

ケアマネジメントマニュアル

さいたま市 保健福祉局 長寿応援部
介護保険課
いきいき長寿推進課



本マニュアルは、平成29年3月に発行した「さいたま市介護予防ケアマネジメントマニュアル」に、次の5項目の視点を追加し再編したものです。

ケアマネジメントマニュアル改訂のポイント

- 1 「自立支援」を基本としたケアマネジメント
- 2 高齢者自身の気づきにより、生活への意欲を引き出すセルフマネジメントの推進
- 3 高齢者の生活ニーズや状態像を的確に把握し、高齢者本人の選択による適切なサービスの提供と地域資源の提案
- 4 高齢者の心身の状態が改善した後も、高齢者本人が望む地域の居場所に「戻す」「つなぐ」までの支援
- 5 地域の高齢者が望む生活を実現していくための地域づくりの推進

地域包括支援センター職員及び介護支援専門員（ケアマネジャー）等だけでなく、介護保険従事者も活用できるマニュアルとして改訂いたしました。

介護保険法

第1条（目的）

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。

第4条第1項（国民の努力及び義務）

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。

はじめに

人は誰しも生きる上で、友人、隣人、スーパー、理美容院、
コンビニエンスストア、居酒屋、図書館、公園など、直接的・間接的
によらず **地域と関わりを持って生活** をしています。

しかし介護保険制度が始まり、専門職によるサービスが入る
ことで、今までの地域とのつながりが疎遠になってしまう傾向が
ありました。

専門職によるサービスは、「支援する、支援される」関係である
ことが多く、地域のような「お互い様」の関係性ではありません。
支援されるのに慣れてしまうと、生きがいや意欲、自分の役割を
感じにくくなってしまいます。

できるだけ地域との関係性を守り、関係性が少ない人には関係性
をつくるようなマネジメントができれば、その方の生活はサービス
だけで支えられる生活よりも、より深く広がります。

「地域包括ケア」とは、「地域のお互い様の関係性」を守りながら
「専門職によるサービス」を活用することでできる「**地域を基盤**
とした統合的なケア」であり、さいたま市はそれを推進しています。

— 目次 —

総論	1 さいたま市が目指すケアマネジメント	1
	(1) 自立支援型ケアマネジメント総論	2
	(2) 誰のための「自立支援」か	3
	(3) 生活全般のマネジメント（自助・互助・共助・公助）	4
	(4) 自立支援型ケアマネジメントのポイント	5
	(5) 自立支援型ケアマネジメントの手法	8
実践編	2 実施の手順	9
	(1) 介護予防ケアマネジメントの実施	10
	(2) 介護予防・日常生活支援総合事業等のサービス種類	12
	(3) 介護予防ケアマネジメントの流れ（フロー）	14
	(4) 介護予防ケアマネジメントの類型	15
	(5) 原則的な介護予防ケアマネジメント	16
	(6) 初回のみ介護予防ケアマネジメント	19
	3 実施のための参考資料	21
	(1) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例	22
	(2) 初回のみ介護予防ケアマネジメントにおける聞き取りの例	23
	(3) ICF を活用した介護予防ケアマネジメント	24
	(4) 訪問型サービスの類型と対象ケース	26
	(5) 通所型サービスの類型と対象ケース	27
	(6) さいたま市高齢者生活支援体制整備事業	28
	(7) さいたま市地域ケア会議	29
	4 事例集	32
	5 送迎事例集	39

1 さいたま市が目指す

ケアマネジメント



(1) 自立支援型ケアマネジメント総論

「地域包括ケア」が目指す住み慣れた地域での継続は、単純に「住む場所が変わらない」と言うことではありません。

その人らしい生活を続けるためには、**なじみの関係をいかに続けるか**ということが大切です。

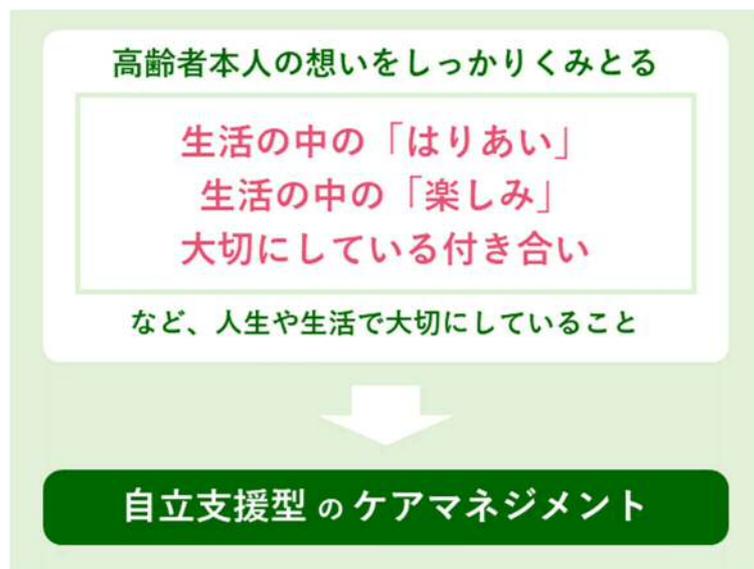
これからの高齢者の支援は、活動や外出が難しくなってきたら、本人は「サービス」でリハビリを行いつつ、ご近所や友人の協力のもと、負担にならない範囲で買い物に付き添ってもらったり、ゴミ出しをしてもらったりすることなども重要になります。

介護が必要になっても、ご近所に少し気にかけてもらえれば、訪問介護や通所介護を利用していない時間でも安心して過ごすことができるのではないのでしょうか。

しかし、ケアマネジャーが、今までの高齢者本人の生活や地域との関係をアセスメントすることなく、現状の「支援する、支援される」関係のみで判断をすると、地域の方に支援をお願いすることはできないと思ってしまうがちです。

そこに高齢者本人の希望と今まで培ってきた「お互い様」の関係性があれば、必ずしもできないことはありません。

もちろん心身の状態が悪くなっていけば、助け合いでできることは少なくなっていくますが、それでも、**なじみの関係を最後まで途切れさせないこと**が大切です。

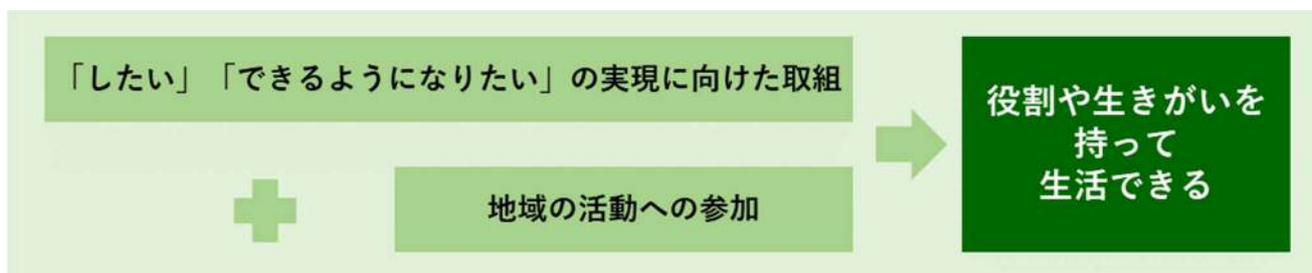


新しい総合事業の移行戦略－地域づくりに向けたロードマップ報告書
(三菱UFJリサーチ&コンサルティング) 一部改編

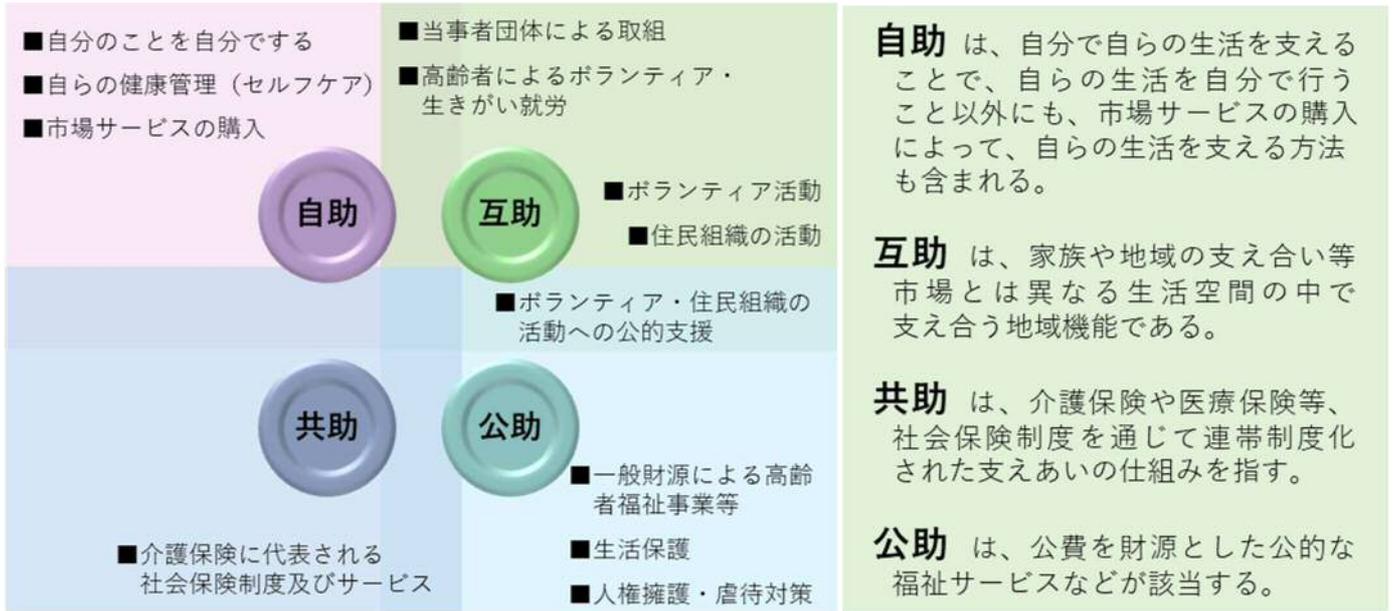
(2) 誰のための「自立支援」か

さいたま市では、「自立支援」を実現するために必要なサービス・支援を高齢者につなぐ手法を「**自立支援型ケアマネジメント**」として推進しています。

ここでの「自立支援」は、単に身体機能の向上による介護保険サービスからの「卒業」を目指すのではなく、**利用者本人の「したい」「できるようになりたい」ことの実現に向けて必要な支援**を行い、できるようになった後は、日常生活の中で、**地域の活動への参加に結びつけ（あるいは地域活動に戻し）、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動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こと**を目指しています。

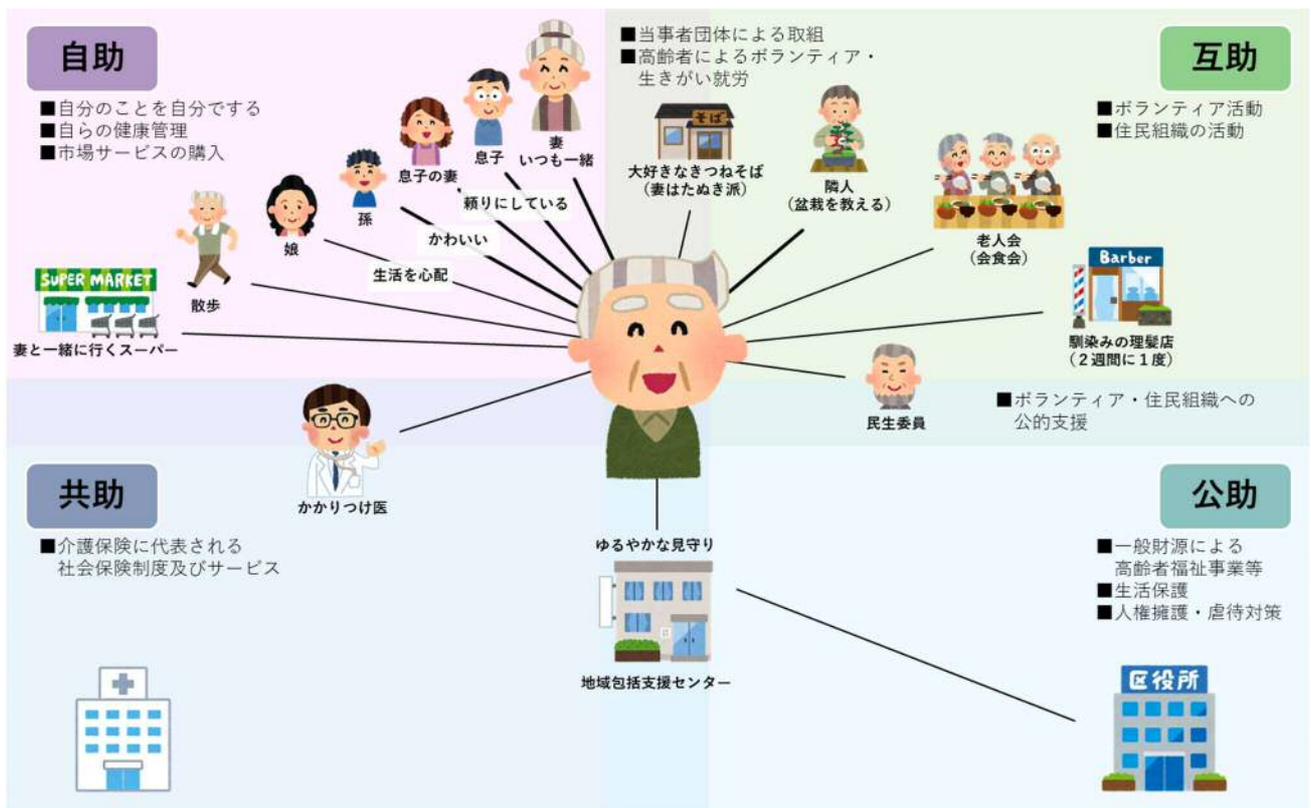


(3) 生活全般のマネジメント（自助・互助・共助・公助）



介護保険制度は、介護が必要な高齢者を社会全体で支える制度として制定されました。しかし、**介護保険サービスだけで高齢者の生活全般を成り立たせることは困難**であり、実際は、自助・互助を中心に成り立っています。例えば、便利な家電の利用も自助と言えます。また、自助に近い家族や隣近所の「支え合い」から、共助や公助に近い自治会などの組織活動等も地域にはあり、**介護保険のサービスよりもさらに多岐にわたった地域活動等によって生活は成り立っています。**

元気な頃の高齢者の生活を支える「自助・互助・共助・公助」の例



(4) 自立支援型ケアマネジメントのポイント

適切なアセスメントを行い、自立支援に向けたケアマネジメントを行うために重要なポイントが2点あります。

意欲の源を見極めること

なじみの関係からなるべく切り離さない

例えば、近所の囲碁教室に通っていた鈴木さんは、足腰が弱くなってきたので、送迎付きのデイサービスを利用することになりました。

これで、**問題**は**解決する**のでしょうか？

前述のとおり、自立支援では「できなくなっていること」をただ補うのではなく、本人が「したいこと」や「今できていること」を続けられるよう支援することが重要です。

では、鈴木さんが囲碁教室でしたいことは何でしょうか？

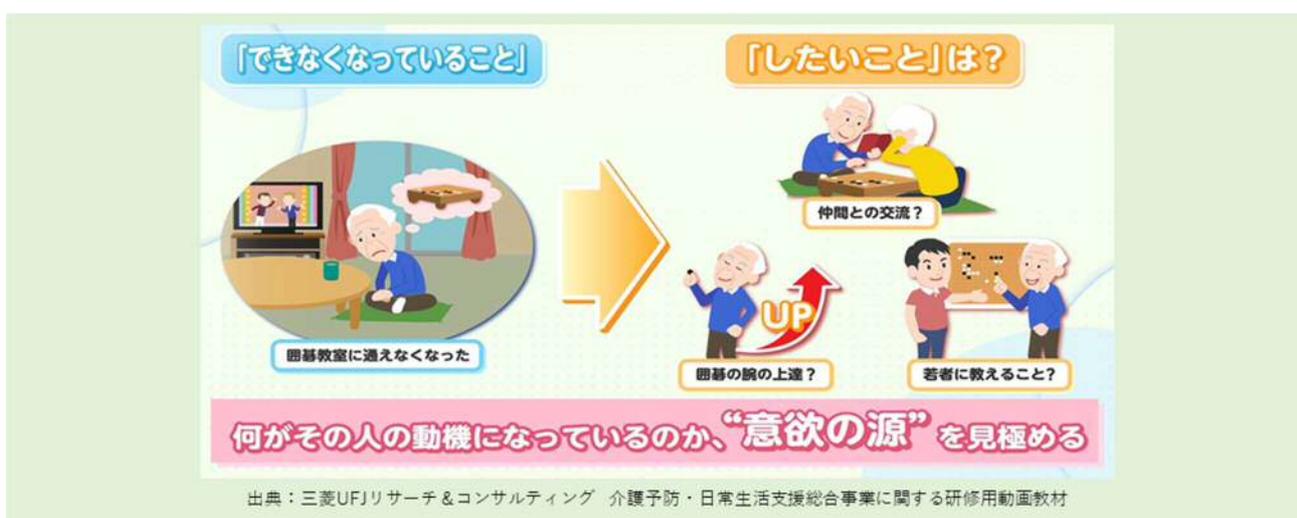
囲碁の腕に磨きをかけることでしょうか？

仲間との交流でしょうか？

それとも、若者に囲碁を教えることでしょうか？

「できなくなっていること」は同じでも、「したいこと」は人それぞれです。

だからこそケアマネジメントでは、本人の話をよく聞き、何がその人の動機になっているのか、つまり「意欲の源」を見極めることが重要なのです。



虚弱になった高齢者の場合、効果的な介護予防を行うことで状態が良くなり、支援やサービスの量を徐々に減らしていくことができますが、状態が良くなっても、外出せずに活動的でない生活を送っていると元に戻ってしまいます。

つまり介護保険サービスだけのケアプランでは、本人の状態が良くなると使えるサービスの量は減るため、そのまま外出の機会が減ったまま、元の状態に戻ってしまいます。

そこに **地域の活動をケアプランに加えることで社会参加を継続し、状態を維持することができます。**

「自助・互助・共助・公助」について前述しましたが、高齢者を支える地域の資源は大きく分けると2つのタイプになります。

1つは **サービス**

介護保険や民間企業、NPO等によるものが多く、専門職や雇用労働者が提供しています。



もう1つは **助け合い**

見守りやゴミ出しの手伝いなどが、ご近所や友人、ボランティア等なじみの関係の中で自然と行われています。



元気な頃は

ご近所や友人との付き合いがある

方がほとんど

誰もが、家族やご近所、お友達と一緒にお茶を飲んだり、趣味やスポーツを楽しんだり、**お互いに気をかけ、困った事があれば助け合う関係**を築いています。

しかし訪問介護や通所介護を利用するようになると、**ご近所や友人と接する機会が減り、なじみの関係と疎遠になってしまう**ことが多くみられます。

高齢者も、住民による活動の支援を受ける時には、消費者としてお客様のよう
にサービスを利用するのではなく、「助けられ上手」になれるように、**活動の意義**について、**ケアマネジャーがよく理解し伝えていくことが必要**です。

また、要支援等の状態になっても、例えばサロンなどの場に、利用者というよりも担い手として参加しながら、自分ができる範囲で運営の役割の一部を担ったり、**他の利用者を支えたり、みんなと一緒に地域活動に参加したり**することが、喜びや生活の張り、すなわち「**自立**」にもつながります。

介護サービス事業者や専門職も、住民の活動を資源の一つとだけ考えて「して欲しいこと」を伝えるだけでは住民活動との協働はできません。

フォーマルなサービスでは対応できない柔軟な支援を実施すること、「支えられる側・支える側」の区別があまりないことで豊かな関係性や役割が持てることなど、**住民による活動の意義を十分理解することが必要**です。

(5) 自立支援型ケアマネジメントの手法

要支援1・2では、約半数の方が廃用性症候群（活動量が低下したことにより心身機能が衰え様々な症状が発生すること）により介護を必要とするに至ったとするデータがあります。

これらの方々は、本人の有する能力を生かして、「自立」に向けた支援を行うことにより、介護を必要とする状態を改善し、本人の生活の質を向上できる可能性が高いと考えられることから、**介護保険サービスの一時的な利用により生活機能が向上するよう支援（期間的自立支援）**を行うことが望ましいです。

一方、要介護の方や要支援1・2でも約2割の方は、脳卒中等による身体の部位等の重度な機能不全が原因で生活機能が低下し、介護を必要とするに至っています。このような場合は、介護保険サービスを永続的に使いながら、**可能な限り残存機能を維持・活用できるよう支援（永続的自立支援）**を行うことが望ましいです。

期間的自立支援	介護保険サービスの一時的な利用を想定 (例) 廃用性症候群等により生活機能が低下したケース ■ 介護保険サービスの一時的な利用により生活機能が向上するよう支援
永続的自立支援	介護保険サービスの永続的な利用を想定 (例) 脳卒中等による身体の部位等の重度な機能不全が原因で生活機能が低下したケース ■ 介護保険サービスを永続的に使いながら、可能な限り残存機能を維持・活用できるよう支援

最も重要なことは、これらの支援を行うことで、

高齢者の QOL (Quality of Life) が 向上 し

住み慣れた地域 で “いきいき” と 輝きながら暮らせる ことです。



2 実施の手順



(1) 介護予防ケアマネジメントの実施

介護予防・日常生活支援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）（以下、「介護予防ケアマネジメント」）の対象者は、基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した方（以下、「事業対象者」という）及び要支援認定者です。

介護予防及び日常生活支援を目的として、利用者の心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、利用者の選択に基づき、適切なサービス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です。

サービス内容は、介護予防・生活支援サービス事業^(※)のほか一般介護予防事業や市の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービス、本人の取り組み、家族や地域住民による支援も含みます。

介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）			
対象者	実施者	目的	手段
事業対象者 要支援認定者 予防給付サービスを利用する方を除く	地域包括支援センター 一部を指定居宅介護支援事業者へ委託することも可能	日常生活支援（自立支援） + 介護予防	<自助努力> <インフォーマルサポート> 地域の集まり・自主活動 家族の支援 民間企業により提供される生活支援サービス <公的サービス> 介護予防・生活支援サービス事業 一般介護予防事業 市の独自施策
心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、利用者の選択に基づき、要支援者等の状況にあった適切なサービス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。			

※ 訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）で構成されます。

介護予防ケアマネジメントは、市から指定を受けた**地域包括支援センター**が実施します。

地域包括支援センターが、介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所に委託する場合においても、初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行い、実施期間終了後のケアプランの継続、変更の時点以後は、指定居宅介護支援事業者が行い、適宜、**地域包括支援センターが関与することを想定**しています。

やむを得ず新規の介護予防ケアマネジメントから指定居宅介護支援事業者に委託する場合であっても、介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会う等、全ての事例に関与するよう努めるものとします。

介護予防ケアマネジメントの実施については、介護予防支援と同様に、基本的なプロセスに基づいて行います。

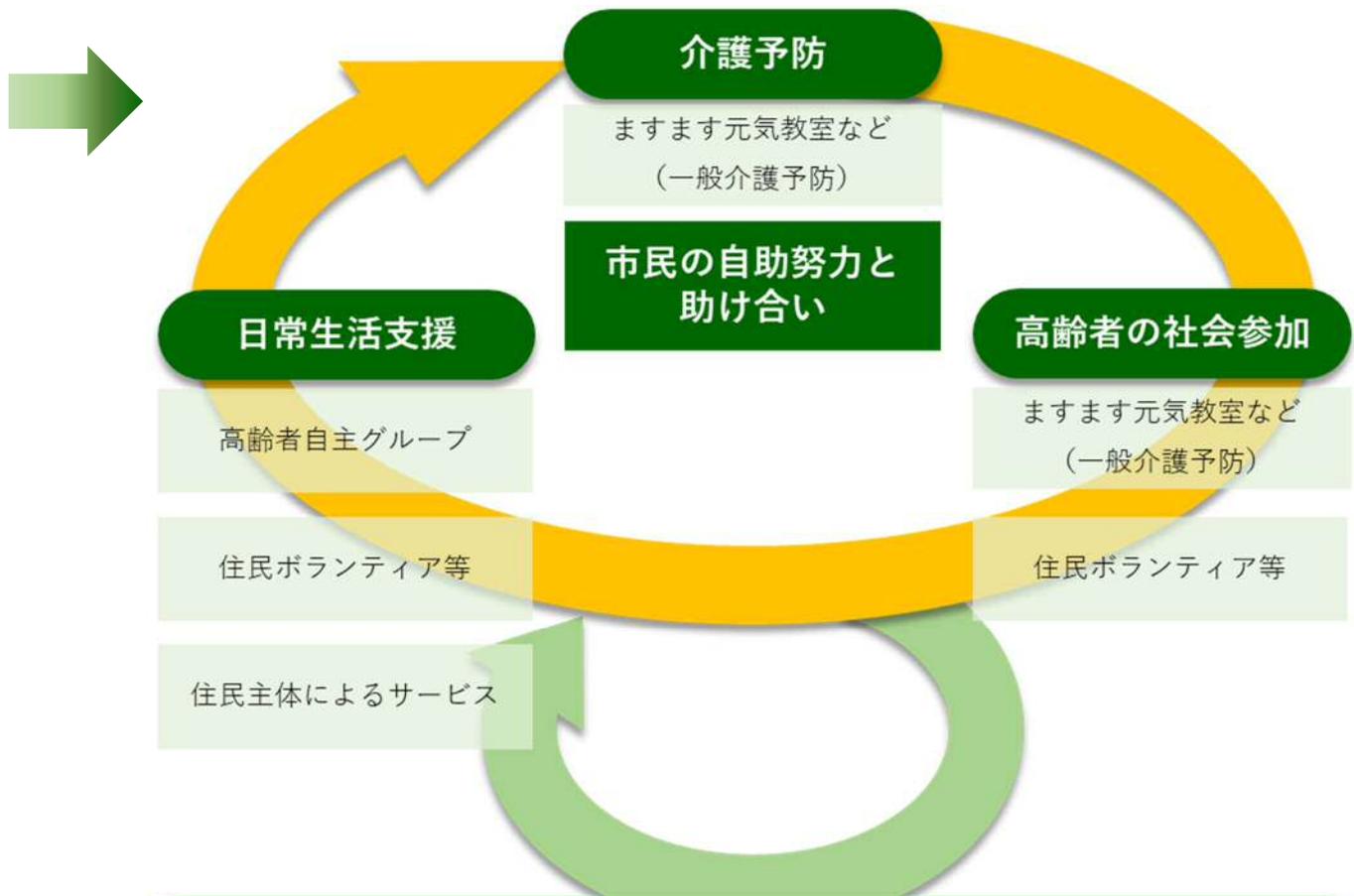
特に、アセスメントにあたっては、利用者の置かれている環境や、日常生活及び社会参加の状況等を正確に把握する必要があるため、利用者が入院中などの場合を除いて、必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族と面接をさせていただきます。

適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう、専門的視点から必要な援助を行うものであり、原則的な介護予防ケアマネジメントでは、ケアプランの自己作成は想定されていません。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業等のサービス種類

支援方法		事業対象者	要支援1	要支援2	
介護保険外の市場サービス 地域の集まり・自主活動 家族の支援・自助努力		日常生活の中で、地域の活動への参加に結びつけ、高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動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。			
介護予防・日常生活支援総合事業	一般介護 予防事業 ※ 65歳以上の全ての方が対象	生きがい健康づくり教室	各公民館において、歴史・文学などの学習、趣味活動、体操などを行う生きがいづくりや健康づくりを目的とした教室。		
		ますます元気教室	各公民館等において、ロコモ予防の要素を取り入れた介護予防効果の高い体操（いきいき百歳体操など）の体験や、口腔、栄養、認知症予防について学ぶ教室。		
		健口教室	各区役所などにおいて、高齢期の栄養・口腔機能について知り、フレイル（虚弱）・認知症・肺炎予防を学ぶ教室。		
		いきいきサポーター養成講座	いきいき百歳体操の運動方法やボランティアとして地域での活動に必要なことを学ぶ講座。		
		すこやか運動教室	公園や小学校などに設置された器具を使って行う運動教室。		
		地域運動支援員活動	健康づくり自主活動の応援のため、5名以上集まる場合に体操などを行う支援員を派遣。		
		地域リハビリテーション活動支援事業	地域の介護予防の取組を機能強化するため、リハビリ専門職等を地域に派遣。		
介護予防・生活支援サービス事業	介護予防訪問介護サービス（従前相当） 家事支援型訪問サービス（緩和基準） 住民主体によるサービス（モデル事業） 介護予防通所介護サービス（従前相当） 運動型通所サービス（緩和基準） 交流型通所サービス（緩和基準） 住民主体によるサービス（モデル事業）	総合事業について利用限度額（5,032単位）の範囲内で給付管理（住民主体によるサービスを省く。）			
予防給付	介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売	利用不可	予防給付と総合事業を一体的に利用 限度額（5,032単位）の範囲内で給付管理	予防給付と総合事業を一体的に利用 限度額（10,531単位）の範囲内で給付管理
	地域密着型介護予防サービス	介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）			

介護予防・日常生活支援総合事業のイメージ



日常生活に少し支援が必要になったら

家事支援型訪問サービス
(緩和した基準サービス)

運動型・交流型通所型サービス
(緩和した基準サービス)

訪問介護員による身体介護・生活援助
(従前相当サービス)

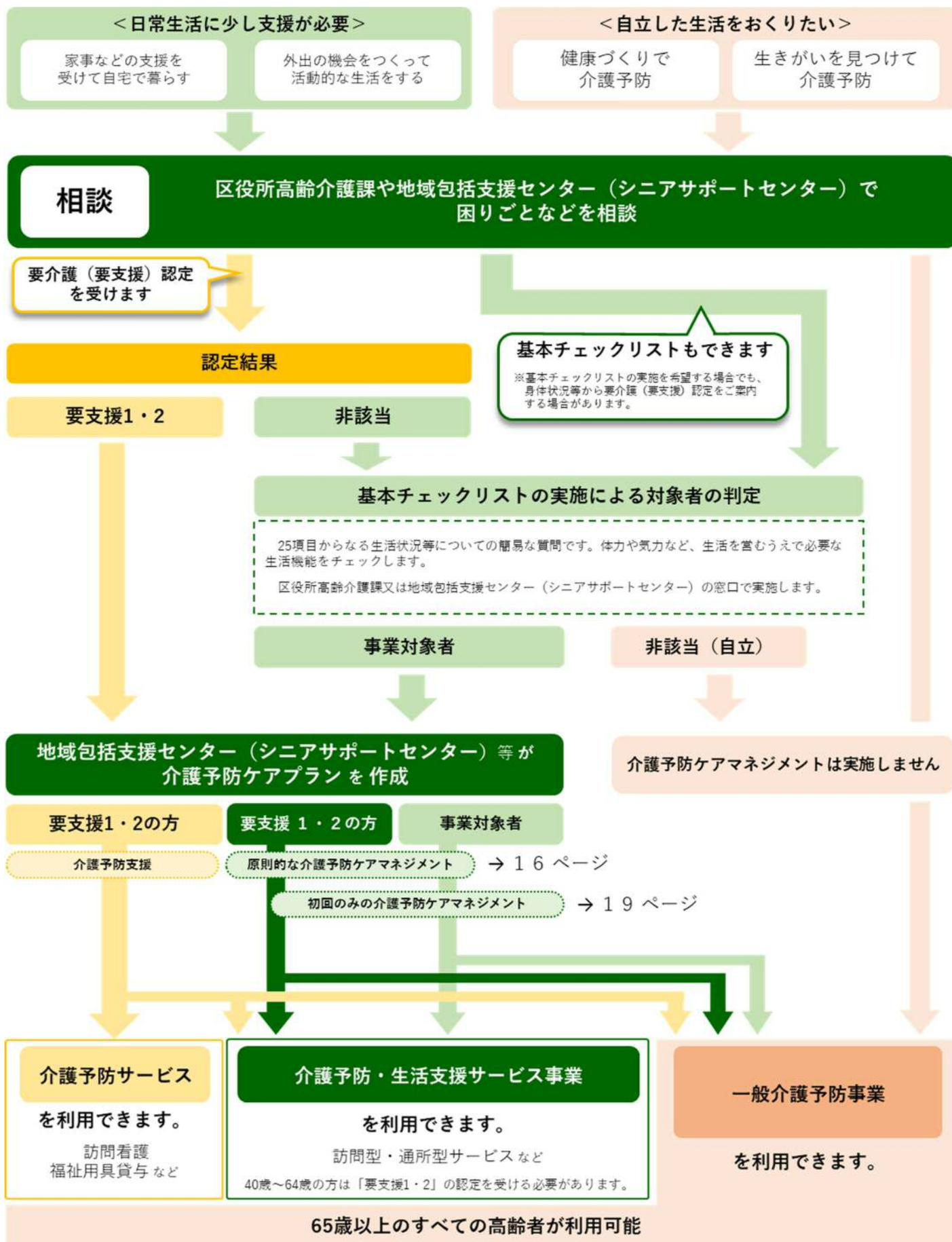
生活機能の向上のための機能訓練等
(従前相当サービス)

支援が必要な状態になったら (要支援1・2)

介護予防給付サービス

訪問リハビリテーション・福祉用具など

(3) 介護予防ケアマネジメントの流れ（フロー）



(4) ケアマネジメントの類型

類型	原則的な介護予防ケアマネジメント	初回のみ介護予防ケアマネジメント
想定する利用ケース	介護予防・生活支援サービス事業の 従前相当・緩和基準サービスを利用するケース	介護予防・生活支援サービス事業の 従前相当・緩和基準サービス <u>以外</u> の利用につなげるケース
地域活動・介護保険外のサービス	○	○
一般介護予防事業	○	○
住民主体のサービス	○	◎
従前相当・緩和した基準	◎	
実施方法	<p>これまでと同様の手順で地域包括支援センター等によるケアマネジメントを実施する。</p> <p>なお、居宅介護支援事業所へ委託することも可能とする。</p> <p>要支援者で、福祉用具貸与などの予防給付のサービス利用がある場合は、予防給付によるケアマネジメントとなる。</p>	<p>目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と地域包括支援センターが相談しながら実施する。</p> <p>アセスメントの内容や、目標、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有する。</p> <p>その後は、利用者自身が目標達成に向けてマネジメントを展開する。</p>
基本プロセス	 <p>アセスメント 16ページ</p> <p>ケアプラン原案作成 (できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出す) 17ページ</p> <p>サービス担当者会議・ケアプラン修正 18ページ</p> <p>ケアプランの確定・交付 18ページ</p> <p>サービス利用開始 18ページ</p> <p>モニタリング(3ヵ月に1回) 18ページ</p> <p>評価 18ページ</p>	 <p>アセスメント 19ページ</p> <p>ケアマネジメント結果案作成 (できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出す) 19ページ</p> <p>交付・サービス利用開始 19ページ</p> <p>セルフマネジメント (モニタリング・マネジメントは実施しない) 19ページ</p>
給付管理	実施する	実施しない
実施機関	地域包括支援センター及び指定居宅介護支援事業所	地域包括支援センター

(5) 原則的な介護予防ケアマネジメント

項目	順序	内容	ポイント
ア セ ス メ ン ト	①訪問	自宅等に訪問して利用者本人との面接による聞き取りを行う。	
	②目標の確認	<p>より本人にあった目標設定に向けて「できない」という課題から、「したい」「できるようになる」という利用者の自立に向けた主体的な目標をなるべく本人の言葉で引き出す。</p> <p>目標は、一定の期間に達成可能でありうることや利用者の価値観や好みを十分に考慮する。</p> <p>能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部している・していない）の差を確認し、できる能力があるのに「行為」としていないものがあれば、なぜしていないのかを明確にし、「行為」として行うことの大切さを理解してもらえよう働きかける。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 総合事業の対象者の特徴を把握していますか。 <input type="checkbox"/> 「できていないこと」を補うサービスを組み込むだけでなく、「できること」、「できそうなこと」を探し、生活機能の向上が図られる目標を立てていますか。 <input type="checkbox"/> 目標における改善の程度は、必要に応じて他の専門職の意見を聴いていますか。
	③信頼関係の構築	利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。	
	④支援方針の確認	ICF の考え方（24 ページ）などを基に、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（聞き取り等）し、今後の支援方針を検討する。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 利用者の趣味や興味、これまでの人生において関心のあったことなどから具体的な目標の設定ができていますか。 <input type="checkbox"/> 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ていますか。 <input type="checkbox"/> 生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」が明らかになっていますか。

項目	順序	内容	ポイント
ケアプラン原案作成	①目標の設定	<p>生活の目標については、介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例（22ページ）などを参考にしながら、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。</p> <p>「買い物ができるようになりたい」など、具体的な生活上の希望（目標）を設定する。 「歩行能力の向上」など、具体的な生活上の希望（目標）が達成できる内容を設定する。</p>	<p><input type="checkbox"/> アセスメントに基づいた、適切な目標、支援計画となっていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 3カ月から6カ月程度で達成できる短期目標が設定できていますか。</p>
	②利用するサービス内容の選択	<p>単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集し、住民主体のサービス、一般介護予防事業、民間企業の利用、本人の取り組み、家族や地域住民による支援なども積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。</p> <p>要支援者で、福祉用具貸与などの予防給付のサービス利用がある場合は、予防給付によるケアマネジメントとなる。</p>	<p><input type="checkbox"/> 目標達成に向けたサービス等を示し、選択の幅を広げ、より本人にあう支援を検討していますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者の状況や環境、希望等を勘案し、適切な利用回数、利用時間を設定しましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医の意見がある場合は、内容を踏まえた検討をしましたか。</p>
	③ケアプランの作成	<p>本人及び家族に対して、抽出した課題を丁寧に説明し、理解を得る。 ケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔について本人及び家族と相談しながら、目標の設定やその達成に向けた取り組み、利用するサービス、実施期間、モニタリングの実施間隔等を検討し、ケアプラン全体を作成する。</p> <p>特に、本人及び家族と次の3点について共有することが大事である。</p> <p>①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージ ②生活の目標が達成されるための「維持・改善すべき課題」（目標）の解決方法 ③目標が達成された後は、様々な通いの場や地域活動に参加することが大切であること</p> <p>そのためには、地域包括支援センターに配置されている地域支え合い推進員（28ページ）に、地域にどのような支援や活動があるかなど相談すると良い。</p>	<p><input type="checkbox"/> 本人のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスを把握し検討しましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 本人のしたい生活（生活の目標）のイメージは共有できましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活の目標が達成されるための「維持・改善すべき課題」（目標）の解決方法は共有できましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 様々な通いの場や地域活動に参加することが大切であることが共有できましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 「維持・改善すべき課題」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となっていますか。</p> <p><input type="checkbox"/> 具体的な生活上の希望（目標）に対して、3カ月から12カ月程度で達成できる支援内容が設定されていますか。</p>

項目	順序	内容	ポイント
サービス担当者会議・ケアプラン修正	①サービス担当者会議	<p>サービス担当者会議をケアマネジメントの一環として開催する。</p> <p>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、具体的なサービス内容を検討し、調整をはかる。</p>	<input type="checkbox"/> 適切な時期にサービス担当者会議を開催していますか。 <input type="checkbox"/> 利用者の情報を各サービスの担当者等で共有できていますか。 <input type="checkbox"/> 本人が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議できていますか。 <input type="checkbox"/> 「目標を達成するためにできること」の協議ができていますか。 <input type="checkbox"/> サービス実施提供者だけでなく、必要に応じて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助言を受けていますか。
	②ケアプラン修正	<p>サービス担当者会議の内容を受け適宜ケアプランの修正を行う。</p> <p>多職種が関与することにより、見落とししていた課題や、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、その意見を利用者も合意をしてケアプランに反映させ、より利用者の状況等に合わせた支援が可能となる。</p>	
ケアプランの確定・交付	①説明・同意	<p>自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置づけ、利用者が効果を理解し、納得するよう説明し、同意を得る。</p>	
	②交付	<p>本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランをサービス実施提供者にも交付する。</p> <p>一般介護予防事業の利用者については、活動参加にあたり、特に注意を要する事項がある場合は、利用者の同意を得て、地域包括支援センターからサービス実施提供者へ申し送りを行う。</p>	
サービス利用開始		<p>ケアプランに基づき適切なサービス提供が行われるよう、サービス実施提供者と連絡・調整等を行う。</p>	
モニタリング		<p>少なくとも3カ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。</p> <p>利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。</p> <p>それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を実施する。</p>	<input type="checkbox"/> ケアプラン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ていますか。 <input type="checkbox"/> モニタリングの結果、目標が達成された場合は、速やかに再課題分析を行っていますか。 <input type="checkbox"/> 課題が解決されている場合は、住民主体のサービスや一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、次のステップアップへのスムーズな移行ができるよう検討をしていますか。 <input type="checkbox"/> 新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合、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・改善の検討をしていますか。
評価		<p>設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等や、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する。</p>	

(6) 初回のみ介護予防ケアマネジメント

項目	順序	内容	ポイント
アセスメント	①訪問	自宅等に訪問して利用者本人との面接による聞き取りを行う。	
	②目標の確認	より本人にあった目標設定に向けて「できない」という課題から、「したい」「できるようになる」という利用者の自立に向けた主体的な目標をなるべく本人の言葉で引き出す。 目標は、一定の期間に達成可能でありうることや利用者の価値観や好みを十分に考慮する。 能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部している・していない）の差を確認し、できる能力があるのに「行為」としていないものがあれば、なぜしていないのかを明確にし、「行為」として行うことの大切さを理解してもらえよう働きかける。	<input type="checkbox"/> 総合事業の対象者の特徴を把握していますか。 <input type="checkbox"/> 自分の目標として意識できるような内容・表現となるように、利用者のしたい、やりたいことを引き出すことに努めていますか。 <input type="checkbox"/> 目標における改善の程度は、必要に応じて地域包括支援センターの他の専門職の意見を聴いていますか。
	③信頼関係の構築	利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出すため、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。	
	④支援方針の確認	ICFの考え方（24ページ）などを基に、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初回のみ介護予防ケアマネジメントにおける聞き取りの例（23ページ）などを参考に総合的に収集（聞き取り等）し、今後の支援方針を検討する。	<input type="checkbox"/> 利用者の趣味や興味、これまでの人生において関心のあったことなどから具体的な目標の設定ができていますか。 <input type="checkbox"/> 生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」が明らかになっていますか。
ケアマネジメント結果案作成	①目標の設定	生活の目標については、介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例（22ページ）などを参考にしながら、心身機能の改善や環境調整などを通じて生活の質の向上を目指すものとして、利用者が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。	<input type="checkbox"/> アセスメントに基づいた、適切な目標、支援計画となっていますか。 <input type="checkbox"/> 「維持・改善すべき課題」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となっていますか。
	②利用するサービス内容の選択	広く社会資源の情報を収集し、住民主体のサービスや一般介護予防事業、民間企業の利用、本人の取り組み、家族や地域住民による支援なども積極的に位置づけ、本人の自立支援を支えるケアマネジメント結果案を本人と共に作成する。	ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス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場合に、初回のみ介護予防ケアマネジメントの対象となる。（指定事業所によるサービスを利用するときは、原則的な介護予防ケアマネジメントとなる。）
	③ケアマネジメント結果案の作成	本人及び家族と相談しながら、目標の設定やその達成に向けた取組、利用するサービス等を検討し、ケアマネジメント結果案を作成する。 特に、本人及び家族と次の3点について共有することが大事である。 ①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージ ②生活の目標が達成されるための「維持・改善すべき課題」（目標）の解決方法 ③目標が達成された後は、様々な通いの場や地域活動に参加することが大切であること そのためには、地域包括支援センターに配置されている地域支え合い推進員（28ページ）に、地域にどのような支援や活動があるかなど相談すると良い。	<input type="checkbox"/> 目標達成に向けたサービス等を示し、選択の幅を広げ、より本人にあう支援を検討していますか。 <input type="checkbox"/> 住民主体のサービス、一般介護予防事業を利用することを目的としていませんか。 <input type="checkbox"/> 本人のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスを把握し検討しましたか。 <input type="checkbox"/> 本人のしたい生活（生活の目標）のイメージは共有できましたか。 <input type="checkbox"/> 生活の目標が達成されるための「維持・改善すべき課題」（目標）の解決方法は共有できましたか。 <input type="checkbox"/> 様々な通いの場や地域活動に参加することが大切であることが共有できましたか。
交付・サービス利用開始	①説明・同意	自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアマネジメント結果に位置づけ、利用者が効果を理解し、納得するよう説明し、同意を得る。	
	②交付	サービス実施提供者は、利用者のセルフマネジメントを側面から支援する一員として、地域包括支援センターと共に、ケアマネジメント結果が共有されていることが必要。 活動参加にあたり、特に注意を要する事項がある場合は、利用者本人の同意を得て、地域包括支援センターよりケアマネジメント結果をサービス実施提供者へ申し送りを行う。 地域包括支援センターによるモニタリングは行わないが、サービス実施提供者との連携に努め、利用者の状況に変化があった際には、サービス実施提供者から地域包括支援センターへ連絡が入る体制を構築する。	
セルフマネジメント		利用者本人が、目標達成を目指したセルフマネジメントを行う。	<input type="checkbox"/> モニタリングが行われなかったため、ケアマネジメント結果に基づき、本人が健康づくり、介護予防の活動について、主体的に取り組む姿勢を持てるように支援していますか。

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） 初回のみ介護予防ケアマネジメント用

No. _____

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

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： _____

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
----------	---------	-----------	-------

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、検診結果、監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】

妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病のポイント

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。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

3 実施のための参考資料



(1) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
セルフケア 清潔・整容、排せつの自立、TPO に応じた更衣、服薬管理 健康に留意した食事・運動など	健康 毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する。 日常生活 起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPO に応じた身支度をする。
家庭生活 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事 炊事・掃除・洗濯などを自分でする。 用事 買い物や銀行の用事を自分で済ます。
対人関係 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係 家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす。 役割 庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする。 他者への支援 誰かの手助けをする。相談者になる。
主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活） 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事 店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける。 活動 地域の奉仕活動に参加する。 経済生活 預貯金の出し入れや管理を行う。
コミュニケーション 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける。
運動と移動 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動	外出 週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する。 旅行 家族や友人と2泊3日の旅行に行く。
知識の応用（判断・決定） 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める。
コミュニティライフ・社会生活・市民生活 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票 自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加 自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票する。 楽しみ 趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ。

出典：(介護予防マニュアル改定委員会 (2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

(2) 初回のみ介護予防ケアマネジメントにおける聞き取りの例

相談者に関すること
現在の自分自身の状態について ・体調 ・持病の有無、疾病名 ・睡眠の状況 ・食事の状況 ・イライラする、落ち込むことがある、外出が面倒になるということがありますか
家族に介護（または支援）を必要としている方がいますか
家族の介護（または支援）をしている場合 ・介護（支援）の負担の範囲 ・介護（支援）のほかにしていることはありますか ・自分の時間がありますか
困りごとがあったときに相談できる方はいますか（ストレスチェック）
悩みや楽しいことを伝えられる方はいますか（ストレスチェック）
介護に関する専門的な相談をできる方はいますか
自分自身の生活で大切にしていたことはどのようなことですか
今後、自分自身の生活で大切にしたいことはどのようなことですか
あなたと家族に関することで、地域包括支援センターに知っておいてもらいたいことはありますか

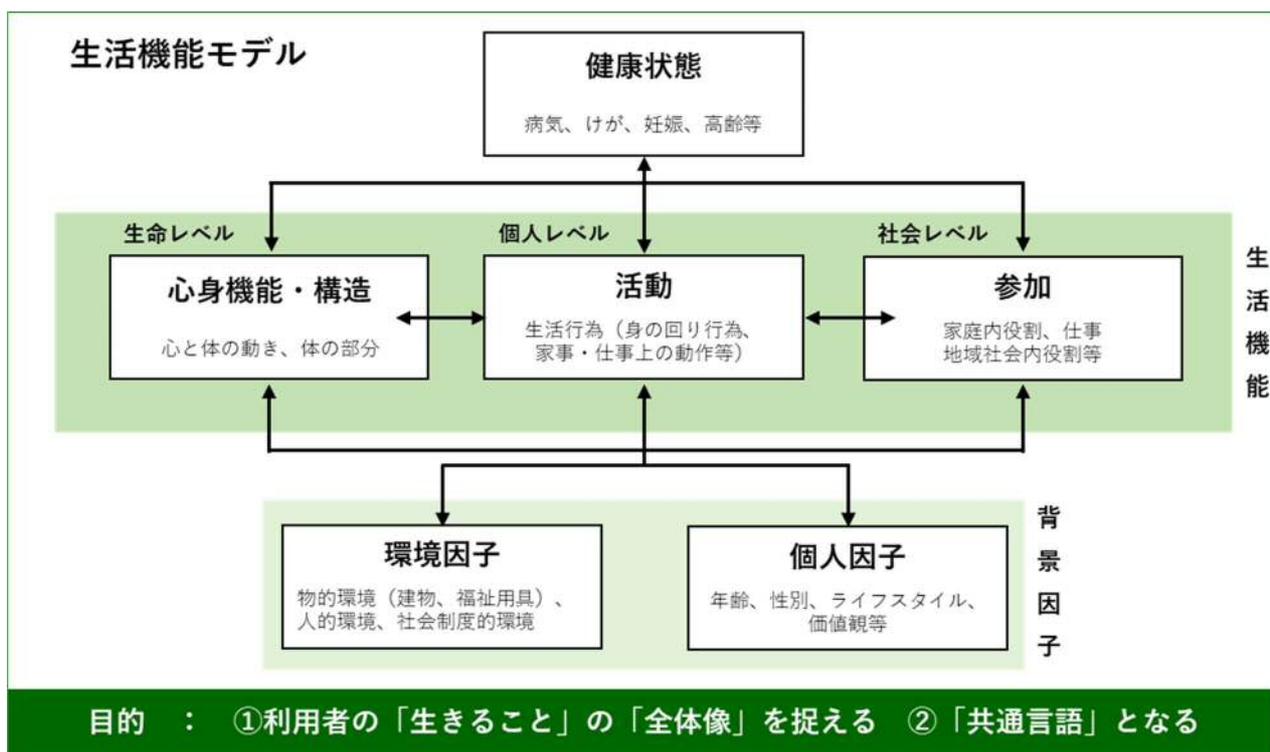
相談者の介護（支援）環境や負担に関すること
家族に介護（または支援）を必要としている方がいる場合、介護（または支援）を必要としている方との関係 ・介護（支援）をする前 ・現在
介護（または支援）を行える範囲
介護（または支援）をあなた(相談者)が担うことについて（希望、困っていること、不安）

(3) ICF を活用した介護予防ケアマネジメント

自立支援型ケアマネジメント（参加と活動に着目したケアマネジメント）を行うにあたっては、ICF（の考え方）を理解し、活用することが重要なポイントになります。

ICF（国際生活機能分類）とは、2001年にWHOが定めた、人々の健康状態や障害などの分類方法です。ICFは、①利用者の「生きること」の「全体像」を適切に捉えることができる（意欲の源を見極めるのに活用できる）、また、②ケアマネジャーだけでなく介護サービス事業者や専門職、また、利用者との間での「共通言語」となり、目標の共有ができるという点で、自立支援型ケアマネジメントの実施には欠かせないものといえます。特に①について、ケアマネジメントの結果、「生きること」の「一部」だけに働きかけてしまった場合、かえってマイナスの効果を発揮することもあるため、「全体像」を捉えることが重要となります。

下の図は、ICFの最も基本的な概念である「生活機能モデル」を示したものです。このモデルに沿って、人々の健康状態や障害などを分類することとなります。



図の中段に記載しているとおり、ICFでは、人の「生活機能」を、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」という3つの要素で構成しています。そして、その「生活機能」に影響を与える因子として「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」の3つがあります。

これらが「生活機能モデル」の6つの要素です。

また、このモデルにおいて注目すべきなのは、6つの要素をつなぐ矢印が、全て双方向に向いていることです。6つの要素は、相互に影響し合う関係にあるということを示しています。

目標設定場面での ICF

「生活機能モデル」における具体的な分類をみると、今までのケアマネジメントでは「心身機能・構造」の向上を目指すだけの目標を立てることが多かったのではないのでしょうか。

10mしか自立歩行できなかった方に対し、20m自立歩行ができるようになる、という目標を立てるように。しかし、**10m多く歩けることが、その方の生活の何に役立つのでしょうか？ 何ができるようになるのでしょうか？**

本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為から切り離された目標設定では、**自立支援を実現することはできない**のではないのでしょうか。

自立支援のためには、本人の「したい」「できるようになりたい」生活行為、つまり、「生活機能モデル」における「参加」と「活動」に着目したケアマネジメントが重要になります。

以下に、「参加」と「活動」に着目したケアマネジメントの例を示します。

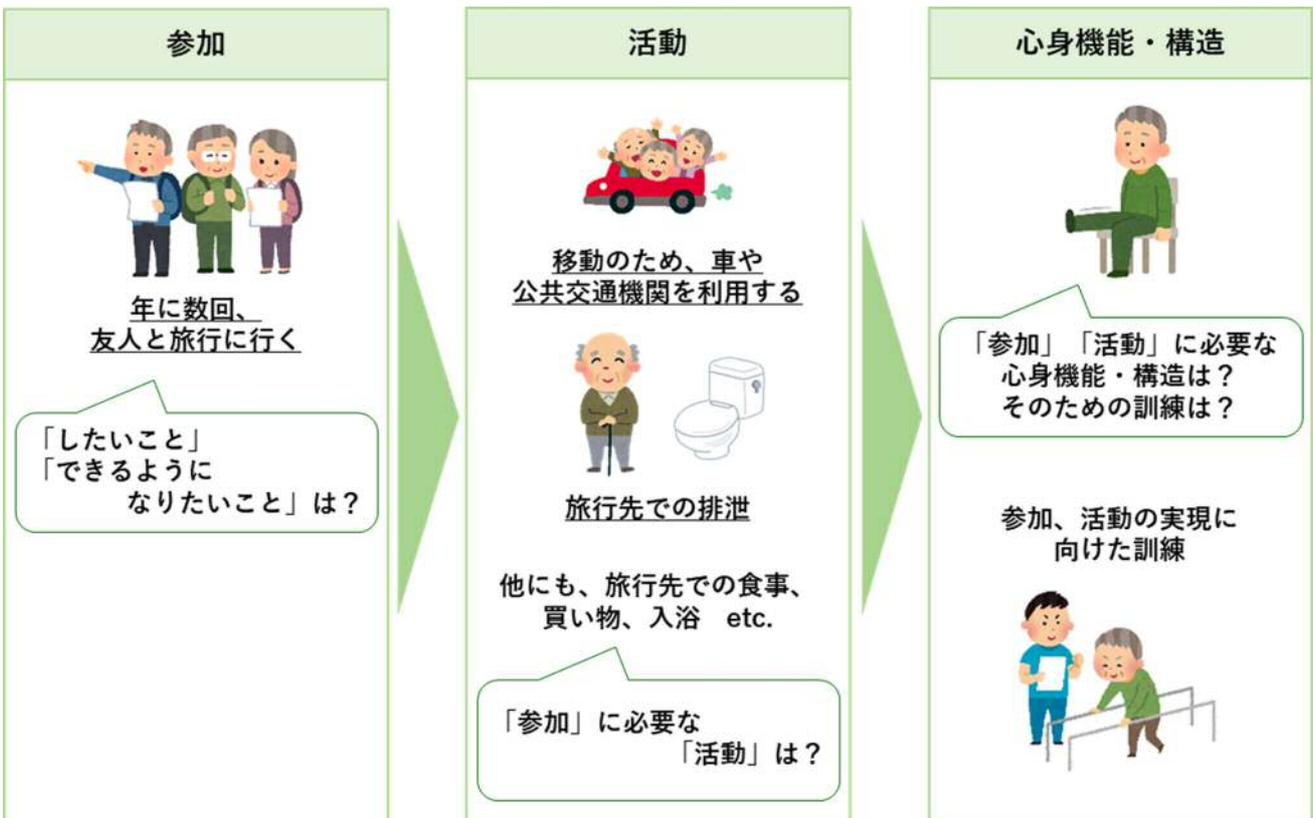
心身機能・構造

20m歩けるように
訓練しましょう



歩行訓練はしているけれど、
これで**旅行に行けるようになるのか？**
旅先でトイレに行けるのか？

「参加」と「活動」に着目したケアマネジメント



(4) 訪問型サービスの類型と対象ケース

	介護予防訪問介護サービス (従前相当)	家事支援型 (緩和した基準)
実施期間	平成 29 年 4 月 1 日～	
対象者	事業対象者・要支援 1・要支援 2	
サービス内容	身体介護、生活援助 (概ね 45 分)	生活援助 (概ね 45 分)
対象ケース	<ul style="list-style-type: none"> ・すで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とケアマネジメントで認められるケース ・ケアマネジメントで、訪問介護員による専門的なサービスが必要と判断されるケースや「多様なサービス」の利用が難しいケース、不適切なケース (以下参照) <ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下等により日常生活に支障がある者 ・退院直後で状態が変化しやすい者 ・閉じこもりなどで専門的な支援を必要とする者 ・心疾患等の疾患により日常生活に支障がある者 ・ストーマケアなどの医療的な処置等に対して見守りが必要な者 <p>※状態等を踏まえながら、一定期間 (6 カ月) 後のモニタリングに基づき可能な限り多様なサービスの利用を促進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントにより該当すると判断されたケース ・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 <p>※サービス内容は柔軟に提供可能としつつ、ケアマネジメントにより、利用者の自立支援に資するサービスを提供</p>
利用頻度	週 1 回又は週 2 回程度 (事業対象者は原則週 1 回)	原則週 1 回
利用期間 (目安)	6 カ月程度	3 カ月～6 カ月
単位数	(Ⅰ) 週 1 回程度 1,172 単位/月 (Ⅱ) 週 2 回程度 2,342 単位/月 (Ⅲ) 週 2 回以上 3,715 単位/月	233 単位/回
利用者負担 割合	1 割～3 割	

(5) 通所型サービスの類型と対象ケース

	介護予防通所介護サービス (従前相当)	交流型・運動型サービス (緩和した基準)	
実施期間	平成 29 年 4 月 1 日～		
対象者	事業対象者・要支援 1・要支援 2		
サービス内容	生活機能向上のための機能訓練等	交流型	運動型
対象ケース	<ul style="list-style-type: none"> ・すで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とケアマネジメントで認められるケース ・通所することにより専門職の指導を受けながら、集中的に生活機能の向上のため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 ・うつ状態及び運動機能の低下による閉じこもり傾向のある者 ・自宅での入浴が困難な者 ・不適切な介護状態にある者 <p>※状態等を踏まえながら、一定期間（6 カ月）後のモニタリングに基づき可能な限り多様なサービスの利用を促進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントにより該当すると判断されたケース ・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（緩和した基準のサービス利用の場合も、一定期間後のモニタリングに基づき可能な限り住民主体の支援や一般介護予防事業に移行していくことが重要） 	
利用頻度	週 1 回又は週 2 回程度 (事業対象者は原則週 1 回)	原則週 1 回	
利用期間 (目安)	6 カ月程度	3 カ月～6 カ月	
単位数	(ア) 事業対象者 1,655 単位/月 (イ) 要支援 1 1,655 単位/月 (ウ) 要支援 2 3,393 単位/月	324 単位/回	339 単位/回
利用者負担 割合	1 割～3 割		

(6) さいたま市高齢者生活支援体制整備事業

生活支援体制整備事業の目的

多様な日常生活上の支援体制の充実・強化及び高齢者の社会参加の推進を一体的に図って行くことを目的としています。

生活支援体制整備事業の概要

地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）を地域包括支援センターに配置して、地域にある支え合いの活動や地域のニーズなどの把握及びサービス提供主体をネットワーク化しています。

サービス提供主体や地域住民等が参加する協議体では、地域ニーズや課題、支え合いの活動等の情報共有を図り、不足するサービスの創出等について協議をします。

生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組

(1) 地域支え合い推進員（高齢者生活支援コーディネーター）の配置
多様な主体による多様な取組のコーディネート機能を担い、一体的な活動を推進。
コーディネート機能は、以下のA～Cの機能がある。

(A) 資源開発 <ul style="list-style-type: none">○ 地域に不足するサービスの創出○ サービスの担い手の養成○ 元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保 など	(B) ネットワーク構築 <ul style="list-style-type: none">○ 関係者間の情報共有○ サービス提供主体間の連携の体制づくり など	(C) ニーズと取組のマッチング <ul style="list-style-type: none">○ 地域の支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング など
---	---	---

※市全域を担当する第1層、日常生活圏域を担当する第2層があります。

(2) 協議体の開催（設置）
多様な関係主体間の定期的な情報共有及び連携・協働による取組を推進。

介護予防・生活支援サービスの多様な関係主体の参画例

NPO法人 地縁組織（自治会・民生委員など） ボランティア 民間企業・協同組合 社会福祉法人 等

生活支援体制整備事業の活用

高齢者が“いきいき”と輝きながら暮らせるように、趣味や特技を介した通いの場や日常生活のちょっとした困りごとを支援するサービスの情報を収集し、ケアプランに活かしましょう。

地域支え合い推進員は、多くの地域資源情報を知っていますので、情報収集する際には、ぜひご相談ください。

※市ホームページに地域資源情報をまとめた“いきいき活動リスト”を掲載しています。

ホームページ URL：<https://www.city.saitama.jp/007/007/001/001/p059861.html>

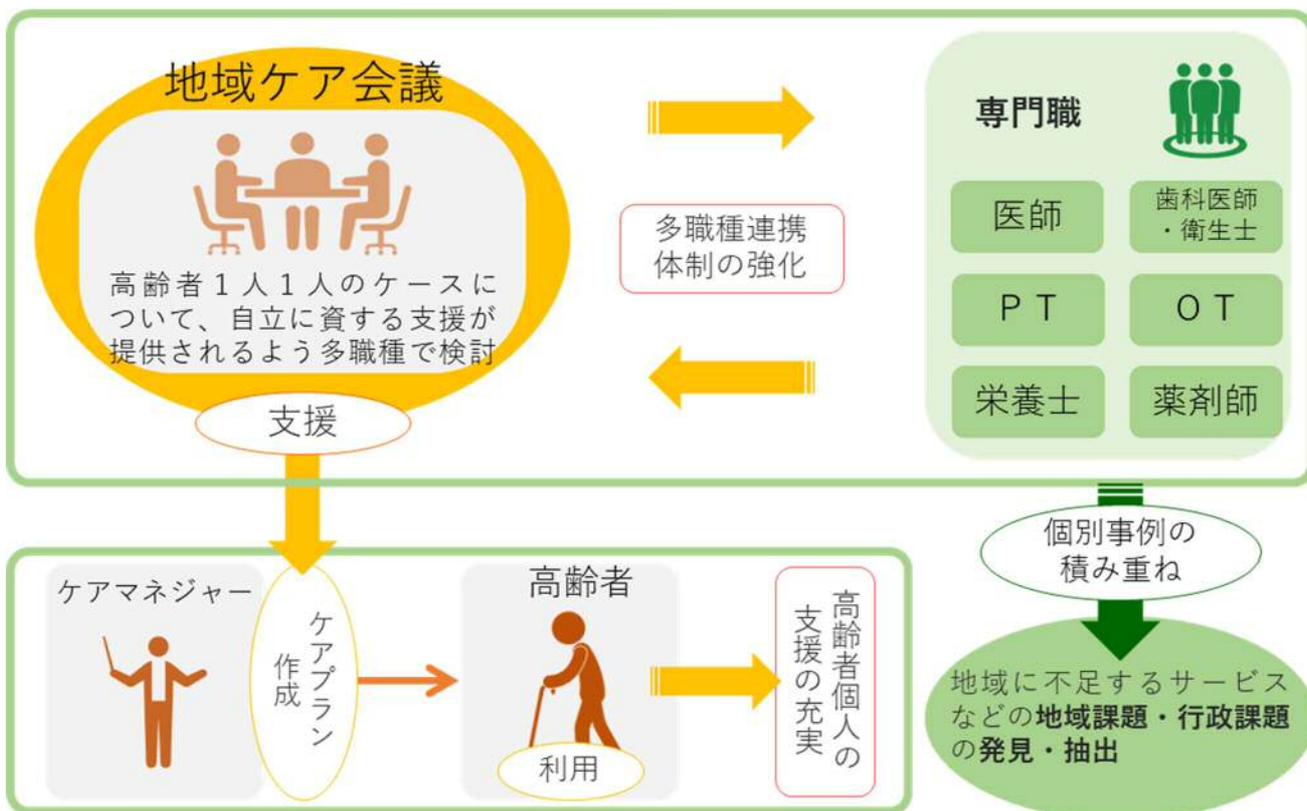
(7) さいたま市地域ケア会議

「地域ケア会議」は、地域の多様な専門職が協働し、介護支援専門員への支援を通じて、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしをいつまでも続けることができるよう、地域全体で支援するための手法です。

このうち、「介護予防」のための地域支援個別会議とは、高齢者の自立（介護が必要な状態の改善または悪化防止）を支援するため、ケアプランの作成にあたり、介護分野だけでなく、医療分野を含めた地域の多様な専門職（リハビリテーション専門職、薬剤師、歯科衛生士、栄養士等）の助言を踏まえ、高齢者一人一人の支援方法を検討する会議のことです。

実践している市町村では、「**高齢者の QOL 向上に資すること**」に加え、次のような意義が生じているとされています。

- 介護予防のための地域支援個別会議の参加者が、事例に対する多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立に資するケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得すること（OJT・スキルアップ）
- 介護予防のための地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源といった**行政課題の発見・解決策の検討**につながる



「介護予防」のための地域支援個別会議では、医療分野を含めた地域の**多様な専門職**（リハビリテーション専門職、薬剤師、歯科衛生士、栄養士等）が、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、**各分野から自立に資する助言を行います。**

そのため、プラン作成担当が、事例提出者として利用者基本情報、ケアプラン等に基づき事例の概要や現在の支援方針・内容を5分程度で説明します。

その際、本人の「したい」「できるようになりたい」ことや、生活行為の課題について説明するとともに、**できないことの工程分析（31ページ参照）をし、自立を妨げる要因の見立てを説明することが助言を受けるうえで大切です。**

(参考)「できないことの工程分析」に関する資料

要支援者がしづらくなっている主な生活行為の工程

清掃	ごみ出し	買い物
<p>①清掃用具を出す ②清掃用具を持ったまま目的場所まで移動する ③清掃用具を使用可能な状態にする ④ごみやほこりを見つける ⑤清掃する （低いところ、高いところ、移動しながら清掃） ⑥ごみの処理をする</p>	<p>①ごみを分別する ②ごみ出しの日を確認する ③家の中のごみを集める ④ごみ袋にまとめる ⑤ごみ袋の口を閉じる ⑥ごみ袋を持って移動する ⑦ごみ捨て場まで移動する ⑧ごみを捨てる （ゴミ捨て場の扉、ネットの開閉）</p>	<p>①買うものを書き出す （店舗へ行く場合） ①店を決める ②店まで移動する ③買うものを持って店内を移動する ④買うものを確認する ⑤支払いをする ⑥荷物を持って移動する ⑦冷蔵品、冷凍品を冷蔵庫へしまう</p> <p>（生協などを活用する場合） ①買うものを選択する ②指定の方法で注文する ③届いた品を確認する</p>
食事の支度	洗濯	入浴
<p>①食材を準備する ②調理の手順を把握し、覚える ③食材を洗う ④調理器具を準備する ⑤食材を切る、皮を剥く ⑥調理器具に食材を入れる ⑦調理する （焼く、茹でる、電子レンジを使用する等） ⑧味見をする ⑨盛り付ける ⑩火の元を確認する ⑪後片付けをする</p>	<p>①衣類を分別する （衣類以外の物を出す等） ②洗濯機へ入れる ③洗濯機を作動させる ④洗剤を適量入れる ⑤洗濯機から衣類を出す ⑥洗濯物を持って移動する ⑦洗濯物を干す （ハンガー、洗濯ばさみに吊るす） ⑧洗濯物を取り込む （乾き具合を確認する） ⑨洗濯物をたたむ ⑩洗濯物を収納する</p>	<p>①浴槽にお湯をはる ②タオル等を用意する ③お風呂場へ移動する ④服を脱ぐ ⑤浴室へ移動する ⑥湯温を確認する ⑦頭・体を洗う ⑧浴槽をまたぐ ⑨浴槽に浸かる ⑩体を拭く ⑪服を着る</p>

4 事例集



事例について

介護予防の理念に基づき、心身機能の低下を改善するだけでなく日常の活動性を高め家庭や社会における参加（地域活動等）を促進し、在宅生活を継続したケースです。

専門職や地域住民の支援を受けながら、生きがいを持ち自己実現を可能にした経過をご紹介します。

事例 1 認知症の方への支援

認知症の理解を地域住民に広め、犬の散歩を続けている A さん

事例 2 認知症の方への支援

デイサービスとオレンジカフェの併用で、認知症の進行を防ぐ B さん

事例 3 自宅サロン開催で地域交流を支援

社交性があり、社会貢献をしたいと考える C さん

事例 4 精神的に不安定な方への支援

地域住民に見守られながら、地域活動に参加している D さん

事例 5 成年後見制度の利用

様々な関係者の協働支援で、安心した生活を続ける認知症の E さん

エコマップの見方

	関係性（線の太さで関係性の強弱を表現）
	ストレス（または葛藤）がある
	希薄な関係
	働きかけの方向（矢印方向に働きかけや関心がある）
	これまでの関係者
	支援後の関係者

※ 事例は実際のケースですが、個人が特定できないように編集しています。

事例1 認知症の方への支援

「認知症の理解を地域住民に広め、犬の散歩を続けているAさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：会社員（事務）

趣味：手工芸

習慣：犬の散歩

本人の意向

歌を楽しみたい。

犬の散歩を続けたい。

家族の意向

認知症の進行を少しでも遅らせた。

経過

友人からの誘いを断り、自宅にこもりがちになる。

物忘れが目立つようになり、家族が主治医に相談。

専門医を紹介されて受診し、認知症と診断。

支援方法

家族とオレンジカフェへ参加。

自治会員対象に「認知症サポーター養成講座」を開催し、家族が本人の状況を説明する。

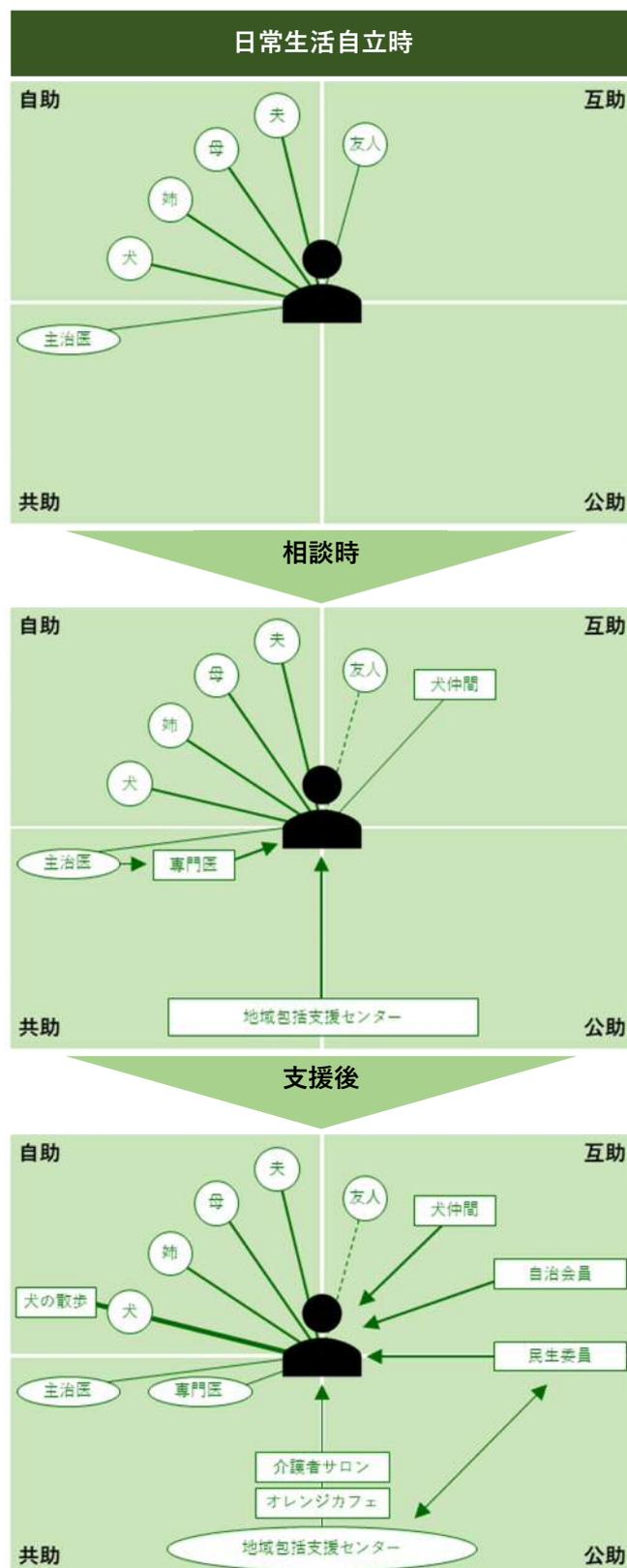
「犬の散歩」が習慣であることを民生委員に伝える。

支援後

新たにできた犬仲間など、住民の見守りを受けながら犬の散歩を継続。

【ポイント】

包括が開催した認知症サポーター養成講座で家族が本人について説明し、地域の方々に認知症の理解を深めた。地域住民の見守りにより、今も犬の散歩が続けられている。



事例2 認知症の方への支援

「デイサービスとオレンジカフェの併用で認知症の進行を防ぐBさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：会社員（営業）

趣味：旅行、音楽鑑賞

習慣：自宅でのラジオ体操

本人の意向

地域の人と交流したい。

病気とうまく付き合い、笑って過ごしたい。

身体の機能を維持したい。

家族の意向

できることを続けてほしい。

経過

物忘れが目立つようになり、主治医に相談。専門医を紹介されて受診し、認知症と診断。本人は「薬だけに頼らず生活を変化させることで認知症の進行を少しでも予防したい」と前向きだが、以前の仕事仲間とは疎遠になる。

支援方法

自身で認知症予防に関する情報収集をする。

オレンジカフェに夫婦で参加し、自ら「認知症」について説明する。

オレンジカフェに参加できる身体機能を維持するため、デイサービスで機能訓練を行う。

支援後

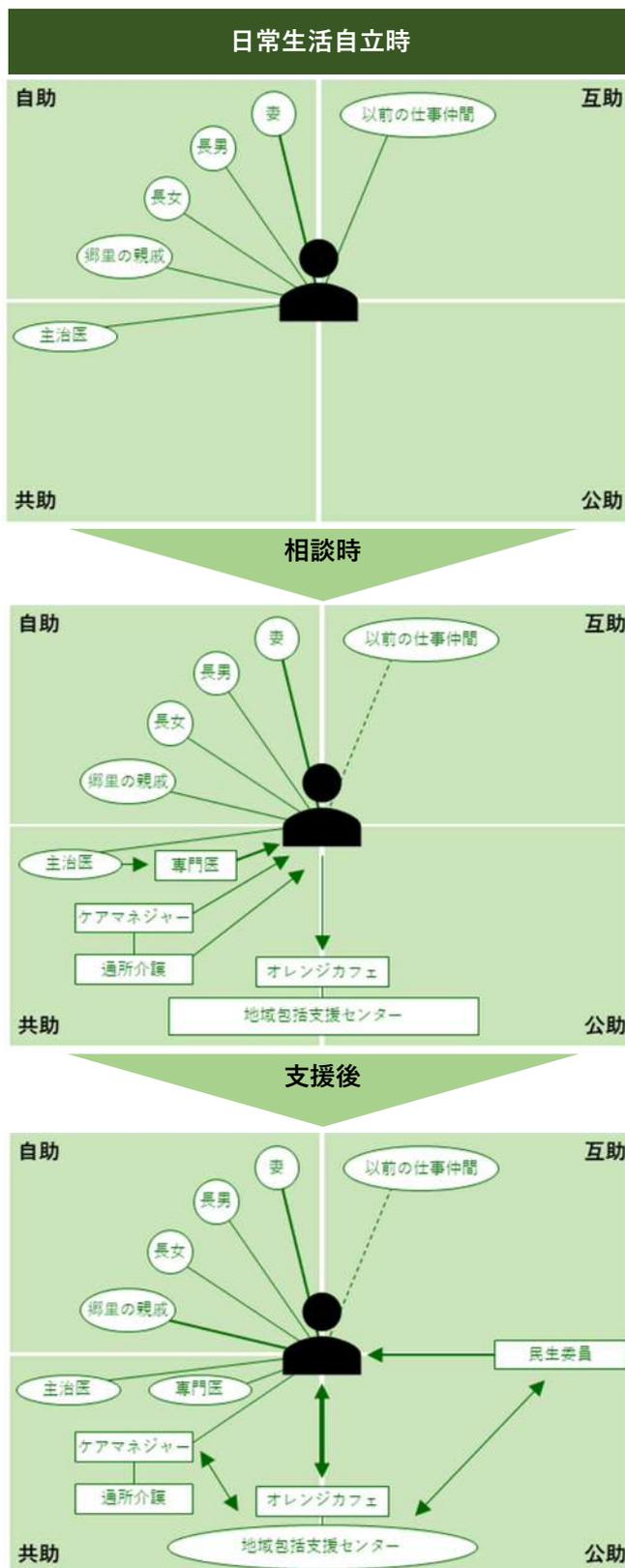
オレンジカフェ参加者が協力的に関わっている。

特に、オレンジカフェに参加していた民生委員が夫妻のことを気にかけている。

旅行を兼ねて郷里への帰省を考えている。

【ポイント】

地域で交流の場を見つけ、病気のことを自ら語り、地域の理解と協力を得ながら、認知症の薬だけに頼らず生活をし、趣味の旅行への意欲が戻ってきている。



事例3 自宅サロン開催で地域交流を支援

「社交性があり、地域で社会貢献をしたいと考えるCさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：専業主婦

趣味：園芸、茶道

習慣：自治会などで活躍

環境：単身高齢者世帯

本人の意向

地域で社会貢献をしたい。

自宅を地域の交流場所にしたい。

家族の意向

本人（母）の希望を、本人の負担にならない範囲で叶えたい。

経過

ふらつきが現れてきたため長男が介護保険申請。デイサービスを利用したが、近所の方との交流が減り元気がなくなる。

支援方法

長男の了承を得て、包括、民生委員と協力し、サロン活動の場所として自宅を開放する。

開催にあたり、本人の負担となりすぎないように包括、民生委員と相談する。

サロン利用者がお茶を用意するなどし、本人や参加者の負担の軽減を検討する。

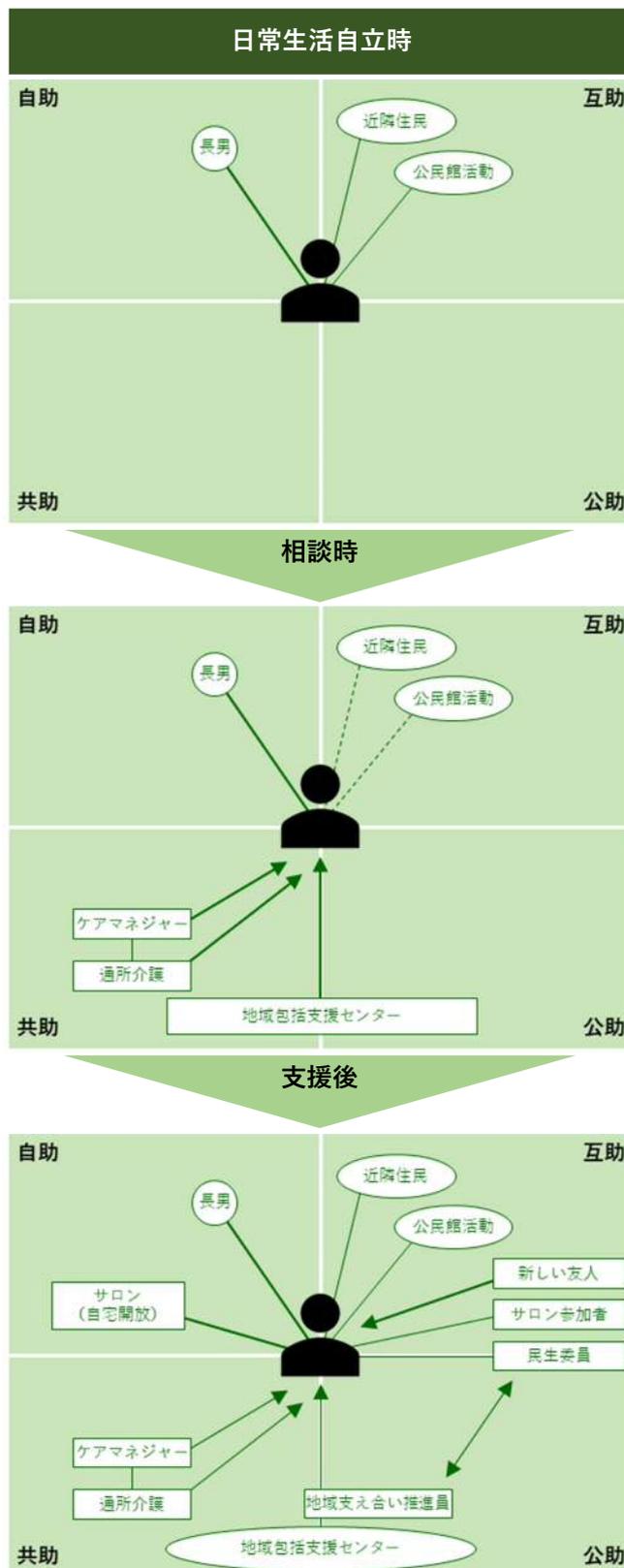
支援後

地域の方との交流も再開した。

新しい友人もでき、サロン活動が生きがいになっている。今後は、参加者に対して包括が健康講座を開催する予定でいる。

【ポイント】

デイサービスは外出・交流のきっかけとなったが、本人が望む近所の方との交流を続けるため、自宅を開放し地域の方の協力を得ながらサロンを開催している。



事例4 精神的に不安定な方への支援

「地域住民に見守られながら地域活動に参加しているDさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：工場勤務

趣味：なし（仕事と家事で精一杯）

習慣：近隣住民との交流、近隣児童の世話

環境：地域との関係が転居により途絶える

本人の意向

自宅にいと暗い気持ちになる。外出したい。

家族の意向

度重なる警察沙汰などがあったため、本人とは距離をおきたい。

最小限のことしか関わるつもりはないので、本人には自立した生活を維持してほしい。

経過

民生委員や大家に同じ内容の電話を一日に何度も繰り返す。

複数のデイサービスを体験したが本人が利用を希望しない。

支援方法

自宅に一人でいると不安が強くなるため、地域活動への参加を提案する。

薬の飲み忘れがあったため、お薬カレンダーを包括が作成し、服薬環境を整備する。

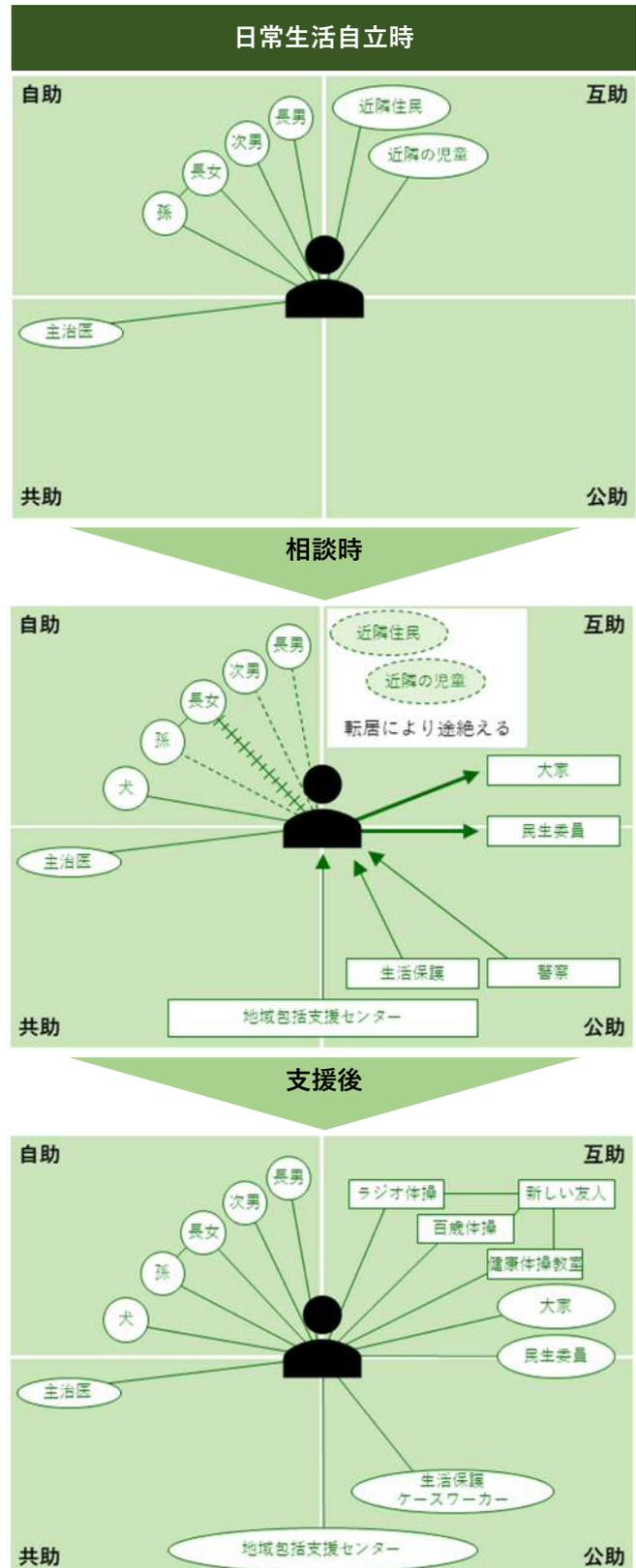
支援後

薬の飲み忘れが少なくなる。

地域活動への参加当初は、攻撃的な言動が目立ったが、周囲の理解や受容が進み穏やかになり、家族とのトラブルや民生委員等への電話が解消した。体操グループでは新しい仲間もできた。

【ポイント】

支援者にとっては「困った人」であっても、地域には仲間として受け入れてくれる環境もあります。現在は、地域住民のサポートを受けて楽しく地域活動に参加しています。



事例5 成年後見制度の利用

「様々な関係者の協働支援で、安心した生活を続ける認知症のEさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：パート勤務

趣味：三味線、民謡

習慣：不明

環境：夫が亡くなった時に、誰が寝ているかわからない程認知症が進んでいた。

遠方の親戚と電話などできていたが、認知症が進んで交流がなくなる。

本人の意向

認知症レベルIVのため**意思の確認ができない**。

支援者と一緒に自宅の片づけはできる。

家族の意向

(夫死亡後) 夫の妹が金銭管理をしているが、遠方に住み、かつ、高齢により**支援ができない**。

経過

自宅内にゴミが散乱している。

寒い時期に**夜間徘徊**し、**知らない人に救助**される。

支援方法

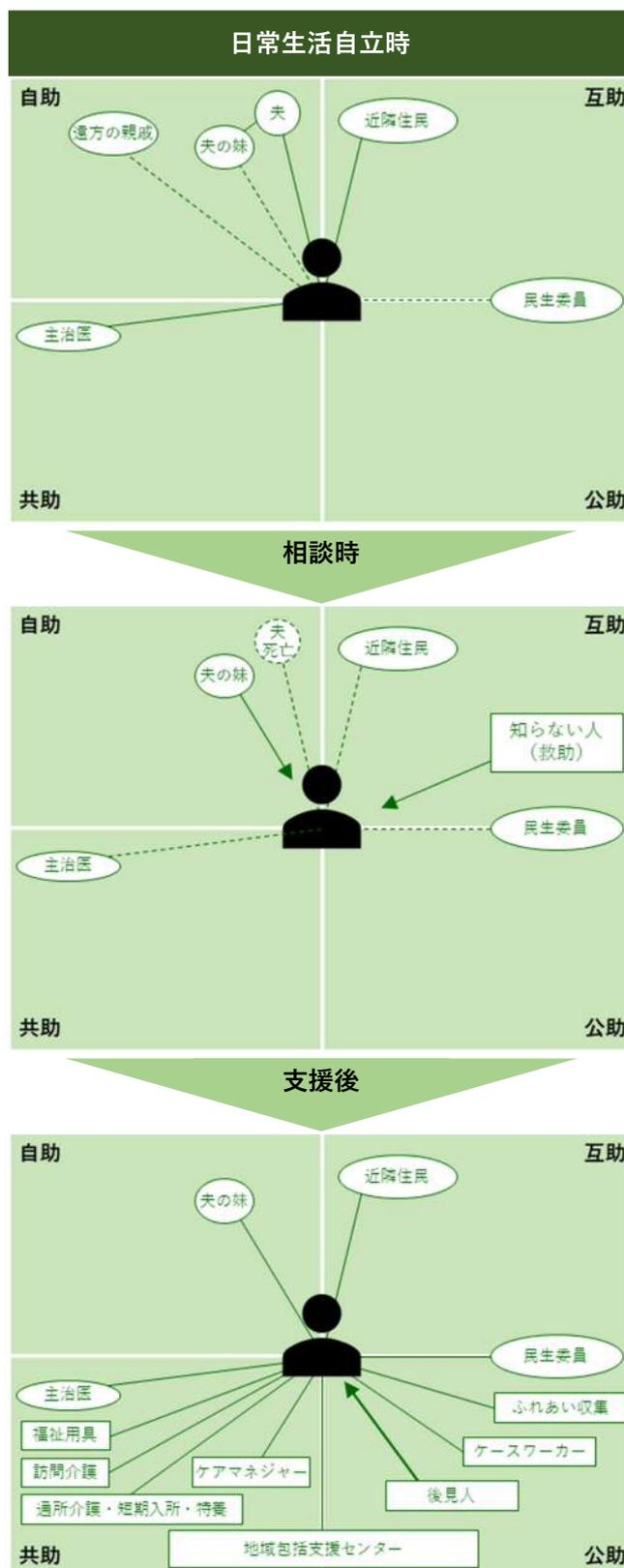
民生委員、介護事業者、行政でゴミ整理を行う。介護保険サービスの他、ふれあい収集や近隣住民が**見守り**を行い、今後のために後見人に施設入所の相談を行う。

支援後

独居でも**在宅生活を1年以上継続**していたが、認知症が進んだため、介護老人福祉施設(特養)に入所する。本人は、入所できたことで**安心した表情**を見せている。

【ポイント】

成年後見制度を利用し、様々な関係者の協働や近隣の見守りにより、在宅生活を可能な限り継続した。現在は、介護老人福祉施設で安心した生活を送っている。



5 送迎事例集



送迎事例について

令和元年 11 月に、さいたま市内の居宅介護支援事業者に所属する介護支援専門員（ケアマネジャー）を対象として、本マニュアルに関するアンケートを実施いたしました。

アンケート結果では、「地域活動をケアプランに位置づけたことがある」と回答したケアマネジャーが、平成 30 年度実施時と比較して 18 ポイント増加しました。

<質問 地域活動をケアプランに位置づけたことがありますか>

	はい	いいえ
平成 30 年度	41%	59%
令和元年度	59%	41%

一方、約 4 割のケアマネジャーから「ケアプランに位置づけたことがない」と回答をいただきました。

その理由として、「地域活動には送迎する手段がない」、「高齢者ひとりで地域活動に通わせることに不安がある」など、ケアマネジャーが抱える課題が判明いたしました。

そこで、送迎の手段等に課題があっても、ケアマネジメントを行う過程において、解決に繋がった事例を紹介いたします。

事例 1 家族による送迎支援

親子で将棋教室に通う A さん

事例 2 サロン独自の送迎サービスの活用

様々な送迎サービスからサロン独自の送迎サービスを選択した B さん

事例 3 介護保険サービス事業者及び地域の仲間による送迎支援

通所介護の送迎時間に合わせて、囲碁サロンに通う C さん

事例 4 友人による送迎支援

友人と一緒に、休憩をしながら歩いてサロンに通う D さん

事例 5 送迎ボランティアへの依頼によって、広がる地域活動

送迎ボランティアの利用を通じて、ボランティア活動に参加する E さん

※事例は実際のケースですが、個人が特定できないように編集しています。

事例1 家族による送迎支援 「親子で将棋教室に通う A さん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：事務職（15 年前に退職）

趣味：将棋

習慣：一日中テレビを見ている

環境：単身高齢者世帯（息子が近隣に居住）

1 年前に配偶者が死去

本人の意向

家に 1 人でいると暗い気持ちになる。

1 人でも通える通いの場などに行ってみたい。

（可能ならば将棋の相手を探したい）

経過

地域支え合い推進員が A さん宅から歩いて通える距離の「将棋ができる通いの場」を探すが見当たらない（2.5km ほど離れた場所に「将棋教室」があった）。

これらの報告を近隣に住む息子も交えて行ったところ、息子の友人が「将棋教室」でボランティアをしていることが分かった。

送迎に関する支援方法

将棋教室開催日に、近隣に住む息子が無理のない範囲で送迎をすることとした。

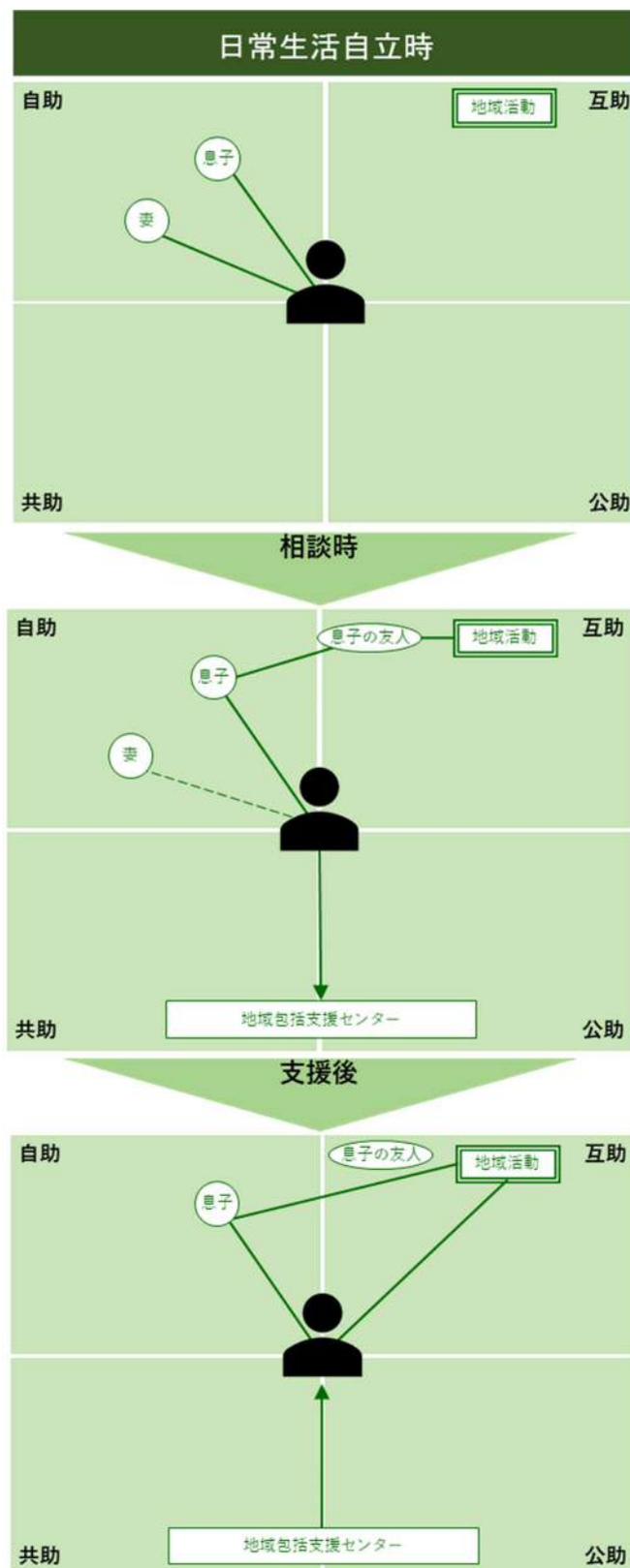
支援後

息子が送迎できない日でも 1 人で通えるよう体力づくりのために、近隣のいきいき百歳体操にも通い始めた。

息子は、送迎時に将棋教室に顔を出すことで、ボランティアをしている友人との縁がさらに深まった。将棋サロンに息子と一緒に参加することで、送迎の課題が解決し、親子共に地域の交友関係を広げることにつながった。

【ポイント】

地域活動に関わりのある方は、高齢者だけではなく、また、少し遠いと感じる通いの場でも、本人が「通いたい」と思えることで、介護予防につながることもあります。



事例2 サロン独自の送迎サービスの活用

「様々な送迎サービスからサロン独自の送迎サービスを選択したBさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：パート・主婦

趣味：料理

習慣：サロン仲間との交流

環境：自宅から歩いて通えるサロンに通っていたが、足を骨折し歩いて通うことができなくなった。

本人の意向

骨折していても、サロンへ通いたい。

家族の意向

外出してほしいと思っているが、家族に送迎できる者がいない（免許も車も持っていない）。

経過

地域包括支援センター職員とケアマネジャーが、サロンまでの道のりや送迎手段の確認のため、**サロンへ見学に行った**ところ、「①乗り合いタクシーが利用できること」「②サロンには有料の送迎サービスがあること」「③Bさんの近隣にお住まいの方（ボランティア）が、一時的なら送迎ができること」が判明した。

送迎に関する支援方法

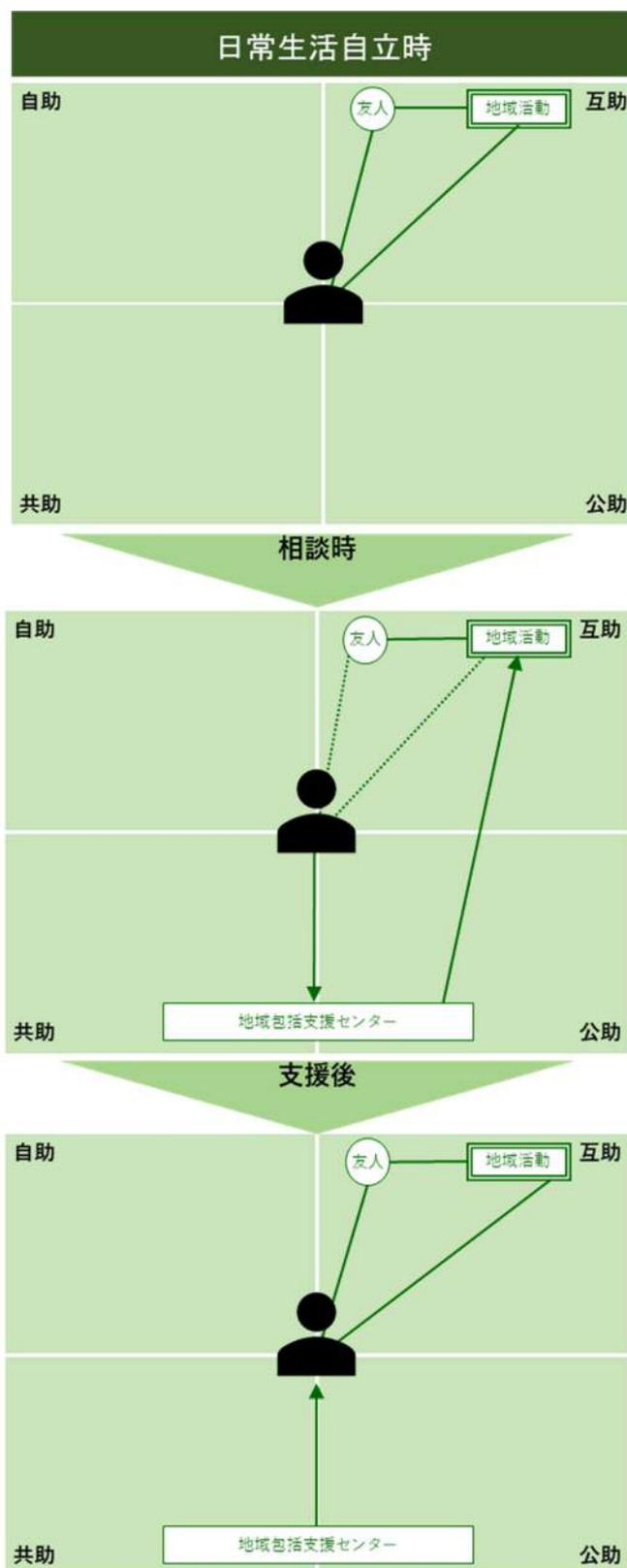
Bさんに、①乗り合いタクシー、②サロンの有料送迎サービス、③ボランティア送迎を提示し、それぞれのメリット・デメリットを一緒に考えた。

支援後

②サロンの有料送迎サービスを選択したBさんは、サロンに通い続けることができ、地域とのつながりが保たれた。また、完治した今は、歩いてサロンに通っている。

【ポイント】

地域活動に見学に行くことで、多くの情報を得ることができます。その情報を利用者に提示し、選択できる環境を整えることが、日常生活を継続することにつながります。



事例3 介護保険サービス事業者及び地域の仲間による送迎支援

「通所介護の送迎時間に合わせて、囲碁サロンに通うCさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：製造業

趣味：囲碁・囲碁サロンへ通うこと

習慣：囲碁仲間との交流

環境：元気な頃から囲碁サロンへ通っていたが、**認知機能の低下の不安**から、短時間の囲碁サロンよりも1日の通所介護の利用が多くなった。

本人の意向

囲碁サロンに通うことが唯一の楽しみのため、**いつまでも通い続けたい。**

家族の意向

元気がなくなったように感じる。

経過

物忘れは多くなっているが、生活に問題がないことから、午前中に緩和基準デイを利用し、デイ利用後に、囲碁サロンに通うこととした。

送迎に関する支援方法

サロンの参加日は、**デイの送迎車の出発前におおよその自宅到着時間をサロンの仲間に伝えていただくこと**にした。サロン仲間がCさん宅前でCさんを迎え、一緒に徒歩で囲碁サロンに通っている。

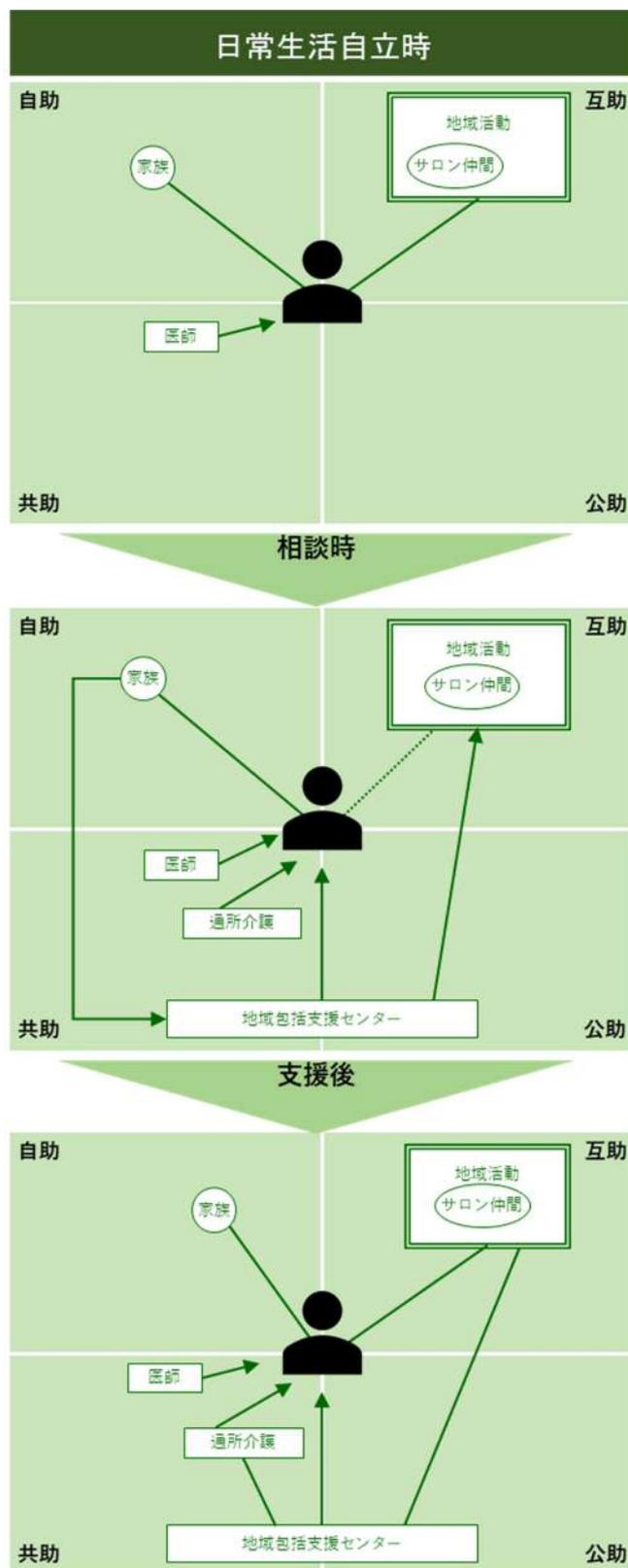
デイ管理者、サロン代表者で支援方法を検討し、また、家族の連絡先などの情報を共有している。

支援後

専門職によるケアと昔からの地域・仲間からの**見守りが両立**され、囲碁サロンに参加し続けることができています。

【ポイント】

介護保険サービスだけで生活を支援するのではなく、サービス事業者とサロン等の関係者との調整などを含めたマネジメントが、利用者の希望に沿った支援につながります。



事例4 友人による送迎支援

「友人と一緒に休憩をはさみながらサロンに通うDさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：専業主婦

趣味：料理・俳句・散歩

習慣：友人との電話

環境：体力と認知機能の低下が見られ、活動量が減っている。

本人の意向

地域活動に参加してみたいが、どこになにがあるかわからないし、情報があっても一人で通えるか不安。

経緯

地域のつながりに関する漠然とした不安の相談を地域包括支援センターで受ける。

送迎に関する支援方法

地域支え合い推進員が、いきいき活動リストから、①近隣の地域活動、②遠方の俳句サロン、③遠方の散歩クラブの3つの活動情報を提供し、電話でよくお話する友人を誘ってみることを提案した。

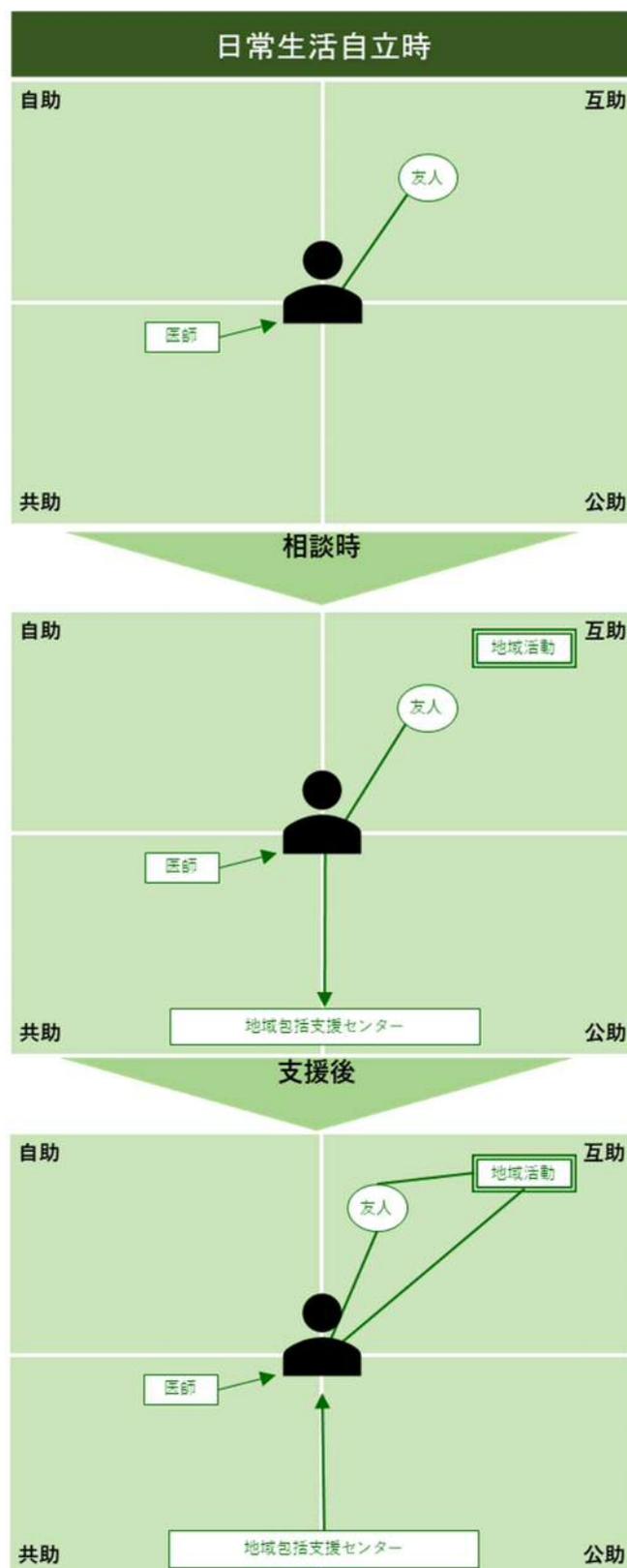
支援後

友人も同じような悩みを抱えていたことがわかり、一緒に参加することとなった。

友人は体力に不安がなかったため、Dさんの家の近くで待ち合わせをし、Dさんの体調に合わせて、途中のベンチなどで休みながら通っている。

支援後

一人だと意欲が出ないことも、友人と一緒にあれば頑張ることができている。また、地域活動に友人と通う行為も社会参加となっている。



【ポイント】身近な方も同じような悩みを抱えていることもあります。一緒に通える友人関係などについて聞き取りをすることで、地域の課題解決につながる場合もあります。

事例5 送迎ボランティアへの依頼によって、広がる地域活動

「送迎ボランティアの利用を通じて、ボランティア活動に参加するEさん」

職歴・趣味・習慣など

職歴：教師（20年前に定年）

趣味：読書

習慣：自治会員との交流

環境：高齢のため、**運転免許証の返納を決意**。
しかしながら、車で自治会館へ通っていたため、**通う手段がなくなってしまった**。

本人の意向

免許証を返納しても**自治会館へは通い続けた**い。

家族の意向

免許証を返納してくれて安心しているが、**外出しないことで新たな不安が生まれた**。学ぶこと、教えることが好きなので**活躍の場を探している**。

経過

免許証の返納に伴い生活全般の相談を地域包括支援センターで受ける。

送迎に関する支援方法

送迎ボランティアをしている近隣住民を紹介した。（その際に、ボランティアに関する内容を尋ねられ、わかる範囲で説明した。）

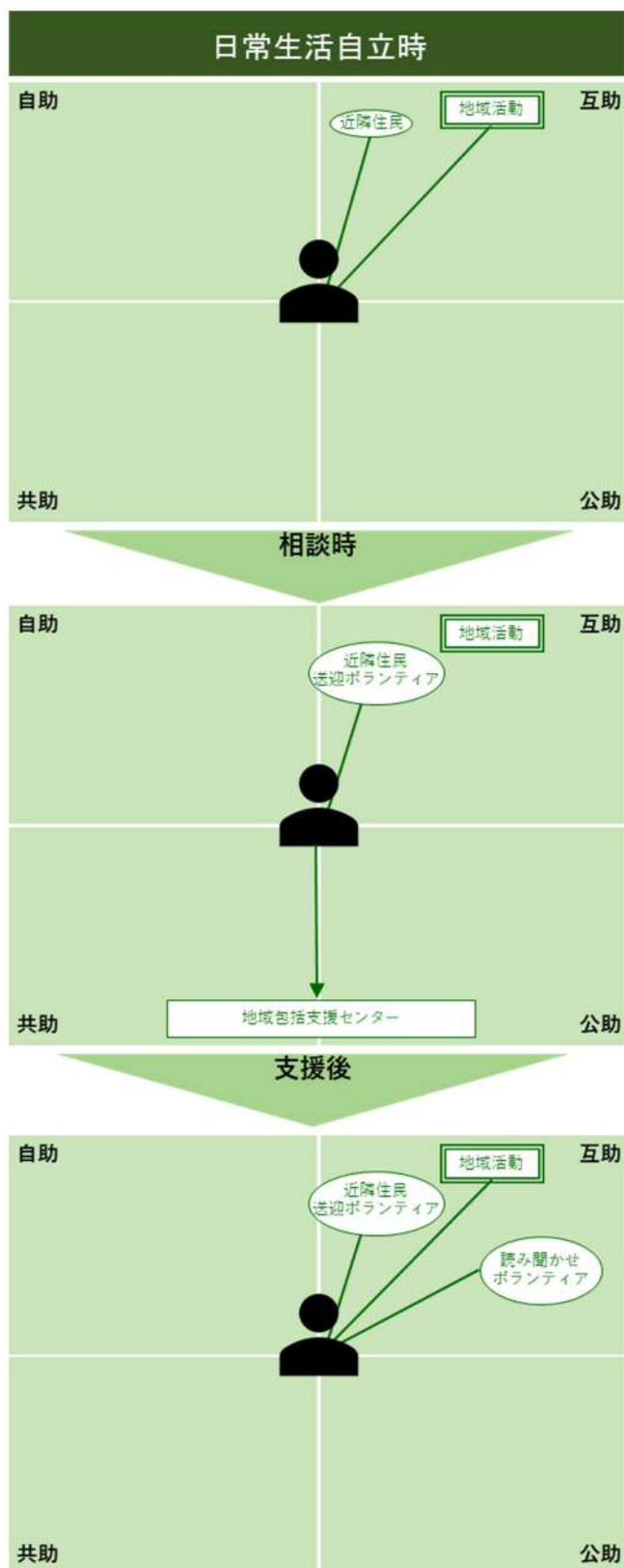
支援後

送迎ボランティアを利用し、地域活動へ通い続けることができている。

また、「ボランティア活動」について独自で学び、**教師時代の経験と趣味の読書が生かせる活動をした**と考え、近隣のコミュニティーセンターで行っている**児童読み聞かせの会**にボランティアとして参加している。

【ポイント】

ボランティア活動を利用することで、本人の意欲（「したい」「できるようになりたい」）につながり、本人の有する能力に応じた他のボランティア活動へつながることもあります。



要介護のケアマネジメント手引きについて

要介護の方のケアマネジメントも、支援により住み慣れた地域で“いきいき”と輝きながら暮らせるようになるよう、作成することが重要です。

要介護状態になっても、生きがいや役割を持って生活できるよう、ケアマネジメントを行うにあたっては、ICFの考え方を理解し活用することが重要なポイントになります。

(24ページ参照)

高齢者本人へのアプローチ（機能回復訓練など）だけではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチ（生活環境の調整や、地域の中に生きがいや役割をもって生活できるような居場所・出番づくり等）も含めたバランスのとれたアプローチを行いましょう。

参考文献

- ・金沢市・とびうめでの地域ケア会議の実際（金沢市地域包括支援センターとびうめ 平成28年10月）
- ・厚生労働省「これからの介護予防について」
- ・「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用－目標指向的介護に立って（大川 弥生 2009年7月 中法法規出版株式会社）
- ・新しい総合事業の移行戦略－地域づくりに向けたロードマップ報告書（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）
- ・介護予防・日常生活支援総合事業に関する研修用動画教材（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）
- ・ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方～【川崎版】（平成28年4月1日）

変更履歴

平成29年3月 初版

平成31年4月 修正（介護予防ケアマネジメント検討部会）

令和2年3月 修正（介護予防ケアマネジメント検討部会）

さいたま市介護予防ケアマネジメント検討部会員

(平成 31 年 3 月 31 日 敬称略)

所属	氏名
地域包括支援センターきりしき	栗原 淑和
地域包括支援センター社協みなみ	森住 由美
地域包括支援センター社協岩槻	平野 真弓
さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	清水 政和
さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	高木 律子
さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	曾原 麻紀子
さいたま市介護支援専門員協会	松橋 信和
さいたま市介護支援専門員協会	保坂 由枝
さいたま市介護支援専門員協会	黒川 愛
包括・在支総合支援センター	清水 由紀子
包括・在支総合支援センター	高橋 未来
包括・在支総合支援センター	清水 春美
包括・在支総合支援センター	小椋 恭子
介護保険課 介護保険係	田島 裕紀
介護保険課 介護保険係	渡邊 秀樹
西 区高齢介護課 介護保険係	小峰 涼
大宮区高齢介護課 介護保険係	池ノ上 聡美
大宮区高齢介護課 介護保険係	川崎 瑠奈
見沼区高齢介護課 介護保険係	片岡 正樹
見沼区高齢介護課 介護保険係	遠藤 晴子
浦和区高齢介護課 介護保険係	新井 健人
いきいき長寿推進課 地域支援係	小島 淳史
いきいき長寿推進課 地域支援係	坂口 淳二
いきいき長寿推進課 地域支援係	河津 脩兵

(アドバイザー)

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	石井 麻美
さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	八瀬 江理華
さいたま市介護支援専門員協会	宮本 好彦

さいたま市介護予防ケアマネジメント検討部会員

(令和2年3月31日 敬称略)

所属	氏名
地域包括支援センターきりしき	遠藤 健太
地域包括支援センター社協みなみ	森住 由美
地域包括支援センター社協岩槻	大内 ひとみ
さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	橋本 和美
さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	曾原 麻紀子
さいたま市介護支援専門員協会	松橋 信和
さいたま市介護支援専門員協会	保坂 由枝
さいたま市介護支援専門員協会	黒川 愛
包括・在支総合支援センター	服部 史絵
包括・在支総合支援センター	高橋 未来
包括・在支総合支援センター	遠藤 真里奈
介護保険課 介護保険係	田島 裕紀
介護保険課 介護保険係	渡邊 秀樹
介護保険課 介護保険係	田邊 裕子
西 区高齢介護課 介護保険係	小峰 涼
大宮区高齢介護課 介護保険係	池ノ上 聡美
大宮区高齢介護課 介護保険係	塩澤 育
見沼区高齢介護課 介護保険係	中野 力稀
浦和区高齢介護課 介護保険係	中村 英徳
いきいき長寿推進課 地域支援係	小島 淳史
いきいき長寿推進課 地域支援係	昼間 美貴

(アドバイザー)

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	石井 麻美
さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会	八瀬 江理華
さいたま市介護支援専門員協会	宮本 好彦