

長野市の現状と今後の介護予防ケアマネジメントの方針について

1 ケアプラン作成の基本的視点

- 2つの自立支援『期間限定的自立支援』と『永続的自立支援』
- その人の生活していた日常生活に戻れるよう支援するマネジメント
～自立支援型のケアマネジメント～

2 サービス利用の現状

- 介護予防・日常生活支援総合事業の検証結果（抜粋）から

3 適切なサービス利用のために市が行っていること

①自立支援のための個別ケア会議

- ・自立支援・介護予防の観点を踏まえて、多職種協働で支援方法を検討
- ・地域包括支援センターが輪番でケアプランの提供および助言者を担当
- ・各地域包括支援センターでの実施に向けて準備中

②状態像の目安の提示および確認報告書の提出（10月1日から）

- ・総合事業の利用者に対し、状態像の目安および基準を示すことにより、相当サービスが必要な状態にある利用者に適切なサービス提供を行うために実施
- ・現行のサービス利用を制限するものではない

③市民への啓発

- ・講演会、広報誌など

4 適切なサービス利用に向けて

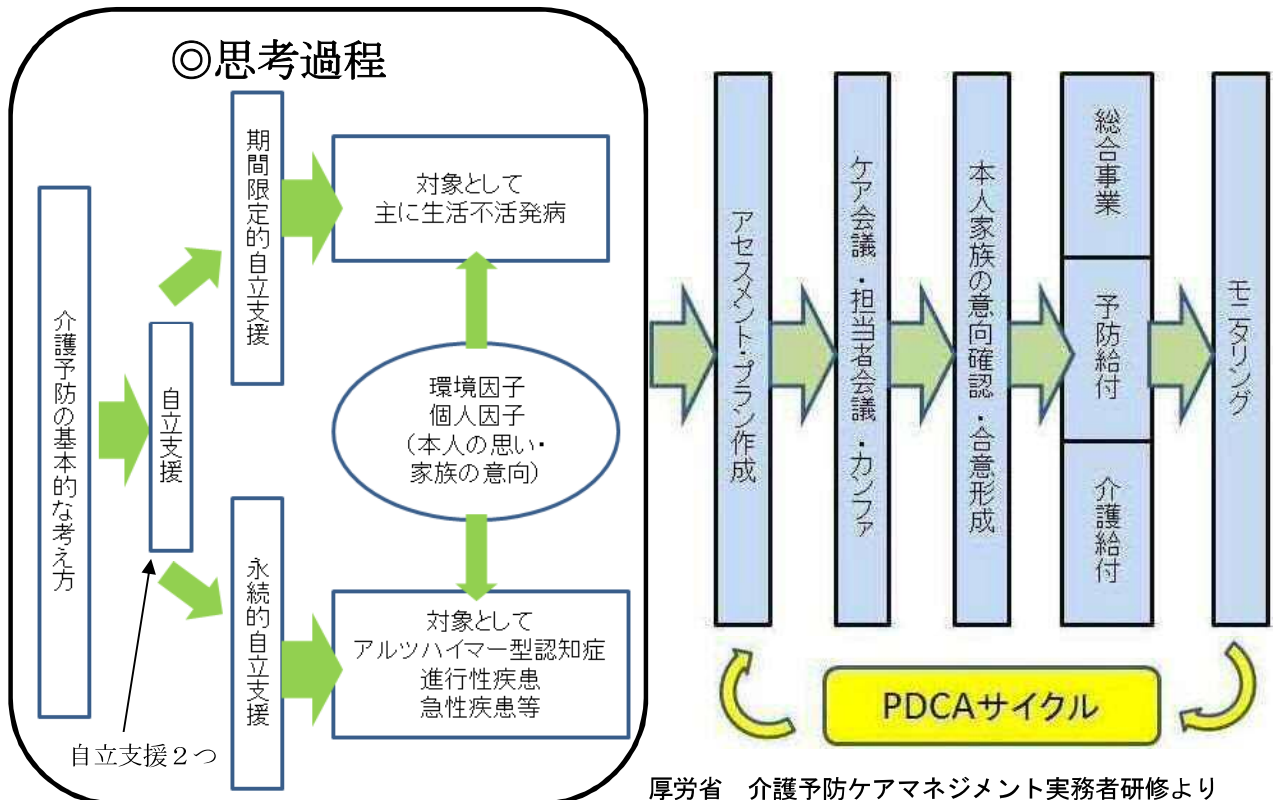
- 現場の声がケアプランを変える
～個別ケア会議、サービス担当者会議を活かす～

7 介護予防ケアマネジメント実施時の留意事項

- 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと
- 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること
- 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者とともに目標を共有すること
- 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮する
- サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること
- 地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること
- 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする
- 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること

(資料：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」より)

～自立支援の考え方～



厚労省 介護予防ケアマネジメント実務者研修より

第2章 介護予防サービス・支援計画書の作成

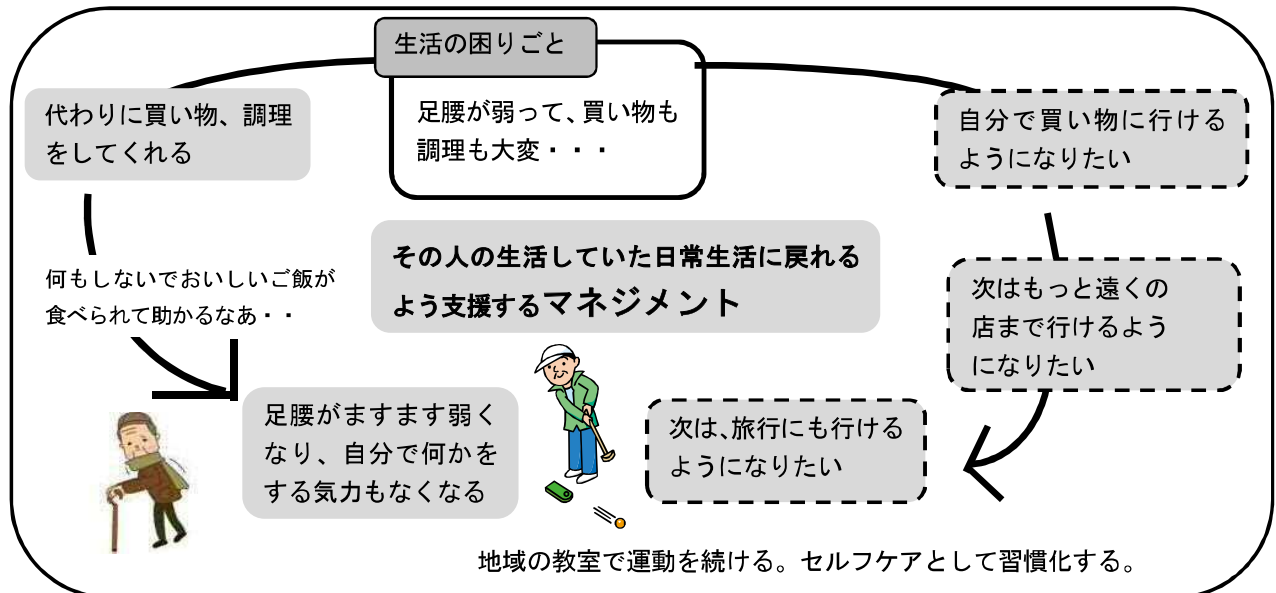
1 介護予防ケアプランの作成の基本視点

～原点としての自立支援に改めて立ち返る～

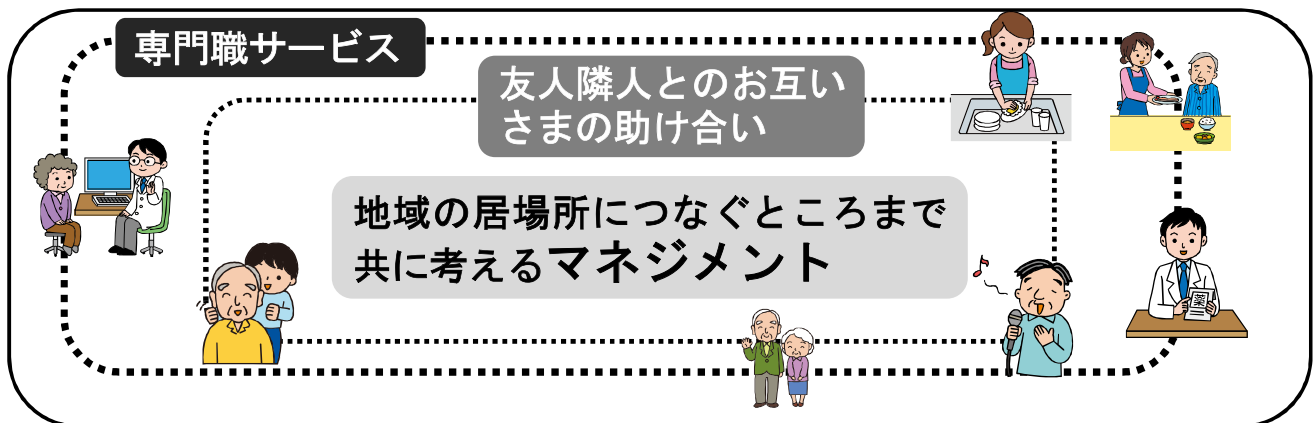
- (1) 要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図れるよう、本人の興味・関心や生活上の困りごとを把握したうえで、本人の「したい」「できるようになりたい」と思う具体的な生活を実現するための取組に切り替えていく。

本人の意欲に働きかけながら 目標指向型のケアプラン を作成し、サービス利用等による改善のイメージを伝え、本人が「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容につなげていく。

- (2) 高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点から、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で役割を持って生活できるような 居場所に通い続ける など、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要である。



- (3) 総合的・効率的な資源の組み合わせという観点から、地域の助け合いやボランティアなど多様な資源を組み合わせる。(専門サービスだけでなく、地域の多様性の中で考える。)



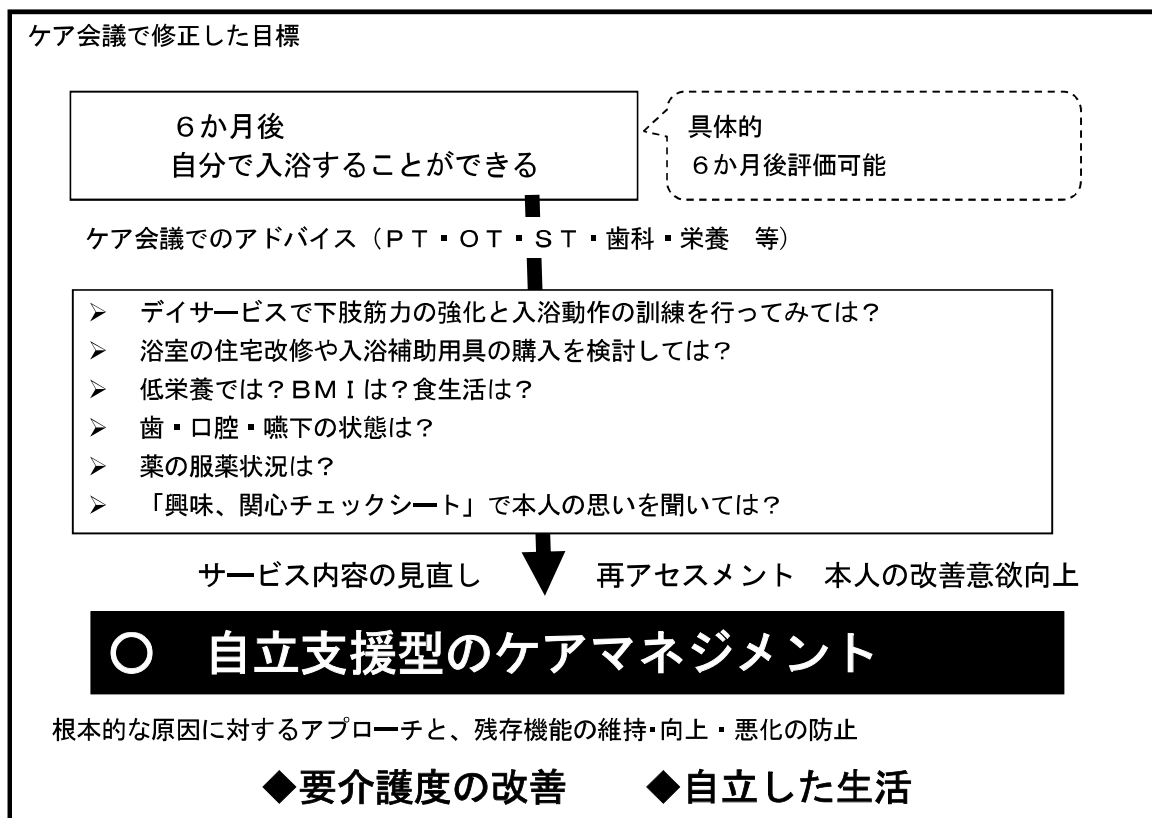
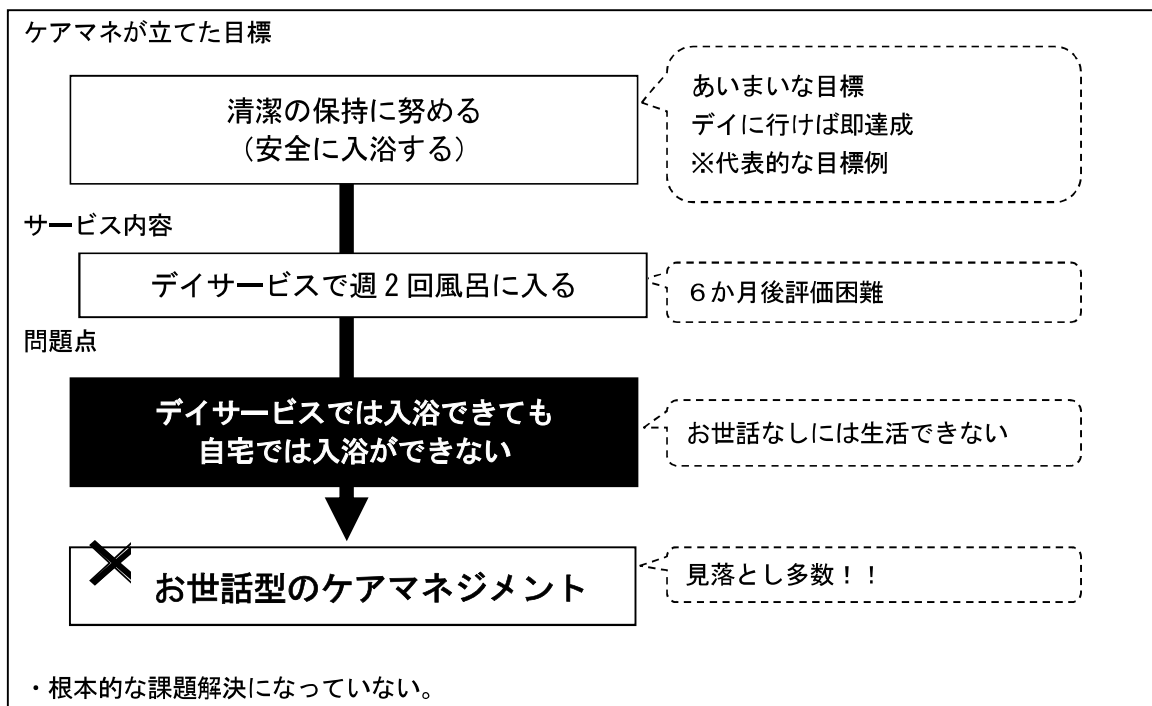
参考資料

(大分県の例)

適切な介護予防ケアマネジメントの実施に向けて

具体的事例（地域ケア会議で検討したケアプラン）

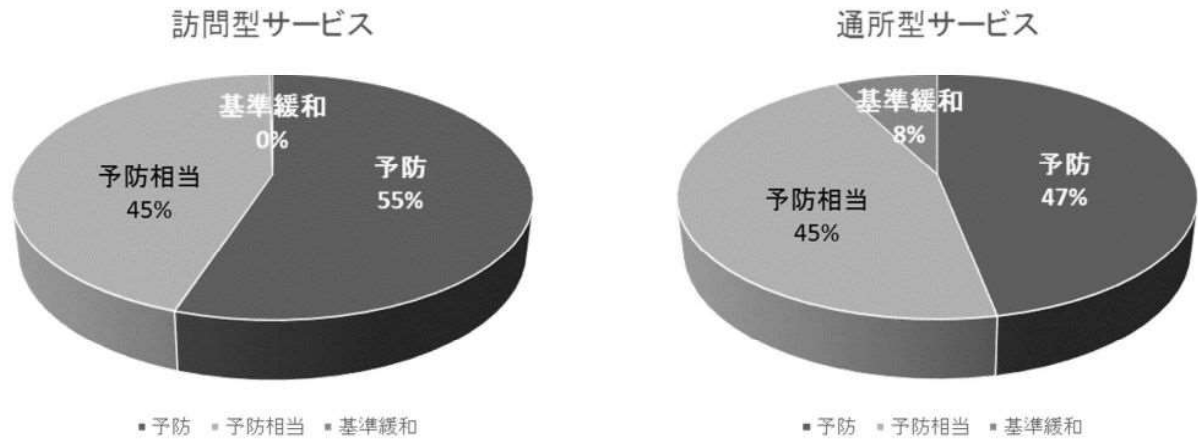
利用者の状態	: 生活の不活発により下肢機能の低下が顕著（要支援2）
利用者の課題	: 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）
認定期間	: 6か月



介護予防・日常生活支援総合事業の検証結果（抜粋）

対象：平成 29 年 3 月に給付管理を行った要支援者及び事業対象者（N = 3,417）

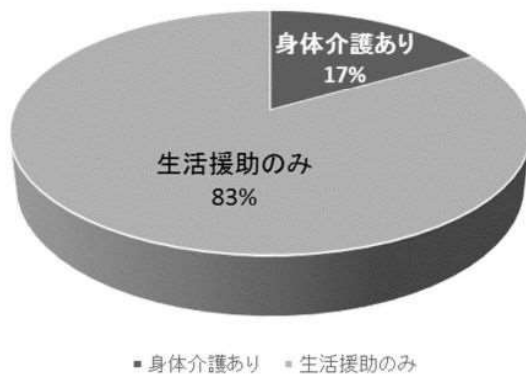
●利用しているサービスの状況



・基準緩和サービスを利用しているのは、訪問型で 0.2%、通所型で 7.6% ほとんどの人が予防・予防相当サービスを利用している

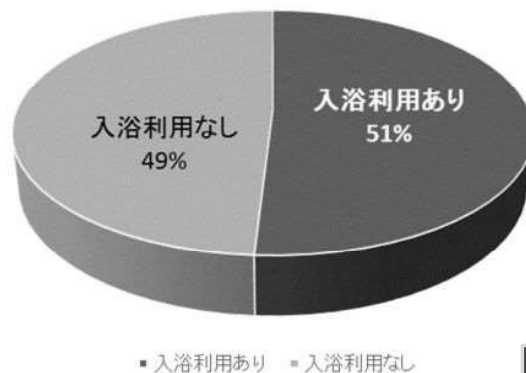
●利用しているサービスの内容

【訪問】予防・予防相当サービスの利用内容



・訪問型サービスの利用内容は、身体介護は 17%
 ・多くは生活援助のみで、『掃除』が最も多い

【通所】予防・予防相当サービスの利用内容



・通所型サービスで入浴の利用は半数
 ・通所型サービスを利用している理由は、『社会参加』が最も多く、次いで『屋外歩行に支障がある』『更衣、入浴が必要』となっている

『掃除』『社会参加』に専門家の技術は、どのように活かされていますか？

● 予防・予防相当サービス利用者の認知症高齢者及び障害高齢者の日常生活自立度

<訪問型サービス>

		認知症高齢者		
		認知症なし	I	Ⅱa 以上
障害高齢者	障害なし	23.4%		
	J 1			
	J 2	60.0%		
	A 1 以上	39.9%		

<通所型サービス>

		認知症高齢者		
		認知症なし	I	Ⅱa 以上
障害高齢者	障害なし	22.1%		
	J 1			
	J 2	57.5%		
	A 1 以上	42.2%		

- ・ 訪問型、通所型とも、『認知症なし、I』かつ『障害なし、J』の人が半数以上を占める。

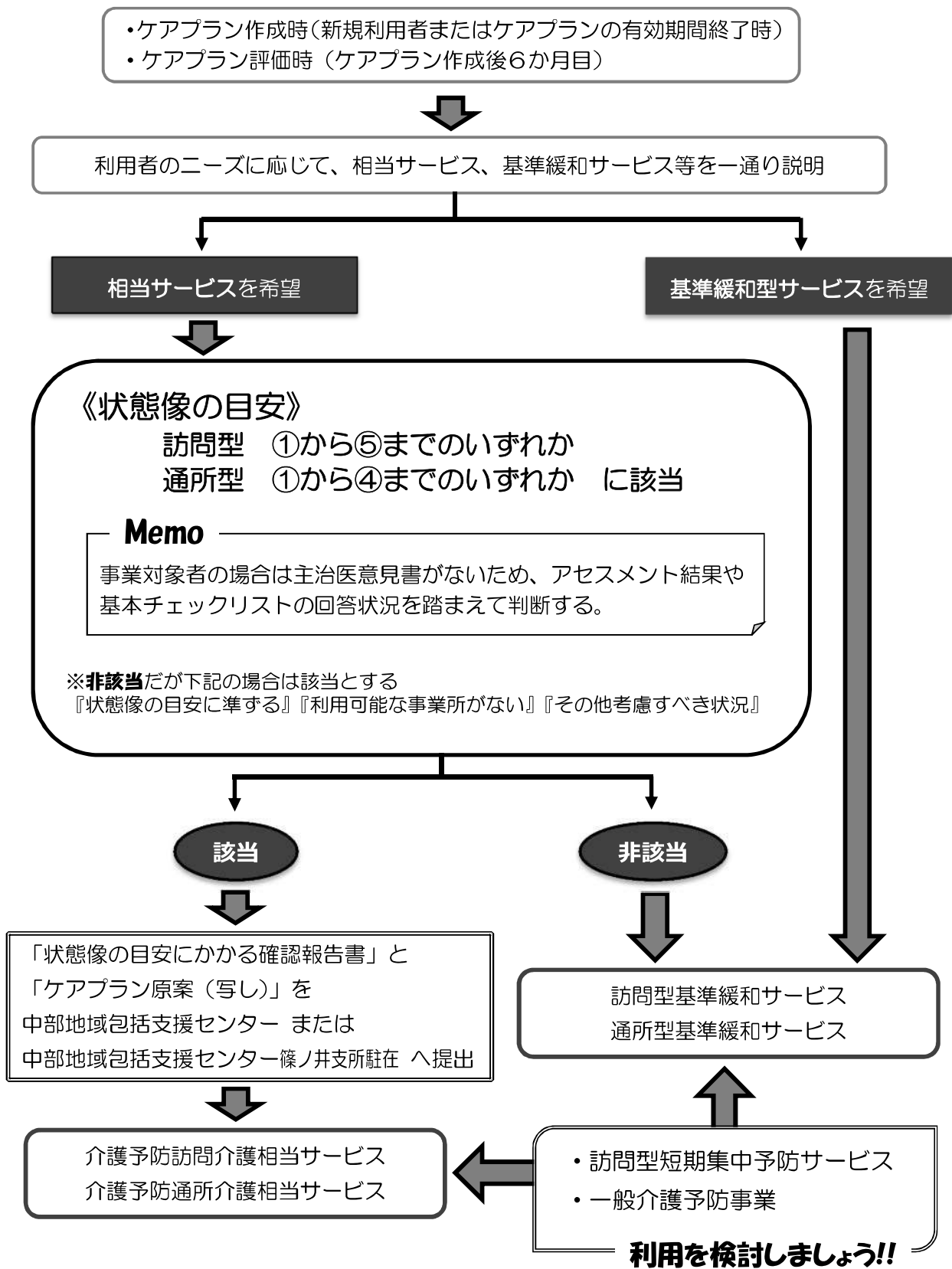
意思疎通に支障がなく、日常生活がほぼ自立している人に
専門家としてどんなサービスを提供していますか？

必要なサービスを適切に提供するために
私たちはどうしたら良いのか、
一緒に考えていきましょう。

「状態像の目安」

区分	状態像の目安	基準
訪問型相当サービス	<ul style="list-style-type: none"> ① 訪問介護員による身体介護が必要な方 ② 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられる方 ③ 精神疾患等の疾病があり、ヘルパーの交代が病状等の悪化につながる恐れがある方 ④ 退院直後や骨折の治療中など、一時的に相当サービスが必要な方 ⑤ 上記①～④には該当しないが、週3回の生活援助が必要な方 	<ul style="list-style-type: none"> ① 主治医意見書の「障害高齢者の自立度」のランクが「A1」以上。 ② 主治医意見書の「認知症高齢者の自立度」のランクが「Ⅱa」以上。 ③ 主治医意見書により、疾病の記載が確認できること。 ④ 利用期間は、最大3ヶ月を上限に治癒するまでの期間とする。 ⑤ 要支援2の認定を受けていること。
通所型相当サービス	<ul style="list-style-type: none"> ① 疾病により歩行に支障があり、支援がないと外出できない方 ② 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられる方 ③ 精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れがある方 ④ 通所サービスの利用にあたり、日常生活動作のうち「入浴」、「更衣」、「排泄」のいずれかにおいて見守りが必要な方。 	<ul style="list-style-type: none"> ① 主治医意見書の「障害高齢者の自立度」のランクが「A1」以上。 ② 主治医意見書の「認知症高齢者の自立度」のランクが「Ⅱa」以上。 ③ 主治医意見書により、疾病の記載が確認できること。 ④ 認定調査票が下記の項目のいずれかに該当していること。 <ul style="list-style-type: none"> ・「洗身」が一部介助以上に該当 ・「排尿・排便」が「見守り等」以上に該当 ・「上着の着脱・ズボン等の着脱」が「見守り等」以上に該当。

ケアマネジメントの基本的な流れ



※「状態像の目安にかかる確認報告書」の提出は、持参、市送便、郵便で。FAX、電子メールは不可

◆長野市版 訪問型サービス利用の状態像の目安

*事業対象者は、アセスメント結果や基本チェックリストの回答状況を踏まえ、判断する。該当項目に○印をつけ判定する。
 *注1)障害高齢者の自立度「A1」：屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。
 *注2)認知症高齢者の自立度「II a」：家庭外で日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

サービス種別	介護予防訪問介護相当サービス (訪問Ⅰ(週1回程度) 訪問Ⅱ(週2回程度))	訪問型サービスA (訪問型基準緩和サービス) (訪問Ⅰ(週1回程度)訪問Ⅱ(週2回程度))	訪問型サービスB (訪問型住民主体サービス)	訪問型サービスC (訪問型短期集中予防サービス)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助	住民主体の自主活動として 行う生活援助	専門職による居宅での相談指導等 実施期間 3か月間 (最長で6か月) 1 運動等 2 栄養 3 歯科 4 閉じこもり
確認項目	状態像の目安	基準	基準	基準
世帯状況 【身体介護の場合 は不要】	(1)単身の世帯 (2)同居家族等に障害・疾病等あり	左記(1)(2)のいずれかに 該当	世帯状況に関係なく 利用可能	世帯状況に関係なく利用可能
1 身体介護の 必要性 (入浴・更衣・食 事・排泄・歯磨き 等)	訪問介護員による身体介護が必要	主治意見書の「障害高齢 者の自立度」のランクが「A 1」以上		脳卒中や転倒・骨折等から約6か月以内に 、運動や動作・生活環境についての助言・指 導により生活行為の向上が見込まれる⇒ 理 学療法士(PT)作業療法士(OT)の訪問(年齢 目安65歳以上)
2 認知機能	日常生活に支障をきたすような認知症 の症状や意思疎通の困難さが多少み られる方	主治意見書の「認知症高 齢者の自立度」のランクが 「Ia」以上		肥満(目安: BMI25以上)でかつ①又は②に 該当し、食生活への助言・指導により生活行 為の向上が見込まれる⇒管理栄養士の訪問 ①生活習慣病がある(年齢目安75歳未満) ②脳卒中発症や整形疾患術後、約6か月以 内の人(年齢目安65歳以上)
3 精神疾患等 の既往	精神疾患等の疾病があり、環境の変化 が病状等の悪化につながる恐れがある 方	主治意見書により、疾病 の記載が確認できること		脳卒中や筋・神経疾患等の発症後、約6か 月以内に口腔機能についての助言・指導に より生活行為の向上が見込まれる⇒ 歯科衛 生士の訪問(年齢目安65歳以上)
4 急性期症状	退院直後や骨折の治療など、一時的に 訪問介護相当サービスが必要な方	利用期間は、最大3ヶ月を上 限に治癒するまでの期間と する		基本チェックリスト No. 16 に該当し閉じこも り予防についての助言・指導により生活全般 の活性化が見込まれる⇒ 看護師の訪問(年 齢目安65歳以上)
5 生活援助 の必要性 (調理、掃除、洗 濯、買い物代行、 ゴミ出等)	訪問介護ⅠまたはⅡ > 週1～2回の生活援助が必要 <訪問介護Ⅲ > 上記 1、2、3、4のいずれにも該当し ないが、週3回の生活援助が必要	主治意見書の「認知症高 齢者の自立度」のランクが 「I」または「なし」 または既往歴ありだが 病状は安定している		基本チェックリスト No. 16 に該当し閉じこも り予防についての助言・指導により生活全般 の活性化が見込まれる⇒ 看護師の訪問(65歳 以上)
		病状は安定している	病状は安定している	病状が不安定で、専門的な見地からの助言 および医療との連携が必要
		可能な限り利用者本人が行 うが、週1回～2回の支援が 必要	地域の支援で対応できる利 用回数等は、サービスごとに 設定あり	脳卒中や転倒・骨折等から約6か月以内に、 運動や動作・生活環境についての助言・指導 により生活行為の向上が見込まれる⇒PT・ OTの訪問(年齢目安65歳以上)

◆長野市版 通所型サービス利用の状態像の目安

別紙4

*事業対象者は、アセスメント結果や基本チェックリストの回答状況を踏まえ、判断する。該当項目に○印をつけ判定する。

*注1)障害高齢者の自立度「A1」： 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。

*注2)認知症高齢者の自立度「IIa」： 家庭外で日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

サービス種別	介護予防通所介護相当サービス 通所 I (週1回程度)		通所型サービスA (通所型基準緩和サービス) 通所 I (週1回程度)		通所型サービスB (通所型住民主体サービス)	
	チェック	状態像の目安	チェック	基準	チェック	基準
サービス内容	通所介護と同様のサービス、生活機能の向上のための機能訓練					
確認項目	チェック	状態像の目安	チェック	基準	チェック	基準
移動		疾病により歩行に支障があり、支援がないと外出できない		主治意見書の「障害高齢者の自立度」のランクが「A1」以上		隣近所へなら独力で外出することができ とができる
認知機能の低下		日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられる方		主治意見書の「認知症高齢者の自立度」のランクが「IIa」以上		主治意見書の「認知症高齢者の自立度」のランクが「I」または「なし」
疾患等		精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れがある方		主治意見書により、疾病の記載が確認できること		既往歴なしまたは病状は安定している
入浴・更衣・排泄		日常生活動作のうち「入浴」「更衣」「排泄」において見守りが必要		認定調査票の下記項目の結果のいずれが該当していること ・「洗身」が「一部介助：」以上に該当 ・「排尿・排便」が「見守り等」以上に該当 ・「上着の着脱・ズボンの着脱」が「見守り等」以上に該当		利用者本人または家族の支援によりできる

* 介護予防通所介護相当サービスまたは通所型サービスを週2回程度(通所II)利用する場合は、要支援2の認定を受けていることが望ましい。(通所型サービスAで週2回利用できる事業対象者は、例えば要支援2で更新申請し認定結果が遅れているケース、退院直後で集中的にサービス利用することが自立支援に繋がると考えられるケース等)

* 要支援2の認定で介護予防通所介護相当サービスを週1回利用する場合は、サービス費用が要支援2の月単位の定額制となるので、本人、家族と要相談。

* 公民館活動や老人保健福祉センター(かがやきひろば)の講座、地域のサークル活動、民間による事業への参加が可能である場合は、自助・互助の観点から、その利用について検討する。

長野市版 状態像の目安にかかる確認報告書

提出日 年 月 日

別紙5

ケアプラン原案作成時および評価時に管轄の地域包括支援センターに提出

中部地域包括支援センター	↓	地域包括支援センター名：	↓	事業所名：
--------------	---	--------------	---	-------

対象者氏名	被保険者番号	区分： 要支援1 ・ 要支援2 ・ 申請中(要支援1・2のみ) ・ 事業対象者
-------	--------	---

*事業対象者の場合：認定調査票や主治医意見書がないため、アセスメント結果や基本チェックリストの回答状況を踏まえることとする。

サービス区分	状態像の目安					状態像の目安に非該当
	①	②	③	④	⑤	
介護予防訪問介護 相当サービス						状態像の目安に非該当 *「状態像の目安に準ずる」に該当する場合、客観的な心身の状況等を記載 *「相当サービス以外に利用可能な事業所がない」に該当する場合、 事業所の調整結果を記載 *「その他考慮すべき状況」に該当する場合、客観的な状況等を記載
介護予防通所介護 相当サービス						

区分	状態像の目安	基準
介護予防 訪問介護 相当サービス	①訪問介護員による身体介護が必要な方	①主治医意見書の「障害高齢者の自立度」のランクが「A1」以上
	②日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられる方	②主治医意見書の「認知症高齢者の自立度」のランクが「II a」以上
	③精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れのある方	③主治医の意見書により、疾病の記載が確認できること
	④退院直後や骨折の治療中など、一時的に訪問介護相当サービスまたは専門職による支援が必要な方	④利用期間は、最大3ヶ月を上限に治癒するまでの期間とする
	⑤上記①～④)には、該当しないが、週3回の生活援助が必要な方	⑤要支援2の認定を受けていること
介護予防 通所介護 相当サービス	①疾病により歩行に支障があり、支援がないと外出できない方	①主治医意見書の「障害高齢者の自立度」のランクが「A1」以上
	②日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられる方	②主治医意見書の「認知症高齢者の自立度」のランクが「II a」以上
	③精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れのある方	③主治医の意見書により、疾病の記載が確認できること
	④通所サービスの利用にあたり、日常生活動作のうちの「入浴」「更衣」「排泄」のいずれかにおいて見守りが必要な方	④認定調査票の項目の結果、ア「洗身」が「一部介助」以上、イ「排泄・排便」が「見守り等」以上、ウ「上着の着脱・ズボンの着脱」が「見守り等」以上のいずれかに該当していること

*障害高齢者の自立度「A1」： 屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。
 *認知症高齢者の自立度「II a」： 家庭外で日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られ、誰もが注意していれば自立できる。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

(1) 判定の基準

調査対象者について、調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。
 なお、全く障害等を有しない者については、自立に○をつけること。

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

(2) 判定にあたっての留意事項

この判定基準は、地域や施設等の現場において、保健師等が何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成したものである。

判定に際しては「～をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、特に『移動』に関わる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けすることで評価するものとする。なお、本基準においては何ら障害を持たない、いわゆる健常高齢者は対象としていない。4段階の各ランクに関する留意点は以下のとおりである。

朝昼夜等の時間帯や体調等によって能力の程度が異なる場合

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

認知症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

(1) 判定の基準

調査対象者について、訪問調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。

なお、まったく認知症を有しない者については、自立に○印をつけること。

【参考】

ラ ン ク	判 断 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(2) 判定にあたっての留意事項

認定調査項目に含まれていない認知症に関連する症状のうち、「幻視・幻聴」、「暴言・暴行」、「不潔行為」、「異食行動」等については、関連する項目の特記事項に記載するか、認知症高齢者の日常生活自立度の特記事項に記載すること。また、「火の不始末」は、「4-12 ひどい物忘れ」で評価されるので適切な選択肢を選び、特記事項に具体的な状況を記載する。

要支援1・2、事業対象者の皆様へ

総合事業の介護予防サービスは元気な暮らしを目指します

Q 利用できるのはどんな時？

A 次のような場合のいずれかに該当する場合が目安になります。

< ヘルパー（介護予防訪問介護相当）利用の目安 >

- 足腰が弱り外出の時に見守りがないと危険
- 認知症のため暮らしに困りごとがある
- こころの病気のため生活に差し障りがある
- 退院直後や骨折後で一時的に生活が不自由

< デイサービス（介護予防通所介護相当）利用の目安 >

- 足腰が弱り外出の時に見守りがないと危険
- 認知症のため暮らしに困りごとがある
- こころの病気のため1人での外出が不自由
- 「入浴」「着替え」「トイレ」のいずれかで不自由が生じている

●介護保険法〔抜粋〕

第1条（目的）

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

第4条（国民の努力及び義務）

- 1 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。