

自立支援のためのケアマネジメントの基本

本科目の構成

- 本科目の構成は以下のとおりです。

Eラーニング	内容
●	(1) 本科目の目的、修得目標の確認
●	(2) ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解
●	(3) 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割
●	(4) 家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割の理解
●	(5) 介護予防ケアマネジメントの意義や基本的なプロセス等の理解

本科目の目的、修得目標の確認

本科目の目的

- 本科目の目的は以下のとおりです。

- 利用者の尊厳の保持及び自立支援に資するケアマネジメントの視点を理解する。
- また、利用者が住み慣れた地域で主体的な生活を送ることができるように支援することの重要性を理解するとともに、在宅生活を支援する上で、家族に対する支援の重要性を理解する。

修得目標

- 本科目の修得目標は以下のとおりです。

- ① ケアマネジメントの成り立ちや機能について説明できる。
- ② 自立支援の考え方や自立支援のためのケアマネジメントの必要性について説明できる。
- ③ インフォーマルサービス等も含めた社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について説明できる。
- ④ 家族等に対する支援の重要性や支援における介護支援専門員の役割について説明できる。
- ⑤ 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向について述べることができる。
- ⑥ 介護予防ケアマネジメントの意義や目的、対象者について説明できる。
- ⑦ 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセスについて述べることができる。
- ⑧ 「科学的介護情報システム（LIFE）」をはじめとした、各種データやIT※をケアマネジメントプロセスに活用することの意義や目的について説明できる。

※Information Technology（インフォメーション・テクノロジー）の略

修得目標



【個人ワーク】

10分

- 各目標の、現時点での自分の理解度を振り返り、本科目でどのようなことを学びたいか言葉にしてみましょう。

- ①ケアマネジメントの成り立ちや機能について説明できる。
- ②自立支援の考え方や自立支援のためのケアマネジメントの必要性について説明できる。
- ③インフォーマルサービス等も含めた社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について説明できる。
- ④家族等に対する支援の重要性や支援における介護支援専門員の役割について説明できる。
- ⑤家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向について述べることができる。
- ⑥介護予防ケアマネジメントの意義や目的、対象者について説明できる。
- ⑦介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセスについて述べることができる。
- ⑧「科学的介護情報システム（LIFE）」をはじめとした、各種データやIT※をケアマネジメントプロセスに活用することの意義や目的について説明できる。

※Information Technology（インフォメーション・テクノロジー）の略

ケアマネジメントの 成り立ちや機能の理解

1. ケアマネジメント誕生の背景

(1) アメリカ

- 1970年代のアメリカにおけるケースマネジメント、1990年代のイギリスのコミュニティケア改革を起因としています。
- 精神病院の病棟閉鎖、社会的入院の解消など、ノーマライゼーションの視点、脱施設化がベースとなり、ケアマネジメントが誕生しました。

誕生の背景	アメリカ	• 1970年代後半のアメリカで、利用者の地域生活を支援するために生まれた「ケースマネジメント」です。 • 具体的には、ノーマライゼーションの観点から精神病院が閉鎖されるという動きを背景に、精神障害者に対する住宅政策と地域生活を営むうえでの支援の必要性から導入されました。その後、長期ケアを必要とする人（要介護者）、HIV感染者などに対象を拡大しています。
-------	------	--

1. ケアマネジメント誕生の背景

(2) イギリス

誕生の背景	イギリス	• 1990年のイギリスで、コミュニティーケア法が制定され、「ケアマネジメント」が位置づけられました。コミュニティーケア法は、イギリスで、それ以前に提供されていた各種のサービスが、必ずしも利用者のニーズに一致していない、不要なものがあるという指摘を受け、保健・医療・福祉の分野を大幅に見直したものです。 • 同法の対象者、つまり、ケアマネジメントの対象者は、保健・医療・福祉サービスを必要とするすべての人（高齢者、障害者、HIV患者・感染者、アルコール依存者、保健・福祉の介護ニーズをもつ人など、経済援助を除く）です。
-------	------	---

1. ケアマネジメント誕生の背景

(3) 日本

誕生の背景	日本	• 日本では1980年代からの研究者による論文等の影響を受けて、1994年3月高齢者福祉ビジョン懇談会報告「21世紀の福祉ビジョンー少子高齢社会に向けて」が介護保険制度創設の理論的根拠となりました。 • 1990（平成2）年に設置された在宅介護支援センターにおいて、高齢者に対するケアマネジメントが試行的に実施され、その後、2000（平成12）年4月に施行された介護保険制度において本格的に導入されました。また、障害者に対するケアマネジメントも「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」において実施されています。
-------	----	---

1. ケアマネジメント誕生の背景

(4) 介護保険制度創設、介護保険法案成立時における目的

- 介護保険制度創設、介護保険法案成立時における4つの目的は以下の通りです。

- 老後の最大不安である介護を社会全体で支える仕組みづくり
- 社会保険方式による給付と負担の明確化
- 縦割り制度の再編成、多様な保健・医療・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みづくり
- 介護を医療から切り離し、社会的入院の解消条件の整備

2. ケアマネジメントに求められる多様な機能

(1) 求められる機能の種類

- ケアマネジメントの各種理論に基づく機能として、「利用者の自己ケア能力、利用者の周辺にあるソーシャルネットワークの対応力、対人サービス提供者による対応力のアセスメント機能」、「計画作成機能」、「介入機能」、「モニタリング機能」、「効果を評価する評価機能」といった多様な機能が示されています。
- 上記に加えて、付随的機能としてコスト管理、財源調整等の機能を含めた全体を、ケアマネジメントの機能として説明されることがあります。

2. ケアマネジメントに求められる多様な機能

(2) アセスメント機能

- アセスメントを構成するのは、以下の三つの要素とされています。
- 利用者がどの程度の自己ケア（セルフケア）能力を有するのか、サービスにどのようなニーズをもつのかをアセスメントすること
 - 利用者の周りには、どのようなソーシャルネットワークがあり、利用者のニーズにどれくらい応えられるかをアセスメントすること
 - 対人サービス提供者が、その利用者のニーズに対してどのくらい応えられる能力をもつかをアセスメントすること

2. ケアマネジメントに求められる多様な機能

(3) 計画策定機能

- ケアマネジャーには、アセスメントに基づく総合的・包括的なサービス計画の策定が求められます。
- サービス計画には、相談援助を通じて抽出した利用者のニーズにもとづき、さまざまな対人サービス提供者とソーシャルネットワークによる支援などを統合することが求められます。

2. ケアマネジメントに求められる多様な機能

(4) 介入機能

- ケアマネジャーは、利用者、利用者の社会的ネットワーク、対人サービス提供者の行動のすべてについて変化させることになるため、直接的あるいは間接的に、意図した介入が求められます
- 例えば、地域生活に必要な支援を得るために必要なコミュニケーション能力あるいは自己表現力を身につけ、社会資源を活用する技術や力量を身につけたり、利用者が地域生活を送るうえで起こるさまざまな危機に介入したりすることで、乗り越えることが求められています。

2. ケアマネジメントに求められる多様な機能

(5) モニタリング機能

- ケアマネジャーには、サービス計画の遂行とその目標の実現を追跡していくことが求められています。
- ここで追跡とは、利用者の状態、対人サービスの提供の計画遂行、ソーシャルネットワークへの参画状況などを定期的に把握することを言います。

2. ケアマネジメントに求められる多様な機能

(6) 評価機能

- ケアマネジャーは、利用者に対して行われたサービス提供効果を評価します。
- そのために、例えば、サービスは利用者にとって有益なものであったか、それはどの程度であったか、あるいは、新たなアセスメントは必要ないか、計画の変更はないかといったことを把握します。

3. 介護保険制度とケアマネジメント

- 介護保険制度におけるケアマネジメント機能は、介護保険法、介護支援サービス（居宅、施設、介護予防、地域密着型サービス）運営基準、解釈通知等により介護支援専門員による必須義務、努力義務等も含めて定められています。

4. ケアマネジメントと介護支援専門員の役割（1/2）

- 介護支援専門員は、ケアマネジメントプロセスごとに求められているケアマネジメント機能を発揮しなければなりません。
- ここでは、利用者・家族との立ち位置を踏まえ、以下に示すようにそれぞれの段階での介護支援専門員の役割を見ていきます。

- インテークにおける介護支援専門員の役割
- アセスメントにおける介護支援専門員の役割
- 居宅サービス計画作成、サービス担当者会議における介護支援専門員の役割
- モニタリング、再アセスメントにおける介護支援専門員の役割

4. ケアマネジメントと介護支援専門員の役割（2/2）

- 運営基準第13条第1号から第27号に定められている内容を確認し、解釈通知も含めて正しく理解します。
- 厚生労働省「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」の全体については厚生労働省のホームページからご確認ください。
- これらは介護保険制度に基づいて実施される実務において、判断に迷う際の根拠となりますので、必ず確認してください。

5. 各ケアマネジメントプロセスにおける役割

(1) インテーク

- この段階では利用者のニーズを概略的に把握し、ケアマネジメントの目的や内容、援助者の役割や責任を利用者及び家族に説明します。そのため、必要な情報を収集しながらもパートナーシップの形成という視点から利用者に関わることが求められています。
- 介護支援専門員は、情報提供者としての役割と同時に支持者としての役割を果たす必要があります。

5. 各ケアマネジメントプロセスにおける役割

(2) アセスメント

- アセスメントは、ケアマネジメントプロセスのうち、利用者の主訴を中心としながらも利用者の生活全般を視野に入れ、また家族に関する必要な情報を収集・整理・分析し、ニーズを導き出す過程です。
- 利用者の思いやストレングスを見極め、エンパワメントに向けて意欲をかきたたせる支持者としての役割と同時に、権利擁護者の役割を果たすことが重要です。

5. 各ケアマネジメントプロセスにおける役割

(3) 居宅サービス計画作成、サービス担当者会議

- アセスメントで明らかになった複合的なニーズに対して具体的なサービスや支援を接合（リンケージ）し、チームを形成する役割が求められます。
- 介護支援専門員は利用者の権利擁護者、代弁者、チームリーダー、コーディネーター、推進者の役割を果たします。

5. 各ケアマネジメントプロセスにおける役割

(4) モニタリング、再アセスメント

- 介護支援専門員はこの段階では、計画した居宅サービスが期初のねらい通りに提供されているか、利用者のニーズの実現に適ったサービス提供となっているか等を確認します。
- 加えて、利用者に不利益が生じていないか、どのような効果があらわれているか評価し、新たな課題の発見、居宅サービス計画の修正を目的として再アセスメントを行います。
- ここにおいても介護支援専門員は、支援者、権利擁護者、代弁者、評価者としての役割が要求されます。

6. 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

(1) 4つのポイント

- 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務のポイントは以下の通りです。
- 介護保険制度を実践する方法論としてケアマネジメントが制度の中に組み込まれており、基本理念やこの理念を実践する役割が介護支援専門員に課せられています。
- 具体的には、中立・公平、尊厳の保持、自立支援、利用者本位、地域主義、総合性、チーム制、計画的・目標指向性、継続的支援といった考え方が重要視されています。
- 法令で規定されている介護支援専門員の責務・業務を、利用者の個別性に対応してどのように実践することが法令を遵守することなのか具体的に考え、実践することが求められています。
- 運営基準における責務は、業務実施の最低基準であり、未実施、未体制のものについては、事業者としての指定取り消しや報酬の減算につながる場合があります。

6. 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

(2) 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（1/3）

- 「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」では、居宅介護支援において実施すべき事項が示されています。ここではまず第13条の2～16の抜粋を紹介します。

第13条 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

- | | |
|---|---|
| 2 | ・ 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。 |
| 3 | ・ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。 |
| 4 | ・ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象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居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。 |
| 5 | ・ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。 |
| 6 | ・ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、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上で解決すべき課題を把握しなければならない。 |

（出典）厚生労働省「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」

6. 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

(2) 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 (2/3)

第13条 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

- | | |
|----|--|
| 7 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。 |
| 8 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない。 |
| 9 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。 |
| 10 | <ul style="list-style-type: none">介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。 |

（出典）厚生労働省「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」

6. 運営基準に基づく介護支援専門員の責務・業務

(3) 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 (1/3)

第13条 指定居宅介護支援の具体的取扱方針

- | | |
|----|---|
| 11 | ・ 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。 |
| 12 | ・ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。 |
| 13 | ・ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。
・ 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。 |
| 14 | ・ 介護支援専門員は、第十三号に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
（イ） 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。（ロ） 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。 |
| 15 | ・ 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。 |
| 16 | ・ 第三号から第十二号までの規定は、第十三号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。 |

（出典）厚生労働省「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」

自立支援の考え方と ケアマネジメントの役割

1. 自立と自律

- 「自立支援」の内容は以下の通りです。

「自立支援」 の捉え方	• 「自立支援」とは 高齢者が自らの意思にもとづき、よりよい生活（well-being）、生活の質（QOL）の向上を目指して、自ら選択し決定していくことを支えることです。自己選択、自己決定、利用者主体が伴います。 • 強制されたり、介入されたりすることなく、自ら律する「自律」（autonomy）も含まれます。
「自立支援」 を行う上での ポイント	• 「自立」を支えるために、高齢者の尊厳〈その人らしさ〉や、価値観を理解し、よりよい生活を可能とする選択肢を分かりやすく説明することが前提となります。 • 意思表示、意思決定が難しい状態の場合は、介護支援専門員の役割として、信頼関係が構築されているか、提供した情報が理解されているか、意思決定を阻害している要因〈ストレス、家族関係等〉があるか検討します。 • 意思決定が不可能な場合は高齢者の立場に立って考えることができる代理人、代弁者がいるか検討します。

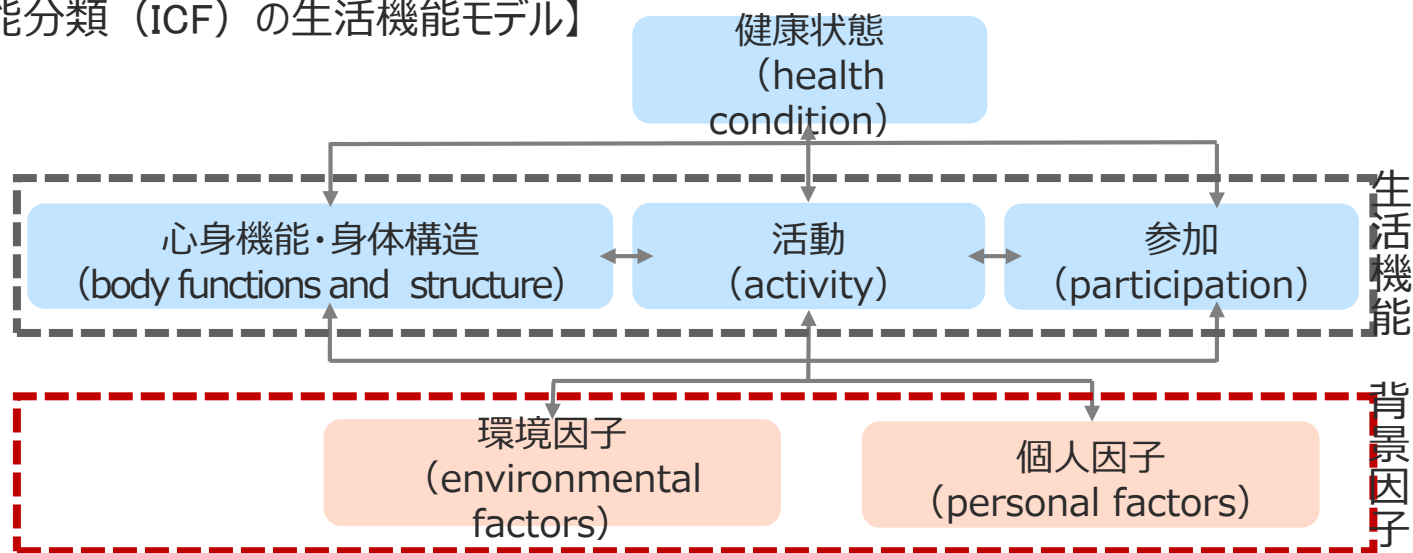
2. 改善・軽減、重度化防止、介護予防

- 要支援・要介護状態に至った高齢者自身も家族も、介護が必要な状態を改善したい、軽減したい、さらに悪化させたくないという考えは共通の願いです。
- この意向を尊重し、よりよい生活を目指す支援としては、要支援・要介護状態に至った原因や背景を分析し、阻害要因を取り除き、改善への促進策を検討しなければなりません。

3. ICFの視点

- よりよく生きる」ための考え方として、生活を全体として総合的に捉えるICF（国際生活機能分類）の考え方があり、援助する際の共通の考え方となっています。
- 「生活機能」を「心身機能・構造」「活動」「参加」の相互関係として捉え、生活機能に影響を与える因子として、健康状態、環境因子、個人因子を考えていきます。
- ICFの視点は介護支援専門員のみならず、他の専門職とチームを組む際の連携における認識や目標を共有する上で有効であるだけでなく、利用者の人間としての尊厳と自己決定を尊重するためにも必要な視点です。

【国際生活機能分類（ICF）の生活機能モデル】



(出典) 水谷信子監修 (2017) 「最新老年看護学第3版」日本介護協会出版会

4. 利用者の自立支援と家族との関係（1/2）

- 利用者の生活を支援する際に家族との関係を適切にアセスメントする必要があります。家族は生計を共にする生活の単位として考えられますが、実態は多様であり、独立した生活をしている場合もあれば、協力的な家族もあり、積極的に世話をしたり介護を行っていたりする場合もあります。
- 介護保険制度では、要介護認定も居宅サービス計画も個人単位ではありますが、利用者にとっては情緒的にも、心理的にも生計や経済等においても切り離せない関係にあり、家族もアセスメント、生活に対する意向の把握、モニタリングの対象となります。
- また就労している家族については仕事と介護の両立、就労継続の意思確認と個別の状況に応じた支援を行います。

【参考】指定居宅介護支援に係る運営基準並びに同解釈通知

「課題の把握に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない」「利用者及びその家族の生活に対する意向、（中略）を記載した居宅サービス計画の原案を作成しなければならない」「モニタリングに当たっては、利用者及びその家族（中略）との連絡を継続的に行うこととし（以下略）」と定められています。

4. 利用者の自立支援と家族との関係（2/2）

- 継続的に行われる家族の介護は居宅サービス計画に組み込まれています。介護者による介護意思、介護負担、介護内容等はアセスメントに関する「課題分析標準項目」となっています。
- 介護者の介護負担の軽減も含め、家族に対する適切な支援も利用者のニーズとなります。介護を担っている家族が自らの生活「就労や自己実現など」を犠牲にしていないか、心身の健康状態は保持されているかを把握します。
- 特に働きながら介護を担っている家族の場合には、家族の就労の継続は重要な課題として捉えます。

5. 地域支援

- 地域支援のポイントは以下の通りです。
- ケアマネジメントは、住み慣れた地域で、要支援・要介護状態になってもその人らしい生活が継続できるように支援することを基本理念としています。
- 要介護状態になると、住み慣れた地域においても、孤立・孤独な状態に陥ることがあります。
- したがって、ICFの視点にもあるように、自立支援においては「活動」や「参加」が重要です。ノーマライゼーションの考え方からも「共に生きる」地域社会の一員として支援していくことが大切です。
- 「地域包括ケアシステム」が求められている中で、介護保険の給付対象となっているサービスの開始により、地域住民との関係が途切れてしまわないように留意する必要があります。
- 要支援者に対する適切な支援のため、当該地域で行われている「介護予防・日常生活総合事業」の実施状況等について、把握しておく必要があります。

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（1）科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは（1 / 2）

- 介護保険制度は、単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするだけでなく、高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活を支援することを理念とした制度です。
- 今後、介護サービスの需要増大が見込まれるなかで、制度の持続可能性を確保できるよう、働き方改革と利用者に対するサービスの質の向上を両立できる新たな「介護」のあり方についての検討が必要となっています。
- 利用者の生活を支援することで尊厳を保持することが重要であることはもちろんのこと、昨今では職員の対応によって利用者のアウトカム（生活機能など）を向上させることも期待されつつあります。

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（1）科学的裏付けに基づく介護（科学的介護）とは（2 / 2）

- このような背景の中で、介護サービスのアウトカム等について、科学的手法に基づく分析を進め、エビデンスを蓄積し活用していくことの重要性が議論されてきました。
- 医療分野では1990年代以降、「エビデンスに基づく医療」が取り入れられており、介護分野においても、以下の取組の実践を通して、個々の利用者への生活支援だけでなく、エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等の取り組みを進めていくことが期待されています。

- エビデンスに基づいた介護の実践
- 科学的に妥当性のある指標等の現場からの収集・蓄積及び分析
- 分析の成果を現場にフィードバックすることで、更なる科学的介護を推進

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（2）LIFEを活用した科学的介護の推進のイメージ（1 / 2）

- エビデンスに基づいた自立支援・重度化防止等を進めるためには、科学的に妥当性のある指標等を収集・蓄積及び分析し、また分析の結果を現場にフィードバックをする仕組みが必要です。
- この実現に向けて、厚生労働省では、平成28 年度から通所・訪問リハビリテーションの計画書等の情報を収集し、フィードバックを行うVISIT、令和 2 年度からは高齢者の状態やケアの内容等の情報を収集するCHASEを運用してきました。
- **令和 3 年度からは、VISIT とCHASE の一体的な運用が開始されるとともに、名称が「科学的介護情報システム（LIFE）」となりました。**LIFE では、計画書の作成等が要件となっている加算において実施されている PDCA サイクルについて、**データに基づくさらなるPDCA サイクルを推進し、ケアの質の向上につなげることを目指しています。**

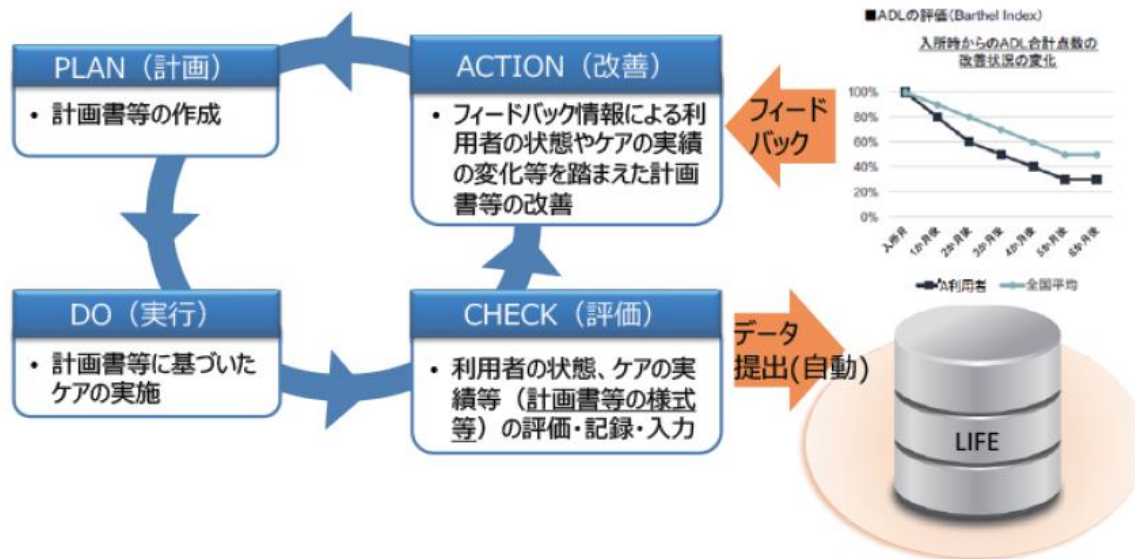
（資料）株式会社三菱総合研究所「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き（令和元年度老健事業）」

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（2）LIFEを活用した科学的介護の推進のイメージ（2 / 2）

- 具体的には、下図のように、全国の介護施設・事業所において作成・記録されている利用者の状態やケアの実績等（計画書等の様式等）のデータを、LIFE で収集・蓄積し、また蓄積したデータに基づくフィードバック情報を計画書等の改善に活かすことで、PDCA サイクルの好循環を実現し、質の高いケアにつなげていくことが期待されています。

LIFEを活用したPDCAサイクル（イメージ）



（資料）株式会社三菱総合研究所「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き（令和元年度老健事業）」

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（3）LIFEに入力するデータ項目（1 / 2）

- LIFEでは、ADL等、栄養状態、口腔・嚥下機能、認知症といった幅広い領域にわたり、データを入力することができ、入力項目として200項目以上が挙げられています。
- 入力項目は、大別すると、以下の3つに分けることができます。これらの入力項目はすべてを入力する必要はなく、各加算ごとに入力すべき項目が定められています。

- ① ユーザー登録によって入力する施設・事業所の「管理ユーザー」に関する情報と、実際にLIFEへの入力作業を行う「操作職員」に関する情報
- ② 介護サービス利用者（各高齢者）の基本情報（性別・生年月日など）
- ③ 実施したケアの内容や利用者の状態に関する情報（様式登録）

（資料）株式会社三菱総合研究所「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き（令和元年度老健事業）」

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（3）LIFEに入力するデータ項目（2 / 2）

- LIFEに入力するデータ項目の内、基本的な入力項目（必須入力項目というわけではない）として位置づけられている30項目は以下のとおりです。

総論（ADL等）

項目名称	関連する加算等
保険者番号	・（各サービスの基本報酬）
被保険者番号	・リハビリテーションマネジメント加算
事業所番号	・個別機能訓練加算
性別	・ADL維持等加算
生年月日	・排せつ支援加算
既往歴	・褥瘡マネジメント加算
服薬情報	
同居人等の数・本人との関係性	
在宅復帰の有無	
褥瘡の有無・ステージ	
Barthel Index	

等

栄養

項目名称	関連する加算等
身長	・栄養マネジメント加算
体重	・低栄養リスク改善加算
栄養補給法	・再入所時栄養連携加算
提供栄養量_エネルギー	・栄養スクリーニング加算
提供栄養量_タンパク質	・栄養改善加算
主食の摂取量	・居宅療養管理指導費（管理栄養士）
副食の摂取量	
血清アルブミン値	
本人の意欲	
食事の留意事項の有無	
食事時の摂食・嚥下状況	
食欲・食事の満足感	
食事に対する意識	
多職種による栄養ケアの課題	

等

口腔・嚥下

項目名称	関連する加算等
食事の形態	・口腔衛生管理体制加算
誤嚥性肺炎の既往歴等	・口腔衛生管理加算
	・居宅療養管理指導費（歯科衛生士）
	・口腔機能向上加算
	・経口維持加算
	・経口移行加算

等

認知症

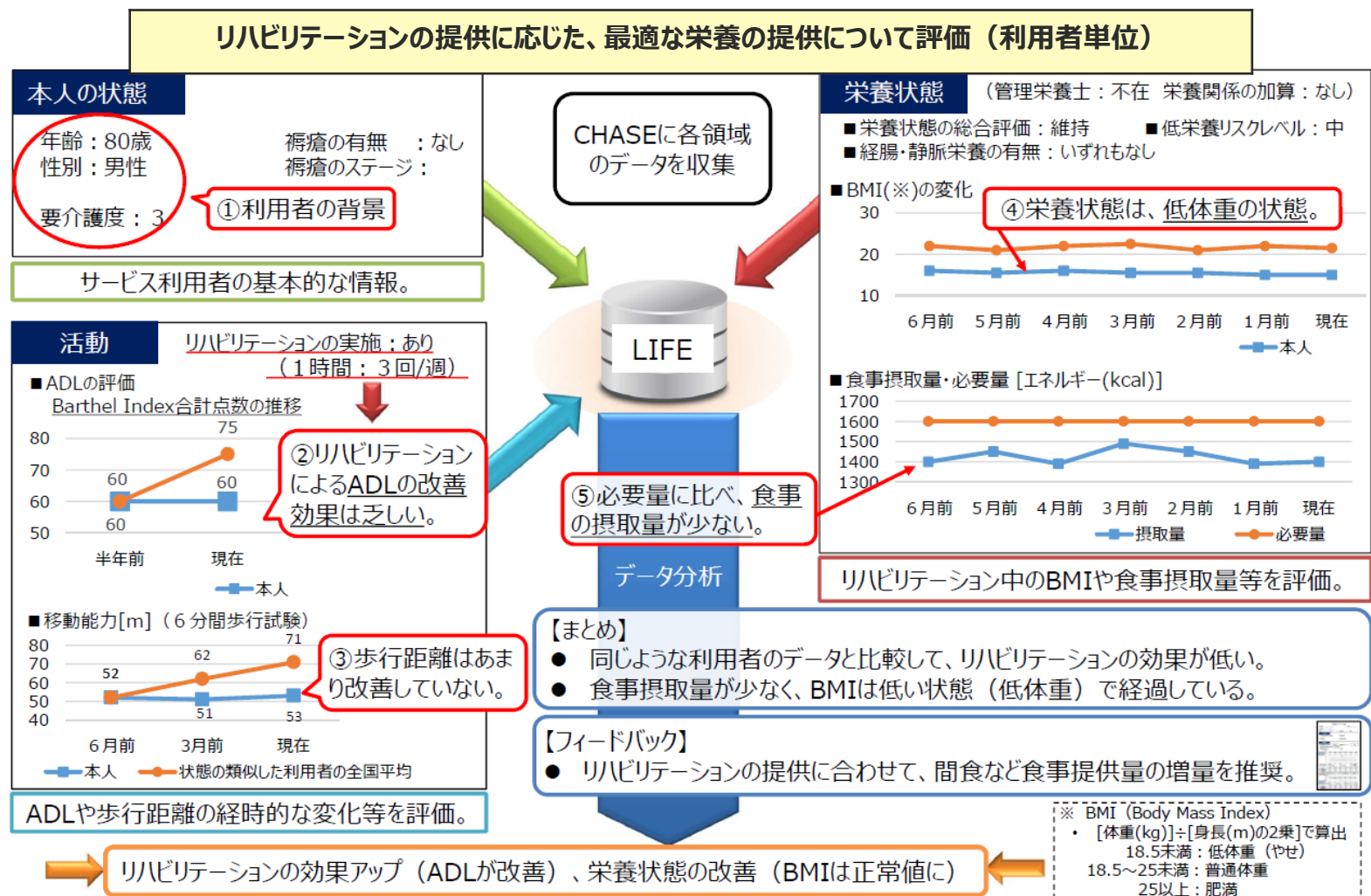
項目名称	関連する加算等
認知症の既往歴等	・認知症加算
DBD13※	・若年性認知症利用受入加算
Vitality Index※	・認知症行動・心理症状緊急対応加算
	・認知症情報提供加算
	・重度認知症疾患療養体制加算
	・認知症ケア加算
	・認知症専門ケア加算
	・認知症短期集中リハビリテーション実施加算

等

※ モデル事業等においてさらなる項目の整理を行う

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

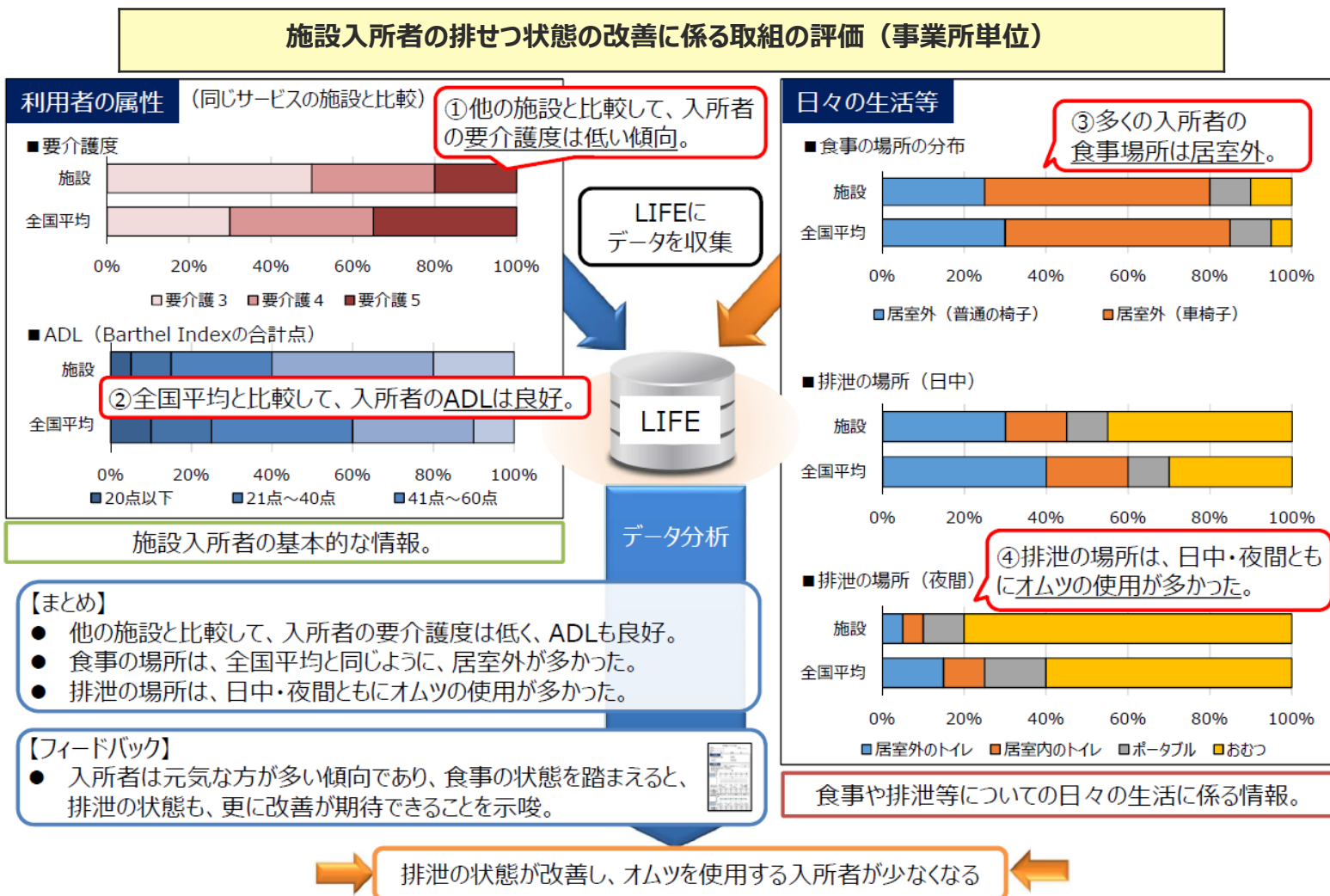
（3）個別化された自立支援・科学的介護の推進例（1 / 2）



（資料）厚生労働省HP「科学的介護情報システム（LIFE）について」

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（3）個別化された自立支援・科学的介護の推進例（2 / 2）



（資料）厚生労働省HP「科学的介護情報システム（LIFE）について」

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（5）LIFEの活用等に関する加算（1 / 3）

- LIFE へのデータ提出とフィードバック機能の活用によるPDCA サイクルの推進・ケアの向上を図る取組を推進するため、令和3 年度介護報酬改定において、LIFE の活用等が要件に含まれる加算が設けられました。
- これらの加算を算定するには、計画書等の様式情報のデータをLIFE へ提出するとともに、フィードバック機能を活用して、利用者の状態やケアの実績の変化等を踏まえて計画書等の改善につなげていくことが求められます。

LIFEの活用等が要件として含まれる主な加算（令和3年6月時点）

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| • 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）・（Ⅱ） | • 排せつ支援加算（Ⅰ）・（Ⅱ）・（Ⅲ） |
| • 個別機能訓練加算（Ⅱ） | • 自立支援促進加算 |
| • ADL維持等加算（Ⅰ）・（Ⅱ） | • かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）・（Ⅲ） |
| • リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | • 薬剤管理指導 |
| • 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 | • 栄養マネジメント強化加算 |
| • 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）・（Ⅱ） | • 口腔衛生管理加算（Ⅱ） |
| | • 口腔機能向上加算（Ⅱ） |

※施設・サービス別に加算要件等が異なりますので、必ず最新の通知等をご確認ください。

（資料）株式会社三菱総合研究所「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム（LIFE）利活用の手引き（令和元年度老健事業）」

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（5）LIFEの活用等に関する加算（2 / 3）

- 令和3年度の介護報酬改定では、居宅介護支援は「科学的介護推進体制加算」等のLIFE関連加算の対象にはなっていませんが、無関係ではありません。
- 科学的介護の推進により、居宅介護支援事業者を含めて、全ての介護サービス事業者はサービス提供にあたって介護保険等関連情報を活用しつつ、PDCAサイクルを構築・推進し、提供するサービスの質の向上に努めることが「努力義務」として求められています。
- そのため、介護支援専門員はケアマネジメントプロセスの実践に際して、LIFE等の情報を活用しつつ、提供するサービスの質の向上に努めることが求められます（例えば、LIFEの情報を参照して、モニタリングやケアプランの見直しを行うなど）。

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進

（5）LIFEの活用等に関する加算（3 / 3）

- LIFE等の情報はケアマネジメントプロセスに必要な情報の一部ですので、こうした情報源が整備されつつあることを知り、活用することが求められます。
- なにより、ケアマネジメントにおいて、根拠に基づいて将来の生活の見通を持ち、支援を組み立てていくという視点を持つことが重要です。
- 自分の経験のみに基づく知見に偏ることなく、さまざまな視点から幅広い情報を収集・分析し、利用者本位のケアマネジメントを展開できるよう、LIFE等の新しいツールを活用する方法を知る必要があります。

6. 科学的介護情報システム（LIFE）の推進 (6) 最新の動向について

- 科学的介護情報システムに関する内容は、今後の検討の進捗に応じて、古い情報となることが予想されるため、最新の情報を厚生労働省HPなどから確認いただくことをお勧めします。

厚生労働省HP：科学的介護

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

The screenshot shows the official website of the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) of Japan. The header includes the MHLW logo and navigation links such as 'Home', 'Contact Us', 'FAQ', 'Site Map', and 'Participation'. A search bar is also present. The main navigation menu includes 'Policy', 'About MHLW', 'Statistics', 'Regulations', 'Applications', and 'Public Information'. The breadcrumb trail indicates the current location: Home > Policy > Policy Overview > Care > Care for the Elderly > Scientific Care. The main content area is titled '科学的介護' (Scientific Care) and lists five items: 1. Scientific Care (科学的介護について), 2. Scientific Care Information System (LIFE) (科学的介護情報システム（LIFE）について), 3. Utilization of LIFE information (LIFEの情報の活用について), 4. Measurement of Barthel Index (B I) (4 Barthel Index（B I）の測定について), and 5. Business Cooperation (5 事務連絡). Each item has a corresponding PDF document link. On the right side, there is a sidebar menu with categories like 'Policy', 'Policy Overview', 'Health and Medical Care', 'Children and Childcare', 'Welfare and Care', 'Long-term Care Insurance', 'Employment and Labor', 'Finance', and 'Other Policy Areas'. The 'Policy Overview' category is currently selected.

振り返り



【個人ワーク】

10分

- ここまで、「ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解」「自立支援の考え方とケアマネジメントの役割」について学んできました。

【確認事項】

- 以下のキーワードについて、ここで学んだ理念や考え方を踏まえて、自分ならどのように説明するか、自分の言葉で考えてみましょう。
 - ✓ ケアマネジメントプロセスと各プロセスにおける機能
 - ✓ 自立支援の捉え方
- なお、質問や疑問は書き留めて、「講師への質問フォーム」で質問しましょう。

家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割の理解

1. 家族等に対する支援の重要性

- 社会構造の変化により、加齢や疾病等により支援が必要になった人を、家族機能だけでは支えることが難しくなっています。
- 具体的には以下のような社会構造の変化により家族等に対する支援の重要性が増していると考えられます。

- 家族関係の希薄化
- 単身世帯・高齢世帯の増加
- 雇用形態・就労形態の変化による家族の経済基盤の不安定さ

2. 仕事と介護の両立支援の必要性（1 / 2）

- 高齢者人口の増加とともに、介護保険制度上の要支援・要介護認定者数は増加しており、今後、団塊世代が後期高齢者に到達することに伴いその傾向は続くことが見込まれます。
- 介護者は、とりわけ働き盛り世代で、企業の中核を担う労働者であることが多く、企業において管理職として活躍する方や職責の重い仕事に従事する方も少なくありません。
- そうした中、介護は育児と異なり突発的に問題が発生することや、介護を行う期間・方策も多種多様であることから、仕事と介護の両立が困難となることも考えられます。このため、**国では、育児・介護休業法に定められた介護休業制度などの周知徹底を図り、企業及び労働者の課題を把握し事例集を作成するなど、介護を行っている労働者の継続就業を促進**しています。

2. 仕事と介護の両立支援の必要性（2 / 2）

- 総務省の『平成29年度就業構造基本調査』によると、「介護・看護のため過去1年間に前職を離職した人」の数は、
 - 2007年時点で約14万4,800人
 - 2012年時点で約10万1,100人
 - 2017年時点で約9万9,100人
- 全体として緩やかな減少傾向にあるものの、2012年から2017年にかけては2,000人程度しか減っておらず、**10万人規模の介護離職者数が、毎年変わらずに発生している現状**があります。

3. ヤングケアラーへの支援の必要性

(1) ヤングケアラーとは

- 「ヤングケアラー」とは、法律上の定義はありませんが、一般に、本来大人が担うと想定されている家事や家族の世話などを日常的に行っている子どもとされています。

ヤングケアラーはこんな子どもたちです

家族にケアを要する人がいる場合に、大人が担うようなケア責任を引き受け、家事や家族の世話、介護、感情面のサポートなどを行っている18歳未満の子どもをいいます。



障がいや病気のある家族に代わり、買い物・料理・掃除・洗濯などの家事をしている



家族に代わり、幼いきょうだいの世話をしている



障がいや病気のあるきょうだいの世話や見守りをしている



目を離せない家族の見守りや声かけなどの気づかいをしている



日本語が第一言語でない家族や障がいのある家族のために通訳をしている



家計を支えるために労働をして、障がいや病気のある家族を助けている



アルコール・薬物・ギャンブル問題を抱える家族に対応している



がん・難病・精神疾患など慢性的な病気の家族の看病をしている



障がいや病気のある家族の身の回りの世話をしている



障がいや病気のある家族の入浴やトイレの介助をしている

©一般社団法人日本ケアラー連盟 / illustration : Izumi Shiga

(資料) 厚生労働省HP「ヤングケアラーについて」<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>

3. ヤングケアラーへの支援の必要性

(2) 厚生労働省調査の結果 (1 / 2)

- 令和2年度の厚生労働省の調査では、調査に参加した中学校の46.6%、全日制高校の49.8%にヤングケアラーが「いる」という結果になっています。
- また、同調査では、「家族の中にあなたがお世話をしている人はいますか」という質問に対し、「いる」と答えた中学2年生は5.7%にのぼりました。これは、回答した中学2年生の17人に1人がヤングケアラーだったということになります。



中学2年生の17人に1人が「ヤングケアラー」

(資料) 厚生労働省HP「ヤングケアラーについて」<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>

3. ヤングケアラーへの支援の必要性

(2) 厚生労働省調査の結果 (2 / 2)

- 世話をしている家族が「いる」と回答した人に頻度について質問すると、半数近くが「ほぼ毎日」世話をしているという結果になっています。
- 令和2年度に埼玉県が高校2年生に行った調査では、ヤングケアラーが平日にケアにかかる時間は「1時間未満」が4割、「1時間以上2時間未満」が3割でした。
- しかし、同年行われた厚生労働省の調査では、**平日1日あたりに世話に費やす時間として、中学2年生は平均4時間、全日制高校2年生は平均3.8時間と、さらに長い結果になっています。**

(資料) 厚生労働省HP「ヤングケアラーについて」<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>

3. ヤングケアラーへの支援の必要性

(3) 子どもたちへの影響

- 大人が行うような家事や家族の世話などを日常的に行っていると、子どもたちに以下のような影響が出る可能性があります。



学業への影響

遅刻・早退・欠席が増える、勉強の時間が取れない等



友人関係への影響

友人等とコミュニケーションを取れる時間が少ない等

就職への影響

自分にできると思う仕事の範囲を狭めて考えてしまう、自分のやってきたことをアピールできない等



(資料) 厚生労働省HP「ヤングケアラーについて」<https://www.mhlw.go.jp/stf/young-carer.html>

3. ヤングケアラーへの支援の必要性

(4) 参考資料等の紹介

- ・ ヤングケアラーに関してマニュアル等が公開されていますので、より理解を深めたい方はご確認してみてください。

有限責任監査法人トーマツ『多機関・多職種連携によるヤングケアラー支援マニュアル』（令和4年3月）

※令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「多機関連携によるヤングケアラーへの支援の在り方に関する調査研究」

https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/life/143134_302109_misc.pdf

厚生労働省 特設ホームページ

『子どもが子どもでいられる街に。～みんなでヤングケアラーを支える社会を目指して～』

<https://www.mhlw.go.jp/young-carer/>

厚生労働省 ヤングケアラーの支援に向けた福祉・介護・医療・教育の連携プロジェクトチーム

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/young-carer-pt.html>

4. 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向

(1) 育児・介護休業法 (1/3)

育児・介護休業法の概要

- 持続可能で安心できる社会をつくるためには、「就労」と「結婚・出産・子育て」、あるいは「就労」と「介護」での「二者択一構造」を解消し、ワーク・ライフ・バランスを実現することが必要不可欠です。こうした状況を踏まえ、育児・介護休業法では、子育てや介護など家庭の状況から時間的制約を抱えている時期の労働者の仕事と家庭の両立支援を進めています。
- 家族の介護を理由とした離職を防止するために、育児・介護休業法では事業者に対して、介護休業制度、介護のための短時間勤務制度等の措置、介護休暇制度などによる支援を行うことが義務づけられています。
- 介護支援専門員には、働きながら介護をしている家族の仕事と介護の両立を支援する視点が求められますので、利用者の家族に対して、こうした制度を活用できることを説明することが大切です。

2 介護休業 <法第11条～第15条>

休業の定義	労働者が要介護状態（負傷、疾病又は身体上若しくは精神上の障害により、2週間以上の期間にわたり常時介護を必要とする状態）にある対象家族を介護するためにする休業
対象労働者	・労働者（日々雇用を除く） ・有期契約労働者は、申出時点で次の要件を満たすことが必要。 ①入社1年以上 ②介護休業開始予定日から起算して93日を経過する日から6か月経過する日までに労働契約が満了し、更新されないことが明らかでないこと <労使協定を締結することにより、対象外となる労働者> ①入社1年未満の労働者 ②申出の日から93日以内に雇用関係が終了する労働者 ③1週間の所定労働日数が2日以下の労働者
対象家族	配偶者（事実婚を含む）、父母、子、配偶者の父母、祖父母、兄弟姉妹及び孫 ※介護関係の「子」の範囲は、法律上の親子関係がある子（養子含む）のみ
期間／回数	対象家族1人につき、通算93日まで / 3回まで分割可能
手続き	労働者は、休業開始予定日の2週間前までに、書面等により事業主に申出 ※休業終了予定日の2週間前までに申し出ることで、93日の範囲内で申出毎に1回に限り繰下げが可能

4 介護休暇 <法第16条の5～第16条の6>

制度の内容	・要介護状態にある対象家族の介護その他の世話をを行う労働者は、1年に5日（対象家族が2人以上の場合は10日）まで、介護その他の世話をを行うために、休暇の取得が可能 ・1日又は時間単位で取得が可能 ※時間単位での取得が困難と認められる業務に従事する労働者は、労使協定の締結により、1日単位での取得に限定することが可能 ※「その他の世話」とは、対象家族の通院等の付添い、対象家族が介護サービスの提供を受けるために必要な手続きの代行等のこと
対象労働者	・労働者（日々雇用を除く。） <労使協定を締結することにより、対象外となる労働者> ①入社6か月未満の労働者 ②1週間の所定労働日数が2日以下の労働者

4. 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向

(1) 育児・介護休業法 (2/3)

- ・ 仕事と介護の両立を支援するための制度の概要は以下の通りです。
- ・ 令和元年12月27日の法改正により、令和3年1月1日からは、育児や介護を行う労働者が、子の看護休暇や介護休暇を時間単位で取得することができるようになりました。

制度	概要
介護休業	○ 要介護状態にある対象家族を介護していて制度の活用を希望する人（以下「制度活用希望者」）は、事業主に申し出ることにより、対象家族1人につき、3回を上限として、通算して93日まで、介護休業をすることができます。 ・ 「要介護状態」とは、負傷、疾病または身体・精神上の障害により、2週間以上の期間にわたり常時介護を必要とする状態をいう。 ・ 「対象家族」とは、配偶者、父母及び子（同居して扶養している祖父母、兄弟姉妹、孫を含む）、配偶者の父母をいう。 ・ 手続きは、事業主に対して、①対象家族が要介護状態にあること、②休業開始予定日及び休業終了予定日等を明らかにして、休業開始予定日の2週間前までに申し出る必要がある。
介護のための短時間勤務制度等の措置	○ 事業主は、家族を介護する制度活用希望者が希望すれば利用できる短時間勤務制度、フレックスタイム制度、時差出勤制度などの措置を講じなければならない。これらの制度は、対象家族1人につき、利用開始から2回以上、介護休業をした日数と合わせて少なくとも93日間は利用することができるようにする必要がある。 ○ この適用を受けるための手続きは、基本的に就業規則等の定めによる。
介護休暇	○ 家族を介護する制度活用希望者は、事業主に申し出ることにより、介護休暇を取得できる（対象家族が1人であれば年に5日、2人以上であれば年に10日）。 ○ 介護休暇は緊急を要することが多いので、当日の電話等の口頭の申出でも取得を認める必要がある。
法定時間外労働の制限	○ 家族を介護する制度活用希望者が申し出た場合には、事業主は、1か月24時間、1年150時間を超える時間外労働をさせることはできない。 ○ 労働者は、1回につき、1か月以上1年以内の期間について、開始予定日と終了予定日等を明らかにして、開始予定日の1か月前までに制限の申出をする必要がある。この申出は何回もすることができる。
深夜業の制限	○ 家族を介護する制度活用希望者が申し出た場合には、事業主は、その労働者を深夜（午後10時から午前5時まで）において労働させることはできない。 ○ 制度活用希望者は、1回につき、1か月以上6か月以内の期間について、開始予定日と終了予定日等を明らかにして、開始予定日の1か月前までに制限の申し出をする必要がある。この申出は何回もすることができる。
転勤に対する配慮	○ 事業主は、就業場所の変更によって介護が困難になる制度活用希望者がいるときは、当該労働者の介護の状況に配慮しなければならない。
不利益取り扱いの禁止	○ 事業主は、上記の支援制度の申出や取得を理由として、解雇などの不利益な取り扱いをすることは禁止されている。

出典：厚労省ホームページ「育児・介護休業法（介護関係制度）の内容」より

4. 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向

(1) 育児・介護休業法 (3/3)

- 育児・介護休業法は令和3年6月に改正され、令和4年4月1日から段階的に改正法が施行されています。改正の趣旨、概要は以下のとおりです。

改正の趣旨

出産・育児等による労働者の離職を防ぎ、希望に応じて男女ともに仕事と育児等を両立できるようにするため、子の出生直後の時期における柔軟な育児休業の枠組みの創設、育児休業を取得しやすい雇用環境整備及び労働者に対する個別の周知・意向確認の措置の義務付け、育児休業給付に関する所要の規定の整備等の措置を講ずる。

改正の概要

1 男性の育児休業取得促進のための子の出生直後の時期における柔軟な育児休業の枠組みの創設【育児・介護休業法】

子の出生後8週間以内に4週間まで取得することができる柔軟な育児休業の枠組みを創設する。

①休業の申出期限については、原則休業の2週間前までとする。 ※現行の育児休業(1か月前)よりも短縮

②分割して取得できる回数は、2回とする。

③労使協定を締結している場合に、労働者と事業主の個別合意により、事前に調整した上で休業中に就業することを可能とする。

2 育児休業を取得しやすい雇用環境整備及び妊娠・出産の申出をした労働者に対する個別の周知・意向確認の措置の義務付け

①育児休業の申出・取得を円滑にするための雇用環境の整備に関する措置

②妊娠・出産(本人又は配偶者)の申出をした労働者に対して事業主から個別の制度周知及び休業の取得意向の確認のための措置を講ずることを事業主に義務付ける。

3 育児休業の分割取得

育児休業(1の休業を除く。)について、分割して2回まで取得することを可能とする。

4 育児休業の取得の状況の公表の義務付け

常時雇用する労働者数が1,000人超の事業主に対し、育児休業の取得の状況について公表を義務付ける。

5 有期雇用労働者の育児・介護休業取得要件の緩和

有期雇用労働者の育児休業及び介護休業の取得要件のうち「事業主に引き続き雇用された期間が1年以上である者」であることという要件を廃止する。ただし、労使協定を締結した場合には、無期雇用労働者と同様に、事業主に引き続き雇用された期間が1年未満である労働者を対象から除外することを可能とする。

6 育児休業給付に関する所要の規定の整備【雇用保険法】

①1及び3の改正を踏まえ、育児休業給付についても所要の規定を整備する。

②出産日のタイミングによって受給要件を満たさなくなるケースを解消するため、被保険者期間の計算の起算点に関する特例を設ける。

4. 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向

(2) 参考資料等の紹介

- 家族等の支援、仕事と家族の両立に関して、研修教材やマニュアル等が公開されていますので、より理解を深めたい方はご確認してみてください。

厚生労働省「ケアマネジャー研修 仕事と介護の両立支援カリキュラム」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/kaigo.html

厚生労働省「市町村・地域包括支援センターにおける家族介護者支援マニュアル」

※平成29年度 介護離職防止のための地域モデルを踏まえた支援手法の整備事業

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000307003.pdf>

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

「労働施策や地域資源等と連携した市町村、地域包括支援センターにおける

家族介護者支援 取組ポイント」

※令和2年度 介護・労働施策等の活用による家族介護者支援に関する調査研究事業

https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2021/04/koukai_200423_8.pdf



介護予防ケアマネジメントの意義や 基本的なプロセス等の理解

1. 介護予防ケアマネジメントの意義・目的（1/2）

介護保険法第8条の2第16項（抜粋）

「介護予防支援」とは、居宅要支援者が指定介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう、地域包括支援センターの職員等が、当該居宅要支援者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要支援者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定介護予防サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画（介護予防サービス計画）を作成するとともに、当該介護予防サービス計画に基づく指定介護予防サービス等の提供が確保されるよう、介護予防サービス事業者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行うこと

- 上記を踏まえると、**介護予防ケアマネジメントは、高齢者が要介護状態等になることを予防するために、高齢者自身の取組を促進し、家族や地域の支援、予防給付をはじめとする様々なサービスが包括的かつ効率的に実施されるように援助を行うことを目的**にしていると言えます。

（資料）一般財団法人長寿社会開発センター「八訂 介護支援専門員基本テキスト」

1. 介護予防ケアマネジメントの意義・目的（2/2）

- 介護予防が目指すのは、高齢者一人ひとりが自分らしく生き生きとした人生を送ることであり、介護予防サービスはその手段です。
- そのためには、利用者がどのような生活を送りたいかを把握し、利用者の能力の維持・向上に向けた効果的な支援を行うことが基本です。
- 利用者自身の生活のなかに介護予防の取組が習慣化されること、その取り組みを支援する環境づくりを併せて行うことが重要です。

2. 介護予防ケアマネジメントの対象者（1/3）

- 介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが実施するケアマネジメントであり、対象は以下の通りです。

対象	- 要支援 1 または要支援 2 の者 - 介護予防・日常生活支援総合事業対象者
-----------	--

- 要支援 1 または要支援 2 の者で予防給付を利用する者については、介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業者に委託することが可能です。

2. 介護予防ケアマネジメントの対象者（2/3）

- 介護予防ケアマネジメントの対象者と要介護者を比較すると、介護予防ケアマネジメントの対象者には、以下の特徴があります。

- ① 要支援状態になった経過では、突然起こった病気や怪我より、徐々に生活機能が低下して、日常生活に支障が生じてきた場合が多い。
- ② 状態像では、食事や排せつ、入浴などの日常生活動作（ADL）はおおむね自立しているが、掃除や買い物、調理やゴミ捨てなどの手段的日常生活動作（IADL）や外出に支障があるものが多く、認知機能は保たれており、自己決定が可能である。
- ③ 生活における支障の要因では、本人の生活機能の低下だけではなく、家事などを行う家族との同居の有無、外出しやすい環境かどうか、商店や医療機関が身近な場所にあるかどうかなど、人的・物理的な環境の影響をより大きく受けている。

2. 介護予防ケアマネジメントの対象者（3/3）

- 介護予防ケアマネジメントでは、前述の特徴を踏まえて、利用者の現在の心身機能だけに着目するのではなく、いつ頃からどのように生活機能が低下してきたのかという過去の経過を把握し、今後起こりうる状態を予測して、利用者・家族と一緒に考えることが重要です。
- そのことにより、利用者・家族の介護予防に対する意識を高め、主体的に取り組む動機づけとなります。

3. 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセス (1) 対象者の把握・選定（相談受付）まで（1/4）

- 市町村や地域包括支援センターは、一般介護予防事業者関連部署との連携、地域ネットワークを利用して、さまざまな機会やルートから介護予防が必要な高齢者を把握することが必要となります。
- 市町村の窓口や地域包括支援センターの総合窓口等で、被保険者・家族から相談を受け付けた場合は、まず、相談の目的や希望するサービス等を聞き取ります。
- 窓口担当者は、介護予防・日常生活支援サービス事業、一般介護予防事業や、要介護認定の申請等についての説明を行います。

3. 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセス (1) 対象者の把握・選定（相談受付）まで（2/4）

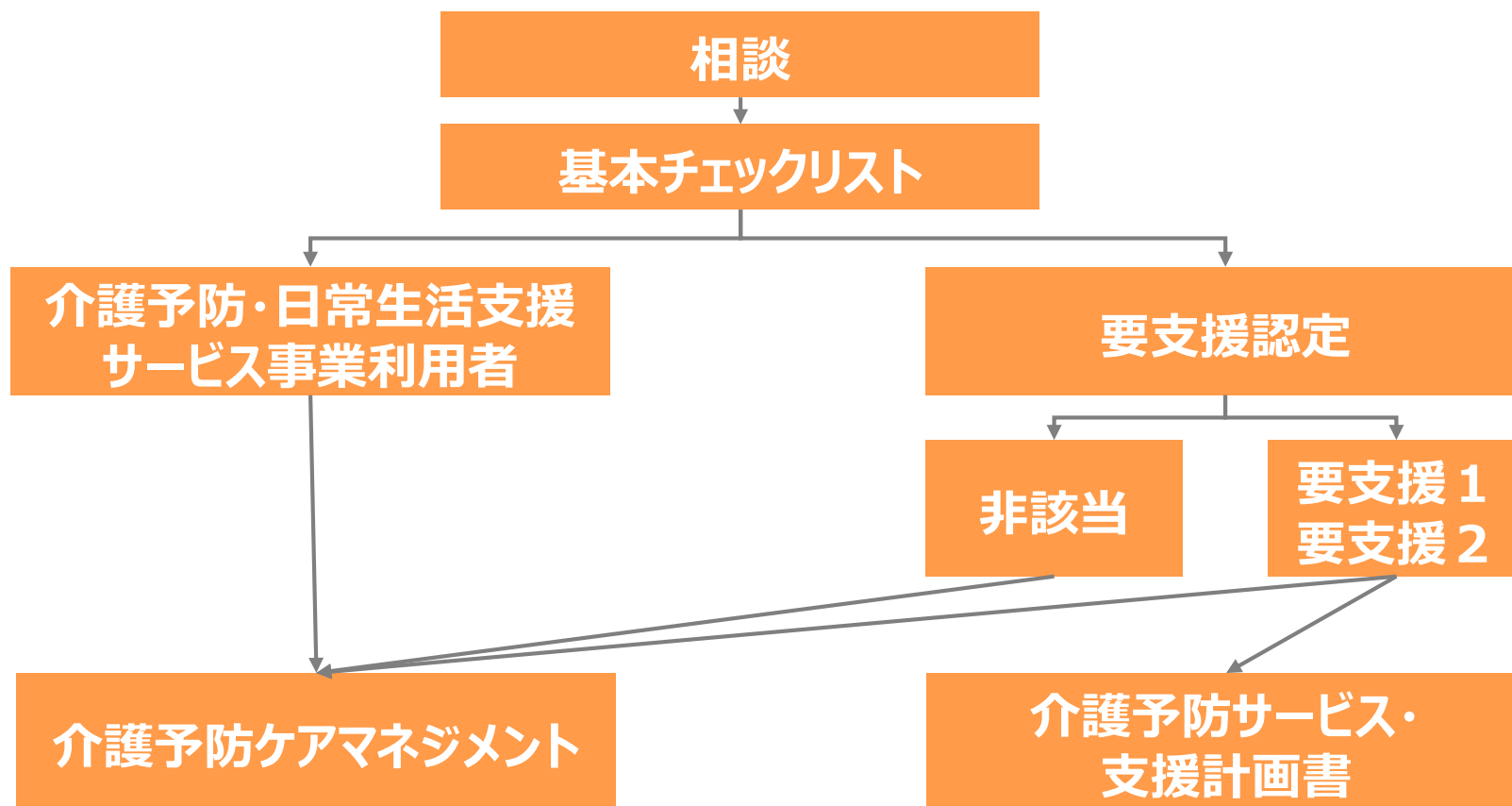
- 要介護認定が必要な場合は申請手続きにつなぎ、一般介護予防事業の利用のみを希望する場合はそれらのサービスにつなぎます。
- 介護予防・日常生活支援総合事業を希望している方等については、基本チェックリストを実施し、「事業対象者に該当する基準」に基づき、利用すべきサービスの区分（一般介護予防事業、サービス事業および予防給付）の振り分けを行います。

3. 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセス (1) 対象者の把握・選定（相談受付）まで（3/4）

- 本人が来所できない場合は、電話や来所した家族の情報から、本人の状況や相談目的等を聞き取り判断しますが、介護予防ケアマネジメントの実施に進んだ場合には、本人と面接してアセスメントを深め、必要な支援やサービス等を検討します。
- 要支援認定の結果、要支援 1・要支援 2 と判定された者のうち、予防給付を利用する場合は、介護予防支援の対象となり、サービス事業を希望する場合は、総合事業による介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の対象となります。

3. 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセス (1) 対象者の把握・選定（相談受付）まで（4/4）

介護予防ケアマネジメントの流れ（対象者の把握・選定まで）



（資料）一般財団法人長寿社会開発センター「八訂 介護支援専門員基本テキスト」

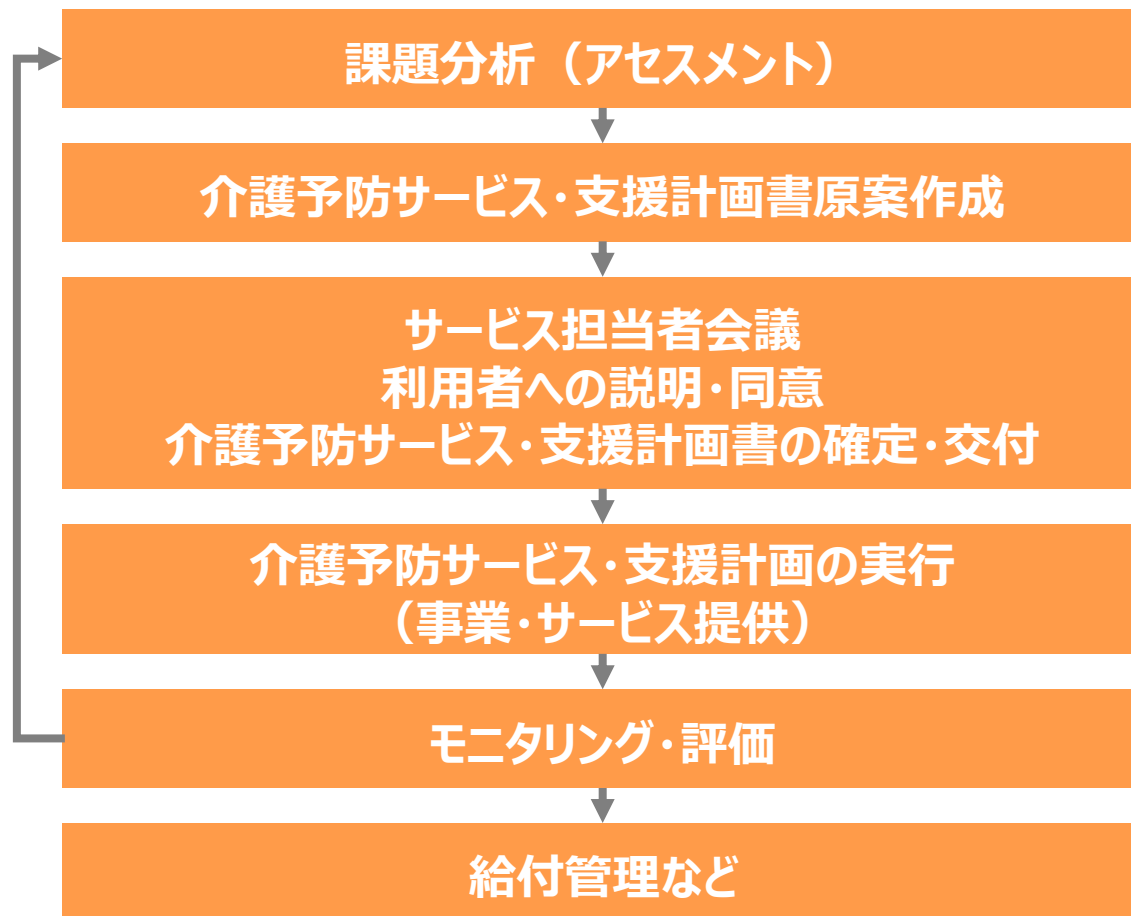
3. 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセス

(2) 被保険者証の発行

- 総合事業における介護予防ケアマネジメントを利用する場合は、市町村に「介護予防ケアマネジメント依頼書」を提出します。市町村は、当該者を受給者台帳に登録し、被保険者証を発行します。
- 予防給付による介護予防サービスの利用者は、地域包括支援センターと介護予防支援の契約を交わし、介護予防サービス・支援計画作成依頼届書を市町村に提出します。
- いずれの場合も指定居宅介護支援事業者にケアマネジメントを委託することは可能です。

3. 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセス (3) 原則的なケアマネジメントプロセス

- 原則的なケアマネジメントプロセスは、介護ケアマネジメントと同じです。



（資料）一般財団法人長寿社会開発センター「八訂 介護支援専門員基本テキスト」

4. 介護予防支援事業者と関係機関・関係者との連携

(1) 指定居宅介護支援事業者への委託

- 地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントの一部を、市長村長に届出を行ったうえで指定居宅介護支援事業者に委託できます。
(介護保険法第115条の23第3項、規則第140条の35)
- 業務委託の要件として、中立性・公平性が担保され、受託する介護予防ケアマネジメントを円滑に遂行する能力があることが必要です。また、委託業務の範囲および委託先の選定について、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。
- 地域包括視線センターは、委託先の指定居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス・支援計画書および評価表の提出を求め、課題分析結果と目標、支援計画が介護予防の理念に沿うものであるか、利用者の自立支援・QOL向上に資するものであるかをともに検討します。

(資料) 一般財団法人長寿社会開発センター「八訂 介護支援専門員基本テキスト」

4. 介護予防支援事業者と関係機関・関係者との連携

(2) 保険者、保健・医療・福祉関係機関との連携

- 地域包括支援センターは、市町村から介護予防ケアマネジメント等の対象者の情報提供を受けて、介護予防ケアマネジメントを行います。市町村と地域包括支援センターが、ケアマネジメントと各サービスの目的と留意点を共有して、同じ考え方をもち、対象者に周知することが重要です。
- 介護予防ケアマネジメントでは、支援方法として、介護保険サービス以外に、保健・医療・福祉サービス・インフォーマルサポート等を総合的に組み合わせることが求められています。
- 地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメントを通して、個別に保健・医療・福祉関係機関と連携を深めるとともに、サービスの質の改善や不足しているサービスに関して、地域ケア会議等で提言し、地域の資源開発を担う役割があります。

(資料) 一般財団法人長寿社会開発センター「八訂 介護支援専門員基本テキスト」

4. 介護予防支援事業者と関係機関・関係者との連携

(3) インフォーマルサポートとの連携

- 一人暮らしの高齢者などの場合は、特に民生委員やボランティア、近隣住民との連携が重要です。
- 支援が必要な高齢者の情報は、近隣住民から民生委員を経て地域包括支援センターに寄せられることも多く、また、地域包括支援センターが、地域の支援者として民生委員や近隣住民に期待することもあります。
- インフォーマルな支援者が、支援の必要性を感じ主体的に行動する、すなわち「互助」を促進するのは、地域包括支援センターが行う地域づくりの取組の一環としてとらえることもできます。