

地域包括支援センター業務マニュアル

平成 1 9 年 9 月

はじめに

先般の介護保険制度の見直しにおいては、「地域包括ケア」の考え方が基本方向として提起されました。この地域包括ケアという考え方は、高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようにすることを目指すもので、その実現のためには、できる限り要介護にならないよう「介護予防サービス」を適切に確保するとともに、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される、「包括的かつ継続的なサービス体制」を確立する必要があります。

新たに導入された「地域包括支援センター」は、こうした地域包括ケアを支える中核機関として、①総合相談支援、②権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防ケアマネジメントといった機能を担うこととされています。そして、どのようなサービスを利用すべきか分からない住民に対して、そのニーズに適切に対応できる「ワンストップサービス」の拠点としての役割も求められています。

このマニュアルは、こうした重要な機能を担う地域包括支援センターに従事する保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等が業務を行う際にどのようなことに留意する必要があるかを示すことを目的にしています。

この中で特に強調している第一点は、「地域包括支援ネットワークの構築」です。地域包括ケアを実現するためには、地域の利用者やサービス事業者、関係団体、民生委員、インフォーマルサービス関係者、一般住民等によって構成される人的なネットワークを構築する必要があります。このため、センター職員全員が、共通的な業務としてネットワークの構築に取り組む必要があります。

第二点が、「チームアプローチ」です。センターの職員は、3人の専門職がすべての業務を担当し、包括的に高齢者を支えているという意識を常に持つことが求められています。

今後我が国において、真の意味での地域包括ケアが実現するかどうかは、地域包括支援センターがその設置目的のとおり十分に機能するかどうかにかかっているといっても過言ではありません。このマニュアルが、地域包括支援センターに従事する各専門職の業務遂行のための一助となることを期待しています。

目 次

第1章 地域包括支援センター運営の基本方針	1
第1節 介護保険制度の改正の考え方	1
1.1 介護保険制度改正の背景	1
1.2 地域包括ケアとは	2
1.3 地域包括支援センターの設置目的と基本機能	4
1.3.1 設置目的	4
1.3.2 基本機能	5
第2節 地域包括支援センターの運営体制と共通的基盤業務	8
2.1 運営に当たっての基本的考え方	8
2.2 「地域包括支援ネットワーク」の構築	16
2.3 地域包括支援センター運営協議会との関係	18
2.4 地域包括支援センターの人材	19
2.5 個人情報保護	19
2.6 地域住民に対する広報	22
第3節 総合相談支援業務	23
3.1 基本的な視点	23
3.2 業務内容	23
第4節 権利擁護業務	25
4.1 基本的な視点	25
4.2 業務内容	25
第5節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	27
5.1 基本的な視点	27
5.2 業務内容	27
第6節 介護予防ケアマネジメント業務	29
6.1 基本的な視点	29
6.2 業務内容	29
第2章 総合相談支援業務	33
第1節 全体の視点	33
第2節 地域におけるネットワーク構築業務	34
2.1 地域におけるネットワーク構築業務	34
2.2 地域の社会資源やニーズの把握	35
2.3 地域におけるネットワークの構築	37
2.4 地域住民への啓発活動	43
2.5 高齢者虐待防止ネットワークの構築	44
第3節 実態把握業務	48
3.1 実態把握の必要性	48
3.2 実態把握に関する業務	48
3.2.1 地域住民の実態把握（リアルタイム把握）	48

第4節 総合相談業務	53
4.1 総合相談の必要性	53
4.1.1 地域の中での安心できる拠点としての役割	53
4.1.2 様々な内容について総合的に相談できる仕組み	53
4.2 総合相談業務	54
4.2.1 初期段階での相談対応	55
4.2.2 専門的・継続的な相談支援	58
第3章 権利擁護業務	65
第1節 権利擁護業務の考え方	65
第2節 権利擁護業務の具体的内容	66
2.1 成年後見制度の活用促進	66
2.2 老人福祉施設等への措置の支援	72
第3節 高齢者虐待への対応	75
第4節 困難事例への対応	81
第5節 消費者被害の防止	87
第4章 包括的・継続的ケアマネジメント	89
第1節 包括的・継続的ケアマネジメントの視点	89
1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの考え方	89
1.2 包括的・継続的ケアマネジメントにおける地域包括支援センターの役割	92
1.3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	92
第2節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施	93
2.1 地域のケアマネジメント力強化の基本的考え方	93
2.1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築	93
2.1.2 介護支援専門員に対する個別支援	94
2.2 具体的な業務の進め方	96
第3節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の具体的内容	99
第4節 実施体制	112
第5章 介護予防ケアマネジメント	119
第1節 介護予防の仕組みと事業・サービス	119
1.1 介護保険制度の基本的考え方	119
1.2 介護予防の基本的考え方	123
1.3 介護予防に関する事業・サービス	125
1.4 介護予防の対象者	126
1.4.1 対象者	126
1.4.2 予防給付の対象者	126
1.4.3 介護予防事業の対象者	129
1.5 予防給付について	134
1.5.1 予防給付のサービス	134
1.5.2 サービス別の内容	135

1.6 地域支援事業における介護予防事業	137
1.6.1 地域支援事業	137
1.6.2 地域支援事業における介護予防事業	139
1.6.3 介護予防特定高齢者施策	140
1.6.4 介護予防一般高齢者施策	147
第2節 介護予防ケアマネジメントの進め方	149
2.1 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方	149
2.2 介護予防ケアマネジメントの流れ	152
2.3 アセスメント	154
2.4 介護予防ケアプランの作成	156
2.5 サービス担当者会議	159
2.6 モニタリングと評価	161
2.6.1 モニタリング	161
2.6.2 評価	161
2.7 関係機関との連携	163
2.7.1 市町村、保健・医療・福祉関係機関等との連携	163
2.7.2 サービス事業者との連携	163
2.7.3 主治医との連携	163
2.8 指定居宅介護支援事業者への業務委託	164
2.9 予防給付の自己作成（セルフケアプラン）	165
第3節 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法	166
3.1 様式作成の背景	166
3.2 関連様式の特徴	166
3.3 利用者基本情報	167
3.4 介護予防サービス・支援計画書	172
3.5 介護予防支援経過記録	182
3.6 介護予防サービス・支援評価表	184
(参考)	
○地域包括支援センターの設置運営について（平成18年10月18日老計発第1018001号・老振発第1018001号・老老発第1018001号）	189
○地域支援事業の実施について（平成18年6月9日老発第0609001号）	199
○介護予防支援業務の実施に当たり重点化・効率化が可能な事項について（平成19年7月23日老振発第0723001号・老老発第0723001号）	227
○介護予防支援業務の流れ	231

第1章 地域包括支援センター運営の基本方針

第1節 介護保険制度の改正の考え方

1.1 介護保険制度改正の背景

《介護保険制度創設の背景》

■人口の急速な高齢化が進展する中で、介護を必要とする高齢者も増加しています。高齢者介護の問題については、1963年（昭和38年）に老人福祉法が制定されて以降、時代時代の要請に応じて、諸制度の整備充実、地方自治体の積極的な取組が続けられてきました。一方で、要介護高齢者の状態像は多様で、生活環境や社会経済状態も異なっており、こうした人々が住み慣れた地域で暮らし続けられるためには、生活上の様々な課題を総合的に支えることが求められることになります。こうした需要への対応をすべて高齢者本人やその家族の努力に帰すことはもとより困難であり、これに加えて、要介護高齢者の急増と社会環境の変化が制度疲労をもたらすと同時に、その社会現象として、家族の介護疲れ、社会的入院など様々な問題を生み出しました。そこで高齢者介護の問題を社会全体で支え、問題解決する新しい仕組みが強く求められることとなったのです。

■そこで、1997年（平成9年）に、従来の保健・医療・福祉の個別施策に分かれていたサービスを一体化し、身近な市町村を保険者として、「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を基本理念に、利用者が自ら主体的に事業者を選択し、直接契約によりサービスを利用できる仕組みを、社会連帯で支える社会保険システムとして構築されたものが介護保険制度です。

■介護保険制度は、従来にない新しい仕組みであったため、法律上、要介護者等にかかる保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等を勘案し、法律の施行後5年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、必要な見直しを行うことがあらかじめ定められました（介護保険法 附則第2条）。

《改正法の概要》

■こうした経緯を踏まえ、介護保険法の施行後の実績を踏まえるとともに、一方で、戦後第1次ベビーブーム世代が利用者となり始める2015年、さらにはこうした人々が後期高齢者となる2025年という高齢化の推移を念頭におきつつ、これから求められる高齢者の将来の生活や介護の姿を見据えながら、介護保険制度の抱える課題への対応を図るために行われた改正が、2005年（平成17年）の介護保険法の改正です。

この改正（2005年（平成17年）6月29日に改正法（平成17年法律第77号）公布）では、要介護高齢者の変化に対応したケアの改革、制度の持続可能性と給付の効率化・重点化、地域生活の継続性を支える包括的ケアシステムを進めるために、「明るく活力ある超高齢社会の構築」「制度の持続

可能性」「社会保障の総合化」の3点を基本的視点にして、以下の内容を中心に全体的な改革を目指しました。

1) 予防重視型システムへの転換

- ・予防給付の見直し、地域支援事業の創設

2) 施設給付の見直し

- ・居住費用・食費の見直し、低所得者等への措置

3) 新たなサービス体系の確立

- ・地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、居住系サービスの充実（有料老人ホームの見直し等）、医療と介護の連携の強化、地域介護・福祉空間整備等交付金の創設

4) サービスの質の確保・向上

- ・情報公表制度の創設、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し

5) 負担の在り方・制度運営の見直し

- ・第1号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、サービスの適正化・効率化

6) 被保険者・受給者の範囲

- ・社会保障制度の一体的見直しと併せて検討、その結果を踏まえて、2009年度を目途として所要の措置

■先般の改正は、施設入所費用の見直しが2005年（平成17年）10月から施行され、その他の改正部分は2006年（平成18年）4月から施行されています。この改正は、全体として「地域」というものを重視したものとなっており、地域包括ケアを推進するための道具立てとしてつくられた地域包括支援センターは、改正の理念を具現化するために大きな役割を果たすことになります。

1.2 地域包括ケアとは

■要介護高齢者の生活を住み慣れた地域でできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする多様な支援を継続的かつ包括的に提供する仕組みが必要となります。

■こうした仕組みを、利用者の立場に立って円滑に機能させる調整役として、介護保険制度においては、介護支援専門員制度が導入されています。介護支援専門員によるケアマネジメントが適切に実施されるよう介護支援専門員自身が介護保険サービスを利用者の自立した生活の実現を支援するために、適切に組み合わせることは言うまでもありません。

■もとより、地域での生活は介護保険制度をはじめ各種制度による公的なサービスだけで支えられるものではありません。これは、自助努力を基本にしながら家族の助け合い、公的なサービスや非公的なサービス、地域の支え合いなどを活用しながら、地域福祉の多様なつながりの中で実現されるものです。例えば、重篤な医療ニーズを有する事例、高齢者夫婦二人暮らしで介護者の精神的負担が大きい事例、目が不自由である等の身体障害を併せ持つ事例、家族関係に問題を抱える事例など、

高齢者の抱える社会的支援のニーズは多種多様です。こうした事例を考えてみるだけでも介護保険制度による適切なケアマネジメントだけでは高齢者の生活を支えきれものではないことが良く分かります。

■高齢者の地域での生活を支える技法として、ケアワークと同時にソーシャルワークによる関わりが必要となります。例えば、民生委員を通して家族との接触、身体障害者福祉センターの相談員と一緒に居宅訪問しての日常生活上のニーズの把握、保健所の保健師や精神保健センター職員の協力で精神面でのケアなど、近隣住民や専門機関と連携した協働のアプローチも必要となります。

■また、入院患者の退院の際には、家族に加えて、入院先の医療機関、かかりつけ医、介護支援専門員、訪問看護ステーション、訪問介護員、社会福祉士などの関係者が必要に応じて参加し、高齢者の心身の状態、家庭の状況について情報を共有し、退院後の在宅でのケア内容やサービスの提供体制について話し合うことにより円滑な在宅復帰を支援することも可能になります。

■さらに、高齢者夫婦世帯で要介護状態にある夫が妻以外からの介護を拒否している場合などの事例については、当該夫婦が親しくしている近隣住民や民生委員などとともに当該夫婦との関係を徐々に作り、介護保険サービスなどの利用を少しずつ進めていくなどの手法も考えられます。

■繰り返しになりますが、要介護高齢者の生活を支えるということは、在宅サービスの調整のみならず、在宅から施設入所、あるいは施設や病院からの退所・退院過程でのサービスの連続性・一貫性の確保など、時系列あるいは空間的に、様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが不可欠といえます。

■このように、地域包括ケアの提供に当たって重要なことは、個々の職員の高い能力と同時に、何よりも、保健・医療・福祉の専門職、専門機関相互の連携、ボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な社会資源の統合、ネットワーク化だといえます。

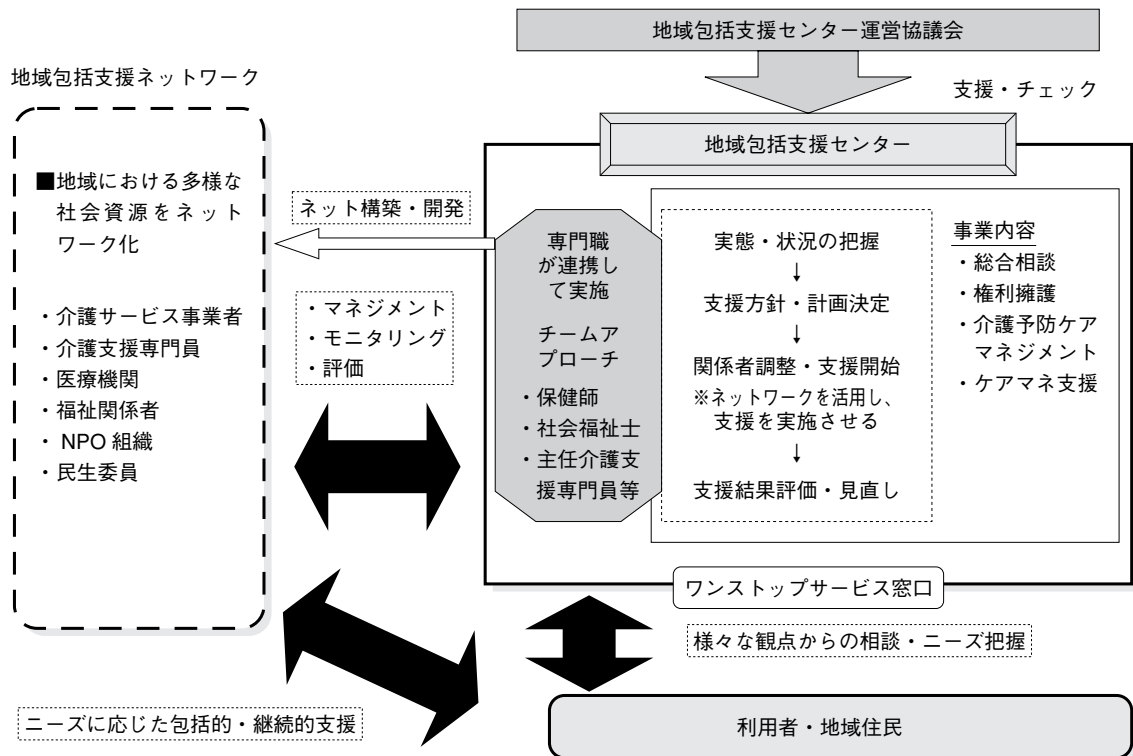
■地域包括支援センターは、生活圏域で地域包括ケアを有効に機能させるために、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士などの専門職種を配置し、多職種が力を合わせ、その専門知識や技能を互いに活かしながら、地域での各種のサービスや住民活動を結びつけ、地域のネットワークを構築あるいは再生するなどの取組を第一の柱としながら、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として設置されたものです。

■さらに、地域包括支援センターは、どのようなサービスを利用してよいか分からない住民に対して1ヶ所で相談からサービスの調整に至る機能を発揮する、いわばワンストップサービスの拠点として機能することも期待されています。

■このように、地域において高齢者の抱える様々な生活課題を柔軟な手法を用いて解決し、地域での尊厳あるその人らしい生活を継続させる「地域における問題解決システム」と言い換えることがで

きます。

地域包括支援センターを中核とした地域包括ケアの全体像



1.3 地域包括支援センターの設置目的と基本機能

1.3.1 設置目的

■地域包括支援センターは、その活動を通じて地域包括ケアを実現するものですが、そのためには、次の3点を主な視点とする「地域包括支援体制」を確立する必要があります。

① 総合性

高齢者の多様なニーズや相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活の継続のために必要な支援につなぐこと。

② 包括性

介護保険サービスのみならず、地域の保健・医療・福祉サービスやボランティア活動、支え合いなどの多様な社会資源を有機的に結びつけること。

③ 継続性

高齢者の心身の状態の変化に応じて、生活の質が低下しないように適切なサービスを継続的に提供すること。

■このため、地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援すること（介護保険法第115条の39第1項）」を目的として設置される、いわば「地域包括ケア」の中核機関として位置づけられています。

1.3.2 基本機能

■地域包括支援センターは、上記の「地域包括支援体制」の実現を目指し、以下の基本機能を担います。

① 共通的支援基盤構築

地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築すること。

② 総合相談支援

高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐこと。

③ 権利擁護

虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること。

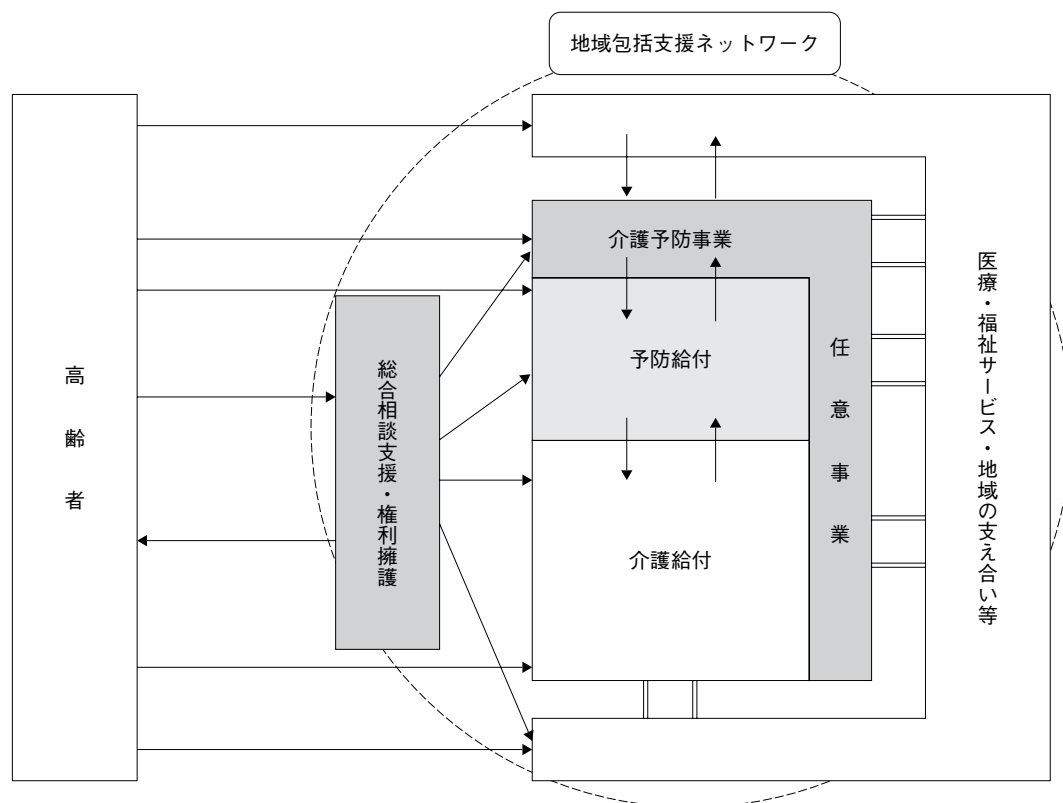
④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援

高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること。

⑤ 介護予防ケアマネジメント

介護予防事業、予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントを行うこと。

■また、地域包括支援センターは、このような基本機能を的確に果たすために、複数の専門職を配置し、これらが多職種連携により、時に協働し、時に一体となって、高齢者の在宅での生活を支え、地域生活に安心を提供する役割を果たすこととなります。



共 通 的 基 盤 整 備

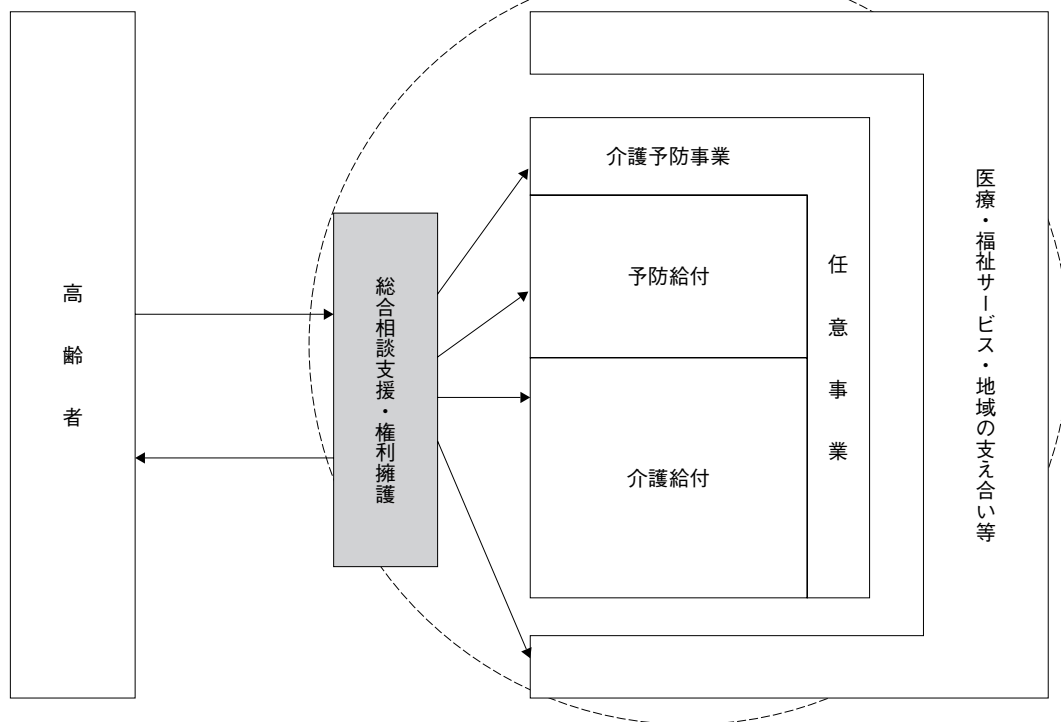
地域包括支援ネットワークの構築

- 地域包括支援センターの活動を支えるネットワーク(メンバー例)
- 「総合的・重層的なネットワーク」
 - ・介護保険サービス関係者
 - ・介護保険サービス関係団体
 - ・利用者、被保険者
 - ・成年後見関係者、民生委員、介護相談員等
 - ・地域支え合い等インフォーマルサービス
 - ・一般地域住民
- 地域包括支援ネットワークの意義
 - ・地域における包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築
※日常的な課題検討・情報交換と個別ケースへの対応
 - ・総合相談支援・権利擁護、介護予防業務等のバックアップ体制の構築
 - ・地域における人材育成・確保
 - ・「地域づくり」等の取組への活用

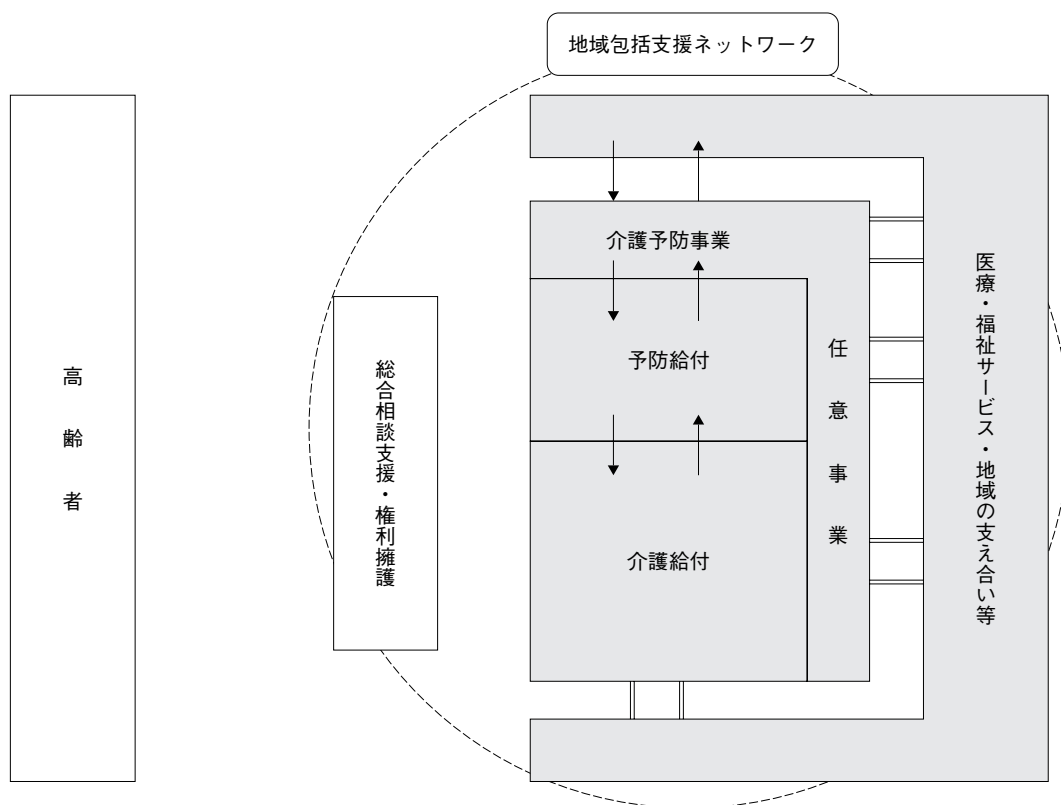
高
齢
者

総合相談支援・権利擁護業務

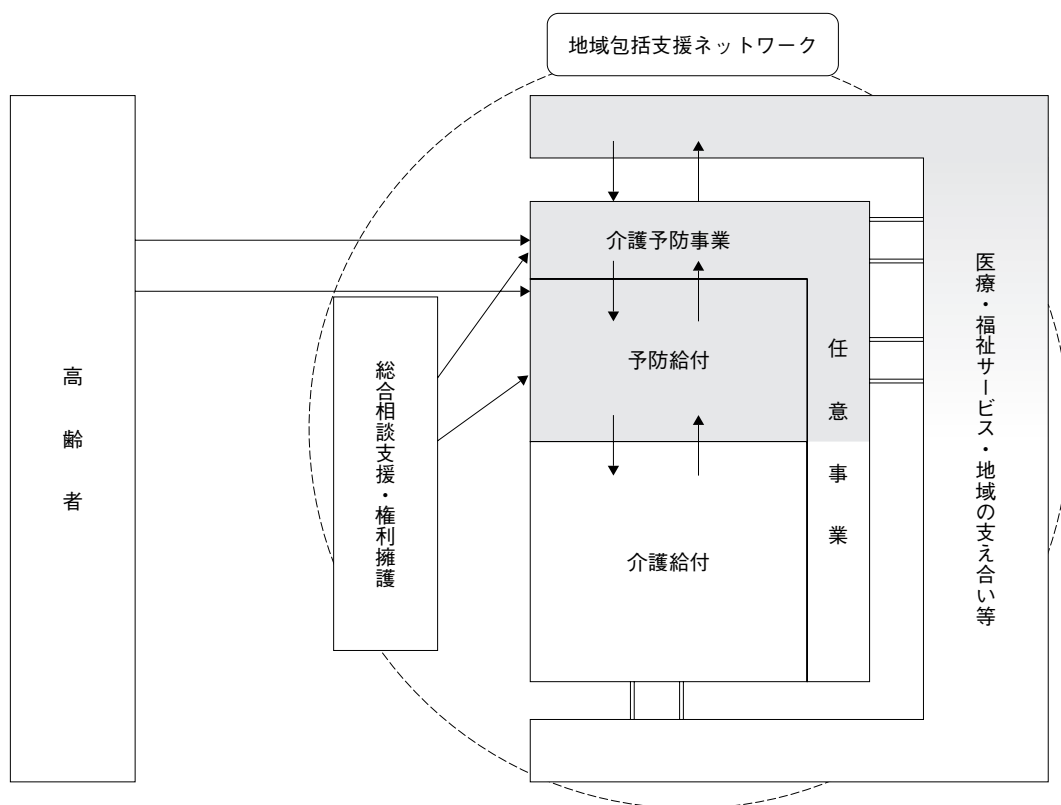
地域包括支援ネットワーク



包括的・継続的ケアマネジメント支援業務



介護予防ケアマネジメント業務



第2節 地域包括支援センターの運営体制 と共通の基盤業務

2.1 運営に当たっての基本的考え方

《運営における基本的な視点》

■地域包括支援センターについては、その設置目的と基本機能に即し、以下のような基本的な視点に立脚した運営を行うことが求められます。

1) 「公益性」の視点

地域包括支援センターは、介護保険制度をはじめとする市町村の介護・福祉行政の一翼を担う「公益的な機関」として、公正で中立性の高い事業運営を行う必要があります。かりそめにも、特定の事業者等に不当に偏ったような活動はあってはなりません。それゆえに、地域包括支援センターの運営費用が、国民の介護保険料や国・地方公共団体の公費によってまかなわれていることを十分に認識した上での活動が求められます。センターに求められる「公益性」の視点は、市町村直営のみならず、法人委託のケースにおいても全く変わりありません。

2) 「地域性」の視点

地域包括支援センターは、地域の介護サービス提供体制を支える中核的な存在であり、それだけに各地域の特性や実情を踏まえた柔軟な事業運営を行う必要があります。

このため、後述する「地域包括支援センター運営協議会」をはじめ様々な場や機会を通じて、地域のサービス利用者や事業者、関係団体、一般住民等の意見を幅広く汲み上げ、それらをセンターの日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題の解決に積極的に取り組んでいくことが重要です。

また、センターと地域とのつながりを確保する観点から、センターの職員も長期にわたって固定せず、「できる限り地域から有為な人材を広く登用し、一定期間後には地域に送り出す」ような人材育成・供給センターを目指すことが望まれます。

3) 「協働性」の視点

地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職種の職員が配置されていますが、各職員が自らの担当業務を狭くとらえ「縦割り」に陥るようなことがあってはなりません。職員相互が常に情報を共有し、互いの業務の理念・基本的な骨格といったものを理解した上で、連携・協働の事務体制を作り上げ、地域包括支援センターの業務全体を「チーム」として支えていくこと（チームアプローチ）が必要です。

また、センター内にとどまることなく、地域の中に積極的に入って問題の発見に努めるとともに、地域の保健・医療・福祉の専門職やボランティア、民生委員など地域福祉を支える様々な関係者と密接な連携を創り、保つことが重要です。さらに、一般住民に対して認知症への理解を広げ、認知症高齢者を包み込んで支える「住民の輪」を作り上げるような活動も求められます。

《地域包括支援センター職員としての基本的な視点》

■地域包括支援センターで業務に従事するに当たっては、次のような視点を常に認識する必要があります。

1) 高齢者が自分らしい生活を継続するための支援であること

地域包括支援センターにおける業務はすべて、地域に暮らす高齢者が、住み慣れた環境の下で、自分らしい生活を継続するためになされる支援です。そのことを念頭に置き、地域包括支援センターの職員は、常に当事者の最善の利益を図るための支援をする必要があります。このことは、たとえ、当事者である高齢者自身が自分の意思を十分に表出することができない状況にあっても同様です。

2) 「権利擁護」の視点に基づくものであること

地域包括支援センターにおける支援は、地域の高齢者の生活を支えていく上で生じうる様々な権利侵害を防止するとともに、高齢者の「権利擁護」「権利実現」を行うための支援でもあります。そのため、地域包括支援センターの職員は高齢者の様々な権利実現の方法、権利侵害やこれらが発生する状況についての知識と理解を深めていく必要があります。

3) 相談者等のプライバシーを尊重すること

地域包括支援センターの職員は、相談者等のプライバシーを最大限に尊重することが必要です。相談や情報収集においては当事者及び関係者の様々な情報を得ることとなりますが、その範囲はあくまでも支援をする上で必要な範囲内にとどめるとともに、常に守秘義務を負う者であることを自覚する必要があります。

また、支援においては個人情報保護法や各自治体の定める個人情報保護条例を踏まえ、適切な手続に則った業務を行わなければなりません。ただし、虐待等があつて、高齢者の生命、身体 の保護のために必要があると判断される場合には、守秘義務や個人情報保護に優先した迅速な支援が必要な場合があることも認識する必要があります。

4) 地域や家族の特性に応じて「包括的かつ継続的に」支援すること

地域住民が抱える生活上の課題には、地域特性やその家族の状況による影響がその背景にある場合があります。高齢者自身の課題としてとらえた事柄が、地域性に大きく影響を受けている場合や、他の家族構成員との関係において生じている場合があります。

地域包括支援センターの職員は、これらの状況を把握した上で、地域の実情を踏まえつつ、介護保険サービスだけでなく、保健・医療・福祉、その他の生活支援サービスなどを含め、地域における様々な資源を活用し、高齢者に対して「包括的かつ継続的に」支援を行っていくことが必要です。

このためには、後述の2.2で述べるように、地域包括支援センターが、地域の様々な社会資源を把握し、地域包括支援ネットワークを重層的に構築していくことが、極めて重要になります。

5) 「チームアプローチ」であることを十分に理解すること

「地域包括ケア」を実現するためには、地域包括支援センターの職員がそれぞれの専門に係る業務のみを担当するのではなく、「3人の専門職」が「4つの業務」を行う「チームアプローチ」の考え方が、地域包括支援センターの基本であるということを認識することが必要です。

6) 専門性の向上を図ること

業務の進め方は、「3人の専門職」が「4つの業務」を行う「チームアプローチ」の考え方に基づきますが、地域包括支援センターにおける支援は、専門的な知識、技術に基づいて行われることが必要です。保健師等は介護予防ケアマネジメント業務に、社会福祉士は総合相談支援業務及び権利擁護業務に、主任介護支援専門員は包括的・継続的ケアマネジメント業務に専門性を有するものとして、他の職員に適切な助言が行えるよう、常に専門性を高めていくことも必要です。

《チームアプローチの実行》

■地域包括支援センターには、様々な悩み、課題を抱えた高齢者についての相談が寄せられます。それは、高齢者自身に関するものであったり、家族関係にかかわるものであったり、内容、解決の難易度、背景の深浅などいずれをとっても多岐にわたります。

■こうした悩みや課題を、地域包括支援センターの4つの業務（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及び介護予防ケアマネジメント）ごとの視点から切り分け、地域包括支援センターの各専門職がそれぞれの専門分野にかかわる課題にのみ対応したのでは、専門の狭間に置かれ、抜け落ちる課題も生じるし、高齢者全体を見て継続的に一貫した支援を行っていくことが難しくなります。これでは、「地域包括ケア」が提供されていることにはなりません。

■高齢者に対して「地域包括ケア」を提供するためには、それぞれの専門職が「縦割り」で業務を行うのではなく、地域包括支援センター全体で、高齢者に対して、情報の共有や相互の助言等を通じ、各専門職が支援の目標に向かって連携して対応することが必須となります。これが、地域包括支援センターにおける「チームアプローチ」の考え方です。

■地域包括支援センターで働く各専門職は、保健師等が介護予防ケアマネジメント、社会福祉士が総合相談支援・権利擁護、主任介護支援専門員等が包括的・継続的ケアマネジメントを担当しているということではなく、「3人の専門職」が「4つの業務」を担当し、包括的に高齢者を支えているという意識の上で職務に従事しなければなりません。

《チームアプローチを実行するための方法》

■チームアプローチを実行するためには、以下の4点に留意することが重要です。

- 1) 各業務の趣旨及び内容、進め方に関する理解
- 2) 高齢者に関する情報の共有化
- 3) 高齢者に対する責任体制の明確化
- 4) 各専門職の連携の「場」づくり

1) 各業務の趣旨及び内容、進め方に関する理解

■地域包括支援センターに寄せられる相談や情報は多岐にわたります。地域包括支援センターの職員は、まずは、そうした相談や情報に適切に対応することが必要となります。

■当然、自分の専門以外の業務に関する相談内容が含まれていることはありますが、そのような場合に、その相談内容に対応する専門職に回して、関わりを断ってしまったのでは、相談や情報に係る高齢者がどのような背景の下で、どのような悩みや課題を抱えているのかについて、全体として理解することができません。

また、例えば、保健師等が外出、休暇のときに介護予防ケアマネジメントにかかわる相談を受けた場合に、「担当者は今日は不在なので明日にお願いします」といった対応をしてしまうと、地域包括支援センターは「お役所的」で相談をワンストップで受け止めてくれるところではないのだ、という印象を住民にもたれてしまいますし、信頼を醸成することにつながりません。

■これでは、「地域包括ケア」を担う中核機関としての地域包括支援センターの存在意義を、高齢者や地域住民に理解してもらうことが難しくなります。

■こうしたことがないよう、自分の専門とする業務について、専門的な知識を有していることは当然のこととして、その上に、自分の専門以外の業務の趣旨、内容、進め方について十分理解していることが、地域包括支援センターの職員としては最低限必要です。

2) 高齢者に関する情報の共有化

■高齢者についての基礎情報や行った支援内容について、それぞれの専門職でばらばらに情報を管理していたのでは、「チームアプローチ」を実行することは困難です。

したがって、高齢者に関する情報については、個人ごとに、センターの職員が共通で使用できる様式に情報を蓄積し、どの職員でも常に一覧することができる管理方法をとることが必要です。

■このため、次のような構成の個人ファイルを作成して管理する方法が考えられます。

(a) 個人に関する基礎情報シート（利用者基本情報）

- ・初めて相談等を受けた際の基本情報の内容を記載します。
- ・別紙に掲載した様式例に示す情報項目は、利用者の状況を把握するために最低限必要な情報であり、いずれの地域包括支援センターでも共通の項目とすることが必要です（なお、すでに利用者基本情報を記載する様式を作成している市町村においては、現に利用しているシートと本様式例で示した項目を比較し、不足している項目を加えて利用することができます）。

(b) 支援・対応経過シート

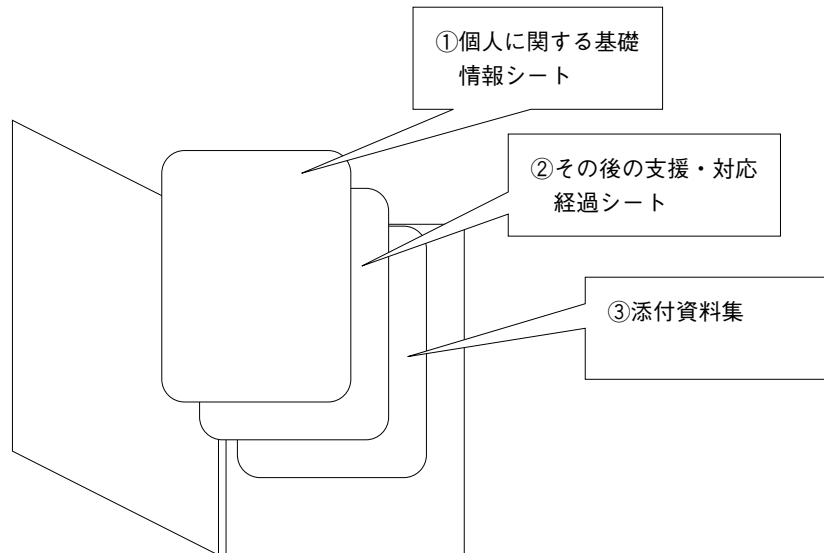
- ・時系列で、支援・対応を行った経過を簡潔に記入します。各職員が、自由に書き込めるような、自由度の高い様式にすることが必要です。

(c) 添付資料

- ・介護予防ケアマネジメントで作成したケアプランの写し、詳細の相談応答メモ、要介護認定の申請書等の写しなどを、支援・対応経過シートの項目に対応して添付します。

- ・この個人ファイルに記載される内容は、支援の基礎となる情報であり、支援を行うに当たり必要となる関係者に、情報を提供しなければならないことがあります。こうした場合を想定し、関係者に情報を提供してよいか否かについて、あらかじめ、あるいは必要な際に、本人の同意を得ておく必要があります。

《個人ファイルの整理例》



利用者基本情報（表面）

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住 所		Tel Fax	() ()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定情報	非該当・要支 1・要支 2・要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・()			
来 所 者 (相 談 者)			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」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先	続 柄	家 族 構 成		
緊急連絡先	氏名			住所・連絡先
		家族関係等の状況		

《相談内容と対応》

相談経路	〇〇からの紹介		
相談内容			
他機関での相談状況			
対 応	緊急・通常・継続 (回目) ・情報提供のみ・終了		
	支援計画 (概要)		
	相談継続	つなぎ先： 担当者： 内容： _____ 日時： 年 月 日 () 時 / TEL・Fax・Mail	
	相談継続	次回予約日：あり 月 日 () 時 / なし 担当：	
	モニタリ ング	不要 必要 ⇒ 年 月 日頃：確認先 [福祉保健センター] 1～2ヶ月後	

利用者基本情報（裏面）

例

《介護予防に関する事項》

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	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《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
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日				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、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、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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 年 月 日 氏 名

印

支援・対応経過シート

例

年月日	対応	対応者

3) 高齢者に対する責任体制の明確化

■個々の高齢者に対して包括的に支援を行うに当たっては、高齢者に対する責任体制を明確化するため、高齢者ごとに「主担当」職員を決め、その職員が自分の専門以外の業務も含めて継続して支援する体制にすることが望ましいと考えられます。

■例えば、介護予防の必要性和同時に、家庭内の課題を抱え権利擁護の観点からの支援が必要な高齢者がいた場合、その高齢者の抱える課題の大きさや背景等を勘案して、どの専門職が主担当になるのが適当かを個別に判断することが必要です。

■このような高齢者に対して、介護予防の観点を重視して保健師が主担当になった場合には、保健師は、権利擁護の観点からの支援についても検討し、必要に応じて適宜社会福祉士に権利擁護の観点からの対応について相談する（場合によっては、訪問や相談の際に同席してもらうなど）一方、社会福祉士は、自らの専門分野である権利擁護の観点から「主担当」である保健師をフォローし、地域包括支援センター全体として十分な対応が行われるようバックアップしていくことが必要です。

4) 各専門職の連携の「場」づくり

■地域包括支援センターでは、様々な悩みや課題を抱える高齢者に対し、常に相互にフォローしながら、「地域包括ケア」を提供していくことが必要です。

■地域包括支援センターとして抱えている事例や対処方法について相互に報告し合い、チームとして検討を進めていくことで、事例や経験を積み上げていくことが可能となります。

例えば週1回、センター内で短時間の「定期カンファレンス」を実施したり、ケースに応じて随時開催したりして、相互に業務内容を報告し合ったり、助言し合ったりする「場」を設けてみてはどうでしょうか。

■こうした「定期カンファレンス」をベースに、職員同士の相談やアドバイスをしやすくする雰囲気をつくっていくことが必要です。

2.2 「地域包括支援ネットワーク」の構築

《「地域包括支援ネットワーク」とは》

■地域包括支援センターが設置目的に沿って期待される機能を果たし得るかどうか、その成否を決めるのは、センターの活動を支える「地域包括支援ネットワーク」の構築にかかっているといっても過言ではありません。

■地域包括支援センターが担う「包括的・継続的ケアマネジメント支援」はもちろんのこと、「総合相談支援・権利擁護」や「介護予防ケアマネジメント」の機能は、介護サービスにとどまらず、地域の保健・医療・福祉サービスやボランティア活動、地域支え合いサービスなどの様々な社会資源が有機的に連携し合うようであれば、実現できません。「地域包括支援ネットワーク」は、こうした

連携体制を支える関係行政機関はもとより、地域のサービス利用者・家族やサービス事業者、関係団体、成年後見関係者、民生委員、介護相談員、地域支え合い等のインフォーマルサービス関係者、一般住民等によって構成される「人的資源」からなる有機体を言います。

【「地域包括支援ネットワーク」として連携が必要な関係者の例】

- 行政機関との関係（市町村本庁、福祉事務所、保健センター、警察署、消防署 等）
- 医療機関との関係（病院、診療所、歯科診療所 等）
- 介護保険サービス事業者との関係（居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、介護保険施設 等）
- 地域のサービス利用者・家族や住民との関係（老人クラブ、自治会、NPO 団体 等）
- 職能団体との関係（医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、弁護士会、司法書士会、社会福祉士会、介護福祉士会、介護支援専門員協会 等）
- 民生委員等との関係（民生委員、介護相談員、保護司 等）
- その他関係団体との関係（社会福祉協議会、消費者協会 等）

《共通的支援基盤構築業務としての「地域包括支援ネットワーク」の構築》

■こうした地域包括支援ネットワークの構築は、センターの基盤整備のために各職員に共通する業務として明確に位置づける必要があります。センターの職員全員が情報を共有し、ネットワークに参加するメンバー相互の関係づくりや連携の継続性の維持に取り組むことが求められます。

もし、現状において活用できる社会資源がなければ、既存の社会資源を地域のニーズに応じて改善したり、新しく社会資源を開発することに向けた取組も必要となります。

① 地域包括支援センター単位のネットワーク

《担当圏域包括ケア会議（仮称）》

■それぞれの地域包括支援センターごとの担当圏域においては、支援を必要とする高齢者に関する情報交換や支援方法について、高齢者に対して行った支援について報告、検討等を行ったりする「場」として、地域包括支援センターの各専門職に加え、地域の保健・医療・福祉の関係者等からなる「担当圏域包括ケア会議（仮称）」を、例えば月1回など、定期的に開催することが必要です。

② 市町村単位のネットワーク

《市町村包括ケア会議（仮称）》

■また、担当圏域を越えた市町村単位で取り組むべき課題を議論したり、市町村内の地域包括支援センター間の情報交換、連携を図ったりする「場」として、市町村又は直営の地域包括支援センターが中心となり、市町村内の地域包括支援センターで、定期的に「市町村包括ケア会議（仮称）」を開催することが考えられます。こうした場では、地域包括支援センター運営協議会と連携するとよいでしょう。

■この会議は、市町村全体を単位とするとともに、各業務固有の課題についての情報交換を行う意味で専門職種ごとに会議を持つことも有効です。

③ 市町村の圏域を越えたネットワーク

■さらに、市町村内では解決できない課題などについて議論する観点から、都道府県全域や、都道府県内の圏域などを範囲として、より広範囲の地域包括支援センターが連携することも考えられます。こうした場を設ける場合には、都道府県が主導して取り組む必要があります。

■地域包括支援センターは、こうした次元の異なる多様な場を活用するなどして、地域の様々な関係者との関係性を築き、その関係者を中心とするネットワークの協力を得なければ、4つの業務を円滑に行うことはできません。

■地域包括支援センターの職員は、それまでの業務経験を活かしつつ、地域の実情に応じ、様々な関係者との関係を築いていくことが重要になります。そして、個別の高齢者の支援のため、このようにして築いた関係者との関係性が柔軟に機能してこそ、地域包括支援センターの本来の目的が達成できることになるのです。

■地域包括支援ネットワークの構築方法や組織形態は、地域の特性等によって多様です。典型的な例としては、後述するような(1)地域包括支援センター単位のネットワーク、(2)市町村単位のネットワーク、(3)市町村の圏域を越えたネットワークの「三層構造」が考えられますが、地域によってはメンバーの規模や広がりも異なってきますので、これにこだわらず、地域の特性に応じた柔軟な仕組みを構築することが肝要です。要は、単なる「名簿づくり」ではなく、センターの業務遂行に当たって真に必要な関係者を広く網羅しつつ、日常的に密接な連携が取れるような、しっかりとした結びつきのある「ネットワークづくり」を目指すことです。このため、各テーマごとの情報交換や課題検討などに取り組む組織体、例えば「連携会議」や「実務委員会」などを設置することが考えられます。

2.3 地域包括支援センター運営協議会との関係

■地域包括支援センターの運営を、地域の関係者全体で協議、評価する場として、市町村に地域包括支援センター運営協議会が置かれます。地域包括支援センターの職員は、その運営が、常に地域包括支援センター運営協議会の関与、すなわち、地域の意思に基づいて行われるものであることを十分に認識しておく必要があります。

《運営協議会の所掌事務》

■地域包括支援センターの運営に当たっては、その方針について、地域包括支援センター運営協議会（以下、「運営協議会」という。）の議を経ることとし、公正・中立を確保しつつ、その円滑かつ適正な運営を図らなければなりません。そうした観点から、運営協議会が協議の対象とする主な事項としては、以下のものがあげられます。

- ① 地域包括支援センターの設置等に関すること
 - ・地域包括支援センターの担当する圏域の設定
 - ・地域包括支援センターの業務の法人への委託

- ・地域包括支援センターの業務を委託された法人による予防給付に係る業務の実施
 - ・地域包括支援センターが介護予防支援業務を委託できる居宅介護支援事業者
 - ・地域包括支援センターの公正・中立性の確保に関すること
- ② 地域包括支援センターの運営に関すること
- 運営協議会は、次に掲げる点を勘案して必要な基準を作成した上で、定期的に又は必要な時に、地域包括支援センターの事業内容を評価します。
- ・地域包括支援センターが作成するケアプランにおいて、正当な理由がなく特定の事業者が提供するサービスに偏っていないか。
 - ・地域包括支援センターにおけるケアプランの作成の過程において、特定の事業者が提供するサービスの利用を不当に誘引していないか。
 - ・その他運営協議会が地域の実情に応じて必要と判断した事項
- ③ 地域包括支援センターの職員の確保に関すること
- 運営協議会は、地域包括支援センターの職員を確保するため、必要に応じ、運営協議会の構成員や地域の関係団体等との間での調整を行います。地域包括支援センター職員については任期を「原則2～3年程度、再任可」とした上で、採用・再任には運営協議会が関与することが求められます。
- ④ その他の地域包括ケアに関すること

《運営協議会の積極的な活用》

■地域の様々な関係者が参画する運営協議会は、地域包括支援センターと地域社会の間をつなぐという重要な役割も担っています。したがって、必要に応じ随時開催するとともに、上記の事項に限らず、地域の介護サービス体制の確立のために必要とされる施策や事項については、積極的に運営協議会の協議に附し、関係者との意見・情報の交換や合意形成の場として活用することが望まれます。さらに、必要によっては、個別テーマに関する情報交換や検討を行うために、運営協議会の下に、地域の関係者をメンバーとする「ワーキングチーム」といった下部組織を置くことも有効です。

2.4 地域包括支援センターの人材

■地域包括支援センターに配置される専門職については、単に資格要件を満たすのみではなく、地域包括ケアについての高い知識を有した者でなければならないことは言うまでもありません。そのため、地域から有能な人材を幅広く集めるよう、特定の団体等から人材を派遣させるようなことがないよう留意しなければなりません。したがって、上記2.3の③のとおり、専門職の採用に当たっては、運営協議会の活用が求められます。

2.5 個人情報保護

1) 地域包括支援センター職員としての守秘義務

■介護保険法第115条の39第5項に、地域包括支援センター職員の守秘義務が規定されています。

【条文】介護保険法第115条の39第5項

地域包括支援センターの設置者（設置者が法人である場合にあっては、その役員）若しくはその職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

■地域包括支援センター職員は、高齢者の心身の状況や、家族の状況等を幅広く知りうる立場にあります。その情報管理には、万全を期することが求められます。

■特に、地域包括支援センターや、全国在宅介護支援センター協議会（現・全国地域包括・在宅介護支援センター協議会）の「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用」において示された「サブセンター」のような地域包括支援センターの支所を、地域包括支援センター設置法人の他の事業所（在宅介護支援センター等）と併設させていたりする場合などでは、地域包括支援センターの有する高齢者に関する情報が、当該併設する他の事業所の職員からはアクセスしたり閲覧することができないような措置を講じておくことが必要です。

【コラム】「サブセンター」方式

全国在宅介護支援センター協議会（現・全国地域包括・在宅介護支援センター協議会）の「地域支援事業における在宅介護支援センターの活用」（平成17年8月）においては、市町村や社会福祉法人等が、在宅介護支援センターの職員を地域包括支援センターの職員として採用するなどした後、その職員を、在宅介護支援センターに併設する地域包括支援センターの支所で勤務させるような形態を「サブセンター」と呼んでいます。

■業務用のコンピュータを地域包括支援センター職員と他の事業所職員との間でオンラインで結んだり、地域包括支援センター職員が休みの場合等に併設事業所の職員に手伝わせたりすることは禁物です。また、事務所をパーティション等で仕切ったり、個人ファイルを鍵のかかる書棚に保存しておくことなどにより、個人情報の管理の徹底を図ることが必要不可欠です。

■こうした形態については、本所、支所を併せたセンター全体として人員配置基準を充足し、本所が統括機能を発揮しつつ、それぞれの支所（サブセンター）が4業務を適切に行うことができると言うことであれば、認められることとなっています。

■こうした形態では、在宅介護支援センターに地域包括支援センターの支所が併設されることになり、ますので、個人情報の管理に極めて注意を要します。

2) 地域包括支援センター及び地域包括支援センターに情報提供する地域の関係者における個人情報の取扱い

① 地域包括支援センターにおける個人情報保護

■地域包括支援センターでは、高齢者からの相談などにより高齢者に関する様々な情報を得ることとなります。

これらを基に、地域包括支援センターでは、本節2.1（《チームアプローチを実行するための方法》の2）に示すような個人ファイルを作成します。

この個人ファイルの情報は、関係機関等を通じて高齢者に支援を行う際の基礎となるものであり、

支援に必要な範囲の関係者に対して、これらの情報を提供してもよいかどうかについては、あらかじめ、本人の同意を得ておく必要があります（具体的には、個人ファイルの様式を参照してください）。

② 地域包括支援センターに情報提供する地域の関係者における個人情報保護

■地域包括支援センターで介護予防事業の対象者の把握を行ったり、高齢者や家族の実態把握を行ったりする際には、地域包括支援センターの職員が直接高齢者へ出向くだけではなく、医療機関、民生委員、在宅介護支援センター、自治会、社会福祉協議会等、地域包括支援センターを取り巻く地域の様々なネットワークを通じて行うことが必要となります。

■すなわち、これらの者が、まず高齢者の状況について把握をし、地域包括支援センターに対して、当該高齢者に対する情報提供を行うこととなります。

■これらの者の中には、個人情報保護法の適用対象となる者とそうでない者がいますが、いずれにせよ、高齢者等に記入してもらった書類や、高齢者等から聞き取った内容等について、「第三者」である地域包括支援センターに提供する可能性が出てくることになります。したがって、そうした情報提供を行うことがある旨をあらかじめ高齢者等に伝え、同意を求めておくことが必要となります。

■こうした同意については、トラブルを防止する観点からも書面で求めておくことが望ましいと考えられます。

③ 本人の同意を得ることなく情報提供できる場合

■なお、以下の場合には、個人情報保護法上、あらかじめ本人の同意を得ることなく第三者に個人情報を提供することが認められています。

(i) 法令に基づく場合

(ii) 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

(iii) 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

(iv) 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

■虐待事例や消費者被害の事例を発見したような場合には、(ii)に該当するものとして、本人の同意を得なくても、必要な関係機関や地域包括支援センターへの情報提供が可能となります（むしろ、できる限り迅速な対応が必要になります）。

2.6 地域住民に対する広報

- 地域包括支援センターの業務を適切に実施していくためには、地域住民に、地域包括支援センターの存在を知ってもらうことも必要不可欠です。
- このため、パンフレットを作成し様々な機関へ配布したりすること、広報誌やホームページの作成、マスコミ媒体や地域の回覧等の活用などを通じて広報する方法が考えられます。
- また、自治会等に地域包括支援センターについて分かりやすく伝え、自治会、運営協議会の構成団体等を通じて各地域の住民に周知してもらうことも考えられます。
- 広報を行う際には、事業内容だけでは共感が得られにくいので、住民にとってどのようなメリットのある機関であるのかについて、具体的な活動内容を示すなどしながら、分かりやすく伝えることが大切です。分かりやすいキャッチコピーを使ったパンフレットを作成することも一つの方法です。
- また、パンフレットや名刺等にも、イラストや地図、似顔絵を書き込みする等の工夫も考えられます。
- 自治会等を通じて広報を行う場合には、こちらの意向を示すばかりでなく、その自治会等にとってはどのような情報があると活動しやすいのか、そこに地域包括支援センターとの接点を見つけて理解を深めてもらうことも有効です。

第3節 総合相談支援業務

3.1 基本的な視点

■総合相談支援業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うものです。

3.2 業務内容

1) 地域におけるネットワーク構築

■地域包括支援センターは、支援を必要とする高齢者を見い出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援につなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図ります。

■こうしたネットワークは、言うまでもなく、地域包括支援センターの共通の支援基盤構築業務の一環として構築されるものであり、多面性を有することに留意する必要があります。

■ネットワーク構築に当たっては、サービス提供機関や専門相談機関等のマップの作成等により活用可能な機関、団体等の把握などを行います。地域に必要な社会資源がない場合は、その開発に取り組む必要があります。

■地域包括支援センターでは、地域の様々なニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくこととなりますが、特に、高齢者の虐待防止については、「高齢者虐待防止ネットワーク」を早急に構築することが必要です。

2) 実態把握

■総合相談支援業務を適切に行う前提として、1)のネットワークを活用する他、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者の心身の状況や家族の状況等についての実態把握を行います。

3) 総合相談支援

総合相談支援業務として、次の業務を行います。

① 初期段階での相談対応

■本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要かどうかを判断します。

■適切な情報提供を行うことにより相談者自身が解決できると判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行います。

② 専門的・継続的な相談支援

■初期段階の相談対応で、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、当事者への訪問、当事者にかかわる様々な関係者からのより詳細な情報収集を行い、当事者に関する課題を明確にし、個別の支援計画を策定します。

■支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、当事者や当該関係機関から、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認します。

第4節 権利擁護業務

4.1 基本的な視点

■高齢者等が地域生活に困難を抱えた場合には、地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できなかったり、適切なサービス等につながる方法が見つからなかったりして、問題を抱えたまま生活している場合があります。権利擁護業務は、このような困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものです。

4.2 業務内容

■地域包括支援センターの職員は、支援を行う過程で、特に「権利擁護」の視点に基づいてかかわることが重要です。その中で、社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業や成年後見制度などの権利擁護を目的とするサービスや制度を活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することによって、本人の生活の維持を図っていくことになります。

■さらにその過程で、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用します。

1) 成年後見制度の活用促進

- ① 高齢者の判断能力の状況等を把握し、成年後見制度の利用が必要なケースであれば、以下の業務を行います。
 - ・高齢者に親族がいる場合には、当該親族に成年後見制度を説明し、親族からの申立てが行われるよう支援します。
 - ・申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見制度の利用が必要と認めるときは、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげます。
- ② また、成年後見制度の円滑な利用に向けて、
 - ・市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行います。
 - ・鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組めるよう、地域の医療機関との連携を確保します。
 - ・高齢者にとって適切な成年後見人を選任できるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を高齢者又はその親族に対して紹介します。なお、地域包括支援センターの業務として、地域包括支援センターの職員自身が成年後見人となることは想定していません。

2) 老人福祉施設等への措置の支援

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町

村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求めます。また、措置入所後も当該高齢者の状況を把握し、できる限り速やかに、成年後見制度の利用など必要なサービス等の利用を支援します。

3) 高齢者虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号）等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとります。

4) 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、地域包括支援センターの専門職が相互に連携を図り、地域包括支援センター全体で対応を検討し、必要な支援を行います。

5) 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に必要な情報提供を行います。

第5節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

5.1 基本的な視点

■包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において、多職種相互の協働等により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく包括的・継続的ケアマネジメントが重要であり、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行うものです。

5.2 業務内容

1) 包括的・継続的なケア体制の構築

■施設・在宅を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携を支援します。

■また、地域の介護支援専門員が、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるように、地域の連携・協力体制を整備します。

■地域包括支援ネットワークが、これらの役割を果たすことになります。

2) 地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用

■地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場を設定するなど介護支援専門員のネットワークを構築したり、その活用を図ります。なお、利用者が自らケアプランを作成しようとする場合、地域包括支援センターは必要な相談・援助等の積極的な支援が望まれます。

3) 日常的個別指導・相談

■地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、介護支援専門員に対する個別の相談窓口を設置し、ケアプランの作成技術を指導し、サービス担当者会議の開催を支援するなど、専門的な見地からの個別指導、相談への対応を行います。

■また、地域の介護支援専門員の資質向上を図る観点から、必要に応じて、地域包括支援センターの各専門職や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供を行います。

4) 支援困難事例等への指導・助言

■地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等について、適宜、地域包括支援センターの各専門職

や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導・助言を行います。

5) その他

■地域包括支援センターにおいて実施する予防給付に関するケアマネジメントと介護支援専門員が行う介護給付のケアマネジメントの相互の連携を図るものとします。

第6節 介護予防ケアマネジメント業務

6.1 基本的な視点

■介護予防ケアマネジメント業務は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるようにするため、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、利用者のできることを利用者と共に発見し、利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指します。

■このため、サービス提供期間を設定し、いつまでにどのような生活行為ができるようになるのか具体的な目標を明確にしつつ、個々の高齢者の心身の状況や生活環境、廃用や生活機能低下が生じた原因に応じた総合的かつ効果的な支援計画を作成するとともに、サービスの提供を確保し、一定期間経過後は所期の目標の達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行います。

■介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、

- ① 地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など、地域における介護保険以外の様々な社会資源の活用
- ② 介護予防の効果を高める観点から、要支援・要介護認定の非該当者から、要支援者に至るまでの連続的で一貫したケアマネジメントの実施に留意します。

■なお、介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、介護予防事業に関するケアマネジメント業務及び予防給付に関するケアマネジメント業務は、下記の「6.2 業務内容」のとおり制度上は別のものでありますが、その実施に当たっては、共通の考え方にに基づき、共通の様式で実施することとなっておりますので、その点について留意する必要があります。詳細については、第5章を参照してください。

6.2 業務内容

1) 介護予防事業に関するケアマネジメント業務

■自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上を目標としている介護予防事業に関するケアマネジメントは、特定高齢者把握事業において、市町村が把握・決定した特定高齢者（虚弱高齢者）について、地域包括支援センターが、概ね次に定めるプロセスにより実施します。なお、市町村は、必要な経費を負担することで、特定高齢者把握事業を地域包括支援センターに委託することができます。その場合、介護予防事業に関するケアマネジメントと一体的に行うことも可能ですが、特定高齢者の決定は、市町村が行わなければなりません。

① 対象者の把握

市町村と連携し、介護予防事業への参加に同意した者を把握します。

② 一次アセスメント

基本チェックリストの結果等により、生活機能、心身機能等を把握し、生活機能の低下を予防できない現状や要因（介護予防ニーズ）の特定及び課題分析を行います。

③ 介護予防ケアプランの作成

一次アセスメントの結果を基に、高齢者との面接により、その心身の状態を把握しつつ、介護予防ケアプランの目標、利用する事業内容などを決定します。その際に、家族や介護予防事業実施者などとも共通認識を得るため、必要に応じてサービス担当者会議を開催します。

④ 事業の実施

介護予防事業実施者は、介護予防ケアプランに基づき介護予防事業を実施し、地域包括支援センターは、事業の実施状況を適宜モニタリングし、必要に応じて事業実施者間の調整を行います。また、事業実施者に対し、事業の実施の前後に対象者の目標達成度や状態の改善の評価を行わせ、適宜、その結果の報告を受けます。

⑤ 評価

一定期間経過後、地域包括支援センターでは、事業実施者からの報告を参考にしつつ、各高齢者の状態を再度アセスメントし、必要に応じて介護予防ケアプランを変更します。

■地域包括支援センターは、個々の対象者ごとに、定期的に目標達成状況を管理します。

■なお、地域包括支援センターとして行う総合相談支援事業などの過程で介護予防事業の対象者とすべき者を把握した場合は、適宜、特定高齢者把握事業と連携を図るものとします。

2) 予防給付に関するケアマネジメント業務

予防給付に関するケアマネジメントは、概ね次に定めるプロセスにより実施します。

① 利用申込みの受付

介護認定審査会において要支援認定を受けた利用申込者に対し、重要事項説明書を交付し、説明し、同意を得た上で、利用申込者に所定書類に必要事項を記載してもらい、市町村に届け出ます。

② 契約締結

利用申込者と契約を締結します。

③ アセスメント

市町村から認定調査結果及び主治医意見書を入手し、利用者宅を訪問し、所定のアセスメント事項により利用者及び家族に対しアセスメントを行います。

④ 介護予防サービス計画原案の作成

アセスメント結果等を基に、どのような支援が必要かを利用者と調整し、利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成します。

⑤ サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議の開催等により、介護予防サービス計画原案について専門的な意見を聴取します。

⑥ 介護予防サービス計画書の交付

利用者又は家族に説明し、同意を得た後、介護予防サービス計画書を利用者及びサービスの担

当者に交付します。

⑦ サービスの提供

介護予防サービス事業者に対し、介護予防サービス計画に基づき適切にサービスが提供されるよう連絡調整等を行います。

⑧ モニタリング

必要に応じて利用者宅を訪問するなどの方法により計画の実施状況を把握します。

⑨ 評価

計画に位置づけた期間の終了時に、計画の達成状況について評価を行います。

⑩ 給付管理

介護保険サービスの利用実績を確認します。

⑪ 介護報酬の請求

介護報酬請求に関する所定の書類を作成し、介護報酬の請求を行い、介護報酬を受領します。

■地域包括支援センターは、上記事務のうち①、②及び⑪に係る事務以外、その実施を居宅介護支援事業者に委託することができます。この場合、介護予防サービス計画原案が作成された段階で、地域包括支援センターはその内容が適切であるかを確認します。業務委託をする場合も、当該業務の最終的な責任は地域包括支援センターが負うこととなります。なお、委託に当たっては、運営協議会の承認を得なければなりません。

3) その他

■地域包括支援センターにおいて実施する介護予防ケアマネジメント業務、介護予防支援、介護支援専門員が行う介護給付のケアマネジメントの相互の連携を図らなければなりません。

第2章 総合相談支援業務

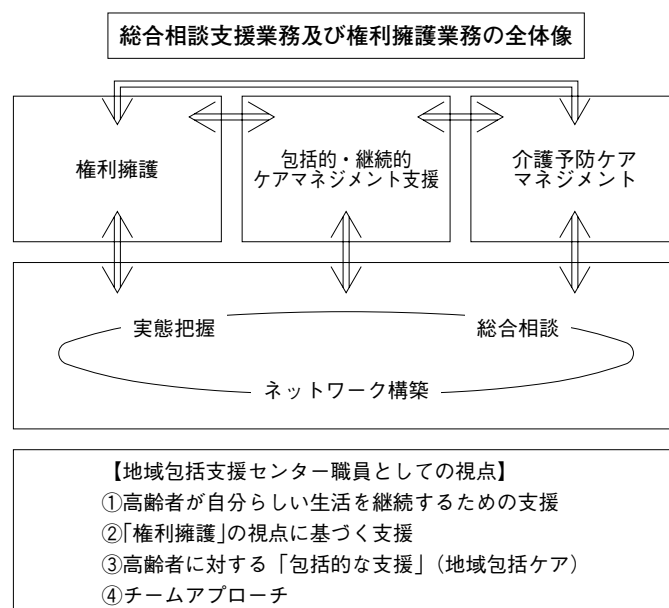
第1節 全体の視点

■第1章第1節において述べたとおり、地域の住民が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活を実現するためには、個々の高齢者の状況やその変化に対応して、介護保険サービスを中核としつつも、医療をはじめとした様々な支援、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めて、地域の様々な資源を統合し、住民の生活全般にわたり24時間365日の支援を行うケア、すなわち「地域包括ケア」を提供することが必要不可欠です。「地域包括支援センター」は、地域包括ケアを支える中核機関として、ケアの継続性や包括性の確保等を担います。

■地域包括支援センターでは、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを幅広く把握し、相談を受け、介護保険サービスにとどまらず、適切なサービス、機関又は制度の利用につなげていく等の支援を行うことになります。これが、地域包括支援センターの総合相談支援の業務です。

第1章第2節において述べたことですが、地域包括支援センターの職員は、総合相談支援業務を行うに当たり、地域包括支援センターの業務は、高齢者が自分らしい生活を継続するための支援であること、「権利擁護」の視点に基づくものであること、地域や家族の特性を踏まえ、高齢者に対して「包括的に」支援することであることを、常に念頭に置く必要があります。

■総合相談支援業務は、①地域におけるネットワーク構築業務、②実態把握業務、③総合相談業務に分けられます。



第2節 地域におけるネットワーク構築業務

2.1 地域におけるネットワーク構築業務

■ここで述べる地域におけるネットワーク構築とは、福祉サービスや社会資源の状況を把握した上で、総合相談や実態把握から見えてくる、圏域に必要なもしくは不十分なネットワークを再構築したり新たに構築することです。

《地域のネットワーク構築の必要性》

■地域包括支援センターは、効率的・効果的に住民の実態把握を行い、地域から支援を必要とする高齢者を見い出し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するために、地域における様々な関係者のネットワークを構築していくことが必要です。地域に必要なネットワークが構築されていれば、必要な情報を収集したり提供するとともに、多種多様なニーズの相談をつないだり、継続的な支援が容易になります。

■また、地域に必要なネットワークが構築されていれば、初期から多職種・多機関が有機的に連携して支援ができ、支援の客観性や専門性を高めることが可能となるとともに、地域包括支援センターの職員が業務をひとりで抱え込むことなく、継続的に支援していくことが容易になります。

■ネットワークを活用して顕在化した課題に対応していく中で、その解決に必要な施策や制度の改善につなげることも可能となります。

■ネットワークを活用して、地域のニーズや課題に対して地域住民自身が取り組むことは、「地域住民による見守り→地域住民のネットワーク強化（地域への関心の高まり）→予防」へと機能していくことになります。

《地域のネットワーク構築のイメージ》

■地域包括支援センターは、様々な地域のネットワークを通じて高齢者の実態把握を行うとともに、総合相談等を通じて支援が必要と判断された高齢者に、必要に応じネットワークを通じたチームによる支援を行うことが必要です。

■また、認知症高齢者の見守り、消費者被害防止、閉じこもりや孤立予防等といったニーズに応じ、これらのネットワークを有効活用していくことが必要です。

特に、高齢者の虐待防止については、

- ・民生委員、地域住民、社会福祉協議会等からなる「早期発見・見守りネットワーク」
 - ・介護保険サービス事業者等からなる「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」
 - ・行政機関、法律関係者、医療機関等からなる「関係専門機関介入支援ネットワーク」
- で構成される「高齢者虐待防止ネットワーク」を構築していくことが必要です。

《地域におけるネットワーク構築業務》

■地域におけるネットワーク構築に関する業務として次の業務があげられます。

- ① 地域の社会資源やニーズの把握
- ② 地域におけるネットワークの構築
- ③ 地域住民への啓発活動
- ④ 高齢者虐待防止ネットワークの構築

2.2 地域の社会資源やニーズの把握

■ネットワーク構築には、まず、地域の社会資源やニーズを把握することが必要です。社会資源の実態を把握することは、初期相談時に適切に情報を提供することができる等、相談活動を効果的・効率的に行うことができます。また、地域のニーズを把握することは、そのニーズに応じた的確な地域施策を講ずることが可能となります。

ここでは次の業務が考えられます。

- ① サービス提供機関や専門相談機関のマップ（もしくはリスト）の作成
- ② 地域のニーズ把握手法とその実施

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① サービス提供機関や専門相談機関のマップ（もしくはリスト）の作成》

■担当する圏域においてどのようなサービス提供機関や専門相談機関があり、どのような機能や役割を果たしているか、マップ（もしくはリスト）として整理することが必要です。

マップとしては、次のようなものが考えられます。

マップ（例）

- ・地区の高齢者マップ（どの地域で生活しているのか）
- ・施設マップ（施設名、連絡先、機能、利用状況等）
- ・医療機関マップ（病院名、連絡先、機能、利用状況等）
- ・人材マップ（専門相談機関・組織、交流できる場、ネットワーク） 等

■また、すでに機能しているネットワークも把握し、整理することが必要です。その際、地域のネットワークに関する状況が一目で分かるよう、どのようなネットワークがあるのか、その構成、機能構築の状況等の情報を一覧にした資料を作成することも考えられます。また、作成後は、定期的な内容の更新を行うことが必要です。

■情報は、WAM-NET、福祉担当課、保健担当課、社会福祉協議会等から入手します。マップ作成においては、市町村と協力し作成することが考えられます。

■例えば、介護予防であれば、市町村が行う介護予防一般高齢者施策と連携して、地域の社会資源を把握しておくことが必要です。

(業務の具体的な進め方 (例))

【事例】

A地域では、地域住民やサービス利用者から地域の社会資源の分かりやすいマップやリスト作りの要望が出ていました。居住する地域のどこにどのような機関・団体が存在し、どのようなことをしてくれるのか良く分からないので情報がほしいという要望です。同様の意見がケアマネジメントを行う介護支援専門員からも提起されていました。

【地域の社会資源マップ作成の具体例】

社会資源マップやリスト作成には以下のような手法があります。各地域の地域特性や社会資源の状況により差異が出てきますので、地域に合わせた方法を工夫してみてください。

- 地域ニーズに基づき、地域包括支援センター運営協議会や、市町村の地域包括支援センター及び関係機関・団体等が参加する「市町村包括ケア会議」などでマップ・リスト作成を提案し、内容を検討します。すでに自治体や社会福祉協議会等でマップやリストを作成している場合は、既存のものを有効活用するとともに、内容の改善や新たな情報が必要だと判断できる場合は連絡調整し、具体的な提案や企画立案を行っていきます。
- 自治体全体の社会資源マップ・リスト作成と地域包括支援センターの担当圏域ごとのマップ・リスト作成が考えられます。対象となる地域の特性や人口に合わせて、地域住民やケア関係者が必要とする情報は何かを見極めていきます。地域包括支援センターが作成する担当圏域のマップやリストは、より地域やサービス利用者の生活に密着したものとなります。例えば、サービス提供機関・専門相談機関のみではなく、高齢者が気軽に立ち寄れる食事場所マップや休憩場所リスト等も考えられます。
- 地域住民によるボランティア活動や小地域福祉活動、ミニデイサービス、交流サロン等のリストは、地域の社会福祉協議会や市民活動・ボランティアセンターとのネットワーク構築の中で情報提供を受け、内容を把握することが必要です。
- 自治体の高齢者福祉担当課、地域包括支援センターの担当者からなるマップ・リスト作成のプロジェクトチームを結成し、掲載する内容や形式、デザイン、周知方法を検討することもできます。
- 掲載する内容や形式が決定したら、マップ・リストに掲載する予定のサービス提供機関や専門相談機関に作成の周知と併せて記載内容のアンケート調査を実施し、返送を依頼してまとめていきます。アンケート調査だけではなく、訪問しての聞き取り調査を行うこともネットワーク構築の方法となります。
- マップ・リストの作成に当たっては、地域住民や関係機関・団体、ボランティア・NPO 団体、地域の介護支援専門員連絡会や事業者連絡会、担当地域の介護支援専門員等と協力して作成することもできます。その場合はマップ・リスト作成の過程そのものがネットワーク構築の過程となります。ある地域では、介護支援専門員の連絡会の中で社会資源情報を持ち寄りグループワークでリストを作成したり、中学生の総合学習の取組と共同して社会資源マップを作成した事例もあります。
- 自治体全体の社会資源マップ・リスト作成と担当圏域ごとのマップ・リスト作成を行い、サービス利用者や地域の関係者へ配布し、活用を促します。窓口での来所相談対応や訪問しての相談対応の際にも活用できます。
- 地域包括支援センター内の各専門職が連携し、担当圏域内の介護支援専門員と社会資源について

の情報交換会を持つことや、地域の介護予防資源マップを作成する等、センター内のチームワークでの社会資源マップ・リスト作成も必要となります。

《② 地域のニーズ把握手法とその実施》

■担当する圏域内でもエリアによってニーズは異なります。小区分エリアごとの情報把握（住宅密集エリア、集合団地エリア、商店街エリア、農地エリア、工場周辺エリア、下町、新興住宅地、等々）が必要です。

■各機関や施設が把握している利用者のニーズを調べることも地域のニーズを調べる上で必要です。

■ニーズを把握するには、実態把握調査票を活用しアンケート調査を行ったり、戸別訪問が考えられます。また、調査実施に当たっては、住民の理解を得て協力を得ることが必要です。

■また、ニーズの把握には、高齢者やその高齢者と接する方からあげられる声が大変重要です。そのような声を出し合える場に参画することも必要です。

2.3 地域におけるネットワークの構築

■地域におけるネットワークの構築では次の業務が想定されます。

- ① ネットワークの必要性の共通理解に向けた働きかけ
- ② ネットワークの構築
- ③ 作り上げたネットワークや既存のネットワークの有効活用（ネットワークの再構築）
- ④ 近隣の地域包括支援センターのネットワーク情報の把握と活用
- ⑤ ネットワーク間の横断的組織の構築
- ⑥ ネットワークの自発性・自立性を高めるための取組
- ⑦ 社会資源の開発

■これらの業務を遂行する上での共通項として、「顔の見える関係づくり」ということがあげられます。ネットワークづくりの前提として、地域に積極的に出向き、かかわっていくことが重要です。「人脈とネットワークづくりは動いた分だけ広がる」と言えます。

■また、効率よく、効果的にネットワークを構築するためには、対象となる圏域のアセスメント（地域診断）をすることが必要となります。市町村の総合計画等の資料による事前把握や地域の実態を把握して、アセスメントすることが必要です。

それぞれの業務のポイントや留意点は次のとおりです。

《① ネットワークの必要性の共通理解に向けた働きかけ》

■ネットワークを構築するには、ネットワーク構築の必要性や目的を関係諸機関・団体、住民等が共通理解することが必要です。

■共通理解を得るには、本節 2.1 で示した地域住民のニーズや地域の社会資源の実態を明らかにすることが必要です。

■作ろうとするネットワークに関連する地域の会合に参加したり、関係者を集めた臨時会議を開催する等、積極的な働きかけが必要です。

■また、地域での閉じこもりや孤立予防のために地域住民のつながりを再構築するよう地域へ働きかけることも必要です。

《② ネットワークの構築》

■新たなネットワークづくりは、高齢者やその高齢者と接する方からあげられる声が必要になって進むことが多々あります。地域包括支援センターの職員は、そのような声を出し合える場に可能な限り参加しネットワークを拡げることが必要です。

■作ろうとするネットワークによって、その範囲は異なります。担当する圏域内でネットワークを作る場合や、圏域を超えた広い範囲でネットワークを作る場合があります。ネットワークの範囲は、ネットワークの目的やニーズのあり方、社会資源の実態等から判断する必要があります。

■ネットワークを構築するには、地域包括支援センター運営協議会や市町村包括ケア会議などの場を積極的に活用し、市町村行政、関係機関・団体、地域住民等へ働きかけることが必要です。

【ワンポイントアドバイス】～地域福祉計画も視野に入れて～

市町村地域福祉計画は社会福祉法の中で、地域福祉に関する事項として福祉サービスの適切な利用の推進や事業の健全な発達、住民の参加の促進に関する事項の計画を定めるとされています。市町村地域福祉計画には、その地域の様々な社会資源の開発等も含まれます。地域包括支援センターの職員は、自分たちの市町村の地域福祉計画を理解し、その活用も視野に入れてネットワーク構築に取り組むと良いでしょう。

■地域の社会資源やつながり方は常に変化しています。一度ネットワークを作ったら終わりというのではなく、継続的にかかわっていくことが必要です。

（業務の具体的な進め方（例））

【事例】

B地域にある集合住宅では建築年代が古く、エレベーターが設置されていないため、上層階に居住する一人暮らしの要介護高齢者の毎週のゴミ出しが課題となっていました。同じ集合住宅に居住する近隣の人から「気になっているのだが、どのように支援したら良いか分からない」という相談が地域包括支援センターにありました。

【地域におけるネットワーク形成の具体的手順】

○地域住民からの相談は、当該地域でネットワークを形成していく機会ともなります。

○相談者からの情報により状況把握をするとともに、必要に応じて地域の担当民生委員とも連絡調整を行い、地域の現状やニーズの把握、情報の交換を行います。具体的には、

① 当該世帯が介護サービスを利用し、担当の介護支援専門員等がついている場合も想定できま

す。担当のケア関係者がいる場合は、連絡調整し、利用者世帯のニーズを確認していくことや必要となるケアができないかどうかの確認をしていきます。

- ② 実際にゴミ出し等に困っている世帯と連絡をとりニーズの把握を行います。電話による相談対応や必要に応じて訪問による相談対応を行い、日常生活におけるニーズその他希望している事柄を把握していきます。同時に当該地域で活用できる社会資源がないかどうかの確認を行います。自治会や老人クラブ等でも協力してくれる可能性があります。
- ③ 近隣住民による助け合いや支え合い活動等に発展する可能性もあります。実際に、ボランティアとして近隣住民によるゴミ出し等の助け合いが行える可能性がある場合は、手助けをする相手のプライバシーの保護にも留意し、近隣の人の助け合い活動を受け入れる意思があるかどうかの確認が必要となります。また、ゴミ出し等のニーズが明確であり、当該世帯が希望する場合は、民生委員や関係団体と連携をとりながら、近隣世帯に助け合い活動と呼びかけていくこともできます。実際の活動に当たっては、手助けをする相手のプライバシーの保護や基本的な対応方法等のアドバイスをする必要もあります。
- ④ すでに当該地域で助け合いグループや住民の福祉活動が存在している可能性もありますので、関係団体に確認していくことも必要です。すでに住民によるネットワークや関係団体によるネットワークが構築されている場合は、ニーズに基づいて必要な連絡調整を行います。

○個別事例への対応だけではなく、当該地域にニーズが多くある場合や、今後のニーズ発生が予測できる場合は、市町村や関係団体の協力を得ながら、地域の自治会や老人クラブ等にも地域の課題として提起し、地域住民による支え合いによる協力や代行が可能かどうかの確認をしていきます。地域包括支援センターの役割の一つは、個別事例への相談対応を通して担当地域のニーズを把握し、必要となるネットワークを構築していくことにあります。

○地域の自治会や老人クラブ等による自主的な取組を支援するため、必要に応じて地域の集まりに顔を出し、プライバシーの保護に留意しながら、地域ニーズについての情報交換や、必要な取組についての情報提供を行います。この際、社会福祉協議会等の地域福祉関係団体に協力を依頼して共同で取り組むことや、民生委員と連携することもネットワーク構築の一環となります。話し合いや情報交換の中から、地域の自主的な助け合いや、支え合いの活動が作り出されていく可能性もあります。

○地域住民による自主的な助け合いでゴミ出し等の支援が行われる場合は、利用者の担当の介護支援専門員、民生委員、関係団体とも連携して、必要な活動のフォローを行っていきます。

○また、こうした取組の事例を、市町村包括ケア会議等を持ち寄り、市町村全体で有効な取組ができないかどうかの検討を進めます。地域によっては、要介護高齢者世帯や障害者世帯に対する自治体の新しい施策や、関係団体による支援策に結びついていく可能性があります。ゴミ出しの事例を例にとれば、市町村による要介護高齢者世帯や障害者世帯に対するゴミの個別収集や、社会福祉協議会による小地域福祉活動の振興による住民ボランティアによる取組、地域の自治会、老人クラブによる支え合いの発展、シルバー人材センターによる取組、小中学生によるボランティア活動等、多様な展開が考えられます。

《③ 作り上げたネットワークや既存のネットワークの有効活用（ネットワークの再構築）》

■実態把握で地域に出向いたり、個別ケースとの関わりは、有効に活用できる既存のネットワークを

知る機会にもなります。

■担当する圏域にどのような資源があり、どのようにネットワークが作られているかを知ること、どこにどのように働きかけていけば効果的に新たなネットワークが構築できるかを検討できます。

■ネットワークはあるが十分機能を発揮していない場合もあります。有効活用が期待できるネットワークであれば、阻害要因を取り除くことで、比較的容易に活性化できる場合があります。

《④ 近隣の地域包括支援センターのネットワーク情報の把握と活用》

■望むネットワークが担当圏域内になくても、隣接の圏域などより広い圏域には存在している場合があります。担当圏域だけではなく、近隣のネットワークも活用できるよう、市町村包括ケア会議等を通して情報を把握することも、視野に入れる必要があります。

■近隣の地域包括支援センター同士の定期的な連絡会や情報交換会を設定することも有効です。

《⑤ ネットワーク間の横断的組織の構築》

■一人の当事者にいくつかのネットワークが横断的、重層的にかかわるケースがあります。このような場合、各々のネットワークが効果的に機能しているか確認し、必要に応じて介入する必要があります。

■また、情報が各々のネットワークで共有できるとともに新しい情報がリアルタイムに関係者に伝わるよう、コーディネートすることも必要です。

《⑥ ネットワークの自発性・自立性を高めるための取組》

■地域に密着した小地域、中地域での住民のグループ活動を支援し、ネットワーク作りを推進・後押しすることが必要です。その際には、市町村社会福祉協議会や地区社会福祉協議会との連携も重要です。

■ネットワークを推進・後押しする際にあまり先導しすぎると各々の役割・責任感が薄れてきて依存的になりかねないので注意が必要です。

《⑦ 社会資源の開発》

■社会資源の開発には、既存の社会資源を有効に「活用」すること、既存の社会資源を相談者のニーズに合わせて「改善」すること、必要な資源が地域にない場合に「開発」すること、の3側面があります。

■相談者の地域生活を支援していくために、その地域の社会資源を開発していくことは、地域包括支援センターにとって重要な役割になります。社会資源の開発は相談者への個別支援にとどまらず、その地域のもつ福祉力を強化し、向上させていくことにもつながります。

■社会資源は以下の要素から構成されています。

- ①人的資源：専門家、ボランティア、親族、自治会 等
 - ②物的資源：福祉用具、情報機器、建物、広場 等
 - ③財務的資源：寄付金、助成金、委託金、会費 等
 - ④時間的資源：休日、余暇時間、休業日、休館日 等
 - ⑤情動的資源：資源マップ、広報誌に掲載された情報、インターネット情報 等
- 地域の状況に応じて、また不足している要素に焦点化して、その開発に取り組みます。

■地域包括支援センターでは、既存の社会資源のどのような点を改善することが必要か、どのような社会資源の開発が必要かについて、各専門職が連携して把握していくことが必要です。

もし、行政の対応が必要なら、その必要性を的確に行政（市町村本庁）に対して伝えていく必要があります。

（業務の具体的な進め方（例））

【事例】

C地域では、40歳から64歳の第2号被保険者の要介護認定者について、外出希望や社会交流の希望があっても、高齢者中心のデイサービス等になかなか馴染めず、集まる場所の情報もないために閉じこもりがちになる人が多く、何か良い方法がないかという相談がありました。

【社会資源開発の具体例】

（社会資源の把握）

〈ニーズの把握〉

- 地域包括支援センターの総合相談窓口を持ち込まれる相談内容は、地域ニーズを把握し、新たな社会資源の開発につながるヒントに満ちているといえます。この事例の場合は、第2号被保険者の要介護認定者の社会交流の場の必要性という地域ニーズの把握の機会ともなっています。

〈地域包括支援センターにおけるチーム対応〉

- 第2号被保険者に対する地域における取組を把握することは、地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメントを行う場合や、ケアプランを立てる際に適切なサービスを見つけられずに困っている介護支援専門員への支援にもつながるため、地域包括支援センター内で相談内容を報告し、センター全体でのチーム対応による取組を行います。

〈社会資源についての情報収集〉

- 既存の社会資源を有効に「活用」するため、担当圏域、市町村内（場合によっては近隣市町村）に、
 - ・ 第2号被保険者の受入に積極的なサービス提供事業者、特定疾病や身体状況に合わせたリハビリテーションプログラムを提供している事業者があるかどうか、
 - ・ 介護予防や健康増進に関する市町村事業において、第2号被保険者の利用者が対象となる事業・プログラムがあるかどうか、
 - ・ 第2号被保険者の利用者が参加できる「友の会」等のセルフヘルプグループ、ボランティアグループ、NPO等の情報があるかどうか、について、保健所やボランティアセンター等

とも連携をとりながら、情報を収集し、整理していきます。インターネットを使った情報収集も有効です。

〈活用できる社会資源の把握と情報提供〉

○集めた情報を分析して、第2号被保険者の利用者が活用できる地域内の社会資源状況を把握します。収集した情報は社会資源マップ・リストとしても活用できます。情報を整理・統合した上で、地域住民や地域の介護支援専門員等のケア関係者、第2号被保険者のサービス利用者へ情報を提供していきます。整理された情報自体が社会資源の一つとなります。情報提供の方法は、介護支援専門員の連絡会や研修会、サービス事業者の連絡会、民生委員協議会の定例会、市町村や関係機関・団体の広報紙等の様々なルートを活用します。

（社会資源の改善、開発への取組）

○情報を集め、分析した中で、現状において活用できる資源がないと判断した場合は、既存の社会資源を地域のニーズに合わせて「改善」することや新たに「開発」することに向けた取組を進めます。

○この事例の場合は、

- ・ サービス事業者の連絡会等を通じて、第2号被保険者のサービス利用者に向けた新たなプログラム開発や取組を促すこと、
- ・ 市町村事業において第2号被保険者向けの新たなプログラムや取組の開発が可能かどうか、市町村包括ケア会議や実務担当者の会議で検討し、必要に応じて行政（市町村本庁）に必要性を伝えていくこと、

が考えられます。

○また、保健所や社会福祉協議会等の関係団体とも協力して、当事者同士のセルフヘルプグループや、家族介護者の会の結成に向けた取組を進めることや、相談者の中でリーダーシップを発揮できそうな人と協働して、当事者同士のNPOの結成に結びつけていくこともできます。

（※）ある地域では、脳血管障害による片麻痺の人たちがパソコンによるインターネットで情報交換を行いながら、定例でリハビリテーションに関する情報交換の場作りをすることを目的としてNPO法人を立ち上げた事例や、様々な障害をもつ40～60歳代前半の人たちが定例で集まり、書道や様々な体操を行う自主グループを立ち上げた事例もあります。

地域包括支援センターは、当事者や地域住民自身のこうした取組に対してバックアップしていくことが必要です。最終的には、当事者や地域住民自身が必要な情報やネットワークを得ることによって、自分たち自身での取組を進めていく力をつけていけるようにすること、つまり、エンパワメントの視点も重要となります。

2.4 地域住民への啓発活動

■地域住民が主体となるネットワークでは、地域住民への啓発活動が重要です。ここでは、ネットワーク構築の前提として、地域住民が必要な情報を共有したり、互助的な地域連帯や個人の尊厳を尊重するために必要な啓発活動をあげます。次の業務が想定されます。

- ① 地域住民同士の互助・共助の啓発
- ② ネットワークに関する情報提供

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 地域住民同士の互助・共助の啓発》

■同じ地域に暮らす住民にとって、地域の生活課題はより具体的に現れてきます。住民同士が互助的にかかわることで解決する課題も多くあります。互助・共助により生活課題が解決された具体的な事例を広報等を用いて紹介したり、活動の核となるリーダーを支援することが考えられます。

《② ネットワークに関する情報提供》

■2.2《①》に示したネットワークに関する状況等を記載した資料について、公開、情報提供などを行うことで、住民に周知を図っていくことが必要です。IT 媒体を活用した公開も考えられます。

(業務の具体的な進め方 (例))

【事例】

認知症高齢者の徘徊への対応で家族が疲労困ぱいしているが、地域の理解がなく、家族も近隣には相談しづらい様子だという相談が、民生委員から入りました。

(高齢者本人への支援)

- 当事者である高齢者に関しては、介護予防の視点からの取組にもつながるため、介護予防ケアマネジメントとも連携した取組が求められます。

介護保険制度を利用していない場合は、要介護認定の申請支援や介護保険サービスの利用契約支援の取組を進めます。同時に権利擁護の視点からの状況把握と取組が必要となることも考えられます。

- すでに要介護認定を受け、担当の介護支援専門員がいる場合には、ケアプランの内容を把握し、再検討するとともに、担当介護支援専門員や民生委員とも連携して、本人や家族の了承が得られる場合は、近隣への徘徊時の見守りの依頼をしていくこともできます。

(地域住民への啓発への取組)

- この事例は、認知症高齢者に対する地域の理解がなかったという状況が把握された点で、認知症に関する地域住民への広報・啓発活動を進めるきっかけとなる相談です。

- 地域包括支援センターを中心として、地域住民や家族介護者を対象とした「認知症の理解」や「認知症への対応」等をテーマとした教室の開催、自治会、老人クラブ、ボランティアグループと共催しての取組や出前講座の開催、パンフレットの作成・配布を通じての広報・啓発活動が考えられます。こうした活動は、担当圏域内で行う場合、市町村内の地域包括支援センターが共同して市町村とともに行う場合が考えられます。

(※) 地元の医師会と共同して認知症の予防や理解促進キャンペーンを行ったり、ケア関係者や

地域団体のみならず自治会、老人クラブ、学校、消防署、警察等も参加して地域ぐるみで認知症高齢者の徘徊見守りネットワークを構築している事例もあります。

【ワンポイントアドバイス】～介護支え合い相談～

介護疲れの家族の悩みを解消する方法として、厚生労働省の助成で国際長寿センター（東京都杉並区）が実施している「介護支え合い相談」（無料電話相談 0120-070-608）があります。まわりに相談や悩みを打ち明ける人がいないなどで介護に困っている方に情報を提供することも考えられます。

（悪徳商法撃退キャラバン）

【事例】

D市では、地域の弁護士会、警察署、自治会連合会、社会福祉協議会が協力し、「悪徳商法撃退キャラバン実行委員会」を結成して、市民劇団による寸劇や警察官・弁護士による被害予防や撃退法等の講演を組み合わせたイベントを企画して市内各地を巡回し、地域の公民館等を会場として地域住民に消費者被害の防止を訴えて好評を得ました。このような取組に地域包括支援センターも参加することによって、地域や関係団体とのネットワークは強化されていきます。

- 地域住民への啓発では、人が集まる工夫や理解されやすい工夫が必要となります。
- この事例では、専門職のネットワークによる専門的な説明の他に、市民劇団による寸劇を組み合わせ、悪徳商法撃退に関する分かりやすい工夫を行っています。
さらに、自治会連合会、社会福祉協議会が協力することにより、地域住民への参加の呼びかけと周知の工夫がより綿密に行われています。
- 地域住民向けのイベントの他にも、介護支援専門員や訪問介護事業所のサービス提供責任者等の専門職向け勉強会開催も考えられます。
- 地域包括支援センターによる地域住民への分かりやすい啓発の工夫として、関係団体との連携による取組が求められています。

2.5 高齢者虐待防止ネットワークの構築

■地域において高齢者虐待を防止するためのネットワーク構築には、まず、この問題に対して行政をはじめ関係諸機関・団体、各種事業所や住民等が理解を持ち、防止していこうという動きをつくることから始める必要があります。そして、虐待の早期発見や発生した虐待を止めるための具体的な介入、再び起きないための防止活動、予防のための見守り活動等を行う上でネットワークを活用していくことが必要です。

■高齢者虐待防止のネットワーク構築のためには、次の業務が想定されます。

- ① ネットワークを結ぶ組織や団体等の高齢者虐待に関する共通理解を高めるための取組
- ② 「高齢者虐待防止ネットワーク」の構築
- ③ 機能別のネットワークの構築

- ④ ネットワークの維持・発展のためのコーディネート
- ⑤ 高齢者虐待防止に必要となる社会資源の開発
- ⑥ 地域住民への広報・啓発活動

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① ネットワークを結ぶ組織や団体等の高齢者虐待に関する共通理解を高めるための取組》

■高齢者虐待とは何か、何が発生要因か、どのような状況から発見したら良いか等々、高齢者虐待に関する基礎理解を得られるような情報提供や学習機会の提供が必要です。

■地域内における高齢者虐待の実態把握や意識調査等を通して、現状に対する共通理解を図ることが可能です。

■定期的なネットワーク会議や臨時の会議を開催することにより、つながりの形成の場を設けていくことが必要です。

《② 「高齢者虐待防止ネットワーク」の構築》

■担当圏域もしくは複数の圏域又は自治体単位等ネットワークを構築する範囲を検討します。効果的に機能するために適切な規模の地域を対象とします。

■これまでに構築されてきたネットワークを活用し、必要に応じて再構築や新たなつながりを結び、高齢者虐待防止に必要な総合的な推進体制を構築します。

■ネットワークを構築する目的を明確にして、ネットワークに加わる関係機関や団体等の高齢者虐待防止のための役割を共通認識できるように働きかけ、チームで問題解決にあたるよう働きかけます。

■広域的なネットワークなので、関係機関や団体等が参加して組織されることが考えられます。

《③ 機能別のネットワークの構築》

■「高齢者虐待防止ネットワーク」の中に、地域の実情に応じた様々な規模での機能別のネットワークを構築することが必要です。

■必要なネットワークとしては、住民が中心となり早期発見や見守りを担う「早期発見・見守りネットワーク」、発見された虐待を止めるための「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」、そして、その介入が効果的に実行できるように他の関係機関や団体等が支援していく「関係専門機関介入支援ネットワーク」等があります。

■「早期発見・見守りネットワーク」は、民生委員や地域住民、社会福祉協議会等が中心となり、住民の生活に密着した位置から相談を受け止めたり、生活の変化に気づいてもらい、その情報が地域包括支援センターへ伝わるように働きかけます。

■「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」は、介護保険事業者等からなるネットワークで、今起きている虐待にどのように対応するかチームとして検討し、具体的な支援を行っていくものです。

■「関係専門機関介入支援ネットワーク」は、保健・医療・福祉分野の対応だけでは対応が難しい場合に協力を得るためのネットワークです。警察や消防等の行政機関、弁護士や家庭裁判所等の法律関係者、医療機関等が考えられます。

《④ ネットワークの維持・発展のためのコーディネート》

■ネットワークは構築して終わるものではありません。事例によって、状況の変化に合わせて支援内容を柔軟に変化させなければなりませんし、社会資源も変化します。また、担当者が異動することもあります。したがって、常にネットワークを維持するための連絡を取り合う必要があります。

■ネットワークを維持・発展させるためには、連絡や情報交換、情報提供や情報収集等を通して相互作用が繰り返されていること、つながっていく目的が認識されていることが重要となります。それらを意識したコーディネートが必要となります。

《⑤ 高齢者虐待防止に必要となる社会資源の開発》

■高齢者虐待事例への介入や防止のためには、現在ある社会資源を活用するとともに、新たな社会資源の開発が必要な場合もあります。例えば、老人福祉法に基づく措置など的高齢者の緊急一時保護の場の確保や虐待者への教育的なプログラム等、それぞれの地域のニーズに基づいて行政をはじめとした関係機関に働きかけていく必要があります。

■社会資源の開発の際には、「早期発見・見守りネットワーク」「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」「関係専門機関介入支援ネットワーク」等での検討、さらに広域的な「高齢者虐待防止ネットワーク」における検討を経て進められることも必要です。

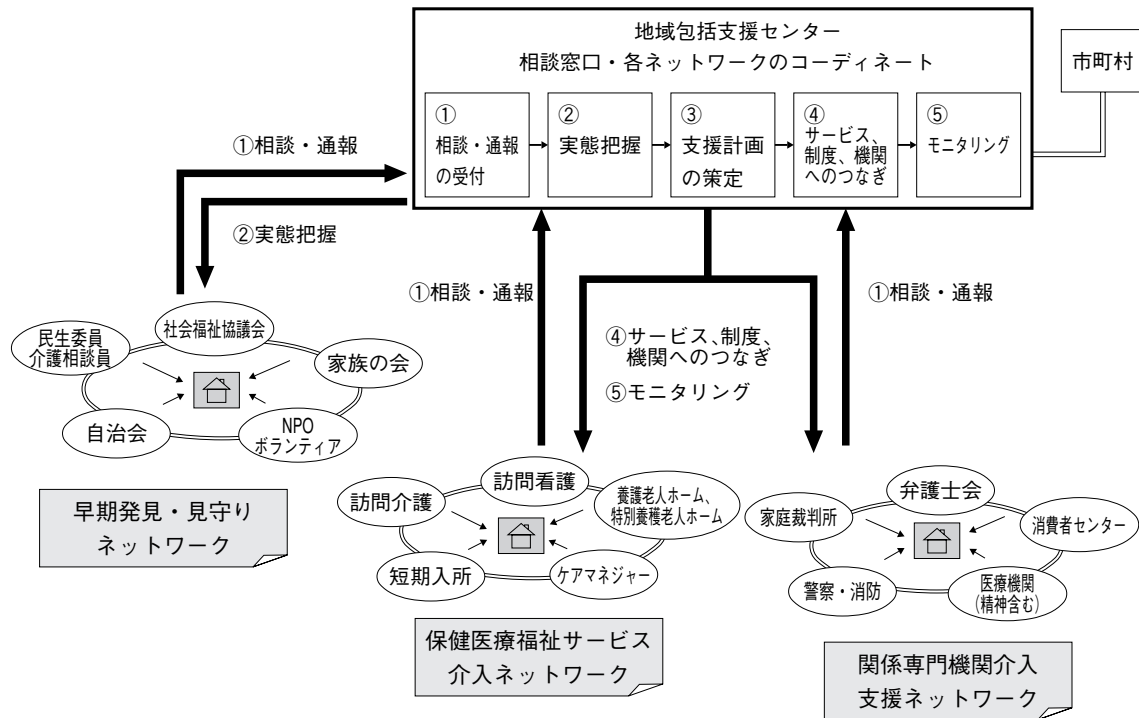
《⑥ 地域住民への広報・啓発活動》

■家庭においては、虐待にあたる行為を虐待とは認識せずに行っている場合もあります。地域住民にとってどのような行為が虐待にあたるのか気づく機会は重要です。広報・啓発活動がその抑止効果を発揮することにもつながります。

■高齢者虐待への地域住民の関心を高めていくためには、広報誌、パンフレット、ホームページの活用等を通して虐待に関する基本的な情報や相談窓口等の情報を提供していくことが必要です。その際には、地域包括支援センターが高齢者虐待の相談窓口になっていることが住民に分かるようにするとともに、電話番号を明示することが必要です。

■身近な地域に出向き、説明や学習会を開くことも予防につながります。関係機関や団体の協力を得てこのような場を設けていくことが必要です。

高齢者虐待防止ネットワーク運営事業イメージ



第3節 実態把握業務

■ここで述べる実態把握とは、担当する圏域における現在の高齢者の状況を把握することです。得られた情報が総合相談やネットワーク構築に活かされます。

3.1 実態把握の必要性

■総合相談支援業務を行う際は、高齢者や家族等からの相談を待っているだけでは、地域に存在する隠れた問題やニーズを発見することはできません。

地域包括支援センターは、様々な手段により、地域の高齢者の心身の状況や家庭環境等についての実態把握を行うことが必要です。このような業務は、総合相談支援業務を適切に行うための前提といえます。

■圏域内の高齢者の実態を把握することで、予防的対応や未然防止的な対応を図ることが可能となり、高齢者の住み慣れた地域での生活の実現を果たします。

■初めての相談者でも前もってその人の情報を得ていれば、的確で迅速な相談対応が可能となります。

■常に圏域の高齢者の実態を把握していれば、ニーズを予測することが可能となります。

■ニーズを予測することで、「早期発見」「早期対応」が可能となり、予防的対応や未然防止をするための対応ができます。

3.2 実態把握に関する業務

■実態把握に関する業務として次の業務があげられます。

- ・地域住民の実態把握（リアルタイム把握）

3.2.1 地域住民の実態把握（リアルタイム把握）

■地域住民の実態をリアルタイムに把握するためには、次の業務が想定されます。

- ① ネットワークを活用した、情報が寄せられやすい体制の構築
- ② ネットワークを活用した、地域活動への積極的な訪問・参加による情報収集
- ③ 高齢者への戸別訪問
- ④ 当事者、家族、近隣者からの情報収集

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① ネットワークを活用した、情報が寄せられやすい体制の構築》

■日常的に高齢者と接触する事業所等から情報が得られるよう、情報ルートを作っておくことが必要

であり、市町村社会福祉協議会、地区社会福祉協議会、民生委員等から情報を提供してもらうことが考えられます。そのためには常に関係性を築いておくことが重要です。

また、そうした機関からの情報の他、例えば、高齢者が日常的に立ち寄る場所（調剤薬局、商店街、コンビニ等）や個別に配達または定期的に訪問する事業者（郵便局、新聞販売店、配食サービス事業者等）といった地域において多くの人とふれる立場にある人とは、関係性を構築しておき、気になる高齢者がいれば連絡してもらうようにします。

■社会福祉協議会や民生委員の人たちには、介護予防事業の特定高齢者施策の対象となる可能性のある者を見つけ出すことを目的として、25項目の「基本チェックリスト」を高齢者に回答してもらうことになっています。この「基本チェックリスト」にあげられている生活機能低下の兆候を発見する他に、高齢者やその家族の生活状況にかかわる様々なサインを見つけ出してもらい、地域包括支援センターにつないでももらうことも重要です。

地域包括支援センターでは、これらの人たちに、「基本チェックリスト」にあげられている事項の他に、高齢者がどのような状態であれば連絡をしてもらいたいかを「気になる高齢者に気づく視点」を箇条書きにした一覧表を作成し、配布しておく有効です。

例えば、次のような事項が想定されます。

【気になる高齢者に気づく視点の項目例】

《本人に関するチェック項目》

- 急に話をしなくなった
- 一方的に自分の事ばかり話す
- 尿臭がする
- 転倒、ケガ、事故にあった
- アザやコブができていた
- 急に顔色が悪くなった
- 長期間風呂に入っていない様子が見られる
- 同じものをずっと着ている 等

《周囲との関わりでのチェック項目》

- 本人や家族の行動・関係について、話題にあがっている事柄がある
(例:「怒鳴り声が聞こえる」「頻繁に近所をふらふら歩いている」)
- 知る限りでは、救急車を呼ぶ回数が増えた
- お金のことで相談があった
- 訪問しても中に入れたがらない
- 近隣に電話を借りに来た
- 近隣に食事を求めてきた

《家族関係でのチェック項目》

- 本人は家族のことになるとふさぎ込むまたは感情的になる
- 家族環境が急変した(家族が出ていった、二人暮らしで何日も同居者が帰ってこない等)
- 子と同居や二世帯住宅(隣にいる等)なのに、まったく子と話をしていない様子が見られる
- 家族が知らない間に、ヘルパー等のサービスが入っていた
- 本人が緊急の場合の連絡先を言いたがらない
- 本人に何かあったときに、対応できる親族の方がいないようだ
- 本人が悪徳商法の被害に遭っているようだ

○本人は配偶者と死別したばかり

※ これら以外にも、例えば、地域の医療機関等からは、次のような項目について情報収集することが考えられます。

○本人に妄想的な訴えが見られる

○本人または家族が服薬の管理ができていない

○本人がいくつもの病院に同じような主訴で受診している

○本人は定期的な受診が必要なにもかかわらず、定期的に受診していない

○家族が薬だけを取りに来ている

○本人の状況を家族が詳しく話したがない

○家族が本人を連れてきているが、診察に同席しない

○本人が病状説明を理解できないため家族を呼んでいるが来院しない

○受診の際、本人に何らかの介助や付き添いが必要である

《② ネットワークを活用した、地域活動への積極的な訪問・参加による情報収集》

■民生委員協議会、社会福祉協議会、老人クラブ等の小地域活動、インフォーマルな会議等の関係機関、団体等の集まり等への参加があげられます。会議を通しての情報収集だけでなく、地域包括支援センターが何をするところかをアピールし、顔が見える関係づくりが必要です。

【ワンポイントアドバイス】～いろいろな関係を使おう～

自ら地域活動や団体等に出向いていく一歩が踏み出しづらいこともあります。地域によって様々ですが、例えば、民生委員、福祉課、社会福祉協議会、老人クラブ、保健センター等関係の取りやすい機関を伝って徐々に深めていく方法も考えられます。

(民生委員協議会へ参加し情報収集する場合)

【事例】

地域包括支援センターの職員のAさんは、担当圏域で定期的に開催されている「民生委員協議会」に参加しています。そこで「気になる高齢者に気づく視点」を読み上げ、該当する高齢者がいた場合、その場で民生委員に挙手してもらっています。

○地域のネットワークを活用し情報収集を行うためには、「気になる高齢者に気づく視点」を具体的に提示していくと効果があります。

○また、「気になる高齢者に気づく視点」の項目を提示することで、地域包括支援センターへの相談内容のイメージが付きやすくなります。

○この事例の場合は、担当圏域の民生委員協議会に参加し、「挙手による聞き取り」という方法で行いました。民生委員に一覧表を配布し会議の際に回収する方法もありますが、その場で挙手してもらい聞き取る方法が、民生委員にとって手間が少なく済み効果的です。また民生委員同士が対象高齢者の把握方法に関する情報を交換できるというメリットもあります。

《③ 高齢者への戸別訪問》

■隠れた問題を早期発見する方法として、高齢者の戸別訪問を行い実態を把握することが考えられます。しかし、担当する圏域のすべての高齢者を訪問することは現実的に難しいことから、ある程度

の抽出作業が必要となります。

例えば、次のような地域との関わりが少ないと思われる方の中から抽出することが考えられます。

個別訪問先（例）

- ・独居高齢者
- ・要介護（要支援）認定を受けながら、サービスを利用していない者
- ・地域活動への参加が見られない世帯

■例えば、日中の間、独居または高齢者夫婦のみになるような世帯（高齢者とその息子のような二世帯家族の場合等）は、書類上（住民基本台帳上）は家族がいますが、子は仕事をしておりほとんど高齢者とかかわらない可能性があります。このような世帯にも注意することが必要です。

■戸別訪問は、周囲の環境（交通の便、立地等）、家屋状況、身の回りの生活空間の状況等を把握することができます。個人の情報としては、家族の状況、通院の状況、外出の状況、地域との交流の状況、IADL、ADL等を聞くことが考えられますが、一度にすべてを聞くことは困難です。関係性を継続できるような訪問が必要です。

■また、事案によっては、本庁の高齢者担当課の職員とともに個別訪問をしたり、引き続き民生委員等を通じて、より詳細な情報を集める等の柔軟な対応が必要です。

【ワンポイントアドバイス】～これからのつながりが大事～

戸別訪問の際に、特に支援の必要性がない場合でも、「何かあったらご連絡ください」と、はがき大の名刺（連絡先電話番号等を記載）を置いてくる等、今後につなげる工夫をすると良いでしょう。

《④ 当事者、家族、近隣者からの情報収集》

■高齢者本人や同居家族の他、同居していない家族や近隣住民から電話やFAX等で気軽に情報を提供してもらえるようにすることが必要です。そのためには、広報活動を行い地域住民に地域包括支援センターを理解してもらうことや顔の見える関係づくりが必要です。

【事例】

担当地域の民生委員から、一人暮らし高齢者や高齢者同士の介護世帯の実態把握や安否確認の必要性が提起されました。最近、地域の一人暮らし高齢者数が増加し、緊急時の対応等、民生委員と関係機関が共同しての対応を希望しています。

【地域の実態把握の方法】

- 地域包括支援センターが地域の実態把握を円滑に進めていくためには、前提として、①自治体全体の実態把握の取組方針を明確にし、センターが地域の高齢者等の実態把握を進めていくことを関係機関・団体、地域住民に周知しておくこと、②各担当圏域の地域特性の把握と、特性に応じた実態把握の取組方針の確立、といった取組の前提となる基盤づくりが重要となります。
- 地域包括支援センターの実務担当者、関係機関・団体の実務担当者が集まる連絡会議等において、地域住民の実態把握手法について検討し、アイデアを出し合い、取組方針を明確にして、関係機関・

団体に周知していくとともに、実態把握調査票等の帳簿類についても、共通に把握すべき事項については自治体内で統一したものを使用するなどの工夫をすることが有効です。

- 担当圏域内の高齢者人口や地域特性について、介護保険事業計画や地域福祉計画・地域福祉活動計画等の既存資料で把握されている場合は活用します。
- 民生委員による地域の高齢者実態調査や、地域支援事業の介護予防事業による虚弱高齢者の実態把握、要介護認定調査等との連携も必要となります。ネットワークの中で、関係者から実態把握の必要性の連絡が入った世帯について、事前に連絡をとり訪問による実態把握調査を行います。
- 自治会、老人クラブや社会福祉協議会による小地域福祉活動のネットワークとも連携をとり、必要な相談が地域包括支援センターに入るようにしておきます。
- 高齢者の一人暮らし世帯、高齢者同士の介護世帯については、本人の承諾のもと、緊急時の連絡先や対応方法を確認しておく必要があります。
- 消費者被害が疑われる高齢者等の世帯、閉じこもりが心配される世帯、第2号被保険者の要介護認定者で閉じこもりが心配される世帯等についても、民生委員等とのネットワークの中で情報や相談が入るようにしておきます。
- 担当圏域内の小区分エリアごとの情報把握（住宅密集エリア、集合団地エリア、商店街エリア、農地エリア、工場周辺エリア、下町、新興住宅地、等々）においては、例えば、「集合団地エリアで居住者全体の高齢化が進んでいるが、住民相互の買い物の助け合い活動が行われている」「古くからある商店街エリアだが、最近、電話やFAXでの一括注文受付・配達サービスを開始している」といった地域のもつプラスの特性も把握してネットワーク形成の取組を行います。
- 地域包括支援センターとして把握した地域住民の実態やニーズを、実務担当者等による連絡会議、担当圏域ケア会議等に報告し、地域全体のケアシステム構築の参考としていくことが肝要です。

第4節 総合相談業務

■ここで述べる総合相談とは、地域に住む高齢者の様々な相談をすべて受け止め、適切な機関、制度、サービスにつなぎ、継続的にフォローすることです。地域包括ケアとしての継続支援の「入り口」となるのが「総合相談」です。総合相談は、地域包括支援センターの重要な機能の一つです。

■地域包括支援センターは、高齢者に対するワンストップサービスの拠点としての役割も期待されています。限られた社会資源の中で地域包括支援センターが対応するためには、適切な機関等につないでいくことが大切です。ただし、ただつないで終わりではなく、その後の状況において適切にフォローアップしていくことが重要です。

4.1 総合相談の必要性

■総合相談は次のようなことが必要となります。

4.1.1 地域の中での安心できる拠点としての役割

4.1.2 様々な内容について総合的に相談できる仕組み

4.1.1 地域の中での安心できる拠点としての役割

■高齢者が地域において安心して暮らし続けるためには、生活不安をもたらす原因を探り、これに対処し、生活を支える基盤が身近にあることが必要です。身近なところに、信頼をもって継続的に相談できる拠点があれば、安心して生活できます。

■これまで既存の相談機関等において相談者は、例えば「ここは担当ではない」「ここでは分からない」「契約していない」等の理由により、相談そのものを拒否されたり、他の機関へ行くように言われる等して、そうしている間に相談しようという意欲が低下し、あきらめてしまうような例も少なからず見受けられました。

■これまでの制度は、その仕組みの特性上、医療、保健、福祉が個々別々に機能していました。しかし、高齢者にとっては、医療なのか保健なのか、福祉なのかと区分されるのではなく、生活を軸として総合的に相談できる仕組みが必要です。

■こうしたことから、生活上に何らかの問題が生じ始めた人、つまり、何らかの相談をしたいという意思のある人にとっては、どのような問題についても、地域で安心して相談することのできる仕組みが必要となります。

4.1.2 様々な内容について総合的に相談できる仕組み

■相談者^{※1}、相談内容、相談状況、相談機関（連携機関）^{※2}等は多種多様であり、またその相談内容は相談者の生活環境の様々な要因^{※3}により変化します。

※ 1：多様な相談者（例）

高齢者本人（要介護、要支援、自立）、高齢者の家族・親族、近隣の住民、民生委員・介護相談員、自治会、老人クラブ、ボランティアグループ、介護サービス事業者、行政機関（種々の部局、福祉事務所、保健センター等）、医療機関 等

※ 2：多様な相談機関（例）

相談機能を持つ各機関（従来の相談機関、専門相談機関）
サービス提供を行う事業者（介護サービス事業者、医療機関等）
その他の私的機関（薬局、インフォーマル組織、その他サービス機関等）

※ 3：多様な生活環境の変化要因（例）

- ・加齢に伴う生活機能の低下
- ・家庭環境の変化
- ・施策やサービス提供体制の質量等の変化 等

■相談者の多様な状況に的確に対応していくためには、適切な専門機関やサービスにつなげていくことが必要です。例えば、介護保険制度の利用に関する相談窓口だけをあげても、市町村の担当窓口、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター等、多様です。さらに、介護保険制度以外の社会保障制度上に規定されている様々なサービスを利用しようとすれば、さらに多種多様な申請窓口／相談窓口がかかわることになります。

「適切な機関等につながらない」「いくつもの機関の間をたらい回しされる」といったことが起こらないためにも、総合的に相談できる仕組みが必要になります。

〈これまでの仕組み〉

- 福祉 → 福祉事務所、在宅介護支援センター（社会福祉士、看護師、介護福祉士等）
保健 → 保健センター（保健師、看護師等）
医療 → 病院、診療所（医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等）
介護保険 → 居宅介護支援事業所（介護支援専門員）
介護保険外 → 福祉事務所、在宅介護支援センター等

〈新しい仕組み（総合相談）〉

- 福祉、保健、医療、介護保険、介護保険外 → 地域包括支援センター（社会福祉士等、保健師等、主任介護支援専門員等）

4.2 総合相談業務

■総合相談に関する業務として次の業務があげられます。

4.2.1 初期段階での相談対応

4.2.2 専門的・継続的な相談支援

- 1) 訪問（アウトリーチ）による相談や情報収集
- 2) 支援計画の策定

- 3) サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ
- 4) 継続支援のためのモニタリング

4.2.1 初期段階での相談対応

■地域包括支援センターには、当事者、家族・親族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じて、様々な相談が持ちかけられます。

■具体的には次のような、様々な相談者から様々な方法で行われます。

相談者：相談者は多様であり、当事者から直接の相談もあれば、関係者からの間接的な相談もあると考えられます。

当事者／家族・親族／近隣の住民／支援関係者／関係機関／専門職 等

相談方法・手段：様々な手段、方法によって行われます。例えば、以下のような手段、方法が考えられます。

電話／来所／訪問／FAX／メール等のIT活用 等

■それぞれの相談形式に応じて、的確な対応が行えるよう、その対応方法や情報管理について検討しておくことが必要です。

例えば、メールによる対応では、相談者との直接的な接触のないまま、メールのやりとり（文字による情報）だけで相談を続けてしまうと、相談者のニーズや思い等を適切に受け止められているか、的確な回答やアドバイスが行えているか、ということが分からなかったり、場合によっては、まちがった受け止め方をされてしまう可能性もあります。

■メールによる相談対応は、このようなリスクがあることを踏まえ、最初のきっかけとしてメールを活用するが、電話や来所による相談受付や訪問による対応へ結びつけていくこと等ができるよう、対応時に的確に判断し、相談者と確認していくことが必要です。

【ワンポイントアドバイス】～地域へ出向いた初期相談～

誰もが悩み事や心配事等がなく、日々生活していきたいと思っているでしょう。また、悩み事や心配事があっても、できれば他人には話したくない、と考える人も多いでしょう。

そこで、相談しやすい環境づくりを行うことが必要です。地域住民の身近なところで、近所の人々が集まり寄り合いのような場の中で、話しやすい環境が整っていれば、普段は人に話せないような相談事も話していただけるかもしれません。連絡・相談を受けた場合も、まず現地に出向くこと、その環境を知り、問題や相談者の理解を進めることが必要です。

例えば、小学校区より小さい単位での「ミニ講演＆相談会」の開催（民生委員や、自治会、社会福祉協議会等との共催も考えられます）を、住民の集まりやすい時間帯に企画し、そこへ出向いていくことで相談に対応することもできるでしょう。

■初期段階での相談対応では次の業務が考えられます。

- ① 信頼関係の構築
- ② 的確な状況の把握
- ③ 緊急性の判断
- ④ 情報の提供
- ⑤ 記録

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 信頼関係の構築》

■相談の最初の段階では、相談者との信頼関係を構築することが最も重要です。

【ワンポイントアドバイス】～漠然とした不安を受け止める～

当事者や家族は漠然とした不安や困惑を抱えていることがよくあります。信頼関係を構築するには、しっかりと話を聴き、不安や困惑の原因を一緒に整理していく姿勢が必要です。

《② 的確な状況の把握》

■特に最初の相談では、相談者がやっとの思いで電話をかけてきたりすることもあると考えられます。

そこで、相談者の二度手間、三度手間とならないよう、専門機関として常に的確に状況の把握を行う体制を整えておくことが求められます。

■このため、「利用者基本情報」シートを活用したヒアリング等が考えられます。

受付時の確認事項（例）

- ・相談者の氏名、年齢、性別、住所、連絡先、当事者との属性
- ・当事者の氏名、年齢、性別、住所、連絡先、心身の状況、病気や障害の有無
- ・要介護状態、生活状況や様子、主たる相談事項とその内容

■この他、相談者が地域包括支援センターに来るまでにかかわった（相談した）機関があったのかどうかを確認し、必要に応じて当該機関に連絡をします（連絡をとる前に本人の同意を得ることが必要です）。

また、相談者がどこで紹介を受けたのか（もしくは、地域包括支援センターをどのようにして知ったのか）ということも知っておくべきです。

【ワンポイントアドバイス】～紹介者等からの情報～

地域包括支援センターの紹介者を把握し、そこへ連絡することの了承が得られれば、「なぜ紹介者がその地域包括支援センターを紹介したのか」を確認できます。この場合二つのメリットが考えられます。

一つは、「その相談者に関する情報について、紹介者からの情報を得られる可能性がある」ということ、もう一つは、「その紹介者が、どこでその地域包括支援センターを知ったか、ということにより、地域包括支援センターの地域への浸透度等が分かり、その後の広報や周知活動へ反映できる」ということです。

《③ 緊急性の判断》

■初回相談では緊急性の判断が重要となります。的確に情報を把握した上で、緊急性を判断し、適切な対応が必要です。

■緊急性の判断は例えば四つのレベルに分けて考えることができます。しかし、それぞれの判断を主観的な判断で行うのは危険が伴います。地域包括支援センター内で共通の基準を持つことが重要です。

緊急性の判断レベル（例）

- レベル 1 一般的な問い合わせ
- レベル 2 相談者の意思で主訴に対する対応が可能と判断される相談
- レベル 3 専門的・継続的な関与が必要と判断される相談
- レベル 4 緊急対応が必要と判断される相談

■緊急性のレベルにより、当然、対応が異なります。各レベルによって、次のような対応が考えられます。

各レベルへの対応（例）

- レベル 1 一般的な情報提供
- レベル 2 必要な情報提供、関係機関や団体等の紹介・つなぎ
- レベル 3 継続的な関与、訪問面接等
- レベル 4 危機介入、事例ごとに対応できるチーム編成

■緊急対応としての危機介入では、関係機関との連携が不可欠です。そのキーワードは、「即集合」「即行動」「適切な役割分担」「情報の共有」「守秘義務の遵守」です。介入方法はケースによって様々ですので、事例の蓄積が重要です。

■地域包括支援センターが関係機関との連携（会議招集や役割等）についてどこまで権限をもてるのか、またその手順等、別途、市町村へ確認するとともに市町村との連携が必要です。

【ワンポイントアドバイス】～すべての相談をしっかりと聴く～

地域包括支援センターには様々な相談が寄せられることが考えられます。例えば、行政への不満やカラスの駆除等、一見高齢者の自立生活には関係のないと思われるような相談でも、地域住民との信頼関係を構築する上では、しっかりと聴く必要があります。しっかりと主訴を受け止めた上で関係する行政や機関につなぎましょう。

【事例】

階段より転倒し脊髄損傷、四肢麻痺で重度要介護（要介護5・身体障害者手帳1級）の70代前半の男性は、介護保険による訪問介護、訪問看護、入浴サービス、一時入所を利用しながら、妻（60代後半）が介護者となって、在宅にて生活をしています。退院に際して、地域包括支援センターが中心となり入院先医療機関スタッフと支援体制について「地域における支援担当者会議」を開催、居宅介護支援事業者、各種サービス事業者を交え在宅生活について検討、10か月が経過しています。

妻から地域包括支援センターに電話があり、主人が、利用者が一人になった際にテレビや空調、電話等の操作ができる機器をテレビで知り、利用を希望していると、話されました。介護保険にはない用具であり、介護支援専門員や訪問介護員に尋ねても分からず、訪問看護師による助言で地域包括支援センターへの相談に至ったということでした。

【緊急性の判断とそれに応じた対応】

- 妻との電話の中で、求めているものがどのようなものか等を聴き、必要な情報を得ます。妻または本人からの聞き取りを行った結果、今回の場合は、緊急性が低い「レベル1」程度であり、対応としては福祉用具関係が障害者福祉関係で対応可能と考えられたので、それに適する対応を検討することにしました。
- そこで、まず県の「介護実習・普及センター」へ尋ねてみたところ、あるリハビリテーション専門機関を紹介されました。地域包括支援センターから妻へ、そのリハビリテーション専門機関の名称及び連絡先を伝えました。これ以降の対応は、妻及び本人に任せることにしました（その際、またいつでも相談に応じることを説明し、地域包括支援センターが在宅生活を支える拠点であることを伝えておくとい良いでしょう）。

《④ 情報の提供》

- 相談者が必要とする制度・施策やサービス機関の情報を的確に提供することは地域包括支援センターとして重要な役割になります。そのためには、常に最新の情報が地域包括支援センター内で保有、共有されていることが必要です。保有する情報は、行政からの通知や通達等の他、実態把握やネットワークから得た地域の社会資源の情報等です。

- 相談者に情報を正確に伝えるためには書面で行うことが有効です。

《⑤ 記録》

- 相談者の記録は、継続的な支援のために、「利用者基本情報」シートや「支援・対応経過」シートに記録することが必要です。継続的な相談対応や相談者との信頼関係を構築するためにもすべての相談を記録に残します。

4.2.2 専門的・継続的な相談支援

- 専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、次の支援を行います。また、独居の認知症高齢者に関する相談や虐待に関する相談等、特に権利擁護の観点からの支援が必要と判断される場合には、後述する権利擁護業務に示した支援を行います。

【具体的な流れ】

- 1) 訪問（アウトリーチ）による相談や情報収集
- 2) 支援計画の策定
- 3) サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ
- 4) 継続支援のためのモニタリング

1) 訪問（アウトリーチ）による相談や情報収集

■初期相談で専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合、その後の連絡を地域包括支援センターで待つのではなく、当事者宅や当事者の入院先での訪問による面接を速やかに行う必要があります。その際、当事者からだけではなく、家族や関連する機関からの情報を収集することも必要です。

ここでは次の業務が想定されます。

- ① 訪問による面接
- ② 今後の対応の判断
- ③ 情報収集

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 訪問による面接》

■面接が行われる場面は、地域包括支援センターの相談室だけではありません。当事者の生活拠点となる居宅、施設や病院のベッドサイドをはじめ、当事者の日常生活の様々な場面が面接の場になることがあります。当事者の日常生活の出来事とその環境や関係性に焦点をあて、日常生活にかかわる場で行われる面接を生活場面面接と言います。

■面接室のように面接を目的とした空間ではなく、当事者の日常生活の中で行われる生活場面面接では、当事者は面接であることを特段に意識せず、構えることなく面接に臨むことができます。当事者の日常の言動、生活環境、日常生活に即した必要な支援等を把握し、これらへの働きかけがしやすくなるという側面があります。

■一方、日常生活場面面接を行うには、事前に当事者自身及びその家族等の了解を得ることが必要です。また、適切な日時の設定等を含めて、プライバシーに十分配慮することも必要です。

■しかし、常に地域包括支援センターの職員による訪問が受け入れられるわけではありません。時にはこれが拒否されることもあります。訪問を拒否する理由は様々です。再訪問の頻度や回数の目安を設定し、アプローチ方法の検討や検証が必要です。また、最初は拒否されても、何らかの理由で可能となる場合があります。このような事例を蓄積することが重要です。

■危機介入が予想される場合（例えば、虐待が予見される場合）は、単独で訪問するのではなく、複数人で訪問することが必要です。また、危機介入時の通報先は事前に決めておくことが必要です（行政担当者、警察、保健所、児童相談所等）。後述する権利擁護業務も参照してください。

- また、訪問による面接が地域からの相談により行われた場合、地区担当者（民生委員）や既存の支援者との連携が必要です。例えば、訪問時に一緒に同行を依頼したり、地域における支援担当者会議の開催が考えられます。

《② 今後の対応の判断》

- 訪問による面接によって、今後の対応を判断する必要があります。この場合の判断は初期相談での緊急性の判断と同様の対応が必要です。

《③ 情報収集》

- 状況を把握するための情報収集先として、次が想定されます。

情報収集先（例）

- ・近隣者からの情報
- ・同居していない家族からの情報
- ・すでに利用しているサービス提供機関や専門相談機関からの情報
- ・市町村社会福祉協議会や地区社会福祉協議会からの情報
- ・市町村行政等の個人情報

2) 支援計画の策定

- 他機関へつなぐ場合や継続的な支援をする場合、適切なアセスメントが必要です。初期相談で得た情報や訪問による面接等で得た情報に基づき、課題を明確にし、提供すべき情報やつなぐ先、さらには支援計画まで視野に入れたアセスメントが必要です。

ここでは次の業務が想定されます。

- ① アセスメント
- ② アセスメントに基づく支援計画の策定

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① アセスメント》

- アセスメントは地域包括支援センターの職員の重要なスキルの一つです。初期相談で得た情報や訪問面接等で得た情報に基づき、課題や主訴を明確にします。

《② アセスメントに基づく支援計画の策定》

- 地域包括支援センターの役割は、単に情報を提供したり他機関につなぐだけではなく、アセスメントに基づき支援計画を作ることが必要です。

3) サービス、制度、機関へのつなぎ

- 支援計画に基づき、その内容を解決するにふさわしいサービス、制度、機関へつなぐことが重要です。ここでは次の業務が想定されます。

- ① サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ
- ② つないだ直後のフォロー

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① サービス提供機関や専門相談機関へのつなぎ》

- つなぐ先は、前述した支援計画に基づき最適な機関等を選ぶ必要があります。そして、その場限り、その場しのぎのつなぎにならないようにします。
- つなぐ前に当事者及び相談者へつなぐ先の情報とその理由を説明し、了解を得る必要があります。その際、どの程度の個人情報を伝えるか了解を得る必要があります。
- つなぎ先となる機関と信頼関係を構築しておくことが重要です。つなぐ場合は、つなぐ機関がどのような情報を必要としているか、どのような連絡方法が良いか（電話、FAX、メール、訪問）、つなぐ前に確認することが必要です。
- つなぐときは、必要とされる情報を記載した紹介シートを作成し、必要に応じ当事者もしくは相談者と同行することが必要です。つないだ先は個人ファイルへ記載します。また、紹介シートは個人ファイルと一緒にファイリングします。
- 紹介シートは、そのシートでつなげば地域の関係機関は何らかの対応をするという、コンセンサスを得ておくといよいでしょう。

【ワンポイントアドバイス】～自己決定を尊重～

つなぐかどうかについては、本人の自己決定が尊重される必要があります。説明→理解→納得→了解、の確認という一連のプロセスを確認するとよいでしょう。

《② つないだ直後のフォロー》

- つないだ後は期待された効果があったかどうか、フォローすることが必要です。特に、つないだ後には、当事者や家族へ連絡をとり、状況を確認することが必要です。
- また、つないだ先の関係機関に対しても、後日（1週間～1か月内）何らかの方法で連絡をとり、どういう結果になったのかを確認します。他の業務や別件での紹介、連絡の際に依頼したケースについて照会することも考えられます。
- もし相談者が主治医等である場合には、つないだ先等について、当該主治医等に報告しておくことも必要です。
- なお、当事者や家族には、つないだ後のフォローのため、つないだ後も連絡等をする必要がある旨を事前にきちんと伝え、了解を得ておく必要があります。

4) 継続支援のためのモニタリング

■つないだ後も継続的なモニタリングが必要です。期待された効果があったかどうか確認するため、次の業務が想定されます。

- ① つないだ後のモニタリング
- ② 介入

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① つないだ後のモニタリング》

■つないだ後は、当事者もしくは相談者をつないだ先からの情報を定期的に収集することが必要です。そのためには次のような項目が想定されます。また、特に問題がないと思われる場合でも、当事者に対する、定期的な声かけは必要です。

つないだ先の機関からの情報（例） ・紹介してどうなったか ・目的の達成・変化した点・新たなニーズの出現 ・紹介元としての関与の必要性 当事者もしくは相談者からの情報（例） ・紹介してどうなったか ・機関の支援はうまく機能しているか ・気になることはないか

■これらの情報は個人ファイルに記録し、常に当事者の最新の情報を管理しておくことが重要です。

■これらの情報をどのように評価するか、また、次に述べる介入を円滑に行うための仕組みを考えることが別途必要です。

《② 介入》

■つないだ機関がうまく機能していないと判断できる場合、またはより当事者にとって適切な機関へつなげる場合は、当事者と機関の間に介入する必要があります。日頃から機関との関係性を築いておくことが重要となります。

（業務の具体的な進め方（例））

【事例】

80代前半の元証券マンの男性、長年一人暮らしで定年後も株の売買にて生活を維持していました。自宅は地域で有名な老朽家屋で室内も散乱した家でした。10年前に妻を亡くしてから近隣との行き来もなく孤立しており、コンビニエンスストアでのたばこ・弁当等の購入と時折正装しての外出以外は何をしているか不明でした。唯一懇意にしている新聞販売店主から、購読料の滞りがあったことから電話をしたが連絡がとれないため訪問したところ起床もままならない状態で寝込んでおり、どうしたらよいかとの相談がありました。

○新聞販売店主からの連絡を受けて、地域包括支援センターの職員が店主とともに自宅を訪問します。

（→訪問（アウトリーチ）による情報収集）

○本人は国民健康保険に加入しており、また、経済状況も年金に加え不労所得があることが分かりま

した。男性は寝込んでおり、食事もまともにできない様子でかなり衰弱した状態であったため、地域の総合病院へ急患として搬送し、即検査入院となりました。

(→情報収集に基づく緊急性の判断)

また、同病院のソーシャルワーカーへ連絡を行い、状況が分かったら連絡して欲しい旨を伝えました。

- 入院2日目に、そのソーシャルワーカーから電話で報告があり、検査結果では肺の悪性腫瘍が確認され、手術を含め当分入院加療を要すること、また、認知症の初期で判断能力は不十分であるが日常生活自立支援事業の契約締結能力には問題はないこと、体力・気力ともに低下していることが分かりました。

こうした状況で、当面の課題は、今後の療養のために親族の有無を確認すること、本人が株式の配当等の金銭管理について心配していることからその管理に対応することであると判断し、次の支援計画を作成しました。

- ① 親族の有無については、引き続き病院のソーシャルワーカーに聞き取り・連絡調整を依頼する。
- ② 金銭管理については、本人の契約締結能力には問題がないことから、日常生活自立支援事業を利用するとともに、今後さらに判断能力が低下した場合に備え、任意後見契約の手続きを検討する。

(→支援計画の作成)

- 本人に金銭管理の方法として、日常生活自立支援事業や任意後見契約の活用について説明し、そのことの理解を得ることが必要です。

- 市内にある市社会福祉協議会が行っている日常生活自立支援事業の担当者に連絡し、状況を伝え、担当者とともに本人のもとに行き、日常生活自立支援事業へつなぎます。

(→サービス提供機関へのつなぎ)

- また、任意後見契約については、専門の相談機関に連絡し、その担当者とともに本人のもとに行き、成年後見制度へとつなぎます。

(→専門相談機関へのつなぎ)

- 日常生活自立支援事業の担当者や成年後見制度の相談機関から契約が締結されたら報告してもらうようにします。また、地域包括支援センターの担当者からも期間を定めて、相談機関や本人に電話を入れるようにします。

(→継続支援のためのモニタリング)

第3章 権利擁護業務

第1節 権利擁護業務の考え方

《① 権利擁護のとらえ方》

■先般の介護保険法改正では、第1条（目的）に「尊厳の保持」を掲げました。地域包括支援センターの権利擁護業務の目指すものは、誰もが住み慣れた地域で尊厳ある生活と人生を維持することができるという当たり前の願いを実現していくことです。

高齢者等が地域生活に困難を抱えた場合、地域の住民、民生委員、介護支援専門員等がその支援にかかわり、適切な介護保険サービス等を利用するなどして生活の維持を目指していくこととなります。しかし、実際にはそれらの人たちの援助だけでは十分に問題が解決できなかったり、適切なサービス等につながる方法が見つからなかったりして、問題を抱えたまま生活している場合があります。具体的には、以下のような場合に、そうした状況になることが想定されます。

- ① 独居等の認知症等高齢者で、世帯内に適切な意思決定をできる人がいない
- ② 虐待やリフォーム詐欺等、他者からの権利侵害が疑われる
- ③ 近隣住民とのトラブル等があり、福祉サービス等の利用や周囲からの支援を自ら拒否している
- ④ 世帯内にアルコール疾患や精神障害等を持つ者が同居するなど、高齢者への介護保険のサービス利用だけでは解決できない複数の問題を内包している。また、適用できる制度やサービスがないなど困難な調整が必要である 等

《② 権利擁護業務としてのかかわり方》

■地域包括支援センターの行う権利擁護業務は、上記のような困難な状況にある高齢者が、自らの権利を理解し、行使できるよう、市町村の責任によって行われるものです。それゆえ、権利擁護業務を行う者は、個人の権利や生きることの尊厳を理解し、以下のような点を明確に意識して、専門性に基づいた支援を行っていくことが求められます。

- ① 地域からもたらされる広範な相談や情報から判断して緊急性が高いと思われる場合には、迅速に支援すること
- ② 必要に応じた訪問（アウトリーチ）による実態把握と状況確認を行うこと
- ③ 生活全体を視野に入れ、一つのサービスや制度の適用のみでなく、それらの間をつないだり、必要な社会資源を開発したりすることを含め、幅広い観点からの支援を行うこと
- ④ 地域の実情に応じた連携とネットワークにより、できる限り社会資源を有効利用すること
- ⑤ 一人ひとりの生きる力を引き出す（エンパワメント）対人支援を行うこと

■権利擁護業務を行うに当たっては、こうした意識をあいまいにしたままに対応しようとするとかえって権利擁護や尊厳の保持ができない場合もあること、これらの点を常に意識しながら支援することにこそ専門性と職業倫理が求められていることを認識する必要があります。

第2節 権利擁護業務の具体的内容

■権利擁護業務を行うに当たっては、総合相談支援業務（地域におけるネットワーク構築業務、実態把握業務、総合相談業務）の流れとの関係を整理しておく必要があります。

《① 総合相談支援と権利擁護業務》

■「全体の視点」で述べたとおり、地域包括支援センターの職員は、総合相談支援におけるネットワーク構築→実態把握→初期相談対応による緊急性の判断→支援計画の策定→サービス提供機関等へのつなぎ→継続支援のためのモニタリングの全過程において、「権利擁護」の視点に基づいて係わることが重要になります。この流れの中で、社会福祉協議会が行う日常生活自立支援事業や苦情解決の仕組みなどの権利擁護を目的とするサービスや仕組みを有効活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を行うことによって、本人の生活の維持を図っていくことになります。

■その過程で、第1節《①》で示した事例への対応など、とりわけ権利擁護の観点からの専門的支援が求められる場合には、以下に述べる成年後見制度や老人福祉法上の措置などの制度を活用した対応が重要になります。

《② 権利擁護業務と自治体の役割との関係》

■地域包括支援センターの権利擁護業務を行うに当たっては、自治体の事務につないでいく支援が必要な場合があります。具体的には、次の二つの事務があります。

- ① サービス利用や施設入所における老人福祉法上の措置
- ② 成年後見制度の市町村長申立て

こうした事務につないでいく支援が必要と判断し、実際に自治体につないだ場合でも、「つないで終わり」ということではなく、自治体事務が適切かつ速やかに行われるよう、継続的に働きかけていく必要があります。

■また、権利擁護業務を行う過程では、実務面で自治体と連携が必要な場合もあります。例えば、地域包括支援センターでは把握していない親族に連絡を取る必要が生じた場合では、自治体による戸籍情報の調査を前提としなければ業務を行うことができないことがあります。その場合には、自治体で戸籍情報を調べ、事前に自治体から該当する親族に対して、地域包括支援センターから連絡が入る旨説明し、了解を得ておいてもらう必要があります。

2.1 成年後見制度の活用促進

■認知症等によって判断能力の低下が見られる場合には、適切な介護サービスの利用や金銭的管理、法律的行為などの支援につなげるため、成年後見制度を活用することが有効です。
地域包括支援センターは、成年後見制度の活用にあたって次の業務を行う必要があります。

- ① 成年後見制度普及の広報等
- ② 成年後見制度の利用に関する判断（スクリーニング）
- ③ 成年後見制度の利用が必要な場合の申立て支援
- ④ 診断書の作成や鑑定に関する地域の医療機関との連携
- ⑤ 成年後見人等となるべき者を推薦できる団体等との連携

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 成年後見制度普及の広報等》

■市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度（法定後見・任意後見）を幅広く普及させるための広報等の取組を行います。

■また、市町村や権利擁護に関する団体等と連携し、住民や関係者向けの成年後見に関する相談会を実施することも有効です。

《② 成年後見制度の利用に関する判断（スクリーニング）》

■本人や家族・親族等、関係機関等からの相談や実態把握によって、権利擁護の観点から支援が必要であると判断した場合、その高齢者の判断能力や生活状況等を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断（スクリーニング）します。

■成年後見制度が必要と考えられる例としては、世帯内に適切な意思決定できる人がいない独居等の認知症高齢者などで、

- ・医療機関の受診や福祉サービス利用等の契約に関して支援が必要な場合
 - ・悪徳商法や消費者金融などの経済的被害を現に受けていたり、その可能性がある場合
 - ・預貯金管理等の財産管理、遺産相続等、法律行為の支援が必要な場合
- が考えられます。

【ワンポイントアドバイス】～高齢者の判断能力に応じて～

成年後見制度（法定後見）の申立てを検討する際には、高齢者の判断能力に応じて、次の三つの類型があることに留意しましょう。

【補助】 ほとんどの事は、自分の判断でできる。しかし、契約や預貯金の管理等を自分でできるかどうか不安がある。本人の利益のためには、他の人の援助があった方が良くと思われる状態。

【保佐】 日常生活では、何とか自分で判断ができて、簡単な財産管理や契約は自分でできる。しかし、不動産の売買や重要な契約を単独で行うことは、無理な状態。

【後見】 日常生活に関することを除き、常に本人に代わって他の人が判断する必要があり、本人に判断することを期待しても無理だと思われる状態。

■なお、高齢者が家族等から経済的搾取を受けている場合などで緊急性がある場合には、法律関係者等の権利擁護に関する団体と連携して、審判前の財産保全処分や緊急事務管理等を検討する必要があります。

【事例】

一人暮らしの70代の女性。認知症を発症しており、日常生活が十分できない。やむを得ず、近所の人が世話をしているが、心配であるという相談がありました。

【スクリーニングの具体例】

(状況)

訪問調査

本人の状況確認、近所の方から情報収集。

本人は、日常生活では何とか自分で判断ができる。物忘れはあるが、食事は近くのスーパーで買ってきている。しかし、室内には現金が無造作に置かれている。預貯金の管理は困難で、近所の人が心配している。

本人は、住み慣れた在宅での生活を希望している。

(対応)

介護保険利用検討

介護支援専門員と連携し、要介護認定申請

→ サービス利用の意思は確認できたが、本人による契約が困難。

金銭管理

民生委員と連携し、本人の了解を得て預貯金の通帳や現金の確認

→ 総額1,000万円程の現金と預金、家の権利書等が見つかる。

(判断)

成年後見の申立てが必要

福祉サービスの利用、金銭管理の面から成年後見の申立てが必要と判断。同時に、在宅サービスの老人福祉法上の措置による利用や財産の保全に関することを検討する。

《③ 成年後見制度の利用が必要な場合の申立て支援》

■②のスクリーニングにより、成年後見制度の利用が必要と判断した場合は申立てにつなげるための支援を行います。高齢者等に申立てを行える親族がある場合は、その親族に対して成年後見制度や手続き方法等について説明し、親族による申立てが適切に行われるよう支援します。

【ワンポイントアドバイス】～成年後見制度や手続き方法に関する説明～

本人や親族に対しては、成年後見制度の趣旨及び概要、申立権者、管轄家庭裁判所、申立費用（鑑定費用を含む。）、手続きの流れ、後見人との職責と責任（第三者後見人が選任される可能性がある旨を含む。）など一連の事項を説明することが必要です。

説明を行うに当たっては、職員本人が、家庭裁判所から配布される手引きや、家庭裁判所が行う説明会等を参考にしながら、申立手続き・各種書式や審理の流れをよく理解した上で、高齢者本人や親族が制度について十分理解してもらえるようにすることが必要です。

また、申立てに必要な書類の記入など、必要書類の準備についてもお手伝いしてもよいでしょう。

■申立てを行える親族がいなくと思われる場合や、親族があっても申立ての意思がない場合は、速やかに市町村の担当部局に経過や状況を報告し、市町村長申立てにつなげていきます。

【ワンポイントアドバイス】～市町村長申立てについて～

成年後見の申立ては、本人や4親等以内の親族が行うことが原則ですが、市町村長は、65歳以上の者につき、その福祉を図るために特に必要があると認めるときは、後見開始等の審判を請求することができます（老人福祉法第32条）。

市町村長による申立てを行うに当たっては、市町村は、基本的には2親等内の親族の意思を確認すれば足りる取扱いになっています（ただし、2親等以内の親族がいない場合であっても、3親等又は4親等の親族であって申立てをするものの存在が明らかである場合には、市町村長による申立ては行われなことが基本となります）。

なお、虐待等の場合で2親等内の親族が申立てに反対する場合も考えられます。そのような場合には、2親等内の親族がいたとしても、本人の保護を図るため、市町村長申立てが必要となる場合があります。

【成年後見申立支援の具体例】

認知症を発症しており、在宅で一人暮らしを希望する70代の女性に対して、福祉サービスの利用、金銭管理の面から成年後見の申立てが必要と判断。

同時に、在宅サービスの老人福祉法上の措置利用や財産の保全に関することを検討する。（対応）

市町村担当部局に報告

介護保険利用につなぐまで、緊急的に在宅サービスを老人福祉法上の措置で行うことが必要であり、その後の介護保険利用と財産管理のため、成年後見制度の利用が必要であることを報告。

市町村担当部局で検討

緊急的に在宅サービスを老人福祉法上の措置で行うこととなった。しかし、成年後見の申立てに関しては、交流のなかった息子がいることが判明した（2親等）。

（実態把握）

民生委員との連携

民生委員に検討状況を伝え、息子の動向について確認。民生委員も知らなかったが、以前から本人と付き合いのある近隣の人の話では、浪費癖があり、借金の返済で本人も苦勞したことがあるとのこと（息子は、自己破産宣告）。

今の状況で、連絡をとることは、本人の財産を目当てに介入してくる可能性がある。

市町村担当部局で検討

上記の内容を報告し担当部局内で検討した結果、2親等内に親族が存在しているが、これまでの生活実態から考え、経済的搾取のおそれが懸念されたため、息子を後見人候補者とするには消極姿勢で対応するとの方針を固めた。その上で、息子は2親等内の親族であることに加え唯一の推定相続人であるため、後見開始の申立てをすることについて意向照会を行ったところ、息子が「自分を後見人にしてくれるのであれば、後見開始の申立てをしてもよいが、自分以外の第三者が後見人になる可能性があるのならば、そんな手続は取らない。」と言い張ったため、協力を得るのは困難との結論に達し、市町村長申立てを行うこととなった。

市町村担当部局に対する協力

実態把握の経緯など、状況調査書の作成等に協力。

《④ 診断書の作成や鑑定に関する地域の医療機関との連携》

■成年後見の申立てに必要な医師の診断書の作成や、保佐、後見の場合に必要な鑑定がスムーズに行われるよう、地域の医療機関との連携を図ります。

【ワンポイントアドバイス】～要介護認定における主治医の活用も～

診断書の作成や鑑定は、必ずしも精神科医が作成するものとは限りません。一般に、本人を普段から診察している医師（主治医）が診断書の作成及び鑑定に当たることがスムーズな診断書作成及び鑑定につながると考えられるので、市町村と連携して、要介護認定時の主治医研修等を活用して理解を深めてもらう等、認知症等の高齢者を診察する機会の多い医師に協力を求めることも大切です。

《⑤ 成年後見人等となるべき者を推薦できる団体等との連携》

■高齢者にとって適切な成年後見人等が選ばれるように、地域において成年後見人等の候補者を推薦することができる団体等と連携を図り、高齢者やその親族に紹介します。

■なお、その際、地域包括支援センターの職員の職務はあくまで成年後見制度利用へのつなぎであって、職員自身が成年後見人となることは想定していないことに留意が必要です。

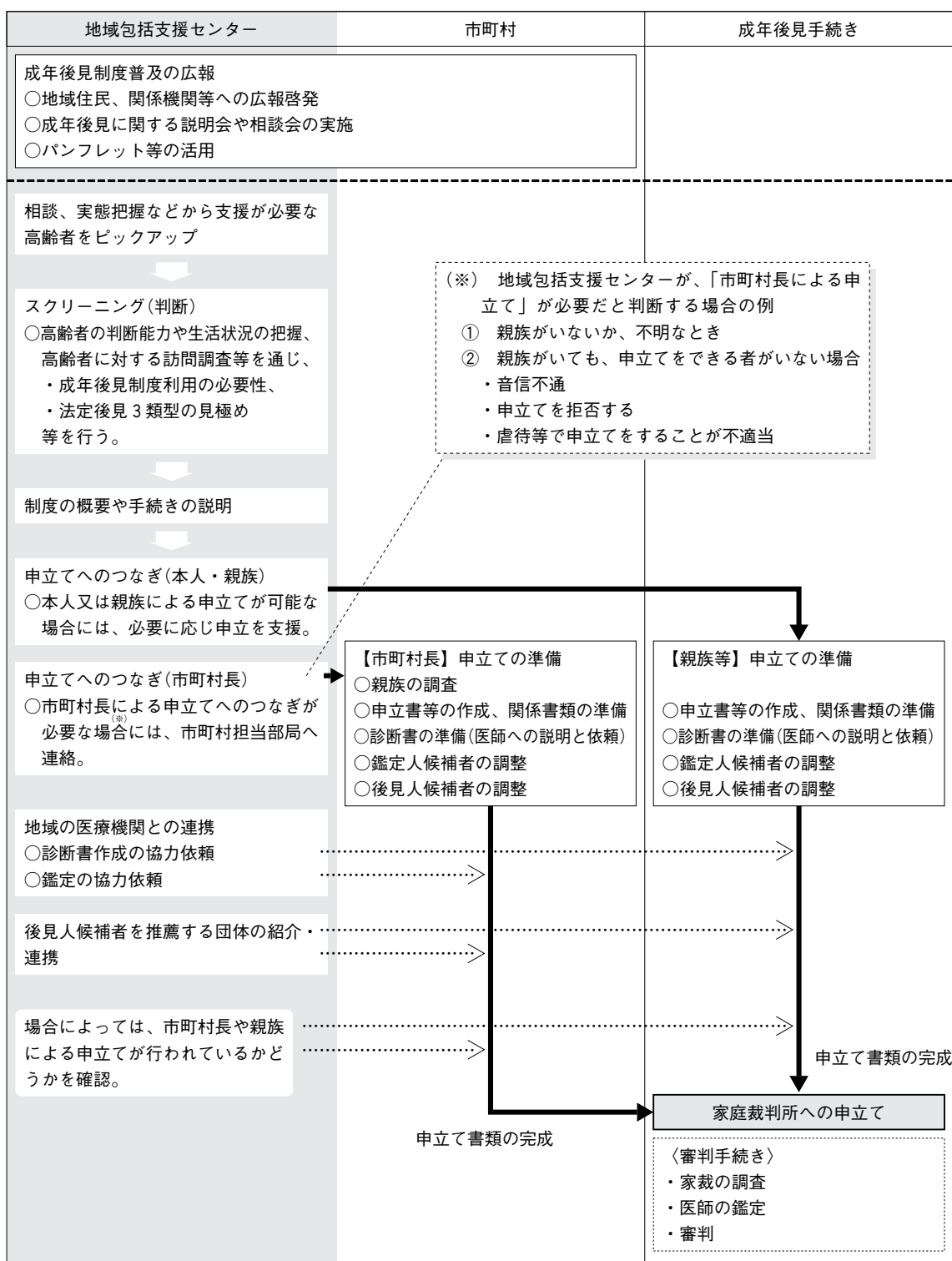
【ワンポイントアドバイス】～成年後見人等候補者の推薦団体～

地域の実情によって異なりますが、家庭裁判所に成年後見人等の候補者名簿を提出している団体には、次の専門職団体があります。

- ・都道府県弁護士会（弁護士）
- ・リーガルサポート都道府県支部（司法書士）
- ・都道府県社会福祉士会「ばあとなあ」（社会福祉士） 他

また、地域において第三者の後見人候補者養成に取り組んでいる自治体もあります。

成年後見制度の活用促進に関する地域包括支援センターの業務



2.2 老人福祉施設等への措置の支援

■判断能力が低下している一人暮らしの高齢者や家族からの虐待等を把握し、保護の必要がある場合には、老人福祉法における措置で対応することが必要です。

老人福祉法上の措置で対応するに当たって次の業務を行う必要があります。

- ① 緊急対応の必要性に関する判断
- ② 老人福祉法上の措置を行う必要がある場合の市町村担当部局との連携
- ③ 老人福祉法上の措置が行われた後の高齢者の状況把握
- ④ 成年後見制度の利用等を含めた適切な支援

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 緊急対応の必要性に関する判断》

■次の「やむを得ない事由」に該当すると判断した場合には、老人福祉法上の措置での対応について、速やかに判断する必要があります。

- ・高齢者が家族等の虐待または無視を受けている場合
- ・認知症その他の理由により意思能力が乏しく、かつ、本人を代理する家族がいない場合

【ワンポイントアドバイス】～やむを得ない事由の範囲～

高齢者本人が同意していれば、家族が反対している場合であっても、老人福祉法上の措置を行うことが可能です。また、家族が高齢者の年金を本人に渡さない場合や、高齢者が医師の診断を拒んでいるため要介護認定ができない場合でも、やむを得ない事由による措置は可能という解釈が示されています。

（「全国介護保険担当課長会議（平成15年9月8日）資料」）

《② 老人福祉法上の措置を行う必要がある場合の市町村担当部局との連携》

■老人福祉法において市町村が措置できる介護サービスは次のとおりです。

- ・「やむを得ない事由」による措置
 - 老人居宅介護等事業（訪問介護）の利用、老人デイサービス事業（通所介護）の利用、老人短期入所事業の利用、認知症対応型老人共同生活援助事業の利用（認知症高齢者グループホームへの入居）、小規模多機能型居宅介護事業の利用、特別養護老人ホームへの入所
- ・「環境上及び経済上の理由」による措置
 - 養護老人ホームへの入所

■老人福祉法上の措置を行う必要があると判断した場合は、速やかに市町村の担当部局に報告し連携を図ります。

- 措置の必要性を判断する際の考え方については、「老人福祉法に基づく措置に関する地域包括支援センターの業務」の図を参照してください。

《③ 老人福祉法上の措置が行われた後の高齢者の状況把握》

■高齢者に介護サービスの老人福祉法上の措置が行われた場合、市町村担当部局と連携してその後の状況把握を行います。

《④ 成年後見制度の利用等を含めた適切な支援》

■状況把握により高齢者に対して適切な介護サービスが提供されていないと判断した場合は、市町村担当部局に報告し老人福祉法上の措置内容の変更を要請します。

■また、高齢者の判断能力が不十分な場合は、成年後見制度の申立て支援を行い、契約によるサービスが適切に行えるよう支援します。

【ワンポイントアドバイス】～老人福祉法上の措置の解除～

判断能力が不十分な高齢者に法定代理人である成年後見人等が選任され、介護サービス利用契約が可能になった場合は、老人福祉法上の措置が解除されます。

なお、老人福祉法上の措置が解除される際には、市町村担当部局や介護サービス提供者と連携し、成年後見人等への事務が円滑にできるよう支援することが大切です。

【事例】

一人暮らしの70代の女性。認知症を発症しており、日常生活が十分できない。やむを得ず、近所の人が世話をしているが、心配であるという相談がありました。

(実態把握)

訪問調査

本人の状況確認、近所の方から情報収集。

本人は、日常生活で物忘れ多く、日常生活に支障が出ている。特に、食事がとれないことが多く、栄養状態が良くない。(社会福祉士、保健師が訪問)

本人は、住み慣れた在宅での生活を希望している。

(判断)

介護サービスの 老人福祉法上の措置

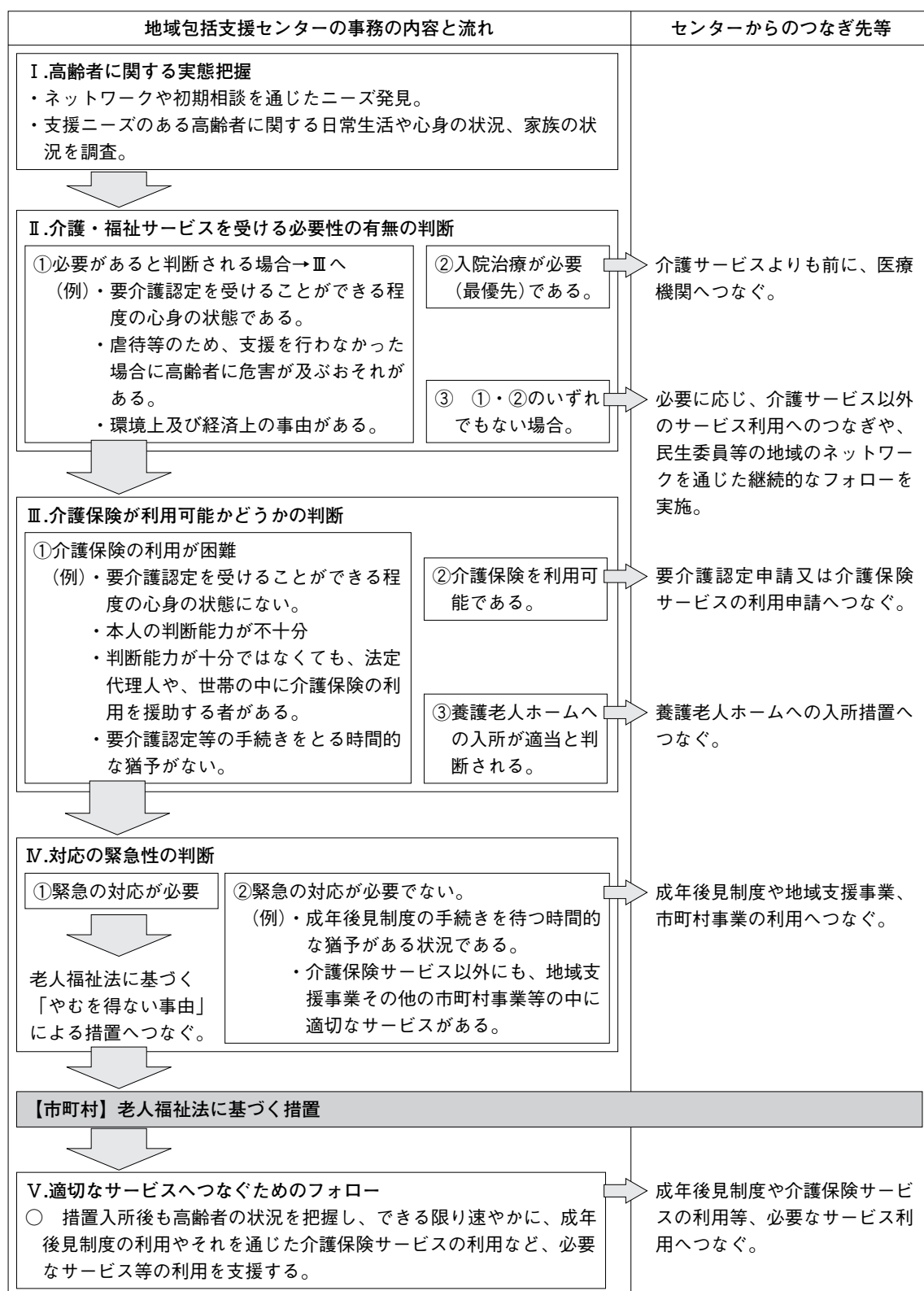
本人の状態からするとすぐにでも介護サービスを利用する必要があるが、認知症その他の理由により意思能力が乏しく、かつ、本人を支える家族等がないため、介護保険サービスの利用が期待できないことから、老人福祉法上の措置により早急にサービス利用をすることが適切と判断。

(市町村部局との連携)

老人福祉法上の措置 の必要性を報告

市町村の担当部局に対して、老人福祉法上の措置の必要性について調査報告書を添えて報告。

老人福祉法に基づく措置に関する地域包括支援センターの業務



第3節 高齢者虐待への対応

高齢者虐待への対応については、第163回特別国会で、議員立法により、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）が成立（平成17年11月1日）し、公布（平成17年11月9日）されたところです。

同法に基づく市町村における業務の実施については、先進的に取り組んでいる自治体の例も参考にしながら、平成18年4月、厚生労働省老健局において「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」がとりまとめられ、虐待部分の地域包括支援センターにおける業務についても示されています。

ここでは、同法の内容を紹介することとします。

【高齢者虐待防止法の概要】

《① 高齢者虐待の定義と対象範囲》

■高齢者虐待とは、①養護者による高齢者虐待、及び②養介護施設従事者等による高齢者虐待のことです。

① 養護者による高齢者虐待

・養護者（高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のもの）が、養護する高齢者について行う次の行為です。

- (i) 身体的虐待：高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- (ii) ネグレクト：高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。
- (iii) 心理的虐待：高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- (iv) 性的虐待：高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- (v) 経済的虐待：養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分すること、その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

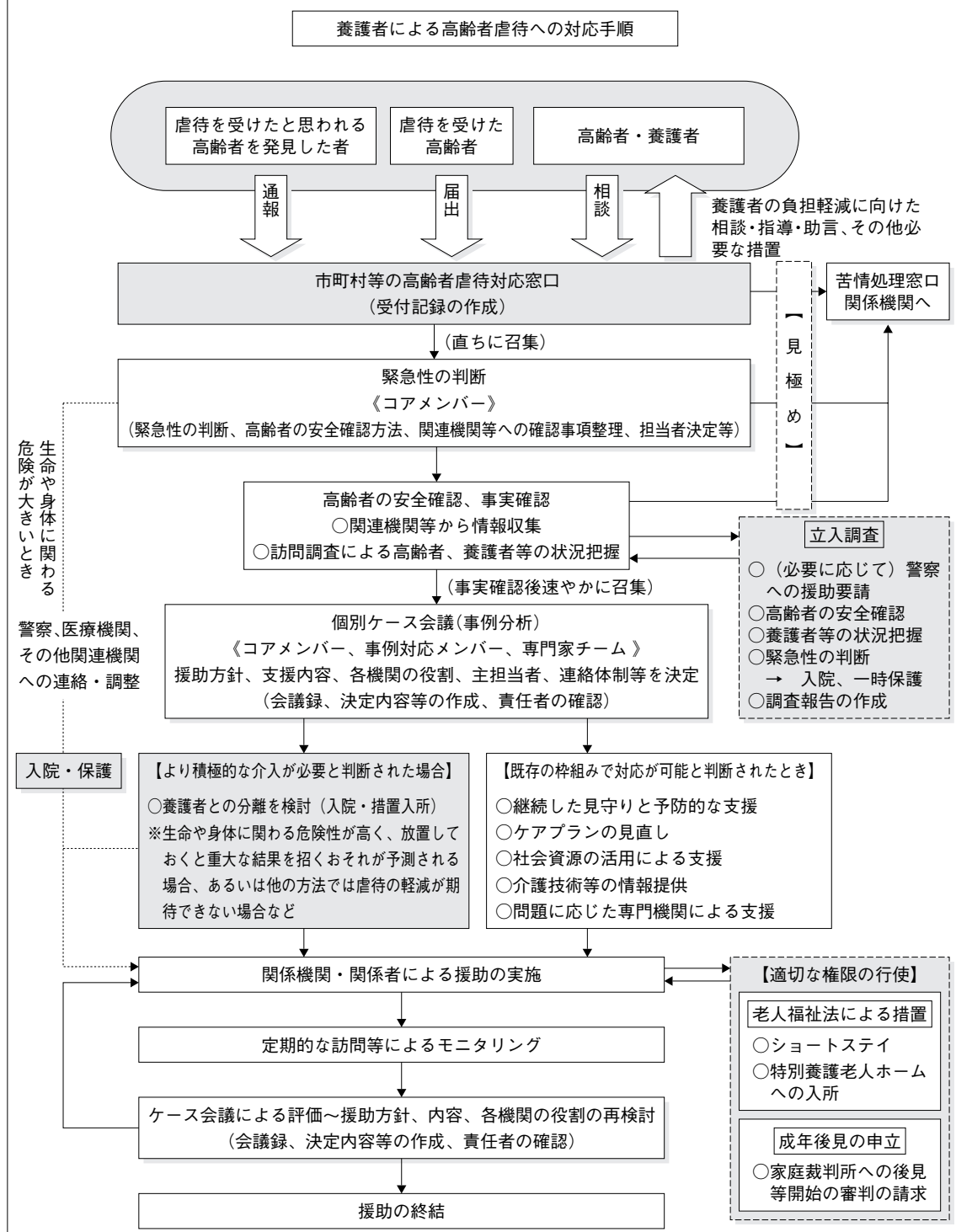
② 養介護施設従事者等による高齢者虐待

・老人福祉法及び介護保険法に規定する施設又は事業の業務に従事する職員が行う上記(i)～(v)の行為です。

《② 養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援》

■高齢者虐待防止法では、養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援として、市町村を中心として、以下のような業務が規定されています。

〔参考〕



出典：「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成 18 年 4 月厚生労働省老健局）

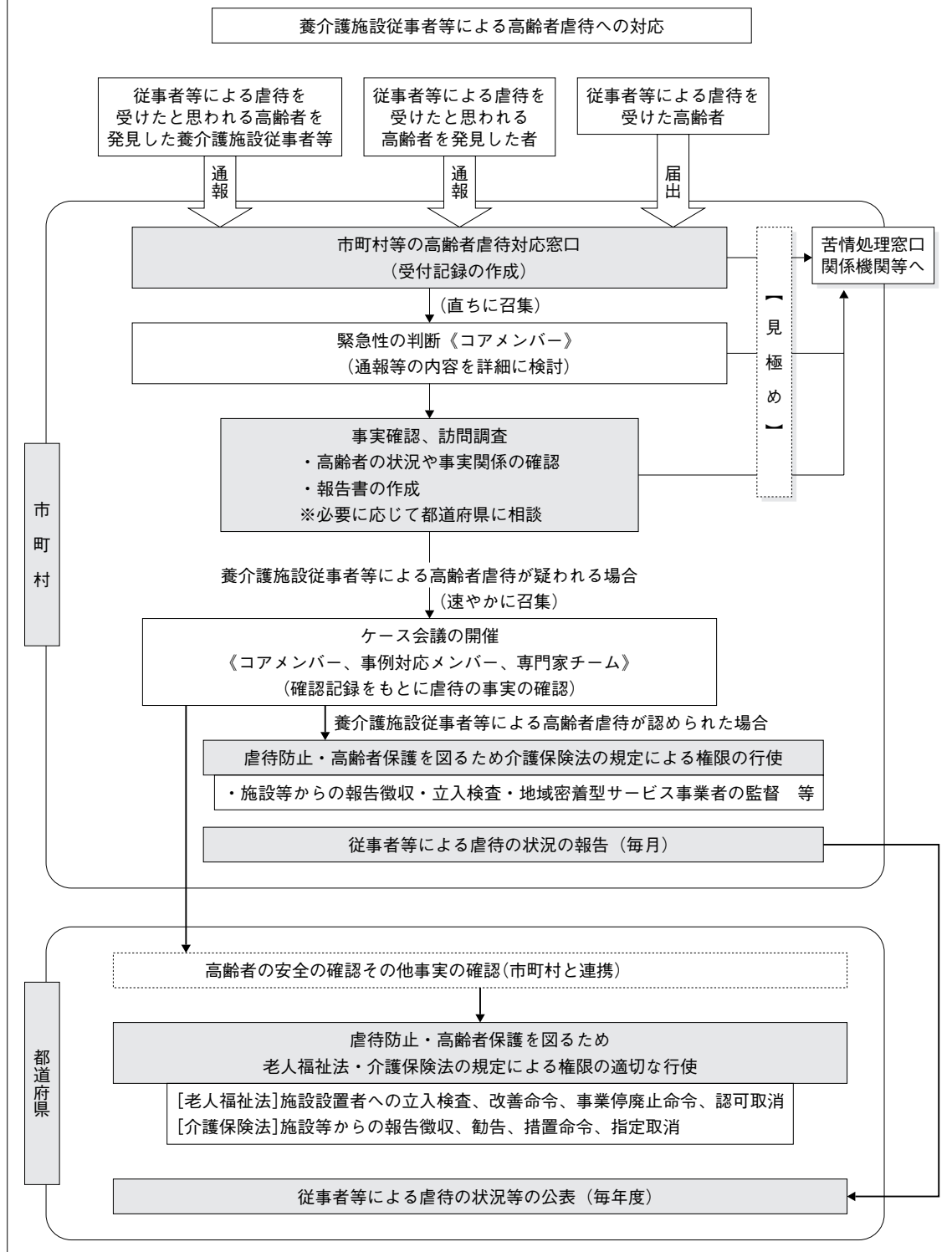
■養護者による虐待については、高齢者の生命又は身体に重大な影響がある場合には、緊急の対応が必要ですが、そうではない場合には、以下の点に配慮して、丁寧に実態把握を行っていくことが前提となります。

- ① 虐待を受けている高齢者と虐待をしている家族の関係は、長年にわたる生活の歴史がその背景にありますので、対応に当たっては、家族それぞれの事情や現在の状態等を正確に把握し、丁寧に対応していく必要があります。
- ② また、高齢者虐待は、家族の過剰な介護負担から生じるストレスと深く関係しています。家族の生活状況や介護力を丁寧にアセスメントしていく必要があります。
- ③ したがって、虐待を受けている高齢者本人やその家族との信頼関係の構築は援助関係の基盤であり、家族が虐待者であったとしても、その家族を一方的に非難するような否定的な態度、対応は禁物です。
- ④ 虐待者自身が精神疾患やアルコール依存症等の問題を抱えている場合もありますので、虐待者自身の治療や支援につなげるためにも、日頃から関係機関とネットワークを作っていくことが大切です。

《③ 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応》

■高齢者虐待防止法では、養介護施設に従事している者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援として、市町村・都道府県を中心として、以下のような業務が規定されています。

〔参考〕



出典：「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成 18 年 4 月厚生労働省老健局）

【参考】 在宅における高齢者虐待の状況

- (財) 医療経済研究・社会保険福祉協会が平成 15 年度に調査を実施
- 対象は、在宅の高齢者
- 全国の在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所等の関係機関が把握している虐待と考えられる事例の背景や状況を調査
- ※ 回答のあった 6698 機関のうち、虐待と考えられる事例があった機関は 2865 機関(42.8%)

(1) 虐待を受けている高齢者の状況

- 平均年齢は 81.6 歳 (約 8 割が 75 歳以上の後期高齢者)
- 女性が約 4 分の 3
- 約 6 割が介護・支援を必要とする認知症高齢者
- 約 1 割が「生命に関わる危険な状態」、約半数が「心身の健康に悪影響がある状態」

(2) 虐待を行っている者の状況

- 「息子」が最も多く約 3 割。「息子の配偶者 (嫁)」「配偶者」が約 2 割
- 虐待者と高齢者の接触時間は、「日中を含め常時」が約 5 割、「日中以外は常時」が約 3 割
- 約 6 割が「主たる介護者として介護を行っていた」
そのうち、約 6 割には介護協力者がいなかった

(3) 高齢者虐待の状況

- 虐待の内容

心理的虐待	63.3%
介護・世話の放棄・放任	52.4%
身体的虐待	50.0%

- 高齢者本人の約半数は、虐待を受けている自覚あり
- 虐待者の約半数は、虐待をしている自覚なし
- 虐待の発生要因として考えられること

虐待者の性格や人格	50.1%
高齢者本人と虐待者のこれまでの人間関係	48.0%
高齢者本人の性格や人格	38.5%
虐待者の介護疲れ	37.2%
高齢者本人の認知症による言動の混乱	37.0%

(4) 虐待を把握した機関における対応

- 対応の状況

現在、改善に向けて取り組んでいる	51.8%
現在のところ改善に向けた取組は行われていない	14.9%
虐待行為継続のまま死亡	6.1%

- 解決のために新規あるいは増加させた在宅介護サービス

短期入所生活介護（ショートステイ）	31.8%
訪問介護（ホームヘルプ）	29.8%
通所介護（デイサービス）	28.2%

- 「きわめて対応に苦慮した」が約 5 割、「多少の難しさを感じた」が約 4 割で、対応に困難を感じた者が約 9 割を占める

- 対応する上での困難な点

虐待をしている者が介入を拒む	38.2%
自分がどのように関わればよいか技術的に難しかった	33.6%
自分がどのように関わればよいか立场上難しかった	30.3%

(5) 自治体における高齢者虐待への対応

- 過去 1 年間に、高齢者虐待を理由に老人福祉法上の「やむを得ない措置」を行った自治体
- ・ 特別養護老人ホーム 73 自治体、97 件
 - ・ 短期入所生活介護（ショートステイ） 59 自治体、88 件
- 高齢者虐待のための専門チームのある市区町村は 71 市区町村
- ※ 専門チームのメンバーは、自治体の担当部局の他、「在宅介護支援センター」が約 8 割、「民生委員」「居宅介護支援事業者」が約 6 割

第4節 困難事例への対応

■困難事例への対応は、地域包括支援センターの権利擁護業務の重要な柱の一つです。

ここでは、困難事例として、次のような事例を想定しています。

- ① 高齢者やその家庭に重層的な課題が存在している場合
- ② 高齢者自身が支援を拒否している場合
- ③ 既存のサービス等では適切なものが見つけにくい場合 等

このような困難事例を把握した場合には、地域包括支援センターの各専門職が連携し、以下の業務を行います。

- ① 困難事例の実態把握
- ② 地域包括支援センターの各専門職が連携した対応策の検討
- ③ ネットワークを活用した見守り

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 困難事例の特徴と相談対応》

■困難事例では、多くの場合、自ら相談に至ることはないと考えられます。また、自ら相談に至っても、自らの状況と問題をうまく訴えることが難しかったり、制度や社会資源の状況と相談者の望む状況が合わなかったりする場合が多いことも考えられます。

■このため、困難事例への対応は、より迅速かつ丁寧な相談対応とともに、様々なネットワークや制度を駆使した対応が必要となります。

■また、困難事例への対応に当たっては、介護支援専門員に対する支援や介護予防ケアマネジメントの観点も含め、各専門職が連携し、地域包括支援センター全体で対応策を検討することが重要です。

【困難事例になりやすい要素】

- ① 利用者本人の要素
医療依存、認知症、アルコール依存、精神・知的・身体障害、ターミナル、経済、家族との関係
- ② 介護者・家族の要素
虐待・放棄・暴力・言動、家族の経済面、健康面
- ③ 住環境の要素
- ④ 地域の要素

【ワンポイントアドバイス】～困難事例の捉え方～

地域での対応について関係者の間に「困難な人」あるいは「多問題世帯」という認識を持たれている場合があります。しかし、最初から「困難」「多問題」という認識を関係者が持ったわけではなく、多くは、これまでにその様な認識を地域で持たれるに至った経過があったと考えられます。

「制度を紹介しても拒否した」「サービス利用を約束しても約束を繰り返し破った」などの経過の中で、支援をしても「しかたがない」という認識が地域の関係者の中で生まれ、結果的に地域での「困難な人」「多問題世帯」を放置することに至っている場合が少なくありません。レッテルを貼っているのは、関係者側ともいえることに注意が必要です。

《② 実態把握》

■困難事例は、発見されにくいケースでもあり、ニーズを発見するためには地域ネットワークの活用がより重要になります。

■また、困難事例の実態把握に当たっては、生活の場面で問題状況を把握するため、必要に応じて訪問することが大切です。

【ネットワークによるニーズ発見】

- ① 実態把握機能（地域の見守りネットワーク）による発見
→民生委員、近隣住民、ボランティア団体、新聞配達、コンビニエンスストア等商店（街）等
- ② 介護予防に関するアセスメントや認定調査など介護保険制度の入り口での発見
→保健師、介護支援専門員、認定調査員、高齢者担当課等
- ③ サービス提供機関での発見
→社会福祉法人、医療法人、NPO 法人等

《③ 地域包括支援センターの各専門職が連携した対応策の検討》

■困難事例は、問題がこじれ重大化した状態で発見される場合が多いと考えられます。そのため、初期相談の場面で緊急性を判断することが、虐待の対応と同様に、最優先の課題となります。

緊急度の判断については、第2章4.2.1《③》の項を参照してください。

■困難事例にあっては、信頼関係や援助関係の構築に困難が伴う場合が予想されます。これまでの経過の中でいくつもの機関を「たらい回し」されたり、サービスを拒否されたりするなどして、相談機関に不信をもっている場合も少なくありません。

こうした場合に、地域包括支援センターの機能を繰り返し説明し、信頼関係を構築していくことが重要です。

■地域包括支援センターの各専門職や関係機関は、本人との面接で得た情報をもとに、これまでの援助経過やなぜ援助の継続が困難になったのかなどについて認識の共有を図り、今後の援助方針を検討していく場面において連携していくことが重要です。

【ワンポイントアドバイス】～信頼関係構築のためのポイント～

地域包括支援センターの次のような機能を繰り返し説明しましょう。

- ・どんな相談をしてもよいこと
- ・専門家がいるので、秘密を守ってくれること
- ・途中で投げださないこと

「これまでの関係者からは、一旦契約したのに、関わりが始まるとすぐに拒否され解約された…」

「近所から、出て行けといわれている…」



「ここ（地域包括支援センター）は違う対応をしてくれるかも」

■困難事例のアセスメントでは、問題が重層的だったり、主訴が不明の中で迅速な対応を求められることも予想されますので、緊急性を判断した上で「まず、どのような援助のために、何を重点的にアセスメントしていくか」を判断し、迅速に対応していくことが必要です。

【ワンポイントアドバイス】～インテークを丁寧に行う～

初期の相談（インテーク）段階は、今後どのような情報を入手し、地域包括支援センターとして、どのような状況に至るまで直接支援を続けていくのかを明確にしていく必要があります。そのための材料として、以下のような項目について、できるかぎり自宅で本人と面接を行い、確認していくことが必要です。

- ① 健康状態を中心に、現在の生活実態を把握し、緊急性を確認する。
- ② 意思能力の状況を確認し、現在の状況との関係を確認する。
- ③ 利用が必要と考えられる制度やサービスの情報提供や手続き支援がこれまで行われてきたのかを確認する。
- ④ 制度やサービス利用の必要性に関する理解や、本人の利用の意思を確認する。

困難事例では、これまでうまく援助関係が構築できなかったり、あるいは生活歴の中で対人関係を構築していくことに抵抗のあつたりする方々と、適切な援助関係を構築し、本来の支援へ結び付けていくことを最初の段階で目指すことになります。

■アセスメントにおいてニーズを把握しておくことで、接近や介入すべき事態の予測をあらかじめ行っておくことができます。

【ワンポイントアドバイス】～アセスメントのポイント～

なぜ今の状況に至っているのか、分析するためには次のような情報が必要です。

- ・これまでの援助経過（方法）を知る
- ・どういう風に暮らしたいかを知る
- ・本人のさまざまな力を知るとともに、関係図を描く
- ・本人、家族の歴史や地域との関係の歴史を知る

これらの情報を

- ・本人の言葉から
- ・家族の言葉から
- ・近隣の方の言葉から
- ・関係機関の資料から

つかみ取るようにします。

- 困難事例に対応するには、様々なネットワークを駆使する必要があります。情報収集や支援計画の検討、見守り体制の構築のため、地域において当該困難事例に対応するための関係者による対応チームを構成し、それぞれの関係者の役割分担を明確にしつつ、定期的に会議を開くなどして情報の共有・連携に努めることが重要です。地域包括支援センターは、その中心になる必要があります。

【支援計画を策定する際に注意すべきこと】

地域での「困難」な人、「多くの問題を抱える」世帯も、常に加齢や家族機能などで変化しながら暮らしを続けています。そのため、改めて地域で問題が発覚したときは、「緊急ケース」として浮かび上がる場合が多いと考えられます。

そのときには、緊急度が高く、例えば経済的には生活保護受給しかない、生活の場としては特別養護老人ホームか病院しかないなどと選択肢は最小限となり、保護的側面を前面に出した支援方法しか残されていない場合が少なくありません。

結果的に保護的支援をとる場合にあって、その前段で、「この家で皆と一緒に暮らしたい」というような本人やその家族の思いがある場合には、それを受け止め、実現する方法の検討が優先することに注意が必要です。

- 本人の判断能力が疑われる場合は、早めに意思能力についての診断情報をつかみ、効果的な支援を組み立てるための成年後見制度の活用等につなげる必要があります。また、問題によっては、成年後見制度の市町村長申立てや老人福祉法上の措置等の権利擁護制度の活用が必要になります。

- もし、地域に必要な社会資源がない場合は、それを開発するための行政をはじめとする関係機関への働きかけも必要です。

《④ ネットワークを活用した見守り》

- 困難事例にあっては、支援計画の経過をフォローする見守りのためのネットワークの活用がより重要になります。その際、いつも同じ関係者でネットワークを組んでいくことにはなりません。その時々必要性により集まった関係者、機関で見守りの役割分担を明確にしていくことが大切です。同時に、地域包括支援センターの職員から、サービス提供者、あるいは地域住民に対しては、「どういふところを見守ってほしい」のか、どのような状態になったら「誰に連絡してほしいか」という目的を持った実態把握と意図的な情報収集を依頼することが大切です。

- また、本人や家族との関係で、「信頼できる人＝キーマン」を作り出すのも重要です。

【通常の援助状況に至ったと判断したとき】

- 上記の相談支援対応を通じて、通常の援助状況に至ったと判断したときは、ニーズ、生活再構築の目標の共有化を図った上で、地域包括支援センターから、より適切な機能を持った機関を紹介するようにします。
- 地域包括支援センターの相談対応における「入り口」→「相談対応・支援」→「出口」のサイクルを常に意識し、再相談として戻ってくることがあるとしても、地域包括支援センターに困難ケースが累積しないように注意することが必要です。

(高齢者とその家庭に重層的な課題が存在している場合)

【事例】

(家族状況) 母親：70代前半、要介護2

長女：40代前半、別居、身体障害者手帳1級

長男：40代前半、同居、知的障害者療育手帳B1（中度）

父親死亡後、しばらくは一家三人でなんとか暮らしてきたが、母親が脳梗塞で倒れたことをきっかけに、少しずつ生活が崩れてきた。

長女は、数年前に結婚したが、夫が転職を繰り返し、その度に借金を繰り返している。長女の年金だけでは暮らせないこともあり、再三実家に借金を申し出ていたが、もともと結婚に反対していた父親から支援を断られてきた。しかし、父親が死亡したことをきっかけに、長女夫婦が母親に強く借金をせまった。時に暴言をはく態度におびえた母親は、いつしか日常的に長女にお金を渡したり、借金の保証人になったりして、家計の管理も難しくなってしまった。

その後、母親自身も脳梗塞で倒れ、実家の家計管理を長女夫婦が行うようになった。本来であれば、長男と二人で十分に暮らしていける家計だったが、長女夫婦の家計と一緒に管理され、ゆとりのある暮らしは全くできなくなった。しかし、食べることはなんとかできている状況だった。

そんな状況に長男は、外出も頻繁になり、20年近く母親が長男の年金などを貯めてきた通帳を「僕の通帳は僕のものだ」と持ち出してしまった。

しかし、なんとか毎日を送っているように周囲には見えていた。

もともと長男には、養護学校高等部卒業後、作業所の職員が関与。長女には、単身生活を支援する社会福祉法人職員が関与。また双方には、市の障害福祉課職員も長期間にわたって関与してきた。母親には、脳梗塞で倒れた後介護保険制度を利用し、介護支援専門員などの専門職が関与していた。

しかし、それぞれに対する必要な支援は行っているが、この世帯支援のために動いた形跡はなかった。

(事例における支援のポイント)

○地域包括支援センターに、ネットワーク等で発見されて連絡が入り、相談受付を行います。地域包括支援センターの社会福祉士がこの事例の担当になった場合は、支援困難事例に関する介護支援専門員の支援という観点から、主任介護支援専門員とも連携し、地域の支援担当者の会議を開催し、現在収集している情報を共有化するとともに、アセスメント結果からの「課題」、予測される「変化」などを検討することが重要です。

・現在「個人」「家族」として何が起きているか、それぞれがどのような暮らしを望んでいるのか、現在の状態のまま暮らしを継続していくとどのようなことが起こるのか予測を立てる。

・家族のそれぞれは、現状をどのように理解し、感じているのかを確認する。

○母親担当の介護支援専門員をはじめ、長男、長女ともにそれぞれすでに支援者が存在します。まずは「この世帯」が抱える課題として「金銭管理」「今後の生活のあり方」が優先されると考えられます。

○地域の支援担当者会議で、家族のトータルな支援を視野に入れた支援計画と役割分担及びキーとなる機関・担当者を検討し、その役割分担に応じた今後の対応につなげるとともに、フォローしていく体制をつくる必要があります。

・支援計画の例：成年後見制度の活用

成年後見制度は、母親だけではなく、長男についても今後の生活のあり方を支援するため活用される可能性があります。また、母親・長男にそれぞれ法定代理人がつくことにより、長女、あ

るいは長女世帯の、実家との関係は変化するものと予測されます。その結果、長女、長女世帯の今後の生活のあり方をどうするのか、という課題についても地域の支援担当者を中心に再度支援計画を立てていくことになります。

- 世帯それぞれに支援者がいる場合、世帯の課題について誰が「キーマン」になって動くかを十分意識しないまま動くことがあります。役割分担を確認するときに、優先される課題を考慮し、誰の支援者が「キーマン」になって支援していくのか、支援のチームリーダーになるのかを併せて確認しておくことが、課題への取組を明確にしていくためにも必要です。

(高齢者自身が支援を拒否し、既存のサービス等では適切なものが見つけない場合)

【事例】

女性、単身、80代後半。夫を若いときに亡くし、一人息子が独立してからは、長い間一人で暮らしてきた。息子とは、結婚後交流がなくなっている。

ここ数年、夕方になると外出し、近所のコンビニエンスストアには買い物に行っている様子。着ているものも、だんだん汚れているような感じがするが、寝たきりというわけではなさそうである。15年来通っている開業医には、時折通院している様子。

隣人が気になって声をかけても、「変わりない、食べている」と繰り返すばかり。民生委員に連絡し様子を見に行ってもらおうが、女性は民生委員を家には入れず「ほっといてほしい、誰の世話にもなるつもりはない」と話す。困った民生委員から地域包括支援センターに連絡が入った。

(事例における支援のポイント)

- ① 介護予防ケアマネジメントの観点も含め、家庭訪問による実態把握を行う必要があります。また、本人の同意を得た上で、近隣者、主治医と面接し、関係情報を把握する必要があります。
 - ・本人が認知症かどうかを確認する
 - ・現在の生活状況を把握するとともに、現在の状況に至っている要因は何かを知る（本人が、なぜ各種サービスを希望しないのかを知る）
 - ・本人は、今の生活をどのように受け止めているのかを知る
 - ・本人にとって、「信頼できる人」の存在を知る（この場合、主治医の存在は重要）
- ② 現在の生活に緊急性が感じられない場合は、本人との面接を重ね、信頼関係を構築することが重要になります。これまでなんらかの形で、支援者がかかわろうとした経過があるかもしれないので、そうであればなお、支援者側の段取りにとらわれず、本人との援助関係形成に十分に時間をかけることが重要です。

第5節 消費者被害の防止

■認知症高齢者等は、訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害に遭う危険性が高いため、このような被害を未然に防ぐことが必要になります。

消費者被害の防止対応に当たって次の業務を行う必要があります。

- ① 各専門職（団体）や機関との連携強化による消費者被害情報の把握
- ② 消費者被害情報の地域の民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等への伝達と連携
- ③ 消費者被害に遭っている事例を把握した場合の市町村や関係機関との連携

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 各専門職（団体）や機関との連携強化による消費者被害情報の把握》

■消費者被害としては、消費者金融やヤミ金融などの多重債務問題、高齢者・障害者を狙った訪問販売、悪質な住宅リフォーム、振り込め詐欺等があり、広域的で組織的犯罪であることが多くあります。

■地域の消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的に情報交換をする場を設ける等の連携を図り、地域における消費者被害に関する情報を把握します。

【ワンポイントアドバイス】～消費生活センター～

消費生活センターは、商品やサービスなど消費生活全般に関する苦情や問い合わせなど、消費者からの相談を専門の相談員が受け付け、公正な立場で処理に当たっています。

消費生活センターは、都道府県や市区町村に設置されていますが、全国の消費生活センターの連絡先は「国民生活センター」のホームページ（<http://www.kokusen.go.jp/>）に掲載されています。

【ワンポイントアドバイス】～悪質事業者に対して～

特定商取引法（平成16年改正）における行政規制が強化されました。

- ① 訪問販売をする際には、販売目的の訪問であることの明示の強化
・「無料点検」という口実による訪問の禁止。
- ② 不実告知（虚偽説明）や故意の事実不告知に対する規制強化
・「商品を買わなければならない切迫した必要がある」等と思わせる、契約の締結を必要とする事情に関する虚偽説明（例：床下が腐っている）が禁止行為に該当する不実告知であることを明示。
・商品の価格、性能等の重要事項を消費者に故意に告げない行為（例：床下換気扇の適正台数が3台なのに、それを告げずに10台設置する）を、不実告知と同様、罰則をもって禁止。

《② 消費者被害情報の地域の民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等への伝達と連携》

■消費者問題や消費者被害に関する情報を、地域の民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に、的確に提供することが必要です。

■日常的な活動の中で高齢者に関係する機会が多くあるこれらの職種の人から、消費者問題に関する情報を高齢者やその家族に伝達してもらうような体制作りを行うことが大切です。

■また、消費者トラブルに陥らないためのアドバイス、トラブルにあった場合や成年後見制度についての相談先等を内容とするリーフレット等を、上記関係者等を通じて、高齢者やその周辺にいる人に配布していく等の活動も大切です。

《③ 消費者被害に遭っている事例を把握した場合の市町村や関係機関との連携》

■消費者被害の事例を把握した場合は、まず、市町村（高齢者担当課や消費者担当課）や関係機関（消費生活センター）に通報します。

■被害救済や多重債務整理の相談や代理援助による支援を図るためには、弁護士、司法書士等との連携も必要になります。

【ワンポイントアドバイス】～広域的な連携の強化～

- ① 消費者被害の防止に関しては、当該の地域包括支援センターの対象とする地域よりは、より広域なものにならざるを得ないため、複数のセンターとの情報交換や連携が必要です。
- ② 連携を取る必要がある専門機関としては、弁護士、司法書士、日常生活自立支援事業実施機関、行政、警察、消費生活センター等があります。

第4章 包括的・継続的ケアマネジメント

第1節 包括的・継続的ケアマネジメントの視点

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、主治医と介護支援専門員の連携、在宅と施設の連携など、利用者一人ひとりについて主治医や介護支援専門員などの様々な職種が連携し、個々の高齢者の状況やその変化に応じて継続的にフォローアップしていく「包括的・継続的ケアマネジメント」の確立が極めて重要です。
- このため、地域包括支援センターを設置し、主治医との連携、在宅と施設の連携などを行うケアマネジメントの体制を整備していきます。

1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの考え方

- これからの高齢者ケアの方向性を考えると、認知症高齢者の増加への対応、多様化する高齢者の生活の尊重という観点から、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるように、その人の生活全体を包括的・継続的に支えていくことが求められます。
- 支援の領域においても、時間の経過においても、とぎれることなく一貫して一人の高齢者が地域で暮らし続けることができるように支援するためには、包括的・継続的ケアマネジメントによる関わりが求められています。
- しかし、現状のケアマネジメントは、必ずしも「包括的・継続的」な関わりができていない実態があります。

《包括的とは》

- 一人ひとりの高齢者が地域で暮らし続けるためには、高齢者の状態に合わせて様々な支援が必要となります。「介護保険の対象となった場合」「医療の対象となった場合」「在宅の場合」「施設に入所した場合」というように、特定のサービスを利用する場合や、特定の状態の場合だけをケアマネジメントの対象とするのではなく、一人ひとりの高齢者が地域で暮らし続けるため、高齢者自身の努力とともに、地域における様々な資源を活用し、必要な支援を広く集め、生活を総合的に支えることを目指すものです。
- 高齢者の生活をできる限り継続して支えるために、近隣の支え合いやインフォーマルな関わり、介護予防のための活動やサービス、さらには介護サービス、医療サービス等、様々な支援がその高齢

者の状態に合わせて包括的に提供されるようケアマネジメントを行う必要があります。

■特に、病院・施設に入院・入所、病院・施設から退院・退所する高齢者や、医療依存度が高い状態、あるいは要介護度が重い高齢者を地域で生活し続けられるように支援するためには、地域の様々な専門機関が協働してその機能を適切に発揮できるよう調整を行う必要があります。

■高齢者自身が様々な支援を自分で探して個別にアプローチすることは容易ではありません。また、特定のサービスに関するケアマネジメントだけを考えているのであれば、高齢者への生活支援がそのサービスの領域に限定され、地域で暮らし続けるための支援としては不十分となる場合があります。

【包括的な関わりの事例】

【事例】—病院の「地域連携室」を中心とした包括的ケアマネジメント支援—

ある病院の「地域連携室」が核となって、入院中から退院およびその後の在宅生活を支援するケアマネジメントを行っている。退院に向けて、住宅事情や介護力に応じた必要な身体機能を獲得するためのリハビリテーションを実施し、住宅環境を整備し、必要なサービスを利用できるようにする一方、入院中の治療内容や病状の回復の状態に合わせて退院後のかかりつけ医への引き継ぎなどを手配する。地域連携室のソーシャルワーカーは、カンファレンスを行いながら、退院後の在宅生活が可能になるように、病院内外の医師、PT、OT、介護支援専門員、保健師、市の介護保険課及び高齢者支援課などと連携できるように定期的に会議を開催し、在宅生活を支援する体制を作っている。

■上の事例の「地域連携室」が核となって行っている包括的ケアマネジメントを、介護支援専門員が地域で実施できるように、地域包括支援センターの主任介護支援専門員が、介護支援専門員からの相談を受けたり、様々な関係機関に働きかけ、ネットワークを構築することが、有効なケアマネジメント支援の基盤となります。

《継続的とは》

■施設や病院の入退所（院）に際しては、在宅と施設・病院の間で継続的なケアマネジメントが確保されておらず、地域で暮らし続けるための支援の一貫性が保たれていないという問題点が指摘されています。

■高齢者の状態は時間や場所とともに変化をし、その変化は必ずしも直線的なものではありません。例えば、発病や病状の悪化によって一時的に入院したり、要介護状態になったとしても、回復して再び在宅での自立生活が可能になったりします。

■したがって、高齢者の心身の状態や生活環境などの変化に応じて、適切な支援やサービスを組み合わせ提供できるよう、継続的なケアマネジメントが必要となります。

【継続的な関わりの事例】

- 1 かかりつけ医から介護支援専門員に、体力低下により検査入院（居宅介護支援中断）した旨の連絡あり。

S診療所の医師より、電話があり、「十数年来、かかりつけ医として自分が関わっている77歳のBさん（介護保険の要介護1と認定されている）が、今まで何もサービスは利用していなかったが、最近外出の回数も減り、体力低下もあるので通所介護の利用を勧めたら、行ってみようかという話になったので、居宅介護支援事業者を紹介した。そのうち相談に行くかもしれないのでよろしく」とのことであった。（S医師と担当介護支援専門員は地域の学習会で顔見知りの関係）。2日後に、Bさんより電話があったため訪問したところ、居宅介護支援の申し込みを受けた。Bさんも家族も通所介護の利用には熱心で昨日見学に行き、気に入った様子。数日後から通所介護サービスの利用が開始されたが、Bさんは疲れがひどく体がついていかない様子。S医師も心配し、日頃から病診連携のあるI病院に検査入院を勧め、Bさんもそれに応じて入院した。

- 2 入院中にターミナル期に進行。

検査入院した病院との病診連携がよく、S医師は家族の相談にもものる。

検査の結果、悪性腫瘍が発見され、予後は半年と診断され、体力回復を目的に入院となる。病気の進行が予想以上に早く3か月後にはターミナルと診断され、家族はそのまま入院を継続するか、在宅で看取るか意見が分かれる。Bさんの強い希望もありI病院の主治医とS医師、家族と協議の結果、退院することになる。

- 3 在宅での看取りを家族が選択。退院後、居宅介護支援再開、在宅ターミナルへ。

介護保険のサービス利用は、2回の通所介護利用で入院となったため、居宅介護支援は約3か月間中断していたが、入院中もS医師から時々Bさんの経過を聞いていたので介護支援専門員は、家族が在宅で看取ることに決定後、直ちにI病院を訪問。Bさんの健康状態の確認とともにI医師による家族への終末期介護指導にも参加。病院内でS医師もBさんも加わり退院計画を作成。S医師の往診、訪問看護、訪問介護、ベッド貸与等の計画を実施できるように準備。1週間後に退院したBさんは満足。介護支援専門員は家族の意見がずれないように配慮しつつ、主介護者、介護支援専門員、S医師のきめ細かな情報共有のなかで訪問看護師、訪問介護員も安心して在宅ターミナルケアに参加し、退院後約1か月後に自宅で家族やケアチームメンバーに看取られて逝去した。

この事例のように数回のサービス利用で居宅介護支援が中断した場合には、医療保険サービスが中心となるため入院中の情報は介護支援専門員には入らず、家族も不安な中で手続きに奔走したり、新たな説明や対応についていけないまま、家族間の意見が不一致となる場合がある。Bさんの場合はI病院入院中もS医師を通して介護支援専門員は日常的にBさんの状態の変化を知り、退院への方針が決まった直後から、介護支援専門員は在宅ターミナルケアの準備に入ることができたため、家族も不安なく、最後まで協力し、納得のできる看取りができた。健康状態の急変に対しても継続的な関わりができた事例である。

継続的ケアマネジメントを実現するためには、入院により在宅支援が中断した際の継続した状況把握や、退院時に再び介護支援専門員との関わりへつなげること、さらに退院前にサービス担当者会議を行うための支援も大切である。

1.2 包括的・継続的ケアマネジメントにおける 地域包括支援センターの役割

■要介護高齢者等に対して包括的・継続的にケアを提供していくためには、ケアマネジメントの提供に際して、個々の介護支援専門員が一人で個別に様々な機関と連携を図るだけでなく、市町村が行う保健・医療・福祉サービス、地域住民による自主的なボランティア活動やインフォーマルなサービスなど、多職種・多機関がシステムとして連携できる地域包括支援ネットワークを構築・活用することが必要です。

■このような体制構築や介護予防の視点に基づくケアマネジメントといった課題の解決は、介護支援専門員によるケアマネジメントのみでは難しく、公正・中立性の確保と包括的・継続的ケアマネジメントの強化の観点から新たに地域における総合的なケアマネジメントを実施・調整する機関として「地域包括支援センター」が創設されました。

1.3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

■地域包括支援センターにおいては、包括的・継続的ケアマネジメントの強化に向けて、①包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築、②個々の介護支援専門員に対して、ケアマネジメント力向上支援の取組を行います。

■こうした業務を行うに当たっては、地域包括支援センターで相談窓口を設置するだけの待ちの姿勢では、何も解決しません。積極的に地域に出向き、自ら地域の介護支援専門員や関係機関に対して、働きかけていく姿勢で臨むことが大切です。具体的には、主治医をはじめとする種々の機関に出向いたり、会合を開催してネットワークづくりを行ったり、また、介護支援専門員からの個別事例の相談に応じたり、事例検討会やケアカンファレンスを開催し、時には協働して関係機関に働きかけたりすることが重要です。特に主任介護支援専門員は、地域の要介護高齢者を対象とするケアマネジメント支援において、責任をもって中心的役割を担うことが必要です。

第2節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施

2.1 地域のケアマネジメント力強化の基本的考え方

2.1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築

■個々の介護支援専門員が一人で多職種・多機関との緊密な関係を作っていくことは容易ではありません。

■地域包括支援センターにおいて、介護保険外の関わりも含め包括的・継続的ケアを可能にする体制を作り、その体制のもとで、主任介護支援専門員が地域の介護支援専門員を支援して、個々の介護支援専門員が多職種・多機関と連携をとりながら高齢者を支える活動ができるようにすることが大切です。

【キーワード】 地域の力を活かす

【事例】—地域連携推進会議の開催—

<概要>

地域包括支援センターでは、地域における民生委員・各職能団体・地域型在宅介護支援センター・地域リハビリテーション広域支援センターなど支援の提供者を中心とした推進会議の体制を作り、役割の確認及び推進会議としての介護支援専門員に対する独自の支援の方法を検討していく。

<目的>

支援におけるネットワークを作ることにより、それぞれの担うべき役割を明確にし、地域における支援体制を作っていく。介護支援専門員との関わりの持ち方及び介護支援専門員の役割も地域の中で明確にしていくことで相互を支える体制を作っていく。

<事業内容>

- ・ 推進会議の定期開催
- ・ 推進会議の独自事業の実施（マップの作成・連携方法のリーフレットの作成等）
- ・ 交流会の開催

<事業を進める上で、連携体制を構築するために留意したポイント>

- ・ 各種団体等構成メンバーとの連携
- ・ 目的の共通理解
- ・ 実働できる事業計画の策定
- ・ より現実的・実働・活用できる具体的な方法の検討と理解が必要
- ・ 机上の会議のみは極力避ける
- ・ 行政も構成メンバーとして参加を要請

■具体的には、次のようなことが考えられます。

- ア 市町村、保健所、福祉事務所、病院等関係機関との連絡体制の構築
- イ 地域の保健・医療・福祉サービス等に関する情報の収集及び提供
- ウ 地域ケア会議等、介護保険以外のサービス提供が必要な高齢者を対象とする効果的な介護予防・生活支援サービスの総合調整、地域ケアの総合調整の活動推進
- エ ボランティア活動、NPO 等によるサービス提供、地域の助け合いなどのインフォーマルサービ

スと協力・連携できる体制づくりと、地域におけるインフォーマルサービスの開発やネットワーク化などインフォーマルサポート機能の強化

■市町村は、地域包括支援センターの責任主体として、また介護保険の保険者として、さらには高齢者福祉を推進する立場や、あるいはまちづくりの視点から市全体として、こうした地域包括支援センターが行う多職種・多機関のネットワーク構築を支援する必要があります。

■市町村に複数の地域包括支援センターがある場合には、市町村がそれらの地域包括支援センター同士の連携を支援し、これらを束ねる役割を果たす必要があります。

2.1.2 介護支援専門員に対する個別支援

1) 介護支援専門員が行うケアマネジメントが現在抱えている課題

■ケアマネジメントは介護保険のスタートに合わせて制度化され、この間広く定着をしてきました。

■一方で、ケアマネジメントの現状をみると、次のような課題があります。

① 基本プロセスが不十分

アセスメントやケアカンファレンス、モニタリング等のケアマネジメントの重要なプロセスが十分に実施されていない。

② ケアカンファレンスが不十分

サービス担当者会議が十分に機能せず、ケアプランに組み込まれたサービスが要介護状態の維持や改善につながっていない。

③ 多職種・多機関との連携が不十分

主治医をはじめとした多職種・多機関との連携が不十分。

④ 継続的なケアマネジメントが不十分

在宅と施設の間など、利用者の状態の変化に応じた継続的なケアマネジメントが不十分。

⑤ 公正・中立性に課題があること

併設しているサービス事業所等のサービスを優先してケアプランに位置づける傾向があり、公正・中立性の観点から改善が必要。

■介護支援専門員の業務の現状には次のような課題があります。

① 他の専門職からの支援等を受けにくいこと

小規模事業所が多いため、介護支援専門員が自身の力量に不安を感じながらも、他の専門職からの支援やスーパーバイズを受けにくい。

② 専門職としての資質にバラつき

業務範囲が標準化されておらず、研修体系も確立していないため、専門職としての資質にバラつきがある。

③ 業務負担が過大

利用者増により、介護支援専門員一人当たりの担当件数が増えているだけでなく、支援困難事例

も担当しているため、業務負担が過大となっている。

2) 介護支援専門員を支援し、ケアマネジメント力を高める取組

■地域包括支援センターの主任介護支援専門員は、担当地域の介護支援専門員を支援してそのケアマネジメント力を高めるために次のような支援体制をつくることが求められます。

- ア 担当地域の介護支援専門員や居宅介護支援事業所の把握や、必要に応じた援助
- イ 施設・病院と在宅との連携、他制度を円滑に利用するための関係機関との連携体制の構築（関係機関がサービス担当者会議に参加できるような環境づくりなど）
- ウ 介護支援専門員（居宅介護支援事業所、介護保険施設等）* に対し、相談窓口の開設・研修の実施や様々な機関が行う研修の情報提供
- エ 支援困難事例に対する事例検討会開催などの支援
- オ 介護支援専門員同士のネットワーク組織の育成
- カ 個別のケアプランの作成指導

【留意点】

- 現状では、地域包括支援センターの担当地域の高齢者が担当地域外の事業所に属する介護支援専門員の支援を受けている場合もある。地域の高齢者に包括的・継続的にケアを行っていくためには、担当地域外の事業所及び介護支援専門員に対しても、他の地域包括支援センターと連携をとりながら関わっていくことが必要となる。利用者の利便性を考え、柔軟に対応することが求められる。

【参考資料】* 介護保険法第7条第5項の規定からも、在宅と施設の介護支援専門員は、同様に地域包括支援センターの主任介護支援専門員の支援も受けながら、協力して在宅復帰も視野に入れた包括的・継続的ケアマネジメントを行うことが求められています。

【条文】 介護保険法（平成17年6月改正）第7条（抜粋）

- 5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であつて、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

3) 関係機関等への働きかけを行い、ケアマネジメント力を高める取組

■主任介護支援専門員は、他の職員と協働して、地域包括支援ネットワークを構築することが大切です。

2.2 具体的な業務の進め方

■具体的な業務の進め方の基本は、ケアマネジメントのプロセスと同様、①担当地域及びその介護支援専門員の状況を把握すること（アセスメント）、②何から取り組むか優先順位をつけて計画的に行うこと（計画作成）、③計画を実行すること、④取組の評価を行い今後の取組の見直しを行うこと（モニタリング）というプロセスを追って進めます。

① 担当地域及びその介護支援専門員の状況を把握すること

■地域の状況は千差万別なので、特に介護支援専門員がケアマネジメントを行うに当たって地域の実情や課題となっていることは何かを把握します。

■ケアマネジメント支援を行うためのアセスメントとして、介護支援専門員の現状把握（抱えている悩みや課題・ケアプランの現状・囲い込みや抱え込みの実態等）は欠かせません。

【キーワード】 地域の把握

【事例】

「富山市におけるコーディネーターを軸とした地域包括ケアの実践」においてコーディネーターが地域活動を進めるに当たり、地域を知るために、地図を片手に自転車で地域を巡回し、関係団体をまわるということをした例が紹介されている。それをもとに、コーディネーターマニュアルを作成した。次の図はマニュアルからの抜粋である。

地域活動の進め方（地域ケア推進コーディネーターマニュアルより）

1 コーディネーター 1 日目は、まず地域を 1 周してみよう

地図を片手にまずは地域を 1 周することが
地域を理解する第 1 ポイント！

農村地帯かと思えば
住宅地もある

中央にはレクリエーション
のできそうな公園が



東の端は上市町、西の端は
常願寺川

バイパスに面し交通量も多く
お年寄りには危険だ

2 コーディネーター 1 週間目は、地域の人と顔見知りになろう

関係機関・団体の人と顔見知りになろう

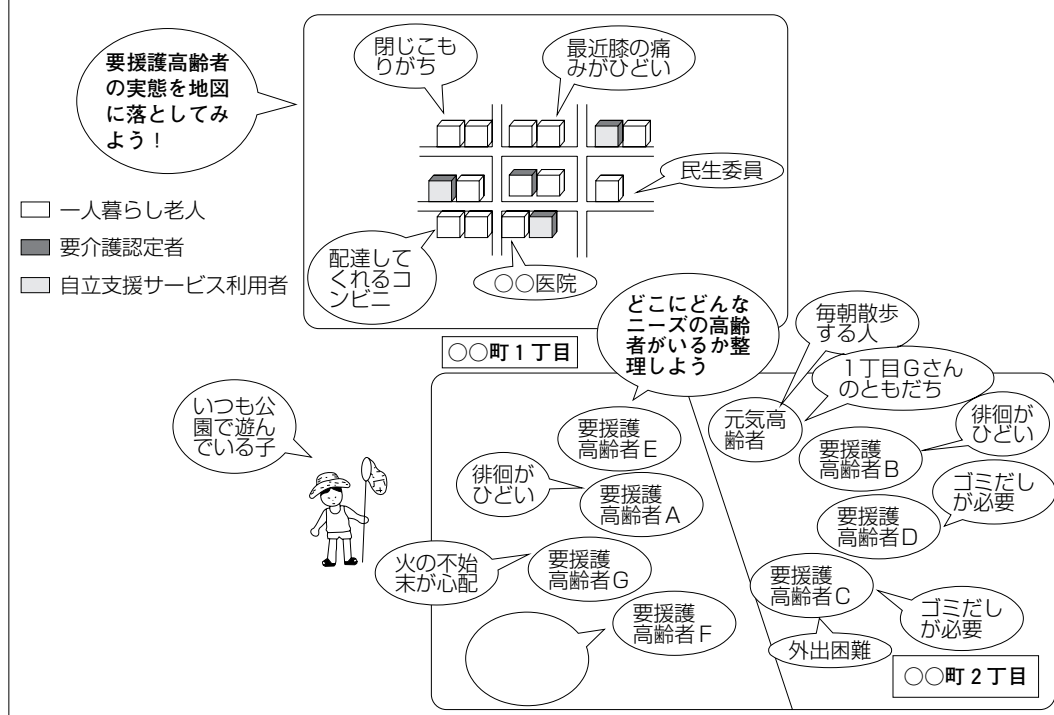


自治振興会長
社会福祉協議会長
民生委員・児童委員会
ボランティアコーディネーター
保健衛生連合会長
保健推進員
食生活改善推進員
長寿会長
体育協会会長
体育指導委員の代表
ふるさとづくり推進協議会長
高齢福祉推進員
保護司の代表

地区センター所長
公民館長
介護保険施設長
介護サービス事業者
居宅介護支援事業者
保健福祉センター保健師
開業している医師
開業している歯科医師
開業している薬剤師
警察官（派出所等）
消防
金融機関
郵便局
etc.

地域の医療機関は全てまわろう！

3 地域の要援護高齢者の実態を整理しよう！



【キーワード】 アンケート調査

【事例】

市が実施した多職種・多機関連携に関するアンケート調査の結果、通所リハビリテーションで行われている具体的なリハビリテーションがよく分からず、リハビリテーション職種（PT、OT、ST）に聞きにくいという意見が寄せられた。

そこで、地域のリハビリテーション職種に広く呼びかけて意見交換会を実施した。

【キーワード】 ケアプランチェック

【事例】

複数のケアプランチェックを行った結果、住環境に課題があることが浮き上がった。そこで、住宅改修事例の調査を行った結果、転倒骨折の恐れのある高齢者に対して、適切な住宅改修が行われていないことが判明した。これを踏まえて、福祉用具・住宅改修研修事業を実施したところ、適切な住宅改修事例が増加した。

② 何から取り組むか優先順位をつけて計画的に行うこと

■主任介護支援専門員一人のできる業務量は限られています。また取り組まねばならない課題は多いだけでなく、一朝一夕で解決できるものではないので、取り組むべきことに優先順位をつけ、計画的に取り組むことが大切です。

■特に同じ課題があっても解決する方法は一つではありません。その課題に対応して、何を行うか、どうやって行かなど、地域の実情に応じた多様な方法を検討します。

③ 計画を実行すること

■地域の課題に応じた具体的な計画の実行に取り組みます。

■地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、「包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築」と「介護支援専門員に対する個別支援」の2本柱で構成されます。2本柱は、それぞれ別個に行うものではなく、相互に密接な関係を持ちながら行う必要があります。

■ただし、場合によっては包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築に取り組むよりも、個別事例に対し具体的に対応していくことが有効な場合があります。いずれにしても介護支援専門員に対する個別支援を進めていく中で、包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築を考えなければならない場面も多々出てきます。

■包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築については、地域によってある程度進んでいるところもあれば、これから新たに作らねばならないところもあり、地域によって整備状況に差があると思われます。体制構築には、時間もかかり、簡単には完成に至らないと考えられます。同時にその体制の維持には常に気を配らなければなりません。

④ 取組の評価と今後の取組の見直し

■自らの取組や地域の状況・介護支援専門員の現状を定期的に評価し、今後の取組の方針を適宜見直すことが必要です。

■主任介護支援専門員は、介護支援専門員から提起された課題に対してケアマネジメント支援をした結果、その介護支援専門員が業務を行う上で困難度が軽減したか、軽減しなかったのかの評価をする必要があります。地域包括支援センターに支援を求め、受け止めてはもらったが、結果的には困難度は何も変わらなかったということがないようにする必要があります。

■また、提起された事例についてケアマネジメント支援を行っていく中で、サービス担当者会議などのプロセスが適切に踏まえていないとか、利用者にケアマネジメントや介護サービス計画の目標が理解されていなかったのではないかなど、担当の介護支援専門員とともにケアマネジメントのプロセスを検証することも大切です。

■このような検証を行っていくと、地域には同じような課題を抱えた介護支援専門員が複数いることが分かり、検証チームをどのように編成するかなど、計画的に取り組むべき新たな課題を見出すことにもつながります。

■取組の評価を行った結果、困難事例に対する軽減策が見い出せないなど、ケアマネジメント支援の効果が予測していたほど得られなかった等の場合には、関係機関と協議し、到達目標や役割分担を見直しするなど、今後の取組を見直すことが必要です。

第3節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の具体的内容

■業務は、例えば次のような枠組で構成されます。

地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（例）	
1) 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築	2) 介護支援専門員に対する個別支援
① 関係機関との連携体制づくり ② 医療機関との連携体制づくり ③ 地域のインフォーマルサービスとの連携体制づくり ④ サービス担当者会議開催支援 ⑤ 入院（所）・退院（所）時の連携	① 相談窓口 ② 支援困難事例を抱える介護支援専門員への対応 ③ 個別事例に対するサービス担当者会議開催支援 ④ 質の向上のための研修 ⑤ ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導 ⑥ 介護支援専門員同士のネットワーク構築 ⑦ 介護支援専門員に対する情報支援 ⑧ ケアプランの趣旨に基づいてサービスが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等の働きかけ

■それぞれの業務内容ごとに、その具体的な実施方法、留意点など、事例を通して取組方を示します。

1) 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築

① 関係機関との連携体制づくり

■関係機関との連携体制づくりでは、地域の介護支援専門員自身が関係機関と連携・協働できる環境を整え、介護支援専門員と多職種との連携・協働体制を構築します。

【本章（包括的・継続的ケアマネジメント）の章末の参考様式②（116頁）を参照】

■特に、在宅と病院・施設との間を行き来する高齢者のためには、介護支援専門員と主治医を中心とする病院・施設と在宅の連携支援システムを作ることが重要です。

■特に利用者の既往症、治療内容やサービス利用の履歴などのデータを関係各機関が円滑に受け渡しできるよう、統一書式など一定のルールを定めて整備することが有効です。

【キーワード】 多職種との連携協働

【事例】 一地域ケアサービス部会—

市が実施した多職種・多機関連携に関するアンケート調査の結果、通所リハビリテーションで行われている具体的なリハビリテーションの内容がよく分からず、リハビリテーション職に聞きにくいという意見が寄せられた。

そこで、地域のリハビリテーション職種（PT、OT、ST）との連携体制をつくるために、定例の地域ケアサービス部会の中で、市内医療機関・介護保険施設・通所リハビリテーション担当のリハビリテーション職種との意見交換会を実施したところ、すべての施設から16人の参加があった。

介護支援専門員からは、「リハビリテーションにつなげれば、何とかしてくれるのではないか」という期待が聞かれた。それに対し、リハビリテーション職からは、医療リハビリテーションの現状が語られ、介護保険では生活リハビリテーションを目指しているのも、リハビリテーションのみではなく訪問介護等で一緒に支援する方法が大切という意見があった。

今後は、実際にサービスを利用していない事例でも、互いに相談に応じること、さらに事例検討会でよりよい連携方法を考えようということになった。

同じように医療機関の医療連携室や、総合病院の精神神経科スタッフ、医師会とも連携における課題の抽出や話し合いの場を設けていく予定である。

② 医療機関との連携体制づくり

■介護支援専門員と医療機関の専門職が連携して支援を行うことが重要ですが、互いに多忙等の理由から相談を行う時間が持てなかったり、情報共有が十分にできていない状況があります。関係者が容易に情報の交換や共有ができるような環境づくりの一環として、例えば地元医師会を通じて行う意見交換の場づくりや情報の交換や共有の統一の方法やルールを定めることなどの取組が大切です。

【キーワード】 高齢者保健・医療・福祉の連携

【事例】

<概要>

医療機関と地域がスムーズに連携を図るための第1段階として、保健・福祉（介護を含む）制度を医療機関の現場にいる専門職種（看護師、PSW等）に理解してもらうため、地域包括支援センターが医療機関に直接出向き、福祉の立場から保健・福祉制度に関する説明会を開催。

<事業内容>

対象：市内総合病院（3病院）、中間型病院（5病院）、の計8病院の総看護師長、看護師長、主任看護師及びSW、PSW等。

日時：各病院の都合に合わせて日時を設定。（新年度がスタートした3～4か月後に集中的に実施するよう計画）訪問時間は各病院とも平均60分程度。

内容：○保健・福祉（介護保険）制度の概要説明及び制度の上手な活用方法と地域の相談窓口、連携先等の紹介。

○情報交換、意見交換（院内の中で日頃から感じている疑問や要望等）

<留意点・ポイント>

説明会の開催について、根回しを病院のどこのポジションにするかを検討した。

今回は、日頃から連携が取れている地域連携室の看護師やPSWに開催目的や内容を説明し、意図を総看護師長に伝えてもらうこととした。又、説明会の対象は現場の看護師とPSWだけでなく、責任者レベル、中間レベル、実務レベルともに制度内容を共有し、連携の意義について理解をしてもらうことが必要と判断し、訪問や電話などで話し合いを重

ね、正式な依頼文書を病院長と総看護師長に送付するという段取りで進めた結果、時間設定や出席者への配慮について協力が得られた。

【キーワード】 地域医師会、地域保健対策協議会

【事例】 一医師会、地域保健対策協議会等との連携—

医師会や医師会が参画する地域保健対策協議会などと連携することにより、地域の医療機関、医師などと顔の見える関係の構築が可能となる。

＜留意点・ポイント＞

医師会も介護保険に対して大きな関心を持っており、介護支援専門員協会等との話し合いの場を望んでいる。研修会などへの積極的な参加により、顔の見える関係が構築可能となる。

【キーワード】 情報を共有—ともに成長

【事例】 一病院連絡会—

市内の病院とその併設施設との連絡会を定期的に開催。

＜留意点・ポイント＞

医師と介護支援専門員が必要としている情報の内容等に相違があったため、まず、なぜその情報を必要としているかという問題点を明らかにすることから始め、連絡会を重ねることによって、情報の共有を深めるとともに、その他の問題提起や改善につなげた。

③ 地域のインフォーマルサービスとの連携体制づくり

■まず、地域にあるインフォーマルサービスについての情報を把握することが大切です。地域によって異なりますが、地域包括支援センター内の社会福祉士や保健師、あるいは地区の社会福祉協議会や市町村が、こうした情報を把握していることがあります。さらに、介護支援専門員同士のネットワークを使って把握することも可能であると考えられます。こうして把握したインフォーマルサービスの情報については、その活動内容や特徴、連絡先などの一覧を作成するなど、いつでも誰でも利用できるように情報を整理しておきます。なお、定期的、あるいは随時情報の見直しをすることも大切です。

■地域のインフォーマルサービスとの連携を強化するに当たっての活動の基本的考え方、方法には次のようなことが挙げられます。

- ・地域組織と固有名詞の関係になる。^{*}（*：名刺交換、顔見知り、名前を知り合う関係等）
 - （例） 民生委員協議会の定期的会議には必ず出席する。
 - その他、地区自治会、地区社会福祉協議会等が行う各種の地域行事に対して積極的に参加し、可能な限り協力できるよう体制を整える。
- ・地域住民、地域組織からの信頼を得られるよう意識的に努める。
 - （例） 民生委員をはじめ地域住民からの情報により実態を把握し、対応した事例については、途中経過も含め最終的な顛末について確実に報告する。
- ・地域包括支援センターから地域に情報発信していく機会をつくる。
 - （例） 地域住民に対する保健・医療・福祉に関する勉強会等を企画運営することで、地域住民に対する意識啓発の機会を確保する。

【事例】一見守りネットワーク

介護支援専門員は担当する認知症の事例について徘徊時、家族より対応を求められることが多いことから、介護支援専門員だけでは対処が困難であると判断して地域ケア会議を開催。警察、市の防災課、高齢者支援課、認知症のひとと家族の会、民生委員、コンビニ、タクシー、サービス事業者、グループホーム、特養、老健などで見守りネットワークを作ることとした。事務局は市の高齢者支援課が担当し、拠点グループホームとして、24時間の連絡体制を確保した。家族の混乱を防ぐような相談支援、警察への連絡、保護された方が安心していられるようにデイサービス、特養、グループホームなど認知症の対応ができる場所を確保する。また、デイサービスの送迎時、タクシーなどの交通機関を利用した検索、コンビニなどへ連絡、家族の会の相互サポートのネットワークを立ち上げ、安心して住める地域を目指すこととした。

④ サービス担当者会議開催支援

■サービス担当者会議において利用者の課題、目標を共有し、支援者がそれぞれの役割分担を認識することにより、目標に向かって各支援者がチームとして連携しながら支援を行うことが可能となります。

■したがって、地域包括支援センターでは、サービス担当者会議に、利用者、家族、介護支援専門員、主治医、介護保険のサービス事業者のみならず、インフォーマルサービスの提供者など利用者にかかわる機関ができる限り参加できるよう支援します。

■具体的には、地域包括支援ネットワークを構築する過程で関係機関に対し、サービス担当者会議についての理解を得られるように働きかけたり、介護支援専門員が関係機関にサービス担当者会議への参加を求める際のルールづくりなど、地域の実情、個々の事例に応じて対応は異なりますので、柔軟に対応します。

■また、こうした関係機関との調整は、日頃からの働きかけが重要です。

⑤ 入院（所）・退院（所）時の連携

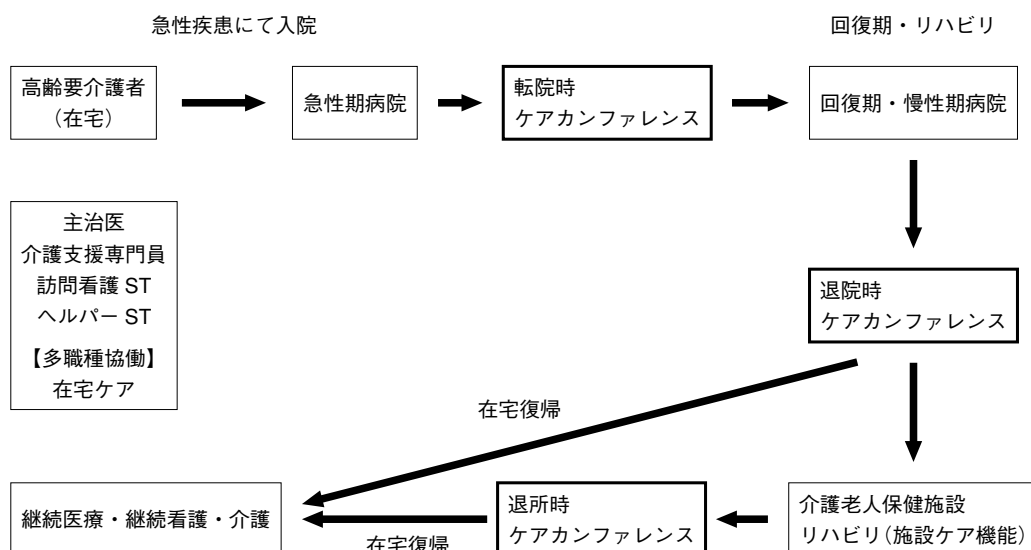
■高齢者が入院（所）、退院（所）し、生活の場が変わっても、高齢者自身の生活は継続しており、一貫した体制で継続的にケアマネジメントが行われる必要があります。そのため、入院（所）前、又は退院（所）前に必要に応じてケアカンファレンスや居宅への訪問などが行われ、どのような支援が必要かを共有できるよう、利用者・家族、居宅介護支援事業所の介護支援専門員や介護保険施設の介護支援専門員、病院の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等との調整を行います。

■例えば、入院患者の退院に際しては、利用者・家族と入院先の医療機関、主治医、介護支援専門員、訪問看護師、ホームヘルパー、医療ソーシャルワーカー等が会議を開き、現在の身体の状態、家庭の状況について情報を共有し、退院までの病院の役割や、退院後の在宅でのケアについて話し合っておくことにより、退院後の日常生活が円滑に送れるよう、退院の前後で一貫した支援をすることができます。

■このような退院支援と長期のフォローアップとを合わせて、急性期病院から地域での生活に戻るための地域における受け皿づくり・支援体制を整備する必要があります。

【参考】 ケアカンファレンスの継続による入院・退院時の連携の事例

高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医と介護支援専門員がケアカンファレンスに参加



【キーワード】 地域連携室、退院支援

【事例】 一地域基幹病院との連携事業一

<概要>

地域の基幹病院との連携を図るためには、病院内の地域連携室に配置されている医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師との連携強化が必要となる。特に医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師は、主治医と介護支援専門員との連携の橋渡し役として継続的ケアマネジメントに重要な役割を果たしていることから、その連携強化を図る。

<目的>

基幹病院の地域連携室との連携強化により、退院時期などの情報収集が容易となり、スムーズな退院支援を目指す。

<事業内容>

多くの基幹病院はケアカンファレンスを恒常的に開催していることから、そこへ地域連携室を通じ、地域ケアの代表として積極的な参加ができる仕組みをつくる。

<留意点・ポイント>

地域医療にかかわるカンファレンスを中心に参加の体制をつくる。

2) 介護支援専門員に対する個別支援

① 相談窓口

■介護支援専門員は、職場内にスーパーバイザーを持たない場合が少なくありません。個々の事例の対応のみではなく、制度の確認や通達等の解釈に疑問を感じても尋ねる人がいなかったり、すべての問題を一人で解決することを求められることもあります。こうしたことによって重圧を感じてい

る介護支援専門員が、主任介護支援専門員に悩みを相談することによって、不安を解消できるような相談窓口を設けます。

■相談は電話、手紙やEメール、来訪面談で受ける他に、地域の事業所を巡回訪問するなど、多様な機会を設けて積極的に悩みを受け止めることが大切です。

【キーワード】 介護支援専門員を支える力

【事例】—相談窓口—

毎週金曜日(15:00～17:00)の2時間、介護支援専門員からの電話による相談を受ける。

内容によっては面接相談や事業所へ出向くこともできる体制をとっている。

＜留意点・ポイント＞

- ・ 相談してきた個人を守る。
- ・ 相談者の思いを理解し、一方的な形だけの回答にならないようにする。
- ・ 電話相談窓口の利用者の中で直接面接による相談対応を望む介護支援専門員に対して資料などを提示しながら具体的な相談支援を行う。
- ・ 随時、相談の電話受付の中で必要な相談者への面接、同行訪問を組むようにする。
- ・ 相談日の設定に当たっては、できるだけ適宜の対応ができるよう、回数と時間に配慮する。

【事例】—相談内容の活用—

個別の相談事例の中から地域の高齢者の抱えている問題点や介護支援専門員が求めている情報などを整理し、研修テーマ決定、相談支援の材料として参考にしている。

＜留意点・ポイント＞

地域包括支援センターにおける相談支援の標準化を図るため、他のセンターの担当者との連絡会を開催して相談方法や内容の検討を重ねる。

【キーワード】 出前相談

【事例】—巡回相談事業—

主任介護支援専門員などと市とで協働、各事業者からの希望により直接出向き相談に応じる。

＜留意点・ポイント＞

- ・ 一方的な指導にならないよう注意し、対話式で実施する。
- ・ 今後は事業所内でもできる、具体的な方法を検討する。
- ・ 指導したことの事後評価と必要に応じた継続的支援を検討する。

【キーワード】 地域のケアマネジメントリーダーの活用

【事例】—相談窓口事業—

主任介護支援専門員だけでなく、すでに養成された地域のケアマネジメントリーダーを活用した支援活動を通じて、介護支援専門員の資質の向上を図る。

＜留意点・ポイント＞

- ・ 一般相談では問題解決に困難性のある相談に対して地域のケアマネジメントリーダーと連携して地域特有の課題についての専門相談を検討する。
- ・ 個別対応しなければならない事例があり、回答として画一的に返答することが困難な場合もあることから、一つひとつの事例に対して具体的な回答の積み上げを行い、相談を受ける側の対応の質の向上を図る。

■また、相談への回答も一般論による助言では問題解決につながらない場合もあり、主任介護支援専門員自身も、必要に応じて支援を求めてきた介護支援専門員とともに同行訪問するなど、ケアマネジメントを個別に支援することもあります。

■相談者が相談に来るときは多くのことを考えた上でまだ解決と糸口が見つからないときです。まずは相談者がどうしてそう考えたかを聞き、受け止め、ともに考える姿勢が必要です。その上でもう一度アセスメント、ケアプランの見直し、インフォーマルサービスの活用などを行い、相談者と利用者がともに納得できる支援を考える必要があるということを理解してもらいます。

■経験の浅い新任介護支援専門員にとって、能力不足の不安があり、業務の進め方や書類の記入の仕方も気軽に尋ねる相手がいないと、ささいなことでも大きなストレスと感ずることがあります。そのような不安を取り除き、安心して活動できるよう支援することも、事業所管理者だけでなく主任介護支援専門員の役割として重要です。

■このような多様な相談の受け入れによって、長期的に見ると、介護支援専門員のバーンアウトや短期間での離職の防止に効果が期待できると思われます。また、勤務継続の延長を図り、中堅以上の介護支援専門員を確保していくことにつながり、結果的に地域全体のケアマネジメント力の向上に資することとなります。

■相談に当たっては、相談者（介護支援専門員）ごとの個人相談カード等の記録を残し、再度相談があった場合などに活かします。【本章（包括的・継続的ケアマネジメント）の章末の参考様式①（113頁）を参照】

② 支援困難事例を抱える介護支援専門員への対応

■支援困難事例に関しては、特に多職種・多機関との連携による解決が必要となります。支援困難事例を抱えた個々の介護支援専門員が一人で必要な連携先を探し出し、連携をとることは負担が大きく、支援困難事例の抱え込みにつながると考えられます。地域包括支援センターの主任介護支援専門員等が、考えられる必要な連携先を確保しておき、支援困難事例の相談が入ったらつないでいくなどの支援が有効です。そのためにも、日頃から「いざというときに頼める関係」を作っておくことが大切です。

■支援困難事例の解決は、多機関連携だけでなく、スーパービジョン（支持的・教育的支援）による介護支援専門員自身の援助の振り返りを支援することが重要です。

【キーワード】 強固なサポートネットワーク

【留意点】—ほかの部署のサービスをうまく使うための人脈づくりとシステム化—

高齢者が精神障害を抱えていたり、生活困窮世帯などの場合、行政の精神障害担当部署や生活保護担当部署との連携は不可欠である。

また、これらの部署から要介護認定や施設入所の相談も日常的に持ち込まれることもあるので、一緒に相談に乗り、業務の押し付け合いにならない姿勢が大切である。

そのためにはお互いに業務範囲や内容をよく知ること、相手の考え方や不安などに配慮しながら、話し合いを進めることが重要である。

担当者同士の間関係を作っておくことは大切だが、行政では人事異動により担当者が変わることも多いので、できるだけ人脈だけに頼らず、連携対象や方法がシステムとして継続されるように、文章化しておくこと等も必要である。

■地域包括支援センターが働きかけ、開拓した連携のツールである地域包括支援ネットワークは、地域包括支援センターのみが利用するのではなく、担当地域の介護支援専門員に広げていき、介護支援専門員自身が必要に応じて連携して動けるようにしていくことも必要です。

■支援困難事例等、個々の介護支援専門員が解決困難な問題の相談に対しては、主任介護支援専門員が直接その問題を引き受けて解決するのではなく、解決の糸口や連携や協力・支援を求めるための窓口を示して、介護支援専門員自身の問題解決能力を高めるよう支援することが大切です。なお、こうした支援を実施しても解決できない支援困難事例については、一定の能力を有する居宅介護支援事業者を紹介するなどの方法も考えられます。

■個別事例への対応において、担当介護支援専門員に対する継続的支援が必要となる場合には、当該利用者に関する情報を利用者基本情報等に記録として残すことが有効です。

■ただし、前述の援助において、必要があれば主任介護支援専門員がともに行動することも必要です。

【事例】

介護支援専門員が判断に迷ったときや、具体的方策における方法が見つからず悩んでいたときに（例：虐待事例など）、相談窓口の例示と連携の方法、対応のポイントなどを助言する。サービス担当者会議へもオブザーバーとして参加する。

<留意点・ポイント>

- ・ 様々な相談窓口を具体的に紹介（どこの誰にどう聞くのか）
- ・ 円滑に相談が進むよう事前に連絡を入れ、連携体制の窓口を開いておく（例えば、「○○さんが相談に行くからよろしく！」と事前連絡を入れる等）

【事例】

要介護1男性、独居75歳。40年ほど前に精神疾患の既往あり。介護保険スタート時から訪問介護サービスを利用、自立した生活をしていたが、日常的ではない言葉が多くなり、本人からサービスの中止を伝えてきた。介護支援専門員が対応すると次第に暴言・脅迫が頻繁にされるようになり、精神的に参ってしまい、ケアマネジメントができない、介護支援専門員をやめたいとの相談があった。相談を受けた主任介護支援専門員は、事業所の管理者に相談し、保険者の支援を受けて対応することとした。利用者の状態確認を事業所管

理者と市の高齢者支援課とで行い、まず保健所の巡回相談の利用をすることとし、結果によっては今後のケアマネジメントを他の介護支援専門員で対応することとした。

③ 個別事例に対するサービス担当者会議開催支援

【事例】

介護支援専門員から相談のあったケースについて、「サービス担当者会議を開催する時期ですよ」といった助言をし、介護支援専門員がサービス担当者会議に出てほしい相手に主任介護支援専門員があらかじめ連絡をとっておくなど、介護支援専門員の活動に対する支援を行う。

【事例】—A市の在宅ケアを考える会—

医師会と介護支援専門員協会の共催で、医療ニーズの高い方々への支援をする機会が多くなっていることから、業務多忙の中でもサービス担当者会議が実施できるようにするための会を設ける。

<事業内容>

医療ニーズの高い事例を通し、医師と介護支援専門員が連携方法について情報を交換しながら勉強会をする。

3か月に1回開催

<留意点・ポイント>

勉強会の講師は、大学病院等の専門医に依頼するのではなく、地域の医師等に依頼し今後の連携につながるようにする。

④ 質の向上のための研修

■担当地域の介護支援専門員が、能力や経験に応じた研修を受け、介護支援専門員としての能力を伸ばしていくことができるよう事業所や市町村、研修機関などに働きかけることも重要です。

【キーワード】 ともに作り上げる研修システム

【事例】—A市スキルアップ研修会開催支援—

毎年実施されているA市介護支援専門員研修会の研修内容の検討に当たり、前年度の反省点や介護支援専門員の研修ニーズや知識不足部分の検証等を行い、地域包括支援センターとA市とで協議をしながら作り上げていく。

<留意点・ポイント>

- ・ 必要な研修内容の具体的な提示
- ・ 受講者の意見集約
- ・ 実用的・効果的な研修プログラムの作成
- ・ 参加している研修講師の意思統一
- ・ 研修目的を十分に確認し、研修の方向性にバラつきがないようにすること

【キーワード】 協働開催

【事例】—関係団体との協力体制—

地域の介護支援専門員協会の研修企画について、地域包括支援センターと協働して、必要な研修体系を作り上げていく。

<留意点・ポイント>

- ・ 現状の理解
- ・ 時期に合った研修内容

- ・ プログラムの連続性を検討すること

⑤ ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導

■ケアプラン作成指導は、あくまでも介護支援専門員が行うケアマネジメントを支援するという観点から行われるものであり、間違いを非難する姿勢ではなく、介護支援専門員に「気づき」を与え、高齢者に対する支援の方向をともに考えるという姿勢が重要です。

■ケアプラン作成指導を、監査や給付の適正化のためのチェックと受け止めて、指導される介護支援専門員や所属する事業所が事実を隠すようなことがあっては、質の向上を導くことができません。まずはじめに、指導の目的を十分に説明し、理解してもらうよう努める必要があります。

【キーワード】 総合的に支援する体制でより良いケアプラン作成を

【事例】 ―ケアプラン作成指導研修事業―

地域包括支援センターの主任介護支援専門員を中心に、資格給付係や認定審査係の職員と一緒に、ケアプラン作成指導を実施する。

<留意点・ポイント>

- ・ 主任介護支援専門員の力量形成のための研修会を実施（年2回）
- ・ 司会は、主任介護支援専門員に担当してもらい、市は総合的な見方を側面支援
- ・ 介護支援専門員をエンパワメントし、気づきと解決できる力を引き出すこと
- ・ 指導後の変化を確認するだけでなく、事後フォローが必要

■介護支援専門員の作るケアプランが、高齢者や家族の自立支援を目指したものになっているか、高齢者の地域生活を支えていく具体的な内容が書かれているかといった点を点検します。そうした点が不十分な場合、どのような気づきと実践が必要なのか、介護支援専門員が自ら気づくように指導することが大切です。

【事例】

他の事業所から支援を引継いだ80歳代高齢者の母と暮らす50歳代の男性の世帯について、それまでは生活やサービスの意向を引き出すことができなかったが、引継ぎ後の支援でリハビリテーション等のサービスを利用するようになった。

しかし利用者本人は、サービス利用時以外は家に閉じこもる状態が続き、健康に不安をかかえていたため、介護支援専門員は早急に今後に向けた生活の建て直しが必要であると考えた。このような時期に主任介護支援専門員との事例検討を行ったことにより、介護支援専門員自身も気がつかなかったいくつかの点に気づき、新たな観点から支援を行った。

■ケアプラン作成指導の際には、その支援内容が目標達成に有効かという視点も必要で、どのようなサービスをどれだけ使ってどれだけ効果をあげたか、をチェックする必要があります。その意味で、ケアプランを給付の適正化や要介護度の維持・改善という視点で検討することも求められます。

【事例】

ケアプラン作成指導の訪問の際に、市町村の適正化担当と認定審査担当と三者と一緒に訪問する方式をとっている市町村もある。

■指導の方法は、個別指導・事例検討会の開催、研修会の開催など、様々な方法があり、適宜使い分けながら検討することも大切です。

■ケアプランの作成指導に当たっては、「アセスメントで何に注目するのか」「どのように支援を組み立てるのか」「それをケアプランという形で表現するにはどうすればよいのか」というような視点から指導することも大切です。

【キーワード】 事例検討会を開こう

【事例】

初めての事例検討会の場合は、スーパーバイザー経験のある介護支援専門員または事例検討に関する研修を受けている介護支援専門員同士2～3人が中心メンバーとして参加者を募る（検討会参加メンバーは10人前後が適当。できればあまりあちこちの事業所ではなく、自分の事業所の介護支援専門員への参加を促し参加してもらうことで、事業所自体の質の向上を図ることができる）。

【開催準備】 中心となる介護支援専門員の間で事例検討会の進め方を決める。

- ・ 目的（プロセスについての検証を行う、困難事例の解決に向けての検討を行う等）
- ・ 資料作成
（どんな資料を用意するか、個人情報に当たる部分をどう処理するか等）
- ・ 資料の取り扱い（利用の配布の仕方や保管方法など）
- ・ 検討会の役割分担（それぞれの役割について誰が何をするのか）
- ・ 検討会のタイムスケジュール（時間の配分、検討会で行う内容、流れを決める）
- ・ 開催場所、時間（初回事例提供者と開催時間場所を決め、その他は大まかに決めておく）

【当日までの準備】

- ① 事例提供者を抱える事業者が主催となり、参加者（または事業所単位）に開催日時をFAXやEメールで送り、当日の出欠席の確認を取る。
- ② 出席人数が分かったら主催となる事業所で人数分の資料を準備し当日に備える。一人事業所の場合は他事業所が協力。ただし、資料の取り扱いは事例提供者自身が行うことが望ましい。

【当日の運営方法】

- ① 参加者・役割の確認
- ② 事例紹介
- ③ ケアプランチェックポイントシートによる自己分析内容を説明
- ④ 相談したいことを話す
- ⑤ 参加者からの意見
- ⑥ 参加者の持つ様々な情報を活用しながら何をどうするのか具体的にまとめる

* いつ誰に何をどのように聞くのか

⇒「来週の木曜日のお昼ごろ保健福祉事務所難病担当の〇〇保健師さんに▲さんの支援方法を相談に行く」

- ⑦ 次回の確認をする

【留意点・ポイント】

記録係も検討者として意見を述べられるよう、やりとりを録音し、後でやり取りをそのまま書面に残す。その結果、検討者自身も意見の出し方、質問の仕方、全体の流れなどについて振り返ることができる。記録係は次回の検討会までに記録を整理し、次の検討会の席でメンバーに配布する。この様式で数回（10人が顔見知りとなり自由に意見交換できるようになるまで最低5回の開催が必要と考える）の検討会を同じメンバーで行い事例検討を重ねたところで、今度はそれぞれの事業所が核となり、違う事業所に声をかけ、また10人程度のメンバーで検討会を開催していく。

■ケアプラン作成指導は、主任介護支援専門員が一人で行うのではなく、地域の保健・医療・福祉の専門家等からなるチームを作り、チームで指導する方法も考えられます。この際においても、専門家として一方的に指導するのではなく、介護支援専門員に気づきを与えるよう、支持的な姿勢が必要です。

■このような取組を通じて、個々の介護支援専門員のケアプラン作成能力を高めて、地域のケアマネジメント力の向上を図ります。

【事例】一定例ケア会議ー

1か月に1回、講師を招き、地域の事例を用いた事例検討会を開催。アセスメント、ケアプランの作成過程の検証、地域の特性やサービス、介護支援専門員と保険者との連携、などグループディスカッションを通じてケアプラン作成の向上に努めている。

⑥ 介護支援専門員同士のネットワーク構築

■主任介護支援専門員が一人ですべての相談を受け止めると考えるのではなく、担当地域の介護支援専門員同士の連携体制の構築を図り、協力して業務を進めたり、互いに悩みを話し合う機会を作ることよい方法です。このことは、同じ立場の専門職により効果的なカウンセリングができ有効です。

【事例】ーわいわいクラブー

主任介護支援専門員と実務経験1年未満の介護支援専門員とで1か月に1回、身近な小さなことからでも気軽に質問、話ができるような自主勉強会を開催。タイムリーな話題、質問、サービス事業者の情報、困っている事例のスーパービジョンなどを行う。同じ地域の仲間同士の情報交換の場であり、意識の共有の機会でもある。身近なリーダーとともに意識を高める良い機会となっている。

【キーワード】 仲間同士のサポート

【事例】

介護支援専門員自主組織（平成15年7月発足、会員約40人）の仲が良い理由は、親睦行事のおかげである。

市内にある22の居宅介護支援事業所は、介護支援専門員1～10人と規模も様々。初めて介護支援業務に携わる人も多く、同じ仲間同士のネットワークづくりが必要と、市では平成12年から介護支援専門員の連絡会議を開催し、リーダーシップを取れそうな介護支援専門員に働きかけた結果、平成15年に自主組織が結成された。

隔月の連絡会議（地域ケアサービス部会）は、市と自主組織の共催となり、情報交換や研修が主だが、居宅・施設を問わず、介護支援専門員同士が一気に打ち解けたのは年2回の交流会が功を奏したようだ。集まってしゃべることで、日ごろのストレスを心身ともに癒す絶好の機会になっているとともに、困ったときには自主組織に属する他の事業所の介護支援専門員に電話などで相談し、お互いに助け合っている。

【事例】—事業者交流会—

＜事業内容＞

定期的に年数回開催し、介護支援専門員同士及び在宅サービス事業者等との交流会を行い、地域の連携を推進する。

＜留意点・ポイント＞

介護支援専門員協会と在宅サービス事業者等が中心になるが、行政も後援し、協力する。

⑦ 介護支援専門員に対する情報支援

■介護支援専門員の活動を支える様々な情報を提供する仕組みをつくることが大切です。リーフレットの配布、説明会、情報交換会、介護支援専門員用の会員制ウェブサイトなど、多様な手段が考えられます。

【事例】

2か月に1回、市の高齢者支援課主催で地域の介護支援専門員、サービス事業者が一堂に会した情報交換会を開催、市からの情報、各事業所の状況説明、新しい事業者の紹介を行っている。介護支援専門員は地域のサービスの内容の共通認識また質の確保の視点から個々のサービスについて事業所への質問や意見交換を行っている。

「医療との連携」では、主任介護支援専門員が中心となって、支部医師会会員、病院関係者、サービス事業者、介護支援専門員との共同の勉強会を開催し、医師会会員等に向け介護支援専門員の現状についてまた主治医の意見書の内容、連携について話し合いを行った。その結果、地域包括支援センターでは各医療機関の介護支援窓口担当者、連絡時間、連絡時の注意事項、要領を記載したリーフレットを作成、介護支援専門員に配布した。

⑧ ケアプランの趣旨に基づいてサービスが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等の働きかけ

【キーワード】 介護支援専門員の役割の理解

【事例】—訪問介護研修事業への参加—

保健福祉事務所主催の訪問介護事業者対象の研修会に主任介護支援専門員が出席、グループ討議、事例検討に加わることによって役割の相互理解と連携関係を作っていく。

＜留意点・ポイント＞

- ・ ケアプランと訪問介護計画とが連動していることの再確認
- ・ 協働作業であることの再確認と意識付け

3) 問題の解決に向けて

■主任介護支援専門員は、介護支援専門員の相談を受け止める一方で、受け止めた問題が解決困難な場合には、地域包括支援センターの3職種で相談し、連携して解決を図る必要があります。

■地域包括支援センター内の3職種で解決できない場合には、地域包括支援センターの責任主体である市町村が受け止め、解決する体制を準備しておく必要があります。特に3職種3人のみの地域包括支援センターが孤立して問題を抱え込むことのないよう、市町村は受け皿体制を作っておく必要があります。重要なことは、問題を解決しないままに放置しない体制づくりです。

第4節 実施体制

■以上に述べた地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域包括支援センターとして3職種の連携で行うことが大切です。

■また、市町村は地域包括支援センター設置の責任主体としてバックアップする体制を整備することが必要です。その体制づくりには、地域包括支援センター運営協議会の事務局を担当する介護保険担当部署だけでなく、高齢者支援全般やまちづくりの観点からも各所管の協力体制が求められます。

■包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域包括支援センターの他の業務と密接な関係があり、重なる部分や協働・連携して行う部分があります。

- ・例えば、介護予防ケアマネジメント業務との関係では、高齢者の状態像の変化に合わせた継続的なケアマネジメントの中に、ハイリスク高齢者から要支援の高齢者の介護予防ケアマネジメントが含まれるため、予防給付のケアマネジメントを委託した介護支援専門員に対する支援や介護予防ケアマネジメント作成を一緒に行うという観点から密接な関係があります。
- ・また、地域支援の総合相談・権利擁護業務との関係では、介護認定を受けている高齢者の中に、権利擁護サービスや生活支援が必要な高齢者がいたり、総合相談の中に介護保険に関する相談があることから、密接な関係があります。
- ・さらに、介護予防の地域づくりや虐待予防ネットワークづくりなど、地域の関係機関との連携も一緒に進めていく必要があります。

【参考様式】

① ケアマネジメント支援受付票

〇〇地域包括支援センター・ケアマネジメント支援受付票

その1

受付年月日	平成 年 月 日 () 時間 :	受付者氏名	No
申立人氏名	所属		電話 Fax
申立人の 主業務	1 介護支援専門員 2 サービス事業者 3 主治医 4 民生委員 5 近隣 6 家族 7 利用者 8 知人 9 関係機関 () 10 その他 ()		
申立方法	1 電話 2 Fax 3 来所 4 訪問 5 その他 ()		
相談経路			
主訴			
求めている支援 (コード番号)			
確認・調査 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 ()			
必要な支援 (コード番号)			
実施した支援 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 ()			
実施した支援 (コード番号)			
支援結果に対する申立人の意見	満足、負担軽減 一応了解 不満 継続支援希望 ()		
支援終了	平成 年 月 日 ()	確認者氏名 ()	年 月 日 現在支援継続中
地域包括支援センターとしての今後の課題 ()			
支援コード 1 ケアマネジメント ①アセスメント ②ケアプラン ③サービス調整 ④モニタリング ⑤サービス担当者会議 2 社会資源の紹介 3 主治医連携 4 地域包括支援センター内連携 ①総合相談 ②虐待防止 ③予防給付のケアマネジメント ④介護予防事業のケアマネジメント 5 対人援助技術 6 制度説明・確認 7 研修・学習 8 個人の悩み事相談 9 同行訪問 10 その他 ()			

受付年月日	平成 年 月 日 () 時間 :	受付者氏名	No
申立人氏名		所属	電話 Fax
確認調査 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 ()			
必要な支援 (コード番号)			
実施した支援 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 ()			
必要な支援 (コード番号)			
支援結果に対する申立人の意見		満足、負担軽減 一応了解 不満 継続支援希望 ()	
支援終了	平成 年 月 日 ()	確認者氏名 ()	年 月 日 現在支援継続中
地域包括支援センターとしての今後の課題 ()			
支援コード 1 ケアマネジメント ①アセスメント ②ケアプラン ③サービス調整 ④モニタリング ⑤サービス担当者会議 2 社会資源の紹介 3 主治医連携 4 地域包括支援センター内連携 ①総合相談 ②虐待防止 ③予防給付のケアマネジメント ④介護予防事業のケアマネジメント 5 対人援助技術 6 制度説明・確認 7 研修・学習 8 個人の悩み事相談 9 同行訪問 10 その他 ()			

[参考例]

〇〇地域包括支援センター・ケアマネジメント支援受付票

受付年月日	平成 18 年 4 月 7 日 (金) 時間 13:30	受付者氏名 Y.K	No 050407-5
申立人氏名	山田 花子	所属 〇〇居宅介護支援事業所	電話 Fax
申立人の 主業務	1 ☒ 介護支援専門員 2 サービス事業者 3 主治医 4 民生委員 5 近隣 6 家族 7 利用者 8 知人 9 関係機関 () 10 その他 ()		
申立方法	1 ☒ 電話 2 Fax 3 来所 4 訪問 5 その他 ()		
相談経路 4月からできた地域包括支援センターの案内パンフレットをみて			
主訴 私が担当しているケースの殆どは、病状も安定しているし、家族が付き添って通院しているので介護支援専門員として同行したり、確認する必要も感じない。サービス担当者会議に主治医を呼ばなければならないのだろうか。医療分野はどちらかというと苦手である。			
求めている支援 (コード番号) 1-⑤ 3 6			
確認・調査 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 ()			
必要な支援 (コード番号)			
実施した支援 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 ()			
支援結果に対する申立人の意見		満足、負担軽減 一応了解 不満 継続支援希望 ()	
支援終了	平成 年 月 日 ()	確認者氏名 ()	年 月 日 現在支援継続中
地域包括支援センターとしての今後の課題 ()			
支援コード 1 ケアマネジメント ①アセスメント ②ケアプラン ③サービス調整 ④モニタリング ⑤サービス担当者会議 2 社会資源の紹介 3 主治医連携 4 地域包括支援センター内連携 ①総合相談 ②虐待防止 ③予防給付のケアマネジメント ④介護予防事業のケアマネジメント 5 対人援助技術 6 制度説明・確認 7 研修・学習 8 個人の悩み事相談 9 同行訪問 10 その他 ()			

② 包括的・継続的ケアマネジメント支援ネットワークづくり企画書

包括的・継続的ケアマネジメント支援ネットワークづくり企画書

担当者名 _____

企画名	
目的	
内容	
提供できる資源	協力してもらえる資源
活動開始（継続）のための課題	
提供・協力してほしい資源（期待可能性・予測できる困難）	
協力を得るためにしなければならないこと（具体的に）	
得られる効果	
まずはいつ頃までに何をするか	

企画書No. _____

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日作成

[参考例]

担当者名 霞ヶ関 厚子

企画名 主治医との連携	
目的 介護支援専門員が主治医との連携が取りやすくすることでサービス担当者会議等への医師（主治医）の協力が得られるようにする。	
内容 ① 地区ごとの医師（病院・医院）マップの作成 ② 医師ごとに連絡の取りやすい時間帯と窓口はどこか一覧表にする。 ③ 医師と介護支援専門員との共通連絡票を作る。 ④ 医師向けに居宅介護支援事業所の一覧表を作成し配布をする。	
提供できる資源 ① 地域包括支援センターの業務内容 ② 各地域の居宅介護支援事業所情報 ③ 介護支援専門員の業務案内 ④ 介護保険制度の情報	協力してもらえる資源 ① 各地区医師会 ② 地区介護支援専門員協会
活動開始（継続）のための課題 1、地区医師会の理解 2、介護支援専門員が医師との連携が取りにくいと思っていることの原因分析と現状の把握 3、活用してもらうための支援体制づくり 4、活動の事後評価と継続させていくための方法の検討	
提供・協力してほしい資源（期待可能性・予測できる困難） ・ 医師（主治医）の介護支援専門員に対する理解が得られ医師とのネットワークが出来る。 ・ 介護支援専門員から医師（主治医）への問い合わせが増える。 ・ 医師への訪問が増えることで診療への影響	
協力を得るためにしなければならないこと（具体的に） ・ 地区医師会への協力依頼 ・ 地域包括支援センターの役割と介護支援専門員支援の説明（医師会に対して） ・ 活用しやすい具体的な資料（一覧表・連絡票）の作成	
得られる効果 ・ 介護支援専門員の医師観（連携が取りにくい・連携は取らなくても良いのでは？）の変化 ・ ケアプラン作成における医療情報の必要性の理解 ・ 医師（主治医）の介護支援専門員への理解 ・ サービス担当者会議への医師（主治医）の協力が増える（参加・アドバイスなど）	
まずはいつ頃までに何をするか ・ 今週中（○月○日）に地区医師会へ連絡し協働会議の開催（目的を説明）を依頼する。 ・ 今月末（○月末）までに医師との連携実態の把握（アンケート・事業所訪問）をまとめる。	

企画書No. 1

平成17年12月○日作成

第5章 介護予防ケアマネジメント

第1節 介護予防の仕組みと事業・サービス

1.1 介護保険制度の基本的考え方

《基本的考え方》

■介護保険制度の基本的な考え方として、

- 介護を要する状態となっても、できる限り、自宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること
- 利用者に対しても、介護が必要な状態となることを予防するための健康保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めることがあげられます。介護保険制度の基本理念は、「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」です。

【条文】介護保険法第4条第1項

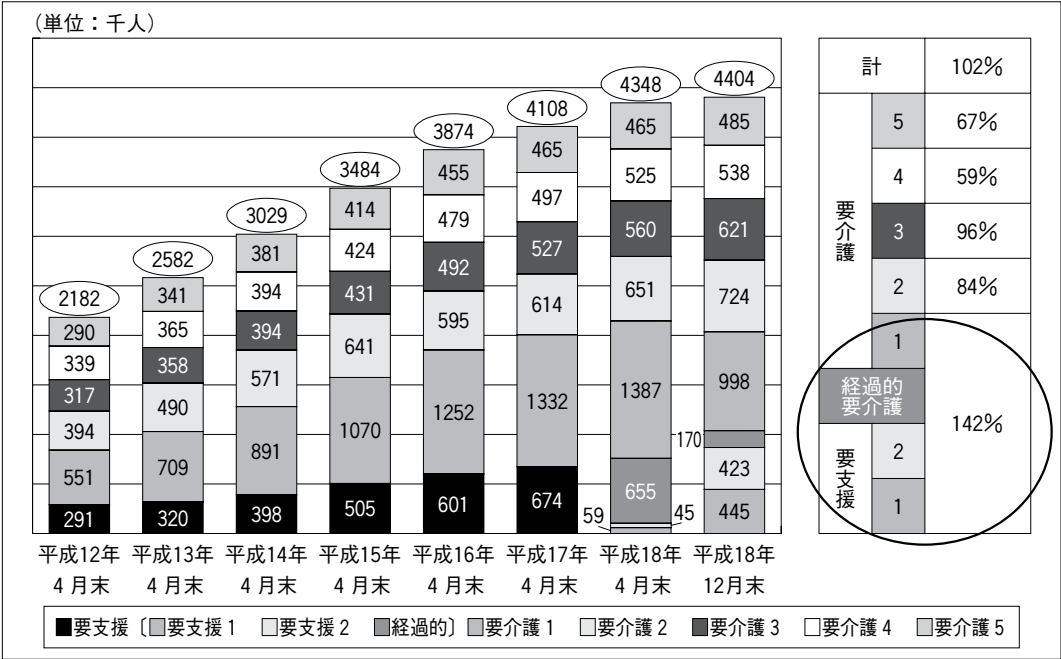
国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

■しかしながら、介護保険制度施行後、以下のような課題が見えてきました。

① 介護予防の効果があがっていない

- 旧制度では、要支援、要介護1などの軽度者が増加する一方で、従来の介護保険サービスは軽度者の状態の改善・悪化防止に必ずしもつながっていないとの指摘がありました。
- 旧制度では、要支援者に対し、要介護状態にならないようするための予防給付のサービスが提供されていましたが、サービスメニューは要介護者に対する介護給付と同一でした。

図表 5－1 要介護度別の認定者数の推移



出典：介護保険事業状況報告

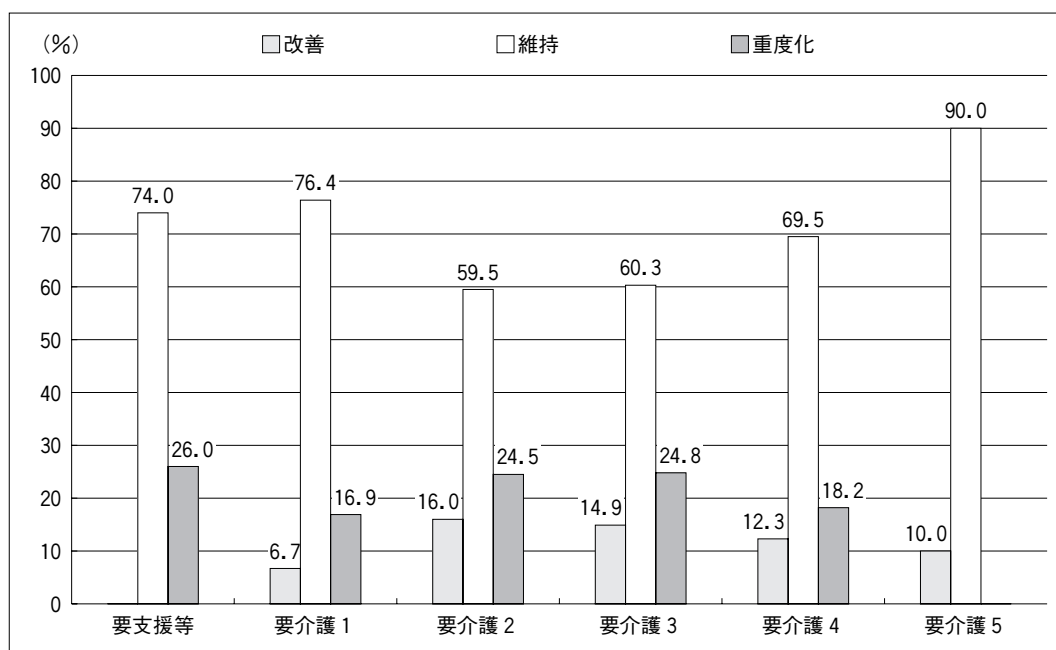
図表 5－2 被保険者数・要介護認定者数の推移

● 被保険者数の推移			
65歳以上の被保険者数は、5年2か月で約359万人(17%)増加			
	2000年4月末	2003年4月末	2005年6月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,524万人

● 要介護認定を受けた人数の推移			
要介護認定を受けた者は、5年2か月で約199万人(91%)増加			
	2000年4月末	2003年4月末	2005年6月末
認定者数	218万人	348万人	417万人

出典：介護保険事業状況報告

図表 5-3 年間継続受給者数の要介護状態区分の変化別割合



出典：平成16年度 介護給付費実態調査の概況

② 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患は異なる

○要介護の原因と死亡の原因を比較すると、脳血管疾患は共通ですが、要介護の原因としては、高齢による衰弱、転倒骨折、認知症、関節疾患といった生活機能の低下を来す疾患・状態が多い特徴があります。

○このため、死亡の原因と要介護の原因が異なることを踏まえた予防対策が必要です。

図表 5-4 65歳以上の死亡原因と要介護の原因

	第1位	第2位	第3位
65歳以上の死亡原因	悪性新生物 (30.0%)	心疾患 (16.9%)	脳血管疾患 (14.5%)
65歳以上の要介護の原因	脳血管疾患 (26.1%)	高齢による衰弱 (17.0%)	転倒骨折 (12.4%)

出典：平成13年「人口動態統計」及び平成13年「国民生活基礎調査」

③ 高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要

○要介護高齢者の状態像として、大きく以下の三つが指摘されています。

高齢者の状態像—三つのモデル—

- ① 脳卒中モデル：脳卒中等を原因疾患とし、急性的に生活機能が低下するタイプ。要介護3以上の中重度者に多い。
- ② 廃用症候群モデル：骨関節疾患等のように徐々に生活機能が低下するタイプ。要支援、要介護1等の軽度者に多い。
- ③ 認知症モデル：上記に属さない認知症等を原因疾患とする要介護者のタイプ。

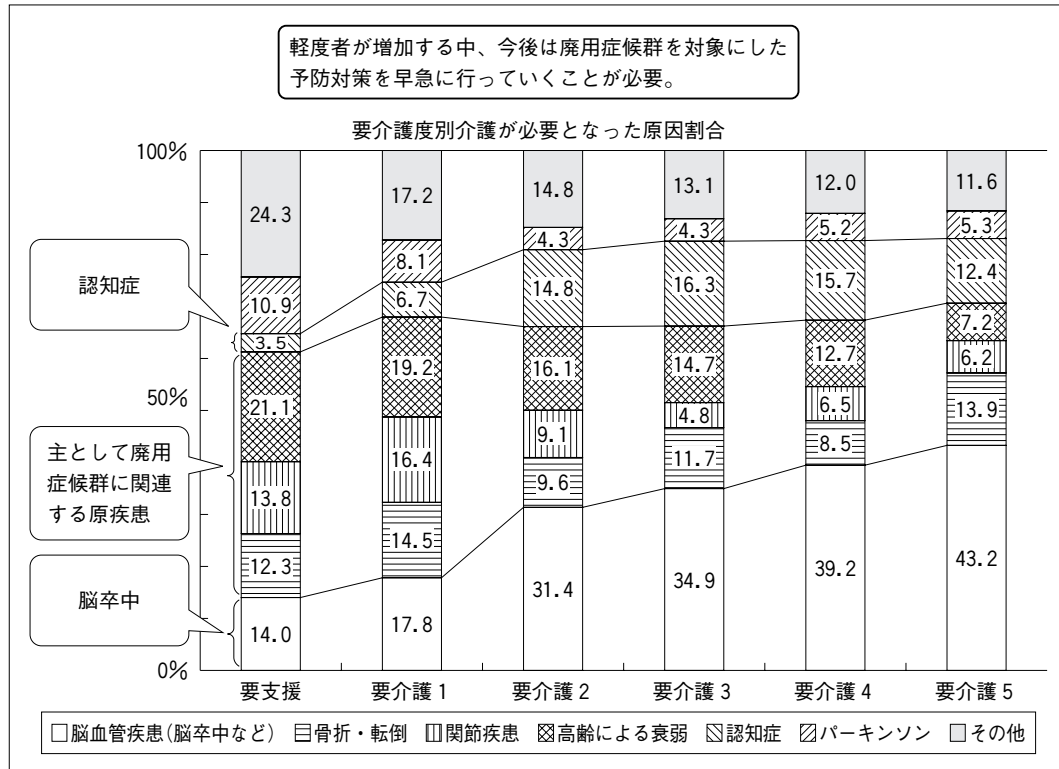
○これらのうち、これまで我が国で主流となってきたのは「脳卒中モデル」であり、「廃用症候群モデル」や「認知症モデル」に対する対応は十分とはいえません。

○増加する旧制度の要支援、要介護1等の軽度者の多くは、「廃用症候群モデル」に該当する者であり、

これらの軽度者の原疾患は筋骨格系の疾患をはじめとした慢性疾患が多く、下肢機能の低下や栄養状態の悪化による生活機能の低下、環境変化をきっかけとした閉じこもりや初期の認知症・うつなど、要介護状態に至る過程や要介護状態の態様は様々です。

○こうした様々な態様に応じ、効果的なサービスを提供していく必要があります。

図表 5-5 介護が必要となった原因（要介護度別）



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年) から厚生労働省老人保健課において特別集計

④ 介護予防のサービスに一貫性・継続性がない

○従来の制度で高齢者に対し介護予防の観点から提供されているサービスとしては、介護保険法に基づく予防給付に併せ、市町村事業として行われている「介護予防・地域支え合い事業」や「老人保健事業」のサービスがあります。

○しかし、これらのサービスについては、

- ・制度・事業の一貫性や連続性に欠け、対象者に空白や重複があること
- ・サービス内容に統一性がなく、各職種間の連携も十分でないこと
- ・対象者のニーズ・状況に関する的確なアセスメントやサービスの結果に対する適切な評価が行われていないこと

などの課題が指摘されていました。

■これらの反省を踏まえ、先般の介護保険制度改革の大きな柱の1つとして、より明確な自立支援に向けた「予防重視型システムへの転換」があげられました。

1.2 介護予防の基本的考え方

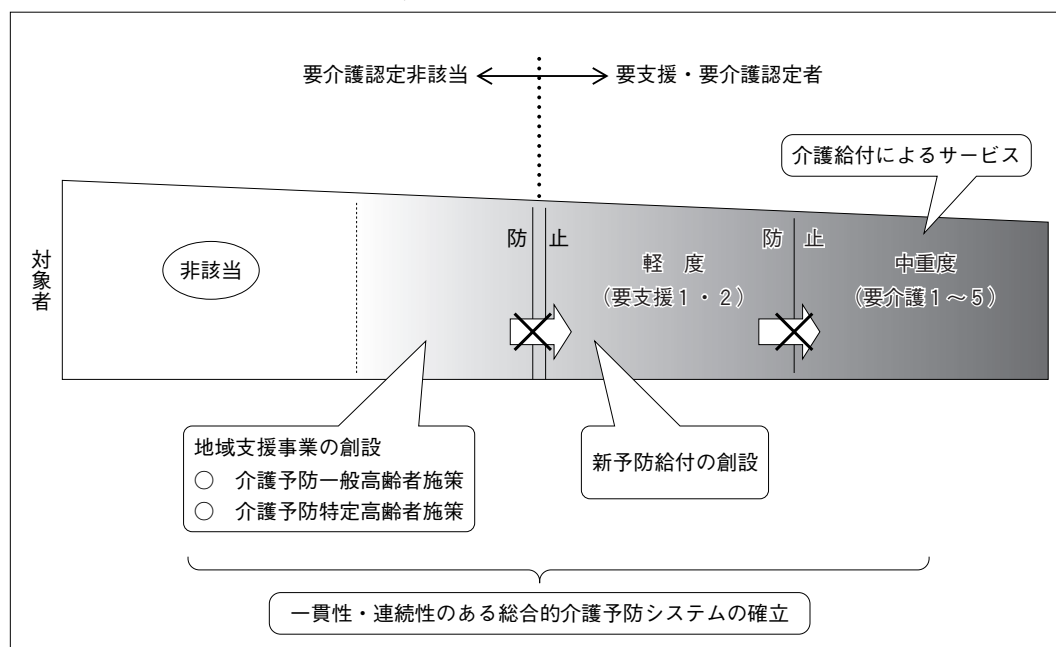
《介護予防とは》

■介護保険制度における介護予防とは、

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）こと
- ② 要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）こと

を指します。すなわち、生活上の様々な課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るものです。またその結果、早い段階から高齢者ができる限り自立した生活を送れるように支援することとなり、「自立支援」を旨とする介護保険の基本理念をより徹底するものです。

図表5-6 介護予防の全体像



《介護予防のポイント》

- 介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定な機能の改善だけを目指すものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものです。一人ひとりの生きがいや自己実現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（QOL）の向上をも目指すものです。
- これまでの介護予防の取組ではとすると手段と目的が逆転して、訓練のための訓練が横行するという事態が生じていると言われていました。したがって、個々のサービスが、あくまでも自己目的化しないように留意する必要があります。そのためには、介護予防が、できる限り要介護状態にならず、利用者の自立を支援し、生活の質（QOL）の向上に資するものであることを常に意識して取り組むことが重要です。
- 介護予防に当たっては、何よりも利用者の主体的な取組が不可欠であり、それがなければ、介護予防の十分な効果も期待できません。このため、介護予防に関係する者は利用者の意欲が高まるようコミュニケーションのとり方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うことが求められます。
- また、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合がありますと言われています。「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービスを提供しないように配慮することも大切です。
- 介護予防の効果を発揮するためには、単に個々人に対する支援にとどまらず、地域包括支援センターや保健医療福祉機関などが協働できる社会環境の整備も重要です。すなわち、地域において介護予防に資する自主的な活動を広め、介護予防に向けた取組が積極的に実施される地域社会の構築を目指し、地域社会全体で生活環境等の整備や、地域ケア体制づくりなどに取り組むことが重要です。
- また、本当に介護予防を必要としている人たちがサービスを利用できるように要介護状態にいたるリスクが高い虚弱な高齢者（特定高齢者）を把握する必要があります。特定高齢者に対して必要なサービスを提供することにより、介護予防の効果を発揮することができます。

1.4 介護予防の対象者

1.4.1 対象者

《対象者》

■対象者は大きく三つに分けて考えられます。

図表 5－8 介護予防の事業・サービスと主な対象者

施策等	主な対象者	内 容	介護予防ケアマネジメントの有無
予防給付	要支援（要支援１・２）	要支援状態の改善や重度化予防を行う。	○
介護予防特定高齢者施策 （地域支援事業）	要支援・要介護状態となるお それがある高齢者（特定高齢 者） ＊市町村（保険者）の高齢者 人口のおよそ５％	生活機能低下の早期発見・早 期対応を行う。	○
介護予防一般高齢者施策 （地域支援事業）	活動的な状態にある高齢者を 含む全ての高齢者	生活機能の維持・向上（特に 高齢者の精神・身体・社会の 各相における活動性の維持・ 向上）を図る。	×

1.4.2 予防給付の対象者

《対象者》

■予防給付は、介護認定審査会において要支援１及び要支援２と判定された方が対象です。

■なお、「要支援２」と審査判定される方は、従来、要介護１と判定されていた方と比較した場合、心身の状態が安定してない方や認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な方が除かれます。

《判定の流れ》

■予防給付の対象者については、介護認定審査会において、介護の必要度に係る審査に加え、高齢者の状態の維持や改善の可能性の観点からの審査・判定を行い、その結果を市町村が通知することになります。

■対象者の判定の流れは以下の通りです。

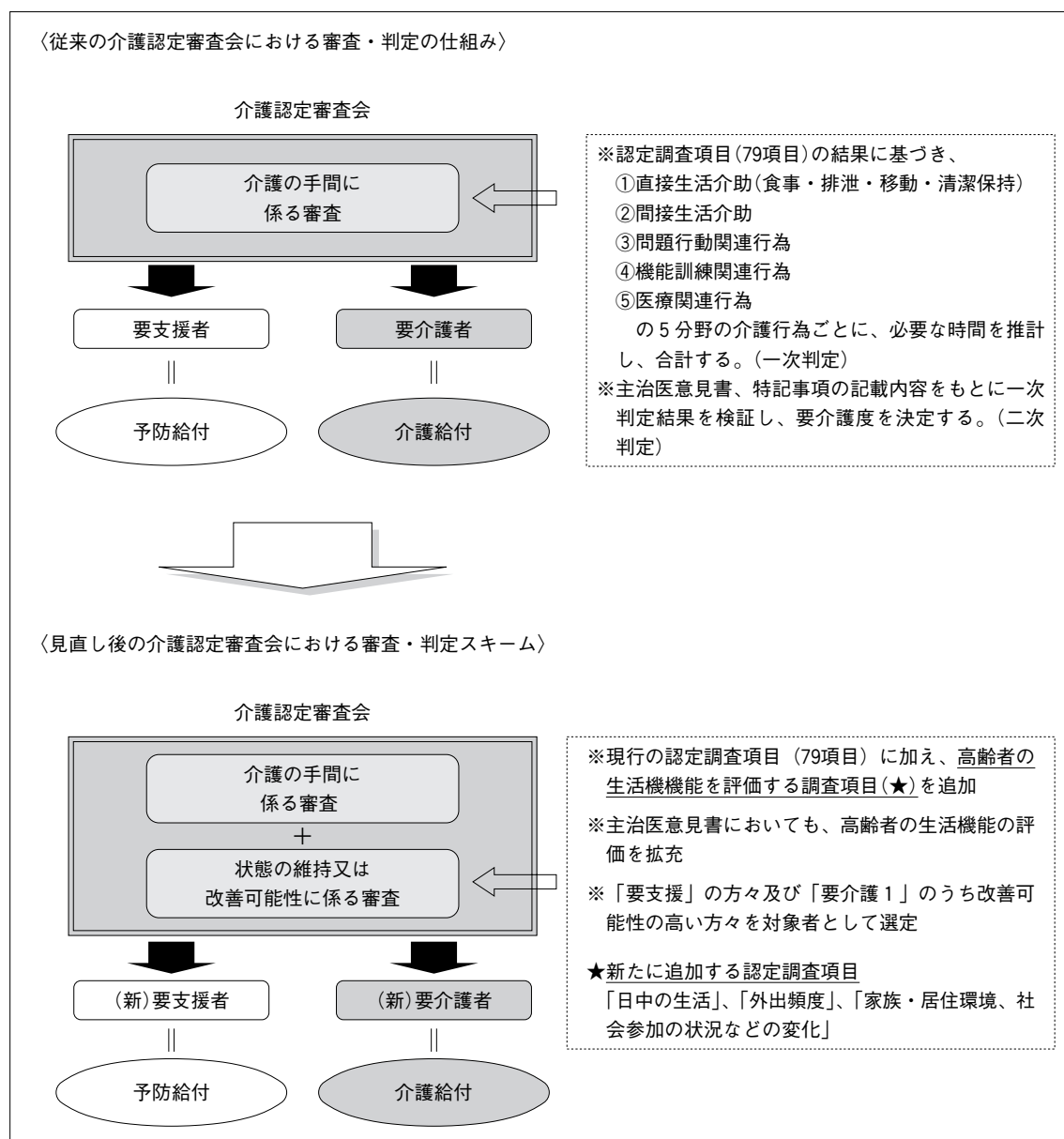
- ① 従来と同様に、介護の手間に関して要介護認定の審査判定（一次判定、二次判定）が行われます。その考え方及び方法に変更はありません。ここで、「要支援１」、「要介護２～５」相当と判定された場合には、この通り要介護状態区分が決定されます。
- ② 「要介護１」相当と判定された人については、二次判定の過程において、さらに追加項目・特記事項・主治医意見書・参考指標（コンピュータを用いた認知機能や追加項目の評価結果）の内容から、状態の改善可能性を審査します。
- ③ 疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態や認知機能や思考・感情等の障害などで予防給付の適切な利用が見込まれない状態像については「要介護１」と判定し、それ以外、廃用の程度が比較的軽度で、予防給付の利用が適切であると見込まれる状態像の場合は「要支援２」と判

定されます。

【予防給付の適切な利用が見込まれない状態像】

- ① 疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態
 - 脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で病状が不安定な状態にあり、医療系サービス等の利用を優先すべきもの
 - 末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの 等
 - ・ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するのではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短く（概ね6か月程度）して、要介護状態等の再評価が必要な状態が該当します。
- ② 認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態
 - 「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者であって、一定の介護が必要な程度の認知症があるもの
 - その他の精神神経疾患の症状の程度や病態により、予防給付の利用に係る適切な理解が困難であると認められるもの

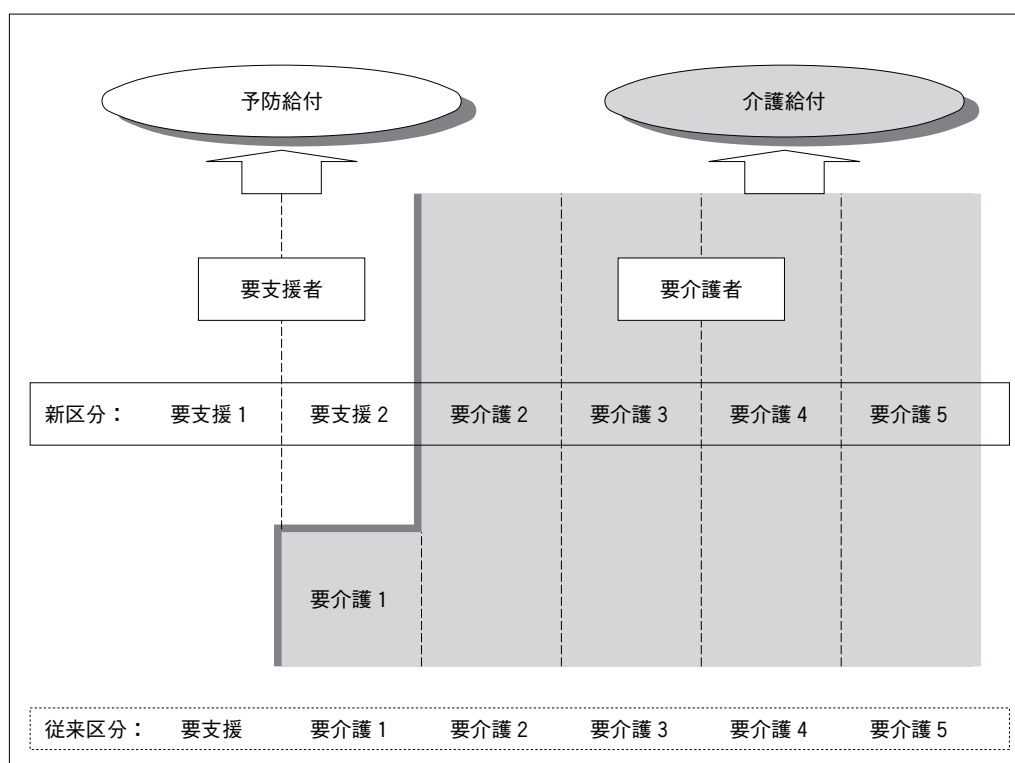
図表 5－9 軽度者の認定方法の見直し



出典：全国介護保険担当課長会議資料（平成17年8月5日）

■以上の判定の仕組みに従うと、以下の区分になります。

図表 5－10 保険給付と要介護状態区分（従来区分と新区分の比較）



出典：全国介護保険担当課長会議資料（平成17年8月5日）

1.4.3 介護予防事業の対象者

《対象者》

■介護予防特定高齢者施策は、要支援・要介護状態になる可能性の高い高齢者（特定高齢者：高齢者人口の5％程度を想定）を対象に実施し、介護予防一般高齢者施策は全高齢者を対象に実施します。

■このうち、介護予防特定高齢者施策による事業の対象者は、主に要介護認定において非該当（自立）と判定された人、及び要介護認定の申請は行っていないが生活機能の低下が見られ要介護状態になる可能性が高いと考えられる人などです。

■これらの対象者は、比較的潜在化しやすいこと、また疾病や障害などによって短期間に状態が悪化するという特性を持っていることから、早期発見・早期対応すること、いわゆる「水際作戦」が重要になります。

■このため、早期発見・早期対応には要介護認定の結果だけでなく、主治医からの連絡、地域での保健活動、民生委員等からの相談、生活機能評価など、市町村は様々な把握方法を確保し、これらを通じて特定高齢者を幅広く決定する必要があります。

■要支援・要介護者でない高齢者は、リスクの高低はあるものの、介護予防の対象者もしくは要支援・要介護状態の予備軍と考えられます。すなわち、地域支援事業における介護予防特定高齢者施策のみでなく、介護予防一般高齢者施策等の活動が、地域の中で一体となって展開される必要があります。その結果、介護予防事業対象者の20%程度が1年後に要支援・要介護状態にならないようにすることを目指しています。

【生活機能低下のきっかけ（例）】

1) 生活機能が徐々に低下するきっかけ

身体的特性：感覚器の低下（目や耳の感覚が鈍ってきたなど）、脱水傾向、尿失禁、記憶力の低下

廃用性の身体機能の低下：しばらく出歩かなかったら足が弱った、義歯が合わないまま放置していたら、軟らかいものしか食べられなくなった、車ばかり乗っていたら足が弱った

閉じこもり：外出しない、しようしない

意欲・気力：冬場に動くのがおっくう（季節による変化）、いつも人に頼っている、頼ろうとする、無気力、いつも自信がない、生活に張りや満足感がない、やる気がおこらない、何もしたくない

不安・抑うつ：ひきずっている気がかり、ふさぎ込み、以前ほど嬉しい・悲しいなど思わなくなった、ストレスを発散できない

刺激：腹の底から笑う機会がない（刺激の不足）、やることがない、楽しみがない、やりたいことが見当たらない

孤独：寂しいと感じる、一人でいる時間が長い

体調：食事がおいしくない、熟睡できない日が続いている、何となく体がだるい日が続いている

2) 生活機能が急に低下するきっかけ

事件：身近な人（家族など）との死別、ペットの死、地震や台風などの災害

転居：周囲からの孤立・不安・孤独感・焦燥感・言葉の壁（方言等）

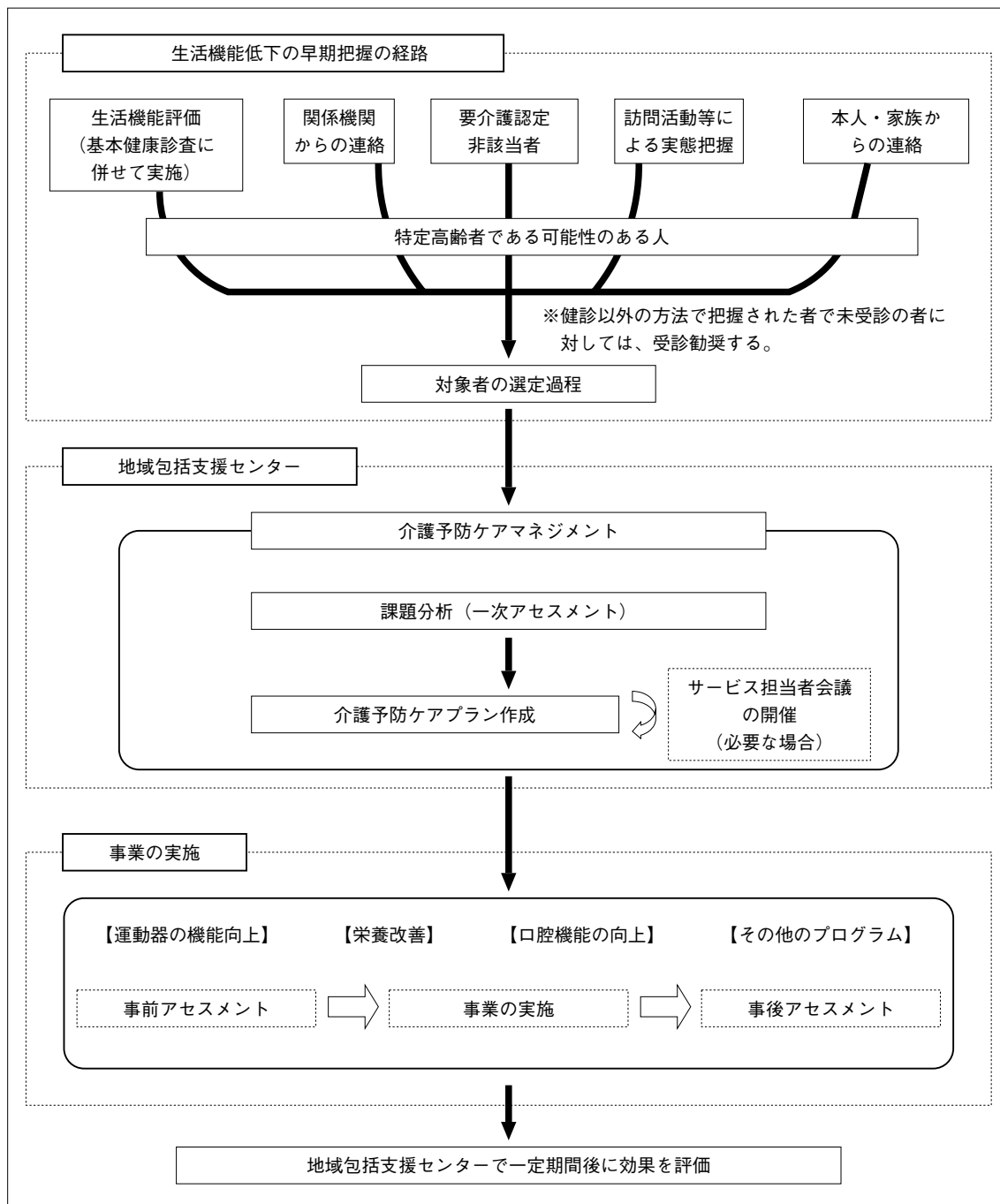
疾病：風邪で寝込む、脳血管疾患後遺症による軽度の麻痺、入院・手術

事故：転倒による打撲・骨折、階段からの転落

《対象者選定の流れ》

■介護予防特定高齢者施策の対象者の把握は、市町村が「特定高齢者把握事業」により行いますが、地域包括支援センターに委託することも可能です。

図表 5-11 介護予防特定高齢者施策の流れ



図表 5-12 基本チェックリスト

No.	質問項目	回 答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
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
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
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で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)		
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
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
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
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感じられる	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

(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。

■介護予防プログラムと基本チェックリストの項目の関係は、以下の通りです。

運動器の機能向上	6～10
栄養改善	11、12 (BMI (身長、体重から算出))
口腔機能の向上	13～15
閉じこもり予防・支援	16、17
認知症予防・支援	18～20
うつ予防・支援	21～25

《対象者の選定方法》

■この基本チェックリストを使って、２段階のスクリーニングを行います。

① 特定高齢者となる可能性がある「特定高齢者の候補者」の選定

② 「特定高齢者候補者」から特定高齢者の決定

１） 特定高齢者の候補者の選定

- ・記入された基本チェックリストをもとに、以下の①から④のいずれかに該当する人を特定高齢者の候補者として選定します。

- | |
|--|
| ① うつ予防・支援関係の項目を除く 20 項目（１から 20 までの項目）のうち 10 項目以上に該当する人 |
| ② 運動器の機能向上 5 項目（６から 10 までの項目）のうち 3 項目以上に該当する人 |
| ③ 栄養改善 2 項目（11 と 12 の項目）すべてに該当する人 |
| ④ 口腔機能の向上 3 項目（13 から 15 までの項目）のうち 2 項目以上に該当する人 |

２） 「特定高齢者候補者」から特定高齢者の決定

- ・「特定高齢者の候補者」として選定された人について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下のア～カにより特定高齢者を決定します。
- ・どの介護予防プログラムに参加すべきかの最終判断は、介護予防ケアマネジメントによって行われます。

ア 運動器の機能向上

基本チェックリスト 6 ～ 10 の 5 項目のうち 3 項目以上に該当する人

ただし、上記①に該当する人のうち、基本チェックリスト 6 ～ 10 のうち 3 項目以上該当していない人について、以下に示す運動機能測定を行った場合に、3 項目の測定の配点合計が 5 点以上となった場合については、該当する人とみなすこともできます。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	< 29	< 19	2
開眼片足立時間 (秒)	< 20	< 10	2
10 m 歩行速度 (秒) (5 m の場合)	≥ 8.8 (≥ 4.4)	≥ 10.0 (≥ 5.0)	3
配点合計	0 - 4 点 … 運動機能の著しい低下を認めず 5 - 7 点 … 運動機能の著しい低下を認める		

イ 栄養改善

①及び②に該当する人又は③に該当する人

- ①基本チェックリスト 11 に該当
- ②BMI が 18.5 未満
- ③血清アルブミン値が 3.8 g / dl 以下

ウ 口腔機能の向上

①、②又は③のいずれかに該当する人

- ①基本チェックリスト 13 ～ 15 の 3 項目のうち 2 項目以上に該当
- ②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが 3 回未満

エ 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト 16 に該当する人（17 にも該当する場合は特に要注意）

オ 認知症予防・支援

基本チェックリスト 18 ～ 20 のいずれかに該当する人

カ うつ予防・支援

基本チェックリスト 21 ～ 25 で 2 項目以上該当する人

※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うものとする。

1.5 予防給付について

1.5.1 予防給付のサービス

《予防給付》

■予防給付は「要支援状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」を目的として実施するものです。

■要支援 1（従来の要支援）及び要支援 2（従来の要介護 1）を対象に行われ、その要支援状態の悪化の防止さらには「非該当」への改善を目指しています。これにより、予防給付対象者の 10%程度において要介護への悪化を防止することを目標とします。

■予防給付は、介護予防を目的とした以下の 16 サービスで構成されています。主として通所系サービスにおいては、新たに「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」がそのサービス要素として導入されています。

■予防給付のサービスは、廃用症候群の予防の観点から、日常生活の活発化に資する通所系サービスを中心として、生活機能の向上を図ることが基本的な利用形態になると考えられます。

図表 5-13 予防給付の対象サービスの比較（改正前と改正後）

改正前の予防給付の対象サービス	改正後の予防給付の対象サービス
○居宅サービス 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 ○居宅介護支援	○介護予防サービス 介護予防訪問介護 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売 ○地域密着型介護予防サービス 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 ○介護予防支援

1.5.2 サービス別の内容

《介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーション》

■「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」における基本的な機能は以下のようになります。

- ① それぞれのサービスを提供する上での基盤となる「共通的な機能」として、一定時間要介護者等がサービスを受けることに伴い必然的に発生する日常生活上の支援や利用者の在宅生活における生活行為を向上させるための支援サービスの提供
- ② サービスの「選択的な機能」として、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」等が位置づけられます。
- ③ 利用者が「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」等の、どのプログラムを受けるかという選択については、基本チェックリストの質問項目の該当状況を勘案し、最終的には介護予防ケアマネジメントの中で決定します。

【条文】 介護保険法第8条の2第7項

【介護予防通所介護】

居宅要支援者について、その介護予防を目的として、老人福祉法第5条の2第3項の厚生労働省令で定める施設又は同法第20条の2の2に規定する老人デイサービスセンターに通わせ、当該施設において、厚生労働省令で定める期間にわたり、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと（介護予防認知症対応型通所介護に該当するものを除く。）をいう。

【条文】 介護保険法第8条の2第8項

【介護予防通所リハビリテーション】

居宅要支援者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令で定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、介護老人保健施設、病院、診療所その他の厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その介護予防を目的として、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションをいう。

図表5-14 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリのサービス（イメージ）

「介護予防通所介護」のサービスイメージ（基本的構造）

選択的サービス

運動器の機能向上

栄養改善

口腔機能の向上

共通的服务

日常生活上の支援等

※運動器の機能向上、栄養改善又は口腔機能の向上を選択しない場合

アクティビティ等(※)

日常生活上の支援等

○共通的服务に加え、選択的なサービスを単独あるいは複数組み合わせる。

「介護予防通所リハビリテーション」のサービスイメージ（基本的構造）

選択的サービス

運動器の機能向上

栄養改善

口腔機能の向上

共通的服务

日常生活上の支援等

リハビリテーション

○共通的服务に加え、選択的なサービスを単独あるいは複数組み合わせる。

※：アクティビティ等

従来の通所介護で提供されている主として集団活動に関するメニューのうち、介護予防に資するもの。

〈サービスの例〉

通所施設内の台所（を模擬した場所）等で、調理・配膳などをスムーズに行えるよう、姿勢や物の持ち方等に関する指導や訓練を行う。また、この際には、居宅での家事として定着するように、居宅での生活パターンや台所環境等も考慮する。 等

《介護予防訪問介護》

■「介護予防訪問介護」については、利用者の状態等を踏まえ、適切なケアマネジメントに基づいて提供されることとなります。具体的には、①利用者が自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、②それについて同居家族による支えや地域の支え合い・支援サービス、他の福祉施策などの代替サービスが利用できないケースについて、介護予防ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものです。

■上記の考え方を踏まえ、「介護予防訪問介護」が提供される場合においては、利用者が通所系サービス等を通じて生活機能の改善を図っていく中で、利用者ができる生活行為を増やしていき、日常生活の自立へむけて支援する観点から、「介護予防訪問介護」を提供していくことが求められます。

■その際、「介護予防訪問介護」においてホームヘルパーが利用者に代わって支援を行う生活行為の内容は、地域のインフォーマルサービスや介護保険以外の公的サービス等の利用も踏まえつつ、介護予防ケアマネジメントの過程で具体的に明確化する必要があります（例えば、調理も包丁が持てないなら食材を切ることのみ支援するなど）。

■また、「介護予防訪問介護」は、利用者に対して1対1で提供するサービスであり、ともすれば利用者のホームヘルパーへの依存関係を生みやすいことから、本人のできることはできるだけ本人が行うことを基本に、サービスを提供することが求められます。

【条文】 介護保険法第8条の2第2項

【介護予防訪問介護】

要支援者であって、居宅において支援を受けるもの（以下「居宅要支援者」という。）について、その者の居宅において、その介護予防（身体上又は精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について常時介護を要し、又は日常生活を営むのに支障がある状態の軽減又は悪化の防止をいう。以下同じ。）を目的として、介護福祉士その他政令で定める者により、厚生労働省令で定める期間にわたり行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援であって、厚生労働省令で定めるものをいう。

1.6 地域支援事業における介護予防事業

1.6.1 地域支援事業

《地域支援事業》

■地域支援事業は、要支援状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なケアマネジメント機能を強化する観点から、今回新たに創設されました。

■地域支援事業は次の三つで構成されます。

① 介護予防事業

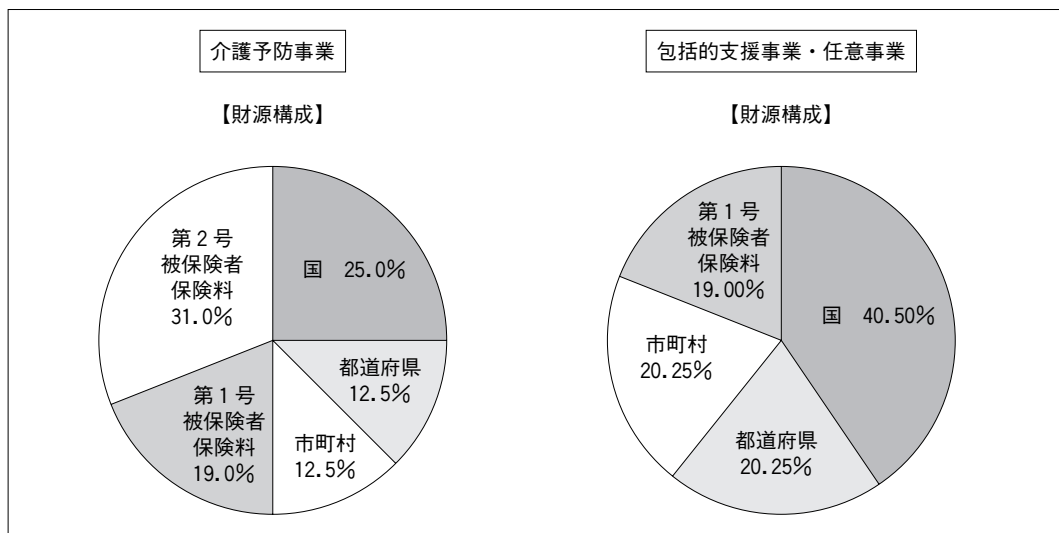
- ・ 介護予防特定高齢者施策の実施
ア 特定高齢者把握事業

- イ 通所型介護予防事業
- ウ 訪問型介護予防事業
- エ 介護予防特定高齢者施策評価事業
- ・ 介護予防一般高齢者施策の実施
 - ア 介護予防普及啓発事業
 - イ 地域介護予防活動支援事業
 - ウ 介護予防一般高齢者施策評価事業
- ② 包括的支援事業
 - ア 介護予防ケアマネジメント業務
 - イ 総合相談支援業務（地域の高齢者の実態把握、介護以外の生活支援サービスとの調整等）
 - ウ 権利擁護業務（虐待の防止、虐待の早期発見等）
 - エ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（支援困難事例に関する介護支援専門員への助言、地域の介護支援専門員のネットワークづくり等）
- ③ 任意事業
 - ・ 介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業 等

■地域支援事業の財源構成は、従来の老人保健事業等の再編に伴い実施されることから、市町村特別給付や保健福祉事業とは異なります。

- ① 介護予防事業については、従来の介護給付費の財源割合と同一
- ② 包括的支援事業及び任意事業は、第1号被保険者保険料と公費（国2分の1、都道府県・市町村4分の1）
- ③ 市町村は、地域支援事業の利用者に対して利用料を請求することができます。

図表 5-15 財源構成



■地域支援事業における介護予防事業のうち介護予防特定高齢者施策は、要支援・要介護になる可能性の高い高齢者（特定高齢者）を対象に行われ、これにより、介護予防事業対象者のうち20%程度において要支援・要介護状態への悪化を防止することを目標とします。

また、介護予防事業の事業費は、介護保険給付費の2.0%以内（平成19年度は1.5%）としており、介護保険事業計画で全体の事業量を踏まえ、介護予防特定高齢者施策の事業費を決定します。

■地域支援事業における介護予防事業のうち介護予防一般高齢者施策は、活動的な状態にある高齢者が生きがいをもって活動的に暮らすことを地域全体で支援し、生活機能の維持・向上を図ることを目的とします。このため、高齢者の社会参加を促進していくことや、高齢者を中心としたグループの形成や世代間交流を図ることに合わせて、介護予防に関して地域全体が関心を持ち合うコミュニティの形成も重要です。このため、介護予防一般高齢者施策には、多種多様なものが考えられ、様々な機関との連携のもと、幅広い地域ケアネットワークを形成していく必要があります。

1.6.2 地域支援事業における介護予防事業

《介護予防事業》

■市町村が実施主体となり、公民館、市町村保健センター等において市町村が直接実施する、あるいは民間事業者へ委託して実施します。

■介護予防事業の種類は、①「介護予防特定高齢者施策」と②「介護予防一般高齢者施策」に分類されています。

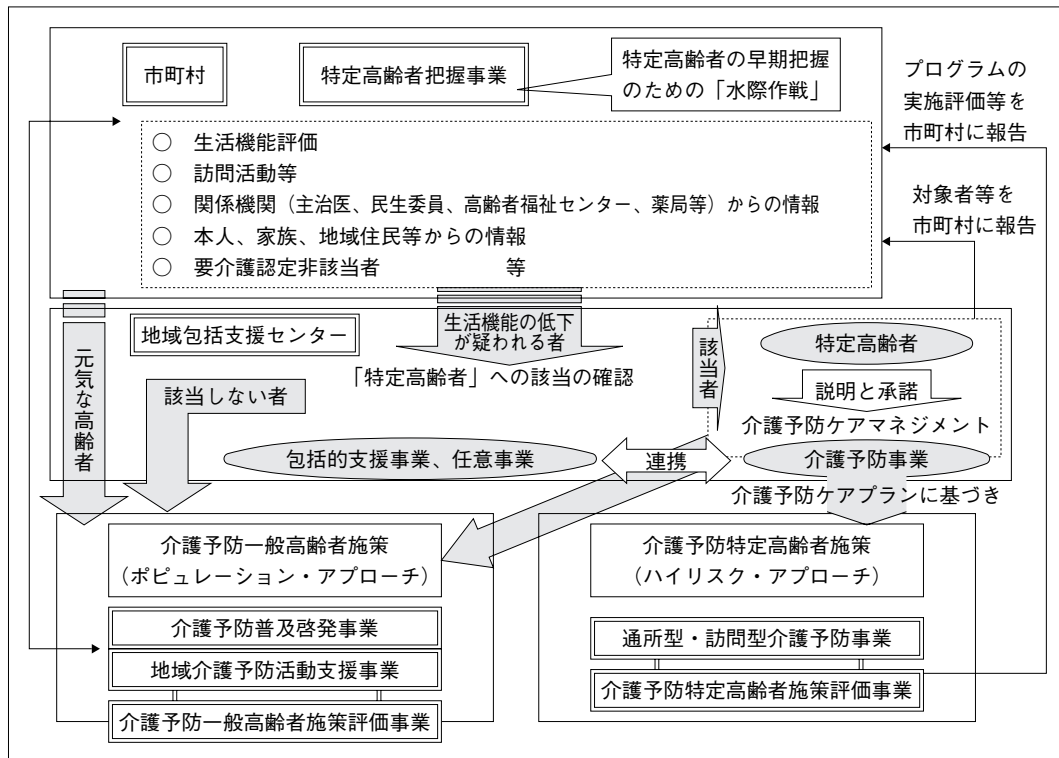
① 介護予防特定高齢者施策

- ア 特定高齢者把握事業：介護予防特定高齢者施策の対象となる特定高齢者の把握のため、すべての第1号被保険者を対象に生活機能に関する状態の把握等を行います。
- イ 通所型介護予防事業：把握された特定高齢者を対象に、通所により介護予防を目的として「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」等に効果があると認められる事業を実施します。
- ウ 訪問型介護予防事業：把握された特定高齢者の中で、閉じこもり、認知症、うつ等のおそれのある特定高齢者を対象に、保健師等がその者の居宅を訪問し、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価を行い、必要な相談・指導等を実施します。
- エ 介護予防特定高齢者施策評価事業：各市町村が介護保険事業計画において定める「介護予防事業の効果による要介護認定者数の目標値」に照らした達成状況の検証を通じて、介護予防特定高齢者施策の事業評価を実施します。

② 介護予防一般高齢者施策

- ア 介護予防普及啓発事業：介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するため、パンフレット等の作成・配付等を行います。
- イ 地域介護予防活動支援事業：介護予防に関するボランティア等の人材育成のための研修や介護予防に資する地域活動組織の育成・支援のための事業等を実施します。
- ウ 介護予防一般高齢者施策評価事業：年度ごとに事業評価により、プロセス評価を中心に事業評価を実施します。

図表 5-16 介護予防事業の流れ



1.6.3 介護予防特定高齢者施策

1) 特定高齢者把握事業

① 対象者

■第1号被保険者

② 実施主体

■市町村

※地域包括支援センターに委託することができます。ただし、委託する場合においても、市町村は地域包括支援センターから把握の状況等について報告を受けることが必要です。また、「生活機能評価」については、平成19年度については、老人保健事業の基本健康診査において実施します。

③ 事業内容

■介護予防特定高齢者施策の対象となる特定高齢者（各市町村における第1号被保険者の概ね5%程度）の把握のため、次に掲げる事業を実施します。

- ・ 生活機能に関する状態の把握
- ・ その他

―市町村内の要介護認定担当部局や保健部局において訪問活動を実施している保健師等との連携による実態把握

- 主治医等との連携による実態把握
- 地域包括支援センターとの連携による実態把握 等

④ 留意事項

■特定高齢者把握事業において得られた対象者個人に関する情報については、介護予防ケアマネジメントや事業実施の際に活用する観点から、地域包括支援センター、事業実施者に情報提供することが想定されることから、予め本人の同意を得るなど、個人情報保護の観点からの対応が必要です。

《特定高齢者施策の対象者の把握の方法》

■市町村は多様なルートを経由して対象者を把握します。

- ① 本人・家族から直接（当事者ルート）
- ② 地域住民から（住民ルート）
- ③ 地域の民間組織や団体から（民間ルート）
- ④ 行政関連の窓口や事業・活動から（行政ルート）
- ⑤ 様々な関係機関から（関係機関ルート）

■各ルートにおいては、生活機能が低下していると思われる高齢者に対して、基本チェックリストに回答してもらい、特定高齢者候補者に該当する場合には市町村に報告します。

■基本チェックリストは、生活機能の低下を把握するために、原則として自記式で行います。閉じこもりやうつなどの場合は、対象者の訴えに添いながら確認していきます。

2) 通所型介護予防事業

① 対象者

■特定高齢者把握事業により特定高齢者と決定され、介護予防ケアマネジメント業務により事業実施が適当とされた特定高齢者

② 実施主体

■市町村 ※市町村が適当と認める者に委託することができます。

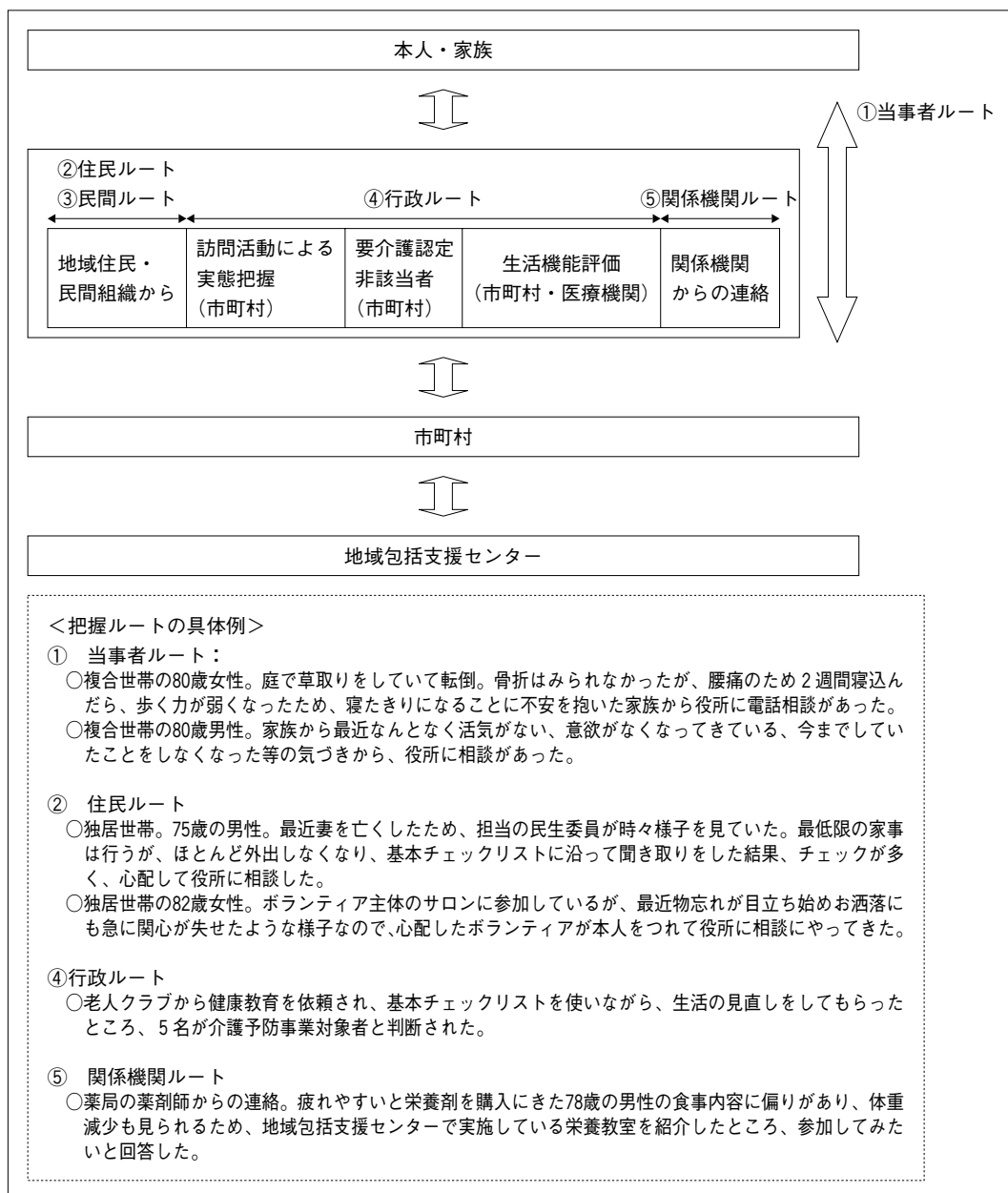
③ 事業内容

■特定高齢者把握事業により把握された特定高齢者に対し、介護予防を目的として、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」又はこれらの事業に関するものであって、市町村において介護予防の観点から効果があると認められる事業を実施します（なお、「うつ予防・支援」「認知症予防・支援」又は「閉じこもり予防・支援」の観点から、うつ、認知症、閉じこもりのおそれがある（又はこれらの状態にある）高齢者に対して上記事業を活用することもできます）。

■当該事業については、集団的なプログラムによる通所形態の事業（1回の事業で20名～30名程度の対象者に対して事業を実施する形態）を基本とし、介護予防ケアマネジメント業務において地域包括支援センターにより個別の対象者ごとに作成される介護予防ケアプランに基づき実施されるものとします。

■また、事業実施者において、事業を実施するに当たっては、以下の手順により行われることが必要

図表 5-17 特定高齢者施策の対象者の把握ルート



です。

—個別に対象者の心身の状況をより正確に把握し、具体的にどのようなプログラムを実施すべきか等の事前アセスメント実施（その際、対象者が無理なく事業が実施できるよう、対象者の心身の状況に照らした事業実施に係るリスク評価についても、よく主治医との連携を図りつつ、実施すること。）

—当該アセスメント結果を踏まえた個別サービス計画の作成

—当該計画に基づく事業実施

—事業実施後のアセスメント

④ 留意事項

■複数の事業を実施する場合には、それぞれの事業者間で電話連絡等により当該高齢者の心身の状況、

実施している事業内容等に関する情報交換を行うなど、高齢者の状態に即して事業が適切に実施されるよう連携を図ることが必要です。

(ア) 運動器の機能向上プログラム

■対象者

運動器の機能が低下している又はそのおそれのある高齢者

■事業内容

転倒骨折の防止及び加齢に伴う運動器の機能低下の予防・向上を図る観点から、ストレッチ、有酸素運動、簡易な器具を用いた運動等を実施する。

[事業内容]

a 実施担当者による事前アセスメントの実施

実施担当者（医師、歯科医師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、経験のある介護職員等）は、事業開始前に対象者の身体機能の把握及び身体機能を踏まえた事業実施に係るリスク評価を行うとともに、併せて関連する QOL 等の個別の状況についても把握・評価する。

b 個別サービス計画の作成

理学療法士等は、アセスメント結果や利用者の意向を踏まえ、個別の対象者ごとのプログラムの目標、プログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画を作成する。その際、実施期間については、概ね3か月から6か月程度とし、実施回数は、対象者の負担とならず、かつ、その効果が期待できる回数を設定する。また、一定期間ごとに一定の目標を定め、対象者の状況に応じて、過度の負担がかからないようにプログラムを設定する。

c プログラムの実施

個別サービス計画書に基づき運動を実施する。なお、概ね1か月ごとに個別サービス計画で定めた目標の達成状況について評価し、適宜、プログラム等について見直しをする。

d 専門スタッフによる事後アセスメントの実施

プログラムの終了時に、参加状況、目標の達成度、身体機能、関連する QOL 等を評価する。事後アセスメントの結果は、介護予防ケアプランに反映させるために、地域包括支援センターに報告する。

■留意事項

- ① 事業の実施に当たっては、a～dまでのプロセスを踏んだ上で実施する。
- ② 事業が安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施する。
- ③ 事故防止のため十分な注意を払うとともに、参加者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備する。

(イ) 栄養改善プログラム

■対象者

低栄養状態にある又はそのおそれのある高齢者

■事業内容

高齢者の低栄養状態を早期に発見するとともに、「食べること」を通じて低栄養状態を改善し、自

分らしい生活の確立と自己実現を支援することを目的として、個別的な栄養相談、集団的な栄養教育の事業を実施する。

[事業内容]

A 個別的な栄養相談

a 実施担当者による事前アセスメントの実施

実施担当者は、事業開始前に対象者に対して、身長、体重等の身体計測を行うとともに、食事摂取状況、アレルギー状況等を把握し、低栄養状態のリスクに係る評価を行う。

b 個別サービス計画の作成

管理栄養士等は、アセスメント結果を踏まえ、対象者において栄養改善の観点から必要となる栄養量や日常の食事の形態など、配慮すべき事項について説明し、当該説明を踏まえ対象者において行う計画づくりを支援する。当該計画は、概ね6か月程度とし、栄養改善に向けた食事に関する目標を定めることとする。

c プログラムの実施

管理栄養士は、対象者による計画の実施に当たり、対象者の低栄養状態を改善するため、地域における食事づくりの会や食事会等を提供しているボランティア組織の紹介、高齢者の食事づくりに便利な器具、栄養改善に有効な食品の購入方法等に関する情報提供を行う。

d 実施担当者による事後アセスメントの実施

実施担当者は、計画終了後に、対象者の目標の達成度、低栄養状態の状況等を評価する。

B 集団的な栄養教育

介護予防のための栄養改善の知識経験を有する専門家等により「食べることの意義」「栄養改善のための自己マネジメントの方法」「栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入方法」「摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上等の低栄養に関連する問題」等に関する講義又は実習による集団的な栄養教育を実施する。

■留意事項

- ① 事業の実施に当たっては、a～dまでのプロセスを踏んだ上で実施する。
- ② 一方的な「指導」とならないよう、それぞれの地域の実情に応じ、独自に実施方法の工夫を行うことが必要である。

(ウ) 口腔機能の向上プログラム

■対象者

口腔機能が低下している又はそのおそれのある高齢者

■事業内容

高齢者の摂食・嚥下機能の低下を早期に発見し、その悪化を予防する観点から口腔機能の向上のための教育や口腔清掃の指導、摂食・嚥下機能に関する機能訓練の指導等の事業を実施する。

[事業内容]

a 実施担当者による事前アセスメントの実施

実施担当者は、事業開始前に対象者の口腔機能の状態の把握・評価を行う。

b 個別サービス計画の作成

歯科衛生士等は、アセスメント結果を踏まえ、個別の対象者ごとのプログラムの目標、プロ

グラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画を作成する。その際、実施期間については、概ね3か月間程度とする。

c プログラムの実施

事業の内容は、概ね以下の内容を含むものとし、専門スタッフの技量や対象となる高齢者の機能の状態等に応じて、柔軟に対応するものとする。また、対象者が、在宅においても口腔清掃や日常的にできる口腔機能の向上のための訓練を実施することができるよう、適宜専門スタッフによる指導を行うこととする。

- ① 口腔清掃
- ② 咀嚼機能訓練
- ③ 構音・発声訓練
- ④ 嚥下機能訓練
- ⑤ 呼吸法に関する訓練
- ⑥ 食事環境についての指導 等

d 実施担当者による事後アセスメントの実施

実施担当者は、計画終了後に、対象者の目標の達成度、口腔機能の状態等を評価し、地域包括支援センターに報告する。

■留意事項

事業の実施に当たっては、a～dまでのプロセスを踏んだ上で実施する。

3) 訪問型介護予防事業

① 対象者

■心身の状況等により通所形態による事業への参加が困難な特定高齢者

② 実施主体

■市町村 ※市町村が適当と認める者に委託することができます。

③ 事業内容

■特定高齢者把握事業により把握された閉じこもり、認知症、うつ等のおそれがある（又はこれらの状態にある）特定高齢者を対象に、実施担当者（保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等）がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な相談・指導を実施します。

■訪問型介護予防事業は、介護予防ケアマネジメント業務において地域包括支援センターで個別の対象者ごとに作成する介護予防ケアプランに基づき実施されます。

■また、事業実施者において、事業を実施するに当たっては、通所型介護予防事業と同様に、事前アセスメント→個別サービス計画の作成→事業実施→事後アセスメントという手順により行われることが必要です。

[事業内容]

a 事前アセスメントの実施

対象者の居宅を訪問し、主治医ともよく連携を図りつつ、その者の生活機能全般の把握・評

価を行います。その際、認知症、うつ等については、治療の必要性の有無を判定し、必要な場合には受診の勧奨を行うとともに、精神保健福祉センター等の専門機関との連携を図ることも必要です。また、閉じこもり状態にある者に対しては、その要因等の聞き取りを行います。

b 個別サービス計画の作成

アセスメント結果や対象者の意向を踏まえ支援方法を検討し、概ね3か月から6か月を期間とした個別サービス計画を作成します。

c 事業の実施

個別サービス計画に基づき、実施担当者は定期的に対象者の居宅を訪問し、対象者の状況を確認するとともに必要な相談・指導等を実施します。具体的な支援においては、通所型介護予防事業や地域におけるフォーマル・インフォーマルサービス、公民館活動等を活用することとし、対象者の状態に照らしつつ、対象者が関心のあるサービス等への参加の呼びかけ等を実施します。

d 事後アセスメントの実施

個別サービス計画により設定した計画期間終了後には、対象者の居宅を再訪問し、改善状況等について事後アセスメントを実施し、結果を地域包括支援センターに報告します。

④ 留意事項

■事業の実施に当たっては医療との連携を十分に図ることとし、対象者が現に医療を受けている場合には、医師の指導を受けることが必要です。

■閉じこもり、認知症、うつそれぞれの特性に応じた柔軟な対応が必要です。

4) 介護予防特定高齢者施策評価事業

① 実施主体

■市町村

② 事業内容

■各市町村が介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、介護予防特定高齢者施策の事業評価を行い、事業の実施方法等を改善します。

■事業評価は、年度ごとに、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価をそれぞれ実施します。

プロセス評価	：事業の実施過程等に係る指標により行われる評価
アウトプット評価	：投入された事業量に係る指標により行われる評価
アウトカム評価	：要支援・要介護への移行防止等の事業成果に係る指標により行われる評価

■市町村においては、これらの評価を実施するため、介護予防事業対象者数、介護予防事業参加者数、事業参加前後のQOL指標の変化、主観的健康感の変化等のデータ等について、常に収集・整理しておくことが必要です。

③ 留意事項

■介護予防事業評価事業については、通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の実施に併せ、必ず実施します。

1.6.4 介護予防一般高齢者施策

① 対象者

■第1号被保険者及びその支援のための活動に関わる者

② 実施主体

■市町村 ※市町村が適当と認める者に委託することができます。

③ 事業内容

■介護予防一般高齢者施策は、地域において介護予防に資する自発的な活動が広く実施され、地域の高齢者が自ら活動に参加し、介護予防に向けた取組が主体的に実施されるような地域社会の構築を目指して、健康教育・健康相談等の取組を通じて介護予防に関する活動の普及・啓発や地域における自発的な介護予防に資する活動の育成・支援を行います。

〈事業内容〉

ア 介護予防普及啓発事業

- ・ 窓口での PR
「介護予防」についてのパンフレットやリーフレットを作成し、窓口（行政・医療機関・地域包括支援センター・社会福祉協議会等）等、市民の目に触れやすいところに置き啓発します。
- ・ 講演会の実施
介護予防に関する講演会を実施し、広く「介護予防」についての啓発を市民に向けて行います。
- ・ 「介護予防」に関する情報をホームページや広報を活用して市民に啓発します。
- ・ 「介護予防」に関する知識又は情報、各対象者の介護予防事業実施の記録等を記載できる手帳等の配付等を行います。
- ・ 各種団体の会議やイベント等に出向き、「介護予防」の啓発を行います。
- ・ 一般市民向けに「軽体操」のビデオや「運動本」等の配付を行いながら、「介護予防」の啓発を行います。
- ・ 民生児童委員の一人暮らし高齢者の実態調査時等に「介護予防」についての啓発を行います。
- ・ その他

イ 地域介護予防活動支援事業

- ・ 介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修を行います。
例) 介護予防サポーター養成講座等を実施し、「介護予防」に関する知識（「老化」「生活不活発病」「生きがい」「役割」「自己実現」「認知症」等）を高め、介護予防の活動が実践できるような人材を養成・育成
- ・ 介護予防に資する地域活動組織の育成・支援を行います。
例) 現在、活動している地域活動組織に対して、活動を支援（介護予防読本「レクリエーション本」「歌集」「運動本」「簡単調理本」「ビデオ」等の配付や活動の実際についてのレクチャーなど）
例) 介護予防に資するボランティア等のネットワークづくりを支援
（定期的な会議・情報誌の発刊や共通の研修会の企画等）

例) サロンや介護予防教室等、住民主体の地域活動組織の立ち上げを支援

例) 各地域の活動組織に対して、保健師等の派遣を行い、「介護予防」に関する身近な取組を紹介し、実践していただけるよう働きかけを実施

ウ 介護予防一般高齢者施策評価事業

- ・ 各市町村が介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、介護予防一般高齢者施策の事業評価を行います。
- ・ 年度ごとに、プロセス評価を中心に事業評価を実施します。

④ 留意事項

■市町村においては、それぞれの地域において NPO やボランティアによるものも含め、どのような介護予防に資する活動が実施されているのか、適宜その把握に努める必要があります。

■事業の実施に当たっては、地域住民の介護予防事業に関する理解を深め、特定高齢者の早期把握の促進等を図ることや、育成・支援されたボランティアや地域活動組織を介護予防事業の対象者や修了者の支援のために積極的に活用するなど、介護予防特定高齢者施策及び予防給付との有機的な連携に努める必要があります。

第2節 介護予防ケアマネジメントの進め方

2.1 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方

《介護予防ケアマネジメントとは》

■介護予防ケアマネジメントは多様な側面を持つため、一様に定義することは困難ですが、大まかに整理すると次の考え方で表すことができます。

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。このためには、「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本とすることが必要です。利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、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ます。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う、という一連のサイクルが重要となります。

■これまでの介護予防ケアマネジメントは、できないことをサービスで補うという補完的な考えが広まっていること、そのため利用者の主体的な取組が重視されていないことや、自立に向けての具体的な目標が明確でないことなどが指摘されていました。先般の見直しでは、補完的な介護予防ケアマネジメントではなく、生活機能の低下の背景・原因を分析し、課題を明らかにして目標を定めた上で、利用者と計画作成者が共に目標へ向けて取り組む目標志向の考え方を強調しています。

■生活機能の低下や生じている課題に対し、まずは利用者自身がどのようにになりたいかという目標を掲げることが重要です。目標を達成するために、本人の意欲を高めるとともに、環境を整えたり、問題や障害となっていることを解決したり、利用者の健全な機能をより強化するための具体的な取組が示されているものを目標志向型プランといいます。問題が解決されることを目指すのではなく、問題が解決されることによる生活の質の向上を目指すことが重要です。

■目標志向型プランが立てられていても、計画作成者が利用者の意欲や認識、意向を汲みとらなければ、利用者と目標を共有することはできず、計画作成者のひとりよがりの目標になってしまいます。利用者が主体的になれるよう、面接を通じて支援することが重要です。

■このような点を踏まえ、介護予防ケアマネジメントでは、以下の点に留意する必要があります。

〈現行のケアマネジメントの問題点〉

- ケアマネジメントにおけるサービス導入の目標設定が不適切
- サービス選択に当たっての他の代替的な手段の検討が不十分



結果的にサービス利用が目的となっているケアプランが策定される

〈見直し後の介護予防ケアマネジメント〉

- 適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標を設定
- 利用者を含め様々な専門家によるケアカンファレンスを通じ利用者の改善可能性を実現するための適切なサービスを選択



利用者の自立に向けた目標志向型プランの策定

〈介護予防ケアマネジメントのポイント〉

- 目標の共有と利用者の主体的なサービス利用
利用者サービス提供者による生活機能向上のための目標の共有及び利用者の主体的なサービス利用を進めることが重要
- 将来の改善の見込みに基づいたアセスメント
個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要
- 明確な目標設定をもった介護予防ケアプランづくり
個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要

出典：「社会保障審議会介護給付費分科会介護予防ワーキングチーム中間報告」（平成 17 年 8 月 30 日）

■介護予防ケアマネジメントの基本理念は、予防給付においても介護予防事業においても「個々の高齢者の自立を支援する」という意味で同じであり、一貫性や継続性において連動していることが大切です。つまり予防給付により生活機能が改善した場合の介護予防事業への移行や、要介護状態の悪化に伴う介護給付への移行などを、一貫・継続したケアマネジメントのもとに実施することが重要です。

■計画作成者は、利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の目的について利用者や家族へ説明したり、生活機能が低下していることを認識してもらえよう支援したり、改善や自立への意欲を引き出していくことが重要です。これら一連の流れにおいては、利用者や家族との信頼関係の構築が基本となります。

■また、介護予防ケアマネジメントは、予防給付や介護予防事業などのサービスだけでなく、地域におけるインフォーマルサービスを活用した介護予防ケアプランを作成することが重要です。具体的

には、民生委員や食生活改善推進員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、福祉団体、さらに様々なボランティアや民間団体（NPO、住民団体）等を利用者ニーズに合わせて活用していくことが必要になります。

■軽度者が要支援状態となった原疾患は多様です。その中では、脳卒中だけでなく筋骨格系の疾患が多いといえます。つまり、急激に生活機能が低下する脳卒中モデルだけでなく、徐々に生活機能が低下する廃用症候群モデルに該当する人が多いという特性があげられます。

■このような軽度者は、生活機能の低下の原因や状態に見合った内容の支援やサービスを適切な時期に提供することにより、状態の維持や改善が期待されます。反対に、不適切なケアマネジメントによるサービスの利用は、結果として意欲を低下させたり、結果的に生活機能低下やサービスへの依存をもたらしてしまうこともあります。

■したがって、サービス提供に当たっては、こうした利用者の状態像の特性を踏まえ、「本人のできることはできる限り本人が行う」ことを基本としつつ、

- ① 生活機能の低下の危険性を早期に発見し、集中的な対応を行うこと
- ② サービス提供は、一定期間ごとに見直し、計画的に行うこと
- ③ 利用者の個別性を重視した効果的なプログラムを用意すること
- ④ 改善後の状態維持への支援に努めること

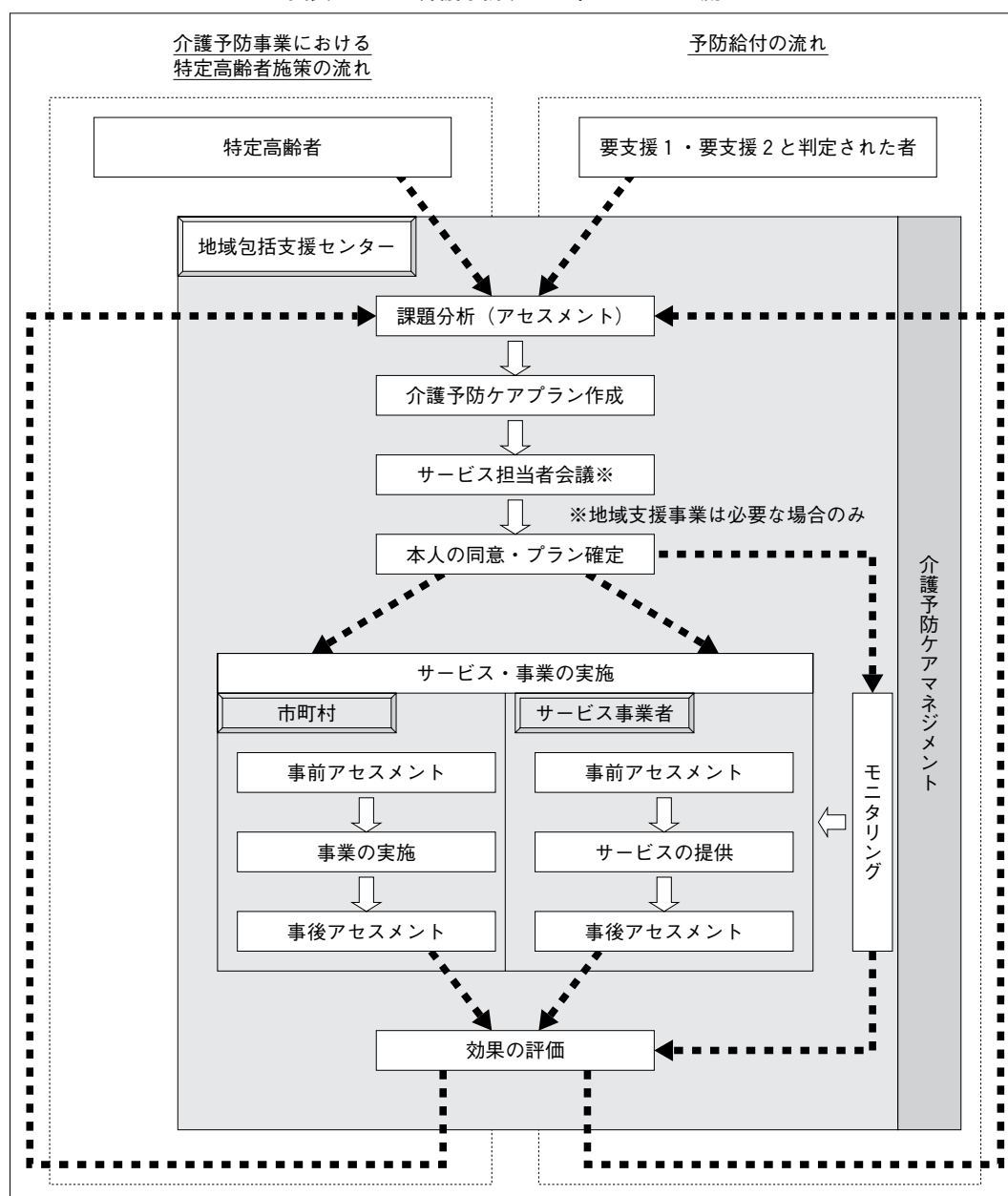
が重要です。

2.2 介護予防ケアマネジメントの流れ

《介護予防ケアマネジメントの流れ》

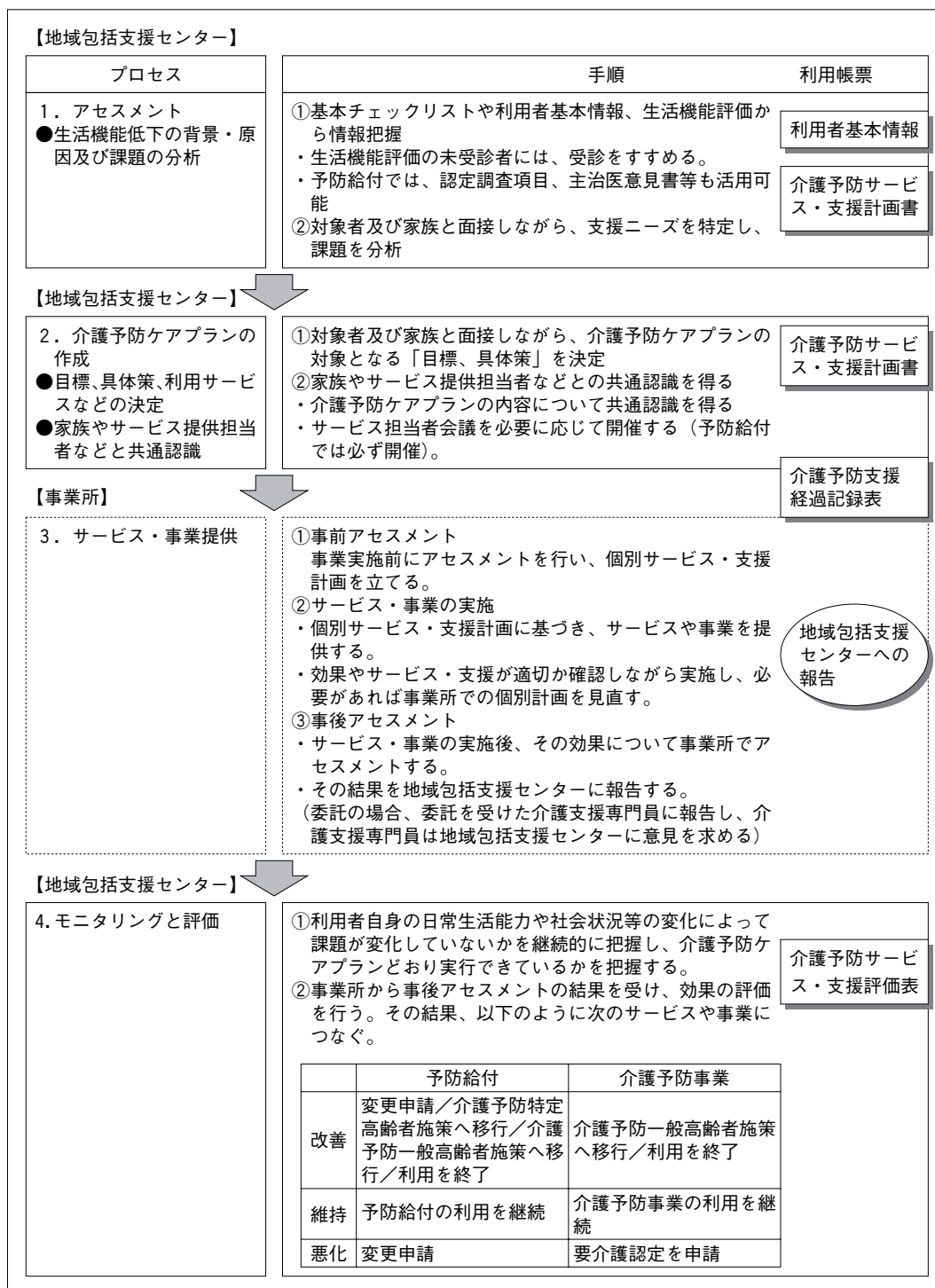
■介護予防ケアマネジメントの流れは、予防給付でも介護予防事業でも同じです。まず、アセスメントを行い、次に介護予防ケアプランの案を作成し、必要に応じてサービス担当者会議において検討の上、原案を固め、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画（介護予防事業における「介護予防支援計画」及び予防給付における「介護予防サービス計画」を総称して「介護予防サービス・支援計画」と言います。）として確定します。これに基づいて、予防給付によるサービスや介護予防事業が提供されます。サービス提供の一定期間後に、地域包括支援センターにおいてサービス・事業の効果を評価します。

図表 5-18 介護予防ケアマネジメントの流れ



■具体的に、介護予防ケアマネジメントは、次のプロセスと手順により実践します。

図表 5-19 介護予防ケアマネジメントの手順



2.3 アセスメント

《基本的な考え方》

■予防給付と介護予防事業の両対象者についても、基本チェックリストや利用者基本情報、面談などによって情報把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにします。

基本チェックリストについては、質問項目の該当数を踏まえ、必要と見込まれる事業プログラムを決定し、最終的な介護予防ケアマネジメントによって、利用するプログラムの判断をします。

予防給付では認定調査項目や主治医意見書も活用します。主治医意見書からは、利用者の既往、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認することができます。

■なお、これらの情報については、情報が作成された日付を確認し、直近の情報を適切に利用するように留意します。日付が古い場合は、利用者の現在の状態を計画作成者が再度確認する必要があります。

■アセスメントは利用者と計画作成者との協働作業です。そのため、アセスメント実施に当たっては、一方的にあるいは漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要なコミュニケーションの取り方です。

■アセスメントは、そのコミュニケーションの過程を通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援をしたり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会でもあります。予防給付対象者は認定申請をしていることから、本人や家族が生活機能の低下を自覚している場合が多いと考えられますので、その部分からインタビューを進めるとよいでしょう。介護予防事業対象者自身に生活機能の低下を自覚してもらうことは、介護予防に取り組む意欲につながるので、コミュニケーションの進め方の大切なポイントとなります。具体的には、以下のようなコミュニケーションを心掛けてください。

- ① できていないことばかりに目を向けず、自分でできること、できそうなこと（潜在能力）を探す。
- ② 目指す生活が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える。
- ③ 家族や友人、仲間との人間関係の中で動機付けが促されたり、取組が継続されることを活用する。（環境づくり）

■加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等による活動範囲の縮小や他者との交流の減少による“あきらめ”、これ以上の機能の向上は無理であるとの誤解による自信の喪失等は、主に生活機能が低下した状態によりもたらされていることがあります。利用者の身体機能だけでなく認知症やうつ状態の存在の可能性について配慮することも必要です。例えば、基本チェックリスト 21 ～ 25

の項目を参照に、うつ状態が見られたら、必要に応じて適切な医療や相談機関につなげることも大切です。またアセスメントの過程においては、コミュニケーションに活かしたり、過度な負担やストレスにならないよう配慮する必要があります。

■計画作成者は、アセスメントの経過において、かつて利用者が楽しみや生きがいに行っていたことなどについて情報を収集し、その内容を深めていく中で、利用者が「またそのことができるようになりたい」とこれからの生活について主体的かつ積極的に考えることができ、「目標とする生活」について具体的なイメージを抱いてもらうことが大切になります。その際、個別性を重視するとともに、楽しめるもの、生活に関わるものを具体的に盛り込むように努めます。

■計画作成者は、利用者が予防給付によるサービスや介護予防事業などを利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要であり、活動性の向上後の生活のイメージは、利用者と計画作成者が目標とする生活のイメージとして共有する必要があります。

■アセスメントは、既存書類からの情報収集で、ある程度の利用者像の把握をし、そして面接では利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能低下の状態や状況について理解することから始めることが大切です。初回面接では、完璧に情報を収集しようとして、利用者から強引に聞き出し、利用者を不快にさせないよう信頼関係を作りながら進めることが重要です。

■しかし一方で、専門的な観点による十分なアセスメントを行わず、利用者の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てていることが指摘されてきましたので、適切な介護予防ケアマネジメントが行えるよう、介護予防の理念や概念を再認識するようにしましょう。

■介護予防特定高齢者施策については、地域包括支援センター1か所当たりの担当人口が、約2万5000人の場合、高齢化率を20%とした時に特定高齢者は約250人と見込まれます。予防給付の介護予防ケアマネジメントや、その他の業務量を勘案し、介護予防ケアマネジメントを行う必要があります。

■アセスメントの様式及びそれぞれの記入の仕方については、第3節3.4以降を参照してください。

2.4 介護予防ケアプランの作成

《基本的な考え方》

- 生活機能の低下が見られる事項全体を俯瞰し、総合的な観点から領域を越えて根本的な課題をさぐる必要があります。その解決や強化を図るためには、利用者や家族と協働で作った、目標とする生活をイメージし、これに基づいて介護予防ケアプランを作成します。
- 利用者や家族に対して課題に対する目標と具体策を示し、利用者や家族との適切なコミュニケーションを通じて、利用者の主体的な取組を引き出し、合意のプロセスを丁寧に進めることが重要です。
- 介護予防ケアプラン作成においては、利用者自身が取り組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、セルフケア・同居家族の協力や、近隣者の見守りや支えなどのインフォーマルサービスを積極的に活用することも重要です。なお、近隣者による支えは、利用者の心の支えと安心感につながり、より利用者の意欲を高めます。しかし、近隣者がその役割を負担に感じると、利用者との関係を保てなくなるため、計画に盛り込むときには配慮が必要です。
- また、介護予防ケアプランを作成する際には利用者の状態のみに着目するのではなく、要介護状態にいたる直接的及び間接的な原因にも着目して設定することも大切です。

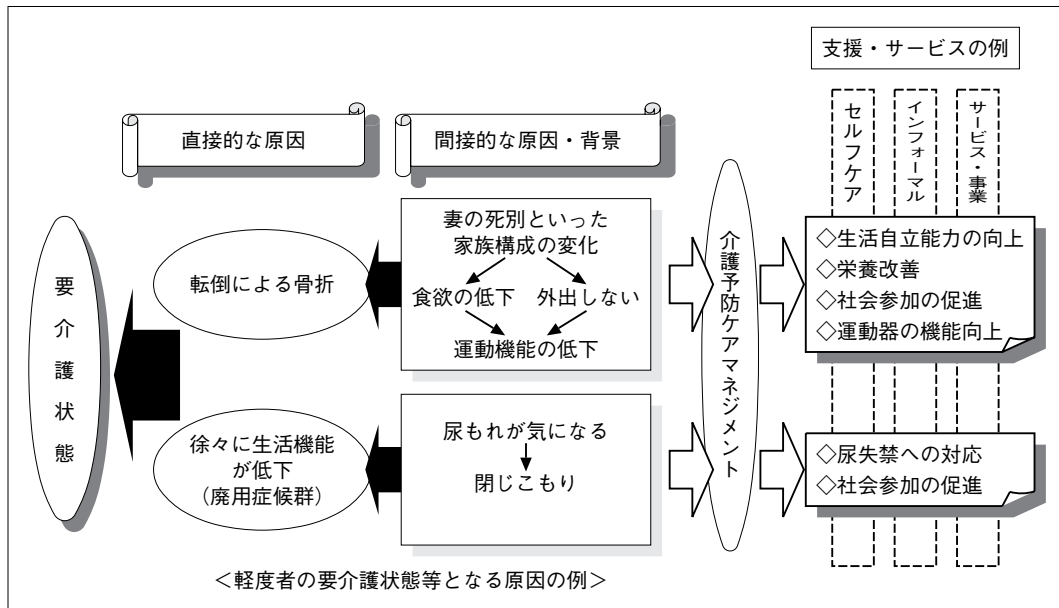
〈留意点〉

利用者ができないことを補う形でのサービス提供が、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があります。利用者本人が「できること」について利用者とともにこれを発見し向上させ、利用者の主体的な活動や地域社会への参加を高めることを目指した支援を行うことが必要です。

地域包括支援センターでは、個々人に合ったサービスが提供できるよう、地域のインフォーマルサービスに関する情報の収集やリストづくりなどを日ごろから取り組むことが望まれます。また、地域による支援体制が十分でない場合は、支援体制を充実させるために、市町村等との話し合いを始める働きかけが必要です。

- 介護予防特定高齢者施策の介護予防ケアマネジメントについては、利用者が要介護認定非該当者であるため、比較的簡易なケアプランを作成してもよいでしょう。
- 介護予防ケアプランの様式及びそれぞれの記入の仕方については、第3節3.4以降を参照してください。

図表 5-20 直接的な原因・間接的な原因に着目した介護予防ケアマネジメント



《介護予防ケアプランの作成方法》

1) 目標の設定

■計画作成者が各領域のアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について検討して提案し、利用者や家族と話し合いながら合意していく過程は、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要な行為です。

■「目標とする生活」へできるだけ近づくように、それぞれの総合的課題についてもそれぞれの目標を設定します。目標における改善の程度は、必要に応じて専門職の意見を聞きます。

■目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要です。達成できない目標を設定することは、評価時点で利用者の自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながります。特に介護予防を開始した時は、それほど困難でない目標を設定して、達成感や自信を強化することも有効と考えられます。

■これまでのケアマネジメントでは、「できないこと」を探して、それを補うサービスを組み込むことが中心でした。介護予防ケアマネジメントでは、この考え方から脱し、本人が「できること」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てることが重要です。

■このためには、「できること」を利用者や家族と一緒に探し、利用者に「生活機能が向上すると、どのような生活が送れるのか」といった具体的なイメージを持ってもらい、利用者と一緒に目標を立てることが重要です。

■この目標を共有化するため、利用者を中心としたサービス担当者会議等を通じて、主治医をはじめとするすべてのサービス提供者が、積極的に介護予防ケアマネジメントに参画する必要があります。

また、すべてのサービス提供者が、目標を共有した上で、その達成に向けて各サービス事業者レベルでの具体的な実施目標を検討します。

- 「本人の意思」を尊重するからといって、単にやりたくないという理由だけでサービスを組み込まなかったり、欲しいと言っているサービスののみを提供することは、適切な介護予防ケアマネジメントとは言えません。また、サービスの効果が上がらない理由を単に利用者の意欲が不足しているということのみに帰することも不適切です。利用者の意欲を引き出すことは計画作成者の重要な役割であり、サービス提供事業者の役割でもあります。

2) 支援計画に盛り込む内容

○ 利用者のセルフケア

生活機能の低下を予防するため、利用者自らが取り組むべき事項や利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取組等は介護予防の重要な取組のひとつです。

○ 家族の支援、インフォーマルサービス

家族の支援や、近隣の住民からの支援は、利用者が友人や地域住民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場合は、インフォーマルサービスの支援者として記入します。

さらに、転倒しやすい室内環境の改善や、高齢者にとって使いやすい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みます。

○ 介護保険サービスまたは地域支援事業の内容

生活機能低下を予防するために利用する介護予防事業や予防給付のサービス等を記入します。

《予防給付のサービス選択に当たっての留意事項》

- 廃用症候群予防の観点から、「介護予防通所介護」及び「介護予防通所リハビリテーション」を介護予防ケアプランに積極的に位置づけることによって、日常生活行動の活発化や社会と関わる機会を提供し、廃用症候群の予防・改善を期待できます。

- 「介護予防訪問介護」については、利用者に自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）があり、それについて同居家族による支えや、地域の支え合い・支援サービスや他の福祉施策などのサービスが利用できない状況の場合、介護予防ケアマネジメントによる個別の判断を経た上で、サービスが提供されるものです。利用者に対して1対1で提供するサービスであり、ともすれば利用者のホームヘルパーへの依存関係を生みやすいことから、本人のできることはできるだけ本人が行うことを基本とします。

- また、福祉用具の利用に当たっては、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供される等、適切にケアマネジメントが行われないと、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、利用の妥当性、適合性を精査することが必要です。

- 計画作成者は、「福祉用具の選定の判断基準」の通知で使用が想定しにくい福祉用具とされているも

のをケアプランに位置づける場合は、サービス担当者会議等を通じて、専門職から意見を求め、その妥当性について検討を行うことが大切です。

■介護予防サービスについては、利用者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った短期・集中的なサービスとなるようケアマネジメントを行う必要があります。また、これらの介護予防サービスは、月単位の定額報酬となります。目標の達成度に応じた事業者評価が行われることから、個々の事業者のサービス提供体制やサービス提供過程（プロセス）に関する情報収集も重要です。

■介護予防サービスについては、個々の事業所のサービスが連動する必要があるという認識をより強く持っていただく必要があります。例えば、介護予防通所介護と介護予防訪問介護を利用している人であれば、介護予防通所介護で身体機能の向上が見られた場合、その向上した機能を更に活かす介護予防訪問介護やセルフケアの内容について変更していく必要があります。

2.5 サービス担当者会議

《位置づけと目的》

■サービス担当者会議は、予防給付の場合は原則としてケアプラン作成・変更時に開催します。介護予防事業の場合は、必要に応じて（利用者に複数のサービスを提供し介護予防ケアプラン内容の共通理解を必要とする場合等）開催します。

■サービス担当者会議は、以下の4点を主な目的として開催します。

- ① 利用者やその家族の生活全体及びその課題を共通理解すること
- ② 地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有をし、その役割を理解すること
- ③ 利用者の課題、生活機能向上の目標、支援の方針、支援計画などを協議すること
- ④ 介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解すること

《会議の構成員》

■構成員としては、利用者や家族、介護予防ケアプラン作成者、サービス事業担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者等が想定されます。

■介護予防ケアプラン作成者が、議題の内容に従い、効果的な検討ができるよう参加者を選定します。

《会議の進め方》

■介護予防ケアプラン作成者等が主宰者となり、上記の目的を達成するために、作成者が提出した介護予防ケアプランの原案について、各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防ケアプランの原案を最終決定します。

■介護予防ケアプランの変更を要するような状態変化があった場合には、各々の立場で把握している

現状について意見を述べ、情報を共通理解しながら、改善策を検討します。

《会議の開催時期と内容》

1) ケアプラン作成時

介護予防ケアプラン作成時の会議では、主に以下の内容を協議します。

- ① 利用者の生活状況と介護予防ケアプランの内容
- ② サービス提供・支援の順序や調整、提供時の配慮
- ③ 各サービス・支援の計画作成のための二次的アセスメント

2) 臨時的開催

提供されているサービスが介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、サービスや事業の利用中断がある場合に臨時的に開催します。

また、利用者の状態等に変化があり、介護予防ケアプランの変更が必要な場合にも臨時的に開催します。

- ① サービス・支援提供の変更が必要な状態把握
- ② 新たな介護予防ケアプラン作成のためのアセスメント
- ③ 新たな介護予防ケアプランの作成

《開催方法》

■介護予防ケアプラン作成者は、サービス担当者会議の開催の目的を利用者と事業担当者等に伝え、開催についての了解を得ます。

■会議の場については、利用者の自宅や利用中のサービス事業所、主治医の診療所、地域包括支援センターなど、利用者や参加者の集まりやすい場所で開催するように工夫します。

《会議の記録》

■サービス担当者会議の内容や事業所、市町村、利用者等との連絡や相談内容を「介護予防支援経過記録」に記載します。

〈ポイント〉

サービス担当者会議の出席者については、必ず守秘義務に関する配慮義務を課すことが必要です。特に、閉じこもりやうつのおそれがある場合などには、インフォーマルサービスの支援者が利用者の支援担当者として重要な役割を果たすため、サービス担当者会議に出席することも想定されますが、この場合には、インフォーマルサービスの支援者も守秘義務が求められます。

【担当者会議開催上の留意点】

疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。目標を設定する時には、主治医から予後予測に基づいた疾患の説明を受け、利用者が十分に理解した上でケアプランを作成することが大切です。意見の確認方法として、受診時や休診時間に主治医の医療機関内で、訪問診療時に利用者の自宅でサービス担当者会議を開催するなどの工夫が必要になります。

2.6 モニタリングと評価

2.6.1 モニタリング

《位置づけ》

■モニタリングは、利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、介護予防ケアプランどおり実行できているかを把握する行為です。モニタリングの結果を評価につなげ、介護予防ケアプランの修正や、あらためてアセスメントを行うかどうかの判断材料とします。

〈モニタリングの視点〉

- ① 利用者の生活状況に変化がないか。
- ② 介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ③ 個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果、適切であるかどうか。
- ④ 利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ⑤ その他、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

《実施方法》

■モニタリングは、サービス事業者からの報告・連絡、あるいは事業所への訪問、利用者からの意見聴取・訪問などの手法を通じて定期的に実施します。サービス事業者や利用者との日常的な連絡調整を通じて、「なじみの関係」を作り、幅広く情報を収集できる環境を整えておくことが大切です。

■また、これらの実施状況については、「介護予防支援経過記録」に随時内容を記載します。

2.6.2 評価

《目的・視点》

■地域包括支援センターは、サービス事業者からの報告を基に、一定期間後に各利用者の状態を評価します。その目的は、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後のケアプランを見直すことにあります。

■評価の際は、サービス事業者が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果から、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康感等の変化などを把握することができます。これらを集約し、利用者の生活機能全体に関する評価を行います。

■委託された介護支援専門員についても、同様に評価を行い、その結果を地域包括支援センターに報告し、地域包括支援センターが今後の方針を決定します。

■上記の効果の評価をもとに、利用者にとってより適切なケアプランに見直しを行います。

《評価の反映》

■評価後の流れとしては、予防給付、介護予防事業のそれぞれについて以下の可能性が考えられます。

図表 5－21 効果の評価

	予防給付	介護予防事業
改善	要支援 2→要支援 1 へ変更申請	介護予防一般高齢者施策へ移行
	介護予防特定高齢者施策へ移行	セルフケアで日常生活が成立するため、介護予防事業の利用を終了
	介護予防一般高齢者施策へ移行	
	セルフケアで日常生活が成立するため、予防給付・介護予防事業ともに利用を終了	
維持	予防給付の利用を継続	介護予防事業の利用を継続
悪化	変更申請等 (要支援 1→要支援 2 へ変更申請) (要支援 2→要介護 1 へ新規申請)	要介護認定を申請

■サービス利用等の判定は、各利用者の生活機能の変化に応じて評価、判定されるものですが、その際、利用者や家族の意向に配慮するとともに、利用者の生活の自立を支援する観点から評価判定されることが大切です。

■利用者に対して、その状態の改善・悪化に応じて、予防給付と介護予防事業という両制度間でのサービス移行があり得ることをあらかじめ説明しておくことが、両制度の円滑な利用に当たって大切です。

■評価の内容は、介護予防ケアマネジメントの次のサイクルのアセスメントとして活用することができます。

〈ポイント〉

予防給付や介護予防事業により、自立した生活を送れるようになった人は、介護予防事業にボランティアとして参加することにより、自らの経験を活かして参加者の意欲を高めるなど、地域の高齢者を支える側にまわることが期待されます。さらに、ボランティアとして参加することにより、社会における役割の拡大につながり、利用者自身の生きがいを獲得する効果も期待できます。

【予防給付を利用して改善した事例】

要支援 1 の認定だったが、介護予防通所介護に 3 か月通い近隣の外出に自信がついた。今後の介護予防ケアプランでは、訪問介護等のサービスではなく高齢者食生活改善事業等で開催している「地域での会食」や住民主体の介護予防教室等を紹介しながら機能維持を図り、あきらめていた趣味を再開し自己実現を図っていただくこととなった。

今後は、ボランティアや介護予防サポーター等の地域支援とつながることを想定し、地域を担当する保健師や住民活動団体と協議する予定。

2.7 関係機関との連携

■地域包括支援センターが円滑かつ効果的に介護予防ケアマネジメントを実施していくためには、市町村、サービス事業者、主治医、保健・医療・福祉の関係機関、地域のインフォーマルサービスなどとの連携が不可欠です。

2.7.1 市町村、保健・医療・福祉関係機関等との連携

■地域包括支援センターは、市町村や地域の保健・医療・福祉関係機関や地域のインフォーマルサービスなど様々な社会資源が有機的に連携し合うような「地域包括支援ネットワーク」を構築するための関係づくりや継続性の維持に取り組むことが求められます。

■現状において、活用できる社会資源がなければ、市町村と連携し、既存の社会資源を地域のニーズに応じて改善したり、新しい社会資源を開発することも重要です。

■介護予防サービスは月単位の定額制であることから、サービス事業者が介護予防ケアプランに位置づけられたサービス内容・回数を提供しているかどうかをモニタリングすることも重要です。万が一、介護予防ケアプランや個別サービス計画に位置づけられたサービス内容・回数を提供しないようなサービス事業者がいる場合、市町村にその事業者の情報を報告することも重要です。

2.7.2 サービス事業者との連携

■介護予防ケアプラン作成者は、対象者からの情報収集の重複を抑制するとともに、関係するサービス事業者が共通した援助の目標やそれぞれの役割を理解して活動する必要があります。そのためには、利用者や家族の了解の下に、サービス事業者との情報の共有化を図り、アセスメントシートや介護予防ケアプラン用紙の写しをサービス事業者に送付します。ただし、あらかじめ文書によって利用者や家族の了解を得ておく必要があります。

2.7.3 主治医との連携

■予防給付においても、要介護認定での主治医意見書は重要な役割を果たすため、介護予防ケアプラン作成からサービス提供の過程において、当該意見書を作成した主治医との連携は重要になります。特に、介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションなどの医療系サービスが組み込まれた場合には、医師による指示が必要です。また、基本健康診査と合わせて実施する介護予防のための包括的な生活機能評価において、介護予防プログラムに参加する際の医学的観点からの留意点等について不明な部分がある場合には、基本健康診査を行った医師に確認する等の配慮が必要です。

■ただし、高齢者は複数の疾病を抱えていることが多く、治療している疾患にあたる医師が意見書の主治医以外の場合もあります。例えば、整形外科において治療中の高齢者について、運動機能向上に関して専門的な意見を更に仰ぎたい場合は、当該意見書を作成した主治医と相談の上、治療中の整形外科医等に意見を聞くなどの連携も必要になることに留意する必要があります。

■主治医との連携は認知症高齢者支援の観点からも大切です。地域包括支援センターと主治医が連携や情報の共有化を図る中で、主治医は早期段階での認知症の発見や専門医療機関への受診誘導などを行う一方で、地域包括支援センターには閉じこもり防止のための各種プログラムやアクティビティへのつなぎ、身寄りのない世帯等への見守り体制づくりを行うことが求められます。

2.8 指定居宅介護支援事業者への業務委託

《業務委託の位置づけ》

■地域包括支援センターは、指定介護予防支援事業者の指定を受け、予防給付のケアマネジメントの業務を行いますが、その業務の一部を厚生労働省令で定める者に委託できます。

■利用者が従前利用していた介護支援専門員にも、予防給付に係る利用計画の作成を依頼できるようにすることで、改正後の予防給付への円滑な移行や、介護給付に移行した場合の連携を確保するといった観点から、指定居宅介護支援事業者に業務の一部を委託することができます。

《業務委託の要件》

■業務を委託できる居宅介護支援事業者の要件として、基本的には中立性・公正性が担保され、受託する予防給付のケアマネジメント業務の円滑な遂行ができる能力のある事業者であることが必要です。

■また、業務の委託に当たっては、委託する業務の範囲及び委託先である居宅介護支援事業者の選定について、地域包括支援センター運営協議会の議を経ることが必要です。委託先の事業者が指定介護予防事業を行っている場合でも、運営協議会において中立性・公正性のチェックが行われれば、業務を委託することは差し支えありません。

■地域包括支援センター運営協議会は、前年度の事業報告書による他、次に掲げる点を勘案して必要な基準を作成した上で、定期的に又は必要な時に、事業内容を評価する必要があります。

- ① センターが作成する介護予防ケアプランにおいて、正当な理由なく特定の事業者が提供するサービスに偏りがいないか。
- ② センターにおける介護予防ケアプランの作成過程において、特定の事業者が提供するサービスの利用を不当に誘引していないか。
- ③ その他運営協議会が地域の実情に応じて必要と判断した事項。

■また、ケアマネジメントの視点からは以下の指標が考えられます。

- ① 生活機能低下の現状と背景を捉えているか。
- ② 本人や家族の認識や意向の把握は正確か。
- ③ 課題は要介護状態に陥る可能性の予測から導かれているか。
- ④ 目標は、本人や家族の意向も合わせた、具体的なものになっているか。
- ⑤ 具体策は、目標達成の手段として効果的・効率的であるか。

⑥ 介護支援専門員が望ましい介護予防サービス・支援計画書を作成できるよう、主任介護支援専門員と連携して、支援を行っているか。

また、地域にある資源や制度の情報提供も併せて行いましょう。

- ・ 地域支援事業・保健・医療サービス
- ・ 地域のインフォーマルサービス
- ・ 民間サービスなどのマップや人材リスト作成

《業務委託に際しての留意点》

■予防給付のケアマネジメント業務を委託する場合は、一般的に当該居宅介護支援事業所がケアマネジメント業務を適切に行っているかについて確認することが重要です。具体的には、委託事業者が作成した介護予防サービス計画原案の適切性や内容の妥当性を確認する必要があります。

■予防給付の対象者についても介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防サービス以外にインフォーマルサービスを活用することができます。適切なケアマネジメントを経て、介護予防サービスとインフォーマルサービス等の適切な連携と活用を図ることが重要です。

2.9 予防給付の自己作成（セルフケアプラン）

■介護保険法では、利用者が指定居宅介護支援を利用することをあらかじめ市町村に届けている場合、又は、あらかじめ利用する居宅サービスに係る計画（いわゆるセルフケアプラン）を市町村に届け出ている場合は、市町村は当該居宅介護サービス費を利用者に代わって事業者に支給することができる仕組みとしています。

■予防給付については、地域包括支援センターがケアマネジメントを行うこととしていますが、利用者本位という介護保険の基本理念に照らし合わせれば、従来と同様、利用者が自らケアプランを作成し、サービスを利用できる機会を確保することも重要です。

このため、利用者があらかじめ市町村に自ら作成したケアプランを届け出て、当該ケアプランの内容について市町村（又は市町村から委託を受けた地域包括支援センター）が専門的な見地から確認を行った場合には、当該ケアプランに基づいた予防給付が提供される仕組みとなっています。

■このように利用者が自らケアプランを作成しようとしている場合、地域包括支援センターの利用者に対する必要な相談・援助等の積極的な支援が望まれます。

第3節 介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法

3.1 様式作成の背景

■「予防重視型システム」は、介護保険制度の基本理念でもある「自立支援」の徹底と、先般の制度改正の狙いである「明るく活力ある超高齢社会の構築」「制度の持続可能性」の確保を図る上で、大変重要な役割を果たすものです。

■特に「自立支援の徹底」の観点からみると、利用者の生活の質の維持・改善に向けたケアマネジメント及びサービス提供がなされる必要があります。また、「明るく活力ある超高齢社会の構築」や「制度の持続可能性」の観点からみると、できる限り要介護状態にならない、あるいは要介護度の悪化を防ぐとともに、軽度者に対するサービスの効率化を図ることが、ひいては給付の効率化・重点化につながることであります。

■その要は、適切なケアマネジメントの実施に尽きると考えられます。これまで多数のアセスメント方式やケアプラン作成方法が示されてきましたが、これらの道具を利用する場合において、その理念や仕組みが十分理解されずに利用された結果、十分な成果を挙げていない例があるとの指摘も見られるところです。

■多数あるケアマネジメント手法に関し、共通して流れる考え方は、大まかに言えば、利用者の心身の状況及び置かれている環境を把握して、心身機能が低下してきた要因・背景を洞察し、その要因を明確にするとともに、それ以上機能低下をしないようにするために必要なこと、あるいは改善をもたらすことを明らかにした上で、具体策を提案し、関係者間で意見交換を図った上で合意をした内容に沿って実際の取組を行いながら、その後の状況の推移を観察して、次の対応を検討するといったものでしょう。

■先般の制度見直しに伴う「予防重視型システム」を実のあるものとし、これを主体となって担う地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメント業務の効率的実施を援助するための一方策として、必要最低限の様式を示すものです。

3.2 関連様式の特徴

■本マニュアルに掲載した介護予防ケアマネジメント関連様式は以下の4つです。

- ① 利用者基本情報
- ② 介護予防サービス・支援計画書
- ③ 介護予防サービス・支援評価表
- ④ 介護予防支援経過記録

■本マニュアルに掲載した関連様式について、以下の3つの特徴があげられます。

- ① 本マニュアルで示す様式は標準書式例とし、その内容については介護予防ケアマネジメントに当

たつての必要最低限の内容とされています。そのため、本様式に記載する情報を基本としつつ、各市町村において創意工夫を行い、新たな様式や項目を追加したり、紙面の構成や紙面の大きさを変えることも可能です。例えば、アセスメントについては、各領域に関する質問項目の例を示しますが、各市町村で最適と判断した項目を用いても構いません。また、ケアマネジメント全体についても、追加したいプロセスがあれば追加することは可能です。ただし、本様式例の項目は最低限必要なものなので、項目を減らすことは望ましくありません。

② 予防給付と介護予防事業の様式は、以下の理由等から共通の様式例としています。

ア 利用者が生活機能の変化により両制度を行き来する可能性があること

イ 介護予防ケアマネジメントにおける情報の一貫性・連続性の確保

ウ 地域包括支援センターにおける両制度の一体的運営への配慮

③ 個人情報保護の観点から、利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書の下欄に同意欄を設けています。

④ 自己作成（いわゆるセルフケアプラン）の様式は、少なくとも、本マニュアルで示す様式例の項目が盛り込まれているのであれば様式は問いません。

3.3 利用者基本情報

■利用者基本情報は、いわゆるフェイスシートといわれるものであり、利用者のおかれている状態の全体像を客観的な情報を中心にして簡易に把握するための項目をとりまとめたものです。基本的な情報を把握する過程においては、利用者や家族の認識を察知したり、意欲を引き出すポイントがどこにあるかなどを意識しつつ、会話を進めることが大切です。

■利用者基本情報は、利用者が地域包括支援センターに初回にかかわった時点で作成します。つまり、介護予防ケアマネジメントだけではなく、総合相談や権利擁護など地域包括支援センターにおける他事業においても、利用者基本情報は共用します。

■作成時には、その後、この情報がサービス事業者などの関係者へ必要時に提供されることについて利用者から同意を得ておく必要があります。

■介護予防ケアプラン作成時には、アセスメントの一環として利用者から聴取又は、利用者自身に記入してもらいます。利用者との面接時、基本チェックリストや生活機能評価で一度利用者に聞いたことは、再度聞く必要はなく、聴取結果を踏まえて、利用者基本情報に記入します。

■なお、各市町村において利用者基本情報のシートと類似の様式がすでにある場合には、本様式例を参照して、足りない項目を補って活用することができます。

■《介護予防に関する事項》の欄は、生活機能の低下や活動範囲の縮小が起きている要因を把握するものであり、かつ以前の生活や「趣味・楽しみ・特技」は、利用者の目標設定に活用できる情報としても重要です。

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

例

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()		来 所・電 話 その他 ()		初 回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()				
フリガナ 本人氏名			男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住 所				Tel Fax	() ()
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定情報	非該当・要支 1・要支 2・要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)				
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、()				
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無				
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・()				
来 所 者 (相 談 者)				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」 (同居家族は○で囲む)	家族関係等の状況
住 所 連 絡 先			続 柄		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		

《介護予防に関する事項》

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
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《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
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			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、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、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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 年 月 日 氏名 印

【利用者基本情報の記入の仕方】

〈「作成担当者」欄〉

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

《基本情報》

〈「相談日」欄〉

初回の相談日で、この利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

〈「本人の現況」欄〉

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

〈「本人氏名」欄〉

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認して、利用者の生年月日と年齢を記載する。

〈「住所」「電話番号」欄〉

利用者の現在居住している居住地进行を記載する。住民票の住居地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。「電話番号」は、利用者と連絡のとれる電話番号を記載する。

〈「日常生活自立度」欄〉

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3（1）の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付ける。

〈「認定情報」欄〉

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

〈「障害等認定」欄〉

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

〈「本人の住居環境」欄〉

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

〈「経済状況」欄〉

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記載する。

〈「来所者（相談者）」欄〉

来所者または相談者について、氏名を記載する。

〈「住所連絡先」「続柄」欄〉

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

《「緊急連絡先」欄》

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。高齢者世帯では介護者の体調不良などによる緊急連絡先も想定されるため、連絡先は複数確認することが望ましい。利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

《「家族構成」欄》

利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域（〇〇県、△△市など）も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で、特記すべき事項があれば記載する。

《介護予防に関する事項》

《「今までの生活」欄》

利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。
職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

《「現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）」欄》

「1日の生活・すごし方」

起床から就寝までの1日の流れや食事・入浴・買い物など、仕事や日課にしていること（散歩・園芸など）、テレビを見て過ごすなど、1日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記載し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記載する。

のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

「趣味・楽しみ・特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

「友人・地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

《「現病歴・既往歴と経過」欄》

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療・服薬の状況について時間の経過順に記載する。例えば、記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付け、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付ける。また、主治医意見書を記載した医療機関または医師について☆印を付ける。

《「現在利用しているサービス」欄》

利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

《「個人情報の第三者提供に関する同意」欄》

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、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、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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を得る。

3.4 介護予防サービス・支援計画書

- この様式例は、利用者及び家族と面接しながら、アセスメント領域ごとに課題を分析し、利用者及び家族の意欲・意向を確認しながら、具体的な目標や実際の支援計画を立てるものです。
- 本様式例は、ケアマネジメントの思考過程を明らかにしたものであり、その手順は左から右へ進めるように構成されています。アセスメントは、利用者の全体像から生活機能低下の背景・原因を分析し、その結果「総合的課題」を引き出すまでをいい、「課題に対する目標と具体策の提案」や「本人・家族の意向」欄は、専門家の提案した目標と具体策の提案に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階であり、より利用者の意向に沿ったケアプランを作成するためのプロセスです。ケアプランは「目標」以降をいいます。具体的な記入順序については、「標準的な記入の順序について」を参考にして下さい。
- 課題の分析では、利用者の日常生活の状況をアセスメント領域ごとに分析します。領域ごとに分析された課題について、その背景にある共通の課題を総合的な課題として統合し、根本的な解決や強化すべき課題を引き出します。高齢者の抱える問題や課題は、身体、心理、社会・経済的背景まで相互に絡み合っていることが多く、計画作成者は介入すべき課題の探索を専門的な知識を用いて行う必要があります。
- また、本様式例では、アセスメントに基づきケアプランを立てた上で、利用者からの同意や地域包括支援センターの確認を得ることになっています。
- 予防給付対象者の場合、主治医意見書や認定調査情報を事前に入手するとともに、基本チェックリストについてもアセスメントに先立って利用者に記入してもらいます。

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 平成 年 月 日 訪定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 初回・紹介・継続 訪定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

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)

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： _____

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	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	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
運動・移住について		☐ 有 ☐ 無					()					
アセスメント												
日常生活(家族生活)について					専門家の提案した目標と具体策の提案に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階							
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					()					

ケアプラン

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

【本を行うべき支援ができない場合】
適切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

計画に関する同意
上記計画について、同意いたします。

【意見】
地域包括支援センター

【確認印】

平成 年 月 日 氏名 印

【介護予防サービス・支援計画書の記入の仕方】

〈「NO.」欄〉

利用者の整理番号を記載する。

〈「利用者名」欄〉

利用者の氏名を記載する。

〈「認定年月日」欄〉

要支援認定の結果を受けた日を記載する。

〈「認定の有効期間」欄〉

認定の有効期間を日付で記載する。

〈「初回・紹介・継続」欄〉

利用者が、当該指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防事業及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防事業を受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防事業を受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防事業を受けており、今後も介護予防事業を受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○印を付ける。

〈「認定済・申請中」欄〉

「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○印を付ける。それ以外の場合は「認定済」に○印を付ける。

〈「要支援1・要支援2 地域支援事業」欄〉

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは事業名に○印を付ける。

〈「計画作成者氏名」欄〉

本計画作成者（地域包括支援センター担当者）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

〈「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」欄〉

介護予防支援業務を委託する場合は、介護予防サービス計画作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

〈「担当地域包括支援センター」欄〉

介護予防支援業務を委託する場合に、利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

〈「計画作成（変更）日（初回作成日）」欄〉

本計画を作成した日を記載する。また、2回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

〈「目標とする生活」欄〉

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思・意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。この望む日常生活のイメージが具体的に表せない利用者の場合には、利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の利用者が得意だと思っていること、楽しいと思っていることなどを参考に、利用者が具体的なイメージを持てるよう支援することもある。

また、生活に対する意欲が著しく低下している利用者の場合には、必要に応じて、専門家の視点から利用者の生活機能の改善の可能性を判断し、具体的な案を提示する。利用者の意欲を引き出すような働きかけや計画作成者と目指していく生活のイメージを共有することが重要である。

この欄には、必要に応じて計画作成者が上記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取組である「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、1日単位でも、1年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。1日及び1年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならぬものではない。

この項目は、話のきっかけとして初めに聞いたり、ある程度話が進んだところで聞く、又は、一度聞いた後にもう一度聞くなどして、より利用者の日常生活のイメージを具体的にできるように、計画作成者が面談を構成しやすいような順番や方法で聞くものである。大切なことは、利用者が今後どのような生活を送りたいかと言うことを具体的にイメージでき、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなることである。

1日

ここでは大きな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、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望ましい。

例：毎朝新聞受けへ新聞を取りに行き、1番に新聞を読みたい。

毎日一通ずつ絵手紙を書いて郵便局まで出しに行く。

1年

利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援や利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等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。

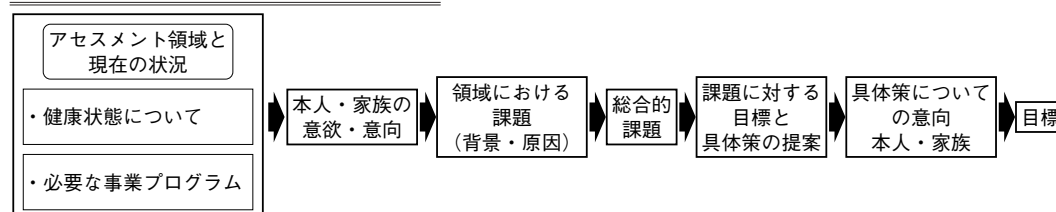
例：お盆に小学校の同窓会に出席する、春に盆栽展に出展するなど。

〈「健康状態について」欄〉

「主治医意見書」「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画

を立てる上で留意すべき情報について記載する。具体的には、主治医意見書からは「狭心症の既往があり、胸痛時に薬を内服することになっている」、あるいは生活機能評価からは「血圧が高めなので運動系のサービス前後は血圧測定が必要」などを記載する。ここに示された内容を踏まえ、アセスメントをすすめていく。

アセスメントから目標を立てるまでの流れ



〈「アセスメント領域と現在の状況」欄〉

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

- ① 各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの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のか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。
- ② 聴取するに当たって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。
- ③ 利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。
- ④ 初回面接では、完璧に情報収集しようとして、計画作成者が強引に聞き出そうとするなど利用者を不快にさせないように留意する。

アセスメント領域でどのようなことを分析するかについては、以下を参考にされたい。

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、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

（確認する項目例）

- ☐ 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

例：近所のコンビニエンスストアまでの外出はできる。

下肢筋力の低下があり、足があがりにくいので段差でつまづく。

日常生活（家庭生活）について

家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

（確認する項目例）

- ☐ 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、洗濯、ゴミ捨て、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

例：長期の入院生活で体力が低下しており、スーパーまでは買い物に行けない。

脳梗塞後の右手のしびれや握力低下が残り、包丁を持つことに不安がある。普段の食事はコンビニで買ったものを温めて食べている。

掃除や洗濯は自分で行っている。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人と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行事への参加状況や、家族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について確認する必要がある。

(確認する項目例)

□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、友人の家を訪問す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

□仕事や地域での役割をもち、行うことについての状況

□趣味や楽しみがあり、続けることについての状況

例：電話でこまめに友人とやりとりをしている。

健康管理について

清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行えているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

(確認する項目例)

□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

□健康のために食事に気をつけることについての状況

□健診を受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

例：降圧剤等の内服管理は行えており、整容等も行えている。

※ これらの項目例については、複数の領域にかかる場合もある。

〈「本人・家族の意欲・意向」欄〉

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。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、ただちに介護予防サービス計画を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援では大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

例：(本人) もともと料理は好き。包丁を使って切ったり刻んだりするのが怖いので障

害があっても上手に調理できる方法があったら知りたい。自分で作るのが怖いから誰かそばにいて手伝ってほしい。

(娘) 母は昔料理が上手だった。また、作れるようになると嬉しい。

〈「領域における課題（背景・原因）」欄〉

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、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、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態であると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付ける。

例：自分で調理したいという意欲はあるが、右手のしびれや握力低下により、包丁を握ることが困難な状態である。

不安は大きいようだが、このまま、右手を使わないまましていると拘縮してしまう可能性もある。

〈「総合的課題」欄〉

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、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、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援プロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付ける。

例：右手のしびれや握力低下により、調理行為が困難な状態である。右手を使わないまましていると、拘縮してしまう可能性がある。

〈「課題に対する目標と具体策の提案」欄〉

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できる（言いなりプランではないかどうか）ため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。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する。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、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。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

〔課題に対する目標と具体策の提案〕

（目標）自宅で週2回調理が行えるようになる。

（具体策）① 自分にあう調理器具、調理方法を見つける。

② 家族に料理を食べに来てもらう。

③ スーパーの宅配サービスを活用する。

〈「具体策についての意向 本人・家族」欄〉

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。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。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。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記載する。例えば、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、その理由や根拠が次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。

〈「目標」欄〉

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が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ていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

例：自宅で週2回調理を行う。

「目標とする生活」へできるだけ近づくように、利用者や家族と話し合いながら目標や具体策について合意していくことは、介護予防に対する利用者の意欲を形成する重要なプロセスである。

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。初めから難しい目標を立てるのではなく、達成可能な目標から立てるなどの工夫も必要である。

〈「目標についての支援のポイント」欄〉

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

例：不安があるため、通所サービスで練習し、娘さんが帰省したときに一緒に調理するなど、安心して調理ができるよう支援を進めていく。

〈「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」欄〉

「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」欄には、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などもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。言うまでもないが、本人の意志を尊

重するからといって、単にやりたくないという理由や、利用したいという理由だけでサービスを決定することは、適切な介護予防支援とは言えない。

「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄には、予防給付、地域支援事業のサービスの内容を記載し、どちらのサービス・事業を利用するか分かるように○印で囲む。

例えば、介護保険サービスを利用する場合には、**介護保険サービス** のように○印を付ける。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

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
(本人) 娘が帰省したときに自 宅で1人で調理する。 教室で習った献立を家 でも作ってみる。 (家族)母親の作っ た料理を食べに、 帰省する(時間が あれば見守る)。 (地域)近所の人に、 買い物をさそっても らう。スーパーの宅 配サービスを使う。	(介護保険サービ ス) 障害にあわせ た調理器具や調理 方法について、情 報提供、訓練する。 当面の支援	介護予防通所リ ハビリテーショ ン	Tセンター	平成〇〇年〇〇月 〇日～平成〇〇年 〇〇月〇日

〈【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針」欄〉

本来の支援が実施できない場合で、①利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。
②本来必要な社会資源が地域にない場合にも、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。

(例) 友愛訪問がないので、民生委員と協力して地域資源の構築につなげることが必要。

(例)

通所介護リハビリテーションで、調理器具等を紹介してもらった後に、すぐに自宅で1人で料理ができると考えていたが、本人が不安であるということを考え、まず、娘が帰省しているときに作ってもらい、そこで自信がついたら1人で作るよう声をかけていく。

〈「サービス種別」欄〉

「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」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

例えば、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、たすけあい事業、ふれあい昼食会など。

〈「事業所」欄〉

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

〈「期間」欄〉

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。

なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

〈「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」欄〉

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

〈「必要な事業プログラム」欄〉

基本チェックリストの該当項目数から、プログラムごとのチェックリストの項目数を分母にし、該当した項目数を分子として、その数字を「3／5」のように枠内に記入する。また、介護予防特定高齢者施策では、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に○印を付ける。（本文の「1.4.3 介護予防事業の対象者」の頁を参照）

〈「地域包括支援センターの意見・確認印」欄〉

予防給付の場合で、居宅介護支援事業者が介護予防支援事業者である地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援の最終的な責任主体である地域包括支援センターは、介護予防サービス計画が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案を作成し、介護予防サービス計画書について地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

〈「計画に関する同意」欄〉

介護予防サービス計画原案の内容を利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

182

182

182

182

182

【介護予防支援経過記録の記入の仕方】

〈「利用者氏名」欄〉

利用者の氏名を記載する。

〈「計画作成者氏名」欄〉

介護予防サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、委託を受けた居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

〈「年月日」欄〉 〈「内容」欄〉

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出された場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

3.6 介護予防サービス・支援評価表

利用者名

殿

介護予防サービス・支援評価表

計画作成者氏名

評価日

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
総合的な方針						
地域包括支援センター意見				☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了 ☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防特定高齢者施策 ☐ 介護予防一般高齢者施策 ☐ 終了		

【介護予防サービス・支援評価表の記入の仕方】

〈「利用者名」欄〉

利用者の氏名を記載する。

〈「計画作成者氏名」欄〉

介護予防サービス計画作成者（地域包括支援センター担当者）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

〈「評価日」欄〉

介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

〈「目標」欄〉

「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

〈「評価期間」欄〉

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

〈「目標達成状況」欄〉

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画を見直す。

〈「目標 達成／未達成」欄〉

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付ける。

〈「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」欄〉

何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

〈「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」欄〉

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。

〈「今後の方針」欄〉

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

〈「総合的な方針」欄〉

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

〈「地域包括支援センター意見」欄〉

介護予防サービス計画に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持・悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付ける。

参 考

○地域包括支援センターの設置運営について

〔平成 18 年 10 月 18 日 老計発第 1018001 号・老振発第 1018001 号・老老発第 1018001 号〕
厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長連名通知
改正 平成 19 年 1 月 16 日老計発第 0116003 号・老振発第 0116001 号・老老発第 0116001 号

地域包括支援センターの設置運営については、これまでも各種会議などにおいてお示ししてきたところであるが、今般、地域包括支援センターの設置運営について、下記のとおり取りまとめたところであるので、御了知の上、管内各市町村及び地域包括支援センター等に周知を図るとともに、その運用の参考にされたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の技術的助言に該当するものである。

記

1 目的

地域包括支援センター（以下「センター」という。）は、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されるものである（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 115 条の 39 第 1 項）。

2 設置主体

センターは、市町村（特別区を含む。以下同じ。）が設置できることとされている。また、法第 115 条の 39 第 1 項に規定する包括的支援事業の実施の委託を受けた者も包括的支援事業等を実施するためにセンターを設置できることとされている。

包括的支援事業の委託を受けることができる者は、包括的支援事業を適切、公正、中立かつ効率的に実施することができる法人であって、老人介護支援センター（在宅介護支援センター）の設置者、地方自治法に基づく一部事務組合又は広域連合を組織する市町村、医療法人、社会福祉法人、包括的支援事業を実施することを目的として設置された公益法人又は N P O 法人その他市町村が適当と認めるものとされている（介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「施行規則」という。）第 140 条の 53）。

3 市町村の責務

（1）設置

市町村は、法第 115 条の 39 第 1 項の目的を達成するため、センターにおいて適正に事業を実施することができるよう、その体制の整備に努めるものとする。

（2）役割

センターを市町村が設置する場合と包括的支援事業の実施の委託を市町村から受けた者が設置する場合のいずれの場合においても、市町村は、その設置の責任主体として、センターの運営について適切に関与しなければならない。

センターに対する具体的な市町村の関与のあり方については、地域の実情を踏まえて市町村に

において判断されることとなる。例えば、センターの体制整備、センターの設置・変更・廃止やセンター業務の法人への委託の可否の決定、毎年度の事業計画や収支予算、収支決算などセンターの運営に関する事項の確認などについては、センター設置の責任主体として確実に行わなければならない。

その際、市町村が事務局となって設置される地域包括支援センター運営協議会（以下「運営協議会」という。）の議を経なければならない。また、設置の可否やセンターの担当圏域設定などの最終的な決定は、市町村が行うものである。

（３） 設置区域

センターの設置に係る具体的な担当圏域設定に当たっては、市町村の人口規模、業務量、運営財源や専門職の人材確保の状況、地域における保健福祉圏域（生活圏域）との整合性に配慮し、最も効果的・効率的に業務が行えるよう、市町村の判断により担当圏域を設定するものとする。

４ 事業内容

（１） 包括的支援事業

センターは、１の目的に沿って、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、

- ① 介護予防ケアマネジメント事業（法第 115 条の 38 第 1 項第 2 号）
- ② 総合相談・支援事業（法第 115 条の 38 第 1 項第 3 号）
- ③ 権利擁護事業（法第 115 条の 38 第 1 項第 4 号）
- ④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（法第 115 条の 38 第 1 項第 5 号）

の 4 つの事業を地域において一体的に実施する役割を担う中核的拠点として、設置されるものである。これらの 4 つの事業の実施に当たっては、それぞれの事業の有する機能の連携が重要であることから、包括的支援事業の実施を委託する場合には、すべての事業を一括して委託しなければならない（法第 115 条の 40 第 2 項）。

ただし、センターが包括的支援事業の 4 つの事業に一体的に取り組むことを前提として、地域の住民の利便を考慮し、地域の住民に身近なところで相談を受け付け、センターにつなぐための窓口（ランチ）を設けることは可能であり、この場合、センターの運営費の一部を協力費としてランチに支出することは可能である。

① 介護予防ケアマネジメント事業について

介護予防ケアマネジメント事業は、特定高齢者（主として要介護状態等となるおそれの高い虚弱な状態にあると認められる 65 歳以上の者をいう。以下同じ。）が要介護状態等になることを予防するため、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うものである（法第 115 条の 38 第 1 項第 2 号）。

事業の内容としては、特定高齢者の把握に関する事業（法第 115 条の 39 第 1 項及び施行規則第 140 条の 50）において、市町村が把握・選定した特定高齢者についての介護予防ケアプランを作成し、その介護予防ケアプランに基づき、地域支援事業における介護予防事業等が包括的かつ効率的に実施されるよう、必要な援助を行うものである。

② 総合相談支援事業について

総合相談支援事業は、地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続

していくことができるようにするため、どのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関及び制度の利用につなげる等の支援を行うものである（法第 115 条の 38 第 1 項第 3 号）。

事業の内容としては、初期段階での相談対応及び専門的・継続的な相談支援、その実施に当たって必要となるネットワークの構築、地域の高齢者の状況の実態の把握を行うものである。

③ 権利擁護事業について

権利擁護事業は、地域の住民や民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において、安心して尊厳のある生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点からの支援を行うものである（法第 115 条の 38 第 1 項第 4 号）。

事業の内容としては、成年後見制度の活用促進、老人福祉施設等への措置の支援、高齢者虐待への対応、困難事例への対応、消費者被害の防止に関する諸制度を活用し、高齢者の生活の維持を図るものである。

④ 包括的・継続的ケアマネジメント支援事業について

包括的・継続的ケアマネジメント支援事業は、地域の高齢者が住み慣れた地域で暮らすことができるよう、主治医と介護支援専門員との連携はもとより他の様々な職種との多職種協働や地域の関係機関との連携を図るとともに、介護予防ケアマネジメント、指定介護予防支援及び介護給付におけるケアマネジメントとの相互の連携を図ることにより、個々の高齢者の状況や変化に応じた包括的・継続的なケアマネジメントを実現するため、介護支援専門員に対する後方支援を行うものである（法第 115 条の 38 第 1 項第 5 号）。

事業の内容としては、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うものである。

（2）指定介護予防支援について

指定介護予防支援は、介護保険における予防給付の対象となる要支援者が介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、その心身の状況、その置かれている環境等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、当該介護予防サービス計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者等の関係機関との連絡調整などを行うものである。

この指定介護予防支援の業務は、センターが行う業務とされており、法第 115 条の 20 の規定に基づき、市町村の指定を受ける必要がある。これは、市町村が直営するセンターであっても、同様である。

また、業務の実施に当たっては、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（平成 18 年厚生労働省令第 37 号。以下「指定介護予防支援基準」という。）を遵守するものとする。

（3）その他

センターは、（1）包括的支援事業及び（2）指定介護予防支援の業務を実施するほか、介護予防事業のうち、①特定高齢者の把握に関する事業、②介護予防に関する普及啓発を行う事業、③介護予防に関する活動を行うボランティア等の人材の育成並びに介護予防に資する地域活動を行

う組織の育成及び支援を行う事業及び④介護予防に関する事業に係る評価を行う事業、並びに法第115条の38第2項に規定する任意事業（法第115条の39第1項及び施行規則第140条の50）の委託を受けることができることとされている。

事業の内容としては、次のとおりである。

- ① 特定高齢者の把握に関する事業とは、市町村に住所を有する65歳以上の者に対し、問診、身体計測等を実施し、生活機能が低下しているおそれのある高齢者を早期に把握する（生活機能評価）とともに、関係機関との連携を通じた特定高齢者の情報の収集を行い、特定高齢者の選定及び決定を行うものである（特定高齢者把握事業）。
- ② 介護予防に関する普及啓発を行う事業とは、介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するためのパンフレット等の作成及び配布、有識者等による講演会や相談会等の開催など、市町村が介護予防の普及啓発として効果があると認める事業を適宜実施するものである（介護予防普及啓発事業）。
- ③ 介護予防に関する活動を行うボランティア等の人材の育成並びに介護予防に資する地域活動を行う組織の育成及び支援を行う事業とは、介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修や介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援など、市町村が地域における介護予防に資する活動の支援として効果があると認める事業を適宜実施するものである（地域介護予防活動支援事業）。
- ④ 介護予防に関する事業に係る評価を行う事業とは、介護予防特定高齢者施策及び介護予防一般高齢者施策それぞれの施策に対する評価を行う事業であり、介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、各施策の事業評価を行うものである（介護予防特定高齢者施策評価事業及び介護予防一般高齢者施策評価事業の一部）。
- ⑤ 任意事業とは、介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業その他介護保険事業の安定化や被保険者の地域における自立した日常生活の支援を行うため、必要な事業を実施するものである。

5 事業の留意点

包括的支援事業等の実施に当たっては、「地域支援事業の実施について」（平成18年6月9日付け老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に基づき、行うものとする。

また、介護予防ケアマネジメント事業及び指定介護予防支援は、制度としては、別のものであるが、その実施に当たっては、共通の考え方にに基づき、一体的に行われるものとする。

いずれの事業の実施に当たっても、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員（これらに準ずる者を含む。）等がそれぞれの専門性を活かしつつ、以下の点に留意しながら、十分に連携を図るものとする。

（1）市町村内の他機関との連携（地域包括支援ネットワークの構築）

センターの行う事業は4に掲げるものであるが、これらの事業を効率的かつ効果的に実施するに当たっては、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行うことが重要である。このため、こうした連携体制を支えるものとして「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要である。「地域包括支援ネットワーク」は、地域の実情に応じて構築されるものであるが、例えば、行政機関、医療機関、介護サービス事業者、地域の利用者やその家

族、地域住民、職能団体、民生委員、介護相談員及び社会福祉協議会等の関係団体等によって構成される「人的資源」からなるネットワークが考えられる。

こうした地域包括支援ネットワークの構築は、センターの基盤整備のために各職員に共通する業務として位置づけることが必要であり、職員全員が情報を共有し、ネットワークに参加するメンバー相互の関係づくりや連携の継続性の維持に取り組むことが必要である。

地域包括支援ネットワークの構築に当たっては、①センター単位のネットワーク、②市町村単位のネットワーク、③市町村の圏域を超えたネットワークなど、地域の特性に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携が図られるよう留意する必要がある。

(2) 指定介護予防支援業務の委託について

指定介護予防支援事業者たるセンターは、指定介護予防支援業務のうち一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができるものとされている。この委託に当たっては、次の点に留意の上、行うこととする。

- ① 公正・中立性を確保する観点から、委託について運営協議会の議を経る必要があること。
- ② 指定介護予防支援事業者が業務の一部を委託する場合においても、指定介護予防支援基準第30条に規定するアセスメント業務や介護予防サービス計画の作成業務等が一体的に行われるよう配慮しなければならないこと。
- ③ 業務を受託する指定居宅介護支援事業者は、都道府県知事が実施する介護予防支援に関する研修を受講する等必要な知識及び能力を有する介護支援専門員が従事する事業者である必要があること。
- ④ 一の指定居宅介護支援事業者に委託できる件数は、当該指定居宅介護支援事業所について、常勤換算方法で算定した介護支援専門員1人当たり8件以内である必要があること。ただし、平成18年4月1日以前に既に居宅介護支援事業者の指定を受けている事業者に委託する場合には、平成19年3月31日までの期間については、この限りではないものとされていること。また、指定介護予防支援基準第12条第5号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域（特別地域加算の対象となる地域をいう。）に住所を有する利用者に係る指定介護予防支援について委託する件数についての上限は適用しないものであること。
- ⑤ 指定介護予防支援に係る責任主体は、指定介護予防支援事業者たるセンターであり、委託を行った場合であっても、委託先の指定居宅介護支援事業者が介護予防サービス計画の原案を作成する場合には、当該計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行うこと。また、委託先の指定居宅介護支援事業者が評価を行った場合には、当該評価の内容について確認を行い、当該評価を踏まえ今後の指定介護予防支援の方針等を決定すること。
- ⑥ 委託料については、介護予防サービス計画費、指定居宅介護支援事業所への委託範囲を勘案して、業務量に見合った適切な額を、センターが指定居宅介護支援事業所との契約において設定すること。

(3) その他

センターは、必ずしも24時間体制を採る必要はないが、緊急時の対応等の場合も想定し、センターの職員に対して速やかに連絡が取れるような体制を整備しておくことが必要である。

6 職員の配置等

(1) センターの人員

センターには、包括的支援事業を適切に実施するため、原則として①保健師、②社会福祉士、③主任介護支援専門員を置くこととする（施行規則第140条の52第1項第2号）。

しかしながら、3職種の確保が困難である等の事情により、この人員によりがたい場合には、これらに準ずる者として、以下に掲げる者を配置することもできるとされている。

- ① 保健師に準ずる者として、地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師。なお、この経験のある看護師には准看護師は含まないものとする。
- ② 社会福祉士に準ずる者として、福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上又は介護支援専門員の業務経験が3年以上あり、かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者
- ③ 主任介護支援専門員に準ずる者として、「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日付け老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー研修を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有し、かつ、介護支援専門員の相談対応や地域の介護支援専門員への支援等に関する知識及び能力を有している者

なお、③の主任介護支援専門員に準ずる者については、平成18年度及び平成19年度に限っての特例措置として、ケアマネジメントリーダー研修が未修了であっても、平成19年度末までに主任介護支援専門員研修を受講することを条件として、既に、地域包括支援センター職員研修、「介護支援専門員現任研修事業の実施について」（平成12年9月19日付け老発第646号厚生省老人保健福祉局長通知）に基づく介護支援専門員現任研修（基礎研修課程及び専門研修課程）又は「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成18年6月15日付け老発第0615001号厚生労働省老健局長通知）に基づく介護支援専門員専門研修（専門研修課程Ⅰ及び専門研修課程Ⅱ）を修了し、介護支援専門員としての実務経験を有する者としても差し支えないものとする。

(2) センターの職員の員数

専らセンターの行う業務に従事する職員として、一のセンターが担当する区域における第1号被保険者の数がおおむね3000人以上6000人未満ごとに置くべき員数は、保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員（これらに準ずる者を含む。）それぞれ各1人とされている（施行規則第140条の52第1項第2号）。

ただし、次に掲げる場合には、センターの担当する区域における第1号被保険者の数に応じ、以下の表のとおりとすることができる（施行規則第140条の52第1項第3号）。

- ① 第1号被保険者の数がおおむね3000人未満の市町村に設置する場合
- ② 市町村合併があった市町村又は一部事務組合若しくは広域連合で、原則の基準ではセンターの運営に支障があると運営協議会において認められた場合
- ③ 人口規模にかかわらず、地理的条件その他の事情を勘案して、特定の生活圏域に一のセンターの設置が必要であると運営協議会において認められた場合

第1号被保険者の数	配置すべき人員
おおむね1000人未満	保健師等・社会福祉士等・主任介護支援専門員等のうち1人又は2人

おおむね 1000 人以上 2000 人未満	保健師等・社会福祉士等・主任介護支援専門員等のうち 2 人（うち 1 人は専らその職務に従事する常勤の職員とする。）
おおむね 2000 人以上 3000 人未満	専らその職務に従事する常勤の保健師等を 1 人及び専らその職務に従事する常勤の社会福祉士等・主任介護支援専門員等のいずれか 1 人

センターの業務における責任体制を明確にし、また、専門職員の資質を担保する観点からは、常勤の職員を確保することが必要であり、各市町村においては、直営のセンターにおいては、常勤職員を確保するとともに、委託を行う場合には、常勤職員を確保できる事業者を選定するものとする。

ただし、センターの規模等に応じ、各職種ごとに専門職員を複数配置する場合には、一部の専門職員は非常勤でも可能である。また、常勤職員を配置することが著しく困難な場合にあっては、適切な業務遂行を確保できるかどうかについて運営協議会の判断を得た上で、経過的に、センター職員の一部を常勤換算方法により必要人員数確保することでも足りるものとする。

なお、専門 3 職種以外の職員（センター長、事務員など）を配置することについては、包括的支援事業の業務内容や委託料の額等を勘案した上で、市町村が地域の実情に応じて判断することとして差し支えない。

（３） 指定介護予防支援事業者の配置基準

指定介護予防支援基準において、指定介護予防支援事業者は、指定介護予防支援事業所ごとに保健師その他介護予防支援に関する知識を有する職員（以下「担当職員」という。）を、事業が円滑に実施できるよう、1 人以上の必要数を配置しなければならないとされている（指定介護予防支援基準第 2 条）。

この担当職員は、次のいずれかの要件を満たすものであって、都道府県が実施する介護予防支援に関する研修を受講する等必要な知識及び能力を有する者を充てる必要がある。

- ① 保健師
- ② 介護支援専門員
- ③ 社会福祉士
- ④ 経験ある看護師
- ⑤ 高齢者保健福祉に関する相談業務等に 3 年以上従事した社会福祉主事

そのほか必要な人員については、指定介護予防支援基準において規定されている。

（４） 兼務関係について

センターにおける各業務を適切に実施するために、センター以外の業務との兼務は基本的には認められず、センターの業務に専従していることが必要である。ただし、以下の場合には、兼務することとしても差し支えない。

- ① 小規模市町村や専門職員を複数配置する場合には、適切な業務遂行を確保できると判断できるのであれば、センター業務以外の業務を行うことは差し支えない。
- ② 介護予防支援の事業については、センターが指定介護予防支援事業者としての指定を受けて行う業務とされている。したがって、センターの職員と指定介護予防支援事業所の職員とは、

(1) から (3) までの各要件を満たすものであれば、兼務して差し支えないものである。また、利用者の給付管理に係る業務等の事務的な業務に従事する者は、人員の基準の対象外であるため、兼務して差し支えない。

また、指定介護予防支援事業所の管理者は、専らその職務に従事する常勤の者でなければならないとされているが、指定介護予防支援の業務及びセンターの業務に従事する場合には、兼務することとしても差し支えない。

7 地域包括支援センター運営協議会

センターは、市町村が設置した運営協議会の意見を踏まえて、適切、公正かつ中立な運営を確保することとされている（施行規則第 140 条の 52 第 4 号）。

センターの設置・変更・廃止などに関する決定は、市町村が行うものであり、運営協議会は市町村の適切な意思決定に関与するものである。このため、利用者や被保険者の意見を反映させることができるよう、構成員を選定する必要がある。

(1) 設置基準

原則として、市町村ごとに 1 つの運営協議会を設置する。なお、複数のセンターを設置する市町村であっても、運営協議会については、1 つ設置することで差し支えない。また、複数の市町村により共同でセンターを設置運営する場合にあっては、運営協議会についても共同で設置することができる。

(2) 構成員等

運営協議会の構成員については、次に掲げるところを標準とし、センターの公正・中立性を確保する観点から、地域の実情に応じて市町村長（特別区の区長を含む。）を選定する。なお、構成員は非常勤とし、再任することができる。

- ① 介護サービス及び介護予防サービスに関する事業者及び職能団体（医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、機能訓練指導員等）
- ② 介護サービス及び介護予防サービスの利用者、介護保険の被保険者（第 1 号及び第 2 号）
- ③ 介護保険以外の地域の社会的資源や地域における権利擁護、相談事業等を担う関係者
- ④ 前各号に掲げる者のほか、地域ケアに関する学識経験者

また、運営協議会には会長を置くこととし、会長は、構成員の互選により選任する。

なお、運営協議会には、在宅介護支援センター等の福祉関係団体が参画することが望ましい。

(3) 所掌事務

運営協議会は、次に掲げる事項を所掌する。

(a) センターの設置等に関する次に掲げる事項の承認に関すること

- ① センターの担当する圏域の設定
- ② センターの設置、変更及び廃止並びにセンターの業務の委託先法人の選定又はセンターの業務の委託先法人の変更
- ③ センターの業務の委託先法人の予防給付に係る事業の実施
- ④ センターが指定介護予防支援の業務の一部を委託できる指定居宅介護支援事業所の選定
- ⑤ その他運営協議会がセンターの公正・中立性を確保する観点から必要であると判断した事項

(b) センターの運営に関すること

① 運営協議会は、毎年度、センターより次に掲げる書類の提出を受けるものとする。

ア 当該年度の事業計画書及び収支予算書

イ 前年度の事業報告書及び収支決算書

ウ その他運営協議会が必要と認める書類

② 運営協議会は、①イの事業報告書によるほか、次に掲げる点を勘案して必要な基準を作成した上で、定期的に又は必要な時に、事業内容を評価するものとする。

ア センターが作成する介護予防サービス計画において、正当な理由なく特定の事業者が提供するサービスに偏っていないか

イ センターにおける介護予防サービス計画の作成の過程において、特定の事業者が提供するサービスの利用を不当に誘因していないか

ウ その他運営協議会が地域の実情に応じて必要と判断した事項

(c) センターの職員の確保に関すること

運営協議会は、センターの職員を確保するため、必要に応じ、運営協議会の構成員や、地域の関係団体等の間での調整を行う。

(d) その他の地域包括ケアに関すること

運営協議会は、地域における介護保険以外のサービス等との連携体制の構築、地域包括支援ネットワークを支える地域の社会的資源の開発その他の地域包括ケアに関する事項であって運営協議会が必要と判断した事項を行う。

(4) 事務局

運営協議会の事務局は、市町村に置く。

(5) その他

市町村は、運営協議会の設置の準備のため、地域包括支援センター運営協議会準備委員会（以下「準備委員会」という。）を設置することができる。準備委員会が、運営協議会の設置要綱を決定することで、運営協議会を設立する。

また、準備委員会は、既存の介護保険事業計画作成委員会、各市町村における審議会等の既存組織を活用することとしても差し支えない。

8 地域包括支援センターの構造及び設備

センターの構造については、特別な施設基準はないが、業務を行う上で支障がないよう、各業務を行う場所は一体であることが望ましい。

ただし、職員配置上の問題等により、センターの業務と指定介護予防支援に関する業務を一体に行う場所を設けることが困難である場合には、当面分離することもやむを得ないが、その場合には、以下の点に留意することが必要である。

① 相互に連絡・調整を密に行い、センターとしての業務の組織的・一体的な実施に支障がないものであること

② 可能な限り速やかに、一体的に実施できる場所を確保すること

9 その他

センターの業務を適切に実施していくためには、地域住民にもセンターの存在を周知することが重要であることから、地域住民に対して広報誌等を通じて周知を図るものとする。

○地域支援事業の実施について

〔平成 18 年 6 月 9 日 老発第 0609001 号〕
〔厚生労働省老健局長通知〕

改正 平成 19 年 4 月 13 日老発第 0413001 号

標記については、介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、今般、別紙のとおり、「地域支援事業実施要綱」を定め、平成 18 年 4 月 1 日から適用することとしたので通知する。

ついては、本事業の実施に努められるよう特段の御配慮をお願いするとともに、管内市町村に対して、周知徹底を図るなど、本事業の円滑な実施について御協力を賜りたい。

なお、本通知の施行に伴い「介護予防・地域支え合い事業の実施について」（平成 13 年 5 月 25 日老発第 213 号厚生労働省老健局長通知）は廃止する。

別 紙

地域支援事業実施要綱

1 目的

地域支援事業は、介護予防事業、包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務及び包括的・継続的ケアマネジメント支援業務をいう。）及びその他の地域支援事業を行うことにより、被保険者が要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）となることを予防するとともに、要介護状態となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものである。

2 事業内容

別記のとおり。

3 実施方法

- (1) 地域支援事業は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号。以下「政令」という。）、介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「省令」という。）及び介護予防事業の円滑な実施を図るための指針（平成 18 年厚生労働省告示第 316 号）の規定によるほか、この実施要綱の定めるところによる。
- (2) 地域支援事業の実施に当たっては、高齢者のニーズや生活実態に基づいて総合的な判断を行い、高齢者に対し、自立した日常生活を営むことができるよう、継続的かつ総合的なサービスが提供されるよう実施することとする。
- (3) 地域包括支援センターは地域包括ケアを有効に機能させるために、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士などの各々の専門職の知識を活かしながら、常に情報を共有し、互いに業務の理念、基本的な骨格を理解した上で、連携・協働の体制を作り、業務全体を「チーム」として支えていく必要がある。

また、地域包括支援センター内にとどまることなく、地域での各種サービス、保健・医療・福

社の専門職、専門機関相互の連携、ボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域における様々な社会資源の有効活用を図り、ネットワーク化を構築していく必要がある。さらに、地域支援事業の円滑な実施、地域包括支援センターの適切、公正かつ中立な運営を確保する観点から、地域包括支援センター運営協議会等を積極的に活用されたい。

4 実施主体

- (1) 実施主体は、市町村（特別区、広域連合、一部事務組合等を含む。以下同じ。）とし、その責任の下に地域支援事業を実施するものとする。
- (2) 市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、包括的支援事業の実施について、適切、公正、中立かつ効率的に実施することができると認められる老人介護支援センターの設置者（市町村社会福祉協議会、社会福祉法人等）、一部事務組合等を組織する市町村、医療法人、当該事業を実施することを目的として設立された民法法人、特定非営利活動法人その他市町村が適当と認める法人に委託することができるものとする。この委託は、包括的支援事業のすべてにつき一括して行わなければならない。
- (3) 市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、包括的支援事業以外の地域支援事業の全部又は一部について、老人介護支援センターの設置者その他市町村が適当と認める者に対し、その実施を委託することができるものとする。別記1の(1)のイの(ア)の特定高齢者把握事業のうち特定高齢者に関する情報の収集、特定高齢者の候補者の選定に係る業務については、地域包括支援センターにおいて実施する介護予防ケアマネジメント業務と一体的に実施することが望ましい。
- (4) 法第13条に規定する住所地特例の適用を受けた被保険者に対する地域支援事業の実施に関しては、当該被保険者の保険者である市町村は、当該被保険者の住所のある市町村にその事業の実施を委託することができる。
- (5) 地域包括支援センターの設置者（法人である場合は、その役員）若しくはその職員又はこれらの職にあった者は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

5 利用料

市町村は、地域支援事業の利用者に対し、利用料を請求することができる。

別記

1 介護予防事業

介護予防事業は、従来取り組まれてきた老人保健事業における健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の実績を踏まえ再編されたものである。

(1) 介護予防特定高齢者施策

ア 総則

(ア) 目的

介護予防事業における介護予防特定高齢者施策は、主として要介護状態等となるおそれの高い虚弱な状態にあると認められる65歳以上の者（以下「特定高齢者」という。）を対象として実施することを基本とし、特定高齢者が要介護状態等となることを予防することを通じて、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することを目的として実施する。その目的を達成するた

め、事業の実施に際しては、介護予防ケアマネジメント業務により、個々の対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況（以下「心身の状況等」という。）に応じて、対象者の選択に基づき、個別の介護予防ケアプランを作成するものとし、当該プランに基づき、適切な事業を包括的かつ効率的に実施するものとする。

（イ） 対象者

介護予防特定高齢者施策は、当該市町村の第1号被保険者である特定高齢者を対象に実施するものとする。なお、介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5パーセントを目安として、地域の実情に応じて定めるものとする。

なお、本事業においては現に要介護状態等にある者に対しては原則として事業を実施しないが、心身の状況等により通所形態による事業への参加が困難な者であって、低栄養状態を改善するために必要と認められるものに対しては、介護予防特定高齢者施策において配食の支援を実施して差し支えない。

（ウ） 事業の種類

この事業の種類は、次のとおりとする。

- ① 特定高齢者把握事業
- ② 通所型介護予防事業
- ③ 訪問型介護予防事業
- ④ 介護予防特定高齢者施策評価事業

イ 各論

（ア） 特定高齢者把握事業

特定高齢者把握事業は、特定高齢者を選定することを目的として、次の取組を実施する（別添1「介護予防特定高齢者施策の流れ」参照）。

① 特定高齢者に関する情報の収集

次に掲げる方法等により特定高齢者に関する情報の収集に努めるものとする。

- a 基本健康診査の担当部局との連携による把握
- b 要介護認定の担当部局との連携による把握
- c 訪問活動を実施している保健部局との連携による把握
- d 医療機関からの情報提供による把握
- e 民生委員等からの情報提供による把握
- f 地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握
- g 本人、家族等からの相談による把握
- h その他市町村が適当と認める方法による把握

② 特定高齢者の候補者の選定

①により把握された高齢者については、別添2の「基本チェックリスト」を用いて判定を行い、次のaからdまでのいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する。

- a 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上に該当する者
- b 6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
- c 11 及び 12 の 2 項目すべてに該当する者

d 13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

特定高齢者の候補者に選定された者については、③の生活機能評価の受診を勧奨するものとする。

③ 生活機能評価

②により把握された特定高齢者の候補者に対し、問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、循環器検査、貧血検査及び血液化学検査を実施する。

ただし、平成 18 年度及び平成 19 年度においては、老人保健法（昭和 57 年法律第 80 号）に基づく基本健康診査において実施することとする。

a 問診

現状の症状、既往歴、家族歴、嗜好、生活機能に関する項目（別添 2「基本チェックリスト」参照）等を聴取する。

b 身体計測

身長及び体重を測定し、BMI を算定する。

c 理学的検査

視診（口腔内を含む。）、打聴診、触診（関節を含む。）、反復唾液嚥下テストを実施する。

d 血圧測定

聴診法又は自動血圧計により、収縮期血圧及び拡張期血圧を測定する。

e 循環器検査

安静時の標準 12 誘導心電図を記録する。

f 貧血検査

血液中の赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）及びヘマトクリット値を測定する。

g 血液化学検査

血清アルブミン検査を実施する。

なお、前記検査のうち、反復唾液嚥下テスト、心電図検査、貧血検査及び血清アルブミン検査については医師の判断に基づき選択的に実施する。

④ 特定高齢者の決定

②により選定された特定高齢者の候補者の中から、③の生活機能評価の結果等を踏まえ、別添 3 の「特定高齢者の決定方法」により特定高齢者を決定する。

(イ) 通所型介護予防事業

① 事業内容

通所型介護予防事業においては、特定高齢者に対して、次の a から d までに掲げるプログラム（機能訓練、健康教育等）を実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行う。

なお、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援及びうつ予防・支援については、専用の通所形態のプログラムはつくらず、次の a から d までに掲げるプログラムや地域における自発的な活動等を活用し、支援を行うものとする。

a 運動器の機能向上プログラム

運動器の機能が低下している又はそのおそれのある対象者に対し、理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が協働して運動器の機能向上に係る個別の計画を作成し、当

該計画に基づき有酸素運動、ストレッチ、簡易な器具を用いた運動等を実施し、運動器の機能を向上させるための支援を行う。

b 栄養改善プログラム

低栄養状態にある又はそのおそれのある対象者に対し、管理栄養士（平成 20 年 3 月 31 日までの間に限り、栄養管理業務に関し 5 年以上の実務経験を有する栄養士を含む。）が看護職員、介護職員等と協働して栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、当該計画に基づき個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施し、低栄養状態を改善するための支援を行う。

c 口腔機能の向上プログラム

口腔機能が低下している又はそのおそれのある対象者に対し、歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働して口腔機能の向上に係る個別の計画を作成し、当該計画に基づき摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を実施し、口腔機能を向上させるための支援を行う。

d その他のプログラム

上記 a から c までに掲げるプログラムのほか、a から c までに関連するプログラムであって、市町村において介護予防の観点から効果が認められると判断されるプログラムを実施する。

② 実施場所

通所介護事業所などの介護サービス事業所、市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、介護保険施設、公民館など、市町村が適当と認める施設で実施するものとする。

③ 実施担当者

医師、歯科医師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、経験のある介護職員等が実施する。

④ 実施方法

介護予防ケアマネジメント業務において地域包括支援センターにより個別の対象者ごとに作成される介護予防ケアプランに基づき実施するものとする。

実施に際しては、特定高齢者の心身の状況等に応じて、リフトバス等による送迎を行うことができるものとする。

また、安全に事業を実施するために、事故発生時の対応を含む安全管理マニュアルを整備し、常に安全管理に配慮し実施するものとする。

⑤ 実施の手順

通所型介護予防事業は、次の手順により実施するものとする（別添 1「介護予防特定高齢者施策の流れ」参照）。

a 事前アセスメントの実施

実施担当者は、個別サービス計画を作成するために必要となる課題を把握するとともに、事業終了後にその効果を評価するための基準値を得るために、事前アセスメントを実施する。事前アセスメントでは、地域包括支援センターで作成された介護予防ケアプランを踏まえ、参加が予定されているプログラムに応じて、運動器の機能、栄養状態、

口腔機能等の心身の状況等について更に詳細な評価を行うとともに、対象者が事業に参加する際の安全確保のために必要となる情報についても、主治医等と連携を図りつつ収集し評価するものとする。

b 個別サービス計画の作成

実施担当者は、事前アセスメントの結果や対象者の意向を踏まえて、プログラムの目標、プログラムの内容、家庭や地域での自発的な取組の内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画を作成する。実施期間は、プログラムの内容に応じて、概ね3か月から6か月程度とし、実施回数は、対象者の過度な負担とならず、かつ効果が期待できる回数を設定するものとする。

c プログラムの実施

実施担当者は、個別サービス計画に基づき、プログラムを実施する。

なお、概ね1か月ごとに個別サービス計画で定めた目標の達成状況について評価を実施し、適宜、プログラムの実施方法等について見直しを行うものとする。

d 事後アセスメントの実施

実施担当者は、事業終了後、事後アセスメントとして、再度、事前アセスメントと同様の評価を実施し、目標の達成状況やその後の支援方法について検討を行う。事後アセスメントの結果は、介護予防ケアプランの見直しに反映させるため、介護予防ケアマネジメント業務を実施する地域包括支援センターに報告するものとする。

(ウ) 訪問型介護予防事業

① 事業内容

特定高齢者であって、心身の状況等により通所形態による事業への参加が困難なものを対象に、保健師等がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な相談・指導等を実施する。

また、訪問型介護予防事業の対象者であって、低栄養状態を改善するために特に必要と認められるものに対しては、栄養改善プログラムの一環として配食の支援を実施する。

② 実施担当者

保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等が実施する。

③ 実施方法

介護予防ケアマネジメント業務において地域包括支援センターにより個別の対象者ごとに作成される介護予防ケアプランに基づき実施するものとする。

また、安全に事業を実施するために、事故発生時の対応を含む安全管理マニュアルを整備し、常に安全管理に配慮し実施するものとする。

④ 実施の手順

訪問型介護予防事業は、次の手順により実施するものとする（別添1「介護予防特定高齢者施策の流れ」参照）。

a 事前アセスメントの実施

実施担当者は、対象者の居宅を訪問し、個別サービス計画を作成するために必要となる課題を把握するとともに、事業終了後にその効果を評価するための基準値を得るため

に、事前アセスメントを実施する。事前アセスメントでは、地域包括支援センターで作成された介護予防ケアプランを踏まえ、主治医とも連携しつつ、対象者の心身の状況等について、包括的な評価を行う。その際、認知症やうつが疑われる者については、適宜、医療機関への受診を勧奨するとともに、精神保健福祉センター等の専門機関との連携を図る。

b 個別サービス計画の作成

実施担当者は、事前アセスメントの結果や対象者の意向を踏まえて、個別の対象者ごとに支援方法を検討し、概ね3か月から6か月までを実施期間とする個別サービス計画を作成する。

c 支援の実施

実施担当者は、個別サービス計画に基づき、定期的に対象者の居宅を訪問し、対象者の心身の状況等を確認するとともに、必要な相談・指導等を実施する。併せて、対象者の心身の状況等を踏まえつつ、対象者の関心や興味に応じて、通所型介護予防事業の各種プログラムや地域における自発的な活動等への参加を促すものとする。

d 事後アセスメントの実施

実施担当者は、事業終了後、事後アセスメントとして、再度、事前アセスメントと同様の評価を実施し、目標の達成状況やその後の支援方法について検討を行う。事後アセスメントの結果は、介護予防ケアプランの見直しに反映させるため、介護予防ケアマネジメント業務を実施する地域包括支援センターに報告するものとする。

⑤ 留意事項

訪問型介護予防事業において、低栄養状態の改善のため特に必要であると判断し配食の支援を実施する場合は、食材料費及び調理費相当分については利用者負担とすることを基本とするが、利用料の設定に当たっては、低所得者への配慮を考慮すること。

(エ) 介護予防特定高齢者施策評価事業

① 事業内容

介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、介護予防特定高齢者施策の事業評価を行い、その結果に基づき事業の実施方法等の改善を図る。

② 実施方法

事業評価は、年度ごとに、別添4の「介護予防事業の事業評価」により、プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価をそれぞれ実施する。

③ 留意事項

事業評価を実施するため、介護予防事業の対象者数、参加者数、事業参加前後のQOL指標の変化、主観的健康感の変化等のデータ等について、常に収集・整理するものとする。

(2) 介護予防一般高齢者施策

ア 総則

(ア) 目的

介護予防一般高齢者施策は、地域において介護予防に資する自発的な活動が広く実施され、地域の高齢者が自ら活動に参加し、介護予防に向けた取組が主体的に実施されるような地域社会の構築を目指して、健康教育、健康相談等の取組を通じて介護予防に関する活動の普及・

啓発や地域における自発的な介護予防に資する活動の育成・支援を行うこと等を目的とする。

(イ) 対象者

介護予防一般高齢者施策は、当該市町村の第1号被保険者のすべての者及びその支援のための活動に関わる者を対象に実施するものとする。

(ウ) 事業の種類

この事業の種類は、次のとおりとする。

- ① 介護予防普及啓発事業
- ② 地域介護予防活動支援事業
- ③ 介護予防一般高齢者施策評価事業

イ 各論

(ア) 介護予防普及啓発事業

事業内容としては、概ね次のものが考えられるが、市町村が効果があると認めるものを適宜実施するものとする。なお、実施に際しては、特に必要と認められる場合、リフトバス等による送迎を行うことができるものとする。

- ① 介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するためのパンフレット等の作成及び配布
- ② 介護予防に資する基本的な知識を普及啓発するための有識者等による講演会や相談会等の開催
- ③ 介護予防の普及啓発に資する運動教室等の介護予防教室等の開催
- ④ 介護予防に関する知識又は情報、各対象者の介護予防事業の実施の記録等を管理するための媒体の配布

(イ) 地域介護予防活動支援事業

事業内容としては、概ね次のものが考えられるが、市町村が効果があると認めるものを適宜実施するものとする。

- ① 介護予防に関するボランティア等の人材を育成するための研修
- ② 介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援
- ③ 社会参加活動を通じた介護予防に資する地域活動の実施

(ウ) 介護予防一般高齢者施策評価事業

① 事業内容

介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、介護予防一般高齢者施策の事業評価を行い、その結果に基づき事業の改善を図る。

② 実施方法

事業評価は、年度ごとに、別添4の「介護予防事業の事業評価」により、プロセス評価を中心に実施する。

(3) 介護予防事業の実施に際しての留意事項

ア 介護予防事業の実施に当たっては、地域の医師会、歯科医師会等の協力を得るとともに、保健、精神保健福祉等の関係課部局、保健所、医療機関等の関係機関と十分に調整を図るものとする。

イ 介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策は、相互に密に連携を図って、効果的な事業の実施に努めるものとする。なお、両施策については、各事業への参加状況等を勘案し、

同じ会場で実施するなどの創意工夫を図り実施できるものとする。

ウ 介護予防事業の実績については、別に定めるところにより、厚生労働大臣に報告するものとする。

2 包括的支援事業

(1) 介護予防ケアマネジメント業務

ア 目的

介護予防ケアマネジメント業務は、特定高齢者が要介護状態等となることを予防するため、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、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うことを目的とする。

イ 対象者

当該市町村の第1号被保険者である特定高齢者を対象に実施するものとする。

ウ 実施担当者

介護予防ケアマネジメント業務は、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等が相互に協働しながら実施するものとする。

エ 実施の際の考え方

介護予防ケアマネジメント業務の実施に当たっては、今後、対象者がどのような生活をしたいかという具体的な日常生活上の目標を明確にし、その目標を対象者、家族、事業実施担当者が共有するとともに、対象者自身の意欲を引き出し、自主的に取組を行えるよう支援するものとする。また、介護予防ケアプランにおいては、対象者自身による取組、家族や地域住民等による支援等を、積極的に位置づけるとともに、ボランティアや地域活動組織の育成・支援等を実施する介護予防一般高齢者施策と十分に連携し、地域における社会資源の活用に努めるものとする。

オ 実施の手順

介護予防ケアマネジメント業務は、次の手順により実施するものとする（別添5の様式1から様式4までの様式（以下「標準様式例」という。）参照）。

(ア) 課題分析（アセスメント）

生活機能評価の結果等の情報の把握や、対象者及び家族との面接による聞き取り等を通じて、次に掲げる各領域ごとに、対象者の日常生活の状況、生活機能の低下の原因や背景等の課題を明らかにする。

- ① 運動及び移動
- ② 家庭生活を含む日常生活
- ③ 社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション
- ④ 健康管理

その際、生活機能の低下について対象者の自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、対象者や家族との信頼関係の構築に努めるものとする。

(イ) 目標の設定

課題分析の結果、個々の対象者にとって最も適切と考えられる目標を設定する。目標は、単に運動器の機能や栄養改善、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではない。

く、これらの機能改善や環境の調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとする。

(ウ) 介護予防ケアプランの作成

課題分析（アセスメント）の結果や対象者の希望に基づき、（イ）で設定した目標を達成するための最も適切な事業の組合せを検討し、対象者及びその家族の同意を得て、支援の内容や目標の達成時期等を含む介護予防ケアプランを作成する。その際、対象者、家族及び事業の実施担当者等が共通の認識を得られるよう情報の共有に努めるものとする。

(エ) モニタリングの実施

介護予防ケアプランに基づき、介護予防事業が実施される間、地域包括支援センターは、必要に応じて、その実施状況を把握するとともに、当該事業の実施担当者等の関係者の調整を行う。また、当該事業の実施担当者に対し、介護予防事業による目標の達成状況等の評価を行わせ、その結果の報告を受ける。

(オ) 評価

介護予防ケアプランで定めた期間が経過した後、地域包括支援センターでは、事業の実施担当者からの事後アセスメント等の結果報告を参考にしつつ、対象者及び家族との面接等によって各対象者の心身の状況等を再度把握し、適宜、介護予防ケアプランの見直し等を行う。

カ 留意事項

(ア) 介護予防ケアマネジメント業務は、1の（1）のイの（ア）の特定高齢者把握事業と密に連携を図り、実施するものとする。

(イ) 介護予防ケアマネジメント業務に用いる標準様式例は、必要最小限の項目を示したものであり、適宜、項目を追加して用いるものとする。

(ウ) 介護予防ケアマネジメント業務においては、介護保険における居宅介護（介護予防）支援との一貫性や連続性の確保に配慮するものとする。

(エ) 介護予防ケアマネジメント業務においては、多くの専門職や地域住民等の積極的な参画を求めるものとする。

(オ) 介護予防ケアマネジメント業務においては、対象者又はその家族の秘密が部外者に漏れることのないよう、必要な措置を講じるものとする。

(2) 総合相談支援業務

ア 目的

総合相談支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者とのネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うことを目的とする。

イ 事業内容

(ア) 地域におけるネットワークの構築

地域包括支援センターは、支援を必要とする高齢者を見出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。

(イ) 実態把握

(ア)で構築したネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への

戸別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行うものとする。特に、地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯など、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者や家族への支援につなげることができるように留意するものとする。

（ウ） 総合相談支援

① 初期段階の相談対応

本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断する。

適切な情報提供を行うことにより相談者自身が解決することができると判断した場合には、相談内容に即したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 継続的・専門的な相談支援

①の対応により、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、より詳細な情報収集を行い、個別の支援計画を策定する。

支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

（３） 権利擁護業務

ア 目的

権利擁護業務は、地域の住民、民生委員、介護支援専門員などの支援だけでは十分に問題が解決できない、適切なサービス等につながる方法が見つからない等の困難な状況にある高齢者が、地域において尊厳のある生活を維持し、安心して生活を行うことができるよう、専門的・継続的な視点から、高齢者の権利擁護のため必要な支援を行うことを目的とする。

イ 事業内容

地域福祉権利擁護事業、成年後見制度などの権利擁護を目的とするサービスや制度を活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することにより、高齢者の生活の維持を図る。

特に、高齢者の権利擁護の観点からの支援が必要と判断した場合には、次のような諸制度を活用する。

（ア） 成年後見制度の活用促進

成年後見制度を説明するとともに、親族からの申立てが行われるよう支援する。

申立てを行える親族がないと思われる場合や、親族があっても申立てを行う意思がない場合で、成年後見の利用が必要と認める場合、速やかに市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、市町村申立てにつなげる。

（イ） 老人福祉施設等への措置の支援

虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求める。

（ウ） 高齢者虐待への対応

虐待の事例を把握した場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号）等に基づき、速やかに当該高齢者を訪問して状況を確認する等、事例に即した適切な対応をとる（詳細の業務については、「市町村・都道府県にお

ける高齢者虐待への対応と養護者支援について」(平成18年4月厚生労働省老健局)を参照のこと)。

(エ) 困難事例への対応

高齢者やその家庭に重層的に課題が存在している場合、高齢者自身が支援を拒否している場合等の困難事例を把握した場合には、地域包括支援センターに配置されている専門職が相互に連携するとともに、地域包括支援センター全体で対応を検討し、必要な支援を行う。

(オ) 消費者被害の防止

訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害を未然に防止するため、消費者センター等と定期的な情報交換を行うとともに、民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に必要な情報提供を行う。

ウ 留意事項

イの(ア)の成年後見制度の円滑な利用に向けて次のことに留意する。

(ア) 市町村、地方法務局等と連携し、成年後見制度を幅広く普及させるための広報等の取組を行う。

(イ) 鑑定又は診断書の作成手続きに速やかに取り組むことができるよう、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等を、高齢者又はその親族に対して紹介する。

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

ア 目的

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携、在宅と施設の連携など、地域において、多職種相互の協働等により連携し、個々の高齢者の状況や変化に応じて、包括的かつ継続的に支援していく包括的・継続的ケアマネジメントが重要であり、地域における連携・協働の体制づくりや個々の介護支援専門員に対する支援等を行うことを目的とする。

イ 事業内容

(ア) 包括的・継続的なケア体制の構築

在宅・施設を通じた地域における包括的・継続的なケアを実施するため、医療機関を含めた関係機関との連携体制を構築し、地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携を支援する。

また、地域の介護支援専門員が、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など介護保険サービス以外の地域における様々な社会資源を活用できるよう、地域の連携・協力体制を整備する。

(イ) 地域における介護支援専門員のネットワークの活用

地域の介護支援専門員の日常的な業務の円滑な実施を支援するために、介護支援専門員相互の情報交換等を行う場を設定するなど介護支援専門員のネットワークを構築したり、その活用を図る。

(ウ) 日常的個別指導・相談

地域の介護支援専門員の日常的業務の実施に関し、介護支援専門員に対する個別の相談窓口の設置、居宅(介護予防)・施設サービス計画の作成技術の指導、サービス担当者会議の開催支援など、専門的な見地からの個別指導、相談への対応を行う。

また、地域の介護支援専門員の資質向上を図る観点から、必要に応じて、地域包括支援セ

ンターの各専門職や関係機関とも連携の上、事例検討会や研修の実施、制度や施策等に関する情報提供等を行う。

(エ) 支援困難事例等への指導・助言

地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例について、適宜、地域包括支援センターの各専門職や地域の関係者、関係機関との連携の下で、具体的な支援方針を検討し、指導助言等を行う。

ウ 留意事項

包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域包括支援センターにおいて実施する介護予防ケアマネジメント業務、介護予防支援、介護給付のケアマネジメントの相互の連携を図り、包括的・継続的なケアが提供されるよう配慮するものとする。

3 任意事業

(1) 目的

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするため、介護保険事業の運営の安定化を図るとともに、被保険者及び要介護被保険者を現に介護する者等に対し、地域の実情に応じた必要な支援を行うことを目的とする。

(2) 対象者

被保険者、要介護被保険者を現に介護する者その他個々の事業の対象者として市町村が認める者とする。

ただし、住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由がわかる書類を作成する事業又は作成した場合の経費を助成する事業については、住宅改修の活用を希望する要介護（支援）被保険者で居宅介護（介護予防）支援の提供を受けていないもの又は当該者の住宅改修費の支給の申請に係る必要な書類を作成した者に限る。

(3) 事業内容

任意事業としては、法上、介護給付等費用適正化事業、家族介護支援事業、その他の事業が規定されているが、次に掲げる事業はあくまでも例示であり、介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のために必要な事業である限り、地域の実情に応じ、創意工夫を生かした多様な事業形態が可能である。

ア 介護給付等費用適正化事業

介護（予防）給付について真に必要な介護サービス以外の不要なサービスが提供されていないかの検証、介護保険制度の趣旨の徹底や良質な事業展開のために必要な情報の提供、介護サービス事業者間による連絡協議会の開催等により、利用者に適切なサービスを提供できる環境の整備を図るとともに、介護給付等に要する費用の適正化のための事業を実施する。

イ 家族介護支援事業

介護方法の指導その他の要介護被保険者を現に介護する者の支援のため必要な事業を実施する。

(ア) 家族介護支援事業

要介護被保険者の状態の維持・改善を目的とした、適切な介護知識・技術の習得や、外部サービスの適切な利用方法の習得等を内容とした教室を開催する。

(イ) 認知症高齢者見守り事業

地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を目的とした、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問などを行う。

(ウ) 家族介護継続支援事業

家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減を目的とした、要介護被保険者を現に介護する者に対するヘルスチェックや健康相談の実施による疾病予防、病気の早期発見や、介護用品の支給、介護の慰労のための金品の贈呈、介護から一時的に解放するための介護者相互の交流会等を開催する。

ウ その他の事業

次の（ア）から（ウ）までに掲げる事業その他の介護保険事業の運営の安定化及び被保険者の地域における自立した日常生活の支援のため必要な事業を実施する。

(ア) 成年後見制度利用支援事業

市町村申立てに係る低所得の高齢者に係る成年後見制度の申立てに要する経費や成年後見人等の報酬の助成等を行う。

(イ) 福祉用具・住宅改修支援事業

福祉用具・住宅改修に関する相談・情報提供の実施、福祉用具・住宅改修に関する助言、住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由がわかる書類の作成及び作成した場合の経費の助成を行う。

(ウ) 地域自立生活支援事業

次の①から⑤までに掲げる高齢者の地域における自立した生活を継続させるための事業を実施する。

① 高齢者の安心な住まいの確保に資する事業

高齢者世話付住宅（シルバーハウジング）、高齢者向け優良賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅、多くの高齢者が居住する集合住宅等を対象に、日常生活上の生活相談・指導、安否確認、緊急時の対応や一時的な家事援助等を行う生活援助員を派遣し、関係機関・関係団体等による支援体制を構築するなど、地域の実情に応じた、高齢者の安心な住まいを確保するための事業を行う。

② 介護サービスの質の向上に資する事業

地域で活躍している高齢者や民生委員等が、介護サービス利用者のための相談などに応じるボランティア（介護相談員）として、利用者の疑問や不満、不安の解消を図るとともに、サービス担当者と意見交換等（介護相談員派遣等事業）を行う。

③ 地域資源を活用したネットワーク形成に資する事業

栄養改善が必要な高齢者（介護予防特定高齢者施策の対象者を除く。）に対し、地域の社会福祉法人等が実施している配食の支援を活用し、高齢者の状況を定期的に把握するとともに、必要に応じ、地域包括支援センター等に報告する。

④ 家庭内の事故等への対応の体制整備に資する事業

高齢者のいる世帯における家庭内の事故等による通報に随時（24時間・365日）対応するための体制整備（電話を受け付け、適切なアセスメントを行う専門的知識を有するオペレーターの配置等）を行う。

⑤ 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業

地域社会等において、豊かな経験と知識・技能を生かし、地域の各団体の参加と協力のもとに、高齢者の生きがいと社会参加を促進するため、地域における様々な社会資源を活用し、各種サービスを提供する。

(4) 留意事項

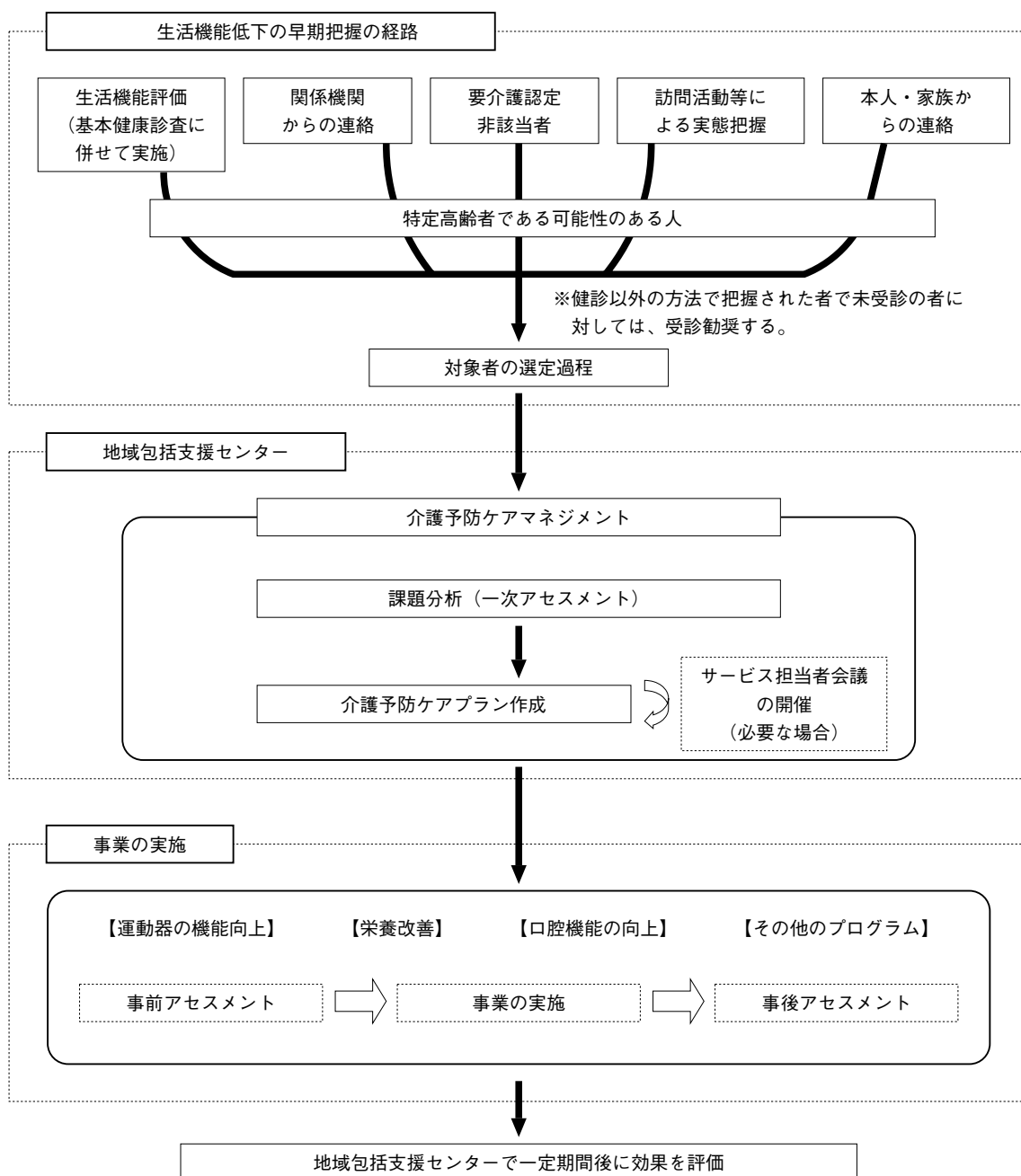
ア 任意事業の実施に当たっては、この包括的支援事業の円滑な実施に資するネットワークの構築や地域のコミュニティの形成を踏まえるなど、地域における社会資源の活用に留意すること。

イ 住宅改修費の支給の申請に係る必要な理由がわかる書類を作成する事業及び作成した場合の経費を助成する事業は、介護支援専門員又は作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上その他これに準ずる資格等を有する者など、居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費の支給の対象となる住宅改修について十分な専門性があると認められる者が作成者であること。

ウ (3)のウの(ウ)の③のような、配食の支援を活用した事業を実施する場合、食材料費及び調理費相当分は利用者負担とすることが基本となるが、利用料の設定に当たっては、低所得者への配慮や市町村における財源等を考慮すること。

エ 介護予防・地域支え合い事業として実施されていた事業のうち、「生きがい活動通所支援事業」や「緊急通報体制等整備事業」等の一般財源化された事業は、地域支援事業として実施することはできないものであること。

介護予防特定高齢者施策の流れ



別添 2

基本チェックリスト

No.	質問項目	回 答 (いずれかに○を お付け下さい)	
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	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金のお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
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
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で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)		
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
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
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
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感じられる	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

(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。

特定高齢者の決定方法

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により、特定高齢者を決定する。

1 運動器の機能向上

基本チェックリスト 6～10 の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く 20 項目のうち 10 項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト 6～10 のうち3項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点合計が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	< 29	< 19	2
開眼片足立時間 (秒)	< 20	< 10	2
10 m歩行速度 (秒)	≥ 8.8	≥ 10.0	3
(5 mの場合)	(≥ 4.4)	(≥ 5.0)	
配点合計	0 - 4 点 … 運動機能の著しい低下を認めず		
	5 - 7 点 … 運動機能の著しい低下を認める		

2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ① 基本チェックリスト 11 に該当
- ② BMI が18.5 未満
- ③ 血清アルブミン値が3.8 g／dl 以下

3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ① 基本チェックリスト 13～15 の3項目のうち2項目以上に該当
- ② 視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③ 反復唾液嚥下テストが3回未満

4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト 16 に該当する者
(17 にも該当する場合は特に要注意)

5 認知症予防・支援

基本チェックリスト 18～20 のいずれかに該当する者

6 うつ予防・支援

基本チェックリスト 21 ～ 25 で 2 項目以上該当する者

※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うものとする。

介護予防事業の事業評価

事業評価をする際には、以下の３段階の評価指標を設定する。

- ①プロセス指標：事業を効果的・効率的に実施するための事業の企画立案、実施過程等に関する指標
- ②アウトプット指標：事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標
- ③アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標

1 介護予防事業（介護予防特定高齢者施策）

＜プロセス指標＞

以下の10項目について、事業が適切な手順・過程を経て実施できているか否かを評価する。

- ① 特定高齢者を適切に把握・選定するため、複数の把握経路を確保しているか。
- ② 特定高齢者に関する情報を提供してくれた関係機関等へ、当該特定高齢者に対する事業の実施状況等について情報還元を行っているか。
- ③ 事業の企画・実施・評価に住民が参画しているか。
- ④ 事業の実施状況を把握しているか。
- ⑤ 事業の実施量と需要量の関係を的確に把握しているか。
- ⑥ 事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか。
- ⑦ 事業に関する苦情や事故を把握しているか。
- ⑧ 事業の効果を分析する体制が確立しているか。
- ⑨ 関係機関（地域包括支援センター、医療機関、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法、活用方法に関する取り決めをしているか。
- ⑩ 特定高齢者の個人情報が共有されることについて、対象者に十分な説明を行い、同意を得ているか。

＜アウトプット指標＞

以下の指標を用いて介護予防事業の実施状況の評価を行う。

指 標	評価方法
① 介護予防ケアマネジメント実施件数（実施率）	年度末に年間の介護予防ケアマネジメントの実施状況を集計し、実施予定件数及び実施件数により特定高齢者の把握状況を評価する。 (実施率＝実施件数÷実施予定件数)
② 事業実施回数（実施率）	年度末に年間の各種事業の実施状況を集計し、実施予定回数及び実施回数により実施状況を評価する。 (実施率＝実施回数÷実施予定回数) 通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業の事業種別や、運動器の機能向上、栄養改善等の実施プログラム別に集計することが望ましい。
③ 事業参加者数（実施率）	年度末に年間の事業参加者の状況を集計し、事業参加予定者数及び事業参加者数により実施状況を評価する。 (実施率＝参加者数÷参加予定者数) 通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業の事業種別や、運動器の機能向上、栄養改善等の実施プログラム別に集計す

	ることが望ましい。
--	-----------

<アウトカム指標>

以下の指標を用いて介護予防事業による効果の評価を行う。

指標	評価方法
① 新規認定申請者数	年度末に年間の新規認定申請者数を集計・分析する。介護予防事業の効果を直接反映する指標ではないが、前年比や年次推移等のデータを介護予防事業の効果の推計に活用する。
② 新規認定者数（要介護度別）	年度末に年間の新規認定者数を集計し、要介護度別の新規認定者数の前年比、年次推移等のデータにより、介護予防事業の効果を評価する。
③ 「旧要支援＋旧要介護１」の人数	年度末時点の「旧要支援＋旧要介護１」つまり「要支援１＋要支援２＋要介護１」の人数を集計し、介護保険事業計画に記載されている自然体（介護予防事業等を実施しなかった場合）での人数との比較・検証により、介護予防事業の効果を評価する。
④ 介護予防事業参加者からの新規認定者数	年度末に年間の介護予防事業参加者からの新規認定者数を集計し、その率（新規認定者数÷介護予防事業参加者数）により、介護予防事業の効果を評価する。
⑤ 主観的健康感（※）	年度末に年間の介護予防事業参加者について、事業参加前後の主観的健康感の変化を集計し、維持・改善割合（事業参加者のうち参加後に主観的健康感が維持・改善された者の割合）により介護予防事業の効果を評価する。
⑥ 基本チェックリストの点数	年度末に年間の介護予防事業参加者について、事業参加前後の基本チェックリストの点数の変化を集計し、維持・改善割合（事業参加者のうち参加後に点数が維持・改善された者の割合）により介護予防事業の効果を評価する。

（※）主観的健康感は、国民生活基礎調査の以下の質問により評価する。

「あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

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」

2 介護予防事業（介護予防一般高齢者施策）

<プロセス指標>

以下の５項目について、事業が適切な手順・過程を経て実施できているか否かを評価する。

- ① 介護予防に関する一般的な知識や、介護予防事業の対象者、事業内容、参加方法等の事業実施に関する情報について積極的に普及啓発を行っているか。
- ② 介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織を適切に把握しているか。
- ③ 介護予防事業を推進するに当たり、介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織と密に連携を図っているか。
- ④ ボランティアや地域活動組織のリーダー等を育成するための研修会等を開催しているか。
- ⑤ 地域活動組織の求めに応じて、担当職員の派遣、活動の場の提供等の支援を行っているか。

<アウトプット指標・アウトカム指標>

介護予防事業（介護予防一般高齢者施策）については、市町村の創意工夫により様々な事業が想

定されることから、事業内容等に応じて適宜指標を設定し、アウトプット及びアウトカムの評価を行う。評価指標の例を以下に示す。

【指標の例】

- ① 介護予防に関する講演会、相談会等の開催回数・参加者数
- ② 介護予防に関するイベント等の開催回数
- ③ ボランティア育成のための研修会の開催回数・参加者延数
- ④ 地域活動組織への支援・協力等の実施回数
- ⑤ 当該年度に新規に創設された地域活動組織の数

別添 5

様式 1

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

例

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()		来 所・電 話 その他 ()		初 回 再来 (前 /)		
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()						
フリガナ 本人氏名			男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳			
住 所			Tel	()			
			Fax	()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度		自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2				
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M				
認定情報	非該当・要支 1・要支 2・要介 1・要介 2・要介 3・要介 4・要介 5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)						
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()、()						
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無						
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・()						
来 所 者 (相 談 者)			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」 (同居家族は○で囲む)				
住 所 連 絡 先						続 柄	
緊急連絡先	氏名	続柄				住所・連絡先	
			家族関係等の状況				

《介護予防に関する事項》

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
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《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
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日			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、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、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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 年 月 日 氏名 印

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 平成 年 月 日 計画の有効期間 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

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）

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 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	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	支援計画			事業所	期間
							目標についての支援のポイント	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別		
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、知人関係・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、生活機能評価等を踏まえた留意点 _____

【本来行うべき支援ができない場合】
適切な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針：生活不活発性の改善・予防のポイント _____

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	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ予防
予防給付または地域支援事業					

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

介護予防サービス・支援評価表

評価日

利用者名		殿		計画作成者氏名			評価日
目標	評価期間	目標達成状況	目標達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針	
総合的な方針		地域包括支援センター意見 ☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防特定高齢者施策 ☐ 介護予防一般高齢者施策 ☐ 終了 ☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了					

○介護予防支援業務の実施に当たり重点化・効率化が可能な事項について

〔平成 19 年 7 月 23 日 老振発第 0723001 号・老老発第 0723001 号〕
厚生労働省老健局振興課長・老人保健課長連名通知

厚生労働省においては、平成 18 年 12 月、地域包括支援センター（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 115 条の 39 第 1 項に規定する地域包括支援センターをいう。以下同じ。）の体制整備促進策として、地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップについて（平成 18 年 12 月 20 日付け老振発第 1220001 号厚生労働省老健局振興課長通知）により、各都道府県に対し各市町村が策定した地域包括支援センター体制整備計画のフォローアップの実施をお願いするとともに、地域支援事業交付金の人件費の算定について（平成 18 年 12 月 11 日付け厚生労働省老健局介護保険課・振興課事務連絡）により、地域支援事業交付金に関する運用改善等の具体的な支援策を講じたところであるが、これらと併せて、「介護予防支援業務に係る業務の重点化・効率化」の方策をできる限り早急に取りまとめる旨の方針をお示ししていたところである。

今般、介護予防支援業務を実施するに当たり重点化・効率化することが可能な事項について下記のとおり示すこととしたので、御了知の上、管内市町村、関係事業者等に周知されたい。

なお、下記事項は介護予防支援業務を効果的、効率的に実施するために重点化・効率化が可能な事項についての例を示したものである。そのため、下記事項を参考としつつ、さらに創意工夫を行うことにより介護予防支援業務の効果的、効率的な実施に資する取組の推進に努められたい。

記

1 指定介護予防サービス等の利用申込受付及び介護予防サービス・支援計画書作成の契約締結について

（１）平成 18 年 4 月に施行されている介護保険法等の一部を改正する法律（平成 17 年法律第 77 号）により介護予防サービス（法第 8 条の 2 第 1 項に規定する介護予防サービスをいう。以下同じ。）の創設等がなされたところであるが、利用者に対する介護予防の趣旨、介護予防サービス及び介護予防事業（法第 115 条の 38 第 1 項第 1 号に掲げる事業をいう。以下同じ。）の仕組み、利用の方法、利用者負担等の説明は、市町村の責任において実施することが基本であると考えてるので留意されたい。

利用者に対する説明については、利用者の理解に資するよう効率的かつ効果的に行うという観点から、要介護・要支援認定申請が市町村に提出された時点で介護予防サービスの対象者となる可能性が高いと想定される者に対し、当該申請時又は法第 27 条第 2 項（法第 32 条第 2 項において準用する場合を含む。）に規定する調査（要介護認定調査・要支援認定調査）に際し、申請者に対し、介護予防の趣旨、介護予防サービス及び介護予防事業の仕組み、利用の方法、利用者負担等の説明を行うことが望ましい。

（２）市町村は、地域包括支援センターにおける介護予防支援業務を円滑に進める観点から、医療機関等地域の関係機関等への協力要請又は調整を行うことが望ましい。

（３）介護予防サービス・支援計画書（「地域支援事業の実施について」（平成 18 年 6 月 9 日付け老

発第 0609001 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。)の別添 5 様式 2 の介護予防サービス・支援計画書をいう。以下同じ。)の作成契約は、利用者及び地域包括支援センターとの間で締結するものであり、地域包括支援センターが介護予防サービス・支援計画書作成を指定居宅介護支援事業者（法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）に委託している場合であっても、利用者と委託先の指定居宅介護支援事業者との間で改めて契約を締結する必要はない。

(4) 介護予防サービス・支援計画書の作成契約を締結する際に個人情報使用同意書（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、要介護・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会（法第 14 条に規定する介護認定審査会をいう。以下同じ。）による判定結果及び意見並びに主治医意見書に加え、利用者基本情報（局長通知別添 5 様式 1 の利用者基本情報をいう。以下同じ。）等の個人に関する記録を指定居宅介護支援事業者、指定介護予防サービス事業者（法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者をいう。以下同じ。）、主治医その他の関係者に提示することに利用者が同意することを記載した文書をいう。以下同じ。）を利用者から徴することにより、利用者基本情報中の利用者本人の署名及び捺印を不要とすることが可能となる。

(5) 介護予防サービス・支援計画書の作成契約書において、利用者の要支援認定が更新された際も当該契約を自動更新することができる旨の規定を設けることが可能である。この場合、利用者の要支援認定が更新された場合であっても、介護予防サービス計画作成依頼届出書の提出を不要とすること、並びに契約書、重要事項説明書及び個人情報使用同意書の内容に変更がない場合は契約更新の際にこれらの書類の作成を不要とすることが可能である。

2 利用者の情報の収集について

(1) 利用者の要介護・要支援認定申請の際に、要介護・要支援認定申請書に市町村が申請者の認定調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を地域包括支援センター等に情報提供することについての本人同意欄を設け、本人からの同意を得ている場合は、介護予防サービス・支援計画書作成の際に改めて本人からこれらの情報を利用することの同意を得ることは必要ない。

(2) なお、主治医意見書の入手を容易にする観点から、市町村は医療機関等への協力要請及び調整を行うことが望ましい。

3 利用者宅の訪問及び面接について

(1) 利用者が介護給付から予防給付に移行することに伴い、新たに介護予防サービス・支援計画書を作成する場合には、

① 利用者の同意を得た上で、利用者の居宅サービス計画を作成した指定居宅介護支援事業者が保有する利用者に関する情報を地域包括支援センターに引き継ぐこと

② 指定居宅介護支援事業者と十分連携を図ること

③ 家族からの情報を活用すること

等により、利用者に関する情報の収集、利用者のニーズ、課題の把握及び分析を効果的かつ効率的に行うことが可能となる。

4 介護予防サービス・支援計画書案の作成について

(1) 介護予防サービス・支援計画書案の作成に当たっては、アセスメント（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（平成 18 年厚生労働省令第 37 号。以下「指定基準」という。）第 30 条第 7 号に規定するアセスメントをいう。以下同じ。）領域毎の現在の状況及び本人の意欲等にかんがみ、利用者のニーズ及び課題の分析が必要で、かつ取り組むべき優先度が高いと考えられる領域について課題を「有」とし、当該課題についての当面の改善目標並びに当該目標を達成するために必要な利用者の行動及び支援内容を具体的に検討することにより、業務の効率化を図ることが可能となる。

(2) 目標の設定に当たっては、評価を効率的に行うことが可能となるよう、具体的で分かりやすくその達成の判断が容易であり、利用者の実際の行動として確認することが可能な指標を目標として設定することが望ましい。

(3) なお、この場合であってもアセスメントは十分に行う必要があることに留意する必要がある。

5 サービス担当学会議の開催について

サービス担当学会議は、当該計画書が利用者にとって適切なものであることを確認するとともに、利用者の目標を達成するために本人、家族、指定介護予防サービス事業者等のそれぞれの役割分担の確認等を行う場である。会議の日時については、例えば利用者宅の訪問の際に併せて実施できるように設定をする等会議の構成員が出席しやすいような工夫を行うことが望ましい。また、必要に応じて関係者間で事前に調整を行うなど、会議出席者の負担を軽減するために効率的な会議運営に努めることが望ましい。

6 介護予防サービス・支援計画書の決定について

利用者が利用する介護予防サービス内容を決定するに当たり、指定介護予防サービス事業者との調整を円滑に進める観点から、市町村は指定介護予防サービス事業者に対し、例えば、介護予防の理念及び趣旨、介護予防サービス及び介護予防事業の仕組み、介護予防サービスの提供方法等についての研修及び指導を実施することが望ましい。

7 モニタリングについて

モニタリング（指定基準第 30 条第 15 号に規定するモニタリングをいう。以下同じ。）については、指定基準第 30 条第 15 号イに規定する 3 月に 1 回の利用者宅への訪問以外にも、当該訪問を効果的、効率的に行うことを可能とする観点から、介護予防サービス・支援計画書で設定された介護予防サービス等の利用期間内に、利用者の日常生活に急激な変化が生じていないか、計画内容が利用者に適合しているか等についてモニタリングを行うことが望ましい。その際、利用者の状況を効率的に把握する観点から、指定介護予防サービス事業者の事業所での利用者との面談の実施や、指定介護予防サービス事業者、利用者又は家族からの情報等を適宜整理又は活用することにより、利用者宅の訪問回数を必要最小限とすることが可能となる。

8 評価について

(1) 介護予防サービス・支援計画書に定めた支援計画の期間（以下「計画期間」という。）の中途における評価（以下「中間的な評価」という。）に関しては、介護予防支援業務の担当職員は、介護予防サービス・支援計画書で定めた各事項について支援の実施状況及びその結果等を介護予防支援経過記録（局長通知様式 3 の介護予防支援経過記録をいう。以下同じ。）に記載することにより中間的な評価とすることが可能であり、必ずしも介護予防サービス・支援評価表（局長通知様式 4 の介護予防サービス・支援評価表をいう。以下同じ。）を使用する必要はない。なお、介護予防支援経過記録への支援の実施状況の記載は 1 月に 1 回は行うこととし、計画期間内における中

間的な評価を容易に行うことができるようにすることが望ましい。

- (2) 介護予防支援業務の担当職員は、計画期間内に介護予防サービス・支援評価表を作成することにより評価を行うこととし、これにより、介護予防サービス・支援計画書で定めたサービス利用期間後のサービス利用等についての判定を行う。

○介護予防支援業務の流れ

(「必要帳票」内の矢印の意味)

← 地域包括支援センターにおいて利用するもの
→ 地域包括支援センターにおいて記入・作成するもの

	地域包括支援センター (介護予防支援事業所)	必要帳票	サービス提供事業者
6月 (サービス提供前月)	1 利用申込受付・契約締結 ① 介護保険被保険者証の確認 ② 利用者基本情報の「基本情報」の部分を入力、確認 ③ 契約書及び重要事項説明書の交付・説明・同意 ④ 介護予防サービス計画作成依頼届出書を市町村へ提出 ※ 居宅介護支援事業所に一部業務委託している場合は、地域包括支援センターは、当該、居宅介護支援事業所とも契約を交わす。	← 介護保険被保険者証 → 利用者基本情報 (「基本情報」部分) ← 契約書及び重要事項説明書(2部) → 個人情報使用同意書 (必須ではない) ← 介護予防サービス計画作成依頼届出書	
	2 情報収集 ① 市町村・医療機関等からアセスメントに必要な情報の入手	← 認定調査票(必須) ← 主治医意見書(必須) ← 「介護予防のための生活機能評価」判定報告書	
	3 アセスメント 【利用者宅訪問・面接】 (委託の場合も、同行訪問が望ましい) ① 利用者基本情報の作成 ② 課題分析	→ 利用者基本情報 (「介護予防に関する事項」～「現在利用しているサービス」部分) → 基本チェックリスト → 介護予防サービス・支援計画書	
	4 介護予防サービス・支援計画原案の作成 (委託の場合は、居宅介護支援事業所が作成した原案を確認)		

	地域包括支援センター (介護予防支援事業所)	必要帳票	サービス提供事業者
	① 利用者及び家族と共に、計画の原案を作成 5 サービス担当学会議の開催 (委託の場合も、会議に同席することが望ましい) ① 介護予防サービス・支援計画書の目標を共通に認識 ② 必要に応じ、修正 ③ 介護予防サービス・支援計画原案の最終決定 6 介護予防サービス・支援計画の決定 (委託の場合は、地域包括支援センターが介護予防サービス計画を必ず確認し、押印する) ① 介護予防サービス・支援計画原案を基に、計画を決定 ② 利用者及び家族へ計画書を交付・説明し、同意書欄に自署又は記名・押印をもらう ③ サービス提供事業者へ計画書を交付	→ 介護予防サービス・支援計画書 → 介護予防支援経過記録 ⇄ 介護予防サービス・支援計画書 ← 介護予防サービス・支援計画書 → 介護予防サービス・支援計画書 (「計画に関する同意」部分)	5 サービス担当学会議への参加 1 介護予防サービス提供 ① 事前アセスメント ・利用者宅を訪問し、面接・アセスメント実施 ・介護予防サービス計画に基づいた個別サービス計画(内容・頻度等)の作成 ・利用者・家族へ個別サービス計画の交付・説明・同意 ② 個別サービス計画に基づいたサービスの提供 2 モニタリング ① 実施状況のモニタリング・記録 ② 地域包括支援センターへサービス実施状況を報告
7・8月 (サービス利用月)			

	地域包括支援センター (介護予防支援事業所)	必要帳票	サービス提供事業者
	3 サービス提供事業者からの報告書 ① サービス提供事業者からの結果報告の確認 4 利用者の状況把握 【介護予防通所サービス事業所訪問や電話連絡】 ※ 状況変化があった場合や必要に応じて、利用者宅訪問 (委託の場合は、必要に応じて同行訪問が望ましい) ① サービス利用状況、利用者の状態を把握 ② 計画見直しの必要性について検討 ⇒ 見直しの必要性があれば、初回の計画作成時の手順により見直し 6 給付管理業務 ① 利用者へサービス利用実績の確認 ② 利用者に確認した実績と、サービス事業者から送付された実績を突合する ③ 給付管理表・介護給付費明細書作成 ④ 翌月 10 日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出	← 介護予防支援経過記録 (報告書を添付。把握した状況等について記載) ← 介護予防サービス・支援計画書 (把握した状況等について必要に応じて追記・修正) → 介護予防支援経過記録 (把握した状況等について記載) → (給付管理表 給付管理総括表 介護給付費明細書)	5 サービス提供実績の報告 ① 毎月、利用者ごとのサービス提供実績を、地域包括支援センターへ月末締めで、翌月初めに送付 6 給付管理業務 ① 介護給付費明細書・介護給付費請求書を作成 ② 翌月 10 日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出 1 介護予防サービス提供 ① 個別サービス計画に基づいたサービスの提供 2 事後アセスメント ① 個別サービス計画に基づく目標達成状況の評価

	地域包括支援センター (介護予防支援事業所)	必要帳票	サービス提供事業者
9月 (評価月)	4 評価 (委託の場合は、居宅介護支援事業所が) 作成した評価表を確認する ① サービス提供事業者が行った評価の把握 ② 利用者の目標達成状況の評価（効果の評価） 【利用者宅訪問・面接】 ③ 今後の方針の決定 ・プラン終了 ・プラン継続 ・プラン変更	→介護予防サービス・支援評価表	3 効果の評価 ① 地域包括支援センターへ報告
	6 給付管理業務 ① サービス利用者へのサービス利用実績の確認 ② 利用者に確認した実績と、サービス事業者から送付された実績を突合する ③ 給付管理表・介護給付費明細書作成 ④ 翌月 10 日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出	→(給付管理表 給付管理総括表 介護給付費明細書)	5 サービス提供実績の報告 ① 毎月、利用者ごとのサービス提供実績を、地域包括支援センターへ月末締めで、翌月初めに送付 6 給付管理業務 ① 介護給付費明細書・介護給付費請求書を作成 ② 翌月 10 日までに国保連に伝送又は磁気媒体で提出