

介護保険法（抜粋）

- 第1条 介護サービスを提供する目的
「(要介護者が) 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、必要なサービスに係る給付を行う」
- 第2条第2項 介護保険の保険給付は、
「保険給付は要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに医療との連携に十分配慮して行わなければならない」
- 第4条（国民の努力及び義務）
「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めると共に、要介護状態となった場合においても進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービスおよび福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」

←本人の身体機能にとどまらず、日常生活の自立のために必要なセルフ、インフォーマル、フォーマル等を組み合わせて総合的に支援し生活の質を向上させる

←事業対象者は主治医意見書がない為、医療情報を得てマネジメントに活用することが重要
身体的・心理的・社会的自立に向け、活動・参加を促し、多様な社会資源との連携により支援する

←利用者が制度の目的を理解したうえでプラン実行できるための最初の説明が重要。

○自立支援に向けたサービス利用により「自分でできることを増やす」「自分でできる期間を延ばす」「今より重症化しないようにする」事業である

○利用者自身が目標を立て、その達成に向けてサービス等を利用しながら介護予防に取り組んでいくもの

介護予防の基本的な考え方

- 個別のサービス利用計画の作成業務から、地域づくりに密接に関わる業務への移行を図り、高齢者がその選択に基づき、医療介護の専門職との関わりあいのもとで継続的に地域とつながりながら多様な活動に参加することを支援する。
- 居宅要支援被保険者に対するアセスメントを行い、その状態に応じて目標設定し、目標達成に向けて介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自ら実施・評価できるよう支援する。
- 利用者自身が地域で役割を果たせる活動を継続することにより自立支援に資するよう、心身機能・活動・参加の視点を踏まえ、利用者の多様な選択を支援する。

ケアマネジメントの視点

- 介護（予防）サービスは、目標達成のためのツールであり、利用者の具体的な日常生活における行為について設定した目標に対し、サービス利用により達成に向けていく。
- そのため介護（予防）サービス導入時には利用者、家族、サービス提供者とともに目標を共有し、将来的に課題解決した際には可能な限り卒業を目指す方針を共有する。

- 本人家族の希望によるサービス優先でなく、自立への利用者の必要性を優先し、自立支援に資するサービス提供となるようケアマネジメントを行う。
- 利用者が築いてきたネットワークを基盤に、必要に応じて新たな地域の関係者とのネットワーク作りをし、利用者が住み慣れた地域で生活を継続することができるよう支援する。
- 地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、地域の需給バランスを考慮し、単に介護保険のフォーマルサービスにとどまることなく、多様な主体によるインフォーマルサービスを組み合わせ、利用者個人だけではなく、地域全体の資源が安定的・継続的に機能するよう、最適な状況を構築していくよう留意する。

ケアマネジメントの過程におけるポイント

1. アセスメント

- 本人の望む生活（「～したい」生活の目標）と、現状の生活（「うまくできていない」）のギャップについて、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにする。
- 疾病管理を始め、体力・筋力・意欲、ADL/IADL 等の維持改善を念頭に置いたうえで、総合的に情報を収集し課題を探る。
- ADL/IADL の評価は、私たちが対象者を「知る作業」であり、かつ対象者が「自分を知る作業」であるため、対象者が目標達成に向けて自分事として取り組むことができるような動機づけ、またそれを継続できるようなサービス等のコーディネートや環境調整等を行う。

2. ケアプラン原案作成

- 目標は、評価期間に達成可能であり、また、自分の目標として意識できるような内容（生活行為等）や表現（「～したい」「～できるようになりたい」）に設定する。
- 利用するサービスの選択においては、単に介護保険サービスに限定せず、広く社会資源の情報収集をしたうえで、本人や家族の取り組み、地域住民による支援、一般介護予防事業への参加、民間企業の利用なども積極的に位置づけ、本人の自立を支えるケアプラン原案を作成する。

3. サービス担当者会議

- ケアプラン原案に関して、各サービス提供事業者から目標を達成するための具体的なサービス内容など、専門的な視点で検討調整、認識を共有（多職種協働）する。介護支援専門員は、多職種協働を十分に機能させるよう環境づくりに努める。

4. ケアプランの確定・交付・サービス利用開始

5. モニタリング

- 支援計画の実施状況、目標の達成状況、支援内容の妥当性、新たな目標の設定の必要性を確認し、次の支援計画に結び付ける。
- モニタリング実施の結果、個々のサービス提供等の支援内容が、目標達成に向けて適切であるかどうかの視点を持つ。

- 目標が達成された場合は、改めて課題分析を行い計画の見直しを行う。
課題が解決されている場合は、次のステップアップのために、住民主体の通いの場を見学するなど、生きがい活動への「参加」に焦点をあて、スムーズな移行に配慮する。

6. 評価

- 目標の「達成・未達成」の評価と共に、特に要支援・事業対象者の場合は、心身機能・活動・参加について「増加・改善」「維持」「減少・悪化」の視点も持ち、ケアプランの見直しを行う。
- サービスを提供する関係者間で、目標の達成度合いとその背景を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものにするよう努める。
- 目標が達成された場合には再度アセスメントを行い、利用者の望む暮らしの実現、維持改善の可能性を追求し、新たな目標設定を行う。

参考：厚生労働省令和6年度地域支援事業実施要綱等改正の概要

厚生労働省 介護予防日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントの実施及び介護予防手帳の活用について

介護予防ケアマネジメント新しい総合事業対応版 結城康博 服部真治

H28年度地域包括推進事業介護予防ケアマネジメント実務者研修テキスト

介護予防日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントのあり方について

H30年度主任介護支援専門員更新研修