

平成30年10月4日(木)

# ～介護予防ケアマネジメント研修～ 講義・演習

上球磨地域包括支援センター

主任介護支援専門員

永濱 慶尚

# 本日の目的！

- ①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

# 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。

個人ワーク(5分)

# 脊髄損傷の方のご自宅拝見

①



②



⑤



③



環境を整備することにより、できることが増える。両手が使えるという強みをどう活かしていくかを考える。突然、歩行ができなくなったら、「何もかもが不自由」と思えるようなショックに陥るが、残存能力を高めることや環境を整えることで、自立できる部分が多いことを知っておくことがとても大切である。高齢者の廃用性の課題も同様で、元気だった頃と比べて先にあきらめてしまうことにより、サービス依存になりがちである。

④



⑥



⑦



## 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？

個人ワーク（10分）



# 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

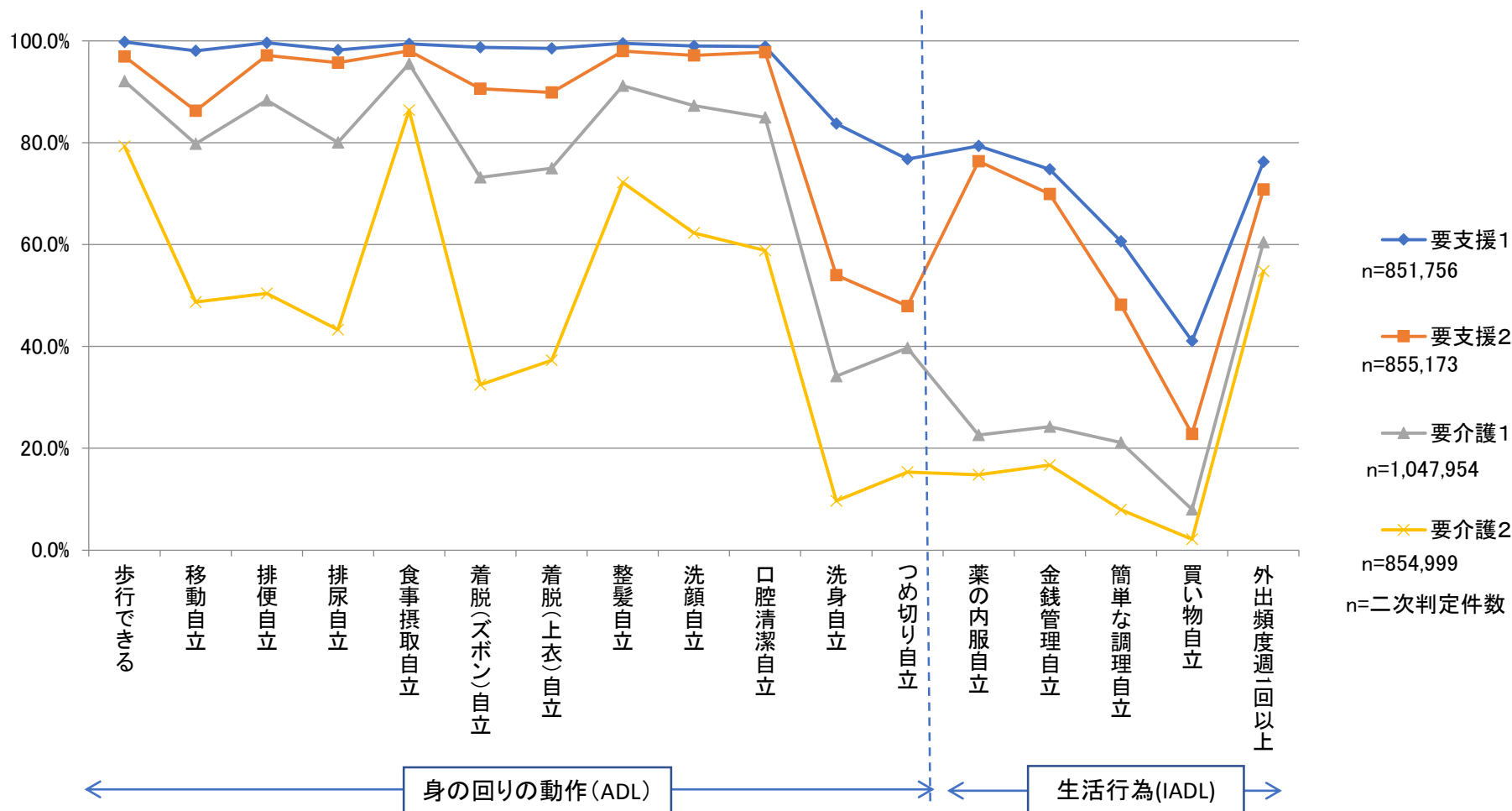
病気による体調の不良等

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

# 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。

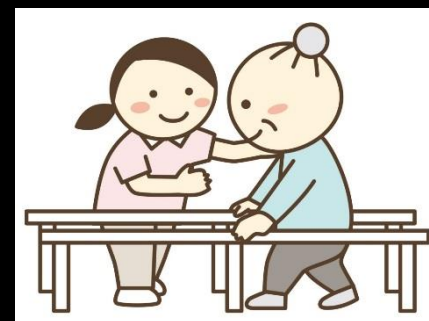


※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※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方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。





# 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)



～基本チェックリストの中身を見てみよう～



被保険者NO.

受付者 介護・高齢・包括

住所：生駒市

電話： ( )

氏名： ( 年 月 )

(続柄 )

基本チェックリスト

年 月 日

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

基本チェックリストの中身をしっかりと読み取ることが重要です。要支援認定者や虚弱高齢者には意味がある帳票です。生活全般の機能が低下している人は、IADLの低下がみとれます。うつや認知症の項目と閉じこもりの項目にも関係がありそうです。

総合事業の導入が始まると、入り口の押さえは重要です。簡単に基本チェックリストで事業対象者の候補者が発生します。介護予防ケアマネジメント実施者の力量が問われることになります。

(注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合

社会生活	運動	低栄養	口腔	うつ	主観的健康感

## 【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。

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

被保険者氏名

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

- ・低栄養での該当者は、元来細身の体質の人もいるが、がんや貧血などの進行がないかなど、既往歴や現病歴の確認が重要である。
- ・閉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。



# 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



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

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	○			生涯学習・歴史	×	×	×
一人でお風呂に入る (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)	○			絵を描く・絵手紙	×	×	×
身だしなみを整える (声かけてもらっている)	○			パソコン・ワープロ	×	×	×
好きなときに眠る	○			写真	×	×	×
掃除・整理整頓 (妻がしている)	×	×	×	映画・観劇・演奏会	×	×	×
料理を作る (妻がしている)	×	×	×	お茶・お花	×	×	×
買い物 (一緒に行っている)	○			歌を歌う・カラオケ	×	×	×
家や庭の手入れ・世話 (妻がしている)	×	×	×	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 (妻と一緒にならできる)	○			散歩	○		
孫・子供の世話	○			ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ	×	×	×
動物の世話	×	×	×	ダンス・踊り	×	×	×
友達とおしゃべり・遊ぶ		○		野球・相撲等観戦	○		
家族・親戚との団らん	○			競馬・競輪・競艇・パチンコ	×	×	×
デート・異性との交流	○			編み物	×	×	×
居酒屋に行く	×	×	×	針仕事	×	×	×
ボランティア		○	○	畑仕事	×	×	×
地域活動(町内会・老人クラブ) (していた)	×	×	×	賃金を伴う仕事	×	×	×
お参り・宗教活動 (妻と一緒に)	○			旅行・温泉 (家族と)	○		
その他(コーヒーを飲みに行く)	○			その他( )			
その他( )				その他( )			

## 演習4 事例検討

事前課題であった「三田さん」事例を活用して、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。

# 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（H27.4～）（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）。仕事が忙しい（3勤務制の仕事）。長男宅は秀雄さん宅から車で15分。  
次男；52歳（別居、既婚）、妻；48歳、子供3人  
次男宅は秀雄さん宅から15分。週に1回は嫁が様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きている。  
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。  
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る。理解・判断力の低下：簡潔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、自宅にい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、小さな梗塞が多々あるために、脳血管性の認知症が発症していると月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来所相談。

### ＜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、ふらっとコーヒーを飲みに行ったりしている。ひとりで外出し、道に迷うこともあるようだが、自宅周囲の大きな建物の名前等を覚えており、「そこに帰りたい」と道行く人に尋ねる力はある様子で、徘徊に至ったことはない。

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、穏やかで笑顔も多く、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長など長年にわたり行ってきたことにより、地域の人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ている。最近では、薄々地域の人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、人の世話をを行うことが好きな三田さんである。



## 演習4

事前課題であった「三田さん」事例を活用して、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きましょう。

①演習1～3の視点を踏まえて、「三田さん」事例をグループで共有！

②この事例の総合的な課題は何でしょう？

課題に対しての目標は？具体策の提案！

③目標を達成する為のサービスは何か？

インフォーマルな部分も考え、「あったら、いいなー！」も考える。

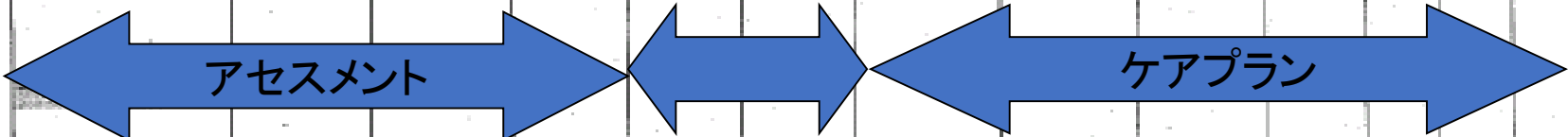
20分

# 介護予防サービス・支援計画書でみるケアマネジメント過程

## 介護予防サービス・支援計画

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 誕生年月日 西暦 年 月 日 昭和 年 月 日 生年式 年 月 日 国籍・民族・籍貫 \_\_\_\_\_ 居住区・町丁目 \_\_\_\_\_ 居住形態 \_\_\_\_\_ 介護支援事業所 \_\_\_\_\_ 居宅介護支援事業所 \_\_\_\_\_ 居宅介護支援センター \_\_\_\_\_  
 介護保険番号 \_\_\_\_\_ 介護保険種別 \_\_\_\_\_ 介護保険料納付済月数 \_\_\_\_\_ 介護保険料納付済年数 \_\_\_\_\_ 介護保険料納付済月数 \_\_\_\_\_ 介護保険料納付済年数 \_\_\_\_\_  
 介護保険料納付済月数 \_\_\_\_\_ 介護保険料納付済年数 \_\_\_\_\_ 介護保険料納付済月数 \_\_\_\_\_ 介護保険料納付済年数 \_\_\_\_\_

1階	2階											
介護予防サービス 提供状況	本人・家族の 満足・意向	活動に支える環境 （設備・環境）	介護予防サービ ス・支援計画	実施に際する注意 事項計画の留意	実施に際する注 意事項（本人・家族）	評価	経過についての 記録の取付け	本人用のものでケア マネージャーによる ケアマネジメント	介護保険サービス 実施状況	介護保険 種別	事業所	備考
介護予防サービス		□有 □無										
社会福祉・福祉サービス 提供状況		□有 □無										
介護支援センター		□有 □無										



介護支援センター  
 介護支援事業所 介護支援センター 介護支援センター 介護支援センター 介護支援センター  
 介護支援事業所 介護支援センター 介護支援センター 介護支援センター 介護支援センター

介護支援事業所 介護支援センター 介護支援センター  
 介護支援事業所 介護支援センター 介護支援センター

介護支援事業所 介護支援センター 介護支援センター  
 介護支援事業所 介護支援センター 介護支援センター

# 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日	洗濯物を取り入れ、たたむことができる。
----	---------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向
<p>(運動・移動について)</p> <p>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。</p>	<p>(本人) コーヒーが好きで喫茶店に行くのが楽しみ。最近、つまづきやすくなってる。</p> <p>(妻) 脳梗塞もしてるので、歩き方が不安定なのが心配。</p>
<p>(日常生活(家庭生活)について)</p> <p>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。</p>	<p>(本人) できることは何でもしているよ。</p> <p>(妻) 声掛け・指示が必要なことが増えてきた。できることはお願いしています。</p>
<p>(社会生活、対人関係・コミュニケーションについて)</p> <p>地域活動には積極的で自治会長・老人会長を長年つとめ、グランドゴルフやカラオケ、囲碁などを近隣の人と楽しんできたが、半年前から参加しなくなっている。携帯電話に出ることはできる。近隣の人をよく声をかけてくれている。</p>	<p>(本人) 最近、よく忘れるので、迷惑かけると思って参加しない。以前のように人に役立つことがしたい。</p> <p>(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。</p>
<p>(健康管理について)</p> <p>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。</p>	<p>(本人) 物忘れが増えて困っている。妻に申し訳ない。</p> <p>(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るようです。</p>

# 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
<p>■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。</p>	<p>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。</p>
<p>■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。</p>	
<p>■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。</p>	
<p>■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。</p>	

# 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
<p>(目標) 1.ボランティア活動ができるようになる。</p> <p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>1-5 家庭での役割は継続していく。</p> <p>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。</p>	<p>(本人) 1-1 1-2 1-3 1-4 1-5 概ね了承。</p> <p>(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</p>	<p>同左</p>

# 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	通所型Cのボランティアが継続できている。
----	----------------------

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
<p>・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。</p> <p>・高血圧症があるため、血圧の変動にも留意する。</p> <p>・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く。</p> <p>・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。</p>	<p>(本人)</p> <p>① 日課を続ける。 (散歩や洗濯物の取り入れとたたみ、ゴミだし等)</p> <p>② 教室に馴染んでこられたら、出来そうなボランティア活動としてのカウント読みから始めてもらう。</p> <p>③ 定期的な内服・受診を妻の支援を受けながら行う。</p> <p>(家族)</p> <p>① 教室に通う準備を整える。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>④ 介護者の会や認知症カフェ等に参加してみる。</p>	<p>【通所型事業】</p> <p>① 体力・筋力・バランス力アップ</p> <p>② 歩行姿勢の確認</p> <p>③ 認知機能評価</p> <p>④ 馴染みの関係性作り</p> <p>⑤ 教室内での役割作り</p> <p>【訪問型事業】</p> <p>① 歩行能力・姿勢の確認(外)</p> <p>② 外出時の安全面の確認</p> <p>③ 妻への助言 (認知症に関する理解について)</p> <p>④ 妻への支援 不安の傾聴、</p> <p>【包括・認知症地域支援推進員】</p> <p>① 家族会・認知症カフェへの誘い(妻)</p> <p>② モチベーション維持への声掛け(妻)</p> <p>③ 本人への支持</p> <p>④ 妻の不安を傾聴</p> <p>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</p>	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

# 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。
- ・その為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。

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。



# 参考・引用文献

厚生労働省

- 平成28年度介護予防ケアマネジメント実務者研修  
資料より
- 介護予防・日常生活総合事業のガイドラインより

