

7. 介護予防・日常生活支援総合事業 事業対象者の支援について

いつまでも住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるようするためには、高齢者の日常生活の活動を高め、一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援し、生活の質の向上を目指すことが重要です。介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者の支援について、今一度、以下の点に留意いただきますようお願いします。

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」

「地域包括支援センター運営マニュアル」より引用

1. 介護予防の推進(基本的な考え方)

- 高齢者が要介護状態等になることの予防
- 要介護状態等の軽減・悪化の防止

2. 自立支援のアプローチ

生活機能が低下した高齢者に対して、生活の仕方(環境調整)や道具を工夫、その動作を練習することで改善し、自立が期待できる。

例えば ・ 掃除機からほうきやモップに変更する
・ 買い物はかご付き歩行車を利用する 等

3. 事業対象者の考え方

- 要支援者に相当する状態の者
- 基本チェックリストで事業対象者の候補者となり、更に介護予防ケアマネジメントを通じて、必要なサービスにつなげるというもの

4. 事業対象者の有効期間の設定、更新手続き

- 申請日から12か月
- 有効期間満了日の60日前から、必要時、更新の手続きを開始

5. 目標の設定と評価

- サービス利用にあたっては、本人と面接し、なりたい自分をイメージして目標を設定する
- 目標の達成に向け、意識を共有し、具体的なサービス提供につなげる
- 定期的なモニタリングにより、ケアプランどおりに提供されているか、利用者は満足しているか、新たな課題が生じていないか等を把握する
- 事業所からのアセスメント、モニタリングの結果から、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康感等の変化を把握し、利用者の生活機能前全体を評価する

<効果の評価>

改善	・ 一般介護予防(自治会型デイホーム、よろず茶屋等)へ移行 ・ セルフケアで日常生活が成立するため、介護予防事業の利用を終了
維持	・ 介護予防の利用を継続 ・ 必要に応じて、プランの見直し
悪化	要支援・要介護認定を申請

6. 介護予防マネジメント

※ 本人・家族の困りごとを中心に聞き取る中で、つい本人や家族からの要望に沿ったケアプラン作成に偏りがちです。潜在的なニーズを把握するためにも、国際生活機能分類(ICF)の理解を深めることや面接技法等の研鑽に努め、要望(デマンド)型から課題(ニーズ)解決型へのケアプランへと思考の転換を図りましょう。

<手順>

プロセス	手順
------	----

ほやねっと

アセスメント ● 生活機能低下の背景・原因及び課題の分析	① 基本チェックリストや基本情報から状況把握 ② 対象者や家族と面接しながら、課支援ニーズを特定し課題を分析
---------------------------------	---

ほやねっと

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との共通認識	① 対象者、本人と面接し、プランの「目標や具体策」を決定 ② 家族やサービス担当者等と共通認識を得る ケアプランの内容について共通認識を得る
---	--

事業所

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 ● プランに基づき、サービス提供 ● 効果やサービス・支援が適切か確認しながら実施 ③ 事後アセスメント ● サービス提供による効果を事業所内でアセスメント ● その結果を包括センターへ報告する
--------	--

ほやねっと

モニタリングと評価 (ほやねっと)	① 対象者の日常生活能力や環境等の変化により課題が変化していないか把握、プランどおり提供しているか把握 ② 事業所からの事後アセスメントの結果を受け、効果を評価 必要時、適切なサービスにつなぐ
----------------------	--