

介護保険法の目的

- 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

介護予防支援の提供にあたっての留意点

1. 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
2. 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援する。
3. 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
4. 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
5. サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となる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、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
6. 地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
7. 介護予防サービス計画の策定にあたっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
8. 機能の改善後についてもその状態の維持への支援に努めること。

ケアマネジメントの視点

- サービスに繋がればゴールではなく、つないだのはあくまでツールであり、「できないことを代わりにするケア」から「できないことをできるようにするケア」の目標達成に向けスモールステップを重ねる。そして将来的に課題が解決して「卒業を目指そう！」という心持を、本人・家族、支援チームが持てるようリーダーシップをとる。
- できることは自分で行う努力を促す。更に、できそうなことは自身で行っていただくような支援方法についてサービス提供事業者と協議する。利用者にとって本当に必要な支援の見極めが重要であり、希望による「サービス優先」ではなく、自立への「利用者の必要性」を優先し、自立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。
- 介護支援専門員は「ケアのマネジメント」だけでなく、「チームのマネジメント」も求められる。チームの一員として参加する視点と、チームを結成し多職種の視点の違いを効果的に活用してマネジメントに活かす視点を持つ。
- 介護支援専門員は医療と介護をつなぐ役割があることを自覚する。医療との連携や多職種協働を行うにあたって、医療に関する情報をチーム員がどの程度知っておく必要があるのか、介護側からはどのような情報を提供すべきかの視点を持つ。
- 地域の需給バランスがある中で、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、様々なサービス・支援を組み合わせ、その個人だけでなく、地域全体が安定・継続的に対応できるような最適な状況を構築していくよう留意する。
- 地域包括ケア実現に向け、ケアマネジメントの中で地域の関係者とのネットワーク作りをし、地域課題を把握する視点をもつ。

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）・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：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