

第7章

介護予防 ケアマネジメント

1. 介護保険法に基づく自立支援

介護保険法に基づく自立支援

「自立支援」とは高齢者一人一人が、住み慣れた地域で、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することです。

元気な方に対してはその状態を引き続き維持できるよう支援するとともに、介護を必要とする方に対してはその状態の改善・悪化防止に向けて支援することです。

この考え方は介護保険法でも、法の理念として謳われています。

介護保険制度の基本理念(抜粋)

第1章 総則

(目的)

第1条 この法律は加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態(以下「要介護状態等」という。)に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分に配慮して行われなければならない。

3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状態、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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配慮されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第4条 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ともに、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及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ものとする。

2. 介護予防ケアマネジメント

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・居宅介護支援事業所介護支援専門員】

プロセス	手順	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利用者基本情報から情報把握 ② 対象者およ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 ・基本チェックリスト
2 ケアプラン作成 ○目標、具体策、利用サービスなどの決定 ○家族やサービス担当者会議などとの共通認識	① 対象者および家族と面接しながら、ケアプランの対象となる「目標、具体策」を決定 ② 家族やサービス担当者会議などと共通認識を得る。 ・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・支援計画書 ・経過記録

【事業所】

3 サービス提供	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サービス・支援計画を見直す。 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。 ・その結果をケアプラン作成者へ報告	
----------	--	--

【地域包括支援センター・居宅介護支援事業所介護支援専門員】

4 モニタリングと評価	① 対象者の日常生活能力や社会状況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、ケアプランどおり実行できているか把握する。 ② 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。	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
-------------	--	----------------------------

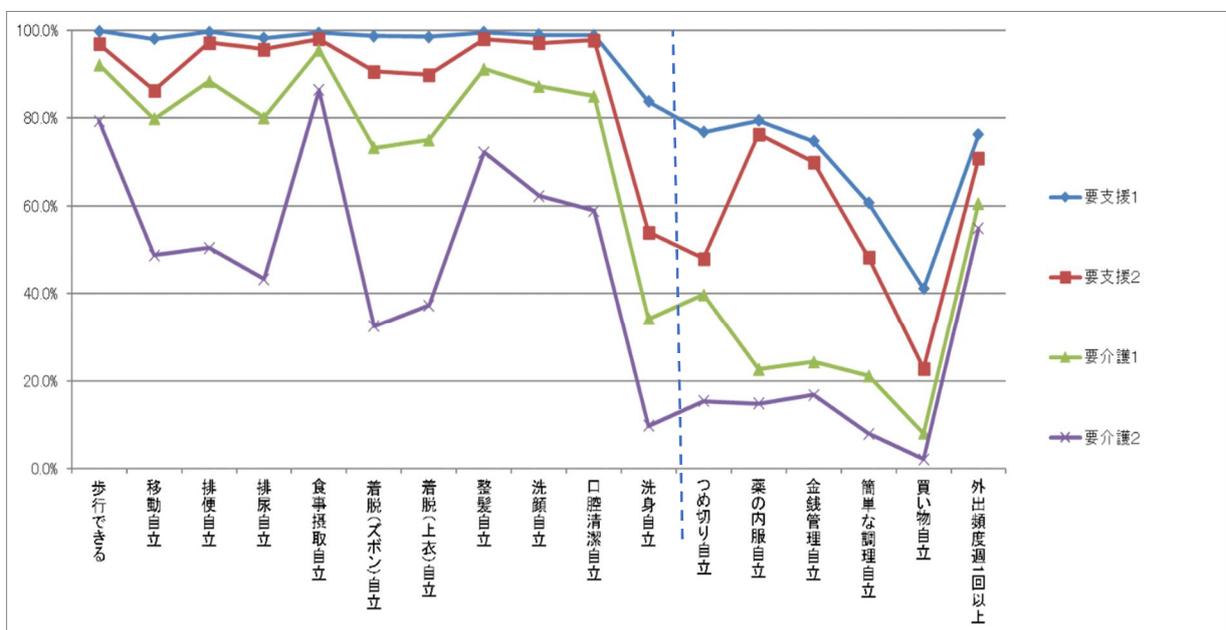
介護予防ケアマネジメントは、要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図られるようケアマネジメントのプロセスを通じて、本人の意欲に働きかけながら、目標指向型のケアプランを作成し、サービス利用等による改善のイメージを伝え、本人が「できることはできるだけ本人で行う」という行動変容に繋げていくこと。

更に、地域での社会参加の機会を増やし、「役割や生きがいを持って生活する」と思うことができるよう、働きかけていくことが重要である。

介護予防ケアマネジメントの対象者像

要支援1～要介護2の認定調査結果から要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっていることがわかる。

ADLは自立しているが、IADLの一部は行いにくくなっている



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク)
(平成24年2月1日集計時点)

対象者の状態

- ① 健康管理の支援が必要な者
- ② 体力改善に向けた支援が必要な者
- ③ ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者
- ④ 閉じこもりに対する支援が必要な者
- ⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者

その他、MCI高齢者における認知機能の低下やうつに対する支援が必要な者が想定される。

加齢に伴う視力や聴力の低下
病気による体調の不良等
家族や友人との死別
家族との同居により家庭内の役割を喪失 など

↓
心身機能や生活環境が変化
↓
生活不活発病になりやすい
↓
「生活行為の改善」を目指す

きっかけを見落とさないように
することが重要!!

課題の明確化と背景要因の確認のためのポイント

高齢者の心身状態、体力、環境は個人差があり、生活課題も様々です。生活課題を明らかにするために
はまずアセスメント(課題分析)が非常に重要となります。

1 課題を中心とした情報の収集

- ① 生活行為の課題や、課題が生活に与える影響
- ② 本人が認識している課題
- ③ 本人が望んでいる状態や状況
- ④ 本人が望んでいる支援
- ⑤ 本人と家族の関係性
- ⑥ 本人と知人、友人、住民との関係性
- ⑦ 家族が認識している課題や意向

2 生活の中での「出来ること」、「出来ないこと」の能力評価

- ① 「出来ること」と「出来ないこと」の整理
- ② 「出来ること」のうち、「していること」と「していないこと」の確認
- ③ 「出来ること」のうち、出来る状況が限定されていたり、見守りが必要な行為の確認
- ④ 「出来ないこと」の工程分析をし、自立を妨げる要因の抽出
- ⑤ 「していないこと」の要因分析をし、「していない」解決方法の推測

3 「出来ない」要因の分析

- ① 課題と背景要因(因果関係)の包括的な理解
- ② 「出来ない」要因を個人・環境の視点で整理
- ③ 「出来ない」要因に対し、期間限定的な支援が必要か、継続した支援が必要かの見極め
- ④ 「出来ない」要因に関する自立支援の観点から様々なアプローチの検討

介護予防ケアマネジメント支援会議の帳票(確認)

アセスメントが不十分だとニーズの捉え方も不十分になりやすいため、状態に合わせアセスメントを行うことが必要です。介護予防ケアマネジメント支援会議の帳票を確認しアセスメントに活用しましょう。

○会議に必要な帳票一覧

No.	様式	備考
1	利用者基本情報	必須
2	基本チェックリスト	
3	生活機能評価(アセスメント)	
4	服薬情報	
5	介護予防サービス・支援計画表	
6	介護サービス個別計画書(任意様式)	
7	生活行為アセスメント	参考
8	簡易口腔アセスメント 誤嚥性肺炎リスク評価 栄養・食支援に関するアセスメントシート	基本チェックリスト栄養、口腔該当者は必須
9	興味関心シート	参考

介護予防ケアマネジメント支援会議



<http://www.city.iwaki.lg.jp/www/contents/1510534507994/index.html>

3. 高齢者の社会参画について

ケアプランを作成する際は、本人・家族と「本人のしたい生活（生活の目標）」のイメージを共有、目標の達成に向け「維持・改善すべき課題や悪化防止に対する課題」の解決を図ることが大切です。

目標が達成された後は、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切です。支援をただ継続するのではなく、次のステップアップに進むように計画作成し本人へ説明、同意を得ることが重要です。

1 つどいの場創出支援事業



<http://www.city.iwaki.lg.jp/www/contents/1492385114834/index.html>

○つどいの場一覧



(参照) Igoku <https://igoku.jp/>

2 シルバーリハビリ体操教室



<http://www.city.iwaki.lg.jp/www/contents/1467952229662/index.html>

3 いわき市いきいきシニアボランティアポイント事業



<http://www.city.iwaki.lg.jp/www/contents/1522805848362/index.html>

4 住民支えあい活動



<http://www.city.iwaki.lg.jp/www/contents/1466665139960/index.html>

引用文献

- 1 厚生労働省 「介護予防ケアマネジメントの考え方」
- 2 厚生労働省 「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き」
- 3 一般財団法人長寿社会開発センター 「地域包括支援センター運営マニュアル3訂」

協力団体一覧(敬称略・順不同)

一般社団法人福島県理学療法士会いわき支部

一般社団法人福島県作業療法士会いわき支部

一般社団法人福島県歯科衛生士会いわき支部

公益社団法人福島県栄養士会いわき支部

一般社団法人福島県言語聴覚士会いわき支部

一般社団法人いわき市薬剤師会

特定非営利活動法人 地域福祉ネットワークいわき

いわき市介護予防ケアマネジメント支援 会議におけるアドバイスまとめ集

発行年月 令和5年2月

改訂年月 令和7年2月

編集・発行 いわき市 保健福祉部 地域包括ケア推進課

〒973-8408 いわき市内郷高坂町四方木田 191

TEL:0246-27-8575(直通) FAX:0246-27-8576

E-mail:chiikihoukatsu-care@city.iwaki.lg.jp