

平成28年度

介護予防ケアマネジメント実務者研修

平成29年3月

厚生労働省

平成 28 年度 地域包括推進事業
介護予防ケアマネジメント実務者研修

目 次

1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 介護予防ケアマネジメントの考え方・・・・・・・・	5
3. 介護予防ケアマネジメント演習・・・・・・・・	35
4. (参考資料) 演習事例・・・・・・・・	53

はじめに

平成26年の介護保険制度改正に合わせ、平成27年度より実施している本委員会は、新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を円滑に実施していくための介護予防ケアマネジメントのあり方を取りまとめ、テキストを作成するとともに、研修会を実施してきました。

今後、都道府県並びに市町村が研修を実施する上での、基本的な事項を整理しました。また、テキストについても研修実施する上でのポイント等の加筆を行いましたので、参考とし適切に実施いただきたいと考えています。

1. 介護保険制度

高齢化の進展に伴い、要介護者の増加、介護期間の長期化など介護ニーズが増大する一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、高齢者を支えてきた家族をめぐる状況が変化する中、老後の最大の不安である介護を社会全体で支える仕組みとして、2000年に介護保険制度は創設された。高齢者が自立し、安心して生活できるような社会を実現するために共同連帯で支えていく仕組みである。

社会保険方式をとり、給付と負担の関係が明確であり、利用者の増加に呼応して、負担も増加していく仕組みである。

また、利用者は給付を享受できるものの、サービス等を利用しない一般高齢者の給付はわずかであり、負担感が高いといわれている。

制度の持続可能性を確保し、誰もが安心して老後を迎えられる仕組みへの更なる進化が必要不可欠である。

2. 社会的潮流と地域包括ケアシステムの構築

少子高齢化の進展に伴い、介護需要は増加する一方、介護人材や財源不足により供給が対応していくことが困難である現状の中で、2025年問題として、全ての団塊の世代が75歳を迎えることになる。

高齢者の尊厳を保持し、自立した日常生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進していかなければならない。

今期の介護保険制度の改正は、介護保険法の制度創設以来始めて、地方分権が推進される中、地域の特性に応じて作り上げていく仕組みへと改正がなされ、在宅での限界点を高めようとするものである。

3. 地域支援事業

保険者である市町村が中心に行う地域支援事業は、総合事業を中核に、包括的支援事

業で機能強化を図り、任意事業で補完していく仕組みである。

特に、総合事業は、要支援者と事業対象者を中心に行う介護予防・生活支援サービス事業と一般高齢者を中心に行う一般介護予防事業から構成されている。

今後の需給動向を考慮した場合、要支援者や事業対象者は、適切なサービスを利用し、その有する能力の維持向上が期待されるとともに、一般高齢者は、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られる環境整備を行う必要がある。

そのために、保険者は可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した日常生活を営めるように、施策間の有機的な連携を図りつつ包括的に推進する。

4. 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、居宅介護支援や介護予防支援と利用者の自立した生活を営めるように支援する意味では全く同じであり、利用者の状態像が異なるだけである。

総合事業の中に位置づけられている介護予防支援事業（ケアマネジメント）は、訪問型サービス、通所型サービス及び生活支援サービスと一体的に提供する介護予防・生活支援サービス事業とされている。

その構成から、介護予防ケアマネジメントを中心的に行う地域包括支援センターは、地域の実態に即したサービスを実現し、早期に利用者の自立支援を行える仕組みを積極的に提案していくことが可能になった。

特に、総合事業の対象者は、ADL（日常生活動作）は自立、IADL（手段的日常生活動作）が一部行いにくいとの特性を踏まえ、自立に向けた改善を前提とした目標を設定し、重度化予防を積極的に行う。また、一般高齢者は、現状の機能を維持、改善することにより、新たな需要を増やさないことに注力していくことが重要である。

5. 留意点

① 居宅介護支援事業所の指定権限の移譲

既に、平成24年から政令市・中核市では実施されているが、平成30年より一般市でも、移譲が実施される。

利用者と居宅介護支援事業所で行われる自立支援に向けた検討の方向次第では、モラルハザード（利益追求等）を誘発し、費用の増大や介護人材不足を助長してしまう。

保険者が適切な自立支援の方向性を示し、普及・定着に向けた取り組みが重要である。

② 本委員会作成したテキスト及びスライドの取り扱い

本委員会が作成したテキスト及びスライドは、利用者の自立支援に向けた基本的な考え方を示すものである。

ケアプランは利用者の状態に応じ、適切なアセスメント、適切な自立支援に資するサービス・支援、適切なモニタリングにより、利用者の自立を促せるようにしていく計画

である。利用者や支援者の共通理解のために行うべき、実施方法の統一化などの工夫は必要不可欠である。

③ 次期制度改正

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにするために、地域包括ケアシステムの深化・推進と介護保険制度の持続可能性の確保を目指していることを踏まえ、高齢者一人ひとりの自立支援のあり方を積極的に考えていくべきである。

6. 最後に

都道府県並びに市町村で研修を実施する際には、実施主体と支援者が共同で研修を企画し、より実践に適した形で実現していただきたい。

その際、地域特性に配慮した事例の提示や支援者の想定などは重要であると考えている。

また、居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの相互性を意識しながら、継続的な研修が必要となる。

平成 29 年 3 月

介護予防ケアマネジメント実務者研修企画委員会

介護予防ケアマネジメントの考え方

介護保険法における保険者等の役割

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)

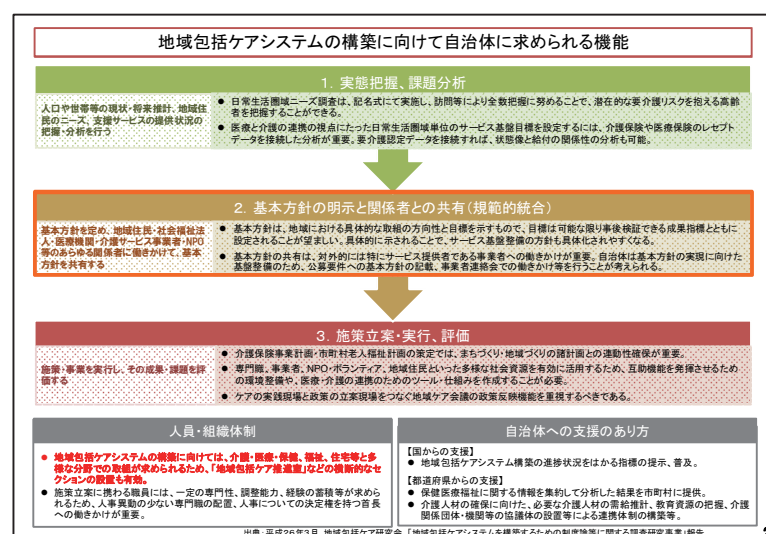
第5条(国及び地方公共団体の責務)

1 国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他の必要な各般の措置を講じなければならない。

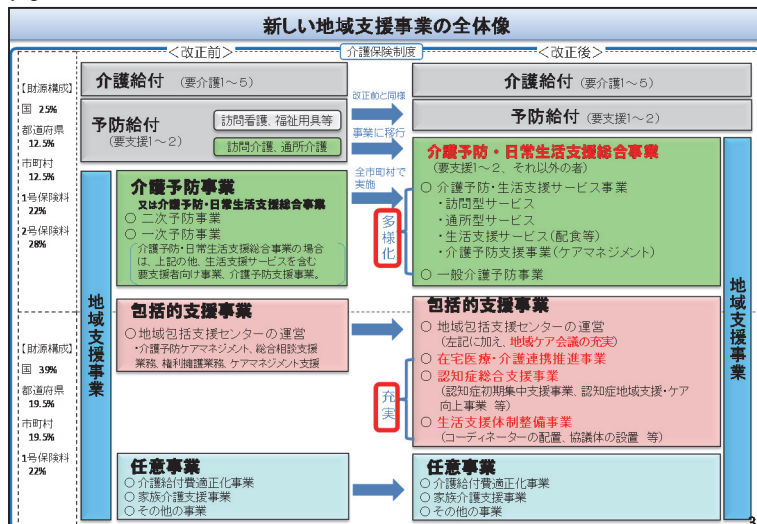
2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

介護予防・日常生活支援総合事業への取り組みを進めていくためには、介護予防ケアマネジメント従事者だけでなく、利用者も介護保険法の目的や国民の努力及び義務について理解していなければ、進めていくことが難しい。保険者の役割として利用者に対する介護保険法の理解を促す取り組みを行うことが重要である。



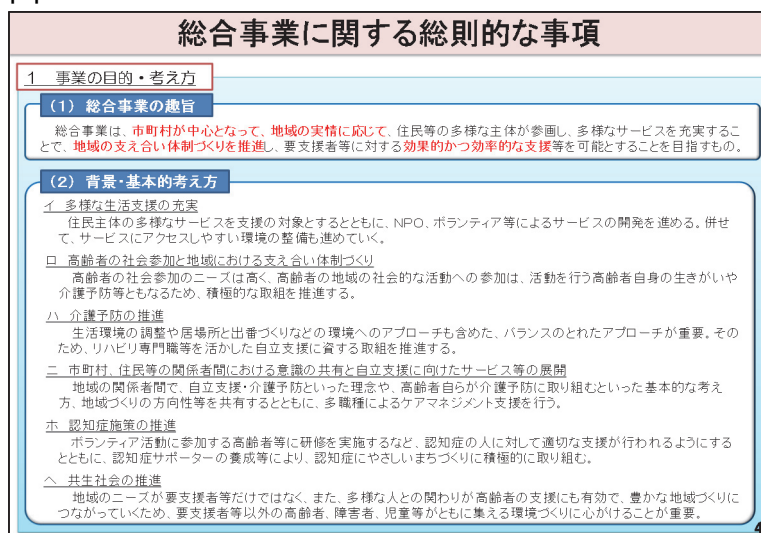
保険者は、基本方針を明示し、どのような方針で取り組んでいくのかを保険者・ケアマネジメント従事者・利用者・サービス提供者が共有すること、つまり“規範的統合”を図る事が重要である。地域包括ケアシステムの構築、推進に向けては、ケアマネジメント従事者や国民だけでなく、保険者及びサービス提供者を始め、各関係者等関わる全てのものが一様に理解していなければ進めて行くことは困難である。他の自治体で行っている取組が、自市町村で全てがそのまま当てはまる訳ではない。国の見える化システムの利用や、都道府県データの提供を受け、地域の実情を把握し課題分析を行うことが重要である。



予防給付が「事業」へ移行するということは、財源の構成も変わること、そのことを地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に理解してもらう必要がある。

予防給付と違い、多様化したサービス事業から適切な支援を利用者の生活課題と結び付けるといことも総合事業における特徴の一つである。

介護予防ケアマネジメントは、「介護予防・日常生活支援総合事業」に位置づけられており、市町村と地域包括支援センターや委託する居宅介護支援事業所、サービス事業所等と、一緒に取り組む必要がある。



介護予防・日常生活支援総合事業においては、介護予防を推進するだけでなく、高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくりの視点が大切である。

これらの取組を着実に推進することにより、地域における認知症高齢者の見守り支援や世代を超えた多様な人との関わりを生むことにもつながる。

2 総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
 ① 要支援認定を受けた者
 ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
 ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、随便にサービスにつなぐためのもの。
 ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

○ 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

5

介護予防・日常生活支援総合事業を進めるにあたっては、利用者の状態が改善した後に、一般介護予防事業に移行することが考えられる。そのため、将来を見通す視点に立った介護予防ケアマネジメントが求められ、一般介護予防事業の対象者となっても、改善した状態が維持できるように配慮しなければならない。市町村は、利用者のサービス利用の流れを踏まえ、介護予防・生活支援サービス事業と一般介護予防事業の体制を一体的に整備する必要がある。

**(参考) 一般介護予防事業
住民主体の介護予防活動とその支援**

- ・ 市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
- ・ 前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者といった幅広い参加を促進(高齢者人口の10%の参加を目標)
- ・ 住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す

具体的には、

- ・ 住民主体の通いの場は、原則として週1回以上の開催
- ・ 後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- ・ 出前講座による栄養教室や口腔教室などを組み合わせることにより、住民主体の取組の効果を高める
- ・ ボランティアの育成・支援等を通じて、地域における互助の関係を促進
- ・ 総合事業に移行していない市町村においても、原則として二次予防事業を見直し、一次予防事業において住民主体の介護予防活動を優先して実施

(参考) 住民主体の介護予防活動に向けた体操の条件

- ① 初めての人でも簡単にできる
- ② 虚弱な高齢者でも安全にできる
- ③ 虚弱高齢者から元気高齢者まで誰もが一緒にできる
- ④ 住民自身が体操の効果を実感できる
- ⑤ 介護予防の効果が実証されている

6

参考である。市町村において地域アセスメントに基づく必要な社会資源ができ、さらに状態の維持や悪化防止のために必要な介護予防の場が、地域住民の活動や参加の場となっていくことが大切である。生活支援コーディネーターや地域ケア会議とも連携しながら住民主体の介護予防活動の場を展開し、総合事業の利用者が状態改善した場合の、次のステップの一つとして活動や参加の機会、居場所づくりが求められる。

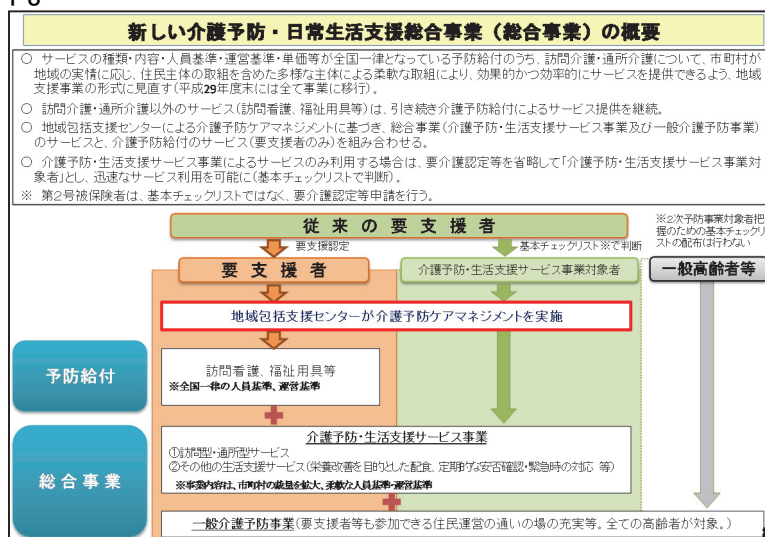
(参考) 地域リハビリテーション活動支援事業 リハ専門職等による介護予防の機能強化

- ・ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
 - ・ リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援
- 具体的には、
- ・ 住民主体の通いの場に定期的に関与することにより、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開
 - ・ 介護事業所において、介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問における自立支援に資する取組を促進
 - ・ 地域個別ケア会議等において、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力を向上
 - ・ ただし、地域リハビリテーション活動支援事業によるリハビリテーション専門職等の関与は、訪問リハビリテーションではなく、あくまでも住民や従事者に対するリハビリテーションからの助言・指導に限定

7

自立支援を阻害する要因に対しては、リハビリ専門職の視点から行うアセスメントや支援、多様なサービスへのリハビリ専門職の介入などが重要である。

市町村は、地域のリハビリ専門職を通いの場や地域ケア会議等に積極的に関与させることが必要である。都道府県は、リハビリ専門職の広域派遣調整など、市町村がリハビリ専門職を活用しやすい体制を構築し、情報提供を行う。



8

基本的な概要の説明。

介護予防ケアマネジメントとして、総合事業利用・予防給付利用・併給等、様々なパターンが発生する。従前の二次予防・一次予防事業は廃止となり、一般介護予防事業として新たに再編し、要支援者等も参加できる住民運営の通いの場や一般高齢者が要支援状態になることを予防する事業を充実させていくことが重要であることを説明。生活支援体制整備事業等による地域ニーズの把握や資源の掘り起こしを行い、事業の充実を図る。

具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の例	
ケアマネジメントA (介護予防支援と同様のケアマネジメント)	
・介護予防・生活支援サービス事業の指定事業者のサービスを利用する場合 ・訪問型サービスC、通所型サービスCを組み合わせた複数のサービスを利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付《利用者、サービス提供者へ》 →サービス利用開始 →モニタリング《給付管理》
ケアマネジメントB (サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント)	
・ケアマネジメントA又はC以外のケースで緩和した基準によるケアマネジメントとしてサービス担当者会議等を省略する場合	アセスメント →ケアプラン原案作成 (→サービス担当者会議) →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付《利用者、サービス提供者へ》 →サービス利用開始 (→モニタリング【間隔をあけて必要時時期を設定】)
ケアマネジメントC (サービス利用開始時のみ行うケアマネジメント)	
・ケアマネジメントの結果、補助のサービスや配食等のその他の生活支援サービス又は一般介護予防事業等の利用につながる場合	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始 (利用者の状況悪化、利用者からの相談により地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行)

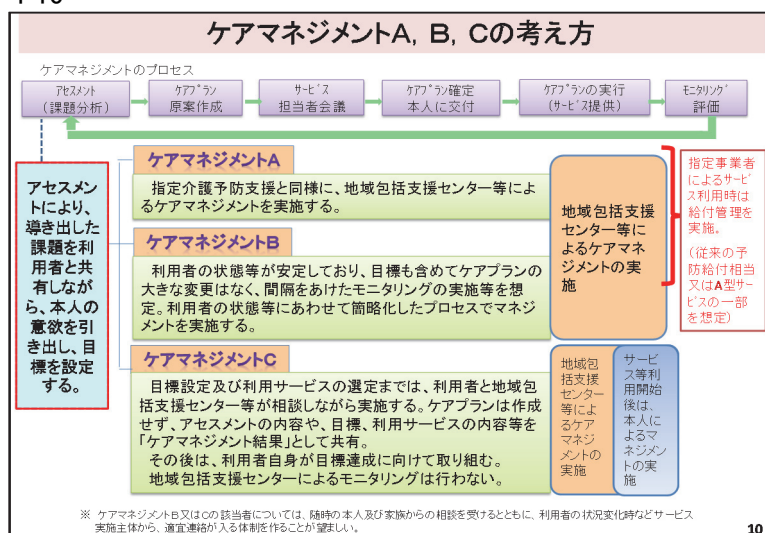
※()内は必要に応じて実施

9

介護予防ケアマネジメントの例示。介護予防ケアマネジメントにおいても、総合事業のサービスと同様、利用者の状況に応じて必要なケアマネジメントが適切に選択されることが必要であり、市町村により、ケアマネジメントA～Cの選択や対応サービスも異なる。

介護予防ケアマネジメントでは、ケアマネジメントのプロセスを評価することとしており、実施したプロセスについて単価等を設定できる。(サービスC(短期集中予防サービス)卒業後、一般介護予防につながる可能性も意識し、利用者にセルフケアマネジメントの意識が定着するよう、介護予防ケアマネジメントを展開する必要がある。)

自市町村の介護予防ケアマネジメントの分類を示し、対応するサービス事業を関係者間で共有することで、介護予防ケアマネジメントに対する理解が深まる。



10

ケアマネジメントA～Cのどの類型で介護予防ケアマネジメントを実施するとしても、利用者による主体的な取組を支援し、利用者の気づきや意欲への働きかけ、具体的な目標の設定などにより、利用者の自立を最大限引き出すよう支援を行うことが重要である。

Ⅲ 総合事業に向けて準備すべきことは何か？

7. 介護予防ケアマネジメントに向けた準備 ～介護予防ケアマネジメントの三類型

【アクセス】利用者自立支援に向けた目標を共有。介護予防への意欲を引き出せるよう、信頼関係を構築。

- より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心シート」等を利用し、本人の趣味、社会的活動、生活歴等も聞き取り、「できない」という課題から「したい」「できるようにしたい」という目標に変換させる作業が重要。
- この段階から、生活機能の低下等についての目標を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出せるよう、利用者本人及び家族とのコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

【ケアプラン原案の作成開始】利用サービス内容とその後の関わりを検討した上で、介護予防ケアマネジメント類型を選択

- 利用者の状況に応じて切り替える支援・サービスと、その後の利用者への関わりが必要度合いによって、介護予防ケアマネジメントの類型が決まる。
- ケアマネジメントAは、現行の介護予防支援と同様。ケアマネジメントBは、専門職によるモニタリングは必要だが、本人の状況は安定しており、ケアプランの大きな変更もなく、間隔を空けたモニタリングでよい者を想定。ケアマネジメントCは、セルフマネジメント前提の者で、モニタリングは行わない。

住民主体の支援（一般・B）が中心になる場合 介護予防ケアマネジメントC	指定事業者・短期集中サービス（従来型・A・C）が中心になる場合 介護予防ケアマネジメントA・B
◎自立支援に向けてセルフマネジメントを推進 ➢ 本人とともに生活の目標を設定。セルフマネジメントでの「社会参加による介護予防」につなげる ➢ その他、①本人のやりたいことやできることを最大化すること、②社会参加の場として住民主体の活動につなげるため、これまで蓄積してきた地域資源の情報を活用することが重要 ➢ セルフマネジメント支援ツールとして介護予防手帳（※）が活用可能 ◎状況に応じて、マネジメントの主体が本人⇄包括と変化 ➢ ケアマネジメント結果の共有後は本人主体でマネジメントを行うが、状況が悪化したり、本人から相談があった場合は、適宜マネジメント主体を地域包括支援センターに変更	◎従来の介護予防ケアマネジメントを執行するパターン ➢ 「生活の活性化による介護予防」を重視し、サービスが自立を阻害してはいないか確認。また、特に短期集中サービスの場合は、計画的に利用し、終了後の状況に応じて支援・サービスを切り替える ◎モニタリングの実施方法等が異なるAとBを状況に応じ活用 ➢ 利用者の状況が安定し、サービス担当者会議、モニタリングを一部省略可能であればB。変化があった場合はAと、状況に応じ活用される。 ※支援：サービスの範囲に即ち介護予防ケアマネジメントの変化 総合事業への移行（選定）は、選定自治体サービス利用者も多く、大半のケアマネジメントがAに該当。住民主体の支援が拡大すれば、介護予防ケアマネジメントに移行するケースや開始時点から介護予防ケアマネジメントを採用するケースが増えたと考えられる。

Mitsubishi UFJ Research and Consulting

ケアマネジメントA・B及びケアマネジメントCにおける運用の例示。

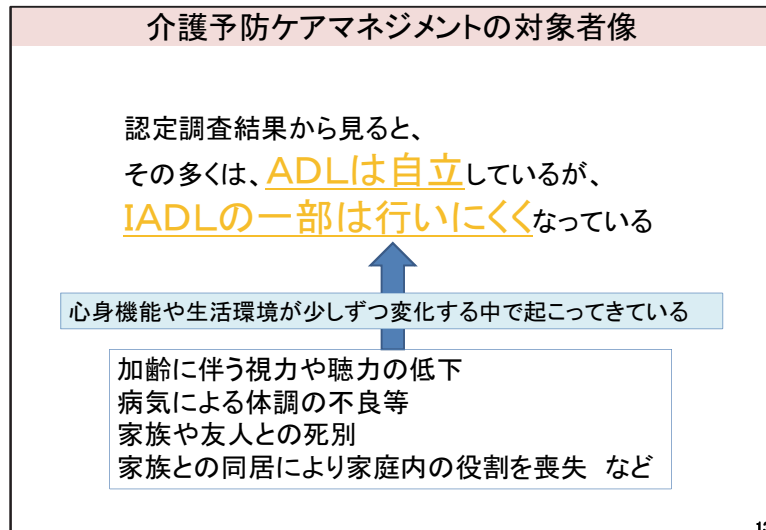
ケアマネジメントの類型も固定するのではなく、状態や状況に合わせてケアマネジメントの類型も変動させ、必要な支援となるようにする視点が重要である。

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号訪問事業、第1号通所事業又は第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）

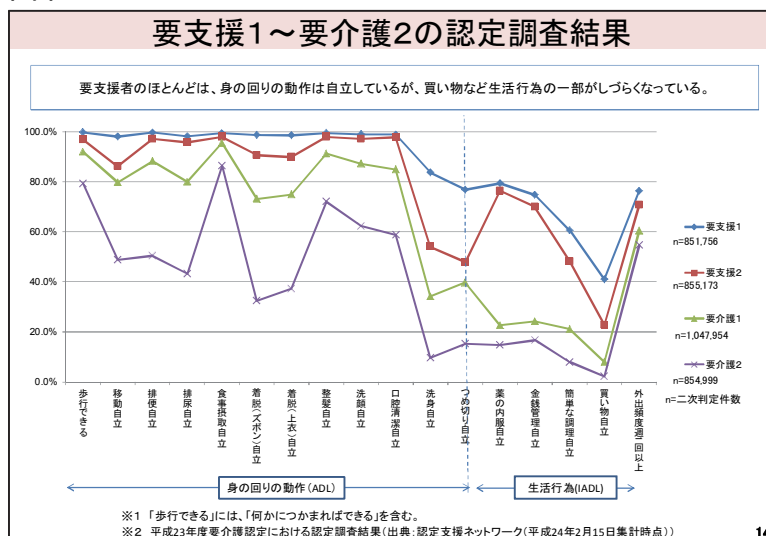
改めて介護予防ケアマネジメントが介護保険上どのように位置づけられているのか説明。



利用者の状態が、どのような原因でADLは自立しているが、IADLが行いにくい状況になるのかを説明する。

「加齢に伴う視力や聴力の低下」「家族内の状況の変化」等をきっかけにして、生活不活発病になりやすい。そのきっかけを見落とさないようにすることが重要である。

そのプロセスを住民に啓発していくことも大切である。



認定調査結果から具体的にどのようなことが生活の支障となるおそれがある状態なのかを説明する。

特に総合事業の対象となる要支援者レベルの者が困難と感じる日常動作について、生活行為の支援は容易に補完できるが、単に困難さを解消する目的だけでサービスを位置づけるのではなく、本来持っている能力を引き出すように支援することについても利用者や家族と共有する必要を説明する。

P15

利用者像の多くに見られる代表的な状態

- ① 健康管理の支援が必要な者
- ② 体力の改善に向けた支援が必要な者
- ③ ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者
- ④ 閉じこもりに対する支援が必要な者
- ⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者

その他、MCI高齢者における認知機能の低下や、うつ症状に対する支援が必要な者が想定される。

15

利用者の状態はどのような方が多いのかを確認。

様々な状態の方が想定されるが、その中で、改善に向けたアプローチが可能な人もいることを説明。

P16

○日常生活動作 (ADL: Activities of Daily Living)

- ・毎日の生活を送る上で必要な基本的な身体動作群
- ・個々の人間が独立して生活する為に行う基本的で、各人ともに共通に、毎日繰り返される一連の身体的動作群
 - 食事・排泄・更衣・整容(身だしなみ)・入浴
 - 起居動作(寝返り、起き上がり、座位、立位、歩行)

○手段的日常生活活動

(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)

- ・ADLを基本にした日常生活上の複雑でより高次の動作
 - 家事全般(炊事・洗濯・掃除など)
 - 買い物、金銭管理、趣味活動、公共交通機関の利用
 - 車の運転等・・

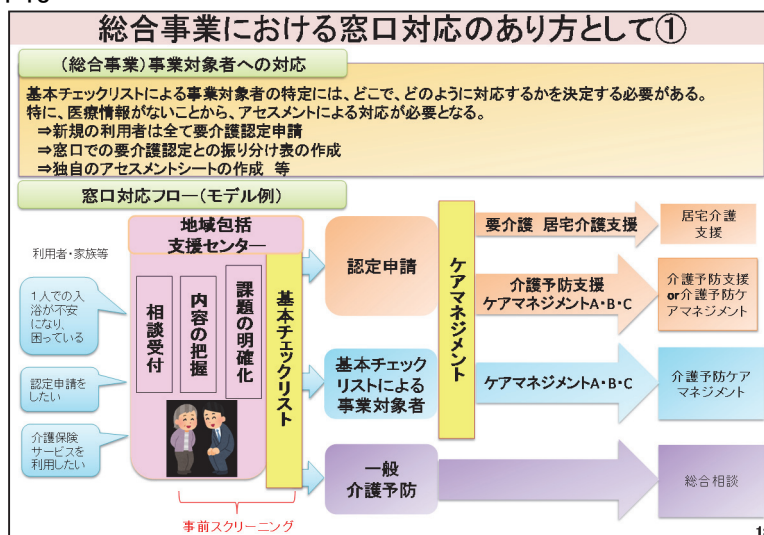
16

ADLは全ての人が行う生活動作であり、またその動作を他の人が変わることが困難な動作。

IADLは個別性があり、その動作を行わない人もいる。また他の人が変わりにその行為ができるのもIADLの特徴である。そのため過剰に介護して能力を低下してしまう恐れがある。

ADL/IADLの評価とは
 私たちが対象者を
「知る作業」です。
 対象者が
「自分を知る作業」
 でもあります。

専門職が利用者を知ることは重要だが、利用者が自分のADL・IADLの状態を知ることは生活不活発病の早期発見につながる。そのためには、利用者が理解できる説明を行う「伝える力」が必要である。



総合事業における窓口対応の留意点を説明。様々な相談があるなかで、窓口の担当者が利用者の意向や支援の必要性から適切に振り分けを行うことが重要。そのための体制や対応の流れ等を整える必要がある。

基本チェックリストにより、事業対象者に該当するかを判断するため、スクリーニングに用いる基本チェックリストの内容の変更をすることはできないので留意する。

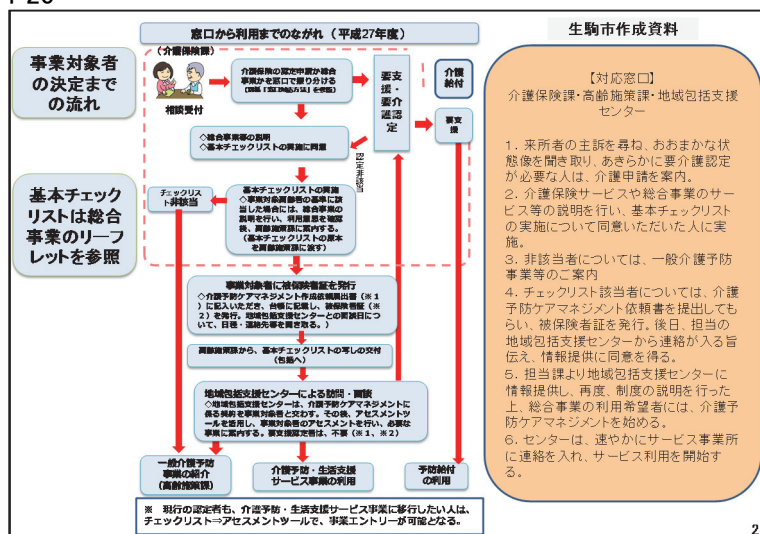
総合事業における窓口対応のあり方として②

総合事業の趣旨を踏まえ、以下の点についての説明が必要

- 「自立支援に資する介護予防ケアマネジメントとサービス事業等の展開による、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図る事業であること」
- 「介護予防ケアマネジメントを通じて、利用者自身が目標を立て、その達成に向けてサービス等を利用しながら介護予防に取り組んでいくもの」
- 「事業対象者として総合事業の利用開始後も、いつでも要介護認定等の申請は可能であること」

19

窓口対応として、総合事業の趣旨を説明し、同意の上でその後の支援の相談等へとつなげていくことが大切である。事業の本来の意義や目的をサービス利用前に共有化し、自ら自立した生活に向けた取り組みへとつながるように対応することが重要。



20

1つの窓口業務の流れの例示。このとおりの対応をすることが求められるわけではないが、窓口における対応からの流れについて、どのような対応が求められるのかを例示を元に確認。

今後、どのような流れで進んでいくのかの全体像を利用者、家族、事業者等にも理解してもらうことが重要であり、各市町村の流れを示すことで、理解が深まる。

都道府県においては、窓口から総合事業の利用の流れについて、管内市町村で工夫を行っているところの流れを示し、情報共有を図ることも有効である。

総合事業における窓口対応のあり方として③

- ◇ 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**である。
 - 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。
- ◇ 市町村の要介護(要支援)認定等の申請窓口には、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。

21

窓口対応が市町村窓口でも適切に行われるための対応方法の留意点や体制についての例示。対応者が専門職でない場合でも、適切な窓口業務が行えるような体制整備が必要である。

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、各市町村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。

22

高齢者自身が総合事業を「利用する」のではなく、「参加する」ためには、自立支援に向けた動機づけが必要であり、説明と同意のプロセスが重要である。

サービス事業卒業後の社会資源の開発についても地域ニーズに合わせ、柔軟にしかも計画性を持って関与していく必要がある。

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。

23

セルフマネジメントにつなげるため日常生活上の課題となるその原因や要因、見通し、医療連携から得られる補足情報等と合わせ、根拠となるアセスメントが必要である。

利用者本人の「したい」「できるようにになりたい」生活行為が目標として明確に設定され、その達成のための利用者の主体的な取組が実践できるような動機付けには、利用者の性格や判断力に合致した説明を行う必要があり、説明者のプレゼンテーション能力の向上が必要。

介護予防ケアマネジメントのあり方③

そのような支援を通して、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。

24

利用者が地域に暮らす高齢者であることの視点を持ち、できるようになった部分が継続できるよう、地域の活動等と本人の意欲を結び付けるためのアプローチも重要である。

(参考)介護予防支援の提供に当たっての留意点

- 1 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すのではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- 2 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- 3 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- 4 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- 5 サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- 6 地域支援事業(法第百十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。)と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- 7 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個性を重視した効果的なものとする。
- 8 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

原令令第37「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」より

25

サービス事業所も介護予防に資するサービス提供の在り方を十分に理解する必要がある。そのためにはどのような留意点があるかを確認。

お隣ワーク

「自立支援」
共有できていますか？



26

自立支援の考え方について、話し合ってみる。

教科書的な概念は共有できるはずだが、具体的な支援のあり方や連携のあり方は個別バラバラであることが想定される。

自立支援におけるイメージを保険者・介護予防ケアマネジメント受持者・サービス事業者が共有できる働きかけも重要である。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点①

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。

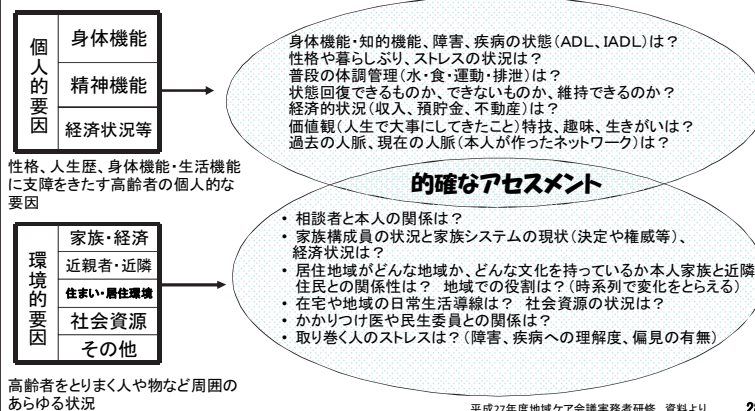
更に、地域での社会参加の機会を増やし、「**役割や生きがいを持って生活する**」と思うことができるよう、働きかけていくことが重要である。

27

「加齢」に伴う機能低下を受けいれるか、抗うかにより、高齢者自身の受容や行動にも差が生じる。
 高齢であっても機能は向上し、維持は可能であることを、成功体験などを通じて行動変容につなげていく。
 また、高齢者の生活する環境もアセスメントし、本人への直接的なアプローチだけでなく、関与する家族等にアプローチするなど多面的な対応が必要。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点②

■ 自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策
本人と本人を取り巻く人々の力を引き出し、最適な状態を目指す



自立支援に資する介護予防ケアマネジメントにおいて、生活機能だけでなく、利用者の個人的要因や環境的要因など多面的なアセスメントが重要であり、他の専門職のアセスメントも入手し、総合的に捉えることが必要である。

また、多様なサービス創出を見据えて行くためには、地域性、住民間の関係性等地域環境についてのアセスメントの視点も重要である。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点③

- 本人の主訴(要望)、家族の要望、近隣の要望を聞き、それぞれが困っていることへの対応策として、公的制度、サービス及びインフォーマルなサポートを考えることも大切であるが、それだけでは潜在している真の課題を抽出することはできない。
- 前述した着眼点を咀嚼して、多職種の専門職による知識の相乗効果(チームケア)を駆使して、個人的要因と環境的要因を洞察し、原因・背景を探ることによって、当事者たちが気づいていない、内に潜んでいる「**状態の悪化に影響を及ぼしている要因**」=真の課題を、当事者や家族とともに明らかにし、解決策をともに考えていく姿勢と能力が求められる。
- その上で、課題解決の主体は、**当事者(本人、家族、地域の人)**であり、当事者が気づき、自ら取り込もうとする課題の抽出、と解決方法を一緒に合意していく必要がある。当事者を含めた合意形成の場を持つよう工夫するとともに、そこでの**合意形成能力**が必要とされる。

平成27年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 資料より

29

状態悪化に影響を及ぼしている要因を本人や家族と共に明らかにし、解決方法等を一緒に合意していくことで、顕在化している課題だけでなく、潜在化している課題についても本人や家族に気づきを促し、自身が課題を解決させていくサポートを行っていくことが重要。

※「洞察」: 物事を観察して、その本質や奥底にあるものを見抜くこと。見通すこと。

自立支援に資する介護予防ケアマネジメントの視点④

- 本人や家族が地域とともに築いてきた強みに着目し、出来ていたことや出来そうなこと、出来ることを把握し、意欲喪失をくい止め、QOLの維持向上を目指した暮らしぶりの再構築に向けた「自己決定」を上手にサポートすることにより、強制的なやらされ感ではなく、主体的な意欲を引き出す実践応用力が求められる。
- 見通しを立てるという視点も求められる。
- 目標が明確に設定されており、モニタリング時に適切に分析・評価が可能であること。

平成27年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 資料より

30

自己決定を上手に支援するためにも将来の見通し(医療介護連携による情報収集に基づく、廃用症候群や疾患などによる変化を放置した場合の状態や改善アプローチによる効果の見立て)を立て、利用者がそこに向けた目標等具体的なイメージができるようにアプローチすることが重要であり、目標が明確でない(例えば、歩けるようになった先の目標は何になるのかを明確にする。)ことによりモニタリングや評価が適切にできなくなることを留意しなければならない。

課題を明確化し、支援の方向性を導き出す方法(例)

- ・ 家族図、エコマップによる関係者と社会資源の整理
- ・ 本人・家族の生活歴、関係者の関わりを時系列で整理
- ・ 個人的要因と環境的要因による課題分析
- ・ アセスメントによる目標の設定

平成27年度地域ケア会議運営に係る実務者研修 資料より

31

課題の見える化の工夫。

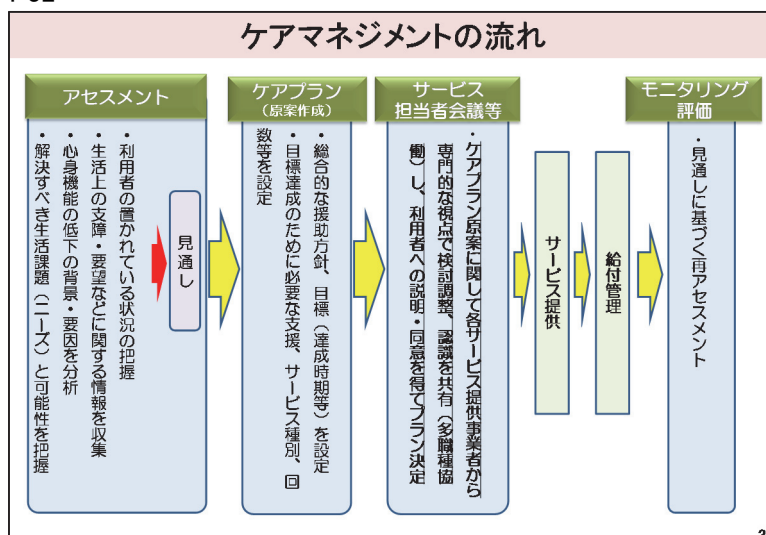
利用者のモチベーションにどう結びつけるかということを検討するにあたってはこれらの内容も踏まえてアプローチすることが重要である。

家族図を書くことで、家族歴や利用者本人の行動変容のキーパーソンが誰なのかを把握する。

エコマップにより、助言や行動変容にむけたサポートのできる人的社会資源を検討することができる。

(エコマップとは、要支援者を中心としてその周辺にある社会資源(家族、きょうだい、友人、近隣住民、各種介護関連機関など)との相関関係をネットワークとして表現したもの。)

本人・家族の生活歴を聞くことで、元々その人がどのような生活を送ってきたのか、価値観等が把握でき興味関心のヒントにもつながる。



32

介護予防ケアマネジメントにおいてもこれまでのケアマネジメントプロセスと変わりはないことを確認。

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。

33

ICFの考え方は介護支援専門員養成研修などにおいても取り上げているが、ICFの概念やICFに基づく支援が十分に浸透しているとは言い難い。

総合事業のみならず、この概念をケアマネジャーや地域包括支援センター職員をはじめ、地域のサービス事業所に浸透させることは重要である。

基本チェックリストが単なるサービス利用者かどうかの判断だけに使われるのではなく、アセスメントの一部であるという認識が必要である。

興味・関心チェックシートとは

- 利用者の「している」「してみたい」「関心がある」生活行為の状況の把握
- 自分の生活行為を思いつかない場合の、ヒント

<成り立ちと注意>

老人福祉センターを利用している高齢者で、センターでの活動にニーズを把握するためのアンケートを実施。因子分析により項目を整理した研究(2005.村井)が基本として、その後、一般社団法人日本作業療法士協会が実施した老人保健健康増進等事業で試行を重ね、外部に学識者の意見を追加して完成させた。

本シートの著作権は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており本シートの全部または一部の内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じている。

34

本人の意欲へとつながるアプローチを考える際には、興味関心チェックシート等を活用し、どのような取組が本人の意欲へとつながるか考えることも必要。

興味関心チェックシートは対象者の無意識化にある思いを意識化していくツールである。

P35

興味・関心 チェックシートの 項目

興味・関心チェックシート

氏名: _____ 年齢: _____ 性別: _____ 住居: _____ 市町村: _____

※本チェックシートは、興味・関心のある項目に「○」を記入し、興味・関心のない項目に「×」を記入します。興味・関心のある項目は、興味・関心のある項目に「○」を記入し、興味・関心のない項目に「×」を記入します。

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

生活行為

自分でトイレへ行く

一人でお風呂に入る

自分で服を着る

...

料理を作る

買い物

電車・バスでの外出

孫の世話

...

家族・親戚との団らん

ボランティア

...

読書

パソコン

...

畑仕事

賞金を伴う仕事

ADL

IADL

参加

趣味

仕事

35

P36

興味・関心チェックシートの手順

<シートの記入方法>

- ①各項目ごと、現在している生活行為には、その頻度に関係なく「している」の欄に○を記入。
- ②「していない」項目については、それを「してみたい」か意向を聞く。してみたいものには「してみたい」の欄に○を記入。
- ③興味の有無を確認。している、していない、してみたい、できる、できないに関係なく、興味がある場合は「興味がある」の欄に○を記入。
- ④いずれにも該当しない場合は、「している」の欄に×を記入。
- ⑤シートには空欄があり、各地域特有の生活行為や趣味活動など、使用する場に応じて追記する。

36

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。

その流れを、利用者本人及び家族と共有しながら進めていき、必要な情報提供(見通しを含む)や助言を行うことで、ケアプラン実施の際には本人・家族の取り組みを積極的に促すことにつながりやすい。

基本チェックリストの基準該当による総合事業の利用者については、主治医の意見等が付されていない。

治療中の病気の有無、病名、処方薬等の内容も、本人及び家族から聴き取ると共に、**必要に応じて主治医との連携**もとりながら、利用するサービスによって留意事項を聴き取っておくことも必要である。

37

できていない現状を単純に補うようにアプローチすれば、できないことへの補完的支援となってしまう本人の自立支援に資する支援とは言い難い。要因が分析できれば、改善や悪化防止に向けたアプローチを提案することができ、能力に応じ、自立した生活を目指すことができる。基本チェックリストの基準該当による利用者の場合は要介護認定による利用者と違い、医療情報が付されないことに留意しなければならない。このことを踏まえ、アセスメントには、疾患や栄養状態や薬の作用や副作用などの医学的な情報を組み入れて検討していく必要がある。

アセスメントにおけるポイント ③

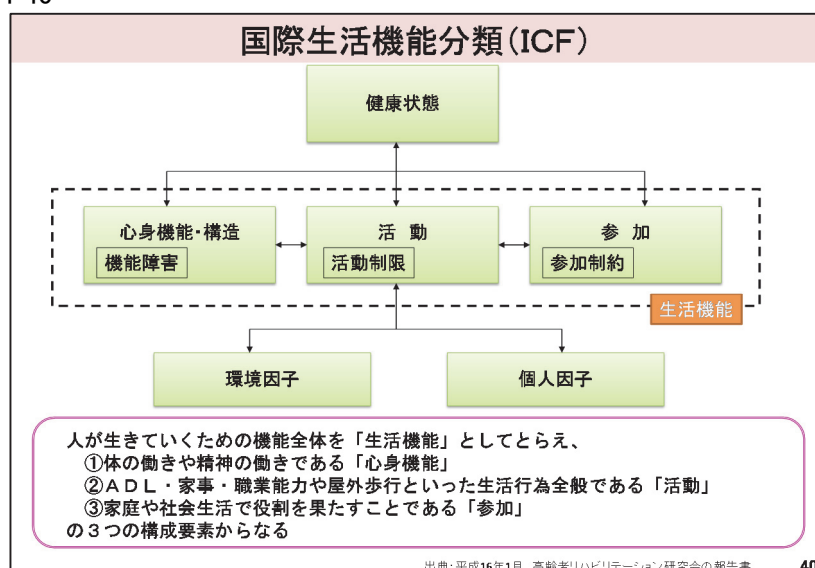
事業対象者や要支援状態の高齢者の特性が活かされ、介護予防ケアマネジメントに役立つアセスメントツールを市町村で独自に作成しているところもある。そうしたものを関係者で共に創りあげていく過程を大切に、ケアマネジメントの質を互いに高めていくということも大切である。

38

基本チェックリストのみで支援の必要性を判断してしまうのではなく、真に支援が必要かどうかを明らかにするためにどのようなアセスメントが必要なのか検討が必要。

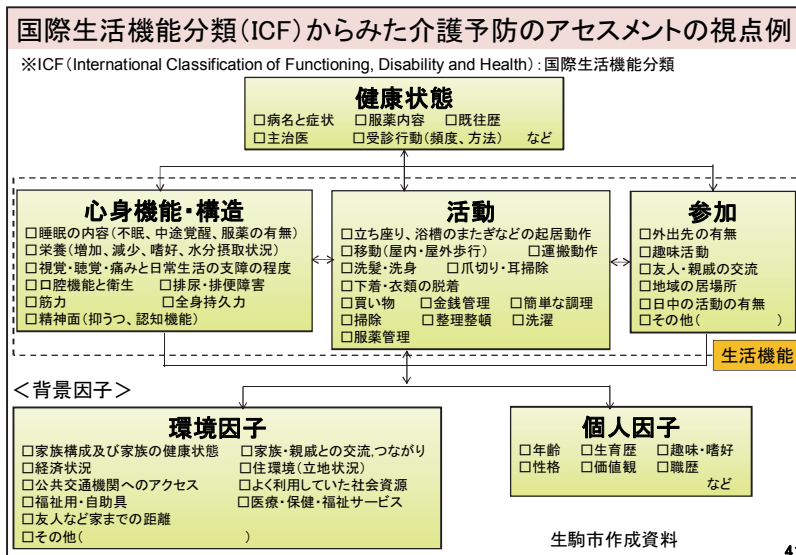


アセスメントが不十分だとニーズの捉え方が不十分になりやすくなる。介護予防におけるケアマネジメントにおいても状態に合わせて必要なアセスメントを行うことが必要。

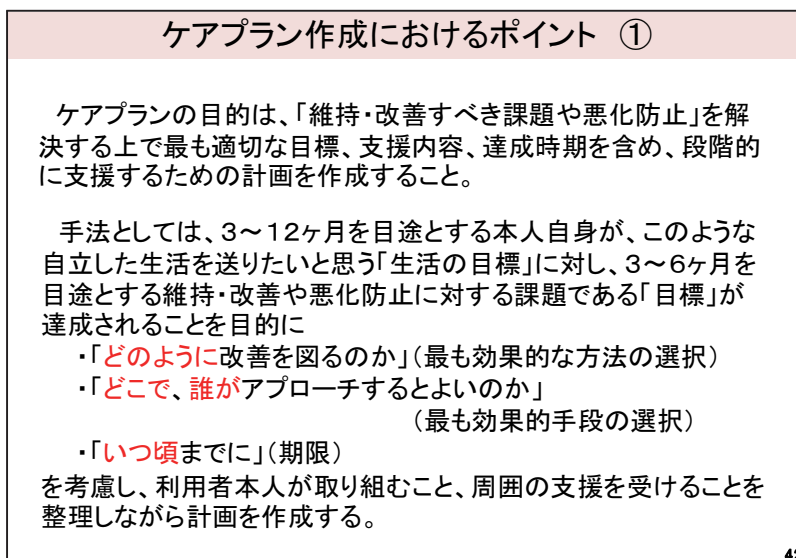


ICFの構成要素がそれぞれ相互作用していることを理解することが大切。

高齢者は複数の課題を抱えていることも少なくないことから、生活機能だけでなく、環境因子を含めた多面的な課題をアセスメントし分析していく必要がある。



情報はただ集めるだけでなく、整理し分析することが大切であるとともに医療知識の必要な分析であれば、他職種の協力を得ることも必要である。



課題を解決するための目標を具体的に示し、利用者本人、家族等と共有することが重要である。

目標を達成するための取組が支援内容(計画)となる。ケアプラン作成では、「誰が」「どこで」「どの様に」「いつまでに」と具体的な内容を作成する必要がある。

ケアプラン作成におけるポイント ②

サービス等の利用にあたっては、総合事業のサービス事業における住民主体の活動や一般介護予防事業、その他何らかの地域の支援や活動を利用することも想定される。

その際、単にサービスにつなぐというのではなく、その活動等のひとつひとつの取組内容や利用者の思い等を尊重しながらも、利用者の意欲や、他の利用者との関係等を考え、利用者がその活動等に馴染んでいけるよう支援していく姿勢が重要。

43

利用者の生活課題と社会資源を結び付ける際は、ただサービス等に結び付けるだけでなく、本人の思いや意欲を踏まえ、しっかりと馴染んでいこう支援をすることも忘れてはならない。

介護予防ケアマネジメントの考え方は、サービス利用を終了した場合においても利用者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。認定に至らない高齢者の増加、自立支援・重症化予防につなげることが重要である。

ケアプラン作成におけるポイント ③

ケアプランの作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題や悪化防止に対する課題（目標）の解決を図ることが大切であること、③目標が達成された後は、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要。

作成されたケアプランは、利用者が自身のケアプランと実感できるものであり、関係者で共有された上で、サービスの提供が行われなければならない。

44

支援をただ継続するのではなく、状態改善によって目標が達成された場合は次のステップアップに進むように計画作成し、本人へ説明、同意を得ることが重要である。

ケアプラン作成におけるポイント ④

ケアマネジメントCにおいては、アセスメントから目標設定、利用する介護予防に関する取組等の検討まで支援をした後は、利用者自身でその内容を実践し、地域包括支援センターのモニタリングは行わないことを想定している。

そのような場合に、利用者自身で目標の達成状況を確認したり、取組の変更を考えたりする材料として、介護予防手帳等のツールの活用も有効である。

45

ケアマネジメントCの場合は、セルフマネジメントが可能となるためのツールの活用を検討するなど、どのようにすれば、セルフマネジメントが可能となるかを考え、工夫をすることも大切である。

「平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金
地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に
向けた調査研究事業」 三菱UFJリサーチ&コンサルティング
<http://www.murc.jp/sp/1410/sougou/>

市町村名

介護予防手帳

～ 私のプラン ～

年 月 日 交付

● 氏名 _____

● No. _____

手帳の構成

この手帳は4つの項目から構成されています

内 容 あなたがしていること、趣味、 興味のあること、得意なことなどを 確認しましょう。 書くひと：あなた	私 の プ ラン あなたの暮らしの支えになるような 活動の目標やその達成に向けて 必要な取り組みを書いてください。 書くひと：地域包括支援センターの担当者とあなた	活 動 記 録 あなたが通ごし参加する場所での 活動の様子を書いてください。 書くひと：あなたとあなたの活動に関わる人	介 護 支 援 ボ ラ ン ティア ポ イ ン ト あなたが得意なこと、したいこと、 できることを活かした活動で地域に貢献 し、介護支援ボランティアポイント をもらいましょう。 書くひと：あなたの活動に関わる人
--	--	--	--

46

介護予防手帳の紹介。セルフマネジメントに向け、どのようなことが有効かの参考資料として活用。

サービス担当者会議におけるポイント ①

サービス担当者会議は、ケアマネジメントの一環として開催するもの。

総合事業において多様な実施主体がサービス提供を行うにあたり、「利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、各サービスが共通の目標を達成するために**具体的なサービス内容として、何ができるかについて相互に理解**するなど、利用者や家族、ケアプラン作成者、ケアプランに位置づけたサービス提供者、主治医等からなる会議」として、開催することが必要である。

その中で、効果的かつ実現可能な質の高いケアプランとするため、**利用者の状況等に関する情報を各サービス担当者等と共有**するとともに、専門的な見地から意見を求め、具体的なサービスの内容の検討、調整を図っていく。

47

サービス担当者会議において、多職種と情報を共有するとともに、専門的な見地からの意見を踏まえ、より具体的かつ実現可能な目標と効果的なサービス内容を検討し、さらにはその内容を共有し、チームメンバーが一体的にアプローチできるようにするためにも担当者会議は重要である。

サービス担当者会議におけるポイント ②

更に、サービス提供事業者だけでなく、**リハビリテーションの専門職や栄養士等様々な専門職の必要に応じた参加**により、対象者の有する能力はどの程度あるのか、改善できるのかという見通し、効果的な支援方法を入し、**自立支援の視点**に立った介護予防ケアマネジメントを実践するような取組も、総合事業として検討することができる。

このような会議で、多職種が関与することにより、見落としていた課題や、より留意した方が利用者の生活により効果的であるもの、**各専門職の様々な角度からの目標設定・課題解決策などについての意見を得る**ことができ、その意見を**利用者合意**を得てケアプランに反映させ、より利用者の状況等にあわせた支援が可能となってくる。

その実施により改善できたことを、利用者本人、家族やサービス事業者等関わる人々が共有することで、その後の高齢者自身の取組やケアマネジメント、各サービス事業の向上にもつながる。

48

サービス事業所に配置されていない専門職に、担当者会議等に参加してもらうことにより、専門職による専門的な視点から、課題や支援について検討ができる。また、自立支援の視点にたった専門的な判断に基づく介護予防ケアマネジメントが実践できるようになる。

モニタリング・評価におけるポイント ①

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。

総合事業においては、多様な主体による多様なサービスが展開され、介護予防ケアマネジメントも、利用するサービスの内容等に応じて、モニタリングの頻度等も変わる。

ケアマネジメント実施者が利用者と連絡を取らない間（ケアマネジメントCとして、地域包括支援センターからのモニタリングをしない場合や、ケアマネジメントBとしてモニタリングの間隔をあける場合）も、**利用者の状況変化等の際には、適宜利用者自身やサービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制をつくっておくことが必要。**

49

ケアマネジメントB・Cのような場合は、状態に応じてケアマネジメントプロセスを一部簡略化することが可能であるが、利用者の状況変化の情報がタイムリーに得られるような体制づくりをすることが重要である。このような体制が取れていないと、利用者の状態変化に伴う課題の発見が遅れたりすることが危惧される。

モニタリング・評価におけるポイント ② ～状況悪化を見逃さない仕組みづくりの例～

- サービス提供者と地域包括支援センターの間で、利用中止、無断欠席などについて報告する仕組みをつくる。
- 定期的に専門職が住民主体の活動の場等を巡回し、参加状況等を確認する。
- 住民主体の活動の場における体力測定等で、悪化の兆しを早期に発見する。
- 活動の場での出席簿を作成して、地域包括支援センターに毎月報告を行う。

50

サービス形態も多様となるなかで、住民主体の形態も想定されるため、心身の変化を見逃さない仕組みづくりが求められる。モニタリングの体制についてもサービス形態に応じた多様な方法を考えることが重要である。

モニタリング・評価におけるポイント ③

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。

51

支援を進める中で、目標達成してから次のステップへと進むのは不安が生じることもある。支援を受けている時から次のステップアップの場へ通うイメージを作れるようなアプローチをしていくことも大事である。

ケアプランに関する様式について

介護予防ケアマネジメントにおいて使用する様式は、介護予防支援業務における関連の様式例を活用するほか、市町村の判断で任意の様式を用いることもできる。

ただし、**市町村で統一**しておくことが望ましい。

※ 例えば、ケアマネジメントB、C(一部簡略化)

「介護予防サービス・支援計画書」の一部を省略して用いることも可能。

ただし、その場合でも

「**本人の生活の目標**」

「**維持・改善すべき課題(アセスメント結果)**」

「**課題の解決への具体的対策(利用サービス)**」

「**注意事項**」

といった内容が含まれていることが望ましい。

52

ケアマネジメントB等の場合は、介護予防ケアマネジメントにおける書式を簡略化することなども考えられるが、一部を簡略化した際においても、本人が意欲的に目標を持って取り組んでいくために必要な項目については簡略化しないように留意しなければならない。

生駒市作成資料

生駒市版 簡易プラン表(ケアマネジメントBIに活用する帳票)

介護予防支援計画表および評価シート

No. _____ 利用者氏名 _____ 種 _____ 歳 _____ (年度末時点での年齢記載)

計画作成者氏名 _____ 地域包括支援センター担当 _____
 計画作成日 年 月 日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	目標	支援計画			評価 評価日(年 月 日)
			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	利用先	
運動・運動・移動について						
日常生活(家庭生活)について						
社会参加・社会関係・コミュニケーションについて						
健康管理について						

身体	生活全般	運動	栄養	口腔	認知(こころ)	認知(こころ)	認知(こころ)	認知(こころ)	認知(こころ)
1/2	2/2	1/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2

身体	生活全般	運動	栄養	口腔	認知(こころ)	認知(こころ)	認知(こころ)	認知(こころ)	認知(こころ)
1/2	2/2	1/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2

簡略化したケアプランの例示

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) (例)

※ ケアマネジメント結果等記録表においては、網掛け部分の記載は省略可能

No. _____ 利用者氏名 _____ 種 _____ 歳 _____ 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合: 計画作成者 事業者、事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(家)日 年 月 日(初回作成日) 年 月 日 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活 _____

I-B		I-A	
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	総合課題	課題に対する目標と具現化の達成
(運動・移動について)	口有 口無		
(日常生活(家庭生活)について)	口有 口無		
(社会参加・社会関係・コミュニケーションについて)	口有 口無		
(健康管理について)	口有 口無		

健康状態について
1. 生活状況(健康・運動・認知・社会参加・生活全般)

基本チェックリストの結果(簡易アセスメント版)を記入して下さい
地域包括支援センターの担当は事業所(ケアプラン)の担当に引き継ぎをお願いします

運動	栄養	口腔	認知(こころ)	認知(こころ)	認知(こころ)	認知(こころ)
1/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2

【事業所】
地域包括支援センター

【評価】
計画に照らす評価
上記計画について、同意いたします。

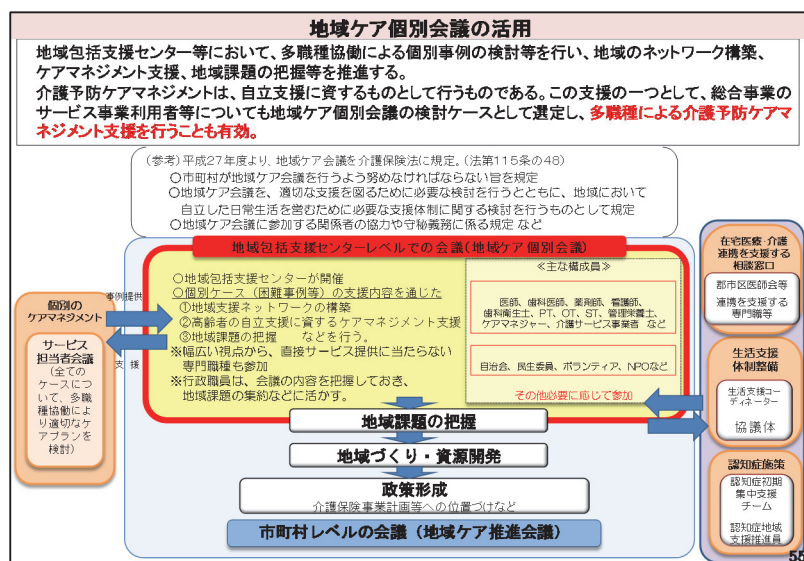
申請 年 月 日 氏名 _____

【事業所】
地域包括支援センター

【評価】
計画に照らす評価
上記計画について、同意いたします。

申請 年 月 日 氏名 _____

介護予防サービス・支援計画書を活用する場合の書式の例示



地域ケア会議を活用し、想定していた改善がなされなかった要因について、多職種による検討を行い、地域の中で求められる新たな事業を含めた地域課題の抽出や社会資源の開発、地域ネットワークの構築など展開することで、地域づくりにつなげていくという俯瞰的な視点も求められる。

※第 122 回市町村職員を対象とするセミナー「地域ケア会議の推進について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000142223.html>

介護予防ケアマネジメント演習

「介護予防ケアマネジメント実務者研修会」の実施概要

（目的等）

- ・市町村職員や地域包括支援センター職員などの実務者に対し、多様なサービスを活用した利用者の自立支援に資するケアマネジメント手法に関する研修を行うことにより、その能力の向上を図ることを目的とする。
- ・介護予防ケアマネジメントの考え方を理解し実践的な取組につなげるため、原則として市町村の担当者（総合事業（介護予防ケアマネジメント）担当）と地域包括支援センター職員（介護予防ケアマネジメント実務者）の2名一組を対象とする。
- ・演習での理解を深めるため、事前課題として、介護予防ケアマネジメントにかかる支援計画書の作成・提出を求める。

※介護予防ケアマネジメント研修を都道府県および市町村にて開催する場合には、対象者を、

- ・都道府県開催では、管内市町村職員および地域包括支援センター職員の2名一組とする。
- ・市町村開催では、地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所のケアマネジャーの2名一組を対象とする。

など、介護予防ケアマネジメントの実践的な取組につながるよう工夫し実施する。

※都道府県担当者は、介護予防ケアマネジメント研修会を開催するにあたり、都道府県内の状況を把握し、介護予防ケアマネジメント研修会の講師となれる人材の発掘や育成等を行い、市町村が研修を行いやすい体制を整備することも必要である。

※事前課題として支援計画書を提出してもらい、確認することで、どこかの部分を書けていないのかなどの傾向を掴むことができる。

○演習全体の流れについて

	内容	時間	
自己紹介	グループ内での自己紹介（司会・記録も決めておく）	10	10
導入	演習の目的	5	15
講義	サービス利用の目的、流れ、サービス事業等設定の説明	10	
演習1	ワーク 脊椎損傷のケースからストレンスを考える	5	37
	解説	5	
演習2	要支援者のイメージ共有	10	
	解説	3	
演習3	ワーク できる「能力」としている「行為」の差異	10	60
	解説	4	
講義	解説 基本チェックリストの見方・活用	15	
演習4	ワーク 基本チェックリストからの読み取り	5	
	解説	10	
休憩		15	
演習5	ワーク 基本チェックリストの不足情報の書き出し	10	
	解説 ワークの解説	5	
演習6	全体説明	5	5
	①ワーク 事例のイメージの共有化（演習1～3の視点を元に）	10	55
	発表	5	
	②ワーク 自身のプランを説明	20	
	発表	5	15
	③ワーク 自身のプランとグループ内のプランの比較 自身に不足している視点を抽出	10	
	発表	5	
	④ワーク プランの解説 （着眼点やこのようなプランになったかを説明） サービスC（短期集中予防サービス）と現行デイ用の2種	15	
まとめ	事務職と技術職で意識合わせ	5	5 発表なし
		合計	202

- ・演習1～3で総合事業対象者のイメージ作り。対象者のイメージをしっかり持つために行う。
 - ・演習4、5で、基本チェックリストの意味ある帳票としての活用、不足する情報が分かる。
 - ・演習6で事例および支援計画書の内容を共有し、自分に不足している視点を抽出する。
- ※今回実施した研修会では、グループワークの時間が多く、疑問の解決や円滑に演習を進めるため、講師以外にファシリテーターを配置し研修を行った。
- ※研修主催者、講師、ファシリテーターで、どの様に演習を行うかを検討し、研修参加者の理解を深めることも重要である。

○事例について

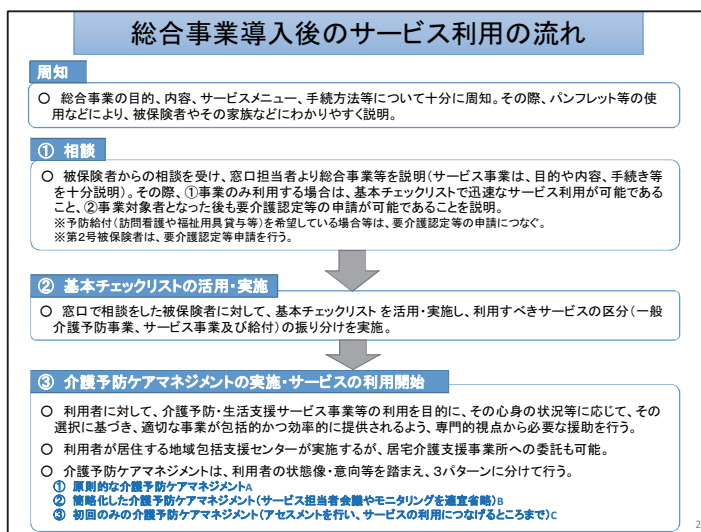
- ・今回の研修で取り上げる事例は、認知症の事例としている。認知症に関する捉え方は、支援者の力量の差が大きくでることもある。認知症の方でもその人の「強み」を活かした支援の方法を考える機会となることを目的としている。
- ・演習では、事例の具体的な支援計画を検討するのではなく、適切なアセスメントの実施、状況を踏まえた目標設定等必要な支援のためのマネジメントを考えることが重要である。（支援計画の具体的な内容の検討を行うものではない。）

本日の演習の目的

- ① 総合事業における介護予防ケアマネジメントの流れを押さえる
- ② 要支援者等に必要なアセスメントの基本を振り返る
- ③ 基本チェックリストの有効な活用方法を学ぶ
- ④ 事例演習を通して「自立支援」を念頭に置いた介護予防ケアマネジメント及び多様なサービスの創出が重要であることを学ぶ

介護予防ケアマネジメントは総合事業と一体的に捉えて実施していくものであり、別々に考えるものではない。演習は、要支援者等に必要なアセスメントを振り返る為、復習も兼ねた演習の組み立てとなっていることを確認する。

「自立支援」については、市町村で定義付けを行うなど、規範的統合を行う必要がある。



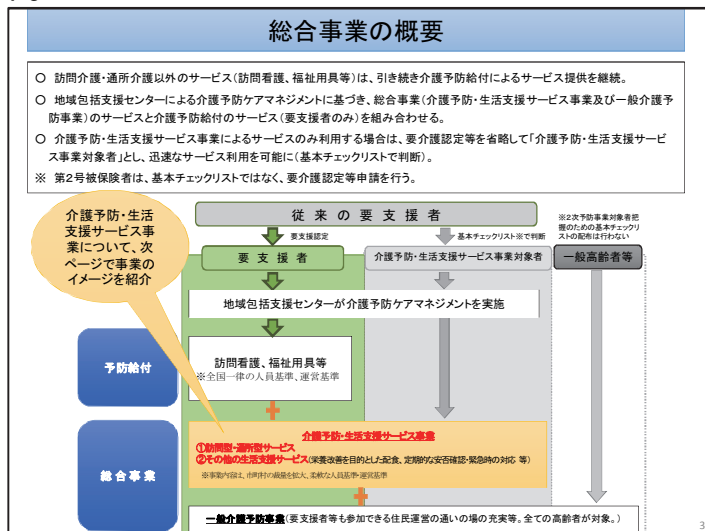
総合事業のサービスの流れについては、保険者が責任を持って実施しなければならない内容である。

事業対象者の決定までの流れや要介護認定等の申請など、フローチャート図やマニュアル作成を行うことで広く関係者に周知ができることを説明する（自治体に応じた工夫を行う）。

都道府県にて開催する場合には、管内市町村において作成しているフロー図の紹介を行うなど、自治体の取組を紹介する。

総合事業の目的、内容等を、住民、地域包括支援センター、事業者と共有し、規範的統合の必要性を説明。

自市町村でのサービスの流れを説明する資料に差し替えて説明することで、各市町村のサービスの流れが明確になる。



総合事業の概要について説明。

介護予防ケアマネジメントとして、総合事業利用・予防給付利用・併給等、様々なパターンが発生する。

従前の二次予防・一次予防事業は廃止となり、一般介護予防事業として新たに再編し、要支援者等も参加できる住民運営の通いの場や一般高齢者が要支援状態になること予防する事業を充実させていくことが重要であることを説明。生活支援体制整備事業等による地域ニーズの把握や資源の掘り起こしを行い、事業の充実を図る。

サービスの類型(典型的な例)					
○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。 ①訪問型サービス ※市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に反映し、サービス内容を検討する。 ○ 訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。 ○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。					
基準	多様なサービス				
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障のある症状・行動を伴う者 ・認知症で行動の安定が難しく、専門的サービスが求められる者等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進	・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる	
実施方法	事業者指定	事業者指定/委託	補助(助成)	直接実施/委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

保険者によってサービス類型が異なる。

地域の課題に即して、多様なサービスを増やしていくことも考えていくことが大切。

保険者ごとに実施するサービス類型に修正し、説明を行うと理解が得やすい。

都道府県が研修を行う場合、管内においてサービスDを実施している市町村等を紹介することで、情報提供のスライドとしても活用できる。

都道府県においては、管内市町村のサービスの実施状況などを把握し、市町村間で情報共有を図ることも可能。

介護予防・生活支援サービス事業(訪問型イメージ)

トイレの手摺り
→ 腰の負担軽減
量物の安定しやすさ

段差のある玄関
高さのあるより用には、踏み切り
すりすり等を設置
※ 転倒防止対策に効果的です

【訪問型サービスC】
家屋内の環境調査や段差解消についての代替案の提案、福祉用具や住宅改修の必要性の判断やセルフケアの提案、歩行状況の確認や安全な歩行方法の提案など、保健・医療の専門職による個別指導を行うもの。

腰痛予防の体操をセルフケアで実施できるよう指導。

転倒を繰り返しているため、足首の固さをチェックし、セルフケアの方法を提案。

自宅周囲の歩行状況を確認。散歩コースや休憩ポイントの提案をしながら、今後の居場所に関する情報収集などを実施。

【訪問型サービスA・B、現行相当】
「訪問型サービスA・B」では、掃除や買い物、料理などの身体介護を伴わない生活支援サービスを中心に提供。現行相当の訪問介護サービスは予防給付で提供していたサービス内容と同様のサービスを提供。

総合事業の訪問型サービスの種類のイメージが湧くように示した参考資料。

保険者ごとにあるサービスを示すことで、関係者や市民に理解が得られやすい。

都道府県で開催する場合、管内市町村での取組を掲載することも可能である。

② 通所型サービス ※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。				
○ 通所型サービスは、現行の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。 ○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。				
基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など 自主的な通いの場	生活機能を改善するための 運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○ 既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○ 「多様なサービス」の利用が難しいケース ○ 集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※ 状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○ 状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進 ・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※ 3～6ヶ月の短期間で実施		
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 + ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)
③ その他の生活支援サービス				
○ その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなる。				

保険者によってサービス類型が異なる。

地域の課題に即して、多様なサービスを増やしていくことも考えていくことが大切。保険者ごとに実施するサービス類型に修正し、説明を行うと理解が得やすい。

都道府県が研修を行う場合、管内においてサービスを実施している市町村等を紹介することで、情報提供のスライドとしても活用できる。

都道府県においては、管内市町村のサービスの実施状況などを把握し、市町村間で情報共有を図ることも可能。

介護予防・生活支援サービス事業(通所型イメージ)



通所型サービスB



通所型サービスA



通所型サービスB
会食サロンやミニデイサービス



現行相当 通所介護

介護予防・生活支援サービス事業における通所型の多様なサービスには、「保健・医療」の専門職が介入する【通所型サービスB】、基準を緩和した【通所型サービスA】、住民主体による支援としての【通所型サービスB】や従前からの介護予防通所介護などが、現行の通所介護相当として、【通所介護】と示されています。市町村は地域の実情に応じて、サービス内容を検討することとされています。

総合事業の通所型サービスの種類のイメージが湧くように示した参考資料。

保険者ごとにあるサービスを示すことで、関係者や市民に理解が得られやすい。

都道府県で開催する場合、管内市町村での取組を掲載することも可能である。

一般介護予防事業(イメージ)



地域の体操教室
(椅子に座ったままのもの・マット活用のもの・立位で行うものまで幅広く、地域のニーズに応じたものを展開)



地域リハビリテーション活動支援事業
(住民運営の通いの場等にリハ職関与を促進)



高齢者サロン
(元気高齢者がサロンを運営)



認知症予防教室
(地域の高齢者が地域の認知症を支える展開)



お食事サロン
(元気高齢者が食事会を運営)

地域の実情に応じた創意工夫が必要！ (例) 前期高齢者・後期高齢者の特性別プログラムや男性の居場所づくりなど

総合事業は、介護予防・生活支援サービスと一般介護予防事業の 2 本の柱で構成されている。一般介護予防事業を広く展開することで、介護予防の推進や地域の見守りネットワークの構築につながることを説明。また、一般介護予防事業はサービス C(短期集中予防サービス)等のサービス終了後の受け皿としても地域の実態に即した事業展開を行うなど保険者の創意工夫が必要であると説明。

都道府県で開催する場合には、管内市町村で行われているサービスに変更し、紹介することでより身近になる。地域リハビリテーション事業など都道府県で支援していることも合わせて説明を行う。

演習 1 ストレンクス(強み)を考える

72歳、男性。転落事故にて脊髄損傷。現在、両下肢機能全廃。

身体障害者手帳は、1種1級。立位・歩行は不可であるが、両手は使えます。

この方のストレンクス(強み)を考えて、何ができそうかを書き出してみてください。

お隣さんワーク(5分)

9

介護予防ケアマネジメントを実施する上で、対象者の状況をいつもと違った視点で考えるための演習。「もう、年だから・・・」と加齢を理由に簡単に諦めるのではなく、「できること」や「できそうなこと」がないかを考えるためのツールの1つとして、「強みを活かす」という視点を振り返るための演習であることをワーク後に説明。

脊髄損傷の方のご自宅拝見



10

専門職の視点として、できないこと＝弱みに着目しがちであり、「できること」「できそうなこと」を見逃しがちである。工夫次第でできそうなことは無いが、「できること＝強み」を活かす視点に切り替えて考えてみる。課題解決のための介入の糸口や対応方法に使える可能性が大きい。本人、家族が気づいていない「強み」を専門職が気づかせてあげることで、意欲の向上にもつながる。実際には両手が使えるという強みを活かし、環境調整を行うことで、できることがこのように多いことを説明。

①妻をリフト活用し、車いすからベッドへの移乗を実施。②④⑤⑥⑦車いすのまま利用できるように環境調整を行うことで、入浴・排泄・簡単な調理・洗濯・清潔保持等ができています。③に関しては、段差を30cm設ける環境を整えることで、いざり歩行ができる脊髄損傷の強みを活かし、衣類の出し入れができるような工夫がなされている。

演習2 要支援1・2の認定者についてイメージしてみる

- 「できる」行為には、どのようなものがあげられますか？
- 「できない」「しづらい」行為には、どのようなものがあげられますか？
- どのような疾患をお持ちの方が多くでしょうか？

お隣さんワーク（10分）



11

要支援1、2の状態（総合事業対象者の理解）を共通理解するための振り返り演習であることを説明。
午前中の講義での「介護予防ケアマネジメントの利用者像」等（講義資料 P15～17）を参考にイメージを進める。

要支援1・2の認定者の特徴 ～1つの例示～

- 身の回りのことは自身で行っている人が多い。
- かがんだり、重たいものを持つことが難しくなる。
- 買い物やかがんで行う場所の掃除等がしづらくなる。
- 下肢筋力や体力低下に伴い、外出しづらくなる。
- 物忘れが増えたり、ミスが増えたり、今まで楽しんでいたことが楽しめなくなる人もいる。
- 入浴環境等の不具合やふろの跨ぎ動作の困難さから、自宅での入浴が困難になる人もいる。
- 生活習慣病や整形外科的疾患の人が多く、中にはがんや進行性の難病等の人も含まれる。



12

要支援1、2の人の状態の1例の提示。

このような人が多いという、あくまでも1例であることを強調して説明。このような状態に当てはまらない人もいるため、説明時には注意が必要。

総合事業では、基本チェックリストにより事業対象者となり、医師の意見書等が付されない。情報を把握するために、連携をどの様に構築するか各市町村での対応等の説明を加える。

演習4

基本チェックリスト全体から読み取れそうなことを
あげてみてください。

5分



15

基本チェックリストについての演習。

前スライドの説明を踏まえて、基本チェックリストから読み取れそうなことについて、グループワークを行う。

基本チェックリストから読み取れそうなこと ～1つの例示～

・物忘れの項目の該当者では、関連して同じこもりの項目やうつ項目に該当している傾向にあるため、意識して確認する。
・生活全般の低下者では、運動器の機能低下がみられない場合、できる「能力」はあるものの、家族や他の支援者が代行している傾向がないか、意識して確認する。
・生活全般の低下+運動器+何かの該当者では、要支援認定者に類似する状態像にあることが多いことに留意する。
・口腔機能の低下の該当者には、義歯の不具合や歯の欠損等に注視するだけでなく、栄養状態の低下や既往歴や現病歴、内服薬の確認など、健康管理面と合わせて確認することが大切である。

・低栄養での該当者は、元来細身の体質の人もいるが、がんや貧血などの進行がないかなど、既往歴や現病歴の確認が重要である。
・同じこもりと運動器の低下に該当する者については、廃用性の進行や痛み等の理由が潜んでいる可能性が高いことを意識して確認する。
・うつ傾向の強い者は生活意欲が低下していることが多く、生活全般等の項目や外出頻度等に影響していないか、意識して確認することが大切である。

※本人が主観でチェックした内容が、心身機能に合致したものであるかを丁寧に
見極めることが大切である。



16

基本チェックリスト全体からの読み取りの例示である。

いろいろな要素が読み取れる。なぜ、この項目が該当するのか、幾つかあると考えられる状態を予想して、確認する必要がある。例えば、低栄養が見られる場合、摂取量が少ないという確認だけでなく、口腔内・歯の状態を確認すること、義歯等の不具合で食事量が減っているのか、或いは、進行性の癌や悪性貧血などの疾患に罹患しているようなことはないか？など、健康状態も合わせて確認しておく必要がある。単に痩せの問題や低栄養であるため、食事量を増やそうと安易に考えないように留意すること、他の項目との重なり合いも含めてしっかりと読み取ることを実践していくことを伝えていく。

演習5

介護予防ケアマネジメントを行う上で、基本チェックリストのみでは、不足している情報をあげてみてください。

5分



17

基本チェックリストについての演習。

演習4で基本チェックリストから読み取れる項目の視点を復習。演習5では基本チェックリストからだけでは不足している情報には何があるかを考えるためグループワークを行う。

介護予防ケアマネジメントを行う上で、基本チェックリストのみでは、不足している情報 ～1つの例示～

【IADLの項目不足】

- ・家事能力は？
- ・金銭の管理能力？
- ・服薬の管理能力？
- ・外出の手段？

【個人・環境因子不足】

- ・健康管理（睡眠・水分摂取・精神状態・排泄の状況等）
- ・価値観、性格、疾病、痛み
- ・家族力・地域力・家屋・屋外の環境
- ・インフォーマル資源

【ADLの項目不足】

洗身・爪切り・更衣・排泄・食事等

【活動・参加の項目不足】

- ・活動や参加する場の有無
- ・意欲の有無
- ・地域での居場所の有無
- ・新しくやってみようとする有無
- ・再開してみたい趣味や活動の有無
- ・その他



18

基本チェックリストだけでは、アセスメントを行う上で不足する情報がある。

こういった視点を持ち、アセスメントを行うべきか振り返る。不足する情報を補うために、保険者で独自のアセスメントツールを作成してもよい。現場の地域包括支援センターやケアマネジャー、保険者が相談し、独自のアセスメントツールを作成したり、現在使用しているものを加工するなど、共通認識を持つ過程が重要である。

興味・関心チェックシートの活用方法

興味・関心チェックシート

作成日:平成 27年 4月 18日

氏名:三田 秀雄 性別:男 生年月日:昭和 38年 2月 10日 年齢:27歳 介護者:妻 事業対象者:

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でイレへ行く		○		生活学習・歴史	×	×	×
一人で映画館に入る	(声かけてもらっている)	○		読書	×	×	×
自分で服を着る	(そろえてもらっている)	○		俳句	×	×	×
自分で食べる		○		書道・習字	×	×	×
歯磨きをする	(声かけてもらっている)	○		紙を折く・絵手紙	×	×	×
身だしなみを整える	(声かけてもらっている)	○		パソコン・ワープロ	×	×	×
好きなとりに出る		○		音楽	×	×	×
読書・書物閲覧	(書が読んでいる)	×	×	映画・観劇・演劇会	×	×	×
料理を作る	(書が読んでいる)	×	×	お茶・お花	×	×	×
買い物	(一緒にやっている)	○		歌を聴く・カラオケ	×	×	×
家や庭の手入れ・世話	(書が読んでいる)	×	×	音楽を聴く・楽器演奏	×	×	×
洗濯・洗濯物たたみ		○		将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等	×	×	×
自転車・車の運転	×			体操・運動	×	○	○
電車・バスでの外出	(妻と一緒にできる)			散歩	○		
浴・手洗の習慣		○		ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・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・遊ぶ		○		習字・絵画等経験	○		
家族・親戚との関わり		○		棋类・将棋・麻雀・パチンコ	×	×	×
デート・異性との交流		○		編み物	×	×	×
居酒屋に行く	×	×	×	針仕事	×	×	×
ボランティア		○	○	畑仕事	×	×	×
地域活動(町内会・老人クラブ)	(していた)	×	×	資金を貸す仕事	×	×	×
お散歩・近所活動	(妻と一緒に)	○		旅行・遠足	○		
その他(カードを数枚にしている)		○		その他()			
その他()				その他()			

19

アセスメントツールの1例(情報提供)

利用者の興味やこれまでの人生の中での趣味や特技、楽しみにしていたことや関心のあったことなどを探り、そこから目標の設定や具体的な取組につなげる「興味・関心チェックシート」がある。

事例：事例の概要

【事例の概要】
氏名:三田 秀雄 82歳(男性) 事業対象者(427.4〜)(初回)
病歴:67歳…高血圧症、79歳…脳梗塞(入院歴あり)、81歳…脳血管性認知症
家族構成:夫婦2人暮らし
妻:76歳
長男:54歳(別居、独身)、仕事が好き(3勤務制の仕事)。長男宅は秀雄さん宅から車で15分。
次男:52歳(別居、既婚)、妻:49歳、子供3人。
生活歴:長男宅は秀雄さん宅から15分。適に回帰が嫌な様子を見に来ており、認知症の義理父の話し相手となってくれている。
生活歴:30年前に現在の土地に家を購入し、転入。世話好きな性格のため、数年後には自治会長を引き受け、脳梗塞発症前までは老人会の会長も長年勤めておられた。コーヒーが好きで、喫茶店に行くのを楽しみにしている。
物忘れがひどくなる前までは、地域の活動にも積極的に参加していたが、物忘れの自覚もあり、迷惑かけたくない地域活動に不参加。
認知症状:見当識障害:日付・時間の感覚がつかみにくくなっている。記憶障害:短期記憶の障害があり、半時間前の出来事を忘れてい
ることが増えているが楽しいことは覚えていて、理解・判断力の低下・判断に時間がかかることと回答できる。文章が長くなると会話の流れ
についていけなくなることが増えてきている。慣れ親しんだ行動や役割の遂行はできている。
【相談までの経緯】
今まで一般介護予防事業での「認知症予防教室や体操教室」に参加したり、近隣の人たちと趣味を楽しんでいた。半年前から、同じことを何回も話すなど物忘れが増えてきて、自宅にすることが多くなってきている。妻は物忘れの進行や前傾姿勢で歩幅が小さく、膝が突出した歩き方が不安定なことを心配し、そろそろ介護認定を受けて、デイサービス等に通ってもらった方がいいのではないかと悩んでいる。
本人は、小さな被害が多々あるために、脳血管性の認知症が発症していると1月1回受診している医師の見立てを受けた。「日常生活において刺激のある日々を送ることが大切」と医師に言われた妻がどうしていいかわからず、地域包括支援センターに來所相談。
「最近の様子」
自宅前は急な坂であるが、本人はコーヒーが好きで毎日、ふらつとコーヒーを飲みに行ったりしている。ひとり外出し、道に迷うこともあるようだが、自宅周辺の大きな建物の名前等を憶えており、「そこに帰りたい」と通行人に尋ねる力はある様子で、徘徊に空ったことはない。
携帯を使い、自身で妻に電話することはできないが、かかってきた電話に出ることはできる。声をかけてもらえば、その行動に移ることはできる。被害妄想や暴言等もなく、穏やかで笑顔を多く、他者への攻撃性はない。認知症に理解がまだ不十分な妻は、先々の不安でいっぱいな自分の気持ちと、夫がなにも考えていないように思えるその笑顔にイライラすることがあると語っている。
退職後から自治会長や老人会会長など長年にわたり行ってきたことにより、地域の人には本人をよく知っており、外で見かけると皆が声をかけてくれる。最近では、薄々地域の人にも認知症であることに気付いている感じもある。体を動かすことが好きだったり、人の世話をすることが好きな三田さんである。

20

社交性のある男性で、認知機能の低下が見られる事例。妻もどう対応していくか、不安に思っており、本人も記憶が維持できないことに困惑している。脳梗塞後遺症もあり、転倒リスクも高いが、なんとか今より悪化せずに済む方法を模索している本人と妻。あなたならどの様に支援しますか？

＊ ケース概要、利用者基本情報、基本チェックリスト、興味・関心チェックシート、ケアプランの領域における課題まで記載したプランを事前に配布。総合的課題以降を個人で作成してきたものを持ち寄り、グループワークをしていくのが演習6である。

- ①前半に行った演習1～3の視点を踏まえ、事例の共有化を図る作業を行ってもらよう説明。
- ②事前課題で作成してきたプランについて、どうしてそのような仕上がりとなったかをプレゼンテーションしてもらよう説明。
- ③自身のプランとグループ内のプランを見比べ、自身に不足している・していた視点についてグループ内で出し合ってもらよう説明する。

演習6

事前課題であった「三田さん」事例を活用して、総合事業における介護予防ケアマネジメントについて、グループ内で意見交換を行いましょう。

- ①演習1～3の視点を踏まえて、「三田さん」事例の共有化をグループ内で行ってください。 10分
- ②事前課題で作成してきた「三田さん」プランについて、自身のプランをグループ内で説明してください。 20分
- ③自身のプランとグループ内のプランを比較し、自身に不足している視点について、グループ内で出し合ってみてください。 15分

21

- ①事例全体の情報の共有化を行う。概要だけからは読み取れない部分をグループ内で共有する。
- ②自身のプランの説明は、本人・家族に説明するつもりで説明をすることで、プレゼンテーションの訓練にもなる。
利用者に、課題に対する目標・具体策の提案を行う際に、利用者本人の動機付けがしっかり行われている必要があり、プレゼンテーション能力が求められる。
他の人のプランの説明を聴くことで、自身の視点と何が違うかに気づくように声かけを行う。
- ③自分のプラン作成や表現、提案するサービスに偏りがなかなどを振り返る。
サービス事業所内でも、プランについて協議を行うことは有効である。

介護予防サービス・支援計画書(作成例)	
1日	洗濯物を取り入れ、たたむことができる。 ※1つの参考例として参照下さい
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向
〔運動・移動について〕 歩幅が小さく、膝が突出し、前傾姿勢で転倒不安がある。 ひよこひよこリズムをとり、自宅から駅前まで半時間かけて歩いている。時々行先を忘れて目に留まる喫茶店に入る。	(本人) コーヒーが好きで喫茶店に行くのが楽しみ。 最近、つまづきやすくなっている。 (妻) 脳梗塞もしてるので、歩き方が不安定なのが心配。
〔日常生活(家庭生活)について〕 妻と一緒に買い物に行き、荷物を運ぶ手伝いをしている。家事は妻に任せ、ゴミ捨てと洗濯物の取り入れ・たたむのを自身の役割としている。	(本人) できることは何でもしているよ。 (妻) 声掛け・指示が必要なが増えてきた。 できることはお願いしています。
〔社会生活、対人関係・コミュニケーションについて〕 地域活動には積極的に自治会長・老人会長を長年つとめ、ゴルフやカラオケ、園芸などを近隣のひとと楽しんできたが、半年前から参加しなくなっている。携帯電話に出ることはできる。近隣の人はよく声をかけてくれる。	(本人) 最近、よく忘れるので、迷惑かけると思っ参加しない。以前のように人に役立つことがしたい。 (妻) 刺激を与えろと医師に言われているがどうしていいか、わからず、悩んでる。
〔健康管理について〕 脳外科に1回/月と高血圧症にて内科に1回/月定期受診・内服加療を受けている。物忘れが増え、内服管理を含め、妻の声掛けや見守りの頻度が増している。うつ予防3/5該当。	(本人) 物忘れが増えて困っている。妻に申し訳ない。 (妻) 夫も辛い思いをしているのですね。 興味あったこともしなくなっているようです。

22

- 「アセスメント領域と現在の状況」は、事実のみを記載する。原因や背景を記載するものではないことを説明する。
- 「本人・家族の意欲・意向」については、本人が自身の状態について、しっかりと語っていることに着目。妻の不安にも注目することが大切であることを説明。

介護予防サービス・支援計画書(作成例)	
※1つの参考例として参照下さい	
領域における課題 (背景・原因)	総合的課題
■有 □無 脳梗塞後遺症及び認知症の進行による独特の歩行を呈しているが、バランスや筋力アップを図ることにより、転倒リスクが軽減できる可能性はある。 ■有 □無 声掛けをして見守ることで、できる役割がある。認知症の進行を緩やかにするためにも、家庭内での役割を持ち続けることは大切である。 ■有 □無 物忘れの自覚もあり、人に迷惑をかけたくないという思いも強くある。何ができて何ができないかを見極めることにより、他にも再獲得できる役割があるか、可能性を探ることが大切である。 ■有 □無 楽しみにつながる社会参加の場を見出すことにより、うつ症状の軽減や脳の活性化が図られ、物忘れの進行を緩やかにし、妻の負担軽減にもつながる可能性がある。	1. 物忘れや気分の落ち込みがあり、他者との交流の機会が減少している。歩行バランスも悪く、転倒リスクも高いため、歩行姿勢を正す機会を設けることにより、安定した歩行を獲得できる可能性は高い。また、新たな仲間と知り合うことにより、刺激を受け、できる役割を模索する中において、脳の活性化が図られ、楽しみが増え、うつ症状が改善できる可能性が高い。

「領域における課題」は、転倒リスクの軽減や役割を持つことの大切さ、興味・関心チェックシートから何か新しいことにチャレンジしたりすることができないかを検討していくことの大切さを課題にあげ、そうした取り組みが認知症の進行を緩やかにするというメッセージを本人及び妻に伝えていることを説明。

「総合的課題」においては、それぞれの課題を取りまとめ 1 つの課題として提示。ここは、課題を分けて転倒の課題と役割獲得の課題の2つに分けて取り組みを促すこともできる。

あくまでも例示であることを強調し、この例が全てではないことを説明。

介護予防サービス・支援計画書(作成例)		
※1つの参考例として参照下さい		
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
【目標】 1. ボランティア活動ができるようになる。 【具体策】 1-1 通所型 C に2回/週に休まずに通い、筋力・バランス力を高めていく。 1-2 他の参加者となるべく会話し、教室の中でできる役割をスタッフと共に探していく。 1-3 教室に参加した日は、帰宅してから妻に教室の様子を話す。(妻が聞き出す) 1-4 最初は送迎を使いながら、徐々に自力で通えるかどうかを、スタッフと共に考えていく。 1-5 家庭での役割は継続していく。 1-6 物忘れ等についてのメカニズムについて、妻が少しずつ理解を深め、精神的な負担が少しでも軽減できるよう情報提供を受ける。	(本人) 1-1 1-2 1-3 1-4 1-5 概ね了承。 (妻) 1-1 1-2 1-3 1-4 教室への準備は私がします。 1-5 1-6 徐々に理解を深めていきたいと思いますので、また教えて下さい。 概ね了承	同左

「総合的課題」を解決するために必要な目標と具体策を専門家として検討し、提案した内容であることを説明する。元々行っていたことを続けられる環境を整備する方法もあるが、あえて新しい目標設定を行い、様々なことができていた頃の環境や仲間とは異なるところでの再スタートを提案している。

「目標と具体策の提案」は、ケースによって様々であることを伝えることが必要。

「具体策についての意向」については、目標と具体策の提案の部分の、本人と家族の意向を記載する部分となり、説明者のプレゼンテーション能力も必要となる。

介護予防サービス・支援計画書(作成例)					
1年	通所型Cのボランティアが継続できている。		※1つの参考例として参照下さい		
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	介護保険サービスまたは 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
・物忘れの自覚が強く、将来の不安を抱えているため、教室内では安心してできる雰囲気を作り、馴染みやすい参加者・ボランティアとのグルーピングに配慮する。 ・高血圧症があるため、血圧の変動にも留意する。 ・できること・できそうなことの見極めをスタッフ間で共有している。 ・三田さんの自信につながるような場面を想定し、作りだしていく。	(本人) ① 日課を続ける。 (散歩や洗濯物の取り入れとたたみ、ゴミだし等) ② 教室に馴染んでこれたら、出来そうなボランティア活動としてのカウント込みから始めてもらう。 ③ 定期的な内服・受診を妻の支援を受けながら行う。 (家族) ① 教室に通う準備を整える。 ② 同じことを何度も聞かれても、初めてのような振る舞いを行う。 ③ 声掛け・指示・見守りの必要性を理解して、なぜ？を少しずつ減らしていく。 ④ 介護者の食や認知症カフェ等に参加してみる。	【通所型事業】 ① 体力・筋力・バランス力アップ ② 歩行姿勢の確認 ③ 認知機能評価 ④ 馴染みの関係性作り ⑤ 教室内での役割作り 【訪問型事業】 ① 歩行能力・姿勢の確認(外) ② 外出時の安全面の確認 ③ 妻への助言(認知症に関する理解について) ④ 妻への支援不安の軽減。 【包括・認知症地域支援推進員】 ① 家族会・認知症カフェへの誘い(妻) ② モチベーション維持への声掛け(妻) ③ 本人への支持 ④ 妻の不安を軽減 ⑤ 教室参加に慣れた頃合いに三田さんを一緒に見に行く	1. 通所型C	K事業所 2回/週	平成27年 4月15日 ～6月30日
			2. 訪問型C	市役所 2回/月	平成27年 4月15日 ～6月30日
			3. 認知症カフェ	包括・認知症地域支援推進員 1回/月	平成27年 4月15日 ～6月30日
			4. 家族会	社協 2回/月	平成27年 4月15日 ～6月30日

25

25

総合事業≡サービス C(短期集中予防サービス)等のイメージだけが植えつけられることのないよう説明者は留意する。

介護予防サービス・支援計画書(作成例)			
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
【目標】 ①ランイベントで、仲間と一緒に完走することができる。 ②認知症カフェでのお手伝いができるようになる。 【具体策】 (本人) 1-1 デイサービスに週1回通い、運動を行う。できるお手伝いをし、多くの人となるべく会話を楽しむ。 1-2 デイでの出来事について、帰宅後家族に話す 1-3 認知症予防教室に通う 1-4 認知症カフェに参加し、できることを妻と探す 1-5 ランイベント企画委員会に参加し、意見を述べる 1-6 家庭での役割は継続していく (家族) 1-1 物忘れ等についてのメカニズムについて、妻が少しずつ理解を深め、精神的な負担が軽減できるよう認知症カフェや家族の会等に参加し、同じ境遇の人と話す機会を持つ。		(本人) 1-1 1-2 1-3 1-4 1-5 1-6 概ね了承。 (妻) 1-1 概ね了承。	同左

26

介護予防サービス・支援計画書(作成例) ※1つの参考例として参照下さい					
1年	認知症カフェが居場所として定着している(認知症カフェのお手伝いを継続している)				
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	介護保険サービスまたは 地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
物忘れの自覚が強く、将来の不安を抱いているため、デイサービスに早くなじめるよう話しやすい人と席が近くなるよう配慮します。 また、できることについては、声掛け等の促しをもって、ご自身でしていたばいよにスタッフについても配慮し、三田さんの自信につながるような場面を想定し、割りだしていきます。 血圧が高いため、運動時の血圧変動には留意していきます。	(本人) ①日課を続ける(喫茶店、散歩、洗濯物の取り入れとたたみ、ゴミ出し等) ②認知症カフェに定期的に通い、できることを探す。 ③定期的な内服・受診を妻の支援を受けながら行う。 ④外出時は携帯を身に着ける習慣をつける。 (家族) 1 デイへの準備を行う 2 同じことを何度も聞かれても初めてのよう振る舞いをする 3 声掛け・指示・見守りの必要性を理解し、なぜ?の疑問を少しずつ減らしていく 4 介護者の食や認知症カフェに夫と共に参加してみる 5 娘などにも定期的に訪問してもらい、患病がいてる環境を作る	【デイサービス】 1 体力・筋力・バランス力の向上 2 歩行姿勢の確認 3 認知機能の評価 4 馴染みの関係づくり 5 デイでの役割づくり 【包括】 1 家族会・認知症カフェへの誘い 2 モチベーション維持への働きかけ 【認知症地域支援推進員】 ランイベント企画に本人と同行し、当事者の立場の意見を求めている 当事者や家族の輪が広がるように支援する	現行相当デイサービス	A事業所 1回/週	平成28年 4月1日～ 9月30日
			認知症予防教室	市 1回/週	平成28年 4月1日～ 9月30日
			認知症カフェ	包括・認知症地域支援推進員2回/月	平成28年 4月1日～ 9月30日
			家族会	社協 1回/月	平成28年 4月1日～ 9月30日
					ランイベント委員会

27

27

もう1つのプランでは、従来サービス利用での考え方でデイサービスを利用するが、目標は、地域のイベントへの参加や認知症カフェでの役割作りを掲げている。様々な支援方法があることを説明。地域や家族の力が大きい場合、一般介護予防事業でも対応可能なケースであることを説明。

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しかない場合においても、環境調整や道具の活用等により、高齢者自身が本当に、「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。
- ・できそうなことは自身で行っていただくような支援方法について、サービス提供事業者とも十分に協議し、自立支援に資するサービス提供となるよう提案していく姿勢も必要である。
- ・地域の実情に応じたサービスの創出に向けて、保険者に必要な事業を提案することや住民主体の活動からは情報が入る仕組みをつくることも大切である。

＜市町村職員＞

- 【自立支援の考え方を重要視】
- ・ケアマネジメント実施者の質の向上を目指し、サービス担当者会議に担当者以外に多職種が参画できるような工夫を行い、多角的な視点から自立を促すヒントを得られる環境を整備する。
- ・自立支援の考え方を定着させるためには、市町村が主体的に「介護予防ケアマネジメント研修や総合事業に関する研修」の企画を行うことも必要である。
- ・自立支援を行うには、市民・事業者・ケアマネジメント実施者等、多くの関係者の理解を促す取り組みも重要な役割である。
- ・そのためには生活行為が向上できるプログラムの展開など、新たな事業の創出を考えることも重要である。

28

市町村職員は、介護予防ケアマネジメントだけを取り出して考えるのではなく、他の事業と一体的に捉えることが重要である。「地域ケア会議」や「協議体」なども活用する。保険者の考える自立支援の方向性を明確にし、地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所等との規範的統合を行うことが重要。そのためには、説明会や会議、研修会などを繰り返し行っていく必要があることを説明。ケアマネジメント実施者は、目標設定など、利用者、家族が「どうすればいいか」ということが、「具体的に分かる」という視点を持つことが重要である。

私たちが目指すのは～

「その人らしい生活の実現」

支援の方向は～

高齢者自身が

- ・自分が認められ、
支持されていることを知る
- ・自分の生活について、
希望や望みを明確にする
- ・自分の目標を見つけ
取り組みへの意欲が高まる
- ・自分の力を信じられる

ようになっていただくこと。

29

介護保険の目的や理念を理解し、その人らしい生活の実現に向けて、高齢者の行動変容を促し、活動・参加につながるよう動機づけやモチベーション維持を図るために、何が必要かを考えていくことが大切である・・・などを最後にまとめて説明する。

(参考資料)
演習事例

介護予防ケアマネジメント 演習

(演習用メモ)

演習 1 ストレングス(強み)を考える



演習 2

要支援1・2の認定者についてイメージしてみる



- ・ 「できる」 行為とは？
- ・ 「できない」「しづらい」 行為とは？
- ・ どのような疾患の方が多い？

演習 3

あなたならどう考える？



- ・ 例：男性虚弱高齢者⇒妻を亡くして介護申請
- ・ 例：認知症高齢者⇒調理を行うが、味付けがおかしい

演習 4

基本チェックリスト全体から読み取れそうなこと



演習 5

介護予防ケアマネジメントを行う上で、
基本チェックリストのみでは不足している情報



演習 6 ③

自分で考えたプランの想定と

類似した点・異なった点等



記載内容は1つの例として活用下さい

NO.

利用者名 三田 秀雄 様 (男・女) 82歳

計画作成者氏名 原田 直子

計画作成 (変更) 日 平成27年 4月 3日 (初回作成日 平成 27年 4月 3日)

目標とする生活

1日

介護予防サービス

認定年月日 平成 年 月 日

委託の場合:

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休策の提案	具休策についての意向 本人・家族
(運動・移動について) 歩幅が小さく、膝が突出し、前傾姿勢で転倒不安がある。ひよここととリズムをとり、自宅から駅前まで半時間かけて歩いている。時々有先を忘れて目に留まる喫茶店に入る。	(本人) コーヒーが好きで喫茶店に行くのが楽しみ。最近、つまづきやすくなっている。 (妻) 胸椎痛もしてのりで、歩き方が不安定なのから心配。	■有 □無 胸椎痛後遺症及び認知症の進行による独歩の歩行を呈しているが、バランス・筋力共にアップすることにより、転倒リスクが軽減できる可能性はある。			
日常生活について 妻と一緒に買い物に行き、荷物運ぶ手伝いをして声掛け・指示が必要。捨てと洗濯物の取り入れ・たばこのを自身の役割としている。	(本人) できることは何でもしているよ。 (妻) 声掛け・指示が必要。捨てと洗濯物の取り入れ・たばこのを自身の役割願っています。	■有 □無 声掛けをして見守ることのできる役割がある。認知症の進行を緩やかにするために、家庭内での役割を持ち続けることは大切である。			
(社会参加、対人関係・コミュニケーションについて) 地域活動には積極的に自治会長・老人会を長年つとめ、グラントゴルフやカラオケ、囲碁などを近隣の人と楽しんできたが、半年前から参加しなくなっている。携帯電話に出ることはできる。近隣の人はよく声をかけてくれる。	(本人) 最近、よく忘れるので、迷惑かけないよう、参加しない。以前のように人に役立つことがしたい。 (妻) 動機を与えろと医師に言われているがどうしていいかわからず、悩んでいる。	■有 □無 物忘れの自覚もあり、人に迷惑をかけたくないという思いも強くある。何ができて何ができないかわからない。他に役目を果たできる可能性を探ることが大切である。			
(健康管理について) 脳外科に1回/月と内科に1回/月定期受診・内服加療を受けている。物忘れが増えてきており、妻の声掛けや見守りの頻度が増している。うつ予防3/5該当。	(本人) 物忘れが増えて困っている。妻に申し訳ない。 (妻) 夫も辛い思いをして増えているので、妻の声掛けや見守りの頻度が増している。うつ予防3/5該当。	■有 □無 楽しみにつながる社会参加の場を見出すことにより、脳の活性化が図られ、うつ症状を軽減でき、また物忘れの進行を緩やかにする可能性はある。			

健康状態について

☐ 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

運動時の血圧に留意。

180/100mmHg、100/50mmHgで運動禁止。

基本チェックリストの (該当した質問項目数) / (質問項目数) を書き下さい。

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。

	運動不応	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	3 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	3 / 3	3 / 5

・支援計画書

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

地域支援事業

認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 事業対象者:平成27年4月1日～

計画作成事業者・事業所名及び所在地 (連絡先) X市S町3-2-1

担当地域包括支援センター:地域包括支援センターS

1年

目 標	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 (民間サービス)	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

【本来自ら支援が実施できない場合】

総合的な方針:生活不活発病の改善予防のポイント

計画に関する同意

【意見】

地域包括支援センター

上記計画について。同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

【確認印】

【事例の概要】

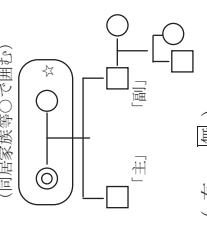
氏 名	三田 秀雄 82歳（男性）	区 分	事業対象者
病 歴	67歳…高血圧症 79歳…脳梗塞（入院歴あり） 81歳…脳血管性認知症		
家族構成	夫婦2人暮らし 妻：76歳 長男：54歳（独身）。仕事か忙しい（3勤務制の仕事）。長男宅は秀雄さん宅から車で15分。 次男：52歳（別居、既婚）。妻、48歳。子供3人。次男宅は秀雄さん宅から徒歩15分。 週に1回は、次男の妻が本人のところに来てくれ、妻のストレス軽減のために、本人の話し相手をしている。		
生 活 歴	・30年前に現在の土地に家を購入し、転入。 ・世話好きな性格であったため、数年後には自治会長を引き受け、脳梗塞発症前までは老人会の会長も長く務める。 ・コーヒーが好きで、よく喫茶店に行き、出かけるどころかの喫茶店に入ってはコーヒーを注文することが日課である。 ・物忘れがひどくなるまでは、地域の活動にも積極的に出向き、囲碁やカラオケ、グラントゴルフなどをしていたが、物忘れの自覚もあり、みんなに迷惑かけたくない、地域の活動への参加を避けている状況である。		
認知症状	・見当識障害は、日付・時間の感覚がつかみになくなってきた。 ・記憶障害は、短期記憶の障害があり、半時間前の出来事を忘れていることが増えている。同じことを何度も聞くようになり、妻は少々疲れている。 ・理解・判断力の低下については、簡単な問にすると自身の言葉で返答は可能。文章が長くなると会話の途中で流れについていけなくなり、自分から異なることを話し出してしまう。 ・実行機能障害については、慣れ親しんだ行動は可能で、洗濯物を取り入れて…と言われれば、取り入れて、簡単なタオルなどばたんでいくことはできる。最近、テレビのリモコン操作が時々できないことがある。		
相談までの経緯	・物忘れが増えてきており、今まで、近隣の人たちと趣味を楽しんだりしていたが、それもしなくなってきた。 ・家にいると同じことを何度も話す、聞くなどが、妻の負担になってきており、そろそろデイサービス等に通ってもらった方がいいのだろうか？と不安になり、妻が地域包括支援センターに相談に来所。 ・今までも一般の介護予防事業や二次予防事業にも参加していたが、物忘れの進行を妻が心配し、そろそろ要介護認定が必要ではないかと思つてのことである。 ・本人は脳梗塞の既往があり、小さな梗塞が多々あるため、脳血管性の認知症が進行してきたというのが医師の見立てであり、日常生活において、刺激のある日々を送るようには何か考えないと妻は医師から言われている。		
最近の本人の様子	・自宅前は急な坂であるが、本人はコーヒーが好きで毎日、フラッと外にでて目についた喫茶店に入り、コーヒーを飲んで帰ってくるのが楽しみである。 ・ひとりで外出し、道に迷うこともあるようだが、自宅周囲の大きな建物の名前等は覚えており、「そこに行きたいから道を教えて」と道行く人に尋ねる力はある様子で、徘徊に至ったことはない。		

最近の本人の様子（つづき）	・また、出かけるときはいつも携帯を首から下げるように妻が工夫しており、自身で妻に電話をかけることはできないが、かかってきた電話を受けることはできるため、帰りが遅い時には、妻が「そろそろ帰っておいで」というような電話を携帯に入れることによって、一人で帰ってくることできている。 ・声をかけてもらえば、その行動に移ることはできる。 ・体を動かすことが好きだったり、人の世話をすることが好きである。 ・被害妄想や暴言等はなく、穏やかで笑顔が多く、他者への攻撃性はない。元々家のことをなんでもしてくれる夫であったため、妻はいろんなことを自身で決定していかなければならなくなってきた最近の生活にやや疲れ気味なところもあり、次男の妻が週に1回来てくれるのを待ち望んでいる状況である。 ・認知症についても妻はまだ、十分な理解ができておらず、「どうして同じことばかり言うのかしら？」とか「さっきも伝えたのに、また聞いてくるのでイヤッとするの」など、支援者にごほすこともある。
身体の状態	・脳梗塞後遺症と認知症の進行により、前傾姿勢でヒョコヒョコと歩き、転倒のリスクが高い。 ・水分は1日、1,000cc以上飲んでおり、コーヒーが日に3回の600cc、お茶400cc、他味噌汁等で200ccの合計1200ccは軽く飲んでいいる。 排泄は便が2日に1回、尿が1日7回程度で夜間が2回。失敬はない。 【ADL】起き上がりはできる。歩行も屋内外自立。 片足立ちはバランス力が低下しており何かにつかまらねば不可。 入浴の習慣は残っており、一人で洗身も可能。ただし、「お風呂に入ってね」と声をかけ、更衣等の支度は妻が行うなどの支援は必要。 【ADL】家事は洗濯物の取り入れ時間に妻に声をかけられると取り入れることができ、簡単な衣類やタオルならたたむことが出来るが、元にあった場所に整理することは不可。 ゴミ出しは分別が出来ていれば、収集日の定刻に声をかけると集積所まで持っていくことはできる。 ・金銭管理や衣服の管理は難しく、妻に頼っている。 ・買物は妻と一緒に行き、重たい荷物は本人が持つ。 ・炊事は、妻任せだが下膳は妻に声をかけてもらえば、機嫌よくシンクまで持っていく。
社会生活	・今までは地域活動を積極的に行っていたが、認知症の診断を受けてからは避けている。 ・退職後から自治会長や老人会長など長年にわたり行ってきたことにより、地域の人がよく本人を知っており、外で見かけると皆が声をかけてくれる。最近では、薄々地域の人も認知症であることに気づいている感じもある。
環境	自宅前の環境は急な坂道があり、駅前まで徒歩で20分以上かかるが毎日、駅前まで散歩している。
嗜好品	コーヒー ※自宅付近：坂道が多く、自宅から駅前まで徒歩で30分かかっている（以前10分）
本人の意向	物忘れが少しでもまじらなれないと思ふ。奥さんに申し訳ない思いでいっぱいである。
関心・興味	体操や運動、散歩など体を動かすことについては、物忘れの防止にも良いと興味を持っている。今の自分でも役に立つことがあるのなら、ボランティアなどしてみたいと関心を持っている。
妻の意向	デイサービスに行くのがいいのか、もっと他に夫に合うサービスが合うのか知りたい。

利用者基本情報

作成担当者：原田 直子

《基本情報》

相談日	平成27年 3月 6日 (金)	来 所	・ 電 話	初 回	再来 (前 /)
本人の状況	在 宅 ・ 入院又は入所中 ()				
フリガナ	ミタ ヒデオ	男・女	M・T・S	8年 2月10日生 (82) 歳	
本人氏名	三田 秀雄		TEL 100 (200) 3000		
住所	X市Y町1-1		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・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
認定・総合事業情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・該当なし 基本チェックリスト実施日： 平成27年 4月 1日				
障害等認定	身障 () ・療養 () ・精神 () ・難病 ()				
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅 ⇒ 自室 (有) 1階・無) ・住居改修 (有 ・ 無)				
経済状況	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ その他 ()				
来 所 者 (相談者)	三田 ソマ	続 柄	妻	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」、副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む)	
住 所	X市Y町1-1				
緊急連絡先	氏 名	続柄	住所・連絡先	家 族 構 成	
	ミタ カツ	長男	X市A町2-1	日中独居 (有 ・ 無) 家族関係等の状況 長男は、訪問頻度は少ないが、二男の嫁が週に1回は訪問してくれている。 嫁との関係も良好で協力的。	
	三田 岳志	56 歳	090-9090-9090		
	ミタ ハルヒ	次男	X市B町3-4		
	三田 晴彦	54 歳	123-456-7890		

《介護予防に関する事項》

今までの生活	X県出身。信託銀行に勤め、60歳で定年退職。30年前にI市に転入。現在は妻と2人暮らし。転入後しばらくして、自治会長を務めたことをきっかけに、老人会の会長等も20年間務めた。元気な頃は多趣味で囲碁、カラオケ、ゴルフなどに毎日のように出かけていたが、3年前に脳梗塞を発症して以来、グループでの活動を控えている。平成25年頃より物忘れを自覚するようになり、老人会の役員も退き、地域の活動に参加しなくなった。				
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		
	思いついた時間に外出をし、目に入った喫茶店に入ってコーヒーを飲むのが唯一の楽しみであり、日課。		囲碁、ゴルフ、カラオケにほぼ毎日通っていた (3年前まで) ハイキングが好きだが、脳梗塞を発症してから長距離歩行が困難となり、中断。自宅から駅前まで以前は徒歩で10分だったが、30分かつている。散歩や運動・体操には興味を持っている。		
	時 間	本 人	介護者・家族	友人・地域との関係	
	7:00頃 起床	着替え (10~20分)	(声掛け) (準備)	物忘れが増えてから、地域活動 (老人会等)への参加をやめており、地域とのつながりが薄くなってきているが、外出すると顔見知りの人がよく声をかけてくれている。	
	8:00頃 朝食	昼食	(声掛けと着替え用意)		
12:00頃 入浴	夕食				
17:00 18:00頃 20:00頃	就寝				

《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・意見作成者に☆)	経 過	治療中の場合は内容
H26. 3～	認知症	R病院 A医師 ☆ TEL 777-8888	治療中 経過観察中 その他	内服薬
H24. 12. 26 H25. 1. 26	脳梗塞	T医院 M医師 TEL 555-6666	経過観察中 その他	
H12. 3. 10～	高血圧症	R病院 A医師 TEL 777-8888	治療中 経過観察中 その他	内服薬
			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、基本チェックリスト記入内容、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、意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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27年 4月 1日 氏 名 三田 秀雄 印

被保険者NO.										受付者 介護・高齢・包括
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------

住所: _____ 電話: _____ () _____

氏名: 三田 秀雄 (年 月 日生) 代理: _____ (続柄)

基本チェックリスト 実施日: 平成 年 月 日

No.	質問項目	回答:いずれかに○をお付けください
1	バスや電車で1人で外出していますか	0: はい ☒ 1: いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずにたち上がっていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	☒ 0: はい 1: いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1: はい ☒ 0: いいえ
10	転倒に対する不安はおおきいですか	☒ 1: はい 0: いいえ
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1: はい ☒ 0: いいえ
12	身長 161 cm 体重 57.4kg (BMI=22.1) (注)	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1: はい ☒ 0: いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1: はい ☒ 0: いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1: はい ☒ 0: いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	☒ 0: はい 1: いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1: はい ☒ 0: いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	☒ 1: はい 0: いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0: はい ☒ 1: いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	☒ 1: はい 0: いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1: はい ☒ 0: いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	☒ 1: はい 0: いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうになった	☒ 1: はい 0: いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	☒ 1: はい 0: いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1: はい ☒ 0: いいえ
健康状態について		1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ	主観的健康感
○	○				○	○	2

総合事業に関する事業対象候補者選定にあたり、基本チェックリストに回答することに同意します。また、事業対象候補者となった場合には、事業対象候補者選定に関する申請書及び基本チェックリストの記入内容について、介護保険課・高齢施策課及び地域包括支援センターに提供することに同意します。

被保険者氏名 三田 秀雄

興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシートの活用方法

作成日：平成 27年 4月 1日

氏名： 三田 秀雄 様 性別： 男 生年月日 昭和 8年 2月 10日 年齢 82歳 介護者： 事業対象者

生活行為	している	してみたい	興味がある	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	○			生涯学習・歴史		×	×
一人でお風呂に入る	○			読書		×	×
自分で服を着る	○			俳句		×	×
自分で食べる	○			書道・習字		×	×
歯磨きをする	○			絵を描く・絵手紙		×	×
身だしなみを整える	○			パソコン・ワープロ		×	×
好きなときに眠る	○			写真		×	×
掃除・整理整頓	×	×	×	映画・観劇・演奏会		×	×
料理を作る	×	×	×	お茶・お花		×	×
買い物	○			歌を歌う・カラオケ		×	×
家や庭の手入れ・世話	×	×	×	音楽を聴く・楽器演奏		×	×
洗濯・洗濯物たたみ	○			将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等		×	×
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・グランドゴルフ・水泳・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・遊ぶ		○		野球・相撲等観戦		○	
家族・親戚との団らん	○			競馬・競輪・競艇・パチンコ		×	×
デート・異性との交流	○			編み物		×	×
居酒屋に行く	×	×	×	針仕事		×	×
ボランティア		○	○	畑仕事		×	×
地域活動(町内会・老人クラブ)	×	×	×	賃金を伴う仕事		×	×
お参り・宗教活動	○			旅行・温泉		○	
その他(コーヒーを飲みに行く)	○			その他()			
その他()				その他()			1

NO.

利用者名

様

認定年月日

年

月

日

平成

計画作成者氏名

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

具体的ななおかつ達成感が得られる内容。目標とする生活のイメージ化。 1日・1年どちらかの目標設定だけでも可能。

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	具体策についての意向 本人・家族
運動・移動について ●自ら行きたい場所に移動するための手段が取れるかどうか、確認する ●自宅や屋外をスムーズに歩行すること ●交通機関を使って移動することについての状況	●各アセスメント領域において確認した内容について、利用者・家族の認識を確認する。「〇〇できるようにしたい」「〇〇をやりたい」と記載し、利用者・家族どちらの認識が明確にし、その理由について確認する。 ●利用者と家族の意向が異なった場合には、それぞれ記載する。 ●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。	□有 □無 ●各アセスメント領域において、生活上の課題となっていることの背景・原因を分析する。 ●課題がある場合「□有」にレ点をチェックし分析した内容を記載する。課題がない場合は□無にチェックする。 ●分析する場合は、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状態等の観点から整理し、左下の基本チェックリストの結果についても考慮する。 ●ここまでは、各領域ごとに記載する。	●利用者の生活全体の課題を探るため、領域における各課題共通の背景等を見つけ統合する。 ●利用者にとって優先順位の高い順で課題を列挙する。 ●複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して、目標や具体策を立てたほうが、領域だけの課題でなく、利用者の全体像を理解し、より根本的な課題を引き出すことができる。 ●意向や目標・具体策は書かない。 ●課題ごとにそれ以降のプロセスのために、1・2、と番号をふる。	●「総合的課題」に対して目標と具体策を記載する。 ●この目標は、利用者や家族に対して、専門家として示す提案である。 ●このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。 ●また、具体策についても、特定高齢者施策や、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための、利用者自身のセルフケアや、家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。 ●具体的には、「〇〇が必要。」「〇〇を行う。」と記載し提案する。次の右側の項目で同意が得られた場合にはここで提案した目標と具体策が目標と支援内容につながる。	●左側の提案に対して取り組むのが困難であったり、継続することが難しいなど、利用者や家族の認識や意向を聞き、記載する。 ●具体策について単に意向を開くだけでなく、具体策の合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを把握し記載する。その理由や根拠が、次の項目の「目標」欄の根拠となってくる。 ●ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。本人・家族の意向と専門家としてのケアマネジメントの考えをすりあわせる。
日常生活（家庭生活）について ●日常に必要な品物を自分で選んで買うことについての状況 ●献立を考え、調理することについての状況 ●家事（洗濯、ゴミ捨て、植物の水やり等）についての状況 ●預貯金の出し入れを行うことについての状況	●家族が言っていることで、本人が傷つく言葉はそのまま書かない。	□有 □無			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて ●家族や友人のことを心配したり、相談にのるなど関係をつくり保つことのできる状況 ●友人を招いたり友人宅を訪問する状況 ●家族・友人などとの会話や電話での交流 ●地域での役割があるか（老人クラブや町内会） ●趣味や楽しみがあり続けられているか ●緊急時の対応状況	●否定的ないし、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにする。これは具体策を検討する際に参考情報となる。	□有 □無			
健康管理について ●入浴やシャワーの状況 ●肌、顔、歯、爪などの手入れ ●健康のために食事に気をつけている状況 ●健康のために運動を行うことについての状況 ●服薬管理、定期受診、飲酒や喫煙、健康の自己管理ができているか					

健康状態について

□主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

主治医意見書などから特に注意すべき事柄を書く。副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項などを書く。

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。
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
予防給付または地域支援事業	基本チェックリストの結果を参考に転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントする。					

例）
[目標]
（3か月後には）ひとりでも□□まで歩いて行けるようになる。
[具体策]
①▼▼を利用して△△を行う。
②誰々が■■を行う。
③…

・支援計画書

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	地域支援事業
---------	--------------	----------	---------	-------------	--------

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先)

担当地域包括支援センター:

1年	生きがいや楽しみをもとにした、達成したい目標。夢ではないもの。
----	---------------------------------

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	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
●前項目で利用者や家族とともに考え、 合意した目標 を記載する。当初から、「課題に対する、目標と具体策」について合意を得られた場合にはそのまま転記する。 ●数量目標があれば、達成したかどうか評価しやすい。 例) ・ひとりで～まで歩いて行けるようになる。 ・一日に一度は、肉か魚を食べる。	() ●支援者側が支援実施における安全管理上のポイントや、目標に対して、具体的な支援を行う上での支援者側の留意点を記載する。 () ()	●本人自ら取り組むこと、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などを具体的に記載する。 ●本来の支援が実施できない場合には、利用者や家族と合意できた「当面の支援」を【】書きで記載する。「当面の支援」がない場合は書く必要はない。 例) ・家族と一緒に鉢植えの手入れを行う。 ・近所の友人と連れだって、買い物と一緒に出かける。	●予防給付、地域支援事業の具体的なサービス内容を記載する。(訪問介護等サービス種類の記載ではない。) ●自分にあった運動の仕方を身につけ、自宅でも少しずつ運動ができるようにする。 ●できる限り、日中は起き上がり居室で座って過ごすなどベッドから離れる。	●左側の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。 ●介護予防訪問介護については報酬区分を記載する。 ●運動器の向上プログラムなど加算サービスも必要時記載する。 例) ・介護予防訪問介護Ⅱ ・特殊寝台 ・配食サービス、ふれあい給食会など。	●当該サービス提供を行う、事業所名を記載する。 ●家族、地域、介護保険サービス以外の、公的サービスが担う部分についても、誰が行うかを明記する。	●「期間」は左記に掲げた「サービス」をどの程度の期間にわたり実施するかを記載する。 ●「〇月〇日～〇月〇日」と記載する。 ●「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮する。 ●回数、実施曜日など提案があればそれも記載する。 →サービス担当者会議でサービス事業者と調整し、最終的に記載するかどうか合意すること。

【本来行す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 ●本来の支援を実施できるように働きかける、具体的な手順や方針を書く。 ●地域における資源の不足により理想である本来の支援ができない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。	総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント ●利用者や家族、ケアチームのスタッフが生活不活発病の改善、予防に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。
地域包括支援センター 【意見】 ●居宅介護支援事業所に委託している場合に記入する。 ●意見欄→利用者に対し、「地域包括支援センター職員も応援しているので、介護予防に積極的に取り組んでください」というような文言を記載する。 ●特になければ無理に記入する必要はない。 ●確認欄→必ず記入すること	計画に関する同意 に計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名 印

