

# 広島市における自立支援に資する 介護予防ケアマネジメント

マネジメント = 課題を改善・解決すること  
ケアマネジメント = 利用者との合意を経て設定した  
「解決すべき課題」の改善、解決を図るプロセス

令和8年5月  
広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課

# 内 容

- 1 広島市における地域包括ケアシステムの充実に向けて
- 2 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)の概要
- 3 総合事業における体系的な取組の推進
- 4 総合事業の実施状況
- 5 介護予防ケアマネジメントの基本事項
- 6 地域ケアマネジメント会議について
- 7 まとめ

# 1 広島市における地域包括ケアシステムの充実に向けて

## (1) 社会構造の現状

- 多くの市民は、介護を受けているか否かに関わらず、できる限り在宅で暮らしたいと思っている中で、広島市が置かれている現状は以下のとおりとなっている。

### ○急速な**少子・高齢化**

65歳以上1人に対して、15～64歳は2.3人（2023）  
3.1人（2010） **担い手となる生産年齢人口の減少**

### ○**家族形態の変化**

共働き世帯の一般化、単身世帯の増加  
**1人暮らし高齢者数**（65歳以上） 63,569人（2020）  
45,880人（2010）

### ○高齢者の**健康上の課題**

平均寿命 男性82.25歳 女性87.85歳（2019）  
健康寿命 男性73.72歳 女性75.16歳（2019）  
**全国平均より長く  
全国平均より短い  
（女性）**

### ○**疾病構造の変化**

青壮年期の患者を対象とする「**治す医療**」「**病院完結型医療**」から  
老年期の患者を対象とする「**治し支える医療**」「**地域完結型医療**」に

### ○**地域コミュニティの希薄化**

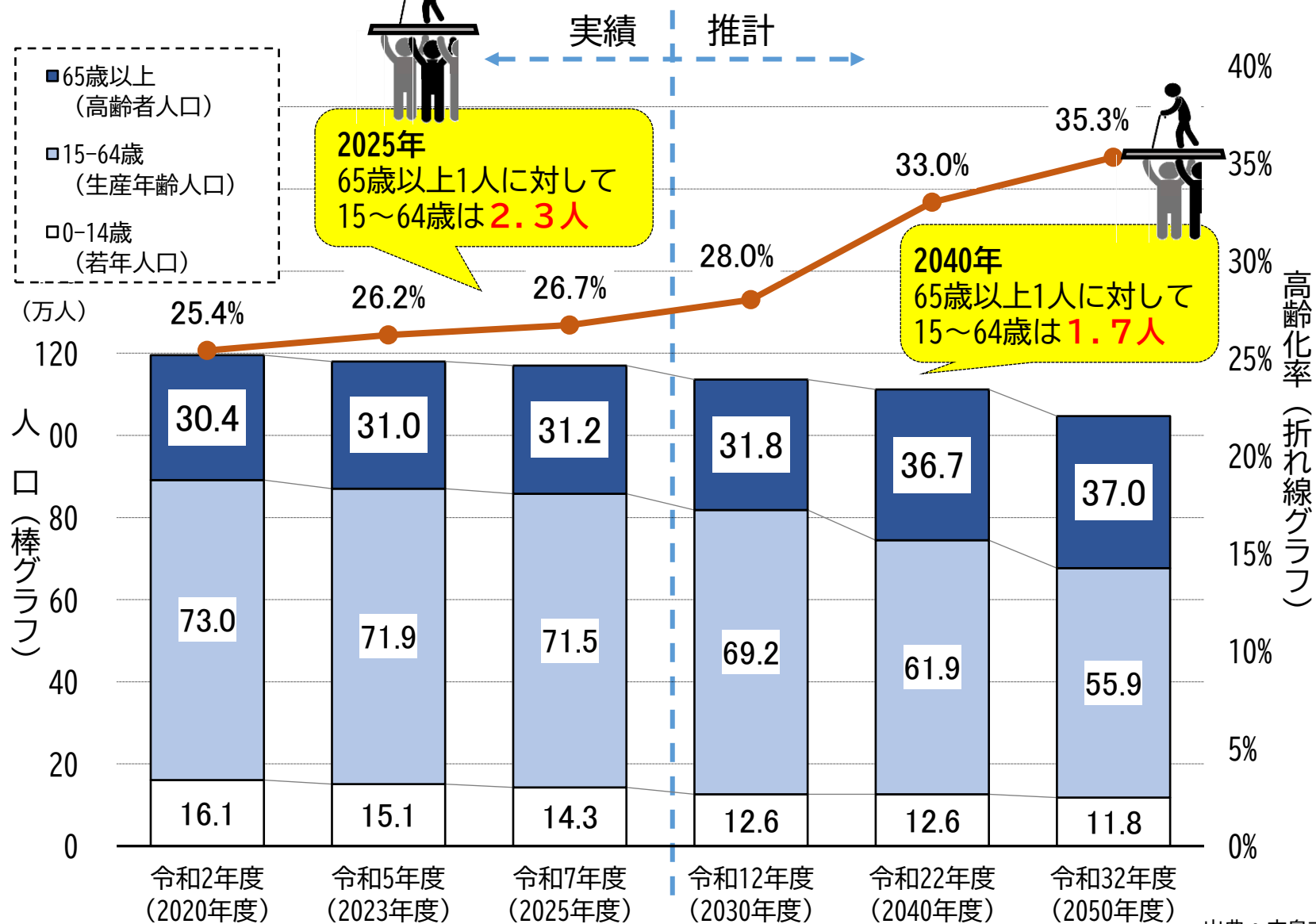
町内会・自治会加入率 53.1%（2023） ⇒ 毎年約**1%程度**ずつ**低下**  
63.3%（2013）

こうした社会構造に対応し、高齢者1人1人がいきいきと、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会を実現していくために、地域包括ケアシステムの充実が求められている。

## (2) 高齢者人口等の今後の見込み

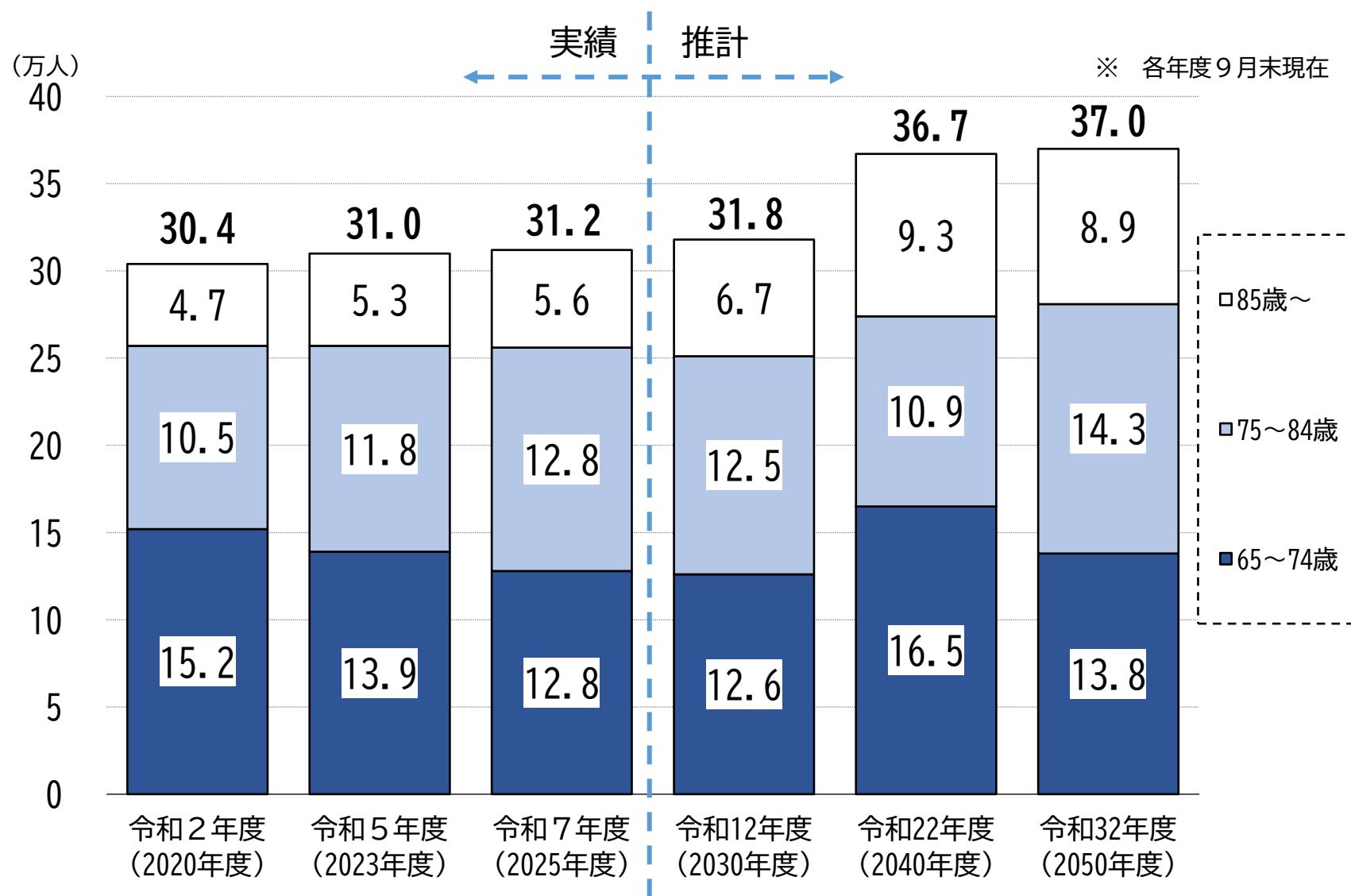
### ① 人口の推移

※ 各年度9月末現在



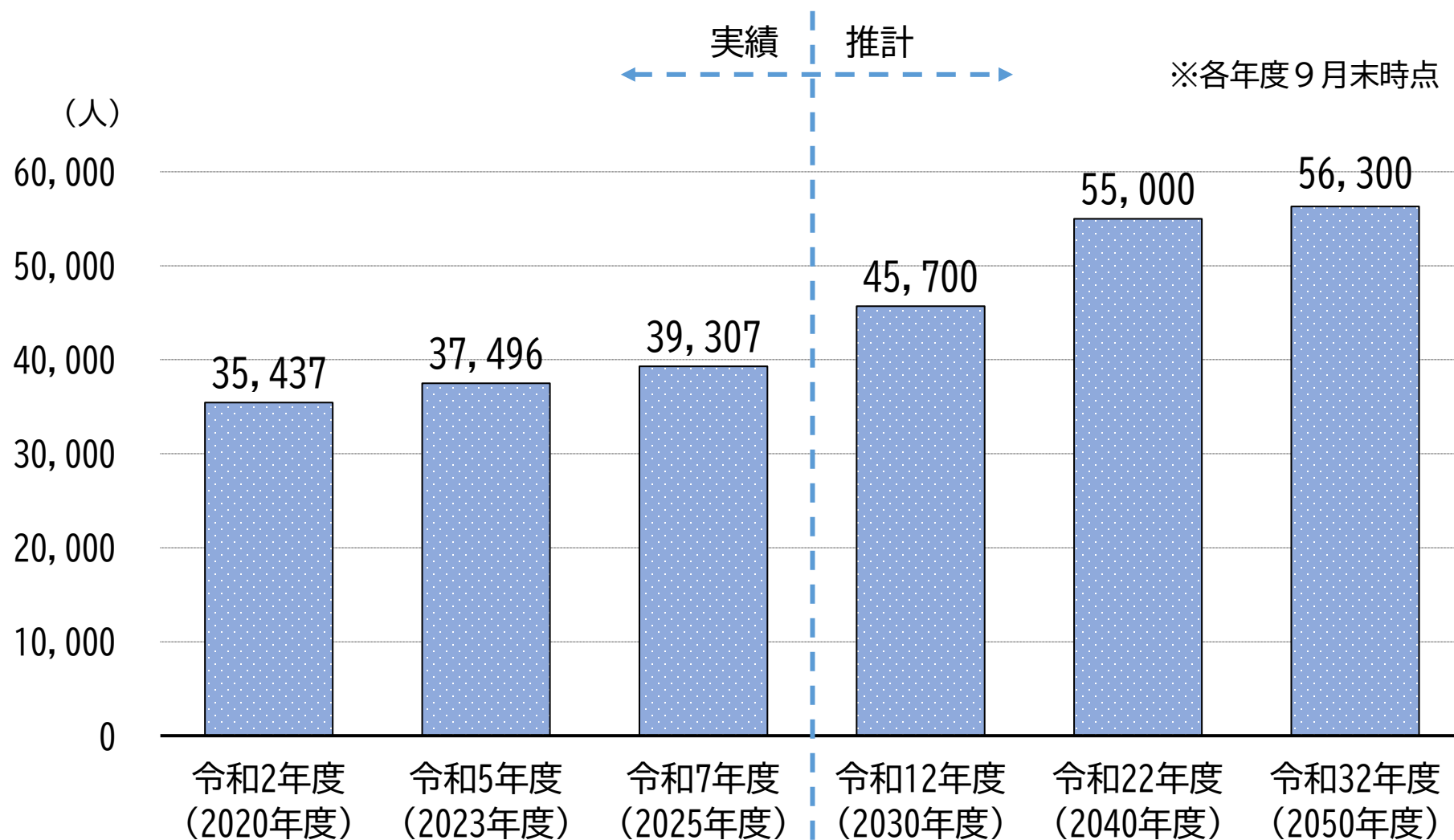
出典：広島市作成

## ② 高齢者人口の推移



出典：広島市作成

### ③ 認知症高齢者数の推移



(注) 認知症高齢者数：要介護認定者のうち、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ a以上の人数

# (3) 第9期広島市高齢者施策推進プラン (令和6年度(2024年度)～令和8年度(2026年度))

## 基本理念

高齢者の誰もが住み慣れた地域で、あらゆる主体の協働の下、それぞれに役割を果たしながら、お互いに支え合い、いきいきと安心して暮らせる持続可能な地域共生社会の実現

## 目 標

高齢者全体の増加、とりわけ年齢階層の高い高齢者層の増加など更なる高齢化の進展を見据えた地域包括ケアシステムの充実

## 施 策 の 柱

- 1 高齢者がいきいきと暮らしていくための活動の促進
- 2 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていくための環境づくり
- 3 援護が必要な方々が安心して暮らせるための施策の充実

## 5つの重点施策

- ① 健康づくりと介護予防の促進
- ② 見守り支え合う地域づくりの推進
- ③ 質の高い介護サービスを安定して提供できる体制づくりの推進
- ④ 在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進
- ⑤ 認知症施策の推進

介護予防・  
日常生活支援  
総合事業等

## < 5つの重点施策の取組方針 >

項目	取組方針
重点施策① 健康づくりと介護予防の促進	高齢者ができる限り住み慣れた地域で自立した生活を送れるよう、地域福祉関係団体などの主体が連携し、高齢者自らが、健康づくりや介護予防に取り組める環境づくりを進める。
重点施策② 見守り支え合う地域づくりの推進	一人暮らしや支援を要する高齢者は今後も増え続ける見込みであることを踏まえ、共助の精神で、介護予防や見守りなどに取り組んでいるあらゆる主体が連携し、高齢者を見守り、支え合う地域づくりを推進する。
重点施策③ 質の高い介護サービスを安定して提供できる体制づくりの推進	一人暮らしや認知症、中重度の要介護者の在宅生活の継続などに対応できるサービスの提供体制を充実させるとともに、介護人材の確保や育成など、質の高い介護サービスを安定して提供できる体制づくりを推進する。
重点施策④ 在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進	慢性疾患や認知症などで、医療と介護の双方が必要な状態になっても、できる限り最期まで在宅で暮らしたいという高齢者のニーズに対応していくため、在宅医療の充実を図りながら、在宅医療と介護の連携を推進する。
重点施策⑤ 認知症施策の推進	認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、早期発見・早期診断・早期対応をはじめ症状・容体に応じた適切な医療・介護サービスを提供しながら、認知症の人と家族等にやさしい地域づくりを推進する。

## 重点施策Ⅰ 健康づくりと介護予防の取組

### 取組方針

団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となるなど、年齢階層の高い高齢者層が増加することに伴い、要支援・要介護認定者数の増加が見込まれている。本市では、高齢者ができる限り住み慣れた地域で介護を受けることなく自立した生活を送ることができるよう、地域での介護予防や見守りなどに取り組んでいる地区社会福祉協議会を中心とした地域福祉関係団体や健康に関する相談・指導等を担う医療従事者等の主体が連携し、地域における人と人とのつながりの中で高齢者が健康づくりや介護予防に取り組める環境づくりを進める。

### 取組方針

#### ○成果目標

目標項目	評価指標
①健康状態の維持・改善	各種健康リスク※がない高齢者の割合の増加 ※ 低栄養、運動機能低下、口腔機能低下、社会参加低下（閉じこもり傾向）
②要介護状態等の維持・改善	年齢階層別要介護・要支援認定率の減少

#### ○数値目標を設定して取り組む項目

- ①高齢者いきいき活動ポイント事業の健康づくり・介護予防活動に参加する高齢者の割合の増加
- ②地域介護予防拠点の参加者数の増加

## 重点施策Ⅱ 見守り支え合う地域づくりの推進

### 取組方針

本市の高齢者、とりわけ一人暮らしや支援を要する高齢者は今後も増え続ける見込みであることを踏まえ、お互いに支え合う共助の精神で、地域における介護予防や見守りなどに取り組んでいるあらゆる主体が連携し、高齢者を見守り、支え合うことができる地域づくりを推進する。

### 取組方針

#### ○成果目標

目標項目	評価指標
①高齢者支援活動の担い手の拡大	地域における高齢者支援の活動に参加したと回答した人の割合の増加
②地域に拠り所を持つ高齢者の増加	何かあったときに相談する相手（家族や友人・知人以外）がいると回答した人の割合の増加

#### ○数値目標を設定して取り組む項目

- ①高齢者いきいき活動ポイント事業のボランティア活動に参加する高齢者の割合の増加
- ②高齢者いきいき活動ポイント事業の活動団体数の増加
- ③住民主体型生活支援訪問サービスの団体数の増加

## 重点施策Ⅲ

# 質の高い介護サービスを安定して提供できる体制づくりの推進

### 取組方針

要介護等認定者が今後増加していくことを踏まえ、一人暮らしや認知症、中重度の要介護者ができる限り在宅生活を継続でき、また必要に応じ施設・居住系サービスを利用することができるよう、サービスの提供体制を充実させるとともに、サービスの提供に必要な介護人材の確保と質の高い人材の育成を図るなど、施設・事業所における防災・感染症対策にも留意しながら、質の高い介護サービスを安定して提供できる体制づくりを進める。

### 取組方針

#### ○成果目標

目標項目	評価指標
①介護サービス量の見込みに応じた施設・事業所の整備	・入所系サービスの整備定員数（介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、認知症高齢者グループホーム） ・地域密着型サービスの事業所数（定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）
②サービスの提供に必要な介護人材の確保	介護人材の不足感を抱く施設・事業所の割合の対全国平均比減

#### ○数値目標を設定して取り組む項目

- ①介護職員等処遇改善加算の取得率の増加
- ②「ひろしま介護マイスター」養成事業所数の増加

## 2 介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)の概要

### 目的

・地域で暮らし続けるための社会参加を軸として、すべての高齢者を視野にいたした体系づくりが必要

・要支援者等の高齢者は、身体介護までは必要ないものの、掃除、洗濯、ゴミ出しなど、日常生活を営む上で不自由を感じることへの支援を望む声が増える傾向あり

・介護事業所によるサービスに加えて、地域団体やNPO、ボランティアなどの多様な支援・サービスを提供する体制を構築

### 介護保険制度

介護給付 (要介護1～5)

介護予防給付 (要支援1～2)

### 介護予防・日常生活支援総合事業

#### ○ サービス・活動事業

(要支援1～2、基本チェックリスト該当者)

##### 訪問型サービス

- ・訪問介護サービス
- ・生活援助特化型訪問サービス
- ・住民主体型生活支援訪問型サービス
- ・短期集中予防支援訪問サービス

##### 通所型サービス

- ・1日型デイサービス
- ・短時間型デイサービス
- ・短期集中運動型デイサービス
- ・短期集中口腔ケアサービス

##### 介護予防支援事業 (ケアマネジメント)

#### ○ 一般介護予防事業 (65歳以上のすべての高齢者)

- ・地域介護予防拠点整備促進事業
- ・地域高齢者交流サロン運営事業
- ・認知症カフェ運営事業
- ・地域リハビリテーション活動支援事業
- ・高齢者いきいき活動ポイント事業
- ・介護予防活動等普及啓発事業

# 3 総合事業における体系的な取組の推進

- 平成29年4月から開始した総合事業では、「自立支援」と「地域で暮らし続ける」ための介護予防に向けて、①ケアマネジメント、②サービス、③地域の受け皿の3つを体系的に推進

## ケアマネジメント

### 介護予防ケアマネジメント

- ・ 広島市版アセスメントシートを作成、ケアマネジメントに使用
- ・ 地域包括支援センター等が行うアセスメントにリハ専門職が同行し、必要な支援・助言(介護予防ケアマネジメント支援)

### 地域ケアマネジメント会議

専門職の客観的な助言により、介護予防ケアマネジメントの質の向上を図り、利用者の自立支援を後押し



医師、歯科医師、リハビリ専門職、管理栄養士、主任ケアマネジャーなども参加

## サービス

### 短期集中型サービス (通所型・訪問型)

現行相当・基準緩和型の指定サービスに加え、専門職による

**口腔**・**栄養**・**運動**などの

生活機能の改善等に向けて短期集中的に支援

心身機能の低下した高齢者を早期発見  
→必要なサービスへ結び付け



## 地域の受け皿

### 住民主体の通いの場

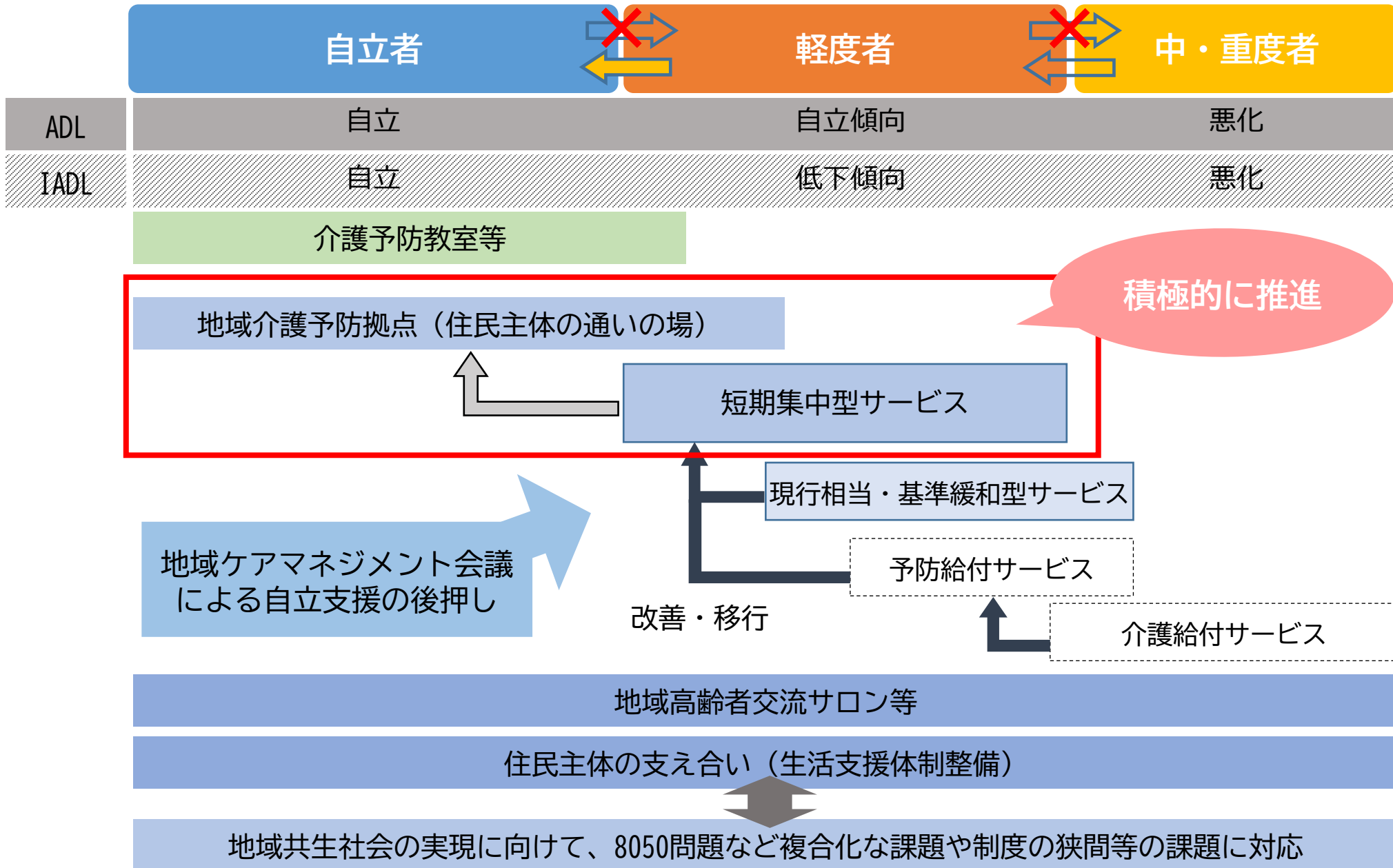
生活機能の改善後、定期的に通える運動の場(=地域介護予防拠点：住民が主体的に運営)の立ち上げやその継続を支援

地域の高齢者交流サロンや認知症カフェなど、社会参加の場づくり・活性化を支援

### 住民主体型サービス

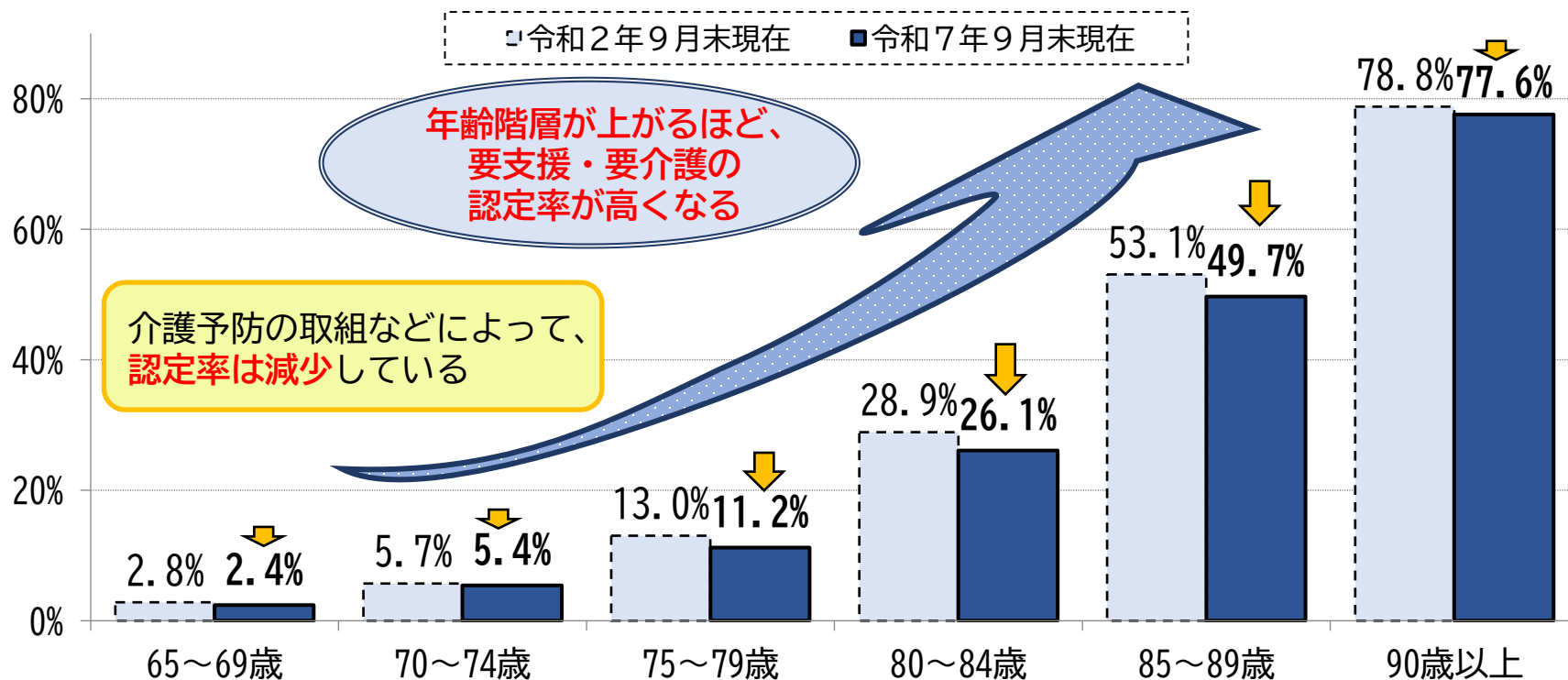
住民主体による生活援助等のきめ細かなサービス提供(多様な担い手の見える化)

# (1) 利用者層の状態から見た総合事業（広島市の場合）



## (2) 年齢階層別要支援・要介護認定率

- 本市の要支援・要介護認定率を年齢階層別に見ると、年齢階層が上がるほど上昇し、90歳以上では約7割以上認定を受けている状況
- 令和2年と令和7年を比較すると、全ての年齢階層で認定率が低下



令和7年9月末現在の年齢階層別要支援・要介護認定率

区分	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90歳以上	合計
人口	62,210	65,556	75,097	53,309	32,421	23,114	311,707
認定者数	1,497	3,551	8,392	13,893	16,107	17,934	61,374
認定率	2.4%	5.4%	11.2%	26.1%	49.7%	77.6%	19.7%

## 4 総合事業の実施状況

### (1) 要支援者数及び事業対象者数※1

区分	事業対象者数		要支援者数				合計	増減※2
		増減※2	要支援1	要支援2	小計	増減※2		
令和5年度	1,430人	-17人	9,315人	9,010人	18,325人	+182人	19,755人	+165人
令和6年度	1,365人	-65人	10,158人	9,301人	19,459人	+1,134人	20,824人	+1,069人
令和7年度	1,275人	-90人	10,575人	9,424人	19,999人	+540人	21,274人	+450人

※1 いずれも9月末時点での人数

※2 前年増減

## (2) 総合事業のサービスの利用実績（請求ベース）

### ① 訪問型サービス

サービス名		令和5年度	令和6年度	令和7年度
		4月	4月	4月
訪問介護サービス		3,321人	3,492人	3,590人
生活援助特化型訪問サービス		789人	729人	647人
住民主体型生活支援訪問サービス <small>※令和7年度実績については現在集計中のため、確定後に更新予定</small>		49人	48人	集計中
短期集中予防支援訪問サービス	理学・作業療法士	12人	13人	13人
	言語聴覚士	0人	3人	2人
	管理栄養士	6人	8人	4人

### ② 通所型サービス

サービス名		令和5年度	令和6年度	令和7年度
		4月	4月	4月
1日型デイサービス		6,112人	6,425人	6,724人
短時間型デイサービス		175人	193人	195人
短期集中運動型デイサービス		10人	10人	13人
短期集中通所口腔ケアサービス		2人	6人	4人

※住所地特例者を含む。

## 5 介護予防ケアマネジメントの基本事項

### 目的

介護予防と自立支援の視点を踏まえ、利用者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、利用者自らの選択に基づき、介護予防・生活支援サービスのほか、一般介護予防事業やインフォーマルサービスを含めた適切な支援が包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から、必要な援助を行う。さらに、サービス利用を終了した場合においても利用者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があるため、利用者が主体的かつ効果的に取り組めるような支援を行うことを目的とする。

(広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱)

### 介護予防ケアマネジメントの取扱方針

- 1 介護予防ケアマネジメントは、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。
- 2 受託者は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス・支援計画を策定しなければならない。
- 3 受託者は、自らその提供する介護予防ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。
- 4 受託者は、広島市が開催する地域ケアマネジメント会議（受託者が実施する介護予防ケアマネジメントの更なる質の向上を図るため、医療・介護等の専門職を構成員として、必要な援助・助言を得るための会議をいう。）に対し、関係資料及び情報の提供、会議への出席、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合、これに協力するとともに、介護予防ケアマネジメントの質の向上を図らなければならない。

(広島市介護予防ケアマネジメント事業実施要綱)

# 広島市における介護予防ケアマネジメントの類型

詳細は「介護予防ケアマネジメント実施マニュアル」参照

	ケアマネジメントA (介護予防支援と同様の ケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
対象 サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護サービス</li> <li>・生活援助特化型訪問サービス</li> <li>・1日型デイサービス</li> <li>・短時間型デイサービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期集中予防支援訪問サービス</li> <li>・短期集中運動型デイサービス</li> <li>・短期集中通所口腔ケアサービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民主体型生活支援訪問型サービス</li> <li>・一般介護予防事業（※）</li> </ul>
実施内容	アセスメントを行い、ケアプランを作成 併せて対象サービス事業所等との 利用調整を実施	アセスメントを行い、対象サービスの利用調整を実施	
	1か月に1回モニタリング (面接は3か月に1回)	サービス担当者会議及び モニタリングは簡略化して実施	サービス利用中に再度ケアマネジメントが必要になった場合は、サービス実施団体等が地域包括支援センターに連絡

※ 一般介護予防事業（地域介護予防拠点、高齢者地域交流サロン、認知症カフェ）については、介護予防ケアマネジメントを経ずに利用することも可能。

※ 類型の異なる複数のサービスを利用する場合は、A>B>Cの順で、より上位のケアマネジメントを適用する。

## 6 地域ケアマネジメント会議について

### (1) 地域ケアマネジメント会議のねらい

地域ケアマネジメント会議は、次の目的を達するために、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所が作成する介護予防ケアプランを自立支援の観点から多職種共同で検討する。

- 地域包括支援センター等の職員が、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及び技術を習得できる実務的な能力向上を図ること。
- 地域ケアマネジメント会議の構成員が、自立支援や重度化防止に係る取組方針等を共有すること。
- 事例の検討を積み重ねることで、地域に不足する資源や行政課題を発見し、政策形成にもつなげること。

## (2) 令和7年度 地域ケアマネジメント会議の概要

- 開催回数 各区年1回、計8回
- 検討ケース数 新規ケース1～2ケース 報告ケース報告4～7ケース
- 専門職の構成員 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、通所介護事業所職員、訪問介護事業所職員、生活支援コーディネーター（12職種）



### (3) 地域ケアマネジメント会議の流れ

- ① 出席者紹介、会議の注意事項説明（7分程度）
- ② 新規ケース検討（1ケース当たり30分程度、1～2ケース）

項目	内容
ケース提供者による ケースの紹介（5分）	● 対象者の概要・ケアプランの説明 生活機能改善に向けて重点的に検討してほしい事柄を2～3項目にまとめて説明する。
専門職とケース提供者 との質疑応答（10分）	● 自立に向けた支援（生活機能改善）のために確認する必要のある事柄 についての質疑応答
・具体的で実現可能な助言 ・参加者全員に分かりやすく 専門職からの助言（12分）  ・具体的で実現可能な助言 ・参加者全員に分かりやすく	● 専門職としての知見や根拠を踏まえた、自立や改善に向けた助言 ・ 疾患や心身状況、生活習慣から見える自立の可能性 ・ 生活機能改善に向けた具体的な方法 ・ ケアプランに位置づけると良いと思われるサービス ・ サービス担当者会議で協議すべき内容、サービス提供に当たって留意すべき点 等
まとめ（3分） ・ ケース提供者 ・ 司会者	● ケース提供者の感想・意見・まとめ 意見をどのように支援策に反映させようと思ったか 等  ● 司会者によるまとめ

- ③ 報告ケース検討（1ケース当たり3～10分程度、4～7ケース）

項目	内容
ケース報告、質疑応答、助言、 意見交換 （3～10分）	● ケース報告 ● 支援内容や本人の状況に関する質疑応答や、専門職からの助言 ● 意見交換 行動変容につながった視点や助言、ケース提供者が支援の際に工夫したこと等を共有し、意見交換を行う。 ※ 2ケースは10分程度、その他のケースは簡略化して3分程度で実施予定

- ④ 会議のまとめ 検討ケースの一般化や地域課題の共有を行う。

## (4) 専門職の役割と助言内容

専門職	期待する役割
医師	症状や障害を把握した上で、医学的な観点から事例の予後予測、対象者の動作や活動についての助言を行う。
歯科医師	歯科疾患、口腔機能、口腔衛生の観点からの助言を行い、事例の予後予測を行う。
薬剤師	ケースに処方されている薬に関する情報提供（重複投薬・副作用等）及び服薬管理の観点からの助言を行う。
看護師	症状や障害を把握した上で、医学的な観点から、日常生活のあり方や家族調整などに関する助言を行う。
管理栄養士	日常生活を営む上で基本となる食事について、適切な栄養摂取といった観点から助言を行う。
理学療法士	主に基本動作能力（立ち上がり、立位保持、歩行等）の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行う。
作業療法士	主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会適応能力（地域活動への参加・就労等）の回復・維持、悪化の防止の観点からの助言を行う。
言語聴覚士	主にコミュニケーション（話す）・聴覚（聞く）・摂食（食べる）に障害を抱える事例に対し、各能力の回復や維持、悪化の防止の観点からの助言を行う。
介護支援専門員	アセスメントや支援計画書の目標設定について、位置づけるべきサービス内容等に関する助言を行う。
通所介護事業所職員	通所介護サービス提供のあり方やサービス利用にあたっての留意点等の助言を行う。
訪問介護事業所職員	訪問介護サービス提供のあり方やサービス利用にあたっての留意点等の助言を行う。
生活支援コーディネーター	地域団体やボランティア団体の活動等の地域活動を紹介するなど社会参加に関する助言を行う。

※平成29年度介護予防活動普及展開事業アドバイザー養成研修会資料一部改変

## (5) 地域ケアマネジメント会議の検討ケースの概要（令和7年度）

区 分		回数・件数	
開催回数		8回	
新規ケース	総数	16件	
		うち、居宅介護支援事業所への委託ケース	8件
	性別	男 性	9件
		女 性	7件
	年齢	69歳以下	0件
		70歳～79歳	3件
		80歳～89歳	8件
		90歳以上	5件
	介護度	事業対象者	0件
		要支援1	10件
要支援2		6件	
報告ケース（検討から12か月後）		15件	

## (6) 地域ケアマネジメント会議の新規ケースにおける疾患名 (令和7年度)

多くの高齢者が筋骨格系疾患（変形性関節疾患、脊柱管狭窄症、骨粗鬆症等）、循環器疾患（約半数が高血圧）があり、複数の疾患を抱えていることが分かる。

疾病分類（大分類）	延件数（件）
筋骨格系疾患（変形性関節疾患、脊柱管狭窄症、骨粗鬆症、骨折等）	26
循環器疾患（高血圧、心疾患、脳血管疾患等）	26
内分泌・代謝疾患（甲状腺疾患、糖尿病、脂質異常症）	8
目の疾患（白内障、緑内障等）	4
悪性新生物	2
泌尿器疾患（腎疾患、前立腺肥大等）	2
呼吸器疾患（COPD、気管支炎等）	1
神経系疾患（パーキンソン病）	1
精神疾患（うつ、不安神経症、認知症（疑いを含む））	0
耳の疾患（メニエール病）	0
その他	12

※ 複数疾患がある場合は、それぞれ計上。令和7年度 新規ケース16件に対するもの。

## (7) 地域ケアマネジメント会議で検討前後の状況

領域	内容
医療 (主治医連絡)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患、薬、痛みにおいて主治医連絡が必要と助言があった。</li> <li>・本人・家族のみで連絡した場合、伝えたい内容・意図（確認したい内容や指示内容）が伝わっていなかったり、医師の指示を適切に理解できていない場合もある。</li> <li>・<u>介護支援専門員が生活状況や意図を直接伝えることで良い結果につながっている。本人・家族にメモを渡すなどの工夫も有効だった。</u></li> </ul>
服薬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・減薬、服薬支援、多剤調整について助言が多くあった。</li> <li>・本人、ケアマネから相談し、行動変容・良い結果につながったケースが多い。<u>(ポリファーマシー事業の有効活用を図り多剤調整につながったケースもある。)</u></li> </ul>
口腔	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的な歯科受診、義歯調整について助言が多くあった。</li> <li>・<u>行動変容や良い結果につながった割合は他の領域と比べて低く、自覚症状がなければ定期受診につながりにくく、口腔ケアに対する本人の意識は低い。</u></li> </ul>
栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職の栄養指導の機会へはつながりにくいが、<u>パンフレット等の活用による介護支援専門員等の支援者からの助言で、行動変容や良い結果につながった割合が高い。</u></li> </ul>

領域	内容
運動機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・約5割に下肢筋力についての助言があった。</li> <li>・<u>ケースの6割が通所サービスを利用しており、専門職の介入の他、「利用中の通所サービス事業所と連携をとって効果的に運動を行う」という助言を活かし、行動変容や良い結果につながった割合が高い。次いでセルフケアが高く、専門職の助言により効果的な取組につながっている。</u></li> </ul>
環境整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒予防、福祉用具、道具の工夫について助言が多くあった。</li> <li>・<u>環境評価や身体機能に応じた動作についてはリハビリ専門職から、家事の工夫や生活動作への取入れについてはヘルパーと、各専門職の役割を活かした働きかけと連携で、行動変容や良い結果につながっている。</u></li> <li>・<u>福祉用具導入・見直しの提案は、受入れが困難な場合が多い。</u></li> </ul>
社会参加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>家族、地域、事業所連携により、社会参加や本人の役割づくり（事業所との連携で、サービス利用時や家庭内での役割を持つ）につながったケースが多い。</u></li> <li>・活用できるインフォーマルサービスの把握やつなぎを見据えたサービス内容への工夫がなされている。</li> <li>※ 生活機能向上により活動範囲が拡大した際に、転倒等につながるケースもあるため留意が必要である。</li> </ul>

## (8) 会議の助言・助言後の実践を通して見えてきた現状と課題及びその対応

### 医療・服薬管理について

保健事業と介護予防の一体的実施へ（令和2年度～）

- ・本人のみで受診した場合、伝えたい内容・意図（確認したい内容や指示内容）が伝わっていないことがある
- ・多剤内服への意識を持った関わりと対策が必要

### 口腔・栄養について

保健事業と介護予防の一体的実施へ（令和2年度～）

- ・口腔ケアに関して、良い結果につながった割合は増えているが、口腔ケアに対する本人の意識が低い
- ・口腔、栄養面のセルフケアへの助言と取り組み継続へのアプローチ
- ・専門職の栄養指導の機会へはつながりにくい、介護支援専門員等の支援者からの助言で良い結果につながっている

### 運動機能・環境整備について

- ・自己流の取組の人に専門職の助言を受ける機会が必要
- ・セルフケアへの助言と取組継続へのアプローチ（利用中の事業所等との連携）
- ・短期集中予防支援訪問サービスへつながりにくい
- ・福祉用具の利用につながりにくい

地域ケアマネジメント会議において福祉用具の利用に関するリハビリテーション専門職等の助言を得る仕組みの導入（令和2年度～）

### 社会参加・意欲の向上について

- ・活用できるインフォーマルサービスの把握とつなぎ、つなぎを見据えたサービスの内容
- ・家庭内やサービス利用時の本人の役割の見直し

- ★本人といかに問題を共有し、やる気を引き出すか
- ★介護支援専門員から具体的な助言を行えるようにする
- ★利用中の事業所等と介護支援専門員が、疾患管理の視点を持ち、連携したアプローチをする

- ◎指導に活用できるパンフレット・媒体
- ◎短期集中型サービスの利用促進に向けた啓発
- ◎新たなサービス等の創設

地域に不足する資源や行政課題を発見し、政策形成にもつなげる

## (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

### ① アセスメントに関すること

- ・ 疾患名、疾患の状態の把握と予後予測を立てた支援方針
- ・ フレイル予防の視点をもった、口腔機能向上・栄養改善の支援
- ・ 自立（生活機能の改善）に向けたやりたいこと（＝意欲の源）の引き出し

### ② 介護予防ケアプランの作成に関すること

- ・ 本人の意欲の源を踏まえた具体的な目標設定
- ・ セルフケアや馴染みの関係を大切にされた地域の活動などインフォーマルサービスを介護予防ケアプランに盛り込む
- ・ サービス提供事業所等支援者間の支援方針の共有と協働

### ③ 介護予防ケアプラン作成後における留意点

- ・ 本人の目標への取組状況や評価を支援者間で共有する
- ・ 本人の取組意欲の維持・向上に向けた称賛や、より良い取組につながる助言を行う

## (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

### ① アセスメントに関すること

- ✓ 高齢者の抱えている疾患や状態像を十分に把握できていないケースがある。  
例) 疾患と内服薬のつじつまが合わない。糖尿病の血糖値の把握ができていない（血糖コントロールの状況不明）。心疾患のある高齢者の水分摂取量が不明
- ✓ フレイル予防のために重要となる口腔・栄養に関するアセスメントが十分でないケースがある。  
例) BMIが18.5未満であるが食事内容を把握できていない。たんぱく質を1日1回摂取で問題ないと判断している。義歯があり歯科医院に定期受診していないが問題ないとしている。口腔や栄養に問題があるにも関わらず、生活機能低下を起こしている個人因子に記載がなく、介護予防ケアプランに反映されていない（課題という認識がない。）。
- ✓ 「生活機能が改善したらどんな生活をしたいか」という自立に向けた意欲の引き出しが十分にできていないケースがある。  
例) 今のままの生活が送れるといい（諦めている要因は何かの引き出しが不十分）、以前のような生活を送りたい（どのような生活なのか具体性がない）、趣味や楽しみ、特技、友人や地域との関係など、本人の意欲向上につながる情報がほとんどない。

### 留意点

- 1 疾患名と疾患の状態を把握することで、身体や生活機能の予後予測を立て生活機能の改善可能性の見極めを行う。（医療情報が分からない場合は、積極的に主治医への連絡を行う。）
- 2 フレイル予防の視点を持った口腔機能や栄養状態の把握と分析を行う。
- 3 自立（生活機能の改善）に向けた意欲（「本人のやりたいこと」＝意欲の源）を引き出し、生活状況を踏まえた支援方針を作成する。

## (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

### ① アセスメントに関すること

#### アセスメントにおける留意点 1

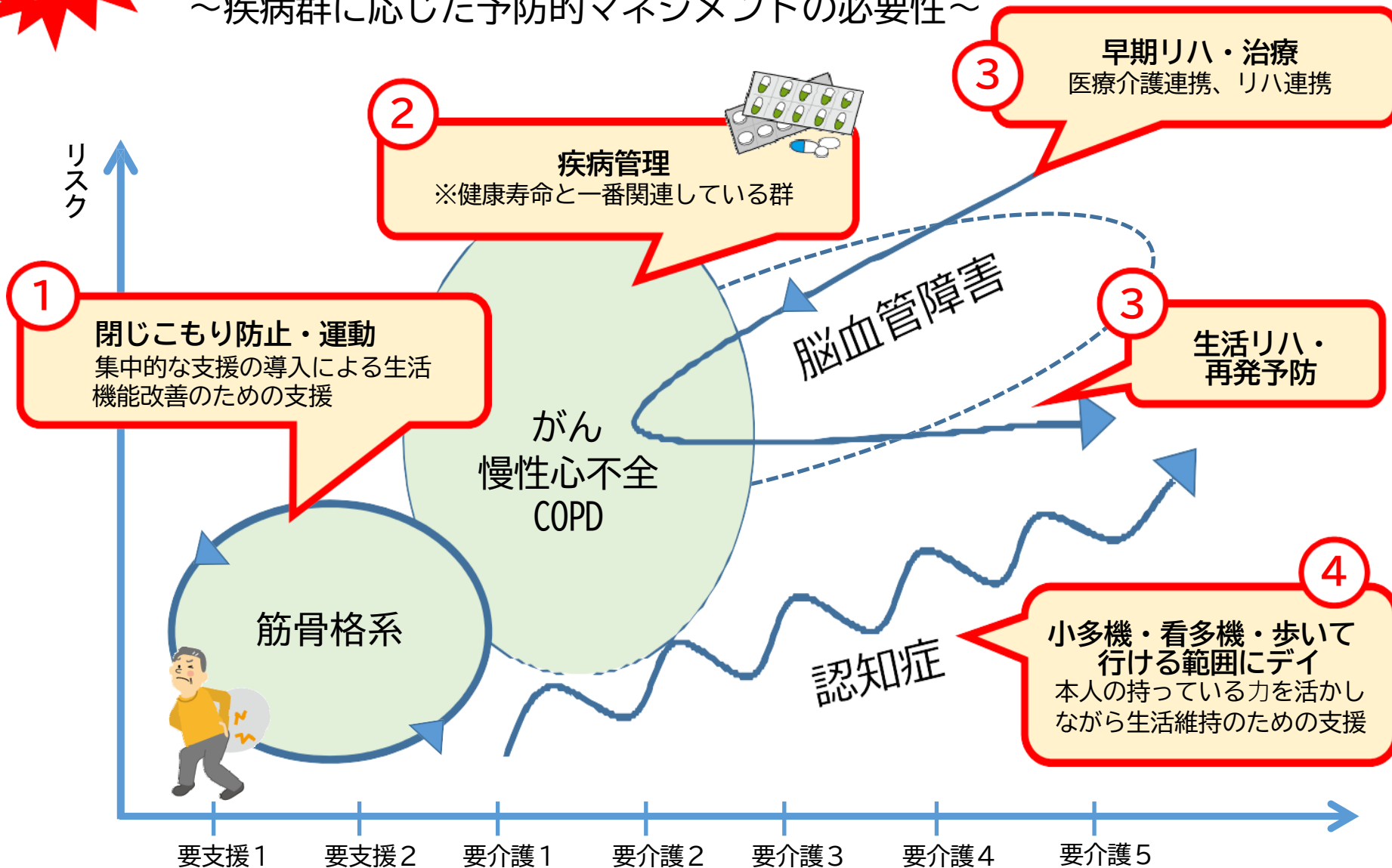
疾患名、疾患の状態の把握と  
予後予測を立てた支援方針

疾患管理の視点を持ち、医療・介護の連携を図りましょう。医療から情報を得るとともに生活の様子を医療に伝えることも必要です。

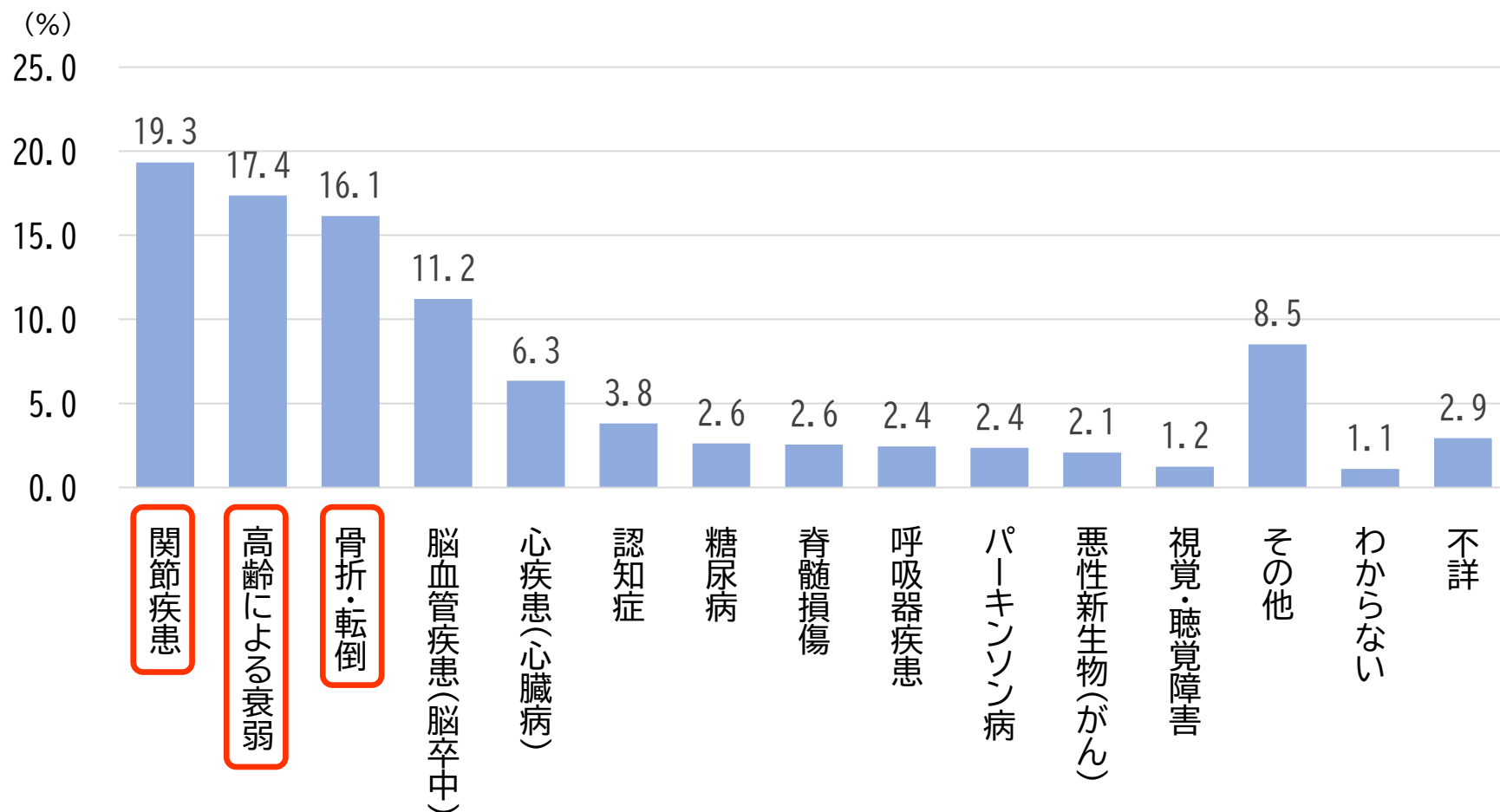
重要

# 疾病リスクと要介護度の関係

～疾病群に応じた予防的マネジメントの必要性～



## (参考) 現在の要介護度別にみた介護が必要となった主な原因 (要支援者)



出典：「国民生活基礎調査」令和4年

介護が必要となった主な原因で最も多かったのは「関節疾患」19.3%で、次いで「高齢による衰弱」17.4%、「骨折・転倒」16.1%であった。

# 【 地域ケアマネジメント会議での医師の助言から支援方針が変わったケース 】



## 予後予測

- ◆70歳代女性、要支援、脂肪肝 変形性脊椎症があり、肝臓に腫瘍があることがわかり検査中  
【当初の支援方針】痛みを緩和してデパートに行くための支援と体調安定のための支援  
【医師の助言】処方されている薬をみると、ウイルス性肝炎から肝硬変、肝がんに移行していることが予想される。今より状態の改善は見込めないため、やりたいことは今のうちに叶えることができるための支援が必要。

## 病態に応じた対応

- ◆80歳代一人暮らしの女性、事業対象者 心不全があり、3分以上湯船に入れないと不安を訴え、自宅での入浴ができず、週1回デイサービスで入浴している。  
【医師の助言】処方されている薬をみると心不全の程度は軽い。主治医と相談することで、自宅での入浴も可能ではないかと思われる。

## 病態とリスク管理

- ◆80歳代男性、要支援、糖尿病 インスリン自己注射治療中 HbA1c7.2~7.5%  
【当初の支援方針】血糖値を下げるための食事制限を行う。  
【医師の助言】年齢や治療内容から血糖値のコントロールは現状維持でよい。低血糖時の対応の指導が必要。

## 痛みの治療

- ◆70歳代女性、要支援、脊柱管狭窄症と両側変形性膝関節症があり閉じこもりがちで抑うつ的になっている。  
【医師の助言】外出を困難にしているのは痛みが原因であり痛みに対する治療が必要。主治医連絡をする。  
【対応結果】ケアマネジャーが地域ケアマネジメント会議の意見であることを主治医に伝えた結果、痛みに対する薬が処方され、痛みが緩和し外出ができるようになった。

重要

高齢者の抱えている疾患名や疾患の状態の把握をしっかりと行う！  
わからない場合は、主治医連絡で確認する。

# 【 地域ケアマネジメント会議での薬剤師の助言から、薬の使用方法について改善があったケース 】

## 減薬

◆80歳代女性、要支援、変形性膝関節症 骨粗しょう症 脳梗塞後遺症 高血圧症 脂質異常症 等

【薬剤師の助言】処方されている薬が多く、調節可能な薬もあるので、本人から主治医に減薬の相談をする。

【対応結果】本人が地域ケアマネジメント会議の意見であることを主治医に伝えた結果、薬の種類が17種類から11種類に減り、「飲みやすくなった」と喜んでいる。地域介護予防拠点等へも参加し始め、人との交流を楽しみカラオケ等にも参加するようになった。表情も明るくなり、今まで聞かれなかった「楽しい」という言葉が聞かれるようになった。（日常生活自立度 A2→J2）

## 痛みの治療

◆70歳代女性、要支援、胸椎圧迫骨折 脊柱後弯症 骨粗しょう症

【薬剤師の助言】立ち上りの際の痛みにより、日常生活の支障が出ているが、鎮痛剤が効果的に使用できていない可能性が高い。坐薬の鎮痛剤は活動する前に使用すると効果的だが、円背の人は使用しにくい。主治医に相談をする。

【対応結果】本人が主治医に、坐薬が使用できていないことを相談し、使用方法について助言を受けて、使用できるようになった。外出前に使用し、週に1度は友人と本通りで買物等を楽しめるようになった。（日常生活自立度 A1→J2）

重要

高齢者の内服状況をしっかり把握し、本人の状況を医師・薬剤師に伝える。

- ・ 処方薬の種類と処方している薬局
  - ◎かかりつけ薬局をもつ
  - ◎お薬手帳で管理してもらおう（全内服薬等を把握してもらい、相談できる薬剤師を作る）
- ・ 内服状況
  - ◎飲めている？副作用は？



## (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

### ① アセスメントに関すること

#### アセスメントにおける留意点 2

フレイル予防の視点をもった、  
口腔機能向上・栄養改善の支援

口腔・栄養のパンフレットを活用して、  
取組につなげるようアプローチしましょう。

# ◎ 高齢者のフレイルについて

「フレイル」とは、加齢とともに、心身の活力（例：筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態

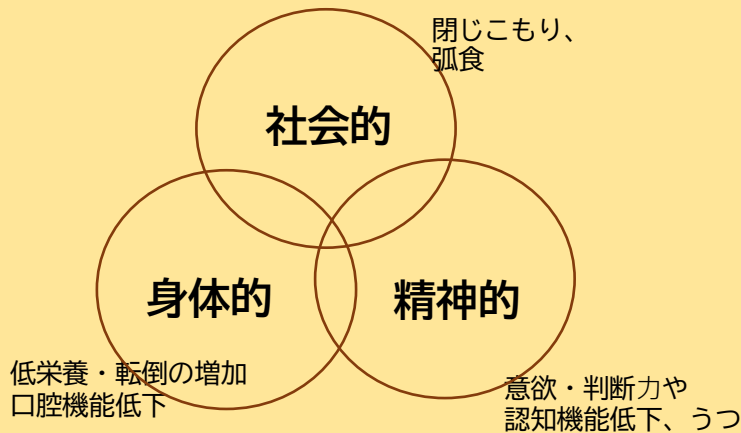
## 加齢に伴う変化

- 食欲の低下
- 活動量の低下（社会交流の減少）
- 筋力低下
- 認知機能低下
- 多くの病気を抱えている

## 危険な加齢の兆候（老年症候群）

- 低栄養
- 転倒、サルコペニア
- 尿失禁
- 軽度認知障害（MCI）

## フレイルの多面性

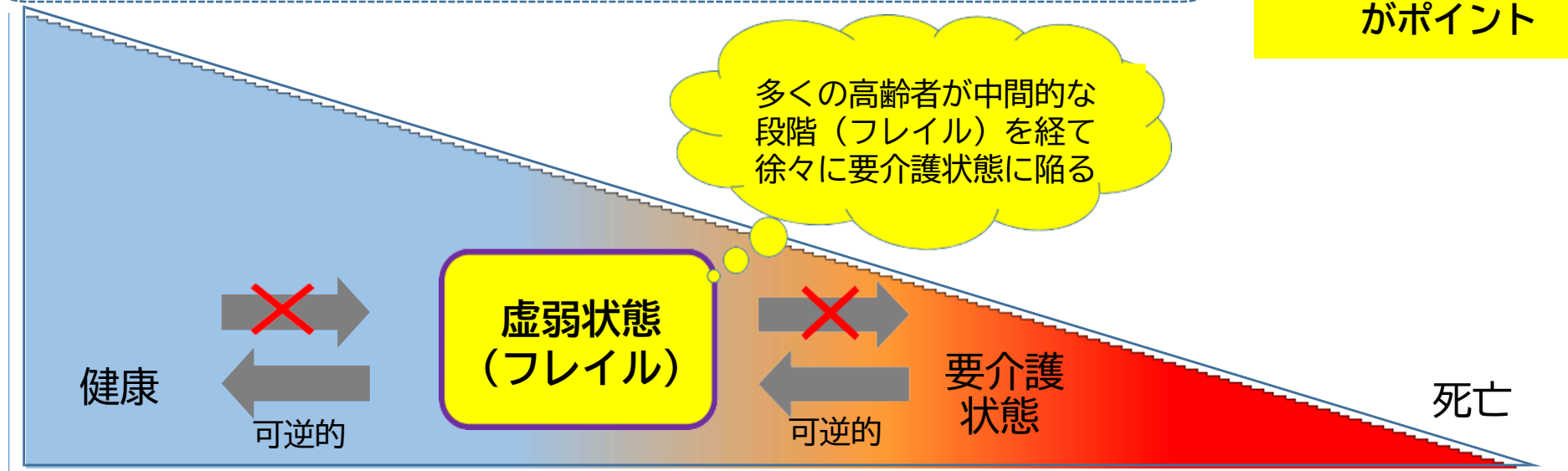


フレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能



介護予防・健康づくりがポイント

自立



# ◎ 介護予防・健康づくりの3本柱

- ・奥歯がないと食いしばれず力が出ない
- ・筋力・体力低下で噛む力も低下

こうくう  
**口腔の機能**

(噛む・飲み込む)



広島市の口腔機能  
低下リスク該当者：  
25.8% (R6.3)

- ・食べる機能の低下は栄養状態に影響
- ・体重減少により義歯（入れ歯）が合わなくなる

それぞれの機能や  
状態が密接に関係

広島市の運動機能  
低下リスク該当者：  
14.9% (R6.3)

**運動器の  
機能**



広島市の低栄養  
リスク該当者：  
2.1% (R6.3)

**身体の  
栄養状態**



- ・栄養不足による筋力・体力低下
- ・転倒・骨折・寝たきりの原因
- ・活動量低下による食欲不振



日本語聴覚士協会作成資料を一部改変

出典(リスク該当者)  
「広島市高齢者の生活実態と意識に関する調査」(令和6年3月)  
における要介護認定者を除く在宅高齢者約6,000人の回答結果

- ※いずれも要介護認定者を除く65歳高齢者のうちに占める割合
- ※口腔機能低下リスク該当者とは、基本チェックリストの口腔機能3項目のうち2項目以上に該当した者
- ※低栄養リスク該当者とは、基本チェックリストの栄養3項目のうち2項目ともに該当した者
- ※運動器機能低下リスク該当者とは、基本チェックリストの運動器機能5項目のうち3項目以上に該当した者

## ◎ 介護予防・健康づくり 4本目の柱

**注意!**

社会とのつながりを失うことが「フレイルの最初の入り口」です

運動や栄養に気を付けて生活していても、社会参加の機会が減少すると、心身のさまざまな側面がドミノ倒しのように弱くなるといわれています。自分に合った活動を見つけて社会参加の機会を増やしましょう。



〈公益財団法人長寿科学振興財団健康長寿ネット  
(<https://www.tyojyu.or.jp/net/>)より一部引用・改変〉

広島市広報紙「ひろしま市民と市政」平成30年6月15日号より

フレイル対策のキは・・・

**「社会参加」 「口腔」 「栄養」 「運動」**

広島市の閉じこもり  
リスク該当者：  
15.9% (R6.3)

出典(リスク該当者)  
「広島市高齢者の生活実態と意識に関する調査」(令和6年3月)  
における要介護認定者を除く在宅高齢者約6,000人の回答結果

# ◎ 口腔ケアの推進に向けたパンフレット

## はじめよう！

いつでも美味しく食べるために！

口腔ケアで介護予防

「フレイル」をご存知ですか？

- 「フレイル」とは、年齢とともに体や心の機能（動き）が低下し、要介護状態に陥る危険性が高まっている状態のことです。
- フレイルは、加齢により生じる身体の変化だけでなく、うつや認知機能の低下などの「精神的な面」、家に閉じこもりがちになるなどの「社会的な面」など、さまざまな要因が重なって引き起こされるといわれています。
- 歯や口の状態の悪化は、「オーラルフレイル」といい、フレイルを引き起こす原因になりやすいことが分かっています。

「歯と口の働き」が弱くなると・・・？

歯周病などで歯が抜けて噛めない状態が続いたり、唾液の分泌が悪くなると、食べにくくなり、食欲や体力も低下してしまいます。

肺炎を起こして寝たきりになってしまうこともあります。

飲み込みにくい  
口が渾濁  
嚥下性肺炎  
歯周病  
むせる  
食欲不振  
噛めない  
オーラルフレイル  
体力低下

健康 ← 虚弱状態（フレイル） → 要介護状態

予防・改善が可能です！

## あなたのお口の状態は？

お口の状態をチェックしてみましょう！

1. 固いものが食べにくい。  
→ 食べにくい物を記入してください。  
( )
2. お茶や汁物でむせることがある。
3. 口の渾濁が気になる。
4. 歯がぐらぐらしている。
5. 食事に時間がかかるようになった。
6. 食べこぼすことがある。
7. 食べ物や薬が飲み込みにくいことがある。
8. しゃべりにくいと感ずる。
9. 口臭が気になる。
10. 舌が白くなっている（舌苔）。

▶ 「1～3」のうち2つ以上該当  
歯科医院での「短期集中通所口腔ケアサービス」を利用しましょう。

▶ 「1」または「4」に該当  
必ず歯科医院を受診しましょう。

▶ 「1、4以外」のいずれかに該当  
顔面体操、舌のトレーニング、唾液腺マッサージを行いましょう。

▶ 「9」または「10」に該当  
\* 歯（または入れ歯）や舌を清潔に保ちましょう。  
\* 舌体操、唾液腺マッサージを行いましょう。

※ 唾液は、食べかすを洗い流して口の中を清潔にしたり、常に潤いを保つことで口臭を抑制します。

## 【活用例】

- \* 無意識のうちに「水分量が多く軟らかいもの」を選んで摂取し、口腔機能低下の自覚がない場合
- \* 治療への不安等から受診をためらっている場合

→ 口腔ケアの必要性の確認

- ・ 口腔ケアサービス利用（治療ではないこと）への導入ツール
- ・ 具体的なセルフケアの実施に結びつける

※ リーフレットは広島市ホームページに掲載しています。

口腔ケアと介護予防

摂食嚥下

ページ番号：267466

ページ番号：313505

## 口腔ケアで歯を大切に

「口腔ケア」には、歯科医院で行う「専門的口腔ケア」と、毎日、自分で行う「セルフケア」があります。

歯科医院で行う口腔ケア	自分で行う口腔ケア
<ul style="list-style-type: none"> <li>歯磨きや歯ブラシ、入れ歯の状態をチェックしてもらいましょう。</li> <li>入れ歯を磨く時は、歯肉が赤くなるまで磨くことが大切です。</li> <li>歯肉の炎症や歯周病により、口内を清潔に保ちましょう。</li> <li>歯肉に合った歯の磨き方や入れ歯の手入れの方法を教わってもらいましょう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎日、丁寧に歯磨きをしましょう。</li> <li>歯ブラシだけでなく、歯の隙間の大きさに合った歯間ブラシなども使いましょう。</li> <li>歯肉に炎症が起きている時は、歯肉には入れ歯をはずして清潔な入った水につけておきましょう。</li> <li>歯肉を清潔に保つことが大切です。</li> <li>歯肉に合った歯の磨き方や入れ歯の手入れの方法を教わってもらいましょう。</li> <li>歯肉の状態を確認してもらいましょう。</li> </ul>

注意点

## 歯や入れ歯の清掃

歯磨きのポイント

入れ歯の清掃

歯の清掃は、歯肉の炎症や歯周病を防ぐために大切です。

入れ歯の清掃は、歯肉に炎症が起きている時は、入れ歯をはずして清潔な入った水につけておきましょう。

## 毎日体操で口の機能を高めよう！

口の機能を高めるための体操を紹介します。

- 顔面体操
- 舌のトレーニング
- 唾液腺マッサージ

口の機能を高めることで、食べこぼしや飲み込みのしにくさを軽減することができます。

## 「おいしく食べるチカラ」を高めよう！

### 知っておきたい 口から食べることの大切さ

しっかり食べて しっかり健康

食事は人生最高の楽しみの一つです。

年齢を重ねると食べる力が衰えてくる場合があります。一口で食べる力が衰えてくると、食事の楽しさや栄養の摂取が難しくなります。

食事の楽しさを保ち、栄養をしっかりと摂取するために、口の機能を高めることが大切です。

下の項目に1つでも当てはまるものは必ず見てください。

- 最近、やせました
- 飲み込むのが難しくなりました
- 食事の量が減りました
- 口の渾濁が気になります
- 食べ物が飲み込めなくなりました
- 口の乾燥が気になります
- 舌が白くなっています
- 口臭が気になります
- 食事の時間が長くなりました
- 食事の楽しさがなくなりました

かかりつけ医や耳鼻咽喉科、歯科を受診してください。

広島市連合地区地域保健対策協議会

# ◎ 栄養アセスメント用パンフレット

地域ケアマネジメント会議において、栄養に関するアセスメントでたんぱく質や野菜の摂取回数の聞き取りはできているが、高齢者の1日に必要な食事摂取量が分からないため、食事に問題があっても適正な食事量の助言ができていないという課題が明らかになり、本市でツール（パンフレット）を作成した。

介護支援専門員等がツールを利用して本人や支援者に意識付けを行い、具体的な改善策の実施に結び付いた。

## ○ 1日に必要な食事量

主菜（肉・魚・卵・大豆）：両手1杯

副菜（野菜）緑黄色野菜：両手1杯 淡色野菜：両手2杯

主食（ごはん、パン）：1杯から1杯半

## 【活用例】

1日3食摂取できているが、BMI18.5未満で「やせている」ケース

→ 食事が少なく、必要な栄養が摂取できていない可能性がある。

→ 「肉・魚・卵・大豆製品」等のたんぱく質を毎食『片手のひら分』摂取するようアドバイス。

## 【活用例】

- ・ 栄養バランスが悪い場合の確認
- ・ 食生活改善に関心がない場合の導入

**食事バランスの達人** **三つの皿**  
毎食三つの皿をそろえて適量食べよう♪

★三つの皿（主食・主菜・副菜）をそろえると、栄養のバランスがとれます  
★適量（腹八分目）食べましょう  
★野菜は生活習慣病予防に効果的！  
★よくかんで、おいしく、楽しく食べましょう

お茶も忘れず！

**主食**  
主なエネルギー源  
・ごはん・パン・めん

**副菜** 体の調子を整える  
・野菜・芋・海苔・きのこ

**主菜** 血・肉・骨をつくる  
・魚・肉・卵・大豆製品

1日にこまくらい食べましょう！ **手ばかり法** **栄養かぞえ歌**

**たんぱく質・カルシウム**  
主菜 魚、肉、卵、大豆製品  
毎食、必ず食べましょう

**体の調子を整える**  
副菜 野菜を三皿、芋を一皿  
毎食、二皿食べましょう

**主なエネルギー源**  
主食 ごはんなら軽く1杯から1杯半くらい  
毎食食べましょう

※1日一皿は料理に油を使いましょう

広島市

## 10食品群のチェック表 <毎日の食事をチェックして、点数を計算してみましょう。>

**使い方**

- ① 日付を入れ、1日の中で「1回でも食べた食品」に○をつけましょう。少量でもかまいません。
- ② ○の個数が点数になります。1日分が記入できたら、1日の合計（よこ列の○の合計）を記入しましょう。
- ③ 1日の合計点数は、『7点以上』を目標にして取り組みましょう。

なお、慢性の病気等があり食事療法を行っている方は、食事内容や食事量について主治医に相談のうえ、ご使用ください。

④ 1週間記入すると、食習慣の「パターン」が分かります。

このチェック表を活用して、栄養バランスのよい食事をこころがけましょう。

主な栄養素	たんぱく質・カルシウム				ビタミン・ミネラル・食物繊維				脂質	1日の合計	
	肉類	魚介類	卵	大豆製品	牛乳	緑黄色野菜	海藻類	いも類			果物
食品の例	牛肉、豚肉、鶏肉、ウインナーなどの加工品、肉類等	魚、貝類、イカ、エビ、干物、缶詰、魚介類等	鶏卵、うずら卵、卵豆腐、卵製品等	大豆、納豆、枝豆、きな粉、豆腐等	牛乳、チーズ、ヨーグルト等	ほうれん草、にんじん、ブロッコリー等	わかめ、のり、ひじき等	じゃがいも、さつまいも、里いも等	りんご、みかん、バナナ、ぶどう等	油、バター、マーガリン等	
1日目	✓										
2日目	✓										
3日目	✓										
4日目	✓										
5日目	✓										
6日目	✓										
7日目	✓										

※ リーフレットは広島市ホームページに掲載しています。

栄養バランスと介護予防

ページ番号: 872

## (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

### ① アセスメントに関すること

#### アセスメントにおける留意点 3

自立（生活機能の改善）に向けた  
やりたいこと（＝意欲の源）の引き出し

「興味・関心チェックシート」を活用して、具体的な  
「やりたいこと」を引き出しましょう。

# ◎「本人のやりたいこと＝意欲の源」の重要性



自立支援に資する介護予防ケアマネジメントを行う上で、意欲の源（本人のやりたいこと）の引き出しは重要。意欲の源を引き出した上で支援方針をたてる。困難な場合は、「興味・関心チェックシート」の活用が有用である。

上から順にチェックせず、興味・関心のあるものからチェックすることで、本人の関心の強さがわかる。

## 【広島市版アセスメントシート】

### ★本人の思いや希望

①ご自身のためにしていること、心がけていることがありますか

- はい ( )  
 いいえ

②今後、生活習慣が改善したら、どんな生活を送りたいですか

### 興味・関心チェックシートを活用し

### 「やりたいこと」を引き出すことができたケース

70代男性、趣味や地域とのつながりがほとんどなく、**やってみたいことを聞いても、「長生きできればいい」と話されるだけで具体的にやりたいことを引き出すことができなかった。**

「興味・関心チェックシート」を活用し、してみたいことや興味のあることを引き出した結果、**「踊り」（以前やっていた）や「地域活動」「体操・運動」に興味があることがわかった。**

そこで、**近所で行っている体操教室を案内し参加に向けた支援を開始した。**

### 興味・関心チェックシート

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別（ ） 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・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)				賞金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

# (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

## ② 介護予防ケアプランの作成に関すること

- ・ **アセスメントシートの支援方針に対応した介護予防ケアプランとなっていないケースがある。**  
例) 支援方針には、「筋力や体力向上」と記載されているが、支援計画は訪問介護支援のみで、支援計画書には「口腔機能の向上」があるがプランには何も位置づけていない。
- ・ **設定された目標が具体的でないため評価ができない。また、サービス提供事業者との目標の共有が十分できていない。**  
例) 抽象的な目標・・・転倒しない生活を送る。安全な生活を送る。楽しく過ごす。
- ・ **支援計画書に疾病管理や服薬指導に関する支援やインフォーマルサービスが位置づけられていないケースが多い。**
- ・ **サービスの利用期間が機械的に1年になっている、又は1年を超えているケースがある。**  
例) 要支援の認定期間に合わせて2年にしている。



### 留意点

- 1 アセスメントシートの支援方針を介護予防ケアプランの目標やサービス内容に反映させる。
- 2 目標設定は、高齢者の「(できなくなっているが) したいこと」＝本人の意欲の源を引き出した上で、具体的で達成感があり、かつ、評価ができる内容とする。
- 3 疾病管理や服薬指導が必要な場合は、介護予防ケアプランに明確に位置づける。また、本人等のセルフケアや家族の支援、馴染みの関係を大切にしたい地域の取組や活動の場などインフォーマルサービスをプランに盛り込む。
- 4 サービスの利用期間は、機械的に認定期間に合せるのではなく、今後の支援方針と関連づけた期間設定とする。

## (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

### ② 介護予防ケアプランの作成に関すること

#### 介護予防ケアプランにおける留意点 1

本人の意欲の源を踏まえた  
具体的な目標設定

目標の設定は、本人が成功体験や達成感を得られるよう、  
現実的で評価しやすいものにする

## ◎ 介護予防ケアプランの目標の設定について

### 具体性に欠け 評価が難しい目標例

- ・無理なく家事ができるようになる。
- ・できることは自分でやり、できないことは手伝ってもらう。
- ・安全に風呂に入る。
- ・サービスを利用して安心して生活できる。
- ・転倒しない生活を送る。

### 本人の意向を踏まえた 具体的で評価ができる目標例

- ・300m先の集会所まで歩いて行き、グラウンドゴルフを再開する。
- ・500m先のスーパーに歩いて行き、好きなものを買うようになる。
- ・夫のために料理が作れるよう、15分以上の立ち仕事ができる体力や筋力をつける。
- ・体力・筋力をつけるため、栄養士の助言を受け、毎食たんぱく質の含まれた食事を摂る。
- ・孫と一緒にレストランに行き、ステーキを食べれるよう義歯を調整して噛む力をつける。

- ・「目標」は、生活に即した目標設定でかつ、現実的なものであり、プラン終了時に「評価」できる内容であるか、高すぎる目標設定や抽象的な目標設定で留まっていないか確認する。成功体験や達成感が得られる目標とする。
- ・できるだけ、目標は数値化（時間、日数、距離、回数など）、具体的な状況、状態像で記載し、評価できるものとする。

参考「地域でつくる介護予防ケアマネジメントと通所型サービス」 田中明美他著

### 地域ケアマネジメント会議で出された意見

- ・目標が高すぎるためなかなか実現できない。現状で実現可能なことを掲げ、スモールステップで進めていく。  
例) 膝や腰の痛みがあり閉じこもりがちな高齢者の目標が「温泉旅行に行く」となっていたが、「近所のスーパーに歩いて行く」、「公共交通機関を利用してデパートに行く」と修正した。

## (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

### ② 介護予防ケアプランの作成に関すること

#### 介護予防ケアプランにおける留意点 2

セルフケアや馴染みの関係を大切に  
した地域の活動などインフォーマル  
サービスを介護予防ケアプランに盛り込む

本人がセルフケアの取組を継続するための工夫や配慮、  
地域でのつながりづくりが、本人の生活を支えます。

## ★ セルフケアの重要性

- ・高齢者（事業対象者・要支援認定者）は、介護保険のサービスを受けている時間よりも、受けていない時間のほうが長いことが予想されるためセルフケアは重要である。
- ・セルフケアの継続には、工夫と配慮が必要である。人が継続して何かを成し遂げるためにはそれができることを共に喜べる相手がいることや頑張っている姿や行動を誰かから承認されることにより行動が強化される。
- ・家庭内の役割の再構築につなげて活動量を上げたり、途絶えていた友人や近隣の知人などが支援することで、本人があきらめかけていたことに挑戦する気持ちがわいてくることも考えられる。予後予測を行った上で、状況に応じて、本人を取り巻く人々へのアプローチが必要である。

参考「地域でつくる介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC」 田中明美他著



## ★ 馴染みの関係（地域の活動等）につなぐために

- ・広島市では、地域により差はあるが、住民運営の運動のできる通いの場「地域介護予防拠点」や高齢者の交流サロン、公民館サークル、フィットネス教室など高齢者が参加できる社会資源が数多くある。
- ・「閉じこもりがち＝デイサービスの利用」「買い物など家事ができない＝ヘルパーの利用」だけでなく、身近な地域の通いの場や住民主体型サービスの利用、実費で利用できる活動の場、NPOの取組など幅広い選択肢をイメージしながら、高齢者の状態に応じて自立に向けた支援を行うことが重要である。
- ・また、介護保険サービスの利用で機能改善した場合は、本人の生活機能の状況に応じて適切にセルフケアや地域活動の参加への移行を検討することが重要である。本人の状態の変化に応じて、フォーマルサービス、インフォーマルサービスをうまく組み合わせることで効果的な介護予防につながる。

## (参考) 「地域介護予防拠点」について

広島市では、いくつになっても住み慣れた地域でいきいきと生活できる高齢者が増えることを目指して、「地域介護予防拠点整備促進事業」を行っている。

誰もが介護予防に取り組むことのできる地域づくりを進め、介護予防活動の地域での普及・定着を図ることを目的としている。

### ▶▶地域介護予防拠点とは？

地域住民が主体となって、週1回以上、体操・運動を実施する「通いの場」

#### 地域介護予防拠点のイメージ

- ① 運動を中心とした高齢者の介護予防に資する活動を実施
- ② 地区社協等の地域団体と連携し、地域住民が自主的に運営
- ③ 一定の場所で活動し、地域の高齢者が誰でも参加可能
- ④ 活動の頻度が、概ね週1回程度
- ⑤ 参加人数が、概ね10人以上

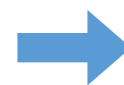
### ▶▶地域包括支援センターが支援！

地域包括支援センターがコーディネーターとなって、地域介護予防拠点の立ち上げや活動継続のための支援を行う。

地域包括支援センターが助言・情報提供、講師派遣等により立ち上げや継続を支援

### ▶▶広島市版オリジナルDVDの作成

広島市版DVD「がんばれ！！カープ ひろしま百歳体操」を作成し、市内でいきいき百歳体操に取り組む地域団体に地域包括支援センターを通じて無償配付



## (9) 会議から見えてきた介護予防ケアマネジメントの課題と留意点

### ② 介護予防ケアプランの作成に関すること

#### 介護予防ケアプランにおける留意点 3

サービス提供事業所等支援者間の  
支援方針の共有と協働

本人の目標に向け、  
専門職の強みを活かした役割分担をしましょう。

## ◎ サービス提供事業所等支援者間の支援方針の共有と協働

### ★サービスの介護予防に資する効果的な組立

- ・本人が目標とする生活機能の改善に向け、**介護予防の効果を最大限に発揮**できるように、適切なサービスを選択できるように支援する。

### ★サービス提供前

- ・本人の**目標を支援者間で共有し**、目標に向けた支援を行う**役割分担**をする。
- ・**役割分担は、支援者の専門性や本人との関係性に留意して行う。**
- ・本人の**取組を評価できる仕組みをつくる**（改善の見える化、称賛）。

### ★サービス提供中

- ・本人の**目標への取組状況や評価を支援者間で共有**する。
- ・本人の**取組意欲の維持・向上に向けた賞賛や、より良い取組につながる助言**を行う。

## 介護予防ケアマネジメントを実施する者に求められる能力

### 面接力

高齢者のその人らしさをしっかりと聞き取ることができる力

### 観察力・洞察力

高齢者の状態を客観的に捉える観察力とその先を見通せる洞察力



個々人特有の思いや強みをケアプランに反映させることができる。



### コーディネート能力

本人の状態に応じて多様な主体による多様なサービスを介護予防ケアプランに位置づけ（状態の変化に応じて変更）、支援者との規範的統合を行うなど適切にコーディネートできる力が必要である。



### プレゼンテーション能力

- ・介護予防に資する活動に「興味・関心」を持ってもらい、意欲的に取り組むことが大切であるため、高齢者や家族に動機づけができ、行動変容を生み出すことが重要である。
- ・高齢者や家族、サービス提供事業者に対して、通り一遍な説明でなく、説得ではなく納得できるよう、個々人を尊重した、理解に応じた表現方法で伝えることができる力が必要である。

### 高齢者

意欲を引き出す

介護予防の取組の実施  
(行動変容)

