

# 天草市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント基本方針



令和5年4月  
天草市役所 健康福祉部 高齢者支援課

介護予防・日常生活支援総合事業はサービスづくりだけが目的ではなく、地域づくりが目的です。お元気な高齢者の支援を自助・互助で担えないからサービスで担うというマネジメントではなく、サービスの利用基準はそのままに、どのような地域づくりがあれば自助・互助で支えていけるかを考えたり、多職種を自助・互助の地域づくりに巻き込んでいくことで地域包括ケアシステムの構築につなげることが本来の目的です。

そのため総合事業における高齢者の自助努力への支援の舵取りは、自立支援の3要素である「介護予防」「生活支援」「介護予防ケアマネジメント」の中でも介護予防ケアマネジメントが鍵となっています。また介護予防ケアマネジメントを含む介護予防・生活支援サービス事業費は、75歳以上高齢者の人口の伸びがほぼ横ばいであることから「伸びることなく、現状を維持していく」必要があります。

単に要支援者や事業対象者の要望するサービスを入れ込むことは、利用者数が増えるため総合事業費の上限額を超え、高齢者の介護予防に関する事業（通いの場・介護支援ボランティア含む一般介護予防事業）費を圧迫することとなる。そのため、入り口である要支援者と事業対象者への説明やケアマネジメントの結果としての提案は非常に重要になってくる。

## ～介護予防の基本的考え方～

・介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態等の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものである。また、国民は要介護状態となることを予防するため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も、介護サービスを利用して能力維持状況に努めると明文化されている。

### 第一章 総則 (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の協働連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もっと国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### (介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態または要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するよう行われるとともに医療との連携に十分配慮して行わなければならない。
- 3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならない。
- 4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

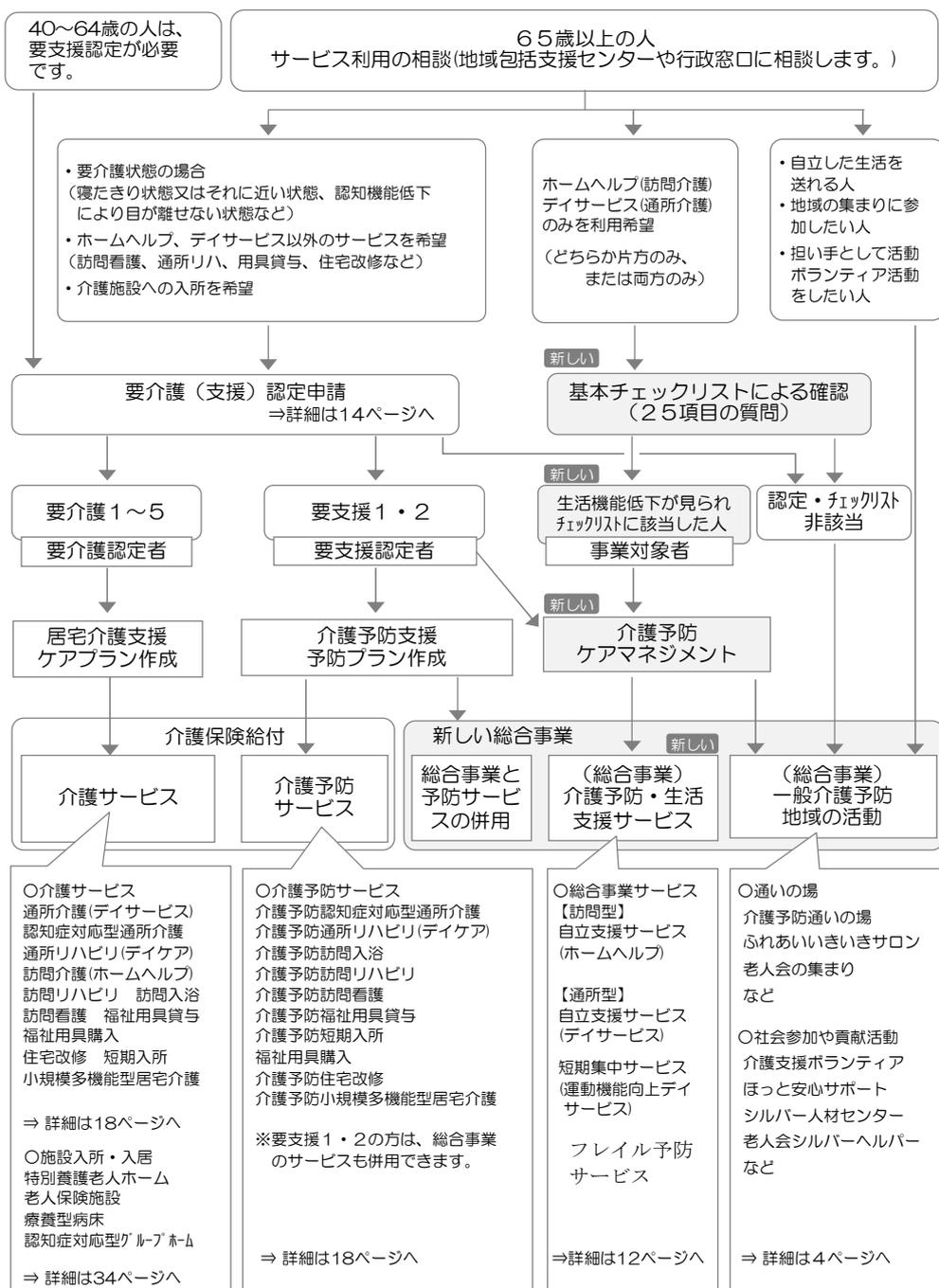
(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生じ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。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

## ～サービス利用の流れ～

総合事業の開始により、要介護認定者、要支援認定者に加えて、「事業対象者」が加わった。心身の状態や利用したいサービスによっては、介護認定（新規・更新）を受けずに基本チェックリストの判定とマネジメントで生活機能の低下を判断することでサービスを開始することができるようになった。



### ～介護予防ケアマネジメントの実施体制～

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、利用者本人が居住する地域包括支援センター（以下センターとする）が「指定介護予防支援事業者」として実施することが基本となる。ただし、状況に応じてセンターから指定居宅介護支援事業者に対して委託することも可能である。

対象者	総合事業対象者・要支援者	要介護者
ケアマネジメントの実施主体*1	地域包括支援センター (指定介護予防支援事業所)	指定居宅介護支援事業所
ケアマネジメントの類型		
給付のみ利用する場合	保険給付 (介護予防支援)	保険給付(居宅介護支援)
給付と事業併用する場合		/
事業のみ利用する場合	総合事業による実施 *2 (介護予防ケアマネジメント)	

\*1 介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護に関しては、その施設等に従事する介護支援専門員等がケアプラン作成を実施。

\*2 居宅介護支援事業所に委託も可。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、センターに配置されている3職種のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うものである。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントについては、センターがその全てに関与することとされており、センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備していただきたい。

体制として、センター三職種は、総合相談支援業務を入り口に対象者へ説明や振り分け等に主体的に関わり、実務的な業務においては指定介護予防支援業務を行なっている職員等の包括支援センター職員と役割分担を進めていくことが好ましいところである。

これまで介護予防ケアマネジメントCについてはセンターが、介護予防ケアマネジメントAについては一部居宅介護支援事業所へ委託し、センターは基本、新規ケースに対する介護予防ケアマネジメントに重点をおくこととしていた。また、介護予防ケアマネジメントAの件数の増大により、センターが担うべき業務を圧迫することが予測される場合は、センターで初回の介入の支援として「アセスメント」「サービス担当者会議」等に関与することを条件とし、新規の事業対象者・要支援者についても居宅介護支援事業所へ委託することを可能とした。ただし通所型短期集中サービスのみの利用の場合は、センターが担当としていた。

しかし、「状態像にあわせてサービスを構築する」というケアマネジメントの本来の姿を推進するためには、サービスにあわせて担当者を決める、サービスが変更になれば担当者も変更になる（契約の変更などの事務の発生）という現状では多少なりとも自立支援の推進に支障となっていると考える。

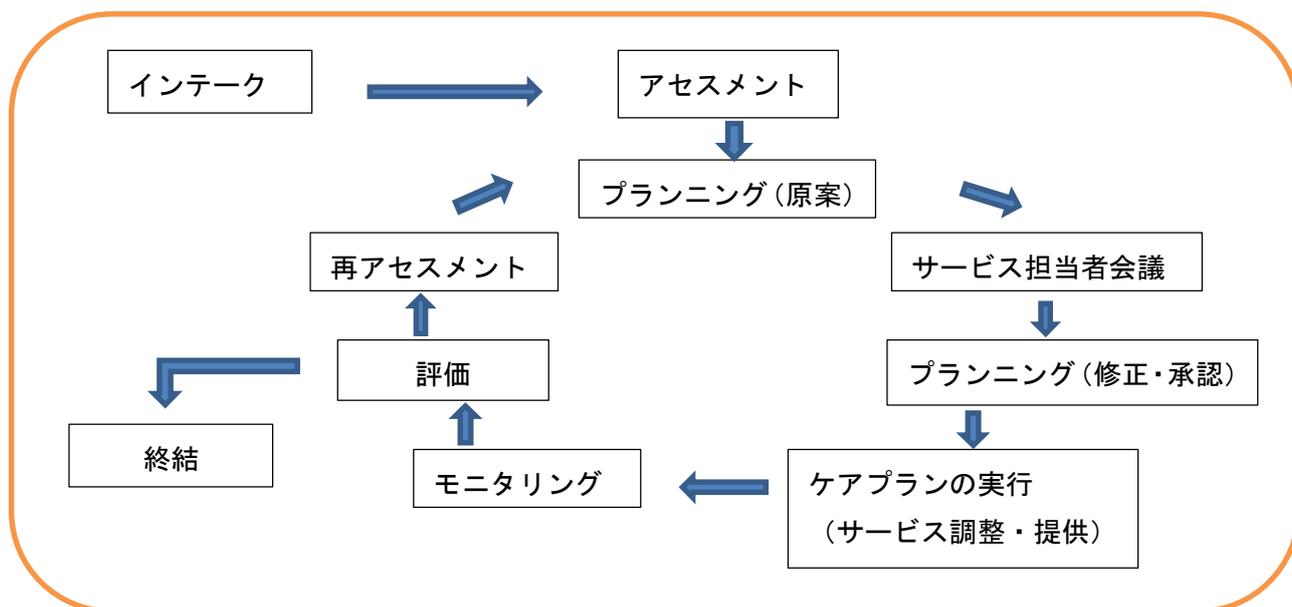
センターが受け持っても、委託居宅が受け持っても同様のマネジメントをおこなうことができるよう、H31年度からは委託居宅についても、ケアマネジメントA・C・通所型短期集中サービスのみを担当できることとする。

居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時にセンターが立ちあうよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、そのすべてに関与することとする。

居宅介護支援費の通減制については、「介護予防支援」については件数が含まれるが「介護予防ケアマネジメント」は件数に含まれないことについては留意すること。

#### ～介護予防ケアマネジメントのプロセスの確認～

介護給付のケアマネジメントも予防給付のケアマネジメントも介護予防ケアマネジメントも基本的な考え方や流れは同じである。



居宅介護支援では月に1回、必ず居宅において実施するモニタリングが義務付けられているが、介護予防支援においては、居宅においてのモニタリングは3か月に1度の規定となっている。訪問しない月であっても、月に1回は電話やファックス、事業所内での面談等を通じて状況を把握し、介護予防支援経過記録にモニタリング結果を記録しておくことが必要である。

#### ～介護予防支援・介護予防ケアマネジメントにおける介護予防サービス・支援計画書の評価・計画期間の見直しについて

要支援者の介護予防支援においては、国の基準で、少なくとも3か月に1回は訪問によるモニタリングを行うこと等が規定されていますが、介護予防サービス・支援計画書の評価・計画期間の設定については特に規定がなく各市町村の判断に任されている。本市においては、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントのケアプランの評価・計画期間については最長12か月とし、認定有効期間を超えない運用を行うこととする。新しくサービスを利用する場合や状態が不安定なとき、サービス利用の目的などに応じて、ケアプランの見直しを行い、利用者の状態像にあわせた支援を提供すること。なお、例外として、プラン変更などにより認定終了日までの期間が12～14か月となる場合は、評価期間を認定期間に合わせて12～14か月とすることも可能とする。認定終了日までの期間が15か月以上の場合は、原則どおり評価期間は最長1年となる。

## ～指定介護予防支援と指定居宅介護支援の基準（基本方針）の違い～

事業対象者・要支援者を対象とした介護予防支援・介護予防ケアマネジメントは、「指定介護予防支援事業所」が実施する。要介護者を対象としたケアマネジメントは指定居宅介護支援事業所で実施する。指定居宅介護支援の基本方針第1条の2では「・・・その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」と記載されているが、指定介護予防支援の基本方針第1条の2には「その有する能力に応じて」は記載されておらず「・・・自立した日常生活を営むことのできるよう」と記載されているだけである。これは介護保険制度の基本理念である「自立支援」、すなわち利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を継続するということを実現するため、利用者が総合事業対象・要支援者であることに鑑み、介護予防の効果が最大限発揮され、利用者が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、目標指向型の計画を作成し、支援することができるかどうかという視点から検討を行い、支援を行うべきことを定めたものである。常にこの基本方針を踏まえた事業運営を図らなければならないこととしている。

### 指定居宅介護支援（基本方針）

第1条の2 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

### 指定介護予防支援（基本方針）

第1条の2 指定介護予防支援の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。

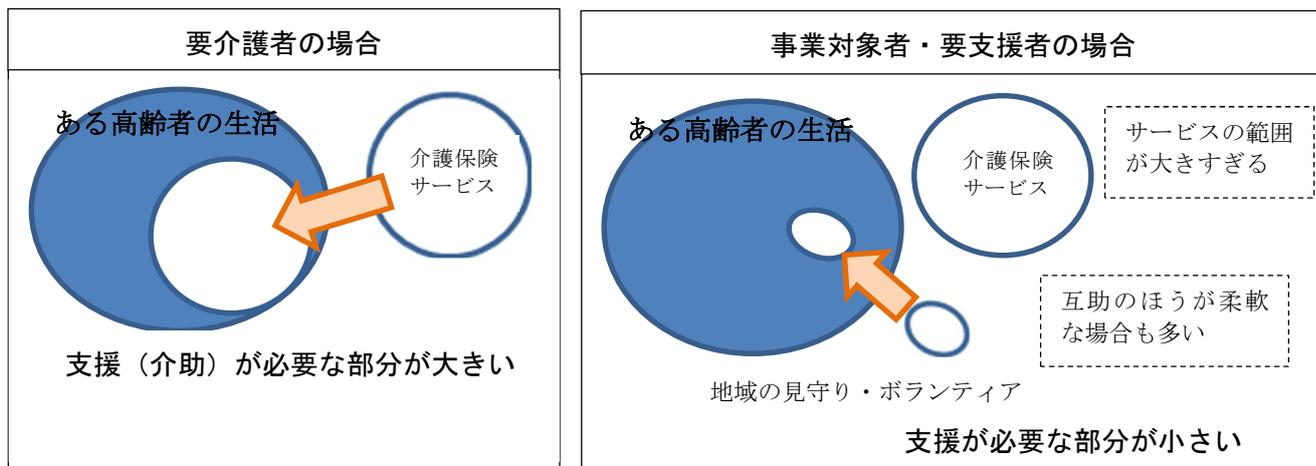
## ～天草市のケアプランチェックから見える対象者の状態像とICF活用の視点～

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものである。

天草市の介護予防ケアマネジメントの対象者となる事業対象者・要支援1程度の状態像は、以下の4つが主にあげられる。

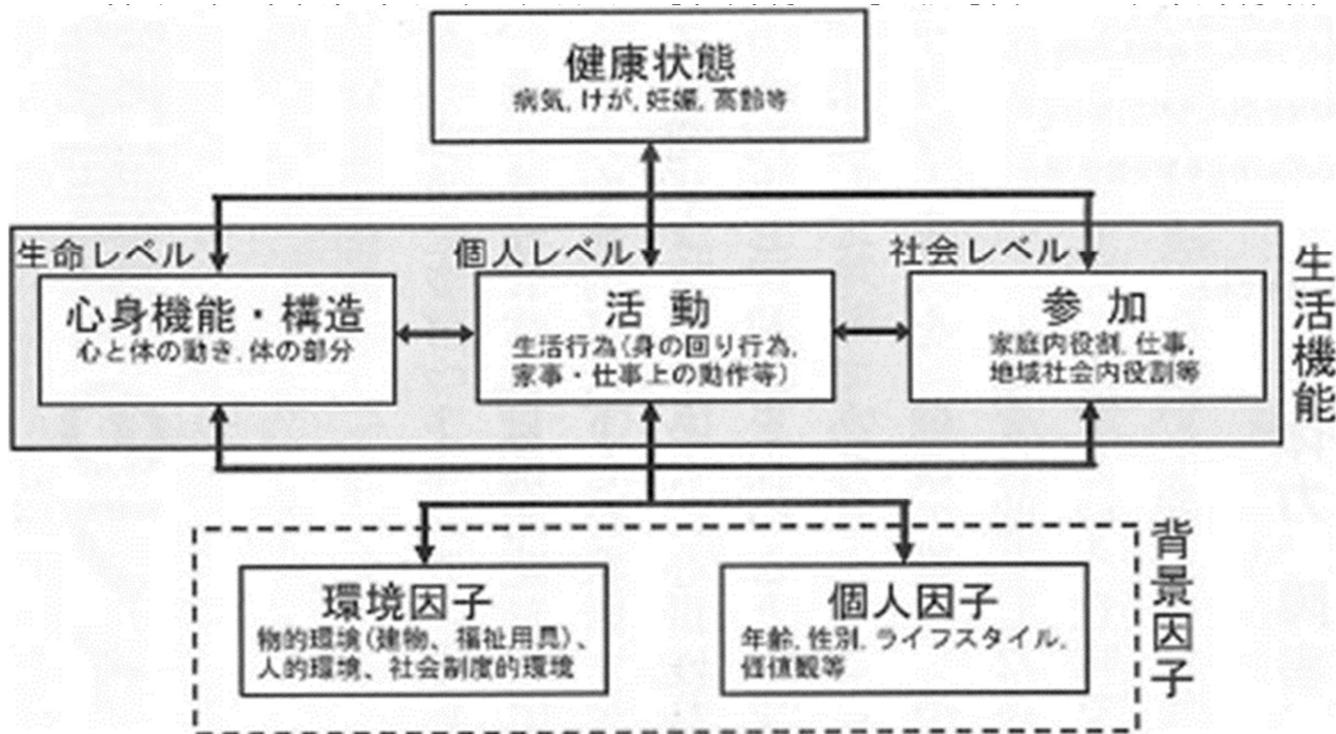
- 体力の改善にむけて支援が必要な人
- 閉じこもりに対する支援が必要な人
- 健康管理の支援が必要な人
- 認知機能の低下やうつ症状がある人

これらの状態のために、関わりの入り口では「掃除」や「買い物」などが初めに困難になってくるケースが多い。また状態像としては、一連の動作すべてができないわけではなく、支援のニーズは多くの場合において「部分的」であることがわかった。一方サービス事業所が提供するサービスは、事業として成果するようある程度まとまったニーズに対応するような設計であるため、本人ができることまで代わりにサービスでしてしまうこともしばしばで、ゴミ出しや掃除・買い物などの細かいニーズはサービスよりも互助のほうが柔軟な場合も多いことがわかった。



また、これまでいわゆる廃用症候群モデルに該当（三菱UFJリサーチ&コンサルティング資料参照）の改善を目指す取り組みを中心におこなってきたか、機能改善したあとの取組が希薄だったこともあり、活動性の維持・向上につながりにくい状況だった。国際生活機能分類 ICF では「心身機能」「活動」「参加」についてバランスよく働きかけ、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、1人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を推進することが求められている。

天草市の現状としては虚弱になると「心身機能」への働きかけが主で、その取組はサービスで補う



介護予防の実施に当たっては、何よりも高齢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ないところである。天草市の地域ケア会議においても、プランナーのみならずサービス事業所等を含めたところで、ケアマネジメントの課題が以下のように整理できる。

- ① 高齢者の意欲を引き出すアプローチやの入り口の説明
- ② 残存能力の分析
- ③ できるようになるための自助支援の検討
- ④ 活用できるインフォーマルの把握
- ⑤ 多職種連携支援の促進

高齢者やその家族が行いにくくなっていく IADL 等について「もう年だから」と加齢を直接の原因として、仕方のないことだと先にあきらめがちである。このように改善できるはずはないと思いつている高齢者やその家族の思いにも寄り添うことが、自立支援を目指す上で重要である。本人の意欲に働きかける効果的なケアプランの作成のためには、以下の3点をおさえて自立支援のベクトルを強化する必要がある。

- 〈その1〉自立への合意形成
- 〈その2〉残存機能の見極めと必要な課題に対する分析
- 〈その3〉3つの視点で改善方法を検討

## お世話型介護・保護型介護

上手くできなくなった事を  
また上手く出来るよう  
になるためには  
どうしたらよいのか！

上手くできなくなった事を  
また上手く出来るよう  
になるためには  
どうしたらよいのか！

対象者

合意形成

支援者

## [自立支援型介護・予防型介護へ]

様々な面接技法を使いながら、あきらめていた事項やできるようになりたいと思えることがないかなど、本人・家族の意向や希望を共有するまでのアセスメント能力や分析能力、実現可能な目標の設定と具体的な支援内容を決定し、相手が府に落ち、行動できるまでのプレゼンテーション能力を向上していくことが必要である。

## 事業対象者の取扱いについて

～事業対象者とは～

基本チェックリストに該当かつ介護予防ケアマネジメントにおいてサービスの必要性のある人（要支援1程度以上の状態の人）

総合事業対象者は、25の質問項目である「基本チェックリスト」の実施による「事業対象者候補者」の選定後に「介護予防ケアマネジメント」を通じて、総合事業のサービス利用が必要だと判断されて初めて利用につながります。天草市の傾向としては、「運動機能」にチェックがつき、サービスの利用が開始となるパターンが圧倒的に多い。しかし、簡単に基本チェックリストで事業対象者の候補者は生まれるため、それだけをもって生活機能低下者と即時に判断せず、介護予防ケアマネジメントで必要性を検討することが大事である。つまり総合事業対象者は要支援1程度のサービスを想定しているので、チェックリストに該当したとしても状態像が要支援1程度であるかどうか、サービスの必要性の検討が必要。要支援1程度に満たない状態の人や65歳以上であってもセルフケア能力が高い対象者の場合は、地域の社会資源の活用を第一に検討すること。

基本チェックリストの特に「運動機能」については簡単に3項目に該当する。基本チェックリストの「運動機能」の5項目のうち、3つに機能低下があったとしてもその3つの内容に着目し検討することが必要である。

- 【基本チェックリスト】
- 6、階段を手すり・・・
  - 7、椅子に座った状態・・・
  - 8、15分位続けて歩いて・・・
  - 9、この1年間に転んだ・・・
  - 10、転倒に対する不安・・・

6・7・8のチェックでの該当者は、他のチェック項目で該当していなければ、年齢的なもので習慣的な動作で主観的にチェックしている場合もあるため、アセスメント時には実際の行為と能力に差異がないかに着目することが大事である。8番については、歩いて移動することが少ない天草市ならではの地域性でもありますので、生活歴も確認すること。その上で8・9チェックがありの人は両下肢機能低下などのリスクが高いため、他の項目と照らしあわせ、検討する必要がある。

## 総合事業における通所型サービス

### ～事業の目的～

要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、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に支援することを目的として実施する。

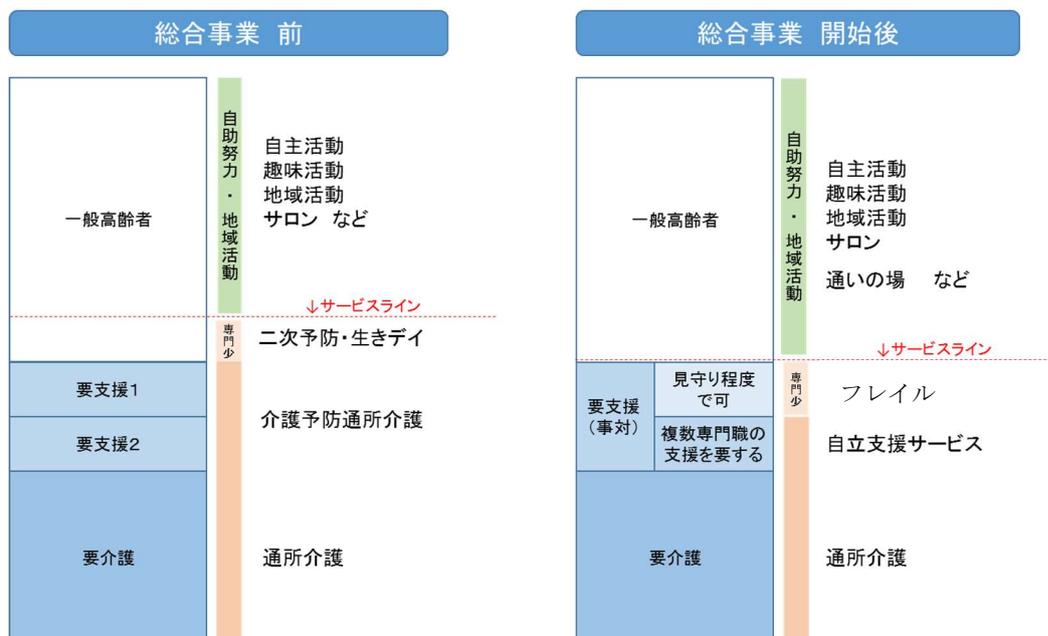
### ～介護保険法上の位置づけ～

法第 155 条の 45 に規定されている「介護予防・日常生活支援総合事業」「第 1 号事業（介護予防・生活支援サービス事業）」「第一号通所事業」に位置付けられる。

### ～サービス利用の検討～

住民の通いの場の推進や介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、軽度認定者（要支援 1・2、要介護 1）は減少傾向がみられている。しかし、中重度認定者（要介護 2～要介護 5）は増加傾向が継続しており、今後在宅における介護サービスのニーズは増加していくことが予測され、専門職による介護保険サービスは中重度認定者を対象とするものと予測される。現に高齢化率の高いエリアでは、要介護者のサービス提供回数に制限がかかったり、入浴支援の回数が減るなどの影響が生じ、軽度者の待機も発生している状況である。

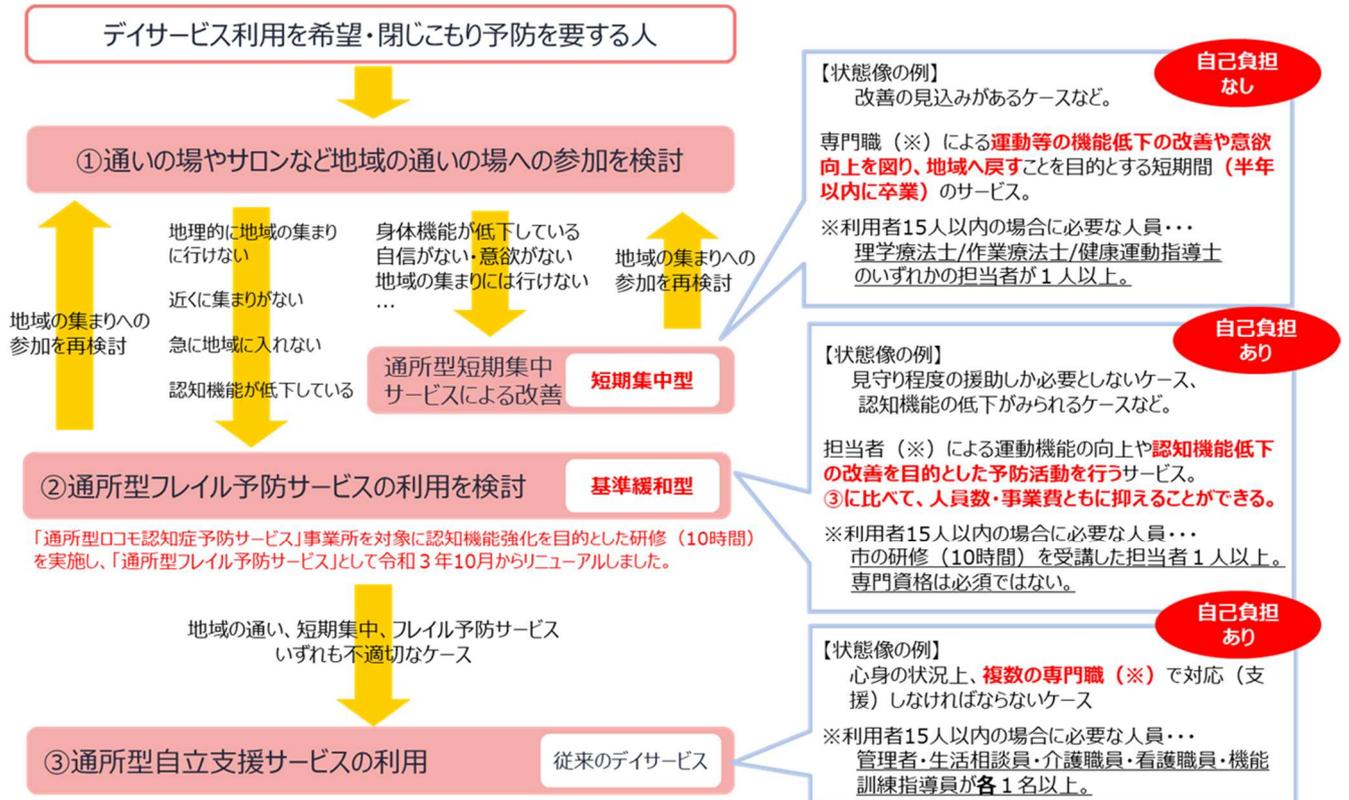
このような背景の中、総合事業前後のサービスの導入の状態像が変化している。総合事業が開始され、サービスを導入して予防活動を行う境目（サービス導入ライン）としては、総合事業開始前は「要支援 1 以下の恐れがある人」であったが、開始後は「要支援 1 程度以上の人」にスライドした。そのため、公的サービスの導入の最低ラインは事業対象者で要支援 1 程度以上、それより元気な人は地域活動や自助努力による予防活動を行うようにシフトして必要がある。また今後介護度が高い人が適切なサービスを確保できる体制を整えるためにも、通所型自立支援サービス利用者をロコモへ、ロコモ利用者を地域へ自立にむけて返す動きをイメージし、マネジメントを実施していくことが必要である。同時に総合事業によって真に必要なサービスや支援を充実させていくことが必要である。



## ～通所型サービスの新規利用の流れ～

今後在宅における介護サービスのニーズは増加していくことが予測され、専門職による介護保険サービスは中重度認定者を対象とするものと予測されることから、新規で通所型サービス導入検討の際は、「地域の通い」を最優先にし、身体機能の低下がみられる場合は、「短期集中サービス」で機能向上を図り、地域の活動の場へ戻す、または通所型フレイル予防サービスを検討し、いずれも不適切な場合や専門職の関与が必要な方は通所型自立支援サービスの利用を検討すること。単に情報不足の状況下において、「通所型自立支援サービスを利用したいから」「友人と一緒にの場所を利用したいから」という本人や家族の希望や要望だけを受けて、補完的にサービス利用の案内を行うのではなく、介護保険制度改正の話、総合事業がスタートして多様なサービスが生まれている状況や背景などを伝えながら、適正な介護予防ケアマネジメントを通じた流れを遵守すること。

### 【総合事業における通所型サービスの新規利用の流れ】



## ～総合事業・要支援等の状態像と各種サービスの関係図～

H30年4月から総合事業が開始したが、マネジメントに関してはこれまでと同様状態像に沿ったサービス等の提案が必要となる。ケアマネジメントをする上では「状態像に応じてサービスを構築する」という基本を身失わないように気を付けること。P11の図は初めてマネジメントに携わる方が状態像とサービスの関係のイメージを共有できると考え作成した。状態像は障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度の組み合わせから、①～⑥で示している。検討の方向性としては、青矢印に示している自助・互助・共助の順で検討すること。水色の⑤⑥の状態像は介護給付での対応が主軸となると考える。③④については、介護給付だけでなく対象にあわせて総合事業で対応することもある状態像である。注意していただきたいのは、基本チェックリストは該当しても、要支援1以下

の状態の場合は、安易に共助を位置づけず、地域資源の中での支援やセルフケアへの支援をおこなうこと。ただし、身体的には自立であってもうつ症状を呈しており、そのまま手当をしないと廃用性が進行するような方に関してはマネジメントでサービスの必要性を検討することも必要である。

この図はあくまで幅広い状態像と各サービスの関係を包括間で共有し、イメージできるための目安である。地域によっては状態像と合わない場合もある。しかし多くのケースがそのような場合は、地域課題として検討していくこと。

【日常生活自立度の活用】

	自立	①	②	③	④
通いの場・サロン・健康運動教室・社会参加等	■	■	■	■	■
通所型短期集中サービス		■	■	■	■
通所型フレイル予防サービス		■	■	■	■
通所型自立支援サービス			■	■	■



認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅲb	⑥					
	Ⅲa						
	Ⅱb	④					
	Ⅱa	③					
	I	①		②		⑤	
	自立	⊗					
	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2

障害高齢者の日常生活自立度

～天草市総合事業サービス・地域活動の種類～

\* 予防給付（介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス）に関しては掲載を割愛する。

《一般介護予防事業》

● 通いの場：送迎なし

地域で5名以上集まれば新規に立ち上げが可能な地域の集まりの場。初回は市の支援あり。いきいき百歳体操を実施し、脳いきサポーターがいる通いの場では脳トレーニングを取り入れ、住民主体で運営している。

状態像：・自制範囲で体操が可能な人。

・自立～介護認定を持っていても通うこと可能な人。

頻度：週1回

● ふれあい生き生きサロン：送迎なし（社会福祉協議会委託事業）

地域での自主的な集まりの場。サロンとして登録すると社会福祉協議会より活動費の支援あり。

頻度：特に制限なし（週1回～月1回）

● 健康運動教室：送迎なし（スポーツ振興課事業）

生活習慣病予防と介護予防を目的とし、筋力トレーニングと有酸素運動を組み合わせた運動教室。各地区の自治公民館や支所・保健センター・コミセン等で実施している。市の健康運動指導士による支援あり。

状態像：16歳以上。市内在住で医師に運動制限を受けていない人。

頻度：週2回

● 公民館自主サークル活動

● グランドゴルフ・ゲートボール

● その他

} 地域支え合い推進員と協働し、地域活動の情報の幅を広く持つことが大切

・整形外科疾患をお持ちの方で、痛みがある場合は無理をしない程度で実施し、主治医やリハビリの判断を仰ぐこと。

・送迎が必要な場合は、家族の支援・近隣の支援を確認すること。

・一般介護予防教室に参加している人が、状態が悪くなった、休みが続いている、入退院を繰り返しているとき、参加継続できているが徐々に機能低下が起きているときなど、速やかに居住地の地域包括支援センターと連携し、多様なサービスや場合によっては現行相当サービスにつながるように、通いの場から市や地域包括支援センターに連絡が入る体制を整えること。

《通所型サービス C》

●通所型短期集中サービス：送迎付き 利用者負担なし

運動等の機能訓練プログラムを半年間で終了する通所型サービス。

対象者：要支援認定者・事業対象者

状態像：・新規にサービスの利用を希望する人。

- ・継続ケースで改善の見込みのある人。
- ・運動が可能な方で、機能低下や意欲低下がみられる人。
- ・退院後医療リハビリから卒業する人で、当サービスの利用で心身の機能が向上し、地域の自主的な活動等につながるもの。
- ・ADL、IADL の改善に向けた支援が必要な人。

- ・卒業後必要に応じて再エントリーすることは可能。その際は、他にプランを要するサービス利用がなく 2 ヶ月の期間が開いた場合には、プラン料の初回加算を算定することができる。これは、2 ヶ月に満たない再エントリーを妨げるものではないが、適切なマネジメントを踏まえ、サービス提供を行うこと。
- ・再エントリーにあたってはバランス能力や移動速度など単に身体機能が低下したという理由だけでなく、身体機能低下したことが日常生活にどのように支障となってきたか等、要支援 1 程度の状態像であるかどうかを再アセスメントすること。

【再エントリーの判断について】

通所型サービス C を卒業後・・・

①卒業後行き場がないので利用したい→×

②卒業後通いの場に行ったが、6 か月後機能低下した→○

(6 か月後の機能評価はサービス通所型サービス C の機能評価や基本チェックリストの前後を確認し判断する)

③卒業後入院した人が退院した場合→○

④卒業後通所型 A に行ったが、機能低下したので利用したい→× (通所型 A の機能低下は想定していない)

⑤卒業後サービス利用なく機能低下した場合→△ (入口で社会参加等のアセスメントが必要) 基本的に短期集中サービスが良かったからという理由では利用は不可。再エントリーが続く根本的な課題を解決することが必要。)

- ・医師の指示書が不要なサービスのため、医師の指示が必要な急性期の介入は想定していない。そのため基本医療リハビリを利用していないことが参加条件ですが、物理療法のみ利用している場合は、プランナーやリハビリ担当者同士必要性を協議の上、利用すること。
- ・通所型 C の利用期間は、最長 6 か月まで。

《通所型サービス A》

●通所型フレイル予防サービス：送迎付き（昼食入浴は事業所で異なる）

通所型ロコモ認知症予防サービスをリニューアルし、R3 年 10 月～「フレイル予防サービス」へ名称変更。脳トレ機能強化する内容へリニューアル。介護通所事業所や地域コミュニティセンターなどへ通うサービスで、運動機能向上や脳トレなど予防活動を行う。

対象者：要支援認定者・事業対象者

状態像：・日常生活自立度は自立でも認知症高齢者の自立度Ⅱa 以上の人で脳いきいきサポーター等の支援が困難な人。

・日常生活活動自立度 J1, J2 程度の比較的軽度者であるが、機能維持向上や閉じこもり予防の観点から、体力づくりや交流、社会参加に向けた活動の実践が必要な人。また身近な地域に通いの場がない、あるいは地理的要件で送迎がないと通えない地域に住んでいる人。

・日常生活自立度が自立の場合は、基本的に対象とならず、介護予防ケアマネジメントで社会参加を視野に検討すること。

・身近な地域に通いの場があるが、通所型フレイル予防サービスが必要である場合については、必要性をアセスメントシートの課題として記入すること。またインテークの際に卒業先を見据えた関わりを、サービス事業所・包括で行うこと。

・日常生活自立度は自立であるが、身近な地域に通いの場がない、あるいは地理的要件で送迎がないと通えない地域に住んでいる人が卒業できない状況が続く場合は、市やセンター・地域支え合い推進員と協働で地域課題として対策を検討していくことが必要。

・清潔保持の目的で入浴の利用がある場合は、最終的には自宅で入ることができるように環境整備や不安等の解消のための支援を検討すること。

《現行相当》

● 通所型自立支援サービス：送迎付き（昼食・入浴あり）

介護通所事業所へ通うサービスで、生活機能向上や必要な支援をうけることができる。複数の専門職で対応する。

対象者：要支援認定者・事業対象者

状態像・長時間の預かり（認知症や虐待、家族の介護負担の軽減等）が必要な人。

長時間・集中的な専門職の関わりで生活機能を高める必要のある人。

- ・日常生活活動自立度 A1, A2 程度、認知症高齢者の自立度 II a 以上
- ・廃用性や閉じこもり等により外出機会の確保が必要であるが、運動が禁止もしくはできない状態にある人。
- ・入浴支援が必要な人
- ・「通所型フレイル予防サービス」が地理的に利用できない人。

頻度と期間・事業対象者は、週1回程度（1,647単位）と週2回程度（3,377単位）

を利用できるサービスコードになっているが、天草市は要支援1相当（週1回）とする。そのため、要支援2相当のサービスを利用する場合は、認定申請をおこなうこと。

- ・天草市では旧介護予防通所介護と同様に、月包括単位を基本とする。
- ・契約開始や解除を伴うようなサービス開始終了においては、日割り計算ができる。
- ・利用期間は概ね1年（評価で継続の要否を判断する）

・ここでいう長時間の預かりが必要な人とは、「入浴や生活リズム、食事の世話」などで、いわゆる「デイサービスに行くことにより体力が回復した。清潔の保持ができた」というレベルのものだと考える。集中的な関わりとは、「看護職・生活相談員・介護士などの専門職が集中的に関わるサービス」であり、利用目的を達成するために比較的長時間提供させるサービスが必要と想定している。

入浴目的の利用では、自宅での環境整備等、自宅で入浴できるようになる支援も含めて検討したが、難しい場合を想定している。自宅での「入浴が不安」の理由の場合は、能力の見極めや改善の可能性、環境整備等をしっかり検討すること。

## 総合事業における訪問型サービス・生活支援サービス

### ～事業の目的～

要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、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。

### ～介護保険法上の位置づけ～

法第155条の45に規定されている「介護予防・日常生活支援総合事業」「第1号事業（介護予防・生活支援サービス事業）」「第1号訪問事業」「第1号生活支援事業」に位置付けられる。

### ～サービス利用の検討～

天草市では、団塊の世代が75歳以上に到達し、要介護状態になるリスクが高くなる年代の人口が増加するため、サービス利用者も増加し介護給付費等の事業費が膨らむことが予測されている。またそれに反してサービス提供側となる若年層人口が急減期に減少しており、介護を担う人材不足が深刻化していくことが懸念されている。特に訪問介護員不足は深刻な問題であり、すでに一部の地域では利用待機状態が発生し、また人材不足を理由に閉鎖する事業所も発生している。このような状況から、真にサービスが必要な方に十分対応できるようにするために、今後訪問型自立支援サービスについては「またできるようにする」ための支援をするサービスに方向転換していくことが必要である。支援内容の方向転換は「自立支援」となれば「卒業」することだけが目的になりがちだが、卒業という結果にこだわるのではなく、「またできるようになる」のプロセスを重視していくことが大切である。

ケアマネジメントについては利用者の生活上の「困りごと」や「訪問介護を利用したいから」という本人や家族の希望や要望だけを受けて単にそれを補うサービスをあてはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、難しくなってきた理由を探ることが必要である。つまり週1回の訪問型自立支援サービスでできないことを補うのではなく、週1回のサービス日以外の日に本人が自分でできるようになるために、支援する視点が大事である。分析としては身体機能面の問題か、認知面の問題か、環境面の問題か、「動作分析」を明確にし、サービス提供内容を考えることが必要である。例えば「掃除のどこが難しく、なぜ難しい」かを、個人要因・環境要因・身体機能・認知機能・物的要因・人的要因・・・など細かく動作分析をすることで、その先に具体的なアプローチを考えることができる。

分析やアプローチは多岐にわたるが、全てを訪問型サービスで補うことは難しいので、訪問型サービスは図の青点線内の環境面・動作面の支援の部分で専門性を発揮することが役割となる。困りごとやできない部分の「どこがどういまいかないのか」生活行為の分析ができれば、以下の3つの視点で改善方法を検討する。訪問型自立支援サービスのみで「またできるようになる」のか、青点線外でのアプローチが必要か、あわせて検討すること。

# 現状のケアプランでは

膝関節症と肺炎治療後で掃除が難しくなった  
利用者さんは独居、家族は遠方…

↓  
解決策

「訪問介護を入れましょう」  
「出来ない行為（掃除）を代わりにやってあげましょう」

## 利用者に掃除の支援が必要となった理由は？？

「手足の機能面の問題か？」

「手順や認知面の問題か？」

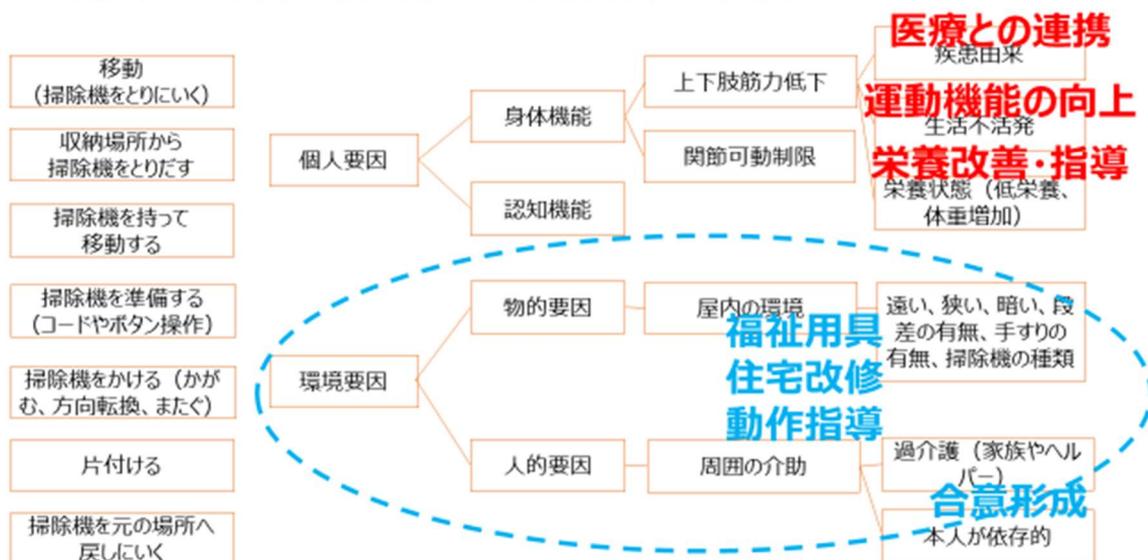
どこ？なぜ？

「環境面の問題か？」

難しくなってきた理由を明確にし「サービス提供」することが重要  
全部やってしまっは、ただのお手伝いさん…

- ① 体力・身体機能のトレーニングでよくなるか？（本人を変える）
- ② 動作そのものの変更で改善しないか？（コツの提案）
- ③ 道具や環境の調整・整備で容易にならないか？（環境・道具の工夫）

## (例) 「掃除機をかける」動作分析



## ～同居・別居の判断～

同居家族がいる場合、原則として算定できませんが、一律に不可とはしておりません。

家族が障害・疾病で家事が困難な場合は、障害者手帳や障害認定だけで判断するのではなく、疾病名を明らかにし、障がいに起因して実際に家事を行うことが困難であるかで判断すること。同居の家族が一時的に家事が困難になった場合は、短期的に導入することも視野に入れ、サービス導入時に短期間の導入であることを合意を得ておくこと。家族に対して遠慮があり頼みにくいや家族に負担をかけたくないという理由だけでは算定できませんので、「やむを得ない事情」の場合はしっかり家族に対するアセスメントを行うこと。

また家族が同居しているが就労等で「日中独居」である場合、日中独居だけでは「やむを得ない事情」とはなりません。家族が日中不在であることにより、どのような家事ができなくなり、逆にどのような家事ならば可能であるかを明確すること。また家族が不在の時間帯におこなわないと大きな支障が生じるかなども併せて検討すること。インフォーマルの代替え手段がないかもあわせて検討すること。

## ～天草市総合事業サービス・主な地域活動の種類～

### ●ほっと安心サポート（社会福祉協議会事業）

日常のちょっとした頼みごとを、気軽に頼める頼まれる住民の支え合い活動。

「サポート会員」にお手伝いをお願いし、お礼に「地域通貨券（1枚200円）」を渡す。地域通貨券は加盟店で1枚200円の金券として使える。

例：買い物代行、ゴミ出し、入院中の方への支援、庭の手入れ草むしり、電球交換等の簡単な作業、家の中の片付けなど。

### ●介護支援ボランティア事業（社会福祉協議会委託事業）

天草市に住所のある40歳以上の方が、市が指定する事業所や在宅等でボランティア活動を行うと活動時間に応じてスタンプが付与され、年度末には最高5千円分の天草宝島商品券と交換できる事業。（1月～12月までのポイントを集計し、社協に1月にポイントの申請を行う）

例：話し相手、洗濯物たたみ、草取り、ゴミ出し、資源物の分別、書類の代筆や代読など

支援対象者（在宅支援）：事業対象者・要支援・要介護者であって、介護支援専門員等がボランティアをケアプラン上に位置付けた人

ポイント：1時間未満の活動はスタンプ1個、1時間を超える場合は30分につき1個追加、1日4個が上限

支援の流れ：①社協各支所で、介護支援ボランティア登録台帳を閲覧し、依頼先を検討

②ボランティアを依頼したい人に直接電話で依頼し、依頼内容を相談

③ボランティアと定期または不定期に会い、活動状況を把握

④活動の確認ができたなら手帳に担当者の印鑑を押印またはサインする

## 《生活支援サービス》

### ●配食型低栄養改善・見守りサービス

ひとり暮らし高齢者等に対し、食生活の改善及び健康増進を図るとともに、高齢者の状況を定期的に把握し、高齢者の地域における自立した生活を支援すること

対象者：市内に住所を有するもので、下記にいずれかに該当し、かつ自力での調理が困難なもの。ただし、民間事業者による弁当配達区域に居住する者で、制限食を必要としないもの対象外。

- ①概ね 65 歳以上の虚弱高齢者で、ひとり暮らし又は高齢者のみの世帯
- ②障がい者のみの世帯、障がい者および高齢者のみの世帯
- ③その他、市長が特に必要があると認める者

#### 事業内容

- ・利用者の一人当たりの配食は原則として1日1食（昼食または夕食）とする
- ・配食の献立は、栄養士の指導を受け、利用者の身体状況に適したものとする

○本人の調理や買い物の状況を確認しながら、導入を考えること

- ・「食材が確保できれば、自分で調理ができる？」  
⇒食材を確保できる手段を考えてみる！
- ・「誰かと一緒に調理をすればできる？」  
⇒訪問介護員と一緒に作ることを考えてみる！
  
- ・「調理も買い物も難しく、食事の確保ができない」  
⇒訪問介護員により生活援助で食事を準備したり、保存したりして食事の確保を考えてみる！  
⇒透析後の調理が難しい場合など、体調に変化があるときはできる時間帯に食事の確保を考えてみる！  
⇒エリア内にお弁当や惣菜など配達してくれる店に相談してみる！  
⇒エリア内に配食をしてくれる店はあるが、本人の生活スタイルから、配達してくれる時間帯が合わない、対応が難しい場合には、配食サービスを検討してみる！
- ・低栄養のリスクの高い人は、配食サービスの利用も有効であるが、それだけでは食生活の改善は難しいので、導入した後、どう支援していくのか検討しながらすすめる。
- ・制限食が必要な人は、配食以外の食べ方もあわせて確認し、本人自身がコントロールできるような支援も考えてみることも大切！
- ・配食は本人にとっては食事の確保ができる便利のよいサービスになりますが、本来できていた本人の能力を奪うことにもつながりかねませんので、しっかりアセスメントすること

《訪問型サービスC》

●訪問型短期集中サービス：利用者負担なし

対象者：要支援認定者・事業対象者

サービス内容：

訪問型自立支援サービスの導入初期段階に、訪問型自立支援サービスと併用して導入するサービスとして、H30.10～開始。リハビリ専門職が同行訪問し、ケアマネジャーと訪問介護員（自立支援員）にリハ的視点で助言を行っていただくことで、これまで生活援助主流であった「状態を維持」する支援から、「改善・向上」を目的とした『できるようになるために利用するサービス』へと支援内容の方向転換を行っている。



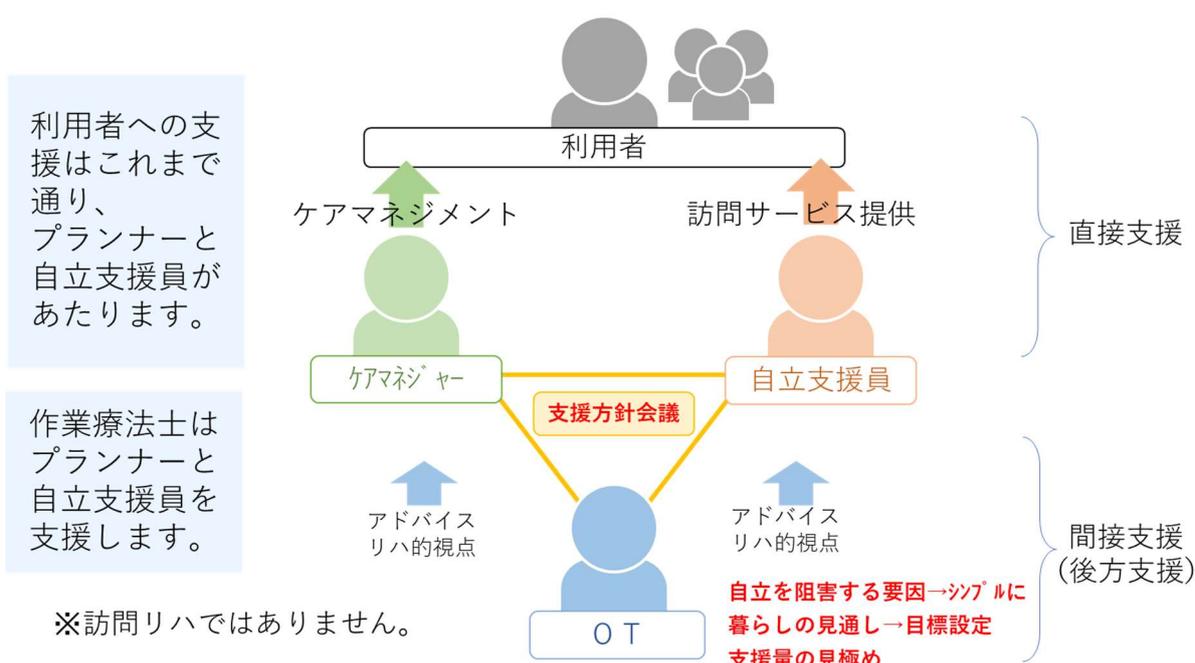
状態像：フレイルなどの理由から日常生活に支障をきたした状態で、**家族**やインフォーマル等の支援が難しく、訪問介護による支援を要する人

（訪問介護の導入初期に利用が望ましいが、状態像の改善等により導入することでQOLの向上を図ることができる方も含む）

頻度と期間・利用期間は6か月以内

・訪問等の回数は、対象者の状況に応じ担当の作業療法士、介護支援専門員、サービス提供責任者の協議により定める

■サービスの位置関係



- ・本事業の目的は、訪問型自立支援サービスと介護予防ケアマネジメントの自立支援機能を強化し、利用者のQOL向上を図ること。単にサービスの卒業を目的としてない。支援回数や1回の支援時間の適正化を図り、訪問介護員の人材確保につながる効果を期待している。
- ・支援者である作業療法士は、利用者への直接支援はおこなわない。直接支援は医師の指示書が必要なため、必要な場合は訪問リハビリテーション等を活用すること。
- ・支援を受ける中での助言を、介護予防ケアマネジメントおよび訪問介護個別支援計画に反映すること。介護支援専門員は、利用者・訪問介護員と作業療法士が十分協議できているか把握し、自立支援のベクトルが同じ方向性を向いているか確認すること。

### 《訪問型サービス》

#### ●訪問型自立支援サービス

対象者：要支援認定者・事業対象者

サービス内容：対象となるサービスの範囲については、訪問介護と同じである（通院等乗降介助を除く）。老計第10号の定める範囲。

状態像：何らかの身体的障害等を有するために、日常生活に支障をきたした状態で、家族やインフォーマル等の支援が難しく、専門職による支援を要する人。

頻度と期間・事業対象者は、「週1回程度（1,168単位）～週2回を超える（3,704単位）」を利用できるサービスコード体系になっていますが、天草市は原則「週1回程度（1,168単位）又は週2回程度（2,335単位）」とする。

- ・事業対象者で2回を超える利用については、認定申請が必要。
- ・自分でできることが増えてくると、それにより月包括単位から回数性を検討することが可能。
- ・契約開始や解除を伴うようなサービス開始終了においては、日割り計算ができる。
- ・利用期間は概ね1年間（評価で継続の要否を判断する）

### ～サービス内容・支給量～

・訪問型自立支援サービスの1回当たりのサービス提供時間については、ケアプランに基づき訪問介護事業者が訪問介護計画に位置付けることになっている。そのため、サービス提供時間や回数については、利用者の状態の変化、目標の達成等を踏まえ、必要に応じて変更されるべきものであり、当初の訪問計画に必ずしも拘束されるべきものではない。目標が達成された場合は、新たな課題に対する目標を設定し改善することになる。こうしたサービス提供の程度の変更に際しては、センターと十分な連携をとることとなっているため、モニタリングの際はサービス事業所と密に連絡をとること。

## ～訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について～

・訪問型自立支援サービスの対象となるサービスの範囲については、訪問介護と同じである(通院等乗降介助を除く)。「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」の区分を一本化しているものである。

・生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助(そのために必要な一連の行為を含む)であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。そのため、生活援助は本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為である。

・身体介護とは、①利用者の身体に直接接触して行う介助サービス(そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む)、②利用者の日常生活動作能力(ADL)や意欲の向上のために利用者とともに行う自立支援のためのサービス、③その他専門的知識・技術(介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病に伴って必要となる特段の専門的配慮)をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスをいう。(仮に、介護等を要する状態が解消されたならば不要となるこいであるということが出来る。)

「またできるようになる」のプロセスを実現するためには、できないことをサービスで補完する生活援助ではなく、できるようになるために身体介護として支援していくことが必要となる。

・1-6「自立生活支援のための見守りの援助」の内容が法改正により以下のとおり項目が追加された。訪問介護及びケアプランを作成する際の参考として活用してほしい。

### **身体介護 1-6 自立生活支援のための見守りの援助(自立支援、ADL・IADL・QOL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等)**

○ベッド上からポータブルトイレ等(いす)へ利用者が移乗する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

○認知症等の高齢者がリハビリパンツやパット交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。

○認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。

○入浴、更衣等の見守り(必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む)。

○移動時、転倒しないように側について歩く(介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る)。

○ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ(声かけや見守り中心で必要な時だけ介助)

○本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わずに、側で見守り、服薬を促す。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓(安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)。

○ゴミ分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらい又は思い出してもらうよう援助。

○認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。

○洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修。

○利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け(安全確認の声かけ、疲労の確認を含む)。

○車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助。

○上記のほか、安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活にかんれんする動作を行うことが、ADL・IADL・QOL 向上の観点から、利用者の自立支援・重症化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの。

(参考・引用文献)

- ・地域包括支援センター運営マニュアル2訂 平成30年6月 一社 長寿社会開発センター
- ・地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC 平成29年10月 社会保険研究所
- ・訪問介護・ケアマネジメントツール～生活援助の考え方～【川崎版】 平成26年10月 川崎市
- ・天草市介護予防ケアマネジメント研修会 熊本県作業療法士会天草ブロック資料
- ・三菱UFJ リサーチ&コンサルティング H29年7月研修会資料