

福県医発第1866号(地)

平成18年 1月20日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康 弘



「全国介護保険・老人保健事業担当課長会議」資料の送付について

平成17年12月19日に厚生労働省が開催した「全国介護保険・老人保健事業担当課長会議」資料並びに12月より実施されている地域包括支援センター職員研修の「地域包括支援センター業務マニュアル」が日本医師会より別紙のとおり届きましたのでお送りいたします。

課長会議資料は、老健事業関係として、保健事業平成18年度事業計画(案)、老健事業及び介護予防事業に関するQ&A等が、介護報酬改定関係では、平成17年12月13日に開催された社会保障審議会介護給付費分科会での審議報告や、地域密着型サービスに関するQ&A等、その他連絡事項は、医療費控除の取扱いの留意点について、平成17年10月介護サービス分より一部変更となる件等について示されております。

つきましては、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



(介 7 4)

平成 17 年 12 月 21 日

都道府県医師会 介護保険担当理事 殿

日本医師会 介護保険担当理事

野 中



「全国介護保険・老人保健事業担当課長会議」資料の送付について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は介護保険制度運営に関し、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省により、平成 17 年 12 月 19 日（月）に開催された「全国介護保険・老人保健事業担当課長会議」資料を一部送付いたします。また、12 月より実施されている地域包括支援センター職員研修の「地域包括支援センター業務マニュアル」資料も併せて送付いたします。

課長会議資料は、老健事業関係として、保健事業平成 18 年度事業計画（案）、老健事業及び介護予防事業に関する Q&A 等が、介護報酬改定関係では、平成 17 年 12 月 13 日に開催された社会保障審議会介護給付費分科会での審議報告や、地域密着型サービスに関する Q&A 等、その他連絡事項は、医療費控除の取扱いの留意点について、平成 17 年 10 月介護サービス分より一部変更となる件等について示されております。

また、要介護認定関係では、主治医意見書様式について、現在実施されている要介護認定モデル事業（第二次）の結果を踏まえ確定することとなっておりますが、これまでのモデル事業の状況等から、一部の修正以外大幅な変更はなく、来年 1 月中に通知改正を行う予定であるとの情報提供がありました。

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

敬具

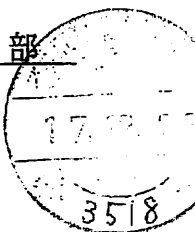
記

・「全国介護保険・老人保健事業担当課長会議」資料

(平 17.12.19 厚生労働省老健局)

・「地域包括支援センター業務マニュアル」資料 (平 17.12.19 厚生労働省老健局)

各 1 部



先 会 照
老健局総務課介護制度改革本部事務局
次長 渡 辺 由美子
03-5253-1111(内線2171)
03-3595-2184(ダイヤル)

介護報酬改定率について

全体改定率 ▲ 0. 5 % 【▲ 2. 4 %】

(内訳)

在宅分 平均▲ 1 %

〔在宅・軽 度 平均▲ 5 %
在宅・中重度 平均+ 4 %〕

施設分 平均± 0 % 【▲ 4 %】

※【 】は平成 17 年 10 月改定分を含めた率。

※在宅・中重度は要介護 3 ～ 5。

※施設分は養護老人ホームを含む。

- 個別の報酬単価については、平成 1 8 年 1 月の社会保障
審議会・介護給付費分科会において諮問・答申の予定。

全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料

平成１７年１２月１９日（月）

厚生労働省老健局

この資料中、介護保険制度改正に係る部分については、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものを含んでおり、今後、変更がありうる。

全国介護保険・老人保健事業担当課長会議 資料目次

1	平成 18 年度における老人保健事業の実施について	
1-1	保健事業実施要領の主な改正事項（案）	1
1-2	保健事業平成 18 年度計画（案）	7
1-3	地域リハビリテーション推進事業について	15
2	基本チェックリストの活用等について	16
3	老人保健事業・介護予防事業に関する Q&A	28
4	介護報酬の平成 18 年 4 月改定について	37
5	その他（介護保険制度改正関係）	
5-1	地域介護・福祉空間整備等交付金について	58
5-2	地域密着型サービスについて	59
5-3	家庭裁判所が行う成年後見制度説明会等への協力について	65
5-4	第 3 期介護保険事業（支援）計画に関する Q&A	66
5-5	要介護認定事務について	70
5-6	三位一体改革に伴う施設等給付費に係る費用負担割合の見直し	106
5-7	住所地特例の見直しへの対応について	108
5-8	税制改正に係る保険料及び利用料の激変緩和措置について（案）	117
5-9	第 1 号被保険者の保険料徴収方法の見直し（特別徴収に係る対象者の 捕捉回数の複数化について）	123
5-10	介護保険料設定の弾力化（ボランティア控除）について	136
5-11	養護老人ホームの見直しについて	137
5-12	介護保険施設における身体拘束状況調査【調査結果概要】	141
5-13	「認知症を知る 1 年」キャンペーンについて	180

連絡事項

・三位一体の改革について	193
・介護サービスに係る医療費控除の取扱いについて	200
・調整交付金の適正な交付について	207

1 平成 18 年度における老人保健事業の実施について

1－1 保健事業実施要領の主な改正事項（案）

【留意事項】この資料については、実施要領の中で改正を予定している事項のうち、重要となる主な事項を整理したものであるので、その旨ご留意されたい（文言修正等の軽微な改正は除いて整理）。

【主な改正点】

- ① 健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の対象年齢の変更
- ② 健康手帳の様式の変更
- ③ 介護家族健康教育、介護家族健康相談、機能訓練B型について、介護予防・地域支え合い事業の国庫補助を廃止することに伴う実施要領からの削除
- ④ 基本健康診査に生活機能評価に関する項目を追加することに伴う目的、様式等の必要な事項の変更
- ⑤ 健康度評価のための質問票（B票）の様式の変更

事業の種類	変更する内容等
第1 共通的事項	◇ 健康教育、健康相談、機能訓練及び訪問指導等について、介護予防事業の対象となる65歳以上の者については、老人保健法第22条の規定に基づき、事業を実施しないこととする趣旨を追加
第2 健康手帳の交付	◇ 目的に「介護予防事業との連携に関すること」を追加 ◇ 交付の対象に「介護予防事業の参加者」を追加 ◇ 様式に「生活機能評価に関する項目に係るページ」を追加（様式のイメージについては別紙参照）
第3 健康教育	
○ 個別健康教育	（65歳以上の者については実施しない）
○ 集団健康教育	（65歳以上の者については実施しない）
○ 介護家族健康教育	◇ 要領から削除 （→ 介護予防・地域支え合い事業の廃止に伴う措置） ※ 本事業については改正後の介護保険法第115条の38第2項第2号に規定する「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」と市町村が判断する場合は、地域支援事業における任意事業において実施が可能。
第4 健康相談	
○ 重点健康相談	（65歳以上の者については実施しない）
○ 介護家族健康相談	◇ 要領から削除 ※ 本事業については改正後の介護保険法第115条の38第2項第2号に規定する「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」と市町村が判断する場合は、地域支援事業における任意事業において実施が可能。
○ 総合健康相談	（65歳以上の者については実施しない）

第5 健康診査	
○ 基本健康診査 ◇基本健康診査 ◇訪問基本健康診査 ◇介護家族訪問基本健康診査	◇ 基本健診の目的に、高齢者が介護を要する状態となることを予防し、自立を支援するという趣旨を追加 ◇ 65歳以上の者に対する「生活機能評価に関する項目」を追加 ・問診に生活機能に関する項目を追加 (項目は「基本チェックリスト」を使用) ・理学的検査に「口腔内の視診」、「関節の触診」及び「反復唾液嚥下テスト」を追加 ・血清アルブミン検査を追加 ◇ 生活機能評価に関する判定区分を追加 ◇ 年間を通じた健診体制を整備
○ 歯周疾患検診	(変更なし)
○ 骨粗鬆症検診	(変更なし)
○ 健康度評価	
◇生活習慣病の予防	(変更なし)
◇介護を要する状態等の予防	◇ 65歳以上の者については実施しない 〔※ 介護予防事業において相当するサービスを受けられるため(老人保健法第22条の規定による)〕 ◇ 健康度評価のための質問票(B票)について様式を変更 → 内容を「基本チェックリスト」の内容に変更
○ 肝炎ウイルス検診	(変更なし)
○ 受診指導	(変更なし)
第6 機能訓練	
○ A型〔基本型〕	(65歳以上の者については実施しない)
○ B型〔地域参加型〕	○ 要領から削除 (→ 介護予防・地域支え合い事業の廃止に伴う措置) ※ 本事業について、平成17年度まで「介護予防・地域支え合い事業」の「転倒骨折予防教室」と一体的に実施しているものについては、事業内容に応じ、地域支援事業における介護予防事業又は任意事業として適当と市町村が認める場合は、これらの事業として実施が可能。
第7 訪問指導	(65歳以上の者については実施しない)

(注)「機能訓練B型」については、「老人保健福祉計画」に事業量の目標を盛り込むことは不要となるので、ご留意願いたい。

<別紙>

○ 保健事業実施要領の「別添様式」新旧対照表（案）

傍線の部分は改正部分

改 正 後（イメージ）	現 行																																										
別添 1	別添 1																																										
様式 1	様式 1																																										
基本健康診査の記録（その 1）	基本健康診査の記録（その 1）																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>受 診 年 月 日</th><th>年 月 日</th><th>年 月 日</th><th>年 月 日</th><th>年 月 日</th><th>年 月 日</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身 長</td><td>cm</td><td>cm</td><td>cm</td><td>cm</td><td>cm</td></tr> <tr> <td>体 重</td><td>kg</td><td>kg</td><td>kg</td><td>kg</td><td>kg</td></tr> <tr> <td>日 M l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	受 診 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	身 長	cm	cm	cm	cm	cm	体 重	kg	kg	kg	kg	kg	日 M l						<table border="1"> <thead> <tr> <th>受診年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>身 長</td><td>cm</td><td>cm</td><td>cm</td><td>cm</td><td>cm</td></tr> <tr> <td>体 重</td><td>kg</td><td>kg</td><td>kg</td><td>kg</td><td>kg</td></tr> </tbody> </table>	受診年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	身 長	cm	cm	cm	cm	cm	体 重	kg	kg	kg	kg	kg
受 診 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																																						
身 長	cm	cm	cm	cm	cm																																						
体 重	kg	kg	kg	kg	kg																																						
日 M l																																											
受診年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日																																						
身 長	cm	cm	cm	cm	cm																																						
体 重	kg	kg	kg	kg	kg																																						
~ ~ ~ ~ ~ ~ ~	~ ~ ~ ~ ~ ~ ~																																										
血 糖 検 査	血 糖 検 査																																										
基本健康診査の記録（その 3）	基本健康診査の記録（その 3）																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>受 診 年 月 日</th><th>年 月 日</th><th>年 月 日</th><th>年 月 日</th><th>年 月 日</th><th>年 月 日</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>その他の所見 （自覚症状、理学的所見等）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	受 診 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	その他の所見 （自覚症状、理学的所見等）						<table border="1"> <thead> <tr> <th>受診年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>その他の所見 （自覚症状、理学的所見等）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>指導区分</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>総合的指示事項</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>実施機関名</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	受診年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	その他の所見 （自覚症状、理学的所見等）						指導区分						総合的指示事項						実施機関名					
受 診 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																																						
その他の所見 （自覚症状、理学的所見等）																																											
受診年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日																																						
その他の所見 （自覚症状、理学的所見等）																																											
指導区分																																											
総合的指示事項																																											
実施機関名																																											

基本健康診査の記録（その４）

	受診年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
基	総合（うつを除く）	／20	／20	／20	／20	／20
本	運動器の機能向上	／5	／5	／5	／5	／5
チ	栄養改善	／2	／2	／2	／2	／2
エ	口腔機能の向上	／3	／3	／3	／3	／3
ッ	閉じこもり	／2	／2	／2	／2	／2
ク	ものわずれ	／3	／3	／3	／3	／3
リ	うつ	／5	／5	／5	／5	／5
理検	口腔内					
学査	関節					
的	反復唾液嚥下テスト					
血清アルブミン検査						
指導区分						
総合的指示事項						
実施機関名						

別添2
様式2

健康度評価のための質問票（B票）
（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ときがありますか	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。

別添2
様式2
(参考例)

健康度評価のための質問票（B票）

手的自立（IADL）

- | | | | | | |
|---|----------------------|---|----|---|-----|
| 1 | バスや電車を使って一人で外出できますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 2 | 日用品の買い物ができますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 3 | 自分の食事の用意ができますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 4 | 請求書の支払いができますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 5 | 銀行預金、郵便貯金の出し入れができますか | 1 | はい | 0 | いいえ |

知的能動性

- | | | | | | |
|---|-----------------------|---|----|---|-----|
| 6 | 年金などの書類が書けますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 7 | 新聞を読んでいますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 8 | 本や雑誌を読んでいますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 9 | 健康についての記事や番組に関心がありますか | 1 | はい | 0 | いいえ |

社会的役割

- | | | | | | |
|----|----------------------|---|----|---|-----|
| 10 | 友達の家を訪ねることがありますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 11 | 家族や友達の相談にのることがありますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 12 | 病人を見舞うことができますか | 1 | はい | 0 | いいえ |
| 13 | 若い人に自分から話かけることがありますか | 1 | はい | 0 | いいえ |

1－2 保健事業平成18年度計画（案）

第一 保健事業平成18年度計画の基本的考え方

- 1 保健事業平成18年度計画（以下「平成18年度計画」という。）は、平成18年度における保健事業の基本指針及び全国的総事業量に関する厚生労働省の考え方を示すものとする。
- 2 平成18年度計画においては、疾病（特に生活習慣病）の予防と、寝たきりなどの介護を要する状態となること又はその状態の悪化の予防（以下「介護予防」という。）を通じ、「健康日本21計画」の目標でもある健康寿命の延伸を図ることを重点的な目標とし、ひいては、医療保険制度及び介護保険制度の安定的な運営にも資するものとする。
- 3 生活習慣病のうち、重点的に対策を講じることが必要な疾患（以下「重点対象疾患」という。）として、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧及び高脂血症が挙げられる。これらの重点対象疾患を予防する観点から、壮年期以降における食生活、運動、喫煙等の生活習慣の改善への取組を重視するものとする。また、歯周疾患、骨粗鬆症及びウイルス性肝炎についても取組を推進する。
- 4 これと併せて、寝たきりなどの原因となる生活機能の低下、生活環境上の問題等の改善を図るための保健サービスを実施し、介護を必要としない者が要介護状態となることを予防するための取組を推進する。
- 5 65歳以上の者については、介護保険法に基づく介護保険サービスや介護予防事業（以下「介護予防事業等」という。）により、介護予防に資する事業が実施されることから、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導及び健康度評価のうち介護を要する状態等の予防に関する健康度評価については、40歳から64歳までの者を対象とする。また、基本健康診査においては、65歳以上の者を対象に生活機能評価を実施し、介護予防事業等との連携により、生活機能低下の早期把握及び早期対応の取組を推進する。
- 6 これらの保健サービスの提供に当たっては、住民一人ひとりの需要の多様性と、自主的なサービスの選択を重視する観点から、地域の実情に即したアセスメント手法（質問票等）を活用して、個々の対象者の需要に適合したサービスを体系的・総合的に提供するように努める。

- 7 以上の基本的考え方を踏まえ、以下に記述する各事項については、地区医師会等関係団体との調整を十分に行われたい。

第二 個々の保健事業についての考え方

1 健康手帳による健康管理の在り方

利用者本人の健康管理に資する観点から、健康手帳の交付時に、利用者が自らの生活習慣行動や生活機能を確認するとともに、市町村が保健サービスを提供するに当たっての必要な情報を得ることができるよう、健康度評価のための質問票を交付する。

2 健康教育の在り方

健康教育は、市町村の区域内に居住地を有する40歳から64歳までの者を対象として実施するものとし、その事業区分は、個別健康教育及び集団健康教育とする。

(1) 個別健康教育

- ① 個別健康教育は、対象者が指導者から1対1で受ける健康教育であり、高血圧、高脂血症、糖尿病及び喫煙の4領域について実施する。このうち、高血圧、高脂血症及び糖尿病については、基本健康診査においてそれぞれの事項に関連して要指導とされた者等を対象とし、また、喫煙については、禁煙の意思を有しているが自らの努力だけでは禁煙できない者を、基本健康診査の問診その他の適切な方法により把握して実施する。
- ② 市町村は、上記の4領域それぞれについて、被指導実人数の目標を設定し、その目標に応じて実施体制を整備する。高血圧、高脂血症及び糖尿病について、基本健康診査の要指導者の見込み数に参加が見込まれる割合を乗じた数を目安として目標を設定する。喫煙については、禁煙の意思を有しているが自らの努力だけでは禁煙できない者の推計数を目安として目標を設定する。
- ③ なお、健康診査の事業の中で取り組まれている健康度評価のうち、個別健康教育とみなされるものについては、個別健康教育として取り扱う。

(2) 集団健康教育

- ① 各市町村において、平成17年度の集団健康教育の事業量に一定の上乗せをし、実施回数の目標を設定する。実施延人数についても適宜把握する。
- ② また、内容の重点化を図るなど、事業内容の充実に努めるとともに、適切な事業量の維持向上を図られたい。

3 健康相談の在り方

健康相談は、市町村の区域内に居住地を有する40歳から64歳までの者を対象として実施するものとし、その事業区分は、重点健康相談及び総合健康相談とする。

健康相談の被指導者に対しては、必要に応じて、事後のサービスを体系的に提供していくための健康度評価を実施する。

(1) 重点健康相談

各市町村において、平成17年度に40歳から64歳までの者を対象として実施された事業量に一定の上乗せをし、実施回数について目標を設定する。実施延人数についても適宜把握する。

(2) 総合健康相談

各市町村において、平成17年度に40歳から64歳までの者を対象として実施された事業量に一定の上乗せをし、実施回数について目標を設定する。実施延人数についても適宜把握する。

4 健康診査の在り方

健康診査の事業区分は、基本健康診査（訪問基本健康診査及び介護家族訪問基本健康診査を含む。）、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診及び健康度評価とする。実施に当たっては、健康増進法に基づく「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成16年6月14日厚生労働省告示第242号）」に十分配慮すること。

(1) 基本健康診査

- ① 基本健康診査は、市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象として実施するものとする。
- ② 基本健康診査の検査項目は、40歳から64歳までの者については平成17年度と同様とし、65歳以上の者については生活機能評価に関する検査項目を追加することとする。
- ③ 各市町村においては、要指導者のうち適切な事後指導（個別健康教育等）を受けた者の割合、要医療者のうち医師の診療を受けた者の割合、生活機能の低下が指摘された者のうち介護予防ケアマネジメントを受けた者の割合、受診者に結果を通知するまでの期間など、独自の指標に基づいた目標を定めることとする。また、対象者の把握、問診、事後のサービス提供における連携や精度管理等の質の向上に努め

ることとする。

- ④ 市町村において健康診査の結果の記録を時系列的に把握できるようにしておくことは、受診者本人が健康診査の結果を適切に把握することはもとより、受診者を支援する上でのサービス内容の充実を図るための有効な手段となることから、これを積極的に推進するよう努められたい。
- ⑤ 受診率を算定する上での対象人口の把握方法については、各市町村の実情が異なることを勘案し、それぞれの実態にふさわしい方法によることとする。
- ⑥ 基本健康診査の実施形態として、集団健診によるもの及び医療機関委託によるものに加えて、訪問基本健康診査及び介護家族訪問基本健康診査についても、地域の実情に応じた推進を図る。その実施に当たっては、在宅の寝たきり者等及びその家族の実態並びにこれらの者の在宅における健康診査の受診希望を把握することが重要である。なお、65歳以上の者については、生活機能の低下を早期に把握し、速やかに介護予防事業等につなげる必要があることから、年間を通じて受診できる体制を整備するものとする。
- ⑦ 基本健康診査の事業量に関する全国共通の指標として、引き続き受診率を用いることとし、全国的には受診率50%を目標とする。なお、65歳以上については、別途、介護保険の第一号被保険者数を分母に用いて受診率を算出することとし、各市町村の実情に応じて目標を設定する。

(2) 歯周疾患検診

- ① 歯周疾患検診については、市町村の区域内に居住地を有する40歳、50歳、60歳及び70歳の者を対象とする節目検診として、独立した検診として実施する。なお、市町村の判断により、基本健康診査等と併せて実施することを妨げるものではない。
- ② 具体的な実施方法については、歯周疾患検診マニュアル（平成12年4月作成）によるものとする。なお、70歳の者については、介護予防事業等との連携にも、十分に配慮するものとする。
- ③ 各市町村において、平成17年度の事業量を基本として、受診者数について目標を設定する。

(3) 骨粗鬆症検診

- ① 骨粗鬆症検診については、市町村の区域内に居住地を有する40歳、45歳、5

0歳、55歳、60歳、65歳及び70歳の女性を対象とする節目検診として、独立した検診として実施する。なお、市町村の判断により、基本健康診査等と併せて実施することを妨げるものではない。

- ② 具体的な実施方法については、骨粗鬆症予防マニュアル（平成12年4月作成）によるものとする。なお、65歳及び70歳の女性については、介護予防事業等との連携にも、十分に配慮するものとする。
- ③ 各市町村において、平成17年度の事業量を基本として、受診者数について目標を設定する。

（4） 肝炎ウイルス検診

- ① 肝炎ウイルス検診については、市町村の区域内に居住地を有する40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳及び70歳の者を対象とする節目検診又は節目検診対象者以外の保健事業の健康診査の対象者のうち、過去に肝機能異常を指摘されたことのある者等を対象とする節目外検診として、可能な限り、基本健康診査等と併せて実施するものとする。
- ② 具体的な実施方法については、「肝炎ウイルス検診等について（平成14年4月1日老発0401001号厚生労働省老健局長通知）」によるものとする。
- ③ 肝炎ウイルス検診は平成14年度に5カ年の予定で開始されたものであり、平成18年度は、その最終年度に当たることから、何らかの理由により節目検診の受診の機会を逸した者については、積極的に受診を勧奨するものとする。
- ④ 各市町村において、平成17年度の事業量に一定の上乗せをし、受診者数について目標を設定する。

（5） 健康度評価

- ① 健康度評価については、市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象として実施するものとする。ただし、介護を要する状態等の予防に関する健康度評価については、40歳から64歳までの者を対象として実施する。
- ② 基本健康診査受診者に対して、事後のサービスを体系的に提供していく観点から健康度評価を実施することが重要である。
- ③ 各市町村において、健康診査受診後に健康度評価を受けた者や、健康度評価の結果に即して適切な事後のサービス提供を受けた者の全受診者に占める割合など、独自の指標に基づいた目標を定めるよう努めるものとする。

(6) がん検診

- ① がん検診（胃がん検診、子宮がん検診、肺がん検診、乳がん検診及び大腸がん検診）は、一般財源化に伴い、平成10年度以降、国として目標数値を定めてはいないが、その効果及び重要性は広く認められているところであり、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成10年3月31日老健第64号厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）」（以下「がん検診指針」という。）に基づき、引き続き事業の推進に努められるよう管内市町村に対し周知徹底を図られたい。なお、がん検診指針は、平成16年4月及び平成17年4月に一部改正されていることに留意されたい。
- ② がん検診の事業評価に関しては、「健康診査管理指導等事業実施のための指針の策定について（平成10年3月31日老健第65号厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）」、がん検診指針、「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成16年6月14日厚生労働省告示第242号）」が示されており、さらに、平成17年2月には「がん検診に関する検討会」により「老人保健事業に基づく乳がん検診及び子宮がん検診における事業評価の手法について」が取りまとめられたところであり、これらの指針等に基づき、質の高いがん検診を実施するための体制の確保に努められたい。
- ③ 乳がん検診については、平成17年度に引き続き平成18年度においても、マンモグラフィ緊急整備事業によりマンモグラフィの全国的な整備を実施することとしており、各市町村等に対し積極的な取組を求められたい。

5 機能訓練の在り方

- ① 機能訓練の事業区分はA型及びB型とする。
- ② 機能訓練B型については、従来、介護予防・地域支え合い事業の中で一体的に実施されてきたところであるが、機能訓練B型に該当する事業メニューの多くが一般財源化され、平成18年度には事業自体が廃止されることから、平成18年度以降については、地域支援事業や一般財源により実施するものとする。
- ③ 機能訓練A型の対象者は、市町村の区域内に居住地を有する40歳から64歳までの者とする。
- ④ 要介護状態又は要支援状態の者（以下「要介護者等」という。）に対するサービスの提供については、原則として、介護保険給付として実施されることになること

から、これらの者については機能訓練 A 型の対象としない。なお、介護予防対策の一層の推進を図る観点から、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業との緊密な連携の下に実施することが重要である。

- ⑤ 各市町村において、平成 17 年度に 40 歳から 64 歳までの者を対象として実施された事業量に一定の上乗せをし、事業の被指導実人数及び延人数の目標を設定する。
- ⑥ 実施回数は週 2 回で、毎週実施することを基本とし、一人の対象者の事業への参加期間はおおむね 6 ヶ月とする。

6 訪問指導の在り方

- ① 訪問指導は、重点対象疾患の予防、介護予防及び保健サービスと医療・福祉等他のサービスとの調整を図ることを事業の目的とする。介護保険の給付対象者に対し、介護保険以外のサービスに関する調整を図るために必要な訪問指導は、本事業において行うものとするが、介護保険給付と内容的に重複するサービスについては行わないことを原則とする。
- ② 訪問指導の対象は、市町村の区域内に居住地を有する 40 歳から 64 歳までの者とし、健康診査の要指導者等（健康診査後のフォローアップ対象者、健康相談や個別健康教育を受けた者を含む。）及び介護予防の観点から支援が必要な者（独居高齢者、閉じこもり者、寝たきり又は認知症等で介護保険以外のサービスに係る調整が必要な者等）とする。
- ③ 各市町村において、平成 17 年度に 40 歳から 64 歳までの者を対象として実施された事業量に一定の上乗せをし、被訪問指導実人数及び延人数の目標を設定する。
- ④ 訪問指導の実施に当たっては、地域住民活動（ボランティア、自主グループ等）との連携を特に重視し、この連携の下で訪問指導対象者を支援していくよう努めるものとする。

7 その他

保健事業の対象者把握に当たっては、医療保険の各保険者及び事業所との連携を重視し、地域の実情に応じ、地域・職域連携推進協議会、保険者協議会等を活用するものとする。

第三 介護予防のための取組と保健事業

介護予防を効果的に推進するためには、保健・医療・福祉の各分野にわたる総合的な取組が不可欠である。このため、保健事業の推進に当たっては、個々の対象者の需要の把握から事業実施計画の作成に至るまで、あらゆる介護予防のための取組との一体的な実施に努めることが重要である。特に、平成18年度からは、基本健康診査の中で生活機能評価を行うことになっていることから、介護予防事業等と密接に連携を図る必要がある。

1-3 地域リハビリテーション推進事業について

1 本事業の経緯

本事業については、平成8年度に国が行う補助事業として創設され、これまで40以上の都道府県で実施されてきた。また、260箇所以上の地域リハビリテーション広域支援センターが指定され、地域において、脳卒中等の疾患によりリハビリテーションが必要となった者に対し、状態に応じた適切なサービスを提供することにより、寝たきりや要介護状態等となることの予防に一定の役割を果たしてきた。

2 三位一体改革における措置

本事業は、創設後約10年が経過し、都道府県が行う事業として概ね、同化・定着しており、また、地方六団体からの強い要望もあったことを踏まえ、自治体の自主性・裁量性が更に発揮できるよう、政府の方針により補助事業が廃止されることとなる。

なお、これまでの経緯等を踏まえ、国として、技術的助言として指針等をお示しすることを考えている。

(参考)

- 1 補助金名等 (項) 保健衛生諸費
 (目) 疾病予防対策事業費等補助金
 - ・ 地域リハビリテーション推進事業

- 2 平成17年度予算額 約261百万円

(注) 本事業は、平成18年度から、地域支援事業の実施に当たって、都道府県が市町村を支援する新たな事業として一体的に実施することを考えていたが、今回の補助事業の廃止に伴い、新たな事業の中では実施されないこととなる予定である。

2 基本チェックリストの活用等について

事 務 連 絡
平成17年11月22日

各

都道府県
指定都市
中核市

 介護保険・老人保健事業担当課 御中

厚生労働省老健局老人保健課

基本チェックリストの活用等について

介護保険及び老人保健事業の推進につきましては、日頃よりご協力いただき感謝申し上げます。

さて、地域支援事業における介護予防事業の内容については、平成17年9月26日に開催しました全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料にてお示ししたところですが、その後の都道府県等からの様々な御照会を受け、今般、基本健康診査における基本チェックリストの活用及び特定高齢者の決定までの流れ等について、別添のとおり作成しましたので、貴管内の市町村に対し、周知方お願いします。

- 基本チェックリストの活用について（案）（別添1）
- 基本健康診査から介護予防ケアマネジメントまでの基本的な流れ（案）（別添2）
- 特定高齢者の決定までの流れ（案）（別添3）
- 基本健康診査における基本チェックリストの活用及び特定高齢者の決定までの流れ等についてのQ&A（別添4）

(別添 1)

基本チェックリストの活用について(案)

1 基本チェックリストの構成 < 別紙 1 参照 >

- 24項目の質問項目及び体重・身長を加えた25項目で構成する
- 介護予防プログラムとの対応関係は以下のとおり。

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)

2 基本チェックリストの活用

- 特定高齢者把握事業において、以下の事項に活用する。
 - 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特定高齢者が参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムの判定

< 別添 3 「特定高齢者の決定までの流れ」を参照 >

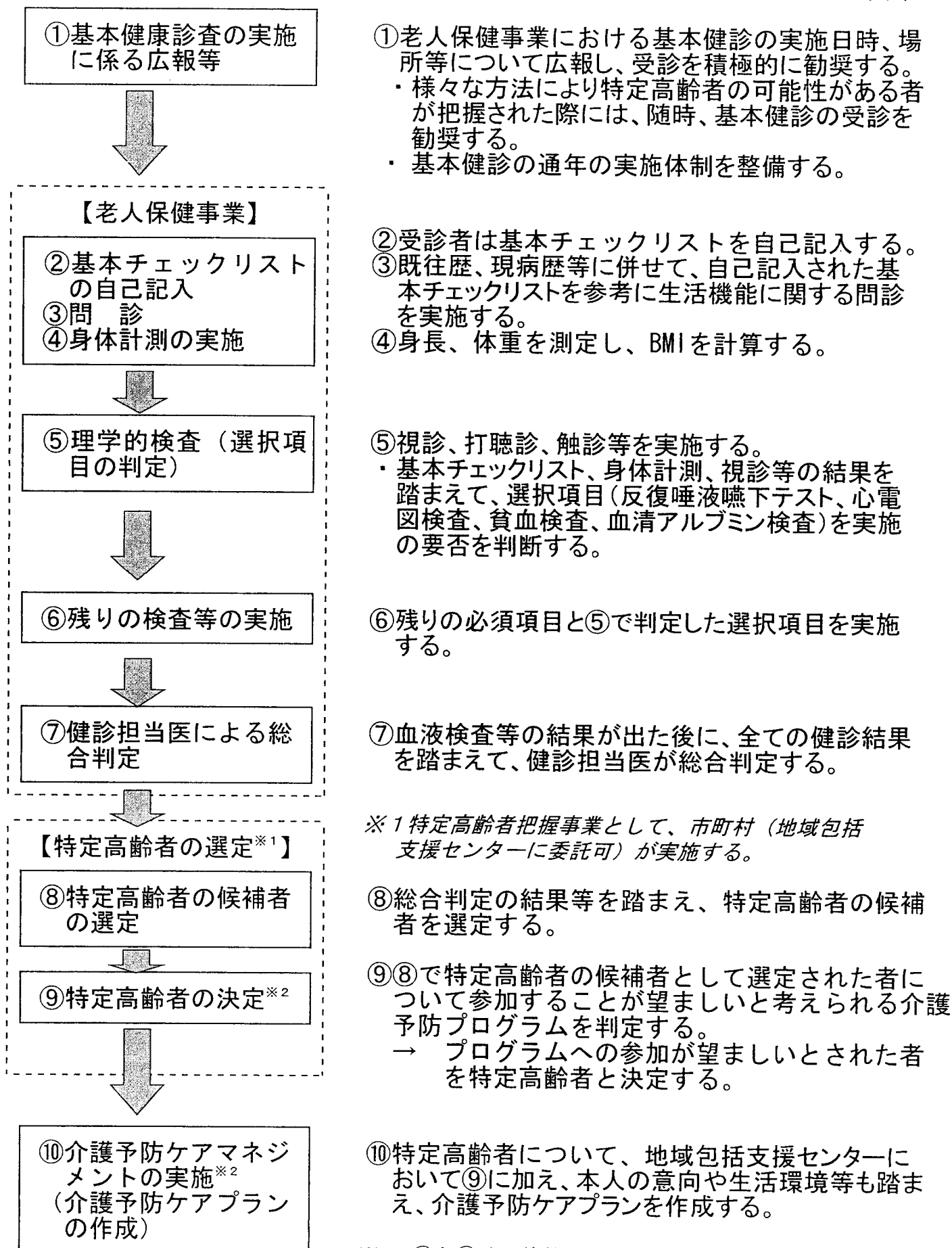
基本チェックリスト(案)

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 c m 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。

(別添2)

基本健康診査から介護予防ケアマネジメントまでの基本的な流れ(案)



※2 ⑨と⑩は一体的に実施することが望ましい。

特定高齢者の決定までの流れ(案)

○以下の1、2については、市町村が特定高齢者把握事業により実施することとするが、地域包括支援センターに委託実施することが可能とする。

1 特定高齢者の候補者の選定

○老人保健事業における基本健康診査（以下「健診」）の受診者及びその他様々な方法により把握された特定高齢者の可能性がある者が記入し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者を特定高齢者の候補者として選定する。

- ①うつ予防・支援関係の項目を除く1～20までの項目のうち12項目以上該当する者
- ②運動器の機能向上5項目全て該当する者
- ③栄養改善2項目全て該当する者
- ④口腔機能の向上3項目全て該当する者

2 特定高齢者の決定

○上記1により「特定高齢者の候補者」として選定された者について、基本チェックリスト及び健診項目＜別紙2「生活機能評価の項目(案)」＞の結果等を踏まえて、＜別紙3「特定高齢者の決定方法(案)」＞(1)～(6)により、参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムを判定する。

○介護予防プログラムの判定にあたっては、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントと一体的に実施することが望ましい。

○健診以外の方法で把握された者で未受診の者に対しては、受診勧奨する。

- (1)～(6)により、何らかのプログラムへの参加が望ましいと判定された者を「特定高齢者」として決定する。
- 特定高齢者のプログラムの参加については、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントを経て、本人の意向や生活環境等も踏まえ、介護予防ケアプランを作成する。

生活機能評価の項目（案）

生活機能評価のデータは、

- ・ 高齢者の生活機能低下の早期把握
- ・ 地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメント（本人同意の上）に活用する。

項 目	生活機能低下の 早期発見に資する項目	安全管理に 関する項目
問 診		
自覚症状・既往歴 等	○ （全般）	○ （全般）
生活機能に関する項目（基本チェックリスト参照）	○ （全般）	○ （全般）
身体計測		
身長	○ （栄養）	
体重	○ （栄養）	
BMI	○ （栄養）	
理学的検査		
視診（口腔内を含む。）	○ （全般）	
打聴診	○ （全般）	
触診（関節を含む。）	○ （全般）	
※反復唾液嚥下テスト	○ （口腔）	
血圧測定		
血圧		○ （運動器）
循環器検査		
※心電図検査		○ （運動器）
※貧血検査		
赤血球数		○ （運動器）
ヘモグロビン値		○ （運動器）
ヘマトクリット値		○ （運動器）
血液化学検査		
※血清アルブミン検査	○ （栄養）	

下線部なしの項目は現行の老人保健事業の基本健康診査の項目を活用して実施する項目
（但し、※印は医師が選択して実施する項目）

下線部付きは、新たに基本健康診査に追加して実施する項目

特定高齢者の決定方法（案）

○基本チェックリストにより、「特定高齢者の候補者」と選定された者について、老人保健事業における基本健康診査の結果等を踏まえて、以下の(1)～(6)により、参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムを判定する。

○何らかの介護予防プログラムへの参加が望ましいと判定された者を「特定高齢者」として決定する。

(1) 運動器の機能向上

基本チェックリスト(6)～(10)の全てに該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く 20 項目のうち 12 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)の全てには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もよい。

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
10m歩行速度 (秒)	≥8.8	≥10.0	3
(5m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

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
- ②BMIが18.5未満
- ③血清アルブミン値3.5g/dl以下

(3) 口腔機能の向上

①、②及び③の全てに該当する者。

- ①基本チェックリスト(13)～(15)の全てに該当
- 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回未滿

(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。

(別添 4)

基本健康診査における基本チェックリストの活用及び特定高齢者の決定までの流れ等についてのQ&A

(問 1) 基本チェックリスト(案)は、共通のものを使用する必要があるか

(答) 基本チェックリスト(案)は、約 1 万人を対象に実施した調査結果を踏まえて作成したもので、一定の手法による特定高齢者の決定及び自治体間の介護予防事業の効果を比較評価する際等に活用することを想定している。このため、基本健康診査及び介護予防事業においては、基本チェックリスト(案)の内容を共通に使用していただく必要があると考えている。
なお、その呼称や様式については、各自治体で独自に検討していただいてよい。

(問 2) 基本健康診査に追加された生活機能評価の項目のうち、必須項目として実施するものはどれか

(答) 基本健康診査で実施する項目のうち、反復唾液嚥下テスト、心電図検査、貧血検査、血清アルブミン検査については、実施が必要と考えられる者について医師が選択して実施する項目とし、これらの項目以外は必須に実施する項目とすることを想定している。
なお、運動機能検査については、基本健康診査において実施する項目には含まないこととする予定である。

(問 3) 健診担当医は、生活機能評価に関してどのような判定を行うのか。

(答) 現在、研究班において検討しているところであるが、参考までに＜別紙 4＞に現段階で検討している内容をお示しする。

下記の通り判定いたしました。

① 医療の必要性

② 「生活機能の著しい低下」の有無

②で有の場合、2を記載してください。

サービス利用の際の医学的管理からの留意事項等について記載してください。

医師氏名

評価機関名

() 語彙

事 務 連 絡
平成17年12月15日

各

都道府県
指定都市
中核市

 介護保険・老人保健事業担当課 御中

厚生労働省老健局老人保健課

老人保健事業及び介護予防事業に関するQ&Aについて

介護保険及び老人保健事業の推進につきましては、日頃よりご協力いただき感謝申し上げます。

さて、地域支援事業における介護予防事業の内容については、平成17年11月22日付事務連絡（厚生労働省老健局老人保健課通知）にてお示ししたところですが、その後の都道府県等からの様々な御照会を受け、今般、老人保健事業及び介護予防事業に関するQ&Aについて、別添のとおり作成しましたので、貴管内の市町村に対し、周知方をお願いします。

老人保健事業及び介護予防事業に関するQ & Aについて

問1 国の示した老人保健事業（基本健診）における生活機能評価を別の方法におきかえて基本健診の中で実施して特定高齢者を選定し、介護予防特定高齢者施策を実施してもよいのか。

(答)

地域支援事業における介護予防特定高齢者施策は、平成17年11月22日に事務連絡でお示した方法により特定高齢者を決定し、実施していただきたい。

なお、他の方法を用いて対象者を選定する場合は、その健診は老人保健事業の対象とはならないが、その方法で選定された者に対して介護予防事業以外の枠組みで事業を実施することを妨げるものではない。

問2 基本健診において、基本チェックリストの項目（表現ぶりも含めて）を変更又は追加、あるいはその他の検査を追加してもよいのか。

(答)

基本チェックリストで示した25項目（含むBMI）は表現ぶりも含めて変更することなく、平成17年11月22日に事務連絡でお示した方法によってその他の検査結果とあわせて特定高齢者を決定していただきたい。

なお、調査研究等を目的として基本チェックリストの項目あるいは検査項目の追加を行った場合、当該検査等については老人保健事業の対象とはならない。

問3 「介護予防のための生活機能評価」判定報告書（案）の様式については、例えば、これまでの健康診査結果通知書に記載欄を追加する等を行っても差し支えないか。

(答)

平成17年11月22日に事務連絡でお示した介護予防のための生活機能評価判定報告書（案）に含まれるチェック欄、記載欄の内容と判定の流れが反映されていることが要件であり、書式等については各市町村で変更して差し支えない。

例えば、市町村で使用している既存の健康診査結果通知書の書式に、新たに追加した検査項目の結果欄及び「医療の必要性の有無」、「介護予防に資するサービスの利用の可否」、「『生活機能の著しい低下』の有無」のチェック欄、「介護予防に資するサービスの利用にあたっての留意事項等」の記載欄を追加して1枚の書式とし、通知書の医師氏名の記載は1カ所とする等の方法も考えられる。

3 老人保健事業・介護予防事業に関する Q&A

1. 老人保健事業関係

(1) 事業関係

(問 1) 「生活機能評価に関する項目」については、これまでの基本健診と別に実施することは可能か。

(答)

- 1 生活機能評価に関する項目については、これまでの基本健診の項目も含め、総合的に判断することとしていることから、一体的に実施する必要がある。
- 2 このため、一体的に実施しない場合については国庫負担の対象とはならない。

(問 2) 基本健診以外の方法で把握された者で、健診を受診していない者に対しては、全て受診勧奨を行わなければならないのか。

(答)

- 1 基本チェックリストでは、「特定高齢者の候補者」を絞り込むことは可能であるが、運動器の機能向上等の各プログラムの必要性を確認し、特定高齢者を最終決定するためには、医学的評価が必要と考える。
- 2 このため、民生委員や家族等の医療以外の方法で把握され、医学的評価を受けていない「特定高齢者の候補者」については、必要な検査を実施するため、原則として基本健診の受診を勧奨することとしているところである。
- 3 なお、既に医療機関において基本健診の検査項目に該当する項目を受診している場合については、当該項目を省略することができる。

（問３）基本健診は、要介護認定を受けている者も受診する必要があるのか。

（答）

- 1 基本健診は、要介護認定を受けている者も含めて、全ての高齢者を対象としている。
- 2 なお、生活機能評価に関する項目については、特定高齢者の選定のためだけでなく、新予防給付における運動器の機能向上プログラム等の必要性の判断や安全管理にも活用することとなっている。

（問４）特定高齢者である可能性が高い者が把握され、その者が既に当該年度に基本健康診査を受診している場合、どのように対応したらよいか。

（答）

- 1 基本健診は、原則、同一人について年１回行うこととなっている。
- 2 このため、状態に大きな変化がない場合は、当該年度に受診した際の基本健診の結果に基づき特定高齢者の判定を行って差し支えない。
- 3 一方、状態に大きな変化がある場合は、適宜、医療機関の受診を勧奨し、この中で必要な検査を実施することが考えられる。

（問５）一定期間、介護予防特定高齢者施策の介護予防プログラムに参加した後は、介護予防ケアプランを見直すために、基本健康診査を実施する必要はないか。

（答）

当該年度に既に基本健診を受診している場合には、基本チェックリスト等の入手可能な情報に基づき、プログラムの効果等の評価を行い、必要に応じて介護予防ケアプランを見直すこととなる。

（問６）生活機能評価に関するマニュアルについては、いつ頃示される予定か。

（答）

現在、取りまとめを行っており、１２月中を目途にお示ししたいと考えている。

（２）経理関係

（問７）６５歳未満の者に対する老人保健事業における「機能訓練（Ａ型）」と６５歳以上の者に対する介護予防事業における「運動器の機能向上プログラム」を一体的に実施してもよいか。この場合、担当する保健師等の人員に要する経費や会場借料、光熱費等の経費については、人数等で按分する方法で切り分けてよいか。

（答）

- １ 両事業については、分けて実施することが原則である。ただし、各事業の効果的な実施に支障を来さず、かつ、事業に要する経費を適切に按分できる場合については、一体的に実施しても差し支えないものとする。
- ２ なお、適切な按分方法としては、例えば、両事業に共通する人件費、光熱費等の経費について、参加人数で割る等の単純な方法ではなく、事業に要する時間等で按分するなど、より実態を反映させた方法を用い、適切に処理されたい。

（問８）保健事業費等負担金により購入した機能訓練車については、介護予防事業に利用することは可能か。

（答）

可能である。ただし、老人保健事業の対象者の利用に支障を来さないよう留意する必要がある。

1. 介護予防事業関係

(1) 事業関係

(問9) 「運動機能測定」については、介護予防特定高齢者施策の中で必ず実施しなければならないのか。その場合、実施場所はどのようなになるのか。

(答)

「運動機能測定」は、特定高齢者の決定に用いるものであり、市町村の実情に応じて実施していただきたい。この場合、実施の場所等は市町村において適宜判断されたい。

(問10) 要介護者や要支援者であっても、介護予防特定高齢者施策の栄養改善プログラムにおいて、配食サービスを受けることは可能か。

(答)

- 1 介護予防特定高齢者施策については、要支援状態又は要介護状態となる前段階の虚弱な高齢者を対象とすることを原則と考えている。
- 2 ただし、要介護者等であっても、閉じこもり等により通所形態によるサービス利用が困難であって、低栄養状態を改善するために配食サービスの利用が必要であると考えられる場合には、介護予防特定高齢者施策の栄養改善プログラムにおいて、配食サービスを利用することは可能であると考えられる。

(問11) 特定高齢者を把握した結果、対象者数が高齢者人口の5%を上回る結果となってもよいか。

(答)

1. 特定高齢者については、高齢者人口の概ね5%としてお示ししているところであるが、当該市町村に居住する後期高齢者の割合や健康状態等により、その割合に増減を生じることも見込まれ、結果的に5%よりも上回ることも想定されるところである。
2. なお、この場合にあっても、地域支援事業については政令で定める額の範囲内で行うことが必要である。

(問12) 特定高齢者には該当しないが、介護予防一般高齢者施策のメニューでは対応できないと判断される高齢者がいる場合、特定高齢者とみなして事業を実施してもよいのか。

(答)

特定高齢者の選定の基準については11月22日付け事務連絡でお示したとおりである。特定高齢者には該当しないが、何らかのニーズが認められる者に対しては、介護予防一般高齢者施策のメニューを工夫するなど、市町村において、適切に支援していただきたい。

(問13) 介護予防事業の特定高齢者施策における運動器の機能向上や栄養改善などの各プログラムは、平成18年4月から必須で実施しなければならないのか。

(答)

一部の市町村においては、平成18年4月から全てのプログラムを実施できないことも想定されるところであるが、この場合においても、平成19年度中には全てのプログラムが実施できる体制を整備するよう努められたい。

(問14) 介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策を同時に実施することは可能か。

(答)

- 1 介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策は、事業の目的や対象者が異なっていることから、同時に実施することは想定していない。
- 2 ただし、一般高齢者施策は全ての高齢者を対象に実施するものであり、特定高齢者の参加を妨げるものではない。

(問15) 法律上、介護予防事業の対象者は「第1号被保険者」となっているが、地域介護予防活動支援事業の対象とされている「ボランティアの育成」等の事業は、65歳未満の者も育成してよいのか。それとも、法律の規定どおり事業の対象はあくまでも第1号被保険者なのか。

(答)

第1号被保険者の支援活動を目的として実施するボランティアや地域活動の育成・支援については、65歳未満の者であっても対象として差し支えない。

(問16) 介護予防特定高齢者施策に一定期間参加したことにより状態が改善したとしても、その後の継続がなければ改善の維持は困難と考えられるが、介護予防事業においてはどうか対応すればよいのか。

(答)

- 1 介護予防特定高齢者施策を実施した結果、改善の効果が認められ特定高齢者に該当しなくなった場合には、その心身の状態を再び悪化させないように、介護予防一般高齢者施策への参加、家庭や地域における自主的な取組等を継続することが重要であると考ええる。
- 2 その受け皿づくりのためにも、介護予防一般高齢者施策の介護予防地域活動支援事業により、地域活動組織やボランティア等の育成・支援に積極的に取り組むことが重要である。
- 3 なお、特定高齢者に該当する者は、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントで必要と判断されれば、くり返し、介護予防特定高齢者施策に参加することが考えられる。

(問17) 通所型介護予防事業における栄養改善プログラムの実施に当たっては、管理栄養士だけでなく栄養士もアセスメント等を実施することは可能か。

(答)

通所型介護予防事業における栄養改善プログラムの実施に当たっては、管理栄養士が事業の実施を担当することが原則であるが、現時点におけるサービス提供体制を考慮し、経過措置として、施行後2年間に限り、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に、本事業の実施を担当させることができる方向で検討中である。

(問18) 通所型介護予防事業の参加者について、訪問型介護予防事業として居宅を訪問することは差し支えないか。

(答)

- 1 訪問型介護予防事業は、通所が困難な者を対象とすることとしていることから、通所型介護予防事業の参加者に対して、同時期に訪問型介護予防事業が実施されることは想定していない。
- 2 なお、通所型介護予防事業の効果的な実施を図る観点から、当該参加者の居宅における生活状態等を把握するために居宅を訪問することが考えられるが、この場合においては、通所型介護予防事業を担当するスタッフにより対応されたい。

(2) 経理関係

(問19) 特定高齢者を把握するため、基本健診の未受診者に対する訪問活動を実施した場合、その費用は特定高齢者把握事業の対象となるか。

(答)

基本健診の未受診者を訪問して特定高齢者を把握することは差し支えないが、その訪問に係る費用については、特定高齢者把握事業の交付対象とはならない。

(平成17年10月31日の全国担当課長会議資料のQ & Aの問12を参照。)

(問20) 特定高齢者の把握のため、民生委員や医師に通報を依頼する場合、特定高齢者把握事業から謝金を支出することは可能か。

(答)

- 1 特定高齢者の把握は、特定高齢者把握事業において実施することとなっているが、民生委員や医師等の情報提供に対する謝金等は、特定高齢者把握事業の交付対象とはならない。
- 2 なお、医師及び歯科医師については、要件を満たす場合には診療情報提供料として診療報酬を請求することが可能である。

(問21) 訪問型介護予防事業のための「訪問車」や「巡回車」を購入した場合は交付の対象となるのか。

(答)

- 1 市町村の実情に応じ、必要があると判断される場合は、交付の対象になるものと考ええる。
- 2 なお、訪問車や巡回車等の購入によって、本来の事業の実施に必要な財源の確保に支障を来すことのないよう留意することが必要である。

(問22) 市町村の一般財源で「訪問車」や「巡回車」を購入した場合、地域支援事業にのみ使用することを条件に、車の維持管理費を地域支援事業において支出することは可能か。

(答)

可能と考える。

(問23) 地域包括支援センターを平成18年4月に設置できない場合は、介護予防事業を行わなくてもよいか。

(答)

- 1 地域包括支援センターを平成18年4月に設置しない場合であっても、介護予防事業については、平成18年4月から実施する必要がある。
- 2 この場合、介護予防ケアマネジメントは、市町村が直轄で実施することになる。

4 介護報酬の平成18年4月改定について

平成17年12月13日
社会保障審議会介護給付費分科会

当分科会は、本年9月より11回にわたり、平成18年度に予定されている介護報酬の見直しについて検討を行ってきた。

今回の介護報酬改定では、市町村における介護保険料の見直しと併せて通常3年に1回行われる改定に加え、本年6月に成立した「介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う制度的な見直しへの対応、本年10月施行の介護報酬改定に関連する課題への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分担の明確化と連携の強化など、新たな状況への対応が求められる。

当分科会においても、こうした状況を踏まえ、短期間に集中的な議論を行ってきたところであるが、これまでの議論に基づき、平成18年度介護報酬改定に関する基本的な考え方を以下のとおり取りまとめたので報告する。

なお、今回の改定は制度改正に伴う新たなサービス内容も含まれていることから、実施後のデータ等を集積する仕組みを工夫し、事後の評価・分析ができるようにすることが必要である。

I. 基本的な考え方

- 平成18年度の介護報酬改定については、次のような基本的な視点に立った改定を行うことが必要である。

(1) 制度の持続可能性の確保、効率的かつ適正なサービス提供

介護報酬の全体的な水準については、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、介護事業経営実態調査の結果、保険財政の状況、平成17年度介護報酬改定等を踏まえ、制度の持続可能性を高め、保険料の負担をできる限り抑制する方向で、適正な水準とすることが必要である。さらに、将来的には介護予防の推進等により、できる限り保険料水準の増大を抑えていくことが望まれる。

また、限られた財源を有効に活用するため、現行の各サービスの介護報酬について、サービス提供の実態、サービスを利用する者や保険料を負担する者の視点も踏まえつつ、効率化・適正化の観点から見直しを行う。

(2) 中重度者への支援強化

サービスの充実が求められている中重度者、とりわけ、在宅中重度者に対する介護サービスについて、医療との連携を含め、充実を図る。また、施設や居住系サービスにおける重度化対応やターミナルケアを含めた医療との連携の強化、機能分担の明確化を図る。

さらに、難病やがん末期の患者の在宅介護ニーズへの対応など、専門的ケアの充実を図る。

(3) 介護予防、リハビリテーションの推進

予防給付として提供される介護予防サービスについては、軽度者の状態を踏まえつつ、自立支援の観点に立った効果的・効率的なサービス提供体制を確保し、目標指向型のサービス提供を徹底する観点から、「介護予防ワーキングチーム中間報告」の方向を踏まえつつ、報酬・基準の設定を行う。

また、リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点を重視した短期・集中的なサービス提供の評価、サービス提供過程（プロセス）重視の視点に立った評価の見直しを行う。

(4) 地域包括ケア、認知症ケアの確立

今後重要性を増す認知症ケアの充実や、施設から在宅へという流れの中で、在宅生活の継続を支える環境づくりのため、地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアのネットワークと連携を図りつつ、新たに創設される地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護や夜間対応型訪問介護等の推進、早めの住み替えに対応した居住系サービスの多様化などの見直しを行う。

さらに、認知症ケアについては、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の質・機能の向上や認知症対応型デイサービス、若年認知症ケアなどの充実を図る。

(5) サービスの質の向上

サービスの質を確保するためには、利用者にとって自立支援のための最適なサービスの組合せを多職種協働で総合的に設計し、提供するケアマネジメントの仕組みが公正中立に機能することが最も重要である。ケアマネジメントがこうした本来の機能を果たし得るよう、多職種協働によるプロセス重視の視点に立った見直しを行う。

また、研修体系の見直し等を行いつつ、サービス担当者の専門性の向上を図るとともに、施設等における利用者の生活・療養環境の改善を図る。

さらに、利用者との十分な意思疎通に基づく適切なケアマネジメントの実施を前提としつつ、サービスの質、機能などに応じ、プロセス、成果を積極的に評価する。

制度改正により新たに導入される情報公表の仕組み等も踏まえ、利用者の視点に立ったサービス情報の提供を推進するとともに、不適正な事業者を適切に排除する観点から、今回の制度改正における事業者規制の見直しも踏まえ、基準の明確化を行いつつ、指導・監査の徹底を図る。

Ⅱ. 各サービスの報酬・基準見直しの基本方向

(1) 介護予防サービス

介護予防サービスについては、軽度者の状態を踏まえた自立支援の徹底と目標指向型のサービス提供を推進する観点から、ケアマネジメントの徹底を図りつつ、報酬・基準の設定を行う。

通所系サービスについては、日常生活上の支援などの「共通的服务」と、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上の「選択的サービス」に分け、それぞれについて月単位の定額報酬とする。従来、加算として評価されてきた送迎や入浴については共通的服务部分に包括する。また、目標の達成度に応じた事業者評価については、要介護度の維持・改善を指標として、試行的に導入する。

訪問介護については、身体介護・生活援助の区分を一本化し、月単位の定額報酬とするとともに、通院等乗降介助については報酬上の評価は行わない。

また、要支援者（要支援１・２）に係る支給限度額については、介護予防サービスの報酬設定を踏まえつつ、適正化の観点から設定する。

(2) 地域密着型サービス

地域密着型サービスについては、住み慣れた自宅や地域での生活を継続できるようにするため、地域に開かれた良質なサービス提供を確保する観点から、また、小規模であるために高コスト、非効率なサービス提供とならないようにする観点から、報酬・基準の設定を行う。

新たなサービス類型である小規模多機能型居宅介護については、施設サービスや居住系サービスの報酬水準、支給限度額や利用額の実績などを勘案しつつ、要介護度別・月単位の定額報酬を基本とした報酬を設定するとともに、良質かつ効率的なサービス提供を確保する観点から基準の設定を行う。

同じく新たなサービス類型である夜間対応型訪問介護については、地域の実情に応じた事業実施が可能となるような報酬、基準の設定を行う。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）については質の向上を図りつつ、健康管理・医療連携体制の強化、空き居室を活用した短期利用の導入などの見直しを行う。認知症対応型通所介護については、質の確保に留意しつつ、グループホーム等の共用スペースの活用など利用形態の多様化を図る。

地域密着型介護老人福祉施設や地域密着型特定施設については、人員や設備基準の緩和によって効率的な運営が行えるよう、基準の見直しを行う。

（３）居宅介護支援・介護予防支援

介護給付の居宅介護支援については、業務に要する手間・コストの適正な反映、プロセスに応じた評価、公正中立、サービスの質の向上の観点から見直しを行う。

基本部分については、要介護者のサービス利用状況や業務の実態を適切に反映した報酬体系とする観点から要介護度別の設定とするとともに、初回時についての報酬上の評価を行う。その際、退院、退所時における医療機関・施設と在宅との連携をより評価する。

また、ケアマネジメントの質を確保する観点から、サービス担当学会議の未実施や正当な理由のない特定事業所へのサービスの偏りについて減算を行うとともに、標準担当件数を一定程度超過する場合については逡減を行いつつ、ケアマネジャー 1 人当たりの標準担当件数を引き下げる。さらに、中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、質の高いケアマネジメントを実施している事業所については報酬上の評価を行う。

予防給付の介護予防支援については、利用者の実態や給付管理業務の簡素化等を踏まえた報酬水準を設定する。

（４）訪問系介護サービス

（訪問介護）

介護給付の訪問介護については、予防給付と異なり、身体介護の割合が高いこと等を踏まえ、将来的な報酬体系の機能別再編を視野に入れつつ、当面は身体介護・生活援助の区分を維持し、生活援助の長時間利用について適正化を図るほか、短時間の食事の援助等サービス提供形態の弾力化を図る。

また、人材の資質向上、サービス提供責任体制の確保の観点から、３級ヘルパーについては、地域における意義を理解しつつも、介護報酬上は減算率を拡大し、３年後には対象としないこととするとともに、サービス提供責任者については、介護福祉士又は１級ヘルパーとすることとし、現行の経過措置は３年後に廃止する。さらに、サービス提供の責任体制やヘルパーの活動環境・雇用環境の整備、介護福祉士の配置など質の高いサービス提供体制が整った事業所について報酬上の評価を行う。

なお、報酬体系の機能別再編に向けて訪問介護の行為内容の調査研究を行い、次期改定までに結論を得る。

(訪問看護)

訪問看護については、24時間対応体制の強化、在宅ターミナルケアへの対応、医療保険と介護保険の機能分担の明確化などの観点から、短時間訪問の評価や緊急時訪問看護加算、ターミナルケア加算、特別管理加算の見直し等を行う。

(訪問リハビリテーション)

訪問リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点から短期・集中的なサービス提供を評価するため、利用期間に応じた評価とするなどの見直しを行う。また、言語聴覚士による言語聴覚療法や嚥下訓練について、報酬上の評価を行う。

(居宅療養管理指導)

居宅療養管理指導については、医師・歯科医師によるサービス担当学会議への参加や文書での情報提供の徹底、管理栄養士による在宅の低栄養者への多職種協働を踏まえた栄養ケア・マネジメントの評価、歯科衛生士による口腔機能の維持・向上指導等の強化などについて報酬上の評価の見直しを行う。

(5) 通所系介護サービス

介護給付の通所系サービスについては、予防給付と異なり、一定時間高齢者を預かり家族の負担の軽減を図る機能を有していること等を踏まえ、現行の時間単位の体系を維持する。

共通的なサービスについては、軽度者と重度者の報酬水準のバランスを見直すとともに、規模に応じた報酬上の評価の見直しを行う。送迎加算は基本部分に包括化するとともに、入浴加算は一本化を図る。

また、機能に応じた評価の見直しを推進する観点から、機能訓練・リハビリテーションについて、プロセスを重視した評価へと見直すとともに、栄養改善、口腔機能の向上、若年認知症ケア等への取組みについて報酬上の評価を行う。

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者の通所ニーズに対応する観点から、医療機関や訪問看護サービス等との連携体制を強化した通所サービスの提供について、報酬上の評価を行う。

(6) 短期入所系サービス

短期入所系サービスについては、緊急ニーズに対応するための事業者間のネットワーク体制の構築や虐待ケースへの対応、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者等への対応の観点から、報酬上の評価の見直しを行う。

(7) 特定施設入居者生活介護

特定施設入居者生活介護については、軽度者と重度者の報酬水準のバランスを見直すとともに、高齢者専用賃貸住宅のうち十分な居住水準等を満たすものへの適用、早めの住み替えに対応した外部サービス利用型のサービス形態の導入を行う。養護老人ホームについても外部サービス利用型の仕組みを活用できるようにする。

(8) 福祉用具貸与・販売

要支援・要介護1といった軽度者に対する福祉用具の貸与については、要介護者等の自立支援に十分な効果を上げる観点から、現行の「福祉用具の選定の判断基準」を踏まえつつ、その状態像から見て利用が想定しにくい品目の範囲について十分な精査を行い、使用が想定しにくい品目については、一定の例外を除き保険給付の対象としないこととする。また、貸与の条件として、専門家を含めたサービス担当者会議の開催とその結果を踏まえたケアマネジャーによる理由附記・定期的な検証を義務づける。

福祉用具販売については、事業者指定制度の導入に伴い、福祉用具専門相談員の配置や販売時におけるケアマネジャーの関与などに関する基準の設定を行う。

なお、福祉用具貸与の価格については、同一用具に係る価格差などその実態について調査・研究を行うとともに、これを踏まえ、早急に報酬の在り方について見直しを行い、適正化を図る。

(9) 介護保険施設

介護保険施設については、ユニット型個室等と多床室との報酬水準の見直しなど本年10月の介護報酬改定に関連した課題への対応、経営状況等を踏まえた見直しを行う。

また、介護保険施設の将来像としては、医療保険との機能分担の明確化を図りつつ、「生活重視型の施設」又は「在宅復帰・在宅生活支援重視型施設」への集約を図る。こうした将来像を踏まえ、18年度改定においては、中重度者への重点化、在宅復帰支援機能の強化、ケアマネジメントの充実などサービスの質の向上、人材の専門性の確保、個別ケアの推進等の観点から見直しを行うとともに、サービスの質、機能に応じ、プロセスや成果に関する評価を積極的に導入する。

(介護老人福祉施設)

介護老人福祉施設については、入所者の重度化等に伴う医療ニーズへの対応の観点から、夜間の看護体制の強化や看取りに関する体制の整備、本人や家族の意向を尊重した多職種協働のチームによるターミナルケアについて、報酬上の評価を行う。

また、「計画的な定期利用」など施設の利用形態の多様化を図る。

(介護老人保健施設)

介護老人保健施設については、在宅復帰支援機能の強化を図る観点から、在宅における受け入れ体制支援にも留意しつつ、「試行的退所」や地域の中で在宅復帰支援を行う小規模の老人保健施設について、報酬上の評価を行う。また、リハビリテーションについては、在宅復帰・在宅生活支援の観点からプロセス評価に重点を置いた再編を図るとともに、短期・集中型のリハビリテーションや認知症高齢者に対する早期リハビリテーションの評価を行う。

(介護療養型医療施設)

介護療養型医療施設については、療養病床の在り方とこれに対する介護保険と医療保険の機能分担の明確化、さらに、介護保険施設の将来像を踏まえ、一定の期限を定めて、利用者の実態にも留意しつつ、「在宅復帰・在宅生活支援重視型の施設」や「生活重視型の施設」などへの移行等を図る。

このため、生活環境や在宅支援機能を充実した体制について一定の期限を定めて報酬上の評価を行う。また、医療保険との機能分担を図る観点から重度療養管理加算についても見直しを行う。

さらに、療養環境減算の減算率を拡大するとともに、一定の療養環境を満たさない施設については、施設の移行に関する計画を求めた上で、原則として1年後に現行の経過措置を廃止する。

なお、当分科会としては、医療保険との機能分担も含めた療養病床全体の在り方について、厚生労働省としての基本的な考え方を早急に示すことを強く要請する。

介護予防サービス事業者の指定基準等に係るQ&Aについて

- 介護予防サービス事業者の指定基準については、現在、社会保障審議会介護給付費分科会において検討中であるが、同分科会における審議を踏まえつつ、現時点における指定基準の考え方を整理したので、御参照されたい。
- また、平成18年4月から新たに要支援者に認定される者に係るケアプランの取扱いについても、多数照会が寄せられているところであり、併せて送付する。
- なお、本Q&Aについては、社会保障審議会介護給付費分科会における審議も踏まえつつ、現時点における当局としての考え方を整理したものであり、今後、同分科会の審議状況等によっては変更があり得るので、御留意されたい。

I. 介護予防サービス事業者の指定基準関係

Q1. 既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者に係る介護予防サービス事業者の指定基準については、社会保障審議会介護給付費分科会における議論においても、「兼任や併用を認めるなど、現行より過剰とならないよう配慮することが必要」とされているところであるが、具体的にどのような基準とすることを考えているのか。

A.

○既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合（例えば、既存の通所介護事業者が、介護予防サービス事業者の指定を受ける場合など）の指定基準については、社会保障審議会介護給付費分科会における審議も経ながら、現在、検討しているところであるが、現時点においては、以下のように考えているところである。

○なお、本取扱いは、既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、現在の事業規模（定員、面積等）のまま介護予防サービス事業所の指定を受ける場合についてのみ適用されるものであり、指定に際し、現在の事業規模を拡大する場合や、これまで、介護給付のサービス事業所の指定を受けていない事業者が介護予防サービス事業所の指定を新たに受けようとする場合には該当しないものである。

※既存の介護給付のサービス事業者が、介護予防サービス事業所の指定を受ける場合の指定基準の現時点における考え方について

(1) 訪問系サービス

①人員基準に関する事項

(論点①) 事業所に配置すべき従業者の最小限の員数（例えば訪問介護であれば、常勤換算方法で2.5人以上）がそれぞれのサービスごとに規定されているが、当該員数をどうするか。

(考え方) 総体としての事業対象者については、現行と変わらない（サービスの種類としての要支援・要介護の区分が明確となるのみであり、事業対象者数としては変わるものではない。）ことから、事業所に最低限配置すべき従業者の員数も、現行を前提として考え、介護予防サービス事業所と居宅サービス事業所全体で現行の居宅サービス事業所において配置すべき員数を確保すれば足りることとすることが適当と考えている。

(論点②) 事業所ごとに常勤・専従の管理者を置くこととしているが、当該管理者の兼務を認めるかどうか。

(考え方) 現行においても、原則として、管理者の配置については、常勤・専従とされているものの、例外的に、

①当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等としての職務に従事する場合、

②同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接するなど、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合で、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合

であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができることとされているところであることを踏まえ、兼務を認めることとすることが適当と考えている。

(論点③) 事業所の規模に応じて、指定訪問介護事業所に常勤・専従のサービス提供責任者を配置することとされているが、当該サービス提供責任者の兼務を認めるかどうか。

(考え方) 論点①に対する回答案と同様の観点から、介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者に限定して、兼務を認めることとしてはどうか。また、現行においては、サービス提供責任者は、当該事業所の「訪問介護員等の数」に応じて配置すべき員数が設定されているが、介護予防訪問介護事業所と訪問介護事業所の指定を兼ねる場合については、当該「訪問介護員等の数」は介護予防訪問介護事業所と訪問介護事業所の訪問介護員等の数を合算したものとすることが適当と考えている。

②設備基準に関する事項

(論点①) 事業所の設備として、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けることとされているが、当該区画の共用を認めるかどうか。

(考え方)

○訪問系サービスにおいて設けることとされている「専用の区画」については、以下の取扱いとされている。

- 1) 基準の解釈通知上、①間仕切り等の区分がなされ、他の事業の用に供するものと明確に区分がなされている場合、又は、②区分がなされていなくとも、業務に支障がなく、当該事業を行うための区画が明確に特定されていれば、専用の事務室を設けなくとも差し支えないとする取扱い（訪問看護以外の全てのサービスについて、上記の取扱いとしている。）
- 2) 基準上、明確に併設を想定し、両者を共用することについて差し支えないとする取扱い（健康保険法に基づく指定も受けた訪問看護ステーションの取扱い）

○これらの取扱いのうち、介護予防サービスについては、論点①と同様の観点から、現行の訪問看護同様に、基準上共用することを差し支えない取扱いとすることが適当と考えている。

(論点②) 事業所の設備として、必要な設備及び備品等を備えなければならないとされているが、これらの共用を認めるかどうか。

(考え方) 現行においても、基準の解釈通知上、他の事業所、施設等と同一敷地内にある場合であって、当該事業の運営に支障がない場合においては、当該他の事業所等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができる取扱いとしているところであり、現行と同様の取扱いとすることが適当と考えている。

(2) 通所系サービス

①総則的事項

(論点) 介護給付の通所系サービスと予防給付の通所系サービスについては、同じ時間帯に同じ場所でサービス提供を行うことを可能とするかどうか。

(考え方) 両サービスについては、サービスの対象者、内容、提供方法等が異なっており、この点が明確に区別されるのであれば、物理的に同じ場所でそれぞれのサービスを提供することは差し支えない取扱いとすることが適当と考えている。(人員・設備基準の取扱いの中で具体的な取扱いについては明確化。)

②人員基準

(論点①) 介護予防サービスにおいて新たに実施することとしている選択的サービス(運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上)の人員基準について、最低基準上設定するかどうか。また、現行のサービスにおいても提供されているアクティビティ等についてはどのように考えるか。

(考え方)

○選択的サービスについては、介護報酬上「加算」として位置付けられる予定であることから、当該サービスを提供するために必要となる人員については、指定基準に位置付けるのではなく、加算の要件として介護報酬上位置付けることが適当と考えている。(仮に指定基準として位置付けると、事業者において当該サービスを選択するに際し、その都度、変更の届出を要することとなる。)

○また、アクティビティ等、リハビリテーションについては、現行も指定基準に定める体制等で実施されているところであることから、介護予防サービスにおいても、引き続き、指定基準において定めることが適当と考えている。

(論点②) 通所介護、通所リハの事業を行うに当たり事業所に配置すべき従業者及びその員数について、兼務を認めるかどうか。

(考え方)

- 指定基準に定める人員体制をもって実施される事業内容は、共通的服务及び通所介護であればアクティビティ等、通所リハであればリハビリテーションである。
- これらのサービスについては、現行も指定基準に定める人員体制において実施されており、介護予防サービス事業者の指定を受けた後も、要支援者と要介護者を併せると同様の数の対象者に対して、一体的に実施されることが想定されることから、人員配置についても、現行のものの兼務を認めることが適当と考えている。

(論点③) 事業所ごとに常勤・専従の管理者を配置することとされているが、当該管理者の兼務を認めるかどうか。

(考え方) 現行においても、原則として、管理者の配置については、常勤・専従とされているものの、例外的に、

- ①当該指定通所介護・通所リハ事業所の従業者としての職務に従事する場合、
 - ②同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接するなど、特に当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合で、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合
- であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができることとされているところであることを踏まえ、兼務を認めることが適当と考えている。

②設備基準に関する事項

(論点①) 指定基準において定められている事業所の設備について、これらの設備の共用を認めるかどうか。

(考え方) 共通的服务及びアクティビティ等又はリハビリテーションについては、要介護者と一体的に実施することが想定されることから、併せて介護予防サービスを提供する場合については、共用を認めるとともに、必要な面積についても、現行の指定基準において定められている定員の中に、要支援者を含めて換算することが適当と考えている。

(3) その他サービス（短期入所系サービス・福祉用具貸与）

○上記の訪問系サービス及び通所系サービスと同様の整理とし、従業員の兼務及び設備の共用を認める取扱いとする。

Q2. 平成18年4月の施行に向け、介護予防サービス事業者の指定については、相当の事務負担が短期間に集中して生じることとなるが、既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、介護予防サービス事業所の指定を受ける場合に指定事務の簡素化は図られないのか。

A.

1. 介護予防サービス事業者の指定については、平成18年4月の施行に向け、相当数の事業者から都道府県等に対して申請がなされることが想定され、各都道府県等においては、短期間に、相当程度の事務負担が生ずることが想定される。
2. 特に、新要支援者となる利用者が、継続してサービスを受けることが可能となるよう、介護給付のサービス事業所の指定を現に受けている事業者が介護予防サービス事業所の指定を受ける場合には、できる限り速やかに指定事務を完了させることが必要である。
3. このため、都道府県等におけるこうした事務負担軽減の観点から、指定に当たっての事務手続の緩和措置を講じることとし、具体的には、既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者からの申請においては、申請に当たり必要となる書類について、別添①のとおり簡素化を図ることを考えているところである。
4. なお、本取扱いは、既に介護給付のサービス事業所の指定を受けている事業者が、現在の事業規模（定員、面積等）のまま介護予防サービス事業所の指定を受ける場合の都道府県等の事務負担の軽減の観点から行うものであり、現在の事業規模を拡大する場合や、これまで、介護給付のサービス事業所の指定を受けていない事業者が介護予防サービス事業所の指定を新たに受ける場合には、都道府県等において、改めてきちんと指定基準の適合性について審査を行うことが必要である。

(別添①)指定にかかる申請書等の記載事項(イメージ案)

介護保険法施行規則(平成11年3月31日 厚生省令第36号)

指定居宅サービス事業者	様式番号等(事務連絡)	指定介護予防サービス事業者(案)
共通する記載事項等		
1・事業所(当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含む。)の名称及び所在地	各付表	
2・申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、開設者の氏名及び住所)	第1号様式	
3・当該申請に係る事業の開始の予定年月日		
4・申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときを除く。)	各付表 添付書類	・提出済の扱いとすることができる(次回の定款等提出時に改正されたものを提出するよう指導。)
5・事業所の平面図 ・事業所(当該事業所の所在地以外の場所に当該申請に係る事業の一部を行う施設を有するときは、当該施設を含む。)の平面図及び設備の概要 ・建物の構造概要及び平面図(当該申請に係る事業を併設事業所において行う場合にあっては、指定居宅サービス等基準第二百二十四条第三項に規定する併設本体施設の平面図を含む。)並びに設備の概要	各付表 添付書類 (参考様式3)	・提出済の扱いとすることができる(変更がない場合は、提出を求めないことも可能。次回の提出時に改正されたものを提出するよう指導。) ・定員数の変更が行われた場合は、提出
6・事業所の管理者及びサービス提供責任者の氏名、経歴及び住所 ・事業所の管理者の氏名及び住所並びに免許証の写し	各付表 (参考様式2)	・提出済の扱いとすることができる
7・運営規程		事業者は以下の事項を記載した書面を、運営規程として提出 ・居宅サービス事業者の運営規程と、介護予防サービス事業者の運営規程の変更点 ・上記以外の事項については居宅サービスの運営規程と同一である旨の宣誓(内容に関わらない軽微な変更は除く) ・明らかにされた介護報酬単位数を踏まえ、設定した利用料等
8・利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	各付表 別添書類 (参考様式6)	・提出済の扱いとすることができる
9・当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態	各付表 別添書類 (参考様式1)	・提出済の扱いとすることができる(変更がない場合は、提出を求めないことも可能。次回の提出時に改正されたものを提出するよう指導。) ・定員数の変更が行われた場合は、提出
10・当該申請に係る事業に係る資産の状況	各付表 別添書類	・提出済の扱いとすることができる
11・当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス費又は居宅支援サービス費の請求に関する事項		
12・当該申請に係る法第七十条第2項第4号から第11号に該当しない旨の誓約		
13・その他指定に関し必要と認める事項		

※事務連絡:指定居宅サービス事業所、指定居宅介護支援事業所及び介護保険施設の指定等に関する規則(参考例)の送付について
※空欄については要提出とする。

※以下、サービス類型ごとに必要となる記載事項については、介護予防サービスの指定申請時は、すべて提出済扱いとすることができる。

サービス類型により必要となる記載事項等	様式番号等 (事務連絡)	指定介護予防サービス事業者(案)
(指定訪問入浴介護事業者)		
・指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号。以下「指定居宅サービス等基準」という。）第五十一条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	付表2添付書類	・ 提出済の扱いとすることができる
(指定訪問看護事業者)		
・事業所の病院若しくは診療所又はその他の訪問看護事業所のいずれかの別	付表3-1	
(指定訪問リハビリテーション事業者)		
・事業所の病院若しくは診療所又は介護老人保健施設の別	付表4	
(指定居宅療養管理指導事業者)		
・事業所の病院、診療所又は薬局の別及び提供する居宅療養管理指導の種類	付表5	
(指定通所リハビリテーション事業者)		
・事業所の種別（病院若しくは指定居宅サービス等基準第百十一条第一項の規定の適用を受ける診療所若しくは同条第二項の規定を受ける診療所又は介護老人保健施設の別をいう。）	付表7	
(指定短期入所者生活介護事業者)		
・当該申請に係る事業を指定居宅サービス等基準第百二十一条第二項の規定の適用を受ける特別養護老人ホームにおいて行う場合又は同条第四項に規定する併設事業所（次号において「併設事業所」という。）において行う場合にあっては、その旨	付表8-2 付表8-3	
・当該申請に係る事業を指定居宅サービス等基準第百二十一条第二項の規定の適用を受ける特別養護老人ホームにおいて行うときは当該特別養護老人ホームの入所者の定員、当該特別養護老人ホーム以外の事業所において行うときは当該申請に係る事業の開始時の利用者の推定数	付表8-1 付表8-2 付表8-3	
・指定居宅サービス等基準第百三十六条の協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力機関との契約の内容	付表8添付書類	
(指定短期入所療養介護事業者)		
・事業所の指定居宅サービス等基準第百四十二条第一項各号の規定のいずれかの適用を受けるものかの別	付表9	
・当該申請に係る事業を行う事業所（当該事業を行う部分に限る。以下この号において同じ。）における入院患者又は入所者の定員（当該事業所が指定居宅サービス等基準第百四十二条第一項第四号に規定する老人性認知症疾患療養病棟を有する病院である場合にあっては、入院患者の推定数を含む。）		
(指定特定施設入所者生活介護事業者)		
・利用者の推定数（要介護者及び要支援者のそれぞれに係る推定数を明示するものとする。）	付表11	
・指定居宅サービス等基準第百九十一条第一項に規定する協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（同条第二項に規定する協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。）	付表11添付書類	
(指定福祉用具貸与事業者)		
・法第七条第十七項に規定する福祉用具の保管及び消毒の方法（指定居宅サービス等基準第百三十三条第三項前段の規定により保管又は消毒を委託等により他の事業者に行わせる場合にあっては、当該他の事業者の名称及び主たる事務所の所在地並びに当該委託等に関する契約の内容）	付表12添付書類	
(特定福祉用具販売)		
	付表〇添付書類	

Ⅱ. 新要支援者に係る4月分のケアプランの作成関係

Q3. 新たな方法による更新認定の結果、3月中に「要支援1」又は「要支援2」と認定される者について、これらの者の4月分のケアプランの作成等はどのように取り扱えばよいのか。

A. 平成18年4月1日から新要支援者となる者の4月分のケアプランの作成等については、別添②のとおりのお取り扱いとすることを考えているところである。

(別添②)

平成18年4月1日から新要支援者となる者の4月分のケアプランの取扱いについて

1. 背景

- 現に要介護認定を受けている者の更新認定については、被保険者ごとに、現在受けている要介護認定の有効期間の満了日から順次行われていくこととなるが、当該満了日の翌日が4月1日の施行以降となる場合には、認定が4月1日の前であっても、新たな方法による要介護認定を行う取扱いとすることを考えているところである。(全国都道府県課長会議において周知済み)
- したがって、更新認定の結果、3月中に「要支援1」又は「要支援2」と認定される者がでることとなるが、一方で、新予防給付及び地域包括支援センターは4月1日から施行されることとなるため、こうした者の4月分のケアプランの作成を誰がどのように行うのかについて検討する必要がある。

2. 対応案

- 上記のような者に係る4月分のケアプランについては、改正法附則第15条の規定に基づき、改正法を実施するために必要な準備行為として、原則として、一定の要件を満たす居宅介護支援事業者(注①)において、3月中にその作成を行い、個別の契約により、地域包括支援センターが設置された段階で当該ケアプランについては同センターから当該居宅介護支援事業者が委託を受け、作成したものとする取扱い(注②)とする。

(注①) 原則として、11月に実施した「地域包括支援センターの業務を受託予定の現任の介護支援専門員に対する研修指導者」を受講した指導者から研修を受けた居宅介護支援事業者であって、市町村に設置された地域包括支援センター運営協議会により中立性・公正性の観点からのチェックを受け、業務の委託を受ける居宅介護支援事業者として適当とされた事業所に従事するケアマネジャーとする。ただし、地域の実情等(例えば、市町村が地域包括支援センターを自ら設置し、かつ、ケアプランの作成を委託しない場合などが該当する。)により、市町村においてやむを得ないと判断する場合には、上記の要件に適合しているかどうかにかかわらず、市町村が適当と認める居宅介護支援事業者を利用することも差し支えないこととする。

(注②) 具体的な取扱いについては、以下の方法によることが考えられる。

○平成18年4月1日時点で新要支援者となる利用者に係るケアプランを作成する
居宅介護支援事業者と、地域包括支援センターを設置することが予定される法人
(市町村が直接設置する場合には当該市町村)において、

①平成18年4月1日に地域包括支援センターが設置された際には、当該利用者
のケアプランの作成を委託すること

②それまでの間においては、当該利用者に関して地域包括支援センターに法律上
求められる行為を当該居宅介護支援事業者が代理すること

について、事前に契約を交わすとともに、当該居宅介護支援事業者と当該利用者
の間で、当該事前契約を前提に、介護予防支援の提供を受けることについての契
約を交わすこととする。

○また、その際の費用については、4月サービス分(5月請求分)の介護報
酬として、地域包括支援センターが請求することとし、当該介護報酬の中
から、上記契約に基づき、実際にケアプランの作成を行った居宅介護支援
事業者に対してケアプラン作成に係る費用を支払うこととする。

○なお、市町村においては、3月中にケアプランを作成する必要のある利用
者がどの居宅介護支援事業者に依頼すればよいのか等について、混乱が生
じないように周知徹底を図ることが必要である。

5 その他（介護保険制度改正関係）

5－1 地域介護・福祉空間整備等交付金について

（１）地域介護・福祉空間整備等交付金の見直しについて

ア．都道府県交付金の廃止について

去る１１月３０日に決定された今次の三位一体改革の一環として、平成１８年度から、特別養護老人ホームなど広域利用型施設の整備に係る「都道府県交付金」は廃止し、都道府県等に税源移譲を行うこととなった。

イ．市町村交付金の拡充について

一方、地域密着型サービス等の拠点を面的に整備することを支援する市町村交付金については、地方自治体からの要望も踏まえた上で、その拡充を検討している。

（２）平成１８年度以降の市町村交付金の提出期限等について

上記（１）の制度見直しに伴い、今後法改正が必要となるので、従来お示ししていた平成１８年度の市町村整備計画の提出期限（計画期間の初年度の前年度の１月末日）については、法案成立後にお知らせする予定であるので、この旨管下市町村等に周知いただきたい。

5-2 地域密着型サービスについて

1. 「みなし指定」及び事業所情報の移管について

- 改正介護保険法附則第10条第2項及び第3項の規定により、改正法施行日である平成18年4月1日に指定を受けている認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護（定員29人以下）及び指定介護老人福祉施設（定員29人以下）は、施行日にその所在地の市町村から（施行日前日に他市町村の被保険者が利用・入所している場合には、当該他市町村から）、それぞれ認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定を受けたものとみなすこととされている。
- また、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護についても政令で同様の措置をとることを検討している。
- この「みなし指定」に係る事業所の指定情報等については、漏れのないよう都道府県から市町村に移管していただきたい。

2. 指導監査について

- 地域密着型サービスの事業者・施設に対する指導監査についても、市町村が行うこととなっているため、従来都道府県が行ってきた指導監査の方法やその蓄積してきた情報を市町村に引き継ぐ必要がある。
- 具体的な指導監査の基準は、地域密着型サービスの人員、設備及び運営に関する基準省令等が固まった後にお示しすることとなるが、都道府県におかれては、市町村において指導監査が円滑に行われるよう市町村を集めた説明会を開催していただくようお願いしたい。

3. 地域密着型サービス事業者の指定事務等について

社会保障審議会介護給付費分科会で指定基準に関する審議が進んでいることは御承知のとおりであるが、指定事務に係る指定申請書(参考例)等について暫定的なものをお示しするよう準備を進めており、できるだけ早い段階で情報提供したい。

地域密着型サービスに関するQ&A

平成17年12月19日

(問1) 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は事業者のみなし指定があるが、認知症対応型通所介護は新たに指定の申請を行う必要があるのか。

(答)

- 1 現在認知症高齢者専用の通所介護の報酬を算定している通所介護事業所については、政令において、認知症対応型通所介護の指定を受けたものとみなすことを検討しており、新たな指定の申請は不要とする予定である。
- 2 また、他市町村の被保険者が上記の通所介護を利用している場合の当該他市町村のみなし指定は、平成18年3月中に当該被保険者が利用した場合に当該被保険者に限って認める方向で検討している。

(問2) 事業所が所在する市町村以外の市町村によるのみなし指定の効力はどこまで有効なのか。

(答)

施行日の前日（認知症対応型通所介護の場合は平成18年3月中）において地域密着型サービスを利用していない他市町村の被保険者まで指定を受けたとみなされた事業所を利用することができる取扱いとなるのは、地域密着型サービスの趣旨からすると適当ではないと考えており、改正介護保険法第10条第2項及び第3項並びに政令の規定により、他市町村の長から地域密着型サービスの指定を受けたとみなされた事業者に係る当該指定については、施行日の前日（認知症対応型通所介護の場合は平成18年3月中）において当該地域密着型サービスを利用している他市町村の被保険者に限り、その効力を有することとする予定である。

（問３）事業者指定を行うに当たって、他市町村から転入して利用することを一定程度制限することや指定を受けてから開業するまでの期間の制限を、条件として付することは可能か。

（答）

改正介護保険法第７８条の２第７項の規定に基づき、市町村長は事業者の指定を行うに当たって、事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付することができることされており、市町村が地域の実情に応じてお尋ねのような条件を付することは可能である。

（問４）地域密着型サービス運営委員会の運営財源はどうなるのか。

（答）

地域密着型サービス運営委員会の運営に係る費用については、介護保険事業計画作成委員会と同様に一般財源で賄うことになる。

（問５）平成１８年４月１日にみなし指定された事業所が、市町村が定めた基準を満たしていない場合、指定取消等の対象となると考えてよいか。

（答）

- １ 地域密着型サービス事業者のみなし指定は、平成１８年４月１日に事業所が所在する市町村の長（他市町村の長によるものを含む。以下同じ。）から指定を受けたものとみなされるものであり、当該市町村が定めた基準を満たしていないからといって直ちに指定の取消を行うことは適当ではないと考えられる。
- ２ 市町村が独自に基準を定める際には、みなし指定を受けている事業者の状況を踏まえ、適切な経過措置を定めることが必要である。

（問６）平成１８年４月１日にみなし指定された事業所の指定の更新時期は、同日から６年なのか、当初指定を受けた日から６年なのか。

（答）

- １ 平成１８年４月１日に地域密着型サービスの指定を受けたとみなされた事業者についての施行日後の最初の更新については、政令において、当初の指定を受けた日から６年とする予定である。
- ２ また、平成１３年４月１日以前に指定を受けた事業者については、平成１８年４月１日から平成１９年３月３１日までの間において、当初指定を受けた日に相当する日（当初指定を受けた日が平成１２年１０月１日の場合は平成１８年１０月１日）から１年とする予定である。

（問７）同一事業所が認知症対応型通所介護と通所介護の指定をそれぞれ受けることは可能か。また、小規模多機能型居宅介護と通所介護ではどうか。可能な場合、都道府県と市町村それぞれに指定の申請を行う必要があるのか。

（答）

- １ 同一事業所が認知症対応型通所介護と通所介護の指定を受けることは、それぞれの人員等の基準を満たしていれば可能であり、この場合は、都道府県と市町村それぞれに指定の申請を行う必要がある。
- ２ 小規模多機能型居宅介護は「通い」を中心として、利用者の様態や希望に応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供するという従来にない新しいサービス類型であり、通所介護とではサービス内容が異なることから、同一事業所が小規模多機能型居宅介護と通所介護の指定をそれぞれ受けることは、想定していない。

(問8) 平成18年4月1日にみなし指定された事業所について、市町村は当該事業所の情報を有していないが、再度事業者から必要書類を提出させることは可能か。

(答)

平成18年4月1日に地域密着型サービスの指定を受けたものとみなされた事業者に関する情報については、指定事務が都道府県から市町村に移管されたことを踏まえ、基本的には市町村は都道府県から必要書類等の引き継ぎを受けるものと考えている。

(問9) 市町村の実情に応じて、地域密着型サービスの指定を平成18年4月1日以降に行ってよいか。

(答)

平成18年4月1日からサービスを開始できるよう指定事務を進められる事業所については、そのようにすることが望ましいが、地域密着型サービスは小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護など新しいサービスであることから、来年指定基準が示されて以降、その指定基準を満たすことができる事業所かどうか、ある程度慎重な検討が必要不可欠と考えており、指定が18年4月1日以降となっても差し支えない。

(問10) 現在、指定事業所番号を付番されている事業者が新たに地域密着型サービス事業者として指定を受ける場合は、新たな番号を付番することになるが、現在の番号はどうなるのか。

(答)

既に指定事業所番号を付番されている者は、当該事業所番号に係る指定を辞退しない限り、地域密着型サービス事業者としての新たな指定に係る番号と既に付番されている指定事業所番号を有することとなる。

(問 1 1) 認知症対応型共同生活介護サービス事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護サービス事業所、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービス事業所及び認知症対応型通所介護サービス事業所は、平成 18 年 4 月 1 日以降は地域密着型サービス事業所としてみなし指定されるが、事業所番号は他の地域密着型サービス事業所と同様に新たに付番をするのか。

(答)

- 1 みなし指定となる認知症対応型共同生活介護サービス事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護サービス事業所、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービス事業所及び認知症対応型通所介護サービス事業所については、市町村の事務の省力化の観点から、現行の事業所番号をそのまま使用するものとする。(4 月 1 日以降新たに指定となる地域密着型サービス事業所の事業所番号の付番方法については、9 月 26 日の全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料を参照)
- 2 また、上記事業所のうち、認知症対応型共同生活介護サービス事業所及び認知症対応型通所介護サービス事業所については、地域密着型介護予防サービス事業所として同時にみなし指定となるが、当該事業所の番号も従来のとおりとするものとする。

5-3 家庭裁判所が行う成年後見制度説明会等への協力について

成年後見制度の利用に当たって、申立人が制度の趣旨や後見人等の職務などを十分に理解することなく申立てが行われると、審理が遅れたり、後見開始後に適切な後見が行われなかったりすることとなり、結果として本人の権利擁護が十分に図られないおそれがある。そのため、地域包括支援センターにおいては、成年後見制度や管轄する家庭裁判所の運用等について十分に理解した上で、申立支援等の業務を適切に行っていく必要がある。

今後、地域包括支援センターの職員が成年後見制度や手続を十分に理解した上で相談者に対して適切な対応を行うことができるよう、家庭裁判所において地域包括支援センター職員予定者を対象として成年後見制度の説明会等を実施することが検討されているところである。これに向けて、各都道府県におかれても、以下の事項について御協力いただくようお願いしたい。

(協力依頼事項)

- 1 家庭裁判所から説明会等を開催したい旨の連絡があった場合には、県内の地域包括支援センター設置予定箇所数を家庭裁判所に伝えるとともに、説明会開催の案内があった旨を市町村に連絡し、市町村を通じて地域包括支援センター職員予定者に対して参加案内の送付や、参加の促進を行ったりする等の便宜を図り、地域包括支援センター職員予定者が家庭裁判所の行う説明会に出席するようにしていただきたい。

※ 出席するのは、地域包括支援センター職員予定者のうち社会福祉士等が中心となると考えられるが、職種に縛られるものではない。

- 2 家庭裁判所が説明会等を開催する場合には、必要に応じて可能な範囲で県の会議室等を説明会場として提供するなど、説明会が円滑に実施されるよう便宜を図っていただきたい。

- 3 家庭裁判所との連絡窓口となる各都道府県の担当者について、下記メールアドレスまで登録いただきたい。

(送付先) ishibashi-shinya@mhlw.go.jp

(報告内容) 都道府県名、担当部署名、担当者名、所在地、電話番号、
FAX 番号、メールアドレス

※締切：平成17年12月21日（水）厳守

なお、地域包括支援センターの設置箇所等が確定した後は、家庭裁判所に対して、地域包括支援センター連絡先一覧を送付する等、地域包括支援センターに関する情報提供に努めていただきたい。

5-4 第3期介護保険事業（支援）計画に関するQ&A

問1 養護老人ホーム入所者に関するサービス見込量の取扱い如何。

（答）

養護老人ホーム入所者の中での介護保険サービス利用者見込数については、養護老人ホーム入所者のうち、要介護（支援）認定を受ける者の見込数、その中で介護サービスの利用意向がある者の見込数等を勘案して算定する必要がある。

その上で、これらの利用者見込数を、居宅サービスを利用するか、又は、外部サービス利用型の特定施設を利用するかに区分し、サービス量を見込んでいただきたい。

問2 現行の要介護1から要支援2に移行する者の見込方法如何。

（答）

平成17年9月26日全国介護保険担当課長会議において、現行の要介護1のうち、約7～8割の者が予防給付の対象となると仮置きして推計するようお示したところである。

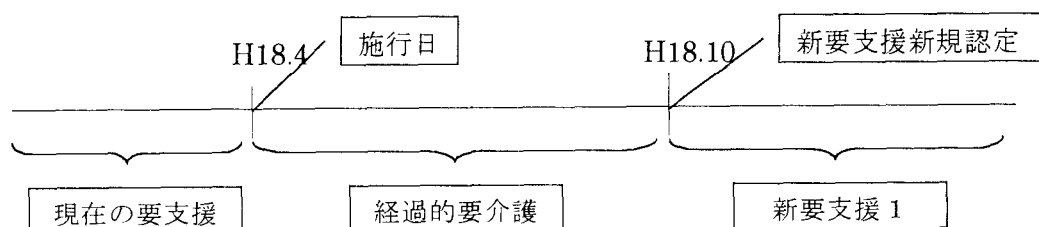
しかしながら、第1次要介護認定モデル事業の結果では、要支援2は約6割であること、現行の要介護1の者については、今後の認定更新時以降に要支援2が順次発生していくことから、介護保険事業計画上の見込みにおいては、経過的に要介護1に残る者も勘案して、平成18～20年度の3カ年平均で60%とすることを参考とし、最終的には第2次要介護認定モデル事業の結果を踏まえ、地域の実情に応じて見込んでいただきたい。

（参考）新予防給付への段階移行について

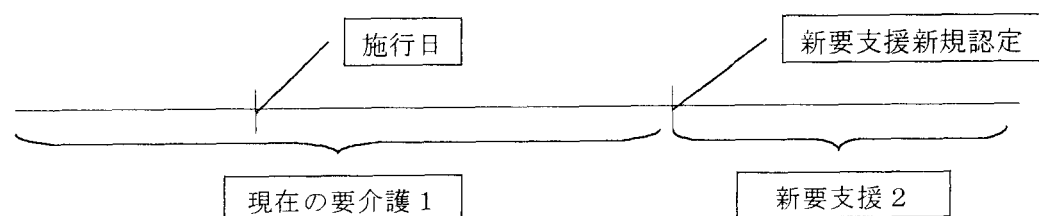
- 改正法附則第8条の規定により、現在の要支援者又は要介護者は平成18年4月1日に新たな方法による要介護認定を受けたものとみなされ、有効期間が満了するまでの間は、経過的に現在の認定区分によりサービスを受けることができることとされており、有効期間満了後の更新認定から順次新たな要介護認定又は要支援認定を受けることとされている。
- その際、現在の要支援者についても、施行日において要介護認定を受けたものとみなされるため、以降の有効期間内は、「経過的要介護」として、介護給付を受けることができることとされているところである。
（ただし、事業量の見込みに当たっては、予防給付に分類する必要がある。）

- 現在の要支援認定の有効期間は最長で1年間、要介護認定の有効期間は最長で2年間とされており、このため、経過的要介護者がなくなり、新予防給付の対象となる者が新要支援者のみとなるのは、平成20年度からということとなる。

※平成18年9月末に有効期間が満了する現在の要支援者の例

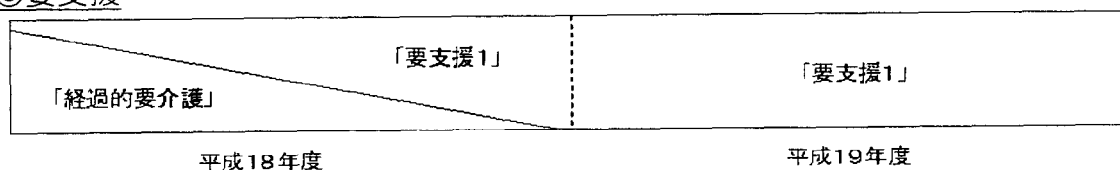


※平成18年9月末に有効期間が満了する現在の要介護1（予防給付に移行することが想定される者とする）の例

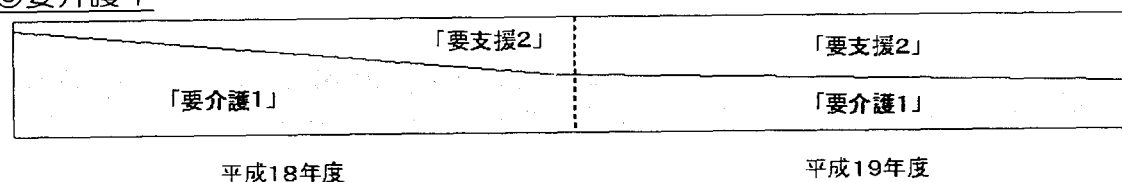


- このため、介護保険事業計画における要支援2の者を見込む場合に、平成18年度及び平成19年度においては、現在の要介護1の者が経過的に残ることとなるため、完全に新予防給付の対象となる新要支援者が出揃う場合に比較し、経過的に要介護1に残る者の分を勘案することとなる。

◎要支援



◎要介護1



問3 介護予防通所介護サービスはどの程度見込むべきか。

(答)

現在の予防給付については、訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与の利用者が多く見られるが、第3期介護保険事業計画以降は、介護予防通所介護に重点を置くこととなることから、今回の事業量算定に当たっては、こうした介護予防通所介護の利用増を見込量に反映して見込むことが望ましい。

問4 介護保険3施設については、利用見込者数を基に、空床率を加味して必要利用定員総数を算定する予定であるが、統一的な空床率は示すのか。

(答)

第3期介護保険事業計画の策定に当たっては、各施設ごとの全国一律の空床率をお示しすることは考えていない。従って、必要利用定員総数の算定の際には、過去の利用状況等を踏まえて、空床率を設定していただくこととなる。

問5 地域密着型サービスの必要利用定員総数について、自市町村管内に限らず、管外（隣町）からの利用者も含めた利用見込者数を基に算定してよいのか。

(答)

地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）の必要利用定員総数については、自市町村の利用見込者数に空床率を加味した上で算定していただくこととなる。

なお、管外からの利用見込者数は、現在入居している者及び新規に当該管外市町村が事業所の所在する隣町の同意を得た上で事業所指定を行う場合も想定し、当該管外市町村の介護保険事業計画において記載されるものである。

問6 介護専用型特定施設を見込むにあたって、9月26日全国課長会議では「現在の入居要件をもって判断」とあるが、判断する際の根拠如何。

(答)

介護保険事業計画上においては、入居案内等の書面により、入居要件として「要介護者（要支援者を除く）であること」（夫婦等で、1人が要介護者、もう1人が要支援者又は非該当者である場合を含む。）が明記されている場合に介護専用型特定施設として見込むこととしていただきたい。

問7 介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護は、37%の中に入らないとしてよいか。

(答)

そのような取扱いでよい。

問8 地域支援事業費の上限率を超えるため、地域支援事業と同種の事業であっても地域支援事業の対象外の事業として行う場合が考えられる。このような事業に係る事業計画への記載方法如何。

(答)

政令で定める上限率を超える事業を介護保険事業計画に記載することについては、各市町村の判断により可能である。

5-5 要介護認定事務について

背景

- 介護保険制度の見直しに伴う、新たな要介護認定の実施に伴い、
 - ① 認定調査において一部調査項目が追加されること
 - ② 「要支援1」、「要支援2」等、新たに要支援状態区分が設けられることなどの見直しが行われることから、認定調査票、要介護認定申請書、介護保険受給資格証明書等の様式について、以下の見直しを行うこととしたものである。

認定調査票の様式について（案）

- 新たな要介護認定の手法等については、現在要介護認定モデル事業（第二次）（以下「モデル事業（第二次）」と言う。）を実施しているところであり、認定調査項目及びその判断基準についても、その結果等を踏まえ最終的な確定を予定しているところである。
- この手法については、モデル事業（第二次）において現在まで大きな混乱なく概ね円滑に実施されており、認定調査項目の内容や介護認定審査会における有効性について、複数の市区町村に状況を確認したところ、概ね良好な評価を得たところである。
- このため、新たな要介護認定の実施にあたり、認定調査項目について、モデル事業（第二次）にて用いたものから変更は要しない、と判断し、認定調査票の様式を別紙1の通りとする予定である。
- なお、認定調査項目の判断基準等については、文言等の詳細についてモデル事業（第二次）の実施状況を踏まえる必要があることから、若干の修正があり得る。
- 認定調査項目及び認定調査票については告示（「要介護認定等基準時間の推計の方法」平成15年3月24日厚告第91号）において、認定調査項目の判

断基準等については通知（「要介護認定における『認定調査票記入の手引き』、『主治医意見書記入の手引き』及び『特定疾病に係る診断基準』について」老老発 0324001 号、平成 15 年 3 月 24 日厚生労働省老健局老人保健課長通知）において規定しているところであるが、改正法の施行に係る改正政省令の公布に併せて上記の改正を行う予定である。

- 新たな要介護認定の手法については、最も早い場合、平成 18 年 3 月 31 日に現に受けている要介護認定が満了する者が満了日の 60 日前に更新申請したものから順次行われることから、これらの申請に係る認定調査から新たな認定調査票を使用することとする。なお、要介護認定に関する各省令、告示及び通知において定めることが想定される事項については、1 月中にお示しする予定であるので、改正告示の公布及び改正通知の発出までの間は、暫定的にこの内容により実施されるよう、よろしくお願いします。

要介護認定申請書等の様式について（案）

- 新たな要介護認定の実施に伴い、要支援状態区分が新たに設けられたことから、要介護認定（要支援認定を含む）の新規・更新・区分変更申請書ならびに介護保険サービスの種類指定変更申請書について、別紙 2－①～③の様式の通りとする。
- なお、新予防給付に係る規定の施行後に、要支援認定を受けている者が、当該要支援状態区分の変更を希望する場合は、新法第 33 条の 2 の規定により区分変更申請をすることとなる。

（参照条文）

「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）

（要支援状態区分の変更の認定）

第 33 条の 2 要支援認定を受けた被保険者は、その支援の必要の程度が現に受けている要支援認定に係る要支援状態区分以外の要支援状態区分に該当すると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、市町村に対し、要支援状態区分の変更の認定の申請をすることができる

2 （略）

介護保険受給資格証明書の様式について（案）

- 新たな要介護認定の実施に伴い、要支援状態区分が新たに設けられたことから、介護保険受給資格証明書について、別紙３の様式の通りとする予定である。
- また、新法附則第３条の規定に基づき、条例の定める日まで新予防給付の実施を行わない市区町村等からの異動等、従前の要介護認定による、要介護認定、要支援認定を受けた被保険者が異動し、介護保険受給資格証明書の交付を受ける場合には「備考」の欄に従前の要介護認定を受けた者である旨記載することとする。

新たな認定申請書及び受給資格証明書の様式の使用開始時期等について（案）

- 要介護認定申請書等及び介護保険受給資格証明書の様式については、現在、標準様式を事務連絡等にてお示ししているところであるが、今般、通知（「要介護認定等の実施について」老発第 0324002 号平成 15 年 3 月 24 日厚生労働省老健局長通知）を改正して新たに位置づけることを予定しているところであり、改正法の施行に係る改正政省令の公布に併せて上記の改正を行う予定である。
- なお、この通知において定めることが想定される事項については、1 月中にお示しする予定であるので、認定申請書及び受給資格証明書の様式については、前段でお示した改正通知発出後、準備の整った市町村から順次使用して差し支えないものとする。

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
ふりがな		所 属 機 関	
記入者氏名			

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回め以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護（ ）
ふりがな		性別	男・女
対象者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
現住所	〒 -	電 話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係（ ）	電 話	- -

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 [認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載]			
☐ (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	☐ (介護予防)福祉用具貸与 品目
☐ (介護予防)訪問入浴介護	月	回	☐ 特定(介護予防)福祉用具販売 品目
☐ (介護予防)訪問看護	月	回	☐ 住宅改修 あり・なし
☐ (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	☐ 夜間対応型訪問介護 月 日
☐ (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	☐ (介護予防)認知症対応型通所介護 月 日
☐ (介護予防)通所介護(デイサービス)	月	回	☐ (介護予防)小規模多機能型居宅介護 月 日
☐ (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	☐ (介護予防)認知症対応型共同生活介護 月 日
☐ (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日
☐ (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	☐ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 月 日
☐ (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	
☐ 市町村特別給付 []			
☐ 介護保険給付外の在宅サービス []			

施設利用	施設連絡先
☐ 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 ☐ 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) ☐ 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) ☐ 医療機関(医療保険適用療養病床) ☐ 医療機関(療養病床以外) ☐ その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

IV 調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

--

調査日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

特記事項 ⇒ 1

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可） ⇒ 1

1. ない	2. 肩関節	3. 肘関節	4. 股関節	5. 膝関節	6. 足関節	7. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

2-1 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-2 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-3 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 2

1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
--------	-----------------	----------------	---------

2-4 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 2

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

2-5 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 2

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

2-6 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 2

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

2-7 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 2

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

3-1 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 3

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

3-2 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 3

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

3-3 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 3

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
-------	---------	--------	-----------

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。⇒ 4

7. じょくそう（床ずれ）がありますか	1. ない	2. ある
4. じょくそう（床ずれ）以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	1. ない	2. ある

4-2 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. できる	2. 見守り等	3. できない
--------	---------	---------

4-3 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

4-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

4-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
-------	---------	---------	--------

5-1 清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
7. 口腔清潔（はみがき等）	1	2	3
4. 洗顔	1	2	3
7. 整髪	1	2	3
エ. つめ切り	1	2	3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

	1. 自立	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
7. 上衣の着脱	1	2	3	4
4. ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

5-3 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-4 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-6 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒5

- | | | | |
|--------|-----------------|-----------|---------|
| 1. できる | 2. 特別な場合を除いてできる | 3. 日常的に困難 | 4. できない |
|--------|-----------------|-----------|---------|

6-1 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- | |
|-----------------------|
| 1. 普通（日常生活に支障がない） |
| 2. 約1m離れた視力確認表の図が見える |
| 3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える |
| 4. ほとんど見えない |
| 5. 見えているのか判断不能 |

6-2 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- | |
|----------------------|
| 1. 普通 |
| 2. 普通の声がやっと聞き取れる |
| 3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる |
| 4. ほとんど聞えない |
| 5. 聞えているのか判断不能 |

6-3 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- | |
|----------------------|
| 1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる |
| 2. ときどき伝達できる |
| 3. ほとんど伝達できない |
| 4. できない |

6-4 介護者の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- | | | |
|---------------|-------------------|----------------|
| 1. 介護者の指示が通じる | 2. 介護者の指示がときどき通じる | 3. 介護者の指示が通じない |
|---------------|-------------------|----------------|

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒6

- | | | |
|---------------------------|--------|---------|
| ア. 毎日の日課を理解することが | 1. できる | 2. できない |
| イ. 生年月日や年齢を答えることが | 1. できる | 2. できない |
| ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すことが | 1. できる | 2. できない |
| エ. 自分の名前を答えることが | 1. できる | 2. できない |
| オ. 今の季節を理解することが | 1. できる | 2. できない |
| カ. 自分がいる場所を答えることが | 1. できる | 2. できない |

7 問題行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒7

- | | | | |
|-------------------------|-------|-----------|-------|
| ア. 物を盗られたなどと被害的になることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| イ. 作話をし周囲に言いふらすことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ウ. 実際にはないものが見えたり、聞えることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |

エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
カ. 暴言や暴行が	1. ない	2. ときどきある	3. ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ク. 大声をだすことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
コ. 目的もなく動き回ることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
サ. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ス. 1人で外に出たがり目が離せないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
セ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
チ. 不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）ことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
テ. ひどい物忘れが	1. ない	2. ときどきある	3. ある

8 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。

(複数回答可)

⇒8

処置内容	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ（人工肛門）の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター（人工呼吸器）	7. 気管切開の処置	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
特別な対応	10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	11. じょくそうの処置		
失禁への対応	12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）			

9 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

10-1 日中の生活について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒10

1. よく動いている	2. 座っていることが多い	3. 横になっていることが多い
------------	---------------	-----------------

10-2 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒10

1. 週1回以上	2. 月1回以上	3. 月1回未満
----------	----------	----------

10-3 家族・居住環境、社会参加等の状況における生活の不活発化の原因となるような変化について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒10

1. ない	2. ある
-------	-------

認定調査票（特記事項）

1 麻痺・拘縮に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()
 ()
 ()

2 移動等に関連する項目についての特記事項

2-1 寝返り, 2-2 起き上がり, 2-3 座位保持, 2-4 両足での立位保持, 2-5 歩行, 2-6 移乗, 2-7 移動

()
 ()
 ()

3 複雑な動作等に関連する項目についての特記事項

3-1 立ち上がり, 3-2 片足での立位保持, 3-3 洗身

()
 ()
 ()

4 特別な介護等に関連する項目についての特記事項

4-1 じょくそう（床ずれ）等の有無, 4-2 えん下, 4-3 食事摂取, 4-4 飲水, 4-5 排尿, 4-6 排便

()
 ()
 ()

5 身の回りの世話等に関連する項目についての特記事項

5-1 清潔, 5-2 衣服着脱, 5-3 薬の内服, 5-4 金銭の管理, 5-5 電話の利用, 5-6 日常の意思決定

()
 ()
 ()

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項

6-1 視力, 6-2 聴力, 6-3 意思の伝達, 6-4 介護者の指示への反応, 6-5 記憶・理解

()
 ()
 ()

7 問題行動に関連する項目についての特記事項

7 問題行動

()
 ()
 ()

8 特別な医療についての特記事項

8 特別な医療

()
 ()
 ()

10 廃用の程度（生活の不活発さの程度）に関連する項目についての特記事項

10-1 日中の生活, 10-2 外出頻度, 10-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化

()
 ()
 ()

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

介護保険 〔 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 〕 申請書

〇〇市（町村）長 様
次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号																	申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ															生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏 名															性 別	男	・	女			
	住 所	〒														電話番号						
	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2																				
		有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日																				
	過去 6 月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地														期間	年	月	日	～	年	月
	介護保険施設の名称等・所在地														期間	年	月	日	～	年	月	日
	医療機関等の名称等・所在地														期間	年	月	日	～	年	月	日
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地														期間	年	月	日	～	年	月	日

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） 印																
	住 所	〒														電話番号		

主 治 医	主治医の氏名															医療機関名				
	所 在 地	〒														電話番号				

第二号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名														
特定疾病名														

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するときに必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市（町村）長 様
次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号														申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏 名													性 別	男	・	女		
	住 所	〒												電話番号					
保 険	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護												要支援状態区分 1 2					
		有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日																	
者	変更申請の理由																		
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地												期間 年 月 日～ 年 月 日					
		介護保険施設の名称等・所在地												期間 年 月 日～ 年 月 日					
		医療機関等の名称等・所在地												期間 年 月 日～ 年 月 日					
		有 ・ 無												医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日	

提出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） 印																	
	住 所	〒 電話番号																	

主 治 医	主治医の氏名													医療機関名				
	所 在 地	〒												電話番号				

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名																		
特定疾病名																		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市（町村）から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

〇〇市（町村）長 様
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏 名													性 別	男	・	女		
	住 所	〒																	
		電話番号																	
	現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日																	
	新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消除を求める旨																		
	種 類 指 定 変 更 理 由																		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒		
電話番号				

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護保険受給資格証明書

介護保険受給資格証明書				
被 保 険 者	番 号			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	男・女	
	住 所			
	(転出先予定)			
	移動予定日	平成 年 月 日		
上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。 平成 年 月 日 〇 〇 市（町 村） 長 公印				
認定済 ・ 申請中		申請年月日		
要介護状態区分		認定年月日		
認定の有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで有効			
介護認定審査会の意見				
備 考	本要介護状態区分は従前の要介護認定によるものである。			

裏面に注意事項を記入

(※) 従前の要介護認定による、要介護認定、要支援認定を受けた被保険者が異動し、介護保険受給資格証明書の交付を受ける場合には「備考」の欄に従前の要介護認定を受けた者である旨記載する

主治医意見書の様式に係る通知の改正について（案）

基本的な考え方

- 新法施行に伴う要介護認定の取扱いについては、平成 17 年 8 月 5 日開催の全国介護保険担当課長会議においてお示したところであるが、この取扱いにより、新予防給付を実施する約 2 ヶ月前から新予防給付の実施までは現行の要介護認定と新たな手法による要介護認定を併用することとなる。

例：平成 18 年 4 月 1 日から新予防給付を実施する市区町村の場合

【新規、区分変更申請】

平成 18 年 3 月 31 日まで、現行の要介護認定を実施する。

【更新申請】

平成 18 年 3 月 31 日に現に受けている有効期間が満了する者から新たな要介護認定を実施する。

→ 現行の要介護認定と新たな要介護認定を併用することとなる。

- 主治医意見書の様式については、新たな要介護認定の実施に合わせ、改正を予定しているところであるが、この新たな様式は、「介護の手間に係る審査判定」について、現行の要介護認定と同様の審査が行われるよう、専門家による議論を踏まえ、作成したものであり、新予防給付の実施の前後において主治医意見書の記載及び要介護認定が円滑に実施できるよう、先行的に主治医意見書様式の改正を行ない、現行の要介護認定と新たな要介護認定を併用する期間においても同一の様式を使用することとする。

新たな主治医意見書の様式について（案）

- 新たな要介護認定の手法等については、現在要介護認定モデル事業（第二次）（以下「モデル事業（第二次）」と言う。）を実施しているところであり、主治医意見書様式及び記載の手引きについても、その結果等を踏まえ最終的な確定を予定しているところである。

- この手法については、モデル事業（第二次）において現在まで大きな混乱なく概ね円滑に実施されており、主治医意見書様式の構成や介護認定審査会における有効性について、複数の市区町村に状況を確認したところ、概ね良好な評価を得たところである。
- このため、新たな要介護認定の実施にあたり、主治医意見書様式については、モデル事業（第二次）にて用いた様式から大幅な変更は要しない、と判断し、別紙２の通りとする予定である。（「４．生活機能とサービスに関する意見」の（３）のみ一部修正）
- なお、主治医意見書記載の手引きについては、文言等の詳細についてモデル事業（第二次）の実施状況を踏まえる必要があることから、若干の修正があり得る。

新たな主治医意見書様式の使用開始時期について（案）

- 新たな要介護認定の手法については、最も早い場合、平成 18 年 3 月 31 日に現に受けている要介護認定が満了する者が満了日の 60 日前に申請した場合から行われることから、平成 18 年 1 月 30 日申請以降の要介護認定（新規、更新、区分変更すべて）について、新たな主治医意見書様式を使用することとする。

通知等の改正の予定について（案）

- 主治医意見書様式及び記載の手引きについては厚生労働省老健局長通知（「要介護認定等の実施について」老発第 0324002 号、平成 15 年 3 月 24 日厚生労働省老健局長通知）、及び厚生労働省老健局老人保健課長通知（「要介護認定における『認定調査票記入の手引き』、『主治医意見書記入の手引き』及び『特定疾病に係る診断基準』について」老老発 0324001 号、平成 15 年 3 月 24 日厚生労働省老健局老人保健課長通知）にて規定しているところであるが、平成 18 年 1 月を目途に通知の改正を予定している。
- なお、この改正は主治医意見書様式の見直しに係る部分についてのみ予定しており、特定疾病の見直しなど、その他の部分については、政省令等の改正にあわせ、再度通知の改正を行う予定である。

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名			
医療機関名		電話 ()	
医療機関所在地		FAX ()	
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・ 障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・ 認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・ 短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・ 日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・ 自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有 (症状名:)	専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位:)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊
□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり () ・移動 □特になし □あり ()

・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()

・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

参考 1、モデル事業（第二次）との対照

(囲み部分を追加)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。 医師氏名 _____ 医療機関名 _____ 電話 () _____ 医療機関所在地 _____ FAX () _____			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については 1. に記入) 及び発症年月日			
1. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3. _____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明			
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの] 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理	☐ 中心静脈栄養	☐ 透析	☐ ストーマの処置	☐ 酸素療法
	☐ レスピレーター	☐ 気管切開の処置	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置				
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
☐ 無 ☐ 有 { ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()	
(4) その他の精神・神経症状	
☐ 無 ☐ 有 [症状名: _____]	専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位:)

□麻痺

□右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ()

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()

→ 対処方針 ()

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり () ・移動 □特になし □あり ()

・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()

・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

参考 2、現行の主治医意見書様式

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女	〒 連絡先 ()
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。			
医師氏名 医療機関名 医療機関所在地 電話 () FAX ()			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合) → ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日					
1.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年	月	日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明					
(3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し ☐ 改善 ☐ 不変 ☐ 悪化					
(4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に変化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)					

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法
	☐ レスプレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について			
・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)	☐ 自立	☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2	
・痴呆性老人の日常生活自立度	☐ 自立	☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
(2) 理解および記憶			
・短期記憶	☐ 問題なし	☐ 問題あり	
・日常の意思決定を行うための認知能力	☐ 自立	☐ いくらか困難	☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない
・自分の意思の伝達能力	☐ 伝えられる	☐ いくらか困難	☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない
・食事	☐ 自立ないし何とか自分で食べられる	☐ 全面介助	

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

☐有 ☐無

(有の場合) → ☐幻視・幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗 ☐徘徊
☐火の不始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐性的問題行動 ☐その他 ()

(4) 精神・神経症状の有無

☐有 (症状名) ☐無

(有の場合) → 専門医受診の有無 ☐有 () ☐無

(5) 身体の状態

利き腕 (☐右 ☐左) 体重 = kg 身長 = cm

☐四肢欠損 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐麻痺 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐筋力の低下 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐褥瘡 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

☐その他皮膚疾患 (部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)

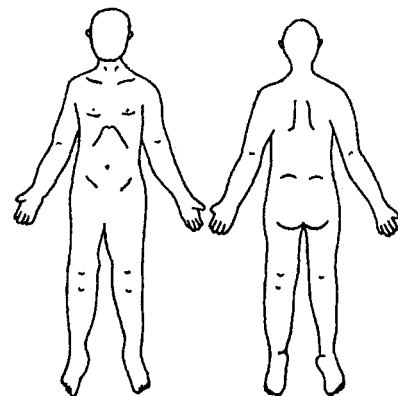
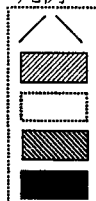
☐関節の拘縮 ・肩関節 ☐右 ☐左 ・股関節 ☐右 ☐左

・肘関節 ☐右 ☐左 ・膝関節 ☐右 ☐左

☐失調・不随意運動・上肢 ☐右 ☐左 ・体幹 ☐右 ☐左

・下肢 ☐右 ☐左

凡例



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

☐尿失禁 ☐転倒・骨折 ☐徘徊 ☐褥瘡 ☐嚥下性肺炎 ☐腸閉塞 ☐易感染性
☐心肺機能の低下 ☐痛み ☐脱水 ☐その他 ()
→ 対処方針 ()

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)

☐訪問診療 ☐短期入所療養介護 ☐訪問栄養食事指導
☐訪問看護 ☐訪問歯科診療 ☐その他 ()
☐訪問リハビリテーション ☐訪問歯科衛生指導
☐通所リハビリテーション ☐訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項

・血圧について ☐特になし ☐あり ()
・嚥下について ☐特になし ☐あり ()
・摂食について ☐特になし ☐あり ()
・移動について ☐特になし ☐あり ()
・その他 ()

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

☐有 () ☐無 ☐不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

要介護認定調査における経過措置等の取扱いについて

1. 要介護認定調査における経過措置について

- 今般の介護保険法の改正により、新規の要介護認定申請に係る認定調査については、原則として、市町村において行うこととし、例外として、市町村は改正後の法第24条の2第1項に規定する指定市町村事務受託法人に委託できることとなる。
- しかしながら、指定市町村事務受託法人が設立されない都道府県もあることが考えられることから、市町村が認定調査を円滑に行うことができることとするよう、2年間、指定居宅介護支援事業者等が認定調査を実施できることとする経過措置を置くこととする。

2. 公立の介護保険施設等による要介護認定調査について

- 公立の介護保険施設等が要介護認定調査を行うに当たっては、以下のとおりの取扱いとする。
 - (1) 公設公営の介護保険施設等が要介護認定調査を行った場合、当該調査を行ったのは市町村の職員であるので、市町村が要介護認定調査を行ったこととなる。
 - (2) 公設民営の介護保険施設等が要介護認定調査を行った場合、当該調査を行ったのは市町村の職員ではないため、市町村が要介護認定調査を行ったこととはならない。

要介護認定等の申請代行ができる者の範囲の 見直しについて（案）

背景

- 現行の介護保険法においては、法第２７条第１項に基づき、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設は要介護認定の申請に関する手続の代行（申請代行）ができることとされているが、本人等の意思を未確認のまま申請代行するケースや本人等に対し介護保険制度の十分な説明のないまま申請代行するケース等、必ずしも適当でない事例が指摘されているところである。
- このため、先般成立した、改正後の介護保険法（以下「改正法」と言う。）第２７条においては、申請代行することが可能な者について、指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設のうち、厚生労働省令で定めるものとし、また、新たに地域包括支援センターを追加したところである。
- 具体的な厚生労働省令に定める規定については、現在検討しているところであるが、その内容の基本的な考え方については、以下のとおりとする予定である。

省令において定める事項の基本的な考え方について

- 指定居宅介護支援事業者に係る申請代行の厳正な実施については、既に「指定居宅介護支援事業者等による適切な申請代行について」（平成１１年１１月事務連絡 各都道府県介護保険主管課室宛厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室）において示しているところである。
- また、同通知において定められている考え方については、各指定基準（※）においても、
 - ・ 申請についての協力は、利用申込者の意思を踏まえ行われるものであること

・ 要介護認定等を受けていない利用申込者に対しては、要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合には、当該利用申込者の意思を踏まえ申請についての援助を行うこととして明示されているところである。

- このため、改正法に基づき厚生労働省令において定める規定については、こうした現行の指定基準の規定をより徹底する観点から、利用者の意思を十分確認しないまま強引に申請代行を行うこと等により、当該規定に著しく違反する指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設について、法第27条第1項に基づく申請代行を行うことができないものとして整理することを予定している。

(※)

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第8条

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第6条

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第7条

指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第8条

要介護認定申請に係る調査を委託することができる者の 範囲の見直しについて（案）

背景

- 現行の介護保険法においては、法第２７条第２項に規定する要介護認定の申請に関する調査（認定調査）については、市町村の事務負担の軽減の観点から、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設に委託することができることとされているが、認定調査を行う事業者・施設と当該認定調査を受けた利用者に対するサービス提供事業者・施設が同様の場合等において公正性・中立性の観点から必ずしも適当でない事例が指摘されているところである。
- このため、改正後の介護保険法（以下「改正法」と言う。）第２８条第５項（第２９条第２項において読み替えて準用する場合を含む。）においては、要介護認定の更新及び要介護状態区分の変更の申請に係る認定調査については、「指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設その他の厚生労働省令で定める事業者若しくは施設又は介護支援専門員であって厚生労働省令で定めるもの」に対して委託を行うことができることとしたところである。
- 具体的な厚生労働省令に定める規定については、現在検討しているところであるが、その内容の基本的な考え方については、以下のことを予定しているところである。

省令において定める事項の基本的な考え方について

- 更新申請等に係る認定調査において、過度のサービスの掘り起こしを行うなど悪質なケースを排除するため、指定居宅介護支援事業者に係る要介護認定の認定調査の際の営業活動の禁止については、既に「指定居宅介護支援事業者等の事業の公正中立な実施について」（平成１１年９月事務連絡各都道府県介護保険主管課室宛厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室）において示しているところである。

- また同通知において定められている考え方については、各指定基準（※）においても、
- ・ 居宅サービス計画の作成又は変更に際し、特定の居宅サービス事業者等を居宅サービス計画に位置付けてはならないこと
 - ・ 施設入所者の紹介を目的として居宅介護支援事業者又は当該施設の従業者に対する利益供与を行ってはならないこと
- として明示されているところである。
- このため、改正法に基づき厚生労働省令において定める規定については、こうした現行の指定基準の規定をより徹底する観点から、例えば、居宅サービス計画作成の予約を行うこと、居宅サービス利用の予約を行うこと又は特定の指定居宅介護支援事業者その他の事業者の広告を行うこと等を行い当該規定に著しく違反した指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設について、法第２７条第２項に基づく要介護認定に係る認定調査を行うことができないものとして整理することを予定している。

（※）

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第２５条

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第３２条

介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準第３３条

指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準第３１条

「がん末期」を特定疾病に追加することについて（案）

I. 介護保険の特定疾病について

○40歳以上65歳未満の方々に介護保険制度の対象となるのは、

- ①介護等を要する期間が省令において定める期間（現行6ヶ月間）以上継続することが見込まれ、
- ②要介護状態等の原因が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病として政令に定める疾病（特定疾病）に該当する方々とされているところである。

○このうち、特定疾病については、制度発足時に、特定疾病の選定基準や範囲の規定方法、これらを踏まえた具体的な疾病等が医学的観点から検討され、現在、以下の15疾病が政令において定められているところである。

※現行の特定疾病

- ①筋萎縮性側索硬化症
- ②後縦靱帯骨化症
- ③骨折を伴う骨粗鬆症
- ④シャイ・ドレーガー症候群
- ⑤初老期における認知症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦脊柱管狭窄症
- ⑧早老症
- ⑨糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- ⑩脳血管疾患
- ⑪パーキンソン病
- ⑫閉塞性動脈硬化症
- ⑬慢性関節リウマチ
- ⑭慢性閉塞性肺疾患
- ⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

II. 「がん末期」の取扱いに関する法案審議等の概要

○一方、特定疾病における「がん末期」の取扱いについて、社会保障審議会介護保険部会報告書や先の通常国会において、以下のような議論等がなされている。

◇『被保険者・受給者の範囲』の拡大に関する意見

社会保障審議会介護保険部会（平成 16 年 12 月 10 日）

2. 本部会での検討結果

（2）被保険者・受給者の対象年齢を引き下げるとした場合に制度設計上検討すべき事項について

（施行方法・時期に関する論点）

- ・ また、制度の普遍化の具体化には時間を要するとしても、「制度の谷間」の問題については早急に対応を検討すべきであり、特に40歳以上の末期がんで介護を必要とする者については介護保険による給付を受けられるようにすべきであるという意見があった。

◇介護保険法一部改正法の法案審議における主な議論

（末期がん患者を介護保険の対象とする基本的考え方について）

- がんは我が国の死因の第一位となっており、多くのがん患者の方々が病院で最期を迎えている状況にあるが、こうした方々は適切な在宅医療と介護サービスがあれば、住み慣れた自宅で最期を迎えることが可能であり、現にそのような希望をお持ちの方々も少なくない状況である。
- 一方で、介護保険制度施行後、在宅で最期を迎えるために必要な環境や体制が整いつつあるところであり、こうしたことについても考慮しつつ、ターミナルケアの充実という観点からも現行の介護保険制度の枠組みの中で可能な対応方策について、検討するものとしたところである。
- このため、40歳以上の末期がんを介護保険の対象に加えるに際しての課題等について、専門家からの御意見も十分にうかがってまいりたい。

（末期がんが特定疾病に定められていない理由について）

- 40歳以上 65歳未満の方々に現行の介護保険制度の対象となるのは、
 - ①介護等を要する期間が省令において定める期間（現行6ヶ月間）以上継続することが見込まれ、
 - ②要介護状態等の原因が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病として政令に定める疾病（特定疾病）に該当する方々とされているところ。
- がんについては、一般に6ヶ月以上介護等を要する期間が継続することが想定されないため、これまで特定疾病として定めていなかったものである。

(対象となる「がん」の種類について)

○具体的にどのがんが特定疾病となるのかについては、個々のがんについて、必要な科学的知見を集積した上で、これらを特定疾病の要件に照らした場合の該当性を見ることが必要であり、今後、個別のがんの発生状況等を把握した上で、専門家の意見も聴きつつ対応してまいりたい。

◇衆議院・参議院厚生労働委員会における確認質問に対する答弁

問 特定疾病に末期がんを追加するに当たっては、小児がん以外は全て、対象に入れるべきではないか。

答 専門家の御意見も踏まえつつ、御指摘の方向で検討してまいりたい。

Ⅲ. 特定疾病における「がん末期」の取扱い等について

○国会等における議論を踏まえ、特定疾病に「がん末期」を追加することについて、がんやターミナルケアの専門家により構成される「特定疾病におけるがん末期の取扱いに関する研究班」(班長：垣添忠生 国立がんセンター総長)において、主に以下の論点について検討を行っていただいたところ。

① 論点 1

全ての「がん」を1つの疾患として捉えることが可能か、また、その場合に「がん」は加齢に伴う疾患と言えるのか。

② 論点 2

特定疾病において「末期」を定義することが可能か。

○今般、当該研究班において、これらの論点に係る報告が以下のとおりまとめられたところであり、今後、当該報告を踏まえ、平成 18 年 4 月から施行することを念頭に、政省令改正等の所要の手続きを行うこととしている。

(論点 1 について)

全ての「がん」を1つの疾患として捉えることは可能。また、その場合に、「がん」は加齢に伴う疾患と考えられる。

○小児がん、乳がん、卵巣がん等をも含む全ての「がん」については、以下の定義により、医学的に包括的な疾患概念として説明可能である。

- ①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律的増殖性）
- ②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）
- ③転移すること（転移性）
- ④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

○また、こういった包括的な疾患概念として「がん」を捉えた場合、罹患の状況や医学的な発症機序から「加齢に伴う疾患」と考えられる。

(論点 2 について)

「末期」であるかどうかの判断は、臨床経過における医師の総合的な判断によることが適当である。

○「末期」の定義については、「治癒を目指した治療に反応せず、進行性かつ治癒困難又は治癒不能と考えられる状態と医師が総合的に判断した場合」とすることが適当である。

○なお、「末期」という言葉自体を忌避している患者やその家族、医療提供者等が少なくない現状においては、要介護認定の申請や審査判定、あるいは主治医意見書への記載といった運用面では必ずしも「末期」という記載を必須としないなど、柔軟な対応が行われるよう、留意すべきである。

特定疾病におけるがんの末期の取扱いに関する考え方について

特定疾病におけるがん末期の取扱いに関する研究班中間報告（抄）

1. はじめに

- 介護保険制度（以下「本制度」という。）においては、40歳以上65歳未満の方々については、加齢に伴う心身の変化に起因する、「特定疾病」により介護が必要となった場合に受給の対象となるが、ターミナルケアの充実の観点から、特に40歳以上のがんの末期にあるの方々については、「がんの末期」を新たに特定疾病に追加するなど、本制度を利用できるようにすべきであるとされたところである。
- これを受けて、平成17年8月にがんやターミナルケアの専門家により「特定疾病におけるがん末期の取扱いに関する研究班（以下「本研究班」という。）」が組織され、「がんの末期」を特定疾病に追加する際の課題等について、3回の議論を行い、中間報告として取りまとめた。

2. 「がんの末期」と特定疾病との関係及び本研究班における検討の手順

- 特定疾病の選定にあたっては、医学的にみて加齢との関係があると考えられる疾患であって、
 - 1) 6月間以上継続して要介護状態等となる割合が高いと考えられる疾病であること
 - 2) 罹患率や有病率等について加齢との関係が認められ、その医学的概念を明確に定義できるもののいずれの要件も満たすものについて、専門家による検討等を踏まえ、現在、15疾病が定められている。
- 「がん」全体については、介護等を要する期間が6月間以上継続するものではないとされたため、現在の特定疾病に含まれていないが、特に「がんの末期」に限定して考えれば、死亡という転帰をたどる結果として介護等を要する期間が継続しないものであり、死亡までの間は一貫して不可逆的な要介護状態の悪化を来すものであることから、6月間以上介護等を要することを要件として選定された他の特定疾病と同様の取扱いとすることは可能であると考えられる。
- このため、本研究班では特に後者の要件について検討し、更に特定疾病に位置付けることを想定した「がんの末期」に関する診断基準について、以下のとおり整理を行った。

3. 「がん」の特定疾病としての該当性について

3-1. 「がん」の包括的な疾病概念としての整理について

- 同一の疾病概念を共有する疾病群としての「がん」の定義としては、以下の特徴のいずれも満たすものが適当であると考えられる。
 - ①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律的増殖性）
 - ②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）
 - ③転移すること（転移性）
 - ④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）
- 白血病のような非固形の悪性新生物についても上記の定義を満たすものと考えられる。

3-2. 「がん」を加齢に伴う疾病として取扱うことについて

- 「がん」を明確な同一の疾病概念を共有する疾病群として捉えた場合、罹患率及び死亡率は加齢との関係が認められ、疫学的見地から「がん」と加齢との関係を示唆する文献も認められる。また、がんの発生病序を分子生物学的に考察した場合でも加齢とともにがんが発生し、進展する危険性は高まると言える。
- こうした点を踏まえると、「がん」は心身の病的加齢現象との医学的関係が強いと考えられる疾病であって、罹患の状況等からも加齢に伴う疾病であると考えて矛盾はない。
- なお、乳がん、子宮がんといった、生殖に直結した臓器のがんについては、罹患率は必ずしも年齢とともに高くなる傾向があるとは言えないものもあるが、これらのがんの発生病序はその他のがんと同様であり、これらの臓器の機能的な寿命が個体の寿命より短いことを考えると、これら臓器に発生するがんを臓器としての加齢に伴う組織学的変化によるものと捉えることができ、病的加齢現象と医学的関係があるものと考えられる。

4. 特定疾病における「がんの末期」について

4-1. 「末期」の定義について

- 今回の特定疾病における「がんの末期」の検討の背景となる基本的な考え方は、
 - ① がんの末期にある方々が住み慣れた自宅で最期を迎えるに当たって、本制度によるサービスを利用でき、
 - ② そういった方々が要支援状態又は要介護状態となった際に速やかに要介護認定を受けられるよう、「がん」や「末期」についての定義や診断基準を設けるというものである。

- 「がんの末期」の方々の終末期ケアの実態等を踏まえると、特定疾病における「がんの末期」の定義は、「治癒を目指した治療に反応せず、進行性かつ治癒困難又は治癒不能と考えられる状態」と定義することが適当であると考えられる。

4-2. 「がんの末期」の診断基準について

- 「がんの末期」の診断基準について、「治療に反応しない」、「進行性」といった点について何らかの客観的な要件を設ける必要性についても検討がなされたが、がんの種類や、その臨床経過によっても大きく異なることから、具体的な検査手技等は示さず、臨床経過の中で主治医が総合的に判断することと整理した方がより臨床現場に則した基準であると考えられる。
- また、抗がん剤等の治療を受けている者の取扱いや、「治癒困難」と判断する際の目安について、診断基準や診断基準を補足するガイドライン等において示す必要があると考えられる。

5. まとめ

- 以上のような議論を踏まえ、介護保険における特定疾病としての「がんの末期」の定義及び診断基準については以下のとおりとすることが適当である。

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性）

本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。

②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）

上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。

③転移すること（転移性）

さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。

① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの

② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。

注）ここでいう治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。

なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。

難病（特定疾患）の疾病区分の変更等に伴う 特定疾患の変更について（案）

I. 難病（特定疾患）の見直し等について

1. 難病（特定疾患）の見直しについて

- 介護保険における特定疾患については、特定疾患治療研究事業における傷病区分を踏まえ規定しているところであるが、平成 15 年 10 月に、特定疾患治療研究事業の対象疾患の区分について以下のとおりの見直しが行われたところである。（別添参照）

- ① 「シャイ・ドレーガー症候群」に、これまで脊髄小脳変性症の一病型に分類されていた「オリーブ橋小脳萎縮症」、これまでその臨床症状から「パーキンソン病」として取り扱われていた「線条体黒質変性症」を加え、これら 3 疾患を包含して「多系統萎縮症」とされた。

② 「パーキンソン病」として総称されてきた、「パーキンソン病」、「進行性核上性麻痺」、「大脳皮質基底核変性症」という、3つの疾患群に係る包括的な疾患概念の呼称が「パーキンソン病関連疾患」とされた。

2. 「関節リウマチ」の呼称変更について

- 「慢性関節リウマチ」の疾患名については、1957年の国際リウマチ学会総会で「rheumatoid arthritis」（RA）を自国語に翻訳して使用すると
の決議を踏まえ、日本ではその和訳が「慢性関節リウマチ」とされてきたところであるが、

① 病態解明の進展と共に治療体系が変化し、早期発見・早期治療が重要とされる今日において「慢性関節リウマチ」という用語は適当ではないこと、

② RAはすべてが「慢性」の経過をたどるとは言えないこと

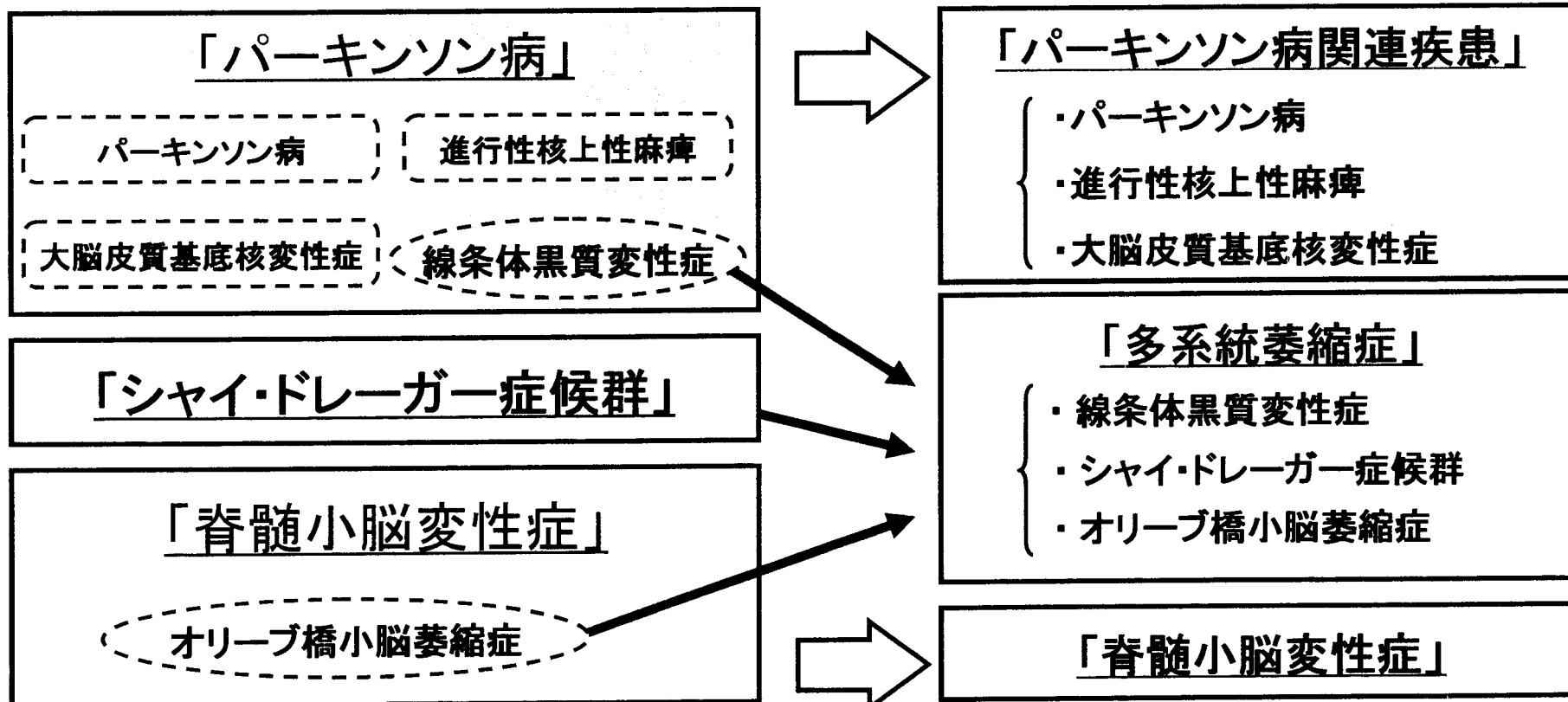
などの理由から、2002年5月の日本リウマチ学会において、「慢性関節リウマチ」の呼称が「関節リウマチ」との呼称に変更されたところである。

Ⅱ. 特定疾病における取扱いについて

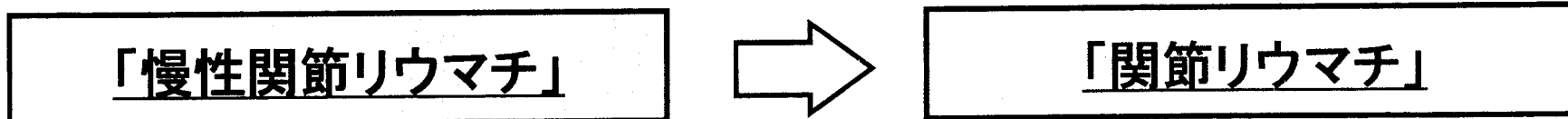
- こうした難病の見直しによる「多系統萎縮症」、「パーキンソン病関連疾患」といった、新たな疾患区分について、特定疾病の要件に照らし合わせた場合の該当性についての検討を行うため、必要な医学的知見を収集していたところであるが、今般、難治性疾患克服研究事業(特定疾患調査研究分野)「特定疾患の疫学に関する研究班による報告」や、日本神経学会をはじめとする神経内科学の専門家によるヒアリングを踏まえ、特定疾患の区分の変更に伴った特定疾病の見直しを行うこととする。
- また、現行の「慢性関節リウマチ」については、日本リウマチ学会における呼称の変更等を踏まえ、このたびの政令改正に併せ、名称の変更を行うこととする。
- なお、上記の特定疾病の見直しについては、既に特定疾病の対象とされている疾病の区分又は名称の見直しに止まるものであり、本改正に伴い、特定疾病の対象範囲が拡大するものではない。

現行の特定疾病のうち、傷病の医学的分類の変更や、 名称の変更が行われた疾病の取扱いについて

(1) 傷病の医学的分類に変更がなされたもの



(2) 名称の変更がなされたもの



5-6 三位一体改革に伴う施設等給付費に係る費用負担割合の見直し

- ◎ 去る11月30日に決定された今次の三位一体改革において、都道府県交付金を廃止し、これと一体の措置として介護保険制度における施設等給付費に係る国と都道府県の費用負担割合を見直すこととなった。
- ◎ 本件については、これらの施設整備に関する都道府県の権限・財源を明確化することを踏まえた措置であり、平成18年4月を施行日とする介護保険法の改正が必要となるものであるが、その内容は次のとおり。

1. 対象となる施設等給付費

- 都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設に係る給付費

2. 費用負担割合の見直し

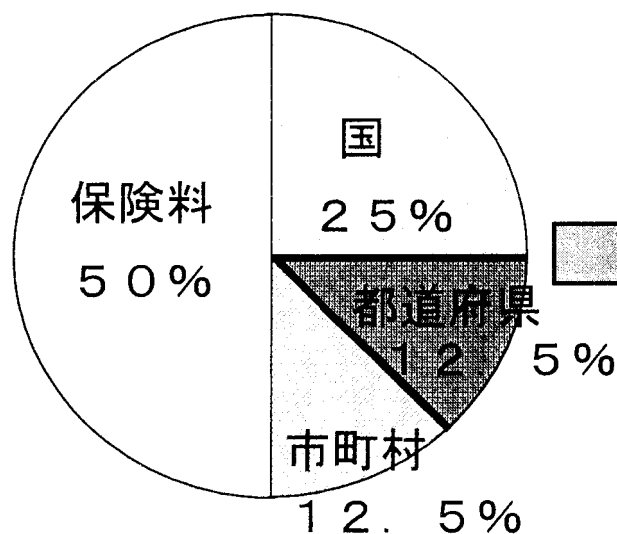
- 施設等給付費について、以下の費用負担割合とする。

<現行>		<見直し後>
・国	25% →	20% (▲5%)
・都道府県	12.5% →	17.5% (+5%)
・市町村	12.5%	現行通り
・保険料	50%	

介護保険の費用負担割合の見直しについて

<現 行>

(給付費：6兆円)



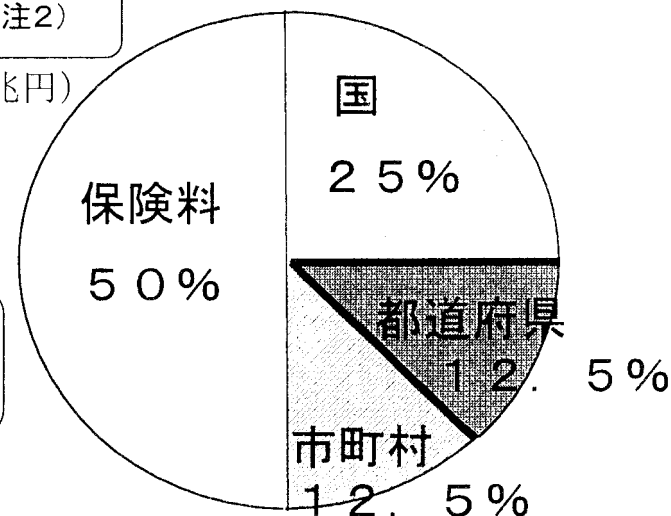
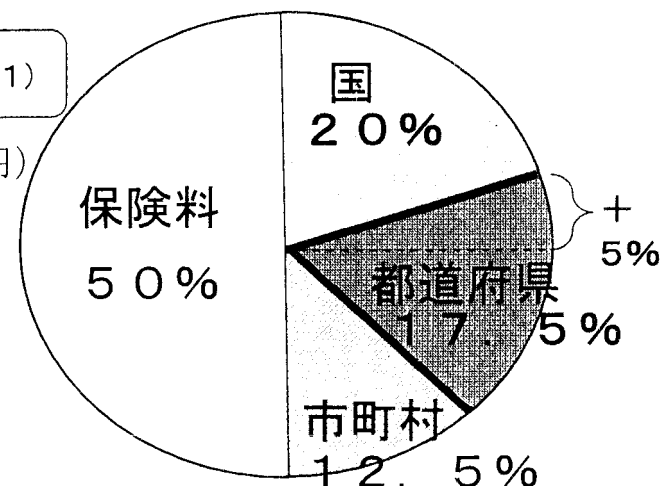
施設等給付費(注1)

(3兆円)

居宅給付費(注2)

(3兆円)

<見直し後>



- (注1) 施設等給付費とは、都道府県知事が指定権限を有する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設に係る給付費。
 (注2) 居宅給付費とは、施設等給付費以外の給付費。

※給付費の額は、介護給付費実態調査（平成17年8月審査分）等に基づく推計額。

5-7 住所地特例の見直しへの対応について

住所地特例の見直しの概要については、平成17年2月18日の全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議資料でお示したところ。

今般の資料は、住所地特例の見直しに伴って、平成18年4月までに必要となる資格管理事務及び特別徴収事務の具体的な内容についてお示しするものである。

なお、本事務は養護老人ホームが当該市町村にあるか否かにかかわらず、全ての市町村において必要な事務であるので留意されたい。

1 対応の概要

(1) 今回の見直しにより、住所地特例対象施設は以下のとおりとなる（法第13条）

- ・介護保険施設（注：定義規定の変更により、入所定員29人以下のものは含まなくなる。）
- ・介護専用型特定施設のうち、その入居定員が30人以上であるもの
- ・養護老人ホーム

(2) 施行に当たって必要となる事務は、上記のうち養護老人ホームに入所している者についての資格管理事務、保険料の設定事務及び特別徴収事務。

① 資格管理事務

措置入所者を入所措置市町村の被保険者とする。

② 保険料の設定事務

措置入所者から徴収する保険料の額を設定する。

③ 特別徴収事務

措置入所者が特別徴収の対象となるよう措置入所者の各種情報を年金保険者に報告する。

改正法附則第6条では、施行（平成18年4月1日）の際、現に措置を受けて養護老人ホームに入所している者は、施行日以後引き続き当該養護老人ホームに入所している間は、当該措置をとった市町村が行う介護保険の被保険者とする規定している。

※ 上記(1)のうち介護保険施設と介護専用型特定施設については、施行日以後に当該住所地特例対象施設の所在する場所に住所を変更したと認められる者を対象としており、施行日以後に入所・退所等があった者について、その都度資格管理事務と特別徴収事務を行うこととなる。

2 養護老人ホーム入所者に関する対応

(1) 対象者の把握

入所措置市町村（新保険者）は、措置を行っている部局（福祉部局等）から措置入所者の氏名、入所先等に関する情報を入手する。

① 新保険者と旧保険者間の照会・確認

新保険者は、措置入所対象者に関して、旧保険者（注1）に対し資格管理事務、保険料の設定事務及び特別徴収事務に必要な事項の照会・確認を行う。

ア 資格管理事務に必要な事項

- (i) 対象者の氏名、性別、生年月日及び住所
- (ii) 入所中の養護老人ホームの名称及び所在地 等

イ 保険料の設定事務に必要な事項

- (i) 世帯状況、税情報など保険料の設定に必要な情報

ウ 特別徴収事務に必要な事項

- (i) これまでの保険料の徴収方法（特別徴収又は普通徴収）
- (ii) 別紙様式1の項目

（注1）旧保険者に関する留意事項

通常、養護老人ホーム入所者は養護老人ホーム所在地に住民票を移しているため、基本的には施設所在地市町村が旧保険者となる。

ただし、例えばA市町村（新保険者）が措置を行い、B市町村にある養護老人ホームに入所したが、当該養護老人ホームに住所を移さず、C市町村に住所がある場合等、施設所在地市町村と旧保険者が一致しない場合もあるが、こうした場合、旧保険者はC市町村になるので、照会先はC市町村となる。

この場合において、新保険者は、必要であれば養護老人ホームに問い合わせを行うなどして旧保険者を把握する必要がある。

② 照会・確認の実施時期

この照会・確認については、特別徴収事務の関係から2月10日までに地共済への通知に間に合うよう行う必要がある。

ただし、上記①イについては、保険料を設定する際に必要となるので、各保険料の賦課に間に合うよう把握することとなる。

なお、照会・確認の後に措置入所者に追加・異動等があったときは、

順次情報を更新し、対応することとする。

(2) 資格管理事務について

① 新保険者の事務

ア 保険者変更の通知等

新保険者から、被保険者に対して、法改正により保険者が変更することについての通知（保険料の額及び徴収方法の変更などの注意事項を含む。）及び被保険者証の発行を行う。

イ 要介護認定者の場合の留意事項

要介護認定を受けている被保険者にあつては法第36条の規定による簡易の要介護認定及び要支援認定を行うことができるので、当該通知の中で、簡易の認定を行うか否かの確認を行うなどし、適宜対応（受給資格証明書の発行等）を行う。

② 旧保険者の事務

旧保険者から、被保険者に対して被保険者証の回収を行う。

(3) 特別徴収事務について

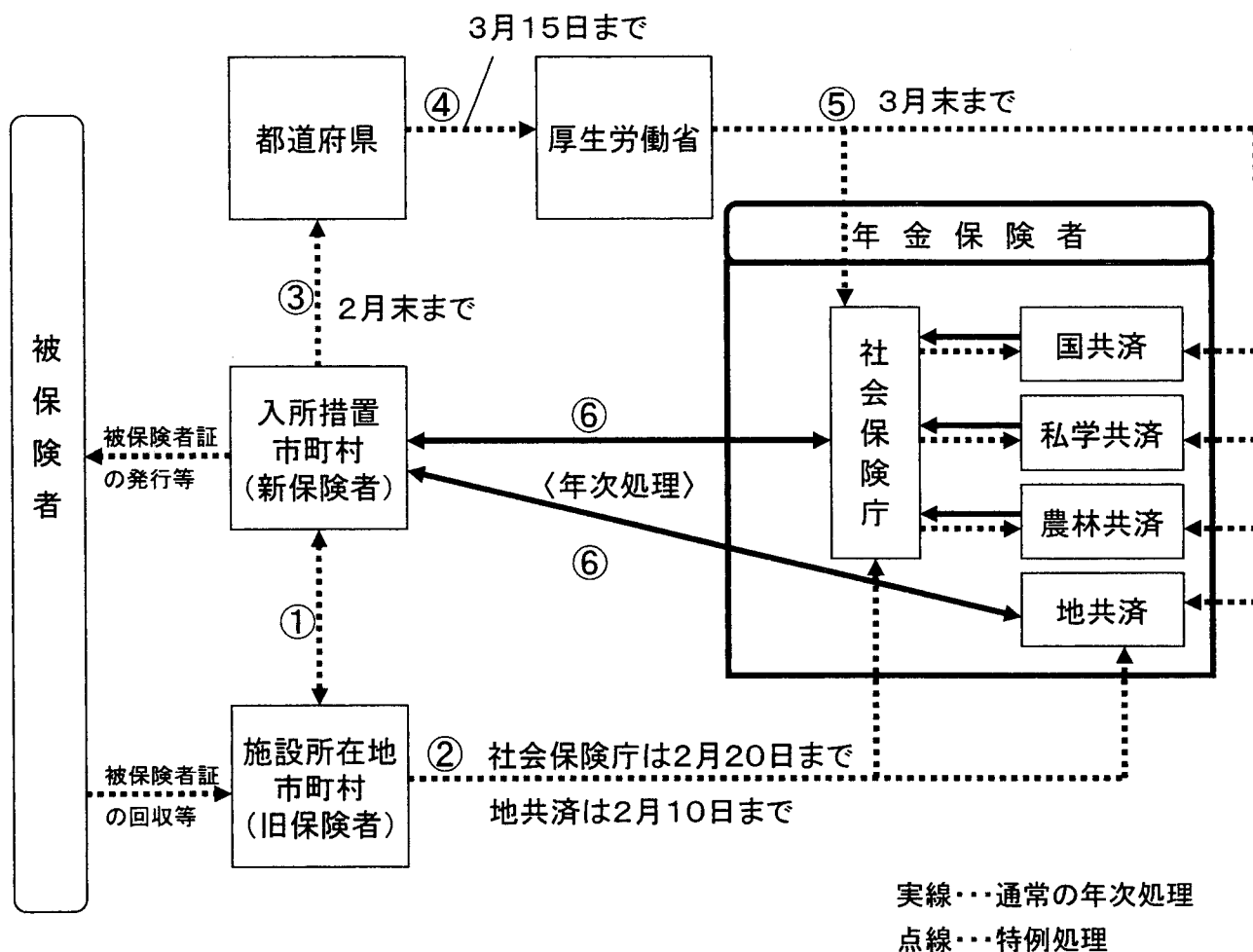
【趣 旨】

住所地特例の見直しに伴い、養護老人ホームに入所中の者で、施行日前に特別徴収の方法により保険料を徴収していた者について、施行日以後も特別徴収の方法による対応が円滑に行われるよう以下の事務処理を行うものとする（注2）。

（注2）上記処理を行わない場合、年金保険者は対象者が住所地特例対象者であることを把握する契機がないため、住所地の市町村を保険者とみなし、特別徴収年次処理において、保険者ではない住所地市町村に特別徴収対象者情報を毎年通知することとなり、特別徴収が行われないことになる。

なお、当該対象者に係る特別徴収については、平成18年10月の本徴収にあわせて実施する。（4月から9月までは特別徴収とはならない。）

【事務処理の流れ】



【事務処理内容】

- ① 入所措置市町村(新保険者)は、措置入所者の状況を旧保険者に照会し確認する。
(照会・確認項目は2(1)①ウを参照)

対象者の確認に際しては、新旧保険者間において連携を綿密にとりながら、適宜事務処理を進めること。

- ② 施設所在地市町村(旧保険者)は、措置入所者にかかる介護特別徴収各種異動通知を作成し、地共済には2月10日まで、社会保険庁には2月20日までに通知する。
(年金保険者は、本通知により平成18年4月以降分の特別徴収を停止する。)

上記②の介護特別徴収各種異動通知については、通知内容コード41(資格喪失等の通知)、各種区分コード03(特別事情)として設定すること。

- ③ 入所措置市町村(新保険者)は上記①で確認した措置入所者のうち、現に特別徴収により保険料を徴収されている者について、別紙「住所地特例対象者(養護老人ホーム)一覧表の作成について」に基づきデータを作成し、2月末迄に入所措置市町村が属する都道府県あて報告する。

なお、対象者がいない場合についてもその旨の報告が必要。

- ④ 都道府県は上記③の報告をとりまとめ、3月15日までに厚生労働省へ報告する。
- ⑤ 厚生労働省は上記④の報告をとりまとめ、3月末までに各年金保険者に報告する。
- ⑥ 年金保険者は上記⑤の情報を受けて年次処理により入所措置市町村(新保険者)に「平成18年度特別徴収対象者情報」を通知する。

※ 以上の特別徴収事務については、別途通知により示す予定。

住所地特例対象者(養護老人ホーム)一覧表の作成について

住所地特例の見直しに伴い、養護老人ホームに入所中の者で、施行日前に特別徴収の方法により保険料を徴収していた者について、施行日以後も特別徴収の方法による対応が円滑に行われるよう、当該者を年金保険者が把握する必要があるので、下記1「記載方法について」に基づき様式を作成のうえ、とりまとめ先に提出すること。

なお、とりまとめ先への提出に際しては、下記2「一覧表の提出等について」を参考のうえ、取り扱いに留意すること。

記

1 記載方法について

【様式1】

住所地特例対象者(養護老人ホーム)一覧表(記載例)

(〇〇〇市)

特別徴収 義務者コード (3桁)	基礎年金番号 (10桁)	年金コード (4桁)	氏名(カナ) (25桁)	生年月日 (西暦・8桁)	性別 (1桁) 男:1 女:2	市町村コード (新保険者) (5桁)	市町村コード (旧保険者) (5桁)
999	1234567890	1150	ヤマダ タロウ	19350101	1	12345	54321

(記載にかかる留意点)

- ・Excel表で作成すること。
- ・すべて半角文字とする。
- ・氏名(カナ)は、名字と名前の間に半角スペースを入れること。
- ・対象者の記載順については特に定めていない。

(参考:特別徴収義務者コード)

999.....社会保険庁
501.....国家公務員共済組合連合会
594~685.....地方公務員共済組合連合会
686.....日本私立学校振興・共済事業団
687.....農林漁業団体職員共済組合

2 一覧表の提出等について

市町村については(別添様式1)と(別添様式2)を作成し、都道府県へ提出する。また、都道府県については(別添様式3)を作成し、市町村から提出された一覧表(別添様式1)を取りまとめて、両方を厚生労働省へ提出すること。

なお提出にあたっては、FD等の媒体を使用し、とりまとめ先に郵送(書留)または手渡しにより行うものとし、細心の注意を払うこと。

※メールでの受け渡しは行わないこと。

〈対象者がいない場合〉

報告書(市町村は(様式第2号)、都道府県は(様式第3号))に対象者件数0件と明記し、報告すること。

なお、この場合の報告についてはメールによる報告も可とする。

【別添様式1】

住所地利例対象者(養護老人ホーム)一覧表

(市町村名または都道府県名)

[illegible]

【別添様式2】

平成18年 月 日

〇〇〇県介護保険主管部（局） 御中

市・区
〇〇〇〇〇 町・村

住所地特例対象者（養護老人ホーム）報告書

標記について下記のとおり報告致します。

記

・対象者数 〇〇件

※ 対象者情報については、「住所地特例対象者（養護老人ホーム）一覧表」に収録。

【別添様式3】

平成18年 月 日

厚生労働省老健局介護保険課 御中

都・道
〇〇〇〇〇 府・県

住所地特例対象者（養護老人ホーム）報告書

標記について下記のとおり報告致します。

記

・対象者数 〇〇件

※ 対象者情報については、「住所地特例対象者（養護老人ホーム）一覧表」に収録。

5-8 税制改正に係る保険料及び利用料の激変緩和措置について（案）

平成17年度税制改正（高齢者の非課税限度額の廃止）に係る保険料及び利用料の激変緩和措置の方針については、平成17年6月27日全国介護保険担当課長会議資料にお示ししているが、今般の資料は、当該激変緩和措置についての具体的な取扱いをお示しするもの。

1. 介護保険における激変緩和措置の概要について

	保険料に係る 激変緩和措置	利用料に係る激変緩和措置 (利用者負担段階が2段階以上上昇する者)	
		高額介護サービス費等	補 足 給 付
激変緩和措置対象者	〈保険料の激変緩和措置対象者①〉 及 び 〈保険料の激変緩和措置対象者②〉	《利用料の激変緩和措置対象者①》 及 び 《利用料の激変緩和措置対象者②》	
激変緩和措置の内容	保険料基準額に乗じる割合を平成18年度～平成20年度にかけて段階的に引き上げることができる	高額介護サービス費等及び補足給付に係る利用者負担段階の上昇を平成18年度及び平成19年度においては1段階の上昇に止めることができる 税制改正前の利用者負担段階と高額介護サービス費等の負担上限額の関係は以下のとおり。 ○第2段階の者 ⇒ 24,600円 ○第1段階の者 ⇒ 15,000円	税制改正前の利用者負担段階と補足給付の負担限度額の区分の関係は以下のとおり。 ○第2段階の者 ⇒ 第3段階の負担限度額を適用 ○第1段階の者 ⇒ 第2段階の負担限度額を適用
ベースとする段階等	平成17年度分の保険料段階の割合	平成18年6月1日現在における利用者負担段階	
激変緩和措置の実施期間	平成18年度分及び19年度分の保険料 (各年度において対象者を判定)	平成18年7月1日～平成20年6月30日 (各月ごとに世帯の課税状況を判定)	
財源等	第1号被保険者の保険料負担総額内での調整	軽減分は保険料財源で対応	

2. 保険料段階が上昇する者への激変緩和措置について

(1) 対象者

〈保険料の激変緩和措置対象者①：税制改正により新たに市町村民税が課される者〉

次のいずれの要件も満たすこと。

- (1) 平成17年度の市町村民税が非課税である者
- (2) 地方税法上の個人住民税に係る経過措置対象者

◎個人住民税に係る経過措置対象者とは

個人住民税の均等割額において、地方税法等の一部を改正する法律（平成17年法律第5号）附則第6条第2項又は第4項の規定が適用される者を指す。下記にその主な要件を示す。

○前年の合計所得金額が125万円以下の者

○平成17年1月1日現在において65歳以上の者

→ 平成17年1月1日に65歳に達している者とは、昭和15年1月2日以前出生者であるか否かである。

※ 個人住民税に係る経過措置対象者については、上記の要件からその対象者について捕捉することは可能であるが、当該経過措置対象者については、市町村税部局にて把握されることとなることから、その情報を活用することとされたい。

〈保険料の激変緩和措置対象者②：税制改正により市町村民税本人非課税となる者〉

次のいずれの要件も満たすこと。

- (1) 平成17年度において市町村民税世帯非課税者
- (2) 〈保険料の激変緩和措置対象者①〉と同一の世帯に属する第1号被保険者
- (3) 平成17年度の第1号保険料が賦課されている者

(2) 激変緩和措置の内容

保険料基準額に乗じる割合の設定方法は、本激変緩和措置対象者が平成17年度において適用されている割合を基準とし、平成18年度以降段階的に引き上げ、平成20年度において本来の割合となるように定めることができるものとする。

なお、具体的な割合については、これらの趣旨を踏まえ、各市町村において設定することとなる。

(3) 実施期間

本激変緩和措置の施行期間は、平成18年度分及び平成19年度分の保険料とし、各年度において本激変緩和措置の対象者が否かを判定する。

○参 考【保険料基準額に乗じる割合の設定例】

(激変緩和措置対象者①に該当する者：平成17年度は現行第3段階(1.0))

	(H17年度)	(H18年度)	(H19年度)	(H20年度)
・保険料段階	現行第3段階	⇒ 新第5段階	⇒ 新第5段階	⇒ 新第5段階
・保険料率	1.0	例えば1.08	例えば1.16	1.25

(激変緩和措置対象者②に該当する者：平成17年度は現行第2段階(0.75))

	(H17年度)	(H18年度)	(H19年度)	(H20年度)
・保険料段階	現行第2段階	⇒ 新第4段階	⇒ 新第4段階	⇒ 新第4段階
・保険料率	0.75	例えば0.83	例えば0.91	1.0

3. 利用者負担段階が2段階以上上昇する者の激変緩和措置について

○対象者

《利用料の激変緩和措置対象者①：税制改正により新たに市町村民税が課される者》

次のいずれの要件も満たすこと。

- (1) 平成18年6月1日現在において市町村民税世帯非課税者
※平成18年6月1日を基準とする理由については次頁(2)を参照。
- (2) 地方税法上の個人住民税に係る経過措置対象者

《利用料の激変緩和措置対象者②：税制改正により市町村民税本人非課税となる者》

次のいずれの要件も満たすこと。

- (1) 平成18年6月1日現在において市町村民税世帯非課税者
- (2) 《利用料の激変緩和措置対象者①》と同一の世帯に属する要介護被保険者

【高額介護サービス費等に係る激変緩和措置】

(1) 本激変緩和措置の内容

本激変緩和措置の対象者については、利用者負担第4段階であることから、高額介護サービス費等の支給については、本来、月々の介護サービスの1割負担額の合計額が世帯の負担上限額37,200円を超える場合に、その上限を超える世帯合算負担額を個人の負担額の割合で按分した額が個人の負担額として適用されること。

しかしながら、本激変緩和措置の施行期間においては特例として、同一の月に受けた居宅サービス等に係る利用者負担額が、下記表中に示す額(24,600円又は15,000円)を超える場合、その利用者負担額から当該額を控除して得た額を、高額介護サービス費等として支給することができるものとする。

利用者負担段階区分	世帯の上限額
○利用者負担第4段階	37,200円
◎ 激変緩和措置対象者で税制改正前の基準となる利用者負担段階が第2段階である者	個人 24,600円
◎ 激変緩和措置対象者で税制改正前の基準となる利用者負担段階が第1段階である者	個人 15,000円
○利用者負担第3段階	24,600円
○利用者負担第2段階	個人 15,000円
○市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	個人 15,000円
○生活保護の被保護者	個人 15,000円
○15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	15,000円

(2)ベースとする税制改正前の利用者負担段階

高額介護サービス費等に係る世帯の課税状況の判定については、7月以降の判定において新年度の税情報を活用することとする見直しを予定している。

このためベースとなる税制改正前の利用者負担段階については、平成17年度税情報(旧税制)を活用する直近月として、平成18年6月1日現在における世帯の課税状況を基準とする。

(3)実施期間

本激変緩和措置の実施期間は、平成18年7月1日から平成20年6月30日の間において受けるサービスとし、各月において本激変緩和措置の対象者か否かを判定する。

【補足給付に係る激変緩和措置】

(1)本激変緩和措置の内容

本激変緩和措置の対象者については、利用者負担第4段階であることから、本来、居住費・食費に係る補足給付の支給は行われない。

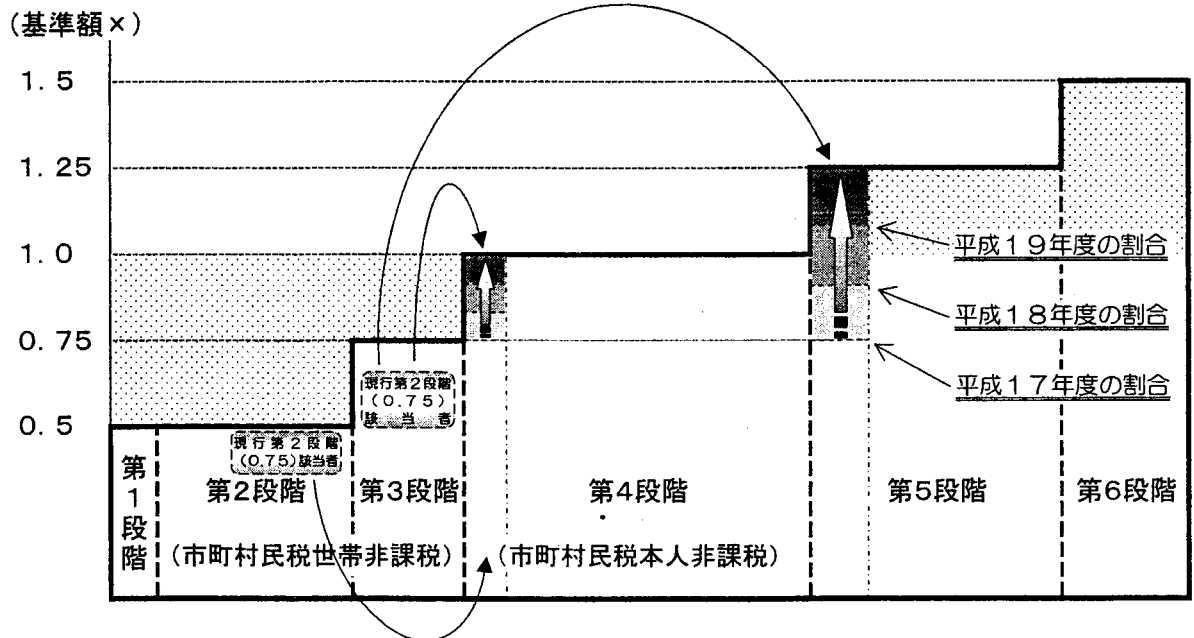
しかしながら、本激変緩和措置の施行期間においては特例として、次頁に示す者については、利用者負担第2段階又は第3段階の負担限度額を適用することにより、補足給付の支給を行うことができるものとする。

【参 考 図】 税制改正に係る激変緩和措置の対応について

《保険料基準額に乗じる割合の設定について》

激変緩和措置対象者の平成17年度の保険料段階の割合を基準とし、平成18年度～平成20年度にかけてその割合を、段階的に引き上げることができる。

○設定イメージ（激変緩和措置対象者は抜粋）

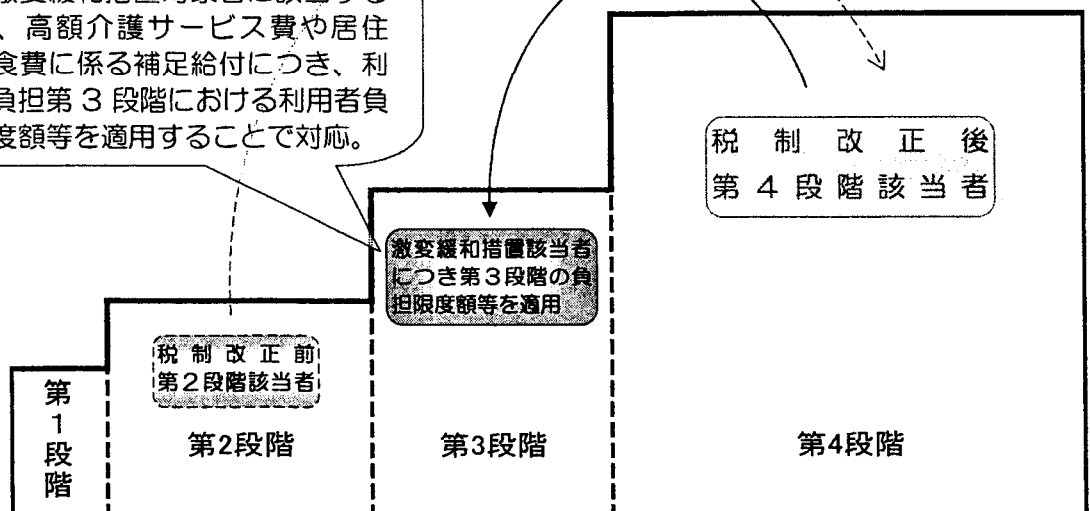


《利用料の負担限度額等の適用について》

激変緩和措置対象者の平成18年6月1日現在の利用者負担段階を基準とし、平成18年度及び平成19年度において、利用者負担段階の上昇を1段階に止めることができる。

○2段階上昇する者のイメージ

利用者負担第4段階該当者ではあるが、激変緩和措置対象者に該当するため、高額介護サービス費や居住費・食費に係る補足給付につき、利用者負担第3段階における利用者負担限度額等を適用することで対応。



第1号被保険者の保険料徴収方法の見直し（特別徴収に係る対象者の捕捉回数の複数化について）

1. 現行制度

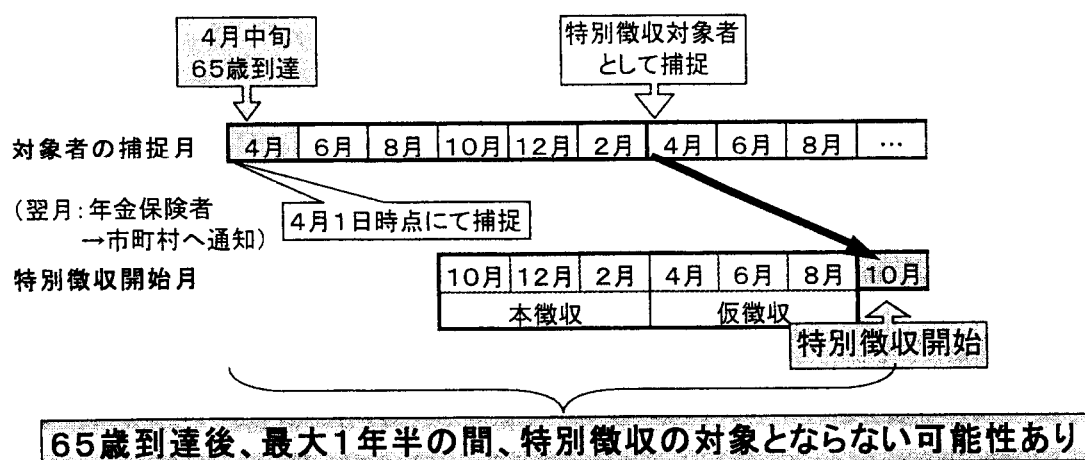
現在、年金保険者は、特別徴収の対象者を毎年4月1日現在における年金の受給状態で判断し、市町村へ通知を行うこととされており（※）、その年の10月から翌年の8月までのサイクルで特別徴収が行われている。（特別徴収対象者か否かの捕捉は、年1回のみ）

※現行の仕組み

- ① 年金保険者から4月1日時点の状況で特別徴収の対象となりうる者を抽出し市町村に通知
- ② ①の通知に基づき、市町村から特別徴収する旨及び額を7月31日までに年金保険者及び特別徴収の対象被保険者に通知
- ③ ②の通知に基づき、年金保険者は10月（15日）分の年金から特別徴収を行う

例えば、ある年の4月中旬に65歳に到達した場合、当該者が特別徴収対象者であることの捕捉は、翌年の4月1日まで行われなため、結果的にその後10月まで約1年半も特別徴収されないこととなる。

（現行：見直し前）

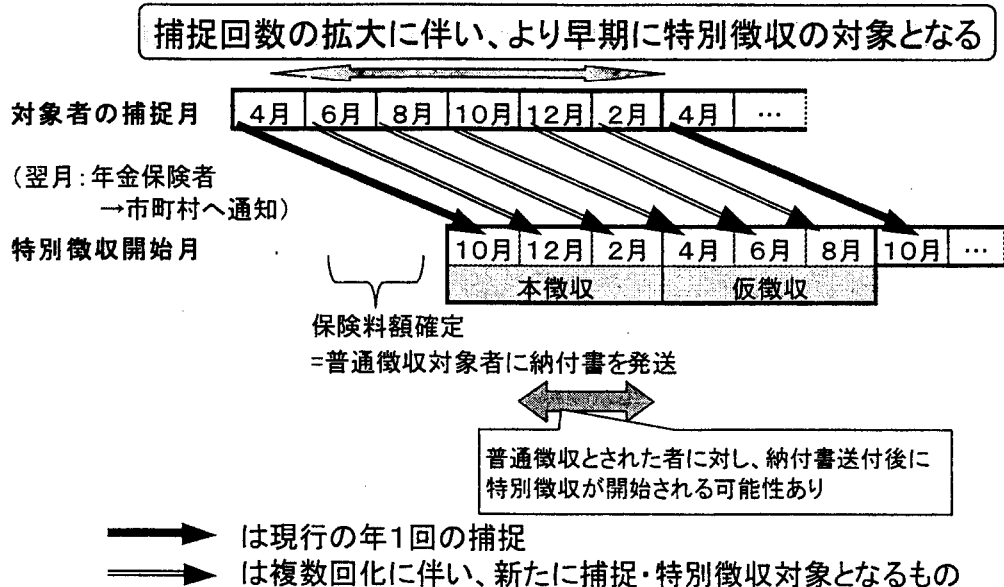


2. 具体的な見直しの内容（平成18年10月施行）

（1）見直しの概要

現在年1回の対象者捕捉を年金の受給月に合わせ年6回とする。

（見直し後）

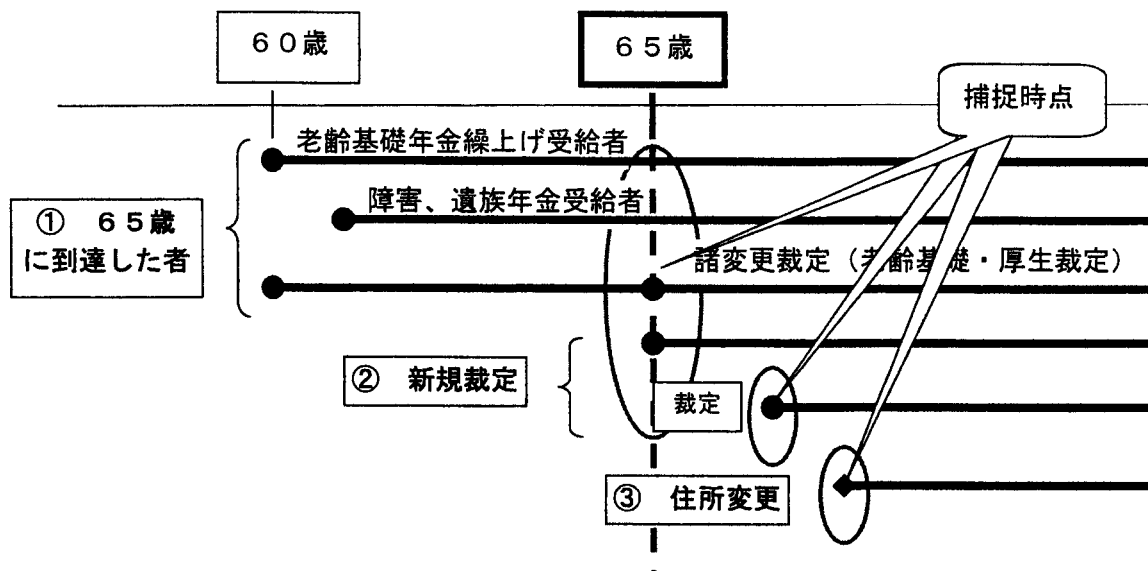


（2）捕捉対象者

ア. 捕捉対象者の具体的内容

捕捉対象者は年金が年額18万円以上（※1）支払われる者で、次の①～③のいずれかに該当する者

- ① 既に年金の支払いを受けており、65歳に到達した者
- ② 65歳到達後、新たに年金の裁定が行われた者
- ③ 住所変更を行った特別徴収対象者（※2）



(※１) 年金額の判定

年金年額 18 万円以上の有無については、捕捉以降翌年 5 月 31 日までに支払を受けるべき年金額の総額（年度の遡及分は含まない）を基礎に、年間受給相当額を算定のうえ、判定することとしている。（改正法第 134 条第 2 項から第 6 項まで）

具体的な算出方法については、別途規定する予定である。

例） 6 月捕捉の場合・・・ 8 月定期～4 月定期分の年金額の総額に $12/10$ を乗じる。

(※２) 「住所変更を行った者」の定義

「住所変更を行った者」とは、年金保険者に対して「住所変更届」を提出した者のうち、市町村コードが変更となる者のことをいい、これらの者については年度の途中においても捕捉対象とする。

このため、広域連合内で転居した場合については、保険者が変更されないにもかかわらず「住所変更を行った者」として市町村へ通知されるため、市町村において保険者変更の有無の確認が必要となる。

なお、より詳細な取扱いについては、（別紙 1）を参照。

(※３) 年金の差止が解除された者等に関する取扱い

年金の差止が解除された者、年金担保貸付の返済終了などにより年金が支給される者については、年金保険者への事務負担等を考慮し、年度途中における捕捉対象としない。（年次処理での捕捉対象とする。）

ただし、こうした者であっても転居等により、年金保険者に対して「住所変更届」を提出した者については、保険者の変更を契機として、年度の途中においても捕捉対象とする。

イ. 特別徴収対象者の通知

4 月 1 日における特別徴収対象者の通知（現行の通知）を複数回化し、全ての特別徴収対象者を毎回通知することは、市町村の事務負担を過大にするおそれがある。

そのため、今回の見直しに伴い新規に行う年金保険者からの通知については、4 月の捕捉以降、新たに特別徴収の対象となった者の情報のみを通知することとする。（毎年 4 月の年次処理については、従来と同様に全ての特別徴収対象者を通知する。）

各捕捉時期において、対象者がいない市町村に対しては、年金保険者（※）より「対象者なし」として通知される。

なお、施行後の初回となる平成18年度の10月捕捉については、通常であれば6月捕捉、8月捕捉の対象となる期間において特別徴収対象者となる者を含めて、10月1日現在で住所を有する市町村に年金保険者から通知されることとなる。（附則第14条）

（※）地方公務員等共済組合分については、全国的に対象件数も少ないことから、現行と同様に対象者がいない場合の通知を行わない。

（※）捕捉回数の複数化に伴う年金保険者との情報交換において、新たに追加となる通知コード等については、別紙3「コード仕様及び各種区分、処理結果区分コード対応表について」を参照。

（3）特別徴収の実施時期

① 特別徴収の開始スケジュール

現行の年次処理を目安として、同様の期間となるスケジュールを予定している。（各期の通知時期については、別途規定する予定）

対象者（隔月捕捉）	年金保険者から市町村への通知時期	市町村から年金保険者への依頼時期	特別徴収の開始月
4月捕捉（年次処理）	5月	7月末まで	10月
6月捕捉	7月	9月末まで	12月
8月捕捉	9月	11月末まで	2月
10月捕捉	11月	1月末まで	4月
12月捕捉	1月	3月末まで	6月
2月捕捉	3月	5月末まで	8月

なお、点線の矢印については、市町村の判断により特別徴収の開始時期を待機した場合のスケジュールを表す。

② 12月・2月からの特別徴収の開始に関する留意事項

6月捕捉（12月特別徴収開始）、8月捕捉（2月特別徴収開始）については、既に当該年度分の保険料額が確定し、普通徴収による納付書が発送されていることが考えられることから、市町村の判断により特別徴収の開始時期を4月まで待機することを可能とした。

4月まで待機する場合、市町村は1月末まで（4月特別徴収開始スケジュール）に、通知を受けた全ての者（6月捕捉対象者＋8月捕捉対象者＋10月捕捉対象者）について、特別徴収実施の可否を収録し年金保険者に通知するものとする。

なお、12月及び2月に特別徴収を開始する場合においては、普通徴収と特別徴収による二重徴収にならないよう十分留意する必要がある。

（4）仮徴収から特別徴収が開始されることについて

現行では前年度本徴収の対象者が仮徴収の対象者となっているが、今般の見直しにより、10月以外の年金支払月から特別徴収が開始されることとなることから、前年度本徴収の対象とされていなかった者についても、仮徴収の対象となる。

仮徴収（4月・6月・8月）から特別徴収が開始される者、すなわち当該年度の保険料額が確定していない間に特別徴収対象となる者については、年金から特別徴収を行う額について、前年度中の保険料段階等を参考に、仮徴収額の基準を設けることとする。

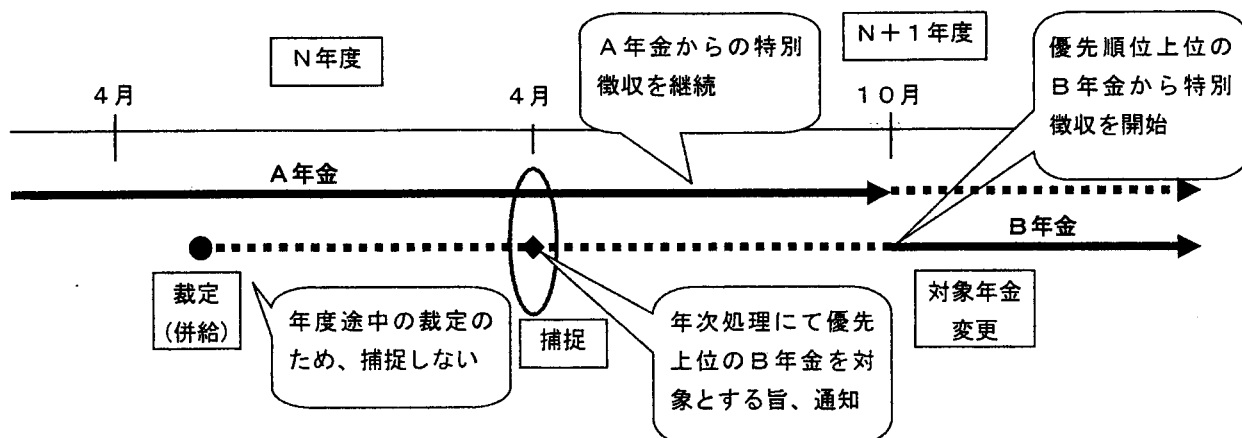
（※）仮徴収から特別徴収が開始される者については、10月からの本徴収により端数処理するなどの対応が必要となる。

（年金保険者のシステムでは、現行の月次処理でのインタフェースを活用することから、「各種金額欄」の「金額1」のみに徴収金額を収録する仕様となる。）

(5) 特別徴収対象年金給付が2以上ある場合の取扱い

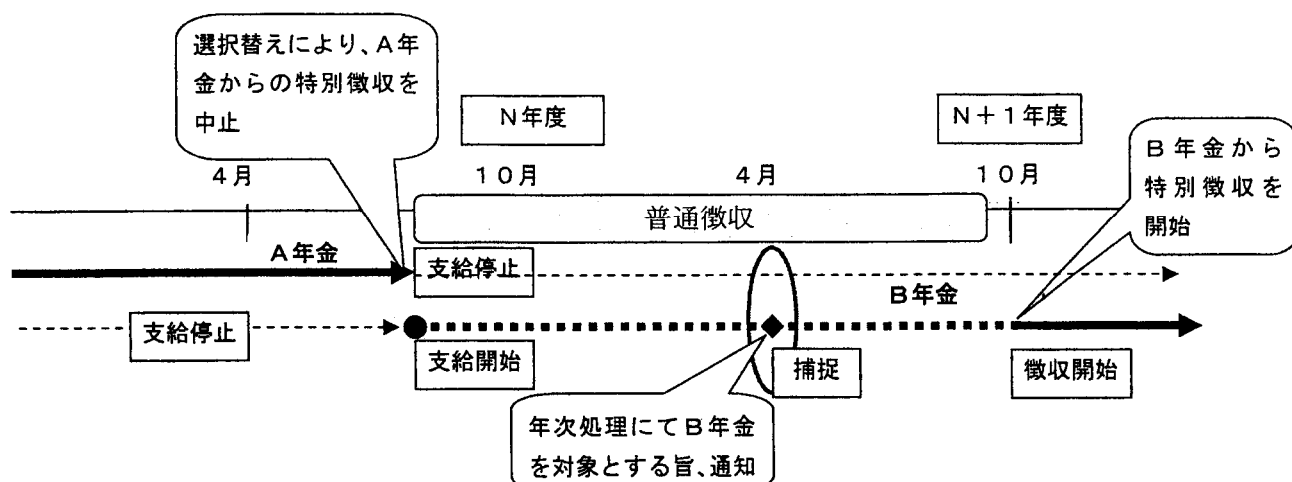
- ① 既に特別徴収を行われている者について、新たに優先順位が上位となる年金給付の裁定を受ける場合、年次処理において新たに捕捉の対象となり特別徴収が行われるまでの間は、事務負担等を考慮し、特別徴収対象年金給付を変更しないものとする。

＜優先順位はA年金よりB年金が上位のケース＞



※ 太線の矢印は特別徴収を実施している年金、点線の矢印は受給中の年金で特別徴収を実施していないものを表す。

- ② また、複数の年金の受給権がある者について、年金種類の選択替え等により支給停止となり特別徴収ができなくなった場合においても、年次処理において新たに捕捉の対象となり特別徴収が行われるまでの間は、特別徴収対象年金給付を変更しない。なお、この間は普通徴収により保険料を徴収するものとする。



※ 太線の矢印は特別徴収を実施している年金、細い破線の矢印は年金の受給権を有しているが支給停止中のもの、点線の矢印は受給中の年金で特別徴収を実施していないものを表す。

別紙 1

住所変更の事務処理の取扱い (追加説明)

- ① 受給者が住所変更した際における特別徴収対象者の捕捉については、受給者から年金保険者に対して提出された「住所変更届」を基準として行い、対象者は転居先の市町村へ通知される。
(現在は「住所変更届」と旧住所地市町村からの「資格喪失等の通知」の両方が出されることが捕捉の条件であるが、今般の見直しにおいては、特別徴収をできるだけ早期に開始する観点から、「資格喪失等の通知」を待たずに対象者の捕捉を行うこととする。)
- ② その際、同月内に複数の「住所変更届」の提出があった場合には、最終（直近の処理年月日）の「住所変更届」の住所地市町村へ通知がなされる。
- ③ なお、住民票が異動されておらず「住所変更届」に記載されている居所の市町村と当該者の保険者が異なる場合には、年金保険者からの通知は居所の市町村に対してなされ、連絡を受けた市町村は特別徴収を行わない旨を年金保険者へ通知する。
こうした場合には旧住所地市町村が引き続き特別徴収を行うこととなるよう、システムの設計がなされている。

	住民票の異動	住所変更届の提出	特別徴収の実施
住所変更者 (住所地特例に該当しない者)	有り	有り	○ (転居先市町村)
	無し	有り	○ (旧住所地市町村)

- ④ また、住所地特例対象者については、「住所変更届」が提出された転居先市町村における被保険者ではないことから連絡を受けた市町村は特別徴収を行わない旨を年金保険者へ通知する。
こうした場合には旧住所地市町村が引き続き特別徴収を行うこととなるよう、システムの設計がなされている。
なお、こうした取扱いは住民票の異動の有無には関わらない。

	住民票の異動	住所変更届の提出	特別徴収の実施
住所地特例対象者	異動の有無に関わらない	有り	○ (旧住所地市町村)

別紙 2

○ 年金保険者における捕捉回数の複数化（年6回）に伴う対象者及び抽出条件は下表のとおり。（法第134条関係）

年次処理	抽出時期 (A)	対象者	抽出条件	徴収開始 (B)	捕捉～徴収までの期間 (B) － (A)
4月捕捉	4月20日頃	4月1日現在において支払を受けている65歳以上の者	・ 4 / 1 現在 65歳到達者 ・ 4月定期支払あり	10月	6ヶ月

月次捕捉	抽出時期 (A)	対象者	抽出条件	徴収開始 (B)	捕捉～徴収までの期間 (B) － (A)
6月捕捉	6月20日頃	4月2日～6月1日まで (3月1日～4月1日含) に新規裁定された65歳以上の者	・ 6 / 1 現在 65歳到達者	12月	6ヶ月
		4月2日～6月1日まで に65歳に達した既裁定者	・ 6 / 1 現在 65歳到達者 ・ 6月定期支払あり		
		4月2日～6月1日まで に住所変更の届出を行った65歳以上の者	・ 6 / 1 現在 65歳到達者 ・ 6月定期支払あり		

月次捕捉	抽出時期 (A)	対象者	抽出条件	徴収開始 (B)	捕捉～徴収ま での期間 (B) ー (A)
8月捕捉	8月20日頃	6月2日～8月1日まで に新規裁定された 65歳以上の者	・8/1現在 65歳到達 者	翌年2月	6ヶ月
		6月2日～8月1日まで に65歳に達した 既裁定者	・8/1現在 65歳到達 者 ・8月定期支 払あり		
		6月2日～8月1日まで に住所変更の届出 を行った65歳以 上の者	・8/1現在 65歳到達 者 ・8月定期支 払あり		

月次捕捉	抽出時期 (A)	対象者	抽出条件	徴収開始 (B)	捕捉～徴収ま での期間 (B) ー (A)
10月捕捉	10月20日頃	8月2日～10月1日まで に新規裁定された 65歳以上の者	・10/1現在 65歳到達 者	翌年4月	6ヶ月
		8月2日～10月1日まで に65歳に達した 既裁定者	・10/1現在 65歳到達 者 ・10月定期 支払あり		
		8月2日～10月1日まで に住所変更の届出 を行った65歳以 上の者	・10/1現在 65歳到達 者 ・10月定期 支払あり		

月次捕捉	抽出時期 (A)	対象者	抽出条件	徴収開始 (B)	捕捉～徴収ま での期間 (B) － (A)
12月捕捉	12月20 日頃	10月2日～1 2月1日まで に新規裁定され た65歳以上の 者	・12/1現在 65歳到達者	翌年6月	6ヶ月
		10月2日～1 2月1日まで に65歳に達し た既裁定者	・12/1現在 65歳到達者 ・12月定期 支払あり		
		10月2日～1 2月1日まで に住所変更の届 出を行った65 歳以上の者	・12/1現在 65歳到達者 ・12月定期 支払あり		

月次捕捉	抽出時期 (A)	対象者	抽出条件	徴収開始 (B)	捕捉～徴収ま での期間 (B) － (A)
2月捕捉	2月20日 頃	12月2日～2 月1日まで に新規裁定され た65歳以上の 者	・2/1現在 65歳到達者	8月	6ヶ月
		12月2日～2 月1日まで に65歳に達し た既裁定者	・2/1現在 65歳到達者 ・2月定期支 払あり		
		12月2日～2 月1日まで に住所変更の届 出を行った65 歳以上の者	・2/1現在 65歳到達者 ・2月定期支 払あり		

別紙 3

コード仕様及び各種区分、処理結果区分コード対応表について

1 コード仕様

(変更内容)

① 捕捉回数の複数化に伴い、現行の年次「0 x」通知に相当する月次捕捉（6月、8月、10月、12月、2月捕捉）「3 x」通知を新設する。

② 各種区分コード

「01」：新規者 [① 既に年金の支払いを受けており、65歳に到達した者
② 65歳到達後、新たに年金の裁定が行われた者

「02」：住所変更者（住所変更が行われた者）

※ 網かけは変更部分

項 番	コ ー ド 名 称	コ ー ド	内 容
1	レコード区分	1	ヘッダレコード
		2	データレコード
		3	トレイラレコード
2	市町村コード	自治省で定められた地方公共団体コード参照	
3	特別徴収義務者コード	501	国家公務員共済組合連合会
		686	日本私立学校振興・共済事業団
		687	農林漁業団体職員共済組合
		999	社会保険庁
4	通知内容コード	00	介護特別徴収対象者情報
		01	介護特別徴収依頼通知
		02	介護特別徴収依頼処理結果通知
		22	介護特別徴収結果通知
		30	介護特別徴収追加候補者情報（仮称）
		31	介護特別徴収追加依頼通知（仮称）
		32	介護特別徴収追加依頼処理結果通知（仮称）
		41	介護資格喪失等の通知
		42	介護資格喪失等処理結果通知
		61	介護仮徴収額変更通知
		62	介護仮徴収額変更処理結果通知
		81	介護住所地特例該当者通知
		82	介護住所地特例該当者処理結果通知
		91	介護特別処理依頼の通知
		92	介護特別処理依頼処理結果の通知
5	媒体コード	1	オープンMT（OMT）
		2	フロッピーディスク
		3	紙（未使用）
		4	カートリッジMT（CMT）
		5	光磁気ディスク（MO）

項 番	コード名称	コ ー ド	内 容
8	各種区分		通知内容コード＝「00」：介護特別徴収対象者情報
		01	新規者
		02	前年度継続者
			通知内容コード＝「01」：介護特別徴収依頼通知
		01	特別徴収対象者
		02	特別徴収対象者（住所地特例該当）
		03	特別徴収非対象者
			通知内容コード＝「22」：介護特別徴収結果通知
		00	正常
		01	失権
		02	差止
		03	支払年金額不足
			通知内容コード＝「30」：介護特別徴収追加候補者情報（仮称）
		01	新規者
		02	住所変更者
			通知内容コード＝「31」：介護特別徴収追加依頼通知（仮称）
		01	特別徴収対象者
		02	特別徴収対象者（住所地特例該当）
		03	特別徴収非対象者
			通知内容コード＝「41」：介護資格喪失等の通知
		01	死亡
		02	転出
		03	特別事情
		04	適用除外
			通知内容コード＝「61」：介護仮徴収額変更通知
		00	初期値
			通知内容コード＝「81」：介護住所地特例該当者通知
		01	住所地特例該当
		02	住所地特例該当解除
			通知内容コード＝「91」：介護特別処理依頼の通知
		01	追加徴収依頼対象者
		02	徴収額変更対象者
		03	追加徴収依頼対象者（住所地特例該当者）

2 各種区分、処理結果区分コード対応表

通知内容	各種区分		処理結果	
コード	コード	内容	コード	内容
0 0	0 1	新規者	0 0	初期値
	0 2	前年度継続者		
0 1	0 1	特別徴収対象者		
	0 2	特別徴収対象者（住所地特例該当）		
	0 3	特別徴収非対象者		
0 2	通知内容コード「0 1」の内容を収録する		通知内容コード「0 1」の各種区分が「0 1」「0 2」の場合	
			0 0	正常
			0 1	失権
			0 2	差止
			0 3	支払年金額不足
			5 0	1レコード内単項目エラー
			5 1	相関エラー
			5 2	介護原簿突合エラー
			通知内容コード「0 1」の各種区分が上記以外の場合	
			0 0	正常
			5 0	1レコード内単項目エラー
			5 1	相関エラー
			5 2	介護原簿突合エラー
2 2	0 0	正常	0 0	初期値
	0 1	失権		
	0 2	差止		
	0 3	支払年金額不足		
3 0	0 1	新規者	0 0	初期値
	0 2	住所変更者		
3 1	0 1	特別徴収対象者		
	0 2	特別徴収対象者（住所地特例該当）		
	0 3	特別徴収非対象者		
3 2	通知内容コード「3 1」の内容を収録する		通知内容コード「3 1」の各種区分が「0 1」「0 2」の場合	
			0 0	正常
			0 1	失権
			0 2	差止
			0 3	支払年金額不足
			5 0	1レコード内単項目エラー
			5 1	相関エラー
			5 2	介護原簿突合エラー
			通知内容コード「3 1」の各種区分が上記以外の場合	
			0 0	正常
			5 0	1レコード内単項目エラー
			5 1	相関エラー
			5 2	介護原簿突合エラー

５－１０ 介護保険料設定の弾力化（ボランティア控除）について

介護保険料設定の弾力化（ボランティア控除）については、１０月３１日の全国介護保険担当課長会議において案をお示しし、保険者の御意見を求めていたところではありますが、いただいた御意見等を踏まえ、今後の対応については以下のとおりとすることにいたしましたので、お知らせします。

保険料の設定方法については、より地域の実情を反映した弾力的な設定が可能となるよう見直しを進めているところであり、ボランティア控除の提案についても、地域づくりの観点から保険料の設定について創意工夫を生かしたいという趣旨の提案であると受け止め、保険料設定の弾力化の一環として厚生労働省においても検討し、保険者からの御意見も求めていたところではありますが、本件については、

(1) 実施に賛成の立場から、

- 意欲的な保険者の先進的な取組みを可能にするものであり、積極的に評価したい。
- 元気な高齢者が相互扶助のボランティア活動に参加することにより、高齢者の意識改革につながり、介護給付費の増加に歯止めをかける一助にもなると考えられ、有意義な制度である。

等との意見がある一方、

(2) 実施に慎重な立場から、

- ボランティア活動に対する対価的性格があり、ボランティア本来の意義が薄れるのではないか。
- 保険料は所得に応じて設定すべきであり、ボランティアで控除される保険料をボランティアに参加しない者に負担させるのは適当ではない。

等との意見があり、

(3) その他、

- 保険料設定の基本的なあり方に関することであり、性急に結論を出さず検討を重ねるべき。

等との意見も寄せられております。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省としては、本件に関し、いただいた御意見の論点等について更に検討、整理を進める必要があると判断し、本件については、当面、平成１８年４月１日を施行日とする制度見直し（政令改正）は行わないこととし、保険者等の意見を聴きながら、実施について引き続き検討を進めていくことが必要と判断したので、その旨御了知願いたい。

5-1-1 養護老人ホームの見直しについて

養護老人ホームの見直しについては、前回の課長会議で改正すべき事項をお示したところであるが、その後の検討状況は以下のとおりである。なお、これらの内容には関係省庁と調整を要する事項が含まれており、今後変更があり得ることに留意されたい。

1 措置基準について

(人員配置に対する考え方)

現在総務省に対して、次のような各職種の配置基準を前提とした地方財政措置を要求しているところ。(別紙の定員規模別職員配置基準案参照)

- (1) 施設長、事務員、看護職員、栄養士、調理員等、医師
現行基準と同等数で配置。
- (2) 生活相談員
入所者30人に対し1人の割合で配置。
うち1人を主任生活相談員とする。
- (3) 支援員
入所者15人に対し1人の割合で配置。
うち1人を主任支援員とする。

(業務内容に対する考え方)

養護老人ホーム固有のサービスの中には介護サービスは含まれないとの整理を行ったことや、ソーシャルワーク機能の強化を図る観点から、上記のような職員配置基準の見直しを行うものであるが、「生活相談員」及び「支援員」の具体的な業務内容としては、次のようなことを考えている。

(1) 生活相談員

従来「生活支援員」が担っていた業務を引き続き担うとともに、入所者の自立支援のためのソーシャルワーク機能を強化する観点から、次のような業務を行う。

- ①入所者の処遇に関する計画の作成
- ②入所者又はその家族に対する相談、助言その他の援助
- ③入所者の自立のための必要な指導及び援助
- ④退所先と地域での支援の確保
- ⑤社会生活上の便宜の提供

(2) 支援員

「支援員」が行う業務としては、次のような業務を行う。

①家事援助系サービス

整理清掃、寝具整理、衣服管理等

②生活援助系サービス

余暇活動、問題行動対応、金銭管理、外出支援等

なお、入所者が施設で生活を営む上で通常必要となるような自立支援サービスや軽微な介護サービスについては、必要に応じ、支援員の業務として行って差し支えない。

(設備基準)

- ・ 居室の面積要件を3.3㎡以上から、10.65㎡以上とし、現存するものについては経過措置を設ける。
- ・ 居室の入所人員は、現在の「原則として2人以下」という基準から「原則として1人」へと改正する。

2 措置費について

以下の考え方の下に総務省に地方財政措置を要求しているところ。

(新たな加算項目の追加)

養護老人ホームの入所者が介護保険サービスを利用できることになるに伴い、介護保険サービスと一部重複する従来の加算項目を整理する一方、ソーシャルワーク機能の強化や高齢者虐待防止法等の成立を踏まえ、以下の新たな加算項目を要求している。

- ・ 障害者等加算
- ・ ユニットケア加算
- ・ 老人短期入所加算
- ・ 介護サービス利用者負担加算 等

3 介護ニーズへの対応について

以下のいずれかの介護保険サービスを利用する。

- ① 要介護認定等を受けた入所者が個々の居宅サービス事業所と契約を結び、そのサービスを利用する形態
- ② 外部サービス利用型の特定施設の仕組みを活用する形態（養護老人ホームが特定施設としての指定を受け、要介護認定等を受けた入所者と契約を結んだ上で、外部のサービス事業者に訪問介護等のサービス提供を委託するもの。）

養護(盲)老人ホーム定員規模別職員配置基準(案)

1. 養護老人ホーム

現行											
職種 定員 階級区分	総 数	施 設 長	事 務 員	主 任 生 活 員	指 導 員	生 活 員	主 任 指 導 員	介 護 職 員	介 護 職 員	養 護 士	医 師
50 以下	14	1	1		1	1	4	1	14	(1)	(1)
51 ~ 60	15	1	1	1		1	5	1	14	(1)	(1)
61 ~ 70	16	1	1	1		1	6	1	14	(1)	(1)
71 ~ 80	18	1	2	1		1	7	1	14	(1)	(1)
81 ~ 90	20	1	2	1	1	1	8	1	14	(1)	(1)
91 ~ 100	21	1	2	1	1	1	9	1	14	(1)	(1)
101 ~ 110	22	1	2	1	1	1	10	1	14	(1)	(1)
111 ~ 120	23	1	2	1	1	1	10	1	14		1
121 ~ 130	24	1	2	1	1	1	11	1	14		1
131 ~ 140	26	1	2	1	1	1	12	2	14		1
141 ~ 150	28	1	2	1	1	1	13	2	15		1
151 ~ 160	29	1	2	1	1	1	14	2	15		1
161 ~ 170	30	1	2	1	1	1	15	2	15		1
171 ~ 180	30	1	2	1	1	1	15	2	15		1
181 ~ 190	31	1	2	1	1	1	16	2	15		1
191 ~ 200	32	1	2	1	1	1	17	2	15		1
201 ~ 210	35	1	3	1	1	1	18	2	16	(1)	1
211 ~ 220	36	1	3	1	1	1	19	2	16	(1)	1
221 ~ 230	38	1	3	1	1	1	20	3	16	(1)	1
231 ~ 240	40	1	4	1	1	1	21	3	16	(1)	1
241 ~ 250	41	1	4	1	1	1	22	3	16	(1)	1
251 ~ 260	42	1	4	1	1	1	23	3	16	(1)	1
261 ~ 270	42	1	4	1	1	1	23	3	16		1
271 ~ 280	43	1	4	1	1	1	24	3	16		1
281 ~ 290	45	1	5	1	1	1	25	3	16		1
291 ~ 300	46	1	5	1	1	1	26	3	16		1
500 人	72	1	8	1	2	1	44	5	18		1

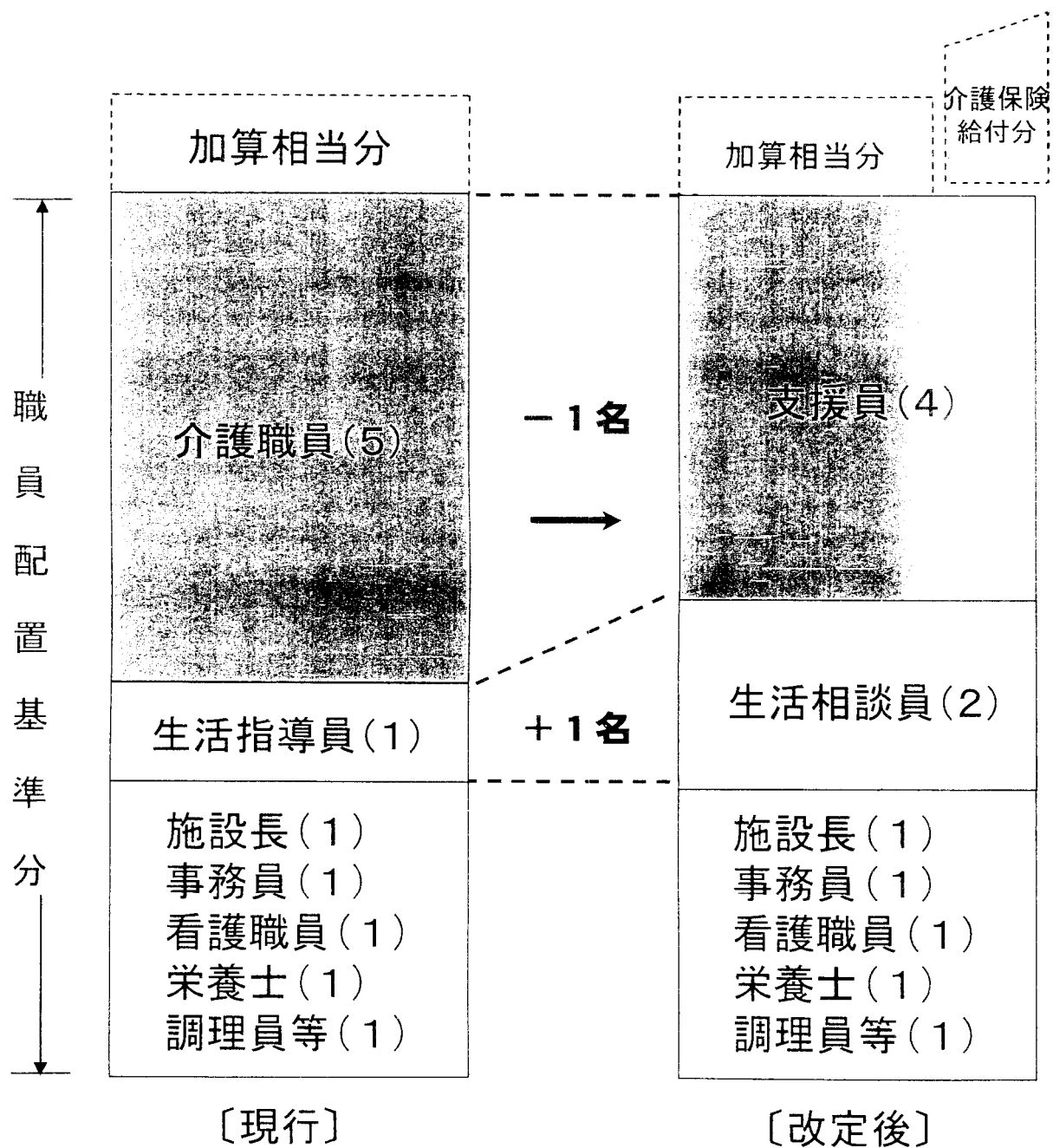
改正案											
職種 定員 階級区分	総 数	施 設 長	事 務 員	主 任 生 活 員	相 談 員	生 活 員	主 任 指 導 員	支 援 員	支 援 員	養 護 士	医 師
50 以下	14	1	1	1	1	1	1	3	1	14	(1)
60	14	1	1	1	1	1	1	3	1	14	(1)
70	16	1	1	1	2	1	4	1	14	(1)	(1)
80	18	1	2	1	2	1	5	1	14	(1)	(1)
90	18	1	2	1	2	1	5	1	14	(1)	(1)
100	20	1	2	1	3	1	6	1	14	(1)	(1)
110	22	1	2	2	2	1	7	2	14	(1)	(1)
120	23	1	2	2	2	1	7	2	14		1
130	25	1	2	2	3	1	8	2	14		1
140	26	1	2	2	3	1	9	2	14		1
150	27	1	2	2	3	1	9	2	15		1
160	29	1	2	2	4	1	10	2	15		1
170	30	1	2	2	4	1	11	2	15		1
180	30	1	2	2	4	1	11	2	15		1
190	32	1	2	2	5	1	12	2	15		1
200	33	1	2	2	5	1	13	2	15		1
210	36	1	3	3	4	1	13	3	16	(1)	1
220	38	1	3	3	5	1	14	3	16	(1)	1
230	39	1	3	3	5	1	15	3	16	(1)	1
240	40	1	4	3	5	1	15	3	16	(1)	1
250	42	1	4	3	6	1	16	3	16	(1)	1
260	43	1	4	3	6	1	17	3	16	(1)	1
270	43	1	4	3	6	1	17	3	16		1
280	45	1	4	3	7	1	18	3	16		1
290	47	1	5	3	7	1	19	3	16		1
300	47	1	5	3	7	1	19	3	16		1
500	75	1	8	5	12	1	33	5	18		1

2. 盲老人ホーム

現行											
職種 定員 階級区分	総 数	施 設 長	事 務 員	主 任 生 活 員	指 導 員	生 活 員	主 任 指 導 員	介 護 職 員	介 護 職 員	養 護 士	医 師
50 以下	18	1	1		2	1	6	2	14	(1)	(1)
51 ~ 60	20	1	1	1	1	1	8	2	14	(1)	(1)
61 ~ 70	22	1	1	1	1	1	10	2	14	(1)	(1)
71 ~ 80	23	1	1	1	1	1	11	2	14	(1)	(1)
81 ~ 90	26	1	1	1	2	1	13	2	14	(1)	(1)
91 ~ 100	28	1	1	1	2	1	15	2	14	(1)	(1)
101 ~ 110	28	1	1	1	2	1	15	2	14	(1)	(1)
111 ~ 120	31	1	1	1	2	1	17	2	14		1
121 人以上	33	1	1	1	2	1	19	2	14		1

改正案											
職種 定員 階級区分	総 数	施 設 長	事 務 員	主 任 生 活 員	指 導 員	生 活 員	主 任 指 導 員	支 援 員	支 援 員	養 護 士	医 師
50 以下	18	1	1	1	2	1	5	2	1	4	(1)
60	19	1	1	1	2	1	6	2	1	4	(1)
70	22	1	1	1	3	1	8	2	1	4	(1)
80	23	1	1	1	3	1	9	2	1	4	(1)
90	24	1	1	1	3	1	10	2	1	4	(1)
100	27	1	1	1	4	1	12	2	1	4	(1)
110	27	1	1	2	3	1	12	2	1	4	(1)
120	30	1	1	2	3	1	14	2	1	4	
130	33	1	1	2	4	1	16	2	1	4	

養護老人ホーム職員配置基準改定(案)のイメージ



※()内は人数

※50人定員の施設の場合

平成 16 年度・17 年度 老人保健事業推進費等補助金 による 助 成 事 業
--

介護保険施設における身体拘束状況調査

【調査結果概要】

平成 17 年 12 月

社会福祉法人 東北福祉会

 認知症介護研究・研修仙台センター

目 次

I 調査の概要	1
(1) 目的	
(2) 調査実施機関	
(3) 調査対象	
(4) 調査方法	
① 調査内容と回答者	
② 手続き	
(5) 調査実施期間	
(6) 回収、回答等の概況	
① 回収状況	
② 調査サンプルとしての有効性	
II 調査結果の概要	3
(1) 身体拘束の現状	
① 身体拘束を行った実人員数と拘束率の現状	
② 身体拘束されている入所者(利用者)の属性	
③ 身体拘束の現状	
(2) 身体拘束の廃止に向けての取組み状況	
① 身体拘束廃止委員会等に諮る仕組みの運用状況	
② 身体拘束をする(した)場合の家族への説明	
③ 身体拘束についての施設の対応方針	
④ 身体拘束を行う場合の手続きの策定状況	
⑤ 身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数	
⑥ 身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の増減	
⑦ 身体拘束廃止に関する講習・研修等の受講状況及び学習状況	
⑧ 都道府県における調査・実地指導の現状	
(3) 身体拘束廃止に向けての取組み等と拘束率との関係	
① 人員配置状況との関係	
② 身体拘束に対する施設の対応方針との関係	
③ 身体拘束を行う場合の手続きとの関係	
④ 身体拘束廃止に関する講習・研修等の受講状況及び学習状況との関係	
III 調査結果の総括	18
(1) 身体拘束の現状	
(2) 身体拘束の廃止に向けての取組み状況	
(3) 身体拘束廃止に向けての取組み等と拘束率との関係	
資 料	19
1. 身体拘束に関する規定等	
2. 調査票	

研究担当者

長嶋 紀一（認知症介護研究・研修仙台センター，日本大学）

浅野 弘毅（認知症介護研究・研修仙台センター，東北福祉大学）

加藤 伸司（認知症介護研究・研修仙台センター，東北福祉大学）

阿部 哲也（認知症介護研究・研修仙台センター，東北福祉大学）

矢吹 知之（認知症介護研究・研修仙台センター，東北福祉大学）

吉川 悠貴（認知症介護研究・研修仙台センター）

「介護保険施設における身体拘束状況調査」概要

I. 調査の概要

(1) 目的

全国の介護保険施設（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）のすべてを対象に、身体拘束の実態、廃止に向けた取組み状況及び管理者の意識の実態を明らかにする。

(2) 調査実施機関

社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター

(3) 調査対象

平成 16 年 12 月 1 日現在開設されているすべての介護保険施設（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）。対象施設数は全体で 12,366 か所であり、内訳は介護老人福祉施設が 5,366 か所、介護老人保健施設が 3,167 か所、介護療養型医療施設が 3,833 か所である。

(4) 調査方法

①調査内容と回答者

本調査は、施設・入所者（利用者）に関する基礎情報調査（調査票Ⅰ）、身体拘束の実態調査（調査票Ⅱ）、身体拘束廃止への取組状況調査（調査票Ⅲ）、管理者の意識調査（調査票Ⅳ）の 4 つに分かれており、それぞれの調査対象期間（平成 17 年 2 月 21 日～27 日の 1 週間）の状況について回答を求めるものであった（調査内容の詳細については巻末資料 2 参照）。調査票ⅠからⅢまでは現場責任者、調査票Ⅳについては施設管理者に回答を求めた。

②手続き

調査票は、平成 17 年 2 月初旬に調査実施機関から各施設が所在する都道府県の担当部局を通じて、各施設に配布された。調査票の返送は、各施設から調査実施機関へ個別に行われた。

(5) 調査実施期間

平成 17 年 2 月初旬に調査票配布を開始し、調査票Ⅰ及びⅡについては平成 17 年 3 月 7 日までに、調査票Ⅲ及びⅣについては平成 17 年 3 月 22 日までに返送するよう求めた。

(6) 回収、回答等の概況

①回収状況

有効回収数及び有効回収率は、調査票Ⅰが 6,062 施設（有効回収率 49.0%）、調査票Ⅱが 5,621 施設（同 45.5%）、調査票Ⅲが 5,814 施設（同 47.0%）、調査票Ⅳが 5,632（同 45.5%）であった（詳細は表 1 参照）。なお、ここでの有効票とは、施設概況が分かり、おおむね調査票全体にわたって回答が得られたものである。このため調査項目ごとの回答施設数の合計は、有効回収数と必ずしも一致しない。

②調査サンプルとしての有効性

本調査では、上記及び表1のように、全体として5割弱の施設から有効回答が得られており、この種の全国的な悉皆調査としては高い回収率であるといえる。また、施設及び入所者（利用者）の概況を調査した調査票Ⅰの回答を、平成15年度「介護サービス施設・事業所調査結果」の値と比較したところ、ほぼ同程度の値であった。

これらのことから、本調査で得られた回答には特に大きな偏りがあるとは考えられず、母集団である全国の介護保険施設の状況を概ね代表しているものと考えられる。

表1 調査票配布数及び有効回収数・回収率

		配布数	有効回収数	有効回収率
調査票Ⅰ	全体	12366	6062	49.0%
	(内訳)			
	介護老人福祉施設	5366	2773	51.7%
	介護老人保健施設	3167	1689	53.3%
	介護療養型医療施設	3833	1600	41.7%
調査票Ⅱ	全体	12366	5621	45.5%
	(内訳)			
	介護老人福祉施設	5366	2551	47.5%
	介護老人保健施設	3167	1586	50.1%
	介護療養型医療施設	3833	1484	38.7%
調査票Ⅲ	全体	12366	5814	47.0%
	(内訳)			
	介護老人福祉施設	5366	2652	49.4%
	介護老人保健施設	3167	1626	51.3%
	介護療養型医療施設	3833	1536	40.1%
調査票Ⅳ	全体	12366	5632	45.5%
	(内訳)			
	介護老人福祉施設	5366	2538	47.3%
	介護老人保健施設	3167	1592	50.3%
	介護療養型医療施設	3833	1502	39.2%

Ⅱ. 調査結果の概要

(1) 身体拘束の現状

①身体拘束を行った実人員数と拘束率の現状

調査期間内に身体拘束が行われた者（以下「被拘束者」とする）の実人員数は全体で 21,184 名であり、施設種別の内訳は、介護老人福祉施設 8,650 名、介護老人保健施設 6,058 名、介護療養型医療施設 6,476 名であった。

このうち身体拘束実施日数、当該施設の入所者（利用者）数などの情報の詳細がすべて判明したものについて、身体拘束の実施率（以下「拘束率」とする）を求めた。なお、従来、都道府県等で行われてきた身体拘束の実態調査の多くは、1 日の調査対象日を設定して当該日における身体拘束の実施の有無から拘束率を算出しているが、拘束実施期間の長さ等は考慮されていない。本調査では「拘束率」を「調査期間中の 1 日当たりの被拘束者の全入所者に占める割合」とし、

$$(\text{被拘束者の拘束日数の合計}) \div (\text{回答施設の全入所者(利用者)数} \times 7(\text{日})) \times 100$$

との算出方法により求めた。

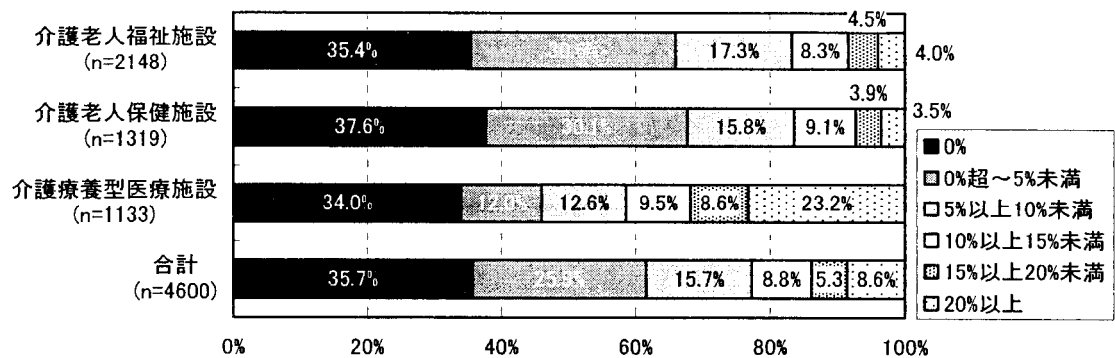
その結果全体の拘束率は 5.2% であった。施設種別では、介護老人福祉施設で 4.5%、介護老人保健施設で 4.3%、介護療養型医療施設で 9.9% との結果が得られた（表 2）。

さらに、従来の調査では身体拘束の実施の有無によって施設を二分するものがほとんどであり、当該施設の中で 1 人でも身体拘束が行われていれば「身体拘束を行っている施設」とされるため、たとえ当該施設内で拘束の実施率が低下していても、その努力が反映されない形になっている。本調査では、前掲の式と同様の算出方法により施設ごとの拘束率を求め（以下「施設内拘束率」とする）、5% 刻みでの分布状況を示した（図 1）。これを見ると、全体の 6 割程度の施設が拘束率 0～5% の範囲に入っていることが分かる。

表 2 調査期間(7日間)における延べ拘束率(全体)

施設種別	回答施設数	A: 被拘束者の 拘束日数の 合計	(被拘束者実数)	B: 入所者(利用者)数 × 7(日)	拘束率 (A/B × 100)
介護老人福祉施設	2148	46910	(6943)	1046997	4.5%
介護老人保健施設	1319	33607	(4992)	779856	4.3%
介護療養型医療施設	1133	31182	(4604)	314454	9.9%
合計	4600	111699	(16539)	2141307	5.2%

図1 施設内拘束率の内訳



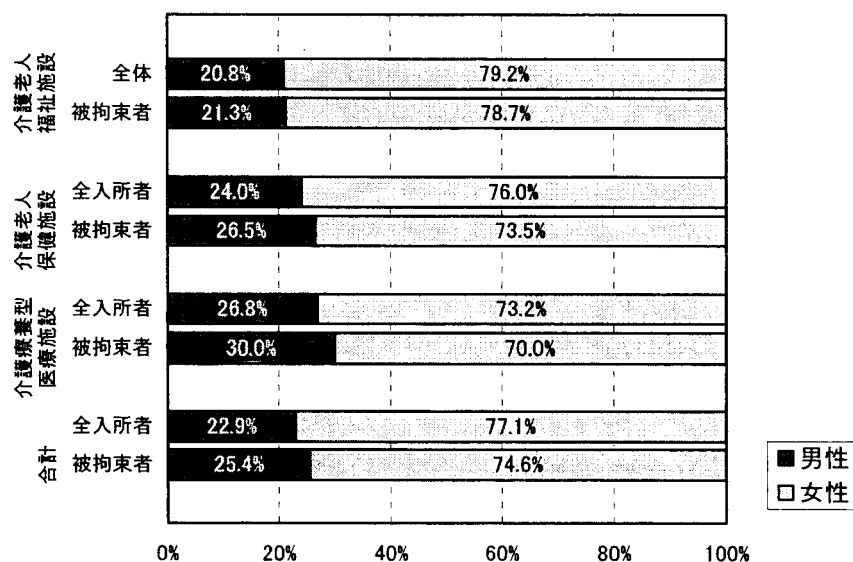
②身体拘束されている入所者（利用者）の属性

被拘束者の属性について、性別、年齢、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）を、全入所者のものと比較した。

1) 性別

被拘束者の性別は、全体で男性 25.4%、女性 74.6%であった。これに対して全入所者における性別は男性が 22.9%、女性が 77.1%であり、被拘束者では男性の占める割合がやや高くなっている（図2）。

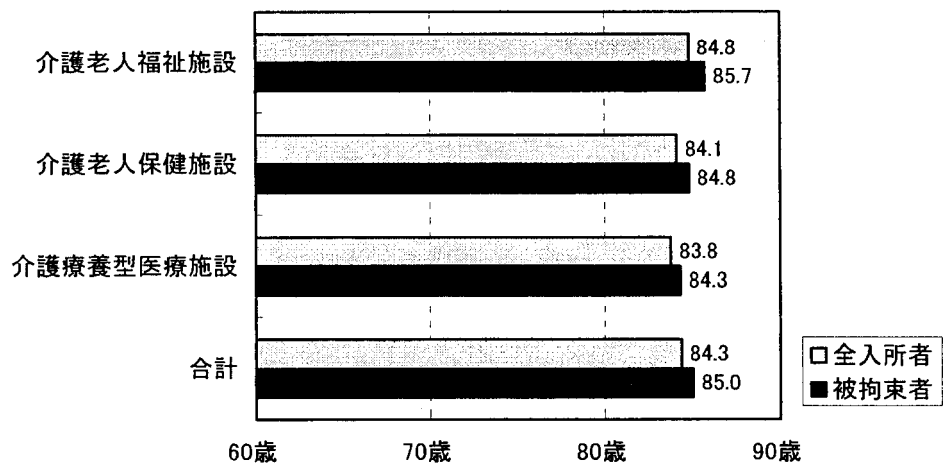
図2 性別の比較



2) 年齢

被拘束者の平均年齢は全体で 85.0 歳、全入所者の平均年齢は 84.3 歳であり、被拘束者の方がやや高かった (図 3)。

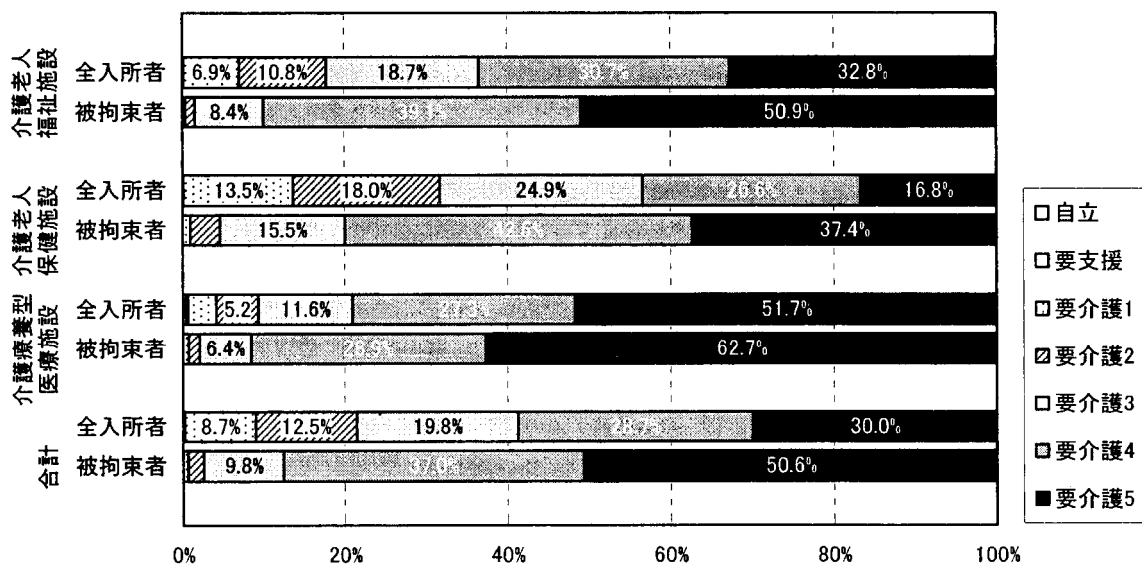
図3 平均年齢の比較



3) 要介護度

被拘束者の要介護度別の割合は、全体で要介護 5 が 50.6%と最も多く、次いで多い要介護 4 (37.0%) と合わせて 9 割程度を占めていた。これに対して全入所者では要介護 5 が 30.0%、要介護 4 が 28.7%であり、被拘束者は要介護度が高い者が多い (図 4)。

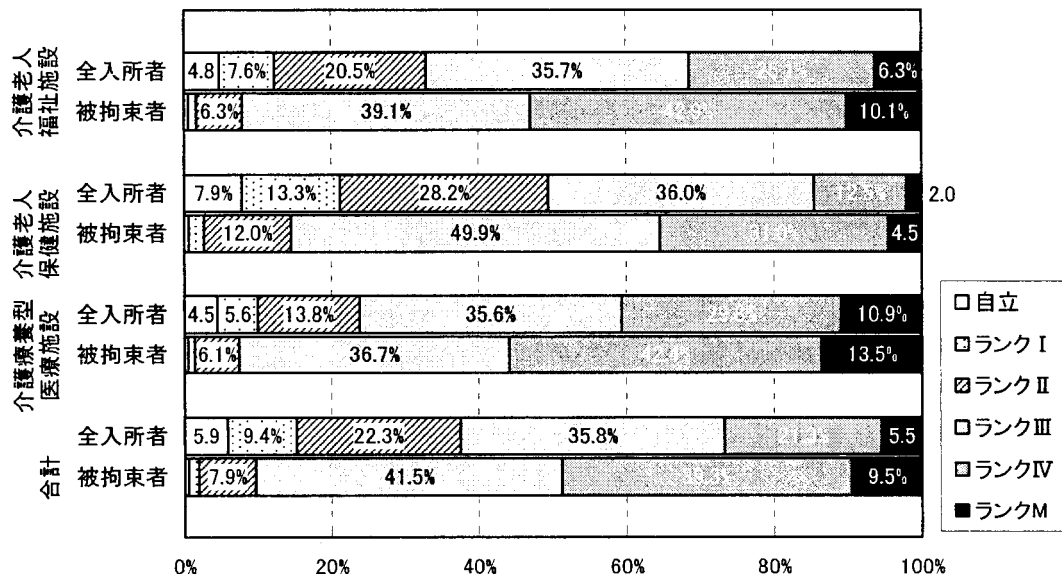
図4 要介護度別人数の比較



4) 認知症高齢者の日常生活自立度

被拘束者の認知症高齢者の日常生活自立度別の割合は、全体でランクⅢが41.5%と最も多く、次いで多いランクⅣ(39.3%)、ランクⅤ(9.5%)と合わせて9割程度を占めていた。これに対して全入所者ではランクⅢが35.8%、ランクⅣが21.3%、ランクⅤは5.5%であり、被拘束者では認知症の程度が重い者が多い(図5)。

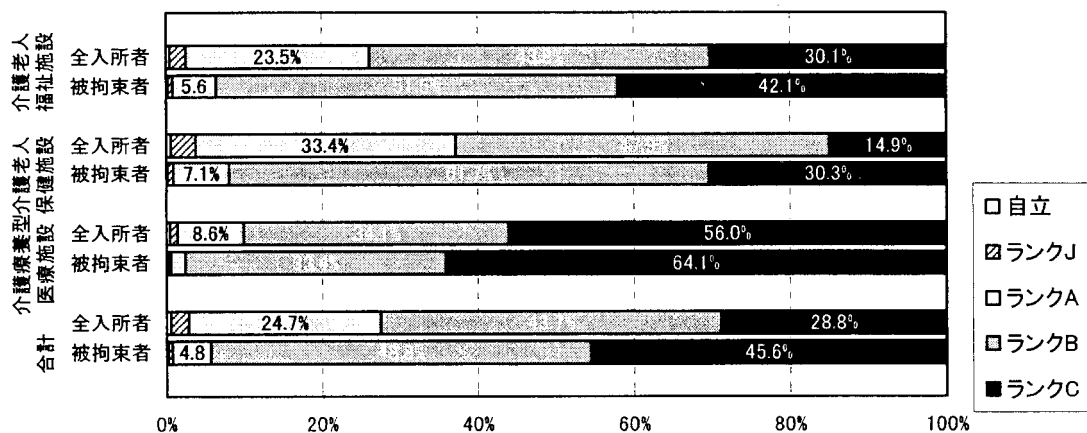
図5 認知症高齢者の日常生活自立度別人数の比較



5) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

被拘束者の障害高齢者の日常生活自立度別の割合は、全体でランクBが48.8%と最も多く、次いで多いランクC(45.6%)と合わせて9割強を占めていた。これに対し全入所者ではランクBが43.7%、ランクCが28.8%であり、被拘束者では自立度の低い者が多い(図6)。

図6 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)別人数の比較



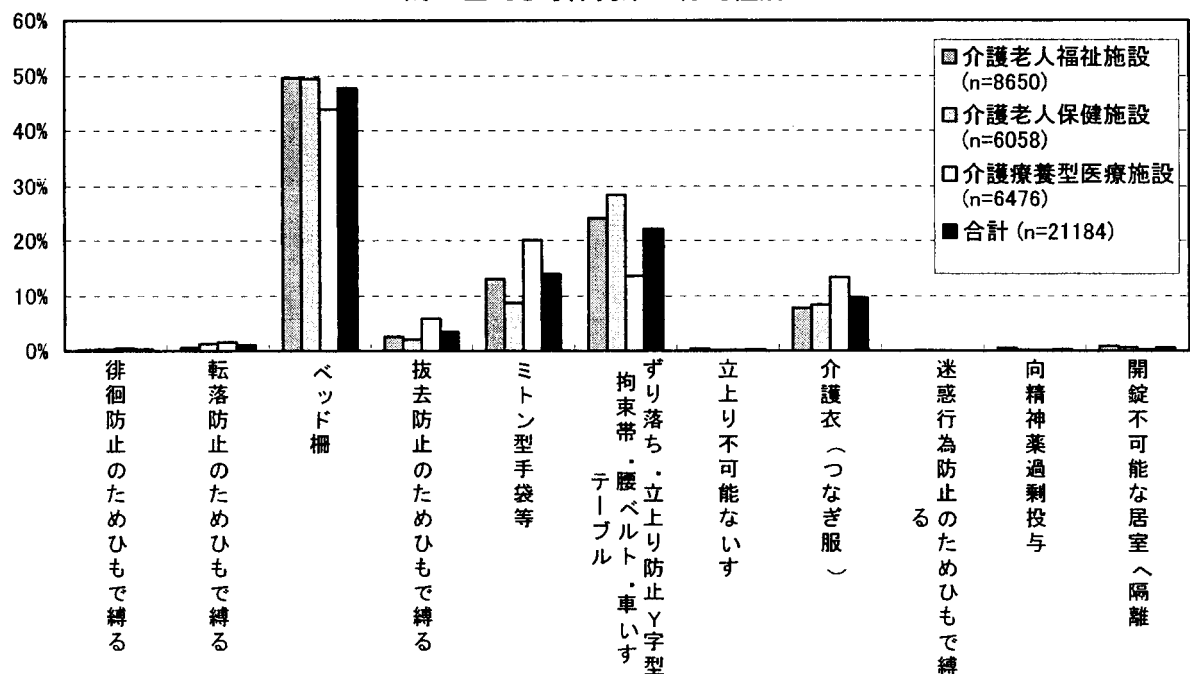
③身体拘束の現状

被拘束者に行われた身体拘束について、その行為種別ごとの割合、行為種別と被拘束者の属性との関係、身体拘束の実施状況を整理した。

1) 身体拘束の行為種別の割合

被拘束者に主として行われた身体拘束（以下「主たる身体拘束」という。）の行為種別を、平成13年に示された「身体拘束ゼロへの手引き：高齢者ケアに関わるすべての人に」に定義された11の行為種別（巻末資料1参照）に分類し、その被拘束者全体に対する実施割合を算出した。その結果、「ベッド柵」が47.8%と最も多く、次いで「ずり落ち・立ち上がり防止のためのY字型拘束帯・腰ベルト・車いすテーブル」が22.1%、「ミトン型手袋等」14.1%、「介護衣（つなぎ服）」9.8%の順であった（図7）。

図7 主たる身体拘束の行為種別

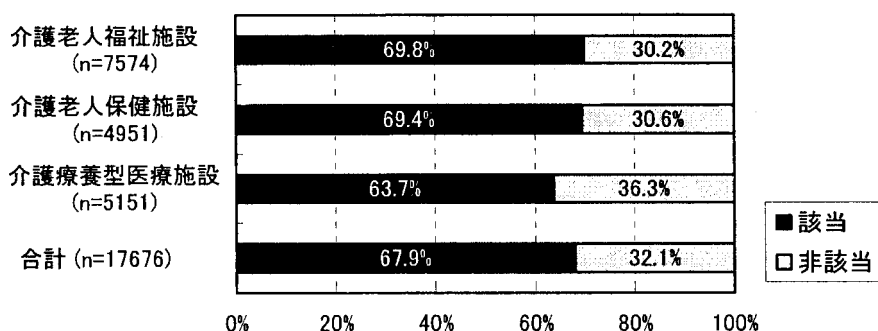


2) 主たる身体拘束の実施状況

■例外3原則との関係

主たる身体拘束と例外3原則（緊急やむを得ない場合に例外的に身体拘束を行う場合の要件であり、①切迫性、②非代替性、③一時性があり、かつそれらの要件の確認等が極めて慎重に実施されているケースに限られる。（巻末資料1参照）との関係については、例外3原則に該当するものは全体で67.9%、該当しないものは32.1%であった。施設種別の該当割合を見ると、介護老人福祉施設が69.8%、介護老人保健施設が69.4%、介護療養型医療施設が63.7%であった（図8）。

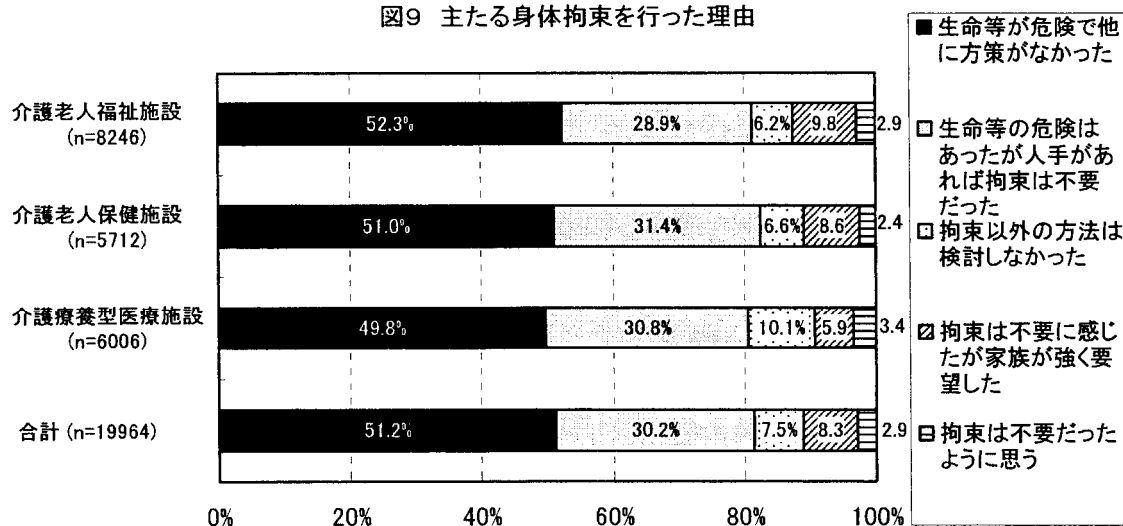
図8 主たる身体拘束と例外3原則との関係



■身体拘束を行った理由

主たる身体拘束を行った理由については、「生命等が危険で他に方策がなかった」が51.2%と最も多く、次いで「生命等の危険はあったが人手があれば拘束は不要だった」が30.2%、「拘束は不要に感じたが家族が強く要望した」が8.3%、「拘束以外の方法は検討しなかった」が7.5%、「拘束は不要だったように思う」が2.9%であった（図9）。

図9 主たる身体拘束を行った理由

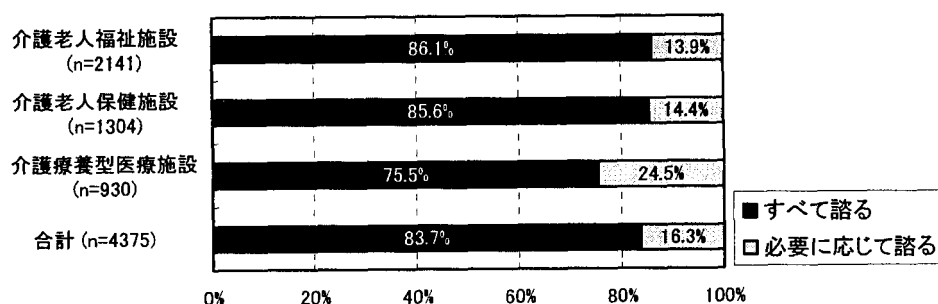


(2) 身体拘束の廃止に向けての取り組み状況

① 身体拘束廃止委員会等に諮る仕組みの運用状況

身体拘束をする(した)場合に身体拘束廃止委員会などに諮る仕組みの運用状況については、「すべて諮る」とした施設が64.8%、「必要に応じて諮る」が12.6%、「委員会未設置」が22.6%であった。ただし、「委員会未設置」の中に、当該施設で身体拘束を一切行っていないために未設置である場合も含まれる。そのため、何らかの形で身体拘束廃止委員会などに諮る仕組みがある施設に限って見ると、「すべて諮る」の割合は83.7%に達している。(図10)。

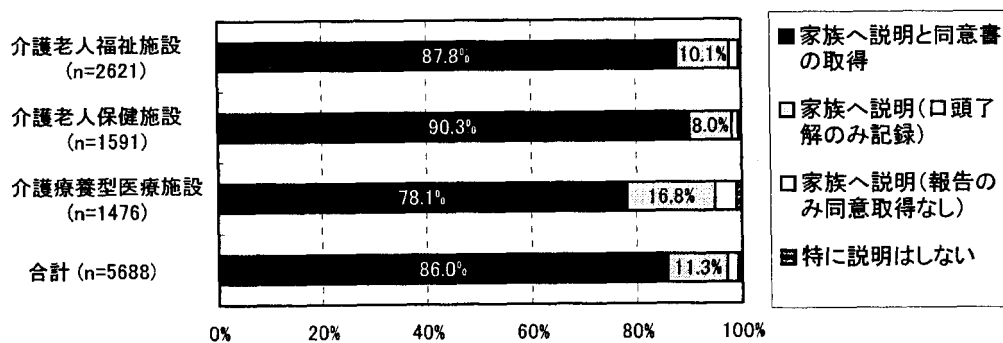
図10 身体拘束廃止委員会等に諮る仕組みの運用状況



② 身体拘束をする(した)場合の家族への説明

身体拘束をする(した)場合の家族への説明の有無と方法については、「家族への説明と同意書の取得」が86.0%と最も多く、次いで「家族へ説明(口頭了解のみ記録)」が11.3%、「家族へ説明(報告のみ同意書取得なし)」が2.1%で、「特に説明はしない」が0.7%であった。(図11)。

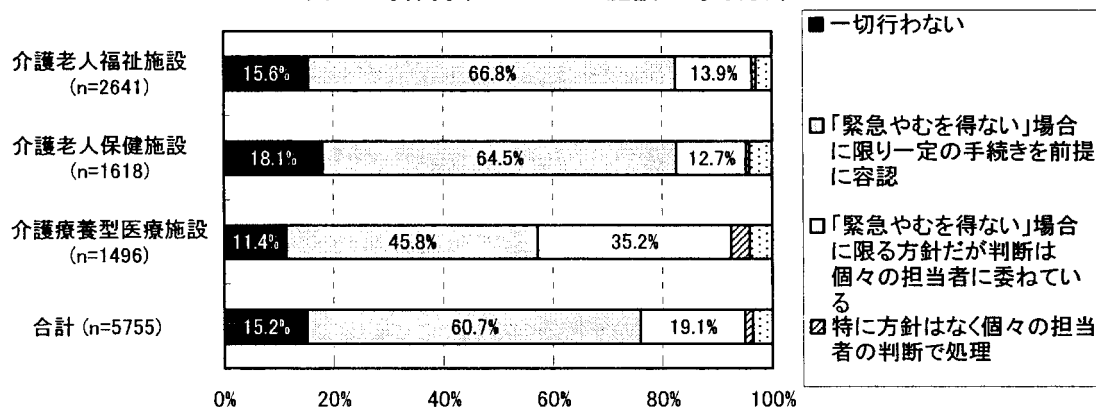
図11 身体拘束をする(した)場合の家族への説明



③身体拘束についての施設の対応方針

身体拘束についての施設の対応方針については、「『緊急やむを得ない』場合に限り一定の手続きを前提に容認」が60.7%と最も多く、次いで「『緊急やむを得ない』場合に限り方針だが判断は個々の担当者に委ねている」が19.1%、「一切行わない」が15.2%、「その他」が3.5%の順であり、「特に方針はなく個々の担当者の判断で処理」が1.4%であった。(図12)。

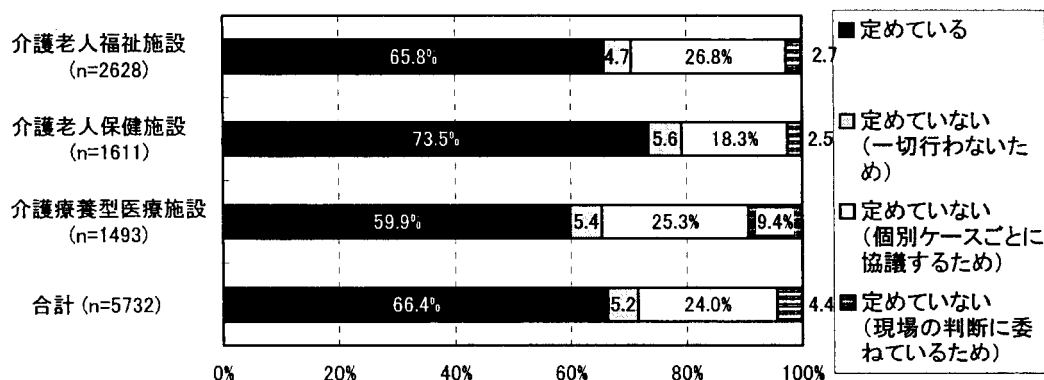
図12 身体拘束についての施設の対応方針



④身体拘束を行う場合の手続きの策定状況

身体拘束を行う場合の手続きの策定状況については、「定めている」が66.4%と最も多く、次いで「定めていない(個別ケースごとに協議するため)」が24.0%、「定めていない(一切行わないため)」が5.2%の順であり、「定めていない(現場の判断に委ねているため)」が4.4%であった。(図13)。

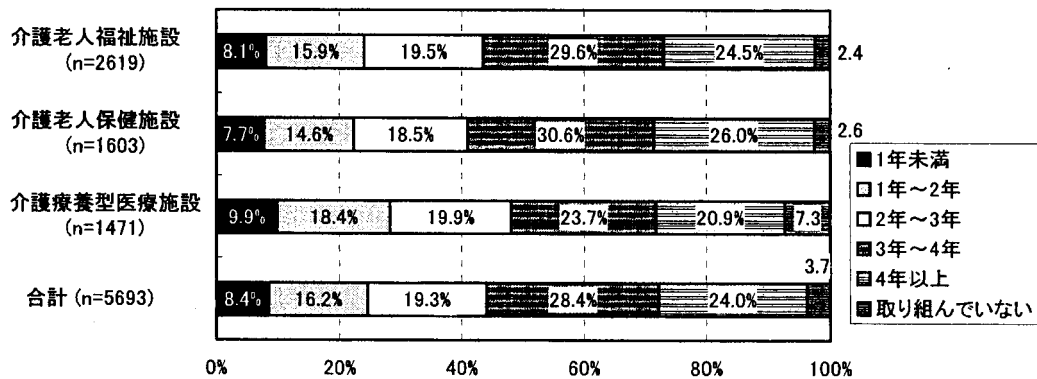
図13 身体拘束を行う場合の手続きの策定状況



⑤身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数

身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数については、全体で「3年～4年」が28.4%と最も多く、次いで「4年以上」が24.0%、「2年～3年」が19.3%、「1年～2年」が16.2%、「1年未満」が8.4%の順であり、「取り組んでいない」が3.7%であった。（図14）

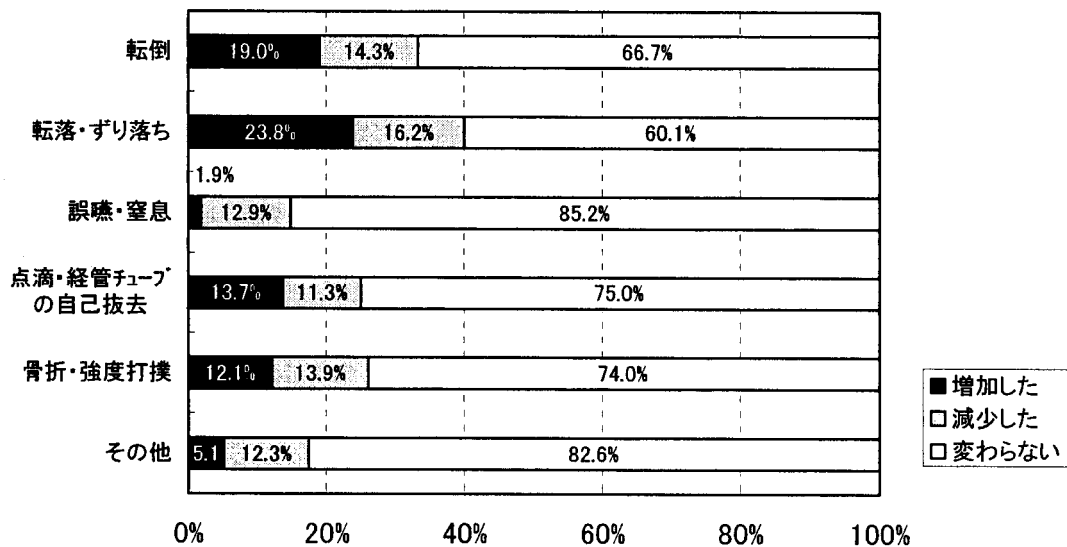
図14 身体拘束廃止に取り組んでからの経過年数



⑥身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の増減

身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の増減について、取り組み直前と調査時点での状況を比較したところ、事故の種別ごとに差はあるものの、6割から8割が「変わらない」と回答している。（図15）。

図15 身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の増減(全体)

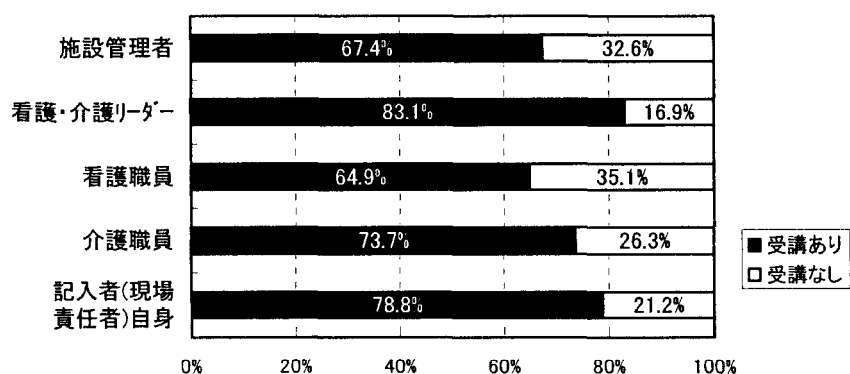


⑦身体拘束廃止に関する講習・研修等の受講状況及び学習状況

1) 講習・研修等の受講状況

身体拘束廃止に関する外部の講習・研修の受講状況については、施設管理者に受講経験がある施設は67.4%であった。また、看護・介護リーダーで受講したことがある人がいる施設は、管理者に比べてやや多く、83.1%であった。看護職員で受講したことがある人がいる施設は、リーダーに比べるとやや少なく、64.9%であった。介護職員で受講したことがある人がいる施設は73.7%であり、調査票記入者（現場責任者）で受講したことがある人がいる施設は、78.8%であった。（図16）。

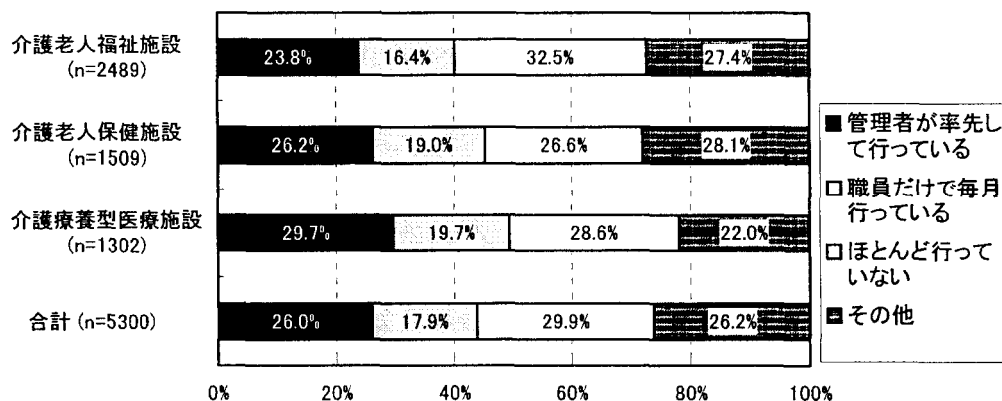
図16 講習・研修の受講状況(全体)



2) 学習状況

施設内で身体拘束廃止に関する勉強にどのように取り組んでいるかについて回答を求めたところ、「ほとんど行っていない」が29.9%と最も多く、「管理者が率先して行っている」が26.0%、「職員だけで毎月行っている」が17.9%であった。（図17）。

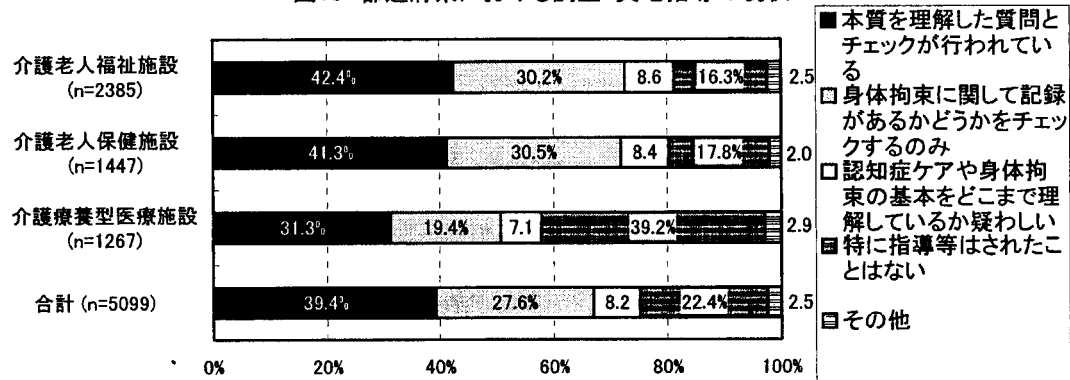
図17 学習状況



⑧都道府県における調査・実地指導の現状

都道府県等における実地指導時の身体拘束に関する調査・指導の状況については、「本質を理解した質問とチェックが行われている」が39.4%と最も多く、次いで「身体拘束に関して記録があるかどうかをチェックするのみ」が27.6%、「特に指導等はされたことはない」が22.4%、「認知症ケアや身体拘束の基本をどこまで理解しているか疑わしい」が8.2%であった。（図18）。

図18 都道府県における調査・実地指導の現状



(3) 身体拘束廃止に向けての取組み等と拘束率との関係

① 人員配置状況との関係

看護・介護職員を合わせた職員1人当たりの入所者（利用者）数（以下「人員配置状況」とする）は、全体では平均で2.0名であったが、介護老人福祉施設は平均2.2名、介護老人保健施設は2.1名、介護療養型医療施設は1.6名と差があり、かつその分布状況にも施設種別による差が見られた。そのため、施設種別ごとに、人員配置状況と5%刻みの施設拘束率区分によるクロス集計を行った。その結果、介護老人福祉施設では、人員配置と施設内拘束率との関連はほとんど見られなかった。一方、介護老人保健施設においては、人員配置が手厚い群では、身体拘束を行っていない施設の割合及び拘束率の低い施設の割合が高くなっていた。介護療養型医療施設では、人員配置状況と施設内拘束率との関連はほとんど見られなかった。（図19～21）。

図19 人員配置状況×施設内拘束率（介護老人福祉施設）

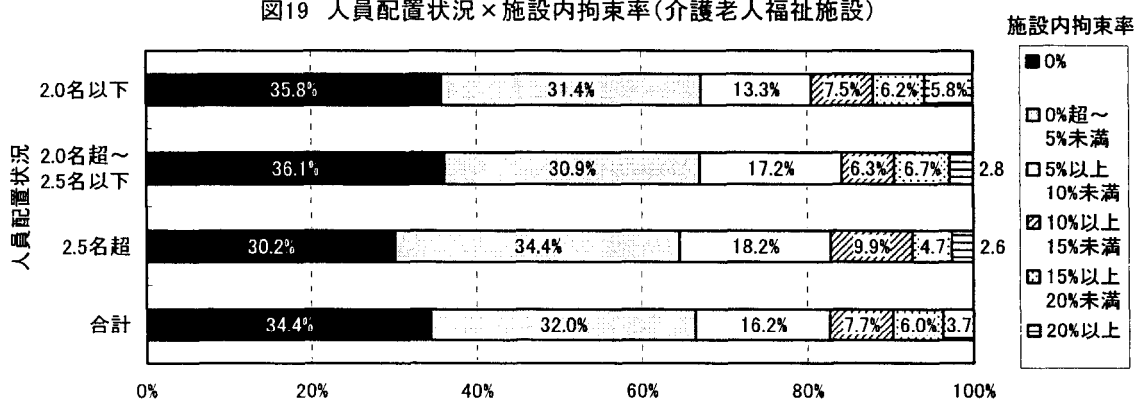


図20 人員配置状況×施設内拘束率（介護老人保健施設）

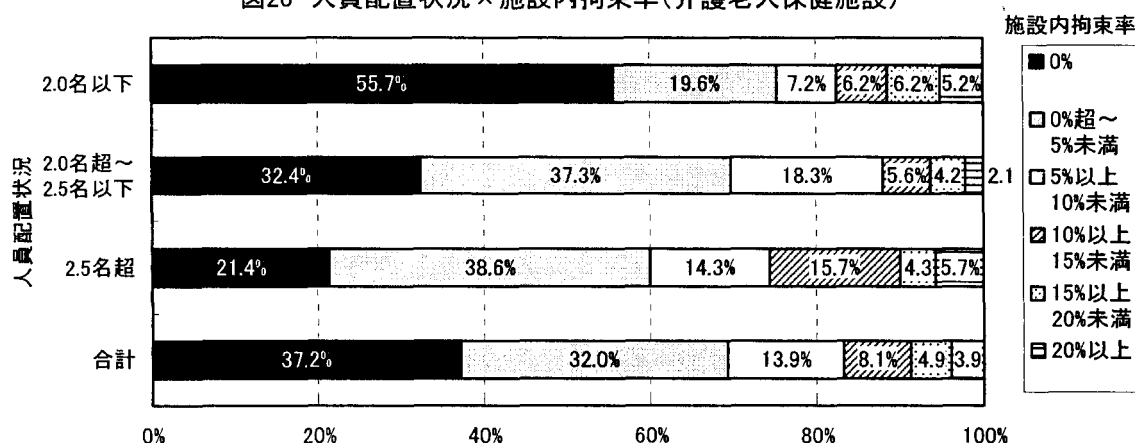
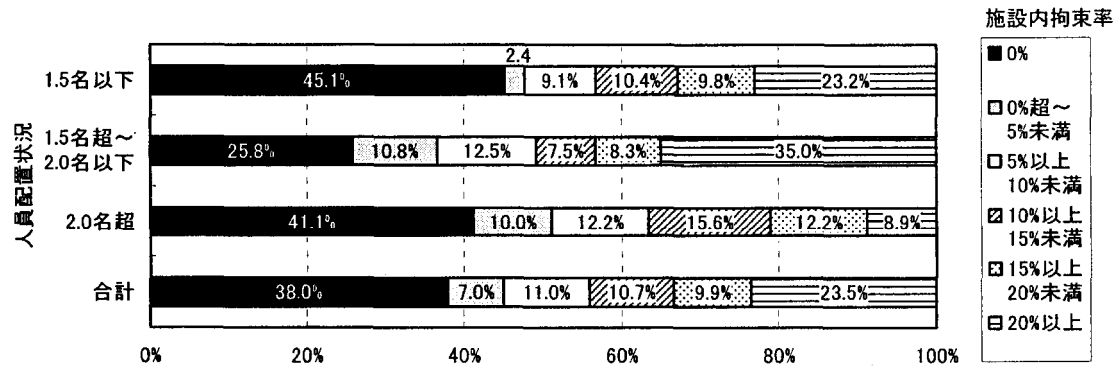


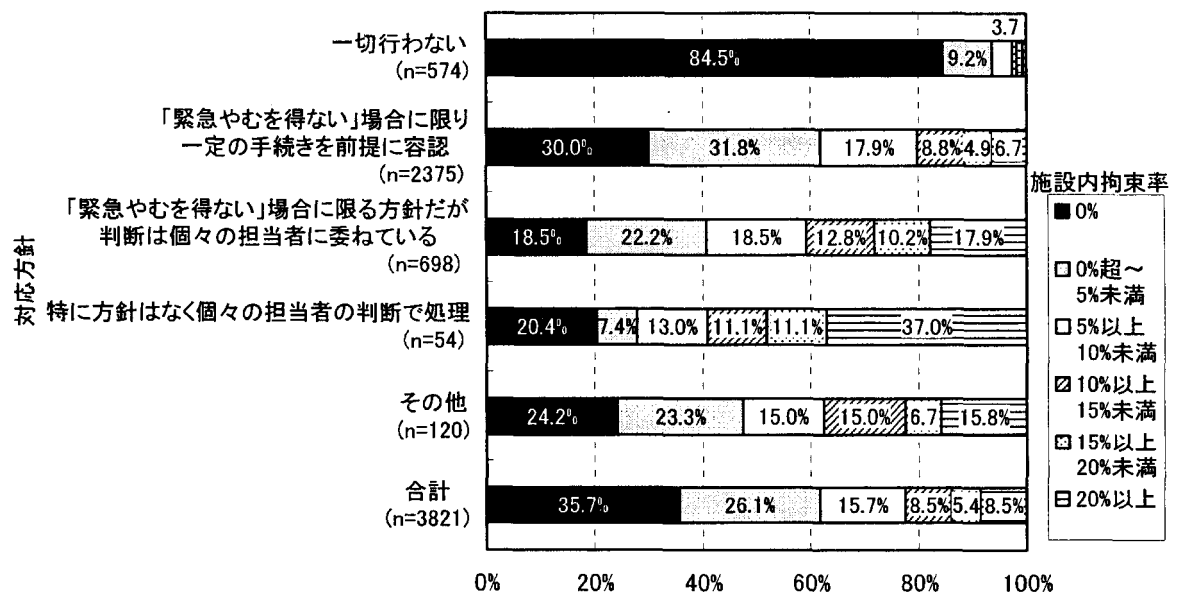
図21 人員配置状況×施設内拘束率(介護療養型医療施設)



②身体拘束に対する施設の対応方針との関係

身体拘束に対する施設の対応方針の別に、施設内拘束率の分布を求めた。その結果、「一切行わない方針である」と回答した施設の84.5%が拘束を全く行っていない。次いで「『緊急やむを得ない』場合に限り一定の手続きを前提に容認」、「『緊急やむを得ない』場合に限る方針だが判断は個々の担当者に委ねている」の順で、身体拘束を行っていない、もしくは施設内拘束率の低い施設の割合が高かった。それに対して、「特に方針はなく個々の担当者の判断で処理」と回答した施設では、拘束率20%以上の施設が多かった。(図22)。

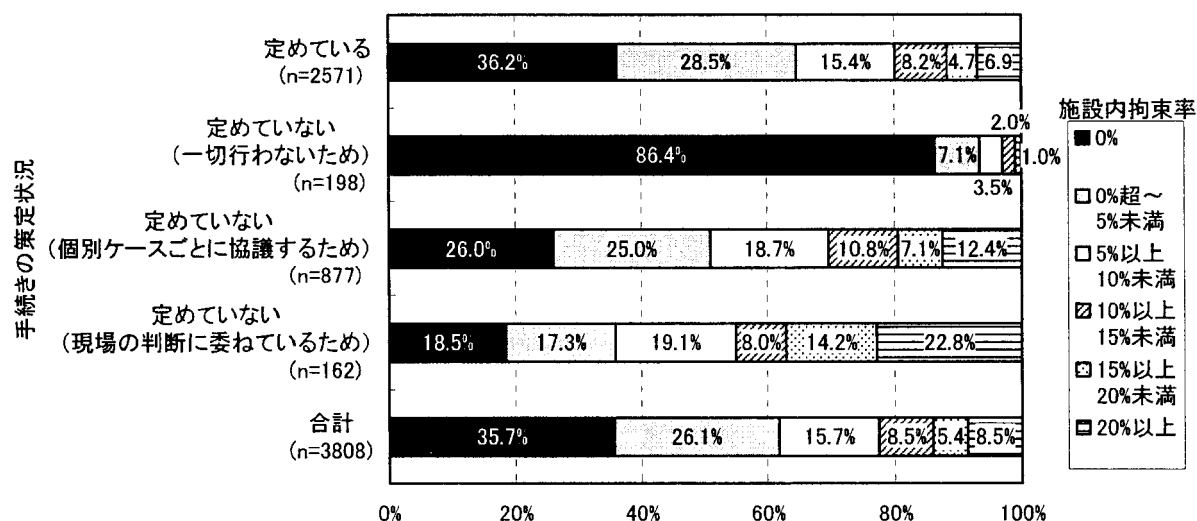
図22 身体拘束に対する施設の対応方針×施設内拘束率(全体)



③身体拘束を行う場合の手続きとの関係

身体拘束を行う場合の手続きの策定状況別に、施設内拘束率の分布を求めた。その結果、「定めていない（一切行わないため）」と回答した施設の8割以上が拘束を全く行っていないが、拘束を行っている施設も見られた。一方で、「定めていない（現場の判断に委ねているため）」と回答した施設では、拘束率が20%以上の施設が2割以上見られた（図23）。

図23 身体拘束を行う場合の手続きの策定状況×施設内拘束率(全体)



④身体拘束廃止に関する講習・研修等の受講状況及び学習状況との関係

1) 講習・研修等の受講状況

身体拘束廃止に関する外部の講習・研修の受講状況について、施設管理者及び看護・介護リーダーの受講経験の有無別に、施設内拘束率の分布を求めた。施設管理者については、受講経験が「ある」と回答した場合、全体で施設内拘束率0%の施設が38.3%（受講経験がない施設では31.8%）、0%～5%の施設が27.3%（同25.6%）であるなど、受講経験がある場合の方が施設内拘束率が低い施設の割合が高かった。看護・介護リーダーについても同様で、受講経験があるリーダーがいる施設では、全体で施設内拘束率0%の施設が36.5%（受講経験がない施設では31.3%）、0%～5%の施設が27.3%（同24.6%）であるなど、受講経験がある者のいる施設の方が施設内拘束率が低い傾向が見られた。（図24、25）。

図24 講習・研修受講状況×施設内拘束率(施設管理者全体)

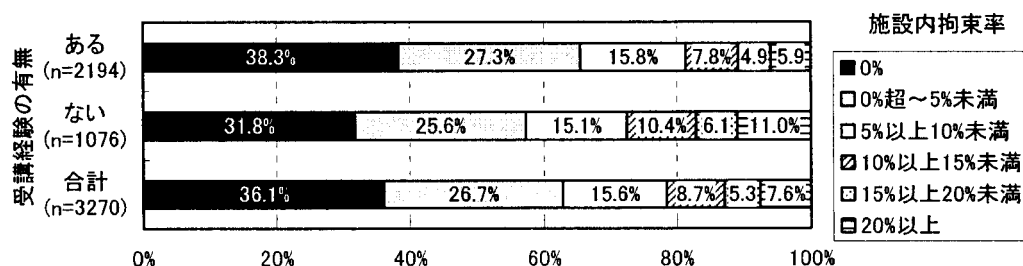
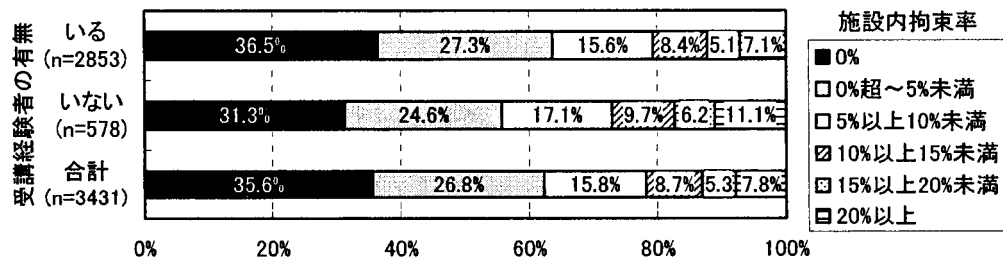


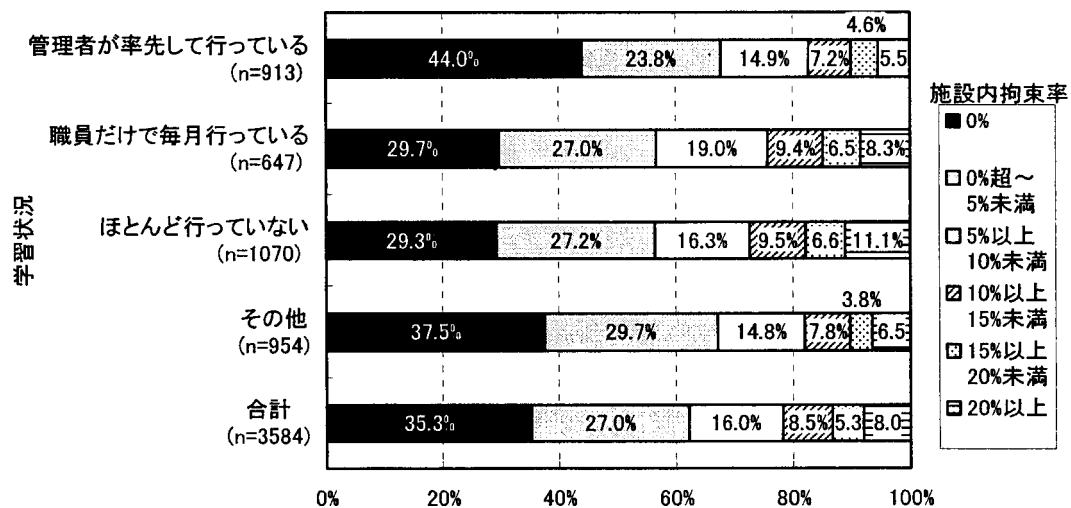
図25 講習・研修受講状況×施設内拘束率(看護・介護リーダー全体)



2) 学習状況

施設内での身体拘束廃止に関する学習状況別に、施設内拘束率の分布を求めた。その結果、「管理者が率先して行っている」場合は、施設内拘束率0%の施設が44.0%であるなど、施設内拘束率が低い傾向が見られた(図26)。

図26 学習状況×施設内拘束率(全体)



Ⅲ. 調査結果の総括

(1) 身体拘束の現状

本調査では施設内拘束率の分布を示したが、これを見ると拘束率が5%未満の施設が多く、身体拘束の実施を完全に廃止するには至らないものの、それに近い状態に達している施設が相当数に上っている。

身体拘束が実施された場合の被拘束者の属性としては、①年齢が高く、②男性で、③要介護度が高く、④認知症が重症で、⑤寝たきり度が高いほど、身体拘束を受けるリスクは高まることが予想される。また、身体拘束の行為種別を見ると、ベッド柵やY字型拘束帯・腰ベルト等などの行為が多かった。

一方、主たる身体拘束の実施状況を見ると、「緊急やむを得ない」もので他に方策のない状況であることが多いことが示されている。家族への説明等も高い割合で実施されており、身体拘束を実施する際の判断や手続きは浸透しつつあるものと思われる。しかし、「緊急やむを得ない」場合に該当しない身体拘束が約3割あった点については、今後の改善課題といえよう。

(2) 身体拘束の廃止に向けての取組み状況

多くの施設において、身体拘束廃止委員会等の組織の設置や、家族への説明方法の整備、対応方針や手続きの策定といった身体拘束の廃止に向けた取組みが行われていた。介護事故なども全体としては特に増加はしておらず、施設外の研修等の受講なども含めた取組みが一定の効果をあげていると思われる。さらに、過半数の施設で身体拘束の廃止に向けて3年以上の継続的な取組みがなされている。その中で、具体的な手続きや判断方法の策定、施設内での学習体制が未整備な施設が認められたため、今後これらの実践を一段と推進するため、取組みが行われることが望まれる。また、このことを確かにするためにも、都道府県における実地指導時の調査・指導内容の一層の充実が期待される。

(3) 身体拘束の廃止に向けての取組み等と拘束率との関係

施設内拘束率の分布状況は、施設の対応方針や身体拘束を行う際の手続き、講習・研修等の受講状況や学習状況といった、身体拘束の廃止に向けた取組みの状況と関連しており、これらの取組みが十分に実施されている場合ほど、施設内拘束率の低い施設の割合が高いことが示された。これらの傾向は、身体拘束廃止の阻害要因として指摘されやすい人員配置状況に比べても関連性はより強い。また、身体拘束を一切行わない、あるいは行わざるを得ない場合でも一定の手続きを課すといった方針と手続きの策定、管理者やリーダーなどの業務に関する決定権者の学習状況と施設内での学習の実践といった、トップが決意し、施設全体へ浸透させるような取組みも効果をもたらしていると考えられる。従ってこれらの取組みが既に行われている施設では、これをさらに推進し、十分でない施設では今後早急に取り組むことが望まれる。

資 料

1. 身体拘束に関する規定等

平成 11 年 3 月 31 日、介護保険施設等の「人員、設備及び運営に関する基準」が定められ、いわゆる「身体拘束禁止規定」が示された。

<介護保険指定基準の身体拘束禁止規定>

「サービスの提供に当たっては、当該入所者(利用者)又は他の入所者(利用者)等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の入所者(利用者)の行動を制限する行為を行ってはならない」

平成 12 年 3 月 17 日付の通知等により、下記のとおり「緊急やむを得ない」との除外規定が安易に適用されることを防止し、実際に行われた拘束の適切性を検証するための措置が講じられた。

<「緊急やむを得ない」場合に対する介護保険指定基準に関する通知>

「緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者(利用者、入院患者)の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない」

その後、厚生労働省ではこうした施策の趣旨を徹底し、その実効性を担保するため、平成 12 年 6 月に「身体拘束ゼロ作戦推進会議」を発足させ、「身体拘束ゼロ作戦」として、国庫補助制度を創設した上で推進会議の開催・身体拘束相談窓口の設置・相談員養成研修事業の実施(以上平成 13 年度より)・家族支援事業の実施(平成 14 年度より)からなる都道府県等における推進体制の整備、シンポジウムの開催、身体拘束廃止を支えるハード面の改善の推進などが図られた。その中で、平成 13 年 3 月、身体拘束廃止の趣旨や具体的なケアの工夫、実例等を盛り込んだ「身体拘束ゼロへの手引き：高齢者ケアに関わるすべての人に」がまとめられた。この「身体拘束ゼロへの手引き」では、例外的に身体拘束を行う「緊急やむを得ない」場合がどのような要件により判断され、かつどのような手段によりその判断が担保されるかについて示されている。具体的には、いわゆる「例外 3 原則」として、『切迫性』『非代替性』『一時性』の三つの条件が満たされ、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる」とし、以下のような点が指摘されている。

<三つの要件をすべて満たすことが必要>

- (1) 切迫性: 利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- (2) 非代替性: 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
- (3) 一時性: 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

<手続きの面でも慎重な取り扱いが求められる>

- (1) 「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断は、担当のスタッフ個人(または数名)では行わず、施設全体としての判断が行われるように、あらかじめルールや手続きを定めておく
- (2) 利用者本人や家族に対して、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできるだけ詳細に説明し、十分な理解を得るよう努める
- (3) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合についても、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合には直ちに解除すること

＜身体拘束に関する記録が義務付けられている＞

- (1) 「緊急やむを得ない」場合に対する介護保険指定基準に関する通知(前掲)
- (2) 日々の心身の状態等の観察、拘束の必要性や方法に関わる再検討を行うごとに逐次その記録を加えるとともに、それについて情報を開示し、ケアスタッフ間、施設全体、家族等関係者の間で直近の情報を共有する(「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」の例示あり)。この「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」は、施設において保存し、行政担当部局の指導監査が行われる際に提示できるようにしておく必要がある

また同「手引き」では、介護保険指定基準において禁止の対象となる具体的な行為として、以下の 11 種の行為を示している。

＜身体拘束禁止の対象となる具体的な行為＞

- (1) 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- (2) 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- (3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
- (4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- (5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- (6) 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- (7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- (8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
- (9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
- (10) 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- (11) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

これに伴い、厚生労働省では平成 13 年 5 月に介護保険施設等の指導監査における着眼点を改正し、緊急やむを得ない場合に要する記録にあたって「身体拘束ゼロへの手引き」に例示されている「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」等を参考に適切な記録を作成し保存していること、施設の管理者及び従業者が身体拘束廃止を実現するために正確な事実認識を持っていること、施設管理者は「身体拘束廃止委員会」などを設置し施設全体で身体拘束廃止に取り組み改善計画を作成していること及び身体拘束に該当する具体的な行為 11 種を明示した。また介護保険施設等の「人員、設備及び運営に関する基準」を改正し、「緊急やむを得ず」身体拘束を行う場合にその態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、当該の記録を 2 年間保存するという義務を明記した(平成 15 年 4 月より施行)。

【現場責任者用】

身体拘束状況調査票Ⅰ

記入者は、看護・介護現場において責任を担っている方をお願いします。
 (「回答用紙」の該当する箇所に必要な事項を記載してください。回答が不明な場合は空欄で結構です。)

- 事業所番号
- 施設種別
- 役 職 名
- 開設年度

【施設に関する基礎情報】

問1 定員数(平成17年2月21日現在)

問2 入所者(利用者)数(平成17年2月21日現在)

※ 空床利用の短期入所生活介護または短期入所療養介護を含む。

問3 看護・介護職員体制についてご記入下さい。(平成17年2月21日現在)

- (1)看護職員数(常勤換算)
- (2)介護職員数(常勤換算)
- (3)夜間における看護・介護職員ごとの夜勤者配置状況
 - ① 夜間帯看護職員配置人員数
 - ② 夜間帯介護職員配置人員数
- (4)夜間勤務時間帯
- (5)人員配置に関する特別な工夫の有無及び内容

【入所者(利用者)に関する基礎情報】

問4 入所者(利用者)の状況(平成17年2月21日現在)

- (1)平均年齢
- (2)男女別人数
- (3)平均入居月数
- (4)要介護度別人数
 - (自立、要支援、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5)
- (5)認知症高齢者の日常生活自立度別人数
 - (自立、ランクⅠ、ランクⅡ、ランクⅢa、ランクⅢb、ランクⅣ、ランクⅤ)
- (6)障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)別人数
 - (自立、ランクⅠ、ランクA、ランクB、ランクC)
- (7)特殊治療を行っている人数
 - (0:なし、1:点滴、2:経管栄養(経鼻)、3:経管栄養(経胃ろう)、4:経管栄養(その他)、5:中心静脈栄養、6:気管切開、7:その他)
- (8)オムツ使用者数
 - (1:昼間は不要だが夜間は必要な者、2:昼夜を問わず必要な者)
- (9)皮膚疾患患者数(施設において治療中、又は治療のため通院中の者)

身体拘束状況調査票Ⅰの記入要領

1 事業所番号

介護保険事業者として指定を受け、設定された介護保険事業所番号を記入してください。

2 施設に関する基礎調査

(1) 看護・介護職員数

有給・無休を問わず2月21日現在に施設に在籍する職員数を職種別に計上してください。

職員数には、2月21日の新規採用者及び休職中の者（産前・産後休暇を含む）、欠勤者、育児休業の代替職員は含みますが、2月21日に退職した者及び休職・休業中（育児休業・介護休業）の者は含みません。

【例】職員数に含む者と含まない者

○ 職員数に含む者：新規採用者、休職中の者（産前・産後休暇を含む）、欠勤者、育児休業の代替職員、派遣職員、出向職員

○ 職員数に含まない者：退職した者、休職・休業中（育児休業・介護休業）の者、業務請負の労働者、ボランティア

(2) 常勤者

施設が定めた常勤の従事者が勤務すべき時間数（以下「施設の勤務時間数」という。）の全てを勤務している者をいいます。（施設の勤務時間数の全てを勤務しているパートタイマーは、ここに含みます。）

(3) 専従

施設内の他の職務及び併設施設・事業所等の他の職務に従事しない者をいいます。ただし、空床利用の短期入所生活介護または短期入所療養介護と兼務している場合は、専従として計上してください。

(4) 兼務

施設内の複数の職務に従事する者または、併設施設・事業所等にも従事する者で、従事する複数の職務別に従事者数と換算数を計上してください。

(5) 非常勤

常勤者以外の従事者（他の施設・事業所等にも勤務するなど収入及び時間的拘束の伴う仕事を持っている者、短時間のパートタイマー等）をいいます。看護・介護職員数と換算数を計上してください。

(6) 換算数

「常勤者の兼務」、「非常勤者」について、その職務に従事した1週間の勤

務時間を施設の通常の1週間の勤務時間で除した数値を、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで計上してください。

ただし、1週間に勤務すべき時間数が32時間未満となる施設の場合は、換算する分母は32時間としてください。

得られた数値が0.1に満たない場合は「0.1」と計上してください。

【換算数の計算式】

$$\frac{\text{職員の1週間の勤務時間}}{\text{施設が定めている1週間の勤務時間}}$$

※1か月に数回の勤務である場合

$$\frac{\text{職員の1か月の勤務時間}}{[(\text{施設が定めている1週間の勤務時間}) \times 4 (\text{週})]}$$

【従事者数の計算例】

1週間の勤務時間を40時間と定めている施設の場合

〈例1〉介護職員3人について、1人は介護保険施設に専従、2人は他の事業所の介護職員を兼務している場合

○ 専従の介護職員1人については、換算数は必要はありません。介護職員の「専従」の欄に計上してください。

○ 兼務をしている2人について、2人とも1週間のうち介護保険施設に32時間、他の事業所に8時間、勤務した場合

介護保険施設の介護職員（32時間×2人）

$$\frac{64 \text{ 時間}}{40 \text{ 時間}} = 1.6 \text{ 人}$$

〈例2〉非常勤介護職員2人について、週2日（各日3時間）勤務の非常勤介護職員が1人と、週3日（各日5時間）勤務の非常勤介護職員が1人いる場合

$$\frac{[(3 \text{ 時間} \times 2 \text{ 日} \times 1 \text{ 人}) + (5 \text{ 時間} \times 3 \text{ 日} \times 1 \text{ 人})]}{40 \text{ 時間}} = 0.525 \rightarrow 0.5 \text{ 人}$$

〈例3〉看護師3人が、介護保険施設の入所者と、併設している短期入所生活介護事業所（空床利用を除く）の入所者に対して一体的に看護業務を行っている場合

「常勤者の兼務」について、併設施設・事業所と業務を一体的に行っていることから、勤務時間による換算数が困難な場合は、利用者数により按分して換算数を計上してください。

介護保険施設の利用者数 80人
短期入所生活介護事業所の利用者数 20人 } 計100人

(介護保険施設の看護師)
 $80人 \div 100人 = 0.8人$
 $0.8 \times 3人 = 2.4人$

【記入例】

問3	(1) 看護職員数(常勤換算)				
	常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	換算数		換算数
		3	2.4		
	例3				
	(2) 介護職員数(常勤換算)				
	常勤者			非常勤者	
	専従	兼務	換算数		換算数
	1	2	1.6	2	0.5
	例1			例2	

- 3 入所者(利用者)に関する基礎情報
2月21日現在の入所者(利用者)の状況を記入してください。
- (1) 平均年齢
小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで計上してください。
- (2) 平均入居月数
小数点以下第1位を四捨五入した月数を記入してください。
- (3) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数
「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日老健第135号)により計上してください。
- (4) 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)別人数
「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日老健第102-2号)により計上してください。

【現場責任者用】

身体拘束状況調査票Ⅱ(回答用紙)

都道府県コード	
事業所番号	

(問) 平成17年2月21日から27日の1週間の間に行われたすべての身体拘束事例について、別紙「記入要領」を参考に記入してください。

		施設種別			1 2 3			1 2 3			開始年度			S H ()年度		
No	年齢	性別	入居月数	要介護度	認知症高齢者自立度	日常生活自立度	特性治療の有無	排渾方法	身体拘束の行為種別	例外3原則との関係	時間	事業への説明・報告	拘束の理由等	拘束中止の可能性	拘束日数	拘束時間
1	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
2	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
3	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
4	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
5	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
6	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
7	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
8	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
9	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6
10	1	2	2月	自立・支・1・2・3・4・5	自立・I・II・IIIa・IIIb・IV・M	自立・J・A・B・C	0・1・2・3・4・5・6・7	1・2 3・4	1・2・3・4・5・6・7・8・9 10・11・12・13・14・15・16	1・2 2	1	1・2・3	1・2・3・4・5	1・2	1・2・3・4・5・6・7	1・2・3・4・5・6

※ お手数ですが、調査用紙をコピーしてご記入下さい。

身体拘束状況調査票Ⅱの記入要領

- 1 記入者は、看護・介護現場において責任を担っている方にお願いします。
- 2 調査票は、平成17年2月21日～27日の1週間について、作成してください。
- 3 調査票の該当する事項に○を、又は必要事項を記入してください。
- 4 身体拘束を行わなかった施設については、「事業所番号」、「施設種別」、「役職名」、「開設年度」のみを記入のうえ、返送してください。
- 5 事業所番号 ……介護保険事業所として指定を受け、設定された事業所番号を記入してください。
- 6 施設種別 ……1:介護老人福祉施設、2:介護老人保健施設、3:介護療養型医療施設
- 7 役職名 ……1:看護部長等、2:介護士長等、3:その他(役職名を記入してください)
- 8 性別 ……1:男性、2:女性
- 9 入居月数 ……月数で記入してください。(例)2年2月の場合:26月
- 10 認知症高齢者自立度 ……認知症高齢者自立度は、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」によるランクのことである。
- 11 日常生活自立度 ……日常生活自立度は、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」によるランクのことである。
- 12 特殊治療の有無 ……0:なし、1:点滴、2:経管栄養(経鼻)、3:経管栄養(経胃ろう)、4:経管栄養(その他)、5:中心静脈栄養、6:気管切開、7:その他
- 13 排泄方法 ……1:ポータブル、2:尿嚢、3:おむつ、4:カテーテル等(該当しない場合は記入の必要なし)
- 14 身体拘束の行為種別 ……下記の身体拘束の行為種別のうち、主たる(最も長く行った)拘束行為種別1つに○を記入してください。また、その他の拘束行為を行った場合は△を記入してください(その他の拘束行為は複数回答あり)。
 1: 排泄しないように、車いすやベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること。
 2: 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること。
 3: 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲むこと。
 4: 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛ること。
 5: 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の関節を制限するミトン型の手袋等をつけること。
 6: 車いすやベッドから落ちたりしないように、腰ベルトをつけること。
 7: 車いすやベッドから落ちたりしないように、Y字型拘束帯をつけること。
 8: 車いすやベッドから落ちたりしないように、車いすテーブルをつけること。
 9: 車いすやベッドから立ち上がりたりしないように、腰ベルトをつけること。
 10: 車いすやベッドから立ち上がりたりしないように、Y字型拘束帯をつけること。
 11: 車いすやベッドから立ち上がりたりしないように、車いすテーブルをつけること。
 12: 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを助けるようないすを使用すること。
 13: 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せること。
 14: 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛ること。

- 15 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させること。
 16 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離すること。
- 15 例外3原則との関係 ……例外3原則とは、緊急やむを得ない場合に例外的に身体拘束を行う場合の要件のことである(①切迫性、②非代替性、③一時性の3つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続が極めて慎重に実施されているケースに限られること。)
 ① 該当、2: 非該当 ……主たる拘束行為を一番長く行った日の身体拘束(14で○をつけたもの)について記入してください。
 (参考) ①切迫性 ……利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
 ②非代替性 ……身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
 ③一時性 ……身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること
- 16 時 間 ……1: 昼間()時間、2: 夜間()時間 ……主たる拘束行為を一番長く行った日の身体拘束(14で○をつけたもの)について、時間数を記入してください。(小数点以下四捨五入)(夜間とは、夜間勤務時間帯のことである)
- 17 家庭への説明・報告 ……1: 事前説明、2: 事後報告、3: 説明なし ……主たる拘束行為を一番長く行った日の身体拘束(14で○をつけたもの)について記入してください。
- 18 拘束の理由等 ……1: 生命等が危険で他に方法がなかった
 2: 生命等の危険はあったが、人手があれば拘束は不要だった
 3: 拘束以外の方法は検討しなかった
 4: 拘束は不要に感じたが、家族が強く要望した
 5: 拘束は不要だったように思う
 (主たる拘束行為を一番長く行った日の身体拘束(14で○をつけたもの)について記入してください。)
- 19 拘束中止の可能性 ……1: 中止はできる、2: 中止はできない ……主たる拘束行為を一番長く行った日の身体拘束(14で○をつけたもの)について記入してください。
- 20 拘束日数 ……1: 1日、2: 2日、3: 3日、4: 4日、5: 5日、6: 6日、7: 7日 ……調査期間のうち、身体拘束を行った総日数を記入してください。
- 21 拘束時間帯 ……1: 夜間、2: 利用者の起床時、3: 食事時間帯、4: 夕方、5: 休日等スタッフの人手が少ない時等、6: その他 (複数回答あり)

○ 身体拘束状況調査票Ⅱ(回答用紙)記入例

(例)Aさん(70歳、男性)の場合

- ・主たる(最も長く行った)身体拘束の行為種別が「2」であり、その他、時々状況に応じて「4」、「10」の拘束を行った場合。
- ・主たる身体拘束行為「2」を最も長く行った日において、「2」の拘束行為を昼間5時間、夜間12時間行った場合。
- ・調査期間(1週間)のうち、拘束行為「2」「4」「10」のいずれかの身体拘束を行った日数の総数が6日の場合。
- ・調査期間(1週間)のうち、拘束行為「2」「4」「10」のいずれかの身体拘束を、夜間および食事時間帯に行った場合。

No.	年齢	性別	～(略)～	身体拘束の行為種別	～(略)～	時間	～(略)～	拘束日数	拘束時間帯
1	70	① 2		1 ② 3 ④ 5・6・7・8・9 ⑩ 11・12・13・14・15・16		1(5) 2(12)		1・2・3・4・5・6 ⑦・⑧・⑨	①・②・③・④・⑤・⑥

【現場責任者用】

身体拘束状況調査票Ⅲ

【看護・介護現場に対するアンケート項目】

記入者は、看護・介護現場において責任を担っている方をお願いします。
 (「回答用紙」の該当する箇所)に○を、または必要事項を記載してください。回答が不明な場合は空欄で結構です。)

- 事業所番号 介護保険事業者として指定を受け、設定された事業所番号を記入してください。
- 施設種別 1:介護老人福祉施設、2:介護老人保健施設、3:介護療養型医療施設
- 役職名 1:看護部長等、2:介護士長等、3:その他(役職名を記入してください)
- 開設年度

【身体拘束の実態について】

問1 身体拘束をする(した)場合、身体拘束廃止委員会などに諮る仕組みを設けていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「2」と回答された場合は、語った割合(%)、小数点第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで計上)も記入してください。

- 1 すべて語ることとしている
- 2 必要に応じて語ることとしている
- 3 そのような委員会は設けていない

問2 施設サービス計画の作成時に、身体拘束を誘発するリスクを検討する仕組みになっていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「3」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 そのためのチェック項目を設け、カンファレンスするなど創意工夫を行っている
- 2 そのための特別な取り組みはしていない
- 3 その他()

問3 身体拘束をする(した)場合、家族への説明をすることになっていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 家族へ説明し、同意書をいただく取扱いとしている
- 2 家族へ説明し、同意はいただくが口頭了解を記録する取扱いとしている
- 3 家族へ説明はするが、報告的なものであり特に同意を求める趣旨ではない
- 4 特に説明する取扱いとはしていない

問4 身体拘束をする(した)場合の記録の取扱いはどうに行っていますか。該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。また、「5」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 カルテへ記載する
- 2 看護・介護記録へ記載する
- 3 身体拘束などのリスク管理専用の経過観察記録へ記載する
- 4 特に記載方法・内容について取扱いを決めてない
- 5 その他()

問5 入所者(利用者)本人又は家族から身体拘束に関する記録の開示請求があった場合は、開示していますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「2」と回答された場合は、具体的な対応方法を記入してください。

【現場責任者用】

- 1 すべて開示している
- 2 個別に対応している
- 3 これまで請求を受けたことはないが、請求があれば開示する方針である
- 4 開示請求には応じない

【身体拘束に関する基本方針】

問6 身体拘束についての施設の方針はどのようになっていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「5」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 一切行わない方針である
- 2 「緊急やむを得ない」場合に限り身体拘束廃止委員会に諮るなど、一定の手続きを前提に容認している
- 3 「緊急やむを得ない」場合に限る方針であるが、判断は個々の担当者にあ任している
- 4 特の方針は掲げておらず、個々の担当者の判断で処理している実態にある
- 5 その他()

問7 身体拘束を行う場合の手続きを定めていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 定めている
- 2 一切行わないこととして定めている
- 3 個別ケースごとに協議して対応することとして定めている
- 4 現場の判断にあ任しているため特に定めたものはない

問8 身体拘束禁止の対象となる具体的な行為のうち、厳しすぎると考えている行為がありますか。該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。

- 1 徘徊しないように、車いすやベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること
- 2 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること
- 3 自分で降りられないように、ベッドを欄(サイドレール)で囲むこと
- 4 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛ること
- 5 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能制限するミトン型の手袋等をつけること
- 6 車いすやベッドからずり落ちたりしないように、腰ベルトをつけること
- 7 車いすやベッドからずり落ちたりしないように、Y字型拘束帯をつけること
- 8 車いすやベッドからずり落ちたりしないように、車いすテーブルをつけること
- 9 車いすやベッドから立ち上がったりしないように、腰ベルトをつけること
- 10 車いすやベッドから立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯をつけること
- 11 車いすやベッドから立ち上がったりしないように、車いすテーブルをつけること
- 12 立ち上がる能力のある人の立ち上がり方を助けるようないすを使用すること
- 13 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せること
- 14 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛ること
- 15 行動を遅らせるために、向精神薬を過剰に服用させること
- 16 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離すること

【身体拘束廃止の推進に伴う変化について】

問9 身体拘束廃止に取り組んで、どれくらいになりますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「6」と回答された場合は、その理由を記入してください。

- 1 1年未満
- 2 1年～2年
- 3 2年～3年
- 4 3年～4年
- 5 4年以上
- 6 取り組んでいない()

【現場責任者用】

※ 問2で「6」に回答された方は、問26以降の質問にお答えください。

問10 身体拘束廃止に向けて取り組んできた現在と取り組み以前とは、どのような変化がありますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「1」と回答された場合はその時期、「2～4」と回答された場合は取り組みはじめる直前と現在を比較して、拘束人数又は拘束率(%)、小点数第2位を四捨五入し、小点数以下第1位まで計上)も記入してください。

- 1 身体拘束を一切行わないこととした
- 2 身体拘束を受けた入所者(利用者)数が少なくなった
- 3 身体拘束の実態(拘束人数、又は拘束率)は変わらない
- 4 身体拘束がより多く行われるようになってきた

問11 身体拘束廃止に取り組んでからの直接介護量について、どのように感じていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 減った
- 2 どちらかと言えば減った
- 3 変わらない
- 4 どちらかと言えば増えた
- 5 増えた

問12 身体拘束廃止の取り組みが推進できた(できている)と思われる施設のみ記入してください。その要因について、該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。また、「3」と回答された場合は責任を負うことを表明した役職名を、「12」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 管理者等幹部の指示・指導が厳しかったから
- 2 管理者等幹部が現場の取り組みを評価してくれたから
- 3 管理者等幹部が最終責任を負うことを表明してくれたから
- 4 看護・介護職のリーダーの指導力が優れていたから
- 5 看護・介護体制を強化してくれたから
- 6 組織ぐるみで取り組む雰囲気が醸成できたから
- 7 研修等により知識、対応方法を身につけたから
- 8 身体拘束の弊害を改めて認識したから
- 9 常に身体拘束原因の有無を念頭においてアセスメントし、サービス計画を検討するようになったから
- 10 身体拘束をする際にその理由を慎重に検討する仕組みが定着してきたから
- 11 家族の理解を得ることができたから
- 12 その他()

問13 身体拘束廃止に取り組んでいるが、推進できない(できていない)と思われる施設のみ記入してください。その要因について、該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。また、「8」と回答された場合は具体的に記入してください。

- 1 管理者等幹部の理解が得られないから
- 2 事故が起きたときに現場のみに責任を押しつけられる恐れがあるから
- 3 看護・介護体制の強化を図られず余裕がなかったから
- 4 管理者や職員に廃止しようという意欲がたりないから
- 5 入所者(利用者)の重症化が進み余裕がないから
- 6 研修を受けた者がいないから
- 7 どうしたらよいかわからないから
- 8 その他()

【現場責任者用】

問14 身体拘束廃止に取り組んでからの介護事故の状況はどうか。取り組みはじめる直前と現在を比較して、該当する事項に1つ○を記入の上、1:増加又は2:減少した割合(%)、小点数第2位を四捨五入し、小点数以下第1位まで計上)を記入してください。また、「6」については介護事故の種類も記入してください。

- | | | | |
|-------------------|--------|--------|---------|
| (1)転倒 | 1 増加した | 2 減少した | 3 変わらない |
| (2)転落・すり落ち | 1 増加した | 2 減少した | 3 変わらない |
| (3)誤嚥・窒息 | 1 増加した | 2 減少した | 3 変わらない |
| (4)点滴・経管チューブの自己抜去 | 1 増加した | 2 減少した | 3 変わらない |
| (5)骨折・強度打撲等 | 1 増加した | 2 減少した | 3 変わらない |
| (6)その他の介護事故 | 1 増加した | 2 減少した | 3 変わらない |

問15 身体拘束廃止に取り組んでから、介護事故をめぐり入所者(利用者)や家族などからの苦情が増えましたか。取り組みはじめる直前と現在を比較して、該当する事項に1つ○を記入の上、1:増加又は2:減少した割合(%)、小点数第2位を四捨五入し、小点数以下第1位まで計上)を記入してください。

- 1 増加した
- 2 減少した
- 3 変わらない

問16 身体拘束廃止に取り組んでから、介護事故に起因して損害賠償を求められた例はありますか。「1」または「2」のいずれかに○を記入してください。また、「1」と回答された場合は、その対応方法について該当する事項のすべてに○を記入し(複数回答あり)、その件数を記入してください。

- 1 賠償を求められたことがある
 - 1-1 それに応じたことがある
 - 1-2 求められたが応じなかった
 - 1-3 現在係争中である
- 2 賠償を求められたことはない

問17 身体拘束廃止に取り組んでからも、入所者(利用者)、または家族から拘束してほしいという申し出がありますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 よくある
- 2 時々ある
- 3 ない

問18 問17で「1」又は「2」と回答された施設のみ記入してください。入所者(利用者)、または家族から拘束してほしいという申し出があった場合、身体拘束を行うことによる弊害を説明していますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 必要事項はすべて提示し、理解が得られるまで説明を行っている
- 2 必要事項は説明している
- 3 説明していない

【現場責任者用】

問19 身体拘束廃止の取り組み前後で、記入者自身の意識は変わりましたか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「6」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 拘束する辛さから解放されて精神的に楽になった
- 2 拘束から解放されて明るくなった入所者(利用者)をみてさらに意欲が向上した
- 3 特に何かが変わったとは思わない
- 4 神経を使い大変であるが、これからも廃止に向けた取り組みを継続するつもりである
- 5 事故防止に神経を使い大変つらいので、以前の方がよかったと思っている
- 6 その他()

【身体拘束廃止への取組に関する評価について】

問20 身体拘束廃止に向けた貴施設の取り組みの現状についてどのように考えていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 満足
- 2 やや満足
- 3 やや不十分
- 4 不十分

問21 身体拘束廃止に向けた貴施設の取り組みについて、今後の方針をどのように考えていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「4」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 当面、現状維持でよいと考えている
- 2 もう少し推進しなければならないと考えている
- 3 おおいに推進しなければならないと考えている
- 4 その他()

問22 身体拘束廃止に関する外部の講習・研修を受講した職員はいますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、(2)～(4)で「1」と回答された場合は、それぞれの受講した職員数及び割合(％、小数点第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで計上)を記入してください。

- (1)施設管理者
 - 1 受講したことがある
 - 2 受講したことがない
- (2)看護・介護リーダー
 - 1 受講した者はいる
 - 2 受講した者はいない
- (3)看護職員
 - 1 受講した者はいる
 - 2 受講した者はいない
- (4)介護職員
 - 1 受講した者はいる
 - 2 受講した者はいない
- (5)記入者自身
 - 1 受講したことがある
 - 2 受講したことがない

問23 貴施設では身体拘束廃止に関する勉強にどのように取り組んでいますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「4」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 管理者等が率先して行っている
- 2 職員だけで毎月で行っている
- 3 ほとんど行っていない
- 4 その他()

【現場責任者用】

問24 貴施設では、身体拘束廃止のために参考となる資料などを活用されていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 「身体拘束ゼロへの手引き」などの資料やビデオを活用している
- 2 参考資料の入手もそれぞれの職員に委ねられている

問25 貴施設の身体拘束をしない介護方法の知識・技能の水準はどうか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 おおむね修得している
- 2 やや不十分であり、不安である
- 3 かなり不十分であり、身体拘束廃止が推進できない

【都道府県の指導等について】

問26 身体拘束廃止相談窓口に相談したことがありますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 相談したことがある
- 2 相談したことはない

問27 問26で「1」と回答された施設のみ記入してください。身体拘束相談窓口への相談は、効果がありましたか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 役に立った
- 2 少し役に立った
- 3 役に立たなかった

問28 問26で「2」と回答された施設のみ記入してください。身体拘束相談窓口に相談しなかった理由は何ですか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「4」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 相談するような案件がなかったので相談したことがない
- 2 相談窓口があることを知らなかった
- 3 施設が所在する都道府県には相談窓口が設置されていない
- 4 その他()

問29 都道府県等における実地指導時の身体拘束に関する調査・指導の状況はどうか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「5」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 本質を理解した質問とチェックが行われている
- 2 身体拘束に関して記録があるかどうかをチェックするのみ
- 3 痴呆ケアや身体拘束の基本をどこまで理解しているかわからない
- 4 特に指導等はされたことがない
- 5 その他()

【要望・提言等】

問30 身体拘束廃止に関して、要望や提言がありましたら、記入してください。

身体拘束状況調査票Ⅳ

【施設管理者に対するアンケート】

記入者は、施設管理者又はそれに準ずる役割の方をお願いします。
 (「回答用紙」の該当する事項に○を、または必要事項を記入してください。回答が不明な場合は空欄で結構です。)

- 事業所番号 介護保険事業者として指定を受け、設定された事業所番号を記入してください。
 ○ 施設種別 1:介護老人福祉施設、2:介護老人保健施設、3:介護療養型医療施設
 ○ 役職名 1:看護部長等、2:介護士長等、3:その他(役職名を記入してください)
 ○ 開設年度

【身体拘束の実態について】

問1 身体拘束についての施設の基本方針は、どのようになっていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「5」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 一切行わない方針である
- 2 「緊急やむを得ない」場合に限り身体拘束廃止委員会に諮るなど、一定の手続きを前提に容認している
- 3 「緊急やむを得ない」場合に限る方針であるが、判断は個々の担当者に委ねている
- 4 特に方針は掲げておらず、個々の担当者の判断で処理している実態にある
- 5 その他()

問2 身体拘束状況調査票Ⅱで記入された身体拘束を行った事例のうち、「拘束の理由等」の欄で「3」～「5」に○をつけた入所者(利用者)がある施設のみ記入してください。この場合の改善策として考えられるものについて、該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。また、「9」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 身体拘束に代わる他の介護方法の情報を収集する
- 2 外部の専門家を招聘して助言を求める
- 3 身体拘束に際する危険性の見極めが不十分だったので、アセスメントを工夫する
- 4 身体拘束の廃止を推進するための担当者を明確にして取り組みを強化する
- 5 職員が身体拘束を行わない知識、技術の修得が不十分だったので研修を強化する
- 6 身体拘束に際する危険性が高い入所者(利用者)の数に照らして職員体制が弱体だったのでその強化を検討する
- 7 車いすやベッドの工夫、環境面の配慮を検討する
- 8 現段階では特に改善方法は考えていない
- 9 その他()

(参考)身体拘束状況調査票Ⅱ「拘束の理由等」の「3」～「5」

- (3:拘束以外の方法は検討しなかった、4:拘束は不要に感じたが、家族が強く要望した、5:拘束は不用だったように思う)

【介護事故に対するリスクの予測・管理など】

問3 貴施設ではリスクマネジメントの取り組みを行っていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「1」又は「2」と回答された場合は、取り組んでからの期間についても記入してください。

- 1 自ら行っている(行ってから 年経過)
- 2 担当者を決めて行わせている(行わせてから 年経過)
- 3 特に行っていない
- 4 よくわからない

問4 問3で「1」又は「2」と回答された施設のみ記入してください。行っている「リスクマネジメントの具体的な取り組み」について該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。また、「6」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 リスクマネジメント委員会等を設置している
- 2 ひやり・はっと報告の取り組みを行っている
- 3 予防マニュアル等を作成し分析を行い、対応方針を決めている
- 4 事故の対応のマニュアルを作成している
- 5 リスクマネジメントに関する研修を行っている
- 6 その他()

問5 問4で「2」と回答された施設のみ記入してください。取り組んでから何年になりますか。(取り組んでから 年経過)

問6 ひやり・はっと報告や他の記録の分析をしてマネジメントに反映させていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 分析をして反映させている
- 2 分析はしているが反映までできていない
- 3 分析していない

問7 過去1年以内に介護事故はありましたか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「1」と回答された場合は、その種類について該当する事項のすべてに○を記入の上、その件数も記入してください(複数回答あり)。

なお、「1～6」と回答された場合は、具体的に事故の種類と件数を記入してください。

- 1 あった

1-1 転倒	1-4 点滴・経管チューブの自己抜去
1-2 転落・すり落ち	1-5 骨折・強度打撲等
1-3 誤嚥・窒息	1-6 その他
- 2 なかった

問8 入所者(利用者)の介護事故に対応するために損害賠償保険に加入していますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 加入している
- 2 加入していない

【身体拘束の予防について】

問9 身体拘束を行うことによる弊害を認識していますか。該当する事項に1つ○を記入してください。また、「1」と回答された場合は、認識しているものについて該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。なお、「1～10」と回答された場合は、具体的に記入してください。

【施設管理者用】

- 1 認識している
- 1-1 関節の拘縮、筋力の低下などの身体機能の低下
 - 1-2 食欲の低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下
 - 1-3 拘束されるために起きる転倒・転落事故、窒息等の事故
 - 1-4 精神的な苦痛を与えること及び人間としての尊厳を侵すこと
 - 1-5 痴呆（認知症）の進行
 - 1-6 家族に与える精神的苦痛
 - 1-7 看護・介護職員の士気の低下
 - 1-8 介護保険施設等に対する社会的な不信、偏見
 - 1-9 さらなる拘束を必要とする等の悪循環
 - 1-10 その他（ ）
- 2 わからない

問10 下記の身体拘束禁止の対象となる具体的な行為について認識していますか。該当する事項のすべてに○を記入してください（複数回答あり）。

- 1 寝返りしないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること
- 2 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛ること
- 3 自分で降りられないように、ベッドを欄（サイドレール）で囲むこと
- 4 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛ること
- 5 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつけること
- 6 車いすやいすからずり落ちたりしないように、腰ベルトをつけること
- 7 車いすやいすからずり落ちたりしないように、Y字型拘束帯をつけること
- 8 車いすやいすからずり落ちたりしないように、車いすテーブルをつけること
- 9 車いすやいすから立ち上がったりしないように、腰ベルトをつけること
- 10 車いすやいすから立ち上がったりしないように、車いすテーブルをつけること
- 11 車いすやいすから立ち上がったりしないように、車いすテーブルをつけること
- 12 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用すること
- 13 股衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せること
- 14 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛ること
- 15 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に投与すること
- 16 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離すること

問11 緊急やむを得ない場合に、例外的に身体拘束を行う場合の要件についてはどのように思いますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 範囲が狭すぎる
- 2 適切である
- 3 広すぎる
- 4 例外は認めるべきではない

（参考）緊急やむを得ない場合に、例外的に身体拘束を行う場合の要件「身体拘束ゼロへの手引き」

- ① 切迫性…利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと
- ② 非代替性…身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと
- ③ 一時性…身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

の3つの要件を満たし、かつ、それらの要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られること。

【施設管理者用】

問12 身体拘束に陥る危険性が高い入所者（利用者）を把握する仕組みがありますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 ある
- 2 ない

問13 問12で「1」と回答された施設のみ記入してください。「把握する仕組み」とはどのようなものですか。該当する事項のすべてに○を記入してください（複数回答あり）。また、「4」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 施設内の身体拘束廃止委員会などの会議
- 2 施設サービス計画作成責任者を中心にカンファレンスで合意
- 3 特別のアセスメントと特別のサービス計画を作って重点観察
- 4 その他（ ）

問14 身体拘束に陥る危険性が高い入所者（利用者）への介護のあり方を検討する仕組みがありますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 ある
- 2 ない

問15 問14で「1」と回答された施設のみ記入してください。「検討する仕組み」とはどのようなものですか。該当する事項のすべてに○を記入してください（複数回答あり）。また、「6」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 施設内の身体拘束廃止委員会などの会議
- 2 施設サービス計画作成責任者を中心にカンファレンスで合意
- 3 特別のアセスメントと特別のサービス計画を作って重点観察
- 4 他の先駆的施設に助言を求める
- 5 都道府県の相談窓口に助言を求める
- 6 その他（ ）

問16 身体拘束を行う場合の手続きを定めていますか。該当する事項に1つ○を記入してください。

- 1 定めている
- 2 一切行わないこととしているので定めていない
- 3 個別ケースごとに協議して対応することとしていそで定めていない
- 4 現場の判断に委ねているので特に定めたものはない

問17 問16で「1」と回答された施設のみ記入してください。「定めている手続き」とはどのようなものですか。該当する事項のすべてに○を記入してください（複数回答あり）。また、「10」と回答された場合は、具体的に記入してください。

- 1 「緊急やむを得ない」場合のガイドライン
- 2 施設内の手続き
- 3 入所者（利用者）本人に対する手続き
- 4 家族に対する手続き
- 5 拘束終了見込み時期
- 6 カンファレンス
- 7 記録の作成及び保存
- 8 実質上の責任者を定め事前事後の報告等
- 9 施設管理者等への説明
- 10 その他（ ）

【施設管理者用】

- 問18 施設内に身体拘束を行わない旨のポスターや宣言文などを掲示していますか。該当する事項に1つ○を記入してください。
- 1 掲示している
 - 2 掲示していない

【身体拘束廃止推進の取組について】(※平成12年3月以前に開設している施設におたずねします。)

- 問19 介護保険制度施行前と比べて、身体拘束廃止の取り組みは推進できたと思いますか。該当する事項に1つ○を記入してください。
- 1 推進できた
 - 2 推進できていない

- 問20 問19で「1」と回答された施設のみ記入してください。「推進できた」のは、どのような要因が効果をもたらしたとお考えですか。該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。また、「13」と回答された場合は、具体的に記入してください。
- 1 施設管理者が廃止を明言したこと(すべての責任は、施設管理者が持つ)
 - 2 看護・介護職員の意識を変えたこと
 - 3 施設内に身体拘束廃止委員会等を設置したこと
 - 4 看護・介護職員の身体拘束をしない介護技術の向上を図ったこと
 - 5 身体拘束廃止に関する施設内研修会を実施したこと
 - 6 身体拘束廃止に関する施設外研修会に参加したこと
 - 7 入所者(利用者)の家族に対して、身体拘束の弊害を説明し意識を変えたこと
 - 8 施設・設備を整備し、事故が起きないような環境にしたこと
 - 9 身体拘束廃止に関する先駆的な施設等の視察等を実施したこと
 - 10 看護・介護職員の増員を図ったこと
 - 11 第三者評価等外部の監視機関を活用したこと
 - 12 身体拘束に関する情報公開に関する規則を定め、実施していること
 - 13 その他()

- 問21 問19で「2」と回答された施設のみ記入してください。「推進できていない」のは、どのような要因とお考えですか。該当する事項のすべてに○を記入してください(複数回答あり)。また、「10」と回答された場合は、具体的に記入してください。
- 1 身体拘束の弊害は理解しているが、事故の発生が心配なこと
 - 2 事故が発生した場合の損害賠償・家族の苦情が心配なこと
 - 3 職員が不安(精神的負担)を感えているため
 - 4 身体拘束を廃止するための介護の方法・技術がわからないため
 - 5 管理者や職員に廃止しようという意欲がたりないこと
 - 6 安全のため、家族が拘束を望んでいるため
 - 7 身体拘束廃止に関する研修会に参加したことがないこと
 - 8 事故が起きないような施設・設備の整備が遅れているため
 - 9 職員体制の強化を図る余裕がないため
 - 10 その他()

【要望・提言等】

- 問22 身体拘束廃止に関して、要望や提言がありましたら、記入してください。

介護保険施設における身体拘束状況調査
【調査結果概要】

平成 17 年 12 月

発 行 認知症介護研究・研修仙台センター
〒989 - 3201
仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149 - 1
TEL (022) 303-7550
FAX (022) 303-7570

身体拘束廃止に向けての取組みについて

1 身体拘束ゼロ作戦の推進

(1) 趣 旨

- 介護保険法の施行に伴い、身体拘束が原則として禁止され、また、ゴールドプラン21においても、これを踏まえた質の高い介護サービスを実現することとされたが、その趣旨を徹底し、実効をあげていくためには、現場において身体拘束を廃止するための努力を重ねるとともに、それを関係者が支援していくことが重要。
- このため、身体拘束廃止を実現するための幅広い取組みを「身体拘束ゼロ作戦」としてとりまとめ、関係者の協力の下でこれを推進。

(2) 国の主な取組み

① 推進会議の開催

身体拘束ゼロ作戦を推進していくために、関係者をメンバーとする推進会議を開催し、身体拘束廃止に向けた幅広い意見・情報交換を行うとともに、種々の取組みを推進（平成12年6月、平成13年3月、12月の3回開催）。

② 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成と普及

身体拘束廃止の趣旨、具体的なケアの工夫や実例などを盛り込んだ、介護現場用の手引きを作成し、その普及を図っている（平成13年3月末より配布）。

また、認知症介護研究・研修東京センターにおいて、「手引き」に基づいた啓発用のビデオを作成し、配布（平成14年7月）。

③ 身体拘束廃止を支えるハード面の改善

身体拘束廃止の実現を支えるためのハード面の改善を目的として、介護分野や福祉機器分野などの専門家からなる研究委員会を設置し、開発・普及に取り組んでいる（平成13年8月に報告書を取りまとめ配布）。

(3) 都道府県の主な取組み

※ 各都道府県の身体拘束廃止の取組を支援するため、国庫補助制度を創設（平成13年度～）。

① 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催

身体拘束に関する相談を行うに当たり、関係機関との連絡調整及び相談機能の強化を図るため、関係者をメンバーとする推進協議会を開催（平成13年度～）。

② 身体拘束相談窓口の設置

都道府県の推進会議などに、介護の専門家が、介護担当者や利用者の相談に応じ、身体拘束を廃止していくためのケアの工夫等について具体的な助言・指導を行う、身体拘束相談窓口を設置（平成13年度～）。

③ 相談員養成研修事業の実施

介護相談員や在宅介護支援センターの職員などを対象として、身体拘束に関する基礎知識等の研修を行い、身体拘束廃止の助言・指導ができるような人材を養成（平成13年度～）。

④ 家族支援事業の実施

家族に対し、身体拘束の意義を理解させるための講習会を実施するとともに、住民の身体拘束に対する理解を深めるための説明会等を開催（平成14年度～）。

⑤ 推進員養成研修事業の実施

施設長、介護主任等、身体拘束廃止の取組みを施設内で指導的立場から推進することができる職員に対して、講義・演習・自施設実習を通じて、身体拘束廃止に関する実践的手法を習得し、現場レベルで取組みを行う人材を養成（平成17年度～）。

⑥ 看護職員研修事業の実施

○ 看護指導者養成研修

各都道府県において看護の指導的立場にある者を対象に、医療的な観点から身体拘束廃止の取組みを行うことができるよう、専

門的な知識・技術を修得し、各都道府県で実施される研修の企画・立案への参画、又は講師となる人材の養成（平成１７年度～）。

○ 実務看護職員研修

施設等の現場において、実際に身体拘束廃止を推進することができる看護職員（看護主任等の責任者クラス）を対象に、医療的な観点から身体拘束廃止の取組みを行うための実践的な知識・技術を修得（平成１７年度～）。

２ 身体拘束廃止に向けた取組みに係る運営基準等の改正

（１）運営基準等の改正

平成１２年の介護保険法の施行当初より、介護保険施設等の運営基準において、入所者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならない旨を規定していたところ。

身体拘束廃止に向けて更なる取組を促すため、以下のように運営基準等を改正（平成１５年４月１日より施行）。

- 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の義務を、運営基準上に明記。
 - ・ その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録。
 - ・ 当該記録を２年間保存。
- 解釈通知上に、緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の手続きについて、運営規程に記載することが望ましい旨を、新たに規定。

（２）介護保険施設等の指導監査

施設等の指導監査における着眼点において、身体拘束に係る事項を明記し、都道府県の指導監査を通じ、身体拘束の廃止に努めている。

身体拘束ゼロへの取り組み

国

身体拘束廃止ゼロ推進会議 → 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・配布
(平成13年)

都道府県

推進体制の整備 → 推進協議会の設置(平成13年～)
相談窓口の設置(平成13年～)
研修事業等の実施(平成13年～)
市町村への指導・助言等

市町村

相談窓口の設置(平成18年度～ 予定)

施設

・施設の運営基準において原則身体拘束禁止を規定 (平成12年～)
・施設長 → 研修の受講 (平成17年度～)
・看護職員 → 研修の受講 (平成17年度～)

在宅

・介護相談員等への研修
・理解普及のための研修や講習会の開催
(平成13年度～)

5-13 「認知症を知る1年」キャンペーンについて

昨年12月24日に「「痴呆」に替わる用語に関する検討会」報告書がまとめられ、同日付老健局長通知により、「痴呆」という用語を「認知症」に変更することをお知らせし、1年を迎えるところである。これまでの間、各自治体や関係団体、報道関係者のご協力もあり、「認知症」という用語については、広く周知されたと考えているところであるが、認知症に対する正しい理解の普及については、今後もさらなる取組が必要である。

認知症に対する正しい理解の普及を目的としてスタートした「認知症を知る1年」キャンペーンについては、

- ① 「認知症サポーター100万人キャラバン」による住民・職域・学校講座
 - ② 「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン2005
 - ③ 認知症の人「本人ネットワーク」支援
 - ④ 認知症の人や家族の力を生かしたケアマネジメントの推進
- 等の事業を進めているところである。

今後、平成18年2月4日（土）に、第2回目の「認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議」を開催し、事業の進捗状況等について報告を行う予定としている。また、同会議終了後、「町づくりキャンペーン2005」の表彰式を行うこととしている。表彰団体等の選考結果等については、資料をご参照されたい。

なお、各自治体並びに関係団体等から、問い合わせをいただいた「認知症サポーター養成講座」の開催要件等については、資料をご参照されたい。

また、「キャラバン・メイト養成テキスト」及び「認知症サポーター養成講座標準教材」を配布するので、今後の養成講座の企画・立案等に活用願いたい。

2005年12月2日

「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン 2005 実行委員長
長谷川和夫

この件のお問い合わせ先：

〒168-0071 杉並区高井戸西 1-12-1 認知症介護研究・研修東京センター内

「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン 2005 事務局

担当：有村、大上

電話：03-3334-3073 (FAX 兼用) E-mail: rva2A029@dcnet.gr.jp

URL : <http://www.dcnet.gr.jp/campaign>

「『認知症でもだいじょうぶ』町づくりキャンペーン2005」の入賞者決定及び 表彰式（「認知症を知る1年」報告会）のご案内

○認知症介護研究・研修東京センター、大府センター及び仙台センターは、社団法人呆け老人をかかえる家族の会及び住友生命保険相互会社との共催により、「『認知症でもだいじょうぶ』町づくりキャンペーン2005」を進めて参りました。このたび最終選考会を行いましたので、お知らせします。

○本キャンペーンは、認知症の人を地域で支える先進的活動を広く全国から募集しました。そして、活動を顕彰するとともに、その活動を発表し経験を学びあうことによって、認知症の人の本来の力を活かしてともに暮らす新しい町づくり活動を全国ではぐくむことを目的としています。このキャンペーンは、厚生労働省および民間諸団体が進める「認知症を知る1年キャンペーン」の一環として行われています。

○本キャンペーンは、関係各位のご協力により全国的にその募集が周知され、最終的に全国より 77 ヶ所（昨年度キャンペーンのエントリー数は 60 ヶ所）からの応募をいただきました。12月1日に行われた最終選考会（選考委員長 堀田力 <財>さわやか福祉財団理事長）において慎重な選考の結果、各部門の入賞者および特別賞入賞者が決定しました。

○各部門入賞者に賞状・楯・副賞が贈られます。また、「部門賞表彰式・地域活動報告会」において入賞者によるプレゼンテーションが行われます。

①厚生労働大臣賞（町ぐるみ、地域活動、ネットワーク部門）

「『小山のおうち』の実践 10 年と『交流塾』の展開」

小山のおうち（医療法人エスポアル出雲クリニック 重度認知症老人デイケア）（島根県出雲市）

②認知症介護研究・研修センター賞（本人の力の発揮、多様な個別生活支援、セラピー部門）

「若年・軽度認知症専用自立型デイサービス『もの忘れカフェ』からみえてきたもの」

医療法人藤本クリニック デイサービスセンター（滋賀県守山市）

③呆け老人をかかえる家族の会賞（介護家族支援、家族の力の発揮部門）

「阿倍野介護家族の会・えがおの会」

阿倍野介護家族の会・えがおの会（大阪府大阪市阿倍野区）

④住友生命保険相互会社賞（権利擁護、新しい住まい方、世代間交流、共生部門）

「共生型グループホームながさかの実践～年齢や障害を越えて、誰もが地域で暮らし続けるために～」

（宮城県白石市）

○特別賞入賞者は以下の通りです。入賞者には賞状と記念品が贈られます。

①「SPSD（認知症模擬演技者）による支援プログラムづくり」

特定非営利活動法人アビリティクラブたすけあい（東京都世田谷区）

②「発信！『忘れても、しあわせ』の思い」

認知症本人・小菅マサ子 & 介護家族・小菅もと子 & 地域の人たち（愛知県豊明市）

③「認知症こそマイケアプラン『あたまの整理箱』『マイケアプランの玉手箱』の作成

全国マイケアプラン・ネットワーク（東京都府中市）

○「部門賞表彰式・地域活動報告会」は2006年2月4日（土）に東京・九段会館にて行われます。

1. 表彰式および各地域活動の発表会について

「表彰式・地域活動報告会」は、「認知症を知る1年」キャンペーン報告会と同時に行われます。

「認知症を知る1年」報告会、 「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン2005 表彰式、地域活動報告会

日時：2006年2月4日（土）13：30～16：40

場所：九段会館（東京都千代田区九段南）

主催：「認知症でも安心して暮らせる町づくり」100人会議

「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン2005実行委員会

参加費：無料（参加登録が必要です。定員になり次第、締め切らせていただきます）

プログラム：

第1部 <「認知症を知る1年」キャンペーン 報告>

1. 「認知症を知る1年」キャンペーン活動報告
2. その他

第2部 <「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン2005 発表>

1. 部門賞表彰式、特別賞発表
厚生労働大臣賞
認知症介護研究・研修センター賞
呆け老人をかかえる家族の会賞
住友生命保険相互会社賞
2. 各部門賞地域活動発表会
3. その他

*参加には登録が必要です。参加ご希望の方は、氏名（団体の場合は代表者名・人数）、連絡先（住所、電話、FAX、e-mail アドレス）を明記の上、下記にFAXあるいはメールでご連絡ください。

認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議 事務局

FAX：03-5941-1032 E-mail：info@ninchisho100.net

（FAXの場合は、下記フォームをご利用ください。メールの場合は下記事項をご記入ください）

FAX送信票

FAX:03-5941-1032

*以下にご記入いただき、本ページをFAXにて送信ください。

認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議 事務局 行き

※複数名でお申し込みの場合は、代表者の方のお名前と人数（代表者含む）をご記入ください。

(フリガナ) ご氏名	人数※ (名)	(フリガナ) ご所属
(フリガナ) ご住所 〒		
(フリガナ) TEL: E-mail: FAX:		

2. 最終選考結果・活動の概要・選考理由

1) 部門賞

部門賞入賞者、活動概要および入賞理由は以下のとおりです。

①厚生労働大臣賞（町ぐるみ、地域活動、ネットワーク部門）

＜活動名・応募者名称・代表者＞

「『小山のおうち』の実践10年と『交流塾』の展開」

小山のおうち（医療法人エスポアール出雲クリニック 重度認知症老人デイケア）（島根県出雲市）

代表者：高橋幸男

＜活動の概要＞

エスポアール出雲クリニックは、1991年に開設。2年後の93年、重度認知症のお年寄りを対象としたデイケア「小山のおうち」が誕生した。「交流塾」は、2003年から始まった。認知症の人はなぜつらいのか、どうしたら笑顔が出るのか。認知症の人の心をひとりでも多くの人にわかってもらおうと、それまで学んできた“財産”を地域の人たちと共有するために、「交流塾」をスタートさせた。

「小山のおうち」では、認知症の人たちは、周囲が思うより自分や周囲のことを理解しているが、コミュニケーションの手段をなくした人たちであるという認識を持って、言葉や行動で表現をしてもらうグループワークを行っている。「交流塾」は現在、地域に出向いて地域住民と交流する「出前交流塾」に衣替えした。保健師や民生委員、老人会の協力もあり多くの住民、介護家族と交流している。

〔入賞理由〕

認知症の人自身の思いを大切にした関係者の長年にわたる継続的な取り組みが大きな成果をあげている。保健・医療・福祉の分野や官民を超えた地域の幅広い活動が展開されており、認知症の人と家族を町ぐるみで支えていく貴重な取り組みの実践モデルである。学校にも出かけ、子どもたちにも働きかけている点は世代を超えた認知症の理解と支援を広げていく上でも将来的な可能性が大きい。

②認知症介護研究・研修センター賞（本人の力の発揮、多様な個別生活支援、セラピー部門）

＜活動名・応募者名称・代表者＞

「若年・軽度認知症専用自立型デイサービス『もの忘れカフェ』からみえてきたもの」

医療法人藤本クリニック デイサービスセンター（滋賀県守山市）

代表者：奥村典子

＜活動の概要＞

1999年にもの忘れクリニックが開設され、同時に認知症専用デイサービスも開設。当初は決められたプログラムに沿って行われていたが、徐々に本人の意思や自己決定を重視するため、当日に意見を聞きながら内容を決めるようにした。その結果、若年・軽度認知症の方の参加も増えた。

若年認知症の方の受診が増えるにつれ、介護サービス利用を拒否する方が増えてきた。個別面談でニーズを聞き取ったところ、1) 仲間で出会える場所がほしい、2) 1日の過ごし方を自らが選択し、計画、実施したい、3) 自主的な活動を通して社会参加し、可能性を開きたい、との要望があった。

そこで、昨年10月より若年・軽度認知症専用自立型デイサービス「もの忘れカフェ」をスタートした。室内の備品、装飾など必要物品の予算計画の作成や購入から、レクリエーション、作品展への応募、災害義援金のためのバザー、町内の清掃などに及んでいる。

〔入賞理由〕

認知症のご本人が病気と向き合い、受け容れながら、認知症になりながらも自分の人生をあきらめずに生きていくことを支援するというあり方は、今後の認知症ケアのあり方の基本として高く評価できる。特に、ケア者側が用意したプログラムにあわせるのではなく、認知症になっても自分たちのやることは自分たちで決め、仲間とともに自分たちのすごす時間の在り方を豊かに作り出していくことは、無気力にならずに自主性や各自の暮らし方を保ちながら生きていく上で最も必要な支援であると考えられる。デイケアという施設内だけにとどまるのではなく、町に出かけ、町の人たちの理解や関わりを生み出していく活動のあり方は、今後の重要なモデルである。

③呆け老人をかかえる家族の会賞（介護家族支援、家族の力の発揮部門）

<活動名・応募者名称・代表者>

「阿倍野介護家族の会・えがおの会」

阿倍野介護家族の会・えがおの会（大阪府大阪市阿倍野区）

代表者：横尾禮子

<活動の概要>

阿倍野介護家族の会「えがおの会」は、介護を必要とする人を抱える家族などが、たがいの交流を通して支え合い、介護の知恵や知識をたかめるとともに、広く地域社会へ認知症や介護に対する理解を深めることを目的としている。

会員は、相互に気兼ねなく助け合う。守秘義務を厳守しているので、どんなことでも恥としないで語り合える。初めて参加したときは「泣きの涙」であった会員が笑顔で状況が語れるようになる。例会は月に一度であるが、癒しの時間を設定して盆踊り、合唱、朗読などのリラックスタイムを作った。

「頑張らない介護」を念頭においている。

また、会員の日常的な交流は多く、「介護ストレス」をうまく発散している。今年は演劇「認知症はどんな病気？」を上演した。「病気のせいだとわかったわ。」と感想を述べてくれる人もいた。会報「えがお」は2005年10月で97号に達し、地域で読者が増えている。

[入賞理由]

多様な人々が集まり介護家族を支える生き生きとした活動が展開されている。演劇を通じた啓発活動、会報を通じた相互情報交換、認知症予防に向けた取り組みなど、活動が多彩であるだけでなくひとつひとつの活動内容がユニークなアイディアであふれている。継続的な地道な活動が地域の多くの家族の支えとなっており、それらをまとめあげ、発展させ続けている取り組みは重要である。

④住友生命保険相互会社賞（権利擁護、新しい住まい方、世代間交流、共生部門）

<活動名・応募者名称・代表者>

「共生型グループホームながさかの実践～年齢や障害を越えて、誰もが地域で暮らし続けるために～」

社会福祉法人白石陽光園（宮城県白石市）

代表者：太田清記

<活動の概要>

共生型グループホーム「ながさか」は、宮城県の職員提案を事業化したモデル事業の運営を受託し、2004年にスタートした。「共生型グループホーム」は、重度・重複障害児者、知的障害者および認知症高齢者が、年齢や障害の程度を超えて、たがいに役割を持ちながら地域で自分らしい生活を安心して送る生活の場（「わが家」）である。

建物は、既存民家を改修し、玄関に入ってすぐの居間や広い縁側など、どこか懐かしさを感じるたずまいである。近所の方々も気楽に足を運び、空き地は子どもたちの格好の遊び場となり、地域にとけ込んだ、どこにでもある少し大きめのお隣さんと言える。

共生型グループホームの「共生」という言葉に込めた思いは、①一つ屋根の下で暮らす（生活の中での共生）、②地域社会の一員として暮らす（暮らしの中での共生）、③多様な制度を組み合わせた支援システムを活用して暮らす（制度の中での共生）に要約される。

[入賞理由]

官民一体となって認知症の人と障害をもつ人々が共に暮らす支援を地域ぐるみで展開し、多くの成果を生んでいる。その活動の根底にはノーマリゼーションの理念がしっかりとあり、今後各地で重要となる共生の町づくりの普及進展に貢献するモデルである。

2) 特別賞

①「SPSD（認知症模擬演技者）による支援プログラムづくり」

特定非営利活動法人アビリティクラブたすけあい（東京都世田谷区）

代表者：香丸真理子、大谷和子

<活動の概要>

NPO 法人アビリティクラブたすけあいは、1992 年に東京を都市のモデルとして、ご近所・隣同士のたすけあいを「地縁や血縁」とらわれず、「誰もが安心して暮らし続けられる町づくり」を目的に、会員 7400 人が自主・自立のたすけあいの地域社会を作ることをめざし活動してきた。

2001 年度より、在宅介護にかかわるケア者（ヘルパー）が認知症の人への対人援助技術を学ぶために認知症の模擬役（Simulated Person with Senile Dementia=SPSD）によるロールプレイを取り入れた研修を実施している。

[入賞理由]

介護の最前線を担っているケア者たちが、仲間同士であるべき介護について常に模索していく姿勢は貴重である。本人が何を感じ、どうして不安になるのか、どうして混乱しているのかを当事者の立場になって考えることはケアの基本である。それを現場で実践する技を磨くために認知症の人のロールプレイの方法を工夫しながら、関係者や地域に広めていく地道な取り組みは今後の認知症の人の理解に立ったケアを市民に実践的にひろめていくことに貢献するものである。

②「発信！『忘れても、しあわせ』の思い」

認知症本人・小菅マサ子&介護家族・小菅もと子&地域の人たち（愛知県豊明市）

代表者：小菅もと子

<活動の概要>

「認知症になったら、死んだ方がまし」と、まだまだ思われている。私たちは、認知症の本人や家族の思いなど在宅生活のすべてをオープンにして 10 年間認知症への理解を発信し続けている。

「忘れても、しあわせ」をテーマに、主に作品展と講演会をしてきた。「わからんようになった。こんな私はダメな人間。早く死にたい」と苦しむマサ子は、絵画を通じて自信を取り戻し、地域の人に支えられて作品展を開催した。目的は認知症をオープンにし、知ってもらうことである。

[入賞理由]

応募の中心人物は認知症の方本人であり、「折り梅」という映画の主人公になったご本人である。認知症になったら何もできないというこれまでのイメージを払拭した功績は大きい。本人が自らの力を発揮しながら暮らすことを家族の立場から長年支え続けており、その過程で生まれている家族の新たな力や絆の深まりの可能性を、今後の家族や地域の人々へ示した意味は大きい。

③「認知症こそマイケアプラン『あたまの整理箱』『マイケアプランの玉手箱』の作成」

全国マイケアプラン・ネットワーク（東京都府中市）

代表者：島村八重子

<活動の概要>

全国マイケアプラン・ネットワークは、介護保険のケアプランを自己作成している利用者を中心に、趣旨に賛同する人たちのネットワークである。会員は全国に約 150 人。要介護者がその人らしい生活を継続するために適切かつ適正な介護保険給付を受けることに資するケアプランを立てるためにどのようにしていけばいいかを模索しながら方法論を確立してきた。

その成果として、2003 年にはワークシート式マニュアル「マイケアプランのための『あたまの整理箱』」を制作、2005 年には、誰でも、認知症になっても大丈夫な「自分」や「周りの環境」を整えるための「マイライフプランの玉手箱」を制作した。

[入賞理由]

当事者が学習しながら自らのケアプランを作っていくこと、そのための具体的な方法やシートを開発し個々人のエンパワーメントを引き起こし、結果として市民、介護家族、地域づくりの質の向上に寄与している成果は大きい。また、全国レベルでの学習型ネットワーク組織として今後の活動が期待できる。

3. 選考経過

1) 選考基準

①新しい認知症ケアと町づくりの実践状況

認知症の人と共に暮らす町を作るための活動が展開されている。関係者が協働して取り組んでいて、今後将来的に発展が期待される。

②本人が町でいきいきと暮らす姿の実現

認知症の人が地域でいきいきと暮らしている姿の実現が示されている。

③理解を広げる取り組み

認知症の人と支援について理解を町に広げるユニークな取り組みがなされている。

④他の地域でも展開できる可能性

他の地域でも展開可能な内容や方法である。

2) 第1次選考

11月17日の第1次選考は、認知症介護研究東京センター永田久美子主任研究主幹、同大府センター小長谷陽子研究部長、同仙台センター加藤伸司研究・研修部長が担当しました。選考基準にもとづいて1部門3点ずつ計12点の地域活動が第1次選考を通過しました。

3) 最終選考

12月1日の選考委員会では、以下の4つの各部門賞検討チームで最終選考が行われました。
(堀田力選考委員長、末次彬副委員長は全体を総括)

①厚生労働大臣賞(北良治(部門主査)、梨元勝、長谷川和夫)

②認知症介護研究・研修センター賞(小宮英美(部門主査)、板山賢治、本間昭、横山進一)

③呆け老人をかかえる家族の会賞(長嶋紀一(部門主査)、高見国生、森岡茂夫)

④住友生命保険相互会社賞(中島紀恵子(部門主査)、柴山漠人、高村浩、中山二基子)

その後、選考委員会全体会の場でそれぞれの部門の選考結果および選考理由が、各部門主査から説明され、討議が行われた後、選考委員長の司会のもとで全員での確認が行われました。

特別賞の選考では、選考委員からの推薦候補が出され、同じく全体討議の上、確認されました。

4. 選考委員一覧

委員長	堀田 力	(財) さわやか福祉財団理事長・弁護士
副委員長	末次 彬	(社福) 全国社会福祉協議会副会長
委員	板山 賢治	(社福) 浴風会理事長
	北 良治	北海道 奈井江町長
	小宮 英美	日本放送協会解説委員
	柴山 漠人	認知症介護研究・研修大府センター長
	高見 国生	(社) 呆け老人をかかえる家族の会代表理事
	高村 浩	弁護士
	長嶋 紀一	認知症介護研究・研修仙台センター長
	中島紀恵子	新潟県立看護大学学長
	中山二基子	弁護士
	梨元 勝	芸能レポーター・函館大学教授
	長谷川和夫	認知症介護研究・研修東京センター長
	本間 昭	東京都老人総合研究所精神医学部長
	森岡 茂夫	国際長寿センター理事長
	横山 進一	住友生命保険相互会社取締役社長 (敬称略・50音順)

参考1：実施要領（概要）

I. 目的

認知症の人を地域で支える先進的活動を広く全国から募集して選考の上、顕彰し・発表します。経験を学びあうことによって、認知症の人の本来の力を活かしてともに暮らす新しい町づくりの活動を全国ではぐくむ。

II. 主催等

- ・主催：社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター、社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター、社会福祉法人 東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター
- ・共催：社団法人 呆け老人をかかえる家族の会、住友生命保険相互会社
- ・後援：厚生労働省、(社)全国社会福祉協議会、国際長寿センター、(財)さわやか福祉財団、(社)成年後見センター・リーガルサポート、全国介護支援専門員連絡協議会、(NPO)全国認知症グループホーム協会、全国農業協同組合中央会、(社)全国老人保健施設協会、宅老所・グループホーム全国ネットワーク、(社)日本医師会、日本介護福祉学会、(社)日本介護福祉士会、(社)日本看護協会、日本高齢者虐待防止学会、(社)日本社会福祉士会、日本生活協同組合連合会、(社)日本精神科看護技術協会、(社)日本精神科病院協会、日本精神保健福祉士協会、日本地域福祉学会、日本認知症ケア学会、日本放送協会、日本療養病床協会、日本老年精神医学会、福祉自治体ユニット、(財)ぼけ予防協会

III. 実行委員会

実行委員長：長谷川和夫（認知症介護研究・研修東京センター長）

実行委員：加藤伸司（認知症介護研究・研修仙台センター研究・研修部長）

古河久人（住友生命保険相互会社調査広報部長）

小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター研究部長）

杉山孝博（社団法人 呆け老人をかかえる家族の会副代表幹事）

永田久美子（認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹）

IV. 実施内容

1. 応募資格者：認知症の人が安心して暮らせる町づくりに取り組む団体、個人、グループ。
2. 課題・応募方法：認知症ケア実践活動の取り組みを報告にまとめて送付。
3. 選考委員長：堀田力（さわやか福祉財団理事長、弁護士）ほか選考委員16名
4. 賞：厚生労働大臣賞、認知症介護研究・研修センター賞、呆け老人をかかえる家族の会賞、住友生命保険相互会社賞。特別賞
5. 募集期間：募集開始 平成17年（2005年）4月1日 応募締切：平成17年（2005年）10月31日
6. 表彰・発表： 平成18年（2006年）2月4日（土） 東京、九段会館

参考2：「認知症を知る1年」「認知症を知り、地域を作る10ヵ年」について

本キャンペーンのおもな取り組み

☆「認知症サポーター100万人キャラバン」による住民・職域・学校講座

（5年間で100万人の「認知症サポーター」を養成）

<http://www.caravanmate.com/>

☆認知症の人「本人ネットワーク」支援

（認知症の人本人と家族のネットワークづくりを応援）

<http://www.dai-jobu.net/>

☆認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進

（認知症の人本人と家族によるケアプラン作り）

<http://www.dai-jobu.net/>

☆「認知症でもだいじょうぶ町づくり」キャンペーン2005

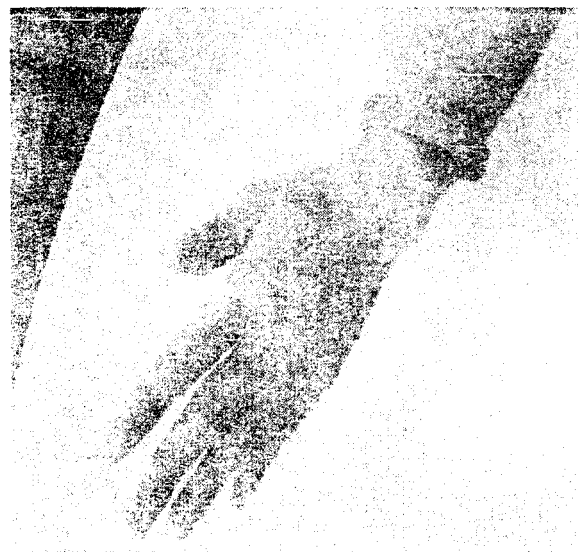
<http://www.dcnnet.gr.jp/campaign>

※詳しくは認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議ホームページをご覧ください。

<http://www.ninchisho100.net>

「認知症サポーター」とは

- ・ 認知症サポーター100万人キャラバンによる「認知症サポーター養成講座」を受講した者を「認知症サポーター」と称する。
- ・ 認知症サポーターは、認知症について正しい知識を持ち、認知症の人や家族を応援するボランティアである。
- ・ 認知症サポーターには講座開催主体者を通じて、全国キャラバン・メイト連絡協議会よりボランティアのシンボルグッズである「オレンジリング」を交付する。



「認知症サポーター養成講座」とは

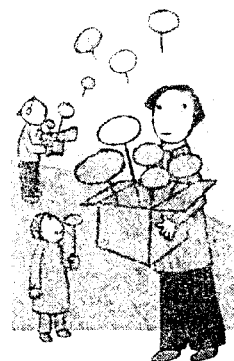
受講者が、認知症について正しい知識を持っていただくため、下記の要件を満たし、全国キャラバン・メイト連絡協議会が開催を了承したもの。

- ・ カリキュラムは、「認知症サポーター養成講座基本カリキュラム」に沿った内容とすること。
- ・ 時間数は、概ね「1時間～1時間30分」程度以上とすること。
- ・ 講師は、「キャラバン・メイト養成研修」を修了したキャラバン・メイトであること。
- ・ 教材は、「認知症サポーター養成講座標準教材」(全国キャラバン・メイト連絡協議会)を用いること。

※ 講師については、キャラバン・メイト養成研修の講師など、キャラバン・メイトと同等の知見を有する者でも可。

※ 教材については、標準教材の他、独自のものも可。

認知症を学び
地域で支えよう



認知症サポーター養成講座

基本カリキュラム

基本となる内容	標準時間	基本となる内容	標準時間
●認知症サポーター100万人キャラバンとは	10分	●認知症の基礎知識(4)「認知症の診断・治療」 ・早期診断・早期治療の重要性 ・認知症の治療 ・認知症の経過と専門医との関係	10分
●認知症の基礎知識(1)「認知症とはどういうものか」		●認知症の人への対応のしかた	20分
●認知症の基礎知識(2)「認知症の症状」 ・認知症のものの忘れの特徴 ・早くから表れる見当識障害 ・ものを考えることにもおこる支障 ・感情の表現にも変化をきたす ・実行機能障害について ・元気がなくなり、引っ込み思案になることがある	20分	●サポーターとしてできること ・地域の認知症を支える仕組み、相談機関 「わがまちの認知症SOS便利帳」 ●質疑応答	10分
●認知症の基礎知識(3)「認知症の症状からおこる生活上の困難」 ・計画を立て、按配することができない ・身の回りのことにもおこる支障 ・精神症状についての理解 ・行動障害についての理解	20分		

計 90分

想定される講座主催者と対象者

開催主体者	対 象 者
都道府県・市町村等の自治体等	○住民 住民組織(自治会、老人クラブ、子供会など)、民生・児童委員、防災・防犯組織、介護者の会等の当事者組織、ボランティア団体等 ○地域の生活関連企業・団体活動等に携わる人 企業、団体(商工会議所、同業者組合等)
職域団体等の全国組織等	○全国的・広域的に事業展開を行っている団体・企業の所属組合員、従事者等

サポーター養成講座 実施に関する手続き

全国キャラバン・メイト連絡協議会

サポーター養成講座の開催

講座開催主体

① 計画書の提出※

② サポーター養成講座として認定
(標準教材・オレンジリング等の送付)

③ 実施報告書の提出

※ 複数回の講座開催を予定している場合は、長期計画を併せて提出すること。

手続きに要する様式等

(別紙4)

「認知症サポーター養成講座」開催連絡票

サポーター養成講座の開催予定を記入のうえ、下記までメールしてください。
オレンジリング等は講座実施団体の事務局に送付します。
開催後は、実施報告書を提出してください。
全国キャラバン・メイト連絡協議会
E-Mail: caravanmate@orange.email.ne.jp

提出日：平成 年 月 日

研修実施者 (市町村・団体名)			
事務局 連絡先	担当者	姓 名	
	住 所	〒 -	
	TEL	FAX	E-Mail
＜認知症サポーター養成講座概要＞			
開催日時	年 月 日 (時間: ~)		
会 場	(住所:)		
受講対象者			
予定受講人数	人		
講 師	(所属・職名)	☐ 紹介依頼 (希望する)	
講座の構成	内 容	時間配分	
		: ~ : (分)	
		: ~ : (分)	
使用教材			
配布資料			

(別紙5)

「認知症サポーター養成講座」実施報告書

講座の概要とサポーター人数(内訳)を把握するものです。
サポーター養成講座の開催ごとに事務局で取りまとめ、全国キャラバン・メイト連絡協議会まで送付してください。
E-Mail: caravanmate@orange.email.ne.jp

市町村・団体名	()								
(市町村受託団体名)	(NPO 等が市町村から委託を受けている場合に記入)								
講座開催先団体名	(地域団体・グループ等)								
開催日時	平成 年 月 日 ()								
研修時間	: ~ : (計 時間)								
担当メイト氏名	(メイト研修受講年月日: 年 月 日)								
参加人数	合計 人								
(内訳) 見当ではあるが、その		10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	合計
	女性								人
	男性								人
	合計								人
	講座の構成	内 容							
	時間配分								
	: ~ : (分)								
	: ~ : (分)								
	: ~ : (分)								
使用教材									
配布資料									

認知症サポーター養成講座開催について の問い合わせ先

全国キャラバン・メイト連絡協議会 (特定非営利法人 地域ケア政策ネットワーク内)

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町2-7-15近代科学社ビル4F
TEL 03(3266)0551 FAX 03(3266)1670

ホームページ

<http://www.caravanmate.com/>

[参考]

キャラバン・メイトの要件

次の該当者のうち、年間10回程度を目安に、「認知症サポーター養成講座」を開催し講師を務めることができる者であって、「キャラバン・メイト養成研修」を修了した者。

- ・ 認知症介護指導者養成研修修了者
- ・ 認知症介護実践リーダー研修(実務者研修専門課程)修了者
- ・ 介護相談員
- ・ 認知症高齢者グループホーム評価調査員
- ・ (社)呆け老人をかかえる家族の会会員
- ・ 認知症ケア専門士
- ・ 認知症に関する基本的な知識や介護経験があり、上記に準ずると認められる者(キャラバン・メイト養成研修主催者が適当とする者を含む)



〔参考〕

キャラバン・メイト養成研修開催概要

(平成17年12月14日現在)

	開催自治体		開催日	養成人数
開催済み	札幌市		2005年8月31日	174
	本別町(北海道)		2005年10月4日	105
	宮城県	宮城県認知症サポーター100万人キャラバンネットワーク	2005年11月4日 2005年11月14日	195
	水戸市(茨城県)		2005年11月28日	97
	若狭町(福井県)		2005年11月24日	133
	高浜市(愛知県)		2005年11月19日	99
	茅野市(長野県)		2005年10月21日	122
	東近江「福祉の地域づくり」推進協議会	近江八幡市、東近江市、安土町、蒲生町、能登川町、日野町、竜王町	2005年9月27日	38
	伊賀市(三重県)		2005年12月3日	105

計 963名

〔参考〕

キャラバン・メイト養成研修開催予定

(平成17年12月14日現在)

開催自治体	開催日	開催自治体(日程調整中)	
邑南町(島根県)	2005年12月21・25日	山梨県	江別市(北海道)
京都府	2006年1月12・17日	四日市市(三重県)	静岡県
行橋市(福岡県)	1月14日	鶴岡市(山形県)	山形市
石川県	1月17日	栃木県、宇都宮市	熊本県
紫波町(岩手県)	1月19日	南部養蚊帳広域連合(鳥取県)	福島県 (開催を検討中)
吉川市(埼玉県)	1月21日		
西条市(愛媛県)	1月26日		
愛知県	2月1日		
群馬県	2月7日		
横浜市	2月18日		

・三位一体の改革について

平成 17 年 11 月 30 日

政 府 ・ 与 党

三位一体の改革については、「地方にできることは地方に」という方針の下、平成 18 年度までに、4 兆円程度の国庫補助負担金改革、3 兆円規模を目指した税源移譲、地方交付税の見直しの確実な実現を図るため、検討を進めてきた。

政府・与党は、昨年 11 月の「政府・与党合意」及び累次の「基本方針」を踏まえ、かつ、地方の意見を真摯に受け止め、平成 18 年度までの三位一体の改革に係る国庫補助負担金の改革及び税源移譲について、下記のとおり合意する。

なお、地方交付税の見直しについては、今後の予算編成を通じて具体的な調整を行う。

地方分権に向けた改革に終わりは無い。

政府・与党としては、18 年度までの改革の成果を踏まえつつ、国と地方の行財政改革を進める観点から、今後とも、真に地方の自立と責任を確立するための取組を行っていく。

記

1. 国庫補助負担金の改革について

(1) 総額

国庫補助負担金の改革については、平成 18 年度において、上記「政府・与党合意」において同年度に行うことを決定済みの改革に加え、別紙 1 のとおり、税源移譲に結びつく改革（6,540 億円程度）を行う。

昨年度までの決定分（３．８兆円程度）に加え、今回の税源移譲に結びつく改革、さらにスリム化の改革及び交付金化の改革を進めることにより、４兆円を上回る国庫補助負担金の改革を達成する。

（２）各分野

イ．文教

義務教育制度については、その根幹を維持し、義務教育費国庫負担制度を堅持する。その方針の下、費用負担について、小中学校を通じて国庫負担の割合は三分の一とし、８，５００億円程度の減額及び税源移譲を確実に実施する。

また、今後、与党において、義務教育や高等学校教育等の在り方、国、都道府県、市町村の役割について引き続き検討する。

ロ．社会保障

児童扶養手当（３／４→１／３）、児童手当（２／３→１／３）、施設費及び施設介護給付費等について、国庫補助負担金の改革及び税源移譲を実施する。

生活保護の適正化について、国は、関係者協議会において地方から提案があり、両者が一致した適正化方策について速やかに実施するとともに、地方は生活保護の適正化について真摯に取り組む。

その上で、適正化の効果が上がらない場合には、国（政府・与党）と地方は必要な改革について早急に検討し、実施する。

ハ．施設費

建設国債対象経費である施設費については、地方案にも配慮し、以下の国庫補助負担金を税源移譲の対象とする。その際には、廃止・減額分の５割の割合で税源移譲を行うものとする。

また、上記の施設費について廃止・減額し、税源移譲を行う場合には、関連する運営費等の経常的経費についても併せて見直しを行う。

消防防災施設整備費補助金 等（総務省）

公立学校等施設整備費補助金（文部科学省）

地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金 等（厚生労働省）

資源循環型地域振興施設整備費補助金 等（経済産業省）

二. その他

公営住宅家賃対策等補助の減額に当たっては、年度間や地域間の変動に対応した支援を国としての的確に行うとともに、社会的弱者への住宅セーフティネットを実現するという国の責務を確実に果たすことができる仕組みを整備することとする。

なお、今後の予算編成過程において検討される制度改革については、適切に対処する。

2. 税源移譲について

- (1) 税源移譲は、上記1. 及びこれまでの国庫補助負担金の改革の結果を踏まえ、別紙2のとおり、3兆円規模とする。
- (2) この税源移譲は、平成18年度税制改正において、所得税から個人住民税への恒久措置として行う。平成18年度予算においては、別紙2の税源移譲額の全額を所得譲与税によって措置する。

平成 18 年度における国庫補助負担金改革

	改革額	概 要
総務省	10 億円程度	消防防災施設整備費補助金、電気通信格差是正事業費補助金
文部科学省	170 億円程度	公立学校等施設整備費補助金
厚生労働省	5,290 億円程度	児童扶養手当給付費負担金、児童手当国庫負担金、介護給付費等負担金、地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金、次世代育成支援対策施設整備交付金（公立分）、医療施設等施設整備費補助金（公立分） 等
農林水産省	340 億円程度	農業・食品産業強化対策推進交付金、農業共済事業事務費負担金、農山漁村地域活性化推進交付金、水産業振興等推進交付金、米需給調整総合対策事業推進費補助金 等
経済産業省	70 億円程度	小規模企業等活性化補助金、資源循環型地域振興施設整備費補助金、新事業支援施設整備費補助金
国土交通省	620 億円程度	公営住宅家賃対策等補助
環境省	40 億円程度	産業廃棄物適正処理推進費補助金、交付地方債元利償還金補助金
合計	6,540 億円程度	

（注）上記は、昨年 11 月の政府・与党合意において 18 年度に行うことが決定済みのもの（暫定措置とされた義務教育費国庫負担金を含む）以外で、税源移譲に結びつく改革に該当するもの

1. これまでの国庫補助負担金改革を踏まえ、3兆円規模の税源移譲を行う。

2. 上記1. の税源移譲は、次のとおりとする。

(1) 今回決定分	6,100 億円程度
・厚生労働省	5,020 億円程度
・文部科学省	90 億円程度
・農林水産省	300 億円程度
・経済産業省	50 億円程度
・国土交通省	610 億円程度
・環境省	30 億円程度
・総務省	5 億円程度

(2) 既決定分	2兆3,990 億円程度
税源移譲額 合計	3兆0,090 億円程度

(注) 既決定分は、昨年の政府・与党合意で決定済みのもの（暫定措置とされた義務教育費国庫負担金分8,500億円程度を含む。）及び平成16年度分の合計額。

3. 平成18年度予算においては、上記2. の税源移譲額の全額を所得譲与税によって措置する。

確 認 書

① 14日提出経常補助金 ▲ 109

② 施設整備費とこれと一体の措置 ▲ 1,800

施設整備費 ▲ 500 (注)

施設介護給付費 ▲ 1,300

(国25% 都道府県12.5% → 国20% 都道府県17.5%)

(注) 施設整備費の税源移譲割合は50%

③ 児童扶養手当 (3/4 → 1/3) ▲ 1,805

④ 児童手当 (2/3 → 1/3) ▲ 1,578

計 ▲ 5,292

この合意に当たって、以下の点について確認する。

生活保護の適正化について、国は、関係者協議会において地方から提案があり、両者が一致した適正化方策について速やかに実施するとともに、地方は生活保護の適正化について真摯に取り組む。

その上で、適正化の効果が上がらない場合には、国と地方は必要な改革について早急に検討し、実施する。

平成 17 年 11 月 29 日

内閣官房長官

総務大臣

財務大臣

厚生労働大臣

経済財政政策担当大臣

連絡事項

・介護サービスに係る医療費控除の取扱いについて

事 務 連 絡

平成17年12月19日

各 都道府県介護保険担当部（局）担当者 様

厚生労働省老健局総務課

「介護保険制度下での指定介護老人福祉施設の施設サービス及び居宅サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについて」の一部改正について

介護保険制度下での指定介護老人福祉施設の施設サービス及び居宅サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについては、その基本的考え方に変更ありませんが、今回の改正に伴い、領収証の様式等の変更が必要となるため「介護保険制度下での指定介護老人福祉施設の施設サービス及び居宅サービスの対価に係る医療費控除の取扱いについて」（平成12年6月12日付事務連絡）に基づく取扱いについて平成17年10月1日サービス分より別添のとおりといたします。

つきましては内容を御了知の上、貴都道府県内（区）市町村（政令市、中核市も含む）、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾なきよう、よろしくお願いいたします。

なお、「居住、滞在及び食事の提供に係る利用料等に関する指針（平成17年9月7日付厚生労働省告示第419号）」に基づいて「特別な居室等又は特別な食事に係る利用料」と居住、滞在及び食事の提供に係る利用料の取扱いが事業所等で適正に実施されるよう、指導監督を徹底していただくようお願いいたします。

また、平成17年10月分に限って従来の領収証による発行を認めることとします。

別添

介護保険制度下での指定介護老人福祉施設の施設サービス等の対価に係る医療費控除の取扱いについては下記のとおりとする

1 対象者

要介護度 1 ～ 5 の要介護認定を受け指定介護老人福祉施設に入所する者。

2 対象費用の額

介護費（法第 48 条第 2 項に規定する「厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額」をいう。）に係る自己負担額、食費に係る自己負担額（「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 号）第 9 条第 3 項第 1 号及び同令第 41 条第 3 項第 1 号に規定する「食事の提供に要する費用」をいう。）及び居住費に係る自己負担額（「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 39 号）第 9 条第 3 項第 2 号及び同令第 41 条第 3 項第 2 号に規定する「居住に要する費用」をいう。）として支払った額の 2 分の 1 に相当する金額。

3 領収証

法第 48 条第 7 項及び介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 82 条に規定する領収証に、2 の対象費用の額を記載する。（別紙様式参照）

(様式)

指定介護老人福祉施設利用料等領収証

(平成 年 月 日)

利用者氏名				
費用負担者氏名		続柄		
施設事業者名 及び住所等		社会福祉法人 特別養護老人ホーム 印		
項 目		単 価	数 量	金 額 (利用料)
①	介護費			
②	食費			
③	居住費			
④	特別食負担			
⑤	特別居住負担			
⑥				
⑦				
⑧				
⑨				
領 収 額		円		領収年月日 平成 年 月 日
うち医療費控除の対象となる金額 (①+②+③) × 1/2		円		

- (注) 1 「事業者名及び住所等」の欄には、市(区)町村が提供する場合には、その自治体名を記入してください。
- 2 ①介護費の単価及び数量については適宜基本介護サービス費、各種加算の内訳を記載してください。
- 3 ①、②及び③の合計額の1/2(二重下線の額)が医療費控除の対象となります。
- 4 医療費控除を受ける場合、この領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示してください。



老振発第1219001号
平成17年12月19日

各 都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長



「介護保険制度下での介護サービスの対価に係る医療費控除の取扱いに係る留意点について」の一部改正について

「介護保険制度下での介護サービスの対価に係る医療費控除の取扱いに係る留意点について」（平成12年老振第73号）を、別紙のとおり改正し、平成17年10月1日より適用することとしたので、内容を御了知の上、管内内市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

(別 紙)

○ 介護保険制度下での介護サービスの対価に係る医療費控除の取扱いに係る留意点について(平成12年老振第73号)(抄)

(傍線の部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
1 居宅介護支援事業者の居宅サービス計画の作成及び居宅介護サービス事業者の領収証の交付に係る取り扱いについて (1) 居宅介護支援事業者の居宅サービス計画の作成に当たっての留意点 (略) (2) 領収証の記載 介護保険法(平成9年法律第123号)第41条第8項及び第48条第7項に定めるところにより、居宅介護サービス事業者は利用者から利用料の支払いを受けた都度、領収証を交付する必要があることに留意する。 したがって、様式例で月ではまとめたものを示しているが、居宅介護サービス事業者は利用料の支払いを受けた都度、領収書を交付する必要があるものであり、この場合においても医療費控除の対象となること。 2 介護老人保健施設における留意点 (1) 医療費控除の対象範囲 介護老人保健施設において要した費用に係る医療費控除の対象範囲については、介護保険法施行前の老人保健施設における取扱いと同様であり、具体的には次の費用が対象となるものであること。 ア 施設介護サービスのうち、食事の提供及び居住以外のサービスの提供に係る自己負担額 イ 介護老人保健施設が行う訪問看護等の居宅サービス及び医療費控除通知の要件を満たす居宅サービスの提供に係る自己負担 ウ 食費に係る自己負担額(「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」(平成11年厚生省令第40号)第11条第3項第1号及び第42条第3項第1号に掲げる食事の提供に要する費	1 居宅介護支援事業者の居宅サービス計画の作成及び居宅介護サービス事業者の領収証の交付に係る取り扱いについて (1) 居宅介護支援事業者の居宅サービス計画の作成に当たっての留意点 (略) (2) 領収証の記載 介護保険法(平成9年法律第123号)第41条第8項及び第48条第8項に定めるところにより、居宅介護サービス事業者は利用者から利用料の支払いを受けた都度、領収証を交付する必要があることに留意する。 したがって、様式例では月でまとめたものを示しているが、居宅介護サービス事業者は利用料の支払いを受けた都度、領収書を交付する必要があるものであり、この場合においても医療費控除の対象となること。 2 介護老人保健施設における留意点 (1) 医療費控除の対象範囲 介護老人保健施設において要した費用に係る医療費控除の対象範囲については、介護保険法施行前の老人保健施設における取扱いと同様であり、具体的には次の費用が対象となるものであること。 ア 施設介護サービスのうち、食事の提供以外のサービスの提供に係る自己負担額 イ 介護老人保健施設が行う訪問看護等の居宅サービス及び医療費控除通知の要件を満たす居宅サービスの提供に係る自己負担 ウ 食費の提供に係る標準負担額及び利用者が負担した食材料費のうち、標準負担額に相当する金額

用)

エ 居住に係る自己負担額（「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成11年厚生省令第40号）第11条第3項第2号及び第42条第3項第2号に掲げる居住に要する費用）

(2) 領収証の記載

ア (略)

イ 領収証の利用料の記載に当たっては、医療費控除対象額が明らかになるようにするため、(1)のア～エなどの区分ごとにその金額を記載すること。

なお、可能な限り利用者の利便に資するよう、医療費控除の合計対象額を記載するよう努めること。

(2) 領収証の記載

ア (略)

イ 領収証の利用料の記載に当たっては、医療費控除対象額が明らかになるようにするため、(1)のア～ウなどの区分ごとにその金額を記載すること。

なお、可能な限り利用者の利便に資するよう、医療費控除の合計対象額を記載するよう努めること。

居住費・食費の所得税法上の取扱い関係

問 施設給付の見直しに伴い、食費・居住費の所得税法上の取扱いはどうなるのか。

(答)

- 1 今回の施設給付の見直しに伴う、介護保険施設の食費・居住費の所得税法上の取扱いについては、別添においてお示ししているとおり、従前と同様、特別な食費・居住費を除き、医療費控除の対象として取り扱うこととされたところである。

※ 特別な食費・居住費とは、『居住、滞在及び食事の提供に係る利用料に関する指針（以下「ガイドライン」という。）』（厚生労働省告示第419号）に基づき事業者が規定する「利用者等が選定する特別な居室等の提供又は特別な食事の提供に係る利用料」である。

- 2 なお、今回の取扱いは特別な食費・居住費が通常の食費・居住費と明確に区分できることを前提としていることから、各施設における会計面においても、医療費控除の対象となる食費・居住費が明確になるよう、特別な食費・居住費については、勘定科目を明確に区分することとしているところである。

- 3 各都道府県においてもこうした取扱いを御了知頂くとともに、特別な食費・居住費を徴収するに当たっては、ガイドラインに定める手続きに基づき適切に行われるよう、関係事業者などに周知徹底を図っていただきたい。

・ 調整交付金の適正な交付について

会計検査院による平成16年度決算検査報告において、介護給付費財政調整交付金が過大に交付されている事例が指摘された。介護給付費財政調整交付金の交付については、誠に遺憾ではあるが、制度創設からこれまでの間、例年指摘を受けているところである。

なお、指摘事項の大半は、調整基準標準給付費を算定するに当たり、介護給付費等の数値を誤って計上するなどのケアレスミスによるものであるが、一部には算定対象月以外の月分を計上するなど制度の理解が不十分であると考えられるものも見られる。これらの誤りは、算定に当たり改めて関係法令や交付要綱等を十分に確認するとともに、申請の際にまとめて数値の検証を行うのではなく、毎月の数値について経過した月ごとに順次検証を行うなどの事前準備を行っておくことにより回避することができるものと考えられる。

については、管内市区町村に対し、適正な交付が確保されるよう更なる周知徹底を図るとともに、交付申請及び実績報告時における書類審査を厳格に行うことをお願いしたい。

地域包括支援センター業務マニュアル

平成１７年１２月１９日（月）

厚生労働省 老健局

はじめに

このたび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・権利擁護、②包括的・継続的ケアマネジメント支援、③介護予防ケアマネジメントといった機能を担うことが期待されています。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配属される保健師、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言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配属され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	設置目的と基本機能	5
1.2.1	地域包括支援センター設置の目的	5
1.2.2	地域包括支援センターの基本機能	5
第2節	地域包括支援センターの運営体制と共通の基盤業務	9
2.1	運営に当たっての基本的考え方	9
2.2	「地域包括支援ネットワーク」の構築	18
2.3	地域包括支援センター運営協議会との関係	21
2.4	地域包括支援センターの人材	22
2.5	個人情報保護	22
2.6	地域住民に対する広報	25
第3節	総合相談支援業務	26
3.1	基本的な視点	26
3.2	業務内容	26
第4節	権利擁護業務	28
4.1	基本的な視点	28
4.2	業務内容	28
第5節	包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	30
5.1	基本的な視点	30
5.2	業務内容	30
第6節	介護予防ケアマネジメント業務	31
6.1	基本的な視点	31
6.2	業務内容	32
第2章	総合相談支援業務	34
第1節	全体の視点	34
第2節	地域におけるネットワーク構築業務	36
2.1	地域におけるネットワーク構築業務	36
2.2	地域の社会資源やニーズの把握	37
2.3	地域におけるネットワークの構築	40
2.4	地域住民への啓発活動	47
2.5	高齢者虐待防止ネットワークの構築	49
第3節	実態把握業務	52
3.1	実態把握の必要性	52
3.2	実態把握に関する業務	53
3.2.1	地域住民の実態把握（リアルタイム把握）	53
第4節	総合相談業務	58
4.1	総合相談の必要性	58
4.1.1	地域の中での安心できる拠点としての役割	58
4.1.2	様々な内容について総合的に相談できる仕組み	58
4.2	総合相談業務	60
4.2.1	初期段階での相談対応	60
4.2.2	継続的・専門的な相談支援	65
第3章	権利擁護業務	71
第1節	権利擁護業務の考え方	71

第2節 権利擁護業務の具体的内容	73
2.1 成年後見制度の活用	73
2.2 老人福祉施設等への措置	80
第3節 虐待への対応	84
第4節 困難事例への対応	89
第5節 消費者被害の防止	96
第4章 包括的・継続的ケアマネジメント	98
第1節 包括的・継続的ケアマネジメントの視点	98
1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの考え方	98
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	102
1.3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	103
第2節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施	104
2.1 地域のケアマネジメント力強化の基本的考え方	104
2.1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築	104
2.1.2 介護支援専門員に対する個別支援	106
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	106
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	107
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	107
2.2 具体的な業務の進め方	108
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	112
第4節 実施体制	128
第5章 介護予防ケアマネジメント	134
第1節 介護予防の仕組みと事業・サービス	134
1.1 介護保険制度の基本的考え方	134
1.2 介護予防の基本的考え方	139
1.3 介護予防に関する事業・サービス	141
1.4 介護予防の対象者	142
1.4.1 対象者	142
1.4.2 予防給付の対象者	142
1.4.3 介護予防事業の対象者	146
1.5 予防給付について	151
1.5.1 予防給付のサービス	151
1.5.2 サービス別の内容	152
1.6 地域支援事業における介護予防事業について	155
1.6.1 地域支援事業	155
1.6.2 地域支援事業における介護予防事業	157
1.6.3 介護予防特定高齢者施策	159
1.6.4 介護予防一般高齢者施策	167
第2節 介護予防ケアマネジメントの進め方	169
2.1 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方	169
2.2 介護予防ケアマネジメントの流れ	171
2.3 アセスメント	173
2.4 介護予防ケアプランの作成	174
2.5 サービス担当者会議	178
2.6 モニタリングと評価	180
2.6.1 モニタリング	180
2.6.2 評価	181
2.7 関係機関との連携	183
2.7.1 サービス事業者との連携	183
2.7.2 主治医との連携	183

2.8	指定居宅介護支援事業者への業務委託	184
第3節	介護予防ケアマネジメント関連様式の記入方法	185
3.1	様式作成の背景	185
3.2	関連様式の特徴	186
3.3	利用者基本情報	187
3.4	介護予防サービス・支援計画表	193
3.5	介護予防支援経過記録	205
3.6	介護予防支援・サービス評価表	207
第4節	介護予防ケアマネジメントの事例	209

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年を目処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 附則第二条)。

《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、さらにはこうした方々が高齢者となる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はか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)成立)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

■この改正は、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月からの施行となっています。今回の改正は、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。

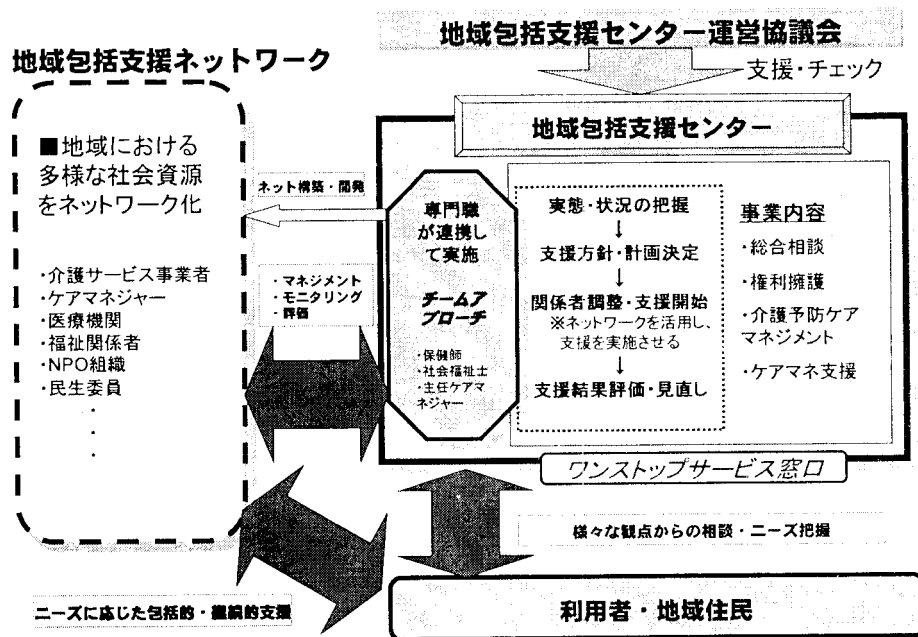
■このように、地域包括ケアの提供に当たって重要なことは、個々の職員の高い能力と同時に、何よりも、保健・福祉・医療の専門職、専門機関相互の連携、ボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な社会資源の統合、ネットワーク化だといえます。

■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、社会福祉士といった専門職種を配置し、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り組み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るものです。

■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わ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包括的・継続的マネジメントの全体像



1.3 設置目的と基本機能

1.2.1 地域包括支援センター設置の目的

■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・福祉・医療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。

1.2.2 地域包括支援センターの基本機能

■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共通の支援基盤構築

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・権利擁護

- ・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。
- ・虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること。

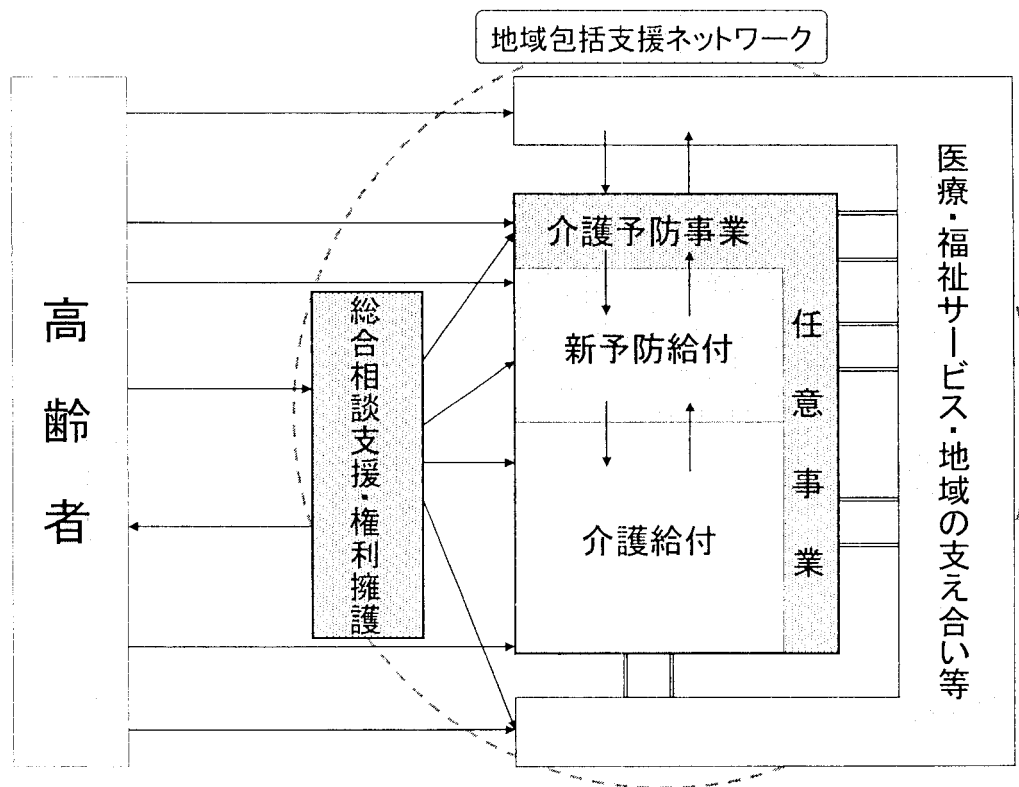
③包括的・継続的ケアマネジメント支援

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。

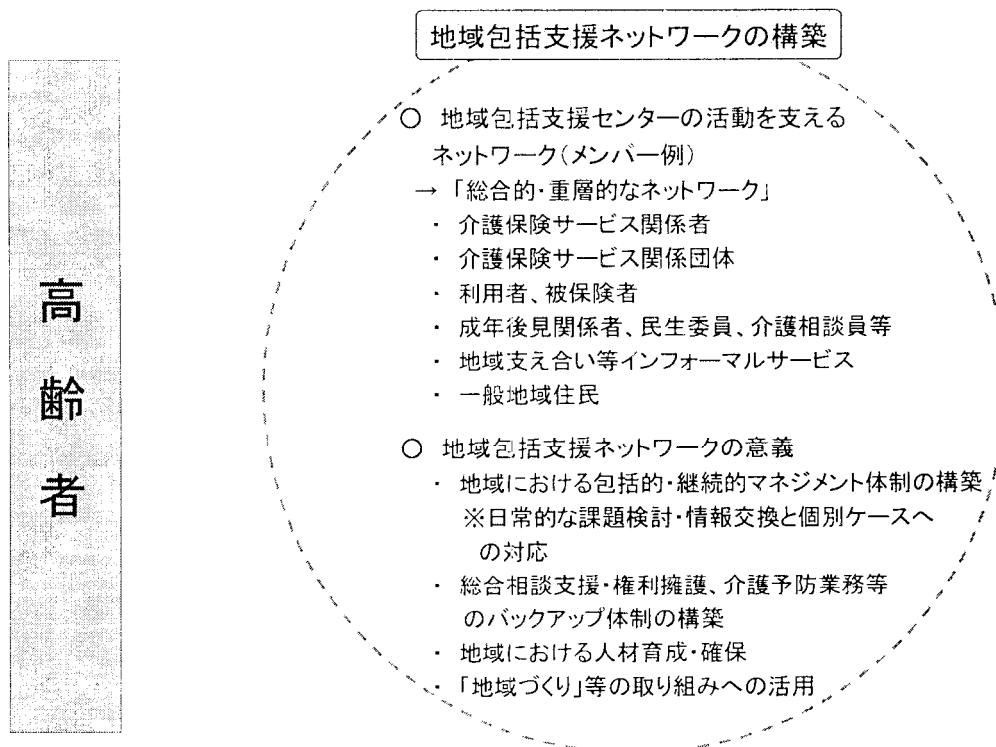
④介護予防マネジメント

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

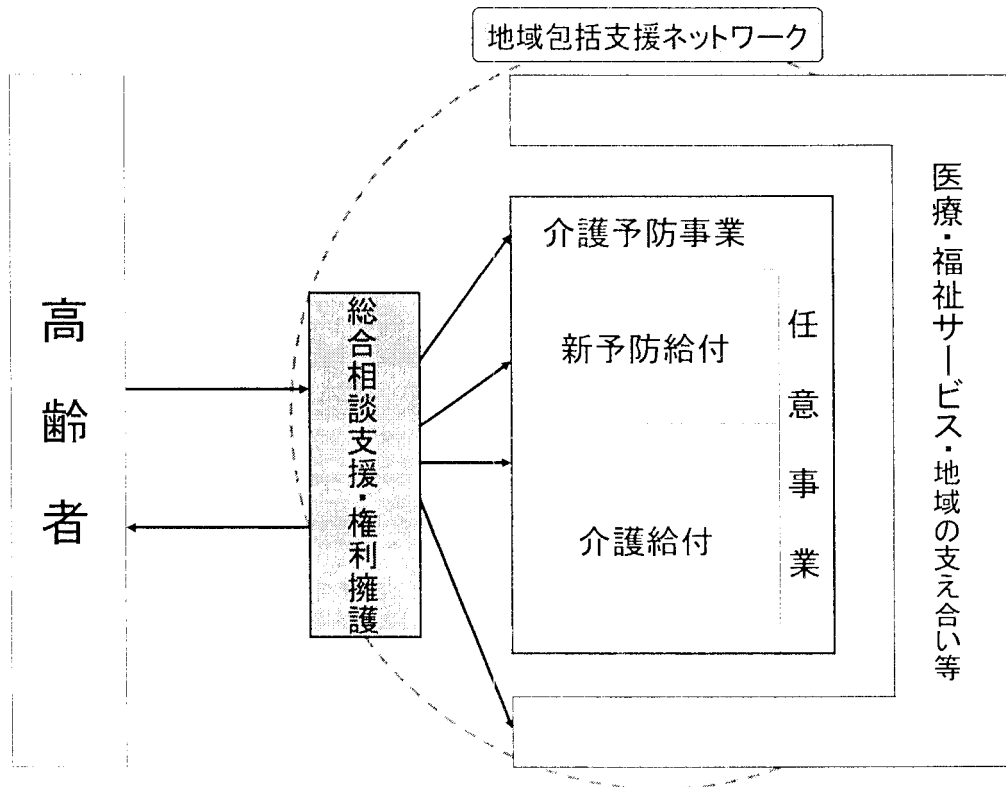
■また、地域包括支援センターは、このような基本機能を的確に果たすために、複数の専門職を置くこととしており、これらが多職種連携により、時に協働し、時に一体となって、高齢者の在宅での生活を支え、地域生活に安心を提供する役割を果たすこととなります。



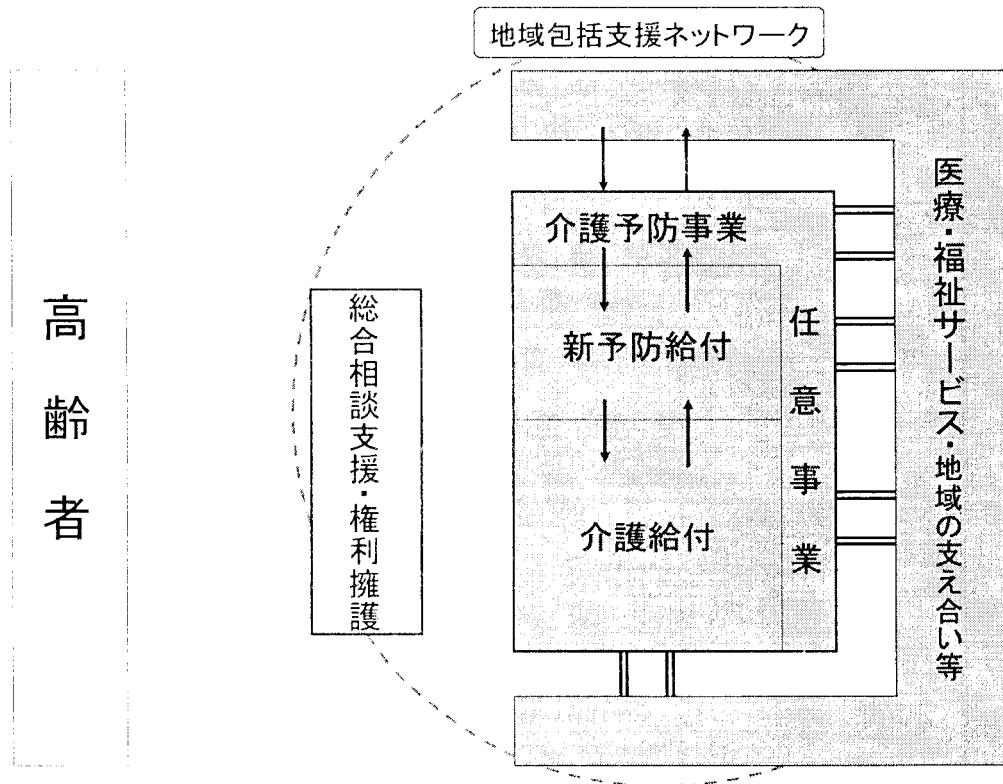
共通の基盤整備



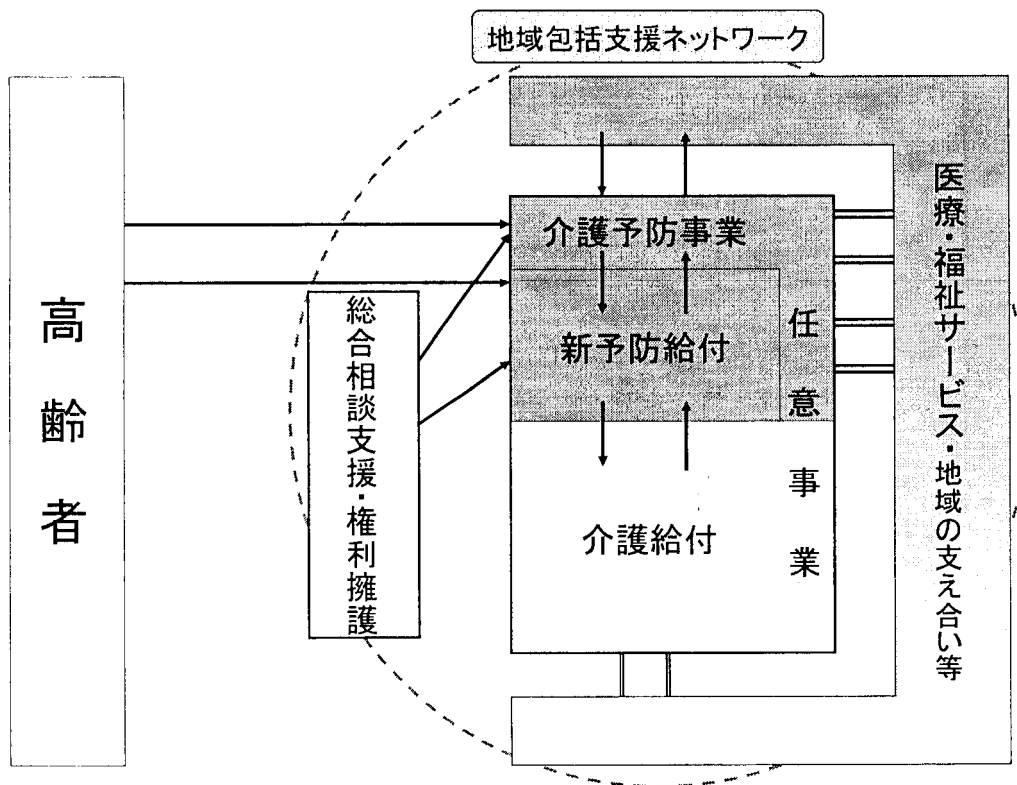
総合相談支援・権利擁護業務



包括的・継続的ケアマネジメント業務



介護予防マネジメント業務



第2節 地域包括支援センターの運営体制と共通的基本業務

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をはじめ多く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捉え「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・福祉・医療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、虐待等であって、高齢者の生命、身体の保護のために必要で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はなく、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)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」の考え方こそが、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、社会福祉士等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関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、社会福祉士等が総合相談支援・権利擁護、主任介護支援専門員が包括的・継続的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マネジメントに関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、それぞれの専門職種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

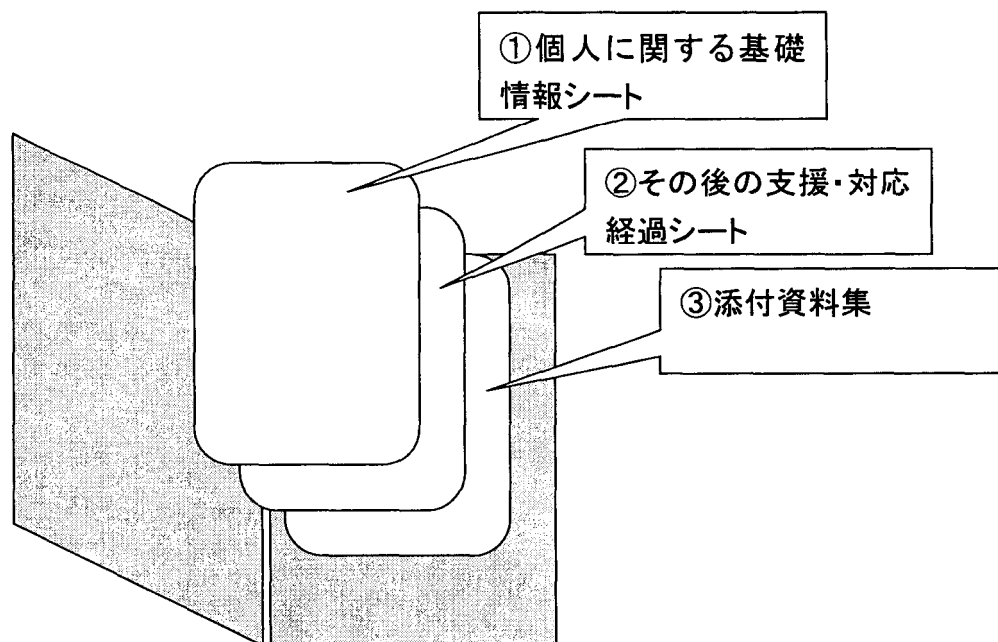
- ・時系列で、支援・対応を行った経過を簡潔に記入します。各職員が、自由に書き込めるような、自由度の高い様式にすることが必要です。

(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》



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 ()					
ﾌｧﾐﾘｰ 本人氏名		男・女	M・S・T 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・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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						
緊急連絡先				氏名	続柄	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 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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と同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

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。

■この事例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あい、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あったり、助言しあったりする「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い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言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・継続的な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・福祉・医療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、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、介護支援専門員連絡協議会 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）

《共通の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。こうした場合には、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ことが必要になります。
- 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生かしつつ、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標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、これに拘らず、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あたって真に必要なとされる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ことが必要です。

《運営協議会の所掌事務》

■地域包括支援センターの運営にあたっては、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センターの設置に関すること

- ・センターの担当する圏域の設定
- ・センターの業務の法人への委託
- ・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
- ・センターが予防給付のマネジメント業務を委託できる居宅介護支援事務所

②センターの公正・中立性の確保に関すること

- ・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、センターの事業内容を評価します。
- ・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りがないか。
- ・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います。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。

《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用です。

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置か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（1.3）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項には、地域包括支援センター職員には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必要があります。
- 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。

【コラム】「サブセンター」方式

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。

■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いうことであれば、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り扱い

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、地域住民にも、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置いたり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、わ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がしやすいのか、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・支援及び権利擁護の業務（以下「総合相談支援等業務」という。）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、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

- 効率的・効果的に地域包括支援センターの業務を行い、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始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サブ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るが、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ほか、様々な社会資源との連携、高齢者への戸別訪問、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

総合相談業務として、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えば相談者自身により解決が可能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継続的・専門的な相談支援

- 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、当事者に関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」の視点に基づいて係わることが重要です。その中で、社会福祉協議会が行う地域福祉権利擁護事業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

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

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) 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種が相互に連携し、地域包括支援センター全体で対応を検討します。

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、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、介護支援専門員との多職種協働と、地域の関係機関との連携により、包括的・継続的なケアマネジメントを実現するための後方支援を行うものです。

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、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活用します。

3) 日常的個別指導・相談

- 地域の介護支援専門員に対する個別の相談窓口を設置し、日常的業務の実施に関し、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種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について、適宜、地域包括支援センターの各専門職種や地域の関係者、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新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業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新予防給付に関するケアマネジメント業務は、下記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しておりますので、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・選定した特定高齢者（虚弱高齢者）について、地域包括支援センターが、おおむ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行わせ、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、この場合、特定高齢者の判定結果については、市町村に通知する等の連携を図るものとします。

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学会議を開催します。

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) 新予防給付に関するケアマネジメント業務

■新予防給付に関するケアマネジメントは、おおむ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又は家族に交付します。

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

3～6ヶ月に1回、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、所定の表に記載します。

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所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新予防給付に関するケアマネジメント及び介護予防事業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

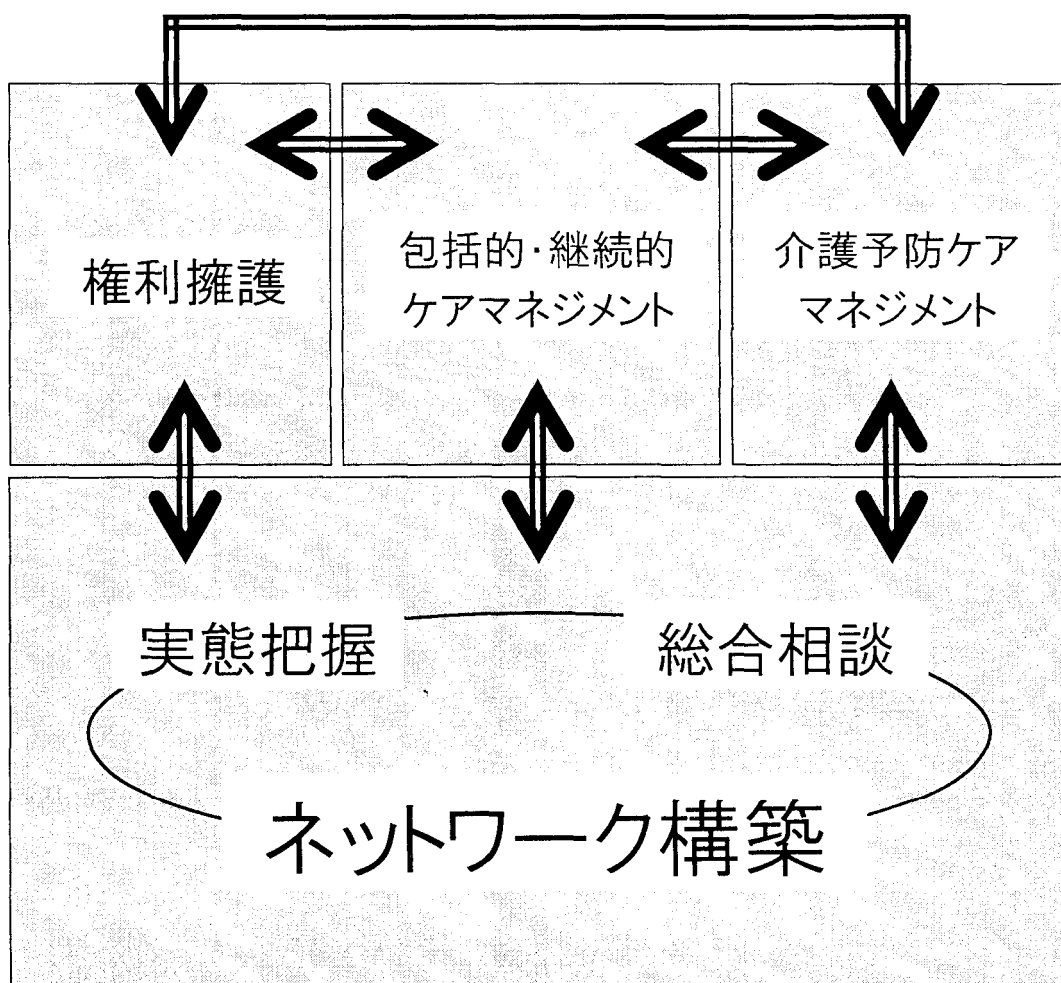
■第1章第1節において述べたとおり、地域の住民が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活を実現するためには、個々の高齢者の状況やその変化に対応して、介護保険サービスを中核としつつも、医療をはじめとした様々な支援、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めて、地域の様々な資源を統合し、住民の生活全般にわたり24時間365日の支援を行うケア、すなわち「地域包括ケア」を提供することが必要不可欠です。「地域包括支援センター」は、地域包括ケアを支える中核機関として、ケアの継続性や包括性の確保等を担います。

■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あたり、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。

■総合相談支援等業務は、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。

総合相談支援業務及び権利擁護業務の全体像



【地域包括支援センター職員としての視点】

- ①高齢者が自分らしい生活を継続するための支援
- ②「権利擁護」の視点に基づく支援
- ③高齢者に対する「包括的な支援」(地域包括ケア)
- ④チームアプローチ

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うえで、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となります。

《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はたしているか、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、定期的に内容の更新を行うことが必要です。

■情報は、WAM-NE T、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必要があります。

(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。既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なかで情報提供を受け、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・リストの作成にあたっては、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協議会や事業者連絡会、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なか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り組み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。小区分エリア毎の情報把握(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うえで必要です。
- 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、調査実施にあたっては、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挙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」ということが挙げられます。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挙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画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必要があります。

【ワンポイントアドバイス】 ～地域福祉計画も視野にいて～

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、その活用も視野にい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必要があります。

（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わからない」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っていきます。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。実際の活動にあたっては、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既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。既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に持ち寄り、市町村全体で有効な取組が出来る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、個別ケースとのかかわりは、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で、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、視野にい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。

■ネットワークを維持・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あわせて「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無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に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、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＞

○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、

- ・ 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、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、
- ・ 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、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、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、分析したなかで、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あわせて「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、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、相談者のなか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歳～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挙げます。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。

○既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ほかに、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ほかにも、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必要があります。

■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な社会資源の開発
- 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》

■担当圏域若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ため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、生活の変化に気付いてもらい、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な社会資源の開発》

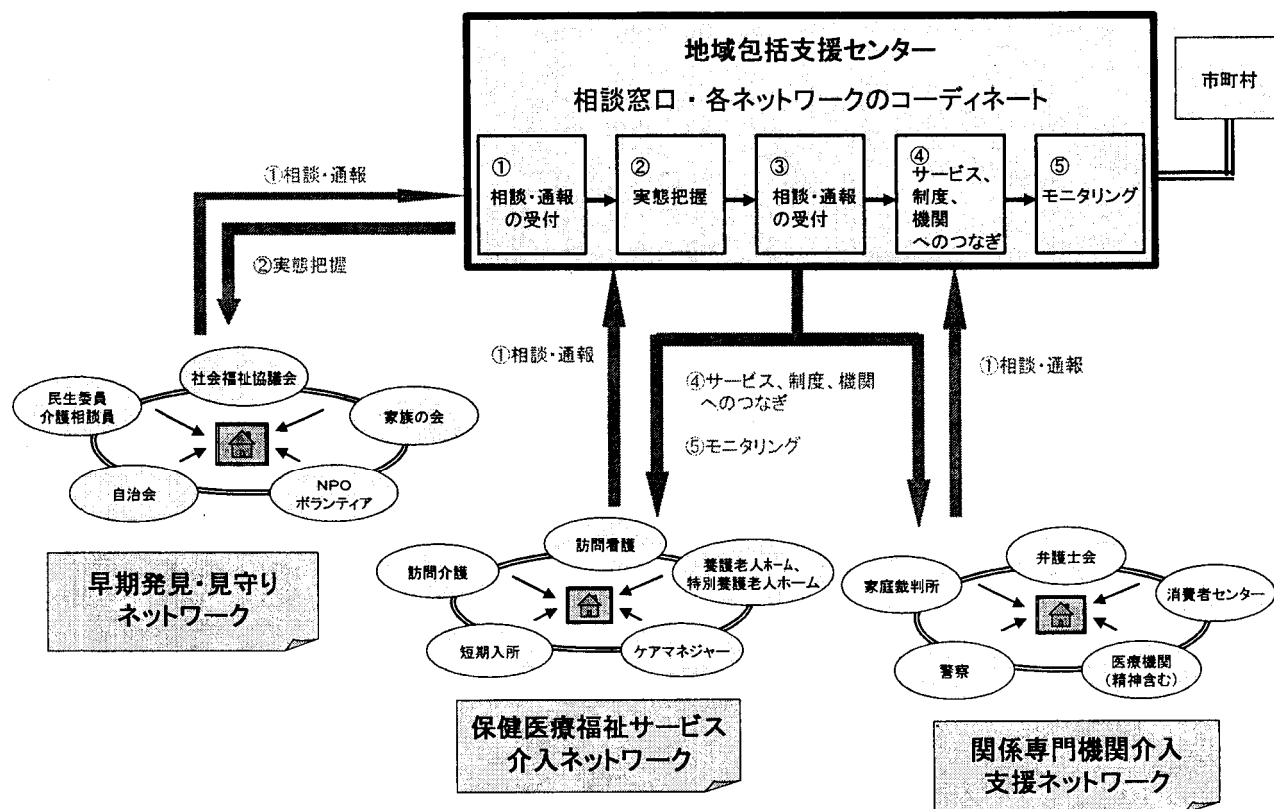
■高齢者虐待事例への介入や防止のためには、現在ある社会資源を活用するとともに、新たな社会資源の開発が必要な場合もあります。例えば、老人福祉法に基づく措置などの高齢者の緊急一時保護の場の確保や虐待者への教育的なプログラム等、それぞれの地域のニーズに基づいて行政をはじめとした関係機関に働きかけていく必要があります。

- 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が重要です。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窓口になっていることが住民にわ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

- 総合相談支援等業務を行う際は、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、総合相談支援等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ほか、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」に挙げられている生活機能低下の兆候を発見するほかに、高齢者やその家族の生活状況に関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」に挙げられている事項のほかに、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」を簡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

《周囲とのかかわりでのチェック項目》

- 本人や家族の行動・関係について、話題に挙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》

■ 民生委員地区協議会、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挙げられます。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。

（民生委員地区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行われている「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すみ効果的です。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かか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、I A D L、A D L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に訪問が必要です。

■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無い場合でも、「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ほか、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、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毎の情報把握（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」「ここではわからない」「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、諦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）
その他の私的機関等（薬局、インフォーマル組織、その他サービス機関）

※ 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るれば、さらに多種多様な申請窓口／相談窓口がかかることになります。

「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：継続的・専門的な相談支援

- 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必要があります。

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、ということがわからなかったり、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ふまえ、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必要があります。

【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、近所のみな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2度手間、3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、住所、年齢、性別、連絡先、当事者との属性
- ・当事者の氏名、住所、年齢、性別、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

■このほか、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2つのメリットが考えられます。

1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わかり、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うえで、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4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 継続的・専門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さまざま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】 ～全ての相談をしっかりと聴く～

地域包括支援センターにはさまざま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うえでは、しっかりと聴くことが必要です。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（介護度 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 ヶ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判らず、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、緊急性が高くない「レベル 1」程度であり、対応としては福祉用具関係か障害者福祉関係で対応可能と考えられましたので、それに適する対応を

検討することになりました。

○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よいでしょう。）

《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ほか、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 継続的・専門的な相談支援

■継続的・専門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

■初期相談で継続的・専門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さまざま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、日常生活に関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なか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必要があります。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さまざまです。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必要があります（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いた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アセスメントにもと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 アセスメントにもと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ことが必要です。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、了解を得ることが必要です。その際、どの程度の個人情報を伝えるか了解を得ることが必要です。

■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良いでしょう。

《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、フォローする必要があります。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ヶ月内）何らかの方法で連絡を取り、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、特に問題が無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年前に妻を失っ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わかりました。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。（→情報収集にもとづく緊急性の判断）

また、同病院のソーシャルワーカーへ連絡を行い、状況がわ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地域福祉権利擁護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わ

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、地域福祉権利擁護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、地域福祉権利擁護事業や任意後見契約の活用について説明し、そのことの了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地域福祉権利擁護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、地域福祉権利擁護事業へつなぎます。

(→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)

○地域福祉権利擁護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いれるようにします。

(→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》

■今回の介護保険法改正では、第一条（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、誰もが住みな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関わり、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になります。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関わり方》

■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あたっては、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地域福祉権利擁護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。

■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あたっては、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には、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ことが必要になります。

2.1 成年後見制度の活用

■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、法律的行为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3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いと思われる場合や、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。

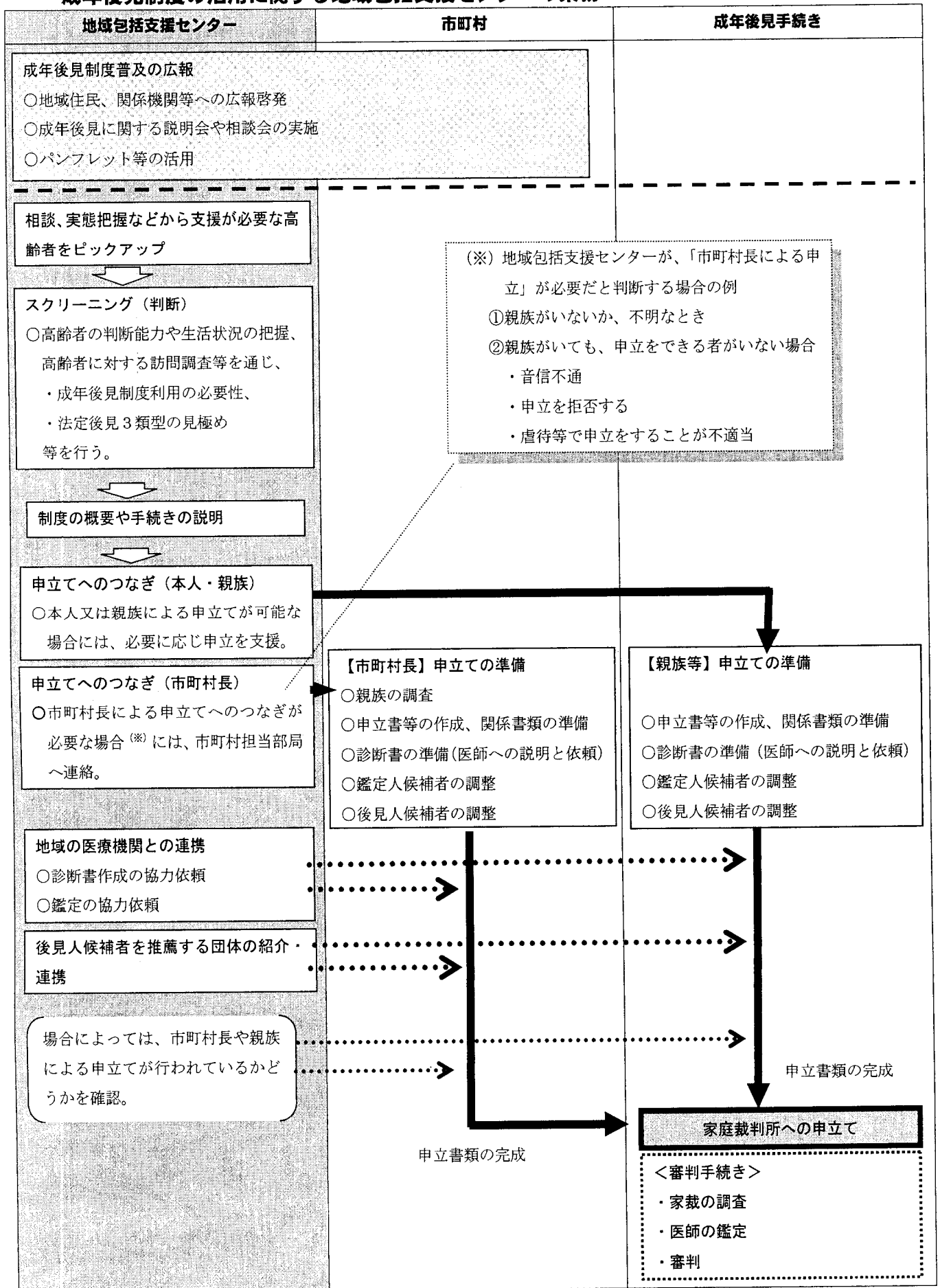
【ワンポイントアドバイス】 ～成年後見人等候補者の推薦団体～

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

- 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あ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。

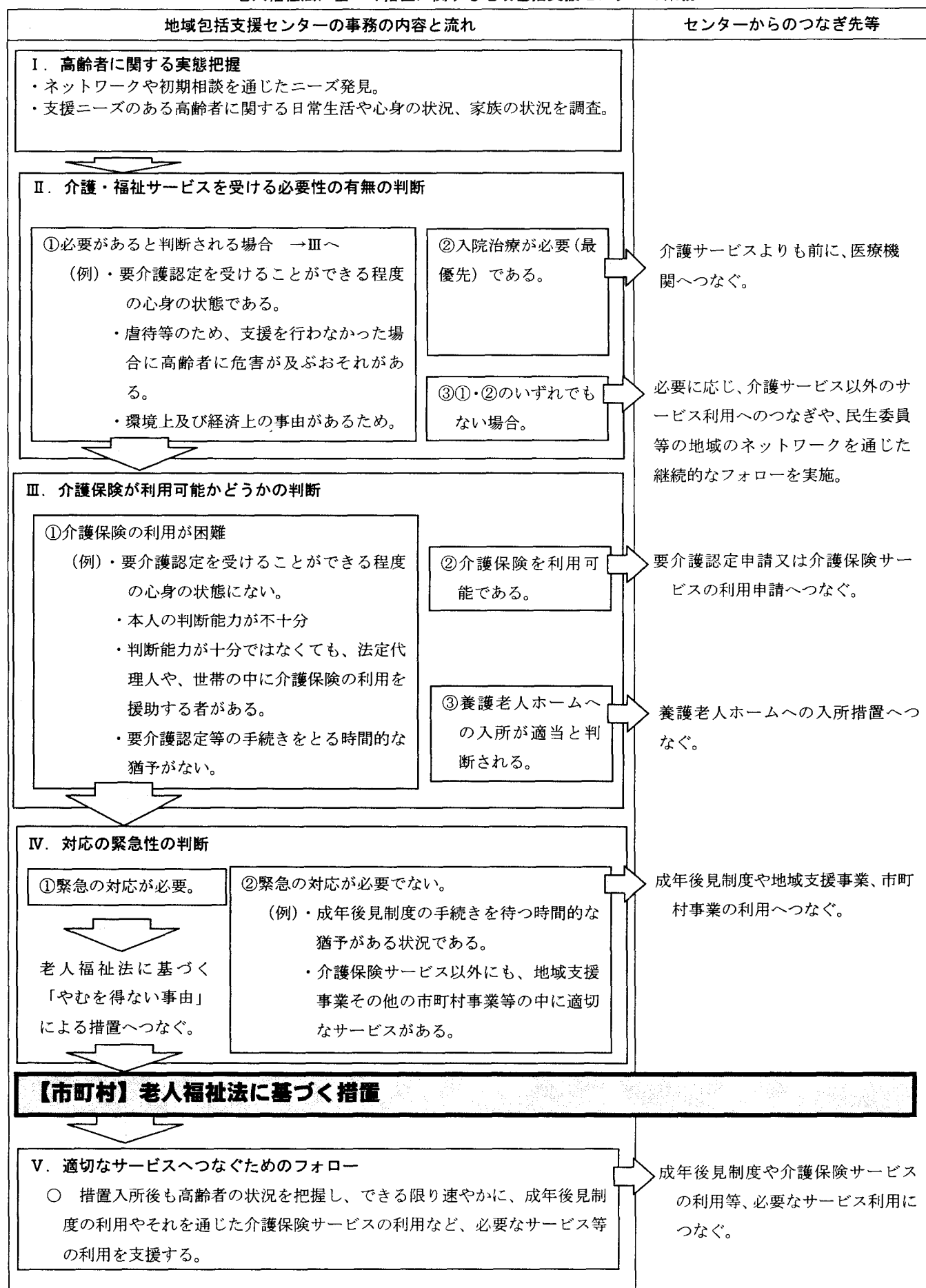
■また、高齢者の判断能力が不十分な場合は、成年後見制度の申立て支援を行い、契約によるサービスが適切に行えるよう支援します。

【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。

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



【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。

第3節 虐待への対応

虐待への対応については、先の特別国会で、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今後厚生労働省において整理することとしており、虐待部分の地域包括支援センターにおける業務の方法についても、その整理にあわせて示すこととします。

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。

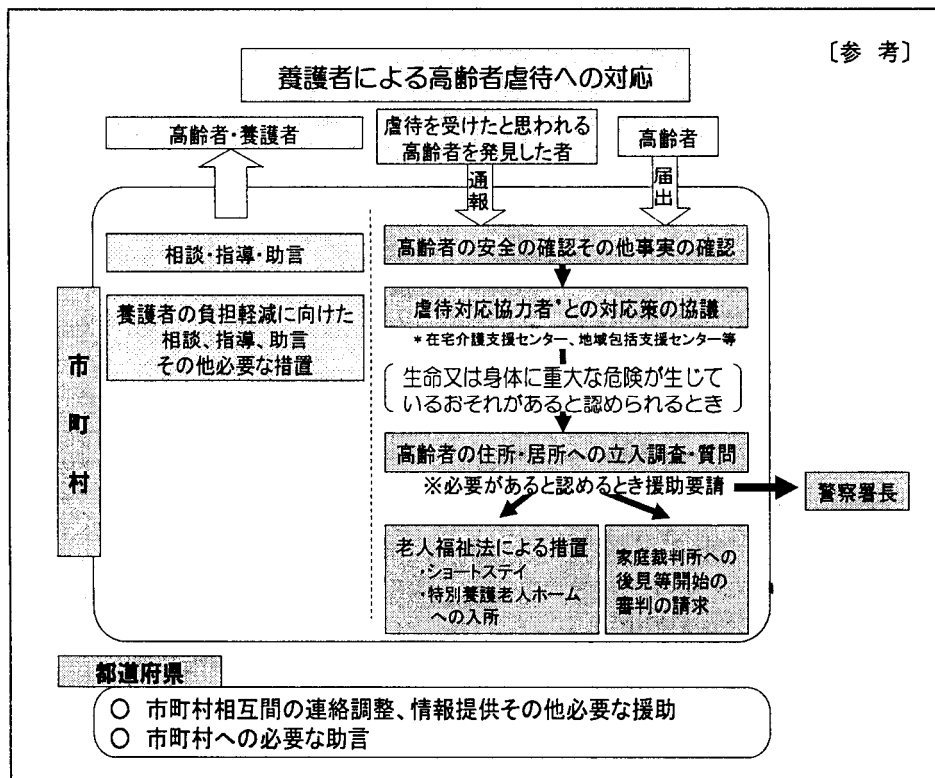
(v)経済的虐待：養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

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。



■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。

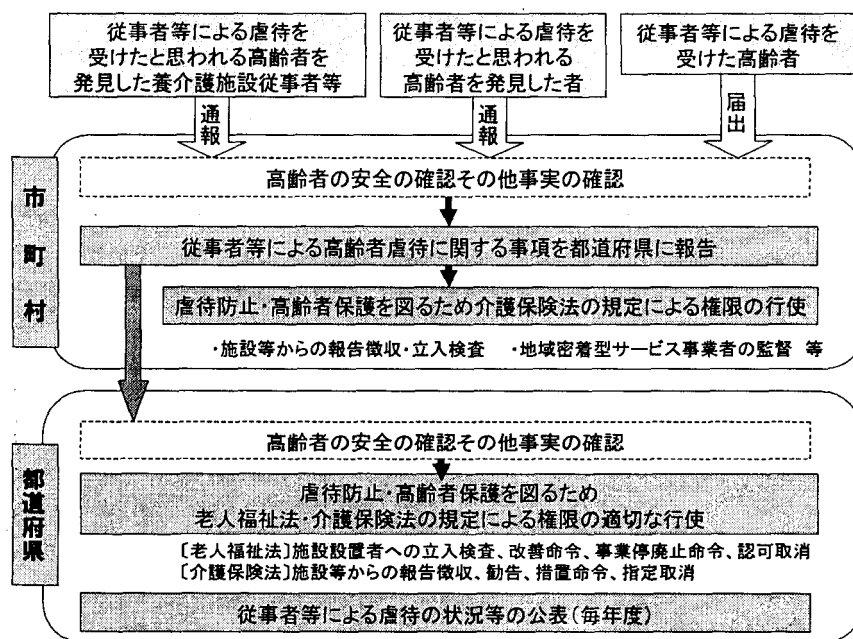
- ①虐待を受けている高齢者と虐待をしている家族の関係は、長年にわたる生活の歴史がその背景にありますので、対応に当たっては、家族それぞれの事情や現在の状態等を正確に把握し、丁寧に対応していくことが必要です。
- ②また、高齢者虐待は、家族の過剰な介護負担から生じるストレスと深く関係しています。家族の生活状況や介護力を丁寧にアセスメントしていくことが必要です。
- ③したがって、虐待を受けている高齢者本人やその家族との信頼関係の構築は援助関係の基盤であり、家族が虐待者であったとしても、その家族を一方的に非難するような否定的な態度、対応は禁物です。
- ④虐待者自身が精神疾患やアルコール依存症等の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

養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応



【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6,698機関のうち、虐待と考えられる事例があった機関は2,865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%
自分がどのように係わればよいか技術的に難しかった	33.6%
自分がどのように係わればよいか立場上難しかった	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ほか、「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あたっては、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。

「制度紹介をしても拒否した」「サービス利用を約束しても約束を繰り返し破った」などの経過のなかで、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あたっては、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、介護認定調査員、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。
緊急性の判断については、本マニュアルの 4.2.1③緊急性の判断の項を参照して下さい。

- 困難事例にあつては、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

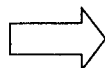
過やなぜ援助の継続が困難になったのかなどについて認識の共有を図り、今後の援助方針を検討していく場面において連携していく事が重要です。

【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、係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、なに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】 ～インテーク機能を丁寧に行う～

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ったりする方々と、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うことができます。

【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も、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無い場合は、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》

■ 困難事例にあつては、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。その時々的重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事が大切です。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、「どういう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、要介護度2

長女：40代前半、別居、身体障害手帳1級

長男：40代前半、同居、知的障害療育手帳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介護保険制度に関与する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」として何が起こっているか、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たてる。
- ・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にくい場合)

【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、結婚後交流が無くなっている。

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、「変わらない、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なにかを知る（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と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、支援者が関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あ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消費者被害にあ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合せなど、消費者からの相談を専門の相談員が受付け、公正な立場で処理にあたっています。

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消費者被害にあ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はかるためには、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、地域福祉権利擁護事業実施機関、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】

ー病院の「地域連携室」を中心とした包括的ケアマネジメント支援ー

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、「10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ていたら、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、家族が在宅で看取することに決定後、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。

利用者が入院している間は介護報酬の対象とならず、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、家族も不安ななか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・医療や福祉のサービス、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する必要があります。

- 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」が創設されることになりました。

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、主治医を始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必要があります。

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】

ー地域連携推進会議の開催ー

<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。

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、要介護者または要支援者（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もの、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・困り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

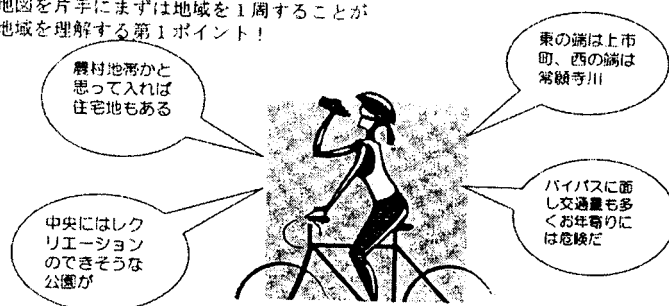
【事例】

「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

1 コーディネーター！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！



地域ケア推進コーディネーターマニュアルより

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

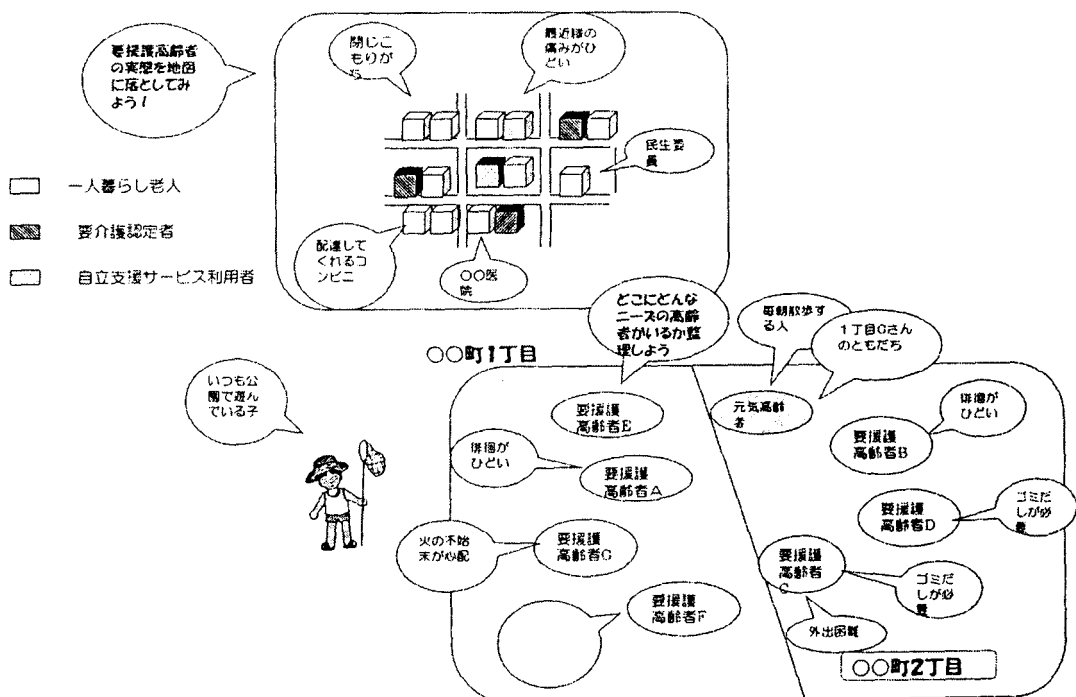
関係機関・団体の人と顔見知りになろう



自治振興会長	地区センター所長
社会福祉協議会長	公民館長
民生委員・児童委員会	介護保険施設長
ボランティアコーディネーター	介護サービス事業者
保健衛生連合会長	居宅介護支援事業者
保健推進員	保健福祉センター保健師
食生活改善推進員	開業している医師
長寿会長	開業している歯科医師
体育協会会長	開業している薬剤師
体育指導委員の代表	警察官（派出所等）
ふるさとづくり推進協議会長	消防
高齢福祉推進員	金融機関
保護司の代表	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わからず、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かび上がった。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、どうやって行うかなど、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があれば、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なかで、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すなど、今後の取組を見直す必要があります。

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、事例を通して取り組み方を示します。

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】

—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わからず、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名の参加があった。

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で、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】

－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】 情報を共有一ともに成長

【事例】

－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。（*注：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・福祉・医療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】

ー見守りネットワークー

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、認知症老人を抱える家族の会、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、拠点は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ただけ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搜索、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めざすこととした。

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関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。

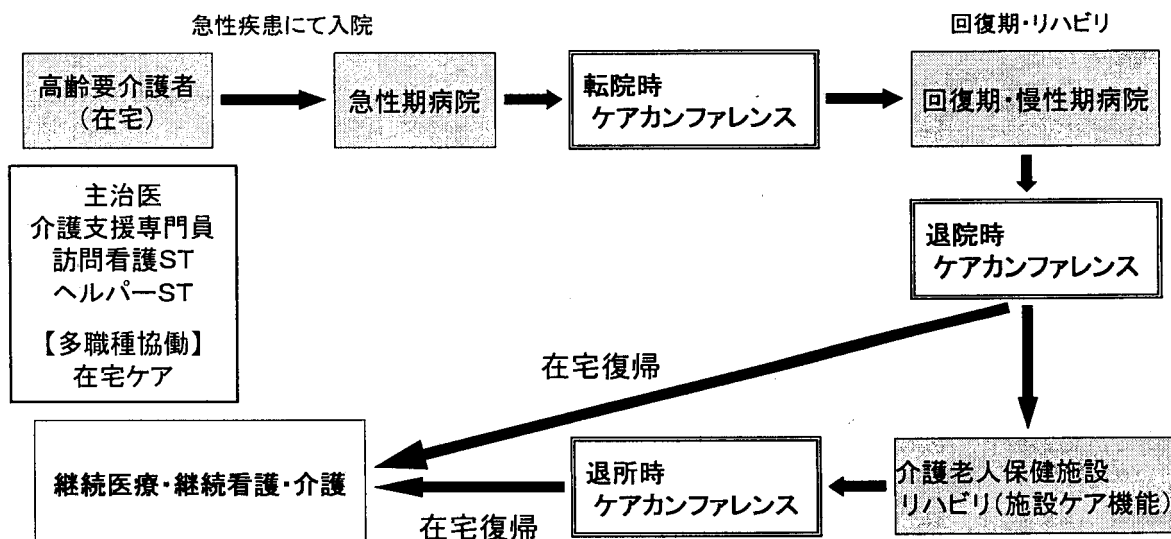
⑤入院（所）・退院（所）時の連携

■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あわせて、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。

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



【事例】

〈概 要〉

<目 的>

＜事業内容＞

＜留意点・ポイント＞

- ・ 地域医療に関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。

担当者同士の人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、「〇〇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】

ーケアプラン作成指導研修事業ー

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3者が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着目するのか」「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人～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名前後が適当、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 出席人数がわ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名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名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 —

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による方法です。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】

－わいわいクラブ－

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、話し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名）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名～10名と規模も様々。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】

ー訪問介護研修事業への参加ー

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なかに、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 ()			
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（〇月〇日）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（〇月末）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月〇〇日作成

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。

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。

(介護保険法第四条)

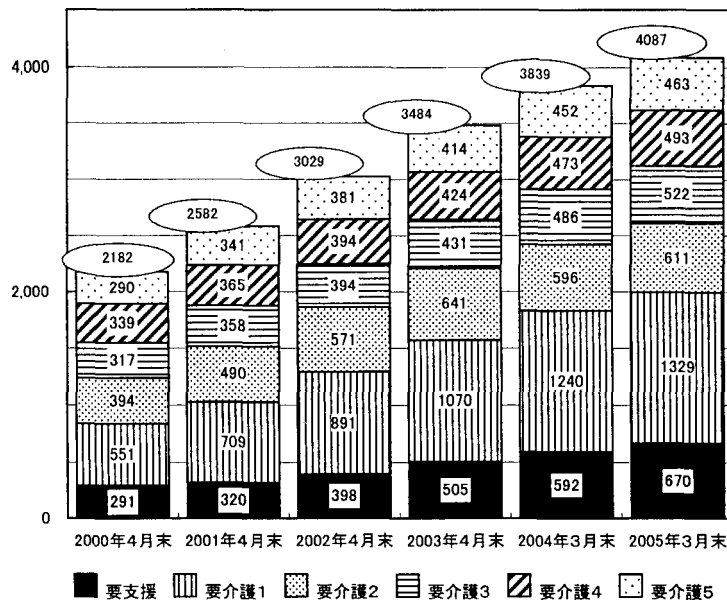
■しかしながら、介護保険制度施行後、以下のような課題が見えてきました。

①介護予防の効果があがっていない

- 要支援、要介護1などの軽度者が増加する一方で、現行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す。
- 介護保険においては、要支援者に対し、要介護状態にならないようにするための予防給付のサービスが提供されていますが、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

(単位:千人)



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ヶ月で約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

出典:介護保険事業状況報告

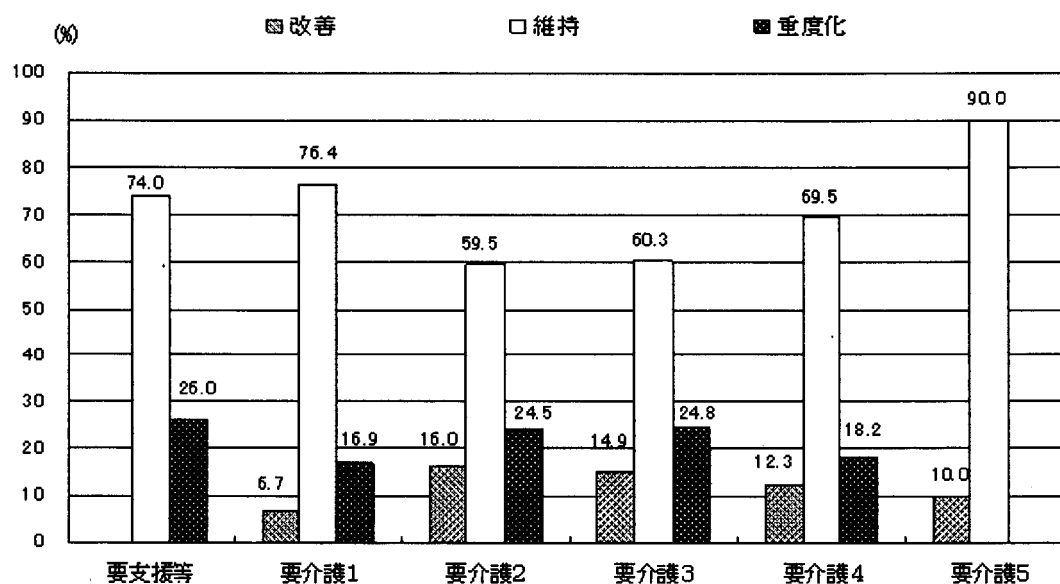
● 要介護認定を受けた人数の推移

要介護認定を受けた者は、5年2ヶ月で約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3つが指摘されています。

高齢者の状態像－3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。

要介護度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、要介護度1等の軽度者に多い。

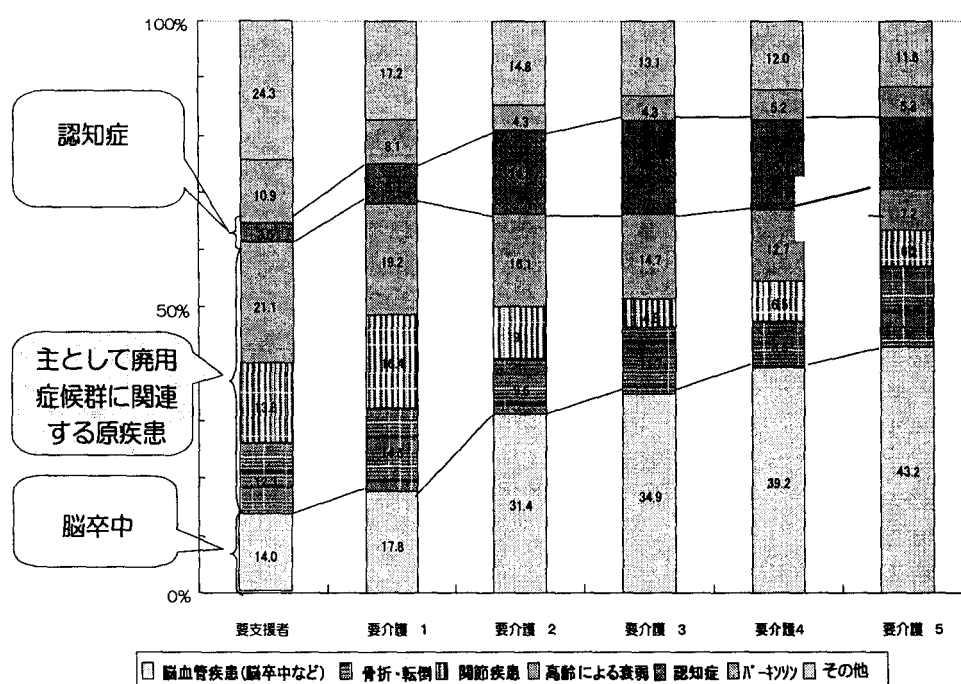
③認知症モデル：上記に属さない認知症等を原因疾患とする要介護者のタイプ。

○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。

○増加する要支援、要介護度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ことが必要です。

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

○現行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す。

■これらの反省を踏まえ、今回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

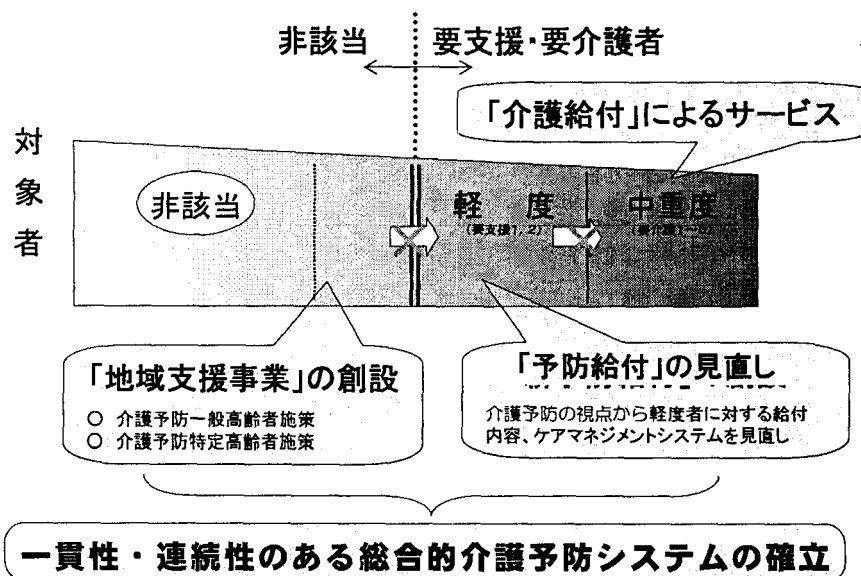
《介護予防とは》

■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、生活上のさまざま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



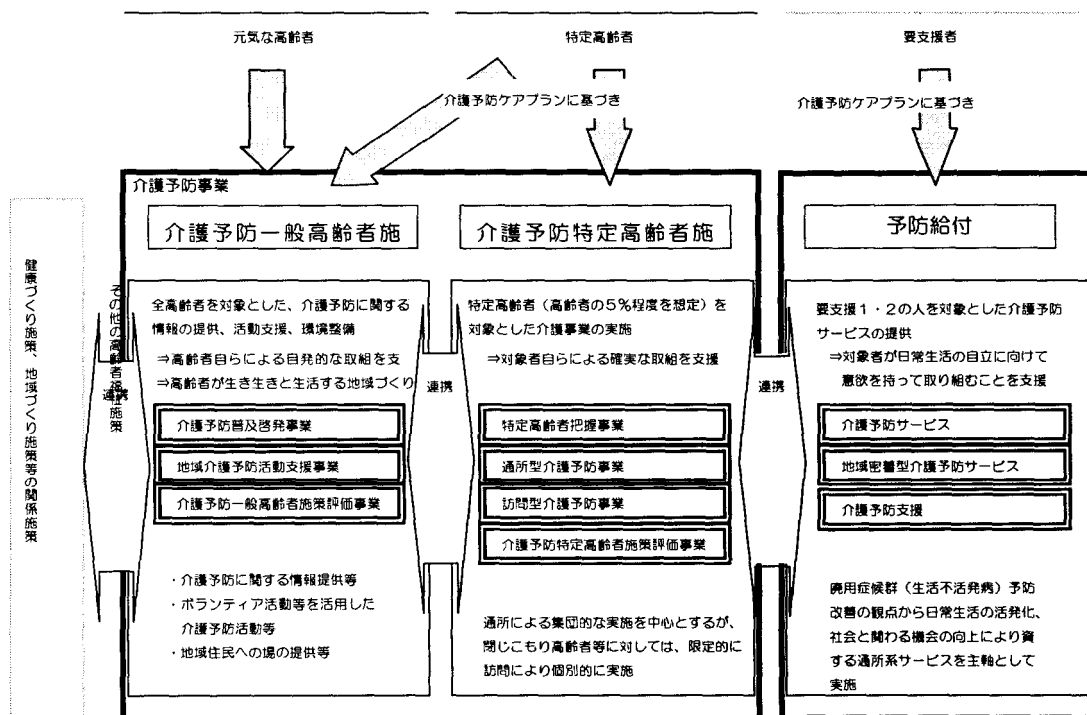
- そもそも介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった特定な機能の改善だけをめざすものではなく、これらの心身機能の改善や環境調整などを通じて、一人ひとりの高齢者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として行われるものです。一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを総合的に支援することによって、生活の質（QOL）の向上をもめざすものです。
- これまでの介護予防関連事業ではともすると手段と目的が逆転して、訓練のための訓練が横行するという事態が生じていると言われています。したがって、個々のサービスが、あくまでも自己目的化しないよう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。
- 介護予防にあたっては、何よりも利用者の主体的な取り組みが不可欠であり、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、介護予防に係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まず求められます。
- 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るといわれています。「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諸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り組みが積極的に実施される地域社会の構築をめざし、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。

1.3 介護予防に関する事業・サービス

《介護予防に関する事業・サービスの全体像》

■今回の介護保険制度改正により、予防給付は見直されるとともに、新たに介護予防事業の実施が位置づけられました。それぞれの事業・サービスの概要や関係性を示すと以下のような図になります。(以下、単に「予防給付」と呼ぶ。)

図表 5-7 介護予防に関する事業・サービス



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3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と判断されていた方と比較した場合、心身の状態が安定してい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」相当と判断された場合には、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。

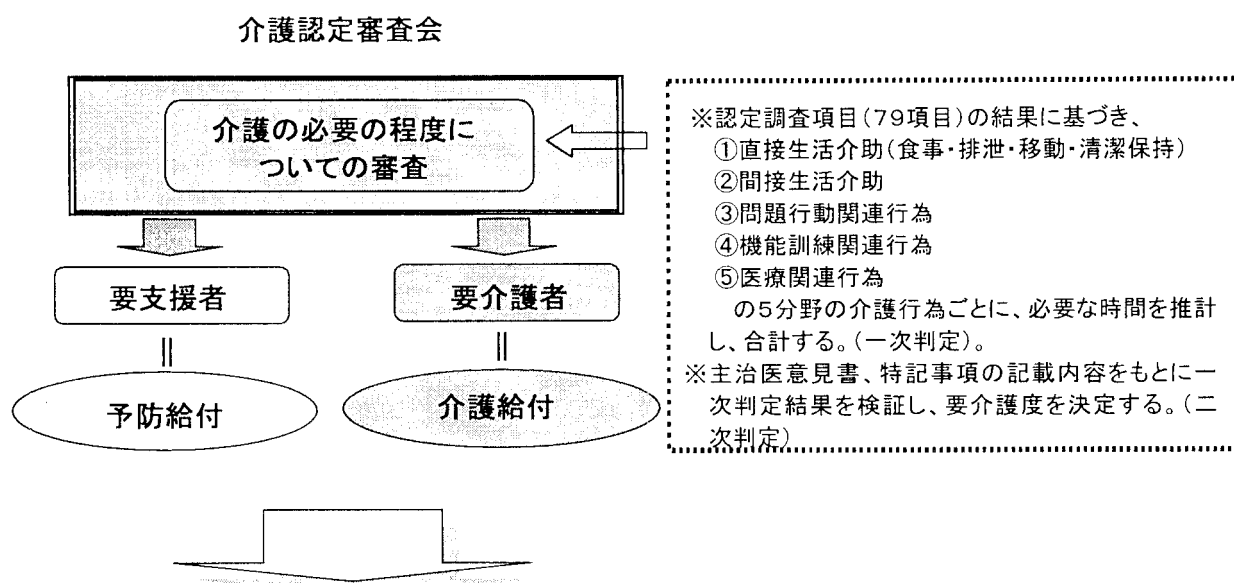
(課6/27 P114)

予防給付の適切な利用が見込まれない状態像

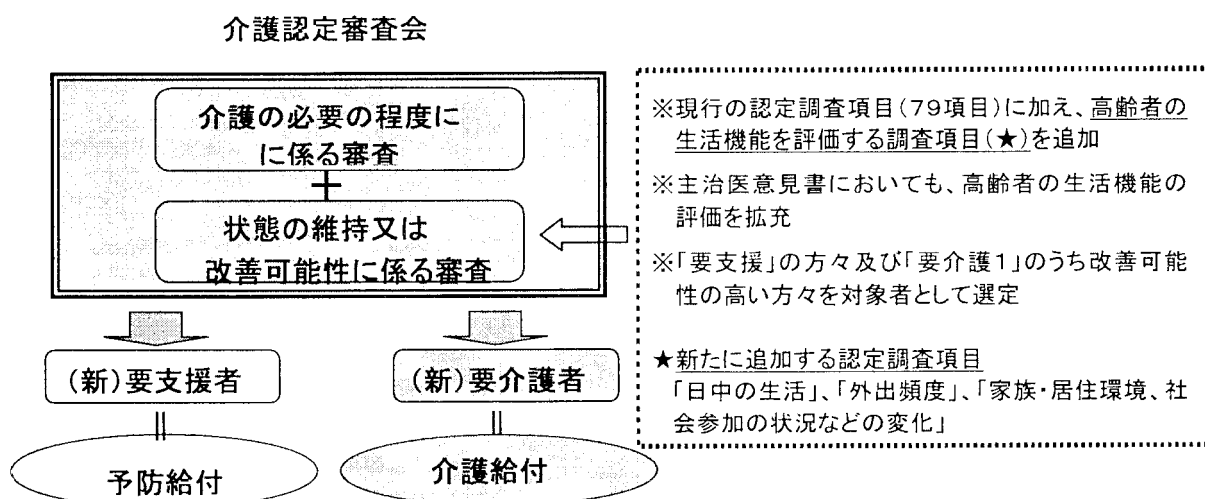
- ① 疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態
 - 脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で病状が不安定な状態にあり、医療系サービス等の利用を優先すべきもの
 - 末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの等
 - ・ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するのではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短く（概ね6か月程度）して、要介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、新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、新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

<従来の介護認定審査会における審査・判定の仕組み>



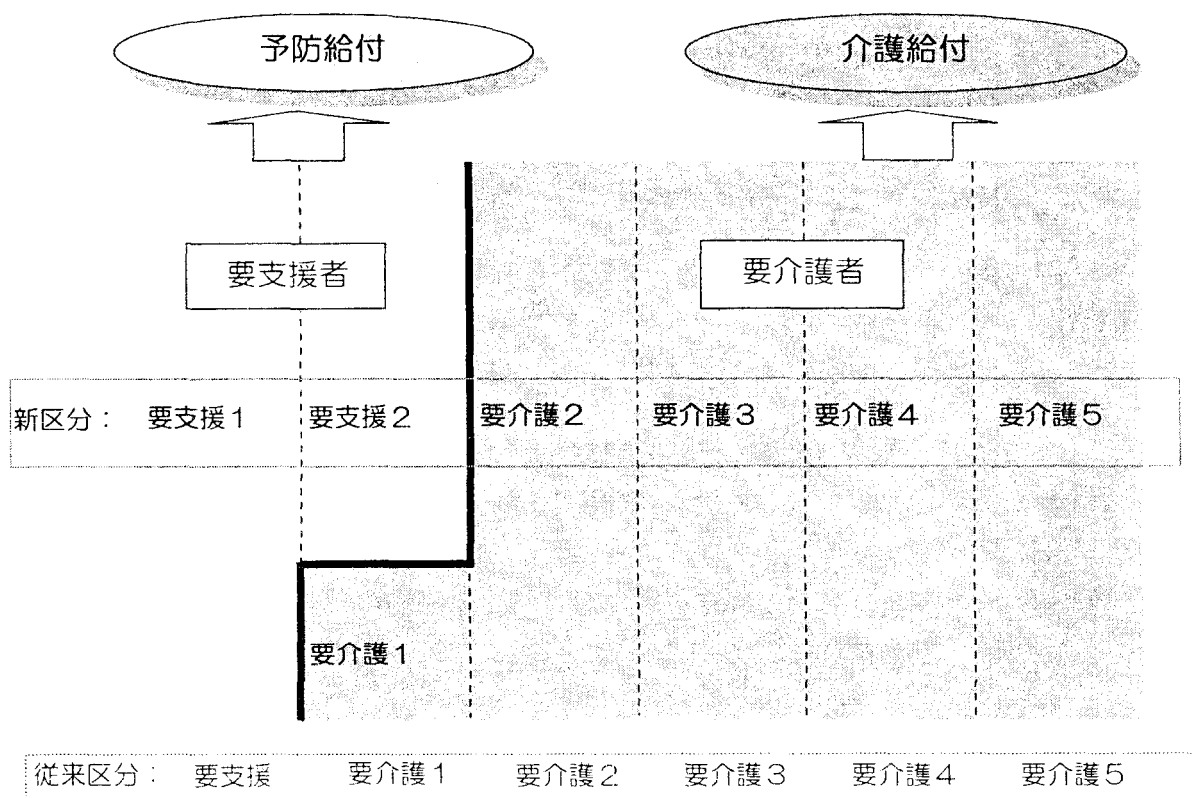
<見直し後の介護認定審査会における審査・判定スキーム>



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・要介護状態に陥る可能性の高い高齢者（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、基本健康診査とあ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など、市町村は様々なチャンネルを確保し、これらを通じて特定高齢者を幅広く選定する必要があります。

■要支援・要介護者を除く残りの高齢者は、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対象（高齢者のおよそ5%）への介護予防のみでなく、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、介護予防事業特定高齢者施策の利用者全体の20%程度が1年後に要支援・要介護状態に陥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つたら足が弱った、義歯があ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、しようとしらない

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

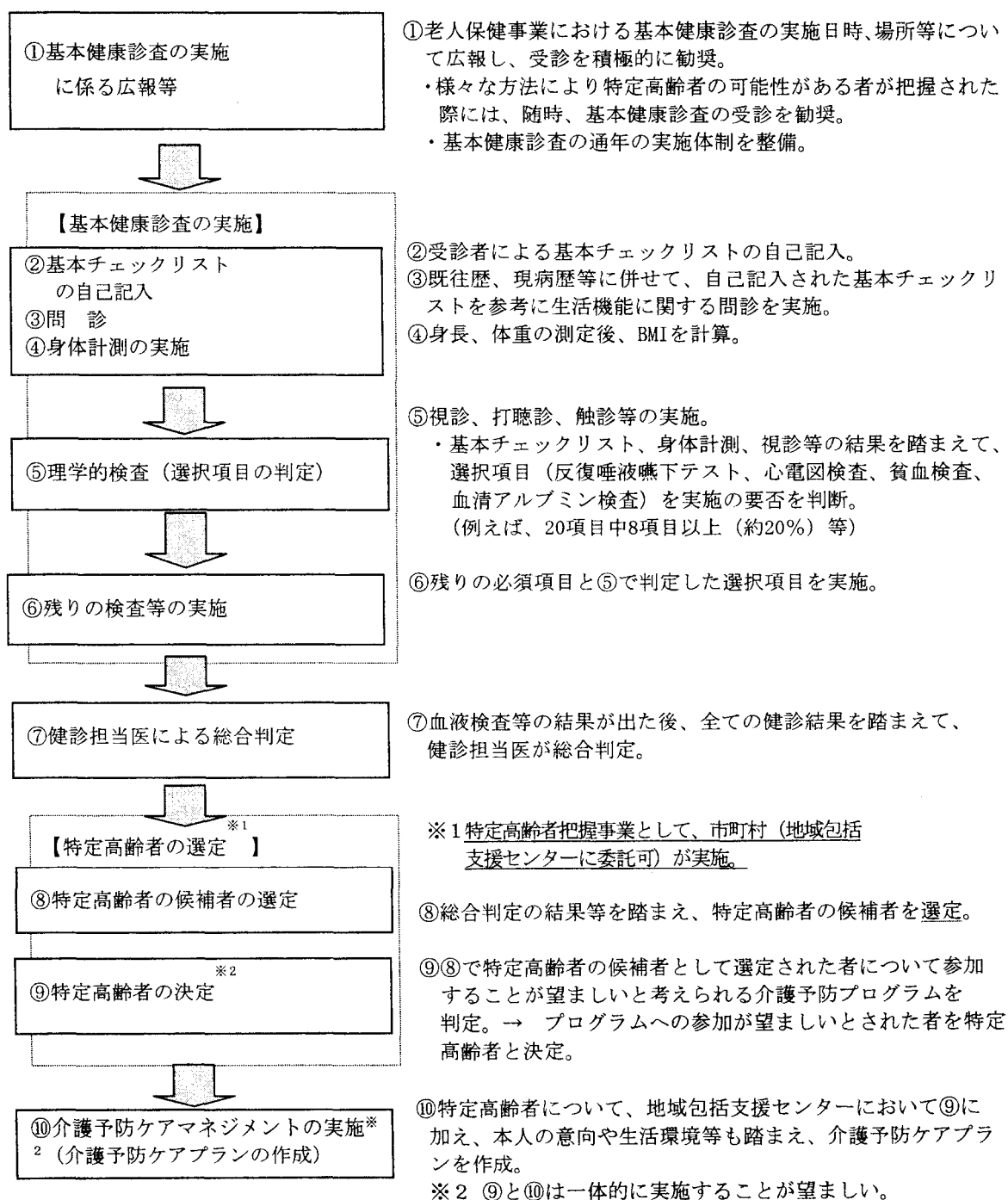
事件：身近な人（家族など）との死別、ペットの死、地震や台風などの災害

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選定は、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 特定高齢者把握事業の流れ



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カ月間で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 (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（参加することが望ましいプログラムが決まることをもって特定高齢者と決定）
 - 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判定します（高齢者人口のおよび9.5%程度を想定）。

- ①うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち12項目以上該当する者
- ②運動器の機能向上5項目全て該当する者
- ③栄養改善2項目全て該当する者
- ④口腔機能の向上3項目全て該当する者

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、基本チェックリスト及び生活機能評価の結果等を踏まえて、どの介護予防プログラムに参加することが望ましいか検討します。
- ・その結果、何らかのプログラムへの参加することが望ましいと考えられる人を「特定高齢者」として決定します。
- ・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の中で行われます。

ア. 運動器の機能向上への参加が望ましい人

基本チェックリスト(6)～(10)の全てに該当する者

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)の全てには該当していない者であっても、以下に示す運動機能測定を行った場合に、3項目の測定の配点が5点以上となった者については、該当する者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
10m歩行速度(秒) (5m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. 栄養改善への参加が望ましい人

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
- ②BMIが18.5未満
- ③血清アルブミン値3.5g/dl以下

ウ. 口腔機能の向上への参加が望ましい人

①、②及び③の全てに該当する者。

- ①基本チェックリスト(13)～(15)の全てに該当
- 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・支援への参加が望ましい人

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）

オ. 認知症予防・支援への参加が望ましい人

基本チェックリスト(18)～(20)のいずれかに該当する者

カ. うつ予防・支援への参加が望ましい人

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。

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）および要支援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指します。

■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(従来と改正後)

現行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

改正後の予防給付の対象サービス

○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。

介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーションの法律上の定義

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、老人デイサービスセンター等に通わせ、当該施設において、厚生労働省で定める期間にわたり、入浴、排泄、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。

介護保険法第八条の二第

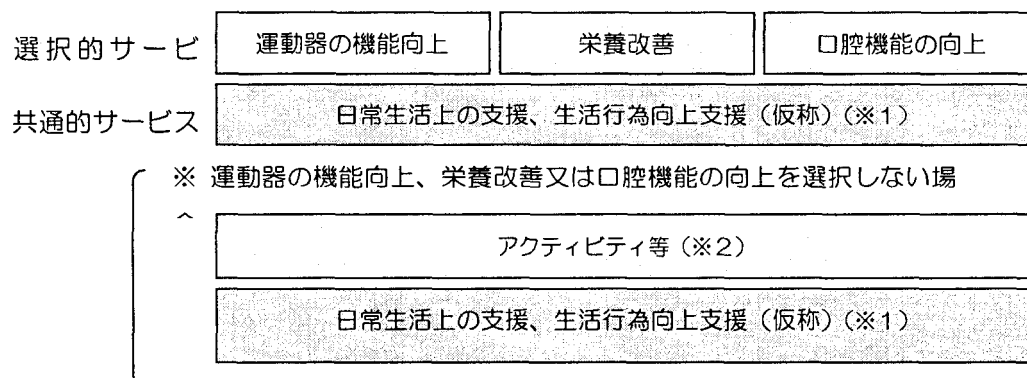
7項

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

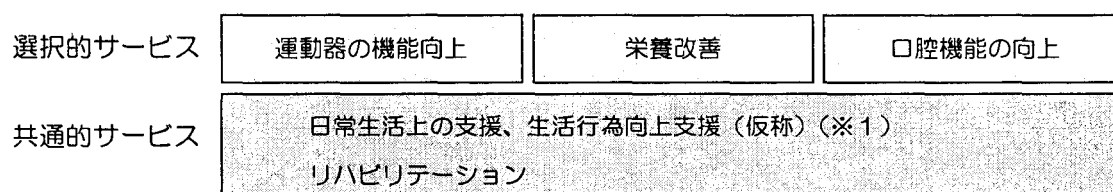
図表 5-14 介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリのサービス(イメージ)

「介護予防通所介護」のサービスイメージ（基本的構造）



○共通的なサービスに加え、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）



○共通的なサービスに加え、選択的なサービスを単独あるいは複数組み合わせる。

※1：生活行為向上支援（仮称）

各生活行為について、利用者が本来持っている能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力が活かされるよう、身体的・精神的な支援を行うサービス。介護予防リハビリテーションにおいては、生活行為向上支援（仮称）に併せてリハビリテーションを一体的に行う。

※2：アクティビティ等

現行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、他の福祉政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。

介護予防訪問介護の法律上の定義

要支援者であって、居宅において支援を受けるもの（居宅要支援者）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も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。）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。 介護保険法第八条の二第2項

1.6 地域支援事業における介護予防事業について

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3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
- イ．総合相談支援事業（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．権利擁護事業（虐待の防止、虐待の早期発見等）
- エ．包括的・継続的マネジメント事業（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 その他（任意事業）

- ・介護給付費適正化事業、家族介護支援事業 等

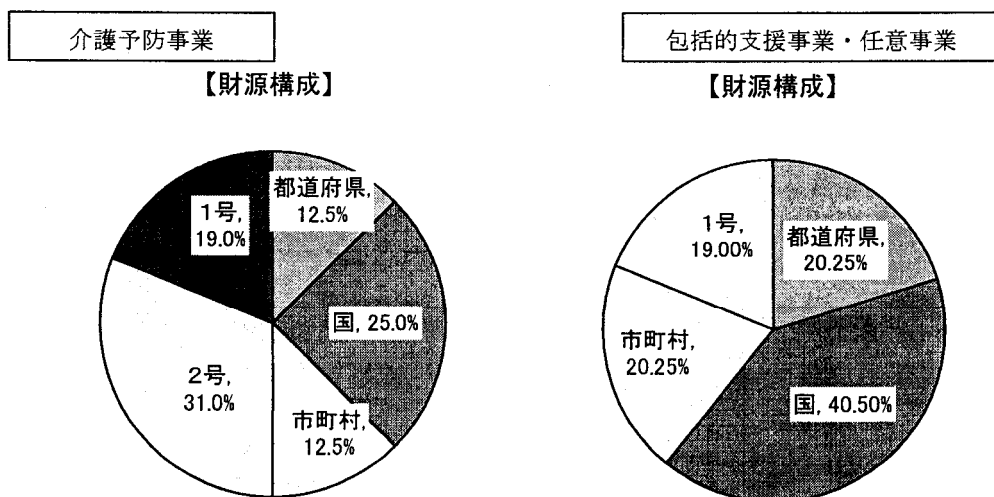
■地域支援事業の財源構成は、従来の老人保健事業等の再編に伴い実施されることから、市町村特別給付や保健福祉事業とは異なります。

①介護予防事業については、現行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の請求ができます。

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・要介護に陥るリスクの高い高齢者（高齢者人口のうち5%程度を想定）を対象に行われ、その事業費は介護保険給付費の2～3%程度を目途としています。これにより、事業参加者のうち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。

■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、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。

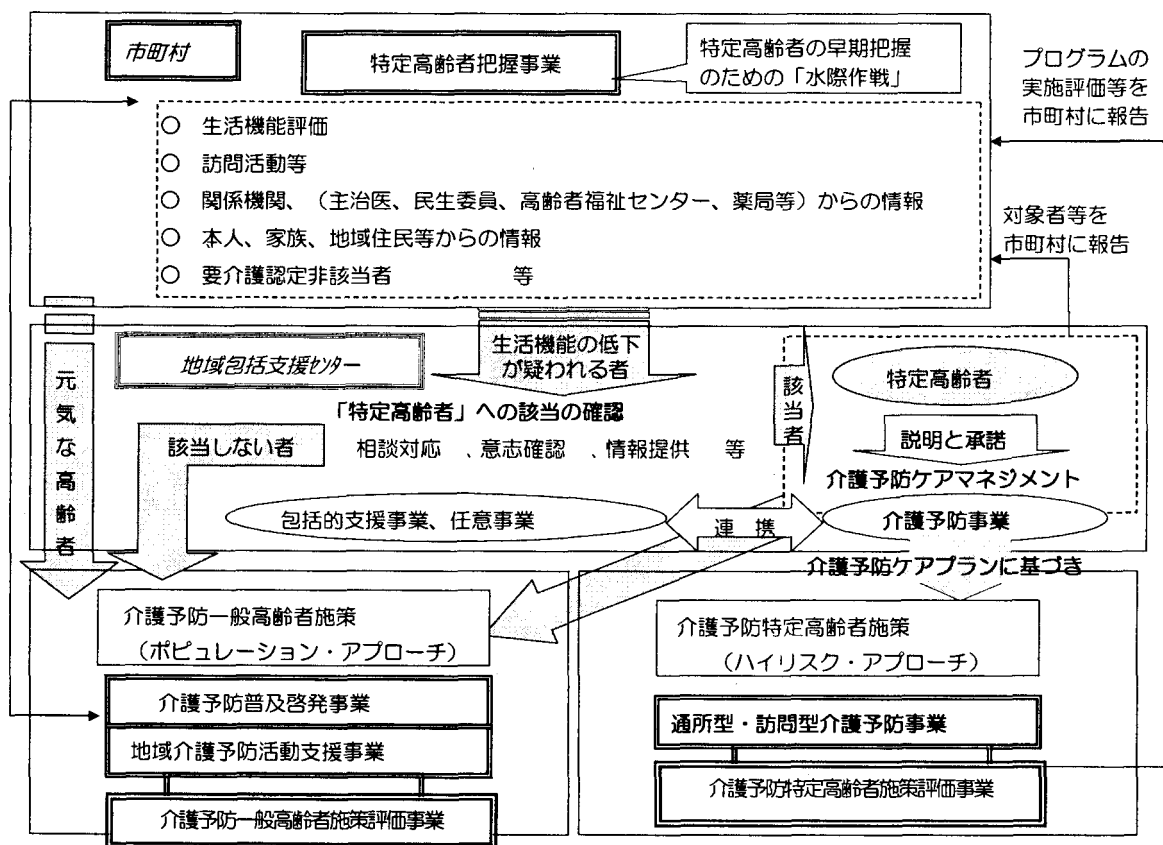
①介護予防特定高齢者施策

- 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、全ての第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等を訪問し、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・配付する等を行います。
- 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養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必要があります。また、「生活機能評価」については、平成18、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他の地域住民から（住民ルート）

③地域の民間組織や団体から（民間ルート）

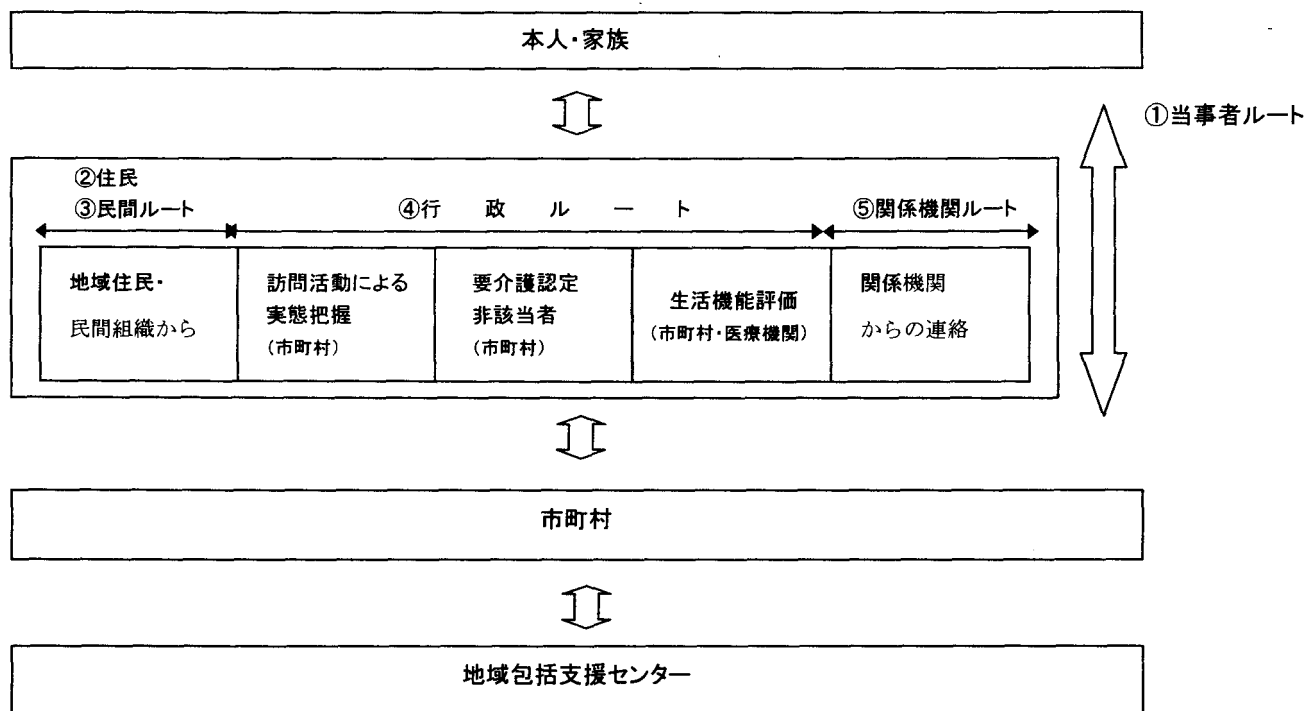
④行政関連の窓口や事業・活動から（行政ルート）

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、その点数が基準値を超える場合には市町村に報告します。

■基本チェックリストは、対象者自身に介護予防支援ニーズを認識してもらうために、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。

図表 5-17 特定高齢者施策の対象者の把握ルート



<把握ルートの具体例>

①当事者ルート：

- 複合世帯の80歳女性。庭で草取りをされていて転倒。骨折はみられなかったが、腰痛のため2週間寝込んだら、歩く力が弱くなったため、寝たきりになることに不安を抱いた家族から役所に電話相談があった。
- 複合世帯の80歳男性。家族から最近なんとなく活気がない、意欲がなくなってきている、今までしていたことをしなくなった等の気づきから、役所に相談があった。

②住民ルート：

- 独居世帯。75歳の男性。最近妻を亡くしたため、担当の民生委員が時々様子を見ていた。最低限の家事は行いが、ほとんど外出しなくなり、基本チェックリストに沿って聞き取りをした結果、チェックが多く、心配して役所に相談した。
- 独居世帯の82歳女性。ボランティア主体のサロンに参加しているが、最近物忘れが目立ち始め お洒落にも急に関心が失せた様子なので、心配したボランティアが本人をつれて役所に相談にやってきた。

④行政ルート：

- 老人クラブから健康教育を依頼され、基本チェックリストを使いながら、生活の見直しをしてもらったところ、5名が介護予防事業対象者と判断された。

⑤関係機関ルート：

- 薬局の薬剤師からの連絡。疲れやすいと栄養剤を購入にきた78歳の男性の食事内容に偏りがあり、体重減少も見られるため、地域包括支援センターで実施している栄養教室を紹介したところ、参加してみたいと回答した。

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把握され、介護予防ケアマネジメント事業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、「運動器の機能向上事業」、「栄養改善事業」、「口腔機能の向上事業」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事業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のアセスメントの実施（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介護予防支援計画の作成
 - －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) 運動器の機能向上事業

■対象者

運動器の機能が低下しているおそれのある（又は運動器の機能が低下している）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 専門スタッフによるアセスメント

専門スタッフ（医師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士等）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評価・把握する。

b 個別サービス計画の作成

専門スタッフは、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内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。その際、実施期間については、概ね3月間程度とし、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こと。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こと。

c 運動（ストレッチ、有酸素運動等）の実施

個別サービス計画書に基づき運動を実施

d 専門スタッフによる事後のアセスメント

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。

■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こと。
- 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こと。
- 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こと。

(イ) 栄養改善事業

■対象者

低栄養状態のおそれがある（又は低栄養状態にある）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 管理栄養士によるアセスメント

管理栄養士は、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 対象者本人による栄養改善のための計画作成の支援

管理栄養士は、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月間程度とし、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 情報提供

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 管理栄養士による事後のアセスメント

管理栄養士は、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り集団的な栄養教育の実施

※なお、栄養改善事業の事業実施形態としては、「上記のAの単独実施」又は「上記のA及び上記のBの双方を同時に実施」する形態とする。

■留意事項

- ①事業A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こと。
- ②事業の実施に当たっては、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) 栄養改善事業

■対象者

口腔機能が低下しているおそれがある（又は口腔機能が低下している状態にある）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 専門スタッフによるアセスメント

専門スタッフ（医師、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士等）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

専門スタッフは、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内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。その際、実施期間については、概ね3週間程度とし、実施回数は、概ね月1～2回程度とすること。

c 事業の実施

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 専門スタッフによる事後のアセスメント

専門スタッフは、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こと。

(エ) 市町村において介護予防の観点から効果が認められる事業

(ア)～(ウ)のほか、(ア)～(ウ)の事業に関するものや、「うつ予防・支援」「認知症予防・支援」「閉じこもり予防・支援」に関するものであって、介護予防の観点から効果が認められると市町村において判断するものについて実施することとする。その際、実施する事業については、文献、モデル事業等により介護予防の効果が学術的又は実態として一定程度把握されているものとする。また、事業の実施に当たっては、他の事業同様、専門スタッフによるアセスメント、個別サービス計画の作成、事業実施、事後アセスメントによる評価というプロセスを踏んだ上で実施すること。

3) 訪問型介護予防事業

①対象者

- 特定高齢者把握事業により把握され、介護予防ケアマネジメント事業により事業実施が適当とされた特定高齢者（具体的には、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）高齢者を中心として、通所形態による事業実施が困難である者が対象）

②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）高齢者を対象に、本事業に従事する者（以下従事者という）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。
- 当該事業については、介護予防ケアマネジメント事業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、通所型介護予防事業と同様に、事前のアセスメント→サービス計画の作成→事業実施→事後の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 アセスメント

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 個別介護予防支援計画の作成

アセスメント結果を踏まえ支援方法を検討し、概ね3月間を期間とした介護予防支援計画を作成します。

c 支援の実施

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することとします。また、定期的に対象者の居宅を訪問する等を行い、対象者の状況を確認することが必要です。介護予防ケアマネジメント事業において必要とされた者については配食サービス等を実施します。

d 事後のアセスメント

個別支援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アセスメントを実施します。

③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、うつそれぞれの特定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対象者

■市町村が基本チェックリスト及び生活機能評価の結果等を踏まえて選定した人。

②実施主体

■市町村

③事業内容

■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、介護予防特定高齢者施策の事業評価を実施します。

■事業評価は、原則として、年度ごとに、追って配布する事業評価項目により、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こととします。

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、事業開始前における事業参加者に係るQOL、主観的健康観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。

④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、必ず実施されるものとします。

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

②実施主体

■市町村

③事業内容

■介護予防一般高齢者施策については、地域において自主的な介護予防に資する活動が広く実施され、地域の高齢者が自ら自主的にこうした活動に参加し、介護予防に向けた取組を実施するような地域社会の構築を目的として、介護予防に関する知識の普及・啓発や地域における自主的な介護予防に資する活動の育成・支援を実施します。

<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・情報・各利用者の介護予防事業実施の記録等を記載できる介護予防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。

・民生児童委員のひとり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

※介護予防手帳は、生活機能評価や介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防ケアプラン、個別サービス・支援計画等の情報を含み、利用者の意欲の向上や関係者との情報を共有し、効果的に介護予防が行えるようにするものである。

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

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」に関する身近な取り組みを紹介し、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

- ・原則として、年度ごとに、追って配布する事業評価項目により、プロセス評価を中心に事業評価を実施することとします。

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、「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、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、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し、達成状況を評価して必要に応じて計画の見直しを行う一連の過程です。

- これまでのケアマネジメント手法が、積極的な介護予防につながっていない主な理由として、利用者が「できないこと」を補う補完的なサービスが主体であったこと、利用者の積極的・主体的関わりが少ないこと、利用者と目標を共有していないことなどが指摘されています。

- 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。

■課題分析者が利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の意義についての理解を促し、協働で具体的な目標を定めます。

■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、さらにさまざま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。

■また、軽度者の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図られます。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、生活機能低下やサービスへの依存をもたらす危険性も高いといえます。

■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、

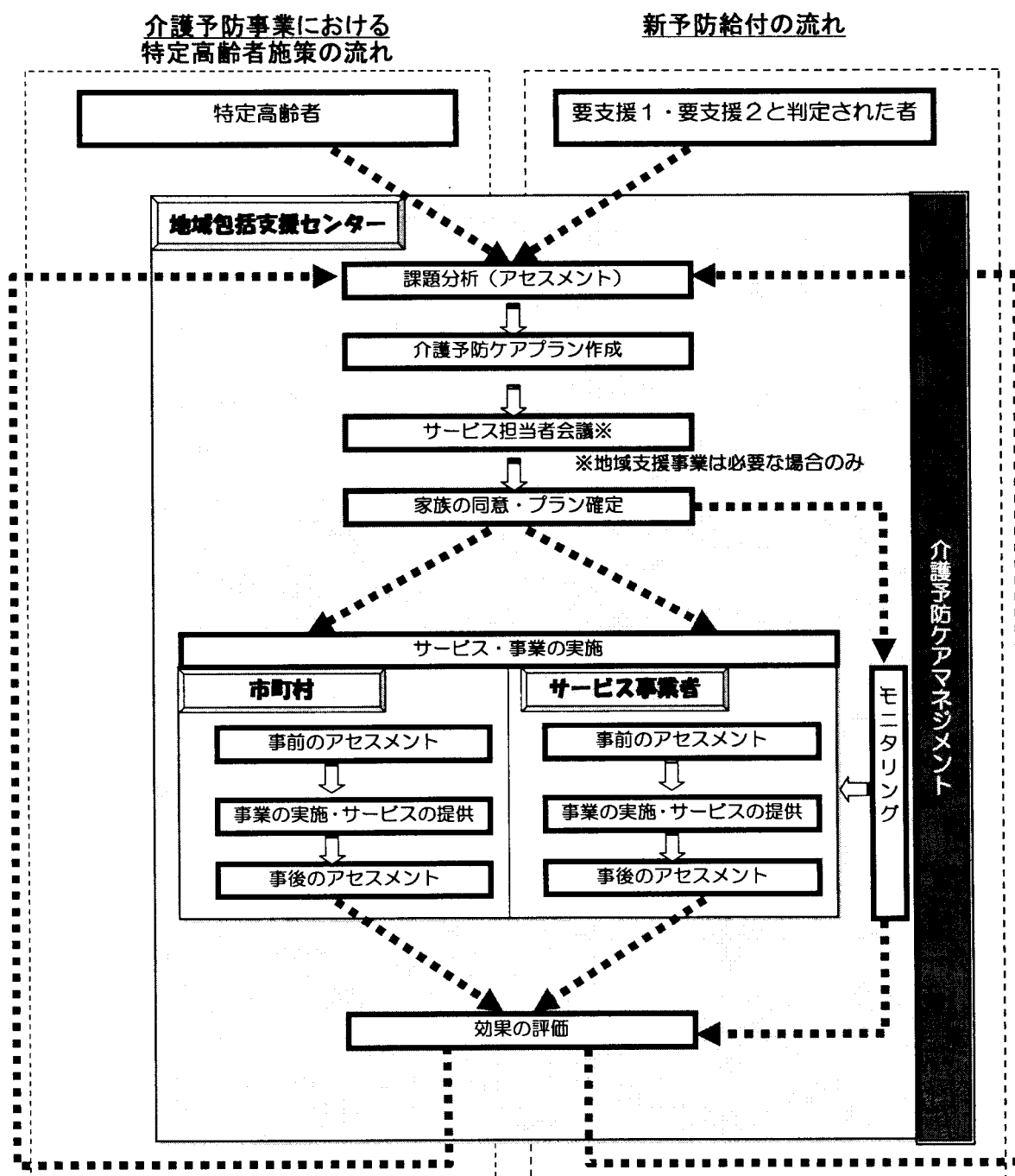
- ①生活機能の低下の危険性を早期に発見し、集中的な対応を行うこと
- ②サービス提供は、一定期間ごとに見直し、計画的に行うこと
- ③利用者の個別性を重視した効果的なプログラムを用意すること
- ④改善後の状態維持への支援に努めることが重要です。

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ケアプラン（介護予防事業における「介護予防支援計画」および予防給付における「介護予防サービス計画」を総称して「介護予防ケアプラン」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されます。

図表 5-19 介護予防ケアマネジメントの手順

【地域包括支援センター】

プロセス	手順	利用帳票
1. アセスメント ●生活機能低下の背景・原因および課題の分析	①基本チェックリストや基本情報、生活機能評価から情報把握 ・生活機能評価の未受診者には、受診をすすめる。 ・予防給付では、認定調査項目、主治医意見書等も活用可能 ②対象者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定し、課題を分析	利用者基本情報 介護予防サービス・支援計画表

【地域包括支援センター】

2. 介護予防ケアプランの作成 ●目標、具体策、利用サービスなどの決定 ●家族やサービス提供担当者などと共通認識	①対象者及び家族と面接しながら、介護予防ケアプランの対象となる「目標、具体策」を決定 ②家族やサービス提供担当者などとの共通認識を得る ・介護予防ケアプランの内容について共通認識を得る ・サービス担当者会議を必要に応じて開催する（予防給付では必ず開催）。	介護予防サービス・支援計画表 介護予防支援経過記録表
--	--	-----------------------------------

【事業所】

3. サービス・事業提供	① 事前アセスメント 事業実施前にアセスメントを行い、個別サービス・支援計画を立てる。 ② サービス・事業の実施 ・個別サービス・支援計画に基づき、サービスや事業を提供する。 ・効果やサービス・支援が適切か確認しながら実施し、必要があれば事業所での個別計画を見直す。 ③ 事後アセスメント ・サービス・事業の実施後、その効果について事業所でアセスメントする。 ・その結果を地域包括支援センターに報告する。 (委託の場合、委託を受けた介護支援専門員に報告し、介護支援専門員は地域包括支援センターに意見を求める)	地域包括支援センターへの報告
--------------	--	----------------

【地域包括支援センター】

4. 評価	①事業所から事後アセスメントの結果を受け、効果の評価を行う。その結果、以下のように次のサービスや事業につなぐ。	介護予防サービス・支援評価表												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>予防給付</th><th>介護予防事業</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>維持</td><td>予防給付の利用を継続</td><td>介護予防事業の利用を継続</td></tr> <tr> <td>悪化</td><td>区分変更申請</td><td>要介護認定を申請</td></tr> <tr> <td>改善</td><td>変更申請/介護予防特定高齢者施策へ移行/一般高齢者施策へ移行/利用を終了</td><td>一般高齢者施策へ移行/利用を終了</td></tr> </tbody> </table>		予防給付	介護予防事業	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	区分変更申請	要介護認定を申請	改善	変更申請/介護予防特定高齢者施策へ移行/一般高齢者施策へ移行/利用を終了	一般高齢者施策へ移行/利用を終了	
	予防給付	介護予防事業												
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	区分変更申請	要介護認定を申請												
改善	変更申請/介護予防特定高齢者施策へ移行/一般高齢者施策へ移行/利用を終了	一般高齢者施策へ移行/利用を終了												

2.3 アセスメント

《基本的な考え方》

- 予防給付対象者についても、介護予防事業対象者についても、基本チェックリスト等や面談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、各領域を越え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。
- アセスメントは利用者と課題分析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。
- アセスメントにおいては、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行為に気づきを与えたり、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ることを認識する必要があります。
- 加齢による持病の悪化や体力の低下、氣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に配慮する必要があります。
- 課題分析者は、利用者や家族が今後どういう生活を希望しているのかについて話し合い、「目標とする生活」のイメージを固めるのに必要な情報を引き出します。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。
- 課題分析者は、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、利用者と課題分析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。
- 初回の訪問で最も重要なことは、コミュニケーションの過程の中で、利用者について全人的な把握をし、利用者や家族との信頼関係を早期に構築することが重要です。
- しかし一方で、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いますが、これは適切なケアマネジメントとは言えません。

2.4 介護予防ケアプランの作成

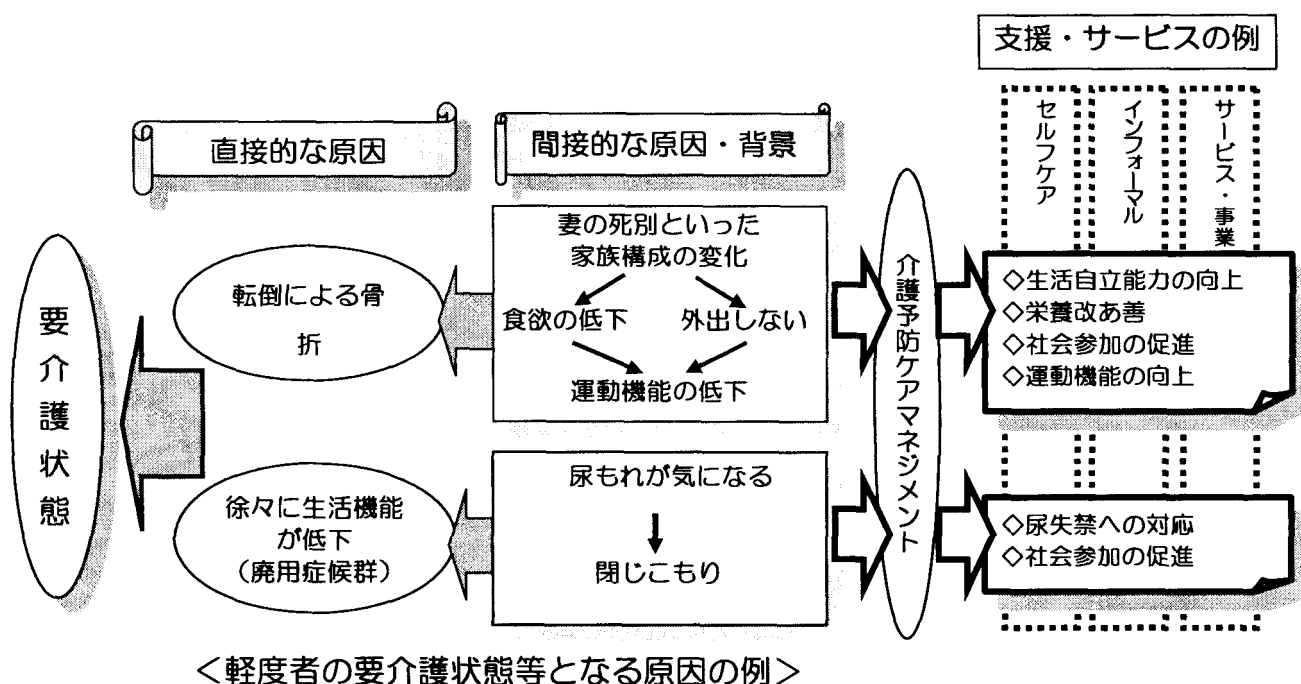
《基本的な考え方》

- 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みを引き出し、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必要があります。
- 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ければ、支援をどのように広めていくのか、市町村等との話し合いを始める働きかけが必要です。

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

■課題分析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、プライドを傷つけることにもなります。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あり、利用者の意欲を引き出すことは課題分析者の重要な役割です。

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り組み等は介護予防の重要な取り組みの1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。
- 課題分析者は、「福祉用具の選定の判断基準」の通知で使用が規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。
- 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に帰することも不適切であり、利用者本人の意欲を引き出すことは事業者の力量ということも、サービス事業所側に広く認識してもらうことが重要です。

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およ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。とくに、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うえ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を集計することなどにより、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康観等の変化などを把握することができます。
- 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、より利用者にとって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
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	区分変更申請 (要支援1→要支援2へ変更申請) (要支援2→要介護1へ変更申請)	要介護認定を申請
改善	要支援2→要支援1へ変更申請	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
	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	

- 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。

<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、自らの経験を生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ヶ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・介護認定審査会、サービス事業者、主治医、保健・医療・福祉の関係機関などとの連携が不可欠です。

2.7.1 サービス事業者との連携

- 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ために、介護予防ケアプラン作成者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。

2.7.2 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。
- 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。
- また、基本健康診査とあ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（「運動器の機能向上」等）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、介護予防ケアプラン作成に際して、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。
- 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。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。

《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。

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、今回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、「明るく活力のある超高齢化社会の構築」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・重点化につながるようになります。
- 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り組みを行いながら、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。
- 今回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介護予防支援・サービス評価表
- ④介護支援経過記録

■様式を作成するに当たっては、次の5つのポイントに留意して作成しました。

- ①利用者主体のケアマネジメントプロセスの確立
- ②「生活主体」のケアマネジメントの確立
- ③利用者本人の可能性を最大限に引き出す積極的ケアマネジメントの実現
- ④地域生活支援のための包括的・継続的ケアの実現
- ⑤明確な目標設定と事後の評価の実施

■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っての必要最低限の項目と考えています。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図り、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例は、

- ・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、
- ・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、
- ・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

等の理由から共通の様式例としています。

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。

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関わった時点で作成されます。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されます。
- 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。

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・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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	

利用者基本情報

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 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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>

課題分析者及びサービス・支援計画者（アセスメントを行う者）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>

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と住民票の住所地が異なる場合の「住所」の記載は、介護保険被保険者証に記載されている住所とする。「電話番号」は利用者自宅の電話番号を記載する。

<「日常生活度自立度」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、要介護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、課題分析者が現在の状態に該当するものに○印を付ける。

<「認定情報」欄>

利用者の要支援認定の区分について、「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。

<「障害者等認定」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、経済等の状況を記入する。

<「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や連絡先、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取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取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」（どのような暮らしを送っているか）欄>

「一日の生活・過ごし方」

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の1日の過ごし方を記載する。一日ごろごろしていて、横になっていることが多いなどは、上段に記入し、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入する。

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。

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいたものも聞き取る。

「友人や地域との関係」は、交流頻度や方法、内容を書く。

《「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。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★印を付けてください。

《「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あたり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定、要支援認定にかかる調査内容、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、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呈することに同意します。

3.4 介護予防サービス・支援計画表

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 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 _____ 委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 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	支援計画					
							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・活動について		☐ 有 ☐ 無	1. 2. 3.	1. 2. 3.			()					
日常生活(家庭生活)について		☐ 有 ☐ 無		2. 3.			()					
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて		☐ 有 ☐ 無		3.			()					
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実施できない場合】
妥当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

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	認知症予防	物忘れ予防	うつ予防
☐	☐	☐	☐	☐	☐

地域包括支援センター

【意見】 _____

【確認印】 _____

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

- この様式例は、利用者及び家族と面接しながら、アセスメント領域毎に課題を分析し、利用者および家族の意欲・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。
- 本表は、いわば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概ね進めるように構成されています。アセスメントは、「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、ケアプランを導き出すまでの段階であり、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毎に分析します。領域ごとに分析された課題をもとに、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、課題分析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・支援計画表の記入の仕方】

1. 基本的な事項に関する項目群

<「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>

要介護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>

初回 … 初めて介護予防事業および予防給付を受ける人は初回に○印を付ける。

紹介 … 介護予防事業を受けていたが、今回予防給付を受けるよう紹介された場合、またその逆で、予防給付を受けていたが、今回介護予防事業を受けるよう紹介された場合は紹介に○印を付ける。

継続 … 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>

要介護認定が済んでいる場合には、認定済みに○印を付け、申請中の場合は申請中に○印を付けてください。

<「要支援1・要支援2 地域支援事業」欄>

該当する要介護度あるいは事業名に○印を付けてください。

<「計画作成者」欄>

本計画作成者の氏名を記載（地域包括支援センター担当者名）する。なお、予防給付のケアマネジメント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>

予防給付のケアマネジメントを委託する場合は、委託事業者または事業所名と所在地（住所と電話番号）を記載してください。

<「担当地域包括支援センター」欄>

予防給付のケアマネジメントを委託する場合に、利用者が活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、初回作成日を記載してください。

2. アセスメントに関する項目群

<「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必要である。

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課題分析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、必要に応じて課題分析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り組みである「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、全体像を把握できるので、再度利用者と修正するのは良い。決して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ないものではない。

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。例えば、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など、対象者が達成感・自己効力感が得られるような内容が望まれる。

1年

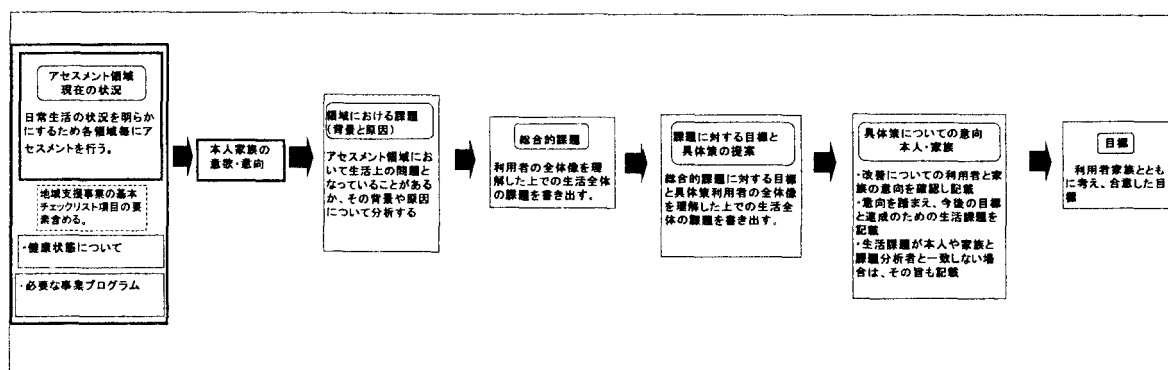
利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援や利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。課題分析者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

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、ケアプラン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。

アセスメントの入り口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。
- ②聴取するにあ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、課題分析 者が観察した状況についても記載する。
- ④アセスメントに際しては、利用者を全人的 にアセスメントすることが重要である。
- ⑤初回面接では、完璧に情報収集しようとして、利用者が強引に聞き出そうとするような利用者を不快にさせないよう留意する。

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。

（例）

アセスメント領域と 現在の状況
日常生活（家庭生活）について 長期の入院生活で体力が低下しており、自信もないため、近くのコンビニまでは買い物に行けるが、少し離れたスーパーまでは買い物に行けない。そのため、食べ物以外は、ほとんど娘に買ってきてもらっている。脳梗塞後の右手のしびれや握力低下が残り、包丁は持つのが怖い。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。

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。

（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

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。

（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

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。

(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

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

※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

(本人) もともと料理は好き。包丁を使って切ったり刻むのが難し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。

<「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、「○○できるようにになりたい」「手伝ってもらえば○○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、ただちに介護予防ケアプラン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ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

(例)

領域における課題 (背景・原因)
■有 □無 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ので、調理器具や調理方法を工夫することで、1人で調理をおこなえるようにする必要がある。

<「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。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。

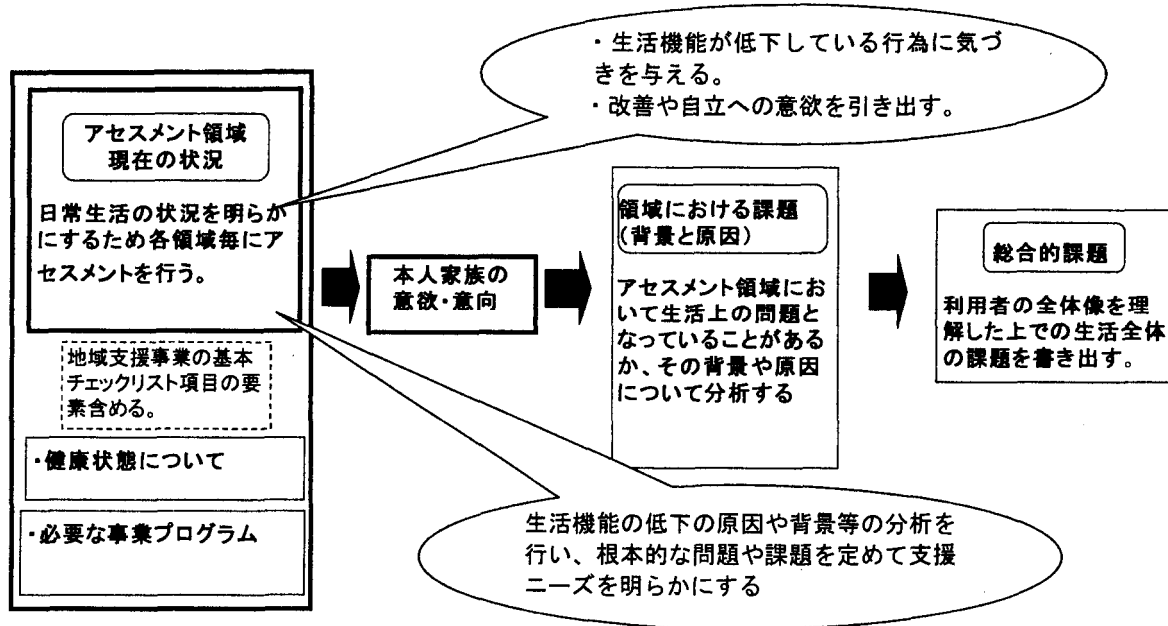
総合的課題
1. 1人で調理ができるように、調理器具や方法を工夫する。

<「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、各課題共通の背景等を見つけて統合する。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。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付けておく。

【ここまでの思考の整理 I】



3. 介護予防ケアプランの前段階の項目群

<「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家として示す提案である。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。また、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。

具体的には、「〇〇が必要」「〇〇を行う」等と記載し、提案する。

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ケアプランの目標と支援内容につながっていく。

(例)

総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案
1. 1人で調理ができるように、調理器具や方法を工夫する。	1. (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

【例：合意の場合】

具体策についての意向 本人・家族
(本人) 調理が自分で行えるようになるのは嬉しい。でも、まだ自分1人で行うのは心配。最初は誰かと一緒にいい。 (家族) がんばってほしい。おかあさんのおせち料理が食べたい。まだ、おかあさんの味を覚えてないから、また、料理を習いたい。基本的には同意しているが、本人は不安があるようだ。

<「具体策についての意向 本人・家族」欄>

課題分析者が提案した「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。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。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上で足がかりとなる。

【例：合意が得られなかった場合】

具体策についての意向 本人・家族
(本人) 調理が自分で行えるようになるのは嬉しい。でも、まだ自分1人で行うのは無理。しばらくの間ヘルパーさんに来てもらいたい。 (家族) がんばってほしい。でも、危ないし、ヘルパーさんが来てくれた方が安心。 1人で調理することに対して、不安から誰かにしてもらいたいという気持ちが本人家族ともに強い。 右手を動かさないと拘縮が進み、細かい動きがとれなくなる可能性もある。できれば、早期から手を使うことは重要。自宅ではなく、施設などで練習するという段階を踏むのはどうか。

4. 介護予防ケアプランに関する項目群

(例)

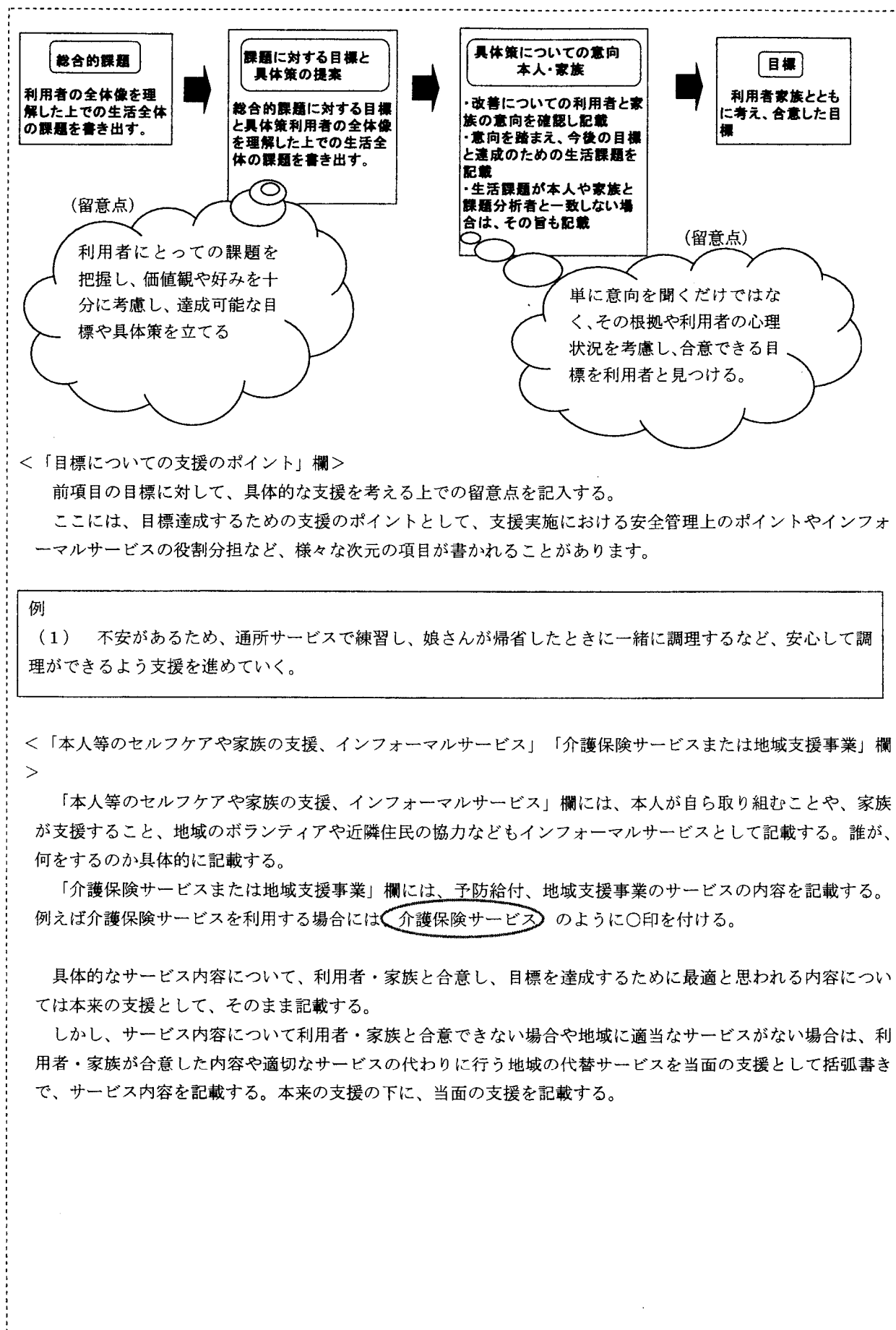
目標
自宅で週2回調理を行う。

<「目標」欄>

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、課題分析者と利用者・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」などを記載する。

【ここまでの思考の整理Ⅱ】

- 課題分析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。
- 「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。
- 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。



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。 自立支援の観点か らセルフケア等か ら検討していく。	(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。	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

<【本来行うことが妥当な支援が実施できない場合】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は、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、介護予防通所介護、たすけあい事業、ふれあい昼食会など。

<「事業所等」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、家族、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、誰が行うのかを明記する。

<「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、課題分析者、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によって、特定高齢者及び予防給付対象者が参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムについては、○印を付ける。○印を付けたプログラムについては、介護予防ケアマネジメントの参考情報とする。（本文の「1.5.3 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」>

予防給付の場合で、居宅介護支援事業所等が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、そのケアマネジメント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所等は、介護予防サービス計画原案を作成し、介護予防サービス支援計画表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。

<「利用者による同意欄」>

居宅サービス計画・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。

205

利用者氏名

計画作成者氏名

[illegible]

※1 介護予防支援経過記録は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

【介護予防支援経過記録の記入の仕方】

<「利用者名」欄>

利用者の氏名を記載する。

<「計画作成者名」欄>

計画作成者の氏名を記載する。

<「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、その事実に基づきケアプラン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 介護予防支援・サービス評価表

介護予防支援・サービス評価表							評価日
利用者名		殿		計画作成者氏名			
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			

【介護予防支援・サービス評価表の記入の仕方】

<「目標」欄>

「介護予防サービス・支援計画表」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、介護予防ケアプランを見直す。

<「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、課題分析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>

介護予防ケアプラン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、委託する場合、課題分析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された課題分析者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。

第4節 介護予防ケアマネジメントの事例

Aさんの事例紹介

75歳女性。独居世帯。二世帯住宅の1階に居住しており、2階には娘家族が居住している。60歳の時の交通事故により脊椎管狭窄症となり、現在、歩行することはなんとかできるが、天候や体調によっては背部から腰部にかけての疼痛が悪化する。

現在の生活は、病院への定期的に通院するほか、老人ホームに入っている友人の世話や孫の面倒をみて過ごしている。家事は、苦手であることと屈曲姿勢で疼痛が強くなるため、2階に居住する娘の援助と月1回の訪問介護を利用しているが、マイペースに身の回りのことができればよいと思っている。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇

《基本情報》

相 談 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ()	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	〇〇 〇〇〇〇 Aさん	男 ・ 女	M・T・S 5年 〇月〇〇日生 (75) 歳	
住 所	〇〇県〇〇市 〇〇-〇〇	Tel	〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
		Fax	〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
	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：18年04月01日～18年09月30日 (前回の介護度 要介護1)			
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 ・ 遺族年金			
来 所 者 (相 談 者)	本人 ・ 長女		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) 1 F 2 F 家族関係等の状況	
住 所 連 絡 先	同上	続 柄		本人
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	長女		同上

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	40歳～60歳まで新聞社勤務で忙しい日々を送っていた。60歳の時に交通事故で脊椎狭窄となり背部～腰部にかけての疼痛が強く数箇所の病院を転々としていた。現在は、歩行する事はなんとかでき定期的に通院するようになっている。天候や体調によっては疼痛が悪化し精神的にも落ち込み不眠の訴えが日によっては強い。家事（掃除）は苦手な分野である事と屈曲姿勢で疼痛が強くなるため、娘の援助及び訪問介護を利用している。				
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・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	友人や親戚の叔母の世話や自分の体の事で病院通院を行っている。			元気な頃はスポーツをする事が好きだった。現在は保養旅行にいく事が楽しみ。	
	時間	本人	介護者・家族		
	8時～8時30分	起床（体調が良い日） 体調が悪い日は一日中ベットで臥床している。 病院通院が多い	体調が悪い日は食事を運んでいる。 送迎介助 食事の準備	友人・地域との関係 友人や孫の面倒をみる事が生きがいになっている。	
	午前中	友人の老人ホームを訪問			
午後	孫の面倒をみている				
夕方	就寝				
22時頃					

《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
H2年10月1日	脊椎管狭窄症	〇〇病院→△△医院(〇〇Dr)	☆	Tel 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	治療中 経観中 その他	湿布薬や眠剤処方ある
H11年10月3日	乳腺腫瘍(左)	国立病院		Tel 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	治療中 経観中 その他	治療終了
H12年5月5日	乳腺腫瘍(右)	//		Tel 〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	治療中 経観中 その他	治療終了
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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
訪問介護 1回/月 家事支援	娘による外出支援

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、アセスメントシートを、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。

平成〇〇年〇月〇〇日 氏名 A 印

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名 Aさん

様

認定年月日

平成18年 4月 1日

計画作成者氏名 ○○ ○○

計画作成(変更)日 18年 4月 1日(初回作成日 18年 4月 1日)

目標とする生活

1日 自分の部屋を片付けるなど身のまわりのことができる。知人のお見舞いと孫の世話が続けられる。

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
活動・移動について 臥床している状態から起き上がる時は、時間をかけてテーブルに捕まっている。室内や平坦な所では200m程度の歩行ができる。長距離の歩行や物を持って歩行することは腰痛が強くなる為に不安である。痛み止めは使用しておらず、湿布と眠剤を利用しており、現在は近所の病院に娘の運転する車で通院している。	本人:以前のようにバスを利用して自由に外出したい。 長女:以前のように楽しく外出をして欲しいと思っている。	☒有 ☐無 自由に動きたいという希望はあるが、腰痛や背部痛が悪化するのではないかと不安が強く、外出できない。痛み止めは使用しておらず、痛みの理由が原疾患なのか、姿勢が適切でないことからくる痛みなのか、あるいは不安からくるものかわからない。痛みの原因を知ることは重要である。	痛みの原因がはっきりしないが、痛みがあることにより、活動性が低下している。	1. (目標)腰の痛みの調子をみながら自分の部屋の掃除を行う。(具体策) ①痛みの性状を把握する。 ②洗濯や掃除の用具や方法の工夫を行う。 ③無理のない運動により痛みを軽減する。(医師と相談し、介護予防通所リハビリの活用の適応を確認)
日常生活(家庭生活)について 短時間なら台所に立つことは可能だが、15分を超えると腰痛がでる。洗濯は自分で何とか行っている。掃除はあまり好きでないと腰痛の不安もあるので、長女に頼んでいる。	本人:家をきれいにしておきたい。 家事はもともと苦手だが、マイペースに身の回りのことができると思う。	☒有 ☐無 料理と洗濯はしたいという希望があり、自分で炊事をする。掃除については好きでないということから、誰かにお願いしたいと思っている。また、無理な姿勢で身の回りのことを行うことにより、痛みが悪化する可能性がある。		
社会参加・対人関係・コミュニティ参加について 老人ホームに入っている友人の身元引受人になり、会計や身の回り世話をしている。友達は多く、以前は静養をかねた旅行にでかけていたが、最近は腰や背中が痛くなるのが怖くて出かけていない。また、娘家族とも仲が良く、孫の面倒をみたり、毎日の夕食は娘の家で食べている。	本人:いつまでも友人や家族に頼りにされたい。	☐有 ☒無 友人、家族との関係もよく、皆に頼りにされたいという気持ちが強い。腰痛の不安から外出が減り、友人らとの交流が減ってきている。長時間の立位や歩行によって痛みは増強するという一方で、友人の身の回りの世話をしていたりと、活動的な一面もある。		
健康管理について 痛みがコントロールできず、不眠が続くと自分の判断で眠剤の量を調節する事があるが、痛み止めは内服していない。脊椎が悪いのでリハビリには消極的で自分で行える日常的なリハビリも少ない。食事は娘の支援もあるため、栄養面でも安定している。	本人:夜ぐっすり眠りたい。 背部の痛みがなく生活したい。 長女:無理をせず、運動を続けて欲しい。	☒有 ☐無 痛みのコントロールがつかないということが、大きな課題であるが痛みのコントロールをつけることで、活動することに楽しみをもてる環境を作り無理のない日常的な運動を継続する必要がある。主治医との連携が重要となってくる。		

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

主治医意見書では、介護に対する意見に、転倒・骨折に留意する必要がある。その他特記すべき事項には、背部痛に関しては、継続的な内服薬の服用。脊椎管狭窄症自体は、軽度であり、痛み止めを内服するほどではない。痛みの原因として、疾患以外の原因も考えられるため、どんなときに痛みが強くなるかなどを把握し、痛みのコントロールについて十分に医師との連携を図る必要がある。下肢筋力低下は、廃用症候群に留意する。

必要な食事プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	物忘れ予防	口腔ケア	認知機能予防	栄養改善	うつ予防
○					

地域包括支援センター

介護予防サービス・支援計画表

認定の有効期間 18年 4月 1日～ 18年 9月 30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

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) ○○ 居宅介護支援センター

担当地域包括支援センター： ○○地域包括支援センター

1年

腰や背中の痛みが、コントロールでき、知人や友人との交流が継続でき、旅行にまた行くことができる。

具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
		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
本人：痛みに対する不安はあるが、自分で自由に外出できるようになりたいので、無理の無い運動を教えてください。 長女：痛みが強い時の母の様子が大変そうなので、本人の意向を大切にしたい。あまり無理しないでも良いのではないかな。 本人：自分の身の回りのことは、マイペースで行いたいですが、体調が心配である。本当はヘルパーさんに少し手伝ってもらいたいですが、自分でできない訳ではないから、できることは自分でやっていかなければならないね。掃除は長い柄のほうきとか使えば、自分で行える。 長女：ヘルパーさんに来てほしいが、やれることは支援していきたい。	1. 腰の痛みの調子を見ながら自分の部屋の掃除を行う。	(1) 医師との情報交換を密に行い、無理のないように運動を継続し、活動性の高い生活をめざす。	自分で痛みが強い姿勢や時間、その時何をしていたか行動などをメモしておく。	腰や背部に無理のない運動を行う。	介護予防通所リハビリ (介護予防通所介護)	○○事業所 3か月 平成○月○日～平成○月○日
			洗濯機や掃除は台や棒などの道具を工夫して使う。			
			トイレ掃除や風呂掃除などの本人ができないことは長女に協力してもらう。			
		()				
		()				

【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

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

長年の身体の苦痛に対し不安が強いが、痛みのパターンを知って無理のない運動や健康管理に興味をもってもらい、生活の中でできることをどんどん増やし、知人や孫の世話など好きなことを行っていけるよう支援する。

【意見】まずは、家族との役割分担、協力体制を整理し、本人が自信をもって生活できるよう支援する必要がある。

【確認印】 ○○

上記計画について、同意いたします。

平成 18年 4月 1日 氏名 A 印

Bさんの事例紹介

89歳男性。妻との2人世帯。元々親交のあった会社の元同僚やゴルフ仲間なども皆高齢となったため交流は減少し、現在は概ね家族と家庭内の生活が中心となっている。家事については、食事の準備、掃除、買い物など身体が弱い妻を手伝い、自分でも健康には気を付けているが、自身も膝が痛くなったり、腰が重くなったりで足腰が弱くなってきていることは年々感じており、また、布団を干したりという力仕事が難しくなってきたことから、支援をお願いして、夫婦での生活を継続させたいと思っている。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇

《基本情報》

相 談 日	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ()	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 ()			
ﾌﾘｶﾞﾅ 本人氏名	〇〇 〇〇〇 Bさん	男 ・ 女	M・T・S 5年〇〇月〇〇日生 (89) 歳	
住 所	〇〇県〇〇市 〇〇〇-〇〇〇	Tel	〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
		Fax	〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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：18年04月01日～18年09月30日 (前回の介護度 要介護1)			
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)	本人 ・ 妻		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	同上	続 柄 本人		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	義弟		〇〇市〇〇〇-〇〇〇 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
			家族関係等の状況 子供はいない。義弟夫婦が同敷地内に在住	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	山形県出身。戦時中は衛生兵として従軍。戦後から横浜在住 65歳まで商社勤め。定年後も関連会社にて役員。 結核に罹患する70歳を期に引退。 H12年胆嚢炎、肺炎で入院するまで、趣味のゴルフは続けていた。 その後は妻の家事を手伝いながら、概ね自宅のみで過ごす生活。			
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	
	起床前のベッドでの軽い体操 寝具の整頓（ベッド） 庭の掃除、買物 近所を20～30分杖なしで散歩		骨董品や民芸品の観賞 今はできないがゴルフ	
	時間	本人		介護者・家族
	6:30	起床体操、ベッドメイキング		妻も一緒に行う 買物は妻と一緒に
	7:30	朝食の手伝い、食事、ゴミ出し		
10:00	庭・室内掃除			
12:00	昼食			
15:00	散歩、買物			
18:00	夕食、あとかたづけ		友人・地域との関係 会社の元同僚やゴルフ仲間との交流が皆高齢で、減少	
	TV観賞			
22:00	読書			
		就寝		

《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
H12年10月	胆嚢炎・肺炎	〇〇病院	Tel 〇〇-〇〇〇 -〇〇〇	治療中 経過中 その他	胆嚢切除。1年経過観察し治療終了
S61年	肺結核	国立病院	Tel 〇〇-〇〇〇 -〇〇〇	治療中 経過中 その他	ストマイにて治療、完治
S30年	不整脈	会社の検診(現在 〇〇クリニック)	☆ Tel 〇〇-〇〇〇 -〇〇〇	治療中 経過中 その他	検診の度、指摘されるが治療の必要はなく、経過観察中
S22年	肺結核	陸軍病院	Tel 〇〇〇-〇〇 〇-〇〇〇	治療中 経過中 その他	5年間気胸療法、ストマイにて治療

《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
訪問看護（週1回、家事援助1時間）妻にも同じ	

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、アセスメントシートを、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。

平成〇〇年〇月〇〇日 氏名 _____ B _____ 印

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名 Bさん

様

認定年月日 平成18年4月1日

計画作成者氏名 OO OO

計画作成(変更)日 平成 18年 4月 1日(初回作成日 平成 18年 4月 1日)

目標とする生活

1日	腰痛や膝関節痛が悪化せず、散歩や買い物などの家事ができる。
----	-------------------------------

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
活動・移動について 下肢の筋力が低下し、目的の場所への移動は時間がかかるが、平坦地は杖を利用しないで歩行ができる。交通機関を利用した外出はまれにしかない。20～30分程度の散歩と近所の商店街への買物が日課である。自宅の階段の昇り降りは手すりを利用して可能である。	本人：すぐ、膝や腰が痛くなったり重くなったりで、足腰が弱くなっていることは年々感じている。何とか今歩けるぐらいの状態を維持できればと、散歩は続けたいと思っている。	☒ 有 ☐ 無 体力、筋力の低下を自覚しており、今のままの生活をしていると更に筋力・体力の低下のおそれがある。自らもそのことを予測し、運動の必要性を理解している。筋力低下を予防し、歩行能力を低下させずに活動性を維持する必要がある。	1. 筋力・歩行能力の低下によって転倒の危険が今後予測される。 2. 力仕事など、負担の重い家事等については、本人が行うことによる骨折等を起こす可能性がある。	1. (目標) 毎日、散歩や買い物等近所への外出を行えるようになる。 (具体策) ①毎日散歩に行く習慣をつける。 ②下肢の筋力をつける。 2. (目標) 体に負担の大きい家事をのぞき、日々の家事は基本的には夫婦でできるようにする。 ①布団は家の中で日の差す場所におく。 ②夫婦で出来ない掃除は支援をお願いする。
日常生活(家庭生活)について 体力のない妻を助けて買物の同行やゴミ出し、ベッドメイキングなどを行っている。腰痛が強いときには、義弟に頼んだりしている。布団を干したりという力仕事は、困難になってきている。	本人：妻の手伝いや自分の事が、苦痛なく行なえて、二人で暮らしていければと思う。	☒ 有 ☐ 無 力仕事は行うことはできないが、できることを行っていないと生活機能が低下してしまう可能性がある。自らはできることと、支援を要することを整理し、腰痛の悪化を予防しながら生活していくことが重要と思われる。		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 対人関係に問題はないが、概ね家族と家庭内での生活が中心である。	本人：口下手なので、皆と一緒に何かをというのどちらかというと苦手。気心の知れた者同士で、マイペースに生活できれば充分だと思っている。	☐ 有 ☒ 無 夫婦での生活が主であるが、機会があったら地域の活動に参加していくことが望ましい。		
健康管理について 治療の必要な疾病はなく、誕生日を目安に妻と共に健康診断を定期的に受診している。腰痛や膝関節痛が起きやすいので休みながら、運動や家事を継続している。	本人：妻が丈夫ではないので、自分なりに体操や散歩を続けて、健康には気をつけている。妻の健康状態が心配である。	☐ 有 ☒ 無 健康状態の把握と相談の継続で疾病予防と健康管理が行えている。今後も継続していけるよう時期が来たら、見守っていく必要があるが現在は問題ないと考えられる。		

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

主治医意見書の介護に関する意見では、転倒・骨折に対する留意が必要であるという意見がある。医学的管理の必要性やその他特記すべき事項は特にない。

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
○					

地域包括支援センター

介護予防サービス・支援計画表

認定の有効期間 平成18年4月1日 ～ 18年9月30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

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) ○○ 居宅介護支援センター

担当地域包括支援センター: ○○地域包括支援センター

1年	夫婦の穏やかな生活をずっと続けていきたい。
----	-----------------------

具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
		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 又は地域支援 事業	サービ ス 種別	事業所	期間
本人: 日々の散歩や体操を、自分のペースで継続するのはよい。わざわざ出かけて、皆と一緒にいろいろするのはおっくうである。 ただ、効果的に運動ができると聞いて、参加しようか迷っている。 妻: お父さんが、丈夫になると頼もしい。 本人: 夫婦でやりきれない掃除や力仕事などの家事の負担が少なくなれば、疲労もたまらないので、現在の生活を維持できると思う。体をこわすことはないし、助かります。	1. 毎日、散歩や買い物等近所への外出を行えるようになる。	(1) 大人数で何かするということは、好きではないのであるべく、ご夫婦で行うことを中心に支援をしていく。	夫婦そろっての運動・散歩の継続。 社会参加による運動や活動性の拡大(転倒予防教室など地域サービスへの参加)	筋力向上、運動機能向上をする	介護予防 通所介護	○○事業所	3か月 平成○月○日～平成○月○日
	2. 体に負担の大きい家事をのぞき、日々の家事は基本的には自立する。	(2) 出来るだけ現在の生活を維持しながら、足腰の機能低下を防いでいく。家事で工夫してできることについては、夫婦で行ってほしい、負担がかかりすぎることについては支援を行っていく	妻と協力しての家事分担 重いものを動かすなどは、自分でやらず、誰かに頼む	大きなものを動かす必要がある掃除等負担の大きい家事援助。	住民ボランティア 介護予防 訪問介護	○○ケアサービス	3か月 平成○月○日～平成○月○日
		()					
		()					

【本来行すべき支援が実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針

ご夫婦が楽しいと思われる地域のサービスがあれば、ぜひ、参加してもらえよう声をかけていく。力仕事などは、住民ボランティア活動がこの地域にはまだないため、当面介護予防訪問介護を活用していく。

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

二人の生活機能が低下しないように支援し、体調不良をなつたときには、早期把握・対応をしていけるようご近所等の地域の支援者も作っていく。

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 18 年 4 月 1 日 氏名 B 印

【意見】疾病のコントロールに留意し、現状を維持しご夫婦2人が協力した生活が維持できるよう支援する。地域での社会参加を実現して欲しい。

【確認印】 ○○

Cさんの事例紹介

80歳女性。夫と死別後、市内に居住している長女と横浜在住の長男夫婦に支えられながら、自分の趣味である水彩画の教室参加、友人とのスケッチ旅行、カラオケなどを楽しみながら独居生活をしている。

自宅玄関先で転倒し腰椎圧迫骨折により3ヶ月間の入院後、一時、介護サービスを利用していたが、「デイサービスは自分には合わない」とサービスの利用は続かなかった。半年後にはベッドの貸与なども不要になるほど回復した。

一方で「また転倒するのでは」という不安が、外出頻度を減少させた。

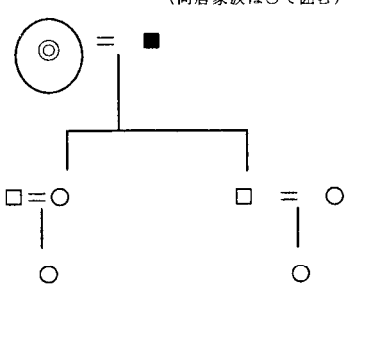
「外出できなくても自分の趣味の水彩画なら描けるから」と水彩画の作成に熱中するあまり、深夜まで水彩画の作成に興じることが続き、生活リズムを崩し、欠食・服薬忘れなどを繰り返し、次第に状態の悪化を来たしてしまった。

タイミングよく介護予防を目的とした教室や、宅老所の利用により体力や歩行能力にも自信をもち、得意の水彩画のセンスを活かして宅老所の「ものづくり」の講座でボランティアを依頼されるまでに回復している。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇〇

《基本情報》

相 談 日	平成〇〇年 〇月〇〇日 ()	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	〇〇〇 〇〇〇〇 C さん	男 ・ 女	M ・ T ・ S 13 年 〇月 〇日生 (80) 歳	
住 所	〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇号	Tel Fax	〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 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：18 年 04 月 01 日～18 年 09 月 30 日 (前回の介護度 要支援)			
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)	長女		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 長男は全国範囲で転勤のある会社員。電話のやり取りは頻回にあり。お正月・お盆にはお互いを自宅に招きあうなどの交流がある。市内の長女との交流もあり。	
住 所 連 絡 先	〇〇県〇〇市〇〇〇 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	続 柄 長女		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	長男		〇〇市 〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
	〇〇 〇〇〇	長女		〇〇市〇〇〇

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	〇〇市生まれの〇〇市育ち。高校の美術教師をしていた夫に先立たれた後、一人暮らしをしている。夫の定年退職後にスケッチ旅行に同行する事をきっかけに自分自身も水彩画を始める。夫亡き後も、絵画教室受講生仲間とスケッチ旅行を楽しむ生活を送っていた。行動的で明るい女性であるが、自宅玄関先の階段で転倒。腰椎圧迫骨折でしばらく入院。骨折は完治したが歩行の不安定さは残っている。要支援1と認定。		
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・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	退院直後には、長女が頻回に訪問して身の回りの世話を行っていた。体調の回復とともに、長女の訪問が減った時期頃から、「お天気が悪いと腰が痛い」「寒いと頭が痛い」と日中も自宅でゴロゴロとして過ごしてしまう。		趣味：水彩画 楽しみ：カラオケ
	時間	本人	介護者・家族
	日課が定まらない状況		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
H17年1月	腰椎圧迫骨折	市立病院		Tel 〇〇-〇〇〇〇	治療中 経観中 その他	入院し3ヵ月後退院
60歳頃より	高血圧症	〇〇医院		Tel 〇〇-〇〇〇〇	治療中 経観中 その他	降圧剤服用(3回/1日)
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 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
民生委員の訪問	絵画教室仲間の訪問は時折あるが頻度は減ってきた。

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、アセスメントシートを、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。

平成〇〇年〇月〇〇日 氏名 _____ C _____ 印

介護予防サービス・支援計画表

NO. 1234567

利用者名 Cさん

様

認定年月日

平成 18年 4月 1日

認定の有効期間

計画作成者氏名 OO OOO

計画作成(変更)日 平成18年 4月 1日(初回作成日 18年 4月 1日)

目標とする生活

1日	不規則な生活を改め、絵手紙式日記に簡単なスケッチを入れる生活を送る。	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
運動・移動について ・転倒に対する不安があるため、手すりを利用したり室内の家具につかまるなどして移動するが、歩行は安定して ・長距離の歩行は、1年あまり実施していないので自身が歩ける能力は20分くらいはできる能力があると思われる。 ・現在ベッド・杖等のサービスは利用していない。	本人：歩く事は苦はないが、転ぶのが怖い 長女：長女と一緒に買い物に行くと、20分くらいはスパー内を歩いても平気なので歩く事はできると思う。以前のような元気な母に戻ってほしい。	☒ 有 ☐ 無 以前の転倒の経験から、不安が大きいのと考えられる。不安を克服するためには以下の課題が考えられる。 ・転倒不安の解消 ・歩行能力への自身の確保 ・歩行に関する筋力・体力の回復	1. 生活リズムの乱れによる服薬忘れ、欠食の長期化により体調を崩しやすい。 2. 外出やある程度の歩行をおこなわないことにより、転倒・外出の不安が高まり、本人の本来の生活能力以下の生活を繰り返してしまう。(悪循環)	1. 生活リズムを整えることによって、内服や受診もできるようになり、友人達との交流も再開できる可能性がある。対策：規則的な生活と確実な服薬(服薬の工夫と支援) 2. 歩行すること、外出することに対し、自信をつけ、外出をすることが出来る。対策：ひとりでも外出ができるように、しばらくは体力・筋力を付ける工夫をしましょう。(歩行能力・筋力向上のための教室の参加)	提案通り
日常生活(家庭生活)について ・水彩画に熱中すると、深夜までも絵を描き生活リズムを崩してしまう。 ・生活リズムの乱れは、欠食や降圧剤の服用忘れ、回数を間違えて服薬などを招いている。 ・頭痛・倦怠感などが顕著になり娘にSOSの電話をして受診する状態。	本人：水彩画に熱中しすぎてはいけないと思うが、つい時間を忘れてしまう。 長女：不調から回復するまでの時間が長くなった事が長男・同居を申し出る程心配している。	☒ 有 ☐ 無 炊事、洗濯等の家事は自立しおこなっているが、以下の点の課題の克服が必要 ・生活リズムを崩さない範囲の趣味の楽しみ方にして行く ・欠食・服薬忘れ・薬の飲みすぎ ・定期的な受診ができにくい			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ・明るく楽しい人柄で、水彩画教室仲間、カラオケ仲間もいたが入院後は行き来が減った。 ・生活リズムが乱れると、洋服や化粧などにも気を配れなくなる為、友人の突然の訪問は困る。(悪循環になっている) ・絵手紙を交換する友人とは今後も交際していきたい。	本人：教室仲間やカラオケ仲間との交流はなくなっている。 長女：母の趣味には賛成・応援したいと思っている。	☒ 有 ☐ 無 体調さえ整えられ、転倒不安による閉じこもりが解消されれば交流は以前のようにできると考えられる。また、人前に出るときには「綺麗にしたい」という気持ちは、意欲につながる大きな可能性を含んでいる。			
健康管理について ・生活リズムの乱れによって、欠食や降圧剤の服用忘れを招いている。さらに、薬の飲み忘れが多いと、次回受診が億劫になってしまう。 ・最近「忘れっぽく」なっており、薬の飲み忘れはその影響もある。	本人：薬の必要性はわかっているが、つい忘れたり、食事しないと飲んではいけないと思ってしまう。 長女：他の事では忘れられる事は無いので、なぜ薬を忘れるのか？支援していきたいと思っている。	☒ 有 ☐ 無 ・生活リズムを整え、内服、受診の習慣をつける必要がある。 ・物忘れを本人が心配しているようだが、これについては今後経過を見ていかないとわからない。			

健康状態について

☐主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

① 主治医意見書情報：転倒に配慮する。

必要な事業の下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
○			○		

地域包括支援センター	【意見】 主治医の先生との連絡を密にしていきたいと思います。
	【確認印】 OO市地域包括支援センター

介護予防サービス・支援計画表

平成18年 4月1日 ~ 18年 9月 30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

委託の場合: 計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

〇〇市地域包括支援センター

電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

担当地域包括支援センター:

〇〇市地域包括支援センター

水彩画のスケッチ旅行できるを再開できるだけの体力を身につけたい。

目標	支援計画					
	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 介護予防事業	サービス種別	事業所	期間
1. 規則正しい生活の中で、食事・内服・趣味・運動の時間をしっかりもつことができる。	薬の飲み忘れと重複服薬防止のために、服薬薬箱の活用と管理に長女さんの支援を受ける。服薬回数等については主治医に調整を依頼する。	本人: 規則正しい生活(趣味の時間を自分で決める)、日常的な運動の励行、薬は部分的に自己管理 長女: 薬箱の用意と管理支援 主治医: 服薬回数の相談				1ヶ月間
2. 歩行や外出することに対し、自信をつけ、外出し友人との交流する時間を作ることができる。	生活を見直す「きっかけ」と継続の支援があれば、ひとりでの外出も不可能ではないと考えられる。本人に自信と余裕が付くまで支援が必要。 体調さえ整えられれば、社会性と心の豊かな方なので、社会交流への特別な支援は必要ないと考えますが、「教室」の場の確保は重要と考える。	本人: 外出の機会を持つ 長女: 買い物等の同行 水彩画仲間: 絵手紙交換 本人: 市民文化祭出品を目標に作品準備 文化協会: 作品申込の情報入手 民生委員: 文化協会からの情報提供	外出したり、歩く機会を作る	介護予防通所介護	〇〇センター	6ヶ月間
				宅老所利用	社会福祉協議会	6ヶ月間

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当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

- ① 生活リズムを整え、欠食・服薬忘れをなくし、体調が改善するようにしていく。
- ② 歩行に慣れ、体力と自信をつけ、徐々に1人で外出できるようにする。
- ③ 趣味をともに楽しめる会などに参加し、活動的になることをめざす。

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 18年 4月 1日 氏名 C 印

Dさんの事例紹介

90 歳男性。妻と二人で衣料品店を経営していたが、妻の介護が必要になり息子夫婦に店の経営を譲りました。その後、妻が亡くなり、「気ままがいい」と現在のケアハウスに入居とした。大腿骨骨折・急性腸炎等により何度か入退院を繰り返したが、身の回りのことはなんとか自分でできるのでケアハウスで生活を始めた。最近になって、体力・筋力の低下がみられ、頻回に＜風邪をひく＞＜腸炎をおこす＞などを繰り返すようになり自分の体力に自信がなくなってきた。息子夫婦は新たな商売のスタートを切ったばかりなので、同居により負担をかけることもできないこともあり、自分のことが自分でできるうちは、ケアハウスでの生活を送りたいと希望し、現在に至っている。

また、「自分の俳句人生の集大成として句集の自費出版」を果たした同人誌仲間もあり、自分も若い頃から、是非句集を作成したいと考えており、句集の出版の為にも、俳句の会にもう一度参加できるようになりたいと希望している。「体調が思わしくない為、今すぐに俳句の会の参加もできない状況だがなんとか支援できないか」とケアハウスから地域包括支援センターに連絡が入った。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇〇

《基本情報》

相 談 日	平成〇〇年 〇月〇〇日 ()	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 ()			
ﾌﾘｶﾞﾅ 本人氏名	〇〇〇 〇〇〇〇 Dさん	男 ・ 女	M・T・S 4年〇〇月〇〇日生(90)歳	
住 所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地〇	Tel	〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
		Fax	〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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：18年04月01日～18年09月30日 (前回の介護度 要介護1)			
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)	在宅介護支援センター職員		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 忙しいながらも、休日には長男のケアハウス訪問あり。	
住 所 連 絡 先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	長男		〇〇町 〇〇〇〇-〇〇-〇〇 〇〇

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	当市隣町に生まれ、家業の衣料品店を経営していた。60 歳頃に妻に病気で先立たれる。妻に介護が必要になった時点で店を長男夫婦へ譲る。妻の死後は家業の忙しさ等の家庭の事情によりケアハウスに入居する。若い時から俳句に関心あり仕事の傍ら俳句同人会で活動していた。		
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
	人との交流を求めているが、ケアハウス内ではどうしてもマンネリ化した人間関係になりがちではあるが、本人なりに、仲間を誘って食堂や喫茶コーナーで談話を楽しんでいる。しかし、体調の波が大きく腰痛や気管支炎等を起こすと自室に閉じこもりがちになりやすい。		俳句づくりが趣味 楽しみは俳句、人との交流
	時間	本人	介護者・家族
	7 時	起床後食堂で朝食・散歩	
	9 時	ラジオ体操の会	
	10 時	喫茶コーナーで談話	
12 時	食堂で昼食		
14～16 時	曜日によってイベントあり		
18 時	食堂にて夕食		
20 時	入浴時間（自由）		
			友人・地域との関係
			俳句仲間のうち何人かとは現在も交流あり。 毎月誰かがケアハウスを訪問してくれている。

《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
不詳	慢性気管支炎	市立病院		Tel 〇〇〇－ 〇〇〇	治療中 経観中 その他	気管支拡張剤処方有り
不詳	腰痛症	市立病院		Tel 〇〇〇－ 〇〇〇	治療中 経観中 その他	コルセット着用中
平成 5 年頃	腸炎癒着	市立病院		Tel 〇〇〇－ 〇〇〇	治療中 経観中 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
介護予防事業（低栄養教室）と宅老所（毎月第 2・第 4 金曜日）	

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、アセスメントシートを、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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日 氏名 _____ D _____ 印

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名 D さん

様

認定年月日

平成18年4月1日

認定の有効期間

計画作成者氏名 OO OOO

計画作成(変更)日 平成18年4月1日(初回作成日 18年4月1日)

目標とする生活

1日	毎日食事を美味しく食べられ、体を動かす生活をする	1年
----	--------------------------	----

アセスメント領域	本人・家族の意欲・意向	領域における課題	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
運動・移動について 地域の福祉巡回バスを活用し毎月1回受診して。受診以外は外出しない。 体調が悪くなると歩行がおぼつかない。 体調に合わせて杖・シルバーカー利用中。	本人:見守りや元気な友人等の同伴があれば外出したい。 家族:本人に無理の無い範囲で外出してほしい。	■有 □無 頻繁に体調不良になるため、外出の機会が減り、体力・筋力ともに低下する可能性がある。	1. 義歯の不具合により、胃腸障害が起こり、食事摂取量の減少や栄養状態が悪化し体力も低下する。 2. 体調の不安定さから、外出の機会も減り、体力の低下が考えられる。	1. (目標) 一食分の食事摂取量が増加する(具体策) ①義歯の調整をする。 ②歯の状態にあった食べ物をとる。 2. (目標) 健康管理を自分で行う。(具体策) 毎朝、ケアハウス内のラジオ体操に参加する。	本人:すべて、やってみます。 家族:本人の意向に任せます。
日常生活(家庭生活)について 衣食住に関する環境はケアハウスで整っている。	本人:特になし 家族:ケアハウスの環境は本人にとって負担が少なく良い環境と考えている	□有 ■無 特に課題はない。			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 多くの人も交流を希望しているが、体調に不安があるためなかなか積極的になれない。 ケアハウス内では本人はボランティア的な役割も果たしている。	本人:家族には必要時連絡もできるが、家族以外の人たちとの交流を持ちたい。俳句を接点とした仲間を作りたい。 家族:ケアハウスでは、他者との交流もあり、楽しそう。積極的にいろいろして欲しい。	■有 □無 趣味の俳句と一緒に楽しめる仲間が欲しい。社会参加したいという希望があり、交流の意欲がある。	3. 趣味の俳句と一緒に楽しむ仲間との交流を求めている。	3. (目標) 俳句の会で、仲間ができる。(具体策) ①近くの宅老所で行っている趣味の俳句の会に出席する	
健康管理について 腰痛・下肢脱力感・胃腸虚弱などの体調不良がある。 体操・散歩などを行って健康管理には気をつけている。 義歯があわず、食事を途中で止めてしまうことがある。	自分の体調と上手に付き合えるようになりたい。 無理のない範囲で健康には気をつけてもらいたいと家族は思っている。	■有 □無 ・義歯の調子が悪く、口腔関係のチェック項目すべて該当している。アルブミンも低下傾向であり口腔機能がこれ以上低下しないようにする必要がある。 ・義歯の不具合によって、胃腸障害が起こっている可能性がある。 ・一旦体調不良を起こすと、安静の判断が難しいようである。体調を崩したときには早めに受診し、早期対応をする必要がある。			

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実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

主治医意見書より、貧血・アルブミンの低下有り。

現在、事業所では、口腔機能向上プログラムが行われていないため、早期に開催されるよう調整を依頼する。進める。また、サービス開始が1か月後の予定なので、当面歯科受診で口腔衛生の指導等行ってもらう。

必要な事業の下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
○	○	○			

地域包括支援センター	【意見】 ケアハウス職員や他の入居者の協力を得ながら実施することが重要であり効果的なものである場合には、全体の取り組みも含めて検討・調整をしていく。 【確認印】 OO市地域包括支援センター
------------	---

介護予防サービス・支援計画表

平成18年 4月 1日～ 18年9月30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

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:

〇〇市地域包括支援センター

腰痛、胃腸虚弱、気管支炎が悪化しない。俳句の良さを理解してくれる友人を見つけ一緒に俳句を楽しむ。

目標	支援計画					
	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
1. 一食分の食事摂取量が増加する	まず、歯科受診し、義歯が噛み合うようにしてもらうよう支援・調整が必要。	歯科受診をする。 食事後の義歯の洗浄	口腔の清潔や義歯の手入れについて学ぶ。 義歯の不具合状態にあった、食べ物を摂取する	歯科受診 介護予防通所介護 口腔機能向上【歯科受診】 栄養改善プログラム	〇〇歯科医院 〇〇センター	6か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日
2. 体調不良を起こす回数が減る。	定期的な受診や日常的な体力向上対策について提案する	ケアハウス内のラジオ体操に毎日参加する。				3か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日
3. 俳句の会で、仲間ができる。	俳句の会をしている宅老所の往復は慣れるまでは家族や職員の見守りが必要である。	宅老所で行っている趣味の会に出席する			社会福祉協議会・宅老所	3か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

まずは、口腔機能の改善を図り、その後体力づくりや多くの人と交流が持てるように支援していく。

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 18年 4月1日 氏名 D 印

Eさんの事例紹介

77歳男性、独居世帯。妻の他界後、氣力を失い、趣味や生活を楽しむということから遠ざかり、外出をする機会も無くなる。行動範囲も狭くなり、足腰が弱くなり、最近下肢筋力の低下は著しい。また、食生活の偏りと、義歯の不具合及び残存歯の手入れが不良であることから口腔機能低下がみられ、体重も減少し、体力も無くなっている。本人は生活機能評価も受けておらず、定期受診もしていない。

家族は娘が1人。娘は週1回訪問し、家事をまとめて行っているが、婚家にも高齢者を抱えヘルパーの家事援助を希望して相談にきた。

口腔機能向上教室や栄養教室への参加には消極的賛成だったが、自分の得意技術である電気技術を生かしたボランティア活動への参加を目標に、健康状態の把握・体力をつけるための学習や実践に取り組むことにした。

半年後の評価では、栄養状態、口腔機能が向上し、シルバー人材センター等での活躍が見られている。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇 〇〇〇

《基本情報》

相 談 日	〇〇年〇〇月〇〇日 ()	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 ()			
フガナ 本人氏名	E さん	男・女	M・T・S 10年 〇月 〇日生 (77) 歳	
住 所	〇〇県〇〇市〇〇町〇番地〇号	Tel	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
		Fax	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・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：18年4月1日～18年9月30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)	〇〇 〇〇		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	〇〇県〇〇市〇〇町〇番地 〇号	続 柄 長女		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
	〇〇 〇〇	長女		同上
	〇〇	弟		〇〇県〇〇市〇〇町 〇番地〇号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇 〇〇
家族関係等の状況 妻は、5 年前に病死。長女は結婚して市外に居住している。子供は一人で、休日には本人宅へ家事に通っている。本人の出身地は遠く、弟がいるが交流はほとんどない。				

利用者基本情報

例

《介護予防に関する事項》

今までの生活	本人は電気関係の技術職で、サラリーマンをしていた。60歳で定年後も、5年間嘱託で勤務。退職後は妻と旅行に行ったり、妻の勤めで釣りや水墨画などにも取り組んでいた。妻が亡くなってからは、趣味にも興味がなくなり、年1回の昔の同僚との旅行は出かけていたが、最近は体調を崩し参加していない。体調が悪くても医者には行かず、よく疲れたと寝ているため、体力も足腰も弱くなってきている。 長女が、休日に実家へ帰り家事をまとめて行うが、姑も高齢になっており、2人の介護はできない。最近、家事をしてくれるサービスを探しているという。			
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・過ごし方		趣味・楽しみ・特技	
	朝食後の散歩を日課にしていたが、最近は体調が悪く休みがち。日中テレビ、新聞を読んで自宅にすることが多い。午後はうとうと昼寝をしてしまうため、夜眠れないことがある。義歯の調子も悪くよくかめない。食事は朝食はパン、昼食は店屋物か麺類。夕食は刺身等のおかずに日本酒2合でご飯は食べない。		テレビ。晩酌が楽しみ。釣りや水墨画は性に合わなかったとのこと。特技は電気製品の修理。	
	時間	本人	介護者・家族	
	6:30	起床・朝食		
	12:00	昼食		
14:00	午睡			
18:00	夕食			
21:30	就寝	友人・地域との関係		
	空いてる時間はテレビ鑑賞	近所づきあいは挨拶程度。友人は市外のため、たまに電話をかける程度。		

《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
S63年 月 日	胃潰瘍	A 病院	Tel	治療中 経観中 その他	
S40年 月 日	痔疾手術	B 外科病院	Tel	治療中 経観中 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、アセスメントシートを、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。

平成〇〇年〇〇月〇日 氏名 E 印

基本チェックリスト(案)

氏名

E

殿

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 172cm 体重 53 kg (注)	BMI	17.9
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。

介護予防サービス・支援計画表

NO.

利用者名

E

様

認定年月日 18年4月1日

認定の有効期間

計画作成者氏名 ○○ ○○○

計画作成(変更)日 H18年 4月 25日(初回作成日 年 月 日)

目標とする生活

1日	食事がおいしく食べられ、毎日散歩ができる。	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(背景と原因)	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
運動・移動について 歩行はつまみずりで行えるが、最近歩行は長く歩くことができない。外出の機会には図書館や郊外のスーパーに月2〜3回行く程度だが、最近減少傾向。	本人:どこに行くわけでは無いので、不自由ではない。 家族:このままでは歩けなくなるのではと心配	■有 □無 機能的には、問題はないが、歩ける目的もなく、歩きづらくなるため、下肢機能が低下してきており、このままの生活を続けることにより、歩行に支障が生じるおそれがある。	1. 活動性が低下したことによる下肢筋力と体力の低下が生じている。	1. (目標)図書館やスーパーなど週1回でかける。 (具体策)①運動器の機能向上教室などに行く機会を増やしていく。 ②自分で買い物に行く機会を増やしていく。 ③生活機能評価を受ける。	1. 本人:どこも具合が悪くないが、健診(生活機能評価)なら行ってみたい。体力は落ち、足腰も弱っている。何処かに通うのは気が引けるが、このままでは、旅行にも行けない。家族:是非健診も受けて欲しいし、機能訓練にも行ってほしい。活動的になってくれるとよい。
日常生活(家庭生活)について 身の回りの行為は自立している。食事作りが行えず、娘が作り置きする惣菜の他は、購入したパンや店屋物で済ます。簡単な片付けやゴミ捨て、洗濯は行う。娘が週1回来訪し、掃除や調理を行う。簡単な家電製品の修理は自分でしている。	本人:食事作りは面倒。家事はやれないではなく、やらないだけ。 家族:母親が亡くなってから心配でずっと手伝っている。誰かやってくれる人がいればお願いしたい。	■有 □無 妻が死亡後、食生活の偏りから栄養状態が悪化している恐れがあるが、本人、家族ともに健康状態ともに問題意識はない。	2. 歯菌を含めた口腔状態や食生活が良くないことにより、低栄養や体力低下をきたす可能性がある。	2. (目標)歯菌を含めた口腔内状態を整えることで、おいしく食事が食べられる。 (具体策)①歯科医院を受診する。 ②口腔内状態を整える。 ③栄養についての情報を収集する。 ④地域の会食会に参加する。 ⑤娘と一緒に食事を作る。	2. 本人:以前に何回も歯医者で調節したがうまくいかなかった。歯医者に行っても治らないだろう。手入れは教えてもらいたい。娘と一緒に料理するのは恥ずかしい。会食も、毎年誘われるが女性ばかりで気が引ける。栄養の話は聞きたい。家族:ヘルパーさんにやってもらえば、良いと思っていたが、それでは本人にとってもあまり良くないよね。本人も少し興味もあるみたいだし、教室に参加することはよいことだと思う。今までお茶も入れない人だったので調理をするかわからないが、自分も、どんな勉強をしているか一緒に聞いてみたい。
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 老人会や、地域の行事には参加しない。昔の仕事仲間との電話や手紙のやり取りはあり、旅行にも2年前まで参加していた。普段は、娘の電話以外まったく会話をしないこともある。趣味も妻の薦めで始めたため、妻が亡くなってから趣味にも興味なくなった。	本人:高齢者の集まりに参加することは好まない。昔仲間との旅行は、参加したい。 家族:万が一のときのために近所とも交流してほしい。	■有 □無 本人は旅行への参加を希望しており、日常的な交流の拡大については、娘も希望しており、体力低下と共に閉じこもりにならないよう社会参加の方法を考える。本人の得意分野である電気修理技術を生かす方策も考慮する。	3. 活動性の低下や趣味にも興味がないで受診は必要ない。風邪を引きやすいのは年のせいと思。義歯は今更作り直すのも面倒だし、あきらめている。娘:急に倒れたら困るので、健康診断ぐらいは受けて欲しい。	3. (目標)特技である電気技術でボランティア活動を行い、外出の機会を増やしていく。 (具体策)①市のボランティアセンターに相談する。 ②児童館でおもちゃ修理を行う。	3. 本人:ボランティアなんて考えたこともなかったが、役に立つことがあればやってみたい。家族:毎日テレビを見てより楽しいと思う。昔から子煩悩な人だったので、子供相手は良いのではないかと。

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

主治医意見書からは、貧血、低コレステロール血症、胃炎が診断されていますが、治療の必要は今のところない。体調をみながら、主治医と相談しながら介護予防サービスを受けていく。

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
○	○	○			

地域包括支援センター

介護予防サービス・支援計画表

18年 4月1日～18 年9 月30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
---------------------	----------	---------	-------------	--------

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) なし

担当地域包括支援センター: T地域包括支援センター

昔の仲間との旅行したり、ボランティア活動ができる。

目標	支援計画					
	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
1.図書館やスーパーなど週1回でかける。	(1)急に機能訓練などに行くには、躊躇があるようなので、まずは生活機能評価、次に機能訓練の見学などを動めていく。	たばこは自分で買いに行く。	生活機能評価を受ける 運動機能向上教室で下肢機能を強化する	生活機能評価 介護予防通所介護	Tセンター	3か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日
2.義歯を含めた口腔内状態を整えることで、おいしく食事が食べられる。	(2)自分の健康状態を把握して、自分にあった体力向上のための方法を学び、実践できるようにする。	うがい・歯磨きを毎食後にする 家族は、調理技術や食事のとり方、本人が行う日課を確認する。	口腔機能評価と手入れを学ぶ 会食会や男の料理教室などきっかけがあったら声をかけてもらう。	介護予防通所介護 介護予防普及啓発事業		3か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日 3か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日
3.特技である電気技術でボランティア活動を始める。	(3)機会があったら、声をかけ本人の負担にならないように動めていく。児童館でもちやの修理などの場を紹介する。	・ボランティアセンターに相談に行く。 ・昔の仲間と連絡を取ってみる。		地域介護予防支援事業		6か月 平成〇月〇日～平成〇月〇日

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

ボランティア活動などについては、外出することに慣れたり、良い機会があったときに支援に結びつけていくことにする。

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

ご本人に興味があり、特技を活かしながら活動を促し、閉じこもり予防を行っていく。また、下肢筋力の向上や健康状態を改善した後、地域の活動に参加を促していく。

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】普及啓発事業など興味のある催しの時にはきっかけを逃さないよう参加できるようにしていきます。

【確認印】

T地域包括支援センター

平成 18年4月1日 氏名 E 印

239

計画作成者氏名 ○○ ○○○

[illegible]

※1 居宅介護支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・サービス評価表

評価日 平成〇〇年〇月〇日

利用者名 E 殿

計画作成者氏名〇〇 〇〇〇

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
1.図書館やスーパーなど週1回でかける。	3か月	生活機能評価は受けた。近所への買い物は自分で行くようになったし、体力もついてきた。図書館、スーパーだけでなく、今では、自分でバスに乗って、ボランティアセンターに行っている。	達成			運動機能については、ほぼ改善したと考えられる。外出の機会が確保されている限りにおいては、維持すると考えられる。運動機能については、サービス終了とする。
2. 義歯を含めた口腔内状態を整えることで、おいしく食事が食べられる。	3か月	うがいは忘れるが、歯磨き、治した義歯の手入れは毎食行う。	達成			義歯の手入れは、毎食後行えている。今後は、年一回の生活機能評価で口腔内の評価を行い、変化があったとき支援をしていくこととし、本サービスも終了とする。
	6か月	調理技術を覚え、最近ではレパートリーも多くなったため、長女は調理はしていない。毎年、夏ばてしていたが、今年の夏は体調を崩すことなく過ごせた。体重も4Kg増加した。	達成			評価期間はおわっていないが、目標はほぼ達成している。しかし、定着や自信をつけるためには、期間終了まで行うこととする。
3.特技である電気技術でボランティア活動を始める。	6か月	すでに、シルバー人材センターに登録し、おもちゃ病院への参加や、公営住宅の電気修理を行っている。また、民生委員からも時々高齢者宅の電球取替えやコンセント修理を頼まれている。	達成			プランを立てたときは、出かけるまでに時間がかかるかと思っただが、早く計画が進んだ。目標が達成したため、計画終了とする。地域の中で役割を持つようになってきた。

総合的な方針

評価期間を迎える目標はほとんど達成できている。これを維持継続させるためにも、住民活動などの参加を勧めていく。

地域包括支援センター意見

栄養改善についてサービスが継続となる。介護予防事業と連携をとりながら、現状の維持向上を図っていく。

☒ 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