入れ自立し、できることが増えたと実感。



支援経過

12週目

・課題への取組は最後まで実施でき、卒業後も継続できる。セルフマネジメントを身につけ、卒業となる。
・国勢調査員の業務を実施し、**「国勢調査までできるようになると思わなかった」**と話す。

卒業後の生活

・シルバーリハビリ体操教室を再開するため、申込みをする。
・妻、娘と旅行に行く計画をたてている。
・ドライバーサポートフィットネスへ参加（運転への意欲が継続している。）

自分らしい
暮らし

セルフ
マネジメント



自信と
能力

活動量の
増加

令和7年度からの取組

入りの改善

高齢者の困りごとに対し、リハビリ専門職の視点から目標設定や選択肢を提案。

同行訪問アセスメントの拡充

【新】茨城県リハビリテーション専門職協会に
同行訪問アセスメント業務を委託

地域包括支援センターが訪問を行う際、リハビリ専門職等が同行し、生活の様子や身体の状態を確認。元の生活を取り戻すための適切な目標を提案する。

リエイブルメントの推進

短期集中サービスで「元の生活に戻る」支援を行う。

短期集中予防サービスの充実

【新】通所型介護予防教室のタクシー事業者
送迎

【新】通所型介護予防教室の委託

サービス利用日以外の自宅での過ごし方と、現状の課題や今後の目標を話合う面談を中心とした3か月間のサービス。アセスメントで設定した目標を達成し、サービス終了後自信をもって「元の生活に戻る」ことを目的とする「**リエイブルメント**」の考え方にに基づき実施。

出口の充実

短期集中利用後に、地域で自分らしく生活できるよう支援を行う。

社会参加の促進

【新】第2層SCを高齢者支援センターにモデル配置（SCの役割を再構築）

様々な社会参加の機会が、介護予防や健康維持には有効。

住民主体の体操教室、サロン、趣味活動など、毎日の活動量を増やせるよう、興味・関心のある活動を選択し、住み慣れた地域での自立した生活を継続。

高齢者の選択肢を増やすための「社会資源の把握」と「一人ひとりのニーズと資源のマッチング」を生活支援コーディネーター（SC）が支援。



総合事業ガイドラインの改正について（令和6年8月5日発出）

多様なサービス・活動の例 (ガイドライン改正)

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
	○		

○実施要綱の改正内容について具体的なイメージができるよう、事業例について、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」（平成27年6月5日老発0605第5号厚生労働省老健局長通知）の一部を改正。

従前相当サービス

- 専門職による専門的な支援ニーズに総合的に応えるサービス
- 想定される対象者は、進行性疾患や病態が安定しない者など
- サービスの内容は総合的なものであるほか一定の制約あり



多様なサービス・活動

- 地域住民を含む地域の多様な主体により展開されるサービスや活動
- 想定される対象者は、地域とのつながりの中で生活する要支援者等
- サービスの内容は高齢者の視点に立って検討される

【ガイドライン本文より】

・通所介護事業者の従事者による従前相当サービスについては、主に、多様なサービス・活動の利用が難しいケース・不適切なケースや、専門職の指導を受けながら生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで生活機能の改善・維持が見込まれるケース等、通所介護事業者の従事者による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定される。この場合、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である。

・サービス内容

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。

従前相当サービス（介護予防デイサービス，ホームヘルプサービス） 利用者の状態像（案）

- ①入浴，更衣，排泄等に見守りや介助が必要な方
- ②日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられる方
- ③精神疾患等の疾病があり，介護専門職による支援が必要な方
- ④末期がん、進行性難病等で、心身の状態に改善が見込めない方
- ⑤虐待や住環境等の問題があり、その改善が見込めない方
- ⑥退院直後や骨折の治療中など一時的に相当サービスが必要な方

【令和8年4月～ 運用開始予定】

介護予防ケアプランの期間の変更（案）

対象者	変更前	変更後
事業対象者	作成日から4年以内で 適正な期間を設定	最大1年間
要支援1・2	認定有効期間を考慮して 適正な期間を設定	

- ・自立に向けた達成可能な目標の設定，評価の実施により，自立支援に資するケアマネジメントを実施するため運用を変更。
- ・新規及び更新時の計画作成について適用

【令和8年4月～運用開始予定】