

## 1. 介護保険法に基づく自立支援

### (1) 自立支援の重要性

自立支援とは、高齢者一人ひとりが、住み慣れた地域で、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援することです。

元気な方に対してはその状態を引き続き維持できるよう、介護を必要とする方にはその状態の改善・悪化防止に向け、支援することが求められます。

この考え方は、介護保険法の基本理念でもあります。

#### 介護保険法（抜粋）

第1条 (目的)	(要介護者)が尊厳を保持し、 <u>その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと</u> 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。
第2条 (介護保険)	第2項 保険給付は、要介護状態等の <u>軽減又は悪化の防止に資するよう行われる</u> とともに医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
第4条 (国民の努力及び義務)	<u>国民は</u> 、自ら要介護状態に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 <u>常に健康の保持増進に努める</u> 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、 <u>その有する能力の維持向上に努める</u> ものとする。

### (2) 自立支援に向けた介護サービス事業所の役割

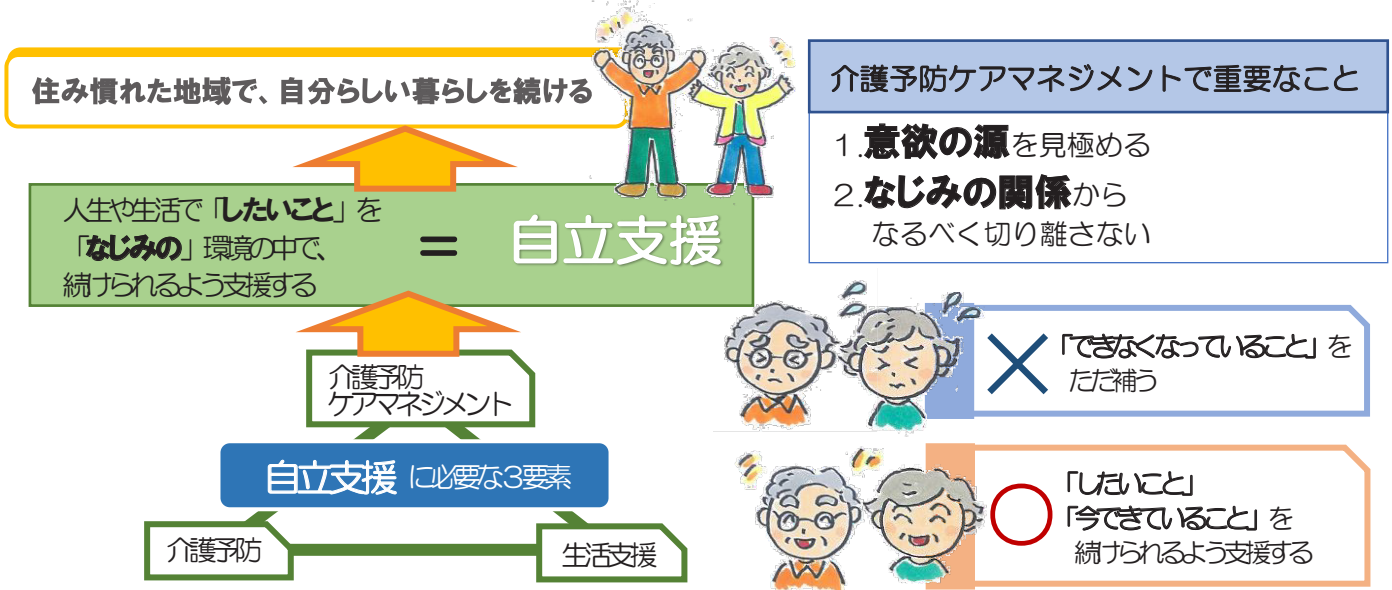
介護サービス事業所は、生活課題の解決を目標とした機能回復訓練などのサービスを提供するだけでなく、生活環境の調整や生きがいを持って生活できるような活動への動機づけなど、利用者の「生活の質（QOL）」の向上を目指して取り組むことが重要な役割となります。

そのため、基本チェックリストから得られる情報だけでなく、自宅への訪問や利用者・家族への聞き取り等により、「**運動機能**」や下肢筋力の維持・増強に不可欠である「**栄養状態**」、栄養を十分摂取するために必要となる「**口腔機能**」を中心に、より詳細な情報を収集することが求められます。

また、自宅で行うセルフケアをはじめ、サービス終了後の活動量が下がらないよう地域の通いの場や趣味やボランティア活動など身近な地域資源との連携・移行をすすめていくこととなります。

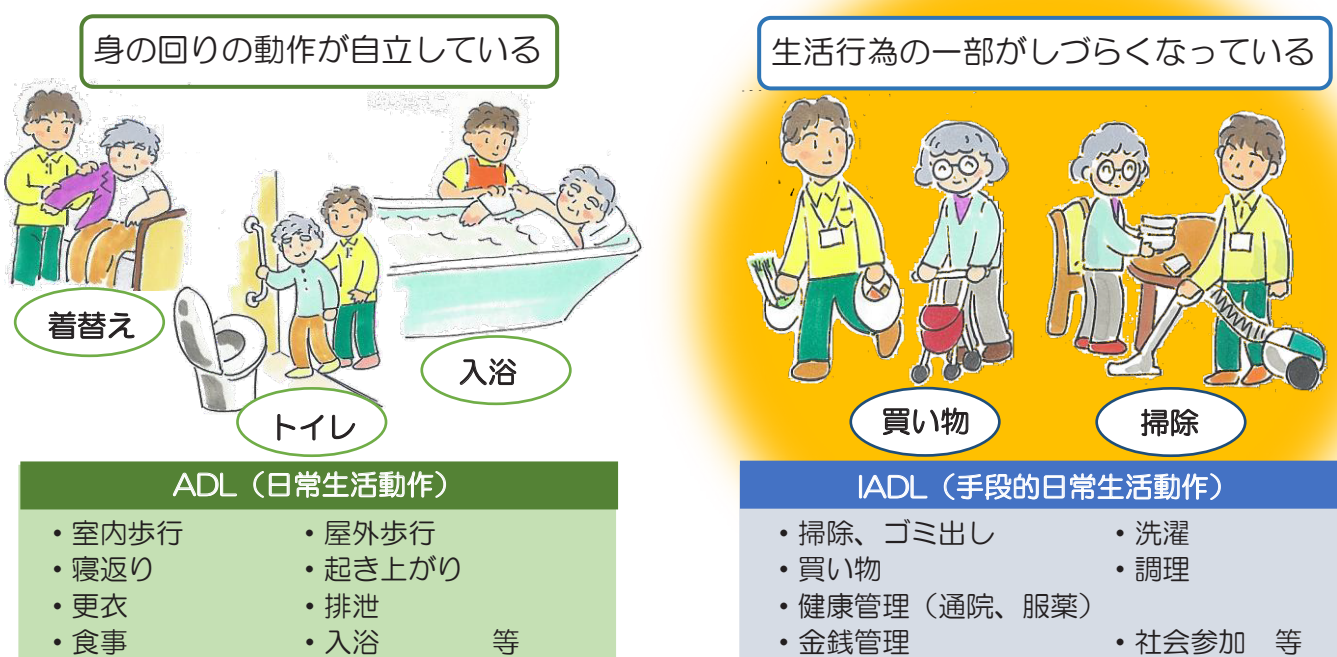
### (3) 介護予防ケアマネジメントについて

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援者や事業対象者が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、本人の意欲に働きかけながら、サービスを利用することで状態が改善されるイメージを伝え、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がるよう働きかけていくことが重要です。



介護予防ケアマネジメントの対象となる要支援者等は、身の回りの動作（ADL）は自立しているが、買い物などの生活行為（IADL）の一部がしづらくなっていることが多く、このような生活行為の多くは、生活の仕方や道具を工夫することで、自立が期待できます。これからは、できないことをただ補うサービスを提供するのではなく、利用者本人が本来持っている能力を引き出し、生活全般の活性化が図られるような支援が求められています。

#### ◎要支援者等の主な特徴



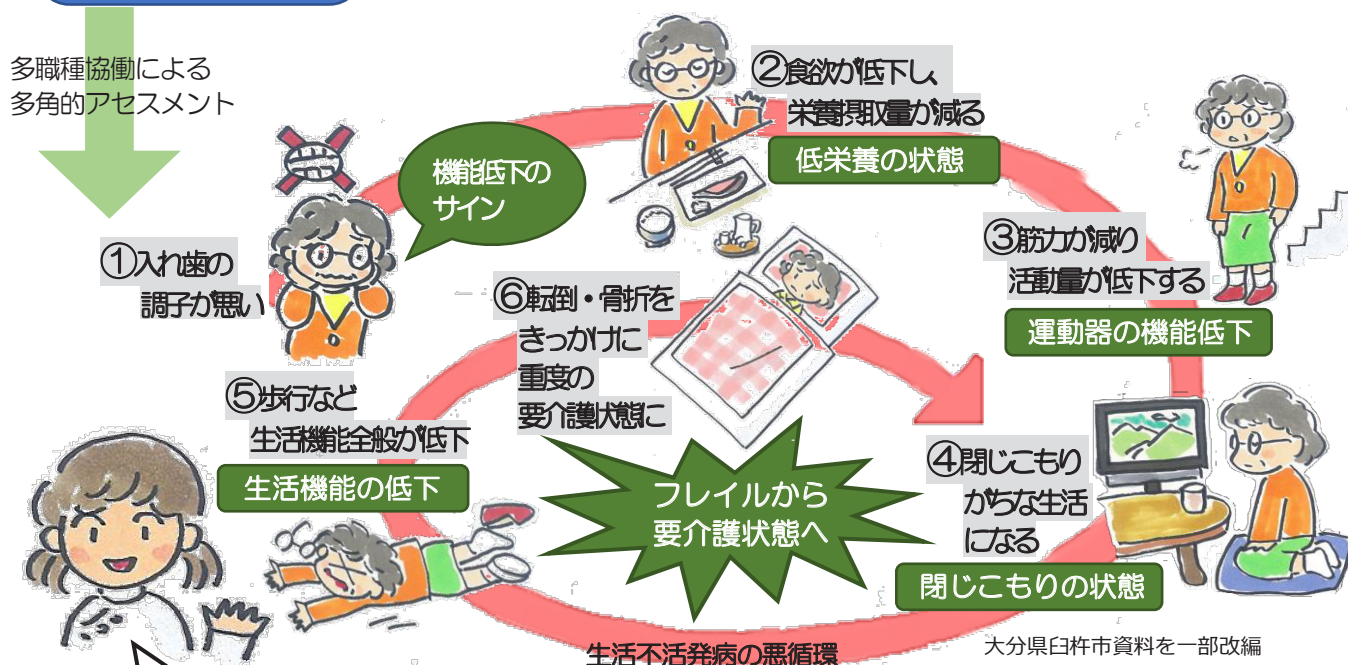
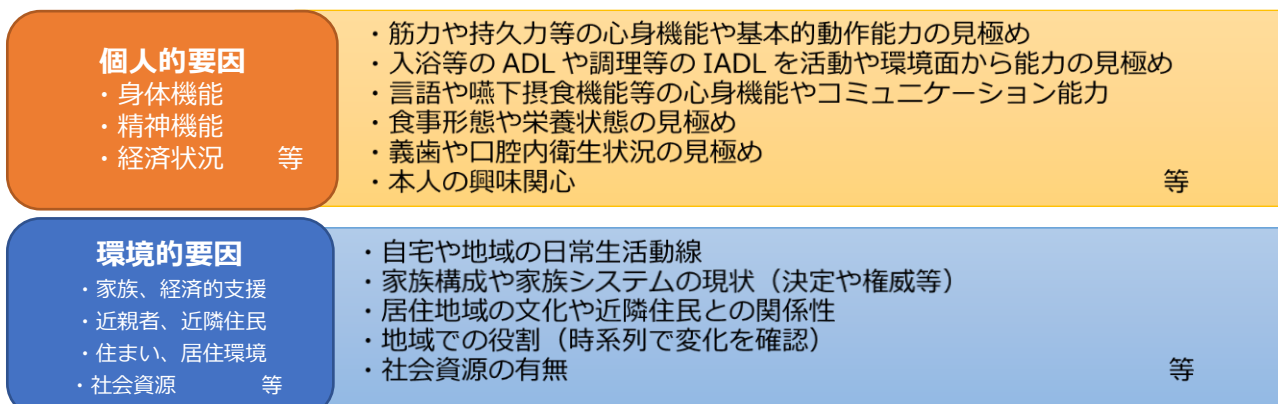
## (4) アセスメントの視点



介護予防ケアマネジメントは、利用者の心身機能や生活機能、意欲等のアセスメントが重要となります。しかし、利用者個々により生活課題やレベルが違うため、利用者の心身の状態や生活課題等をより具体的に把握するための情報を収集しながら、本人の望む生活（＝したい）と現状の生活（＝うまくできていない）のギャップについて、要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題」を明らかにしていかなければいけません。

運動機能、栄養・食事、口腔機能、認知、社会参加等のアセスメントに、多職種に参与してもらうことにより、見落としていた課題等の意見を得ることもできます。

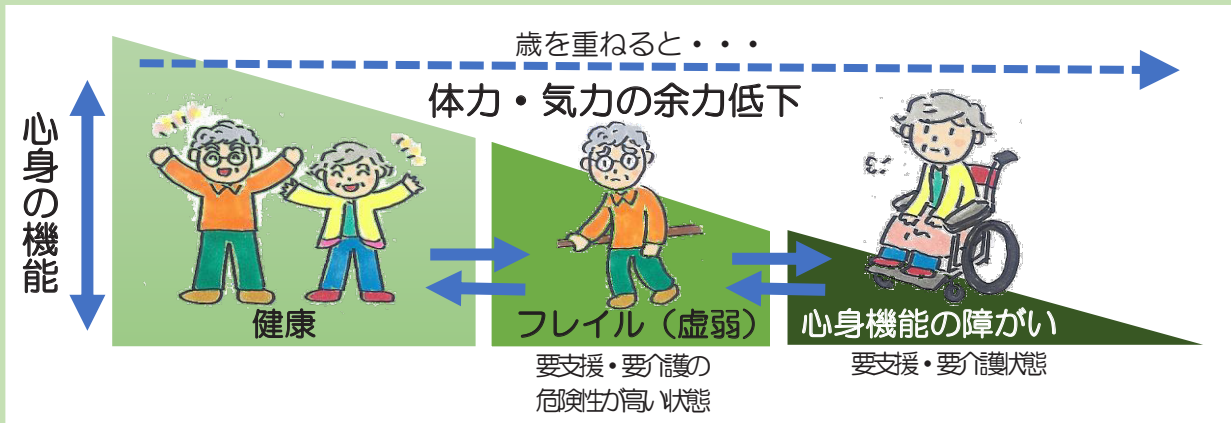
### ◎生活不活発病には、どのような原因があるか



このケースは多職種協働のアセスメントの結果、生活不活発病の原因は、口腔機能の低下であったことが判明しました。  
 ★口腔内の乾燥、残渣物がみられる場合、誤嚥性肺炎の恐れもあるため、判断に悩んだら、かかりつけ医やかかりつけ歯科医師に相談することが必要です。

## フレイルとは

加齢とともに運動機能や認知機能等が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態ですが、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像とされており、健康な状態と日常生活でサポートが必要な状態の中間を意味します。多くの方は、フレイルを経て要介護状態へ進むと考えられており、フレイルに早く気づき、正しく治療や予防することが大切です。



## 2. 介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

### (1) 総合事業の類型について

厚生労働省のガイドラインにおいて、サービス類型が例示されています。

総合事業のサービスは、利用者の状態や置かれている環境等により、住民主体の支援等も含め、様々なサービスを組み合わせ総合的に提供される仕組みとなっています。

市町村は以下の典型的な例を参考にしつつ、既存の社会資源や地域ニーズを踏まえ、地域の実情に応じたサービスを検討していきます。

### ○訪問型サービスの例

種別	従前の訪問介護相当	多様なサービス		
		緩和した基準によるサービス	住民主体による支援	短期集中予防サービス
サービス内容	身体介護を含む老計第10号に定める範囲	身体介護を除く老計第10号に定める範囲	保険外のサービスも含めた生活援助等	保健師等による居宅での相談支援等
想定されるサービス提供者	有資格者	主に雇用労働者 ※一定の研修を受講した者	ボランティア主体	保健・医療の専門職
主な対象ケース	専門職によるサービスが必要と認められる要支援者等	要支援者等 ※状態等を踏まえながら多様なサービスの利用を促進		閉じこもりやうつ、認知機能低下者や居宅でのADLやIADL改善に向けた支援が必要なケース

## ○通所型サービスの例

種別	従前の通所介護相当	多様なサービス		
		緩和した基準によるサービス	住民主体による支援	短期集中予防サービス
サービス内容	保険給付における通所介護と同様	基本的に従来の保険給付と同等のサービス（短時間化したサービス）等	要支援レベルも対象にしたサロン等の通いの場	具体的な生活における困りごとを解消すること目指した利用者の個別性に応じた機能訓練
想定されるサービス提供者	通所介護事業所の従事者	雇用労働者＋ボランティア（一定の研修を受講した者）	NPO や地域住民主体（ボランティア）	保健・医療の専門職
主な対象ケース	多様なサービスの利用が難しい要支援者等	要支援者等 ※状態等を踏まえながら多様なサービスの利用を促進		生活不活発による機能低下や健康管理の維持・改善、ADL や IADL 改善に向けた支援が必要なケース

## ○一般介護予防事業（関連するもの）

種別	地域介護予防活動支援事業（通いの場関係）	地域リハビリテーション活動支援事業
サービス内容	介護予防に資する住民運営の通いの場づくり ・体操、運動等の活動 ・趣味活動を通じた日中の居場所づくり ・交流会、サロン 等	リハビリテーション専門職が、通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を総合的に支援
想定されるサービス提供者	地域住民主体	リハビリテーション専門職 等（市町村、委託事業者）
主な対象ケース	主に日常生活に支障のない者であって、通いの場に行くことによって、介護予防が見込まれるケース	— （対象者個人へのサービス提供ではない）

## （2）短期集中予防サービスについて

短期集中予防サービスは、保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえて生活行為の改善を目的とし、3～6か月の期間限定で効果的な介護予防プログラムを実施し、生活機能の改善を目指すサービスです。なお、効果的な取組ができると判断される場合には、訪問型サービスと通所型サービスを組み合わせて実施することもできます。

### 通所型サービス

- ・生活行為に支障がある者を対象に、専門職が居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問をした上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした介護予防プログラムを実施。

### 訪問型サービス

- ・閉じこもり等のため通所への参加が困難で、訪問による支援が必要と認められる者を対象に、その者の居宅を訪問し、生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施。

### (3) 短期集中予防サービスにおけるプロセス

自立支援に資するサービスを提供するためには、PDCA サイクルを意識した支援が求められています。サービス開始後においても、最初に設定した計画の目標に対して、その進捗度がどの程度かの評価を行いながらモニタリングを実践していく必要があります。

また、ケアマネジャー・専門職や他の介護サービス事業所など利用者の支援に関わるメンバーとの連絡を密にし、各アセスメント結果を共有する（カンファレンスの実施）とともに、支援内容や方針について共通の理解を持ち、支援していくことが重要です。

#### 1クール（3か月間）実施の場合《例》

利用者の選定（研修や地域ケア会議等により短期集中予防サービスの利用者の状態像の共有）

事前

##### 事前アセスメント（事前訪問）【カンファレンス】の実施

- ・生活・身体面の状況、自宅環境（自宅内や自宅周辺など）
- ・動作
- ・目標、課題の明確化（課題整理総括表・生活機能評価）
- ・栄養状態のアセスメント
- ・口腔面のアセスメント ……等について確認

1か月目

##### 初回アセスメント【カンファレンス】の実施

- ・個々の生活課題を明確にするアセスメントや目標設定と具体的な支援内容についての妥当性を議論し、リスク管理に不足はないか、動機づけの方法では他に方法はないかなど、具体的な実践に向けての議論

2か月目

##### 中間アセスメント【カンファレンス】の実施

- 実施の支援を巡り、丁寧なモニタリングを行うことで、当初立てた目標が高すぎたり、低すぎたりしないかも踏まえて、随時目標や支援内容に修正を加える

3か月目

##### 終了前アセスメント【カンファレンス】の実施

- モニタリングの評価を行って、終了後の生活を検討し、身近な通いの場等に結び付くよう働きかける。

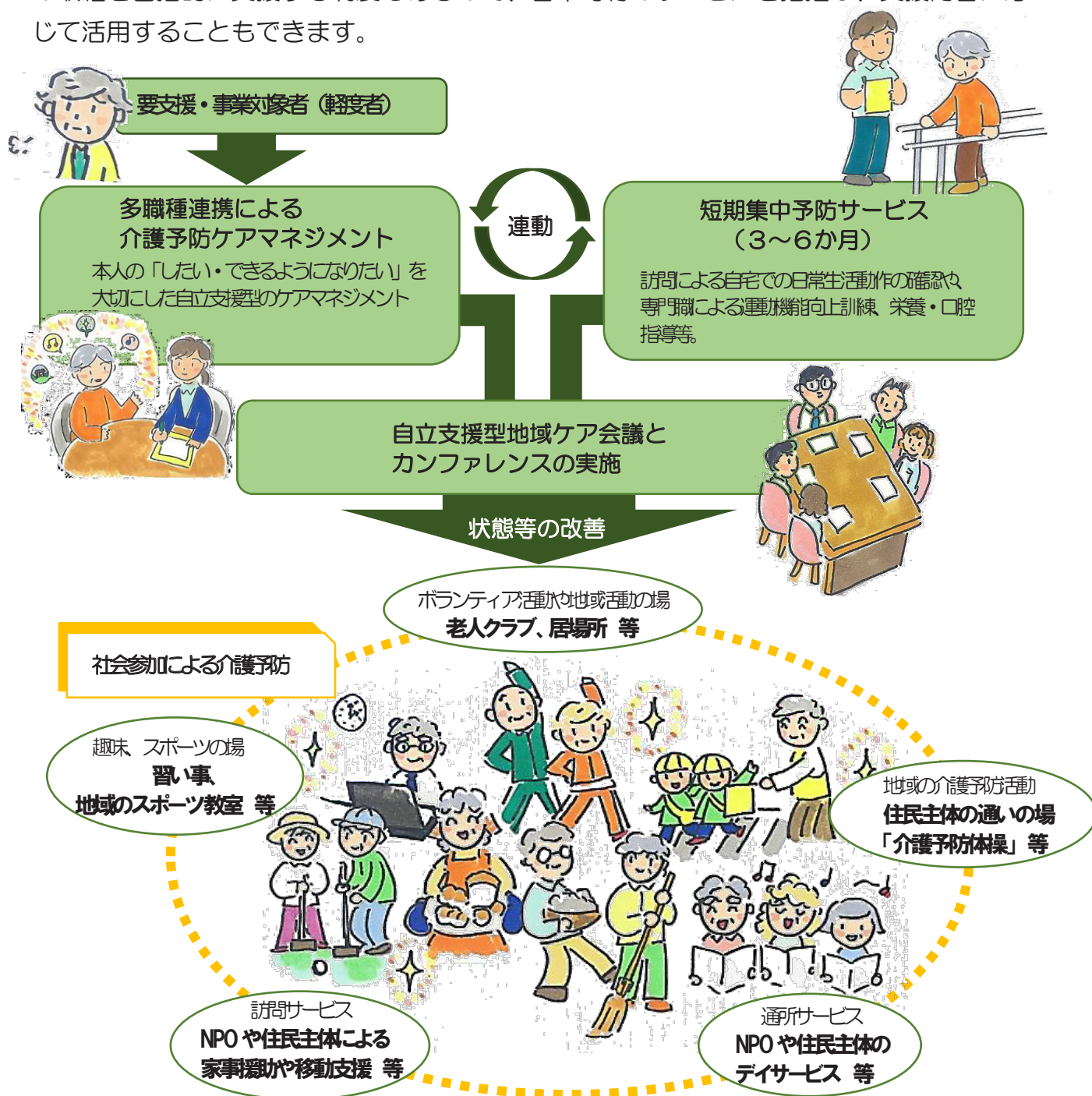
○他のサービスや支援（栄養面・口腔面等）との連動  
 ○必要に応じて通所と訪問サービスを組み合わせる実施  
 ○カンファレンスを実施し、アセスメント結果や支援内容をチームで共有。

終了後はボランティアや住民運営の居場所への参加、趣味の再開等の役割の再獲得

## (4) 他のサービスとの連携・連動性

短期集中予防サービスは、利用者の選定から機能回復後の社会参加等につなぐところまでを一連のものとして考え、①地域ケア会議、②短期集中予防サービス、③住民主体の通いの場といった支援活動間の「連携」「連動性」を意識しつつ、一体的に取り組むことが重要です。

地域リハビリテーション活動支援事業として、リハビリテーションの専門職等が通所型サービス、訪問型サービス、地域ケア会議、住民主体の通いの場等に派遣され、介護予防の取組を包括的に支援する制度もあるので、各市町村のサービスを把握し、支援内容に応じて活用することもできます。



※担い手確保、生きがいづくり、見守りなど地域力向上にもつながる。

## 事例 A さん 2クール（6か月間）実施の場合

83歳女性 要支援2 独居

もともと趣味が多く社会的であったが、自転車走行中に転倒し、足を骨折し手術。

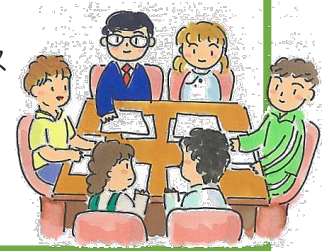
退院後、サービスを利用しつつ在宅で生活していたが、生活不活発による下肢筋力低下がみられる。

- <利用サービス>
- ① 自宅玄関の上がり框の段差（30cm）に両手すり付き踏み台のレンタル
  - ② ベッドサイドに置き型手すりをレンタル
  - ③ 訪問介護と特化型リハビリデイサービス（週2回）を利用



### ① 利用者の選定

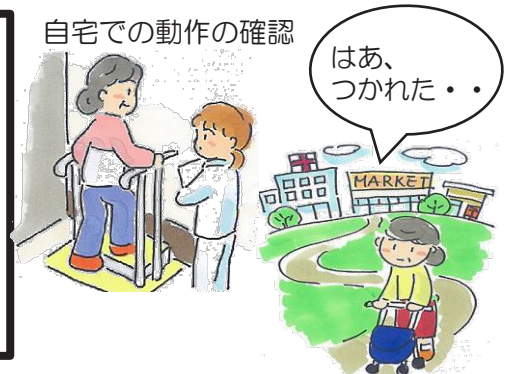
目標を「一人で歩いて買い物に行く（片道800m）」にしていたが、デイサービスに2年間通っても達成されなかったため、地域ケア会議で検討し、短期集中の通所事業所でトレーニング（週2回）を行うことになる。チェックリストでは、栄養状態は問題なかったが、口腔は「むせ」にチェックがあったため、事前訪問時に詳細のアセスメントを行う。



### ② 事前訪問

- ・屋外歩行（T字杖）の確認。  
→歩行が不安定で、持久力の低下もあり約200mが限界。
- ・IADL→時間はかかるが自立。
- ・上り框の昇降の際に足関節の可動域制限・筋力低下のため何かに掴らないといけないが、下肢筋力が向上すれば安全・安楽に行えるようになる。
- ・「むせ」は落ち着いており、口腔・栄養の集団指導で対応。

自宅での動作の確認



自宅近辺の環境確認

### ③ 初回アセスメントの実施

3か月後の方針をケアマネも含めアセスメント。

**目標：買い物カートを引っ張って800m先のスーパーに行く。**

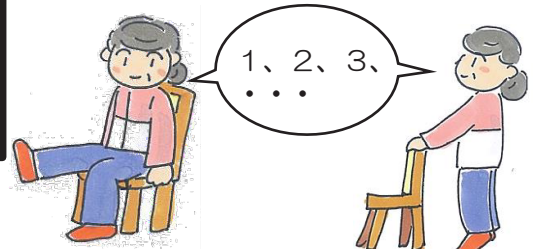
体力測定とご本人の活動を聞き取り、プログラムを構築。



### 主な支援プログラム



下肢筋力強化の体操



1か月目（4か月目）

2か月目（5か月目）



3か月目（6か月目）

機能回復後にやってみたい活動を聞き取り、活動の場へつなぐ



持久力UPの体操



自宅の環境調整やスーパーまでの動作確認



### ⑤ 終了前アセスメント・訪問評価の実施

終了後を見据えて生活課題の変化と今後の課題整理のため自宅を訪問。

- 買い物が課題であったため、買い物カートを引き800m先のスーパーまでの動作確認。
- 上り框に縦手すりを設置（住宅改修）し、13cmの踏み台をホームセンターで購入。

最終的に買い物は自立。持久力が増加したため、家事等も楽に行えるようになった。



6か月後

サービス終了後、家事も自分で行き、住民主体の体操教室にも週1回参加している。

元気になって豊かな生活を・・・



## ポイント

### ① 利用者の選定

研修や地域ケア会議等により要支援者等の状態像に応じた短期集中予防サービス利用のイメージを共有

### ② 事前訪問

短期集中予防サービス事業所によるアセスメント（事前訪問）

専門職のいない事業所では、地域リハビリテーション活動支援事業の活用も検討

### ③ 初回アセスメント

生活課題を明確にするアセスメントや目標設定と支援内容など、具体的な実践に向けての議論

専門職のいない事業所では、地域リハビリテーション活動支援事業の活用も検討（中間、終了も同様）

### ④ 中間アセスメント

丁寧にモニタリングし、当初立てた目標の到達状況を確認し、随時、目標やプログラムを修正

### ⑤ 終了前アセスメントと訪問評価

モニタリングの評価及び終了後の生活を検討し、身近な通いの場等に結び付くよう働きかける。

終了後はボランティアや住民運営の居場所への参加、趣味の再開等



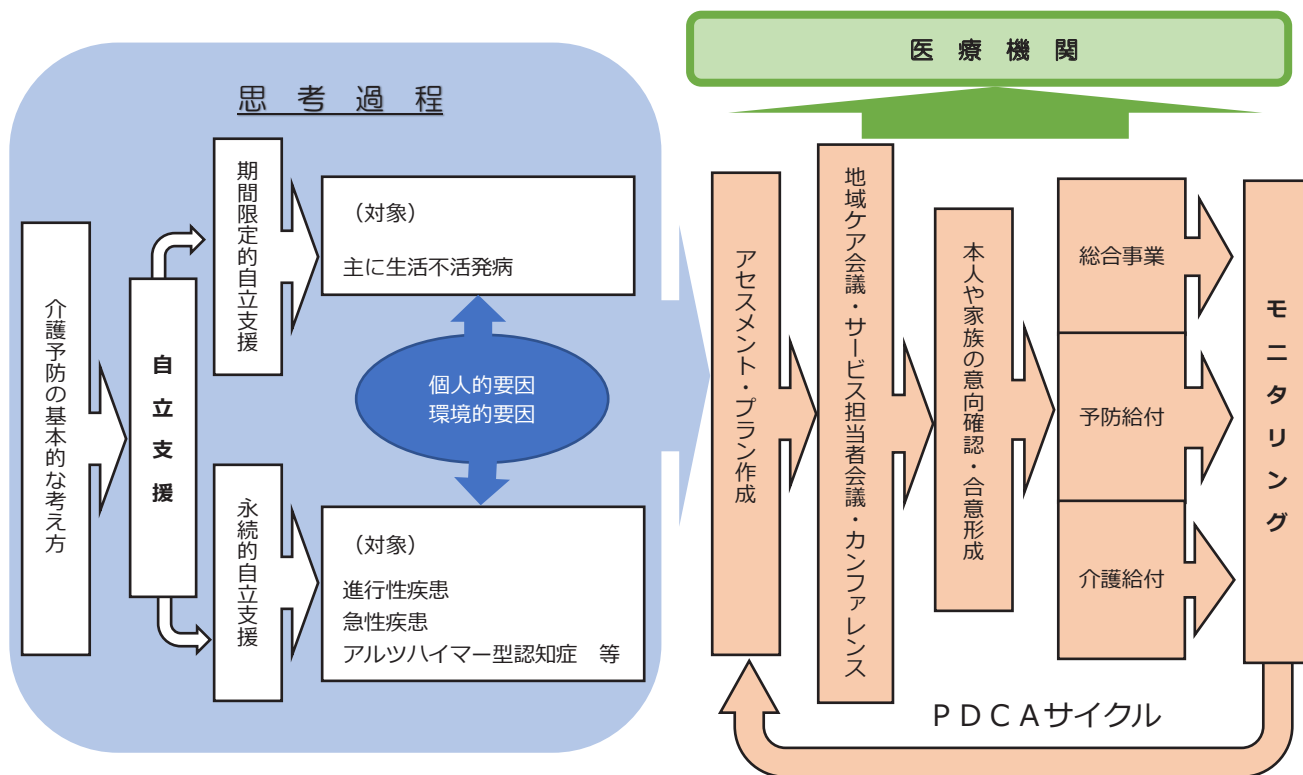
利用者本人の承諾を得て、初回と終了時の体力測定動画を撮影しておく、利用者本人への説明や住民啓発などに活用できる。

撮影時のポイントは、利用者の状態が改善しているのが一目で分かるように、初回と終了時は同じ場所、カメラ、アングルで撮影すること。

### 3. 医療と介護の連携について

短期集中予防サービスでは運動が中心となるため、安全に参加していただくには、留意すべき事項等について、主治医から事前に意見等を得ておく必要があります。特に事業対象者は要支援認定をえていないため、主治医意見書を参考にすることができないので利用者の同意を得た上で、診療情報提供書を取得するなどの対応が考えられます。

また、生活課題（個人的要因、環境的要因）が生活不活発からくる筋力低下等であれば短期集中予防サービス（期間限定的自立支援）によって、心身機能の向上が期待できますが、進行性の疾患や認知症等といった場合には、医療機関と連携の上、状態等に応じた永続的な支援が必要となるので、利用者の状態像を常にモニタリングし、「様子が何か変だな」と些細な気づきでも、すぐに医療機関に相談することが大切です。



- (出典) 1) 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」 厚生労働省 抜粋（一部修正）  
 2) 「地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC」 社会保険研究所 抜粋（一部修正）  
 3) 「新しい総合事業の移行戦略ー地域づくりにむけたロードマップー」 三菱UFJリサーチ&コンサルティング  
 4) 「事業所向け自立支援マニュアル」 埼玉県 抜粋（一部修正）  
 5) 「健康長寿ネット」 公益財団法人長寿科学振興財団（一部修正）