



自立支援ケアマネジメントの考え方

知立市役所長寿介護課
地域支援係



介護保険法における基本理念①

第4条(国民の努力及び義務)

1 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。(以下 略)

高齢者は、要介護状態とならないための予防や、その有する能力の維持向上に努力することが求められているだっぴ。



介護保険法における基本理念②

市職員

申請者の状況を詳細に確認し、申請の理由を把握する。

地域包括支援センター

申請者が困っている問題を整理し、3か月から6か月後の状態を予後予測して、介護サービスによる解決が適当かを判断する。

介護サービスにつなぐ場合も、問題が解決されれば、介護サービスを卒業することになるということを丁寧に説明する。

サービス事業者

サービス提供を開始する時点で、到達目標とサービス内容・実施期間を確認し、目標達成すればサービスが終了することの理解を促す。

徹底した自立支援の意識
が大事だっぴ



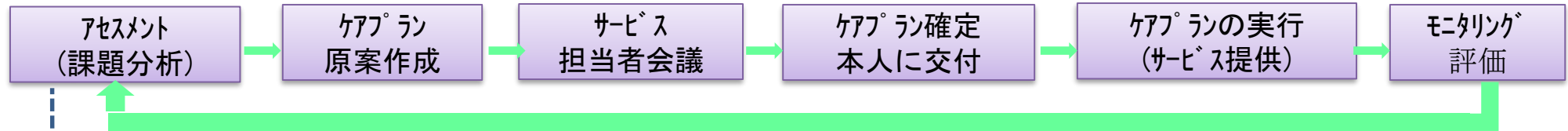
総合事業における介護予防ケアマネジメント (第1号介護予防支援事業)

居宅要支援被保険者等(指定介護予防支援又は特例介護予防サービス計画費に係る介護予防支援を受けている者を除く。)の**介護予防を目的**として、厚生労働省令に定める基準に従って、その**心身の状況**、その置かれている**環境**その他の状況に応じて、その**選択に基づき**、第1号訪問・通所事業又は第1号生活支援事業その他の適切な事業が**包括的かつ効率的に提供**されるよう必要な援助を行う事業

(法115条の45第1項の二)

ケアマネジメントA, B, Cの考え方

ケアマネジメントのプロセス



ケアマネジメントA

指定介護予防支援と同様に、地域包括支援センター等によるケアマネジメントを実施する。

ケアマネジメントB

利用者の状態等が安定しており、目標も含めてケアプランの大きな変更はなく、間隔をあけたモニタリングの実施等を想定。(シルバーいちごサービス)

ケアマネジメントC

目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と相談しながら実施する。ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や、目標、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有。

その後は、利用者自身が目標達成に向けて取り組み、モニタリングは行わない。(サービスB利用者)

地域包括支援センター等によるケアマネジメントの実施

地域包括支援センター等によるケアマネジメントの実施

サービス等利用開始後は、本人によるマネジメントの実施

指定事業者によるサービス利用時は給付管理を実施。

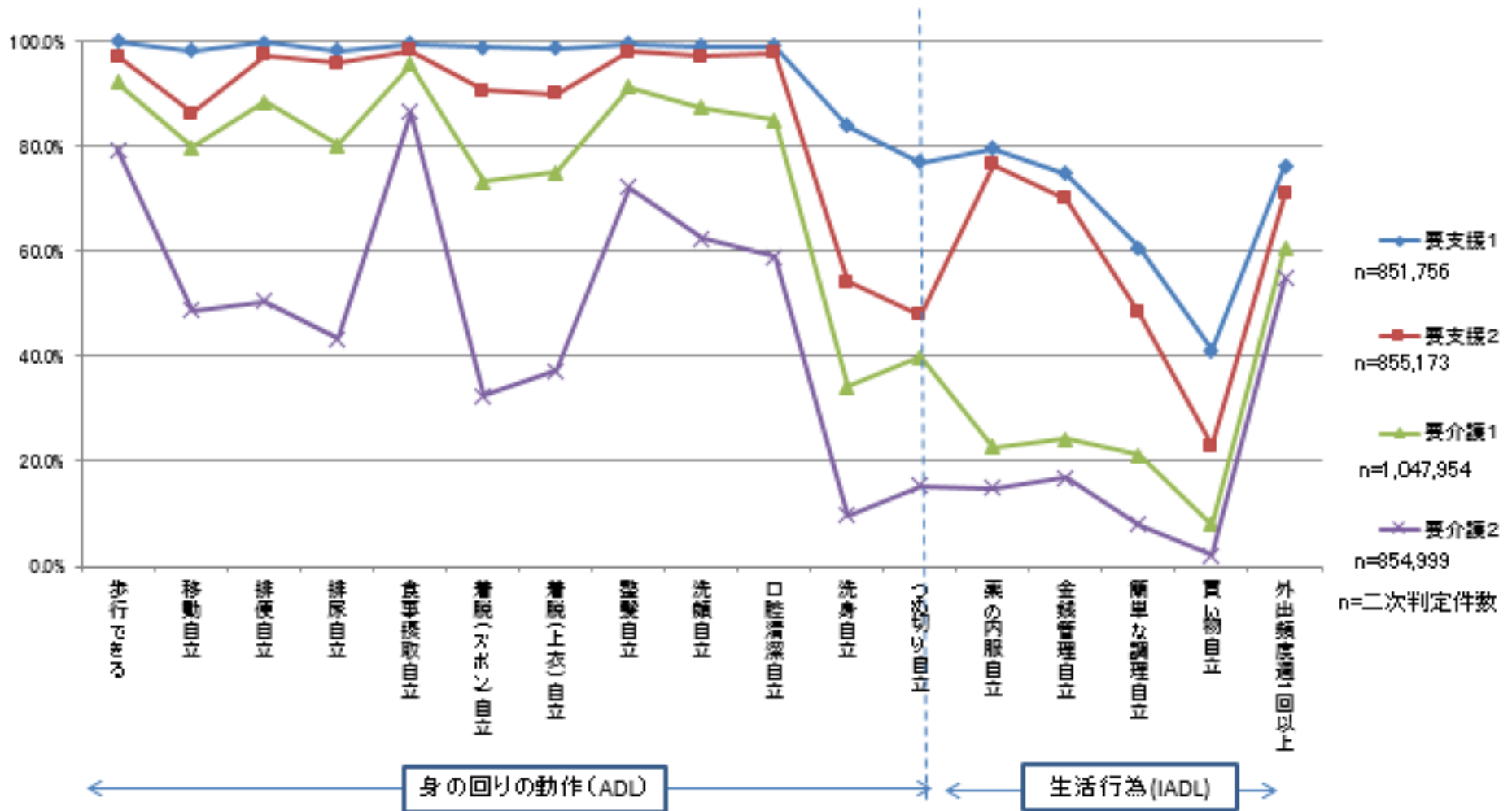
(従来の予防給付相当又はA型サービスの一部を想定)

アセスメントにより、導き出した課題を利用者と共有しながら、本人の意欲を引き出し、目標を設定する。



要支援1～要介護2の認定調査結果

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。



※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15日集計時点))

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中で起こってきている

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

介護予防ケアマネジメントのあり方①

介護予防ケアマネジメントのプロセスや考え方については、介護予防支援として行うケアマネジメントと同様です。

そのうえで、知立市の総合事業のサービス、一般介護予防事業、その他、必要な支援や本人の取り組みをケアプランに位置づけ、必要に応じてモニタリングや、評価を行い、再アセスメントに戻る。

【ポイント】

- 利用者の望む生活(=「・・・したい」という意欲を喚起するような面談が重要で、**自立支援に向けた動機づけ**が大切。
- 多様なニーズに対して、ケアマネジメント実施者は、**介護保険制度の理念や市町村の取り組む総合事業の趣旨を十分に理解**した上で、適切な介護予防ケアマネジメントを行う。

介護予防ケアマネジメントのあり方②

高齢者自身が、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めるよう、日常生活上の課題とその原因、介護予防の取り組みを行うことによる状況改善のイメージなどについて、利用者が気付き、ケアマネジメント実施者と共有できたうえで、本人のセルフマネジメントを推進していく視点でそのプロセスを進める。

利用者が、**自分の課題に気付き**、そこから「**したい**」「**できるようになりたい**」という意欲につなげ、実現可能な目標を設定し、目標達成に向け、具体的に取り組む事象への理解を深め、**行動化**できるよう支援することが大切である。

介護予防ケアマネジメントのあり方③

利用者による**主体的な取り組みを支援**し、できることはできるだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、**利用者の自立を最大限引き出すよう援助**することが求められる。

そのうえで、地域の力も借りながら、新しい仲間作りの場や楽しみとなる、**生きがい活動の場への参加に焦点を当て**、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ケアマネジメントが求められる。

利用者の状況に応じて、様々なサービスや介護保険制度外の住民の健康づくり活動等の利用や、状態変化に応じて予防給付、介護給付とも切れ目のない支援を行うような配慮も必要である。

「自立支援」
共有できていますか？



自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点

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**につなげていくこと。

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。

アセスメントにおけるポイント ①

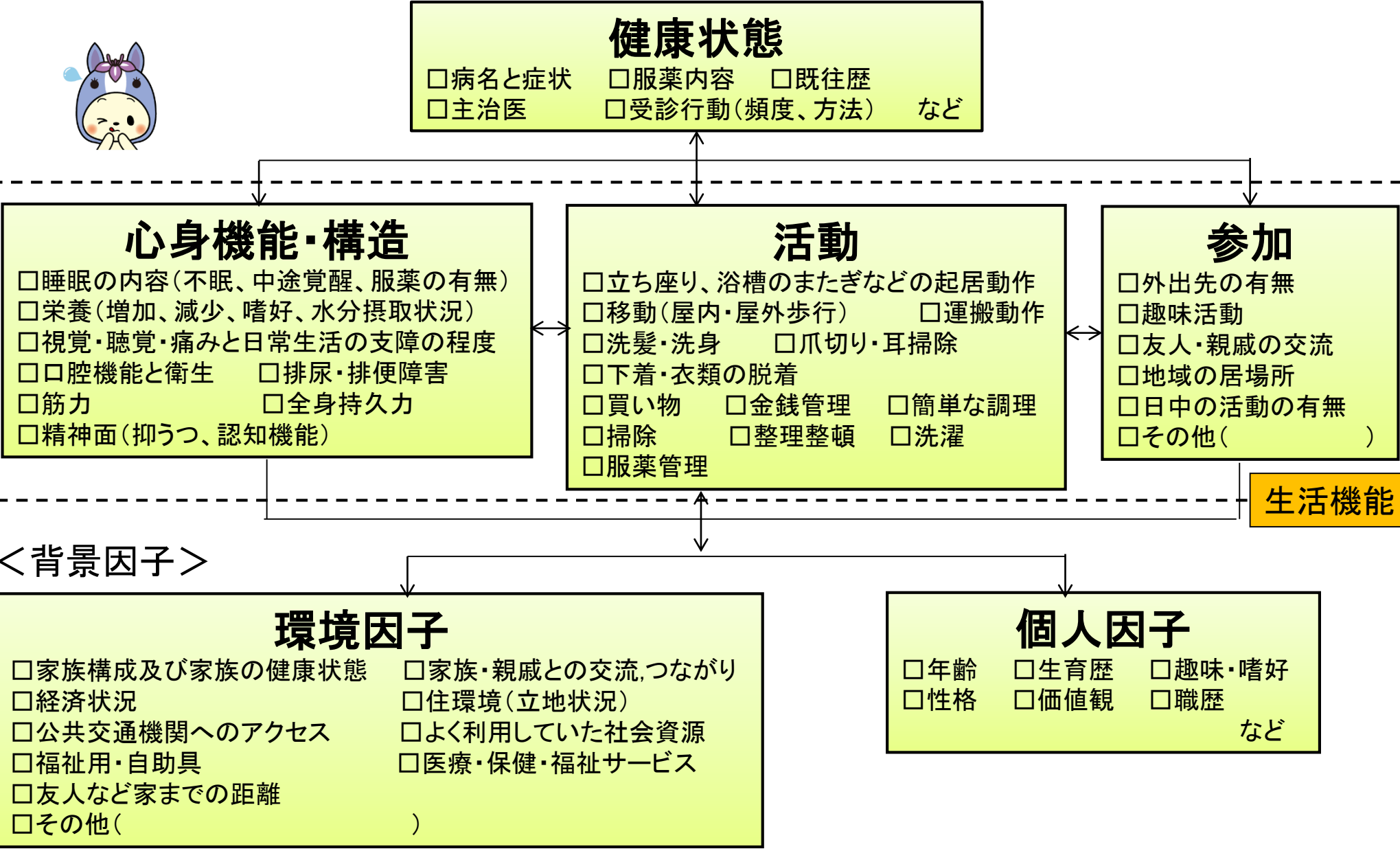
総合事業の対象者の特徴を念頭に置いたおいたうえで、国際生活機能分類(ICF)の考え方等を基に、利用者の健康状態、生活機能と共に、背景因子となる利用者の生育歴や趣味・嗜好等や、家族状況等の情報を総合的に収集しながら、課題を探っていく。

利用者基本情報や基本チェックリストの内容は、利用者のアセスメントを行う上で、有効に活用できる情報である。

記載内容について、更に具体的な状況や、不足する情報を聴き取ったり、実際に動作を行ってみたり、その間の利用者の様子を観察したりしながら、利用者本人の能力と実際に行っている行為の状況を、客観的に判断して進める。

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



氏名: _____ 年齢: _____ 性 別 (男・女) 配入日: H _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、満足しているものには「している」の列に、満足していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにがわかる。興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄欄を使用して記載してください。



生活行為	コンピュータ・インターネット	携帯電話・スマートフォン	生活行為	コンピュータ・インターネット	携帯電話・スマートフォン
自分でトイレへ行く			生活学習・歴史		
一人で外食店に入る			読書		
自分で服を着る			読物		
自分で食べる			書画・習字		
歯磨きをする			絵を描く・絵手紙		
湯だしなみをする			パソコン・ワープロ		
好きなときに着る			写真		
掃除・整理整頓			映画・劇団・演劇会		
料理を作る			お茶・お酒		
買い物			歌を歌う・カラオケ		
空や庭の手入れ・世話			音楽を聴く・楽器演奏		
洗濯・洗濯物たたむ			将棋・囲碁・ゲーム		
自転車・車の運転			体操・運動		
電車・バスでの外出			散歩		
孫・子供の世話			ゴルフ・ギラントゴルフ・ 柔道・テニスなどのスポーツ		
動物の世話			ダンス・踊り		
友達とおしゃべり・遊戯			野球・抱腹戯曲		
家族・親戚との暮らし			勉強・勉強・勉強・パソコン		
デート・異性との交流			趣味物		
図書館に行く			村仕事		
ボランティア			畑仕事		
地区活動 (地区会、老人クラブ)			業主会・祭り仕事		
お祭り・学校活動			旅行・温泉		

生活行動向上マネジメント®

主シートの寄附地（寄附人居住地、寄附対象地）は一般に寄附地人（主シートの寄附者）の居住地と一致しているが、主シートの寄附者又は寄附者の代理人、親類、縁戚、委託、被委託者を含む、内閣府認定の寄附地と異なる地域に所在する

生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	ADL		
一人でお風呂に入る			
自分で服を着る			
⋮			
料理を作る	IADL		
買い物			
電車・バスでの外出			
孫の世話	参加		
⋮			
家族・親戚との団らん			
ボランティア	趣味		
⋮			
読書			
パソコン	仕事		
⋮			
畑仕事			
賃金を伴う仕事			

アセスメントにおけるポイント ②

このような情報収集等の中で、**本人の望む生活(生活の目標)**と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な**「維持・改善すべき課題や悪化防止に関する課題(目標)」**を明らかにしていく。

どのような生活がしてみたい？
どうしたらできるようになるの？
なぜできていないの？



ケアプラン作成におけるポイント ①

ケアプラン作成においても



5W1H

自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6ヶ月を目途とする維持・改善や悪化防止に対する課題である「目標」が達成されることを目的に

- ・「**どのように**改善を図るのか」(最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)

を考慮し、利用者本人が取り組むこと、周囲の支援を受けることを整理しながら計画を作成する。

モニタリング・評価におけるポイント

モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し、状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくことである。

モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再度課題分析を行い、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、住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行へ配慮して行う。

新たな課題が見つかった場合や、目標達成が困難な場合もケアプランの見直しとなるが、必要に応じてサービス担当者会議等でリハビリテーション専門職等の意見を入手し、維持・改善の可能性を追求することが望まれる。

ま と め ～介護予防ケアマネジメントを通して～

《ケアマネジメント実施者》



- ・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である。
- ・現行相当のサービスを利用している場合においても、環境調整や道具の活用等により、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、デイサービスや訪問介護のサービス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。

ご清聴ありがとうございました

～これからも地域包括ケアの推進
に向け共に歩んでいけますこと
をお願いいたします～

