

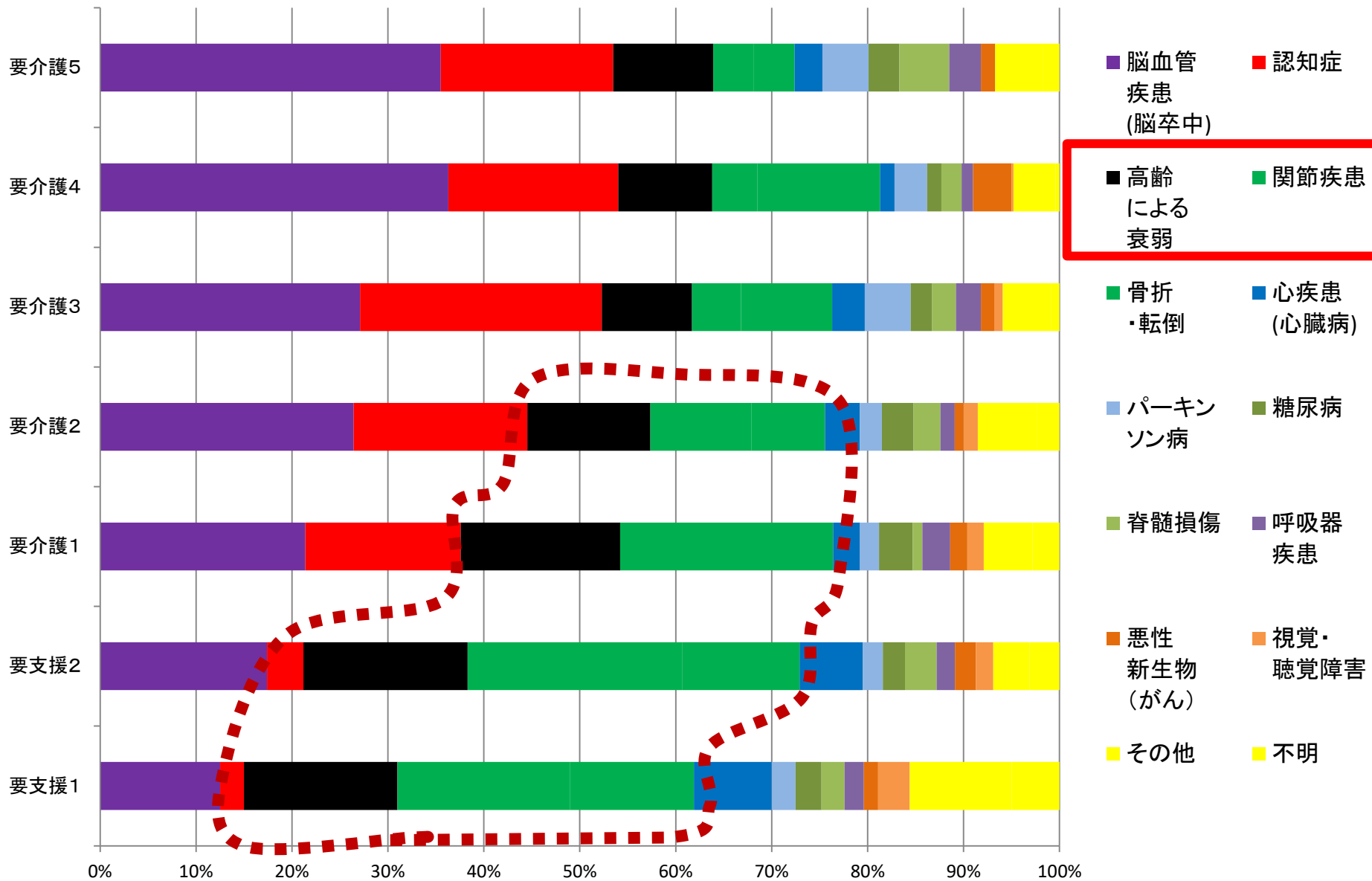
H29介護予防推進リハビリテーション指導者育成研修会

リハ職が実施する自立支援マネジメントの考え方

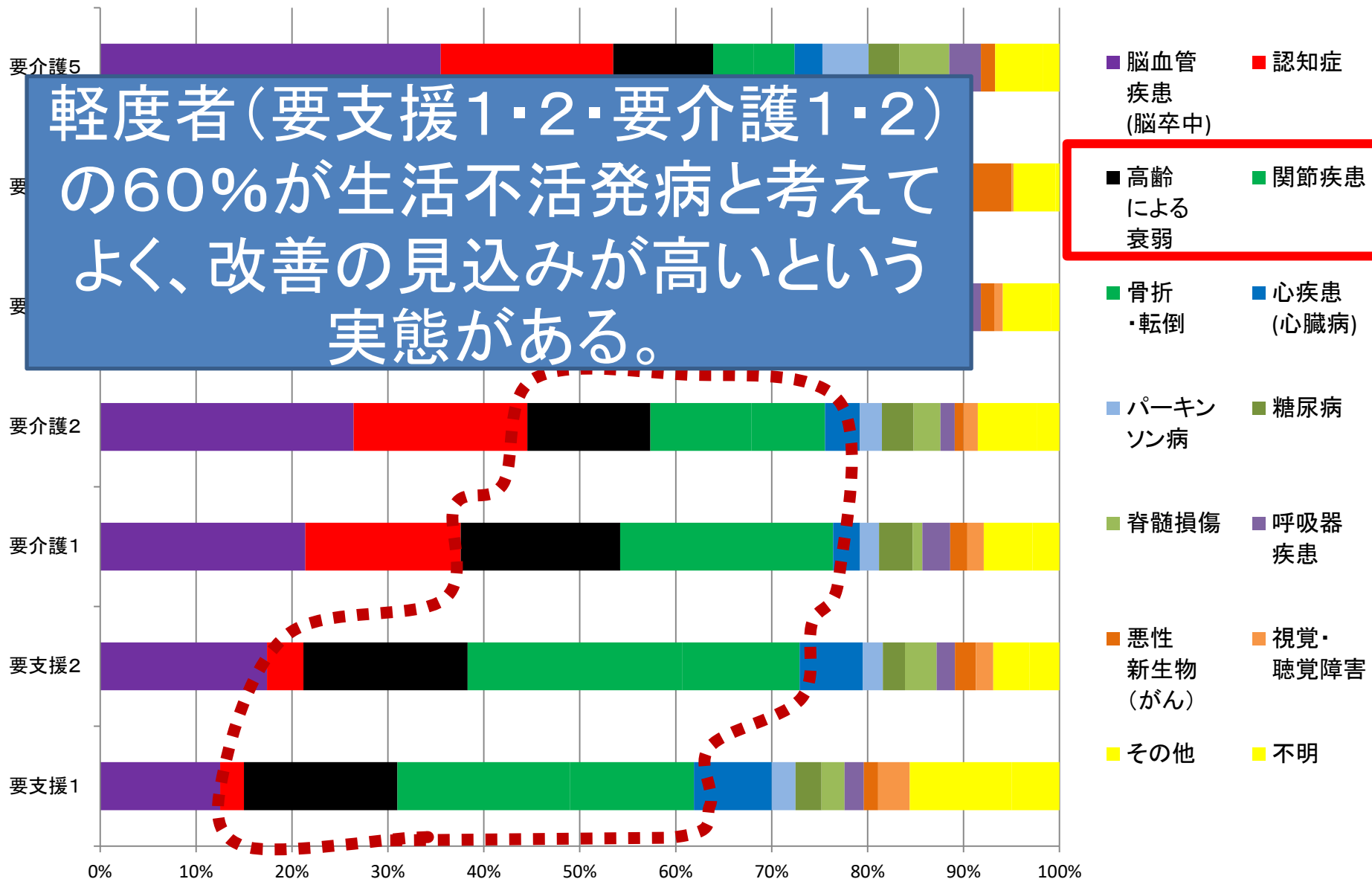
(一社)新潟県作業療法士会

会長 横田 剛

要介護度別の原因割合

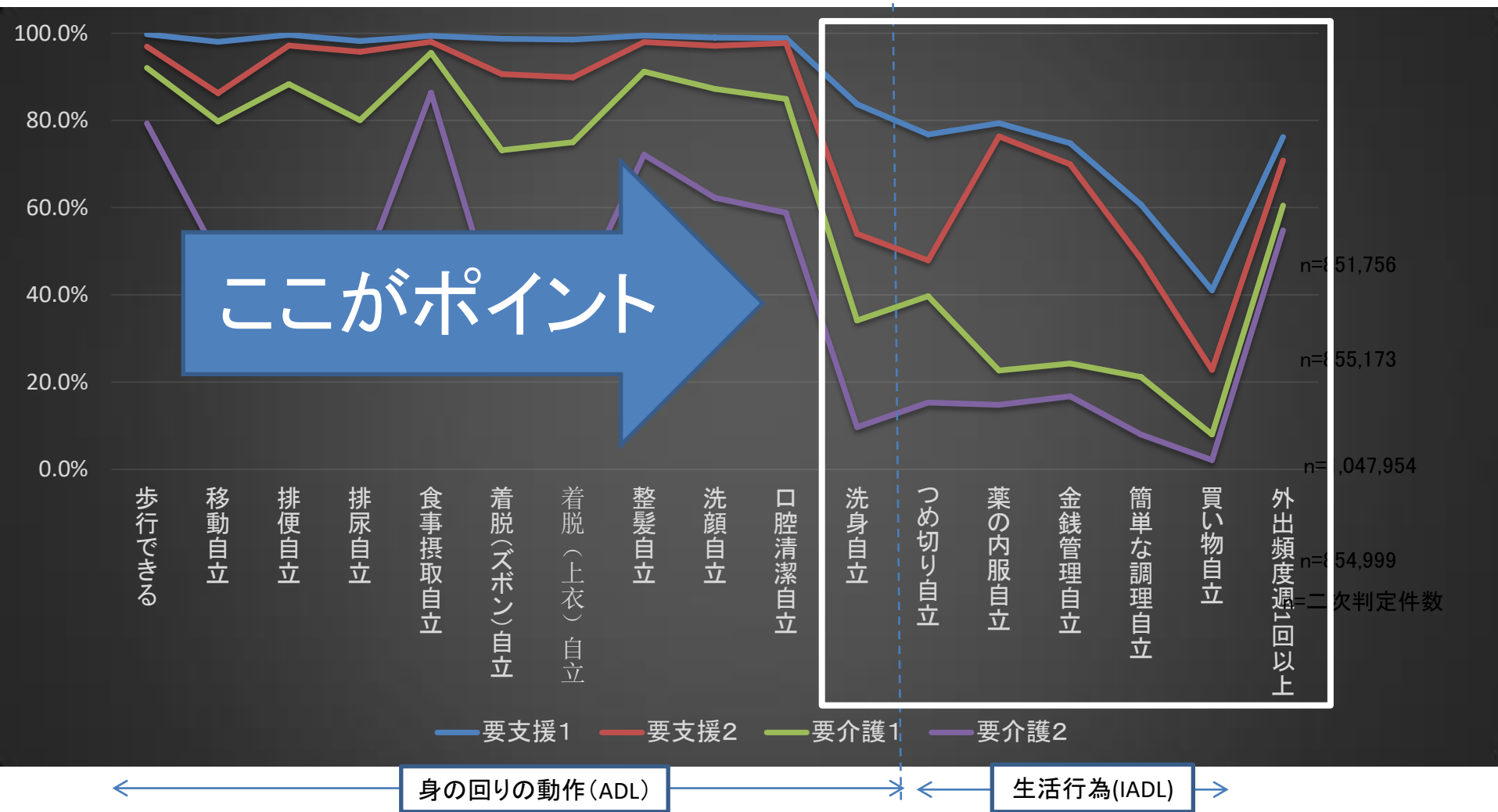


要介護度別の原因割合



(参考) 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))

自立支援マネジメントのターゲット

- 軽度者はIADLなどの生活行為から低下する事が多い
- IADLなどの生活行為を再び獲得する支援は介護度の進行予防の可能性がある
- 逆にIADLなどの生活行為改善への効果の少ない支援は介護度の進行を食い止める効果に欠ける可能性がある。
- IADLなどの生活行為の喪失は問題にされないことが多い。
- IADLなどの生活行為向上支援のためのケアプラン/介護予防プランが求められている

生活行為の5つの領域

| 領域 | 内容 |
|-------------------------|---|
| 日常生活活動 (ADL) | トイレ, 入浴, 更衣, 歯磨き, 整容, 睡眠など |
| 手段的 日常生活活動 (IADL) | 掃除, 料理, 買い物, 家や庭の手入れ, 洗濯, 自転車, 自動車運転, 公共交通機関利用, 子供の世話, 動物の世話など |
| 生産的生活行為 | 賃金を伴う仕事, 畑など |
| 余暇的生活行為 | 趣味, 読書, 俳句, 書道, 絵を書く, パソコン, 写真, 観劇, 演奏会, お茶, お花, 歌, 囲碁, 散歩, スポーツ, 競馬, 手工芸, 旅行など |
| 社会参加活動 | 高齢者クラブ, 町内会, お参り, ボランティアなど |

自立支援の基本的立場 概念の共有

私達の暮らしは、様々な活動から成り立っています。
それは、24時間、365日連続しています。

様々な活動を「生活行為」と言います。

そして、**生活行為を続けることが、実は非常に大切な**
ことです。

生活行為を継続する事が「寝たきり」や「認知症」な
ど「要介護になること」を防止する可能性があるから
です。

これからの市町村の展開(いわゆる横展開)

- **地域ケア会議**:「地域ケア個別会議」の開催が増える。他職種(専門職)の参加が求められる。まずは要支援(生活不活発病モデル)中心に検討することになる。



- **介護予防ケアマネジメント**:自立支援・介護予防に資する予防プラン/ケアプラン作成が必要。その助言ができる専門職が必要。

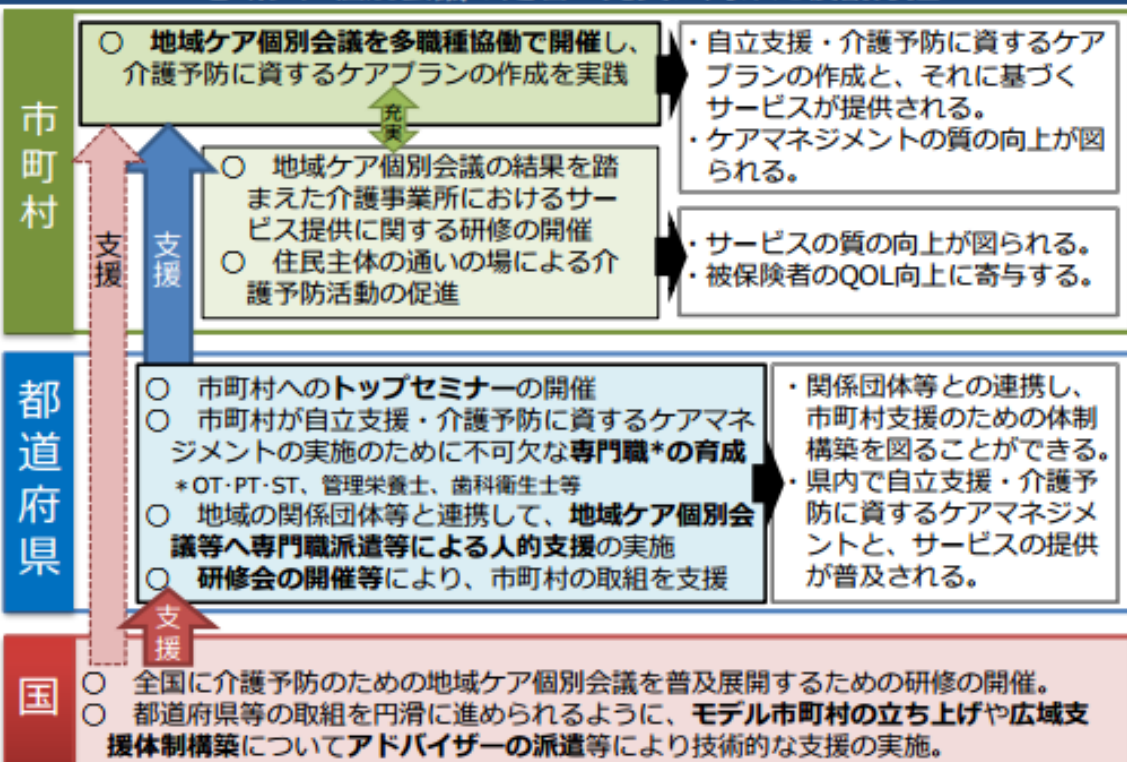


- **総合事業**:そのケアプランを実施できる事業所育成、サービスの創設が必要

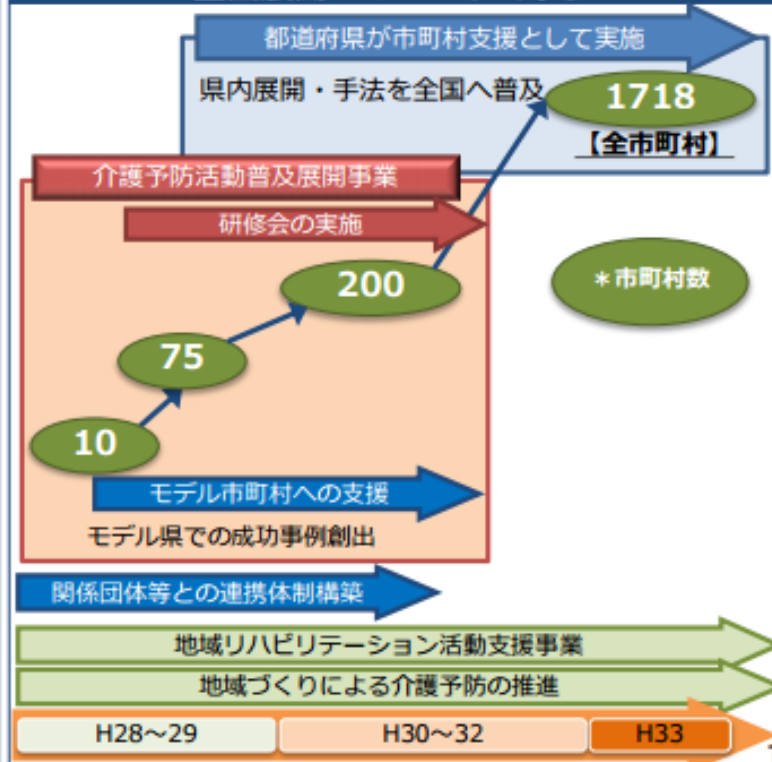
効果的な介護予防等の取組の横展開

- 地域ケア会議は個別事例の課題検討を目的とした「地域ケア個別会議」と、地域に必要な取組を明らかにして施策や政策の立案・提言を目的とした「地域ケア推進会議」に分類される。
- 地域ケア個別会議では、多職種が協働して、個別ケースの支援内容を検討することで、高齢者の自立に資するケアマネジメントを実施し、被保険者の課題解決や自立支援の促進、ひいてはQOLの向上を目指している。これからの自立支援・介護予防においては、介護予防等の観点から地域ケア個別会議等を活用し、要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すことが重要である。
- 上記の様な地域ケア個別会議を実施するためには、運動・口腔・栄養等に関して幅広い知識が求められ、多職種からの専門的な助言を得ながら実施する必要がある。
- 平成29年介護保険法改正を踏まえた検討のなかでも、介護保険の理念である高齢者の自立支援と介護予防の堅持が必要とされ、具体的な取組の一つとして、地域ケア個別会議の多職種連携による取組の推進が求められている。
- 国が実施する「介護予防活動普及展開事業」においては、介護予防の観点を踏まえ、多職種が協働して実施している、要支援者等の自立を促すための地域ケア個別会議の手法について、市町村の取組を集約し、そのノウハウを交えながら、実践的な研修等を開催する。

地域ケア個別会議の定着・充実にに向けた役割分担



全国展開へのロードマップ



介護予防活動普及展開事業（平成28年度）

●目的

生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的とする。

具体的には、①介護予防における市町村のリーダーシップ構築、②市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、③効率的・効果的な短期集中介護予防プログラムの実施と地域の受皿づくりを全国の市町村で実践できるよう、以下のような技術的な支援を行う。

●平成28年度事業内容

全国の市町村における上記①～③の取組を強化するため、先進事例から普遍的なノウハウを抽出、普及し、実践につなげる。

(1) 介護予防活動普及調査事業

介護予防に積極的な自治体において取り組まれている「要介護状態からの卒業」を見据えた介護予防の手法について、全国の市町村において取り入れることができるよう、普遍的なノウハウを抽出し、ガイドラインを作成する。

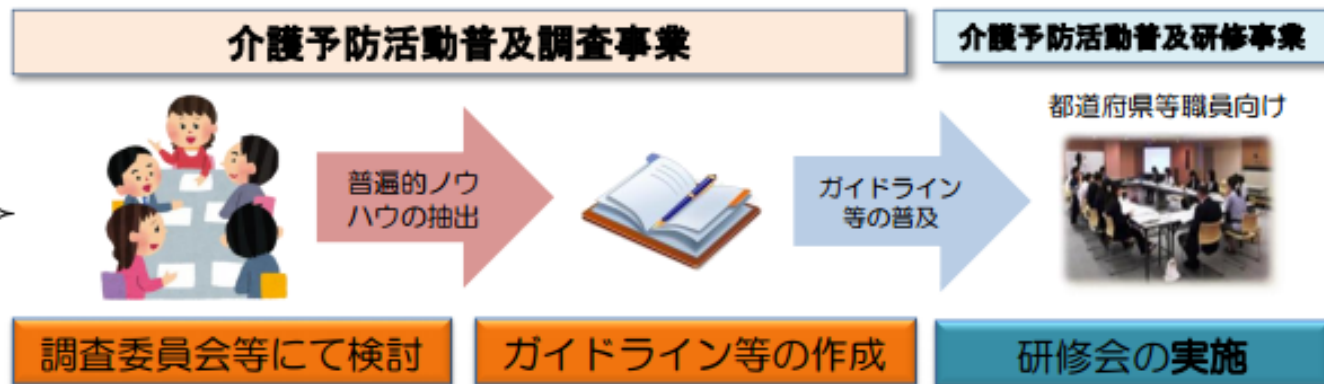
都道府県との連携の下、ガイドラインに沿った取組を全国の市町村が実践できるよう、研修・フォローアップのためのカリキュラムを策定し、市町村に提供する。

(2) 介護予防活動普及研修事業

上記研修カリキュラムを用いた研修会を試行的に開催し、ガイドライン、カリキュラム改訂時に内容の充実を図る。



自治体における先進事例



介護予防活動普及展開事業（平成29年度）

●目的

生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村等で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的とする。

具体的には、①介護予防における市町村のリーダーシップ構築、②市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、③効率的・効果的な介護予防に資するプログラム（短期集中介護予防等）の実施と地域の受皿づくりを全国の市町村で実践できるよう、以下のような技術的な支援を行う。

●平成29年度事業内容

（1）介護予防活動普及調査事業

平成28年度介護予防活動普及展開事業において作成した手引きについて、平成29年度介護予防活動普及研修事業をとおして、手引きの内容の更なる充実を図るために、手引きの改訂を図る。

（2）介護予防活動普及研修事業

平成28年度介護予防活動普及展開事業で作成した研修カリキュラムを用いた研修会を開催し、モデル自治体における事業定着を図るとともに、同事業において策定した手引きとそれに伴う組織の立ち上げ、運営等のモデル自治体における横展開を図る。

（3）介護予防活動普及アドバイザー養成事業

都道府県職員や市町村、関係団体等から人材を選定し、手引き等の普及を促進するためのアドバイザーを養成するため研修会等を開催する。

（4）介護予防活動普及啓発促進事業

事業者向けの研修や国民に向けた啓発等に係る映像教材等を作成し、自治体の負担軽減に配慮した普及展開を図る。



介護予防活動普及展開事業（平成29年度）

●目的

生涯現役社会を実現するため、先進的な市町村等で取り組んでいる効果的な介護予防の仕組みを全国展開し、元気な高齢者を増やすことを目的とする。
具体的には、①介護予防における市町村のリーダーシップ構築、②市町村が主体的に介護予防に取り組むための組織づくりと運営、③効率的・効果的な介護予防に資するプログラム（短期集中介護予防等）の実施と地域の受皿づくりを全国の市町村で実践できるよう、以下のような技術的な支援を行う。

「介護予防のための地域ケア個別会議」の立ち上げを全国で展開していく。

・介護予防のための地域ケア個別会議
利用者のQOLの向上を目指すために、多職種からの専門的な助言を得ることで、介護予防に資するケアプラン作成とそのケアプランに則したケア等の提供を行う。

手引き等の改訂



手引き等の普及

研修会の実施



全国で実施



アドバイザー養成



映像教材等



（1）介護予防活動普及調査事業（国が実施、都道府県・市町村へ情報提供）

28年度介護予防活動普及展開事業において作成した手引きについて、29年度介護予防活動普及研修事業をととして、手引きの内容の更なる充実を図るために、手引きの改訂を図る。

（2）介護予防活動普及研修事業（国がモデル都道府県、市町村等に実施）

国が平成28年度介護予防活動普及展開事業で作成した研修カリキュラムを用いた研修会を開催し、モデル自治体における事業定着を図る。事業の趣旨・概要、手引きのコンセプトを理解した都道府県が、市町村と協力しながら、同事業において策定した手引きとそれに伴う組織の立ち上げ、運営等をし、モデル自治体における横展開を図る。

- 「介護予防のための地域ケア個別会議」基礎研修会：国が都道府県、市町村等を対象に実施
都道府県、市町村担当者の介護予防のための地域ケア個別会議の趣旨・概要、手引きのコンセプトの理解を促す。
- 地域ケア個別会議司会者養成研修会：国がモデル都道府県・市町村等を対象に実施
介護予防のための地域ケア個別会議の司会者に求められるスキルの獲得を目指す。

（3）介護予防活動普及アドバイザー養成事業（国が実施）

- 地域ケア個別会議アドバイザー養成研修会：国がアドバイザーになり得る者*を対象に実施
手引き等の普及や介護予防のための地域ケア個別会議の実践を推進するためのアドバイザーを養成。
*都道府県担当者を想定しているが、都道府県が推薦する者でも可（例えば関係団体から推薦される専門職等）。
都道府県を単位に活動することが想定されるため、実際に市町村にアドバイスや実地支援できる者が望ましい。

（4）介護予防活動普及啓発促進事業（国が実施、都道府県・市町村へ情報提供）

上記(2)(3)に基づいた自治体向け教育教材や国民に向けた啓発等に係る映像教材等を作成し、自治体の負担軽減を図る。

介護予防活動普及展開事業（平成29年度）と 都道府県における介護予防のための地域ケア個別会議の横展開のイメージ

介護予防活動普及展開事業

国 ⇒ 都道府県・市町村への研修会

「介護予防のための地域ケア個別会議」基礎研修会

・都道府県担当者が各種手引きのコンセプト、都道府県の役割を理解する

地域ケア個別会議 司会者養成研修会

・地域ケア個別会議の司会者の養成
・司会者には司会だけではなく、事例のアセスメントや地域ケア個別会議に出席している専門職等の助言者から必要なアドバイスを引き出す必要がある。

地域ケア個別会議 アドバイザー養成研修会

・手引き等の普及や介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げ・実践を推進するためのアドバイザーの養成

● 都道府県・市町村に求められる事項
○ モデルの利点

- 地域ケア個別会議を開催、推進するためには当該会議に関わる人材の育成・確保が必要になる。
- 国が研修会を開催することで、都道府県、市町村は研修開催に係る負担がかからない。
- モデル都道府県・市町村が研修会へ参加するための旅費を国が一部負担。

介護保険事業費補助金（介護予防市町村支援事業）

都道府県 ⇒ 市町村

トップセミナーの開催

・市町村として地域ケア個別会議に取り組む必要を首長、関係部課長に説明する。

都道府県

⇒ 関係団体 関係団体への 説明・研修会

・各関係団体が手引きのコンセプトを理解する。

リハビリテー ション専門職等 の派遣調整

・市町村が開催する地域ケア個別会議への人的支援のスキームの構築

専門職の人的支援

市町村・(都道府県)⇒事業所 事業所への説明・研修会

・事業所や地域包括支援センターへ市町村として地域ケア個別会議に取り組む必要を説明する。
・手引きのコンセプトを理解する

● 地域の実情等により一律に国が研修を行うのは困難なため、実際の立ち上げ準備は都道府県・市町村が実施することになる。

- 国やアドバイザーから各説明会、研修会開催のためのアドバイスを受けられる。
- 今後、全市町村での実施が求められている介護予防のための地域ケア個別会議を先んじて立ち上げられる。

地域ケア個別会議の立ち上げ

立ち上げ準備

都道府県

市町村

国

1. 保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組の推進

見直し内容 ～ 保険者機能の抜本強化 ～

- 高齢化が進展する中で、地域包括ケアシステムを推進するとともに、制度の持続可能性を維持するためには、保険者が地域の課題を分析して、高齢者がその有する能力に応じた自立した生活を送っていただくための取組を進めることが必要。
- 全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に取り組むよう、
 - ① データに基づく課題分析と対応(取組内容・目標の介護保険事業(支援)計画への記載)
 - ② 適切な指標による実績評価
 - ③ インセンティブの付与を法律により制度化。

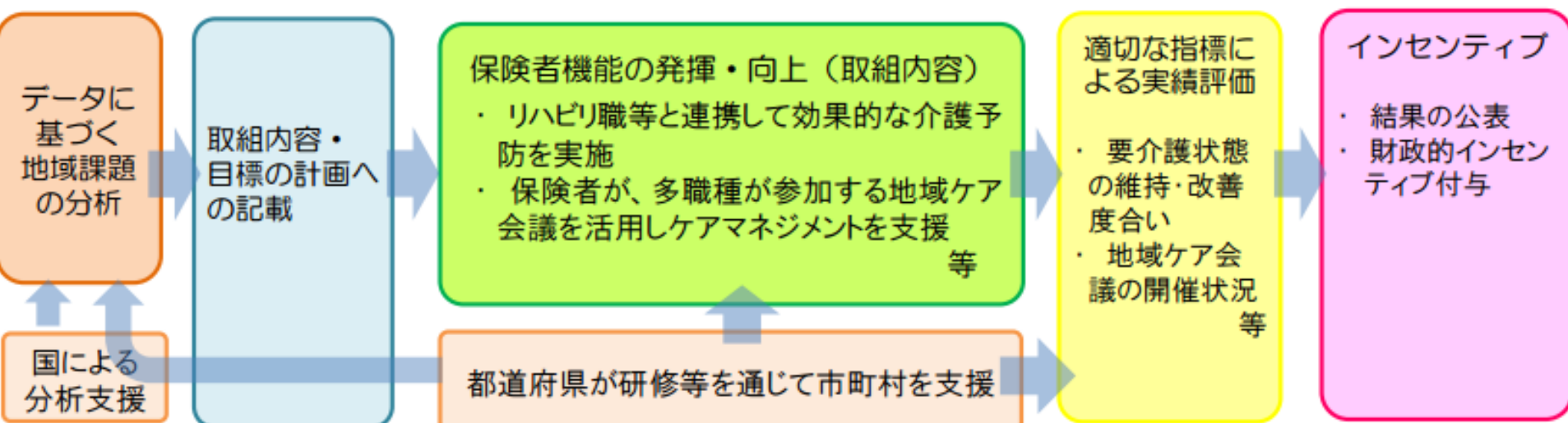
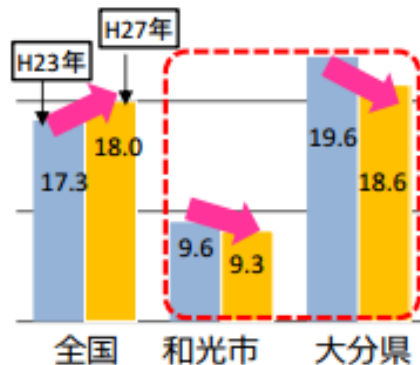
※主な法律事項

- ・介護保険事業(支援)計画の策定に当たり、国から提供されたデータの分析の実施
- ・介護保険事業(支援)計画に介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標を記載
- ・都道府県による市町村支援の規定の整備
- ・介護保険事業(支援)計画に位置付けられた目標の達成状況についての公表及び報告
- ・財政的インセンティブの付与の規定の整備

先進的な取組を行っている和光市、大分県では

- 認定率の低下
- 保険料の上昇抑制

要介護認定率の推移



これから求められるリハ職の動き

- ① **地域ケア会議**：「地域ケア個別会議」のための人材育成。特に生活不活発病に対する標準化された対応方法の準備が必要。
- ② 介護予防ケアマネジメント：介護予防ケアマネジメントの知識とケアプランに反映させる方法についての知識が必要。
- ③ 総合事業：事業所セラピストへの指導や事業所に指導できるセラピストの育成が必要。事業所用の標準化された自立支援プログラムが必要。

これから求められるリハ職の動き

- ① **地域ケア会議**：「地域ケア個別会議」のための人材育成。特に生活不活発病に対する標準化された対応方法の準備が必要。

「生活不活発病事例」から取り組んでほしいが、今までは「処遇困難事例」が多かった。

困難事例が上がってきたら、地域ケア会議の保険者である市町村の担当者とよく相談して「生活不活発病」事例から始めませんかとお伝えしましょう。

軽度者の6割は改善できるはずだからです。

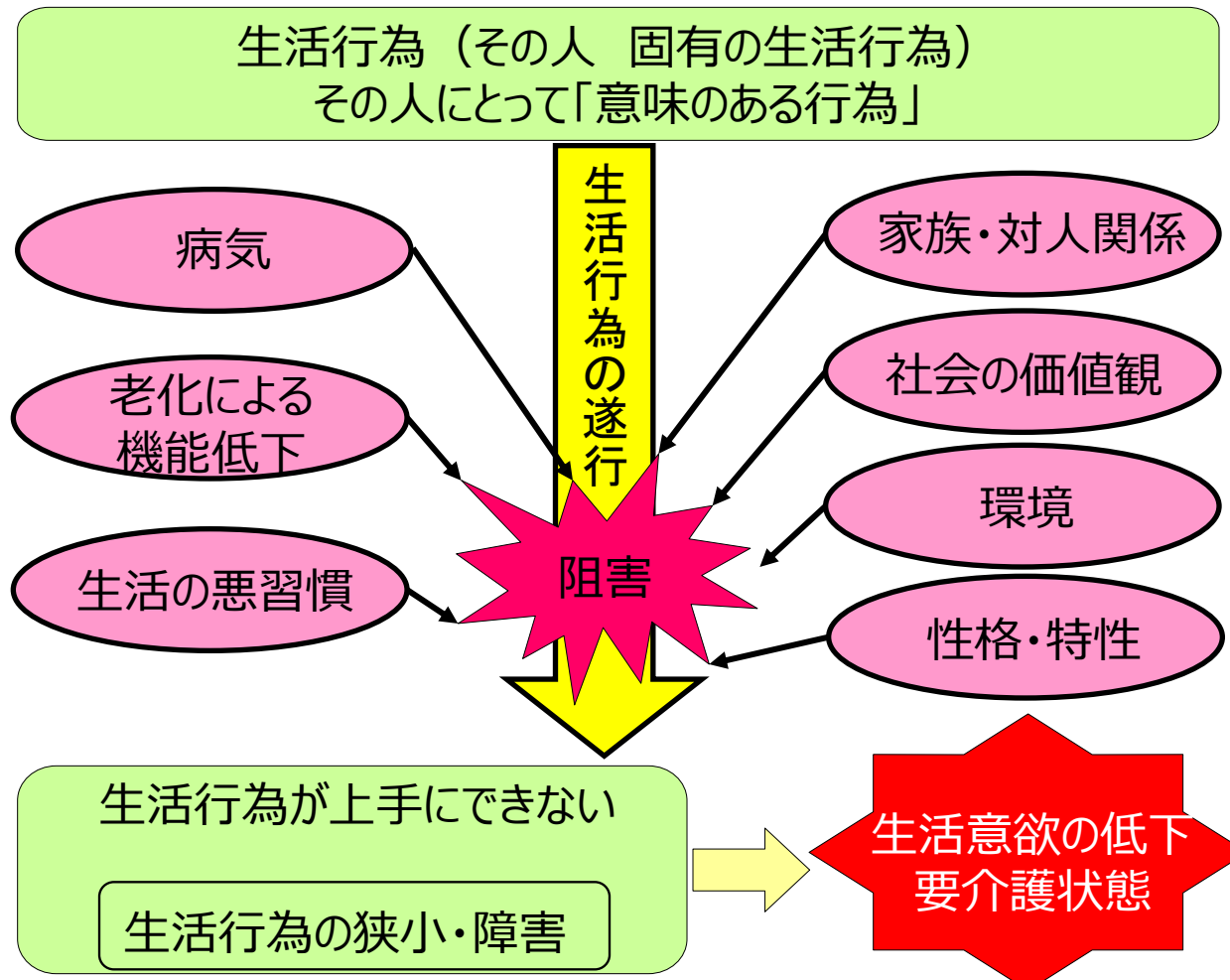
その後、処遇困難事例も扱えるようになるのが標準的な順番です。

①地域ケア介護でのアドバイスの仕方

1. **現状把握**: 要支援・要介護になっている原因を明確にする。
2. 生活行為工程分析: 出来ない生活行為or行いたい生活行為を対象に課題となっている工程を明確にする。
3. 解決手段立案: ①機能の改善②代替手段提示③住環境・福祉用具での解決の組み合わせで行う。
4. ⇒介護予防ケアマネジメントへ修正反映

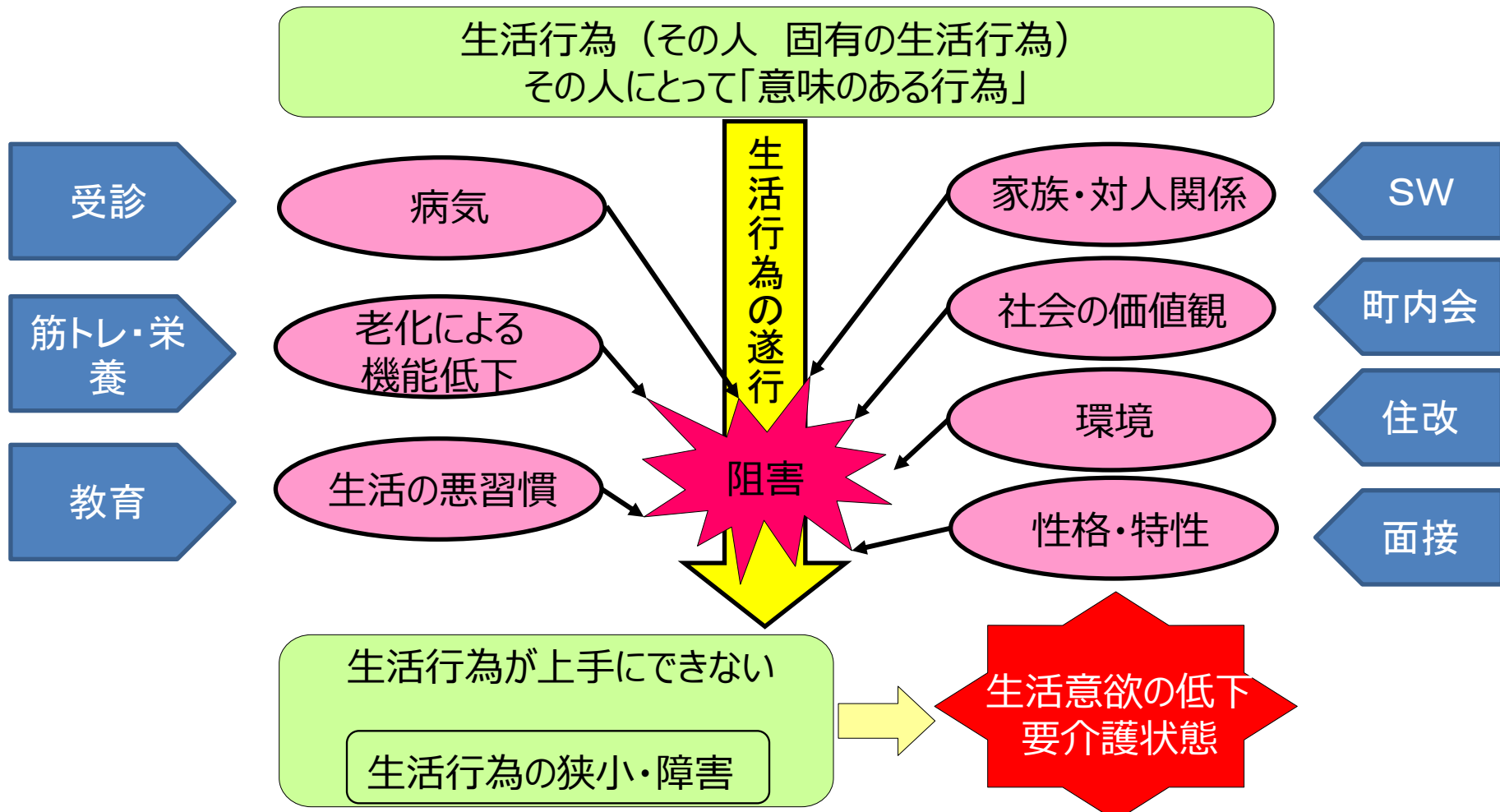
1.現状把握①

- 原因は疾患だけでなく、様々な理由が組み合わさっている。



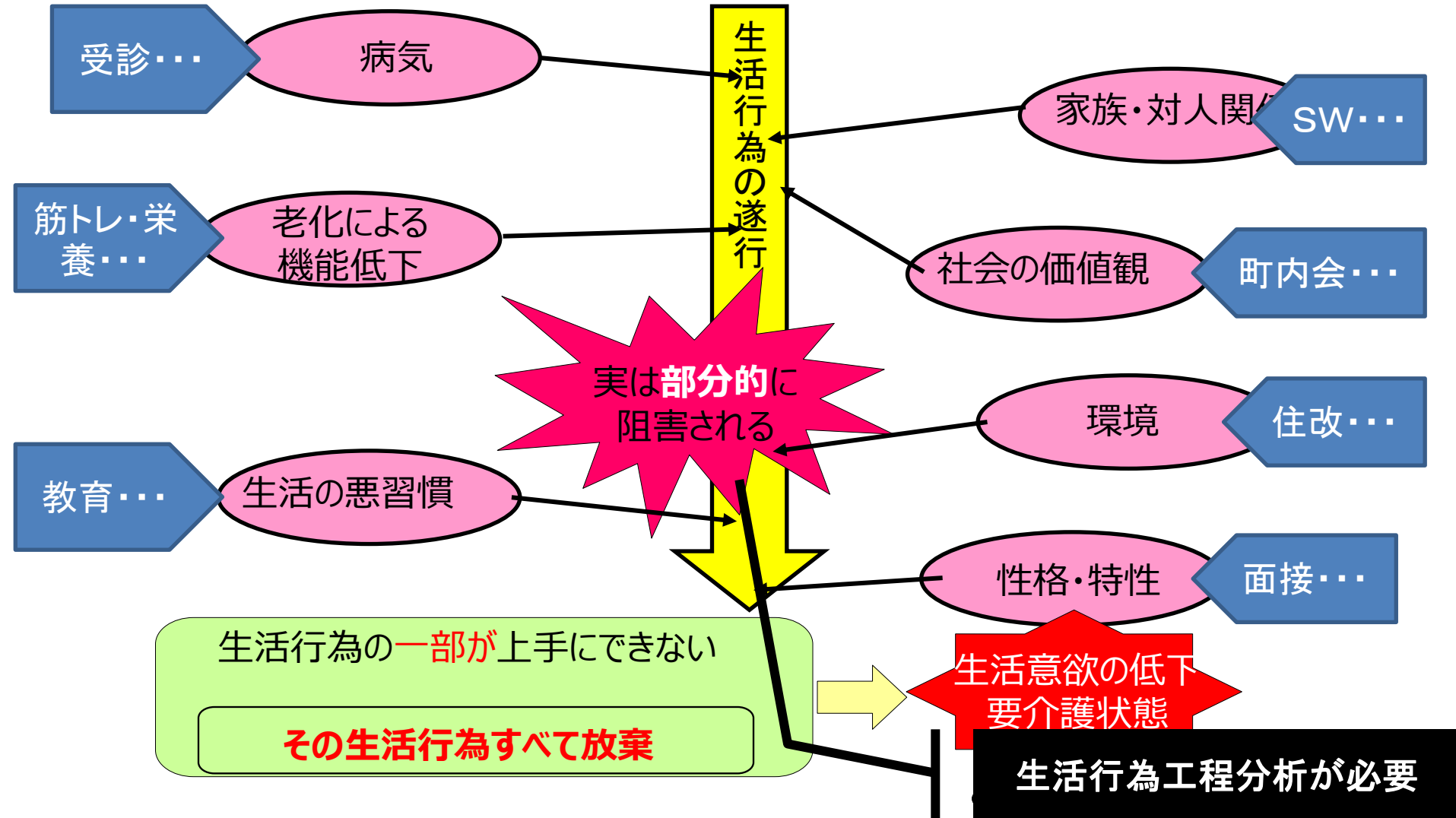
1.現状把握②

- この原因に対応した改善策を明確にしておく



1.現状把握③

- しかし、**原因へのアプローチ**だけでは、生活行為は自立しない事も理解しておく。



①地域ケア介護でのアドバイスの仕方

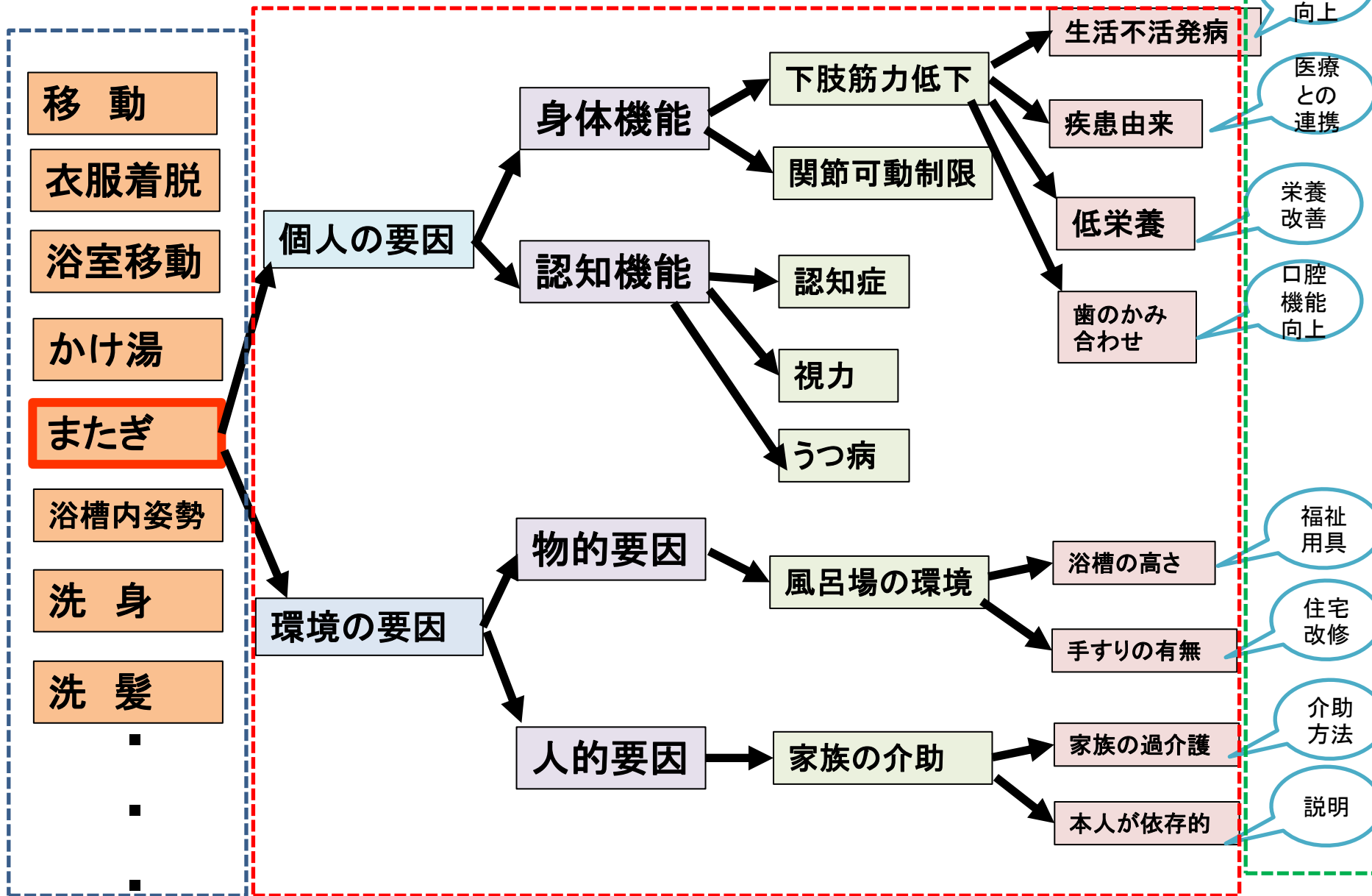
1. 現状把握：要支援・要介護になっている原因を明確にする。
2. **生活行為工程分析**：出来ない生活行為or行いたい生活行為を対象に課題となっている工程を明確にする。
3. 解決手段立案：①機能の改善②代替手段提示③住環境・福祉用具での解決の組み合わせで行う。
4. ⇒介護予防ケアマネジメントへ修正反映

2.生活行為工程分析①

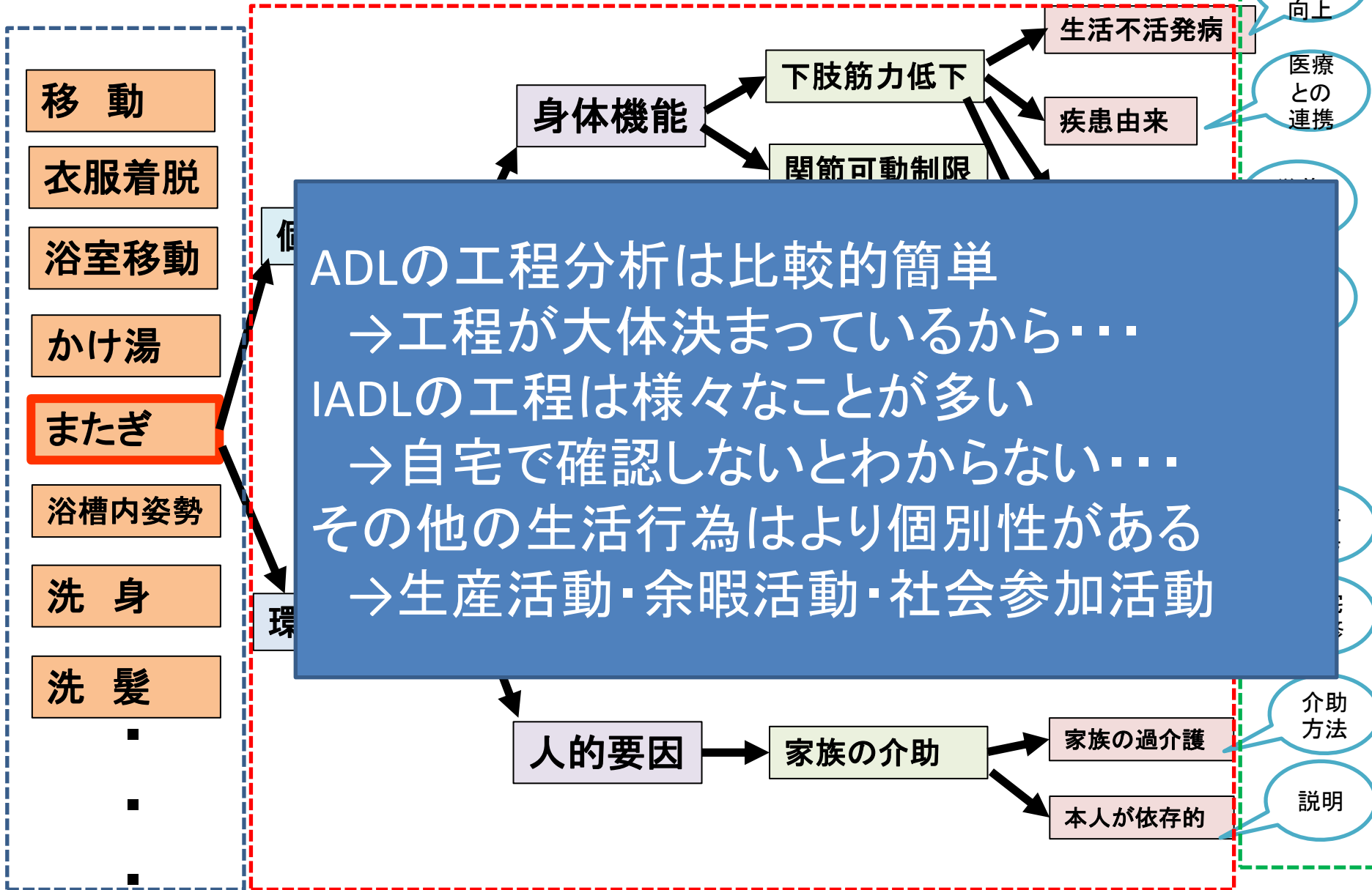
1. 生活行為工程分析

- 「準備をする」・・・頭の中で考えたり、冷蔵庫の中を確認したり・・・企画準備力
- 「実際に行う」・・・調理をしたり、掃除機をかけたり・・・実行力
- 「後片付け」・・・ごみをまとめたり、残りの食材を整理したり・・・検証完了力
- その工程は「していない」のか、「出来ないのか」を明確にする。

例) 入浴動作の工程分析⇒課題抽出⇒支援プラン



例) 入浴動作の工程分析⇒課題抽出⇒支援プラン

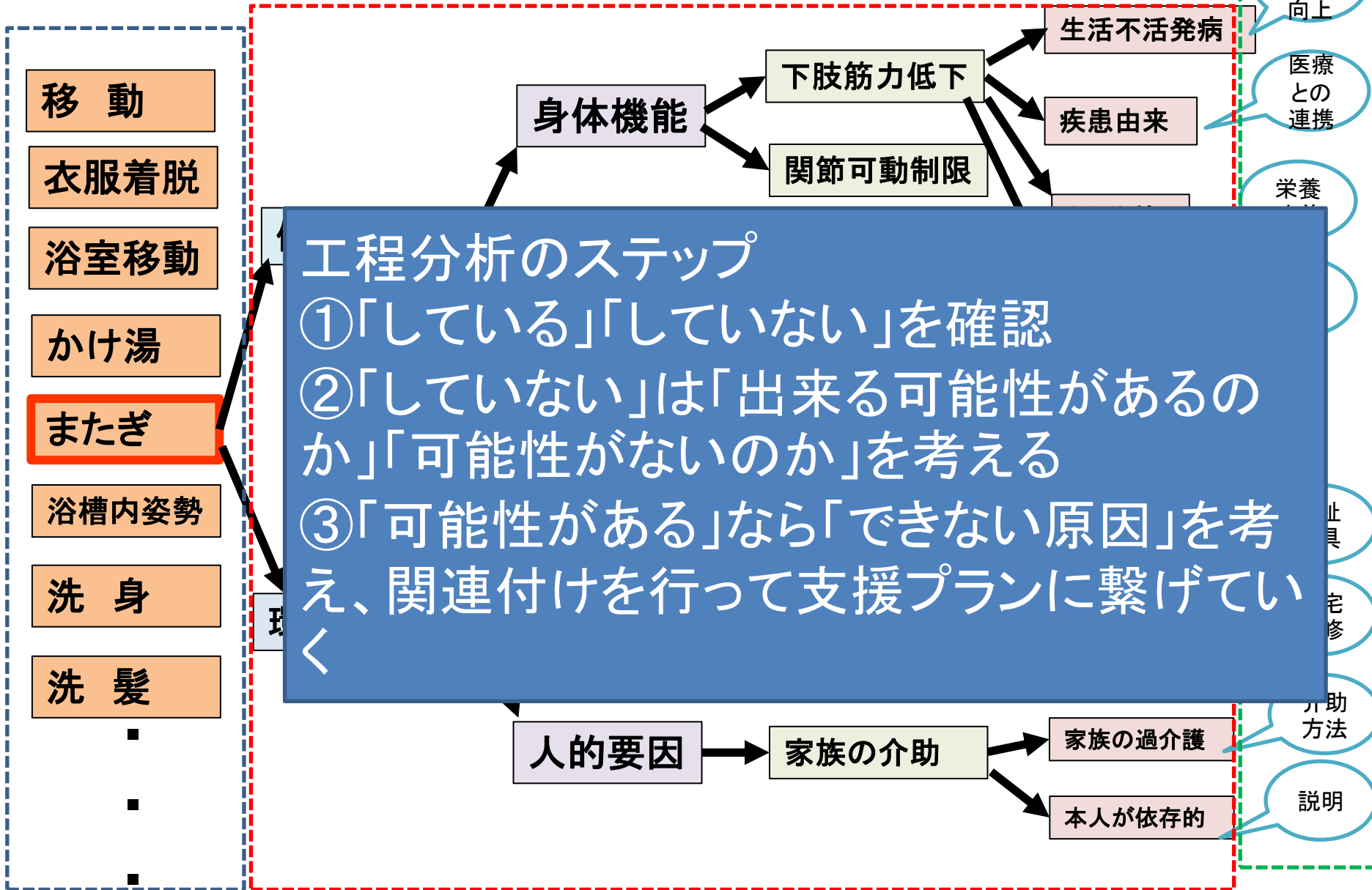


2.生活行為工程分析②

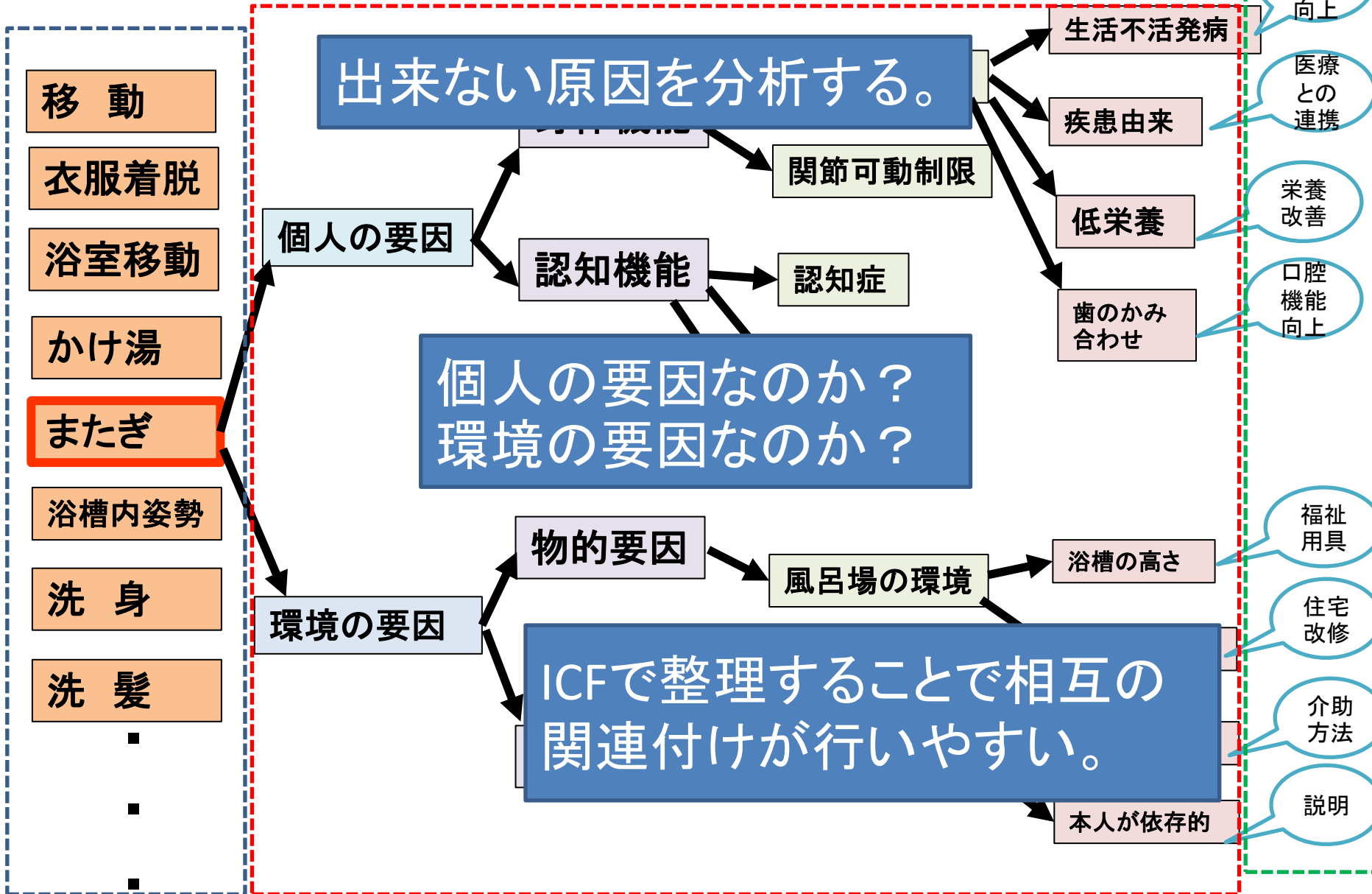
2. 課題(原因)の抽出・・・関連付け分析

- 「出来ない部分」の出来ない理由を考えます。
- 疾患(認知症など)があるから出来ないのではなく、疾患に付随するなんらかの障害が原因になっていることが多いです。
- そして、それ以外の原因も多いので、最初に分析した要支援・要介護の原因との関係进行分析して、詳細に関連付けを行います。

例) 入浴動作の工程分析⇒課題抽出⇒支援プラン



例) 入浴動作の工程分析⇒課題抽出⇒支援プラン



①地域ケア介護でのアドバイスの仕方

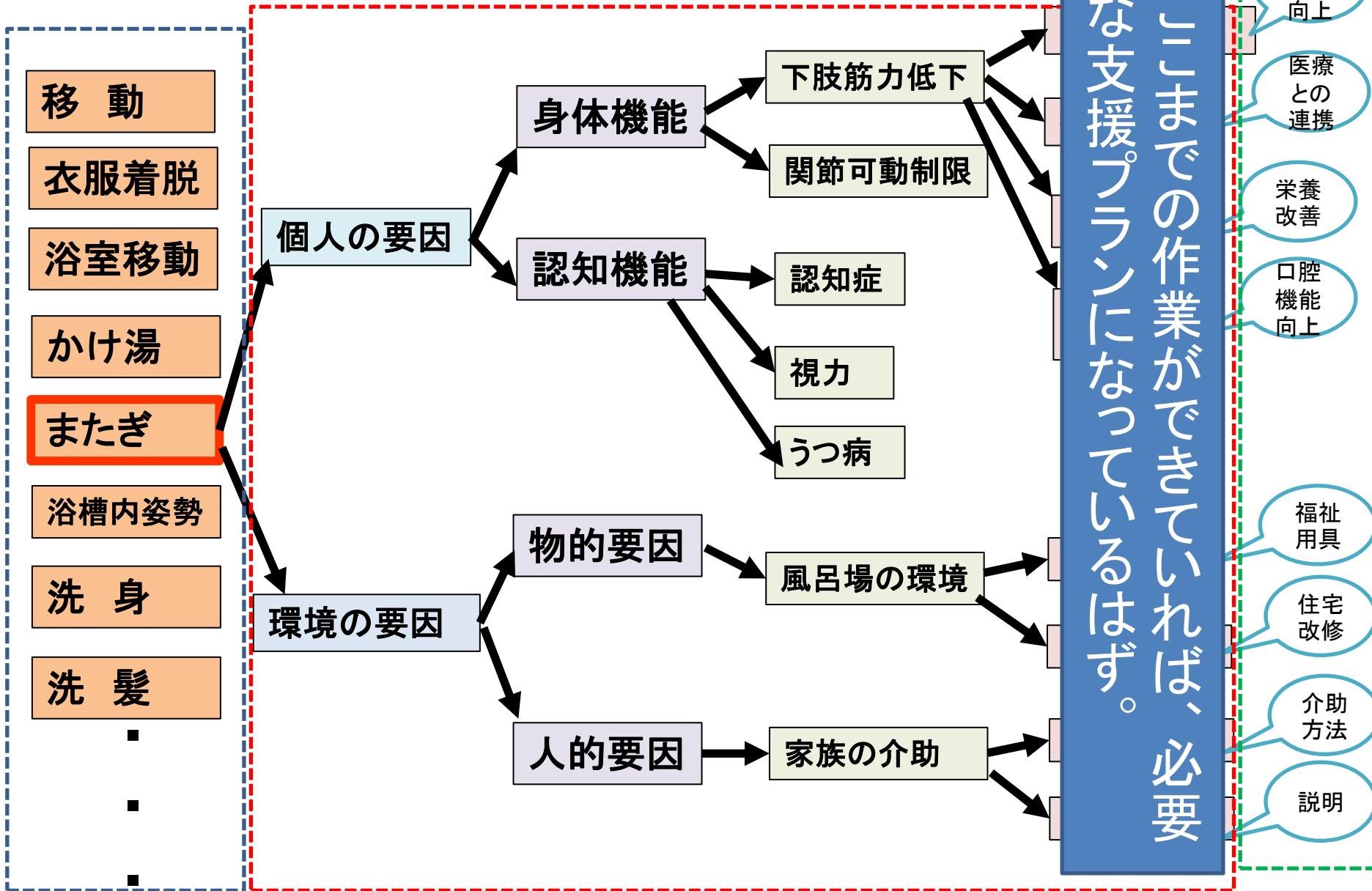
1. 現状把握：要支援・要介護になっている原因を明確にする。
2. 生活行為工程分析：出来ない生活行為or行いたい生活行為を対象に課題となっている工程を明確にする。
3. **解決手段立案**：①機能の改善②代替手段提示③住環境・福祉用具での解決の組み合わせで行う。
4. ⇒介護予防ケアマネジメントへ修正反映

3.解決手段立案①

支援プランの立案(人・作業・環境)

- 対象者の身体的・認知的能力を向上させ解決する・・・筋トレで浴槽を跨げるようにするなど。
- 別なやり方で出来るようにする・・・かぼちゃをレンジでチンしてから切ることにするなど。
- 道具や人の支援で出来るようにする・・・トイレのドアを変更して車いすで入れるようにするなど。

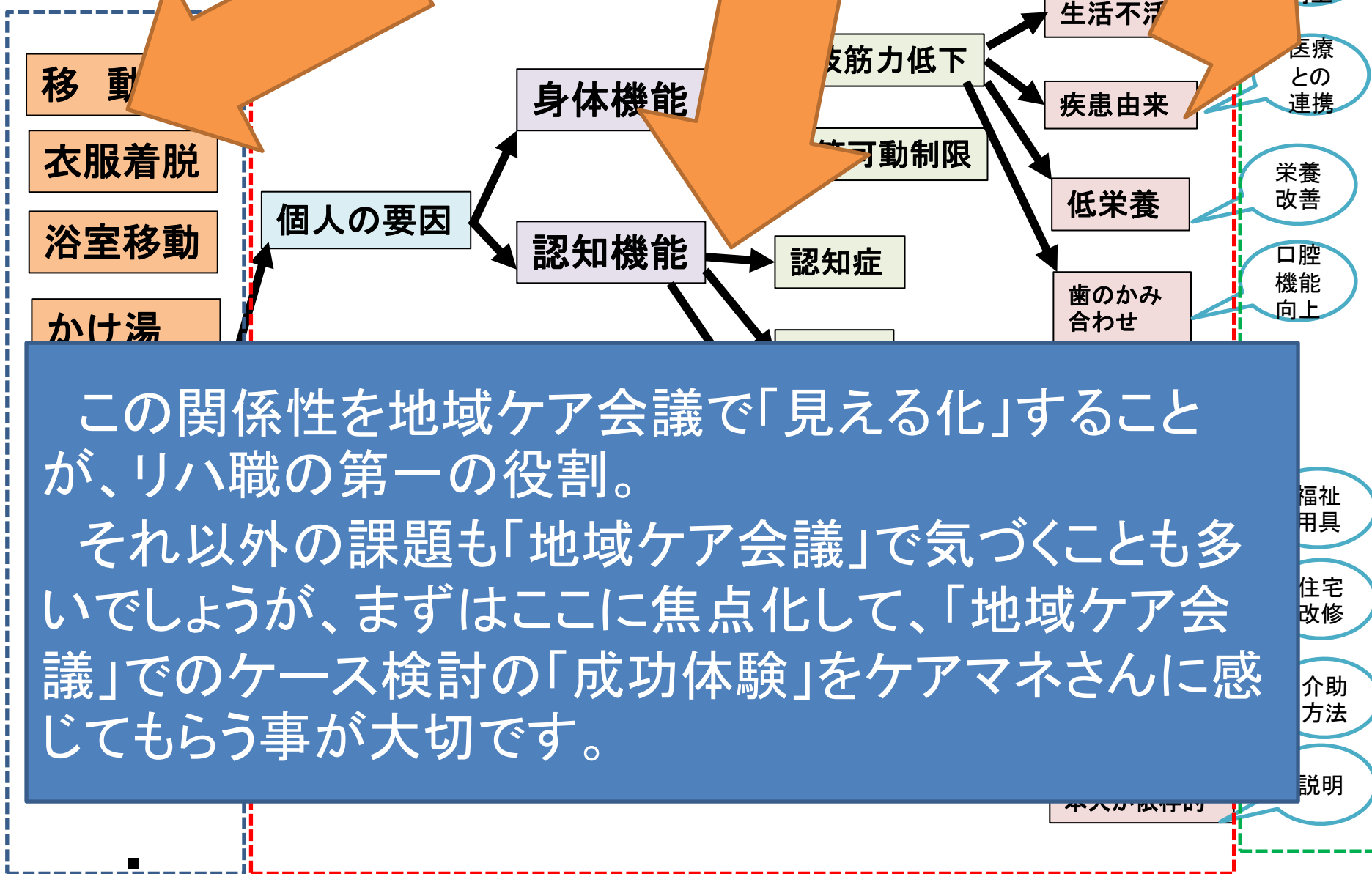
例) 入浴動作の工程分析⇒課題抽出⇒支援プラン



3.解決手段立案②

- ◆簡単な生活行為から選ぶ⇒成功体験が大事
- ◆3カ月ぐらいで達成可能なものが良い⇒短期目標の期間は3カ月
- ◆動機付けが実は大変⇒年だから・・・は厳禁
- ◆支援者間のコミュニケーションが成否を分ける
⇒サービス担当者会議は実務者で行う
- ◆課題は現場で起きている⇒現場に集まりましょう
- ◆「生産活動」「余暇活動」「社会参加活動」への拡がりは目の前の「IADL」達成から始まります

例) 入浴動作の工程分析⇒課題抽出⇒支援プラン



①地域ケア介護でのアドバイスの仕方

1. 現状把握：要支援・要介護になっている原因を明確にする。
2. 生活行為工程分析：出来ない生活行為or行いたい生活行為を対象に課題となっている工程を明確にする。
3. 解決手段立案：①機能の改善②代替手段提示③住環境・福祉用具での解決の組み合わせで行う。
4. ⇒ **介護予防ケアマネジメント**へ修正反映

これから求められるリハ職の動き

- ① 地域ケア会議：「地域ケア個別会議」のための人材育成。特に生活不活発病に対する標準化された対応方法の準備が必要。
- ② **介護予防ケアマネジメント**：介護予防ケアマネジメントの知識とケアプランに反映させる方法についての知識が必要。
- ③ 総合事業：事業所セラピストへの指導や事業所に指導できるセラピストの育成が必要。事業所用の標準化された自立支援プログラムが必要。

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） *ケアマネジメントBは網掛け部分省略可能

No. _____
 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ 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

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）
 計画作成（変更）日 _____（初回作成日 _____） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

1日 _____ 1年 _____

| アセスメント領域と現在の状況 | 本人・家族の意欲・意向 | 領域における課題（背景・原因） | 総合的課題 | 課題に対する目標と具体策の提案 | 具体策についての意向本人・家族 | 目標 | 支援計画 | | | | | |
|----------------|-------------|---|-------|-----------------|-----------------|----|----------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|----|
| | | | | | | | 目標についての支援のポイント | 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス） | 介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス） | サービス種別 | 事業所（利用先） | 期間 |
| 運動・移動について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | |
| 日常生活(家庭生活)について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | |
| 健康管理について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | |

介護予防サービス実施計画書への反映が必要
 ……どの部分から始めると良いのか？

健康状態について
 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本未行す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：生活不活発病の改善予防のポイント

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 | | | | | | |

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。
 _____ 氏名 _____ 印

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） *ケアマネジメントBは網掛け部分省略可能

No. _____
 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ 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

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）
 計画作成（変更）日 _____ （初回作成日 _____ ） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活
 1日 _____ 1年 _____

全体ではなく、出来るところから・・・を勧めます。

| 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 | 課題に対する目標と具体策の提案 | 具体策についての本人・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） |
| 運動・活動について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | |
| 健康管理について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | |

健康状態について
 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本未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：生活不活発病の改善予防のポイント

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 | | | | | | |

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。
 _____ 氏名 _____ 印

介護予防ケアマネジメントへのアドバイス

1. **目標設定**：課題に挙げた生活行為を目標(短期)にする。
2. 支援のポイント(サービス内容)：出来ない工程が出来るようになるための内容を具体的に提示。
3. サービス種別：訪問と通所の組み合わせで解決することが多い。
4. ⇒総合事業事業所のケアプランへ修正反映

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） *ケアマネジメントBは網掛け部分省略可能

No. _____

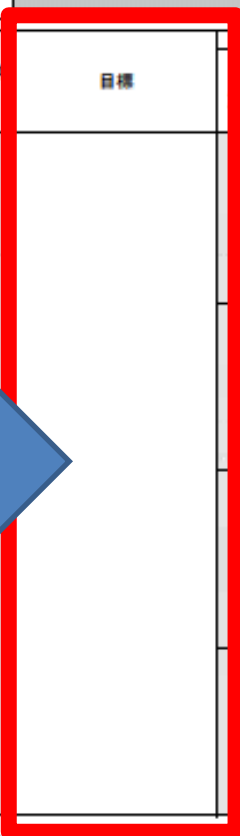
利用者名 _____ 種 _____ 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____（初回作成日 _____） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活
1日 _____ 1年 _____

| アセスメント領域と現在の状況 | 本人・家族の意欲・意向 | 領域における課題（背景・原因） | 総合的課題 | 課題に対する目標と具体策の提案 | 具体策についての意向本人・家族 | 目標 | 支援計画 | | | | |
|-------------------------|-------------|---|-------|-----------------|-----------------|----|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|
| | | | | | | | 目標についての採のポイント | 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） |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 健康管理について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | |



健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本未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：生活不活発病の改善予防のポイント

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 | | | | | | |

| | |
|------------|-------|
| 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。
_____ 氏名 _____ 印

介護予防ケアマネジメントへのアドバイス

1. 目標設定：課題に挙げた生活行為を目標(短期)にする。
2. **支援のポイント(サービス内容)**：出来ない工程が出来るようになるための内容を具体的に提示。
3. サービス種別：訪問と通所の組み合わせで解決することが多い。
4. ⇒総合事業事業所のケアプランへ修正反映

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） *ケアマネジメントBは網掛け部分省略可能

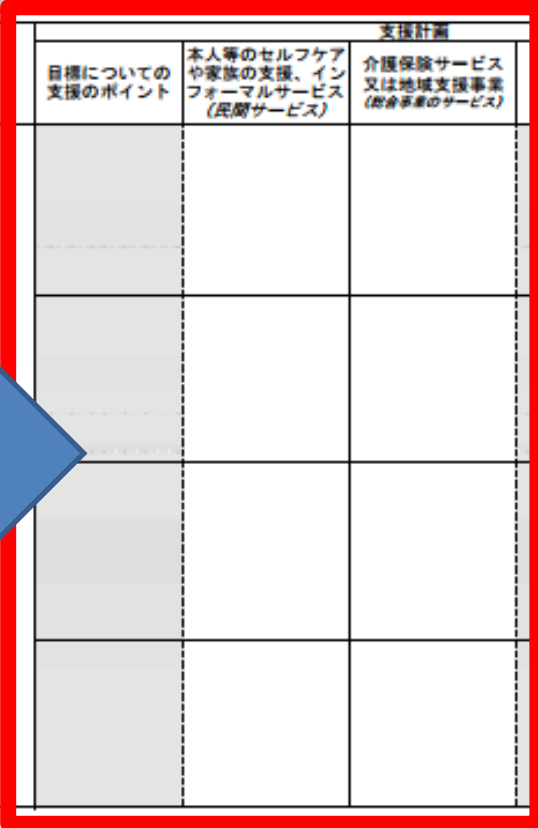
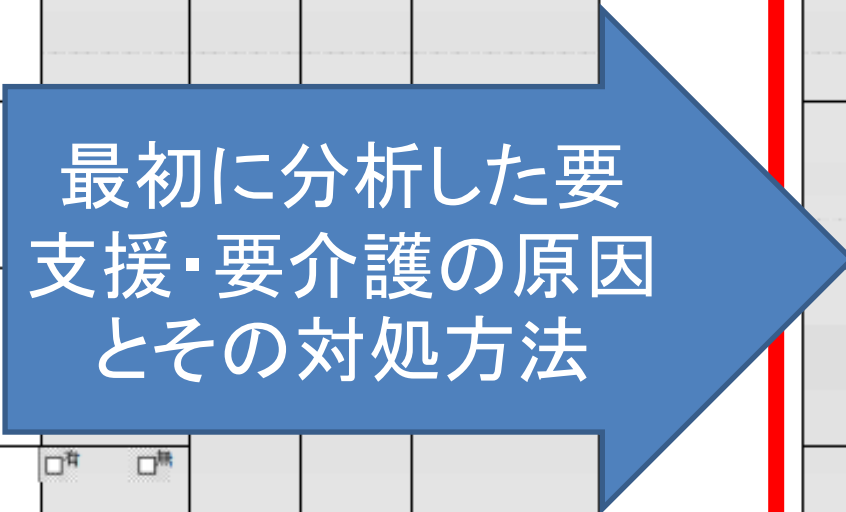
No. _____ 利用者名 _____ 種 _____ 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ 初回・紹介・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 事業対象者 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____（初回作成日 _____） _____ 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____ 1日 _____ 1年 _____

| アセスメント領域と現在の状況 | 本人・家族の意欲・意向 | 領域における課題（背景・原因） | 総合的課題 | 課題に対する目標と具体策の提案 | 具体策についての意向本人・家族 | 目標 | 支援計画 | | | | | |
|-------------------------|-------------|---|-------|-----------------|-----------------|----|----------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|----|
| | | | | | | | 目標についての支援のポイント | 本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス） | 介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス） | サービス種別 | 事業所（利用先） | 期間 |
| 運動・移動について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | |
| 日常生活(家庭生活)について | | | | | | | | | | | | |
| 社会参加、対人関係・コミュニケーションについて | | | | | | | | | | | | |
| 健康管理について | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | | | | |



健康状態について
 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本未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：生活不活発病の改善予防のポイント

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 | | | | | | |

| | |
|------------|-------|
| 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。

_____ 氏名 _____ 印

介護予防ケアマネジメントへのアドバイス

1. 目標設定：課題に挙げた生活行為を目標(短期)にする。
2. 支援のポイント(サービス内容)：出来ない工程が出来るようになるための内容を具体的に提示。
3. **サービス種別**：訪問と通所の組み合わせで解決することが多い。
4. ⇒総合事業事業所のケアプランへ修正反映

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） *ケアマネジメントBは網掛け部分省略可能

No. _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 認定の有効期間 _____ 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

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ (初回作成日 _____) 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

| 1日 | 1年 | | | | | | 支援計画 | | | | | | |
|-------------------------|----------------|---|-----------------|-------|-----------------|-----------------|------|----------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------|----------|----|
| | 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 | 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 | | | | | | | | | | | |

何時何処で誰が行うのかを明確にしたサービスと事業所名「訪問」と「通所」の組み合わせ

健康状態について
 主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本未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：生活不活発病の改善予防のポイント

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 | | | | | | |

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。

_____ 氏名 _____ 印

介護予防ケアマネジメントへのアドバイス

1. 目標設定：課題に挙げた生活行為を目標(短期)にする。
2. 支援のポイント(サービス内容)：出来ない工程が出来るようになるための内容を具体的に提示。
3. サービス種別：訪問と通所の組み合わせで解決することが多い。
4. ⇒ **総合事業事業所のケアプラン**へ修正反映

これから求められるリハ職の動き

- ① 地域ケア会議：「地域ケア個別会議」のための人材育成。特に生活不活発病に対する標準化された対応方法の準備が必要。
- ② 介護予防ケアマネジメント：介護予防ケアマネジメントの知識とケアプランに反映させる方法についての知識が必要。
- ③ **総合事業**：事業所セラピストへの指導や事業所に指導できるセラピストの育成が必要。事業所用の標準化された自立支援プログラムが必要。

「20・
たことに
%と続

NPO
ボランティアなど

調に進んでいる」と答え、
地域ごとの差が浮き彫り
になった。新潟市など4
市町（15%）は移行から
日が浅く、実績が十分把握

苦勞しているとした12市
町村のうち、8市町村が「住
民やボランティアなど新た
な担い手の確保が難しい」
ことを理由に挙げた。新発

軽度者向けサービスの現状
に関する県内市町村の回答は
次の通り。

【順調】三条市、小千谷市、

加茂市、見附市、糸魚川市、
妙高市、上越市、阿賀野市、
胎内市、粟島浦村

【苦勞】長岡市、柏崎市、

新発田市、燕市、五泉市、佐
渡市、南魚沼市、弥彦村、田
上町、出雲崎町、津南町、刈
羽村

【どちらともいえない】新
潟市、魚沼市、聖籠町、湯沢
町

総合事業 事業所へのアドバイス

1. 当事者・事業所共通目標の共有：短期目標解決のための役割分担を共有する。
2. 効果的な支援プランの伝達：実際の支援者に現地で直接伝達する。
3. フォローアップ：支援者はリハ専門職ではないので、こまめなフォローが欠かせない。
4. ⇒課題解決⇒次の支援へ

例) 大分県 訪問サービス利用

- 要支援1
- 独居
- 男性
- 生活不活発病
- 支援者は訪問介護
- 作業療法士は時々支援と同行支援
- ターゲットとなったIADLは『掃除とゴミ出し』
- 通所のサービスを組み合わせることが出来れば、もっと良かったかも？

ヘルパーの支援の様子（1ヶ月目）

- OTと一緒に「メッツ日常生活動作表」を活用
⇒入院による筋力低下を防ぐため利用者へ意識づけを行った

実地支援でOTが説明



利用者



後日ヘルパーに「むずかしくてよく分かん。もう少し詳しく説明して」

ヘルパー



いざ自分で説明するとなると・・・
自信がない。

ヘルパーがくり返し説明



実地支援で再度OTが説明



★利用者もヘルパーも納得！

「掃除を15分することは、外を15分散歩するのと同じ運動になりますよ！」
室内に掲示し、くり返し説明しました。

ヘルパーの支援の様子（1ヶ月目）

➤ 掃除について、リハ職と一緒に工程分析！

課題整理表を使い、聞き取り・実際の動作確認



「トイレ掃除」
ブラシでたまに磨くくらい。
「お風呂掃除」
浴槽にシャワーをかけるだけ。
掃除の仕方が分からない。
「床掃除」
ルンバにおまかせしてる。

★ 2つのポイントが明らかになった

- 経験がないからできない⇒ヘルパーが実施方法を教える、一緒に実践してみる。
- 腰に負担がかかるからできない⇒OTと一緒に道具の提案、動作の確認が必要！

工程分析により支援のポイントが明確に！
ヘルパーだけでは無理な部分は実地支援でOTと一緒にやる。

ヘルパーの支援の様子（2ヶ月目）

➤ 「できた活動チェック表」の活用 ⇒ 活動の意識づけ・共有

「できた活動チェック表」の活用・情報共有（OTと連携）

「毎日しっかり活動できていますね」
「すごい！！」



もともと几帳面な性格で、記録物も好きなので、抵抗なく活用。

★動作時の注意点を室内のあちこちに掲示！

立ち上がる時はゆっくりと！
座る時にもゆっくりと！

※椅子が滑らないように注意して。



★OTからの助言

日々の活動はしっかりできている。
再発の危険性が高いので、動作時にヘルパーが声かけ等をしなが、本人への意識づけが必要！



【掃除】「できた！！」活動チェック表

| | 2/10 | 2/11 | 2/16 | 2/17 | 2/18 | 2/19 | 2/20 | 2/21 | 2/22 | 2/23 | 2/24 | 2/25 | 2/26 | 2/27 | 2/28 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| トイレの床掃除 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| リビングのゴミ箱掃除 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| キッチン掃除 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 浴室掃除 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 洗濯 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| その他の作業 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

【運動】「できた！！」活動チェック表

| | 2/10 | 2/11 | 2/16 | 2/17 | 2/18 | 2/19 | 2/20 | 2/21 | 2/22 | 2/23 | 2/24 | 2/25 | 2/26 | 2/27 | 2/28 |
|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 散歩 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 体操 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| その他 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

今日のできた！！活動度 2 2 2 2

私の目標：

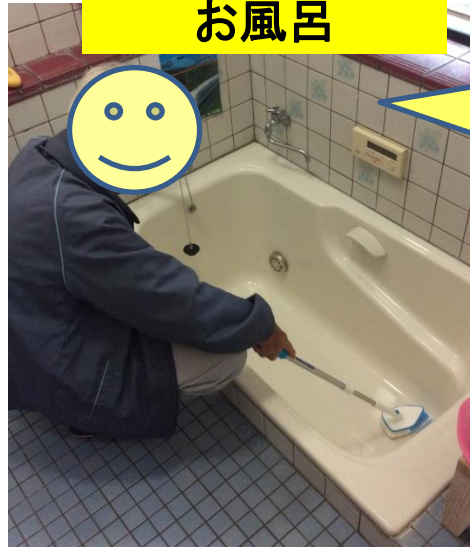
ヘルパーの支援の様子（1～3ヶ月目）

➤ 掃除道具や掃除方法の工夫・指導（掃除の場を徐々に拡大）

居室



お風呂



柄の長い掃除道具を使っての方法を提案。

道具の使い分けができるよう掲示物を作成。

トイレ



★ステップ1
(学習期)

最初にヘルパーが実践

★ステップ2
(習得期)

本人が実践しヘルパーが確認
(ヘルパーの見守り・声かけ)

★ステップ3
(実践期)

本人がひとりで実践

「ヘルパーに教えてもらって、できるようになった」



ヘルパーの支援の様子（3ヶ月目）

➤ 最終目標である「ゴミ出し」の工程分析

◆ IADLの最終目標であった

「一人でゴミ出し」をOTと確認

- ✓ シルバーカーを使わず、一人でゴミ出しを実施
- ✓ OTとヘルパーが同行し、動作確認

- ✓ 体幹が弱く、歩行姿勢がそり気味になる。
- ✓ ゴミ袋を後ろ手に持つ代償行為が見られた。

- ✓ 体幹の力がつくまでは、シルバーカーを使い、良い姿勢を意識して行うようにOTより助言。

◆ 今後も体操をしっかりと行い、体幹を鍛えましょう



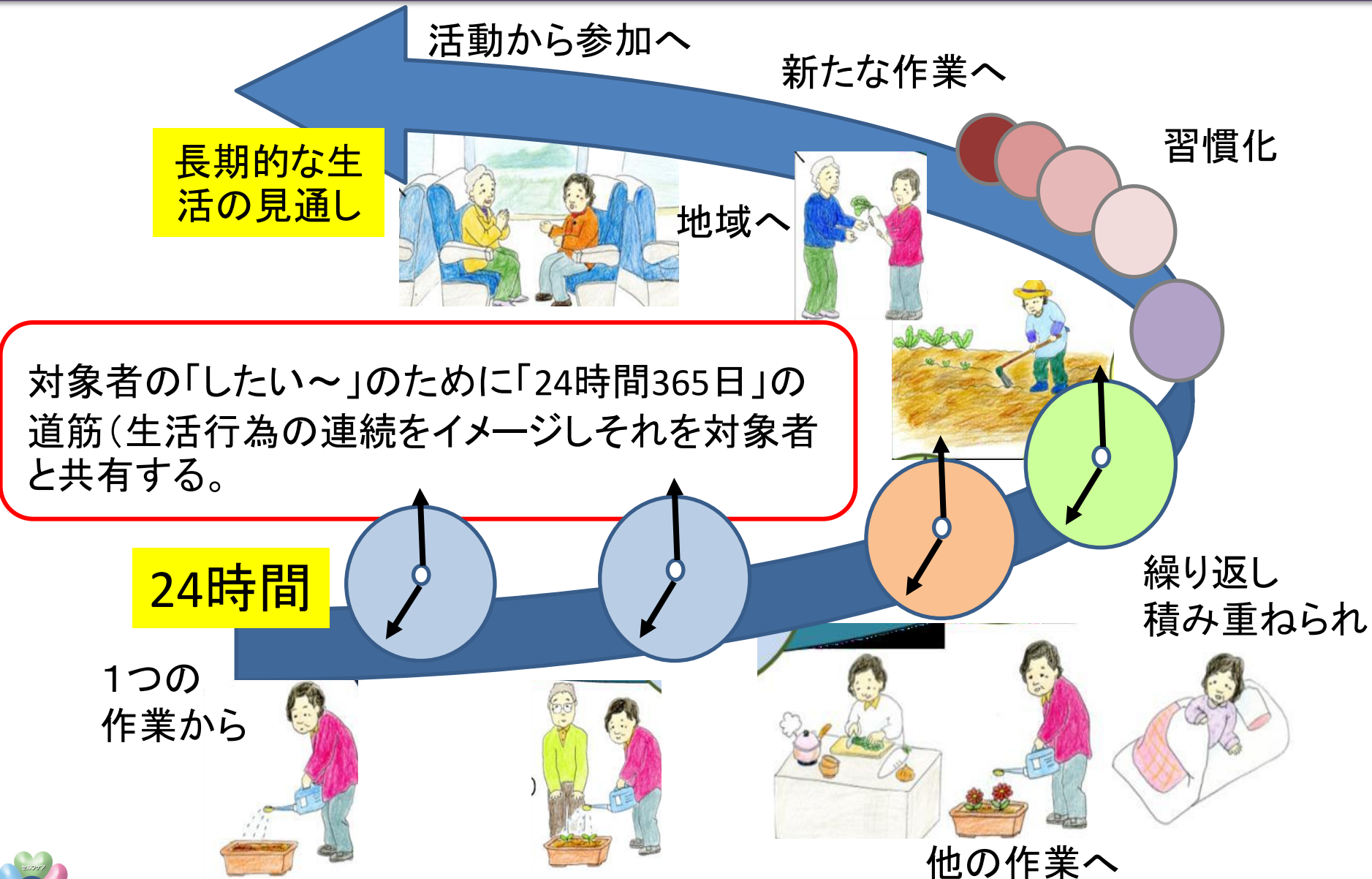
ゴミを後ろにもち姿勢を保つ代償行為を確認。「これが楽」と。

もうしばらく、シルバーカーを使った方がいいですね。



この姿勢をしっかり覚えてね♪

生活行為の波及効果を目指す



生活行為の波及効果を目指す



活動から参加へ

新たな作業へ

長期的な生活の見通し

地域へ

習慣化

対象者の「したい〜」のために「24時間365日」の道筋(生活行為の連続をイメージしそれを対象者と共有する。)

生活行為目標「プランターに水やりをする」達成。

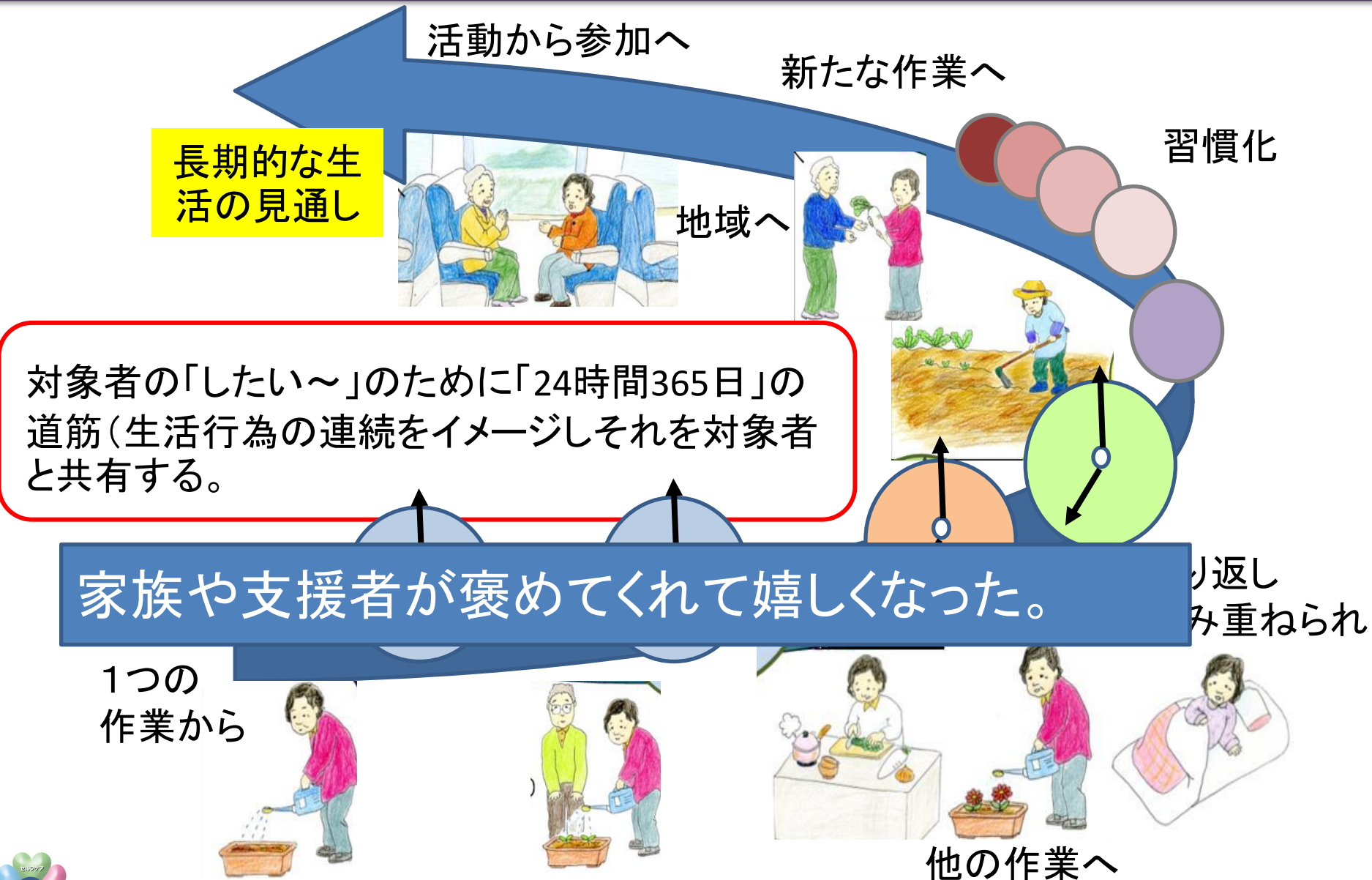
1つの作業から



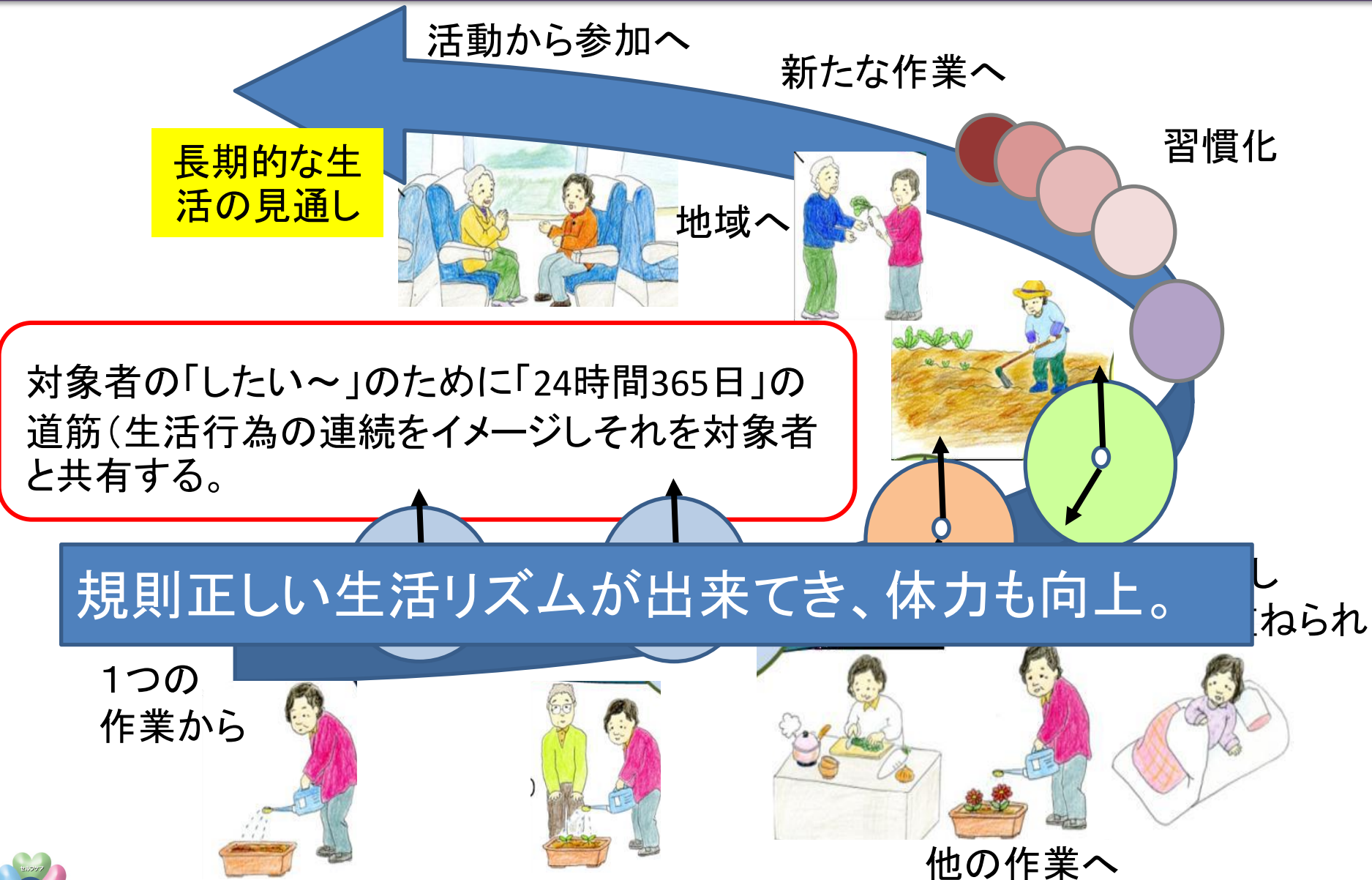
他の作業へ

ねられ

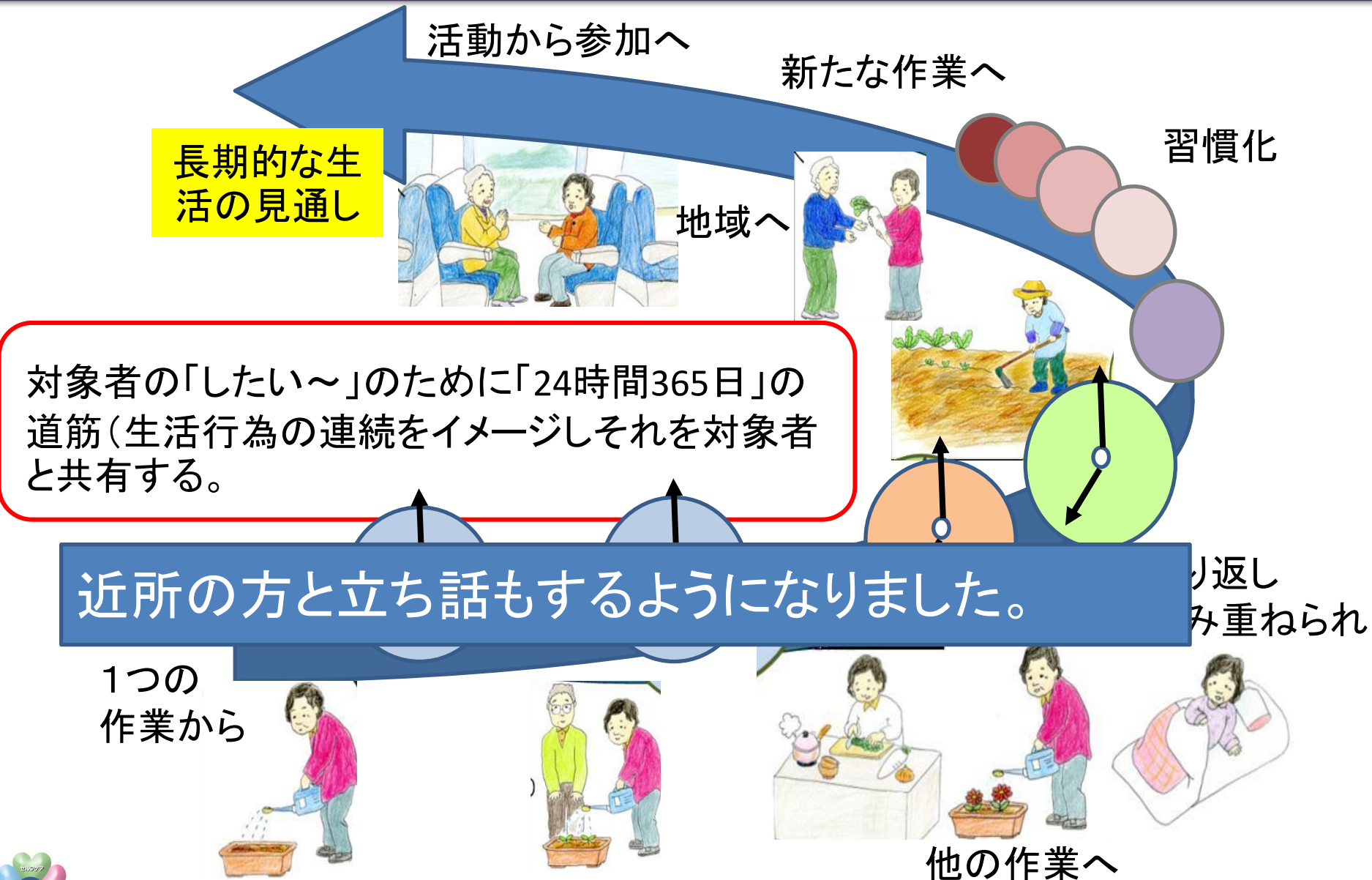
生活行為の波及効果を目指す



生活行為の波及効果を目指す



生活行為の波及効果を目指す



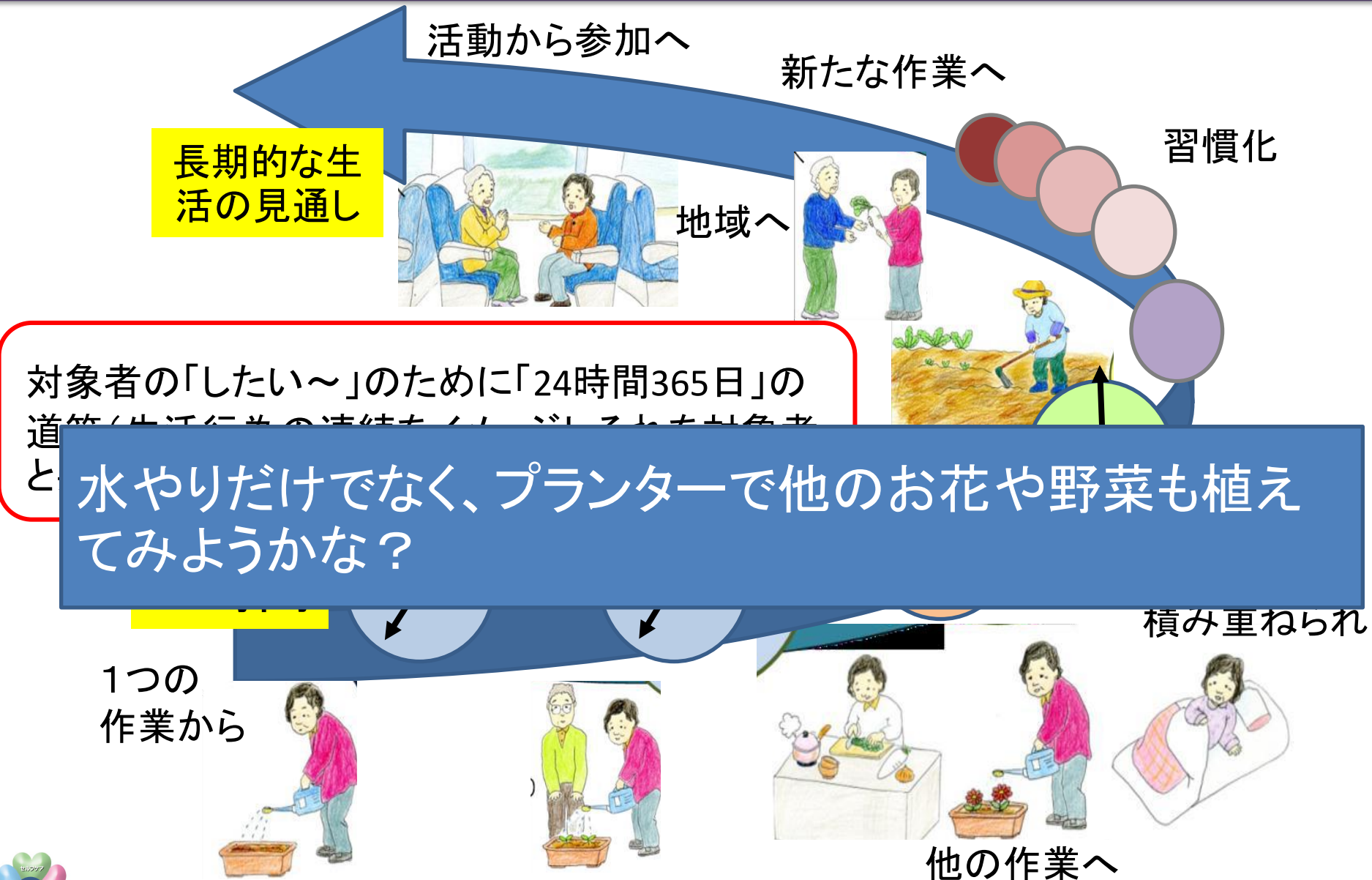
生活行為の波及効果を目指す



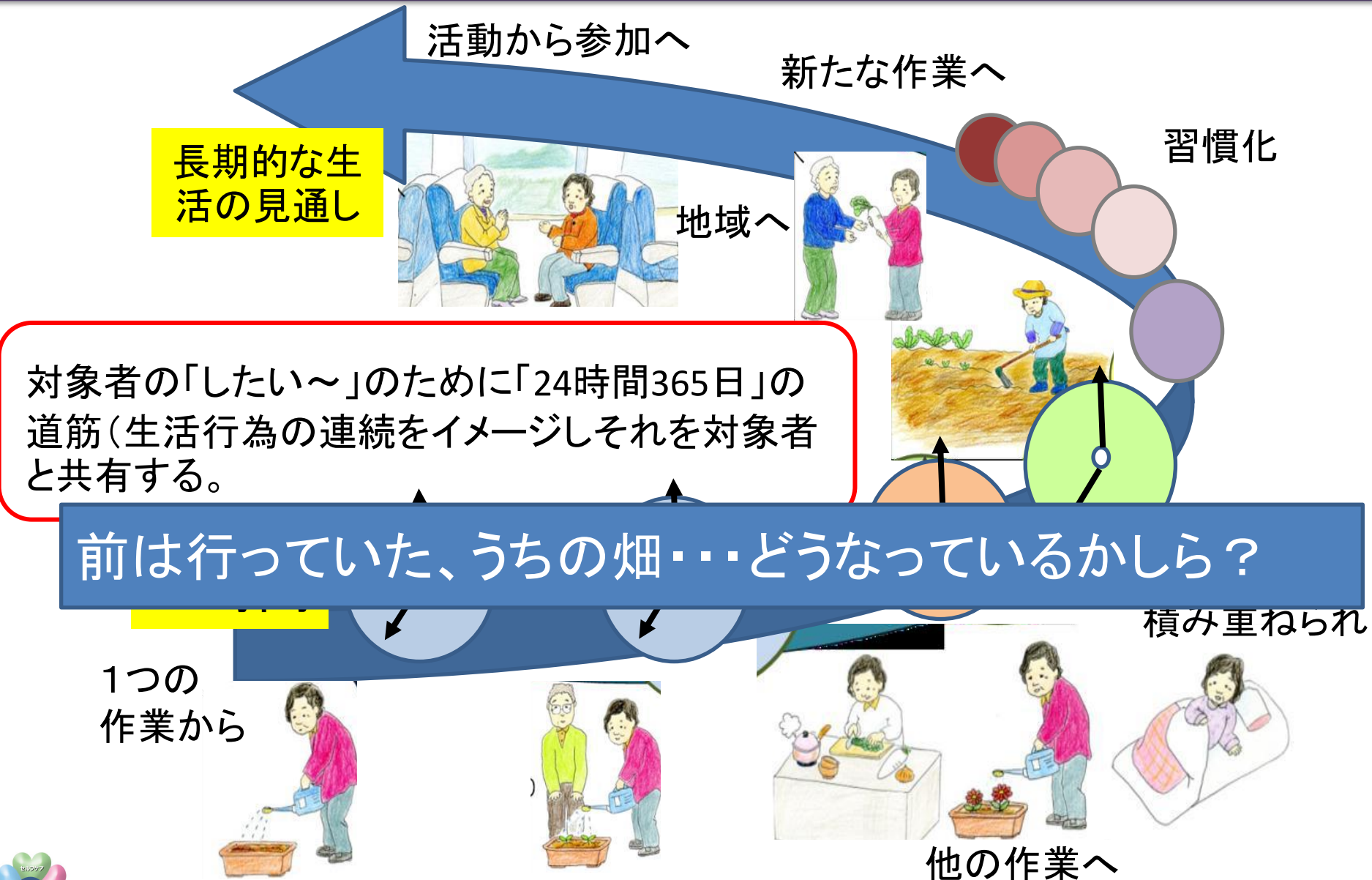
生活行為の波及効果を目指す



生活行為の波及効果を目指す



生活行為の波及効果を目指す



対象者の「したい～」のために「24時間365日」の道筋(生活行為の連続をイメージしそれを対象者と共有する。

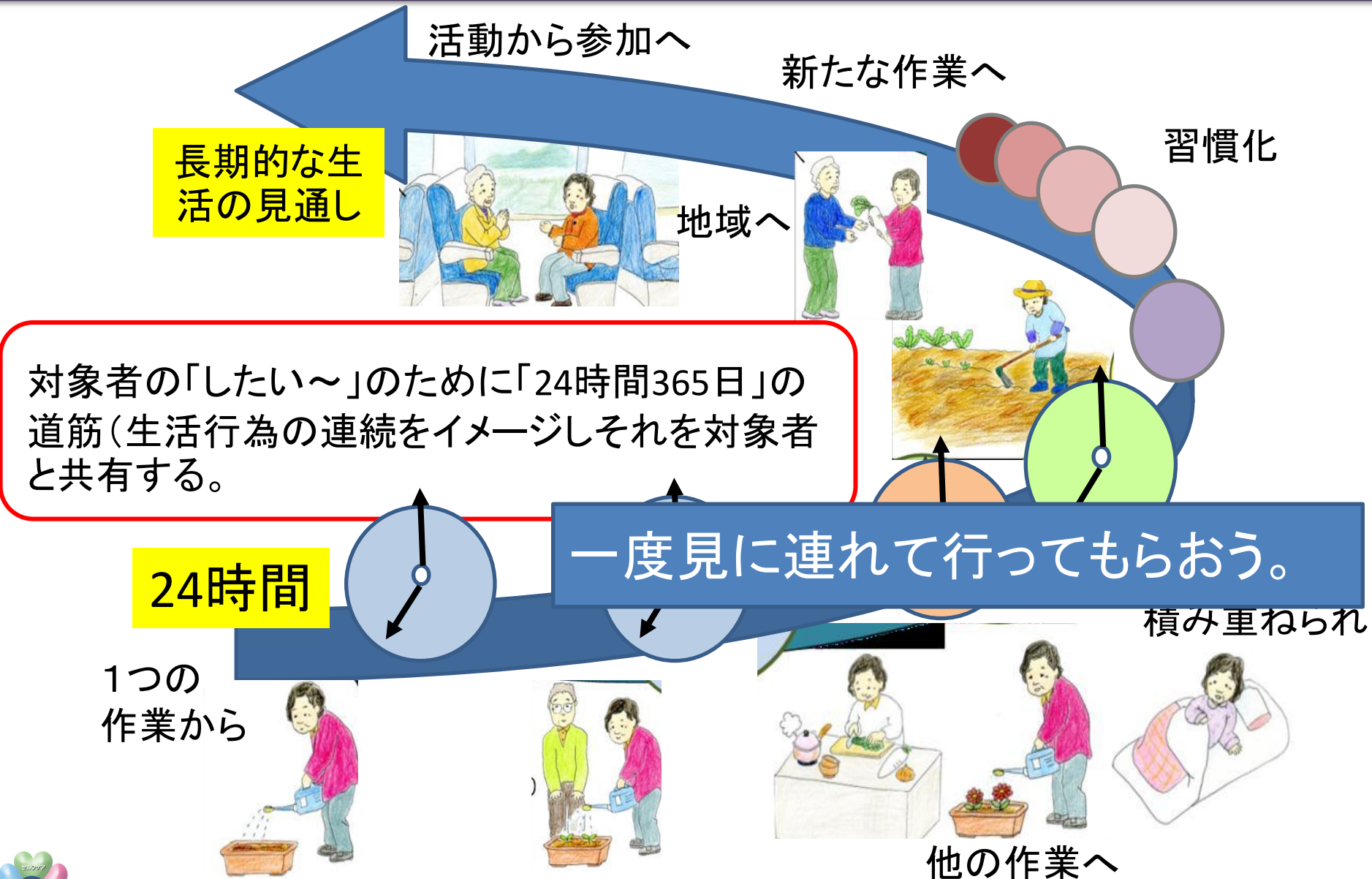
前は行っていた、うちの畑・・・どうなっているかしら？

1つの作業から



他の作業へ

生活行為の波及効果を目指す



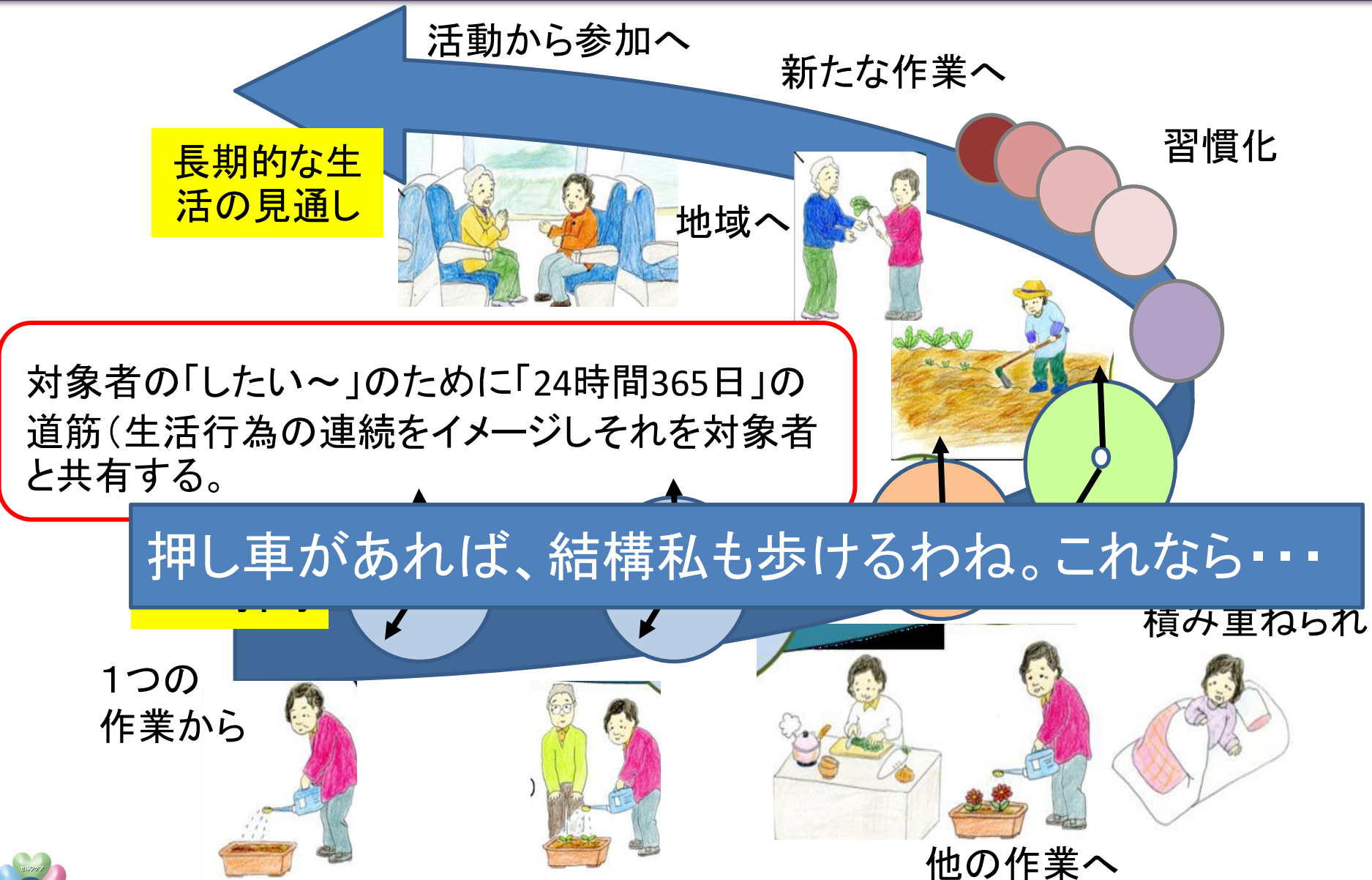
24時間

一度見に連れて行ってもらおう。

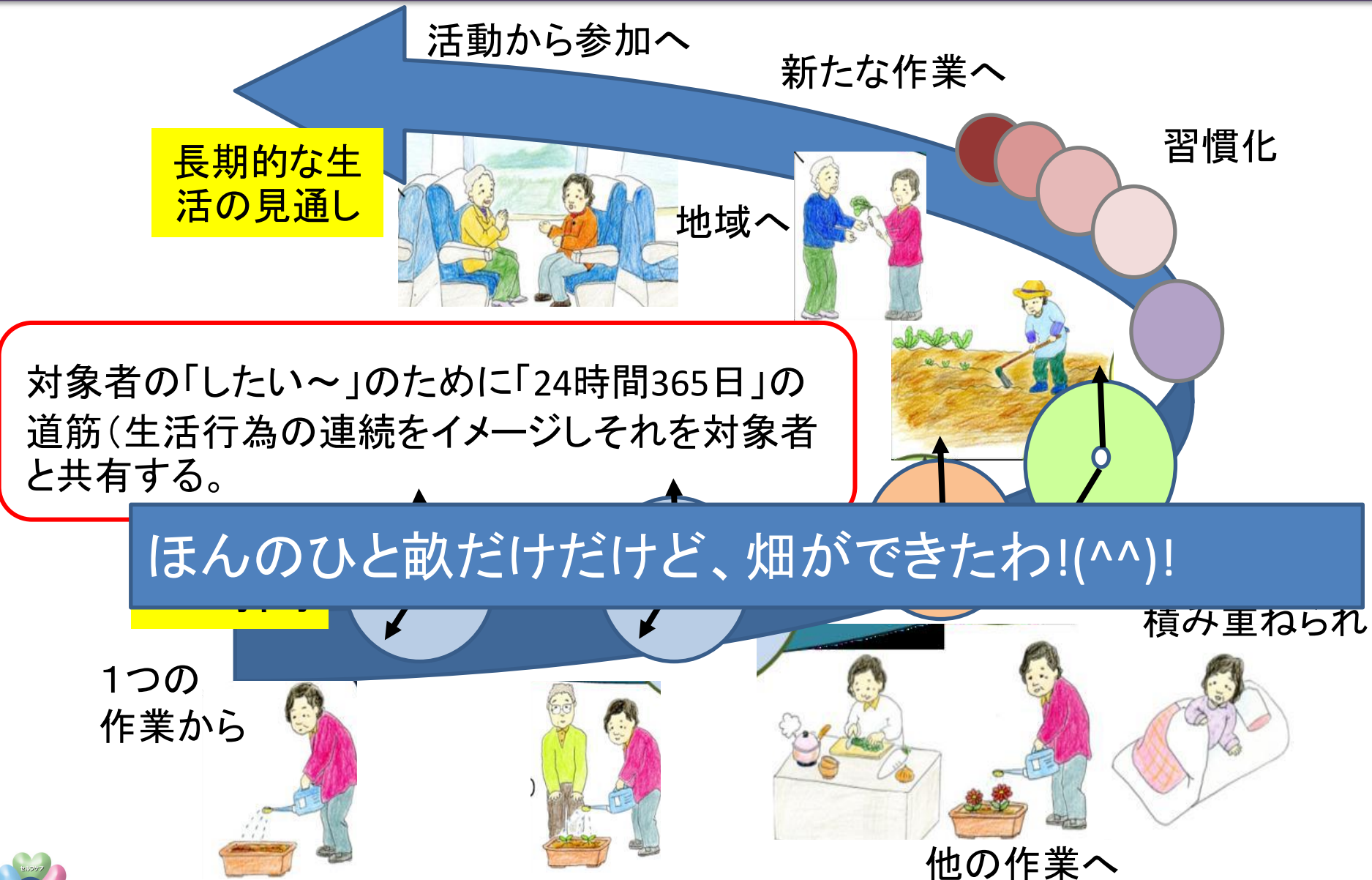
1つの作業から

他の作業へ

生活行為の波及効果を目指す



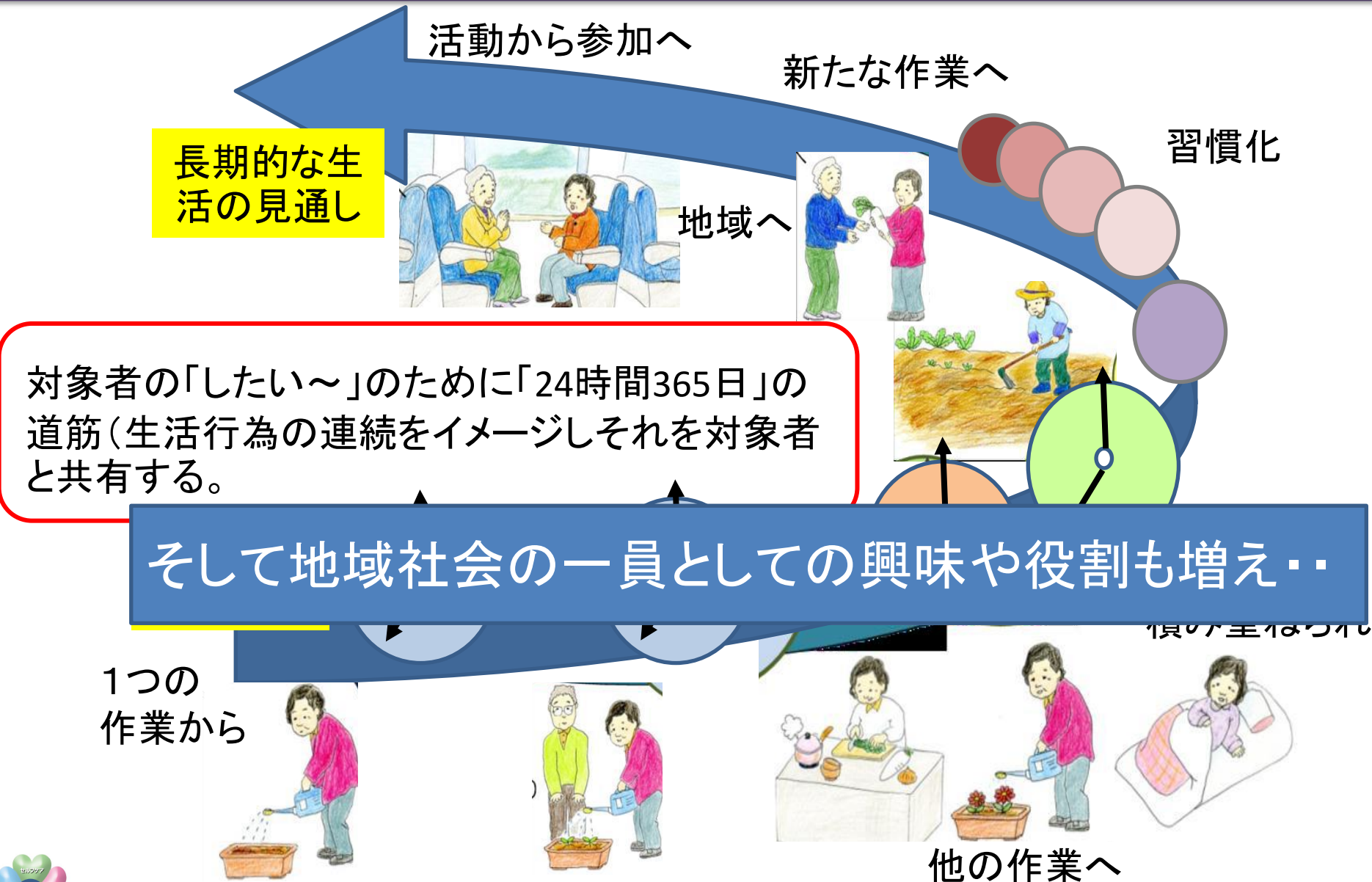
生活行為の波及効果を目指す



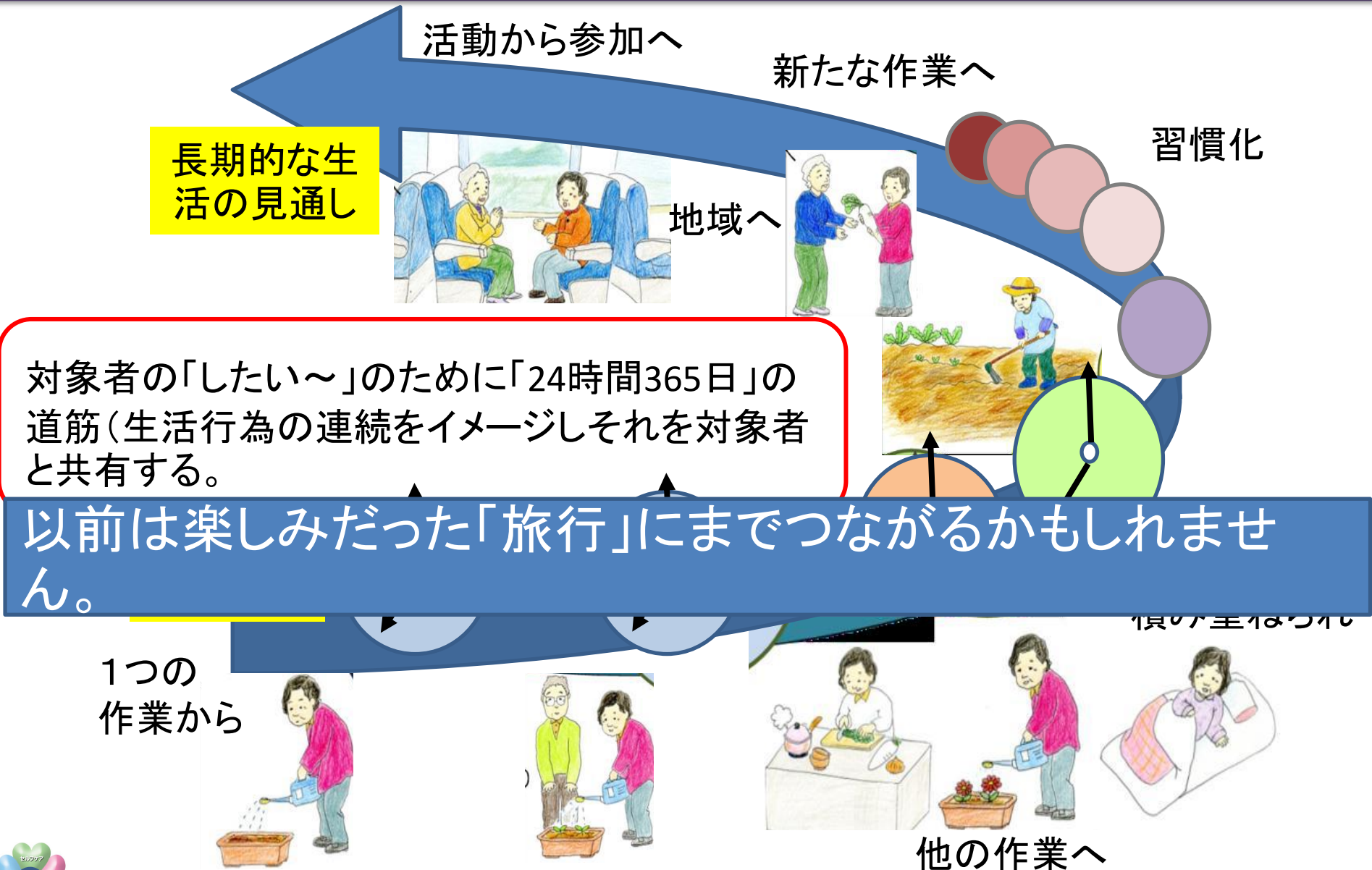
生活行為の波及効果を目指す



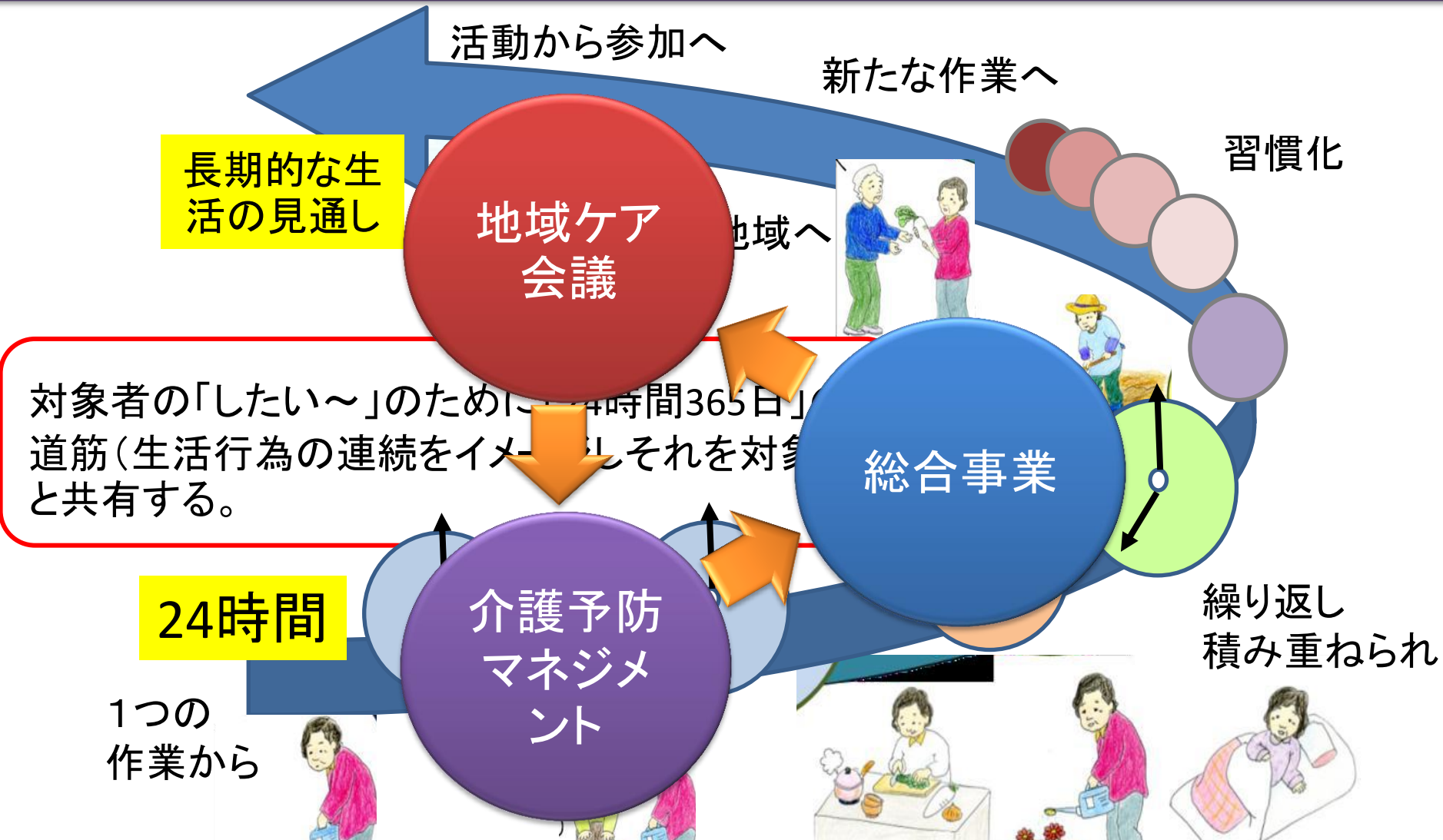
生活行為の波及効果を目指す



生活行為の波及効果を目指す



生活行為の波及効果を目指す



PDCAマネジメントサイクルの育成こそが専門職の役割

ご清聴ありがとうございました



平成29年8月19日20日
新潟県作業療法士会 横田 剛