

地域包括ケア推進コース 導入研修 講義 2



一般社団法人 日本言語聴覚士協会

地域包括支援センターの機能と役割

地域包括支援センターについて

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援することを目的とする施設。（介護保険法第115条の46第1項）

総合相談支援業務

住民の各種相談を幅広く受け付けて、
制度横断的な支援を実施

多面的（制度横断的）支援の展開

行政機関、保健所、医療機関、
児童相談所など必要なサービスにつなぐ

介護サービス ボランティア

ヘルスサービス 成年後見制度

地域権利擁護 民生委員

医療サービス 虐待防止

介護相談員 障害サービス相談

生活困窮者自立支援相談

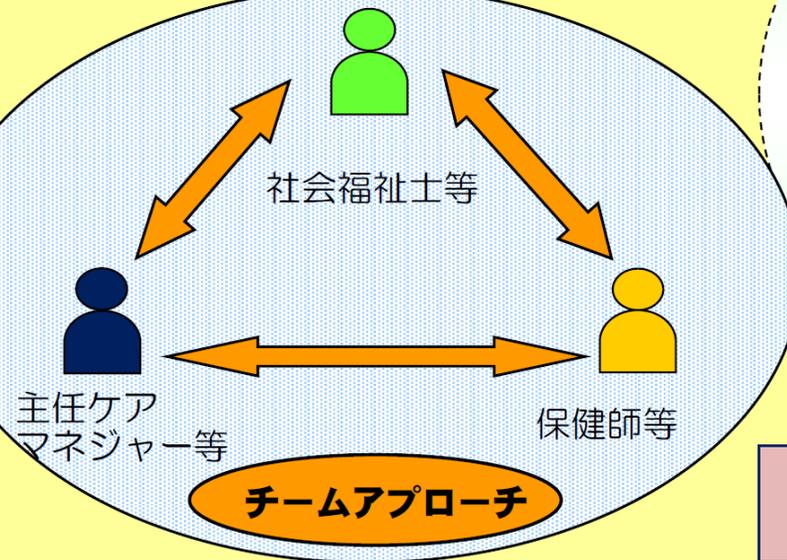
介護離職防止相談

権利擁護業務

- ・成年後見制度の活用促進、
高齢者虐待への対応など

包括的・継続的ケアマネジ メント支援業務

- ・「地域ケア会議」等を通じた自立支援型ケアマネジメントの支援
- ・ケアマネジャーへの日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言



介護予防ケアマネジメント (第一号介護予防支援事業)

要支援・要介護状態になる可能性のある方に対する介護予防ケアプランの作成など

全国で5,351か所
(ブランチ等を含め7,386か所)

※令和3年4月末現在
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ。

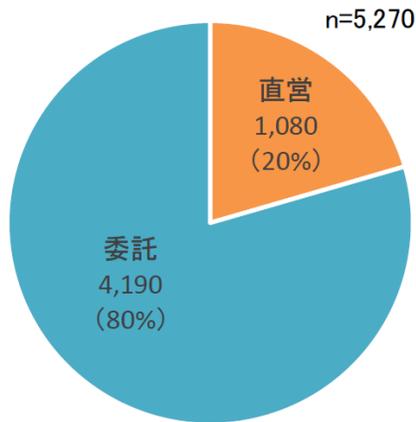
地域包括支援センターの設置状況

- 地域包括支援センターはすべての市町村に設置されており、全国に5,351か所。（うち、5,270箇所（圏域あり））
- 地域包括支援センターの運営形態は、市町村直営が20.5%、委託型が79.5%で、委託型が増加傾向。

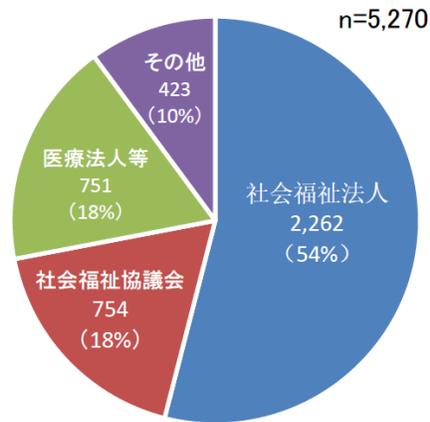
◎地域包括支援センターの設置数（令和3年4月末現在）

地域包括支援センター設置数	5,351か所
ブランチ設置数	1,688か所
サブセンター設置数	347か所
センター・ブランチ・サブセンター合計	7,386か所

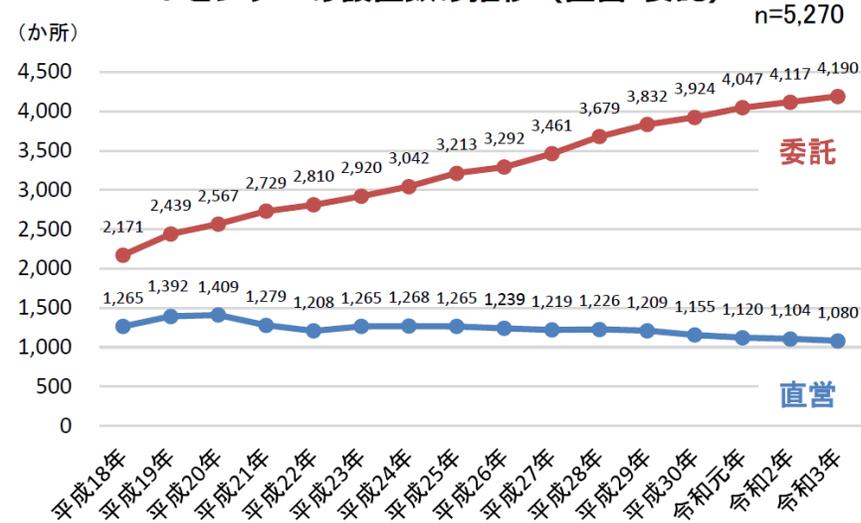
◎直営・委託の割合 （令和3年4月末現在）



◎委託先法人の構成割合 （令和3年4月末現在）



◎センターの設置数の推移（直営・委託）

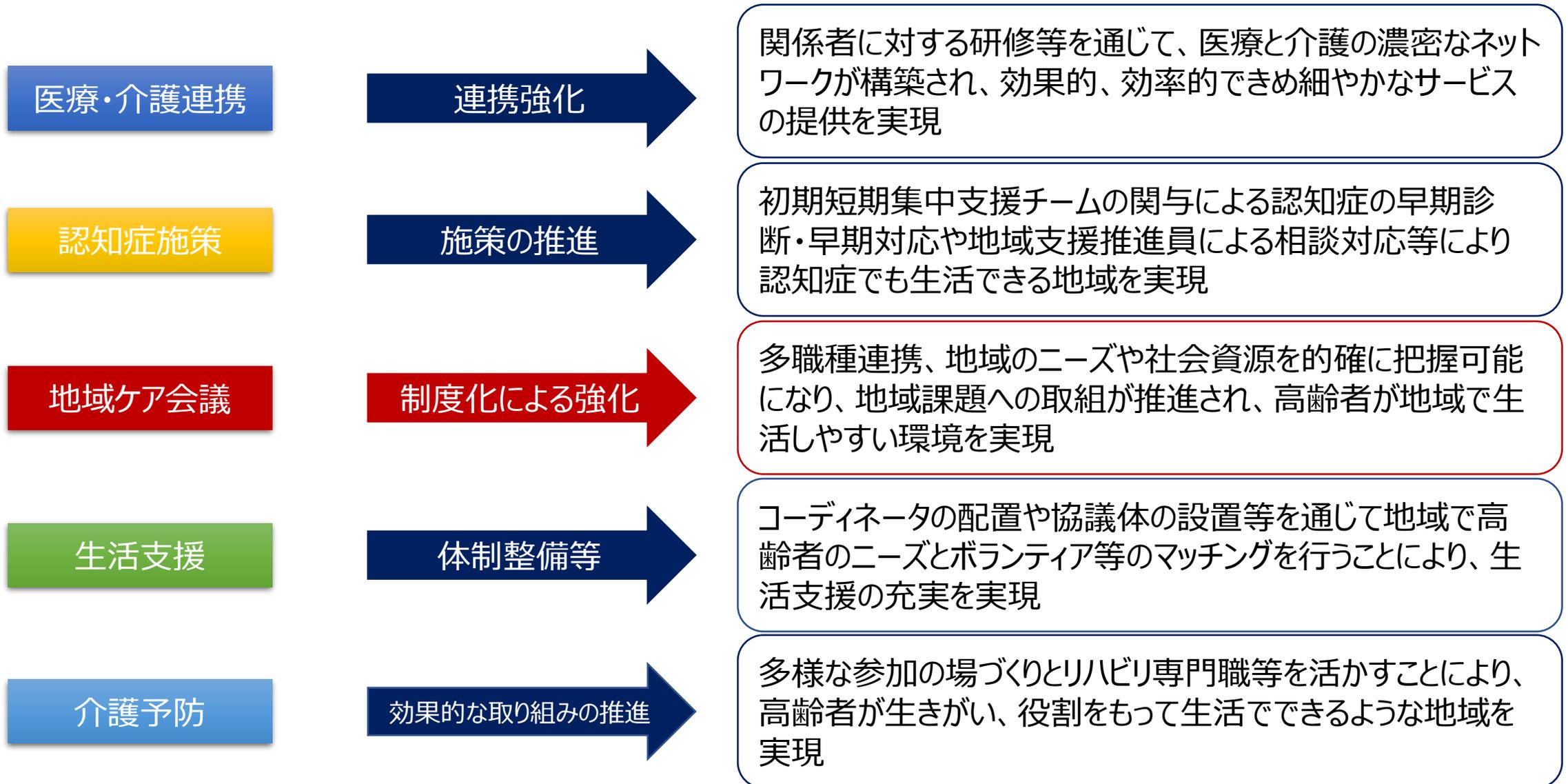


（出典）

H29調査まで：老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
H30調査から：地域包括支援センター運営状況調査（厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ）

※直営・委託型の地域包括支援センターは、5,270箇所（圏域あり）を集計対象とする。

地域包括支援センターの機能強化



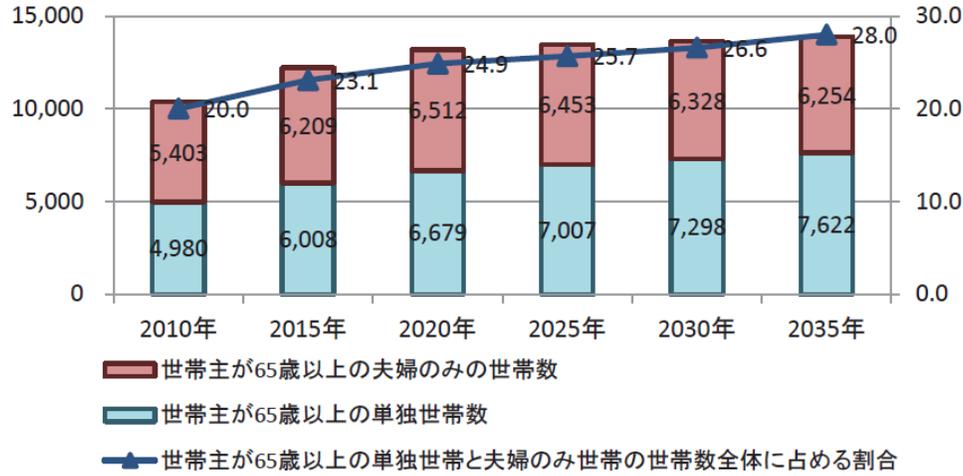
地域支援事業の各事業ごとの目的等

事業		目的	概要	補助経費
総合事業	介護予防・生活支援サービス事業	地域における生活支援や介護予防のサービスの充実を図る。	訪問型サービス、通所型サービス等を実施する。	サービス提供に関する人件費、間接経費等。
	一般介護予防事業	高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を図る。	住民主体の通いの場を充実、リハビリテーション専門職等の関与により、介護予防の推進を図る。	通いの場の運営のための間接経費等
包括的支援事業	地域包括支援センターの運営	相談の受付や制度横断的支援、高齢者虐待への対応、支援困難事例の対応等を通じて住民の健康の保持及び生活の安定等を図る	総合相談支援、権利擁護、ケアマネジメントの支援、介護予防ケアマネジメントを実施する。	センターに配置される保健師等の人件費等。
	地域ケア会議の開催	地域の多様な関係者による検討の場を通じて、支援や支援体制の質の向上を図る。	保健医療や福祉の専門職等が参画し、個別事例や地域課題の検討を行う。	会議に参加する者への謝金等。
	在宅医療・介護連携推進事業	地域の医療・介護の関係団体が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するための必要な支援を行う。	地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を実施する。	会議開催、研修会開催に係る経費等
	認知症総合支援事業	認知症の早期診断・早期対応や認知症ケアの向上等の体制整備を図る。	認知症初期集中支援チームによる支援と認知症地域支援推進員による地域の体制整備を行う。	チームや推進員の運営費等
	生活支援体制整備事業	多様な日常生活上の支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加を推進する。	生活支援コーディネーターの設置による地域資源の開発等。	生活支援コーディネーターの人件費等。
任意事業	介護給付費等適正化事業	介護保険事業の運営の安定化のため、介護給付費等の費用の適正化を行う。	認定調査状況のチェック、ケアプラン点検、住宅改修等の点検等。	適正化業務を行う者の人件費等。
	家族介護支援事業	現に介護を行う家族に対する支援を通じて介護負担の軽減等を行う。	介護知識や技術に関する教室や介護者同士の交流会の開催等。	教室や交流会の開催経費等。

被保険者が要介護状態等となることを予防し、日常生活において必要なサービス等を行うことで、高齢者が社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援

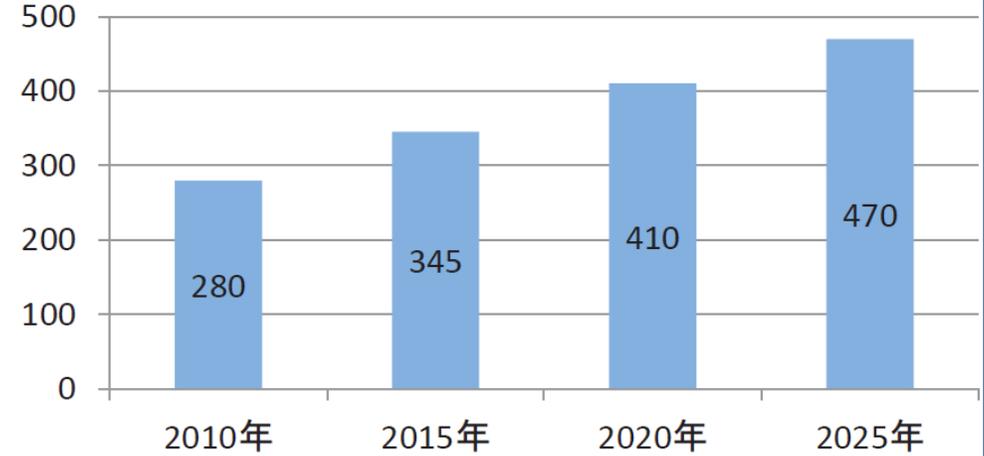
(参考)生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



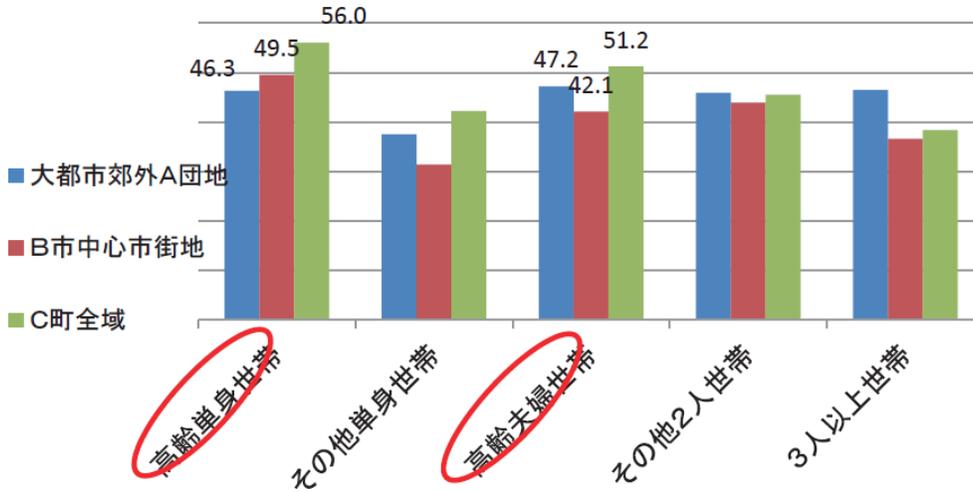
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計(全国推計)」

認知症高齢者数の将来推計 (単位:万人)



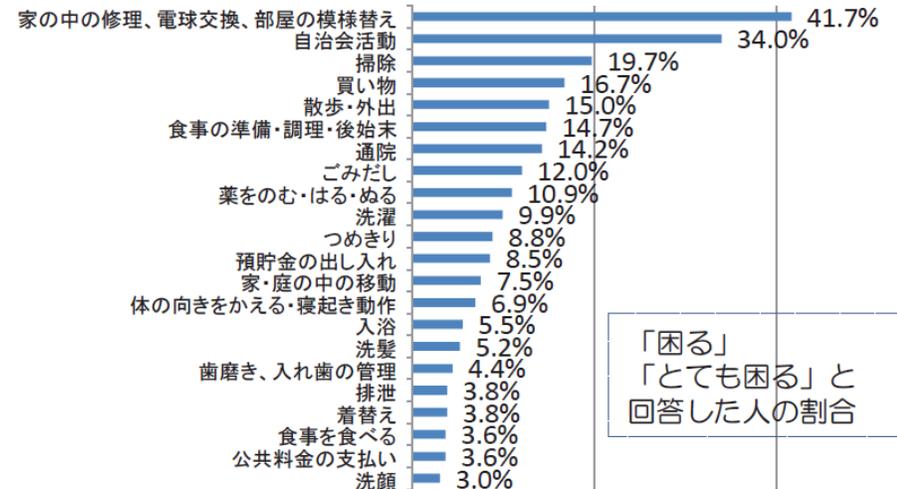
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について,厚生労働省

買い物で不便や苦労がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること (愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者 n=379)

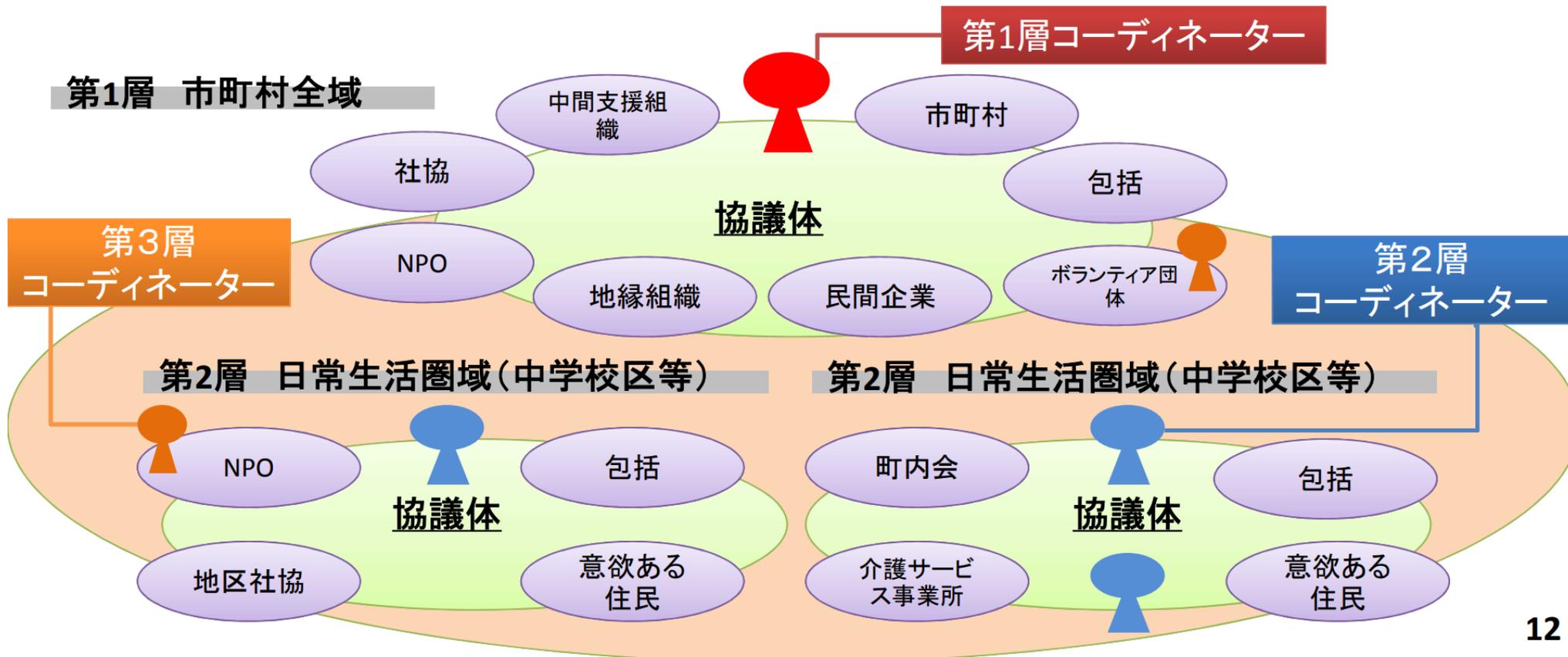


「困る」
「とても困る」と
回答した人の割合

平成23年度老健事業、1人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査(みずほ総研)

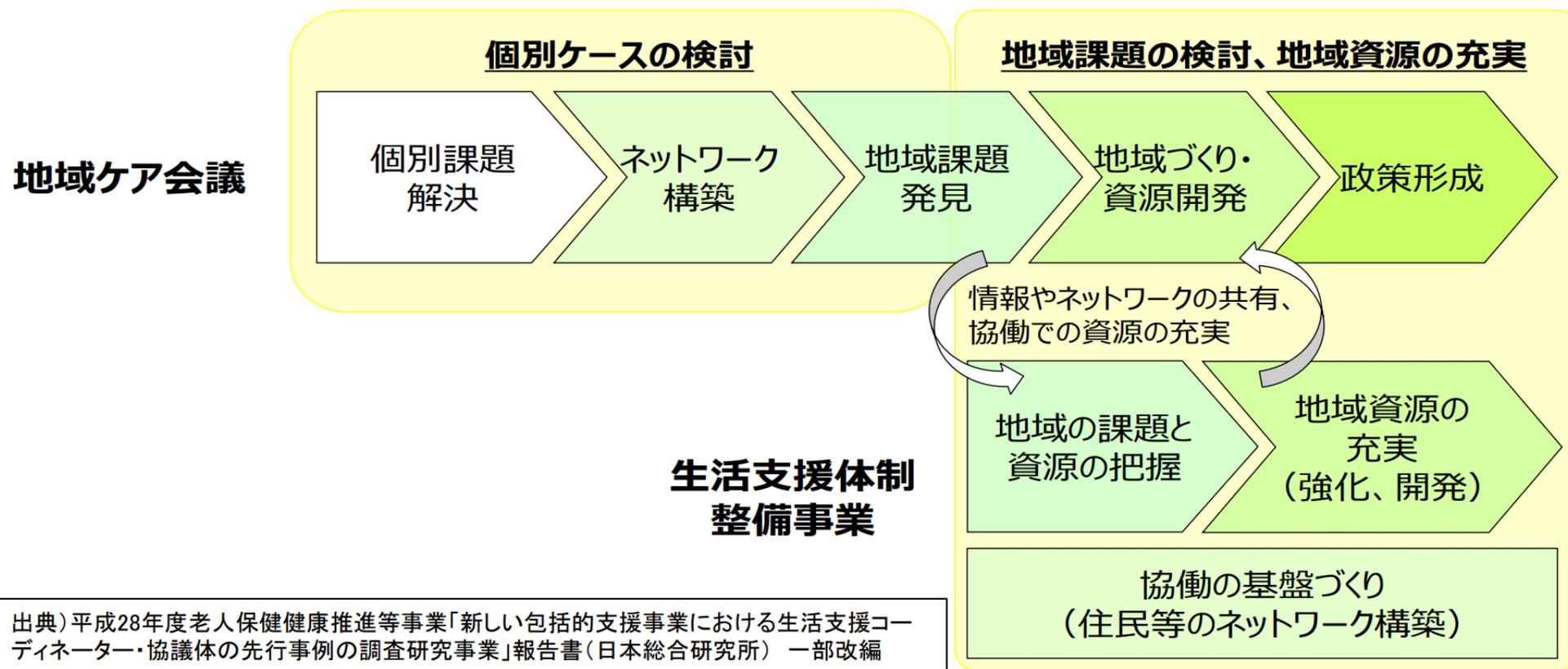
コーディネーター・協議体の配置・構成のイメージ

- コーディネーターとして適切な者を選出するには、「特定の団体における特定の役職の者」のような充て職による任用ではなく、例えば、先に協議体を設置し、サービス創出に係る議論を行う中で、コーディネーターにふさわしい者を協議体から選出するような方法で人物像を見極めたうえで選出することが望ましい。
- 協議体は必ずしも当初から全ての構成メンバーを揃える必要はなく、まずは最低限必要なメンバーで協議体を立ち上げ、徐々にメンバーを増やす方法も有効。
- 住民主体の活動を広める観点から、特に第2層の協議体には、地区社協、町内会、地域協議会等地域で活動する地縁組織や意欲ある住民が構成メンバーとして加わることが望ましい。
- 第3層のコーディネーターは、サービス提供主体に置かれるため、その提供主体の活動圏域によっては、第2層の圏域を複数にまたがって活動が行われたり、時には第1層の圏域を超えた活動が行われたりすることも想定される。



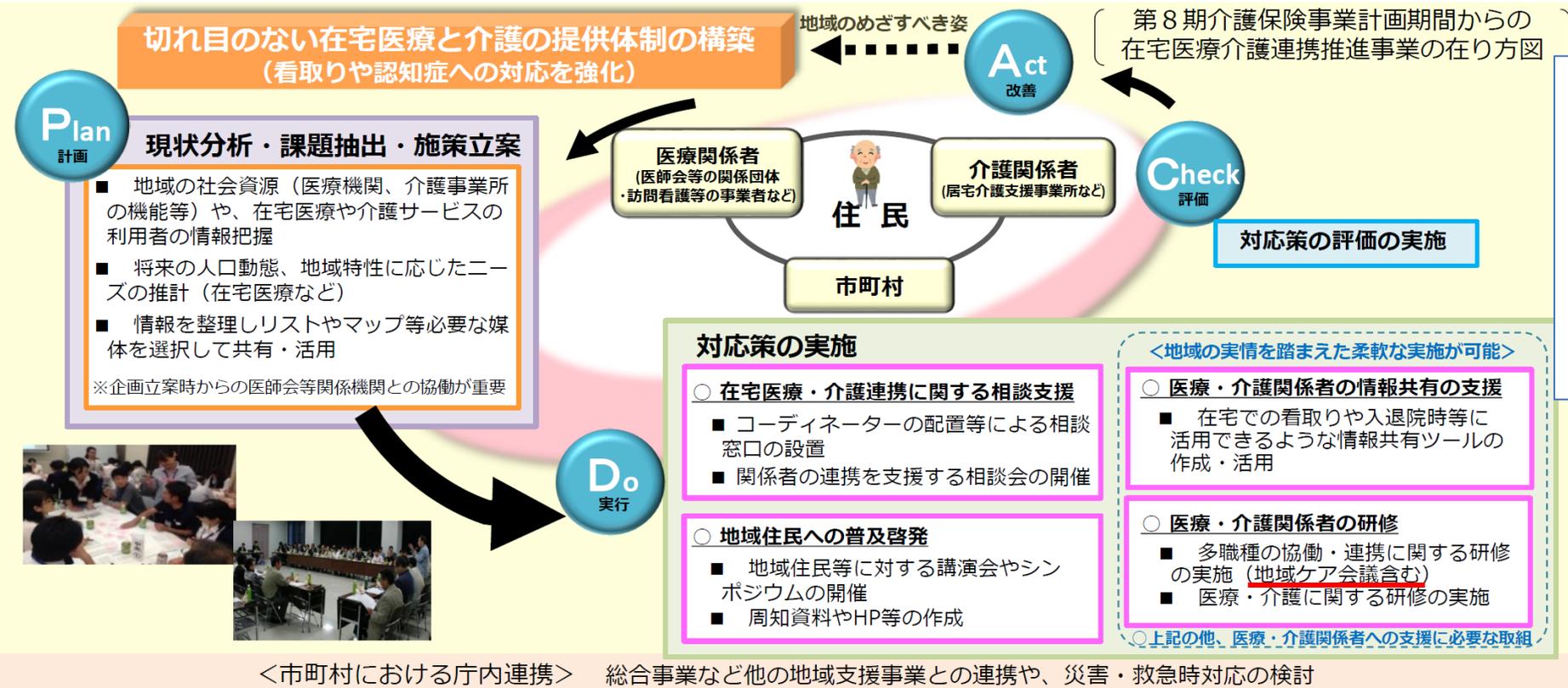
“協議体”と“地域ケア会議”の関係性

- 地域ケア会議では、個別ケースの検討を通じた多職種協働のケアマネジメント支援、支援ネットワークの構築、地域課題の抽出を行う。個別の課題解決にとどまらず、個別支援の検討を積み重ねることで、地域としての課題や、地域資源活用の成功要因を見出す機能を担う。
- 協議体は、生活支援コーディネーターを組織的に支えるとともに、多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することを目的としており、地域ケア会議と求められている機能や役割が異なっている。
- 個別ケースの検討を中心に行っている場合は、地域ケア会議で把握した地域の課題や資源の情報を協議体や生活支援コーディネーターが受け取ることで、住民や団体・企業を中心とした地域づくり・資源開発に活かすことが可能。



出典)平成28年度老人保健健康推進等事業「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業」報告書(日本総合研究所) 一部改編

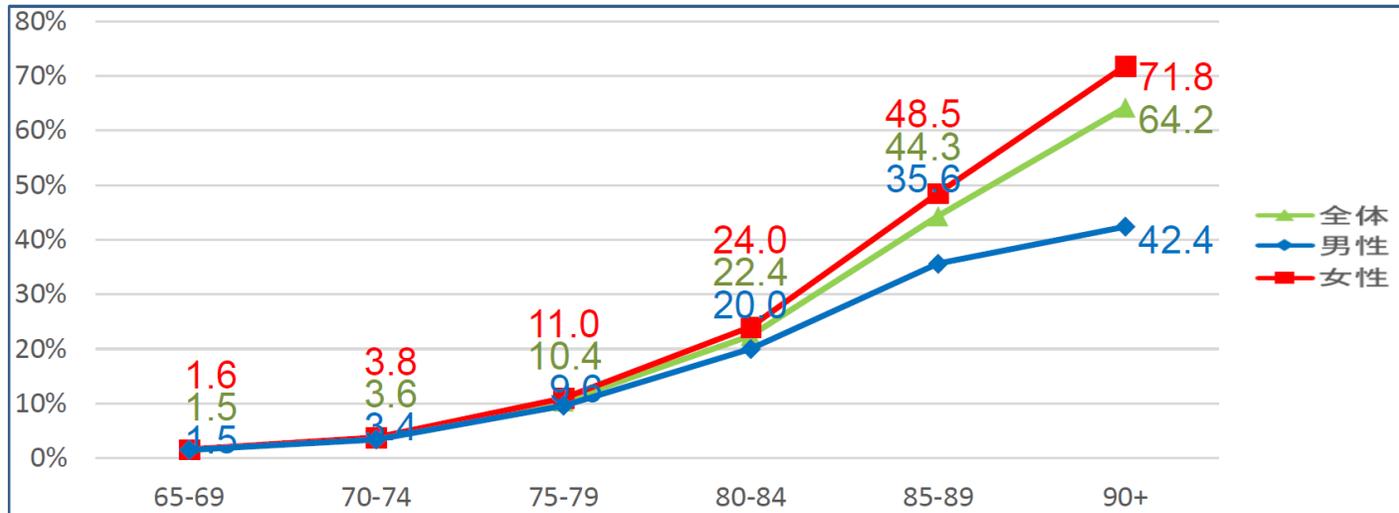
- 在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。
- 平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。
- 令和2年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。



主に4つの場面を想定

1. 日常の療養支援
2. 看取り
3. 急変時の対応
4. 入退院支援

年齢階級別の認知症有病率について (一万人コホート年齢階級別の認知症有病率)



日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
 悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果(解析対象 5,073人)
 研究代表者 二宮利治(九州大学大学院)提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和22年 (2040)	令和32年 (2050)	令和42年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計(※) 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

(※) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
 本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の進捗状況及び今後の方向性

策定経緯・取り巻く状況

- 高齢者の4人に1人が認知症またはその予備軍とされ、今後も増加が見込まれる。
- 2014年の認知症サミット日本後継イベントにおいて、安倍総理の指示を受け2015年1月に新オレンジプランを策定。

進捗・取組状況

- 2017年7月に改定した数値目標（2020年度末）は15項目設定（次ページ）
 - 認知症サポーターの養成 : 1,144万人（2019年3月末）
 - 認知症サポート医の養成 : 8,000人（2018年3月末）
 - 認知症初期集中支援チームの設置 : 1,739市町村（2019年3月末）
 - 認知症カフェの設置 : 1,265市町村（約6千カ所）（2018年3月末） など
- 認知症サポーターの養成について、大人だけでなく小中学生にも広げると共に、認知症の方に関わることの多い業界（金融機関、交通機関、マンション管理など）でも拡大
- 本人・家族視点を重視した、認知症の当事者・家族の方による発信の拡充、社会参加の推進
- 成年後見制度利用促進基本計画に基づく施策の着実な推進
「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定
- 新オレンジプランを契機に新たな取組を開始した自治体も多く、認知症の方とその家族を支援する地域資源は着実に増加

今後の方向性

- 厚生労働省が中心的役割を担い、引き続き「共生」を重視しつつ、「予防」の取組も一層強化し、車の両輪として取り組む。

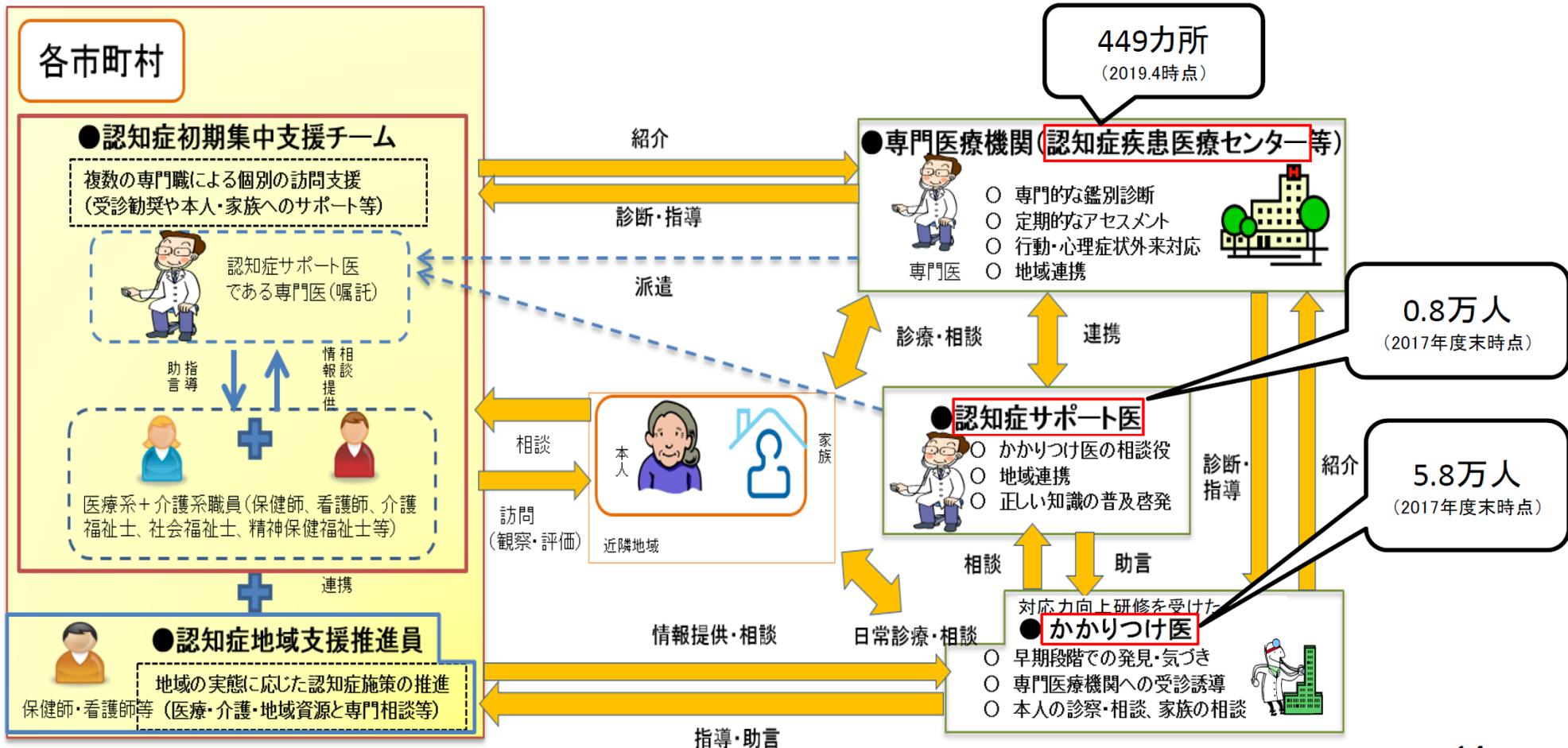
共生



予防

新オレンジプランに基づく早期診断・早期対応の体制

- かかりつけ医等の認知症対応力向上や専門機関における認知症の診断体制を整備
- 認知症の初期の支援を包括的に行う認知症初期集中支援チーム、地域のネットワーク構築などを進める認知症地域支援推進員の全市町村への設置を推進



認知症の方やその家族に対応する各機関等の役割と実績等

	機能	箇所数／職員数／実績等
認知症初期 集中支援 チーム	<p>○認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、<u>アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行う。</u></p> <p>○地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保することとしている。</p> <p>○地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等に配置される。</p>	<p>○実施市町村数:1,741市町村(全市町村) 設置チーム数:2,519チーム チーム員総数:14,951人 (令和3年度末)</p> <p>○実績(令和3年度末)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問実人数:16,405件 ・医療サービスにつながった者:84.6% ・介護サービスにつながった者:66.1%
認知症サポート 医	<p>○認知症サポート医は、認知症の人の診療に習熟し、<u>かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる。</u></p> <p>○かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築、各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力、都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師等を担う。</p> <p>○認知症サポート医の養成研修の実施主体は都道府県及び指定都市であり、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター(愛知県大府市)に委託して実施するものとしている。</p>	<p>○1.2万人(令和3年度末)</p>
認知症疾患 医療センター	<p>○認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る(H20年度創設)。</p> <p>○専門的医療機能として、鑑別診断とそれに基づく<u>初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応、患者家族への電話・面談等の専門医療相談を実施。</u></p> <p>○地域連携拠点機能として、認知症に関する情報発信・普及啓発、認知症医療に関する連携体制強化、認知症者の家族や地域住民等を対象とした研修等を実施。</p> <p>○診断後等支援機能として、本人や家族に対し、今後の生活等に関する不安が軽減されるよう、専門的職員による相談支援や、ピア活動、交流会等を実施。</p>	<p>○全国に499カ所(令和4年10月現在)。</p> <p>○専門医等を1名以上配置。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基幹型・地域型では、臨床心理技術者1名以上、精神保健福祉士又は保健師等を2名以上配置、 ・連携型では、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を1名以上配置。 <p>○相談実績:延べ216,156件(令和2年度)</p>

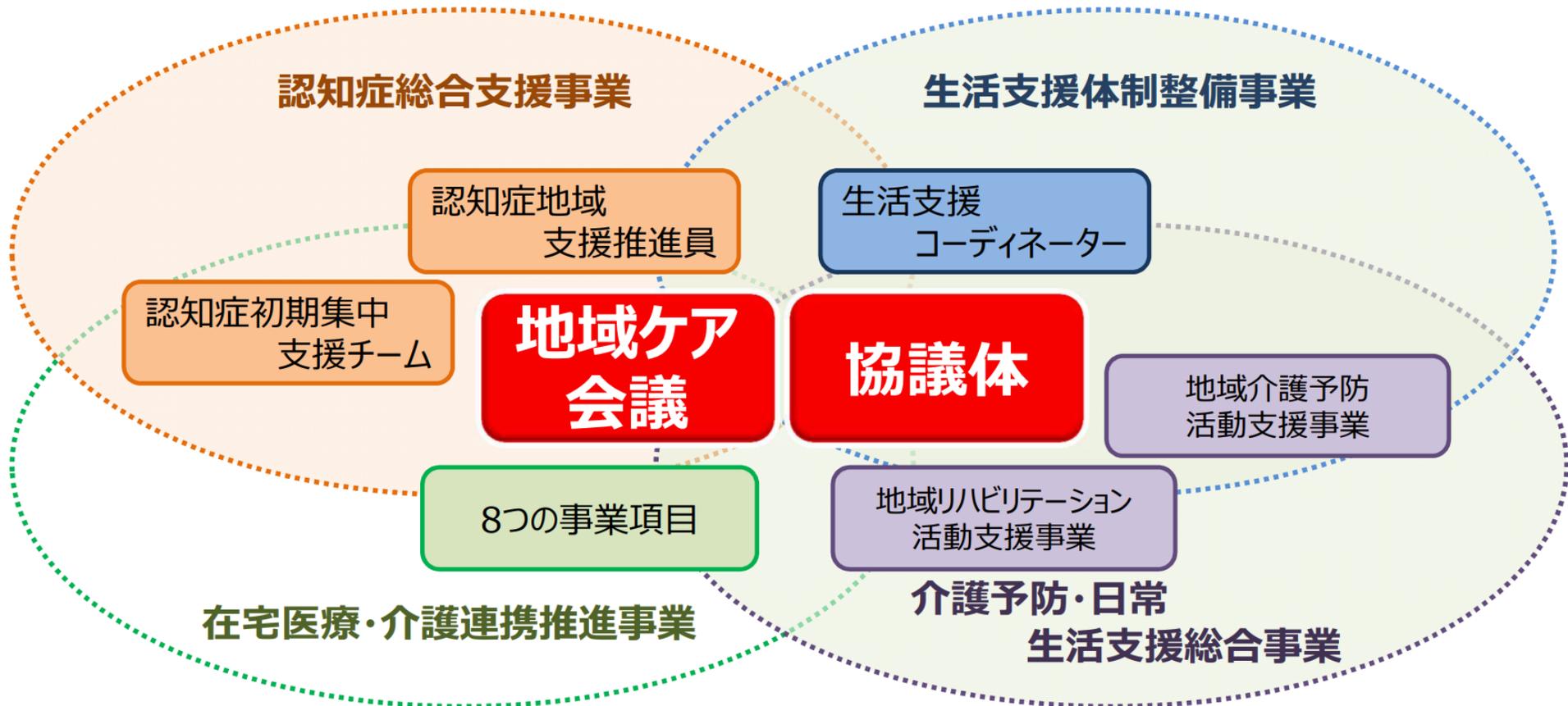
	機能	箇所数／職員数／実績等
地域包括支援センター	<p>○市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域の住民を包括的に支援(介護保険法第115条の46第1項)</p> <p>○住民の各種相談を幅広く受け付けて、制度横断的な支援を行う①「総合相談支援業務」のほか、②権利擁護業務、③介護予防ケアマネジメント業務、④地域ケア会議等の包括的・継続的ケアマネジメント業務を実施。</p>	<p>○全国で5,351か所(ランチ等を含め7,386か所)。平均職員数は7.35人</p> <p>○第一号被保険者数3000～5999人ごとに常勤職員、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員(または準じる者)を1名ずつ配置(介護保険法施行規則第140条の66)</p> <p>○地域包括支援センター運営費(地域支援事業・包括的支援事業:平成26年度の上限×65歳以上高齢者の伸び率)</p>
認知症地域支援推進員	<p>○市町村に配置し、地域の支援機関間の連携づくりや、認知症ケアパス・認知症カフェ・社会参加活動などの地域支援体制づくり、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を実施。</p>	<p>○全国で8,078人(令和4年4月)</p> <p>※配置先は、地域包括支援センター77.6%、市町村12.7%、認知症疾患医療センター0.2%、その他(社協など)9.5%</p> <p>○認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士などを1名以上配置。</p>
認知症カフェ	<p>○認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進。</p> <p>○設置主体は、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターなど、地域の実情に応じた方法により普及。</p> <p>○認知症の人にとっては、自ら活動し、楽しめる場所、家族にとってはわかり合える人と出会う場所</p>	<p>○47都道府県1,539市町村(88.4%)にて、7,886カフェが運営(令和3年度末)</p> <p>※設置主体は、介護サービス施設・事業者2,128箇所(27%)、地域包括支援センター1,900箇所(24%)など</p> <p>○平均参加者数17.6人/回(うち認知症の人4.4人、家族3.5人、地域住民8.8人、専門職3.9人)。</p>
ピアサポート	<p>○今後の生活の見通しなどに不安を抱えている認知症の人に対し、精神的な負担の軽減と認知症当事者の社会参加の促進を図るため、認知症当事者による相談支援(ピアサポート)を実施。</p> <p>○実施主体は都道府県、指定都市。</p> <p>※市町村が配置する認知症地域支援推進員が中心となって市町村単位でピアサポート活動を実施することも可能。</p>	<p>○15都県、8指定都市(令和3年度末)</p> <p>※市町村(指定都市以外):78市町村</p>

若年性認知症の方やその家族に対応する各機関等の役割と実績等

	機能	箇所数／職員数／実績等
若年性認知症コールセンター（全国若年性認知症支援センター）	<p>○全国若年性認知症支援センター（大府市）に、「若年性認知症コールセンター」を設置し、若年性認知症の人やその家族等からの電話・メール相談に応じるとともに、関係機関への連絡調整を行う。</p> <p>※ 企業に対する若年性認知症の普及・啓発や都道府県・指定都市に配置されている若年性認知症支援コーディネーターや相談窓口からの相談支援などにも対応。</p>	<p>○全国に1箇所設置（認知症介護研究・研修大府センターで実施）</p> <p>○コールセンター対象地域：日本全国</p> <p>・相談形態：電話機3台（フリーコール）及びHP上のメール相談フォーム</p> <p>・相談員：6名（令和3年12月末）</p> <p>○コールセンターの稼働実績（令和3年）</p> <p>・電話相談：1,039件・メール相談：77件</p>
若年性認知症支援コーディネーター等	<p>○若年性認知症の人やその家族等からの相談に対応する窓口（コールセンター等）での対応、若年性認知症の人やその家族等の支援に携わる者のネットワークの調整、若年性認知症の特性に配慮した就労継続支援及び社会参加支援等を推進する。</p> <p>○設置主体は都道府県、指定都市。</p>	<p>○コーディネーターは全国で143人（R4.10）。6割以上が年100件以上の個別相談を受けている（令和2年度）</p> <p>○相談窓口は47都道府県19指定都市で設置。各県の平均相談件数は486.7件、指定都市の平均相談件数が154.5件（令和2年度）。</p>

地域支援事業の連動を意識する（イメージ）

- 高齢者施策における地域包括ケアシステムの構築の目的は、“”住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける”こと。
- 地域支援事業はあくまでもツールであり、それぞれの事業実施が目的ではないことに留意する必要がある。
- 住民が参画し、多職種が連携して支えることが重要であり、目的意識を共有し、関連性を活かすために“場”としての地域ケア会議や協議体を活用することが重要。

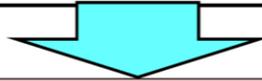


介護保険サービスとケアマネジメントの概要

介護保険制度の導入の基本的な考え方

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み(介護保険)を創設

1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

介護保険法 第一章 総則 (目的) 第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の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。

介護保険サービス利用までの流れ



① 要介護認定の申請



② 認定調査・主治医意見書



③ 審査判定

ケアマネジメント

⑥ 介護サービス利用の開始



⑤ 介護（介護予防）サービス計画書の作成



④ 認定



申請から約30日程度で認定結果が通知

ケアマネジャー（介護支援専門員）の概要①

ケアマネジャーについて

（1）定義

要介護者や要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者や要支援者が心身の状況に応じた適切なサービスを受けられるよう、ケアプラン（介護サービス等の提供についての計画）の作成や市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者や要支援者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・技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けた者。

（2）要件等

- ①保健医療福祉分野での実務経験（医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等）が5年以上である者等が、②介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、③介護支援専門員実務研修の課程を修了し、④介護支援専門員証の交付を受けた場合に、ケアマネジャーとなることができる。
- ケアマネジャーは、大別すれば、①居宅におけるケアマネジャーと、②施設等におけるケアマネジャーに区分される。

居宅におけるケアマネジャー

（1）業務

要介護者や要支援者からの相談を受け、ケアプランを作成するとともに、居宅サービス事業者等との連絡調整等や、入所を要する場合の介護保険施設への紹介等を行う。

（2）配置される事業所

居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）

（3）ケアプランの位置づけ

要介護者等はケアプラン作成の依頼の旨を市町村にあらかじめ届け出た上で、ケアマネジャーによって作成されたケアプランに基づき、居宅サービス等の提供を受ける場合、1割の自己負担を払うことでサービスを受けることが可能（現物給付化）。

※ 利用者自身が作成したケアプラン（いわゆるセルフケアプラン）をあらかじめ市町村に届け出た場合も、現物給付化される。

（4）ケアプラン作成に当たっての利用者負担：利用者負担はない。

* 要支援者は、地域包括支援センター等が作成するケアプランに基づいてサービス提供を受けなければ、保険給付がなされない。ただし、要支援者も、いわゆるセルフケアプランをあらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる。

ケアマネジャー（介護支援専門員）の概要②

施設等におけるケアマネジャー

(1) 業務

施設等のサービスを利用している利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援するため、解決すべき課題の把握等を行った上で、施設サービス計画等を作成する。

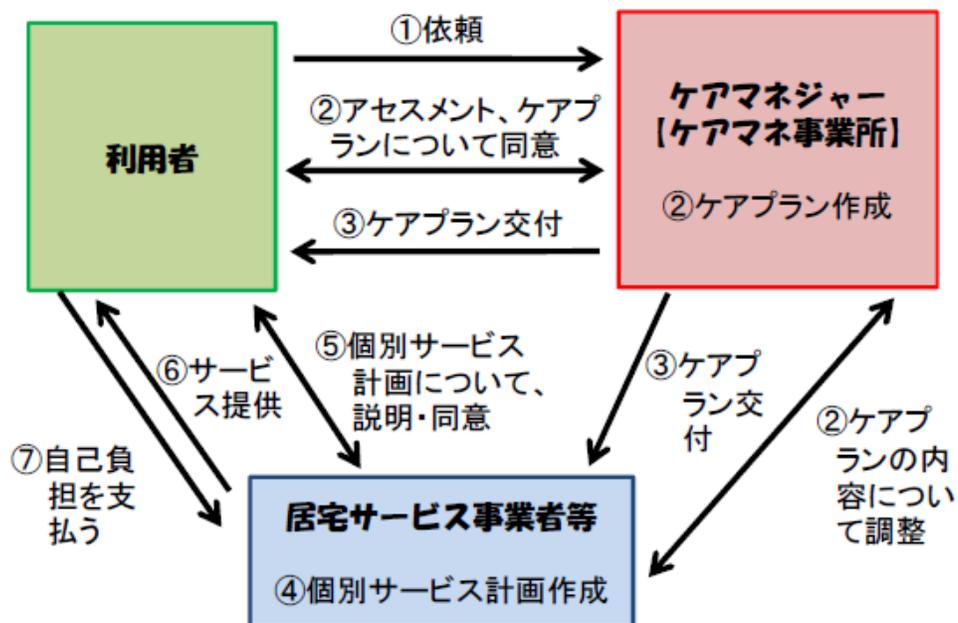
* 施設等では、施設サービス計画等に基づき、サービスを実施する。

(2) ケアマネジャーの配置が義務付けられている施設等

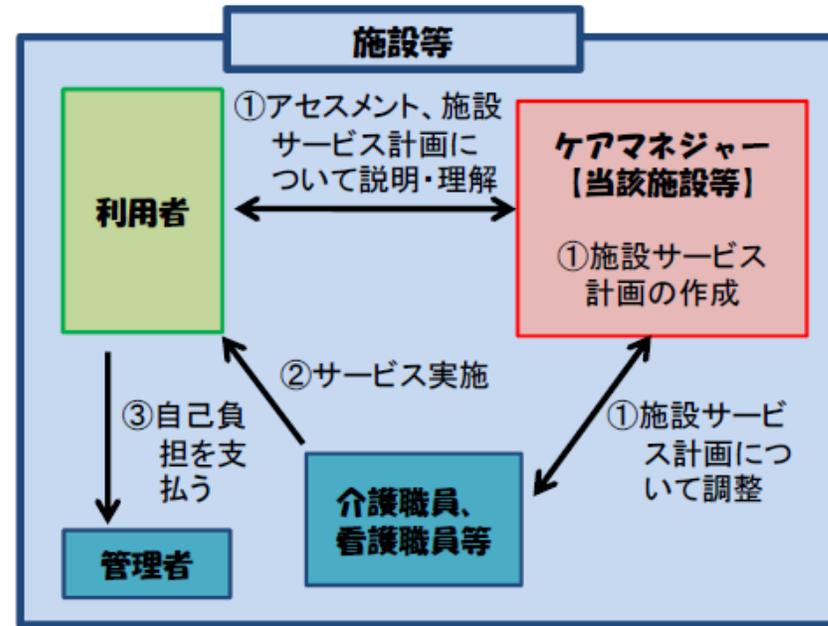
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護でも配置が義務付けられている。

居宅における業務の流れ（イメージ）



施設等における業務の流れ（イメージ）



* 小規模多機能型居宅介護においては、配置されたケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護計画のほか、ケアプランも作成する。

介護サービスの種類

高齢者

要介護
1～5

介護給付を行うサービス

都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

市町村が指定・監督を行うサービス

◎居宅介護サービス

【訪問サービス】

- 訪問介護（ホームヘルプサービス）
- 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
- 特定施設入居者生活介護
- 福祉用具貸与
- 特定福祉用具販売

【通所サービス】

- 通所介護（デイサービス）
- 通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 短期入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

◎施設サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設
- 介護医療院

◎地域密着型介護サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 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
- 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

◎居宅介護支援

予防給付を行うサービス

◎介護予防サービス

【訪問サービス】

- 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

【通所サービス】

- 介護予防通所リハビリテーション

【短期入所サービス】

- 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）
- 介護予防短期入所療養介護

◎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（グループホーム）

◎介護予防支援

厚生労働省老健局「介護保険制度の概要」

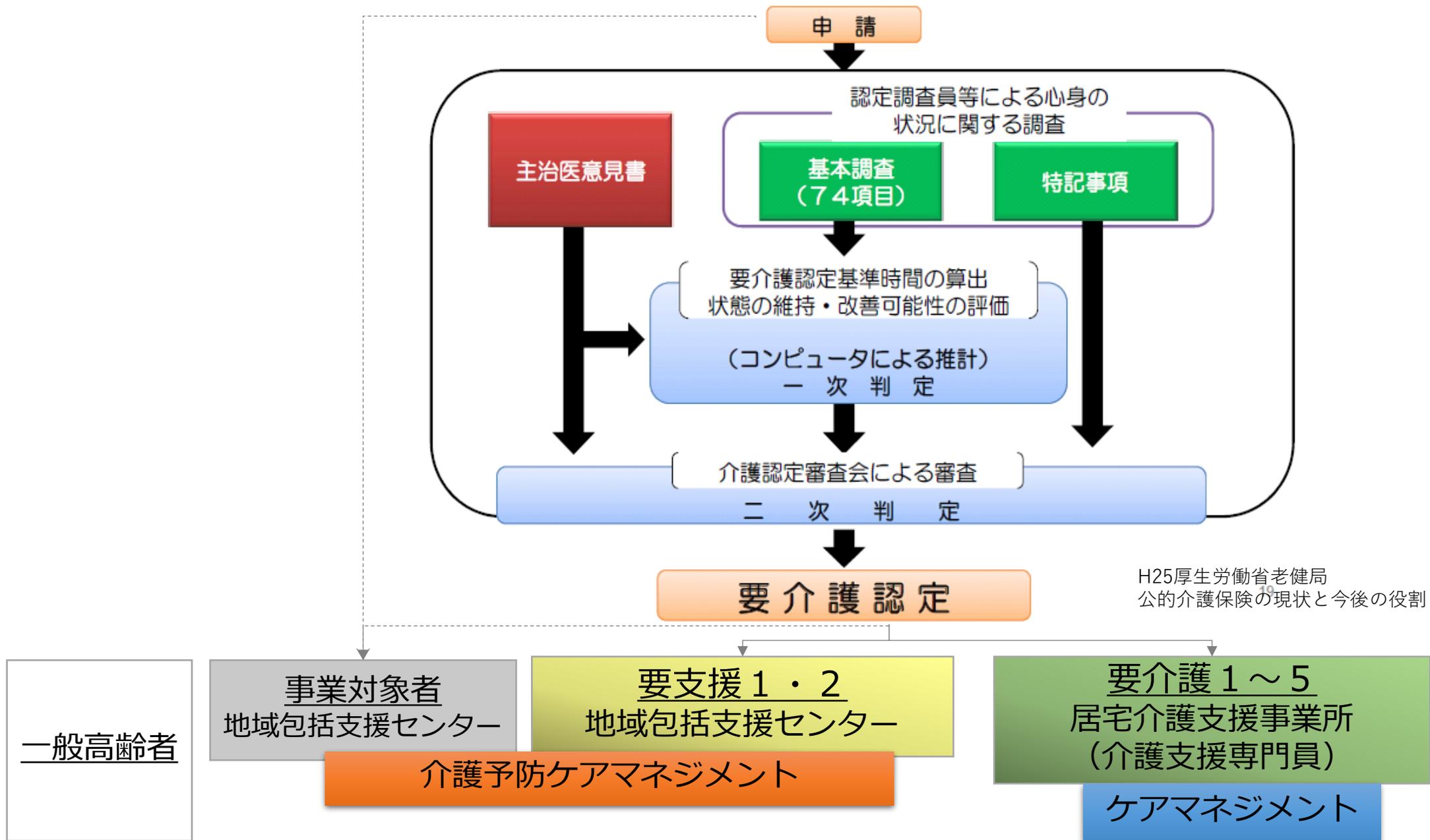
事業対象者

一般高齢者

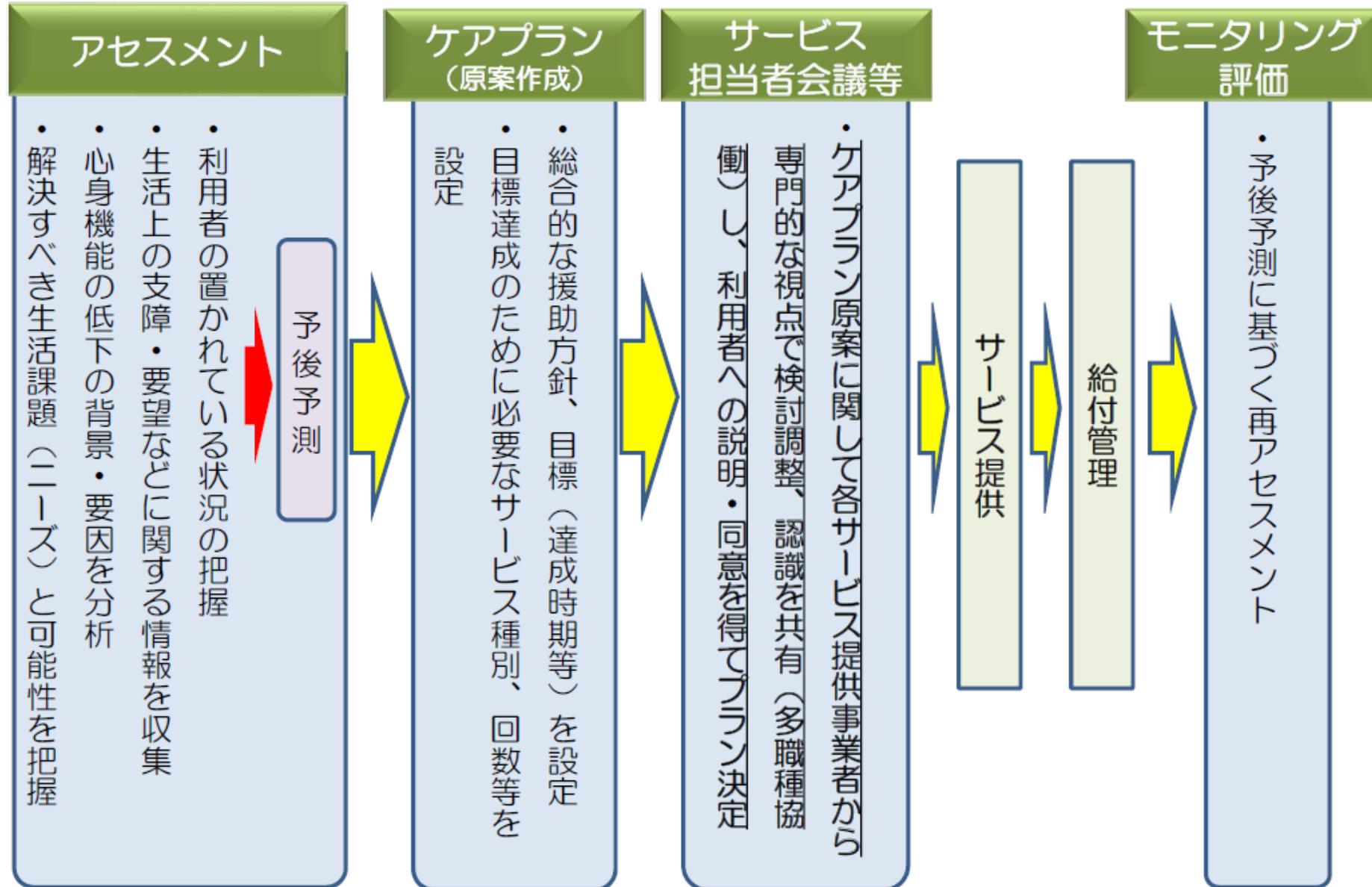
この他、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

介護予防・日常生活支援
総合事業

要介護認定の流れ



ケアマネジメントの流れ



第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分 要支援 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄 印

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日

年 月 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____

居宅サービス計画作成者氏名 _____

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____

居宅サービス計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

要介護状態区分	要支援	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	利用者や家族に生活に対する意向（希望など）が記載されています。「利用者本人」と「家族」の意向が記載されているので、「利用者本人の意向」と「家族の意向」が異なる場合も知ることができます。							
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	介護認定審査会で出された意見が記載されており、「介護保険証」に記載されているものがそのまま転記されています。							
総合的な援助の方針	今後どのように支援するか、利用者、家族、ケアチームが目指す共通の方針が記載されています。本人・家族も目を通して確認しますので、利用者、家族に支援的、共感的印象を与えるような書き方になるように配慮されています。 また、必要な緊急連絡先が記載されています。							
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 (_____)							
居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。				説明・同意日	年 月 日	利用者同意欄	印	

利用者及び家族の生活に対する意向

利用者や家族に生活に対する意向（希望など）が記載されています。「利用者本人」と「家族」の意向が記載されているので、「利用者本人の意向」と「家族の意向」が異なる場合も知ることができます。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

介護認定審査会で出された意見が記載されており、「介護保険証」に記載されているものがそのまま転記されています。

総合的な援助の方針

今後どのように支援するか、利用者、家族、ケアチームが目指す共通の方針が記載されています。本人・家族も目を通して確認しますので、利用者、家族に支援的、共感的印象を与えるような書き方になるように配慮されています。
また、必要な緊急連絡先が記載されています。

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 (_____)

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

年 月 日

利用者同意欄

印

利用者名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標		援助内容					
	長期目標（期間）	短期目標（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
<p>アセスメントに基づいた「生活全般」の解決すべき課題が整理されて記載されています。</p>								

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。	説明・同意日	年 月 日	利用者同意欄	印
-----------------------------------	--------	-------	--------	---

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標		援助内容					
	長期目標（期間）	短期目標（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
例) 孫の野球の試合を見に行きたい。	一人でバスに乗り、野球場前の停留所で降りることができる。	聴覚的理解力をつけ、介護者同行でバスに乗って野球場まで行ける。						
	<p style="font-size: 2em; color: red;">目標</p> <p style="font-size: 1.5em; color: red;">（長期・短期）</p>							

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

年 月 日

利用者同意欄

印

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

利用者名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標		援助内容					
	長期目標（期間）	短期目標（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
例) 孫の野球の試合を見に行きたい。	一人でバスに乗り、野球場前の停留所で降りることができる。	聴覚的理解力をつけ、介護者同行でバスに乗って野球場まで行ける。	①デイサービスで失語症訓練を行います。 ②両足の機能訓練を行い安定したT字杖歩行できるリハビリをしましょう。		デイサービスセンター 訪問リハ		週2回 週1回	平成〇年〇月〇日 ～ 平成〇年〇月〇日

サービス内容

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。	説明・同意日	年 月 日	利用者同意欄	印
-----------------------------------	--------	-------	--------	---

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

第3表

利用者名： 殿

週間サービス計画表

作成年月日

年 月 日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0 : 0 0								
	2 : 0 0								
	4 : 0 0								
早朝	6 : 0 0								
	8 : 0 0								
午前	10 : 0 0								
	12 : 0 0								
	14 : 0 0								
午後	16 : 0 0								
	18 : 0 0								
	20 : 0 0								
夜間	22 : 0 0								
	24 : 0 0								
深夜									
週単位以外のサービス									

適切なケアマネジメントを推進するための施策

- ・定期的かつ継続的にケアマネジャーの資質・専門性の向上を図るためのケアマネジャー更新制の導入、研修の義務化・体系化（平成18年度）
- ・介護支援専門員に対する助言・指導など収穫的な役割を担うものとしての主任ケアマネジャーの創設（平成18年度）
- ・主要介護給付等費用適正化事業の一つにケアプラン点検の取組を位置づけて実施（平成20年度）
- ・効果的なケアプラン点検を実施するためのケアプラン点検支援マニュアルの作成（平成20年度）
- ・アセスメントやモニタリングに際して多職種協働を促すツールとしての課題整理総括表及び評価表の活用の手引きの作成（平成26年度）
- ・**地域ケア会議の法制度化**（平成27年度）

- ケアマネジャーが抱える業務遂行に関する悩みのうち、「利用者本位のサービスがつかぬ」と回答した割合は20.7%（平成25年度老人保健事業推進費等補助金）「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」
- 居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院等職員からケアマネジャーへの連絡がないまま退院していた割合は約4割（平成26年介護報酬改定検証調査）
- 入院時についても、ケアマネジャーから病院等職員に対して在宅生活における状況等の情報提供が行われていない割合が地域によって差がみられるものの一定程度みられる

ケアマネジメントに関わる今後の課題

自立支援、公正中立、総合的かつ効率的なサービス提供の視点に基づく適切なケアマネジメントを確保するための方策
市町村（保険者）の地域の中での適切なケアマネジメントの確保を一層推進する方策
医療介護等の連携のための、ケアマネジメントにおける専門職種や専門機関を有機的に結びつけるための方策
給付管理や書類作成等の業務負担も踏まえたケアマネジャーの業務のあり方

参考資料

「適切なケアマネジメント手法」の手引き

適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査研究事業

「適切なケアマネジメント手法」の 手引き

介護保険制度の基本理念：尊厳の保持と自立支援
＝ 住み慣れた地域での生活をできるだけ継続すること

○支援者は幅広い視点で生活全般を捉え、生活の将来予測に基づく支援の調整が必要となります。

○介護支援専門員は一人で抱え込むのではなく、各職種の視点や知見を活かし、連携して取り組む体制を整えることが肝要です。

○「適切なケアマネジメント手法」では、要介護高齢者本人と家族の生活の継続を支えるために、各職域で培われた知見に基づいて想定される支援を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント/モニタリングの項目を整理しています。

基本ケア

○本人の生活の継続するために基盤となる支援内容

○高齢者の機能と生理を踏まえ、本人が有する疾患に関係なく、在宅のケアマネジメント

やその前提となるもの

○多職種との情報共有において必要な視点、必要性が想定される支援内容

疾患別ケア
(疾患に応じて特に留意すべき
詳細の内容)

基本ケア
(高齢者の機能・整理)

【基本ケア】

基本方針	大項目	中項目
尊厳を重視した意思決定の支援	現在の全体像の把握と生活上の将来の予測、備え	疾病や心身状態の理解 現在の生活の全体像の把握 目指す生活を踏まえたリスクの予測 緊急時の対応のための備え
	意思決定過程の支援	本人意思を捉える支援 医師の表明の支援と尊重 意思決定支援体制の整備 将来の生活の見通しを立てることの支援
これまでの生活の継続の支援	予測に基づく心身機能の維持・向上、フレイルや重症化の予防の支援	水分と栄養を摂ることの支援 継続的な受診と服薬の支援 継続的な自己管理の支援 心身機能の維持・向上の支援 感染予防の支援
	日常的な生活の継続の支援	生活リズムを整える支援 食事の支援 暮らしやすい環境の保持、入浴や排せつの支援
	家事・コミュニティでの役割の維持あるいは獲得の支持	喜びや楽しみ、強みを引き出し高める支援 コミュニケーションの支援 家庭内での役割を整えることの支援 コミュニティでの役割を整えることの支援
家族等への支援	家族等への支援	支援を必要とする家族等への対応 家族等の理解者を増やす支援
	ケアに参画するひとへの支援	本人をとりまく支援体制の整備 同意してケアに参画するひとへの支援

疾患別ケア

- 疾患に特有な検討の視点あるいは可能性が想定される支援内容
- 疾患によっては期別（退院後3か月、退院後4か月以降など）の視点を盛り込む

脳血管疾患

大腿骨頸部骨折

心疾患

認知症

誤嚥性肺炎

1. 脳血管疾患

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再発予防	血圧や疾病の管理の支援 服薬管理の支援 生活習慣の改善
生活機能の維持・向上	心身機能の回復・維持 心理的回復の支援 活動と参加に関わる能力の維持・改善 リスク管理

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計をする時期）】

大項目	中項目
継続的な再発予防	血圧や疾病の自己管理の支援 服薬の自己管理 生活習慣の維持
セルフマネジメントへの移行	心身機能の見直しとさらなる回復・維持 心理的回復の支援 活動と参加に関わる能力の維持・改善 リスク管理

2. 大腿骨頸部骨折

【Ⅰ期（病状が安定し、自宅での生活を送ることが出来るようにする時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防 骨粗しょう症の予防
骨折前の生活機能の回復	歩行の獲得 生活機能の回復 社会参加の回復

【Ⅱ期（病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と、セルフマネジメントへの理解の促進を図る時期）】

大項目	中項目
再骨折の予防	転倒予防 骨粗しょう症の予防
セルフマネジメントへの移行	介護給付サービスの終結に向けた理解の促進 (自助・互助への移行)

3. 心疾患

【Ⅰ期（退院後の期間が短く、医療とのかかわりが強い状況にある時期）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬 自己管理能力の向上とリスクの管理 療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持・向上	心疾患の状況に応じた生活・暮らしの支援 心理的な支援

【Ⅱ期（状態が安定から不安定な状況にある時期）】

大項目	中項目
再入院の予防	疾患の理解と確実な服薬 自己管理能力の向上とリスクの管理 療養を続けるための環境・体制の整備
生活機能の維持・向上	ステージに応じた生活・暮らし方の支援 心理的な支援
EOL準備	EOL（エンドオブライフ）に向けた準備

4. 認知症

大項目	中項目
ここまでの経緯の確認	ここまでの経緯の確認
本人及び家族・支援者の認識の理解	本人と家族・支援者の認識の理解 本人と家族・支援者を取り巻く環境の理解
将来の準備としての意思決定の支援	本人の意思決定能力を尊重した意思決定支援 意思決定支援体制の整備
必要に応じた連携体制の構築	必要に応じた連携体制の構築
基本的な生活の支援	日常生活における本人の意向の尊重 一週間の生活リズムを支えることの支援 日常的に参加する役割を整えることの支援 体調管理や服薬管理の支援 基本的なセルフケアを継続することの支援
これまでの生活の尊重と重度化防止	本人の役割の維持・拡充に向けた持っている機能を発揮しやすい環境の整備 合併症や併発しやすい事故の予防
行動・心理症状の予防・重度化防止	行動・心理症状の状況と背景要因の把握 背景要因に対する取り組みの支援
家族等への対応	家族支援に必要なサービスの調整支援 将来にわたり生活を継続してできるようにすることの支援

5. 誤嚥性肺炎

大項目	中項目
リスクの評価	誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解 リスクの評価
日常的な発症及び再発の予防	摂食嚥下機能の支援 リスクを小さくする支援
リスクの再評価	リスクの再評価
変化を把握したときの対応体制の構築	変化を把握したときの対応体制の構築

講義 2 まとめ

- 地域包括支援センターは、地域包括ケアの中心的役割を担い、地域ケア会議の開催を通して包括的・継続的なケアマネジメント支援を行う
- 地域包括支援センターは地域ケア会議の他、医療・介護連携、認知症施策、生活支援、介護予防を推進する取り組みを行う
- ケアマネジメントとは、介護支援専門員（ケアマネジャー）がアセスメントに基づいてケアプランを立案し、サービス担当者会議で決定し、実施をモニタリングする一連の流れで行われる
- 適切なケアマネジメント手法の手引きには、基本的ケアと疾患別ケアが記載されており、疾患の特徴を踏まえたケアマネジメントの考え方を示している
- 疾患の特性を踏まえることで、生活機能の予後を踏まえた支援を考えることができる