



サービスC（通所・訪問）

令和4年度 地域づくり加速化事業（全国研修）

広島県地域包括ケア推進センター
次長 藤原 薫

CONTENTS



目次

- 1 サービスC（通所・訪問）の概要・意義
- 2 実施に向けて持つべき視点
- 3 目指すべき効果・成果
- 4 具体的に行うことの例
- 5 振り返り・まとめ

サービスCの基本的な
考え方を押さえる

サービスCとは…

- ①生活行為に支障のある高齢者を対象に
- ②保健・医療・介護の専門職が、短期集中的に関わることで
- ③社会参加、地域での役割を持った自分らしい生活の（再）獲得を実現する

- 日常生活の困りごとのある高齢者に、医療介護の専門職が短期集中的に関わることにより、高齢者の自信・社会的スキル・役割・可能性を生み出すこと
「well-being」即ち

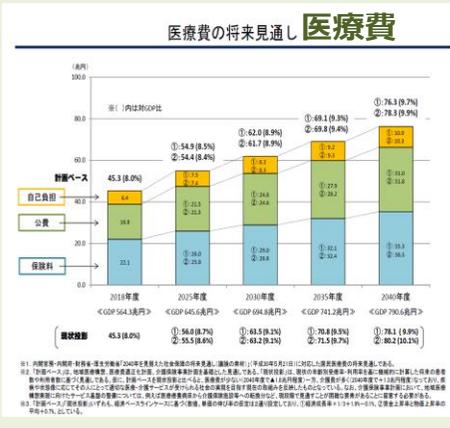
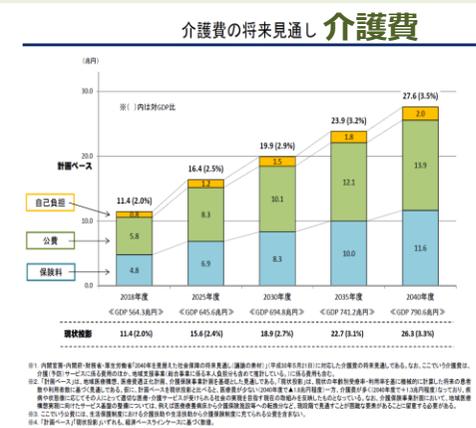
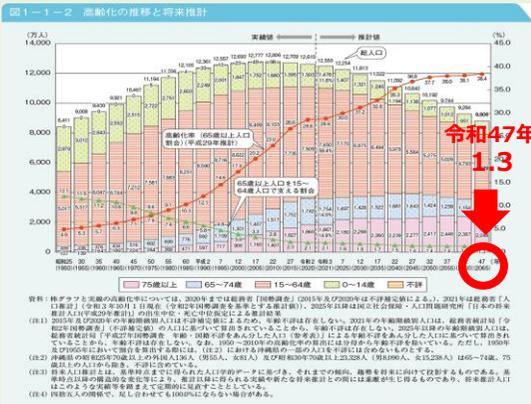
自立支援（＝介護保険の基本理念）

サービスC（通所・訪問）は何故必要なのか

✓ 制度の持続可能性

A 2040年の社会保障費に占める介護費、医療費の割合は、現状投影に比べて、計画ベースの割合が低くはなっているが、どちらも高くなると推計されている。

B 現役世代の減少により、令和47年には1人の高齢者を1.3人で支えることとなる。また、現役世代の減少により介護人材が不足すると予測されている。



令和4年度高齢社会白書

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（平成30年5月1日）

サービスC（通所・訪問）は何故必要なのか

介護予防導入の変遷を知る

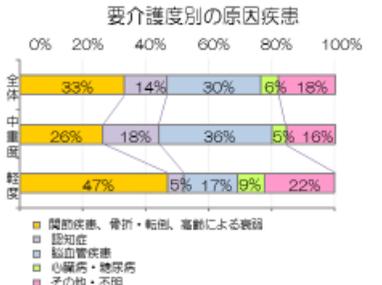
- ① 介護予防導入の経緯
- ② ICFの考え方
- ③ 介護予防の推進

✓ 介護予防導入の変遷を知る

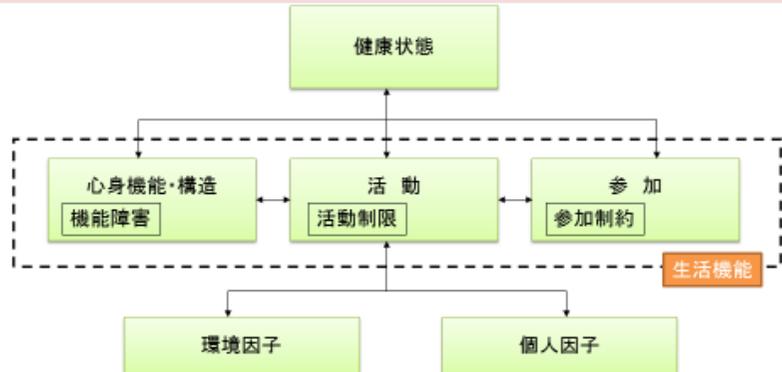
介護予防導入の経緯(平成18年度創設)

- 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



国際生活機能分類(ICF)



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、
 ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
 ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
 ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」
 の3つの構成要素からなる

出典：平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会の報告書

サービスC（通所・訪問）は何故必要なのか

平成26年介護保険法改正による介護予防の推進

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能（※）の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、**日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。**

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

平成26年法改正までの介護予防の問題点

- 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と考えられる。

平成26年法改正からの介護予防の考え方

- 機能回復訓練など的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ふ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

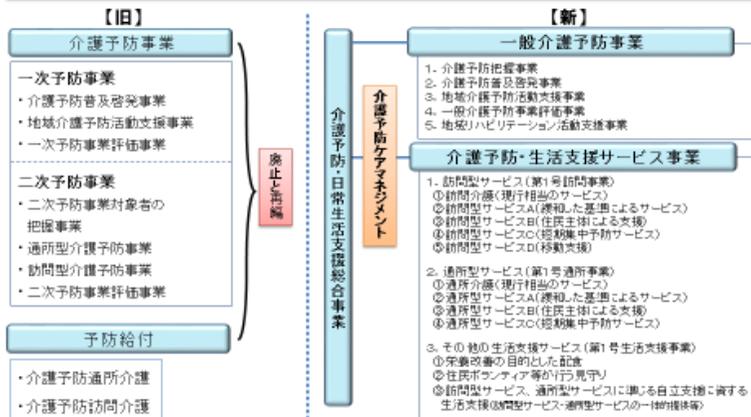
サービスC（通所・訪問）は、二次予防事業の延長ではない

✓ 平成26年介護保険改正における介護予防事業の体系（平成29年度までに順次移行）

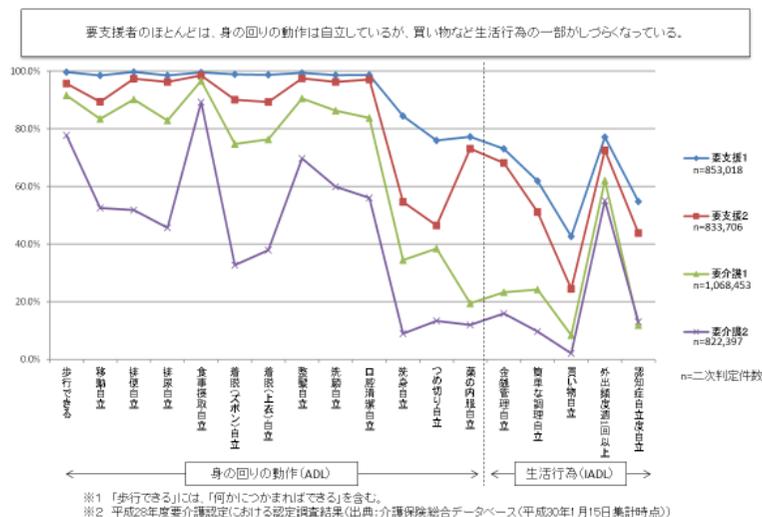
- 1 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直した。
- 2 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- 3 リハビリテーション専門職等を活用した自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

平成26年法改正における介護予防事業の体系（平成29年度までに順次移行）

- 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、地域づくりなどの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取組となるように介護予防事業を見直した。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者が増え、通いの場が普及拡大していきような地域づくりを推進する。
- リハビリ等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

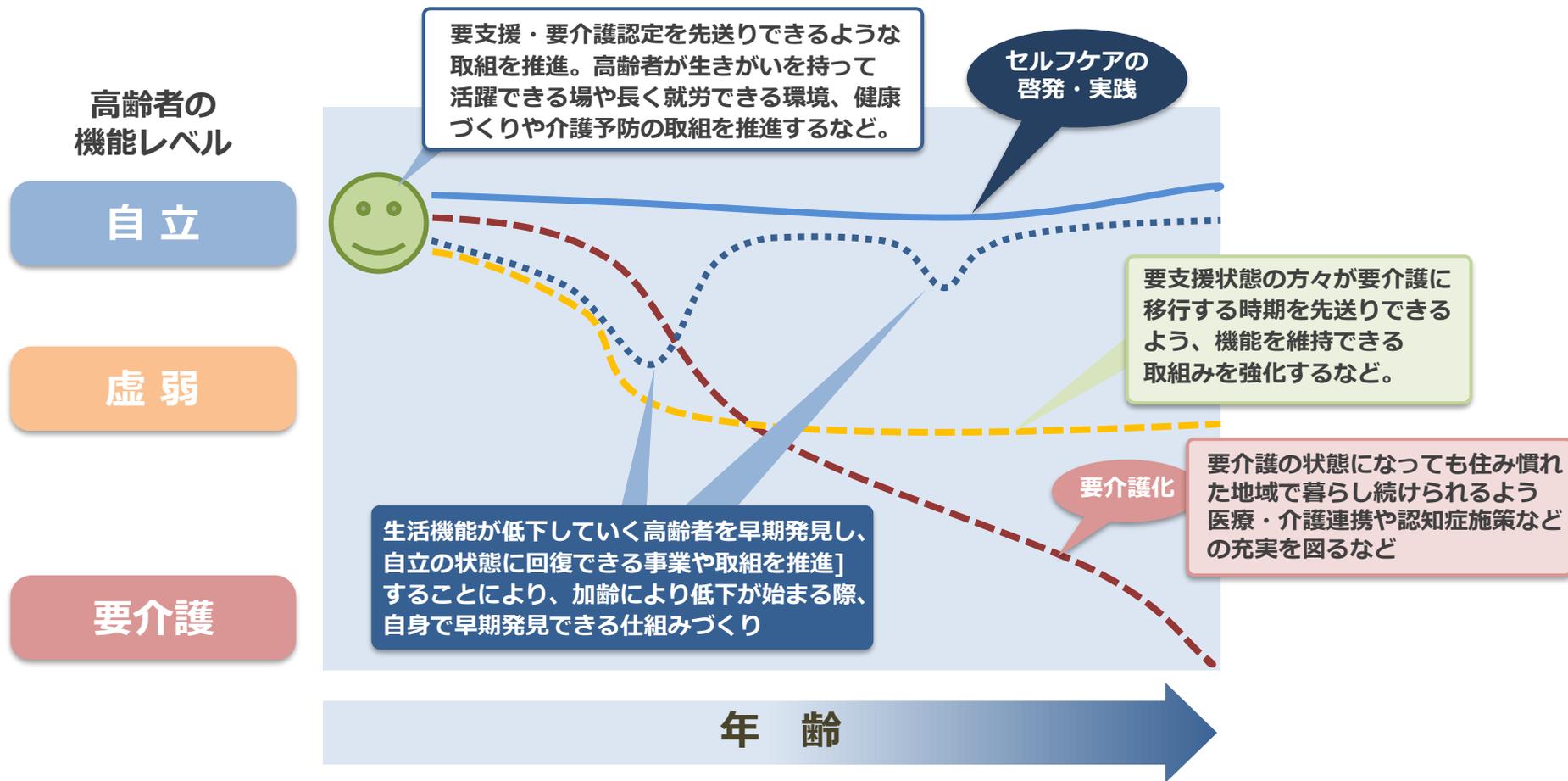


（参考）要支援1～要介護2の認定調査結果



サービスC（通所・訪問）は何故必要なのか

地域包括ケアシステムの構築 ～高齢者の機能レベルから～



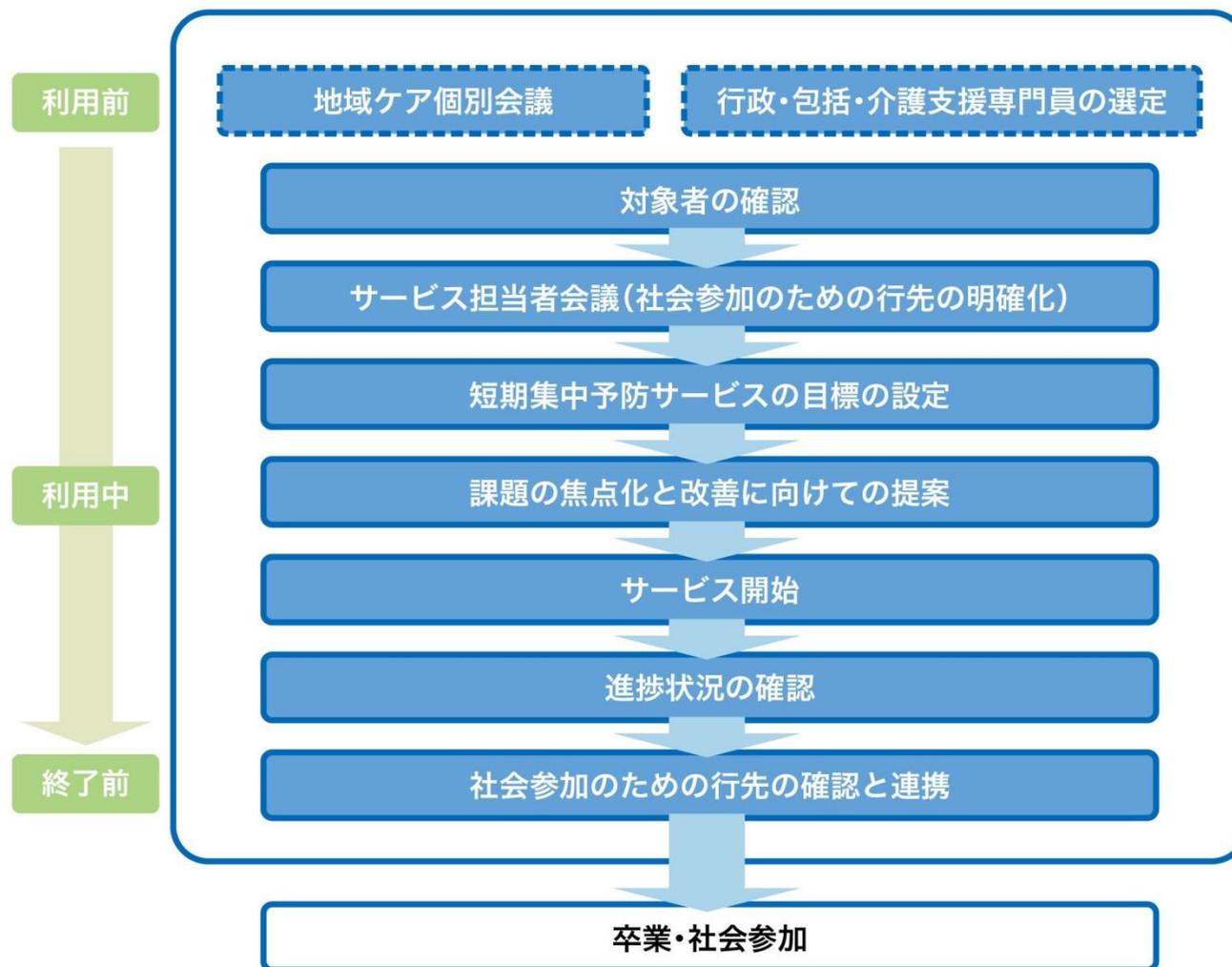
サービスCの目指す方向

介護予防・日常生活支援総合事業の推進
 ～生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加～

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。
ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。



総合事業：サービスC（通所・訪問）の利用の流れ



終了前の直前に活動が更に広がるような場を探す等は (×) ですよ。参加している間に次に向きたい場所に通ってみる挑戦を行うことなどがポイントです！



対象となる状態像

✓ 短期集中予防サービスの対象者

- 1 短期集中予防サービス対象者は**要支援認定者**又は**事業対象者**
- 2 生活機能の低下により、**生活上での困り事（入浴・家事・外出・買い物等）**の解消が必要な者
- 3 介護予防ケアマネジメントの中で**生活目標（〇〇したい・〇〇できるようになりたい）**を引き出す

障害高齢者と認知症高齢者の日常生活自立度を活用した対象者のスクリーニング

認知症高齢者の日常生活自立度	M								
	IV								
	III b								
	III a								
	II b	③							
	II a								
	I	①				②			
	自立								
		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1
	障害高齢者の日常生活自立度								

短期集中予防サービス対象者のイメージ像

対象となる状態像

✓ 短期集中予防サービスにお誘いする場合の留意事項

したい生活行為ができない要因に対して、
永続的な支援が必要な方でも
教育的関与は可能な場合があります。

例) 進行性の疾患がある方（パーキンソン病、
脊髄小脳変性症、認知症等）

①パーキンソン病の初期

パーキンソン病の初期には、徐々に生活の
難しさが出始めている段階があり、
そのような方には、**有効な場合**もあります。

②認知症の初期

認知症の初期には、**意欲の低下**がみられ、
社会的な活動の場に出にくくなる段階があり、
短期集中予防サービスによって、意欲が
あがり、**地域での活動継続が可能**となる
ケースもあります。

パーキンソン病や認知症の方も
とても幅広い状態にあります。
下記の場合は、慎重に判断しましょう。



* **パーキンソン病、脊髄小脳変性症**などの疾患があり、
医療的な視点でのリハビリが必要な場合は、介護予
防通所介護や介護予防訪問リハビリも選択の一つです。
医療的なリハビリが不要な時期であれば、**短期間・
集中的な介入でセルフケアの習得**など、教育的な
関与でサポートできることもあります。

* **認知症の方**でも、専門職の関与があり、虚弱な方の
集まりだから「参加してみよう」と思える方もいます。
事業実施側の体制も踏まえ、**選択の余地があるか**を
考えましょう。

進行性の疾病がある場合は特に、主治医の意見も踏まえ、
本人・家族とも十分に話をした上で勧めましょう。



短期集中予防サービスに関する周知・啓発

✓ 住民・関係者・関係機関・自治体内での周知（啓発）

医療機関・医療従事者に周知

- ・ 事業参加が望ましい対象が具体的にイメージできるような資料（DVDやチラシ等）を持って周知
- ・ 在宅医療介護連携推進会議等の場も活用して啓発する等



介護支援専門員・地域包括支援センター職員・介護事業所等に向け周知

- ・ 短期集中予防サービスに向く対象者についての理解を促す

住民への啓発（DVD動画・チラシ・リーフレット・広報・ホームページ、フォーラム等）

- ・ 事業内容を簡潔に説明したものと利用前後の変化が見えるものを準備し、視覚・聴覚を活用し周知
- ・ 通いの場等への参加ができなくなる前に生活機能低下者を紹介してもらうよう働きかける

地域の核となる機関・団体等への周知

- ・ 民生児童委員や自治会長、老人クラブ連合会、ボランティア団体等に事業の周知を行う

その他

- ・ 薬局の薬剤師等に事業を説明し、対象となりそうな人を市町村窓口や地域包括支援センターにつないでもらう
- ・ 市町村職員向けにも周知し、家族や知り合いなどで事業参加が望ましい者を紹介してもらう等

実施するうえで大切なこと

✓ 成功の鍵

目的の明確化

目標は、必ず本人の「望む生活」につながっていることが原則

本人の「したい・できるようになりたい」を大切にする

どんな生活を送れるようになりたいのか、どんなことができるようになりたいのか、
あきらめていたどんな活動を再開したいのか、より掘り下げて聴くことが大切

短期集中予防サービスの持つ「短期間で集中的に心身機能・身体構造を改善させる」という特徴を最大限に活かすためには、対象者の「どのような生活課題を解決するために短期集中予防サービスを使うのか」というサービス利用の「目的の確認」が大切

一番大切になるのは、本人の「したい」または「できるようになりたい」生活行為が目標として明確に設定された介護予防ケアマネジメント

実施するうえで大切なこと

✓ 成功の鍵

介護予防サービス・支援計画書の目標との連動が必要となります。

本人の「したい」「できるようになりたい」を実現するためには、**生活をしっかり理解した上でのケアマネジメントが必要**。
たとえば短期集中型C類型では、生活の困りごとを把握するためのアセスメント「訪問」とできるようになるための「通所」を組み合わせる支援することがポイント。

- 目標は「**筋力をつける**」ではなく、具体的な目標設定が必要
例) 筋力をつけることで、バスのステップが昇れるようになる等
- 目標達成のための、**期間**を決定することが重要
3か月でクリアではなく、3か月間は**きっかけ**です。

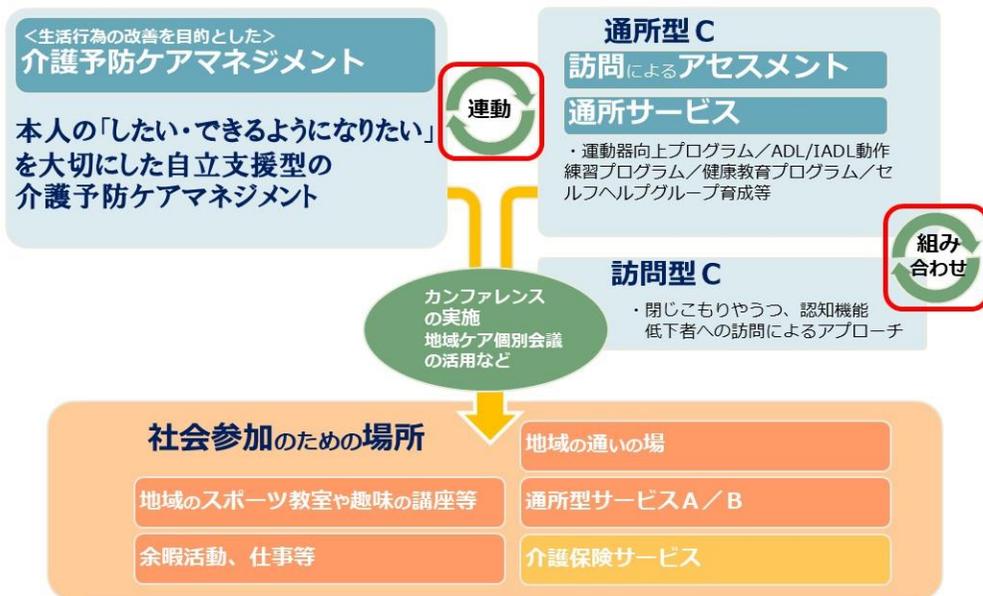


実施するうえで大切なこと

成功の鍵

地域の居場所につなぐところまで考えるケアマネジメントを

「ストーリー」の発想が大切（例示）



※「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。（通所リハビリテーション注9留意事項通知[老企第36号 第2の8(12)]より）

出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

- 保健医療の専門職による短期集中型の介護予防サービス（3-6カ月程度）は「やったら終わり」ではない。「したい」「できるようになりたい」ことができるようになったら、地域の活動への参加に結びつけるところまで到達してようやく終了

- 地域の中に、たくさんの居場所、通いの場が必要。趣味の集まりでも、体操教室でも、手芸教室でもいい。こうした地域のインフォーマルな資源に積極的につないでいくケアマネジメントが期待されている。

サービスの提供内容

- ① 訪問型サービスCでは、しづらくなっている日常生活動作（掃除・洗濯・調理・買い物・入浴・外出等）や自宅内の環境調整に関する**助言・指導**
- ② 通所型サービスCでは、①に記載のある生活行為のしづらさを**改善するための介入**を中心に実施
- ③ プログラムの中には、**セルフケアの推進**や**定着**も含めて、事業終了後にも継続して取り組めるよう支援
- ④ 短期集中予防サービスメニューに口腔や栄養も含めて、複合的なプログラムを導入している市町村もある

サービスの提供内容の例

利用前	対象者の確認
	<p style="text-align: center;">事業所に 依頼が あった時</p> <p>① 対象者の確認 基本チェックリストの該当者、要支援認定者のうち、特にADL/IADLにできないことがある方が対象です。</p> <p>② 目標の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実現可能な具体的な目標設定ができていますか ・ 生活目標であるか <p>③ 情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書、アセスメントシート、基本チェックリスト、服薬の内容 「介護・予防サービス支援計画書や地域ケア個別会議との整合性について」 ・ 医療情報の確認 利用者基本情報の「現病歴・既往歴と経過」及び（ある場合は）診療情報提供書 （ 医療情報は地域包括支援センター職員・介護支援専門員と ） （ ともにリスク管理のためにも、確実に確認する ）
	短期集中予防サービスの目標の共有
	<p style="text-align: center;">担当者会議 （担当者会議の後 目標設定する 場合もあり）</p> <p>① 目標の確認（再設定） 目標設定について」</p> <p>② 目生活環境アセスメント 「評価方法」FAIの活用参照</p> <p>③ その他のサービス事業所（フォーマル・インフォーマル）との役割分担</p> <p>④ 終了後の社会参加ための行先の明確化（住民運営の通いの場等） 「卒業に向けた準備と今後の生活への助言」</p>

サービスの提供内容の例

利用中	初回	<p>課題の焦点化と改善に向けての提案</p> <p>① 生活上での困り事の確認</p> <p>② 訪問</p> <p>①で確認した日々の暮らしで、しづらくなっている日常生活動作（掃除・洗濯・調理・買い物・入浴・外出等）や自宅内の環境や導線を確認し、環境調整及び具体的な動作改善に向けた取組への助言・指導等を実施 （※あくまでも助言・提案であり、リハビリや訓練等の実施は含まないこと）</p> <p>通所</p> <p>②の訪問で確認した事柄の改善や解決のためのプログラム（セルフケア含む）を提供し、〇〇したい！〇〇できるようになる！をかなえるサポートを実施 （プログラム内容：筋力・柔軟性・バランス力・持久力・生活上の工夫等）</p> <p>③ 参加者の目標確認（必要に応じて再設定）、ショートゴールの設定</p> <p>④ 地域包括支援センター職員や介護支援専門員、その他のサービス事業所等との情報共有・すりあわせ</p> <p>⑤ 目標達成に向け、段階を経て実施すべきことの整理</p>
	<p>期間内 （～最終回） （3～6カ月まで 延長可能）</p>	<p>進捗状況の確認（目標達成へ向けた働きかけ）</p> <p>① 目標の達成状況の確認（心理面や身体状況・生活行為面の変化や活動状況等の確認）</p> <p>② 新たな課題・残った課題に対する助言・提案、必要に応じたプログラムの変更等 ⇒解決された時点で終了</p> <p>③ 地域包括支援センター職員や介護支援専門員、その他のサービス事業所等との情報共有・すりあわせ</p> <p>④ 終了後の生活の広がりや活動、役割や社会参加先との連携</p>

サービスの提供内容の例

終了前	担当者会議	卒業、社会参加に向けて
		<ul style="list-style-type: none"> ① 課題と解決策を経た目標達成について報告 ② 今後も生活動作が継続していけるように助言 (今後、起こりうるリスクについての助言も含む) ③ 終了後の生活の広がりや活動、役割や社会参加 ※通いの場が受け皿にないから終了できないというような事のないように留意する。

サービス提供中の留意点

本人が**自発的**に参加し、**活動を繰り返し広げる中で**、終了後も引き続き**活動を維持・拡充**する意欲を保ちながら活動的な日常生活を送れるよう、**本人の意欲へ働きかける**ようにしましょう。

● 本人の意欲への働きかけとして、成功体験を積み重ねることが有効

- ① できる目標を立てる (スモールステップ)
- ② 行動を記録する (セルフ・モニタリング)
- ③ 自分を褒める (自己強化) ことが有効

総合事業：サービスC（通所・訪問）の取組 ～広島県～

✓ 短期集中介護予防サービス実践マニュアル作成



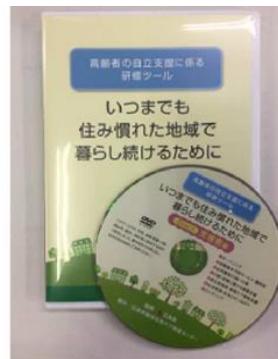
- 自立支援や介護予防の効果的な実践に向け、マニュアル（リハビリテーション専門職向け、介護支援専門員等向け）の作成により手法の標準化を進める。

✓ 介護予防ケアマネジメントのためのアセスメントマニュアル作成



- 地域ケア会議における多職種協働の円滑化を図るため、アセスメント情報からケアプラン作成に至る思考過程を明らかにするツールの作成

✓ 高齢者の自立支援にかかる研修ツール



- 支援者や高齢者に「高齢者になっても元気になる」というイメージを持ってもらうために作成

- 高齢者がフレイルになっても「日常生活を取り戻す」という視点を持ってもらうために作成



振り返り・まとめ

- 1 短期集中予防サービスが誕生した背景を知る
- 2 短期集中予防サービスの必要性を理解する
- 3 介護予防ケアマネジメントの重要性を理解する
- 4 地域支援事業の連動性を理解する
- 5 適時適切な介入により高齢者は元気になることを知る