

介護予防ケアマネジメントの 考え方について



高崎市長寿社会課
地域包括支援担当

▶ 総合事業についての利用者への説明①

- 包括支援センター（高齢者あんしんセンター）が行う介護予防ケアマネジメントに基づいてサービスが利用できること。
- 自立支援に向けたサービスを利用することで、自分でできることや自分でできる期間を延ばしたり、今より重症化しないようにする事業であること。
- 本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用すること。また、達成後は、さらなる自立へ向け、目標を見直していくこと。



▶ 総合事業についての利用者への説明②

- 総合事業のサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略し、基本チェックリストを実施して基準に該当した場合は、事業対象者として迅速なサービスの利用が可能であること。（一部モラルハザードの懸念）
- 事業対象者と特定された後や、総合事業によるサービスを利用し始めた後も、必要な時は要介護認定等の申請が可能であること。

モラルハザードの懸念

【モラルハザード】 引用:コトバンク

規律の喪失、倫理観の欠如した状態のこと。

利用者の中には、一部、家政婦代行的にヘルパーを利用している人がいないわけでもない。総合事業に移行したことで、サービスが利用しやすくなったことにより、モラルハザードが生じやすくなる。

介護予防ケアマネジメントの質をどこまで高められるかが、総合事業自体の成否の鍵を握る。



▶ なぜ居宅介護支援が10割給付なのか

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営等に関する基準について(平成11年7月29日老企第22号)抜粋

第2 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

1 基本方針

介護保険制度においては、要介護者である利用者に対し、個々の解決すべき課題、その心身の状況や置かれている環境等に応じて保健・医療・福祉にわたる指定居宅サービス等が、多様なサービス提供主体により**総合的かつ効率的**に提供されるよう、居宅介護支援を保険給付の対象として位置付けたものであり、その重要性に鑑み、保険給付率についても特に10割としているところである。



▶ 介護予防ケアマネジメントの対象者像

認定調査結果から見ると、
その多くは、ADLは自立しているが、
IADLの一部は行いにくくなっている

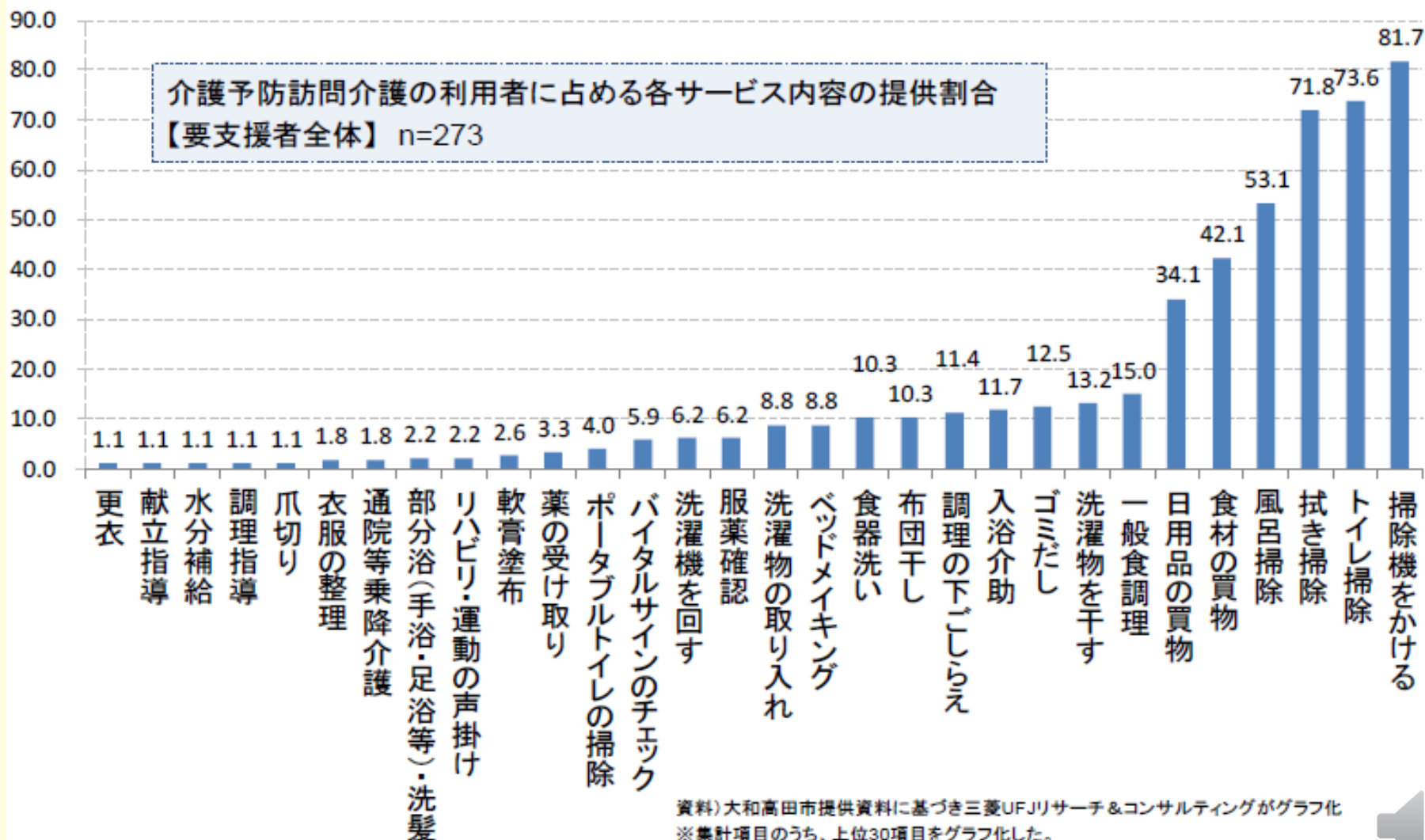
心身機能や生活環境が少しずつ変化することで起きている。

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

介護予防訪問介護利用者のサービス利用内容

6. 総合事業・整備事業への移行 【参考】大和高田市のケアプラン分析の例

介護予防訪問介護の利用者に占める各サービス内容の提供割合
【要支援者全体】 n=273



資料) 大和高田市提供資料に基づき三菱UFJリサーチ&コンサルティングがグラフ化
※集計項目のうち、上位30項目をグラフ化した。

▶ 対象者の多くに見られる代表的な状態

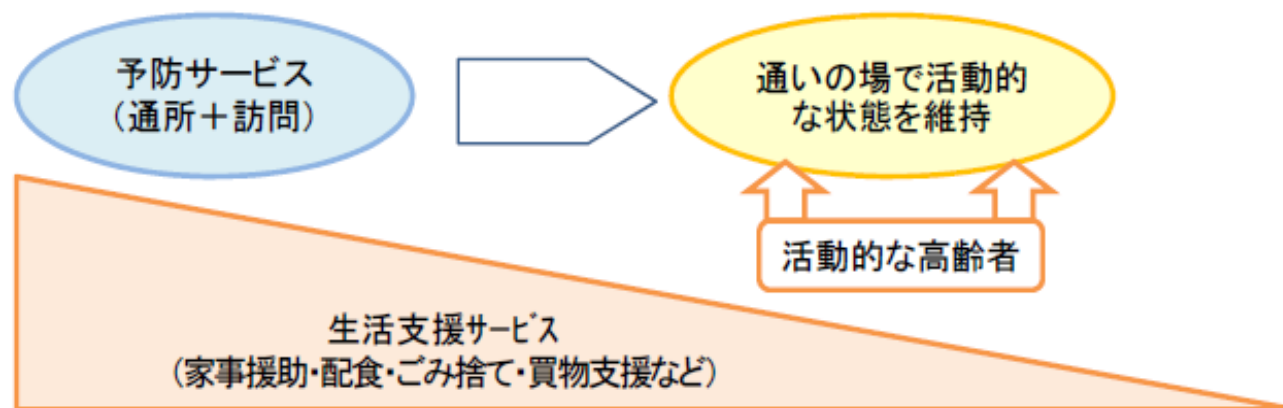
- ① 健康管理の支援が必要な者
- ② 体力の改善に向けた支援が必要な者
- ③ ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者
- ④ 閉じこもりに対する支援が必要な者
- ⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者

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



▶ 予防モデル事業における要支援者等の自立支援の考え方

- 要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入（通所と訪問を組み合わせる実施）により、元の生活に戻す（又は可能な限り元の生活に近づける）ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



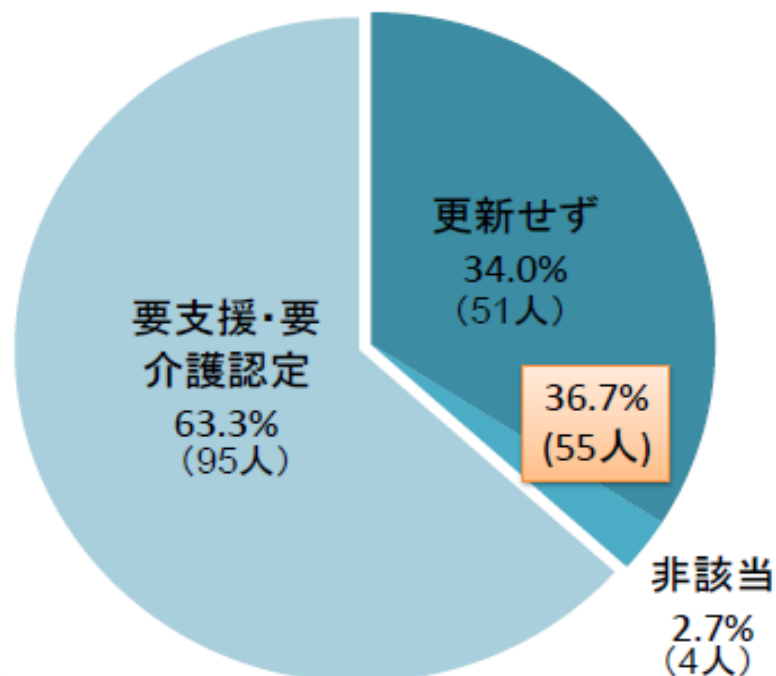
自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

・通所に消極的な閉じこもりがちの対象者は、当初は訪問で対応しながら、徐々に活動範囲を拡大。（用事を作り外出機会を増やす、興味・関心を高め外出の動機付けを行うなど）

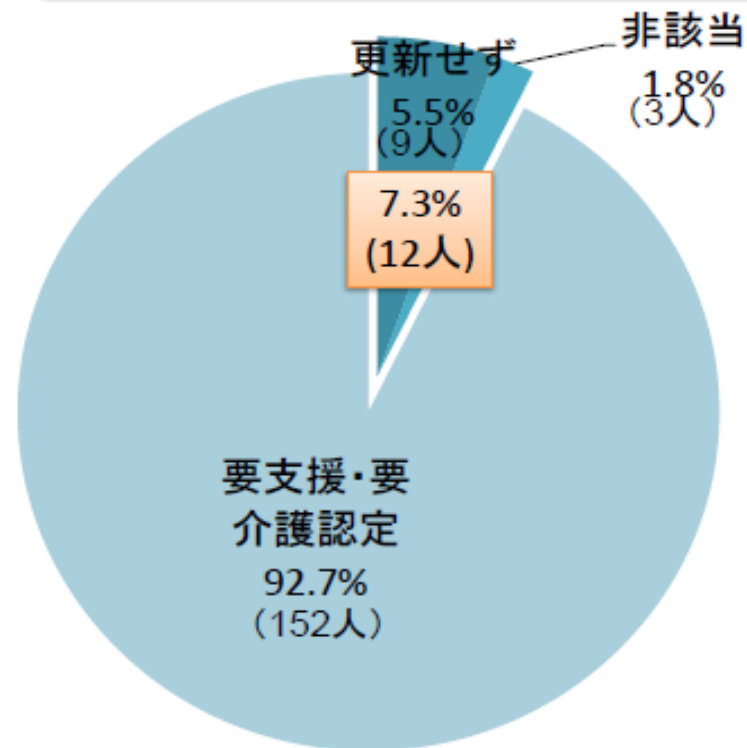
▶ 予防モデル事業における1年後の利用者の要介護度

1年後の要介護度については、介入群は比較群と比較して、更新申請を行わなかった者や非該当になった者の割合が高かった。

介入群(モデル事業の利用者)
150人



比較群(保険給付の利用者)
164人



398 モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、サービス開始後1年間追跡のできた介入群(150人)と比較群(164人)について、1年後の要介護度を集計。

介護予防ケアマネジメントの類型

具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方

ケアマネジメントA (介護予防支援と同様のケアマネジメント)

- ・ 介護予防・生活支援サービス事業の指定事業者のサービスを利用する場合
- ・ 訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせた複数のサービスを利用する場合
- ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合

アセスメント
 →ケアプラン原案作成
 →サービス担当者会議
 →利用者への説明・同意
 →ケアプランの確定・交付《利用者、サービス提供者へ》
 →サービス利用開始
 →モニタリング《給付管理》

ケアマネジメントB (サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント)

- ・ ケアマネジメントA又はC以外のケースで緩和した基準によるケアマネジメントとしてサービス担当者会議等を省略する場合

アセスメント
 →ケアプラン原案作成
 (→サービス担当者会議)
 →利用者への説明・同意
 →ケアプランの確定・交付《利用者、サービス提供者へ》
 →サービス利用開始
 (→モニタリング【間隔をあけて必要時時期を設定】)

ケアマネジメントC (サービス利用開始時のみ行うケアマネジメント)

- ・ ケアマネジメントの結果、補助のサービスや配食等のその他の生活支援サービス又は一般介護予防事業等の利用につなげる場合

アセスメント
 →ケアマネジメント結果案作成
 →利用者への説明・同意
 →利用するサービス提供者等への説明・送付
 →サービス利用開始
 (利用者の状況悪化、利用者からの相談により地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行)

※()内は、必要に応じて実施

高崎市訪問指導事業(訪問型サービスC)

【事業概要】

1.実施形態

介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービスC

2.目的

高齢者の心身の機能低下の防止と健康の保持増進を図ることを目的とする。

3.対象者

(1)要支援者

(2)介護予防・生活支援サービス事業対象者(以下、事業対象者という。)

上記のうち、次の事業内容の実施が必要な人。

※すでに類似のサービスを受けている人は対象外

※介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメント(AまたはC(様式1)

4.事業内容

心身機能や活動の低下、社会参加等の減少している高齢者に対し、運動機能や栄養状態、口腔機能等の低下を防ぐために訪問指導を行う。



介護予防ケアマネジメントのあり方

- 利用者の望む生活(=「・・・したい」という意欲を喚起する面談が重要で、自立支援に向けた動機づけが大切。
- 日常生活上の課題とその原因、予防の取り組みによる改善のイメージを利用者が気づき、ケアマネと共有する。
- 実現可能な目標を設定し、具体的に取り組む事への理解を深め行動化できる。
- 利用者の自立を最大限引き出す。
- できるようになった生活行為の維持に、引き続き取り組むところまで結びつける。
- 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」ということができるよう働きかけていく。



▶ 自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点

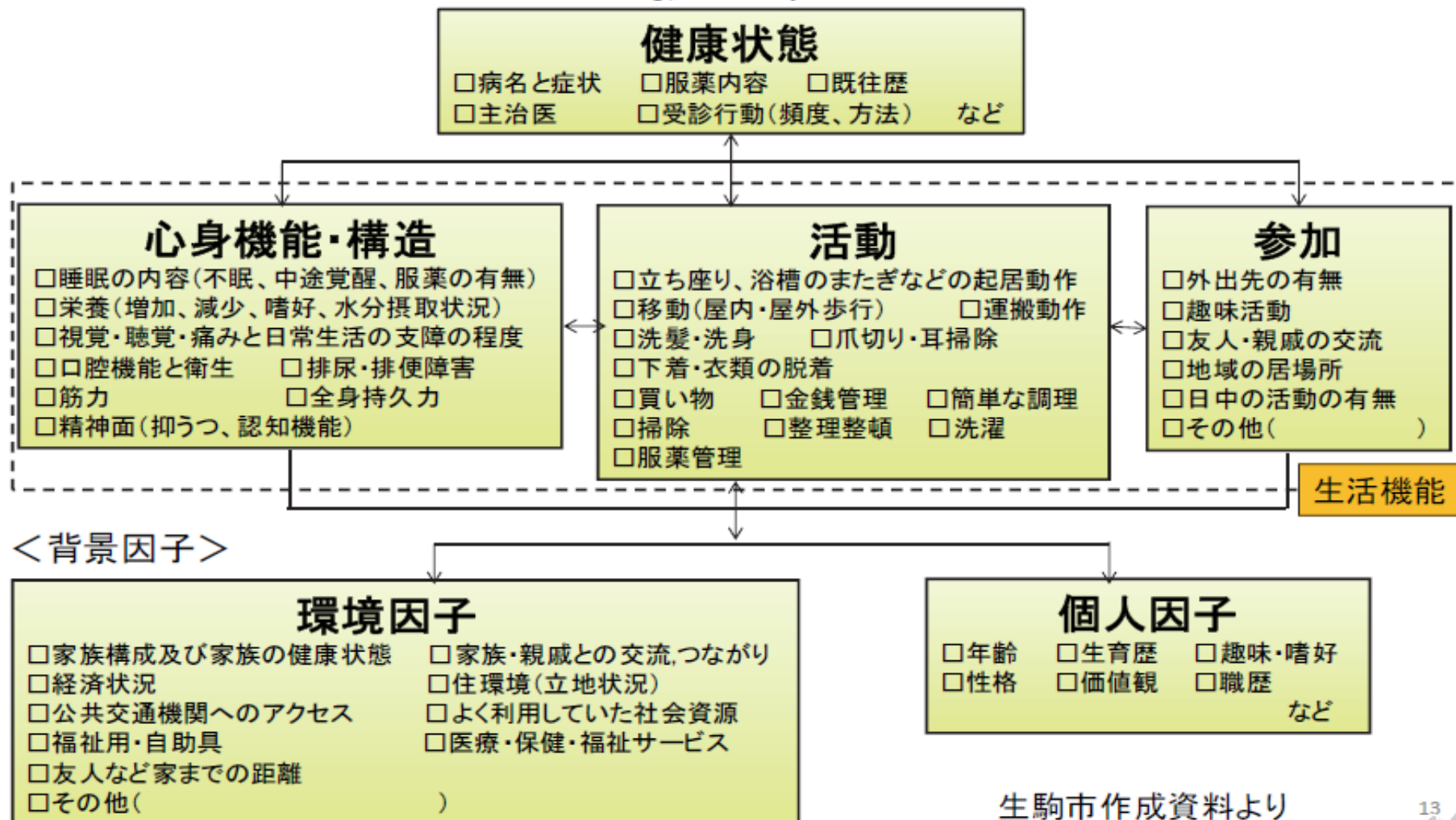
- 目標指向型のケアプランの作成。
- 改善のイメージを伝え、「できることはできるだけ本人で行なう」という行動変容につなげる。
- 本人や家族の強みに着目する。
- 予後予測を立てる。
- 目標が明確に設定されている。

アセスメント(高崎市アセスメントシート2015) におけるポイント

- 利用者の健康状態、生活機能、生育歴、趣味・嗜好、家族状況等を総合的に収集し、課題を探る。
- 利用者基本情報や基本チェックリストを有効に活用する。
- 利用者本人の能力と実際に行なっている行為の状況を客観的に判断する。
- 望む生活と現状の差について、要因を分析する。
- 維持・改善すべき課題や悪化防止に関する課題を解決するための目標を明確化する。
- 治療中の病気の有無、病名、処方薬の内容の確認する。
- 主治医と連携をとる。

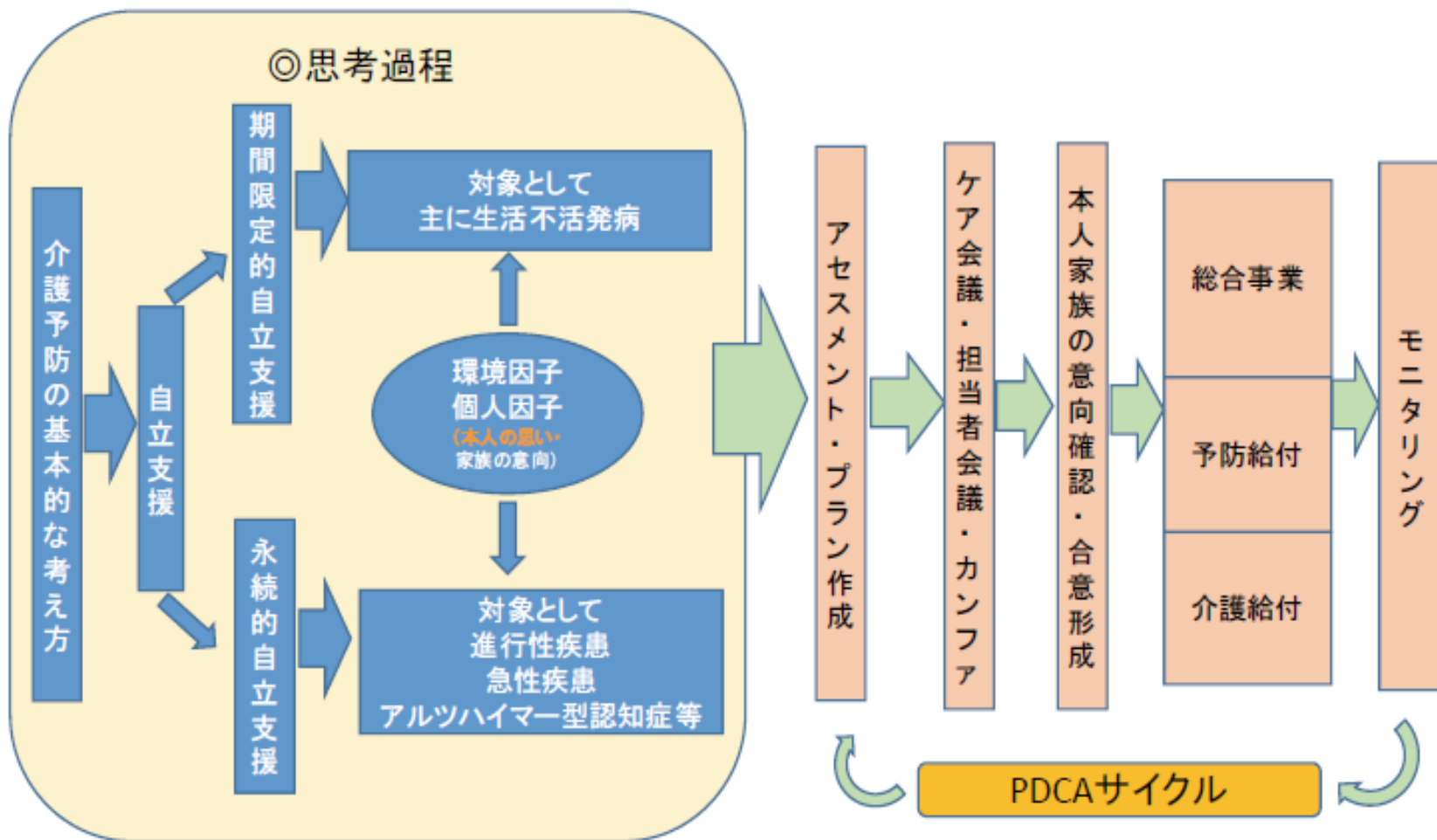
▶ 国際生活機能分類(ICF)からみた介護予防のアセスメントの視点例

※ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) : 国際生活機能分類



生駒市作成資料より

自立支援に向けての思考過程



興味・関心チェックシートとは

利用者の興味やこれまでの人生の中での趣味、関心のあったことなどを探り、そこから目標の設定や、具体的な取り組みにつなげていく。（潜在的な興味・関心のある事柄を顕在化する）

●対象者の「している」「してみたい」「関心がある」

生活行為の状況の把握

●自分の生活行為を思いつかない場合のヒント

〈成り立ちと注意〉

老人福祉センターを利用している高齢者で、センターでの活動にニーズ把握をするためのアンケートを実施。因子分析により項目を整理した研究（2005.村井）が基本として、その後、一般社団法人日本作業療法士協会が実施した老人保健健康増進等事業で試行を重ね、外部に学識者の意見を追加して完成させた。

本シートの著作権は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じている。



チェックシートの 項目

本邦の海面上で発生した

仕事

興味・関心チェックシートの手順

〈シートの記入方法〉



- ①各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入。
- ②「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入。
- ③興味の有無を確認。している、していない、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

▶ ケアプラン作成におけるポイント①

- 「維持・改善すべき課題や悪化防止」を解決するために、段階的に支援するための計画を作成する。
- 「目標とする生活」の達成期間は3～12ヶ月。
- 維持・改善や悪化防止に対する課題解決を図る「目標」の達成期間は3～6ヶ月を目途とする。

☆☆「目標」達成のために☆☆

- 「どのように改善を図るのか」(もっとも効果的な方法の選択)
- 「どこで、誰がアプローチするとよいのか」(最も効果的手段の選択)
- 「いつ頃までに」(期限)



▶ ケアプラン作成におけるポイント②

- 本人のしたい生活（目標とする生活）のイメージを共有する。
- 維持・改善や悪化防止に対する課題の解決を図る。
- 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。
- 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という意識づけ。
- 利用者が自身のケアプランと実感できる。



▶ サービス担当者会議におけるポイント

- 利用者の情報を各サービスの担当者等で共有する。
- 利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議する。
- 各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として、何ができるかについて相互に理解する。
- 利用者、家族、支援者間の合意形成を図る。



▶ モニタリングの目的・評価におけるポイント

- 支援計画の実施状況の把握
- 目標の達成状況の確認
- 支援内容の適否
- 新たな目標の有無の確認
- 状況に応じたケアプランの変更
- 地域の通いの場等へのスムーズな移行
- 地域ケア会議の活用



介護予防ケアマネジメントの考え方 具体例

参考)大分県作成資料

利用者の状態:生活不活発により下肢機能の低下がみられる(要支援1)
利用者の課題:自宅での入浴に不安がある
計画期間:6ヶ月

当初の目標

清潔の保持に努める
(不安なく入浴できる)

あいまいな目標
デイに行けば即達成

サービス内容

デイサービスで週1回風呂に入る

6ヵ月後評価困難
サービスありきの具体策

問題点

デイサービスで入浴できても
自宅では入浴できない

お世話なしには生活できない

× お世話型のケアマネジメント

- ・抜本的な課題解決になっていない。
- ・介護サービスが生活の不活発を助長→重症化の恐れ

見直し後の目標

6ヵ月後
自宅で不安なく入浴することができる

具体的な目標
6ヵ月後評価可能

見直しの視点

- ☆デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練の導入。
- ☆浴室の住宅改修や入浴補助具の購入を検討。
- ☆自宅で筋トレの実施。(デイで習った体操など)



サービス内容の見直し 再アセスメント

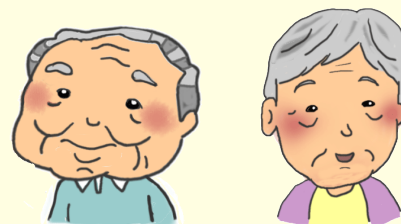
○ 自立支援型のケアマネジメント

- 根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止
- 要介護度の改善
 - 自立した生活

まとめ ①

☆本人の「能力」と「行為」の差異を確認し、「できる」のに「していない」行為があれば、その理由を明確化し、「してみたい」や「できるようになる」と思えるような動機づけと適正な目標設定が重要。

☆現行相当のサービスしかなくても、環境調整や道具の活用等により、高齢者自身が本当に、「できそうなこと」がないかを丁寧にアセスメントし、デイサービスやヘルパーサービスの内容を改めて確認し、【できる役割や活動・参加】がないかを考える。



まとめ ②

☆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も十分に協議し、自立支援に資するサービス提供となるよう提案していく姿勢も必要。

☆地域の実情に応じたサービスの創出に向けて、協議体などから情報が入る仕組みをつくることも大切。

認知症カフェ
などの居場所



自主グループ

