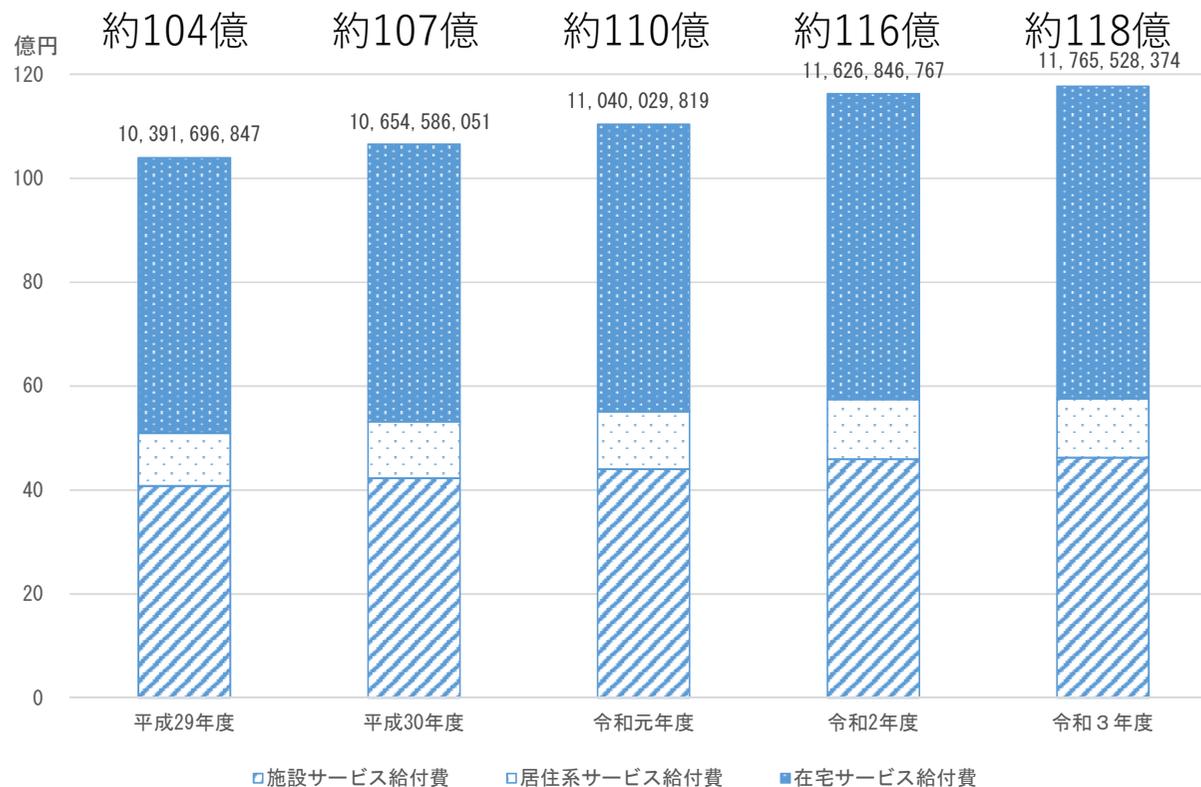


## 【磐田市の地域包括ケアシステムのこれから】

それは、あなたが望んでいる暮らしですか？  
～ 本人ができることを みつけて 支えて ～

令和5年3月16日（介護保険運営協議会）  
磐田市高齢者支援課地域包括ケア推進グループ

## 介護給付費の推移（ながふじ学府小中一体校と「かたりあ」を合わせた建設事業費相当額が毎年必要）



（出典）厚生労働省「介護保険事業状況報告」年報（令和3年度のみ「介護保険事業状況報告」月報）

介護需要のピーク（2030～2035年）の介護給付費を単純に推計すると、約116億円（令和2年度）×1.26＝約146億円。磐田市の介護保険料の基準額は月5,100円だが、令和6年度以降上昇していく見込み。

# 介護需要の推移（要介護認定を受ける人（80代前半）のピークは2030年～）

平均自立期間（要支援・要介護）

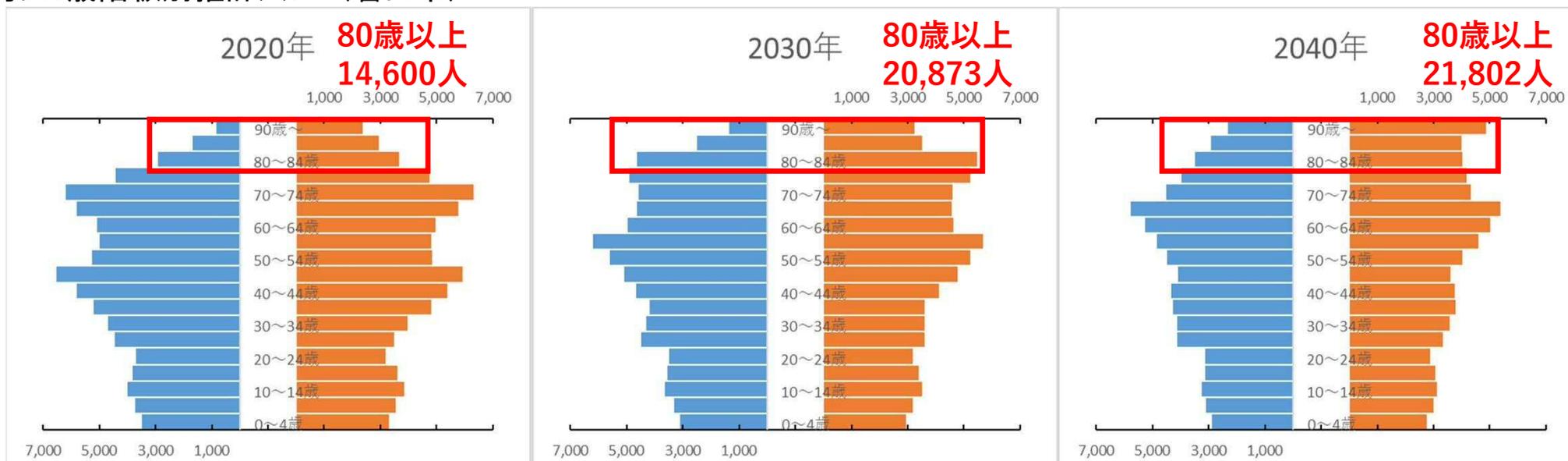
	全国	磐田市
男	78.5歳	80.1歳
女	81.2歳	83.0歳

（出典）KDBシステム

**80代前半から  
要介護認定を受ける人が多い**

**介護需要は2030年～2035年がピーク  
（2020年の1.26倍）**

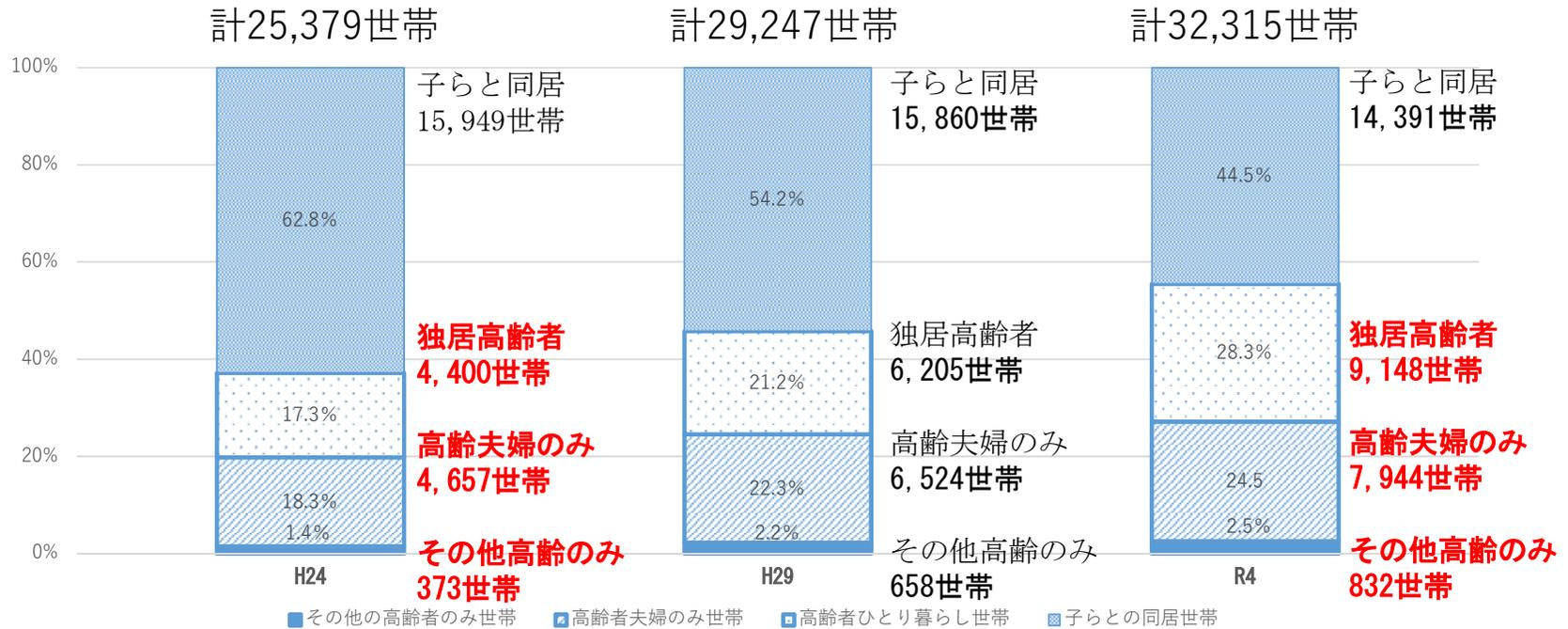
男女5歳階級別推計人口（磐田市）



**「要支援1・2の人へのサービスをやめる」という事業所が出てきている中で、介護需要は今後も増え続けていきます。**

（出典）『日本の地域別将来推計人口』（平成30（2018）年推計）

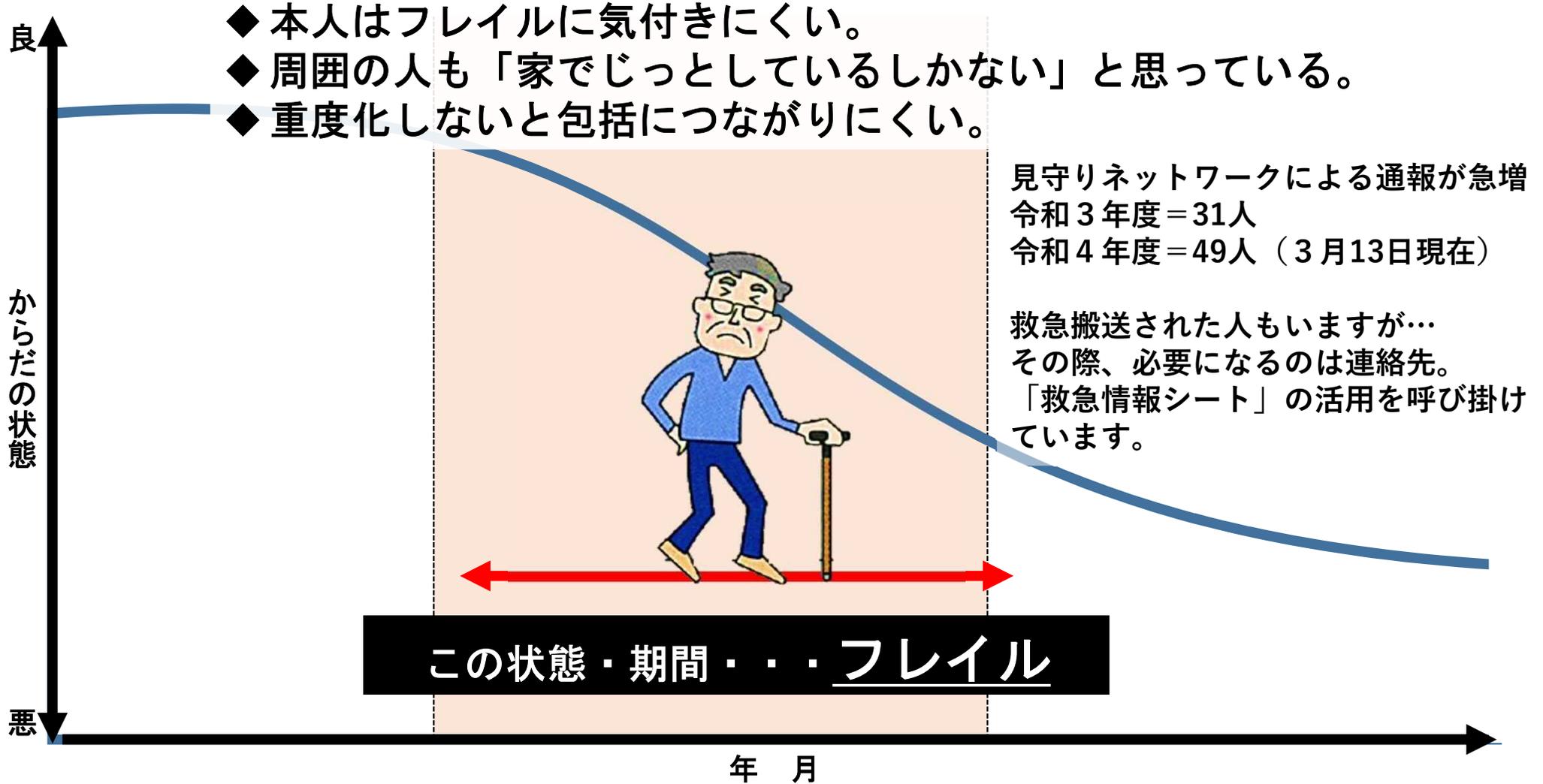
## 高齢者世帯の区分別世帯数（高齢者だけで暮らす世帯は10年で倍増）



(出典) 高齢者福祉行政の基礎調査

- ◆老人クラブ参加者や地域包括支援センター等から聴き取った高齢者の実態
- 心身に支障が出始めた人は、自宅にひきこもる人が多く、地域包括支援センターが介入するときには、既に状態が悪化して改善・回復の難しい人が多い。
  - 家族等支援者がいないと、地域包括支援センターに繋がりにくい。  
(本人が直接相談するケースは少ない)。

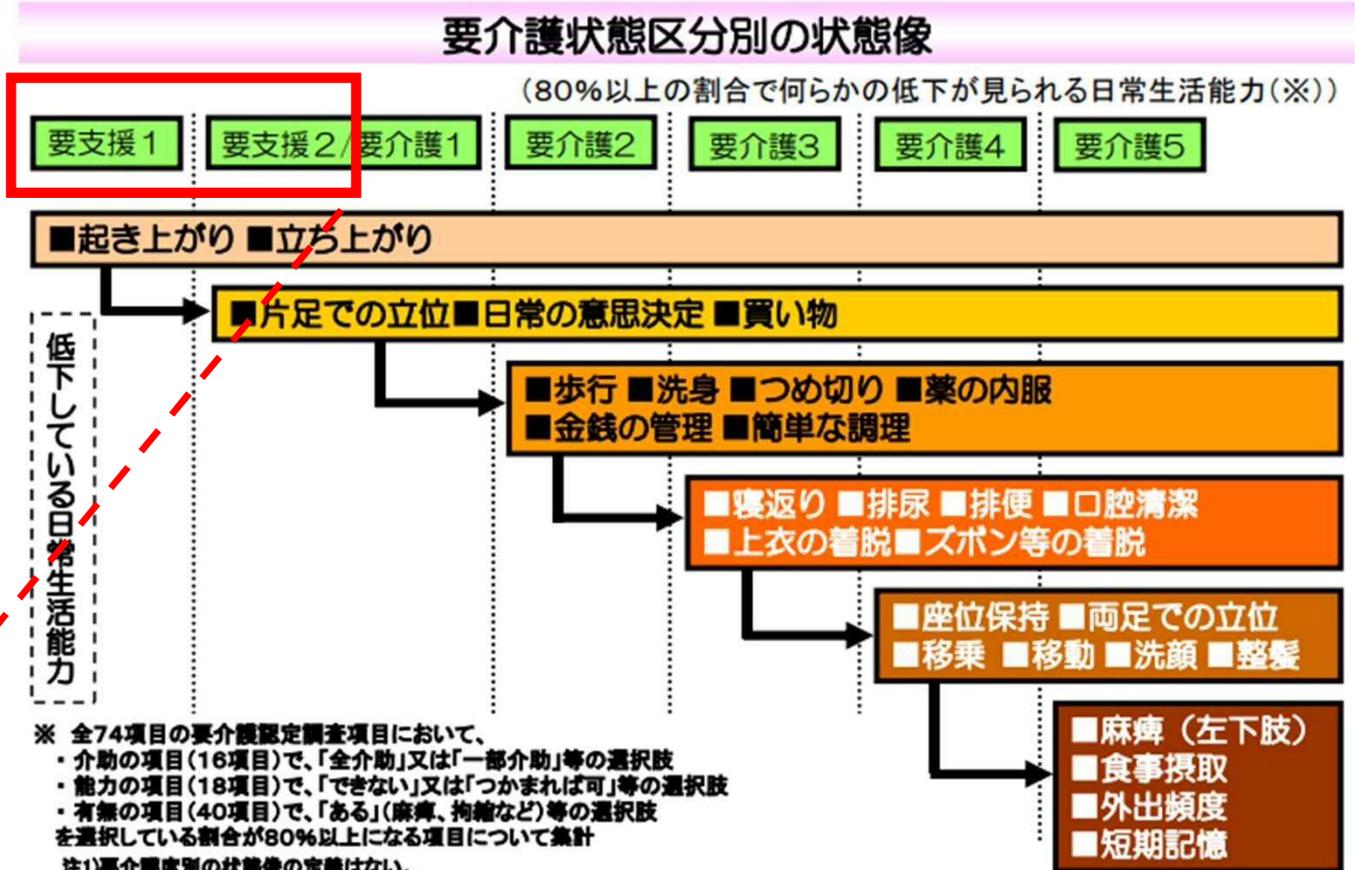
## 高齢者の置かれている状況（まとめ）



# フレイルの人の状態

見つからない、つながらない人  
 ……フレイル

本当に支援できない？

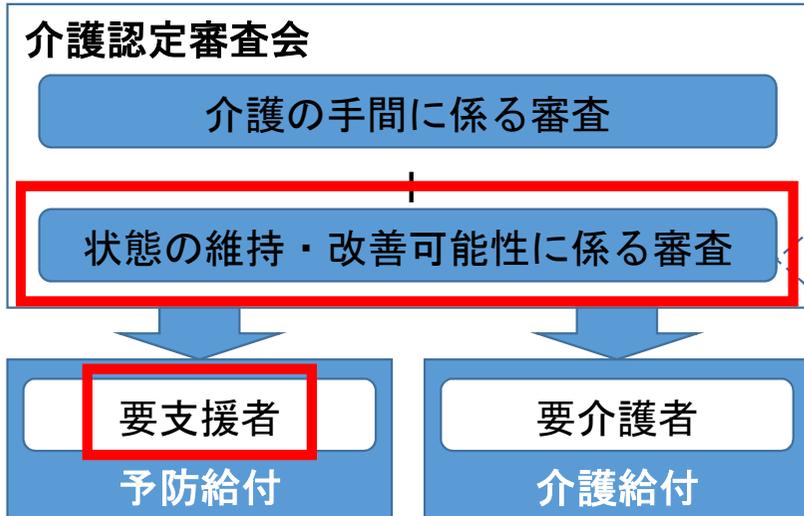


**フレイル = 要支援者**

(出典)厚生労働省資料「要介護認定の仕組みと手順」

# 要支援者の状態

要介護認定はどのように行われるか



予防給付対象者の選定は、要介護認定の枠組みの中で、介護の手間に係る審査に加え、高齢者の「状態の維持・改善可能性」の観点で踏まえた明確な基準に基づく審査・判定を通じて行う。

予防給付の対象は、「要支援1」の者すべてに加え、「要介護認定基準時間が32分以上50分未満に相当する者」に該当する者のうち、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付等の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者とする。

(出典)厚生労働省資料

**要支援者は改善可能性がある**

介護保険法 第4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。

## 結局、何が問題なのか

高齢者の増加は、支援してくれる家族がいない人の増加であり、状態が悪化するまで支援できない人の増加となっている。サービス提供が難しくなっている介護事業所が出始めている状況で、「自宅での生活が困難になっても、サービスが受けられない人の増加」が懸念され、フレイル状態の人を支える体制整備が急務となっている。

### 1 市民の意識について

フレイルになり始めた時点で受診・相談する人は少なく、引きこもってしまうため、気づかれにくい。

### 2 機能改善・回復に向けたサービスについて

フレイルになった人に勧められるサービスが少ない。

### 3 要支援者のケアマネジメントについて

介護認定で「要支援者」とされた人に対する適切なケアマネジメントが難しい。  
(ケアマネが減りつつあること、「要介護者」に比べて約1/3の収益など)

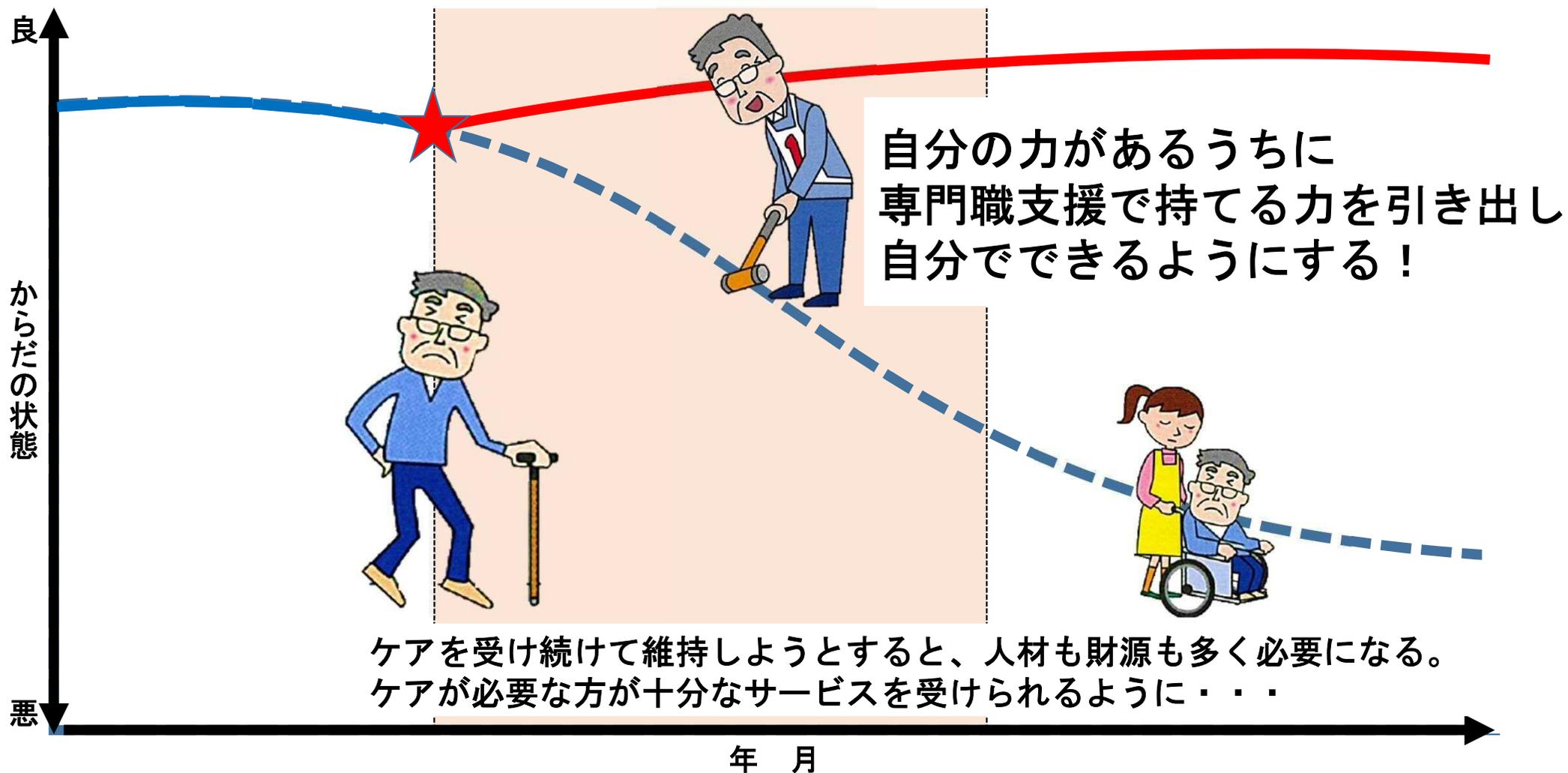
### 4 機能改善・回復できた人への支援について

機能改善・回復できた人と地域資源を結び付ける役割の人が少ない。

「回復しても、デイサービスを利用し続けないと悪くなってしまう」のが現実。

自立した状態を維持するには、一人ひとりの趣味嗜好や心身状態に応じて、移動販売車と繋いだり、「あそこで週1で将棋やってるよ」など、地域資源をマッチングできるコーディネーター役が必要。

【ありたい姿】 本人ができることを みつけて 支えてフレイルの人を改善させて自立に導く



## 介護予防・日常生活支援総合事業（事業対象者・要支援者のサービス）の実績

	R1	R2	R3
基準額	276,517,750	278,375,466	283,698,433
介護予防・日常生活支援総合事業	249,106,087	257,914,114	261,825,675
訪問型サービス（第1号訪問事業）	43,620,540	49,310,091	46,916,453
訪問介護相当サービス	41,986,906	48,108,708	46,186,442
訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	1,633,634	1,103,747	730,011
訪問型サービスC（短期集中予防サービス）	0	97,636	0
通所型サービス（第1号通所事業）	173,219,660	176,077,482	181,831,314
通所介護相当サービス	152,943,863	162,562,904	166,746,485
通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	19,295,027	13,132,374	14,703,637
通所型サービスC（短期集中予防サービス）	980,770	382,204	381,192
介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）	24,126,864	24,674,572	25,990,305
審査支払手数料	691,012	725,880	729,790
高額介護予防サービス費相当事業等	390,849	523,406	321,586
一般介護予防事業	7,057,162	6,602,683	6,036,227
介護予防普及啓発事業	1,404,514	1,246,777	496,169
地域介護予防活動支援事業	5,652,648	5,355,906	5,540,058
地域リハビリテーション活動支援事業	0	0	0

- ・ 介護予防・日常生活自立支援事業の実績は増加傾向であり、基準額を超過する可能性もある。
- ・ 総合事業（相当・緩和・短期集中予防）に係る費用のうち7割が通所相当に係る事業費

## 4つの方針 ～市民・家族・関係者への働きかけを、全て同時並行で進めることが必要～

磐田市のありたい姿

本人ができることを みつけて 支えて  
フレイルの人を改善させて自立に導く

### 1 市民への啓発

本人・家族・地域が「フレイル状態になった人に早く気付いて、改善に向けて動き出す。

### 2 機能回復・予防の体制構築

介護サービスに関わる人たちに、フレイルを改善する意識を持つ。

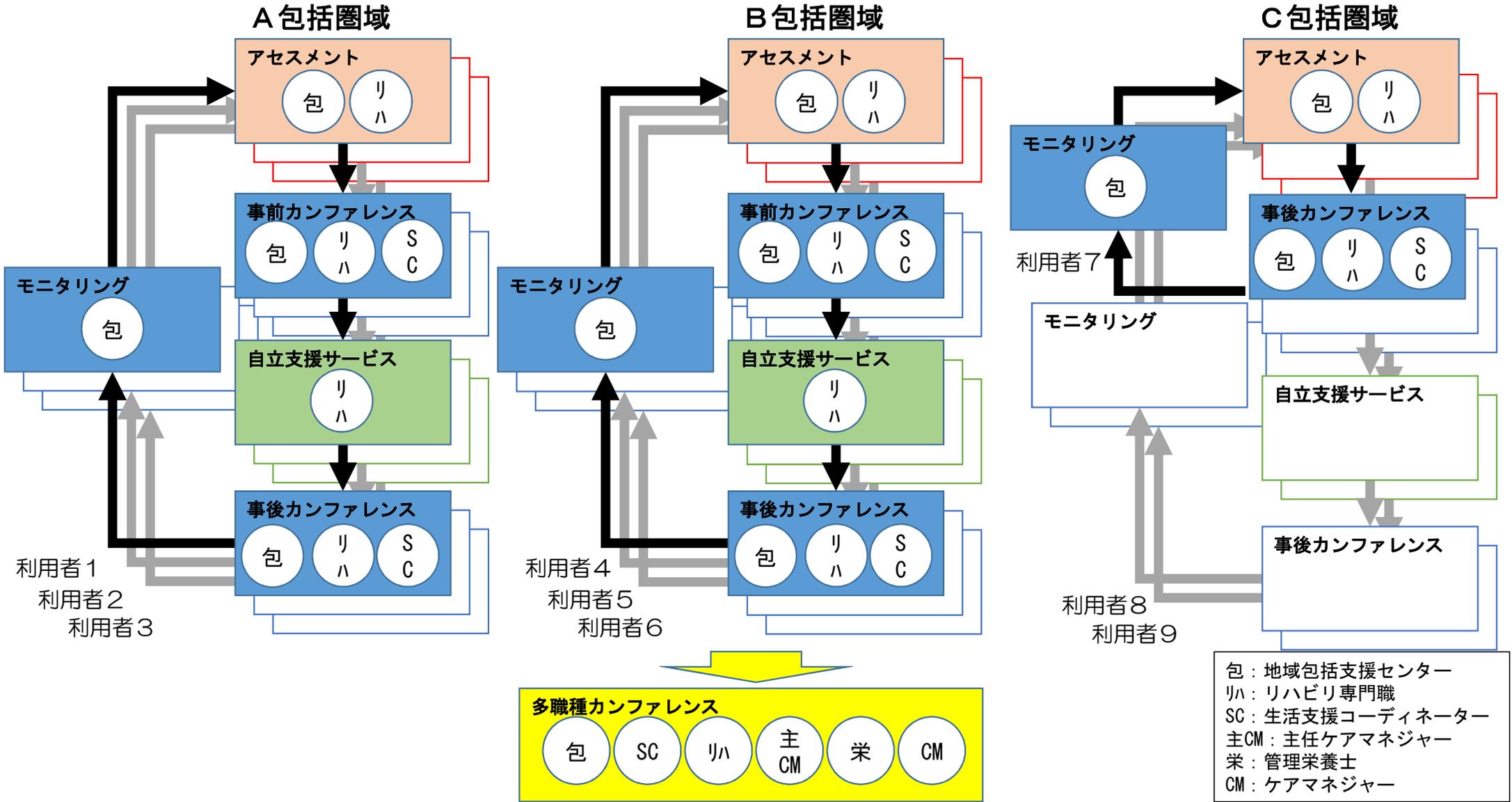
### 3 本人の望みを実現するケアマネジメント

要支援者に対して本人が望む暮らしを引き出すアセスメント、ケアマネジメントを行う。

### 4 一人一人のニーズに応じる生活支援体制の整備

一人一人の高齢者を支えるためのネットワーク構築やマッチングを行う。

## 自立支援モデルのイメージ図



## 2 高齢者ができることを みつけて 支えて

### 介護予防に「自立支援モデル共創プロジェクト」を始めます

市高齢者支援課は、厚労省事業「令和4年度アジャイル型地域包括ケア 政策共創プログラム」に参加し、各分野で活躍する講師による専門的な指導を受けながら高齢者を取り巻く課題の明確化、課題解決への方針を検討してきました。

この取組を踏まえ、令和5年度から、フレイルになっても自立した生活を続けていくことができるように「自立支援モデル共創プロジェクト」を始めます。

#### 1 「自立支援モデル共創プロジェクト」とは

令和4年度のプログラムから導き出した4つの課題に対して、解決に向けた4つの方針を定めました。令和5年度は、関係者が連携してモデルケースを実施しながら、具体的な方策を検討していきます。

##### 《4つの課題》

- ① 心身に支障が出始めた時点で、受診・相談する人は少ない
- ② 心身に支障が出始めた人に勧められるサービスが少ない
- ③ 介護認定で「要支援者」とされた人に対するケアマネジメントが難しい
- ④ 機能改善・回復できた人と地域資源を結び付ける役割の人が少ない

##### 《4つの方針》

- ① 市民への啓発  
フレイルに早く気づいて、改善に向けて動き出すよう勧める
- ② 機能回復・予防の体制構築  
リハビリ専門職と連携して、機能回復できる仕組みを整える
- ③ 本人の望みを実現するケアマネジメント  
フレイルになる前の生活を取り戻すことができるように支援する
- ④ 一人一人のニーズに応じる生活支援体制  
高齢者を支えるためのネットワーク構築やマッチングを行う

##### 【第1回 自立支援モデル共創プロジェクト会議】

日時：令和5年3月31日（金） 15:00～

会場：iプラザ（国府台57-7）2階（ふれあい交流室3）

#### 2 「令和4年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」とは

高齢者の暮らしを支える人と地域の可能性を最大化するため、豊富な支援実績を持つメンター陣のハンズオン支援により、環境変化や地域課題に向き合える自治体の基盤づくりを目指す、地域包括ケア・地域共生社会を実現する推進エンジンです。令和4年度は、全国で14市町村が参加しました。

## 「4つの方針」の今後の展開イメージ（ロジックモデル）

タイトル：それは、あなたが望んでいる暮らしですか？ ～ 本人ができることを みつけて 支えて ～

仮説 課題仮説	インプット 誰に	アクティビティ どう働きかける	アウトプット まずどうなって		アウトカム 何が変わる		インパクト ありたい姿
<p><b>現状</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者は、老いに気づかない。気づいていても隠したい。</li> <li>家族や地域は社会とのつながりが無くなった（弱り始めた）高齢者に気づかない</li> <li>心身の状態が重度化してから包括につながっている。</li> <li>支援を受ける人の多くは介護サービスを使い続けている。</li> </ul> <p><b>課題</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>弱りはじめた高齢者は状態が悪化するまで支援につながらない。</li> <li>本人が望む暮らしを実現させられる支援がない。</li> </ul> <p><b>真因</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>市民の意識                     <ul style="list-style-type: none"> <li>弱りはじめ（フレイル）は改善できるという意識を持っていない。</li> <li>改善できることを知らなかったり、あきらめているため早期に相談する意識がない。</li> </ul> </li> <li>機能回復できるサービス                     <ul style="list-style-type: none"> <li>「本人が望む暮らし」を実現させるために考えられるサービスのC事業は年間利用者が10人に満たない。</li> <li>多くの人が利用する相当サービスや緩和サービスは状態維持につながっているかもしれないが「本人が望む暮らし」を実現できていない。</li> </ul> </li> <li>要支援者のケアマネジメント                     <ul style="list-style-type: none"> <li>本人や家族はデイサービスに行きたいというような要望がある中で、本当に本人が望む暮らしを引き出すアセスメントができていないのか。</li> <li>「元の生活に戻る」「サービスは改善するまで」といった意識の事業対象者や要支援者は少ない中でいかに改善や回復して自立に導くケアマネジメントができるか。</li> </ul> </li> <li>回復できた人へのその後の支援                     <ul style="list-style-type: none"> <li>C事業終了後に自立を維持することが難しい。セルフマネジメントや地域へのつながりが不十分。</li> <li>通いの場に通いだけが本人らしい暮らしではない。</li> <li>再自立した人を地域へつなぐ役割がSCに求められるが、今の体制では個別ケースの支援は難しい。</li> </ul> </li> </ul>	<p>本人・家族・地域</p>	<p><b>方針1 市民への啓発</b></p> <p>高齢者の現状と課題を共有しフレイルは改善できることやフレイルに早く気づくこと、早期に相談する意識について理解を得る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>民生委員・サロン代表者・せいかつ応援倶楽部への「ありたい姿」を共有する。</li> <li>広報いわたで「ありたい姿」の特集を組み啓発する。</li> </ul>	<p>フレイルは改善できることや事業対象・要支援者が自分らしい暮らし、元の暮らしを実現できることを理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者本人がフレイルに注意する。</li> <li>家族や地域は、周りのフレイルの人を気に掛けるようになる。</li> </ul>	<p>フレイルは改善できることや事業対象・要支援者が自分らしい暮らし、元の暮らしを実現できることを理解する。</p> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>広報掲載</li> <li>啓発物（チラシ）作成</li> <li>説明会回数/参加人数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルの実績が周知される。</li> <li>早期に相談すれば「元の生活に戻る」ことを認識する。</li> <li>自立を取り戻してからのセルフマネジメントができる。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人からの相談数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>セルフマネジメントによりフレイルに早期に気づき相談する。</li> <li>本人らしい暮らしを取り戻すことで、地域活動の参加者が増える。</li> <li>家族や地域の見守りや支え合いが広がる。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事業対象・要支援者の通いの場参加</li> </ul>	<p>本人ができることを</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>「本人が望む暮らし」を実現させるために考えられるサービスのC事業は年間利用者が10人に満たない。</li> <li>多くの人が利用する相当サービスや緩和サービスは状態維持につながっているかもしれないが「本人が望む暮らし」を実現できていない。</li> </ul> <p>要支援者のケアマネジメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人や家族はデイサービスに行きたいというような要望がある中で、本当に本人が望む暮らしを引き出すアセスメントができていないのか。</li> <li>「元の生活に戻る」「サービスは改善するまで」といった意識の事業対象者や要支援者は少ない中でいかに改善や回復して自立に導くケアマネジメントができるか。</li> </ul> <p>回復できた人へのその後の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>C事業終了後に自立を維持することが難しい。セルフマネジメントや地域へのつながりが不十分。</li> <li>通いの場に通いだけが本人らしい暮らしではない。</li> <li>再自立した人を地域へつなぐ役割がSCに求められるが、今の体制では個別ケースの支援は難しい。</li> </ul>	<p>リハ職・専門職（事業所）</p>	<p><b>方針2 機能回復の体制整備</b></p> <p>「ありたい姿」を共有する。「ありたい姿」を実現するためにはフレイルの人の改善・自立に向けてリハ職の協力が必要であることを説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現行「ケアプラン会議」の助言者のリハ職へ説明と自立支援モデルの協力を打診する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ありたい姿」を理解し、実現に向けて共通認識を持って自立支援モデルの立上げに参加する。</li> <li>自立支援モデルの実施方法（同行訪問・C事業）を検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルを実施する。</li> <li>同行訪問を実施する。</li> <li>訪問型サービスCの内容を検討する。</li> <li>多職種カンファレンスを実施する。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルの実施</li> <li>事業者連絡会での説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルの実績から、協力事業者が増える。</li> <li>予防給付に関わる事業所が市の「ありたい姿」を理解する。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデル参加事業所数</li> <li>同行訪問回数</li> <li>事業者連絡会での説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業対象、要支援者への支援が改善や回復を前提としたものになる。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>多職種カンファレンス参加事業者数</li> <li>各種サービスの利用期間</li> <li>要支援者の維持改善率</li> <li>総合事業の事業費（相当/緩和/短期集中予防）</li> </ul>	<p>みつけて</p>
<p>回復できた人へのその後の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>C事業終了後に自立を維持することが難しい。セルフマネジメントや地域へのつながりが不十分。</li> <li>通いの場に通いだけが本人らしい暮らしではない。</li> <li>再自立した人を地域へつなぐ役割がSCに求められるが、今の体制では個別ケースの支援は難しい。</li> </ul>	<p>包括・ケアマネ</p>	<p><b>方針3 本人の望みを実現するケアマネジメント</b></p> <p>「ありたい姿」を共有する。「ありたい姿」を実現するためには事業対象、要支援者への支援のあり方が変わることを説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルの対象の包括へ協力を打診する。</li> <li>全地域包括支援センターと「ありたい姿」の実現に向けて同じ方向を向くための協議を実施する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ありたい姿」の実現のために包括が抱える課題を洗い出す。</li> <li>自立支援モデルの対象者像やその把握の方法を検討する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルを実施する。</li> <li>アセスメントにリハ職が同行するイメージをつかむ。</li> <li>リハ職の助言をケアマネジメントに活かす。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルの実施</li> <li>自立支援者モデルを全包括へ共有</li> <li>ケアマネジメント様式の見直し、簡素化</li> <li>セルフマネジメントツールの開発（基本チェックリスト・後期高齢者の質問票・介護予防手帳）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルを全包括で実施する。</li> <li>居宅のケアマネが「ありたい姿」を理解する。「ありたい姿」の実現のために自立支援モデルが必要なことを理解する。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルの全包括での実施</li> <li>多職種カンファレンスへのケアマネ参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業対象・要支援者が改善して自立するイメージができる。</li> <li>事業対象・要支援者の新規ケースで同行訪問やサービスCが選択される。</li> <li>ケアマネがリハ職同行訪問の視点をケアマネジメントに活かす。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>同行訪問回数</li> <li>サービスC利用者数</li> </ul>	<p>支えて（フレイルの人が改善して自立できる地域）</p>
	<p>S C</p>	<p><b>方針4 一人ひとりのニーズに応じた生活支援体制の整備</b></p> <p>「ありたい姿」を共有する。「ありたい姿」を実現するためには個別ケースへの関わりが必要であり、個別ケースから地域課題を考えたいことを説明する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SC連絡会を通じて「ありたい姿」を共有する。</li> <li>自立支援モデルへの協力を打診し、対象地域以外のSCにも自立支援モデルの経過を共有する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「ありたい姿」の実現に向けてSCが求められる役割を理解する。</li> <li>個別ケースへの関わり的重要性を理解する。</li> <li>自立支援モデルの立上げに参加する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルを実施する。</li> <li>個別ケースを支援するイメージをつかむ。</li> <li>個別ニーズの多様性を知り対応を考える。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援モデルの実施</li> <li>自立支援モデルを全SCへ共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全SCが個別ケースの支援をイメージできる。</li> <li>個別ケースを支援する視点で地域資源を把握する。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ケースのカンファレンスで本人らしい暮らしを実現するための提案</li> <li>モデルケースで地域へつないだ事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SCに求められる役割が整理される。</li> <li>包括を個別事例、個別課題を共有し地域課題を検討できる関係性になる。</li> <li>通いの場に行けなくなった人を支援につなげる。</li> </ul> <p>【指標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>専任SCの配置</li> </ul>	