

參考資料

memo

地域包括支援センター業務マニュアル

平成 23 年 6 月

一般財団法人 長寿社会開発センター

參考資料 ②

要支援 1・2 の 改善率が高い自治体の取組み例について

「運動器の機能向上マニュアル」分担研究報告書（平成 21 年 3 月財団法人日本公衆衛生協会）の介護予防ケアマネジメントに関する記述の中に、埼玉県和光市の取組みが紹介されています。

そこで、財団法人長寿社会開発センターでは、地域包括支援センター業務マニュアルの検討をする機会を得たことをきっかけとして、和光市における介護予防ケアマネジメントを中心にその取組みを取材してみました。

その趣旨は、介護予防の場合は要支援認定により状態像の変化を容易に把握できること、そして要支援者の状態の改善率が高い自治体が存在するという点、さらにそのような成果を導き出す背景を探ってみて、他の自治体においても何らかの参考になると思われる情報の提供を試みようとしたものであることをご理解いただき、ここにその概要をご紹介します。なお、介護予防支援は利用者とともに展開されますが、ここでは支援者側の活動にフォーカスして紹介します。

1 和光市における地域包括支援センターの設置状況

和光市は、基幹型としての性格を有する直営の地域包括支援センター 1 か所と、一般の委託型 3 か所の 4 か所設置しております。（平成 20 年度まで委託型は 2 か所でした。）

2 要支援 1・2 の介護予防ケアマネジメントで 6 割の方が「改善」

平成 19 年度に、介護予防ケアマネジメントが行われた高齢者の状態変化が次の表です。「改善」「悪化」「維持」は、予防サービス導入前から年度末時点の状態変化を示しており、それぞれ、改善者とは「要支援 1・2 から自立（非該当）となった人、または要支援 2 から要支援 1 に移行した人」、悪化者とは、「要支援 1 から要支援 2、または要支援 1・2 から要介護状態へ移行した人」、維持者「年度末時点において要支援 1・2 から要介護度の変化がなかった人」を示し、下段には「プラン作成実人数に占める改善者数、悪化者数および維持者数の割合が記されています。

（単位：件、人）

地域包括支援センター	プラン作成件数	プラン作成実人数 (A)	改善者数 (B)	悪化者数 (C)	維持者数 (D)	死亡等
直営	109	65	46	13	6	0
委託 A	120	80	48	23	7	0
委託 B	69	50	30	14	6	0
合計	298	195	126	50	19	0
直営			70.8%	20.0%	9.2%	
委託 A			60.0%	28.8%	8.8%	
委託 B			60.0%	28.0%	12.0%	
合計			63.6%	25.6%	9.7%	

※改善率 = (B/A) %、悪化率 = (C/A) %、維持率 = (D/A) %

これを見ると、和光市では介護予防ケアマネジメントが行われた高齢者の実に6割以上が「改善」、約1割が状態を「維持」していることがわかります。

いうまでもなく、高齢者は老化に伴うさまざまな疾病や、身体の変調を抱えている方々です。特に、要介護（要支援）となった方々は、昨日より今日、今日より明日というように、体調が日々、悪化するリスクをより多く抱えた方々です。そうしたなか、この改善率は介護予防マネジメント効果による尊厳の保持につながるという大切さを示しています。

3 成果を導き出す創意工夫

和光市における介護予防ケアマネジメントの特徴は、「生活行為向上に向けての徹底したこだわり」と「自立支援型ケアマネジメント」をチーム一丸となって追求していることです。

(1) 評価も見据えた独自のシートの開発・使用

和光市で使用している介護予防ケアマネジメントの「利用者基本情報」「介護予防サービス・支援評価表」などは、国が示している標準様式とはほぼ同じものです。

一方、国の示した標準様式のみでは、十分な情報の収集とそれに基づく洞察分析に立脚した「自立支援型ケアマネジメント」の展開が容易ではないことを考慮して、実践的な洞察分析をするための思考回路の整理を支援するツールとして、下記に列記したような独自の記録様式の工夫をしています。

- ① 介護予防サービス利用状況
- ② 生活機能変化
- ③ 包括アセスメント変化
- ④ 各教室等の参加前と後の改善度などを記した「総括票」
- ⑤ 独自の生活機能評価票
- ⑥ 「基本チェックリスト」には独自の「介護アセスメント・追加項目」
- ⑦ 地域包括支援センターが記入する「介護予防メニューリスク確認票」があるほか

コミュニティケア会議の提出にあたっては、

- ⑧ アセスメントシート（独自）
- ⑨ 高齢者虐待リスクアセスメントシート
- ⑩ 見守り安心スコア
- ⑪ 生活支援度調査票
- ⑫ ケース検討会モニタリングシート
- ⑬ ご本人の1日の生活

これらの様式を上手に活用することにより、要支援（介護）者の状態を客観的にとらえることができるようになると同時に、会議の際、説明する時間の短縮に寄与し、最終的な評価の際の客観的

な資料ともなっています。

(2) 「因子分解」手法による洞察分析

和光市では、ケアプラン作成時の理念として、自立支援を阻んでいる要因は何かという点を徹底的に検討することを重要視しています。

ケアプラン作成の際は、まずアセスメント時に情報を収集する段階から「個人因子」と「環境因子」という2つの概念をベースに因子を探求し、その個人にとって解決すべき課題を明確にしています。

例えば、「自分で買い物にいけない」状況が、近隣に商店がなかったり、買い物に行く交通手段がないといった「環境因子」によるものなのか、それとも「(廃用症候群で) 買い物に行く体力が減退している」「認知機能の低下により買い物ができない」といった個人因子によるものなのかを、徹底的に検証するのです。

そのうえで、担当者らが主となって、その人にとって、最も効果的と考えられるアプローチを探っていくのです。そこでは、「高齢だから仕方がない」「本人のやる気がないから」と、単に追認したり放置してしまうといった姿勢はなく、常に改善の可能性を追求する姿勢が徹底しています。

また、「運動器の機能向上」という目標・課題が明確になれば、それに焦点を当てた介護予防事業の紹介をするなどの解決の手段と、誰が、いつ、どのように行うかが明確になり、評価の指標も定まっていきます。また、自助・互助・共助・公助の視点から、公的サービス以外でも、尊厳ある生活、自立支援の上で、活用できるものがないかも検討されるのです。

- ◆ IADL（手段的生活行為）を重視して、個人（身体・心理）、環境の視点からの影響因子を探求し、予防プランを作成する前提となる解決すべき課題を明確に把握することを徹底している。

・個人因子

- ・身体機能・認知機能等について
- ・廃用系、疾病等及び性格について
- ・状態回復はできるものか、できないものか

・環境因子

- ・家族や近隣の知人の背景は？
- ・在宅や地域の日常生活動線は？
- ・かかりつけ医や民生委員等の関係は？
- ・生涯生活暦は？

的確なアセスメント

- ※接遇・洞察能力を身に付ける
- ※関連制度を知る・チームの力を生かす
- ※経済的因子にも注意を！

(3) 目標設定の思考プロセスを明確化

運動器の機能向上を例に紹介すると、まず設定した目標に関して1か月後、2か月後、3か月後のそれぞれの到達イメージを具体的に展開し、その次に具体的な生活課題についての到達目標を設定するという思考プロセスに基づいて介護予防マネジメントが行われています。

運動器の機能向上サービスの基本目標		
1 時間程度の外出で疲れない体をつくる		
到達目標	1 か月目	歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える
	2 か月目	家の近所の散歩が楽にできる
	3 か月目	連続 30 分程度の歩行ができる。階段 1 階分を楽に昇降できる



【生活課題・目標設定の例】

生活課題		目標
ひとりで難しいもの	公共交通機関を使って外出する	**
	お風呂の掃除をする	
	掃除機をかける	
	新聞などの重たいゴミを出す	
何とかひとりでできるもの	日常の買い物に出る	*
	ひとりで散歩する	
楽にひとりでできるもの	身の回りの整頓をする	
	日常のゴミを出す	
	食事の支度をやる	

**何とかひとりでできるようになりたい項目

* 楽にひとりでできるようになりたい項目

生活課題具体化の例を紹介すると、介護予防マネジメント担当者は下表を用いて利用者の生活機能について主観的な評価を行うこととしています。基本的に判定基準としている「○2、△1、△2、×1、×2」について検討し、課題解決の優先度を考え、介護予防サービスの提供によって向上が期待される生活課題を明らかにします。こうして明らかにされた生活課題は、利用者・地域包括支援センター・サービス提供担当者で共有する仕組みになっています。

【生活機能評価】

氏名	(ふりがな)	○タ ○コ	女	調査日	事前	平成 20 年 8 月 10 日
		○田 ○子			事後	平成 21 年 2 月 10 日

		事 前	事 後	備 考
A D L	室内歩行	○1	○1	
	屋外歩行	○2	○2	限られた場所のみ
	外出頻度	△1 →	○2	デイサービス以外の外出は少ない
	排泄	○1	○1	
	食事	○1	○1	
	入浴	△1 →	○2	デイサービスで入浴に頼っている。能力はある。
	着脱衣	○1	○1	
I A D L	掃除	△1 →	○2	ヘルパーに頼っている。能力はある。
	洗濯	○2	○2	大物以外は自立
	買物	△1 →	○2	簡単なものは自分で。他はヘルパーや家族。
	調理	△2 →	○2	レンジアップ程度はできる。
	ごみ出し	○1	○1	
	通院	△1 →	○2	家族付き添い。
	服薬	○1	○1	
	金銭管理	△1	△1	銀行は行くのは家族に頼む。
	電話	○1	○1	言語障害が軽度あるため、相手が聞き取りにくい。限られた相手のみ
	社会参加	△1 →	○2	

(注) 矢印 (→) の改善目標を領域ごとに立てることが自立を支援するための重要なポイントである。

【判定基準】

自立度	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

(4) 方針・結果の確実な共有によりさらなる効果を生み出す

和光市では、作成したケアプランについて地域ケア会議という合議の場を設けており、個々の事例ごとに、関係する担当者が、原則必ず参加することになっています。会議では、個々の要支援（介護）者の状態と、支援の目的を共有、役割分担も含めた情報共有が行われ、その結果、今後の方針などの認識の共有が明確になります。

この会議によって、1人ひとりの対象者に対し、支援する側が同じ目的・目標で接することができ、対応に一貫性が生まれ、より確実に成果を上げることができるようになっています。

例えば、地域包括支援センターと居宅介護支援事業所といった関係する職員が、それぞれ勝手に支援したり、別々の目標を掲げていては、本人の混乱を招くばかりか、時にはマイナスに作用する恐れもありますが、この会議によってそうした心配はなくなっています。

3 地域ケア会議の開催



参加メンバー例

●地域ケア会議の目的

和光市では、

- ① 介護保険の理念の実現
- ② 介護保険ケアマネジメントの標準化
- ③ 関係職員の OJT (On-the-Job Training) の一貫として、地域ケア会議を開催している。

(1) 地域ケア会議の参加者

○ 恒常的なメンバー

保険者（長寿あんしん課）、地域包括支援センター（4か所19人）、外部からの助言者（管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士）

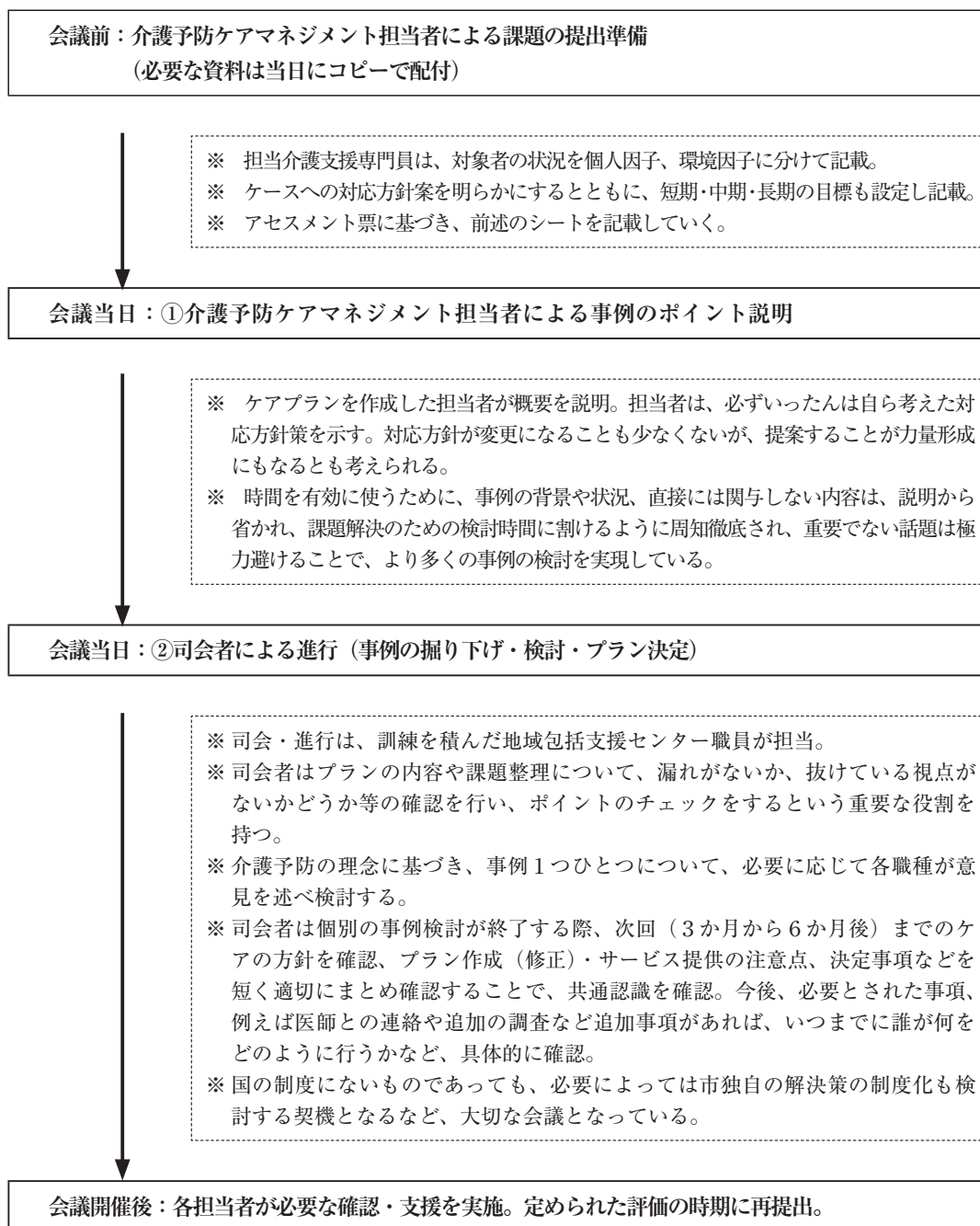
○ 個別のプランに関係するときのみ参加するメンバー（例）

社会福祉課（生活保護担当、障害福祉担当）、こども福祉課、消費生活相談員等の市役所関係者、居宅介護支援事業所・訪問介護事業所等の関係者、その他地域の社会資源関係者

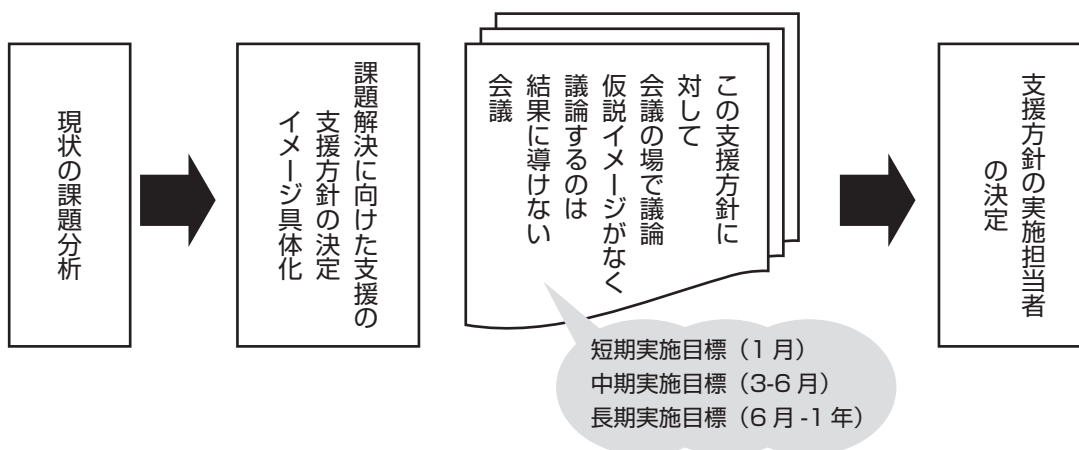
(2) 地域ケア会議開催までの流れ

- 地域ケア会議は、通年で毎週木曜日の午前中に開催することが決定しています。
- 定例的に開催することで、それぞれが参加予定の目処をつけやすくするとともに、必ず行うという姿勢を明確に示すことができます。
- 会議には、「新規プラン」と「更新プラン」は全数提出することになっており、また「困難事例」についても、介護支援専門員からの提案などにより、適宜、会議の俎上にあがることになっています。
- 一事例当たりの所要時間は平均すれば15～20分程度で効率的に行い、介護予防ケアマネジメント担当者やサービス提供担当者を長時間拘束しないように配慮しています。
- そのような会議の運営が可能となるのは、参加者に3に掲げた創意工夫を実践できる力量があり、論理的思考により原因・背景を的確に分析し、目標の展開（仮説の構築）も明確になされていることによるものと考えられます。

○ 地域ケア会議の流れ



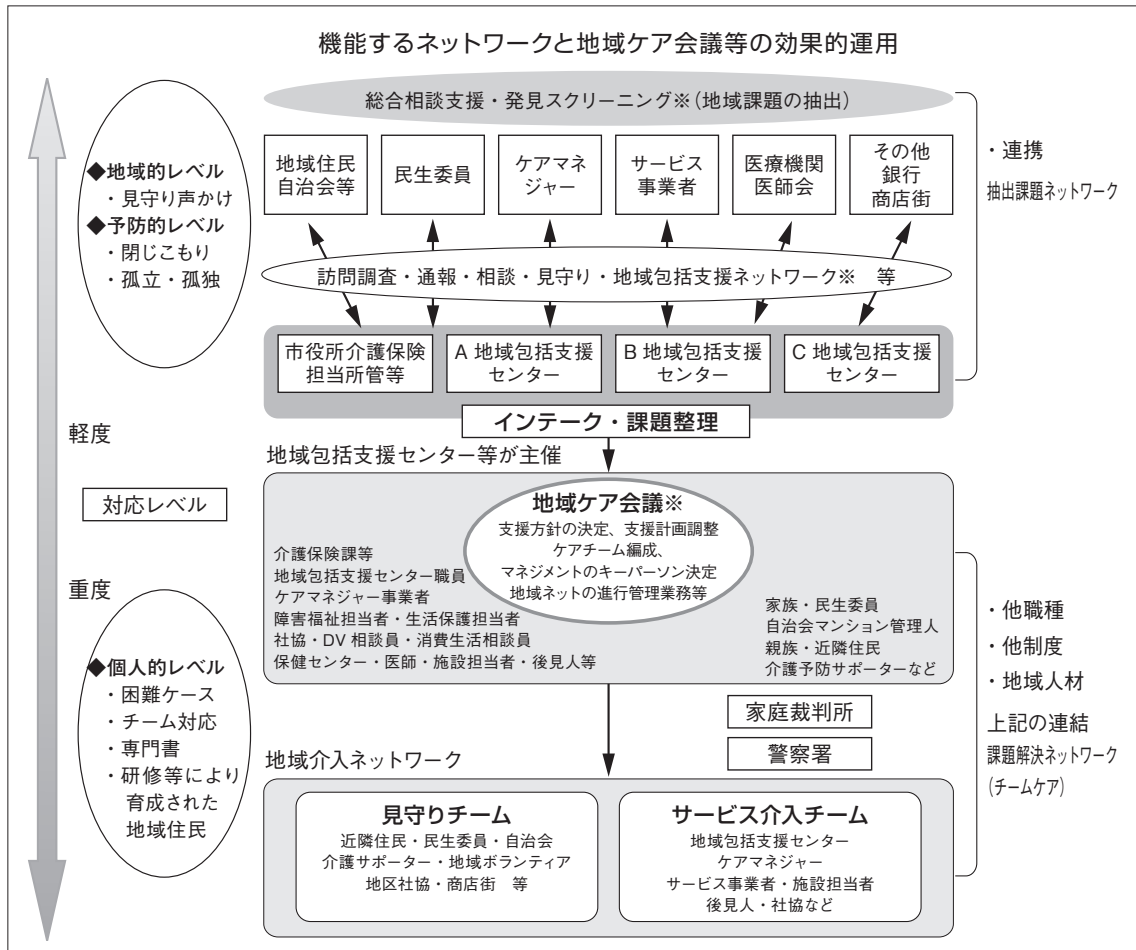
課題解決のフロー



(3) 地域ケア会議の意義

i) ネットワークがしっかり機能

地域ケア会議を行うことで、これまで、ややもすれば十分に共通認識がないままで、それぞれに支援してしまっていたことが、いわば設計図をしっかりと明確化、可視化することで、連結の機能を高めることができると考えられます。



ii) チームケアの確立と包括的・継続的支援の実施

高齢者が住み慣れた地域に継続して住み続けるためには、チームが連携して支援する体制を確立するとともに、職員の質の確保を図ることが基本となるが、地域ケア会議を継続することにより、今後の超高齢社会にあっても、安心を支える基盤が強化されていくことが可能だと考えられます。

iii) 鍵を握るのは、司会者の能力

地域ケア会議の効果的な展開の鍵を握るのが、司会者の力量です。司会者は、法的な理解はもちろんのこと、個々の事例の課題を把握するとともに、漏れている視点はないか、他にもっとよい解決策はないか、この課題について、誰の意見も聴取すべきか、など、会議を進行しながらも、個別の事例のアセスメントと会議全体の進行を念頭に入れておくことが必要です。また、個々の事例に

終始するだけでなく、市全体の課題としてとらえる視点も必要です。事例を提出したケアマネジメント担当者の育成・指導にも力量が問われます。

司会者が会議を進行するにあたり、役に立つことばには、次のようなものがあげられます。

下記のことば（例）は、地域ケア会議の司会者が、この順番で、この通りの台詞を話せばよいというものではありません。提出された事例の課題の整理はできているのか、利用者の予後の予測が十分であるのかを確認しつつ、ケアプランをより深めるために、状況に応じて使えば効果的と考えられるものとなっています。

地域ケア会議の司会者には、「自立を妨げているものを、より明らかにする」ことが求められ、アウトプット・成果にこだわるのが求められていますが、そのための視点でもあります。

そうした意味では、司会進行の担当者だけでなく、事例提出者も、これらの言葉を自問してみることが、より成果につながるプラン作成・ケアマネジメントにつながるとも言えるでしょう。

表●検討・司会進行に役立つことば（例）

1. 冒頭説明のことば（司会用）	
1-1	この会議では、自立支援という介護保険の理念の実現を目指して、よりよいケアプランを立てることを目指しています。
1-2	どうすれば、この対象者の生活の質が向上するのか、この対象者にとって充実した人生といえるのかを想像してください。もちろん理想論ではいけませんので、現実的に実現可能なものを想像してください。
1-3	現行のサービス内容では、十分な自立支援が行えないという場合は、必要なサービスを積極的に問題提起してください。
1-4	事例の担当介護支援専門員の方は、限られた時間ですので、状況説明ではなく、自立を妨げている要因（課題）とその解決策を端的に説明してください。
2. 真の課題を追求する質問	
2-1	この人の自立を妨げている要因は何ですか？
2-2	この人が置かれている状況ではなく、（その状況の）何がこの人にとって一番の課題となっているのですか？
2-3	個人因子と環境因子を分けてとらえると、それぞれ何がこの人の課題ですか？（環境因子を排除したときに、何がこの人の自立を妨げているのですか？）
3. 環境因子の深掘り質問	
3-1	家族との関係はどうですか？ 家族の支援を得られる可能性はありますか？
3-2	住宅改修や福祉用具の活用は検討しましたか？ 住環境に課題はないですか？
3-3	家族は現在、どのような支援・介護を具体的にしていますか？
3-4	措置入所・措置入院等の対応は必要ですか？
3-5	その環境因子を、行政や保険者が支援できる（解決できる）方策はありますか？
3-6	その解決手段をためらう理由は何ですか？ それは正当な理由ですか？
4. 個人因子の深掘り質問	
4-1	身体機能／口腔機能／栄養状態に課題はありますか？ 実態を把握していますか？ その課題は解決可能ですか？
4-2	医師から減量が指示されていますが、このプランで減量可能ですか？ 減量を達成するための具体策は？
4-3	その個人因子（例えば、膝の痛み、後遺症、便秘など）は改善可能ですか？
4-4	この運動内容（頻度・強度・実施時間）は、目標やご本人の身体状況等に照らして適切ですか？

4-5	その痛みは、どういう状況で起き、どのくらいで消失しますか？ 問題のある痛みですか、問題のない痛みですか？
4-6	成年後見制度が必要ですか？ 本人申し立てですか？ 家族ですか？ 市長申し立てですか？
5. 医学面の深掘り質問	
5-1	疾病予防・再発予防の観点で注意すべき点がありますか？ 注目すべき既往歴は？
5-2	検査値はどれくらいですか？ 主治医の方針・意見は確認できていますか？
5-3	薬はどんな処方内容ですか？ 注意点はありますか？
5-4	認知症の程度はどうか？ 原因疾患は？
5-5	体調不良の要因として考えられることは？
5-6	専門医の受診は必要ないですか？
6. 改善可能性の見極め質問	
6-1	具体的に何があれば、この人は課題を解決して、自立に近づくことができますか？
6-2	その課題は解決可能と洞察しますか？ 現状維持が精いっぱいですか？
6-3	このケアプランに書かれた目標は達成可能だと考えていますか？
6-4	この人は、介護保険（または行政の）サービスを卒業することは可能ですか？
7. プランの適正さの確認質問	
7-1	このプランで、計画書の目標を達成できそうですか？
7-2	この目標は、自立支援の観点から本当に目指すべき目標といえますか？ その先の生活が真の目標では？
7-3	当面はこのプランとしても、その先に見据えるべき目標（長期目標）は何ですか？
7-4	[継続プランの場合] このプランでは、この●か月間、効果が出せなかったのではないですか？
7-5	[継続プランの場合] 変更後のプランで、目標が後退（減少）しているのはなぜですか？
8. 検討終了・クロージングのことは（司会用）	
8-1	[結論のまとめ] この対象者の自立を妨げる要因としては、個人因子としては①□□□□、②□□□□、環境因子としては③□□□□、④□□□□、がありました。このうち、①について「***」を実施する、③について「###」を実施する、ということによろしいですね。 ⇒では、その結果、自立支援の面で効果が得られたかどうかは、3か月後（または6か月後）のこの会議で確認していきましょう。
8-2	[課題・宿題のまとめ] A 事業所さんは、次回来所時から「***」を行う、B 介護支援専門員さんは、●週間後までに対象者に「***」を行い、娘には「###」を実施する、ということによろしいですね。
8-3	[プラン変更の確認] B 介護支援専門員さんは、このプランについて「□□□□」という課題把握と、それに基づき「○○○○」のサービスを追加すること、目標に「△△△」の要素を盛り込むこと、を実施するということで、よろしいですか？ ⇒以上の変更により、サービス担当者会議を再度開催する必要がある場合には、開催をお願いします。

【参考】

3で述べた地域ケア会議は、個別の事例について合意形成の場および参加者のOJTとして活用している状況を紹介したものであるが、このほかに和光市における介護保険事業の運営のあり方に関する意見交換も行い、次期介護保険事業計画作成に向けた準備を積み重ねるという役割も果たしていることを付言しておきます。

（※和光市では作成したケアプランの合議の場を地域ケア会議という呼称で開催していますが、保険者によって会議の名称は異なる場合があります。）

また、このような地域ケア会議の他にも次のような会議を開催し、制度運営全体の透明性や地域ニーズの把握の場を設け、市民・関係者と一体感を確保するように努めていることも紹介しておき

ます。

- 介護保険運営協議会
 - ・ 地域包括支援センター運営協議会部会
 - ・ 地域密着型サービス協議会部会
- 高齢者保健福祉推進協議会
- 居宅介護支援事業者及び介護サービス提供事業者連絡会

4 介護予防も尊厳の保持の手段であるという信念

和光市において、このような「介護予防ケアマネジメント」と「地域ケア会議」を創出し、定着化が図られてきたポイントを整理してみます。

- (1) 地方分権の主権者として、高齢者の尊厳を守る一つ的手段に介護保険事業計画を主体的に作成することを位置づけ、その作業を通して「地域包括ケア」の実現に向けた戦略的な布石に着手するという姿勢を明確に打ち出したこと。
- (2) 介護予防の考え方を理解しその成果をあげることは、介護が必要な状態を予防（先延ばし）につながることであり、個々の市民が尊厳のある幸福な人生を送ることに具体的に寄与することができるという信念を持って市民啓発に取り組んできたこと。
- (3) 要介護リスクを遠ざけることにより個人の生活が自由度の高いものになる一方で、介護保険に費やす経費を削減でき、ひいては市民の介護保険料負担の増加抑制などといった副次的な効果をもたらすことにより、行政の果たすべき役割として市民の理解・支持を得たこと。
- (4) そのような取り組みにより、市独自の横だしサービスも設けて実施するための保険料設定が可能となり、自立支援が市民やサービス提供事業者の不安・不満にならないようなシステムを導入していること。
- (5) 理念をキャンペーンで終わらせることなく、(2)の信念を具現化するための方法を試行錯誤し、市役所のスタッフが介護予防効果をあげるために必要な理論・知識、実践方法を学び、介護予防ケアマネジメント担当者やサービス提供者の接遇・洞察分析力や実践応用力を高める方法を開発し、組織的な取り組みを継続することにより属人的な業務で終わらせない努力をしていること。
- (6) 地域の全高齢者を対象とした生活実態調査の実施を通じて地域アセスメントを客観的に行うことにより、介護予防ケアマネジメントの対象者数を的確に推計し、その利用者数に見合った介護予防ケアマネジメント体制を確保していること。

5 和光市は特区ではない

和光市はいわゆる特区として特別に法律を運用できる地域の指定を受けているわけではありません。現行制度の枠組みの中で、長い時間をかけて試行錯誤してきた成果が表れているものと言えます。

介護保険制度のケアマネジメントのプロセスにしたがって、それぞれの段階で丁寧に情報収集と洞察分析をするという基本姿勢を貫いて進化させてきた結果ではないでしょうか。

市民には健康で活動的な高齢者はそのような暮らしぶりを継続することが介護予防、認知症予防の秘訣であることを理解していただき、一方、何らかの理由により虚弱に陥った高齢者が閉じこもり生活になって更なる虚弱化進展というマイナスの連鎖から脱却し、元気を取り戻す支援をすることが地域包括支援センター・指定介護予防支援事業所の大きな使命であることを改めて認識する必要があります。

超高齢社会を乗り切る一つの方法として、迂遠ではありますが介護予防の成果を生み出し市民の意識改革を図っていくことが地域包括ケアの確立に大きな鍵を握っていると言っても過言ではないでしょう。

参考資料：「地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書」
(財団法人長寿社会開発センター、2010)

取材協力：社団法人全国保健センター連合会 企画部長 村中峯子

地域包括支援ケア推進指導者養成研修 企画委員会 名簿

所属及び役職	氏名
全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 (社会福祉法人 青山里会)	西元 幸雄
公益社団法人 日本看護協会	村中 峯子
財団法人 長寿社会開発センター 常務理事	石黒 秀喜
社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長	森上 淑美
社団法人 日本社会福祉士会 (大府市ふれ愛サポートセンター)	塚本 鋭裕
東京都多摩市 健康福祉部介護保険担当課長	伊藤 重夫
東京都青梅市 地域包括支援センターすえひろ センター長	水村 美穂子
石川県津幡町 地域包括支援センター	寺本 紀子
静岡県富士宮市 保健福祉部福祉総合相談課 参事・地域包括支援センター長	土屋 幸己
鳥取県琴浦町 地域包括支援センター主査	藤原 静香
厚生労働省老健局総務課 課長補佐	東内 京一
厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐	日野原 友佳子
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	山本 亨
厚生労働省老健局振興課 課長補佐	井上 宏