

平成 27 年度 地域包括推進事業
介護予防ケアマネジメント実務者研修

平成 28 年 2 月

平成27年度地域包括推進事業
介護予防ケアマネジメント実務者研修

目 次

次第	3
1. 介護保険法の理念、定義	5
2. 地域包括ケアシステムの構築	6
3. 介護予防の理念	10
4. 地域支援事業としての介護予防・日常生活支援総合事業	11
5. 自立支援に資する介護予防ケアマネジメント （第1号介護予防支援事業）の考え方	19
6. 介護予防・日常生活支援総合事業における窓口対応	30
7. 市町村の役割	31
8. 映写用資料	
行政説明	35
（1）介護予防ケアマネジメントの考え方（1）総合事業における窓口対応	45
（2）介護予防ケアマネジメントの考え方（2）	57
活動と参加に対するアセスメントの紹介	73
9. 演習資料	85
10. （参考資料）市町村の取組事例	109
（参考資料）企画委員名簿	173

○研修の目的・ねらい

介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防・生活支援サービス事業の1事業である介護予防ケアマネジメントのあり方について確認するとともに、要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者の状況を踏まえた介護予防ケアマネジメントの実際について学ぶことを目的とする。

○研修スケジュール

	時間	項目	内容及び目的・ねらい	講師・説明者
1	10:00-10:05	開会挨拶		厚生労働省
2	10:05-10:15	おしなせ	研修の目的とねらい 自己紹介	厚生労働省
3	10:15-10:40 (25分)	行政説明	地域包括ケアシステムの構築と介護予防の理念 地域支援事業としての介護予防・日常生活支援総合事業	厚生労働省
	10:40-10:50	休憩		
4	10:50-11:50 (60分)	講義	介護予防ケアマネジメントの考え方(1) 総合事業における窓口対応	企画委員会 委員
	11:50-12:50	休憩		
5	12:50-13:50 (60分)	講義	介護予防ケアマネジメントの考え方(2)	企画委員会 委員
6	13:50-14:10 (20分)	講義	活動と参加に対するアセスメントの紹介	企画委員会 委員
	14:10-14:20	休憩		
7	14:20-16:50 (150分)	講義及び 演習	<ul style="list-style-type: none"> 総合事業対象者のイメージ 基本チェックリストの活用 アセスメントから目標設定 	企画委員会 委員
8	16:50-16:55 (5分)	まとめ		企画委員会 委員長
	16:55	閉会		

休憩時間は状況により変更する場合があります。

1 介護保険法の理念、定義

介護保険は、法第1条にあるとおり、「高齢者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むこと」を目指し、第2条においては、必要な被保険者に対して、「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行わなければならない」とされています。

その中で、国民1人ひとりにおいても、法第4条で、「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、その有している能力の維持向上に努めるものとする」と規定されています。

そして、この介護保険制度の実施主体である市町村は、法第5条において、「被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、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のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」とその役割が明記されています。

第1条（介護保険の目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第2条（介護保険）（一部抜粋）

○ 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

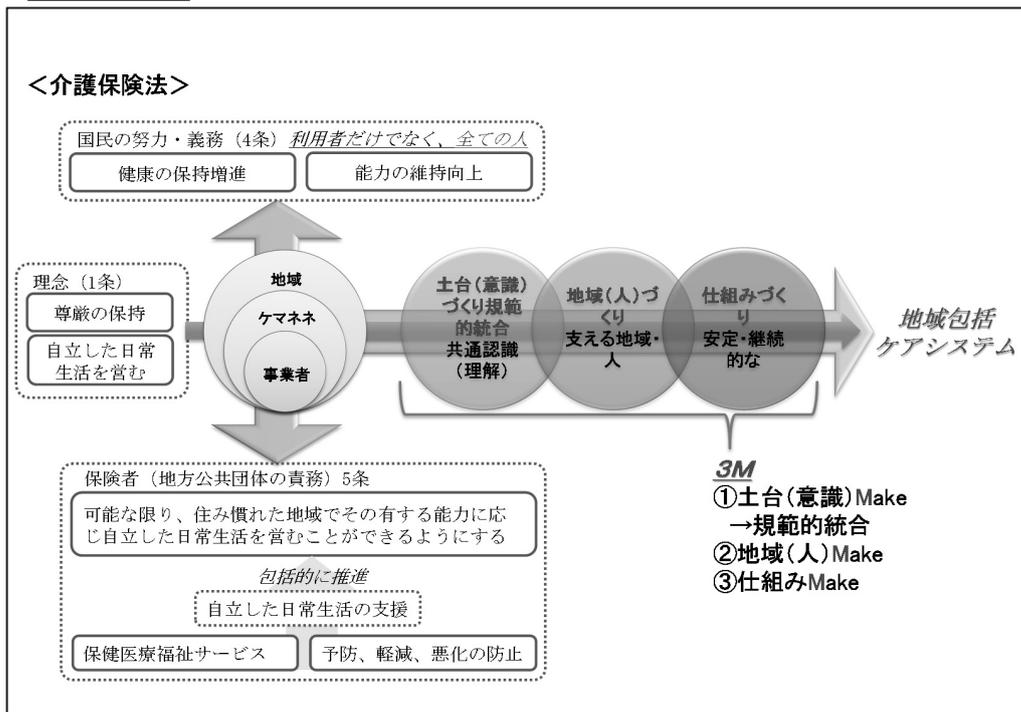
○ 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

第4条 第1項（国民の努力と義務）

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。

第5条第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、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のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。



2 地域包括ケアシステムの構築

（1）介護保険を取り巻く状況

2000年に介護保険制度が施行されて以来、在宅サービスを中心に利用者は大きく増加してきています。そして今後、団塊の世代の方々が、75歳以上高齢者（後期高齢者）となる2025年には2000万人を越え、その中で介護ニーズはますます増大することが見込まれます。

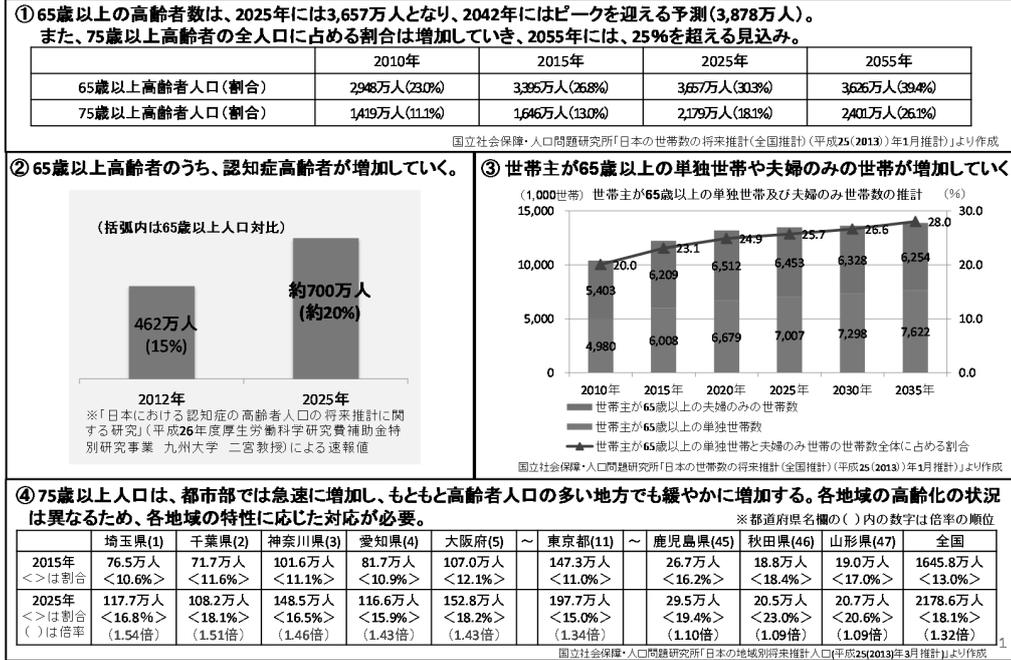
一方で、高齢者を支える側である15歳～64歳の人口は、減少の一途をたどっており、2008年をピークに人口減少の局面に入っており、介護の担い手不足は、今後、より一層大きな課題となってきます。

また、これから特に都市部を中心に急速な高齢化が進行するとともに、単身・高齢者のみの世帯の急増など地域社会・家族関係が大きく変容する中で、介護保険が目指す「高齢者の尊厳の保持」や「自立支援」をいかに実現していくかが問われています。

地域包括ケアシステムの目標は、「命の質」を重視するものに変化しています。

高齢者1人ひとりが、自分らしい豊かな人生を送ることができるよう、介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に積極的に取り組んで行くことが必要です。

今後の介護保険をとりまく状況



(2) 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムは、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条において「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で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、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されています。

その実施主体として、市町村は中心的な役割を果たしていきます。人口や世帯等の現状・将来推計、地域住民のニーズ、要介護認定率や給付の状況等の把握の他、地域資源や市町村の歴史、文化等も踏まえて状況を分析し、システムの構築に向けての具体的な基本方針、目標を地域住民の参画のもとに、定めることが重要です。

課題や目標を、地域住民はもちろん、社会福祉法人、医療機関、介護サービス事業者、地縁組織、NPO、民間企業等あらゆる関係者に働きかけ、丁寧な説明等を通して共有し、「規範的統合」を図っていくことが求められます。その上で、施策や事業を実行し、その成果を評価し、明らかになった課題を解決するために次の事業につなげていくという過程を繰り返しながら、市町村の特性に合った具体的な地域包括ケアシステムが構築されていくものです。

地域包括支援センターは、その基本方針のもとに、市町村と共に、この地域包括ケアシステムの具体的な取組を推進していく上で中軸となる機関です。

地域のあらゆる関係者が、定められた基本方針のもとに、同じ方向に向かって地域包括支援ネットワークを充実させながら、各々の役割を認識して取組を進めていなければなりません。

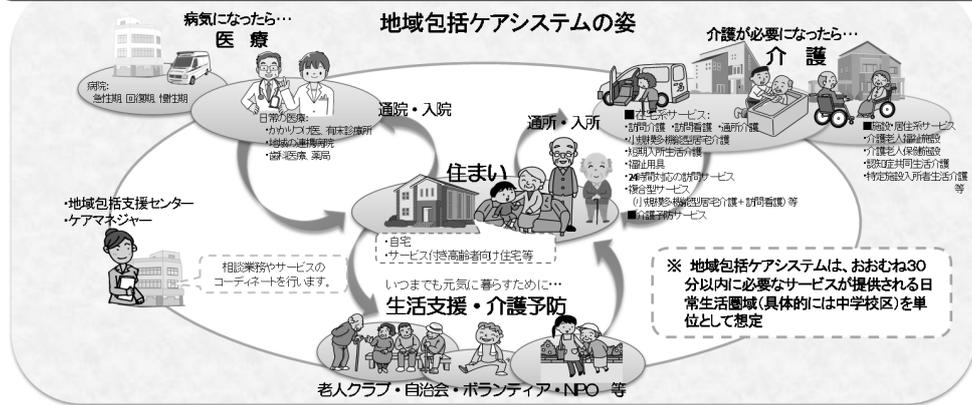
地域包括ケアシステム構築のプロセスは、市町村の実情に応じて進められるものであり、このシステムの構成員となる住民1人ひとりの個性とその地域特性にあった検討がなされることが重要です。

そして、このプロセスは、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けていくために、「我がまち」における生活基盤や生活のあり方を、住民を中心として考え、創り上げていく地域づくりの過程そのものであると考えられます。

資料 3

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



資料 4

地域包括ケアシステムの構築に向けて自治体に求められる機能

1. 実態把握、課題分析

- 日常生活圏域ニーズ調査は、記名式にて実施し、訪問等により全数把握に努めることで、潜在的な要介護リスクを抱える高齢者を把握することができる。
- 医療と介護の連携の視点にたった日常生活圏域単位のサービス基盤目標を設定するには、介護保険や医療保険のレセプトデータを接続した分析が重要。要介護認定データを接続すれば、状態像と給付の関係性の分析も可能。

2. 基本方針の明示と関係者との共有(規範的統合)

- 基本方針は、地域における具体的な取組の方向性と目標を示すもので、目標は可能な限り事後検証できる成果指標とともに設定されることが望ましい。具体的に示されることで、サービス基盤整備の方針も具体化されやすくなる。
- 基本方針の共有は、対外的には特にサービス提供者である事業者への働きかけが重要。自治体は基本方針の実現に向けた基盤整備のため、公募要件への基本方針の記載、事業者連絡会での働きかけ等を行うことが考えられる。

3. 施策立案・実行、評価

- 介護保険事業計画・市町村老人福祉計画の策定では、まちづくり・地域づくりの諸計画との連動性確保が重要。
- 専門職、事業者、NPO・ボランティア、地域住民といった多様な社会資源を有効に活用するため、互助機能を発揮させるための環境整備や、医療・介護の連携のためのツール・仕組みを作成することが必要。
- ケアの実践現場と政策の立案現場をつなぐ地域ケア会議の政策反映機能を重視するべきである。

人員・組織体制

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、介護・医療・保健、福祉、住宅等多様な分野での取組が求められるため、「地域包括ケア推進室」などの横断的なセクションの設置も有効。
- 施策立案に携わる職員には、一定の専門性、調整能力、経験の蓄積等が求められるため、人事異動の少ない専門職の配置、人事についての決定権を持つ首長への働きかけが重要。

自治体への支援のあり方

- 【国からの支援】
 - 地域包括ケアシステム構築の進捗状況をはかる指標の提示、普及。
- 【都道府県からの支援】
 - 保健医療福祉に関する情報を集約して分析した結果を市町村に提供。
 - 介護人材の確保に向けた、必要な介護人材の需給推計、教育資源の把握、介護関係団体・機関等の協議体の設置等による連携体制の構築等。

出典：平成26年3月「地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告

37

(3) 地域包括ケアシステムの構築のための介護保険法の改正概要

地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成26年に介護保険法が改正され、地域支援事業によって実施される内容は、大きく広がりました。

新たに位置づけられた事業は、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地

域ケア会議の推進、生活支援体制整備です。

介護予防事業は、予防給付の訪問サービス、通所サービスとあわせて重点化、効率化された事業として、今回の新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の中に位置づけられました。

これらの内容は、市町村の実情に応じて進められていくものであり、市町村が、これまで培ってきた、高齢者を支援する仕組みをうまく活かして、更に充実させていくということです。市町村が、今後の我がまちの高齢者の生活を、「事業」という手段を使って、誰とどのような方法でバックアップしていくか、具体化していくことが求められています。

もう一つの大きな柱として、費用負担の公平化があります。低所得者の保険料軽減を拡充し、また、保険料上昇をできる限り抑えるため、一定以上の所得や資産のある利用者の自己負担の見直しや、低所得の施設利用者の食費等を補填する「補足給付」の見直しも行われています。

更に、平成30年4月からは、居宅介護支援事業所の指定権限が市町村へ移譲されることが決まっており、ケアマネジメント全体について市町村が主体的にその質について、更なる向上に向けて、関与していくことができるようになっていきます。

資料5

介護保険制度の改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で対応

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行（～29年度）
- * 介護保険制度内でのサービス提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に重点化（既入所者は除く）

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大（※軽減例・対象は完全実施時のイメージ）
- * 保険料見直し：第6期5,500円程度→2025年度8,200円程度
- * 軽減例：年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
- * 軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

- ・ 2割負担とする所得水準は、65歳以上高齢者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案 *不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

3 介護予防の理念

人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現するためにも、健康寿命の延伸により自立を実現することが重要であることに鑑み、介護保険の給付によるサービスとともに、個人の選択を尊重しつつ、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励することが重要です。また、併せて、経済や社会状況を鑑み、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図ることが重要です。

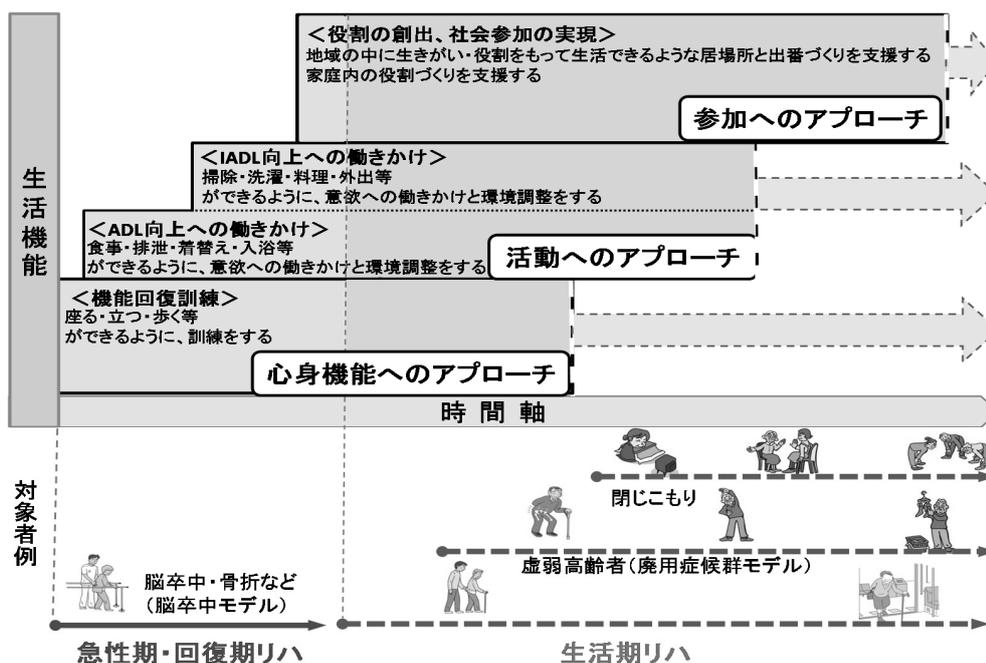
介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」を目的としています。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、「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」と規定されているところです。

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものです。特に、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」、個人として行うADLやIADLといった「活動」、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等といった「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、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質(QOL)の向上を目指すものです。

特に、要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為（以下「IADL」という。）の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為（以下「ADL」という。）は自立している者が多くみられます。このような要支援者の状態を踏まえると、支援する側とされる側という画一的な関係性ではなく、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが期待されます。

高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っておらず、できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていきます。



4 地域支援事業としての総合事業

(1) 趣旨

総合事業は、住民等の多様な主体の参画により、多様なサービスを充実していくことで、地域の支え合い体制づくりを推進し、介護予防の理念のもと、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものです。

要支援者等の多様な生活支援ニーズの解決のために、従来は予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護、介護予防通所介護（以下「介護予防訪問介護等」という）を、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供することが可能な仕組みに見直したものです。

その中で、市町村が中心となって、既存のサービスに加え、多様な主体の参画により、選択肢が増え、結果として費用の効率化を実現しながらも、介護予防を充実し、要支援者相当の者のみならず、高齢者全体に対しても効果的・効率的な支援等を可能としていくものです。

総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材の活用していくことが重要です。高齢者の多くが、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながっていきます。そして、できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手にもなっていただくことで、よりよい地域づくりを目指していきます。

このような趣旨から、総合事業では、

- ① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、
- ② 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用

普及・高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に資するサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られる事を目指しています。

(2) 基本的考え方

① 多様な生活支援の充実

要支援者等軽度の高齢者については、IADLの低下に対応した日常生活上の困りごとや外出に対する多様な支援が求められます。また、今後、多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となる単身高齢者の世帯や高齢者夫婦のみの世帯が増えていくことを踏まえ、高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスの充実が期待されます。

そういった高齢者自身も含めた住民主体の多様な生活支援等サービスを支援の対象とするとともに、NPOやボランティア、地縁組織、協同組合、民間企業、社会福祉法人、シルバー人材センター等による生活支援サービスの開発、ネットワーク化を進めることも重要です。

② 高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくり

高齢者の社会参加へのニーズは高く、高齢者自身のグループ活動への参加率も増加してきています。

高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいにつながり、介護予防や閉じこもり防止にもつながります。市町村が中心となって、生活支援体制整備事業も活用しつつ、生活支援等サービスを提供するボランティアとなるための研修を継続的に実施するなど、高齢者も含めた生活支援等サービスを支えていきたいと考えている者が参加し、実際の活動ができるような環境、体制づくりなどを行っていくことが望まれます。併せて、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・互助のための環境整備等の推進を図ることが重要です。

③ 介護予防の推進

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものです。特に、生活機能の低下した高齢者に対して、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」のそれぞれの要素の関係性を踏まえながら、バランスよく働きかけることが重要です。

単に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1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、生活の質の向上を目指すものです。

④ 市町村、地域包括支援センター、住民、事業者等の関係者間における意識の共有（規範的統合）と自立支援に資するサービス・支援の展開

地域で高齢者が健康で自立した生活を送るためには、保険者である市町村、地域包括支援センター、住民、事業者等の関係者の間で、介護保険の自立支援や介護予

防といった理念、高齢者自らが健康保持増進や介護予防に取り組むといった基本的な考え方、各自治体の地域包括ケアシステムや地域づくりの方向性等を協働により検討し、共有するとともに、多職種の専門的視点を活用しながら自立支援に資する介護予防ケアマネジメント支援を行うことが求められます。

また、高齢者自身がその健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報を取得し、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を推進していくことが必要です。

それによって、個人の健康寿命の延伸、生活の質の向上につながり、個人ができない場合は家族が補い、家族ができない場合は、近隣が支えていくことができるように、地域全体の力が高まっていくことにつながります。

総合事業の実施に当たっては、単にサービスメニューや利用方法、提供体制等について周知するだけではなく、高齢者自身がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを断絶することなく適切な支援を受けることが重要であることを理解してもらうことが必要です。

⑤ 認知症の予防

総合事業の実施においても、地域のボランティア活動に参加する高齢者等も認知症の理解に関する研修を実施することや、地域において見守り体制を構築し、必要な場合には認知症地域支援推進員や地域包括支援センター等の専門機関につなぐなど、認知症の人やその家族に対して適切な支援が行われるようにするとともに、地域の住民に認知症に対する正しい理解を促進するため、認知症サポーターの養成等により、認知症の人に対してやさしいまちづくりに積極的に取り組んでいくなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにしていくことが必要です。

⑥ 共生社会の推進

住民主体の支援等を行っていくにあたり、多様な人との関わりやつながりが高齢者の支援にとっても有効であることから、地域の住民主体の活動等においては、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等も含めた、対象を限定しない豊かな地域づくりに心がけるとともに、子育て支援施策や障害者施策等とも連携しながら進めていくことが望まれます。

総合事業に関する総則的な事項

1 事業の目的・考え方

(1) 総合事業の趣旨 (P1~)

- 総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とする。

(2) 背景・基本的考え方 (P2~)

イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備を進めていく。

ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの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。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

ホ 認知症施策の推進

ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっているため、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要。

(3) 総合事業を構成する各事業の内容

総合事業は、介護予防訪問介護等に移行し、要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業（法 115 条の 45 第 1 項第 1 号）（以下、「サービス事業」という。）と、第 1 号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業（法 115 条の 45 第 1 項第 2 号）からなります。

① サービス事業

サービス事業は、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、介護予防訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援等も含め、多様なサービスを制度の対象としています。

対象者は、法改正前の要支援者に相当する者ですが、サービス事業においては、その利用に至る流れとして、要支援認定を受け介護予防ケアマネジメントを受ける流れの他に、基本チェックリストを用いた簡易な形でまず対象者を判断し、介護予防ケアマネジメントを通じて必要なサービスにつなげる流れも設けています。前者は要支援者、後者は介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下「事業対象者」という。）として、サービス事業の対象としています。

※ 市町村においては、基本チェックリストが、従来の二次予防事業対象者の把握事業のように、市町村から被保険者に対して積極的に配布するものではなく、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、要支援認定ではなく、簡便にサービスにつなぐために実施するものであることに留意する必要があります。

総合事業は、その全体が介護予防に資する事業であり、介護予防・生活支援サービス事業（以下「サービス事業」という。）の実施においても、介護予防の理

念のもとに、その取組を重視し、利用者の自立支援やQOLの向上を目指したものでなければならなりません。

資料 8

介護予防・生活支援サービス事業

事業	内容
訪問型サービス（第1号訪問事業） （法第115条の45第1項第1号イ）	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス（第1号通所事業） （同号ロ）	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）（同号ハ）	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（同号ニ）	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

② 一般介護予防事業の推進

総合事業を推進していくには、その中心に介護予防の理念があることを踏まえた取組を進めていくことが重要です。

これからの介護予防としては、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、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支援も含めたバランスのとれたアプローチが重要となってきます。

市町村としては、できる限り身近な地域において元気高齢者や虚弱高齢者など分け隔てなく共に参加し、共に支え合うことができる居場所づくりを含めた一般介護予防事業の推進や生活支援サービス等を住民やNPO、事業者等と共に創りだしていく視点が今後、ますます必要となっていきます。

一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者の住民運営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とともに、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・役割をもって生活できる地域の実現を目指すことを目的として、総合事業に位置づけるものです。

この事業は、表5の「介護予防把握事業」「介護予防普及啓発事業」「地域介護予防活動支援事業」「一般介護予防事業評価事業」「地域リハビリテーション活動支援事業」から構成されます。

資料 9

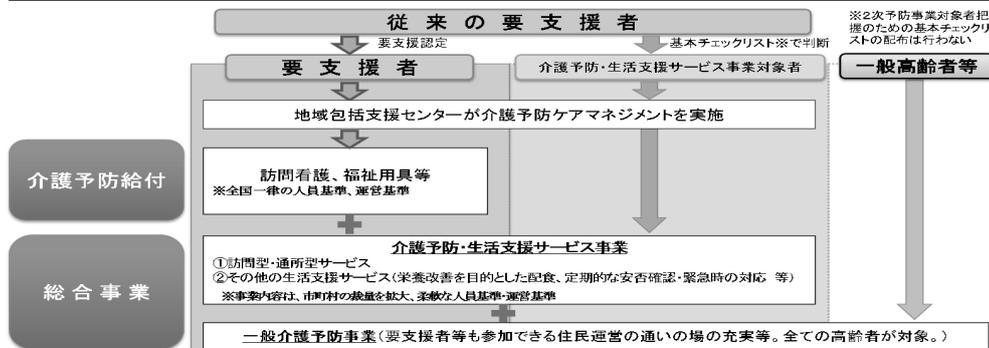
一般介護予防事業

事業	内容
介護予防把握事業	地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、介護予防・日常生活支援総合事業の事業評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する

資料 10

総合事業のサービス利用の流れ

- 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。



③ 短期集中予防サービスと一般介護予防事業の一体的な運用

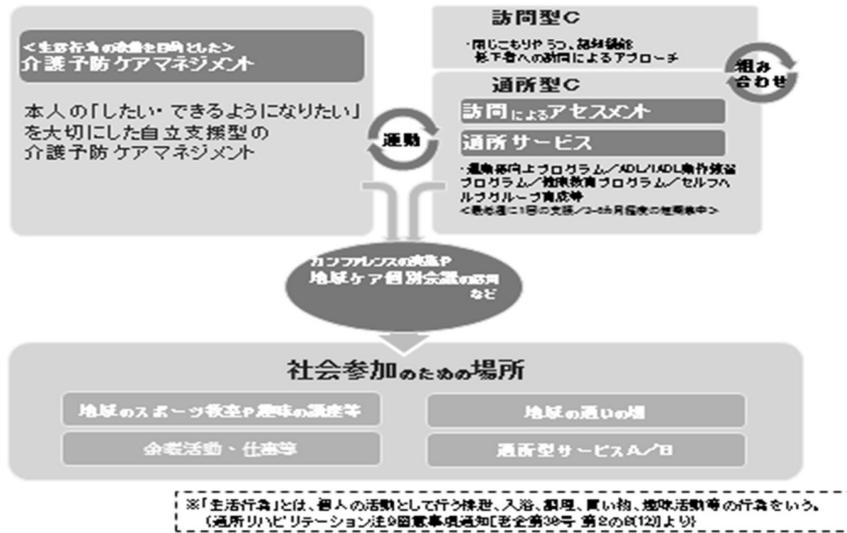
介護予防事業において、ハイリスク・アプローチによる介護予防としては、短期集中予防サービスがサービス事業の中に位置付けられており、従来の予防給付相当サービスを超えた基準で実施可能なサービスとして設定されています。

短期集中予防サービスは、介護予防ケアマネジメントに基づき、「生活行為向上リハビリテーション」の考え方と同様に、居宅訪問による生活行為課題のアセスメント、興味・関心チェックシートなどを活用した利用者本人の意欲把握と動機付け、サービス終了後の社会参加を見据えた保健・医療専門職の短期集中的な介入によって提供されるものとしています。

サービス終了後は、要支援者等がサービス利用から卒業し、ボランティア活動等に取り組むことを促すため、短期集中予防サービスは一般介護予防事業と組み合わせて実施すると高い効果を得ることができます。

資料 11

(参考)一般介護予防事業と短期集中予防サービスのイメージ



資料 12

(参考)生活行為と生活行為向上リハビリテーション

生活機能

- ・ 国際生活機能分類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と定義

生活行為

- ・ 個人の活動として行う、排泄する行為、入浴する行為、調理をする行為、買物をする行為、趣味活動をする行為等の行為

生活行為向上リハビリテーション

- ・ 加齢や廃用症候群等により生活機能の1つである 活動をするための機能が低下した利用者に対して、
- ・ 生活機能を回復させ、
- ・ 生活行為の内容の充実を図るための目標と生活行為の目標を踏まえた
- ・ 6月間のリハビリテーションの実施内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画書にあらかじめ定め、
- ・ 計画的に実施するもの

※ 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(老企36 第2の8(12))

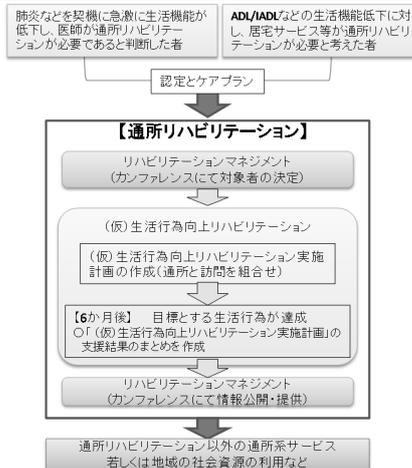
資料 13

(参考)生活行為向上リハビリテーションの概要

心身機能訓練の評価に馴染みやすい時間・単位制の報酬体系とは別に、特に在宅生活者で徐々に生活機能が低下する廃用症候群など、早期の段階で「活動」や「社会参加」への重点的な取組が推進されるような、包括的な新たな報酬体系を導入し、それらも選択可能とする。

- ①介護サービス利用者でADL/IADLなどの生活機能が低下し、居宅サービス等で通所リハビリテーションが必要とされた者。○肺炎などを契機に急激に生活機能が低下した場合等において医師がリハビリテーションが必要であると判断した者に対し、起居や歩行などのADL、家事などのIADL、社会参加などの生活行為の向上について焦点を当てたリハビリテーションを提供する。
- 利用者が「したい」「してみたい」「うまくできるようになりたい」という生活行為を目標とする。
- 居宅など実際の生活場面での具体的な指導など訪問と通所を組み合わせ、目標を達成するために最も効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、6ヵ月間の利用を限度とする。主に通所訓練を重点的に行う時期(前半のおおむね3ヵ月間)と、主に参加への移行を念頭においた訓練の時期(残りのおおむね3ヵ月間)に分けて、計画的に取り組むことにより、活動と社会における役割や生きがいの早期獲得を目指す。
- 目標とした生活行為の自立若しくは達成により、次のサービス(自主的な取り組みを含む)につなぐなど、終了を意識した、短期的・集中的な取り組みとする。また、終了時カンファレンスにて、本人が通所リハビリテーションの利用を希望した場合、リハビリテーションを継続することができるが、報酬については適正な水準に調整するものとする。
- 取組の具体的な内容を「(仮)生活行為向上リハビリテーション実施計画書」(様式P)として策定し、カンファレンス等で継続的に評価・見直しを行う。
- (仮)生活行為向上リハビリテーションは、一定の研修を受講した者が実施する。

※:1月1回包括単位
・利用日から6ヵ月間の実施
・目標達成で終了
・実施頻度・回数・時間は実施計画で決定



(4) 総合事業の効果的な実施

① 地域における要支援者等のニーズの把握

総合事業では、多様な担い手による多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービスや支援を充実し、状態等に応じた住民主体のサービス利用の促進に応じた単価や利用料の設定が可能となります。

多様なサービスが、利用者にとって有効なものとなるためには、地域に住む高齢者の生活支援に関するニーズを、様々な調査結果や、地域包括支援センター等での対応事例から見えてきた課題等とともに、介護保険外のものも含めた、実際に地域で行われている支え合いの取組や、介護予防に資するグループ活動等の内容などの把握、生活支援体制整備事業を活用した協議体の中で具体的な生活支援の取組について把握し、要支援者等に必要なサービスや支援、介護予防に資する取組を考え、総合事業の枠組みの中で、必要なサービス事業や、一般介護予防事業を具体的に検討し、形づくっていくことが求められます。

総合事業を開始した後も、実施状況や、利用者の変化を通して新たな課題の発見、地域ケア会議や生活支援体制整備事業の協議体での話し合いの中から、新たな生活支援ニーズの把握を行い、既存のサービスを見直しや、新たなサービスを創設するような視点を持つことも大切であり、それによって総合事業の形もその都度変化していくものとして実施していくことが必要です。

② 適切なサービスにつなぐための介護予防ケアマネジメント

適切なアセスメントのもとに、「したい」「できるようになりたい」日常生活上の行為を目標として明確に設定し、その達成のために総合事業やそれ以外の地域資源等を活用し、地域において生きがいや役割を持った生活の継続ができるよう、本人の意欲にはたらきかける介護予防ケアマネジメントが重要です。

③ 関係者間の意識の共有（規範的統合）

市町村が構築した総合事業目標と各サービス事業等の目的や目標を、地域包括支援センターや利用する高齢者自身を含めた地域住民、介護サービス事業者、居宅介護支援事業者、地縁組織、NPO等関係する組織等と、共有していくこと（規範的統合）が必要です。

それを理解した上で、各支援者が果たすべき役割を認識し、サービス提供等の実践が行われていくべきです。

5 自立支援に資する介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）の考え方

（1）総合事業における介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、法115条の45において「居宅要支援被保険者等（指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。）の介護予防を目的として、厚生労働省令に定める基準に従って、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第1号訪問事業、第1号通所事業又は第1号生活支援事業その他適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業」とされています。

介護予防支援と同様、地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアプランを作成し、モニタリングしていくものです。

介護予防ケアマネジメントの対象者となるのは、要支援者または基本チェックリストの基準に該当した介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、「事業対象者」という）が総合事業のサービス事業を利用した場合です。

要支援者が、予防給付によるサービスのみを利用する場合、もしくは予防給付によるサービスと総合事業のサービス事業の両方を利用する場合は、従来と同様に、介護予防支援として、ケアマネジメントが行われることとなっています。

介護予防ケアマネジメントは、総合事業のサービス事業の一つとして行われるものですが、要支援者等が有している生活機能の維持・改善がはかれるよう、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志向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状況等に応じて、要支援者等同士が地域のお互いの支え手にもなることを目指すものです。

市町村は、総合事業の中で、介護予防ケアマネジメントを事業としてどの様に展開するのかを、地域包括支援センターや委託する居宅介護支援事業所、サービス事業所等と共有していくことが役割として求められます。

各々がそれを踏まえて、総合事業の利用者と共有しながら、利用者の選択を支援していくことが求められます。

（2）介護予防ケアマネジメントの対象者像

介護予防ケアマネジメントの対象となる要支援者等の状況について、要介護認定調査結果を見てみると、その多くは、ADLは自立しているが、IADLの一部は行いにくくなっている者が多いという状況がみられます。そして、このような状況は、加齢に伴う視力や聴力の低下、病気による体調の不良等をきっかけに生活がうまくできなくなったり、家族や友人との死別等をきっかけとして意欲が低下したり、家族との同居により家庭内の役割を喪失するなど、心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で起こってきているといえます。

このような対象者の多くに見られる代表的な状態としては、

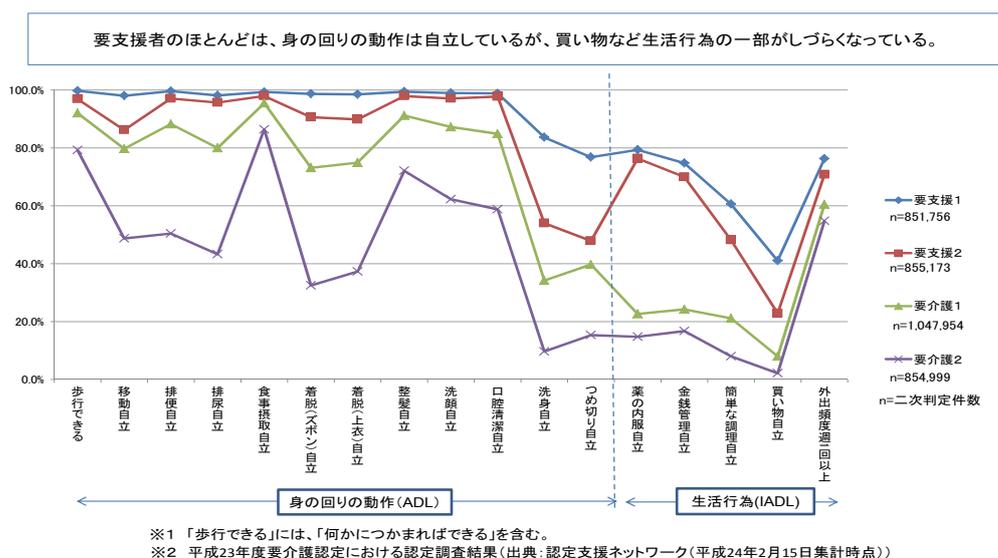
- ① 健康管理の支援が必要な者
- ② 体力の改善に向けた支援が必要な者

- ③ ADL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
- ⑥ 認知症状の改善・悪化防止に向けた支援が必要な者
- ⑦ うつ症状に対する支援が必要な者

等があげられます。

資料 14

要支援1～要介護2の認定調査結果



(3) 介護予防ケアマネジメントのあり方

介護予防ケアマネジメントのプロセスや考え方については、介護予防支援として行うケアマネジメントと同様です。

また、ケアマネジメント実施者は、市町村の取り組む総合事業の趣旨を十分に理解したうえで、要支援者等の多様なニーズを把握し、適切なアセスメントの元、望む生活(=「したい」という意欲に対して働きかけながら、ケアマネジメントを進めていくことが必要です。

その中で、高齢者自身が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よう、日常生活上の課題とその原因、介護予防の取組を行うことによる状況改善のイメージなどについて、利用者が気づき、ケアマネジメント実施者と共有できたうえで、「本人自身の取り組みを支援する」視点及び家族・地域のサポートやサービス事業等の活用を推進していく視点でそのプロセスを進めていきます。

これからの介護予防は、利用者が、自身の生活上の困りごとを把握したうえで、自身の「したい」「できるようになりたい」と思う具体的な生活を実現するための取組が必要です。そのためには、自身の力や家族・地域の力だけでは不足する部分を補えるような新たな事業の創出も考えていくことが重要です。

介護予防ケアマネジメントにおいても、単に利用者の困りごと、要望を叶える補完的なサービス調整を担う役割を果たすものではなく、適切なアセスメントのもとに、利用者本人の「したい」「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、その達成のための利用者の主体的な取組が実践できるような動機付けと、それを継続できるようなサービス等のコーディネートや環境調整等が必要です。

そのような支援を通して、利用者による主体的な取組を支援し、できることはできるだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出すよう支援を行うことが求められます。

そして、「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後は、日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間作りの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけるケアマネジメントが期待されるところです。

多職種連携の中で共に意見を出し合い、利用者が自身のことを理解した上で、サービス事業や介護予防の取組を、自ら目標を持って利用できるよう支援していきます。

そのように進めていながらも、利用者の状況に応じて、様々なサービスや介護保険制度外の住民の健康づくり活動等の利用や、予防給付、介護給付とも切れ目ない支援を行うような配慮も必要です。

資料 15

(参考)介護予防支援の提供に当たっての留意点

- 1 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- 2 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- 3 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- 4 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- 5 サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となる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、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- 6 地域支援事業(法第百十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。)と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- 7 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- 8 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」より

(4) 地域包括支援センター職員の役割

(2)を踏まえて、ケアマネジメントの実施者として具体的な介護予防ケアマネジメントを実践していきます。

介護予防ケアマネジメントにおいては、本人の自立した生活(自分のできることは自分でい、できない部分を、サービス事業者等が必要に応じて支援する)に向けて、どのようにサービス事業等を活用するか、利用者への動機付けを含めて、専門的立場

から支援していきます。

また、市町村の総合事業のサービスには、多様な実施主体によって、独自のサービスが加わっていくことから、ケアマネジメント実施者は、それらの内容や特徴などを踏まえて、利用者が自身の課題と目標の達成に合わせたサービスの選択ができるよう、利用者に情報を伝えていかなければなりません。

更に、地域包括支援センターは、個別の介護予防ケアマネジメントを行っていく中で、地域課題やその解決に必要な取り組みを把握し、市町村（保険者）にその必要性や根拠を説明し、事業の提案を行うなど、高齢者のニーズを、政策形成につなぐという役割も期待されています。

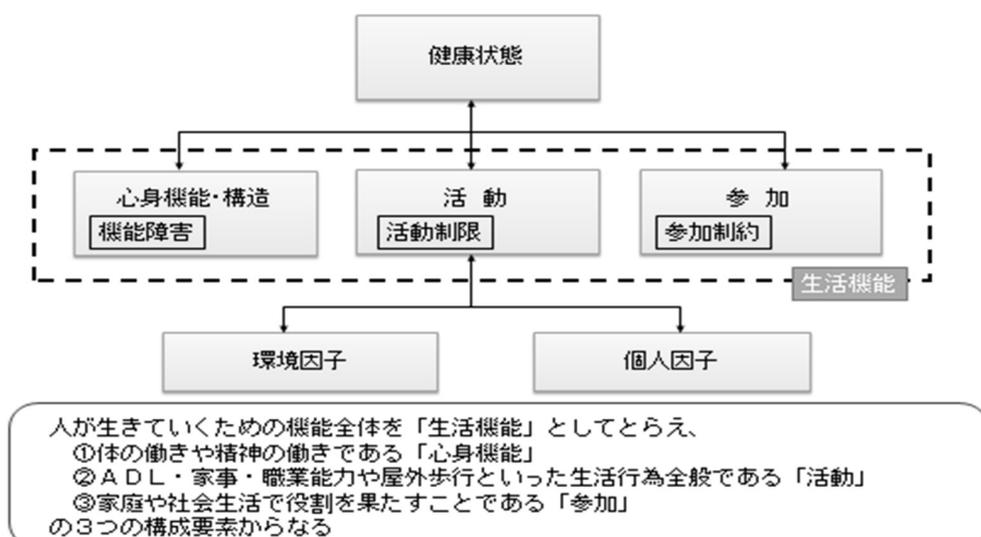
以上のようなことから、ケアマネジメント実施していくに当たっては、そのプロセスの理解はもちろん、国際生活機能分類（ICF）の理解や面接技法等の研鑽に努めることが重要です。

そして、利用するサービス実施主体に対しては、各利用者が設定した目標を共有しながら、利用者のできない部分を支援し、状態の改善とともにサービス内容の見直しを行っていくといったプロセスを伝えていくことも大切です。

そのうえで、サービス等の利用に当たっては、関わる者全てがその目標のもとに各々のサービスを提供する体制を構築していかなければなりません。

資料 16

国際生活機能分類（ICF）



【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 12

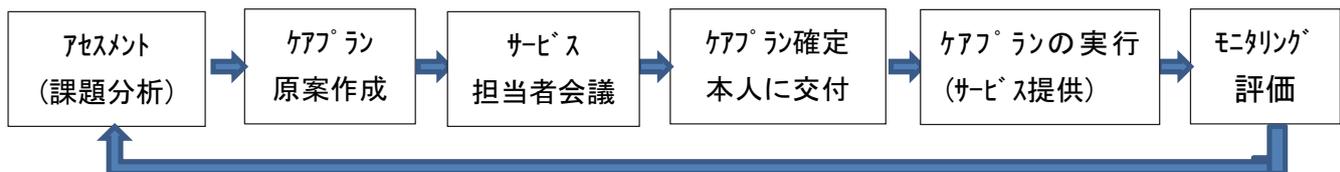
(5) ケアマネジメントA, B, Cの考え方

介護予防ケアマネジメントは、従来からのケアマネジメントとそのプロセスは、変わりありませんが、総合事業により多様なサービスを提供し、介護予防を効果的・効率的に行っていくために、市町村が中心となって、利用するサービス等に応じて、ケアマネジメントについても類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることができます。

その際、総合事業全体として、住民主体の活動につなげていくことを踏まえて、ケアマネジメントについては、給付管理を行わないサービスにつなげた場合も含めて、

実施したプロセスに注目した単価等を設定できることとしています。

(参考) ケアマネジメントのプロセス



① ケアマネジメントA (介護予防支援と同様のケアマネジメント)

主に訪問型サービス又は通所型サービスにおいて、指定事業者のサービスを利用するケースや、訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせた複数のサービスを利用するケース等に対して地域包括支援センターが、アセスメント(課題分析)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。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも3か月毎に行い、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 ケアマネジメントB (サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント)

ケアマネジメントAやC以外のケースであって、緩和した基準によるケアマネジメントとして、サービス担当者会議等を省略したもの。地域包括支援センターがケアマネジメントを行うが、アセスメント(課題分析)からケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントAと同様に実施しつつ、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ケアマネジメントを実施する。

③ ケアマネジメントC (基本的にサービス利用開始時のみ行うケアマネジメント)

主に、ケアマネジメントの結果、事業の実施方法が補助に該当するようなサービスや配食等のその他生活支援サービス又は一般介護予防事業の利用につなげるケースであって、緩和した基準によるケアマネジメントとして、基本的にサービス利用開始時のみケアマネジメントを行うもの。ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。初回のみ、簡略化した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」「目標を達成するための取組」等を記載)を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援の利用等を継続する。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

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

ケアマネジメントA (介護予防支援と同様のケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定事業者のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせた複数のサービスを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	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《給付管理》
ケアマネジメントB (サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントA又はC以外のケースで緩和した基準によるケアマネジメントとしてサービス担当者会議等を省略する場合 	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【間隔をあけて必要時時期を設定】)
ケアマネジメントC (サービス利用開始時のみ行うケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助のサービスや配食等のその他の生活支援サービス又は一般介護予防事業等の利用につなげる場合 	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 (利用者の状況悪化、利用者からの相談により地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行)

※()内は、必要に応じて実施

介護予防ケアマネジメントにおいては、基本チェックリスト対象者から要支援者まで幅広く、また、利用するサービス等も様々であるため、全利用者に介護予防支援と同様の基準でケアマネジメントを行うのではなく、利用者の状態等や、利用するサービスによって、柔軟にそのプロセスを進めていくことができます。

更に、そのプロセスの中で、アセスメントやそこから設定された目標に基づいては、総合事業のサービスのみならず、様々な社会資源や利用者自身の取組等もあわせて、利用者の状況に応じたケアプラン等に結びつけるというそのプロセスそのものに注目してその類型を例示しています。

ケアマネジメントA,B,Cは、例示であるため、総合事業のサービス事業内容や、地域包括支援センターの体制等にも応じて、地域包括支援センターが1年後には必ずモニタリングを実施する等、市町村の状況に応じた介護予防ケアマネジメントを柔軟に展開することができます。

ケアマネジメントCを設定する場合は、アセスメントを元に検討を行った結果、目標などはケアマネジメント実施者が利用者と協働で作成したが、例えば、総合事業のサービスを何も利用せず、民間企業のスポーツクラブに個人の契約で通うこととなった場合でも、アセスメントからケアマネジメント結果を作成するまでのプロセスを実施していることとなるため、その月のみ、介護予防ケアマネジメントにかかる費用は請求することができます。

市町村においては、ケアマネジメントA, B, Cがすべて必要なのか、当面はケアマネジメントA, Cのみでよいのかなど、総合事業における介護予防・生活支援サービス事業(以下、「サービス事業」という。)等の内容と共に、介護予防ケアマネジメントの類型についての方向性や単価設定等を示す必要があります。

各サービス事業等の内容や、その利用等を通じて利用者が目標を達成するように、

必要な介護予防ケアマネジメントのプロセスを、状況にあわせて効果的、効率的に進めていくことができます。

なお、どの類型で介護予防ケアマネジメントを実施するとしても、利用者による主体的な取組を支援し、利用者の気づきや意欲への働きかけや、具体的な目標の設定等により、利用者のできることはできるだけ本人が行いながら、できない部分を支援するという利用者の自立を最大限引き出すよう支援を行うことが求められます。

資料 18

介護予防支援および介護予防ケアマネジメントにおけるプロセス等の実施

	介護予防支援	ケアマネジメント A	ケアマネジメント B	ケアマネジメント C
利用サービス	予防給付 (+サービス事業等)	サービス事業等	サービス事業等	サービス事業等 (総合事業以外のサービスのみ利用もあり)
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	○	○	○	○
ケアプラン確定・交付	○	○	○	(○) (ケアマネジメント結果)
サービス利用開始	○	○	○	○
モニタリング	○	○	△	—
報酬	○ (給付管理票提出時のみ)	○ (給付管理票提出時のみ)	○	実施月のみ○

資料 19

第109回市町村セミナー
三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料

介護予防ケアマネジメントに向けた準備 ～介護予防ケアマネジメントの三類型

【アセスメント】利用者と自立支援に向けた目標を共有。介護予防への意欲を引き出せるよう、信頼関係を構築。

- より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」等を利用し、本人の趣味、社会的活動、生活歴等も聞き取り、「～できない」という課題から「～したい」「～できるようにになりたい」という目標に変換させる作業が重要。
- この段階から、生活機能の低下等についての自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出せるよう、利用者本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

【ケアプラン原案の作成開始】利用サービス内容とその後の関わりを検討した上で、介護予防ケアマネジメント類型を選択

- 利用者の状況に応じて切り替える支援・サービスと、その後の利用者への関わりが必要度合いによって、介護予防ケアマネジメントの類型が決まる。
- ケアマネジメントAは、現行の介護予防支援と同様。ケアマネジメントBは、専門職によるモニタリングは必要だが、本人の状況は安定しており、ケアプランの大きな変更もなく、間隔を空けたモニタリングでよい者を想定。ケアマネジメントCは、セルフマネジメント前提の者で、モニタリングは行わない。

住民主体の支援(一般・B)が中心になる場合
介護予防ケアマネジメントC

◎自立支援に向けてセルフマネジメントを推進

- 本人とともに生活の目標を設定。セルフマネジメントでの「社会参加による介護予防」につなげる
- その際、①本人のやりたいことやできることを最大化すること、②社会参加の場として住民主体の活動につなげるため、これまで蓄積してきた地域資源の情報を活用することが重要
- セルフマネジメント支援ツールとして介護予防手帳(案)が活用可能

◎状況に応じて、マネジメントの主体が本人⇄包括と変化

- ケアマネジメント結果の共有後は本人主体でマネジメントを行うが、状況が悪化したり、本人から相談があった場合は、適宜マネジメント主体を地域包括支援センターに変更

指定事業者・短期集中サービス(従来型・A・C)が中心になる場合
介護予防ケアマネジメントA・B

◎従来の介護予防ケアマネジメントを続けるパターン

- 「生活の活発化による介護予防」を重視し、サービスが自立を阻害していないか確認。また、特に短期集中サービスの場合は、計画的に利用し、終了後の状況に応じて支援・サービスを切り替える

◎モニタリングの実施方法等が異なるAとBを状況に応じ活用

- 利用者の状況が安定し、サービス担当者会議、モニタリングを一部省略可能であればB。変化があった場合はAと、状況に応じ活用される。

※支援サービスの拡充に伴う介護予防ケアマネジメントの変化
総合事業への移行直後は、現行相当サービス利用者も多く、大半のケアマネジメントがAに相当。住民主体の支援が拡充できれば、介護予防ケアマネジメントCに移行するケースや開始時点から介護予防ケアマネジメントCを採用するケースが増えると考えられる。

(6) 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点

① アセスメント

総合事業の対象者の特徴を念頭に置いたおいたうえで、ICFの考え方等を元に、利用者の健康状態、生活機能と共に、背景因子となる利用者の生育歴や趣味・嗜好等や、家族状況等の情報を総合的に収集しながら、課題を探っていきます。

基本チェックリストの内容も利用者のアセスメントを行う上では、活用できる情報となります。基本チェックリストの記載内容を通して、不足する情報を聴き取ったり、実際に動作を行ってみたり、その間の利用者の様子を観察したりしながら、利用者本人の能力と実際に行っている行為の状況を、客観的に判断して進めていきます。

利用者の興味やこれまでの人生の中での趣味や特技、楽しみにしていたことや関心のあったことなどを探り、そこから目標の設定や、具体的な取組につなげていくために、「興味・関心チェックシート」が、資料として示されています。

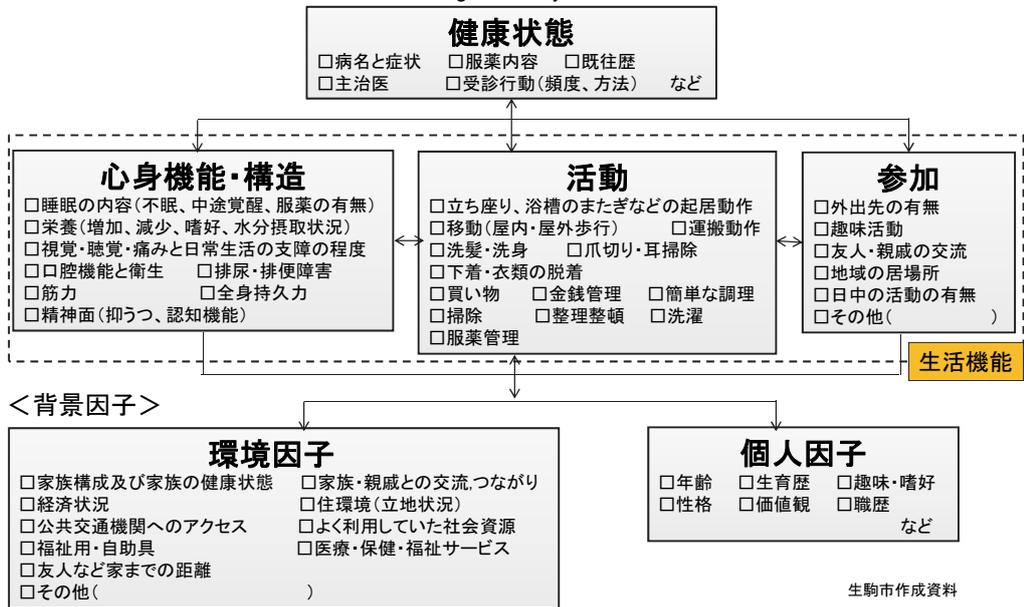
このような情報収集等の中で、本人の望む生活（生活の目標）と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」「いつ頃から、うまくできなくなってきたのか」「きっかけとなる出来事があったのか」など、その背景や要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにしていくことが必要です。

その流れを、利用者本人及び家族と共有しながら進めていき、必要な情報提供や助言を分かりやすく丁寧に行うことで、ケアプラン実施の際には本人・家族の介護予防への取組の理解が深まり、本人の取組を積極的に促すことにつながります。

このとき、基本チェックリストの基準の該当による利用者については、主治医の意見等が付されていないため、治療中の病気の有無、病名、処方薬等の内容も本人及び家族から聴き取ると共に、必要に応じて主治医との連携もとりながら、利用するサービスによって留意事項を聴き取っておくことも必要です。

国際生活機能分類(ICF)からみた介護予防のアセスメントの視点例

※ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health):国際生活機能分類



「興味・関心チェックシート」(一部)

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・グラウンドゴルフ・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・親戚との関らん				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			
お祭り・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)

② 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す。

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、利用者本人が取り組むこと、周囲の支援を受けること、を整理しながら計画を作成することが望まれます。

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目標が達成された後は、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す。

作成されたケアプランは、利用者が自身のケアプランと実感できるものであり、関係者で共有された上で、サービスの提供が行われなければなりません。

サービス等の利用にあたっては、総合事業のサービス事業における住民主体の活動や、一般介護予防事業、その他何らかの地域の支援や活動を利用するに当たっては、単にサービスにつなぐというのではなく、その活動等のひとつひとつの取組内容や利用者の思い等を尊重しながら、利用者の意欲や、他の利用者との関係等を考え、利用者がその活動等に馴染んでいけるよう支援していく姿勢が重要です。

ケアマネジメントCにおいては、アセスメントから目標設定、利用する介護予防に関する取組等の検討まで支援をした後は、利用者自身でその内容を実践し、地域包括支援センターのモニタリングは行わないことを想定しています。

そのような場合に、利用者自身で目標の達成状況を確認したり、取組の変更を考えたりする材料として、介護予防手帳等のツールの活用が有効です。

③ サービス担当者会議

サービス担当者会議は、ケアマネジメントの一環として開催するものであり、効果的かつ実現可能な質の高いケアプランとするため、利用者の状況等に関する情報を各サービス担当者等と共有するとともに、専門的な見地から意見を求め、具体的なサービスの内容の検討、調整をはかっていきます。

更に、サービス提供事業者だけでなく、リハビリテーションの専門職や栄養士等様々な専門職の必要に応じた参加により、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手に入れ、自立支援の視点に立った介護予防ケアマネジメントを実践していくことが望ましいといえます。

このような会議で、多職種が関与することにより、見落としていた課題や、より留意した方が利用者の生活により効果的であるもの、各専門職の様々な角度からの目標設定・課題解決策などについての意見が得ることが出来ます。そして、その意見を利用者に説明し、合意を得てケアプランに反映させることが出来ます。

それを、利用するサービス事業者等とも共有し、より利用者の状況等に合わせた支援が可能となってきます。

そして、改善できたことを、利用者本人、家族やサービス事業者他関わる人々が

共有することで、その後の高齢者自身の取組や、ケアマネジメント、各サービス事業等の向上にもつながります。

④ モニタリング・評価

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、状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくことであり、介護予防支援における考え方と同様です。

総合事業においては、多様な主体による多様なサービスが展開され、介護予防ケアマネジメントも、利用するサービスの内容等に応じて、モニタリングの頻度等も変わることから、ケアマネジメント実施者が利用者と連絡を取らない間も、利用者の状況変化等の際には、サービス提供者から連絡が入るような体制づくりや、通いの場における出席簿を作成して、地域包括支援センターが毎月の報告を受けるといった、状況変化を見逃さない仕組みづくりが必要です。

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、スムーズな移行へ配慮して行います。

新たな課題が見つかった場合や、目標達成が困難な場合もケアプランの見直しとなりますが、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ます。

6 総合事業における窓口対応

総合事業の窓口は、市町村の実情によって設定されます。多くの場合は、市町村の介護保険の窓口、または地域包括支援センターと想定されます

どの窓口においても、相談の目的や希望するサービスを聴き取りながら、要介護認定等の申請、総合事業における一般介護予防事業の趣旨や具体的な内容、サービス事業の利用や手続き等についても説明します。そこで、「車いすでないと移動できない」「医療系のサービスを利用したい」など明らかに要介護認定等が必要な場合や給付によるサービスを希望している場合は、要介護認定等を申請することになります。

総合事業については、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図る事業であり、介護予防ケアマネジメントを通じて、利用者自身が目標を立て、その達成に向けてサービス等を主体的に利用しながら介護予防に取り組んでいくものであることや、総合事業の利用開始後も、いつでも要介護認定等の申請も可能であることを説明しておくことも重要です。

そのうえで、利用者の選択によって、要介護認定等の申請または基本チェックリストの記入が行われます。

地域包括支援センターにおいては、総合相談支援業務として相談を受け、相談内容の把握や緊急性の判断等を経て課題を明確化し、対応を検討・実行していく中で、必要に応じて総合事業の利用や、要介護認定等の申請などに繋ぐことが可能です。市町村の要介護認定等の申請の窓口は、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の医療・介護の専門職を配置して、必要に応じて地域包括支援センターにつなぐ等の体制をとることもできます。

各市町村のサービス事業内容が多様化することを踏まえて、各サービス事業について「どのような場合にどんな視点でどのサービスを利用するのか」といった、各サービス提供における一定の勘案すべき基準等説明できる資料を用意するとともに、窓口職員が共有するマニュアル等を設けておくことも望まれます。

資料 22

サービスの利用の流れ

周知

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

① 相談

- 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明（サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明）。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。
※予防給付（訪問看護や福祉用具貸与等）を希望している場合等は、要介護認定等の申請につなぐ。
※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。

② 基本チェックリストの活用・実施

- 窓口で相談した被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを実施。

③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

- 利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、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。
- 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、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
 - ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略）
 - ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで）

7 市町村の役割

(1) 市町村の実情を踏まえた総合事業の展開

地域包括ケアシステムの構築を進めるうえで、市町村は地域の特徴や課題を客観的に把握した上で、介護保険事業計画等で目指すべき方向性を明確にし、その中で総合事業の趣旨である住民主体の多様なサービスが実現し、その結果、要支援者等の選択できるサービス・支援の充実を図っていくことが必要です。

また、総合事業の各サービス事業等の全ては、介護予防の理念に基づくものであり、高齢者の社会参加の促進（支援を必要とする高齢者への支援の担い手としての参加等）や要支援状態となることを予防する事業（身近な地域における体操の集いの普及、短期集中予防サービス、地域リハビリテーション活動支援事業の活用等）としての充実を進めていくものです。

市町村においては、これらの内容を介護保険制度に関する状況はもちろんのこと、市町村の高齢者の人口や地理的状況、歴史、医療介護や福祉関連の地域資源等様々な状況とともに、行政内の保健部門や地域福祉部門、生涯教育の部門やコミュニティ担当部署等地域住民と関わる部門、住民や外部の各種関係機関との情報交換等も積極的に行い、各々で実施されている事業との調整、役割分担なども検討しながら、各市町村の特徴に応じた総合事業の設計、運営をしていくことが期待されます。

(2) 関係者間の意識の共有（住民への啓発）

総合事業の趣旨や具体的な目標、その背景、自立支援の理念等を地域包括支援センターとともに、住民、介護サービス事業所のみならず、社会福祉協議会、NPO 法人や民間企業、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の多様な事業主体と共有していくこと（規範的統合）が必要です。

各々がそれらを理解した上、果たすべき役割を認識し、実践していくことで、その効果が発揮されるものとなります。

中でも、住民への啓発は特に市町村の重要な役割です。

住民に自立支援の理念が正しく理解されていなければ、介護予防ケアマネジメントにおいて、目標設定すら難しいということになりかねません。

また、住民には自らができること、あるいは助け合いによってできることへの取組が期待されており、住民の関心が高まるような働きかけ、適正な制度運用に向けた意識の向上を図るようなしかけも必要です。

(3) 多様なサービスの創出

高齢者の多様なニーズに対応するには、多様なサービスを創出していくことも必要です。

特に要支援者等においては自ら行うことができる行為も多く、できない行為に関しても少しの工夫によってできるようになることもあります。

そのため、家事等の生活支援のサービスにおいても、単にサービスを一方的に「提供」するのではなく、「できる行為やできそうな行為」を利用者と一緒に模索し、さ

まざまな工夫を行いながら利用者の自立に導くといった事業所の意識の向上にもつなげていくような視点も、市町村には必要です。

(4) 総合事業の評価・検証

総合事業を効率的に実施していくためには、市町村による総合事業の評価・検証と総合事業の内容への反映が必要です。

実施状況や介護予防ケアマネジメントを通して利用者の変化から見えてくる新たな課題や成功体験の把握、地域ケア会議や生活支援体制整備事業の協議体での話し合いにおける生活支援ニーズや地域の課題の発見などから、既存のサービス事業内容の見直しや新たなサービス事業の創設などに繋ぐことも必要です。

(5) 介護予防ケアマネジメントの実施体制の検討と質の向上

総合事業の趣旨に基づいて、その中で介護予防ケアマネジメントの具体的なあり方については、介護予防の理念を地域包括支援センター等と共有・検討し、ケアマネジメントの実施体制や、ケアマネジメントの類型、といった市町村独自の様式を用いる場合は様式の検討、窓口の流れなどを整備します。

地域包括支援センターや委託する居宅介護支援事業所における介護予防ケアマネジメント実施者に対しては、市町村独自でも介護予防ケアマネジメント研修や定期的な保険者との連絡会等の実施により、自立支援に必要なアセスメント能力の向上や利用者の意欲を高める動機づけなど、ケアマネジメントついでに能力を向上させる手法を伝達する機会を設けるなどし、介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組を積極的に行うことも重要です。

(6) サービス担当者会議への専門職等の派遣促進

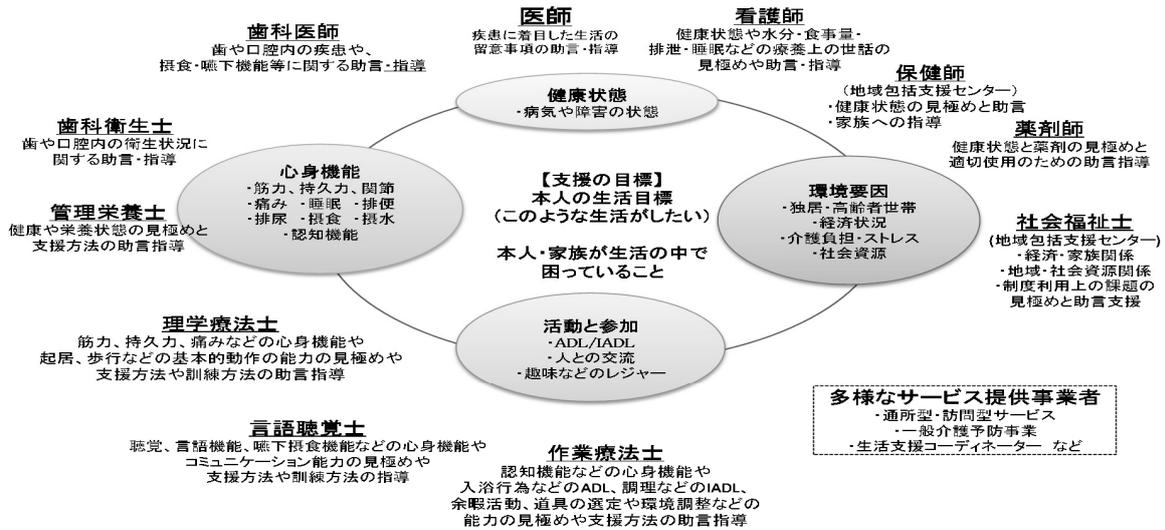
サービス担当者会議では、サービス提供事業者だけではなく、必要に応じて下図(厚労省資料)の専門職等の参加により、対象者の有する能力がどの程度あるのか、あるいは改善できる部分があるのかという予後予測の見通しを、多角的な視点から学ぶことができます。

例えば、リハビリの専門職が加わることにより、自分で効果的に自分で運動できる方法を知ることや、管理栄養士が加わることにより、低栄養の課題が新たに見え、解決策を入手することができるなど、自立支援の視点に立ったケアマネジメントの質の向上が期待できます。

また、そのことはサービス提供事業所の質の向上にもつながり、利用者及び家族に良い循環をフィードバックすることができます。

そのため、市町村は地域リハビリ活動支援事業をうまく活用するなど、担当者会議への専門職派遣の機会が地域で持てるよう、後方支援を行うなどの工夫も大切です。

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。

(8) 地域ケア個別会議の活用

介護保険法の改正により、地域ケア会議の推進について法定化されました。個別ケースの検討を行う地域ケア会議については、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援という視点の重要性がいられています。また、地域の様々な関係機関や地域の人々による個別支援ネットワークの構築も、地域ケア個別会議の重要な機能です。幅広い視野と技量を持つ多職種等とケースを共に検討することにより、ケアマネジメント実施者が学び、ケアマネジメントの質が向上することが期待されるとともに、地域の介護力の向上を図ることが可能です。

多職種によるケアプランの検討により、お互いの役割の理解と連携が深まり、自立支援に資するケアマネジメントが普及することが期待できます。

更に、個別の事例の検討を重ねることで、総合事業対象者についての地域の課題も見え、それに対する取組を考えたり、上位の会議に議題としてあげたりする中で、新たな生活支援サービス等の展開にもつながることが考えられます。



介護予防・日常生活支援総合事業の実施に向けて

平成28年2月29日(月)

厚生労働省老健局振興課

介護保険法の目的

第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第2条

- 1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。(以下 略)

介護保険法における保険者等の役割

第4条

1 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變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。(以下 略)

第5条

1 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

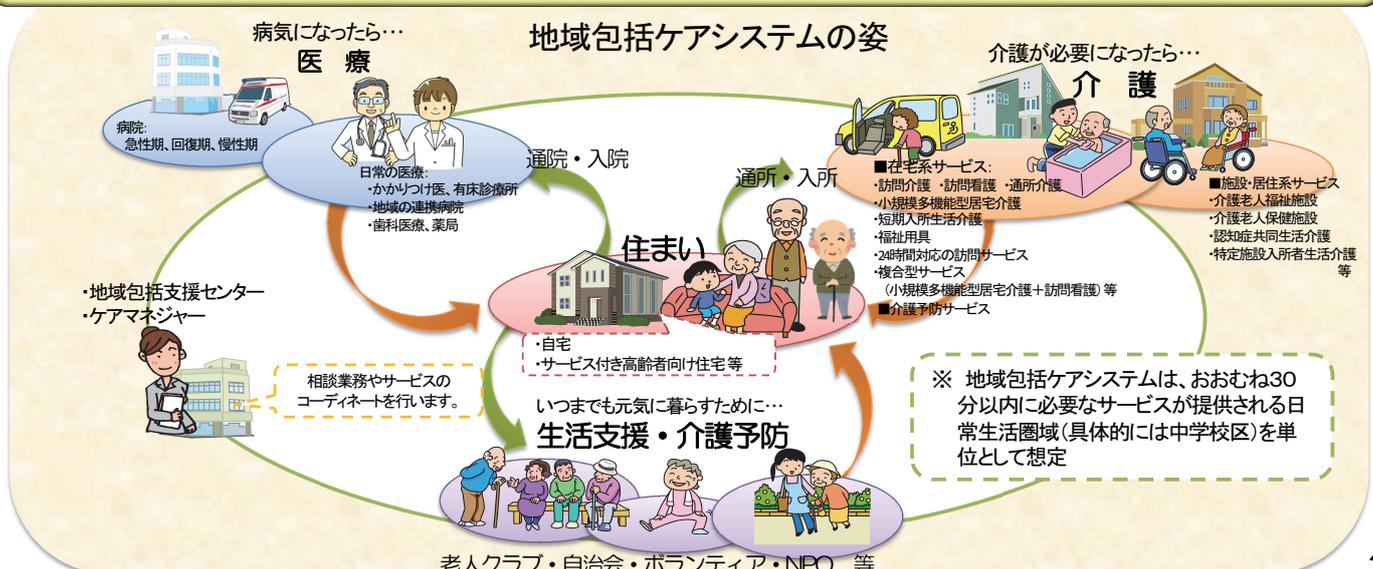
2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、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のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

3

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



4

地域包括ケアシステムの構築に向けて自治体に求められる機能

1. 実態把握、課題分析

人口や世帯等の現状・将来推計、地域住民のニーズ、支援サービスの提供状況の把握・分析を行う

- 日常生活圏ニーズ調査は、記名式にて実施し、訪問等により全数把握に努めることで、潜在的な要介護リスクを抱える高齢者を把握することができる。
- 医療と介護の連携の視点にたった日常生活圏単位のサービス基盤目標を設定するには、介護保険や医療保険のレセプトデータを接続した分析が重要。要介護認定データを接続すれば、状態像と給付の関係性の分析も可能。

2. 基本方針の明示と関係者との共有（規範的統合）

基本方針を定め、地域住民・社会福祉法人・医療機関・介護サービス事業者・NPO等のあらゆる関係者に働きかけて、基本方針を共有する

- 基本方針は、地域における具体的な取組の方向性と目標を示すもので、目標は可能な限り事後検証できる成果指標とともに設定されることが望ましい。具体的に示されることで、サービス基盤整備の方針も具体化されやすくなる。
- 基本方針の共有は、対外的には特にサービス提供者である事業者への働きかけが重要。自治体は基本方針の実現に向けた基盤整備のため、公募要件への基本方針の記載、事業者連絡会での働きかけ等を行うことが考えられる。

3. 施策立案・実行、評価

施策・事業を実行し、その成果・課題を評価する

- 介護保険事業計画・市町村老人福祉計画の策定では、まちづくり・地域づくりの諸計画との連動性確保が重要。
- 専門職、事業者、NPO・ボランティア、地域住民といった多様な社会資源を有効に活用するため、互助機能を発揮させるための環境整備や、医療・介護の連携のためのツール・仕組みを作成することが必要。
- ケアの実践現場と政策の立案現場をつなぐ地域ケア会議の政策反映機能を重視するべきである。

人員・組織体制

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、介護・医療・保健、福祉、住宅等と多様な分野での取組が求められるため、「地域包括ケア推進室」などの横断的なセクションの設置も有効。
- 施策立案に携わる職員には、一定の専門性、調整能力、経験の蓄積等が求められるため、人事異動の少ない専門職の配置、人事についての決定権を持つ首長への働きかけが重要。

自治体への支援のあり方

【国からの支援】

- 地域包括ケアシステム構築の進捗状況をはかる指標の提示、普及。

【都道府県からの支援】

- 保健医療福祉に関する情報を集約して分析した結果を市町村に提供。
- 介護人材の確保に向けた、必要な介護人材の需給推計、教育資源の把握、介護関係団体・機関等の協議体の設置等による連携体制の構築等。

出典：平成26年3月 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告

平成26年介護保険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。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営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。
- リハ職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。

【旧】

介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

予防給付

- ・介護予防通所介護
- ・介護予防訪問介護

廃止と再編

【新】

一般介護予防事業

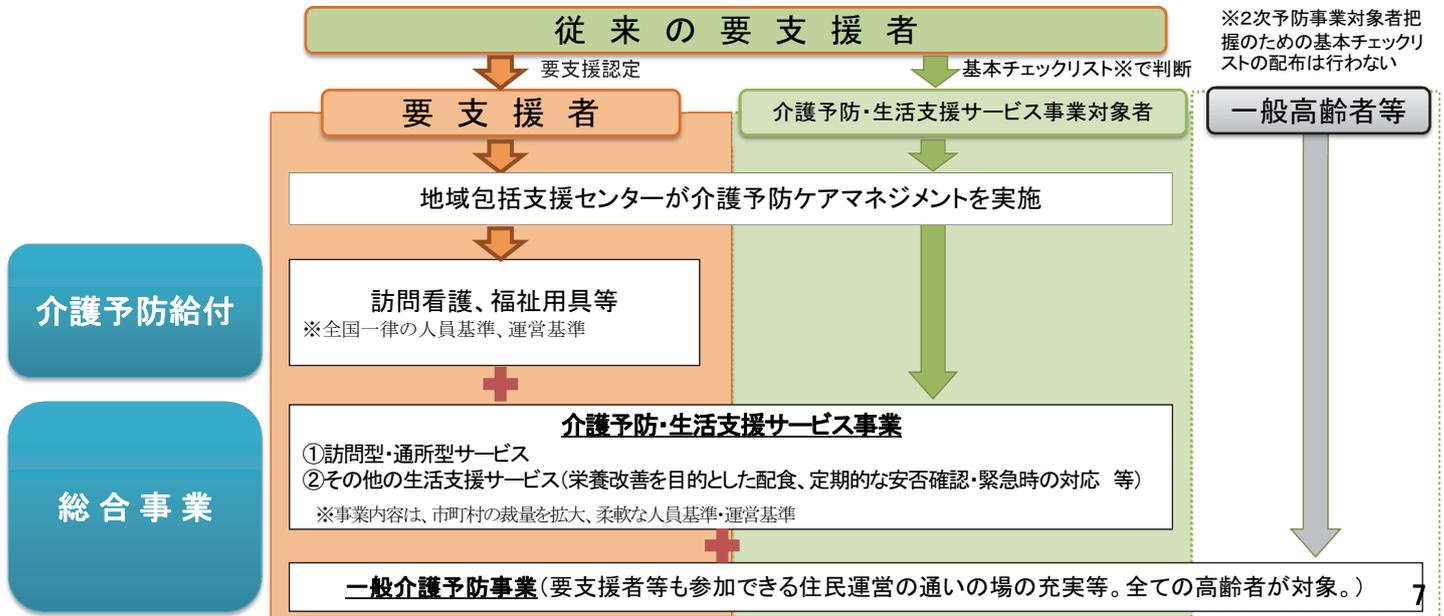
1. 介護予防把握事業
2. 介護予防普及啓発事業
3. 地域介護予防活動支援事業
4. 一般介護予防事業評価事業
5. 地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防・日常生活支援サービス事業

1. 訪問型サービス(第1号訪問事業)
 - ①訪問介護(現行相当のサービス)
 - 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)
2. 通所型サービス(第1号通所事業)
 - ①通所介護(現行相当のサービス)
 - 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)
3. その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)
 - ①栄養改善の目的とした配食
 - 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)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

- サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す（平成29年度末には全て事業に移行）。
 - 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。



総合事業に関する総則的な事項

1 事業の目的・考え方

(1) 総合事業の趣旨

総合事業は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とする。

(2) 背景・基本的考え方

イ 多様な生活支援の充実

住民主体の多様なサービスを支援の対象とするとともに、NPO、ボランティア等によるサービスの開発を進める。併せて、サービスにアクセスしやすい環境の整備も進めていく。

ロ 高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり

高齢者の社会参加のニーズは高く、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防等ともなるため、積極的な取組を推進する。

ハ 介護予防の推進

生活環境の調整や居場所と出番づくりなどの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。そのため、リハビリ専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進する。

ニ 市町村、住民等の関係者間における意識の共有と自立支援に向けたサービス等の展開

地域の関係者間で、自立支援・介護予防といった理念や、高齢者自らが介護予防に取り組むといった基本的な考え方、地域づくりの方向性等を共有するとともに、多職種によるケアマネジメント支援を行う。

ホ 認知症施策の推進

ボランティア活動に参加する高齢者等に研修を実施するなど、認知症の人に対して適切な支援が行われるようにするとともに、認知症サポーターの養成等により、認知症にやさしいまちづくりに積極的に取り組む。

ヘ 共生社会の推進

地域のニーズが要支援者等だけではなく、また、多様な人との関わりが高齢者の支援にも有効で、豊かな地域づくりにつながっていくため、要支援者等以外の高齢者、障害者、児童等がともに集える環境づくりに心がけることが重要。

2 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

- 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
 - ① 要支援認定を受けた者
 - ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

- 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

9

サービスの類型(典型的な例)

- 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。

① 訪問型サービス

※ 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		
	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	○ 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 ○ 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) ・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 ※ 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		・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 ※ 3~6ヶ月の短期間で行う	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)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

10

②通所型サービス

※ 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。

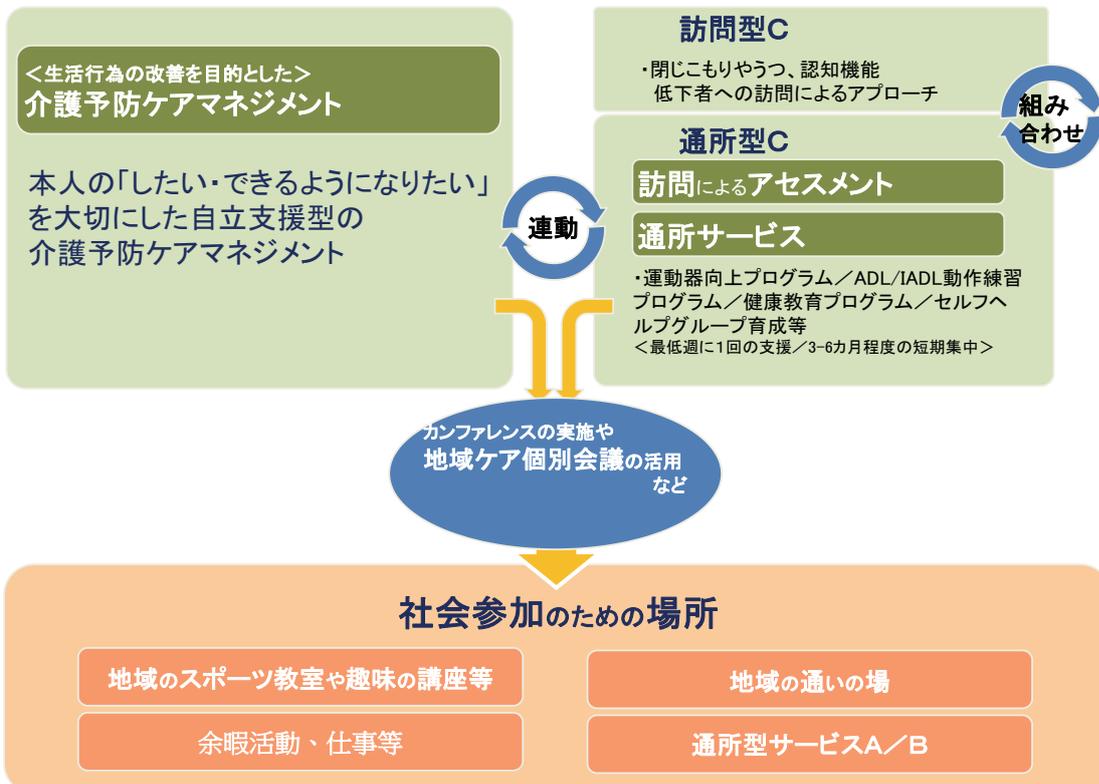
基準	現行の通所介護相当		多様なサービス	
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活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

- 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。

11

(参考)一般介護予防事業と短期集中予防サービスのイメージ



※「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)

12

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

※()内は、必要に応じて実施

ケアマネジメントA (介護予防支援と同様のケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・生活支援サービス事業の指定事業者のサービスを利用する場合 訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせた複数のサービスを利用する場合 その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	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《給付管理》
ケアマネジメントB (サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントA又はC以外のケースで緩和した基準によるケアマネジメントとしてサービス担当者会議等を省略する場合 	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【間隔をあけて必要時時期を設定】)
ケアマネジメントC (サービス利用開始時のみ行うケアマネジメント)	
<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの結果、補助のサービスや配食等のその他の生活支援サービス又は一般介護予防事業等の利用につなげる場合 	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 (利用者の状況悪化、利用者からの相談により地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行)

13

制度改正後の地域支援事業の上限(平成27年度以降の全体像)

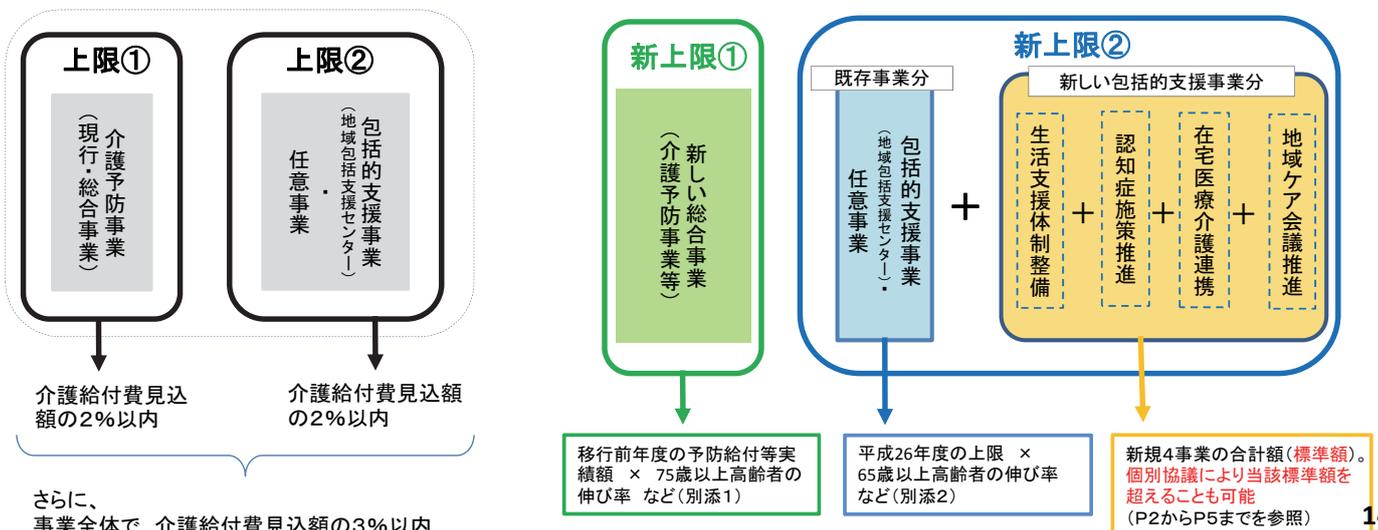
地域支援事業は法律及び政令に規定される上限額の範囲内で、市町村が事業を実施することとされている。平成27年度以降は、新しい総合事業及び新しい包括的支援事業の創設に伴い、上限の取扱いを見直した。

平成26年度までの上限

- 「介護予防事業(上限①)」と「包括的支援事業(地域包括支援センターの運営)・任意事業(上限②)」の2つの区分で設定。
- 上限①と上限②の、それぞれの上限を超えることはできない。
- さらに、地域支援事業全体の上限を超えることはできない。

平成27年度以降の上限

- 「新しい総合事業(新上限①)」と「包括的支援事業・任意事業(新上限②)」の2つの区分で設定。
※包括的支援事業は、地域包括支援センターの運営に加え、新しく包括的支援事業に制度化された4つの事業を含む。
- 新上限①と新上限②の、それぞれの上限を超えることはできない。
- 新上限②については、「既存事業分」と「新しい包括的支援事業分」の合計額とする。
※新上限①と新上限②の新しい包括的支援事業分については個別協議の枠組みも設けられている。また、地域支援事業全体の上限は廃止



14

平成27年度以降の包括的支援事業の上限の計算式

高齢者人口の増加を踏まえた必要な体制を確保するため、平成26年度の上限額(介護給付費見込額の2%)に当該市町村の「65歳以上高齢者数の伸び率」を乗じた額を基本とする。

(現行制度)

(平成27年度以降)

当該年度の介護給付費見込額の2%



平成26年度の上限額
× 当該市町村の「65歳以上高齢者数の伸び率」

※65歳以上高齢者数の伸び率は、直近の10月1日時点における住民基本台帳上の人数から3年間で増減した人数の伸び率を3で除したものを、直近3か年平均とする。

※但し、一定の要件を満たす場合には、上記の計算式に代えて特例の計算式を上限額とすることも可能とする。
(平成27年度から29年度までに選択が可能)

【要件】 介護給付の適正化及び介護予防に係る取組を推進する自治体(以下の(ア)と(イ)の両方の取組を推進する自治体)
(ア)少なくとも介護給付適正化の主要5事業(要介護認定の適正化、ケアプラン点検、住宅改修等の点検、医療情報との突合・縦覧点検、介護給付費通知)を全て実施していること。
(イ)新しい介護予防・日常生活支援総合事業を実施していること。

注) 現行制度に基づき算出した26年度の包括的支援事業・任意事業の上限額が12,500千円未満の自治体は、(ア)の要件を満たさなくても可

【計算式】 以下①及び②の合計額(注1)
①地域包括支援センターの運営
25,000千円(基準単価) × 当該市町村の65歳以上高齢者数を4,500で除した値
※小規模自治体にも基礎的な費用を確保するため下限は1/2(12,500千円)
②任意事業の実施
930円(基準単価) × 当該市町村の65歳以上高齢者数(注2)

注1) ①及び②の合計額の範囲内であれば、地域包括支援センターの運営に係る費用は①により算出される額を超えても差し支えない。一方、任意事業の実施に係る費用は、以下の(a)又は(b)のいずれか高い金額を超えてはならない。

(a) ②により算出される額

(b) ①及び②の合計額を上限額として選択した年度(=移行年度)の前年度の任意事業実績額 × 当該市町村の65歳以上高齢者数の伸び率

注2) 各年度の10月1日現在の高齢者人口

15

新しい包括的支援事業(新規4事業)の「標準額」について

以下の①～④の算定式の合計額を「標準額」とし、これを基本として、各市町村の実情に応じて算定した額とする。

※平成29年度まで(実施の猶予期間)においては、①から④の実施する事業に係る算定式の合計額とする。

※4事業の合計額(「標準額」)の範囲内で柔軟に実施ができる

※市町村の日常生活圏域の設定状況、地域包括支援センターの整備状況及び事業の進捗等を踏まえて、必要に応じて「標準額」を超えることも可能であり、その場合は厚生労働省に追加額を協議して定めた額まで事業を実施することを可能とする。(次項に追加協議の参考例)

①生活支援体制整備事業

■第1層 8,000千円

※指定都市の場合は、行政区の数を乗じる

■第2層 4,000千円 × 日常生活圏域の数

※日常生活圏域が一つの市町村は、第1層分のみを算定。

③在宅医療・介護連携推進事業

■基礎事業分 1,058千円

■規模連動分 3,761千円 × 地域包括支援センター数

②認知症施策推進事業

■認知症初期集中支援事業 10,266千円

※指定都市の場合は、行政区の数を乗じる

■認知症地域支援・ケア向上推進事業 6,802千円

④地域ケア会議推進事業

■1,272千円 × 地域包括支援センター数

16

新しい総合事業の上限について

【原則の上限】

【①当該市町村の事業開始の前年度の(予防給付(介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援)＋介護予防事業)の総額】
 × 【②当該市町村の75歳以上高齢者の伸び】

【平成27年度から平成29年度まで】

=【上記計算式】

－ 当該年度の予防給付(介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防支援)の総額

【選択可能な上限】

予防給付全体での費用効率化の取組を評価し、以下の計算式による上限を選択可能とする

=【①当該市町村の事業開始の前年度の(予防給付全体＋介護予防事業)の総額】

× 【②当該市町村の75歳以上高齢者の伸び】 － 当該市町村の当該年度の予防給付の総額

※予防給付として残る給付(訪問看護、リハビリ等)の費用の伸び率が、75歳以上高齢者数の伸び率(自然増)を下回る場合に、原則の上限で算定された額を超える。

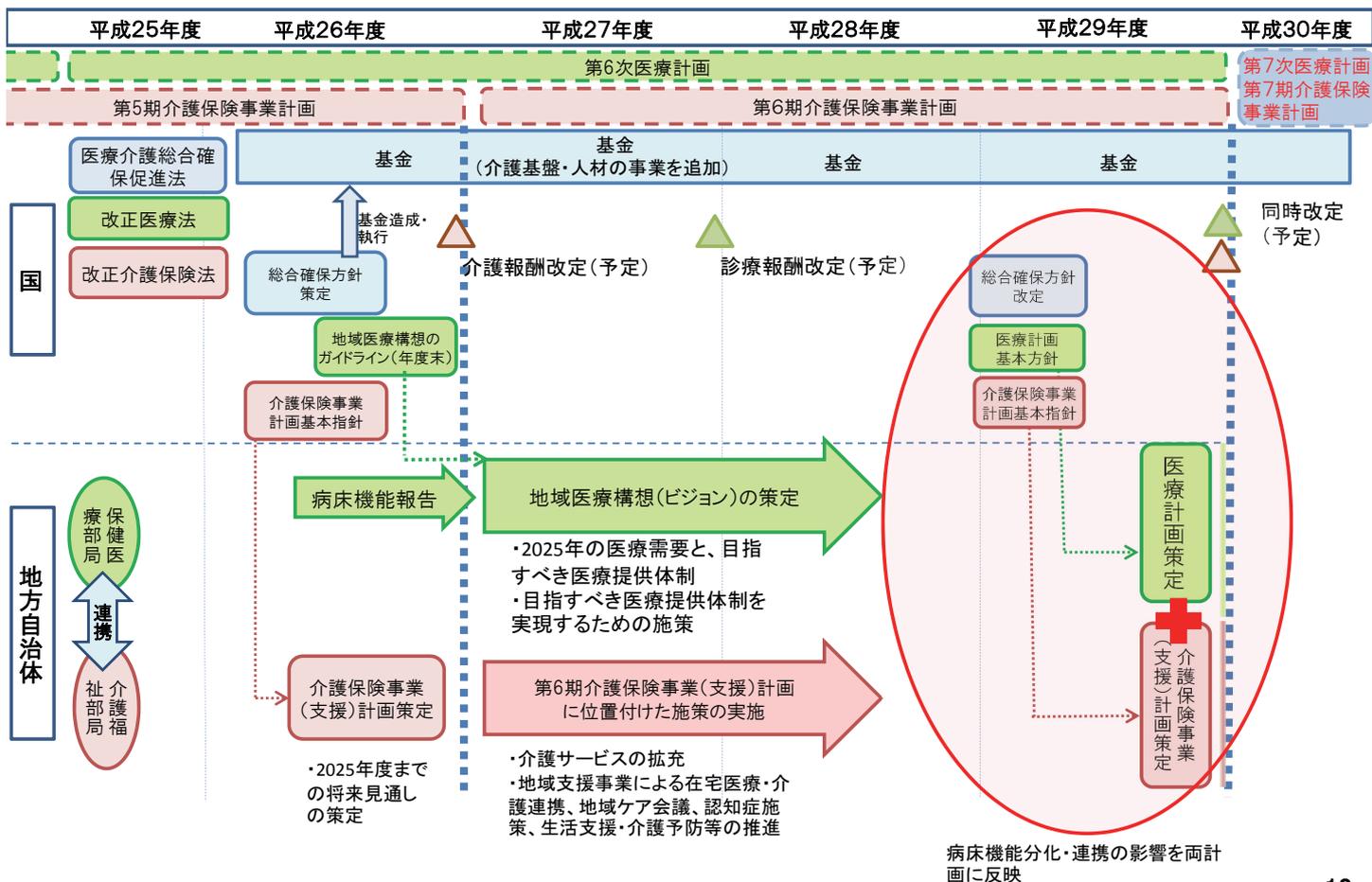
【移行期間における10%の特例】

平成27年度から平成29年度までについては、事業開始の前年度の費用額に10%を乗じた額の範囲内で、個別判断を不要とし、翌年度以降は原則の上限の「①」をその実績額に置き換える。

【個別判断】

市町村における総合事業の円滑な実施に配慮し、計算式による上限を超える場合について、個別に判断する枠組みを設ける。個別判断は、事前の判断と事後の判断に分けて行う。

医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール



介護予防ケアマネジメントの考え方(1)

総合事業における窓口対応

平成27年度 地域包括推進事業
介護予防ケアマネジメント実務者研修
企画委員会 委員

1

総合事業における介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)

居宅要支援被保険者等(指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。)の介護予防を目的として、厚生労働省令に定める基準に従って、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第1号訪問事業、第1号通所事業又は第1号生活支援事業その他適切な事業が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業

(法115条の45第1項の二)

2

介護予防ケアマネジメントの対象者

○ 要支援者

○ 介護予防・生活支援サービス事業対象者

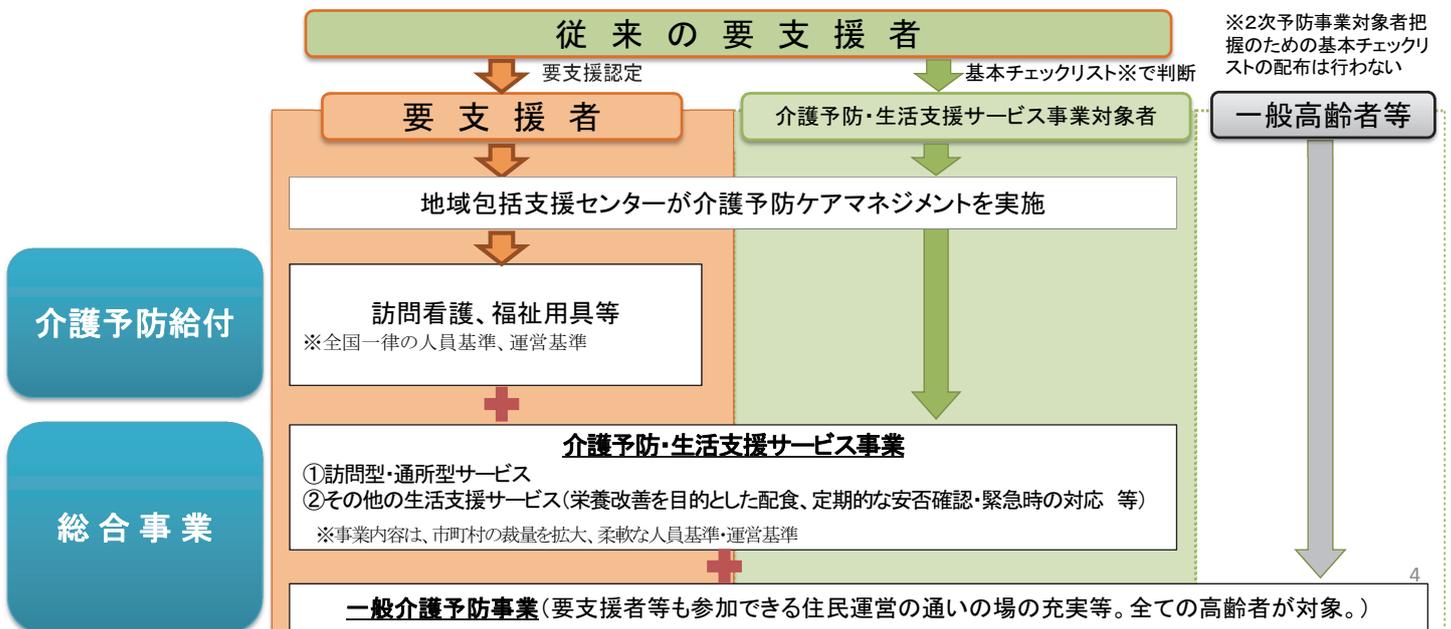
(基本チェックリストを用いた簡易な形で対象者を判断し、
介護予防ケアマネジメントを通じて必要なサービスにつなぐ流れ)

※ 予防給付によるサービスのみを利用する場合、もしくは予防給付によるサービスと総合事業のサービス事業の両方を利用する場合は、従来と同様に、介護予防支援として、ケアマネジメントを実施する。

3

介護予防・日常生活支援総合事業の概要

- 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。



4

介護予防ケアマネジメントの対象者像

認定調査結果から見ると、
 その多くは、ADLは自立しているが、
IADLの一部は行いにくくなっている

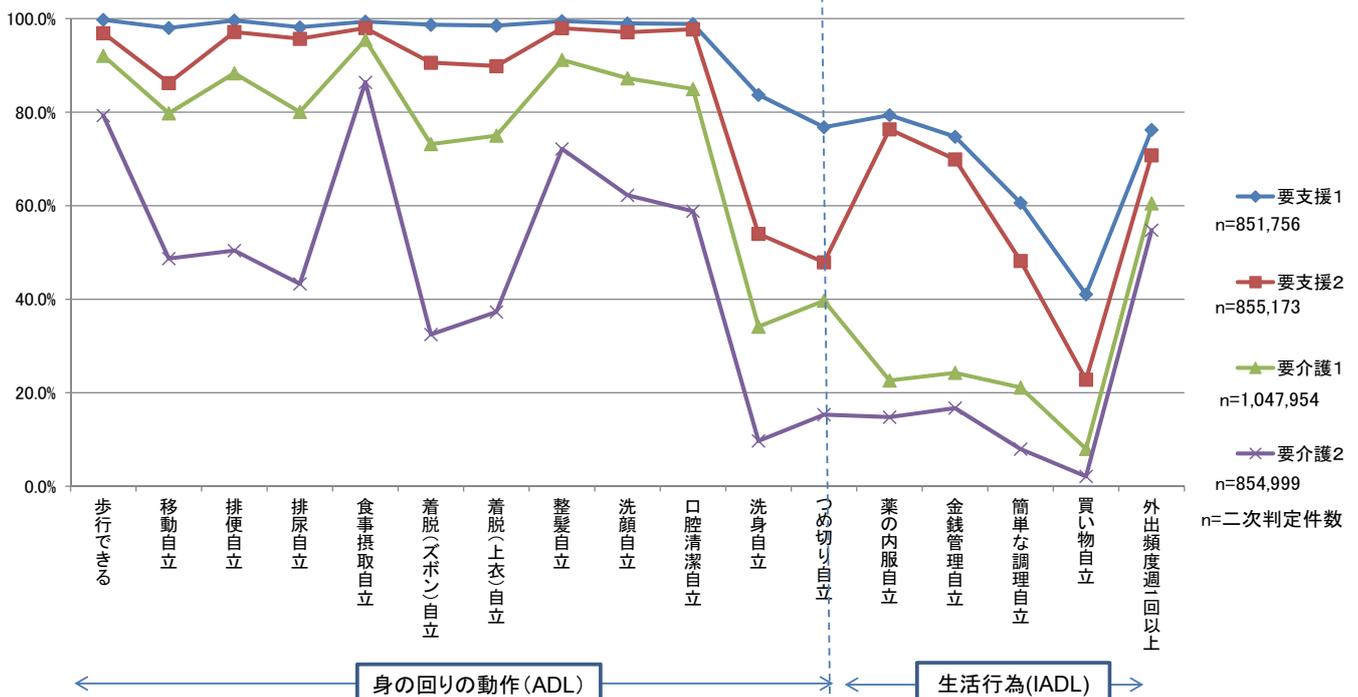
心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で起こってきている。

加齢に伴う視力や聴力の低下
 病気による体調の不良等
 家族や友人との死別
 家族との同居により家庭内の役割を喪失 など

5

要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

6

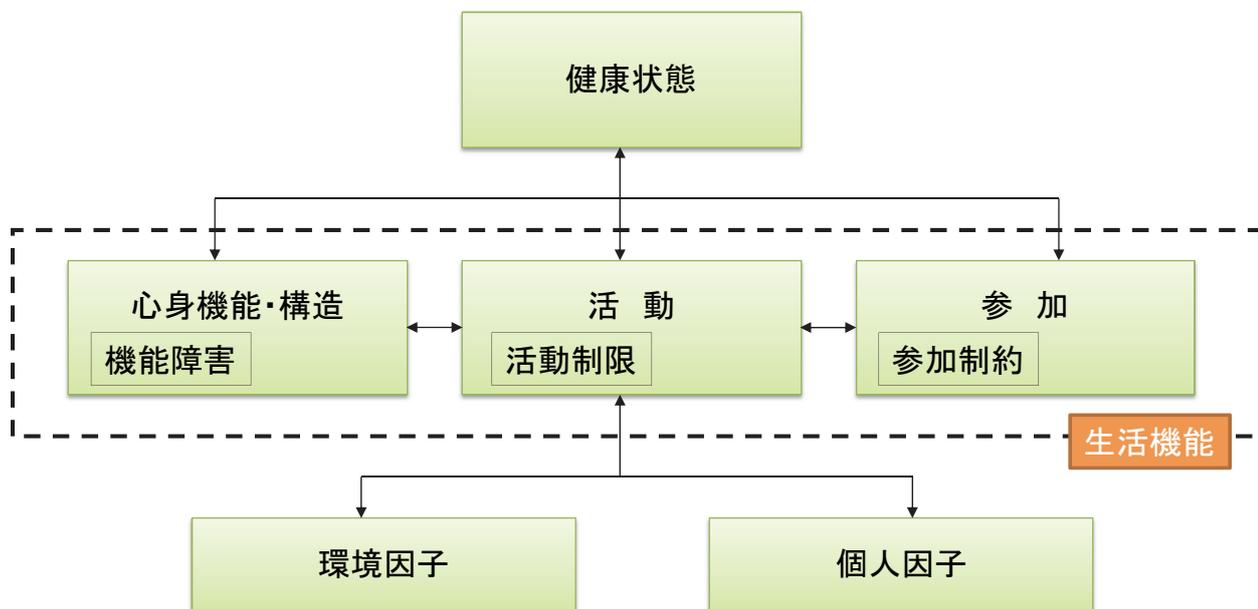
対象者の多くに見られる代表的な状態

- 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
- ③ ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者
- ④ 閉じこもりの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

その他、MCI高齢者における認知機能の低下や、うつ状態対する支援が必要な者が想定される。

7

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」
 - ② ADL・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

8

介護予防ケアマネジメントのあり方①

基本的な考え方やケアマネジメントプロセスは、介護予防支援の考え方と同じとなる。

そのうえで、各市町村の総合事業のサービス、一般介護予防事業、その他、必要な支援や本人の取り組みをケアプランに位置づけ、必要に応じてモニタリングや、評価を行い、再アセスメントに戻る。

利用者の望む生活(=「・・・したい」という意欲も踏まえ、自立支援に向けた動機づけをいかにするかが重要

更に、多様なニーズに対して、ケアマネジメント実施者は、市町村の取り組む総合事業の趣旨を十分に理解した上で、適切な介護予防ケアマネジメントを進めることが重要

9

介護予防ケアマネジメントのあり方②

高齢者自身が、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よう、日常生活上の課題とその原因、介護予防の取り組みを行うことによる状況改善のイメージなどについて、利用者が気付き、ケアマネジメント実施者と共有できたうえで、本人のセルフマネジメントを推進していく視点でそのプロセスを進める。

利用者が、自分の課題に気付き、そこから「したい」「できるようになりたい」という意欲につなげ、具体的な生活を実現できるための取り組みが必要。

10

介護予防ケアマネジメントのあり方③

そのような支援を通して、利用者による主体的な取り組みを支援し、できることはできるだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出すよう支援をすることが求められる。

そのうえで、地域の力を借りながら、新しい仲間作りの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけるケアマネジメントが求められる。

利用者の状況に応じて、様々なサービスや介護保険制度外の住民の健康づくり活動等の利用や、予防給付、介護給付とも切れ目のない支援を行うような配慮も必要

11

(参考)介護予防支援の提供に当たっての留意点

- 1 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- 2 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- 3 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- 4 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- 5 サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となる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、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- 6 地域支援事業(法第一百五十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。)と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- 7 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- 8 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

12

厚労令37「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」より

関係者間での意識の共有と効果的な介護予防ケアマネジメント ～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～

(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

18

サービスの利用の流れ

周知

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

① 相談

- 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明(サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明)。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。

※予防給付(訪問看護や福祉用具貸与等)を希望している場合は、要介護認定等の申請につなぐ。

※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。

② 基本チェックリストの活用・実施

- 窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分(一般介護予防事業、サービス事業及び給付)の振り分けを実施。

③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

- 利用者に対して、介護予防・生活支援を目的に、その心身の状況等に応じて、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。

- 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。

- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、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

② 簡略化した介護予防ケアマネジメント(サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略)

③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント(アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで)

14

総合事業における窓口対応のあり方として①

＜窓口＞：基本的には市町村の実情によって設定。

- 市区町村の介護保険の窓口、支所、市民センター等
- 地域包括支援センター
 - ※ 地域包括支援センターのブランチorサブセンターとしての在宅介護支援センターを含む

基本的にどの窓口においても、利用者等の主訴に基づいて、利用者等が抱えている課題等に関する概略的な情報収集と整理を踏まえ、緊急性の判断を行った上で、要介護認定等の申請、総合事業、一般介護予防事業の趣旨や具体的な内容、サービス事業の利用や手続き、方法等についての説明をし、その対応の一つとしての総合事業の利用や要介護認定等の申請などに繋ぐことが求められる。

15

総合事業における窓口対応のあり方として②

総合事業の趣旨を踏まえ、以下の点についての説明が必要

- 「自立支援に資する介護予防ケアマネジメントとサービス事業等の展開による、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図る事業であること」
- 「介護予防ケアマネジメントを通じて、利用者自身が目標を立て、その達成に向けてサービス等を利用しながら介護予防に取り組んでいくもの」
- 「総合事業の利用開始後も、いつでも要介護認定等の申請は可能であること」

16

総合事業における窓口対応のあり方として③

窓口対応の体制の一つのあり方として

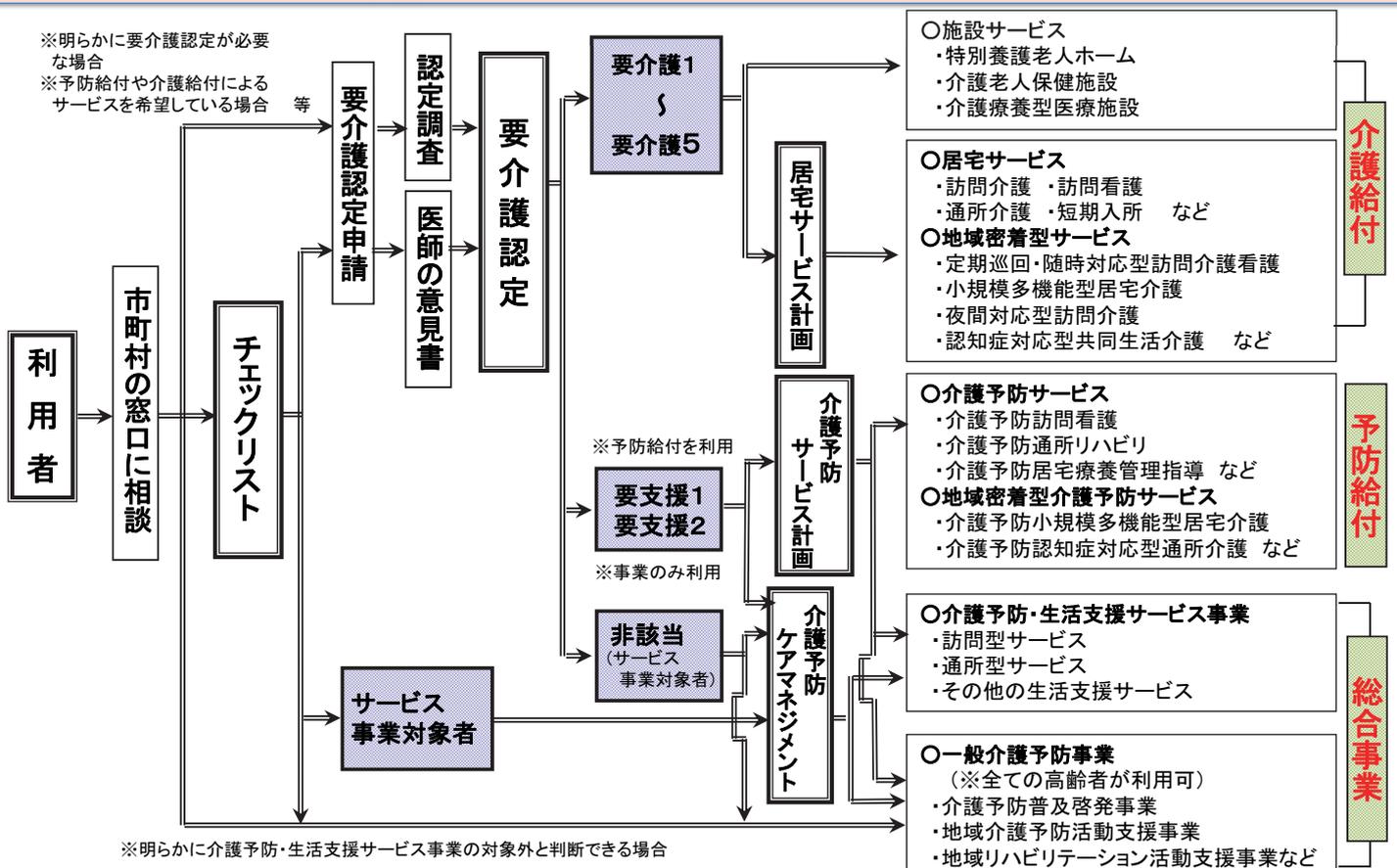
◇ 各市町村のサービス、事業内容が多様化する事を踏まえ、「どのような場合に、どのような視点で、どのようなサービスを利用することが適切であるか」について、市町村内での多機関、多職種による十分な協議が不可欠。

⇒ 各サービス、事業の内容や、利用における一定の判断基準、指標についての整理あるいは、説明のための資料等を整えておく事も重要。

◇ 市町村の要介護認定等の申請窓口、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職を配置し、相談を受けながら、必要に応じて総合事業を案内し、地域包括支援センターにつなぐといった体制を構築する事も有効。

17

介護サービスの利用の手続き



18

課題を明確化し、支援の方向性を導き出す方法

- ・ 家族図、エコマップによる関係者と社会資源の整理
- ・ 本人・家族の生活歴、関係者の関わりを時系列で整理
- ・ 個人的要因と環境的要因による課題分析
- ・ アセスメントによる目標の設定

平成27年度地域ケア会議運営に係る実務者研修資料より

19

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点①

- 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策
本人と本人を取り巻く人々の力を引き出し、最適な状態を目指す

個人的要因	身体機能
	精神機能
	経済状況等

性格、人生歴、身体機能・生活機能に支障をきたす高齢者の個人的な要因

身体機能・知的機能、障害、疾病の状態 (ADL、IADL) は？
 性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？
 普段の体調管理 (水・食・運動・排泄) は？
 状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか？
 経済的状況 (収入、預貯金、不動産) は？
 価値観 (人生で大事にしてきたこと) 特技、趣味、生きがいは？
 過去の人脈、現在の人脈 (本人が作ったネットワーク) は？

的確なアセスメント

環境的要因	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・居住環境
	社会資源
	その他

高齢者をとりまく人や物など周囲のあらゆる状況

- ・ 相談者と本人の関係は？
- ・ 家族構成員の状況と家族システムの現状 (決定や権威等)、経済状況は？
- ・ 居住地域がどんな地域か、どんな文化を持っているか本人家族と近隣住民との関係性は？ 地域での役割は？ (時系列で変化をとらえる)
- ・ 在宅や地域の日常生活導線は？ 社会資源の状況は？
- ・ かかりつけ医や民生委員との関係は？
- ・ 取り巻く人のストレスは？ (障害、疾病への理解度、偏見の有無)

20

平成27年度地域ケア会議実務者研修 資料より

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点②

- 本人の主訴(要望)、家族の要望、近隣の要望を聞き、それぞれが困っていることへの対応策として、公的制度、サービス及びインフォーマルなサポートを考えることも大切であるが、それだけでは潜在している真の課題を抽出することはできない。
- 前述した着眼点を咀嚼して、多職種の専門職による知識の相乗効果(チームケア)を駆使して、個人的要因と環境的要因を洞察し、原因・背景を探ることによって、当事者たちが気づいていない、内に潜んでいる「**状態の悪化に影響を及ぼしている要因**」=真の課題を、当事者や家族とともに明らかにし、解決策をともに考えていく姿勢と能力が求められる。
- その上で、課題解決の主体は、当事者(本人、家族、地域の人)であり、当事者が気づき、自ら取り込もうとする課題の抽出、と解決方法を一緒に合意していく必要がある。当事者を含めた合意形成の場を持つよう工夫するとともに、そこでの**合意形成能力**が必要とされる。

平成27年度地域ケア会議実務者研修 資料より) 21

自立支援に資するケアマネジメントに必要な視点③

- 本人や家族が地域とともに築いてきた強みにも着目し、出来ていたことや出来ることを把握し、意欲喪失をくい止め、QOLの維持向上を目指した暮らしぶりの再構築に向けた「自己決定」を上手にサポートすることにより、強制的なやらされ感ではなく、主体的な意欲を引き出す実践応用力が求められる。
- 将来の予測を立てるという視点も求められる。
- 目標が明確に設定されており、モニタリング時に適切に分析・評価が可能であること。

平成27年度地域ケア会議実務者研修 資料より)

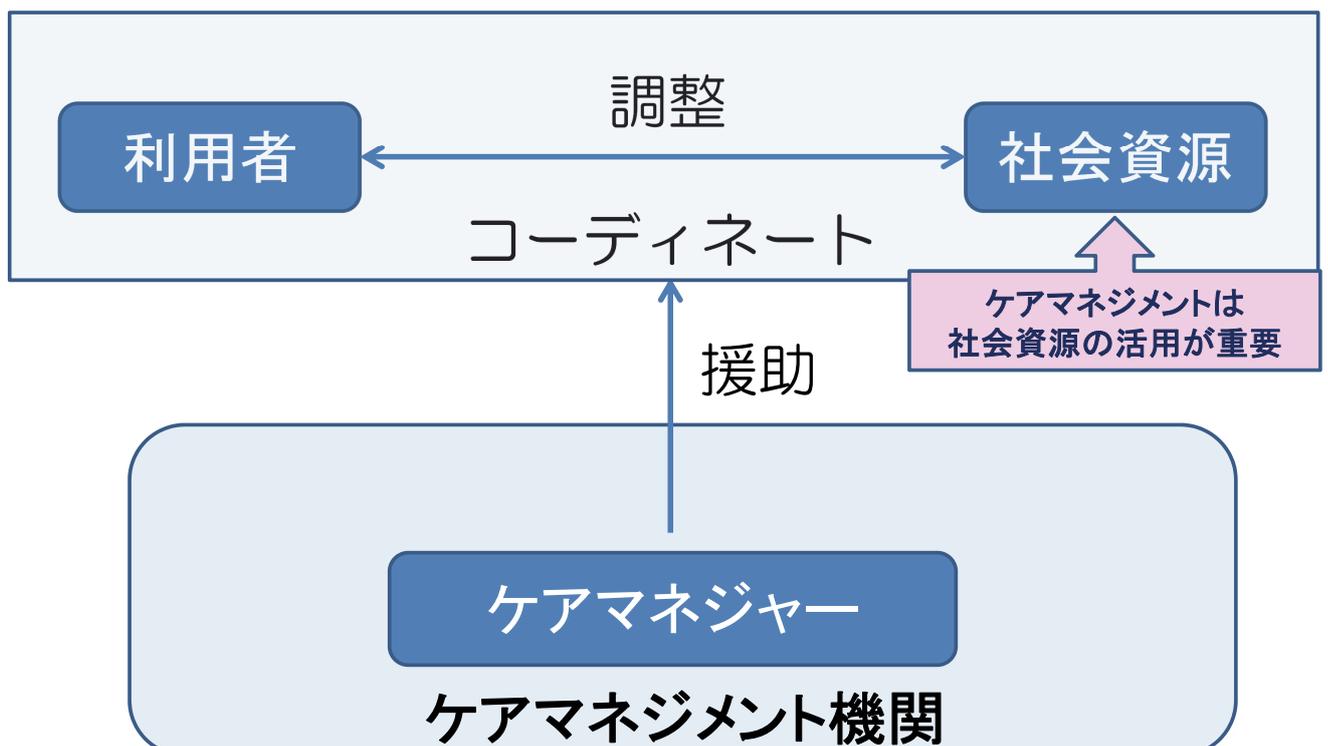
22

介護予防ケアマネジメントの考え方(2)

平成27年度 地域包括推進事業
介護予防ケアマネジメント実務者研修
企画委員会 委員

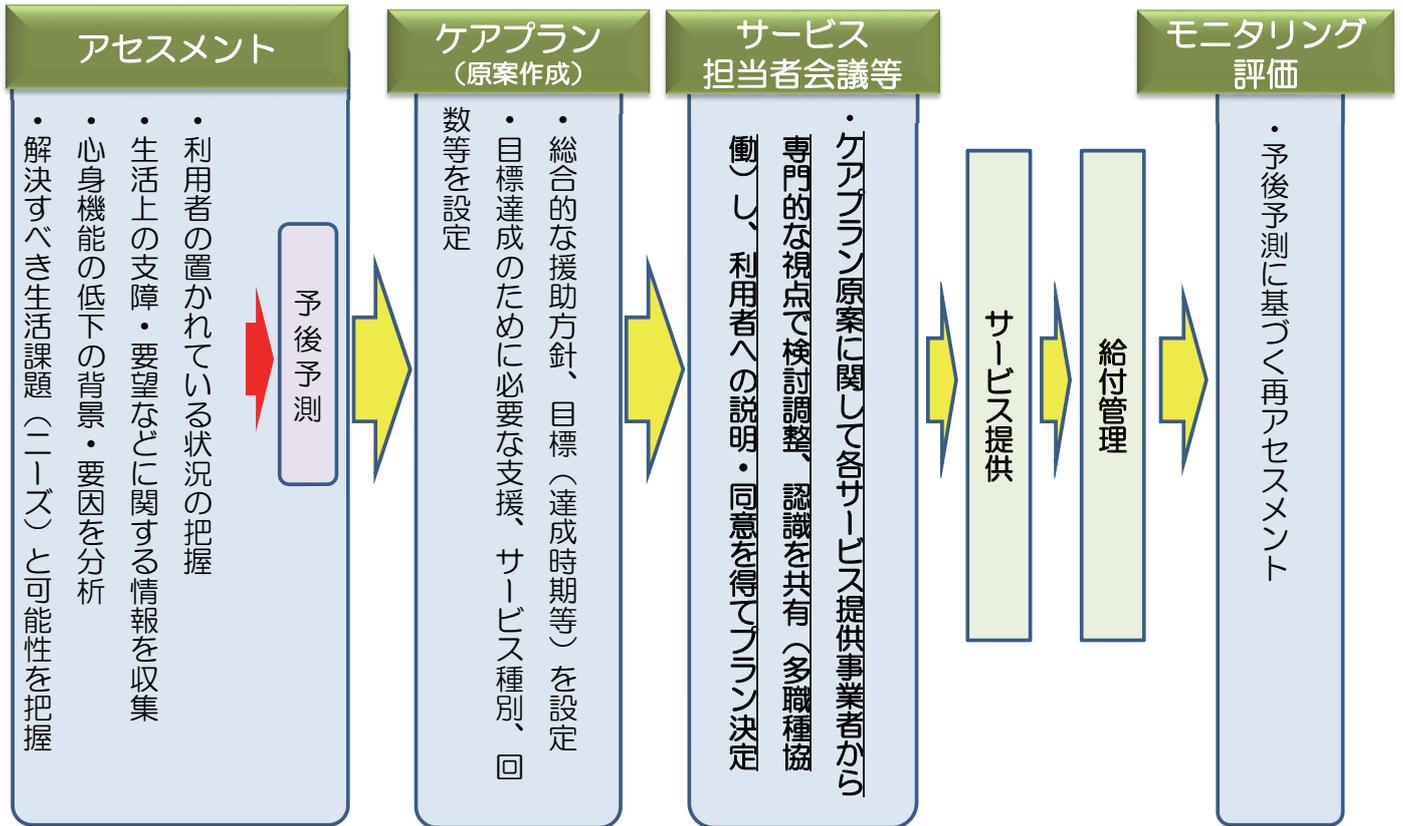
1

ケアマネジメントの構造



長寿社会開発センター 五訂 介護支援専門員実務研修テキストより 2

ケアマネジメントの流れ



3

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点

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、目標指向型のケアプランを作成し、サービス利用等による改善のイメージを伝え、本人が「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容につなげていくこと。

更に、地域での社会参加の機会を増やし、「役割や生きがいを持って生活する」と思うことができるよう、働きかけていくことが重要である。

4

アセスメントにおけるポイント ①

総合事業の対象者の特徴を念頭に置いたおいたうえで、ICFの考え方等を元に、利用者の健康状態、生活機能と共に、背景因子となる利用者の生育歴や趣味・嗜好等や、家族状況等の情報を総合的に収集しながら、課題を探っていく。

基本チェックリストの内容は、利用者のアセスメントを行う上で、活用できる情報。

記載内容について、更に具体的な状況や、不足する情報を聴き取ったり、実際に動作を行ってみたり、その間の利用者の様子を観察したりしながら、利用者本人の能力と実際に行っている行為の状況を、客観的に判断して進める。

5

アセスメントにおけるポイント ②

利用者の興味やこれまでの人生の中での趣味、関心のあったことなどを探り、そこから目標の設定や、具体的な取組につなげていくために、「興味・関心チェックシート」も活用が可能

このような情報収集等の中で、本人の望む生活(生活の目標)と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能と高めるために必要な「維持・改善すべき課題(目標)」を明らかにしていく。

その流れを、利用者本人及び家族と共有しながら進めていき、必要な助言を行うことで、ケアプラン実施の際には本人・家族の取組みを積極的に促す。

6

【参考】「興味・関心チェックシート」(一部)

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)

7

アセスメントにおけるポイント ③

基本チェックリストの基準該当による利用者については、主治医の意見等が付されていない。

治療中の病気の有無、病名、処方薬等の内容も、本人及び家族から聞き取ると共に、必要に応じて主治医との連携もとりながら、利用するサービスによって留意事項を聞き取っておくことも必要。

8

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

- 1 基本情報(受付、利用者等基本情報)
- 2 生活状況 3 利用者の被保険者情報
- 4 現在利用しているサービスの状況
- 5 障害老人の日常生活自立度
- 6 認知症である老人の日常生活自立度 7 主訴
- 8 認定情報 9 課題分析(アセスメント)理由

課題分析(アセスメント)に関する項目

- 10 健康状態 11 ADL 12 IADL 13 認知
- 14 コミュニケーション能力 15 社会との関わり
- 16 排尿・排便 17 じょく瘡 18 口腔衛生 19 食事摂取
- 20 問題行動 21 介護力 22 居住環境
- 23 特別な状況

アセスメント領域と現在の状況

1. 運動・移動について
2. 日常生活(家庭生活)について
3. 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて
4. 健康管理について

情報収集・課題分析が、不十分だと課題(ニーズ)の捉え方も不十分となりやすい

9

利用者基本情報

本人の住居環境・経済状況・家族構成・今までの生活・現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)・1日の生活、すごし方・趣味、楽しみ、特技・友人・地域との関係・現病歴、既往歴と経過現在利用しているサービス(公的サービス 非公的サービス)など

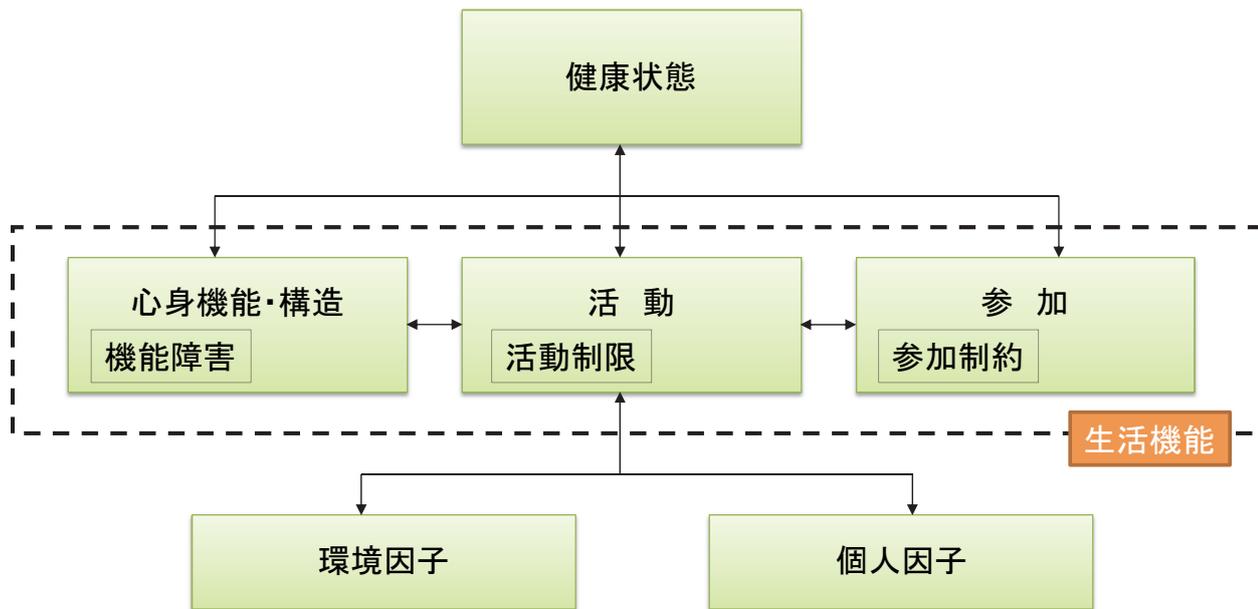
チェックリスト

アセスメント領域と現在の状況

運動・移動	室内外の歩行状況。転倒歴や転倒不安。ふらつきの有無や移動先(距離)。交通機関を利用した移動状況等。
日常生活(家庭生活)	身の周りのことや家事全般をどうしているかについて、事実を記載。預貯金の出し入れや日用品の買い物の状況等。
社会参加・対人関係・コミュニケーション	近隣との交流やコミュニケーション能力、対人関係や趣味等に関する事について事実を記載。
健康管理	健康管理の方法や通院、服薬、疾病の安定性の有無や清潔保持についての状況を記載。

10

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

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）

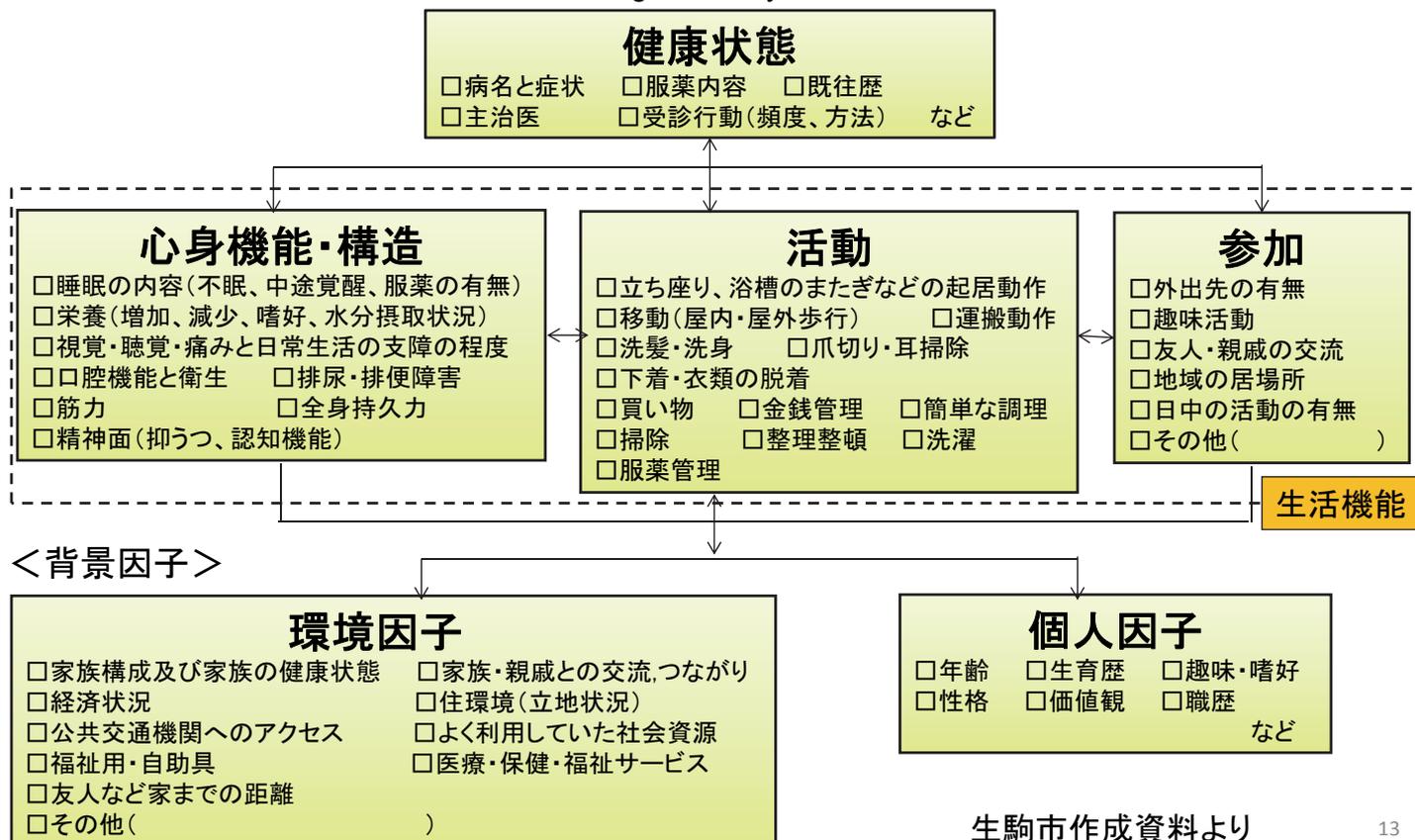
標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	既往歴、主傷病、症状、痛み、服薬管理状況、睡眠の状態、筋力、持久力など身体機能に関する項目
ADL	立ち座り、歩行、運搬、洗髪・洗体など入浴、爪切り、下着の脱着等に関する項目
IADL	調理、整理整頓、掃除、洗濯、買い物、服薬管理などに関する項目
認知	日常生活を行う上での認知機能の程度に関する項目
コミュニケーション能力	視力、聴力などのコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会的活動・趣味活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感、人的交流状況、家族や地域との関わり状況などに関する項目
排尿・排便	排尿・排便頻度と失禁の有無
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

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より

12

国際生活機能分類(ICF)からみた介護予防のアセスメントの視点例

※ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) : 国際生活機能分類



13

ケアプラン作成におけるポイント ①

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

手法としては、3～12ヶ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ヶ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、利用者本人が取り組むこと、周囲の支援を受けることを整理しながら計画を作成する。

14

ケアプラン作成におけるポイント ②

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目標が達成された後は、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

作成されたケアプランは、利用者が自身のケアプランと実感できるものであり、関係者で共有された上で、サービスの提供が行われなければならない。

15

ケアプラン作成におけるポイント ③

サービス等の利用にあたっては、総合事業のサービス事業における住民主体の活動や一般介護予防事業、その他何らかの地域の支援や活動を利用することも想定される。

その際、単にサービスにつなぐというのではなく、その活動等のひとつひとつの取組内容や利用者の思い等を尊重しながらも、利用者の意欲や、他の利用者との関係等を考え、利用者がその活動等に馴染んでいけるよう支援していく姿勢が重要

16

ケアプラン作成におけるポイント ④

ケアマネジメントCにおいては、アセスメントから目標設定、利用する介護予防に関する取組等の検討まで支援をした後は、利用者自身でその内容を実践し、地域包括支援センターのモニタリングは行わないことを想定できることとしている。

そのような場合に、利用者自身で目標の達成状況を確認したり、取組の変更を考えたりする材料として、介護予防手帳等のツールの活用も有効

17

サービス担当者会議におけるポイント ①

サービス担当者会議は、ケアマネジメントの一環として開催するもの。総合事業において多様な実施主体がサービス提供を行うにあたって、介護予防支援と同様に、「利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として、何ができるかについて相互に理解するなどについて、利用者や家族、ケアプラン作成者、ケアプランに位置づけたサービス提供者、主治医等からなる会議」として、開催することが必要である。

その中で、効果的かつ実現可能な質の高いケアプランとするため、利用者の状況等に関する情報を各サービス担当者等と共有するとともに、専門的な見地から意見を求め、具体的なサービスの内容の検討、調整をはかっていく。

18

サービス担当者会議におけるポイント ②

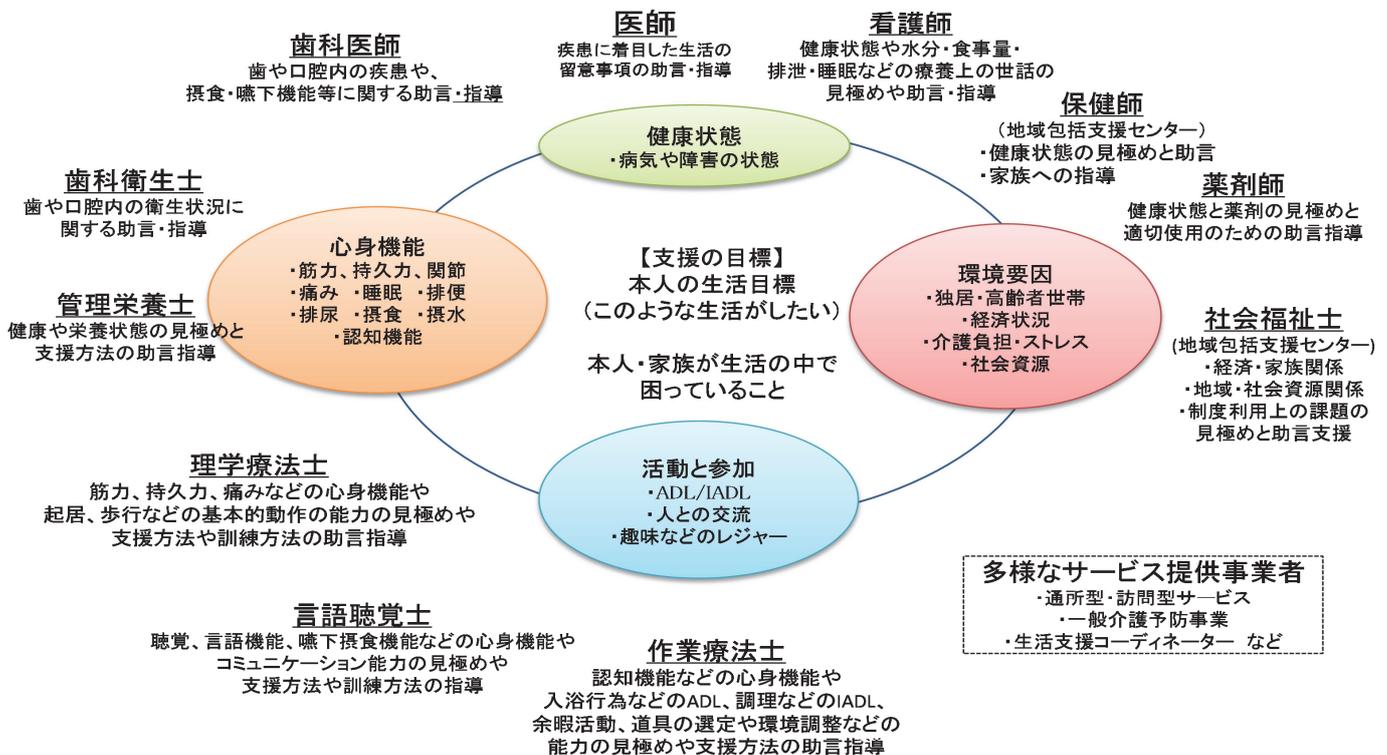
更に、サービス担当者会議等でも、サービス提供事業者だけでなく、リハビリテーションの専門職や栄養士等様々な専門職の必要に応じた参加により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通し、効果的な支援方法を入手し、自立支援の視点に立った介護予防ケアマネジメントを実践して、いくような取組も、総合事業としては検討することもできる。

このような会議で、多職種が関与することにより、見落としていた課題や、より留意した方が利用者の生活により効果的であるもの、各専門職の様々な角度からの目標設定・課題解決策などについての意見を得ることができ、その意見を利用者も合意をしてケアプランに反映させ、より利用者の状況等に合わせた支援が可能となってくる。

その実施により改善できたことを、利用者本人、家族やサービス事業者等関わる人々が共有することで、その後の高齢者自身の取組やケアマネジメント、各サービス事業の向上にもつながる。

19

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。

モニタリング・評価におけるポイント ①

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、状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくことであり、介護予防支援における考え方と同様

総合事業においては、多様な主体による多様なサービスが開かれ、介護予防ケアマネジメントも、利用するサービスの内容等に応じて、モニタリングの頻度等も変わる。

マネジメント実施者が利用者と連絡を取らない間(ケアマネジメントCとして、地域包括支援センターからのモニタリングをしない場合や、ケアマネジメントBとしてモニタリングの間隔をあける場合も、利用者の状況変化等の際に、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つくっておくことが必要。

21

モニタリング・評価におけるポイント ② ～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、無断欠席などについて報告する仕組みをつくる。
- 定期的に専門職が住民主体の活動の場等を巡回し、参加状況等を確認する。
- 住民主体の活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを発見する。
- 活動の場での出席簿を作成して、地域包括支援センターに毎月報告を受ける。

22

モニタリング・評価におけるポイント ③

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、スムーズな移行へ配慮して行う。

新たな課題が見つかった場合や、目標達成が困難な場合もケアプランの見直しとなるが、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。

23

ケアプランに関する様式について

介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、介護予防支援業務における関連の様式例を活用するほか、市町村の判断で任意の様式を用いることもできる。

ただし、市町村で統一しておくことが望ましい。

※ 例えば、ケアマネジメントB、C(一部簡略化したにおいて、「介護予防サービス・支援計画書」の一部を省略して用いるようなことも可能。

ただし、その場合でも

「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題(アセスメント結果)」

「課題の解決への具体的対策(利用サービス)」「注意事項」

といった内容含まれていることが望ましい。

24

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

(例)

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網掛け部分の記載は省略可能

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者
----------	---------	-----------	-------

No. _____

利用者名 _____ 様 (男・女) 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画作成者事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活 _____

1日		1年		支援計画								
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
(運動・移動について)		□有 □無					()					
(日常生活(家庭生活)について)		□有 □無					()					
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて)		□有 □無					()					
(健康管理について)		□有 □無					()					

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点 _____

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針: 生活不活発病の改善予防のポイント _____

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数)を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	○5	○2	○3	○2	○3

【意見】 _____

【確認印】 _____

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

25

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)の例

ケアマネジメントA (介護予防支援と同様のケアマネジメント)

- ・ 介護予防・生活支援サービス事業者の指定事業者のサービスを利用する場合
 - ・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせ合わせた複数のサービスを利用する場合
 - ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合
- 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《給付管理》

ケアマネジメントB (サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント)

- ・ ケアマネジメントA又はC以外のケースで緩和した基準によるケアマネジメントとしてサービス担当者会議等を省略する場合
- 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【間隔をあけて必要時時期を設定】)

ケアマネジメントC (サービス利用開始時のみ行うケアマネジメント)

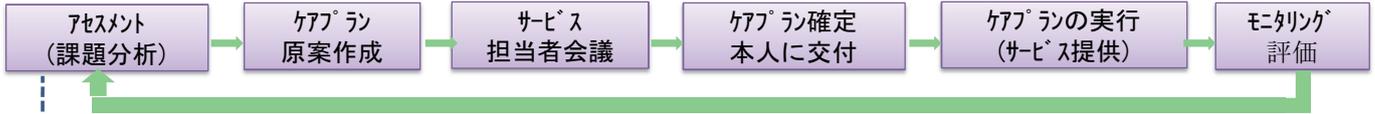
- ・ ケアマネジメントの結果、補助のサービスや配食等のその他の生活支援サービス又は一般介護予防事業等の利用につなげる場合
- アセスメント
→ケアマネジメント結果案作成
→利用者への説明・同意
→利用するサービス提供者等への説明・送付
→サービス利用開始
(利用者の状況悪化、利用者からの相談により地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行)

※ ()内は、必要に応じて実施

26

ケアマネジメントA, B, Cの考え方(例示)

ケアマネジメントのプロセス



アセスメントにより、導き出した課題を利用者と共有しながら、本人の意欲を引き出し、目標を設定する。

ケアマネジメントA

指定介護予防支援と同様に、地域包括支援センター等によるケアマネジメントを実施する。

ケアマネジメントB

利用者の状態等が安定しており、目標も含めてケアプランの大きな変更はなく、間隔をあげたモニタリングの実施等を想定。利用者の状態等にあわせて簡略化したプロセスでマネジメントを実施する。

ケアマネジメントC

目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と地域包括支援センター等が相談しながら実施する。ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や、目標、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有。
その後は、利用者自身が目標達成に向けて取り組む。地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。

地域包括支援センター等によるケアマネジメントの実施

地域包括支援センター等によるケアマネジメントの実施

サービス等利用開始後は、本人によるマネジメントの実施

指定事業者によるサービス利用時は給付管理を実施。
(従来の予防給付相当又はA型サービスの一部を想定)

※ ケアマネジメントB又はCの該当者については、随時の本人及び家族からの相談を受けるとともに、利用者の状況変化時などサービス実施主体から、適宜連絡が入る体制を作ることが望ましい。

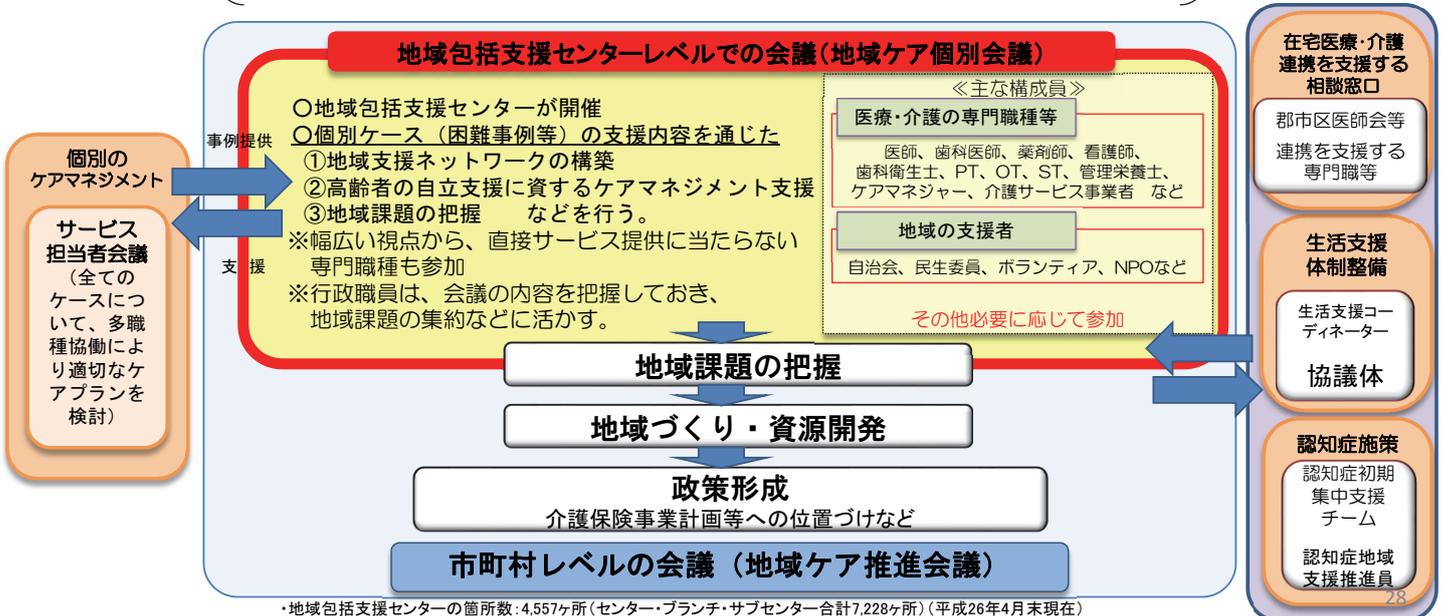
地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

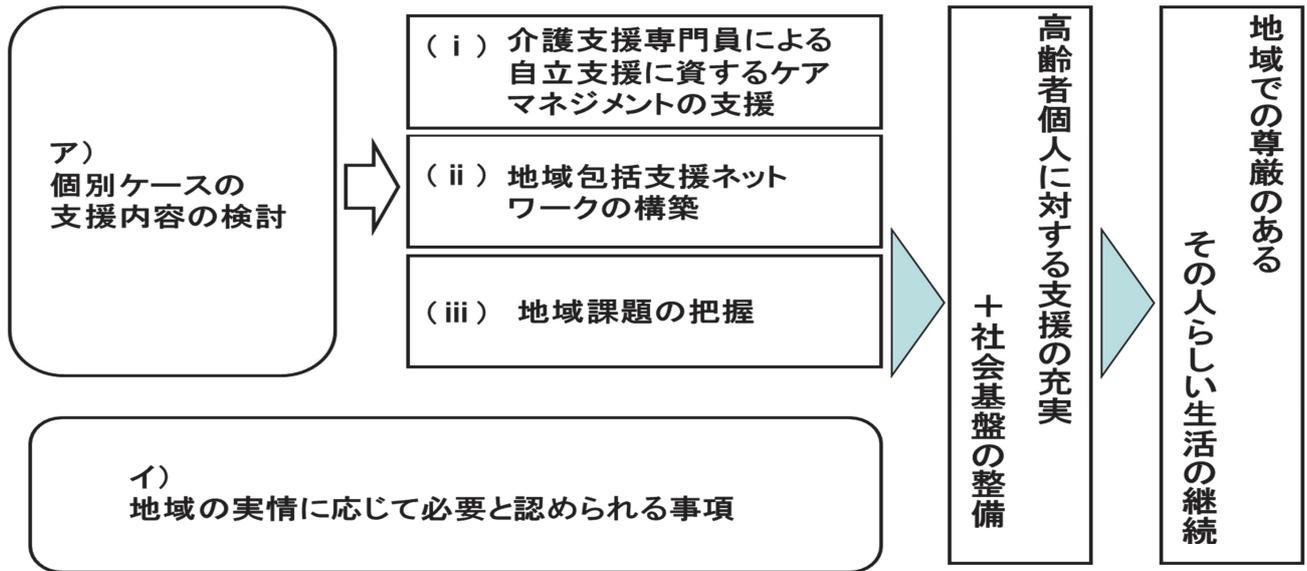
(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

- 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
- 地域ケア会議を、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規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など



・地域包括支援センターの箇所数:4,557ヶ所(センター・プラチ・サブセンター合計7,228ヶ所)(平成26年4月末現在)
・地域ケア会議は1,575保険者で実施(平成25年度末時点)

「地域ケア会議」の目的



『地域ケア会議運営マニュアル』P22より

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る。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めていただきたい。

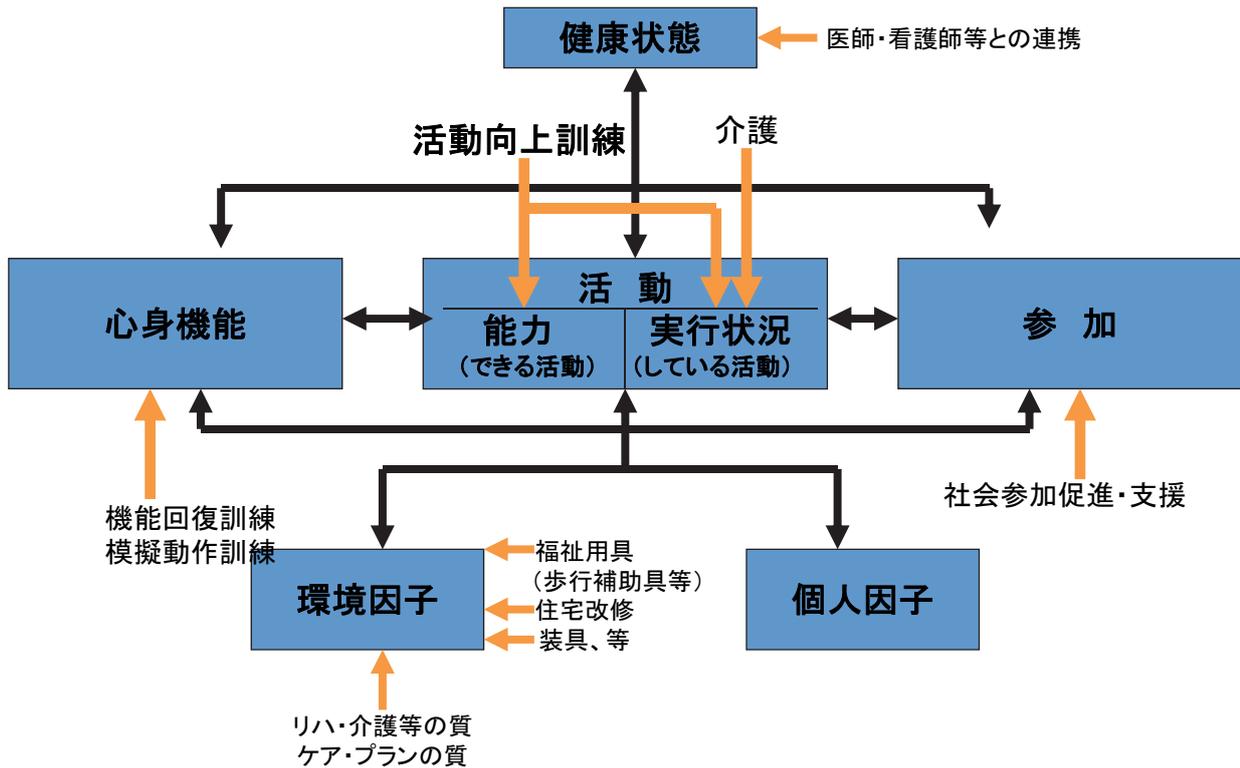
活動と参加に対するアセスメントの紹介

平成27年度 地域包括推進事業
介護予防ケアマネジメント実務者研修
企画委員会 委員

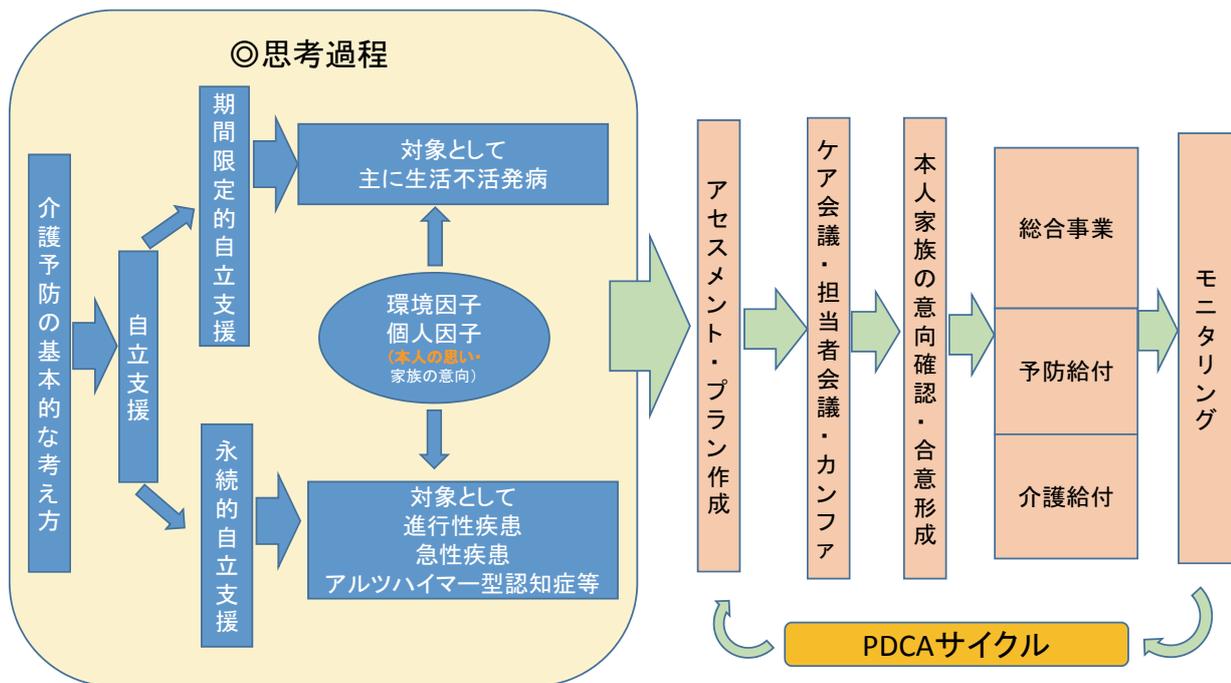
1

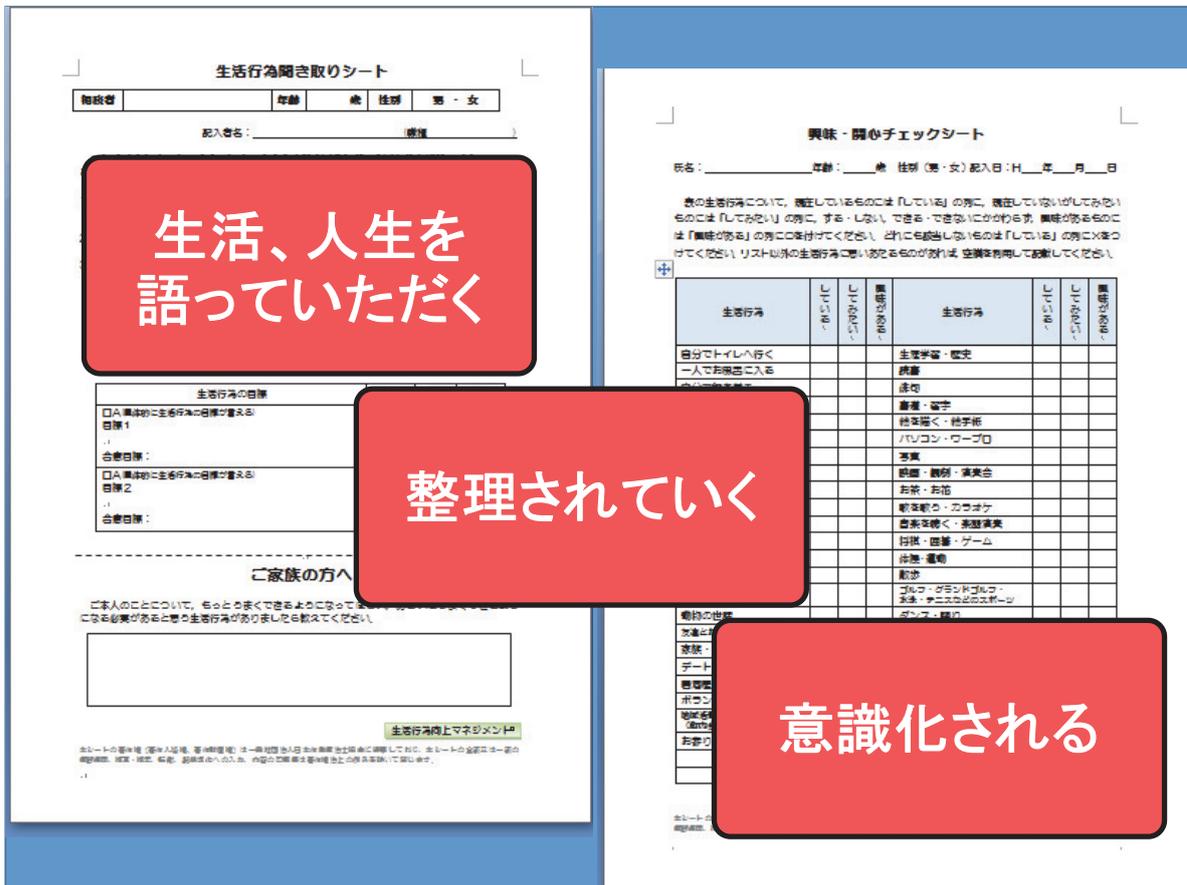
- 介護保険の第1条(目的)では、介護サービスを提供する目的を「(要介護者が)尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」と規定している。
- 介護保険の第2条、2項では「保険給付は要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 第4条(国民の努力及び義務)国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても進んでリハビリテーションその他の適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。

ICFモデルで見た リハビリテーション・サービス



「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」普及啓発委員会





興味・関心チェックシートとは

- 対象者の「している」「してみたい」「関心がある」生活行為の状況の把握
- 自分の生活行為を思いつかない場合の、ヒント

<成り立ちと注意>

老人福祉センターを利用している高齢者で、センターでの活動にニーズを把握するためのアンケートを実施。因子分析により項目を整理した研究(2005.村井)が基本として、その後、一般社団法人日本作業療法士協会が実施した老人保健健康増進等事業で試行を重ね、外部に学識者の意見を追加して完成させた。

本シートの著作権は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており本シートの全部または一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じている。

興味・関心 チェックシートの 項目

興味・関心チェックシート

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

※この生活行為について、現在しているものは「している」の欄に、現在していないがしたいものは「していない」の欄に、する・しない、できる・できないに行われるが、興味があるものは「興味がある」の欄に必ず記入してください。計測は実施しないもの（興味なし）の欄には必ず記入してください。リスト以外の生活行為について記入する場合は、空欄を有効に活用してください。

生活行為	している	していない	興味がある	興味がない
自分でトイレへ行く				
一人でお風呂に入る				
自分で服を着る				
...				
料理を作る				
買い物				
電車・バスでの外出				
孫の世話				
...				
家族・親戚との団らん				
ボランティア				
...				
読書				
パソコン				
...				
畑仕事				
賃金を伴う仕事				

生活行為欄上マクロボタン

※このシートは、厚生労働省「高齢者の生活行為調査」に基づき作成されています。詳しくは、厚生労働省「高齢者の生活行為調査」をご覧ください。

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			
一人でお風呂に入る			
自分で服を着る			
...			
料理を作る			
買い物			
電車・バスでの外出			
孫の世話			
...			
家族・親戚との団らん			
ボランティア			
...			
読書			
パソコン			
...			
畑仕事			
賃金を伴う仕事			

ADL

IADL

参加

趣味

仕事

興味・関心チェックシートの手順

<シートの記入方法 ①>

- ①各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入。
- ②「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入。
- ③興味の有無を確認。している、していない、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。

興味・関心チェックシートの手順

<シートの記入方法 ②>

- ⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、私用する場に応じて追記する。

9

事例紹介（A氏）

80歳代 女性 要支援1

病歴：

左耳難聴、椎間板ヘルニア

帯状疱疹（腰部・左下肢に後遺症）、骨粗鬆症。

利用までの経緯：

以前は近隣に友人・知人が多く交流があったが、近年は腰痛・下肢痛があり歩行や立ち座りが不安定なことから外出は困難。屋内の移動も不安定。転倒に対する不安もある。友人の勧めで介護保険サービス利用を検討し、通所介護の週1回利用を開始した。

興味関心チェックシートにて

「調理と買い物をしたい」「畑に行きたい」と希望あり。

生活機能評価 (A氏)

埼玉県和光市作成

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善の可能性	楽にできる		改善可能性		改善可能性	
	普遍的	限定的	高い	低い	高い	低い
自立度判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

ADL	生活機能	事前	事後予測	備考
		室内歩行	△1	→ ○2
	屋外歩行	×1		不安でしていない。
	外出頻度	×1		不安でしていない。
	排泄	○1		和式トイレで前方のパイプにつかまって行方。洋式は嫌い。
	食事	○1		
	入浴	△1	→ ○2	娘の介助の元、つかまりながらなんとか可能。
	着脱衣	○1		

IADL	生活機能	事前	事後予測	備考
		掃除	△1	→ ○2
	洗濯	○2		
	買物	×1		娘、孫が買い出ししている
	調理	△1	→ ○2	レンジで温めるものを活用。台所には立たない。レンジを居室近くに置いている。
	整理	○1		
	ごみ出し	×2		息子が仕事に行く途中でだしてくる。
	通院	△1		息子のつき添い。
	服薬	○1		
	金銭管理	○1		
	電話	○1		
	社会参加	×1		していない

ADL・IADL遂行状況チェックリスト

生活行為	工程	事前	内容	事後
入浴 自立度 【△1】	脱衣場まで歩く	△1	娘の介助あり	○2
	服を脱ぐ	○1		
	浴室まで歩く	△1	娘の介助あり	○2
	身体・髪を洗う	○1		
	浴槽をまたぐ	△1	娘の介助あり	○2
	浴槽の立ち座り	△1		○2
	身体を拭く	○1		
	服を着る	○1		
	髪を乾かす	○1		

掃除 自立度 【△1】	道具をとりに行く	△1	掃除機など重いものは困難	○2
	道具を準備する	△1	掃除機など重いものは困難	○2
	目的の場所まで移動	○2		
	姿勢を変える	×1	中腰や立位保持、四つ這いなど困難	○2
	掃除をする	×1	椅子座位でなら可能	○2
	姿勢を戻す	×1	中腰や立位保持、四つ這いなど困難	○2
	ごみの処理をする	○2	重いものは持ち運び困難	
	道具を片づける	△1	重いものは持ち運び困難	○2
		部屋に戻る	○2	

ADL・IADL遂行状況チェックリスト

生活行為	工程	事前	内容	事後
調理 自立度 【△1】	材料を準備する	△1	調理場に安定して 立ってられない のでできていない	○2
	材料を包丁で切る	×1		○2
	鍋で湯をわかしだしをとる	×1		○2
	切った材料を鍋に入れる	×1		○2
	味噌をとく	×1		○2
	火をとめる	×1		○2
	米を研ぐ	×1		○2
	炊飯器をセットする	×1		○2
	後片付けをする	×1		○2

ADL・IADL課題整理表

自立：○1(楽にできる) **普遍的自立**、○2(少し難しい) **限定的自立**
 一部介助：△1(改善可能性高い) △2(改善可能性低い)
 全介助：×1(改善可能性高い) ×2(改善可能性低い)
遂行状況チェックリストを反映させる

入浴				
自立度	工程	課題の抽出、目標の設定	動作工程イメージ	訓練の応用
	浴槽をまたぐ	<input type="checkbox"/> 湯の温度を確認できる <input type="checkbox"/> 座位にて片足でバランスを保持できる <input type="checkbox"/> 立位にて片足でバランスを保持できる <input type="checkbox"/> 下肢をうまく動かすことができる <input type="checkbox"/> 上肢をうまく使うことができる <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 応用立位訓練 <input type="checkbox"/> 応用座位訓練 <input type="checkbox"/> 下肢訓練

- ・何が出来るようになれば、その工程が自立に近づくかを考える。
- ・「できる」を意識した形式。
- ・適当な項目がない場合は各々でつけ足し使用。

応用動作訓練や運動プログラムと連動する。マニュアル内では別紙に応用動作訓練の参考例を添付している。

ADL・IADL課題整理表

入浴

自立度	課題の抽出、目標の設定	動作工程イメージ	課題の応用
入浴	入浴が得意であるように指導する。集中力・持久力を高める。身体に負担をかけることなく入浴できる。入浴の必要性を感じることができる。	入浴の必要用具・手順	入浴時
△1	入浴の目的・手順を理解することができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。	入浴の必要用具・手順	入浴時歩行訓練
△1	入浴の目的・手順を理解することができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。	入浴の必要用具・手順	入浴時歩行訓練
△1	入浴の目的・手順を理解することができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。	入浴の必要用具・手順	入浴時歩行訓練
△1	入浴の目的・手順を理解することができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。入浴の必要用具・手順を知ることができる。	入浴の必要用具・手順	入浴時歩行訓練

調理

自立度	課題の抽出、目標の設定	動作工程イメージ	課題の応用
調理	調理が得意であるように指導する。集中力・持久力を高める。身体に負担をかけることなく調理できる。調理の必要性を感じることができる。	調理の必要用具・手順	調理時
△1	調理の目的・手順を理解することができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。	調理の必要用具・手順	調理時歩行訓練
△1	調理の目的・手順を理解することができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。	調理の必要用具・手順	調理時歩行訓練
△1	調理の目的・手順を理解することができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。	調理の必要用具・手順	調理時歩行訓練
△1	調理の目的・手順を理解することができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。調理の必要用具・手順を知ることができる。	調理の必要用具・手順	調理時歩行訓練

掃除

自立度	課題の抽出、目標の設定	動作工程イメージ	課題の応用
掃除	掃除が得意であるように指導する。集中力・持久力を高める。身体に負担をかけることなく掃除できる。掃除の必要性を感じることができる。	掃除の必要用具・手順	掃除時
△1	掃除の目的・手順を理解することができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。	掃除の必要用具・手順	掃除時歩行訓練
△1	掃除の目的・手順を理解することができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。	掃除の必要用具・手順	掃除時歩行訓練
△1	掃除の目的・手順を理解することができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。	掃除の必要用具・手順	掃除時歩行訓練
△1	掃除の目的・手順を理解することができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。掃除の必要用具・手順を知ることができる。	掃除の必要用具・手順	掃除時歩行訓練

入浴・調理ではチェック状況から立位歩行能力が課題となっている傾向がみられ、掃除では立位歩行と床上動作が課題となっている傾向がみられた。課題：下肢、体幹筋力の低下

実施プログラム



自立支援塾



立位・歩行に必要な筋力・柔軟性向上！

下肢3点セット



上肢3点セット





ストレッチ体操



全身体操



床上動作訓練



3ヶ月後評価

生活機能評価 (A氏)

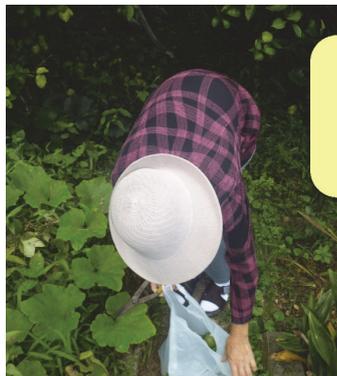
	生活機能	事前	事後予測	備考
ADL	室内歩行	○1		つかまらずに安定して可能。
	屋外歩行	○2	→ ○1	杖使用にて家周辺の歩行や草むしりができる。
	外出頻度	×1	→ △1	家族と買い物に行きカートを押して歩いている。
	排泄	○1		
	食事	○1		
	入浴	○1		つかまりながらできている。
	着脱衣	○1		
IADL	掃除	○1		掃除機をかけたり、週に1、2回床拭きが できている。
	洗濯	○2		シーツを2、3日に1度洗濯して干している。
	買物	△2		家族と一緒にいる。カート使用。
	調理	○1		お弁当や食事を自分で作っている。
	整理	○1		
	ごみ出し	×2		息子さんが仕事に行く途中でだしてくれる。
	通院	△1		息子さんのつき添い。タクシー。
	服薬	○1		
	金銭管理	○1		
	電話	○1		
社会参加	×1	○2		

身体機能（初回⇒3ヶ月後）

椅子立ち上がり	35.53秒	→	10.75秒	
5m歩行	6.38秒	→	4.28秒	
3m折り返し歩行	14.84秒	→	8.91秒	
片足立ち	右)	2.53秒	→	16.69秒
	左)	3.44秒	→	11.06秒
握力	右)	18.0kg	→	20.0kg
	左)	18.0kg	→	20.0kg



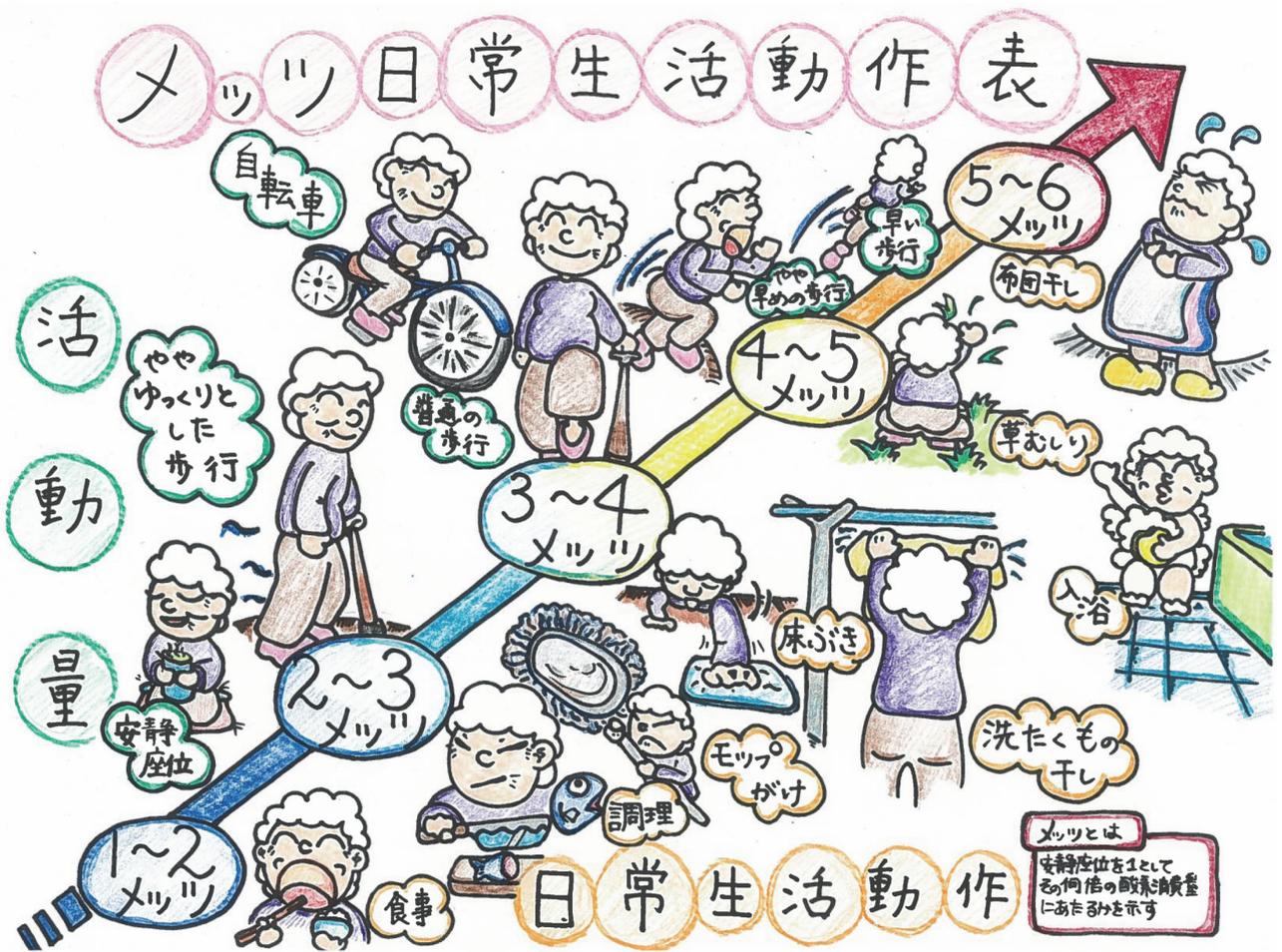
「家の周りでなら
なんでもできる！」
活動性向上！！



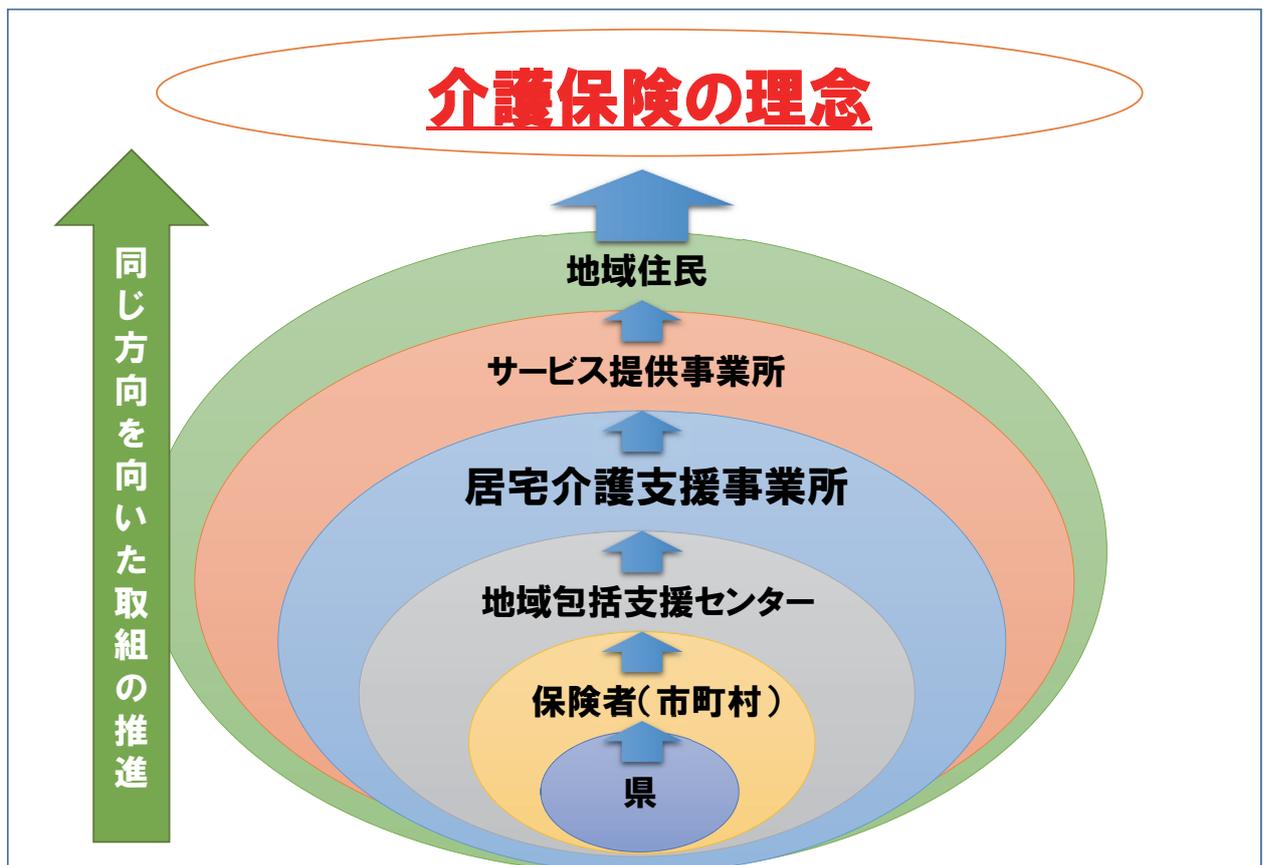
3ヶ月後



運動の習慣化、食欲増加などの健康面の変化も認められた



介護保険の理念の実現に向けて



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)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

生活行為向上マネジメント

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

介護予防ケアマネジメント 演習

1

本日の演習の目的

- ①総合事業における介護予防ケアマネジメントの流れを押さえる
- ②介護予防・生活支援サービス事業のイメージができる
- ③要支援者等に必要なアセスメントの基本を振り返る
- ④基本チェックリストの有効な活用方法を学ぶ
- ⑤事例演習を通して「自立支援」を念頭に置いた介護予防ケアマネジメント及び多様なサービスの創出が重要であることを学ぶ

2

総合事業導入後のサービス利用の流れ

周知

- 総合事業の目的、内容、サービスメニュー、手続方法等について十分に周知。その際、パンフレット等の使用などにより、被保険者やその家族などにわかりやすく説明。

① 相談

- 被保険者からの相談を受け、窓口担当者より総合事業等を説明（サービス事業は、目的や内容、手続き等を十分説明）。その際、①事業のみ利用する場合は、基本チェックリストで迅速なサービス利用が可能であること、②事業対象者となった後も要介護認定等の申請が可能であることを説明。
※予防給付（訪問看護や福祉用具貸与等）を希望している場合等は、要介護認定等の申請につなぐ。
※第2号被保険者は、要介護認定等申請を行う。

② 基本チェックリストの活用・実施

- 窓口で相談をした被保険者に対して、基本チェックリストを活用・実施し、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業及び給付）の振り分けを実施。

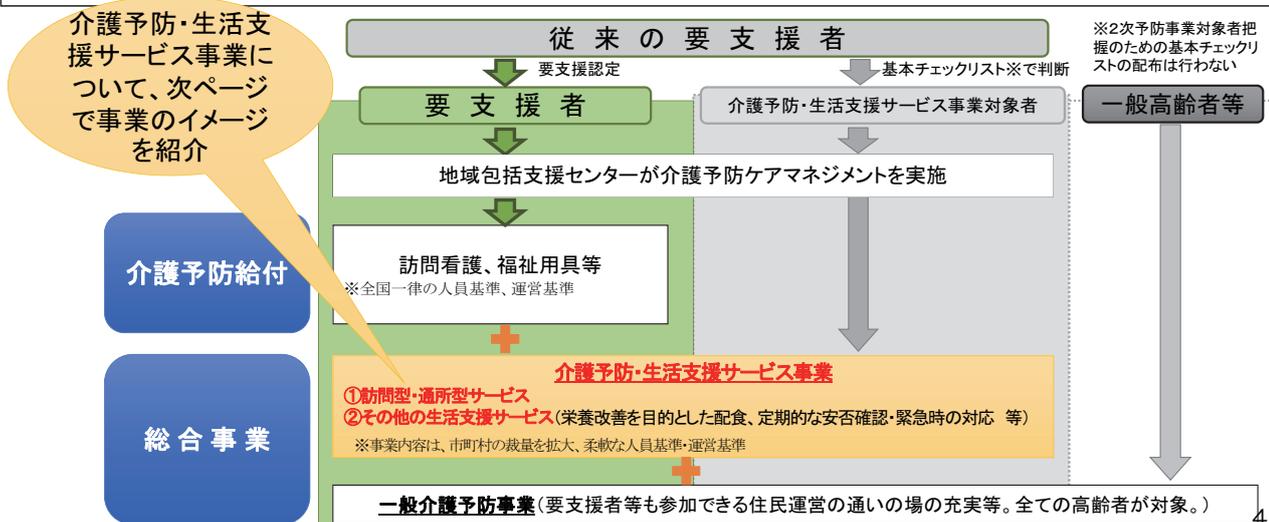
③ 介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始

- 利用者に対して、介護予防・生活支援サービス事業等の利用を目的に、その心身の状況等に応じて、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。
- 利用者が居住する地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能。
- 介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態像・意向等を踏まえ、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A
 - ② 簡略化した介護予防ケアマネジメント（サービス担当者会議やモニタリングを適宜省略）B
 - ③ 初回のみ介護予防ケアマネジメント（アセスメントを行い、サービスの利用につなげるところまで）C

3 3

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。



介護予防・生活支援サービス事業(訪問型イメージ)



【訪問型サービスC】
 家屋内の環境調査や段差解消についての代替案の提案、福祉用具や住宅改修の必要性の判断やセルフケアの提案、歩行状況の確認や安全な歩行方法の提案など、保健・医療の専門職による個別指導を行うもの。



【緩和型A・B、現行相当】

「緩和A」や「緩和B」では、掃除や買い物、料理などの身体介護を伴わない生活支援サービスを中心に提供。現行相当の訪問介護サービスは予防給付で提供していたサービス内容と同様のサービスを提供。



腰痛予防の体操をセルフケアで実施できるよう指導。



転倒を繰り返しているため、足首の固さをチェックし、セルフケアの方法を提案。



自宅周囲の歩行状況を確認。散歩コースや休憩ポイントの提案をしながら、卒後の居場所に関する情報収集などを実施。

サービスの類型 ①訪問型サービス

※ 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	○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 ○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) ・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 ※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			・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 ※3~6ヶ月の短期間で行う	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)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)		

介護予防・生活支援サービス事業(通所型:イメージ)



通所型サービスC

介護予防・生活支援サービス事業における通所型の多様なサービスには、「保健・医療」の専門職が介入する【通所型サービスC】、基準を緩和した【通所型サービスA】、住民主体による支援としての【通所型サービスB】や従前からの介護予防通所介護などが、現行の通所介護相当として、【通所介護】と示されています。市町村は地域の実情に応じて、サービス内容を検討することとされています。



通所型サービスA



通所型サービスB
会食サロンやミニデイサービス



現行相当 通所介護

②通所型サービス

※ 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

- 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。

一般介護予防事業(イメージ)



地域の体操教室(椅子に座ったままのもの・マット活用のもの・立位で行うものまで幅広く、地域のニーズに応じたものを展開)



リハビリテーションの専門職等が住民主体の活動に関与し、地域の介護予防の取組を機能強化する。



地域リハビリテーション活動支援事業(住民運営の通いの場等にリハ職関与を促進)



高齢者サロン
(元気高齢者がサロンを運営)



認知症予防教室
(地域の人が地域の高齢者を支える展開)



お食事サロン
(元気高齢者が食事会を運営)

9

演習 1 ストレングス(強み)を考える

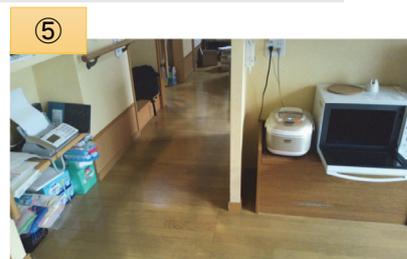
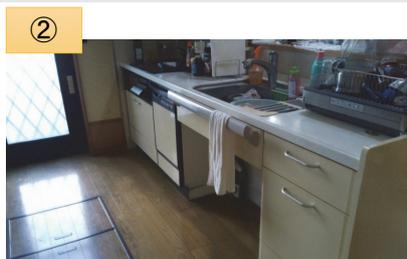
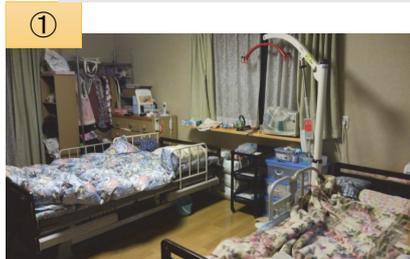
72歳、男性。転落事故にて脊髄損傷。現在、両下肢全廃。身体障害者手帳は、1種1級。立位・歩行は不可であるが、両手は使えます。

この方のストレングス(強み)を考えて、何ができそうかを書き出してみてください。

お隣さんワーク(5分)

10

脊髄損傷の方のご自宅拝見



環境を整備することにより、できるが増える。両手が使えるという強みをどう活かしていくかを考える。突然、歩行ができなくなったら、「何もかもが不自由」と思えるようなショックに陥るが、残存能力を高めることや環境を整えることで、自立できる部分が大いことを知っておくことがとても大切である。高齢者の廃用性の課題も同様で、元気だった頃と比べて先にあきらめてしまうことにより、サービス依存になりがちである。



演習2

要支援1・2の認定者についてイメージしてみる

○「できる」行為には、どのようなものがあげられますか？

○「できない」「しづらい」行為には、どのようなものがあげられますか？

○どのような疾患をお持ちの方が多くでしょうか？

お隣さんワーク（5分）



アセスメントの重要性

「できる」⇔「能力」と「している」⇔「行為」との差異
 「できないこと」⇔「能力」と「していない・しない」⇔「行為」との差異
【能力】と【行為】に着目することが、アセスメント時には重要

演習 3 以下のような場合、あなたならどう考えますか？

(例：男性虚弱高齢者⇒妻を亡くして介護申請)

家事をしたことがない一人暮らし高齢者。身体能力では掃除や買物もできる能力は伴っています。
 「家事をしたことがない」という理由のみで、家事支援のサービスを希望されています。
 さて、このよう相談を受けた場合、あなたならどうしますか？

(例：認知症高齢者⇒調理を行うが、味付けがおかしい)

行為としては、家事(調理)を遂行しようとしていますが、能力的には低下してきているため、
 以前のようにうまくできなくなっています。このような方への支援は どのように考えますか？



お隣さんワーク (5分)

被保険者NO.		受付者 介護・高齢・包括	
住所：生駒市		電話：() () () () () ()	
氏名： () () () () () ()		() () () () () ()	
基本チェックリスト		年 月 日	
No.	質問項目	回答：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	はい	1: いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	はい	1: いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	1: いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	1: いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	1: いいえ /20
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	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ますか	はい	1: いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	はい	1: いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	0: いいえ
10	転倒に対する不安はおおきいですか	はい	0: いいえ /5
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	0: いいえ
12	身長 cm 体重 kg BMI	はい	0: いいえ /2
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	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	はい	0: いいえ
15	口の場合が気になりますか	はい	0: いいえ /3
16	週に1回以上は外出していますか	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	はい	0: いいえ /2
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れが	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	はい	1: いいえ
20	今日か何月何日かわからない時がありますか	はい	0: いいえ /3
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	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	はい	0: いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽しんでできていたことが今ではお	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	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	はい	0: いいえ /5
健康状態について		1. よい	2. まあよい
(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合		よくない	5. よくない
社会生活		運動	
低栄養		口腔	
		うつ	
		主観的健康感	

【基本チェックリストの有効活用】

参考例：基本チェックリストの読み取り方
 NO5～10の「運動機能」の5項目の捉え方。3つに機能低下があったとしてもその3つの内容に着目！

- 6. 階段を手すり・・・
- 7. 椅子に座った状態・・・
- 8. 15分位続けて歩いて・・・
- 9. この1年間に転んだ・・・
- 10. 転倒に対する不安・・・

6・7・10のチェックでの該当者は、他の閉じこもりやうつ、生活全般での低下項目に該当していなければ、習慣的な動作でそうしている場合が多く、実際の能力とは異なる場合がある。
 8・9が該当している場合は、同じ運動器でも「課題あり」の要素が強いため、他の項目と照らし合わせ、総数の把握を行い、リスク度を判定することが重要である。

【事例の概要】

氏名	三田 秀雄 82歳 (男性)	区分	事業対象者
病歴	67歳…高血圧症 79歳…脳梗塞 (入院歴あり) 81歳…脳血管性認知症		
家族構成	<p>夫婦2人暮らし 妻：76歳</p> <p>長男：54歳 (独身)。仕事が忙しい (3勤務制の仕事)。長男宅は秀雄さん宅から車で15分。</p> <p>次男：52歳 (別居、既婚)。妻、48歳。子供3人。次男宅は秀雄さん宅から徒歩15分。</p> <p>週に1回は、次男の妻が本人のところに来てくれ、妻のストレス軽減のために、本人の話し相手をしている。</p>		
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> ・30年前に現在の土地に家を購入し、転入。 ・世話好きな性格であったため、数年後には自治会長を引き受け、脳梗塞発症前までは老人会の会長も長く務める。 ・コーヒーが好きで、よく喫茶店に行き、出かけるどこかの喫茶店に入ってはコーヒーを注文することが日課である。 ・物忘れがひどくなるまでは、地域の活動にも積極的に出向き、囲碁やカラオケ、グランドゴルフなどをしていたが、物忘れの自覚もあり、みんなに迷惑かけたくないと、地域の活動への参加を避けている状況である。 		
認知症状	<ul style="list-style-type: none"> ・見当識障害は、日付・時間の感覚がつかみにくくなってきている。 ・記憶障害は、短期記憶の障害があり、半時間前の出来事を忘れていくことが増えている。同じことを何度も聞くようになり、妻は少々疲れている。 ・理解・判断力の低下については、簡単な問にすると自身の言葉で返答は可能。文章が長くなると会話の途中で流れについていけなくなり、自分から異なることを話し出してしまふ。 ・実行機能障害については、慣れ親しんだ行動は可能で、洗濯物を取り入れて・・・と言われれば、取り入れて、簡単なタオルなどはたたんでいくことはできる。最近、テレビのリモコン操作が時々できないことがある。 		
相談までの経緯	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れが増えてきており、今まで、近隣の人たちと趣味を楽しんだりしていたが、それもしなくなってきている。 ・家にいると同じことを何度も話す、聞くなどが、妻の負担になってきており、そろそろデイサービス等に通ってもらった方がいいのだろうか？と不安になり、妻が地域包括支援センターに相談に来所。 ・今までも一般の介護予防事業や二次予防事業にも参加していたが、物忘れの進行を妻が心配し、そろそろ要介護認定が必要ではないかと思つてのことである。 ・本人は脳梗塞の既往があり、小さな梗塞が多々あるため、脳血管性の認知症が進行してきたというのが医師の見立てであり、日常生活において、刺激のある日々を送るように何か考えなさいと妻は医師から言われている。 		
最近の本人の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅前は急な坂であるが、本人はコーヒーが好きで毎日、フラツと外にでて目についた喫茶店に入り、コーヒーを飲んで帰ってくるのが楽しみである。 ・ひとりで外出し、道に迷うこともあるようだが、自宅周囲の大きな建物の名前等は覚えており、「そこに行きたいから道を教えて」と道行く人に尋ねる力はある様子で、徘徊に至ったことはない。 		

<p>最近の本人の様子 (つづき)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・また、出かけるときはいつも携帯を首から下げるように妻が工夫しており、自身で妻に電話をかけることはできないが、かかってきた電話を受けることはできるため、帰りが遅い時には、妻が「そろそろ帰っておいで」というような電話を携帯に入れることによって、一人で帰ってくる事ができている。 ・声をかけてもらえば、その行動に移ることはできる。 ・体を動かすことが好きだったり、人の世話をを行うことが好きである。 ・被害妄想や暴言等はなく、穏やかで笑顔が多く、他者への攻撃性はない。元々家のことをなんでもしてくれる夫であったため、妻はいろいろなことを自身で決定していかなければならなくなった最近の生活にやや疲れ気味なところもあり、次男の妻が週に1回来てくれるのを待ち望んでいる状況である。 ・認知症についても妻はまだ、十分な理解ができておらず、「どうして同じことばかり言うのかしら?」とか「さっきも伝えたのに、また聞いてくるのでイラッとするの」など、支援者にこぼすこともある。
<p>身体の状況</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞後遺症と認知症の進行により、前傾姿勢でヒョコヒョコと歩き、転倒のリスクが高い。 ・水分は1日、1,000 cc以上飲んでおり、コーヒーが日に3回の600 cc、お茶400 cc、他味噌汁等で200 ccの合計1200 ccは軽く飲んでいる。 排泄は便が2日に1回、尿が1日7回程度で夜間が2回。失敗はない。 【ADL】 起き上がりはできる。歩行も屋内外自立。 片足立ちはバランス力が低下しており何かにつかまらねば不可。 入浴の習慣は残っており、一人で洗身も可能。ただし、「お風呂に入ってね」と声をかけ、更衣等の支度は妻が行うなどの支援は必要。 【IADL】 家事は洗濯物の取り入れ時間に妻に声をかけられると取り入れることができ、簡単な衣類やタオルならたたむことができるが、元にあった場所に整理することは不可。 ゴミ出しは分別が出来ていれば、収集日の定刻に声をかけると集積所まで持っていくことはできる。 ・金銭管理や内服の管理は難しく、妻に頼っている。 ・買物は妻と一緒にいき、重たい荷物は本人が持つ。 ・炊事は、妻任せだが下膳は妻に声をかけてもらえば、機嫌よくシンクまで持っていく。
<p>社会生活</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・今までは地域活動を積極的にしていたが、認知症の診断を受けてからは避けている。 ・退職後から自治会長や老人会長など長年にわたり行ってきたことにより、地域の人がよく本人を知っており、外で見かけると皆が声をかけてくれている。最近では、薄々地域の人にも認知症であることに気づいている感じもある。
<p>環 境</p>	<p>自宅前の環境は急な坂道があり、駅前まで徒歩で20分以上かかるが毎日、駅前まで散歩している。</p>
<p>嗜 好 品</p>	<p>コーヒー ※自宅付近：坂道が多く、自宅から駅前まで徒歩で30分かかっている（以前10分）</p>
<p>本人の意向</p>	<p>物忘れが少しでもましになればいいと思う。奥さんに申し訳ない思いでいっぱいである。</p>
<p>関心・興味</p>	<p>体操や運動、散歩など体を動かすことについては、物忘れの防止にも良いと興味を持っている。今の自分でも役に立つことがあるのなら、ボランティアなどしてみたいと関心を抱いている。</p>
<p>妻の意向</p>	<p>デイサービスに行くのがいいのか、もっと他に夫に合うサービスが合うのか知りたい。</p>

利用者基本情報

作成担当者：原田 直子

《基本情報》

相談日	平成27年 3月 6日 (金)	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の状況	在宅 ・ 入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	ミタ ヒデオ 三田 秀雄	男 ・女	M・T・ S 8年 2月10日生(82)歳
住所	X市Y町1-1	TEL	100(200)3000
		FAX	()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・ J2 ・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・ IIa ・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定・総合 事業情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果： 事業対象者の該当あり ・該当なし 基本チェックリスト実施日； 平成27年 4月 1日		
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 精神 () ・ 難病 ()		
本人の 住居環境	自宅 ・借家・ 一戸建て ・集合住宅 ⇒ 自室 (有) 1階 ・無) ・ 住居改修 (有 ・ 無)		
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ()		
来所者 (相談者)	三田 ツマ	続柄	妻
住所	X市Y町1-1		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	ミタ ヒデシ 三田 岳志	長男 56歳	X市A町2-1 090-9090-9090
	ミタ ハルヒコ 三田 晴彦	次男 54歳	X市B町3-4 123-456-7890
		家族構成	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む)
			<p>日中独居 (有 ・ 無) 家族関係等の状況</p> <p>〔 長男は、訪問頻度は少ないが、二男の嫁が週に1回は訪問してくれている。嫁との関係も良好で協力的。 〕</p>

《介護予防に関する事項》

今までの生活	X県出身。信託銀行に勤め、60歳で定年退職。30年前にI市に転入。現在は妻と2人暮らし。転入後しばらくして、自治会長を務めたことをきっかけに、老人会の会長等も20年間務めた。元気な頃は多趣味で囲碁、カラオケ、グランドゴルフなどに毎日のように出かけていたが、3年前に脳梗塞を発症して以来、グループでの活動を控えている。平成25年頃より物忘れを自覚するようになり、老人会の役員も退き、地域の活動に参加しなくなった。		
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	思いついた時間に外出をし、目に入った喫茶店に入ってコーヒーを飲むのが唯一の楽しみであり、日課。		囲碁、グランドゴルフ、カラオケにほぼ毎日通っていた（3年前まで） ハイキングが好きだが、脳梗塞を発症してから長距離歩行が困難となり、中断。自宅から駅前まで以前は徒歩で10分だったが、30分かかっている。散歩や運動・体操には興味を持っている。
	時間	本人	介護者・家族
	7:00頃	起床 着替え(10~20分)	(声掛け) (準備)
	8:00頃	朝食	(声掛けと着 替え用意)
	12:00頃	昼食	
17:00	入浴		
18:00頃	夕食		
20:00頃	就寝		
			友人・地域との関係
			物忘れが増えてから、地域活動（老人会等）への参加をやめており、地域とのつながりが薄くなってきたが、外出すると顔見知りの方がよく声をかけてくれている。

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
H26. 3～	認知症	R病院 A医師	☆	TEL 777-8888	治療中 経過観察中 その他	内服薬
H24. 12. 26 ~ H25. 1. 26	脳梗塞	T医院 M医師		TEL 555-6666	治療中 経過観察中 その他	
H12. 3. 10～	高血圧症	R病院 A医師		TEL 777-8888	治療中 経過観察中 その他	内服薬
				TEL	治療中 経過観察中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に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27年 4月 1日 氏名 三田 秀雄 印

被保険者NO.											受付者 介護・高齢・包括
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

住所: _____ 電話: (_____)
 氏名: 三田 秀雄 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生) 代理: _____ (続柄 _____)

基本チェックリスト 実施日: 平成 27 年 4 月 1 日

No.	質問項目	回答: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 <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0: はい <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 1: いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
10	転倒に対する不安はおおきいですか	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
12	身長 161 cm 体重 57.4kg (BMI=22.1) (注)	
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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1: はい <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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されますか	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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ではおっくうになった	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 0: いいえ
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康感
○	○				○	○	2

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、事業対象候補者選定に関する申請書及び基本チェックリストの記入内容について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名 三田 秀雄

興味・関心チエックシートの活用方法

興味・関心チエックシート

作成日：平成 27年 4月 1日

氏名：三田 秀雄 様 性別：男 生年月日 昭和 8年 2月 10日 年齢 82歳 介護者：事業対象者

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 (声かけてもらっている)	○			読書	×	×	×
自分で服を着る (そろえてもらっている)	○			俳句	×	×	×
自分で食べる	○			書道・習字	×	×	×
歯磨きをする (声かけてもらっている)	○			絵を描く・絵手紙	×	×	×
身だしなみを整える (声かけてもらっている)	○			パソコン・ワープロ	×	×	×
好きなときに眠る	○			写真	×	×	×
掃除・整理整頓 (妻がしている)	×	×	×	映画・観劇・演奏会	×	×	×
料理を作る (妻がしている)	×	×	×	お茶・お花	×	×	×
買い物 (一緒にやっている)	○			歌を歌う・カラオケ	×	×	×
家や庭の手入れ・世話 (妻がしている)	×	×	×	音楽を聴く・楽器演奏	×	×	×
洗濯・洗濯物たたみ	○			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等	×	×	×
自転車・車の運転	×			体操・運動	×	○	○
電車・バスでの外出 (妻と一緒にできる)	○			散歩	○		
孫・子供の世話	○			ゴルフ・グラウンドゴルフ・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・相撲等観戦	○		
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) (していた)	×	×	×	賃金を伴う仕事	×	×	×
お参り・宗教活動 (妻と一緒に)	○			旅行・温泉 (家族と)	○		
その他(コーヒーを飲みに行く)	○			その他()			
その他()				その他()			↑

演習4

基本チェックリスト全体から読み取れそうなことをあげてみてください。

5分



演習5

基本チェックリストのみでは、介護予防のケアマネジメントを行う上で、不足している情報をあげてみてください。

5分



演習6

- ① 事例概要や利用者基本情報・基本チェックリスト・興味関心チェックシートを参考にしながら、三田秀雄氏と妻がどのような人物かをイメージしてください。
- ② あなたの元に本ケースの妻が相談に来た場合、貴方ならどのような対応を心がけますか？
また、どのような支援が三田さん夫婦に必要なだと考えますか？

3

演習6

- ③ 総合的課題までをまとめている計画書を手元に置き、この後、三田さんに向けた支援計画を想定し、【目標と具体策の提案】までを考えてみてください。
- ④ 介護予防ケアマネジメントの解説を聞いて、自身で考える・考えたプランの想定と類似した点・異なった点等について、グループ内で話してみてください。

4

NO. _____

利用者名 三田 秀雄 様 (男・女) 82歳

認定年月日 平成 年 月 日

計画作成者氏名 原田 直子

委託の場合: _____

計画作成(変更)日 平成27年 4月 3日 (初回作成日 平成 27年 4月 3日)

目標とする生活

1日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族
<p>(運動・移動について)</p> <p>歩幅が小さく、膝が突出し、前傾姿勢で転倒不安がある。ひよこひよこリズムをとり、自宅から駅前まで半時間かけて歩いている。時々行先を忘れて目に留まる喫茶店に入る。</p>	<p>(本人)</p> <p>コーヒーが好きで喫茶店に行くのが楽しみ。最近、つまづきやすくなってる。</p> <p>(妻)</p> <p>脳梗塞もしてるので、歩き方が不安定なのが心配。</p>	<p>■有 □無</p> <p>脳梗塞後遺症及び認知症の進行による独特の歩行を呈しているが、バランス・筋力共にアップすることにより、転倒リスクが軽減できる可能性はある。</p>	<p>1. 物忘れや気分の落ち込みがあり、他者との交流の機会が減少している。歩行バランスも悪く、転倒リスクも高いため、歩行姿勢を正す機会を設けることにより、安定した歩行を獲得できる可能性は高い。また、新たな仲間と知り合うことにより、刺激を受け、できる役割を模索する中において、脳の活性化が図られ、楽しみが増え、うつ症状が改善できる可能性が高い。</p>		
<p>日常生活について</p> <p>妻と一緒に買い物に行き、荷物を運ぶ手伝いをしている。家事は妻に任せ、ゴミ捨てと洗濯物の取り入れ・たたむのを自身の役割としている。</p>	<p>(本人)</p> <p>できることは何でもしているよ。</p> <p>(妻)</p> <p>声掛け・指示が必要なおお願ひしています。</p>	<p>■有 □無</p> <p>声掛けをして見守ることのできる役割がある。認知症の進行を緩やかにするためにも、家庭内での役割を持続することは大切である。</p>			
<p>(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて)</p> <p>地域活動には積極的に自治会長・老人会長を長年つとめ、グランドゴルフやカラオケ、囲碁などを近隣の人と楽しんできたが、半年前から参加しなくなっている。携帯電話に出ることはできる。近隣の人はよく声をかけてくれている。</p>	<p>(本人)</p> <p>最近、よく忘れるので、迷惑かけると思っって参加しない。以前のように人に役立つことがしたい。</p> <p>(妻)</p> <p>刺激を与えようと医師に言われているがどうしていいか、わからず、悩んでる。</p>	<p>■有 □無</p> <p>物忘れの自覚もあり、人に迷惑をかけたくないという思いも強くある。何ができて何ができないかを見極めることにより、他にも役割が再獲得できる可能性を探ることが大切である。</p>			
<p>(健康管理について)</p> <p>脳外科に1回/月と内科に1回/月定期受診・内服加療を受けている。物忘れが増えてきており、妻の声掛けや見守りの頻度が増している。うつ予防3/5該当。</p>	<p>(本人)</p> <p>物忘れが増えて困っている。妻に申し訳ない。</p> <p>(妻)</p> <p>夫も辛い思いをしているのですね。興味あったこともしなくなってるようです。</p>	<p>■有 □無</p> <p>楽しみにつながる社会参加の場を見出すことにより、脳の活性化が図られ、うつ症状を軽減でき、また物忘れの進行を緩やかにする可能性がある。</p>			

健康状態について

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

<p>運動時の血圧に留意。</p> <p>180/100mmHg、100/50mmHgで運動禁止。</p>

基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数)をお書き下さい。

地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	3 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	3 / 3	3 / 5

・支援計画書

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者	地域支援事業
----------	---------	-----------	-------	--------

認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 事業対象者：平成27年4月1日～

計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） X市S町3-2-1

担当地域包括支援センター：地域包括支援センターS

1年

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について。同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

NO. _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____

計画作成者氏名 _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

目標とする生活
 1日 _____ 具体的なでおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族
<p>運動・移動について</p> <ul style="list-style-type: none"> ●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する ●自宅や屋外をスムーズに歩行すること ●交通機関を使って移動することについての状況 	<p>●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「○○できるようにしたい」「○○をやりたい」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。</p> <p>●利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。</p> <p>●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。</p> <p>●否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。</p>	<p>□有 □無</p> <p>●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。</p> <p>●課題がある場合「□有」にレ点をチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は□無にチェックする。</p> <p>●分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。</p> <p>●ここまででは、各領域ごとに記載する。</p> <p>□有 □無</p>	<p>●利用者の生活全体の課題を探すため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。</p> <p>●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。</p> <p>●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を引き出すことができる。</p> <p>●意向や目標・具体策は書かない。</p> <p>●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。</p>	<p>●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。</p> <p>●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。</p> <p>●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとします。</p> <p>●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。</p> <p>●具体的には、「○○が必要。」「○○を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。</p>	<p>●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。</p> <p>●具体策について単に意向を聞くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、「目標」欄の根拠となってくる。</p> <p>●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。</p>
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> ●日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ●献立を考え、調理することについての状況 ●家事(家の掃除、選択、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ●預貯金の出し入れを行うことについての状況 					
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ●家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ●友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ●家族・友人などとの会話や電話での交流 ●地域での役割があるか(老人クラブや町内会) ●趣味や楽しみがあり続けられているか ●緊急時の対応状況 					
<p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ●入浴やシャワーの状況 ●肌、顔、歯、爪などの手入れ ●健康のために食事に気をつけている状況 ●健康のために運動を行うことについての状況 ●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができていくか 					
<p>健康状態について □主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点</p> <p>主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。 副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。</p>					

例)
 [目標]
 (3か月後には)ひとりだけで□□まで歩いて行けるようになる。
 [具体策]
 ①▼▼を利用して△△を行う。
 ②誰々が■■を行う。
 ③…

基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数)をお書き下さい。
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業						
	基本チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。					

・支援計画書

認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1 ・ 要支援2	地域支援事業
----------------------	----------	---------	-------------	--------

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

担当地域包括支援センター：

1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
----	---------------------------------

目標	支援計画					
	目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
<ul style="list-style-type: none"> ●前項目で利用者や家族とともに考え、合意した目標を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か魚を食べる。 	<p>()</p> <ul style="list-style-type: none"> ●支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 <p>()</p>	<p>●本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。</p> <p>●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。 	<ul style="list-style-type: none"> ●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(訪問介護等サービス種類の記載ではない。) ●自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。 ●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ●介護予防訪問介護については報酬区分を記載する。 ●運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。 <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護Ⅱ ・特殊寝台 ・配食サービス、ふれあい給食会 など。 	<ul style="list-style-type: none"> ●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 →サービス担当者会でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

<ul style="list-style-type: none"> ●本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ●地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。
--

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

<ul style="list-style-type: none"> ●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

【意見】

<p>地域包括支援センター</p> <ul style="list-style-type: none"> ●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。 ●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載する。 ●特になければ無理に記入する必要はない。 ●確認欄→必ず記入すること
--

計画に関する同意

<p>上記計画について、同意いたします。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 印</p>

ま と め ～介護予防ケアマネジメントを通して～

《ケアマネジメント実施者》

- ・本人の「能力」と「行為」の差異を確認し、「できる」のに「していない」行為があれば、その理由を明確化し、「してみたい」や「できるようになる」と思えるような**動機づけ**と適正な目標設定が重要である。
- ・現行相当のサービスしかない場合においても、環境調整や道具の活用等により、高齢者自身が本当に、「できそうなこと」がないかを丁寧にアセスメントし、デイサービスや訪問介護のサービス内容を改めて確認し、【できる役割や活動・参加】がないかを考える。
- ・できそうなことは自身で行っていただくような支援方法について、サービス提供事業者とも十分に協議し、自立支援に資するサービス提供となるよう提案していく姿勢も必要である。
- ・地域の実情に応じたサービスの創出に向けて、保険者に必要な事業を提案することや住民主体の活動からは情報が入る仕組みをつくることも大切である。

《市町村職員》

【自立支援の考え方を重要視】

- ・ケアマネジメント実施者の質の向上を目指し、サービス担当者会議に担当者以外に多職種が参画できるような工夫を行い、多角的な視点から自立を促すヒントを得られる環境を整備する。
- ・自立支援の考え方を定着させるためには、市町村が主体的に「介護予防ケアマネジメント研修や総合事業に関する研修会」の企画を行うことも必要である。
- ・自立支援を行うには、市民・事業者・ケアマネジメント実施者等、多くの関係者の理解を促す取り組みも重要な役割である。
- ・その為には生活行為が向上できるプログラムの展開など、新たな事業の創出を考えることも重要である。

1

私たちが目指すのは～

「その人らしい生活の実現」

支援の方向は～
高齢者自身が

- ・自分が認められ、
支持されていることを知る
- ・自分の生活について、
希望や望みを明確にする
- ・自分の目標を見つける
- ・取組みへの意欲が高まる
- ・自分の力を信じられる

ようになっていただくこと。

2

ご清聴
ありがとうございました

3

4

參考資料

生駒市の概況

〈事例1 奈良県生駒市〉

人口	120,893人
第1号被保険者数	30,282人
65～74歳	17,783人
75歳以上	12,499人
高齢化率	25.05%
ひとり暮らし高齢者数	3,351人

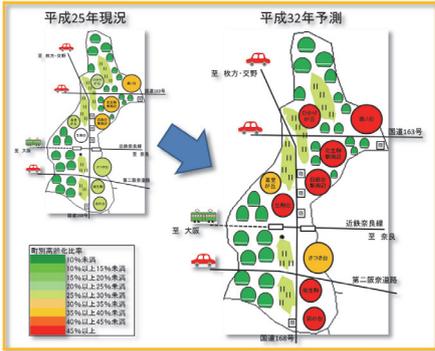
要支援1	534人
要支援2	751人
要介護1	920人
要介護2	910人
要介護3	608人
要介護4	579人
要介護5	435人
計	4,737人
認定率	15.34%

年度	要介護認定率 (%)
H25年	15.89
H26年	15.73
H27年	15.34

各年 10月31日現在

※日常生活圏は10圏域
⇒ 地域包括支援センターは6箇所設置 (委託)

→ 平成32年度における生駒市の高齢者マップ



〈生駒市特徴〉

- ・奈良県北西部に位置し、京都・大阪に囲まれた近畿のほぼ中央にあり、南北に細長い形状で、面積は53.15k㎡。
- ・江戸時代に創建された生駒聖天・宝山寺の門前町と発展し、現在は大阪のベッドタウンとして、栄える。
- ・大都市隣接の利便性を活かし、低層住宅を中心とした質の高い住宅都市として、発展。

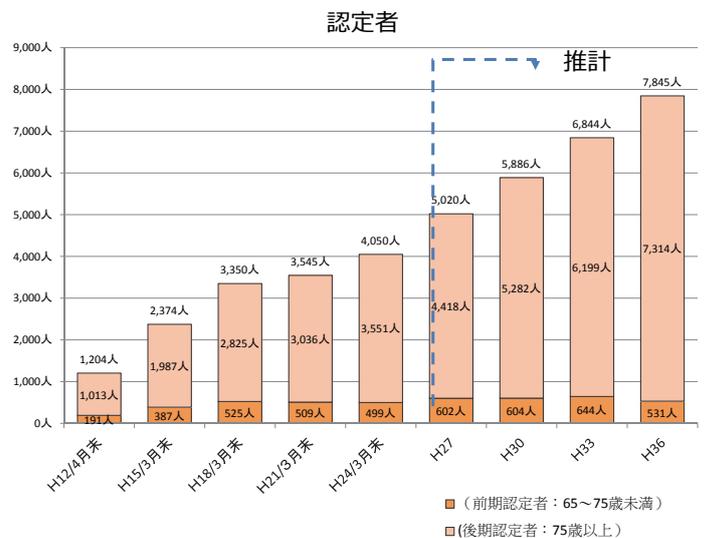
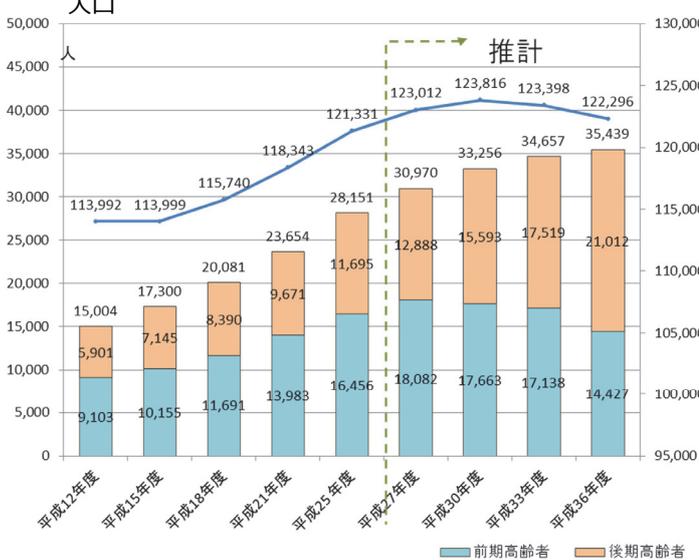


生駒市の現状 (高齢者に焦点をあてて)

生駒市の人口・認定者の現状と推計

〈事例1 奈良県生駒市〉

2025年(平成37年)には団塊の世代が75歳を迎え、全国的にも75歳以上人口の伸び率は高くなっていきます。生駒市では2025年にかけて75歳以上人口が、全国平均を上回る伸び率で急速に増加する見込みです。



※平成27年度以降は各年10月1日の推計値、介護保険運営協議会予防部会資料より抜粋

介護予防・日常生活支援総合事業の導入 (総合事業)

全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、新たなサービスも加えて多様化を図る。

●平成27年4月より、**介護予防・生活支援サービス事業**（パワーアップPLUS教室・パワーアップ教室・転倒予防教室・ひまわりの集い・シルバー人材センターによる生活支援サービス）と**一般介護予防事業**のみを開始する形で「**総合事業**」をスタート。



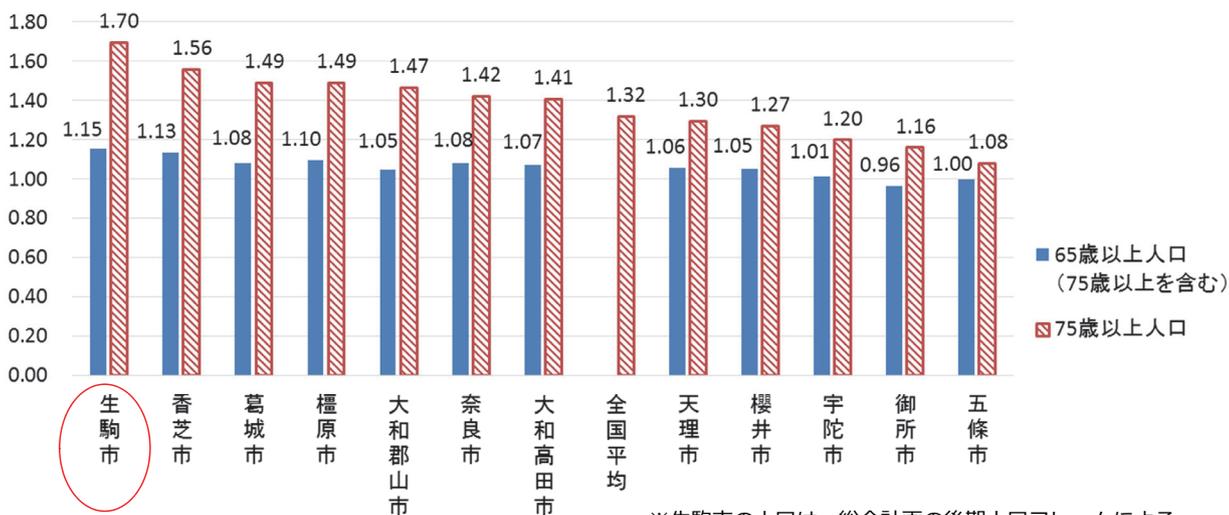
●平成27年10月より、予防給付の訪問介護と通所介護を総合事業に移行。

生駒市における総合事業の取組を、お伝えします。

2025年(平成37年)にかけて、75歳以上人口の伸び率は急速に増加

2015年から2025年にかけて県内12市における75歳以上人口の伸び率の比較

↓ **・奈良県内、全国平均と比較しても伸び率はトップ！**

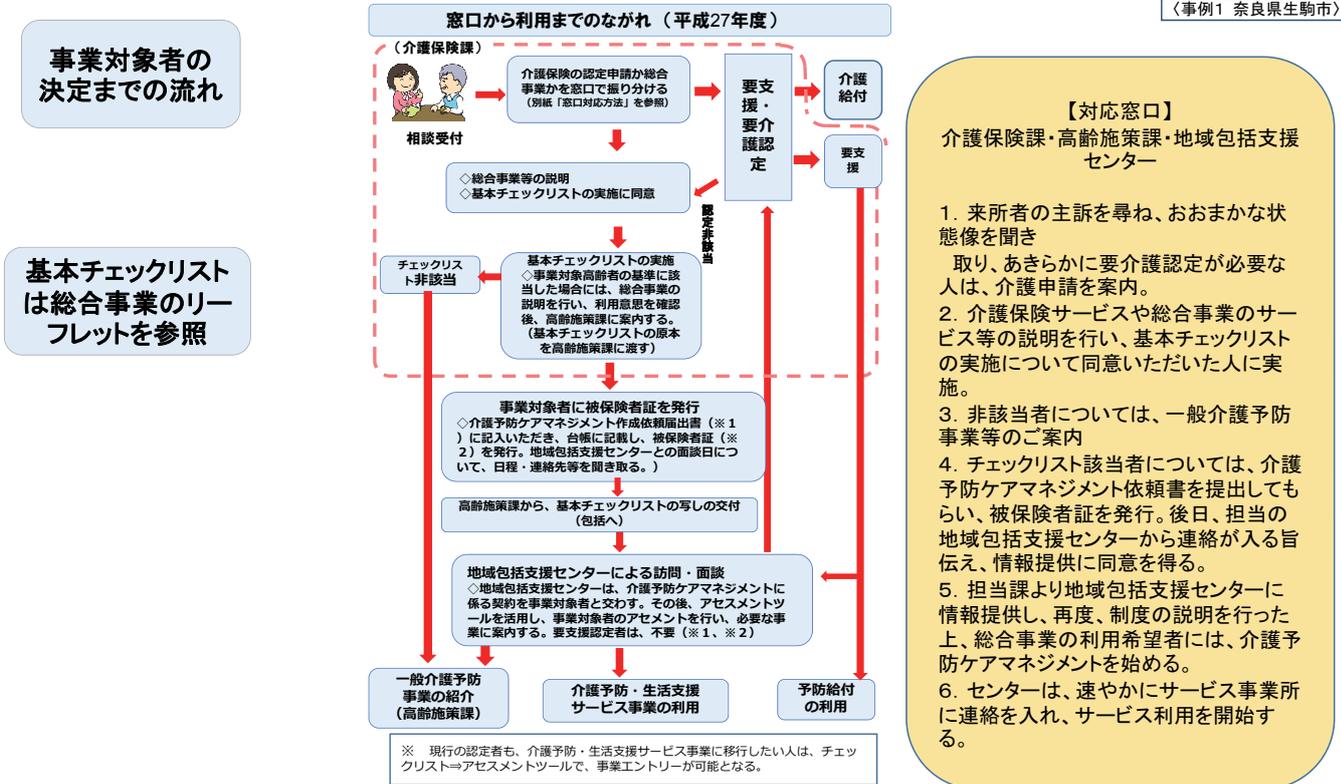


※生駒市の人口は、総合計画の後期人口フレームによる

※生駒市以外の人口は、国立社会保障人口問題研究所の推計人口による

生駒市の課題のまとめ

- ◆ 2025年までの10年間に後期高齢者の伸びが1.7倍(全国1.32倍)
⇒介護予防の更なる推進や地域づくりの幅広い展開を早急に行うことが必須!
- ◆ 坂道が多く、膝・腰を痛めると外出困難な地形
一旦、不具合を生じると閉じこもらざるえない悪循環な日々が軽度認定者を増加
⇒短期集中予防サービスによる自立に導く支援の拡充が必要!
- ◆ 自立支援に関する考え方の規範的統合
⇒介護保険制度の理念である「自立支援」の考え方・捉え方に大差がある現場・地域!
- ◆ 要介護認定を受けた後も介入次第で元気高齢者に戻れる人が一定数存在
⇒このことについて幅広く関係者や市民に周知・啓発し、健康長寿のまちづくりを推進!
- ◆ 元気高齢者が虚弱高齢者を支える仕組みづくりの構築
⇒集中Cのサービスで叶える両循環の構図!



要支援・要介護認定への申請案内基準(生駒市・例)

①杖をついたり、歩行器を使用しても一人で歩くことができない場合

(車いすに乗っている。寝たきりである。)

②認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている場合

(買う品物を忘れてしまうため、必要な物を一人で購入することができない。料理をする段取りを覚えられないため、料理が一人でできない。洗濯機の操作や掃除の段取りがわからず、家事が遂行できない。)

③入浴や体を洗う行為が一人でできないために、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向 が強い場合

④服薬や病気の管理のために訪問看護サービスの利用目的がある場合

⑤自宅内での移動や外出、浴槽が深いなどの理由から住宅改修や手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合

⑥家族の介護力の問題で、長時間の預かりの場を求めている場合

(不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、定期的に家族との分離として、ショートステイの利用が必要な場合)

⑦その他

(ぜひにでも認定を受けたいと窓口で主張される方)

7

新しい状態区分(事業対象者)について

【**事業対象者**】とは、65歳以上の者で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト」の実施により該当した者（事業対象候補者）をいう。

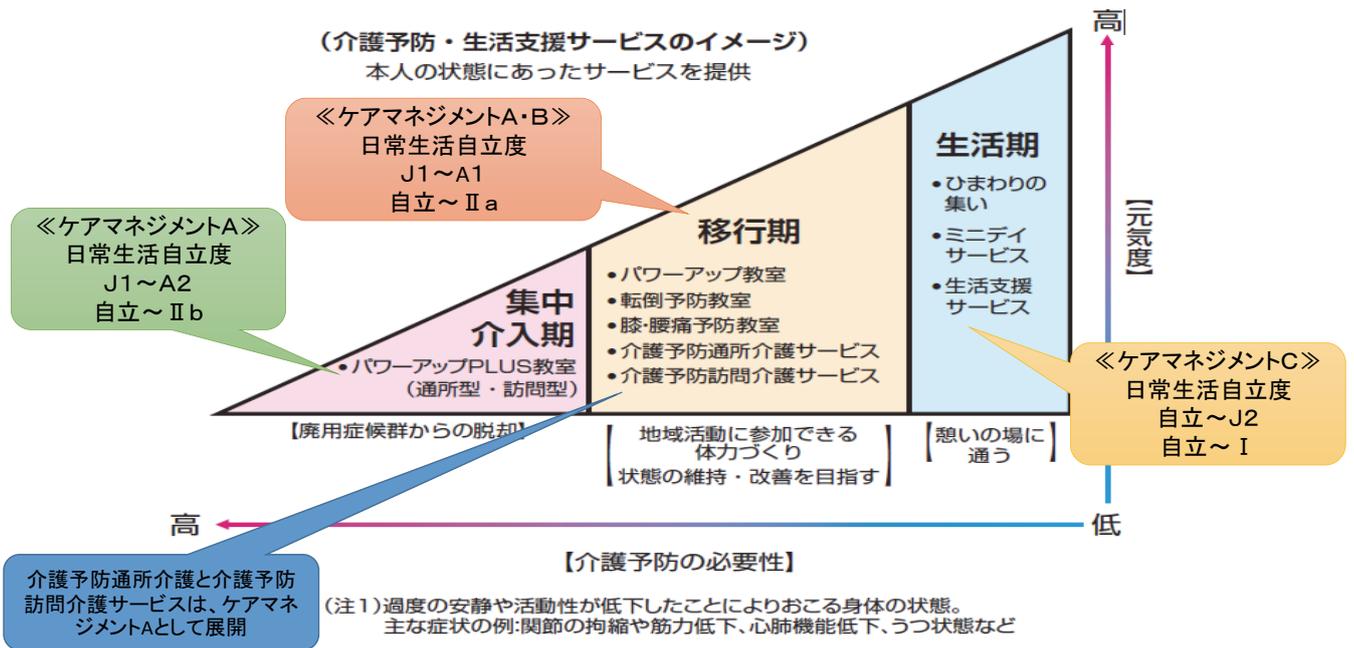
ただし、事業対象者が利用できる【介護予防・生活支援サービス】については、基本チェックリストに該当＝サービス利用に安易につながるわけではないことにご留意ください。

あくまでも地域包括支援センター等が実施する「介護予防ケアマネジメント」に基づき、必要なサービスを利用者とともに考え、自立支援を目指したケアプランに基づきサービス提供がなされます。

◇**事業対象者の有効期間：設定なし**

◇**要支援認定者の有効期間：総合事業の全面移行後の10月から2年間に変更**

生駒市の事業体系図 & 対象者のイメージ図 (要支援相当者・事業対象者)



生駒市におけるサービスの類型(ピンクの事業を実施しています)

①訪問型サービス

※ 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 (H27.10～)	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	理学療法士・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	○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 ○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) ・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 ※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 *生駒市では、シルバー人材センターを活用して実施		・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 ※3～6ヶ月の短期間で行う ★パワーアップPLUS教室	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">検討中</div> 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)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	10

②通所型サービス

※ 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 *生駒市健康づくり推進員連絡協議会に委託をして「ひまわりの集い」を実施。 レクリエーションと会食を提供している。ミニデイサービスに類似		・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 理学療法士や作業療法士、看護師が配置されている。 パワーアップPLUS教室、パワーアップ教室、転倒予防教室の展開
実施方法	事業者指定	委託	補助(助成)	委託・転倒のみ直営
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

③その他の生活支援サービス

要支援2相当を対象としたパワーアップPLUS教室・要支援1相当を対象としたパワーアップ教室、転倒予防教室等がある。

- その他の生活支援サービスは、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。

総合事業導入後のケアマネジメントについて

(方法)

- 多様なサービスの種類ごとにケアマネジメントA・B・Cを設定
- 二次アセスメントの活用方法を事業ごとにポイント示し、運用
- 集中CのパワーアップPLUS教室では、すべてのケースを多職種協働の地域ケア会議で協議
- 集中Cのパワーアップ・転倒予防教室もすべてのケースを事業者・包括・市で協議
- 基本的に全てのサービス利用者のプランを市は確認→適正化

《総合事業導入前》

二次予防事業のプランはチェックできたが、指定介護予防支援の事業に関しては介護保険課の給付係が担当していたため、要支援者のプランを直接触ることは困難な状況にあった。

総合事業導入後は、全数プランチェックを実施。自立支援の考え方をさらに徹底することに！

基本チェックリスト(表面)

被保険者NO. _____		受付書 介護・高齢・包括
住所：生駒市 _____		電話：(_____) _____
氏名： _____	(_____ 年 _____ 月 _____ 日生)	代理： _____ (続柄 _____)
基本チェックリスト		実施日： 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
No.	質問項目	回答：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 /20
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0: はい 1: いいえ
7	椅子に座った状態から何もつまずか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おおきいですか	1: はい 0: いいえ /5
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	身長 _____ cm 体重 _____ kg (BMI= _____) (注)	_____ /2
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	口の渴きが気になりますか	1: はい 0: いいえ /3
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 /2
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 /3
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が無い	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ではおっくうになった	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 /5
健康状態について 1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない		
(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する		
社会生活	運動	低栄養
口腔	閉じこもり	認知機能
うつ	主観的健康感	

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名 _____

基本チェックリストの1番下段に同意欄を設けており、この情報を介護保険課・高齢施策課・地域包括支援センターで共有させていただき、旨、記載している。

基本チェックリストの裏面(概況調査)

状況調査について

記入上の注意

- 状況調査の連絡先について記入してください。(平日の昼間連絡のとれる電話番号をご記入下さい)
- 訪問から所談の日時が決まりましたら、下記(※)の同席される方にお伝え下さい。

連絡先	氏名	_____		本人との関係	_____
	電話番号	(_____) _____			
	携帯番号	(_____) _____			
状況調査の方法	包括での面談 <input type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
訪問先住所	本人自宅				
どちらかに ☑してください	その他	住所	_____	訪問先名	_____
			_____	電話番号	(_____) _____
状況調査日時 について	・希望日は特にない ・曜日の希望あり 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 ・時間の希望あり 午前・午後 時頃				
状況調査時に同席 される方はいますか? (※)	・いる (_____) ・いない ※当市では状況調査を正確におこなうために家族等の同席をお願いしております。 できるだけご協力をお願いします。				
特記事項	_____				

基本チェックリストを実施した後、事業対象候補者となり、事業対象者として介護予防ケアマネジメントを行うにあたり、包括が訪問して情報収集やアセスメントを行う日程調整について、窓口である程度希望日を聞いておくために裏面を作成。介護認定申請にこられた時の申請書裏面と同様の内容を記載。

二次アセスメントツール

生駒市版 二次アセスメントシート					
記入日	平成	年	月	日	担当:
心のがな					
利用者氏名			生年月日	年 月 日	
住所	生駒市 電話				
世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他				
障がい高齢者の日常生活自立度:			認知症高齢者の日常生活自立度:		
●主訴			●家族の状況・意向		
I. 健康状態					
1	現病と既往歴	発症時期	医療機関名	受診頻度	服薬状況 (合計)
医療リハ:		回/月	マッサージや整骨院:		回/月
2	お薬手帳を利用していますか		口はい		口いいえ
3	平常時の血圧	/	mmHg	服薬	口あり () ・ 口なし

現行の予防給付作成プランにも対応可能。
能力と行為が明確になるように工夫。国のガイドラインの要素も加味しながら、作成。

薬や水分・食事量等が具体的に聞ける内容で、「能力」「行為」の区別ができるように工夫している。

● 医療介護の連携の場で作成



地域包括支援センターの全面的な協力の元、実施！

ケアマネジメントB・C用 帳票(生駒市版)

介護予防支援計画表および評価シート

No.		利用者氏名		様		歳 (年度末時点での年齢記載)		地域包括支援センター担当者	
把握経路:		①本人・家族からの相談 ②基本チェックリスト ③医療機関からの情報提供 ④民生委員からの情報提供 ⑤地域住民からの情報提供 ⑥要介護認定非該当 ⑦訪問活動による実態把握 ⑧要支援・要介護者からの移行 ⑨その他						計画作成日 平成 年 月 日	
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	目標	支援計画				評価		
			本人のセルフケアや家族の支援・インフォर्मルサービス	総合事業のサービス	利用先	評価日 (年 月 日)			
活動(運動・移動)について									
日常生活(家庭生活)について									
社会参加・対人関係(コミュニケーションについて)									
健康管理について									
基本チェックリスト結果 (初回アセスメント時)							基本チェックリスト結果 (評価時)		
全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感	
/25	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5		
健康状態について <input type="checkbox"/> 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点							計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名(自署)		
今後の方針	<input type="checkbox"/> プラン終了 (改善一終了「わくわく・のびのび・サロン等に移行・趣味活動の再開・セルフケア等」) <input type="checkbox"/> プラン継続 () <input type="checkbox"/> プラン変更 (維持期・A型・現行相当等) <input type="checkbox"/> プラン終了 (悪化、要介護に移行) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 (入院・転居・本人の意思による中止・中断)								

介護予防ケアマネジメントの質の向上が重要

- ☑要支援者のADL・IADLの分析(できる能力としている行為との差異)
- ☑基本チェックリストの読み取りのコツ(例⇒運動器・あなたはどれが重要?)
- ☑サービス利用の主たる目的の理解と整理
- ☑希望するサービス調整のみが、計画作成者の業務ではないことへの改めての理解
- ☑自立支援型地域ケア会議に参加することにより、多角的な視点を持ち、利用者や家族より先にあきらめない気持ちを維持することの大切さ

高齢者の力を信じること

⇒ 可能性は無限大

⇒ そのためには必要な事業は創る

⇒ 事業化への提案

- サービス依存者を創るのではなく、適正なサービス利用者を増やす意気込み
- 予後予測の視点を持ち、自信をもってアドバンテージを見出す
- ロールプレイを包括内で実践し、制度説明や動機づけに関する自身の癖を知る努力

17

地域ケア会議の活用（事例紹介：Hさん・83歳・男性）

①【初回会議】

★具体的な生活目標の設定とそれを叶えるために必要な取り組みの明確化

病名：アルツハイマー型認知症・前立腺がん、（事業対象者）

課題：妻を亡くしたことによる喪失感から鬱症状が強くなり、認知機能及び意欲の低下が進行。他者との交流を図り、喪失感にとらわれる時間が低減していき、自身や他者への関心が高まり、新たな役割を模索し、再獲得することが課題！

目標：パワーアップPLUS教室（集中C）でボランティアができるようになる。



②【中間会議】

★モニタリングの上、①で立てた目標、計画の再検討・修正、残された課題の明確化とその解決策の検討

教室への参加を楽しみにされるようになってはいるが、ボランティアの役割獲得への動機づけには至っておらず、家族や主治医への働きかけをまず行い、本人へのアプローチの方法として、先輩ボランティアに協力願い、「共にボランティア活動しよう」と適切な時期に誘っていただくことに！



③【終了前会議】

★終了後（卒業後）の生活の具体的な支援方針の検討・確認

終了前1カ月の訪問型で、自力でバス利用して教室への通所が可能なことを確認。5カ月継続参加したことにより、すっかり集中Cが居場所として定着。ボランティアという言葉に抵抗があるため、「ここに遊びに来てよ」の言葉で統一し、卒後の通いの場として「できる」ことから始めてもらう形で終了。

18

短期集中予防サービス導入後の変化

- 地域ケア会議における多職種による公平なアセスメントを基に、自立支援に向けた具体的な取組を決め、本人・家族・関係者の役割分担を明確化し、実践。定期的なモニタリングと評価の中で、状態は改善！
- 「できなかった（動作）」が**通所C**で「できるようになった」ことを確認。少しずつ自信を取り戻していく過程で、卒業生のボランティアに気持ちを後押しされ、「自分でやってみようかな？」と思えるようになり、**訪問C**でみんなの見守りの中、家事の実践。
- 「自分でできた」を関係者で共に喜び、次からは「自分でしてみる」に行動変容。



19

総合事業の運営に関して

●基本チェックリストの活用方法の適正化の運用

- ⇒チェックリストのみをもって、事業対象候補者を選定し、事業対象者にするのではないが、ここに「適切な介護予防ケアマネジメント」の重要性が潜んでいて、真に必要な人に必要なサービスを提供できる包括の技量が要となる
- ⇒委託先地域包括支援センターに対する徹底したコーチングが必要

●事業の創出

事業の創出には、専門家を投入し、費用を投資する事業化と住民の生きがいづくりや、互助の仕組みづくりを構築していく地域づくりの事業化と併せて創出することが重要

●住民力の活用に向けて

住民力の活用に向けて、今後は、短時間労働ができる主婦層や障がい者に生活支援サービスの担い手となっていただくような働きかけも検討

●一般介護予防事業のさらなる展開

寿大学・老人クラブ連合会の活用等

20

被保険者NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付者	介護・高齢・包括
-----	----------

住所:生駒市

電話: ()

氏名: (年 月 日生) 代理: (続柄)

基本チェックリスト

実施日: 平成 年 月 日

No.	質問項目	回答: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昇っていますか	0: はい	1: いいえ	/20
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	/5
10	転倒に対する不安はおおきいですか	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	/2
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)			
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	/3
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	/2
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されますか	1: はい	0: いいえ	/3
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	/5
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ではおっくうになった	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	
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない		

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康感

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、基本チェックリストの記入内容等について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名

状況調査について

記入上の注意点

1. 状況調査の連絡先について記入してください。(平日の昼間連絡のとれる電話番号をご記入下さい)
2. 訪問か来所面談の日時が決まりましたら、下記(※)の同席される方にお伝え下さい。

連絡先	氏名			本人との関係	
	電話番号	()			
	携帯番号	()			
状況調査の方法		<input type="checkbox"/> 包括での面談 <input type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
訪問先住所		<input type="checkbox"/> 本人自宅			
どちらかに ☑してください		<input type="checkbox"/> その他	住所		
			訪問先名	電話番号	()
状況調査日時について		<ul style="list-style-type: none"> ・ 希望日は特にない ・ 曜日の希望あり 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日 ・ 時間の希望あり 午前・午後 時頃 			
状況調査時に同席される方はいますか？(※)		<ul style="list-style-type: none"> ・ いる (同席される方：) ・ いない <p>※当市では状況調査を正確におこなうために家族等の同席をお願いしております。できるだけご協力をお願いします。</p>			
特記事項					

居宅介護・介護予防指示書

平成 年 月 日

診療情報提供書（どちらかにチェックして下さい。）

【介護サービス利用目的（該当するものに○）：在宅・通所・短期入所】

介護提供事業者・生駒市長

医療機関名

殿

担当医氏名

利用者氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日 性別 男・女	
利用者住所	電話番号 (-)	
診療形態	1 外来 (定期・不定期) 3 入院 年 月 日より	2 訪問診察 (第 曜日・第 曜日・不定期) 4 その他 ()
病名 1	病名 2	
病名 3	病名 4	
治療内容(投薬内容含む)		
病態の安定性	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 悪化	
発生の可能性が高い病態	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥そう <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 癌等による疼痛	
寝たきり度(該当するものに○) 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C	痴呆性老人の日常生活自立度(該当するものに○) 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
サービス利用における生活機能の維持・改善の見通し	1 期待できる 2 期待できない	
医学的管理の必要性	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診察 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	
サービス提供時における医学的観点からの留意事項		
内服治療薬及び外用薬について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 確認が必要 <input type="checkbox"/> 管理が必要		
血圧について	入浴可能な身体状況 血圧: / mmHg以下、 / mmHg以上 平常コントロール値 (/ mmHg) 体温 (°C)	
移動について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> 移動時見守りが必要 <input type="checkbox"/> 移動時介助が必要 <input type="checkbox"/> 移動時間に制限有り (分以内) <input type="checkbox"/> 施設の車両移送に耐えられる	
食事の形態について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 流動食・きざみ食・軟食	
水分摂取について	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> トロミ等が必要	
認知症に関して、理解及び記憶・問題行動についての留意事項 ()		
口腔機能の向上を実施する上での留意事項		栄養改善を実施する上での留意事項
※運動器の機能向上を実施する上での留意事項（新予防給付対象の者のみ）		
運動強度でいう「3メッツ」程度の運動を実施するにあたって（3メッツについては、裏面参照）		
<input type="checkbox"/> 安静時心電図	1. 異常 無・有 ()	<input type="checkbox"/> 負荷心電図 1. 異常 無・有 ()
※負荷心電図の方法	(マスターシングル・マスターシングル1/2・6分間歩行 m/分・その他())	
<input type="checkbox"/> トレーニング	1. 可・否 ()	
<input type="checkbox"/> 可動域制限	1. 無・有 ()	
<input type="checkbox"/> 運動可能な血圧の上限 (/mmHg)	<input type="checkbox"/> 運動可能な最大心拍数	回/分
その他留意事項 ()		
リハビリテーション施行について(全介助・一部介助・見守り) (時間的制限 有・無 約 分まで)		
実施	<input type="checkbox"/> 禁止 <input type="checkbox"/> 慢性期のリハビリテーションは開始して良い <input type="checkbox"/> リハビリテーションをすすめて良い	
内容	<input type="checkbox"/> 他動運動は禁止 <input type="checkbox"/> 疼痛(有・無)→(自動運動・他動運動) <input type="checkbox"/> メンタルリハビリ (音楽療法・作業療法)	
その他留意事項:		
その他介護サービス利用に関する意見		

生駒市版 二次アセスメントシート



記入日 平成 年 月 日 担当:

ふりがな					
利用者氏名		生年月日	年 月 日		
住所	生駒市	電話			
世帯区分	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他				
障がい高齢者の日常生活自立度:		認知症高齢者の日常生活自立度:			
●主訴		●家族の状況・意向			
I. 健康状態					
1	現病と既往歴 ・ 発症時期	医療機関名	受診頻度		
	医療リハ: 回/月	マッサージや整骨院:	回/月		
2	お薬手帳を利用していますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ		
3	平常時の血圧 / mmHg	服薬 <input type="checkbox"/> あり () ・ <input type="checkbox"/> なし			
4	痛み	5	しびれ		
	部位・程度・場面・対処		できない・困っていること	部位・程度・場面・対処	できない・困っていること
6	肉類、卵、魚介類のうち、いずれかを毎日、一つ以上食べていますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ		
7	1日にとる水分について	総摂取量 <input type="checkbox"/> 500cc未満 ・ <input type="checkbox"/> 500~1000cc ・ <input type="checkbox"/> 1000cc以上			
	内訳 <input type="checkbox"/> お茶 cc、 <input type="checkbox"/> 水 cc、 <input type="checkbox"/> 汁物 cc、 <input type="checkbox"/> その他 cc				
8	排泄について: トイレに行くのが間に合わなくて、失敗することがありますか		<input type="checkbox"/> はい (パット・失禁パツツ使用) ・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	排尿: 日中 回、 夜間 回、 利尿剤服用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ()				
	排便: 日に1回 下剤服用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ()				
9	眠れなくなることがある、または睡眠薬を内服している		<input type="checkbox"/> はい (週 回使用) ・ <input type="checkbox"/> いいえ		
10	歯磨きや義歯の掃除を1日に1回以上していますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ		
II. ADL			備考		
1	起き上がりはできますか	<input type="checkbox"/> できる ・ <input type="checkbox"/> できない			
2	歩行について	屋内	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない		
		屋外: 15分	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない		
3	片足立ちはできますか	<input type="checkbox"/> できる ・ <input type="checkbox"/> できない			
4	一人で洗身していますか	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない			
5	一人で浴槽をまたぐことをしていますか	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない			
6	運動について、医師から制限されていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			
7	他に医師から注意を受けていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ			

日常生活について (IADL)		※本人がしていること	していない場合は誰がしているか?	特記事項	
1	炊事	<input type="checkbox"/> 炊飯 <input type="checkbox"/> 簡単な食事の用意 <input type="checkbox"/> ガス (IH) 調理器使用 <input type="checkbox"/> 温め <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗い	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
2	掃除	<input type="checkbox"/> 自室のみ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 風呂場 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 掃除機がけ <input type="checkbox"/> モップ	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
3	洗濯	<input type="checkbox"/> 洗濯機の操作 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input type="checkbox"/> 取り込む <input type="checkbox"/> たたむ <input type="checkbox"/> 整理する	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
4	ごみ出し	<input type="checkbox"/> 分別する <input type="checkbox"/> まとめる <input type="checkbox"/> 集積所まで運ぶ (<input type="checkbox"/> 一部 ・ <input type="checkbox"/> 全部)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
5	買い物	<input type="checkbox"/> 買うものを決める <input type="checkbox"/> 荷物を持って帰る <input type="checkbox"/> 荷物は配達便を利用する <input type="checkbox"/> 注文配達	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
6	金銭管理	<input type="checkbox"/> 全て管理 <input type="checkbox"/> こづかい程度のみ管理 <input type="checkbox"/> 銀行にいく / 出入金	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
7	薬の管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 (分包・一包) <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ (有・無) <input type="checkbox"/> 声かけ (有・無) <input type="checkbox"/> 拒否	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()		
8	外出手段	<input type="checkbox"/> バス 最寄バス停:		バス停まで	分程度
		<input type="checkbox"/> 電車 最寄駅:		<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> タクシー
		<input type="checkbox"/> 家族の送迎 (頻度)	回数	<input type="checkbox"/> その他	
社会生活 ・ 環境					
1	現在、地域で参加しているものはありますか		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
	また、以前参加していたものはありますか		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
2	元気になったら、再開したいこと、やってみたいこと等ありますか		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
3	何かしらの役割がありますか	家庭内		地域	
4	困ったときに助けてくれる人はいますか		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
5	自宅内の環境で不自由なところや不安に感じるところはありますか		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 玄関 ・ <input type="checkbox"/> 廊下 ・ <input type="checkbox"/> トイレ ・ <input type="checkbox"/> 風呂場 ・ <input type="checkbox"/> 屋内階段 ・ <input type="checkbox"/> 屋外階段 ・ <input type="checkbox"/> 物干し場 ・ <input type="checkbox"/> 台所 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()				
6	自宅周囲の環境で不自由なところがありますか		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 急な坂道 <input type="checkbox"/> 自宅敷地内の階段 <input type="checkbox"/> バス停や駅が遠い <input type="checkbox"/> 買い物できる場がない <input type="checkbox"/> 集会所や公民館が遠い <input type="checkbox"/> その他 ()				
認知					
1	もの忘れが気になりますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ()		
2	物の置き忘れが増えていると感じることはありますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ()		
3	新しいこと (人や物の名前など) が覚えにくいですか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ()		
4	3語テスト		桜 ・ 猫 ・ 電車 ()		
5	会話がまとまらないことがありますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ()		
その他					
1	今後、ご自身はどのようにになりたいですか		<input type="checkbox"/> 今より元気になる ・ <input type="checkbox"/> 今を維持したい ・ <input type="checkbox"/> わからない		
	また、ご自身のためにしていることや、心がけていることはありますか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ		
	心がけていること:				
●特記事項					

介護予防支援計画表および評価シート

No. 利用者氏名 様 (年度末時点での年齢記載) 地域包括支援センター担当者
 把握経路: ①本人・家族からの相談 ②基本チェックリスト ③医療機関からの情報提供 ④民生委員からの情報提供 ⑤地域住民からの情報提供
 ⑥要介護認定非該当 ⑦訪問活動による実態把握 ⑧要支援・要介護者からの移行 ⑨その他()
 計画作成日 平成 年 月 日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	目標	支援計画		評価
			本人のセルフケアや家族の支援 ・インフォーマルサービス	総合事業のサービス	
活動(運動・移動)について					
日常生活(家庭生活)について					
社会参加・対人関係 (コミュニケーションについて)					
健康管理について					

基本チェックリスト結果(初回アセスメント時)

全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感
/25	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	

基本チェックリスト結果(評価時)

全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感
/25	/20	/5	/2	/3	/2	/3	/5	



健康状態について
 □主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名(自署)

今後の方針	①プラン終了(改善→終了「わくわく・のびのび・サロン等に移行・趣味活動の再開・セルフケア等」) ②プラン継続() ③プラン変更(維持期・A型・現行相当等) ④プラン終了(悪化、要介護に移行) ⑤死亡 ⑥その他(入院・転居・本人の意思による中止・中断)
-------	---

<介護予防・生活支援サービス計画書>

() 地域包括支援センター

利用者名	様	男・女	生年 月日	M・T・S	年	月	日	歳
住 所	生駒市			支援1 ・ 支援2 ・ 事業対象者				

目 標	
本人及びご家族 のお願い	

ケア項目	サービス内容

留意事項	
------	--

上記内容について、同意いたします

平成 年 月 日 氏名(自署) :

作成日 平成 年 月 日

介護予防サービス(総合事業・予防給付)利用予定表

担当地域包括支援センター又は、受託した居宅介護支援事業者：

連絡先 電話：

作成者名：

FAX：

介護保険被保険者番号；

被保険者氏名；

介護度（要支援1・要支援2）

有効期限 H ～ H

基本子エックリスト (該当項目にチェックしてください)	社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ

○ 事業対象者(基本子エックリスト実施日：H)

介護予防サービス内容		予定回数	備考
総合事業	<input type="checkbox"/> パワーアップPLUS	／ 週	※本人・家族の意向、希望サービス等 無・有 (有の場合の具体的な内容)
	<input type="checkbox"/> パワーアップ教室	／ 週	
	<input type="checkbox"/> 転倒予防教室	／ 週	
	<input type="checkbox"/> 生活支援サービス	／ 週	
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 選択メニュー（運動・栄養・口腔）	／ 週	
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護	／ 週	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション(予防デイケア) 選択メニュー（運動・栄養・口腔）	／ 週	
	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与		
	<input type="checkbox"/> 特定介護予防福祉用具販売	／ 週	
予防給付	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	／ 週	※医師への指示依頼内容
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	／ 週	
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	／ 週	
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所 生活介護	／ 月	
	<input type="checkbox"/> (予防ショートステイ) 療養介護	／ 月	
	<input type="checkbox"/> 介護予防住宅改修		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

上越市の概要

人口：199,079人（平成27年4月1日現在）

面積：973平方キロメートル

○平成17年1月1日に近隣13町村と合併し新生上越市がスタート



人口	198,775人
65歳以上人口	58,654人 (29.51%)
要介護認定率	21.37%
平成27年8月末現在	



総合事業開始へのステップ

①介護予防の取組の方向性を出す

- 第5期介護保険料：6,535円（全国3位）



なぜ、こんなに介護保険料が高くなってしまったのか？→まずは、**実態**を知らなくては！

- 1、要介護認定者の原因疾患の分析
- 2、医療のレセプトとの突合
- 3、第2号被保険者で要介護認定を受けた人に家庭訪問

②介護予防の取組の方向性の検討

＜実態の分析からわかったこと＞

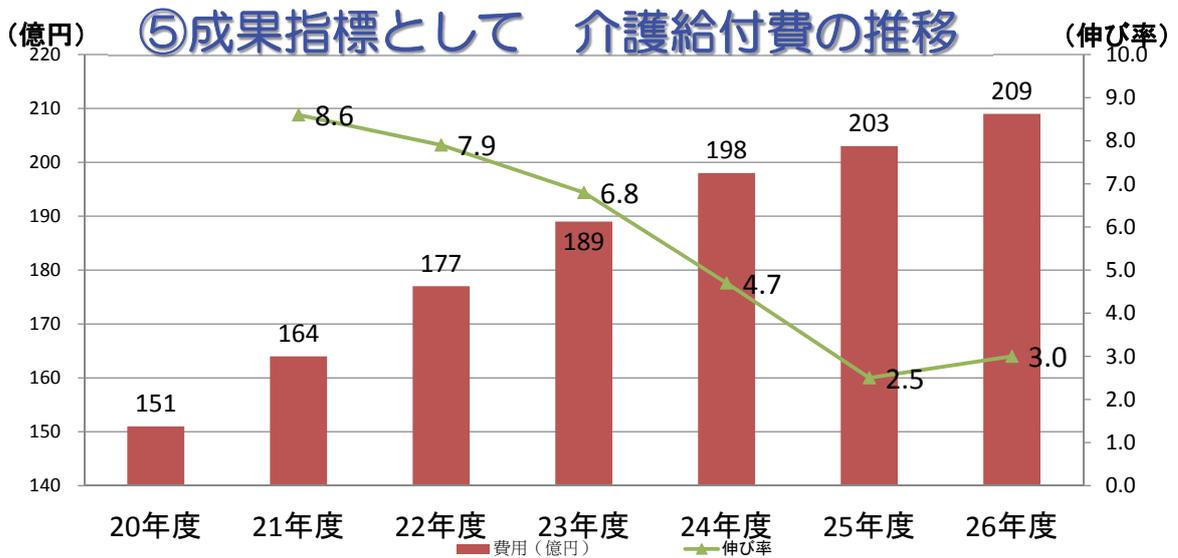
- ①原因疾患は脳血管疾患が多い…背景には高血圧
- ②医療費：かなりの額がかかっている
特に心疾患による手術や人工透析になると1,000万円を超えるレセプトが幾つも！
- ③健診未受診、または健診で要医療があっても医療機関に受診しない
(高血圧、高脂血症、糖尿病→自覚症状がないから自分だけは大丈夫)



◎特定健診などの結果から、ハイリスク者を抽出し、保健指導の対象者を明確にする。集団指導から個々の生活習慣やデータに沿った、個別保健指導へ

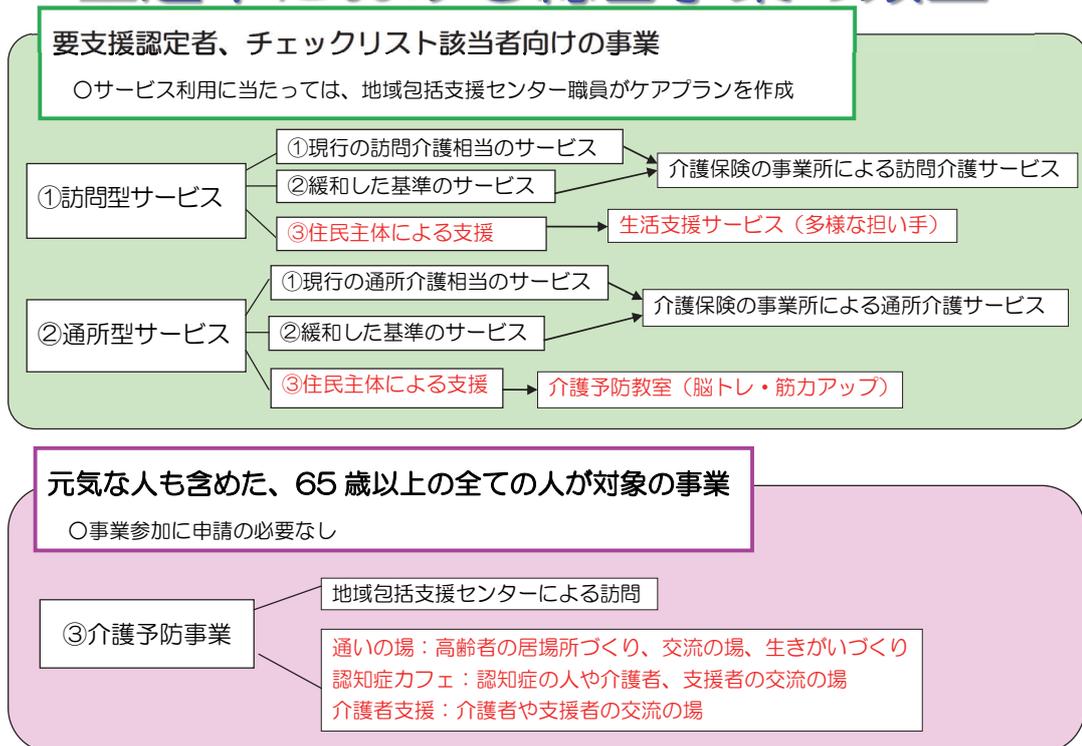
④介護保険の状況の推移・成果

区分	H24.4月末		H27.8月末
要介護認定者数	12,392	➔	12,813人
65歳以上認定者数	12,044	➔	12,536人
65歳以上認定率	22.3%	➡	21.37%
64歳以下認定者数	348	➡	277 (71人減)
要支援1・2	3,011	➔	3,028人
要介護1・2・3	6,199	➔	6,731人
要介護4・5	3,182	➡	3,056 (126人減)



	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
費用 (億円)	151	164	177	189	198	203	209			
伸び率 (%)		8.6	7.9	6.8	4.7	2.5	3.0			
差額 (億円)		13.0	13.0	12.0	9.0	5.0	6.0			
介護保険料	4,350円	第4期 5,017円		第5期 6,525円 全国3位		第6期 6,358円 全国100位				

上越市における総合事業の類型



＜新しい総合事業の通所型サービス＞

サービス種別	①現行の介護予防通所介護に相当するサービス
実施方法	事業者指定
対象者となるケースの考え方	①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 ②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 ③認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障がある症状や行動を伴うケース ④退院直後で状態が変化しやすく、専門的なサービスが特に必要なケース ⑤医療的なケアが必要なケース、または疾病により継続して観察が必要なケース ⑥入浴、食事、排泄に介助が必要なケース ※状態等を踏まえながら、「緩和した基準によるサービス」「住民組織等による介護予防教室」の利用を促進
平成27年度の各サービス利用者の見込み	50%
介護報酬	・予防給付と同様(別紙、資料5-4参照) ・国保連経由で審査・支払い。
利用者の負担割合	1割。一定以上の所得がある人は2割
限度額管理	・限度額管理の対象。国保連で管理。 ・チェックリスト該当者は要支援1の限度額を目安とする。
指定申請	・平成27年3月31日に介護予防通所介護の指定を受けている事業所は、総合事業の「現行相当」の指定を受けたものとみなされるため、手続きは不要。(みなし指定)。ただし、「現行相当」の指定を希望しない場合は、届け出が必要。 ・みなし指定の有効期限:平成30年3月31日(更新する場合は、市に更新申請が必要)
指定基準	予防給付の基準を準用
人員	・管理者※ 常勤・専従1以上 ・生活相談員 専従1以上 ・看護職員 専従1以上 ・介護職員 ～15人 専従1以上、15人～利用者1人に専従0.2以上 ・機能訓練指導員 1以上 ※支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。
設備	・食堂・機能訓練室(3㎡×利用定員以上) ・静養室・相談室・事務室 ・消火設備その他の非常災害に必要な設備 ・必要なその他の設備・備品
運営	・個別サービス計画の作成 ・運営規定等の説明 ・提供拒否の禁止 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・秘密保持等 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 等(現行の基準と同様)

＜新しい総合事業の通所型サービス＞

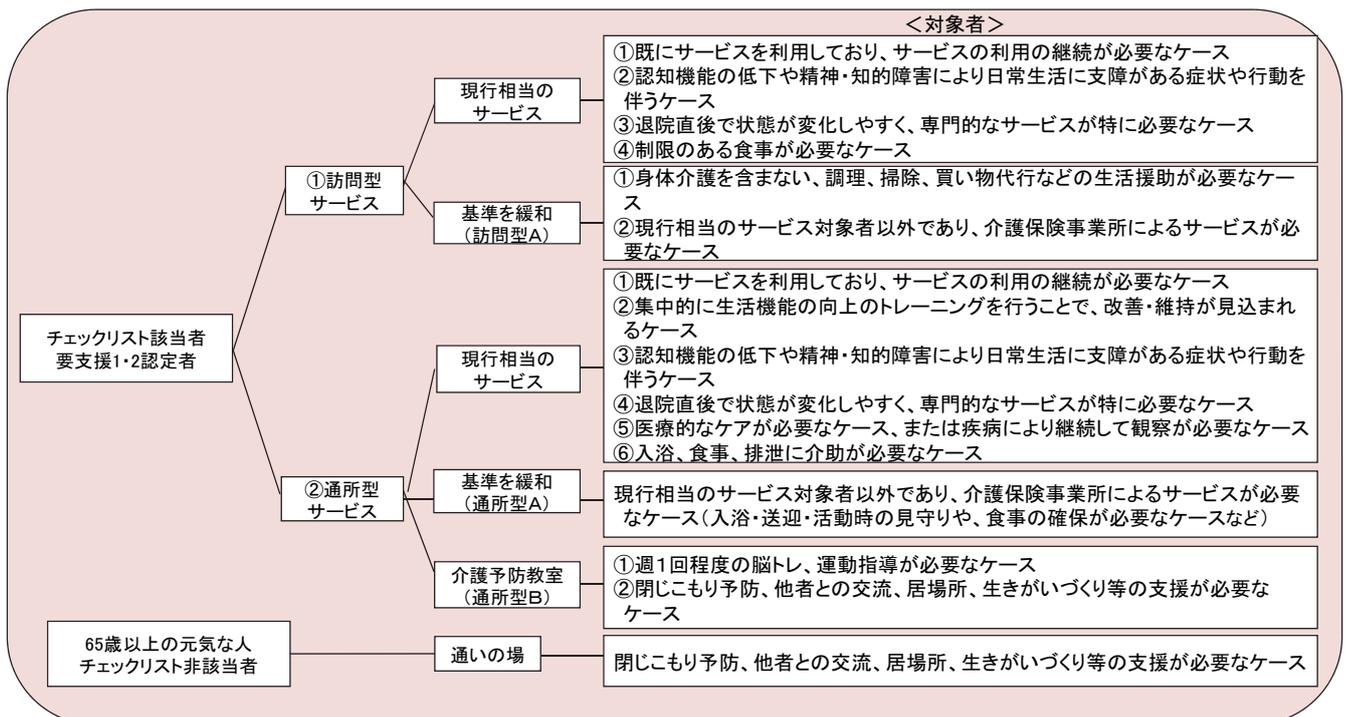
サービス種別	②緩和した基準によるサービス(通所型サービスA)
実施方法	事業者指定
対象者となるケースの考え方	○現行相当のサービス対象者以外であり、介護保険事業所によるサービスが必要なケース(入浴・送迎・活動時の見守りや、食事の確保が必要なケースなど) ※状態等を踏まえながら、通所型サービスBや一般介護予防事業に移行していくことが重要
平成27年度の各サービス利用者の見込み	40%
介護報酬	・基本報酬は予防給付の8割、加算は予防給付と同様の単位 加算の要件は、予防給付と同様(別紙、資料5-4参照) ・国保連経由で審査・支払い。
利用者の負担割合	1割。一定以上の所得がある人は2割
限度額管理	・限度額管理の対象。国保連で管理。 ・チェックリスト該当者は要支援1の限度額を目安とする。
指定申請	・市に指定申請が必要。 ・「介護」「介護予防」「総合事業の現行相当」「総合事業の緩和した基準」の4つの指定を同時に受けることも可能。
指定基準	人員等を緩和した基準
人員	・管理者※ 専従1以上 ・従事者 ～15人 専従1以上、15人～利用者1人に必要数 ※支障がない場合、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能。 【例】「介護+介護予防+総合事業の現行相当」15人、「緩和した基準」8人の場合 →介護職員2人
設備	・サービスを提供するために必要な場所(3㎡×利用定員以上) ・必要な設備・備品
運営	・必要に応じ、個別サービス計画の作成 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者又は従事者であった者の秘密保持 ・事故発生時の対応 ・廃止・休止の届出と便宜の提供

＜新しい総合事業の通所型サービス＞

サービス種別	③住民組織等による介護予防教室(通所型サービスB)
実施方法	住民組織等への委託
対象者となるケースの考え方	①週1回程度の脳トレ、運動指導が必要なケース ②閉じこもり予防、他者との交流、居場所、生きがいづくり等の支援が必要なケース ※参加者は、要支援者、チェックリスト該当者が中心であるが、元気な人も参加可能。 ＜実施内容＞ 理学療法士やスポーツ推進員等の有資格者による運動指導や脳トレを行う。
平成27年度の各サービス利用者の見込み	10%
介護報酬	委託料の支払い
利用者の負担割合	1回200円
限度額管理	なし
指定申請	委託契約

＜総合事業対象者のサービスの割り振り＞

I サービスの割り振りの考え方について



＜介護予防ケアマネジメント＞

II 介護予防ケアマネジメント(総合事業のみのサービス利用者が対象)について(国のガイドラインに基づき作成) ……地域包括支援センターへの委託(居宅介護支援事業所への再委託も可)

(①サービス担当者会議実施分相当単価、②モニタリング実施分相当単価
 ※市加算:74歳未満の新規、更新者で脳血管疾患の既往歴のある人に対し、初回のみケアマネが市保健師・栄養士と連携しケアプランを作成する)

ケアマネジメント	ケアプラン	サービス	内 容	サービス提供開始月	2月目	3月目	4月目	報酬	
A: 現行どおり ケアマネジメント	ケアプラン・ 給付管理票 作成が必要	・現行相当 の通所型、 訪問型サー ビス	サービス担当者会議	○	×			○	年間1人 当たり @55,100
			モニタリング	—	○				
			報酬	基本報酬+初回加算 +※市加算 4,300 + 3,000 + 500 =7,800	基本報酬 4,300	基本報酬 4,300	基本報酬 4,300		
B: 簡略化した ケアマネジメント	ケアプラン・ 給付管理票 作成が必要	・通所型A ・訪問型A	サービス担当者会議	△必要時実施	×				年間1人 当たり @37,100
			モニタリング	—	×		△必要時実 施		
			報酬	基本報酬-(①+②) +初回加算+※市加算 (4,300-750-750) +3,000+500=6,300	基本報酬 -(①+②) 2,800	基本報酬 -(①+②) 2,800	基本報酬 -(①+②) 2,800		
C: 初回のみ のケア マネジメント	サービス導入 のための簡易 プラン作成	・通所型B ・訪問型B	サービス担当者会議	×	×				1人当 たり @1,000
			モニタリング	—					
			報酬	基本報酬 1,000					

◎地域包括支援センターからの請求方法

毎月請求書と作成したケアプランを添付し、請求する。市加算対象となる保健師・栄養士と連携し作成したプラン内容は網かけとし、連携した保健師・栄養士の所属・氏名をサービス対象者の承諾欄の下に記載する。

立川市・相談窓口対応の留意点

- 相談窓口は、地域包括支援センター・福祉相談センター(ブランチセンター)・高齢福祉課・介護保険課
- これまでの総合相談支援業務と同様、相談者の生活ニーズの把握、緊急性の判断、必要に応じた社会資源の情報提供・つなぎ等が重要となる。

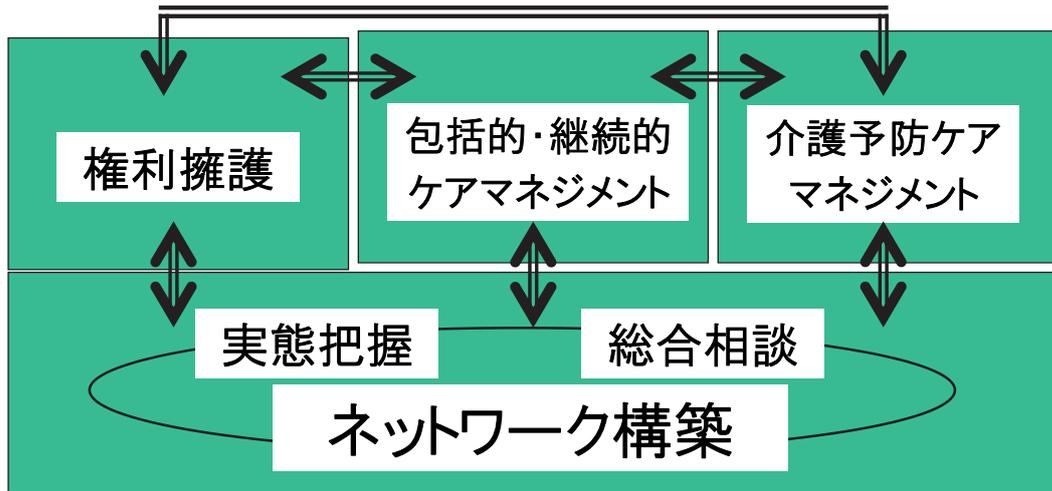
(※長寿社会開発センター『地域包括支援センター運営マニュアル』参照)

- 相談内容によって、要介護認定申請の案内、基本チェックリストの実施、一般介護予防事業や地域のサロン等への案内、その他の必要な社会資源情報の提供を行う。

立川市・「事前おうかがい票」の活用

- スクリーニングに迷う場合には別紙の「事前おうかがい票」を活用する。
- 必要に応じて、介護保険制度、総合事業の利用手順の説明を行う。
- 総合事業においては、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が行われ、ニーズに基づいて必要なサービス、地域の社会資源へのつなぎが行われることを確認する。

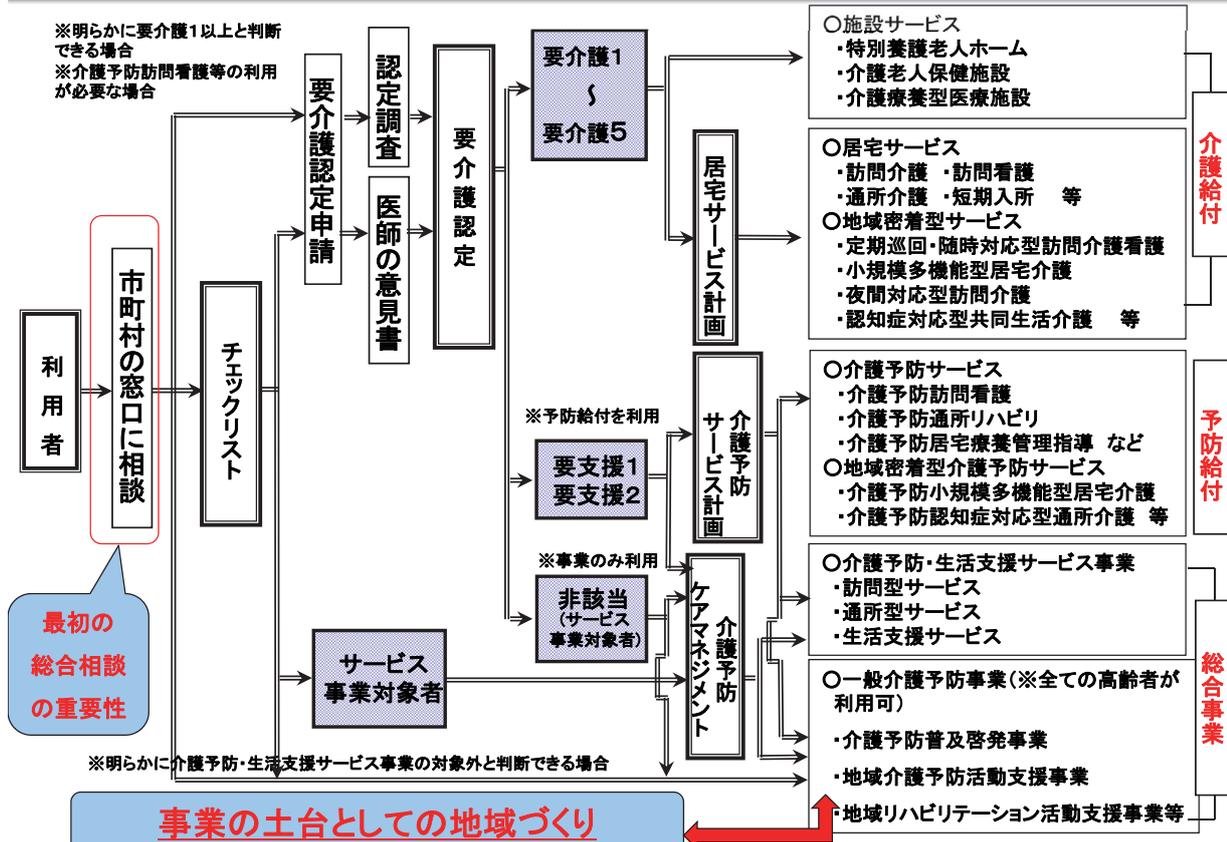
地域包括支援の土台としての総合相談支援



【地域包括支援センター職員としての視点】

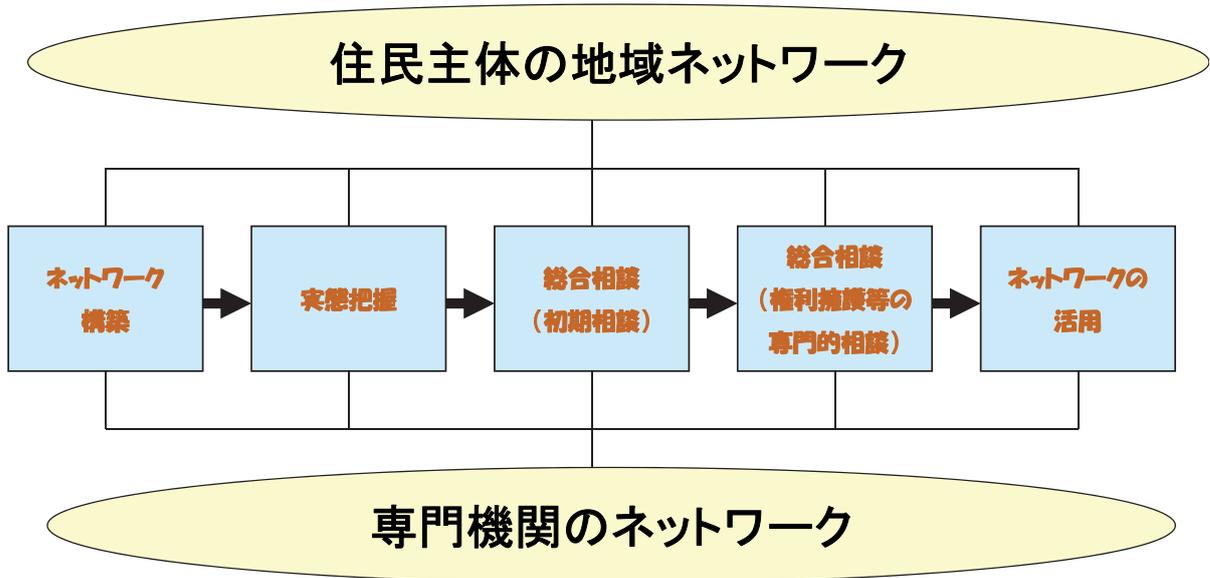
- ① 高齢者等が自分らしい生活を継続するための支援
- ② 予防的アプローチ
- ③ 「権利擁護」「地域づくり」の視点に基づく支援
- ④ 高齢者等に対する「包括的な支援」(地域包括ケア)
- ⑤ チームアプローチ

【参考】介護サービスの利用の手続き



総合相談の流れとネットワーク

～地域の多様なネットワークから相談がつながり、
地域の多様なネットワークを活用して課題を解決していく～

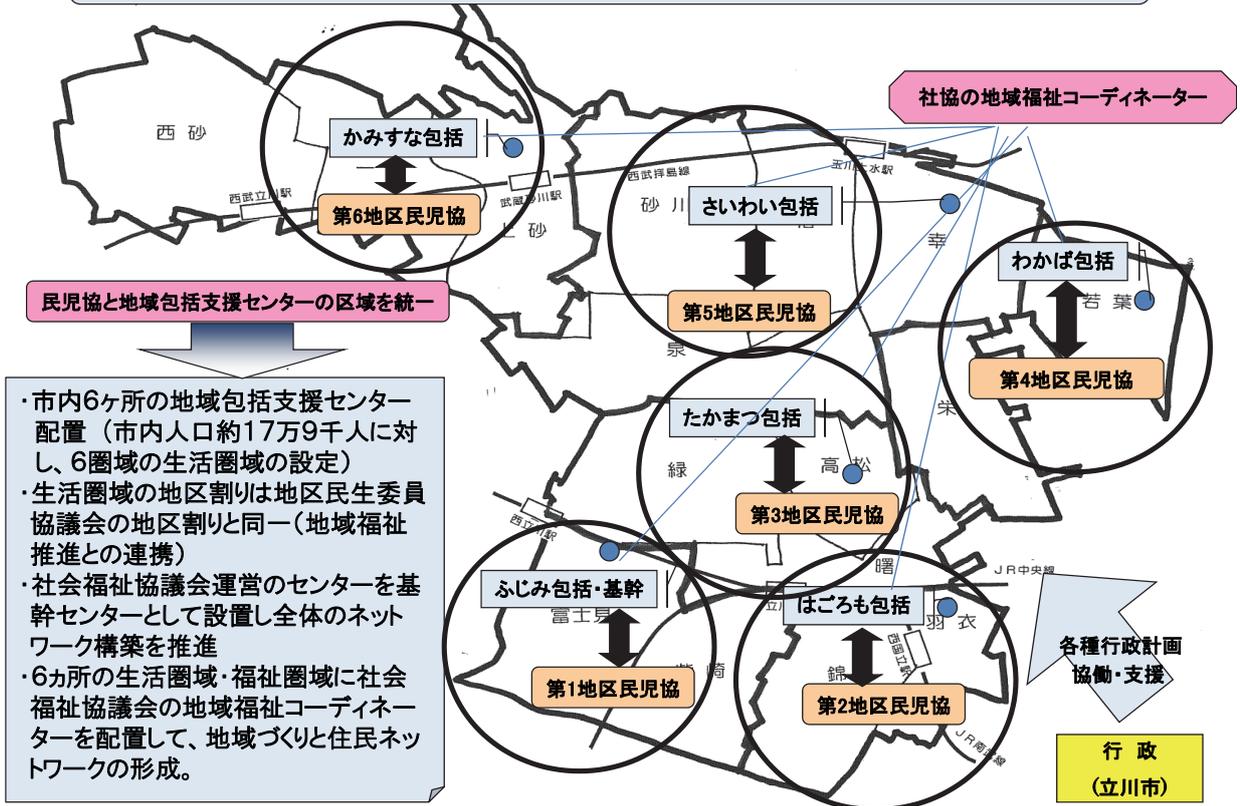


出典：日本社会福祉士会『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』

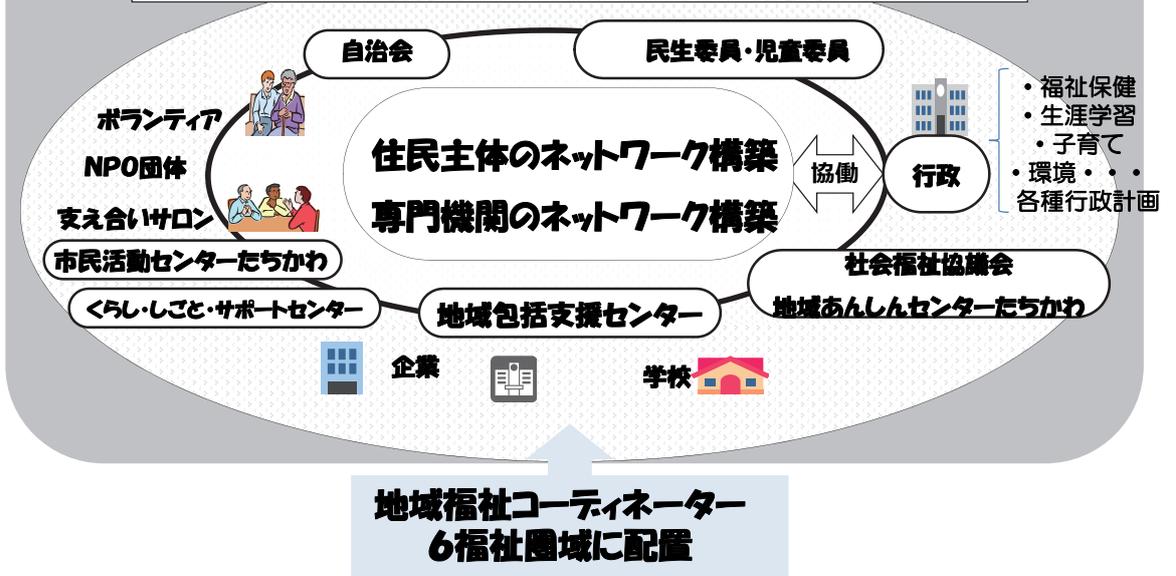
新しい総合事業・自治体の課題

- 地域包括支援センターの本来業務である総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメントのバランスのよい取り組み、及び基盤となる地域包括支援ネットワーク構築が行える仕組みにしていくことが重要。
- 地域包括支援センターが単独で取り組むのではなく、これまでと同様に、社会福祉協議会等の地域の関係団体とのネットワーク構築と役割分担が更に問われてくる。

東京都立川市における福祉圏域6エリアの設定と地域包括支援センターの整備状況



行政・社会福祉協議会・地域包括支援センターの協働によるシステム構築



立川市社協地域福祉活動計画

～誰もがふつうにくらせる
しあわせなまち立川

協働推進

立川市地域福祉計画

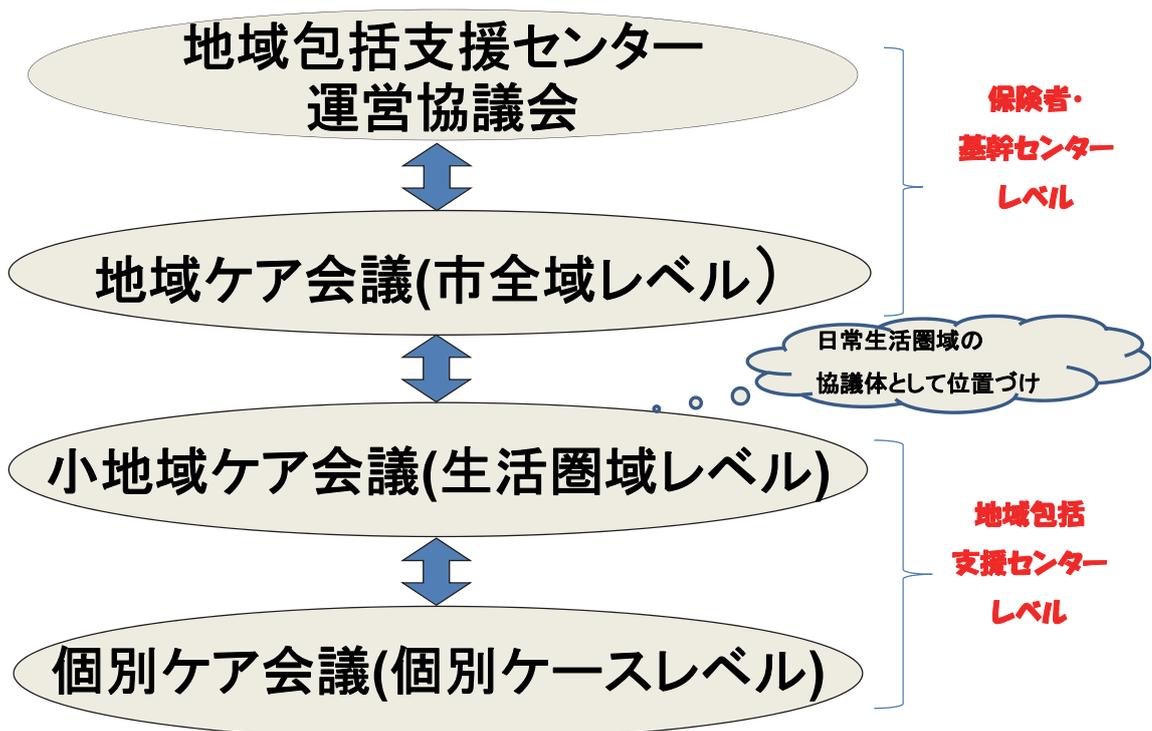
協働し、参加し、自らつくるまちづくり

～日常生活圏域設定上の工夫～

- 6生活圏域は地区民生委員協議会の担当エリアと一致。
- 地域包括支援センター担当圏域、行政の地域担当エリア、社会福祉協議会の地域担当エリアも一致
- 6生活圏域エリアの担当職員・関係者が明確になり、互いに相談・連携がしやすい体制の構築

8

地域ケア会議の立体構造



9

小地域ケア会議（生活圏域レベル）

- 地域課題を、地域の関係者とともに考える場として設置。介護支援専門員・サービス事業所間の情報交換、及び地域の民生委員、ボランティアグループ等の多様な関係者との地域課題検討の場づくり。
- 社会福祉協議会の地域担当、高齢福祉課、健康推進課の地区担当者も参加して関係者とのネットワーク構築。
- 介護支援専門員をはじめとして多様な関係者が地域づくりに参加。
- 生活支援体制整備における協議体の位置づけ
- 社会福祉協議会が市内社会福祉法人の連絡会、及びサロンや助け合いグループの情報交換の場を設置
 (※これも一つの協議体⇒地域ニーズと社会資源をつなぐ)

10

生活圏域での地域ケア会議 (エリアの社会資源マップを協働して作る)



介護支援専門員、サービス事業者、民生委員、社協、行政、ボランティア等、地域の多様な関係者が、地域の社会資源を出し合いリスト化しながら、互いに地域を知り、つながり、地域づくりに協働して取り組む。

個別ケア会議(個別ケースレベル)

- 介護支援専門員や民生委員等の地域関係者から、自分たちのみでは課題解決ができないという相談に対して随時対応し、参加メンバーも事例に即して招集。
- 目的は、あくまで「サービス利用者や地域住民が地域で暮らし続けていくために地域関係者のネットワークで何ができるか」という検討、具体的対応、課題解決。
- 個別ケースの検討のなかで、地域課題が見えてくる場合は、市域全体の立川市地域ケア会議に「地域課題」として提言していくとともに、生活圏域における小地域ケア会議での地域課題の検討に活用していく。

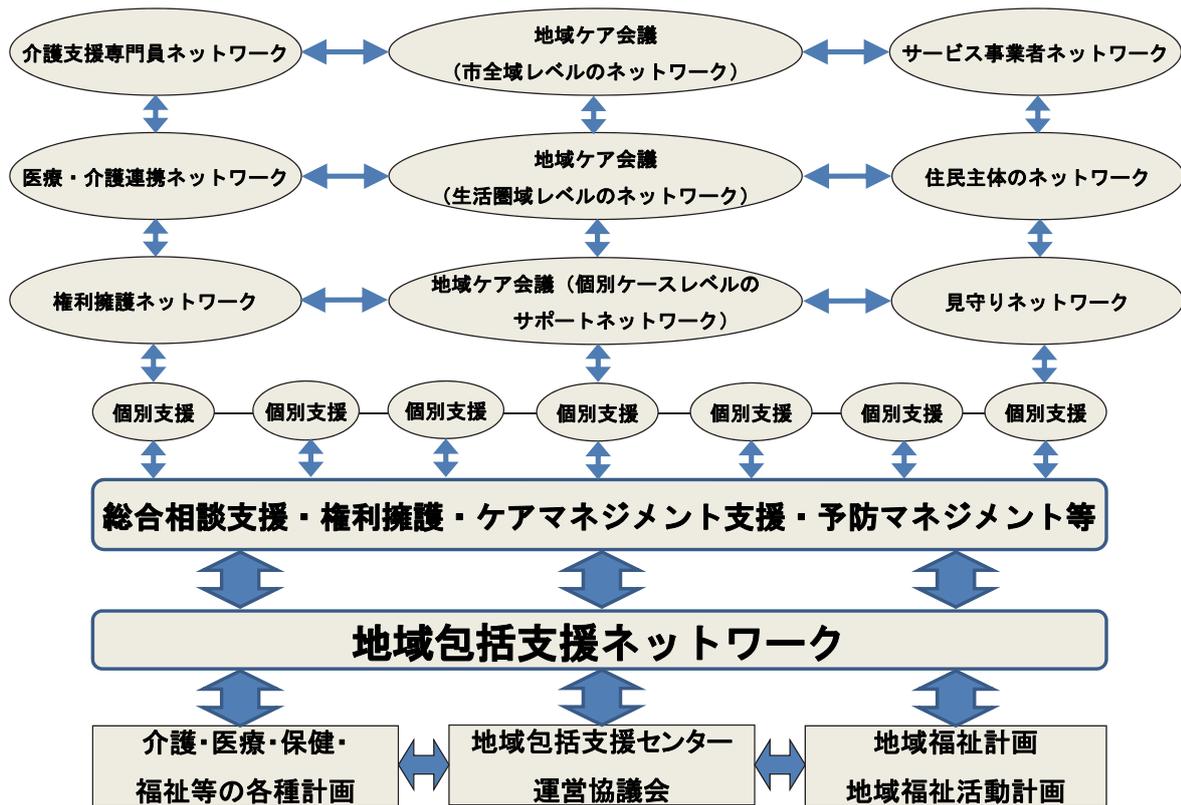
12

個別支援と地域支援の循環関係



- ①地域の多様なネットワークから、相談が寄せられる。
- ②総合相談支援のなかで、状況に合わせた一人一人の個別支援を行う。
- ③チームアプローチ、組織の力を活用する。
- ④地域ネットワークを活用する。その過程でネットワークが強化される。
- ⑤地域の多様な社会資源のつながりの強化が、地域の予防・健康増進の土台となり、さりげなく支え合える地域づくりにつながる。
- ⑥一つ一つの個別支援の背景には、地域の多様な社会資源のネットワーク構築があり、個別支援と地域支援は循環関係にある。

地域包括ケア実現に向けた多様な活動の循環例



介護支援専門員連絡会

- 地域レベルの介護支援専門員の横のネットワーク構築と地域の社会資源との顔合わせの場づくりを目的として実施。
- 6地域包括支援センターの主任介護支援専門員は連絡会幹事会のメンバーとなる＋6生活圏域の居宅介護支援事業所より選出された幹事6名とともに、12名の幹事会が連絡会の企画運営を担う。
- 事務局は基幹地域包括支援センター。
- 生活圏域ごとの地域ケア会議とともに、介護支援専門員に地域への視点を持ってもらう契機としていく。

制度改正後のケアマネジメント に関する情報交換



・定期開催の介護支援専門員連絡会。

・地域包括支援センターの主任介護支援専門員も幹事となって、グループのファシリテートを行う。

・総合事業等の制度情報もふくめて、毎回テーマを決めて、ケアマネジャーとしての利用者支援の取組み、事業所の取組みを互いに意見交換。

・ケアマネジャーとしての取組みの相互の照らし合わせを行う。

各種連絡会による地域ケア基盤形成

○サービス事業者別の連絡会

- ・訪問介護連絡会
- ・通所サービス連絡会
- ・地域密着サービス連絡会
- ・訪問看護連絡会 等

○地域包括支援センター業務別連絡会

- ・総合相談支援・権利擁護業務連絡会(社会福祉士)
- ・ケアマネジメント支援業務連絡会(主任CM)
- ・介護予防業務連絡会(保健師・看護師)

通所サービス連絡会

～相互交流により、市民へのサービス提供の質の向上を目指して～



住民主体の地域包括ケア推進

- **住民参加の地域づくり**
 - **自分ができることを、できる範囲で行う**
 - **自助、互助、共助、公助の組み合わせ**
 - **基本は自分自身と人を大切にできるかどうか。一人一人が尊厳を持った大切な存在**
- **誰もが自分の本来の力を発揮し、支えあい、共に生きていくことが実現した地域・社会**

本人・ご家族・関係機関 いずれかに○

事前おうかがい票／担当地域()

HO年O月O日

(アセスメント)

記入者:

氏名		年齢		世帯構成	高齢者世帯 独居 その他	既往歴	
----	--	----	--	------	--------------------	-----	--

相談内容	①	訪問介護・通所介護サービスのみの利用	1か2へ	4へ
	②	福祉用具貸与購入・住宅改修・訪問看護の利用希望	2へ	
	③	明らかに要介護状態(歩行困難、記憶障害、医療依存が高い)	2へ	
	④	本人、家族に要介護認定申請の希望がある	2へ	
	⑤	「おむつ給付・訪問理美容」利用希望	2へ	
	⑥	生きがいつくり、居場所探しなどサロン、サークルを探している	3へ	

1. [介護予防のアンケート]の実施のための5つの質問

①	現在、入院中ですか？	はい・いいえ
②	常時医療(在宅酸素やカテーテル、透析、神経難病がん末期等)の観察が必要ですか？	はい・いいえ
③	トイレや入浴、歩く時やご飯を食べる時に、誰かに手伝ってもらっていますか？	はい・いいえ
④	買い物や病院に行く時に、誰かに手伝ってもらっていますか？	はい・いいえ
⑤	最近、物忘れがひどいと感じることがありますか？(例:ご飯を食べたことを忘れる。財布をよく無くすなど)	はい・いいえ

「はい」がある場合には、念のため[要介護認定申請]をしましょう。

2. [要介護認定申請]の案内をいたします

要介護・要支援状態の恐れがあるため、介護保険制度 要介護認定申請をしてください。万が一、認定結果が「非該当」の場合は、改めて新しい総合事業等の案内をさせていただきます。

3. 地域で参加ができるサロン・サークルの案内をいたします

市内のサロン・サークルをいくつかご紹介いたします。なお、ご利用にあたっては、下記の地域包括支援センターに直接ご相談ください。

()地域包括支援センター 電話:042-0000-0000

4. 情報提供をいたします

[情報提供内容]

状況変化があった場合には()地域包括支援センターまでご連絡ください。電話0000-0000

1 松戸市の概要

区分	内容
面積	61.38km ²
人口	487,919人(H27/04)
高齢者人口・高齢化率	116,769人(平成27年現在)・23.9%
後期高齢者人口	50,401人(男性21,071人、女性29,330人)
世帯数	224,699世帯(平成27年現在)
要介護認定者数・割合	17,945人・15.4%(平成27年現在)
介護保険料(基準額)	第6期第1号保険料:5,400円
地域包括支援センター	直営0、委託11(日常生活圏域15)
事業所(H27/03)	訪問介護事業所:128・通所介護事業所:167

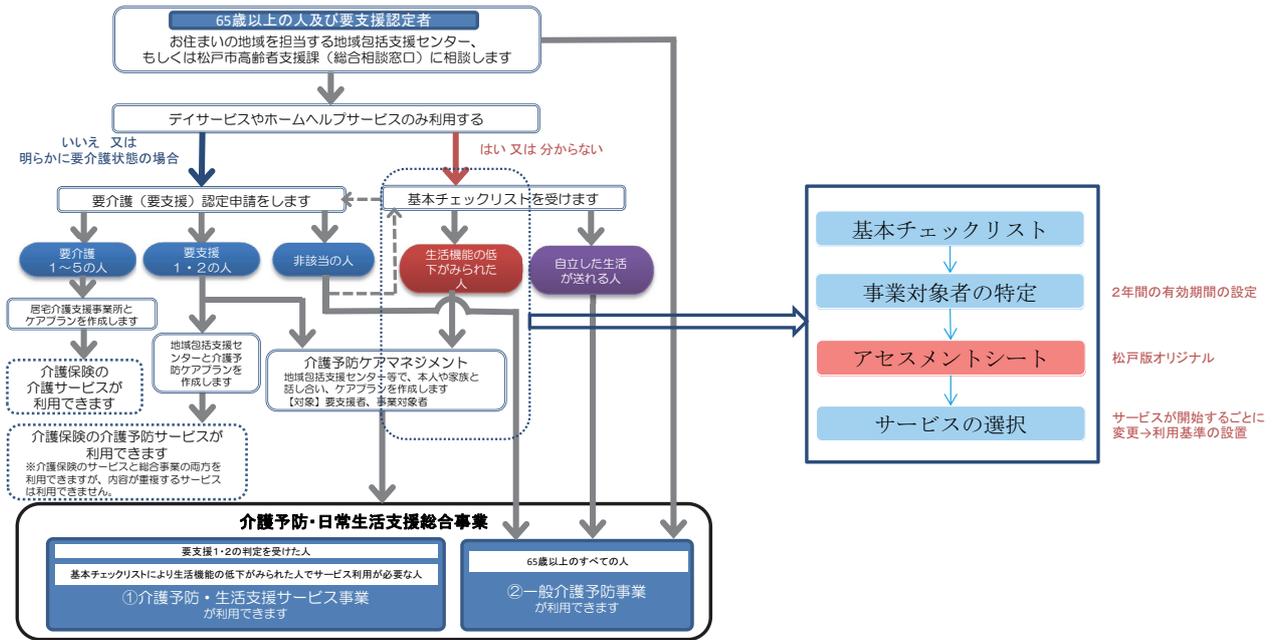
1

2 介護予防・日常生活支援総合事業サービス体系

国の類型	市の体系	実施状況
訪問型サービス	現行相当	H27/4に移行
	緩和A	生活支援コース
	住民主体B	困りごとコース
	短期集中予防C	
	移動支援D	—
通所型サービス	現行相当	H27/4に移行
	緩和A	
	住民主体B	
	短期集中予防C	いきいきトレーニング
一般介護予防	介護予防把握	後期高齢者訪問調査
	介護予防普及啓発	元気応援キャンペーン 通いの場(スペース) 住民主体モデルグループ
包括的支援事業	在宅医療・介護連携推進事業	H27/04から実施
	認知症施策推進事業	H27/04から実施
	生活支援体制整備事業	協議体(第1層) 生活支援コーディネーター(第1層)

2

3 事業対象者の特定

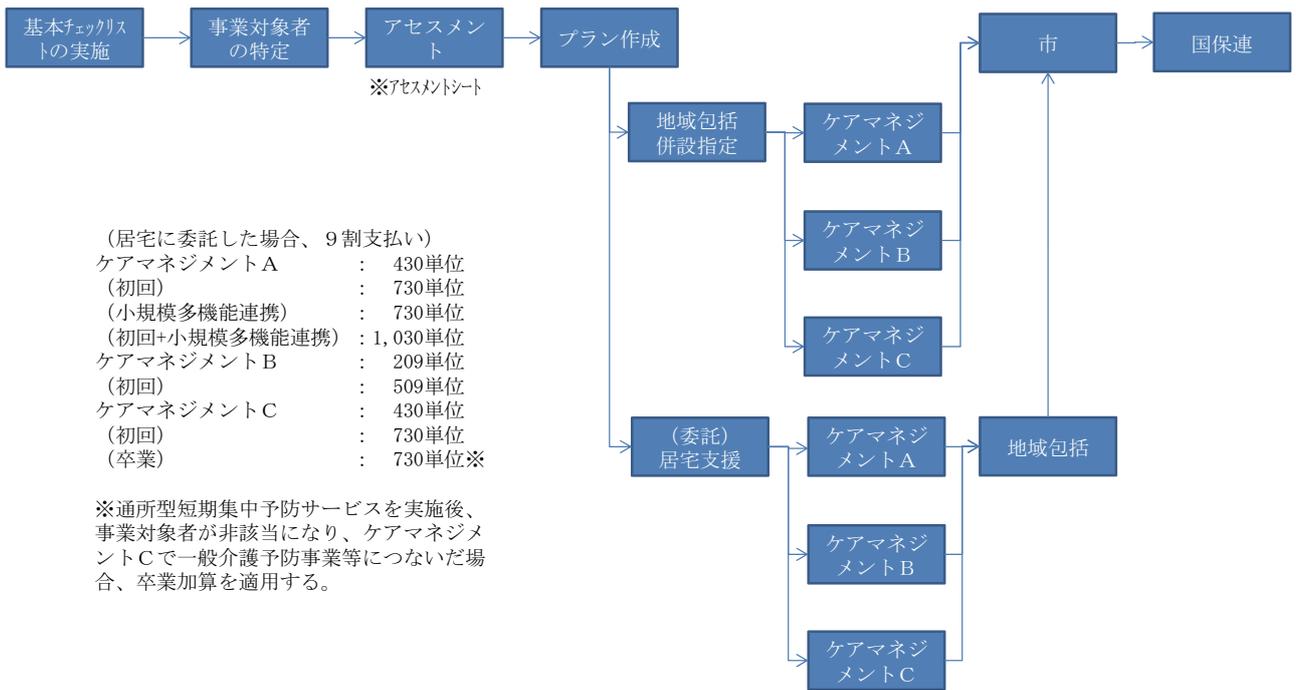


(新しい利用者の区分)

平成27年4月よりサービス利用者の区分が要介護1~5、要支援1・2に加えて、「事業対象者」が増えました。
 事業対象者とは、基本チェックリスト(25項目)に該当(生活機能の低下がみられた人)し、地域包括支援センター等に介護予防・生活支援サービス事業を利用する必要があると判断された人をいいます。※ただし、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出が必要です。
 なお、総合事業以外の介護保険サービスの必要性が生じた場合は、認定申請をして区分を変更することが可能です。※事業対象者も再度基本チェックリストを実施して更新することが可能です。

サービス利用者の区分	要介護1~5	要支援1・2	事業対象者
該当方法	認定申請をして介護認定審査会を経て「認定」を受けること	認定申請をして介護認定審査会を経て「認定」を受けること	基本チェックリストに該当し、地域包括支援センター等がサービスの利用が必要と判断した場合
利用できるサービス	・介護サービス ・(65歳以上の人・一般介護予防事業)	・介護予防サービス ・介護予防・生活支援サービス ・(65歳以上の人・一般介護予防事業)	・介護予防・生活支援サービス ・(65歳以上の人・一般介護予防事業)
支給限度額	認定区分ごとに設定あり	認定区分ごとに設定あり	要支援1と同様

4 ケアマネジメント



- (居宅に委託した場合、9割支払い)
- ケアマネジメントA : 430単位
 - (初回) : 730単位
 - (小規模多機能連携) : 730単位
 - (初回+小規模多機能連携) : 1,030単位
 - ケアマネジメントB : 209単位
 - (初回) : 509単位
 - ケアマネジメントC : 430単位
 - (初回) : 730単位
 - (卒業) : 730単位※

※通所型短期集中予防サービスを実施後、事業対象者が非該当になり、ケアマネジメントCで一般介護予防事業等につないだ場合、卒業加算を適用する。

5 アセスメントシート

〈事例4 千葉良松戸市〉

松戸市版アセスメントシート				
日常生活機能	1	(イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	特記・課題等
	2	何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	3	番号が変わる前・構内階段を渡る	1)できる 2)何かとできる 3)できない	
	4	片足立ち(1秒)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
日常生活機能	5	食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日)	特記・課題等
	6	調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	7	掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	8	洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
日常生活機能	9	ごみ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	10	買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	11	金銭管理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	12	1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
日常生活機能	13	外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない	
	14	親戚・友人と会う・連絡する頻度	1) 回/週 2)ほとんどない	
	15	身の回りの汚れ・汚れへの配慮	1)気にしている 2)気にならなかった	
	16	情緒が不安定になることの有無	1)ない 2)情緒が不安定になることがある	
日常生活機能	17	一人きりになることへの不安	1)ない 2)一人になることが不安である	
	18	医師からの運動制限	1)ない 2)運動を制限されている	特記・課題等
	19	その他医師からの注意	1)ない 2)注意を受けている	
	20	年1回の健康診査の受診	1)受けている 2)受けていない	
日常生活機能	21	現在の健康状態	1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよくない 5)よくない	
	22	睡眠の状態	1)よく眠れる 2)眠れないことがある(睡眠薬服用 有・無)	
	23	服薬管理の状況	1)指示通り飲める 2)指示があれば飲める 3)できない	
	24	一人で洗身	1)できる 2)何かとできる 3)できない	
日常生活機能	25	一人で浴槽をまたぐ	1)できる 2)何かとできる 3)できない	
	26	口控機能の状況	1)飲みものが食べにくい 2)よくわかる 3)口が深く(喉)が合わない	
	27	歯の手入れ(歯磨き)	頻度(回/日・週・月) ・方法()	
	28	歯がまともでない	1)いいえ 2)はい	特記・課題等
日常生活機能	29	物忘れが気になる	1)いいえ 2)はい	
	30	電気機器類の操作ができる	1)できる 2)迷う 3)難しい	
	31	火の始末は心配ですか	1)心配ない 2)心配している 3)消火の経験あり	
	32	悪徳商法への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり	

運動・移動について

自ら行きたい場所に移動するための手段をとれるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通手段を用いることにより移動を行えているかどうか。

- 立ち上がりはイスからの立ち上がりについて状況
- 歩行は、5m何かにつかまらずに歩けるかどうか
- 片足立ちは、認定調査の基準である1秒を目安にバランスについての状況
- 自宅や屋外をスムーズに歩行すること(杖なし、杖あり、車イス)についての状況
- 交通機関を使って移動することについての状況

※ 項目2の「番号が変わる前に構内階段を渡りきる」については、「一般的な信号において、赤信号を待っている状態から青信号になった場合に、番号が変わる前に構内階段を渡りきるかどうか」という観点から記載する。

日常生活(家庭生活)について

家事(調理・掃除・洗濯・ごみ出し・買い物等)や住居・経済の管理、などを行っているか。

- 献立を考え、調理することについての状況
- 家事(家の掃除、洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等)についての状況
- 日常生活に必要な物品を自分で選んで買うことについての状況
- 預貯金の出し入れを行うこと、収支を把握しているか等についての状況

※ 心身の状況を原因として、やろうとしてもできない場合にのみ、「3)一部できる」「4)できない」を選択する。心身の状況からは「一部でない」「できない」とする理由がないのにやっていない場合は、「2)行っていないが能力はある」を選択する。

※ やろうとしてもできない場合のうち、全くできない又は大部分できない場合は「4)できない」を選択し、それ以外の場合は「3)一部できる」を選択する。

※ なお、「3)一部できる」「4)できない」を選択した場合は、その理由を「特記・課題等」欄に記載する。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか。また、家庭、近隣の人の人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会への参加状況や、家庭内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうか。

- 家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり、保つことについての状況
- 友人を招いたり、友人の家を訪ねることについての状況
- 家族、友人などと会話や手紙などにより交流することについての状況
- 情緒が不安定になることの有無についての聞き取り方として

「急に涙もろくなったり、怒りっぽくなったりすることはありますか」など

- 一人になることへの不安については、うつ支援が必要な状態であるかを見極めるために参考とする(将来への不安については、本人・家族の意向欄を活用する)

健康管理について

飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養などの健康管理の観点から定期受診が行われているかどうか、服薬管理や清潔・整容の保持等が必要と思われる場合、この領域でアセスメントする。

- 健康のために運動を行うことについての状況
- 歯診を受けることについての状況
- 休養に気を付けることについての状況
- 薬を飲み忘れず、管理することについての状況
- 定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗うことについての状況
- 肌や顔、歯、爪などの手入れについての状況

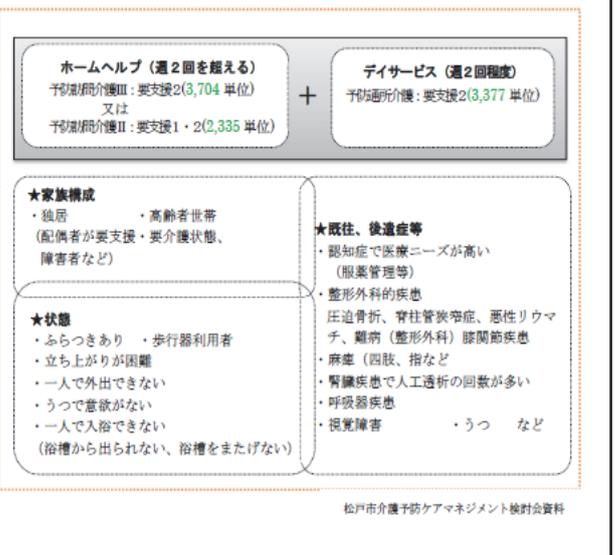
5

6 松戸市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル ①

〈事例4 千葉良松戸市〉



図7 要支援1相当の利用限度額(5,003単位)を超えてサービスを利用する可能性がある利用者の状態の例

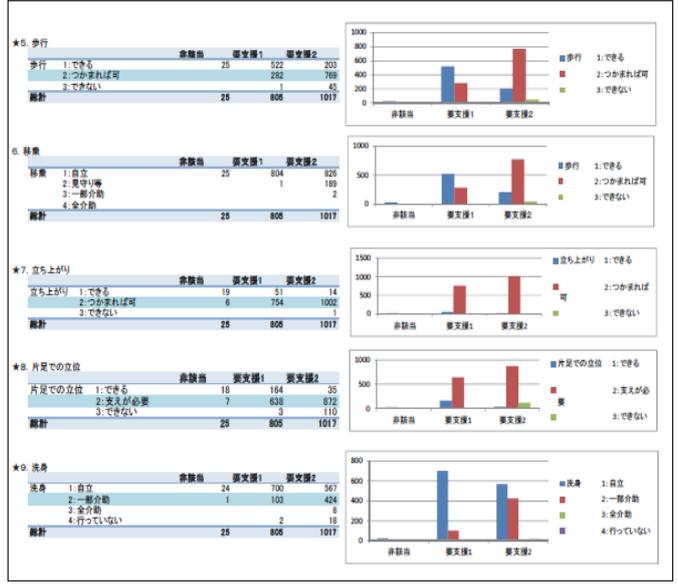


6

6 松戸市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル ②

項目	内容	評価	特記・課題等
日常生活機能	1 (イスからの)立ち上がり	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	特記・課題等
	2 何かにつかまらずに歩く(5m)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	3 片足立ち(1秒)	1)できる 2)つかまれば可能 3)できない	
	4 外出時 日用品を買い戻すまで 病院等に行くときは	1) 行ける(手段) 2)誰かに頼む 3)行けない	
日常生活機能(食事)	5 食事回数	1)3食/日 2)2食/日 3)1食/日 4)その他(食/日)	特記・課題等
	6 調理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	7 掃除	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	8 洗濯	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	9 ごみ出し	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	10 買い物	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
	11 金銭管理	1)できる 2)行っていないが能力はある 3)一部できる 4)できない	
日常生活機能(社会参加)	12 1日誰と過ごすことが多いか	1)家族・友人等 2)ほとんど一人で過ごす	特記・課題等
	13 外出する頻度(通院以外)	1) 回/週 2)ほとんど外出しない	
	14 親戚友人と会う頻度(通院と別)	1) 回/週 2)ほとんどない	
	15 身の回りの汚れ・汚れへの配慮	1)気にしない 2)気にするがなくなった	
	16 機嫌が不安定になることの頻度	1)ない 2)情緒が不安定になることがある	
	17 一人きりになることへの不安	1)ない 2)一人になることが不安である	
	日常生活機能(身体)	18 医師からの運動制限	1)ない 2)運動を制限されている
19 その他医師からの注意		1)ない 2)注意を受けている	
20 年1回の健康診査の受診		1)受けている 2)受けていない	
21 現在の健康状態		1)よい 2)まあよい 3)普通 4)あまりよい 5)よくない	
22 睡眠の状態		1)よく寝れる 2)寝れないことがある(睡眠薬服用有・無)	
23 服薬管理の状況		1)指示通り飲める 2)指示があれば飲める 3)できない	
24 一人で洗身		1)できる 2)何とかできる 3)できない	
25 一人で排泄まで		1)できる 2)何とかできる 3)できない	
26 口腔機能の状況		1)残りの食べべに、2)よくむせる 3)口が渇く 4)嚥下が難しい	
27 歯の手入れ(歯磨き) 頻度(回/日・週/月)・方法()			
日常生活機能(認知)	28 食話がまとまらない	1)いいえ 2)はい	特記・課題等
	29 物忘れが気になる	1)いいえ 2)はい	
	30 電気機器類の操作ができる	1)できる 2)迷う 3)難しい	
	31 火の始末は心配ですか	1)心配ない 2)心配している 3)消防団の経験あり	
32 悪徳商法への注意	1)注意している 2)注意していない 3)被害経験あり		

○項目の決定に当たって
 ・26年度まで使用していた2次予防介護予防ケアマネジメントのアセスメント項目
 ・松戸市の要支援1・2の方の認定調査結果を分析
 ・ケアマネジメント検討会での意見



7

6 松戸市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル ③

利用者本人の意向を踏まえつつ、サービス事業対象者を決定する基本チェックリストの該当項目や利用者基本情報・アセスメントの記載内容等に沿って、利用するサービスや参加する活動を判断。高齢者の心身の状況等に応じた多様なサービスの利用や活動への参加につなげ、介護予防を推進。
 ※ 実際の判断に当たっては、この基準を参考にしつつ、利用者個々人の多様な状況等に即して判断を行う。

分類	対象者判定基準	想定されるサービス・活動の例
①複数項目に支障	No.1～20のうち10項目以上該当	・②～⑦のうち該当又は該当に近い基準に対応するサービス・活動。 ・必要に応じて、複数のプログラムを提供を検討。
②運動機能低下	No.6～10のうち3項目以上該当	・通所型サービス(短期集中予防・運動機能向上)
③低栄養状態	No.11～12のすべてに該当	・通所型サービス(短期集中予防・栄養改善)
④口腔機能低下	No.13～15のうち2項目以上該当	・通所型サービス(短期集中予防・口腔機能向上)
⑤閉じこもり	No.16に該当	・通所型サービス(地域の通いの場) ・地域の各種活動(ホラティブ、就労、老人クラブ等) ・訪問型サービス(短期集中予防)
⑥認知機能低下	No.18～20のうち1項目以上該当	・通所型サービス(短期集中予防・認知症予防) ・通所型サービス(地域の通いの場) ・地域の各種活動(ホラティブ、就労、老人クラブ等)
⑦うつ病の可能性	No.21～25のうち2項目以上該当	・通所型サービス(地域の通いの場) ・地域の各種活動(ホラティブ、就労、老人クラブ等) ・受診勧奨の必要性判断 ・専門相談(窓口)紹介

※⑤、⑦の場合に、単に通いの観点から通所型サービス(短期集中予防)を利用することはできない。



分類	対象者判定基準	想定されるサービス・活動の例
①身体介護の必要性が高い	以下のいずれかに該当 ア、項目1・2・3・23・24のいずれかで「3」があること イ、項目24が「2」以上であること	・通所型サービス(短期集中予防・運動機能向上) ・介護予防通所介護相当サービス ・介護予防訪問介護相当サービス ※③の判定基準に該当する場合のみ家事援助の実施も可能。
②機能訓練の必要性が高い	項目1・2・3・23(全5項目)のうちの2項目以上が「2」以上である	・通所型サービス(短期集中予防・運動機能向上等) ・介護予防通所介護相当サービス
③家事援助の必要性が高い	以下のいずれにも該当 ア、利用者が単身であること、又は、同居の家族等に「障害・疾病その他やむを得ない理由」があつて家事の実施が困難であること(利用者基本情報より) イ、項目6～10のうちの2項目以上が「3」以上であること	・通所型サービス(短期集中予防・運動機能向上) ・通所型サービス(短期集中予防・認知症予防) ・訪問型サービス(家事援助)
④閉じこもりの必要性が高い	項目12・13・14のうちの1項目以上が「2」以上である	・通所型サービス(地域の通いの場) ・地域の各種活動(ホラティブ、就労、老人クラブ等) ・訪問型サービス(短期集中予防)
⑤うつ予防の必要性が高い	項目16・17のうちの1項目以上が「2」である	・通所型サービス(地域の通いの場) ・地域の各種活動(ホラティブ、就労、老人クラブ等) ・受診勧奨の必要性判断 ・専門相談(窓口)紹介
⑥認知症予防の必要性が高い	以下の6項目のうち2項目以上に該当 項目11が「3」以上 項目15・22・27～30が「2」以上である	・通所型サービス(短期集中予防・認知症予防) ・通所型サービス(地域の通いの場) ・地域の各種活動(ホラティブ、就労、老人クラブ等)

※④、⑤の場合に、単に通いの観点から通所型サービス(短期集中予防)を利用することはできない。

《基本チェックリストについて》
 ・基本チェックリストの該当項目のみで、サービスの利用を判断しない。
 ・該当項目の状況により、低下している機能の目安として活用する。
 《全体的な留意事項》
 ・新たなサービス事業対象者には、能力を最大限活用しつつ、住民主体による支援や短期集中予防サービスの利用、地域の各種活動への参加等を促す。

6 松戸市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル ④

介護予防サービス・支援計画書（1）

初回・紹介・継続 / 認定済・申請中 / 要支援1・要支援2 地域支援事業

利用者名 様 生年月日 年 月 日 被保険者番号 担当地域包括支援センター：
 計画作成者氏名 計画作成事業者・事業者名及び所在地：
 計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日) 認定年月日 年 月 日 認定有効期限 年 月 日～ 年 月 日

目標とする生活 1日 1日:具体的で達成感が得られる内容 1年 1年:生きがいや楽しみをもとにした達成したい目標(実現可能なもの)

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向(本人・家族)
運動・移動について ・自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して移動できるかどうか ・自宅や屋外をスムーズに歩行できるか ・交通機関を使って移動できるか 等 「現在、自分で(自力で)実施しているか否か」「家族などが介助を必要とする場合は、どのように介助され実施しているか」等についてアセスメントする。 「〇〇は何か?」「●●は行っている」	各アセスメント領域において本人、家族に確認した意欲 本人:〇〇 家族:〇〇 「●●でできるようにしたい」「自分で〇〇ができるようにしたい」	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 課題があると判断した場合は「有」にチェック 特に問題がないと判断した場合は「無」にチェック ・領域における特徴的な背景とこれによって生じる活動や参加の苦労や困難さを把握する 「〇〇の低下が見られ●●を行うのが難しい」等。 (〇〇)には健康状態や心身機能、背景因子が、●●には活動や参加が入る	各領域を統合して全体像としてとらえる 悪循環の予測「〇〇の進行により●●などもできなくなる恐れがある。」 「現在のままの生活を続けると●●の状況に陥る可能性がある」等 (〇)には健康状態や心身機能が●には活動や参加がはいる	総合的な各課題に対し、専門職等としての提案・評価で具体的なものを記載する 生活機能の低下の原因となっていることへの対策のみではなく、本人の持っている強さを活かされる内容にする 目標:〇〇〇〇〇 具体策:〇〇〇〇	専門職等が提案したことに対し、本人・家族の思い等をそのままの言葉で記載する
日常生活(家庭生活)について ・日常に必要な品物を自分で選んで買えるか ・風呂を考え、調理できるか ・家事(家の掃除、洗濯、ごみ捨て、植物の水やり等)についての状況 ・預貯金の出し入れを行うことについての状況					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ・家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり、保つことができるか ・友人を招いたり、友人家を訪問しているか ・家族、友人などと会話や手紙などの交流 ・地域での役割(老人クラブや町内会等) ・趣味や楽しみがあり続けられているか		・今後の「悪化の危険性」や「改善の可能性」の予測についても記載する 「〇〇のおそれがある」「〇〇の可能性はある」等			
健康管理について ・健診を受けているか ・休養を気をつけているか ・薬を飲み忘れず、管理できているか ・定期的に入浴、またはシャワーで身体を洗っているか ・肌や顔、歯、爪などの手入れの状況		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

6 松戸市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル ⑤

介護予防サービス・支援計画書（2）

被保険者番号

利用者名

様

生年月日 年 月 日

目 標	目標についての支援のポイント	支 援 計 画			
		本人等のセルフケアや家族の支援、インフォrmalサービス	介護保険サービス または 地域支援事業	サービス種別	事業所
支援計画(1)で合意された目標を記載する 「課題に対する目標と具体策について合意が得られた場合には、提案した「目標」を転記する モニタリングにおいては、この「目標」について評価を行うため、客観的に評価が行えるよう具体的に記載する	・目標に対する支援のポイントとして、家族を含む支援者共通の「支援実施」における安全管理上のポイントを記載する	本人が自ら取り組むことや家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力等を記載する。 誰が何をするか、具体的に記載する	各サービス種別の趣向が行う具体的なサービス内容を記載する 例) ・介護保険給付以外での外出支援 ・介護保険での入浴介助等	サービス種別を具体的に記載する 加算についても記載する ・サービスを提供する事業所名を記載する ・家族、地域、介護保険以外のサービスについても誰が行うかが明記する	「支援内容」掲げた支援をどの程度の「期間」で実施するか記載(〇月〇日～〇月〇日) 期間設定は「認定有効期間」に配慮して設定する。

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意が得られない場合は、本来の支援をできるような働きかける具体的な手順や方針を書くなど、その内容の実現に向けた方向性を記載

【総合的な援助方針】
(生活不活発病の改善・予防のポイント)

生活がより生き生きとその人らしくなるために利用者、家族、計画作成者、サービス担当者が取り組んでいく、共通の方向性や留意すべき点を記載する

地域包括支援センター

【意見】

各担当地域包括支援センターからコメントをもらってから、「計画に関する同意」欄に署名をもらう

【確認印】

【本来行うべき支援が実施できない場合】
(適切な支援の実施に向けた方針)

【計画に関する同意】
介護予防サービス・支援計画書について同意いたします。

平成 年 月 日 氏名

6 松戸市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル ⑥

松戸市版 運動器機能向上等プログラム参加に係るチェックシート
氏名()

A この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をされましたか？
(「はい」または「いいえ」に○をつける)

はい いいえ

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)

重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)

心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)

糖尿病、呼吸器疾患などのため

骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため

その他(具体的に記入ください)

B あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？(「はい」または「いいえ」に○をつける)

はい いいえ

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)

重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)

心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)

糖尿病、呼吸器疾患などのため

骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため

その他(具体的に記入ください)

C 以下のご質問にお答えください(「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける)

C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
C2	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	わからない <input type="checkbox"/>
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	わからない <input type="checkbox"/>
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	わからない <input type="checkbox"/>
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	

11

6 松戸市版 介護予防ケアマネジメントマニュアル ⑦

<p style="text-align: center;">介護サービス利用時診断書利用の手引き 2015年7月 松戸市医師会在宅ケア委員会</p> <p>ケアマネジャー、介護サービス事業所の皆様へ</p> <p>松戸市医師会では、「介護サービス利用時診断書」を作成しています。 これは、介護保険の居宅サービス事業者が、利用者の身体状況を知るために医師に意見を求めるときに使用するものです。松戸市内での介護サービス利用において、共通で使用することを推奨します。 本診断書は、介護サービスを受けるにあたり、必要性の高い医療情報を特に選んで掲載しています。本診断書の共通利用で、利用者の負担の軽減がはかられます。多くの介護サービス事業者にご利用いただければ幸いです。</p> <p>留意事項</p> <p>① 通所介護・通所リハビリテーション・短期入所・訪問入浴・小規模多機能型居宅介護・総合事業の通所型サービス等のサービス利用時診断書を想定しています。</p> <p>② 利用者は初回利用時に介護サービス事業所に提出することになっています。</p> <p>③ 診断日より一年間有効です。</p> <p>④ 複数の事業所に提示が可能です。</p> <p>⑤ 事前に、利用するサービス事業所にこの書式でよいか確認の上、ご利用下さい。</p> <p>⑥ 利用者が検査の必要性を理解の上、医師に依頼できるよう、事業所として介護サービス利用時診断書以外の検査が必要な場合は、その根拠を利用者に説明して下さい。</p>	<p style="text-align: center;">介護サービス利用時診断書</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>利用者氏名</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> <td>電話</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td colspan="4">病名(症状)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">既往歴</td> </tr> <tr> <td>診 断 項 目 等</td> <td colspan="3"> (1) 喀痰検査または胸部X線検査で結核の疑いが (有る 無し) (2) 疥癬を示唆する所見が (有る 無し) (3) MRSA 感染症状が (有る 無し) (MRSA の症状がない場合は保菌の有無の確認も不要です) 「有り」の場合は、その部位を記載してください (部位 ;) (4) 入浴の可否 (可 否) </td> </tr> <tr> <td colspan="4">入浴およびリハビリテーションが可能な場合は血圧・体温をご教示ください。 収縮期血圧 mmHg 以上、 mmHg 以下で入浴可能 体温 ℃以下で入浴可能</td> </tr> <tr> <td colspan="4">その他注意事項記入欄</td> </tr> <tr> <td colspan="4">上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(松戸市介護サービス共通)</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">初回利用時のみ提出・診断日より一年間有効 松戸市医師会在宅ケア委員会²</td> </tr> </table>	利用者氏名		生年月日		住所		電話	()	病名(症状)				既往歴				診 断 項 目 等	(1) 喀痰検査または胸部X線検査で結核の疑いが (有る 無し) (2) 疥癬を示唆する所見が (有る 無し) (3) MRSA 感染症状が (有る 無し) (MRSA の症状がない場合は保菌の有無の確認も不要です) 「有り」の場合は、その部位を記載してください (部位 ;) (4) 入浴の可否 (可 否)			入浴およびリハビリテーションが可能な場合は血圧・体温をご教示ください。 収縮期血圧 mmHg 以上、 mmHg 以下で入浴可能 体温 ℃以下で入浴可能				その他注意事項記入欄				上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印				(松戸市介護サービス共通)		初回利用時のみ提出・診断日より一年間有効 松戸市医師会在宅ケア委員会 ²	
利用者氏名		生年月日																																			
住所		電話	()																																		
病名(症状)																																					
既往歴																																					
診 断 項 目 等	(1) 喀痰検査または胸部X線検査で結核の疑いが (有る 無し) (2) 疥癬を示唆する所見が (有る 無し) (3) MRSA 感染症状が (有る 無し) (MRSA の症状がない場合は保菌の有無の確認も不要です) 「有り」の場合は、その部位を記載してください (部位 ;) (4) 入浴の可否 (可 否)																																				
入浴およびリハビリテーションが可能な場合は血圧・体温をご教示ください。 収縮期血圧 mmHg 以上、 mmHg 以下で入浴可能 体温 ℃以下で入浴可能																																					
その他注意事項記入欄																																					
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印																																					
(松戸市介護サービス共通)		初回利用時のみ提出・診断日より一年間有効 松戸市医師会在宅ケア委員会 ²																																			

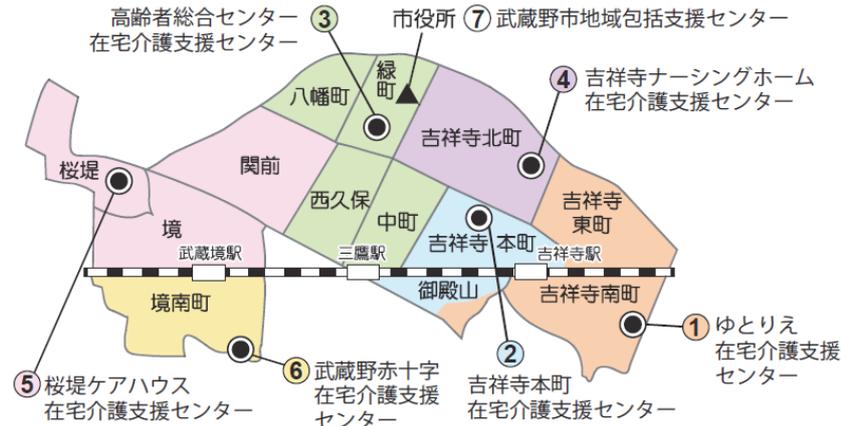
12

はじめに 武蔵野市のこと

〈事例5 東京都武蔵野市〉

人口 143,251人（10月1日現在）

65歳以上高齢者数 31,093人（高齢化率 21.7%）



○本庁に市直営の基幹型地域包括支援センターを設置

○6か所の在宅介護支援センターに地域包括支援センターを併設

〈事例5 東京都武蔵野市〉

介護保険施行時に介護保険条例とともに「高齢者福祉総合条例」を制定

介護保険制度開始以前から、ボランティアによる配食サービス（昭和48年～）や福祉公社による有償在宅サービス（昭和56年～）、在宅介護支援センターを中心とした小地域完結型の福祉サービス等を提供してきたが、介護保険制度は高齢者介護の一部しか担えないとの考え方から、平成12年に「介護保険条例」制定と同時に、高齢者の生活を総合的に支えるまちづくりの目標として、介護保険外の日常生活支援サービスや移送、居住継続支援、介護予防、社会参加促進、施設整備等を網羅した「高齢者福祉総合条例」を制定。

武蔵野市高齢者福祉総合条例（平成12年3月22日条例第21号）

（基本理念）

第2条 市は、施策の実施にあたっては、高齢者の尊厳を重んじなければならない。

2 市は、高齢者が住み慣れた地域で、安心していきいきと暮らせるまちづくりを推進する。

3 市は、自助・共助・公助の考え方に基づき、市民、市その他関係機関のそれぞれの役割分担を定め、社会資源の活用並びに保健、医療及び福祉の連携を図るよう努める。

4 市民は、自ら健康で豊かな高齢期を迎えることができるよう努める。

介護保険制度施行当時から、現在の地域包括ケアと同様の理念を打出し、地域全体で高齢者を支える仕組みの構築を推進。

武蔵野市のこれまでの取り組み

テンミリオンハウス

地域での見守りやつながりが必要な高齢者が、要介護度等の有無に関わらず通える「近・小・軽」（市民の身近にあり、小規模で、軽快なフットワークを生かす）の施設。市の施設や民家などを活用して、NPOや住民組織等が、市からの年間1,000万円を上限とした補助金によってミニデイサービス等を実施。運営団体や地域の特性により、喫茶や世代間交流、緊急ショートステイなども実施。



不老体操

公衆浴場（銭湯）の脱衣場で体操。体操後には無料で入浴もできる。公衆浴場を高齢者の健康づくりやレクリエーション等の自主的な活動の場として提供。

武蔵野市のこれまでの取り組み

ムーバス

市内の交通空白地帯を小型のバスが運行。高齢者、障害者、子育て世代などが気軽にまちに出られるようにすることを目的に、全国に先駆けて1995年に運行開始。



レモンキャブ

バスやタクシー等の公共交通機関を利用することが困難な高齢者、障害者の外出を支援。商店主（有償ボランティア）が運転手となり、ドアツードアのサービスを提供。

地域リハビリテーションの考え方に基づく施策の推進

【武蔵野市第五期長期計画（平成24年度～33年度）】＜重点施策 地域リハビリテーションの推進＞
「すべての市民が、生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活に関わる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を越えて連携し、継続的で体系的な支援を行っていくことができる仕組みづくりに最優先で取り組む。」→この考え方が市のあらゆる施策のベースに

＊地域リハビリテーション

WHOにより、community based rehabilitation (CBR) としてマニュアル化された支援技法を基に、本市においては、市が目指す支援のあり方として、三つの基本理念を掲げている。①すべての市民が、その年齢や状態に関わらず、住み慣れた地域で、本人の意思に基づいて安心して生活が続けられるような支援、②ライフステージに応じた、継続的、かつ体系的な支援、③保健・医療・福祉・教育など、地域生活に関わるあらゆる組織、人が連携した体系的な支援。



【武蔵野市高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画（平成27年度～29年度）】
地域包括ケアシステムを「まちぐるみの支え合いの仕組みづくり」として位置付け、自助、共助、公助のバランスある取組みを市民と行政が一体となって推進。
＜2025年に向けて武蔵野市が目指す高齢者の姿＞

武蔵野市では

- いつまでもいきいきと健康に
- ひとり暮らしでも
- 認知症になっても
- 中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で生活を継続できる

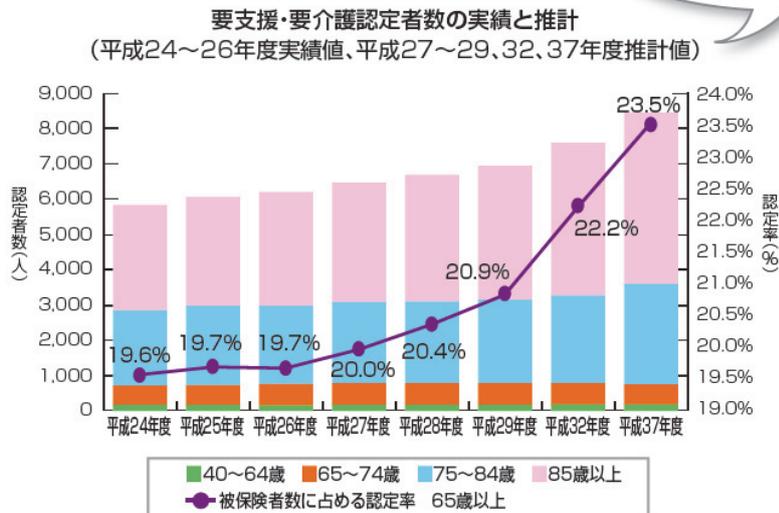
そのために

「高齢者にとっては、社会参加こそが最も効果的な介護予防や健康寿命の延伸につながるという考え方にに基づき、支えられる側と支える側という関係性を越えて、高齢者も支え手となって地域を支えていくような地域づくりを目指します。」

要支援・要介護認定率の推移（実績と推計）

65歳以上の方の5人に1人(19.7%)、75歳以上の3人に1人(34.7%)が要介護認定を受けています

介護保険サービスを必要とする高齢者が増えています！！



- 65歳以上の方の中に占める75歳以上の方の人口割合

東京都平均	47.3%
武蔵野市	51.0%
- 65歳以上の方が要支援・要介護認定を受ける割合

東京都平均	17.9%
武蔵野市	19.7%
- 75歳以上の方が要支援・要介護認定を受ける割合

東京都平均	33.5%
武蔵野市	34.7%



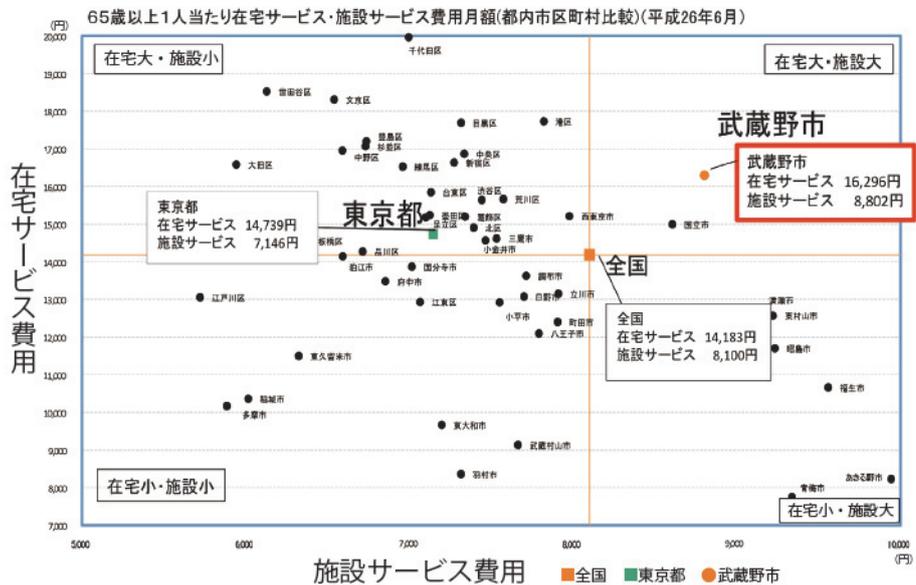
武蔵野市は、東京都平均と比べ、高齢者に占める後期高齢者(75歳以上)の割合、認定者の割合が高くなっています。

武蔵野市発行リーフレット「平成27年度より介護保険制度が変わります！」より

バランスを考慮しながらサービスを拡充、整備

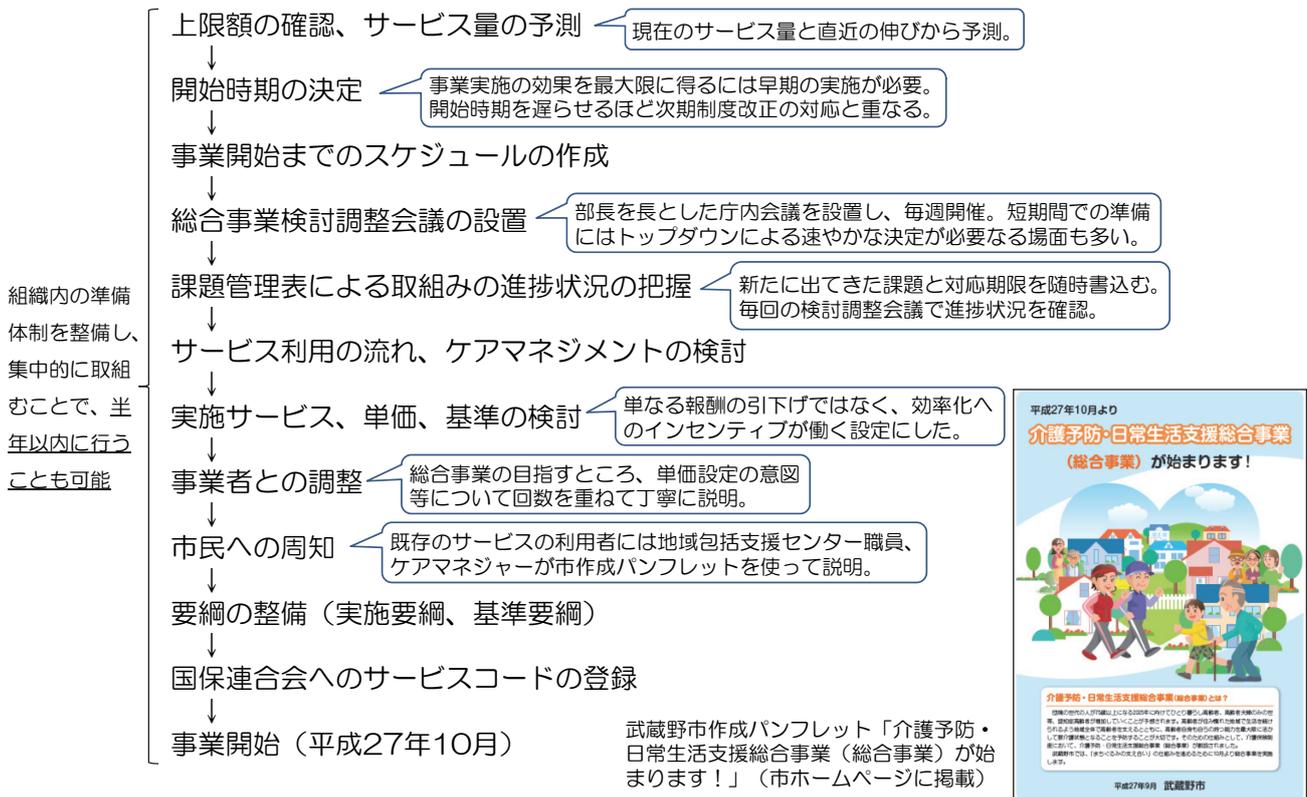
在宅サービス・施設サービスの利用率・給付額が全国平均を上回っています

- 武蔵野市は介護保険制度開始直後から、在宅サービス・施設サービスともに拡充・整備を行ってきました。
- そのため、全国平均、東京都平均と比べ、1人当たりの給付額が高く、サービスが充実しています。
- 第6期でも、在宅と施設のバランスに考慮しながら、多機能な中・重度要介護者向けサービスを充実していきます。



武蔵野市発行パンフレット「平成27年度より介護保険制度が変わります！」より

どのように総合事業への移行を進めたか（事業開始までのステップ）



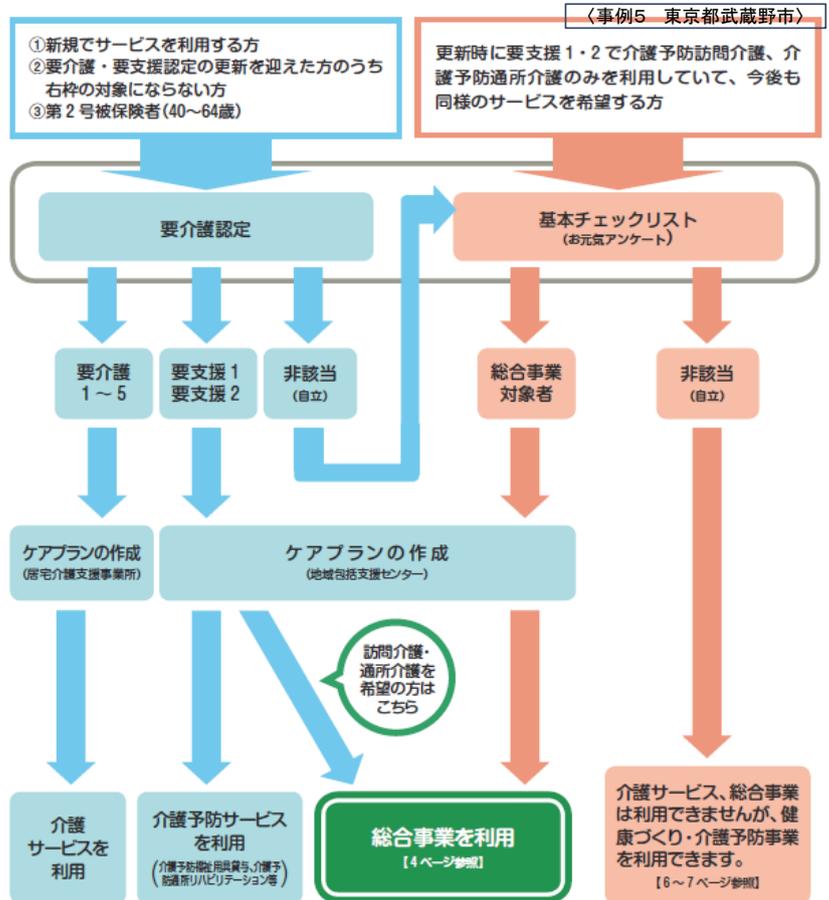
総合事業の利用までの流れ

- 新規の利用者は要介護認定を受ける。
 - 認定を受けることは被保険者の権利。
 - 窓口の職員の経験やスキル等によって判断に差が出ることを避けられる。
 - 認定を受けることで主治医意見書の情報が得られる。

- 認定調査の際に基本チェックリストも同時に実施。認定結果が非該当となった場合には基本チェックリストの結果が有効となる。

- 更新時はチェックリストのみで総合事業を利用することも可。（更新の際には在宅介護支援センターの職員が訪問するため、適切な判断、案内ができる。）

武蔵野市発行パンフレット「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）が始まります！」より



サービス類型

	類型	提供主体	備考
訪問	現行の介護予防訪問介護相当 (予防給付からの移行)	訪問介護事業所	(後述)
	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	訪問介護事業所、福祉公社、 シルバー人材センター	(後述)
	訪問型サービスB (住民主体によるサービス)	—	訪問型サービスAで住民によるサービスも提供するため、B型は実施しない。
	訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	—	
通所	現行の介護予防通所介護相当 (予防給付からの移行)	通所介護事業所	(後述)
	通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	通所介護事業所	(後述)
	通所型サービスB (住民主体によるサービス)	—	テンミリオンハウス等の住民主体の施設が既にあり、今後も自由来所型(ケアプランを必要としない)施設としての位置付けを変える必要がないため、B型は実施しない。
	通所型サービスC (短期集中予防サービス)	通所介護事業所等	モデル事業(平成28年1月~3月)での費用対効果等を検証し、本格実施に移行するかを検討する。
ケアマネジメント	原則的なケアマネジメント	地域包括支援センター	総合事業においても従前と同等のケアマネジメントの水準を維持するため、「原則的」のみ実施。
	簡略化したケアマネジメント	—	
	初回のみケアマネジメント	—	

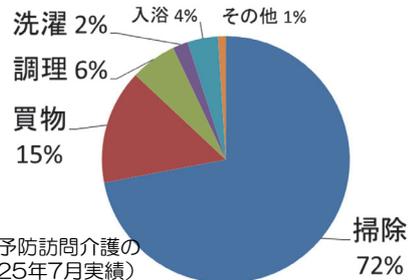
武蔵野市独自にヘルパーを養成

【訪問型サービスを展開する上での課題】

- 今後、介護人材が不足することが予想されるため、スキルを持った（有資格の）ヘルパーは専門性を要する中重度の高齢者の介護へシフトしていく必要がある。（軽度者に対するヘルパーを独自に確保しなければ、訪問型サービスの提供が困難になることが予想される。）
- 多様な主体によるサービスを拡充する必要があるが、支援の質の担保も求められる。

【総合事業実施前の状況】

介護予防訪問介護の援助内容の9割以上が「家事援助」
→必ずしも高度な専門性が求められる援助ではない。
（有資格者でなくても提供が可能。）



武蔵野市における介護予防訪問介護の援助内容の内訳（平成25年7月実績）

市の指定する研修を修了した市民を「武蔵野市認定ヘルパー」として認定

- 介護福祉士やヘルパー2級等の資格を有していない人でも、市が指定する研修（講義（3日間計18時間程度）及び実習）を受講することで、「武蔵野市認定ヘルパー」（家事援助のみを提供）として働くことが可能。（福祉公社、シルバー人材センター等に登録。）
- 「軽度者に対するサービスの人材確保」、「支援の質の担保」、「まちぐるみの支え合いの推進」を同時に実現。

訪問型サービス単位・基準等

		現行の介護予防訪問介護相当	緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA） ＜「いきいき支え合いヘルパー」＞
単位	単位	介護予防訪問介護費（Ⅰ）1,168単位/月 介護予防訪問介護費（Ⅱ）2,335単位/月 介護予防訪問介護費（Ⅲ）3,704単位/月	訪問介護（有資格者） 250単位/回 訪問介護（研修修了者*） 200単位/回 *武蔵野市認定ヘルパー
	円/単位	11.05円	11.05円
基準		管理者 専従1人（兼務可） 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上 サービス提供責任者 40人毎に1人（専従、兼務可）	管理者 専従1人（兼務可） 訪問介護員等 常勤換算2.5人以上（兼務可） サービス提供責任者 1人以上（専従、兼務可）
対象者		ケアマネジメントにおいて身体介護や特別な対応が必要と判断された被保険者	左記の対象者以外
その他			提供時間は45分以上60分未満

通所型サービス単位・基準等

		現行の介護予防通所介護相当	緩和した基準によるサービス（通所型サービスA）
単位	単位	要支援1 1,647単位/月 要支援2 3,377単位/月	送迎なし（1時間30分以上3時間未満） 324単位/回 送迎あり（1時間30分以上3時間未満） 364単位/回 送迎なし（3時間以上） 343単位/回 送迎あり（3時間以上） 383単位/回（現在、調整中）
	円/単位	10.68円	10.68円
基準	人員	管理者 常勤・専従1人以上（兼務可） 生活相談員 専従1人以上 看護職員 専従1人以上 介護職員 利用者15人まで専従1人以上 （15人超は5人毎に専従1人以上） 機能訓練指導員 1人以上	管理者 常勤・専従1人以上（兼務可） 介護職員 利用者15人まで専従1人以上 （15人超は5人毎に専従1人以上）
	設備	食堂・機能訓練室・静養室・相談室・事務室	サービスを提供するために必要な場所
対象者		ケアマネジメントにおいて看護職等による特別な対応が必要と判断された被保険者	左記の対象者以外

介護予防ケアマネジメントの様式の工夫

- 予防給付を利用する場合、従来の「介護予防サービス計画」の様式を使用（予防給付と総合事業のサービスを併せて利用の場合も同様）
- 総合事業のサービスのみ利用の場合、「介護予防ケアマネジメント」の様式（武蔵野市独自）を使用

介護予防サービス計画	介護予防ケアマネジメント
アセスメント用情報収集シート	総合事業・介護予防サービス・支援計画表 （武蔵野市独自様式） <ul style="list-style-type: none"> ・1枚でアセスメントから6か月後の評価まで対応 ・利用者（本人）が主体的に目標設定を行い、その達成を図ること（セルフマネジメント）を支援 ・「現在の状況」と「評価」の内容についてのチェック項目を作成
基本チェックリスト（お元気アンケート）	
A表 介護予防サービス・支援計画表（1/3）	
B表 介護予防サービス・支援計画表（2/3）	
C表 介護予防サービス・支援計画表（3/3）	
D表 介護予防週間支援計画表	介護予防サービス計画のD表を活用
E表 介護予防支援経過記録 （サービス担当者会議の要点含む）	介護予防サービス計画のE表を活用
F表 介護予防サービス・支援評価表	—

総合事業・介護予防サービス・支援計画表

利用者名 _____

様

計画作成(変更)日 _____ 年 月 日

【健康状態について: 主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

【お元気アンケート結果】

運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防

現在の状況について	いずれかに○を付けて下さい	集計	できるようになると良いこと、目標、そのための取り組みなど	6か月後(評価日)	集計	
運動・移動について			ご本人	(年 月 日)		
1 自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	はい いいえ			1	はい いいえ	
2 屋外を安全に歩くことができますか	はい いいえ			2	はい いいえ	
3 15分くらい続けて歩けますか	はい いいえ			3	はい いいえ	
4 階段などの段差を何もつかまらずのぼれますか	はい いいえ			4	はい いいえ	
5 交通機関を利用して出かけていますか	はい いいえ	/5		5	はい いいえ /5	
日常生活(家庭生活)について			サービス提供事業所			
6 食事の用意は自分でしていますか	はい いいえ			6	はい いいえ	
7 洗濯を自分でしていますか	はい いいえ			7	はい いいえ	
8 整理整頓や掃除を自分でしていますか	はい いいえ		サービス提供事業所	8	はい いいえ	
9 日用品の買い物を自分でしていますか	はい いいえ			9	はい いいえ	
10 預貯金の出し入れや支払いを自分でしていますか	はい いいえ	/5		10	はい いいえ	/5
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて			ケアマネジャー			
11 1週間に1回以上外出していますか	はい いいえ			11	はい いいえ	
12 家族や友人と1日1回以上話をしていますか	はい いいえ			12	はい いいえ	
13 趣味や楽しみで続けていることがありますか	はい いいえ			13	はい いいえ	
14 地域活動で何か参加していることはありますか	はい いいえ			14	はい いいえ	
15 テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	はい いいえ	/5		15	はい いいえ /5	
健康管理について			地域包括支援センター			
16 健康であると思いますか	はい いいえ			16	はい いいえ	
17 定期的を受診していますか	はい いいえ			17	はい いいえ	
18 トイレの失敗はありませんか	はい いいえ			18	はい いいえ	
19 夜はよく眠れますか	はい いいえ			19	はい いいえ	
20 もの忘れが気になりますか	はい いいえ	/5		20	はい いいえ /5	
その他の事項について		計			計	
21		/20	21		/20	

【ご本人記入欄】総合事業・介護予防サービス・支援計画について、同意します。
 _____ 年 月 日
 氏名 _____ 印 _____

武蔵野市独自の事業者指定制度を創設

サービス提供主体の多様化の中で、介護保険で指定を受けていない事業者（国保連合会を通して報酬を請求することができない事業者）を総合事業のサービス提供主体として位置付ける必要が出てくる。



従来のように事業者と委託契約を結んで事業を実施すると、市が債権管理を行う必要があるため、利用者の増加に伴い市職員の事務負担も増加する。また、利用料を差し引いて委託料を支払う方法では地方自治法の総計予算主義の原則に反することになる。

【参考】地方自治法第210条

「一会計年度における一切の収入及び支出は、すべてこれを歳入歳出予算に編入しなければならない。」



これを解決するために

介護保険と同様の事業者指定制度を武蔵野市独自に創設

○市が独自に基準を設定し、事業者を指定。

○国保連合会の機能を市が担う。（事業者は、市に請求を行い、代理受領により市から事業費の支給を受ける。）

○利用料の請求等は事業者が直接、利用者に対して行う。

生活支援コーディネーターを最大限に活かす

第1層の生活支援コーディネーターを平成26年4月より基幹型地域包括支援センター（市直営）に配置。
→生活支援コーディネーターが地域で得た情報を即時に総合事業担当や地域包括支援センターで共有し、既存事業の見直しや新たな施策の検討に直結させることが可能。

*第2層については平成28年度より在宅介護支援センターに併設の地域包括支援センターに配置予定。

〈地域資源のコーディネートにおいて重要なこと〉

- 地域の「機微」に配慮する。（地域の中には複雑な関係があり、そのことへの十分な配慮が不可欠。）
- 地域との関係づくりや地域の課題の解決には時間が必要。



こうしたことへの十分な理解があり、武蔵野市内において地域活動の支援（地区社協担当、ボランティアセンター業務等）を行ってきた経験豊富な社会福祉士を第1層のコーディネーターとして配置（市民社会福祉協議会からの派遣）

生活支援コーディネーターの活動の例

- 高齢者サロンに出向き、利用者からの相談への対応、日常会話の中からの地域課題の把握等を行う。
- 支援が必要な高齢者を在宅介護支援センターにつなぐ、または他の相談機関（民間を含めた社会資源）を紹介する。
- 新たな高齢者向けの活動（サービス）を予定している市民や団体からの相談に応じ、活動の立上げと一緒に取り組む。
- 既存の高齢者向けの活動に参加し、運営する市民や団体との関係形成や定期的な情報交換を行う。

地域の社会資源をつなぐ

地域貢献をしたいと考えているが、実際の活動にまでは至っていない地域住民や団体は少なくない。



- 地域貢献への潜在的な意欲を見つけ出し、実際の活動へと発展させるきっかけを作ることが、多様な主体による支援を広げていくうえで不可欠。
- 異なる社会資源をつなぐことで新たな形の支援が生まれることもある。

〈地域の社会資源をつないだ例〉

柔道整復師会が通常の業務以外で地域貢献をする場を探していることを把握。

+

有料老人ホームから、「普段あまり使われていないロビーを地域住民に開放し、地域に開かれた施設にしたい」との申し出がある。

↓

市が両者を結び付け、2つの団体のコラボレーションによる支援がスタート。

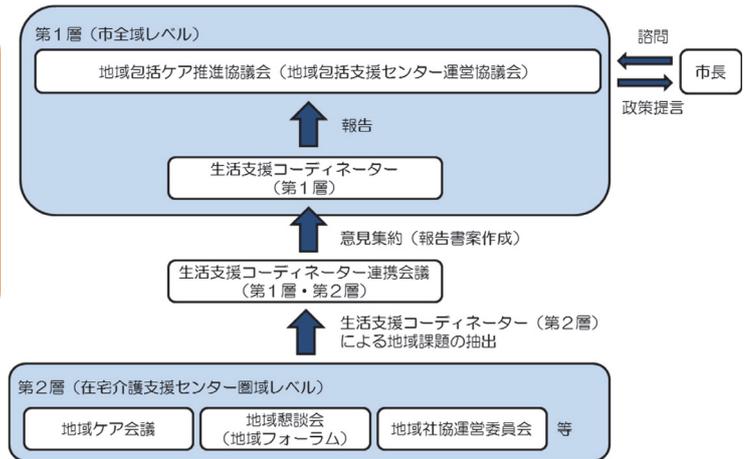


協議体をどのように考えるか

〈設置に向けての課題〉

- 協議内容に実効性を持たせる。（会議のための会議としない。）
- 議論されたことをオーソライズされた政策提言とする。（単なる意見で終わらせない。）
- 協議体と生活支援コーディネーターの有機的な連動を図る。
- 既存の会議体を活用し、会議体の乱立を防ぐ。

武蔵野市における協議体の設置案



〈全体の構成（案）平成28年度より〉

- 既存の地域包括支援センター運営協議会を、地域包括ケアシステム全般について協議する「地域包括ケア推進協議会」に発展、拡充し、協議体の第1層に位置付ける。
- 地域ケア会議等を第2層の協議体に位置付け、第2層の生活支援コーディネーターが参加。
- 生活支援コーディネーター連携会議（第1層・第2層）で地域課題の意見集約を行う。
- 第1層の生活支援コーディネーターが「地域包括ケア推進協議会」に報告。
- 「地域包括ケア推進協議会」から市長に答申の形で政策提言を行う。

介護予防事業の整理、体系化

【現状】

複数の部署（団体）でバラバラに介護予防事業を実施

- 連携や情報の共有が図られていないため、内容や対象が似通った事業が実施されている。
- 同じ利用者が複数の事業に参加するケースが多いが、参加状況の全体がつかめていない。
- 利用者の状態が変化した際に、他の事業への利用者の移行がスムーズにできていない。

総合事業の開始にあわせて

関係部署、団体に構成する介護予防事業連絡調整会議を設置（月1回開催）

〈メンバー〉高齢者支援課、健康課、生涯学習スポーツ課、健康づくり支援センター、社会活動センターの職員

- 全庁的な視点からの事業の整理
- 介護予防事業のデータベースの作成（事業の体系化、見える化）
- 効果測定マニュアルの作成（実施方法の統一化により事業の比較や利用者の移行を容易にする）
- 参加者の情報の共有化についての検討
- 自主グループ化（卒業）についての考え方の整理
- 書式等の共通化（事務の効率化）

吉見町の概況

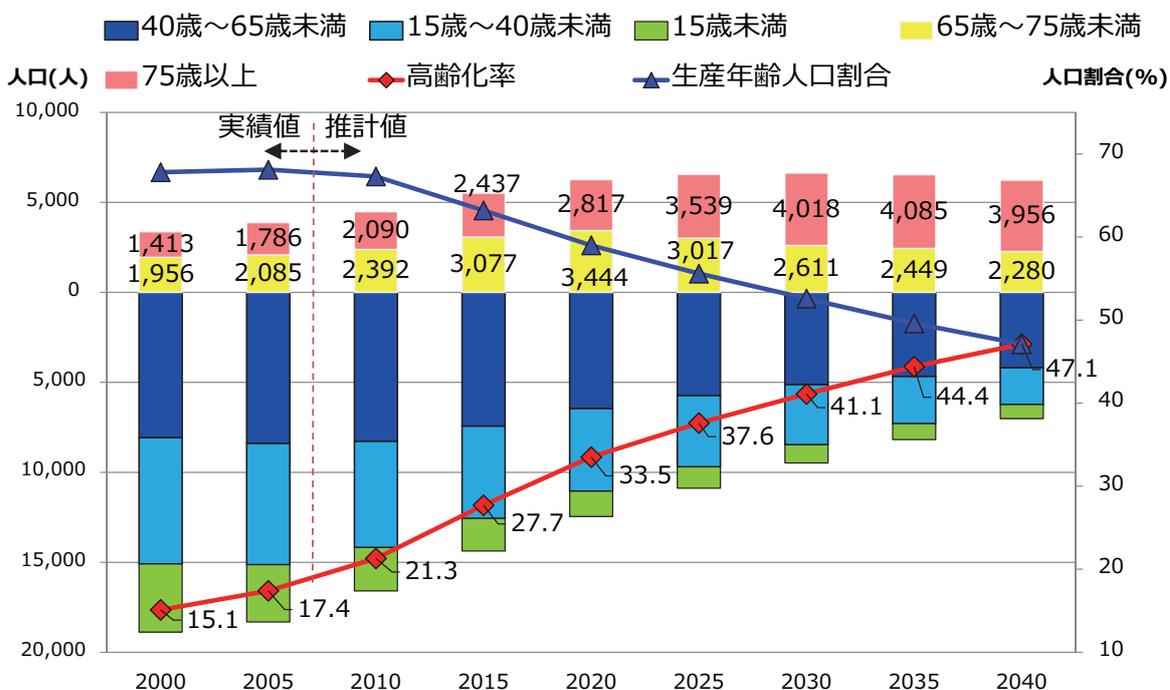


町のイメージキャラクター
“よしみん”



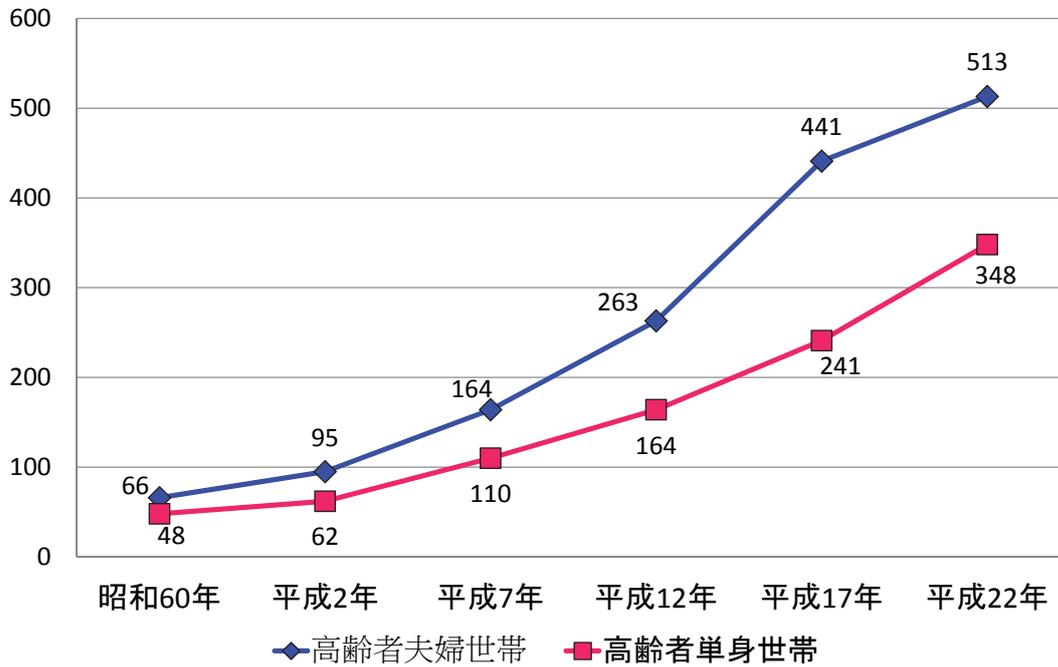
- 面積: 38.64平方km
- 人口: 20,013人
- 高齢者人口: 5,583人(高齢化率: 27.9%)
- 要介護認定者数: 755人
- 要介護認定率: 13.5% (平成28年1月現在)

吉見町の人口の推移



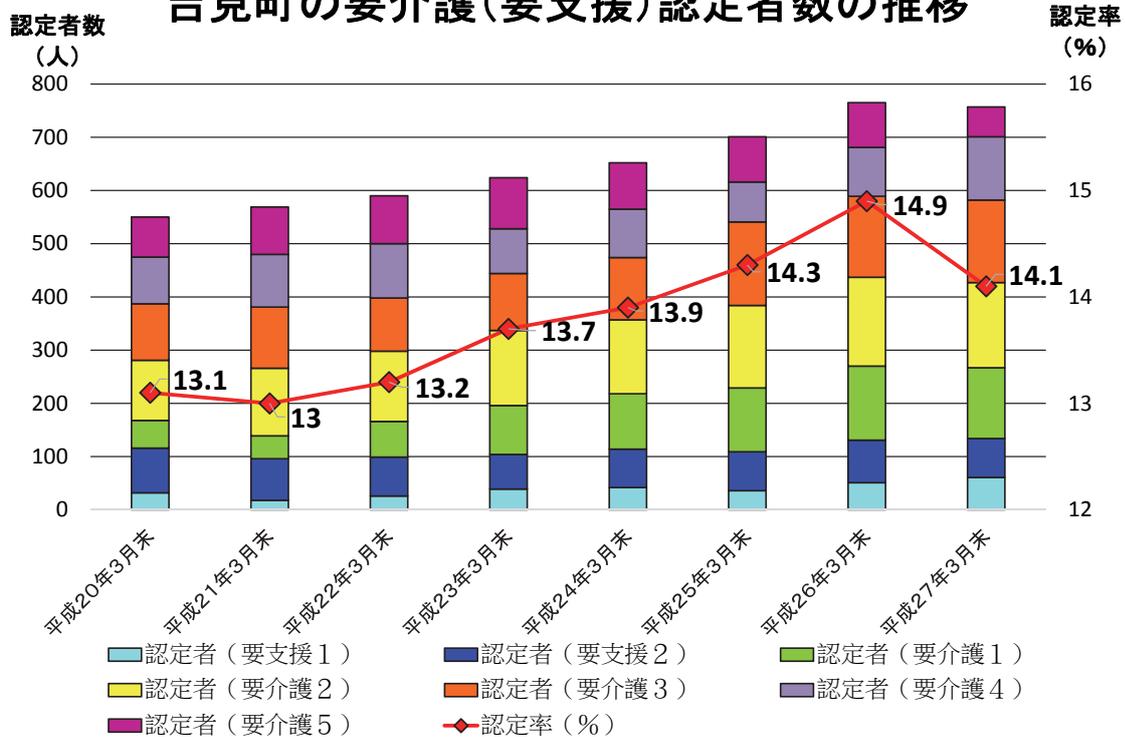
(出典) 2000年~2010年まで: 総務省「国勢調査」
2015年以降: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」

高齢者世帯の推移



2

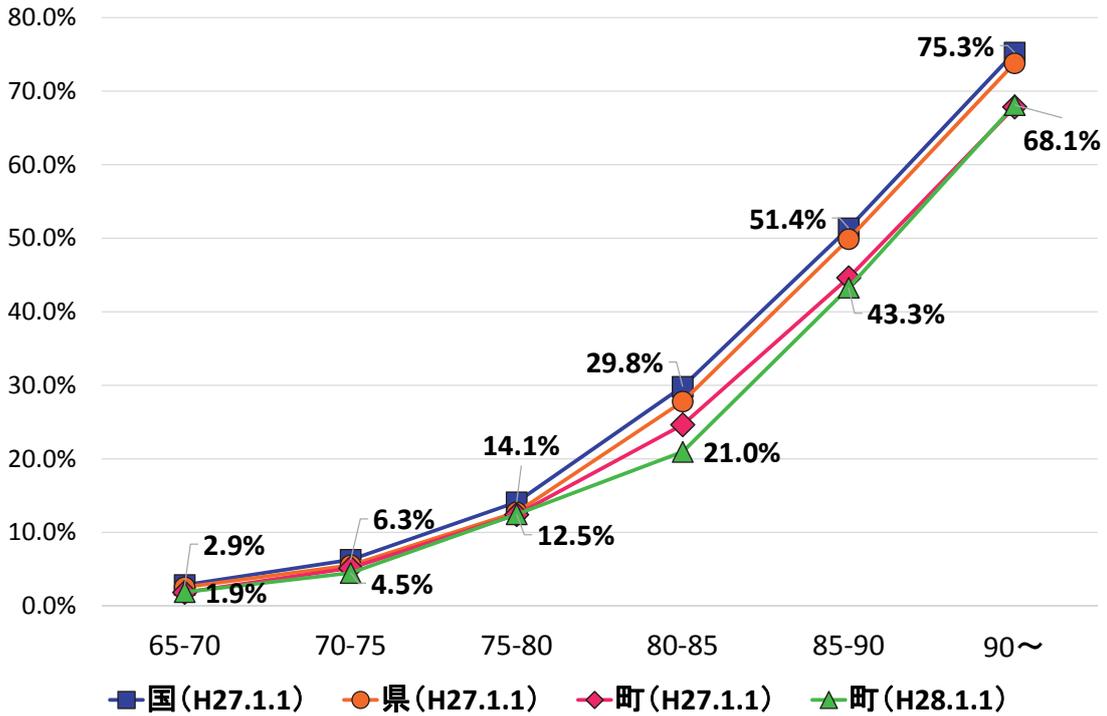
吉見町の要介護(要支援)認定者数の推移



地域包括ケア「見える化システム」から抜粋

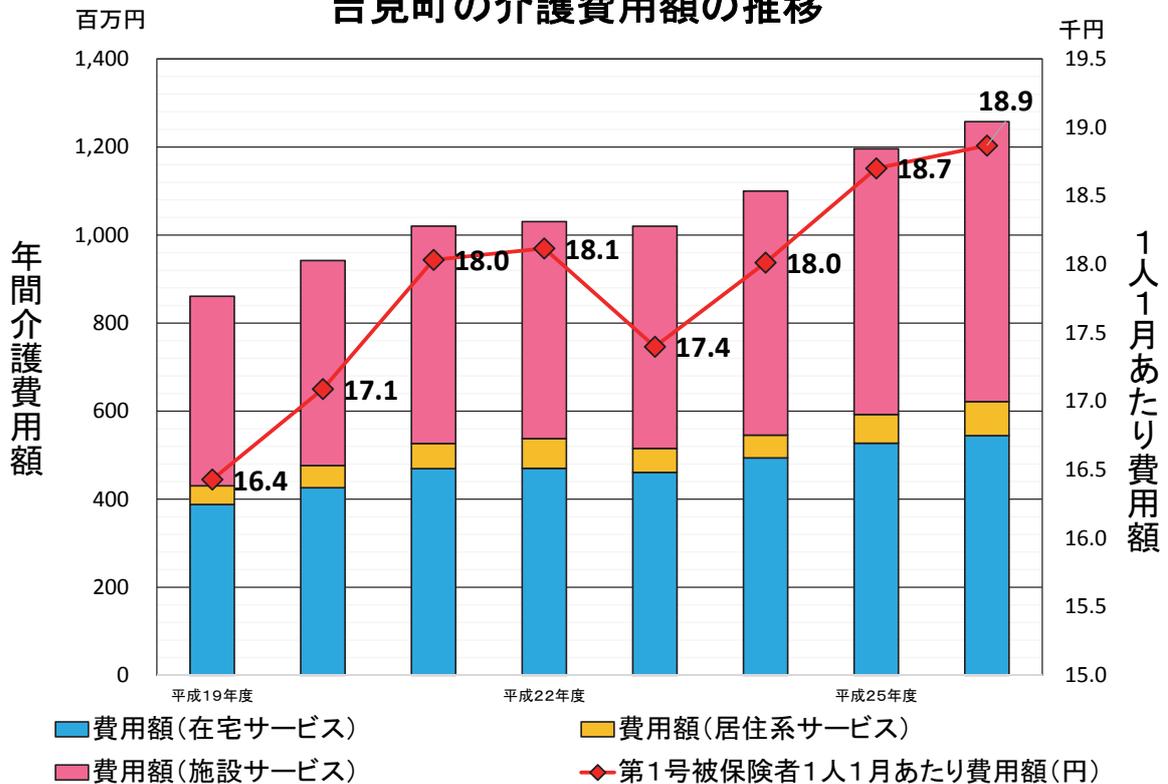
3

年代別要介護・要支援認定率



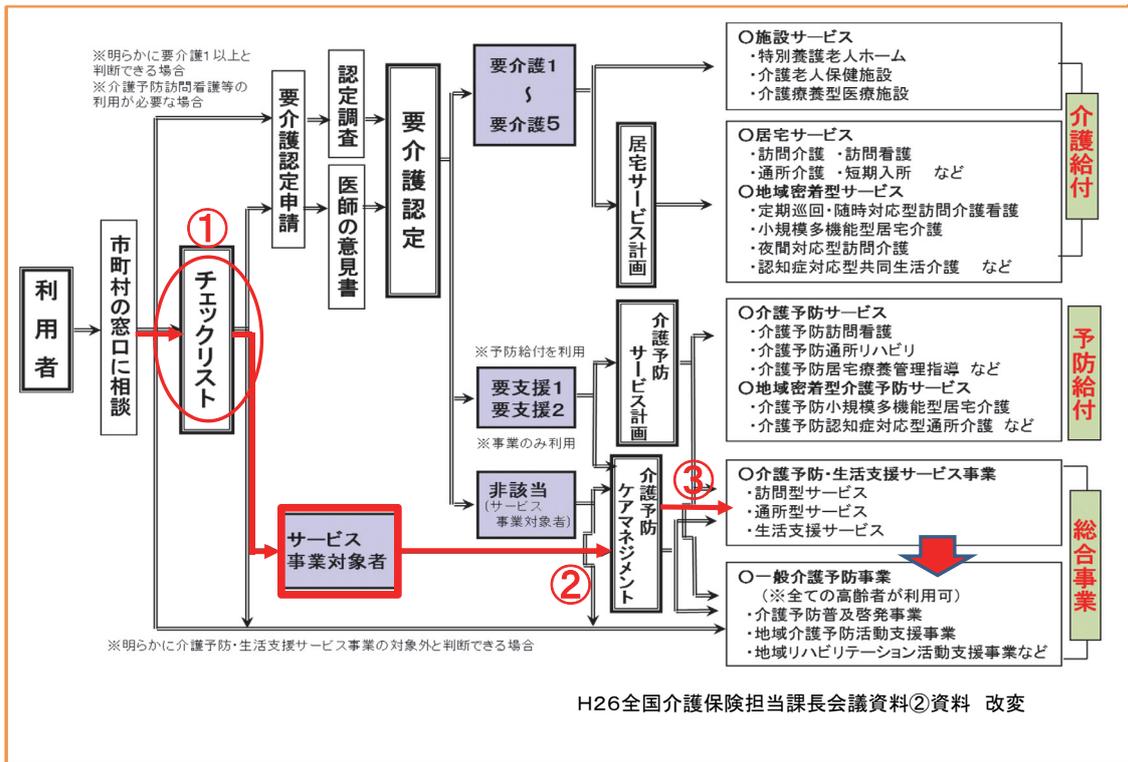
4

吉見町の介護費用額の推移



地域包括ケア「見える化システム」から抜粋

新しい介護予防・日常生活支援総合事業



要介護認定の申請の基準

杖をついたり、歩行器を利用してひとりでは歩けない

入浴や体を洗う行為がひとりでは出来ないため清潔を保つためのサービスを利用したい

認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている

服薬や病気の管理のため訪問看護サービスの利用がしたい

自宅内の移動、浴槽が深いなどの理由から住宅改修、福祉用具を利用したい

家族の介護力の問題で長時間の預かりを求めている

介護予防ケアマネジメントにおける類型(埼玉県吉見町)

サービス種別	単価(単位)及び支払い方法	ケアマネジメントの実施主体	サービス毎で使用するケアマネジメントの類型※1
ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメントプロセス)	1単位10.21円 430単位	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 (一部が包括から委託)	通所型(みなし) 訪問型(みなし) 通所型(緩和基準型) 通所型C
ケアマネジメントB (簡素化した介護予防ケアマネジメントのプロセス)	一※2	地域包括支援センター	訪問型B (ささえあいサービス事業)
ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス)	一※2	地域包括支援センター	生活支援サービス (配食)

※1 総合事業には、平成27年4月に移行しており、それぞれの類型について平成27年4月から使用している。
 ※2 吉見町は直営の地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行うため、B型とC型については、単価を設定していない。

吉見町 介護予防支援計画表 および 評価シート

No. _____ 利用者名 _____ 様 _____ 歳(年度末時点での年齢記載)
 計画作成者名 _____ 計画作成(変更)日 _____ (初回作成日)

- ◆初回・紹介・継続
- ◆認定済・申請中
- ◆要支援1・要支援2
事業対象者
- ◆予防給付・
地域支援事業



目標とする生活	1日	1年
---------	----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	目標 具体策の提案	支援計画				評価 (評価日 年 月 日)
					本人のセルフケア 家族の支援、 インフォーマルサービス	介護保険サービス 又は 地域支援事業	サービス 種別	事業所	
活動(運動・移動)について		(有・無)							
日常生活(家庭生活)について		(有・無)							
社会参加・対人関係・ コミュニケーションについて		(有・無)							
健康管理について		(有・無)							

基本チェックリスト結果(アセスメント時)								基本チェックリスト結果(評価時)									
全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感	全体	生活全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	物忘れ	心の健康	健康感
25	20	5	2	3	2	3	5		25	20	5	2	3	2	3	5	

健康状態について _____ 計画に関する同意書 _____
 主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点 _____ 上記計画について、同意いたします。
 平成 年 月 日 氏名 _____

地域包括支援センター	担当者 _____	年 月 日 _____	① プラン終了(改善→終了) に移行)) ② プラン継続) ③ プラン変更(悪化により終了→要支援・要介護認定申請→結果:要支援 要介護に移行) ④ 死亡 ⑤ その他(入院・転居・本人の意思による中止・中断)	今後の総合的方針: ① ② ③ ④ ⑤
------------	-----------	-------------	---	---------------------

第1号訪問事業

- 旧介護予防訪問介護に相当するサービス
- 訪問型サービスB型(ささえあいサービス事業を活用)
- 訪問型サービス C型(短期集中予防サービス)

第1号通所事業

- 旧介護予防通所介護に相当するサービス
- 通所型サービス A型(緩和基準型)
- 通所型サービス C型(短期集中予防サービス)

第1号生活支援事業

- 配食サービス(栄養改善・見守り)

〈事例6 埼玉県吉見町〉

吉見町地域ケア会議の内容

埼玉県和光市コミュニティケア会議方式

- 平成26年度埼玉県人材派遣事業の活用

介護保険法の周知

- 健康の保持増進、有する能力の維持向上

自立支援型ケアマネジメント

- 自立支援・再発悪化予防・重度化防止

ケアマネジメントの質の向上

- 給付の適正効果

自立支援型プラン例

これは
目標ではなく、手段！

生活全般の解決すべき課題	目標			
	長期	期間	短期	期間
清潔を保持したい	通所介護利用により入浴できる	6か月	通所介護利用に慣れる	3か月

見直し

生活全般の解決すべき課題	目標			
	長期	期間	短期	期間
右片麻痺による歩行不安定 (転倒を繰り返す、浴槽のまたぎ動作ができない)	浴槽のまたぎ動作が一人でできる	6か月	介助者の体を支える介助によりまたぎ動作ができる。	3か月
右片麻痺による上肢の動作に制限。 (体を洗う、着替えをすることが困難。)	洗体動作が自立できる。	6か月	着替えの動作が自立できる。	3か月
脳梗塞を2度再発している。	塩分1日6g以下の食事ができる	6か月	栄養士の指導に沿った食事を覚える	3か月

H25.3地域包括ケア研究会報告より抜粋

12

自立支援型ケアプラン例

通所で入浴することのみが目的
になっているサービス

援助内容

サービス内容	サービス種別	頻度	期間
清潔保持ができるよう、通所介護で入浴しましょう。できるだけ自分で洗えるところは自分で洗い、背中などは手伝ってもらいましょう。	通所介護	週2回	6か月

見直し

援助内容

サービス内容	サービス種別	頻度	期間
足を持ち上げる動作、 <u>麻痺側と健側の足の使い方指導</u> を行い、またぐ動作が自立できるよう指導する。 その際、自宅の浴槽の環境にも注意し必要であれば手すりの設置や改修も検討します。	通所介護	週2回	6か月
体を洗う動作、背中や足指が届かず洗えません。 <u>健側のROMを拡大</u> できる指導、実際の動作指導、必要であれば道具の工夫などの指導も行います。	通所介護 訪問リハビリ	週2回 月2回	6か月

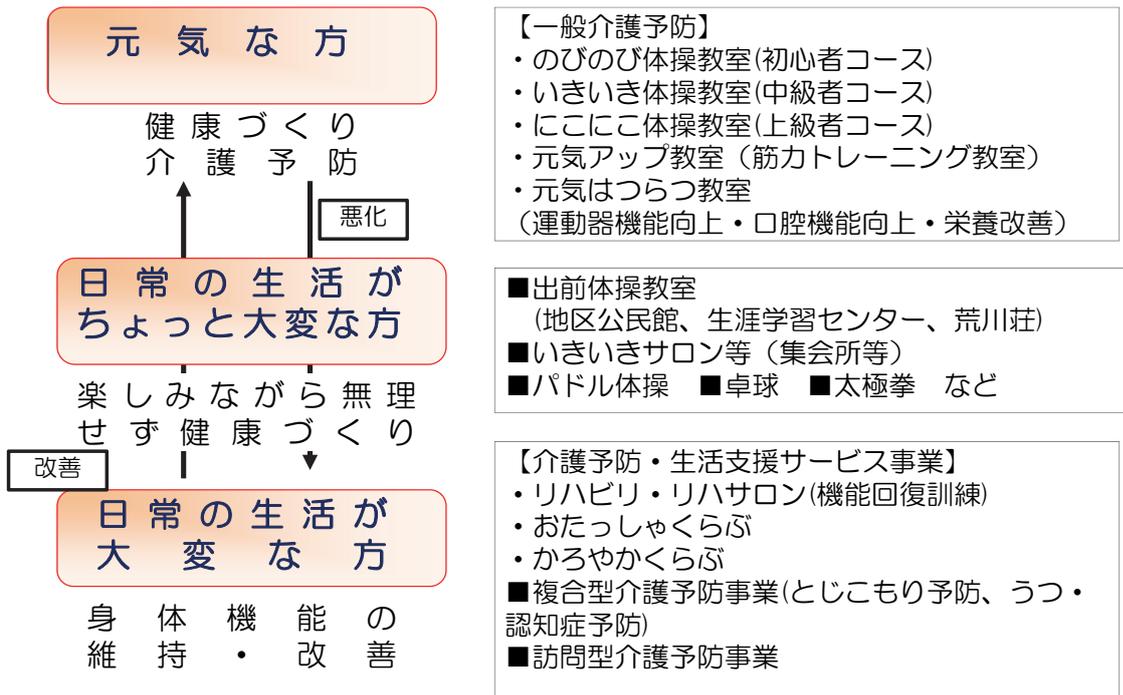
残存機能の活用！

H25.3地域包括ケア研究会報告より抜粋

13

〈介護予防事業イメージ図〉

■特定健診 ■一般健診 ■各種がん検診 ■体力測定 ■健康教室



吉見町介護予防施設「悠友館」

平成15年4月開館	平成14年度に埼玉県の補助事業「介護予防拠点整備事業費補助金」を受け、高齢者の健康保持を目的とした介護予防、世代間交流の拠点として、 総事業費 215,292千円 で建設。
平成18年4月	「悠友館」は、約500㎡の軽運動室をはじめ工芸室、会議室、談話室、多目的ホールを備え運動教室を中心に趣味を生かす教室などを展開。介護保険制度改正に基づき「悠友館」内に「 吉見町地域包括支援センター 」を開設。従来実施していた介護予防教室を地域支援事業に位置づけ現在に至る。平成26年度は、延べ19,114人の方々が利用。
平成26年2月	隣接する保健センターと事務所を統合。



談話室



介護予防ボランティアの活動

- ・ 介護予防ボランティア登録人数
現在 83名
- ・ 活動している介護予防ボランティア人数
現在 42名

- ・ 通所型サービス(水曜・金曜)
→平成27年度 (火曜・水曜・金曜)
- ・ 特定健診 ・ 高齢者学級

16

介護予防ボランティア活動状況(H26)

		7/10	7/11	7/12	7/13	7/14	7/15
特定健康診査	ボランティア数	13	14	14	16	13	14
	特定健診受診者数	237	296	198	174	313	212

平成26年4月から平成27年3月まで

		延べ参加者数	協力依頼	実働	出席率
①おたっしゃくらぶ (42回)	5 2 0	197 (1回あたり平均4.7人)	1 0 6	53.8%	
②機能回復訓練(リハビリ) (41回)	3 3 9				
③かるやかくらぶ (42回)	6 0 5	136 (1回あたり3.2人)	8 3	61.0%	
④しゃっきりくらぶ (42回)	4 7 2				

その他の活動

高齢者学級への協力 **23人**

教育委員会生涯学習課との共催で吉見町の健康講座として開催。

活動としては、受付、案内、資料の配布等、**389人**という多数の参加があり、健康講座にも参加している。

17

平成27年度介護予防ボランティア講習会の内容

	日程	内容	会場	基礎編	応用編
第1回	1月18日(月) 13時30分~16時00分	開講式・オリエンテーション・介護保険制度について・ボランティア活動の意義	保健センター研修室	○	○
第2回	1月25日(月) 13時30分~16時30分	高齢者の特徴・介護技術と介護援助	悠友館軽運動室	○	○
第3回	2月1日(月) 13時30分~16時30分	体操教室・口腔教室・栄養教室	悠友館軽運動室	○	○
第4回	2月6日(土) 14時00分~15時30分	認知症サポーター養成講座	悠友館軽運動室	○	○
第5回	2月15日(月) 13時30分~15時00分	介護予防ボランティアについて・開講式(基礎編)	保健センター研修室	○	○
	2月8日(月) 13時30分~16時00分	応急救護・体験オリエンテーション	保健センター研修室		○
第6回	2月9日(火)~26日(金) のうち1日	地域福祉活動体験	訪問介護支援事業所		○
第7回	2月29日(月) 13時30分~15時30分	講習の振り返り・介護予防ボランティアについて・閉講式(応用編)	保健センター研修室		○

「ささえあいサービス事業」は、地域の住民が互いに支え合い・助け合う町づくりを推進します

吉見町社会福祉協議会では、吉見町と連携し、介護保険サービスなどの公的制度ではまかないきれない身の回りの軽易な作業に対し支援を行うことで、すべての人が地域でより安心した生活が送れるよう「支え合い・助け合い」の町づくりを目指します。
また、吉見町商工会と協定を結び、ささえあいサポーター会員への謝礼に地元のお店で利用できる吉見町商工会発行の「吉見町地域通貨(共通商品券)」を活用することで、地元商店の活性化も推進します。

利用できる方(利用会員) 募集!

- 吉見町に住所がある方
- 高齢の方、障がいのある方、病気や出産などで一時的に支援が必要な方など

ささえあいサービス事業を必要とする方
介護保険サービスや障害福祉サービスの対象となる方も、ご利用いただけます。

サービスの内容



買物代行
本人に代わって買物にいそめます。



外出の支援
社協の車に乗せて病院や買物などの付き添い支援をします。



部屋の掃除
掃除や窓ふき電球の交換などをします。



簡単な調理
簡単な食事を作ります。



洗濯・布団干し
洗濯や布団干しをします。



屋外の作業
草取りなどの庭の手入れや、犬の散歩などをします。



ゴミ捨て
ゴミの燃焼やゴミ捨てをします。



話し相手・見守り
話し相手や見守りをします。

お気軽にご相談下さい!

サポーター会員の登録状況等によりご希望に添えない場合もございます。

利用にかかる料金

- 30分あたり300円

サービスの利用時間

- 平日の午前9時から午後5時まで(土日・祝祭日、12/29~1/3を除く)

利用の方法 吉見町社会福祉協議会にお申込み下さい。

- 社会福祉協議会に利用の申し込みをし、利用会員として登録します。
- サービス利用の前に、社会福祉協議会が発行する1枚300円の「利用券」を購入します。
- サービスを提供する「ささえあいサポーター会員」との調整ができたら、社会福祉協議会から連絡します。
- サービスを提供する「ささえあいサポーター会員」が約束の日時に訪問し、支援します。
- サービスが終了したら、サービス時間に応じた「利用券」を「ささえあいサポーター会員」に渡します。

サービスを提供する方(ささえあいサポーター会員) 募集!

- 吉見町にお住まいで、社会福祉協議会に「ささえあいサポーター会員」として登録し、ささえあいサービスに協力していただける方
- 謝礼として、サービス提供時間1時間につき、「吉見町地域通貨(共通商品券)」(額面500円)1枚を受け取ることが出来ます。

ご利用を希望される方
ささえあいサポーター会員への登録を
希望される方は下記までお問い合わせください

吉見町社会福祉協議会
〒355-0118 吉見町大字下郷谷1216番地1(福祉会館内)
(電話) 54-5228 (FAX) 54-6905

町でのサロン一覧(H27)

No.	サロン名	主な活動エリア	No.	サロン名	主な活動エリア
1	いきいきシニア	田甲	14	あやめ会	松の平
2	一ツ木いきいきサロン	一ツ木	15	山ノ下「あんち・にんち症」の集い	山ノ下
3	本沢&ピースの会	本沢	16	松崎いきいき会	松崎
4	いきいきサロン本沢	本沢	17	松崎お茶飲み会	松崎
5	なかよしクラブ	地頭方	18	今泉 和の会	今泉
6	地頭方お茶飲み会	地頭方	19	たつみサロン	たつみ平
7	ひまわりサロン	成城台	20	アジサイ	西吉見
8	久米田いきいきサロン	久米田	21	ホットステーション	上細谷
9	コスモスサロン	西地区	22	あゆみ	町内の聴覚に障害がある方等
10	なかよしキッズ	湖畔	23	蕎麦を食べよう会	本沢
11	なごみの会	東地区	24	サロンお楽しみ会	久保田新田
12	ごしょクラブ	御所	25	ふれあい・いきいきサロン天王山	天王山
13	さくら台いきいきサロン	さくら台	26	麦の会	町内

介護予防リーダー育成教室の内容

回	内容(講義及び実技)
1	運動と身体活動
2	柔軟運動(ストレッチ)
3	有酸素運動(ウォーキング)
4	筋力運動(筋トレ)
5	ロコモティブシンドローム予防体操(ロコトレ)
6	体力測定(I)
7	アイスブレイク(脳トレ)
8	グループワーク
9	高齢者の栄養
10	サロン運営について

- ・ 自分自身の介護予防や健康づくりに役立てる。

サロンの内容

おしゃべり・会食(調理)・健康体操・お花見・手芸・合唱・季節の行事 など

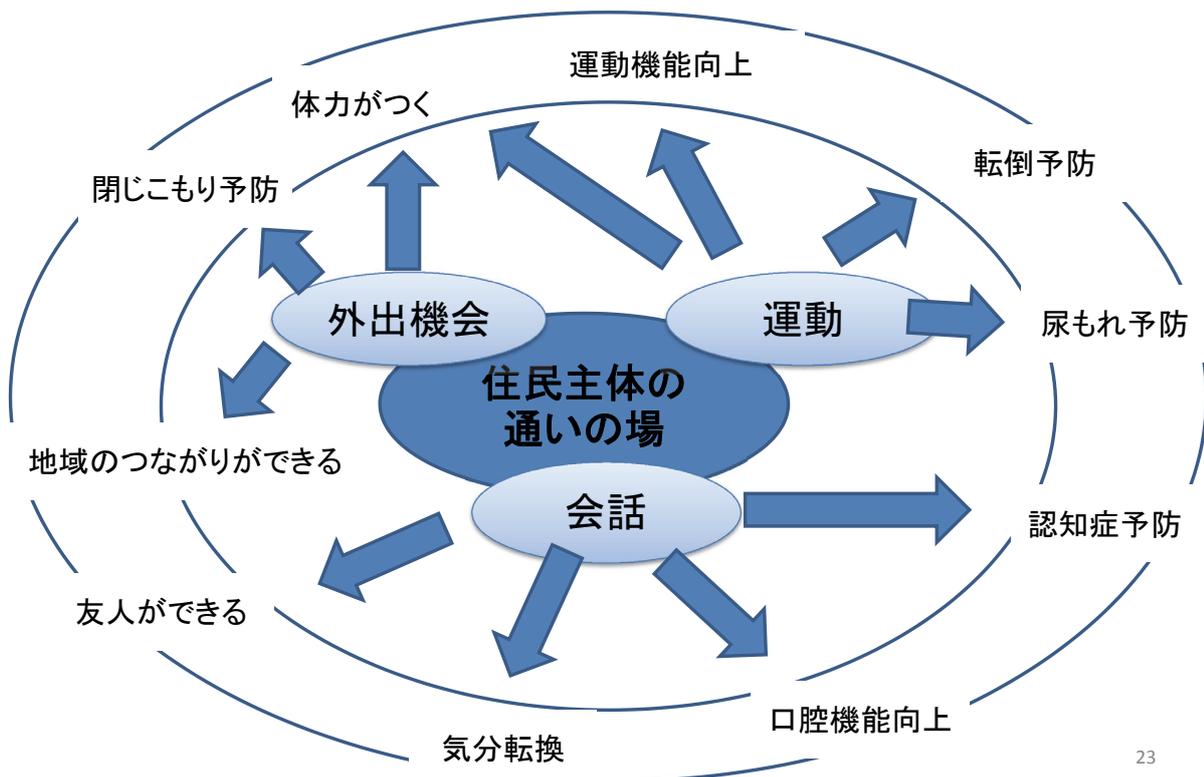


健康体操を介護予防リーダーが指導し、地域全体で介護予防に取り組む。

地域の高齢者が歩いて行ける距離(徒歩圏内半径500m)に1か所が目標です。

22

これからのイメージ



23

(参考)

平成27年度 地域包括推進事業 介護予防ケアマネジメント実務者研修 企画委員会

※50音順、敬称略、◎は委員長

所属及び役職	氏名
千葉科学大学看護学部看護学科 教授	◎ 安藤 智子
日本作業療法士協会 理事 株式会社ライフリー 代表取締役	佐藤 孝臣
生駒市福祉部高齢施策課 課長補佐	田中 明美
社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長	中澤 伸
松戸市福祉長寿部介護制度改革課 専門監	中沢 豊
日本介護支援専門員協会 副会長	原田 重樹
上越市健康福祉部高齢者支援課 介護指導係長	細谷 早苗
神奈川県介護支援専門員協会 副理事長	松川 竜也
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 研修委員会専門委員	村山 文彦
立川市南部西ふじみ地域包括支援センター センター長 (立川市社会福祉協議会)	山本 繁樹

<事務局>

厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐	福本 怜
厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐	村井 千賀
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	川部 勝一
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	服部 真治
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	川島 英紀
厚生労働省老健局振興課 人材研修係長	田代 善行
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進官	高橋 都子
厚生労働省老健局振興課 地域包括ケア推進係長	服部 剛

