



# 令和3年度 介護支援専門員研修会

介護予防支援

介護予防ケアマネジメントについて

名護市高齢者福祉計画及び第8期介護保険事業計画

## 第9次あけみお福祉プラン



地域で **生き 生き** と安心して暮らす  
～葉い、ゆいまーるでつながる あけみおのまち～



令和3(2021)年3月  
名護市

名護市

介護予防支援・

介護予防ケアマネジメント

マニュアル



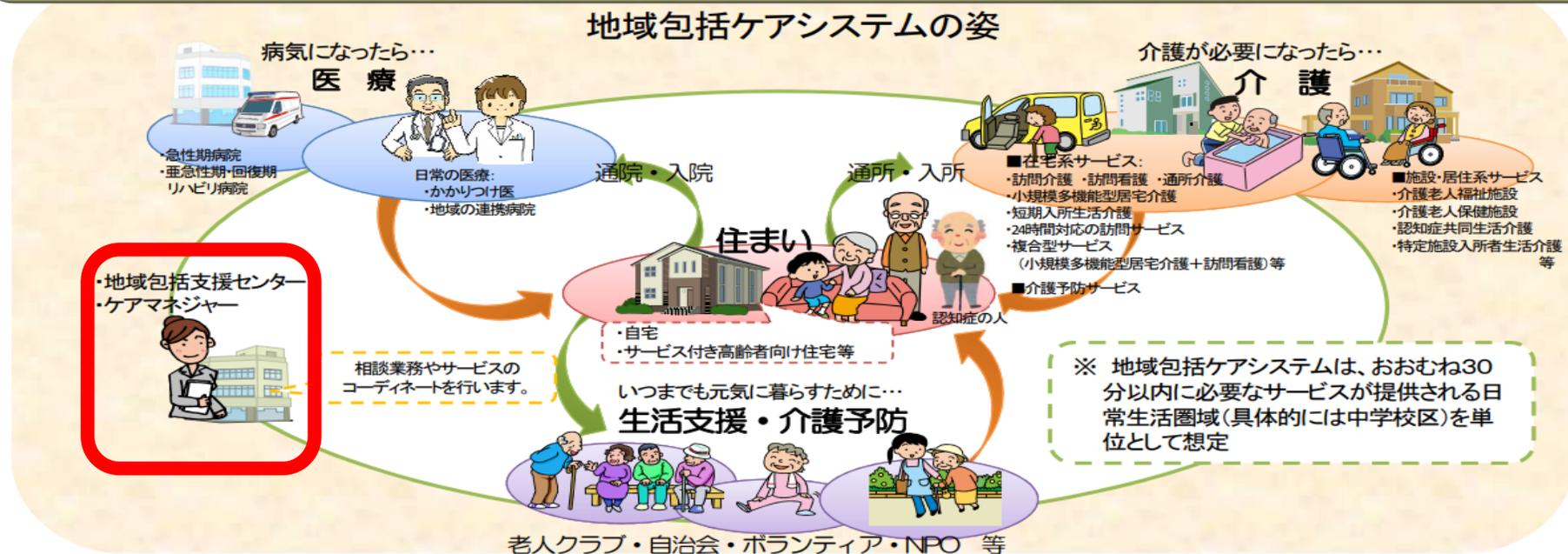
令和3年5月版

# 地域包括ケアシステムについて

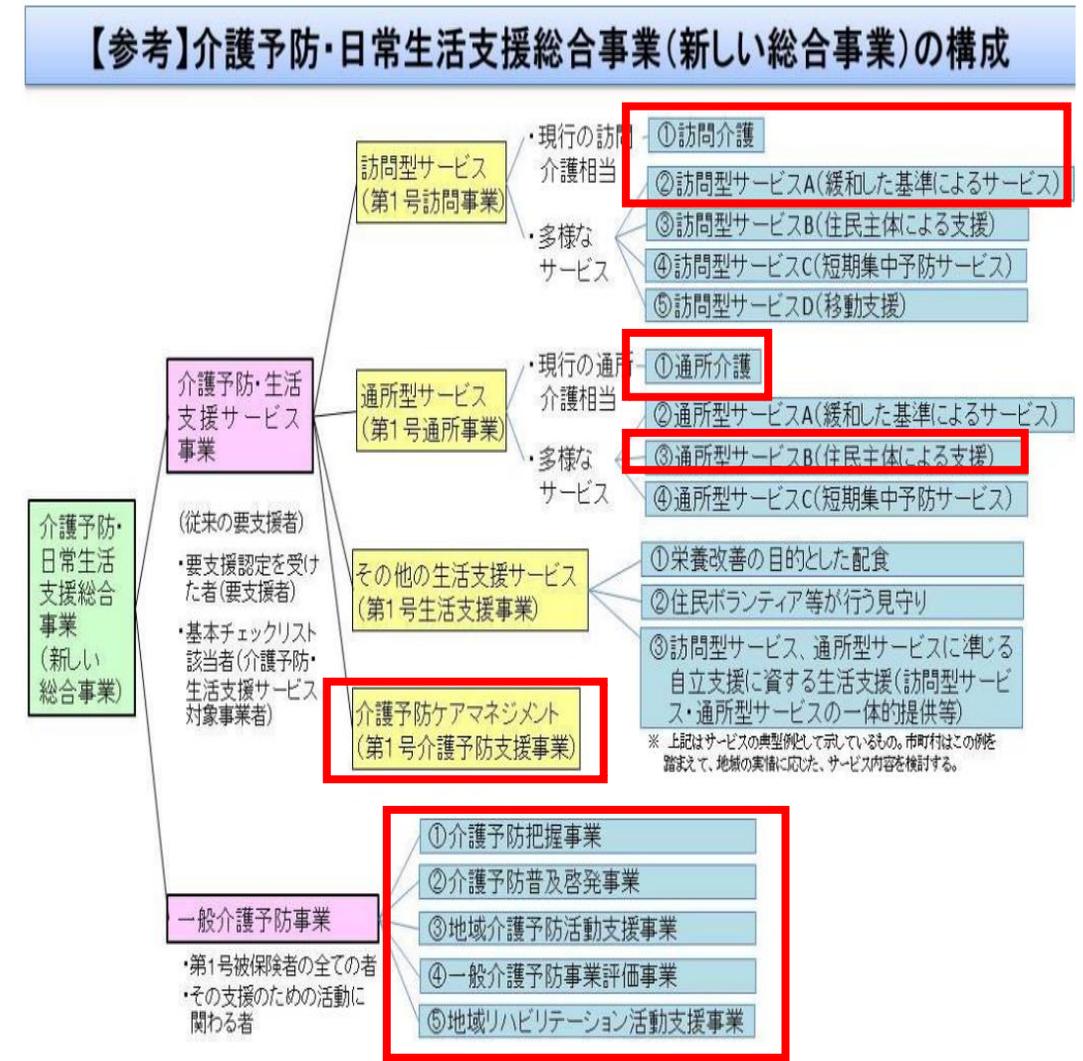
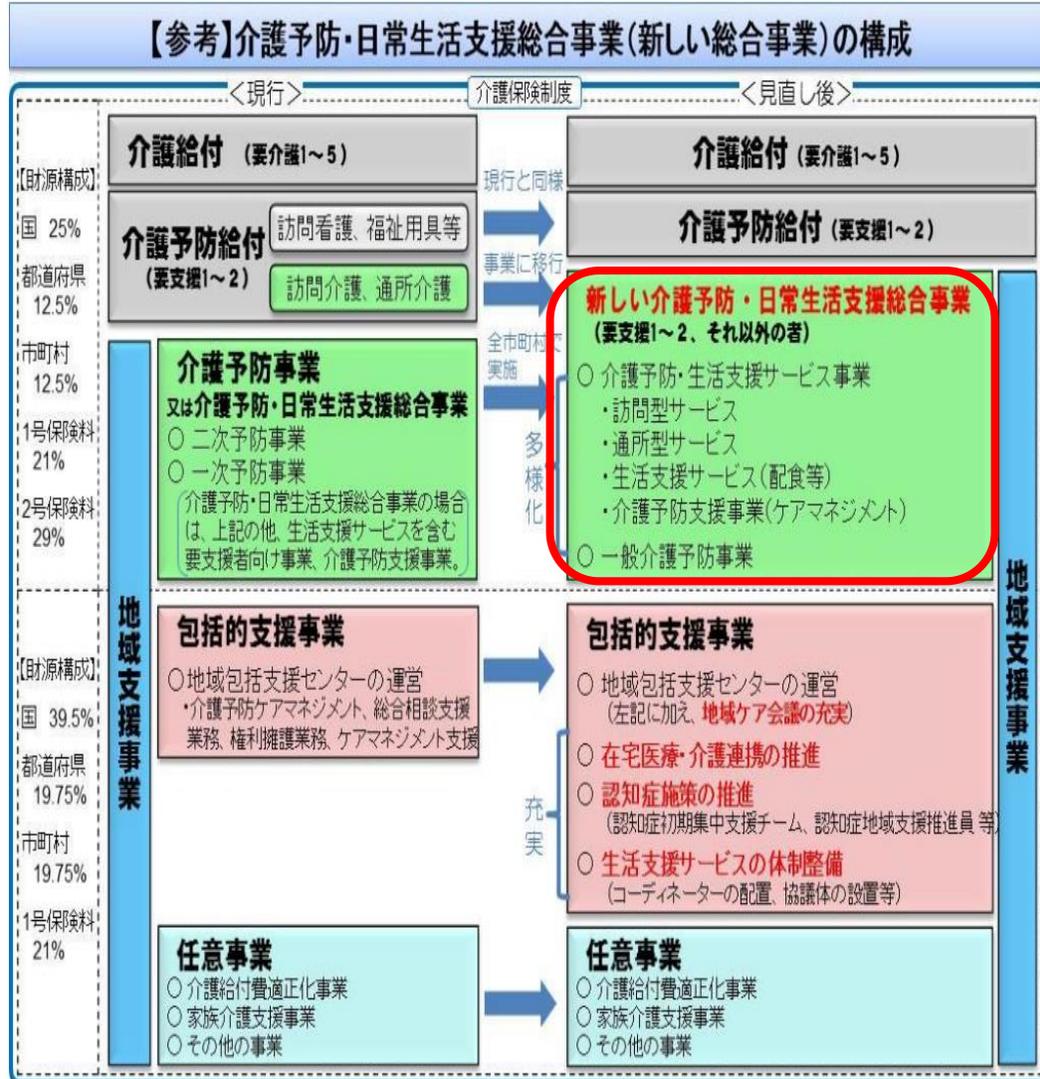
P1~

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
  - 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
  - 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



# 介護予防・日常生活支援総合事業



# 介護予防(一般介護予防事業)

## 元気を維持したいとき

～いつまでも自分らしく元気な暮らしを送るために、  
元気なうちからはじめよう介護予防!～

いきいき百歳体操始めませんか?

「いきいき百歳体操」とは、DVDで動画を見ながら、おもりバンドを使用し筋力トレーニングを行う約30分の体操。

元気高齢者を  
目指そう



～寝たきりにならないための自主サークル活動～

### 説明会及び体験会

5名以上の仲間を集めてご連絡ください。



教室を開始する前に、どういった内容・方法なのか説明会と体験会を行います。

### 包括支援センター職員による支援(4回)

個人にあった体操の方法を指導  
※体操のDVDとおもりを貸し出します。



おもりバンド  
重さも  
変えられます

初めの4回は、集まりの場(公民館など)に名護市地域包括支援センターのスタッフが伺って説明をしながらストレッチや筋力トレーニングを一緒にを行います。基本はDVDを見ながらの運動です。

### まずは、3か月間続けてみましょう!

皆さんが安心して続けられるように、不定期ですが包括支援センター職員が応援に行きます。

継続は力なり!  
肘筋、肘筋!!



ご自身の体調や体力に合わせて回数を調整しても大丈夫! まずは週1回を3か月間続けてみましょう。

「いきいき百歳体操」は、25地区で実施しています。詳細は、お住まいの地域のページ(P14～28)でご確認ください。

問い合わせ先:名護市地域包括支援センター / TEL:43-0022

## 介護予防出前講座

介護予防に関するテーマについて専門職が、みなさんの集まる場所へ出向いて講座を行います。

“ちゃーがんじゅう”になるような生活の工夫やアイデアがたくさん聞けます!

〈内容〉膝痛・腰痛について、高齢期の栄養について、お口の健康、ウォーキングなど

〈募集方法〉毎年5月頃に講座への募集を各公民館宛に通知します。5名以上の団体でお申し込みください。



問い合わせ先:名護市地域包括支援センター / TEL:43-0022

## 名城大学 公開講座・地域出前講座

健康やスポーツに関する講座や、体験学習型の講座など高齢者が楽しく学べる内容がたくさんあります!

希望する場所まで出向いての講座で、高齢者の方が聞きやすいように工夫されています。ぜひ、ご活用ください!

詳細はホームページまたは下記までお問い合わせ下さい。



問い合わせ先:名城大学 地域連携機構 / TEL:51-1555

## いきいき健康長寿教室

地域をまたいで交流しながら、介護予防を学ぶ期間限定の教室で、終了後には、それぞれの地域で活動したくなるような教室です。

〈内容〉専門職による介護予防に関するお話と筋力体操を行います。

〈募集方法〉市民のひろばなどで募集を行います。

〈期間〉3～4カ月間(週に1回)、年に3カ所で開催



問い合わせ先:名護市地域包括支援センター / TEL:43-0022

こんな事業も  
あります!

## 地域リハビリテーション活動支援事業

運動や栄養面の専門職(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士)が、高齢者の身体の状態を確認したうえで、困りごとや希望を聞き、一人一人が今頑張れることをアドバイスする事業です。

〈対象者〉65歳以上の方(65歳以下でも介護保険の対象になっている方)

専門職がこんな困りごとにお応えします。

- ・介護保険の結果がでない前に退院・・・住宅改修や福祉用具などについて相談したい
- ・閉じこもり傾向で、なかなかサービスに繋がらない・・・このままでは、寝たきりになってしまいそう
- ・新規利用者のサービスを検討する際、本人のできる動作やできそうな動作が知りたい

管理栄養士、  
理学療法士、作業療法士  
言語聴覚士



理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問の場合

体の状態を確認し、運動や動作のアドバイスをします。



飲みこみや言葉のアドバイスをします。

管理栄養士が訪問の場合

食生活を確認し、食事や調理のアドバイスをします。



問い合わせ先:名護市地域包括支援センター / TEL:43-0022

令和3年度

一部

# なごんちゅの介護予防事業 紹介

名護市地域包括支援センターでは、元気な高齢者が介護にならないように、また、介護が必要な方もできるだけ機能を維持、改善できるようにしていくために、介護予防事業を通じて地域の高齢者の皆さまをサポートしています。

## 1. いきいき百歳体操～寝たきりにならないための自主サークル活動～

「いきいき百歳体操」とは、DVDで動画を見ながら、イスに座ったままおもりバンドを使用し筋力トレーニングを行う約30分の体操です。25地区で実施中。



名護地区	為又	月曜日	10:00～	大南	月曜日	10:00～	宮里	金曜日	10:00～
		金曜日	13:15～	東江	金曜日	10:00～	大西	水曜日	10:00～
	大中	木曜日	10:00～	大東	月・木曜日	13:20～	大北	金曜日	10:00～
	世富慶	水曜日	14:30～	数久田	月曜日	14:00～	幸喜	月・木曜日	14:00～
久志地区	豊原	木曜日	14:00～	大浦	月曜日	14:00～	嘉陽	月曜日	13:30～
	三原	金曜日	13:30～	瀬高	金曜日	14:00～			
羽地地区	仲尾次	月曜日	9:30～	田井等	火曜日	9:30～	稲嶺	金曜日	9:00～
	源河	月曜日	14:00～	真喜屋	水曜日	9:00～			
地区屋部	安和	火曜日	14:00～	宇茂佐	金曜日	10:00～	屋部	水曜日	10:00～
地区屋我地	運天原	水・金曜日	14:00～	※コロナウイルス感染状況により休止している場合もありますので、各公民館へお問い合わせください。					

## 2. いきいき健康長寿教室

1クール12回の卒業形式の教室で、専門職による介護予防に関するお話と筋トレ等の体操を行います。終了にはそれぞれの地域で活動したくなるような教室です。

	場所	期間	曜日	時間
1	タピックスタジアム(大ホール)	令和3年8月16日～令和3年11月8日	毎週月曜日	10:00～11:30
2	久志支所	令和3年8月26日～令和3年11月25日	毎週木曜日	10:00～11:30
3	羽地支所	令和3年11月12日～令和4年2月4日	毎週金曜日	10:00～11:30

\*事前に予約が必要です。\*日程は、変更になる場合がございます。

\*詳しくは名護市地域包括支援センターへお問い合わせください。



名護市地域包括支援センター職員が送る!

集まれなくても♡つながれる

介護予防情報番組

『ラジオでつながる

ちゃ～がんじゅう!』

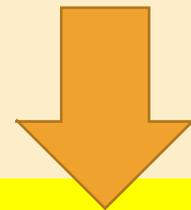
毎週月曜 朝 10時～11時

FM やんばる 77.6 MHz

名護市地域包括支援センター 43-0022

# 介護予防とは・・・ P10~

- ① 高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（**発生を予防する**）
- ② 要介護状態となっても状態がそれ以上悪化しないようにする（**維持・改善を図る**）



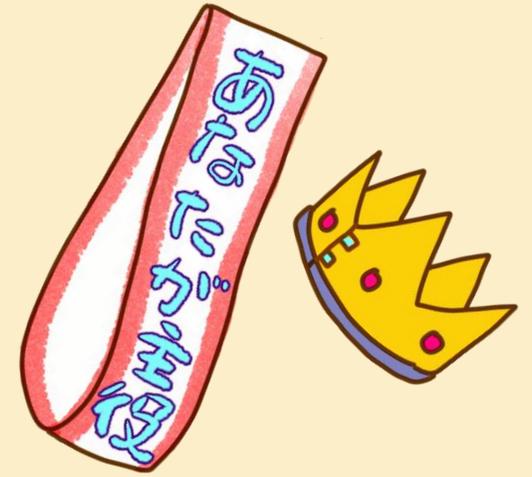
『**自立支援**』



# 自立支援



その人が**主体的に**生活できるように支援する



住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続け

人生や生活で「**したいこと**」を「**なじみの環境**」の中でできる限り  
続けること。

できない事を単にサービス提供で補うのではなく自助、互助、地域資源を活用し

住み慣れた地域の中でつながりを「**はぐくみ**」

**自立の可能性を最大限に引き出す**ことが大切。



# 介護予防支援

## 介護予防ケアマネジメントについて

P15~

### 名護市介護予防ケアマネジメント類型(R3.4現在)

	認定期間	プラン期間	
事業対象者	2年	1年	<p>※名護市では介護予防支援・介護予防ケアマネジメント共に プラン期間は<b>最長で1年</b>です。(マネジメントCは2年)</p>
要支援1・2	1年~3年	1年	
サービス種別	ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化した介護予防ケアマネジメント)	
サービス内容	<p>○居宅訪問によるアセスメント ○ケアプランの作成 (包括によるプランチェック) ○サービス担当者会議 ○利用者への説明・同意 ○ケアプランの確定・交付 ○毎月モニタリング (3ヶ月毎に自宅訪問。それ以外の月は、 電話または事業所訪問でのモニタリングも可能) ○評価 プラン見直し時/プラン期間終了時</p>	<p>○居宅訪問によるアセスメント ○ケアプランの作成 (包括によるプランチェック) ○サービス担当者会議 (<u>初回時:必ず/更新時:必要に応じ</u>) ○利用者への説明・同意 ○ケアプランの確定・交付 ※ケアプランは毎月必ずシルバー人材センターへ提出下さい。 ○モニタリング適宜 (6ヶ月に1回以上。またはサービス終了時の いずれか期間の短い時期に利用者宅への 訪問は必須) ○評価 プラン見直し時/プラン期間終了時</p>	<p>○居宅訪問によるアセスメント(<u>初回のみ</u>) ○ケアマネジメント結果 (簡略化したプラン作成) ○利用者への説明・同意 ※ケアプランは必ずシルバー人材センターへ提出下さい。 ○提供者への説明・送付 ○モニタリング等は行わない</p>
対象となるケースとサービス提供の考え方	<p>要支援者及び事業対象者のうち、 ・介護予防現行相当サービスを利用するもの ・訪問型サービスAとの併用も含む</p>	<p>要支援者及び事業対象者のうち、 ・訪問型サービスAのみを利用するもの (家事お助け隊)</p>	<p>要支援者及び事業対象者のうち、 ・通所型サービスBのみを利用するもの (サロン)</p>
単価等(案) R3.4~	<p>基本報酬:4,380円 (委託料 4,180円) 初回加算:3,000円 委託連携加算:3,000円</p>	<p>基本報酬:3,000円 (委託料 2,800円) (担当者会議・モニタリングの実施がある月も一律の金額) 初回加算:3,000円</p>	<p>基本報酬:4,300円 初回加算:3,000円</p>
利用者負担	無		
事業所への支払い方法	国保連から支払い	名護市から直接支払い	
請求の条件	実際にサービスの利用があったケアマネジメント費のみ請求可能		
留意事項	新規の総合事業対象者(チェックリストからの対象者は、原則包括支援センターが担当。新規の要支援者、要認定更新者等は居宅介護支援事業所への委託が可能。		原則包括支援センターが担当

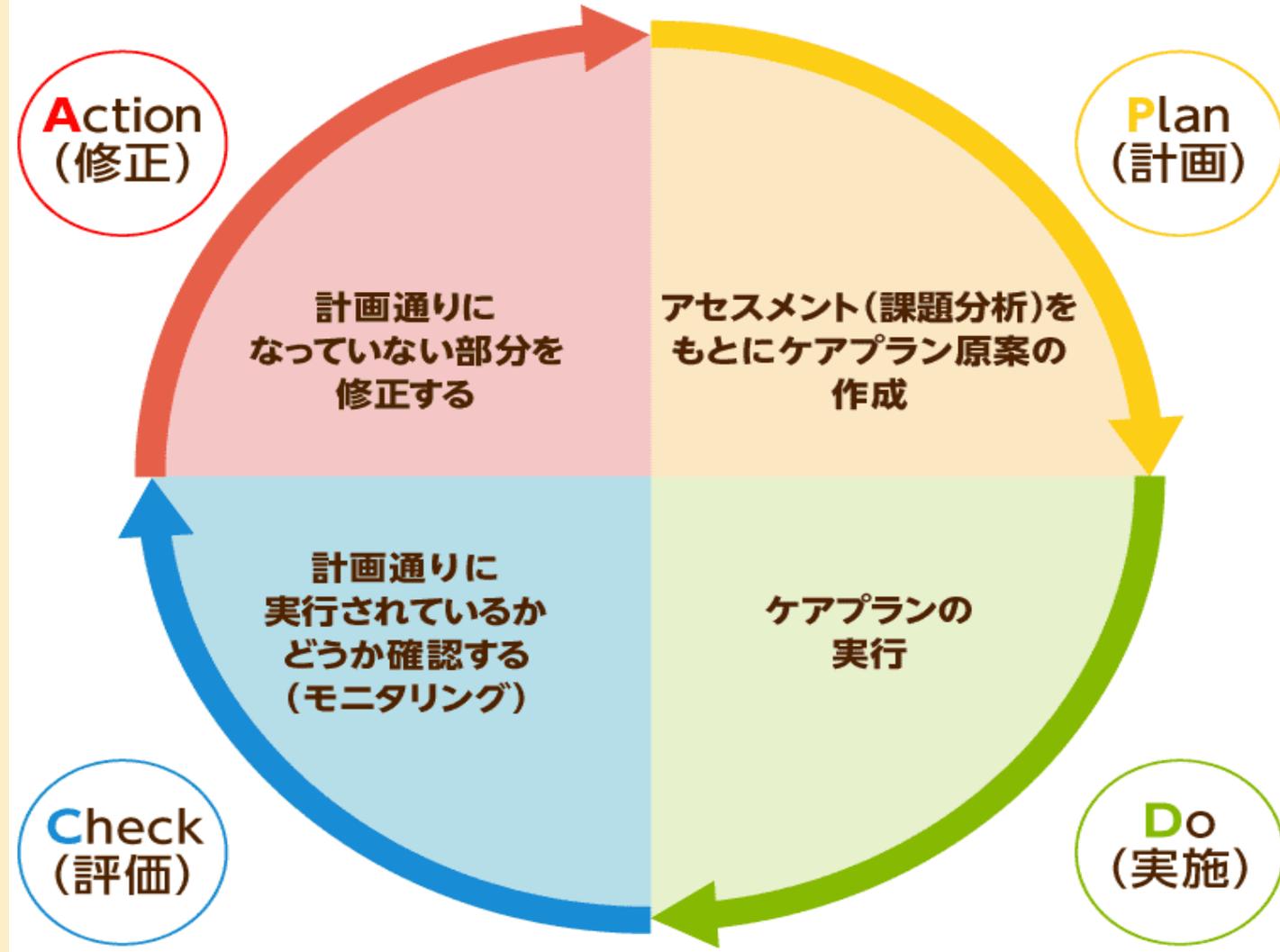
※単価の委託料とは、居宅介護支援事業所へ委託する際の料金のことです。  
居宅介護支援事業所への委託料は委託包括が支払います。

# 【介護予防支援等の提供にあたっての留意点】P17

1. **生活の質の向上を目指す**
2. **利用者の主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援する**
3. **利用者の状態の特性を踏まえた目標を、利用者、サービス提供者とともに目標を共有する**
4. **利用者の自立を最大限に引き出す  
利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮**
5. **介護保険サービス、総合事業サービス以外の社会資源の活用  
介護予防に資する取組みを積極的に活用する**
6. **地域支援事業及び介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行う**
7. **利用者の個別性を重視した効果的なものとする**
8. **機能改善の後についても、その状態が維持できるような支援に努める**

# ケアマネジメント手順の **ポイント** P18~

## ケアマネジメントのPDCAサイクル



介護予防サービス

NO. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 歳

認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 (初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 月 日)

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
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			

← アセスメント

専門家の提案した  
目標と具体的提案  
に対する利用者の  
意向・意欲等の反  
応をみる段階

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

_____
-------

基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数)をお書き下さい。  
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

・支援計画書

認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

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

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) \_\_\_\_\_

担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

1年	_____
----	-------

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
( )						
( )						
( )						

ケアプラン →

【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

_____
-------

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

## ●アセスメント（課題分析）

目の前におられる人を理解しよう  
としていますか？

その人が置かれている**状況を的確に把握**し、**分析**することから始める。

状況を把握するには、その人の  
現状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です。  
そこから、その人のことが見え  
てくる。

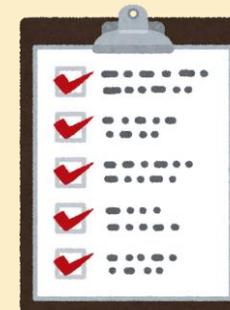
分析するには、高齢者の  
ADLの構成要素や普段の体  
調管理の重要性などに関  
する基礎知識も必要です。

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
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	

アセスメント

- 生活機能の状態を把握し、低下した原因・要因の分析、改善の可能性をアセスメント  
することが大切。（**明確なアセスメント**）

- 利用者基本情報
- 基本チェックリスト
- 認定情報/主治医意見書



# アセスメントのポイント

領域	視 点
	自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行っているかどうか。
移動 A に 運 っ て	◆運動器 最低、確認が必要な項目 <input type="checkbox"/> 立ち上がり・片足立ちが介助やどこかにつかまるなど支えなしに出来る ●バランスや関節・筋力に問題があり、転倒傾向が大きいと考える <input type="checkbox"/> 歩行状況(歩行レベル)・・・ 室内( ) 野外( ) ●持久力不足や痛み等の運動の継続性が困難でADLへの影響と考える <input type="checkbox"/> 公共交通機関を使っての外出が介助なしにできる ●生活能力や生活範囲の制限が考えられ、移動手段の工夫が必要になる
	<input type="checkbox"/> 転倒傾向 <input type="checkbox"/> 移動範囲 <input type="checkbox"/> 移動手段

B	家事(買い物・調理・掃除・選択・ごみ捨て等)や、住居、経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかどうかの状況
	◆栄養 最低、確認が必要な項目:献立を考え、調理することについての状況 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 献立を考える <input type="checkbox"/> 調理 → 自分で食事の用意をしているか ●調理技術および食事選択能力に問題があると判断する <input type="checkbox"/> 最終的に「食えることが楽しい」と感じているか ●軽度のうつ状態の可能性および食環境に問題があると判断する
日常生活・家庭生活について	<input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 整理整頓 <input type="checkbox"/> ごみ捨て <input type="checkbox"/> 身だしなみへの関心 <input type="checkbox"/> 電気機器類の操作 <input type="checkbox"/> 火の始末 <input type="checkbox"/> 電話の利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理(家計の管理) <input type="checkbox"/> 役所や金融機関等の手続き(重要な手続き) <input type="checkbox"/> 悪質商家への注意 <input type="checkbox"/> 情報への関心

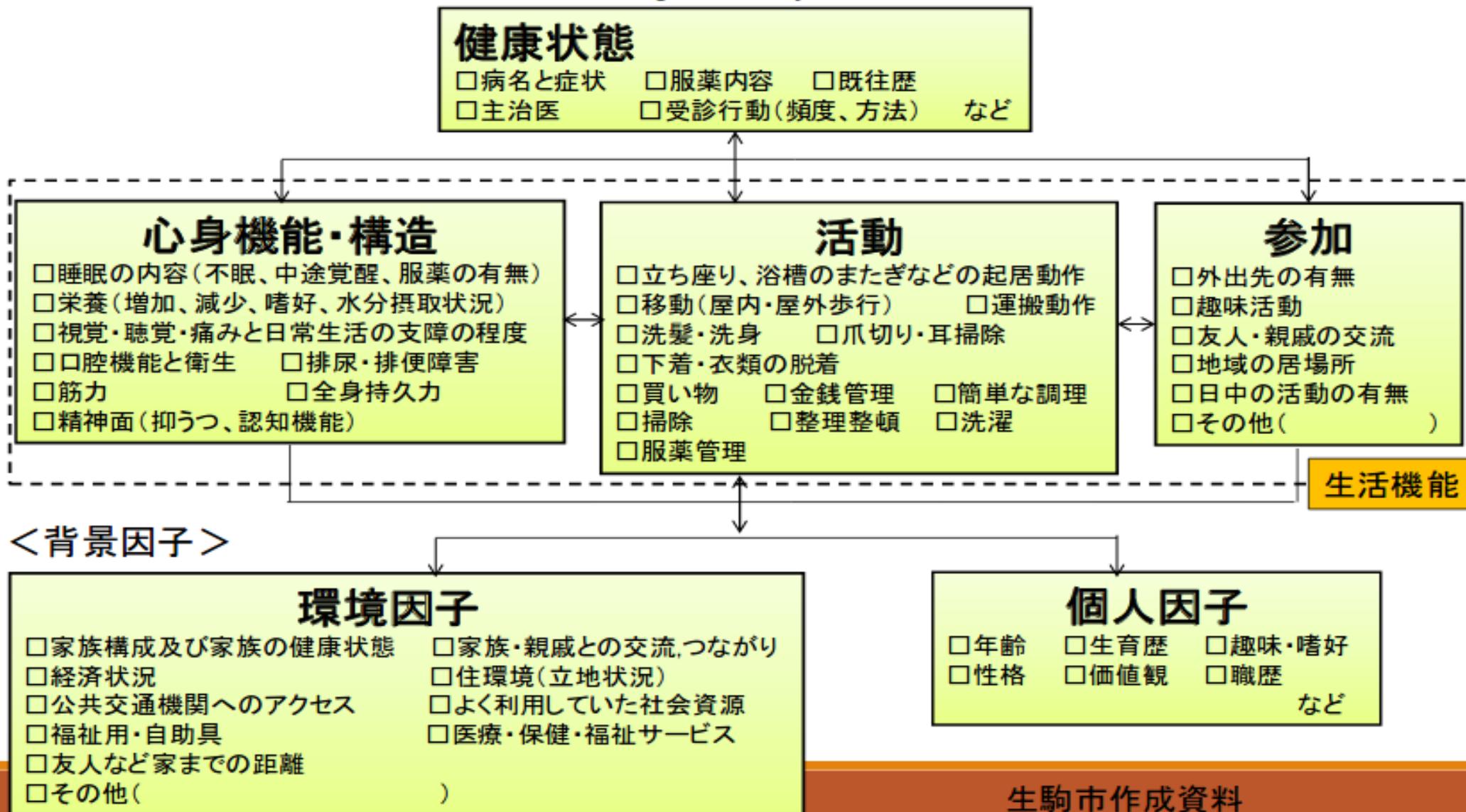
C	状況に見合った社会的に適切な方法で、人々と交流しているか 家族・近隣の人との人間関係が保たれているか 仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加意欲・関わりの変化(頻度等)はどうか 家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度、また、喪失感、孤独感等はどうか
	社会参加 <input type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 外出頻度 <input type="checkbox"/> 外出目的  対人関係:内容、頻度、依存性等 <input type="checkbox"/> 家族との交流 <input type="checkbox"/> 近隣との交流 <input type="checkbox"/> 友人・知人との交流  コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる
コミュニケーション・対人関係	

D	清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする必要がある。(自己管理または家族による管理) <input type="checkbox"/> 受診状況 <input type="checkbox"/> 服薬管理の状況 <input type="checkbox"/> 健診の状況
	◆口腔機能 最低、確認が必要な項目 <input type="checkbox"/> 口の中(歯や歯ぐき・粘膜など)に痛みがある ⇒歯科疾患が考えられるため、歯科治療を勧奨する <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない、痛みがある ⇒義歯の不調による摂食障害が考えられるため、歯科受診を勧奨する <input type="checkbox"/> 食事を食べる時、食べるものが限られる又はやわらかいものしか噛めない ⇒器質的又は機能的な問題があると判断する <input type="checkbox"/> 口の臭いや入れ歯の臭いが気になる ⇒口腔ケアの必要性があると判断する
健康管理について	<input type="checkbox"/> 歯の手入れ(義歯含む)
	◆栄養 最低、確認が必要な項目:健康のために食事に気をつけることについての状況 低栄養予防が日常の食習慣(疾病による食事療法等は除く)を改善することで実施可能かどうかを判定する  <input type="checkbox"/> 食事の回数が1日2回以下でないか <input type="checkbox"/> 以前に比べて食べる量が減っていないか <input type="checkbox"/> 水分摂取状況(具体的に確認する) <input type="checkbox"/> 飲酒状況 <input type="checkbox"/> 喫煙状況 <input type="checkbox"/> 過度な運動 <input type="checkbox"/> 適度な休養 <input type="checkbox"/> 排泄の状況:失禁の状況、コントロール状況、頻度など <input type="checkbox"/> 入浴状況 <input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 物忘れの状況

E	生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。
	<input type="checkbox"/> 居住環境 ... 室内( ) 屋外( ) <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 家族の状況 <input type="checkbox"/> 家族の介護力 <input type="checkbox"/> 虐待の可能性 <input type="checkbox"/> 精神的な不安・意欲低下 <input type="checkbox"/> 見守りの状況 <input type="checkbox"/> 緊急時のSOS発信 <input type="checkbox"/> 価値観(何を大切にしたいか、どんなことが嫌か) <input type="checkbox"/> 役割 <input type="checkbox"/> 趣味、楽しみ、生きがい
その他	

# 国際生活機能分類 (ICF) からみた介護予防のアセスメントの視点例

※ ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) : 国際生活機能分類



# ● 領域における課題/総合的課題

- ・ 課題の表記には「**リスク重視型表記**」と「**ビジョン重視型表記**」がある

- ・ 「**ビジョン重視型表記**」では...  
「原因」から発生する「問題」を解決させるための「**めざすこと**」が課題

(本人意向・意欲) 足腰の痛みで友人との集いに参加できないのが残念。足腰をしっかりさせたい

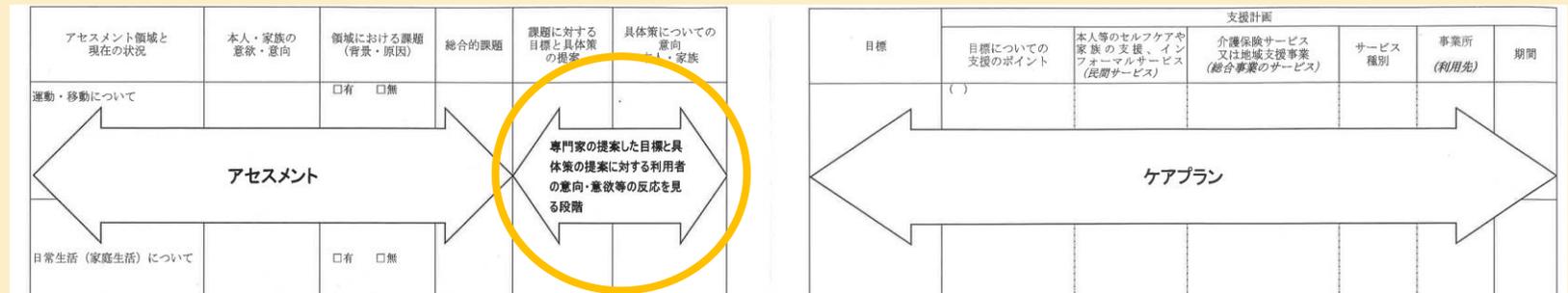
(課題) 友人との集いの場まで不安なく歩いていけるようになる

- ・ 「めざすこと：意向」  
意向には「前向きな意向」と「後ろ向きな意向」がある

消極的、否定的、あきらめ等

- ・ 「**リスク重視型表記**」では...  
「このままでは〇〇となる」など問題点やリスクを予測して注意喚起を行う課題設定も効果的
- ・ 必要に応じ専門的な視点からアドバイスを行い、具体的に本人(家族)がめざそうと思える「課題」を記載しましょう

# ● 合意のプロセス



- ・利用者や家族に対して、専門職として示す提案
- ・目標は評価の指標にもできるより具体的なもの  
 ★目標例) 「一人で外出できる」×  
 「自宅から公民館まで一人で行ける」○

## 距離、場所、時間など具体的に盛り込む!!

- ・具体策にはセルフケア、家族ケア、専門職の支援、地域のインフォーマル資源等について盛り込む  
 ★具体策例) 「自宅で足腰の筋力を落とさないためにラジオ体操を1日1回行う」  
 「家族が自宅周辺の散歩(15分程度)を一緒にする」  
 「リハビリ専門職から負担のない歩き方や杖の使い方の指導を受ける」
- ・「取り組みそうなこと」「取り組みたくなること」の提案

- ・目標と具体策を提案し、それに対する「ご本人・家族の意向」と「反応：すり合わせ」をすることがポイント



## ● 目標とする生活（1日、1年）

- ・ かつての生活習慣の回復や改善
- ・ 趣味・楽しみ・特技
- ・ 心身の機能回復、改善



イメージしやすく、動機づけになる

**今日の目標！**

- ★ 頑張れる
- ★ 取り組みやすい
- ★ 生活習慣の回復

**今年の目標！**

- ★ 1年間を通して「心掛けること」
- ★ 1年後に達成を「めざす」

# ●ケアプラン原案の作成

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)

**専門家の提案した目  
標と具体的提案に対  
する利用者の意向・  
意欲等の反応をみる  
段階**

- ・ 高齢者が望む生活を聴き取り「できるだけ自立した健康的な、その人らしい」生活目標を設定する。( **目標指向型のサービス提供** )
- ・ 目標を達成するための課題を明らかにし、これを解決するために **効果的・効率的な方法を計画**する
- ・ 「できること」「出来そうなこと」について着目  
主体的な活動や地域社会への参加を高めることを目指す
- ・ **本人のしたい生活のイメージ**を共有する

## ● 目標作成時のポイント

1. **個性**を持たせる
2. **具体的に**
3. **本人が主語**の表現
4. **数値化**する
5. 親しめる表現
6. ポジティブな表現
7. 合意形成

★ 「改善」「向上」「再開」「維持」

★ 「低めの目標」設定

自信を呼び戻す（小さな成功体験）

★ 「高めの目標」設定

タイミング

大きな達成感



介護予防サービス

NO. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女) \_\_\_\_\_ 申込年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成 (実施) 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 (初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 月 日)

計画とされる生活 \_\_\_\_\_

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

健康状態について  
主治医診察票、健康結果、観察結果等を添えた留置票

【本表行うべき支援が実施できない場合】  
適切な支援の実現に向けた方針

総合的な方針：生活不穏発病の改善・予防のポイント

計画に関する留意  
上記計画について、留意いたします。

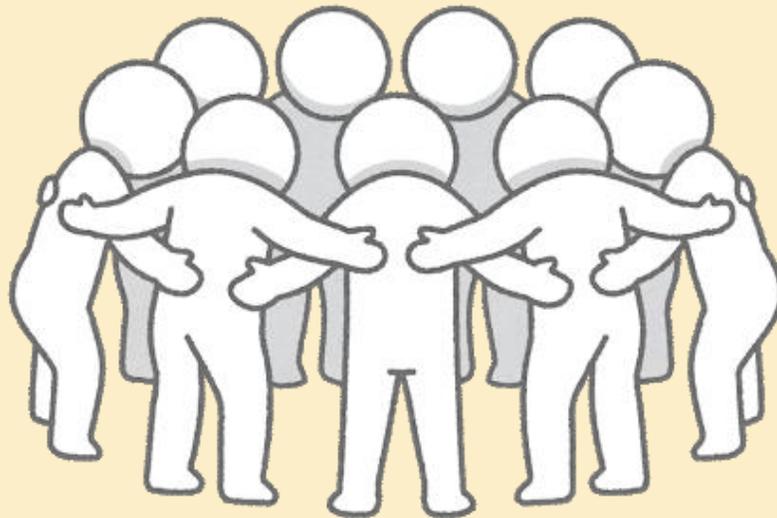
年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 【本来行うべき支援が実施できない場合】 適切な支援の実現に向けた方針

- 利用者や家族の合意が取れない場合、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
- 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

## ● サービス担当者会議

- ・ 現状と課題の**共通理解**
- ・ **チームケア**を実践するため、お互いのコミュニケーションをとる  
利用者やその家族をはじめ関係機関との**情報交換や多角的な検討**
- ・ **目標の共有と役割分担**  
誰が、何のために、どの程度、いつまで行うのか を明らかにする



## ● モニタリング

- ・ **生活状況に変化**がないか
- ・ ケアプランどおりに、**利用者自身の行動**やサービスが提供されているか
- ・ サービス提供等の**支援内容が適切であるかどうか**
- ・ 利用しているサービスに対して利用者は満足しているか
- ・ 目標の達成状況はどうか
- ・ **新たな課題は生じていないか**  
どこが、どのように変化したのか
- ・ 家族や自宅周辺的生活環境の把握、サービス事業所などとの情報交換も重要

## 動機づけ（モチベーションアップ）

褒める・応援する・励ます・承認する・目標の再設定

- ・サービスの提供を**開始する月の翌月から起算して3ヶ月に1回**及びサービスの評価期間終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の**居宅を訪問し利用者**と面談すること
- ・利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り事業所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、面接が難しい場合には、電話等による利用者との連絡を実施すること
- ・**少なくとも1カ月に1回のモニタリングの結果を記録**すること

※予防支援、マネジメントAでの取扱い

## ● 評価（支援計画書期間終了時または支援計画書変更時）

- ・ 設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じて今後の支援計画書を見直す
- ・ 運動機能や栄養状態の変化、主観的健康感等の変化を把握  
これらを集約し、利用者の生活機能全体に関する評価を行う
- ・ **効果の評価をもとに、利用者にとってより適切なケアプランに見直す**
- ・ **適宜ケア会議等の活用**して、多職種で検討し個別問題の解決、地域づくり、資源開発につなげていく視点も必要
- ・ **評価から次のステップへ**



# プラン作成時の留意点



# 介護予防サービス

NO. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 歳 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

① 計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 (初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 月 日)

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
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>アセスメント</b>  専門家の提案した目標と具体策の提案に対する利用者の意向・意欲等の反応を見る段階		
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  
 \_\_\_\_\_

③ 基本チェックリストの(該当した質問項目数) / (質問項目数)をお書き下さい。  
 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

# ・支援計画書

認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2

委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) \_\_\_\_\_

担当地域包括支援センター： \_\_\_\_\_

1年 \_\_\_\_\_

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
( )						
( )						
( )						

【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  
 \_\_\_\_\_

⑥ 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。  
 ⑤ \_\_\_\_\_ 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

- ① ⑤の日付と同一日で記入。（担当者会議で同意を得た日）
- ② 『地域支援事業』 or 『予防給付』と記入
- ③ プラン作成時にはアセスメントとチェック項目の状況を考慮する
- ④ 期間は1年。

認定期間が2～3年でも名護市予防プランの期間は『1年』です。

- ⑤ 支援計画について同意を得た日。
  - ①計画作成（変更）日と同一となるように。
- ⑥ 居宅介護支援事業所が委託を受けている場合に、包括支援センターの確認が必要です。担当者会議の前に原案のチェックを行いますのでご提出ください。

★生活援助のみ利用の利用者について…

訪問介護員による**専門的支援が必要な場合は現行ヘルパー利用。**

**現行ヘルパー利用が必要な理由がわかるようプランに明記してください。**

**専門的な支援が必要ない場合は訪問型サービスA（家事お助け隊）を利用。**

★医療系サービスの利用について…

**主治の医師等の指示があることを確認し意見を踏まえて作成してください。**

主治医意見書で指示が確認できない場合は照会等で意見を**確認してください。**

また、支援計画書にも主治の意見についてアセスメント（健康状態について）欄もしくは健康状態についての留意点記入欄に記載してください。

また計画書を主治の医師へ交付してください。

**※アセスメント、本人・家族の意向確認、目標設定からサービスの必要性（根拠）がわかる様な内容で！！**

**軽微な変更  
暫定利用の取扱い**

**別紙参照**

自立支援型地域ケア個別会議

# 自立支援に資するケアマネジメントを行うために、 **自立支援型地域ケア個別会議の活用を！！**

## ※自立支援型地域ケア個別会議とは…

多職種協働の上、個別ケースの自立支援を重視した介護ケアマネジメントに基づくケアプラン等の作成者及び参加者の専門的能力の向上、地域の社会資源の把握・開発及び政策形成につなげる事を目的としている

### 【地域ケア会議の機能】

#### ★個別課題解決機能

多機関・多職種が多様な視点で問題解決の糸口を探る機能

現状からもう一歩上を目指すための方法について、

参加者からの助言を得て、よりよいケアプランに見直していくことができます。

#### ★ネットワーク発見機能

関係機関の具体的な連携

#### ★地域課題発見、地域資源開発機能

#### ★政策形成機能



# 名護市 自立支援型 地域ケア個別会議

名護市では、在宅生活を送る高齢者がその人らしく過ごせるために生活の質の向上に資する支援について（自立（律）支援について）考える場として、自立支援型地域ケア個別会議を実施しています。  
地域包括ケア実現のため、多職種を交えて課題を的確に把握し、地域資源の活用等を話し合いながら問題の解決にあたっていきます。

**開催日時：毎月第2金曜日 15時～**

※変更となる場合もありますので担当包括にご確認下さい。

開催月	担当包括	開催月	担当包括
6月	久志三共地区	12月	名護地区1
7月	羽地屋我地地区	1月	名護地区2
8月	屋部地区	2月	名護地区1
9月	久志三共地区	3月	基幹包括
10月	羽地屋我地地区		
11月	名護地区2		

**★傍聴受付けています★**

傍聴ご希望の方は担当包括へお申込み下さい。

- 名護市地域包括支援センター（基幹包括/羽地屋我地地区） 43-0022
- 名護地区地域型包括支援センター かりゆしぬ村（名護地区1） 54-1102
- 名護地区地域型包括支援センター 名護厚生園（名護地区2） 43-4316
- 屋部地区地域型包括支援センター りゅうしん 43-9595
- 久志三共地区地域型包括支援センター 二見の里 55-8701

地域ケアマネミーティング

介護支援専門員と  
地域包括支援センターとの

# 地域ケアマネ ミーティング

## お知らせ

### 《開催予定》

6月	1ブロック
7月	2ブロック 3ブロック
8月	1ブロック
9月	2ブロック 3ブロック
10月	1ブロック
11月	2ブロック 3ブロック
12月	1ブロック
1月	2ブロック 3ブロック
2月	1ブロック
3月	2ブロック 3ブロック

高齢者が地域で安心してその人らしい生活を継続するために、包括的で継続的な支援を行うことが必要です。

そこで、介護支援専門員が中心となり包括的・継続的ケアマネジメントが実践できるよう、名護市の5つの地域包括支援センターが毎月介護支援専門員との連携を図るためミーティングを開催いたします。

### 《開催方法》

圏域を3ブロックに分け、地域型包括支援センターの圏域内にある居宅介護支援事業所が対象となります。

※圏域外でも参加は可能

#### 【1ブロック】

屋部地区（りゅうしん）/名護地区2（厚生園）

#### 【2ブロック】

名護地区1（かりゆしぬ村）/久志三共地区（二見の里）

#### 【3ブロック】

羽地屋我地地区（基幹包括）

### 《ミーティング内容》

- ・地域資源等の情報提供
- ・事例検討（年2回程度）
- ・ミニ勉強会（年2回程度） など

### 《開催日時・場所》

- ・1ブロック：第3木曜日 16時～ りゅうしん包括orZOOM
- ・2ブロック：第3木曜日 14時～ かりゆしぬ村包括orZOOM
- ・3ブロック：第4木曜日 14時～ 基幹包括orZOOM