

自立支援のケアマネジメント

2016.11.25. ふくし@JMI 小湊純一。

1 自立支援

予防も介護も自立支援。支援や介護のし過ぎは依存と能力低下を招く可能性が大きい。

『してもらって介護ではなく自立支援の介護である』ということ、保険者、事業者、利用者、家族の共通理解にすることが大変重要です。

(1) 残存能力の最大限活用

- ① 専門的アセスメントによる能力評価と自立生活阻害の問題把握
- ② 自分で出来ることを自分でするための支援を徹底

(2) 提案・情報提供による自己決定尊重

- ① 改善，維持，悪化防止のための提案・情報提供による決めるための支援
- ② 情報提供のための高齢者ケアに関するスキルアップ

(3) 可能な限り住み慣れた地域で

- ① 生活意向の尊重と生活継続のための他職種による共通意識と協働
- ② 要介護でも普通に地域で自宅で生活するための支援

2 必要性優先

サービス優先ではなく，利用者の必要性を優先

(1) アセスメントの結果に基づく，根拠の明らかなケアプランとサービス提供

認定を受けたからデイサービス，家事支援ではない。心身の能力評価による生活支障へのサービス提供

(2) 利用者本人の自立を最優先

介護報酬優先による過剰サービス，能力低下にならないための，公正中立のケアマネジメント実践

3 効果効率

効果的効率的サービス提供

(1) 介護・医療系の専門職による高額サービスから地域のお互い様の安価なサービスへ必要に応じて使い分ける，効果効率を考えたケアマネジメント実践

今こそ自立支援 ～視点と考え方～

1 自立支援の法的根拠

(1) 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（抜粋）

(基本方針)

第一条の二 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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に配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければならない。

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。

四 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。

五 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。

この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

八 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。

十八 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。

十九 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

2 自立支援とは

(高齢者ケアの基本理念) ~自立支援~

1 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します(継続や変更、中止等も含む)。
自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人(家族等)によって決定する場合があります。

2 残存能力の活用(能力の発揮)

利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。
利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

3 生活(サービス)の継続性(継続性の尊重)

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。
利用者の心身の機能に障害があつてケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

(高齢者ケアプラン策定の基本)

- 1 治るものは治す。(改善する可能性、維持の必要性、悪化の危険性)
- 2 治らなければ補う。
- 3 予防する。

3 自立支援のための課題分析

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	痴呆性老人の日常生活自立度	痴呆性老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

アセスメント「具体的支障把握の視点」(居宅)

1 健康状態

- ① 本人の生活に影響のある、介護スタッフが観察・管理の必要な病気を把握しましたか？(治った病気、身体機能やプランに関係しない病気は除きます。)
- ② 病気への対応について、主治医に相談し、対応の指示を受けましたか？
- ③ 生活に支障のある症状や痛みを把握しましたか？
- ④ 在宅医療機器(カテーテル、点滴、酸素、嚥等)について把握しましたか？

2 ADL

- ① 利用者本人のADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 活動量について把握しましたか？
- ③ リハビリに関する、意欲や目標を把握しましたか？
- ④ 転倒の具体的状況、危険性を把握しましたか？

3 IADL

- ① 利用者本人のIADL能力、生活の支障を具体的に把握しましたか？
- ② 自己動作に関する、意欲や目標を把握しましたか？

4 認知

- ① 記憶障害を具体的に把握しましたか？
- ② 見当識障害を具体的に把握しましたか？
- ③ 判断力低下について具体的に把握しましたか？
- ④ 実行機能障害を具体的に把握しましたか？
- ⑤ できるところを把握しましたか？

5 コミュニケーション能力

- ① 相手のことを理解できるか、自分のことを伝えることができるか、コミュニケーション能力を具体的に把握しましたか？
- ② 聴覚、視覚障害を把握しましたか？

6 社会との関わり

- ① 社会との関わりと適応、社会的活動や役割、毎日の暮らしぶりを把握しましたか？
- ② 気分の落ち込み等、心理面での問題について把握しましたか？

7 排尿・排便

- ① 失禁の状態を把握しましたか？

8 褥瘡・皮膚の問題

- ① 皮膚・じょく創等、皮膚の状態を把握しましたか？

9 口腔衛生

- ① 食べる、話すこと等に支障のある、口腔の問題を明らかにしましたか？

10 食事摂取

- ① 栄養・水分摂取、意図しない体重減少を明らかにしましたか？

11 問題行動(行動障害)(BPSD 認知症の行動心理症状)

- ① 家族等の悩みや苦痛となる行動を把握しましたか？
- ② 問題行動の規則性，原因，関係性，感じ方等を具体的に把握しましたか？

1 2 介護力

- ① 介護者の状況を把握しましたか？
- ② 介護者の負担と，介護負担の原因となっていることを具体的に把握しましたか？

1 3 居住環境

- ① 対象者本人の障害の状況から見た，居住環境の不具合，自立を阻害する原因を把握しましたか？

1 4 特別な状況

- ① 緩和ケア，ターミナルケアの必要性，実現の可能性を把握しましたか？
- ② 高齢者虐待の兆候，危険性，緊急性を確認しましたか？

4 自立支援のためのケアマネジャーの専門性

居宅ケアプラン策定のための課題検討の手引き（抜粋）

2 ADL

2-1 ADLの改善と支援 日常生活動作 (Activities of Daily Living)

(1) ケアマネジャーの役割 (ケアスタッフを含む)

- ① 日常生活活動 (ADL) が改善する可能性のある利用者, ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
- ② ADL障害の原因を理解したうえで, 自立への意欲のある利用者や, 障害になってからの期間が短い利用者などを把握し, 目的のある運動等の機能訓練を検討します。
- ③ ADLの改善が難しい場合は, 必ず行わなければならないケアを検討します。
必ず行わなければならないケアは, 改善のためのケアと同時に行う場合もあります。

～「可能性に対応するケア」と「必要性に対応するケア」に分類して整理します～

可能性に対応するケア

- ① 改善する, もしくは元に戻る可能性があるところ。
- ② 今の状態を続けられるようにする必要があるところ。
- ③ 悪化を予防, 低下するのを予防する必要があるところ。

必要性に対応するケア

- ① ADL障害を踏まえた上で, 必ず行わなければならないケア。(介護や対応)

(2) ADL改善・維持などの可能性を予測するポイント

改善・維持を予測するポイント

- ① ADL項目で介助を受けている。
- ② 相手の言うことをほぼ理解できる。
- ③ 最近3ヶ月以内にADLが低下してきている。
- ④ ADLに支障をきたすような症状がある。
- ⑤ 利用者本人, 家族, ケアマネ等はADLが改善すると思っている。

悪化・低下を予測するポイント

最近3ヶ月以内にADLが低下してきているかどうかの他, 以下について確認します。

- ① じょく創を予防
寝返りできない, 失禁による汚れがある, 栄養が不足している, じょく創の既往がある, など。

- ② 失禁の悪化を予防
失禁（機能的、腹圧性、切迫性、溢流性、真性、反射性）がある、など。
- ③ 筋力低下を予防
ベッドの上で過ごす時間が長い、運動不足、家から外に出ない、家事をしない、など。
- ④ 拘縮を予防
麻痺がある、関節可動域に制限がある、身体を動かすことが少ない、など。
- ⑤ 転倒を予防
最近3ヶ月以内に転倒したことがある、歩行が不安定だが歩いている、認知に障害があり危険の理解が難しい、パーキンソン症候群である、せん妄がある、向精神薬を服用している、など。

(3) ADL

ADLに障害があることは、生活に大きな影響があります。介助を受けることは、心苦しい思いをする、孤立する、自尊心を失う、などにつながる可能性があります。

ADLの障害が進むと、自宅での生活が続けられなくなる可能性が高くなるほか、じょく創や失禁、筋力低下、拘縮、転倒などの悪化の危険性も高まります。ADL低下の大まかな原因がどこにあるのかを把握する時には、表1を参考にします。

表1 ADL低下の原因

① 病気のため ア 急性期の病気 イ 持病の進行 ウ 痛みを伴う症状 エ 認知症 オ 精神疾患	④ 動かない（廃用）ため ⑤ 生活習慣のため ⑥ 悩み・不安等のため ⑦ 環境のため ⑧ 薬のため ア 薬が合わない イ 向精神薬のため
② 怪我のため	
③ 障害のため	

(4) ADLの改善・維持・予防に向けての対応指針

医療的な問題に対応して解決します

ADLが最近低下した利用者で、身体の状態の悪化、ADLに支障をきたす症状がある場合などに医療的な問題に対応して解決します。

- ① ADLが低下・悪化した時期と、病気や症状の関連性を把握します。
表2の病気や症状がないか確認します。もし該当すれば、それに対してどのような対応がされているのかを確認します。対応されていない場合は主治医に照会して解決（治療）します。

表2 ADL障害の原因となる病気や症状

医療／身体的問題	心理社会的／環境的問題
慢性疾患の突然の進行，関節炎，脳血管障害，うっ血性心不全	事故
冠動脈疾患	問題行動
脱水	うつ
せん妄（急性の錯乱状態）	治療を守らない
進行した認知症	身体抑制
肺気腫，慢性閉塞性肺疾患（COPD）	精神科疾患
骨折	社会的孤立
感染症	薬物の副作用，とくに向精神薬や鎮痛薬
栄養障害	入院
痛み	
パーキンソン症候群	
薬物乱用	
甲状腺疾患	
不安定な状態または急性期	
視覚障害	

機能訓練，運動などの計画が合っていたか，効果的だったか確認します

- ① 本人が機能訓練に前向きでない，良くなると思っていない。
- ② 予定のとおり実施するのが苦痛。
- ③ 家族などからの支えや励ましが無い。努力や効果に対する褒め言葉，応援がない。
- ④ 逆効果を心配している。
- ⑤ 経済的余裕がない。

機能の改善を検討して対応します

ADLが最近低下してきた利用者で，身体の状態が安定している場合に，改善に向けての対応を検討し対応します。（ADLを特定します。）

また，最近低下してきたADLを改善する具体的な方法や可能性についての情報をお知らせすることが重要です。利用者本人，家族に対する「具体的に何をどのようにすれば回復できるのか」というはっきりとした情報です。

- ① 機能訓練などによってADL改善につながるポイント

ア はっきりとした機能訓練の目的，生活の目的を持っているかどうか。

イ 治るところ，元に戻るところを把握しているかどうか。

ADL障害の原因の，病気，怪我，廃用など，回復する可能性がどれだけあるかを把握します。

エ 意欲があるかどうか。

利用者本人や周りの人の「意欲」が重要です。本人や周囲の人が「もっとよくなるはずだ！」とと思っている場合，効果的な機能訓練につながる可能性があります。また，ある程度の認知障害があっても，意欲があれば機能の低下を遅くでき

る可能性があります。

表3 ADLの確認

ADL援助を行っている理由	(精神) 順番を間違える, 動作を終えられない, 不安による制限など (身体) 体力低下, 可動域制限, 協調運動の低下, 視覚障害, 痛みなど (環境) 間取り, 居室の状況家族の支援状況(過介護か)など
更衣	
入浴	
トイレ	
移動	
移乗	
食事	

表4 ADL改善の目標

機能訓練の 具体的目標 を決める	1：現在のADLを維持するための目標 2：現在のADLを改善するための目標（現在できていないが、あと少し できそうなことを選ぶ。）				
更衣	入浴	トイレ	移動	移乗	食事
衣服のある ところに行 き、選び、手 にとる	浴室・シャワ ー室に行く	トイレまで 行く(夜間の ポータブル や尿器も含 む)	室内を移動 する <input type="checkbox"/>	姿勢を整え 準備する	開ける/注ぐ /ラップを とる/切るな ど
上半身/下半 身の衣服をつ かみ/一旦 身につける	水を出す、温 度を調整す る	チャックを おろしたり、 ズボンをさ げる	同一階を移 動する <input type="checkbox"/>	椅子やベッ ドに近づく	箸や茶碗、コ ップを握る
スナップや ファスナー などをとめ る	体を洗う(背 中以外)	トイレに移 乗し、姿勢を 整える	自宅内を移 動する <input type="checkbox"/>	椅子やベッ ドの準備を する(座布団 を置いたり、 カバーをは ずす)	箸やスプー ドを使う(必 要なら指を 使う)
正しい順に 着る	体を流す	トイレに排 泄する	屋外を移動 する <input type="checkbox"/>	移乗(立つ/ 座る/持ち上 がる/ころが る)	噛む、飲む、 飲み込む
それぞれの 衣類をつか む、脱ぐ	タオルで体 を拭く	トイレト ーパーを ちぎり、おし りを拭く	でこぼこ道 を移動する <input type="checkbox"/>	移乗後の姿 勢を立て直 す	食事が終わ るまで繰り返 す
元どおりに 戻す	その他	トイレを流 す	その他 <input type="checkbox"/>	その他	おしぼりを使 う、口や手 をきれいに する
その他		衣服を整え、 手を洗う	※車椅子は <input type="checkbox"/> をチェッ ク		その他

表5 ADL能力の確認

ADL能力を正しく評価するため、以下のことを確認します。
<p>1：動作を行うときに順番を間違えることはあるか。 食事の場合「食べ物を箸でつまみ、口元にもっていき、食べる」、更衣の場合「下着を上着の前に着る」など。 ※皿と箸を本人の前に置いたり、着るものを順番に並べるなどの準備をすることで、身体的な援助はなくても自分で行えるか。</p>
<p>2：動作を行うときに途中で気が散ることがないか。</p>
<p>3：単純な指示でできるか。 介護者が「お茶を飲んでください。」というとき飲むだろうか。</p>
<p>4：動作を始めることができるか。 いつも使っているもの（箸や歯ブラシなど）を手渡されれば、適切に使い始めることができるだろうか（箸や歯ブラシを口の中にもっていくなど）。 ※始められない場合、OT・PTなどの専門家の評価を受ける必要があるか。</p>
<p>5：動作を1度始めれば、続けることができるか。 たとえば、1度食べ始めると食べ続ける。</p>
<p>6：介護者の身振りを真似ることができるか。 利用者と同じ向き合い、目を合わせて、単純でなれた動作（そでに腕を通す、口に触れるなど）をすると、真似ることができるだろうか。</p>
<p>7：身体的な援助を1度すると、動作を続けることができるか。 介護者がフォークに食べ物をさし、手に持たせ、腕を誘導して口元に持っていけば、食べ続けることができるか。</p>

- ② 補助具の使用を検討します。
 利用者本人が自分で動作するのに非常に時間がかかったり、とても大変であれば補助具の使用を検討し対応します。
 また、次のことも確認して対応します。
 ア 障害を補う補助具を持っているか。
 イ 障害に合っていない用具を使っていないか。
 ウ 持っているが使用しない、間違った使い方をしていないか。

機能の維持を検討して対応します

ADLがしばらく変わらない場合、全身運動などによる機能の維持を検討し、対応します。

- ① 家族の介護は、良かれと思ってしていても不適切なことがあります。
 不必要な援助や誤った方法で援助をしていると、利用者が頼りすぎるようになるばかりか、介護者にとっても身体的精神的な「燃え尽き」を引き起こす危険性がある

ります。

② 機能維持のポイントを把握します。

ア 本人が自分のことをもっと自分でする気があるか

イ 利用者にとって自立することの意味は大きいか

ウ 家族や専門家があきらめていても本人は自立することに関心があったり，やる気はあるのか

悪化・低下の防止を検討して対応します

機能訓練をすることによって，じょく創や失禁，筋力低下，拘縮，転倒などの危険性を予防します。

自分で行う運動や機能訓練だけでなく，他者が動かす運動や介護により悪化を予防します。

- ① じょく創を予防します。
- ② 失禁の悪化を予防します。
- ③ 筋力低下を予防します。
- ④ 拘縮を予防します。
- ⑤ 転倒を予防します。

地域包括ケアの実現に向けた地域包括支援センターの役割

1 地域包括支援センター事業と介護予防支援事業の割合

2 現在の地域包括支援センター事業

地域包括支援センターの機能

- ① 地域のネットワーク構築機能
関連機関と連携しながら地域におけるフォーマルおよびインフォーマルな社会資源を網のように相互につなげる。このような地域の人々のつながりは、住民への情報提供、住民のニーズの発見、住民による支援、専門職の連携などを可能にします。
- ② ワンストップサービス窓口機能
どのようなサービスを利用してよいかわからない住民に対して、1か所で相談からサービスの調整に至る機能を発揮する、いわばワンストップサービスの拠点として機能すること。
- ③ 権利擁護機能
高齢者に本人が有する権利を理解してもらおうとともに、権利侵害の予防・発見、権利保障に向けた対応をすること。
- ④ 介護支援専門員支援機能
地域の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるように、直接的または間接的に支援すること。

～地域支援事業～

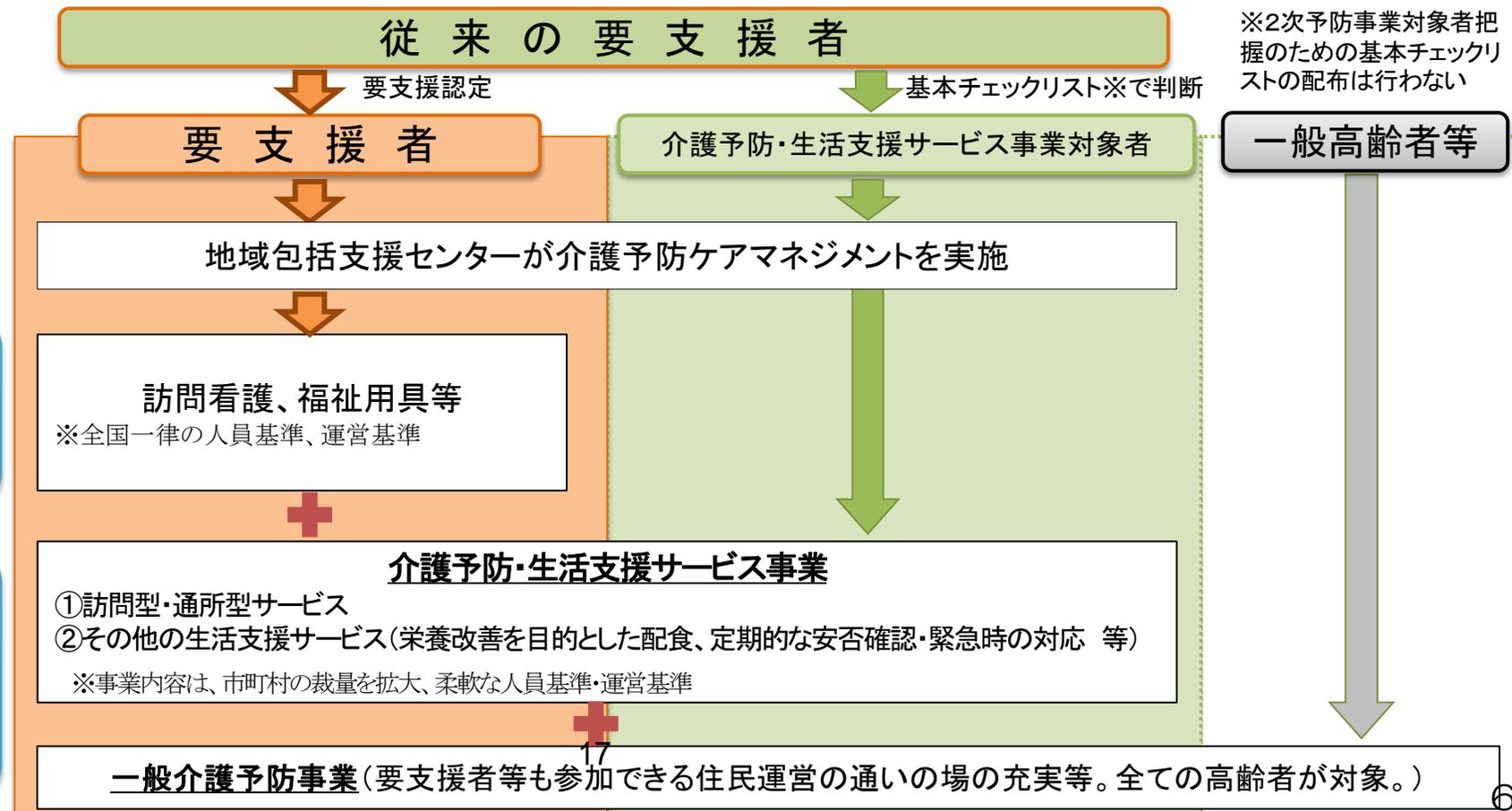
- ① 介護予防ケアマネジメント事業
介護予防ケアマネジメント事業は、二次予防事業の対象者（主として要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められ65歳以上の者）が要介護状態等になることを予防するため、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うもの。
- ② 総合相談・支援事業
総合相談・支援事業は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関および制度の利用につなげる等の支援を行うもの。業務内容としては、総合相談、地域包括支援ネットワーク構築、実態把握など。
- ③ 権利擁護事業
権利侵害を受けている、または受ける可能性が高いと考えられる高齢者が、地域で安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、権利侵害の予防や対応を専門的に行うもの。事業内容としては、高齢者虐待の防止および対応、消費者被害の防止および対応、判断能力を欠く常況にある人への支援など。
- ④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業
包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを介護支援専門員が実践することができるように地域の基盤を整えるとともに個々の介護支援専門員へのサポートを行う。

3 平成27年度からの地域包括支援センター事業

- (1) 機能強化
- (2) 在宅医療介護連携推進
在宅医療・介護連携支援センター
- (3) 認知症総合支援
 - ・初期集中支援チーム
 - ・地域支援推進委員
- (4) 地域ケア会議
- (5) 生活支援体制整備
 - ・生活支援コーディネーター
 - ・協議体
- (6) 介護予防ケアマネジメント
 - ・介護予防・日常生活支援総合事業

【参考】総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス(訪問看護、福祉用具等)は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
 - 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業(介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業)のサービスと介護予防給付のサービス(要支援者のみ)を組み合わせる。
 - 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に(基本チェックリストで判断)。
- ※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



第2 サービスの類型

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。そこで、地域における好事例を踏まえ、以下のとおり、多様化するサービスの典型的な例を参考として示す(別紙参照)。(P21～)

①訪問型サービス (P22～)

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。

○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	<p>○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース</p> <p>○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 <p>※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。</p>	<p>○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース <p>※3～6ヶ月の短期間で行う</p>	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者 ¹⁸	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

②通所型サービス（P23～） ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

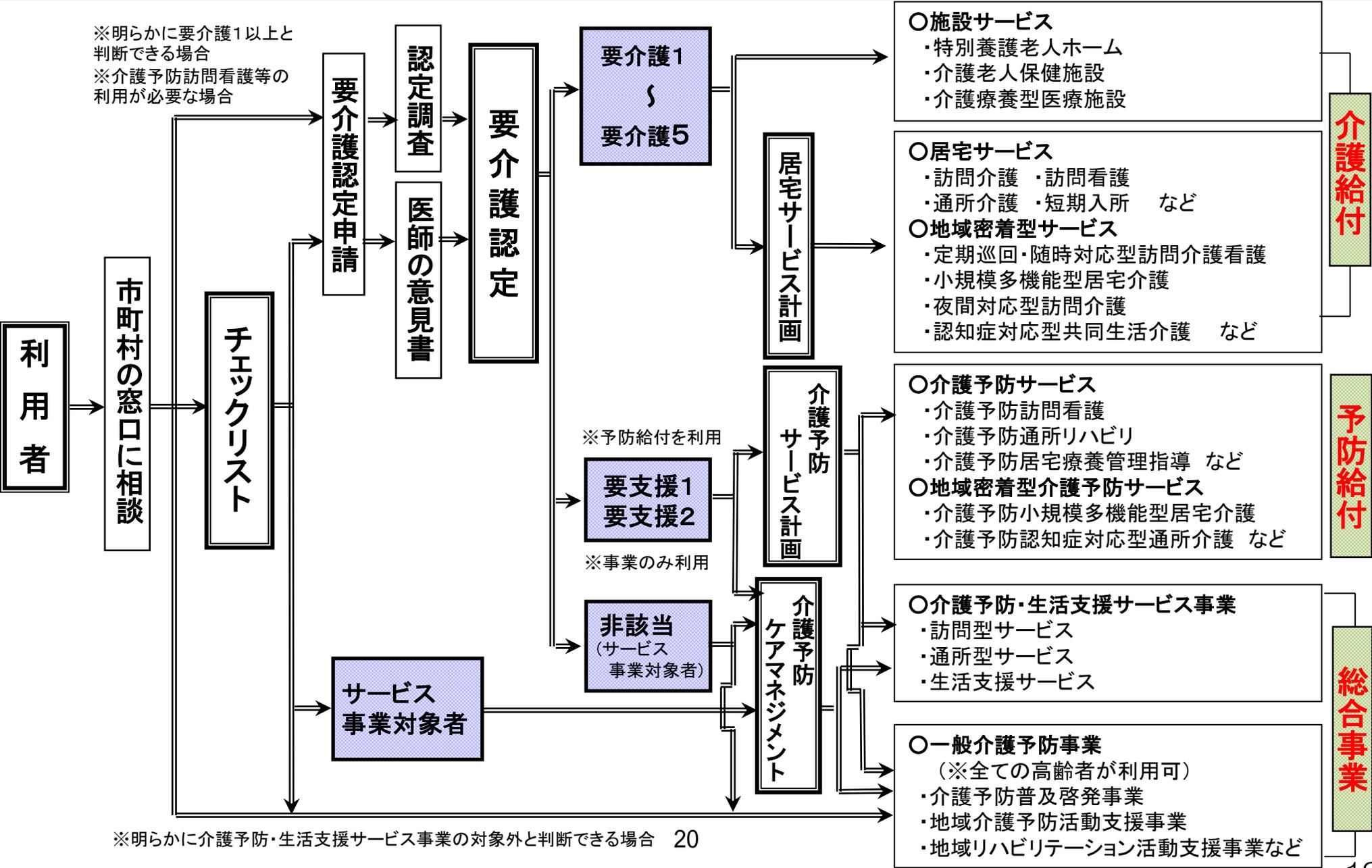
- 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
- 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

③その他の生活支援サービス（P24～）

- その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。

【参考】介護サービスの利用の手続き



※明らかに介護予防・生活支援サービス事業の対象外と判断できる場合 20

1 関係者間での意識の共有(規範的統合の推進) (P73～)

(1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

地域包括ケアシステムの構築に向け、市町村は、介護保険事業計画等で目指すべき方向性・基本方針を定め、その方向性・基本方針を介護事業者・住民等の関係者で共有(規範的統合)し、地域資源を統合していくことが重要。

(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

総合事業の効果的な実施のためには、この高齢者自身を含めた幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要。

(3) ケアプランの作成

介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。

(4) モニタリング・評価

必要に応じて事業の実施状況を把握し、目標と乖離した場合にケアプランを変更し、順調に進行した場合は事業を終了。その際、高齢者がセルフケアを継続できるよう、必要な情報提供、アドバイスを行う。

(5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

高齢者自身が、自らの機能を維持向上するよう努力するには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言等とともに、成果を実感できる機会の増加が必要。そのため、専門機関、専門職による働きかけやツールの提供が効果的。

(6) 「介護予防手帳(仮称)」等の活用

セルフマネジメントの推進等のため、母子保健にて活用されてきた「母子健康手帳」の概念を総合事業に活用。

2 効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方

～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～ (P81～)

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

(2) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援

4 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

介護予防ケアマネジメントは、利用者に対して、介護予防及び生活支援を目的として、その心身の状況、置かれているその他の状況に応じて、その選択に基づき、適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うものである。

(1) 介護予防ケアマネジメントの概要

(概要)

- 介護予防ケアマネジメントは、予防給付の介護予防支援と同様、利用者本人が居住する地域包括支援センターが実施するものとするが、市町村の状況に応じて、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に対する委託も可能である。
- 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、市町村においてその地域の実情に応じて、どのような実施体制が望ましいかについて検討し、実施する。

<望ましい実施体制の例>

ア 地域包括支援センターが、すべて介護予防ケアマネジメントを行う。

イ 初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行い、(1クール終了後の)ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所で行い、適宜、地域包括支援センターが関与する。

※ 居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、地域包括支援センターは初回の介護予防ケアマネジメント実施時には立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与する。

(予防給付とサービス事業を併用する場合)

- 予防給付とサービス事業によるサービスをともに利用する場合にあっては、予防給付によるケアマネジメントにより介護報酬が地域包括支援センターに対して支払われる。

給付管理については、予防給付とサービス事業の給付管理の必要なものについては、併せて限度額管理を行う。

- 小規模多機能型居宅介護や特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護を利用し、地域包括支援センターがケアマネジメントを実施しない場合には、予防給付においてケアマネジメントを行っていることから、前述と同様、事業によるサービスを利用している場合にあっても、事業によるケアマネジメント費を支給しない。

(要介護認定等申請している場合における介護予防ケアマネジメント)

- 福祉用具貸与等予防給付のサービス利用を必要とする場合は、要介護認定等の申請を行うことになる。
- 要介護認定等申請とあわせて、サービス事業による訪問型サービスや通所型サービス等の利用を開始する場合は、現行の予防給付の様式で介護予防ケアマネジメントを実施する。

※ 認定結果と利用サービスや報酬の関係は、第6の1(11)サービス利用開始又は認定更新時期における費用負担を参照。

(2) 事業による介護予防ケアマネジメントの類型

○ 介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、

- ① 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）
 - ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）
 - ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）
- の3パターンに分けて行う。

① 原則的な介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。

モニタリングについてはおおむね3ヶ月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントB）

サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントC）

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」等を記載）を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげる。その後は、モニタリング等を行わない。

また、その者の状態等に応じた適切なサービス提供につながるよう、ケアマネジメントの結果については、サービス提供者に対して、利用者の同意を得てケアマネジメント結果を送付するか、利用者本人に持参してもらう。

ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となり、その後のモニタリング等を行わない場合についても、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、事業によるケアマネジメント費が支払われる。

（具体的な介護予防ケアマネジメント（アセスメント、ケアプラン等）の考え方）

①原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントA）	
・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合	アセスメント →ケアプラン原案作成
・訪問型サービスC、通所型サービスCを利用する場合	→サービス担当者会議 →利用者への説明・同意
・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	→ケアプランの確定・交付（利用者・サービス

	提供者へ) →サービス利用開始 →モニタリング（給付管理）
②簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントB）	
・①又は③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）	アセスメント →ケアプラン原案作成 （→サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者へ） →サービス利用開始 →モニタリング（適宜）
③初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス（ケアマネジメントC）	
・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 （※必要に応じ、その後の状況把握を実施）	アセスメント （→ケアマネジメント結果案作成） →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

※（ ）内は、必要に応じて実施

- 市町村（地域包括支援センター等）の判断により、①から③までの介護予防ケアマネジメントのプロセスは、その途中においても、利用者本人の状況等に応じて、変更できるものである。
- 介護予防ケアマネジメントを行い、整理された課題に対する具体的ケアプラン（好事例等）については、第5の2（1）自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点を参照。
- ケアプラン、ケアマネジメント結果等を交付された後、利用者は、サービスの利用を開始する。
- モニタリング、サービス担当者会議の実施と報酬に関しては、「表 10 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費」「第5の2（2） サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援」をあわせて参照のこと。

（3） 介護予防ケアマネジメントにおける留意事項

- 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、自立支援や介護予防のため、総合事業の趣旨やケアマネジメントの結果適当と判断したサービスの内容について、利用者が十分に理解し、納得する必要がある。そのため、地域包括支援セン

ターは、利用者本人やその家族の意向を的確に把握しつつ、専門的な視点からサービスを検討し、そのサービス内容、自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているのか等を利用者に丁寧に説明し、その理解・同意を得て、サービスを提供することが重要である。

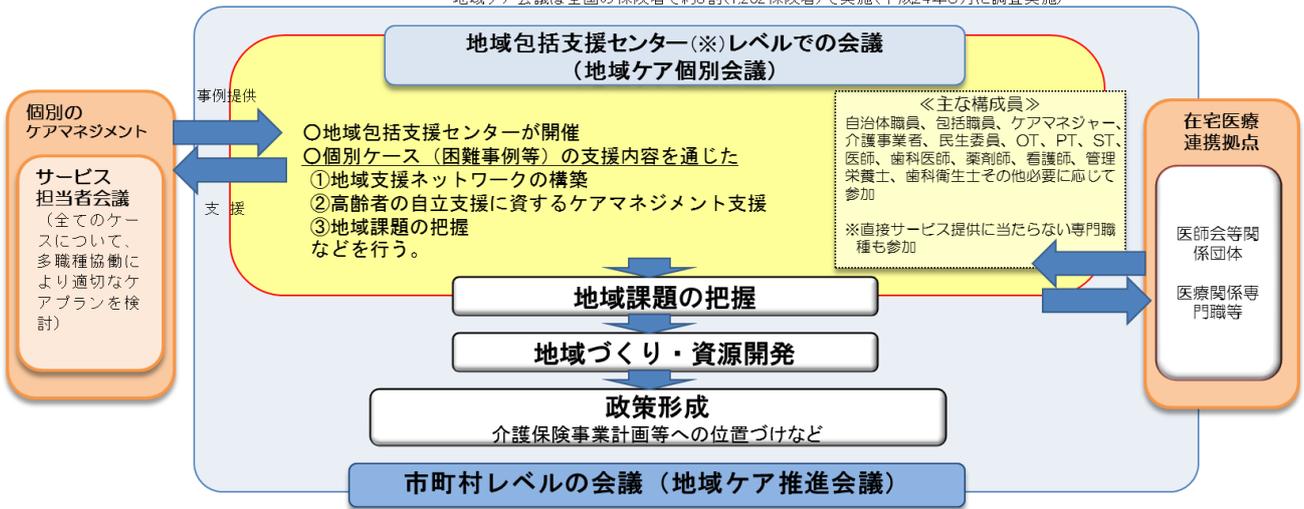
- 給付管理を伴わないサービス利用の場合においても、指定サービスについて給付管理が行われる趣旨が損なわれることのないよう、利用者の状態等に応じた内容・量のサービスをすることが適当である。
- 総合事業においては、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定していない。予防給付において自己作成している場合は、現行制度と同様、市町村の承認が必要である（介護給付と異なる）が、加えてサービス事業を利用する場合は、必要に応じ、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントにつないでいくことが適当である。
- 総合事業の介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものであり、その介護予防ケアマネジメントの支援の一つとして、地域ケア会議の活用が考えられる（以下参照）。

<地域ケア会議のイメージ>

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。
 - ・ 適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして位置づけ
 - ・ 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
 - ・ 地域ケア会議に参加した者に対する守秘義務を規定 など

・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・フランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



<地域ケア会議で介護予防ケアマネジメント支援を行っている取組例>

地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

【ここがポイント！】

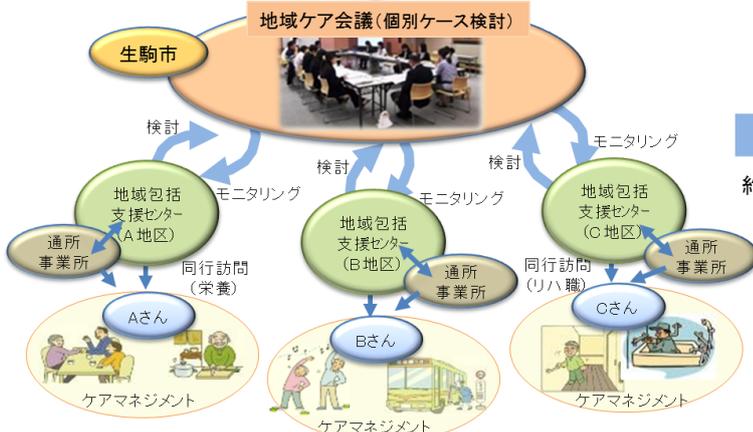
- ①ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ②1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④継続(毎月1回)

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
- ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
- ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)



地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	121,031人
65歳以上高齢者人口	27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口	11,496人(9.5%)
要介護認定率	15.6%
第5期1号保険料	4,570円

平成25年4月1日現在



- 地域包括支援センター
 - ・ 自立支援の視点が定着
 - ・ アセスメント力が向上
 - ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
 - ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
 - ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
 - ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

- 通所事業所
 - ・ 自立支援の視点が定着
 - ・ アセスメント力が向上
 - ・ 的確な個別プログラムが立てられる
 - ・ 通所の“卒業”の意識が定着
 - ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

事例 (生駒市)	84歳 男性 高齢世帯(夫)	要支援1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず
	83歳 女性 (妻)	要介護1(2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 要介護1
	要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。	



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

	【開始時点】(2012.10)	【3か月後】(2013.1)	【6か月後】(2013.7)
ADL IADL	(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい。畑仕事を中断 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている	(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている	(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる) (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。
地域 ケア 会議 による 検討	(夫)妻を一人にして出かけるのが心配 ストレスと夜間不眠あり (妻)困惑感、イライラ感が募る ↓ ①二人で通所事業へ(週2回) 互いに交流の幅を広げる ②地域包括支援センターの訪問	(夫)通所終了 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援 で土を耕し、ウネを作る) (妻)通所継続 お茶を配る、記録をつける等の役割を 増やす ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)	妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続 ↓ 夫は、日常生活が困らなくなり、自 ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10)
リハ職 の対応	(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの 方法をアドバイス (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり 自信回復。夫へ関わり方をアドバイス	(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの 方法をアドバイス (妻)自宅台所で、実際に料理をしなが ら夫に上手な指示の仕方をアドバイス	(夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、 不安が緩和。 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参 加。笑顔が増える。 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気 持ちは明るくなり、活動的になっている。

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供

(介護予防ケアマネジメントにおける様式)

○ 介護予防ケアマネジメントに関する様式については、予防給付で用いている様式を活用する他、市町村の判断で任意の様式を使用することも可能である。

また、介護予防ケアマネジメントを簡略化する場合においては、市町村の判断でケアプランの様式を任意で簡略化したものを作成して使用することも可能である。ただし、市町村で統一しておくことが望ましい。

○ ケアプランの作成の必要がなく、初回のみケアマネジメントを行う場合は、サービス事業の利用の前に利用者及びサービス提供者等とケアマネジメント結果等を共有することにより、ケアプランの作成に代えることもできる。ケアマネジメント結果としては、「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策(利用サービス)」等については記載がのぞましい。

また、介護予防ケアマネジメントの形態にかかわらず、ケアプラン内容やケアマネジメントの結果の他、本人の介護予防に関する情報を記載して、本人に携帯してもらえるような取組なども検討することが望ましい。

※ 第5の1(6)「介護予防手帳(仮称)」等の活用も参照

○ 市町村においては、統一した様式を使用するに当たって、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等とも、使用方法や認識の統一を図ることが望ましい。

○ また、自立支援に向けたケアマネジメントを進める観点や、多職種間で意識の共有を進める観点から、アセスメントや、課題分析、モニタリングの参考様式として、「興味・関心チェックシート」「課題整理総括表」「評価表」「アセスメント地域個別ケア会議総合記録票(モデル事業様式)」等について、積極的に活用す

ることが望ましい。

(簡略化した介護予防ケアマネジメントにおける留意事項)

- 初回のみ介護予防ケアマネジメントを実施することとした場合は、その後は名簿等の簡易な利用者管理を行うことも可能とする。
- 初回のみ介護予防ケアマネジメントや簡略化した介護予防ケアマネジメントによりモニタリングを省略する場合は、利用者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておくことが適当である。

<状況悪化を見過ごさない仕組みづくりの例>

- ▶ サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止・無断欠席などのケースについて報告する仕組みをつくる。
- ▶ 定期的に専門職が活動の場を巡回し、参加状況を確認する。
- ▶ 活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- ▶ 出席簿を作成の上、毎月報告を求める。

(サービスの利用開始と費用の支払)

- 事業対象者の特定は、前述のとおり基本チェックリストの活用・実施により行う。基本チェックリストの活用・実施後、介護予防ケアマネジメントが開始されるが、その際、名簿への記載等により、介護予防ケアマネジメントの対象者を特定しておく。
- 事業対象者である旨の証(被保険者証)は、基本チェックリスト実施により事業対象者であると特定された後、介護予防ケアマネジメントの依頼を受けたタイミングで発行する。(予防給付における「介護予防サービス計画作成依頼届出書」の提出に代わり、事業では「介護予防ケアマネジメント依頼書」を提出する。)
- 要介護認定等申請を行い、非該当となった場合は、基本チェックリストを実施し、サービス事業の対象とすることができる。(通常の流れと同じく、「介護予防ケアマネジメント依頼書」の作成、名簿登録、被保険者証の発行を行う。)

なお、要支援認定を受けている者が要支援認定を更新せずに継続的にサービスを利用することができるよう、有効期間終了時に介護予防・生活支援サービス事業の対象者とするこゝで、引き続き介護予防ケアマネジメントに基づき、切れ目のないサービスを利用することを可能とする。

<表 10 サービス事業のみ利用の場合のケアマネジメント費（サービス提供開始の翌月から3ヶ月を1クールとしたときの考え方）>

ケアマネジメントプロセス	ケアプラン	利用するサービス		サービス提供開始月	2月目(翌月)	3月目(翌々月)	4月目(3ヶ月後)
原則的な ケアマネジメント	作成あり	指定事業者 のサービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	— (※1)	○ (※1)	○ (※1)	○ (面接による) (※1)
			報酬	基本報酬 +初回加算(※2)	基本報酬	基本報酬	基本報酬
		訪問型C・ 通所型C サービス	サービス担当者 会議	○	×	×	○
			モニタリング等	—	○	○	○
			報酬	基本報酬 +初回加算	基本報酬	基本報酬	基本報酬
簡略化した ケアマネジメント	その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	△ (必要時実施)	×	×	×	
		モニタリング等	—	×	×	△ (必要時実施)	
		報酬	(基本報酬-X-Y) +初回加算 (※3)	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	基本報酬-X-Y	
初回のみ の ケアマネジメント	作成なし ケアマネ ジメン ト 結果の 通知	その他 (委託・補助)の サービス	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×
		一般介護 予防・民間 事業のみ	サービス担当者 会議	×	×	×	×
			モニタリング等	—	×	×	×
			報酬	(基本報酬+初回加算)を 踏まえた単価 (※4)	×	×	×

(※1) 指定事業者のサービスを利用する場合には、給付管理票の作成が必要

(※2) 基本報酬: 予防給付の単価を踏まえた単価を設定

(※3) X: サービス担当者会議実施分相当単位, Y: モニタリング実施分相当単位

(※4) 2月目以降は、ケアマネジメント費の支払いが発生しないことを考えて、原則的なケアマネジメントの報酬単価を踏まえた単価

第5 自立支援に向けた関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）と効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～一歩進んだケアマネジメントに向けたガイドライン～

1 関係者間での意識の共有（規範的統合の推進）

(1) 地域包括ケアシステムの構築と規範的統合

- 地域包括ケアシステムの構築においては、市町村は、介護保険事業計画等で目指すべき方向性を明確にし、地域単位で具体的な基本方針を定め、その基本方針を介護サービス事業者・医療機関・民間企業・NPO・地縁組織・住民等のあらゆる関係者に働きかけて共有することによって、地域内に分散しているフォーマル・インフォーマル資源を統合していくことが重要である。

(参考) 市町村が進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有されることを表すものとして、「規範的統合」という表現がある（価値観、文化、視点の共有）。

※ 『地域包括ケアシステムの構築に向けては、市町村は具体的な基本方針を明示し、関係者に働きかけて共有していく「規範的統合」が必要となる。市町村が示す基本方針の背景についての十分な理解がないままに、システムのみ統合を図っても、その効果は発揮できないため、「規範的統合」は重要な意味を持つ。』地域包括ケア研究会（2014.3）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムの在り方に関する調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

- 総合事業における、各利用者へのサービス提供に係る地域包括支援センターや市町村、事業主体といった関係者間の情報共有及びサービス提供にあたっての意識共有も「規範的統合」であり、ここでは、サービス提供における「規範的統合」を推進するために必要な事項を示す。

(2) 明確な目標設定と本人との意識の共有

- 総合事業では、介護事業所のみならず、NPOや民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人、地縁組織、シルバー人材センター等、多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となる。また、高齢者自身が担い手として活躍することで、生きがいや介護予防にもつながるものである。このような幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要である。
- 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要がある。
- そのためには、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、②介護予防に一定期間（例：3か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして③それが達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましい※。もちろん、設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。

※（介護予防マニュアル改定委員会（2011.3）「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所）

- 生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合

も少なくない。その際、ケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールとして、「興味・関心チェックシート」が開発されているので、その活用も一つの方法である。

(参考) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人とい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

(介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女） 記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

- なお、介護予防は終わりのない取組であり、事業の利用が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。さらに、介護予防とは単に総合事業その他の市町村事業だけでなく、家庭でのセルフケアや地域での様々な支援をも含むものであるから、総合事業の直接の関係者のみならず、地域の支え手である民生委員や老人クラブ、自治会・町内会等の役割も重要であり、それらの多様な主体が高齢者の継続した取組を支援するため、「地域が目指すべき目標」について「規範的統合」が図られていくことも重要である。

(3) ケアプランの作成

- 総合事業は、多様な事業主体が多様なサービスの実施主体となることから、従前の予防給付のようなサービス提供責任者が存在しない形態も想定される。そこで、総合事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランに、可能な限り従来の個別サービス計画に相当する内容も含め、本人や家族、事業実施者が共有することが望ましい。
 - ※ 従前の予防給付に相当する専門性を要するサービスを提供する場合には、当該事業所と地域包括支援センターが連携し、ケアプランに基づいて個別サービス計画を作成することになる。
- したがって、初回のサービス担当者会議は充実した内容とすることが適当であり、将来を予測した支援の内容等を、一定程度定めておくことが必要になる。
- また、適切な目標設定、サービス選定のためには、アセスメントによる利用者の心身の状況（特にADL、IADL）の正確な把握が欠かせない。課題整理総括表等を活用し、関係者で共有することも望ましい方策である。
 - ※ 市町村で既に活用している様式があれば、当該様式を活用しても可。
- なお、利用者本人が自らのケアプランであると実感し、ケアプランで立てたステップからの乖離に自ら気づくためには、専門用語の使用はできるだけ避けるか、十分に説明をし、理解を得た上で使用する必要があることに留意する必要がある。このことは、多様な事業主体が連携するためにも有効である。

(4) モニタリング・評価

- 地域包括支援センターは、利用者介護予防・生活支援サービス事業による支援が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、目標との乖離が見られた場合には、再度、ケアプランを作成することになるが、順調に進行した場合には事業を終了し、本人との面接等により評価を行う。この場合は、事業終了後も高齢者がセルフケアを継続できるよう、一般介護予防事業の紹介等、必要な情報提供、アドバイスをを行うことが不可欠である。
- また、サービスを利用する過程において、ケアプランで立てたステップからの乖離が見られた時には、事業実施者はもちろんのこと利用者本人や家族もそれに気づき、適宜、地域包括支援センターに情報を集約することで、状況に応じて適切なサービスが提供されるよう努めることも重要である。

(5) セルフケア・セルフマネジメントの推進

- 法第4条第1項において「国民の努力及び義務」※として示されているように、高齢者には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められている。

※ 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。

- 高齢者自身が、必要な支援・サービスを選択し利用しながら、自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められるとともに、自ら健康を保持増進していく過程に対する動機をもち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要である。
- そのためには、セルフマネジメントのプログラムの提供が有効であり、専門機関、専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的と考えられる。具体的には、地域住民に対するセルフマネジメント講習の実施や、地域包括支援センターや保健師・看護師、ケアマネジャー等が、高齢者との接する中で、適宜、その役割を担う体制が期待される。

(6) 「介護予防手帳（仮称）」等の活用

（「介護予防手帳（仮称）」について）

- セルフマネジメントを推進するため、あるいは多様な支援者が本人の心身の状況等を把握し、共有化された支援の方針や目標に向かって支援していくためのツールとして、母子保健において活用されてきた「母子健康手帳」の概念を総合事業に活用することが考えられる※。

※ 『日本の公衆衛生史のなかでも一定の効果をあげてきた母子保健において、セルフマネジメントのツールとして活用されてきた母子健康手帳の概念を、他の世代にも活用する試みも効果的と考えられる。「養生」の意識が比較的高いと考えられる介護予防の対象者への介入を先行させることも一つの方法である。』（地域包括ケア研究会（2014.3）「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムの在り方に関する調査研究事業報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

- 母子健康手帳の意義は、妊娠期から乳幼児期までの健康に関する重要な情報が、一つの手帳で管理されることにある。母子健康手帳には、各種の健康診査や訪問指導、保健指導といった母子保健サービスを受けた際の記録が一つの手帳に記載されるため、異なる場所で、異なる時期に、異なる専門職が母子保健サービスを行う場合でも、これまでの記録を参照するなどして、継続性・一貫性のあるケアを提供できるメリットがある※。

※ 「母子健康手帳の交付・活用の手引き」

- 高齢者の分野においても、これまで老人保健事業における「健康手帳」や地域支援事業における「介護予防手帳」が活用されており※1、「介護予防手帳」については、以下を参考とするよう示しているところである※2。

※1 白井市、富山県等。

- 名称：各市町村で命名して差し支えない。
- 用途：介護予防事業の効果的な実施のためには、本人、家族、地域包括支援センター、事業者等の関係者が、介護予防事業に関する情報を共有することが求められる。このため、生活機能の状況や、介護予防ケアプランの内容等をファイリングし、本人に携行させる媒体として、介護予防手帳を活用するものとする。
- 交付対象者：特定高齢者及びその他希望する者
- 大きさ：A4版を標準とする。
- 形態：二穴ファイルを標準とする。
- ファイリングする書類の例：
 - ①基本チェックリスト
 - ②健康診査等の結果票
 - ③医療機関から提供された診療情報
 - ④利用者基本情報
 - ⑤介護予防サービス・支援計画書
 - ⑥介護予防サービス・支援評価表
 - ⑦事業者による事前・事後アセスメントの結果票
 - ⑧介護予防に関する啓発資料
(各プログラムの内容、地域のサービス資源、相談窓口のリスト等)
 - ⑨その他、介護予防に関する書類

(「介護予防手帳(仮称)」の活用)

- 「介護予防手帳(仮称)」は、セルフマネジメントを推進し、規範的統合を図る目的では、以下のように活用することが考えられる。

- ①地域包括支援センターによるアセスメント結果(心身の状況)や、状態を維持改善するためのアドバイス、必要な支援・サービス、到達すべき短期目標・長期目標等が記入された手帳を交付。
- ②本人がいつでも手帳の記載内容を確認できるようにすることで、本人のセルフマネジメントを促す。
- ③サービス利用時には手帳を必ず持参することとし、その都度、サービス提供者も手帳の内容を確認してからサービスを実施し、必ず記録。
- ④各サービス提供者が他のサービスの実施状況も確認できるようになることで、状況に応じた、より適切なサービス提供が期待でき、まさに規範的統合を推進するツールにもなり得る。
- ⑤手帳にセルフケアの記録欄等を設けることで、総合事業の利用終了により地域包括支援センターから離れても、セルフマネジメントにより介護予防を継続するためのツールとなる。

- 掲載内容や使用方法、手帳のサイズ、あるいは手帳の形式ではなくファイル形式にするなど、地域の関係者によって適切なツールを検討し、合意の上、使用することが望ましい。
- 内容を充実させる場合、例えば、市が掲げる地域包括ケアシステム構築のための基本方針や総合事業のメニューの掲載を行ったり、ボランティアポイント手帳と兼ねることも考えられる。逆に持ち歩き等を考慮すれば、ケアプランのエッセンスをわかりやすくA4サイズ1枚程度にまとめ、随時、確認できるようにすることでも効果はあると考えられる。
- なお、平成26年度中に介護予防手帳（仮称）の標準例を参考にお示しする予定である。

※ 事業対象者には対象者であることを証明する何らかの証の交付が必要と考えられるが、これを手帳で代替することも考えられる。基本的にはお薬手帳程度のコンパクトな手帳が望ましい。

（その他）

- このほか、サービス担当者会議に本人・家族が出席し、専門職の助言を受けられる体制も、セルフマネジメントの推進となりうる。
- なお、地域住民には積極的に生活や健康をセルフマネジメントするとともに、資源が有限であることを認識し、市町村の政策を理解することも求められ、市町村は、地域住民の努力が財政上もたらす効果等を示すことも重要である。

2 好事例等から得られた自立支援に向けた効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方～保健・医療の専門職が関与し、短期で集中的なアプローチにより自立につなげる方策～

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントの視点

(概要)

- 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメントは、要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、要支援者等自身が地域の支え手になることを目指すものである。
- 特にADL・IADLの自立支援では、在宅生活で要支援者等の有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましい。
さらに、この場合は、訪問で居宅での生活パターンや環境をアセスメントし、通所では訪問で把握した生活行為や動作上の問題を集中的に練習するなど、訪問と通所が一体的に提供されることが効果的である。
具体的には、①通所型サービスCや訪問型サービスCを組み合わせる、又は②地域リハビリテーション活動支援事業による生活環境のアセスメントと他の通所型サービスや一般介護予防事業を組み合わせる、などが考えられる。
- 以下は、リハビリテーション専門職等との連携による介護予防ケアマネジメントの視点をそれぞれの構成要素について説明したものであり、ケアマネジメント実施の際に留意して取り組むことが望ましい。

イ 課題分析

- 課題分析の目的は、本人の望む生活(=「したい」)(生活の目標)と現状の生活(=「うまくできていない」)のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにすることである。
- 課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができる。また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながる。
- 状態を把握する際には、
「なぜ、要支援認定の申請をしたのだろうか(申請のきっかけ)」、
「なぜ、要支援状態になったのだろうか」、
「生活の中で何か困っていることが生じているのだろうか」、
「それはいつから、具体的にどんなことで、困っているのだろうか」、
「最も困っている人は本人なのだろうか、家族なのだろうか」、
というように、「なぜ」を考えつつ、本人や家族から、必要な情報をもらさず聞き取ることが重要である。

- 「なぜ」を考える際には、居宅を訪問した上で、課題分析標準項目を参考に、「どこに問題があるのだろう」を考え、客観的にかつ「どの程度」といった定量的な情報を把握する。下表に、課題分析標準項目の中で、特に要支援者等について把握が必要な項目を例示する。

表 11 要支援者等について特に把握が必要な課題分析（アセスメント）に関する項目（例）

標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
A D L	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
I A D L	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
じょく瘡、皮膚の状態	皮膚の清潔状況に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事・水分の摂取量、栄養の状態に関する項目
問題行動	暴言・暴行、徘徊、収集、火の不始末等に関する項目
介護力	介護者の有無、介護者の介護意思、介護者の身体的・心理的負担感の程度、主な介護者に関する情報等に関する項目
居住環境	手すりや段差解消などの住宅改修の必要性、歩行車などの福祉用具の必要性、危険箇所等の現在の居住環境、本人がよく利用してきた地域の社会資源と地理的状況（アクセス手段、自宅からの距離等）に関する項目
特別な状況	虐待、ターミナルケア等に関する項目

- 状態の把握にあたっては、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけではなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要である。そのことで、要支援者等の自己有効感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができる。
- また、課題分析では、本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的に「(できれば)してみたい・参加してみたい」A D L・I A D L、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取ることが重要である。なぜなら、「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高めることができるからである。
- しかし、高齢者は周囲への遠慮や、あきらめ、意欲の低下により、具体的な目

標を表明しないこともある。そこで、併せて、家族が本人とどのような生活を望んでいるのか、本人に何をさせたいと考えているのか、といった家族の意向も聞き取ることが重要である。さらに、別添の「興味・関心チェックシート」を活用することで、高齢者自身も忘れていた興味・関心に気づき、それを目標にできる場合があるので積極的活用が望ましい。

- また、課題分析の段階でも、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業（第6の2 一般介護予防事業を参照）を活用し、リハビリテーション専門職等による生活行為の妨げになっている要因のアセスメントや、生活の予後予測等を求めることも考えられる。

□ ケアプラン

- ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。
- 手法としては、3～12か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に
 - ・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
 - ・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
 - ・「いつ頃までに」（期限）を考慮し、計画を作成することが望ましい。
- また、ケアプランの作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切であること、③目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要である。
- 本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域ケア会議の場等を活用して生活支援コーディネーターや市町村等に情報提供することが望ましい。
- 要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態としては、①健康管理の支援が必要な者、②体力の改善に向けた支援が必要な者、③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者、④閉じこもりに対する支援が必要な者、⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者、に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられる。

ケアプランの作成にあたっては、支援課題別状態に合わせ、対応方法を組み合わせ、リハビリテーション専門職等によるアセスメント訪問と生活機能向上を目的とした通所を一体的に提供し、最終的には一般住民等が実施する身近な通いの場に結びつくよう、段階的、集中的に実施することが求められる。以下に、支援課題別状態から想定される対応方法とケアプランの在り方、モデル事例を例示する。

表 維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方（例）

維持・改善すべき課題	状態	配慮すべきケアプランの在り方	事例
①健康管理の支援が必要な者	<p>・高血圧や糖尿病、がんなど服薬管理を含め、疾患管理が必要な者。</p> <p>・飲水・食事摂取量の低下、睡眠量の低下、便秘などから認知機能の低下や体調不良を呈し、その管理の支援が必要な者。</p> <p>・健康状態の悪化もしくは管理がうまくできていない者かつ本人・家族が管理することが難しいまたは第三者による管理が必要な者</p>	<p>①悪化要因が疾病によるものである場合は受診をすすめる。</p> <p>②リハビリテーション専門職等（管理栄養士や保健師等）との同行訪問で、健康のアセスメントや在宅での具体的取り組み方法の指導を受け、自分で管理できるようになる。</p> <p>③健康管理に対する知識・意識を高め、行動変容に結びつく通所での健康教育の場への参加を促す。</p> <p>（1）まず、食事や水分摂取量、服薬管理など生活を整える支援を行う。</p> <p>（2）次いで、自分で管理できるよう健康教育を実施する。</p> <p>（3）栄養改善、口腔機能・運動機能向上プログラムを実施する。</p> <p>④本人に健康管理に対する健康教育を実施したが理解や意識が低く、かつ家族の支援が得られない者に対しては健康管理のための支援を検討する。</p> <p>⑤目標達成後は、地域の住民主体の体操教室などに参加し、自分の健康を維持できるよう、ステップアップの場である通いの場へ参加できるようにする。</p>	<p><u>80歳 男性のAさん 要支援1→1</u></p> <p>元々、社交的な方だったAさん。一人暮らしになり娘夫婦との同居をきっかけに閉じこもりがちになった。注意散漫で転倒しやすく、物忘れが進んできた。保健師による訪問で、糖尿病があり、医師から食事制限の指導があるにも関わらず、毎日ドーナツなどのおやつや甘いコーヒーを飲んでいて、食事と運動の指導を行い、通所介護で食事と水分のコントロール、運動プログラムに参加を促した。また、近所の男性ボランティアに相談し、ウォーキングに誘ってもらった。結果、注意力が高まり、物忘れもなくなり、通所介護を終了し、地域のウォーキング会に参加するようになった。</p> <p><u>81歳 男性のBさん 要支援2→更新せず</u></p> <p>旅行を楽しみとしていたBさん。歩くとふらつくということで臥床がちに。保健師による訪問で、本人が疲労をつよく訴えたこと、糖尿病の管理もうまくいっていないことから受診を勧める。結果、甲状腺機能低下があり服薬治療が開始される。通所介護で生活リズムを整えるとともに運動プログラムに参加した。通所の帰り、徒歩で帰ることが可能となる。通所介護を終了し、地域の通いの場である体操教室に参加をすることとなった。</p>

<p>②体力の改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康状態が悪化した結果、体力が低下し、体力の向上支援が必要な者 ・退院後間もない者 ・体力が低下し、ADLやIADLが疲れてうまくできない者 ・閉じこもりがちで体力の低下の恐れがある者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、体力が低下した理由をアセスメントし、動作の仕方や環境調整、効果的な運動プログラムの指導を行う。</p> <p>②体力改善に向け、通所で集中的に運動プログラムを実践。</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) まずは、送迎による外出支援 (2) 通所で運動プログラムの提供による体力向上支援 (3) 徐々に歩いて行ける範囲への通いの場へ移行できるよう、屋外歩行の練習など外出練習をする。もし、歩いて行ける範囲に通いの場がない場合は、公共交通機関の利用練習も併せて実施し、買い物や趣味活動などの日常生活に結びつくよう支援する。 <p>③目標達成後は、運動の習慣化をするために地域の住民が運営している体操教室などに参加をすすめ、仲間と共に体力の維持を実践できるようにする。</p>	<p><u>90歳 Cさん男性 要支援2→2</u></p> <p>シルバーカーを利用して、散歩や集会場の高齢者の集いに参加することを楽しみにしていたCさん。夏の脱水をきっかけに体力が低下し、寝たり起きたりの生活となる。送迎を利用し通所介護の運動プログラムに参加する。徐々に体力がつき、近所程度は散歩できるようになったことから、歩いていける通いの場に参加することとした。結果、地域の住民が集まるサロンに参加するようになった。</p> <p><u>75歳 Dさん女性 要支援2→更新せず</u></p> <p>元々デパートへ行くことが楽しみだったDさん。大腿骨頸部骨折による退院後、歩行や体力に自信がないということで、外出は通院のみであった。リハビリテーション専門職等の訪問で、アセスメントを行い、玄関の段差に手すりの設置や歩行車を導入。近くの通いの場に、ボランティアの送迎で、運動プログラムに参加する。結果、歩くことに自信がつき、地域住民が実施する通いの場の体操教室に参加し、最近ではバスを利用しデパートにも行けるようになった。</p>
<p>③ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・不自由になっているADL/IADLに対し、生活行為の仕方の練習や道具の工夫など環境を調整するなどの支援が必要な者 	<p>①リハビリテーション専門職等による訪問で、ADL/IADLのアセスメントと、在宅で動作の仕方や道具の工夫などの環境調整を行い、自分でできるようにする。</p> <p>②併せて、通所に参加し、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ADL/IADLの基本的動作の集中的な練習を 	<p><u>80歳 男性のEさん 要支援1→更新せず</u></p> <p>趣味のグラウンドゴルフや町内会の会長をするなど活動的な生活を送っていたEさん。脳梗塞後、住宅改修の相談で介護保険を申請。独居で、ゴミの運搬や浴槽の出入りができず、困っていた。リハビリテーション専門職等の訪問により、環境調整や動作の仕方を指</p>

	<p>・認知機能の低下、痛みや筋力などの低下から、生活行為に支障があり、道具や環境の工夫、動作の仕方などの指導が必要な者</p>	<p>実施する。</p> <p>(2) ADL/IADLの生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>(3) 通所で練習しているADL/IADLの生活行為は、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>③目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>導した結果、入浴はできるようになる。併せて運搬動作の練習のため、通所介護を利用。運搬が容易になったことで買い物にも行けるようになり、通所介護を終了し、元々していたグラウンドゴルフの会に参加するようになった。</p> <p><u>84歳 女性のFさん 要支援2→2</u></p> <p>軽トラックを運転して、買い物に行くなど家の家事のほとんどを担っていたFさん。腰痛後、家事のすべてを娘がするようになった。リハビリテーション専門職等の訪問により、歩行車の導入と洗濯や物干しの仕方、箒ばきやモップによる掃除の仕方、自宅からバス停までの歩行の仕方を指導する。併せて、通所介護でも動作の練習や運動プログラムに参加した。徐々に外出に対する自信がつき、近所のお店まで買い物に行けるようになる。結果、通所を終了し、地域の通いの場で体操に参加し、友達もでき通いの場が楽しみになっている。家では掃除、洗濯、買い物を担当するようになった。</p>
<p>④閉じこもりに対する支援が必要な者</p>	<p>・病院から退院してまもない者</p> <p>・孤独感や生活の意欲が低下している者</p> <p>・うつや認知機能などが低下している者</p>	<p>①リハビリテーション専門職等の訪問で、閉じこもりになった理由をアセスメントし、生活の中で楽しみにしていた、大切にしていた生活行為を聞き出し、家庭でできる家事などの役割の回復を促す。</p> <p>②うつや認知機能に低下がみられる場合は、受診を勧める。</p> <p>③訪問で、役割や余暇活動の機会を提供し、本人のし</p>	<p><u>82歳 Gさん男性 要支援2→1</u></p> <p>囲碁教室に通うことを楽しみにしていたGさん。腰痛で立ち座りや家事の一部が困難になったことをきっかけに、閉じこもりがちになった。訪問で本人のしてみたいことを確認し、歩く自信をつけることを目的に通所介護を利用する。歩行に自信がつき、通所介護を終了し、歩いていける範囲にある通いの場に参加する</p>

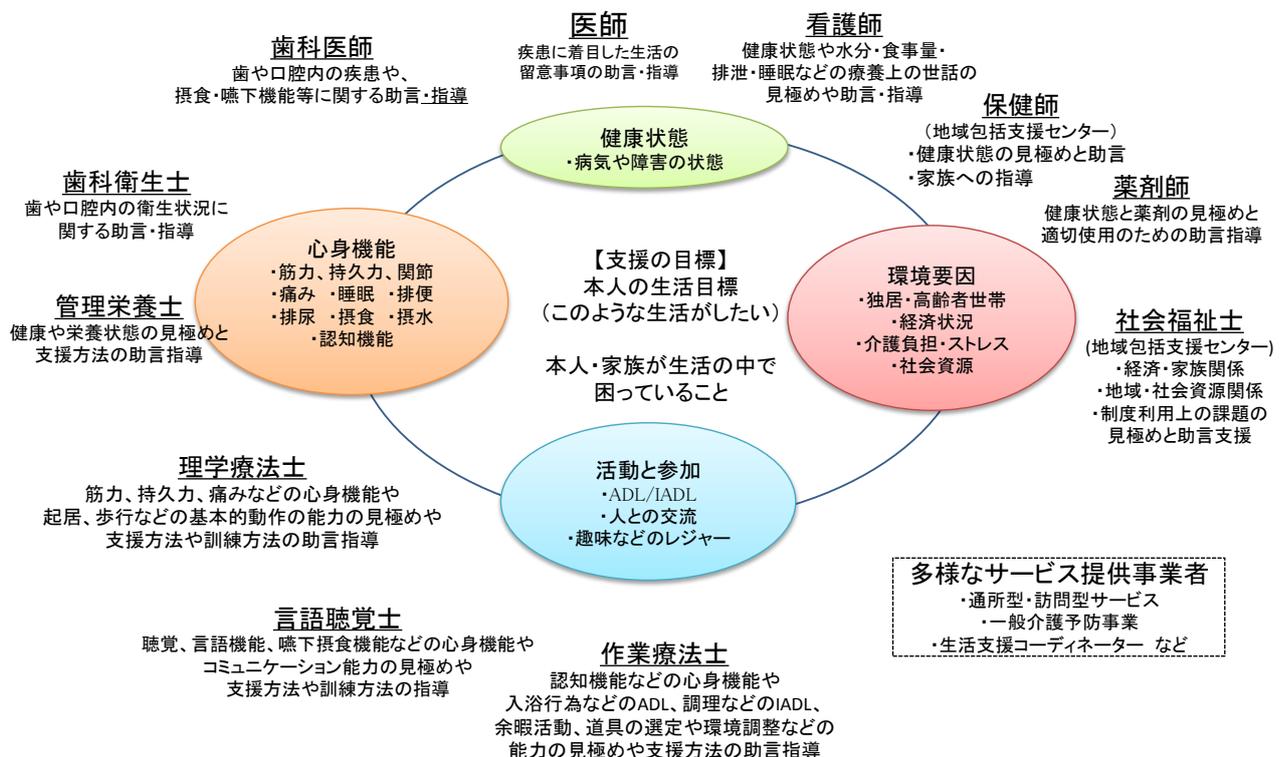
	<ul style="list-style-type: none"> ・日中、家庭での役割や趣味活動など何もすることがない者 ・社会的活動に参加したいと思っているが体力などに自信がなく、閉じこもっている者 ・家族が閉じこもりがちな状態に対し、心配している者 	<p>たい生活行為ができるよう支援する。併せて、体力の向上の必要性を説明し、理解を得つつ、通所への参加を促す。</p> <p>④通所参加後は、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) まず、送迎による外出支援を行いつつ、 (2) 人的な交流 (3) 運動プログラムの実施など本人のしたい活動の拡大を図る。 <p>目標達成後は、身近な通いの場に歩いて参加し、人的交流や運動プログラム、仲間と様々な余暇活動の参加の機会を提供する。</p>	<p>こととした。結果、公民館の囲碁教室に通うようになっていく。</p> <p><u>80歳 Hさん女性 要支援2→2</u></p> <p>友達とスポーツジムの水中ウォーキングに参加することを楽しみとしていたHさん。膝の痛みもあり、物忘れが出始めたころから、閉じこもりがちになった。体操が好きとのことで介護予防通所介護の運動プログラムに参加する。併せてボランティアの訪問も行い、一緒に毎日1時間の散歩をする。結果、相変わらず財布がないと言っているものの穏やかになり、本人の希望により通所介護から元々参加していた地域の友達がいるスポーツジムに参加するようになる。</p>
<p>⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が本人の健康状態に対し不安を持ち、精神的に負担に思っている者 ・本人との関係の中で心理的ストレスを感じている者 ・ADL や IADL に具体的に介護負担を感じている者 ・他の家族に介護が必要な者ができたことによる物理的介護負担がある者 	<p>①家族を含め介護者が、精神的にも介護負担を感じている場合は、通所を活用し、一定の期間の介護軽減を図る。</p> <p>②リハビリテーション専門職等の訪問で、</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 本人の健康状態や介護軽減につながる環境のアセスメントし、環境調整を実施する。併せて、本人には体力の向上などの必要性を含め、通所への参加を説明、理解を得る。 (2) 本人への自立支援プログラムをケアマネジメント実施者や通所サービス提供事業所のスタッフに提案する。 <p>③訪問では、家族が具体的に介護負担を感じている生活行為について、支援を行う。</p>	<p><u>83歳 Iさん男性 要支援2→2</u></p> <p>山師の仕事を引退後、畑をしていたがだんだんと日中何もしたがらなくなり、うつ病と診断され、寝たきりになってきた。歩き方も不安定で、立ち座り時ふらつく。リハビリテーション専門職等の訪問で、手すりの設置、手すり付きベットを導入する。通所介護は拒否。妻はふさぎ込んでいる夫と共に過ごす時間が苦痛になっている。訪問介護を導入し、家族の介護負担軽減を目的に通院援助を実施した。また、リハビリテーション専門職等の訪問による運動の指導は受け入れが良好だったので、在宅での運動の指導から徐々に再度通所介護の運動プログラムに参加を進めた。</p>

	<p>(1) 通院援助 (2) 介護軽減に向けた環境調整 (3) 排泄などのADLの介護支援 ③併せて通所型サービスを組み合わせ、 (1) 家族の休息 (2) 本人への運動プログラムや栄養改善のためのプログラム、ADL/IADLの生活行為の基本的動作の集中的な練習、生活行為そのものを反復的に実施する。</p> <p>④通所での本人の有する能力の改善に合わせ、通所の場面だけではなく、適宜、在宅に訪問し、実際の生活の場面で練習が活かせるようにアプローチするなど、訪問と一体的に実施する。</p> <p>⑤併せて、家族に対し、本人ができるようになった生活行為を説明、本人の生活意欲を高めるためにも、本人が有する能力を発揮できるような関わり方など教育的アプローチを実施する。本人と家族の状況を踏まえつつ、訪問による支援方法も変更する。</p> <p>⑤目標達成後は、ADL/IADLが維持できるよう、地域の通いの場や趣味活動などに参加をすすめ、生活意欲を維持できるようにする。</p>	<p>98歳 Jさん女性 要支援2→2</p> <p>シルバーカーを押して、散歩をするなど生活を送っていたが、徐々に生活機能が低下し、食事量も低下、臥床がちの生活となっていた。また、夜間のトイレの失敗や紙パンツに排便することが増加し、その後始末が家族にとって精神的負担となっていた。保健師の訪問で食事・水分摂取量の確認と医療への受診を勧め、医師から栄養補助剤の処方してもらい、栄養を確保した。排便は定期的にあることから、訪問介護を導入し、排便誘導と朝のトイレの後始末を支援した。</p>
--	---	---

ハ モニタリング

- モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、次の支援計画に結びつけていくことである。
 - モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行い、課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮する。
 - 新たな課題が見つかった場合、目標達成が困難な場合は、計画を組み直すことになるが、その際にも必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。
- (2) サービス担当者会議と多職種協働による介護予防ケアマネジメント支援
- サービス担当者会議では、サービス提供事業者だけではなく、必要に応じて下図のリハビリテーション専門職等の参加により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通し、効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実践することが望ましい。

図 サービス担当者会議で求められるリハビリテーション専門職等の発言内容



対象者の生活目標を達成するために、なぜうまくできないのか、困っているかの要因を分析する際に、様々な職種が得意とするアセスメント領域の自立の可能性について意見を参考とすることで、生活の目標を阻害している要因を特定することができる。また、自立に向けた具体的解決策についても提案していただくことで、効果的自立支援が実施できる。

- サービス担当者会議では、
 - ① 会議開催前には、「〇〇さんの自立を支援するためには、どの様な支援が必要

か」をまず考えた上で、図のリハビリテーション専門職等の中から、自立支援に向けたチームをどのように構成するかを検討する。

② 会議開催時には、ケアマネジメント担当者が、ケースの年齢や家族構成などの基本情報、今回の認定申請等に至った経緯、維持・改善すべき課題とそれに至る課題分析の過程、計画の原案を説明する。

③ その後、リハビリテーション専門職等の各職種が得意とする領域から、計画の原案に対して、アセスメントで不足している視点、新たな維持・改善すべき課題の有無・内容、効果的な支援方法などの助言を受けることになるが、積極的な発言が得られるよう、本人の情報を十分に用意するなど配慮する。

④ また、介護予防・生活支援サービス提供事業所が会議に参加することで、

- ・ 要介護者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有でき（支援の方向性の共有）、
- ・ リハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ADL/IADLの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手でき（効果的なアプローチ方法の入手）、
- ・ 的確な通所計画などを立案でき、効果的なサービスの提供を促すことができる。

○ 多職種協働によるサービス担当者会議の開催は、ケアマネジメントのスキルアップのみならず、サービス提供事業所の質の向上にも働きかけることができる。

○ サービス担当者会議は、一事例について、初回、ケアプランの目標が達成する時期ごとに開催することが望ましい。目標達成後は、必要に応じて再度サービス担当者会議を開催し、リハビリテーション専門職種等から、

① 終了後も継続して取り組むとよい体操

② 疾患からみた心身機能の特徴と関わり方

③ 生活行為の仕方や考えられるリスク

などの情報を、次のステップアップの場である地域の通いの場や社会資源のスタッフに提供することは、本人が安心して社会参加する上で有効である。

○ また、このような個別の事例を通じたサービス提供者、住民主体の支援の担い手、一般介護予防事業のスタッフ等の連携は、効果的な体操などが地域の社会資源間のどこでも取り組まれるきっかけとなり、地域全体での生活機能の維持に向けた取組みが推進されることにつながるものである。