

令和3年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
適切な介護予防ケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業

令和3年度

介護予防ケアマネジメント オンデマンド研修

資 料

一般財団法人 長寿社会開発センター



**= オンデマンド研修の受講について =**

配信期間 令和4年1月25日～3月31日

視聴については、右のQRコードまたは、  
長寿社会開発センターのHPからご覧いただけます。



長寿社会開発センター

検索





# 介護予防ケアマネジメント オンデマンド研修

1

## カリキュラム

- chapter-1 自立支援について考える
- chapter-2 介護保険制度の基本理念
- chapter-3 介護予防の基本的な考え方
- chapter-4 介護予防ケアマネジメントの過程
- chapter-5 介護予防ケアマネジメントの過程（インテーク）
- chapter-6 介護予防ケアマネジメントの過程（アセスメント①）
- chapter-7 介護予防ケアマネジメントの過程（アセスメント②）
- chapter-8 介護予防ケアマネジメントの過程（アセスメント③）
- chapter-9 介護予防ケアマネジメントの過程（目標設定）
- chapter-10 介護予防ケアマネジメントの過程（プランニングからモニタリング・評価）
- chapter-11 まとめ

2



chapter\_1



## 1. 自立支援について考える

3

あなたが  
考える  
自立支援  
とは？

4

## 自立支援のために取り組むこと

### 行政

一般市民への啓発、ケアマネジャーや地域包括支援センターの研修会等の充実、介護事業所向け研修の開催、自立支援に資する地域ケア会議等の定期開催の工夫  
ケアプラン点検・支援確認 等

### 地域包括支援センター

自立支援に関する考え方を研修やケアマネジャーとの交流会で伝達  
地域包括支援センター内での事例検討、各部会での取組み等  
(啓発方法の工夫や質の向上を目指す取組みなど)

### ケアマネジャー

自立支援に資する地域ケア会議への参加や、居宅内での事例検討等



個別事例の課題解決の経過を共有しながら  
【成功体験を積み重ね】  
自立支援についての共通認識を醸成



## 大切な地域づくりの視点

### 地域



利用者と家族



ケアマネジャー  
地域包括支援  
センター

働きかけ

地域住民・地縁組織・  
各種団体・企業・NPO等  
認知症地域支援推進員・  
生活支援コーディネーター・  
介護事業所等  
地域ケア会議・協議体  
地域づくりの場

1. 見守りや支え合いのネットワークづくり (互助)
2. 活躍の場づくり・マッチング
3. 地域課題の解決
4. 総合事業サービスの改良・創設
5. 地域の組織化
6. 行政への働きかけ(公助)
7. その他

## よくある事例

### 地域包括支援センター・ケアマネジャーの思い

「要支援者だから、外に出る場所もないし、足腰が弱くなってきたら、デイサービスに通って、足腰をしっかりとしてあげたい」と従前相当のデイサービスの利用を調整。

【目標】足腰を強くして、再び地域のサロンに通いたい。  
半年が経過すると、、、

### 利用者の思い

「友達もできたし、ここで過ごし続けたい」と願うようになっている。  
利用当初の「足腰を強くして再び、地域のサロンに通いたい」と一緒に立てた目標を共に忘れてしまう。



モニタリング不足、、、、

### 地域包括支援センター・ケアマネジャー

本人がそう思っていて、しかも、デイサービスに来ることで状態が維持が出来ているのなら、それでいいか・・・と考える（もう、お歳だから・・・）。

7

## 結 果

デイサービスが唯一の社会参加の場となり、活動性は向上せず、時を経て老化に伴い心身機能が低下し、次の目標は「デイに通って足腰の筋力低下を防ぐ」となってしまう。

## 落とし穴

高齢者の心身の変化を見過ごし、安易に「継続」することが心身機能の「維持」につながると考え、モニタリングがおろそかになる。

高齢者の「残存能力」や「可能性」を見極めるということを怠り「もう歳だから仕方ない」と考えて、確かなアセスメントを行わず、デイサービスを唯一の社会参加の場とすることで、自身の心身機能の維持のために必要だと考える利用者や家族を増してきた。他にも様々な活動の場所があり、活動量をあげる方法はあったはず・・・

(例) セルフケアの提案、元々、参加していた地域活動や趣味の再開、新たな活動場所の提案、家庭や地域内での役割の再獲得など



8



chapter\_2



## 2. 介護保険制度の理念

9

## 介護保険制度の基本理念

### 第一章 総則

#### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、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**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

#### (介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態、又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、**必要な保険給付を行う**ものとする。

2 前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する**よう行われるとともに、**医療との連携に十分配慮して**行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、**総合的かつ効率的に提供される**よう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。

#### (国民の努力及び義務)

第四条 国民は、**自ら要介護状態となることを予防するため**、加齢に伴って生じ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**。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

10

## 第一章 総則

### (目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、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**、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

### 尊厳を保持しながら、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むように・・・

- 尊厳の保持⇒意思決定の尊重（意思決定支援の重要性）
- 有する能力に応じたケアの実践（残存能力と潜在能力を勘案）
- みんなで支える公的保険制度であることについて、理解の促し

### (介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態、又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、**必要な保険給付を行うものとする。**

2 前項の保険給付は、**要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する**よう行われるとともに、**医療との連携に十分配慮して**行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、**総合的かつ効率的に提供される**よう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない。

- 必要な保険給付の検討
  - ▶ 皆さんは、どのようにしてこの検討を行っていますか？
- 要介護状態等の軽減又は悪化の防止
  - ▶ 予後予測の視点をどのように捉えていますか？
- 医療との連携に十分な配慮
  - ▶ どのような場面で医療との連携を意識しますか？
- 総合的かつ効率的
  - ▶ 被保険者の選択ができるような情報提供をどう工夫していますか？
- 在宅での生活
  - ▶ 可能な限り継続していくためにはどのような支援が大切ですか？

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、**自ら要介護状態となることを予防するため**、加齢に伴って生じ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。**

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

- 
- 要介護状態となった場合においても、その有する能力の維持向上に努めるという国民の努力義務について、どのように利用者及び家族に説明していますか？
  - 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、適切な保健医療サービス及び福祉サービスの利用を行うことについて、どのように利用者及び家族に説明していますか？
  - 要望の強い利用者及び家族に対して、共同連帯の理念や費用の公平負担について、どのように説明していますか？



chapter\_3



### 3. 介護予防の基本的な考え方

14

### 介護予防の基本的な考え方

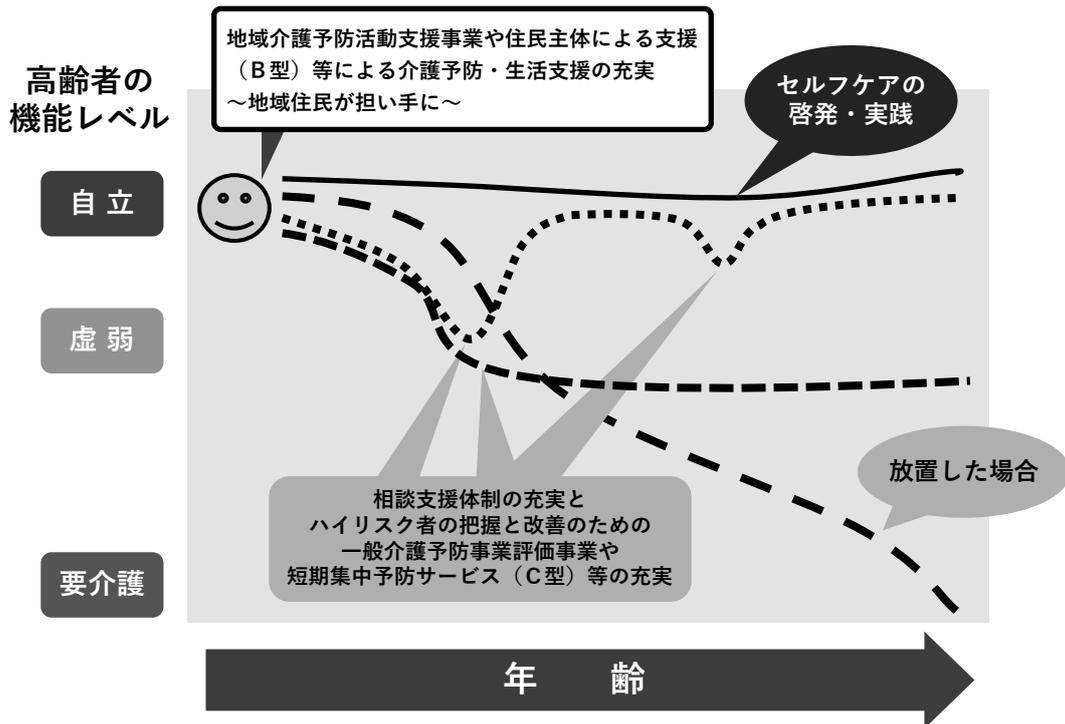
#### ●介護予防とは…

- 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)

15

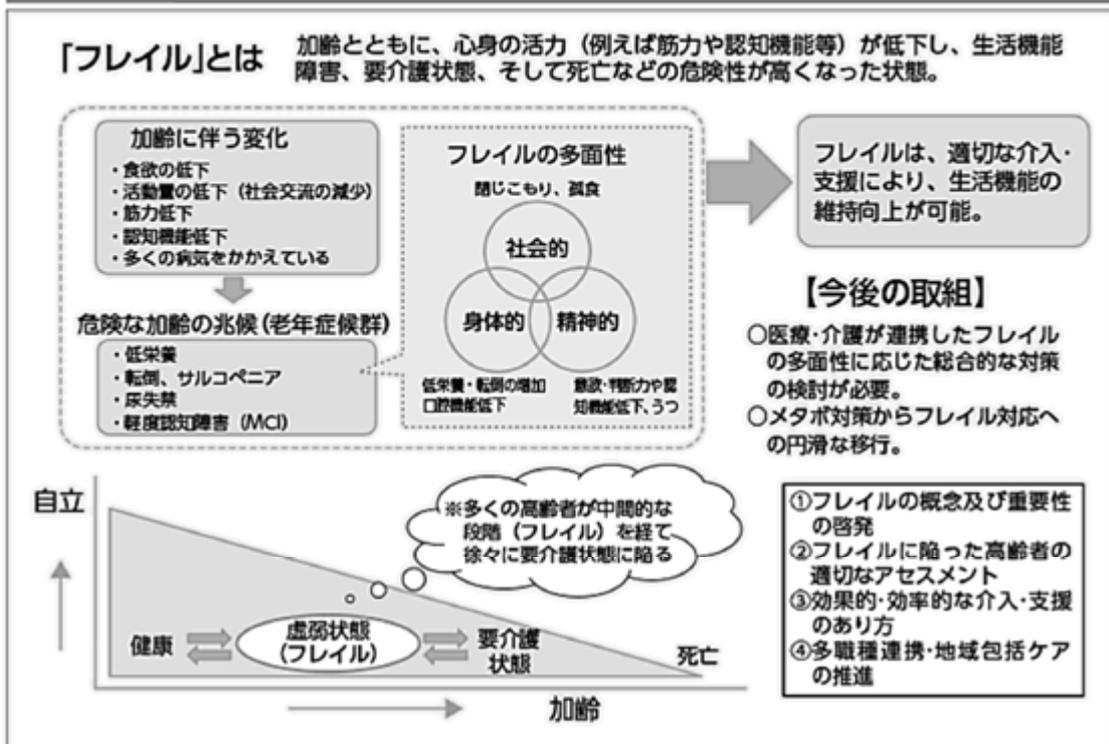
# 高齢者の機能レベルと介護予防の必要性



出典；地域包括支援センター運営マニュアル2訂（平成30年6月一般財団法人長寿社会開発センター）P239 一部改変

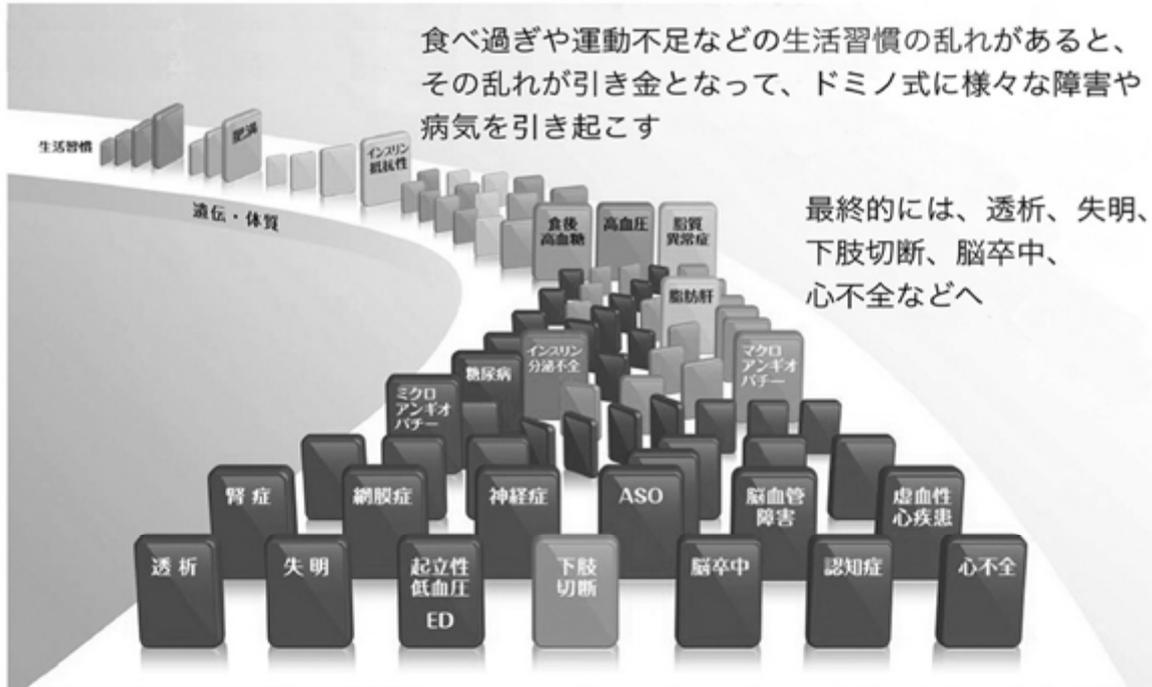
# 老年期の特徴を知っておこう

図表4-2-19 高齢者の虚弱（「フレイル」）について



出典：平成28年版厚生労働白書 -人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える-

## メタボリック・ドミノ：生活習慣病が起こすドミノ倒し



出典：伊藤裕：日本臨牀,61(10),1837-1843,2003



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

# セルフケアの推進や地域力向上の必要性を共有・展開

**【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)

**《地域の多様な資源》**

サービス、専門職等  
ヘルパー  
介護  
福祉  
サービス、専門職と地域が縁のな関係になってはいけない！！

助け合い、なじみの関係  
おかずのお配り  
立ち話  
お茶会  
地域の集まり

つながる (○)  
分断 (×)

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）**

水分摂取量 ●cc/日

排便の頻度 ●回/分  
正・不正

尿：●回/日 尿色：●色

便：●回/日

回数（多い・普通・少ない）  
色（黒・赤・黄・茶色）

歩数：●歩/日

体温（食後の体温） ●℃

血圧（静時の血圧） ●/●mmHg

**超高齢化社会に向けて**

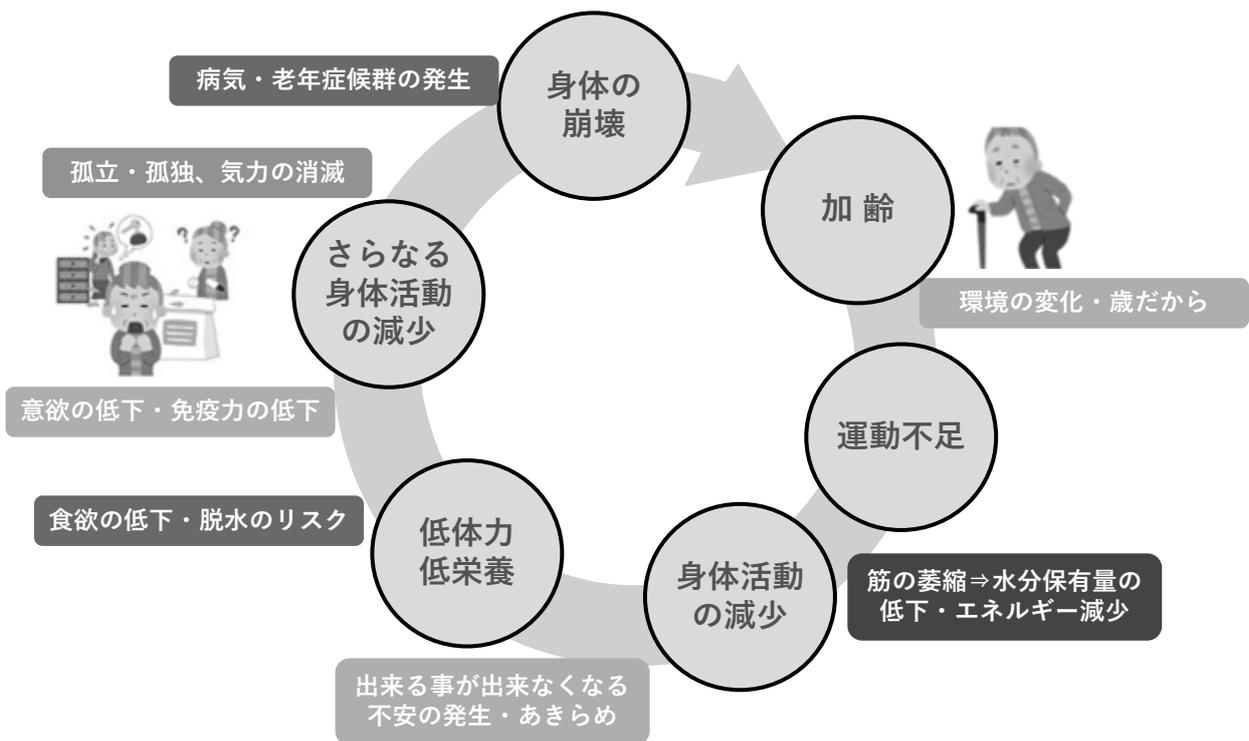
困ったことがあったら“助けて”と言えますか？

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「助けてほしい」と頼めることが出来る。要するに出来るだけである。普段からなじみの関係を地域の中でつらねておく

“お互いさま”と言える地域を目指して  
今、何が出来るか考えてみましょう

# 「悪循環」のスパイラル



(Berger BG,1987より一部改変)

chapter\_4

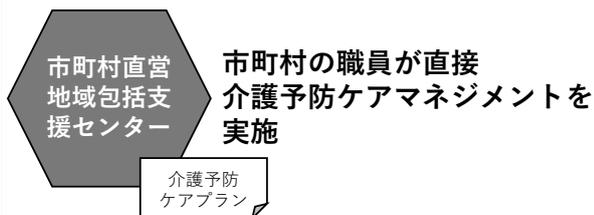


## 4. 介護予防ケアマネジメントの過程

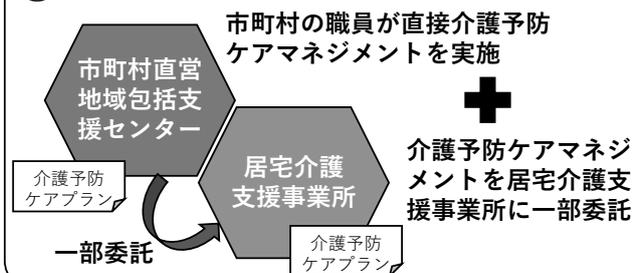
22

### 介護予防ケアマネジメント実施の多様な体制

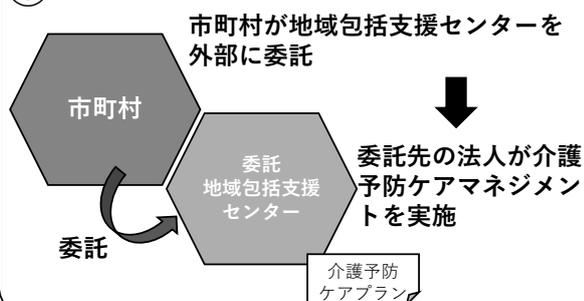
①



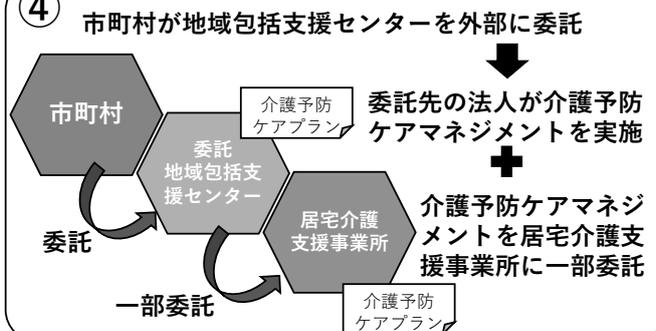
②



③



④



介護予防ケアマネジメントの本来の実施主体は市町村。また、委託をした後も市町村・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所全てが介護予防ケアマネジメントに関わっているという認識を持つことが重要。

23

# 協働作業による啓発普及の例 (奈良県生駒市と委託先地域包括支援センターの平準化の例)

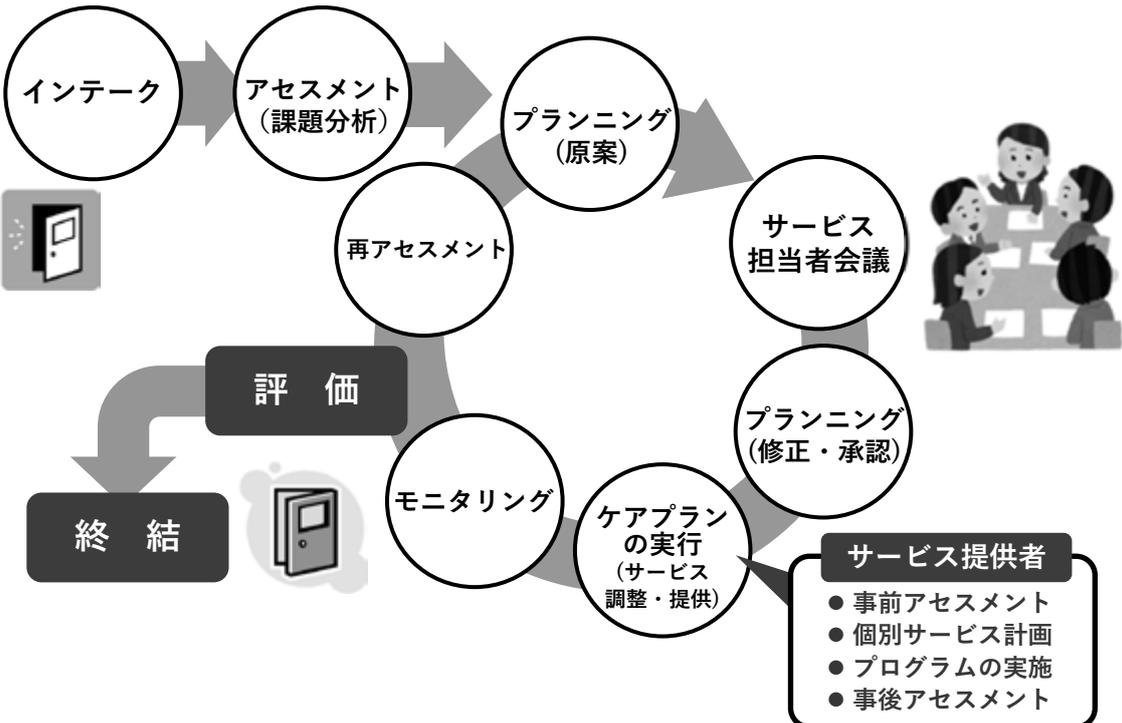


B5サイズ両面で、介護保険制度の理念や生駒市の今後の推計等を示し、なぜ今、総合事業なのか・・・をわかりやすく説明するリーフレットを地域包括支援センターの予防部会と市の担当で作成。市民向けプレゼンテーション資料の1つ。



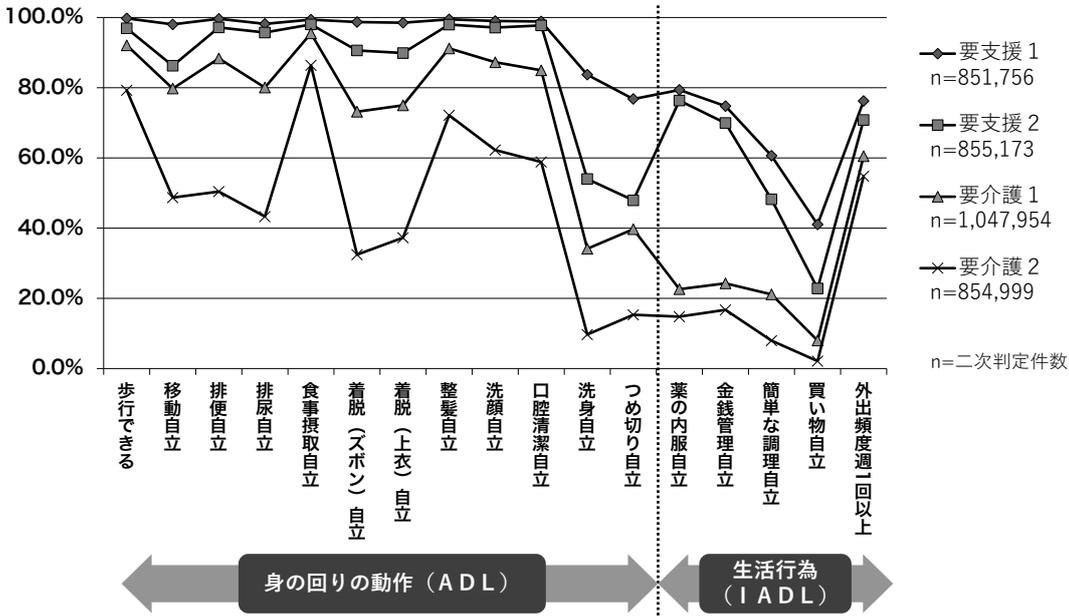
要支援者のサービス利用の流れや総合事業のサービス類型を示したもので、教室参加者やご家族の声なども掲載し、関心をもってもらうような工夫がなされている。地域包括支援センターは居所によって利用先が決まっているため、センターの質の平準化が課題でもあり、こうしたリーフレットを作成する段階から、人材育成につながっていると考えている。

# 介護予防ケアマネジメントの過程を押さえる



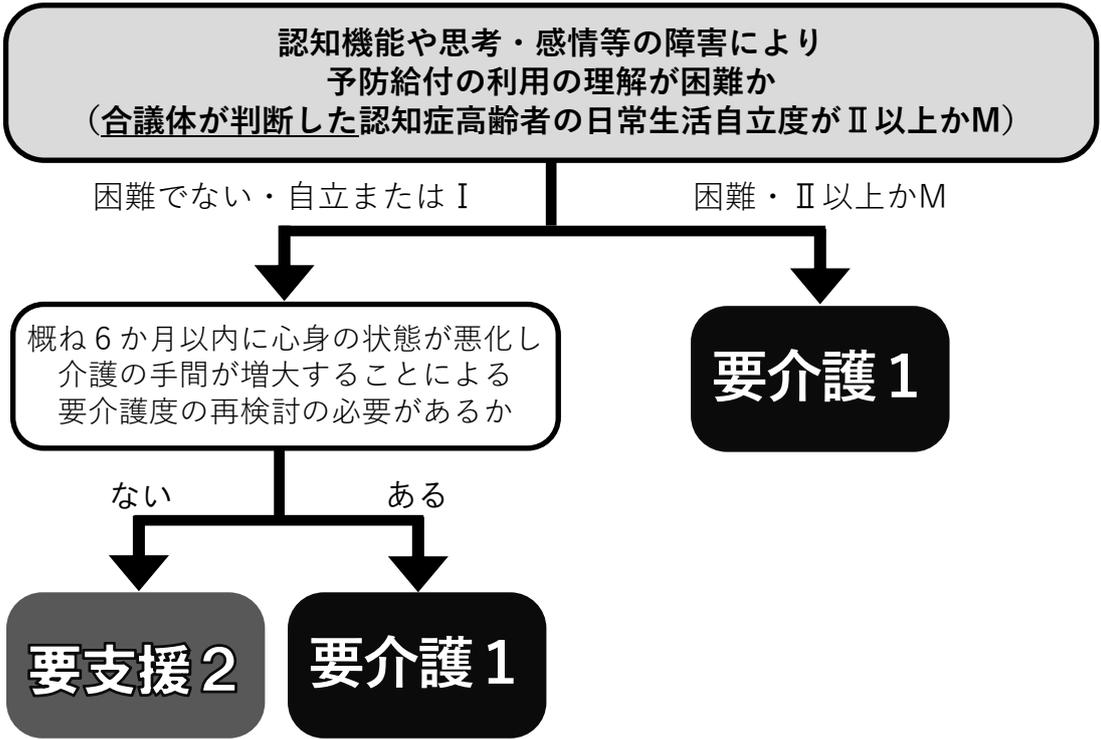
# 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、  
買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には「何かにつかまればできる」を含む。  
 ※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果 (出典：認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

# 要支援2と要介護1の判定 (状態の維持・改善可能性に関する審査判定)



## 介護予防ケアマネジメントの対象者像

認定調査結果からみると要支援者のほとんどは、  
身の回りの動作は自立しているが、  
買い物など生活行為の一部が困難  
となっている。

心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で起こってきている

加齢に伴う視力や聴力の低下  
病気による体調の不良等  
家族や友人との死別  
家庭内の役割の喪失など

28

### ワーク1 介護予防ケアマネジメントを振り返る

《要支援1・2の方の特性を押さえる》

- どのような疾患の方が多いでしょうか？
- ADL・IADLは？
- 日常生活自立度で表す範囲はどこからどこ？
- 状態が維持・改善しやすい方の特徴は？

29



私たちの目の前にいる人を  
理解しようとしていますか？

## 対人援助の基本！

その人が置かれている状況を的確に把握し分析することから始まる

状況を把握するには、その人の  
現在だけを見るのではなく、過去  
を知り、その人の生き様や価値観  
を知ることが大切。そこから、  
その人のこれからが見えてくる。

分析するには、高齢者の  
ADLの構成要素や  
普段の体調管理の重要性  
などに関する基礎知識が  
必要。



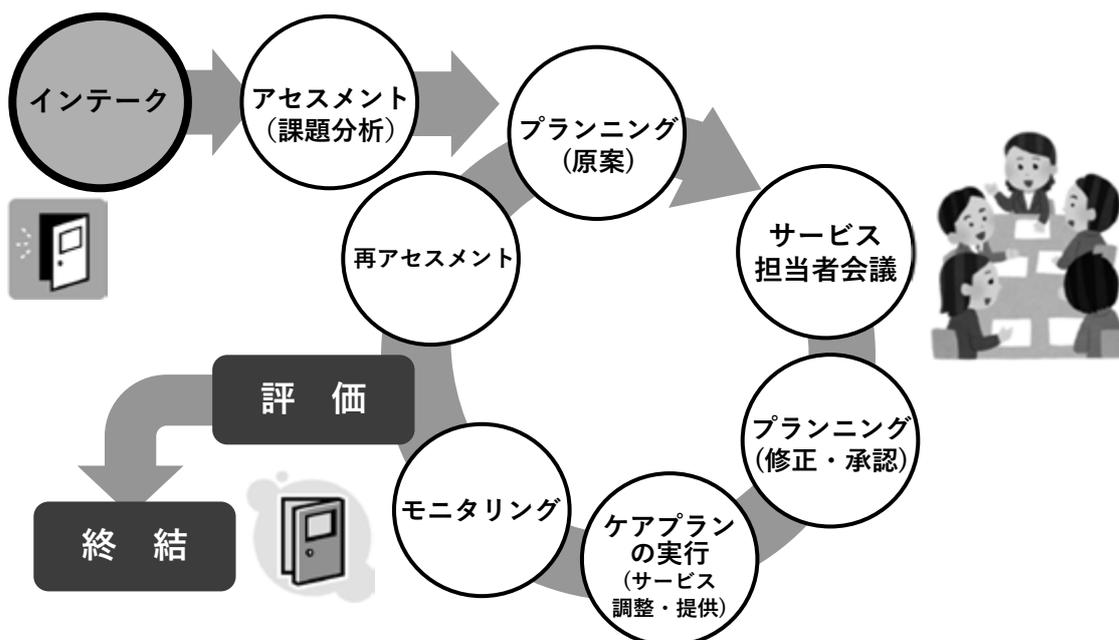
chapter\_5



## 5. 介護予防ケアマネジメントの過程 ～ インテーク ～

31

### 介護予防ケアマネジメント過程 ～インテーク～



32

## 事例紹介の前に

- これから紹介する事例は、  
あくまで架空のものです
- プロセスにおけるポイントを  
得るための題材にすぎません

## 事例の概要

別冊資料3頁をあわせてご覧ください

**氏名：**山本 春子 78歳(女性) 要介護状態区分：要介護1(初回) ⇒ 要支援2(更新)

**病歴：**令和2年6月10日(77歳)に肺炎で2週間入院(6/10～6/24)

**家族構成：**一人暮らし。

夫；3年前に癌で死去。

娘；高橋真由美(50歳)。専業主婦。遠方(大阪)に住んでいる。感染症流行もあって実家に帰ることもできず、心配している。

娘夫；高橋幸一(52歳)。会社員。

孫；高橋旬(19歳)。大学1年生。

**生活歴：**東京で生まれ育ち、25歳で銀行員の夫と結婚。28歳で長女出生。

子供が落ち着いてから料理教室の先生をしていた。

3年前に夫を癌で亡くしている。

夫を亡くした後、知人の紹介で、近所のいきいき地域サロンに参加していた。

1年程前に肺炎となり2週間の入院。その際に介護保険を申請し要介護1の認定。

入院を機にめまいが出現。肺炎の入院と愛犬プリンの死が重なり、本人はとてもショックを受けている。

めまいが起きてから、サロンに出かけるなど外出することが無くなり、感染症の流行もあって、ほぼ自宅で過ごしている。

**経緯：**1年前に肺炎となり、入院中に介護保険を申請し、要介護1の認定。

更新時に要支援2の認定となり、居宅ケアマネから包括センターに引継ぎを受けた。

**主治医意見書：**改善可能性あり。めまいについては、原因不明で不定愁訴の可能性が高い。活動量をあげ、体力向上が必要。

## みなさんならどのように展開しますか？

春子さん78歳、1人暮らし。原因不明の「めまい」と「ふらつき」があります。  
要支援・要介護認定の更新時期があり、更新。  
結果「要介護1」から「要支援2」になったことで、地域包括支援センターが担当となる。

### 【春さんが要介護1のときに利用していたサービス】

ヘルパーが週に3回（家事援助：買い物・食事作り・掃除等）、「めまい」や「ふらつき」があったため、ヘルパーがサービス提供時に本人は入浴。配食サービスを週に5回、食事は全てフォーマル・インフォーマルサービスで用意され、外出はタクシーを利用して、通院する時だけに限定。娘は遠方に居住しており、日常の支援は困難とされていた。

### ケアマネジャーから引き継ぎ 地域包括支援センターに担当替え

申し送りを聞き、再アセスメントを実施  
⇒サービス内容を見直し  
「できること」と「できないこと」を改めて整理



35



## 利用者宅へ訪問 初回、利用者宅インテークシーン

この映像は研修のために作成したものであり、  
これから紹介する事例はあくまで架空のもので  
プロセスにおけるポイントを得るための題材にすぎません。  
地域の実情に応じて運用が異なる場合があります。

36

## 初回、利用者宅のインタビューポイント

### 利用者宅 玄関前～玄関

- 生活状況の確認（庭や玄関まわりなど）
- 反応時間から身体機能・運動機能の衰えなどを推察する

### 利用者宅 玄関外側～内側

- 玄関に置かれたモノから生活状況・趣味嗜好を推察する
- 歩行の様子から身体機能・運動機能の状況を確認
- 生活状況や生活臭等の確認

chapter\_6



## 6. 介護予防ケアマネジメントの過程 ～ アセスメント①～

38

### 使用する様式等

- 利用者基本情報
- 介護予防サービス・支援計画書  
(認定調査情報、主治医意見書、基本チェックリスト)
- 介護予防支援経過記録
- 介護予防サービス・支援評価表



39

# 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

利用者の氏名: \_\_\_\_\_ 性別: (男・女) 生 誕 年 月 日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 生 誕 の 地 域 別 記 号: \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

計画作成者氏名: \_\_\_\_\_ 職 業 別 記 号: \_\_\_\_\_ 計 画 作 成 の 日 付: \_\_\_\_\_ 年 月 日

計画作成 (変更) 日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 (計画作成日: \_\_\_\_\_ 年 月 日) 開始地域: \_\_\_\_\_

目標とする生活: \_\_\_\_\_

1日

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向 (希望・意向)	領域における課題 (希望・意向)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な課題	具体的な課題 (本人・家族)	目標	目標についての支援のポイント	支援計画 (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、介護サービスのポイント)	介護予防サービス (介護予防サービス、介護サービスのポイント)	サービス (種類)	事業者 (住所等)	経費
運動・移動について		口角 口開					( )					

← **アセスメント** →      ← **ケアプラン** →

● 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する。

● 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する。

【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

健康状態について  
以下の状態異常、機能低下、観察結果等を記入して下さい

高齢者チェックリストの(該当した項目) / (質問項目) を記入して下さい

運動	歩行	歩行	口角内	口角内	口角内	口角内	口角内	口角内
運動	歩行	歩行	口角内	口角内	口角内	口角内	口角内	口角内

地域支援センター

計画に関する事項  
上記計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

# アセスメントに関する規定の理解

<運営基準 第四章 第三十条>

六) 担当職員は、介護予防サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、**個人因子**、**環境因子**、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を**因子分解・分析**踏まえて、生活機能の低下の原因を含む**利用者が現に抱える問題点を明らかにするとともに**介護予防の効果を最大限に発揮し、**利用者が自立した日常生活を営むことができるように****状態の軽減又は悪化の防止・遅延化**支援すべき**総合的な課題を把握しなければならない。**

出来ない状態だけではなく、悪化させる原因・背景を探る → **知識が必要**



課題分析  
標準項目

利用者基本情報



チェックリスト



情報収集・  
課題分析が、  
不十分だと  
課題（ニーズ）の  
捉え方も不十分と  
なりやすい



### アセスメント領域と現在の状況

運動・移動	室内外の歩行状況。 転倒歴や転倒不安。 ふらつきの有無や移動先（距離）。 交通機関を利用しての移動状況等。
日常生活（家庭生活）	身の周りのことや家事全般をどうしているかについて、事実を記載。 預貯金の出し入れや日用品の買い物の状況等。
社会参加・対人関係・コミュニケーション	近隣との交流やコミュニケーション能力、対人関係や趣味等に関することについて事実を記載。
健康管理	健康管理の方法や通院、服薬、疾病の安定性の有無や清潔保持についての状況を記載。



## 利用者アセスメント

利用者宅でのアセスメントシーン

この映像は研修のために作成したものであり、  
これから紹介する事例はあくまで架空のもので  
プロセスにおけるポイントを得るための題材にすぎません。  
地域の実情に応じて運用が異なる場合があります。

## 利用者宅でのアセスメントシーン ポイント

1. 最初に訪問の目的を説明する
2. 利用者基本情報の確認をする
3. 基本チェックリストや興味・関心チェックシート等を活用して現状を把握
4. 課題の整理

chapter\_7



## 7. 介護予防ケアマネジメントの過程 ～ アセスメント②～

別冊資料4頁をあわせてご覧ください

### 基本チェックリスト

記入日：令和 3年 6月16日（水）

氏名	山本 春子	住所	東京都みなと区	生年月日	昭和18年 4月29日生
希望するサービス内容	訪問型サービス				
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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
12	身長 156.0cm / 体重 43.8kg (BMI=18.0) <sup>(注)</sup>				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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言われますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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くなくなった	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ		

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) が18.5未満の場合に該当とする

## 基本チェックリストから読み取れること！

- ☑ 生活機能全般の衰え → 1 2 / 2 0
- ☑ 運動機能の低下 → 5 / 5
- ☑ 閉じこもり傾向 → 2 / 2
- ☑ 低栄養 → 2 / 2
- ☑ 認知機能 → 該当無し
- ☑ うつ的傾向 → 該当無し
- ☑ 口腔機能の低下 → 該当無し



基本チェックリストからも  
読み取れることがあります！

47

## 基本チェックリストからは見えないもの

### 【状態の変化】

1. 状態の変化について、以前と比べてどうか、急な変化かどうか、いつ頃からそうになったのか、そのきっかけなど、考えられる要因等
2. 健康のためにその人なりに取り組んでいること・取り組んできたこと、健康状態等
3. 日常生活における家事の状況（能力・行為等の確認含む）
4. コミュニケーション能力、対人関係や社会参加の状況等
5. 精神的不安・清潔保持・健康管理状況等
6. 認知機能、自宅周囲の環境等

48

## 本人・家族の意欲・意向

- 困っていること、以前していたのに今はしなくなったこと、できなくなったこと
- そのことに対してどのように考えているのだろうか？



意欲・意向を  
読み取ろう

今をどのように感じている？  
なぜなんだろう？  
今後は、どうしていきたい？  
どうなったらいいの・・・

49

## アセスメントのポイント

- ☑主治医意見書より、不定愁訴の可能性が示唆されていることから、愛犬のプリンの死と肺炎による入院で一気に気力と体力が低下したことが生活機能低下の大きな要因となったのではないかと推測。
- ☑理解力がある点や直近、2週間でのうつ傾向がないこと、口腔機能には課題がなさそうな点から、解決すべき方向性としては、気持ちや体力の低下から活動量が落ちていることへの打ち手を考慮。
- ☑めまい等の出現により、家事のほとんども自身でされなくなるなど、悪循環の渦に陥っているため、悪循環をどこかで断ち切る必要性があり。「できていること」「できそうなこと」を共に確認していく作業が必要！
- ☑元々は「地域活動に参加」や「料理が好き」という強みを引き出し、活動量を上げていくための不安材料を減らしていく対話と具体策の提案が重要！
- ☑更に遠方で暮らす「家族ができる支援方法」も模索していくなど、本人の応援団を作っていく支援にも注目！

Well being



50



chapter\_8



## 8. 介護予防ケアマネジメントの過程 ～ アセスメント③～

51

### ワーク2 《アセスメントに関する演習》 原因・背景がつかめていますか？



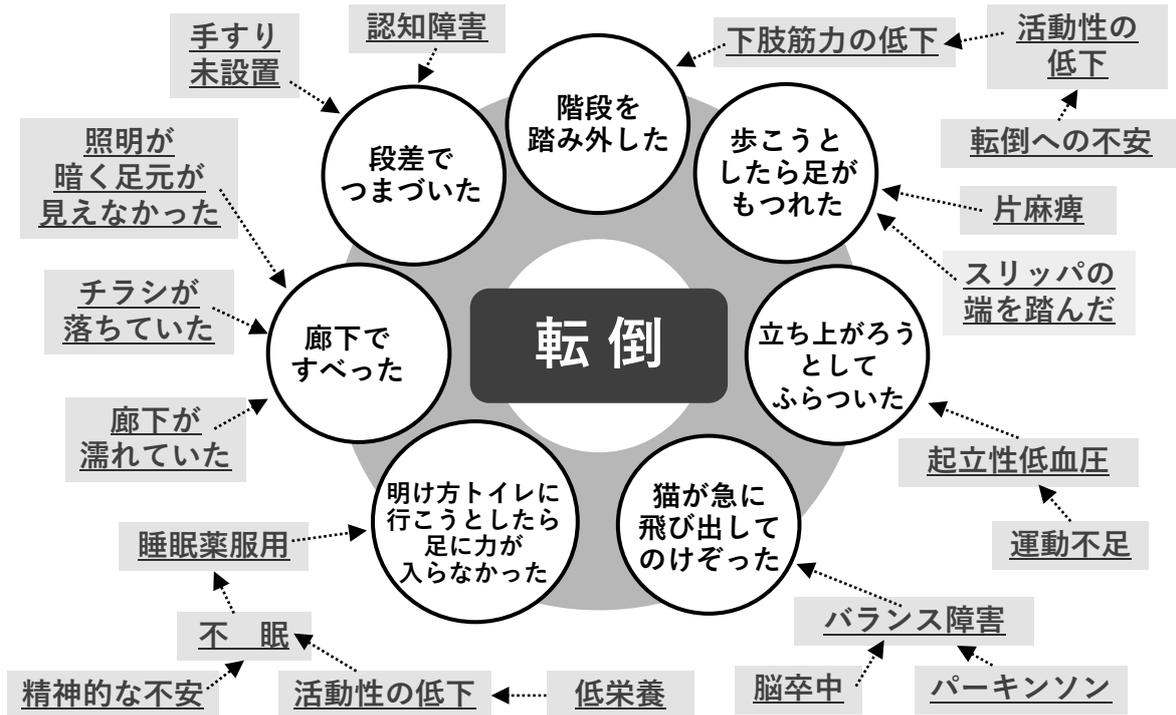
あなたが関わった転倒事例を振り返ってください

- 転倒が起こったときはどんな状況でしたか？
- 転倒を引き起こした原因は？
- その背景にあるものは？



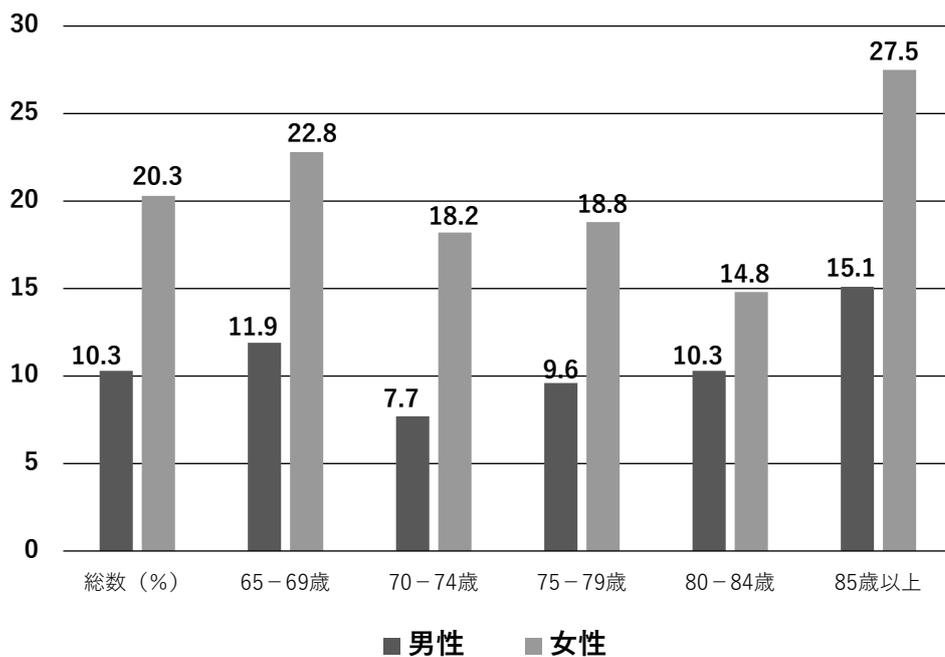
52

## 転倒の原因・背景



53

## 低栄養傾向の者 (BMI ≤ 20kg/m<sup>2</sup>) の割合 (65歳以上、性・年齢階級別)



出典：平成30年 国民健康・栄養調査報告（厚生労働省 令和2年3月）

54

## 低栄養状態を判断する3つの指標

(基本チェックリストで中央・右反映)

 アルブミン値 (Alb)	 BMI値	 体重の減少率
3.8g/dl未満 さらに注意 3.5g/dl以下	18.5 kg/m <sup>2</sup> 以下	1~6ヶ月以内に 3%以上の減少 または 6ヶ月以内に 2~3kgの減少

55

## 低栄養の症状

1. 体重の減少
2. 風邪や感染症にかかりやすく、治りにくい
3. 皮膚の炎症を起こしやすい
4. 下半身や腹部がむくみやすい
5. 乾燥して弾力がない
6. 転んだりつまずいたりしやすい



56

## 低栄養の要因（生活環境、加齢による心身の変化、疾病、精神的）

### 1. 生活環境

高齢者の一人暮らしは、「孤食」による食欲の低下、買い物や調理の負担で簡単にすませられるもの（ごはんと味噌汁のみ、菓子パンのみ、麺類のみ、などの単品メニュー）に偏りがちになること、経済的な理由によるものが要因と考えられます。

### 2. 加齢による身体の変化

加齢によって、味覚や嗅覚の感覚が鈍くなります。味や香りを感じられずに、食欲低下につながる場合があります。

### 3. 疾病

疾病嚙む力や飲み込む力が弱くなる咀嚼・嚥下障害になると、一度に食べられる量が減る、食事形態が制限されるなどが原因で、食事量が減り低栄養のリスクが高くなります。また、疾病や服用している薬の副作用で、食欲低下を招く場合もあります。

### 4. 精神的うつや認知機能の低下等

上記があると食べることへの意欲も失われることがあります。自分で積極的に食事をする意識が減るため、周りが気づいて食事をするよう働きかけないと、低栄養を招く可能性が高くなります。その他にも、メタボを警戒するあまり逆に栄養が足りなくなってしまうたり、元々好き嫌いが多く人は、高齢になるにつれてさらに食べるものがしぼられて偏りがちになってしまったりするなど、誤った知識や食事の偏りも要因になっている場合もあります。

57

## 低栄養の予防方法

バランスの  
良い食事

たんぱく質・脂質・炭水化物・ビタミン・ミネラルの  
五大栄養素がバランスよく含まれた食事が理想的です



■ 食事の回数を増やす1度の食事量を増やすことが難しい場合、食事の回数を増やしましょう。「1日3食」に必ずしもこだわる必要はありません。  
**1食分を2回に分けたり、食事に間食を加えたりすることで、1日での栄養の摂取量を増やすことができます。**



■ 食べやすい形態にする嚙む力や飲み込む力が弱くなった人にとっては、サラサラ・ポロポロ・パサパサ・モチモチした食感のものは要注意です。お肉やごぼう貝類など硬くてかみ切りにくいものなども食べにくく、食が進まない原因となりがちです。  
このような食べにくいものは、**やわらかく調理をする、とろみをつけるなどの工夫が必要です。**



■ おかずから食べる低栄養にはエネルギーとたんぱく質をとることが大切です。ごはんや麺などの主食はお腹が膨れやすく、それだけでお腹いっぱいになりがち。そんな方は、おかずから食べることを心がけてみましょう。  
**おかずから食べることで、体に必要なたんぱく質をとりやすくなります。**

58

# 「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）

**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。

**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

**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



chapter\_9



## 9. 介護予防ケアマネジメントの過程 ～ 目標設定 ～



### 家族支援の依頼 遠方の家族への電話連絡シーン

この映像は研修のために作成したものであり、  
これから紹介する事例はあくまで架空のもので  
プロセスにおけるポイントを得るための題材にすぎません。  
地域の実情に応じて運用が異なる場合があります。

### ワーク3 《遠方の家族ができること》



事例では入浴の前後に電話連絡をすることで安否の確認を行うことを提案していますが、遠方の家族でもできる支援について、他にどんなことが考えられますか。

例) 食材を宅配便で送る

62

### プレゼンテーションのポイント

- 理由と根拠を明確にする
- 共感的な姿勢
- 本人（家族）の言葉・想いを生かす
- 目指す目標の確認
- 個別性重視を念頭に柔軟な介護予防ケアプラン



63

## 意欲を引き出す動機付けを行なう前に…

- 介護保険制度の全体の流れを説明
- サービス利用の目的は？
- 本人・家族が現状をどのように受け止めているか？
- 本人・家族が期待していることは？
- 本人・家族の予備知識は？
- 本人・家族の気づきの程度は？



64

## 意欲を引き出す作成方法

- 「暮らし方、生活習慣」で取り戻したいこと
- 「していること」で維持し続けたいこと
- 「できること（可能性）」で始めたいこと
- 「望む・目指す生活」で実現したいこと

※出来ること・出来そうなこと（可能性）を  
段階的にわけていく



65

## その人らしさを引き出す目標設定

その人の生活史、大切にしている価値、  
周囲の環境などを知ることが大切！

【1日の生活・すごし方】

【趣味・楽しみ・特技】

【友人・地域との関係】

【大切にしてきたこと】



「もし、以前の状態に戻れるとしたら、どのようなことをしたいと思いますか？」

「最近、していたことで、諦めてしまったことはありますか？」 etc…

66

## 介護予防サービス・支援計画書の理解

アセスメントから計画作成に至るプロセス展開

面談の流れ

要支援状態の  
現状確認

要支援状態となった  
背景・原因の確認

改善の可能性がある方策の  
提案を行う

今後の生活の  
改善方法を共に考える

効果

本人が  
このままの生活  
ではいけないと  
気付く

本人が  
今後の生活を定める  
ことができる

67

## 介護予防ケアマネジメントで大切なこと

1. 高齢者が気づいていない…やりたいことに気づいてもらう（意欲を引き出す）
2. できるのかな？という不安を解決する商品を提示する（程よいタイミング！）
3. 最も大切なのは、その人を知る作業！  
単に心身の機能だけでなく、その人の人生や生き方、価値観などプロフィールを深く知ること

### 具 体 策

- ◆ 大切なのは、インテークとアセスメント  
（大変かもしれないけれど、ここが肝！ここを丁寧に行うことで、トータルで楽になる！）
- ◆ ベテランはこんなところを見ている！（新人さんでもまずはここはおさえよう）  
（初回訪問時：電話の対応、家の周囲、庭や玄関先、歩行状態、室内の様子、etc…）
- ◆ 病気がことが不安 …（包括センターの保健師や認知症地域支援推進員に聞いてみよう）
- ◆ 地域の資源がわからない …（生活支援コーディネーターに聞いてみよう）



chapter\_10



## 10. 介護予防ケアマネジメントの過程 ～ プランニングからモニタリング・評価～

69

### 介護予防サービス・支援計画書の 記載方法と記載ポイント (1)

「目標とする生活」を聞いても、本人から出てこない場合

- 利用者基本情報の「趣味・楽しみ・特技」欄の活用
- 本人が「またそのことができるようになりたい」など今後、どのような生活を送りたいかという「生活のイメージ」が具体的に表現できるように支援する。

例) ゆくゆくはこうになりたい・こうしたいって思うことは、  
どんなことですか？



70

## 「目標とする生活」欄

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」  
って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

71

## 介護予防サービス・支援計画書の 記載方法と記載ポイント (2)

### 本人や家族から先に「介護保険サービス」利用の 強い要望が先に提示された場合

- 利用希望のサービスが、どうして必要だと考えているのか  
をよく聴く。
- その上で、改めて、本人や家族といっしょにアセスメント  
を行いながら、課題を確認する作業の中で、必要な  
サービスへの理解を深めていく。



72

# ワーク4 介護予防ケアプランを比較して考えよう



## 介護予防ケアマネジメントの事例を比較

● 2つのプランは山本春子さんに向け作成したプランです

- 何が違うかを考える
- 自身なら普段どうしているかを振り返る
- 良いと思うプランを基に、自立支援に向けた介護予防ケアプラン作成に必要なことは何かを考える

別冊資料7～8頁をあわせてご覧ください

### 介護予防サービス・支援計画書

No. 1  
利用者名 山本 春子 様 (男・70歳) 認定年月日 令和3年6月9日 認定の有効期限 令和3年7月1日～令和5年6月30日

計画作成者氏名 小松 愛 依頼の場合：計画作成者事業所・事業所名及び所在地(連絡先)  
計画作成(変更)日 令和3年6月28日(初回作成日 令和3年6月28日) 担当地域包括支援センター：みなと地域包括支援センター

目標とする生活  
1 目標 ぐまいに気をつけて過ごす 1年 転倒しないでの生活を続ける

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意識・意向	領域における課題(障害・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な課題	具体策についての意向本人・家族	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連携、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包括支援(総合的サービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
運動・移動について 1年前の入浴後から転倒がある。ぐまいがあるが足がうすくなる。再発予防には行っている。	本人)ぐまいがある。転倒、入浴の支障が心配。転倒を予防したい。	障害) 〇脚 ぐまいがある。ヘルパーによる支障を受けている。	1. 転倒予防のぐまいがある。ヘルパーによる支障を受けている。	目標) ヘルパーのサービスを受ける。現在の状況を維持する。 具体策) 1.ヘルパーによる家事支援を受ける。2.食事は居食配食サービスを利用する。	本人) 今までと同じようにヘルパーさんに使ってほしい。困らなければいい。	転倒予防。	(1) 転倒を予防するために、ヘルパーによる支援を受ける。	本人等のセルフケアや家族の連携、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包括支援(総合的サービス)	サービス種別	事業所(利用先)	期間
日常生活動作について 買い物、掃除、入浴の支障が心配。ヘルパーによる支援を受けている。食事は居食配食サービスを利用。	本人) 今まで通りのヘルパーを希望。	障害) 〇脚 ぐまいがある。ヘルパーによる支障を受けている。					(2) 転倒を予防するために、ヘルパーによる支援を受ける。		居食サービス	5事業所	11事業所	令和3年7月1日～令和4年6月30日
社会参加、人間関係 コミュニティ活動について参加は利用を希望している。	本人) 社会参加の機会を希望している。	障害) 〇脚 ぐまいがある。ヘルパーによる支障を受けている。					( )					
健康状態について 通院して治療は続けている。ぐまいがあるが原因はわからない。	本人) ぐまいの原因はわからない。	障害) 〇脚 ぐまいがある。原因はわからない。					( )					

健康状態について  
〇生活状況改善、個別課題、個別結果を踏まえた留意点  
転倒を繰り返しており、ぐまいという症状の中で気持ち的にしんどくなっている。

【本人行うべき支援が実施できない場合】  
適切な支援の実施に向けた方針

総合的方針：生活不安定化の改善支援のポイント  
原因のわからないぐまいがあり不安の中で過ごしていると思えます。ヘルパーを利用しながら今までの生活が維持できるように支援していきます。

基本チェックリストの(該当した項目) / (実施済項目) を記入して下さい  
地域包括支援センターの場合は必要な事業プログラムの利用の状況について記入して下さい

運動不足	栄養改善	口腔ケア	認知症予防	聴覚障害	うつ予防	地域包括支援センター連携
5/5	2/2	0/2	2/2	0/2	0/5	

計画に関する同意  
上記計画について、同意いたします。  
令和3年6月28日 氏名 山本 春子

介護予防サービス・支援計画書

氏名: 山本 泰子 72歳 認定年月日: 令和2年6月9日 認定の有効期限: 令和2年7月1日 ~ 令和5年6月30日

利用種別: 総合・継続 認定種別: 申請中 要介護1 - 要介護2 事業担当者

計画作成者氏名: 小林 寛 委託の場合: 計画作成者事業所・事業所名称及び所在地 (連絡先)

計画作成(変更)日: 令和2年6月25日 (初回作成日: 令和2年6月25日) 関係地域包括支援センター: みなと地域包括支援センター

目標とする生活

1年	2年	3年
身の健康を保つため、歩のケアを毎日行う。	1年	利用機会を再開する。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の要望・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的な提案	具体策についての意向本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	介護予防サービス又は地域連携事業(事業所名称のサービス)	サービス種別(利用先)	事業所(利用先)	期間	
運動・転倒について 令和2年6月の入浴後から転倒を繰り返している。めまいがある上歩行時にふらつき、転倒に対する不安がある。歩行時は杖や手すりなどを利用している。	本人) なかなか歩を歩かなくなり、めまいがある上歩行時にふらつき、転倒に対する不安がある。歩行時は杖や手すりなどを利用している。	背景) ①めまいによる不安が強く、歩行時の転倒リスクが減少し、歩行時の不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	総合的課題) ①めまいによる不安が強く、歩行時の転倒リスクが減少し、歩行時の不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	目標) 大筋にいたる歩行時の不安が軽減される。①めまいによる不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	本人) 歩行時の不安が軽減される。①めまいによる不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	歩行時	①めまいやふらつきがある時は、杖や手すりなどを利用する。②歩行時の不安が軽減される。	本人) 自宅でもできる運動を勧めてもらい、自宅で運動を実施する。	専門職による評価、体力・歩力をつけるための運動、転倒防止の運動、転倒防止の運動、転倒防止の運動。	訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	事業所	令和2年7月1日 ~ 令和2年9月30日
日常生活動作(ADL)について 入浴はヘルパー訪問時にお願いしている。着脱はヘルパーにより支援を受けている。食事は毎日家族サービスを利用し、水分摂取は少ない。体重減少が著しい。	本人) めまいによる転倒のリスクが軽減される。歩行時の不安が軽減される。食事は毎日家族サービスを利用し、水分摂取は少ない。体重減少が著しい。	背景) ①めまいによる不安が強く、歩行時の転倒リスクが減少し、歩行時の不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	総合的課題) ①めまいによる不安が強く、歩行時の転倒リスクが減少し、歩行時の不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	目標) 大筋にいたる歩行時の不安が軽減される。①めまいによる不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	本人) 歩行時の不安が軽減される。①めまいによる不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	歩行時	①めまいやふらつきがある時は、杖や手すりなどを利用する。②歩行時の不安が軽減される。	本人) 自宅でもできる運動を勧めてもらい、自宅で運動を実施する。	専門職による評価、体力・歩力をつけるための運動、転倒防止の運動、転倒防止の運動、転倒防止の運動。	訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	事業所	令和2年7月1日 ~ 令和2年9月30日
転倒予防について 転倒を繰り返している。転倒を繰り返している。転倒を繰り返している。	本人) めまいによる転倒のリスクが軽減される。歩行時の不安が軽減される。食事は毎日家族サービスを利用し、水分摂取は少ない。体重減少が著しい。	背景) ①めまいによる不安が強く、歩行時の転倒リスクが減少し、歩行時の不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	総合的課題) ①めまいによる不安が強く、歩行時の転倒リスクが減少し、歩行時の不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	目標) 大筋にいたる歩行時の不安が軽減される。①めまいによる不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	本人) 歩行時の不安が軽減される。①めまいによる不安が軽減される。②歩行時の不安が軽減される。	歩行時	①めまいやふらつきがある時は、杖や手すりなどを利用する。②歩行時の不安が軽減される。	本人) 自宅でもできる運動を勧めてもらい、自宅で運動を実施する。	専門職による評価、体力・歩力をつけるための運動、転倒防止の運動、転倒防止の運動、転倒防止の運動。	訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	事業所	令和2年7月1日 ~ 令和2年9月30日

【各病行へ支援が実施できない場合】  
【総合的方針】生活不満足の原因となる要因

【計画に関する留意事項】  
上記計画について、同意いたします。

令和2年6月25日 氏名 山本 泰子

結果

ヘルパーが週に3回入ってる家事援助内容の分割を行い、「できる」ことはしてもらうよう詳細な訪問介護計画を立て、プラン内容を大幅に変更。  
前担当ケアマネジャーのプランでは、「訪問介護」のみの利用であったが、他者と交流のない生活と活動量が低下している日々の体力低下を思い、通所型サービスC（短期集中予防サービス）をプランに挿入することが大切だと考え利用者へのアプローチを開始（サービスを利用することによる将来の見通しを丁寧に説明）。

半年後の孫の成人式に東京から大阪に向かうことを目標に動機付け！

**【サービス利用がスタート】**  
何もしていなかった頃に比べて体力は徐々に向上⇒体が軽くなったと自覚⇒「運動は悪くない」⇒めまいも24時間続くわけでもない。体力がってきたこともあり一人での入浴が可能に！  
(入浴前後に家族に電話してもらい、安否を確認してもらう方法を提案)  
\*遠方でもできる家族からの支援

最終

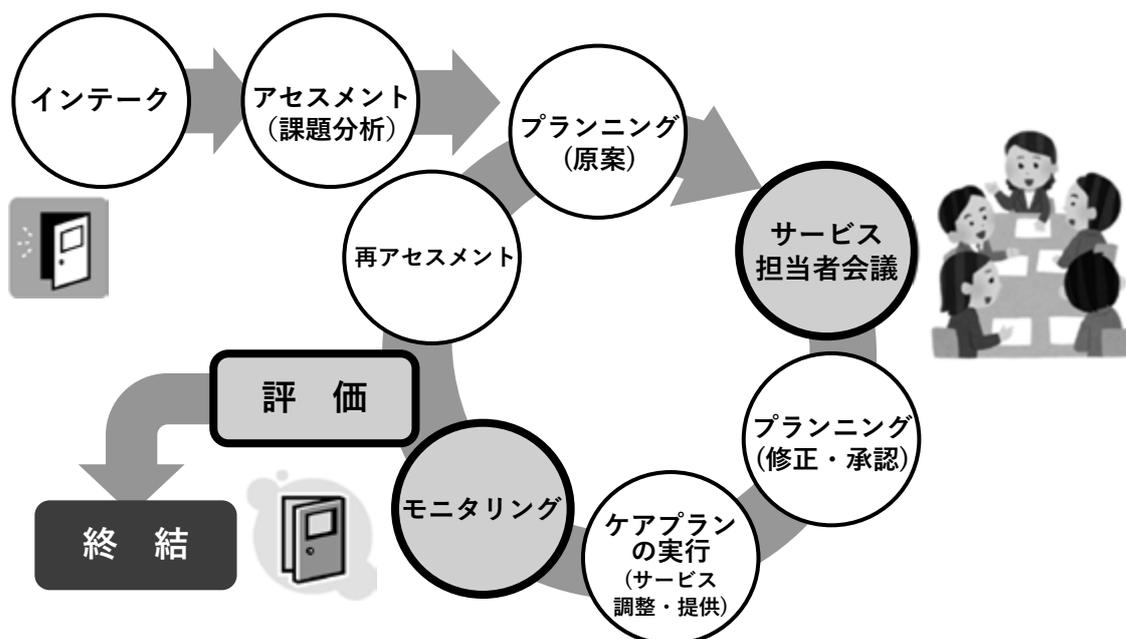
「ふらつき・めまい」も常にあるわけではないことを利用者自身が自己分析。体調に合わせて活動することに自信をつけていき、通所型サービスCを終了。その後、昔から通っていた地域のサロンに再び通えるようになった。

## ～この事例からの学び～

- 1 遠くでもできる家族からの支援（応援団になってもらうことの大切さ）  
 <インフォーマルの活用・精神的支援>
- 2 慢性的な疾病に関する有症状（めまい・ふらつき）があっても24時間365日継続して症状が出ているものは少ない ⇒ 都度の体調に合わせて活動する生活を考えることで行動範囲は拡充できる  
 <疾病理解の必要性・主観的な訴えのとらえ方>
- 3 丁寧なアセスメント【能力と行為】における差をしっかりと見極める  
 ⇒なぜ？できないの？じゃあ、今、どうしているの？  
 <原因・背景要因の分析を行い、根拠と見通しをもった提案・合意形成>
- 4 本人のできないことばかりに目を向けるのではなく、ストレングスに着目し改善可能性を探る  
 <本人の気づきと動機づけ>
- 5 事業所や地域等も巻き込み「その気」をつくる  
 <思いの「共有」⇒動機づけ>
- 6 良い事業所・人材等を発掘・育成していく  
 <資源開発・人材育成>
- 7 成功体験を知っている人とのつながり、その人から学ぶことが重要  
 <成功体験の積み重ね>

77

## 介護予防ケアマネジメント過程 ～ サービス担当者会議から評価 ～



78

## サービス担当者会議

### 〈サービス担当者会議のポイント〉

- 利用者・家族を置き去りにしない  
(意向確認・責められたと思わせない)
- 全ての参加者が意見を言える場づくり  
(調整・配慮)
- 時間内に終わるように  
(進行・まとめ)
- 目的に沿った会議運営  
(軌道修正・簡潔に)



79

## モニタリング

### 訪問時以外で工夫していることは？

- 情報が集まるための工夫
  - ・ 本人や家族に支援内容と支援者の役割を説明し、必要時の情報提供を依頼する。
  - ・ サービス提供事業者の役割を明確にし、必要時の情報提供を依頼する。
  - ・ 近隣者などのインフォーマルサービスの支援者に、支援内容を説明し、必要時の情報提供を依頼する。



80

## 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

### 記載目的

対象者への支援経過を**時系列**で一枚の様式に記録することで、支援者が一連の流れを把握し今後の支援の分析に役立つことができる。

### 記載内容

- ・ 初回対応記録（誰から情報を得て、対応を始めたか等）
- ・ モニタリングの実施記録（訪問、電話等）
- ・ サービス担当者会議録
- ・ 関係機関との連絡内容の記録

### 記入上の留意点

- ・ 必ず〈モニタリング〉や〈担当者会議〉と明記しておく。
- ・ 簡潔明瞭に要点を記載する。
- ・ ケアプラン作成者の判断も記入する。
- ・ 関係機関に働きかけ、情報が十分得られなかった場合も、その経過を記載する。

81

## 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表

### 実施目的

介護予防サービス・支援計画における、**目標に対する評価**を行う。

### 実施時期

介護予防サービス・支援計画書に**達成可能な目標を設定した時期**  
(サービス提供期間とは異なる)

### 評価の視点

- ・ 設定した目標が**達成**されたか
- ・ 今後のケアプランを**見直す**必要があるか

### 評価時の留意点

- ・ 目標がどの程度達成できているのか、できていないのか、具体的に記載していく
- ・ 目標が達成できなかった場合
  - ① 本人や、家族の意見を確認する。
  - ② ①とサービス事業者からの報告をもとにケアプラン作成者として分析する。
- ・ 原則的には「**ケアプラン変更**」

82



chapter\_11



## 11. ま と め

83

### 老いを生きる人の意欲とは…

- 高齢者の「意欲」は『生きがい』と  
密接につながっている
- 『生きがい』の3型
  - (1) 使命感に基づくもの
  - (2) 自己実現を求めるもの
  - (3) 日々の生活の中に充実感を見出すもの



84

## 意欲を引き出す支援が重要

- 残存能力・潜在能力を探す
- 生活歴から一緒に考える
- 環境づくり
- 動機付けや意欲の向上に対する支援が大切
- 重要なのは「アセスメント能力」
- 対象の人を知りたい！知る作業が重要！



85

## 支援者に要求されるもの

- 人の価値の多様性を知る
- 時には「やりたくない」という選択を認める
- お試し行動も有用（見学やデイのお試し企画等）
- 「やる気の背景」を理解する
- 地域住民の応援団（理解者）を作る！



86

## 介護予防ケアマネジメントとは

その人らしい生活を一緒に考え、探していく中で  
その人ならではの【目標】を、  
その人自らが掲げ、実践していけるように、  
家族と共に支援していくことが大切である。

専門職として求められているものは「したいことなんて何も  
ないんだ」と話す言葉の中に隠れる【言葉にならないことば】を  
聴きながら、再び「こんなことを始めてみたい・・・」  
という意欲が持てるように導くこと・・・



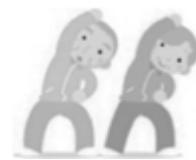
87

## 目指すのは・・・

「豊かな人生」  
「その人らしい生活の実現」

支援の  
方向は～

- 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る
- 取組みへの意欲が高まる
- 自分の力を信じられる



88

