



# 介護予防ケアマネジメント

令和4年度 地域づくり加速化事業（全国研修）

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課  
地域づくり推進室 室長補佐 田中明美

# CONTENTS



## 目次

- 1 介護予防ケアマネジメントの概要・意義
- 2 実施に向けて持つべき視点
- 3 目指すべき効果・成果
- 4 具体的に行うことの例
- 5 振り返り・まとめ

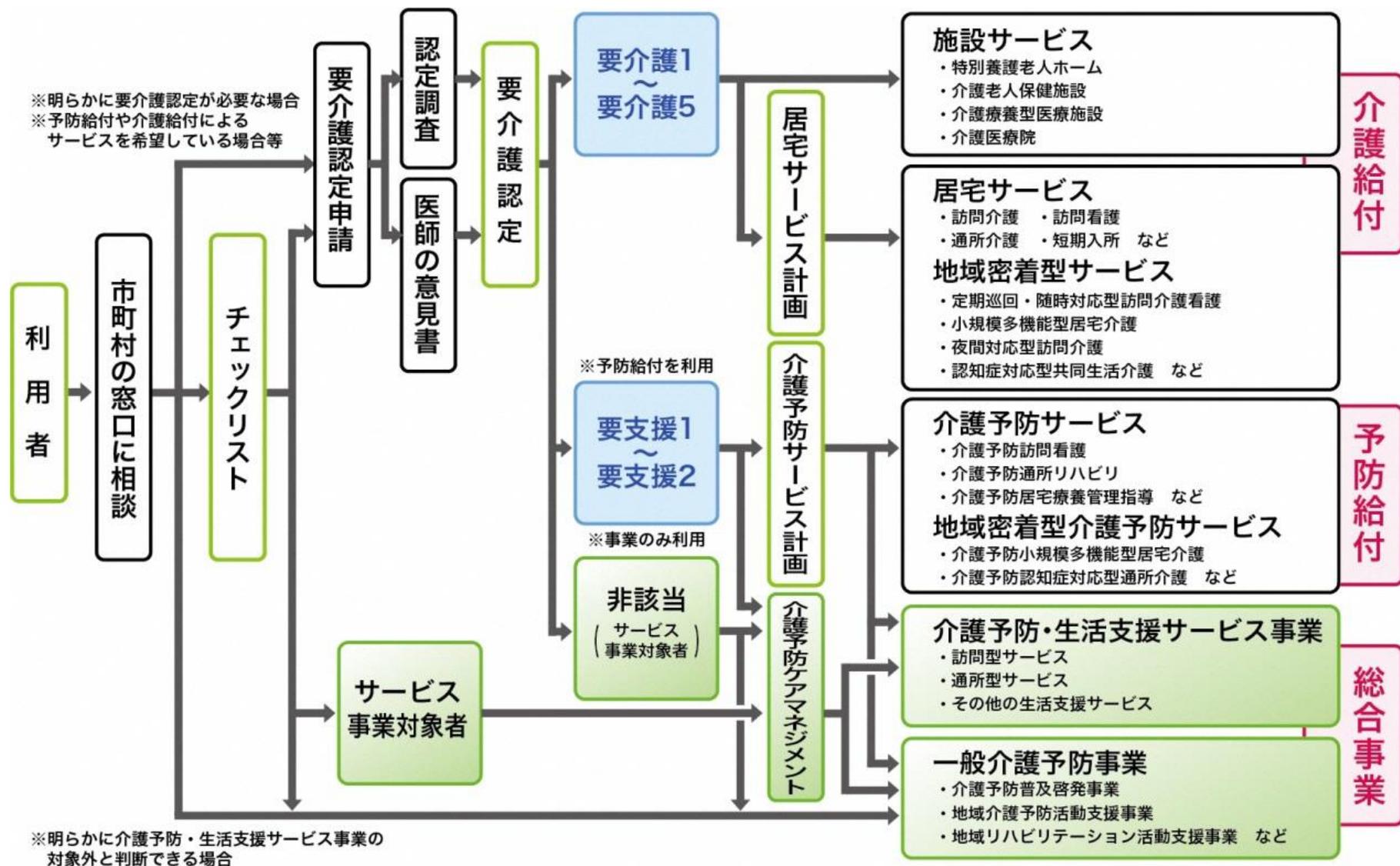
介護予防の基本的な  
考え方を押さえる

### 介護予防とは…

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ  
(健康の保持増進)こと
- ② 要介護状態になっても状態がそれ以上に  
悪化しないようにする (改善・維持・悪化の遅延を図る)こと

- その人の生活・人生を尊重し、  
できる限り自立した生活を送れるように  
支援すること即ち  
「自立支援」 (=介護保険の基本理念)

## 介護サービスの利用の手続き

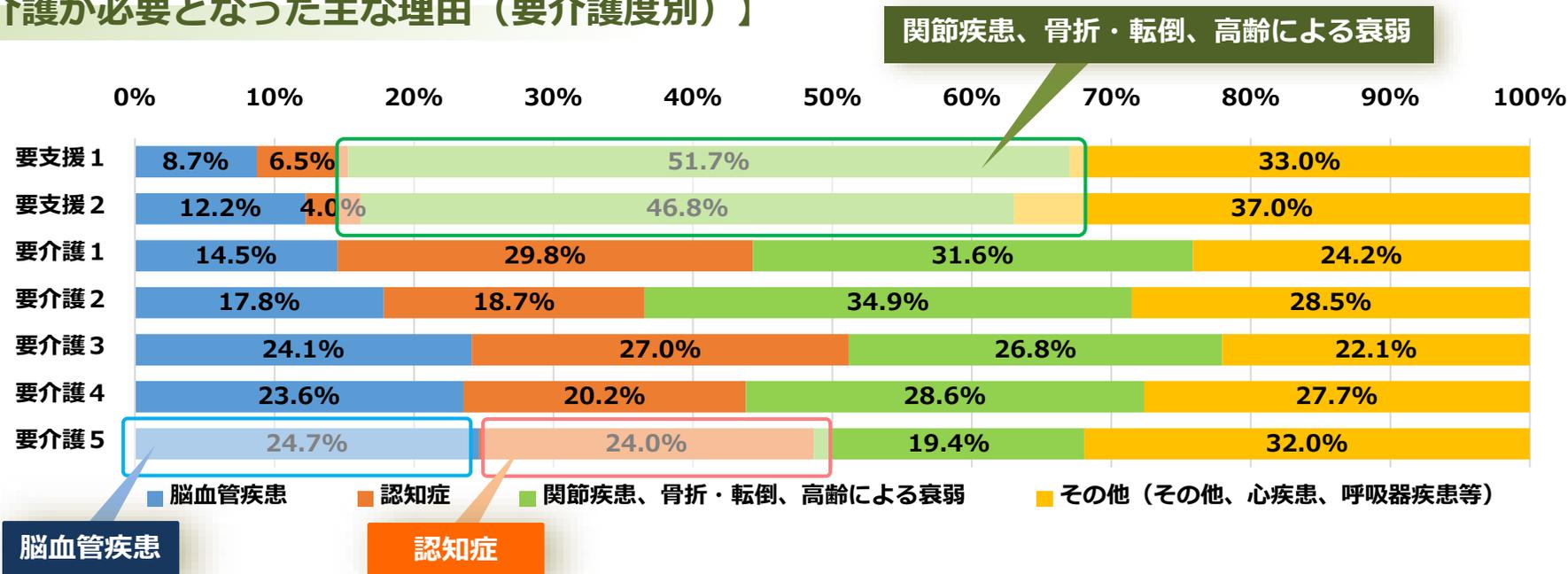


## 介護が必要となる原因

### 【介護が必要となった主な理由（合計）】

	①認知症	②脳血管疾患 (脳卒中)	関節疾患、骨折・転倒、 高齢による衰弱			その他									
			③高齢による衰弱	④骨折・転倒	⑤関節疾患	⑥その他	⑦心疾患 (心臓病)	⑧呼吸器疾患	⑨悪性新生物 (がん)	⑩糖尿病	⑪不詳	⑫パーキンソン病	⑬脊髄損傷	⑭視覚・聴覚障害	⑮わからない
構成比	17.6%	16.1%	12.8%	12.5%	10.8%	9.1%	4.5%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%	1.5%	1.4%	1.1%
			36.1%			30.2%									

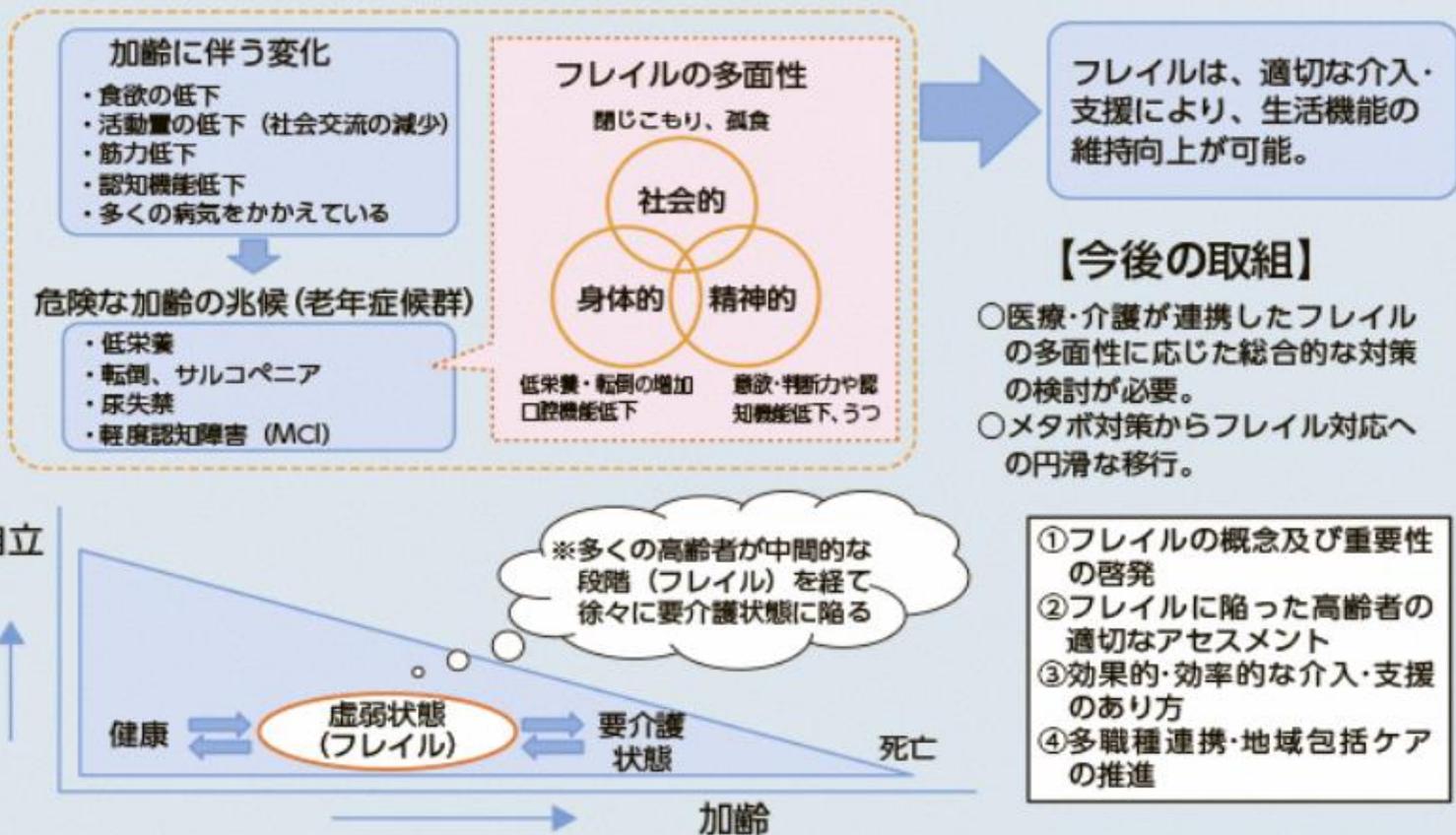
### 【介護が必要となった主な理由（要介護度別）】



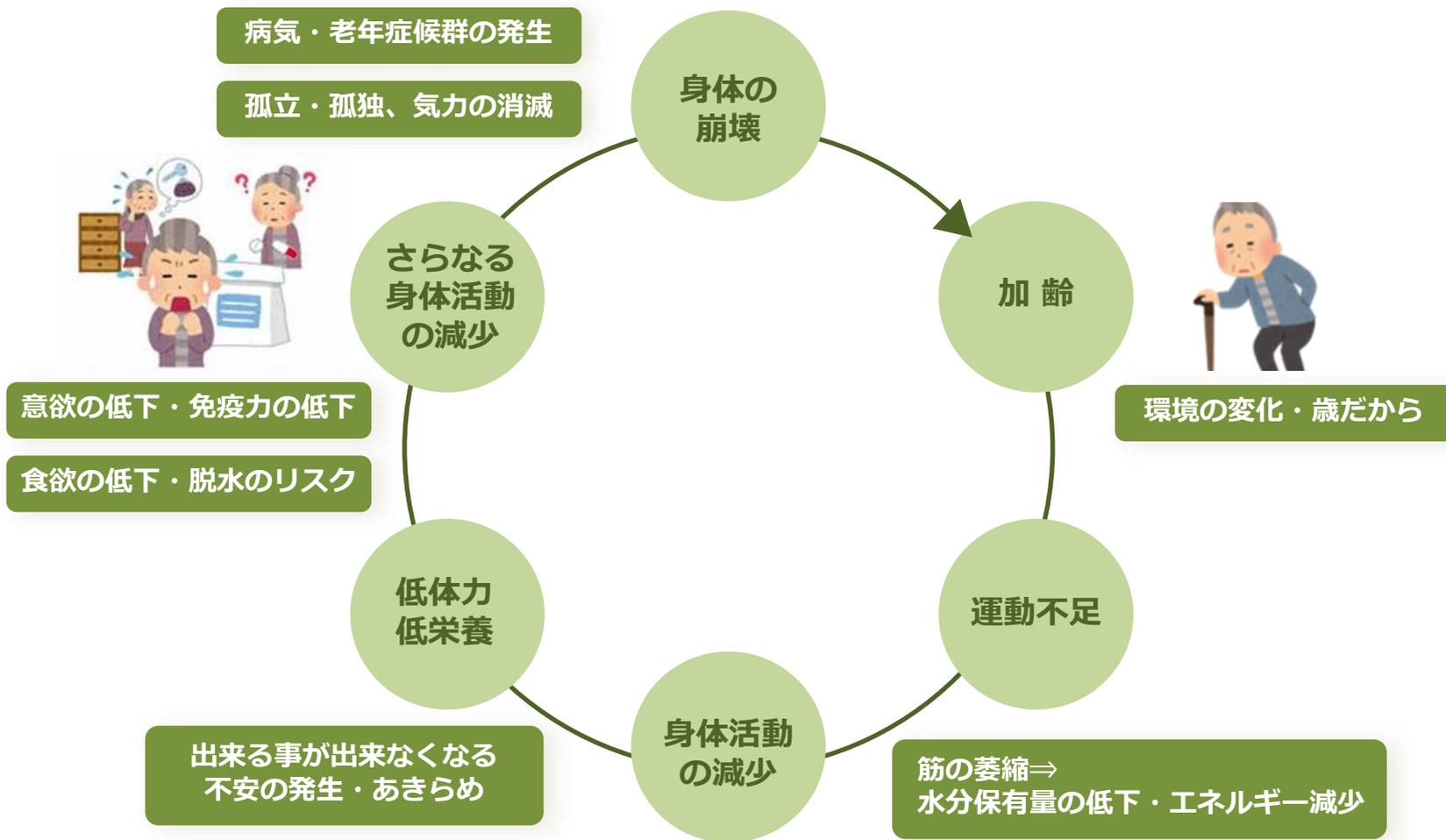
老年期の特徴を知っておこう

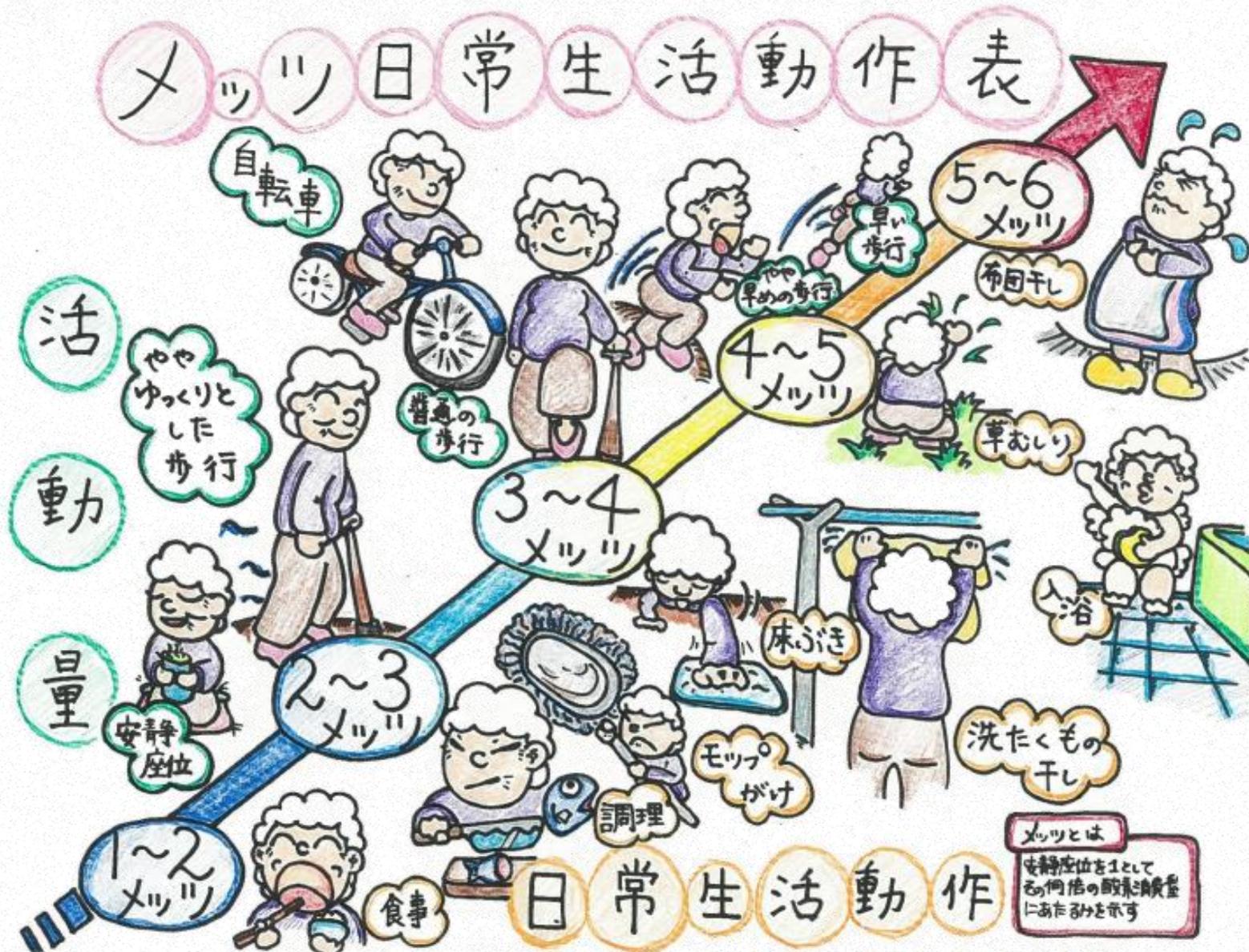
図表 4-2-19 高齢者の虚弱（「フレイル」）について

「フレイル」とは 加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。



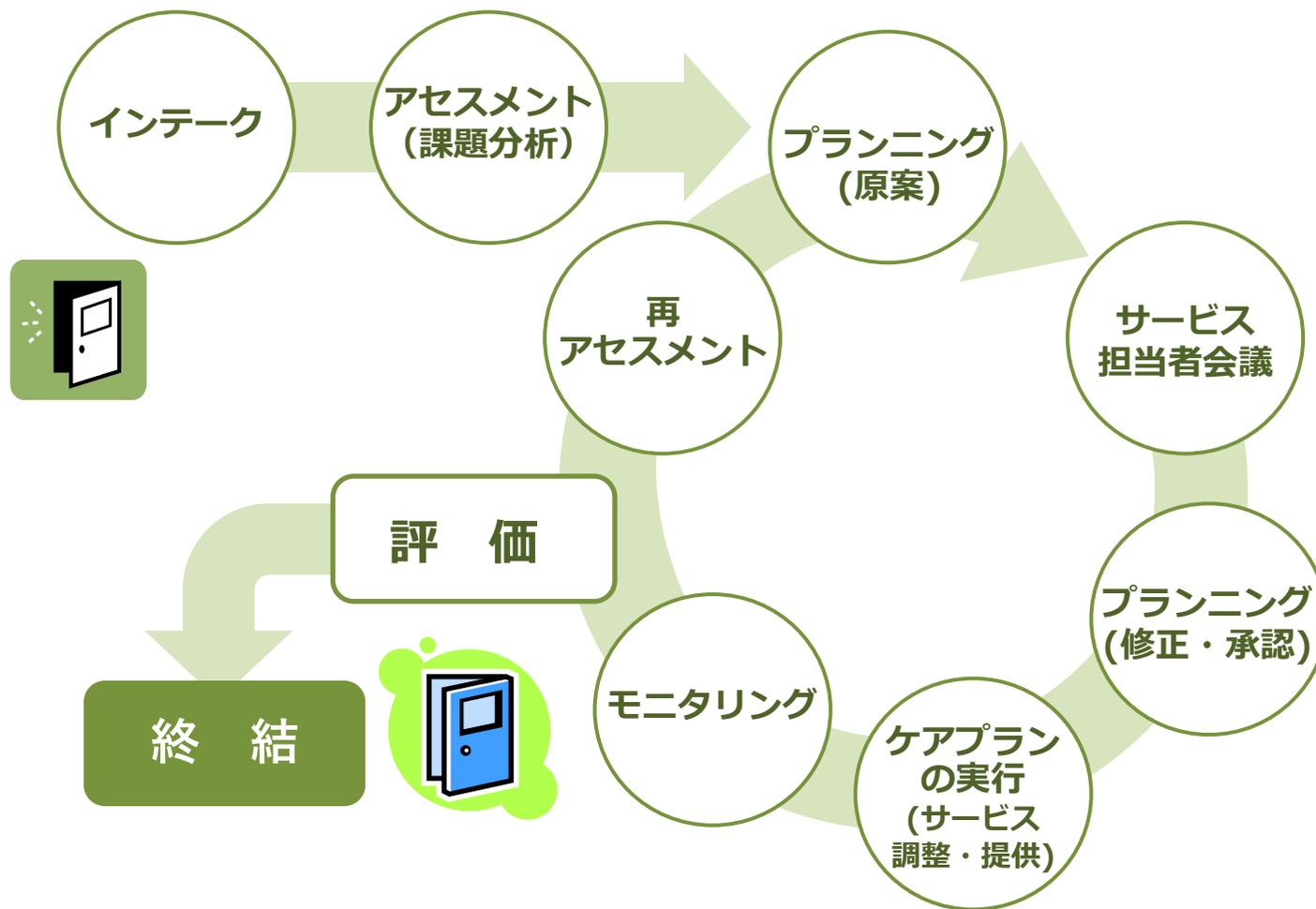
## 「悪循環」のスパイラルについて、早期に断ち切る視点を持つ





出典: 厚生労働省平成28年度介護予防ケアマネジメント研修テキスト

## 介護予防ケアマネジメント過程



## 窓口対応のあり方について

### 窓口 市町村の実情によって設置

市町村の  
介護保険部門の  
窓口、支所、  
市民センター等

地域包括  
支援センター  
※地域包括支援センターの  
ランチorサブセンター

総合事業は、簡易な方法（基本チェックリスト）で事業対象者と判断することが可能となっている。窓口においては、総合事業等の説明を行い、利用者の意向や抱えている課題等を総合的に判断し、基本チェックリストにより総合事業を利用するか、要介護（要支援）認定の申請が望ましいかの**的確な判断が求められる**。

## 基本チェックリストを使用した場合の例

項目	回答	判定
1. 15分連続して歩けるかどうか	○	OK
2. 1年間に転倒歴はないかどうか	○	OK
3. 階段は手すりを使うかどうか	○	OK
4. 転倒に不安を感じるかどうか	○	OK
5. 立ち上がりには手すり等を使うかどうか	○	OK
6. 運動器が3/5のみ該当している方	○	OK
7. 複数の生活機能低下の項目が重複該当した方	○	OK
8. 同じ、デイサービス利用の意向を示されたとしても心身の状態像はずいぶん異なります。	○	OK
9. Aの方の場合は、もしかすると通いの場や一般介護予防事業でも対応可能な方かもしれません。	○	OK

**A** 基本チェックリストで、15分続けて歩ける（○）、1年間に転倒歴はない（○）、階段は手すりを使う（○）転倒に不安を感じる（○）、立ち上がりには手すり等を使う（○）の運動器が3/5のみ該当している方

**B** 複数の生活機能低下の項目が重複該当した方  
同じ、デイサービス利用の意向を示されたとしても心身の状態像はずいぶん異なります。  
Aの方の場合は、もしかすると通いの場や一般介護予防事業でも対応可能な方かもしれません。

基本チェックリストをとったとしても、最終的には介護予防ケアマネジメントで適切なサービスや事業、セルフケア等を進めていくことが大切です！  
二次予防事業時代の生活機能低下の該当者数を思い出してください！



## 適切な窓口体制の考え方

■ 高齢者のニーズが多様化することを踏まえ、「どのような場合に、どのような視点で、どのようなサービスや事業等（一般介護予防事業やインフォーマル資源も含む）を利用することが適切であるか」について、市町村内での多機関、多職種による協議の場が不可欠です。

■ 医療・介護の専門職以外の者でも適切な対応が可能となるよう、各サービスや事業等の利用に関する判断基準などを整理し、説明のための資料を整えておくことが重要です。

■ 市町村の要介護（要支援）認定等の申請窓口、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の専門職を配置し、申請希望者からの相談を受けながら、必要に応じて総合事業を案内し、地域包括支援センターにつなぐといった体制を構築することも有効です。

入口問題として、しっかりと高齢者等の意向やニーズを聴き取り、適切にサービスや事業等に案内できるよう、行政窓口、支所やブランチ、工夫できることを考えてみませんか？



## 介護予防サービス・支援計画書で見るケアマネジメント過程

**介護予防サービス・支援計画書**

No. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合 \_\_\_\_\_

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日 年 月 日)

目標とする生活 \_\_\_\_\_

1日 \_\_\_\_\_

● 専門家の提案した目標と具体策に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策について本人・	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(居宅サービス)	介護保険サービス又は地域支援事業(総合事業のサービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について		□有 □無					( )					
日常生活(家庭内)について		□有 □無					( )					
社会参加、友人関係・コミュニケーションについて		□有 □無					( )					
健康習慣について		□有 □無										

← アセスメント

← ケアプラン

✓ 【本来行うべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針

- 本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意が取れない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載。
- 必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載。

健康状態について □主治医受診歴、検診結果、観察結果等を記入した留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい  
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
手訪給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

【意見】

地域包括支援センター

計画に関する同意  
 上記計画について、同意いたします。  
 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

「領域における課題」から「総合的課題」へ

ADL・IADLの予後予測（生活行為重視）  
 要支援状態となっている現状を押さえ、原因と背景を分析し、  
 課題を統合していくことで、目標が明確になっていく

領域における課題  
 (原因とその背景)

ADL・IADLに支援を  
 要する状況になっている  
 原因を整理する作業

領域ごとに課題の  
 背景や要因を整理

1 個人因子

普段の体調管理/身体機能/  
 認知機能等/疾病/性格  
**回復可能なものか**  
 ⇒期間を区切った自立支援か、  
 ずっと続く自立支援の見極め

2 環境因子

家族/友人/知人/近隣環境/  
 住環境/在宅や地域の生活動線/  
 かかりつけ医/民生委員/  
 生涯生活歴(経済的因子にも注意)

総合的課題

重複する課題と  
 優先順位の整理

「目標とする生活」 ここはとても重要です！

こんな風に暮らしたいとイメージを持つことは、  
利用者が自ら介護予防に取り組むきっかけとなる。



✓ 目標とする生活ってどう聞いたらいいの？

1年の生活を思い描いてから日々の暮らし方を聞くか、  
毎日の生活を思い描いてもらい1年先の目標を立てるかは、その場の状況で。

1日

毎日こんな風に過ごしたいな…  
こんなことなら日課にできるかな…

- 大きな目標にたどり着くための  
段階的な目標
- 庭木の水やり、新聞を読む、  
薬を飲んだら、カレンダーに印を入れる、  
など



1年

「ゆくゆくはこうなりたい」「こうしたい」  
と思うことはどんなことですか？

- 今後の生活で達成したい目標
- 達成可能な具体的な目標

- その人らしい自己実現を引き出す

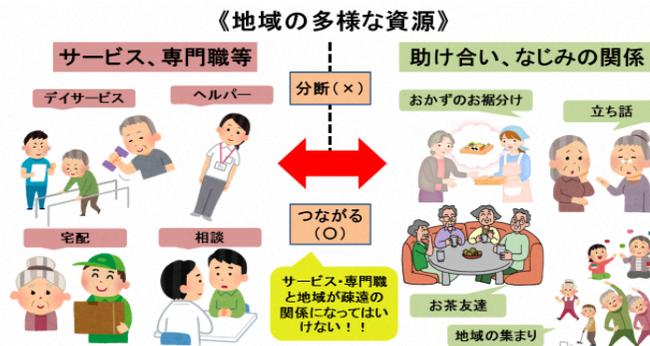
セルフケアの推進や地域力向上の必要性を共有・展開することも大切

介護予防手帳

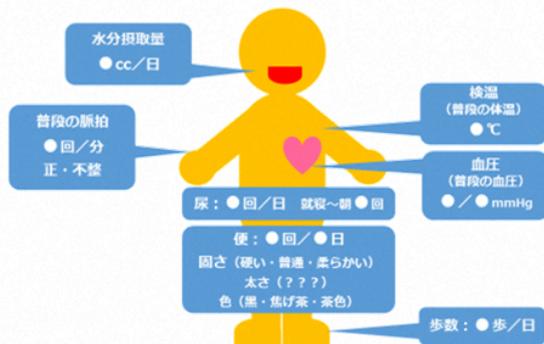


- 水分の大切さや日頃の健康管理
- 年に1度、更新し毎年の目標設定
- 介護予防の取組実践者の冊子は、現在第4版。(奈良県生駒市)

自治会・老人会・市民フォーラムで必ず伝える内容



セルフケア（健康管理）



超高齢化社会に向けて

困ったことがあったら「助けて」と言えますか？

助けってもらったら「ありがとう」と感謝の気持ちを素直に伝えられますか？

助けられ上手であるために  
・「助けて」という時期がくる前に「助ける、見守る」ことができる自分である  
・普段からなじみの関係を地域の中でつっておく



“お互いさま”と言える地域を目指して  
今、何ができるか考えてみましょう

## 自立支援・重度化防止に向けた生駒市の取組

### ✓ 窓口対応フローチャートや独自のアセスメントツールの作成

- 要支援・要介護認定が必要かのスクリーニングができるシート作成
- 介護予防ケアマネジメントの充実を図るための独自アセスメントツールを医療・介護従事者とともに作成（目線あわせとなる）



### ✓ 包括職員の面談技術アップのQ&A作成・使用

- 委託先包括職員・行政窓口で共有できるQ&Aを作成し、説明力アップ



- 介護保険制度の理解を住民に求めるよう説明資料を独自で作成



### ✓ 介護予防ケアマネジメント研修やケアプラン点検・確認支援を継続実施・自立支援型ケア会議の拡充

- アセスメント不足がないかを自己点検できるシートを独自で開発
- 毎年、外部講師を招いて、ケアプラン点検・確認支援を実施し、新人職員のサポートやサービスの偏りなどがあるプランを選定し、プラン内容の確認を実施



### ✓ 医療機関への出前講座や市民啓発DVD等の作成

- 医療従事者向けに、総合事業の説明や
- インフォーマルサポート資源の紹介市民向け啓発DVDや冊子を作成



## 介護予防ケアプランの内容から総合事業のサービス創出を検討

### ✓ 包括・ケアマネにアンケート・ヒアリング実施

- 身近な距離に通いの場があれば、社会参加でデイサービスを利用しないで済む人が一定数いる
- 下肢筋力や体力の向上ができれば、廃用性症候群の高齢者等は元の暮らしに戻れる人が一定数いる
- 家族に代わって買い物や掃除をしてくれる人がいたら、専門のヘルパーでなくても対応できる人が一定数いる
- 住民力で支えてくれるミニデイサービスがあれば行きたいと思う人が一定数いる…etc

### ✓ 実施できる事業を整理・費用対効果の積算等



### ✓ やりたいことがある地域は元気の源



- 歩いて行ける距離の場所にいろんな楽しみがあったらな・・・で始まった地域コミュニティの再開
- わくわくドキドキすることを考える地域づくりも介護予防ケアマネジメントから

### ✓ 通いの場の形は多様であることが大切！



- 認知症高齢者も虚弱高齢者も元気な方も子ども達もごちゃまぜになって、畑をみんなで運営  
↓  
地域コミュニティの中で畑活動サロンを開催
- 一人の高齢者の課題解決から広がる輪！

## 振り返り・まとめ

- 1 介護保険制度の理解を促進
- 2 介護予防ケアマネジメントの基本を振り返る
- 3 自立支援・重度化防止に向けたアセスメント力を高める
- 4 地域包括支援センターの総合相談や行政窓口での対応強化
- 5 介護予防ケアマネジメントからも地域課題を探ることが可能

## 介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修教材

### 1 介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修動画



### 2 介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修資料



- |                           |                     |        |
|---------------------------|---------------------|--------|
| (1) 自立支援について考える           | (6) 介護予防ケアマネジメントの課程 | アセスメント |
| (2) 介護保険制度の基本理念           | (7) 介護予防ケアマネジメントの課程 | 目標設定   |
| (3) 介護予防の基本的な考え方          | (8) 介護予防ケアマネジメントの課程 | モニタリング |
| (4) 介護予防ケアマネジメントの課程       | (9) 介護予防ケアマネジメントの課程 | 評価     |
| (5) 介護予防ケアマネジメントの課程 インテーク | (10) まとめ            |        |

### 3 介護予防ケアマネジメント実践者トークセッション



※長寿社会開発センターのホームページに掲載  
[https://nenrin.or.jp/tekisetsu\\_yobou/](https://nenrin.or.jp/tekisetsu_yobou/)

