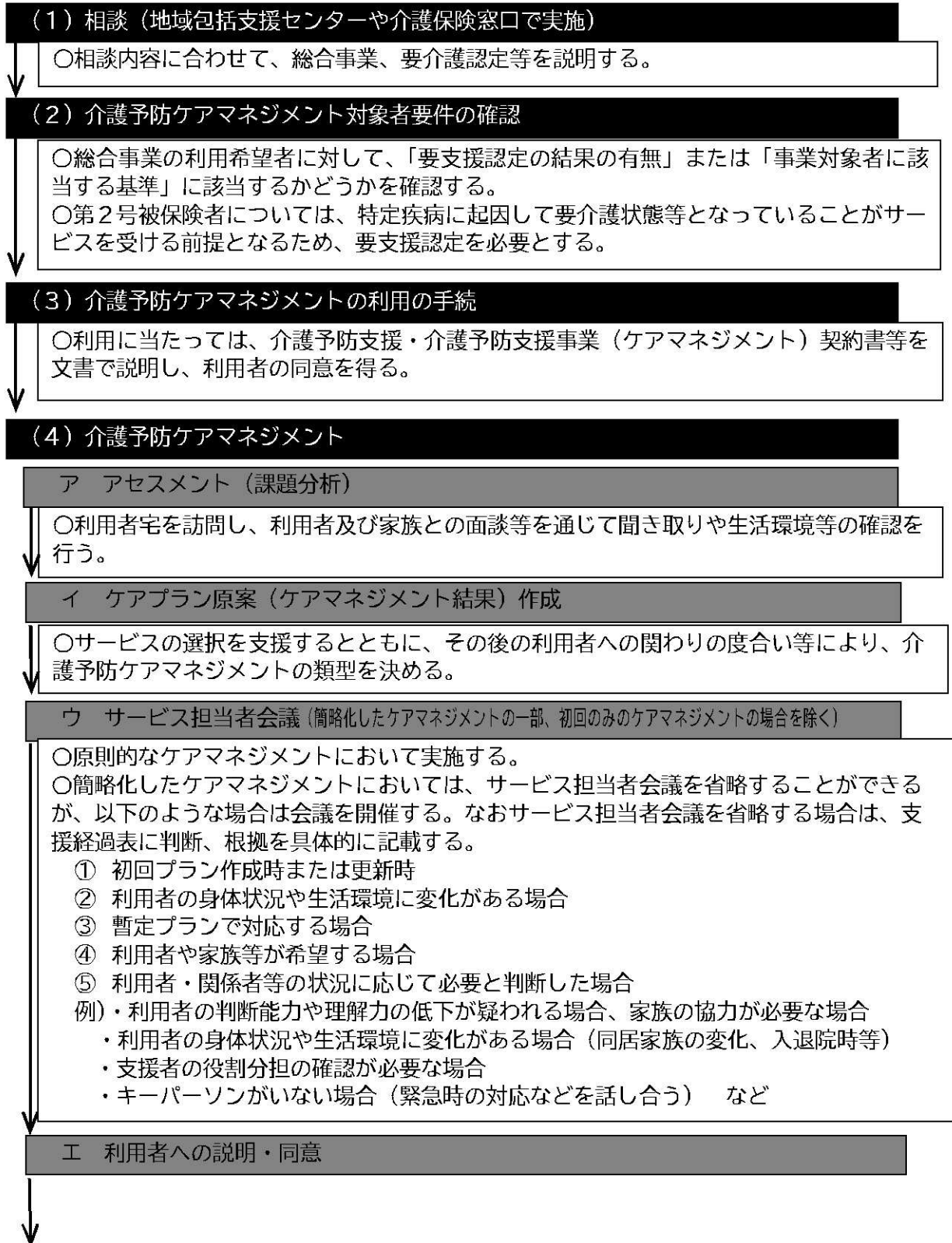


Ⅲ 介護予防ケアマネジメントの流れ

1 基本的な流れ

ケアマネジメントの基本的な流れは、介護給付、予防給付、総合事業の利用のいずれにおいても基本的な考え方は同じです。まず、アセスメントを行い、次にケアプランの原案を作成します。



オ ケアプランの確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- 本人の同意を得て、ケアプランを本人とサービス提供者に交付する。
（委託事業所の場合は、地域包括支援センターのケアプラン原案確認後、交付する。）
※医療サービスを利用する場合は、主治の医師等にケアプランを交付する。

カ サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを提供。

キ モニタリング（初回のみケアマネジメントの場合を除く）

- 総合事業の給付管理は、予防給付と同様に、包括単位（1月あたり）であるサービス単価を基に算出する。
- 原則的なケアマネジメントの場合は、介護予防支援と同様に、少なくとも3ヶ月に1回、及びサービスの評価期間の終了月に訪問して面接し、それ以外の月においては可能な限り、電話等により利用者との連絡を実施する。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
- 簡略化したケアマネジメントの場合は、少なくとも6ヶ月に1回及びサービス評価期間の終了月に訪問して面接し、それ以外の月においては可能な限り、訪問もしくは電話等により利用者との連絡を実施する。利用者の状況に変化があった場合は、利用者宅を訪問して面接する。
- モニタリング実施者は、利用者の状態や介護者の介護負担、生活状況、権利擁護についての状況変化を把握する。また、サービス実施者側から状況変化等について、随時、把握し、記録に残す。

ク 評価（初回のみケアマネジメントの場合を除く）

実施期間の終了月には、利用者宅を訪問して、ケアプランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を検討する。

- (1) 事業による介護予防ケアマネジメントには3つの類型があり、このアセスメントの時点で
- ①ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）
 - ②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）
 - ③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）
- のいずれかに振り分けを判断します。
- (2) 介護予防ケアマネジメントについては、並行して要介護認定等の申請をしている場合も想定されます。
- 要介護認定のいわゆる暫定プランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して介護予防・生活支援サービス事業を利用することはできないため、注意が必要です。
- (3) 要介護認定申請を受けて非該当である場合は原則サービスの必要性がないと考えられますが、基本チェックリストを活用して事業対象者の基準に該当し、サービス利用が本人の自立に資すると判断した場合は、介護予防・生活支援サービス事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出すことができます。この場合の介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施します。
- (4) 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じます。
- (5) 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防・生活支援サービス事業は、原案を作成し必要に応じてサービス担当者会議における検討のうえ、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画（介護予防・生活支援サービス事業における「介護予防支援計画」および予防給付における「介護予防サービス計画」）の総称として確定します。これに基づいて、予防給付によるサービスや、介護予防・生活支援サービス事業が提供されます。サービス提供の一定期間後に、地域包括支援センターにおいてサービスの効果等を評価します。

2 アセスメント

(1) 基本的な考え方

ア 介護予防ケアプランの作成の前提となるのは、的確なアセスメントがなされることです。基本チェックリストや利用者基本台帳、面談などによって情報を把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにします。

基本チェックリストの該当した基準の項目に関係なく全ての項目についてアセスメントを行い、自立支援に向けた課題の抽出、目標の設定等を行い、必要なサービスにつなげます。

また、審査会資料等の活用も重要です。主治医意見書から、利用者の既往歴、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認します。

イ アセスメントは、利用者と計画作成者との協働作業です。アセスメント実施にあたっては、一方的にあるいは漠然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには、必要なコミュニケーションの取り方です。

ウ アセスメントは、コミュニケーションの過程を通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に説明し、生活機能が低下していることを認識できるように支援し、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会でもあります。認定申請をしていることから、本人や家族が生活機能低下を自覚している場合が多いと考えられるので、その部分からインタビューを進めるとよいでしょう。

具体的には、以下のようなコミュニケーションを心がけてください。

- ① 出来ていないことばかりに目を向けず、本人が出来る事、出来そうな事（潜在能力）を探す。
- ② 能力と行為の差を確認し、出来る能力があるのに行為としていないものがあれば、なぜしていないのかを明確にし、行為として行うことの大切さを理解してもらえよう働きかける。
- ③ 目指す生活や目標が表出されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから、一緒に考える。
- ④ 家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取組が継続される事を活用する。（環境づくり）
- ⑤ 具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケアの実現により、数ヶ月後の姿がイメージできるように予後予測の視点をもった上で、利用者に丁寧な説明を行う。

エ 加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等による活動範囲の縮小や他者との交流の減少、自信の喪失等は、主に生活機能が低下した状態により引き起こされる事があります。利用者の身体機能だけでなく認知症やうつ状態の存在の可能性について検討することも必要です。例えば、基本チェックリストの21～25を参照し、うつ症状がみられた場合は、必要に応じて適切な医療や相談機関につなげることも大切です。また、アセスメントの過程においては、コミュニケーション力を活かして、過度な負担やストレスにならないように配慮する必要もあります。

オ 計画作成者はアセスメントの経過において、かつて利用者が楽しみや生きがいにしてきたことなどの情報を収集します。利用者が過去を振り返り、「またそのことが出来るようになりたい」とこれからの生活について主体的かつ積極的に考えることができ、「目標とする生活」について具体的なイメージを描けることが大切になります。その際、個別性を重視するとともに、楽しめるもの、生活に関わるものを具体的に盛り込むように努めます。

カ 計画作成者は、利用者が介護予防・生活支援サービス事業や予防給付によるサービスなどを利用することで活動性が向上し、積極的な生活をイメージできるようにアプローチすることが重要です。その生活のイメージは、利用者と家族、計画作成者が目標として共有する必要があります。

キ アセスメントでは、まず既存書類（審査会資料等）からおおまかな利用者像を把握したうえで、面接において利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能低下の状態や状況について理解することから始めることが大切です。初回面接では、利用者の気持ちに寄り添いながら聞き出すなど、信頼関係を作りながら進めることが重要です。

ク 一方で、専門的な観点による十分なアセスメントを行わず、利用者の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てている事案が指摘されています。適切な介護予防ケアマネジメントがおこなえるよう、（介護保険の公平性に配慮し）介護予防の理念や概念を再認識するようにしましょう。