

# 豊島区介護予防ケアマネジメント ト・介護予防支援計画作成研修

平成31年度 介護予防ケアマネジメント等計画作成研修

平成31年4月24日(水)

としまセンタースクエア

# 研修について

- この研修は、豊島区の高齢者総合相談センターからの介護予防支援等業務受託に必要な基本的事項について説明する研修会です。毎年1回実施しています。
- 本日の資料の他、例年配布している資料等は後日まとめて豊島区役所のホームページに掲載いたします。後からでも確認できるようにいたしますので普段の業務の際にはホームページの資料を参考にしてください。

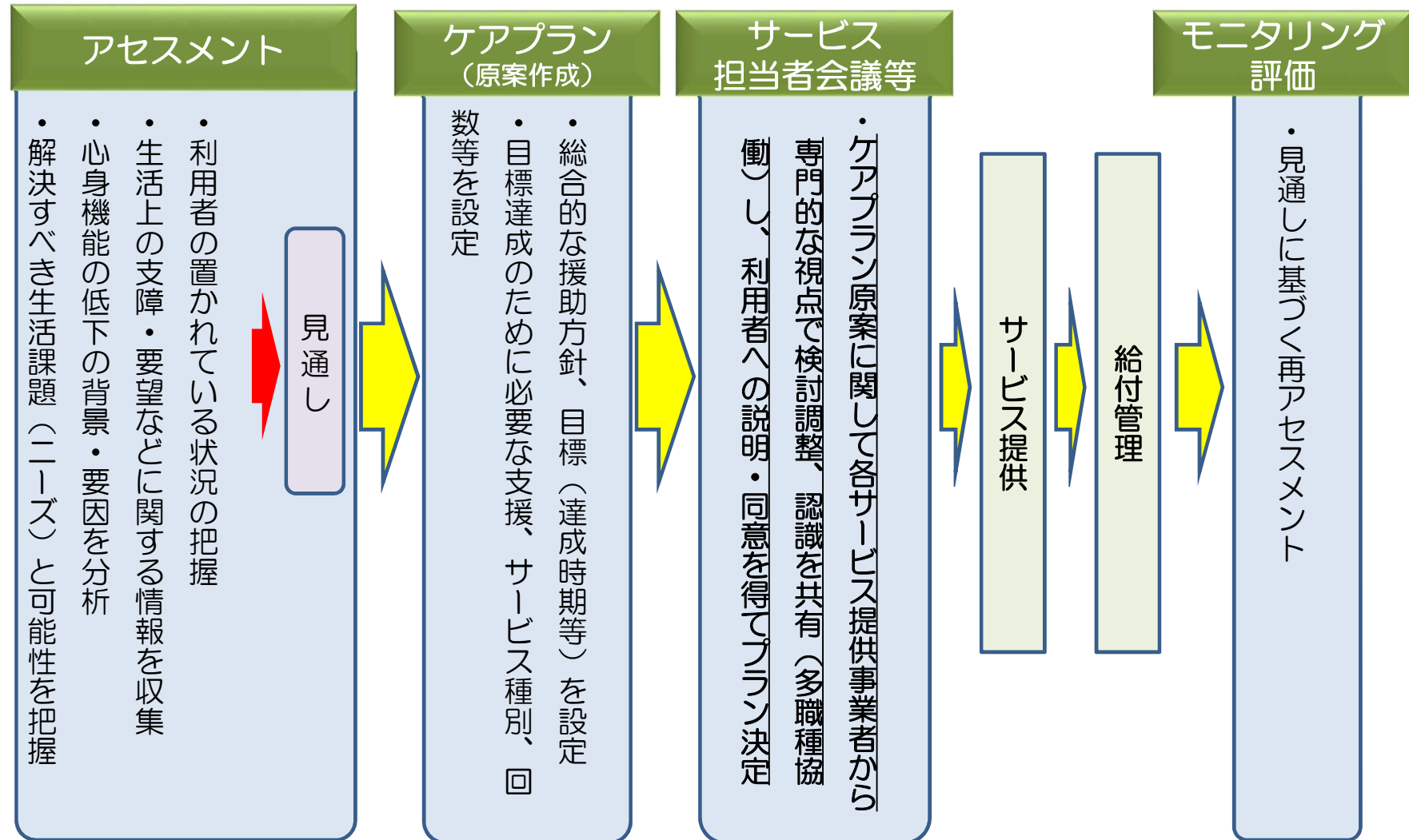
# 本日の研修全体の流れ

- 豊島区の介護予防と自立支援型ケアマネジメントの基本的な考え方
- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票の書き方について(事例を基に説明)
- 自立支援地域ケア会議の活用
- まとめ

# 豊島区の介護予防と自立支援型ケアマネジメント(基本的な考え方)

- 1 本人主体と尊厳の保持
- 2 全人的なアプローチ
- 3 心身機能の維持増進
- 4 社会の中の役割を意識した支援
- 5 専門職としての認識と実践

# ケアマネジメントの流れ



## 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。

## 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、利用者が気づき、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、**自分の課題に気づき**、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。

## 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。



## 介護予防ケアマネジメントの対象者像

認定調査結果から見ると、  
その多くは、ADLは自立しているが、  
IADLの一部は行いにくくなっている

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  
家族との同居により家庭内の役割を喪失 など

## 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**」とすることができるよう、働きかけていくことが重要である。

## 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

個人的要因	身体機能
	精神機能
	経済状況等

性格、人生歴、身体機能・生活機能に支障をきたす高齢者の個人的な要因

身体機能・知的機能、障害、疾病の状態(ADL、IADL)は？  
 性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？  
 普段の体調管理(水・食・運動・排泄)は？  
 状態回復できるものか、できないものか、維持できるのか？  
 経済的状况(収入、預貯金、不動産)は？  
 価値観(人生で大事にしてきたこと)特技、趣味、生きがいは？  
 過去の人脈、現在の人脈(本人が作ったネットワーク)は？

### 的確なアセスメント

環境的要因	家族・経済
	近親者・近隣
	住まい・居住環境
	社会資源
	その他

高齢者をとりまく人や物など周囲のあらゆる状況

- 相談者と本人の関係は？
- 家族構成員の状況と家族システムの現状(決定や権威等)、経済状況は？
- 居住地域がどんな地域か、どんな文化を持っているか本人家族と近隣住民との関係性は？ 地域での役割は？(時系列で変化をとらえる)
- 在宅や地域の日常生活導線は？ 社会資源の状況は？
- かかりつけ医や民生委員との関係は？
- 取り巻く人のストレスは？(障害、疾病への理解度、偏見の有無)

## 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。

## 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。



利用者基本情報

+

基本チェックリスト

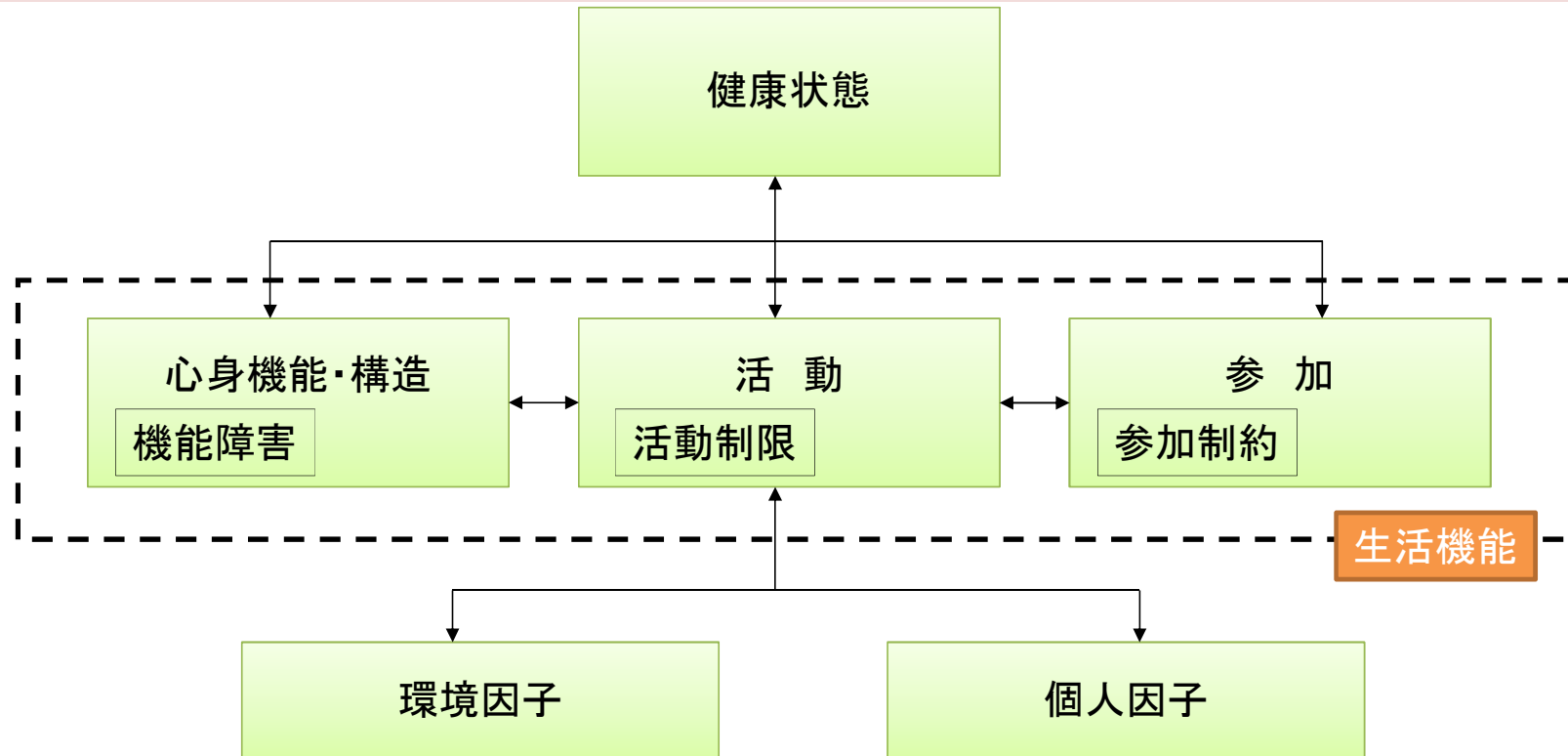
+

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。

# 国際生活機能分類(ICF)



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
  - ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
  - ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」
- の3つの構成要素からなる

## ケアプラン作成におけるポイント ①

ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題や悪化防止」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成すること。

手法としては、3～12ヶ月を目途とする本人自身が、このような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、3～6ヶ月を目途とする維持・改善や悪化防止に対する課題である「目標」が達成されることを目的に

- ・「**どのように**改善を図るのか」(最も効果的な方法の選択)
- ・「**どこで、誰が**アプローチするとよいのか」  
(最も効果的手段の選択)
- ・「**いつ頃**までに」(期限)

を考慮し、利用者本人が取り組むこと、周囲の支援を受けることを整理しながら計画を作成する。



## 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。

## 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。

## 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。

## 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手に入れ、**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。

## 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。

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

1日	1年
----	----

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	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（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
（運動・移動について）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					（ ）					
（日常生活（家庭生活）について）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					（ ）					
（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					（ ）					
（健康管理について）		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					（ ）					

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

【本来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

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

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

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

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

計画に関する同意  
 上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

# 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票の書き方について(事例を基に説明)

# 事例の説明

## 説明資料

- 事例概要
- エコマップ

(巻末の配布資料をご確認ください)

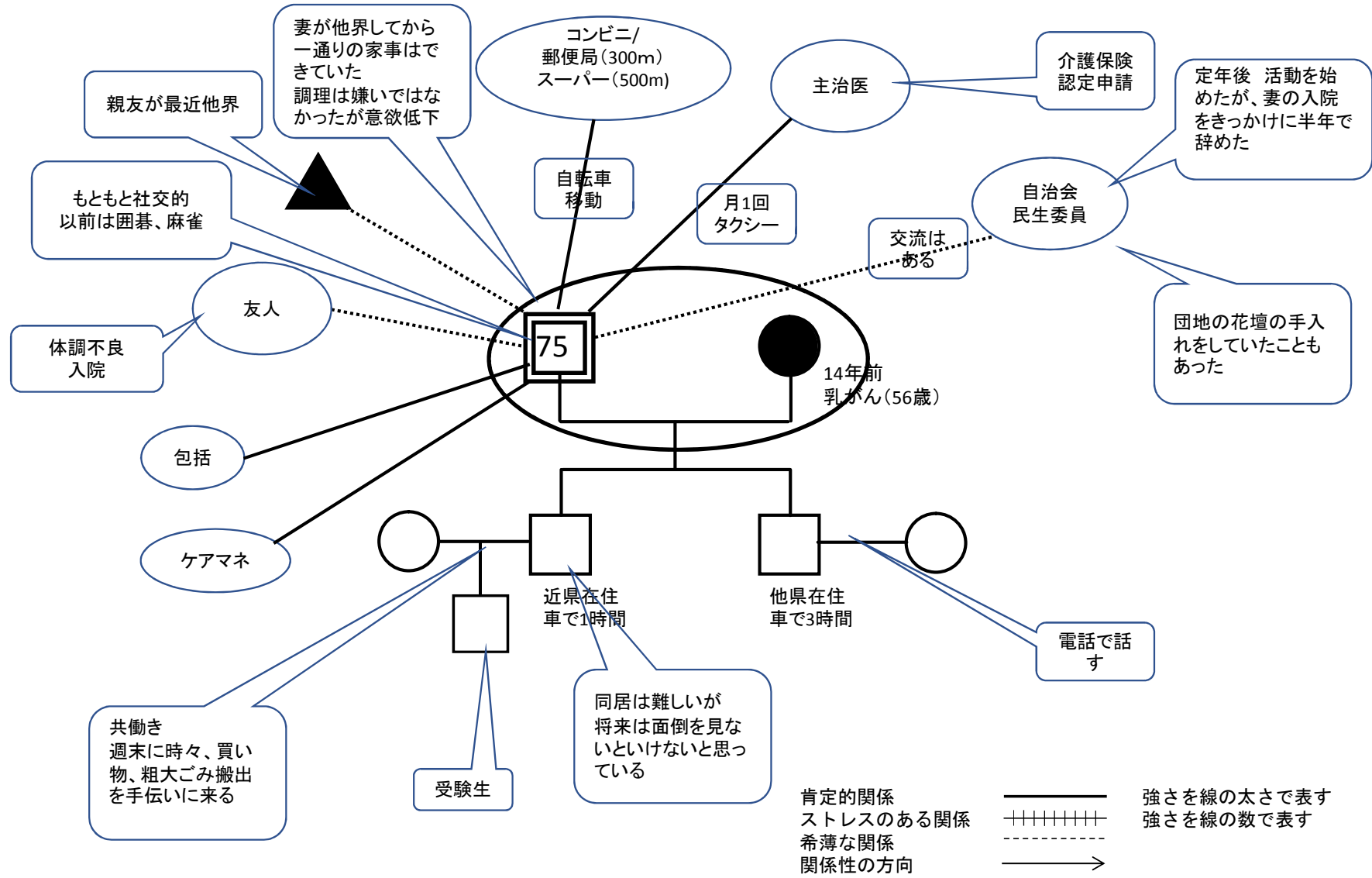
- 豊島区アセスメントシート
- 興味関心チェックシート
- ケアプラン(A表～C表)
- (参考)すこやか生活プラン



## 事例概要

- 75歳 要支援1 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 男性 独居
- 3階建てエレベーターなしの公営住宅に居住。玄関・浴室・トイレの手すり、階段両側の手すり設置済み。
- 主治医の勧めによる新規申請。
- 高齢者総合相談センターのケアマネジャーが担当
- 社交的な性格だったが、呼吸が苦しく、人との交流の機会が減少している。フレイル状態が進行する可能性が高く、ケアマネは主体的に介護予防に取り組む必要性が高いと判断し、介護保険サービスの利用を開始した。

# エコマップ



# 自立支援地域ケア会議の活用

## 地域ケア個別会議の活用

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものである。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア個別会議の検討ケースとして選定し、**多職種による介護予防ケアマネジメント支援を行うことも有効。**

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など

### 地域包括支援センターレベルでの会議(地域ケア個別会議)

- 地域包括支援センターが開催
- 個別ケース(困難事例等)の支援内容を通じた
  - ①地域支援ネットワークの構築
  - ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
  - ③地域課題の把握 などを行う。
- ※幅広い視点から、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加
- ※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

#### 《主な構成員》

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、  
歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、  
ケアマネジャー、介護サービス事業者 など

自治会、民生委員、ボランティア、NPOなど

その他必要に応じて参加

個別の  
ケアマネジメント

事例提供

サービス  
担当者会議  
(全ての  
ケースにつ  
いて、多職  
種協働によ  
り適切なケ  
アプランを  
検討)

支援

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成

介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村レベルの会議(地域ケア推進会議)

在宅医療・介護  
連携を支援する  
相談窓口

郡市区医師会等  
連携を支援する  
専門職等

生活支援  
体制整備

生活支援コー  
ディネーター

協議体

認知症施策

認知症初期  
集中支援  
チーム

認知症地域  
支援推進員

# 自立支援地域ケア会議（元気はつらつ報告会）の目的

- ① 高齢者の「本人らしい生活」の実現に向けて、  
多様な専門職種と高齢者の生活課題の対応について  
検討し、事例提供者を含めた支援チームが共有して  
支援をおこなう。
- ② 不足する社会資源や地域課題を発見する
- ③ 他圏域・他領域も含め、参加者同士のネットワークをひろげる



# 元気はつらつ報告会 ご本人向けチラシ

豊島区・高齢者総合相談センター主催

## 「元気はつらつ報告会」のご案内

「元気はつらつ報告会」は、ご本人が望む生活の実現のために、生活を見直し、1人ひとりに合わせて、今後なにが必要なのかを話し合う会議です。  
メンバーは、ケアマネジャー、高齢者総合相談センター職員、以下の専門職です。

**管理栄養士**  
生活状況や疾患に応じた食事の提案や栄養指導をします。

**理学療法士**  
起き上がり、立ち座り、歩行などがしやすくなる方法を提案します。

**作業療法士**  
食事や着替え、入浴、家事などがしやすくなる方法を提案します。



報告会が終わったあと、担当ケアマネジャーが、話し合った内容をお伝えします。  
報告会でのアドバイスを参考にしながら、今後のケアプランについて一緒に考えていきます。

開催日  
年 月 日

お悩みことやお困りことがある方も、現在の元気な状態を保ちたい方も、ぜひこの機会に報告会を活用してみてください。



同意欄

上記の説明を受け、私のケアプランを元気はつらつ報告会に提出して検討することについて同意します。

年 月 日 氏名

連絡先  
電話  
担当ケアマネジャー

# 元気はつらつ報告会のタイムスケジュール


時間(60分間)	内容
10分	オリエンテーション・事例を読む時間
3分	事例の概要説明
3分	質問タイム
15分	検討
6分	まとめ
3分	不足する社会資源、地域課題
10分	フリートーク(例)事例提出者が本人に伝えるために必要な確認や質問など、専門職からの助言の補足等
10分	ふりかえりシートへの記入

検討時間

↑

↓

30分



# 元気はつらつ報告会のルール

- ①利用者・家族が同席しているつもりで話し合う
- ②どんな意見でも一旦は受け止める
- ③事例提出者をサポートするように発言する
- ④この事例で実現可能な提案をする
- ⑤お互いに学びあうことを大事にする
- ⑥広い視野、多様な視点から検討する
- ⑦どんなに小さいことでも、工夫できることを実行につなげる
- ⑧検討したことで終わりではなく、どんなことでも今後活かす姿勢で取り組む





# ICF課題分析シート

1. Aさんらしさ  
もともと社会的 友達と交流 囲碁・麻雀  
自治会活動、団地の花壇作りにも参加した

2. Aさんの今後の生活への思い  
転んで骨を折るようなことのないように過ごしたい  
【興味・関心チェックシート】してみたいこと  
料理を作る、友達とおしゃべり・遊ぶ、家族・親戚  
との団らん、読書、体操・運動

**健康状態**  
肺炎で入院（3年前）  
COPD（呼吸苦が強くなれば在宅酸素も）  
現在はタバコ、飲酒とも（－）  
便秘傾向  
冷気吸入による喘息用発作あり  
降圧剤・抗不整脈薬・去痰薬・気管支拡張  
ステロイド薬

3. 困りごと

①本人  
息苦しく感じるが増えてきた、何  
をするにも億劫に感じる

②家族  
元々社交的だが友達が減りさびしそう、  
栄養の偏りが心配 大丈夫と言って意  
見を聞き入れてくれない

③介護支援専門員  
介護サービスを提案したが利用につな  
がらない

**心身機能・身体構造**  
呼吸苦  
食欲低下 体重減少 BMI=17.3  
コンビニ弁当・惣菜多く栄養偏り  
口臭 部分義歯不適合  
屋内でも置く  
寝つき悪く、日中もウトウト  
もの忘れ  
←張り紙やメモで自ら対応（強み）

**活動**  
呼吸苦により会話にも疲れやすい  
横になってテレビを見ることが多い  
【強み】  
ADL自立  
階段昇降も自立 毎日外出  
コンビニ・郵便局（300m） スーパー（500m）  
受診はタクシー  
金銭管理自立

**参加**  
定年後 自治会活動に参加したが妻の入院で  
半年で辞めた  
友人と囲碁・麻雀で交流あったが、親友の他界、  
他の友人も体調不良で途絶えている  
包括：「時々冗談も交えてお話しされている」

**環境因子**  
エレベーターなし団地の3階 2LDK  
【強み】  
階段両側手すり 浴室・トイレ・玄関に手すり  
浴室段差あり（シャワー・給湯あり 追い炊きなし）  
長男家族 近県 車で1時間 週末時々、  
重いものなどの買い物・粗大ごみ出し

**個人因子**  
X県出身 東京の大学卒  
定年まで建設概査で現場監督  
定年後 妻が乳がんで他界後  
家事のほとんどを行う  
調理は嫌いではない  
元々社交的

# まとめ

## こんなケース、あなたならどう支援しますか？

1

手芸が趣味のおばあちゃん。  
数年前に夫を亡くし、現在は、単身で生活しています。  
週に1回、自宅に手芸の講師をよび、近所のお友達と  
手芸サークルをするのが楽しみでした。



2

おばあちゃんは、サークルでつくったものを孫にあげたり、  
大きな作品をつかって展示会に出すことも。  
そうしたことが、生活のはりあいになっていました。  
ところが、ある日、転んで骨折してしまいます。



3

以来、外出がおっくうになってしまったおばあちゃん。  
手芸サークルの講師とのやりとりやお茶菓子の準備なども難  
しくなってきたので、サークルをやめようかと考えています。  
心配した家族は、地域包括支援センターに相談にいきました。



このパターンだけですか？

### 通所介護サービス

日常的に通う場所として利用



### 訪問介護サービス

買い物・調理のサービスを利用



## こういうやり方はどうでしょうか？

### 友人との助け合い



謝礼の支払いやお菓子の準備を分担

### 介護予防のトレーニング



足腰を鍛える

### 民間サービス



大きな、重い日用品は宅配サービスを利用

### ご近所との助け合い



ご近所と一緒に買い物



これを実現するには多様な支援が必要 (サービスとは限らない)

人生や生活で「**したいこと**」を  
「**なじみの**」環境の中で続ける

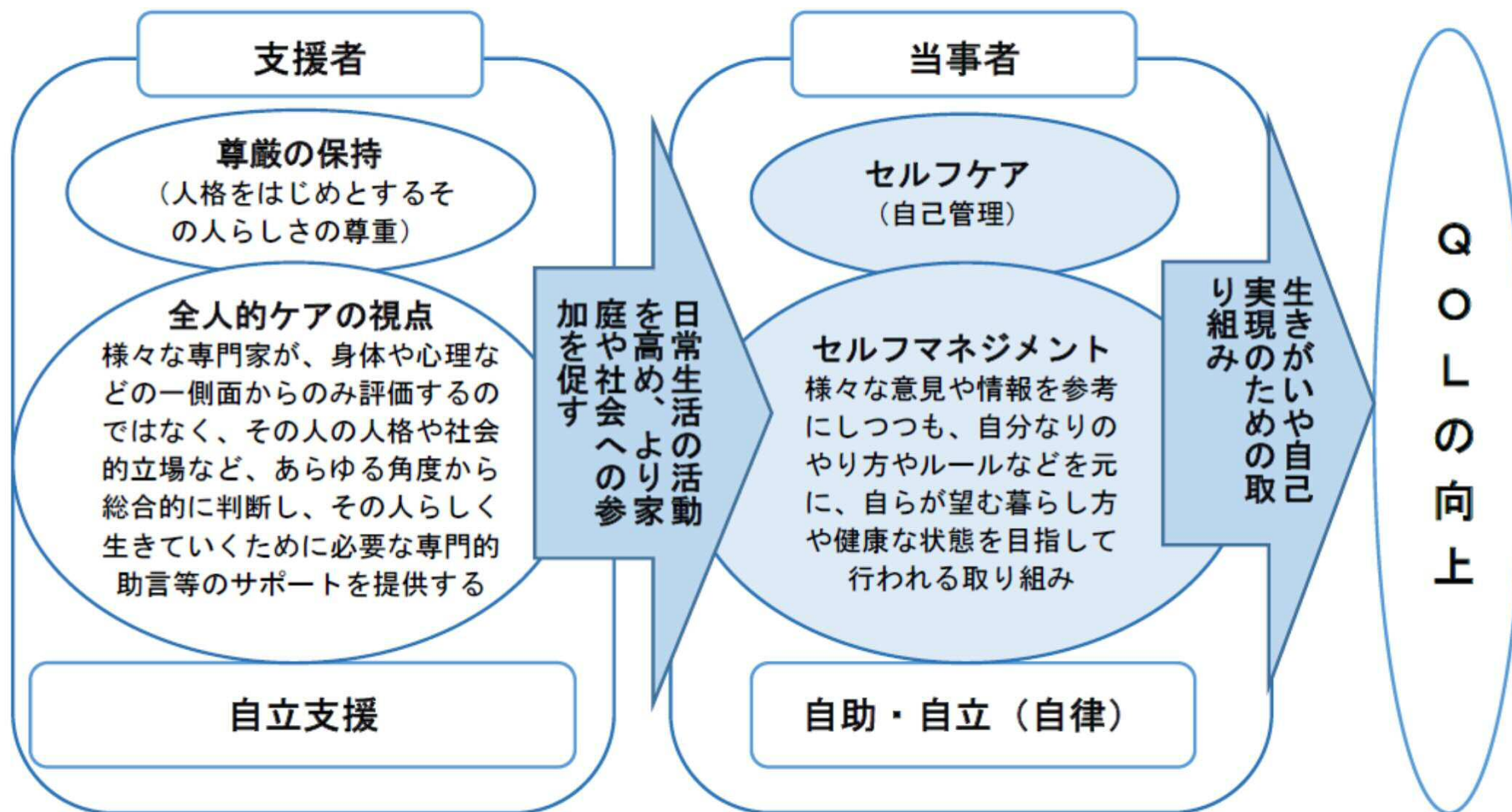
「**手芸・家事**」を続ける

「**友達との関係**」も途切れない



その人が主体的に  
生活できるよう支援する = **自立支援**

# 支援の関わり方 全人的ケアの視点とセルフマネジメントの支援



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。