

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、利用者との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

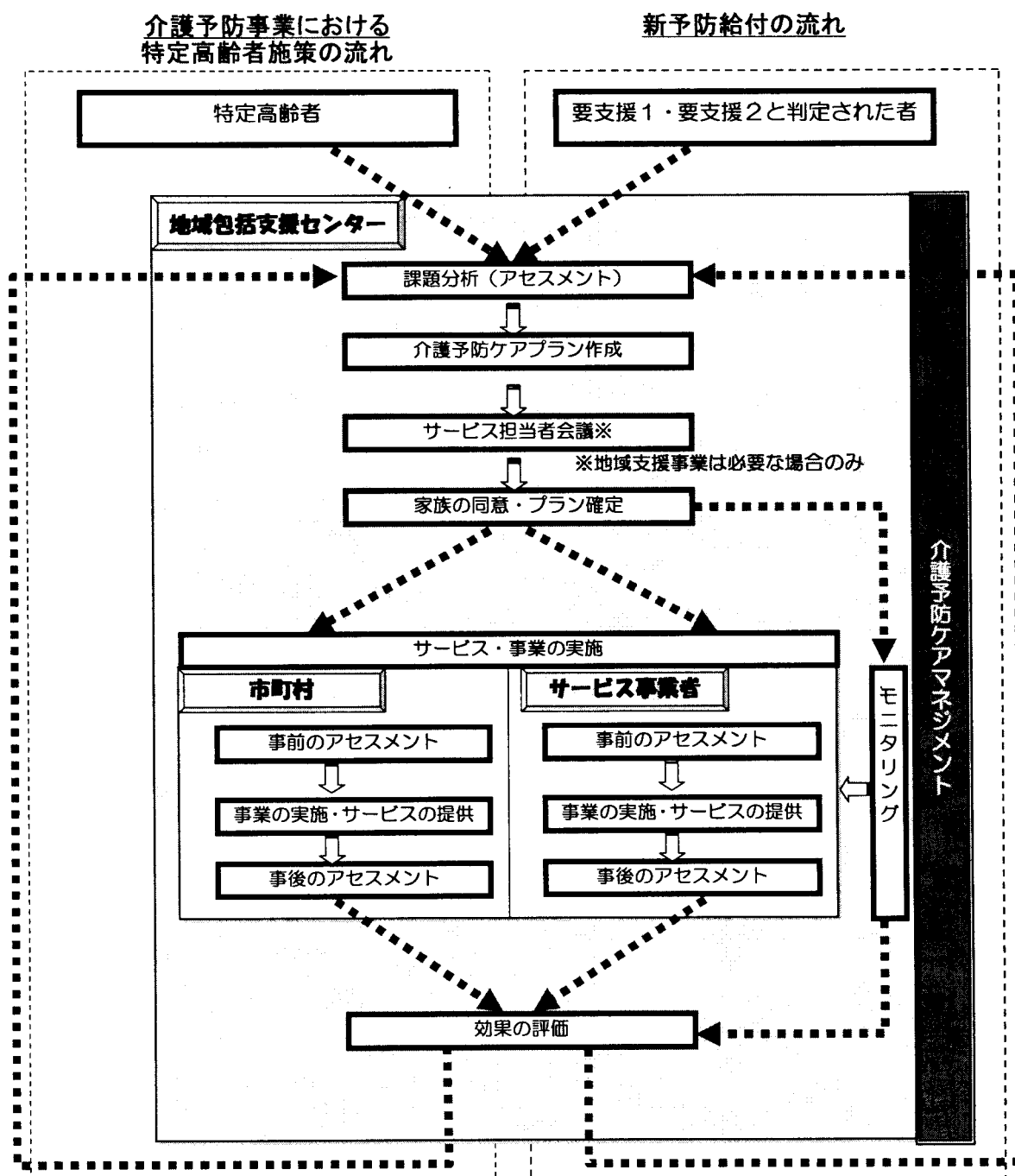
が重要です。

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。

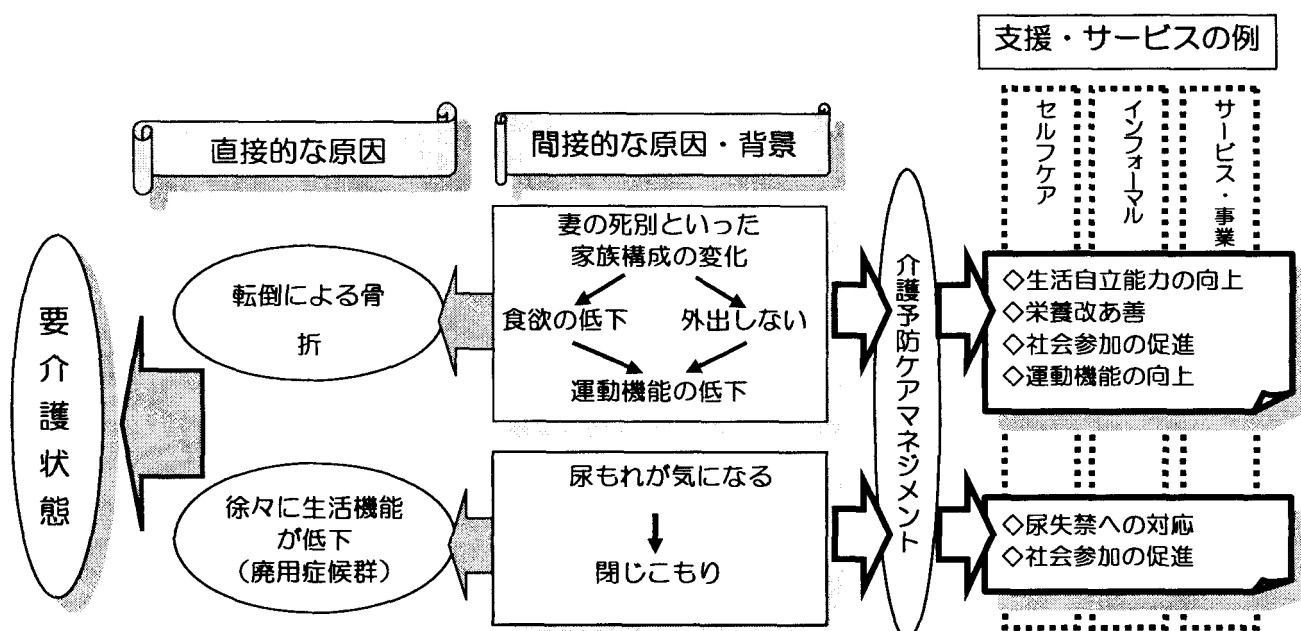
- また、介護予防ケアプランを作成する際には利用者の状態のみに着目するのではなく、要介護状態にいたる直接的及び間接的な原因にも着目して設定することも大切です。

<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



<軽度者の要介護状態等となる原因の例>

《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一つです。

○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。