

神戸市介護予防ケアマネジメント従事者 新任者研修

神戸市介護保険課

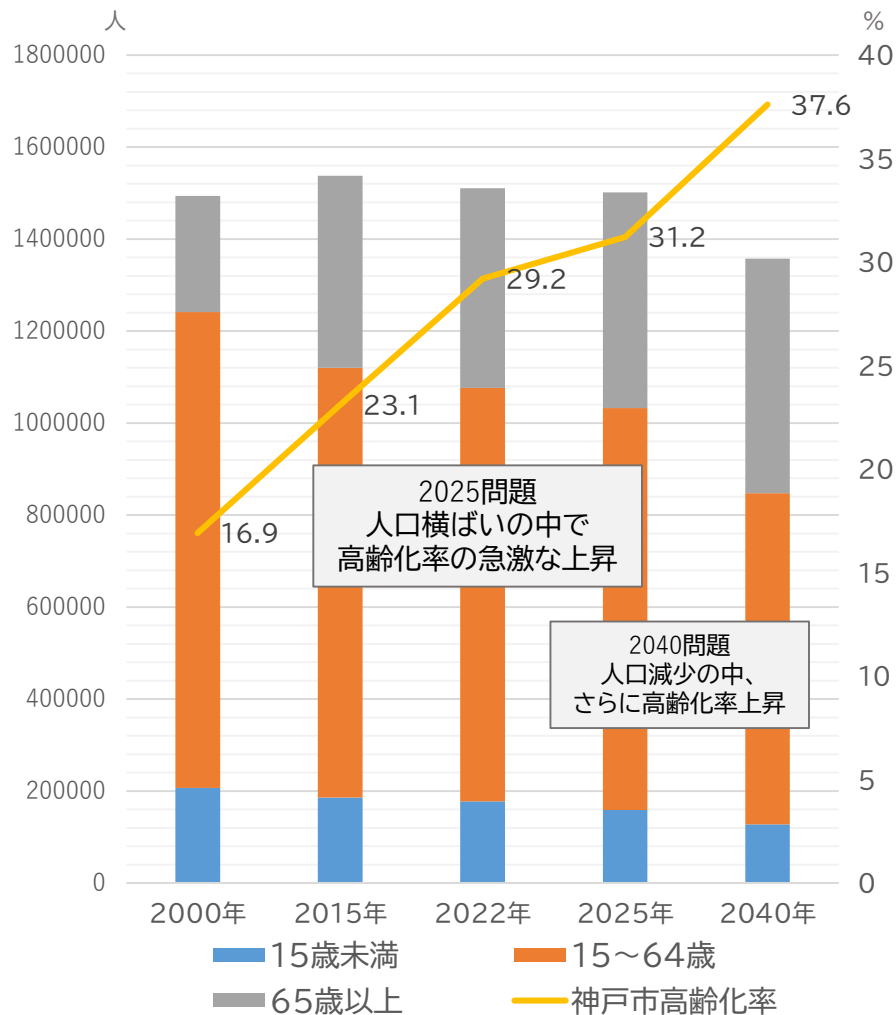


神戸市の総合事業と 介護予防の考え方について

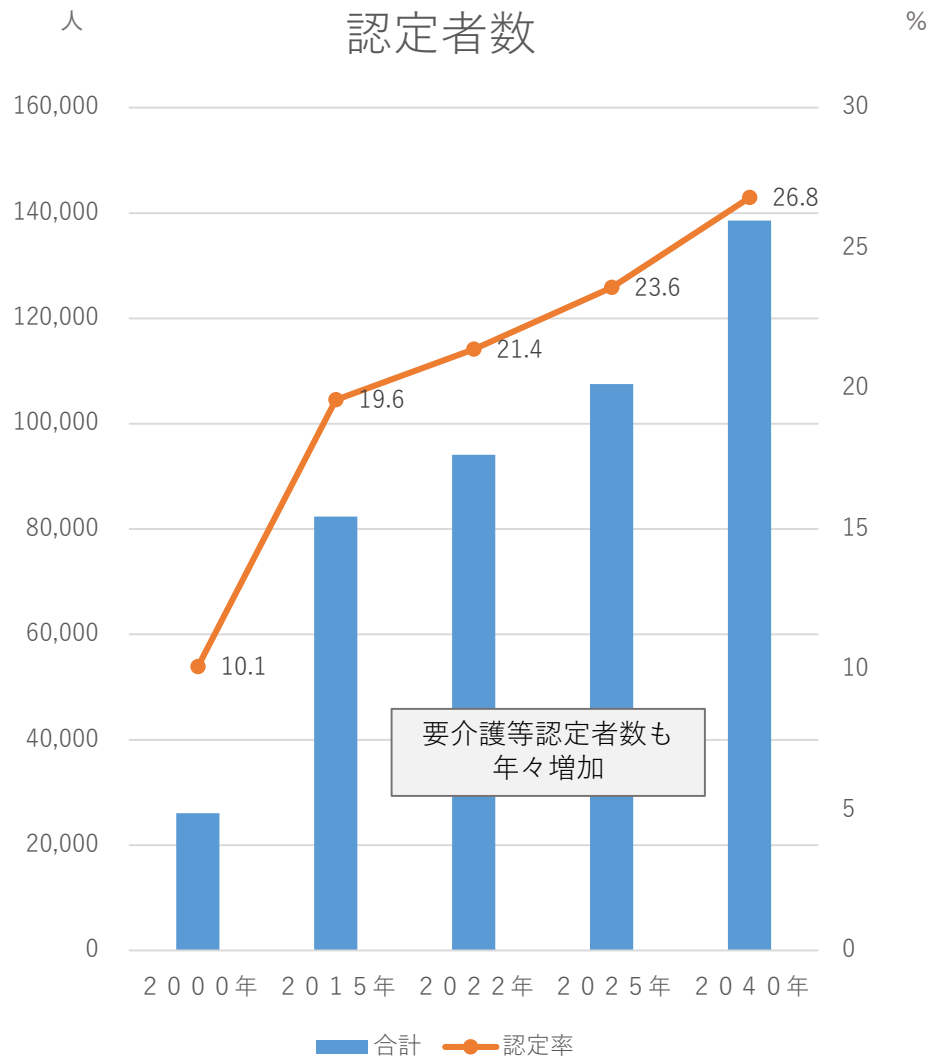


神戸市の高齢化の状況

神戸市人口及び高齢化率

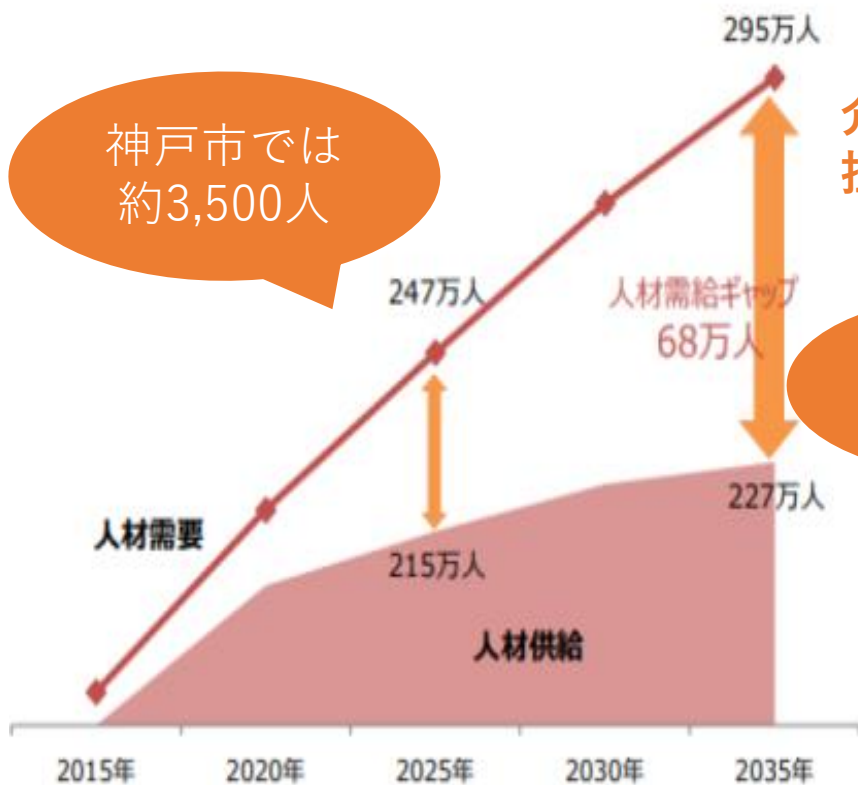


神戸市における要介護等



介護人材の需要と供給

介護職員の需給



神戸市では
約3,500人

神戸市では

要介護・要支援者 約9万4千人 ※2号認定者含む

介護予防の効果を高め
担い手に回ってもらう

一人50人
を担当！？
※サービス未利用者含む

介護予防支援事業所
約580人

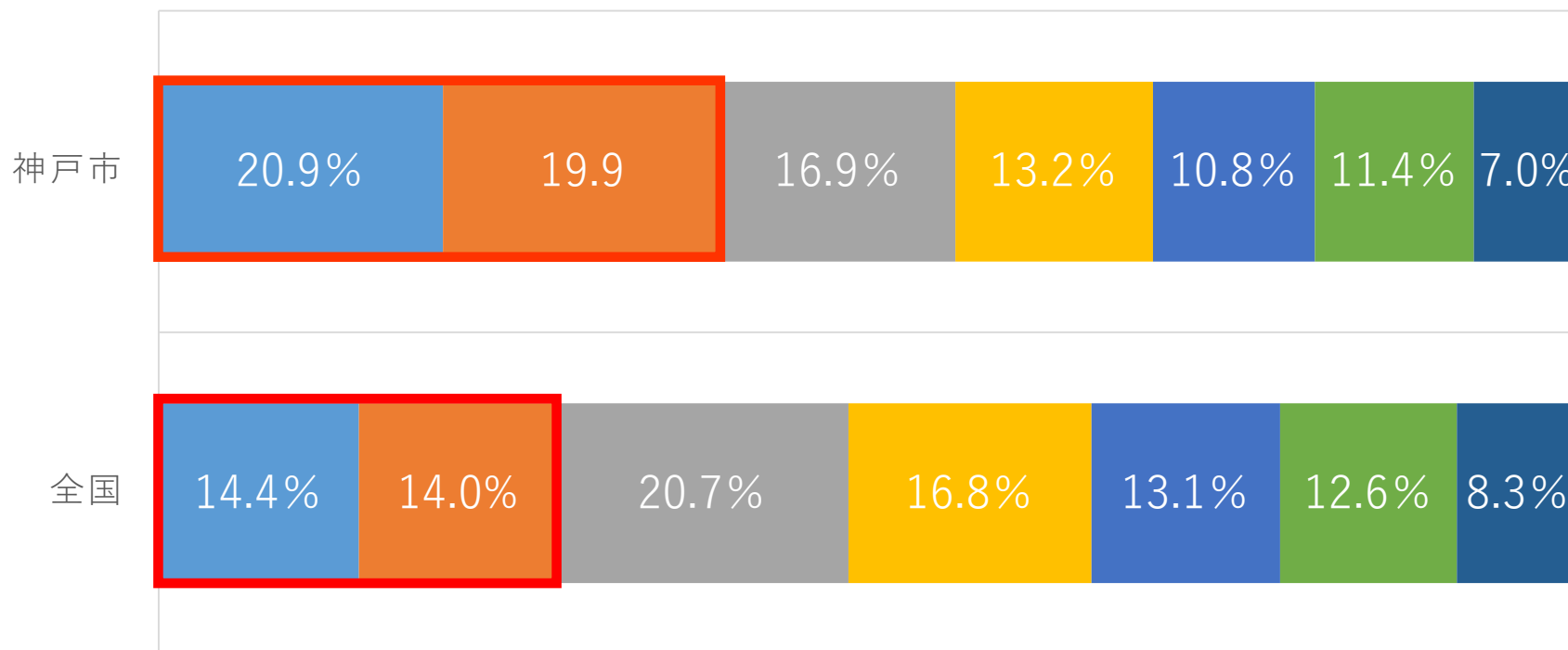
居宅支援事業所
約1300人

限られた人材は
いかに必要な人に関わるか

要介護認定の軽度者の占める割合

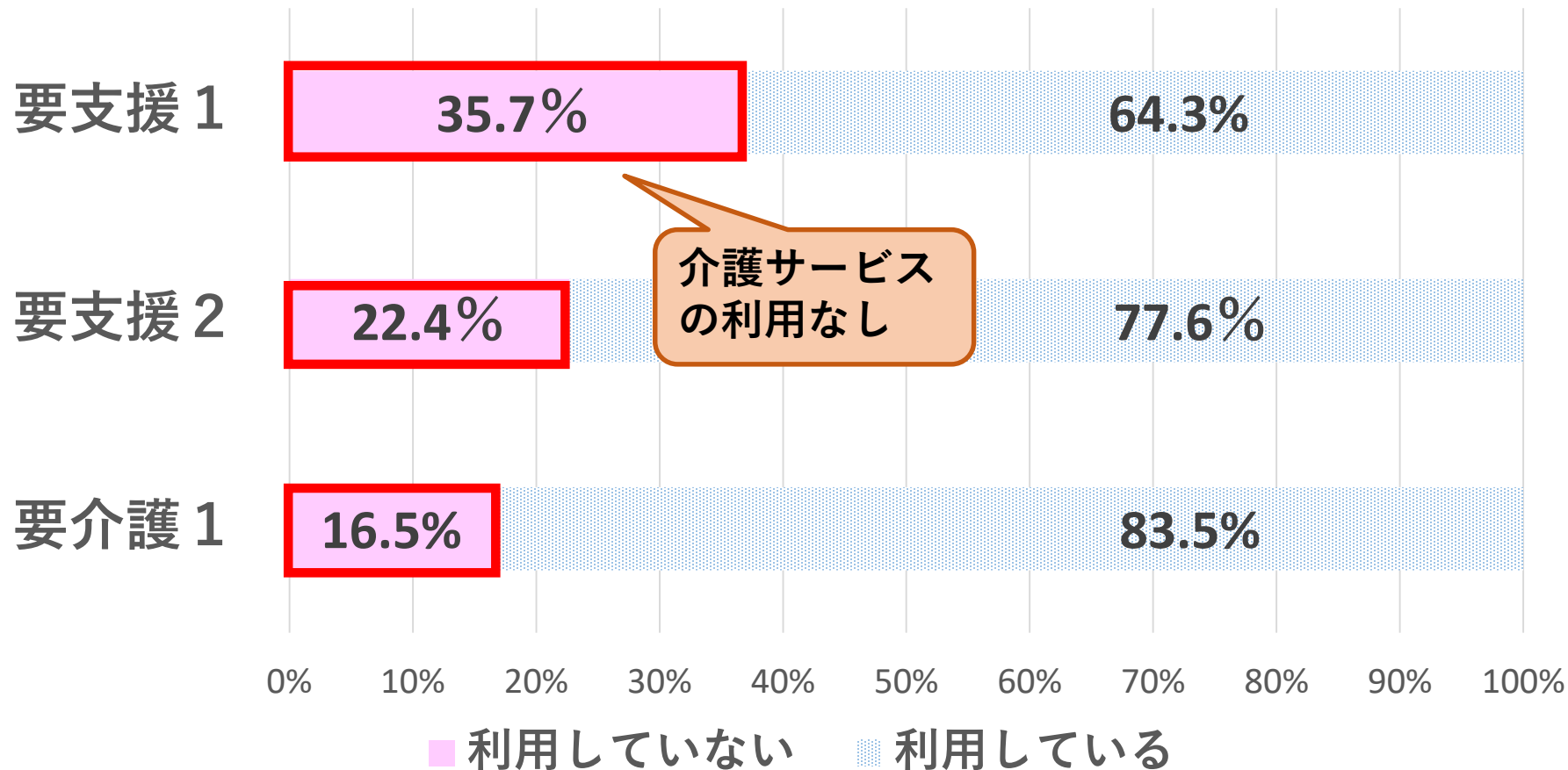
神戸市は、認定者のうち軽度者の割合が多い。

■ 要支援1 ■ 要支援2 ■ 要介護1 ■ 要介護2 ■ 要介護3 ■ 要介護4 ■ 要介護5



介護保険サービスの利用状況

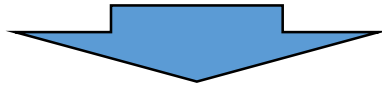
軽度者ほど、介護保険サービスを利用していない割合が多い。



介護予防の考え方について

- ① 要介護状態になることをできる限り防ぐ（＝発生を予防する）
- ② 要介護状態になっても、状態がそれ以上に悪化しないようにする
（＝維持・改善を図る）

どのような状態にある者であっても、
生活機能の維持・向上を積極的に図ることが重要



その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援する。

⇒すなわち「自立支援」（＝*介護保険の基本理念*）

介護保険法 第4条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じ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正な保険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。

要支援者の特徴



- ①健康な状態と要介護状態の間です。
- ②フレイルであることに早めに気付いて、適切な対策をとれば、元の状態に戻ることもできます。
- ③フレイルは複数の要因が影響しています。

神戸市では、フレイル対策に力を入れています

神戸市が行う総合事業

令和7年3月現在

要支援1・2
の方が利用

地域支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業

予防給付
(全国一律
の基準)

(ホームヘルプ)
訪問介護

(デイサービス)
通所介護

地域支援
事業

介護
予防
事業

	名称	実施方法	内容	利用者負担
訪問型サービス	介護予防訪問サービス (従前の訪問介護相当)	指定	従来の訪問介護と同じサービス。 ヘルパーにより、身体介護と掃除・買物などの生活援助を提供	利用頻度によって
	生活支援訪問サービス (訪問型サービス・A)	指定	従事者の資格要件を緩和し、市の定める研修を修了した方等により、掃除・買物などの生活援助を提供	介護予防訪問サービスの8割
	住民主体訪問サービス (訪問型サービスB)	補助	NPO法人等の有償ボランティアによる、掃除・買物などの生活援助	サービス提供者が設定
通所型サービス	名称	実施方法	内容	利用者負担
	介護予防通所サービス (従前の通所介護相当)	指定	従来の通所介護と同じサービス	利用頻度によって
一般介護予防事業	フレイル改善通所サービス (通所型サービス・C)	委託	フレイル改善のための栄養(食・口腔)、運動、社会参加をバランスよく取り入れたプログラムを提供	1回200円(月800円)
	名称	内容		
	地域拠点型一般介護予防事業	地域福祉センター等で週1回5時間程度、体操やレクリエーション、給食、専門職による介護予防講座等、様々なメニューを提供		
	つどいの場支援事業	月一回以上、通年開催などの要件を満たす通いの場を運営する団体に対して、場所代などの運営費の一部を補助		
	フレイル予防支援事業	集団で行う簡易なフレイルチェックや、フレイル予防のための栄養(食・口腔)、運動、社会参加についてのアドバイスを行う 1回90分以上		
	K O B E シ ニ ア 元気ポイント事業	高齢者施設において高齢者施設等で掃除、洗濯物の整理などの活動を行った高齢者に、ポイントを交付し、換金を行う		

各種サービス選択に当たっての主な留意事項

<総合事業>

●つどいの場やフレイル改善通所サービスの積極的な活用

地域のつどいの場（一般介護予防事業）やフレイル改善通所サービス等を活用することで、日常生活行動の活発化や社会参加を促すきっかけにする。

●訪問型サービス利用上の留意点

訪問型サービスについては、利用者のホームヘルパー等への依存関係を生みやすいことからサービス提供の目的を明確にすることが必要。

<予防給付>

●福祉用具利用上の留意点

福祉用具の利用にあたっては、自立支援を損ねるおそれもあることから利用の妥当性、適合性を精査する。【軽度者に対する福祉用具貸与例外給付の取り扱い】は神戸ケアネットで検索。

●医療系サービス（訪問看護・通所リハビリ等）利用上の留意点

医療系サービスを利用する際は、特に主治の医師又は歯科医師の意見を求める必要がある。

訪問系サービス選択の留意点

介護予防訪問サービスを利用する際の対象者の目安です。

対象者の目安	基準
下記要件のいずれかに該当する者 ①身体介護が必要な方 ②認知機能の低下による日常生活に支障をきたすような行動や意思疎通の困難さがみられる方 ③精神疾患等があり、ヘルパーの交代が病状等の悪化につながる恐れがある等の理由により訪問介護員による専門的な支援が必要と判断された方 ④上記①～③に該当しない場合でも、心身の状態像、家族の支援の状況などを十分にアセスメントし、訪問介護員による専門的な支援が必要と判断された方。 ※生活支援訪問サービスの対象者であっても、地域においてサービス事業者が確保できない場合は、当分の間、介護予防訪問サービスをご利用いただくことが可能。	①障害高齢者の日常生活自立度 A 以上かつ身体介護が必要な方 ②認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上または、主治医から認知症の診断を受けている方 ③主治医意見書や障害者手帳等により、疾病や障害の程度が確認できること。 ④（例） ・退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な方 ・ゴミ屋敷となっている方や社会と断絶している方などの専門的な支援を必要とする方 ・心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある方 等

通所系サービス選択の留意点

健康状態確認について

基本チェックリストを実施

医学的な視点（主治医意見書）
がない状態

事業対象者

通所サービスを利用

健康状態確認シート

スクリーニング

項目に該当

※様式はマニュアル、
ホームページに掲載あり

医師の意見を確認

通常通り主治医と連携を行い、
サービス利用の可否や留意点に
ついて確認

ケアプラン原案作成

目標シートの場合は、センター
記入欄に健康上の留意点を記載

※フレイル改善通所サービスのみの場合

介護予防通所サービス

令和7年4月～

- ・ 改正後は、下記の料金単価となります。

	区分	対象者（利用者）	報酬単価	利用者負担月額 （1割負担を想定）
現行	—	事業対象者・要支援1・2 （週1回程度）	1,798	1,896円
		要支援2（週2回程度）	3,621	3,817円
改正後	3時間 以上	事業対象者・要支援1・2 （週1回程度）	1,798	1,896円
		要支援2（週2回程度）	3,621	3,817円
	3時間 未満	事業対象者・要支援1・2 （週1回程度）	1,528	1,611円（△285円）
		要支援2（週2回程度）	3,078	3,245円（△572円）

フレイル改善通所サービス

「栄養(食・口腔機能)」 「運動」 「社会参加」 をバランスよく取り入れたプログラムを提供。

サービス終了後も引き続き社会参加や健康づくり活動を継続できるよう支援。(H30.10～フィットネス事業者に委託して実施)

概 要

実施会場： 各区・支所1か所程度 (R7.3月時点34箇所)

対 象 者： 65歳以上で事業対象者もしくは要支援1・2の方

期 間： 6ヶ月 (週1回/90分)

利 用 料： 1回 200円

評 価： 初回と6ヶ月通所時に体力測定により改善状況を把握



1日の流れ(例)

準備	30分				60分				90分	
受付 体調 確認	フレイル講話 または グループワーク	ウーム アップ	指と 頭の 運動	口 腔 体 操	バ ラ ンスUP トレーニング	休憩	筋力UPトレーニング	デュアル タスクUP トレーニング	持 久 力UP トレーニング	クール ダウ ン 振り返り 宿題提示等

サービス・活動事業（ヘルプ・デイ） を利用できる対象者



要介護 1～5

〈サービス〉

介護給付



要支援 1・2

予防給付



事業対象者

サービス・活動事業（ヘルプ・デイ）

一般介護予防事業

事業対象者の判定に必要な基本チェックリスト

神戸市基本チェックリスト

(事業対象者)

申請区分	1.新規	2.更新	認定	☐ 認定申請中	住所地特例	保険者()
被保険者番号						
フリガナ 氏 名					生年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日
住 所 (居所)	〒 - 電話番号 ()				※居所が住居登録地と異なる場合に記入してください(住居登録地:)	
No.	質問項目	【いずれかに○をお付けください】				
1	バスや電車で1人で外出していますか	0:はい 1:いいえ				
2	日用品の買い物をしていますか	0:はい 1:いいえ				
3	預貯金の出し入れをしていますか	0:はい 1:いいえ				
4	友人の家を訪ねていますか	0:はい 1:いいえ				
5	家族や友人の相談にのっていますか	0:はい 1:いいえ				
6	階段を手すりや壁をつたわずに見ていますか	0:はい 1:いいえ				
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0:はい 1:いいえ				
8	15分位続けて歩いていますか	0:はい 1:いいえ				
9	この1年間に転んだことがありますか	1:はい 0:いいえ				
10	転倒に対する不安は大きいですか	1:はい 0:いいえ				
11	6ヶ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	1:はい 0:いいえ				
12	肥満度(BMI)は、18.5未満ですか 身長 cm 体重 kg(BMI=)	1:はい 0:いいえ				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1:はい 0:いいえ				
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1:はい 0:いいえ				
15	口の渇きが気になりますか	1:はい 0:いいえ				
16	週に1回以上は外出していますか	0:はい 1:いいえ				
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1:はい 0:いいえ				
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1:はい 0:いいえ				
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0:はい 1:いいえ				
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1:はい 0:いいえ				
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1:はい 0:いいえ				
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1:はい 0:いいえ				
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1:はい 0:いいえ				
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1:はい 0:いいえ				
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1:はい 0:いいえ				

実施あんしんすこやかセンター名:	実施者名:
チェックリスト実施日 平成 年 月 日	事業対象者
	該当・非該当
同意欄 上記の記載内容に相違ありません。介護保険事業の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントに活用するため、この基本チェックリストの結果を、神戸市、あんしんすこやかセンター及び事業所その他必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。	
平成 年 月 日	氏名(本人署名)

神戸市記入欄	
受理日: 平成 年 月 日	入力日: 平成 年 月 日 担当者:

事業対象者に該当する基準

①質問項目No.1〜20 までの20 項目のうち10 項目以上に該当	総合
②質問項目No.6〜10 までの5 項目のうち3 項目以上に該当	運動
③質問項目No.11〜12 の2 項目のすべてに該当	栄養
④質問項目No.13〜15 までの3 項目のうち2 項目以上に該当	口腔
⑤質問項目No.16 に該当	外出
⑥質問項目No.18〜20 までの3 項目のうちいずれか1 項目以上に該当	ものの忘れ
⑦質問項目No.21〜25 までの5 項目のうち2 項目以上に該当	こころ

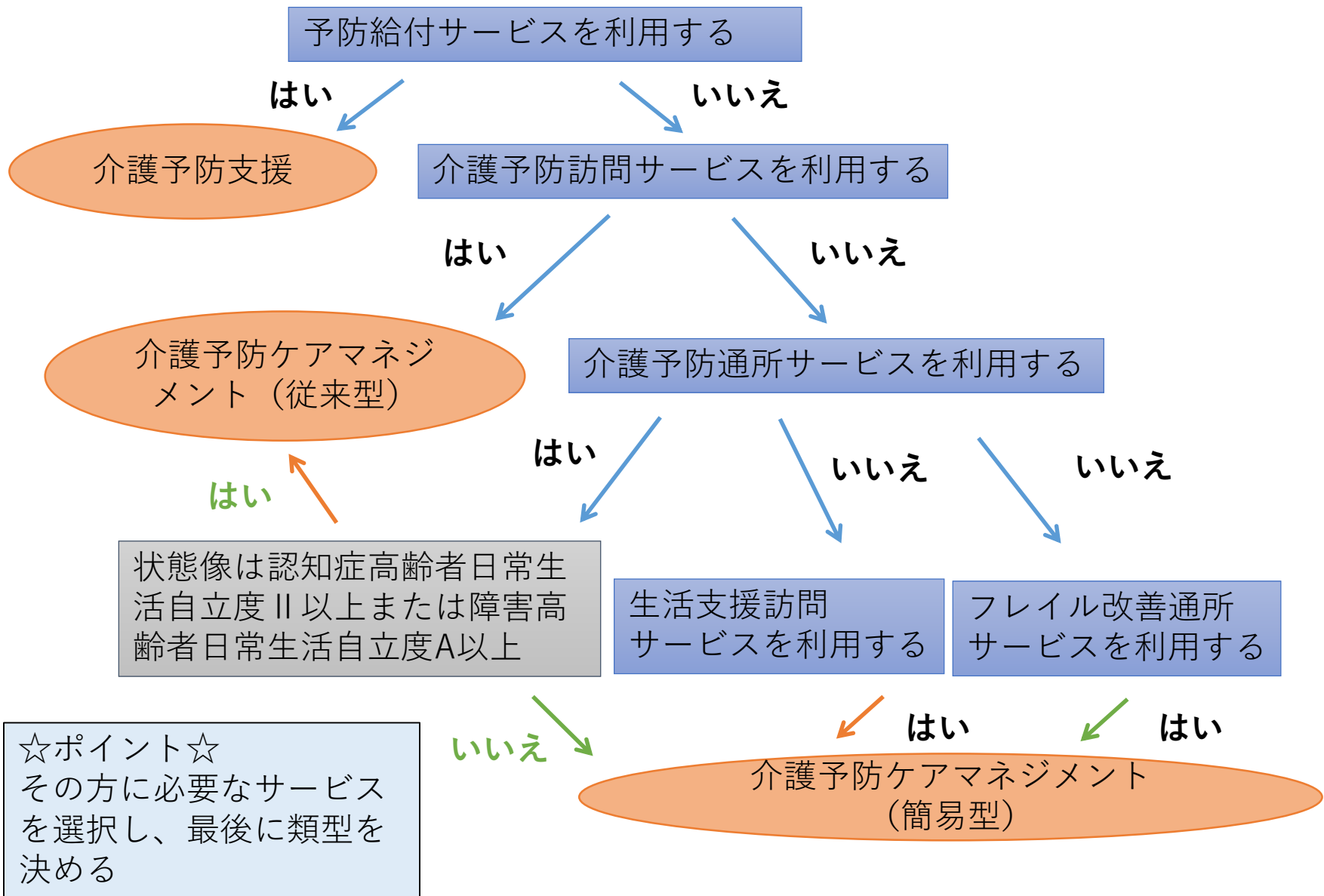
基本チェックリストは、あんしんすこやかセンターのみで実施。

サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、迅速なサービス利用を可能に。

ケアマネジメント類型とサービス種別

類型	介護予防支援	ケアマネジメント 従来型	ケアマネジメント 簡易型
対象者	要支援者	要支援者・事業対象者	
サービス 種別	・ 予防給付サービス (介護予防訪問看護・ 介護予防福祉用具貸与・ 介護予防通所リハビリテーション 等)	・ 介護予防訪問サービス ・ 介護予防通所サービス (※重度) ※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上、または障害高齢者の日常生活自立度A以上	・ 生活支援訪問サービス ・ 介護予防通所サービス (※軽度) ※認知症高齢者の日常生活自立度が自立またはⅠ、かつ障害高齢者の日常生活自立度が自立またはⅠ ・ フレイル改善通所サービス

ケアマネジメント類型の選択について



ケアマネジメントのプロセス

利用するサービス プロセス	予防給付	総合事業のサービス事業のみ	
ケアマネジメント 類型	介護予防支援	ケアマネジメント 従来型	ケアマネジメント 簡易型
アセスメント	○	○	○
ケアプラン 原案作成	○	○	○
サービス担当者 会議	○	○	初回・変更○ 継続△
利用者への 説明・同意	○	○	○
ケアプラン 確定・交付	○	○	○
モニタリング	毎月	毎月	3ヶ月に1回
評価	○	○	○

※フレイル改善通所サービスのみ利用は委託不可

○：実施

△：必要に応じて実施

モニタリングの実施

概要

【居宅介護支援、介護予防支援】

- 人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする見直しを行う。

【省令改正】

- ア 利用者の同意を得ること。
- イ サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。
- i 利用者の状態が安定していること。
 - ii 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）。
 - iii テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。
- ウ 少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。

利用者の同意

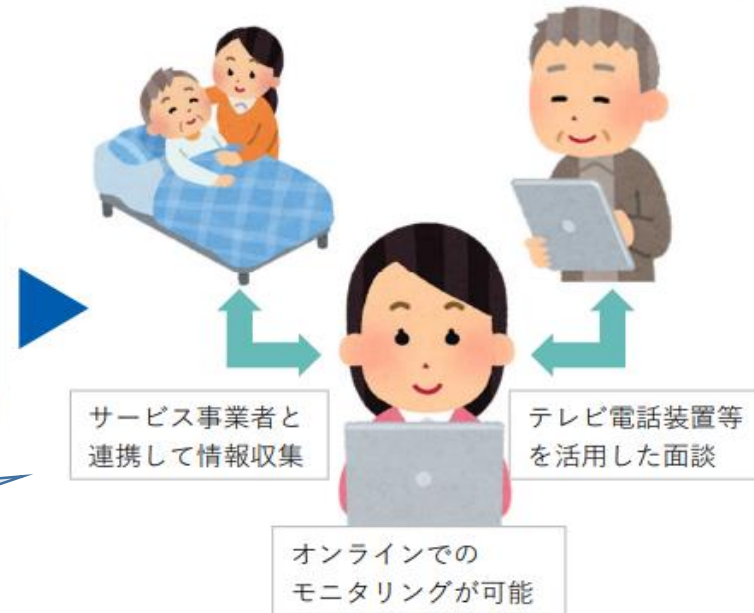
サービス担当者会議等
での合意



- ・ 利用者の状態が安定している
- ・ 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができる
- ・ 他のサービス事業者との連携により情報を収集する



少なくとも月1回（介護予防支援
の場合は3月に1回）の訪問による
モニタリングを基本としつつ



モニタリングの実施

【居宅介護支援】要介護（例）

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
モニタリング	○	○	○	○	○	○
実施方法	訪問	TV電話等	訪問	TV電話等	訪問	TV電話等

【介護予防支援・ケアマネジメント従来型】要支援（例）

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目
モニタリング	○	○	○	○	○	○
実施方法	電話等	電話等	TV電話等	電話等	電話等	<u>訪問</u>

※前回訪問から三月以内に訪問

モニタリングの実施

【ケアマネジメント簡易型】

	1 月 目	2 月 目	3 月 目	4 月 目	5 月 目	6 月 目
モニタリング			○			○
実施方法			電話等			訪問

← 前回モニタリングから三月以内にモニタリング →

訪問は6月目を基本とし、その前後の月も可

例) 4月目に何らかの理由で訪問によるモニタリングを実施した場合、
次のモニタリングは7月目、10月目、訪問は12月目（評価月）でも可

【ケアマネジメント簡易型】フレイル改善通所サービスのみ

	1 月 目	2 月 目	3 月 目	4 月 目	5 月 目	6 月 目
モニタリング						
実施方法	定期的な活動状況の把握					

※事業所からの報告の確認含む。サービス提供期間中にサービス利用後のインフォサービス等の提案を行う等。
本人の体調不良等の場合は継続利用の可否も含め、必要に応じて訪問し判断する。

サービス担当者会議の実施方法 (ケアマネジメント簡易型)

【生活支援訪問サービス・介護予防通所サービス】

初回、変更申請、サービス内容変更時は、本人やサービス提供事業所等が集まってサービス担当者会議を開催することを必須とする。

継続の場合、必要に応じて開催。

【フレイル改善通所サービス】

サービス担当者会議は、本人やサービス提供事業所等が集まって開催することは省略可能。サービス開始にあたって必要な情報の共有など、事業者との連携を図る。

※フレイル改善通所サービスのケアマネジメントについては、
あんしんすこやかセンターにお尋ねください。

介護予防ケアプラン作成のポイント①

●「筋力維持のためサービスがやめられない」からの脱却

役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成(一部改変)

- ・筋力を維持・筋力低下防止のためではなく、活動・参加・QOLの向上が目的。⇒使い続ける必要性を再考。
- ・デイサービスに通うことが、楽しみ、人との交流の機会を保つのではなく、利用者の趣味や楽しみな活動ができる、自分の交友関係が保て、交流を増やすための活動につなげる、広げていくことが重要。

介護予防ケアプラン作成のポイント②

●インフォーマルサービスの位置づけを強化

契約時やケアプラン作成のためのアセスメントの際、
インフォーマルサービスの紹介を行うこと
(つどいの場については、あんしんすこやかセンターに情報を
もらうこと。)

- ・つどいの場以外にも、
地域の資源（体育館や
スポーツジム、趣味活動の
習い事の間）等も提案



どこにどのような
つどいの場があるか
あんしんすこやかセンター
にご相談ください



介護予防ケアプラン作成のポイント③

- 高齢者のセルフマネジメント力を高める関わり
 - ・インフォーマルサービスの活用ができなかった場合は、セルフケアを勧める
 - ・利用者が介護予防にどう取り組むのかを一緒に考える
 - ・サービスで補うのではなく、自分でできることを増やし、元気になるために支援することを伝える



総合事業の目指す姿

1. 地域生活は専門職だけでは支えられない ―ご近所からボランティア、専門職までみんなで支える

現状の課題



支援や介護が必要になると、
友人・隣人との関係は希薄になり、
支援を受ける一方の人間関係に変化



これから



“お互いさまの助け合い”の輪を広げていくことで、支援や介護
が必要になっても、地域社会の中から切り離されず、なじみの
関係を継続できる