

はじめに

平成26年の介護保険制度改正に合わせ、平成27年度より実施している本委員会は、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。）を円滑に実施していくための介護予防ケアマネジメントのあり方を取りまとめ、テキストを作成するとともに、研修会を実施してきました。

今後、都道府県並びに市町村が研修を実施する上での、基本的な事項を整理しました。また、テキストについても研修実施する上でのポイント等の加筆を行いましたので、参考とし適切に実施いただきたいと考えています。

1. 介護保険制度

高齢化の進展に伴い、要介護者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズが増大する一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、高齢者を支えてきた家族をめぐる状況が変化する中、老後の最大の不安である介護を社会全体で支える仕組みとして、2000年に介護保険制度は創設された。高齢者が自立し、安心して生活できるような社会を実現するために共同連帯で支えていく仕組みである。

社会保険方式をとり、給付と負担の関係が明確であり、利用者の増加に呼応して、負担も増加していく仕組みである。

また、利用者は給付を享受できるものの、サービス等を利用しない一般高齢者の給付はわずかであり、負担感が高いといわれている。

制度の持続可能性を確保し、誰もが安心して老後を迎えられる仕組みへの更なる進化が必要不可欠である。

2. 社会的潮流と地域包括ケアシステムの構築

少子高齢化の進展に伴い、介護需要は増加する一方、介護人材や財源不足により供給が対応していくことが困難である現状の中で、2025年問題として、全ての団塊の世代が75歳を迎えることになる。

高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進していかなければならない。

今期の介護保険制度の改正は、介護保険法の制度創設以来始めて、地方分権が推進される中、地域の特性に応じて作り上げていく仕組みへと改正がなされ、在宅での限界点を高めようとするものである。

3. 地域支援事業

保険者である市町村が中心に行う地域支援事業は、総合事業を中核に、包括的支援事

業で機能強化を図り、任意事業で補完していく仕組みである。

特に、総合事業は、要支援者と事業対象者を中心に行う介護予防・生活支援サービス事業と一般高齢者を中心に行う一般介護予防事業から構成されている。

今後の需給動向を考慮した場合、要支援者や事業対象者は、適切なサービスを利用し、その有する能力の維持向上が期待されるとともに、一般高齢者は、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られる環境整備を行う必要がある。

そのために、保険者は可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した日常生活を営めるように、施策間の有機的な連携を図りつつ包括的に推進する。

4. 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、居宅介護支援や介護予防支援と利用者の自立した生活を営めるように支援する意味では全く同じであり、利用者の状態像が異なるだけである。

総合事業の中に位置づけられている介護予防支援事業（ケアマネジメント）は、訪問型サービス、通所型サービス及び生活支援サービスと一体的に提供する介護予防・生活支援サービス事業とされている。

その構成から、介護予防ケアマネジメントを中心的に行う地域包括支援センターは、地域の実態に即したサービスを実現し、早期に利用者の自立支援を行える仕組みを積極的に提案していくことが可能になった。

特に、総合事業の対象者は、ADL（日常生活動作）は自立、IADL（手段的日常生活動作）が一部行いにくいとの特性を踏まえ、自立に向けた改善を前提とした目標を設定し、重度化予防を積極的に行う。また、一般高齢者は、現状の機能を維持、改善することにより、新たな需要を増やさないことに注力していくことが重要である。

5. 留意点

① 居宅介護支援事業所の指定権限の移譲

既に、平成24年から政令市・中核市では実施されているが、平成30年より一般市でも、移譲が実施される。

利用者と居宅介護支援事業所で行われる自立支援に向けた検討の方向次第では、モラルハザード（利益追求等）を誘発し、費用の増大や介護人材不足を助長してしまう。

保険者が適切な自立支援の方向性を示し、普及・定着に向けた取り組みが重要である。

② 本委員会作成したテキスト及びスライドの取り扱い

本委員会が作成したテキスト及びスライドは、利用者の自立支援に向けた基本的な考え方を示すものである。

ケアプランは利用者の状態に応じ、適切なアセスメント、適切な自立支援に資するサービス・支援、適切なモニタリングにより、利用者の自立を促せるようにしていく計画

である。利用者や支援者の共通理解のために行うべき、実施方法の統一化などの工夫は必要不可欠である。

③ 次期制度改正

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにするために、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保を目指していることを踏まえ、高齢者一人ひとりの自立支援のあり方を積極的に考えていくべきである。

6. 最後に

都道府県並びに市町村で研修を実施する際には、実施主体と支援者が共同で研修を企画し、より実践に適した形で実現していただきたい。

その際、地域特性に配慮した事例の提示や支援者の想定などは重要であると考えている。

また、居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの相互性を意識しながら、継続的な研修が必要となる。

平成 29 年 3 月

介護予防ケアマネジメント実務者研修企画委員会

介護予防ケアマネジメントの考え方

介護保険法における保険者等の役割

第4条(国民の努力及び義務)

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。(以下 略)

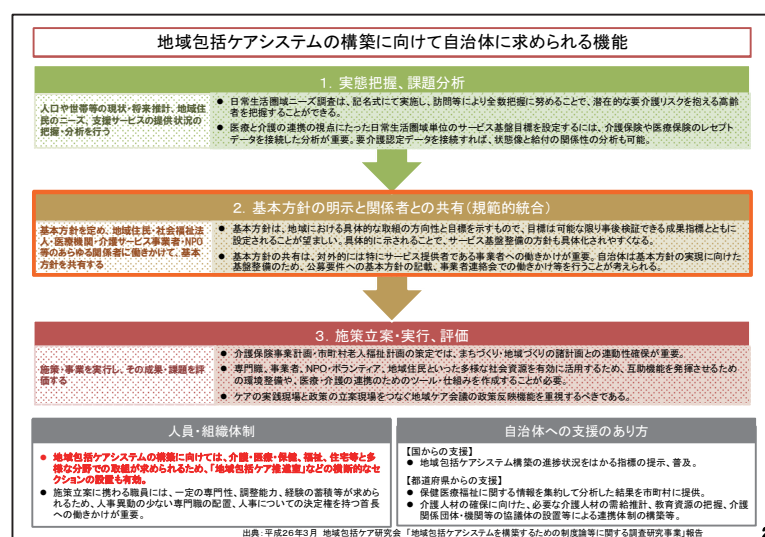
第5条(国及び地方公共団体の責務)

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。

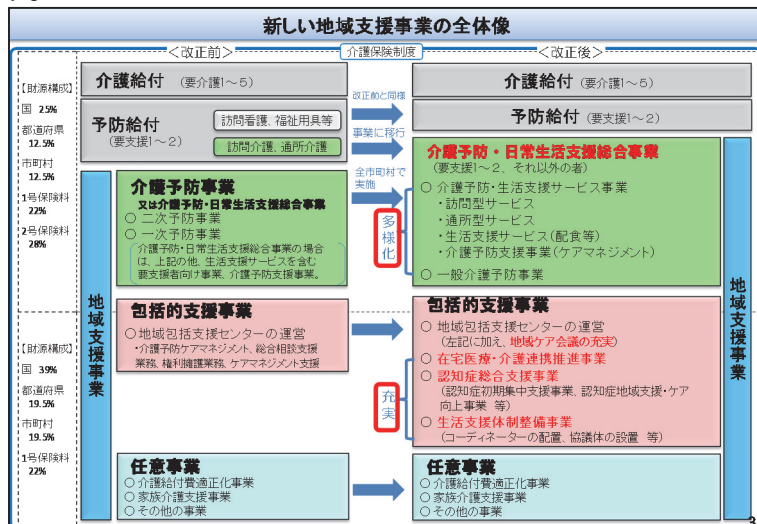
2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

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。

介護予防・日常生活支援総合事業への取り組みを進めていくためには、介護予防ケアマネジメント従事者だけでなく、利用者も介護保険法の目的や国民の努力及び義務について理解していなければ、進めていくことが難しい。保険者の役割として利用者に対する介護保険法の理解を促す取り組みを行うことが重要である。



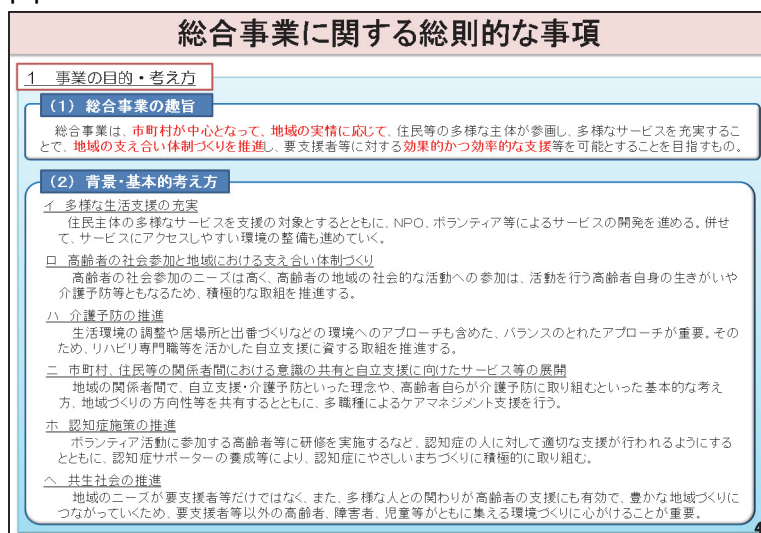
保険者は、基本方針を明示し、どのような方針で取り組んでいくのかを保険者・ケアマネジメント従事者・利用者・サービス提供者が共有すること、つまり“規範的統合”を図る事が重要である。地域包括ケアシステムの構築、推進に向けては、ケアマネジメント従事者や国民だけでなく、保険者及びサービス提供者を始め、各関係者等関わる全てのものが一様に理解していなければ進めて行くことは困難である。他の自治体で行っている取組が、自市町村で全てがそのまま当てはまる訳ではない。国の見える化システムの利用や、都道府県データの提供を受け、地域の実情を把握し課題分析を行うことが重要である。



予防給付が「事業」へ移行するということは、財源の構成も変わること、そのことを地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に理解してもらう必要がある。

予防給付と違い、多様化したサービス事業から適切な支援を利用者の生活課題と結び付けるといことも総合事業における特徴の一つである。

介護予防ケアマネジメントは、「介護予防・日常生活支援総合事業」に位置づけられており、市町村と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、一緒に取り組む必要がある。



介護予防・日常生活支援総合事業においては、介護予防を推進するだけでなく、高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくりの視点が大切である。

これらの取組を着実に推進することにより、地域における認知症高齢者の見守り支援や世代を超えた多様な人との関わりを生むことにもつながる。

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)	(2) 一般介護予防事業																						
○ 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)	○ 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。																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>事業</th><th>内容</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問型サービス</td><td>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</td></tr> <tr> <td>通所型サービス</td><td>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</td></tr> <tr> <td>その他の生活支援サービス</td><td>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</td></tr> <tr> <td>介護予防ケアマネジメント</td><td>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</td></tr> </tbody> </table>	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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>事業</th><th>内容</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介護予防把握事業</td><td>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</td></tr> <tr> <td>介護予防普及啓発事業</td><td>介護予防活動の普及・啓発を行う</td></tr> <tr> <td>地域介護予防活動支援事業</td><td>住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う</td></tr> <tr> <td>一般介護予防事業評価事業</td><td>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</td></tr> <tr> <td>地域リハビリテーション活動支援事業</td><td>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</td></tr> </tbody> </table>	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
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	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																						
※ 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、随時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。																							

5

介護予防・日常生活支援総合事業を進めるにあたっては、利用者の状態が改善した後に、一般介護予防事業に移行することが考えられる。そのため、将来を見通す視点に立った介護予防ケアマネジメントが求められ、一般介護予防事業の対象者となっても、改善した状態が維持できるように配慮しなければならない。市町村は、利用者のサービス利用の流れを踏まえ、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業の体制を一体的に整備する必要がある。

(参考) 一般介護予防事業 住民主体の介護予防活動とその支援	
- 市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開 - 前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者といった幅広い参加を促進(高齢者人口の10%の参加を目標) - 住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す 具体的には、 - 住民主体の通いの場は、原則として週1回以上の開催 - 後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施 - 出前講座による栄養教室や口腔教室などを組み合わせることにより、住民主体の取組の効果を高める - ボランティアの育成・支援等を通じて、地域における互助の関係を促進 - 総合事業に移行していない市町村においても、原則として二次予防事業を見直し、一次予防事業において住民主体の介護予防活動を優先して実施	(参考) 住民主体の介護予防活動に向けた体操の条件 ① 初めての人でも簡単にできる ② 虚弱な高齢者でも安全にできる ③ 虚弱高齢者から元気高齢者まで誰もが一緒にできる ④ 住民自身が体操の効果を実感できる ⑤ 介護予防の効果が実証されている

6

参考である。市町村において地域アセスメントに基づく必要な社会資源ができ、さらに状態の維持や悪化防止のために必要な介護予防の場が、地域住民の活動や参加の場となっていくことが大切である。生活支援コーディネーターや地域ケア会議とも連携しながら住民主体の介護予防活動の場を展開し、総合事業の利用者が状態改善した場合の、次のステップの一つとして活動や参加の機会、居場所づくりが求められる。

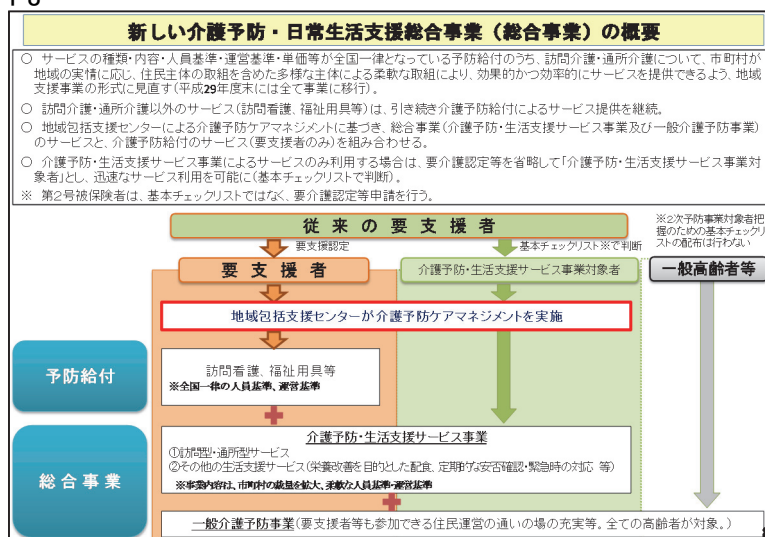
(参考)地域リハビリテーション活動支援事業 リハ専門職等による介護予防の機能強化

- ・ 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
 - ・ リハビリテーション専門職等は、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の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援
- 具体的には、
- ・ 住民主体の通いの場に定期的に関与することにより、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開
 - ・ 介護事業所において、介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問における自立支援に資する取組を促進
 - ・ 地域個別ケア会議等において、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力を向上
 - ・ ただし、地域リハビリテーション活動支援事業によるリハビリテーション専門職等の関与は、訪問リハビリテーションではなく、あくまでも住民や従事者に対するリハビリテーションからの助言・指導に限定

7

自立支援を阻害する要因に対しては、リハビリ専門職の視点から行うアセスメントや支援、多様なサービスへのリハビリ専門職の介入などが重要である。

市町村は、地域のリハビリ専門職を通いの場や地域ケア会議等に積極的に関与させることが必要である。都道府県は、リハビリ専門職の広域派遣調整など、市町村がリハビリ専門職を活用しやすい体制を構築し、情報提供を行う。



8

基本的な概要の説明。

介護予防ケアマネジメントとして、総合事業利用・予防給付利用・併給等、様々なパターンが発生する。従前の二次予防・一次予防事業は廃止となり、一般介護予防事業として新たに再編し、要支援者等も参加できる住民運営の通いの場や一般高齢者が要支援状態になることを予防する事業を充実させていくことが重要であることを説明。生活支援体制整備事業等による地域ニーズの把握や資源の掘り起こしを行い、事業の充実を図る。

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)	
・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がる場合	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)

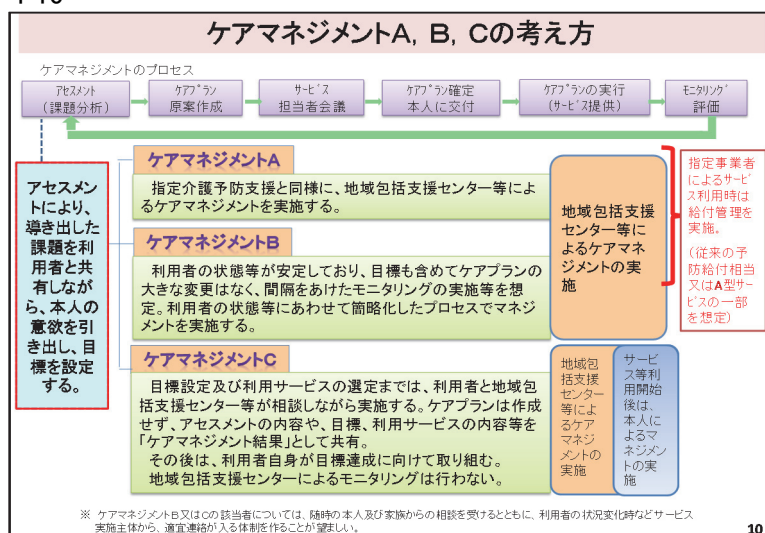
※()内は必要に応じて実施

9

介護予防ケアマネジメントの例示。介護予防ケアマネジメントにおいても、総合事業のサービスと同様、利用者の状況に応じて必要なケアマネジメントが適切に選択されることが必要であり、市町村により、ケアマネジメントA～Cの選択や対応サービスも異なる。

介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、実施したプロセスについて単価等を設定できる。(サービスC(短期集中予防サービス)卒業後、一般介護予防につながる可能性も意識し、利用者にセルフケアマネジメントの意識が定着するよう、介護予防ケアマネジメントを展開する必要がある。)

自市町村の介護予防ケアマネジメントの分類を示し、対応するサービス事業を関係者間で共有することで、介護予防ケアマネジメントに対する理解が深まる。



10

ケアマネジメントA～Cの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、具体的な目標の設定などにより、利用者の自立を最大限引き出すよう支援を行うことが重要である。

Ⅲ 総合事業に向けて準備すべきことは何か？

7. 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

【アクセス】利用者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」「できるようにしたい」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目標を促し、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の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	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
◎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 ➢ その他、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（※）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	◎従来の介護予防ケアマネジメントを執行するパターン ➢ 「生活の活性化による介護予防」を重視し、サービスが自立を阻害してはいないか確認。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：サービスの範囲に得る介護予防ケアマネジメントの変化 総合事業への移行（選定）は、選定自治体サービス利用者も多く、大半のケアマネジメントがAに該当。住民主体の支援が拡大すれば、介護予防ケアマネジメントに該当するケースや開始時点から介護予防ケアマネジメントに転用するケースが増えたと考えられる。

Mitsubishi UFJ Research and Consulting

ケアマネジメントA・B及びケアマネジメントCにおける運用の例示。

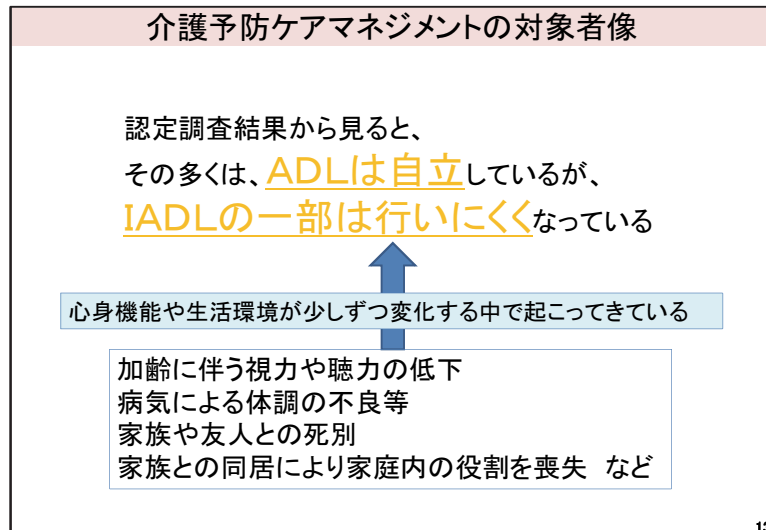
ケアマネジメントの類型も固定するのではなく、状態や状況に合わせてケアマネジメントの類型も変動させ、必要な支援となるようにする視点が重要である。

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の適切な事業が**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）

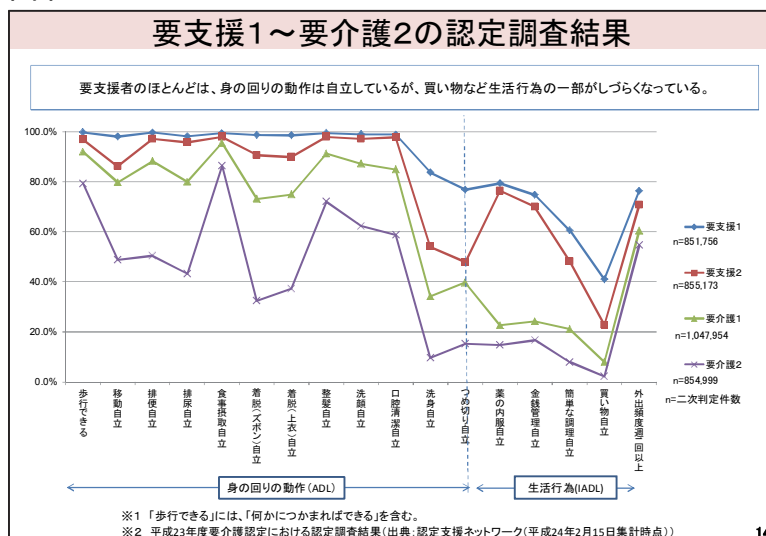
改めて介護予防ケアマネジメントが介護保険上どのように位置づけられているのか説明。



利用者の状態が、どのような原因でADLは自立しているが、IADLが行いにくい状況になるのかを説明する。

「加齢に伴う視力や聴力の低下」「家族内の状況の変化」等をきっかけにして、生活不活発病になりやすい。そのきっかけを見落とさないようにすることが重要である。

そのプロセスを住民に啓発していくことも大切である。



認定調査結果から具体的にどのようなことが生活の支障となるおそれがある状態なのかを説明する。

特に総合事業の対象となる要支援者レベルの者が困難と感じる日常動作について、生活行為の支援は容易に補完できるが、単純に困難さを解消する目的だけでサービスを位置づけるのではなく、本来持っている能力を引き出すように支援することについても利用者や家族と共有する必要を説明する。

P15

利用者像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

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

15

利用者の状態はどのような方が多いのかを確認。

様々な状態の方が想定されるが、その中で、改善に向けたアプローチが可能な人もいることを説明。

P16

○日常生活動作 (ADL: Activities of Daily Living)

- ・毎日の生活を送る上で必要な基本的な身体動作群
- ・個々の人間が独立して生活する為に行う基本的で、各人ともに共通に、毎日繰り返される一連の身体的動作群
 - 食事・排泄・更衣・整容(身だしなみ)・入浴
 - 起居動作(寝返り、起き上がり、座位、立位、歩行)

○手段的日常生活活動

(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)

- ・ADLを基本にした日常生活上の複雑でより高次の動作
 - 家事全般(炊事・洗濯・掃除など)
 - 買い物、金銭管理、趣味活動、公共交通機関の利用車の運転等・・

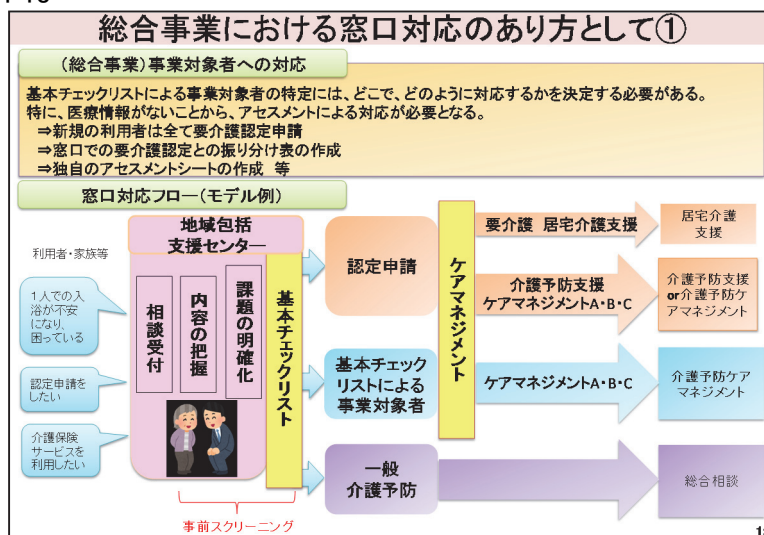
16

ADLは全ての人が行う生活動作であり、またその動作を他の人が変わることが困難な動作。

IADLは個別性があり、その動作を行わない人もいる。また他の人が変わりにその行為ができるのもIADLの特徴である。そのため過剰に介護して能力を低下してしまう恐れがある。

ADL/IADLの評価とは
 私たちが対象者を
「知る作業」です。
 対象者が
「自分を知る作業」
 でもあります。

専門職が利用者を知ることは重要だが、利用者が自分のADL・IADLの状態を知ることは生活不活発病の早期発見につながる。そのためには、利用者が理解できる説明を行う「伝える力」が必要である。



総合事業における窓口対応の留意点を説明。様々な相談があるなかで、窓口の担当者が利用者の意向や支援の必要性から適切に振り分けを行うことが重要。そのための体制や対応の流れ等を整える必要がある。

基本チェックリストにより、事業対象者に該当するかを判断するため、スクリーニングに用いる基本チェックリストの内容の変更をすることはできないので留意する。

総合事業における窓口対応のあり方として③

- ◇ 高齢者のニーズが多様化することを踏まえ、「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、多職種による協議の場が不可欠**である。
 - 医療・介護の専門職以外の者でも適切な対応が可能となるよう、各サービスや判断基準などを整理し、説明のための資料を整えておくことが重要。
- ◇ 市町村の要介護(要支援)認定等の申請窓口には、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、申請希望者からの相談を受けながら、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ことも有効。

21

窓口対応が市町村窓口でも適切に行われるための対応方法の留意点や体制についての例示。対応者が専門職でない場合でも、適切な窓口業務が行えるような体制整備が必要である。

介護予防ケアマネジメントのあり方①

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。

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。

【ポイント】

- 利用者の望む生活(=「・・・したい」という意欲を喚起するような面談が重要で、**自立支援に向けた動機づけ**が大切。
- 多様なニーズに対して、ケアマネジメント実施者は、**介護保険制度の理念や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行う。

22

高齢者自身が総合事業を「利用する」のではなく、「参加する」ためには、自立支援に向けた動機づけが必要であり、説明と同意のプロセスが重要である。

サービス事業卒業後の社会資源の開発についても地域ニーズに合わせ、柔軟にしかも計画性を持って関与していく必要がある。

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」「できるようにになりたい」という意欲につなげ、実現可能な目標を設定し、目標達成に向け、具体的に取り組む事象への理解を深め、行動化できるよう支援することが大切である。

23

セルフマネジメントにつなげるため日常生活上の課題となるその原因や要因、見通し、医療連携から得られる補足情報等と合わせ、根拠となるアセスメントが必要である。

利用者本人の「したい」「できるようにになりたい」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には、利用者の性格や判断力に合致した説明を行う必要があり、説明者のプレゼンテーション能力の向上が必要。

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援助することが求められる。

そのうえで、地域の力も借りながら、新しい仲間作りの場や楽しみとなる、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、状態変化に応じて予防給付、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である。

24

利用者が地域に暮らす高齢者であることの視点を持ち、できるようになった部分が継続できるよう、地域の活動等と本人の意欲を結び付けるためのアプローチも重要である。

(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。

原令令第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

25

サービス事業所も介護予防に資するサービス提供の在り方を十分に理解する必要がある。そのためにはどのような留意点があるかを確認。

お隣ワーク

「自立支援」
共有できていますか？



26

自立支援の考え方について、話し合ってみる。

教科書的な概念は共有できるはずだが、具体的な支援のあり方や連携のあり方は個別バラバラであることが想定される。

自立支援におけるイメージを保険者・介護予防ケアマネジメント受持者・サービス事業者が共有できる働きかけも重要である。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点①

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。

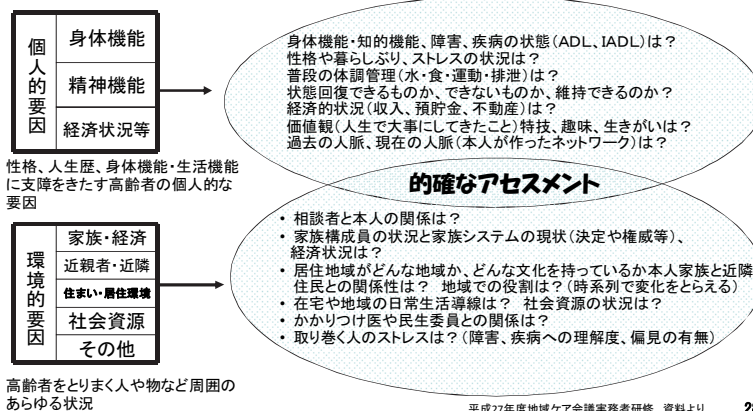
更に、地域での社会参加の機会を増やし、「**役割や生きがいを持って生活する**」と思うことができるよう、働きかけていくことが重要である。

27

「加齢」に伴う機能低下を受け入れるか、抗うかにより、高齢者自身の受容や行動にも差が生じる。
 高齢であっても機能は向上し、維持は可能であることを、成功体験などを通じて行動変容につなげていく。
 また、高齢者の生活する環境もアセスメントし、本人への直接的なアプローチだけでなく、関与する家族等にアプローチするなど多面的な対応が必要。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点②

- 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



自立支援に資する介護予防ケアマネジメントにおいて、生活機能だけでなく、利用者の個人的要因や環境的要因など多面的なアセスメントが重要であり、他の専門職のアセスメントも入手し、総合的に捉えることが必要である。

また、多様なサービス創出を見据えて行くためには、地域性、住民間の関係性等地域環境についてのアセスメントの視点も重要である。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点③

- 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年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 資料より

29

状態悪化に影響を及ぼしている要因を本人や家族と共に明らかにし、解決方法等を一緒に合意していくことで、顕在化している課題だけでなく、潜在化している課題についても本人や家族に気づきを促し、自身が課題を解決させていくサポートを行っていくことが重要。

※「洞察」: 物事を観察して、その本質や奥底にあるものを見抜くこと。見通すこと。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点④

- 本人や家族が地域とともに築いてきた強みに着目し、出来ていたことや出来そうなこと、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。
- 見通し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年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 資料より

30

自己決定を上手に支援するためにも将来の見通し(医療介護連携による情報収集に基づく、廃用症候群や疾患などによる変化を放置した場合の状態や改善アプローチによる効果の見立て)を立て、利用者がそこに向けた目標等具体的なイメージができるようにアプローチすることが重要であり、目標が明確でない(例えば、歩けるようになった先の目標は何になるのかを明確にする。)ことによりモニタリングや評価が適切にできなくなることを留意しなければならない。

課題を明確化し、支援の方向性を導き出す方法(例)

- ・ 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

31

課題の見える化の工夫。

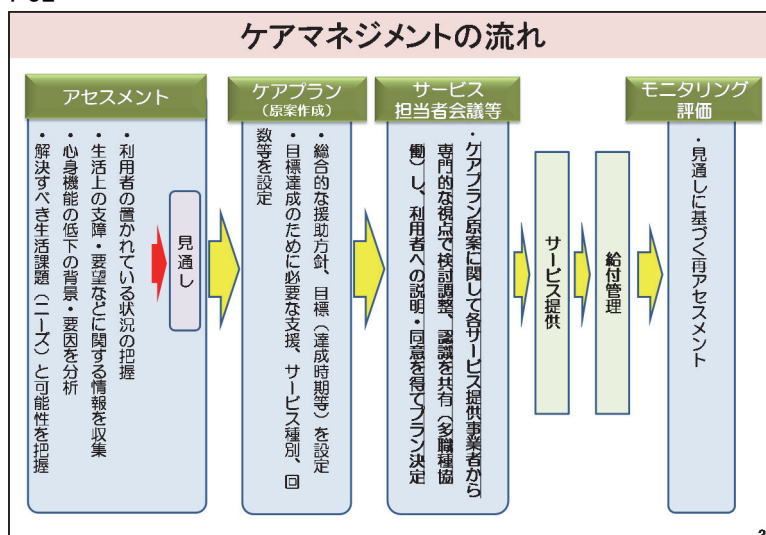
利用者のモチベーションにどう結びつけるかということを検討するにあたってはこれらの内容も踏まえてアプローチすることが重要である。

家族図を書くことで、家族歴や利用者本人の行動変容のキーパーソンが誰なのかを把握する。

エコマップにより、助言や行動変容にむけたサポートのできる人的社会資源を検討することができる。

(エコマップとは、要支援者を中心としてその周辺にある社会資源(家族、きょうだい、友人、近隣住民、各種介護関連機関など)との相関関係をネットワークとして表現したもの。)

本人・家族の生活歴を聞くことで、元々その人がどのような生活を送ってきたのか、価値観等が把握でき興味関心のヒントにもつながる。



介護予防ケアマネジメントにおいてもこれまでのケアマネジメントプロセスと変わりはないことを確認。

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、国際生活機能分類(ICF)の考え方等を基に、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。

利用者基本情報や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、有効に活用できる情報である。

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。

33

ICFの考え方は介護支援専門員養成研修などにおいても取り上げているが、ICFの概念やICFに基づく支援が十分に浸透しているとは言い難い。

総合事業のみならず、この概念をケアマネジャーや地域包括支援センター職員をはじめ、地域のサービス事業所に浸透させることは重要である。

基本チェックリストが単なるサービス利用者かどうかの判断だけに使われるのではなく、アセスメントの一部であるという認識が必要である。

興味・関心チェックシートとは

- 利用者の「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内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じている。

34

本人の意欲へとつながるアプローチを考える際には、興味関心チェックシート等を活用し、どのような取組が本人の意欲へとつながるか考えることも必要。

興味関心チェックシートは対象者の無意識化にある思いを意識化していくツールである。

興味・関心 チェックシートの 項目		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			
		賞金を伴う仕事			
		...			
		...			
		...			

35

興味・関心チェックシートの手順	
<シートの記入方法 > 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。 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、使用する場に応じて追記する。	

36

アセスメントにおけるポイント ②

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、生活機能を高めるために必要な**「維持・改善すべき課題や悪化防止に関する課題(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、必要な情報提供(見通しを含む)や助言を行うことで、ケアプラン実施の際には本人・家族の取り組みを積極的に促すことにつながりやすい。

基本チェックリストの基準該当による総合事業の利用者については、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ある。

37

できていない現状を単純に補うようにアプローチすれば、できないことへの補完的支援となってしまう本人の自立支援に資する支援とは言い難い。要因が分析できれば、改善や悪化防止に向けたアプローチを提案することができ、能力に応じ、自立した生活を目指すことができる。基本チェックリストの基準該当による利用者の場合は要介護認定による利用者と違い、医療情報が付されないことに留意しなければならない。このことを踏まえ、アセスメントには、疾患や栄養状態や薬の作用や副作用などの医学的な情報を組み入れて検討していく必要がある。

アセスメントにおけるポイント ③

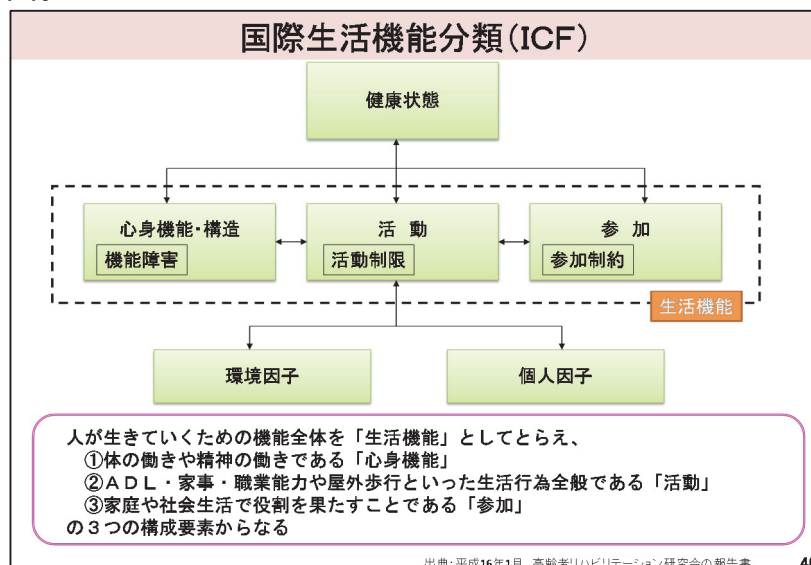
事業対象者や要支援状態の高齢者の特性が活かされ、介護予防ケアマネジメントに役立つアセスメントツールを市町村で独自に作成しているところもある。そうしたものを関係者で共に創りあげていく過程を大切に、ケアマネジメントの質を互いに高めていくということも大切である。

38

基本チェックリストのみで支援の必要性を判断してしまうのではなく、真に支援が必要かどうかを明らかにするためにどのようなアセスメントが必要なのか検討が必要。

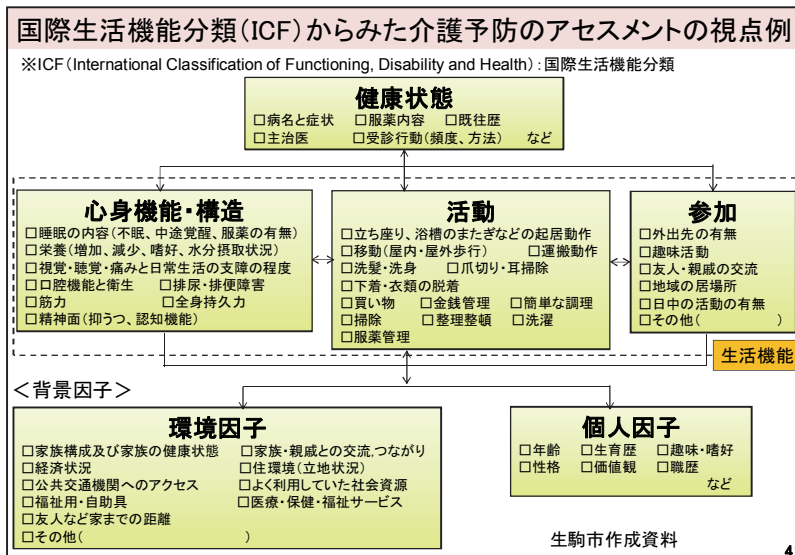


アセスメントが不十分だとニーズの捉え方が不十分になりやすくなる。介護予防におけるケアマネジメントにおいても状態に合わせて必要なアセスメントを行うことが必要。

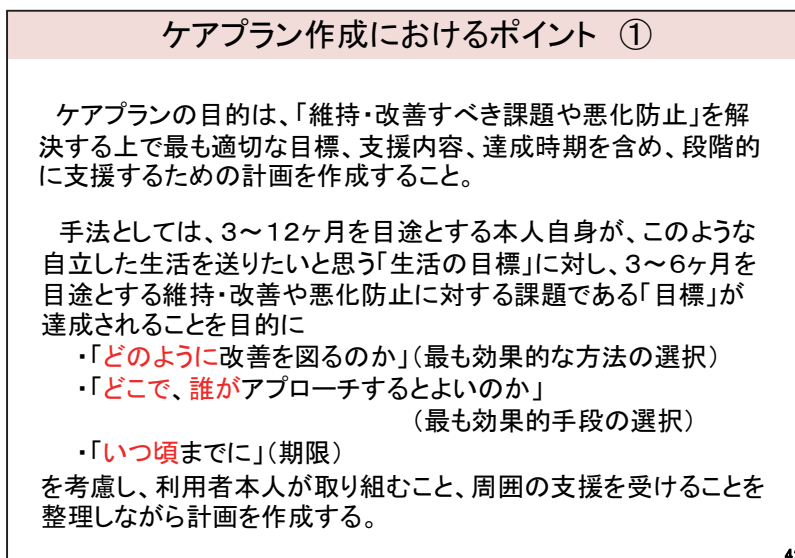


ICFの構成要素がそれぞれ相互作用していることを理解することが大切。

高齢者は複数の課題を抱えていることも少なくないことから、生活機能だけでなく、環境因子を含めた多面的な課題をアセスメントし分析していく必要がある。



情報はただ集めるだけでなく、整理し分析することが大切であるとともに医療知識の必要な分析であれば、他職種の協力を得ることも必要である。



課題を解決するための目標を具体的に示し、利用者本人、家族等と共有することが重要である。

目標を達成するための取組が支援内容(計画)となる。ケアプラン作成では、「誰が」「どこで」「どの様に」「いつまでに」と具体的な内容を作成する必要がある。

ケアプラン作成におけるポイント ②

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。

43

利用者の生活課題と社会資源を結び付ける際は、ただサービス等に結び付けるだけでなく、本人の思いや意欲を踏まえ、しっかりと馴染んでいこう支援をすることも忘れてはならない。

介護予防ケアマネジメントの考え方は、サービス利用を終了した場合においても利用者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。認定に至らない高齢者の増加、自立支援・重症化予防につなげることが重要である。

ケアプラン作成におけるポイント ③

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・改善すべき課題や悪化防止に対する課題（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。

44

支援をただ継続するのではなく、状態改善によって目標が達成された場合は次のステップアップに進むように計画作成し、本人へ説明、同意を得ることが重要である。

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である。

45

ケアマネジメントCの場合は、セルフマネジメントが可能となるためのツールの活用を検討するなど、どのようにすれば、セルフマネジメントが可能となるかを考え、工夫をすることも大切である。

「平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金
地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に
向けた調査研究事業」 三菱UFJリサーチ&コンサルティング
<http://www.murc.jp/sp/1410/sougou/>

市町村名

介護予防手帳

～ 私のプラン ～

年 月 日 交付

● 氏名 _____

● No. _____

手帳の構成

この手帳は4つの項目から構成されています

内容の確認	内 容：あなたがしていること、趣味、興味のあること、得意なことなどを確認しましょう。 書くひと：あなた
私のプラン	内 容：あなたの暮らしの支えになるような活動の目標やその達成に向けて必要な取り組みを書いてください。 書くひと：地域包括支援センターの担当者とあなた
活動記録	内 容：あなたが通こし参加する場所での活動の様子を書いてください。 書くひと：あなたとあなたの活動に関わる人
介護支援ボランティアポイント	内 容：あなたが得意なこと、したいこと、できることを活かした活動で地域に貢献し、介護支援ボランティアポイントをもらいましょう。 書くひと：あなたの活動に関わる人

46

介護予防手帳の紹介。セルフマネジメントに向け、どのようなことが有効かの参考資料として活用。

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り、「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**具体的なサービス内容として、何ができるかについて相互に理解**するなど、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、調整を図っていく。

47

サービス担当者会議において、多職種と情報を共有するとともに、専門的な見地からの意見を踏まえ、より具体的かつ実現可能な目標と効果的なサービス内容を検討し、さらにはその内容を共有し、チームメンバーが一体的にアプローチできるようにするためにも担当者会議は重要である。

サービス担当者会議におけるポイント ②

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入し、**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するような取組も、総合事業として検討することができる。

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**利用者合意**を得てケアプランに反映させ、より利用者の状況等にあ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。

48

サービス事業所に配置されていない専門職に、担当者会議等に参加してもらうことにより、専門職による専門的な視点から、課題や支援について検討ができる。また、自立支援の視点にたった専門的な判断に基づく介護予防ケアマネジメントが実践できるようになる。

モニタリング・評価におけるポイント ①

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る。

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。

ケア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は、適宜利用者自身や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。**

49

ケアマネジメントB・Cのような場合は、状態に応じてケアマネジメントプロセスを一部簡略化することが可能であるが、利用者の状況変化の情報がタイムリーに得られるような体制づくりをすることが重要である。このような体制が取れていないと、利用者の状態変化に伴う課題の発見が遅れたりすることが危惧される。

モニタリング・評価におけるポイント ② ～状況悪化を見逃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、悪化の兆しを早期に発見する。
- 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行う。

50

サービス形態も多様となるなかで、住民主体の形態も想定されるため、心身の変化を見逃さない仕組みづくりが求められる。モニタリングの体制についてもサービス形態に応じた多様な方法を考えることが重要である。

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、速やかに再度課題分析を行い、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。

51

支援を進める中で、目標達成してから次のステップへと進むのは不安が生じることもある。支援を受けている時から次のステップアップの場へ通うイメージを作れるようなアプローチをしていくことも大事である。

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)

「介護予防サービス・支援計画書」の一部を省略して用いることも可能。

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**」

といった内容が含まれていることが望ましい。

52

ケアマネジメントB等の場合は、介護予防ケアマネジメントにおける書式を簡略化することなども考えられるが、一部を簡略化した際においても、本人が意欲的に目標を持って取り組んでいくために必要な項目については簡略化しないように留意しなければならない。

生駒市作成資料

生駒市版 簡易プラン表(ケアマネジメントBIに活用する帳票)

介護予防支援計画表および評価シート

No. _____ 利用者氏名 _____ 種 _____ 歳 _____ (年度末時点での年齢記載)

計画作成者氏名 _____ 地域包括支援センター担当 _____
 計画作成日 年 月 日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の 意識・意向	目標	支援計画			評価 評価日(年 月 日)
			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	利用先	
運動・移動・移動について						
日常生活(家庭生活)について						
社会参加・人間関係・コミュニケーションについて						
健康管理について						

身体	生活全般	運動	栄養	口腔	認知・こころ	認知力	心の健康	健康意識
1/2	2/2	1/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2

身体	生活全般	運動	栄養	口腔	認知・こころ	認知力	心の健康	健康意識
2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2

簡略化したケアプランの例示

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

No. _____ 利用者氏名 _____ 種 _____ 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(家)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 _____

I-B		I-A										
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意識・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休案の提示	具休案についての意向 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)		口有 口無					()					
(日常生活(家庭生活)について)		口有 口無					()					
(社会参加、人間関係・コミュニケーションについて)		口有 口無					()					
(健康管理について)		口有 口無					()					

健康状態について
1. 主要な健康状態、療育結果、行動結果等を記述した概要点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
実施した支援の要約に代けた方針

総合的な方針：生活で注意すべき支援のポイント

基本チェックリストの該当した項目(課題)を記入して下さい
地域支援事業の開始は事業プランの開始に即座に必要に応じて下さい

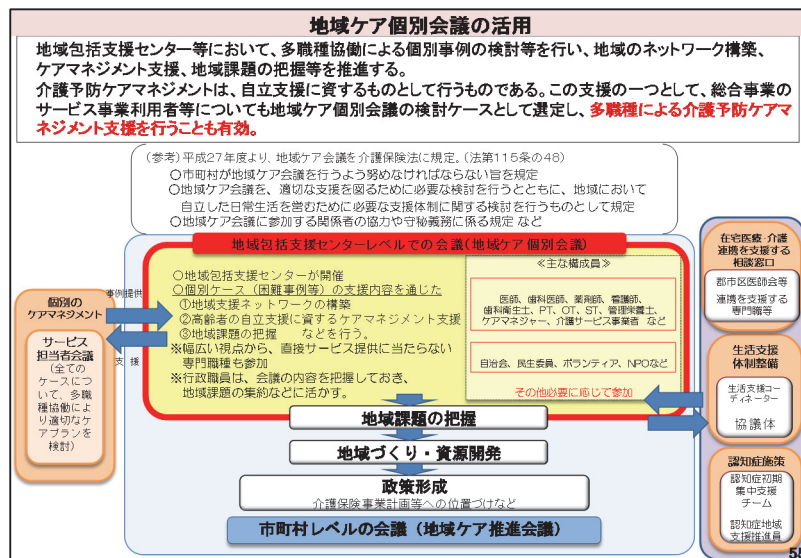
運動	栄養	口腔	認知・こころ	認知力	心の健康	健康意識
2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2

【取組】
地域包括支援センター

計画に関する留意
上記計画について、同意いたします。

申請 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

介護予防サービス・支援計画書を活用する場合の書式の例示



地域ケア会議を活用し、想定していた改善がなされなかった要因について、多職種による検討を行い、地域の中で求められる新たな事業を含めた地域課題の抽出や社会資源の開発、地域ネットワークの構築など展開することで、地域づくりにつなげていくという俯瞰的な視点も求められる。

※第 122 回市町村職員を対象とするセミナー「地域ケア会議の推進について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000142223.html>