



大橋 謙策（おおはし・けんさく） 日本社会事業大学学長 社会保障審議会統計分科会 生活機能分類専門委員会委員長

.....
地域福祉と社会教育の学際的・俯瞰的型研究の視点から、福祉サービスを必要としている人や家族の地域での自立支援のために ICF の視点でケアマネジメントの方法を手段として活用するコミュニティソーシャルワークの理論化を図る研究を行う。また、厚生労働省の「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」の座長を務める傍ら、市町村における地域福祉計画策定のアドバイザー、審議会委員として国の制度にない「子ども家庭支援センター」や「保健福祉サービスセンター」の設置を提案し、実現してきた。



真柄 彰（まがら・あきら） 新潟医療福祉大学医療技術学部教授

.....
新潟医療福祉大学医療技術学部教授。新潟大学医学部卒，医学博士。専攻はリハビリテーション医学。米国エモリー大学リハセンターなどで研修後，25年間燕労災病院にて臨床に従事。現在新潟リハ研究会会長。日本リハ医学会評議員・専門医・認定臨床医・関東地方会幹事。日本整形外科学会専門医，日本義肢装具学会評議員，日本保健医療福祉連携教育学会理事・事務局長，日本リハ連携科学学会保健医療福祉連携教育自主研究会代表。



島野 光正（しまの・みつまさ） 郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室長

.....
社会福祉士主任介護支援専門員。明治学院大学社会学部社会学科卒業。児童養護施設勤務の後、特別養護老人ホームに勤務、在宅介護支援センターのソーシャルワーカー、地域包括支援センター勤務を経て、(社)郡山医師会郡山市医療介護病院保健福祉等事業推進室室長。地域で病診連携や病病連携の仕組み作りや、地域ネットワークの構築などの業務を主に行っている。
(元) 社団法人日本社会福祉士会副会長、一般社団法人福島県社会福祉士会会長、非営利活動法人あいえるの会監事、福島学院大学、郡山女子大学、ポラリス保健看護学院保健学科非常勤講師。



新予防給付におけるアセスメント・ケアプラン作成の考え方

講師：木村 隆次 一般社団法人 日本介護支援専門員協会会長

講演概要

平成 12 年にスタートした介護保険制度を平成 18 年に改正した際、できる限り元気な高齢者も要支援・要介護状態にならないようにするための方策を取り入れた。研究班を立ち上げ、いわゆる A 3 シートと呼ばれる「介護予防のアセスメントシート」を開発し、これを普及するために国の統一様式として完成させた。要介護度が 1 以上の利用者に対しては居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）がケアマネジメントを行うが、要支援者のケアマネジメントは地域包括支援センターと 2 枚看板を持つ介護予防支援事業所の課題分析者が介護予防ケアマネジメントを行うため、この課題分析者用に作成したものである。

アセスメントシートは、健康状態、運動・移動、日常生活、社会参加、対人関係・コミュニケーション、健康管理の領域ごとに全部で 16 項目を確認する形式になっているが、ここに I C F の考え方をそのまま組み入れた。心身の状態、生活機能低下の原因、本人の趣味や楽しみ、特技、状況に見合った形で人との交流が行われているか等、様々な領域、角度からアセスメントができるようにし、本人の意向を聴き出しながら利用者の自立に向けた目標指向型プランを策定するために総合的に分析できるような工夫を施したシートである。

介護予防ケアマネジメントはできないことを補うのではなく、できることはできる限り本人が行うことが基本であり、本人の意欲を引き出すこと、そのためにはサービス利用後の生活を分かりやすくイメージできるようにして、いつまでにどの程度のことができるか、時間軸も明示した目標設定をすることが大切である。例えば、50 m 歩くのに何秒縮まったかに一喜一憂するのではなく、「〇月にはお孫さんの運動会があるからそれまでに電車に乗って行けるようになるといいですね」と、イメージの案を示すことができるよう要因を把握すること、また、手のしびれや握力低下により調理が困難になった人に対しては身体の状態も踏まえた上で「自分で料理を作って〇月の娘さんのお誕生日には一緒に食べられるといいですね」など、具体的に目標とする生活のイメージを引き出すためのアセスメントが重要なのである。状態像を踏まえた上で普段の暮らしぶりなど総合的な観点から根本的な課題を探ることがポイントであり、目標は本人と家族、課題分析者、また介護支援専門員が知っていればよいのではなく、本人にかかわる人たちチーム全員で共有することが必須である。身体の状態は医師に、リハビリに関することであれば理学療法士に、口腔機能に関することであれば歯科衛生士に聴くなど、専門家の意見は欠かせない。シートをきっかけに見落としていた課題に気づき専門家につなぐことも忘れてはいけない視点である。

手を使わないままでいると、拘縮するなど身体機能が落ちることも考えられるが、調理器具を工夫すればできる料理があるかもしれない。誰かと一緒ならできるかもしれない、材料はスーパーの宅配サービスを利用することも考えられる。自立支援に向けたケアプラン作成は、まずセルフケアである「自助」、家族や近隣の助け合い、地域のボランティア等による「互助」、そして介護保険のような制度化された「共助」、



さらには最低限必要な社会保障である社会福祉等の「公助」サービスという順番で構築することがポイントである。地域包括ケアマネジメントにより、その人らしい自己実現を可能にしていくことである。そして、達成状況は本人の満足感も含めて「評価」を行い、必要に応じて計画の見直しのためのアセスメントが行われる。ケアマネジメントのプロセスとして当然の循環システムである。ここでいう評価には、第三者評価として、地域包括支援センターが関与しているのが、現在の日本の介護保険制度における介護予防の評価チェックシステムである。

最後に。平成 21 年 2 月に韓国の社会福祉学を専門とする大学教授の研究班が、日本のケアマネジメントをリサーチするために日本介護支援専門員協会に来訪した際、要介護 1～5 の部分よりも介護予防に大変興味を持ち質問攻めにあった。ICF とケアマネジメントのコラボレーションを丁寧に説明したところ、全員深く納得していた。これは誇れるものであり、ICF を共通言語として普及していきたい。