

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	
	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	15
	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

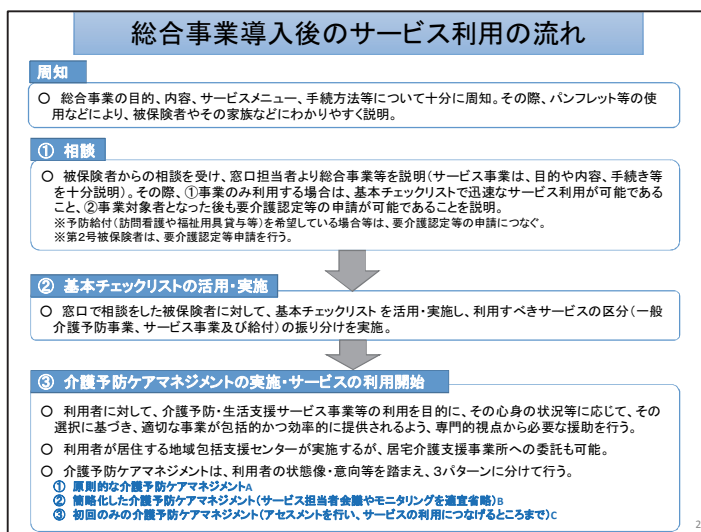
- ・今回の研修で取り上げる事例は、認知症の事例としている。認知症に関する捉え方は、支援者の力量の差が大きくでることもある。認知症の方でもその人の「強み」を活かした支援の方法を考える機会となることを目的としている。
- ・演習では、事例の具体的な支援計画を検討するのではなく、適切なアセスメントの実施、状況を踏まえた目標設定等必要な支援のためのマネジメントを考えることが重要である。（支援計画の具体的な内容の検討を行うものではない。）

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。



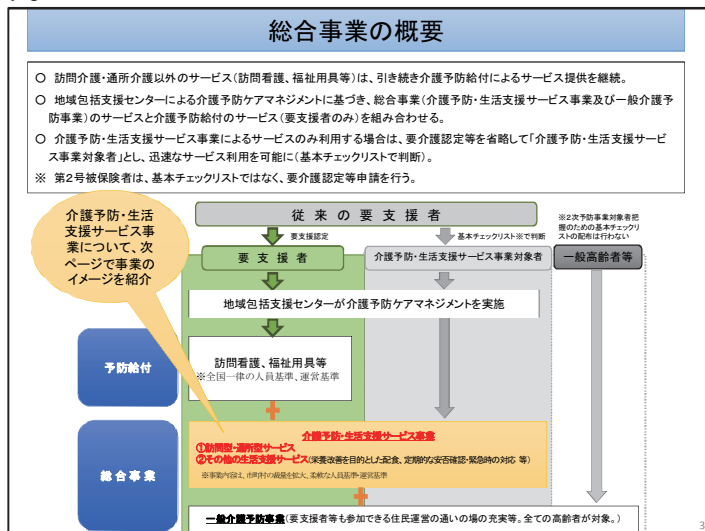
総合事業のサービスの流れについては、保険者が責任を持って実施しなければならない内容である。

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	現行の訪問介護相当		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
② 腰の負担軽減
量物の安定しやすさ

段差のある玄関
高さのあるとがり窓には、踏み切り
手すり等を設置
する。転倒・滑倒事故の発生を予防する

【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

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。



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

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)

リハビリテーションの専門職等が住民主体の活動に関与し、地域の介護予防の取組を機能強化する。



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
(地域の人が地域の高齢者を支える展開)



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 ストレングス(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。

この方のストレングス(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、「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。

アセスメントの重要性

「できる」⇔「能力」と「している」⇔「行為」との差異
 「できないこと」⇔「能力」と「していない・しない」⇔「行為」との差異
 【能力】と【行為】に着目することが、アセスメント時には重要

演習 3 以下のような場合、あなたならどう考えますか？

(例: 男性虚弱高齢者⇒妻を亡くして介護申請)

家事をしたことがない一人暮らし高齢者。

身体能力では掃除や買物もできる能力は伴っています。

「家事をしたことがない」という理由のみで、家事支援のサービスを希望されています。

さて、このよう相談を受けた場合、あなたならどうしますか？

(例: 認知症高齢者⇒調理を行うが、味付けがおかしい)

行為としては、家事(調理)を遂行しようとはしますが、能力的には低下してきているため、以前のようにうまくできなくなっています。このような方への支援をどのように考えますか？

お隣さんワーク (10分)



13

前半の講義の振り返り。

本人の「能力」と「行為」に着目する。

能力がありながら、行為として行っていない事実があれば、「なぜ？行っていないのか」を掘り下げていくことがアセスメントで重要であることを説明。

利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するようアセスメントを行う。(自立支援について、市町村内でどの様に定義するのかなど、住民を含めて共有する必要あり)

<参考> 「能力」: 物事を成し遂げる力

「行為」: 特に、しようという意志をもってする行い

被介護者No.		住所: 市町村		電話番号		氏名		性別		年齢		月		日	
基本チェックリスト															
No.	質問項目	回答	評価	備考	回答	評価	備考	回答	評価	備考	回答	評価	備考	回答	評価
1	バスや車で一人で外出していますか	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1
2	日用品の買い物をしていますか	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1
3	服の着脱は一人でできますか	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1
4	入浴の準備は一人でできますか	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1
5	家族や友人の援助に頼っていますか	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1
6	階段をすべりや壁をつたわずに上っていますか	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1
7	椅子に座った状態から何もつかさず立ちますか	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1
8	15分位続けて歩いていますか	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1	US・SR	はい	1
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
10	転倒に対する不安がありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
11	1ヶ月間で2〜3kg以上の体重減少がありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
12	1ヶ月間、食事の量が減っていますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
13	1ヶ月間に比べて体重が増えていますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
14	1ヶ月間に比べて体重が減っていますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
15	口の渇きが頻りにありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
16	歯に痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
17	歯が抜けたり、歯の痛みはありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
18	歯の痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
19	歯の痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
20	歯の痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
21	歯の痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
22	歯の痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
23	歯の痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
24	歯の痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2
25	歯の痛みや出血はありますか	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2	US・SR	はい	2

【基本チェックリストの有効活用】

参考例: 基本チェックリストの読み取り方

No.5～10の「運動機能」の5項目の捉え方。3つに機能低下があったとしてもその3つの内容に着目！

6. 階段を手すり...
7. 椅子に座った状態...
8. 15分位続けて歩いて...
9. この1年間に転んだ...
10. 転倒に対する不安...

6・7・10のチェックでの該当者は、他の閉じこもりやうつ、生活全般での低下項目に該当していなければ、習慣的な動作でそうしている場合が多く、実際の能力とは異なる場合がある。
 8・9が該当している場合は、同じ運動器でも「課題あり」の要素が強いため、他の項目と照らし合わせ、総数の把握を行い、リスク度を判定することが重要である。

地域包括支援センター職員なら、実施したことがある基本チェックリスト。読み取り方として、1つの項目のみではなく、他の項目との重なりにも注目する。

基本チェックリストを対象者本人が付けることで、記入能力や文章の読解能力、理解度などの把握もできる。簡易の認定ツール以外にも、アセスメントツールとしても有効活用することが大切だと説明。

基本チェックリスト項目は、25項目から構成される。この25項目は、総合事業対象者に該当するかの基準で有り、項目の増減及び変更は行わない。

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あるが、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
- ・新しくやってみたいことの有無
- ・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	×	×	×
好きなものに触る		○		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	×	×	×
家や服の手入れ・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	×	×	×
服着替へ行く	×	×	×	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。週に1回は娘が嫁子を見に来てくれており、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参加し。
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:簡単な問にすると返答できる。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。ひとりでも外出し、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、「そこに降りたい」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、地域の人と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いかなどを振り返る。
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・指示が必要なくなってきた。 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。

23

「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

24

「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、将来の不安を抱いているため、教室内では安心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、ゴミ出し等) ② 教室に馴染んでこれたら、出来るよ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、ご自身でしていただくよう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 介護者の会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、患病がこえる環境を作る	【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 5 娘などにも定期的に訪問してもらえるように支援する	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	NPO 2回/月	平成28年 4月1日～ 9月30日

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。