

を持つこと（互いの役割や貢献、把握実態の相互理解と確認、介護予防に関連する制度やサービスの情報交換、対象者の介護予防支援ニーズに応じたサービス・メニューの開発など）

などの活動が重要である。

なお、ここで求められる体制は、前述の3.3.1と3.3.2と後述の3.3.4を包含する総合的な地域支援のネットワークシステムである。

### 3.3.4 公的・非公的關係機関・関係者に対して市町村等が行うこと

関係機関・関係者による虚弱高齢者を把握する機能を高め、的確な把握を推進するため、そのためには、11)～14)の活動に加えて、

15) 日頃から連絡調整や協力の体制を整えること、

16) 事業所の刊行物やパンフレットへの広報内容の記載推進、

などの活動が必要となる。

ここで求められる体制は、公的・非公的關係機関・関係職種と市町村の介護保険や保健福祉等担当部署、地域包括支援センター等が相互に連携し支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステムである。

### Ⅲ. 地域支援事業における介護予防ケアマネジメント

#### 1. 介護予防ケアマネジメントの手順：流れと留意点

##### 1. 1 介護予防ケアマネジメントの特徴

ケアマネジメントとは、対象者の自立とQOLの向上を目指し対象者の持つニーズに対して適切な社会資源やサービスを結びつける援助機能であり、介護予防ケアマネジメントにおいても基本的なプロセスは介護保険制度におけるケアマネジメントと同じである。

ただし、地域支援事業における介護予防の対象者の特性として、要支援・要介護状態には陥っておらず生活機能がある程度保たれていることがあり、生活上・身体上の困難さは低いものの今後要支援状態になるおそれがあるため、対象者がそのことを十分に認識できる援助が重要である。

介護予防は終わりのない目標であり、介護予防への取り組みは対象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。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけることと知識や技術提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要である。また、地域において継続した取り組みを支援する基盤づくりも視野に入れて進めていく必要がある。

さらに、地域包括支援センターの目指す役割のひとつに継続的なケアマネジメントがある。地域支援事業における介護予防ケアマネジメントの対象者が要支援状態になった場合は新予防給付のケアマネジメントへと移行するが、その場合は両者の円滑な連携が重要である。把握した情報を活用することや対象者の取り組みへの支援を継続すること、状態が悪化した要因を把握して地域支援事業におけるケアマネジメントにフィードバックすることも必要である。

連携が円滑に行われる方策には、ケアマネジメント担当者を同じにする、できない場合は情報を適切に伝達する、個人ごとの台帳管理を行う等が考えられるが、地域の実情に合わせた連携方法の工夫が必要である。

これまでの介護保険におけるケアマネジメントと地域支援事業におけるケアマネジメントの比較を表6に示す。

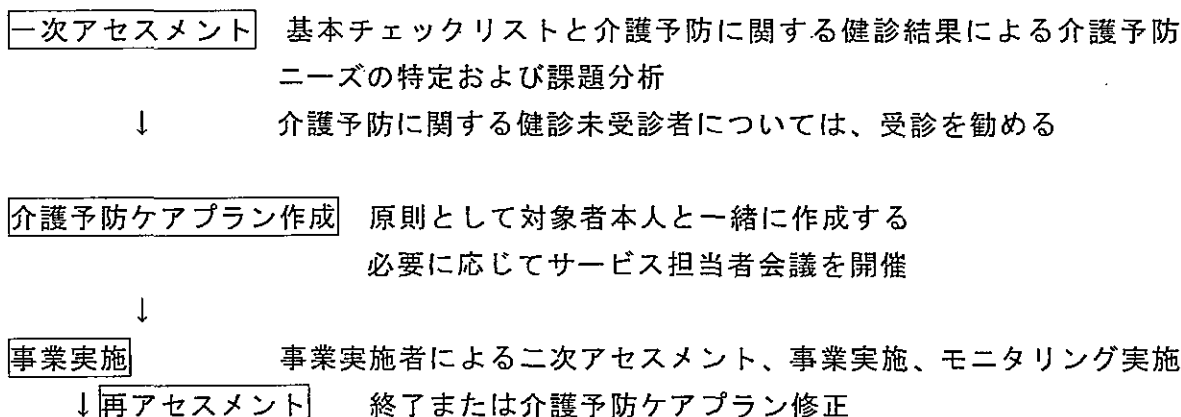
表6 これまでの介護保険におけるケアマネジメントと地域支援事業におけるケアマネジメントの比較

項目	これまでの介護保険における ケアマネジメント	地域支援事業における ケアマネジメント
目標	自立支援・家族支援	自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上
ケアマネジメント 担当者の特徴	ケアマネジャー 個人ごとの契約	地域包括支援センター職員 (保健師等) 地域担当制

支援の必要性の判断	要介護認定（認定調査・主治医意見書を資料に介護認定審査会が行う）	基本チェックリスト介護予防に関する健診等により、地域包括支援センターが行う。一次アセスメントにより介護予防ケアプラン作成者が行う
ケアプランへの同意	同意の署名	同意の署名
情報開示の手続き	同意の署名	同意の署名
支援内容	主に介護サービス インフォーマルサービスで補完する	主に介護予防事業とインフォーマルサービスを組み合わせて実施。 （対象者自身の取り組みを強化する支援） 継続できる条件整備が重要

## 1. 2 介護予防ケアマネジメントの流れ

従来のケアマネジメントのプロセスは、「アセスメント→ケアプラン原案作成→サービス担当者会議→ケアプラン決定→サービスの実施（モニタリング）→再アセスメント→ケアプラン修正」が基本であるが、地域支援事業における介護予防ケアマネジメントにおいては、1名の介護予防ケアプラン作成者が担当する高齢者の数は介護保険における人数より多いと思われること、介護予防支援ニーズは特定されやすいと思われることから、ケアプラン原案作成の過程を省略した。



## 2. 一次アセスメント

2. 1 目的 1) 生活全般の課題分析を行い、支援ニーズを特定する。
- 2) 対象者の自己実現内容を確認し、自己実現を阻害する課題を明確にする。
- 3) 可能な対象者自身の生活改善と必要な事業を明確にする。

### 2. 2 方法

#### 1) 課題分析

基本チェックリスト・介護予防に関する健診結果・対象者の病気や心身機能・生活習慣や価値観・家族や生活環境等を把握し、要介護状態になりやすい要因を分析する。

このとき、対象者自身が自分の生活の中にある課題に気づき、介護予防の必要性を認識できるように支援することが重要である。また、課題抽出に当たっては、個人因子・環境因子を総合的にみること、できていないところだけではなく、できているところや潜在能力にも注目し、対象者のやる気を引き出す。

## 2) 支援ニーズ

基本チェックリスト・健診結果・本人から聞き取った情報により、支援ニーズを特定する。

なお、介護予防に関する健診を受けていない高齢者の場合は、できるだけ受診を勧める。3) 基本情報<sup>注1)</sup>のなかで、不足している情報を把握する。

### 注1) 基本情報項目

氏名・性別・住所・電話番号・生年月日・既往歴・生活歴・家族構成・緊急時連絡先・現在利用しているサービス・把握経路・初回相談時の対象者の意向  
(以下は必要に応じて)

居住環境(屋内・屋外)・1日の生活リズム・地域のインフォーマルサービスの資源

## 3. 介護予防ケアプラン作成

### 3. 1 目的

対象者本人が自己実現を阻害する課題に気づき、解決のための具体策の内容(サービス含む)と時期、目標を明確にして取り組む指針とする。

### 3. 2 介護予防ケアプランに盛り込む項目

1) 目 標 長期目標および短期目標

2) 課 題 目標とする生活を阻害する現状や要因(支援ニーズ)

3) 改善策・生活機能の低下を予防するため対象者自らが取り組みべき事項  
・生活機能の低下を予防するために利用する事業等(家族やインフォーマルな支え合い・自宅内や介護予防拠点等の外部環境改善策等を含む)

4) 評価の時期と内容・方法

### 3. 3 評価の内容と方法

#### 3. 3. 1 目標の設定

目標は、対象者が何のために介護予防に取り組むのかを明確にしたものである。

長期目標は、対象者とともに、対象者の望む自己実現のありようや生きがいを話し合い、介護予防のために達成したい生活の目標や人生の目標を設定する。あくまでも、介護予防支援や対象者の取り組みによって達成可能な具体的な目標であり、「願い」や「夢」ではない。介護予防ケアプラン作成者が対象者の状態改善の可能性予測を行い、対象者の活動や参加が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

短期目標は、長期目標を達成するために必要な介護予防支援ニーズ改善の方向性を挙げたものである。長期目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理・能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、多方向の目標が設定される場合もあり得

る。介護予防に取り組むことで達成できる生活行為や状態（例：肉類が食べられるようになり、家族と一緒にレストランで夕食ができる）を記入する。いずれ、短期目標は具体的かつ対象者が達成感・自己効力感が得られるような内容が良い。

長期目標・短期目標の期間については、特に規定は設けていない。介護予防事業の実施期間、または対象者の取り組み内容によって1週間以内等の短期間の場合もあり得る。モニタリングの目安になるため、目標ごとの達成予定時期を話し合って記入する。

### 3. 3. 2 課題

一次アセスメントにおいて対象者と合意した健康・生活・介護予防上の課題を記入する。複数の課題がある場合は優先順位の高いものから記載する。

### 3. 3. 3 改善策

#### 1) 対象者自らが取り組むべき事項

生活機能の低下を予防するため対象者自らが取り組むべき事項

対象者自身にできる生活行為・行動の修正や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取り組み等の利用を記入する。

#### 2) 介護予防事業等の利用

生活機能の低下を予防するために利用する介護予防事業等を記入する。（家族やインフォーマルな支え合い・自宅内や介護予防拠点等の外部環境改善策等を含む）

これらの地域支援事業は、対象者の状態像に効果的なもので、対象者によるセルフケアや家族等による支援を補完するものを選択する。

また、対象者ができることを家族が行っている場合や対象者が家族や友人とのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じているような場合は、インフォーマル支援者（親戚・友人・地域住民）の役割として、対象者の取り組みを支援・強化する内容を記入する。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者に使いやすくする家庭用品の工夫なども必要に応じて改善策として盛り込む。

### 3. 4 支援方法の種類と内容の例（平成17年度における事業名のため変更あり）

介護予防事業の特定高齢者施策

運動器の機能向上、栄養改善、

各市町村において利用できるサービスを記入する。

地域支援事業（介護予防事業）：（仮称）栄養改善教室、運動器の機能向上、口腔機能向上教室、うつ予防、認知症予防、閉じこもり予防

一般高齢者施策

医療保険サービス：治療・栄養指導・リハビリ等

NPO法人等による家事・介護支援サービス

社会福祉協議会による、ふれあい・いきいきサロン、ミニデイサービス（宅老所）、小地域（福祉）ネットワーク、会食会等

地域住民による自主活動：老人クラブ、観音講など地域独自の活動、サークル活動

### 3. 5 留意事項

地域包括支援センターの役割及び個人情報の取り扱いに関する説明を行い、利用者本人の同意を得る。

必要な介護予防ニーズに関して、対象者と共通理解が得られず、介護予防サービスの選

扱が計画作成者と一致しなかった場合は、合意されたサービスや取り組み方法を介護予防ケアプランに記入し、必要な介護予防ニーズ合意のための支援をモニタリング内容として別途明記しておく。

#### 4. 担当者会議の開催

##### 4. 1 対象となる事例

多岐にわたる地域支援事業利用者（例：運動器の機能向上と栄養改善・栄養改善と口腔ケア）の事例、閉じこもり・うつ・認知症等の個人因子により関係者の連携が必要な事例、事業の内容について十分な納得が得られず、各事業の担当者の説明が必要な場合に実施する。

##### 4. 2 目的

利用者の自己実現に基づき、対応方針が適正であるかを確認するとともに、対象者を含めた関係者による課題と目標の共有および役割分担を明確にする。

##### 4. 3 参加者

介護予防ケアプラン作成者・利用者・事業担当者

必要に応じて、家族やインフォーマル支援者・主治医等も含める

なお、インフォーマル支援者については、本人の了解が得られた場合のみ、参加する。

##### 4. 4 内容と時期

###### 1) 複数サービス利用者の場合

介護予防ケアプラン作成時・および原則として6ヶ月後に行う。

サービス提供時の配慮や各事業毎の計画作成のための意見確認・調整を行う（二次アセスメント共通項目や情報の共有方法、サービス提供の順序や調整、事業ごとの評価と総合評価の方法等）。

###### 2) 閉じこもり、うつ、軽度認知症のある場合

介護予防ケアプラン作成時・地域支援事業利用中断時などに行う。

個別性に合わせた、配慮すべき点（送迎・座席の位置・仲間・作業や役割等の設定内容等）について検討する。

##### 4. 5 方法

地域包括支援センターは、担当者会議の開催の目的を対象者と事業担当者等に伝え、了解を得て開催する。

開催場所は、会議形式の会場にこだわることなく、利用者の自宅や介護予防拠点、かかりつけ医の診療所地域包括支援センターなど、対象者の便宜を図った生活の場・地域において実施する。

検討結果や各自の役割分担について合意した内容は「担当者会議の要点」に記入し、各自が写しを保管する。

##### 4. 6 留意事項

閉じこもりやうつなどの場合、利用者の支援担当者としてインフォーマル支援者も重要な役割を果たすが、担当者会議における情報開示に関する対象者の同意を得ることが難しいことも多く守秘義務に関する配慮が必要である。

## 5. 使用する帳票の種類と様式例

ここでは、基本的な帳票の例を示すが、様式や活用方法は地域の実情に合わせて検討することが望ましい。

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 1) 介護予防ケアプランおよび評価表   | 様式 1 |
| 2) 担当者会議の要点          | 様式 2 |
| 3) 担当者会議を開催しない場合の連絡表 | 様式 3 |

## 6. 介護予防（地域支援事業分）ケアプランの事例紹介

### 6. 1 事例 1

#### 1) 事例の特徴：生活機能の低下（配偶者との死別・老化）

→ セルフケア＋運動・移動＋コミュニティライフの縮小・制限

#### 2) 把握ルート：本人・長女 → 関係機関（医療機関） → 地域包括支援センター

75歳女性。高校の美術教師であった夫の影響で油絵を始めた。夫婦でスケッチ旅行に行き、油絵製作の日々を送る。10年前に夫を亡くした後も、趣味の油絵は、仲間達と絵画教室やスケッチ旅行に参加し制作を継続。スケッチ旅行では「良いスケッチポイントまで歩くから」と、毎朝の散歩を欠かさずにいた。しかし最近しばしば体調を崩すようになり、楽しみにしていたスケッチ旅行も、キャンセルすることが多く、絵画仲間との交流も少なくなった。今までも自宅内で絵画作成に取り組み、熱中すると食事や服薬も疎かになり不規則な生活を続け体調を崩すこともあったが、今回はなかなか回復の兆しがなく、市内に住む長女に付き添われて主治医に受診。処方されていた高血圧症の薬を食事せずに服薬したり飲み忘れたりの状態にあり、不規則な生活が体調悪化につながったと考えられた。本人は体力が回復できれば、また趣味のスケッチ旅行を再会し、「市民絵画展」に作品を出したいと思っている。主治医の紹介により地域包括支援センターに娘さんが来所した。

### 6. 2 事例 2

#### 1) 事例の特徴：生活機能の低下（配偶者との死別・体力・筋力の低下）

セルフケア＋家庭生活＋コミュニティライフの縮小・制限

#### 2) 把握ルート：関係機関（ケアハウス） → 地域包括支援センター

90歳男性。妻と二人で衣料品店を経営。趣味の俳句の会には40歳代より参加し、仲間達と同人誌の出版をすることもあった。妻の介護が必要になり息子夫婦に店の経営を譲った。妻の死後は「気ままがいい」とケアハウスに入居し独居となった。大腿骨骨折・急性腸炎等により何度か入退院したが、身の回りのことはなんとか自分でできるのでケアハウスで生活。最近になって、体力・筋力の低下がみられ、頻回に「風邪をひく」「腸炎をおこす」などを繰り返すようになり自分の体力に自信がなくなってきた。息子夫婦は最近になって新たな商売のスタートを切ったばかりであるので、同居などにより負担をかけることもできない。自分のことが自分でできるうちは、ケアハウスの生活を送りたい。「自分の俳句人生の集大成として句集の自費出版」を果たした同人誌仲間もいるので、自分も若い頃から、是非句集を作成したいと考えていた。句集の出版の為に、俳句の会にもう一度参加できるようになりたい。

「体調が思わしくない為、今すぐに俳句の会の参加もできない状況だがなんとか支援できないか」とケアハウスから地域包括支援センターに連絡が入る。



# 地域支援事業分 ケアプランおよび評価表シート

様式1

被保険者番号		氏名		年齢		電話		緊急連絡先					
ケース概略		経過		家族構成		家族支援		既往症		治療中疾患		主治医	
プラン(有効期間 平成 年 月 日 ~ 月 日)												評価(再アセスメント)	
目標	課題	短期目標	現状※注	本人(家族)のケア				利用可能な地域資源(ケアマネージャー等)				評価日	
				改善案	利用サービス名	担当者名	提供期間	予定	実際	評価			
				《地域支援事業》									
				《ケアマネージャー等》									
				《その他の公的サービス》									
再アセスメント実施要否(ケアマネージャー等)の結果(改善案の下の欄にOFFを付けて下さい)								再アセスメント実施要否(地域資源)の結果(利用が必要と思われるサービスの下欄に○印を付けて下さい)					
車動器の機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ	車動器の機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ	今後の方針	
/11	/1	/3	/2	/4	/5	/11	/1	/3	/2	/4	/5	他病 2. 修了 3. その他	

私は、介護予防ケアプランに同意するとともに、サービス提供に関して私の情報を関係者に開示することに同意します。 氏名

※注 現状にある番号の課題に関連のある改善案、利用サービスには同じ番号を付けてある。

印

地域支援事業分 ケアプランおよび評価表シート 事例1

様式1

被保険者番号	123456	氏名	高〇 〇子 (女性)	年齢	75歳	電話	55-5555	緊急連絡先	54-5555(長女・吉 浜美宅)			
ケース概要	経過	頻繁に体調を崩し受診繰り返すが、適切な保健行動(生活の見直し・定期受診等)により状態の改善と安定が見込まれるのではないかと主治医より、地域包括支援センターにケース紹介あり				家族支援	居住状況	治療中疾患	主治医			
				独居	長女(市内)	高血圧症	高血圧症	〇〇医院(54-1111)				
プラン(有効期間:平成18年4月1日~10月31日)								評価(再アセスメント)				
								評価日 10/23				
目標	課題	短期目標	現状	改善案	利用サービス名			予定	実際	評価		
					利用サービス名	実施者名	提供期間					
スケッチ旅行の再開	体力の回復・維持	自身の生活改善等による歩行能力回復	①不規則な生活→状態悪化→不規則な生活の悪循環	① 定期的な受診と服薬忘れ防止対策等実施	①栄養改善事業・配食サービスを含む ③運動機能向上(2/月)			10月中	10月23日	体調の回復に伴い、「自分で調理する日があってもいい」と本人の判断で回数減に変更済(7/W→3/W)		
			②処方薬を正しく飲んでいない	①② 薬の日分け(本人と家族で実施)	①定期受診 〇〇医院 民生委員 通年(火)			10月中	10月23日	体力も改善しておりスケッチ旅行の予定を立てている。運動機能向上教室の終了後は、宅老所を継続利用すると同時に、宅老技術ボラとしても参加検討		
			③体力が落ち、出かけるきっかけがない	③ 定期的な外出の機会の確保・地域の仲間づくり	①②近所の宅老ボランティアさんに声をかけてもらう 宅老ボランティア 通年			10月中	10月23日	体調は全般的に改善・安定しており、宅老所利用により、仲間も拡大してきている。娘との交流も以前より、頻回になっており、娘家族との家族旅行による、スケッチ旅行の自信もついてきた。このまま宅老所を中心としたインフォーマルサービスを活用しつつ、地域支援事業は縮小していいと考えられる。		
				②服薬声かけ(配食サービス・宅老スタッフ等とも相談)	②③保健師の訪問(1/月)							
9/11	1/1	0/3	1/2	1/4	1/5	4/11	1/1	0/3	0/2	0/4	0/5	栄養改善サービスのみ継続

私は、介護予防ケアプランに同意するとともに、サービス提供に関して私の情報を関係者に開示することに同意します。 氏名 印  
 ※注 現状にある番号の課題に関連のある改善案、利用サービスには同じ番号を付けてある。