

要介護認定制度の見直しについて(参考資料)

老健局 老人保健課

要介護認定とその変遷

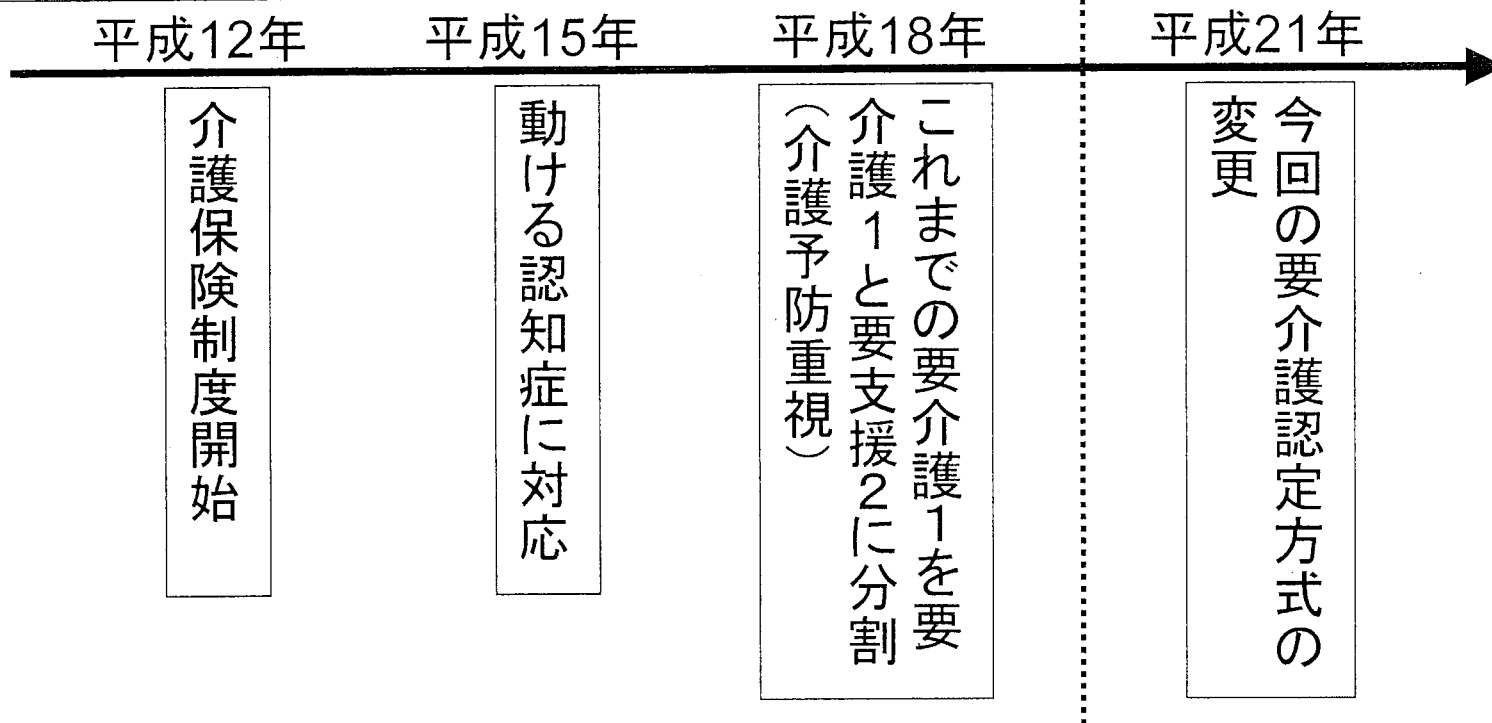
要介護認定の基本的な考え方

ケア時間: 本来ならば申請者ごとにタイムスタディ(48時間)が必要



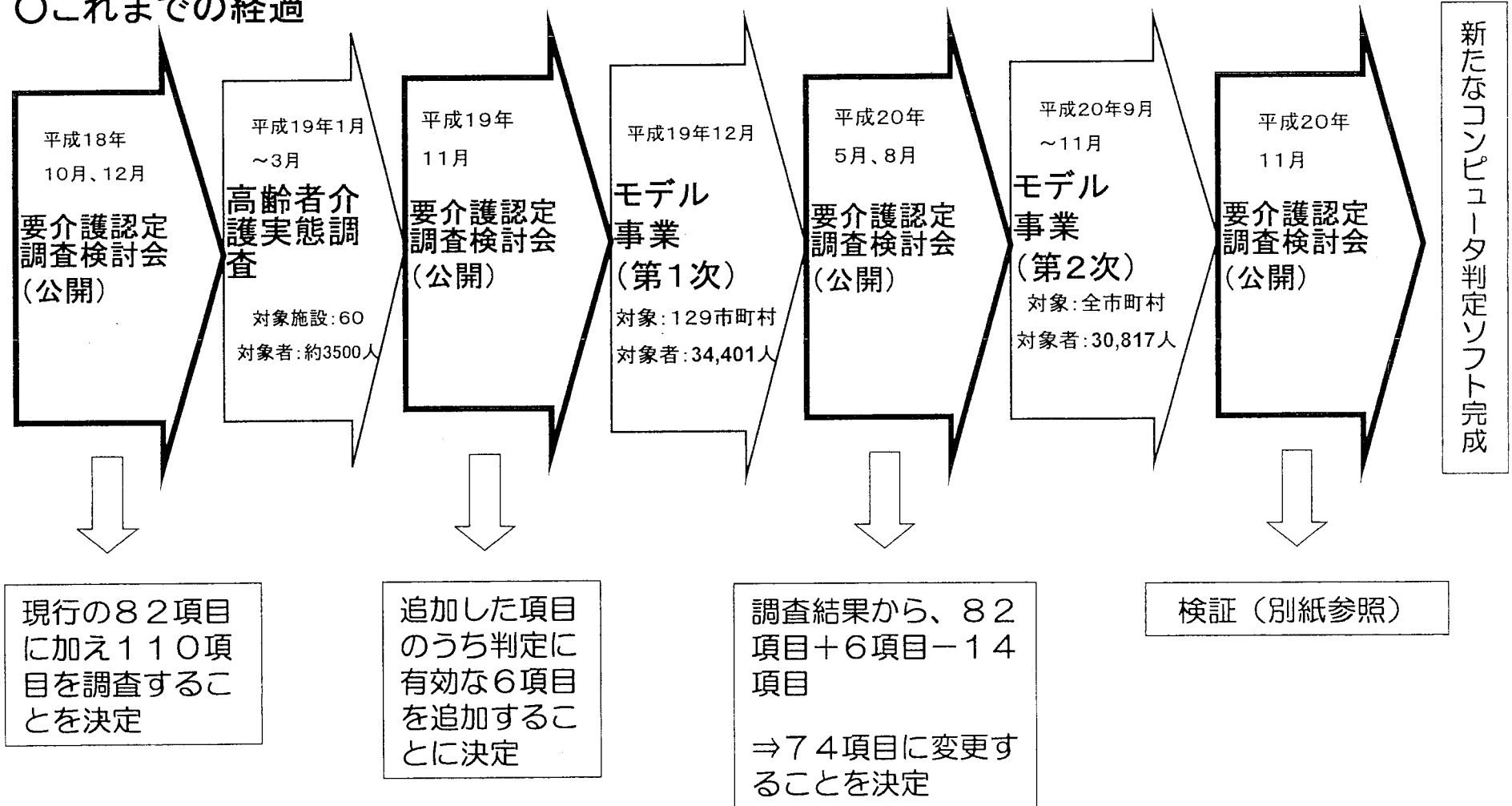
代替案として認定調査でケア時間を推計

要介護認定の変遷

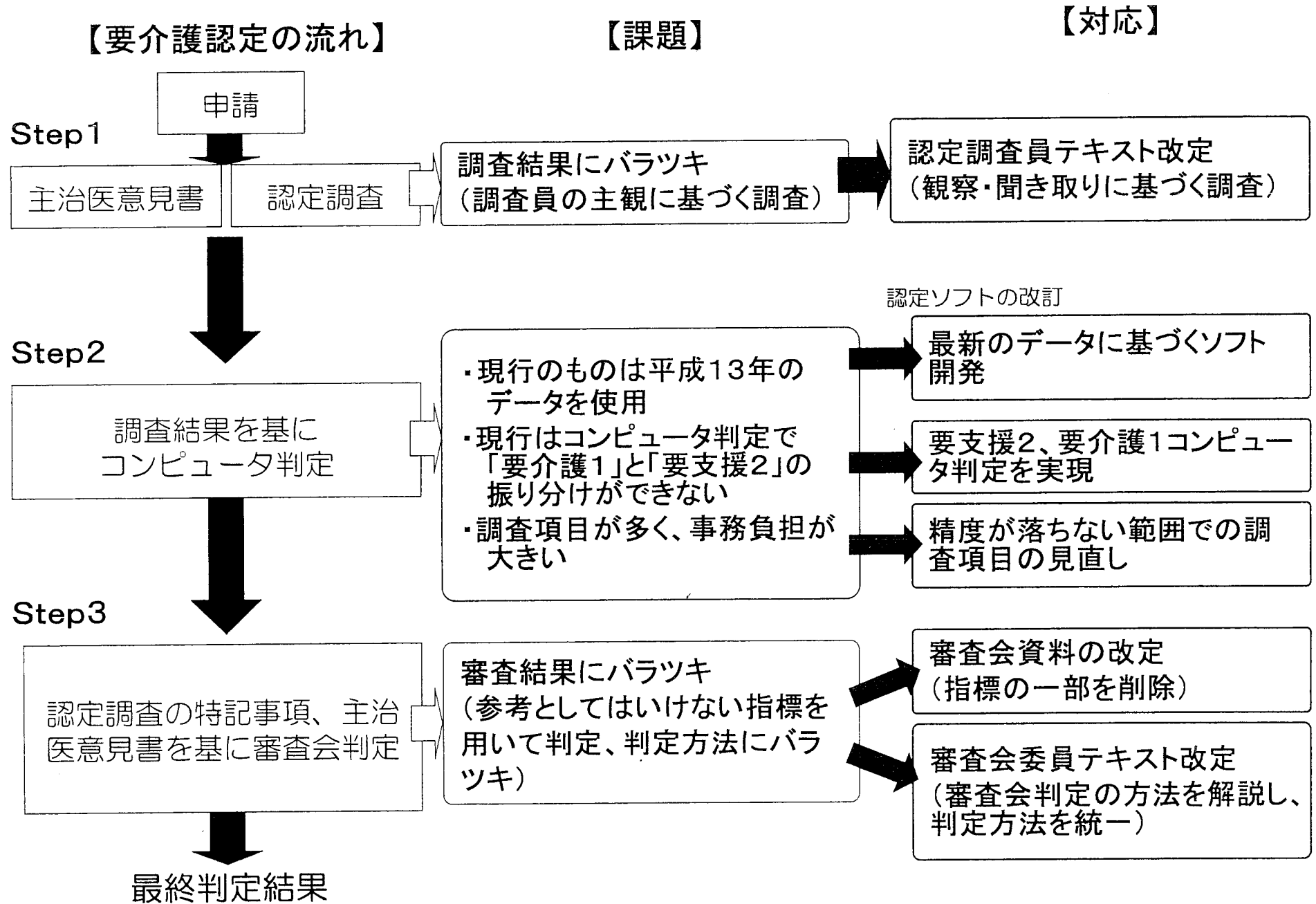


平成21年度コンピュータ判定ソフトの改訂について

○これまでの経過



要介護認定の流れと平成21年度改正における3つのステップ改善点



認定調査のバラツキの軽減と検証結果

(旧) 現行：調査員の主観が入ることがある。

例) 整髪について、頭髪がない場合には調査員があると仮定して判定

(新) 変更：観察、聞き取りを基に行う。

例) 整髪について、頭髪がない場合には介助なし（自立）と判定し、特記事項に「頭髪がない」旨を記載

特記事項が不十分な場合あり。

バラツキなし

特記事項増加

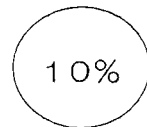
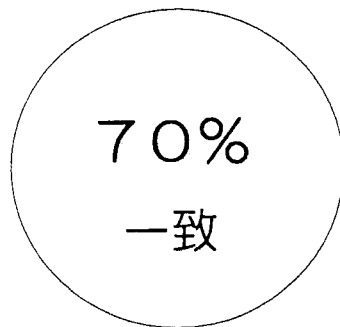
コンピュータ判定

審査会による判定

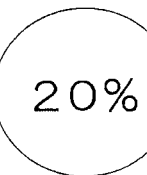
検証

新旧での比較

平成19年度老人保健健康増進等事業



軽度に判定



重度に判定

より適切な二次判定を実現

結果的にモデル事業より10%程度重度に判定されることが見込まれる。

まとめ

検証方法とその結果

○コンピュータ判定で要介護5は6.1%から4.9%に減少（審査会判定では要介護5は6.0%から5.7%に減少幅縮小）

○現行とモデル事業と比較し審査判定で要介護度別の出現頻度に差を認めない

検証方法とその結果

○老人保健健康増進等事業で、旧テキストと新テキストを比較

70%
一致

10%軽度へ

20%重度へ

改定内容

認定ソフト(調査項目82→74等)

審査会資料(指標の一部を削除)

認定調査テキスト(ブレが生じる定義を見直し、特記事項の重要性強調)

審査会テキスト(特記事項から適切な要介護度を判定する方法を解説)

コンピュータ判定

要介護5から軽度に判定されるのは1.2%

審査会判定

要介護5から軽度に判定されるのは0.3%

新認定テキスト導入で10%程度は重度に

審査会テキスト導入により更に適切な判定へ

今後の対応について

① 通知の発出

- ・ 新たなテキストに基づく特記事項の記載の励行
 - ⇒ 審査会の重視
- ・ 審査に不服がある場合への対応強化
 - ⇒ 市町村における窓口対応の強化
 - ⇒ 対処法（審査請求、区分変更）の周知徹底
 - ⇒ 自治体での迅速な対応を依頼

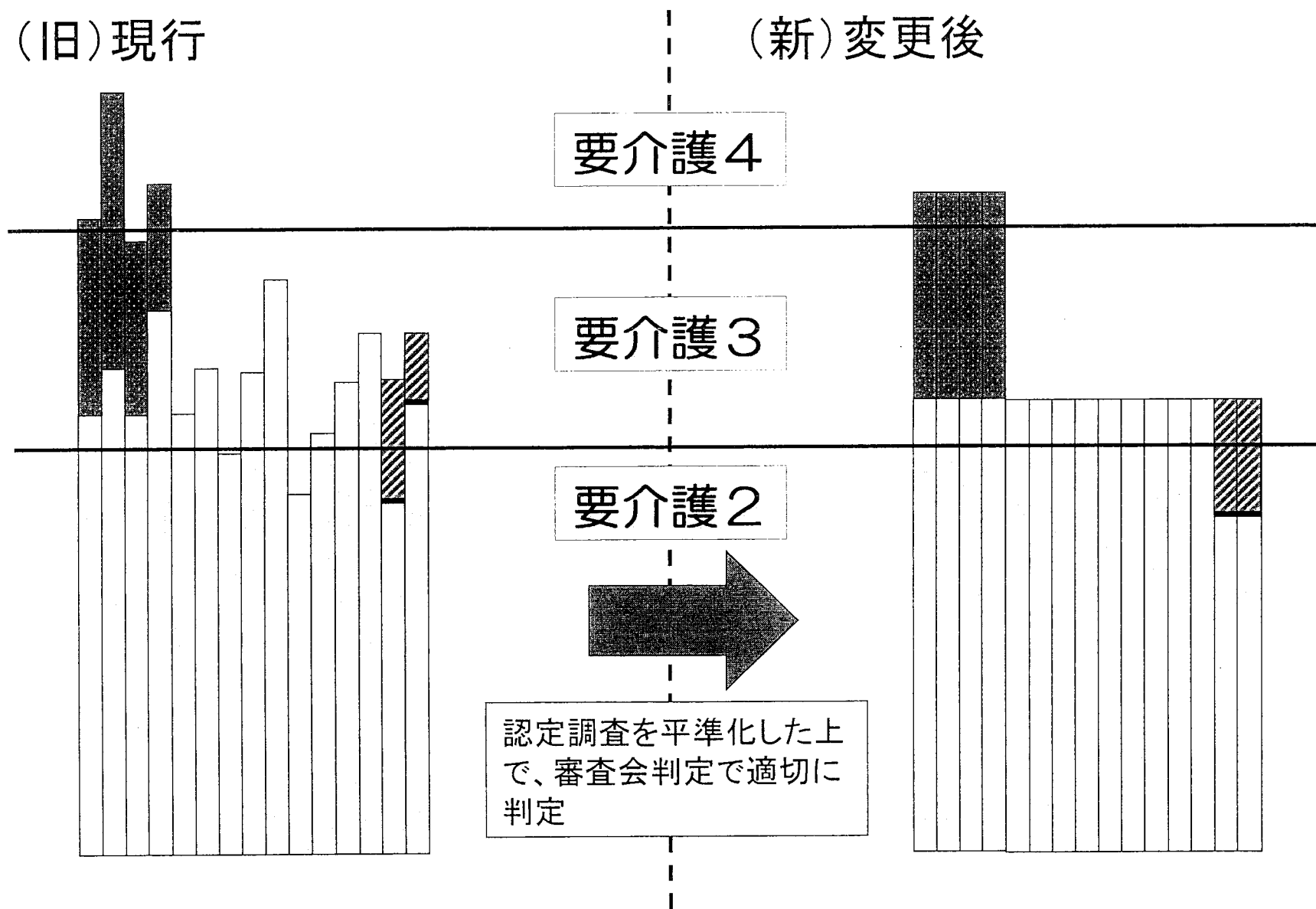
② 制度改正後の検証（要介護認定実態調査）

- ・ 新旧の制度の各要介護度の構成割合の比較 など

認定調査のバラツキに伴う審査判定結果(要介護度)のバラツキのイメージ

(旧) 現行

(新) 変更後



介護予防実態調査分析支援事業について

(全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 追加資料)

介護予防実態調査分析支援事業の概要(案)

第1 事業の目的

市町村（特別区を含む。以下同じ。）においては、平成18年度より、高齢者が要支援・要介護状態となることの予防又はその悪化の防止（以下「介護予防」という。）を目的として、介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく予防給付及び地域支援事業（介護予防事業）が実施されている。

予防給付及び地域支援事業（介護予防事業）は、超高齢社会を迎えるに当たって、活力ある社会を構築していくことを目指して実施されるものであり、実施方法やサービス内容の見直しを継続的に行い、より効果的・効率的なものへと改善していくことが求められている。

このため、本事業は、市町村において、より高い効果が見込まれる実施方法やサービス内容による介護予防モデル事業を実施し、また、当該モデル事業を含む介護予防関連事業に係る詳細な情報の収集及び評価を行い、もって予防給付及び地域支援事業（介護予防事業）の実施方法等の見直し・改善に資することを目的として実施する。

第2 実施主体

本事業の実施主体は、市町村とする。

なお、実施市町村は、事業の目的の達成のために必要があるときは、本事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができる。

第3 事業内容

事業内容は、次のとおりとする。なお、1は必ず実施し、一部の市町村は2も併せて実施するものとする。

- 1 介護予防サービスの活動状況や介護予防効果を検証するための情報収集及び評価に係る事業
- 2 より高い効果が見込まれる実施方法やサービス内容による介護予防モデル事業

第4 介護予防サービスの活動状況や介護予防の効果を検証するための情報収集及び評価に係る事業

1 趣旨

介護予防サービスの活動状況や介護予防の効果を定量的に分析及び評価するため、事業を実施する市町村のうち、介護予防モデル事業を実施する市町村及び実施をしない市町村のいずれにおいても、介護予防事業の対象者ごとのサービスの利用状況、心身機能等に関する詳細な情報を経時的に記録し、厚生労働省が提供する専用システム

を用いて分析する。

2 実施方法

- (1) 実施市町村は、厚生労働省と協議の上、管内の地域包括支援センターを1箇所以上選定して事業を行う。第3の2の介護予防モデル事業を実施する市町村においては、当該事業の対象となる区域を所管する地域包括支援センターにおいて事業を行う。
- (2) 地域包括支援センターは、本事業の実施期間中に、厚生労働省が別途配布する専用フォーマットを用いて、介護予防事業の実施状況に関する情報を定期的に厚生労働省に提出する。
- (3) 地域包括支援センターは、本事業の実施期間中に当該センターが介護予防ケアマネジメントを実施した全対象者について、厚生労働省が別途配布する専用システムを用いて、サービスの利用状況、心身の状況等に関する情報を経時的に記録する。
- (4) 地域包括支援センターは、当該センターに蓄積された情報のうち、氏名等のプライバシーに関わる情報を除いたものを、専用システムを用いて定期的に厚生労働省に送信する。

第5 より高い効果が見込まれる実施方法やサービス内容による介護予防モデル事業

1 趣 旨

一部の市町村は、本事業において、より高い効果が見込まれる介護予防事業の実施方法及びサービス内容を検討するため、介護予防モデル事業を実施する。

2 実施方法

実施市町村は、以下の①～③のうち、1つ又は複数の内容を取り入れた介護予防モデル事業を、管内の1箇所以上の地域包括センターの所管区域内において実施する。

実施に当たっては、地域支援事業（介護予防事業）を適宜活用し、必要な部分については本事業で実施することとする。

本事業の対象者数等については、事業開始前に事業実施市町村と別途協議し、一定数を定めることとする。

(1) 介護予防事業のシステム面を強化したモデル（以下の①～⑥等を実施）

- ① 区域内の全ての高齢者を対象とした介護予防教室等を開催し、その参加者の中から要介護状態等となるリスクの高い高齢者を選定する
- ② 認定非該当者への積極的な参加の呼びかけを行う
- ③ 地域支援事業実施要綱に定める「基本チェックリスト」を、区域内の全ての第1号被保険者に対して郵送等で実施し、要介護状態等となるリスクの高い高齢者を選定する
- ④ 介護予防ケアマネジメントや介護予防事業の事業評価の電算化・効率化を行う
- ⑤ 事業実施市町村で統一された評価指標を用いる

- ⑥ ボランティア等を積極的に活用する
- (2) より効果が見込まれるサービスを実施するモデル（以下の①～③等を実施）
 - ① 骨折予防や膝痛・腰痛対策に着目したサービスを取り入れる
 - ② 必要な者に対して、事業の実施回数や実施期間等の制限をできるだけなくす
 - ③ 栄養改善、口腔機能向上サービスを運動器の機能向上サービスと同時に行う
- (3) 認知機能向上プログラムを実施するモデル

第6 事業実施に当たっての留意点

- 1 事業は、厚生労働省が提供するマニュアルに従って実施するものとする。
- 2 事業の実施に当たっては、関係団体及び関係機関等と連携・調整を十分に図るものとする。
- 3 事業の実施に当たっては、対象者に対して事業の趣旨、個人情報等の取扱い等についての十分な説明を行い、理解を得るように努めることとする。

第7 報告

実施市町村は、別に定めるところにより、本事業の実施状況等を厚生労働大臣に報告するものとする。

なお、厚生労働省は、報告された実施状況等の分析・評価結果を本事業の実施市町村に提供するものとする。

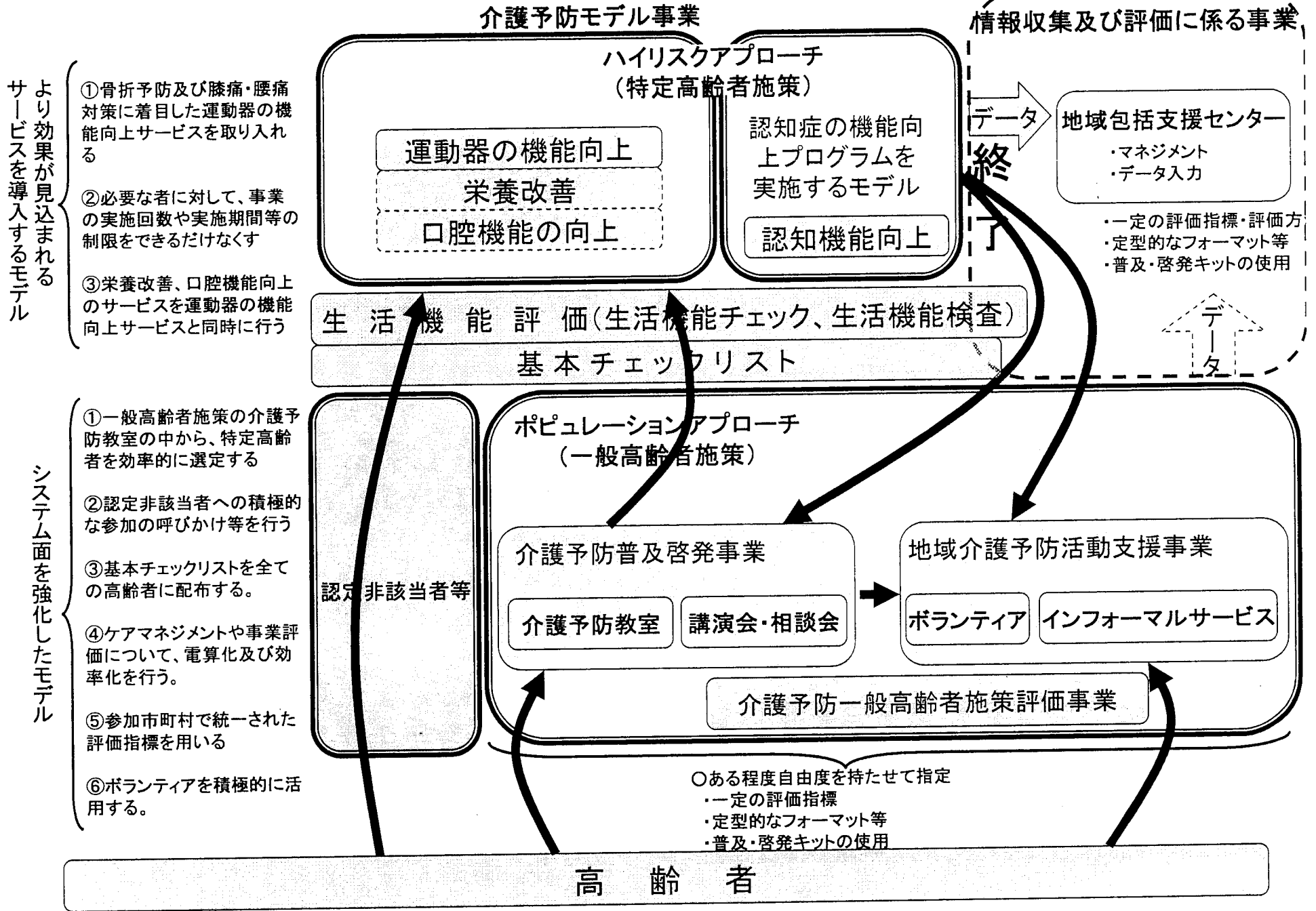
第8 経費の負担

第3の1の事業に要する経費及び第3の2の事業に要する経費の一部については、厚生労働省が別に定める「介護保険事業費補助金交付要綱」に基づき、実施計画を勘案の上、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

第9 その他

- 1 本事業を円滑に実施するため、市町村の実務担当者に対して事業の実施方法等の研修を厚生労働省において実施するものとする。
- 2 本事業により収集された経時的情報については、個人情報を除き、厚生労働省においてその効果等を検証するため利用することがある。

介護予防実態調査分析支援事業のイメージ



介護予防実態調査分析支援事業の参加市町村のイメージ

	情報収集及び評価に関する事業									
	介護予防モデル事業									システム・サービスともに介入なし (情報収集及び評価のみ)
	システム面を強化するモデル					より効果が見込まれるサービスを導入するモデル			認知機能向上プログラムを実施するモデル	
	一般高齢者施策を入り口とする	認定非該当者への積極的呼びかけ	基本チェックリストの全員配布	ケアマネジメントや評価の電算化・効率化	評価指標の統一	ボランティア等の活用	腰痛・腰痛及び骨折予防に着目したサービス	実施回数や実施期間等の制限をできるだけなくす		
A市			○					○		
B町								○		
C市			○							
D市								○		
E町									○	
F市										○
G市								○		

介護予防モデル事業に係る経費負担について

介護予防モデル事業の実施に要する経費については、地域支援事業として実施が可能な事業については、原則として地域支援事業交付金を活用し、その他の事業については、介護予防実態調査分析事業費(介護保険事業費補助金)を活用することとする。(予定)
(詳細については、3月27日に開催する説明会において説明する予定)

介護予防モデル事業にかかる経費

地域支援事業費

介護保険法に基づく財源構成(介護予防事業の場合)

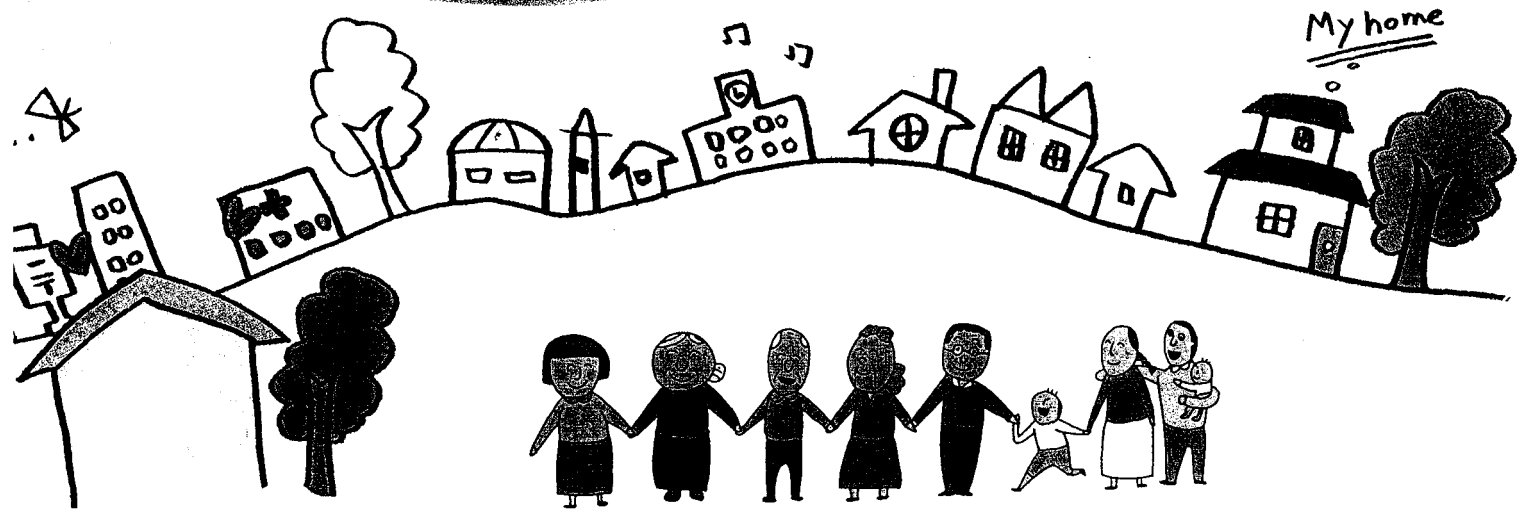
国	25/100
都道府県	12.5/100
市町村	12.5/100
保険料	50/100

介護予防実態調査分析支援事業費

国からの補助率 10/10

小規模多機能型居宅介護のご案内

知ってほしいから。



これからも
安心して家で暮らしたい

私がいなきゃ。

まだまだ死ねない



野菜づくりは
誰にも負けない。

温泉大好き！

まだまだ
子どもたちのことが心配

でも…

このままではもう
家では暮らせない…

出かけたい…
でも…

ひとりでお風呂に
入るのが怖い

死にたい…



介護が必要になったら
家族に迷惑かける…

ひとりぼっち

ばかにしないで…。
私は子どもじゃない。

あきらめ

その
1

「思い」や「願い」を大切にします
～可能な限り在宅で暮らすことを支えます～

自宅に24時間・365日の
安心を届けます

小規模多機



一緒に暮らしたい

一緒に暮らしたい

優しい母と
いつまでも
一緒にいたい。

見守りがあるから安心



いつでも
相談できる場所がある。

おばあちゃんに
「ありがとう」って
言われると嬉しい。

認知症にならなかったら
こんな親孝行できなかった。

でも....

もう限界....

いつまでこんな
生活が続くんだろう？
もうこれ以上できない...

私の気持ちを
わかってくれる人が
いない...

おばあちゃんのせいで
私の生活はもう
ぐちゃぐちゃ...



夜が眠れない

気づいたら
うんこ、おしっこまみれ

何を言えば、
わかってもらえるか
わからない

ないで!

その
3

介護の「困った!」にお応えします
~「通い」「宿泊」「訪問」を使って柔軟に支える~

その
4

地域みんなで考えます

居宅介護
待長

「思い」や「願い」を大切にします ～可能な限り在宅で暮らすことを支えます～

誰もが年をとっても介護が必要になっても、住み慣れた自宅や地域の中で家族や親しい人たちとともに、最期までその人らしい人生を送りたいと望んでいます。
小規模多機能型居宅介護は、そうした在宅での生活を送り続けたいという高齢者や家族の願いに応えます。

〇〇したいの実現

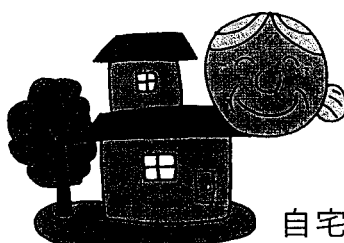
持っている力の活用

生活の継続性

本当は誰もが望んでいる生活

自宅では
私が主人公

自分で立てた
スケジュールに沿って
日常生活を営む



「尊厳ある生活」

日常生活における
自由な自己決定の
積み重ね

自宅の良さ

介護が必要となったときでも、介護のために
自分の生活や自由を犠牲にすることなく、
自分らしい生活を続けることができる。

この願いを実現するために

「小規模多機能型居宅介護」 が

平成18年4月に介護保険の
地域密着型サービスのひとつとして制度化されました。

- 買い物に行ける
- 畑で野菜づくり
- 若い人に料理を教える
- お客さんにお茶を入れる
- 着たい洋服を選ぶ



おきたいの美現

- 友達と将棋をしたい
- 家族と旅行したい
- お刺身が食べたい
- 孫と遊びたい
- 晩酌前に風呂に入りたい



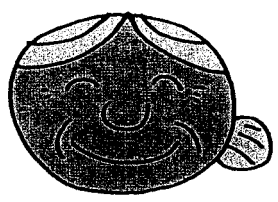
生活の継続性

- 朝はゆっくり起きて、お茶でも飲んでから...
- 行きつけの美容院に髪を切りに行く
- ご近所の〇〇さんちへ遊びに行く
- 大好きな盆栽の手入れをする



リラックス

smile

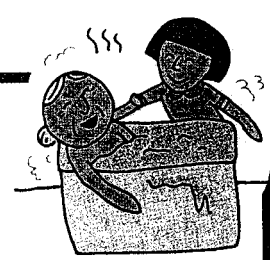
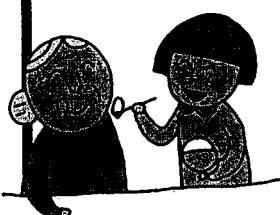


「安心」

ほっとする

落ち着く

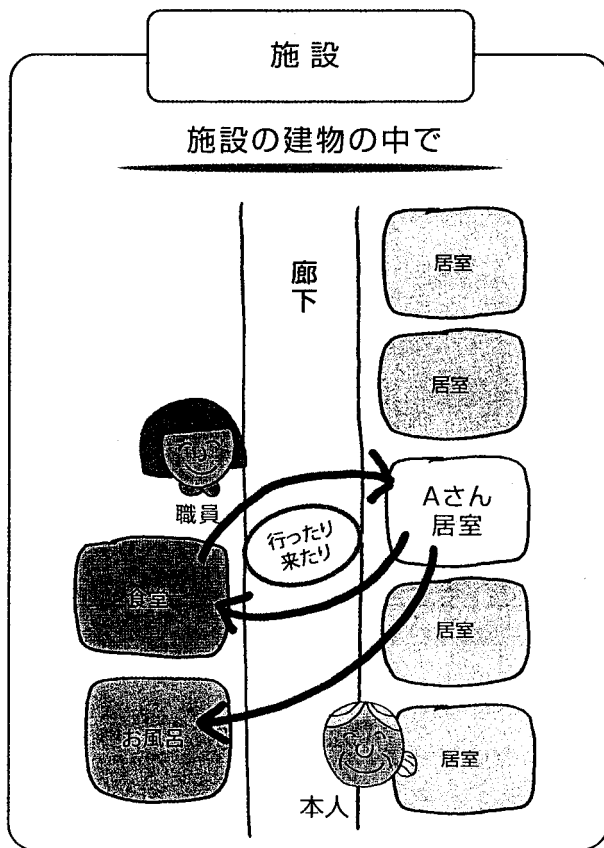
- 食事や排泄、入浴ができなくなって困る
- 家族：体がぼろぼろ、もう少し楽をしたい
- 本人：家族に迷惑をかけたくない
- トイレ、食事、外出など、できないことの手助け
- けがをしないような見守り



介護の安心

一人ひとりに合った支援をしていくには、お年寄りの本当の思いや望みをくみ取ることが大切だと考えています。一人ひとりに寄り添い、時間をかけて丁寧に支援していきます。介護が必要になっても、安心できる環境の中で、これまで築き上げてきた家族や地域社会との関係を断ち切ることなく暮らし続けることを大切にします。

自宅に24時間・365日の安心を届けます



小規模多機能型居宅介護は、施設の在宅版のようなサービスです。施設の居室を自宅と捉え、廊下は道。施設の職員が居室にお邪魔するように自宅に訪問したり、日中のつどいの場として食堂へ集まるように事業所に通います。「通い」や「宿泊」「訪問」といったあらゆる機能を使って、自宅での生活を支えています。

サービス概要

「通い」を中心に、ご本人の様態や希望に応じて、「宿泊」「訪問」といったサービスを組み合わせて、「自宅で継続して生活するために」必要な支援をしていきます。

- 「通い」で顔なじみになった職員が「宿泊」や「訪問」の際にも対応します。
- 環境の変化に敏感なお年寄り（特に、認知症の方）の不安を和らげることができます。

だから

ご家族も安心して
ご利用いただけます。

ご本人やご家族の些細な変化に
気づくことができます。

状況を把握している職員が対応
するので、いざというとき
心強い味方です。

地域密着



小規模



多機能

住み慣れた地域



その人らしい「生き方」「暮らし方」の実現

訪問 通い 宿泊



困ったときに
柔軟なすばやい対応

介護が必要になっても
自宅で安心して
生活したい。

住み慣れた地域
自宅の近く

事業所

ひとつの
場所で
いろんな
サービス

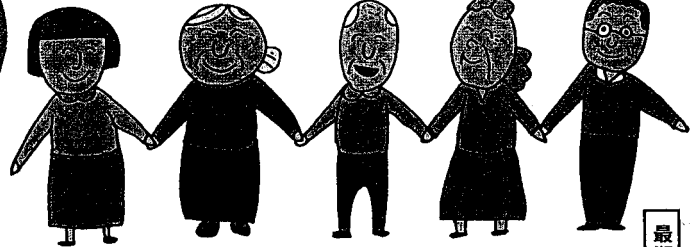
事業所の職員

お年寄り

家族

友人・知人

地域の人



出会い

24時間・365日対応

最期

24時間・365日の安心

時間の流れ

困った…
どうしよう…

わかって
くれる人が
いた

心配…
トイレ、お風呂が

助かったあ～

友達と今まで通り、
お茶のみしたい！

やった！
できた！

家族と一緒に温泉
旅行に行きたい！

温泉に
入れた！

いい人生
だったなあ…

「暮らし」を支えるということは、24時間・365日、切れ目のない支援を「安心」とともに届けるということです。「その人らしい暮らし」を実現するためには、お年寄りのことを良く知っている家族やご近所さん、友人の方などと一緒に、地域の中で、継続的な支援を考えていきます。

介護の「困った!」にお応えします

いろんな困ったに対して小規模多機能型居宅介護では、「通い」「宿泊」「訪問」

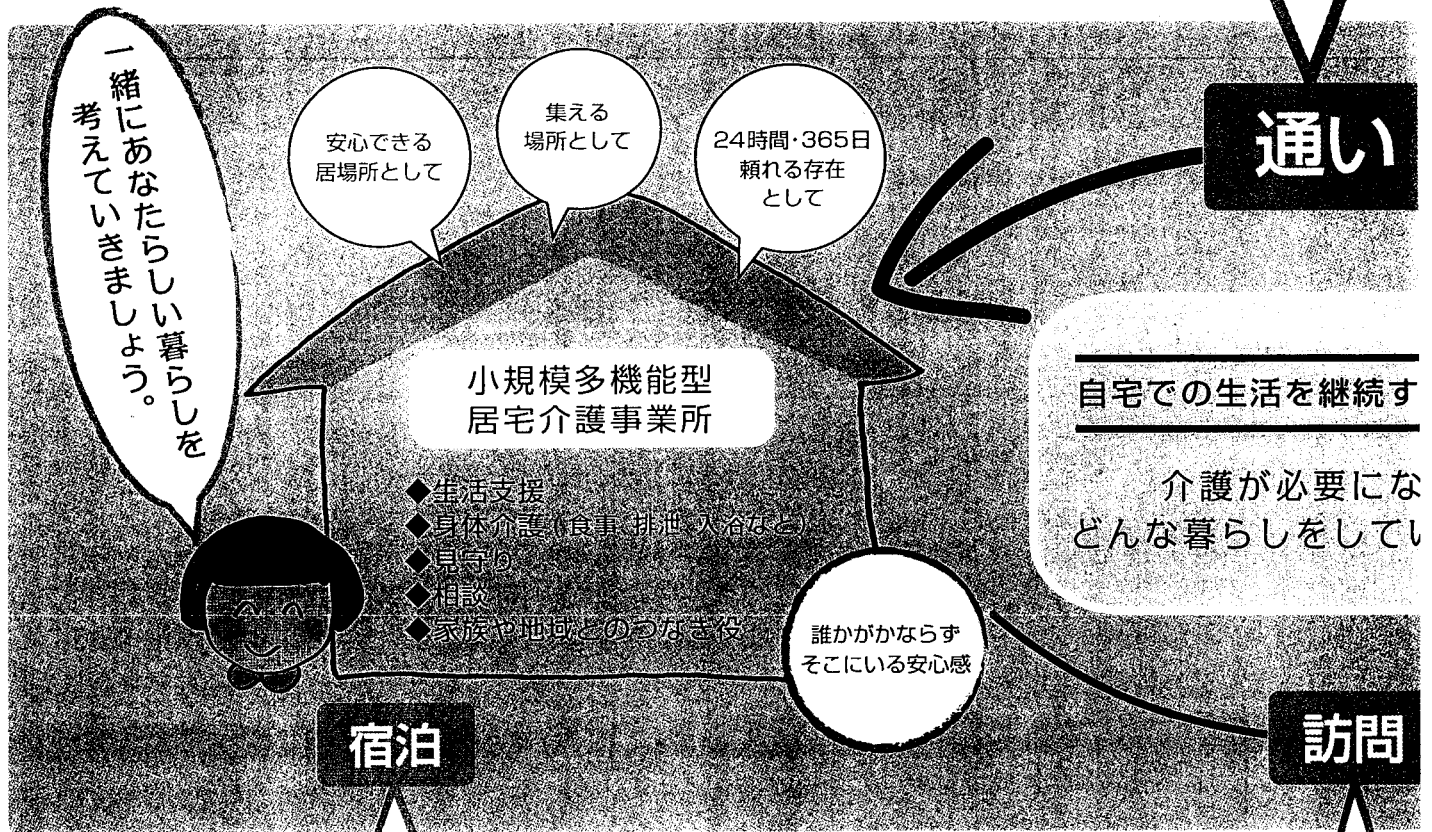
小規模多機能型居宅介護における「通い」「宿泊」「訪問」

小規模多機能型居宅介護では、「通い」「宿泊」「訪問」といった各サービスの内容は細かく定められてはいません。一人ひとりの暮らしが異なるように、支援の内容も異なります。

現在の制度では、「通い」を中心に生活を支える仕組みになっています。生活や暮らし全体を通しての流れの中で困っていることは何か、自宅での暮らしを成り立たせるために必要なことは何かを見極め、柔軟に支援していきます。

一人ひとりの思いやこれまでの生活スタイルに合わせた支援や時間の過ごし方。

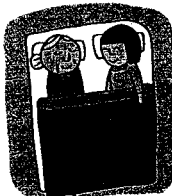
- 日常生活支援 (身体介護、生活介助など)
- 仲間づくりの場として
- いろいろな人と交わる場として
- 生きがいがづくりの場として



自宅での過ごし方と落差がないように。

「通い」を利用している方が、これからも家で生活することを重点におき、なるべく自宅での過ごし方と落差がないように支援していきます。その時々様態に合わせて緊急時にも対応します。

たとえば、……
家族が病気になったとき……すぐに利用できる



回数も支援する内容もひとそれぞれ..

「通い」だけでは支えきれない時間帯やさまざまな支援を、その延長線上として、その人の「暮らしぶり」に合わせて支援していきます。

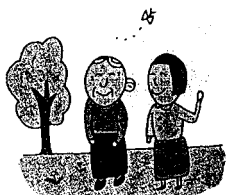
たとえば……
夜中に「おじいちゃんがベッドから落ちた!」
電話一本でかけつけます!



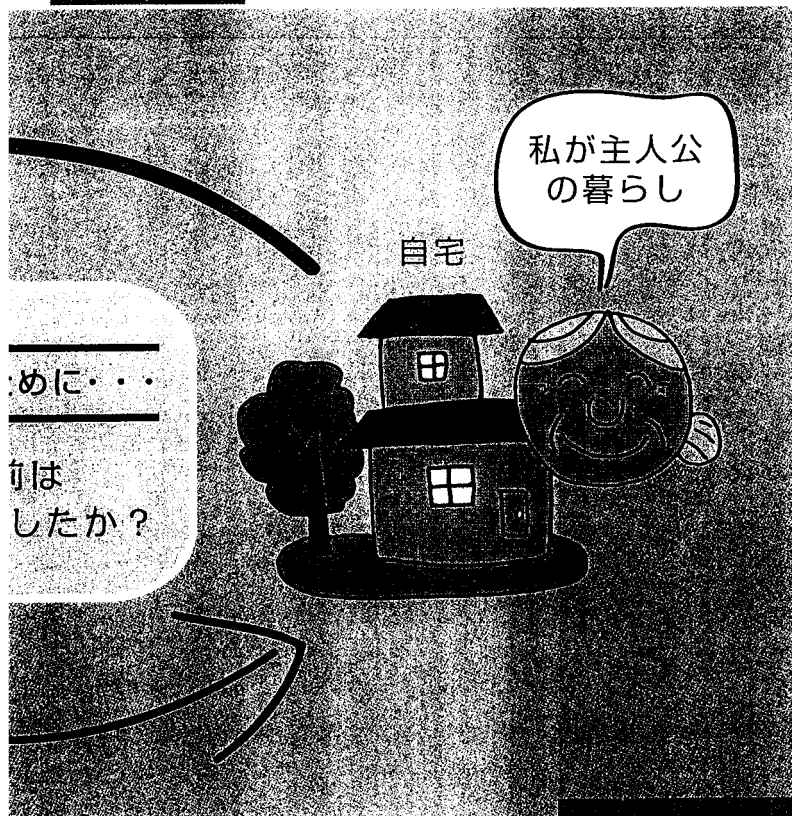
家族や本人の変化に気づき、その場で対応

3]「訪問」を使って柔軟に支えます。

例えば、朝から夕方まで滞在するのではなく、その人が必要としているお風呂だけ、食事だけといったほんの数時間の利用という使い方もあります。



通いが基本



その1

その2

その3

その4

ご利用にあたって

似ているようで異なる介護サービス機能型居宅介護のサービス

「通い」

- 一人ひとりに合わせて時間も曜日もオーダーメイド
- 必要なこと、必要な時間に利用できる
- 緊急時にも臨機応変に対応

「デイサービス（通所介護）」

- 施設の利用時間に合わせて
- あらかじめ決まっているプログラムに合わせて
- みんなと同じ一日の過ごし方
- 流れがひとつのパッケージになっている

「宿泊」

- 本当に必要な時には利用できる
- 通い慣れた場所で宿泊可能
- 顔なじみの職員や利用者と共に泊まれる
- 突然の泊まりに対応

「ショートステイ（短期入所生活介護）」

- 事前に利用したい日を予約して利用
- 利用したい日が空いていないと他の施設を予約し、日程変更が必要
- 本人や介護者の状況の変化に対応しにくい

「訪問」

- 回数も時間も内容も一人ひとり異なる
- 必要なときに必要なだけサービスが受けられる
- 緊急時にも柔軟に対応

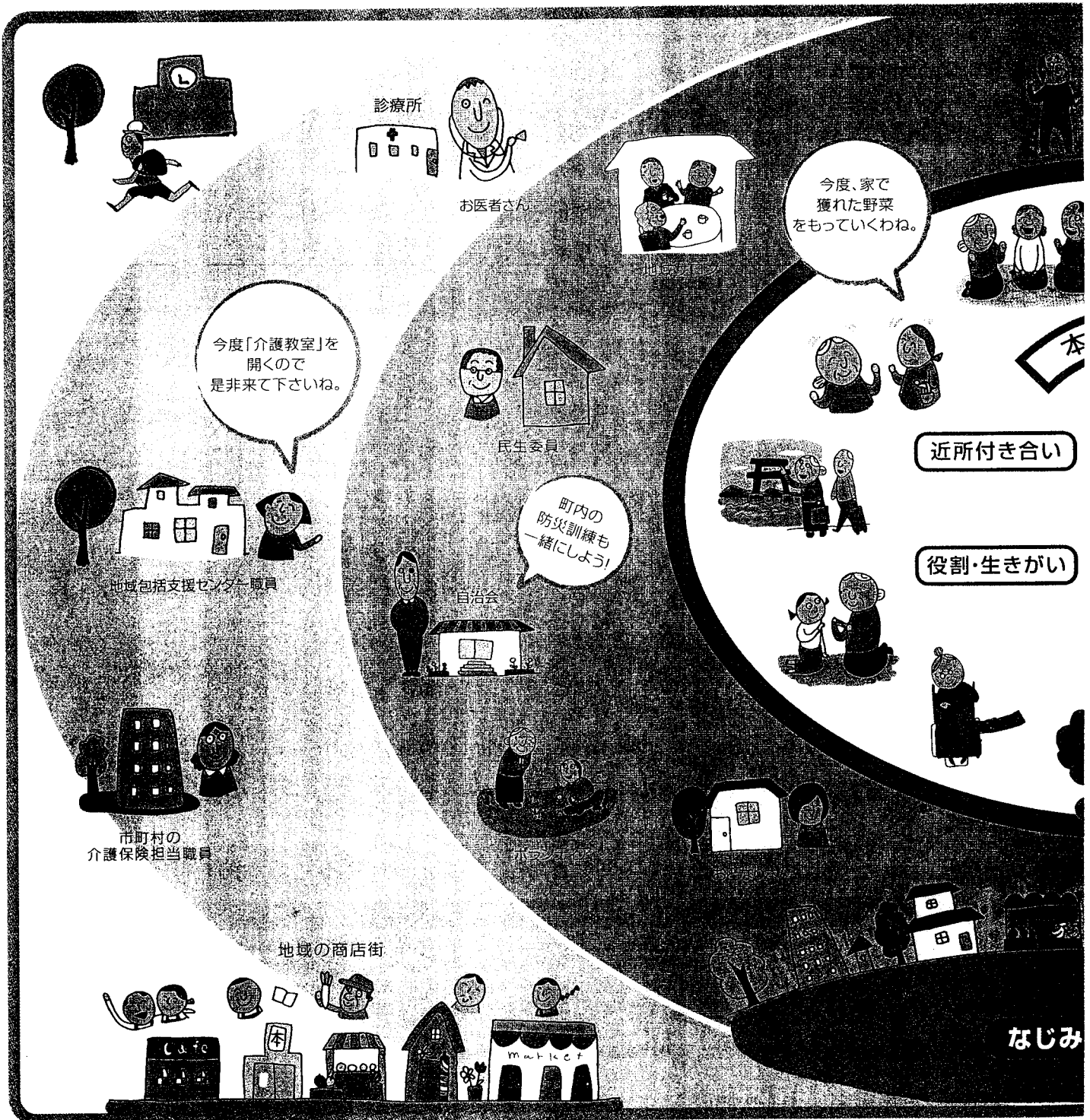
「ホームヘルプ（訪問介護）」

- 30分未満や時間など、サービスの枠に合わせた利用時間
- 規定のサービス枠に合わせた支援内容
- ケアマネジャーの決めた通り

地域のみんなで考えます

地域での暮らしは、地域のみなさんの支え合いなしには成り立ちません。地域のいろいろな人やさまざまな機関が手を結び、支えていきましょう。

地域のみなさんと小規模多機能型居宅介護のつなぎ役として「運営推進会議」があります。地域の人たちが集い、情報の交換や共有することによって、自分たちが望む「暮らしやすい地域」をともに考えていきます。



これからの地域は、一人ひとりが主人公です

運営推進会議の役割

- ・地域のみならず、事業所への参加
- ・事業所が限定的にならないため
- ・地域の課題にも取り組む

情報交換

情報の共有

運営推進会議

こんな地域になったら
もっとみんなが安心して
過ごせるかも…。

小規模多機能型
居宅介護事業所

事業所の運営状況は…。
私たちはこんな
関わりをしています。

地域のつなぎ役

趣味仲間

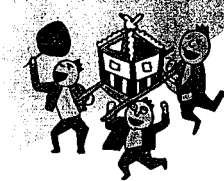
家族

〇〇さんは、
昔から
釣りが好きでね…。

暮らし

自宅

ちの人たち



その1

その2

その3

その4

ご利用にあたって

みんなで助け合い支えあっていきましょう。

Q.事業所はどこにあるの？

いつでも身近で利用できるよう、生活圏域ごとに行き渡るよう整備を進めています。
最寄りの事業所は、市町村の担当窓口、地域包括支援センターなどにお問い合わせください。

◎ホームページからも検索できます。(ワムネット <http://www.wam.go.jp/>)

Q.利用手続きは？

※利用するには、要介護認定が必要です(事業所によっては、要支援の方は利用できない場合があります)。

1

相談する

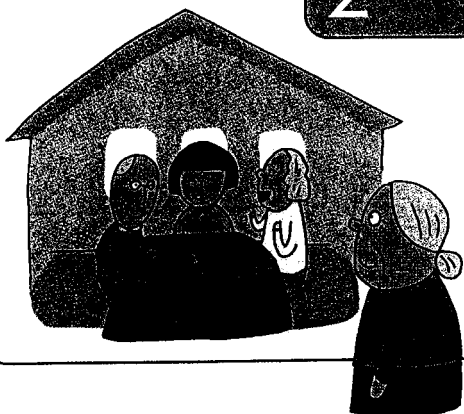
だれに？

最寄りの小規模多機能型居宅介護事業所
市町村の担当窓口
地域包括支援センター
居宅介護支援事業所のケアマネジャー
医療機関の相談窓口 など



2

事業所に行ってみる



説明を聞いてみましょう！

事業所の雰囲気
スタッフの対応
お年寄りの表情
居心地がいいか

Point
見学の際
のポイント

※事業所によって特徴があります

3

納得したら契約



地域密着型サービスのため、
ご利用はお住まいの市町村にある
事業所となります。



Q.費用はどのくらいかかるの？

利用料は、1か月単位の定額制です。サービス費用の1割を負担することになります。

1か月あたりの費用の目安

	要介護度	介護保険費用 (単位数×10円)	自己負担 (左記の1割)
介護予防サービス	要支援1	44,690円	4,469円
	要支援2	79,950円	7,995円
介護サービス	要介護1	114,300円	11,430円
	要介護2	163,250円	16,325円
	要介護3	232,860円	23,286円
	要介護4	255,970円	25,597円
	要介護5	281,200円	28,120円

※1単位 = 10円で計算(東京23区の場合は10.83円/1単位、政令指定都市等では、1単位当たりの単価が異なります)



各種加算

事業所によっては、「初期加算/1日あたり(※1)」、「認知症加算/1か月あたり(※2)」、「サービス提供体制強化加算/1か月あたり(※2)」、「看護職員配置加算/1か月あたり(※2)」、「事業開始時支援加算/1か月あたり(※2)」などの、各種加算が加味されます。詳細については、各事業所にお問い合わせください。

※1 初期加算は、登録した日から30日以内の期間 ※2 該当する場合のみ



食費

宿泊費

日常生活費

おむつ代 理美容代 など

また、食費(食材料費、調理費)、宿泊費、日常生活費などが利用者負担となっています。詳細については、各事業所にお問い合わせください。

MEMO

利用者の声

認知症の母と暮らしています。いつの間にか家から居なくなったり、夜はウロウロ動き回って全く寝なかったりとこれまで何度も一緒に暮らす事の限界を感じ施設に入れよう思いました。

しかし、小規模多機能ホーム△△さんと出会い、私の気持ちが変わりました。これまで自分一人で抱えていたものが、きつい時はいつでも甘えられる、一人で悩まなくていいと思えるようになりました。

サービスを使うようになって2年。母だけでなく、私自身も支えてもらっているのが親子でサービスを受けているような感じです。もちろん今でも一晩中寝なかったり、色々あります。

けれど、母が認知症になったから他の人以上に親孝行できると思えるようになり、私もお陰様でちょっと成長しました。

「今日も一緒に我が家でご飯が食べれた」と、いつも感謝しています。



F.Kさん

私は30年以上、郵便局員として真面目に働いてきました。定年後も、民生委員として地域のために病気ひとつせず元気に走り回ってきました。

それが突然、今年の春、脳梗塞で倒れ、右の手足が不自由になり、一人ではトイレにも行けなくなってしまい、その時は、人に会うのも嫌になり、死んだ方がましだとも思いました。

昨年暮れより、役場の人の紹介で小規模多機能ホーム〇〇を利用しています。

スタッフの方もとても親切にしてくれるし、話相手もできました。私の体調に合わせて、お迎の時間や訪問の時間・内容を考えてくれるのでありがたいです。無理しないで毎日が過ごせるので、気持ちもかなり前向きになりました。



S.Tさん

小規模多機能型居宅介護事業所からのお願い

小規模多機能型居宅介護は、介護保険サービスのひとつです。

なんでもできるわけではありません。

料金は、サービスの量に関わらず、定額制(月額)です。

よって、みなさんが必要以上に多く利用しようとするれば、このサービスは成り立ちません。

本当に必要なものを必要に応じて提供します。

必要であれば、毎日通うこともでき、宿泊することもできます。

利用者、家族・介護者、地域のみなさんのご理解とご協力をお願いします。

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会のご案内

「小規模多機能型居宅介護」 の 良質なケアを目指して

住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを実現するために、利用者や家族、地域住民、福祉・保健・医療と連携のもと、切れ目なく在宅支援を行い「誰もが地域でその人らしく普通に暮らせる」地域社会の実現に寄与することを目的に活動しています。

しょうきぼどっとねっと

Shoukibo.Net

<http://www.shoukibo.net>

ホームページをぜひで活用ください。

〒105-0013 東京都港区浜松町1-4-8-413
TEL.03-6430-7916 FAX.03-6430-7918
E-mail info@shoukibo.net

※このパンフレットは、厚生労働省の平成20年度老人保健健康増進等事業により作成したものです。

自分で安心して暮らし続けるために……。



地上デジタル放送への完全移行に向けた受信機購入等の支援 及び高齢者・障害者への働きかけ、サポート

1. 地上デジタル放送への完全デジタル化に向けた総合対策

総務省は、すべての視聴者が地上テレビ放送を引き続きご視聴いただくため、必要な方策を総合的に検討し、平成20年7月、「地上デジタル放送推進総合対策」を取りまとめ、今後実施すべき施策を整理。

また、総合対策に基づき、平成21年度予算を要求。

<参考：地上デジタル放送推進総合対策>

- ① 国民に地上デジタル放送についてご理解いただくための取組
(悪質商法対策、相談体制の充実・強化 等)
- ② 受信側の取組(経済的に困窮している方への支援、高齢者・障害者等への働きかけ、サポート、共聴施設の整備促進 等)
- ③ 送信側の取組(デジタル中継局の整備、デジタル混信への対策 等)
- ④ アナログ放送終了等にあたっての取組(リハーサル 等)

2. 受信機購入等の支援

(1) 事業スキーム

所要の法改正の後、総務省が「受信機器購入等対策事業費補助事業(仮)」(平成21年度 電波遮へい対策事業等補助金)として公募を行い、支援実施法人(民間企業)を決定。

(2) 事業内容

「経済的な理由により、必要最小限の対応すらできず、テレビが視聴できなくなり、災害時も含めた必要な情報をこれまで得ていたのに得られなくなる」世帯に対して、最低限の機能のものに限定して支援を行う。

具体的には、NHK放送受信料全額免除世帯(公的扶助受給世帯、市町村民税非課税の障害者の世帯、社会福祉事業施設入所者：最大260万世帯)を対象として、申込みに応じて、各世帯のアナログテレビ1台で地上デジタル放送を視聴するために必要な最低限度の機器等を無償で現物給付する。

- ① 「簡易なチューナー」を支援対象世帯に1台ずつ無償給付
- ② 戸建て住宅でアンテナ等の改修が不可欠な世帯は、室内アンテナの無償給付又はアンテナ等の無償改修
- ③ 共同受信施設を利用している場合は、当該共同受信施設の改修経費のうち、支援を受ける各世帯が負担する金額に相当する額を給付

(3) 平成21年度予算額

170.1億円

3. 高齢者・障害者への働きかけ、サポート

(1) 事業スキーム

総務省が本年2月に「デジタル受信相談・対策事業」（平成21年度 電波遮へい対策事業等補助金）として公募を行い、3月に実施主体を決定。

本年2月に全都道府県51か所に拡充設置された「総務省テレビ受信者支援センター（デジサポ）」において、受信相談等の他の事業と併せて実施。

(2) 事業内容

説明会や戸別訪問を実施することによって、高齢者・障害者等に対して、地上デジタル放送を視聴するための正確な情報を提供し、積極的にデジタル化の働きかけを行い、技術的サポートを行う。

① 説明会

地域に密着したきめ細かな説明会を実施。具体的には、一般市民を対象としたもの、高齢者を対象としたもの、障害者を対象としたものの三つ。

自治体経由で、町内会・自治会、老人クラブ、福祉施設を中心に高齢者・障害者が集まる場所において能動的に説明会のセットを働きかけ。

<参考：予算要求ベースの数字>

- ・町内会・自治会 : 約30万団体×1/2=15万回
- ・福祉施設・老人クラブ: 約17万施設・クラブ×1/2=8.5万回

② 戸別訪問

説明会に参加できない高齢者（65歳以上）・障害者を対象に、申込みに応じて戸別訪問による説明を行う。

地域の事情に通じており、独居高齢者世帯等を訪問する機会のある方に事前に情報提供を行い、戸別訪問を要する人に申込書を渡してもらえよう調整を行う。

(3) 平成21年度予算額

88.2億円

平成21年度高齢者住宅施策について

～平成21年度高齢者住宅関係予算 主要事項～

平成21年2月19日

国土交通省住宅局住環境整備室

高齢者向け優良賃貸住宅(地域優良賃貸住宅(高齢者型))の拡充

【制度概要】

民間や社会福祉法人等による高齢者の身体機能の低下に対応した設計、設備などを備えた高齢者向けの良質な賃貸住宅の供給を促進する制度。

(1) 供給主体:土地所有者、社会福祉法人、医療法人、都市再生機構、地方公共団体等

(2) 供給主体が定める供給計画を知事が認定する際の基準(高齢者住まい法)

① 高齢単身世帯等を入居対象とすること

② 5戸以上の住宅を供給。住戸は、原則として、台所、トイレ、浴室等を備え、25㎡以上。
高齢者の身体機能の低下に対応した設計・設備を備えること

③ 緊急時に対応したサービスを受けうること

(3) 助成制度(地域優良賃貸住宅制度)

高優賃の供給主体に補助する地方公共団体に対して、地域住宅交付金(国費45%)を交付。

① 建設費に対する補助(入居対象を収入分位80%以下の世帯に限った場合)

事業主体	補助対象	補助率
民間土地所有者等	共同施設等整備費 加齢対応構造等整備費等	2/3(うち国45%,地方55%)
社会福祉法人、医療法人等	建設費、買取費等	1/3(うち国45%,地方55%)

② 家賃低廉化に要する費用に対する補助(入居者が収入分位40%以下の世帯の場合)
対象世帯数に4万円/月を乗じた額を限度として助成

【主な改正事項】

(1) 地域優良賃貸住宅制度の拡充

- ・新規建設及び既存建物の改良により供給する場合の建設基準(バリアフリー基準)の緩和
- ・調査設計計画費を補助対象に追加

(2) 高齢者居住安定化緊急促進事業の創設

- ・高齢者生活支援施設の整備費について国が直接補助する制度の創設

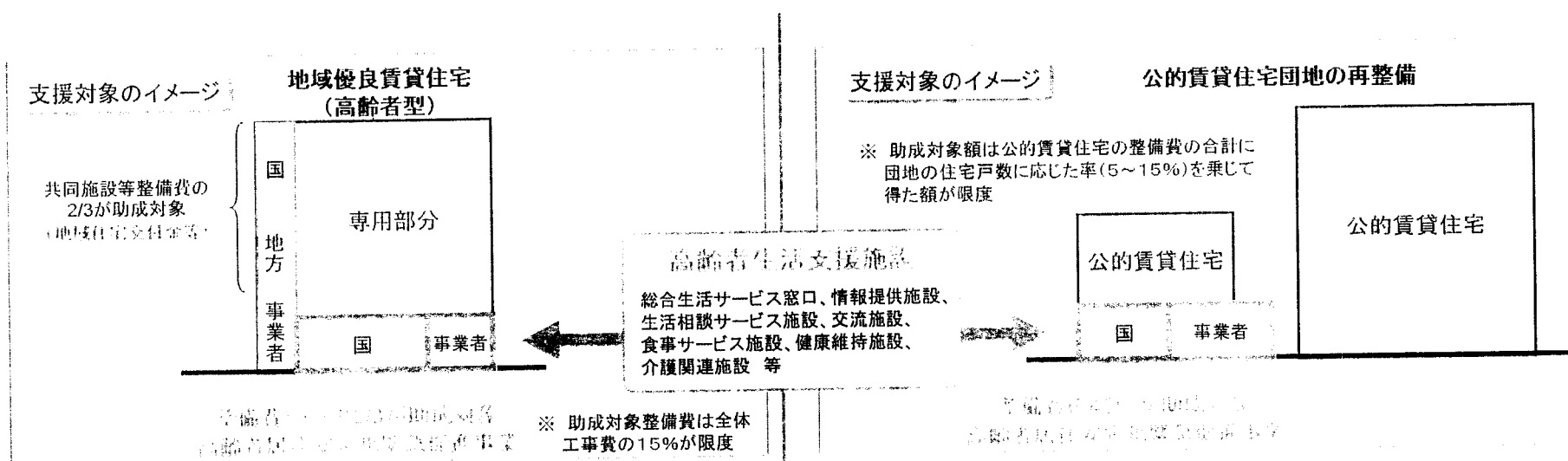
(3) 高齢者の居住の安定確保に関する法律(高齢者住まい法)の改正案を国会に提出

- ・支援施設一体型高齢者向け優良賃貸住宅制度の創設
- ・高齢者向け優良賃貸住宅の供給計画の認定基準に高齢者居住安定確保計画への適合を追加

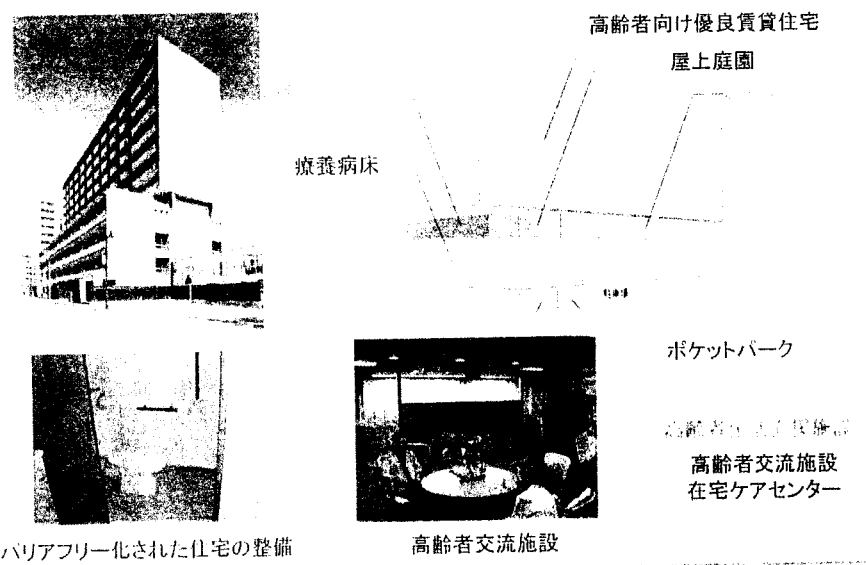
(4) 税制改正

- ・高齢者向け優良賃貸住宅建設促進税制(所得税・法人税)の延長
- ・生活支援施設付き高齢者向け優良賃貸住宅について、高齢者向け優良賃貸住宅建設促進税制(所得税・法人税、固定資産税)の拡充

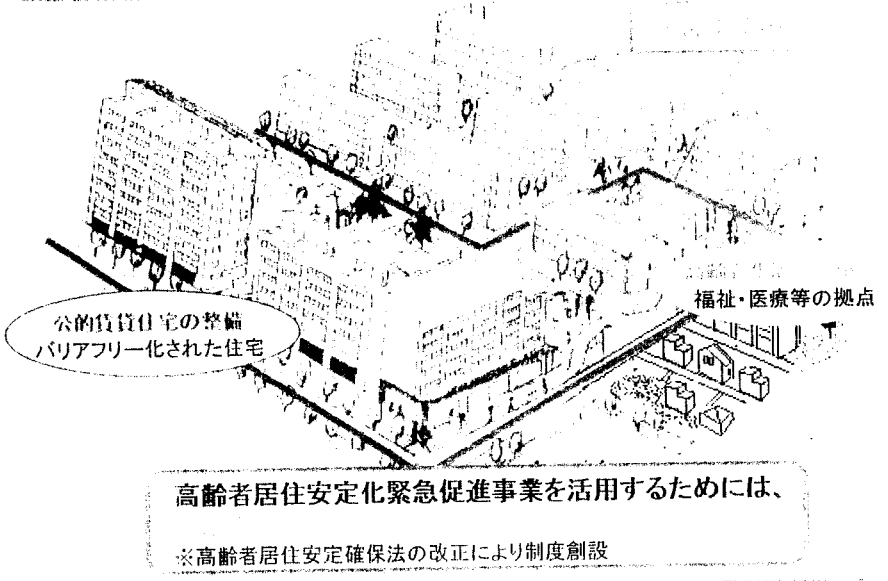
公的賃貸住宅の整備にあわせて高齢者生活支援施設を整備する事業に対し、国が緊急的な助成を行う制度創設により、高齢者が生活支援・介護サービス等の提供を受け、安心して居住し続けることができる環境を整備(5年間)



地域優良賃貸住宅(高齢者型)のイメージ



安心住空間創出プロジェクトのイメージ



高齢者居住安定化モデル事業の事業提案及び選定方法(案)

公開時点の資料です。内容が変更される場合があります。

①住宅・施設※の整備事業(新築、取得:補助率1/10、改修:補助率2/3)

※高齢者の交流施設、生活相談所等の高齢者生活支援施設 等

例 高齢者生活支援施設を核に、複数の高齢者向け住宅を整備

②技術の検証事業(補助率2/3)

居住者実験、社会実験等

③情報提供・普及事業(補助率2/3)

事業の要件

先導性・モデル性を有している

【評価の視点】

- 特定・地域的課題に対する確かな手段による解決策が提示される【課題への的確な対応】
例 認知症高齢者に適した住まいや住環境、中山間地域等における効率的な生活支援・介護 等
 - 住まい等に関する先導技術、創意工夫を含んでいる【創意工夫】
例 狭小敷地・住宅等制約条件がある場合のバリアフリー改修技術 等
 - 地域の関係主体による高齢者への支援体制整備が図られる【推進体制】
例 高齢者の見守り、緊急時対応、生活支援等における地域の関係主体との連携 取組みの永続性の確保 等
 - 一般への普及可能性に特に優れている【普及可能性】
例 汎用性、コストの抑制、普及啓発等の点で特に優れた提案 等
 - 介護予防等の効果、地域の活性化等の副次的効果が期待できる【事業効果】
例 多世代交流、コミュニティミックス、UJIターン促進等による高齢者の支援体制強化、地域活性化 等
- ※上記の点に加え、高齢者の安全・安心に係る事項等の一般的な事項(住宅等の設備・構造、バリアフリー化等)、サービス内容、入居者の家賃やリフト(有料の付帯水準等)も評価の対象

公開などによる効果が期待できる

【評価の視点】

- 事業成果に関する情報等を広く公開できる

- ①住宅・施設の整備 → 整備された住宅等の公開等
- ②技術の検証 → 検証成果の公表
- ③情報提供・普及 → 事業成果等の普及活動

21年度中に事業着手する

1提案(複数年度にわたる事業を含む)あたりの補助額の上限は3億円

住宅等の整備 200万円/戸
(高齢者が集住する住宅など 2000万円/件)
施設の整備 2000万円/施設※
※特別な場合は限度を超えられる

施設等の経常的運営経費は原則対象外
介護保険、医療保険の給付対象となる経費は対象外

評価委員会

(評価委員選定)

各委員による評価

- ・各評価の視点について 3段階で評価
- ・5段階の総合評価

評価委員会による選定候補の決定

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

■見直しに向けて

居宅サービス計画書の様式が、小規模多機能型居宅介護を生かす書式になっていないということから端を発し、「様式の検討」が議論された。しかし「小規模多機能型居宅介護での暮らしを支援するためのケアマネジメントを明らかにし、普及・啓発することが必要」との検討委員会での意見から、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントにかかるガイドづくりを行った。

このガイドでは、①ケアマネジメントのあり方、②そのプロセス、③様式と活用について明らかにする。

ガイドの作成にあたって

小規模多機能型居宅介護事業に取り組む実践者の多くは、小規模多機能型居宅介護の「強み」を理解し、柔軟でかつ即時的対応を行っている。しかしながら、「デイサービス」「ショートステイ」「ホームヘルプ」の組み合わせに終始し、その特徴を生かしていない場合も多い。そこで、本ガイドでは、小規模多機能型居宅介護とは何かも含め、その概要を明らかにし、ケアマネジメントのあり方が理解できるような内容を考えた。

■ ガイド構成（もくじ）

1-1	小規模多機能型居宅介護とは～最期まで自宅で暮らすための支援	・・・1
1-2	安心した生活を支える小規模多機能型居宅介護の4つのポイント	・・・2
	1) 本人の思いや願いをかなえる支援	
	2) 24時間365日「その人らしい暮らし」を支える	
	3) 馴染みの地域で暮らし続けることの支援	
	4) 地域との支えあい	
1-3	小規模多機能型居宅介護と既存サービスとの違い	・・・6
1-4	小規模多機能型居宅介護における「通い」とは	・・・7
1-5	小規模多機能型居宅介護における「宿泊」とは	・・・8
1-6	小規模多機能型居宅介護における「訪問」とは	・・・9
2	小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントの視点	・・・10
	1) ケアマネジメントの視点	
	2) 出会い	
	3) アセスメント	
	4) プランニング（ライフサポートプラン） ミーティングとカンファレンス	
	5) 実施（サービス提供）	
	6) モニタリング	
3-1	これまでのケアマネジメントとライフサポートワークについて	・・・18
3-2	ライフサポートワークの様式について	・・・26
3-3	様式の記入例	・・・30

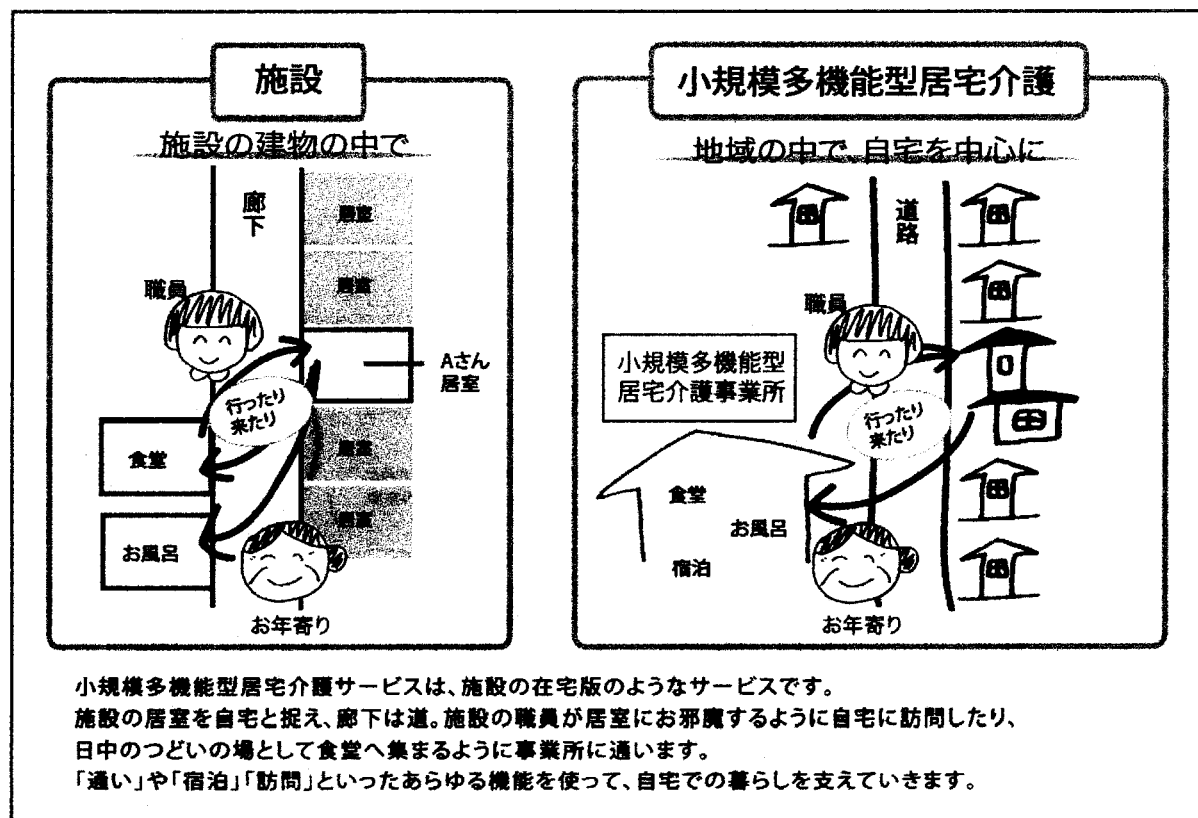
1-1 小規模多機能型居宅介護とは～最期まで自宅で暮らすための支援

「施設の安心を自宅でも可能に～小規模多機能型居宅介護～」

年をとっても、住み慣れた自宅で、慣れ親しんだ環境のもと、なじみの人たちと関わりをもちながら暮らし続けたいと、誰もが望んでいるのではないのでしょうか？しかし、実際は自宅で介護が必要になると、そんな願いとは関係なく、住み慣れた自宅を離れ、家族や友人たちとも別れて、遠く離れた施設へという流れがありました。

もし、介護が必要になっても、自宅の近くに、安心して「通う」場所があり、必要に応じて「宿泊」ができ、緊急時や夜間でも訪問してくれるといった、「24時間・365日の安心」があれば、介護のために自宅を離れるのではなく、これまでどおり住み慣れた場所で、暮らし続けることができるのではないのでしょうか？

そんな高齢者の願いから生まれたのが、平成18年4月の介護保険制度改正で新設された地域密着型サービスの一つである「小規模多機能型居宅介護」です。今までの在宅サービスだけでは実現しきれなかった「一番安心できる住みなれた自宅や地域で、自分らしく、これまでの暮らしを続けること」ができるように、在宅でも24時間・365日の安心を提供していきます。言うなれば地域を施設に見立てたようなサービスです。自宅を施設の居室と捉え、道は廊下。施設の職員が居室にお邪魔するように自宅に訪問し、日中のつどいの場として食堂へ集まるように事業所に通う。小規模多機能型居宅介護とは、「通い」や「宿泊」「訪問」といった機能を駆使し、自宅での暮らしを支えるものです。

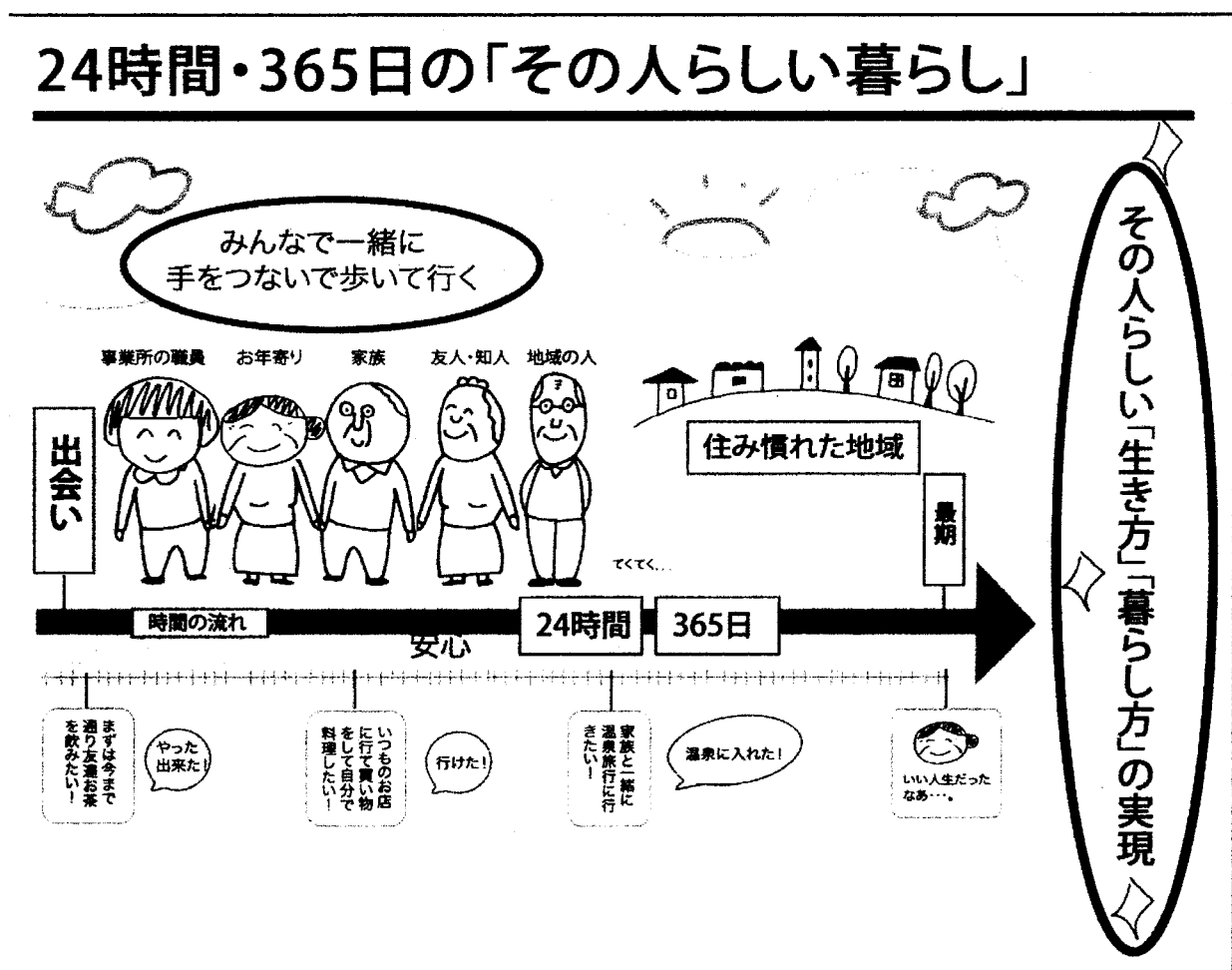




2) 24時間365日「その人らしい暮らし」を支える

「暮らし」を支えるということは、24時間365日、切れ目ない支援を安心とともに届けるといことです。先ず24時間365日の介護面での安心を提供します。狭義の介護だけではなく、「その人らしい」暮らしを支えます。「その人らしさ」とは、自己実現そのものであり、その方の「これまで」「今」「これから」の暮らし全体を丸ごとお付き合いする中で、理解できるものです。

私たちは「介護する」「介護される」の関係でなく、「共に生きることを支援する」協力者です。馴染みのスタッフにより、本人ができること、できる可能性があることに目を向け、持っている能力を活かし、ご本人の「暮らし」を継続的に支えていきます。

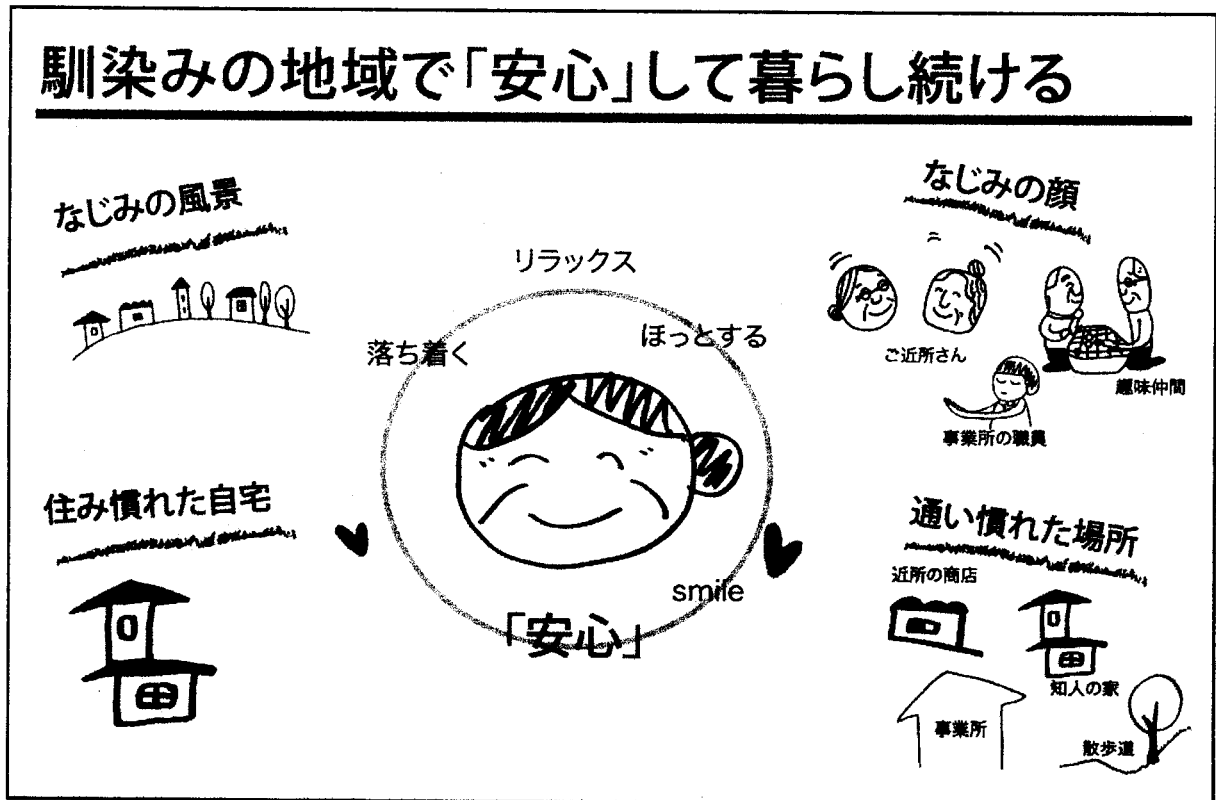


24時間365日の暮らしには、多くの支援が必要になります。食・移動・入浴・寝るなど人の継続した営みが途切れては24時間の暮らしの支援にはなりません。このいわゆる「最低不可欠の介護」が欠かせません。

3) 馴染みの地域で暮らし続けることの支援

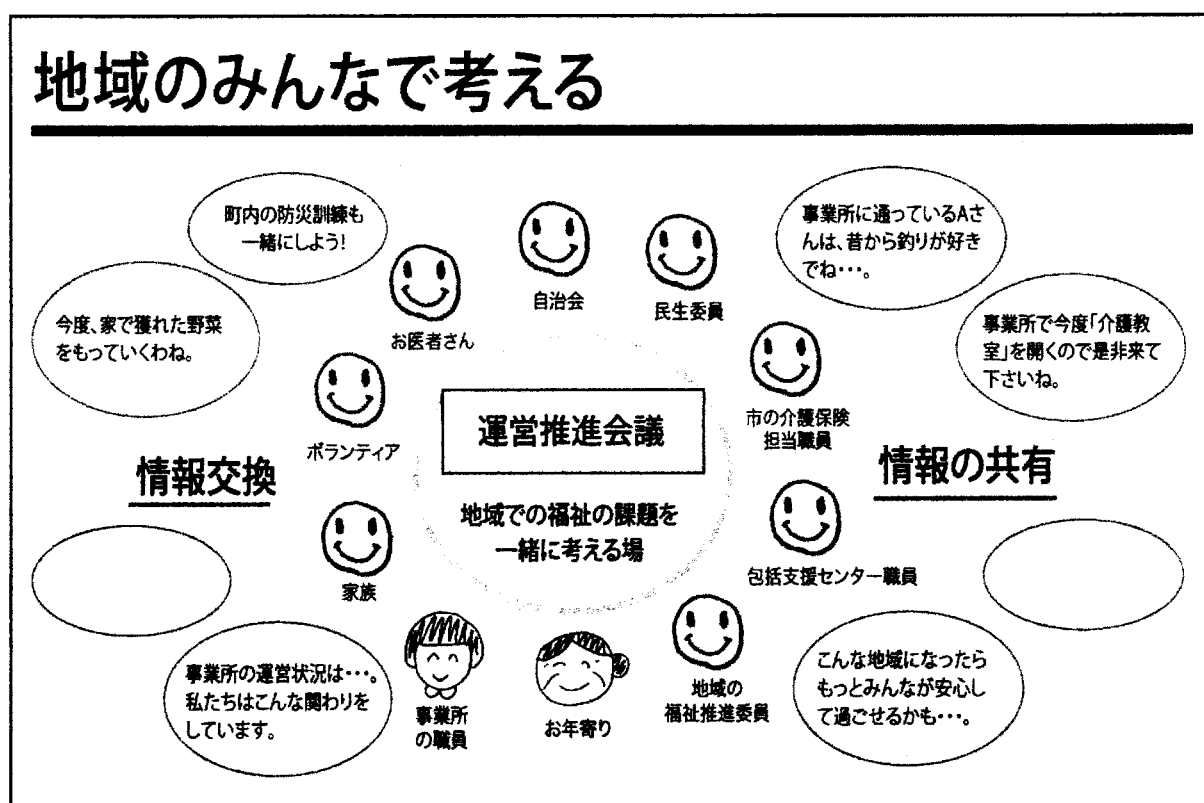
住み慣れた場所というのは、そこに流れる空気や見慣れた風景がある、ただそれだけで私たちがほっとした気持ちにさせてくれます。とりわけ、環境の変化に敏感なお年寄りや認知症の方にとって、「なじみの環境」を継続させることが、一番の「安心感」を与えてくれます。

行き交う人たちとのふれあい、軒先や縁側に尋ねてくれる知人との交流、通い慣れた行きつけのお店での買い物など、ご本人がこれまで培ってきた家族や地域社会との関係を断ち切ることなく、これまでと同じように地域で共に暮らすことができるよう支援していきます。



4) 地域との支えあい

これまでの本人の自宅や地域の中での暮らしぶりを知っているのは、事業所ではなく、ご家族やご近所、友人の方たちです。介護が必要になってもこれまでどおりの生活を実現するために、本人を一番よく知っている人の協力は欠かせません。介護が必要となったからといってライフスタイルを変えるのではなく、地域へ積極的に参加していくことによって、ご本人がこれまで培ってきた関係に触れることができ、「今まで」を知ることができます。地域との支えあいは一方通行ではなく、地域の皆さんからさまざまなことを教えてもらい、事業所は専門知識やノウハウを地域へ還元する、「支え」「支えられる」地域との関係づくりを目指しています。



1-3 小規模多機能型居宅介護と既存サービスとの違い

すでにあるサービスとは何が違うの？

ー新しいかたちの小規模多機能型居宅介護のサービスー

◎ 「通い」と「デイサービス（通所介護）」との違い

デイサービスでは、施設が決めた時間や提供されるプログラムに合わせて、利用者が日中過ごしています。レクリエーション、食事、入浴といった流れがパッケージになっています。

小規模多機能型居宅介護での「通い」では、一人ひとりの暮らし方にあわせて、その人の自宅での一日を思い描いた上で、その人にとって必要なことだけを、「通い」を通して提供していきます。過ごし方は人それぞれです。自分らしい時間の過ごし方をするということです。例えば、朝から夕方まで滞在するのではなく、その人が必要としているお風呂だけ、食事だけといったほんの数時間の利用という使い方もあります。

◎ 「宿泊」と「ショートステイ（短期入所生活介護）」との違い

ショートステイでは、あらかじめ利用したい日を決めて予約し、利用します。利用したい日が空いていないと他の施設を予約し、日程変更をすることになります。これまでは、施設の空室状況に応じて利用を判断せざるを得ない、本人や介護者の状況の変化には対応しにくい現実がありました。

「宿泊」では真に必要な時には必ず利用できます。

また、認知症のお年寄りにとっては「いつも利用している場所と違う施設に」ということになると、大きな不安やストレスを持つことになり認知症の混乱を深める要因になっていました。小規模多機能型居宅介護での「宿泊」は、通い慣れた場所で、顔なじみの職員や他の利用者がある安心した環境で、安心して泊まっていただけます。また、ご本人の状況を良く知っている職員が、緊急時にも臨機応変に対応できるため、いざというときの強い味方です。

◎ 「訪問」と「ホームヘルプ（訪問介護）」の違い

これまでの「訪問介護」と明らかに違うことは、30分未満や1時間など、訪問介護サービスの枠に合わせて、支援内容を決めるのではなく、必要なときに必要な量の支援ができるということです。服薬管理のための数分の訪問や、お互いの関係づくりを目的とした長時間の訪問もあります。回数も、毎日必要な方もいれば、月に一回だけ必要な方もいます。枠にとらわれない支援が可能です。自宅での緊急時には即訪問いたします。

小規模多機能型居宅介護では、通い、宿泊、訪問といった各サービスの内容は細かく定められてはいません。一人ひとりの暮らしが異なるように、支援の内容も異なります。現在の制度は、通いを中心に生活を支える仕組みになっていますが大切なことは、「通う」ことではなく、通いを通じて何を支援するかということです。生活や暮らし全体を通しての流れの中で困っていることは何か、自宅での暮らしを成り立たせるために必要なことは何かを見極め、柔軟に支援していきます。

1-4 小規模多機能型居宅介護における「通い」とは 自宅の延長線上での「通い」のサービス

小規模多機能型居宅介護で中心となる「通い」のサービスでは、ご本人の思いや生活スタイルに合わせて、利用する時間や過ごし方をご本人や家族とともに一緒に考えていきます。

普段私たちは一日の過ごし方を自分自身で決めて生活しています。それが「その人らしい暮らし方」であり、介護や支援が必要になっても、出来る限りそうした自分が決めた暮らしをしたいと望む気持ちは変わらないはずです。だから、ひとりひとりの支え方、利用の仕方、過ごし方が違って当たり前です。もし、目の前にいるお年寄りが自分で一日の過ごし方を決めるとしたら、朝起きてから夜寝るまで、どんな一日を過ごすのだろうと思い描き、できない部分や不足する部分を、「通い」というサービスを通して支援していきます。

例えば、仲間と一緒に料理することを楽しみに来る人、お風呂だけ入りに行く人、一時間だけお茶を飲みに来る人、ご飯の時間だけ来る人、自分の自宅の居間のようにテレビの前で一日ゆっくり過ごす人……。ひとりひとりに個性があるように、いろいろなかたちの過ごし方をお手伝いしてきます。

また、「通い」は、新たに始まる職員や他の利用者との出会いの場です。ひとつの空間をともにする「通い」は、ご本人の暮らしの中に新たな生きがいや楽しみを生み出す場です。「ここにいてもいいんだよ」と感じられる本人の役割や人間関係を見出すことのできる「居場所」づくりを、小規模多機能型居宅介護の「通い」は目指しています。

check

- ① デイサービスと「通い」の違いがわかり、利用者や家族に説明できますか？
- ② 「通い」を通して、何を支援しようとしているのですか？
- ③ 本人のその都度変化する意向を確認し、臨機応変な関わりができていますか？
- ④ 帰りたいたいという利用者を無理に引きとめていませんか？
- ⑤ 事業者の都合で一日のプログラムや流れを決めていませんか？

1-5 小規模多機能型居宅介護における「宿泊」とは

家の布団で寝るように安心して眠りにつきたい
通い慣れた場所に安心して泊まれる「宿泊」

「宿泊」では、あくまで、これまでもこれからも家で生活をし続けていくことに重点をおいて考えていきます。

「施設入居型」の介護をしてしまうと、ご本人が望んでいるはずの自宅で暮らし続けることが難しくなる可能性があります。家では布団で寝て、夜中トイレに行きたくなったらがんばって一人で行っていたのに、事業所に宿泊した時は、ベッドにポータブルトイレなどといった環境では、自宅に帰ってから、一人で排泄することができなくなってしまいます。

小規模多機能型居宅介護では、その人の自宅での「暮らし方」をよく理解することで、自宅でも事業所でも落差がない形で、その人が自宅で生活していく上で何を手助けしていったら良いかを、家族・介護者と一緒に宿泊の中での支え方を考えて行きます。

また、環境の変化に脆いお年寄りや認知症の方にとっては、知らない場所で知らない人たちと夜をともにするという事は、不安を招きます。

もし、昼間に通い慣れている場所が泊まれるところで、いつもと同じ職員や仲間がいたら、そんな不安が少しは和らぎ、安心して泊まれるのではないのでしょうか？

小規模多機能型居宅介護では、そこに日中通う利用者が「宿泊」を利用できるようになっています。それは、同じ場所で、なじみの職員や他の利用者がいるという安心感をもっていただきたいという思いであり、また、慣れ親しんだ職員だからこそ、日々変化するお年寄りの「今」の状態を把握していることで、臨機応変に対応できるからです。

また、いつも介護されているご家族や介護者が、急病で介護できない、いつも一緒にいるおばあちゃんが風邪をひいたので、おじいちゃんを一日だけみてほしい、といった緊急時にも必ず対応します。

check

- ①利用者が夜間どのように過ごしたいか知っていますか？
- ②夜間の緊急時、困ったとき、臨機応変に宿泊できますか？
- ③本人が夜間自宅でできていることや夜間の介護を家族・介護者がどのようにしているか知っていますか？
- ④日中の通いの関わりと夜間の関わりは連続していますか？
- ⑤夜間の介護について、家族・介護者と事業所で話し合っていますか？

1-6 小規模多機能型居宅介護における「訪問」とは

緊急時にも安心！ 小規模多機能型居宅介護の「訪問」

小規模多機能型居宅介護の「訪問」は、「通い」では支えきれない時間帯や内容を、自宅での支援として行います。それは時間単位で決められた枠の中で行うサービスではなく、その人に必要なときに必要な分だけ、支援するものです。

それは、毎日散歩が日課であるお年寄りに付き添うことや、病院と一緒にいくこと、遠く離れて暮らす家族の代わりに様子を見に行くことだったりします。

通うことに抵抗を感じる引きこもりがちなお年寄りに対しては、まずその方の話に耳を傾け、信頼関係をつくるなど「通い」に来ていただくための関係づくりも大切です。また、自宅で落ち着かないお年寄りに対しては、夜でも自宅へ職員が出向いていきます。必要であれば、毎日ご自宅へ出向くこともあるかもしれません。

また、あるお年寄りにとっては、通うことより自宅での支援の方が「その人にあった支え方」である場合には、「通い」から「訪問」へ変更することもあります。

そのときどきの、ご本人や家族の状態や状況によって、訪問する回数も訪問する内容も変化し、その人の暮らしを支えています。

check

- ①緊急時に必ず対応できますか？
- ②自宅では、どのように過ごしているか知っていますか？
- ③自宅での居場所を知っていますか？
- ④暮らしの継続のために本人ができることと支援すべきことを知り、対応できますか？
- ⑤地域での暮らしそのものを大事にしていますか？

2 ケアマネジメントの視点

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメント＝ライフサポートワーク

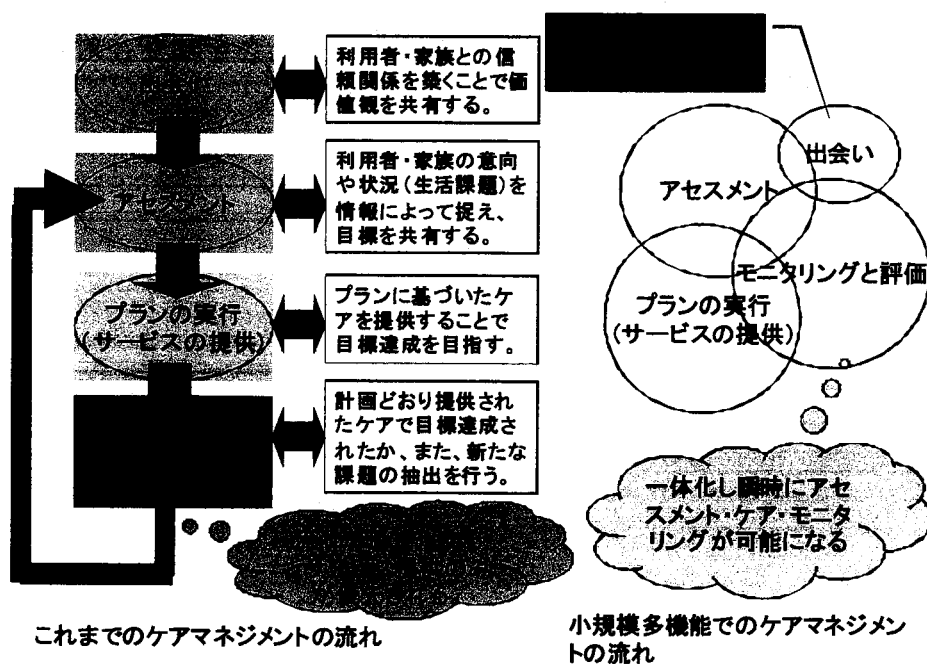
1) ケアマネジメントの視点

これまで、自分で朝ごはんを作り、着たい服を着て、行きたいところに行く。そんな思いのままの暮らしをしてきた方が、介護が必要な状態になると突然、これまでと全く異なった暮らしを余儀なくされる。しかしどうでしょう。自分の力を可能な限り発揮し、人生の最後まで自分らしく暮らすことはできないのでしょうか。あれもできない、これもできない、そういう思いになっては生きる気力も出てきません。人は多少、課題があったとしても、その人らしい目標を達成することはできるはずです。課題のための課題を抽出し、課題克服のための策を練るのではなく、克服できないことがあったとしても、ちがう手段や方法を考え、自己実現のために必要なことは何かを探す（支援する）ことが重要ではないでしょうか。

そのためには、自己実現という目標を掲げ、どのようにしたら実現できるのか、場合によっては目標自体をブレイクダウンしていくという発想も必要です。また、自己実現するためには、数多くの選択肢が存在し、支援の仕方も多様にあります。本人の暮らしは、日々変化し、今日やりたかったことが、明日には変わることもしばしばです。本人が今、どうしたいか、何をしたいかを聞き、実現したいことに向けての支援方策を一緒に考えることが重要です。達成した喜びを得ることができる目標を、確実にどうすれば実現できるのか、ご本人も含んだチームで考え実践することから始まります。もうちょっと手を伸ばせば実現できるという、目の前の目標への取り組みの積み重ねこそが重要です。

目の前の目標を達成することで、生きる喜びを得、認知症による喪失感や焦燥感、孤独感をやわらげ、本人も家族・介護者も自信をもって暮らすことができる支援が大切です。

ここからは、具体的なケアマネジメントの手続きに基づいて考えていきます。



2) 出会い

「出会い」では、事業者は、高齢者にとって本当にサービスが必要なのかどうかを判断する必要があります。また、高齢者自身からみて、この事業者に自分の支援を依頼するのかがどうかを判断してもらう重要な機会でもあるということを忘れてはいけません。

そのためには、まず共感的理解が求められます。共感的理解とは、本人や家族が、どのような状況であっても、その思いを受け入れ、理解することによって関係を形成しようとすることです。

よって、事業者が、自分の価値観を押し付けて、「こうすべきだ」という常識や一般論で考えていると、双方向の関係が作れないままで共感は生まれません。

check

- ①本人や家族の言い分や希望をじっくり聞いていますか？
- ②事業所や自分自身を知っていただくこと（自己紹介）をちゃんとしていますか？
- ③話しやすい雰囲気づくりを心がけていますか？
- ④利用することを前提に話を急がせていませんか？
- ⑤出会ってすぐに、アセスメントシートを埋めようとしていませんか？

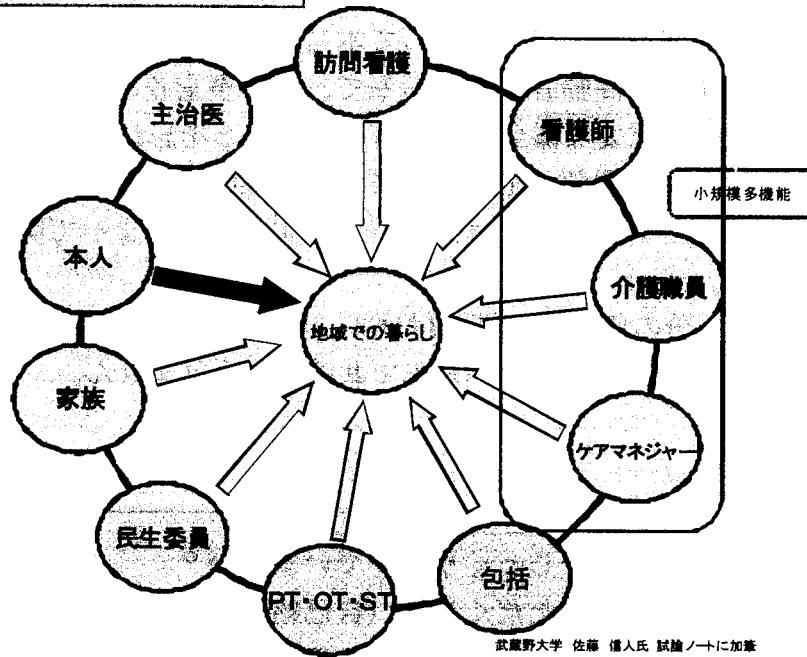
3) アセスメント（「あきらめない」かかわり）

～最期まで変化するその人を理解し続けていくための継続的なかかわり～

アセスメントとは、課題をあぶり出すことではありません。本人の持っているエンパワメント能力、セルフケア能力をはかる機会です。アセスメントとは、いふならば分析的な理解です。ですから、訪問した日の一断面を切り取って見るものではなく、プロセスを重視します。今の状態で課題を解決しようとするのではなく、社会との関係性も含めてこれまでの暮らしはどうであったのか、今はどのような状態なのか、これからどのようにしたいのかを暮らしの連続性の中でとらえ、分析することが求められます。利用者や家族から得た情報がなぜ必要なのか、その情報が何を意味するのかを十分に考える必要があります。その情報が今の暮らしやこれからの暮らしの中でどのように役立つのかを検討します。聞き出すだけ聞きだして、根拠なく「通い」や「訪問」のサービスを当て込んでしまうのは間違いです。

アセスメントで重要なのは、自分（事業所・わたし）自身を知ることです。自分の強さを知り、また弱さを知ること、自らできること、できないことがわかり、できないことに対しては、これまで以上に関わりを深くもつことの必要性を理解し、チームの一員である仲間の力を借りたりする工夫が生まれます。アセスメントとはチームで行うものです。ここで言うチームとは、専門職だけでなく、本人、家族、地域も含めたチームです。自己実現（目的）をチームで共有し、多面的にとらえることで、自分だけの主観的な捉え方から、チームとして客観的に捉えることにつながるものです。

小規模多機能多機能型居宅介護



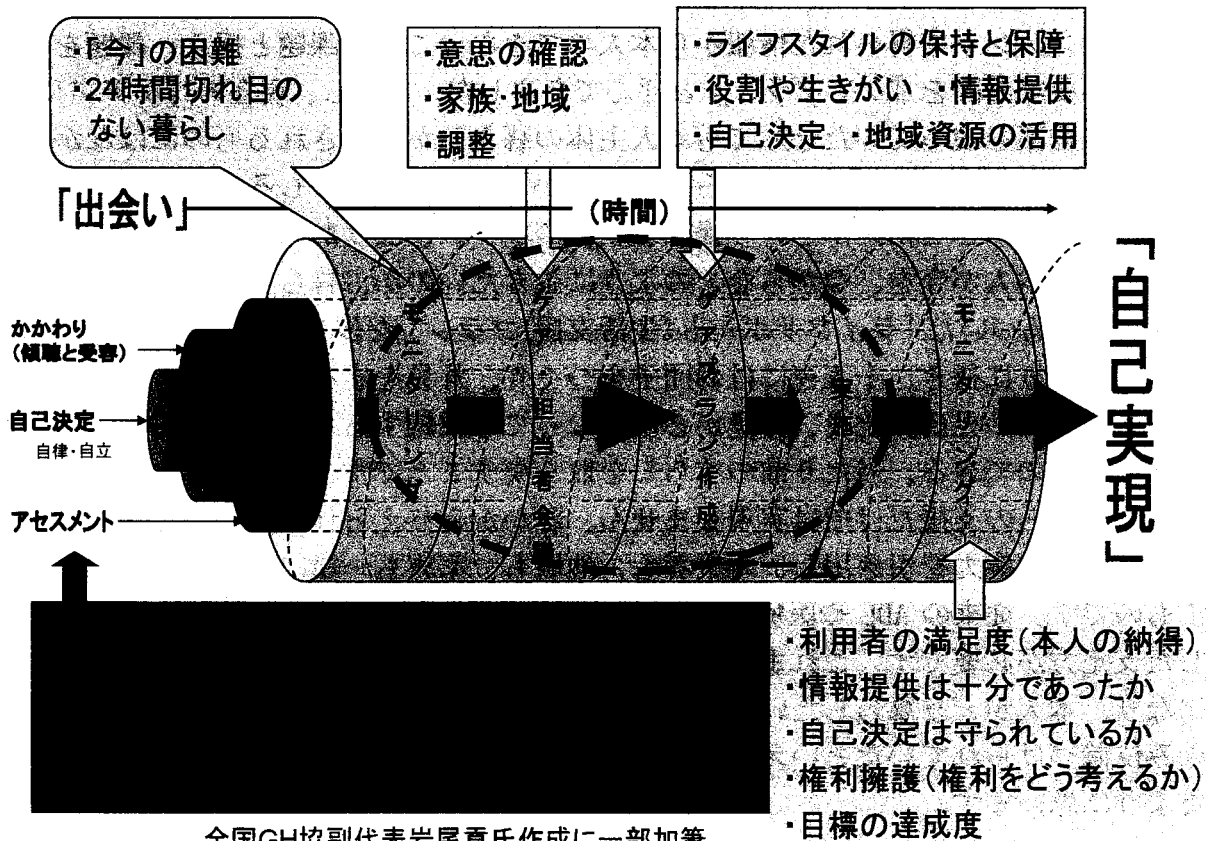
小規模多機能型居宅介護におけるチーム

アセスメントでは、継続的な関わりをするための「関係づくり」の成否によって、得られる情報も変わっていきます。関係づくりが重要なのは、高齢者からすれば、人生の最後をこのケアマネジャーや事業者に託すことができるのか、全幅の信頼を寄せることができる存在になるのか、そのことが高齢者の人生を大きく左右するからです。ケアマネジャーや事業者の関わり方によっては、本人自らの生きる力を引き出すことができるようになる場合と、本人の力を奪ってしまう場合があります。高齢者が人生を託すという決定をするのであれば、ケアマネジャーや事業者は託される責任を実感し、自分自身が担うことができるのかどうかを自己分析する必要があります。

ここでアセスメントする際のポイントを挙げてみます。関わるということをお大切にすることによって互いの関係は深まり、自分の理解者・共感者を実感することによって、生きる力が強化されます。結果を求めすぎない、急がないことも必要です。

サービスをあてがうのではなく、関わりプロセスの中で、解決策を見出していき、単に短絡的な課題を解決することに重点をおくのではなく、継続するプロセスの中で本人の自己解決能力を引き出していくことが大切です。

地域密着のケアマネジメントの過程



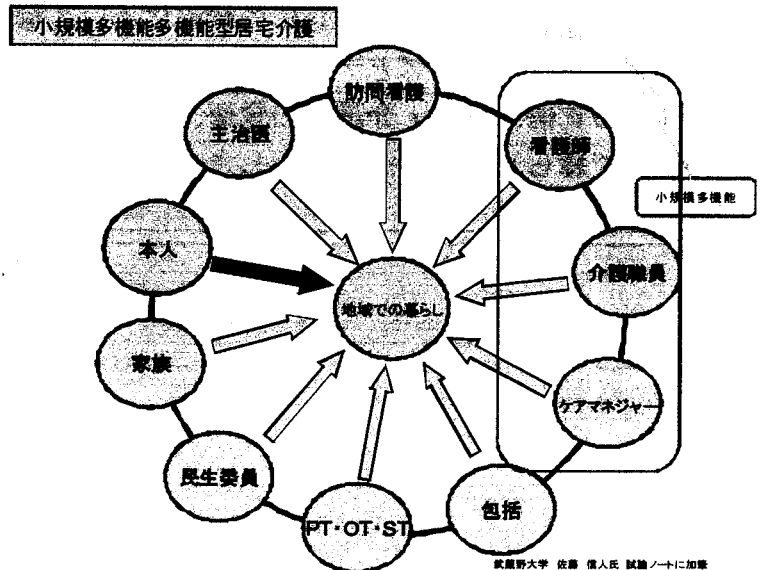
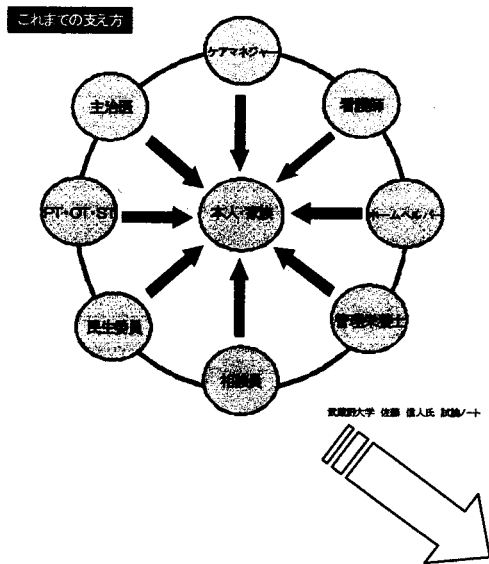
check

- ① 日々の変化に気づいていますか?
- ② 自分自身 (事業者・わたし) の状況について振り返りができていますか?
- ③ 訴えの意味 (ニーズとデマンドの違い) が分かっていますか?
- ④ 本人の覚悟、家族・介護者の覚悟、事業者の覚悟が共有されていますか?
- ⑤ 社会で暮らしているその人らしさを理解していますか?

4) プランニング (変化する様態とニーズの変化に応えるために)

～小規模多機能型居宅介護のケアプランはライフサポートプラン～

従来、アセスメントで得られた情報から本人のできないことを課題と捉え、課題を克服するための必要な計画を『ケアプラン』と呼んできました。しかし、現在の『ケアプラン』では、本人の言葉を使っていたとしても本人主体の暮らしが表現されるものにはなかなかありません。本人がどのように暮らしたいのかというよりもむしろ、支援者側がどうしたいか、どう暮らさせたいかという提供者主体のプランになりがちです。ケアプランで必要なことは、本人が今を、今からをどのように生きたいのか、暮らしたいのかを知り、「自己決定」に基づいた「ライフサポート(生活支援)プラン」を作ることです。たとえば、お彼岸には墓参りに行き、十五夜にはお団子をつくり、月見をする。暦(こよみ)とともに生きる人としての生活文化を、介護が必要になっても継続することです。生きている実感を味わうことのできる、当たり前のからしを取り戻すことです。このような地域での暮らしは、他者からの支援だけでは実現しません。誰かから与えられるものではなく、本人のエンパワメント能力を引き出し、事業者も、地域も、家族も一緒になって、協働で作っていくものです。従来のADLや医療モデルを基にした支え方だけではなく、生活モデルを重視した支え方が必要です。これまでのケアマネジメントでは、狭義の介護をどうするかが主になり、本人がどう暮らしたいのかという本人の意向が軽視され、本人は支援される側にのみ位置づけられていたといえます。本人や家族も一緒に暮らしを創る考え方が乏しかったように思います。



また、プランも介護支援専門員が月に1回定期的に計画するものでは、その時その時の変化する様態やニーズに応え、臨機応変なプランにはなっていません。

そこで、日々のミーティングと適切なカンファレンスの開催が必要となります。ここではミーティングとカンファレンスの言葉と内容の整理を下記の様にしています。

- ・ミーティング…日々の打ち合わせ。職員のみが多い
- ・カンファレンス…本人、家族、専門職、地域住民等参加によるもの

ミーティングでは、日々の必要な支援について打ち合わせし、また緊急の場合等必要に応じた対応や方針を決めます。今必要な支援が提供されます。

カンファレンスでは、本人の生活全般が話し合われます。参加者は本人・家族・地域・スタッフ等、本人に関係性のある人が参加し、本人の望む暮らしをいかに実現していくか話し合います。いわば、カンファレンスは自己実現の方法を考えるための企画会議ともいえます。自己実現へ向けて、どのような内容を話し合うのか、メンバーは誰が必要なのかなどを検討します。単に人数が多ければ良いというわけではありませんし、多職種だからよいというわけでもありません。実現に向けて必要な人が集まって考えられれば良いのです。大切なことは、情報を共有し、共通の目標、視点、言語を持つことです。

check

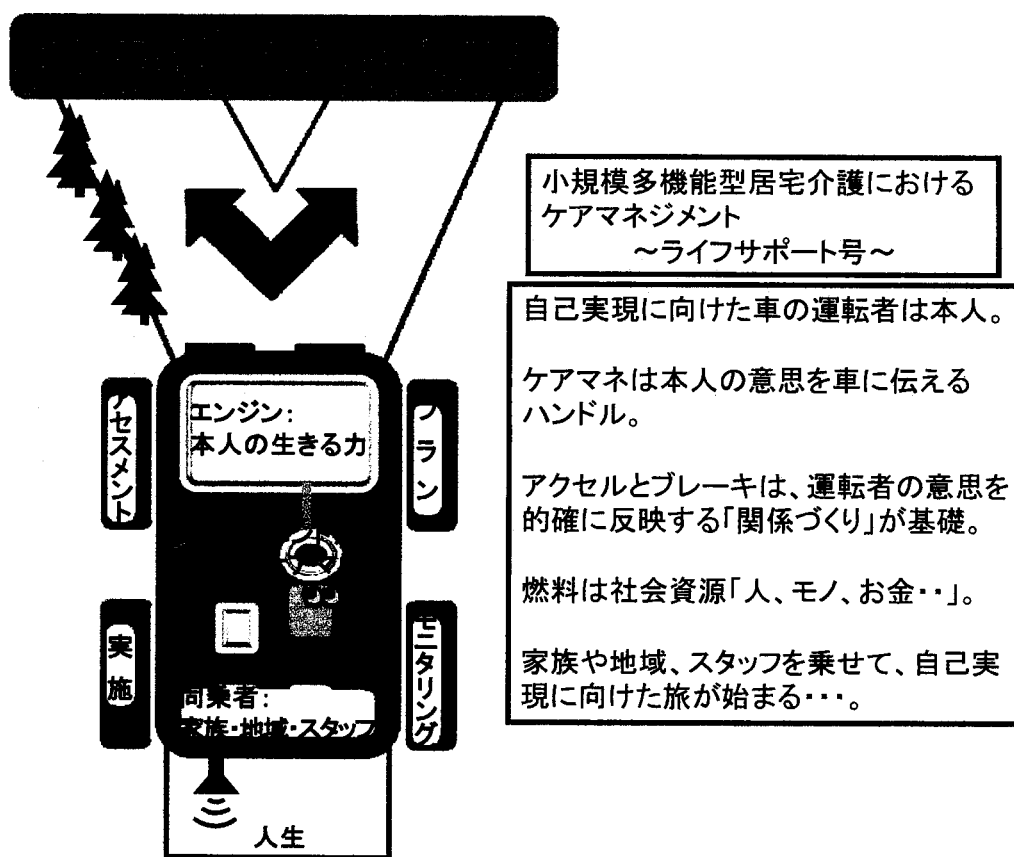
- ①誰が参加していますか。過不足はありませんか？
- ②話し合うためのポイントは明確になっていますか？
- ③共通の目標、視点、言語を持っていますか？
- ④情報を共有できていますか？
- ⑤本人の意思は尊重されていますか？

5) 実施 (サービス提供)

実施とは、サービスを提供することだけではありません。アセスメントにおいて関わりが重要であることを説明したとおり、実施することとは、関わることです。単に、「通い」「宿泊」「訪問」サービスを提供することだけが実施なのではありません。

サービスを提供する目的は、短絡的な課題解決ではなく、本人が、目標とする暮らしの実現を促進するための支援や要因の把握、阻害する要因の把握、克服、除去をしていくことです。いうなればサービス提供という試みの中で、日々変化する状況を常に捉え、即応する柔軟性を持つということです。

サービスを提供するということは、本人の描いた人生という物語に参加するという事です。あくまでもこの物語は本人のものであり、介護支援専門員やケアワーカーが描くものではありません。サービスを提供することが目的ではなく、事業者もその人らしい人生という物語を完成させるために参加し、物語の実現に向かって進んでいくという心掛けが大切です。



小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントを車に例えると…

6) モニタリング (実施状況と満足度の確認)

モニタリングとは、人と状況の関係性を振り返る事です。計画どおりにサービスが提供されているかを確認するだけではありません。これまでのかかわりが十分であったか、不足していないかなど、かかわりのプロセスを追跡し、振り返る事です。本人の自己決定は守られてきたか、本人の満足度、暮らしにとって必要な情報提供は十分であったか、その人の生きる権利を尊重してきたかの、かかわりの振り返りがモニタリングです。

check

- ①これまでのかかわりが十分であったか(不足していないか)?
- ②これまでのかかわりが行き過ぎていないか?
- ③時間はかかりすぎていないか?
- ④本人の満足度は?
- ⑤家族・介護者の満足度は?

3-1 これまでのケアマネジメントとライフサポートワーク

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントをライフサポートワークと言おう

「可能な限り自宅や住み慣れた地域の中で暮らし続けるための支援を行う」ことが小規模多機能型居宅介護の役割です。

「どこで、どのように暮らしたいかを支える」ことが目的です。また利用者、家族のその時々の変化（身体的・精神的等）する状況に対応できなければ居宅での暮らしは成り立ちません。とりわけ、認知症の人の様態は変化しやすく、その変化に対応するためには柔軟さが必要となります。

⇒24時間の個別的な地域生活を支援するためには、状態や状況の変化に柔軟かつ即対応が支援のポイントになる。

このような柔軟で即時的対応を可能とする小規模多機能型居宅介護でのケアマネジメントを、これまでのケアマネジメントと混同しないために「ライフサポートワーク」と言います。

ライフサポートワークの流れ(プロセス)

実践 ⇒ モニタリング・記録 ⇒ 日々のミーティング ⇒
即時的プラン⇒ とりあえずの実行 ⇒ カンファレンス⇒
プラン ⇒実践

2層の視点(注)

- ライフサポートプラン①
- ライフサポートプラン②

(注) 2層の視点とは

本人の「〇〇したい」という希望の実現の部分と、日々の暮らしの継続の部分との2層のことです。

また、居宅のプランと小規模多機能型居宅介護サービスの介護計画を兼ねます。

アセスメントの視点

1. これまでの暮らしの流れを知る (Before)
 - ①漠然とではなく、「こだわっていること」
 - ②障害があっても「こだわりつづけるもの」
2. 障害があっても「できること」や「していること」を知る
3. 援助してほしいこと、すべきことを見極める (After)

このことをライフサポートプラン②で、24時間の生活の流れの中で明らかにするようになっています。

様式(用紙)の構成

- 日々の記録&ミーティング用紙・・・・・・・・・・・・・様式1
アセスメント様式・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・特に指定しないが、地域での生活を把握できるもの
カンファレンス用紙・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式2
ライフサポートプラン用紙①・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・様式3
ライフサポートプラン用紙② 24時間シート・・・・・・・・・・・・・様式4
(週間・・・・・・・・・・・・・様式4に記載、必要などときには居宅サービス計画書③を作成)

これまでのケアマネジメント様式との比較

以下のゴシック部分は、「ケアプラン点検支援マニュアル」(H20.7.11 老健局振興課)より抜き書きしたものです。本様式においても、各趣旨および質問について、全てクリアしているものと考えます。

居宅サービス計画書とは

居宅サービス計画書とは、利用者及び家族の「望む生活」を具現化するための計画書といえます。「望む生活」の実現に向けて、ケアチーム(利用者及び家族も含む)が目指す方向性や果たすべき役割、提供するサービスやセルフケア及び家族支援等が具体的に書面に表されたものであるといえます。

したがって、次に示す第1表・第2表・第3表は、連動した帳票であることを押さえておく必要があります。

第1表 居宅サービス計画書(1)

●第1表とは

利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票です。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向が、はっきりと示される1番重要な帳票ともいえます。

第1表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを1つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要です。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩いていくための大切な帳票であるといえます。

第1表について この中の項目については 様式3 ライフサポートプランに記載します。家事援助中心型の算定理由については、小規模多機能型居宅介護では包括報酬のために特に算定理由を記す必要はないため除外しています。

- 質問1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 質問2 「課題」の整理はできましたか、またそれらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」とに関連性はありますか？
- 質問3 家族はどのようなおもいで、利用者を支えていこうとお考えですか？
- 質問4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントをすすめ、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？
- 質問5 総合的な援助方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 質問6 生活援助中心型を算定した理由を教えてください

ミーティング、カンファレンス、プランが一連の流れでつくられます。日々対応が必要な援助方針は、日々のミーティングの中で検討されます。「課題」ニーズについては、カンファレンスの中で検討します。当然日々の関わりの中でのアセスメントが行われています。更に本人、家族・介護者の確認とモニタリングが行われます。

第2表 居宅サービス計画書(2)

●第2表とは

第1表で示された「利用者の望む生活」を実現していくために、アセスメントから導き出された一つ一つの生活課題を、具体的な手段を示しながら一歩ずつ解決していくための手順を表したものです。居宅サービス計画全体の中核となる帳票です。

第2表は、利用者の生活課題（生活全般の解決すべき課題「ニーズ」）の中で、解決していかなければならない課題の優先順位を見立て、そこから目標を立て、

- 1)利用者自身の方で取り組めること
- 2)家族や地域の協力でできること
- 3)ケアチームがお手伝いをする事

で、できるようになることなどを整理し、具体的な方法や手段をわかりやすく示した帳票です。

目標に対する援助内容では、「いつまでに、誰が、何を行い、どのようになるのか」という目標達成に向けた取り組みの内容やサービスの種別・頻度や期間を設定します。これはケアチームの目標達成期間であり、モニタリングやケアプランの見直しの指標となるものです。

第2表について この要素を様式3と様式4に記載しています。
様式3(ライフサポートプラン①)で、暮らし全体に関わるニーズについて計画し、様式4(ライフサポートプラン②)で、日々の暮らし(ルーチン的な部分)について計画します。

この様式3と様式4との2層化で、より生活全体の支援を意図できるようにしています。この様式3と4は、どちらが大事とか、様式4は狭義の介護だけというものではありません。日々のチームで統一して関わるルーチン的な部分を様式4にまとめているものです。これは、これまでの小規模多機能型居宅介護サービス「介護計画」を兼ねるものです。この様式4で小規模多機能型居宅介護サービス「介護計画」に代えることができます。

また、地域生活の視点を明確にするために、常に「地域」の項目を設けています。本人の持っているこれまでの関係や地域の資源に常に目を向けることにより、より地域生活を継続していくものになると考えています。ここでの地域とは、本人の持っている地域の資源(友人やこれまで関係のあった人やもの)や事業所や専門職および関係者を含みます。

- 質問1 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の原因や背景を教えてください。
- 質問2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 質問3 生活全般の解決すべき課題が利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 質問4 利用者・家族の「困りごと」に対してどのような働きかけを行いましたか？
- 質問5 長期目標は、どのように設定しましたか？
利用者自身が、課題(ニーズ)ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 質問6 短期目標は長期目標を達成するための具体的な「活動の目標」になっていますか？
- 質問7 課題を解決するための単なるサービス内容の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた具体的な記載内容となっていますか？
- 質問8 計画したサービス内容を適切に提供する為に、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？
- 質問9 サービスの利用頻度と期間の見直しはいつ頃、どのように行いますか？

ご本人や家族・介護者を含んだチームでのカンファレンスを基に「ライフサポートプラン」①と②を作成します。その人の願いに応えること、即ち自己実現に向けた生きざまを支援するプランをつくります。この過程で家族・介護者の「困りごと」の解決にも一緒に取り組みます。

ライフサポートプラン①で、ニーズ実現に向けた具体的な取り組みを明らかにしていきます。期間は可能な限り短い期間で設定します。実行できているか都度モニタリングしていきます。

ライフサポートプラン②で、日々の暮らしを継続できる支援計画が示されます。こちらでも随時様態やニーズの変化で見直し(更新)が行われます。

第3表 週間サービス計画表

●第3表とは

第2票で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができます。連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

- 質問1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？
- 質問2 本人の主な日常生活について、どのように把握しましたか？またその人らしい生活がイメージされていますか？
- 質問3 週間サービスには、利用者・家族の状況（意向、事情等）にあった計画になりましたか？
- 質問4 「週単位以外のサービス」の欄には何を記載していますか？

第3表について、日々の部分について様式4に記載します。

週間の部分は必ずしも必要でない場合も多いので、日々の支援の継続や様式4の下部の部分への記入で十分な場合は不要です。サービスの提供が分からない等の必要な場合には、表3を利用し「週間サービス」を作成するものとしています。

第4表「サービス担当者会議の要点」について

第4表について、様式2カンファレンス用紙に記載します。介護支援専門員が確認できるようにしています。

第5表「居宅介護支援経過」について

(旧5表はH20年7月29日付老健局振興課通知により省略されています)

第5表の経過記録については、様式1の日々の記録とケアミーティングおよび様式2のカンファレンスの中で、介護支援専門員が確認し、経過記録を明らかにするようにしています。

第6表、第7表について(サービス利用票、サービス利用票別表)

他のサービスとの関係のある様式で、そのまま継続しています。

第6表については、既にQ&A(平成19年2月19日付け)で下記の取り扱いが示されています。

Q. 小規模多機能型居宅介護は、あらかじめサービスの利用計画を立てていても、利用日時の変更や利用サービスの変更(通いサービス→訪問サービス)が多いが、こうした変更の度に、「居宅サービス計画」のうち週間サービス計画表(第3表)やサービス利用票(第6表)等を再作成する必要があるのか。

A. 当初作成した「居宅サービス計画」の各計画表に変更がある場合には、原則として、各計画表の変更を行う必要があるが、小規模多機能型居宅介護は、利用者の様態や希望に応じた弾力的なサービス提供が基本であることを踏まえ、利用者から同意を得ている場合には、利用日時の変更や利用サービスの変更(通いサービス→訪問サービス)の度に計画の変更を行う必要はなく、実績を記載する際に計画の変更)を行うこととして差し支えない。

様式の対照表

居宅サービス計画書

- 居宅サービス計画書① ⇒
- 居宅サービス計画書② ⇒
- 居宅サービス計画書③ ⇒
- 居宅サービス計画書④ ⇒
- 居宅サービス計画書⑤ ⇒
- 居宅サービス計画書⑥ ⇒
- 居宅サービス計画書⑦ ⇒

ライフサポートワーク様式

- 様式3 ライフサポートプラン①
- 様式3 + 様式4 ライフサポートプラン②
- 様式4 ライフサポートプラン②
- 様式2 カンファレンス用紙
- 様式1 記録・ミーティング用紙
- 現行様式使用
- 現行様式使用

参考 アセスメントについて

アセスメントについては、下記の項目が確認できるように、種々のアセスメントツールを活用します。単にシートを埋めるのではなく、日々の関わりからアセスメントしていきます。

質問1 <アセスメントの基本>

介護支援専門員として、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか。またアセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じていますか？

質問2 <情報収集>

アセスメントに必要な情報をどのような方々から得ましたか？

質問3 <基本情報>

アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？

質問4 <相談>

どのような相談経緯だったのでしょうか？

質問5 <生活状況>

利用者の「個性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活暦や生活状況をどのようにして聞き取りましたか。

質問6 <サービスの把握>

現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか。またその上で介護給付以外のサービスについても把握ができていますか。

質問7 <日常生活自立度>

障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか。

質問8 <主訴>

利用者・家族は主にどのようなことに困って来られたのですか。

質問9 <認定>

認定情報の内容を確認しましたか。

質問10 <理由>

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由について教えてください。

質問11 <健康状態>

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えている事を教えてください。

質問12 <ADL・IADL>

利用者のADL・IADLの現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか。またその手法・経路について教えて下さい。

質問13 <認知症>

物忘れや認知症について何か気になることはありましたか。

質問14<コミュニケーション>

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか。

質問15<社会参加>

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか。また最近変化したこと（例：友人の入院・入所、他界等）はありませんか。利用者が自らすすんで行っている活動や趣味などがありますか。

質問16<排泄>

利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？またその原因や背景を把握していますか。

質問17<食事・口腔>

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか。

質問18<問題行動>

利用者が周囲を戸惑わせたり、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか。

質問19<家族の心身の状況>

家族の方の心身の状況は把握していますか？特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか。

質問20<家族の介護力>

家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか。家族の方が話した言葉で印象に残った事があれば教えてもらえますか。

質問21<居住環境>

在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？利用者・家族の意向はどうですか。

質問22<特別な状況>

プランを作成する上で、特別に配慮したほうがよいと思われたことがあれば教えてください。

質問23<尊重>

アセスメントを通じて、利用者・介護者に現状を認識してもらえましたか。また、介護支援専門員として利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか。

3-2 様式について

現場実践から積み上げた様式となっています。

様式1⇒様式2⇒様式3と様式4⇒様式1と日々変化する様態に対応していきます。

様式1 記録用紙兼ミーティング用紙 (日々の即時的ケアプラン用紙)

利用者氏名:

NO.

年月日 /項目	本人	家族・介護者	地域	記入者 /介護支 援専門員
ミーティング 考察 決定				

日々のミーティングと記録が実践の基本になります。ただ書くだけで何にも活用されない記録では意味がありません。記録でも本人と家族・介護者、地域や他のサービス(資源)を区別し、それぞれを意識していくことが必要です。

また、ミーティングは本人や家族または地域での状況変化があったとき、その都度行われるものです。ここで即時的な対応も行うこととなります。「とりあえず」「緊急に」今の困りごとに対応することが必要です。

日々の記録の中にミーティングの記録と考察、とりあえずの決定(即時的プラン)を記入することで、即時的な対応がみえてきます。

地域の中で暮らし続けるために、常に本人だけでなく、家族・介護者や地域について把握していくことが必要です。

様式2 カンファレンス用紙

利用者氏名:

NO.

参加者				計 名
年月日 /項目	本人	家族・介護者	地域	
考 察	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
確 認 事 項				
本人 (代理人) 確認			介護支援 専門員	

日々のミーティングだけでは取り組めないことについて、カンファレンスを本人、家族・介護者、専門職、地域の方々とともに、チームとして行います。ここでも本人、家族・介護者、地域を分けて検討します。考察は、そのチームでの論議を記します。事業所・介護支援専門員の意見もここに入ります。考察に基づきライフサポートプランが作成されることとなります。

カンファレンスでは、必ず当面のことだけでも確認します。

様式3 ライフサポートプラン① 用紙

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン① 作成 年 月 日					確認欄		
利用者名 殿		生年月日 年 月 日		住所			
事業所名・介護支援専門員名							
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			
個々の目標(ゴール)							
審査会の意見							
当面の目標・ニーズ							
目標を達成するための 具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化 (いつorいつまで、だれが、どのようにして)		
他の介護保険サービスの 必要と具体的な課題							
モニタリング						確認欄	

個々の長期的目標(ゴール)を明確にし、「その人らしい暮らし」を実現するための目標を当面の目標・ニーズとして明らかにします。この目標(ニーズ)を実現するために、本人、家族・介護者、本人の持つ資源や地域の力、専門職や事業所で何が出来るかを明らかにします。

審査会の意見があれば、その意見を記し、その意見を踏まえ当面の目標・ニーズが作成されます。

そのうえで、目標(ニーズ)を実現するプロセスを示します。それを更に行動計画として具体化します。

他の介護保険サービス(訪問看護や福祉用具貸与など)についてもその必要性と具体的内容について記載します。

プランは実行できることを可能な限り短い期間で設定し作成します。実行し、日々進行状況を確認し、常にモニタリングしていくことが必要です。

様式4 ライフサポートプラン②用紙

(わたしの暮らし まとめシート)

私の暮らしまとめシート		氏名	作成日 平成 年 月 日	更新日 平成 年 月 日	介護支援専門員				
時間	以前の暮らし方	本人・家族の意向	できること	できないこと	内容	場所	物品	関わる人	モニタリング
5:00									
6:00									
7:00									
8:00									
9:00									
10:00									
11:00									
12:00									
13:00									
14:00									
15:00									
16:00									
17:00									
18:00									
19:00									
20:00									
21:00									
22:00									
23:00									
0:00									
1:00									
2:00									
3:00									
4:00									
日々以外の事項						記録員	年 月 日		年 月 日

(A3 用紙)

日々の24時間の暮らしとその支援の計画です。ここでは、関わりの中で得られたアセスメントから、これまでの暮らしと望む暮らしが明らかにされます。そのうえでできることとできないことを明らかにして、暮らしを継続できるような支援を具体化します。

週間など日々以外の部分は下欄に記入します。

週間計画は、この表で確認できる場合不要です。しかし、曜日ごとに大きく変化するため、その確認が困難な場合には第3表週間サービス計画表を活用します。

また、モニタリングし大きな変化がないときは、更新部分を追加記入していきます。大きな変化があったときには、当然全体の見直しが必要になります。

3-3 様式の記入例

普段の事例から記入例を示しています。
日々のミーティングの中で即時的プランがつけられます。

様式1

記 録 用 紙				
		利用者氏名: 広田 熊雄	NO. ●●	
年月日/項目	本人	家族・介護者	地域	記入者/介護支援専門員
○月△日	「俺の願いを聞いてくれ」と涙ぐみながら訴えられる。何かと話を聴く。	今朝7時すぎから体が不自由なのに庭に出て座り込んでいた。	友達が昨日訪ねてきて、庭の手入れができていないと言われた。地域でも庭がすばらしい	
30	「庭木の手入れが俺の生きがい」「それができなくなった。死んだ方がまし」とのこと。	何を考えているか心配。	と評判だった。	× ×
	「俺は90歳まで庭木の手入れでは他人に負けていなかった。それが誇りだ。」			CM ▽△
ミーティング 考察/決定	本人の訴えについて これまでの経緯を確認			
	本人のこれまでの暮らしの確認ができていない。妻からこれまでの暮らしを確認しよう。			
	本人の訴えに応えるために本人と妻、友人、民生委員の参加で○月○日(予定)ケアカンファレンスをする。			
	それまでに可能な限りの本人のニーズ確認とアセスメントを行う。			CM ▽△

参加者	(本人) 広田熊雄 (妻) 広田 アキ (民生委員) □■◇子 (本人の友人) ▽▲○男		
	(事業所看護師) (事業所介護職員) (事業所介護支援専門員)		計 7名
年月日/項目	本人	家族・介護者	地域
○月○日	庭の手入れもままならないようになった	本人の気持ちが一番	民生委員 最近元気がなく庭の手入れも昔
14時～15時	まだまだ自分で庭木の手入れをしたい	まだ庭の手入れをしたい気持ちを生かしたい	みたいにはできなくなって心配
事業所 相談室	お世話になっている事業所にも植木を	ただ体調が心配	奥さんの体調も心配
本人の訴え	送り、通いのときには自分で手入れしたい	事業所に通いで行っても自分の庭木があれ	友人 昔から庭の手入れが誇りの人
	植木市に出かけたい	ば通いも目的があり、スムーズになるので	自分が手伝えることがあれば
		お願いしたい	いつでも言ってください
31			
考 察	○月△日ご本人が通いのときに「俺の願いを聞いてくれ」と涙ぐみながら訴えられた。その前日に友人からこのごろ庭木の手入れが		
	できていないことを言われたのが原因。本人の訴えを聴いていくと身体が不自由になっても庭木の手入れが生きがいで続けたいとの希望。		
	その中で、本人は通いに事業所に来た時にも庭木の手入れがしたいと言われる。事業所には庭木が少ないので自分で植えたいとのこと。		
	人の役に立つように自分の力を発揮したいとの訴え。		
確認事項	「まだまだ自分で庭木の手入れをしたい」「お世話になっている事業所にも植木を送り、通いのときには自分で手入れしたい」 「そのために植木市に出かけたい」がニーズ このことについて、妻や友人の協力も得られることから直ぐにプランをつくり実行することになる。 合わせて、最近妻の体調が悪いことが課題になる。今すぐではないが、そろそろ緊急時の対応も準備が必要。 緊急時には泊まりがスムーズにいくように、今から関係づくりを行い、本人と一緒に心の準備を始めることにした。		
本人(代理人) 確認			介護支援専門員 CM ▽△

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン① 作成 21年 1月 20日

利用者名 広田 熊雄 殿	生年月日 ㊦13年 5月 3日	住所 ○×市 ▲町	確認欄
--------------	-----------------	-----------	-----

事業所名 ・介護支援専門員名 ◎×事業所 CM ▽△

認定日 H20年 10月 20日	認定の有効期間 H20年 11月 1日～ H22年 10月 31日	要介護状態区分 III
------------------	-----------------------------------	-------------

個々の目標(ゴール) 最後まで自宅の庭の手入れをしながら暮らしたい

審査会の意見 なし

当面の目標・ニーズ #1.庭木の購入のために植木市に行きたい

#2.泊まりの利用が不安なくできる

目標を達成するための 具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化 (いつ、だれが、どのようにして)		
#1.植木市に行く 体調の良い日で 寒くない日 事業所の車で	体調管理と お金の準備をする	同行したい	友人○●さんが 同行する	運転&健康管理 のために看護師	植木市の期間 (2月1日～ 3月10日まで)	妻と友人と スタッフ	条件をクリアする ときに、朝から 準備して
#2.泊まりのための関係 づくり	泊まりについての 不安を話す	自分の体調が悪い ので、近々泊まり を利用したい	民生委員さんも 奥さんの体を心配	本人が不安ない 形で泊まりに 泊まりについての 安心を	妻の体調不良 のときに (3月末までに)	妻から	それまでに 安心の関係づくり

他の介護保険サービスの 必要と具体的課題	10m以上の歩行は困難なため、外出のための自助具が必要	自走式の車いす(▽□事業所、H22年10月31日まで)
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

モニタリング		確認欄
--------	--	-----

時間	以前の暮らし方	本人・家族の意向	できること	できないこと	内容	場所	物品	関わる人	モニタリング
5:00									
6:00									
7:00	起床		目覚め	尿瓶の片づけ	声掛けて起こす	寝室	尿瓶	妻、泊り時は夜勤者	
8:00	洗面、朝食	着替えて、先ず庭をみて 食事	着替え 食事	服の準備 食事の支度	尿瓶の片づけ(洗って天日干し) 着替えの準備 食事の支度	リビング			
9:00	庭の手入れ	食事のあとは庭の手入れ (違ってでも自分で)	庭木の手入れ	片付け 庭に降りること	後片付け 庭に出ることの支援	庭		妻	
10:00		本人は「庭が一番」 家族は「人と交わって」 週3回の通い							
11:00	近所へ散歩 (週1回通院)	かかりつけ医は●●病院	長距離は車いす	外出(通い) 移動 通院日の確認	外出(通い) 週1回木曜日通院の介助	通い(月、水、金)迎え		スタッフ	
12:00									
13:00	昼食	昼食は、パンかもちと果物	食べること	食事の支度	食事の支度			妻、スタッフ	
14:00	昼寝	こたつで「うとうと」		片付け	片付け				
15:00	おやつ	甘いもの 糖尿があるが制限 していない			おやつの準備			妻、スタッフ	
16:00	庭木の観賞 手入れ					通いのときは 15:30~入浴			
17:00	入浴	入浴前に家庭用血圧計で 血圧測定	服の脱着	服の準備	服の準備	浴室	血圧計 専用石鹸 軟膏	スタッフ	
18:00	夕食	皮膚が弱いので専用石鹸使用 入浴後には保湿軟膏を塗る 入浴後に寝巻に着替える	体の前の方は 洗える	背中の方と髪が 洗えない 軟膏を塗る	洗身(背中の方)と洗髪 軟膏を塗る	通いのとき送り			
19:00			食べること	食事の支度	食事の支度	リビング			
20:00	TV 好きな時代劇やお笑い 番組をみる	ボリュームを大きくして 他人に構わずみる 家族は「困っている」	薬を呑み込むこと	薬の管理 片付け	薬を渡す(オブラートに包む) 片付け		薬、オブラート	妻、泊り時は夜勤者	
21:00	就寝		TVの番組を決める スイッチ	布団の準備	布団の準備 就寝の声掛け	寝室		妻、泊り時は夜勤者	
22:00									
23:00					ベッドの横に蓋付きの尿瓶を 必ず3本用意				
0:00									
1:00	排尿に起きる	ベッドの横に蓋付きの尿瓶を 必ず3本用意	尿瓶に排尿できる						
2:00									
3:00					*日中はトイレに行くことが言える トイレへの移動				
4:00									
日々以外の事柄	通いは月・水・金(平常時は10:00~17:00)、訪問は火・土(入浴支援17:00~18:00) 木(通院支援10:30~12:00) 泊まりは妻の体調不良時に緊急の利用の可能性あり(H21.1.20) 介護用品(車いす)のレンタルが必要					確認欄	年 月 日	年 月 日	

この冊子は、老人保健健康増進等事業により作成したものです。
下記ホームページより冊子および様式のダウンロードができます。

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

〒105-0013

東京都港区浜松町 1-4-8-413

TEL03-6430-7916

FAX03-6430-7918

Email: info@shoukibo.net

URL <http://www.shoukibo.net>

