



介護予防

ケアマネジメント

第1節 介護予防ケアマネジメント

1. 介護予防ケアマネジメントとは

要支援認定者及び事業対象者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、心身の状況、置かれている環境、その他の状況に応じて、利用者本人の選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスのほか、一般介護予防事業や市の独自の施策等が包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助をおこなうものです。

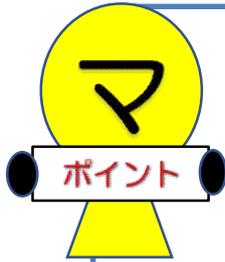
2. 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるように支援するものです。適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人が理解した上でその達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるように具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。



目標指向型のケアマネジメントを意識しましょう。

- 生活機能の低下が生じている原因や背景を分析する。
- 興味や関心のあることを中心に目標設定をすることが大切です。「～したい」「～になりたい」という意欲を高めて、自立に向かっていけるように動機付けを行う。
- 目標達成のための具体的な支援内容を盛り込むこと。
- 利用者が持つ強みに着目し、できていたこと、できそうなこと、頑張っていることを把握し、QOLの向上への「自己決定」をサポートする。
- 心身機能の向上のみならず、地域における活動や参加が果たせるような場所、活躍の場に結びつける。



利用者のための目標設定をしましょう。

- 利用者自身がその生活課題に気づき、状況が改善されたときのイメージを持つことが必要です。利用者が主体的になれるよう支援します。
- 非現実的な目標ではなく、現実可能で具体的な目標設定を行い、利用者が実際に行動に移せるように支援します。目標が達成されたかどうか具体的にモニタリング・評価できる目標にする。
- ケアプラン作成時に、目標達成したら、より自立度の高い次のステップに移行していくことを確認しておく。



初期サインを見逃さず、重症化予防しましょう。

- 要支援認定者及び事業対象者が主に抱えている課題は IADL の低下ですが、その原因は自分では気づきにくいものです。廃用症候群に陥る初期サインを見逃さずに、早期に予防に取り組むことが大切です。
- 利用者自身が「自分でやる」ことの意味を考え、主体的な取り組みをすることができるようにする。
- 「できること」「できるようになったこと」を増やしていく。
- 一般介護予防事業の紹介や地域の様々な活動の場の情報提供、アドバイスをを行うことが必要不可欠です。

3. 介護予防ケアマネジメントの類型

利用者の状況や意向、希望するサービス、基本チェックリストの結果などを考慮して、下記に示すパターンに分けられます。

①介護予防支援

- 要支援認定が必須
- A：予防給付によるサービスのみを利用
- B：予防給付によるサービスと総合事業によるサービスの併用

②ケアマネジメント A

- 要支援 1，2 の認定を受けた人、チェックリストで事業対象者と該当された人が対象
- A：介護予防訪問介護相当サービス：「生活援助」と「身体介護」が必要な人が利用できます。
- B：介護予防通所介護相当サービス：「身体介護」や機能訓練が受けられます。

③ケアマネジメントB

- ・要支援1，2の認定を受けた人、チェックリストで事業対象者と該当された人が対象
A：基準緩和型訪問サービス：「生活援助」が必要な人が利用できます。
B：基準緩和型通所サービス：地域交流施設等で運動やレクリエーションに参加できます。

※利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。

①～③については、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託可能となります。地域包括支援センターとの契約の締結が必要です。

4. 実施の手順

介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、利用者が要支援認定者または事業対象者として市に登録されることが必要です。

(1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認

利用者の意向確認、総合事業や予防給付等の説明を行います。

総合事業者の利用希望に対しては、要支援認定結果、または基本チェックリストにより事業対象者の基準に該当するかを確認します。

(2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続き

地域包括支援センターの運営規程等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始します。

①アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。利用者の身体状況や生活機能、住宅環境、同居家族間の関係性、生活で困っていること等を把握し、利用者の望む生活と現状とのギャップについて「なぜできていないのか」の要因分析を行い、生活機能を向上させるための課題を明らかにします。利用者や家族の意向を聞き取り、興味や関心のある事柄を確認します。

利用者の生活機能低下等についての自覚を促し、介護予防に取り組む意欲を引き出します。

②ケアプラン原案作成

利用者の状況に応じたサービス選択を支援し、利用するサービス種別に応じて、介護予防ケアマネジメントの類型を決めます。

1日または1年の目標設定と目標達成に向けての具体的な方法・手段を考慮し、計

画を作成します。「本人の取り組み」を記載します。

総合事業のサービスのみに限定せずに、広く社会資源の情報収集を行って、家族や近隣住民の支援、一般介護予防事業、民間サービスなども積極的に位置づけます。

③サービス担当者会議・ケアプランの本人の同意と交付

サービス担当者会議は、予防給付の場合は原則としてケアプラン作成・変更時に開催します。プラン作成者が提出したプランの原案について各々の立場から意見を述べ、修正しつつ、介護予防ケアプランの原案を最終決定します。

利用者の同意を得て、指定事業者にも交付します。

※住民主体型サービス・インフォーマルサービス事業者への交付は原則行わないものとしします。

④サービスの利用

指定サービス事業者は、事前アセスメントを行い、個別サービス計画を作成します。サービスの効果や利用者の状況などを継続的に確認しながら実施し、その結果についてプラン作成担当者に報告します。

⑤モニタリング・評価

利用者本人の取り組みも含め、計画に実施状況を把握し、支援内容が適切か、生活状況に変化がないか、新たな目標設定の必要性はないかなどについて確認します。

モニタリングは少なくとも3ヶ月に1回は訪問により実施し、それ以外の月は電話等により実施します。

また、モニタリングの結果は少なくとも1ヶ月に1回記録します。

(ケアマネジメントB対象者へのモニタリングは、少なくとも3ヶ月に1回の訪問とその他必要時に実施し、その結果を記録します。)

評価は、6ヶ月～最長1年を目途に実施し、目標達成度を確認し、必要に応じてケアプランの見直しを行います。

5. 請求までの流れ

項目	内容
申請	要支援認定（更新）申請、基本チェックリスト申請
契約等	重要事項説明、契約書の作成
提出	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届書の提出⇒台帳登録・被保険者証の発行
プラン作成	介護予防ケアマネジメント実施 （アセスメント・ケアプラン作成・サービス担当者会議等）
利用	ケアプラン交付・サービス利用
請求	給付管理表・サービス提供票の提出（委託元地域包括支援センターへ） 地域包括センター⇒介護予防支援費を国保連に請求→国保連より支払 介護予防ケアマネジメント費を市に請求→市より支払※

※請求事務の注意事項

介護予防ケアマネジメント費は市から地域包括支援センターへ費用が支払われますが、国保連を経由した支払となります。委託を受けた居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターへ報告・請求を実施します。

介護予防サービス・支援計画書

NO. 402024202

利用者氏名

【介護予防ケアプランのセルフチェックポイント】

- ① アセスメント及び課題の改善の見込みと介護予防ケアプランが連動している
- ② 課題と目標が連動しているか、整合性があるか、目標の達成が可能な支援内容となっているか
- ③ 目標が「評価」できる表記、改善・向上の実感が得られる表記となっているか。

計画作成事業所名(委託)

所在地

担当地域包括支援センター

所在地

計画作成(変更)日:

アセスメント領域

1 バスや電車で1人で

6 階段を手摺や壁を伝わらずに昇っていますか

7 座った状態から何も掴まらずに立ち上がっていますか

8 15分位続けて歩いていますか

9 この1年間に転んだことがありますか

10 転倒に対する不安は大きいですか

16 週に1回以上は外出していますか

17 昨年と比べて外出の回数は減っていますか

〈2〉歩く時等に身体のどこかに痛みがありますか

11 6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか

12 BMI () ⇒18.5未満

13 半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか

14 お茶や汁物等でむせることがありますか

15 口の渇きが気になりますか

〈25〉調理をしていますか

〈16〉配食サービスを利用していますか

2 日用品の買い物をしていますか

3 預貯金の出し入れをしていますか

18 物忘れがあるとされますか

19 電話番号を調べて、かけることをしていますか

20 今日が何月何日かわからない時がありますか

〈36〉排尿/排便で失敗することがありますか

4 友人の家を訪ねていますか

5 家族や友人の相談に乗っていますか

21 ここ2週間 毎日の生活に充実感がない

22 ここ2週間 楽しんでやれていたことが楽しめない

23 ここ2週間 楽にできていたことが億劫に感じられる

24 ここ2週間 自分が役に立つ人間だと思えない

25 ここ2週間 わけもなく疲れたような感じがする

補: 視力・聴力に支障がある

〈48〉服薬は指示通り実施できていますか

〈51〉定期的に受診や検診を受けていますか

補: 健康管理に気をつけていますか

支援専門員名:

連絡先:

担当者名:

連絡先:

領域における課題(背景・原因)

○ 膝、腰等に痛みがある

○ 疾患等により運動制限がある

○ 運動の習慣がない、元々運動的でない

○ 筋力低下(特に下肢)がある

○ 住宅環境が整っていない

○ 歯がない、入れ歯が合わない

○ 他者が全て実施する

○ 食事の回数、量が少ない、偏食がある

○ 食事療法を必要とする疾患がある

○ 嚥下障害がある

○ 食欲がない

課題:.....

○ 生活が不規則になっている

○ 排泄が間に合わない

○ 遠くて買い物ができない

○ 認知症がある

○ 火の管理が危ない

課題:.....

○ 近隣に友人、知人がいない

○ 人付き合いが苦手

○ 心身に問題があり閉じこもりがち

○ 認知症がある

○ 視力/聴力に支障がありコミュニケーションが難しい

課題:.....

○ 服薬ができていない

○ 健康に興味・関心がない

○ 定期受診ができていない

○ 医者が苦手、病院が苦手

○ 自己管理が難しい

運動・移動

食生活・栄養

日常生活

社会参加・対人関係

健康管理

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

必要な事業プログラム欄に「(該当した質問項目数)/(質問項目数)」を書いて下さい。	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ予防	うつ予防
	0 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	0 / 3	0 / 5

目標とする生活

本人にとってイメージをしやすい介護予防につながる1日の行動目標。

1年以内に「達成ができる目標」、1年間を通して「取り組む目標」「心がける目標」とする。

総合的課題	課題に対する目標 具体策の提案	具体策についての意向	目標	支援計画				
				目標についての支援のポイント	セルフケアや家族の支援	介護保険サービス等	事業所	期間
① 5つの領域の『課題』を優先化・重ね合わせ(共通化)を行う。順位づけのポイント ①生活行為に影響が大きいリスク ②動機づけ(本人のやる気) ③達成感・成功体験が得やすい。	① 総合的課題の解決(改善)のための具体的な目標と具体策(取り組む内容)を「自助・互助・共助・公助」の領域を踏まえ提案する。	① 計画作成者から提案された具体策についての本人・家族の意向を記入。 ①前向きに取り組む ②とりあえず取り組む ③やりたくない(下欄の「行うべき支援ができない場合」欄に記入し、将来的な取り組みとする。	① 具体的な支援を展開する上での留意点を目標の数別に記載する。 ①主語はケアチーム ②本人の疾患や体調、認知機能のレベルに配慮 ③本人の尊厳を尊重した記載	①	②	③	④	⑤
③	③	③	③	③	③	③	③	③
④	④	④	④	④	④	④	④	④
総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント				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				

「目標とする生活」や「目標」について、本人や家族、課題分析者、サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点等を記載する。

合意された目標を設定する。ポイント
①主語は本人
②具体的な表現
③総合的な課題と領域の課題を反映

目標に取り組むために三者が行うことを表記する。①本人のセルフケア(本人が取り組むADL、IADL、社会参加、楽しみなど)②家族・親族の支援(電話での声掛け、服薬確認を含む)③インフォーマルサービス(集いの場や通いの場、地域サークルやボランティアなどの支援)

上記計画に同意致します。
年 月 日
氏名 印

調査年月日
 氏名 性別 生年月日 (歳)
 身長 cm 体重 kg (BMI:) 血圧

事業所 担当者
 52 回答者

分類	質問項目	該当		該当する項目		
		●	●			
運動・移動	1. バスや電車で1人で外出していますか (1)					
	補足質問	手段: ○徒歩 ○自転車 ○バス ○タクシー ○バイク ○車 (運転: ○本人 / ○他者) ○その他()				
	2. 歩くときに膝、足、腰の痛みがありますか (補足)					
	3. 階段を手摺りや壁をつたわずに昇っていますか (6)					
	4. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか (7)					
	5. 15分くらい続けて歩いていますか (8)					
	6. 横断歩道を青信号の間にわたりることができますか					
	7. この1年間に転んだことがありますか (9)					
	補足質問	(1)回数 回 (2)場所 ○自宅内 ○庭先 ○屋敷外 具体的場所() (3)時間帯 ○早期 ○昼間 ○夜間 ○その他() (4)状況 ○立ち上がり時 ○何かを持っていた時 ○動き出そうとした時 ○その他()				
	8. 転倒に対する不安は大きいですか (10)					
	9. 散歩や体操など意識的に身体を動かしていますか					
10. 週に1回以上は外出していますか (16)						
11. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか (17)						
補足質問	(1)外出頻度 ○ほぼ毎日 ○週 / ○月 回 ○ほとんどない (2)減った要因(減っていると回答した場合) ○体力に自信がない ○行く場所がない ○外出理由がない ○外出するのが億劫 ○階段がある ○お金がかかる ○坂がある ○その他()					
食生活・栄養・口腔	12. この6ヶ月間で2~3kgの体重減少がありましたか (11)					
	13. この6ヶ月間で急な体重増加がありましたか					
	14. 主食や主菜(肉、魚、卵、大豆・大豆製品)の食量が減っていますか					
	15. 肉類・魚類・卵・牛乳のうちいずれかを毎日2つ以上食べていますか					
	16. 家族や他人と一緒に食事をするがありますか					
	補足質問	(1)食事環境 ○自炊 (○本人 / ○他者) ○配食 ○弁当購入 ○その他 (2)食事回数 (回 / ○朝 ・ ○昼 ・ ○夕) 《配食サービスが必要と思われる場合は必ずチェック》 (1)昼食について ①同居親族による支援 : 理由 : () ②支援できる親族 : 「いる」場合の住所 () 交通手段 ○自動車 ○徒歩 ○その他() (2)朝食について ①内容 ○米飯 ○パン ○麺類 ○汁物 ○肉類 ○魚介類 ○野菜 ○漬物 ②確保方法 ○親族支援 ○民間サービス ○その他 (3)夕食について ①内容 ○米飯 ○パン ○麺類 ○汁物 ○肉類 ○魚介類 ○野菜 ○漬物 ②確保方法 ○親族支援 ○民間サービス ○その他				
	17. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (13)					
	18. お茶や汁物等でむせることがありますか (14)					
	19. 口の渇きが気になりますか (15)					
	20. 自分の歯や入れ歯を1日1回以上磨いていますか					
	21. 口臭が気になりますか					
22. うがいをしていますか						
23. 風邪をほとんどひかない						
網かけチェック数	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知症予防	うつ予防
0 / 20	0 / 5	0 / 2	0 / 3	0 / 2	0 / 3	0 / 5

分類	質問項目	該当		該当する項目
		●	●	
日常生活	24. 日用品の買物をしていますか (2)			
	補足質問	していない場合の理由 ○身体上 ○精神上 ○その他 具体的内容 ()		
	25. 自分で食事の支度をしていますか(調理・配膳) (補足)			
	補足質問	していない場合の理由 ○身体上 ○精神上 ○その他 具体的内容 ()		
	26. 身の回りの片付けや掃除をしていますか			
	27. 洗濯物を干したり、取り込みをしていますか			
	28. 自分で火の始末や戸締りをしていますか			
	29. 金銭の支払いをしていますか			
	30. 預貯金の出し入れをしていますか (3)			
	31. 世の中の情報に関心がありますか			
	補足質問	情報入手先 ○新聞 ○雑誌 ○本 ○テレビ ○ラジオ ○その他 視力 ○普通 ○やや弱視 ○弱視 ○全く見えない (○右 ○左) 聴力 ○普通 ○やや難聴 ○難聴 ○全く聞こえない (○右 ○左)		
32. 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか (18)				
33. 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 (19)				
34. 今日が何月何日かわからない時がありますか (20)				
35. 6ヶ月前に比べ、部屋の片付けが面倒に思えますか				
36. トイレに間に合いますか				
37. 尿もれがありますか (補足)				
38. 便秘がありますか				
コミュニケーション	39. 趣味や楽しみに、好きでやっていることがありますか サークル等()			
	40. 友人の家を訪ねていますか (4)			
	補足質問	友人・知人との交流 ○ほぼ毎日 ○週 ○月 回 ○電話程度 ○ほとんどない 別居親族との交流 ○ほぼ毎日 ○週 ○月 回 ○電話程度 ○ほとんどない 近所との交流 ○ほぼ毎日 ○週 ○月 回 ○電話程度 ○ほとんどない		
	41. 隣組や公民館活動などの地域活動に参加していますか			
シヨン	42. 家族や友人との相談にのっていますか (5)			
	43. (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない 21			
	44. (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った 22			
	45. (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今では億劫に感じられる 23			
	46. (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない 24			
	47. (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする 25			
	48. 処方された薬は指示とおりに飲んでいますか (補足)			
健康管理	49. 普段、ご自分は健康だと思えますか			
	50. この1年間に入院したことがありますか (ある場合の病名)			
	補足質問	(1)現病 ○高血圧 ○糖尿病 ○高脂血症 ○心疾患 ○呼吸器疾患 ○肝疾患 ○腰痛症 ○膝関節症 ○骨粗鬆症 ○圧迫骨折 ○その他 () (2)既往 ○高血圧 ○糖尿病 ○高脂血症 ○心疾患 ○呼吸器疾患 ○肝疾患 ○腰痛症 ○膝関節症 ○骨粗鬆症 ○圧迫骨折 ○その他 ()		
	51. 定期的な診察、あるいは1年に1回検診を受けていますか (補足)			
	補足質問	(1)頻度 ○定期診察 (回 /) ○基本健診 ○受けていない ○その他 () (2)健康のためにしていること、気をつけていること (○あり ○なし) () (3)気になる症状 ○むくみ ○肩こり ○頭痛 ○手足の冷え ○その他 (4)喫煙 ○している (本 / 日) ・ ○していない (5)飲酒 ○している (本 / 日) ・ ○していない		
筋力UPトレーニング	①心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こしたことがある ○			
	②狭心症、心不全、重症不整脈がある ○			
	③収縮期血圧180mmHg以上又は拡張期血圧110mmHg以上の血圧がある ○			
	④慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎、肺気腫など)で息切れ、呼吸困難がある ○			
	⑤糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)がある ○			
	⑥急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経痛症状がある ○			
	⑦急性期の肺炎、肝炎などの炎症がある ○			
	⑧その他、トレーニングにより健康状態が急変あるいは悪化する危険性がある ○			