

Ⅲ. 地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）における 介護予防ケアマネジメント

1. 介護予防ケアマネジメントとは

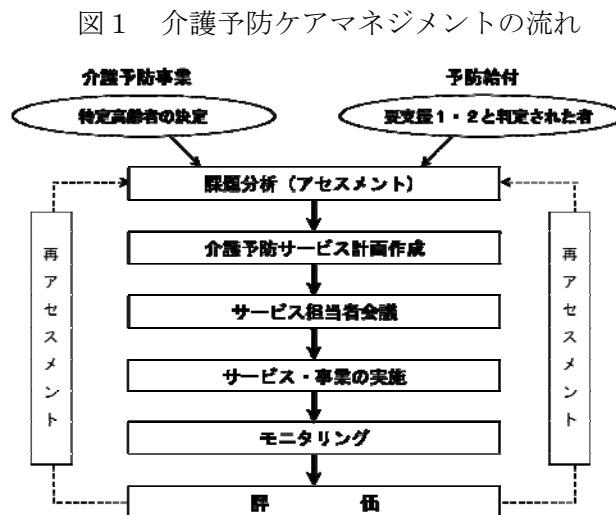
1. 1 介護予防ケアマネジメントの定義・目的

ケアマネジメントの定義についてデイビッド・P・マクスリーは、「多様なニーズをもった人々が、自分の機能を最大限に発揮して健康に過ごすことを目的として、フォーマル及びインフォーマルな支援と活動のネットワークを組織し、調整し、維持することを計画する人（もしくはチーム）の活動」と定義している¹⁾。一方、介護予防とは、「どのような状態にあるものであっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防および重度化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること」と定義されている。したがって、介護予防ケアマネジメントとは、「高齢者（特定高齢者・要支援者）が、疾病や老化・廃用により生活機能が低下して要支援・介護状態に陥らないように、フォーマル及びインフォーマルサービスを受けながら、自己実現の達成を支援する一連のプロセス」である。

平成18年度から新たに創設された介護予防ケアマネジメントは、自立した生活を維持する上で現在起こっている課題や近い将来起こりうる課題に対し、高齢者自身が主体的に解決に取り組んでいけるように考え出された理念であり手法である。高齢者が課題をどのように認識しているかを把握しながら、本人が解決策を考え、実行していけるように支援するセルフマネジメントモデル²⁾の考え方に近い。そのため、アセスメントから計画作成、モニタリング評価というケアマネジメントのすべてのプロセスを通して、高齢者の持つ力を引き出し、行動変容を促す面接技術が重要である³⁾。

1. 2 特定高齢者と介護予防ケアマネジメントの流れ

介護ケアマネジメント（介護予防事業と予防給付）の流れを図1に示す⁴⁾。



1. 3 支援の具体的な方法と留意点

1. 3. 1 電話・文書・所内面接・訪問等によるアプローチ

把握された特定高齢者に、生活機能評価の結果と介護予防の必要性の説明を行った上で、通所型介護予防事業への参加を促す。

生活機能評価の目的や意義を理解しないまま、受診している高齢者は多く、基本チェックリストも問診項目と捉え、内容も覚えていない場合があるため、本人の結果と介護予防へのつながりが十分理解されるような支援が望ましい。

1. 3. 2 介護予防ケアマネジメント

図1に示すように、介護予防ケアマネジメントプロセスは、アセスメント→介護予防サービス計画書作成→サービス担当者会議（必要時）→サービス・事業の実施→モニタリング→評価のサイクルを行う。以下に各プロセスにおける方法とポイントを示す。

アセスメント：生活機能評価結果と利用者基本情報を基に、機能低下の現状や要因を聞き取る。

この場合、計画作成者が課題を把握するだけでなく、高齢者が自分の心身の状況や生活を振り返りになるように聞くことが重要である。また、全ての情報を網羅して把握する必要はなく、生活機能低下の見られたニーズに焦点を当てて、効率的に確認を行う。聴取内容には、現状に対する高齢者の認識や改善への意欲の確認も含める。

介護予防ニーズ別確認事項

- ・ 運動器の機能低下：歩行距離や移動手段、外出の頻度と目的等を確認し、現病歴や自覚症状、生活環境との関連で要因を分析する。（例）自宅内は杖歩行。外出時はシルバーカーを使って朝夕10分間、近所を散歩している。受診は家族の車に乗せてもらう。骨粗鬆症による腰痛がある。転倒骨折に対する不安と歩けなくなることへの危惧の狭間で、適切な運動方法を学びたいと思っている等。
- ・ 口腔機能低下：歯牙の状況と手入れの内容や頻度、むせの頻度、食事の形態、口渇の期間等を確認し、現病歴や治療歴、内服薬の副作用等との関連で分析する。
- ・ 栄養改善：食欲の有無、食事や水分摂取の頻度と内容、便通を確認し、既往歴、現病歴、食欲低下を引き起こす生活上の出来事等との関連で分析する。
- ・ 閉じこもり予防：生活範囲（自室のみ・自宅内・近所等）、1日の過ごし方、閉じこもりの期間を確認し、現病歴や心身の状況、対人関係、生活環境との関連で分析する。
- ・ 認知症予防：物忘れの内容や頻度、生活上の支障の程度、家事などの活動や社会参加の頻度や内容、転居や配偶者の喪失など生活の変化の有無を確認し、現病歴や心身の状況との関連で分析する。
- ・ うつ予防：食欲の有無や睡眠の状態、生活の変化の有無を確認し、現病歴や内服薬の副作用、家族関係や経済状態等との関連で分析する。

それぞれの介護予防ニーズ毎の対応策はニーズ別のマニュアルを参照のこと

介護予防サービス計画書の作成：目標と目標達成のために取り組む内容を話し合い記入する。

目標の設定：「どのようになりたいですか」「目標は何ですか」と聞いても、すぐに答えが返ることは少なく、アセスメントの中で明らかになった課題を中心に、本人の生きがいや楽しみ、自己実現のありようをもとに設定する（例：旅行に行くこと・友人との会食・家庭菜園等）。

「～が出来るようになる」「～が続けられる」などの状態目標や「～を行う」などの行動目標が考えられる。「自宅での生活が維持できる」「安全に生活する」などの抽象的な目標を設定すると評価が難しいため、6ヵ月で評価できる具体的な指標を盛り込む。

取り組み内容：本人・家族の取り組み、地域にあるインフォーマルサービスや介護予防事業への参加等を記入する。それぞれの介護予防ニーズ毎の支援内容は各マニュアルを参照のこと。

担当者会議：目的は、本人と計画作成者、事業実施者が介護予防サービス計画書の目標と取り組み内容、評価の時期を共有する事である。

主治医からの情報は生活機能評価の判定書で把握するが、必要に応じてサービス提供上の留意点を主治医に確認し介護予防サービス計画書に盛り込んでおく。

開催方法は、事業参加前に事業実施者に介護予防サービス計画書を送付しておいて事業参加当日に実施する等、効率的な方法を工夫する。

モニタリング：事業実施者からの「実施報告書」、面接、訪問、電話等により定期的に参加状況・意欲等を把握する。

モニタリングとは、ケアマネジメントに基づいて各サービスが適切に実行されているか、目標は達成できたか、支援は利用者に適しているものか、新たなニーズは生じていないか等について、定期的・継続的に見守り、必要があればサービスを調整する。

介護予防ケアマネジメントの特徴は、モニタリングを丁寧に行うことである。特定高齢者の中には、介護予防のメリットや意義を感じられない人もいる。早い時期に「始めてよかった」という実感を引き出すことがポイントである。一定期間継続して利用してもらうには、丁寧なモニタリングによるフォローアップが必要である。また、サービスの内容や方法が利用者のイメージと違う場合もある。いずれも早期に対応し、利用者・家族・サービス事業者との調整を図る。

モニタリングのポイント：継続したくなるような支援を、利用者・家族・事業者とともに検討する。セルフモニタリングの導入、ポジティブフィードバック、グループワークの提案など。モニタリングを丁寧に行うことで、利用者・家族・事業者との関係が良好になり、一人で頑張るから、皆で頑張るという発想になる。

モニタリングの方法：事業実施者からの「実施報告書」、面接、訪問、電話、電子メールなど。

モニタリングの時期：実施後なるべく早い時期に「始めてよかった」という実感を引き出す。

その後は、訪問や電話等で「ほめる」「励ます」などポジティブフィードバックを適宜行う。その際、利用者や事業者に対し、定期的にサポートすることを約束するとよい。

評価：事業実施期間終了前に、事業担当者から「評価表」を受領し、目標達成の有無、生活機能改善の状態を総合的に評価し、継続・終了を判断する。

継続の場合は、介護予防サービス計画書の見直しを行う。終了の場合は、個人でも取り組みが継続できるようなフォローを行うか、その他の資源につなぐ。(例：一般高齢者施策で行われている教室・生涯学習で行われている教室やサークル活動・民間の教室等)

また、介護予防サポーターとして教室運営や啓発活動の協力者として養成する、自主グループ育成を行うなどの方法もある。

1. 4 使用する帳票の種類と様式例

基本的な帳票の様式例を示す。これらの様式は、必要と思われる標準的な項目を示したものであって、様式の記載においては、地域の実情に合わせて、介護予防ケアマネジメントに必要な情報について個別に吟味した上で、適宜、項目を追加または簡略化したりするなど、工夫して用いるものとする。

- | | |
|-------------------|------|
| 1) 利用者基本情報 | 様式 1 |
| 2) 介護予防サービス・支援計画書 | 様式 2 |
| 3) 介護予防支援経過 | 様式 3 |
| 4) 介護予防サービス・支援評価表 | 様式 4 |

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

利用者基本情報

例

作成担当者:

【基本情報】

相談日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)
本人の調査	在宅・入所又は入所中 ()		
別号 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel ()		
	Fax ()		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	痺痺 ()、腰痛 ()、精神 ()、認知 ()、... ()		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護...		
来 所 者 (相 談 者)			家族構成
住 所 通 信 先	氏名	職 務	住 所・通 信 先
緊急連絡先	氏名	職 務	住 所・通 信 先
	氏名	職 務	住 所・通 信 先
	氏名	職 務	住 所・通 信 先
	氏名	職 務	住 所・通 信 先

家族関係等の状況

【介護予防に関する事項】

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
	友人・地域との関係		

【現病歴・既往歴と経過】(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・重篤作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	

【現在利用しているサービス】

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・経緯、及び主治医等と関係し、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____

利用者名 _____ 性別 _____ 誕生年月日 _____ 平成 年 月 日 調査の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 初期・紹介・継続 認定時・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(都道府県) _____

計画作成(調査)日 年 月 日(計画作成日 年 月 日) _____ 調査地域包括支援センター: _____

見積りとする期間 1日 _____ 1年 _____

アセスメント結果と現在の状況	本人、家族の意向	地域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向(本人・家族)	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス ※生活 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間
認知・意識について		□無 □有					()					
日常生活(衣食住)について		□無 □有					()					
社会参加、社会関係、コミュニティ参加について		□無 □有					()					
経済事情について		□無 □有					()					

調査対象について
□完全調査対象、必要情報提供等を請求した要支援点

【介護予防サービス支援計画でない場合】
実情と異なる実態に合わせた方針

総合的方針・生活不活発等の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目は自動)で(要支援要介護)を判断せず、
地域包括支援センターが実施するケアの目的を記載してください。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
------	------	------	---------	-------	------

地域包括支援センター [意見] [確認印]

計画に関する事項
上記計画について、同意いたします。
平成 年 月 日 氏名 印